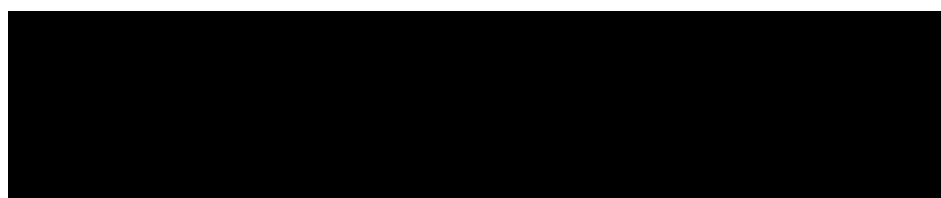


**Paliwizumab (Synagis®)  
w profilaktyce zakażeń wirusem RS  
w grupie niemowląt z dysplazją  
oskrzelowo-płucną w Polsce**

**Analiza ekonomiczna**



Warszawa

2012



**Autorzy raportu:**

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

**Wkład pracy:**

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

**Adres do korespondencji:**

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

**Recenzja:**

Opracowanie nierecenzowane

**Zleceniodawca raportu/finansowanie projektu:**

Abbott Laboratories Poland sp. z o.o.  
ul. Postępu 21B  
02-676 Warszawa

**Przedstawiciel zleceniodawcy odpowiedzialny za kontakt w sprawie raportu:**

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]



## Spis treści

<b>Skróty i akronimy .....</b>	<b>9</b>
<b>Streszczenie .....</b>	<b>10</b>
<b>1 Wprowadzenie – analiza problemu decyzyjnego .....</b>	<b>12</b>
1.1 Wstęp – cel opracowania.....	12
1.2 Perspektywa analizy .....	12
1.3 Schemat PICO.....	12
1.4 Horyzont czasowy analizy .....	13
1.5 [REDACTED].....	13
1.6 Strategia analityczna.....	14
<b>2 Metodyka analizy .....</b>	<b>16</b>
2.1 Struktura modelu .....	16
2.2 Parametry wejściowe modelu .....	17
2.2.1 Efektywność kliniczna.....	18
2.2.2 Użyteczność .....	23
2.2.3 Działania niepożądane .....	24
2.2.4 Koszty.....	24
2.2.5 Dyskontowanie.....	27
2.2.6 Zestawienie parametrów wejściowych modelu.....	28
2.3 Parametry wyjściowe modelu .....	28
2.4 Walidacja modelu.....	28
2.5 Zakres analizy wrażliwości.....	29
2.5.1 Analiza scenariuszowa .....	29
2.5.2 Probabilistyczna analiza wrażliwości .....	30
<b>3 [REDACTED] .....</b>	<b>31</b>
3.1 Analiza kosztów konsekwencji .....	32
3.1.1 Grupa bez przewlekłej choroby płuc i bez rodzeństwa w wieku szkolnym.....	32
3.1.2 Grupa z przewlekłą chorobą płuc i bez rodzeństwa w wieku szkolnym.....	34
3.1.3 Grupa bez przewlekłej choroby płuc, z rodzeństwem w wieku szkolnym.....	37
3.1.4 Grupa z przewlekłą chorobą płuc i z rodzeństwem w wieku szkolnym.....	39
3.1.5 Grupa bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia posiadania rodzeństwa w wieku szkolnym .....	42
3.1.6 Grupa z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia posiadania rodzeństwa w wieku szkolnym .....	44

---

3.2	Analiza kosztów efektywności i kosztów użyteczności.....	46
3.2.1	Analiza kosztów efektywności .....	47
3.2.2	Analiza kosztów użyteczności .....	49
3.2.3	Analiza progowa dla analizy kosztów użyteczności .....	50

#### 4

4.1	Analiza kosztów konsekwencji .....	54
4.1.1	Grupa bez przewlekłej choroby płuc i bez rodzeństwa w wieku szkolnym....	54
4.1.2	Grupa z przewlekłą chorobą płuc i bez rodzeństwa w wieku szkolnym.....	57
4.1.3	Grupa bez przewlekłej choroby płuc, z rodzeństwem w wieku szkolnym.....	60
4.1.4	Grupa z przewlekłą chorobą płuc i z rodzeństwem w wieku szkolnym.....	63
4.1.5	Grupa bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia posiadania rodzeństwa w wieku szkolnym .....	66
4.1.6	Grupa z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia posiadania rodzeństwa w wieku szkolnym .....	69
4.2	Analiza kosztów efektywności i kosztów użyteczności.....	71
4.2.1	Analiza kosztów efektywności .....	72
4.2.2	Analiza kosztów użyteczności .....	74
4.2.3	Analiza progowa dla analizy kosztów użyteczności .....	75

5.1	Scenariuszowa analiza wrażliwości.....	78
5.1.1	Scenariusz A – zmiana HRQoL tylko dla 1. r.ż. ....	78
5.1.2	Scenariusz B – zmiana HRQoL do 16. r.ż. ....	80
5.1.3	Scenariusz C – zmiana HRQoL do końca życia .....	81
5.1.4	Scenariusz D – wzrost prawdopodobieństwa zgonu o 20% .....	83
5.1.5	Scenariusz E – spadek prawdopodobieństwa zgonu o 20% .....	85
5.1.6	Scenariusz F – wzrost prawdopodobieństwa hospitalizacji na OIT o 20%....	87
5.1.7	Scenariusz G – spadek prawdopodobieństwa hospitalizacji na OIT o 20%....	89
5.1.8	Scenariusz H – dyskontowanie efektów stopą 5%.....	91
5.1.9	Scenariusz I – brak dyskontowania efektów .....	93
5.2	Probabilistyczna analiza wrażliwości .....	95
5.2.1	Analiza kosztów efektywności .....	96
5.2.2	Analiza kosztów użyteczności .....	97

6.1	Scenariuszowa analiza wrażliwości.....	98
6.1.1	Scenariusz A – zmiana HRQoL tylko dla 1. r.ż. ....	98
6.1.2	Scenariusz B – zmiana HRQoL do 16. r.ż. ....	99

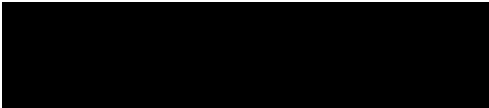
6.1.3	Scenariusz C – zmiana HRQoL do końca życia .....	100
6.1.4	Scenariusz D – wzrost prawdopodobieństwa zgonu o 20% .....	102
6.1.5	Scenariusz E – spadek prawdopodobieństwa zgonu o 20% .....	104
6.1.6	Scenariusz F – wzrost prawdopodobieństwa hospitalizacji na OIT o 20%..	106
6.1.7	Scenariusz G – spadek prawdopodobieństwa hospitalizacji na OIT o 20%.	108
6.1.8	Scenariusz H – dyskontowanie efektów stopą 5%.....	110
6.1.9	Scenariusz I – brak dyskontowania efektów .....	112
6.2	Probabilistyczna analiza wrażliwości .....	114
6.2.1	Analiza kosztów efektywności .....	115
6.2.2	Analiza kosztów użyteczności .....	116
<b>7</b>	<b>Dyskusja wyników i ograniczeń .....</b>	<b>117</b>
<b>8</b>	<b>Podsumowanie i wnioski .....</b>	<b>124</b>
	<b>Aneks 1 – przegląd systematyczny analiz ekonomicznych .....</b>	<b>125</b>
	<b>Aneks 2 – przegląd systematyczny użyteczności .....</b>	<b>140</b>
	<b>Spis tabel.....</b>	<b>145</b>
	<b>Spis rysunków .....</b>	<b>155</b>
	<b>Piśmiennictwo .....</b>	<b>156</b>





## Skróty i akronimy

95% CI	95% przedział ufności (ang. <i>95% confidence interval</i> )
AOTM	Agencja Oceny Technologii Medycznych
b. d.	brak danych
BPD	dysplazja oskrzelowo-płucna (ang. <i>bronchopulmonary dysplasia</i> )
CEAC	krzywa akceptowalności (ang. <i>cost-effectiveness acceptability curve</i> )
CLD	przewlekła choroba płuc (ang. <i>chronic lung disease</i> ) – zdefiniowana jako tlenozależność powyżej 28. dnia od urodzenia
HRQoL	jakość życia związana ze zdrowiem (ang. <i>health-related quality of life</i> )
ICER	inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ang. <i>incremental cost-effectiveness ratio</i> )
ICUR	inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ang. <i>incremental cost-utility ratio</i> )
IQ	rozstęp kwartylowy (ang. <i>interquartile</i> )
LYG	dotaddkowe lata życia (ang. <i>life years gained</i> )
m.c.	masa ciała
n.a.	nie stosuje się
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
OR	iloraz szans (ang. <i>odds ratio</i> )
PSA	probabilistyczna analiza wrażliwości (ang. <i>probabilistic sensitivity analysis</i> )
QALY	lata życia skorygowane o jakość (ang. <i>quality-adjusted life years</i> )
RR	ryzyko względne (ang. <i>relative risk</i> )
RRR	redukcja ryzyka względnego (ang. <i>relative risk reduction</i> )
RSS	mechanizm podziału ryzyka (ang. <i>risk sharing scheme</i> )
RSV	wirus syncytium nabłonka oddechowego (ang. <i>respiratory syncytial virus</i> )
rż.	rok życia
SD	odchylenie standardowe (ang. <i>standard deviation</i> )
SE	błąd standardowy (ang. <i>standard error</i> )
WTP	skłonność do płacenia (ang. <i>willingness to pay</i> )



## Streszczenie

### Cel pracy

[Redacted text block]

### Metody

[Redacted text block]

[Redacted text block]

## Wyniki

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

## Wnioski

[Redacted text block]

---

# 1 Wprowadzenie – analiza problemu decyzyjnego

## 1.1 Wstęp – cel opracowania

Celem niniejszego opracowania jest ocena kosztów oraz kosztów efektywności i kosztów użyteczności stosowania paliwizumabu (Synagis®) w profilaktyce zakażeń RSV w grupie niemowląt wysokiego ryzyka w Polsce wyróżnionych ze względu na następujące, zidentyfikowane w literaturze czynniki ryzyka: wiek urodzeniowy, wiek metrykalny, występowanie przewlekłej choroby płuc oraz posiadanie rodzeństwa w wieku szkolnym.

Niniejsze opracowanie stanowi aktualizację wcześniejszej analizy ekonomicznej przeprowadzonej w ramach tego samego problemu decyzyjnego [25], na podstawie której zidentyfikowano subpopulacje, w których stosowanie profilaktyki paliwizumabem jest uzasadnione z punktu widzenia analizy kosztów efektywności. Aktualizacja poprzedniej analizy objęła następujące elementy modelu:

- cenę leku,
- koszty procedur medycznych,
- ogólną śmiertelność w populacji zadanej tablicami dalszego trwania życia.

Ze względu na brak nowych dowodów naukowych, nie modyfikowano struktury modelu ani parametrów opisujących efektywność profilaktyki i prawdopodobieństwa hospitalizacji i zgonu w analizowanej populacji.

## 1.2 Perspektywa analizy

W zgodzie z zaleceniami Agencji Oceny Technologii Medycznych (AOTM), w opracowaniu przyjęto perspektywę płatnika publicznego, tj. Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) [2]. Przedstawiona analiza jednocześnie obejmuje perspektywę połączoną, tj. płatnika i świadczeniobiorcy, z uwagi na brak elementów w ramach rozważanego problemu klinicznego, generujących koszty bezpośrednio z perspektywy świadczeniobiorcy.

## 1.3 Schemat PICO

Problem decyzyjny analizy został zdefiniowany poniżej wg schematu PICO. Populację docelową (P), w której rozważane jest stosowanie badanej interwencji, stanowią niemowlęta w

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED] a więc pacjentów wysokiego ryzyka infekcji RSV oraz związanej z tym hospitalizacji.

Rozważaną interwencją (I) jest profilaktyczne stosowanie paliwizumabu w dawce 15 mg/kg masy ciała w pięciu kursach. Dokładny opis technologii medycznej oraz dane rejestracyjne leku zamieszczono w przeglądzie systematycznym [19]. Przyjętym w analizie komparatorem (C) jest brak profilaktyki. W analizie jako efekty zdrowotne (O) przyjęto dodatkowe lata życia (LYG) oraz dodatkowe lata życia skorygowane o jakość (QALY).

Tabela 1. Schemat PICO przyjęty w analizie.

	[REDACTED]
(P) Populacja	[REDACTED]
(I) Interwencja	[REDACTED]
(C) Komparator	[REDACTED]
(O) Efekty zdrowotne	[REDACTED]

#### 1.4 Horyzont czasowy analizy

W analizie przyjęto identyczny horyzont czasowy dla pomiaru kosztów i bezpośrednich konsekwencji klinicznych badanej interwencji (tj. częstości hospitalizacji i zgonów), obejmujący czas trwania profilaktyki. Ze względu na krótki horyzont czasowy, nie było potrzeby dyskontowania kosztów – ani w analizie podstawowej, ani w analizie wrażliwości. W opracowaniu jako miarę efektu klinicznego przyjęto dodatkowe lata życia (LYG) oraz lata życia skorygowane o jakość (QALY) uzyskane w wyniku zmniejszonej śmiertelności bezpośrednio w okresie sezonu infekcji RSV. W modelu uwzględniono także możliwy kilkuletni wpływ epizodu hospitalizacji z powodu RSV na obniżenie użyteczności życia. Uzyskane efekty dyskontowano w analizie zgodnie z obowiązującymi wytycznymi AOTM.

[REDACTED]  
[REDACTED]  
[REDACTED]

---

## 1.6 Strategia analityczna

W celu dostarczenia decydentowi informacji o kosztach i skutkach stosowania profilaktyki paliwizumabem w porównaniu z komparatorem – tj. brakiem profilaktyki, przeprowadzono analizę kosztów konsekwencji. Przeprowadzono również łączną analizę kosztów i efektów w postaci dodatkowych lat życia (LYG). Wykonano także analizę kosztów użyteczności, obliczając koszt dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość (QALY). Wyniki analiz kosztów efektywności i kosztów użyteczności przedstawia rozdział 4.2. Wnioskowanie w zakresie opłacalności stosowania profilaktyki oparto na wynikach analizy kosztów użyteczności.

Ze względu na brak badań klinicznych umożliwiających określenie długoterminowych konsekwencji profilaktyki zbudowano model decyzyjny. Strukturę możliwych zdarzeń klinicznych oraz ich częstości w okresie profilaktyki opisano z użyciem drzewa decyzyjnego. Dalsze trwanie życia pacjenta opisane jest poprzez ogólnonarodowe tablice średniego dalszego trwania życia i nie jest bezpośrednio odzwierciedlone w drzewie decyzyjnym.

W literaturze odnaleziono argumenty wskazujące, że korzyści wynikające z profilaktyki zależą od czynników ryzyka, co przekłada się na fakt, że profilaktyka może być wskazana w wyróżnionych podgrupach pacjentów [34]. Z tego względu analizę przeprowadzono w rozbiciu na różne subpopulacje pacjentów wyróżnione ze względu na zidentyfikowane czynniki ryzyka, tj. wiek urodzeniowy, wiek metrykalny, występowanie przewlekłej choroby płuc, posiadanie rodzeństwa w wieku szkolnym. Ponieważ wykorzystanie do selekcji pacjentów objętych profilaktyką ostatniego z tych kryteriów – niemającego charakteru wyłącznie klinicznego – wydaje się niemożliwe z praktycznego punktu widzenia oraz nieetyczne, zasadnicze wnioski oparto na wynikach z pominięciem tego kryterium. Strukturę populacji z rodzeństwem i bez przyjęto na podstawie danych Rocznika Demograficznego GUS, s. 281, o strukturze kolejnych urodzeń [17]. Założono, że odsetek dzieci z rodzeństwem w wieku szkolnym wynosi 49,10%. Dodatkowo, wyniki dla dzieci bez rodzeństwa i z rodzeństwem wyznaczają zakres możliwych wartości dla innej struktury. Pozostałe kryteria, mające bardziej kliniczny charakter, uwzględniono we wnioskowaniu.

W rozdziale 2 przedstawiono założenia dotyczące struktury modelu, zakres uwzględnionych informacji, źródła parametrów oraz przyjęte wartości (w analizie podstawowej i analizie wrażliwości).

---

## 2 Metodyka analizy

Poniżej omówiono szczegółowo konstrukcję modelu wykorzystanego w analizie, w szczególności parametry modelu i niepewność ich oszacowań oraz zakres analizy wrażliwości.

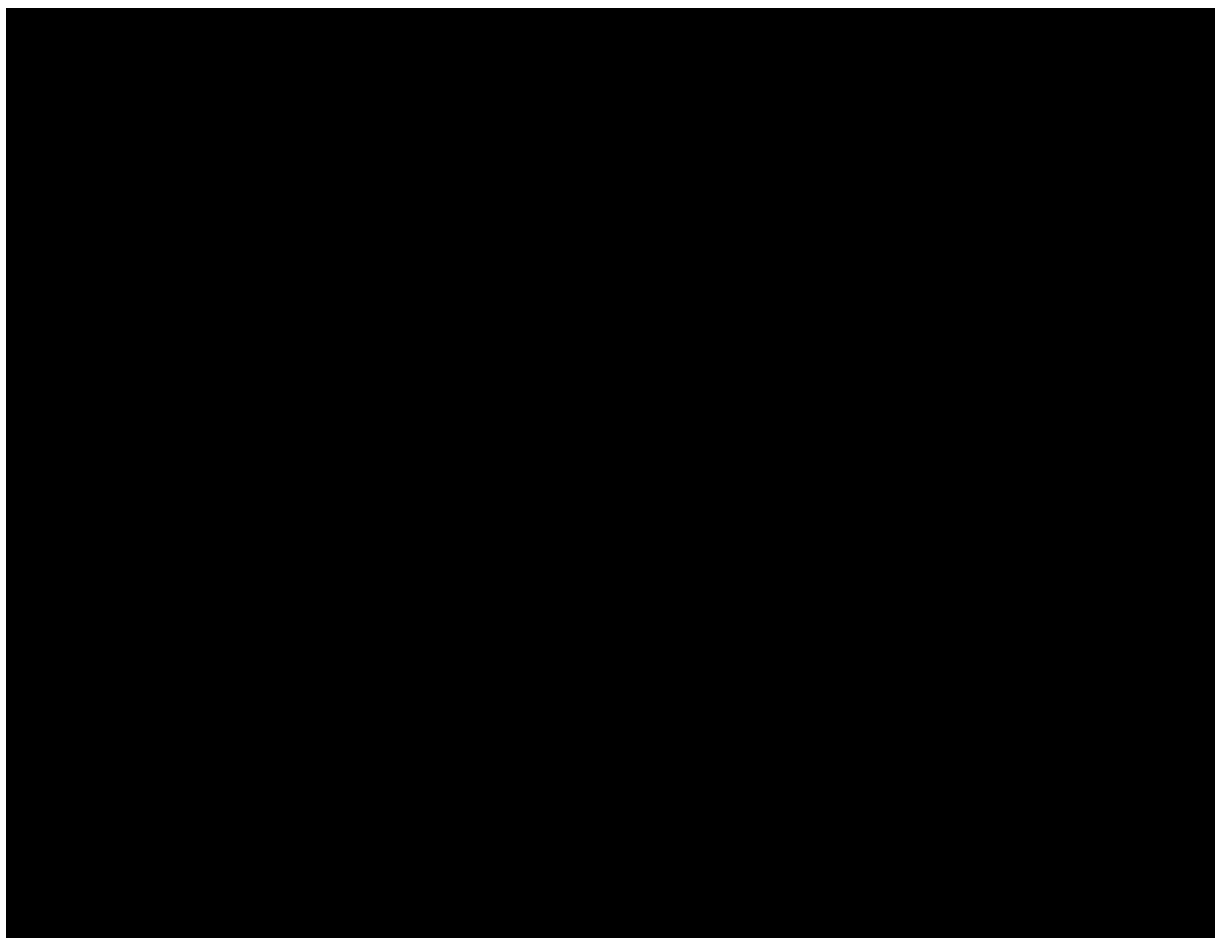
### 2.1 Struktura modelu

W analizie wykorzystano model w postaci drzewa decyzyjnego, w którym z określonym prawdopodobieństwem występują kolejne zdarzenia kliniczne. Drzewo decyzyjne opisuje czas profilaktyki i bezpośrednio po profilaktyce w okresie zwiększonego ryzyka hospitalizacji. W przypadku przeżycia okresu opisanego drzewem decyzyjnym, dalsze ryzyko zgonu określono w oparciu o ogólnonarodowe tablice średniego dalszego trwania życia publikowane przez Główny Urząd Statystyczny [18].

Struktura możliwych zdarzeń klinicznych jest identyczna w gałęzi interwencji i komparatora – zróżnicowane są parametry modelu, to jest prawdopodobieństwa zdarzeń klinicznych (por. rozdz. 2.2.1). Pacjent z powodu infekcji wirusem RSV może być hospitalizowany lub nie. Niewystąpienie hospitalizacji kończy okres opisany drzewem decyzyjnym – dalsze życie pacjenta opisane jest z użyciem tablic średniego dalszego trwania życia GUS. Hospitalizowany pacjent może być leczony tylko na oddziale pediatrycznym lub może trafić na oddział intensywnej terapii i następnie być leczony na oddziale pediatrycznym. W obu przypadkach może wystąpić zgon lub wyzdrowienie. Po wyzdrowieniu dalsze życie pacjenta opisane jest z użyciem tablic średniego dalszego trwania życia GUS. Dalsza oczekiwana długość trwania życia odpowiada średniej w populacji ogólnej dla dziecka w pierwszym roku życia (co prawda niniejsza analiza wykonywana jest dla niemowląt w wieku metrykalnym od 3 do 24 miesięcy, jednak śmiertelność w pierwszych latach życia niemal się nie różni, zaś dalsze lata życia są dyskontowane, zatem założenie to nie wpływa istotnie na wyniki).



Rysunek 1. Struktura drzewa decyzyjnego wykorzystanego w analizie.



## 2.2 Parametry wejściowe modelu

Parametry wejściowe modelu obejmują:

- prawdopodobieństwa wystąpienia zdarzeń klinicznych, tj.:
  - hospitalizacji,
  - hospitalizacji na oddziale intensywnej terapii wśród hospitalizowanych,
  - zgonu wśród hospitalizowanych;
- pozostałe parametry kliniczne, tj.:
  - liczbę dni hospitalizacji na oddziale intensywnej terapii,
  - masę ciała pacjentów wpływającą na stosowane dawki leku;
- dane dotyczące jakości życia, tj.:
  - wartości użyteczności poszczególnych stanów,
  - liczba lat życia, w których użyteczność jest zróżnicowana i zależy od przebiegu profilaktyki;
- dane kosztowe, tj.:
  - koszty profilaktyki,
  - koszty pozostałych procedur medycznych.



Tabela 2. Oszacowane ilorazy szans dla poszczególnych czynników prognostycznych raportowane w badaniach zidentyfikowanych w przeglądzie systematycznym, na podstawie [redacted]

[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
Wiek urodzeniowy	[redacted]	[redacted]	[redacted]
Przewlekła choroba płuc	[redacted]	[redacted]	[redacted]
Rodzeństwo w wieku szkolnym	[redacted]	[redacted]	[redacted]
Wiek metrykalny	[redacted]	[redacted]	[redacted]

Na podstawie powyższych informacji obliczono iloraz szans hospitalizacji w poszczególnych podgrupach w odniesieniu do grupy referencyjnej zdefiniowanej przez następującą kombinację czynników: wiek urodzeniowy 28 tygodni, wiek metrykalny 3 miesiące, brak przewlekłej choroby płuc oraz rodzeństwa w wieku szkolnym z użyciem wzoru:

$$OR = OR_{GA}^{GA-28} \times OR_{AGE}^{AGE-3} \times OR_{CLD}^{CLD} \times OR_{SAS}^{SAS}$$

gdzie:

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

Zwiększenie ilorazu szans OR oznacza zwiększenie ryzyka hospitalizacji, co jest zgodne z obserwacjami klinicznymi: wzrost wieku urodzeniowego zmniejsza ryzyko hospitalizacji, podobnie wzrost wieku metrykalnego, natomiast odwrotny efekt przynosi występowanie przewlekłej choroby płuc oraz posiadanie rodzeństwa w wieku szkolnym.

Ryzyko hospitalizacji w grupie referencyjnej obliczono na podstawie badania Deshpande i wsp. i wyniosło 15,1% [12]. W badaniu tym zaobserwowano częstość hospitalizacji w grupie niemowląt w wieku metrykalnym do 6 miesięcy i wieku urodzeniowym do 28 tygodni równą 12,5%. Przyjmując, że dzieci charakteryzowały się wiekiem uro-

dzeniowym równym 26, 27 i 28 tygodni, oraz przyjmując iloraz szans przedstawiony powyżej, obliczono ryzyko hospitalizacji w wieku urodzeniowym 28 tygodni na poziomie 10,8%. Następnie obliczono częstość hospitalizacji dla niemowląt w wieku metrykalnym do 3 miesięcy, uzyskując wartość 15,1%. Korzystając z tej wartości obliczono prawdopodobieństwo hospitalizacji we wszystkich podgrupach.

Wyniki obliczeń zweryfikowano, obliczając średnie ryzyko hospitalizacji we wszystkich grupach, które wyniosło 11,3% i było zbliżone do obserwowanej w badaniu klinicznym IMPACT-RSV częstości hospitalizacji równej 10,6% [3].

Poniżej w tabelach przedstawiono obliczone według powyższej metodyki i przyjęte w analizie prawdopodobieństwa hospitalizacji w poszczególnych podgrupach.

Tabela 3. Prawdopodobieństwo hospitalizacji z powodu infekcji RSV u dzieci bez przewlekłej choroby płuc, bez rodzeństwa w wieku szkolnym; na podstawie Wang i wsp [34].

	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■

Tabela 4. Prawdopodobieństwo hospitalizacji z powodu infekcji RSV u dzieci z przewlekłą chorobą płuc, bez rodzeństwa w wieku szkolnym; na podstawie Wang i wsp [34].

	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■

Tabela 5. Prawdopodobieństwo hospitalizacji z powodu infekcji RSV u dzieci mających rodzeństwo; na podstawie Wang i wsp [34].

	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■

Tabela 6. Prawdopodobieństwo hospitalizacji z powodu infekcji RSV u dzieci z przewlekłą chorobą płuc mających rodzeństwo; na podstawie Wang i wsp [34].

	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■
	■	■	■	■	■	■

Wielkość redukcji prawdopodobieństwa hospitalizacji w wyniku stosowania paliwizumabu przyjęto na podstawie odnalezionego w ramach przeglądu systematycznego [19, 24] badania IMPACT-RSV [3], które dotyczyło analizowanej populacji dzieci. Do badania kwalifikowano dzieci urodzone  $\leq 35$  Hbd w wieku do 6 miesięcy lub dzieci do 24 miesięcy z klinicznie rozpoznaną dysplazją oskrzelowo-płucną wymagającą leczenia, np. tlenoterapii, steroidoterapii, leków rozszerzających oskrzela lub leków moczopędnych, w ciągu 6 miesięcy poprzedzających kwalifikację do badania. Ostatecznie do badania zakwalifikowano 1502 pacjentów, w tym 854 chłopców (57%) i 648 dziewcząt (43%), z medianą wieku w momencie kwalifikacji do badania wynoszącą 4,4 miesiące (rozstęp kwartyłowy, IQ: 2,6–6,9 miesiąca), urodzonych średnio (mediana) w 29. tygodniu ciąży (IQ: 27-32 tyg.).

Poniższa tabela przedstawia oszacowaną redukcję ryzyka hospitalizacji związaną z zastosowaniem paliwizumabu. Średnią wielkość redukcji ryzyka względnego zastosowano do wszystkich analizowanych podgrup dzieci.

Tabela 7. Redukcja częstości hospitalizacji w wyniku stosowania profilaktyki na podstawie badania IMPACT-RSV [3].

$P(\text{Hospitalizacja}) = \int_{-\infty}^{\infty} \frac{1}{\sigma \sqrt{2\pi}} \exp\left(-\frac{1}{2\sigma^2} \left(\frac{1}{N} \sum_{i=1}^N x_i - \mu\right)^2\right) dx$			

Prawdopodobieństwo hospitalizacji na oddziale intensywnej terapii wśród hospitalizowanych pacjentów obliczono na podstawie łącznej analizy badań [5, 10, 12, 20] zidentyfikowanych w przeglądzie systematycznym Wang i wsp. [34]. W tabeli 8 przedstawiono dane z poszczególnych badań i oszacowaną wartość parametru.

Tabela 8. Częstość hospitalizacji na oddziale intensywnej terapii.

$P(\text{Hospitalizacja}) = \int_{-\infty}^{\infty} \frac{1}{\sigma \sqrt{2\pi}} \exp\left(-\frac{1}{2\sigma^2} \left(\frac{1}{N} \sum_{i=1}^N x_i - \mu\right)^2\right) dx$			

Prawdopodobieństwo zgonu obliczono na podstawie badań Chater i wsp. [8] oraz Stensballe i wsp. [31] zgodnie z wynikami przeglądu systematycznego Wang i wsp. [34] odrębnie dla podgrupy z przewlekłą chorobą płuc i bez tej choroby. Prawdopodobieństwo zostało ujednocnione dla obu gałęzi (to jest stosowania paliwizumabu i braku profilaktyki), ze względu na brak istotnych statystycznie dowodów o wpływie profilaktyki paliwizumabem na ryzyko zgonu i brak wiarygodnych danych pozwalających na zróżnicowanie tych parametrów. Przyjęte podejście należy uznać za konserwatywne.

Tabela 9. Prawdopodobieństwo zgonu w modelu.


Liczbę dni hospitalizacji na oddziale intensywnej terapii przyjęto (podobnie jak w innych opracowaniach ekonomicznych [26, 34]) na podstawie badania IMPCT-RSV [3] na poziomie średnio 1,37 dnia na jednego hospitalizowanego w OIT. Długość hospitalizacji na zwykłym oddziale nie była analizowana z uwagi na sposób rozliczania tej procedury medycznej przez NFZ niezależny od liczby dni hospitalizacji.

### 2.2.2 Użyteczność

W przeprowadzonej analizie kosztów użyteczności wyróżniono dwa stany zdrowia, w których mogą znajdować się pacjenci. I tak, różną użyteczność przypisano stanom: po hospitalizacji związanej z zakażeniem RSV i bez takiej hospitalizacji.

W celu identyfikacji badań, w których oceniano jakość życia w populacji wcześniaków z CLD w stanach uwzględnionych w niniejszej analizie, przeprowadzono systematyczny przegląd piśmiennictwa – patrz Aneks 2 – przegląd systematyczny użyteczności.

Przy estymacji użyteczności związanej ze stanami wyróżnionymi w modelu skorzystano z jedyne go zidentyfikowanego w tym obszarze badania Greenough i wsp. [20], w którym przedstawiono wyniki badania z użyciem formularza Health Utilities Index wśród rodziców pięcioletnich wcześniaków. Mediana poziomu użyteczności wyniosła:

[REDACTED]

Takie same wartości użyteczności przyjęto w innych opracowaniach ekonomicznych [26], w których dodatkowo założono, że powyższe wartości użyteczności stosuje się do 16. roku życia pacjentów, zaś w późniejszym okresie przebieg profilaktyki i ewentualna hospitalizacja RSV nie wpływają na użyteczność. W niniejszej analizie przyjęto założenie zdecydowanie bardziej konserwatywne, tj. niekorzystne dla analizowanej interwencji. Otóż założono, że obniżona użyteczność utrzymuje się do piątego roku życia włącznie. Przyjęcie tej wartości jest bezpieczne ze względu na metodykę zbierania danych w badaniu Greenough i wsp. [20], którym objęto rodziców pięcioletnich dzieci. Tak więc należy oczekiwać, że rzeczywista korzyść stosowania paliwizumabu w QALY jest większa niż uzyskana w analizie podstawowej (różnica użyteczności jest najprawdopodobniej większa w okresie do 5. rż. i utrzymuje się kilka lat po 5. rż.).

W analizie wrażliwości dodatkowo przeprowadzono analizę przy przyjęciu utrzymywania się różnicy w użyteczności zdrowia między hospitalizowanymi i niehospitalizowanymi z powodu RSV dziećmi do 16. rż., podobnie jak w badaniu Nuijten i wsp. [26], oraz do końca trwania życia (jako punkt odniesienia skrajnie korzystny dla analizowanej interwencji). Dodatkowo wykonano także analizę kosztów efektywności, w której jako






Koszt jednego miligramu leku jest zatem niezależny od wielkości fiołki i wynosi

Tabela 11. [Redacted]


Masę ciała uzależniono od wieku skorygowanego, tj. wieku metrykalnego skorygowanego o wiek urodzeniowy. Dla wcześniaków urodzonych przed 24. tygodniem ciąży przyjęto, że zostały urodzone w 24. tygodniu. Dla pozostałych podgrup przyjęto średnią z przyjętego przedziału wieku urodzeniowego. Dla wcześniaków w wieku metrykalnym do 3 miesięcy przyjęto, że ich wiek metrykalny jest równy 3 miesiące. Dla pozostałych podgrup przyjęto średnią z przedziału wieku metrykalnego.

Z uwagi na takie podejście w niniejszej analizie nie uwzględniono wprost wzrostu masy ciała w czasie trwania profilaktyki. W rzeczywistości należy oczekiwać, że noworodki będą włączane do profilaktyki w najwcześniejszym możliwym momencie, tj. będą raczej włączane w wieku z dolnej granicy przedziału wiekowego.<sup>1</sup> W tym sensie przyjęcie środka przedziału wieku uwzględni wzrost masy ciała. Uwzględnienie faktu, że niektóre dzieci będą włączane do profilaktyki w momencie, gdy będą starsze, wymagałoby

<sup>1</sup> Może wystąpić pewne opóźnienie we włączaniu dla najmłodszych dzieci (do 3 miesięcy) z uwagi na konieczność stwierdzenia tlenoterapii, dlatego dla tych dzieci jako wiek na potrzeby określenia masy ciała przyjęto górną granicę przedziału (tj. 3 miesiące).

[REDACTED]

---

przyjęcia dokładniejszej skali dla kryterium wieku metrykalnego, co nie jest możliwe w świetle dostępnych danych klinicznych o wpływie tego czynnika na ryzyko hospitalizacji z powodu RSV.

Ponadto można oczekiwać, że w praktyce klinicznej część dzieci otrzyma w rzeczywistości mniej niż 5 dawek paliwizumabu – czy to z uwagi na zakończenie sezonu szczepień, czy też przyczyny kliniczne. Na potrzeby analizy przyjęto konserwatywnie założenie podania 5 kursów profilaktyki, ale próba uwzględnienia wzrostu masy ciała w trakcie trwania sezonu powinna być skompensowana uwzględnieniem praktyki klinicznej w zakresie czasu trwania profilaktyki.

Masę ciała dziecka z CLD w 29 tyg. przyjęto na podstawie danych z sezonu 2010/2011 [REDACTED] i wynosi ona [REDACTED]. W analizie przyjęto, że przyrost masy wynosi średnio [REDACTED] miesięcznie dla dzieci młodszych niż 29 tyg. życia (czyli ok. [REDACTED], niezależnie czy jest to tydzień ciąży czy też tydzień po urodzeniu) oraz średnio [REDACTED] dla dzieci starszych. W przypadku dzieci bez CLD masę skorygowano [REDACTED] w celu zrównoważenia różnicy dla 40 tyg. noworodka do średniej masy noworodka w Polsce [REDACTED]. Po skorygowaniu wartość ta wynosi [REDACTED]. Przyjęte założenia odpowiadają danym publikowanym w doniesieniach literaturowych [16, 30]. W analizie przyjęto minimalną masę ciała równą [REDACTED].

#### **2.2.4.2 Koszty kwalifikacji i podania leku**

[REDACTED]

#### **2.2.4.3 Koszty procedur medycznych**

[REDACTED]

[Redacted content]

Tabela 12. Zestawienie kosztów procedur medycznych uwzględnionych w analizie.

[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

### 2.2.5 Dyskontowanie

W analizie wszystkie koszty ponoszone są w ciągu kilku pierwszych miesięcy, tak więc nie pojawia się kwestia ich dyskontowania – ani w analizie podstawowej, ani w analizie wrażliwości. W analizie podstawowej efekty dyskontowano na poziomie zalecanym w wytycznych AOTM [2], tj. 3,5% dla efektów. Dodatkowo w analizie wrażliwości przyjęto stopę dyskontową dla efektów równą 5% i 0%.



(wartości zerowe kosztów i prawdopodobieństw, te same wartości dla interwencji i komparatora). Nie odnaleziono alternatywnych – poza adaptowanym – modeli, dlatego nie przeprowadzono analizy konwergencji. Ponieważ nie odnaleziono wyników długotrwałych badań oceniających interwencję, nie przeprowadzono walidacji zewnętrznej modelu.

## 2.5 Zakres analizy wrażliwości

Aby zweryfikować wpływ założeń na uzyskiwane wyniki, przeprowadzono analizę wrażliwości. Po pierwsze, przeprowadzono analizę scenariuszową obejmującą alternatywne założenia i zestawy parametrów. Po drugie, uwzględniono ilościową niepewność oszacowań parametrów wejściowych, przeprowadzając wieloczynnikową probabilistyczną analizę wrażliwości, w której uwzględniono niepewność II rodzaju generując wartości wejściowe parametrów z rozkładów wokół wartości średnich.

### 2.5.1 Analiza scenariuszowa

Analizę scenariuszową przeprowadzono ze względu na kilka elementów. Rozważane scenariusze zestawiono w tabeli poniżej.

Tabela 14. Scenariusze przyjęte w analizie wrażliwości.

■		
■		
■		
■		
■		
■		
■		
■		
■		
■		

## 2.5.2 Probabilistyczna analiza wrażliwości

Metodą Monte Carlo przeprowadzono probabilistyczną analizę wrażliwości, generując losowo wartości parametrów wokół wartości średniej użytej w analizie podstawowej. Losowane parametry obejmowały:

- niepewność oszacowań podstawowego parametru różnicującego grupę interwencji z grupą komparatora, tj. redukcji prawdopodobieństwa hospitalizacji w grupie stosującej profilaktykę,
- prawdopodobieństwo hospitalizacji na OIT (wspólne dla grupy interwencji i komparatora).

Przeprowadzono probabilistyczną analizę wrażliwości, używając metody Monte Carlo i generując losowo dla 10 tys. powtórzeń wartości parametrów z rozkładu wokół średniej. Rozkłady przyjęte w analizie probabilistycznej przedstawia tabela poniżej.

Tabela 15. Rozkłady przyjęte w probabilistycznej analizie wrażliwości (por. Tabela 7 i Tabela 8).



Ze względu na analizę podgrup, wyniki przedstawiono w tabelach kolejno dla dzieci:

- bez przewlekłej choroby płuc i bez rodzeństwa w wieku szkolnym,
- z przewlekłą chorobą płuc i bez rodzeństwa w wieku szkolnym,
- bez przewlekłej choroby płuc, z rodzeństwem w wieku szkolnym,
- z przewlekłą chorobą płuc i z rodzeństwem w wieku szkolnym,
- bez przewlekłej choroby płuc, niezależnie od posiadania rodzeństwa w wieku szkolnym,
- z przewlekłą chorobą płuc, niezależnie od posiadania rodzeństwa w wieku szkolnym.

W analizie podstawowej przedstawiono informacyjnie wyniki dla wszystkich możliwych do wyróżnienia subpopulacji. W dalszej części, tj. w analizie wrażliwości, wyniki przedstawiano dla subpopulacji docelowych z punktu widzenia niniejszej analizy, tj. dzieci z dysplazją oskrzelowo-płucną, bez uwzględnienia kryterium rodzeństwa (por. rozdz. 1.6).









































### 3.2.2 Analiza kosztów użyteczności

Tabela 76. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc i bez rodzeństwa w wieku szkolnym.

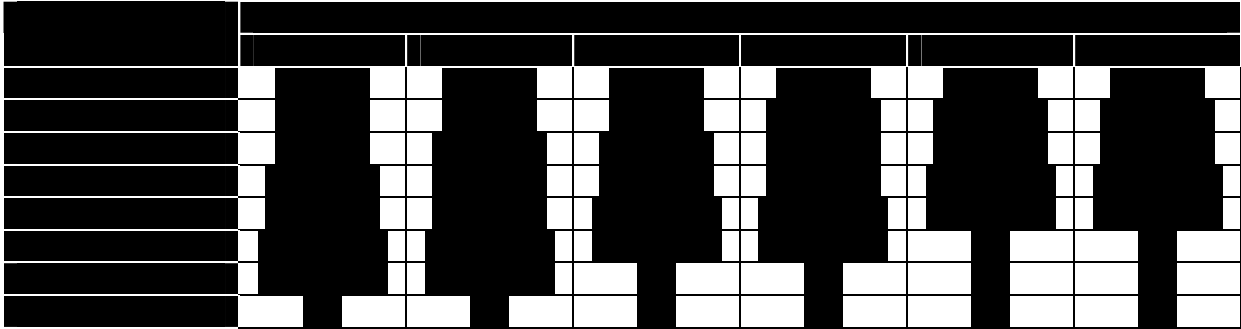


Tabela 77. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc i bez rodzeństwa w wieku szkolnym.

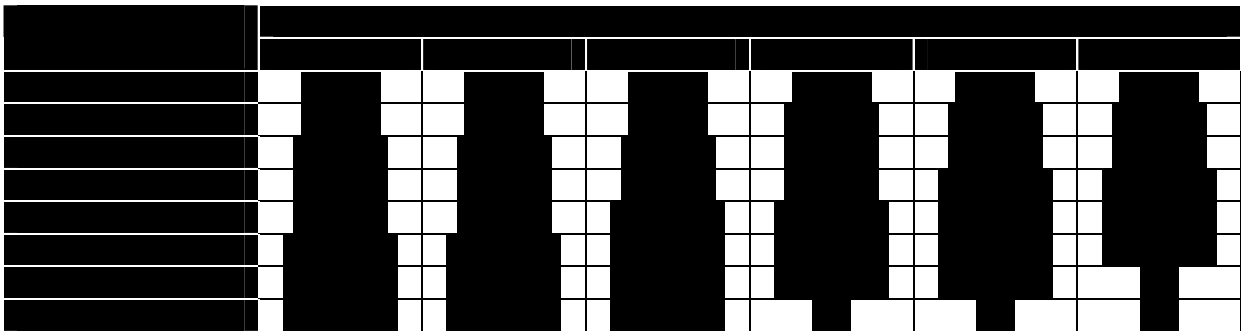
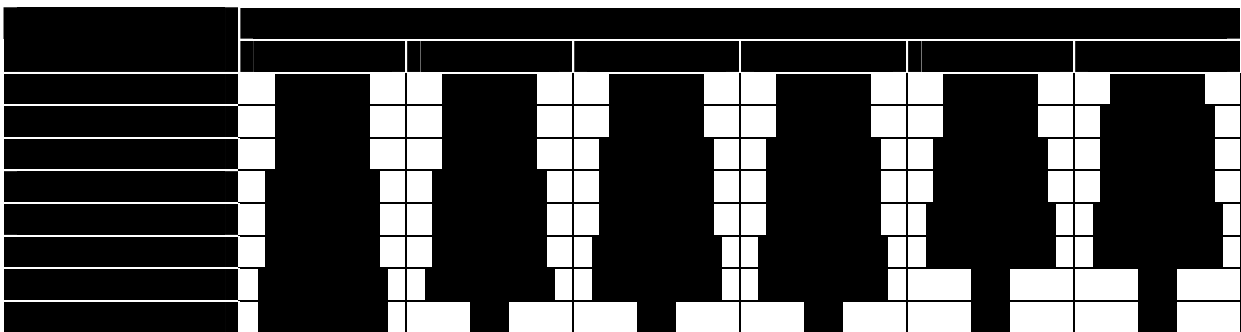


Tabela 78. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, z rodzeństwem w wieku szkolnym.









[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Ze względu na analizę podgrup, wyniki przedstawiono w tabelach kolejno dla dzieci:

- bez przewlekłej choroby płuc i bez rodzeństwa w wieku szkolnym,
- z przewlekłą chorobą płuc i bez rodzeństwa w wieku szkolnym,
- bez przewlekłej choroby płuc, z rodzeństwem w wieku szkolnym,
- z przewlekłą chorobą płuc i z rodzeństwem w wieku szkolnym,
- bez przewlekłej choroby płuc, niezależnie od posiadania rodzeństwa w wieku szkolnym,
- z przewlekłą chorobą płuc, niezależnie od posiadania rodzeństwa w wieku szkolnym.

W przypadku uwzględnienia mechanizmu dzielenia ryzyka uzyskane wyniki są identyczne, jak te w przypadku analizy progowej bez mechanizmu dzielenia ryzyka. Podobnie jak dla analizy bez mechanizmu dzielenia ryzyka, dla analizy podstawowej przedstawiono wyniki także dla dzieci bez dysplazji oskrzelowo-płucnej i z wykorzystaniem kryterium posiadania rodzeństwa w wieku szkolnym.













### 4.1.2.3 Konsekwencje – QALY

Tabela 103. Średnie efekty (QALY) w przypadku braku profilaktyki.



Tabela 104. Średnie efekty (QALY) w przypadku stosowania profilaktyki.



Tabela 105. Zmiana efektów (QALY) w wyniku stosowania profilaktyki.



#### 4.1.3.2 Konsekwencje - LYG

Tabela 109. Średnie efekty (LYG) w przypadku braku profilaktyki.

This bar chart displays the average LYG (Loss of Years Gained) for seven countries: Australia, Canada, France, Germany, Italy, Spain, and the United States. The y-axis represents LYG, ranging from 0 to 100. The x-axis lists the countries. Each bar is divided into two segments: a black segment representing the primary effect and a white segment representing the secondary effect. The total height of each bar indicates the total average LYG for that country in the absence of prophylaxis.

Państwo	Wpływ pierwotny (czarna część)	Wpływ wtórny (biała część)	Łączny wpływ (całkowita wysokość)
Australia	~45	~55	~100
Canada	~45	~55	~100
France	~45	~55	~100
Germany	~45	~55	~100
Italy	~45	~55	~100
Spain	~45	~55	~100
USA	~45	~55	~100

Tabela 110. Średnie efekty (LYG) w przypadku stosowania profilaktyki.

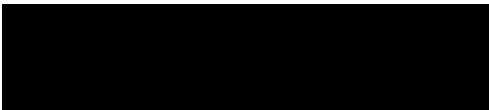
This bar chart displays the average LYG (Loss of Years Gained) for seven countries: Australia, Canada, France, Germany, Italy, Spain, and the United States, after the application of prophylaxis. The y-axis represents LYG, ranging from 0 to 100. The x-axis lists the countries. Each bar is divided into two segments: a black segment representing the primary effect and a white segment representing the secondary effect. The total height of each bar indicates the total average LYG for that country with prophylaxis.

Państwo	Wpływ pierwotny (czarna część)	Wpływ wtórny (biała część)	Łączny wpływ (całkowita wysokość)
Australia	~45	~55	~100
Canada	~45	~55	~100
France	~45	~55	~100
Germany	~45	~55	~100
Italy	~45	~55	~100
Spain	~45	~55	~100
USA	~45	~55	~100

Tabela 111. Zmiana efektów (LYG) w wyniku stosowania profilaktyki.

This bar chart displays the change in LYG (Loss of Years Gained) for seven countries: Australia, Canada, France, Germany, Italy, Spain, and the United States, resulting from the application of prophylaxis. The y-axis represents LYG, ranging from 0 to 100. The x-axis lists the countries. Each bar is divided into two segments: a black segment representing the primary effect and a white segment representing the secondary effect. The total height of each bar indicates the total change in LYG for that country.

Państwo	Wpływ pierwotny (czarna część)	Wpływ wtórny (biała część)	Łączny wpływ (całkowita wysokość)
Australia	~45	~55	~100
Canada	~45	~55	~100
France	~45	~55	~100
Germany	~45	~55	~100
Italy	~45	~55	~100
Spain	~45	~55	~100
USA	~45	~55	~100



### 4.1.3.3 Konsekwencje – QALY

Tabela 112. Średnie efekty (QALY) w przypadku braku profilaktyki.



Tabela 113. Średnie efekty (QALY) w przypadku stosowania profilaktyki.



Tabela 114. Zmiana efektów (QALY) w wyniku stosowania profilaktyki.







#### 4.1.4.3 Konsekwencje – QALY

Tabela 121. Średnie efekty (QALY) w przypadku braku profilaktyki.



Tabela 122. Średnie efekty (QALY) w przypadku stosowania profilaktyki.



Tabela 123. Zmiana efektów (QALY) w wyniku stosowania profilaktyki.



#### 4.1.5.2 Konsekwencje - LYG

Tabela 127. Średnie efekty (LYG) w przypadku braku profilaktyki.

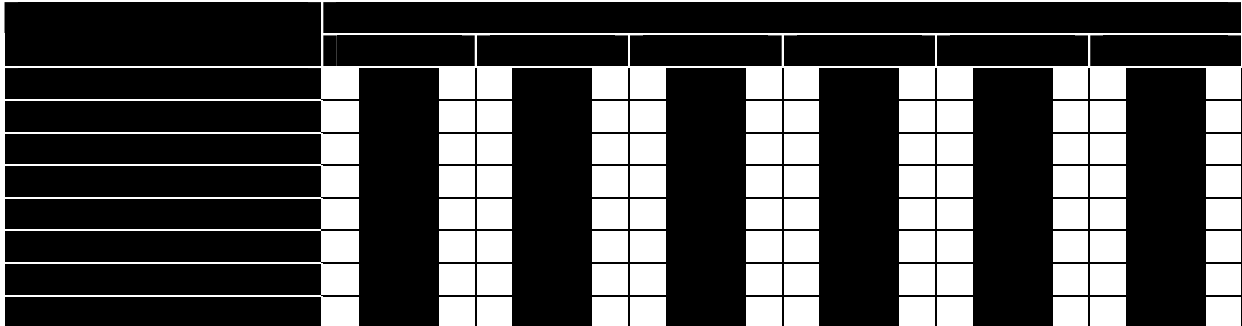


Tabela 128. Średnie efekty (LYG) w przypadku stosowania profilaktyki.

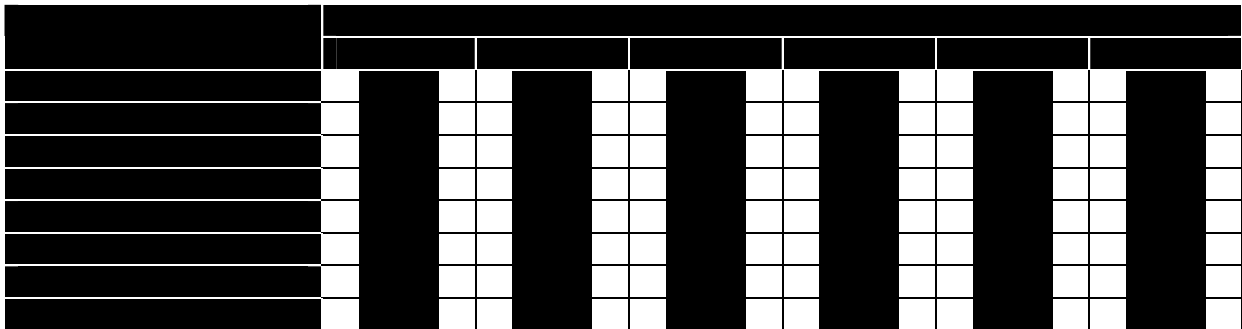
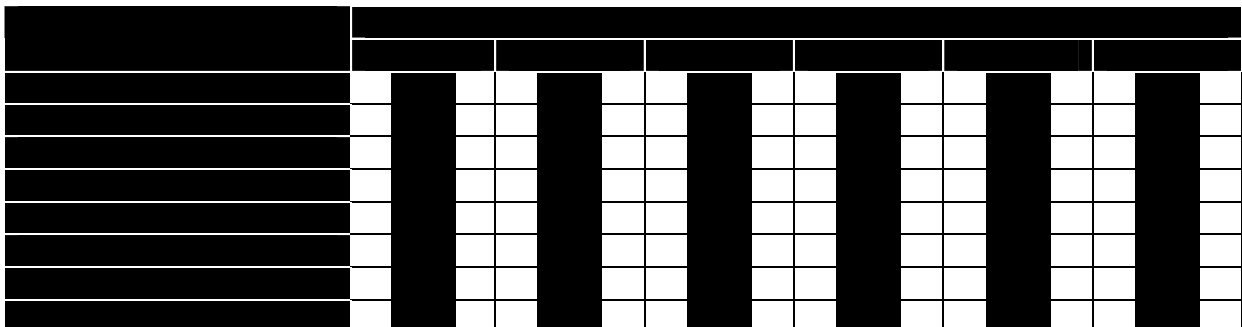


Tabela 129. Zmiana efektów (LYG) w wyniku stosowania profilaktyki.





#### 4.1.6 Grupa z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia posiadania rodzeństwa w wieku szkolnym

##### 4.1.6.1 Koszty

Tabela 133. Średnie koszty w przypadku braku profilaktyki.

	Średnie koszty w przypadku braku profilaktyki					
	Średnie koszty	Min	Max	Średnie koszty	Min	Max
Średnie koszty						
Min						
Max						
Średnie koszty						
Min						
Max						
Średnie koszty						
Min						
Max						

Tabela 134. Średnie koszty w przypadku stosowania profilaktyki.

	Średnie koszty w przypadku stosowania profilaktyki					
	Średnie koszty	Min	Max	Średnie koszty	Min	Max
Średnie koszty						
Min						
Max						
Średnie koszty						
Min						
Max						
Średnie koszty						
Min						
Max						

Tabela 135. Zmiana kosztów w wyniku stosowania profilaktyki.

	Zmiana kosztów w wyniku stosowania profilaktyki					
	Średnie koszty	Min	Max	Średnie koszty	Min	Max
Średnie koszty						
Min						
Max						
Średnie koszty						
Min						
Max						
Średnie koszty						
Min						
Max						



### 4.1.6.3 Konsekwencje – QALY

Tabela 139. Średnie efekty (QALY) w przypadku braku profilaktyki.



Tabela 140. Średnie efekty (QALY) w przypadku stosowania profilaktyki.



Tabela 141. Zmiana efektów (QALY) w wyniku stosowania profilaktyki.



## 4.2 Analiza kosztów efektywności i kosztów użyteczności

W tabelach poniżej zestawiono inkrementalne współczynniki kosztów efektywności (ICER) dla analizy kosztów efektywności (tj. wykorzystując LYG jako miarę efektu) i inkrementalne współczynniki kosztów użyteczności (ICUR) dla analizy kosztów użyteczności (tj. wykorzystując QALY jako miarę efektu).

Wnioskowanie dotyczące kosztowej efektywności profilaktyki jest prowadzone na podstawie wyników analizy kosztów użyteczności z pominięciem kryterium posiadania rodzeństwa w wieku szkolnym. Pozostałe informacje pozostawiono w raporcie, aby zilustrować























### 5.1.2.3 Analiza progowa dla analizy kosztów użyteczności

Tabela 166. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

Tabela 167. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

### 5.1.3 Scenariusz C - zmiana HRQoL do końca życia

#### 5.1.3.1 Analiza kosztów efektywności

W tym scenariuszu wyniki są takie same, jak dla analizy podstawowej.



### 5.1.3.3 Analiza progowa dla analizy kosztów użyteczności

Tabela 170. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Cena progowa (netto)					
	1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1	1
21	1	1	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1	1
23	1	1	1	1	1	1
24	1	1	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1
26	1	1	1	1	1	1
27	1	1	1	1	1	1
28	1	1	1	1	1	1
29	1	1	1	1	1	1
30	1	1	1	1	1	1
31	1	1	1	1	1	1
32	1	1	1	1	1	1
33	1	1	1	1	1	1
34	1	1	1	1	1	1
35	1	1	1	1	1	1
36	1	1	1	1	1	1
37	1	1	1	1	1	1
38	1	1	1	1	1	1
39	1	1	1	1	1	1
40	1	1	1	1	1	1
41	1	1	1	1	1	1
42	1	1	1	1	1	1
43	1	1	1	1	1	1
44	1	1	1	1	1	1
45	1	1	1	1	1	1
46	1	1	1	1	1	1
47	1	1	1	1	1	1
48	1	1	1	1	1	1
49	1	1	1	1	1	1
50	1	1	1	1	1	1
51	1	1	1	1	1	1
52	1	1	1	1	1	1
53	1	1	1	1	1	1
54	1	1	1	1	1	1
55	1	1	1	1	1	1
56	1	1	1	1	1	1
57	1	1	1	1	1	1
58	1	1	1	1	1	1
59	1	1	1	1	1	1
60	1	1	1	1	1	1
61	1	1	1	1	1	1
62	1	1	1	1	1	1
63	1	1	1	1	1	1
64	1	1	1	1	1	1
65	1	1	1	1	1	1
66	1	1	1	1	1	1
67	1	1	1	1	1	1
68	1	1	1	1	1	1
69	1	1	1	1	1	1
70	1	1	1	1	1	1
71	1	1	1	1	1	1
72	1	1	1	1	1	1
73	1	1	1	1	1	1
74	1	1	1	1	1	1
75	1	1	1	1	1	1
76	1	1	1	1	1	1
77	1	1	1	1	1	1
78	1	1	1	1	1	1
79	1	1	1	1	1	1
80	1	1	1	1	1	1
81	1	1	1	1	1	1
82	1	1	1	1	1	1
83	1	1	1	1	1	1
84	1	1	1	1	1	1
85	1	1	1	1	1	1
86	1	1	1	1	1	1
87	1	1	1	1	1	1
88	1	1	1	1	1	1
89	1	1	1	1	1	1
90	1	1	1	1	1	1
91	1	1	1	1	1	1
92	1	1	1	1	1	1
93	1	1	1	1	1	1
94	1	1	1	1	1	1
95	1	1	1	1	1	1
96	1	1	1	1	1	1
97	1	1	1	1	1	1
98	1	1	1	1	1	1
99	1	1	1	1	1	1
100	1	1	1	1	1	1

Tabela 171. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Cena progowa (netto)					
	1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1	1
21	1	1	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1	1
23	1	1	1	1	1	1
24	1	1	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1
26	1	1	1	1	1	1
27	1	1	1	1	1	1
28	1	1	1	1	1	1
29	1	1	1	1	1	1
30	1	1	1	1	1	1
31	1	1	1	1	1	1
32	1	1	1	1	1	1
33	1	1	1	1	1	1
34	1	1	1	1	1	1
35	1	1	1	1	1	1
36	1	1	1	1	1	1
37	1	1	1	1	1	1
38	1	1	1	1	1	1
39	1	1	1	1	1	1
40	1	1	1	1	1	1
41	1	1	1	1	1	1
42	1	1	1	1	1	1
43	1	1	1	1	1	1
44	1	1	1	1	1	1
45	1	1	1	1	1	1
46	1	1	1	1	1	1
47	1	1	1	1	1	1
48	1	1	1	1	1	1
49	1	1	1	1	1	1
50	1	1	1	1	1	1
51	1	1	1	1	1	1
52	1	1	1	1	1	1
53	1	1	1	1	1	1
54	1	1	1	1	1	1
55	1	1	1	1	1	1
56	1	1	1	1	1	1
57	1	1	1	1	1	1
58	1	1	1	1	1	1
59	1	1	1	1	1	1
60	1	1	1	1	1	1
61	1	1	1	1	1	1
62	1	1	1	1	1	1
63	1	1	1	1	1	1
64	1	1	1	1	1	1
65	1	1	1	1	1	1
66	1	1	1	1	1	1
67	1	1	1	1	1	1
68	1	1	1	1	1	1
69	1	1	1	1	1	1
70	1	1	1	1	1	1
71	1	1	1	1	1	1
72	1	1	1	1	1	1
73	1	1	1	1	1	1
74	1	1	1	1	1	1
75	1	1	1	1	1	1
76	1	1	1	1	1	1
77	1	1	1	1	1	1
78	1	1	1	1	1	1
79	1	1	1	1	1	1
80	1	1	1	1	1	1
81	1	1	1	1	1	1
82	1	1	1	1	1	1
83	1	1	1	1	1	1
84	1	1	1	1	1	1
85	1	1	1	1	1	1
86	1	1	1	1	1	1
87	1	1	1	1	1	1
88	1	1	1	1	1	1
89	1	1	1	1	1	1
90	1	1	1	1	1	1
91	1	1	1	1	1	1
92	1	1	1	1	1	1
93	1	1	1	1	1	1
94	1	1	1	1	1	1
95	1	1	1	1	1	1
96	1	1	1	1	1	1
97	1	1	1	1	1	1
98	1	1	1	1	1	1
99	1	1	1	1	1	1
100	1	1	1	1	1	1

### 5.1.4 Scenariusz D - wzrost prawdopodobieństwa zgonu o 20%

#### 5.1.4.1 Analiza kosztów efektywności

Tabela 172. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	ICER					
	1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1



### 5.1.4.3 Analiza progowa dla analizy kosztów użyteczności

Tabela 176. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Cena progowa (netto)					
	1	2	3	4	5	6

Tabela 177. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Cena progowa (netto)					
	1	2	3	4	5	6

### 5.1.5 Scenariusz E – spadek prawdopodobieństwa zgonu o 20%

#### 5.1.5.1 Analiza kosztów efektywności

Tabela 178. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	ICER					
	1	2	3	4	5	6



### 5.1.5.3 Analiza progowa dla analizy kosztów użyteczności

Tabela 182. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Cena progowa (netto)					
	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						
61						
62						
63						
64						
65						
66						
67						
68						
69						
70						
71						
72						
73						
74						
75						
76						
77						
78						
79						
80						
81						
82						
83						
84						
85						
86						
87						
88						
89						
90						
91						
92						
93						
94						
95						
96						
97						
98						
99						
100						

Tabela 183. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Cena progowa (netto)					
	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						
61						
62						
63						
64						
65						
66						
67						
68						
69						
70						
71						
72						
73						
74						
75						
76						
77						
78						
79						
80						
81						
82						
83						
84						
85						
86						
87						
88						
89						
90						
91						
92						
93						
94						
95						
96						
97						
98						
99						
100						

### 5.1.6 Scenariusz F – wzrost prawdopodobieństwa hospitalizacji na OIT o 20%

#### 5.1.6.1 Analiza kosztów efektywności

Tabela 184. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	ICER					
	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						









### 5.1.7.3 Analiza progowa dla analizy kosztów użyteczności

Tabela 194. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Cena progowa (netto)					
	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						
61						
62						
63						
64						
65						
66						
67						
68						
69						
70						
71						
72						
73						
74						
75						
76						
77						
78						
79						
80						
81						
82						
83						
84						
85						
86						
87						
88						
89						
90						
91						
92						
93						
94						
95						
96						
97						
98						
99						
100						

Tabela 195. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Cena progowa (netto)					
	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						
61						
62						
63						
64						
65						
66						
67						
68						
69						
70						
71						
72						
73						
74						
75						
76						
77						
78						
79						
80						
81						
82						
83						
84						
85						
86						
87						
88						
89						
90						
91						
92						
93						
94						
95						
96						
97						
98						
99						
100						

### 5.1.8 Scenariusz H - dyskontowanie efektów stopą 5%

#### 5.1.8.1 Analiza kosztów efektywności

Tabela 196. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	ICER					
	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						







### 5.1.9.3 Analiza progowa dla analizy kosztów użyteczności

Tabela 206. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Cena progowa (netto)					
	1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1	1
21	1	1	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1	1
23	1	1	1	1	1	1
24	1	1	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1
26	1	1	1	1	1	1
27	1	1	1	1	1	1
28	1	1	1	1	1	1
29	1	1	1	1	1	1
30	1	1	1	1	1	1
31	1	1	1	1	1	1
32	1	1	1	1	1	1
33	1	1	1	1	1	1
34	1	1	1	1	1	1
35	1	1	1	1	1	1
36	1	1	1	1	1	1
37	1	1	1	1	1	1
38	1	1	1	1	1	1
39	1	1	1	1	1	1
40	1	1	1	1	1	1
41	1	1	1	1	1	1
42	1	1	1	1	1	1
43	1	1	1	1	1	1
44	1	1	1	1	1	1
45	1	1	1	1	1	1
46	1	1	1	1	1	1
47	1	1	1	1	1	1
48	1	1	1	1	1	1
49	1	1	1	1	1	1
50	1	1	1	1	1	1

Tabela 207. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Cena progowa (netto)					
	1	2	3	4	5	6
1	1	1	1	1	1	1
2	1	1	1	1	1	1
3	1	1	1	1	1	1
4	1	1	1	1	1	1
5	1	1	1	1	1	1
6	1	1	1	1	1	1
7	1	1	1	1	1	1
8	1	1	1	1	1	1
9	1	1	1	1	1	1
10	1	1	1	1	1	1
11	1	1	1	1	1	1
12	1	1	1	1	1	1
13	1	1	1	1	1	1
14	1	1	1	1	1	1
15	1	1	1	1	1	1
16	1	1	1	1	1	1
17	1	1	1	1	1	1
18	1	1	1	1	1	1
19	1	1	1	1	1	1
20	1	1	1	1	1	1
21	1	1	1	1	1	1
22	1	1	1	1	1	1
23	1	1	1	1	1	1
24	1	1	1	1	1	1
25	1	1	1	1	1	1
26	1	1	1	1	1	1
27	1	1	1	1	1	1
28	1	1	1	1	1	1
29	1	1	1	1	1	1
30	1	1	1	1	1	1
31	1	1	1	1	1	1
32	1	1	1	1	1	1
33	1	1	1	1	1	1
34	1	1	1	1	1	1
35	1	1	1	1	1	1
36	1	1	1	1	1	1
37	1	1	1	1	1	1
38	1	1	1	1	1	1
39	1	1	1	1	1	1
40	1	1	1	1	1	1
41	1	1	1	1	1	1
42	1	1	1	1	1	1
43	1	1	1	1	1	1
44	1	1	1	1	1	1
45	1	1	1	1	1	1
46	1	1	1	1	1	1
47	1	1	1	1	1	1
48	1	1	1	1	1	1
49	1	1	1	1	1	1
50	1	1	1	1	1	1

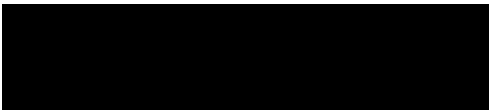
## 5.2 Probabilistyczna analiza wrażliwości

Metodą Monte Carlo przeprowadzono probabilistyczną analizę wrażliwości. Analizę ograniczono do dzieci z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia kryterium posiadania rodzeństwa. Metodą percentylową obliczono 95% przedziały ufności dla współczynników ICER i ICUR, które umieszczono w tabelach w rozbiu na analizowane podgrupy pacjentów ze względu na wiek urodzeniowy i metrykalny.









Poniżej zaprezentowano wyniki analizy wrażliwości według założeń przedstawionych w rozdziale 2.5. W pierwszej kolejności przedstawiono wyniki analizy scenariuszowej. W łącznych zestawieniach – analogicznych do wyników analizy podstawowej – zaprezentowano wyniki analizy koszty-konsekwencje i koszty-żyteczność. W dalszej kolejności przedstawiono rezultaty probabilistycznej analizy wrażliwości. Dyskusję uzyskanych wyników zawarto w kolejnym rozdziale.

## 6.1 Scenariuszowa analiza wrażliwości

### 6.1.1 Scenariusz A – zmiana HRQoL tylko dla 1. r.ż.

#### 6.1.1.1 Analiza kosztów efektywności

W tym scenariuszu wyniki są takie same, jak dla analizy podstawowej.

#### 6.1.1.2 Analiza kosztów użyteczności

Tabela 210. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Scenariusz A – zmiana HRQoL tylko dla 1. r.ż.											
	Wariant 1			Wariant 2			Wariant 3			Wariant 4		
Wariant 1												
Wariant 2												
Wariant 3												
Wariant 4												
Wariant 5												
Wariant 6												
Wariant 7												
Wariant 8												
Wariant 9												
Wariant 10												
Wariant 11												
Wariant 12												
Wariant 13												
Wariant 14												
Wariant 15												
Wariant 16												
Wariant 17												
Wariant 18												
Wariant 19												
Wariant 20												
Wariant 21												
Wariant 22												
Wariant 23												
Wariant 24												
Wariant 25												
Wariant 26												
Wariant 27												
Wariant 28												
Wariant 29												
Wariant 30												
Wariant 31												
Wariant 32												
Wariant 33												
Wariant 34												
Wariant 35												
Wariant 36												
Wariant 37												
Wariant 38												
Wariant 39												
Wariant 40												
Wariant 41												
Wariant 42												
Wariant 43												
Wariant 44												
Wariant 45												
Wariant 46												
Wariant 47												
Wariant 48												
Wariant 49												
Wariant 50												
Wariant 51												
Wariant 52												
Wariant 53												
Wariant 54												
Wariant 55												
Wariant 56												
Wariant 57												
Wariant 58												
Wariant 59												
Wariant 60												
Wariant 61												
Wariant 62												
Wariant 63												
Wariant 64												
Wariant 65												
Wariant 66												
Wariant 67												
Wariant 68												
Wariant 69												
Wariant 70												
Wariant 71												
Wariant 72												
Wariant 73												
Wariant 74												
Wariant 75												
Wariant 76												
Wariant 77												
Wariant 78												
Wariant 79												
Wariant 80												
Wariant 81												
Wariant 82												
Wariant 83												
Wariant 84												
Wariant 85												
Wariant 86												
Wariant 87												
Wariant 88												
Wariant 89												
Wariant 90												
Wariant 91												
Wariant 92												
Wariant 93												
Wariant 94												
Wariant 95												
Wariant 96												
Wariant 97												
Wariant 98												
Wariant 99												
Wariant 100												

Tabela 211. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Scenariusz A – zmiana HRQoL tylko dla 1. r.ż.											
	Wariant 1			Wariant 2			Wariant 3			Wariant 4		
Wariant 1												
Wariant 2												
Wariant 3												
Wariant 4												
Wariant 5												
Wariant 6												
Wariant 7												
Wariant 8												
Wariant 9												
Wariant 10												
Wariant 11												
Wariant 12												
Wariant 13												
Wariant 14												
Wariant 15												
Wariant 16												
Wariant 17												
Wariant 18												
Wariant 19												
Wariant 20												
Wariant 21												
Wariant 22												
Wariant 23												
Wariant 24												
Wariant 25												
Wariant 26												
Wariant 27												
Wariant 28												
Wariant 29												
Wariant 30												
Wariant 31												
Wariant 32												
Wariant 33												
Wariant 34												
Wariant 35												
Wariant 36												
Wariant 37												
Wariant 38												
Wariant 39												
Wariant 40												
Wariant 41												
Wariant 42												
Wariant 43												
Wariant 44												
Wariant 45												
Wariant 46												
Wariant 47												
Wariant 48												
Wariant 49												
Wariant 50												
Wariant 51												
Wariant 52												
Wariant 53												
Wariant 54												
Wariant 55												
Wariant 56												
Wariant 57												
Wariant 58												
Wariant 59												
Wariant 60												
Wariant 61												
Wariant 62												
Wariant 63												
Wariant 64												
Wariant 65												
Wariant 66												
Wariant 67												
Wariant 68												
Wariant 69												
Wariant 70												
Wariant 71												
Wariant 72												
Wariant 73												
Wariant 74												
Wariant 75												
Wariant 76												
Wariant 77												
Wariant 78												
Wariant 79												
Wariant 80												
Wariant 81												
Wariant 82												
Wariant 83												
Wariant 84												
Wariant 85												
Wariant 86												

### 6.1.1.3 Analiza progowa dla analizy kosztów użyteczności

Tabela 212. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Cena progowa (netto) [PLN]					
	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						
61						
62						
63						
64						
65						
66						
67						
68						
69						
70						
71						
72						
73						
74						
75						
76						
77						
78						
79						
80						
81						
82						
83						
84						
85						
86						
87						
88						
89						
90						
91						
92						
93						
94						
95						
96						
97						
98						
99						
100						

Tabela 213. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Cena progowa (netto) [PLN]					
	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						
54						
55						
56						
57						
58						
59						
60						
61						
62						
63						
64						
65						
66						
67						
68						
69						
70						
71						
72						
73						
74						
75						
76						
77						
78						
79						
80						
81						
82						
83						
84						
85						
86						
87						
88						
89						
90						
91						
92						
93						
94						
95						
96						
97						
98						
99						
100						

## 6.1.2 Scenariusz B – zmiana HRQoL do 16. r.ż.

### 6.1.2.1 Analiza kosztów efektywności

W tym scenariuszu wyniki są takie same, jak dla analizy podstawowej.

### 6.1.2.2 Analiza kosztów użyteczności

Tabela 214. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	ICUR					
	1	2	3	4	5	6
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						
53						
54						



### 6.1.3.2 Analiza kosztów użyteczności

Tabela 218. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Paliwizumab						Grupa kontrolna					
	ICUR		ICUR		ICUR		ICUR		ICUR		ICUR	
Wzrost	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Waga	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Temperatura	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Skuteczność	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Wzrost	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Waga	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Temperatura	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Skuteczność	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Wzrost	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Waga	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Temperatura	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Skuteczność	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabela 219. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Paliwizumab						Grupa kontrolna					
	ICUR		ICUR		ICUR		ICUR		ICUR		ICUR	
Wzrost	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Waga	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Temperatura	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Skuteczność	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Wzrost	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Waga	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Temperatura	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Skuteczność	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Wzrost	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Waga	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Temperatura	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Skuteczność	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

### 6.1.3.3 Analiza progowa dla analizy kosztów użyteczności

Tabela 220. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Paliwizumab						Grupa kontrolna					
	Cena progowa		Cena progowa		Cena progowa		Cena progowa		Cena progowa		Cena progowa	
Wzrost	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Waga	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Temperatura	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Skuteczność	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Wzrost	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Waga	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Temperatura	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Skuteczność	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Wzrost	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Waga	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Temperatura	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
Skuteczność	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00



### 6.1.4.2 Analiza kosztów użyteczności

Tabela 224. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Koszt						Użyteczność					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												
37												
38												
39												
40												
41												
42												
43												
44												
45												
46												
47												
48												
49												
50												
51												
52												
53												
54												
55												
56												
57												
58												
59												
60												
61												
62												
63												
64												
65												
66												
67												
68												
69												
70												
71												
72												
73												
74												
75												
76												
77												
78												
79												
80												
81												
82												
83												
84												
85												
86												
87												
88												
89												
90												
91												
92												
93												
94												
95												
96												
97												
98												
99												
100												

Tabela 225. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Koszt						Użyteczność					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												
37												
38												
39												
40												
41												
42												
43												
44												
45												
46												
47												
48												
49												
50												
51												
52												
53												
54												
55												
56												
57												
58												
59												
60												
61												
62												
63												
64												
65												
66												
67												
68												
69												
70												
71												
72												
73												
74												
75												
76												
77												
78												
79												
80												
81												
82												
83												
84												
85												
86												
87												
88												
89												
90												
91												
92												
93												
94												
95												
96												
97												
98												
99												
100												











Tabela 239. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Scenariusz A		Scenariusz B		Scenariusz C		Scenariusz D	
	Wzrost	Waga	Wzrost	Waga	Wzrost	Waga	Wzrost	Waga
Wzrost	170	170	170	170	170	170	170	170
Waga	70	70	70	70	70	70	70	70
Wzrost	170	170	170	170	170	170	170	170
Waga	70	70	70	70	70	70	70	70
Wzrost	170	170	170	170	170	170	170	170
Waga	70	70	70	70	70	70	70	70
Wzrost	170	170	170	170	170	170	170	170
Waga	70	70	70	70	70	70	70	70

### 6.1.7 Scenariusz G - spadek prawdopodobieństwa hospitalizacji na OIT o 20%

#### 6.1.7.1 Analiza kosztów efektywności

Tabela 240. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Scenariusz A		Scenariusz B		Scenariusz C		Scenariusz D	
	Wzrost	Waga	Wzrost	Waga	Wzrost	Waga	Wzrost	Waga
Wzrost	170	170	170	170	170	170	170	170
Waga	70	70	70	70	70	70	70	70
Wzrost	170	170	170	170	170	170	170	170
Waga	70	70	70	70	70	70	70	70
Wzrost	170	170	170	170	170	170	170	170
Waga	70	70	70	70	70	70	70	70
Wzrost	170	170	170	170	170	170	170	170
Waga	70	70	70	70	70	70	70	70

Tabela 241. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Scenariusz A		Scenariusz B		Scenariusz C		Scenariusz D	
	Wzrost	Waga	Wzrost	Waga	Wzrost	Waga	Wzrost	Waga
Wzrost	170	170	170	170	170	170	170	170
Waga	70	70	70	70	70	70	70	70
Wzrost	170	170	170	170	170	170	170	170
Waga	70	70	70	70	70	70	70	70
Wzrost	170	170	170	170	170	170	170	170
Waga	70	70	70	70	70	70	70	70
Wzrost	170	170	170	170	170	170	170	170
Waga	70	70	70	70	70	70	70	70

### 6.1.7.2 Analiza kosztów użyteczności

Tabela 242. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Koszt						Użyteczność					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												
37												
38												
39												
40												
41												
42												
43												
44												
45												
46												
47												
48												
49												
50												
51												
52												
53												
54												
55												
56												
57												
58												
59												
60												
61												
62												
63												
64												
65												
66												
67												
68												
69												
70												
71												
72												
73												
74												
75												
76												
77												
78												
79												
80												
81												
82												
83												
84												
85												
86												
87												
88												
89												
90												
91												
92												
93												
94												
95												
96												
97												
98												
99												
100												

Tabela 243. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Koszt						Użyteczność					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												
15												
16												
17												
18												
19												
20												
21												
22												
23												
24												
25												
26												
27												
28												
29												
30												
31												
32												
33												
34												
35												
36												
37												
38												
39												
40												
41												
42												
43												
44												
45												
46												
47												
48												
49												
50												
51												
52												
53												
54												
55												
56												
57												
58												
59												
60												
61												
62												
63												
64												
65												
66												
67												
68												
69												
70												
71												
72												
73												
74												
75												
76												
77												
78												
79												
80												
81												
82												
83												
84												
85												
86												
87												
88												
89												
90												
91												
92												
93												
94												
95												
96												
97												
98												
99												
100												



### 6.1.8.2 Analiza kosztów użyteczności

Tabela 248. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Paliwizumab (Synagis®)					
	0-11m	12-23m	24-35m	36-47m	48-59m	60-71m
ICUR						
ICUR (95% CI)						
ICUR (90% CI)						
ICUR (95% CI)						
ICUR (90% CI)						
ICUR (95% CI)						
ICUR (90% CI)						
ICUR (95% CI)						
ICUR (90% CI)						

Tabela 249. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Paliwizumab (Synagis®)					
	0-11m	12-23m	24-35m	36-47m	48-59m	60-71m
ICUR						
ICUR (95% CI)						
ICUR (90% CI)						
ICUR (95% CI)						
ICUR (90% CI)						
ICUR (95% CI)						
ICUR (90% CI)						
ICUR (95% CI)						
ICUR (90% CI)						

### 6.1.8.3 Analiza progowa dla analizy kosztów użyteczności

Tabela 250. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Paliwizumab (Synagis®)					
	0-11m	12-23m	24-35m	36-47m	48-59m	60-71m
Cena progowa (netto)						
Cena progowa (netto) (95% CI)						
Cena progowa (netto) (90% CI)						
Cena progowa (netto) (95% CI)						
Cena progowa (netto) (90% CI)						
Cena progowa (netto) (95% CI)						
Cena progowa (netto) (90% CI)						
Cena progowa (netto) (95% CI)						
Cena progowa (netto) (90% CI)						

Tabela 251. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Paliwizumab (Synagis®)					
	0-11m	12-23m	24-35m	36-47m	48-59m	60-71m
Cena progowa (netto)						
Cena progowa (netto) (95% CI)						
Cena progowa (netto) (90% CI)						
Cena progowa (netto) (95% CI)						
Cena progowa (netto) (90% CI)						
Cena progowa (netto) (95% CI)						
Cena progowa (netto) (90% CI)						
Cena progowa (netto) (95% CI)						
Cena progowa (netto) (90% CI)						







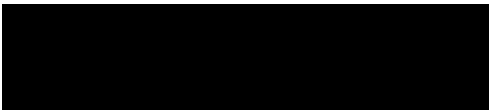


Tabela 257. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.

	Cena progowa (netto)											
	Wiek 0-4		Wiek 5-14		Wiek 15-24		Wiek 25-34		Wiek 35-44		Wiek 45-54	
ICER	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000
ICUR	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000
ICER	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000
ICUR	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000
ICER	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000
ICUR	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000
ICER	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000
ICUR	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000
ICER	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000
ICUR	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000	10000

## 6.2 Probabilistyczna analiza wrażliwości

Metodą Monte Carlo przeprowadzono probabilistyczną analizę wrażliwości. Analizę ograniczono do dzieci z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia kryterium posiadania rodzeństwa. Metodą percentylową obliczono 95% przedziały ufności dla współczynników ICER i ICUR, które umieszczono w tabelach w rozbięciu na analizowane podgrupy pacjentów ze względu na wiek urodzeniowy i metrykalny.

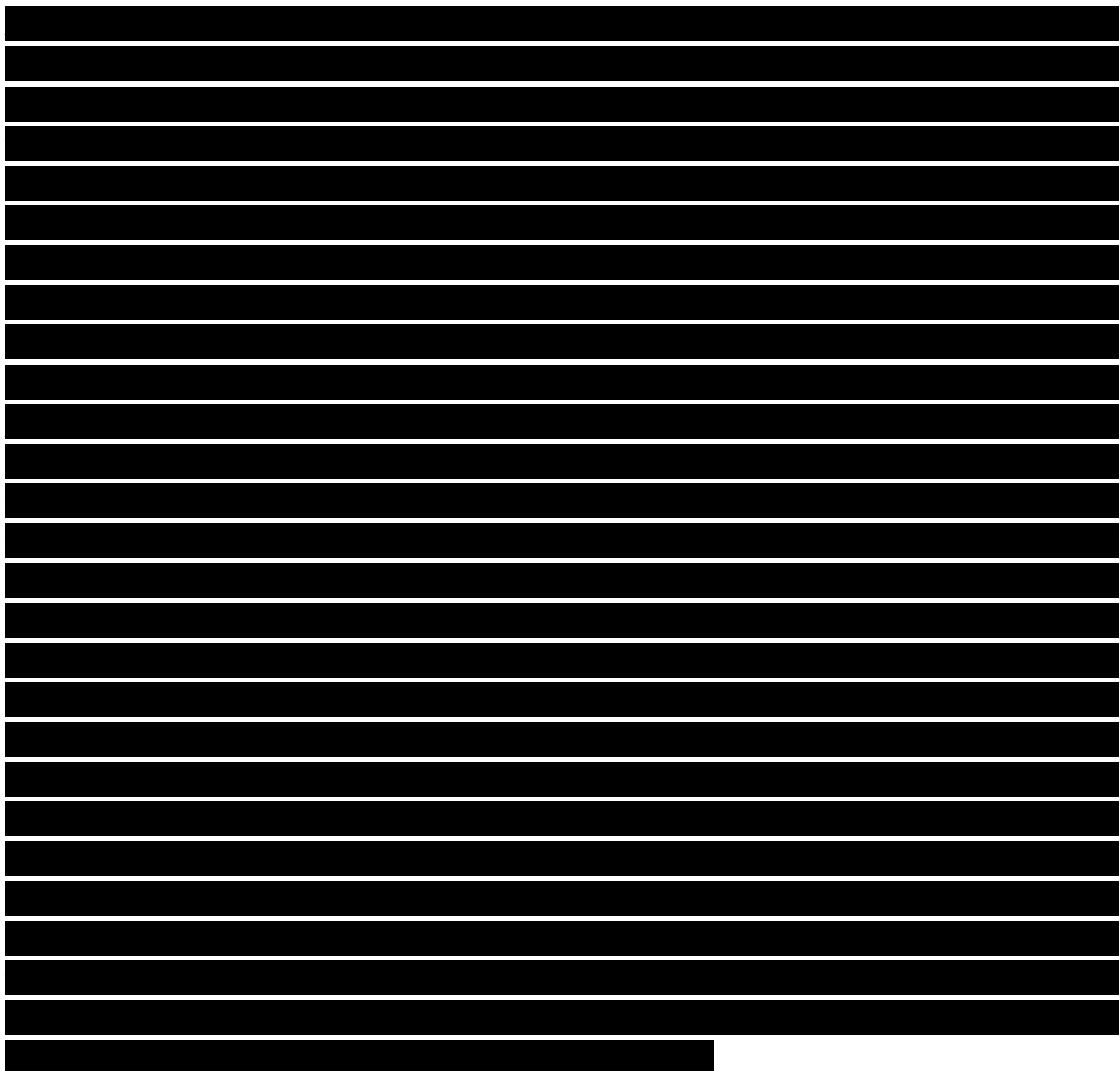








Celem niniejszej analizy było określenie kosztowej efektywności paliwizumabu w profilaktyce zakażeń RSV w grupie niemowląt wysokiego ryzyka w Polsce. Przeprowadzono analizę podgrup ze względu na zidentyfikowane w literaturze czynniki ryzyka: wiek urodzeniowy, wiek metrykalny, występowanie przewlekłej choroby płuc oraz posiadanie rodzeństwa w wieku szkolnym. Analiza podgrup pozwala na precyzyjne określenie subpopulacji, w których analizowana technologia jest kosztowo efektywna, a co za tym idzie, pozwala na optymalną alokację zasobów. Ze względów etycznych i operacyjnych przyjęto, że kryterium posiadania rodzeństwa w wieku szkolnym nie powinno być stosowane do różnicowania dostępności profilaktyki, i wykonano obliczenia także bez uwzględnienia tego kryterium. Jakkolwiek stosowanie rozróżnienia pozwoliłoby na bardziej optymalną alokację zasobów, to stosowanie niemedycznych kryteriów włączenia nie wydaje się pożądane i możliwe do realizacji.



[REDACTED]

---

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Porównując wyniki niniejszej analizy oraz opracowania [REDACTED] należy odnotować, że są one niemal identyczne, a ewentualne różnice wynikają z przyjętego progno opłacalności procedur medycznych, różnych siatek centylowych oraz kosztów jednostkowych. Analiza nie wykazała kosztowej efektywności profilaktyki u pacjentów bez przewlekłej choroby płuc.

Analiza wrażliwości wskazuje, że najistotniejsze znaczenie dla uzyskanych wyników ma ustalenie liczby lat, w których ma miejsce zmniejszenie użyteczności w wyniku choroby oraz zaniechanie dyskontowania przyszłych efektów (co w znacznej mierze zwiększa kosztową efektywność paliwizumabu, zarówno w przypadku kosztu LYG, jak i kosztu QALY). Nieznaczny wpływ na wyniki ma zwiększenie stopy dyskontowej dla efektu oraz prawdopodobieństwo zgonu w trakcie hospitalizacji, które bardziej wpływa na kosztową efektywność wyrażoną jako koszt LYG, natomiast w mniejszym stopniu na koszt QALY. Nie obserwujemy znaczącego wpływu prawdopodobieństwa hospitalizacji na uzyskiwane efekty [REDACTED]

Reasumując, analiza wrażliwości wskazała na dużą odporność uzyskanych wniosków na założenia. Poniżej w tabeli zestawiono informacje dotyczące wpływu przyjętego scenariusza na kosztową efektywność stosowania profilaktyki u niemowląt z przewlekłą chorobą płuc bez uwzględnienia kryterium posiadania rodzeństwa w wieku szkolnym w zależności od wieku metrykalnego i urodzeniowego.

Analiza niniejsza wskazuje na istnienie grup wysokiego ryzyka, które odnoszą szczególne korzyści z zastosowania paliwizumabu. Jednak nie należy wychodzić z założenia, że można te podgrupy w oparciu o niniejszą analizę dokładnie sprecyzować. Wyniki mają charakter szacunkowy i trudno wiarygodnie określić różnice między dziećmi różniącymi się nieznacznie wiekiem metrykalnym w momencie rozpoczęcia sezonu infekcyjnego [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

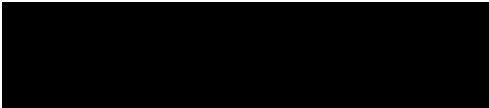


[REDACTED]. W 2005 roku ukazały się zmodyfikowane zalecenia dotyczące zapobiegania rozwojowi zakażeń RSV w polskiej populacji dzieci z grup wysokiego ryzyka. Zespół, składający się z Konsultantów Krajowych w dziedzinie: Pediatrii, Neonatologii oraz Kardiologii Dziecięcej, a także Prezesów Towarzystw: Neonatologicznego oraz Wakcynologii bezwzględnie zalecił stosowanie przeciwciał monoklonalnych anti-RSV (paliwizumab, Synagis®) w wybranych grupach dzieci w pierwszym roku życia.

[REDACTED]







## 8 Podsumowanie i wnioski

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

- [Redacted list item]









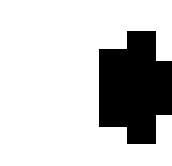
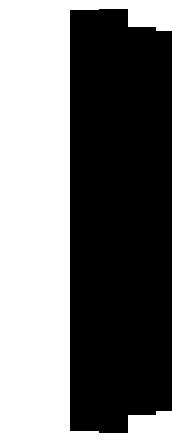
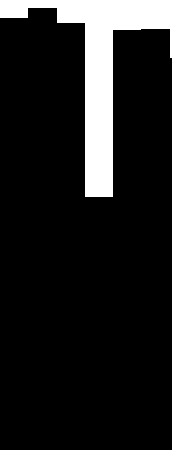
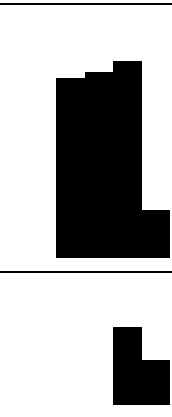

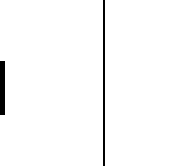
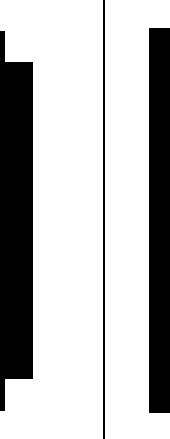
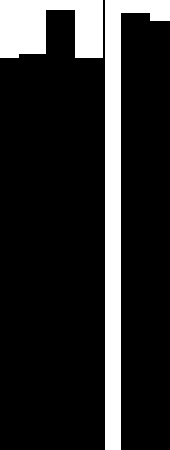
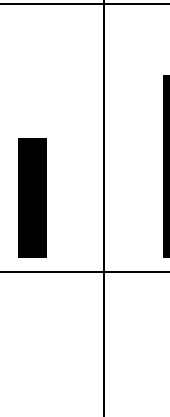
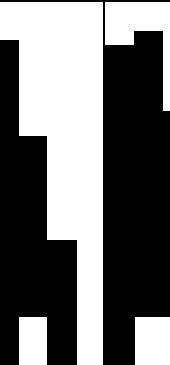
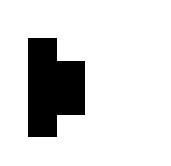




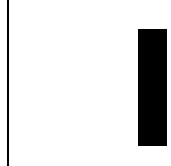
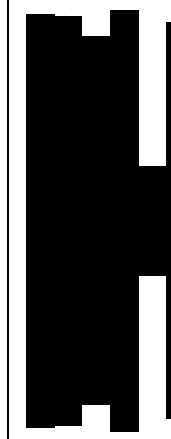
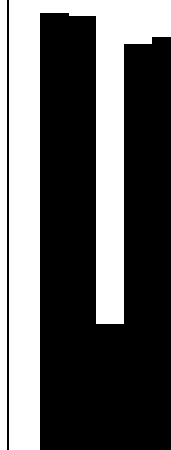
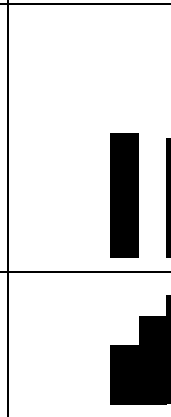
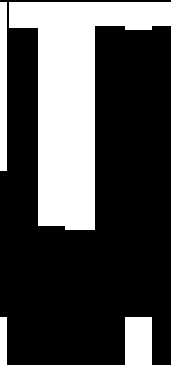
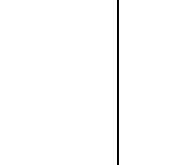
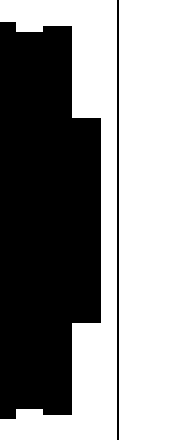
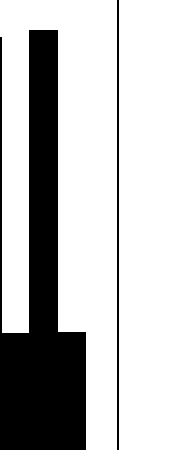
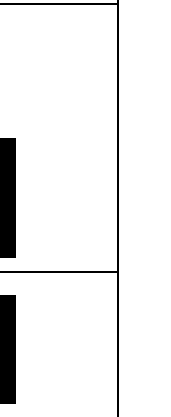



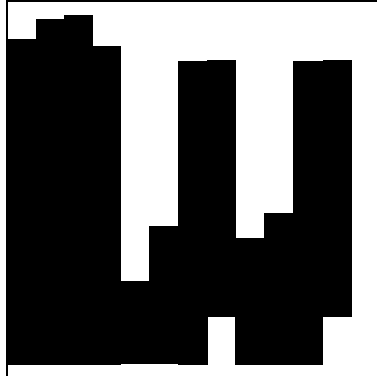
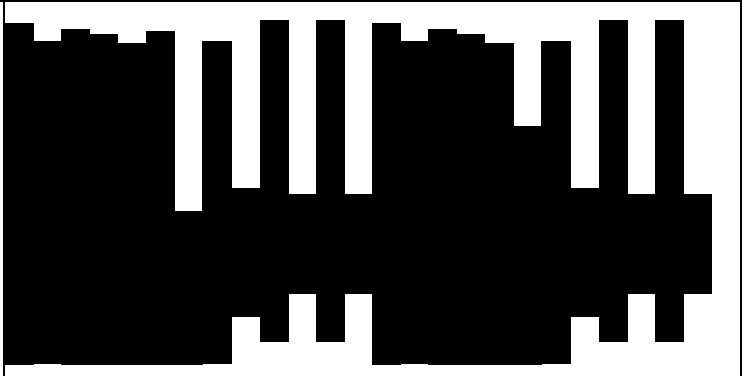

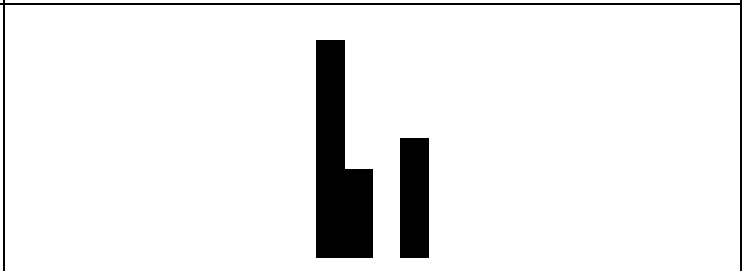
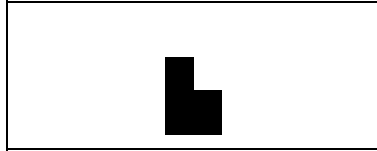
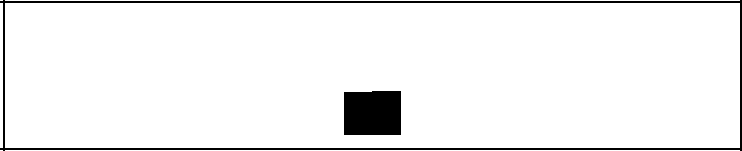
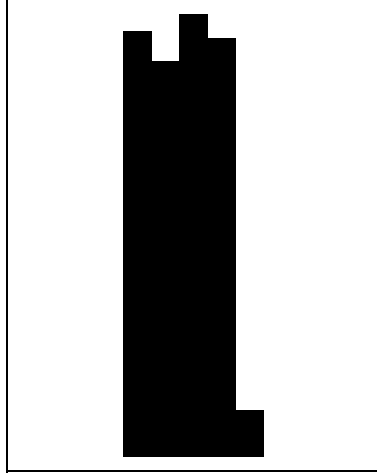
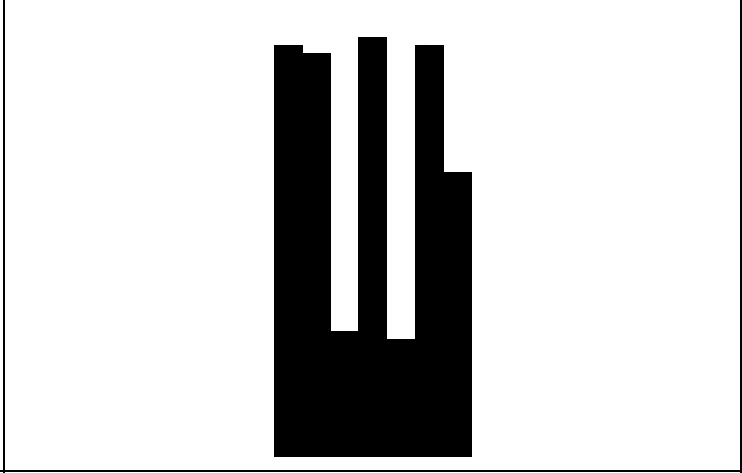
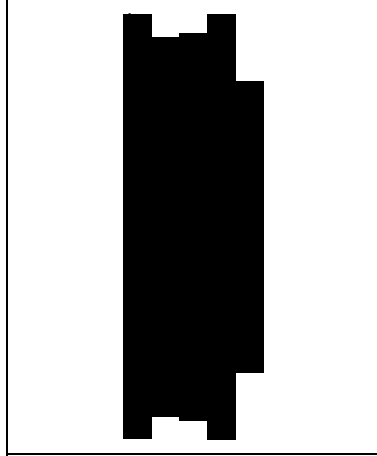
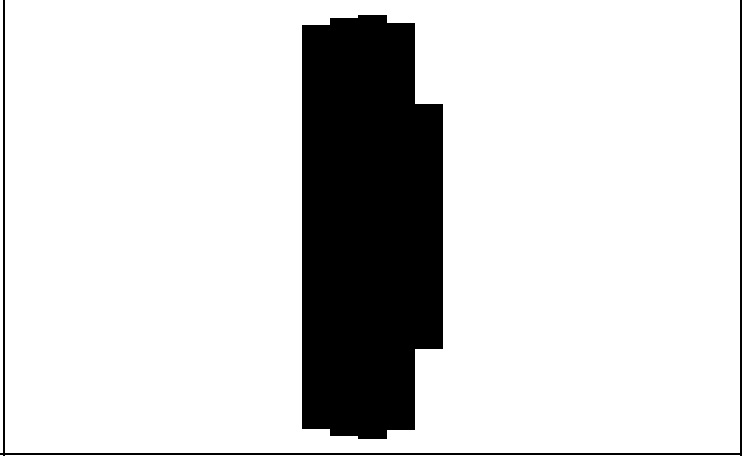
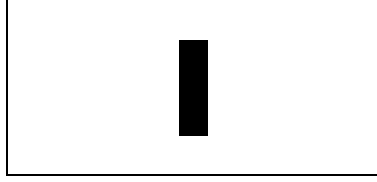
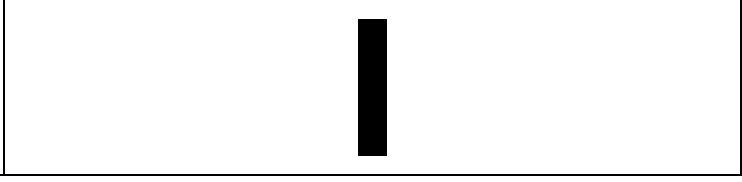

Paliwizumab (Synagis®) w profilaktyce zakażeń wirusem RS w grupie niemowląt wysokiego ryzyka w Polsce












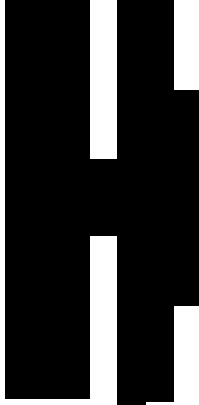


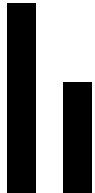


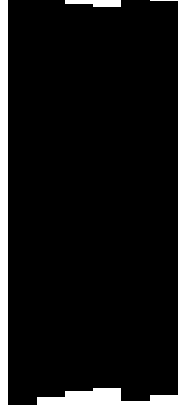
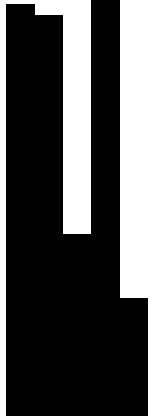


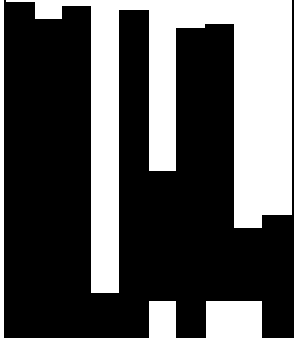
Paliwizumab (Synagis®) w profilaktyce zakażeń wirusem RS w grupie niemowląt wysokiego ryzyka w Polsce



Paliwizumab (Synagis®) w profilaktyce zakażeń wirusem RS w grupie niemowląt wysokiego ryzyka w Polsce




Paliwizumab (Synagis®) w profilaktyce zakażeń wirusem RS w grupie niemowląt wysokiego ryzyka w Polsce

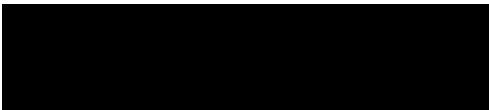



Tabela 267. Przegląd piśmiennictwa w zakresie analiz ekonomicznych - paliwizumab vs brak profilaktyki w populacji dzieci z dysplazją oskrzelowo-płucną (BPD)/przewlekłą chorobą płuc (CLD) - prace nie włączone do analizy wraz z przyczynami wykluczenia.

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]



[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Rysunek 2. Selekcja badań włączonych do opracowania – analizy ekonomiczne.



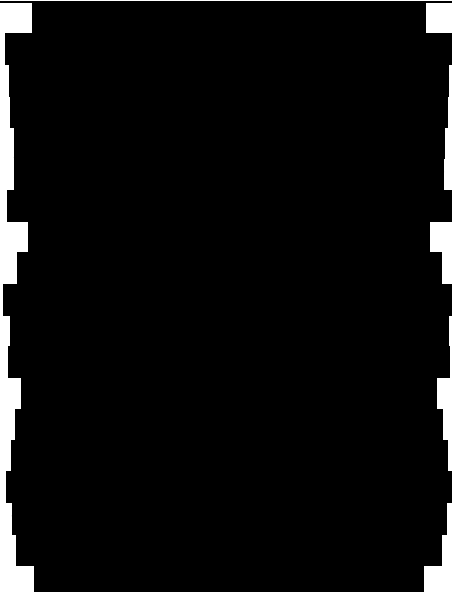




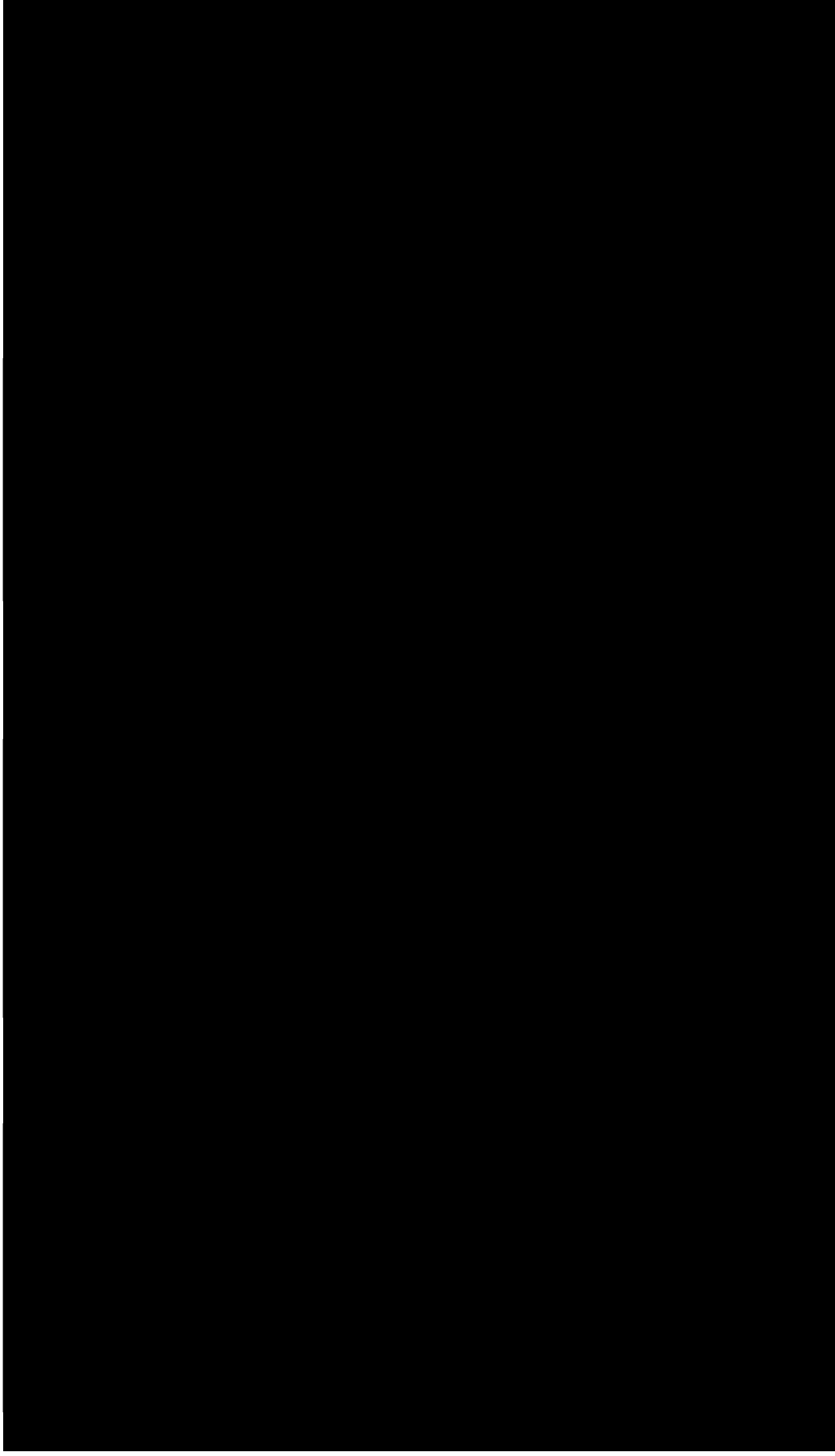


[REDACTED]

[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

		
-----------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------

Rysunek 3. Selekcja badań włączonych do opracowania – użyteczność stanów zdrowia.





## Spis tabel

Tabela 1. Schemat PICO przyjęty w analizie.....	13
Tabela 2. Oszacowane ilorazy szans dla poszczególnych czynników prognostycznych raportowane w badaniach zidentyfikowanych w przeglądzie systematycznym, [34].....	19
Tabela 3. Prawdopodobieństwo hospitalizacji z powodu infekcji RSV u dzieci bez przewlekłej choroby płuc, bez rodzeństwa w wieku szkolnym; [34].....	20
Tabela 4. Prawdopodobieństwo hospitalizacji z powodu infekcji RSV u dzieci z przewlekłą chorobą płuc, bez rodzeństwa w wieku szkolnym; [34].....	20
Tabela 5. Prawdopodobieństwo hospitalizacji z powodu infekcji RSV u dzieci mających rodzeństwo; [34].....	21
Tabela 6. Prawdopodobieństwo hospitalizacji z powodu infekcji RSV u dzieci z przewlekłą chorobą płuc mających rodzeństwo; [34].....	21
Tabela 7. Redukcja częstości hospitalizacji w wyniku stosowania profilaktyki na podstawie badania IMPACT-RSV [3].....	22
Tabela 8. Częstość hospitalizacji na oddziale intensywnej terapii.....	22
Tabela 9. Prawdopodobieństwo zgonu w modelu.....	22
Tabela 12. Zestawienie kosztów procedur medycznych uwzględnionych w analizie.....	27
Tabela 13. Zestawienie wartości parametrów przyjętych w analizie ekonomicznej wraz ze źródłami.....	28
Tabela 14. Scenariusze przyjęte w analizie wrażliwości.....	29
Tabela 15. Rozkłady przyjęte w probabilistycznej analizie wrażliwości (por. Tabela 7 i Tabela 8).....	30
Tabela 16. Średnie koszty w przypadku braku profilaktyki.....	32
Tabela 17. Średnie koszty w przypadku stosowania profilaktyki.....	32
Tabela 18. Zmiana kosztów w wyniku stosowania profilaktyki.....	32
Tabela 19. Średnie efekty (LYG) w przypadku braku profilaktyki.....	33
Tabela 20. Średnie efekty (LYG) w przypadku stosowania profilaktyki.....	33
Tabela 21. Zmiana efektów (LYG) w wyniku stosowania profilaktyki.....	33
Tabela 22. Średnie efekty (QALY) w przypadku braku profilaktyki.....	33
Tabela 23. Średnie efekty (QALY) w przypadku stosowania profilaktyki.....	34
Tabela 24. Zmiana efektów (QALY) w wyniku stosowania profilaktyki.....	34
Tabela 25. Średnie koszty w przypadku braku profilaktyki.....	34
Tabela 26. Średnie koszty w przypadku stosowania profilaktyki.....	34
Tabela 27. Zmiana kosztów w wyniku stosowania profilaktyki.....	35
Tabela 28. Średnie efekty (LYG) w przypadku braku profilaktyki.....	35
Tabela 29. Średnie efekty (LYG) w przypadku stosowania profilaktyki.....	35
Tabela 30. Zmiana efektów (LYG) w wyniku stosowania profilaktyki.....	35

Tabela 31. Średnie efekty (QALY) w przypadku braku profilaktyki.....	36
Tabela 32. Średnie efekty (QALY) w przypadku stosowania profilaktyki.....	36
Tabela 33. Zmiana efektów (QALY) w wyniku stosowania profilaktyki.....	36
Tabela 34. Średnie koszty w przypadku braku profilaktyki.....	37
Tabela 35. Średnie koszty w przypadku stosowania profilaktyki.....	37
Tabela 36. Zmiana kosztów w wyniku stosowania profilaktyki.....	37
Tabela 37. Średnie efekty (LYG) w przypadku braku profilaktyki.....	38
Tabela 38. Średnie efekty (LYG) w przypadku stosowania profilaktyki.....	38
Tabela 39. Zmiana efektów (LYG) w wyniku stosowania profilaktyki.....	38
Tabela 40. Średnie efekty (QALY) w przypadku braku profilaktyki.....	38
Tabela 41. Średnie efekty (QALY) w przypadku stosowania profilaktyki.....	39
Tabela 42. Zmiana efektów (QALY) w wyniku stosowania profilaktyki.....	39
Tabela 43. Średnie koszty w przypadku braku profilaktyki.....	39
Tabela 44. Średnie koszty w przypadku stosowania profilaktyki.....	39
Tabela 45. Zmiana kosztów w wyniku stosowania profilaktyki.....	40
Tabela 46. Średnie efekty (LYG) w przypadku braku profilaktyki.....	40
Tabela 47. Średnie efekty (LYG) w przypadku stosowania profilaktyki.....	40
Tabela 48. Zmiana efektów (LYG) w wyniku stosowania profilaktyki.....	40
Tabela 49. Średnie efekty (QALY) w przypadku braku profilaktyki.....	41
Tabela 50. Średnie efekty (QALY) w przypadku stosowania profilaktyki.....	41
Tabela 51. Zmiana efektów (QALY) w wyniku stosowania profilaktyki.....	41
Tabela 52. Średnie koszty w przypadku braku profilaktyki.....	42
Tabela 53. Średnie koszty w przypadku stosowania profilaktyki.....	42
Tabela 54. Zmiana kosztów w wyniku stosowania profilaktyki.....	42
Tabela 55. Średnie efekty (LYG) w przypadku braku profilaktyki.....	43
Tabela 56. Średnie efekty (LYG) w przypadku stosowania profilaktyki.....	43
Tabela 57. Zmiana efektów (LYG) w wyniku stosowania profilaktyki.....	43
Tabela 58. Średnie efekty (QALY) w przypadku braku profilaktyki.....	43
Tabela 59. Średnie efekty (QALY) w przypadku stosowania profilaktyki.....	44
Tabela 60. Zmiana efektów (QALY) w wyniku stosowania profilaktyki.....	44
Tabela 61. Średnie koszty w przypadku braku profilaktyki.....	44
Tabela 62. Średnie koszty w przypadku stosowania profilaktyki.....	44
Tabela 63. Zmiana kosztów w wyniku stosowania profilaktyki.....	45
Tabela 64. Średnie efekty (LYG) w przypadku braku profilaktyki.....	45
Tabela 65. Średnie efekty (LYG) w przypadku stosowania profilaktyki.....	45
Tabela 66. Zmiana efektów (LYG) w wyniku stosowania profilaktyki.....	45
Tabela 67. Średnie efekty (QALY) w przypadku braku profilaktyki.....	46
Tabela 68. Średnie efekty (QALY) w przypadku stosowania profilaktyki.....	46
Tabela 69. Zmiana efektów (QALY) w wyniku stosowania profilaktyki.....	46
Tabela 70. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc i bez rodzeństwa w wieku szkolnym.....	47

Tabela 71. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc i bez rodzeństwa w wieku szkolnym.....	47
Tabela 72. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, z rodzeństwem w wieku szkolnym.....	47
Tabela 73. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, z rodzeństwem w wieku szkolnym.....	48
Tabela 74. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	48
Tabela 75. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	48
Tabela 76. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc i bez rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	49
Tabela 77. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc i bez rodzeństwa w wieku szkolnym.....	49
Tabela 78. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, z rodzeństwem w wieku szkolnym.....	49
Tabela 79. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, z rodzeństwem w wieku szkolnym.....	50
Tabela 80. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	50
Tabela 81. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	50
Tabela 82. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc i bez rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	51
Tabela 83. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc i bez rodzeństwa w wieku szkolnym.....	51
Tabela 84. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, z rodzeństwem w wieku szkolnym.....	51
Tabela 85. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, z rodzeństwem w wieku szkolnym.....	52
Tabela 86. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	52
Tabela 87. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	52
Tabela 88. Średnie koszty w przypadku braku profilaktyki.....	54
Tabela 89. Średnie koszty w przypadku stosowania profilaktyki.....	54
Tabela 90. Zmiana kosztów w wyniku stosowania profilaktyki.....	54
Tabela 91. Średnie efekty (LYG) w przypadku braku profilaktyki. ....	55
Tabela 92. Średnie efekty (LYG) w przypadku stosowania profilaktyki. ....	55
Tabela 93. Zmiana efektów (LYG) w wyniku stosowania profilaktyki.....	55
Tabela 94. Średnie efekty (QALY) w przypadku braku profilaktyki. ....	56
Tabela 95. Średnie efekty (QALY) w przypadku stosowania profilaktyki.....	56
Tabela 96. Zmiana efektów (QALY) w wyniku stosowania profilaktyki. ....	56
Tabela 97. Średnie koszty w przypadku braku profilaktyki.....	57
Tabela 98. Średnie koszty w przypadku stosowania profilaktyki.....	57

Tabela 99. Zmiana kosztów w wyniku stosowania profilaktyki.....	57
Tabela 100. Średnie efekty (LYG) w przypadku braku profilaktyki.....	58
Tabela 101. Średnie efekty (LYG) w przypadku stosowania profilaktyki. ....	58
Tabela 102. Zmiana efektów (LYG) w wyniku stosowania profilaktyki.....	58
Tabela 103. Średnie efekty (QALY) w przypadku braku profilaktyki. ....	59
Tabela 104. Średnie efekty (QALY) w przypadku stosowania profilaktyki. ....	59
Tabela 105. Zmiana efektów (QALY) w wyniku stosowania profilaktyki.....	59
Tabela 106. Średnie koszty w przypadku braku profilaktyki.....	60
Tabela 107. Średnie koszty w przypadku stosowania profilaktyki.....	60
Tabela 108. Zmiana kosztów w wyniku stosowania profilaktyki. ....	60
Tabela 109. Średnie efekty (LYG) w przypadku braku profilaktyki.....	61
Tabela 110. Średnie efekty (LYG) w przypadku stosowania profilaktyki. ....	61
Tabela 111. Zmiana efektów (LYG) w wyniku stosowania profilaktyki.....	61
Tabela 112. Średnie efekty (QALY) w przypadku braku profilaktyki. ....	62
Tabela 113. Średnie efekty (QALY) w przypadku stosowania profilaktyki. ....	62
Tabela 114. Zmiana efektów (QALY) w wyniku stosowania profilaktyki.....	62
Tabela 115. Średnie koszty w przypadku braku profilaktyki.....	63
Tabela 116. Średnie koszty w przypadku stosowania profilaktyki.....	63
Tabela 117. Zmiana kosztów w wyniku stosowania profilaktyki. ....	63
Tabela 118. Średnie efekty (LYG) w przypadku braku profilaktyki.....	64
Tabela 119. Średnie efekty (LYG) w przypadku stosowania profilaktyki. ....	64
Tabela 120. Zmiana efektów (LYG) w wyniku stosowania profilaktyki.....	64
Tabela 121. Średnie efekty (QALY) w przypadku braku profilaktyki. ....	65
Tabela 122. Średnie efekty (QALY) w przypadku stosowania profilaktyki. ....	65
Tabela 123. Zmiana efektów (QALY) w wyniku stosowania profilaktyki.....	65
Tabela 124. Średnie koszty w przypadku braku profilaktyki.....	66
Tabela 125. Średnie koszty w przypadku stosowania profilaktyki.....	66
Tabela 126. Zmiana kosztów w wyniku stosowania profilaktyki. ....	66
Tabela 127. Średnie efekty (LYG) w przypadku braku profilaktyki.....	67
Tabela 128. Średnie efekty (LYG) w przypadku stosowania profilaktyki. ....	67
Tabela 129. Zmiana efektów (LYG) w wyniku stosowania profilaktyki.....	67
Tabela 130. Średnie efekty (QALY) w przypadku braku profilaktyki. ....	68
Tabela 131. Średnie efekty (QALY) w przypadku stosowania profilaktyki. ....	68
Tabela 132. Zmiana efektów (QALY) w wyniku stosowania profilaktyki.....	68
Tabela 133. Średnie koszty w przypadku braku profilaktyki.....	69
Tabela 134. Średnie koszty w przypadku stosowania profilaktyki.....	69
Tabela 135. Zmiana kosztów w wyniku stosowania profilaktyki. ....	69
Tabela 136. Średnie efekty (LYG) w przypadku braku profilaktyki.....	70
Tabela 137. Średnie efekty (LYG) w przypadku stosowania profilaktyki. ....	70
Tabela 138. Zmiana efektów (LYG) w wyniku stosowania profilaktyki.....	70
Tabela 139. Średnie efekty (QALY) w przypadku braku profilaktyki. ....	71
Tabela 140. Średnie efekty (QALY) w przypadku stosowania profilaktyki. ....	71

Tabela 141. Zmiana efektów (QALY) w wyniku stosowania profilaktyki.....	71
Tabela 142. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc i bez rodzeństwa w wieku szkolnym.....	72
Tabela 143. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc i bez rodzeństwa w wieku szkolnym.....	72
Tabela 144. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, z rodzeństwem w wieku szkolnym.....	72
Tabela 145. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, z rodzeństwem w wieku szkolnym.....	73
Tabela 146. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	73
Tabela 147. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	73
Tabela 148. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc i bez rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	74
Tabela 149. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc i bez rodzeństwa w wieku szkolnym.....	74
Tabela 150. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, z rodzeństwem w wieku szkolnym.....	74
Tabela 151. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, z rodzeństwem w wieku szkolnym.....	75
Tabela 152. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	75
Tabela 153. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	75
Tabela 82. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc i bez rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	76
Tabela 83. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc i bez rodzeństwa w wieku szkolnym.....	76
Tabela 84. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, z rodzeństwem w wieku szkolnym.....	76
Tabela 85. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, z rodzeństwem w wieku szkolnym.....	77
Tabela 86. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	77
Tabela 87. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	77
Tabela 154. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	78
Tabela 155. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	78
Tabela 156. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	79
Tabela 157. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	79

---

Tabela 158. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	80
Tabela 159. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	80
Tabela 160. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	81
Tabela 161. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	81
Tabela 162. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	82
Tabela 163. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	82
Tabela 164. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	83
Tabela 165. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	83
Tabela 166. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	83
Tabela 167. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	84
Tabela 168. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	84
Tabela 169. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	84
Tabela 170. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	85
Tabela 171. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	85
Tabela 172. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	85
Tabela 173. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	86
Tabela 174. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	86
Tabela 175. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	86
Tabela 176. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	87
Tabela 177. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	87
Tabela 178. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	87
Tabela 179. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	88
Tabela 180. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	88

---

Tabela 181. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	88
Tabela 182. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	89
Tabela 183. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	89
Tabela 184. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	89
Tabela 185. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	90
Tabela 186. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	90
Tabela 187. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	90
Tabela 188. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	91
Tabela 189. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	91
Tabela 190. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	91
Tabela 191. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	92
Tabela 192. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	92
Tabela 193. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	92
Tabela 194. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	93
Tabela 195. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	93
Tabela 196. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	93
Tabela 197. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	94
Tabela 198. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	94
Tabela 199. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	94
Tabela 200. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	95
Tabela 201. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	95
Tabela 202. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	96
Tabela 203. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	97

---

Tabela 204. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	98
Tabela 205. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	98
Tabela 156. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	99
Tabela 157. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	99
Tabela 206. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	99
Tabela 207. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	100
Tabela 160. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	100
Tabela 161. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	100
Tabela 208. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	101
Tabela 209. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	101
Tabela 164. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	101
Tabela 165. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	102
Tabela 210. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	102
Tabela 211. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	102
Tabela 212. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	103
Tabela 213. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	103
Tabela 170. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	103
Tabela 171. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	104
Tabela 214. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	104
Tabela 215. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	104
Tabela 216. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	105
Tabela 217. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	105
Tabela 176. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	105



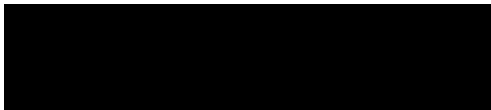
Tabela 177. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	106
Tabela 218. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	106
Tabela 219. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	106
Tabela 220. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	107
Tabela 221. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	107
Tabela 182. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	107
Tabela 183. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	108
Tabela 222. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	108
Tabela 223. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	108
Tabela 224. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	109
Tabela 225. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	109
Tabela 188. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	109
Tabela 189. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	110
Tabela 226. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	110
Tabela 227. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	110
Tabela 228. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	111
Tabela 229. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	111
Tabela 194. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	111
Tabela 195. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	111
Tabela 230. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	112
Tabela 231. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	112
Tabela 232. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	113
Tabela 233. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	113

---

Tabela 200. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy bez przewlekłej choroby płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym. ....	113
Tabela 201. Cena progowa (netto) dla analizy kosztów użyteczności dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	114
Tabela 234. Inkrementalny współczynnik kosztów efektywności (ICER) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	115
Tabela 235. Inkrementalny współczynnik kosztów użyteczności (ICUR) dla grupy z przewlekłą chorobą płuc, bez uwzględnienia rodzeństwa w wieku szkolnym.....	116
Tabela 236. Koszt uzyskania dodatkowego QALY (tysiące funtów) dzięki stosowaniu paliwizumabu u dzieci z przewlekłą chorobą płuc w zależności od wieku ciążowego, metrykalnego i posiadania rodzeństwa w Wielkiej Brytanii [redacted] ).....	118
Tabela 237. [redacted] ).....	122
Tabela 238. [redacted] ).....	123
Tabela 239. Strategia przeszukiwania Medline (PubMed) – 25 lipca 2012.....	125
Tabela 240. Przeszukiwanie Cochrane Library – 25 lipca 2012.....	125
Tabela 241. Strategia przeszukiwania bazy Embase – 25 lipca 2012. ....	126
Tabela 242. Przegląd piśmiennictwa w zakresie analiz ekonomicznych – paliwizumab vs brak profilaktyki w populacji dzieci z dysplazją oskrzelowo-płucną (BPD)/przewlekłą chorobą płuc (CLD) – charakterystyka i wyniki odnalezionych opracowań.....	127
Tabela 243. Przegląd piśmiennictwa w zakresie analiz ekonomicznych – paliwizumab vs brak profilaktyki w populacji dzieci z dysplazją oskrzelowo-płucną (BPD)/przewlekłą chorobą płuc (CLD) – prace nie włączone do analizy wraz z przyczynami wykluczenia.....	136
Tabela 244. Strategia przeszukiwania Medline (PubMed) – 24 lipca 2012.....	140
Tabela 245. Przeszukiwanie Cochrane Library – 24 lipca 2012.....	140
Tabela 246. Strategia przeszukiwania bazy Embase – 24 lipca 2012. ....	141
Tabela 247. Przegląd piśmiennictwa w zakresie użyteczności stanów zdrowia – opracowania, które na podstawie weryfikacji pełnych tekstów włączono do analizy. ....	141
Tabela 248. Przegląd piśmiennictwa w zakresie użyteczności stanów zdrowia - przyczyny wykluczenia opracowań na podstawie weryfikacji pełnych tekstów. ....	141

## **Spis rysunków**

Rysunek 1. Struktura drzewa decyzyjnego wykorzystanego w analizie.....	17
Rysunek 2. Selekcja badań włączonych do opracowania – analizy ekonomiczne.....	139
Rysunek 3. Selekcja badań włączonych do opracowania – użyteczność stanów zdrowia.....	144



## Piśmiennictwo

[Redacted text block 1]

[Redacted text block 2]

[Redacted text block 3]

[Redacted text block 4]

[Redacted text block 5]

[Redacted text block 6]

[Redacted text block 7]

[Redacted text block 8]

[Redacted text block 9]

[Redacted text block 10]



[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]