

Uzupełnienie analityków [REDACTED] HTA dla preparatu Nplate®  
zgodnie z uwagami zawartymi w piśmie Ministra [REDACTED].  
[REDACTED]

## I. ANALIZA KLINICZNA (AKL)

AOTM: AKL nie zawiera [REDACTED] dla schorzenia stanowiącego wnioskowane wskazanie ani wyjaśnienia, że nie odnaleziono tego wskaźnika w istniejącym piśmiennictwie naukowym [REDACTED]

[REDACTED] W istniejącym piśmiennictwie naukowym nie udało się odnaleźć aktualnych (tj. z 2012 r.) danych [REDACTED]

Brak poszukiwanego wskaźnika jest podyktowany faktem, iż pierwotna małopłytkowość immunologiczna (ITP) jest chorobą rzadką. Na ITP chorują zwykle osoby w wieku 30 – 60 lat, z zachorowalnością roczną w ogólnej populacji dorosłych szacowaną na 3,5 przypadków na 100 000 [1, 2]. A zatem, pierwotna małopłytkowość immunologiczna jest jedną z rzadziej występujących chorób autoimmunologicznych, a dane dotyczące zachorowalności i częstości występowania tej choroby są ograniczone.

Populację docelową analizowaną w AKL oraz BIA (dane epidemiologiczne dotyczące Polski) oszacowano na podstawie projektu badawczego [REDACTED]

[REDACTED] Zgodnie z opinią prof. Krystyny Zawilskiej, Przewodniczącej Grupy ds. Hemostazy Polskiego Towarzystwa Hematologów i Transfuzjologów (Oddział Hematologii i Chorób Wewnętrznych Wielospecjalistyczny Szpital im. J. Strusia w Poznaniu) obecnie populacja chorych na ITP kwalifikująca się do programu lekowego jest zbliżona do populacji obliczonej na podstawie ankiety PLATE.

Projekt badawczy *PLATE* zawiera dane obejmujące okres 12 miesięcy (01.10.2007-30.09.2008), dotyczące liczby pacjentów z immunologiczną plamicą małopłytkową, sposobów rozpoznania i leczenia chorych objętych opieką w 41 ośrodkach w Polsce prowadzących chorych z ITP. Pytania ankiety dotyczące dorosłych chorych prowadzonych w ośrodkach (poradnia, oddział/klinika) oraz nie biorących udziału w badaniach klinicznych zostały podzielone na dwie części. Pierwsza z nich dotyczy nowych chorych, którzy zgłosili się do ośrodka w ostatnim roku (liczba nowych pacjentów zgłaszających się do ośrodka, najczęstsze powody zgłaszania się, liczba płytek krwi, z jaką chorzy zgłaszają się do ośrodka), natomiast druga część odnosi się do wszystkich chorych, leczonych w ośrodku w ciągu ostatniego roku (łącznie liczba pacjentów prowadzonych w ośrodku w ciągu ostatniego roku, podział procentowy chorych w zależności od etapu choroby, metody leczenia: terapia sterydowa, splenektomia, stosowanie niestandardowych metod leczenia).

Liczba noworozpoznanych pacjentów z ITP zgłaszających się w ciągu analizowanego roku (01.10.2007 r. - 30.09.2008 r.) do placówki medycznej (poradni hematologicznej lub oddziału hematologicznego) oszacowana na podstawie powyższych danych wyniosła **1 331** pacjentów, natomiast łącznie liczba pacjentów z pierwotną małopłytkowością immunologiczną zarejestrowanych w badanych 41 ośrodkach wynosi **3 238**. Roczna zachorowalność na ITP w Polsce oceniona na podstawie ankiety *PLATE* wynosi **3,5/100 000** [2, 3].

W tabeli poniżej zestawiono wszystkie parametry wraz z źródłami danych, które posłużyły do oszacowania wielkości populacji docelowej.

Tabela 1

Parametry uwzględnione w oszacowaniu wielkości populacji docelowej

Parametr	Wartość	Źródła danych
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Ze względu na brak polskich danych dotyczących liczby pacjentów niekwalifikujących się do zabiegu splenektomii, do oszacowania wielkości populacji pacjentów, u których zabieg usunięcia śledziony jest przeciwwskazany, [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

#### **Przegląd odnalezionych danych epidemiologicznych dla ITP**

W wyniku wyszukiwania odnaleziono trzy publikacje dotyczące zachorowalności na ITP u osób dorosłych: *Frederiksen 1999* [5], *Neylon 2003* [6] oraz *Abrahamson 2009* [7] (Tabela 2). Dwie pozostałe publikacje *Bottiger 1972* [8] oraz *Schoonen 2009* [9] dostarczają danych o zapadalności dla łącznej populacji dorosłych i dzieci. Odnaleziono również dane z NICE dotyczące m.in. chorobowości ITP dla populacji UK (TA 221) [11] oraz USA (TA 205) [12].

Pierwsza z wyżej wymienionych publikacji (*Frederiksen 1999*) to retrospektywne badanie przeprowadzone w latach 1973–1995 w Danii. Roczna zachorowalność na ITP w tej populacji wynosiła 2,64/100 000 (95% CI: 2,29 to 2,98) oraz wzrastała wraz z wiekiem – u osób powyżej 60 roku życia osiągnęła wartość 4,62/100 000.



Tabela 2

Roczny współczynnik zachorowalności na ITP dla populacji pacjentów dorosłych oraz populacji łącznej, dorosłych oraz dzieci (*Frederiksen 1999, Neylon 2003, Abrahamson 2009, Bottiger 1972, Schoonen 2009*)

Badanie	Kraj	Czas trwania badania	Liczba pacjentów z ITP	Współczynnik zachorowalności na rok	Wiek pacjenta	Kryterium włączenia
<i>Frederiksen 1999</i> [5]	Dania	1973 - 1995	221	2,6/105	>15 lat	ITP zg. z ICD 8 lub ICD 10 oraz liczba płytek <100 x 10 <sup>9</sup> /L
<i>Neylon 2003</i> [6]	Wielka Brytania (UK)	1993 - 1999	245	1,6/105	≥16 lat	liczba płytek <50 x 10 <sup>9</sup> /L oraz ITP. potwierdzona poprzez aspirację szpiku kostnego lub biopsję
<i>Abrahamson 2009</i> [7]	Wielka Brytania	1992 - 2005	840	3,9/105	>17 lat	ITP zg. Read/OXMIS
<i>Bottiger 1972</i> [8]	Szwecja	1964 - 1968	152	2,5/105	W każdym wieku	ITP zg. z ICD oraz liczba płytek <100 x 10 <sup>9</sup> /L
<i>Schoonen 2009</i> [9]	Wielka Brytania	1990 - 2005	1145	3,9/105	W każdym wieku	ITP zg. Read/OXMIS

Drugie prospektywne badanie epidemiologiczne *Neylon 2003* [6] objęło 3,08 mln dorosłych osób w północnej Anglii, gdzie roczną zachorowalność, przy zastosowaniu kryterium < 50 000 płytek krwi/ $\mu$ l, określono na 1,6/100 000. Wśród 245 osób, u których zdiagnozowano ITP, nie stwierdzono różnic zależnych od płci, z wyjątkiem grupy osób w wieku 45–59 lat, cechującej się większą zachorowalnością u kobiet. Zarówno w badaniu *Frederiksen 1999* jak i *Neylon 2003* średnia wieku chorych w momencie rozpoznania wynosiła 56 lat.

Publikacja *Abrahamson 2009* [7] to retrospektywna analiza wtórna przeprowadzona w oparciu o dane UK's *General Practice Research Database* (GPRD), pochodzące od ponad 370 lekarzy pierwszego kontaktu, obejmujące 5,3 milionów pacjentów. Do analizy włączono pacjentów zarejestrowanych w latach 1992–2005 w GPRD, u których zdiagnozowano zgodnie z *Read* lub *Oxford Medical Information System*: D313000, D313.12, D313012 (idiopatyczną plamicę małopłytkową), 42P2.11 (autoimmunologiczną trombocytopenię), lub 2871C

(małopłytkowość idiopatyczną). W czasie 14 lat trwania badania zdiagnozowano 840 pacjentów z ITP, roczną zachorowalność określono na 3,9 na 100 000 dorosłych. Długoletnie badanie Abrahamson 2009 zostało przeprowadzane na dużej populacji, jednak jego mniejsza wiarygodność wynika z faktu, że diagnoza ITP była oparta jedynie na kodach *Read/OXMIS* bez weryfikacji kart pacjentów. Ponadto, współczynnik zapadalności może być przeszacowany poprzez uwzględnienie tych pacjentów, którzy byli chorzy, a przez ostatnie 12 miesięcy nie byli leczeni lub byli pod opieką jednostki nie należącej do GPRD.

W badaniu Bottiger 1972 zgłaszano częstość występowania małopłytkowości o każdej etiologii, częstość występowania małopłytkowości idiopatycznej oszacowano na 2,5 na 100 000 osób/rok. W publikacji Schoonen 2009 oszacowana roczna zapadalność dla populacji ogólnej wyniosła 3,9/100 000 (95% CI: 3,7; 4,1), szacunkowa roczna zapadalność dzieci (w wieku <18 lat) wynosi 4,2/100 000 (95% CI: 3,7; 4,7), dorosłych 3,8/100 000 (95% CI: 3,6; 4,1). Zarówno dla populacji ogółem (3,4 mężczyźni vs 4,4 kobiety) jak i osób dorosłych (3,1 mężczyźni vs 4,4 kobiety) zapadalność na ITP jest wyższa wśród kobiet.

Częstość występowania ITP w USA u dzieci i osób dorosłych łącznie przedstawiono w publikacji Segal 2006 [10]. Na podstawie danych ubezpieczeniowych w stanie Maryland częstość występowania oszacowano na 9,5/100 000, przy czym zauważono jej wzrost w zależności od wieku – w populacji w przedziale wiekowym od 55–64 lat chorowało 16 osób/100 000, więcej kobiet niż mężczyzn. W całej grupie obejmującej 454 chorych stosunek kobiet do mężczyzn wynosił 1,9.

W odnalezionym przeglądzie systematycznym NICE (TA 221) dla romiplostymu [11] podkreślono, że ITP jest chorobą rzadką, w której roczna zapadalność w Wielkiej Brytanii wynosi około 2 200 pacjentów, natomiast częstość występowania ITP (chorobowość) szacuje się na około 9 000 pacjentów.

Dane pochodzące z przeglądu systematycznego NICE (TA 205) dla eltrombopagu [12] stwierdzają natomiast, iż zapadalność oraz częstość występowania ITP (*prevalence*) jest nieznana, jednakże dane z ostatniego badania (Feudjo-Tepie 2008) [1.1.1.1.1.1.1.1] szacują, iż wskaźnik chorobowości w USA wynosi 23,6 na 100 000 osób.



## Referencje:

1. Szczeklik A. *Choroby wewnętrzne* (Zawilska K. Rozdział: Zaburzenia hemostazy, strony 1645-1650). Stan wiedzy na rok 2011, Wyd. Medycyna Praktyczna, Kraków 2011.
  2. Krystyna Zawilska. *Samoistna plamica małopłytkowa – skala problemu. Chronic immune thrombocytopenic purpura: the epidemiology and implications for patients*. Acta Haematologica Polonica, 2009, 40, 4.
  3. Projekt badawczy PLATE „Ocena Częstości Występowania, Stopnia Zaawansowania i Sposobów Leczenia Samoistnej Plamicy Małopłytkowej w Polsce”. Amgen.
- 
5. Frederiksen H, Schmidt K. *The incidence of idiopathic thrombocytopenic purpura in adults increases with age*. Blood. Aug 1 1999;94(3):909-913.
  6. Neylon AJ, Sauders PWG, Howard MR, et al. *Clinically significant newly presenting autoimmune thrombocytopenic purpura in adults: a prospective study of a population-based kohort of 245 patients*. Br J Haematol. 2003; 122: 966-974.
  7. Abrahamson PE, Hall SA, Feudjo-Tepie M, et al. *The incidence of idiopathic thrombocytopenic purpura among adults: A population-based study and literature review*. Eur J Haematol 2009;83:83–89 (abstract).
  8. Bottiger LE, Westerholm B. Thrombocytopenia. I. *Incidence and aetiology*. Acta Med Scand 1972;191:535–540  
Cytowane za Terrell DR, Beebe LA, Vesely SK et al. *The incidence of immune thrombocytopenic purpura in children and adults: A critical review of published reports*. Am J Hematol. 2010 Mar;85(3):174-80.
  9. Schoonen MW, Kucera G, Coalson J, et al. *Epidemiology of immune thrombocytopenic purpura in the general practice research database*. Br J Haematol 2009; 145:235–244.
  10. Segal JB, Powe NR. *Prevalence of immune thrombocytopenia: analyses of administrative data*. J Thromb Haemost. 2006; 4: 2377-2383.
  11. NICE: Single Technology Appraisal (STA): *Romiplostim for the treatment of chronic immune or idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP)*. Romiplostim NICE submission, 16 October 2008.
  12. NICE: Single Technology Appraisal (STA): *Eltrombopag for the treatment of chronic idiopathic (immune) thrombocytopenic purpura (ITP)*. Eltrombopag NICE submission, 9 October 2009.
- 1.1.1.1.1.1.1.1.1 Feudjo-Tepie MA, Robinson NJ, Bennett D. *Prevalence of diagnosed chronic immune thrombocytopenic purpura in the US: analysis of a large US claim database: a rebuttal*. J Thromb Haemost. 2008 Apr; 6(4):711-2.





[REDACTED]. Ponadto, zgodnie z Zarządzenie Nr 27/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 maja 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu zdrowotne (lekowe) [3], świadczeniodawca ma prawo rozliczyć tylko taką ilość substancji czynnej, która została podana lub wydana świadczeniobiorcom, natomiast niewykorzystane części postaci substancji czynnych nie podlegają rozliczeniu. [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

#### Referencje:

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

3. Zarządzenie Nr 27/2012/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 10 maja 2012 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programu zdrowotne (lekowe).



Uzupełnienie analityków [REDACTED] dla preparatu Nplate®  
zgodnie z uwagami zawartymi [REDACTED]  
[REDACTED]

### III. AKTUALIZACJA PRZEDSTAWIONEJ DOKUMENTACJI

AOTM: Stwierdzono niezgodność ceny [REDACTED]  
[REDACTED]

[REDACTED] Cena hurtowa romiplostymu przyjęta w analizach wynosi [REDACTED]  
romiplostymu. [REDACTED]  
[REDACTED]

Kwoty podane w tabeli 93 na str. 113 są kwotami, przy których oceniana interwencja jest na granicy dominacji (staje się terapią droższą) względem leczenia standardowego oraz eltrombopagu. Wartości progowe dla leku Nplate® zostały przedstawione w pliku [REDACTED]

---

[REDACTED]

Uzupełnienie analityków [REDACTED] do raportu HTA dla preparatu Nplate® zgodnie z uwagami zawartymi w piśmie Ministra Zdrowia [REDACTED]

#### IV. ANALIZA EKONOMICZNA (AE)

**AOTM:** Brak oszacowania progowej ceny technologii wnioskowanej w podstawowym wariancie analizy dla produktu leczniczego Nplate 500 µg (§5 ust. 2 pkt. 4 Rozporządzenia).

[REDACTED] W załączniku 1.2 zamieszczono oszacowania ceny zbytu netto leku Nplate® (nie uwzględniające należnego podatku od towarów i usług) za 1 µg, 250 µg, 500 µg romiplostymu, przy których współczynnik ICUR jest równy wysokości progu opłacalności - [REDACTED]

**AOTM:** Nie opisano założeń, na podstawie których oszacowano [REDACTED]

[REDACTED] Opis modelu (struktura, dane wejściowe, założenia, itp.) dotyczą analizy ekonomicznej dla opakowania zawierającego 250 µg i 500 µg romiplostymu. [REDACTED]

[REDACTED]

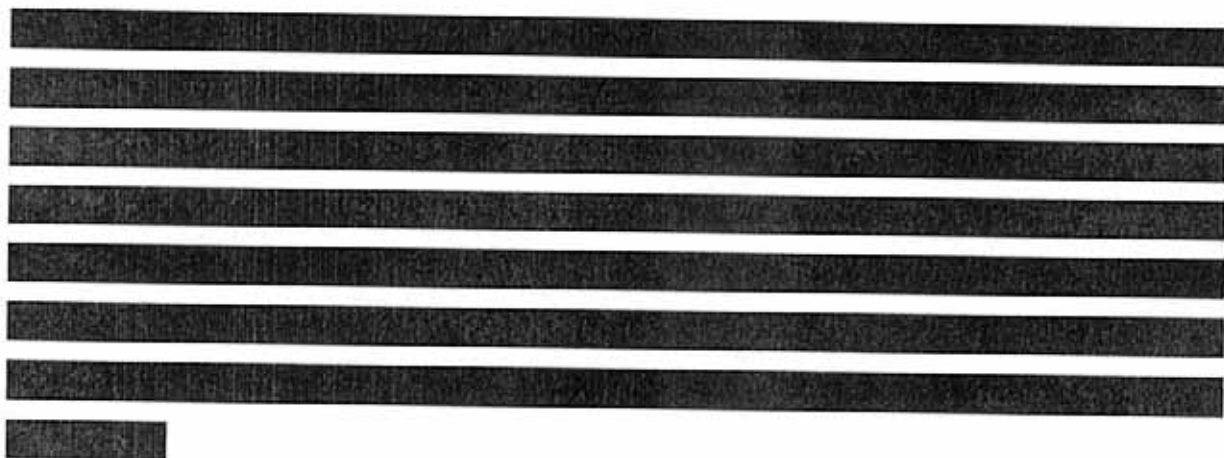
[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



AOTM: Nie podano wartości liczbowej ICUR (§5 ust. 9 pkt. 3 Rozporządzenia).



## Załączniki

### 1. ANALIZA EKONOMICZNA

#### 1.1. Wyniki CUA

W poniższych tabelach przedstawiono wyniki analizy koszty-użyteczność, gdzie jednostką efektywności były zyskane lata życia skorygowane o jakość (QALY). Różnice w kosztach, różnice w efektach oraz wartości współczynnika ICUR dla dożywotniego horyzontu czasowego obliczono w porównaniu do standardowej ścieżki terapeutycznej oraz w porównaniu do eltrombopagu poprzedzającego standardową ścieżkę terapeutyczną.

[REDACTED]

#### 1.1.1. Perspektywa Narodowego Funduszu Zdrowia

##### 1.1.1.1. ROM versus leczenie standardowe

Wyniki analizy użyteczności kosztów leczenia romiplostymem w porównaniu z leczeniem standardowym [REDACTED] w dożywotnim horyzoncie czasowym z perspektywy NFZ, przedstawione zostały poniżej.

Tabela 1

Wyniki analizy koszty-użyteczność dla opakowań zawierających 250 µg oraz 500 µg romiplostymu: ROM vs leczenie standardowe (perspektywa NFZ)

Parametr	Pacjenci bez splenektomii		Pacjenci po splenektomii	
	250 µg	500 µg	250 µg	500 µg
Koszt leczenia [PLN]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Koszt inkrementalny [PLN]	[REDACTED]		[REDACTED]	
Efekt [QALY]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Efekt inkrementalny [QALY]	[REDACTED]		[REDACTED]	
Inkrementalny współczynnik koszty/użyteczność ICUR [PLN/QALY]	[REDACTED]		[REDACTED]	

\*Leczenie standardowe obejmujące rytuksymab, leki immunosupresyjne, danazol, alkaloidy *Vinca* z wyłączeniem romiplostymu



[REDACTED]

### 1.1.1.2. ROM versus ELT

Wyniki analizy użyteczności kosztów leczenia romiplostymem (poprzedzającym standardową ścieżkę terapeutyczną) w porównaniu z leczeniem eltrombopagiem (poprzedzającym standardową ścieżkę terapeutyczną) [REDACTED] romiplostymu, w dożywotnim horyzoncie czasowym z perspektywy NFZ, przedstawione zostały poniżej.

Tabela 2

Wyniki analizy koszty-użyteczność dla opakowań zawierających 250 µg oraz 500 µg romiplostymu: ROM vs ET (perspektywa NFZ)

Parametr	Pacjenci bez splenektomii		Pacjenci po splenektomii	
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Koszt leczenia [PLN]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Koszt inkrementalny [PLN]	[REDACTED]		[REDACTED]	
Efekt [QALY]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Efekt inkrementalny [QALY]	[REDACTED]		[REDACTED]	
Inkrementalny współczynnik koszty/użyteczność ICUR [PLN/QALY]	[REDACTED]		[REDACTED]	

[REDACTED]

### 1.1.2. Perspektywa wspólna (NFZ i pacjenta)

#### 1.1.2.1. ROM versus leczenie standardowe

Wyniki analizy użyteczności kosztów leczenia romiplostymem w porównaniu z leczeniem standardowym dla opakowań zawierających [REDACTED]

w dożywotnim horyzoncie czasowym z perspektywy wspólnej, przedstawione zostały poniżej.

Tabela 3

Wyniki analizy koszty-użyteczność dla opakowań zawierających 250 µg oraz 500 µg romiplostymu: ROM vs leczenie standardowe (perspektywa wspólna)

Parametr	Pacjenci bez splenektomii		Pacjenci po splenektomii	
Koszt leczenia [PLN]				
Koszt inkrementalny [PLN]				
Efekt [QALY]				
Efekt inkrementalny [QALY]				
Inkrementalny współczynnik koszty/użyteczność ICUR [PLN/QALY]				

[Redacted text block]

#### 1.1.2.2. ROM versus ELT

Wyniki analizy użyteczności kosztów leczenia romiplostymem w porównaniu z leczeniem eltrombopagiem dla opakowań zawierających [Redacted] w dożywotnim horyzoncie czasowym z perspektywy wspólnej, przedstawione zostały poniżej.

Tabela 4

Wyniki analizy koszty-użyteczność dla opakowań zawierających 250 µg oraz 500 µg romiplostymu: ROM vs ELT (perspektywa wspólna)

Parametr	Pacjenci bez splenektomii		Pacjenci po splenektomii	
Koszt leczenia [PLN]				
Koszt inkrementalny [PLN]				
Efekt [QALY]				



Parametr	Pacjenci bez splenektomii		Pacjenci po splenektomii	
Efekt inkrementalny [QALY]				
Inkrementalny współczynnik koszty/użyteczność ICUR [PLN/QALY]				

[Redacted text block]

## 1.2. Analiza progowa

[Redacted text block]

Tabela 5  
Wyniki analizy progowej – analiza podstawowa

Parametr		Pacjenci bez splenektomii		Pacjenci po splenektomii	
		ROM vs LS	ROM vs ELT	ROM vs LS	ROM vs ELT
Perspektywa NFZ					
Cena zbytu netto za 500 µg romiplostymu [PLN]	Analiza podstawowa				
	Analiza progowa				
Cena zbytu netto za 250 µg romiplostymu [PLN]	Analiza podstawowa				
	Analiza progowa				
Cena zbytu netto za 125 µg romiplostymu [PLN]	Analiza podstawowa				
	Analiza progowa				
Perspektywa wspólna (NFZ i pacjent)					
Cena zbytu netto za 500 µg	Analiza podstawowa				

Parametr		Pacjenci bez splenektomii		Pacjenci po splenektomii	
		ROM vs LS	ROM vs ELT	ROM vs LS	ROM vs ELT
romiplostymu [PLN]	Analiza progowa	██████	██████	██████	██████
Cena zbytu netto za 250 µg romiplostymu [PLN]	Analiza podstawowa	██████	██████	██████	██████
	Analiza progowa	██████	██████	██████	██████
Cena zbytu netto za 500 µg romiplostymu [PLN]	Analiza podstawowa	██████	██████	██████	██████
	Analiza progowa	██████	██████	██████	██████

W tabelach poniżej przedstawiono wyniki analizy progowej dla poszczególnych porównań dla analizy wrażliwości.







Parametr	Pacjenci bez splenektomii			Pacjenci po splenektomii		
	ROM vs LS	ROM vs ELT	ROM vs LS	ROM vs LS	ROM vs ELT	ROM vs ELT
Horyzont czasowy 10 lat						
Horyzont czasowy 25 lat						









W tabelach poniżej przedstawiono wyniki analizy progowej dla poszczególnych porównań dla analizy scenariuszy skrajnych.

**Tabela 8**  
Wyniki analizy progowej – analiza scenariuszy skrajnych (ROM vs LS)

Parametr	Pacjenci bez splenektomii			Pacjenci po splenektomii		
	Cena zbytu netto romiplostymu [PLN]			Cena zbytu netto romiplostymu [PLN]		
	µg	250 µg	500 µg	µg	250 µg	500 µg
Perspektywa NFZ						
Stan podstawowy	████	██████	██████	████	██████	██████
Scenariusz optymistyczny	████	██████	██████	████	██████	██████
Scenariusz pesymistyczny	████	██████	██████	████	██████	██████
Perspektywa wspólna						
Stan podstawowy	████	██████	██████	████	██████	██████
Scenariusz optymistyczny	████	██████	██████	████	██████	██████
Scenariusz pesymistyczny	████	██████	██████	████	██████	██████

**Tabela 9**  
Wyniki analizy progowej – analiza scenariuszy skrajnych (ROM vs ELT)

Parametr	Pacjenci bez splenektomii			Pacjenci po splenektomii		
	████████████████████			████████████████████		
	█	████	████	█	████	████
████████████████████						
Stan podstawowy	████	██████	██████	████	██████	██████
Scenariusz optymistyczny	████	██████	██████	████	██████	██████
Scenariusz pesymistyczny	████	██████	██████	████	██████	██████
████████████████████						
Stan podstawowy	████	██████	██████	████	██████	██████
Scenariusz optymistyczny	████	██████	██████	████	██████	██████
Scenariusz pesymistyczny	████	██████	██████	████	██████	██████



### 1.3. Analiza wrażliwości

W tabelach poniżej zestawiono oszacowania kosztów i wyników zdrowotnych ocenianych technologii oraz kosztu uzyskania dodatkowego roku życia skorygowanego o jakość wynikającego z zastąpienia technologii opcjonalnych wnioskowaną technologią, o ile ma uzasadnienie (§5 ust. 9 pkt. 3 Rozporządzenia).

[REDACTED]

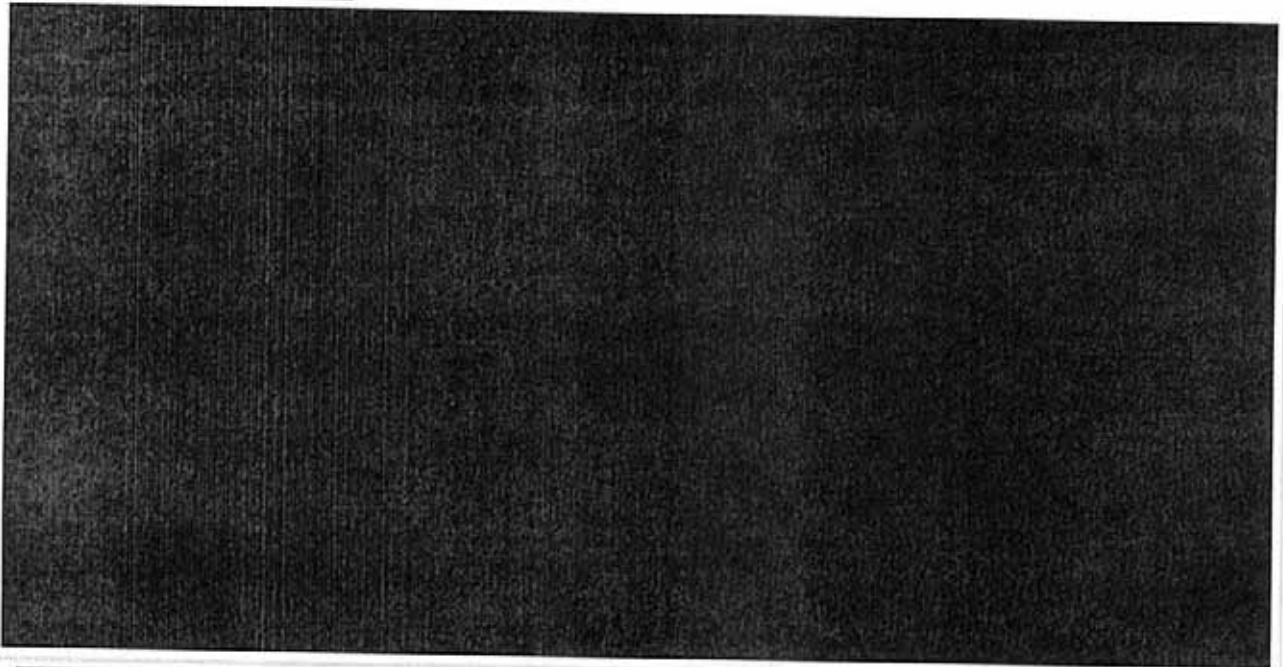
[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

A large rectangular area of the document is completely redacted with a solid black fill, obscuring all text and data that would otherwise be present in a table.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]





















**Tabela 14**  
Wyniki analizy scenariuszy skrajnych dla opakowań zawierających 250 µg oraz 500 µg romiplostymu – ROM vs leczenie standardowe

Parametr	Pacjenci bez splenektomii						Pacjenci po splenektomii					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<b>Stan podstawowy</b>												
Scenariusz optymistyczny												
Scenariusz pesymistyczny												
[Redacted]												
<b>Stan podstawowy</b>												
Scenariusz optymistyczny												
Scenariusz pesymistyczny												

**Tabela 15**  
Wyniki analizy scenariuszy skrajnych dla opakowań zawierających 250 µg oraz 500 µg romiplostymu – ROM vs ELT

Parametr	Pacjenci bez splenektomii						Pacjenci po splenektomii					
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
[Redacted]												
Perspektywa NFZ												





**Referencje:**

1. Orlewska E. *Podstawy Farmakoekonomiki*. UNIMED, 1999.
2. Drummond MF, O'Brien B, Stoddart GL, Torrance GW. *Metody badań ekonomicznych programów ochrony zdrowia*. Via Media, Gdańsk. 2003.
3. Nowakowska E. *Farmakoekonomika*. Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, 2010.