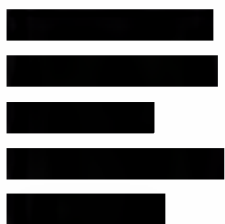




ANALIZA WPŁYWU NA BUDŻET

ZASTOSOWANIE INSULINY GLARGINE (LANTUS®) W TERAPII CUKRZYCY TYPU 1 ORAZ W TERAPII CUKRZYCY TYPU 2

Wersja 1.0



[Redacted text block]

Projekt zakończono: 6 grudnia 2012

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Powielanie tego dokumentu w całości, w częściach jak również wykorzystywanie całości tekstu lub jego fragmentów wymaga zgody właściciela praw majątkowych oraz podania źródła.

Analiza została sfinansowana i przeprowadzona na zlecenie:

Sanofi-Aventis sp. z o.o.

ul. Bonifraterska 17
00-203 Warszawa

[Redacted text block]

SPIS TREŚCI

Indeks skrótów	6
Streszczenie	8
1. Wprowadzenie do analizy.....	14
1.1. Cel analizy.....	14
1.2. Problem zdrowotny	14
1.3. Aktualny status finansowania insulin w Polsce.....	15
1.3.1. Polska	15
1.3.2. Pozostałe państwa Europy.....	20
1.4. Interwencja oceniana.....	23
1.5. Założenia analizy	23
2. Metodyka i dane źródłowe.....	28
2.1. Sposób przeprowadzenia analizy	28
2.2. Forma analizy.....	29
2.3. Perspektywa analizy	30
2.4. Horyzont czasowy analizy.....	30
2.5. Populacja docelowa	30
2.6. Rozpowszechnienie insuliny glargine w populacji docelowej.....	33
2.6.1. Pacjenci z T2DM.....	33
2.6.2. Populacja dzieci z T1DM w wieku 2-6 lat.....	36
2.6.3. Populacja pacjentów aktualnie stosujących LAA w T2DM	38
2.7. Udziały pozostałych leków w populacji docelowej.....	40
2.7.1. Pacjenci z T2DM z populacji docelowej	40
2.7.2. Populacja dzieci z T1DM w wieku 2-6 lat.....	41
2.8. Dawkowanie insulin	41
2.9. Koszty	46
2.9.1. Koszty insulin	46
[REDAKOWANE]	47
2.9.3. Grupy limitowe	48
2.10. Dodatkowe oszczędności	51
2.10.1. Ciężkie hipoglikemie	51
2.10.2. Redukcja dawki insuliny krótkodziałającej.....	53

2.10.3.	Zużycie pasków do pomiaru glikemii.....	55
2.10.4.	Podsumowanie.....	56
2.11.	Analiza wrażliwości.....	57
3.	Wyniki analizy.....	59
3.1.	Populacja docelowa.....	59
3.1.1.	Scenariusz aktualny.....	59
3.1.2.	Scenariusz prognozowany.....	61
3.2.	Scenariusz aktualny.....	62
3.2.1.	Wydatki płatnika publicznego.....	62
3.2.2.	Wydatki ze wspólnej perspektywy płatnika publicznego i pacjentów.....	64
3.3.	Scenariusz prognozowany.....	66
	66
3.3.2.	Wydatki płatnika publicznego.....	66
3.3.3.	Wydatki płatnika publicznego i pacjentów.....	70
3.4.	Wydatki inkrementalne.....	73
3.4.1.	Wydatki płatnika publicznego.....	73
3.4.2.	Wydatki płatnika publicznego i pacjentów.....	77
3.5.	Dodatkowe oszczędności płatnika publicznego i pacjentów.....	80
3.6.	Podsumowanie.....	81
4.	Analiza wpływu na system ochrony zdrowia.....	85
4.1.	Wpływ na organizację udzielania świadczeń zdrowotnych.....	85
4.2.	Aspekty etyczne i społeczne.....	85
5.	Podsumowanie.....	87
6.	Wnioski.....	92
7.	Dyskusja.....	93
8.	Ograniczenia.....	95
9.	Bibliografia.....	97
10.	Spis elementów.....	102
10.1.	Spis tabel.....	102
10.2.	Spis wykresów.....	105
11.	Zestawienie weryfikacyjne analizy ze względu na minimalne wymagania ministerstwa zdrowia.....	106
12.	Aneks.....	108
12.1.	Analiza wrażliwości.....	108

12.1.1.	Zestawienie parametrów analizy wrażliwości	108
12.1.2.	Wyniki analizy wrażliwości [REDACTED]	109
12.1.3.	Wyniki analizy wrażliwości [REDACTED]	112
12.1.4.	Podsumowanie.....	114
12.2.	Liczba pacjentów z T2DM z populacji docelowej.....	117
12.2.1.	Źródła danych	117
12.2.2.	Analiza	119
12.2.3.	Synteza danych.....	129
12.3.	Liczba pacjentów z cukrzycą stosujących insulinoterapię w Polsce.....	130
12.4.	Liczba pacjentów z T1DM w wieku 2-6 lat.....	135
12.5.	Rozpowszechnienie [REDACTED] wśród dzieci z T1DM w wieku 2-6 lat.....	142
12.6.	Rozpowszechnienie LAA w państwach zagranicznych	144
12.7.	Porównanie wyników analiz finansowych dla insuliny glargine	146

INDEKS SKRÓTÓW

AOTM	Agencja Oceny Technologii Medycznych
BIA	Analiza wpływu na budżet
DM	Cukrzyca (<i>Diabetes Mellitus</i>)
FPG	Poziom glukozy na czczo (<i>Fasting Plasma Glucose</i>)
GUS	Główny Urząd Statystyczny
HbA_{1c}	Hemoglobina glikowana (<i>Glycated haemoglobin</i>)
IDet	Insulina detemir
IDF	Międzynarodowe Stowarzyszenie Diabetyków (<i>International Diabetes Federation</i>)
IGlar	Insulina glargine
IU	Jednostka międzynarodowa (<i>International Unit</i>)
LAA	Długodziałające analogi insuliny (<i>Long-Acting Analogues</i>)
MIX	Mieszanki insuliny
MZ	Minister Zdrowia
NFZ	Narodowy Fundusz Zdrowia
NPH	Insulina o pośrednim czasie działania (<i>Neutral Protamine Hagedorn</i>)
OAD	Doustne leki przeciwcukrzycowe (<i>Oral AntiDiabetics</i>)
POZ	Podstawowa Opieka Zdrowotna

■ [REDACTED]

T1DM	Cukrzyca typu 1 (<i>Type 1 Diabetes Mellitus</i>)
T2DM	Cukrzyca typu 2 (<i>Type 2 Diabetes Mellitus</i>)
WLR	Wykaz leków refundowanych
WOŚP	Wielka Orkiestra Świątecznej Pomocy
WTP	Gotowość do płacenia (<i>Willingness To Pay</i>)

STRESZCZENIE

Cele

Celem analizy wpływu na budżet jest oszacowanie przewidywanych wydatków płatnika publicznego w przypadku podjęcia pozytywnej decyzji o finansowaniu ze środków publicznych insuliny glargine (Lantus®) w zdefiniowanej populacji pacjentów z cukrzycą typu 2. [REDACTED]

Metodyka

Definicję populacji docelowej przyjęto na podstawie [REDACTED]

Populacja docelowa obejmuje [REDACTED]

Liczebność populacji pacjentów [REDACTED]

Prognozę zużycia [REDACTED]

Analizę przeprowadzono [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]

[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]

W analizie przeprowadzono dodatkowe obliczenia dotyczące [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]

Wyniki analizy przedstawiono [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]

Wyniki

Populacja docelowa

[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]

[Redacted text block]

Scenariusz aktualny

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Scenariusz prognozowany [Redacted]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Scenariusz prognozowany [Redacted]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Wydatki inkrementalne

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Dodatkowe oszczędności

[Redacted text block]

[REDACTED]

Wnioski końcowe

W analizie przedstawiono przewidywane wydatki płatników (NFZ oraz pacjenci) za świadczenia zdrowotne związane z wprowadzeniem refundacji insuliny glargine (równocześnie z refundacją insuliny detemir) w docelowej populacji pacjentów z cukrzycą typu [REDACTED]

[REDACTED] Dodatkowo uwzględniono rozszerzenie wskazań rejestracyjnych dla insuliny glargine – dopuszczenie do obrotu w populacji dzieci z cukrzycą w wieku 2-6 lat (zgodnie z aktualną charakterystyką produktu leczniczego [REDACTED])

Kwestia objęcia pacjentów stosujących insuliny, z cukrzycą zarówno z typu 1, jak i 2, równym dofinansowaniem ich leczenia powinna być – ze względów społecznych i etycznych – potraktowana ze szczególną troską. O refundację LAA od wielu lat starają się organizacje pacjentów z cukrzycą oraz lekarzy diabetologów [1–24]. Polska jest jedynym, obok Malty, krajem w Unii Europejskiej, w którym LAA nie są refundowane u pacjentów z T2DM. Dodatkowo w Europie Lantus® jest finansowany ze środków publicznych w Norwegii, Szwajcarii oraz Liechtensteinie. W tym kontekście, decyzja o rozszerzeniu finansowania insuliny glargine przez NFZ jest nie tylko określonym rozwiązaniem legislacyjnym i czynnikiem dla konstrukcji budżetu, ale jest też krokiem w celu spełnienia oczekiwań osób z cukrzycą typu 2 i ma realne znaczenie dla zapewnienia pacjentom równego dostępu do świadczeń.

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą i wydatki na jej leczenie są stałym i poważnym obciążeniem budżetu pacjentów [REDACTED]

[REDACTED]

1. WPROWADZENIE DO ANALIZY

1.1. Cel analizy

Celem analizy wpływu na budżet jest oszacowanie przewidywanych wydatków płatnika publicznego w przypadku podjęcia pozytywnej decyzji o finansowaniu ze środków publicznych insuliny glargine (Lantus®) w zdefiniowanej populacji docelowej pacjentów z cukrzycą typu 2. [REDACTED]

[REDACTED]

1.2. Problem zdrowotny

Dwa główne typy cukrzycy, odpowiedzialne za ok. 99% przypadków tej choroby w Polsce, to cukrzyca typu 1 (T1DM) i cukrzyca typu 2 (T2DM). [25]

Cukrzyca typu 1, zwana też insulinozależną, spowodowana jest destrukcją komórek β trzustki, wiodącą zwykle do bezwzględnego niedoboru insuliny. Cukrzyca typu 1 może być idiopatyczna oraz spowodowana procesem immunologicznym. W powstawaniu choroby biorą też udział czynniki genetyczne, predysponujące do rozwoju procesu autoimmunologicznego po zadziałaniu czynnika spustowego, którym mogą być wirusy, bakterie, toksyny, białka pokarmowe i inne. O procesie autoimmunologicznym świadczy pojawienie się we krwi autoprzeciwciał przeciwwyspowych, przeciwiinsulinowych, przeciwko dekarboksylazie kwasu glutaminowego lub przeciwko białkowej fosfatazie tyrozynowej. Obecność przeciwciał prowadzi do stopniowego niszczenia komórek beta trzustki. [26]

Cukrzyca typu 2, zwana też insulinoniezależną, związana jest z narastającą opornością mięśni szkieletowych i wątroby na insulinę, co początkowo prowadzi do wzrostu wydzielania tego hormonu przez komórki trzustki (hyperinsulinemia), a następnie do wyczerpania się możliwości wydzielniczych

trzustki. W konsekwencji poziom glukozy we krwi jest stale podwyższony, co może powodować uszkodzenie wielu narządów i tkanek. [26] Etiopatogeneza cukrzycy typu 2 jest złożona, rolę w jej powstaniu odgrywają zarówno czynniki genetyczne, jak i środowiskowe (przede wszystkim otyłość i mała aktywność fizyczna).

1.3. Aktualny status finansowania insulin w Polsce

1.3.1. Polska

Aktualnie w ramach wykazu leków refundowanych finansowane ze środków publicznych są w Polsce preparaty insuliny o pośrednim czasie działania - NPH, mieszanki insulinowe – MIX (ludzkie oraz analogowe), a także insuliny krótkodziałające (w tym krótkodziałające analogi insulin ludzkich). [27] Dodatkowo w lipcu 2012 roku na wykaz leków refundowanych wpisane zostały długodziałające analogi insuliny (LAA): insulina glargine (Lantus®) i insulina detemir (Levemir®) do stosowania w T1DM. [28] Finansowanie insuliny glargine obejmuje pacjentów z T1DM od 6. roku życia, zaś finansowanie insuliny detemir od 2. roku życia.

Aktualnie istnieją trzy grupy limitowe w ramach, których finansowane są insuliny w Polsce:

- 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich,
- 14.2, Hormony trzustki - insuliny zwierzęce,
- 14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin.

Zestawienie wszystkich preparatów znajdujących się w powyższych grupach limitowych przedstawiono w analizie ekonomicznej [29].

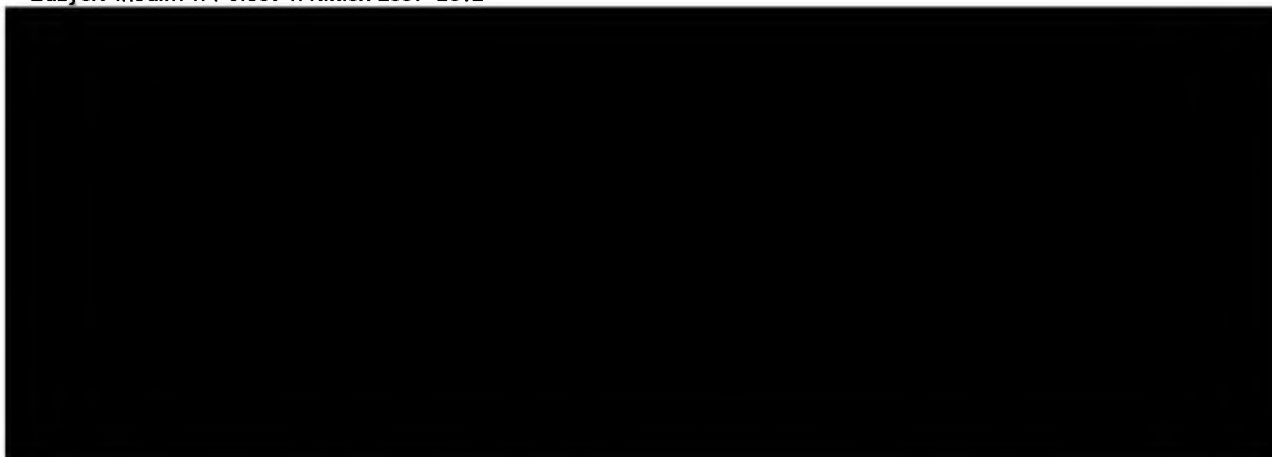


Tabela 1.
Zużycie insuliny w Polsce w latach 2007–2012 [mln IU] na podstawie danych sprzedażowych [30]

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
[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]



Wykres 1.
Zużycie insuliny w Polsce w latach 2007–2012



Aktualnie [redacted] diabetyków stosuje LAA, przy czym tylko u pacjentów z T1DM preparaty te są finansowane ze środków publicznych (finansowanie od lipca 2012 roku). Pacjenci z T2DM ponoszą pełne koszty LAA.

Liczba pacjentów obecnie stosujących insulinę glargine

Do oszacowania liczby chorych stosujących obecnie insulinę Lantus® wykorzystano dane [redacted]
[redacted]
[redacted]
[redacted]

Tabela 2.
Liczba pacjentów obecnie stosujących insulinę glargine

Parametr	[redacted]	[redacted]	[redacted]
Insulina glargine	[redacted]	[redacted]	[redacted]

[redacted]
[redacted]
[redacted]

Tabela 3.
Sprzedaż insuliny glargine w Polsce z podziałem na poziom odpłatności (opakowania)

I	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]

I				

Tabela 4.
Sprzedaż insuliny glargine w Polsce z podziałem na poziom odpłatności (udziały)

I				

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Tabela 5.
Wielkość refundacji LAA – dane NFZ za okres styczeń-sierpień 2012

EAN	Nazwa handlowa	Liczba wydanego leku	Kwota refundacji

Tabela 8.
Status refundacyjny insuliny glargine w Europie

Kraj	Refundacja	Restrykcje refundacyjne	Poziom refundacji	Szczegóły
Polska	TAK/NIE	x	70%	Dotyczy tylko T1DM >6 r.ż.
Austria	■	■	■	■
Belgia	■	■	■	■
Bułgaria	■	■	■	■
Cypr	■	■	■	■
Czechy	■	■	■	■
Dania	■	■	■	■
Estonia	■	■	■	■
Finlandia	■	■	■	■
Francja	■	■	■	■
Grecja	■	■	■	■
Hiszpania	■	■	■	■
Holandia	■	■	■	■
Irlandia	■	■	■	■
Liechtenstein	■	■	■	■
Litwa	■	■	■	■
Luksemburg	■	■	■	■
Łotwa	■	■	■	■
Malta	■	■	■	■

Kraj	Refundacja	Restrykcje refundacyjne	Poziom refundacji	Szczegóły
Niemcy	■	■	■	■
Norwegia	■	■	■	■
Portugalia	■	■	■	■
Rumunia	■	■	■	■
Słowacja	■	■	■	■
Słowenia	■	■	■	■
Szwajcaria	■	■	■	■
Szwecja	■	■	■	■
Węgry	■	■	■	■
Wielka Brytania	■	■	■	■
Włochy	■	■	■	■

[REDACTED]

1.4. Interwencja oceniana

Insulina glargine (preparat Lantus®) oraz [REDACTED]
[REDACTED] Zastosowanie LAA pozwala na uzyskanie podstawowego, „bezszczytowego” poziomu insuliny o równomiernym nasileniu przez całą dobę. Bardziej stabilny profil glikemii może mieć wpływ na rzadsze występowanie nocnych hipoglikemii.

Preparat Lantus® został dopuszczony do obrotu na terenie Unii Europejskiej w dniu 9 czerwca 2000 roku (pozwolenie przedłużono w dniu 9 czerwca 2010 roku). [32] Wskazany jest w cukrzycy u dorosłych oraz u dzieci powyżej 2. roku życia wymagających leczenia insuliną. Przeznaczony jest do podskórnego podawania 1 raz na dobę. [33] W lipcu 2012 roku Lantus® został wpisany na wykaz leków refundowanych do stosowania w T1DM u pacjentów od 6. roku życia, z kategorią odpłatności 30% limitu finansowania, przy czym zgodnie ze stanem aktualnym, insulina Lantus® wyznacza podstawę limitu w grupie. W związku z niedawną zmianą wskazań rejestracyjnych (dnia 25.05.2012 rejestracja została poszerzona o dzieci pomiędzy 2 a 6 rokiem życia [34]) aktualnie wskazania rejestracyjne i refundacyjne dla pacjentów z T1DM nie pokrywają się.

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

1.5. Założenia analizy

Analizę wpływu na budżet przeprowadzono w 2-letnim horyzoncie czasowym, począwszy od 1 lipca 2013 roku [REDACTED]
[REDACTED] Taki horyzont czasowy obejmuje czas obowiązywania pierwszej decyzji refundacyjnej. [REDACTED]

[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED] Przedstawiono również wydatki inkrementalne, tj. różnicę w wydatkach płatnika publicznego między scenariuszem prognozowanym a aktualnym.

Populację docelową analizy stanowią pacjenci z cukrzycą typu 2 [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[REDACTED] Dodatkowo, ze względu na rozszerzenie wskazań rejestracyjnych,

uwzględniono również rozpoczęcie finansowania insuliny glargine w populacji dzieci od 2 do 6 roku życia z cukrzycą typu 1. [REDACTED]

W analizie przyjęto założenie, że insulina glargine będzie finansowana ze środków publicznych w populacji docelowej począwszy od 1 lipca 2013 roku. [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Kalkulacje wyżej wymienionych kategorii oparto na wynikach [REDACTED]
 [REDACTED]
 [REDACTED]

W analizie wyróżniono [REDACTED]
 [REDACTED]
 [REDACTED]
 [REDACTED]
 [REDACTED]

- o insulina glargine (IGlar),
 [REDACTED]

W poniższej tabeli (Tabela 9) znajduje się zestawienie źródeł danych wykorzystanych w opracowanej analizie.

Tabela 9.
Zestawienie źródeł danych wykorzystanych w niniejszej analizie

	Parametr	Źródło	Referencje
	[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]

	Parametr	Źródło	Referencje
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

2. METODYKA I DANE ŹRÓDŁOWE

2.1. Sposób przeprowadzenia analizy

Analizę wpływu na budżet przeprowadzono w następujący sposób:

[Redacted text block containing the methodology of the budget impact analysis]

[Redacted text block containing multiple paragraphs of obscured content]

2.2. Forma analizy

Analiza wpływu na budżet składa się z dwóch części – niniejszego dokumentu oraz arkusza kalkulacyjnego wykonanego w programie MS Excel 2010®, umożliwiającego obliczenie prognozowanych wydatków płatnika w zależności od przyjętych założeń. Arkusz kalkulacyjny umożliwia również przeprowadzenie jednokierunkowych i wielokierunkowych analiz wrażliwości.

2.3. Perspektywa analizy

Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 roku w sprawie minimalnych wymagań, jakie muszą spełniać analizy uwzględnione we wnioskach o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu oraz o podwyższenie urzędowej ceny zbytu leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, które nie mają odpowiednika refundowanego w danym wskazaniu [54], analizę przeprowadzono z perspektywy płatnika publicznego oraz z perspektywy wspólnej płatnika i pacjentów, przy uwzględnieniu kosztów współpłacenia za leki.

2.4. Horyzont czasowy analizy

Analizę opracowano w 2-letnim horyzoncie czasowym przy założeniu, że insulina glargine będzie finansowana ze środków publicznych w ramach wykazu leków refundowanych w cukrzycy typu 2 począwszy od 1 lipca 2013 roku. [REDACTED]

Zgodnie z wytycznymi AOTM [55] horyzont czasowy analizy wpływu na budżet powinien obejmować okres do momentu ustalenia się stanu równowagi lub co najmniej w ciągu 2 lat od wprowadzenia nowej technologii. Dodatkowo, zgodnie z ustawą refundacyjną z dnia 12 maja 2011 roku [56], pierwsza decyzja refundacyjna wydawana jest na 2 lata. W przypadku finansowania długodziałających analogów insuliny należy spodziewać się szybkiego ustalenia stanu równowagi ze względu na oczekiwania społeczne w zakresie finansowania tych technologii medycznych. Z tego względu uznano, że 2-letni horyzont czasowy jest wystarczający do przedstawienia zmian w wydatkach NFZ związany z rozszerzeniem wskazań refundacyjnych dla insuliny Lantus®. [REDACTED]

2.5. Populacja docelowa

Na podstawie analizy problemu decyzyjnego wyróżniono następującą populację pacjentów, w której wnioskuje się o finansowanie insuliny Lantus® ze środków publicznych:

[REDACTED] pacjenci z cukrzycą typu 2 [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

- populacja dzieci w wieku od 2 do 6 lat z cukrzycą typu 1.

Poniżej przedstawiono podsumowanie sposobu kalkulacji liczebności zdefiniowanych w analizie populacji. Szczegółowy opis przeprowadzenia obliczeń przedstawiono w aneksie (rozdział 12.1.1).

Pacjenci z T2DM z populacji docelowej

W pierwszym kroku szacowania liczby pacjentów z T2DM z populacji docelowej, na podstawie danych

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Tabela 10.
 Prognozowana liczba pacjentów z T2DM z populacji docelowej w kolejnych latach

Populacja	Wartość	Prognoza			Źródła danych	Uwagi
		2013	2014	2015		
[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]

W ramach analizy wrażliwości przeprowadzono dodatkowe obliczenia, [REDACTED]
 [REDACTED]
 [REDACTED]
 [REDACTED]
 [REDACTED]
 [REDACTED]
 [REDACTED]
 [REDACTED]
 [REDACTED]

Poniżej przedstawiono zestawienie liczebności populacji docelowej [REDACTED]
[REDACTED]

Tabela 11.
Liczba pacjentów z T2DM z populacji docelowej

Wariant	2013	2014	2015
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Populacja dzieci w wieku 2-6 lat z T1DM

W celu wyznaczenia liczby dzieci z przedziału wiekowego 2-6 lat z cukrzycą typu 1, skorzystano z danych [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Tabela 12.
Prognozowana liczebność populacji dzieci w wieku 2-6 lat z T1DM

Populacja	Dane						Prognoza			
	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
[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]

2.6. Rozpowszechnienie insuliny glargine w populacji docelowej

2.6.1. Pacjenci z T2DM

Rozpowszechnienie insuliny Lantus® w populacji docelowej w zakresie pacjentów z T2DM oszacowano na podstawie danych [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Tabela 13.
Odsetek osób z cukrzycą w Polsce pozostających pod opieką lekarza POZ lub lekarza diabetologa

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

Tabela 14.
Średni odsetek pacjentów z cukrzycą typu 1 i 2 ze wskazaniem do zastosowania insuliny Lantus®, [Redacted]

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

Tabela 15.
Rozpowszechnienie LAA wśród pacjentów z T2DM z populacji docelowej po wprowadzeniu refundacji

Wariant	2013	2014	2015
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Tabela 16.
Rozpowszechnienie Lantus® wśród pacjentów z T2DM z populacji docelowej po wprowadzeniu refundacji – scenariusz prognozowany

Parametr	2013	2014	2015
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

2.6.2. Populacja dzieci z T1DM w wieku 2-6 lat

[REDACTED]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Tabela 19.
Liczba osób z T2DM stosująca LAA obecnie, pomimo braku refundacji

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Tabela 20.
Liczba pacjentów stosujących LAA w scenariuszu aktualnym, u których w scenariuszu prognozowanym terapia LAA będzie finansowana ze środków publicznych

2.7. Udziały pozostałych leków w populacji docelowej

2.7.1. Pacjenci z T2DM z populacji docelowej

Scenariusz aktualny

[Redacted content]

Tabela 21.
 Odsetki pacjentów przyjmujących poszczególne rodzaje insuliny wśród pacjentów z T2DM z populacji docelowej – scenariusz aktualny

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

Scenariusz prognozowany

[Redacted content]

Tabela 22.
Odsetki pacjentów z T2DM z populacji docelowej przyjmujących poszczególne rodzaje insuliny – scenariusz prognozowany, analiza podstawowa

2.7.2. Populacja dzieci z T1DM w wieku 2-6 lat

Szczegółowy opis udziałów poszczególnych rodzajów insuliny i założenia związane z przeprowadzonymi obliczeniami przedstawiono w rozdziale 2.6.3. Poniżej przedstawiono zestawienie danych zastosowanych w analizie podstawowej.

Tabela 23.
Rozpowszechnienie insuliny stosowanych u dzieci w wieku 2-6 lat z T1DM w Polsce – analiza podstawowa

Insulina	2013	2014	2015

2.8. Dawkowanie insuliny

[Redacted content]

[Redacted text block]

Tabela 24.
Dawkowanie insulin w T2DM [Redacted] – wartości zastosowane w analizie podstawowej

Rodzaj insuliny	Dawka dobową (IU)	Podania	Wastage/podanie (IU)	Dawka + wastage (IU)
[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 text block]

[Redacted text block]

Tabela 25.
Dawkowanie insulin w T2DM [Redacted] wartości zastosowane w analizie wrażliwości [Redacted]

Rodzaj insuliny	Dawka dobową (IU)	Podania	Wastage/podanie (IU)	Dawka + wastage (IU)
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Rodzaj insuliny	Dawka dobową (IU)	Podania	Wastage/podanie (IU)	Dawka + wastage (IU)
█	█	█	█	█
█	█	█	█	█
█	█	█	█	█

Dawkowanie insulin – pozostałe źródła

█
 █
 █
 █
 █
 █

█
 █
 █
 █
 █
 █
 █
 █

[Redacted text block]

Dawkowanie insuliny w populacji dzieci z T1DM

W celu określenia dawkowania insuliny dla dzieci z cukrzycą typu 1 w wieku 2-6 lat w Polsce

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Tabela 27.
Dawkowanie insuliny dla dzieci z T1DM

Rodzaj Insuliny	Dawka dobową (IU)	
	Analiza podstawowa	Analiza wrażliwości (wariant E)
[REDACTED]	■	■
[REDACTED]	■	■
[REDACTED]	■	■
[REDACTED]	■	■
[REDACTED]	■	■

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

2.9. Koszty

2.9.1. Koszty insuliny

W analizie BIA uwzględniono wyłącznie koszty [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Wyróżnione zostały następujące grupy insuliny:

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

- o insulina glargine (IGlar),

[REDACTED]

Koszty insulinoterapii określono na podstawie obwieszczenia Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2012 roku [27]. Zestawienie cen jednostkowych refundowanych preparatów insulin przedstawiono w analizie ekonomicznej [29]. [REDACTED]

[REDACTED]

Tabela 28.
Średnie ceny poszczególnych rodzajów insulin

Rodzaj insuliny	Odpłatność NFZ za 100 IU			Odpłatność pacjenta za 100 IU		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
[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 text block]

Tabela 29.

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

2.9.3. Grupy limitowe

W analizie przyjęto założenie, że insulina glargine będzie finansowana ze środków publicznych w populacji docelowej począwszy od 1 lipca 2013 roku. [Redacted]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Aktualnie istnieją trzy grupy limitowe w ramach, których finansowane są insuliny w Polsce:

- 14.1, Hormony trzustki - insuliny ludzkie i analogi insulin ludzkich,
- 14.2, Hormony trzustki - insuliny zwierzęce,
- 14.3, Hormony trzustki - długodziałające analogi insulin.

W analizie przeprowadzono rozważania dotyczące możliwości zmiany preparatu wyznaczającego podstawę limitu finansowania w istniejących grupach limitowych. Wszystkie rozważania przeprowadzono przy założeniu, że jednostkowe ceny hurtowe poszczególnych preparatów nie ulegną zmianie na przestrzeni lat 2013-2015.

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text]

Sytuację cenową w tej grupie limitowej przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 30.
Grupa limitowa 14.1

Rodzaj insuliny	Kod EAN	Cena hurtowa brutto (2012)	Liczba jednostek w opakowaniu	Cena DDD (40 IU)	Liczba wydanych jednostek (lipiec 2012) ^a	Udziały ^a
[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]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

[Redacted text]

[Redacted text block]

Tabela 31.
Grupa limitowa 14.1

[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]
[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 text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

2.10. Dodatkowe oszczędności

W ramach analizy przeprowadzono dodatkowe obliczenia w celu przedstawienia potencjalnych oszczędności płatnika, wynikających z zastosowania insuliny glargine [REDACTED]. W kalkulacji potencjalnych oszczędności płatnika uwzględniono następujące kategorie:

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

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

[REDACTED] Poniżej przedstawiono wyniki badania w zakresie uwzględnionych w niniejszej analizie punktów końcowych.

2.10.1. Ciężkie hipoglikemie

W randomizowanych badaniach klinicznych uzyskano dane dotyczące częstości występowania ciężkich hipoglikemii. Poniżej przedstawiono odnalezione dane w tym zakresie.

Tabela 12.
 Częstość występowania epizodów hipoglikemii dla porównania IGlar + OAD [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]

Tabela 22.
Wyniki analizy klinicznej dla porównania IGlar + bolus + OAD [redacted] w odniesieniu do ryzyka wystąpienia epizodów hipoglikemii

[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]

Tabela 34.
Średnia częstość występowania hipoglikemii [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]

Tabela 34.
Średnia częstość występowania hipoglikemii – wartości uwzględnione w analizie

Źródło	Różnica IGlar [redacted]	Okres
[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

Poniżej przedstawiono koszt leczenia epizodu ciężkiej hipoglikemii zastosowany w analizie. Oszacowanie kosztów zaczerpnięto z przeprowadzonej analizy ekonomicznej [29].

[Redacted content]

Tabela 32.
Koszt hospitalizacji – hipoglikemia

Grupa JGP	Nazwa	Średnia wycena JGP [pkt]	Cena punktu [zł]	Koszt hospitalizacji [zł]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Tabela 33.
Koszt farmakoterapii – hipoglikemia

Kategoria kosztowa	Koszt – NFZ [zł]	Koszt – NFZ + pacjent [zł]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Tabela 34.
Koszty związane z hipoglikemią – podsumowanie

Kategoria kosztów	Koszt jednostkowy [zł]	Odsetek pacjentów	Koszt na epizod – NFZ [zł]	Koszt na epizod – NFZ + pacjent [zł]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

2.10.2. Redukcja dawki insuliny krótkodziałającej

[Redacted content]

Tabela 35.
Wyniki badania [redacted]

Punkt końcowy	IGlar Średnia (SD)	[redacted]	Porównanie
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

[redacted]

Tabela 36.
Redukcja dawki insuliny krótkodziałającej – wartości zastosowane w analizie

Punkt końcowy	Wartość
[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]

Wartości te zastosowano w kolejnych latach do pacjentów stosujących insulinę glargine w populacji docelowej ([redacted]).
[redacted] Poniżej przedstawiono rozkład schematów terapeutycznych stosowanych w BIA.

Tabela 37.
Prognozowane rozpowszechnienie schematów terapeutycznych w analizie BIA

Schemat	2013	2014	2015
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]

W analizie potencjalnych oszczędności [redacted]

[redacted]

[redacted]

Tabela 38.
Zmiana dawki insuliny krótkodziałającej [REDACTED]

Badanie	IGlar + bolus ± OAD [REDACTED]			
	N	Parametr	N	Parametr
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

2.10.3. Zużycie pasków do pomiaru glikemii

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Tabela 39.
Dzienne zużycie pasków do pomiaru hipoglikemii

Interwencja	Schemat	Wartość
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Wyżej zaprezentowane dane zastosowano w analizie przy uwzględnieniu rozkładu schematów terapeutycznych (bazal + bolus, bazal + OAD) z danych polskich. [REDACTED]

[Redacted content]

Tabela 40.
Koszty pasków do pomiaru glikemii – wartości zastosowane w analizie [zł/sztukę]

Schemat	2013	2014	2015
Perspektywa płatnika			
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
Łączna perspektywa płatnika publicznego i pacjentów			
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

2.10.4. Podsumowanie

Poniżej przedstawiono podsumowanie wartości zastosowanych do obliczenia dodatkowych oszczędności płatnika i pacjentów.

Tabela 41.
Zestawienie dodatkowych oszczędności na pacjenta na rok wynikających z zastosowania IGLar [Redacted]

Schemat	2013	2014	2015
Perspektywa płatnika			
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Schemat	2013	2014	2015
Łączna perspektywa płatnika publicznego i pacjentów			
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

2.11. Analiza wrażliwości

Dane uwzględnione w analizie mogą podlegać zmianom w zależności od różnych czynników i okoliczności, których nie sposób na obecnym etapie przewidzieć. Z tego względu w ramach analizy przeprowadzono jednokierunkowe analizy wrażliwości, zakładające zmienność następujących parametrów:

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

W jednokierunkowej analizie wrażliwości, we wszystkich wariantach analizy obliczono prognozowane wydatki płatnika w sytuacji, gdy jeden parametr podlegał zmianie, przyjmując wartość uwzględnioną w analizie wrażliwości, natomiast pozostałe zmienne przyjmowały wartości uwzględnione w analizie podstawowej. [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Szczegółowe wyniki analizy wrażliwości oraz dane dotyczące zakresu zmienności poszczególnych parametrów uwzględnionych w analizie wrażliwości wraz z uzasadnieniem przedstawiono w aneksie

(12.1). Ponadto, w załączonym arkuszu kalkulacyjnym istnieje możliwość wygenerowania wyników analizy przy uwzględnieniu dowolnych wartości uwzględnionych parametrów.

3. WYNIKI ANALIZY

W niniejszym rozdziale przedstawiono wyniki analizy w wariacie podstawowym

[Redacted text block]

Wyniki analizy w zakresie wydatków przedstawiono w dwóch wariantach:

[Redacted text block]

3.1. Populacja docelowa

3.1.1. Scenariusz aktualny

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Tabela 42.
Liczba pacjentów z populacji docelowej od 2013 do 2015 roku – scenariusz aktualny

Populacja	2013	2014	2015
[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]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Populacja	2013	2014	2015
[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]	[REDACTED]	[REDACTED]

3.2. Scenariusz aktualny

3.2.1. Wydatki płatnika publicznego

W scenariuszu aktualnym analizy, przewidywane wydatki płatnika publicznego związane ze stosowaniem insulinoterapii u pacjentów z T2DM z populacji docelowej, przy uwzględnieniu aktualnych zasad finansowania wyniosą [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Przewidywane wydatki płatnika publicznego związane ze stosowaniem insulinoterapii w populacji dzieci w wieku 2-6 z T1DM, przy uwzględnieniu aktualnych zasad finansowania wyniosą [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Prognozowane wydatki płatnika publicznego w populacji docelowej analizy, przy uwzględnieniu aktualnych zasad finansowania wyniosą [redacted]

Tabela 44.
Wydatki płatnika publicznego – analiza podstawowa, scenariusz aktualny [mln zł]

Kategoria	Wartość w kolejnych latach			
	II połowa 2013	2014	I połowa 2015	Czas trwania 1. decyzji refundacyjnej (2 lata)
Populacja docelowa – T2DM				
[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]
Populacja dzieci w wieku 2-6 z T1DM				
[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]
Populacja docelowa				
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]
[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]

Kategoria	Wartość w kolejnych latach			Czas trwania 1. decyzji refundacyjnej (2 lata)
	II połowa 2013	2014	I połowa 2015	
[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]

3.2.2. Wydatki ze wspólnej perspektywy płatnika publicznego i pacjentów

W scenariuszu aktualnym analizy, przewidywane wydatki płatnika publicznego i pacjentów związane ze stosowaniem insulinoterapii u pacjentów z T2DM z populacji docelowej, przy uwzględnieniu aktualnych zasad finansowania wyniosą [REDACTED]

[REDACTED]

Przewidywane wydatki płatnika publicznego i pacjentów związane ze stosowaniem insulinoterapii w populacji dzieci w wieku 2-6 z T1DM przy uwzględnieniu aktualnych zasad finansowania wyniosą

[REDACTED]

Prognozowane wydatki płatnika publicznego i pacjentów w populacji docelowej analizy [REDACTED]

[REDACTED]

Tabela 45.
Wydatki płatnika publicznego i pacjentów – analiza podstawowa, scenariusz aktualny [mln zł]

Kategoria	Wartość w kolejnych latach			Czas trwania 1. decyzji refundacyjnej (2 lata)
	II połowa 2013	2014	I połowa 2015	
Populacja docelowa – T2DM				
[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]
Populacja dzieci w wieku 2-6 z T1DM				
[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]
Populacja docelowa				
[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]

3.3. Scenariusz prognozowany

[Redacted]

[Redacted]

Tabela 46.

[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]

3.3.2. Wydatki płatnika publicznego

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Tabela 47.

[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]	[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]

3.3.3. Wydatki płatnika publicznego i pacjentów

[Redacted text block]

Tabela 49.

[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 text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Tabela 50.

[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 text block]

Tabela 51.
Wydatki inkrementalne płatnika publicznego – analiza podstawowa [Redacted]

Kategoria	Wartość w kolejnych latach			Czas trwania 1. decyzji refundacyjnej (2 lata)
	II połowa 2013	2014	I połowa 2015	
Populacja docelowa – T2DM				
[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]
Populacja dzieci w wieku 2-6 z T1DM				
[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]
Populacja docelowa				
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Kategoria	Wartość w kolejnych latach			Czas trwania 1. decyzji refundacyjnej (2 lata)
	II połowa 2013	2014	I połowa 2015	
[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]
Procentowy wzrost wydatków w populacji docelowej				
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Tabela 52.
Wydatki inkrementalne płatnika publicznego – analiza podstawowa [REDACTED]

Kategoria	Wartość w kolejnych latach			Czas trwania 1. decyzji refundacyjnej (2 lata)
	II połowa 2013	2014	I połowa 2015	
Populacja docelowa – T2DM				
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

[REDACTED]

3.4.2. Wydatki płatnika publicznego i pacjentów

[Redacted content]

Tabela 53.
Wydatki inkrementalne płatnika publicznego i pacjentów – analiza podstawowa

Kategoria	Wartość w kolejnych latach			Czas trwania 1. decyzji refundacyjnej (2 lata)
	II połowa 2013	2014	I połowa 2015	
Populacja docelowa – T2DM				
[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]
Populacja dzieci w wieku 2-6 z T1DM				
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

[Redacted text block]

Tabela 54.
Wydatki inkrementalne płatnika publicznego i pacjentów – analiza podstawowa

Kategoria	Wartość w kolejnych latach			Czas trwania 1. decyzji refundacyjnej (2 lata)
	II połowa 2013	2014	I połowa 2015	
Populacja docelowa – T2DM				
[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]
Populacja dzieci w wieku 2-6 z T1DM				
[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]
Populacja docelowa				
[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]

Kategoria	Wartość w kolejnych latach			Czas trwania 1. decyzji refundacyjnej (2 lata)
	II połowa 2013	2014	I połowa 2015	
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
Procentowy wzrost wydatków w populacji docelowej				
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

3.5. Dodatkowe oszczędności płatnika publicznego i pacjentów

Poniżej przedstawiono wyniki analizy wpływu na budżet w zakresie potencjalnych oszczędności płatnika publicznego (oraz płatnika publicznego i pacjentów) wynikające z zastosowania insuliny glargine zamiast [REDACTED]

Oszacowane potencjalne oszczędności płatnika wynikające z zastosowania insuliny glargine [REDACTED] wynoszą [REDACTED]

Oszacowane potencjalne oszczędności płatnika i pacjentów wynikające z zastosowania insuliny glargine zamiast [REDACTED]

Tabela 55.
Dodatkowe oszczędności płatnika publicznego [mln zł]

Kategoria	II połowa 2013	2014	I połowa 2015	Czas trwania 1. decyzji refundacyjnej (2 lata)
Perspektywa płatnika				
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Kategoria	II połowa 2013	2014	I połowa 2015	Czas trwania 1. decyzji refundacyjnej (2 lata)
[REDACTED]	■	■	■	■
[REDACTED]	■	■	■	■
[REDACTED]	■	■	■	■
[REDACTED]	■	■	■	■
[REDACTED]	■	■	■	■
Łączna perspektywa płatnika i pacjentów				
[REDACTED]	■	■	■	■
[REDACTED]	■	■	■	■
[REDACTED]	■	■	■	■
[REDACTED]	■	■	■	■
[REDACTED]	■	■	■	■
[REDACTED]	■	■	■	■
[REDACTED]	■	■	■	■
[REDACTED]	■	■	■	■
[REDACTED]	■	■	■	■

3.6. Podsumowanie

Poniżej przedstawiono podsumowanie wyników przeprowadzonej analizy wpływu na budżet.

Tabela 56.
Podsumowanie wyników analizy – analiza podstawowa

Kategoria	Wartość w kolejnych latach			Czas trwania 1. decyzji refundacyjnej (2 lata)
	II połowa 2013	2014	I połowa 2015	
[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]
[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]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Kategoria	Wartość w kolejnych latach			Czas trwania 1. decyzji refundacyjnej (2 lata)
	II połowa 2013	2014	I połowa 2015	
[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]
[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]

Kategoria	Wartość w kolejnych latach			Czas trwania 1. decyzji refundacyjnej (2 lata)
	II połowa 2013	2014	I połowa 2015	
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				
[REDACTED]				

4. ANALIZA WPŁYWU NA SYSTEM OCHRONY ZDROWIA

4.1. Wpływ na organizację udzielania świadczeń zdrowotnych

Insulina przyjmowana jest samodzielnie przez pacjenta. Podawanie insuliny glargine nie wiąże się więc z dodatkowymi kosztami dotyczącymi wyposażenia placówek medycznych (sprzętowe, osobowe i inne).

Aktualnie Lantus® finansowany jest ze środków publicznych w cukrzycy typu 1. Wymogi dotyczące wyposażenia placówek medycznych (sprzętowe, osobowe i inne) w przypadku podawania leku, monitorowania terapii oraz leczenia działań niepożądanych nie zmieniają się w przypadku finansowania insuliny glargine w populacji pacjentów z cukrzycą typu 2 oraz dzieci z cukrzycą typu 1 w wieku 2-6 lat ze środków publicznych.

Podjęcie decyzji o finansowaniu insuliny glargine w cukrzycy typu 2 oraz u dzieci z cukrzycą typu 1 w wieku 2-6 lat ze środków publicznych nie powinno spowodować istotnych konsekwencji w wydatkach publicznych w innych sektorach niż ochrona zdrowia, dlatego nie przeprowadzono oddzielnej analizy w tym zakresie.

4.2. Aspekty etyczne i społeczne

Podjęcie pozytywnej decyzji o rozszerzeniu wskazań refundacyjnych insuliny glargine zwiększyłoby spektrum terapeutyczne pacjentom z populacji docelowej. Ze względów etycznych i społecznych (poprawa równości dostępu do świadczeń) należy rozważyć finansowanie insuliny glargine u pacjentów z cukrzycą typu 2. Polska jest jedynym, obok Malty, krajem w Unii Europejskiej, w którym LAA nie są refundowane u pacjentów z T2DM. Dodatkowo w Europie Lantus® jest finansowany ze środków publicznych w Norwegii, Szwajcarii oraz Liechtensteinie.

Tabela 57.
Podsumowanie wyników analizy aspektów etycznych i społecznych decyzji o finansowaniu insuliny glargine ze środków publicznych

Ocena wpływu pozytywnej decyzji refundacyjnej w świetle wyników analizy kosztów efektywności	
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]

Ocena wpływu pozytywnej decyzji refundacyjnej w świetle aspektów społecznych

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

Ocena wpływu pozytywnej decyzji refundacyjnej w świetle aspektów etycznych

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

5. PODSUMOWANIE

Populacja docelowa

Prognozowana liczba pacjentów T2DM z populacji docelowej [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Prognozowana liczba pacjentów z populacji dzieci w wieku 2-6 z T1DM wynosi [REDACTED]
[REDACTED]

Sumarycznie prognozowana liczba pacjentów z populacji docelowej wynosi [REDACTED]
[REDACTED]

W przypadku refundacji LAA ze środków publicznych w populacji docelowej, szacowana liczba pacjentów z tej populacji stosujących insulinę glargine wynosi [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Scenariusz aktualny

W przypadku braku finansowania LAA ze środków publicznych w populacji docelowej przewidywane wydatki płatnika publicznego związane ze stosowaniem insulinoterapii u pacjentów z T2DM z populacji docelowej, przy uwzględnieniu aktualnych zasad finansowania insulin, wyniosą [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Przewidywane wydatki płatnika publicznego związane ze stosowaniem insulinoterapii u dzieci w wieku 2-6 lat z T1DM, przy uwzględnieniu aktualnych zasad finansowania insulin, wyniosą [REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]
[REDACTED]

Prognozowane wydatki płatnika publicznego w populacji docelowej analizy (przy uwzględnieniu populacji dzieci z T1DM w wieku 2-6 lat) wyniosą [REDACTED]
[REDACTED]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Wydatki inkrementalne

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Dodatkowe oszczędności

Poza analizą podstawową rozpatrzono dodatkowo potencjalne oszczędności, jakie może przynieść stosowanie insuliny glargine zamiast [Redacted]

[Redacted text block]

W przypadku uwzględnienia potencjalnych oszczędności wynikających z wyżej wymienionych aspektów, wydatki inkrementalne płatnika publicznego mogą ulec zmniejszeniu o około [Redacted]

[Redacted text block]

[REDAKCYJA] Przy uwzględnieniu łącznej perspektywy płatnika publicznego i pacjentów, wydatki inkrementalne przy uwzględnieniu dodatkowych oszczędności oszacowano na około [REDAKCYJA]

[REDAKCYJA]

6. WNIOSKI

W analizie przedstawiono przewidywane wydatki płatników (NFZ oraz pacjenci) związane z wprowadzeniem refundacji insuliny glargine [REDACTED] w zdefiniowanej populacji pacjentów z cukrzycą typu 2. Dodatkowo uwzględniono również rozszerzenie wskazań rejestracyjnych dla insuliny glargine – dopuszczenie do obrotu w populacji dzieci z cukrzycą w wieku 2-6 lat (zgodnie z aktualną charakterystyką produktu leczniczego). [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Kwestia objęcia pacjentów stosujących insuliny, z cukrzycą zarówno z typu 1, jak i 2, równym dofinansowaniem ich leczenia powinna być – ze względów społecznych i etycznych – potraktowana ze szczególną troską. O refundację LAA od wielu lat starają się organizacje pacjentów z cukrzycą oraz lekarzy diabetologów [1–24]. Polska jest jedynym, obok Malty, krajem w Unii Europejskiej, w którym LAA nie są refundowane u pacjentów z T2DM. Dodatkowo w Europie Lantus® jest finansowany ze środków publicznych w Norwegii, Szwajcarii oraz Liechtensteinie. W tym kontekście, decyzja o rozszerzeniu finansowania insuliny glargine przez NFZ jest nie tylko określonym rozwiązaniem legislacyjnym i czynnikiem dla konstrukcji budżetu, ale jest też krokiem w celu spełnienia oczekiwań osób z cukrzycą typu 2 i ma realne znaczenie dla zapewnienia pacjentom równego dostępu do świadczeń.

Cukrzyca jest chorobą przewlekłą i wydatki na jej leczenie są stałym i poważnym obciążeniem budżetu pacjentów. Koszty insuliny analizowane w niniejszym opracowaniu to tylko jedna z wielu składowych codziennych kosztów terapii, na które składają się jeszcze wydatki związane z podaniem leków (igły do wstrzykiwaczy, lancety), z monitorowaniem poziomu glikemii, a także – niejednokrotnie bardzo wysokie – wydatki związane z leczeniem powikłań cukrzycy. W kontekście tego stałego obciążenia budżetu pacjentów, podjęcie pozytywnej decyzji o rozszerzeniu finansowania insuliny glargine w Polsce zwiększy spektrum terapeutyczne diabetikom, którzy w aktualnym scenariuszu refundacji nie mogą samodzielnie finansować swojej terapii z zastosowaniem LAA (preparaty długodziałające są dla nich za drogie) i zapewni dostęp do skutecznych i od wielu lat stosowanych powszechnie w innych państwach Unii Europejskiej metod leczenia.

7. DYSKUSJA

Celem niniejszej analizy było oszacowanie przewidywanych wydatków płatnika publicznego w przypadku podjęcia pozytywnej decyzji o finansowaniu ze środków publicznych insuliny glargine (Lantus®) w zdefiniowanej populacji pacjentów z cukrzycą typu 2. Dodatkowo, ze względu na rozszerzenie wskazań rejestracyjnych dla insuliny glargine, uwzględniono również rozpoczęcie jej finansowania w populacji dzieci od 2 do 6 roku życia z cukrzycą typu 1. Aktualnie Polska jest jedynym, obok Malty, krajem w Unii Europejskiej, w którym LAA nie są refundowane u pacjentów z T2DM. Dodatkowo w Europie Lantus® jest finansowany ze środków publicznych w Norwegii, Szwajcarii oraz Liechtensteinie.

[REDACTED]

[REDACTED]

Prawdopodobnie mniejszym ograniczeniem jest [REDACTED]

[Redacted text block]

Walidacja wyników analizy w zakresie prognozowanej liczby pacjentów z populacji docelowej analizy prowadzi do wniosków, iż [Redacted text]

[Redacted text block]

W ramach prac nad analizą przeprowadzono porównanie [Redacted text]

[Redacted text block]

Poza analizą podstawową rozpatrzono dodatkowo potencjalne oszczędności, jakie może przynieść stosowanie insuliny glargine zamiast [Redacted text]

[Redacted text block]

Pomimo ograniczeń, jakimi cechuje się niniejsze opracowanie, główna linia wnioskowania i przekonanie o zasadności finansowania insuliny glargine, [Redacted text]

[Redacted text block]

8. OGRANICZENIA

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

9. BIBLIOGRAFIA

1. [REDACTED]
2. [REDACTED]
3. [REDACTED]
4. [REDACTED]
5. [REDACTED]
6. [REDACTED]
7. [REDACTED]
8. [REDACTED]
9. [REDACTED]
10. [REDACTED]
11. [REDACTED]
12. [REDACTED]
13. [REDACTED]
14. [REDACTED]
15. [REDACTED]
16. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego w sprawie wykazu leków refundowanych, ogłoszonego w dn. 23 grudnia 2011 r. http://www.cukrzyca.info.pl/aktualnosc/stanowisko_polskiego_towarzystwa_diabetologicznego_w_sprawie_wykazu_lekow_refundowanych_ogloszonego_w_dn_23_grudnia_2011_r (7.2.2012).
17. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego w sprawie ogłoszonego 7 listopada 2011 r. projektu wykazu leków refundowanych. http://www.cukrzyca.info.pl/aktualnosc/stanowisko_polskiego_towarzystwa_diabetologicznego_w_sprawie_ogloszonego_7_listopada_2011_r_projektu_wykazu_lekow_refundowanych (7.2.2012).
18. Stanowisko Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego w sprawie prawdziwych kosztów nowej ustawy refundacyjnej. http://www.cukrzyca.info.pl/aktualnosc/stanowisko_zarzadu_glownego_polskiego_towarzystwa_diabetologicznego_w_sprawie_prawdziwych_kosztow_nowej_ustawy_refundacyjnej (7.2.2012).
19. [REDACTED]

- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
26. Szczeklik A [red]. *Choroby wewnętrzne*. Kraków 2011.
27. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 26 października 2012 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 listopada 2012 r. <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=q491&ms=383&ml=pl&mi=383&mx=0&mt=&my=419&ma=30967> (12.11.2012).
28. Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 28 czerwca 2012 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na dzień 1 lipca 2012 r. <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=q101&ma=020309> (12.11.2012).
29. [REDACTED] Analiza ekonomiczna. Zastosowanie insuliny glargine (Lantus®) w terapii cukrzycy typu 1 oraz w terapii cukrzycy typu 2.
- [REDACTED]
- [REDACTED]
32. Community register of medicinal products for human use - product information - Lantus. <http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/h134.htm> (31.1.2012).
33. Lantus - Charakterystyka produktu leczniczego. http://www.ema.europa.eu/docs/pl_PL/document_library/EPAR_-_Product_Information/human/000284/WC500036082.pdf (4.8.2011).
34. Lantus. Procedural steps taken and scientific information after the authorisation. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Procedural_steps_taken_and_scientific_information_after_authorisation/human/000284/WC500036081.pdf.
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED] Analiza Problemu Decyzyjnego. Zastosowanie insuliny glargine (Lantus®) w terapii cukrzycy typu 1 oraz w terapii cukrzycy typu 2.
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
40. GUS - Główny Urząd Statystyczny - Prognoza ludności na lata 2008-2035. http://www.stat.gov.pl/gus/5840_8708_PLK_HTML.htm (12.11.2012).
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
- [REDACTED]
43. Informator o zawartych umowach - Biuletyn Informacji Publicznej NFZ. <http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=19&artnr=1483> (10.8.2012).

[REDACTED]

45. Lantus. Assessment report. http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/EPAR_-_Assessment_Report_-_Variation/human/000284/WC500130938.pdf.

[REDACTED] Analiza kliniczna. Zastosowanie insuliny glargine (Lantus) w terapii cukrzycy typu 1 oraz w terapii cukrzycy typu 2 [REDACTED]

[REDACTED]

48. Główny Urząd Statystyczny. Bank Danych Lokalnych. http://www.stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks (12.11.2012).

[REDACTED]

54. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 2 kwietnia 2012 r. w sprawie minimalnych wymagań, jakie muszą spełniać analizy uwzględnione we wnioskach o objęcie refundacją i ustalenie urzędowej ceny zbytu oraz o podwyższenie urzędowej ceny zbytu leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyrobu medycznego, które nie mają odpowiednika refundowanego w danym wskazaniu. <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20120000388> (12.11.2012).

55. Agencja Oceny Technologii Medycznych, Wytyczne oceny technologii medycznych (HTA), Warszawa, kwiecień 2009. http://www.aotm.gov.pl/assets/files/wytyczne_hta/2009/09.05.29_wytyczne_HTA_pl_MS.pdf (17.11.2009).

56. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU20111220696> (12.11.2012).

[REDACTED]

58. Polskie Towarzystwo Diabetologiczne. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2012. http://www.cukrzyca.info.pl/materialy/zalecenia_ptd/zalecenia_kliniczne_dotyczace_postepowania_u_chorych_na_cukrzyce_2012 (12.11.2012).

[REDACTED]

64. Komunikat DGL. Wartość refundacji cen leków według kodów EAN (styczeń-sierpień 2012). <http://nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=0&dzialnr=2&artnr=5203> (28.11.2012).

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

74. Biuletyn Informacyjny Ochrony Zdrowia. Wojewódzkie Informatory Statystyczne Ochrony Zdrowia.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

78. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. http://www.csioz.gov.pl/src/files/mz/MZ-11_2012.pdf.

79. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

88. Stan zdrowia ludności Polski w 2009 r. GUS.

89. Ludność według płci, wieku, województw, podregionów, powiatów, miast i gmin. Stan w dniu 31.XII.2003 r. GUS.

90. Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym. Stan w dniu 31 XII 2004 r. GUS.

91. Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym. Stan w dniu 31 XII 2005 r. GUS.

92. Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym. Stan w dniu 31 XII 2006 r. GUS.

93. Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym. Stan w dniu 31 XII 2007 r. GUS.

94. Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym. Stan w dniu 31 XII 2008 r. GUS.

95. Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym. Stan w dniu 31 XII 2009 r. GUS.

96. Ludność. Stan i struktura w przekroju terytorialnym. Stan w dniu 30 VI 2010 r. GUS.

97. Rocznik Demograficzny 2011. GUS.

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

117. Zarządzenie Nr 106/2008/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 26 listopada 2008 r. zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie.
<http://www.nfz.gov.pl/new/index.php?katnr=3&dzialnr=12&artnr=3545> (12.11.2012).

[REDACTED]

10. SPIS ELEMENTÓW

10.1. Spis tabel

Tabela 1.	Zużycie insuliny w Polsce w latach 2007–2012 [mln IU] na podstawie danych sprzedażowych [30]	15
Tabela 2.	Liczba pacjentów obecnie stosujących insulinę glargine	16
Tabela 3.	Sprzedaż insuliny glargine w Polsce z podziałem na poziom odpłatności (opakowania)	16
Tabela 4.	Sprzedaż insuliny glargine w Polsce z podziałem na poziom odpłatności (udziały)	17
Tabela 5.	Wielkość refundacji LAA – dane NFZ za okres styczeń-sierpień 2012	17
Tabela 6.	Aktualna liczebność pacjentów z populacji docelowej	18
Tabela 7.	Aktualne wydatki płatnika publicznego [mln zł]	19
Tabela 8.	Status refundacyjny insuliny glargine w Europie	21
Tabela 9.	Zestawienie źródeł danych wykorzystanych w niniejszej analizie	26
Tabela 10.	Prognozowana liczba pacjentów z T2DM z populacji docelowej w kolejnych latach	32
Tabela 11.	Liczba pacjentów z T2DM z populacji docelowej	33
Tabela 12.	Prognozowana liczebność populacji dzieci w wieku 2-6 lat z T1DM	33
Tabela 13.	Odsetek osób z cukrzycą w Polsce pozostających pod opieką lekarza POZ lub lekarza diabetologa	34
Tabela 14.	Średni odsetek pacjentów z cukrzycą typu 1 i 2 ze wskazaniem do zastosowania insuliny Lantus®, [REDAKTOWANE]	34
Tabela 15.	Rozpowszechnienie LAA wśród pacjentów z T2DM z populacji docelowej po wprowadzeniu refundacji	36
Tabela 16.	Rozpowszechnienie Lantus® wśród pacjentów z T2DM z populacji docelowej po wprowadzeniu refundacji – scenariusz prognozowany	36
Tabela 17.	Rozpowszechnienie insulinoterapii stosowanych u dzieci w wieku 2-6 lat z T1DM w Polsce	38
Tabela 18.	Udziały insuliny Lantus® [REDAKTOWANE] stosowanych w u dzieci w wieku 2-6 lat z T1DM w Polsce	38
Tabela 19.	Liczba osób z T2DM stosująca LAA obecnie, pomimo braku refundacji	39
Tabela 20.	Liczba pacjentów stosujących LAA w scenariuszu aktualnym, u których w scenariuszu prognozowanym terapia LAA będzie finansowana ze środków publicznych	39
Tabela 21.	Odsetki pacjentów przyjmujących poszczególne rodzaje insuliny wśród pacjentów z T2DM z populacji docelowej – scenariusz aktualny	40
Tabela 22.	Odsetki pacjentów z T2DM z populacji docelowej przyjmujących poszczególne rodzaje insuliny – scenariusz prognozowany, analiza podstawowa	41
Tabela 23.	Rozpowszechnienie insuliny stosowanych u dzieci w wieku 2-6 lat z T1DM w Polsce – analiza podstawowa	41
Tabela 24.	Dawkowanie insuliny w T2DM [REDAKTOWANE] – wartości zastosowane w analizie podstawowej	42
Tabela 25.	Dawkowanie insuliny w T2DM [REDAKTOWANE] wartości zastosowane w analizie wrażliwości [REDAKTOWANE]	42
Tabela 26.	Dawki insuliny w wybranych państwach Europy	44
Tabela 27.	Dawkowanie insuliny dla dzieci z T1DM	46
Tabela 28.	Średnie ceny poszczególnych rodzajów insuliny	47
Tabela 29.	[REDAKTOWANE]	48
Tabela 30.	Grupa limitowa 14.1 [REDAKTOWANE]	49
Tabela 31.	Grupa limitowa 14.1 [REDAKTOWANE]	

[REDACTED]	50
Tabela 32. Koszt hospitalizacji – hipoglikemia	53
Tabela 33. Koszt farmakoterapii – hipoglikemia	53
Tabela 34. Koszty związane z hipoglikemią – podsumowanie	53
Tabela 35. Wyniki badania [REDACTED]	54
Tabela 36. Redukcja dawki insuliny krótkodziałającej – wartości zastosowane w analizie	54
Tabela 37. Prognozowane rozpowszechnienie schematów terapeutycznych w analizie BIA	54
Tabela 38. Zmiana dawki insuliny krótkodziałającej [REDACTED]	55
Tabela 39. Dzielne zużycie pasków do pomiaru hipoglikemii	55
Tabela 40. Koszty pasków do pomiaru glikemii – wartości zastosowane w analizie [zł/sztukę]	56
Tabela 41. Zestawienie dodatkowych oszczędności na pacjenta na rok wynikających z zastosowania IGLar [REDACTED]	56
Tabela 42. Liczba pacjentów z populacji docelowej od 2013 do 2015 roku – scenariusz aktualny	60
Tabela 43. Liczba pacjentów z populacji docelowej od 2013 do 2015 roku – scenariusz prognozowany	61
Tabela 44. Wydatki płatnika publicznego – analiza podstawowa, scenariusz aktualny [mln zł]	63
Tabela 45. Wydatki płatnika publicznego i pacjentów – analiza podstawowa, scenariusz aktualny [mln zł]	65
Tabela 46. [REDACTED]	66
Tabela 47. [REDACTED]	67
Tabela 48. [REDACTED]	69
Tabela 49. [REDACTED]	70
Tabela 50. [REDACTED]	72
Tabela 51. Wydatki inkrementalne płatnika publicznego – analiza podstawowa [REDACTED]	74
Tabela 52. Wydatki inkrementalne płatnika publicznego – analiza podstawowa [REDACTED]	75
Tabela 53. Wydatki inkrementalne płatnika publicznego i pacjentów – analiza podstawowa [REDACTED]	77
Tabela 54. Wydatki inkrementalne płatnika publicznego i pacjentów – analiza podstawowa [REDACTED]	79
Tabela 55. Dodatkowe oszczędności płatnika publicznego [mln zł]	80
Tabela 56. Podsumowanie wyników analizy – analiza podstawowa	82
Tabela 57. Podsumowanie wyników analizy aspektów etycznych i społecznych decyzji o finansowaniu insuliny glargine ze środków publicznych	85
Tabela 58. Wskazanie spełnienia minimalnych wymagań Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 02.04.2012 r. dla analizy wpływu na budżet	106
Tabela 59. Parametry jednokierunkowej analizy wrażliwości	108
Tabela 60. Całkowite wydatki płatnika [mln zł] – [REDACTED]	109
Tabela 61. Całkowite wydatki płatnika i pacjentów [mln zł] [REDACTED]	109
Tabela 62. Inkrementalne wydatki płatnika [mln zł] – [REDACTED]	110
Tabela 63. Inkrementalne wydatki płatnika i pacjentów [mln zł] – [REDACTED]	111
Tabela 64. Całkowite wydatki płatnika [mln zł] – [REDACTED]	112
Tabela 65. Całkowite wydatki płatnika i pacjentów [mln zł] [REDACTED]	112
Tabela 66. Inkrementalne wydatki płatnika [mln zł] – [REDACTED]	113

Tabela 67.	Inkrementalne wydatki płatnika i pacjentów [mln zł] [REDACTED]	114
Tabela 68.	Strategia przeszukania bazy [REDACTED]	119
Tabela 69.	Prognozowana liczba pacjentów leczonych insuliną w latach 2013 – 2015 [REDACTED]	120
Tabela 70.	Liczba pacjentów stosujących insuliny w latach 2013-2015 – podejście alternatywne	122
Tabela 71.	Liczba pacjentów cukrzycą leczonych insuliną na podstawie danych IDF i GUS	123
Tabela 72.	Podział osób stosujących insuliny ze względu na rodzaj cukrzycy – [REDACTED]	123
Tabela 73.	Liczba pacjentów z cukrzycą typu 2 stosujących poszczególne rodzaje insulin – analiza podstawowa	124
Tabela 74.	Liczba pacjentów z cukrzycą typu 2 stosujących insuliny – podejście populacyjne	124
Tabela 75.	Liczba pacjentów z T2DM [REDACTED]	125
Tabela 76.	Roczna śmiertelność związana z cukrzycą w Polsce	125
Tabela 77.	Liczba pacjentów z cukrzycą typu 2 [REDACTED]	126
Tabela 78.	Liczba pacjentów z cukrzycą typu 2 [REDACTED]	126
Tabela 79.	Liczba pacjentów z cukrzycą typu 2 [REDACTED]	127
Tabela 80.	Rozkład HbA _{1c} w populacji pacjentów z T2DM	127
Tabela 81.	Epizody hipoglikemii [REDACTED]	128
Tabela 82.	Odsetki pacjentów z hipoglikemii uwzględnionymi w analizie	128
Tabela 83.	Liczba pacjentów z T2DM z populacji docelowej w latach 2013-2015 – analiza podstawowa	129
Tabela 84.	Liczba pacjentów z T2DM z populacji docelowej w latach 2013-2015 na podstawie danych populacyjnych	129
Tabela 85.	Liczba pacjentów z cukrzycą - [REDACTED]	130
Tabela 86.	Zestawienie danych dotyczących odsetka pacjentów leczonych insuliną wśród pacjentów z cukrzycą	132
Tabela 87.	Prognozowany odsetek pacjentów na insulinoterapii wśród pacjentów z cukrzycą na lata 2013-2015	132
Tabela 88.	Liczebności populacji dorosłych dla poszczególnych województw w latach 2003-2011	133
Tabela 89.	Chorobowość cukrzycy w populacji dorosłych dla poszczególnych województw w latach 2003-2011	133
Tabela 90.	Zestawienie danych dla populacji cukrzycy w Polsce w latach 2013-2015	134
Tabela 91.	Zestawienie danych dla populacji cukrzycy w Polsce w latach 2013-2015	135
Tabela 92.	Zapadalność na T1DM wśród dzieci w wieku 0–14 lat w poszczególnych państwach	137
Tabela 93.	Zapadalność na cukrzycę typu 1 wśród dzieci w wieku 0–4 lat w poszczególnych państwach	138
Tabela 94.	Zapadalność na cukrzycę typu 1 wśród dzieci w wieku 5–9 lat w poszczególnych państwach	139
Tabela 95.	Liczba pacjentów w wieku 0–14 lat, [REDACTED]	141
Tabela 96.	Odsetek dzieci w wieku 0–14 lat w latach 2007–2015 z cukrzycą	141
Tabela 97.	Populacja pacjentów z cukrzycą w wieku 2–6 w latach 2007–2015	142
Tabela 98.	[REDACTED] dla dzieci i młodzieży po 2007 roku	143
Tabela 99.	Rozpowszechnienie [REDACTED] wśród dzieci z T1DM w wieku 2-6 lat w 2012 roku	143
Tabela 100.	Rozpowszechnienie LAA w całym rynku insulin w pierwszych trzech latach od wprowadzenia refundacji w państwach europejskich	145
Tabela 101.	Porównanie założeń i wyników niniejszej analizy z analizą finansową [REDACTED]	146

10.2. Spis wykresów

Wykres 1. Zużycie insuliny w Polsce w latach 2007–2012.....	16
Wykres 2. Odsetek dzieci w wieku 0–14 lat z cukrzycą.....	142
Wykres 3. Populacja pacjentów z cukrzycą w wieku 2 – 6 w latach 2007–2015.....	142

11. ZESTAWIENIE WERYFIKACYJNE ANALIZY ZE WZGLĘDU NA MINIMALNE WYMAGANIA MINISTERSTWA ZDROWIA

Tabela 58.

Wskazanie spełnienia minimalnych wymagań Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 02.04.2012 r. dla analizy wpływu na budżet

Wymaganie	Rozdział	Strona/Tabela
§ 2.		
<i>Informacje zawarte w analizach muszą być aktualne na dzień złożenia wniosku, co najmniej w zakresie skuteczności, bezpieczeństwa, cen oraz poziomu i sposobu finansowania technologii wnioskowanej i technologii opcjonalnych.</i>		
§ 6.1 Analiza wpływu na budżet zawiera:		
1. oszacowanie rocznej liczebności populacji:		
a. obejmującej wszystkich pacjentów, u których wnioskowana technologia może być zastosowana,		
b. docelowej, wskazanej we wniosku,		
c. w której technologia wnioskowana jest obecnie stosowana,		
2. oszacowanie rocznej liczebności populacji, w której wnioskowana technologia będzie stosowana przy założeniu, że minister właściwy do spraw zdrowia wyda decyzję o objęciu refundacją (...)		
3. oszacowanie aktualnych rocznych wydatków podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń (...) ponoszonych na leczenie pacjentów w stanie klinicznym wskazanym we wniosku, z wyszczególnieniem składowej wydatków stanowiącej refundację ceny wnioskowanej technologii, o ile występuje;		
4. ilościową prognozę rocznych wydatków podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń (...), jakie będą ponoszone na leczenie pacjentów w stanie klinicznym wskazanym we wniosku z wyszczególnieniem składowej wydatków stanowiącej refundację ceny wnioskowanej technologii przy założeniu, że minister właściwy do spraw zdrowia nie wyda decyzji o objęciu refundacją (...)		
5. ilościową prognozę rocznych wydatków podmiotu zobowiązanego do finansowania świadczeń (...), jakie będą ponoszone na leczenie pacjentów w stanie klinicznym wskazanym we wniosku z wyszczególnieniem składowej wydatków stanowiącej refundację ceny wnioskowanej technologii przy założeniu, że minister właściwy do spraw zdrowia wyda decyzję o objęciu refundacją (...)		
6. oszacowanie dodatkowych wydatków (...), jakie będą ponoszone na leczenie pacjentów w stanie klinicznym wskazanym we wniosku, stanowiących różnicę pomiędzy prognozami (...)		
7. minimalny i maksymalny wariant oszacowania (...)		
8. zestawienie tabelaryczne wartości, na podstawie których dokonano oszacowań (...) oraz prognoz (...)		
9. wyszczególnienie założeń, na podstawie których dokonano oszacowań (...) oraz prognoz (...), w szczególności założeń dotyczących kwalifikacji wnioskowanej technologii do grupy limitowej i wyznaczenia podstawy limitu,		

Wymaganie	Rozdział	Strona/Tabela
10. dokument elektroniczny, umożliwiający powtórzenie wszystkich kalkulacji, w wyniku których uzyskano oszacowania (...) oraz prognozy (...)		
§ 6.2		
Oszacowania (...) oraz prognozy (...) dokonywane są w horyzoncie czasowym właściwym dla analizy wpływu na budżet.		
§ 6.3		
Oszacowań, o których mowa w ust. 1 pkt 3, 6 i 7 oraz prognozy, o których mowa w ust. 1 pkt 4 i 5, dokonuje się w szczególności na podstawie oszacowań, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2. (...). Jeżeli nie jest możliwe przedstawienie wiarygodnych oszacowań, o których mowa w ust. 1 pkt 1 i 2, analiza wpływu na budżet może zawierać dodatkowy wariant, w którym oszacowania te uzyskano w oparciu o inne dane.		
§ 6.4		
Jeżeli wnioskowane warunki objęcia refundacją obejmują instrumenty dzielenia ryzyka (...), oszacowania (...) oraz prognozy (...) powinny być przedstawione w następujących wariantach:	1. z uwzględnieniem proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka	
	2. bez uwzględnienia proponowanego instrumentu dzielenia ryzyka	
§ 6.5		
Jeżeli wnioskowane warunki objęcia refundacją obejmują utworzenie nowej, odrębnej grupy limitowej, analiza wpływu na budżet zawiera wskazanie dowodów spełnienia wymagań, o których mowa w art. 15 ust. 3 pkt 1 i 3 ustawy.		
§ 6.6		
Jeżeli wnioskowane warunki objęcia refundacją obejmują kwalifikację do wspólnej, istniejącej grupy limitowej, analiza wpływu na budżet zawiera wskazanie dowodów spełnienia kryteriów, o których mowa w art. 15 ust. 2 i wymagania, o których mowa w art. 15 ust. 3 pkt 2 ustawy		
§ 8. Analizy, o których mowa w §1, muszą zawierać:		
dane bibliograficzne wszystkich wykorzystanych publikacji, z zachowaniem stopnia szczegółowości umożliwiającego jednoznaczną identyfikację każdej z wykorzystanych publikacji;		
wskazanie innych źródeł informacji zawartych w analizach, w szczególności aktów prawnych oraz danych osobowych autorów niepublikowanych badań, analiz, ekspertyz i opinii.		

nd – nie dotyczy

12.1.2. Wyniki analizy wrażliwości [REDACTED]

Tabela 60.
Całkowite wydatki płatnika [mln zł] – [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]	[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]

Tabela 61.
Całkowite wydatki płatnika i pacjentów [mln zł] [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]

Kod	Nazwa	2017			2018	2019
		Wydatki	Przychody	Saldo		
[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]	

Tabela 62.
 Inkrementalne wydatki płatnika [mln zł] – [redacted]

Kod	Nazwa	2017			2018	2019
		Wydatki	Przychody	Saldo		
[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]	

Kod	Nazwa	2017			2018	2019
		Wydatki	Przychody	Saldo		
[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]	[redacted]	[redacted]
	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]

Tabela 66. Inkrementalne wydatki płatnika [mln zł] – [redacted]

Kod	Nazwa	2017			2018	2019
		Wydatki	Przychody	Saldo		
[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]	[redacted]	[redacted]
	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]	[redacted]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

12.2. Liczba pacjentów z T2DM z populacji docelowej

12.2.1. Źródła danych

Przy szacowaniu liczebności populacji docelowej korzystano z następujących źródeł danych:

[REDACTED]

Dane sprzedażowe

Dane sprzedażowe z Polski dotyczące rynku insulin uzyskano od Zamawiającego. [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Dane demograficzne

Dane z odnalezionych wojewódzkich raportów o stanie zdrowia ludności [74–87] ([REDACTED])

[REDACTED]

Tabela 68.
Strategia przeszukania bazy

Słowa kluczowe	Liczba wyników
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]

12.2.2. Analiza

12.2.2.1. Liczba pacjentów stosujących insulinoterapię z podziałem na rodzaje preparatów

[REDACTED]

Analiza podstawowa

W analizie podstawowej liczbę pacjentów stosujących insulinoterapię oszacowano [REDACTED]

[REDACTED]

W celu wyznaczenia liczebności populacji w kolejnych latach wykorzystano metodę regresji [REDACTED]

[REDACTED]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

[Redacted text block]

Tabela 71.
Liczba pacjentów cukrzycą leczonych insuliną na podstawie danych IDF i GUS

Parametr	IDF	GUS
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Różnice w uzyskanej liczebności pacjentów chorych na cukrzycę mogą wynikać zarówno z różnych metod szacowania zastosowanych przez GUS i IDF, jak i wzrostu liczby chorych na przestrzeni lat. Oszacowane w podejściu populacyjnym liczby pacjentów z cukrzycą stosujących insulinoterapię są zbieżne z wartościami wyznaczonymi na podstawie danych IDF oraz GUS, a także z wartościami oszacowanymi w podejściu bazującym na danych sprzedażowych.

12.2.2.2. Liczba pacjentów z cukrzycą typu 2 stosujących terapię poszczególnymi insulinami

Analiza podstawowa

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

Tabela 72.
Podział osób stosujących insulinę ze względu na rodzaj cukrzycy – [REDACTED]

Rodzaj insuliny	Liczba pacjentów	
	T1DM	T2DM
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Liczbę pacjentów z cukrzycą typu 2 stosujących insulinę, przedstawioną w poniższej tabeli, uzyskano w analizie podstawowej na podstawie danych z Tabela 69 przez zastosowanie odpowiednich odsetków z Tabela 72.

Tabela 73.
Liczba pacjentów z cukrzycą typu 2 stosujących poszczególne rodzaje insuliny – analiza podstawowa

Rodzaj insuliny	Liczba pacjentów			Rozkład pacjentów		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
[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]

Podjęcie alternatywne

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Tabela 74.
Liczba pacjentów z cukrzycą typu 2 stosujących insuliny – podejście populacyjne

Rodzaj insuliny	Liczba pacjentów		
	2013	2014	2015
[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]

Uzyskane wyniki opisanych powyżej oszacowań dla kolejnych lat analizy przedstawiono w tabeli poniżej.

Tabela 75.
Liczba pacjentów z T2DM

Rodzaj insuliny	Liczba pacjentów		
	2013	2014	2015

Tabela 76.
Roczna śmiertelność związana z cukrzycą w Polsce

Dane	GUS 2010	IDF 2011

IDF podaje, że dokładna liczba zgonów spowodowanych cukrzycą lub jej powikłaniami jest trudna do oszacowania, ponieważ statystyki krajowe dotyczące zgonów spowodowanych cukrzycą często nie uwzględniają zgonów spowodowanych powikłaniami cukrzycy. W związku z formą prezentacji danych stosowaną przez GUS z dużym prawdopodobieństwem można przypuszczać, że dane te również nie uwzględniają śmiertelności związanej z powikłaniami cukrzycy. Zgon pacjenta zawsze jest jednoznaczny z przerwaniem przez niego terapii, z uwagi na to, do obliczeń zastosowano

[Redacted text block]

Tabela 77.
Liczba pacjentów z cukrzycą typu 2

Rodzaj insuliny	Liczba pacjentów		
	2013	2014	2015
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Podjęcie alternatywne

W podejściu alternatywnym posłużono się wynikami odpowiednich oszacowań uzyskanymi w analizie podstawowej.

[Redacted text block]

Tabela 78.
Liczba pacjentów z cukrzycą typu 2

Rodzaj insuliny	Liczba pacjentów		
	2013	2014	2015
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

[Redacted text]

Tabela 79.
Liczba pacjentów z cukrzycą typu 2

Rodzaj insuliny	Liczba pacjentów		
	2013	2014	2015
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

[Redacted text]

Tabela 80.
Rozkład HbA_{1c} w populacji pacjentów z T2DM

Poziom HbA _{1c}	Odsetek pacjentów
[Redacted]	[Redacted]

12.2.2.5. Hipoglikemia

Danych odnośnie występowania hipoglikemii wśród pacjentów z cukrzycą typu 2 poszukiwano

[Redacted text]

[Redacted text]

[Redacted text block]

Tabela 81.
Epizody hipoglikemii [Redacted]

Parametr	Wartość
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]

Na podstawie powyżej opisanych danych przy dodatkowych założeniach wyznaczono odsetki pacjentów z cukrzycą typu 2 i hipoglikemiami wykorzystane w szacowaniu liczebności populacji analizowanych w niniejszym opracowaniu. Przyjęto następujące założenia:

[Redacted text block]

W poniższej tabeli przedstawiono wszystkie wartości odsetków pacjentów z cukrzycą typu 2 i hipoglikemiami wykorzystane w kalkulacji liczebności poszczególnych analizowanych populacji.

Tabela 82.
Odsetki pacjentów z hipoglikemii uwzględnionymi w analizie

Parametr	Wartość	Uwagi
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

[Redacted text block]

12.2.3. Synteza danych

Otrzymane powyżej wartości połączono i w zależności od przyjętej metodyki oszacowania populacji otrzymano liczbę pacjentów z T2DM z populacji docelowej zaprezentowanej w poniższych tabelach.

Analiza podstawowa

Tabela 83.
Liczba pacjentów z T2DM z populacji docelowej w latach 2013-2015 – analiza podstawowa

Parametr	2013	2014	2015
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Podjęcie populacyjne

Tabela 84.
Liczba pacjentów z T2DM z populacji docelowej w latach 2013-2015 na podstawie danych populacyjnych

Parametr	2013	2014	2015
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

Parametr	2013	2014	2015
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

12.3. Liczba pacjentów z cukrzycą stosujących insulinoterapię w Polsce

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

Tabela 85.
Liczba pacjentów z cukrzycą - [REDACTED]

Parametr	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
[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]	[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]

Tabela 86.
Zestawienie danych dotyczących odsetka pacjentów leczonych insuliną wśród pacjentów z cukrzycą

Parametr	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
[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]

Tabela 87.
Prognozowany odsetek pacjentów na insulinoterapii wśród pacjentów z cukrzycą na lata 2013-2015

Parametr	2013	2014	2015
[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]	[REDACTED]

Zgodnie z informacjami z badania [REDACTED]

W celu wyznaczenia chorobowości cukrzycy w populacji dorosłych w Polsce niezbędne było wyznaczenie liczebności populacji [REDACTED]

[REDACTED]

Tabela 91.
Zestawienie danych dla populacji cukrzycy w Polsce w latach 2013-2015

Parametr	2013	2014	2015
[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]

12.4. Liczba pacjentów z T1DM w wieku 2-6 lat

W celu oszacowania zapadalności i chorobowości cukrzycy typu 1 w populacji dzieci w wieku od 2 do 6 lat przeszukano systematycznie bazę [REDACTED]

[REDACTED]

Zarówno w ogólnej populacji dzieci poniżej 15. roku życia, jak i w poszczególnych grupach wiekowych, największą zapadalność na cukrzycę typu 1 odnotowano w Szwecji, Finlandii i Kanadzie. W populacji ogólnej wskaźniki zapadalności kształtowały się odpowiednio na poziomie od 25,6 do 43,9 na 100 tys. osób dla Szwecji, do 34,7 do 57,6 przypadków na 100 tys. osób w Finlandii oraz od 30,6 do 42,0 wystąpień na 100 tys. osób w Kanadzie. We wszystkich krajach odnotowane wzrostową tendencję zapadalności.

W Polsce zapadalność na cukrzycę typu 1 w populacji osób poniżej 15 roku życia wynosiła od 5,8/100 tys. osób w roku 1989 do 15,3/100 tys. osób w roku 2005. W najmłodszych grupach wiekowych, tj. w

populacjach dzieci w wieku 1–4 lata oraz 5–9 lat współczynniki zapadalności wyniosły w tym okresie odpowiednio od 2,5 do 15,3 wystąpień na 100 tys. osób (grupa wiekowa 0–4) oraz od 4,9 do 20,5 wystąpień na 100 tys. osób (grupa wiekowa 5–9). We wszystkich kategoriach wiekowych obserwowano wzrost zapadalności w okresie 1989-2005.

Tabela 93.
Zapadalność na cukrzycę typu 1 wśród dzieci w wieku 0–4 lat w poszczególnych państwach

Publikacja	Państwo	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
[Redacted]	[Redacted]																						
[Redacted]	[Redacted]																						
[Redacted]	[Redacted]																						
[Redacted]	[Redacted]																						
[Redacted]	[Redacted]																						
[Redacted]	[Redacted]																						
[Redacted]	[Redacted]																						
[Redacted]	[Redacted]																						
[Redacted]	[Redacted]																						

Publikacja	Państwo	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
[Redacted]	[Redacted]																						
[Redacted]	[Redacted]																						
[Redacted]	[Redacted]																						
[Redacted]	[Redacted]																						
[Redacted]	[Redacted]																						

Tabela 94.
Zapadalność na cukrzycę typu 1 wśród dzieci w wieku 5–9 lat w poszczególnych państwach

Publikacja	Państwo	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	
[Redacted]	[Redacted]																						
[Redacted]	[Redacted]																						
[Redacted]	[Redacted]																						
[Redacted]	[Redacted]																						
[Redacted]	[Redacted]																						
[Redacted]	[Redacted]																						

Publikacja	Państwo	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
[Redacted]	[Redacted]																					
[Redacted]	[Redacted]																					
[Redacted]	[Redacted]																					
[Redacted]	[Redacted]																					
[Redacted]	[Redacted]																					
[Redacted]	[Redacted]																					
[Redacted]	[Redacted]																					
[Redacted]	[Redacted]																					
[Redacted]	[Redacted]																					

[Redacted text block]

Tabela 95.
Liczba pacjentów w wieku 0–14 lat,

Województwo	Chorzy w wieku 0–4	Chorzy w wieku 5–9	Chorzy w wieku 10–14	Chorzy w wieku 0–14
Liczba pacjentów				
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
Chorobowość w poszczególnych województwach				
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

[Redacted text block]

Tabela 96.
Odsetek dzieci w wieku 0–14 lat w latach 2007–2015 z cukrzycą

[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]

Wykres 2.
Odsetek dzieci w wieku 0–14 lat z cukrzycą

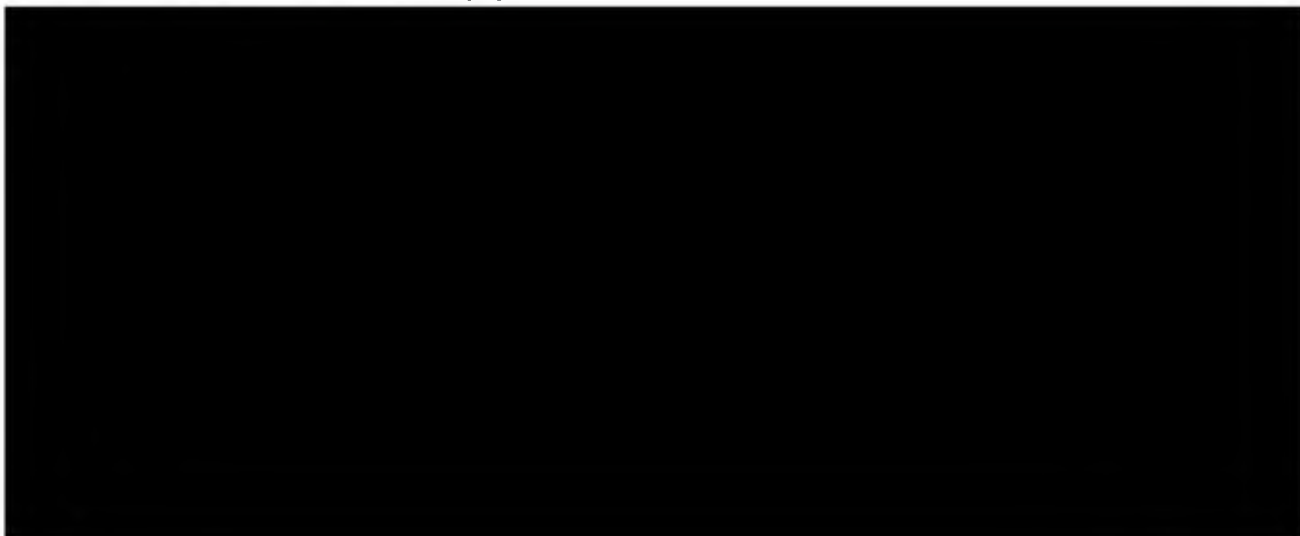


Tabela 97.
Populacja pacjentów z cukrzycą w wieku 2–6 w latach 2007–2015

Parametr	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015



12.5. Rozpowszechnienie [redacted] wśród dzieci z T1DM w wieku 2-6 lat

[redacted]
 [redacted]
 [redacted]

[Redacted text block]

Tabela 98. [Redacted] dla dzieci i młodzieży po 2007 roku

[Redacted]	2007	2008	2009	2010	2011	2012
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]	[Redacted]

[Redacted text block]

Tabela 99. Rozpowszechnienie [Redacted] wśród dzieci z T1DM w wieku 2-6 lat w 2012 roku

Parametr	Wartość
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]
[Redacted]	[Redacted]

12.6. Rozpowszechnienie LAA w państwach zagranicznych

Po analizie danych dotyczących wielkości rozpowszechnienia LAA w rynku insulin [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

12.7. Porównanie wyników analiz finansowych dla insuliny glargine

W niniejszym rozdziale przedstawiono porównanie założeń oraz wyników niniejszej analizy oraz analizy finansowej przeprowadzonej dla insuliny glargine z marca 2012 roku [REDACTED]. Zestawienie najważniejszych parametrów, które posłużyły do oszacowań przeprowadzonych na potrzeby obu analiz przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 101.
Porównanie założeń i wyników niniejszej analizy z analizą finansową [REDACTED]

Parametr	Analiza	Wyniki			Uwagi
		I rok	II rok	III rok	
[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]	[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]

