

Społeczne i ekonomiczne aspekty choroby zwyrodnieniowej stawów

Ewa Stanisławska-Biernat

Klinika Reumatologii, Instytut Reumatologii im. Eleonory Reicher, Warszawa

SŁOWA KLUCZOWE

choroba zwyrodnieniowa stawów, ekonomiczne skutki, koszty, otyłość, polityka społeczna, zdrowie publiczne

STRESZCZENIE

Choroba zwyrodnieniowa stawów (*osteoarthritis* – OA) jest najczęstszą chorobą układu ruchu; częstość jej występowania zwiększa się wraz z wiekiem. Ze względu na prognozy demograficzne dotyczące starzenia się populacji oraz dane związane ze zwiększeniem częstości występowania nadwagi i otyłości, które sprzyjają rozwojowi OA, w najbliższej przyszłości należy oczekiwać epidemii tej choroby. W wielu krajach oszacowano już koszty bezpośrednie i pośrednie OA, w Polsce nadal brak takich danych. Koszty związane z utratą produktywności, wypłatami rent i kosztami opiekunów znacznie przewyższają bezpośrednie wydatki na diagnostykę i leczenie. W skali państwa OA i jej skutki generują wielkie koszty w systemie ochrony zdrowia, systemie ubezpieczeń społecznych i budżecie państwa. Optymalizacja kosztów wymaga przeprowadzenia badań epidemiologicznych i farmakoekonomicznych oraz zmian w systemie opieki zdrowotnej i ubezpieczeń społecznych. Konieczne jest również przygotowanie rynku pracy na nieuchronne zmiany w dziedzinie prawa, pozwalające pozostać w pracy osobom >50. roku życia ze zmianami w układzie ruchu.

Choroba zwyrodnieniowa stawów (*osteoarthritis* – OA) jest najczęstszą chorobą układu ruchu.¹ W Stanach Zjednoczonych w 1997 roku choroby układu ruchu występowały u 16% populacji (ok. 43 mln osób)²; ocenia się, że w 2020 roku odsetek ten zwiększy się do 18,2%.³ Z badań przeprowadzonych we Francji w latach 90. ubiegłego wieku, opartych na narodowej statystyce zdrowia, wynika, że rocznie u około 6 mln osób, a więc ok. 18% populacji, rozpoznaje się OA.⁴ Częstość występowania OA zwiększa się z wiekiem. Jej etiologia nie została do końca wyjaśniona.

Nadwaga sprzyja rozwojowi OA nie tylko stawów obciążanych – kolanowych i biodrowych, ale także zmianom zwyrodnieniowym stawów rąk.^{5,6} Otyłość jest najważniejszym czynnikiem ryzyka OA i niepełnosprawności, na który można wpływać lub go uniknąć. Obecnie obserwuje się zwiększenie liczby osób z nadwagą i otyłością. W reprezentacyjnym badaniu ankietowym GUS „Stan zdrowia ludności Polski w 2004 roku” nadwagę stwierdzono u 16,9% osób w wieku 15 lat i więcej, otyłość zaś u 12,5%.⁷ Nadwaga i otyłość łącznie dotyczą około 40% osób po 60. roku życia. Z badań tych wynika również, że większość Polaków

czas wolny spędza w sposób bierny, co sprzyja zarówno otyłości, jak i dolegliwościom ze strony układu ruchu związanym z OA.⁷

Według prognoz w Europie populacja po 65. roku życia zwiększy się z 75 milionów w 2005 roku do 135 milionów w 2050 roku, co stanowić będzie około 30% ludności.⁸ Według GUS do roku 2029 liczba Polaków po 65. roku życia zwiększy się niemal 2-krotnie i będzie wynosiła >8 mln.

Według szacunków roczne koszty związane z chorobami układu ruchu wynoszą 1–2,5% produktu krajowego brutto w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Wielkiej Brytanii, Francji i Australii.⁹

Koszty leczenia OA i jej skutków ponosi nie tylko chory i jego rodzina, system opieki zdrowotnej, system ubezpieczeń społecznych (ZUS, KRUS) i system opieki społecznej, ale także pracodawcy i budżet państwa.

Koszty bezpośrednie związane z OA obejmują wydatki na: leki na receptę, leki bez recepty, badania diagnostyczne, wizyty lekarskie, hospitalizacje, endoprotezy, rehabilitację (stacjonarną i sanatoryjną), wyposażenie dodatkowe (laski, kule, chodziki, stabilizatory i inny sprzęt) i przystosowanie

Adres do korespondencji:
dr med. Ewa Stanisławska-Biernat, Klinika Reumatologii, Instytut Reumatologii im. Eleonory Reicher, ul. Spartańska 1, 02-637 Warszawa, tel./fax: 022-844-87-57, email: ewa.stanislawska@xl.wp.pl
Pol Arch Med. Wewn. 2008; 118 (Suppl): 50-53
Copyright by Medycyna Praktyczna, Kraków 2008

domu/samochodu do potrzeb osoby niepełnosprawnej. OA jest również najczęstszym wskazaniem do endoprotezoplastyki biodra.¹⁰

Rabenda i wsp. w ramach badań ankietowych przebadali 1811 belgijskich pracowników.¹¹ Częstość występowania OA zgłaszana przez ankietowanych wynosiła 34,1%. Koszty bezpośrednie (wizyty lekarskie, badania, leki, hospitalizacje) oszacowano na 44,5 euro/pacjenta/miesiąc, a koszty związane z utratą produktywności na 64,5 euro/pacjenta/miesiąc. We Włoszech powołano Zespół Badań Kosztów Chorób Reumatycznych. W jego pracy dotyczącej OA wzięło udział 29 instytucji reumatologicznych, w których oszacowano roczne koszty generowane przez 254 pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawu kolanowego.¹² Koszty bezpośrednie oszacowano na 934 euro/pacjenta/rok, z czego 233 euro stanowiły koszty hospitalizacji, 209 euro koszty diagnostyki (wizyty i badania), 146 euro wydatki na leczenie i aż 346 euro – koszty niemedyczne (opiekunowie, transport, sprzęt); 37% kosztów bezpośrednich obciążało pacjenta. Koszty pośrednie były znacznie większe i wynosiły 1236 euro/rok; w 31% były związane z utratą produktywności, w 60% z nieformalną pomocą opiekunów, a 9% stanowiły koszty innych opiekunów.¹² W Kanadzie na podstawie badań ankietowych 383 aktywnych zawodowo osób z OA koszty pośrednie choroby oszacowano na 11 553 dolarów kanadyjskich/osobę/rok, z czego 41% było związane ze zmniejszoną produktywnością, 37% z rezygnacją z pracy lub jej zmianą, 2% ze ograniczeniem liczby godzin pracy, a 10% ze zwolnieniami lekarskimi.¹³ Koszty pośrednie korelowały nie tylko z nasileniem objawów, ale także z depresją, ograniczeniami miejsca pracy i niedostateczną kontrolą czasu pracy. Należy więc zauważyć, że na koszty leczenia OA wpływa nie tylko sama choroba, ale również czynniki psychospołeczne i związane z pracą. Według najnowszych danych w Australii w związku z epidemią otyłości przewiduje się zwiększenie liczby zachorowań na OA.¹⁴ Allman-Farinelli i wsp. szacują, że koszty związane z hospitalizacjami z powodu OA w Australii w 2025 roku zwiększą się do 44,4 mln dolarów (z 25,5 mln w 2005 roku).¹⁴

W Polsce brak wiarygodnych danych szacunkowych dotyczących kosztów związanych z OA. Należy podkreślić, że konieczna jest ocena nie tylko kosztów bezpośrednich, ale także pośrednich – związanych z utratą zarobków pacjenta i opiekuna. Ważne jest, by zrozumieć i poznać szczegółowo składowe koszty oraz uświadomić sobie, że zatrudnienie osoby niepełnosprawnej jest ważne nie tylko dla pracownika, ale i dla kasy publicznej. Programy rehabilitacyjne powinny się skupiać na ułatwieniu utrzymania pracy. Nieprawidłowe funkcjonowanie i organizacja opieki zdrowotnej mogą znacznie pogorszyć możliwość utrzymania lub powrotu do pracy osób z OA. Należy dodatkowo zauważyć, że wg danych Eurostatu¹⁵ wskaźnik zatrudnienia i aktywności zawodowej osób >55. roku życia wynosił w Polsce w 2006 roku 30,7% i był najmniejszy w Europie

(średnio w 27 krajach UE wskaźnik ten miał wartość 46,4%, w Niemczech 55,9%, w Wielkiej Brytanii 59,0%, na Łotwie 57,1%, w Estonii zaś 61%). Według danych amerykańskich OA stanowi główną przyczynę niepełnosprawności osób >65. roku życia (przed osteoporozą, nietrzymaniem moczu, problemami ze wzrokiem i słuchem oraz demencją).¹⁶ W przebiegu OA pacjent zmagają się z bólem, niepełnosprawnością, pogorszeniem nastroju, kontaktów rodzinnych i społecznych, utratą pracy lub jej zmianą oraz pogorszeniem warunków ekonomicznych rodziny. Obecnie głównym zadaniem medycyny w krajach rozwiniętych staje się nie tylko przedłużenie życia, ale również poprawa jego jakości. Wymaga to wdrożenia programów profilaktycznych zapobiegających rozwojowi OA lub jej skutków, utrzymania sprawności osób starszych poprzez propagowanie aktywnego trybu życia (związanego z regularnymi ćwiczeniami) i unikania otyłości.

W Polsce brak aktualnych i rzetelnych danych epidemiologicznych oraz ekonomicznych dotyczących chorób reumatycznych. Zadaniem medycznego środowiska naukowego jest uświadomienie politykom i decydentom, że wydatki z budżetu państwa zwiększają się wraz ze starzeniem się populacji, a zagadnienia farmakoekonomiki z tym związane będą bardzo ważne. Wydaje się, że konieczne jest zdefiniowanie metod leczenia (w tym leków, endoprotez), które będą stosowane i refundowane. Rozwój nowych technologii medycznych będzie generował dodatkowe koszty w skali budżetu państwa, które powinny być ponoszone w sposób racjonalny. Problemy dotyczące OA w starzejącym się społeczeństwie wymagają przystosowania nie tylko systemu opieki zdrowotnej, ale także systemu ubezpieczeń i rynku pracy. Obecnie pracodawca w Polsce ponosi koszty 30 dni zwolnienia lekarskiego pracownika w roku i nie jest zainteresowany zatrudnieniem osób mniej wydajnych i mniej sprawnych (w związku z chorobą). Zminimalizowanie kosztów związanych z OA wymaga nie tylko przeszkolenia lekarzy rodzinnych, ale także ortopedów, reumatologów, rehabilitantów i orzeczników ZUS/KRUS w dziedzinie zagadnień dotyczących spraw czysto medycznych i aktualnych wytycznych dotyczących leczenia, opracowanych przez grupy ekspertów¹⁷⁻¹⁹ – aby zwiększyć efektywność opieki nad chorymi na OA, trzeba uświadomić lekarzom, że decyzje podejmowane przez nich w procesie rozpoznawania i leczenia mają wpływ nie tylko na losy jednego pacjenta, ale że przekładają się również na ekonomię państwa. Lekceważenie środowiska medycznego (poprzez niedoszacowanie pracy) może mieć fatalne skutki dla ekonomii państwa. Tylko właściwie wynagradzani pracownicy służby zdrowia mogą być partnerami dla decydentów oraz świadomymi i efektywnymi pracownikami rynku usług medycznych, co może wpłynąć na redukcję/racjonalizację kosztów ponoszonych przez państwo w systemie ochrony zdrowia, opieki społecznej i ubezpieczeń społecznych.

- 1 Sengha O. Epidemiology of rheumatic diseases. *Rheumatology*. 2000; 39: 3-12.
- 2 Centers for Disease Control. Prevalence of arthritis – United States. *Morb Mortal Wkly Rep*. 2001; 50: 334-336.
- 3 Lawrence RC, Helmick CG, Arnet FC, et al. Estimates of the prevalence of arthritis and selected musculoskeletal disorders in the United States. *Arthritis Rheum*. 1998; 41: 778-799.
- 4 Levy E, Ferme A, Perocheau, et al. Les couts socioeconomiques de l'arthrose en France. *Rev Rhum Ed Fr*. 1993; 60: S63-S67.
- 5 Dougados M, Gueguen A, Nguyen M, et al. Longitudinal radiologic evaluation of osteoarthritis of the knee. *J Rheumatol*. 1992; 19: 378-383.
- 6 Felson DT, Zhang Y, Hannan MT, et al. Risk factors for incident radiographic knee osteoarthritis in the elderly: the Framingham Study. *Arthritis Rheum*. 1997; 40: 728-733.
- 7 Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r. – Reprezentacyjne badanie ankietowe GUS. Warszawa 2006.
- 8 <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- 9 March LM, Bachmaier CMJ. Economics of osteoarthritis: a global perspective. *Baillieres Clin Rheumatol*. 1997; 11: 817-849.
- 10 Learmont ID, Young C, Rorabeck C. The operation of the century: total hip replacement. *Lancet*. 2007; 370: 1508-1519.
- 11 Rabenda V, Manette C, Lemmens R, et al. Direct and indirect costs attributable to osteoarthritis in active subjects. *J Rheumatol*. 2006; 33: 1152-1158.
- 12 Leardini G, Salaffi F, Caporali R, et al. Direct and indirect costs of osteoarthritis of the knee. *Clin Exp Rheumatol*. 2004; 22: 699-706.
- 13 Li X, Gignac MA, Anis AH. The indirect costs of arthritis resulting from unemployment, reduced performance, and occupational changes while at work. *Med Care*. 2006; 44: 304-310.
- 14 Allman-Farinelli M, Aitken R, Lesley A, et al. Osteoarthritis – the forgotten obesity-related epidemic with worse to come. *Med J Austral*. 2008; 188: 317.
- 15 Elders J. The increasing impact of arthritis on public health. *J Rheumatol*. 2000; 27 (Suppl 60): 6-8.
- 16 Zhang W, Doherty M, Arden N, et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hip osteoarthritis: report of task force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics/ESCISIT. *Ann Rheum Dis*. 2005; 64: 669-681.
- 17 Zhang W, Doherty M, Leeb BF, et al. EULAR evidence based recommendations for the management of hand osteoarthritis – report of Task Force of the EULAR Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis*. 2007; 66: 377-388.
- 18 Zhang W, Moskowitz RW, Nuki G, et al. OARSI recommendations for the management of hip and knee osteoarthritis, Part II: OARSI evidence-based, expert consensus guidelines. *Osteoarthritis Cartilage*. 2008; 16: 137-162.

Social and economic aspects of osteoarthritis

Ewa Stanisławska-Biernat

Department of Rheumatology, Eleonora Reicher Rheumatology Institute, Warszawa, Poland

KEY WORDS

costs, economic impact, obesity, osteoarthritis, public health, social policy

ABSTRACT

Osteoarthritis (OA) is the most common form of arthritis. The incidence of the disease increases with age. Demographic forecasts predict aging of the population and an increase in the obesity rate in the society, the factors that contribute to the development of osteoarthritis. Thus, the nearest future will most likely bring an epidemic of the disease. While estimations of direct and indirect costs of OA have been developed in many countries, no such analyses have been made available for Poland. The total cost associated with disability pensions, hiring professional care and general loss of work productivity exceeds the direct cost of diagnostics and treatment. On a country scale, OA and its consequences require significant expenditure on the part of the health care system, social security system and the national budget. Optimization of this cost will require completion of epidemiological and pharmacoeconomic analyses and transformations in the health care and social security systems. The job market will also need to be adapted to the inevitable changes by means of introducing necessary legal adjustments to facilitate continued employment of persons >50 years of age with musculoskeletal disorders.

Correspondence to:

Ewa Stanisławska-Biernat, MD, PhD,
Klinika Reumatologii,
Instytut Reumatologii
im. Eleonory Reicher, ul. Spartańska 1,
02-637 Warszawa, Poland,
phone/fax: +48-22-844-87-57,
email: ewa.stanislawska@xl.wp.pl
Pol Arch Med. Wewn. 2008;
118 (Suppl): 50-53
Copyright by Medycyna Praktyczna,
Kraków 2008