

*Andrzej Kiejna*

## **Koszty schizofrenii**

Katedra i Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu

### **Wstęp**

W latach 80. w krajach Europy Zachodniej, a także w USA i Kanadzie równoległe do reform systemowych leczenia psychiatrycznego zapoczątkowano badania dotyczące kosztów powiązanych z zaburzeniami psychicznymi. Impulsem do podjęcia tych badań była m.in. obserwowana w tych krajach dysproporcja pomiędzy wzrostem nakładów na ochronę zdrowia a przyrostem dochodu narodowego. Poważny udział w tym wzroście przypadął na psychiatrię, która, wbrew częstym przekonaniom, należy do bardzo kosztownych gałęzi medycyny. Według McGuire (1991) koszty zaburzeń psychicznych pochłaniają około 10% całych nakładów na ochronę zdrowia, co w USA w początku lat 90. stanowiło kwotę około 100 mld dolarów rocznie, natomiast w Holandii 6,6 mld guldenów (około 3,5 mld dolarów) (Bijl i wsp. 1996).

Wprawdzie w Polsce nie przeprowadzono dotychczas badań nad kosztami zaburzeń psychicznych, to należy przyjąć, że podobnie jak w innych krajach są one wysokie. Dlatego też m.in. do przesłanek ekonomicznych odwołuje się uchwalony w 1995 roku Program Ochrony Zdrowia Publicznego, w ramach którego podjęto reformę systemu opieki psychiatrycznej w Polsce (Puzyński, 1995). Niezależnie od obiektywnych trudności program ten jest konsekwentnie wdrażany dając priorytet psychiatrii środowiskowej, co w przyszłości doprowadzić ma do znacznej redukcji łóżek w dużych szpitalach psychiatrycznych. W okresie kilku lat powinny być zauważone efekty ekonomiczne podjętych działań.

### **Schizofrenia a koszty innych zaburzeń i chorób**

Leczenie i opieka nad chorymi na schizofrenię pochłania znaczne środki z budżetu państwa, niezależnie od kraju i systemu ochrony zdrowia. Wielkość środków zależna jest w dużej mierze od rodzaju instytucji zaangażowanych w leczenie, a to z kolei od ciężkości, czasu trwania choroby i dostępności takich instytucji, jak szpital, oddział dzienny, czy dom opieki społecznej. Pomimo że koszt leczenia farmakologicznego w schizofrenii jest relatywnie niski, to koszty całkowite leczenia i opieki są bardzo wysokie (Davies i Drummond, 1990).

W badaniach holenderskich Bijla i wsp. (1996) schizofrenia plasuje się na drugim miejscu, po zaburzeniach otępiennych, wśród najbardziej kosztownych zaburzeń psychicznych (13% wobec 32% wszystkich kosztów bezpośrednich). Należy odnotować, że około 89% całkowitych kosztów bezpośrednich powstaje w szpitalach psychiatrycznych. Dlatego blisko 1/3 całkowitego budżetu szpitali psychiatrycznych jest przeznaczana na leczenie pacjentów ze schizofrenią. Rozkład kosztów w schizofrenii, w przeciwieństwie np. do zaburzeń otępiennych nie jest specyficzny dla płci (Bijl i wsp., 1996).

W badaniach Drummonda (1995), schizofrenia w porównaniu z innymi chorobami i procedurami medycznymi (transplantacja nerek), pochłania bardzo wysokie koszty ogólne, które w Wielkiej Brytanii w skali roku wynoszą 397 mln funtów. Są one wyższe niż koszty związane z depresją (333 mln) i jedynie niższe od chorób stawów (530 mln). W Holandii około 2% ogólnego budżetu ochrony zdrowia przeznacza się na leczenie chorych na schizofrenię. Jest to wysoki wskaźnik, jeśli się uwzględni, że rozpowszechnienie schizofrenii w Holandii wynosi tylko 0,6% (Evers i wsp., 1995).

## **Epidemiologia**

Schizofrenia jest jedną z najczęstszych spośród ciężkich chorób psychicznych i dotkniętych jest nią w świecie około 20 mln osób. Roczny wskaźnik zapadalności na schizofrenię wynosi 0,11–0,70 przypadków na 1000 osób populacji. Wskaźnik rozpowszechnienia, bazujący na ogólnoswiatowych badaniach wykonywanych wg wspólnej metodologii, zawiera się w przedziale 0,6–8,3 przypadków na 1000 osób populacji (Shur, 1988). Uśredniony wskaźnik rozpowszechnienia wynosi 0,9%, natomiast roczny wskaźnik zapadalności wynosi 0,021%. Schizofrenia pojawia się najczęściej w wieku wczesnej młodości. Występuje jednakowo często u mężczyzn i kobiet, z tendencją do późniejszego występowania u kobiet.

Szacuje się, że w krajach Europy Zachodniej (Francja, Niemcy, Włochy, Hiszpania i Wielka Brytania) żyje 2,2 mln chorych na schizofrenię w wieku powyżej 15 r.ż., w USA – 1,8 mln i 940 tys. w Japonii.

## **Dlaczego koszty leczenia schizofrenii są wysokie?**

Wprawdzie wiele powodów stanowi o wysokich kosztach schizofrenii i trudno określić ich indywidualną rangę, to jednak za najważniejsze uważa się straty z powodu niewyprodukowanych dóbr. Straty te związane są ze specyfiką przebiegu choroby:

- Typowy początek przypadku na wczesne lata życia i zbiega się z okresem największej produktywności.

- Przebieg bywa często przewlekły i zmienia styl życia pacjenta oraz jego zdolność do pracy.
- 50% osób ze schizofrenią choruje dłużej niż 1 rok.

Straty z powodu niewyprodukowanych dóbr związane są także ze wzorcem umieralności chorych na schizofrenię:

- Średnia oczekiwana długość życia mężczyzn od chwili zachorowania na schizofrenię wynosi 37 lat i jest o 6 lat krótsza niż w populacji ogólnej (Drummond, 1995).
- Umieralność jest stosunkowo wysoka u pacjentów z ostrym przebiegiem choroby i relatywnie niska u pacjentów chronicznych, głównie rezydentów szpitali psychiatrycznych.
- Około 20–40% pacjentów podejmuje próby samobójcze, z których 9–13% kończy się śmiertelnie (Meltzer i Okayli, 1995).
- W badaniach polskich samobójstwa były pierwszą przyczyną zgonu u mężczyzn chorych na schizofrenię i stanowiły 38% wszystkich zgonów (Kiejna, 1990).

Stosunkowo rzadko przy ocenie kosztów schizofrenii mówi się o stratach, jakie ponosi rodzina pacjenta, związanych z niezdolnością do regularnej pracy z powodu sprawowanej opieki oraz z konsekwencjami społecznego odrzucenia (stygmatyzacja). Są to wysokie koszty, chociaż najtrudniejsze do wyliczenia (Lindström, 1996).

### **Obciążenia ekonomiczne związane ze złą prognozą choroby**

- Leczenie pacjentów ze schizofrenią lekooporną kosztuje 3–4 razy więcej niż pacjentów o dobrej odpowiedzi z powodu konieczności częstszej i dłuższej hospitalizacji (Davis i Drummond, 1990).
- Około 20% pacjentów wykazuje oporność na neuroleptyki podczas pierwszego epizodu schizofrenii (Kane i wsp., 1988).
- Wśród pacjentów o początkowo dobrej odpowiedzi podczas 2-letniego okresu choroby u 20–30% występuje nawrót, pomimo leczenia neuroleptykami (Meltzer, 1995).
- Brak dobrej odpowiedzi powoduje częste rehospitalizacje, konieczność stałej superwizji leczenia, zmiany dawkowania i rodzaju leku, naraża pacjenta na wyższe ryzyko wystąpienia objawów niepożądanych i powikłań, a także skutkuje gorszą współpracą (compliance) podczas leczenia.

Zasadą ekonomicznej oceny leczenia jest porównanie korzyści i kosztów (cost-effectiveness) danej metody terapeutycznej z jej najlepszą alternatywą. Jej celem jest zidentyfikowanie, dokonanie pomiaru oraz oszacowanie korzyści

i strat. Wbrew popularnym poglądom, farmakoekonomia nie jest nauką o minimalizacji kosztów leczenia, lecz nauką o maksymalizacji korzyści dla pacjenta, a tym samym dla lekarza i społeczeństwa (Chruściel, 1996). Respektowanie tej zasady ma szczególne znaczenie w obliczu pojawienia się na rynku leków nowej generacji, wprowadzie drogich w akwizycji, to jednak opłacalnych w całościowym rachunku ekonomicznym.

### **Koszty schizofrenii**

Koszty ponoszone przez społeczeństwo z powodu schizofrenii obejmują: 1. bezpośrednie koszty leczenia i opieki, 2. pośrednie koszty z powodu utraty produktywności i 3. koszty nieuchwytnie związane z bólem i cierpieniem pacjenta oraz opiekunów, co wyraża się w pogorszeniu jakości życia i nie dającymi się zmierzyć stratami finansowymi.

#### *Koszty bezpośrednie*

Środki wydatkowane na leczenie choroby i utrzymanie instytucji leczniczych.  
Środki wydatkowane przez rodzinę i opiekunów na pacjenta.

#### *Koszty pośrednie*

Utrata środków, które mogłyby być zainwestowane w innych obszarach.  
Utrata produktywności w wyniku choroby, inwalidztwa i przedwczesnej umieralności.  
Utrata produktywności opiekunów pacjenta.

#### *Koszty nieuchwytnie*

Ból i cierpienie pacjenta oraz opiekunów, wyrażające się w pogorszeniu jakości życia i nie dającymi się zmierzyć stratami finansowymi.

Dane epidemiologiczne (rozpowszechnienie: pomiędzy 0,5–1,5%; zapadalność: pomiędzy 0,01% i 0,07), jak również charakterystyka kliniczna choroby (wczesny początek choroby z wysokim wskaźnikiem chroniczności, inwalidyzacji i umieralności) potwierdzają wysokie obciążenia ekonomiczne, jakie niesie w sobie schizofrenia.

### **Różne modele podejścia do analizy kosztów choroby**

1. Bazujący na rozpowszechnieniu (prevalence-based) – dotyczy kosztów w danym roku, związanych z chorobą.

2. Bazujący na zapadalności (incidence-based) – dotyczy kosztów podczas trwania życia, nowych przypadków zdiagnozowanych w danym roku.

Łatwiejsze i częściej stosowane jest podejście bazujące na rozpowszechnieniu, chociaż podejście bazujące na zapadalności jest bardziej użyteczne dla oceny. Według Drummonda (1995) badania związane z analizą kosztów powinny być prowadzone według określonych zasad.

### Metodyka oszacowania kosztów choroby

- Wybór podejścia uwzględniającego rozpowszechnienie (A) albo zapadalność (B).
- Uzyskanie danych o zapadalności albo o rozpowszechnieniu choroby.
- Uzyskanie danych o umieralności i chorobowości.
- Dane o zastosowanych środkach i utraconym w związku z chorobą czasie pracy.
- Ceny/dane o kosztach związanych z zastosowanymi środkami/ metodami leczenia.

A. Całkowite roczne koszty schizofrenii, uwzględniające jej rozpowszechnienie, stanowią sumę całkowitych bezpośrednich kosztów leczenia i kosztów pośrednich w danym roku.

1. Bezpośrednie koszty leczenia wylicza się jako średnią środków przeznaczonych na osobę w ciągu roku  $\times$  cena tych środków  $\times$  roczne rozpowszechnienie (leczonych) (tab.1).
2. Koszty pośrednie oszacowane są na podstawie liczby osób niepracujących albo nieobecnych w pracy z powodu choroby  $\times$  średnia płaca.

Tabela 1. Składowe bezpośrednich kosztów schizofrenii\*  
(uwzględniających rozpowszechnienie)

Leczenie szpitalne i w instytucjach opiekuńczych	74%
Oddziały dzienne	14%
Pomoc środowiskowa	4%
Opieka ambulatoryjna	3%
Inne leczenie farmakologiczne	3%
Leczenie podtrzymujące preparatami depot	2%

\* na podstawie badania przeprowadzonego w Wielkiej Brytanii w 1990/91  
– Davis i Drummond 1994

B. Koszty schizofrenii podczas życia (uwzględniające zapadalność) – zasady obliczania:

1. Wyosobnienie na podstawie zapadalności w danym roku kohorty i objęcie obserwacją pacjentów od chwili zachorowania do śmierci.
2. Wyliczenie bezpośrednich kosztów leczenia w ciągu życia i (plus) kosztów pośrednich  $\times$  zapadalność na schizofrenię w ciągu roku.

3. Bezpośrednie koszty leczenia oszacowane jako średnia środków wykorzystanych w ciągu życia (przy oczekiwanym wyniku choroby)  $\times$  ocena tych środków.
4. Pośrednie koszty oszacowane są jako utrata produkcji podczas życia (przy oczekiwanym rezultacie choroby)  $\times$  średnia krajowa płaca.
5. Koszty pośrednie i bezpośrednie są odnoszone do aktualnych wartości.

Pomimo zróżnicowania organizacji opieki psychiatrycznej w krajach rozwiniętych, leczenie szpitalne i pobyt w domach opiekuńczych pochłania większość kosztów. Koszty związane z lekami psychotropowymi są względnie niewysokie i szacowane są na 1–5% całkowitych kosztów bezpośrednich schizofrenii. Wskazuje to dobitnie, że leczenie, które jest skuteczne u pacjentów o ciężkim przebiegu choroby, będzie miało znaczący wpływ na koszty ogólne i to bardziej poprzez redukcję kosztów bezpośrednich aniżeli pośrednich (Goldberg, 1994).

Koszty pośrednie są głównie związane z utratą produktywności i czasu poświęconego przez opiekunów na dozorowanie chorego. Jednym z mierników tego procesu jest pogorszenie jakości życia. Jest ona oceniana w trzech wymiarach: społecznym, zawodowym i rodzinnym. Koszty pośrednie u chorych na schizofrenię są zdecydowanie wyższe od kosztów bezpośrednich i według Davies i Drummonda (1990) w Wielkiej Brytanii wynosiły 70% kosztów ogólnych.

#### **Dane uwzględniane w obliczaniu pośrednich kosztów w schizofrenii** (dane z Wielkiej Brytanii, 1987, Davies i Drummond, 1994)

- 70–80% cierpiących na schizofrenię to osoby bezrobotne, często nieobecne w pracy albo niezdolne do pracy domowej.
- Wśród nich 20% (wyluczając kobiety prowadzące dom) mogłoby być także bezrobotnymi w przypadku braku choroby.
- 111 000 osób chorych na schizofrenię utraciło możliwość wytwarzania dóbr z powodu choroby.
- Średnia płaca krajowa w 1987 r. wynosiła 11 650 funtów brytyjskich.

#### **Wnioski**

1. Schizofrenia należy do chorób powodujących duże ekonomiczne obciążenia dla społeczeństwa.

2. Do 40% osób chorych na schizofrenię odnosi się 97% bezpośrednich kosztów leczenia i 77% kosztów pośrednich.

3. Upowszechnianie wiedzy, iż pewne choroby tworzą duże ekonomiczne obciążenia jest niezbędne, ale nie jest wystarczającym warunkiem dla dalszych działań na tym polu.

4. Istnieje konieczność prowadzenia badań koszty–efektywność w odniesieniu do nowych i już stosowanych metod leczenia, szczególnie zaś dotyczy to przewlekłej schizofrenii.

### Piśmiennictwo

- Bijl R., Smit P., Arends L., Donker M., van Roijen L.: Costs on mental disorders. AEP Congress, London, Juli, 1996.
- Chruściel T.L.: Problemy farmakoterapii. *Gazeta Lek.* 1996, 1, 31.
- Davis L.M., Drummond M.F.: The economic burden of schizophrenia. *Psychiatric Bulletin*, 1990, 14, 522–525.
- Davis L.M., Drummond M.F.: Economics and Schizophrenia: the real cost. *Br. J. Psychiatry* 1994, 165 Suppl. 25, 18–21.
- Evers S.M., Ament A.J.: Costs of schizophrenia in the Netherlands. *Schizophr. Bull.* 1995, 21, 1, 141–53.
- Goldberg D.: Cost-effectiveness in the treatment of patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr. Scand.* 1994, 89, Suppl. 382, 89–92.
- Kane J., Honigfeld G., Singer J., et al.: Clozapine for the treatment – resistant schizophrenia: a double-blind comparison with chlorpromazine. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1988, 45, 789–796.
- Kiejna A.: Retrospektywne badania umieralności w kohorcie chorych z rozpoznaniem schizofrenii. Praca habilitacyjna. AM. Wrocław, 1990.
- Lindström E.: The hidden cost of schizophrenia. *J. Drug Dev. Clin. Pract.* 1996, 7, 281–288.
- McGuire T.G.: Measuring the economic costs of schizophrenia. *Schizophr. Bull.*, 1991, 17, 375–388.
- Meltzer H.Y., Hippus H.: The consensus: the assessment and management of treatment-resistant schizophrenia in perspective. *Eur. Psychiatry*, 1995, 10, Suppl 1, 3S–5S.
- Meltzer H.Y., Okayli G.: Reduction of suicidality during clozapine treatment of neuroleptic-resistant schizophrenia: impact on risk-benefit assessment. *Am. J. Psychiatry*, 1995, 152, 183–90.
- Pużyński S.: Reforma lecznictwa psychiatrycznego w Polsce. *Służba Zdrowia*, 1995, 49–50, 16.
- Shur E.: The epidemiology of schizophrenia. *Br. J. Hosp. Med.* 1988, 40, 38–45.