

VIII. Konklusjon

Muskel- og skjelettsykdommer er den vanligste grunnen til smerte, uførhet og sykemeldinger i den vestlige verden. Disse kostnadene er estimert til hele 3 % av bruttonasjonalproduktet til vestlige land i et gjennomsnittså. Ettersom revmatiske sykdommer står for store deler av disse utgiftene, er de også en stor byrde for helse- og sosialtjenestene. I tillegg medfører revmatiske sykdommer store personlige belastninger og gjør det vanskelig for mange å fungere sosialt samt å delta i yrkeslivet. Det er langt flere kvinner som rammes av revmatiske sykdommer enn menn.

De sosiale og personlige kostnadene disse sykdommene medfører er som regel mer indirekte enn direkte. Det er sjelden revmatiske sykdommer medfører død, og de færreste revmatiske pasienter har behov for lengre sykehusinnleggelse. For de fleste dreier det seg om behov for medisiner, rehabilitering, fysioterapi og lignende. I tillegg lider mange pasienter økonomiske tap på grunn av arbeidsuførhet og nedsatt evne til å delta i samfunnet.

I følge undersøkelser er nærmere en fjerdedel av alle Europeere rammet av en eller annen form for revmatisme. Revmatisme er ofte den nest vanligste grunnen til uførhet i Europa i dag. Bare psykiske og mentale sykdommer rammer flere. Ettersom revmatiske sykdommer ofte er kroniske, rammer mange, og ofte medfører uførhet, får mange pasienter nedsatt livskvalitet i tillegg til at samfunnet belastes med store helsekostnader. Denne rapporten fokuserer i hovedsak på hyppigheten, symptomene og konsekvensene revmatiske sykdommer medfører, med hovedvekt på diagnosene artrose, leddgikt, osteoporose og fibromyalgi samt ryggsmertor. Direkte og indirekte kostnader er spesifisert. Hovedmålet med rapporten er å kartlegge de indirekte kostnadene revmatiske sykdommer påfører pasientene og samfunnet. Dermed er hovedfokuset lagt på pasientenes private helseutgifter. Rapporten kartlegger ulike indikatorer for disse kostnadene, som strekker seg fra utgifter til legebesøk og spesialister til utgifter til medisiner og lignende. Dataene som er brukt for å kartlegge disse kostnadene er innhentet fra ulike kilder, deriblant publisert materiale, offisielle statistikker og spørreundersøkelser.

Sett under ett har alle de nordiske landene store helseutgifter, hvor de fleste er offentlige utgifter. Finland skiller seg litt ut ved at de har en noe større andel private helseutgifter, men dette betyr ikke at finske brukere betaler større egenandeler enn andre. Sammenlignet med proporsjonen av bruttonasjonalproduktet er det Island og Norge som har de høyeste private helseutgiftene, mens Sverige har de laveste. Andelen av slike private helseutgifter per husstand har økt mest i Island, Norge og Sverige siden begynnelsen av 1990-årene.

Finland, Åland og Færøyene behandler flest personer med muskel- og skjelettsykdommer på sykehus. Norge befinner seg like bak disse tre, mens Sverige har den laveste andelen sykehusbehandling. Bruken av medisiner for muskel- og skjelettsykdommer, definert som daglig dose per 1000 innbyggere, er høyest i Finland i 2005. Island ligger på andreplass mens Norge har den laveste bruken. Bruken av anti-inflammatoriske og anti-revmatiske produkter som

ikke er steroider, er også høyest i Finland. Bruken av slike medikamenter har imidlertid økt betraktelig på Island siden 1995. I 2004 var bruken på Island faktisk på linje med Finland. Danmark, Norge og Sverige har likt forbruk, men ligger på et markant lavere nivå enn Island og Finland.

Utsalgsprisen på medisin har stor betydning for revmatiske pasienter, i tillegg til det samlede forbruksnivået. Data fra nordiske helse rapporter viser at det generelle prisnivået på medisiner var høyest på Island i 2003-4. Island bruker også langt flere Euro på medisiner per innbygger uten å ha det høyeste forbruksnivået av medisin (selv om de har rekordhøye forbruksnivåer innen enkelte kategorier slik som psykiatiske- og anti-depressive medikamenter). Dette indikerer at mer kostbare medisiner brukes i større grad på Island enn i andre land. En nyere prissammenligning gjort på Island hevder at utsalgsprisen for spesifiserte medisiner som har høy omsetning i apotek, er høyest på Island og i Danmark og lavest i Sverige, som ikke skattlegger reseptbelagt medisin. Hvis man ser forbrukerkostnadene til medisiner til muskel- og skjelettsykdommer i forhold til de totale medisinkostnadene, har Finland og Island det høyeste forbruket, etterfulgt av Danmark.

I alle de nordiske landene har bruken av biologiske medisiner økt kraftig de siste årene. Disse medisinene er dyre for samfunnet, men gir gode resultater i mange tilfeller. I Island, hvor medisinprisene er blant de høyeste, er biologiske medisiner gratis for brukerne.

Konsekvensene av revmatiske sykdommer og muskel- og skjelettlidelser generelt, dreier seg først og fremst om problemer med å delta i arbeidslivet og samfunns livet generelt. Dette påvirker økonomien og medfører nedsatt arbeidsinntekt blant pasientene, noe som er mest markant i aldersgruppen over 50 år. I aldersgruppen 50-64 år, har Island den høyeste prosenten av årsverk i Norden og også i Europa. Sverige følger deretter, men har dobbelt så mange innaktive i arbeidslivet sammenlignet med Island. Finland har flest innaktive i arbeidslivet i denne aldersgruppen i Norden, men nivået er likevel under gjennomsnittet blant EU-nasjonene i 2005.

Antallet uføretrygdete er også lavest i Island i aldersgruppen 55-64 år. Finland har det største antallet uføretrygdete etterfulgt av Danmark. Muskel- og skjelettsykdommer er en av hovedårsakene til uførhet i de fleste europeiske land. Dette gjelder flere kvinner enn menn, noe som blant annet kommer av at revmatiske sykdommer rammer flest kvinner.

Sykefraværet i arbeidslivet er lavest i Island, etterfulgt av Danmark. Sykefraværet er høyest i Sverige og Norge.

Til slutt undersøker denne rapporten kostnadene til ulike helsetjenester og til medisiner som er spesielt viktig for pasienter med revmatiske sykdommer. Her er det innhentet informasjon fra revmatikerorganisasjonene i de ulike nordiske landene.

Danskene har de laveste kostnadene til leger og spesialister, de har ingen egenandeler på dette området. Sverige ser ut til å ha de nest laveste kostnadene, noe som skyldes et lavt tak på egenandeler for lege- og spesialistbesøk på årsbasis. Etter at taket på 93 euro er nådd, er slike besøk gratis for resten av 12 månedersperioden (regnet fra datoen

for første lege- eller spesialistbesøk). I Finland må man bare betale full pris for de første tre besøkene. Island og Norge ser ut til å ta høyere gebyrer for lege- og spesialistbesøk. Begge disse landene har høyere satser og høyere årlige egenandelstak, men begge disse landene har lavere satser for enkelte grupper pasienter og Norge gir gratis tjenester i enkelte tilfeller.

Det finnes ulike systemer for egenandeler og tilbakebetaling av utgifter til medisiner. Island ser ut til å ha høyere egenandeler enn de andre landene, mens Sverige har de laveste, etterfulgt av Danmark. Men situasjonen for pasientene er ofte avhengig av hvordan medisiner administreres, slik som i Norge og på Island, hvor det er restriksjoner på hvor store reseputgifter pasienter kan pålegges. Norge har en totalgrense for årlige utgifter i motsetning til Island, men på Island kan personer med store medisnutgifter og andre helseutgifter, søke om en spesiell tilbakebetaling hvis familiens totale inntektsnivå er lavt og utgiftene store. Det er ingen totale frikort for bruk av helsetjenester på Island, slik som besøk hos leger, helsesentere og forskningslaboratorier, bare rabattordninger. Alle de nordiske landene, unntatt Island, har definerte egenandelstak for årlige medisnutgifter. Island har i stedet spesielle fordelsordninger for enkelte pasientgrupper, for eldre og for uføretrygdede.

Brukerkostnadene til ulike helsetjenester som revmatiske pasienter bruker ser ut til å være dyrest på Island, etterfulgt av Norge og Danmark. Dette gjelder spesielt kostnader til fysioterapi, ergoterapeuter, sosialkonsulenter, tannleger og røntgenklinikker. På Island er ordinære legebesøk relativt billig, mens besøk hos spesialister er blant de dyreste i Norden etterfulgt av Sverige og Norge. Danmark er i en særklasse da både ordinære legebesøk og spesialistbesøk er gratis, men dette gjelder ikke bruk av andre terapitjenester som revmatikere er storforbrukere av.

Resultatet varierer fra land til land ut fra hvilket aspekt av helsetilbudet og helsekostnadene som undersøkes. Brukerkostnadene sett under ett ser ut til å være høyest på Island og i Norge og lavest i Sverige.

Kostnader til revmatiske sykdommer varierer også ut fra om det regnes som direkte kostnader (kostnader til helsetjenester) eller indirekte kostnader (fortrinnsvis arbeidsrelaterte og kjøpskostnader for pasientene). Direkte kostnader i forbindelse med sykehus tjenester for personer med muskel- og skjelettsykdommer, ser ut til å være høyest i Finland og lavest i Sverige, Danmark og Island. Kostnader til medisiner ser imidlertid ut til å være høyest i Island og Finland. Island kombinerer et høyt prisnivå på reseptbelagte medikamenter og en mer utbredt bruk av dyrere medisiner enn andre land.

Når det gjelder indirekte kostnader kommer Island langt bedre ut enn de andre landene på grunn av høy arbeidsprosent blant aldersgruppen 50-65 år – en aldersgruppe hvor revmatiske sykdommer er utbredt. Det ser ut til at flere revmatikere er i jobb på Island enn i andre nordiske land. Norge, Sverige og Danmark følger deretter, men med langt lavere andel av arbeidende i den gitte aldersgruppen samt høyere andel førtidspensjonister. Revmatiske sykdommer er utbredt som grunn til atfering og førtidspensjonering. De indirekte kostnadene til revmatiske sykdommer, de som pasientene selv må dekke (brukerkostnader) ser imidlertid ut til å være høyere på Island enn i andre land, som påpekt over. Vi kan derfor si at typen helsetjenester og typen

kostnader (sosiale eller personlige) i stor utstrekning er med på å bestemme resultatet i sammenligningen mellom de nordiske landene. For å oppnå en fullstendig konklusjon i forhold til sosiale og personlige kostnader forårsaket av revmatiske sykdommer, kreves en langt grundigere bearbeidelse og gjennomgang av en mengde ulike indikatorer enn det som er gjort her. Likevel har denne rapporten belyst de ulike sidene av saken, samt påpekt noen av systemforskjellene som skiller de ulike nordiske landene.