

Summary and conclusions from the report ..

Social and Personal Costs of Arthritis and Rheumatic Diseases

An Exploratory Survey
Undertaken for the Nordic Rheuma Council (NRR)

Stefán Ólafsson

Social Research Institute
University of Iceland
April 2008

Samhälleliga och individuella kostnader orsakade av ledgångsreumatism och reumatiska sjukdomar

Kort sammanfattning

Nordiska Reumarådet (NRR) har beställt en preliminär undersökning av samhälleliga och individuella kostnader orsakade av ledgångsreumatism och reumatiska sjukdomar i Norden. Projektet har finansierats genom anslag från Nordiska Ministerrådet. Rapporten är skriven av professor Stefán Ólafsson från Islands universitet i samarbete med sakkunniga från de nordiska reumatikerförbunden. Några av rönen sammanfattas nedan.

I de utvecklade länderna utgör muskuloskeletala besvär den vanligaste orsaken till svår smärta, fysiska funktionshinder och kortvariga sjukskrivningar. Enligt beräkningar förbrukar de årligen i genomsnitt 3 % av den totala bruttonationalprodukten i västländerna. Ledgångsreumatism och reumatiska sjukdomar är en stor del av detta och utgör därmed en stor belastning på hälso- och sjukvården. De utgör även en mer uttalad källa för individuell belastning och nedsatt deltagande i arbetslivet och samhället i stort. Kvinnor är i allmänhet betydligt mer drabbade av reumatiska sjukdomar än män.

De sociala och individuella kostnaderna för dessa sjukdomar är i allmänhet mer indirekta än direkta. De reumatiska sjukdomarna framstår därmed inte som orsaker till dödlighet och en stor majoritet av reumatpatienter behöver inte långvariga och dyra operationer. För majoriteten av de sjuka riktas behoven oftare direkt mot medicinering, rehabilitering, stöd, terapi och motsvarande. Inskränkta möjligheter att vara delaktig i arbetslivet och samhället utgör en betydande kostnadskälla för samhällsekonomin och patienterna själva.

Under de senaste åren har det kommit nya typer av läkemedelsbehandlingar och en ökad förståelse för behandlingens och rehabiliteringens nytta har vuxit fram. Ett exempel på sådana innovationer utgörs av de nya biologiska medicineringarna som har varit mycket positiva för vissa patienter. Det behövs mer förståelse för de reumatiska sjukdomarnas negativa inverkan på deltagande och sysselsättningsmöjligheter.

Kostnaderna och följderna för dessa sjukdomar varierar något mellan de nordiska länderna. I de flesta av dessa länder har de personliga merkostnaderna, ofta i form av högre patientavgifter, tenderat att öka under de senaste två decennierna. Detta gäller lika både för läkemedelskostnader och för besök hos hälsovården. Patienter med ledgångsreumatism och reumatiska sjukdomar drabbas särskilt av de ökande patientavgifterna eftersom reumatpatienter tenderar att använda hälsovårdstjänsterna i en högre utsträckning. De enskilda länderna gör varierade satsningar med syfte att begränsa den individuella kostnadsbördan.

VIII. Sammanfattning och slutsatser

I de utvecklade länderna utgör muskuloskeletala besvär den vanligaste orsaken till svår smärta, fysiska funktionshinder och kortvariga sjukskrivningar. Enligt beräkningar förbrukar de årligen i genomsnitt 3 % av den totala bruttonationalprodukten i västländerna. Ledgångsreumatism och reumatiska sjukdomar är en stor del av detta och utgör därmed en stor belastning på hälso- och sjukvården. De utgör även en mer uttalad källa för individuell belastning och nedsatt deltagande i arbetslivet och samhället i stort. Kvinnor är i allmänhet betydligt mer drabbade av reumatiska sjukdomar än män.

De sociala och individuella kostnaderna för dessa sjukdomar är i allmänhet mer indirekta än direkta. De reumatiska sjukdomarna framstår därmed inte som orsaker till dödlighet och en stor majoritet av reumapatienter behöver inte långvariga och dyra operationer. För majoriteten av de sjuka riktas behoven oftare direkt mot medicinering, rehabilitering, stöd, terapi och motsvarande. Inskränkta möjligheter att delta i arbetslivet och samhället utgör en betydande kostnadskälla för samhällsekonomin och patienterna själva.

Enligt undersökningsuppgifter lider närmare en fjärdedel av européerna av någon form av ledgångsreumatism eller andra typer av muskuloskeletala besvär. De utgör numera typiskt nog den näst vanligaste orsaken till funktionshinder (nya fall) efter psykiska sjukdomar i Europa. Tack vare sin vanlighet, kroniskhet och inverkan på funktionshinder har dessa besvär därmed en stor effekt såväl på individens livskvalitet som på hälsovårdens kostnader.

Denna rapport undersöker de huvudsakliga frågeställningarna bakom utbredningen, de reumatiska sjukdomarnas karakteristik och följer med särskild fokus på artros, ledgångsreumatism, ryggvärk, benskörhet och fibromyalgi. Direkta och indirekta kostnader specificeras. Det huvudsakliga syftet är att ge en redogörelse över de indirekta kostnadernas inverkan på samhället och de drabbade individerna. Därmed

fokuserar vi starkt på privata direktutgifter för hälsovård och presenterar olika indikatorer på dessa inklusive kostnaderna för besök hos läkare och specialister, läkemedel liksom ett otal andra kostnadsrelaterade frågor. Av den anledningen är uppgifterna varierande och härstammar från både publicerade och officiella källor som från undersökningsstatistik.

På det hela taget har alla de nordiska länderna ganska omfattande utgifter för hälsovården som mestadels är samhällsfinansierad. Finland har en något högre andel privata hälsovårdsutgifter än de andra länderna. Det betyder dock inte att de finländska brukarna av hälsovårdstjänster generellt skulle betala högre avgifter än de övriga. Island och Norge har de högsta taxorna för privata hälsovårdsrelaterade direktutgifter mätta som andel av bruttonationalprodukten medan Sverige har de lägsta. Sedan början av 1990-talet har andelen utgifter av denna typ i hushållen stigit mest påfallande på Island, i Norge och Sverige.

De högsta behandlingstaxorna på sjukhusen för patienter med muskuloskeletala besvär finns i Finland, på Åland och Färöarna, följd av Norge. De lägsta behandlingstaxorna på sjukhus finns i Sverige.

Läkemedelsanvändningen för muskuloskeletala besvär definierad som dygnsdos per 1000 invånare och dag (DDD) var under 2005 högst i Finland. Island hamnar på andra plats medan Norge ligger sist. Användningen av anti-inflammatoriska och antireumatiska produkter, icke-steroider, är också högst i Finland (DDD). Sedan 1995 har användningen av dessa dock ökat stort på Island och 2004 låg Island på samma nivå som Finland. Danmark, Norge och Sverige ligger på samma nivå sinsemellan men förbrukningen är betydligt lägre.

Detaljhandelspriset för mediciner är mycket viktiga för reumapatienter så väl som den totala förbrukningsnivån. Uppgifter från nordiska hälsovårdsrapporter indikerar att medicinernas totala prisnivå 2003-2004 var högst på Island av de nordiska länderna. Island använder också flest euro per invånare på mediciner utan att ha den högsta totala förbrukningsnivån (fast landet ligger i topp i vissa kategorier så som

psykofarmaka och antidepressiva läkemedel). Detta tyder på att man på Island kanske i större grad än i de andra länderna använder de dyraste medicintyperna. En nyligen genomförd jämförelse på Island tyder på att prisnivån inom detaljhandeln för speciella mediciner med stor omsättning på apoteken är högst på Island och i Danmark men lägst i Sverige som inte lägger moms på receptbelagda mediciner. Konsumentens kostnader för muskuloskeletala läkemedel i proportion av den totala kostnaden för den här typen av läkemedel är högst i Finland och på Island följd av Danmark.

Förbrukningen av de nya biologiska medicinerna eller hämmare har ökat stort de senaste åren. Dessa läkemedel är dyra för det sociala försäkringssystemet men ger i många fall goda resultat. På Island där prisnivån på mediciner tillhör de högsta är denna typ av läkemedel dock gratis för konsumenterna.

Ledgångsreumatismens och de reumatiska sjukdomarnas samt muskuloskeletala besvärens påverkan i allmänhet är viktigast för att man ska kunna delta i arbetslivet och generellt i samhället. Detta påverkar ekonomin och medför sysselsättnings- och inkomstbortfall bland patienter. Detta är mest markant bland personer över 50 år. 50-64-åriga islänningar har den högsta sysselsättningsgraden (eller den lägsta inaktivitetsgraden) bland nordborna och även totalt bland européerna. Sverige kommer på andra plats men har ändå dubbelt så många icke-sysselsatta jämfört med Island. Finland har den högsta inaktivitetsgraden bland denna åldersgrupp i de nordiska länderna vilket intressant nog ändå är lägre än den genomsnittliga sysselsättningsgraden bland EU-länderna 2005.

Antalet förtidspensionerade bland 55-64-åringarna är också lägst på Island. Antalet funktionshindrade i denna åldersgrupp är högst i Finland av de nordiska länderna, följd av Danmark. Muskuloskeletala besvär är en stor orsak till funktionsnedsättning i de flesta europeiska länderna. Dessa är mer framträdande bland kvinnor än män beroende bland annat på att kvinnorna är överrepresenterade bland reumapatienterna.

Sjukfrånvaron från arbetet är också lägst på Island, följd av Danmark. Sjukfrånvaron toppas av Sverige och Norge.

Rapporten granskar till sist kostnaderna för olika typer av hälsovårdstjänster och medicineringar som är av särskilt stor vikt för reumapatienter inte minst mot den materialbakgrunden som de nordiska reumatikerförbunden har samlat in.

Danskarna har den överlägset billigaste läkar- och specialistservicen som är gratis. Sverige ser ut att hamna på andra plats, särskilt tack vare att den årliga kostnaden för sådana besök ligger på en låg nivå. När man har nått gränsen för högkostnadsskyddet på 77 euro är de resterande besöken under 12 månader, räknat från det första besöket, gratis. I Finland betalar man fullt pris endast för de första tre besöken. Island och Norge ser ut att ta ut högre patientavgifter för läkarbesöken genom att besöksavgiften är högre och den årliga kostnadsgränsen ligger på en högre nivå. Båda länderna erbjuder dock lägre avgifter för speciella patient- eller sjukdomskategorier och i vissa fall är servicen i Norge gratis.

Det finns olika typer av patientavgifter och ersättningssystem i förhållande till medicinkostnaderna. Island verkar i många fall ha totalt högre patientavgifter än de övriga länderna och Sverige tillsammans med Danmark ser ut att ta ut de blygsammaste patientavgifterna. Utfallet för patienter beror dock ofta på hur läkemedelsanvändningen är administrerad så som fallet är i Norge och på Island där det finns direkta gränser för de individuella medicinkostnaderna. I Norge finns det ändå en generell årlig kostnadsgräns medan en sådan inte finns på Island men där kan den som har omfattande läkemedels- och sjukvårdskostnader ansöka om specialersättning om familjens inkomster är låga och kostnaderna höga. På Island finns inga högkostnadsskydd inom sjukvården såsom fria besök hos läkaren eller vårdcentralen eller laboratoriet, endast rabatter. Alla de nordiska länderna med undantag för Island har definierade högkostnadsgränser för läkemedelskostnader. Island å andra sidan erbjuder särskilda fördelaktiga villkor för patienter med vissa typer av sjukdomar samt för äldre och funktionshindrade pensionärer.

Patientavgifterna för olika typer av hälsovårdstjänster för reumapatienter är troligen i betydande utsträckning generellt dyrast på Island, följt av Norge och Danmark. Detta märks särskilt i fråga om besök hos sjukgymnaster, arbetsterapeuter, sociala rådgivare, tandläkare och röntgenmottagningar. Besöken hos allmänpraktiserande läkare på Island är dock relativt billiga avseende grundavgiften medan besök hos specialister dyrast. Sverige och Norge följer tätt inpå. Danmark har en särställning med gratisbesök både hos allmänpraktiserande läkare och hos specialister men detta tillämpas inte på användandet av de andra sjukvårdstjänsterna som reumapatienter i hög grad utnyttjar.

Resultatet mellan de enstaka länderna varierar beroende på vilka aspekter av hälsovården och specialkostnader man har undersökt. Patientutgifterna verkar generellt vara de högsta på Island och i Norge och lägst i Sverige.

Utgifterna för de reumatiska sjukdomarna varierar också beroende på om man anser att det rör sig om direkta kostnader (sjukvårdskostnader) eller indirekta kostnader (huvudsakligen sysselsättningsrelaterade och patienternas egna direkta avgifter). De direkta kostnaderna för sjukhus­tjänster för personer med muskuloskeletal besvär verkar vara högst i Finland och lägst i Sverige, Danmark och på Island. Läkemedelskostnaderna är dock högst på Island och i Finland. Island kombinerar den höga prisnivån för receptbelagda mediciner och större användning av dyra mediciner jämfört med de andra länderna.

På tal om de indirekta kostnaderna verkar Island hittills ha de lägsta indirekta samhällskostnaderna för reumatiska sjukdomar tack vare den högre sysselsättningsgraden bland 50-64-åringar bland vilka reumapatienterna har en framskjuten plats. Isländska reumapatienter verkar således i högre grad ha ett lönearbete än vad som är fallet i de andra länderna. Norge, Sverige och Danmark följer efter, låt vara att sysselsättningsgraden för denna åldersgrupp är betydligt lägre och förtidspensioneringen oftare förekommande. De reumatiska sjukdomarna

har en framträdande plats som orsaker till funktionshinder och förtidspension. De indirekta kostnaderna för reumasjukdomar som faller på patienterna själva (i form av patientavgifter) ser hur som helst ut att vara högre på Island än i de andra länderna så som ovan har visats.

På så sätt dikterar hälsovårdskostnaderna och kostnadstypen (samhälleliga eller individuella) i avsevärd omfattning jämförelseresultaten mellan de nordiska länderna. För att kunna nå fram till ett bestämt och mångsidigt slutresultat om de varierande samhälleliga och individuella kostnaderna för reumatiska sjukdomar krävs ett övervägande av en stor mängd faktorer som är mer omfattande än vad som för närvarande står till förfogande. Vi har emellertid kartlagt de aktuella frågeställningarna och lämnat några indikatorer för systematiska variationer länderna emellan.