

ORGANIZACJA I FINANSOWANIE OPIEKI PSYCHIATRYCZNEJ NA UKRAINIE – NA PRZYKŁADZIE OSÓB CHORYCH NA SCHIZOFRENIĘ I HOSPITALIZOWANYCH WE LWOWIE

ORGANIZATION AND FUNDING OF MENTAL HEALTH CARE IN UKRAINE – AN EXAMPLE OF PEOPLE AFFECTED WITH SCHIZOPHRENIA AND HOSPITALIZED IN LVIV

Tomasz Zaprutko, Krzysztof Kus, Dorota Koligat, Piotr Ratajczak, Elżbieta Nowakowska

Katedra i Zakład Farmakoekonomiki i Farmacji Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

STRESZCZENIE

Wstęp. Schizofrenia jest chorobą psychiczną, która oprócz istotnych następstw zdrowotnych cechuje się znaczącym obciążeniem ekonomicznym dla pacjenta, jego rodziny, jak i całego społeczeństwa. Schizofrenia wymaga przewlekłego leczenia. Mimo że kompleksowa i zindywidualizowana terapia oceniana jest jako kosztowo-efektywna, to dostępność nowoczesnego leczenia i zakres świadczeń medycznych związanych z opieką psychiatryczną są w niektórych krajach ograniczone.

Cel. Przedstawienie modelu organizacji i finansowania szpitalnej opieki psychiatrycznej gwarantowanej pacjentom chorym na schizofrenię i hospitalizowanym we Lwowie (Ukraina). Ponadto celem pracy była ocena realizacji ustawowych założeń dotyczących sposobu i zakresu świadczenia opieki psychiatrycznej na Ukrainie.

Materiał i metody. Badanie przeprowadzono w okresie od października 2013 roku do grudnia 2014 roku we współpracy z Kliniką Psychiatrii, Psychologii i Seksuologii Narodowego Uniwersytetu Medycznego we Lwowie. Analizowane dane dotyczyły finansowania pobytu pacjenta w szpitalu psychiatrycznym oraz dostępności ekonomicznej do farmakoterapii po zakończonej hospitalizacji.

Wyniki. System organizacji opieki psychiatrycznej na Ukrainie cechuje się ograniczeniami wpływającymi na dostępność i zakres świadczeń medycznych związanych z leczeniem schizofrenii. Pacjenci są w wielu wypadkach zobligowani do indywidualnego zakupu leków również podczas hospitalizacji. Neuroleptyki nie są na Ukrainie refundowane, co przy niskich zarobkach powoduje, że pacjenci leczeni są przede wszystkim lekami starszych generacji.

Wnioski. Opieka psychiatryczna na Ukrainie wymaga reorganizacji i dofinansowania. Kompleksowe i nowoczesne leczenie powinno być dostępne dla wszystkich pacjentów, niezależnie od ich sytuacji materialnej. Powinno się dążyć do wprowadzenia systemu refundacji leków, co wpłynie na ich rzeczywistą dostępność ekonomiczną. Należy dążyć do upowszechniania terapii niefarmakologicznej, zarówno w trakcie hospitalizacji jak i po jej zakończeniu.

Słowa kluczowe: schizofrenia, leczenie, Ukraina.

ABSTRACT

Introduction. Schizophrenia is a mental disorder, which apart from health consequences is characterized by a significant economic burden for the patient, his family and for the whole society as well. Schizophrenia requires chronic treatment. Although comprehensive and individualized therapy is indicated as cost-effective the availability of modern treatment schedules and the range of medical services related to mental health care are limited in some countries.

Aim. To present the model of organization and funding of inpatient care provided to patients with schizophrenia and hospitalized in Lviv (Ukraine). Furthermore, the objective of this study was to evaluate the implementation of statutory assumptions concerning the manner and scope of the provision of psychiatric care in Ukraine.

Material and methods. The study was conducted between October 2013 and December 2014, in cooperation with the Clinic of Psychiatry, Psychology and Sexology of National Medical University in Lviv (Ukraine). The analyzed data concerned the funding of the hospitalization affordability to the pharmacotherapy within remission stage.

Results. The organization of psychiatric care in Ukraine is characterized by constraints affecting the availability and the range of medical services related to the treatment of schizophrenia. Patients have to, in many cases, buy medicines individually even during hospitalization. Neuroleptics are not reimbursed in Ukraine, and due to low salaries patients are primarily treated with older neuroleptics.

Conclusions. Mental health care in Ukraine requires reorganization and financial support. Comprehensive and modern treatment should be available to all patients regardless of their financial situation. The reimbursement of medicines should be introduced. The non-pharmacological therapies both during hospitalization and within outpatient care should be promoted.

Keywords: schizophrenia, treatment, Ukraine.

Wstęp

Schizofrenia jest ciężkim schorzeniem psychicznym o przewlekłym i nawracającym charakterze [1]. Jej przebieg i towarzyszące chorobie objawy sprawiają, że schizofrenia wywołuje w społeczeństwie lęk, prowadząc do zaburzenia relacji chorego z otoczeniem, napiętnowania i w efekcie do społecznego wykluczenia osoby cierpiącej z powodu choroby psychicznej [1–3].

Schorzenie dotyczy 1% ogólnoludowej populacji [1], a społeczne i ekonomiczne obciążenia związane z chorobą [4] sprawiają, że schizofrenia nie może być problemem bagatelizowanym, lecz wymaga uwagi i analiz prowadzących do optymalizacji procesu terapeutycznego.

Oprócz konsekwencji zdrowotnych odpowiadających za to, że schizofrenia jest chorobą o jednym z najwyższych współczynników lat życia skorygowanych o niesprawność

[4], schorzenie generuje wysokie koszty bezpośrednie i pośrednie, w efekcie czego schizofrenia jest także problemem zdrowotnym o znaczących następstwach ekonomicznych.

Bezpośrednie koszty związane są z leczeniem szpitalnym, specjalistyczną opieką medyczną oraz stosowaną farmakoterapią. Pośrednie koszty są przede wszystkim efektem utraconej produktywności osób chorych na schizofrenię, jak również członków ich rodzin, którzy często rezygnują z obowiązków związanych z pracą zawodową na rzecz opieki nad chorą osobą [1, 5, 6].

Koszty bezpośrednie odpowiadają za 1/3 całkowitych kosztów leczenia schizofrenii [5, 7] i, według ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia, w krajach zachodnich stanowią od 1,6% do 2,6% nakładów związanych z finansowaniem opieki zdrowotnej [4, 8]. Koszty pośrednie, natomiast, to 2/3 całkowitych kosztów leczenia schizofrenii. Osiągają w Stanach Zjednoczonych wartość 32,5 miliarda dolarów amerykańskich, w Kanadzie 4,8 miliarda dolarów kanadyjskich, a w Anglii 4,7 miliarda funtów brytyjskich [5, 7, 9, 10]. Skalę rozbieżności pomiędzy kategorią bezpośrednich i pośrednich kosztów towarzyszących schizofrenii potwierdzają także wyniki analizy przeprowadzonej w Korei Południowej, gdzie Chang et al. [11] wykazali, że koszty bezpośrednie stanowiły 540 milionów dolarów amerykańskich, a pośrednie 3,2 miliarda dolarów amerykańskich.

Wysokość nakładów związanych z terapią schizofrenii, jak i koszty będące następstwem przebiegu choroby mogą być jednak ograniczone, a leczenie w wyniku zastosowania kompleksowych rozwiązań terapeutycznych uwzględniających nowoczesną farmakoterapię mogłoby prowadzić do osiągnięcia kosztowej efektywności leczenia schizofrenii [5, 12].

Możliwość stosowania leków atypowych również w formach o przedłużonym działaniu prowadzi do ograniczenia występowania uciążliwych efektów ubocznych będących następstwem leczenia farmakologicznego [10, 13, 14]. Znaczenie farmakoterapii, wykorzystującej neuroleptyki atypowe w długo działających formach potwierdza badanie Electronic Schizophrenia Treatment Adherence Registry (e-STAR) [15, 16], w którym wykazano, że stosowanie risperidonu depot przyczyniło się do poprawy „compliance”, wpływało na zmniejszenie ryzyka prób samobójczych, a także odpowiadało za ograniczenie nawrotów choroby i w konsekwencji rehospitalizacji. W efekcie, mimo początkowego wzrostu nakładów wynikającego ze stosowania nowszej i jednocześnie droższej farmakoterapii, leczenie schizofrenii może być procesem o zredukowanym obciążeniu ekonomicznym [5].

Osiągnięcie poprawy poziomu przestrzegania zaleceń lekarskich jest niezwykle istotne w kontekście kosztów to-

warzyszących schizofrenii oraz jakości życia osób chorych i ich rodzin. Ponadto, rzadsze hospitalizacje, będące główną składową bezpośrednich kosztów leczenia schizofrenii [5, 17, 18], pomagają pacjentowi w rzeczywistym powrocie do ról społecznych pełnionych przed zdiagnozowaniem choroby, w tym w powrocie na chroniony lub otwarty rynek pracy [19]. Możliwość podjęcia pracy w okresie remisji choroby wpływa przede wszystkim na obniżenie kosztów pośrednich generowanych przez schizofrenię, ale również odpowiada za redukcję kosztów bezpośrednich, gdyż jak wskazują badania [20] aktywność zawodowa osób chorych na schizofrenię determinuje zmniejszenie częstotliwości hospitalizacji.

Mimo że kompleksowe leczenie uwzględniające nowoczesną farmakoterapię jak i rozwiązania nefarmakologiczne wskazywane jest jako kosztowo-efektywne [1], to organizacja i finansowanie opieki psychiatrycznej, a w efekcie zakres stosowanego leczenia, różnią się pomiędzy poszczególnymi krajami [17]. Wynika z tego główny cel pracy, jakim było przedstawienie systemu opieki psychiatrycznej gwarantowanej pacjentom chorym na schizofrenię i hospitalizowanym we Lwowie (Ukraina). Ponadto celem pracy była ocena realizacji ustawowych założeń dotyczących sposobu i zakresu świadczenia opieki psychiatrycznej na Ukrainie.

Materiał i metody

Analizę przeprowadzono w okresie od października 2013 roku do grudnia 2014 roku we współpracy z Kliniką Psychiatrii, Psychologii i Seksuologii Narodowego Uniwersytetu Medycznego we Lwowie. Badanie wykonano po uprzednim uzyskaniu zgody Komisji Bioetycznej, aprobaty władz Narodowego Uniwersytetu Medycznego we Lwowie oraz akceptacji Kierownika Kliniki Psychiatrii, Psychologii i Seksuologii Narodowego Uniwersytetu Medycznego we Lwowie. W trakcie badania przeanalizowano 180 kartotek (we współpracy z lekarzem zatrudnionym w klinice) pacjentów hospitalizowanych z powodu schizofrenii zdiagnozowanej w oparciu o międzynarodową klasyfikację chorób ICD-10. Zbierane informacje dotyczyły finansowania pobytu pacjenta w szpitalu psychiatrycznym oraz problemu dostępności ekonomicznej do specjalistycznej farmakoterapii.

Wyniki

W wyniku przeprowadzonych badań wykazano, że system organizacji i finansowania opieki psychiatrycznej na Ukrainie cechuje się ograniczeniami wpływającymi na dostępność i zakres świadczeń medycznych związanych z leczeniem schizofrenii. Mimo że pobyt w szpitalu finansowany jest w ramach opieki zdrowotnej gwarantowanej przez Państwo, to farmakoterapia stosowana podczas hospitalizacji wymaga często współpłacenia przez pacjenta lub indywidualnego

dostarczenia leków przez rodzinę chorego. W sytuacji gdy średnia wysokość zarobków na Ukrainie sięga 325 Euro brutto [17], a neuroleptyki nie podlegają refundacji, kompleksowe leczenie osób chorych na schizofrenię jest istotnie utrudnione. Pacjenci, mimo rynkowej dostępności leków atypowych, również w ich długo działających formach, leczeni są w zdecydowanej większości neuroleptykami typowymi. Z przyczyn ekonomicznych pacjenci chorzy na schizofrenię, zarówno podczas hospitalizacji, jak i w okresie remisji choroby w niewielkim zakresie korzystają z form terapii nefarmakologicznej. Leczenie wspierane psychoedukacją, treningiem umiejętności społecznych czy terapią poznawczo-behawioralną jest szczególnie utrudnione w warunkach ambulatoryjnych, gdyż na Ukrainie brakuje organizacji i placówek oferujących takie wsparcie. Powoduje to, że świadomość społeczna na temat chorób psychicznych jest niska, co odpowiada za stygmatyzację chorych i ich społeczne wykluczenie, a w efekcie za gorszą jakość życia i wyższe koszty leczenia.

Dyskusja

Mimo iż od momentu ogłoszenia w 1991 roku niepodległości Ukrainy kraj ten boryka się z licznymi problemami natury politycznej i ekonomicznej, wprowadzona została w życie ustawa o opiece zdrowotnej gwarantowanej obywatelom Ukrainy [21]. Do jej głównych postulatów należą stworzenie efektywnego systemu opieki medycznej, równy dostęp do świadczeń zdrowotnych dla wszystkich obywateli Ukrainy oraz bezpłatna pomoc medyczna w państwowych placówkach ochrony zdrowia [21]. Dokument ten miał w założeniu ustawodawcy zapewnić udzielanie świadczeń na poziomie zbliżonym do aktualnych standardów medycznych i rozwiązań funkcjonujących w państwach zachodnich [21]. Jednak, jak wskazują Ougrin i wsp. [22], opieka zdrowotna na Ukrainie jest tylko teoretycznie bezpłatna. W rzeczywistości pacjenci są zobligowani do partycypowania w opłatach związanych z leczeniem, co jest efektem niedofinansowania opieki zdrowotnej na Ukrainie [17, 22, 23]. Wynika z tego zdecydowana przewaga stosowania leków tańszych i często starszych generacji, bowiem dla chorych i ich rodzin nowoczesne leki z powodu braku refundacji i cen nieproporcjonalnych do zarobków są niedostępne ekonomicznie [17, 22]. W efekcie leczenia neuroleptykami typowymi pacjenci nie przestrzegają zaleceń lekarskich, co wynika z uciążliwych działań niepożądanych farmakoterapii, takich jak np. efekty pozapiramidowe czy zaburzenia seksualne [10, 27]. W konsekwencji brak „compliance” jest jedną z głównych przyczyn nawrotów choroby i rehospitalizacji [10, 25], a to powoduje wzrost kosztów związanych z chorobą.

Znaczenie stosowania neuroleptyków atypowych dla osiągnięcia efektywności klinicznej i kosztowej w leczeniu

schizofrenii potwierdzają badania Kane i wsp. [10], Asseburg i wsp. [18] oraz Treur i wsp. [24], którzy wskazują, iż stosowanie aripirazolu i risperidonu w formach o przedłużonym uwalnianiu wpływa na poprawę poziomu „compliance”, skrócenie czasu pobytu pacjenta w szpitalu i ograniczenie liczby hospitalizacji. Ponadto Rummel-Kluge i wsp. [25] wskazują, że nie tylko nowoczesna farmakoterapia wpływa na osiągnięcie lepszych efektów leczenia schizofrenii, ale konieczne jest uwzględnienie w terapii rozwiązań nefarmakologicznych, takich jak np. psychoedukacja skierowana zarówno do pacjenta jak i rodziny chorego. Zajęcia takie pomagają w zrozumieniu istoty schorzenia, radzeniu sobie z objawami schizofrenii i ich interpretacją, a w efekcie prowadzą do poprawy funkcjonowania psychospołecznej osoby chorej i obniżenia kosztów towarzyszących schizofrenii [3, 25]. Według Zhao i wsp. [26] połączenie psychoedukacji z terapią wykorzystującą neuroleptyki atypowe w ich długo działających formach skutkuje zmniejszeniem częstotliwości nawrotów choroby, stąd inwestycja w nowoczesne formy terapii powinna być rozpatrywana jako nadrzędny cel związany z organizacją i finansowaniem leczenia psychiatrycznego.

Uwzględnienie w terapii działań nefarmakologicznych i zwiększenie dostępu do kompleksowego leczenia schizofrenii również poprzez objęcie refundacją neuroleptyków atypowych wpływałoby na Ukrainie na jednorazowe podniesienie kosztów związanych z leczeniem osób chorych na schizofrenię. Jednak w długofalowej perspektywie zmiany takie mogłyby odpowiadać za możliwość wygenerowania oszczędności zarówno w kategorii kosztów bezpośrednich, jak i pośrednich. Ponadto rozwiązaniem mogącym usprawnić leczenie psychiatryczne na Ukrainie i zbliżyć je do zachodnich standardów wydaje się być rozwój i popularyzacja psychiatrycznej opieki środowiskowej. Założeniem takiego kierunku w terapii chorób psychicznych jest równe traktowanie osób chorych jak i zdrowych członków społeczeństwa oraz dostosowywanie usług do potrzeb pacjenta poprzez indywidualizację leczenia [1]. Działania takie pomagają chorym w powrocie do społeczeństwa oraz w podejmowaniu ról społecznych porzuconych w wyniku choroby i towarzyszącego jej piętna [1, 3].

Podsumowanie

Schizofrenia jest chorobą cechującą się istotnym obciążeniem ekonomicznym, a jej skuteczne i kosztowo-efektywne leczenie jest możliwe. Wymaga to jednak inwestycji w kompleksową terapię, która powinna być dostępna dla wszystkich pacjentów niezależnie od ich sytuacji materialnej. Mimo że badania naukowe potwierdzają efektywność połączenia nowoczesnej farmakoterapii z terapią

niefarmakologiczną, pacjenci leczeni na Ukrainie mają ograniczony dostęp do takich form leczenia. Farmakoterapia wykorzystująca wszystkie dostępne leki przeciwpsychotyczne powinna być dla chorych hospitalizowanych na Ukrainie gwarantowana i bezpłatna. Ponadto na Ukrainie powinno się dążyć do wprowadzenia refundacji neuroleptyków atypowych (również w ich długo działających formach), co wpłynie na ich rzeczywistą dostępność ekonomiczną. W celu podnoszenia standardów opieki psychiatrycznej na Ukrainie i równania jej do norm obowiązujących np. w krajach Unii Europejskiej należy dążyć do upowszechniania terapii niefarmakologicznej zarówno w trakcie hospitalizacji, jak i po jej zakończeniu.

Oświadczenia

Oświadczenie dotyczące konfliktu interesów

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów w autorstwie oraz publikacji pracy.

Źródła finansowania

Autorzy deklarują brak źródeł finansowania.

Piśmiennictwo

- Araszkiewicz A. (red.). Biała Księga, Osoby chorujące na schizofrenię w Polsce. Raport. 2011;6–35.
- Żołnierczuk-Kieliszek D, Żak B. Społeczne konsekwencje zachorowania na schizofrenię. *Zdrowie Publ.* 2002;112(3):362–366.
- Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. *The Lancet.* 2004;363:2063–2072.
- Phantunane P, Vos T, Whiteford H *et al.* Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. *Population Health Metrics.* 2010;8:24. doi:10.1186/1478-7954-8-24.
- Knapp M, Mangalore R, Simon J. The Global Costs of Schizophrenia. 2004;30:279–293.
- Nowakowska E. Pharmacoeconomic Research Methodology. Nowakowska E. (red.) *Pharmacoeconomics-cooperation work.* Wydawnictwo Naukowe UMP, Poznań 2009;20–40.
- Daltio CS, Mari JJ, Ferraz MB. Direct medical costs associated with schizophrenia relapses in health care services in the city of Sao Paulo. *Rev Saude Publica.* 2011;45(1):14–23.
- Barbato A. Schizophrenia and public health. Geneva: World Health Organization; 1998.
- Wu EQ, Birnbaum HG, Shi L *et al.* The economic burden of schizophrenia in the United States in 2002. *J Clin Psychiatry.* 2005;66(9):1122–1129.
- Kane JM, Sanchez R, Zhao J *et al.* Hospitalisation rates in patients switched from oral anti-psychotics to aripiprazole once-monthly for the management of schizophrenia. *Journal of Medical Economics.* 2013;16(7):917–925.
- Chang SM, Cho SJ, Jeon HJ *et al.* Economic Burden of Schizophrenia in South Korea in 2005. *J Korean Med Sci.* 2008;23:167–175.
- Garcia-Ruiz AJ, Perez-Costillas L, Montesinos AC *et al.* Cost-effectiveness analysis of antipsychotics in reducing schizophrenia relapses. *Health Economics Review.* 2012;2:8.
- Carpenter WT, Koenig JI. The Evolution of drug development in schizophrenia: Past Issues and Future Opportunities. *Neuropsychopharmacology.* 2008;33(9):2061–2079.
- Leucht S, Corves C, Arbter D *et al.* Second-generation versus first-generation antipsychotic drugs for schizophrenia: a meta-analysis. *The Lancet.* 2009;373:31–41.
- Olivares JM, Peuskens J, Pecenek J *et al.* Clinical and resource-use outcomes of risperidone long-acting injection in recent and long-term diagnosed schizophrenia patients: results from a multinational electronic registry. *Curr Med Res Opin.* 2009;25:2197–2206.
- Czernikiewicz A, Łoza B. Znaczenie współpracy w terapii schizofrenii. Efektywność i bezpieczeństwo risperidonu stosowanego w formie długo działającej iniekcji. *Neuropsychiatria. Przegląd Kliniczny.* 2010;2(1):16–22.
- Zaprutko T, Nowakowska E, Kus K *et al.* The cost of inpatient care of schizophrenia in the Polish and Ukrainian Academic Centers – Poznan and Lviv. *Academic Psychiatry.* 2015;39(2):165–173.
- Asseburg Ch, Willis M, Löthgren M *et al.* Hospitalisation utilization and costs in schizophrenia patients in Finland before and after initiation of risperidone long-acting injection. *Schizophrenia Research and Treatment.* 2012. doi:10.1155/2012/791468.
- Zaprutko T, Kus K, Bilobryvka R *et al.* Schizophrenia and employment: evaluation from professionals point of view. *Psychiatric Quarterly.* 2015. doi:10.1007/s1126-015-9354-6.
- Burns T, Catty J, White S *et al.* The impact of supported employment and working on clinical and social functioning: results of an international study of individual placement and support. *Schizophrenia Bulletin.* 2009;35(5):949–958.
- Dziubińska-Michalewicz M. Ukraiński system ochrony zdrowia. Wydział Analiz Ekonomicznych i Społecznych. Kancelaria Sejmu Biuro Studiów i Ekspertyz. Marzec 2005.
- Ougrin D, Gluzman S, Dratcu L. Psychiatry in post-communist Ukraine: dismantling the past, paving the way for the future. *Psychiatric Bulletin.* 2006;30:456–459.
- Yankovskyy S. Mental Health Care in Ukraine: Twenty years after the Soviet Union. <http://somasphere.net/2011/11/mental-health-care-in-ukraine-twenty-years-after-the-soviet-union.html>; wyszukano: 12.09.2015.
- Treur M, Heeg B, Möller HJ *et al.* A pharmaco-economic analysis of patients with schizophrenia switching to generic risperidone involving a possible compliance loss. *BMC Health Service Research.* 2009;9:32. doi: 10.1186/1472-6963-9-32.
- Rummel-Kluge Ch, Pitschel-Walz G, Bäuml J, Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia – results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin.* 2006;4(32):765–775.
- Zhao Y, Kishi T, Iwata N *et al.* Combination treatment with risperidone long-acting injection and psychoeducational approaches for preventing relapse in schizophrenia. *Neuropsychiatric Disease and Treatment.* 2013;9:1665–1659.
- Meder J. Schizofrenia – leczenie i rehabilitacja. *Przewodnik Lekarski.* 2004;5:52–59.

Zaakceptowano do edycji: 2015-09-10
Zaakceptowano do publikacji: 2015-10-20

Adres do korespondencji:

Tomasz Zaprutko
Katedra i Zakład Farmakoeconomiki i Farmacji Społecznej
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
ul. Dąbrowskiego 79 p.619, 60-529 Poznań
tel.: 61 854 69 20, fax: 61 854 68 94
e-mail: tomekzaprutko@ump.edu.pl