



# DEPRESJA – CHOROBA XXI WIEKU W UJĘCIU SPOŁECZNYM I EKONOMICZNYM

## DEPRESSION – A DISORDER OF THE XXI CENTURY. SOCIETAL AND ECONOMIC POINT OF VIEW

Tomasz Zaprutko<sup>1</sup>, Krzysztof Kus<sup>1</sup>, Robert Göder<sup>2</sup>, Elżbieta Nowakowska<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Katedra i Zakład Farmakoekonomiki i Farmacji Społecznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

<sup>2</sup>Department of Psychiatry and Psychotherapy, Christian-Albrechts-University of Kiel, 24105 Kiel, Germany

DOI: <https://doi.org/10.20883/ppnoz.2018.51>

### STRESZCZENIE

Depresja jest chorobą psychiczną o znacznym stopniu rozpowszechnienia, negatywnym wpływie na codzienne funkcjonowanie chorego oraz o często nawrotowym przebiegu. Ponadto depresja jest chorobą, którą charakteryzują wysokie koszty zarówno w kategorii kosztów bezpośrednich jak i pośrednich. W efekcie choroba stanowi istotny problem zdrowia publicznego zarówno w ujęciu medycznym, społecznym jak i ekonomicznym. Pomimo tego depresję można niejednokrotnie skutecznie leczyć. Wiąże się to ze stosowaniem kompleksowej farmakoterapii uzupełnianej szeregiem terapii nefarmakologicznych, w tym z wykorzystaniem terapeutycznej roli pracy. W konsekwencji prowadzi to nie tylko do rzadszych i jednostkowo krótszych hospitalizacji, ale wpływa także na redukcję kosztów choroby i efektywny powrót chorych do społeczeństwa. Wymaga to jednak systemowych rozwiązań oraz odpowiedniego finansowania opieki psychiatrycznej wraz z rozwojem koncepcji ekonomii społecznej, gdyż depresja jest jednym z najpoważniejszych problemów zdrowotnych współczesnego człowieka.

**Słowa kluczowe:** depresja, koszty, obciążenie.

### ABSTRACT

Depression is a mental disorder characterized by a high prevalence and recurrent course. It also has a negative impact on the patient's everyday activities. Moreover, the costs of depression are very high, both in relation to direct and indirect costs. Therefore, depression is being considered a serious public health concern in both medical, social and economic terms. Nonetheless, depression might be effectively treated. It is related, however, to the use of comprehensive pharmacotherapy supported by non-pharmacological interventions, including the therapeutic role of employment. Hence, it leads to the less frequent and shorter hospitalizations as well as it contributes to the costs decrease and to the patients' successful comeback to society. Nevertheless, it requires to implement the amendments of organization and funding of mental health care. It seems that it should be an urgent aim for health care decision makers because depression is one of the most serious health problems of a modern man.

**Keywords:** depression, costs, burden.

Aktualnie ocenia się, że w dorosłej populacji mieszkańców Unii Europejskiej blisko 30% osób doświadcza każdego roku zaburzeń psychicznych [1]. Wśród nich wiodącym problemem jest depresja ], w przypadku której wskazuje się, że do 2020 roku będzie zajmować najprawdopodobniej drugie miejsce na ogólnoświatowej liście schorzeń charakteryzujących się największym obciążeniem chorobowym [2]. Potwierdzają to dane na temat rozpowszechnienia depresji, która w populacji 466 milionów Europejczyków zamieszkujących 28 państw Europy dotyczyła według różnych analiz od co najmniej 21 milionów [3], do nawet powyżej 30 milionów osób [4].

Depresję cechują liczne i często złożone objawy związane m. in. z poczuciem beznadziei i odrzucenia, trwałym i znaczącym obniżeniem nastroju, wycofaniem społecznym i brakiem zainteresowania, czy satysfakcji z normal-

nie przynoszących radość czynności [5]. Ponadto, depresji towarzyszy istotnie zwiększone ryzyko samobójstw, które wśród chorych na depresję są wiodącą przyczyną zgonów [1, 6]. W efekcie przekłada się to na potrzebę długotrwałej farmakoterapii oraz niejednokrotnie na hospitalizację osób chorych na depresję [7, 8].

W konsekwencji, oprócz następstw zdrowotnych depresji towarzyszy także znaczące obciążenie ekonomiczne w kategorii kosztów bezpośrednich i pośrednich [8].

W pracy autorstwa Sobocki et al. [3] wykazano, że roczne koszty depresji w Europie zostały oszacowane w 2004 roku na 118 miliardów euro, z czego 42 miliardy euro stanowiły koszty bezpośrednie (leki, leczenie szpitalne i ambulatoryjne), zaś 76 miliardów euro to koszty pośrednie będące wynikiem w głównej mierze utraconej produktywności osób chorych oraz ich przedwczesnej

śmiertelności. Skalę obciążenia ekonomicznego depresji potwierdzają także inne badania. W analizie z 2010 roku Olesen et al. [9] analizowali koszty chorób mózgu, które zostały oszacowane łącznie na 798 miliardów euro, przy czym depresja ponownie była jedną z najbardziej kosztownych jednostek chorobowych i odpowiadała w ujęciu kosztowym za równowartość 1% produktu krajowego brutto Europy [5].

Z kolei, w samej tylko Anglii badania obciążenia ekonomicznego depresji wykazały, że wśród pacjentów powyżej 15 roku życia koszty choroby wyniosły ponad 9 miliardów funtów brytyjskich [2]. W danych pochodzących z 2008 roku z Japonii [8] całkowite obciążenie ekonomiczne depresji zostało oszacowane na 11 miliardów dolarów amerykańskich, co stanowiło kwotę blisko 3 razy wyższą aniżeli w Korei Południowej [10] oraz ponad 7 razy niższą od wartości wyliczonej w Stanach Zjednoczonych, gdzie 83 miliardy dolarów amerykańskich zostały podzielone na 26 miliardów związanych z kosztami bezpośrednimi i 57 miliardów będących następstwem kosztów pośrednich [11].

Ciekawych informacji dostarczają także uszczegółowione badania poszczególnych składowych danej kategorii kosztów. Przykładowo, pomimo podobnego rozkładu kosztów bezpośrednich i pośrednich w całkowitym obciążeniu ekonomicznym depresji, porównanie kosztów farmakoterapii wiąże się ze sporymi rozbieżnościami pomiędzy poszczególnymi krajami [8].

W Japonii koszty leków stanowiły niespełna 29% bezpośrednich kosztów medycznych, przy czym średnia dla Europy wynosiła 22%, dla Stanów Zjednoczonych 40%, a Chin 59% [8]. Istnieją liczne koncepcje tłumaczenia takiej sytuacji, jednak wydaje się, że potencjalne różnice w cenie tego samego leku pomiędzy krajami, szczególnie przy braku jego generycznych zamienników, mogą determinować istnienie znaczących rozbieżności [12] w kosztach farmakoterapii. Związane to może być także z koncepcją „free riding”, według której wyższe ceny leków w państwach takich jak np. Stany Zjednoczone (jedno z państw najmocniej promujących „free riding”) wynikają z nakładów ponoszonych przez te kraje m. in. na stworzenie i utrzymanie najlepszych ośrodków badawczych, przeprowadzenie badań oraz procedurę wdrożeniową leku. Ma to w konsekwencji odpowiadać za możliwość proponowania niższych cen leków w krajach „korzystających” z nakładów poniesionych przez inne państwa. W opozycji do modelu „free riding”, pozostawać mogą jednak cytowane powyżej wyniki wskazujące, że koszty leków stosowanych w terapii depresji były blisko 20% wyższe w Chinach w porównaniu do Stanów Zjednoczonych [8] i poniekąd potwierdzone wynikami badania z Europy gdzie cena tego samego leku

potrafiła być wyższa w biednej Bułgarii w porównaniu do ceny obowiązującej w znacznie bogatszych krajach Beneluxu [12].

Na różnice w kosztach nie tylko farmakoterapii, ale także hospitalizacji wpływać mogą także odmienne systemy finansowania opieki zdrowotnej, a także istniejące rozbieżności we wskaźnikach ekonomicznych poszczególnych krajów [13]. W pracy dotyczącej kosztów szpitalnego leczenia depresji w Poznaniu i w Kilonii Zaprutko et al. [13] wykazali, że koszt szpitalnego leczenia depresji w 2016 roku był pięciokrotnie wyższy w niemieckim ośrodku w porównaniu do polskiego szpitala. Wynika to zarówno z powyżej wskazywanych przyczyn, jak również z różnic w ilości hospitalizowanych pacjentów, co w oczywisty sposób może budować lub redukować obserwowane różnice, nie wpływając jednak istotnie np. na procentowy udział kosztów farmakoterapii w kosztach hospitalizacji.

Ciekawym uzasadnieniem dla różnic w poszczególnych grupach kosztów towarzyszących depresji może być zarówno zewnętrzna jak i autostygmatyzacja chorobą psychiczną, co w licznych przypadkach rodzi obawy przed powrotem do ról pełnionych przed diagnozą choroby lub hospitalizacją oraz prowadzi do wykluczenia społecznego oraz zawodowego osoby chorej [13].

Mimo rosnącego dostępu do informacji, co mogłoby przekładać się na wzrost świadomości społecznej na temat depresji i jej przebiegu, skala stygmatyzacji związanej z depresją oceniana jest na przestrzeni ostatnich dwóch dekad jako stała [14]. W efekcie osoba doświadczająca piętna choroby psychicznej musi niejednokrotnie samemu mierzyć się z chorobą pozostając w okresie remisji bez pracy, która nie tylko wśród osób chorych psychicznie działa na ludzi mobilizująco oraz nadaje cel w codziennym funkcjonowaniu oraz podnosi samoocenę [15]. Ponadto zatrudnienie pełni funkcję terapeutyczną, przyczynia się do poprawy wskaźników „compliance” oraz zmniejsza ryzyko rehospitalizacji w gronie osób cierpiących z powodu choroby psychicznej [7, 15, 16].

W efekcie praca wpływa nie tylko na redukcję kosztów pośrednich, ale także na zmniejszenie obciążenia ekonomicznego w kategorii kosztów bezpośrednich zarówno w kontekście rzadszych hospitalizacji jak i przestrzegania zaleceń lekarskich, co może w znacznym stopniu odpowiadać za zmniejszenie wydatków w obszarze farmakoterapii depresji.

Jednak pomimo badań potwierdzających terapeutyczne znaczenie zatrudnienia osób chorych psychicznie [13], praca jako niefarmakologiczny model terapii niejednokrotnie pozostaje niewykorzystana lub jest obszarem wymagającym działań ukierunkowanych na optymalizację spo-

sobów jej wykorzystania. Potwierdzać to mogą doniesienia Kessler RC [17] wskazujące, że zarobki osób chorujących na depresję są niższe niż te oferowane ludziom pozbawionym piętna choroby psychicznej. Pomimo istnienia działań niepożądanych (np. dysfunkcje seksualne, efekty antycholinergiczne) mogących charakteryzować leki przeciwdepresyjne, farmakoterapia stosowana w leczeniu depresji wraz ze wspierającymi ją interwencjami nefarmakologicznymi jest coraz częściej leczeniem skutecznym o ograniczonej uciążliwości efektów ubocznych [5, 7, 18].

Ponadto jak wskazują wyniki badań Lee et al. [19] antydepresanty poprawiają funkcjonowanie w pracy wśród osób chorych na depresję, a zakres dostępnych leków jak również ich profil farmakodynamiczny umożliwiają indywidualizację stosowanego leczenia, co w połączeniu z szerokim spektrum interwencji nefarmakologicznych [4] odpowiada za kompleksowy charakter stosowanej terapii. Co ważne wiele z działań nefarmakologicznych [4] może być prowadzonych w warunkach ambulatoryjnych, co powinno ułatwiać dostęp do tych form leczenia także z uwzględnieniem wymogów ewentualnie podejmowanej pracy w czasie remisji depresji.

Obserwacje własne poczynione podczas realizacji projektu badawczego dotyczącego kosztów szpitalnego leczenia depresji w Kilonii (Niemcy) i w Poznaniu (Polska) oraz wcześniejszych badań wykonanych we współpracy z Centrum für Integrative Psychiatrie Uniwersytetu Christiana-Albrechta w Kilonii wskazują, wzorem niemieckiego ośrodka, na możliwość zatrudniania dużo większej ilości osób pozostających w remisji choroby psychicznej w porównaniu do odsetka obserwowanego w Polsce oraz innych krajach Europy [20, 21].

W niemieckim ośrodku pacjenci po zakończonej hospitalizacji psychiatrycznej mogą podejmować pracę np. w kawiarniach i restauracjach, które będąc powszechnie dostępnymi obiektami gastronomicznymi oficjalnie informują o tym, iż zatrudniają osoby cierpiące z powodu choroby psychicznej. Oprócz znaczącego wpływu takich działań na obniżenie kosztów depresji i/lub innych chorób psychicznych, placówki takie odpowiadają także za edukację społeczną na temat samej choroby, jej przebiegu i rzeczywistych możliwości funkcjonowania osób stosujących kompleksowe leczenie zgodnie z ordynacją lekarską.

W efekcie przekłada się to na zmniejszanie stygmatyzacji chorobą psychiczną, ogranicza wykluczenie społeczne i może pozytywnie wpływać na redukcję obaw osób chorych związanych z powrotem do społeczeństwa, w tym na rynek pracy.

W Poznaniu podobnie jak w innych polskich miastach możliwości zatrudniania osób po przebytym kryzysie psy-

chicznym są ograniczone, co wskazuje na potencjalną potrzebę i możliwość ukierunkowania działań związanych z organizacją kompleksowej opieki psychiatrycznej na tworzenie miejsc zatrudniających osoby cierpiące z powodu choroby psychicznej. Przewagą takich miejsc jest także chroniony model zatrudnienia, gdzie istotnie ograniczone zostają lub są całkowicie wyeliminowane rynkowe sytuacje związane z ryzykiem niespodziewanej utraty pracy. Zdarzenie takie mogłoby mieć szkodliwy efekt dla przebiegu i efektywności leczenia, co potwierdza praca Nelson et Kim [22] wskazując na korzyści płynące z chronionego modelu zatrudnienia osób chorych psychicznie.

W efekcie wdrażania rozwiązań ukierunkowanych na poprawę efektywności kosztowej leczenia oraz upowszechniających zasady ekonomii społecznej depresja może stać się chorobą, którą charakteryzować będą rzadsze i krótsze hospitalizacje, zrozumienie społeczne ograniczające piętno choroby psychicznej, a finalnie redukujące zarówno koszty bezpośrednie jak i pośrednie.

Mając na uwadze aktualne zdrowotne, finansowe i społeczne obciążenie depresji można wnioskować, iż schorzenie jest jednym z najważniejszych problemów współczesnego człowieka. Potwierdza to potrzebę promowania rozwiązań, których celem jest poprawa zdrowia psychicznego mieszkańców Unii Europejskiej oraz innych państw. Będzie to wpływać na poprawę jakości życia społeczeństw oraz pozwoli na osiągnięcie strategicznych celów w zakresie funkcjonowania każdego obywatela, bowiem to właśnie zdrowie psychiczne jest źródłem pozwalającym na wykorzystanie emocjonalnego i intelektualnego potencjału człowieka oraz efektywne funkcjonowanie zarówno w pracy jak i w życiu prywatnym.

Źródło finansowania: Narodowe Centrum Nauki (2017/01/X/NZ7/00055).

#### Piśmiennictwo

1. ZIELONA KSIĘGA Poprawa zdrowia psychicznego ludności Strategia zdrowia psychicznego dla Unii Europejskiej. :26.
2. Thomas CM, Morris S. Cost of depression among adults in England in 2000. Br J Psychiatry. 2003;183:514–9.
3. Sobocki P, Jönsson B, Angst J, Rehnberg C. Cost of depression in Europe. J Ment Health Policy Econ. 2006;9(2):87–98.
4. Gartlehner G, Wagner G, Matyas N, Titscher V, Greimel J, Lux L, i in. Pharmacological and non-pharmacological treatments for major depressive disorder: review of systematic reviews. BMJ Open. 2017;7(6):e014912.
5. Zhang L, Chen Y, Yue L, Liu Q, Montgomery W, Zhi L, i in. Medication use patterns, health care resource utilization, and economic burden for patients with major depressive disorder in Beijing, People's Republic of China. Neuropsychiatr Dis Treat. 2016;12:941–9.
6. Li H, Luo X, Ke X, Dai Q, Zheng W, Zhang C, i in. Major depressive disorder and suicide risk among adult outpatients at

several general hospitals in a Chinese Han population. *PLoS One*. 2017;12(10).

7. Warnke I, Nordt C, Moock J, Kawohl W, Rössler W. Antidepressants: Relationship to the Time to Psychiatric Readmission and Probability of Being in Hospital in Depressive Patients. *Front Public Health*. 2014; 2.
8. Okumura Y, Higuchi T. Cost of depression among adults in Japan. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2011;13(3).
9. Olesen J, Gustavsson A, Svensson M, Wittchen H-U, Jönsson B, CDBE2010 study group, i in. The economic cost of brain disorders in Europe. *Eur J Neurol*. 2012;19(1):155–62.
10. Chang SM, Hong J-P, Cho MJ. Economic burden of depression in South Korea. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47(5):683–9.
11. Greenberg PE, Fournier A-A, Sisitsky T, Pike CT, Kessler RC. The Economic Burden of Adults With Major Depressive Disorder in the United States (2005 and 2010). *J Clin Psychiatry*. 2015;76(2):155–62.
12. Zaprutko T, Kopciuch D, Kus K, Merks P, Nowicka M, Augustyniak I, i in. Affordability of medicines in the European Union. *PLoS ONE*. 2017;12(2):e0172753.
13. Zaprutko T, Göder R, Kus K, Pałys W, Rybakowski F, Nowakowska E. The economic burden of inpatient care of depression in Poznan (Poland) and Kiel (Germany) in 2016. *PLoS ONE*. 2018;13(6):e0198890.
14. Makowski AC, von dem Knesebeck O. Depression stigma and migration – results of a survey from Germany. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):381.
15. Araszkiwicz A. (red.). Biała Księga – osoby chorujące na schizofrenie w Polsce. <http://studylibpl.com/doc/602210/bia%C5%82a-ksi%C4%99ga---osoby-choruj%C4%85ce-na-schizofrenie-w-polsce> (wyszukano 24.09.2018).
16. Burns T, Catty J, White S, Becker T, Koletsi M, Fioritti A, i in. The Impact of Supported Employment and Working on Clinical and Social Functioning: Results of an International Study of Individual Placement and Support. *Schizophr Bull*. 2009;35(5):949–58.
17. Kessler RC. The costs of depression. *Psychiatr Clin North Am*. 2012;35(1):1–14.
18. Wang P, Si T. Use of antipsychotics in the treatment of depressive disorders. *Shanghai Arch Psychiatry*. 2013;25(3):134–40.
19. Lee Y, Rosenblat JD, Lee J, Carmona NE, Subramaniapillai M, Shekotikhina M, i in. Efficacy of antidepressants on measures of workplace functioning in major depressive disorder: A systematic review. *J Affect Disord*. 2018;227:406–15.
20. Marwaha S, Johnson S, Bebbington P, Stafford M, Angermeyer MC, Brugha T, i in. Rates and correlates of employment in people with schizophrenia in the UK, France and Germany. *Br J Psychiatry*. 2007;191:30–7.
21. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment – a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39(5):337–49.
22. Nelson RE, Kim J. The impact of mental illness on the risk of employment termination. *J Ment Health Policy Econ*. 2011;14(1):39–52.

Zaakceptowano do edycji: 25.09.2018  
Zaakceptowano do publikacji: 23.10.2018

**Adres do korespondencji:**

Tomasz Zaprutko  
Katedra i Zakład Farmakoekonomiki 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