

10. Studiul sociologic "Educația de bază în Republica Moldova", Institutul de Politici Publice, Chișinău 2008
11. UNESCO Integrarea școlară a copiilor și adolescenților handicapați: teorie și practică. Paris 1994
12. Hotărârea Guvernului nr.567 din 26.07.2011, aprobarea Regulamentului "cu privire la asigurarea unor categorii de cetățeni cu mijloace ajutoare tehnice"
13. www.mmpsf.gov.md

IMPACTUL ECONOMIC AL OSTEOARTROZEI GENUNCHIULUI

Virginia Șalaru, Oleg Lozan

Școala de Management în Sănătate Publică

Summary

The economic impact of knee Osteoarthritis

The economic impact of any illness is a burden for both the state health care providers, social care and for patients and their families. This expenditure may be estimated in the direct, indirect and intangible costs. Musculoskeletal diseases occupy a significant share of health charges, constituting in highly developed countries from 1-5% of GDP. Osteoarthritis is the illness with the highest morbidity among musculoskeletal disorders, which, causes about 50% of the disease burden in this group of conditions and is a major problem of public health. [7]

Rezumat

Impactul economic al oricărei boli reprezintă o povară atât pentru stat, furnizorii de servicii medicale, asistența socială, cât și pentru pacienți și familiile acestora. Aceste costuri pot fi estimate în cadrul costurilor directe, indirecte sau intangibile. Patologiile musculoscheletale ocupă o pondere importantă din cheltuielile pentru sănătate, constituind în țările înalt dezvoltate de la 1-5% din PIB. Osteoartroza este boala cu cea mai înaltă morbiditate printre afecțiunile musculo-scheletice, care, determinând circa 50% din povara bolii în acest grup de boli, s-a conturat drept o problemă majoră de sănătate publică.[7]

Actualitatea

Osteoartroza este o maladie degenerativ-distrofică, caracterizată prin degenerarea primară a cartilajului articular, dezvoltarea osteofitelor marginale, fiind asociată cu reacții ale structurilor articulare și, în special, ale osului subcondral.[1,2] Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății, osteoartroza este cea mai frecventă cauză a durerii cronice la persoanele în vârstă. Impactul major este transpus în calitatea joasă a vieții, restricții și deficiențe în activitățile cotidiene, relațiile interpersonale, activitățile sociale și costuri înalte ale tratamentului. [6] Analiza literaturii de specialitate din Europa și SUA prezintă variații ale prevalenței OA genunchiului în dependență de criteriile de diagnostic: de la 2,0 la 42,2% bazată pe simptome clinice, de la 16,3 la 33,0% în prezența criteriilor radiologice și de la 1,5 la 15,9% la combinarea acestor criterii. Prevalența este mai mare la femeii și crește o dată cu vârsta, cu excepția datelor bazate pe simptome după vârsta de 80 de ani. [3] Aceeași tendință s-a constatat și în cercetarea Europeană EPOSA anul 2011, care a efectuat analiza datelor studiilor de cohortă din cinci țări europene (Marea Britanie, Germania, Italia, Olanda și Spania).

Analiza costurilor bolii nu este o evaluare economică clasică, deoarece nu se măsoară beneficiile obținute din resursele consumate, ci reprezintă o bază de date pentru o astfel de analiză. Valoarea sa este în măsurarea poverii economice și identificarea modului în care aceasta este distribuită între sistemul de sănătate și alte părți ale sectorului public - pacientul, familia și societatea ca un tot întreg.[5] Impactul socio-economic al OA nu a fost extensiv studiat,

probleme imputabile ar fi stabilirea diagnosticului conform criteriilor clinice și radiografice, de asemenea și prezența comorbidităților care influențează costurile, delimitarea strictă fiind practic imposibilă. Asemenea date pentru Republica Moldova lipsesc. Datele unui studiu efectuat de Xie F, 2007, atestă că, costurile anuale directe ale OA per pacient, după ajustarea la dolari SUA 2005, au constituit în Hong Kong-\$9147, SUA- \$4792, Canada - \$2878, Italia - \$1271, Franța - \$345. În contrast, costurile indirecte au fost raportate de 5 studii din 4 țări, acestea au constituit în Canada -\$9847, fiind cele mai înalte și \$864 în Hong Kong, apreciate ca cele mai scăzute. Având în vedere creșterea cheltuielilor pentru sănătate, este primordial ca, pe viitor, sistemul de îngrijire medicală să fie raționalizat, adică să crească eficacitatea cheltuielilor în raport cu serviciile medicale acordate fie pentru un cost egal, fie pentru unul inferior, sau chiar unul superior, dar justificat. Această povară a fost recunoscută de OMS și ONU prin desemnarea deceniului 2000-2010 ca cel al Oaselor și al Articulațiilor.

Scopul

Evaluarea costurilor directe, indirecte și intangibile ale osteoartrozei genunchiului din perspectiva pacienților.

Materiale și metode

A fost efectuat un studiu descriptiv, care a inclus evaluarea a 86 de pacienți diagnosticați cu osteoartroza genunchiului conform criteriilor R. Altman 1991 (vârsta peste 50 de ani, durerea și cracmentul articular, redoare matinală de scurtă durată, osteofite depistate radiologic). Pacienții au fost selectați la Institutul de Cardiologie, secția IV –Malformații cardiace dobândite și la deplasările în teritoriu în cadrul efectuării programelor de instruire medicală continuă în raioanele Criuleni, Dubăsari, Comrat, Leova și Soroca, în perioada ianuarie 2012 – martie 2013. Am ținut să respectăm considerațiunile ce țin de etica și deontologia medicală prin enunțarea criteriilor de includere și de excludere pentru acest studiu. Pacienții au semnat benevol acordul de înrolare în cercetare. A fost evaluat statutul clinic prin colectarea datelor antropometrice și evaluarea rezultatelor radiografiilor articulare conform clasificării Kellegren Lawrence; Evaluarea funcțională a articulațiilor genunchilor prin Scorul Funcționalității genunchiului KOOS (Knee Osteoarthritis Outcome Score), evaluarea durerii prin scala vizual analogă (VAS) și aprecierii generale a impactului bolii de către pacient PGA (Patient Global Assessment), prezența comorbidităților fixate din fișele de observație medicală și aplicarea indicelui Charlson. Determinarea costurilor patologiei a fost realizată prin administrarea unui chestionar, care a vizat fixarea datelor despre vârsta pacienților la momentul vizitei și la debutul bolii, durata manifestărilor articulare, situația profesională, prezentă și/sau cea din trecut, nivelul de studii a pacienților și veniturile lunare sau anuale ale acestora. Costurile directe care pot fi: medicale (internare, medicamente, investigații etc.), directe non-medicale (transport, angajarea de nurse, salariile îngrijitorilor etc.). Aceste date au fost completate de către pacienți în chestionarul administrat precum și au fost extrase din documentația medicală fișa medicală de ambulatoriu 025e și/sau staționar 033. Costul medicamentelor, în lipsa unor cecuri de plată, a fost calculat conform unui cost mediu determinat prin mediana costurilor aceluiași produs medicamentos în cinci rețele farmaceutice din țară, afișate la 01.01.2012 și, respectiv, 01.01.2013. Costurile serviciilor medicale, în lipsa unor facturi prezentate de către pacient, au fost calculate conform catalogului de tarife pentru serviciile medico-sanitare.[4] Costurile indirecte au fost apreciate prin metoda capitalului uman, pierderea capacității de muncă temporară sau permanentă, gradul de dezabilitate și costurile absenteismului. Costurile intangibile, fiind dificil de valorificat în valoare monetară, au fost caracterizate din perspectiva nivelului calității vieții pacienților cu osteoartroza genunchiului.

Rezultate

Caracteristica generală a pacienților din lotul de studiu (n = 86) conform parametrilor evaluați a fost următoarea: după gen subiecții au fost preponderent femei - 76.7% (66) și 23.3% bărbați. Structura pe vârste a pacienților a fost de la 41 la 87 ani, cu vârsta la momentul cercetării de 64.9 ± 2.7 ani, iar vârsta la debutul bolii a constituit 53.95 ± 1.2 ani, cu o durată a bolii conform criteriilor R. Altman 1991 de 9.7 ± 0.8 ani.

La studierea statusului marital s-a stabilit că rata persoanelor căsătorite, este de 60.6% , pe când persoanele singurate constituie 39.4%, dintre care 62.5% primesc ajutor la efectuarea treburilor casnice de la rude sau nurse și asistenți sociali.

Statutul social al persoanelor intervievate a fost: 6.9% persoane angajate în câmpul muncii, pensionari - 66.2% și pensionari angajați 6.9 procente cazuri, 6.9% persoane cu grad de dezabilitate, 12.0% - casnice și 1.1% șomeri. Frecvența majoră a persoanelor pensionare este argumentată prin specificul apariției și evoluției osteoartrozei genunchiului.

Repartiția persoanelor după categoriile socio-profesionale este prezentată în felul următor: frecvența majoră aparține persoanelor din agricultură în 32.8% cazuri, urmată de 22.9% angajați în domeniul învățământului, 11.4% - industrie, 9.8% - comerț, 8.1% - medicină și 15.0% altele. Persoanele din lotul de studiu și-au caracterizat munca prestată drept una cu multipli factori de risc, precum mișcări care cauzează traume repetitive, mișcări stereotipice ce necesită o activitate fizică intensă în 66.2% cazuri.

Rata persoanelor din mediul rural a constituit 68.6% (59 pacienți) și din mediul urban - 27 pacienți (31.4%), ceea ce arată o prevalență semnificativă a celor din mediul rural. Acest aspect este determinat de faptul că pacienții din mediul rural au un grad mai avansat de efort fizic, de consumul ridicat de apă cu duritate înaltă, de asemenea, apartenența geografică ar putea fi un factor predictiv pentru OA genunchiului.

În timpul cercetărilor a fost stabilit că severitatea bolii este, conform parametrilor radiografici din clasificarea Kellegren –Lawrence: KLI-10.4%, KLII - 63.9%, KLIII-18.8%, KLIV - 6.9% cazuri.

Unul dintre criteriile de diagnostic este durerea articulară, fiind și principalul simptom de adresabilitate la medic al pacienților cu OA genunchiului, a fost atestată în 97. 6% cazuri. Nivelul acesteia a variat de la durerea 10mm până la 100mm conform scalei VAS, cu o valoare medie de 61.5 ± 2.4 mm. Ținem să menționăm ca nu există o corelare directă între severitatea modificărilor radiografice și intensitatea durerii prezentate de pacient (r 0.21).

Starea de sănătate a unei persoane poate fi evidențiată nu numai prin dimensiunea obiectivă a acesteia, adică prin bolile de care suferă, ci și printr-o dimensiune subiectivă în care persoana își exprimă opinia cu privire la starea generală a sănătății sale. Această opinie s-a fondat asupra numărului de comorbidități de care sufereau pacienții, valoarea medie a constituit 4.3 ± 1.1 (iv 0-11) maladii concomitente, precum și aprecierea Indicelui Charlson care a constituit în mediu 3.7 ± 0.9 puncte, riscul relativ de deces estimat a fost de 3.04 (99% CI: 1.96 - 4.71). Din numărul total de pacienți chestionați și-au apreciat starea de sănătate ca fiind *bună și foarte bună* PGA 16.4% (0-29mm), ca fiind *satisfăcătoare* 32.7% (PGA 30-69 mm) și au considerat starea lor ca fiind *rea și foarte rea* 50.8% (PGA>70mm).

La aprecierea funcționalității articulației genunchiului și impactului bolii asupra capacității persoanelor de a efectua activități, am constatat că, în conformitate cu scorul KOOS, domeniile de impact major sunt: posibilitatea pacienților de a practica sport și de a efectua efort fizic intens cu un rezultat mediu de $25.33\% \pm 4.42$ (amintim că 0% reprezintă simptome severe, 100% este o stare de bine sau lipsa simptomelor), urmată de scorul calității vieții pacienților cu valoare medie de $45.37\% \pm 4.96$, calificată drept joasă. Osteoartroza genunchiului implică

dificultăți în efectuarea activităților cotidiene, cu un rezultat de $48.8\% \pm 3.5$, astfel 12.7% dintre respondenți au confirmat că sunt dependenți de îngrijitori în realizarea activităților zilnice precum: igiena personală, îmbrăcarea, deplasarea și alimentarea. Nivelul durerii, apreciat prin scorul KOOS, a fost de $52.83\% \pm 4.4$ fiind mai jos decât prezența altor simptome ale bolii, cracmentul și redoarea matinală, având un scor de 65.5 ± 3.08 procente. Scăderea funcției articulare corelează strâns cu nivelul calității vieții ($r 0.83$), acesta fiind influențată și de prezența patologiei asociate ($r 0.56$).

Costurile directe sunt costurile efectuate pentru prevenirea sau tratamentul unei boli. Aceste costuri includ, în general: a) îngrijirea formală, cum ar fi vizitele la medicul de familie sau specialist, costurile de spitalizare, și medicamente; b) costuri de îngrijire informale, cum ar fi pierderile de timp ale membrilor familiei sau prietenilor, care au grija de un pacient (care sunt considerate a fi costuri directe, chiar dacă acestea reprezintă pierderi de productivitate), cu excepția casnicilor, deoarece timpul pierdut în acest caz este inclus în costuri indirecte; c) costurile non-medicale suportate de către familie, cum ar fi pentru transport sau cazare referitoare la asistarea unui membru bolnav al familiei (de exemplu, orice costuri care nu ar fi fost efectuate, în lipsa bolii); și d) costurile timpului pacientului legate de tratament, inclusiv timpul petrecut în călătorie, timpul de așteptare și timpul efectiv petrecut pentru primirea de tratament. La pacienții din grupul de studiu acestea au variat de la 132.3 lei până la 19 181 lei per an, cu o medie de 3655 lei per pacient pe an. Structura cheltuielilor a fost de 56.9% pentru medicamente, spitalizări -19.8%, investigații -7.5%, terapie fizicalchinetică -5.1%, cheltuieli de transport -3.2%, consultații la medici -1.6% și altele 5.9%. Cota parte a cheltuielilor private reprezintă 70.3%, care reprezintă o povară semnificativă pentru veniturile relativ mici (880-6500 lei/lunar) ale pacienților.

Costurile indirecte reprezintă pierderea productivității de muncă și se clasifică pentru angajați: incapacitate temporară de muncă, absenteism și incapacitate permanentă de muncă (gradul de dezabilitate) și pentru neangajați (casnice, pensionari, șomeri, alte etc.): incapacitate temporară de muncă și incapacitate permanentă de muncă. Menționăm că dintre toate persoanele angajate (13.8%) circa 60 % au fost nevoite să-și schimbe locul de lucru din cauza OA genunchiului. Numărul total de zile lipsă de la muncă sau activitățile cotidiene a constituit 5380 zile (iv 0-365), costurile indirecte pentru un pacient fiind de la 0 la 12 870 lei, cu o medie de 2 120 lei per pacient pe an. Acestea sunt relativ mai mici față de costurile directe, din cauza ratei joase de angajare în grupul chestionat și nivelul jos de pensii sociale.

Costurile intangibile se referă la durerea și suferința suportată de pacient atât din cauza bolii, cât și în urma efectuării anumitor proceduri de investigație sau tratament. Ele pot fi apreciate prin valoarea calității vieții sau disponibilitatea de plată a pacienților. Din datele prezentate mai sus calitatea apreciată conform scorului KOOS a fost joasa sub 50%, fiind influențată de capacitatea funcțională articulară, prezența comorbidităților și costurilor înalte ale bolii.

Concluzii

Osteoatroza genunchiului are un impact major asupra diferitor aspecte ale vieții pacienților, diminuează funcționalitatea articulară, reduce posibilitatea îndeplinirii activităților cotidiene și limitează substanțial capacitatea de a practica sport și a face efort fizic intens. Costurile osteoatrozei genunchiului sunt substanțiale, prevalând cele directe, cu o cotă parte de 70.3 reprezentând cheltuieli private ale pacienților. Acestea afectează calitatea vieții pacienților, calificată drept joasă, iar limitările cresc o dată cu vârsta și cu apariția și progresarea maladiilor concomitente.

Bibliografie

1. Babiuc C.Reumatologie clinică.Tipografia Centrală.Chișinău.2010-p.275-293.
2. Ciurea P. Et al. Reumatologie. Editura Medicală Universitară. Craiova. 2007-p.387-410.
3. Comas M, Sala M, Román R, Hoffmeister L, Castells X.,Impact of the distinct diagnostic criteria used in population-based studies on estimation of the prevalence of knee osteoarthritis, 2010.
4. H O T Ă R Î R E cu privire la tarifele pentru serviciile medico-sanitare nr. 1020 din 29.12.2011, Monitorul Oficial nr.7-12/25 din 13.01.2012.
5. Murray C.J.L., Lopez A.D., ed. The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020, Harvard University Press: Cambridge, Mass; 1996.
6. Van der Waal JM, Terwee CB, van der Windt DA. Health-related and overall quality of life of patients with chronic hip and knee complaints in general practice. Qual Life Res 2005;14:795-803.
7. World Health Organisation Scientific Group. The Burden of Musculoskeletal Conditions at the Start of the New Millennium. Geneva: World Health Organization; 2003.

PREVENȚIA RISCULUI CARDIOVASCULAR ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Elena Raevschi, Dumitru Tintiuc, Leonid Margine
Catedra Medicină Socială și Management Sanitar “Nicolae Testemițanu”
USMF “Nicolae Testemițanu”

Summary

Cardiovascular risk prevention in the Republic of Moldova

According to the World Health Organization most cardiovascular diseases could be prevented by reducing the four risk factors: smoking, unhealthy diet, physical inactivity and alcohol abuse, that form the group of modifiable behavioral factors. Despite that there is no complete statistical evidence and monitoring of modifiable cardiovascular risk factors in the Republic of Moldova. This situation complicates decision making in cardiovascular prevention at all levels and it also determines a huge reserve to optimize cardiovascular prevention by reducing modifiable risk factors in the Republic of Moldova.

Rezumat

Conform Organizației Mondiale a Sănătății cea mai mare parte a maladiilor cardiovasculare ar putea fi prevenite prin reducerea a patru factori de risc: fumat, dietă nesănătoasă, inactivitate fizică, consumul abuziv de alcool – ce reprezintă grupa de factori comportamentali de tip modificabili. În pofida faptului, în Republica Moldova se constată o evidență statistică incompletă cu privire la factorii de risk cardiovascular modificabili, nefiind supuși unei monitorizări ample. Fapt, ce complică efectuarea deciziilor pentru intervenții de prevenție cardiovasculară la toate nivelele și totodată determină o rezervă impunătoare pentru optimizarea prevenției cardiovasculare prin reducerea factorilor de risk modificabili în Republica Moldova.

Actualitatea

Maladiile cardiovasculare unanim sunt considerate ca una din cele mai importante și stringente probleme de aspect medico-social a sec. XXI. Fapt determinat de prezența impunătoare a fenomenului în toată lumea, fiind estimat prin dauna sporită a stării sănătății populației. Conform datelor OMS din 57 de milioane de decese pentru anul 2008, 36 de milioane, ce constituie 63%, au fost cauzate de maladii non-transmisibile. S-a constatat, că ponderea