

Leczenie okulistyczne w Polsce

# System z zaćmą

Polska znajduje się w czołówce europejskiej pod względem liczby lekarzy okulistów na milion mieszkańców, ale wciąż jest w ogonie Europy, jeśli chodzi o usuwanie zaćmy. Autorzy raportu „Dostęp do opieki okulistycznej w Polsce” doszli do nieco zaskakujących wniosków. Uważają, że Narodowy Fundusz Zdrowia za wysoko wycenia operacje usunięcia zaćmy i hospitalizacje zachowawcze w zakresie okulistyki.



fot. iStockphoto

Profesor Zbigniew Zagórski otworzył ośrodki chirurgii oka w Nałęczowie, Rzeszowie i Krakowie. Mogłoby się wydawać, że jest ostatnią osobą zainteresowaną obniżeniem przez NFZ wyceny operacji usuwania zaćmy. Tymczasem jest jednym z ekspertów, na których powołują się autorzy raportu „Dostęp do opieki okulistycznej w Polsce”, przekonujący, że problemem nie jest brak pieniędzy w systemie, lecz ich niewłaściwe rozdysponowanie. Obszerna analiza sporządzona przez Central and Eastern European Society of Technology Assessment in Health Care (CEESTAHC) we współpracy z Fundacją Watch Health Care im. prof. Jacka Ruszkowskiego ukazała się pod koniec maja.

## Stawki jak w euro

Narodowy Fundusz Zdrowia płaci za operację zaćmy (fakoemulsyfikacja z implantacją soczewki) od 2,8 tys. zł do 3,6 tys. zł. To niewiele mniej niż w Wielkiej Brytanii, podobnie jak w Niemczech i znacznie więcej niż w Czechach i na Węgrzech. – *Ponieważ koszty działalności i pracy są w Polsce niższe niż w krajach „starej” Unii, a niemal takie same jak w pozostałych, wydaje się, że wycena jest zawyżona. Pamiętam doskonale nieodległe czasy, gdy za operację zaćmy płacono od 1600 do 2200 zł, a świadczeniodawcy walczyli o kontrakty* – ocenia prof. Zbigniew Zagórski.

Raport przygotowany przez CEESTAHC omawia najważniejsze problemy związane z dostępem do świadczeń okulistycznych, ale główny nacisk położony został właśnie na kwestię leczenia zaćmy, ponieważ ma ona największy udział w hospitalizacjach – jest przyczyną przeszło połowy wszystkich pobytów w szpitalu z powodów okulistycznych. – *Jest to najczęściej wykonywana procedura chirurgiczna w całej medycynie i ma najlepszy stosunek kosztów do korzyści, dlatego powinna być procedurą priorytetową* – uważa prof. Zbigniew Zagórski.

## Epidemiologia

Liczba chorych na zaćmę rośnie ze względu na starzenie się społeczeństwa. W 2008 r. było 770 tys. pacjentów z tym schorzeniem, ale autorzy raportu prognozują, że w ciągu dwóch dekad liczba ta zwiększy się nawet o 50 proc. Tymczasem w Polsce na operację zaćmy chorzy czekają nawet 3,5 roku. Mamy jeden z najniższych w Europie współczynników CSR (*cataract surgical rate*), który informuje o liczbie zabiegów rocznie na milion mieszkańców.

Zauważalne jest wyraźne zróżnicowanie w dostępie do tego rodzaju operacji w zależności od regionu. W przypadkach stabilnych najdłużej trzeba czekać na zabieg w województwach warmińsko-mazurskim i dolnośląskim – średnio 22 miesiące, a najkrócej w mazowieckim i lubu-

skim – 8 miesięcy. Przeciętny czas oczekiwania na zabieg w trybie pilnym wynosi od 2 miesięcy (województwo warmińsko-mazurskie) do 6 miesięcy (województwo dolnośląskie). W przedstawionych w raporcie tabelach widać też nierównomierne traktowanie zarówno pacjentów, jak i świadczeniodawców, niektóre podmioty bowiem mają fundusze na przeprowadzenie procedury zaledwie u kilkunastu procent oczekujących, co zmusza chorych do czekania na zabieg przez kilka lat, a inne na kilkaset procent i poszukują chorych.

„ Za operację zaćmy NFZ płaci od 2,8 tys. do 3,6 tys. zł. To niewiele mniej niż w Wielkiej Brytanii czy w Niemczech „



foto: iStockphoto

„ Rośnie liczba chorych na zaćmę. W 2008 r. było ich 770 tys., według prognoz za 20 lat będzie ich nawet o 50 proc. więcej „

Przyczyną tej sytuacji, zdaniem autorów raportu, są nieprzejrzyste zasady wyceny jednorodnych grup pacjentów (JGP) oraz wadliwy algorytm podziału pieniędzy między województwa, powodujący nierówności w dostępie do świadczeń. Może to zmienić nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z pieniędzy publicznych. Projekt mówi o powstaniu Agencji Taryfikacji Świadczeń Opieki Zdrowotnej, której celem

ma być m.in. określanie taryfy świadczeń i jej bieżąca aktualizacja.

### Ciąć czy nie ciąć

– *W okulistyce wiele świadczeń jest świetnie wycenionych, ale ich podaż jest hamowana w sposób sztuczny przez NFZ, który nakłada limity i ogranicza wielkość kontraktów* – twierdzi dr Krzysztof Łanda, ekspert oceny technologii medycznych, HTA Audit i prezes Fundacji WHC.

Samo zniesienie limitów w okulistyce przy obecnej wycenie świadczeń doprowadziłoby w krótkim czasie do zlikwidowania kolejek. Przy ograniczonym budżecie NFZ trudno jednak na to liczyć, dlatego autorzy raportu proponują zmniejszenie wyceny operacji zaćmy. Według przeprowadzonych symulacji już 5-procentowe jej obniżenie zaowocowałoby oszczędnościami w wysokości 25,5 mln zł, co z kolei pozwoliłoby na wykonanie kolejnych 8,4 tys. zabiegów rocznie. Przy 15-procentowym obniżeniu wyceny NFZ zaoszczędziłby 76,4 mln zł, które można by wydać na kolejne 28,2 tys. operacji usunięcia zaćmy.

Profesor Zagórski uważa, że obniżenie wyceny miałyby sens pod warunkiem, że kontrakty będą uzależnione od długości kolejki w danej placówce. – *Pacjent powinien mieć również prawo dopłacić do świadczeń dodatkowych, zwłaszcza wyboru specjalnej soczewki, np. z dodatkowym filtrem, wieloogniskowej, torycznej itd., co jest standardem choćby w Niemczech i Czechach* – proponuje profesor.

Duża grupa okulistów broni wysokich wycen operacji zaćmy, tłumacząc, że rekompensują one inne, niedoszacowane procedury. – *Nie popieram obniżania stawek, ponieważ wiele jest w okulistyce procedur słabo opłacanych, np. operacje i leczenie pacjentów po ciężkich urazach oczu czy z powikłaniami po zabiegach wymagającymi kolejnych zabiegów i leczenia ogólnego* – komentuje dr Alina Górniak-Bednarz, małopolski konsultant ds. okulistyki.

Szpitala publiczne zazwyczaj zysk z bardziej opłacalnych usług inwestują w rozwój oddziału lub przeznaczają na pokrycie bieżących potrzeb. Solą w oku są typowo komercyjne przedsięwzięcia, nastawione na realizację najlepiej płatnych zabiegów, z których zyski idą do prywatnych kieszeni. – *Swego czasu NFZ odpowiedział mi, że nie ma możliwości podpisania kontraktu tylko na jedną procedurę. Niestety, rzeczywistość pokazuje, że może tak być. Uważam, że takie placówki powinny być zobligowane do udzielania porad pacjentom z nagłymi zaborowaniami i urazami oka, co zwiększyłoby dostęp do specjalistów* – uważa dr Alina Górniak-Bednarz.

Dowodem na to, że korekty wycen w dół są realne i nie muszą oznaczać dla świadczeniodawców tylko strat, jest decyzja NFZ z początku marca. Wyceny niektórych procedur kardiologicznych spadły nawet o kilkanaście procent, ale za to w koszyku pojawiły się nowe, dotychczas nieskatalogowane świadczenia. Kompromis wymagał jednak zaangażowania. Negocjacje środowiska kardiologów z NFZ trwały osiem miesięcy.

## Krótko, czyli taniej

Profesor Zagórski twierdzi, że nakłady na operacje zaćmy mogą być również zwiększone kosztem wydatków na hospitalizację zachowawczą. Zdarza się, że szpitale przyjmują pacjentów na oddział tylko po to, aby podać lek w przewlekłych chorobach oczu (np. Cavinton czy Trental) lub w celu wykonania badań diagnostycznych, np. angiografii fluoresceinowej. – *Hospitalizacja w takich sytuacjach nie ma podstaw merytorycznych, ale jest opłacalna. W efekcie liczba hospitalizacji zachowawczych w Polsce wielokrotnie przewyższa standardy zachodnioeuropejskie i spokojnie można ją zmniejszyć przynajmniej o 10 proc. Koszty tych hospitalizacji nie powinny przekraczać 1–2 proc. wszystkich przyjęć do szpitala, a obecnie wynoszą 8,8 proc.* – argumentuje specjalista.

Szansą na mniejsze kolejki jest także zwiększenie liczby zabiegów w trybie jednodniowym. Problemem jest to, że oficjalnie w Polsce zaledwie 15–16 proc. operacji usunięcia zaćmy jest rozliczanych jako leczenie w trybie jednodniowym. Ze statystyk można jednak wyczytać, że po co trzecim zabiegu pacjenci są wypisywani do domu w tym samym dniu, w którym zgłosili się na leczenie.

– *Rozbieżność wynika z kuriozalnego zarządzenia NFZ, które mówi, że szpital może wykonywać operacje tylko w ramach jednego typu hospitalizacji. Oznacza to, że placówka mająca kontrakt na hospitalizację lub hospitalizację planową nie może dostać umowy na zabiegi jednodniowe* – tłumaczy prof. Zagórski.

Jedni uważają, że celem takiej polityki NFZ jest dofinansowanie szpitali publicznych, inni, że chodzi o interes okulistów praktykujących prywatnie, bowiem długie kolejki zwiększają liczbę zabiegów komercyjnych. Dla porównania, w Stanach Zjednoczonych, Kanadzie, Australii i prawie całej zachodniej Europie 80–90 proc. operacji usunięcia zaćmy wykonywanych jest w trybie jednodniowym, a odsetek powikłań jest niższy niż w Polsce!

Ze stosowanego w krajach zachodnich wskaźnika ryzyka operacji zaćmy można wyliczyć, że odsetek chorych wymagających dłuższej hospitalizacji nie powinien przekraczać 10 proc. W Wojewódzkim Szpitalu Okulistycznym w Krakowie (dawny WSO w Witkowicach) średnia długość pobytu na oddziale w związku z zabiegiem usunięcia zaćmy to 1,6 doby. Dyrektor WSO dr Ilona Pawlicka, podkreśla, że pobyty mają być jak najkrótsze, z zachowaniem niezbędnego bezpieczeństwa leczenia i komfortu pacjenta. Czasami jednak chorego trzeba zatrzymać dłużej.

– *Do zabiegów okulistycznych kwalifikowane są głównie osoby w podeszłym wieku, często z wieloma schorzeniami ogólnymi, które trudno jest kontrolować przy pobytach jednodniowych. Pozostaje również problem dostępu do specjalistów tuż po operacji, który jest uniemożliwiony ze względu na odległość od miejsca zamieszkania* – tłumaczy dr Ilona Pawlicka.



foto: Waldemar Sosnowski/Agencja Gazeta

„ Profesor Zagórski: Pacjent powinien mieć prawo dopłacić do świadczeń dodatkowych, zwłaszcza wyboru specjalnej soczewki, np. z dodatkowym filtrem, wielogniskowej, torycznej itd. ”

## Wątpliwości

Nie wszyscy specjaliści są przekonani, że ultrakrótkie hospitalizacje to klucz do sukcesu. Wątpliwości ma dr Alina Górniak-Bednarz. – *Trudno mi ocenić, w jakim stopniu rozszerzenie chirurgii jednego dnia w zakresie operacji zaćmy byłoby w naszym społeczeństwie bezpieczne dla pacjenta. Trzeba zwrócić uwagę, czy nie wzrośnie liczba powikłań po zabiegu ze względu na higienę i zrozumienie problemu przez pacjenta* – podkreśla specjalistka.

Pomimo wielu braków systemowych autorzy raportu „Dostęp do opieki okulistycznej w Polsce” przekonują, że poprawa niekorzystnej sytuacji w okulistyce – bez konieczności zwiększania funduszy na leczenie okulistyczne – jest możliwa. Kluczem ma być optymalizacja wyceny i sposobu dystrybucji dostępnych pieniędzy. – *Przy przyznawaniu kontraktów należy uwzględnić kolejki pacjentów oczekujących na świadczenia w poszczególnych placówkach. Pieniądże powinny iść „za chorym”, a nie „przed chorym”* – konkludują eksperci.

Natalia Adamska-Golińska