

PODSUMOWANIE BADANIA SZANSE POWODZENIA ZMIAN SYSTEMOWYCH W OKULISTYCE

**Instytut Zdrowia i Demokracji
Warszawa, maj 2023 r.**

CEL I METODA BADANIA

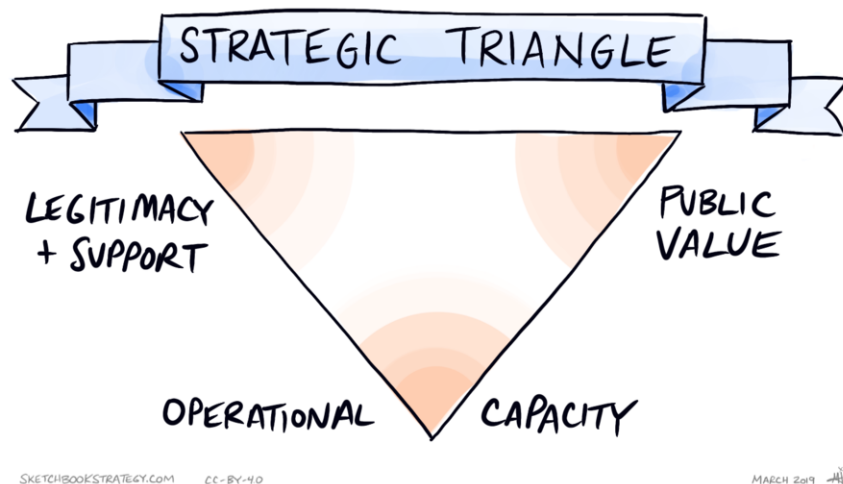
Celem badania była:

- próba oceny szans powodzenia wybranych, możliwych do wprowadzenia zmian systemowych mogących służyć poprawie jakości, dostępności i efektywności opieki okulistycznej w Polsce oraz
- porównanie tychże do szans powodzenia wprowadzanych lub planowanych do wprowadzenia zmian systemowych służących poprawie jakości, dostępności i efektywności całości opieki zdrowotnej w Polsce.

Badanie zostało oparte na podejściu prof. Marka Moore'a (Harvard Kennedy), autora metody **trójkąta strategicznego**¹ określającej warunki wdrożenia skutecznej polityki publicznej.

Metoda trójkąta strategicznego mówi, że plan działań w polityce publicznej ma szansę na odniesienie sukcesu, jeśli jednocześnie spełnione zostaną trzy warunki:

- wartość publiczna, którą państwo chce stworzyć, jest kolektywnie ceniona przez wszystkich, których dotyczy,
- jej wytworzenie otrzymało wszelkie niezbędne wsparcie (pieniądze, zasoby, czas) oraz zostało legitymizowane ze strony osób i instytucji, od których jest zależna realizacja planu działań,
- osoby i instytucje, od których oczekuje się operacyjnego wytworzenia wartości publicznej, są w pełni do tego zdolne, co oznacza, że są przygotowane, skoncentrowane na tym zadaniu i zaangażowane w jego realizację.



Część referencyjna badania², dotycząca gotowości do zmian systemowych ogólnie całego **systemu ochrony zdrowia**, została zrealizowana we współpracy ze Szkołą Główną Handlową w Warszawie oraz Warszawskim Uniwersytetem Medycznym. Uczestnikami badania w tej części było **47** absolwentów i słuchaczy międzyuczelnianych studiów MBA w ochronie zdrowia SGH-WUM, w tym absolwenci edycji skierowani na studia przez Ministerstwo Zdrowia. Udział tej

¹ Moore, M.H. *Creating Public Value. Strategic Management in Government*. Harvard University Press, 1997.

² Mołdach, R. *Potencjał zmian w systemie ochrony zdrowia – analiza dojrzałości*. IZiD, 2022. <https://www.izid.pl/potencjal-zmian-w-systemie-ochrony-zdrowia-analiza-dojrzalosci/>

grupy absolwentów był istotny, gdyż prócz opinii świadczeniodawców i ekspertów uwzględnił opinie przedstawicieli administracji publicznej ochrony zdrowia uczestniczących w studiach MBA, a więc obecnych i przyszłych liderów.

Część właściwa badania dotycząca **okulistyki** została zrealizowana wśród członków zarządów towarzystw naukowych w dziedzinie okulistyki – Polskiego Towarzystwa Okulistycznego (PTO) i Stowarzyszenia Chirurgów Okulistów Polskich (SCOP). Objęła także zatrudnionych w szpitalach lekarzy okulistów. Łącznie w tej grupie w badaniu wzięły udział **34** osoby.

Pytania w części okulistycznej miały następującą treść:

Sekcja 1. Wartość Publiczna. W jakim stopniu poniższe zagadnienia uzyskują lub mają szansę uzyskać kolektywną uwagę:

- konieczność uzyskania skierowania do okulisty od lekarza POZ
- problemy pacjentów niespełniających progu ostrości wzroku 0,6 kwalifikującego do operacji zaćmy
- ograniczające kryteria kwalifikacji do operacji zaćmy z użyciem soczewki torycznej
- preferowanie przez niektórych lekarzy wykonywania operacji z użyciem soczewek torycznych w sektorze prywatnym
- brak wskaźników jakościowych wiążących zmętnienie torebki tylnej z zabiegiem usunięcia zaćmy?

Sekcja 2. Zdolność realizacji. W jakim stopniu poniższe problemy mają szansę rozwiązania:

- obawy przed stosowaniem nowych technologii
- brak personelu/sprzętu do kwalifikacji do operacji i doboru soczewek torycznych
- problem akceptacji przez chirurgów własnych ograniczeń kompetencji i umiejętności
- brak biometrii w trakcie wizyty kwalifikacyjnej do operacji usunięcia zaćmy?

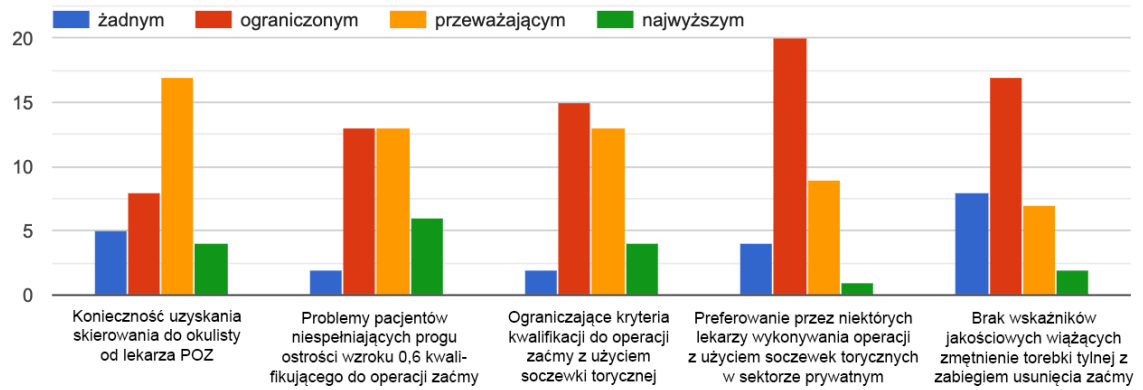
Sekcja 3. Legitymizacja i wsparcie. W jakim stopniu poniższe postulaty mogą zostać autoryzowane i uzyskać wszechstronne wsparcie:

- wprowadzenie mechanizmów finansowych (wskaźników) służących realizacji świadczeń zgodnie z danymi epidemiologicznymi i literaturą naukową
- poszerzenie roli wizyty kwalifikacyjnej do operacji usunięcia zaćmy tak, by obejmowała także dobór soczewki optymalnej dla pacjenta
- monitorowanie późnych powikłań operacji usunięcia zaćmy
- odpowiednia organizacja i finansowanie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej
- legitymizacja współpłacenia pacjentów w niegwarantowanym zakresie świadczenia usunięcia zaćmy (korekcja przeziopii)?

Badanie zostało przeprowadzone metodą ankiety online przy wsparciu telefonicznym w celu udzielenia wyjaśnień osobom, które miały taką potrzebę. Zagadnienia podlegające badaniu zostały wybrane przez zespół Instytutu Zdrowia i Demokracji na podstawie analizy problematyki podejmowanej w debacie publicznej i eksperckiej w obszarze okulistyki.

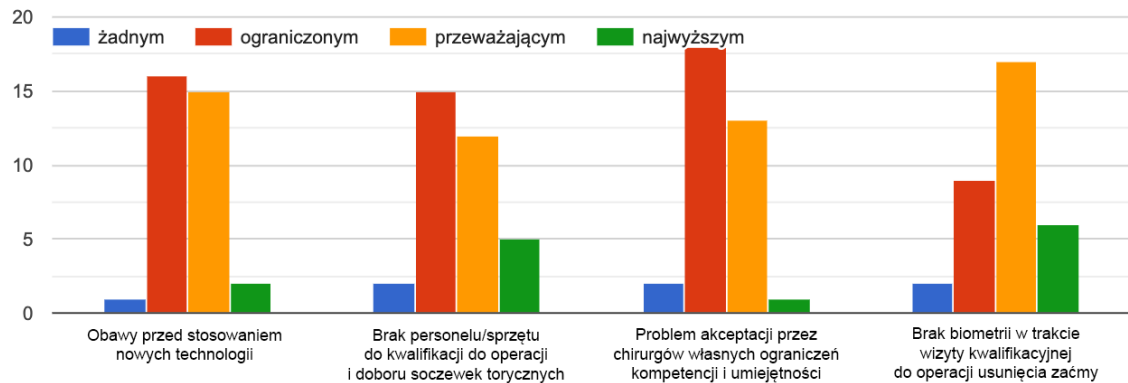
ODPOWIEDZI

W jakim stopniu poniższe zagadnienia uzyskują lub mają szansę uzyskać kolektywną uwagę:



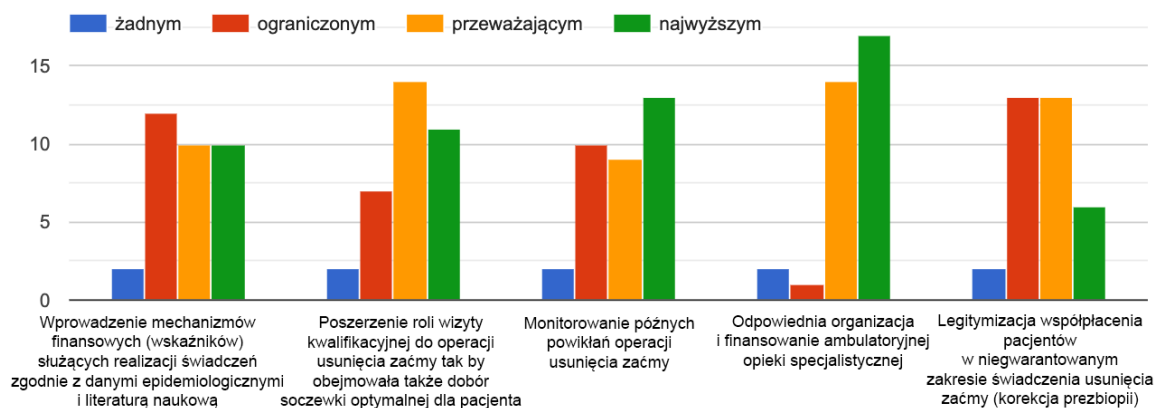
Wykres 1. Wartość publiczna.

W jakim stopniu poniższe problemy mają szansę rozwiązania:



Wykres 2. Zdolność realizacji.

W jakim stopniu poniższe postulaty mogą zostać autoryzowane i uzyskać wszechstronne wsparcie:



Wykres 3. Legitymizacja i wsparcie.

KLUCZOWE OBSERWACJE

- Zdecydowanie lepsza gotowość okulistyki na tle całego systemu ochrony zdrowia do realizacji zmian systemowych.
- Spośród trzech filarów trójkąta strategicznego Moore'a największe wsparcie zmian w okulistyce płynie z legitymizacji ze strony państwa.
- Aż 91% respondentów uznało, że odpowiednia organizacja i finansowanie AOS może uzyskać legitymizację i wsparcie w stopniu najwyższym lub przeważającym.
- Za zagadnienia przyciągające najmniejszą uwagę uznano preferowanie przez niektórych lekarzy wykonywania operacji z użyciem soczewek torycznych w sektorze prywatnym i brak wskaźników jakościowych wiążących zmętnienie torebki tylnej z operacją zaćmy.
- Choć ten ostatni problem nie został uznany przez większość za mający szansę uzyskać kolektywną uwagę, to jednak monitorowanie późnych powikłań usunięcia zaćmy zostało ocenione, że może zostać legitymizowane przez państwo i uzyskać wsparcie.

Wniosek końcowy badania

Przeważająca pozytywna ocena przez uczestników badania legitymizacji i wsparcia analizowanych zmian w okulistyce ze strony władz publicznych, których opinia ma kluczowe znaczenie przy wprowadzaniu zmian systemowych, mówi o pozytywnej ocenie gotowości państwa do podjęcia wyzwań w oczach interesariuszy. Jednak pokazane w dalszej części badania wnioski wskazują na to, że ocena ta jest wyrazem nadziei opartych na dotychczasowym doświadczeniu, a nie faktycznej gotowości, która manifestowałaby się zidentyfikowanymi koniecznymi działaniami.

DZIAŁANIA INFORMACYJNE I KONSULTACYJNE

1. **Prezentacja publiczna wyników.** Wyniki badania promujące wzrost dostępności i jakości opieki okulistycznej w Polsce zostały przedstawione w trakcie II Zjazdu Stowarzyszenia Chirurgów Okulistów Polskich w ramach sesji pt. „Polska okulistyka w ramach publicznej opieki zdrowotnej – dotychczasowe osiągnięcia systemowe i wyzwania na najbliższą przyszłość”. Zjazd miał miejsce w dniach 23-24 września 2022 r. W sesji wzięli udział przedstawiciele Ministerstwa Zdrowia (MZ), Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ), Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), Stowarzyszenia Chirurgów Okulistów Polskich (SCOP), Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, Polskiego Związku Niewidomych oraz Instytutu Zdrowia i Demokracji (IZiD).
2. **Indywidualne omówienia i wywiady.** W ramach tego etapu projektu przeprowadzono spotkania omawiające w pogłębionej dyskusji wyniki badań przedstawionych na wstępie i zebrano opinie. Rozmowy i prezentacje wyników badania przeprowadzono z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia, Narodowego Funduszu Zdrowia, SCOP, PTO oraz środowiskami politycznymi reprezentowanymi w parlamencie.

Nakładając zebrane opinie na wierzchołki trójkąta Moore’a autorzy sformułowali następujący jego obraz opisujący szanse realizacji zmian systemowych w okulistyce w Polsce:

TRÓJKĄT STRATEGICZNY MOORE’A

Wsparcie i legitymizacja zmian systemowych ze strony władz publicznych (Authority)

Brak woli politycznej do zapewnienia legitymizacji i wsparcia dla wprowadzenia istotnych reform w organizacji świadczeń okulistycznych w roku wyborczym, np. w opiece ambulatoryjnej.

Zdolność realizacji zmian systemowych (Ability)

Brak woli wśród świadczeniodawców i personelu medycznego w obszarze opieki okulistycznej do zmiany status quo.

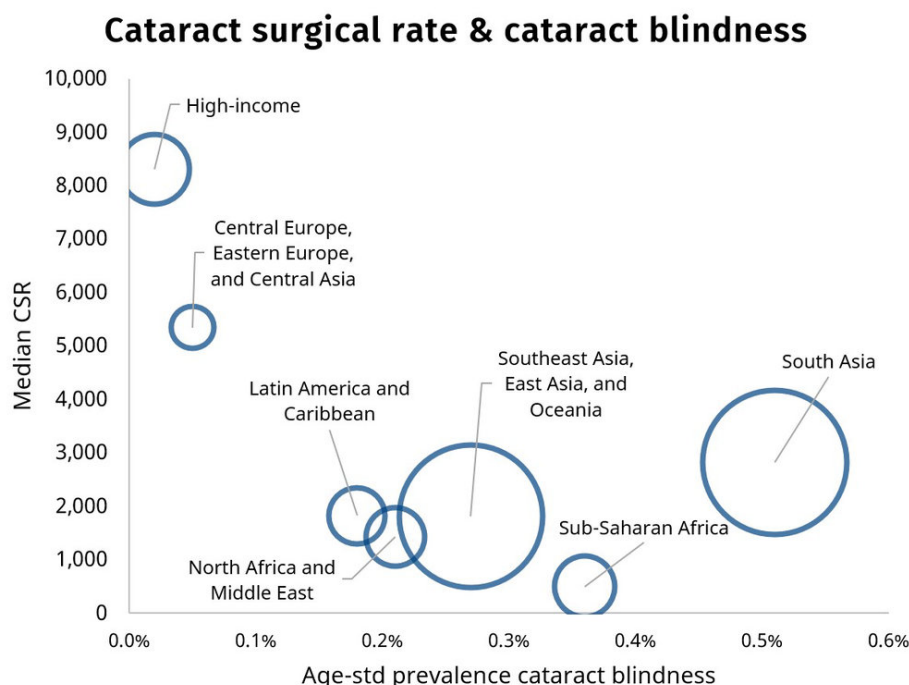
Kolektywna akceptacja zmian systemowych (Acceptance)

Widoczna akceptacja społeczna dla koniecznych zmian. Jednak bez zaangażowania przywództwa i bez zdolności wykonawczych nie jest możliwe, aby postulowane zmiany stały się faktem.

ANALIZA WYNIKÓW BADANIA W KONTEKŚCIE DOSTĘPNOŚCI I JAKOŚCI – WNIOSKI Z WYWIADÓW

Szanse zmian systemowych a dostępność świadczeń

1. Analizując dostępność świadczeń w zakresie leczenia zaćmy autorzy zadali sobie pytanie, jaka powinna być liczba wykonywanych rocznie zabiegów usunięcia zaćmy, by odzwierciedlała faktyczne zapotrzebowanie na operacje, wynikające z epidemiologii zaćmy i porównań z innymi krajami w Europie. Przykładowo Vision Loss Expert Group (VLEG), która zaliczyła Polskę do krajów Europy Środkowo-Wschodniej i Azji Centralnej, ustaliła, że średnia wartość Cataract Surgical Rate (CSR) w tej grupie krajów wyniosła 5.347 operacji na milion mieszkańców (2020).



Sources: Vision Loss Expert Group, 2020, Resnikoff et al., 2020, data submitted to IAPB by Ministry of Health or key respondent

Przyjmując, że w Polsce zamieszkuje 37,8 miliona osób (2021) dałoby to wartość 202 tys. operacji rocznie. Jednak w ocenie autorów, biorąc pod uwagę aspiracje społeczne naszego kraju i faktyczne potrzeby zachowania dobrostanu zdrowia starzejącego się pokolenia, Polskę należy zaliczyć do krajów o wysokim dochodzie, do którego VLEG zaliczyła między innymi przeważającą większość krajów Europy. Także ze względów epidemiologicznych Polskę należy raczej porównywać z krajami europejskimi niż azjatyckimi. A to oznacza, że referencyjna wartość CSR według VLEG powinna wynosić dla Polski 8.307 operacji na milion mieszkańców. Daje to oczekiwaną liczbę zabiegów usunięcia zaćmy 314 tys. operacji rocznie. Gdy jednak wziąć pod uwagę wartości CSR

(2018) dziesięciu naszych najbliższych sąsiadów³, z którymi chcielibyśmy się porównywać:

- Austria – 13.524
- Czechy – 12.363
- Dania – 10.011
- Estonia – 13.905
- Litwa – 8.820
- Łotwa – 16.549
- Niemcy – 10.466
- Słowacja – 7.643
- Szwecja – 11.463
- Węgry – 9.777

należy wtedy zauważyć, że średnia wartość CSR w tej grupie krajów wyniosła 11.452. Daje to oczekiwaną liczbę 433 tys. operacji zaćmy w Polsce.

Biorąc pod uwagę, że dokonaliśmy tu pewnego szacunku i uproszczeń dotyczących w szczególności profilu wiekowego mieszkańców, epidemiologii, zamożności, ambicji społecznych czy preferencji obywateli, wydaje się, że można przyjąć, że liczba zabiegów zaćmy powinna wynosić około 400 000 rocznie.

2. Powyższa konkluzja oznacza, że w Polsce wykonuje się zbyt mało zabiegów usunięcia zaćmy. Przyczyn wykonywania zbyt małej liczby zabiegów jest wiele, ale z pewnością do najważniejszych należą problemy z diagnostyką zaćmy wynikające z utrudnionego dostępu do okulisty w publicznej AOS. Jednym z rozwiązań tego problemu mogłoby być włączenie do publicznej opieki zdrowotnej optometrystów, którzy zajmowałiby się diagnostyką wad wzroku i doбором okularów lub soczewek kontaktowych, odciążając w ten sposób okulistów pracujących w AOS.
3. Dodatkowym problemem wpływającym na sytuację opisaną w punkcie 2 są bariery natury organizacyjnej – wymóg skierowań do okulisty od lekarza POZ oraz kryterium ostrości wzroku poniżej 0,6 będące jednym z warunków zakwalifikowania pacjenta do zabiegu refundowanego przez NFZ. Wydaje się, że w sytuacji braku kolejek do operacji zaćmy zniesienie obu tych barier nie spowoduje nadmiernego wydłużenia list oczekujących. Zniesienie kryterium 0,6 umożliwiłoby jeszcze jedną zmianę o fundamentalnym znaczeniu – połączenie wizyty kwalifikacyjnej do operacji zaćmy z wizytą, podczas której odbywa się dobór soczewki optymalnej dla pacjenta. Przy braku kolejek nie ma ryzyka, że stan pacjenta ulegnie zmianie, co wymagałoby zastosowania innej soczewki. Jednocześnie krótki odstęp czasu pomiędzy doбором soczewki a zabiegiem pozwoliłby ośrodkowi operującemu zamówić właściwą soczewkę. Obecnie, gdy dobór soczewki odbywa się bezpośrednio przed operacją, zdarza się, że ośrodek proponuje soczewkę, którą aktualnie dysponuje, nie zawsze optymalną dla pacjenta. Jest to szczególnie istotne w przypadku soczewek torycznych.
4. Mimo poprawy w zakresie stosowania soczewek torycznych, nadal ich użycie jest znacznie poniżej norm epidemiologicznych dla pacjentów zgłaszających się na zabieg usunięcia zaćmy (badania epidemiologiczne wskazują, że około 10% tych pacjentów ma astygmatyzm ≥ 2 D). Tymczasem według informacji z pierwszej połowy 2022 r. podanych

³ *Vision Atlas*. The International Agency for the Prevention of Blindness (IAPB).

na stronie internetowej „Zdrowe dane” prowadzonej przez NFZ, udział wszczępień soczewek torycznych w całej liczbie zabiegów wyniósł zaledwie 2,7%, a aż 36% polskich ośrodków leczących zaćmę nie wszczępiło w roku 2021 ani jednej soczewki torycznej. Dodatkowym problemem jest niemożność finansowania przez płatnika publicznego wszczępienia soczewki torycznej pacjentowi, u którego astygmatyzm jest mniejszy niż 2 D, nawet w przypadku, gdy w drugim oku astygmatyzm jest wystarczająco duży. W takiej sytuacji należałoby rozważyć możliwość finansowania wszczępienia soczewki torycznej również do oka z astygmatyzmem mniejszym od 2 D, aby uzyskać optymalny wynik refrakcyjny.

5. Bolączką polskiego systemu ochrony zdrowia jest słaby bądź nierównomierny dostęp do nowoczesnych technologii medycznych, czego przykładem jest opisane powyżej zjawisko odbiegającego drastycznie od epidemiologii użycia soczewek torycznych u pacjentów z astygmatyzmem większym niż 2 D. W okulistyce można wskazać także inne tego przykłady: minimalne wykorzystanie stentów przeciwjaskrowych oraz bardzo niewielkie wykorzystanie soczewek torycznych o mocy cylindrycznej mniejszej niż 2 D lub soczewek wieloogniskowych czy EDOF. Głównym powodem pierwszego zjawiska jest brak zróżnicowania wyceny zabiegów trabekulektomii a także fakotrabekulektomii ze względu na to, czy w trakcie zabiegu użyto stentu, czy nie. Ten problem można łatwo rozwiązać rozliczając koszt stentu w ramach katalogu produktów do sumowania (1c) poza samymi procedurami B11 lub B72. W przypadku soczewek wieloogniskowych lub EDOF, które poza leczeniem zaćmy dokonują korekcji prezbiopii, logicznym rozwiązaniem wydaje się udział pacjenta w pokryciu różnicy kosztu procedury z tego typu soczewką i procedury z soczewką standardową wykorzystywaną w świadczeniu gwarantowanym. Poza tym, że korekcja prezbiopii odbywałaby się podczas zabiegu usunięcia zaćmy, nie różni się ona od tej dokonanej za pomocą okularów, soczewek kontaktowych czy laserowego zabiegu refrakcyjnego, a która zawsze opłacana jest z kieszeni pacjenta.

Szanse zmian systemowych a jakość opieki

1. Wprowadzenie raportowania wybranych mierników jakości w okulistyce, prace nad ustawą o jakości i bezpieczeństwie pacjenta w opiece zdrowotnej czy przyjęcie ustawy o Krajowej Sieci Onkologicznej, pokazują, że aspekt jakości nabiera znaczenia systemowego.

W przypadku leczenia zaćmy monitorowane są wskaźniki dla procesu (odsetek hospitalizacji jednodniowych, odsetek zabiegów rozliczanych jako procedura B18G i odsetek odbytych wizyt kontrolnych między 14 a 28 dniem po zabiegu) oraz wskaźniki dla efektu (odsetek hospitalizacji z pęknięciem torebki tylnej, odsetek hospitalizacji, po których nastąpiło pogorszenie ostrości wzroku i odsetek wystąpienia zapaleń wnętrza gałki ocznej). O ile wskaźniki dla procesu raportowane są zgodnie z oczekiwaniami i przyjmują pożądane wartości, to wskaźniki dla efektu w obecnej formie raportowania nie pozwalają na ocenę jakości ośrodków ani przez płatnika publicznego, ani przez pacjenta (w przypadku, gdyby zaczęto publikować dane dla poszczególnych ośrodków, a nie województw).

2. Dla wskaźnika „pęknięcie torebki tylnej” źródłem wadliwego raportowania jest brak odpowiedniego kodu ICD10 w systemie sprawozdawczym NFZ (takiego, jak np. mechaniczne powikłania związane z soczewką wewnątrzgałkową T85.2).

Dane publikowane przez NFZ wskazują, że w praktyce żaden ośrodek nie raportuje pęknięcia torebki tylnej, choć część ośrodków raportuje przy wykonywaniu operacji

usunięcia zaćmy procedurę ICD9 14.73 (mechaniczna witrektomia dostęp przedni), co pozwala na zakwalifikowanie zabiegu do wyżej wycenionej kategorii I (B18G). Niemniej jednak nawet wartości dotyczące procedury ICD9 14.73, wykazywane w statystykach dla B18G, są znacznie zaniżone w stosunku do wartości statystycznych dotyczących przerwania torebki tylnej podawanych w literaturze naukowej.

3. Dla wskaźnika „zapalenie wnętrza gałki ocznej” (endophthalmitis) – kod właściwy ICD10 H44.0 – źródła wadliwego raportowania wymagają pogłębionej dyskusji.

Z informacji zamieszczonych na stronie NFZ „Zdrowe dane” wynika, że raportowane są pojedyncze przypadki tego powikłania, których udział procentowy system zaokrągliła do 1%. Gdyby wartość tego wskaźnika faktycznie wynosiła 1%, byłaby to wartość bardzo duża, absolutnie przekraczająca dane z literatury naukowej. Na wyniki te należy patrzeć z ostrożnością także dlatego, że ze względu na zaokrąglanie do całych procentów nie można mieć pewności, czy wynik zero procent faktycznie oznacza brak występowania zapalenia wnętrza gałki ocznej, czy tylko jego wartość poniżej 0,5%.

Jednocześnie w samych statystykach JGP w przypadku witrektomii w ogóle nie pojawiają się przypadki zapalenia wnętrza gałki ocznej (ICD10 H44.0), gdyż kod ten nie jest skojarzony z odpowiednią grupą rozliczeniową.

Wynikają z tego następujące wnioski:

- podmioty medyczne nie raportują tego bardzo groźnego powikłania,
- przy wykonywaniu zabiegów witrektomii (B16 i B17) nie ma możliwości wykazania kodu ICD10 właściwego dla zapalenia wnętrza gałki ocznej (należałoby stworzyć taką możliwość),
- system raportowania powinien umożliwiać śledzenie pojedynczych przypadków endophthalmitis, a nie zaokrąglać wartości do 1% (lub do zera).

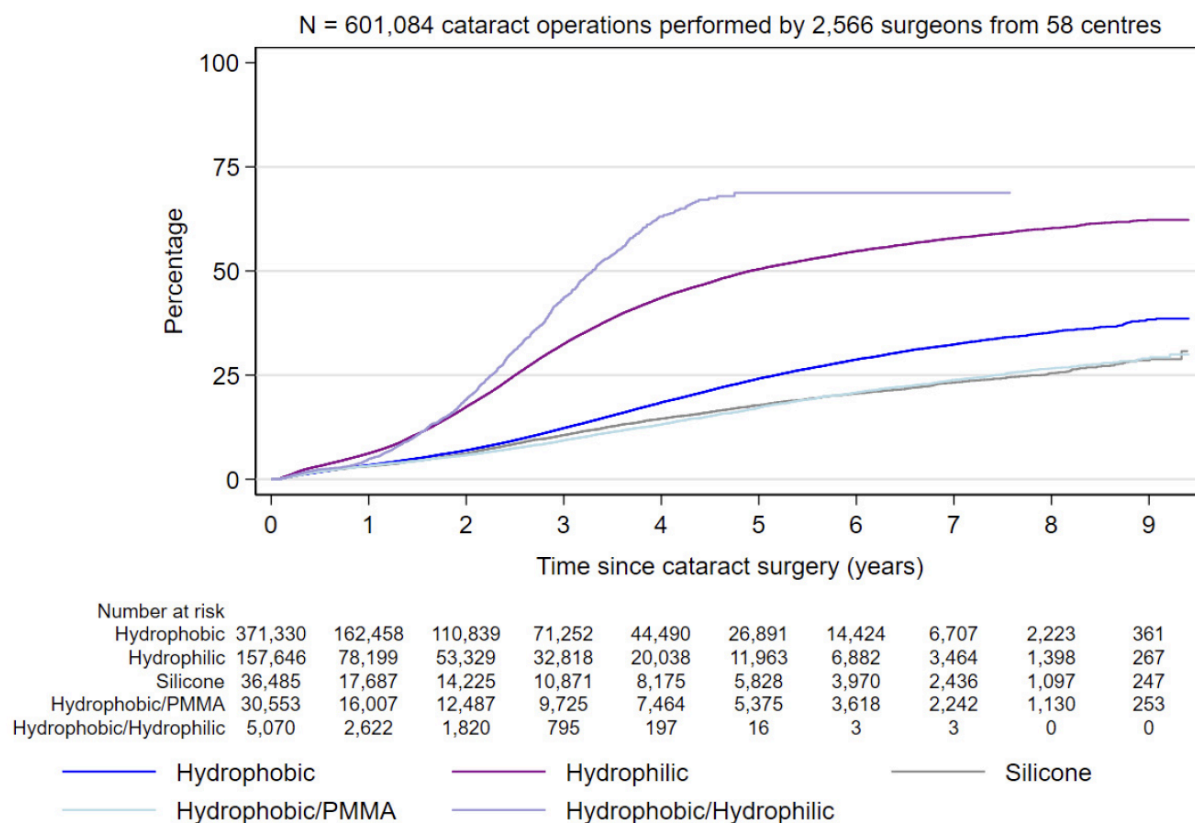
4. Pogorszenie ostrości wzroku.

Zmiany ostrości wzroku są raportowane przez ośrodki znacznie chętniej, co sugeruje, że wpisywanie do raportów konkretnych wartości liczbowych skłania do większej dbałości o precyzję raportowania. System pokazuje jednak wartości zaokrąglone do 1%, co zmniejsza dokładność porównywania wyników w poszczególnych województwach, a docelowo w poszczególnych ośrodkach. Wydaje się też, że bardziej obiektywną miarą wyników leczenia zaćmy byłby wskaźnik średniej ważonej poprawy ostrości wzroku dla wszystkich pacjentów danego województwa czy ośrodka. W obecnej sytuacji nawet minimalna poprawa ostrości wzroku (np. z 0,3 na 0,4), niedająca widocznej poprawy jakości życia pacjenta, kwalifikuje wynik leczenia jako pozytywny.

5. Najczęstszym powikłaniem zabiegu usunięcia zaćmy jest jednak tzw. zaćma wtórna, czyli zmętnienie torebki tylnej soczewki (PCO), które jest powikłaniem bardziej odległym w czasie. Występuje z reguły w ciągu 2-5 lat po operacji zaćmy, a leczenie tego powikłania polega na wykonaniu zabiegu kapsulotomii tylnej z użyciem lasera Nd:YAG. W roku 2021 w Polsce liczba takich zabiegów wyniosła ponad 93 tys., co stanowiło 34,5% liczby wszystkich zabiegów usunięcia zaćmy w tym samym roku.

Opisane powikłanie zależy głównie od dwóch czynników: jakości pracy chirurga oraz jakości soczewek wewnątrzgałkowych stosowanych podczas operacji.

Według opublikowanego w 2021 r. raportu Royal College of Ophthalmology⁴ opartego na badaniach ponad 600.000 oczu po operacji zaćmy, soczewki wyprodukowane z akrylu hydrofilnego zwiększają ponad dwukrotnie ryzyko zaćmy wtórnej w porównaniu do soczewek z akrylu hydrofobowego.



Krzywe Kaplana-Meiera dla czasu do wystąpienia PCO po zaćmie w zależności od materiału soczewki (źródło: National Ophthalmology Database Audit Feasibility study of Post-cataract. Posterior Capsule Opacification)

W świetle powyższych danych warto rozważyć, by koszt leczenia tego powikłania połączyć z kosztem leczenia zaćmy i traktować to rozwiązanie jako rodzaj opieki koordynowanej. Obecnie bowiem kilkuminutowa procedura kapsulotomii jest doskonałym źródłem dochodu dla ośrodków okulistycznych (317 punktów) i żaden z tych ośrodków nie ma motywacji do stosowania wysokiej jakości soczewek wewnątrzgałkowych zmniejszających ryzyko zaćmy wtórnej.

Autorzy stoją na stanowisku, że należy śledzić niektóre odleglesze w czasie powikłania, które wprost zależą od czynników będących pod kontrolą kadry menedżerskiej szpitala (np. umiejętności chirurga, jakość stosowanych wyrobów medycznych). Warto też rozważyć odpowiedzialność medyczną i finansową podmiotów leczniczych odnośnie leczenia wybranych powikłań tego rodzaju, np. poprzez zwiększenie bazowej wyceny procedury podstawowej i konieczność bezpłatnego leczenia powikłań u „swoich” pacjentów. Może to dać wymierne oszczędności dla publicznego systemu opieki zdrowotnej i poprawić jakość rezultatów klinicznych.

⁴ National Ophthalmology Database Audit Feasibility study of Post-cataract. Posterior Capsule Opacification. Royal College of Ophthalmology, 2021.

6. Inne wyzwania polityki publicznej w opiece okulistycznej

Opisane problemy w zakresie diagnostyki i leczenia zaćmy nie wyczerpują problematyki jakości i dostępności świadczeń w okulistyce. Wśród pozostałych zagadnień należy wymienić małą liczbę przeszczepów rogówki i nierówności regionalne w zakresie dostępności tego świadczenia, w tym fakt działania ośrodków, które mogłyby podjąć się przeszczepu rogówki, a nie wykonują tej procedury. Rozwiązanie tych problemów wymaga całościowego podejścia do zagadnienia organizacji i finansowania banków rogówek oraz samej procedury pobierania i dostarczania materiału.

Inny problem dotyczy leczenia innych schorzeń siatkówki wzorem programu AMD/DME.

Odrębnej dyskusji wymaga rozwój telemedycznych badań diagnostycznych w okulistyce oraz learning centres.

PODSUMOWANIE CELÓW – PROJEKCJA

Wybierając cele dla środowiska okulistycznego na bieżący, trudny rok wyborów parlamentarnych i oczywiste zawirowania decyzyjne z tego tytułu wydaje się, że jako możliwe i akceptowane do realizacji powinny być przede wszystkim:

Cele ogólnospołeczne

1. Zwiększenie skali operacji zaćmy z poniżej 300 tys. do 400 tys. procedur poprzez wyłączenie mechanizmu ograniczenia ostrości wzroku 0,6 i/lub przygotowanie mechanizmów dla ośrodków dających im możliwość odejścia od tego kryterium, w tym reformę w zakresie procedur kwalifikacji do operacji.
2. Po ustaleniu odrębnego sposobu finansowania dla zabiegów związanych z wykonaniem witrektomii tylnej w chorobach siatkówki oraz zabiegów związanych z leczeniem jaskry (wyłączenie z ryczału), celowe jest zniesienie limitów dla tych zabiegów, podobnie jak ma to miejsce w przypadku operacji zaćmy.
3. Usprawnienie dostępu do lekarza okulisty poprzez usunięcie wymogu otrzymania skierowania od lekarza podstawowej opieki zdrowotnej.

Cele systemowe

4. Przeprowadzenie w środowiskach decyzyjnych dyskusji związanej z propozycją wprowadzenia minimalnego limitu zabiegów rocznie pod kątem możliwości kontraktowania z NFZ przy wsparciu dla odciążenia ośrodków wykonujących sporadyczne operacje; w dyskusji celowe będzie uwzględnienie potrzeb lokalnych zgodnych z mapami potrzeb zdrowotnych tak, by nie tworzyć białych plam (wsparcie dla idei zrównoważonej dostępności terytorialnej MZ, które pojawiło się podczas dyskusji dostępności podstawowej opieki zdrowotnej, w zamian za uwagę i gotowość do dyskusji).
5. Aktywna argumentacja na rzecz premiowania jakości i bezpieczeństwa na kanwie debaty o ustawie o jakości i determinacji Ministra Zdrowia do postawienia pacjenta w centrum systemu.
6. Wsparcie MZ w tworzeniu systemu certyfikatów kompetencji i kwalifikacji dla specjalistów wskazując okulistykę jako dziedzinę przygotowaną i gotową do tego zadania.
7. Współdziałanie z MZ na rzecz ograniczenia wąskiego gardła w AOS.
8. Umożliwienie pacjentom współfinansowania procedur medycznych w niegwarantowanym zakresie świadczenia jako sposób na przyspieszenie i poszerzenie dostępu do nowych technologii medycznych.

Warszawa, maj 2023 r.

Opracowanie zostało sfinansowane w zakresie okulistyki przez firmę Alcon Polska.

Wykorzystane w opracowaniu badanie referencyjne zostało wykonane ze środków własnych IZiD.

Zespół badawczy:

Robert Mołdach

Grzegorz Ziemiak



**INSTYTUT
ZDROWIA
I DEMOKRAJI**

Institute for Health and Democracy Ltd.

Nowogrodzka 50/515 Street, 00-695 Warsaw, Tax Identification Number (NIP): 701 039 46 13, Regon: 146852678, District Court for the Capital City of Warsaw, in Warsaw, XII Economic Department, KRS: 0000476795.

The Institute for Health and Democracy (IZiD) is an expert group specialising in Pharma, Medical&Healthcare. IZiD provides its Partners and Clients with knowledge and recommendations supported by many years of experience in strategic consulting, knowledge and analysis of legislative and regulatory processes, support for development and search for growth and investment opportunities, participation in the social dialogue process. IZiD is the publisher of a weekly MarketBrief™ (for Healthcare, Pharma, Medical Devices audiences) containing an authoritative compilation of key industry news, legislative alerts, regulatory summaries and expert commentary. IZiD's motto is to support and defend the principles of the democratic rule of the law in health care.