

Koszty społeczne odroczonego terminu zabiegu usunięcia zaćmy z jednoczesnym wszczepieniem soczewki

The social costs of deferred cataract surgery with implantation of the intraocular lens

**Andrzej Grzybowski^{1,2},
Arnold Maciejewski³**

¹ Oddział Okulistyczny, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski w Poznaniu
Ordynator: prof. nadzw. dr hab. n. med. Andrzej Grzybowski

² Katedra Okulistyki, Uniwersytet Warmińsko-Mazurski w Olsztynie
Kierownik Katedry: prof. nadzw. dr hab. n. med. Andrzej Grzybowski

³ SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny w Warszawie
Rektor: prof. dr hab. Andrzej Eliaż



NAJWAŻNIEJSZE

Istotny element, dotychczas pomijany w pracach nad zabezpieczeniem dostępu do leczenia zaćmy, stanowią koszty społeczne generowane przez chorych oczekujących na zabieg. Koszty te są szczególnie widoczne w grupie pacjentów aktywnych zawodowo, w związku z czym należy wprowadzić rozwiązania ułatwiające im dostęp do operacji zaćmy.

HIGHLIGHTS

A significant element thus far neglected is the sustained costs generated by the public for those patients waiting to secure access for the treatment of cataracts. These costs are especially apparent in group of actively working people, thus it is postulated to increase the access of cataract surgery for this group.

STRESZCZENIE

W Polsce wykonuje się ponad 200 tys. operacji usunięcia zaćmy rocznie. Niestety, liczba zabiegów jest stale niewystarczająca. Pomimo działań podejmowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia kolejka pacjentów oczekujących na leczenie systematycznie się wydłuża. Obecnie na zabieg usunięcia zaćmy z jednoczesnym wszczepieniem soczewki oczekuje ponad 500 tys. chorych. Wśród nich są nie tylko osoby w zaawansowanym wieku, lecz także osoby aktywne zawodowo. Obie grupy chorych generują koszty pośrednie, które – jak się wydaje – nie są uwzględniane przez Ministerstwo Zdrowia. Wskazują one na konieczność stworzenia ułatwień w dostępie do operacji zaćmy dla pacjentów w wieku produkcyjnym.

Słowa kluczowe: koszty pośrednie, koszty bezpośrednie, absencja chorobowa, kolejka pacjentów oczekujących na leczenie, epidemiologia zaćmy, demografia, procedura medyczna

ABSTRACT

In Poland, there are more than 200,000 cataract surgeries performed annually. Unfortunately the number of patients waiting for the operation surpasses the amount of surgeries offered. Despite attempts by the National Health Fund, the number of patients waiting for the procedure is gradually increasing. Currently, more than 500,000 people are awaiting cataract surgery with concurrent intraocular lens implantation. The demographics for the aforementioned population include the elderly along with those actively working. Both groups of patients however generate indirect costs, which do not seem to be taken into account by the Ministry of Health. They indicate the necessity to increase the access of cataract surgery for actively working people.

Key words: indirect costs, direct costs, cataract surgery, patients awaiting treatment, epidemiology, demographics, medical procedure

DEFINICJE

Koszty pośrednie: szerokie pojęcie, ogólnie definiowane jako koszty zasobów utraconych w związku z chorobą i jej konsekwencjami. Najczęściej przywoływanym zasobem w tym kontekście jest produktywność, w odniesieniu zarówno do pracy zarobkowej (płatnej), pracy niepłatnej, jak i czasu wolnego. Inne uwzględniane zasoby to m.in.: środki finansowe spożytkowane na zakup leków, wizyty lekarskie lub inne świadczenia medyczne związane z chorobą [1].

Koszty bezpośrednie: ta część kosztów działalności operacyjnej, której poniesienie można przypisać do określonego nośnika kosztów, np. produktu, grupy produktów, wyświadczonej usługi, wyodrębnionej fazy działalności lub jej rodzaju.

Działalność lecznicza: udzielanie świadczeń zdrowotnych, promocja zdrowia i prowadzenie działalności dydaktycznej lub badawczej.

Absencja chorobowa: niezdolność do pracy z powodu choroby, dokumentowana zaświadczeniem lekarskim o czasowej niezdolności do pracy wydawanym na druku ZUS ZLA [2].

Kolejka oczekujących na leczenie: liczba osób z rozpoznaniem ICD-10 właściwym dla zaćmy i zarejestrowanych w systemie Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) w oczekiwaniu na przyjęcie do placówki medycznej posiadającej umowę z Płatnikiem Publicznym w celu realizacji zabiegu usunięcia zaćmy z jednoczesnym wszczepieniem soczewki.

PROCEDURY USUNIĘCIA ZAĆMY I ICH WYKONYWANIE

Chirurgia okulistyczna, a szczególnie chirurgia zaćmy, stanowi atrakcyjny obszar interwencji polityków zajmujących się ochroną zdrowia. Dzieje się tak m.in. dlatego, że operacja zaćmy należy do najczęściej wykonywanych zabiegów w medycynie – w Polsce wykonuje się ich rocznie ok. 200 tys. (tab. 1).

Zagadnieniem szczególnie bulwersującym opinię publiczną są długie terminy oczekiwania na uzyskanie świadczenia. Operacja zaćmy od wielu lat należy do zabiegów, na które czeka się najdłużej w Polsce. Wynika to z braku równowagi między wielkością przeznaczonych środków publicznych przeznaczonych na tego rodzaju świadczenie a rosnącym na nie zapotrzebowaniem. Chociaż kolejne grupy polityków obiecują skrócenie okresu oczekiwania na zabieg usunięcia zaćmy, to żadne administracyjne działania nie są w stanie zmienić tej nierównowagi i bez wzrostu nakładów na operacje zaćmy zwiększenie ich liczby nie będzie możliwe.

Sytuacja ta jawi się jeszcze bardziej dramatycznie na tle innych krajów, co przedstawiono w tabeli 2.

Koszty ponoszone z powodu długiego oczekiwania pacjentów na zabieg obciążają nie tylko społeczeństwo, ale i system finansów publicznych.

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS) [6] w Polsce w 2009 r. na zaćmę chorowało 2,4% ogółu społeczeństwa. Prognozy wskazują, iż populacja Polski zmniejszy się do 2050 r. z obecnych 38 mln do ok. 34 mln i jednocześnie, co jest bardzo niepokojące, w przywołanym okresie populacja osób 70+ wzrośnie z ok. 4 mln do ponad 8 mln. Grupa ta wydaje się kluczową w odniesieniu do wielkości wydatków bezpośrednich na leczenie oraz tzw. kosztów pośrednich.

Chorobowość na zaćmę wśród osób nieaktywnych zawodowo wynosi aż 13,9% [6]. Przyjmując prognozę poczynioną przez GUS, należy się spodziewać, że w 2050 r. tylko w grupie 70+ na zaćmę będzie w Polsce chorowało ponad 1,1 mln osób.

TABELA 1

Liczba zrealizowanych procedur usunięcia zaćmy finansowanych w ramach środków publicznych. Na podstawie [3, 4].			
	2013 [3]	2014 [3]	styczeń–sierpień 2015 [4]
Liczba zrealizowanych procedur	187 559	220 849	142 487

TABELA 2

Liczba dni oczekiwania na zabieg na podstawie raportu OECD za 2015 r. Na podstawie [5].										
Państwo	Polska	Estonia	Chile	Izrael	Finlandia	Węgry	Dania	Nowa Zelandia	Wielka Brytania	Holandia
Liczba	414	259	171	106	94	88	83	78	72	33

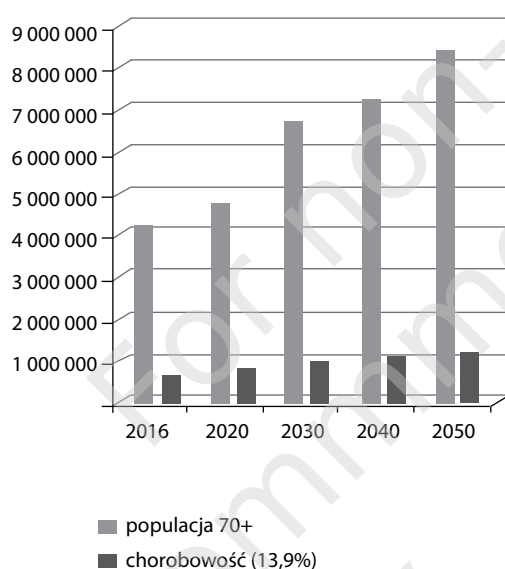
TABELA 3

Prognozowana liczebność populacji 70+ w Polsce i przypuszczalna liczba chorych na zaćmę.

	2016	2020	2030	2040	2050
Populacja 70+	4 014 276	4 659 553	6 537 432	7 035 390	8 222 140
Chorobowość (13,9%)	557 984	647 677	908 703	977 919	1 142 877

WYKRES 1

Prognozowana przez GUS liczebność populacji 70+ w Polsce i przypuszczalna liczba chorych na zaćmę.



Tymczasem zgodnie z danymi NFZ [7] w listopadzie 2015 r. na leczenie zaćmy w Polsce oczekiwało ponad 500 tys. chorych. Blisko 25 tys. stanowiły osoby wymagające pilnej interwencji chirurgicznej. Pomiędzy grudniem 2014 r. a listopadem 2015 r. liczba oczekujących na zabieg zwiększyła się o 40 tys.

Warto też przypominać, że oczekiwanie na zabieg generuje koszty pozamedyczne, które dotychczas wydają się pomijane w szacowaniu nakładów na leczenie zaćmy. Koszty opieki nad pacjentem w podeszłym wieku z dysfunkcją narządu wzroku w czasie, kiedy jego funkcjonowanie jest upośledzone ze względu na pogorszone widzenie, to m.in.:

- koszty pomocy domowej
- koszty absencji chorobowych osób sprawujących opiekę (!)
- niewypracowane PKB.

Nie są one obecnie znane i wymagają szczegółowej analizy. Już dzisiaj jednak widać wyraźnie, iż Ministerstwo Zdrowia (MZ) powinno brać pod uwagę wszystkie składowe kosztów, a nie tylko koszt samej procedury. Dokładna analiza mogłaby bowiem wskazać, iż zwiększenie nakładów na jedną z najbardziej efektywnych kosztowo jednorodnych grup pacjentów (JGP), czyli operacje zaćmy, mogłoby przynieść istotne oszczędności dla całego systemu finansów publicznych.

NFZ, podejmując działania na rzecz zwiększenia dostępności do leczenia, koncentruje się przede wszystkim na systematycznym obniżaniu wyceny procedur JGP dotyczących usunięcia zaćmy. Obniżki takiej dokonano już dwukrotnie – pierwszy raz na przełomie 2013 r. i 2014 r., zaś drugi raz w styczniu 2016 r. O ile ta pierwsza obniżka zaowocowała zwiększeniem liczby osób poddanych zabiegowi, o tyle ostatnia prawdopodobnie przyniesie jedynie obniżenie standardu wykonywanego zabiegu.

TABELA 4

Liczba zabiegów usunięcia zaćmy sfinansowanych w ramach środków publicznych [3].

	2010	2011	2012	2013	2014
Liczba zrealizowanych procedur	166 610	170 172	176 344	187 559	220 849
Wydatki NFZ na leczenie zaćmy	527 188 579,00 zł	538 414 968,00 zł	564 285 481,00 zł	575 046 270,00 zł	538 693 921,00 zł

Analiza powyższych danych [3] pozwala wyraźnie zauważyć, że liczba zabiegów usunięcia zaćmy finansowanych w ramach środków publicznych w ostatnich latach rośnie, podobnie jak nakłady finansowe Narodowego Funduszu Zdrowia w latach 2010–2013.

obniżka wyceny doprowadzi zatem do zmniejszenia się zainteresowania szkoleniem w tym zakresie.

Po obniżeniu wynagrodzenia chirurga następnym elementem obniżki wyceny jest sprzęt. Oznacza to, że przede wszystkim poszukuje się znacznie tańszych od-

TABELA 5

Procentowa zmiana liczby zrealizowanych procedur oraz wydatków NFZ na leczenie zaćmy.

Zmiana procentowa w ujęciu rok do roku	2011 vs 2010	2012 vs 2011	2013 vs 2012	2014 vs 2013
w liczbie zrealizowanych procedur	+ 2,13%	+ 3,62%	+ 6,35%	+ 17,74%
w wydatkach NFZ na leczenie zaćmy	+ 2,12%	+ 4,80%	+ 1,90%	- 6,33%

Jednak w 2014 r., czyli pierwszym z obowiązującą drastycznie niższą wyceną procedur JGP dla operacji zaćmy, w ciągu 12 miesięcy liczba zrealizowanych zabiegów wzrosła, przy zdecydowanie obniżonych nakładach finansowych NFZ.

Co ciekawe, chociaż obniżenie wyceny operacji zaćmy doprowadziło do znaczącego wzrostu liczby zabiegów przy znacząco mniejszych nakładach, nie miało to istotnego wpływu na długość oczekiwania pacjentów na leczenie. Kolejka oczekujących na zabieg usunięcia zaćmy w Polsce pod koniec 2014 r. wynosiła blisko 460 tys. osób, a w listopadzie 2015 r. było to ponad 500 tys. chorych [7].

Bardzo ciekawa jest analiza liczby wykonanych operacji zaćmy w 2015 r. (w momencie pisania tego artykułu dane te były znane jedynie dla okresu styczeń–sierpień 2015 r.).

Skoro jednak udało się zwiększyć liczbę zabiegów wykonywanych w Polsce tylko dzięki bardzo prostemu obniżeniu wyceny tej operacji, to może rozwiązaniem problemu jest dalsze obniżanie nakładów? Sprawa ta nie jest jednak tak prosta. Należy się zastanowić, w jaki sposób dokonano redukcji środków na operację zaćmy.

Przede wszystkim w wyniku znaczącego cięcia wynagrodzeń operatorów. Prowadzi to do znaczącego zmniejszenia opłacalności wewnątrzgałkowej chirurgii okulistycznej w stosunku do innych zabiegów okulistycznych, w tym laserowych. Tymczasem proces uczenia się i nabywania sprawności przez operatorów zaćmy jest znacznie dłuższy niż w przypadku chirurgów wykonujących drobne zabiegi plastyczne lub zabiegi laserowe. Samodzielność operacyjną chirurg zaćmowy uzyskuje po wykonaniu kilku tysięcy operacji, czyli zwykle po blisko 10 latach pracy. Z drugiej strony odpowiedzialność chirurga operującego zaćmę za wynik leczenia jest nieporównanie większa, ponieważ nawet drobne powikłanie rzutuje zwykle na pooperacyjną ostrość wzroku. Dalsza

powiedników dotychczas stosowanych sprzętów, np. soczewek wewnątrzgałkowych, wiskoelastyków etc. W następnej kolejności poszukuje się możliwości zastępowania sprzętów jednorazowych wielorazowymi, a czasami nawet dokonuje się resterylizacji sprzętów jednorazowych.

Te i inne sposoby obniżania kosztów mogą prowadzić (i niestety prowadzą) do zwiększenia ryzyka wystąpienia powikłań. Czy w Polsce istnieje jakikolwiek rejestr powikłań operacyjnych, który pozwoliłby odpowiedzieć na pytanie, czy obniżenie finansowania operacji zaćmy było bezpieczne, tzn. czy nie doprowadziło do zwiększenia liczby powikłań, w tym np. zapalenia wnętrza gałki ocznej? Niestety, takiego systemu monitorowania w Polsce nie ma. Co gorsza, pomimo złożonej 2 lata temu na ręce Ministra Zdrowia propozycji nadal nie istnieje krajowy rejestr endoftalmitów, chociaż jego stworzenie nie wymagałoby dużych nakładów finansowych ani organizacyjnych.

Dlatego wydaje się, iż obniżeniu wyceny operacji zaćmy powinno towarzyszyć wdrożenie systemu monitorowania bezpieczeństwa, czyli m.in. powikłań pooperacyjnych, np. krajowego rejestru endoftalmitów, rejestru soczewek eksplantowanych z powodu ich uszkodzenia lub zmian fizyko-chemicznych, bądź rejestru wtórnych wszczepów wewnątrzgałkowych i ich powodów. Brak monitorowania powikłań może doprowadzić nie tylko do wielu szkód społecznych, ale finalnie do wzrostu kosztów leczenia, co byłoby szczególnie paradoksalnym efektem zmian mających na celu oszczędności.

ZACMA U OSÓB AKTYWNYCH ZAWODOWO

Największe wydatki na leczenie zaćmy i opiekę nad pacjentem z dysfunkcją wzroku spowodowaną tą chorobą dotyczą grupy w wieku podeszłym, jednak zaćma dotyka również osoby aktywne zawodowo. Ciekawych danych na ten temat dostarcza Zakład Ubezpieczeń Społecz-

nych (ZUS). Jak wynika z pisma otrzymanego przez autora niniejszego opracowania w listopadzie 2015 r. (symb. 992600/035/247/2015), liczba osób, którym w 2014 r. przynajmniej raz wystawiono zaświadczenie lekarskie z tytułu choroby własnej o kodzie ICD 10: H25 (zaćma starcza), H26 (inne postacie zaćmy) lub H28 (zaćma i inne zaburzenia soczewki w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej), wyniosła 16 100, a łączna liczba dni absencji chorobowej to aż 477 500. Dane te zmuszają do zastanowienia się nad zasadnością wyżej wymienionych, w dużej mierze niepotrzebnych, kosztów, które ponosi budżet państwa.

na zaćmę. Szczególnie że tylko w okresie od stycznia do sierpnia 2015 r. osoby aktywne zawodowo, u których ustalono rozpoznanie zaćmy (H25, H26, H28), stanowiły 23% wszystkich osób nowo zdiagnozowanych (na podstawie [4]).

Ponoszenie społecznych kosztów absencji w pracy wynikających z zaćmy wydaje się całkowicie nieuzasadnione, ponieważ istnieją możliwości podjęcia szybkiego leczenia dającego zwykle bardzo dobre efekty w zakresie funkcji widzenia i dalszego wykonywania pracy. I choć środki pokrywające te straty nie pochodzą bezpośrednio z budżetów NFZ i MZ, ale z ZUS, to stanowią nie-

TABELA 6

Liczba dni absencji własnej z tytułu choroby własnej o kodzie ICD 10: H25, H26, H28.

Pozycja	Grupa	Liczba dni absencji (w tys.)	Pobyt w szpitalu (w tys.)	Liczba osób (w tys.)	Przeciętna długość absencji (w dniach)
Zaćma	OG	261,8	9,9	7,6	34,56
	M	158,6	5,9	4,5	35,19
	K	103,1	4,0	3,1	33,65
	re	0,1	0,0	0,0	x
Zaćma starcza (H25)	OG	213,3	10,6	6,1	34,85
	M	123,2	6,1	3,5	35,39
	K	90,0	4,5	2,6	34,15
	re	0,1	0,0	0,0	x
Zaćma i inne zaburzenia soczewki w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej (H28)	OG	2,4	0,0	2,4	25,45
	M	1,6	0,0	1,6	29,32
	K	0,8	0,0	0,8	20,32
	re	0,0	0,0	0,0	x

Tak znacząca liczba dni absencji chorobowej spowodowanej chorobą własną generuje koszty społeczne, których nie powinno się pomijać przy planowaniu reorganizacji systemu zabezpieczenia medycznego chorych

potrzebny uszczerbek finansów publicznych. Możemy sobie wyobrazić, iż u osób aktywnych zawodowo środki obecnie przeznaczane na pokrycie strat wynikających z absencji chorobowej związanej z niemożnością wykonywania pracy w przypadku podjęcia leczenia zaćmy

TABELA 7

Liczba osób nowo zdiagnozowanych z rozpoznaniem głównym H25, H26, H28 w okresie styczeń–sierpień 2015.

Rozpoznanie główne ICD 10	Liczba pacjentów (wszyscy)	Liczba pacjentów (wiek ≤ 65. r.ż.)
Zaćma starcza (H25)	291 124	62 869
Inne postacie zaćmy (H26)	36 461	12 767
Zaćma i inne zaburzenia soczewki w chorobach sklasyfikowanych gdzie indziej (H28)	1407	516
SUMA	328 992	76 132

zostaną przeznaczone właśnie na operacje zaćmy. Co ciekawe, osoby aktywne zawodowo z zaćmą muszą czekać na zabieg na warunkach ogólnych, czyli 414 dni. Czy racjonalne jest finansowanie absencji chorobowej przez 414 dni, jeśli dolegliwość może być trwale wyleczona w ciągu maksymalnie 30-dniowej absencji chorobowej? W świetle powyższych rozważań zasadne wydaje się uprzywilejowanie osób aktywnych zawodowo i umożliwienie im operacji bez konieczności oczekiwania na ogólnych zasadach. Ponadto dla budżetu państwa byłoby opłacalne wydzielenie dla tej względnie niedużej grupy chorych osobnych środków, umożliwiających im wyleczenie bez jednoczesnego wydłużania okresu oczekiwania dla pozostałych chorych.

PODSUMOWANIE

Należy zauważyć, iż plany Ministerstwa Zdrowia dotyczące poprawy dostępności leczenia zaćmy powinny być skoordynowane z działaniami Ministerstwa Rodzi-

ny, Pracy i Polityki Społecznej, któremu podlega Zakład Ubezpieczeń Społecznych, oraz z działaniami Ministerstwa Finansów. Chociaż ministerstwa te posiadają różne budżety, to ostatecznie ich wszystkich mogą dotyczyć różne aspekty opisywanego problemu. Ponadto zasadne jest przeanalizowanie, w miarę możliwości wszystkich, kosztów pośrednich związanych z długotrwałą niesprawnością wzrokową zarówno osób aktywnych zawodowo, jak i pacjentów w wieku poprodukcyjnym. Dane te mogłyby wykazać, że zwiększenie nakładów na operacje zaćmy jest nie tylko społecznie, ale również ekonomicznie uzasadnione.

ADRES DO KORESPONDENCJI

prof. nadzw. dr hab. n. med. Andrzej Grzybowski

Oddział Okulistyczny, Wielospecjalistyczny Szpital Miejski
61-285 Poznań, ul. Szwajcarska 3
e-mail: ae.grzybowski@gmail.com

Piśmiennictwo

1. Władysiuk M, Szmurło D, Kostrzewska K, et al. Koszty pośrednie w ocenie technologii medycznych. Metodyka, badanie pilotażowe i rekomendacje. HTA Consulting (na zlecenie INFARMA), Warszawa 2014.
2. Rozporządzenie Ministra Pracy i Polityki Socjalnej z dnia 27 lipca 1999 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu wystawiania zaświadczeń lekarskich, wzoru zaświadczenia lekarskiego i zaświadczenia lekarskiego wydanego w wyniku kontroli lekarza orzecznika Zakładu Ubezpieczeń Społecznych. Dz.U. z 2013 r., poz. 229.
3. NFZ – statystyka JGP [online: <http://prog.nfz.gov.pl/app-jgp>].
4. Pisma otrzymane przez autora z Narodowego Funduszu Zdrowia. Sygnatura 2202401.2520.2015.W.31606.JZ z dnia 6.11.2015 r.
5. Health at Glance 2015. OECD Indicators. OECD Publishing, Paris 2015.
6. Główny Urząd Statystyczny – portal informacyjny [online: <http://stat.gov.pl>].
7. NFZ – listy oczekujących [online: <http://nfz.gov.pl/dla-pacjenta/listy-oczekujacych>].