

Okulistyka i choroby siatkówki

W aspekcie zdrowego i aktywnego
starzenia się

Raport Fundacji na rzecz Zdrowego Starzenia się pt.

Okulistyka i choroby siatkówki w aspekcie zdrowego i aktywnego starzenia się

Patronat honorowy:

Polskie Towarzystwo Okulistyczne, Polski Związek Niewidomych,
Stowarzyszenie AMD, Retina AMD Polska

Projekt badawczy wsparty przez Novartis Poland Sp. z o.o.

Redakcja naukowa:

Prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński
Lek. med. Jakub Gierczyński, MBA

Autorzy:

Prof. dr hab. n. med. Wojciech Omulecki
Prof. dr hab. n. med. Wanda Romaniuk
Prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński
Prof. dr hab. n. med. Andrzej Stankiewicz
Mgr Małgorzata Pacholec
Lek. med. Jakub Gierczyński, MBA
Lek. med. Jerzy Gryglewicz

Raport został opracowany zgodnie ze standardami publikacji
dla osób słabowidzących.

Druk: EPedruk Sp. z o.o.

W drukarni zatrudnione są osoby słabowidzące i niewidome.

© Copyright by Fundacja na rzecz Zdrowego Starzenia się

Warszawa, 2015

Fundacja na rzecz Zdrowego Starzenia się

ul. Pory 78, 02-757 Warszawa

tel.: +48 22 327 61 39

fax: +48 22 327 61 30

e-mail: biuro@zdrowestarzenie.org

<http://www.zdrowestarzenie.org>

Zawartość raportu

1/ Streszczenie	5
2/ Wstęp	11
Prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński	
3/ Choroby narządu wzroku wyzwaniem dla zdrowia publicznego i zdrowego starzenia się	13
Prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński, Lek. med. Jakub Gierczyński	
4/ Organizacja okulistyki w Polsce w aspekcie starzenia się narządu wzroku	18
Prof. dr hab. n. med. Wanda Romaniuk	
5/ Choroby siatkówki oka – wytyczne postępowania w Polsce	22
Prof. dr hab. med. Wojciech Omulecki	
6/ Zwrodnienie plamki związane z wiekiem (AMD) w Polsce	25
Prof. dr hab. n. med. Andrzej Stankiewicz	
7/ Okulistyka i leczenie AMD w Polsce na tle Europy	29
Lek. med. Jakub Gierczyński	
8/ Finansowanie świadczeń z zakresu okulistyki ze szczególnym uwzględnieniem chorób siatkówki wg danych NFZ	32
Lek. med. Jakub Gierczyński, Lek. med. Jerzy Gryglewicz	
9/ Dostępność do świadczeń w zakresie leczenia chorób oczu w Polsce	42
Lek. med. Jakub Gierczyński	
10/ Absencja chorobowa związana z chorobami oczu wg danych ZUS	50
Lek. med. Jakub Gierczyński	
11/ Inwalidztwo wzroku w Polsce	55
Lek. med. Jakub Gierczyński	
12/ Sytuacja osób tracących wzrok w Polsce w świetle doświadczeń Polskiego Związku Niewidomych	59
Mgr Małgorzata Pacholec	
13/ Rekomendacje	67

Raport Fundacji na rzecz Zdrowego Starzenia się pt. „Okulistyka i choroby siatkówki w aspekcie zdrowego i aktywnego starzenia się” przedstawia aktualny stan organizacji leczenia chorób narządu wzroku, ze szczególnym uwzględnieniem chorób siatkówki. Dane w raporcie pochodzą z domeny publicznej, stanowisk środowiska klinicystów, pacjentów oraz Narodowego Funduszu Zdrowia.

Streszczenie

- Podstawą funkcjonowania we współczesnym społeczeństwie informacyjnym jest nowoczesna komunikacja. Choroby narządów zmysłów stanowią zatem wyzwanie nie tylko z punktu widzenia zdrowia jednostek i zdrowia publicznego, ale także powinny być traktowane jako wyzwanie społeczne i cywilizacyjne. Utrata wzroku – podstawowego narządu zmysłu człowieka, jest jednym z najbardziej traumatycznych doświadczeń jakie może go spotkać, jednocześnie wykluczając go z życia społecznego.
- Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) choroby narządu wzroku występują u 285 milionów osób na całym świecie, z czego 39 milionów osób jest niewidoma, a 246 milionów osób cierpi na upośledzenie widzenia.
- Wiadomo jest również, że problem utraty wzroku narasta wraz z wiekiem. Aż 65% osób z upośledzeniem widzenia ma 50 lat i więcej, a odsetek osób w tym przedziale wieku wśród niewidomych wynosi 82%. Na dodatek, aż 90% osób z upośledzonym widzeniem i niewidomych ma bardzo niskie dochody.
- WHO stoi na stanowisku, że w skali globalnej można zapobiec nawet 85% przypadków zaburzeń widzenia poprzez wdrożenie przez kraje członkowskie kompleksowych działań diagnostycznych i leczniczych.
- WHO nakłania rządy krajów do wprowadzenia narodowych programów zakładających uniknięcie przez 20 lat 100 milionów przypadków ślepoty oraz zmniejszenie do roku 2019 liczby przypadków upośledzenia wzroku w skali globalnej o 25%.
- Szczególną uwagę należy zwrócić na zwyrodnienie plamki związane z wiekiem (AMD), które stało się główną przyczyną utraty wzroku u osób po 50. roku życia w krajach rozwiniętych, przez co zyskało ono

przydomek „epidemii ślepoty.” AMD jest przewlekłą, postępującą chorobą okulistyczną, która nieleczona wywołuje trwałe zmiany w centralnej siatkówce, w wyniku czego dochodzi do nieodwracalnej, częściowej lub prawie całkowitej utraty widzenia.

- Polskie społeczeństwo starzeje się coraz szybciej, a więc równolegle będzie rosła liczba osób z upośledzeniem wzroku oraz niewidomych. Wśród 5 milionów osób z orzeczoną niepełnosprawnością w Polsce upośledzenie wzroku oraz ślepota dotyczy co czwartego Polaka (niemal 1,5 mln osób). Są to w większości osoby po 50 roku życia.
- W Polsce dysproporcja pomiędzy rosnącymi potrzebami starzejącej się ludności a stopniem ich zaspokojenia przez system opieki medycznej narosła do poziomu, który już obecnie generuje problemy zdrowotne i społeczne na trudnym do zaakceptowania poziomie. Dotyczy to szczególnie dostępności do leczenia chorób siatkówki.
- Według międzynarodowych rankingów jakości opieki okulistycznej w Europie, Polska znalazła się w czwartej grupie krajów (razem z Węgrami, Litwą i Słowacją), które osiągnęły najgorsze wyniki. W krajach tych opieka okulistyczna jest niezadowalająca, brak jest kompleksowej diagnostyki chorób oczu – szczególnie w cukrzycy, kolejki oczekujących na świadczenia są zbyt długie, wskutek czego pacjenci zmuszeni są do korzystania z prywatnych usług medycznych. Występują również trudności w dostępie do nowoczesnych technologii medycznych.
- Różnice w dostępności do świadczeń z zakresu okulistyki istnieją w wielu krajach w Europie, ale w przypadku Polski są one zbyt duże. Rozwiązanie problemu ograniczonej dostępności do świadczeń w zakresie leczenia chorób oczu wymaga już teraz zdecydowanych zmian w systemie opieki okulistycznej w Polsce.
- W Polsce na zwyrodnienie plamki związane z wiekiem choruje ponad 1,3 mln osób, z tego 140 tys. na jego groźniejszą, wysiękową postać. Z każdym rokiem przybywa około 14 000 pacjentów z postacią wysiękową.
- AMD jest trzecią, po jaskrze i zaćmie, przyczyną ślepoty oraz pierwszą przyczyną utraty wzroku wśród osób starszych. Zwyrodnienie plamki powoduje ślepotę pacjenta – w przeciwieństwie do innych najczęściej występujących chorób wzroku – nieodwracalnie. Dlatego nawet kilkumiesięczne opóźnienie w leczeniu choroby powoduje szybką utratę wzroku, w większości przypadków bez możliwości jego przywrócenia.

- Kluczowe dla ratowania wzroku pacjentów jest szybkie podjęcie leczenia. Zwłoka w podjęciu leczenia o więcej niż 28 dni, statystycznie wiąże się z postępującym obniżeniem ostrości widzenia.
- Czas oczekiwania pacjentów w Polsce na świadczenia z zakresu leczenia chorób oczu w wielu przypadkach przekracza rok. Ekspert z zakresu okulistyki podkreślają, że rzeczywista skala zapotrzebowania na leczenie okulistyczne jest większa, niż wynikająca z raportów świadczeniodawców przesyłanych do NFZ.
- Według danych NFZ z listopada 2014 roku w kategorii przypadków stabilnych, oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie leczenia AMD z zastosowaniem iniekcji dożłokowych, w kolejkach do około 60% oddziałów szpitalnych oczekuje około 2 000 osób. Około 400 pilnych przypadków kwalifikowanych do leczenia AMD oczekuje do 30% oddziałów szpitalnych.
- Przed skutecznym leczeniem chorób siatkówki w Polsce stoi wiele wyzwań. Jest to przede wszystkim niewystarczająca wiedza Polaków, dotycząca chorób siatkówki. Według badań, przeprowadzonych przez TNS Polska, jedynie 30% ankietowanych posiadała wiedzę na ten temat. Jeśli dodamy, że według tych samych badań, co trzeci Polak nigdy nie był u okulisty, to może to wywoływać niepokój.
- Według ogólnopolskich badań ankietowych przeprowadzonych przez Stowarzyszenie AMD w 2012 roku wśród pacjentów chorujących na choroby siatkówki oka (w przeważającej większości na wysiękową postać AMD), aż co trzeci z nich deklarował, że leczy się tylko prywatnie. Co czwarty deklarował, że leczy się zarówno w placówkach publicznych i prywatnych. Biorąc pod uwagę wysokie koszty leczenia wysiękowego AMD i nieadekwatne finansowanie NFZ stwarza to brak alternatywy dla pacjentów starszych i niezamożnych, którzy skazani są na upośledzenie i utratę wzroku.
- Poziom finansowania ze środków publicznych leczenia AMD nie zaspokaja wzrastających potrzeb zdrowotnych. Nakłady płatnika publicznego na leczenie chorób oczu spadły w 2014 roku o 2,3% w porównaniu do roku 2013.
- Koszt leczenia AMD stanowi zaledwie około 4% wydatków NFZ na okulistikę ogółem. Problemem jest także niska wycena procedur medycznych związanych z leczeniem AMD.

- Problemem związanym z ograniczeniem skuteczności leczenia AMD są przypadki stosowania zbyt małych dawek leków. Świadczą o tym oficjalne dane NFZ: w 2013 roku NFZ sfinansował 16 620 iniekcji doszkliskowych, co w przeliczeniu na liczbę pacjentów wynosi średnio 2,5 iniekcji na jedną osobę, czyli w sumie 6 620 osób, co stanowi niecałe 5% całej populacji osób z tym schorzeniem.
- W Polsce rehabilitacja osób z dysfunkcją wzroku jest świadczeniem gwarantowanym i finansowanym ze środków NFZ. Na rehabilitację osób z dysfunkcją wzroku w 2013 roku NFZ przeznaczył zaledwie 1,7 mln zł, a prowadzono ją jedynie w sześciu województwach.
- Wydatki ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesione przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych w grupie: Choroby oka i przydatków oka rosną z roku na rok. W 2012 roku wyniosły 768 128 500 złotych. Porównując rok 2012 do 2010 nastąpił wzrost wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy z powodu chorób oczu aż o 37%.
- Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS w zakresie rozpoznań: H35 Inne zaburzenia siatkówki, H34 Zamknięcie naczyń siatkówki oraz H31 Inne zaburzenia naczyniówki wyniosła w 2013 roku 87 646 dni. Trend wzrostowy liczby dni absencji chorobowej uwidacznia się w zakresie rozpoznań z grupy H35 Inne zaburzenia siatkówki, w której głównym schorzeniem jest AMD. Nie odzwierciedla to pełnej skali problemu, ponieważ wielu chorych przekroczyło wiek emerytalny.
- Według raportu Prof. Andrzeja Stankiewicza koszty pośrednie chorób siatkówki wynikają m.in. z ograniczenia potencjału produkcyjnego społeczeństwa, spowodowanego nieobecnością w pracy bliskich chorego. W oparciu o dane ZUS o absencjach chorobowych szacuje się, że całkowity koszt pośredni chorób siatkówki mógł wynieść w 2011 roku nawet 490 mln zł, stanowiąc blisko 5-krotność kosztów leczenia.
- Według Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych, w oparciu o dane GUS w Polsce odnotowano w 2009 roku 1 388 700 niepełnosprawnych osób, posiadających uszkodzenia i choroby narządu wzroku. Wynika z tego, że co czwarty niepełnosprawny w Polsce posiada uszkodzenie wzroku. Osoby po 50. roku życia stanowią 87% wszystkich niepełnosprawnych posiadających uszkodzenia i choroby narządu wzroku w Polsce.

- Na podstawie tego samego źródła odnotowano w Polsce 52 600 osób niewidomych. Osoby po 50 roku życia stanowią 80,6% wszystkich niewidomych.
- Według statystyk z 2013 roku w Europie zanotowano 25 milionów niepełnosprawnych osób, posiadających uszkodzenia i choroby narządu wzroku, w tym 2,5 miliona niewidomych. Wynika z tego, że w Polsce żyje aż 5,6% wszystkich niepełnosprawnych Europejczyków posiadających uszkodzenia i choroby narządu wzroku (około 1,4 miliona osób), w tym 2,1% niewidomych obywateli Europy (ponad 50 tys. osób). Zaznaczyć przy tym należy, że nie istnieje jednolita, europejska definicja prawna ślepoty.
- Polski Związek Niewidomych apeluje o natychmiastową poprawę sytuacji związanej z profilaktyką, diagnostyką, leczeniem i rehabilitacją medyczną dla osób z chorobami narządu wzroku i ślepotą.
- Według PZN opieka okulistyczna powinna być priorytetem polskiego systemu ochrony zdrowia, bowiem zmysł wzroku jest najważniejszym kanałem informacyjnym dla człowieka. Negatywne skutki upośledzenia widzenia dotyczą zarówno osobę chorą, jak i jej bliskich. Koszty ponosi także społeczeństwo.
- W opinii pacjentów środki przeznaczane na leczenie okulistyczne są niewystarczające. Są regiony, w których pacjenci w praktyce pozbawieni są dostępu do świadczeń okulistycznych. Nie istnieje także profilaktyka schorzeń wzroku. Nie edukuje się społeczeństwa, jak dbać o wzrok. Polscy pacjenci pozbawieni są możliwości leczenia metodami, jakie dostarcza postęp w światowej medycynie. Do obecnie refundowanych metod czekają nawet w kilkuletnich kolejkach. Brakuje rzetelnej informacji dla chorego, dokąd powinien się udać, aby uzyskać określone świadczenie, jakie mu przysługują prawa i jakie leczenie w ramach refundacji mu się należy, a jakie nie należy.

Wstęp

Prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński

Przewodniczący Rady Polityki Senioralnej przy Ministrze Pracy i Polityki Społecznej, Kierownik Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Mam satysfakcję przedstawienia Państwu pierwszego z cyklu kompleksowych oraz interdyscyplinarnych opracowań, przygotowanych przez Fundację na Rzecz Zdrowego Starzenia się. Fundacja od kilku lat promuje i wdraża realizację idei „zdrowego starzenia się od urodzenia aż do późnej starości” oraz buduje podwaliny polityki senioralnej w Polsce. Zrealizowanymi projektami była Biała Księga Zdrowego Starzenia się, Kongres Zdrowego Starzenia się, liczne debaty i konferencje gromadzące kluczowych interesariuszy systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej. Biorąc pod uwagę zapotrzebowanie środowiska na kompleksowe i systemowe spojrzenie na dziedziny terapeutyczne i jednostki chorobowe mające szczególnie istotne znaczenie w procesie starzenia się Polaków Fundacja zainicjowała cykl raportów przeglądowych. Tym razem Fundacja postanowiła zaprosić interdyscyplinarne grono ekspertów do stworzenia raportu pt. „Okulistyka i choroby siatkówki w aspekcie zdrowego i aktywnego starzenia się”. W raporcie wypowiadają się autorytety z dziedziny okulistyki: Pani Profesor Wanda Romaniuk, Konsultant Krajowy ds. okulistyki, Pan Profesor Wojciech Omulecki, Prezes Polskiego Towarzystwa Okulistycznego, Pan Profesor Andrzej Stankiewicz, Prezes Stowarzyszenia AMD. Niezmiernie ważny i kluczowy głos środowisk pacjentów oraz organizacji pozarządowych formułuje w raporcie Pani Małgorzata Pacholec, Polski Związek Niewidomych oraz Stowarzyszenie Retina AMD Polska. Aspekty ekonomiczno-społeczne przedstawili w raporcie eksperci systemu ochrony zdrowia i opieki społecznej – Jakub Gierczyński oraz Jerzy Gryglewicz. Wszystkim, którzy przyczynili się do powstania niniejszego raportu-serdecznie dziękuję. Życzę interesującej lektury oraz inspiracji w poszukiwaniu optymalnych rozwiązań w zakresie okulistyki i chorób siatkówki w aspekcie starzenia się populacji Polski.

Choroby narządu wzroku wyzwaniem dla zdrowia publicznego i zdrowego starzenia się

Prof. dr hab. n. med. Bolesław Samoliński

Przewodniczący Rady Polityki Senioralnej przy Ministrze Pracy i Polityki Społecznej, Kierownik Zakładu Profilaktyki Zagrożeń Środowiskowych i Alergologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Lek. med. Jakub Gierczyński, MBA

Ekspert Koalicji i Fundacji na Rzecz Zdrowego Starzenia się, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Podstawą funkcjonowania we współczesnym społeczeństwie informacyjnym jest nowoczesna komunikacja. Choroby narządów zmysłu – w tym przede wszystkim wzroku, stanowią zatem wyzwanie nie tylko z punktu widzenia zdrowia jednostek oraz zdrowia publicznego, ale także powinny być traktowane jako wyzwanie społeczne i cywilizacyjne. Utrata wzroku, podstawowego narządu zmysłu człowieka, jest jednym z najbardziej traumatycznych doświadczeń jakie może go spotkać, jednocześnie wykluczając go z życia społecznego. Stąd potrzeba szczególnego uwzględnienia problemów okulistycznych na liście priorytetów zdrowotnych.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) choroby narządu wzroku występują u 285 milionów osób na całym świecie, z czego 39 milionów osób jest niewidoma, a 246 milionów osób ma upośledzenie widzenia.¹ Wiadomo jest również, że problem utraty wzroku narasta wraz z wiekiem. Aż 65% osób z upośledzeniem widzenia ma 50 lat i więcej, a odsetek osób w tym

1. Visual impairment and blindness, WHO, Fact Sheet N°282, Updated August 2014 , <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/>

przedziale wieku wśród niewidomych wynosi aż 82%. Na dodatek, aż 90% osób z upośledzonym widzeniem i niewidomych ma bardzo niskie dochody.

WHO stoi na stanowisku, że w skali globalnej można zapobiec nawet 85% przypadków zaburzeń widzenia poprzez wdrożenie przez kraje członkowskie kompleksowych działań diagnostycznych i leczniczych. Przez ostatnie 20 lat, pomimo wzrostu odsetka seniorów w populacji świata nastąpiła poprawa w zakresie ograniczenia inwalidztwa i utraty wzroku. Nastąpiło to przede wszystkim w wyniku poprawy sytuacji ekonomiczno-społecznej w wielu krajach, realizacji systemowych programów w zakresie zdrowia publicznego, zwiększenia dostępu do lekarskiej opieki okulistycznej oraz wzrostu świadomości społeczeństw w zakresie zapobiegania i diagnostyki chorób wzroku.

W 1999 roku WHO oraz International Agency for the Prevention of Blindness (IAPB) wdrożyły program pt. „VISION 2020”², który zakładał uniknięcie przez 20 lat 100 milionów przypadków ślepoty na świecie. Ma to być dokonane poprzez wdrożenie kompleksowych działań rządów poprawiających poziom opieki okulistycznej w każdym z krajów.

W maju 2013 roku, WHO wdrożyła dokument pt. „Universal eye health: a global action plan 2014-2019”³, który wytyczył kierunki kompleksowych działań na pięć lat. Głównym celem WHO jest zmniejszenie do roku 2019 liczby przypadków upośledzenia wzroku w skali globalnej o 25%. Światowa Organizacja Zdrowia nawołuje rządy krajów do wprowadzenia narodowych programów ograniczających natężenie chorób narządu wzroku, poprawiających dostęp do kompleksowej diagnostyki, leczenia i rehabilitacji medycznej w zakresie okulistyki. Szczególną wagę WHO przykłada do współpracy w tym zakresie pomiędzy sektorem publicznym i prywatnym oraz rządowym i pozarządowym (NGOs).

W Polsce jedyny zapis dotyczący pośrednio chorób narządu wzroku w Narodowym Programie Zdrowia 2007-2015⁴ formułuje cel operacyjny 9: „Tworzenie warunków do zdrowego i aktywnego życia osób starszych”.

2. <http://www.iapb.org/vision-2020>

3. Universal eye health: a global action plan 2014–2019, WHO, 2013, <http://www.who.int/blindness/actionplan/en/>

4. Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015, Załącznik do Uchwały Nr 90/2007, Rady Ministrów z dnia 15 maja 2007 roku, http://www.mz.gov.pl/__data/assets/pdf_file/0020/12494/zal_urm_npz_90_15052007p.pdf

Oczekiwanymi efektami do 2015 roku były: propagowanie idei aktywnego starzenia się, uzyskanie przez osoby starsze poczucia pełni zdrowia, bezpieczeństwa i aktywnego uczestnictwa w życiu gospodarczym, kulturalnym, społecznym i politycznym, zmniejszenie występowania niepełnosprawności, chorób przewlekłych i przedwczesnych zgonów w populacji osób powyżej 60 roku życia oraz zmniejszenie rozpowszechnienia czynników ryzyka, związanych z chorobami niezakaźnymi w populacji osób starszych. Oczekiwanymi efektami zdrowotnymi powinno być: zmniejszenie liczby niepełnosprawnych w grupie osób powyżej 60 roku życia, zmniejszenie liczby zgonów w populacji powyżej 60 roku życia, zmniejszenie liczby chorych na choroby niezakaźne w populacji powyżej 60 roku życia, wydłużenie liczby lat życia wolnych od wszelkich dolegliwości (współczynnik HALE) oraz wydłużenie przeciętnego, dalszego trwania życia.

Również główne tezy rządowego dokumentu pt. „Założenia długofalowej polityki senioralnej na lata 2014-2020”⁵ to poprawa jakości opieki zdrowotnej nad osobami starszymi, wsparcie osób 50+ na rynku pracy, działania na rzecz aktywizacji społecznej i edukacyjnej osób starszych. Ten sam dokument podaje, że aż 63% osób starszych uskarża się na trzy lub więcej dolegliwości, głównie ze strony narządu ruchu, krążenia, zmysłów, zaburzeń równowagi oraz pamięci. Wielochorobowość, otępienie, cukrzyca, pogorszenie funkcji narządów zmysłów, upośledzenie zdolności poznawczej i osłabienie siły mięśniowej prowadzi do uznania osoby w wieku 65+, jako wymagającej odmiennego podejścia. To właśnie osoby starsze są najbardziej narażone na wystąpienie chorób narządu wzroku. Polskie społeczeństwo starzeje się coraz szybciej, a więc bez wdrożenia szybkich zmian będzie rosła liczba osób z upośledzeniem wzroku i niewidomych. Dotyczy to przede wszystkim takich chorób oczu, jak zaćma, jaskra i zwyrodnienie plamki związane z wiekiem (AMD). To ostatnie schorzenie – AMD stało się główną przyczyną utraty wzroku u osób po 50. roku życia w krajach rozwiniętych, przez co zyskało przydomek „epidemii ślepoty”. Istnieją przykłady państw w Unii Europejskiej (np. Dania), gdzie systemowe rozwiązania w zakresie diagnostyki i leczenia sprawiły, że odsetek osób tracących wzrok w przebiegu AMD zmniejszył się o 50%. W latach 2000-2010 przeprowadzono tam w grupie wiekowej osób powyżej 50. roku życia badania, które wykazały obuoczną ślepotę z powodu AMD na poziomie 52,2 przypadków rocznie na 100 tys. osób w 2000 roku.

5. Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020, <http://www.mpips.gov.pl/seniorzyaktywne-starzenie/zalozenia-dlugofalowej-polityki-senioralnej-w-polsce-na-lata-20142020/>

Podobne badanie w 2010 roku wykazało już tylko 25,7 przypadków rocznie, co odpowiadało redukcji liczby chorych o ponad 50%.

Według badań przeprowadzonych przez TNS na zlecenie Stowarzyszenia AMD w 2012 roku, jedna trzecia Polaków nigdy nie była u okulisty i tylko 30% słyszało o AMD, a połowa ankietowanych nie zdaje sobie sprawy jakie są konsekwencje tej choroby⁶. Polacy także rzadko wykonują badania diagnostyczne oczu. Najczęściej wykonywanym badaniem jest badanie ostrości wzroku, wykonywane przeważnie raz na 3 lata lub rzadziej. Ponadto 23% Polaków nigdy, a 40 % tylko raz na 3 lata lub rzadziej wykonywało badanie dna oka, będące podstawowym badaniem diagnostycznym pozwalającym wcześniej wykryć pierwsze zmiany w siatkówce oka.

W Polsce dysproporcja pomiędzy rosnącymi potrzebami starzejącej się ludności a stopniem ich zaspokojenia przez system opieki medycznej narosła do poziomu, który już obecnie generuje problemy zdrowotne i społeczne na trudnym do zaakceptowania poziomie. Dotyczy to szczególnie dostępności do leczenia chorób siatkówki.^{7,8,9}

W myśl definicji polityki senioralnej, zawartej w cytowanym wcześniej dokumencie pt. „Założenia Długofalowej Polityki Senioralnej w Polsce na lata 2014-2020” – jest to ogół celowych działań organów administracji publicznej wszystkich szczebli oraz innych organizacji i instytucji, które realizują zadania i inicjatywy kształtujące warunki dla godnego i zdrowego starzenia się. Należy więc zastanowić się w interdyscyplinarnym gronie

6. Raport A. Stankiewicz (red.), M. Misiuk-Hojło, M. Ulińska, T. Sobierajski (red.), Zatrzymać epidemię ślepoty. Medyczny, społeczny i ekonomiczny obraz schorzeń siatkówki oka, Stowarzyszenie Zwyródnienia Plamki związanego w Wiekim AMD, Polski Związek Niewidomych, Retina AMD Polska, Warszawa 2012, <http://www.retina.neo.pl/raport.pdf>

7. Raport: Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje, Instytut Ochrony Zdrowia, 2013, <http://ioz.org.pl/?pagelid=12&pid=7>

8. Raport A. Stankiewicz (red.), Ibidem.

9. Dostęp do opieki okulistycznej w Polsce. Podejście systemowe. Najważniejsze problemy związane z dostępem doświadczeń okulistycznych. CEESTAHC 2013. URL Access to ophthalmologic care in Poland. A systemic approach. CEESTAHC 2013. URL, http://www.korektorzdrowia.pl/wp-content/uploads/raport_okulistyka_v-2.2.pdf

ekspertów i narodowej debacie, jakie kompleksowe i międzyresortowe rozwiązania systemowe należy wdrożyć, aby zahamować niepokojące i narastające zjawisko wykluczenia społecznego osób starszych z powodu chorób narządu wzroku w Polsce.

Organizacja okulistyki w Polsce w aspekcie starzenia się narządu wzroku

Prof. dr hab. n. med. Wanda Romaniuk
Konsultant Krajowy w dziedzinie Okulistyki

Proces starzenia się narządu wzroku powoduje obniżenie funkcji, komfortu widzenia i jakości życia osoby starzejącej się. Biorąc pod uwagę fakt, że obecnie około 15% mieszkańców Europy to osoby powyżej 65 roku życia i że liczba ta stale rośnie, gdyż wydłuża się okres życia, szacuje się, że już w roku 2020 osoby po 65 roku życia będą stanowiły powyżej 20% populacji. Jest to wielkie wyzwanie natury organizacyjnej i finansowej, gdyż proces starzenia się należy rozpatrywać zarówno w aspekcie biologicznym, jak i psychologicznym, a także społeczno-socjalnym.

Należy więc poważnie zastanowić się nad rozwiązaniami systemowymi, które mogłyby sprostać narastającym problemom i które mogłyby poprawić istniejącą sytuację.

Zmiany w narządzie wzroku związane ze starzeniem się dotyczą wszystkich tkanek układu wzrokowego, a więc zarówno aparatu ochronnego oka, jak i przedniego i tylnego odcinka gałki ocznej, również oczodołu i dalszego odcinka drogi wzrokowej włączając także korę mózgową. Problemami na które najpierw należałoby zwrócić największą uwagę, gdyż poważnie upośledzają funkcję narządu wzroku i powodują obniżenie jakości i komfortu życia osób starzejących się to:

1. Zwyrodnienie plamki związane z wiekiem (AMD);
2. Powikłania siatkówkowe w cukrzycy;
3. Zatory i zakrzepy naczyń siatkówki;
4. Jaskra i niedokrwienna neuropatia nerwu wzrokowego;

Ad. 1. Zwyródnienie plamki związane z wiekiem (age-related macular degeneration – AMD)

Występuje głównie u ludzi po 50. roku życia, szczególnie dotyczy to populacji krajów wysokorozwiniętych, w tym także Polski. Wysiękowa postać AMD, wg specjalistów WHO, wzrosła dwukrotnie w roku 2020.

Wysiękowa postać AMD nieleczone prowadzi do nieodwracalnej utraty ostrości widzenia i prawie do całkowitej ślepoty. W Polsce dotyczy to około 130 tys. osób, a rocznie notuje się kilkanaście tysięcy nowych zachorowań.

Pacjent z wysiękową postacią AMD winien być poddany bezzwłócznemu leczeniu. Wszystkie te przypadki należy traktować jako pilne, gdyż w krótkim czasie może dojść do nieodwracalnych zmian w centralnej części siatkówki. Aktualne środki przeznaczone na terapię są niewystarczające, co utrudnia leczenie.

Aktualnym standardem leczenia wysiękowej postaci AMD są iniekcje doszklistkowe leków z grupy antagonistów VEGF takich jak ranimizumab, aflibercept, czy stosowany off-label bewacizumab. Wymienione leki nie likwidują przyczyny AMD, mają głównie działanie objawowe, gdyż etiologia tego schorzenia nie została jeszcze dokładnie poznana, co stwarza konieczność poszukiwania nowych metod leczenia tej patologii groźnej dla widzenia.

Ad. 2. Powikłania siatkówkowe w cukrzycy

Na cukrzycę choruje w Polsce około 2 mln osób. Powikłania siatkówkowe cukrzycy prowadzące, bez leczenia, do nieodwracalnej ślepoty występują u około 12% chorujących na cukrzycę. Najczęstsze to: obrzęk siatkówki centralnej (obrzęk plamki), zmiany proliferacyjne szklistkowo-siatkówkowe, krwotoki do ciała szklistego i siatkówki, a także trakcyjne odwarstwienie siatkówki.

Właściwe leczenie winno być prowadzone przy ścisłej współpracy diabetologa i okulisty, właściwym przestrzeganiu diety i stosowaniu się do zaleceń lekarzy specjalistów. Standardy leczenia powikłań siatkówkowych cukrzycy to: farmakoterapia, leczenie laserowe, iniekcje doszklistkowe anty VEGF i steroidów oraz leczenie operacyjne – witrektomia.

Poziom wiedzy społeczeństwa dotyczący tego zagadnienia jest niewystarczający i konieczne byłoby działanie edukacyjne, a także okresowe

badania screeningowe, gdyż pacjenci, zgłaszając się do okulisty, mają już zbyt zaawansowane zmiany proliferacyjne siatkówkowe, źle rokujące mimo stosowanej terapii. Świadomość powikłań okulistycznych cukrzycy jest w społeczeństwie w dalszym ciągu zbyt niska.

Ad. 3. Zatory i zakrzepy naczyń siatkówki

Starzejąca się populacja jest dotknięta chorobami układu krążenia i naczyń, niewydolnością serca, miażdżycą – co ma niebagatelny wpływ na powstawanie zakrzepów żyły środkowej siatkówki lub jej gałęzi, a także zatorów tętnicy środkowej siatkówki.

Obecnie standardem leczenia zakrzepów prowadzących do obrzęków centralnej części siatkówki jest podawanie iniekcji dożłokowych preparatów anty VEGF i steroidowych. Podobnie jak w leczeniu wysiękowej postaci AMD, niewystarczające nakłady finansowe stwarzają wiele problemów. W profilaktyce występowania tych patologii konieczna jest współpraca lekarzy chorób wewnętrznych, kardiologów i okulistów.

Ad. 4. Jaskra i niedokrwienna neuropatia nerwu wzrokowego

Jaskra jest również problemem społecznym w Polsce. Choruje na nią obecnie ok. 400 tys. osób, a szacuje się, że liczba ta może zwiększyć się o połowę w ciągu najbliższych 20 lat. Nieleczona jaskra może prowadzić do nieodwracalnej ślepoty, gdyż jest to postępująca degeneracja nerwu wzrokowego.

Leczenie jaskry to: farmakoterapia, laseroterapia i leczenie chirurgiczne oraz ścisła współpraca okulistów, a także lekarzy zajmujących się schorzeniami naczyń. Edukacja pacjentów, większy odsetek wcześniejszych rozpoznań i właściwe leczenie, (może sieć Poradni Jaskrowych?) – to również poważne wyzwania mające na celu zmniejszenie „inwalidztwa wzrokowego”.

W świetle powyższych danych należy rozważyć:

1. Działania edukacyjne skierowane do ogółu społeczeństwa – mające duże znaczenie w profilaktyce chorób;
2. Współpracę okulistów i lekarzy innych specjalności zajmujących się pacjentami starszymi ze szczególnym uwzględnieniem współpracy z diabetologami;

3. Współpracę okulistów i geriatrów w zakresie potrzeb wzrokowych i ograniczeń pacjenta z upośledzoną funkcją widzenia. Obniżenie ostrości wzroku nasila depresję i mózgowy zespół organiczny, a także wpływa niekorzystnie na pacjenta i jego rodzinę.

Należy podkreślić ścisły związek powstawania zaburzeń ostrości wzroku z większością schorzeń występujących u pacjenta starszego, w szczególności należy zwrócić uwagę na:

- choroby układu krążenia i serca (miażdżyca naczyń);
- choroby hematologiczne i zaburzenia krzepnięcia;
- choroby metaboliczne (cukrzyca);
- choroby reumatyczne;
- choroby tarczycy;
- choroby i zaburzenia neurologiczne (korowe ubytki pola widzenia);
- inne

Poszerzenie wiedzy dotyczącej zagadnień związanych ze starzeniem się powinno przyczynić się do usprawnienia i zwiększenia skuteczności leczenia, a także wpłynąć na efektywniejszą profilaktykę. Organizacja ochrony zdrowia w starzejącej się populacji jest ogromnym wyzwaniem.

Choroby siatkówki oka – wytyczne postępowania w Polsce

Prof. dr hab. med. Wojciech Omulecki
Prezes Polskiego Towarzystwa Okulistycznego

Choroby siatkówki oka to często występujące schorzenia. Nieleczone, mogą doprowadzić do nieodwracalnego upośledzenia wzroku, a nawet do ślepoty. Dlatego tak ważne jest, aby usystematyzować postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne, dotyczące tych chorób oraz prowadzić działania edukacyjne skierowane do pacjentów.

Polskie Towarzystwo Okulistyczne (PTO) przedstawiło opracowane przez ekspertów nowe wytyczne¹⁰, dotyczące postępowania w naczyniowych chorobach siatkówki oka: w obrzęku płamki wtórnym do niedrożności naczyń żylnych siatkówki (ang. CRVO, BRVO) oraz neowaskularyzacji podsiatkówkowej (ang. CNV) w patologicznej krótkowzroczności. Wcześniej zostały już przedstawione wytyczne PTO, odnoszące się do zaleceń postępowania w cukrzycowym obrzęku płamki (ang. DME).

Siatkówka oka to przezroczysta, cienka błona, która wyściela wnętrze gałki ocznej. Jej centralną częścią jest płamka, stanowiąca miejsce odpowiadające za ostrość widzenia. To tutaj powstają kolorowe obrazy o najwyższej rozdzielczości. Najczęstszą przyczyną chorób siatkówki są procesy zwyrodnieniowe samoistne lub związane z chorobami ogólnoustrojowymi.

W przypadku cukrzycy jest to cukrzycowy obrzęk płamki, a w przypadku nadciśnienia tętniczego i/lub cukrzycy – zakrzep żyły środkowej siatkówki. Jeśli zwyrodnienie siatkówki wynika z wieku pacjenta, przy braku innych bezpośrednich przyczyn, mówimy o zwyrodnieniu płamki związanym z wiekiem (ang. AMD). AMD dzieli się na postać suchą i wilgotną. Postać wilgotna, zwana także wysiękową, występuje rzadziej, ale charakteryzuje się gwałtowniejszym przebiegiem i gorszym rokowaniem. Choroby centralnej

10. <http://pto.com.pl/dokumenty>

części siatkówki oka są szybko zauważane przez pacjentów, ponieważ towarzyszy im nagłe lub stopniowe pogorszenie widzenia, odczuwane jako plama w części środkowej pola widzenia i/lub zniekształcenie obrazów.

W społeczeństwach rozwiniętych obserwuje się wzrost zachorowań na choroby siatkówki oka. Są one jedną z głównych przyczyn upośledzenia widzenia w wyniku zachodzących zmian cywilizacyjnych, prowadzących do starzenia się społeczeństw i zwiększonej zapadalności na niektóre choroby – np. na cukrzycę czy nadciśnienie tętnicze. Każdy z wymienionych czynników ma swoje konsekwencje dla narządu wzroku. Dlatego tak istotne jest posiadanie wytycznych, które pozwolą lekarzom okulistom prowadzić odpowiednią diagnostykę i podjąć szybkie, skuteczne leczenie.

Wymienione schorzenia mogą zostać wykryte dzięki nowoczesnej diagnostyce, obejmującej przede wszystkim angiografię fluoresceinową i indocjaninową (ang, FA, IA) z użyciem funduskamery oraz optyczną koherentną tomografię (ang. OCT). Wyniki tych badań mają istotne znaczenie dla rozpoznania choroby i są podstawą do kwalifikacji pacjenta do odpowiedniego leczenia. Do najnowszych i najbardziej skutecznych terapii należy podawanie preparatów anti-VEGF (leki hamujące działanie naczyniowych czynników wzrostu), w postaci iniekcji, bezpośrednio do gałki ocznej – doszkliskowo. Obecnie zarejestrowane i stosowane leki z tej grupy to: ranibizumab i aflibercept. Szybkie podjęcie leczenia jest bardzo istotne, ponieważ omawiane choroby siatkówki mają charakter postępujący i doprowadzają do nieodwracalnego upośledzenia widzenia w przypadku niepodjęcia leczenia we właściwym czasie.

Szacuje się, że w Polsce na zwyrodnienie plamki związane z wiekiem choruje od 1,2 do 1,5 mln osób¹¹. AMD, nazywane „epidemią ślepoty”, jest najczęstszą przyczyną poważnej utraty ostrości wzroku w populacji osób starszych. Na jej groźniejszą, wysiękową postać choruje w Polsce ok. 130 tys. pacjentów, a każdego roku przybywa ok. 12-15 tys. nowych zachorowań¹².

11. Yannuzzi LA.: Atlas Chorób Siatkówki wyd. I polskie, red. Omulecki W., Wilczyński M., Elsevier, Urban & Partner Wrocław, 2012

12. Stankiewicz A. Figurska M.: Zwyrodnienie plamki związane z wiekiem-Przewodnik diagnostyki i terapii, 2010

Z kolei cukrzycowy obrzęk plamki jest poważnym powikłaniem cukrzycy, z powodu którego cierpi obecnie ok. 50 tys. osób, kwalifikujących się do leczenia. Co roku przybywa kilka tysięcy nowych pacjentów.¹³

Przed skutecznym leczeniem chorób siatkówki w Polsce stoi jednak kilka wyzwań. Jest to przede wszystkim niewystarczająca wiedza Polaków, dotycząca chorób siatkówki. Według badań, przeprowadzonych przez TNS Polska¹⁴, jedynie 30% ankietowanych posiadała wiedzę na ten temat¹⁵. Jeśli dodamy, że, według tych samych badań, co trzeci Polak nigdy nie był u okulisty, to może to wywoływać niepokój.

Kolejną przeszkodą jest ograniczony dostęp do leczenia chorób siatkówki w Polsce. Jedynie w przypadku wysiękowej postaci AMD dostępna jest refundacja leczenia przez NFZ, z czego korzysta jedynie ok. 10% pacjentów wymagających leczenia. Wiąże się to z rygorystycznymi warunkami włączenia pacjenta do leczenia w ramach jednorodnej grupy lekowej. Równie niepokojący jest brak finansowania przez płatnika leczenia powikłań okulistycznych cukrzycy, które prowadzą do nieodwracalnej utraty wzroku wśród osób stosunkowo młodych, a więc aktywnych zawodowo. Warto pochylić się nad tym zagadnieniem zwłaszcza, że liczba chorych na cukrzycę w Polsce stale wzrasta i osiągnęła już liczbę 3 mln osób.

Ostatnio, duże poruszenie w środowisku okulistycznym wzbudził fakt obniżenia pod koniec ubiegłego roku wycen bardzo ważnych procedur okulistycznych. Dotyczył on leczenia wysiękowej postaci AMD oraz procedury operacyjnego leczenia zaćmy. Wzrok jest naszym najważniejszym zmysłem, którego utrata należy do jednych z najbardziej traumatycznych doświadczeń, jakie mogą spotkać człowieka i często powoduje trwałą niepełnosprawność. Utrata wzroku to nie tylko olbrzymie koszty społeczne, lecz także koszty pośrednie, ekonomiczne, które obciążają budżet państwa.

13. Stankiewicz A. Cukrzycowe powikłania narządu wzroku – uwarunkowania diagnostyczno-terapeutyczne, Klinika Oczna, Wydanie 3/2012, http://www.okulistyka.com.pl/_klinikaoczna/index.php?strona=artykul&wydanie=50&artykul=848

14. TNS „Świadomość chorób siatkówki oka”, kwiecień 2012 r, grupa badawcza 1000 osób, próba ogólnopolska

15. Ibidem

Zwyrodnienie plamki związane z wiekiem (AMD) w Polsce

Prof. dr hab. n. med. Andrzej Stankiewicz

Stowarzyszenie Zwyrodnienia Plamki Związanego z Wiekiem
w Warszawie

Wprowadzenie

Szacuje się, że w Polsce na zwyrodnienie plamki związane z wiekiem (AMD) choruje od 1,3 mln do 1,5 mln osób, z tego 140 000 na jego wysiękową postać, a więc najniebezpieczniejszą formę, prowadzącą do nieodwracalnej utraty wzroku Polaków. Z każdym rokiem przybywa ok. 14 000 pacjentów z postacią wysiękową.

AMD jest trzecią, po jaskrze i zaćmie, przyczyną ślepoty oraz pierwszą przyczyną utraty wzroku wśród osób starszych. Zwyrodnienie plamki powoduje ślepotę pacjenta – w przeciwieństwie do innych najczęściej występujących chorób wzroku – nieodwracalnie. Dlatego nawet kilkumiesięczne opóźnienie w leczeniu choroby powoduje szybką utratę wzroku, w większości przypadków bez możliwości jego przywrócenia.

Pomimo dynamicznego rozwoju diagnostyki i skutecznych możliwości terapeutycznych w zakresie chorób naczyniówkowo-siatkówkowych poprzez iniekcje do gałki ocznej, które są w części refundowane przez państwo, sytuacja w Polsce nie jest najlepsza. Problemem pozostaje nadal niska dostępność do najnowszych metod leczenia, którą od stycznia 2014 roku pogorszyło obniżenie i tak już niskiej, nie pokrywającej pełnego kosztu leczenia, procedury B02.

Jako lekarze zrzeszeni w Stowarzyszeniu AMD, na co dzień mamy bezpośredni kontakt z pacjentami chorymi na AMD i jesteśmy często świadkami dramatu utraty wzroku, które następuje w trakcie oczekiwania na leczenie. Dlatego mamy głęboką nadzieję, że niniejsza publikacja przybliży tematykę AMD społeczeństwu i sprawi, że już w 2015 roku poprawi się sytuacja pacjentów chorych na wysiękową postać AMD.

Charakterystyka zwyrodnienia plamki związanego z wiekiem¹⁶

Podstawowe informacje

Siatkówka oka to przezroczysta, cienka błona, która wyściela wewnątrz gałki ocznej. Zlokalizowane są w niej pierwsze neurony drogi wzrokowej, z których sygnał wzrokowy poprzez nerw wzrokowy jest przekazywany dalej, do mózgu. To dlatego zmiany chorobowe w obrębie siatkówki są bardzo niebezpieczne i mogą prowadzić do trwałej utraty wzroku. Najczęstszą przyczyną chorób siatkówki są procesy zwyrodnieniowe (zwyrodnienie plamki związane z wiekiem – AMD) lub powikłania chorób ogólnoustrojowych, np. z cukrzycy (cukrzycowy obrzęk plamki – DME).

Zwyrodnienie plamki związane z wiekiem na wczesnych etapach choroby często bywa niezauważone. Zdarza się, że pacjenci uświadamiają sobie, że są chorzy dopiero wtedy, gdy dojdzie u nich do znacznego pogorszenia ostrości wzroku. AMD jest przewlekłą, postępującą chorobą prowadzącą do trwałych zmian w centralnej siatkówce i naczyniówce, w wyniku których dochodzi do nieodwracalnej częściowej lub prawie całkowitej utraty widzenia.

AMD występuje w dwóch postaciach: suchej (dotyczy 80-90% chorych) oraz wysiękowej (dotyka 10-15% chorych). Postać sucha jest łagodniejszym typem AMD i cechuje się powolnym postępem choroby. Pogorszenie ostrości wzroku następuje stopniowo, w ciągu miesięcy lub lat, doprowadzając do utraty widzenia centralnego. W tej postaci obumierają komórki odpowiedzialne za prawidłowe odbieranie wrażeń wzrokowych (fotoreceptory) oraz funkcjonowanie siatkówki oka. Postać wysiękowa, zwana również mokrą lub neowaskularną, ma zwykle ciężki przebieg, a znaczna utrata widzenia może nastąpić nawet w ciągu kilku dni. Jej przyczyną jest powstawanie nieprawidłowych naczyń krwionośnych w okolicy plamki, które tworzą tzw. błonę podsiatkówkową, co w efekcie prowadzi do powstania przesieków i krwotoków. W końcowym stadium może dojść do powstania tarczowatej blizny i trwałego uszkodzenia siatkówki.

16. A. Stankiewicz (red.), M. Misiuk-Hojło, M. Ulińska, T. Sobierajski (red.), Zatrzymać epidemię ślepoty. Medyczny, społeczny i ekonomiczny obraz schorzeń siatkówki oka, Stowarzyszenie Zwyrodnienia Plamki związanego w Wiekiem AMD, Polski Związek Niewidomych, Retina AMD Polska, Patronat honorowy Polskie Towarzystwo Okulistyczne, 2011.

Wpływ zaawansowanej choroby na jakość życia jest znaczący, a jej wczesne leczenie – kluczowe. Szacuje się, że w chwili zgłoszenia się do okulisty u 20-30% chorych diagnozuje się ostrość wzroku obniżoną do wartości jednego rzędu w co najmniej jednym oku, co stwierdza badanie przeprowadzone przy użyciu tablic Snellena. Nieleczona wysiękowa postać AMD w zaledwie 3 lata zwiększa ten odsetek do 75% pacjentów. Zwłoka w podjęciu leczenia o więcej niż 28 dni wiąże się z postępującym obniżeniem ostrości widzenia. Choroba zwykle na początku lub z czasem obejmuje centralną część plamki – dołek. Stąd jej poważne objawy. Pacjent nie może samodzielnie funkcjonować, traci zdolność czytania, nie rozpoznaje twarzy, nie potrafi wybrać numeru telefonu, a więc traci zdolność funkcjonowania zawodowego i społecznego.

Mając na uwadze, że czas od rozpoznania choroby do czasu rozpoczęcia leczenia odgrywa niebagatelną rolę, należy zwrócić uwagę na możliwości skutecznego leczenia, przy wykorzystaniu wiedzy i możliwości współczesnej medycyny. Podstępne schorzenie, degradujące rolę chorego w pracy i społeczności, może zostać spowolnione lub zahamowane dzięki dośzklistkowemu podawaniu leków z grupy anty-VEGF. Jest to aktualnie procedura finansowana w ramach leczenia szpitalnego i rozliczana w systemie JGP jako świadczenie B02.

Epidemiologia

Na całym świecie na AMD choruje ok. 50 mln ludzi. W krajach rozwiniętych, w których występuje najczęściej, zwyrodnienie plamki związane z wiekiem jest najczęstszą patologią plamki i główną przyczyną ślepoty u osób po 50. roku życia przez co zyskało miano „epidemii ślepoty”. Najwięcej chorych (80 do 85%) cierpi na postać suchą AMD, a 10 do 15% na postać wysiękową. Częstość występowania choroby wzrasta 4-10 razy wraz ze starzeniem się populacji. Do utraty widzenia dochodzi w późnych stadiach choroby u 85% chorych z wysiękowym AMD i u 15% z suchym. Szacuje się, że po 70. roku życia choroba ta dotyka ok. 30% osób, najczęściej kobiet, u których powyżej 75. roku życia dwa razy częściej występują zmiany początkowe AMD i aż siedem razy częściej zmiany zaawansowane niż u mężczyzn w tym samym wieku.

W Polsce liczbę chorych z AMD (zwyrodnienie plamki związane z wiekiem) szacuje się na około 1,3-1,5 mln osób, w tym 140 tys. osób z destrukcyjną postacią wysiękową. Co roku przybywa w naszym kraju ok. 14 tys. chorych z postacią wysiękową. Zakłada się, że do 2020 roku liczba wszystkich chorych na AMD może osiągnąć nawet 2 mln.

Przyjmując, że 85% osób z nieleczonym wysiękowym AMD traci widzenie w chorym oku w okresie od 1 roku do 2 lat od wystąpienia pierwszych objawów choroby, można obliczyć, że w Polsce z tego powodu ok. 100 tys. osób nie widzi na jedno oko. Z tej liczby ok. 5-10% jest leczonych, a więc przynajmniej 90 tys. nie widzi na jedno oko. Ponieważ na wystąpienie wysiękowego AMD w drugim oku w ciągu 5 lat narażonych jest 30% chorych, liczba osób z prawną obuoczną ślepotą może wzrastać o ponad 10 tys. rocznie. Do tej liczby należy doliczyć także ok. 10 tys. osób ze znacznym pogorszeniem widzenia w przebiegu suchego AMD.

Okulistyka i leczenie AMD w Polsce na tle Europy

Lek. med. Jakub Gierczyński, MBA

Ekspert Koalicji i Fundacji na Rzecz Zdrowego Starzenia się
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Stan opieki okulistycznej w wybranych krajach został przedstawiony w kilku kluczowych raportach. W raporcie pt. „Euro Vision Scorecard 2013 (EVS 2013)”¹⁷ opracowanym przez instytut analiz opieki zdrowotnej Health Consumer Powerhouse Ltd. z siedzibą w Sztokholmie porównano 15 krajów europejskich, w tym Polskę, według wskaźników dotyczących jakości i dostępu do opieki okulistycznej. W końcowym rankingu EVS 2013 Polska znalazła się w czwartej grupie krajów (razem z Węgrami, Litwą i Słowacją), które osiągnęły najgorsze wyniki. W krajach tych opieka okulistyczna jest niezadawalająca, brak jest kompleksowej diagnostyki chorób oczu – szczególnie w cukrzycy, kolejki oczekujących na świadczenia są zbyt długie, przez co pacjenci zmuszeni są do korzystania z prywatnych usług medycznych. Występują również trudności w dostępie do nowoczesnych leków. W krajach odnoszących największe sukcesy w diagnostyce i terapii chorób oczu, takich jak Dania, Szwecja, Francja, Holandia i Szwajcaria, pacjenci mają dostęp do nowoczesnych technologii medycznych, zaś czas oczekiwania na wizytę u okulisty jest umiarkowany. Badania przesiewowe w kierunku powikłań ocznych cukrzycy obejmują do 90% osób żyjących z cukrzycą. W wyniku tych kompleksowych działań (zalecanych od 1999 roku przez WHO) ryzyko utraty i upośledzenia wzroku jest w Europie coraz mniejsze. W krajach oferujących najlepszą opiekę tylko niecałe 3% osób w wieku 50 lub więcej lat ma w codziennym życiu problemy wynikające z zaburzeń wzroku. Według ekspertów prawdopodobieństwo utraty lub ciężkich zaburzeń wzroku nadal jest do trzech razy większe u mieszkańców środkowej i wschodniej Europy niż w Europie zachodniej. Raport nie tylko pokazuje

17. Euro Vision Scorecard 2013, Health Consumer Powerhouse, 2013, <http://www.healthpowerhouse.com/files/2013-EVS/2013-Euro-Vision-Scorecard-Report-131009.pdf>

nierówności zdrowotne pomiędzy krajami Europy w dostępie do racjonalnej i kompleksowej opieki okulistycznej, ale sugeruje, jakie działania należy wdrożyć aby poprawić wskaźniki zdrowotne. Przede wszystkim należy stworzyć krajowy rejestr jakości opieki okulistycznej w każdym kraju Unii Europejskiej, który pokaże prawdziwy obraz epidemiologiczny i systemowy chorób oczu. Co roku w każdym kraju powinien być przeprowadzony program badań przesiewowych siatkówki oka obejmujący co najmniej 80% chorych na cukrzycę. Konieczne jest zniesienie ograniczeń w zakresie dostępu pacjentów z chorobami oczu do zabiegów chirurgicznych (szczególnie w zaćmie) oraz dostępie do nowoczesnych leków (zwłaszcza w AMD). Zalecane jest również opracowanie jednolitej, europejskiej definicji osoby niewidomej i niedowidzącej, ponieważ obecnie jest utrudniona analiza porównawcza sytuacji epidemiologicznej pomiędzy krajami.

W raporcie z 2013 roku pt. „The Cost of Preventable Blindness”¹⁸, przygotowanym przez Europejskie Forum Przeciw Ślepcie (European Forum Against Blindness, EFAB) porównano wskaźniki ekonomiczne leczenia okulistycznego w krajach: Słowacja, Polska, Niemcy, Wielka Brytania, Hiszpania, Francja i Włochy. W przypadku Polski stwierdzono, że najwyższe, bezpośrednie koszty opieki zdrowotnej wśród chorób okulistycznych generuje rocznie zaćma (49%), choroby siatkówki oka: AMD i retinopatia cukrzycowa (32%) oraz jaskra (19%). Sytuacja odwraca się w przypadku pomiaru bezpośrednich kosztów opieki zdrowotnej spowodowanych ślepotą w wyniku rozwoju powyższych chorób. Najwyższe koszty (aż 44%), generuje wysiękowa postać AMD, mimo, że choruje na nią w Polsce niemal 10-krotnie mniej osób niż na zaćmę. Stąd konieczność skutecznej i efektywnej kosztowo profilaktyki i leczenia AMD, ponieważ budżet państwa może w powyższej materii wiele zaoszczędzić. W tym przypadku każda interwencja medyczna o udowodnionej skuteczności, może przynieść poprawę stanu zdrowia chorych i realne, finansowe korzyści dla budżetu państwa.

W dokumencie opracowanym przez OECD w 2012 roku pt. „Comparing activities and performance of the hospital sector in Europe: how many surgical procedures performed as inpatient and day cases?”¹⁹ przedstawiono

18. The Cost of Preventable Blindness, European Forum Against Blindness/ Deloitte Access Economics, 2013, http://www.efabeu.org/media/1009/cob-backgrounder_18-september-2013_clean_v2.pdf

19. Comparing activities and performance of the hospital sector in Europe: how many surgical procedures performed as inpatient and day cases , OECD, 2012, http://www.oecd.org/health/Comparing-activities-and-performance-of-the-hospital-sector-in-Europe_Inpatient-and-day-cases-surgical-procedures.pdf

statystykę oraz odsetek operacji w trybie szpitalnym oraz ambulatoryjnym na 100 000 mieszkańców. W kategorii trybu wykonywania operacji zaćmy (ambulatoryjny i szpitalny) w Polsce większość przeprowadzonych operacji odbywała się na bazie hospitalizacji, natomiast w Unii Europejskiej większość operacji zaćmy wykonywano w trybie ambulatoryjnym. Częściowo wynika to jednak z innych definicji raportowania trybu wykonywania określonych procedur. W Polsce wszystkie rozliczane przez płatnika publicznego (NFZ) procedury szpitalne dotyczą dwóch trybów udzielania świadczeń – chirurgii jednego dnia lub ambulatoryjnego.

Warto również w tym miejscu raz jeszcze przypomnieć, że w opinii ekspertów WHO, w skali globalnej można zapobiec nawet 85% przypadków zaburzeń widzenia²⁰. Problem utraty wzroku dotyczy mieszkańców krajów, w których istnieje ograniczony dostęp do leczenia. Różnice w dostępności do świadczeń z zakresu okulistyki istnieją w wielu krajach w Europie, ale w przypadku Polski są one zbyt duże. Rozwiązanie problemu niskiej dostępności do świadczeń w zakresie leczenia zaćmy i AMD wymaga już teraz zdecydowanych zmian w systemie opieki okulistycznej w Polsce. Tak jak napisano w raporcie pt. „Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje” poprawa diagnostyki i leczenia chorób oczu winna stać się przedmiotem publicznej debaty, prac instytucji publicznych odpowiedzialnych za przestrzeganie praw obywatelskich, praw pacjentów, a także finansowanie i organizację systemu opieki medycznej oraz dostępność świadczeń zdrowotnych.²¹

20. Visual impairment and blindness, Fact Sheet N°282, Updated August 2014, World Health Organization, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs282/en/index.html>

21. Raport: Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje, Instytut Ochrony Zdrowia, 2013, <http://ioz.org.pl/?pageId=12&pid=7>

Finansowanie świadczeń z zakresu okulistyki ze szczególnym uwzględnieniem chorób siatkówki według danych NFZ

Lek. med. Jakub Gierczyński, MBA

Ekspert Koalicji i Fundacji na Rzecz Zdrowego Starzenia się
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Lek. med. Jerzy Gryglewicz

Ekspert Uczelni Łazarskiego

Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu okulistyki

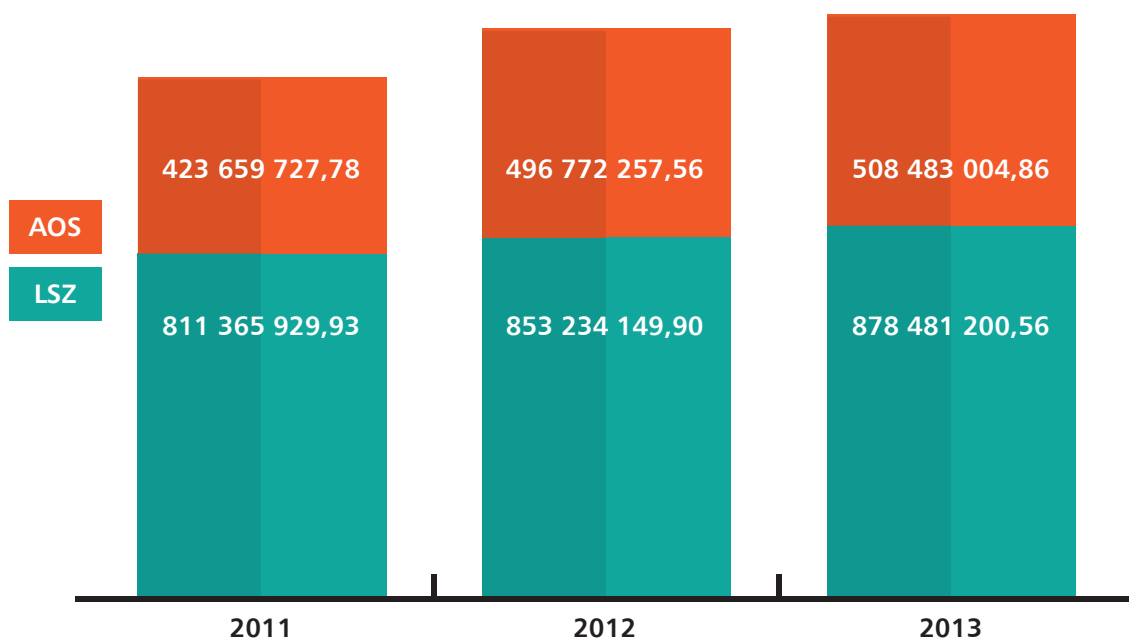
Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu okulistyki realizowane jest w ramach umów zawartych przez świadczeniodawców z Narodowym Funduszem Zdrowia w rodzajach ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) i leczenie szpitalne (LSZ). Z otrzymanych danych od NFZ wynika, że w latach 2011-2013 Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowy na świadczenia w zakresie okulistyki ogółem na kwotę 1 235 025 657,71 zł w 2011 r., 1 350 006 407,46 zł w 2012 r. oraz 1 386 964 205,42 zł w 2013 r. W obu zakresach odnotowano wzrost nakładów. Patrz tabela i wykres poniżej.

Tabela. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu okulistyki w ramach umów zawartych przez świadczeniodawców z Narodowym Funduszem Zdrowia w rodzajach ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) i leczenie szpitalne (LSZ) w latach 2011-2013, w złotych.

	2011	2012	2013
LSZ	811 365 929,93	853 234 149,90	878 481 200,56
AOS	423 659 727,78	496 772 257,56	508 483 004,86
Razem	1 235 025 657,71	1 350 006 407,46	1 386 964 205,42

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od NFZ

Wykres. Finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu okulistyki w ramach umów zawartych przez świadczeniodawców z Narodowym Funduszem Zdrowia w rodzajach: ambulatoryjna opieka specjalistyczna (AOS) i leczenie szpitalne (LSZ) w latach 2011-2013, w złotych.

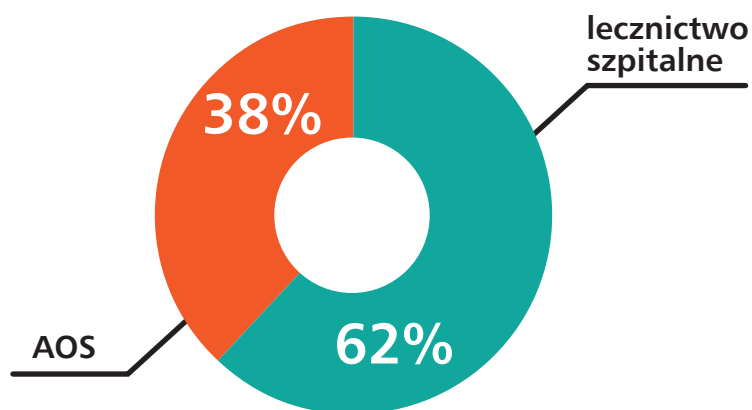


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych otrzymanych od NFZ

Natomiast analiza wartości zawartych umów z NFZ na świadczenia w zakresie okulistyki w 2014 roku wykazała kwotę 1 354,65 mln złotych. Nastąpił więc spadek nakładów na okulistykę ogółem w 2014 roku w stosunku do roku 2013 o 2,33%. W rodzaju leczenie szpitalne NFZ zawarł w 2014 r. umowy na świadczenia w zakresie okulistyki o wartości 842,95 mln zł. Było to o 5% mniej niż w 2013 roku (878,48 mln zł). W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) NFZ zawarł umowy na świadczenia w zakresie okulistyki o wartości 511,7 mln zł – nastąpił więc wzrost nakładów o 0,63% w porównaniu do roku 2013 (508,48 mln zł).

Udział leczenia szpitalnego w ogólnych wydatkach NFZ związanych z finansowaniem leczenia chorób oczu stanowi 62%, natomiast finansowanie poradni okulistycznych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej stanowi 38% wartości kontraktów NFZ w zakresie okulistyki na 2014 rok.

Wykres. Udział leczenia szpitalnego i ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ogólnych wydatkach NFZ związanych z finansowaniem leczenia chorób oczu w 2014 roku.

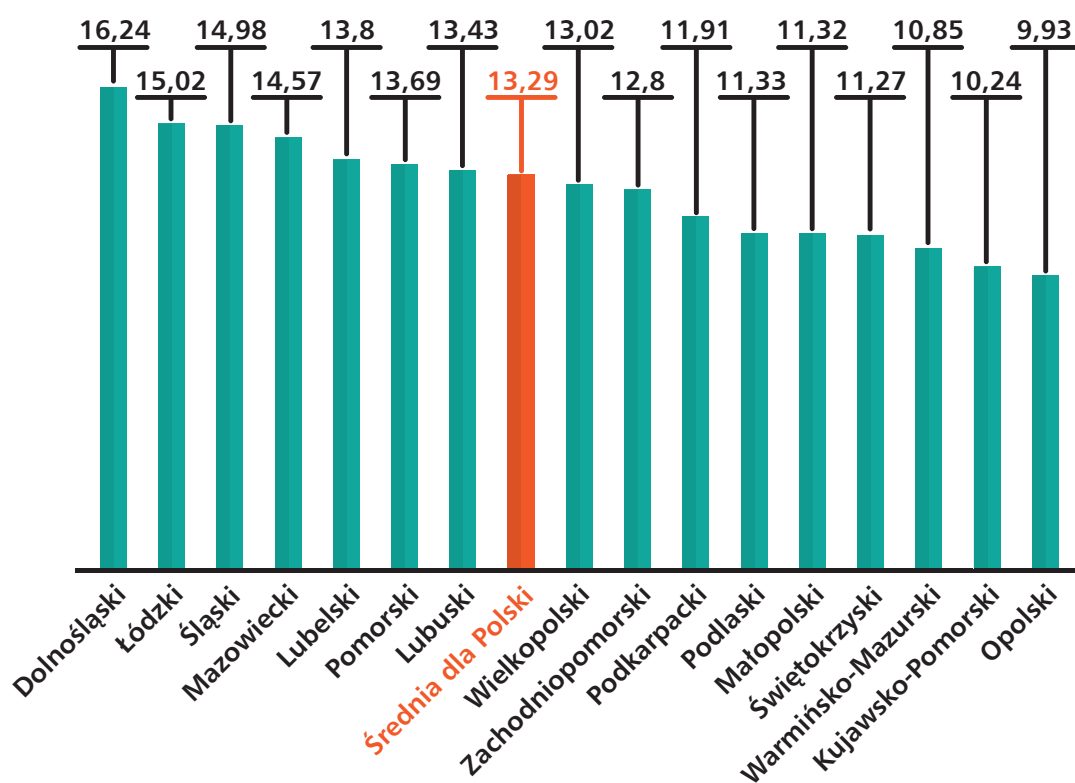


Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W rodzaju leczenie szpitalne Narodowy Fundusz Zdrowia na 2014 r. zawarł umowy na świadczenia w zakresie okulistyki z 260 świadczeniodawcami. W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) NFZ zawarł umowy na świadczenia w zakresie okulistyki z 1 730 świadczeniodawcami.

W ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) oddziały wojewódzkie NFZ zawarły umowy na 2014 r. w zakresie okulistyki z największą liczbą świadczeniodawców w województwie śląskim – 287 świadczeniodawców, mazowieckim (190) i dolnośląskim (185). Ważnym wskaźnikiem oceniającym dostępność do świadczeń AOS z zakresu okulistyki jest wskaźnik uzyskany poprzez podzielenie ogólnej wartości umów z zakresu okulistyki przez liczbę mieszkańców (ubezpieczonych) danego województwa (per capita). Przyjmuje się, że wysoki wskaźnik charakteryzuje województwa z dobrą dostępnością do leczenia w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (świadczenia w zakresie okulistyki). Obecnie wskaźnik ten dla kraju wynosi 13,29 zł per capita, co oznacza, że NFZ na każdego ubezpieczonego przeznacza tę kwotę na finansowanie świadczeń z zakresu okulistyki. Istnieją bardzo duże dysproporcje wielkości wskaźnika pomiędzy województwami. Najwięcej na mieszkańca przeznacza: Dolnośląski OW NFZ – 16,24 zł, Łódzki OW NFZ – 15,02 zł i Śląski OW NFZ – 14,98 zł. Najmniej na mieszkańca przeznacza: Opolski OW NFZ – 9,93 zł, Kujawsko-Pomorski OW NFZ – 10,24 zł i Warmińsko-Mazurski OW NFZ – 10,85 zł. Pokazuje to wykres poniżej.

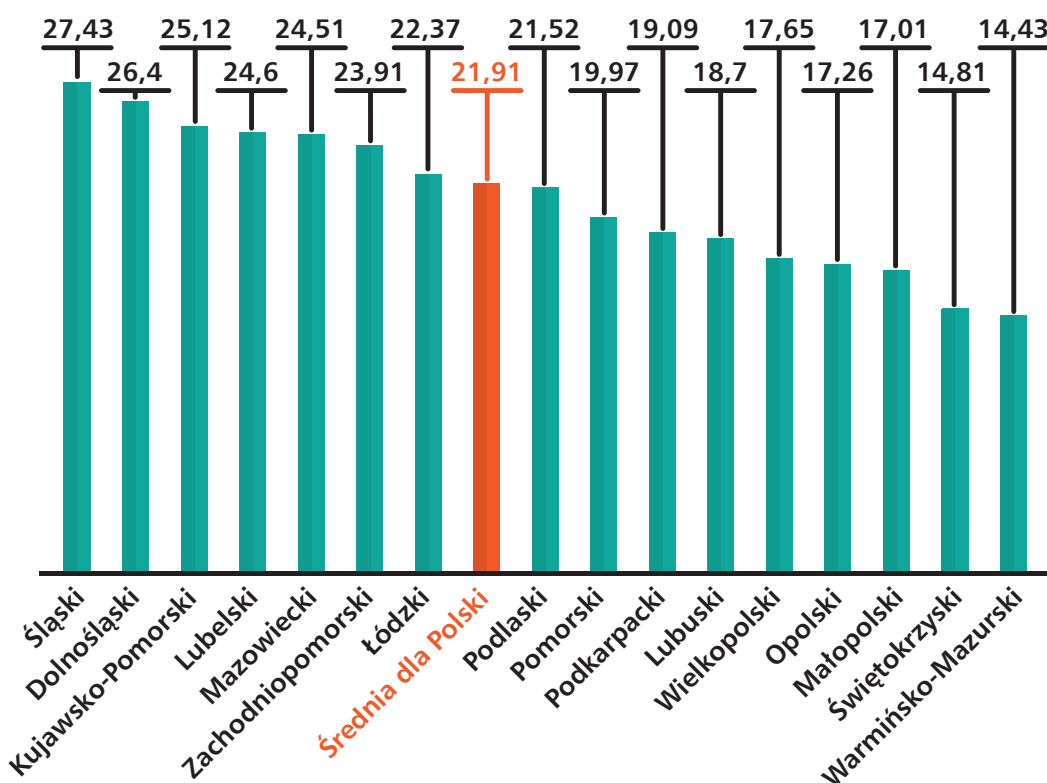
Wykres. Dostępność do świadczeń AOS z zakresu okulistyki w 2014 roku, wskaźnik per capita, ranking Oddziałów Wojewódzkich NFZ, w złotych/głową mieszkańca.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS

W ramach świadczeń dotyczących leczenia szpitalnego Narodowy Fundusz Zdrowia na 2014 r. zawarł umowy na świadczenia w zakresie okulistyki z największą liczbą świadczeniodawców w województwach śląskim – 34 szpitale, mazowieckim i wielkopolskim (27) oraz dolnośląskim i łódzkim (22). Ważnym wskaźnikiem oceniającym dostępność do świadczeń w LSZ z zakresu okulistyki jest wskaźnik uzyskany poprzez podzielenie ogólnej wartości umów z zakresu okulistyki-hospitalizacji przez liczbę mieszkańców (ubezpieczonych) danego województwa (per capita). Przyjmuje się, że wysoki wskaźnik charakteryzuje województwa z lepszą dostępnością do leczenia w ramach leczenia szpitalnego (świadczenia w zakresie okulistyki). Obecnie średnia wartość wskaźnika dla kraju wynosi 21,91 zł, co oznacza, że NFZ na każdego ubezpieczonego średnio przeznaczają tę kwotę na finansowanie świadczeń z zakresu okulistyka-hospitalizacja. Istnieją bardzo duże dysproporcje wielkości wskaźnika pomiędzy województwami. Najwięcej na 1 mieszkańca przeznaczają: Śląski OW NFZ – 27,43 zł, Dolnośląski OW NFZ – 26,40 zł oraz Kujawsko-Pomorski OW NFZ – 25,12 zł. Najmniej na 1 mieszkańca przeznaczają: Warmińsko-Mazurski OW NFZ – 14,43 zł, Świętokrzyski OW NFZ – 14,81 zł oraz Małopolski OW NFZ – 17,01 zł.

Wykres. Dostępność do świadczeń leczenia szpitalne z zakresu okulistyki w 2014 roku, wskaźnik per capita, ranking Oddziałów Wojewódzkich NFZ, w złotych/głową mieszkańca.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ i GUS

Finansowanie wybranych chorób siatkówki

Według danych sprawozdawczych otrzymanych z NFZ przeanalizowano nakłady na wybrane choroby siatkówki w latach 2011-2013.

W zakresie leczenia szpitalnego największe nakłady przeznaczone były na leczenie w ramach rozpoznania H35.3 – ZWYRODNIENIE PLAMKI I BIEGUNA TYLNEGO. Wynosiły odpowiednio 42 402 479,10 zł w 2011 r., 51 783 723,68 zł w 2012 r. oraz 64 168 039,92 zł w 2013 r. Pokazuje to tabela poniżej.

Tabela. Nakłady NFZ w zakresie leczenia szpitalnego na wybrane choroby siatkówki w latach 2011-2013, w złotych.

Rozpoznanie główne ICD10	2011	2012	2013
H35.3 - ZWYRODNIENIE PLAMKI I BIEGUNA TYLNEGO	42 402 479,10	51 783 723,68	64 168 039,92
H35.0 - RETINOPATIA NIEPROLIFERACYJNA I ZMIANY NACZYNIOWE SIATKÓWKI	8 204 428,70	2 821 802,98	2 055 086,28
H34.8 - INNE POSTACIE ZAMKNIĘCIA NACZYŃ SIATKÓWKI	1 639 288,08	1 627 613,68	1 711 743,54
H31.9 - ZABURZENIA BŁONY NACZYNIOWEJ, NIEOKREŚLONE	75 123,00	69 222,84	57 148,00
Razem	52 321 318,88	56 302 363,18	67 992 017,74

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

W zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) największe wydatki związane były z leczeniem schorzeń dotyczących chorób z rozpoznaniem H35.3 – ZWYRODNIENIE PLAMKI I BIEGUNA TYLNEGO. Wynosiły odpowiednio 6 903 404,80 zł w 2011 r., 12 911 684,24 zł w 2012 r. oraz 16 776 936,04 zł w 2013 r. Pokazuje to tabela poniżej.

Tabela. Nakłady NFZ w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) na wybrane choroby siatkówki w latach 2011-2013, w złotych.

Rozpoznanie główne ICD10	2011	2012	2013
H35.3 - ZWYRODNIENIE PLAMKI I BIEGUNA TYLNEGO	6 903 404,80	12 911 684,24	16 776 936,04
H35.0 - RETINOPATIA NIEPROLIFERACYJNA I ZMIANY NACZYNIOWE SIATKÓWKI	2 585 424,19	3 768 048,10	3 899 437,96
H34.8 - INNE POSTACIE ZAMKNIĘCIA NACZYŃ SIATKÓWKI	529 781,45	970 774,08	1 201 560,20
H31.9 - ZABURZENIA BŁONY NACZYNIOWEJ, NIEOKREŚLONE	8 819,11	17 738,78	22 232,90
Razem	10 027 429,54	17 668 245,19	21 900 167,10

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

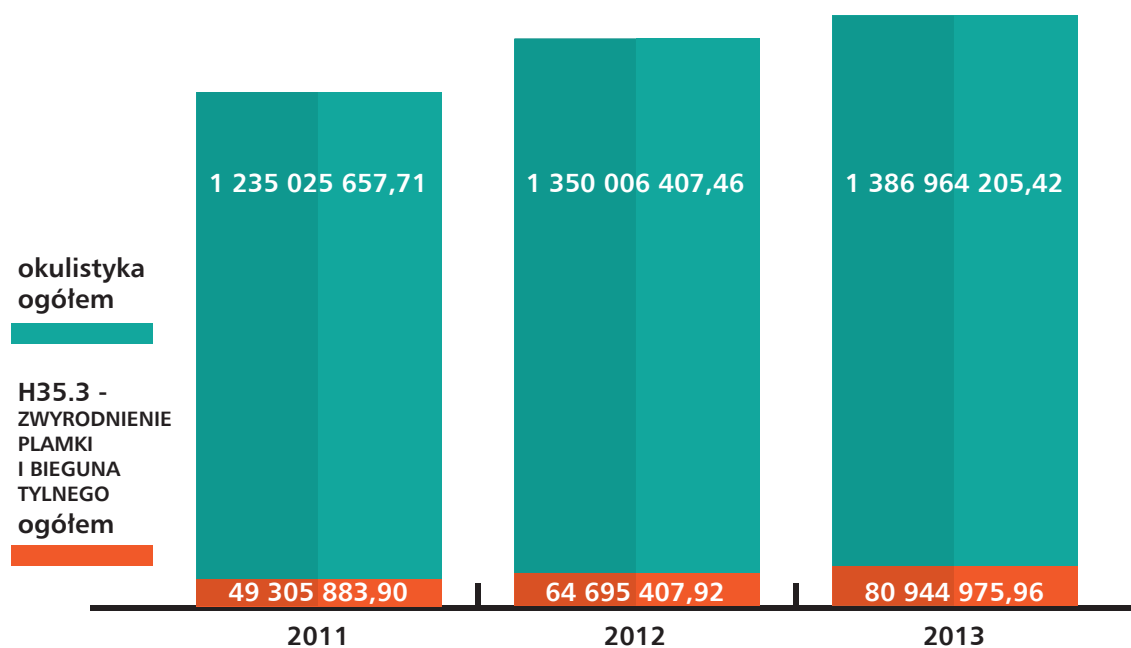
Wydatki NFZ ogółem na leczenie w zakresie rozpoznania H35.3 – ZWYRODNIENIE PLAMKI I BIEGUNA TYLNEGO wyniosły 49 305 883,90 zł w 2011 r., 64 695 407,92 zł w 2012 r. oraz 80 944 975,96 zł w 2013 roku. Stanowiły one około 4% wszystkich nakładów NFZ na okulistykę w Polsce. Patrz tabela i wykresy poniżej.

Tabela. Wydatki NFZ na leczenie chorób oczu, w tym rozpoznania H35.3 w latach 2011-2013, w złotych.

Kategoria	2011	2012	2013
Okulistyka ogółem	1 235 025 657,71	1 350 006 407,46	1 386 964 205,42
H35.3 - ZWYRODNIENIE PLAMKI I BIEGUNA TYLNEGO ogółem	49 305 883,90	64 695 407,92	80 944 975,96

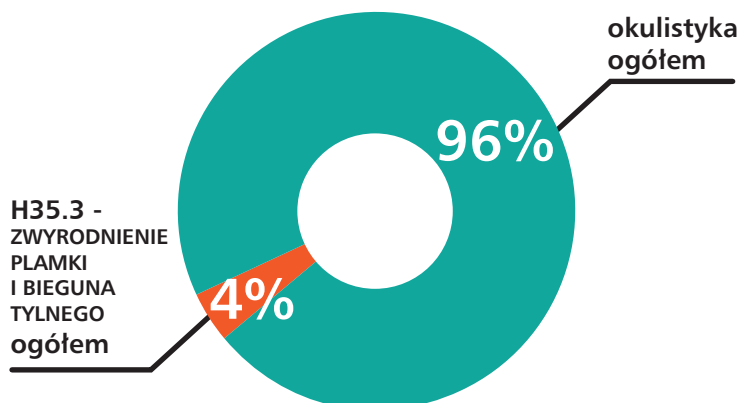
Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres. Wydatki NFZ na leczenie chorób oczu, w tym rozpoznania H35.3 w latach 2011-2013, w złotych.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres. Proporcja wydatków NFZ na leczenie chorób oczu i rozpoznania H35.3



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Świadczenia dotyczące pacjentów hospitalizowanych z powodu chorób oczu są sprawozdawane przez świadczeniodawców realizujących świadczenia w rodzaju leczenie szpitalne. Zbiorcze dane są opracowywane przez Centralę NFZ i przedstawiane w Systemie Jednorodnych Grup Pacjentów (JGP)²². Statystyki związane z hospitalizacjami pacjentów z chorobami znajdują się w katalogu B – Choroby oczu. W ramach świadczeń szpitalnych NFZ finansuje leczenie AMD – procedurę rozliczaną w zakresie grupy: B02 Leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji doszkliskowych przeciwciała monoklonalnego anty-VEGF. Na uwagę zasługuje fakt wzrostu liczby finansowanych procedur z 12 879 w 2012 roku, do 16 620 w 2013 roku (wzrost o 29,05%). Odpowiadało to wzrostowi wydatków NFZ w tym zakresie od 37 897 359,03 zł w 2011 roku, do 48 709 729,80 zł w 2013, czyli o 28,53%. W 2013 roku nastąpiła obniżka wyceny procedury o 0,4%. Pokazują to tabela i wykresy poniżej. W 2014 roku w związku ze zmianą Zarządzenia Prezesa NFZ nastąpiła dalsza obniżka wyceny procedury B02 z 57 pkt na 50 pkt (-12%).

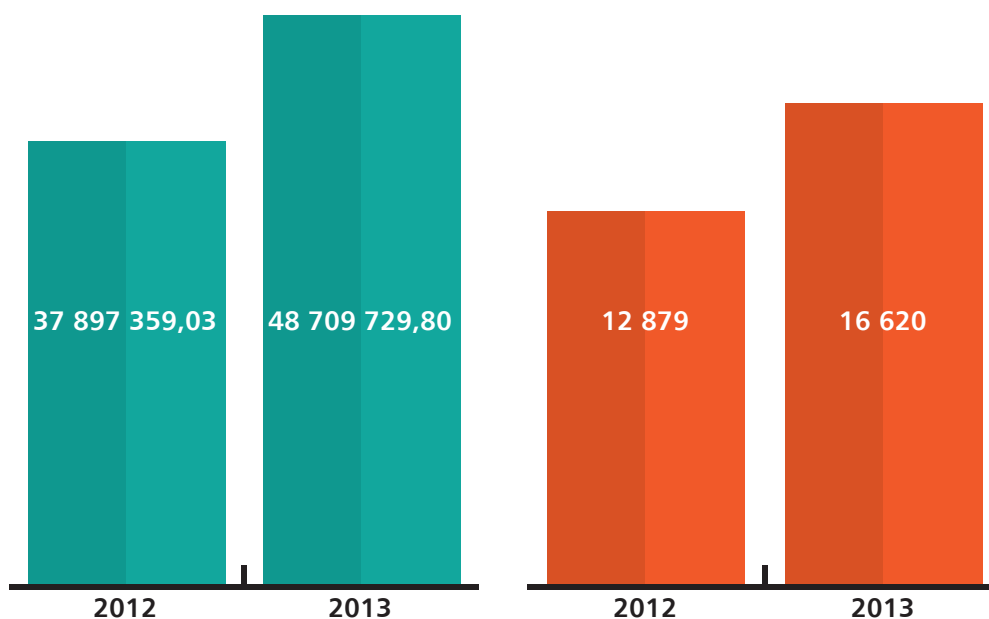
22. Statystyka JGP, NFZ, 2014, <http://prog.nfz.gov.pl/APP-JGP/>

Tabela. Liczba wystąpień, średnia wartość grupy oraz wartość wystąpień ogółem w Systemie JGP NFZ, Grupa: B02 Leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji doszkliskowych przeciwciała monoklonalnego anti-VEGF, w latach 2012-2013.

Kategoria	2012	2013	2013 vs 2012
Liczba wystąpień	12 879	16 620	+29,05%
Średnia wartość grupy (zł)	2 942,57 zł	2 930,79 zł	-0,40%
Wartość wystąpień ogółem	37 897 359,03 zł	48 709 729,80 zł	+28,53%

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Wykres. Wartość i liczba wystąpień w Systemie JGP NFZ, Grupa: B02 Leczenie wysiękowej postaci AMD z zastosowaniem iniekcji doszkliskowych przeciwciała monoklonalnego anti-VEGF, w latach 2012-2013.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ

Dostępność do świadczeń w zakresie leczenia chorób oczu w Polsce

Lek. med. Jakub Gierczyński, MBA

Ekspert Koalicji i Fundacji na Rzecz Zdrowego Starzenia się

Według danych Głównego Urzędu Statystycznego (GUS)²³ w 2012 roku w Polsce funkcjonowało 170 szpitalnych oddziałach okulistycznych, które łącznie posiadały 3 303 łóżek i leczono w nich 235 000 pacjentów. Patrząc na międzynarodowe porównania w zakresie lekarzy specjalistów²⁴, w 2012 roku na milion mieszkańców Polski przypadało 111 lekarzy okulistów, co plasowało Polskę razem z Francją w czołówce europejskiej. Potwierdzają to najświeższe statystyki Naczelnej Rady Lekarskiej²⁵, które podają liczbę 4 896 lekarzy specjalistów z zakresu okulistyki posiadających specjalizację, a 4 466 wykonujących zawód (około 117 okulistów na 1 milion mieszkańców Polski). Wynika z tego, że w Polsce nie występuje niedobór okulistów w stosunku do liczby mieszkańców.

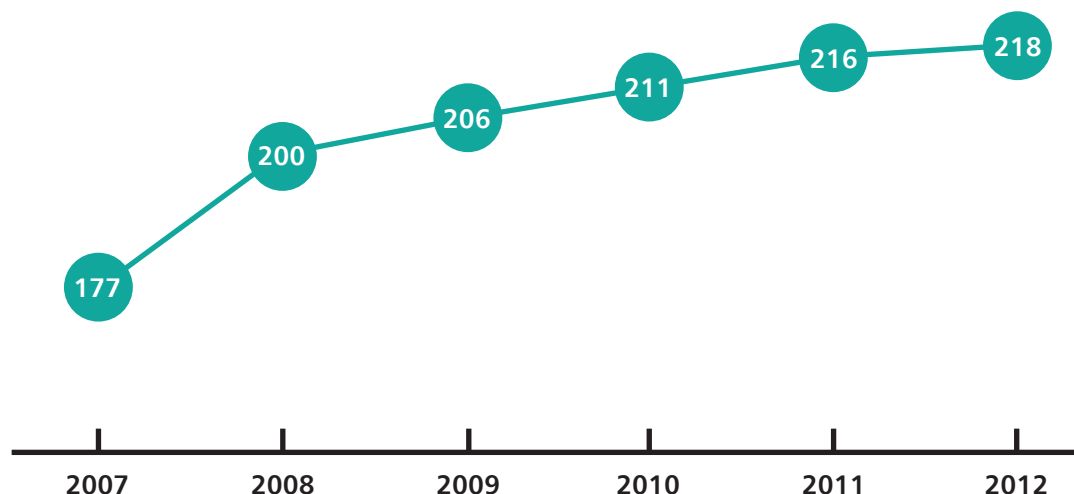
23. Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r., GUS, 2014, http://old.stat.gov.pl/gus/5840_12706_PLK_HTML.htm

24. Resnikoff S1, Felch W, Gauthier TM, Spivey B. The number of ophthalmologists in practice and training worldwide: a growing gap despite more than 200,000 practitioners. *Br J Ophthalmol.* 2012 Jun;96(6):783-7. doi: 10.1136/bjophthalmol-2011-301378. Epub 2012 Mar 26, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22452836>

25. Zestawienie liczbowe lekarzy i lekarzy dentystów wg dziedziny i stopnia specjalizacji z uwzględnieniem podziału na lekarzy wykonujących i nie wykonujących zawodu - stan na 30.09.2014, Naczelna Izba Lekarska, pobrano w dniu 20.10.2014, http://www.nil.org.pl/__data/assets/pdf_file/0003/97860/Zestawienie-nr-04.pdf

Według „Tabel wyników Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej”²⁶ opracowanych przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny (PZH) w 2012 roku liczba hospitalizacji pacjentów okulistycznych ogółem wyniosła 218 tysięcy i wzrosła w okresie ostatnich 5 lat o 23% (w 2007 roku zareportowano 177 tysięcy hospitalizacji). Pokazuje to wykres poniżej.

Wykres. Liczba hospitalizacji okulistycznych ogółem w Polsce w latach 2007–2012, w tysiącach.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych PZH

Hospitalizacje z powodu schorzeń narządu wzroku dotyczą w szczególności osób powyżej 55-tego roku życia. W 2012 roku dotyczyło to aż 83% (179 955) wszystkich hospitalizowanych pacjentów z powodu chorób wzroku (218 220). Pokazują to tabela i wykres poniżej.

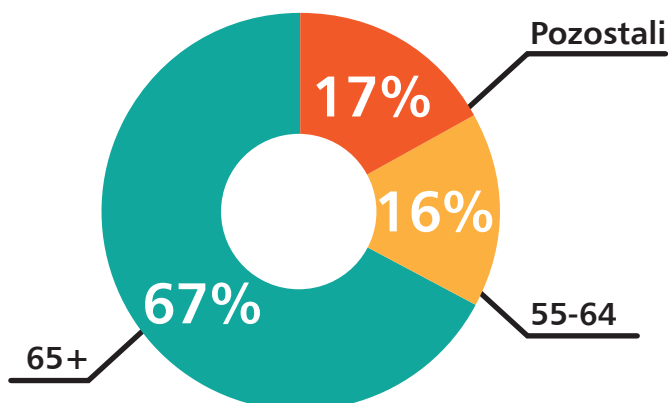
Tabela. Rozkład hospitalizacji z powodu chorób narządu wzroku w 2012 roku, według grup wiekowych, w latach.

Ogółem	Poniżej roku	1-4	5-14	15-19	20-34	35-44	45-54	55-64	65+
218 220	2 539	2 733	6 643	2 341	6 735	5 410	11 864	34 697	145 258

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych PZH

26. Tabele wyników Badania Chorobowości Szpitalnej Ogólnej, PZH, 2014, <http://www.statystyka.medstat.waw.pl/wyniki/wyniki.htm>

Wykres. Rozkład odsetkowy hospitalizacji z powodu chorób narządu wzroku w 2012 roku, według grup wiekowych.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych PZH

Należy nadmienić, że hospitalizacje te są raportowane i rozliczane jak procedury szpitalne jednego dnia, a więc nie są związane z wielodniowym pobytem w szpitalu.

Czas oczekiwania na świadczenia medyczne w zakresie okulistyki

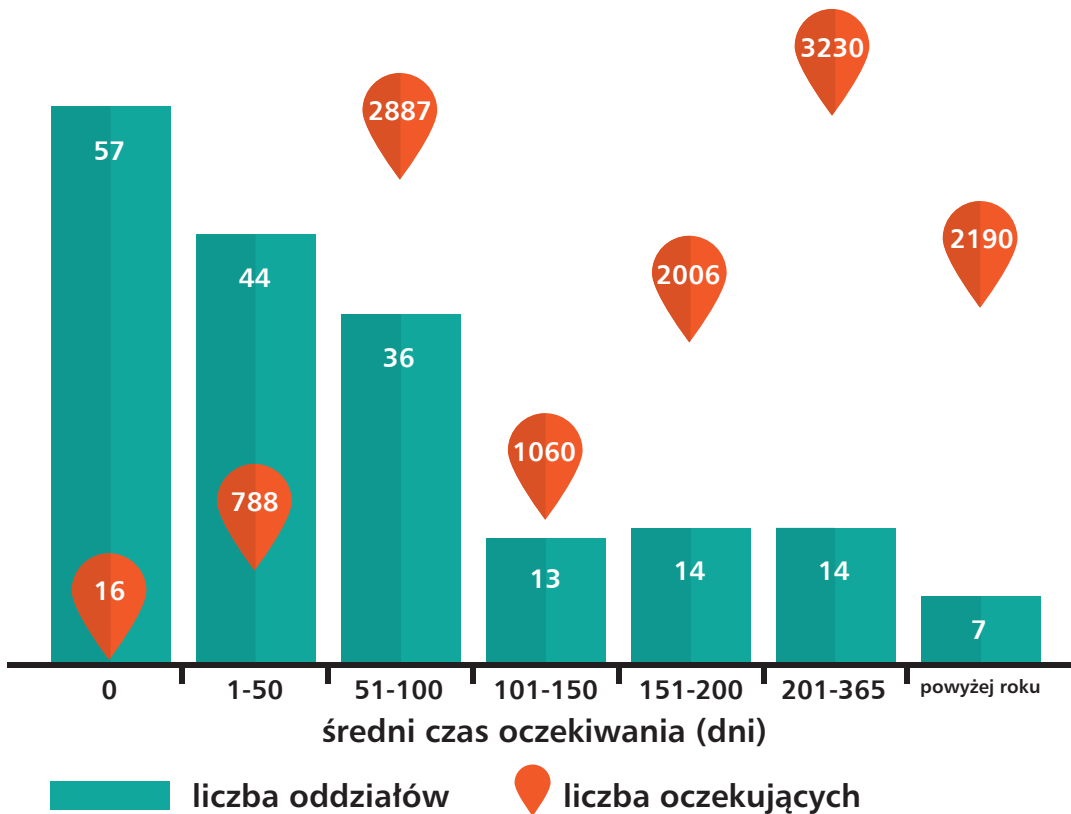
Według raportu pt. „Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje” „eksperti z zakresu okulistyki podkreślają, że rzeczywista skala zapotrzebowania na leczenie okulistyczne jest większa, niż wynikająca z raportów świadczeniodawców”²⁷. Analizując statystyki NFZ pt. „Listy oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej”²⁸ otrzymano informację dotyczącą list oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie okulistyki w lecznictwie szpitalnym i opiece ambulatoryjnej, w podziale na przypadki stabilne i pilne, z poziomu poszczególnych świadczeniodawców. W przypadku oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie okulistyki – **oddział okulistyczny, w lecznictwie szpitalnym, w podziale na przypadki stabilne** dane dotyczą 185 oddziałów okulistycznych ogółem, z których 57 (30,8%) zaraportowało brak kolejek. Najdłuższe średnie czasy

27. Raport: Zdrowie priorytetem politycznym państwa – analiza i rekomendacje, Instytut Ochrony Zdrowia, 2013, <http://ioz.org.pl/?pageId=12&pid=7>

28. Pobrano 10.10.2014, <http://kolejki.nfz.gov.pl/>

oczekiwania, wynoszące ponad rok odnotowało 7 oddziałów, co stanowi 3,8% wszystkich oddziałów okulistycznych. Liczba oczekujących w kolejkach wynosi 12 177 osób, z których prawie 20% uzyska dostęp do świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie okulistyki za ponad rok. Poniżej znajduje się wykres przedstawiający średni czas oczekiwania w kolejce (w dniach) oraz liczbę oddziałów i liczbę oczekujących chorych.

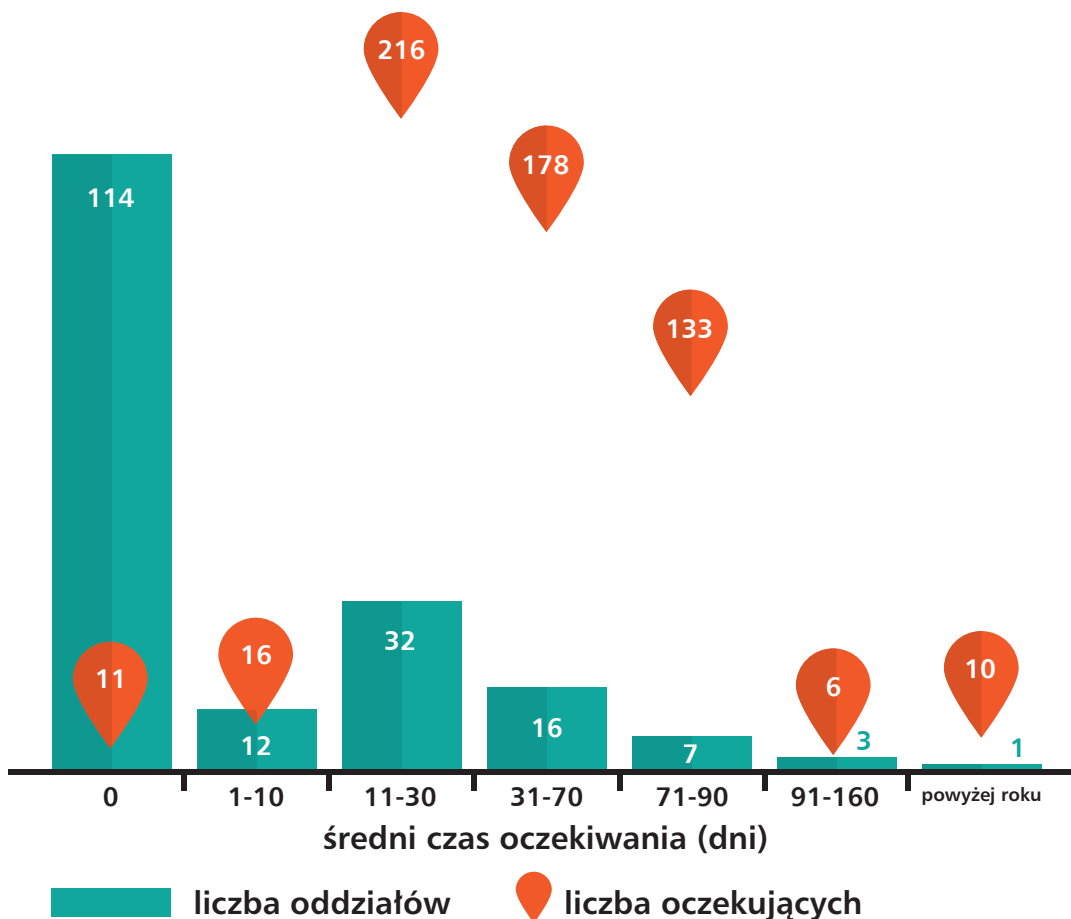
Wykres. Świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie okulistyki- oddział okulistyczny, w lecznictwie szpitalnym, w podziale na **przypadki stabilne** – zależność pomiędzy średnim czasem oczekiwania w kolejce (w dniach) oraz liczbą oddziałów i liczbą oczekujących pacjentów.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan na 10.10.2014

W przypadku oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie okulistyki – oddział okulistyczny w lecznictwie szpitalnym, w podziale na **przypadki pilne** dane dotyczą 185 oddziałów okulistycznych ogółem, z których 114 (61,6%) zaraportowało brak kolejek. Dla jednego oddziału zanotowano czas oczekiwania dłuższy niż jeden rok. W kolejkach oczekuje 570 osób, z których w przeciągu pięciu miesięcy świadczenia otrzyma 98% z nich. Poniżej znajduje się wykres przedstawiający zależności pomiędzy średnim czasem oczekiwania w kolejce (w dniach) oraz liczbą oddziałów i oczekujących. Patrz wykres poniżej.

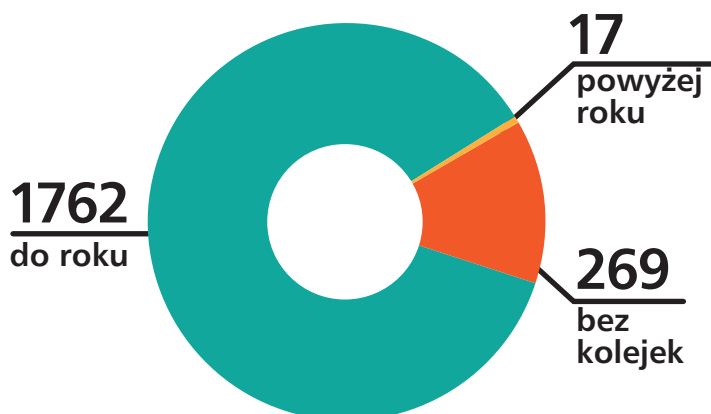
Wykres. Świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie okulistyki – oddział okulistyczny, w lecznictwie szpitalnym, w podziale na **przypadki pilne** – zależność pomiędzy średnim czasem oczekiwania w kolejce (w dniach) oraz liczbą oddziałów i liczbą oczekujących pacjentów.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan na 10.10.2014

W przypadku oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie okulistyki – **poradnia okulistyczna, w podziale na przypadki stabilne** dane dotyczą 2 048 poradni okulistycznych ogółem, z których w 269 (13,1%) nie stwierdzono kolejek. 17 poradni zaraportowało czasy oczekiwania dłuższe niż rok, co stanowi 8% wszystkich placówek. Patrz wykres poniżej.

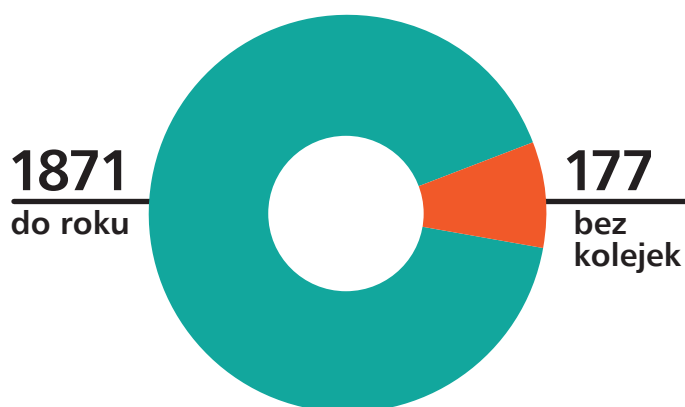
Wykres. Świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie okulistyki – poradnia okulistyczna, w podziale na **przypadki stabilne** – zależność pomiędzy średnim czasem oczekiwania w kolejce (w dniach) oraz liczbą oddziałów i liczbą oczekujących pacjentów.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan na 10.10.2014

W przypadku oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie okulistyki - poradnia okulistyczna, w podziale na przypadki pilne dane dotyczą 2 048 poradni okulistycznych ogółem, z których w 177 (8,6%) nie stwierdzono kolejek. We wszystkich poradniach świadczenia zostaną zrealizowane w przeciągu roku. Patrz wykres poniżej.

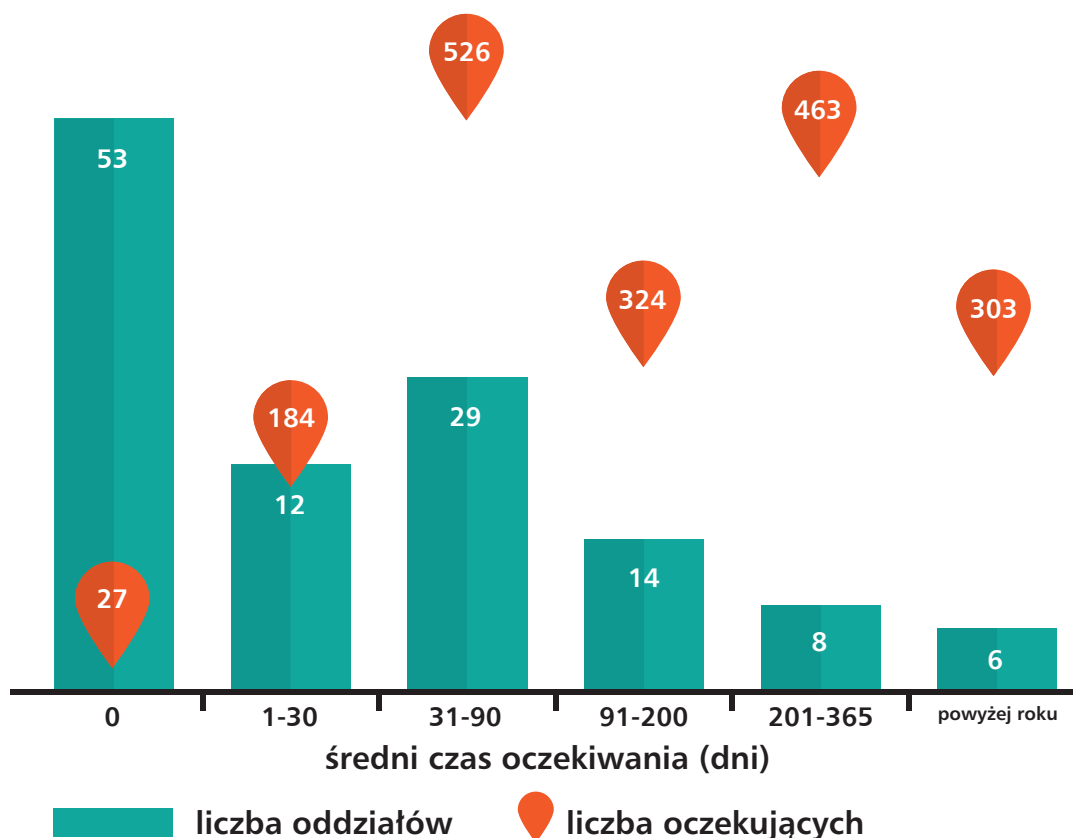
Wykres. Świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie okulistyki – poradnia okulistyczna, w podziale na **przypadki pilne** – zależność pomiędzy średnim czasem oczekiwania w kolejce (w dniach) oraz liczbą oddziałów i liczbą oczekujących pacjentów.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan na 10.10.2014

W kategorii oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie Leczenia Wysiękowej Postaci AMD z Zastosowaniem Iniekcji Dozsklistkowych Przeciwciała Monoklonalnego Anty-VEGF w podziale na **przypadki stabilne** dane dotyczą 131 oddziałów ogółem, z których 53 (40,5%) zaraportowało brak kolejek. Najdłuższe średnie czasy oczekiwania, wynoszące ponad rok odnotowało 6 oddziałów, co stanowi 4,6% wszystkich oddziałów. Liczba oczekujących w kolejkach wynosi 1 827 osób, z których prawie 16,6% uzyska dostęp do świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie Leczenia Wysiękowej Postaci AMD z Zastosowaniem Iniekcji Dozsklistkowych Przeciwciała Monoklonalnego Anty-VEGF za ponad rok. Poniżej znajduje się wykres przedstawiający zależność pomiędzy średnim czasem oczekiwania w kolejce (w dniach) oraz liczbą oddziałów szpitalnych i oczekujących pacjentów. Patrz wykres poniżej.

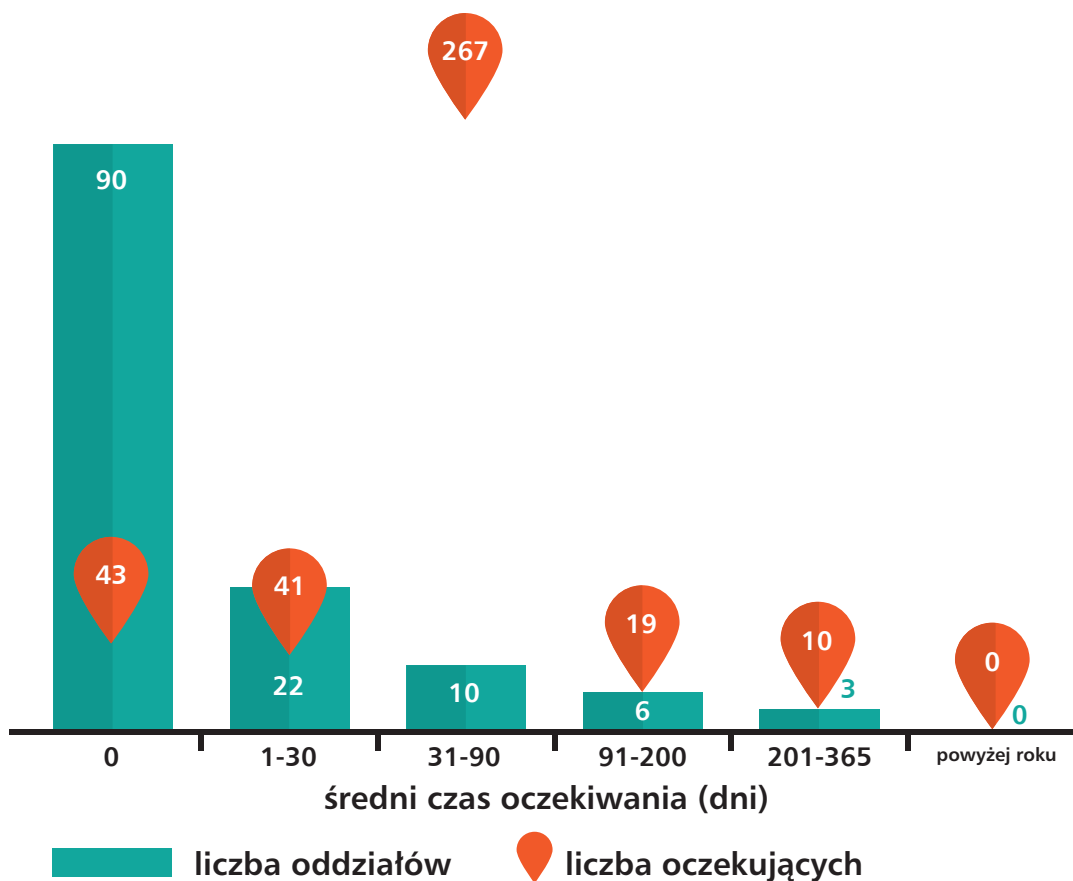
Wykres. Leczenia Wysiękowej Postaci AMD z Zastosowaniem Iniekcji Dozsklistkowych Przeciwciała Monoklonalnego Anty-VEGF w podziale na **przypadki stabilne** – zależność pomiędzy średnim czasem oczekiwania w kolejce (w dniach) oraz liczbą oddziałów szpitalnych i oczekujących pacjentów.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan na 10.10.2014

W kategorii oczekujących na świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie Leczenia Wsiękowej Postaci AMD z Zastosowaniem Iniekcji Doszklistkowych Przeciwciała Monoklonalnego Anty-VEGF w podziale na **przypadki pilne** dane dotyczą 131 oddziałów ogółem, z których 90 (68,7%) zaraportowało brak kolejek. W kolejkach oczekuje 380 osób, które otrzymają świadczenia w przeciągu roku. Poniżej znajduje się wykres przedstawiający zależność pomiędzy średnim czasem oczekiwania w kolejce (w dniach) oraz liczbą oddziałów szpitalnych i oczekujących pacjentów. Patrz wykres poniżej.

Wykres. Leczenia Wsiękowej Postaci AMD z Zastosowaniem Iniekcji Doszklistkowych Przeciwciała Monoklonalnego Anty-VEGF w podziale na **przypadki pilne** – zależność pomiędzy średnim czasem oczekiwania w kolejce (w dniach) oraz liczbą oddziałów szpitalnych i oczekujących pacjentów.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych NFZ, stan na 10.10.2014

Absencja chorobowa związana z chorobami oczu wg. danych ZUS

Lek. med. Jakub Gierczyński, MBA

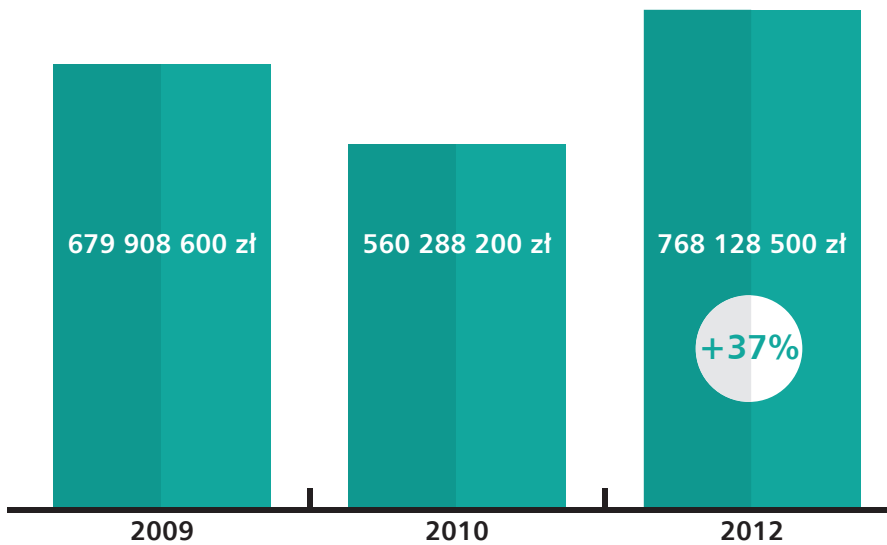
Ekspert Koalicji i Fundacji na Rzecz Zdrowego Starzenia się
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Statystyki opublikowane na portalu Zakładu Ubezpieczeń Społecznych (ZUS)²⁹ pokazują wydatki ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesione w grupie: Choroby oka i przydatków oka (H00 - H59), które to choroby były przyczyną niezdolności do pracy ubezpieczonych. Wydatki te w 2009 roku wyniosły 679 908 600 złotych, w 2010 – 560 288 200 złotych, natomiast w 2012 roku 768 128 500 złotych³⁰. Porównując rok 2012 do 2010 nastąpił wzrost wydatków na świadczenia związane z niezdolnością do pracy z powodu chorób oczu aż o 37%. Pokazuje to wykres poniżej.

29. Wydatki na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy, ZUS, 2014, <http://www.zus.pl/default.asp?p=5&id=3885>

30. ZUS nie przygotował raportu dotyczącego wydatków na świadczenia z ubezpieczeń społecznych związane z niezdolnością do pracy za rok 2011 (przyp. autorów)

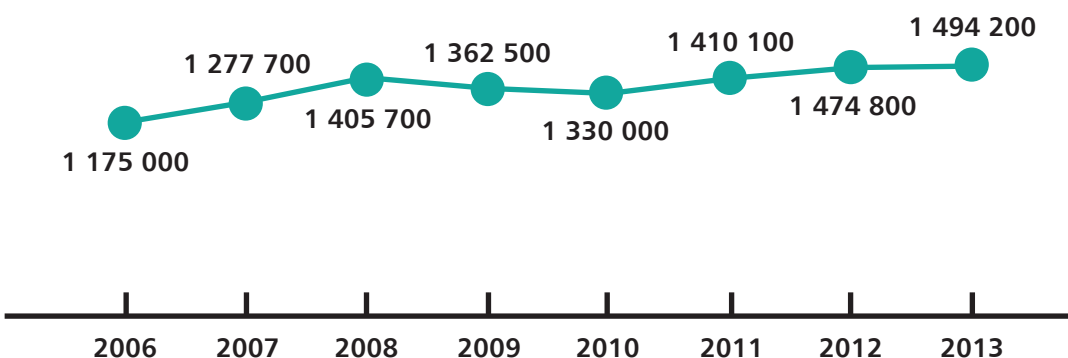
Wykres. Wydatki ogółem na świadczenia związane z niezdolnością do pracy poniesione w grupie: Choroby oka i przydatków oka (H00-H59) w roku 2009, 2010 i 2012, w złotych.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS

Liczba dni absencji chorobowej z powodu chorób oczu stanowiła 0,7% liczby dni absencji chorobowej ogółem (213 392 700 dni) raportowanej przez ZUS. Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według grupy chorobowej: Choroby oka i przydatków oka rośnie systematycznie z roku na rok. W 2006 roku wyniosła 1 175 000 dni, natomiast w 2013 roku wyniosła 1 494 200 dni (wzrost o 27%). Pokazuje to wykres poniżej.

Wykres. Absencja chorobowa z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS według grupy chorobowej: Choroby oka i przydatków oka, w dniach.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS

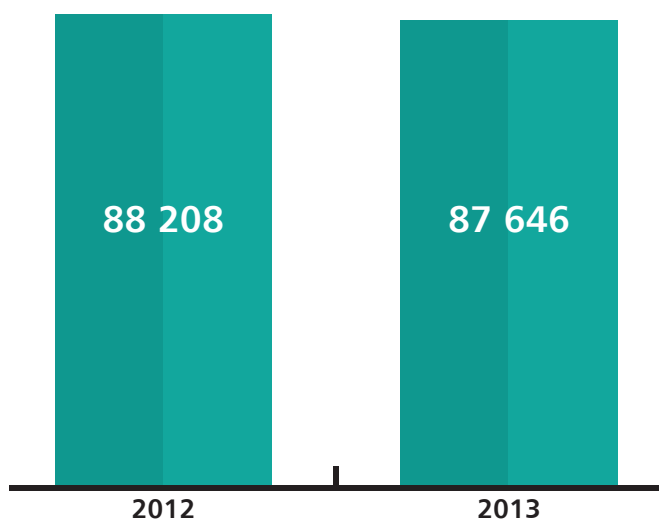
Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS w zakresie rozpoznań: H35 Inne zaburzenia siatkówki, H34 Zamknięcie naczyń siatkówki oraz H31 Inne zaburzenia naczyńiówki wyniosła w 2013 roku 87 646 dni. Pokazuje to tabela i wykres poniżej.

Tabela. Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS w zakresie rozpoznań: H35 Inne zaburzenia siatkówki, H34 Zamknięcie naczyń siatkówki oraz H31 Inne zaburzenia naczyńiówki, w roku 2012 i 2013.

Kategoria	2012	2013
H35 Inne zaburzenia siatkówki	68 234	69 507
H34 Zamknięcie naczyń siatkówki	15 609	14 378
H31 Inne zaburzenia naczyńiówki	4 375	3 761
Razem	88 218	87 646

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS

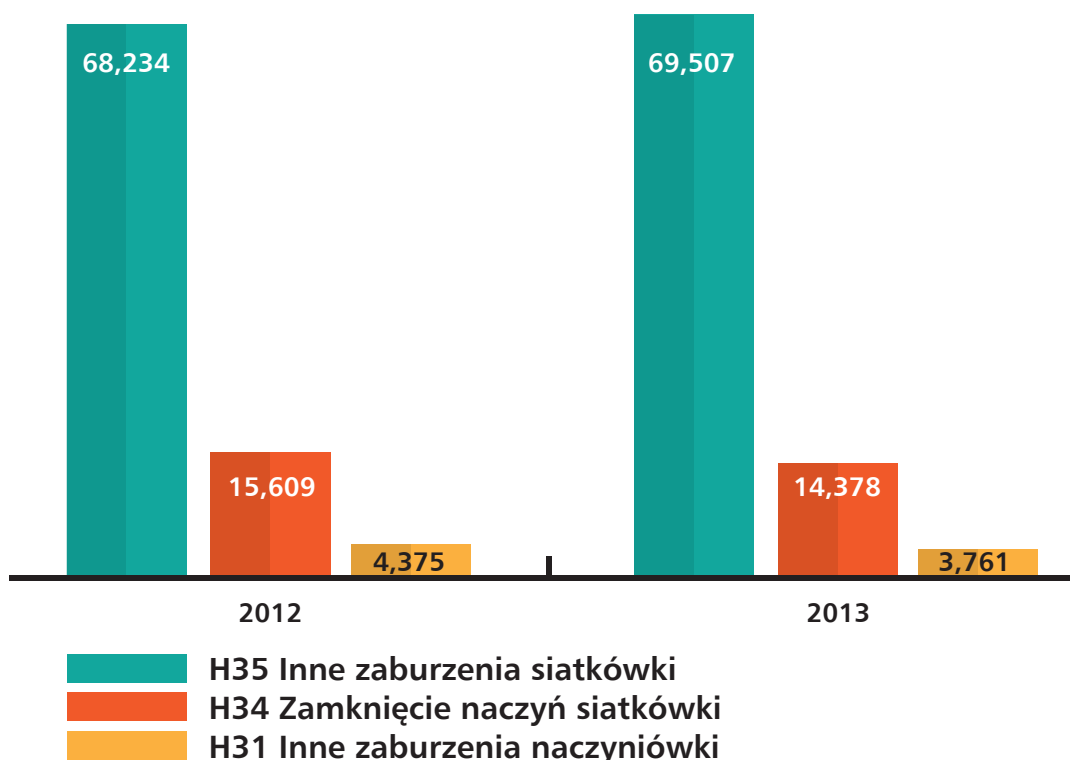
Wykres. Liczba dni absencji chorobowej ogółem z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS w zakresie rozpoznań: H35 Inne zaburzenia siatkówki, H34 Zamknięcie naczyń siatkówki oraz H31 Inne zaburzenia naczyńiówki, w roku 2012 i 2013.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS

Trend wzrostowy liczby dni absencji chorobowej uwidacznia się w zakresie rozpoznanych z grupy H35 Inne zaburzenia siatkówki, w której głównym schorzeniem jest AMD. Patrz wykres poniżej.

Wykres. Liczba dni absencji chorobowej z tytułu choroby własnej osób ubezpieczonych w ZUS w zakresie rozpoznanych: H35 Inne zaburzenia siatkówki, H34 Zamknięcie naczyń siatkówki oraz H31 Inne zaburzenia naczyniówki, w roku 2012 i 2013.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych ZUS

Według raportu Prof. Stankiewicza³¹ koszty pośrednie chorób siatkówki wynikają m.in. z ograniczenia potencjału produkcyjnego społeczeństwa, spowodowanego nieobecnością w pracy bliskich chorego. W oparciu o dane ZUS o absencjach chorobowych szacuje się, że całkowity koszt pośredni chorób siatkówki mógł wynieść w 2011 roku nawet 490 mln zł, stanowiąc blisko 5-krotność kosztów leczenia. Odpowiadało to 75% kosztów społecznych chorób siatkówki. Dostępne analizy kosztów leczenia chorób siatkówki

31. Raport A. Stankiewicz (red.), M. Misiuk-Hojto, M. Ulińska, T. Sobierajski (red.), Zatrzymać epidemię ślepoty. Medyczny, społeczny i ekonomiczny obraz schorzeń siatkówki oka, Stowarzyszenie Zwyródnienia Plamki związanego w Wiekim AMD, Polski Związek Niewidomych, Retina AMD Polska, Warszawa 2012, <http://www.retina.neo.pl/raport.pdf>

wskazują, że największa część kosztów pośrednich (53%) wynika z utraty produktywności chorych. Wartość ta znacząco przekracza łączne koszty bezpośrednie, czyli wydatki na leczenie. Koszt utraconej produktywności z powodu AMD, DME i RVO rośnie z roku na rok. Uzasadnia to twierdzenie, że szybsza diagnoza (poprzez zwiększenie dostępności konsultacji) oraz niezwłoczne rozpoczęcie terapii w postaci iniekcji doszklistkowej w ramach leczenia szpitalnego, znacząco wpłynęłoby na obniżenie tych kosztów.

Inwalidztwo wzroku w Polsce

Lek. med. Jakub Gierczyński, MBA

Ekspert Koalicji i Fundacji na Rzecz Zdrowego Starzenia się
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Według Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych³², w oparciu o dane GUS³³ w Polsce odnotowano w 2009 roku 1 388 700 osób z orzeczoną niepełnosprawnością, posiadających uszkodzenia i choroby narządu wzroku. Wynika z tego, że co czwarty niepełnosprawny w Polsce posiada uszkodzenie wzroku. Szczegóły przedstawia tabela i wykres poniżej.

Tabela. Liczba niepełnosprawnych osób ogółem, w tym liczba osób posiadających uszkodzenia i choroby narządu wzroku, w tysiącach, w 2009 roku.

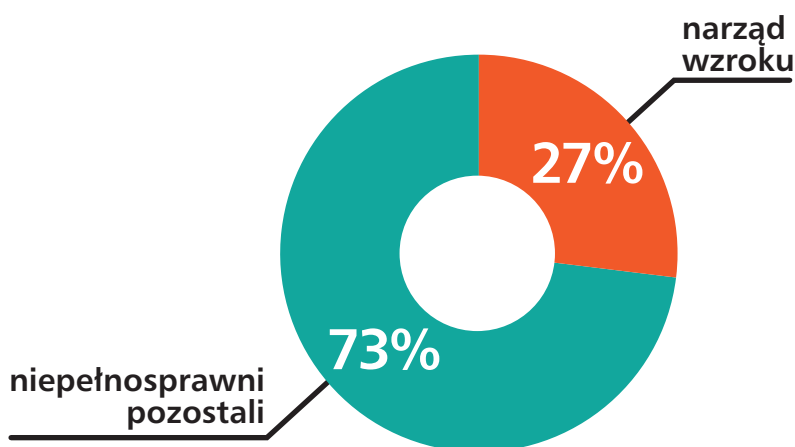
Kategoria	Liczba niepełnosprawnych, w tys.
Niepełnosprawni - ogółem	5 078,5
z tego mający:	
Uszkodzenia i choroby narządu wzroku	1 388,7

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych przedstawionych przez Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych

32. Niepełnosprawność w liczbach, Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych, Warszawa, 2014, <http://www.niepelnosprawni.gov.pl/niepelnosprawnosc-w-liczbach-/stan-zdrowia/dane-na-podstawie-badania-stanu/>

33. Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r., GUS 2011, http://stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_stan_zdrowia_2009.pdf

Wykres. Proporcja niepełnosprawnych osób posiadających uszkodzenia i choroby narządu wzroku oraz pozostałych przyczyn niepełnosprawności, w 2009 roku.



Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych przedstawionych przez Biuro Pełnomocnika Rządu do Spraw Osób Niepełnosprawnych

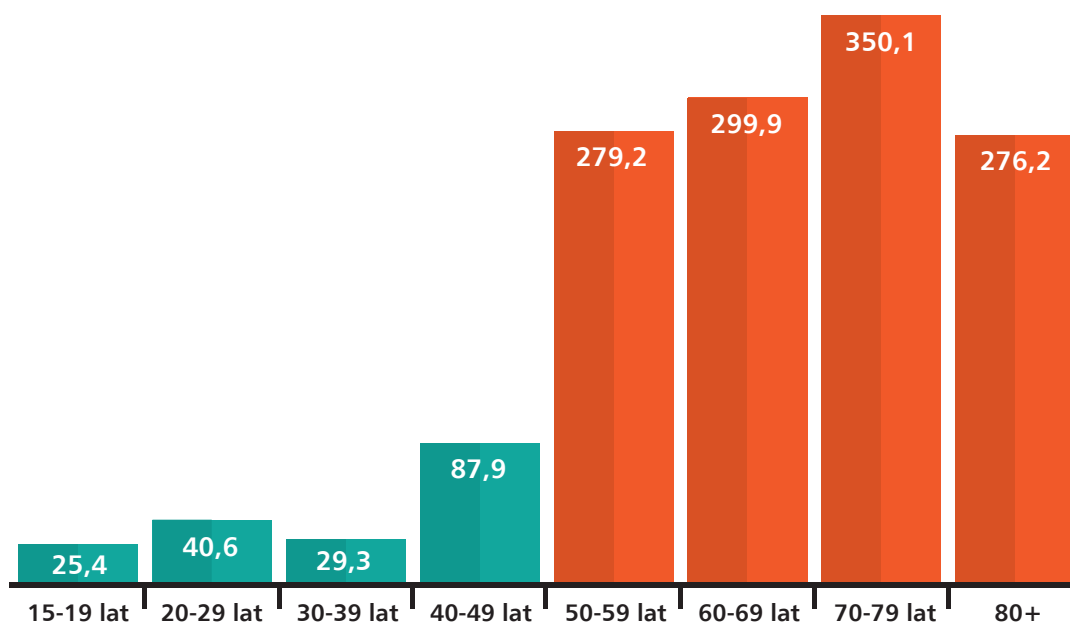
Osoby po 50 roku życia stanowią 87% wszystkich niepełnosprawnych posiadających uszkodzenia i choroby narządu wzroku w Polsce. Największa liczba niepełnosprawnych posiadających uszkodzenia i choroby narządu wzroku – 350,1 tysięcy osób, to seniorzy w wieku 70-79 lat. Zaraz po nich plasują się osoby w wieku 60-69 lat (299,9 tys.) oraz 50-59 lat (279,2 tys.). Patrz tabela i wykres poniżej.

Tabela. Niepełnosprawni posiadający uszkodzenia i choroby narządu wzroku, według grup wiekowych, w tysiącach, w 2009 roku (najświeższe dane).

	2009 rok								
	Ogółem	15-19 lat	20-29 lat	30-39 lat	40-49 lat	50-59 lat	60-69 lat	70-79 lat	80+
	w tysiącach								
Niepełnosprawni - ogółem	5 078,5	103,4	225,9	256,3	490,3	1 238,7	1 077,6	1 040,8	645,5
z tego mający:									
Uszkodzenia i choroby narządu wzroku	1 388,7	25,4	40,6	29,3	87,9	279,2	299,9	350,1	276,2

Źródło: Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r. (GUS 2011)

Wykres. Niepełnosprawni posiadający uszkodzenia i choroby narządu wzroku, według grup wiekowych, w tysiącach, w 2009 roku (najświeższe dane).



Źródło: Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r. (GUS 2011)

Wśród niepełnosprawnych posiadających uszkodzenia i choroby narządu wzroku przeważały kobiety (831,5 tys.) nad mężczyznami (557,1 tys.).

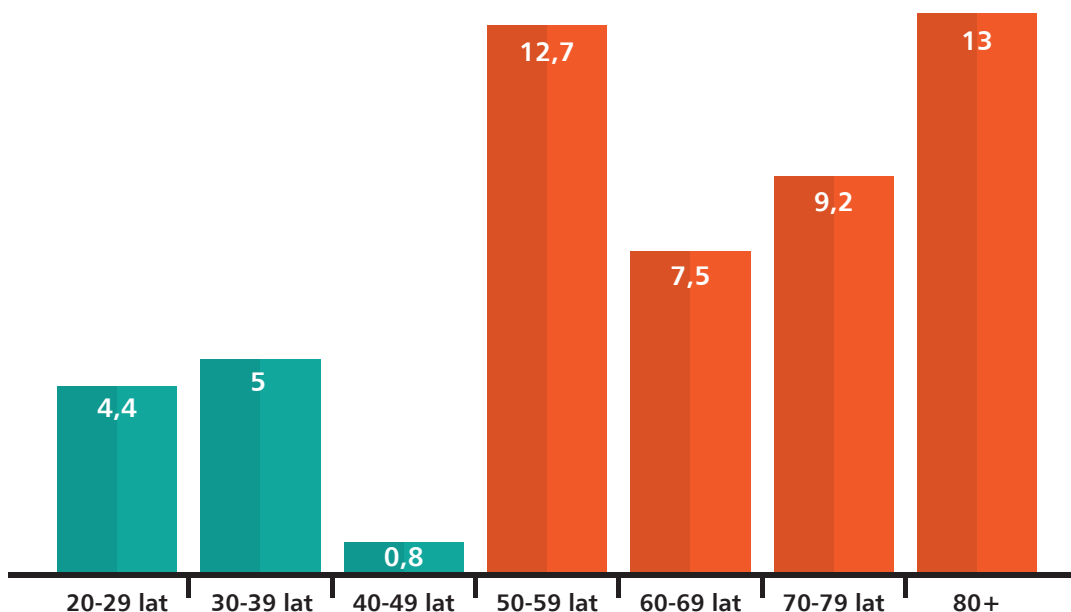
Według tego samego źródła odnotowano w Polsce 52 600 osób niewidomych. Osoby po 50 roku życia stanowią 80,6% wszystkich niewidomych w Polsce. Największą liczbowo grupę niewidomych stanowią osoby powyżej 80 roku życia (13 tys.), następnie osoby w grupie wiekowej od 50-59 roku życia (12,7 tys.). Szczegóły przedstawiają tabela i wykres poniżej.

Tabela. Niewidomi według grup wiekowych, w tysiącach, w 2009 roku (najświeższe dane).

	2009 rok								
	Ogółem	15-19 lat	20-29 lat	30-39 lat	40-49 lat	50-59 lat	60-69 lat	70-79 lat	80+
	w tysiącach								
Niewidomi	52,6	x	4,4	5,0	0,8	12,7	7,5	9,2	13,0

Źródło: Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r. (GUS 2011)

Wykres. Niewidomi, według grup wiekowych, w tysiącach, w 2009 roku (najświeższe dane).



Źródło: Stan Zdrowia Ludności Polski w 2009 r. (GUS 2011)

Według statystyk z 2013 roku w Europie zanotowano 25 mln niepełnosprawnych osób, posiadających uszkodzenia i choroby narządu wzroku, w tym 2,5 mln niewidomych. Wynika z tego, że w Polsce żyje aż 5,6% wszystkich niepełnosprawnych Europejczyków, posiadających uszkodzenia i choroby narządu wzroku (około 1,4 mln osób), w tym 2,1% niewidomych³⁴ obywateli Europy (52 600 osób). Zaznaczyć przy tym należy, że nie istnieje jednolita, europejska definicja prawna ślepoty.

34. Euro Vision Scorecard 2013, Health Consumer Powerhouse, 2013, <http://www.healthpowerhouse.com/files/2013-EVS/2013-Euro-Vision-Scorecard-Report-131009.pdf>

Sytuacja osób tracących wzrok w Polsce w świetle doświadczeń Polskiego Związku Niewidomych

Mgr Małgorzata Pacholec

Polski Związek Niewidomych, Retina AMD Polska

O Polskim Związku Niewidomych

Polski Związek Niewidomych (PZN) jest największym w Polsce stowarzyszeniem zrzeszającym osoby z niepełnosprawnością wzroku. Jest organizacją samopomocową, powołaną przez samych niewidomych i przez nich zarządzaną. Głównym celem działalności jest maksymalne zwiększenie samodzielności i niezależności w codziennym funkcjonowaniu osób niewidomych i słabowidzących oraz przeciwdziałanie pogarszaniu się ich jakości życia. Od ponad 60 lat PZN prowadzi bardzo szeroką, wieloaspektową działalność rehabilitacyjną i orzeczniczą. Przedstawiciele związku wchodzą w skład wielu gremiów konsultacyjnych krajowych i zagranicznych. PZN jest członkiem Światowej i Europejskiej Unii Niewidomych. Do naszej organizacji mogą zapisać się osoby uznane formalnie za niewidome o znacznym lub umiarkowanym stopniu niepełnosprawności. W praktyce są to osoby niewidome – około 10% i słabowidzące – 90%. PZN posiada corocznie weryfikowaną bazę członkowską. Pod koniec 2013 roku było w niej prawie 60 tysięcy osób. W każdym roku do PZN wstępuje ponad 3 000 nowych członków. W Polsce nie ma państwowych rejestrów osób niepełnosprawnych, w tym osób niewidomych i słabowidzących. Ewidencja Polskiego Związku Niewidomych jest właściwie jedynym źródłem informacji na temat tej populacji. Zaznaczyć jednak należy, że przynależność do PZN nie jest obowiązkowa, dlatego nasze dane liczbowe są niższe w stosunku do danych rzeczywistych.

Utrata widzenia – skala problemu

Polskie społeczeństwo jest dotknięte bardzo poważnym nieuświadomionym problemem utraty widzenia. Z opublikowanych danych GUS, który badał stan zdrowia ludności Polski, wynika, że w Polsce jest ok. 1 750 tys. osób z niepełnosprawnością wzroku.

W Polsce w 2009 roku żyło 8,1 mln osób niepełnosprawnych (wg metodologii Eurostatu). Oznacza to, że co piąta osoba w populacji niepełnosprawnych jest osobą z dysfunkcją narządu wzroku. Wg kryteriów GUS (osoby niepełnosprawne prawnie) szacuje się, że wielkość populacji osób niepełnosprawnych wynosi ok. 5,3 mln. Stosując takie kryteria, uzyskujemy jeszcze wyższą wartość wskaźnika – 33% populacji osób niepełnosprawnych stanowią osoby z orzeczoną niepełnosprawnością narządu wzroku.

Częstość występowania niepełnosprawności rośnie wraz z wiekiem, gwałtownie po ukończeniu 40 roku życia. Wśród czterdziestolatków niepełnosprawna jest co dziesiąta osoba, a w grupie osób po 70 roku życia już niemal co druga. Według GUS w grupach schorzeń u osób niepełnosprawnych uszkodzenia i choroby narządu wzroku zajmują 4. pozycję po uszkodzeniach i chorobach narządu ruchu, schorzeniach układu krążenia i schorzeniach neurologicznych, i wynoszą 30% dla kobiet i 25% dla mężczyzn.

Funkcjonalne następstwa dysfunkcji wzroku

Dysfunkcja wzroku jest dynamicznie narastającym problemem. Jest to m.in. wynikiem:

- starzenia się społeczeństwa, którego nieodłącznym skutkiem jest również starzenie się narządu wzroku;
- występowania różnych schorzeń, takich jak m.in. zaćma, jaskra, choroby siatkówki i plamki żółtej, wysoka krótkowzroczność, zanik nerwu wzrokowego,
- negatywnych oddziaływań środowiskowych, jak spędzanie coraz więcej czasu przed monitorem komputerowym, w klimatyzowanych pomieszczeniach, nieodpowiednia ochrona przed promieniowaniem słonecznym.

Rodzi to określone następstwa funkcjonalne, takie jak:

- obniżenie ostrości wzroku,
- ubytki w polu widzenia,
- zaburzenie wrażliwości na światło (np. olśnienia, światłowstręt lub światłolubność),
- obniżenie wrażliwości na kontrast,
- ślepotą zmierzchowa,
- zaburzenie adaptacji do światła i ciemności,
- zaburzenie spostrzegania głębi,
- zmienność widzenia,
- zaburzenie widzenia barw,
- dwojenie,
- ból,
- męczliwość,
- łzawienie,
- zniekształcenie obrazu,
- oczopląs,
- całkowite niewidzenie

Populacja ludzi z dysfunkcją wzroku słabowidzących jest bardzo zróżnicowana przede wszystkim ze względu na poziom funkcjonowania wzrokowego. Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) słabowidzącą jest osoba z ostrością wzroku równą lub większą niż 0,05, a mniejszą niż 0,3 (pełna ostrość wzroku odpowiada wartości 1,0). Do ślepoty zalicza się nie tylko całkowite zniesienie czynności wzrokowych, lecz również poczucie światła oraz zachowaną ostrość wzroku w granicach od 0,02 do 0,05 lub o polu widzenia ograniczonym do obszaru nie przekraczającego 20 stopni (podczas gdy pełne pole widzenia wynosi około 180 stopni).

W przypadku wielu chorób, np. jaskry, cukrzycy, wysiękowej postaci AMD pacjenci są zagrożeni całkowitą utratą wzroku. Jaskra została uznana przez Światową Organizację Zdrowia za chorobę społeczną, stanowiąc jedną z głównych i najczęstszych przyczyn ślepoty w krajach gospodarczo i cywilizacyjnie rozwiniętych. Obniżenie lub brak czynności wzrokowych utrudnia, ogranicza lub nawet uniemożliwia osobie dotkniętej dysfunkcją wzroku wykonywanie zadań życiowych i pełnienie ról społecznych na poziomie uznanym za normalne, biorąc pod uwagę jej wiek, płeć i ewentualne inne czynniki.

Koszty społeczne i finansowe z tym związane to m.in.:

- izolacja społeczna,
- zależność od innych,
- korzystanie ze świadczeń pomocy społecznej,
- bardzo niski poziom aktywności zawodowej,
- wykonywanie pracy poniżej poziomu możliwości i wykształcenia.

Rehabilitacja osób z dysfunkcją wzroku w Polsce – stan aktualny

Wiele osób, w drodze specjalistycznej rehabilitacji może poprawić swoją zdolność wykonywania różnych czynności, poprzez wykorzystanie wzrokowych i pozawzrokowych metod kompensacyjnych, pomocy ułatwiających widzenie i innych pomocy rehabilitacyjnych oraz poprzez dostosowanie środowiska fizycznego. Rehabilitacja specjalistyczna przy dysfunkcji wzroku obejmuje serię określonych ocen diagnostycznych oraz cykl zajęć (ćwiczeń), które mają pomóc w pokonaniu skutków deficytów wzroku upośledzających funkcjonowanie w różnych sferach życia oraz umożliwić osiągnięcie optymalnego poziomu funkcjonowania. Są to usprawnianie widzenia oraz zajęcia wspomagające – ćwiczenia integracji sensorycznej u dzieci, a u dorosłych zajęcia z orientacji przestrzennej i czynności życia codziennego, a także dobranie odpowiednich pomocy optycznych do bliży i dali oraz pomocy nieoptycznych i nauka posługiwania się nimi. Potrzeby rehabilitacyjne są zróżnicowane w zależności od stopnia utraty widzenia, wieku, okresu życia, w którym problemy ze wzrokiem zaistniały, i innych czynników mających wpływ na funkcjonowanie.

W Polsce rehabilitacja osób z dysfunkcją wzroku jest świadczeniem gwarantowanym i finansowanym ze środków NFZ. Jednakże jest to jedynie teoria, bowiem ze względu na niedoszacowanie tego świadczenia, tylko kilka placówek prowadzi tę formę rehabilitacji.

Na rehabilitację osób z dysfunkcją wzroku w 2013 roku NFZ przeznaczył zaledwie 1,7 mln zł, a prowadzono ją jedynie w sześciu województwach. Zaznaczyć także należy, że wszystkie placówki mające zawarte umowy z NFZ wykonują świadczenia na rzecz dzieci do 19 roku życia. A tylko dwie z nich deklarują możliwość objęcia opieką osób dorosłych (dane z wywiadu telefonicznego).

Innym, wiążącym się bezpośrednio z rehabilitacją zagadnieniem jest problem pomocy optycznych. Współczesny poziom zawansowanych technologii pozwala na bardzo efektywną poprawę widzenia, dzięki korzystaniu z lup, lunet, monokularów, powiększalników elektronicznych. Z każdym rokiem rośnie oferta pomocy optycznych, dzięki którym można zmniejszyć skutki utraty widzenia. Teoretycznie każdy potrzebujący może starać się o przyznanie środków na zakup potrzebnych pomocy z NFZ. Jednakże obniżenie w 2014 roku limitów dofinansowania w tym zakresie, spowodowało spadek zainteresowania osób słabowidzących zakupem tych pomocy. Ludzi nie stać na kosztowną dopłatę, zmuszeni są zatem zrezygnować z ich zakupu.

Wobec tych faktów trudno mówić o jakimkolwiek zaspokojeniu potrzeb w zakresie rehabilitacji osób z dysfunkcją wzroku w odniesieniu do całej tej populacji.

Większość ludzi traci wzrok w wieku dorosłym z powodu schorzeń, które są dziś nieuleczalne. Niestety, są i tacy, którzy stracili wzrok częściowo, a nawet całkowicie z powodu spóźnionego leczenia. Zawsze jest to przeżywane jako osobista tragedia.

W Polsce nie ma systemu rehabilitacji zapewniającego właśnie takim osobom dostęp do profesjonalnej pomocy. Obecnie w ramach NFZ jedynie dwie placówki prowadzą rehabilitację dorosłych osób ociemniałych.

Rehabilitacja dorosłych prowadzona jest głównie przez organizacje pozarządowe, które w drodze konkursów zdobywają środki na wybrane zadania. Są to jednak środki Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych i aby być ich beneficjentem, trzeba posiadać już oficjalne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności. Wiemy, że większość osób starszych, tracących wzrok nie posiada takich orzeczeń, nie mają zatem prawa do rehabilitacji ze środków PFRON i nie mają także innych możliwości.

Z doświadczeń PZN wynika, że w procesie leczenia osób z różnymi schorzeniami oczu nie ma standardu obejmującego rehabilitację osób, które są zagrożone utratą widzenia. Pacjenci leczeni przez wiele lat w poradniach okulistycznych trafiają do nas – rehabilitantów – bardzo późno, gdy utrata wzroku jest już zaawansowana. To oznacza zwykle także dużo większe koszty.

Sytuacja osób starszych tracących wzrok

Najliczniejszą grupę członków PZN – bo aż 45 procent – stanowią osoby niewidome w wieku podeszłym. W dużej mierze są to osoby słabo sytuowane materialnie, często samotne i nieporadne. Ich sytuacja jest wyjątkowo smutna. Upośledzenie widzenia jest przyczyną m.in. częstszych urazów, poparzeń, złamań i depresji. Utrata wzroku, szczególnie u osób starszych, oznacza, że samodzielna egzystencja chorego jest znacznie utrudniona, a często nawet całkowicie niemożliwa. Taka osoba wymaga zapewnienia opieki ze strony rodziny lub ze strony pomocy społecznej. Niemal codziennie do naszego Stowarzyszenia zgłaszają się o pomoc osoby tracące wzrok z powodu wysiękowej postaci AMD – zwyrodnienia plamki żółtej związanego z wiekiem. Zawsze pytają o to samo: czy znamy klinikę, w której mogą rozpocząć leczenie, za które nie muszą płacić? Trafiają do nas nie od razu po usłyszeniu diagnozy, ale po długich, bezskutecznych poszukiwaniach. Przerażeni szybkim postępem choroby, nie mogą pojąć, jak to możliwe, że nie ma dla nich miejsca, w którym mogliby otrzymać lek hamujący rozwój choroby w sytuacji, gdy jest to świadczenie gwarantowane. Ich rozpacz przeradza się w złość, kiedy dowiadują się, że aby nie oślepnąć, sami muszą pokryć koszty leczenia. Nie mogą uwierzyć, że są pozostawieni sami sobie, skoro przecież uczciwie pracowali całe życie. Wstydliwie przyznają, że ich skromna emerytura nie wystarczy na tak kosztowne leczenie. W poczuciu krzywdy i osamotnienia z rezygnacją przyjmują swój los.

Nie jest łatwo mierzyć się codziennie z bezradnością ludzi starszych wobec choroby odbierającej wzrok. Dlatego nasze Stowarzyszenie od wielu lat próbuje zmienić tę sytuację, upominając się w imieniu chorych o ich prawo do leczenia. Uważamy, że w Polsce sytuacja chorych na wysiękową postać AMD jest wyjątkowo trudna. Uzyskanie bezpłatnego leczenia graniczy z cudem.

Z danych NFZ wynika, że w 2013 roku było leczonych zaledwie 6 620 osób, co stanowi niecałe 5 procent całej populacji osób z tym schorzeniem. Szacuje się, że w naszym kraju jest około 140 tysięcy osób chorujących na wysiękową postać AMD i co roku przybywa 14 tysięcy nowych zachorowań. Zaznaczyć należy, że są to dane szacunkowe, oparte na zagranicznych danych epidemiologicznych. Niestety w Polsce nie prowadzi się takich rejestrów, dlatego nie znana jest dokładna liczba ludzkich dramatów

Należy także podkreślić, że nawet ci, którym udało się zakwalifikować do bezpłatnego leczenia, nie są leczeni efektywnie, gdyż często kuracje kończą się na podaniu jedynie trzech dawek leku, a nie tylu, ilu wymaga pacjent.

Świadczą o tym oficjalne dane NFZ: w 2013 r. NFZ sfinansował 16 620 iniekcji doszklistkowych, co w przeliczeniu na liczbę pacjentów wynosi średnio 2,5 iniekcji na jedną osobę. Z naszej wiedzy wynika, że jest to stanowczo za mało, aby powstrzymać gwałtowny proces utraty widzenia, jaki powoduje AMD.

Groźba utraty wzroku zmusza zamożniejszych pacjentów do ratowania wzroku poprzez prywatne leczenie. Jest ono jednak bardzo kosztowne i długotrwałe. Często w kosztach leczenia partycypuje cała rodzina, lecz gdy jej nie ma, pacjenci tracą wzrok bezpowrotnie.

Utrata widzenia z powodu wysiękowej postaci AMD skutkuje całkowitą zmianą dotychczasowej egzystencji. Należy do nich:

- utrata możliwości czytania i pisania,
- lęk przed wychodzeniem z domu,
- częste urazy ciała, poparzenia, złamania lub urazy kończyn,
- niemożność prowadzenia samochodu,
- utrata pracy,
- pogorszenie sytuacji materialnej,
- wycofywanie się z kontaktów społecznych, izolacja,
- pogorszenie stanu zdrowia psychicznego: przygnębienie, depresja, a nawet myśli samobójcze.

W Polsce pacjenci z AMD mają bardzo utrudniony dostęp do leczenia okulistycznego. Najgorsza sytuacja panuje w województwach wielkopolskim, lubelskim i opolskim, gdzie według szacunków, leczonych jest jedynie ok 4% chorych. Nieco lepiej jest w województwach mazowieckim, podlaskim i kujawsko-pomorskim, gdzie leczonych jest ok. 10%, jednak nadal jest to tylko co dziesiąty pacjent.

Opieka okulistyczna powinna być istotnym elementem systemu ochrony zdrowia, bowiem zmysł wzroku jest najważniejszym kanałem informacyjnym dla człowieka. Przyjmuje się, że ponad 80 procent informacji dociera do mózgu właśnie poprzez ten zmysł.

Negatywne skutki upośledzenia widzenia dotyczą zarówno osobę chorą, jak i jej bliskich. Koszty ponosi także społeczeństwo. W opinii pacjentów w służbie zdrowia obecnie panuje wielki chaos. Środki przeznaczone na leczenie okulistyczne są niewystarczające. Są regiony, w których pacjenci w praktyce pozbawieni są dostępu do świadczeń okulistycznych. Nie istnieje

także profilaktyka schorzeń wzroku. Nie edukuje się społeczeństwa, jak dbać o wzrok. Polscy pacjenci pozbawieni są możliwości leczenia metodami, jakie dostarcza postęp w światowej medycynie. Ogromne rzesze ludzi tracą wzrok bezpowrotnie, choć mogłyby go zachować, gdyby były środki na ich leczenie i nie musieliby na nie czekać zbyt długo nawet w kilkuletnich kolejkach. Brakuje rzetelnej informacji dla chorego, dokąd powinien się udać, aby uzyskać określone świadczenie, jakie mu przysługują prawa i jakie leczenie w ramach refundacji mu się należy, a jakie nie przysługuje.

Pacjenci bezwzględnie muszą wiedzieć, w jakim zakresie państwo chroni ich zdrowie, ale także w jakim zakresie nie mogą na nie liczyć.

Dlatego też, Polski Związek Niewidomych apeluje o natychmiastową poprawę sytuacji związanej z profilaktyką, diagnostyką, leczeniem i rehabilitacją medyczną dla osób z chorobami narządu wzroku i ślepotą.

Rekomendacje ogólne i szczegółowe

Biorąc pod uwagę przedstawione w raporcie dane i stanowiska kluczowych interesariuszy można sformułować wstępne rekomendacje na poziomie ogólnym i szczegółowym, dotyczące zarządzania okulityką i chorobami siatkówki w aspekcie starzenia się populacji.

Rekomendacje ogólne, dotyczące zarządzania okulityką w aspekcie starzenia się populacji

1. W Polsce zgodnie z zaleceniami WHO należy wprowadzić wieloletni narodowy program, ograniczający natężenie chorób narządu wzroku. Rejestr pacjentów oraz ocena wskaźników zdrowotnych powinny być fundamentem ewaluacji takiego programu.
2. Narodowy Program powinien uwzględniać doświadczenia międzynarodowe w zakresie zarządzania chorobami narządu wzroku i wprowadzać je systematycznie w Polsce.
3. Leczenie chorób narządu wzroku powinno być priorytetem zdrowotnym państwa. Nakłady publiczne na leczenie chorób oczu powinny być adekwatne do potrzeb zdrowotnych starzejącej się populacji.
4. Biorąc pod uwagę znaczne i rosnące koszty ponoszone przez ZUS w zakresie wydatków ogółem na świadczenia, związane z niezdolnością do pracy w grupie: Choroby oka i przydatków oka, należy zwiększyć dostęp pacjentów w Polsce do diagnostyki, leczenia i rehabilitacji medycznej chorób narządu wzroku przez płatnika publicznego poprzez poprawę efektywności i optymalizacji organizacji opieki okulistycznej.
5. Poprawa systemu opieki okulistycznej w Polsce powinna realizować postulaty środowiska pacjentów. Niezmiernie istotna w tym procesie jest rola edukacji społeczeństwa poprzez media.

Rekomendacje szczegółowe w zakresie zarządzania chorobami siatkówki

1. Choroby siatkówki powinny być kluczowym elementem wieloletniego programu narodowego w zakresie diagnostyki, leczenia i rehabilitacji chorób wzroku.

2. Elementem programu narodowego powinna być organizacja długofalowej i ogólnopolskiej kampanii edukacyjnej, poświęconej chorobom siatkówki, w tym AMD, skierowanej do grupy wiekowej 40+ oraz mediów, na temat czynników ryzyka, badań profilaktycznych i leczenia.
3. Celem wczesnej diagnozy choroby powinno zostać wprowadzone do algorytmu badań prowadzonych przez lekarza pierwszego kontaktu, obowiązkowe, podstawowe badanie okulistycznego pod kątem AMD, dla osób, które ukończyły 40. rok życia. Powinno zostać wprowadzone obowiązkowe, finansowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, badania okulistyczne dla poniższych grup wiekowych: raz na 3 lata dla osób po 45. roku życia, raz na 2 lata dla osób po 55. roku życia i raz na rok dla osób po 65. roku życia. Z klinicznego i ekonomicznego punktu widzenia powinna zostać wprowadzona rutynowa diagnostyka przesiewowa pod kątem występowania DME dla pacjentów z cukrzycą (a zwłaszcza tych, ze źle regulowaną cukrzycą).
4. Pacjentom, u których zdiagnozowano chorobę siatkówki (w tym w szczególności AMD i DME) należy zapewnić pełną dostępność do konsultacji specjalisty chorób oczu oraz niezwłoczne wdrożenie leczenia zalecanego przez wytyczne opracowane przez Polskie Towarzystwo Okulistyczne.
5. Należy wprowadzić nielimitowane finansowanie świadczeń przez płatnika publicznego w zakresie leczenia tych chorób siatkówki, które prowadzą do zagrożenia utraty wzroku.