

我国进入精准屈光性白内障手术阶段

近年来,我国每百万白内障手术例数(CSR)大幅提升。《报告》显示,80.11%的医生所在的城市CSR值都在2000以上,其中,33.33%的眼科医生所在的城市CSR在3500以上,远超原国家卫生计生委于2016年发布的《“十三五”全国眼健康规划(2016~2020年)》中提出的“我国CSR要在2020年底达到2000以上”的目标,这也标志着中国防盲治盲水平显著提升。

对此,姚克表示,近年来,我国白内障手术在医生数量、手术技术、器械、仪器设备、人工晶体等方面都得到了快速发展。目前,我国超声乳化白内障吸除术已下探到县级医院,屈光性白内障手术技术水平已与国际接轨,达到中等发达国家的水平。这意味着我国白内障手术已从防盲阶段转变为精准屈光性白内障手术阶段。

姚克介绍,为进一步提高我国防盲治盲水平,推进中国眼健康事业发展,中华医学会眼科学分会明确了“两条腿走路”的目标:一方面是抓好基层的防盲工作,通过健康扶贫,让欠发达地区的白内障患者

能够“看得见”,在防止因病致贫、因病返贫的同时,进一步提高我国CSR值;另一方面,是向国际眼科学技术的前沿发起冲击,充分满足广大白内障患者对更高视觉质量的要求,让他们“看得清”“看得好”“看得舒适”。

“与人工白内障超声乳化手术相比,飞秒激光撕囊获得的囊膜和囊口更加均匀、规整,且不过分依赖术者经验和技巧,手术可重复性强,可操作性好,且具有学习曲线短、术后并发症少等优势,有助于推广白内障的标准化手术技术,对于推广精准白内障屈光性手术有着很大帮助。”姚克介绍,目前,我国飞秒激光辅助的超声乳化白内障吸除术+人工晶体植入术的例数和技术已经走在了世界的前列。例如,浙江大学医学院附属第二医院每年开展飞秒激光辅助的超声乳化白内障吸除术达到了3000余例,这一数字更有望在2021年达到4000例,位居世界首位。相关临床研究结果大量刊发于国内外权威期刊,引起了国际眼科学界的高度重视,在该领域实现了“领跑”。

患者视觉质量需求将进一步提升

《报告》显示,眼科医生在过去一年开展的白内障手术中,最多的两种类型为单纯复明性白内障手术(45.34%)和合并其他症状的白内障手术(31.91%),屈光性白内障手术占22.75%。眼科医生最常使用的三种类型的人工晶体依次是单焦非球面人工晶体(40.30%)、单焦球面人工晶体(16.99%)和单焦散光人工晶体(13.53%)。可见,在药品、医用耗材集中带量采购制度不断深入的大背景下,单焦非球面人工晶体和单焦球面人工晶体的价格不断下降,在屈光性白内障手术中所占比例越来越高。

同时,由于上述三类人工晶体都属于折叠式人工晶体,这也意味着,超声乳化术在我国的应用和推广已十分普遍,一改传统的注射麻醉、切口大等术式,将手术的并发症降到最低,将患者痛苦减到最小。

对此,姚克表示,随

随着我国经济的不断发展和人民生活水平的不断提高,白内障患者对术后视觉质量的需求将进一步提高,我国屈光性白内障手术的比例也将进一步提升。他指出,患者对视觉质量的要求与经济发展水平和民众受教育程度息息相关。以往,白内障患者对术后视觉的需求仅限于满足日常生活,而现在,四五十岁,甚至五六十岁的白内障患者往往仍处于事业巅峰期,需要开车、读写、看电脑,对术后视觉质量的需求自然也会不断提高。

随着科技的发展,白内障手术领域相关技术也突飞猛进,各种功能性人工晶状体的应用、术前各种先进检查设备的更新、超声乳化仪的换代、飞秒激光辅助技术以及术中导航的出现等,均使白内障手术更加微创、安全、有效、精准和稳定。姚克说:“目前,我国白内障手术技术已完全能够满足患者日益增长的视觉质量需求。”

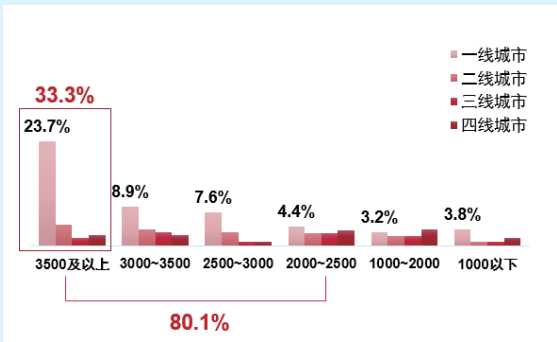


图7 参与调研眼科医生所在城市CSR值

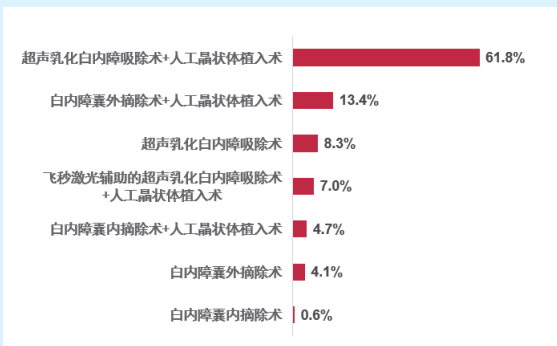


图8 眼科医生开展白内障手术时采用的技术

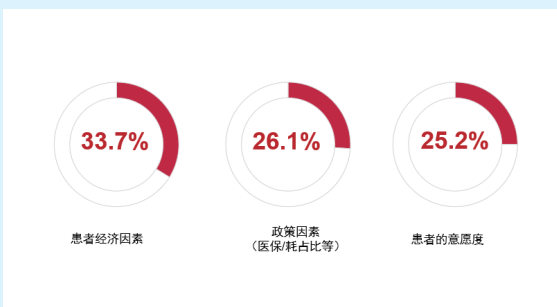


图9 制约屈光白内障手术开展的三大影响因素

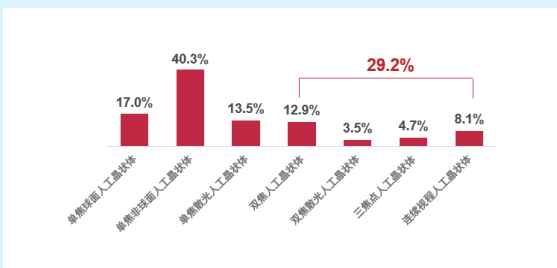


图10 眼科医生过去一年开展白内障手术的主要类型

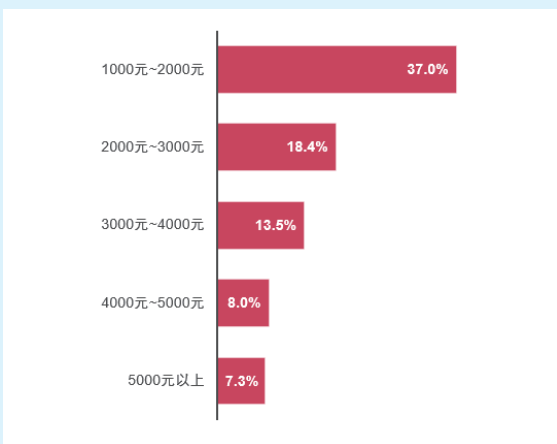


图11 参保人员因患白内障在定点医疗机构实施单眼白内障手术的人工晶状体部分,医疗报销最高限额



图12 地区医保支付水平、支付能力、支付比例、支付方式对眼科医生临床选择影响力的平均分值(1~10分)

避免医保政策“一刀切”

长期以来,眼健康都是“健康中国”战略的重要组成部分,防盲治盲工作对“精准扶贫”政策和防止“因病致贫、因病返贫”的贯彻落实产生着一定的影响。近年来,得益于国家强有力的政策支持,我国对白内障疾病的医保支付比例不断提升,参保人医疗费用负担明显降低。《报告》显示,90.52%眼科医生所在地区(医疗机构),白内障手术都享受医保单病种结算待遇。患者报销比例显著提高,患者医疗费用负担得到了进一步减轻。

《报告》显示,37.00%的医保参保人员因患白内障疾病在定点医疗机构实施单眼白内障手术的人工晶状体部分,医疗报销最高限额在1000~2000元,2000~5000元的占比达到了39.9%,甚至有7.3%的医保参保人员医保报销限额在5000元以上。此外,随着各地医疗保障部门以单独或共同组织辖区内医疗机构构建了采购联盟的形式开展高值医用耗材联合带量采购,

人工晶体采购价格大幅降低,有效降低了白内障患者的疾病负担。

然而,带量采购政策也是一把“双刃剑”。《报告》显示,79.31%的医生认为其临床选择完全由所在地区的医保支付水平、支付能力、支付比例、支付方式决定——一方面,医保无法全面覆盖进口高端人工晶体的价格,使部分经济能力有限的患者只得“退而求其次”;另一方面,国家带量采购政策在降低人工晶体的采购价格的同时,也划定了各类人工晶体所占比例,从而成为了引导公立医院医生选择人工晶体种类的“指挥棒”。

为此,陈晓勇建议,国家层面一方面应引导、支持、推动商业补充医疗保险普惠化,通过商业补充医疗保险进一步降低患者疾病负担;另一方面应根据不同地区的经济发展水平制定不同标准,避免“一刀切”,使对视觉质量有更高需求、经济能力允许且适应证满足的白内障患者享受到更好的医疗服务。

用循证医学证据推动指南的更新

共识和指南是指导医生开展临床工作的“指南针”。《报告》显示,62.78%的眼科医生认为行业内需要新的共识,或更新现有共识,以帮助、指导医生更好地开展临床工作。

对此,姚克指出,共识凝结着中华医学会眼科学分会领导下的全国各地各主要医院的专家、学者的集体智慧以及对于目前白内障疾病诊疗现状的综合考量,但并不意味着其在适应证方面能够涵盖每一名患者的个体情况及个性化需求。“比如,95%以上高度近视眼患者会发展为黄

斑变性,因此,《中国多焦点人工晶状体临床应用专家共识(2019年)》将高度近视眼作为多焦点人工晶状体的绝对禁忌证,为的是保证绝大多数患者的安全。”

“任何事物都在不断发展,共识、指南也绝不是一成不变的,但更新现有共识,需要大量的循证医学证据。”姚克特别指出,共识与指南不是法律法规,医生在具体临床决策时可以不受共识的约束。同时,他也期待能有更多医生开展临床研究,用循证医学证据推动指南、共识的更新,促进我国眼科学事业的发展。

媒体报道

