

**Tematy dyżurne**

# O paraliżu ambulatoryjnych badań obrazowych

Można by wymienić dziesiątki niedociągnięć naszego systemu opieki zdrowotnej, które wywołują niepokój wśród lekarzy, ale przede wszystkim stanowią dla pacjentów niezwykle utrudnienie czy zagrożenie. W obliczu braku ich rozwiązywania stają się swego rodzaju tematami dyżurnymi.

**T**ylko nieodparte pragnienie legalistycznego działania i resztki wiary w jego skuteczność sprawiają, że staram się nie ustawać w drążeniu skały. Dotyczy to choćby pierwszego z tematów dyżurnych, jakim jest paraliż związany z brakiem dostępu do badań tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (MRI) w warunkach ambulatoryjnych dla zwykłego śmiertelnika w naszych krajowych warunkach.

Wszyscy chyba zdajemy sobie sprawę z tego, że wypisując skierowanie z na tomografię klatki piersiowej, na

Podobnie czujemy się sparaliżowani chociażby w przypadku monitorowania leczenia nowotworów. Nie ma możliwości logicznego i terminowego ambulatoryjnego kontrolowania stanu pacjenta przy użyciu tomografii komputerowej do oceny efektu leczenia. Jeśli mielibyśmy przestać kombinować (i w ten sposób ratować system), pacjenci po prostu częściej by umierali. Stąd pokusa kładzenia pacjentów do szpitala w celu dokonywania okresowej oceny. Oczywiście bezsensowna i z jednej strony piętnowana przez płatnika podczas kontroli, z drugiej strony właśnie taka taktyka sugerowana jest – także przez przedstawicieli NFZ – podczas rozmów interwencyjnych, po prostu w celu ratowania sytuacji. Podobnie nie uda się w logicznych odstępach czasu ocenić rozmiarów poszerzającej się aorty.

Oczywiście można ocenić, że wszystko rozbija się o pieniądze. Trzeba jednak wprost wypowiedzieć, że za obecny paraliż odpowiedzialna jest w dużej części decyzja NFZ sprzed kilku lat znośząca świadczenia współfinansowane.

**Jeśli mielibyśmy przestać kombinować (i w ten sposób ratować system), pacjenci po prostu częściej by umierali. Stąd pokusa kładzenia pacjentów do szpitala w celu dokonywania okresowej oceny.**

przykład w wypadku podejrzenia guza płuca, skazujemy pacjenta na drogę przez mękę, nawet jeśli będzie miał zaznaczone na druku *cito*.

Na marginesie: pewnie należałoby każdemu Polakowi poradzić, by miał 400–500 zł zawsze pod ręką, by w sytuacji krytycznej mieć możliwość rozwiązania nagłego problemu medycznego. Systemowo nie ma bowiem zasadniczo możliwości rozsądnego dostępu do badań kluczowych w takich trudnych sytuacjach.

Przed kilku laty każdy kierujący z poradni do wybranych badań diagnostycznych (w tym TK i MRI) płacił niewielką część ich wartości, a płatnik wykonawcy badania uzupełniał w większości tę kwotę. Tak więc znośząc współfinansowanie, fundusz sam zafundował nam sytuację paraliżu – braku dostępności.

W sytuacji braku mechanizmu hamującego popyt na świadczenia uzyskaliśmy kilkukrotny wzrost potrzeb. Oczywiście – choć to niezwykle dla mnie smutne – nie wyczuwamy często jako

lekarze konieczności samoograniczenia się w mnożeniu zużycia dostępnych nam technik medycznych. Potwierdza to tezę wyrażoną przez jednego ze współczesnych myślicieli, że jako lekarze jesteśmy mistrzami w wydawaniu nie swoich pieniędzy. Dlatego jeśli nie poczujemy się choćby trochę z nimi powiązani, to żaden mechanizm ograniczający nie zadziała.

Na marginesie: pulmonolodzy (z wyjątkiem nielicznych) przestali kierować do ambulatoryjnej bronchoskopii natchmiast po wprowadzeniu regulacji wymagającej opłacania badania z własnego kontraktu poradnianego. To także – w mojej opinii – prowadzi do skandalu hospitalizacji pacjenta w celu wykonania tego badania bądź zrzucania odpowiedzialności na poradnię szpitala klinicznego kierujące na badania – tam sprawa traktowana jest nieco bardziej liściwie.

Nie pomagają na razie pisma i apele o zwiększenie kontraktów TK i MRI choćby w jednostkach, które muszą zapewnić ciągłość leczenia onkologicznego, i przymusza się – w celu ratowania pacjentów – do hospitalizacji. A bywa przecież ona droższa. Bezsensowne byłoby też prowokowanie skandali medialnych, gdyż wypalą się one (oprócz tego, że są nieeleganckie) szybko i spowodują zagaszenie pożaru na kilka zaledwie tygodni.

Dlatego też na przykład w szpitalu, którym współzarządzam, przyjęliśmy na razie taktykę – po wielu innych podejmowanych próbach rozmów – systematycznego wysłania pism ukazujących problem i jego dramatyczny wymiar. Tak: sprawa jest rzeczywiście dramatyczna.

Czy w takim razie można mieć nadzieję, że ktoś się kiedyś poruszonym tematem zainteresuje, pochyli nad nim z odpowiednią wrażliwością i czy ten temat dyżurny zniknie kiedyś?

SZCZEPAN COFTA