

W gastroenterologii wizyta prywatna zamiast publicznej

Działy: [Wywiad tygodnia](#)

Źródło: MK|07.11.2016

Chorzy gastroenterologicznie potrzebują wyspecjalizowanych ośrodków do opieki kompleksowej i koordynowanej. System nie widzi tych pacjentów, efektem czego jest duża liczba wizyt prywatnych – mówi Małgorzata Mossakowska, założycielka Towarzystwa Wspierania Osób z Nieswoistymi Zapaleniami Jelita „J-elita”.

Do raportu na temat stanu polskiej gastroenterologii Uczelni Łazarskiego było trochę uwag. Co wnosi raport, a czego nie omawia?

Trudne jest postawienie jednoznacznej diagnozy gastroenterologii, ponieważ dostępne dane są bardzo niekompletne i nie ma właściwego obrazu tego, co naprawdę zostaje wykonane w ramach leczenia gastroenterologicznego. W raporcie udało się pokazać jak bardzo nierównomiernie rozkłada się dostępność świadczeń, jak różna jest wysokość nakładów na gastroenterologię w zależności od województwa. Raport skupiał się na leczeniu chorób zapalnych jelita. W oczy rzuca się, że jeżeli wykazywanych jest niewiele hospitalizacji na gastroenterologii, to jest ich dużo na internie. W raporcie nie ma jednak informacji o migracji pacjentów między województwami.

Już wcześniejsze wnioski z tzw. map drogowych dotyczące gastroenterologii były zaskakujące.

Tak, ponieważ wskazywały na to, że oddziały gastroenterologii są właściwie niepotrzebne, a wszystkie procedury można wykonać w ramach interny. Tymczasem do poradni gastroenterologicznej, czy na przyjęcie na oddział na pogłębioną diagnostykę czeka się bardzo długo.

Jak więc wygląda dostępność do gastroenterologa z punktu widzenia pacjenta chorego na nieswoiste zapalenie jelita?

Wygląda źle. Do specjalistów ze skierowaniem terminy są bardzo odległe, przekraczają nawet pół roku, nawet w sytuacji, kiedy chory już jest objęty opieką specjalisty. Na szczęście w sytuacji zaostrzenia lub niepokojących wyników badań krwi, w wielu ośrodkach chory może od razu uzyskać dostęp do lekarza. Najłatwiej o to w poradni leczenia nieswoistych zapaleń jelita, ale takich wyspecjalizowanych poradni nie jest wiele. Lekarze często udostępniają przewlekłym chorym numery swoich telefonów komórkowych lub adresy mailowe, ale to nie jest przecież rozwiązanie systemowe. Przy analizie liczby chorych i liczby porad gastroenterologicznych w oczy rzuca się to, że wielu chorych albo się nie leczą systematycznie, albo korzysta z prywatnej ochrony zdrowia. To tam zostaje podjęta decyzja, czy chory potrzebuje dodatkowych badań. Tak się dzieje na przykład w przypadku kolonoskopii, które powinny być wykonywane co dwa lata w ramach nadzoru endoskopowego, –a w niektórych przypadkach częściej. Tymczasem liczba kolonoskopii wskazuje, że albo pacjenci nie mają tego nadzoru, albo wykonują kolonoskopie prywatnie.

Dlaczego?

Czasem jest tak, że pacjent wybiera konkretnego lekarza, bo to w jaki sposób zostanie

przeprowadzone badanie nie jest obojętne. Przyczyną może być też trudność w wykonaniu badania w znieczuleniu w ramach NFZ. Powodów korzystania z prywatnej opieki medycznej jest bardzo wiele. Np w trakcie prywatnej wizyty jest więcej czasu na rozmowę. Koszty to nie tylko wizyty, ale też leki, witaminy preparaty żywieniowe nie objętych refundacją, które chorzy na nieswoiste zapalenia jelita muszą zażywać.

System więc nie widzi tych pacjentów?

Nie widzi. Ośrodek wzorcowy istnieje jeden – przy szpitalu klinicznym MSW w Warszawie u prof. Grażyny Rydzewskiej. Działa poradnia jelitowa w Bydgoszczy, ale pododdział szpitalny nie ma kontraktu. Poradnie powstają dzięki ogromnemu zaangażowaniu lekarzy zwykle tam gdzie prowadzone jest biologiczne. Płatnik nie przeznaczają na to dodatkowych pieniędzy. Jeżeli więc mówimy o opiece koordynowanej i kompleksowej to powinna być ona prowadzona w oparciu o ośrodki z dużym doświadczeniem. Kontrakty na leczenie biologiczne ma 56 jednostek, moim zdaniem nie potrzeba aż tylu w chorobach jelita. Osoby z łagodnym przebiegiem wrzodziejącego zapalenia jelita grubego nie muszą być leczone w ośrodkach specjalistycznych, ale te powikłane i z chorobą Leśniowskiego-Crohna już tak. Pacjent powinien móc w nich skorzystać z porad dietetyka, czy psychologa, konsultacji chirurga i innych specjalistów oraz z grup wsparcia tworzonych przez organizacje pacjenckie. Wsparcie jest ważne przy wszelkich chorobach przewlekłych. O naszych chorobach mało się mówi i wie - media nie lubią problemów gastroenterologicznych, bo trudno je pokazać.

Czy programy lekowe leczenia biologicznego spełniają oczekiwania pacjentów?

Jeśli chodzi o leczenie choroby leśniowskiego-Crohna u dorosłych nie jest źle. Niestety terapia ograniczona jest do roku, co nie u wszystkich wystarcza. U dzieci walczymy o to, aby w przypadku zgodnie ze wskazaniami rejestracyjnymi był program leczenia adalimumabem taki jak u dorosłych. Lek może być podawany w domu co dwa tygodnie podskórnie, a obecnie podaje się go w warunkach szpitalnych w ramach JGP, po uzyskaniu zgody dyrektora szpitala. Czyli dziecko co dwa tygodnie „lądować” w szpitalu na co najmniej trzy dni. Leku potrzebuje najwyżej 40 dzieci w Polsce. Tym bardziej opór ministerstwa w tej sprawie jest dla nas niezrozumiały. W naszym odczuciu oszczędności z wprowadzenia leków biopodobnych nie wróciły do pacjentów. Program terapii ratunkowej dla wrzodziejącego zapalenia jelita grubego – też tylko dla dorosłych – jest niezgodny ze standardami. Podajemy choremu trzy dawki, dajemy nadzieję i przerywamy leczenie, bo tak ustaliło ministerstwo. To nieludzkie. Mamy nadzieję na zmianę tej sytuacji przy każdej nowej liście. Przy listopadowej okazały się one po raz kolejny płonne..

<http://www.termedia.pl/gastroenterologia/W-gastroenterologii-wizyta-prywatna-zamiast-publicznej,24008.html>