



Átlépünk-e az egészségügyi ellátás újabb korszakába? Mit tehet ezért az intervenciós radiológia?

Az intervenciós radiológia küldetését W. G. Austen 1982-ben fogalmazta meg. Fő feladatként a helyes kórisme gyors felállítását és a kezelésben való szerepvállalását jelölte meg. Hangsúlyozta, hogy az invazív radiológia nem vetélytársa a sebészetnek, vagy a belgyógyászatnak, hanem azokkal közösen szolgálja a gyógyítást. Magát a fogalmat 1967-ben Margulis vezette be, de hazánkban még a mai napig is bizonytalanságot érzünk, mit is takar ez az elnevezés. A névből adódóan a radiológia olyan minimálisan invazív területéről van szó, amely a sebészi és belgyógyászati kezelésekkel karöltve szolgálja a gyógyítást. Hazánkban gyakran leegyszerűsítik a szakterületet az érrendszeri intervenciós radiológiára, ami olyan mintha endokrinológiában csak a pajzsmirigyre gondolnánk. Az „intervenciós radiológia” fogalma jelzi a képalkotó diagnosztika szükségességét a beavatkozások elvégzéséhez, és ezzel meghatározza a beavatkozások körét is. Ezért a napi gyakorlatban hallható leegyszerűsített „intervenciós beavatkozás”, „intervenció” elnevezése helytelen. A szakmában ma kb. 330 féle, kis sebzésből végzett, nagyrészt katéter terápiais eljárást alkalmaznak a világon. A szakmai terület 4 fő tevékenységi csoportra bontható, melyekhez külön-külön speciális tudás és gyakorlat szükséges: az érrendszeri-, az érrendszeren kívüli, az intervenciós onkoradiológia, és a neurointervenció. A legszélesebb körben az első három tevékenységi csoportba tartozó beavatkozásokat végezzük. A neurointervenciós beavatkozások csak néhány centrumban érhetők el.

Egyszerű választ adhatunk arra a kérdésre, hogy a többi európai országhoz viszonyítva az intervenciós radiológiai beavatkozások hazánkban miért nem terjedtek el: nincs mögötte megfelelő finanszírozás és kialakított országos hálózat. Számos beavatkozás nem finanszírozott, vagy csak a beavatkozáshoz szükséges eszköz élvez támogatást. A szakma a már részben meglévő saját finanszírozásából is ki van zárva, mivel ezek nagy része csak HBCs szerint a fekvőbeteg ellátásban finanszírozott, tehát amit a radiológia csak fekvőbeteg ellátási formában tud lejelenteni a finanszírozónak. Ez az igazi 22-es csapdája, mely nem jó a szakmának, nem jó a betegnek és nem jó a finanszírozónak sem, mert költséghatékony egynapos korszerű kezelése helyett (az intervenciós radiológiai beavatkozások zöme ide tartozik) a hagyományos, drágább, hosszabb kórházi ellátást igénylő gyógyító eljárásokat finanszírozza.

Ami az ellátórendszert illeti: az európai felzárkózás és betegellátás korszerűbb, magasabb szintre emelése, és a költséghatékonyság érdekében az intervenciós radiológia országos rendszerének kialakítása elkerülhetetlen. Nagyjából 8-10 centrum tudná hazánkban a tevékenységével lefedni a hazai lakosság igényeit. Az intervenciós radiológiai szakemberek utánpótlásának képzésével, a szakember gárdával és az infrastrukturális adottságokkal nagyrészt rendelkezünk, már csak a megfelelő struktúra kialakítására van szükség területi ellátási kötelezettséggel és a szakma által elszámolható saját finanszírozással. Magyarország korábban élen járt az intervenciós radiológiai tevékenységek végzésében, azonban az elmúlt 20 évben jelentősen lemaradtunk a környező, de még inkább a nyugat-európai országok gyakorlatához képest. Az intervenciós radiológia gyors térhódításához az vezetett, hogy

- más, nagy műtéti beavatkozásokhoz hasonló eredmény mellett alacsonyabb morbiditással jár,
- az esetek nagy részében az intervenciós radiológia módszerei alkalmazhatók a nagy műtéti kockázattal járó állapotokban is,
- kis sebzéssel mélyen fekvő területek is elérhetők, gyors felépülési idővel, hamarabb történő munkába állással,
- lehetőség van egynapos vagy over night ellátásra, mellyel csökkenthetők a kórházi költségek és minimalizálható a kórházban töltött idő,
- a hagyományos módszerek teljes kezelési és ápolási költségét figyelembe véve a költségei viszonylag alacsonyak.

A fentiek miatt számos országban széles körben hozzáférhetővé teszik ezeket a módszereket a betegek, valamint a költséghatékonyság érdekében.

A magyarországi hozzáférhetőséget csak egy jól szervezett – a haemodinamikai laborok országos rendszerének mintájára létrehozott – országos intervenciós radiológiai rendszer és az egynapos ellátásokat preferáló finanszírozás képes javítani. Szakmai oldalról az IME – Az egészségügyi vezetők szaklapja VIII. Képző Diagnosztikai Konferenciája képes tükröt tartani a jelenlegi trendekről. A címben feltett kérdésekre pedig a felvázolt cselekvési terv megvalósításával adhatunk választ. Reméljük, hogy mindehhez partnerre lelünk lapunk olvasóiban és a konferencia minden résztvevőjében.

*Dr. Battány István
a Képző rovart vezetője*