

JGP, czyli medycyna poszatkowana

Mimo że skrót w medycynie, bardzo ostatnio namnażane, są często – na przykład między poszczególnymi specjalnościami – niezrozumiałe, to jednak tym razem odniosę się do określenia JGP, które wdarło się w nasze codzienne życie i dotyczy wszystkich szpitalników.

Skrót JGP oznacza jednorodną grupę pacjentów, czyli przyjęty w szpitalach sposób rozliczania usług zdrowotnych przez płatnika. Ideą tego systemu stało się stworzenie w miarę prostych i łatwych w stosowaniu metod kwalifikowania świadczenia wykonanego podczas hospitalizacji do pewnej grupy ze ściśle zdefiniowanej listy.

Blaski JGP

Konstrukcja tego systemu wywiodła się z obserwacji, że pewne grupy pacjentów, często znacznie się różniących, w zasadzie wymagają dość podobnego postępowania. Kwalifikacji do poszczególnych grup dokonuje się albo na podstawie rozpoznania definiowanego w systemie międzynarodowej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych, określonych jako ICD-10 (co dotyczy głównie leczenia niezabiegowego), albo na podstawie procedur leczniczych wymienionych w liście JGP identyfikowanych kodem klasyfikacji ICD-9. Tyle gwoli przypomnienia i uporządkowania. Dodając stwierdzenie, że wprowadzony w 2008 r. system – oparty na rozwiązaniach funkcjonujących w wielu bogatych krajach – uporządkował w pewnym sensie sprawozdawczość. Taki jest blask funkcjonującego rozwiązania.

Cienie JGP

Przyglądając się systemowi bliżej, dość łatwo można jednak dostrzec związane z nim cienie. Podstawowym jest ten, że pracując w szpitalach – być może nieświadomie – zaczęliśmy szatkować naszych pacjentów pod kątem myślenia bardziej o JGP i związanych z nim płatnościach, zamiast zachowywać medyczną kompleksowość.

Przykłady można mnożyć. Jeśli przywożony jest do szpitala pacjent z podejrzeniem ostrego zespołu wieńcowego (OZW) złapany w sidła dyżurującej na okrągło w regionie Poznania jednej z sześciu pracowni hemodynamicznych, to trzeba uważać, by – ze względu na poszatkowanie – nie wzięto za OZW przypadku raka płuca czy nawet odmy opłucnowej (fakty z praktyki konsultanta pulmonologicznego). Łatwo bowiem na naszych oddziałach nastawić się na taśmowo diagnozowanego pacjenta z bezdechem sennym na pulmonologii lub operowanego z powodu zaćmy na okulistyce czy poddawanego chemioterapii według schematu podsuwanego przez poważne wytyczne. Albo wykonać osiemset operacji wszczepienia endoprotez stawu kolanowego czy osiemdziesiąt stentgraftów. Gorzej, jeśli coś się zatnie, pojawi się pacjent nietypowy czy z pogranicza. A – broń Boże – leżący i wymagający obsługi. Gdy powstaną odleżyny lub trzeba kogoś wentylować prze-

wlekle w warunkach szpitalnych (Na marginesie: wstydem dla naszego poznańskiego środowiska jest brak ośrodków opiekuńczo-szpitalnych dla przewlekle wentylowanych; chwała za to Kaliszowi czy Rawiczowi, gdyż powstały w związku z tym specjalne możliwości).

Nie ukrywam, że dość dużą część mojej działalności jako osoby współodpowiedzialnej za duży szpital (ale także na pewno działalności wielu koleżanek i kolegów) stanowi właśnie łączenie tych poszatkowanych ogniw, które ryzykują często niesieniem zguby naszym pacjentom. W praktyce najtrudniej jest znaleźć szpitalne łóżko dla pacjentów wykraczających poza ramy jednego JGP czy sprofilowania (często bardzo kontrowersyjnego) wielu spośród naszych oddziałów. Umieszczenie w wielu sytuacjach ciężko chorych pacjentów – wymagających opieki – graniczy z cudem. To chyba JGP można w części za wycinkowe traktowanie pacjentów winić. Nie udało się raczej nikomu trafić bez znajomości i nacisków na oddział rehabilitacji w sytuacji niekonwencjonalnej, choć rzeczywistość nasza faktycznie taką się jawi.

Szpital, czyli hospicjum

Nie wiem, czy we współczesnej medycynie – może w części bezwiednie – nieco nie błądzimy. Na pewno wyrazem refleksji i odrodzeniem był powstający od lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku ruch hospicyjno-paliatywny, dzięki któremu wielu mogło odkryć pogłębioną rolę szpitala i medycyny. Nie dotyczy on tylko medycyny końca życia, lecz powinien przenikać swym sposobem myślenia całą działalność medyczną. To ten ruch zakładał i przypominał o konieczności całościowego podejścia do pacjenta, tak jak hołdowano temu w przeszłości na tradycyjnych oddziałach internistycznych czy chirurgicznych, niosących najszlachetniejszy wymiar opieki nad pacjentami, którego wiele jednostek współcześnie się wypiera. Trzeba uparcie powtarzać przesłania chociażby genialnej Cecyli Saunders, której intuicji niezwykle głęboko przywracały spojrzenie esencjalnie podmiotowe na pacjenta. Związane nie tylko z kompleksowym podejściem do medycznych problemów pacjenta, ale także z ujęciem ich potrzeb emocjonalnych i społecznych. Jej następców jest wielu, także w naszych środowiskach. Trzeba się w poszukiwaniu pokładów pogłębionej medycyny zjednoczyć i ją odkrywać.

Nie wiem, co trzeba by uczynić, by JGP nie były przeciwnikiem pogłębionych rozwiązań kompleksowej, nieposzatkowanej medycyny. A może system płatności na podstawie JGP będzie tylko swego rodzaju przejściowym etapem sposobów rozliczeń?

W części możemy obarczyć JGP winą za poszatkowanie naszej medycznej działalności. Choć nieroztropnością byłoby nie wnikać w problemy nieco głębiej.

SZCZEPAN COFTA