

Turystyka medyczna – luksus dla nielicznych



Pielęgniarki kontra dyrektywa transgraniczna

Fot. ImageZoo/Corbis

Przepisy o porozumieniach dotyczących zabezpieczenia społecznego istnieją od 1971 r., ale prawa obywateli Unii Europejskiej do korzystania z opieki zdrowotnej w innym państwie członkowskim uregulowała dopiero tzw. dyrektywa transgraniczna. W rzeczywistości daje ona możliwość leczenia tylko nielicznym. Wprowadzenie do systemu tzw. pielęgniarki zaawansowanej praktyki może być kluczem do poprawienia dostępności świadczeń i zmniejszenia konieczności korzystania z usług transgranicznych.

Przed dyrektywą transgraniczną (Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady z 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej) Europejski Trybunał Sprawiedliwości wydał wiele orzeczeń pozwalających pacjentom na swobodne przemieszczanie się w poszukiwaniu leczenia i opieki medycznej. Obecnie dokument za-

pewnia powszechniejsze, a także skuteczne stosowanie zasad określonych przez Trybunał Sprawiedliwości w poszczególnych sprawach, dotyczących zapewnienia mobilności pacjentów i promowania współpracy w zakresie opieki zdrowotnej między państwami członkowskimi. Zachowuje się jednak zasadę pełnego poszanowania kompetencji państw członkowskich w zakresie:

organizacji i udzielania świadczeń z tytułu zabezpieczenia społecznego (w szczególności chorobowych), określania świadczeń zdrowotnych z tytułu zabezpieczenia społecznego oraz organizacji i świadczenia opieki zdrowotnej i medycznej.

W Rezolucji Parlamentu Europejskiego z 15 marca 2007 r. w sprawie działań wspólnotowych dotyczących świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej zwraca się uwagę na fakt, że prawie we wszystkich przypadkach opieka zdrowotna i leczenie medyczne wymagają kontynuacji. Uznaje się potrzebę wprowadzenia jasnych zasad podziału zadań i odpowiedzialności podmiotów świadczących usługi zdrowotne na różnych etapach leczenia i opieki.

W dyrektywie poprawiono przede wszystkim zapisy o bezpieczeństwie prawnym pacjentów państw członkowskich i krajowych systemów zabezpieczeń społecznych w zakresie dostępu do opieki zdrowotnej i zwrotu kosztów zabiegów. Opierając się nie na środkach finansowych, ale na potrzebach zdrowotnych pacjenta, zwalcza się turystykę medyczną.

Chory i Komisja Europejska

Pacjent ma więc prawo do korzystania z usług opieki zdrowotnej innego państwa oraz uzyskania zwrotu nakładów finansowych do wysokości kosztów świadczenia w kraju zamieszkania. Wskazuje się państwa członkowskie ubezpieczenia i leczenia oraz zastosowanie do poszczególnych pacjentów, którzy decydują się skorzystać z opieki zdrowotnej w innym państwie człon-

” Transgraniczna opieka zdrowotna pochłania zaledwie ok. 1 proc. publicznych wydatków na ochronę zdrowia ”

kowskim niż państwo ubezpieczenia. Komisja Europejska nakłada też konkretne obowiązki na państwa członkowskie. Należy do nich np. informowanie (na wniosek pacjenta) o obowiązujących w państwie członkowskim leczeniach standardach bezpieczeństwa i jakości oraz o świadczeniodawcach, którzy podlegają tym standardom. Dotyczy to również informacji o szczególnych aspektach udzielanych przez nich świadczeń opieki zdrowotnej oraz o możliwościach leczenia. Nie ma jednak obowiązku dostarczania pacjentom informacji, które wychodziłyby poza ustalone ramy.

Co ważne, państwa członkowskie ubezpieczenia powinny dać pacjentom prawo do co najmniej takich samych świadczeń w innym państwie członkowskim. Dyrektywa obejmuje nie tylko świadczeniodawców publicznych, lecz także prywatnych. W przypadku świadczeń wysokospecjalistycznych, kosztownych czy wymagających pozostania w szpitalu na co najmniej jedną noc i w określonych poważnych przypadkach związanych z jakością lub bezpieczeństwem opieki za-

Konieczne działania ułatwiające pielęgniarkom zapewnienie ciągłości opieki zdrowotnej

- Bezpośredni dostęp do karty zdrowia pacjenta, zawierającej dokładne, zrozumiałe, przejrzyste, ujednolicone i bezpieczne dane pacjenta (z zachowaniem ochrony danych osobowych oraz uwzględniające zgodę pacjenta na ich wykorzystanie).
- Transparentność w wymianie niezbędnych danych dotyczących opieki zdrowotnej pomiędzy poszczególnymi szczeblami opieki.
- Dostęp do interoperacyjnych usług typu e-zdrowie, wspierających komunikację pomiędzy specjalistami oraz skuteczne mechanizmy wymiany informacji.
- Zastosowanie Międzynarodowej Klasyfikacji Praktyki Pielęgniarskiej (ICNP®) w prowadzeniu dokumentacji zdrowotnej pacjenta, wpisanej do Krajowego Systemu Rejestrów, dostępnej bezpłatnie dla podmiotów leczniczych.
- Jasna identyfikacja ról i obowiązków określonych dla pielęgniarek specjalistów, włącznie z zaawansowaną praktyką pielęgniarską (APN), określona przez OECD.
- Zapewnienie najwyższych standardów współpracy w zespole interdyscyplinarnym, sprawnego przepływu informacji, pracy w zespole multidyscyplinarnym.
- Zintegrowanie systemu planowania usług, finansowania, organizacji i wprowadzania innowacji w życie.
- Zapewnienie realizacji zadań przez kompetentny, zmotywowany i skuteczny zespół profesjonalistów.
- Odpowiednia polityka kształcenia i utrzymania miejsc pracy dla zapewnienia ciągłości opieki dzięki odpowiednio wykształconemu personelowi ochrony zdrowia.
- Dostosowanie usług do indywidualnych potrzeb pacjentów dla uzyskania holistycznego i zintegrowanego podejścia do zarządzania opieką nad pacjentem.
- Wysoki poziom komunikacji i wymiany informacji pomiędzy poszczególnymi szczeblami opieki zdrowotnej oraz opieką społeczną.

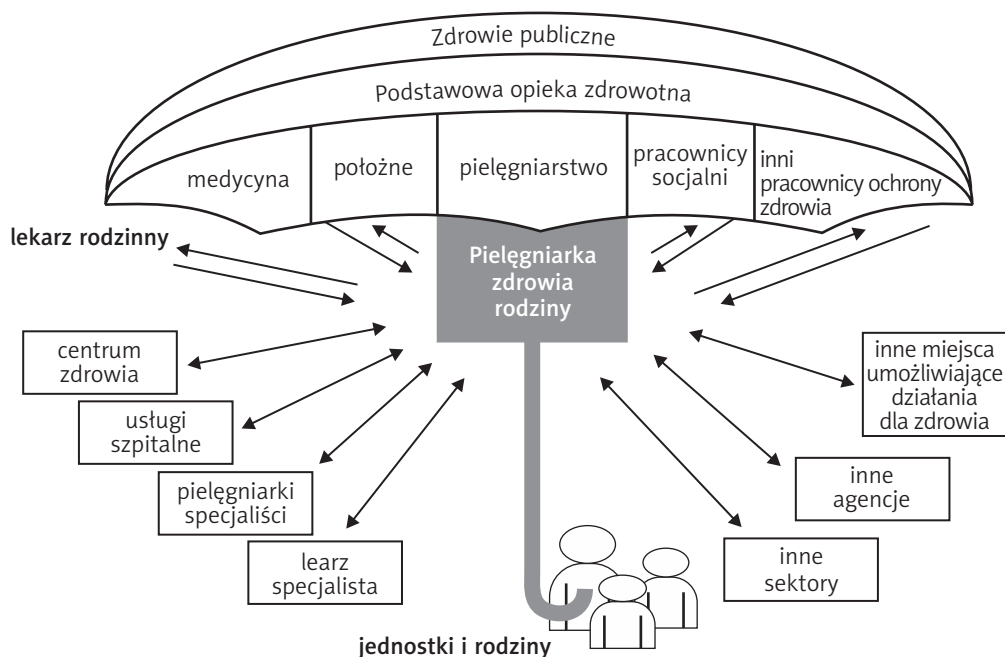
„Państwa członkowskie ponoszą odpowiedzialność za świadczenie bezpiecznej, wydajnej, wysokiej jakości i ilościowo odpowiedniej opieki zdrowotnej”

pewnianej za granicą krajowe organy odpowiedzialne za refundację świadczeń zdrowotnych mogą wprowadzić insytnację uprzedniej zgody. Państwa członkowskie ponoszą bowiem odpowiedzialność za świadczenie obywatelom na swoim terytorium bezpiecznej, wydajnej, wysokiej jakości i ilościowo odpowiedniej opieki zdrowotnej. Stąd też w przypadku, gdy dostarczone świadczenia nie spełniają kryterium jakości i bezpieczeństwa opieki zdrowotnej oraz gdy jest to uzasadnione nadrzędnymi względami podyktowanymi interesem ogólnym dotyczącym zdrowia publicznego, państwo członkowskie ubezpieczenia może podjąć decyzję o ograniczeniu zwrotu kosztów ubezpieczenia. Przewiduje się także, że w przypadku nadrzędnych względów podyktowanych interesem ogólnym państwo członkowskie może również przyjąć dodatkowe środki oparte na innych przesłankach niż jakość i bezpieczeństwo usług zdrowotnych.

Tak więc jednym z nadrzędnych względów podyktowanych interesem ogólnym, które mogą uzasadniać ograniczenia swobodnego przepływu przewidzianego w traktatach, jest ochrona zdrowia publicznego. Określił to Trybunał Sprawiedliwości: „nadrzędne względy podyktowane interesem ogólnym mogą uzasadniać ograniczenie swobody świadczenia usług, takie jak wymogi planowania w celu zapewnienia wystarczającego i stałego dostępu do zrównoważonego zakresu leczenia wysokiej jakości w danym państwie członkowskim lub dotyczące woli kontrolowania kosztów i unikania, na ile to możliwe, wszelkiego marnotrawstwa zasobów finansowych, technicznych i ludzkich”.

Stanowisko pielęgniarek

W stanowisku z XVI Krajowego Zjazdu Delegatów Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego czytamy: „Pacjent, zgodnie z dyrektywą 24/2011/UE, ma prawo do zapewnienia opieki na oczekiwanym przez niego poziomie, bezpiecznej i umożliwiającej jej kontynuację w kraju ubezpieczenia. Pielęgniarki mają prawo do korzystania z najnowszych osiągnięć technologii, aby zagwarantować tym, którym się opiekują, jak najlepszą opiekę na poziomie zgodnym z najnowszymi badaniami naukowymi w tej dziedzinie. Pielęgniarki mają prawo do tworzenia Pielęgniarskich Centrów Referencyjnych, które pozwolą na wymianę doświadczeń i wiedzy oraz umożliwią pracę z pacjentami w oparciu o dobre praktyki, dostępne w innych krajach UE. Pielęgniarki pełnią istotną rolę w zapewnieniu ciągłości



Rycina. Model opieki w Podstawowej Opiece Zdrowotnej (POZ)

Źródło: Deklaracja Monachijska – WHO 1998 'HEALTH21: Health for all in the 21st Century' WHO Europe. <http://www.euro.who.int/document/HEALTH21/wa540ga199heeng.pdf>

17.06.2000 r. – Pielęgniarki i położne na rzecz zdrowia Pielęgniarka Zdrowia Rodziny

opieki zdrowotnej. Pielęgniarstwo stanowi podstawowy element łączący sektory opieki szpitalnej, podstawowej opieki zdrowotnej oraz opieki społecznej. Jest pomostem prowadzącym do zapewnienia ciągłości opieki zdrowotnej”.

Transgraniczna opieka zdrowotna pochłania zaledwie ok. 1 proc. publicznych wydatków na ochronę zdrowia. W 2011 r. wynosiły one ok. 10 mld euro. To także wydatki na leczenie nieplanowane przez pacjentów (np. opieka w nagłych wypadkach), a więc mniej niż 1 proc. Pacjenci wolą bowiem korzystać z opieki zdrowotnej u siebie w kraju. Podczas pobytu tymczasowego za granicą nadal mają zastosowanie przepisy rozporządzenia nr 883/2004/WE. Pacjentom będzie udzielana pomoc, jakiej potrzebują. Zwraca się uwagę, aby państwa członkowskie ułatwiały współpracę między świadczeniodawcami, płatnikami i organami regulacyjnymi z różnych państw członkowskich na poziomie krajowym, regionalnym lub lokalnym w celu zapewnienia bezpiecznej i efektywnej transgranicznej opieki zdrowotnej o wysokiej jakości. To przede wszystkim wspólne planowanie, wzajemne uznawanie lub dostosowywanie procedur lub standardów, interoperacyjność odpowiednich krajowych systemów technologii informacyjno-komunikacyjnych, praktyczne mechanizmy zapewniające ciągłość opieki lub ułatwianie w praktyce pracownikom służby zdrowia czasowego lub okazjonalnego świadczenia transgranicznej opieki zdrowotnej. Pacjenci będą wymagali zapewnienia kontynuacji usług w kraju ubezpieczenia. W tym przypadku konieczna będzie integracja opieki z wykorzystaniem dobrych praktyk, przewodników do opieki itp. Zakłada się bowiem, że do 2020 r. 90 proc. decyzji klinicznych w ochronie zdrowia będzie oparte na badaniach naukowych.

Pielęgniarka zaawansowanej praktyki

Istnieją dowody naukowe, że oddanie kompetencji pielęgniarkom to zmniejszenie kosztów leczenia. Od 60 do 80 proc. opieki podstawowej, tradycyjnie świadczonej przez lekarzy, może być przejęte przez pielęgniarki. Spowoduje to konkretne oszczędności przy zachowaniu podobnych wyników. Wprowadzenie do systemu pielęgniarki zaawansowanej praktyki (*Advance Practice Nurse – APN, Nurse Practitioner – NP, Family Health Nurse – FHN*) to klucz do poprawienia dostępności świadczeń i zmniejszenia konieczności korzystania z usług transgranicznych. W USA pielęgniarki zaawansowanej praktyki odwiedzają pacjentów wymagających natychmiastowej pomocy, sprawdzają wyniki badań, zmieniają opatrunki, rozmawiają z rodzinami i edukują pozostały personel pielęgniarski. Doprowadziło to do zmniejszenia ponownych przyjęć do szpitala o 50 proc., poprawiły się również wyniki leczenia pacjentów dzięki polepszeniu przestrzegania zaleceń.

” Od 60 do 80 proc. opieki podstawowej, tradycyjnie świadczonej przez lekarzy, może być przejęte przez pielęgniarki ”



Fot. iStockphoto.com

” Istnieją dowody naukowe, że oddanie kompetencji pielęgniarkom to zmniejszenie kosztów leczenia ”

Można w tym celu wykorzystać model zaproponowany przez WHO i wdrożony w wielu krajach członkowskich – pielęgniarka zdrowia rodziny (FHN).

Turystyka zdrowotna to luksus, który będzie dostępny dla nielicznych. Innym, ważniejszym zagadnieniem są świadczenia związane z dyrektywą 24/2011. Dotyczą one bowiem finansowania ze środków, których dysponentem jest NFZ. Zwiększenie dostępności świadczeń poprzez zmianę roli pielęgniarki pomoże je zaoszczędzić i zapobiec niepotrzebnym ponownym przyjęciom do szpitala, ale przede wszystkim pozwoli wykorzystać je na inne świadczenia, których pacjenci poszukują poza granicami.

Dorota Kilańska
Autorka jest dyrektorem European Federation of Nurses Associations
i członkiem Rady Dyrektorów Europejskiej Fundacji
Badań Naukowych w Pielęgniarstwie.