

Obalamy mity, potwierdzamy fakty  
i... narzekamy na brak danych



# CZY KTOŚ ZAPANUJE NAD TURYSTYKĄ MEDYCZNĄ?

Nieprawdziwych twierdzeń związanych z turystyką medyczną w obiegu jest wiele. Na przykład takie, że jest ona zjawiskiem globalnym, pacjenci kładą największy nacisk na cenę, w ramach turystyki medycznej chodzi głównie o wykonywanie niezbędnych procedur medycznych, że turystyka medyczna przeżywa okres gwałtownego rozwoju i jest zjawiskiem nowym. Prezentujemy wybrane fragmenty Raportu Europejskiej Federacji Szpitali HOPE 2015, który demontuje nieprawdziwe informacje i prezentuje właściwe dane. Raport pokazuje, że brakuje jednolitych ram regulacyjnych, standardowych procedur i przejrzystych praktyk.



## Turystyka medyczna rozwija się w... skali transgranicznej

Pacjenci wolą się leczyć w znajomym, domowym otoczeniu niż opuszczać „strefę komfortu”, odbywając w celach medycznych daleką podróż do nieznanego kraju – niezależnie od ewentualnej korzyści finansowej. Przyjęcie tego poglądu daje powody przypuszczać, że turystyka medyczna ma zasięg bardziej regionalny niż globalny, jest przede wszystkim zjawiskiem lokalnym i regionalnym. Pacjenci w pierwszej kolejności decydują się na leczenie w swoim kraju, a następnie w krajach sąsiadujących. Dopiero w sytuacji, gdy leczenie blisko domu nie jest możliwe, podejmują decyzję o wyjeździe w celach medycznych do bardziej odległego kraju. Ma to również związek z rosnącymi kosztami podróży, z czasem i kwestią bezpieczeństwa. Pod względem kierunku przepływu pacjentów można wyróżnić wyraźne trendy. Pacjenci z Ameryki Północnej wyjeżdżają do Meksyku lub Ameryki Łacińskiej. Azjaci preferują leczenie w kraju azjatyckim, a Europejczycy – europejskim. Turystyka medyczna rozwija się zwłaszcza w obrębie regionów, w skali transgranicznej, ponieważ turyści zazwyczaj wolą krótkie wyjazdy od podróży na drugi koniec globu, gdzie musieliby przechodzić proces leczenia w zupełnie nieznanym otoczeniu.

Jednym z postulowanych głównych czynników napędzających rynek nie jest najlepsza cena, ale dążenie do uzyskania najwyższej jakości usług medycznych i dostępu do najlepszej technologii. Chociaż pacjenci zwracają uwagę na ceny, nie poszukują ofert najtań-

## Komentarz redaktora naukowego polskiej wersji Raportu Europejskiej Federacji Szpitali HOPE 2015

Raport Europejskiej Federacji Szpitali HOPE obala jeden z mitów dotyczących turystyki medycznej, którym jest przekonanie, że jednym z najważniejszych czynników skłaniających pacjentów do leczenia się za granicą jest niższa cena. Z przeprowadzonej analizy wynika, że najistotniejsze determinanty turystyki medycznej to nowoczesność technologii medycznej, a następnie jakość – wyższa niż w kraju zamieszkania. Pewną rolę odgrywa także problem ograniczonej dostępności usług medycznych, a dopiero na kolejnych miejscach znajdują się kwestie związane z ich niższym kosztem w innym kraju. W raporcie zwrócono uwagę na rolę, jaką ma do odegrania administracja państwowa w promowaniu turystyki medycznej, szczególnie zapewnienie bezpieczeństwa i jakości usług w danym kraju oraz wsparcie logistyczne dla podmiotów medycznych. To właśnie m.in. dzięki takim działaniom niektóre kraje zbudowały markę na rynku turystyki medycznej (np. Turcja). Bardzo ciekawe są rozważania na temat roli akredytacji podmiotów świadczących usługi medyczne w ramach turystyki medycznej. Otóż posiadanie prestiżowych, a zarazem bardzo drogiej certyfikatów wcale nie jest przekonujące dla pacjenta, który najczęściej nie ma stosownego rozeznania w tej tematyce. Autorzy podkreślają, że znaczna część turystyki medycznej ma charakter transgraniczny, gdyż pacjenci preferują leczenie możliwie blisko miejsca zamieszkania. W imieniu zespołu redakcyjnego zapraszam do lektury raportu.

Jarosław J. Fedorowski, prof. nadzw., MD, PhD, MBA, FACP, FESC  
przewodniczący Rady Programowej „Menedżera Zdrowia”  
prezes Polskiej Federacji Szpitali, gubernator Europejskiej Federacji Szpitali HOPE



Fot. ImageZoo/Corbis

## Pięć głównych czynników sprzyjających mobilności pacjentów

Pacjenci wolą być leczeni jak najbliżej domu, w ramach systemu świadczeń, który dobrze znają – jednak w niektórych okolicznościach mogą być skłonni do podjęcia leczenia za granicą lub wręcz preferować tę opcję. Wyróżnia się pięć głównych czynników sprzyjających mobilności pacjentów:

- podobieństwo (znajomość) kultury, języka, zwyczajów, religii, historii – pacjenci czują się bardziej komfortowo, gdy znają system opieki zdrowotnej i są w stanie porozumiewać się w języku kraju docelowego;
- dostępność usług medycznych, które nie są w ogóle dostępne w kraju zamieszkania lub w przypadku których istnieją długie listy oczekujących;
- koszty – większość turystów medycznych wyjeżdża w celu uzyskania leczenia, które nie jest objęte krajowym systemem opieki zdrowotnej. Pacjenci muszą sami pokryć koszt terapii, dlatego poszukują usług medycznych zapewniających optymalny stosunek ceny do jakości;
- postrzegana jakość – pacjenci uważają, że za granicą uzyskają wyższą jakość opieki medycznej niż w krajowym systemie opieki zdrowotnej;
- przepisy bioetyczne – pacjenci wyjeżdżają, aby skorzystać z leczenia, które jest uznawane za nielegalne w kraju zamieszkania, a tym samym nie jest dostępne.

szych, ale najbardziej opłacalnych. Najprościej rzecz ujmując – pacjenci chcą uzyskać najwięcej korzyści za cenę, którą są gotowi zapłacić. Oferty najtańsze kojarzą się z gorszą jakością i mogą budzić szereg wątpliwości: dlaczego koszt jest tak niski? co jest nie tak z tą ofertą? Ocenia się, że pacjenci chętniej wybierają pakiety w rozsądnej cenie, z gwarancją dalszej opieki oraz o wysokiej jakości niż oferty typu „niska cena – wysokie ryzyko”. Z uwagi na to, że oferowanym produktem jest często ludzkie zdrowie, wydaje się, że jest to rozsądne podejście. Logicznie rzecz biorąc – podmiot zapewniający niskie ceny, ale przy tym świadczący usługi o niskiej jakości, nie mógłby utrzymać się zbyt długo na rynku, zwłaszcza w branży turystyki medycznej, w której klient może łatwo znaleźć lepszą opcję, skoro i tak jest zdecydowany na wyjazd.

Porównywanie cen nie nastręcza żadnych trudności. Gorzej natomiast przedstawia się sytuacja z porównywaniem jakości. Po pierwsze jakość jest subiektywna, a po drugie zasadniczo nie chodzi tu o samą jakość, ale raczej o jakość postrzeganą przez pacjenta po samodzielnym przeanalizowaniu zgromadzonych informacji. Cena uznawana jest za czynnik, który wprawdzie wpływa na proces decyzyjny, ale nie jest jego główną determinantą.

Czy pacjenci decydują się na wyjazd za granicę w celu podjęcia leczenia raka czy po to, aby poprawić kształt nosa albo uzyskać piękny uśmiech? Czy bardziej rozpowszechnione są wyjazdy w celu przeprowadzenia niezbędnego czy też opcjonalnego (elektynowego) zabiegu? Czy raczej jest tak, że pacjent jest zamożny i wyjeżdża „bo chce” czy gorzej sytuowany i decyduje się na wyjazd „bo musi”? Jakie kombinacje czynników napędzających, zachęcających i zniechęcających warunkują decyzje pacjentów o poddaniu się niezbędnym lub opcjonalnym zabiegom medycznym za granicą? Po pierwsze, leczenie ze wskazań pilnych często jest objęte świadczeniami oferowanymi w ramach systemu publicznej opieki zdrowotnej. Kolejki oczekujących z reguły są długie, a pacjenci narzekają, jednak nierzadko mimo wszystko decydują się na pozostanie w systemie. Po drugie, większym bodźcem do wyszukiwania najbardziej opłacalnych opcji leczenia, zapewniających najlepszy stosunek wartości do ceny, wydają się zabiegi w ramach chirurgii kosmetycznej czy leczenie stomatologiczne, których nie zapewnia państwowa opieka zdrowotna. W branży nie ma wystarczająco klarownych wyjaśnień powyższych kwestii.

Zdaniem domorosłych ekspertów oraz autorów doniesień medialnych branża turystyki medycznej przeżywa dziś prawdziwy rozkwit. Takie opinie mają jednak wyłącznie charakter spekulatywny i anegdotyczny. W branży faktycznie obserwuje się wzrost, jednak najprawdopodobniej jest on daleki od *boomu*. W niektórych doniesieniach można wręcz znaleźć opinie, że branża jest w stagnacji, a nawet odnotowuje spadek.

Turystyka medyczna nie jest z pewnością zjawiskiem nowym, ale w ostatnim czasie poświęca się jej znacznie więcej uwagi niż dawniej. W okresie jej funkcjonowania doszło do odwrócenia kierunku przepływu turystów medycznych: pacjenci z krajów o wysokim dochodzie podejmują leczenie w krajach mniej rozwiniętych.

Produktami końcowymi turystyki medycznej są ludzkie życie i zdrowie. Mimo tego w branży nie ma jednolitych ram regulacyjnych, standardowych procedur i przejrzystych praktyk. Nie ma także międzynarodowych, porównywalnych danych dotyczących jakości i bezpieczeństwa, a także wskaźników zakażeń szpitalnych, zdarzeń niepożądanych, ponownych przyjęć, chorobowości i śmiertelności po odbyciu leczenia w placówkach medycznych za granicą. To niebezpieczne. A ponieważ turystyka medyczna jest częścią sektora zdrowotnego, należy również uwzględnić ryzyko zakażenia szpitalnego i zgonu na skutek zakażenia.

### Turysta medyczny jest jak pacjent „krajowy”?

Pojawiają się jednak głosy, że regulacje w zakresie służby zdrowia powinny obowiązywać w takim samym stopniu mieszkańców danego kraju co turystów medycznych, a leczenie pacjenta „krajowego” nie powinno odbiegać od leczenia pacjenta „zagranicznego”. To z kolei oznacza, że nie ma konieczności tworzenia przepisów regulujących wyłącznie turystykę medyczną. Z drugiej jednak strony należy wziąć pod uwagę fakt, że turysta medyczny jest pacjentem, który przyjeżdża do nieznanego kraju i wchodzi w środowisko nacechowane asymetrią przepływu informacji.

Żeby podnieść zaufanie pacjentów, niektórzy dostawcy usług medycznych ubiegają się o międzynarodową akredytację lub certyfikację. Inicjatywy tego rodzaju wskazują na potrzebę samoregulacji i standaryzacji w branży turystyki medycznej. Koniec końców jednak zaświadczenia lub certyfikaty tego rodzaju nie zapewniają pacjentom żadnej realnej ochrony, pacjenci rzadko uzyskują opiekę pooperacyjną, a w przypadku wystąpienia powikłań po leczeniu już po powrocie do kraju zdrowie turysty medycznego jest często w rękach przedstawicieli krajowej służby zdrowia. Lekarze krajowi niechętnie jednak podejmują się leczenia turystów medycznych, którzy padli ofiarą zaniedbania lub błędu w sztuce lekarskiej, obawiając się pozwu sądowego w związku z wystąpieniem powikłań będących tak naprawdę efektem leczenia podjętego za granicą. Należy uwzględnić fakt, że pacjenci często wyjeżdżają za granicę w celu podjęcia leczenia o niezwyfikowanej skuteczności i bezpieczeństwie, terapii eksperymentalnej lub zakazanej w kraju rodzimym (np. leczenia komórkami macierzystymi), mogącego nawet stanowić zagrożenie dla życia. W Internecie i w mediach społecznościowych nie brakuje opisów przypadków źle wykonanych zabiegów chirurgicznych i powikłań pooperacyjnych oraz relacji niezadowolonych pacjentów.

Jednym ze sposobów rozwiązania tej sytuacji jest wprowadzenie obowiązkowego ubezpieczenia na wypadek powikłań po leczeniu u wszystkich pacjentów poddających się zabiegom chirurgii kosmetycznej (także wtedy, gdy wchodzi one w skład innych zabiegów medycznych). Jakość, bezpieczeństwo i zadowolenie pacjenta są niewątpliwie istotnymi kwestiami dla branży turystyki medycznej, a mimo to nie zostały oficjalnie i bezpośrednio uregulowane w obowiązujących mechanizmach.

### Różne standardy akredytacji

Standardy stosowane przez różne jednostki akredytujące są bardzo zróżnicowane w zależności od lokalnych uwarunkowań. W związku z powyższym w ramach standaryzacji standardów i kryteriów Międzynarodowe Towarzystwo na rzecz Jakości w Opiece Zdrowotnej (*International Society for Quality in Health Care – ISQua*), poprzez specjalnie opracowany międzynarodowy program akredytacyjny (*International Accreditation Programme*), przeprowadza akredytację jednostek akredytujących. Dotychczas akredytację ISQua uzyskało 26 jednostek akredytujących (wśród nich zaledwie 5 podmiotów europejskich).

*Joint Commission International (JCI)* jest prywatną organizacją typu *non profit* działającą w USA, która udzieliła już akredytacji prawie 700 organizacjom (stan na 2014 r.) z całego świata. „Joint Commission Interna-

## Działania realizowane w celu pobudzenia rozwoju branży turystyki medycznej

Poszczególne państwa w różnym stopniu angażują się w propagowanie, rozwój, organizację i reklamowanie swoich atutów jako krajów docelowych dla turystów medycznych. W niektórych krajach kładzie się zdecydowany nacisk na promocję turystyki medycznej poprzez podejmowanie inicjatyw mających na celu poprawę konkurencyjności danego państwa w omawianej branży. Inne kraje albo powstrzymują się od ingerencji, albo wręcz wdrażają działania na rzecz powstrzymania tego zjawiska. Działania realizowane w celu pobudzenia rozwoju branży turystyki medycznej obejmują na przykład:

- uproszczone procedury wizowe lub wprowadzenie nowych kategorii wiz medycznych,
- zachęty podatkowe,
- inwestycje w infrastrukturę służby zdrowia,
- powoływanie specjalnych organizacji, których celem jest pobudzenie rozwoju turystyki medycznej (państwowych lub prywatnych),
- dotacje.

JEDNYM Z POSTULOWANYCH

GŁÓWNYCH CZYNNIKÓW NAPĘDZAJĄCYCH RYNEK

NIE JEST NAJLEPSZA CENA,

ALE DĄŻENIE DO UZYSKANIA

NAJWYŻSZEJ JAKOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH

I DOSTĘPU DO NAJLEPSZEJ TECHNOLOGII

tional identyfikuje, analizuje i rozpowszechnia najlepsze praktyki w zakresie jakości usług i bezpieczeństwa pacjenta na całym świecie. Udzielamy konsultacji kierowniczych i przekazujemy innowacyjne rozwiązania, które pomagają podmiotom działającym w sektorze zdrowotnym w doskonaleniu wyników i efektów leczenia. Nasz zespół ekspertów współpracuje ze szpitalami i innymi placówkami służby zdrowia, podmiotami działającymi w ramach systemu opieki zdrowotnej, ministerstwami, agencjami zdrowia publicznego, instytucjami akademickimi i podmiotami komercyjnymi na rzecz optymalizacji wyników uzyskiwanych w opiece nad pacjentem<sup>1</sup>.

*Accreditation Canada International* (ACI) jest jednostką akredytującą o profilu działalności zbliżonym do JCI. Instytucja przyznała dotychczas akredytację niemal 80 organizacjom (stan na wrzesień 2014 r.). Większość akredytowanych podmiotów (25) mieści się w Brazylii. Kolejne miejsce w rankingu zajmuje Słowenia – w 2014 r. akredytację uzyskało tam aż 15 organizacji (łącznie 16). Poza akredytacją ACI zajmuje się także świadczeniem usług doradczych i edukacyjnych.

Kolejną jednostką akredytującą jest założony w Niemczech *Temos*. W *Temos* opracowano dotąd pięć programów certyfikacyjnych. Misją jednostki certyfikującej jest „poprawa i optymalizacja jakości usług medycznych i pozaklinicznych świadczonych między-

narodowym pacjentom leczonym w placówkach medycznych na całym świecie poprzez udział w jedynym w swoim rodzaju, dobrowolnym systemie certyfikacji (...). Celem wszystkich programów certyfikujących *Temos* jest walidacja i optymalizacja usług lekarskich, pielęgniarskich, diagnostycznych i pozaklinicznych oferowanych przez placówki medyczne pacjentom międzynarodowym oraz turystom medycznym – z uwzględnieniem pełnego cyklu opieki nad pacjentem przed wyjazdem zagranicznym, w szpitalu lub klinice, a także postępowanie z pacjentem po wdrożeniu leczenia i po wypisie z placówki, w tym badania kontrolne<sup>2</sup>.

*Medical Travel Quality Alliance* (MTQUA) certyfikuje z kolei usługi pozamedyczne świadczone pacjentom międzynarodowym i turystom medycznym. Dzięki certyfikacji powstaje sieć dostawców poszczególnych usług w ramach turystyki medycznej. Certyfikacja stanowi jedynie dobrowolne zobowiązanie i nie wiąże się z żadnymi powinnościami o charakterze prawnym ani odpowiedzialnością względem turystów medycznych nabywających usługi medyczne. Instytucja ta oferuje ponadto usługę o nazwie *Medical Travel Patient Registry*, w ramach której pacjent ma zapewnioną pomoc w trybie 24 godziny na dobę przez 7 dni w tygodniu, monitorowanie przebiegu leczenia oraz komunikację z rodziną. Na życzenie można także uzyskać analizę placówek szpitalnych, lekarzy, rachunków, planów leczenia oraz planów opieki nad pacjentem.

„Code of Practice for Medical Tourism” („Kodeks praktyk w turystyce medycznej”) jest inicjatywą opracowaną przez portal *Treatment Abroad*. Kodeks ma następujące podstawowe cele: „zachęcanie do rozwoju najlepszych praktyk przez agencje turystyki medycznej i dostawców usług zdrowotnych; propagowanie wysokiej jakości w sektorze turystyki medycznej; rozpraszanie obaw pacjentów dotyczących usług reklamowanych w portalu *Treatment Abroad*”<sup>3</sup>. Kodeks ma charakter fakultatywny i nie nakłada na przyjmujące go placówki żadnej odpowiedzialności. Do tej pory został przyjęty przez zaledwie 8 placówek, w większości europejskich.

## Adrian Lubowiecki-Vikuk

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego  
w Bydgoszczy



Foto: Archiwum

Autorzy raportu HOPE w sposób rzetelny i bardzo trafny wskazują stan i kierunki rozwoju turystyki medycznej. Ich krytyczne podejście potwierdza, że jest to rynek wciąż nierozpoznany, a brak wiarygodnych badań naukowych tę sytuację pogłębia. W Polsce, pomimo wsparcia administracji i instytucji sektorowych oraz nawiązywania wie-

lostronnej współpracy, turystyka medyczna znajduje się w początkowej fazie rozwoju. Co więcej, dotyczy ona jednak częściej krajowych tzw. turystów medycznych, choć to określenie nie zawsze jest adekwatne. Bo czy turystą medycznym jest każdy pacjent korzystający wyłącznie z usług medycznych? Oczywiście, że nie. Środowisko naukowe, także u nas, jest w tej kwestii podzielone. Wytyczne wynikające z raportu są drogowskazem do właściwych analiz, konstruowanych przez gremia ekspertów, tj. naukowców oraz przedstawicieli jednostek otoczenia biznesu.

Przegląd literatury wskazuje, że międzynarodowa akredytacja i certyfikacja ma cele analogiczne do krajowych systemów akredytacji i certyfikacji, jednak działa na szerszą skalę – globalną, a nie krajową. Ekspert w tej dziedzinie, dyrektor *Healthcare Cybernetics* Dr Constantine Constantinides twierdzi, że nie ma potrzeby opracowywania specjalnych mechanizmów akredytacji ani certyfikacji, ponieważ pacjenci z zagranicy powinni mieć zagwarantowaną taką samą jakość i standard opieki jak pacjenci miejscowi. „W związku z tym placówki i dostawcy usług medycznych leczący pacjentów z zagranicy nie powinni podlegać żadnym szczególnym przepisom. Ewentualna certyfikacja lub akredytacja – jako uzupełnienie obowiązkowej licencji – powinna mieć charakter wyłącznie opcjonalny”. Można przytoczyć także inne argumenty, które kwestionują wartość akredytacji z perspektywy pacjenta: „pacjenci (...) mają ograniczoną wiedzę na temat akredytacji bądź nie są szczególnie wyczuleni na tę kwestię”, „przeciętny człowiek nie orientuje się, czym jest akredytacja i jakie ma znaczenie”. „Z drugiej strony można zaryzykować twierdzenie, że osoba, która wyjeżdża za granicę w celu przeprowadzenia zabiegu medycznego, nie jest przeciętnym człowiekiem i najprawdopodobniej sprawdziła wcześniej jakość produktów i usług, z których zamierza korzystać. (...) Takie osoby prawdopodobnie mają wiedzę na temat akredytacji, a posiadanie przez placówkę medyczną akredytacji jest jednym z czynników pozwalających ocenić bezpieczeństwo i jakość ośrodka, z którego planują korzystać, oraz jego personelu”<sup>14</sup>.



Fot. Stephanie Carter/Imag200/Cobis

## MIĘDZYNARODOWA AKREDYTACJA

### I CERTYFIKACJA MA CELE ANALOGICZNE

### DO KRAJOWYCH SYSTEMÓW AKREDYTACJI

### I CERTYFIKACJI, JEDNAK DZIAŁA

### NA SZERSZĄ SKALĘ – GLOBALNĄ,

### A NIE KRAJOWĄ

## Dorota Kilańska

dyrektor *European Federation of Nurses Associations*, członek Rady Dyrektorów Europejskiej Fundacji Badań Naukowych w Pielęgniarstwie



Fot. Rafał Guz/Fotorepeta

Turystyka medyczna będzie istnieć dopóty, dopóki wartością dla człowieka będzie jego zdrowie i bezpieczna opieka. Pacjenci będą poszukiwać miejsc, gdzie usługi są nie tylko dostępne, ale też gdzie zapewniona jest najwyższa z możliwych jakości. Niepokojące jest to, że aż 91 proc. polskich pacjentów uważa błędy medyczne za istotny problem. Doskwiera także osąd personelu medycznego. Co czwarta polska pielęgniarka bowiem nie poleca swojego miejsca pracy jako miejsca do leczenia. Odpowiedzialność za tę sytuację ponoszą czynniki systemowe. Nie jest to jednak jedyny powód turystyki zdrowotnej i poszukiwania pomocy poza granicami. Uwagę zwraca także przecię-

żenie pracą personelu dostępnego w systemie. Świadczenia dostarczane pacjentom nie spełniają ich oczekiwań. Pacjenci często są wypisywani ze szpitala bez gwarancji zapewnienia ciągłości opieki. Brakuje także systemu wsparcia w postaci opieki pozainstytucjonalnej. Poziom bezpieczeństwa pacjentów stanowi więc poważny

problem zdrowotny, ale także znaczne obciążenie ekonomiczne systemu ochrony zdrowia. Nie wyeliminujemy turystyki zdrowotnej, to przywilej obywateli UE uregulowany Dyrektywą 24/2011/UE. Możemy tylko próbować zagwarantować naszym pacjentom większy dostęp do usług zdrowotnych. Kluczem jest wyeliminowanie niepotrzebnych hospitalizacji, delegowanie kompetencji do członków zespołu terapeutycznego, zapewnienie ciągłości opieki w środowisku, zatrudnienie odpowiedniej liczby personelu o zróżnicowanych umiejętnościach i wreszcie informatyzacja ochrony zdrowia, która pozwoli na uszczelnienie systemu i pokazanie, w jaki sposób zwiększyć dostępność usług zdrowotnych, czy też stworzenie na wzór innych krajów pielęgniarki zaawansowanej praktyki (APN).



Fot. ImageZoo/Corbis

### Nie można bagatelizować wiedzy pacjentów!

Niekiedy przez ekspertów przedstawiana jest argumentacja przeciwna, oparta na twierdzeniu, że pacjenci przywiązują dużą wagę do akredytacji. Twierdzą oni, że nie można bagatelizować zakresu wiedzy posiadanej przez pacjentów. Dzięki powszechnej dostępności Internetu pacjenci zdają sobie sprawę, że akredytacja ma znaczenie, i cenią sobie placówki akredytowane, oczekując od nich wysokiej jakości usług medycznych i ogólnej sprawności działania. Jeżeli turysta medyczny ma wybrać między szpitalem akredytowanym a nieposiadającym akredytacji, wybór jest jasny: pacjent zdecydowanie się na placówkę akredytowaną, w której skontrolowano jakość świadczonych usług, dzięki czemu ma pewność, że w szpitalu przestrzegane są niezbędne

międzynarodowe standardy. Akredytacja i certyfikacja nie są naturalnie czynnikami całkowicie determinującymi decyzję pacjenta, a nawet niektóre doskonale szpitale odmawiają poddania się akredytacji. Niemniej jednak akredytacja to dobry początek.

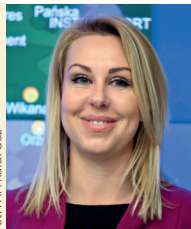
Nie przeprowadzono dotąd szczegółowych badań, które pozwoliłyby stwierdzić, czy pacjenci rozumieją koncepcję akredytacji i certyfikacji, czy ostatecznie wpływają one na decyzję o wyborze placówki oraz czy pacjenci wybierają w pierwszej kolejności specjalistę czy ośrodek. W aspekcie satysfakcji pacjentów z otrzymywanej opieki w badaniu niemieckim („Czy istnieje związek między posiadaniem przez szpital akredytacji a zadowoleniem pacjenta z opieki szpitalnej?” – ankieta z udziałem 36 777 pacjentów w 73 niemieckich szpitalach, 2007 r.) wykazano brak istotnej zależności między statusem akredytacyjnym szpitala a poziomem zadowolenia pacjentów.

Systemy akredytacji i certyfikacji są mocno krytykowane przez inne podmioty działające w branży. Kwestionuje się użyteczność i wiarygodność takich rozwiązań, a podmioty akredytujące i certyfikujące oskarża o to, że oferują proste do realizacji, choć kosztowne procedury certyfikacyjne i szkolenia, obiecując szybki rozwój biznesu i napływ dużej liczby pacjentów. Podnoszona jest kwestia, że nie chodzi wcale o poprawę standardów i jakości oraz zwiększenie przejrzystości, ale o kolejny mechanizm wyciągania pieniędzy od dostawców usług medycznych, a tym samym pośrednio także od turystów medycznych. Kolejne znaki jakości przyznawane przez coraz to nowe akredytujące i certyfikujące organizacje *non profit* rosnącej liczbie dostawców usług medycznych obniżają rangę takich „wyróżnień” oraz przenoszą nacisk z jakości na ilość. Ostatecznie działalność jednostek akredytujących i certyfikujących polega na przyznawaniu i odnawianiu

### Joanna Szyman

prezes zarządu Scanmed

Mimo dość rozbieżnych danych statystycznych dotyczących turystyki medycznej zarówno z zestawień, jak i doświadczeń własnych placówek medycznych wyłania się obraz rosnącego z roku na rok rynku. Widoczne tendencje regionalne sprawiają, że wciąż dominującą grupą pacjentów w Europie są Europejczycy. Decyzje przyszłych pacjentów o leczeniu w krajach sąsiadujących wspierają rozwiązania systemowe, takie jak wdrożenie dyrektywy transgranicznej o leczeniu w ramach Unii Europejskiej. Równocześnie widoczny jest zwiększający się napływ pacjentów z innych rejonów świata.



Fot. PAP/Rafał Guz

Polska zyskuje coraz większe znaczenie, obecnie stanowi jeden z głównych kierunków turystyki medycznej w rejonie Europy Środkowo-Wschodniej. Szacuje się, że ok. 10 proc. pacjentów w ramach turystyki medycznej decyduje się na leczenie w Polsce. Czynnikiem zachęcającymi są przede wszystkim wysoka jakość świadczeń, a także niższe koszty zabiegów w porównaniu z rodzimym krajem. Pacjenci wysoko oceniają warunki opieki medycznej, zastosowanie nowoczesnych technologii, fachowość i rozpoznawalność kadry medycznej, a także dostępność usług medycznych. Wybierają placówki legitymujące się udokumentowaną wysoką jakością i bezpieczeństwem świadczeń, oferujące kompleksowe podejście do leczenia pacjenta zgodnie z przesłankami kulturowymi, w tym religijnymi.

certyfi­katów, a nie na wnikliwych kontrolach i poszukiwaniu dowodów niskiej jakości usług oferowanych przez daną placówkę.

Jakości usług medycznych świadczonych za granicą nie da się porównać między poszczególnymi krajami docelowymi i nie można jej zagwarantować. Turysta medyczny z konieczności musi dokonywać wyborów, nie dysponując precyzyjnymi danymi. Dzieje się tak dlatego, że trudno byłoby porównać wszystkie ośrodki medyczne i wszystkich lekarzy – nawet pod kątem konkretnej, specjalistycznej procedury. Po drugie, nie są wdrażane zunifikowane wskaźniki umożliwiające porównywanie jakości i bezpieczeństwa. Jednym z proponowanych rozwiązań umożliwiających porównywanie jakości w branży turystyki medycznej jest wprowadzenie ogólnoświatowych wskaźników jakości opieki zdrowotnej (*Health Care Quality Indicators*) OECD.

W ostatnim czasie obserwuje się wzrost popularności tak zwanej turystyki medycznej. Nie ma jednak porozumienia w sprawie ujednoczonej definicji tej sfery działalności, której charakterystyka jest w dużej mierze spekulatywna i ma znaczne luki pod względem gromadzenia porównywalnych danych opartych na dowodach oraz regulacji branżowych. Sytuację dodatkowo komplikuje brak spójnej literatury na temat turystyki medycznej i zdrowotnej.

**JAKOŚCI USŁUG MEDYCZNYCH ŚWIADCZONYCH**

**ZA GRANICĄ NIE DA SIĘ PORÓWNAĆ**

**MIĘDZY POSZCZEGÓLNYMI KRAJAMI**

**DOCELOWYMI I NIE MOŻNA JEJ**

**ZAGWARANTOWAĆ. TURYSTA MEDYCZNY**

**Z KONIECZNOŚCI MUSI DOKONYWAĆ WYBORÓW,**

**NIE DYSYONUJĄC PRECYZYJNYMI DANymi**

#### Brak rzetelnych danych

Już od 2 lat HOPE podejmuje działania na rzecz rozpoznania istotnych kwestii dotyczących tej tematyki. Jednym z efektów zrealizowanych prac jest raport pt. „Turystyka medyczna” opublikowany we wrześniu 2015 r.

W pierwszej kolejności należy wspomnieć, że nie ma rzetelnych danych określających wielkość rynku usług turystyki medycznej pod względem liczby pacjentów. Dostępne dane szacunkowe są w znacznym stopniu rozbieżne. W „The McKinsey Quarterly” z 2008 r. czytamy, że z leczenia stacjonarnego za granicą

### Bogusław Budziński

koordynator krajowy HOPE Exchange,  
członek prezydium Rady Naczelnej  
Polskiej Federacji Szpitali,  
prezes Stowarzyszenia INKLAMED



Fot. Archiwum

Silne strony Polski w rozwoju turystyki medycznej to atrakcyjność cenowa zabiegów medycznych, doskonałe położenie geograficzne i skomunikowanie z resztą świata oraz członkostwo w Unii Europejskiej umożliwiające korzystanie z transgranicznej opieki zdrowotnej dla jej obywateli. Ponadto wysoka jakość i bezpieczeństwo wykonywanych zabiegów i terapii w stosunku do ceny, a także brak przeciwwskazań prawnych i dostępność usług medycznych w prywatnych podmiotach leczniczych.

Z kolei słabymi stronami są obostrzenia formalno-proceduralne dotyczące leczenia komercyjnego w jednostkach publicznych posiadających najsilniejszą specjalistykę, długie terminy oczekiwania na zabiegi w lecznictwie publicznym, wykluczające je ze świadczenia tychże usług dla pacjenta dodatkowo nieobjętego ubezpieczeniem na terenie RP i obawy

przed wysokimi odszkodowaniami w przypadku błędów lub powikłań.

Poza tym bolączkami jest brak wsparcia rządowego dotyczącego rozwoju tego segmentu gospodarki i mała rozpoznawalność na świecie polskiej medycyny z powodu braku międzynarodowych akredytacji dla szpitali. Przykładowo amerykańska akredytacja *Joint Commission International*, której koszt wdrożenia to ok. 100 tys. dolarów, może się zwrócić szpitalowi już po kilku zabiegach przeprowadzonych u pacjentów z USA lub Kanady. Kolejną słabą stroną jest mimo wszystko słaby wizerunek Polski na międzynarodowej mapie medycznej. Mowa o przedostatnim miejscu na 35 notowanych krajów w Europejskim Konsumentckim Indeksie Zdrowia.

Szansę dla rozwoju turystyki widzę w działaniach Ministerstwa Zdrowia i Ministerstwa Spraw Zagranicznych. Chodzi o promocję atrakcyjności polskiej medycyny na świecie. Tym, co może pozytywnie wpłynąć na turystykę, są również fundusze unijne, które mogą pomóc w rozwoju tego typu działalności, stałe podnoszenie jakości rodzimych usług medycznych oraz zarządzania placówkami medycznymi, a także nowe technologie oraz wdrażanie i rozwój nowych terapii, mogących konkurować jakościowo z lecznictwem międzynarodowym.





Fot. ImageZoo/Corbis

**NIE MA UJEDNOLICONEJ KLASYFIKACJI CZYNNIKÓW**

**DETERMINUJĄCYCH DECYZJĘ PACJENTÓW**

**O PODJĘCIU LECZENIA ZA GRANICĄ —**

**ANI ZE STRONY BADACZY ZAJMUJĄCYCH SIĘ**

**TĄ TEMATYKĄ, ANI SAMEJ SŁUŻBY ZDROWIA**

(z wyłączeniem usług ambulatoryjnych, np. stomatologicznych) skorzystało 60 tys. turystów medycznych, a „Deloitte Center for Health Solutions” (2007) stwierdza, że spośród samych Amerykanów w celach leczniczych wyjechało 750 tys. osób. Dane są więc mało wiarygodne, obejmują przedział od tysięcy aż po miliony turystów medycznych.

Potencjalnie użytecznym instrumentem oceny turystyki medycznej i zdobywania wiedzy na jej temat są wydarzenia organizowane dla osób mających związek z branżą. Czynnikiem ograniczającym ich przydatność jest jednak brak wiarygodnych danych leżących u podstaw oceny efektywności oraz odpowiedniej ich prezentacji.

Nie ma również ujednoliconej klasyfikacji czynników determinujących decyzję pacjentów o podjęciu leczenia za granicą — ani ze strony badaczy zajmujących

się tą tematyką, ani samej służby zdrowia. Potrzebne są badania analizujące profil turystów medycznych oraz realizowane procesy decyzyjne. Jak wiadomo, w omawianej branży zachodzą interakcje między przedstawicielami służby zdrowia a pośrednikami, których efektem są pakiety zorientowane bardziej na potrzeby pacjenta lub na interes dostawcy usług medycznych, a system kierowania pacjentów niejednokrotnie bywa dysfunkcyjny. Z jednej strony w branży działają brokerzy usług medycznych i przedstawiciele, którzy kontaktują się z zagranicznymi placówkami medycznymi pod kątem realizacji pożądaných usług, nie posiadając fachowej wiedzy medycznej — z uwagi na brak formalnych regulacji w tym zakresie. Z drugiej strony facylitatorzy turystyki medycznej, którzy rekrutują się spośród fachowego personelu medycznego i współpracują z akredytowanymi międzynarodowymi placówkami świadczącymi usługi medyczne, monitorują pacjentów na każdym etapie przebiegu leczenia zagranicznego. Co więcej, pomimo wysokiego poziomu ryzyka dostawcy podróży ubezpieczeń medycznych wykazują niewielkie zainteresowanie ubezpieczeniami związanymi z turystyką medyczną ze względu na brak ustandaryzowanych danych i regulacji umożliwiających opracowanie zakresu ubezpieczenia i kalkulację ryzyka. Istotnym czynnikiem wpływającym na decyzję o skorzystaniu z usług medycznych za granicą są atrakcyjne strony internetowe i serwisy społecznościowe, jednak nawet wówczas, gdy te kanały informacyjne działają bardzo sprawnie, nie rozwiązują kwestii związanych z ryzykiem. Rola państw w turystyce medycznej jest zróżnicowana. Zidentyfikowano określone mechanizmy związane z kształtowaniem polityki, procesami decyzyjnymi i inwestycyjnymi, które mają sprzyjać rozwojowi branży i promocji poszczególnych państw jako punktów docelowych dla turystów medycznych.

#### Kilka obiegowych mitów

Chociaż turystyka medyczna ma bezpośredni związek ze zdrowiem i życiem ludzkim, nie ma uzgodnionych ram regulacyjnych, ujednoliczonych procedur i przejrzystych praktyk. Kontrowersje budzi także to, czy lokalni mieszkańcy i turyści powinni uzyskiwać takie same czy odmienne świadczenia medyczne oraz jakie regulacje są niezbędne, aby zapewnić odpowiednie funkcjonowanie podmiotów i lekarzy podlegających lokalnym regulacjom kraju docelowego. Efektem dążenia do poprawy zaufania wśród pacjentów, samoregulacji i standaryzacji branży są międzynarodowe systemy akredytacji i certyfikacji. Należy jednak pamiętać, że podmioty akredytujące i certyfikujące zazwyczaj nie zajmują się analizą jakości, a tym samym nie przyczyniają się do zapewniania porównywalnych ani gwarantowanych usług medycznych oraz efektów leczenia. Co więcej, trzeba się liczyć ze zróżnicowaniem standardów wśród samych organów akredytacyjnych wydających

drogie certyfikaty na podstawie nieszczególnie rygorystycznych wymagań.

Zamiast wiarygodnych, porównywalnych i autorytatywnych danych turystyka medyczna bazuje w ogromnym stopniu na masowo powielanych informacjach o charakterze spekulatywnym, tworzących sieć wzajemnych odniesień i analiz opartych na indywidualnych osądach. Oznacza to, że powszechne przekonania na temat turystyki medycznej nie pokrywają się z rzeczywistością. W obiegu znajduje się wiele mitów – np. że turystyka medyczna jest zjawiskiem globalnym, pacjenci kładą główny nacisk na cenę, możliwe jest wykonanie podstawowych procedur medycznych, turystyka medyczna przeżywa okres gwałtownego rozwoju i jest zjawiskiem nowym.

W ramach szczegółowego badania tej sfery działalności HOPE zajmuje się aktualnie analizą doświadczeń związanych z turystyką medyczną w Unii Europejskiej. Europejskie systemy opieki zdrowotnej zazwyczaj gwarantują uniwersalne ubezpieczenie zdrowotne, jednak różnią się zawartością koszyków świadczeń. Taka sytuacja skutkuje znaczną liczbą pacjentów, którzy korzystają z opieki medycznej w różnych państwach w obrębie Unii Europejskiej. Dotyczy to zarówno leczenia ze wskazań nagłych, jak i elektywnych. Takiemu systemowi sprzyjają istniejące mechanizmy, a zwłaszcza rozporządzenie w sprawie stosowania systemów zabezpieczenia społecznego i dyrektywa w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, oraz współpraca w regionach przygranicznych.

### Zniekształcony obraz branży

„Dzięki turystyce medycznej biura podróży odnotowują stały wzrost”, „Turystyka medyczna nadal na fali”, „Skąd tak intensywny rozwój turystyki medycznej?”, „Najpopularniejszy globalny trend w sektorze usług zdrowotnych” – to tylko niewielka próbka tytułów prasowych, które wyświetlają się w przeglądarce internetowej przy wyszukiwaniu „rzetelnych” informacji i aktualnych trendów w turystyce medycznej. W zasadzie jedyną pewną rzeczą w kwestii turystyki medycznej jest jednak to, że nie ma obiektywnych, miarodajnych, spójnych, porównywalnych i autorytatywnych danych obrazujących aktualną sytuację w tej branży. Aktualnie dostępne dane bazują na spekulacjach, a nie dowodach. W branży następuje powielanie i kolejne przetwarzanie niewielkiego zasobu dostępnych informacji. W efekcie powstaje błędne koło wzajemnych odniesień i analiz bazujących na indywidualnych poglądach, co prowadzi do ugruntowania określonych sądów i opinii dotyczących branży. Niestety wystarczy coś powtórzyć wystarczająco wiele razy, a ludzie w to uwierzą.

Branża turystyki medycznej potrzebuje empirycznych badań, które dostarczą rzetelnych danych i informacji na następujące tematy:

**ZAMIAST WIARYGODNYCH, PORÓWNYWALNYCH**

**I AUTORYTATYWNYCH DANYCH TURYSTYKA**

**MEDYCZNA BAZUJE W OGROMNYM STOPNIU**

**NA MASOWO POWIELANYCH INFORMACJACH**

**O CHARAKTERZE SPEKULATYWNYM, TWORZĄCYCH**

**SIEĆ WZAJEMNYCH ODNIESIEN I ANALIZ**

**OPARTYCH NA INDYWIDUALNYCH OSĄDACH**

- liczba pacjentów, kierunki turystyki medycznej i wielkości przepływów;
- profil pacjentów (wiek, płeć, obywatelstwo, status społeczno-ekonomiczny, rozpoznanie i stan zdrowia);
- aktualna wielkość rynku (branży) i przewidywany rozwój;
- czynniki napędzające rynek, motywacja pacjentów i ich procesy decyzyjne;
- rodzaje leczenia;
- efekty leczenia, wskaźniki skuteczności przeprowadzanych zabiegów, stopień zadowolenia pacjentów;
- ryzyko oraz poziom świadomości zagrożeń wśród pacjentów;
- rola lekarzy, pośredników i ubezpieczycieli w obsłudze pacjentów;
- aspekty turystyczne.

Powyższych celów nie da się jednak osiągnąć bez uprzedniego wprowadzenia na skalę globalną wspólnej, ujednoliconej terminologii. Do tego czasu należy się liczyć z narastającymi spekulacjami oraz rozpowszechnianiem uznawanych za prawdę informacji o charakterze anegdotycznym.

Z drugiej strony, jak wspomniano w jednym z komentarzy do artykułu w „International Medical Travel Journal” – „powinniśmy koncentrować się na jakości, innowacyjności, najlepszych praktykach i przejrzystości – komu potrzebne są ogólne dane rynkowe? Znajomość globalnych obrotów branży nie przyda się ani inwestorom, ani turystom medycznym”. Kwestia ta pozostaje jednak do rozważenia przez odpowiednie podmioty związane z branżą.

#### Przypisy

<sup>1</sup><http://www.jointcommissioninternational.org/>

<sup>2</sup><http://www.imtj.com/articles/2014/setting-the-standard-for-certification-in-international-patient-services-30194/>

<sup>3</sup><http://www.treatmentabroad.com/medical-tourism/accreditation>

<sup>4</sup><http://www.healthtourismenterprise.com/Health-Tourism/Health-Tourism.html> i <http://www.healthtourism8.com/Defining-the-8-Segments/Defining-the-8-Segments.html>