

Turystyka medyczna. Perspektywy rozwoju w woj. pomorskim.

Opracowanie: A. Białk-Wolf

Gdańsk 2014

Spis treści

Wprowadzenie

Cel i zawartość opracowania

Część I

Teoretyczne podstawy turystyki medycznej

1. Zarys historyczny turystyki medycznej
2. Pojęcie turystyki medycznej
3. Destynacje turystyki medycznej na świecie
4. Statystyki dotyczące turystyki medycznej
5. Profil turystów medycznych
6. Czynniki rozwoju turystyki medycznej
7. Dysfunkcje i bariery rozwoju turystyki medycznej

Część II

Potencjał rozwojowy turystyki medycznej w woj. pomorskim

1. Analiza czynników rozwoju turystyki medycznej w woj. pomorskim
2. Wnioski z przeprowadzonych badań jakościowych

Podsumowanie i wnioski dotyczące perspektyw rozwoju turystyki medycznej w woj. pomorskim

Wprowadzenie

Wobec postępujących procesów globalizacji stajemy coraz częściej przed nowymi wyzwaniem. Istotnym zadaniem dla regionów jest umiejętne wykorzystanie pojawienia się określonych zjawisk w taki sposób, aby zapewnić mieszkańcom danego terenu wysoką jakość życia, oznaczającą nie tylko dobrobyt ekonomiczny, ale również tworzenie ciekawych miejsc pracy opartych na wiedzy, odpowiednią infrastrukturę, opiekę medyczną i szeroko pojęte zadowolenie. Takie regiony mogą z kolei stać się atrakcyjnym celem podróży turystycznych, regionem dla inwestycji zagranicznych, pożądanym miejscem pracy dla wykwalifikowanych pracowników oraz przedstawicieli klasy kreatywnej, co z kolei jest źródłem kolejnych impulsów do rozwoju regionu.

Nowym zjawiskiem w obecnej formie jest niewątpliwie turystyka medyczna. Ludzie co prawda od wieków podróżowali w celu uzyskania świadczeń medycznych, jednakże zarówno skala tego zjawiska, jak również szereg innych czynników wpływających na charakter tych podróży, czynią ją obecnie produktem innowacyjnym. Co więcej, może stanowić odpowiedź na wyzwania globalne jako instrument rozwiązywania problemów społecznych, gospodarczych i środowiskowych regionu. Produkty turystyki medycznej w woj. pomorskim mogą bazować na kluczowych kompetencjach regionu, a także nowatorskiej kombinacji medycyny i turystyki, których rozwój przyczynia się do wzrostu konkurencyjności całego regionu. Cechą produktu turystyki medycznej jest jego sieciowy charakter i konieczność zaangażowania i współpracy wielu podmiotów do jego tworzenia. Konsekwencją ich funkcjonowania może być uzyskanie efektów synergicznych wynikających z mnogości relacji powstających przy tworzeniu takich produktów.

Występują wprawdzie obawy, iż z uwagi na zagrożenie pojawienia się kryzysu gospodarczego, inwestowanie w taki produkt jest wysoce ryzykowne. Warto jednak zauważyć, iż sytuacje kryzysowe mogą być również czynnikiem rozwoju turystyki medycznej. W XXI wieku powinniśmy sobie uświadomić bolesną prawdę, iż na świecie nie ma idealnych systemów opieki zdrowotnej, gdyż posiadając niemalże nieograniczone potrzeby medyczne, zawsze natrafimy na ograniczone zasoby (finansowe i personalne). Konieczność dokonywania wyborów celów priorytetowych jest cechą każdego systemu opieki zdrowotnej, też przecież uzależnionego od sytuacji gospodarczej kraju. Chcąc ominąć sytuację, w której nasze zdrowie będzie zależało od wydolności systemu opieki zdrowotnej,

staramy się uzyskać dane świadczenie inną drogą – i biorąc pod uwagę też koszty – możemy rozważać uczestnictwo w turystyce medycznej. Z drugiej jednak strony rozwój gospodarczy należy również do czynników rozwoju turystyki medycznej, gdyż umożliwia nam szybkie podróżowanie i szeroki dostęp do wiedzy, jak też sprawia, iż jesteśmy bardziej świadomi własnej roli w utrzymywaniu dobrej kondycji zdrowotnej. Dokonujące się przemiany demograficzne, polegające głównie na wzroście udziału osób starszych, wskazują również na pozytywne perspektywy rozwoju tej formy turystyki.

Pomimo faktu, iż media coraz częściej nagłaśniają pewne aspekty związane z turystką medyczną, zauważyć można niewystarczającą wiedzę na jej temat. Wynika to po części z faktu, iż jest zjawiskiem nowym, po części zaś z jej istoty dotyczącej konieczności zespolenia dwóch – rzadko wywołujących te same skojarzenia – światów, medycyny i turystyki. Niniejsze opracowanie ma za zadanie poszerzyć i uporządkować wiedzę na ten temat.

Cel i zawartość opracowania

Celem niniejszego raportu jest przedstawienie charakterystyki zjawiska określanego mianem turystyki medycznej, ze szczególnym uwzględnieniem szans rozwoju tego rodzaju turystyki w Trójmieście, jak i całym woj. pomorskim. Podstawę opracowania stanowi przede wszystkim wnikliwa literatura przedmiotu, przy czym bazę stanowią artykuły z renomowanych czasopism naukowych opublikowanych po 2010 roku. Drugi filar raportu stanowi próba określenia potencjału rozwoju turystyki medycznej na analizowanym terenie na podstawie dostępnych źródeł wiedzy poszerzonych o wywiady z ekspertami z zakresu turystyki oraz medycyny. W uwagi na szeroki zakres usług mogących stanowić podstawę turystyki medycznej, również obszerne spektrum zabiegów z obszaru wellness będzie przedmiotem rozważań w tym raporcie¹.

W pierwszej części zostaną przedstawione teoretyczne zagadnienia dotyczące turystyki medycznej opracowane na podstawie literatury przedmiotu. Po pierwsze opisany zostanie krótki rys historyczny tego zjawiska. Po drugie zostanie omówione pojęcie turystyki medycznej wraz z problemami i implikacjami tu się pojawiającymi. Jest to o tyle istotne, gdyż

¹ Szczegółowe uzasadnienie takiego podejścia jest przedstawione w części opisującej pojęcie turystyki medycznej.

w zależności od przyjętego zakresu pojęciowego, różne świadczenia mogą wchodzić w zakres turystyki medycznej, co z kolei ma bezpośredni wpływ na szacowanie wszelkich wielkości z nią związanych, jak również opis interesariuszy. Kolejnym elementem będzie charakterystyka głównych destynacji turystyki medycznej, jak również przedstawienie szacunków dotyczących statystyki tego rodzaju podróży. Profil turysty medycznego to temat następnego punktu. Obszerny, kolejny podrozdział dotyczy czynników rozwoju turystyki medycznej. Część pierwszą opracowania kończy wskazanie dysfunkcji turystyki medycznej, których rozpoznanie ma na celu niwelowanie negatywnych skutków ich występowania, jak również barier jej rozwoju.

Druga część opracowania dotyczy potencjału rozwoju turystyki medycznej w woj. pomorskim. Bazując na wnioskach z analizy przeprowadzonej w części pierwszej, ukazano tu na wstępie główne czynniki wpływające na sytuację turystyki medycznej w badanym regionie. Po drugie opisano wnioski z przeprowadzonych badań jakościowych, których celem było przede wszystkim zdiagnozowanie dotychczasowych doświadczeń w zakresie rozwoju turystyki medycznej, jak również rozpoznanie głównych problemów dotyczących jej dalszego rozwoju. Raport zakończono podsumowaniem zawierającym wnioski w zakresie szans i barier rozwoju turystyki medycznej oraz wskazaniem sugestii głównych obszarów, na których należałoby się skupić w najbliższym czasie.

Część I

Teoretyczne podstawy turystyki medycznej

1. Zarys historyczny turystyki medycznej

Zjawisko polegające na poszukiwaniu poza granicami danego państwa świadczeń zdrowotnych jest znane od wieków. Praktycznie podróże już w epokach starożytnych w poszukiwaniu ciepłych źródeł odbywały się właśnie w takim celu. W XVIII i XIX wieku możemy zaobserwować wzmożony ruch turystyczny polegający na odwiedzaniu ciepłych miejsc na terenach głównie południowej Francji z miejsc, gdzie klimat nie był zbyt sprzyjający. Szerokie zainteresowanie turystyką medyczną możemy zaobserwować od lat 90-tych XX wieku. Mimo faktu, iż podróże w celu poszukiwania świadczeń medycznych są znane od wielu lat, obserwowalne w ostatnich dwudziestu latach zjawisko turystyki medycznej na tę skalę jest zjawiskiem nowym. Po raz pierwszy zauważono też tzw. „odwróconą globalizację”, polegającą na podróży obywateli państw wysokorozwiniętych do krajów znajdujących się na niższym poziomie rozwoju z uwagi na aspekt kosztowy, jakościowy i niedostępność świadczeń². Obecnie to właśnie ten „odwrócony przepływ” stanowi podstawę turystyki medycznej.

Nowa koncepcja turystyki medycznej, która ukształtowała się dopiero w XXI wieku, dotyczy olbrzymiej liczby osób podróżujących w celu podjęcia leczenia, rozwoju tanich linii lotniczych, ekspansji Internetu stanowiącego główne źródło informacji, jak również rozwoju tego sektora, zarówno jeśli chodzi o rozwój prywatnych, jak i publicznych instytucji uczestniczących w jego kształtowaniu oraz rządowemu zaangażowaniu w promowanie turystyki medycznej traktowanej jako zyskowne źródło dochodu³.

Obok zmian jakościowych i ilościowych w turystyce medycznej, obserwujemy także wzrost zainteresowania tą tematyką ze strony nauki, widoczną w liczbie analiz i publikacji naukowych po 2006 roku, a w szczególności po 2011 roku⁴. Wśród czynników wzrostu

² Connell (2013).

³ Iordache/Ciochină/Roxana (2013).

⁴ Hall/James (2011).

zainteresowania turystyką medyczną można też niewątpliwie wymienić debatę o reformie amerykańskiej służby zdrowia⁵.

2. Pojęcie turystyki medycznej

Wielu badaczy zjawiska podkreśla, iż nie została jeszcze ukształtowana jednoznaczna definicja pojęcia turystyki medycznej⁶. Funkcjonujące definicje z jednej strony ograniczają się niejednokrotnie do stwierdzeń, iż jest to podróżowanie poza granice danego państwa w celu uzyskania świadczeń zdrowotnych. Z drugiej jednak strony pojawia się szereg sporów, które dotyczą najczęściej takich zagadnień jak⁷:

- łączenie pojęcia turystyki z pojęciem medycyny,
- włączanie do zakresu turystyki medycznej świadczeń odbywanych w trybie jednodniowym, zabiegów nieinwazyjnych, zabiegów z obszaru wellness,
- rodzaju instytucji kierującej na leczenie (dobrowolna decyzja pacjenta czy wskazanie ubezpieczyciela).

Po pierwsze problematyczne jest używanie określenia „turystyka” implikującego element przyjemności do procedur medycznych często kojarzonych z bólem⁸. Część badaczy zauważa, iż połączenie medycyny i turystyki może wydawać się paradoksalne, gdyż integrujemy dosyć przeciwstawne koncepcje. Jedną kojarzymy głównie z przyjemnością, relaksem, wypoczynkiem, drugą zaś kojarzymy z bólem, cierpieniem i czymś, czego pragniemy unikać⁹. To jeden z powodów pewnych oporów przed używaniem pojęcia turystyka medyczna. W tym kontekście proponuje się, aby określenie „podróże medyczne”¹⁰ stanowiły pojęcie zbiorcze dla podróży w celach uzyskiwania świadczeń poza granicami kraju, a turystyka medyczna tworzyła tylko pewną subkategorię, w której pacjent podróżuje z własnej woli. Jednakże mimo zgody na pewną niezręczność w łączeniu pojęć turystyki z medycyną, warto sobie uświadomić, iż przykładowo turystyka biznesowa też nie jest w pierwszym rzędzie utożsamiana z przyjemnością, a określenie to, nie jest już tak sporne. Co

⁵ Karuppan/Karuppan (2011).

⁶ Iordache/Ciochină/Roxana (2013).

⁷ Connell (2013), Iordache/Ciochină/Roxana (2013).

⁸ Connell (2013).

⁹ Kangas (2011).

¹⁰ Connell (2013) zakłada, iż używanie pojęcia „podróże medyczne” zamiast turystyki medycznej pozwoliłoby na uniknięcie wielu powyższych dylematów dokonywania sądów dotyczących intencji i konieczności procedur. Z kolei Kangas (2011) proponuje pojęcie: „międzynarodowej podróży medycznej” albo „międzynarodowej wycieczki medycznej”.

więcej, mimo pojawiających się nowych propozycji na określenie tego zjawiska, należy wziąć pod uwagę fakt, iż pojęcie turystyki medycznej funkcjonuje zarówno w praktyce gospodarczej, jak i jest przedmiotem dociekań naukowych.

Kolejny problem dotyczy wyłączenia z zakresu turystyki medycznej świadczeń odbywanych w trybie jednodniowym, zabiegów nieinwazyjnych oraz zabiegów z obszaru wellness. Wskazać tu należy głównie na turystykę dentystyczną, która bazuje na świadczeniach medycznych stosunkowo krótko trwających. Takie ograniczenie wydaje się nieadekwatne do celów analizy, gdyż definiujemy to zjawisko, aby określić potrzeby, motywacje i skutki takiej formy turystyki, a te są identyczne w przypadku zabiegów jednodniowych, jak i kilkudniowych. Co więcej, turysta odbywający zabieg w trybie jednodniowym wymaga takiego samego traktowania jak pacjent pozostający w szpitalu kilka dni¹¹. Obserwujemy też rozwój technologii medycznych, poprzez który coraz więcej zabiegów jest wykonywanych w coraz mniej inwazyjny sposób, co oznacza skracanie czasu pobytu w szpitalu. Ograniczanie pojęcia turystyki medycznej wymagałoby więc zmieniania listy procedur objętych tym zagadnieniem wraz z rozwojem technologii. Kolejny omawiany tu spór dotyczy wyłączenia z turystyki medycznej zabiegów wellness z uwagi na brak procedur medycznych. Należy uznać, iż większość zabiegów wellness nie można określić jako medyczne, jednakże zacierająca się różnica pomiędzy zabiegami z obszaru wellness i medycyny (przykładowo poprzez medical wellness), a także brak odmienności w podejściu do takich turystów powoduje, iż różnica ta jest trudna do uchwycenia. Co więcej, produkt turystyki medycznej stanowi produkt sieciowy, wymagający zaangażowania wielu podmiotów, też usług w okresie rekonwalescencji, gdzie zabiegi z zakresu wellness stawiają istotną część oferty. Oferta wellness to też element skierowany dla osób towarzyszących pacjentom. Z tych względów międzynarodową turystykę wellness też zaliczymy do turystyki medycznej, co jest zgodne z podejściem wielu autorów¹².

Trzeci element jest związany z wolną wolą turystów medycznych. Można przyjąć wykluczenie z pojęcia turystyki medycznej tych wyjazdów, które nie są podejmowane z własnej woli, a są wynikiem skierowania na nie krajowych ubezpieczycieli z uwagi na niedostępność danych świadczeń. Jednakże ta sytuacja ma miejsce stosunkowo rzadko i nie

¹¹ Cechy szczególne turystyki medycznej zostaną omówione w dalszej części opracowania.

¹² Turystyka wellness jest często zaliczana do turystyki medycznej. Por. Léon-Jordán/Kuruvilla/Jacob (2010), Iordache/Ciochină/Roxana (2013).

zmienia niczego w samej istocie organizacji podróży i jej skutków ekonomicznych. Z tego punktu widzenia możemy jednak podzielić turystów turystyki medycznej na dwie grupy, co jest omówione w odrębnej części opracowania.

Przyjmując, iż niezwykle trudno jest różnicować turystykę medyczną ze względu na wykonywane procedury¹³, a także włączając do tego zjawiska również turystykę wellness, uzdrowiskową i badania diagnostyczne¹⁴ oraz opierając się na wcześniejszych rozważaniach na ten temat¹⁵, w niniejszym raporcie przyjmiemy, iż: **turystyka medyczna polega na celowym przemieszczaniu się do obcego państwa w celu poddania się tam planowanemu leczeniu w celu ratowania zdrowia, podniesienia jakości życia lub poprawy wyglądu, z przyczyn finansowych, jakościowych lub z uwagi na niedostępność świadczeń w kraju zamieszkania (wynikająca z braku personelu, wiedzy, sprzętu, procedur, zbyt długiego czasu oczekiwania lub ograniczeń prawnych), niejednokrotnie połączonym ze zwiedzaniem odwiedzanego miejsca. Tak więc turystyka medyczna dotyczy tylko aspektu międzynarodowego¹⁶ i obejmuje swoim zakresem wszelkie świadczenia służące zachowaniu, poprawie lub przywróceniu zdrowia.** Ten rodzaj turystyki może być potraktowany jako forma turystyki zdrowotnej w szerokim znaczeniu, rozumianej jako ogół

¹³ Connell (2013).

¹⁴ Han (2013).

¹⁵ Białk-Wolf (2010). Warto tu jeszcze przytoczyć kilka definicji innych autorów. Kurek (2007) pod tym pojęciem rozumie „wszelkie dobrowolne wyjazdy osób poza granice własnego kraju w celu skorzystania z fachowej opieki medycznej, obejmującej najczęściej zabiegi chirurgiczne lub usługi dentystyczne”. Z kolei Prochorowicz (2008) określa ją jako „łączenie leczenia z turystyką”. W niemieckim obszarze językowym zidentyfikowano dwa pojęcia, które opisują omawiane tu zjawisko. Albaner/Grozea-Helmenstein (2002) oraz Schweiger (2007) określają tę formę turystyki jako „oferty kliniczne” obejmujące pacjentów międzynarodowych, którzy sami płacą za swoje leczenie, przy czym podkreślają, że pacjenci są tu określani jako klienci. Z kolei Berg (2008) mówi o „turystyce pacjentów” („Patiententourismus”) i określa ją jako każdy czasowy pobyt poza miejscem zamieszkania w celu leczenia lub zapobiegania chorobom. Podkreśla jednakże, że mamy tu do czynienia ze szczególną formą leczenia, gdyż decyzję o jej podjęciu pacjent podejmuje samodzielnie i świadomie, ma miejsce poza granicami kraju i jest przynajmniej w części finansowana przez niego samego.

¹⁶ Przykładowo Levary (2011) również podkreśla, iż turystyka medyczna musi być związana z wyjazdem poza granice kraju. W Polsce pojawiają się opinie, że nie jest to warunek konieczny i pojęciem turystyki medycznej można określać też podróże krajowe (Lubowicki-Vikuk 2012, Rab-Przybyłowicz 2014). Jednakże z uwagi na powszechne używanie tego określenia w kontekście międzynarodowym i fakt, iż podróże krajowe w celach zdrowotnych określamy turystyką zdrowotną, a także odmienny charakter turystów medycznych jako turystów międzynarodowych, wydaje się to założenie bezcelowe i wprowadzające zbędne zamieszanie. Co więcej, obecnie jedna z głównych motywacji turystyki medycznej dotyczy aspektu kosztowego, a ceny danych świadczeń na terenie danego państwa są podobne, co zaprzeczałoby celowości wyodrębniania turystyki medycznej jako formy turystyki zdrowotnej. Rab-Przybyłowicz (2014) krytykując wyłączenie z pojęcia turystyki medycznej turystów krajowych, zarówno wśród determinantów podejmowania turystyki medycznej wymienia tylko te związane z poszukiwaniem świadczeń poza (!) własnym krajem, jak również w badaniach uwzględnia tylko turystykę międzynarodową. W literaturze światowej nie zidentyfikowano źródeł wskazujących na używanie tego pojęcia w doniesieniu turystyki krajowej.

stosunków i zjawisk wynikających z pobytu i podróży osób, dla których głównym motywem i celem dominującym jest leczenie, poprawa lub zachowanie zdrowia.

Na turystykę medyczną składają się dwa rodzaje usług, usługa medyczna oraz usługa turystyczna. Wyjątkowość tego rodzaju turystyki jest zdeterminowana przede wszystkim kluczową rolą **usługi medycznej**¹⁷, dlatego zostanie ona w tym miejscu krótko omówiona. Co więcej, to właśnie cechy charakterystyczne usługi medycznej determinują tworzenie produktów turystyki medycznej. Pojęcie usługi medycznej możemy opisać jako wyspecjalizowane usługi świadczone przez lekarzy, pielęgniarki i fizjoterapeutów, w szpitalach, ambulatoriach, jak również usługi świadczone przez laboratoria medyczne i gabinety dentystyczne¹⁸. Usługa medyczna jest powiązana z potrzebą wyjątkowo dużego zaufania do świadczeniodawcy, gdyż dotyczy naszego zdrowia. Jeżeli klient ma możliwość swobodnego wyboru miejsca świadczenia usługi medycznej (co ma zawsze miejsce w przypadku turystyki medycznej), rola zaufania jest wyjątkowa. Należy zauważyć, iż w przypadku turystyki medycznej nie jest ona powiązana tylko z konkretną placówką świadczącą usługi, ale także z wizerunkiem państwa, do którego się udajemy. Co więcej, rola zaufania, wynikająca przede wszystkim z niematerialności usług, jest szczególnie istotna w przypadku chęci skorzystania z usług w obcym państwie, co do którego nie posiadamy tak szerokiej wiedzy, jak w odniesieniu do własnego. Rola zaufania w kontekście turystyki medycznej związana jest również z faktem, iż jej świadczenie związane jest ze szczególnym ryzykiem. Dotyczy ono nie tylko faktu charakterystycznego dla wszystkich usług, polegającego na braku możliwości oceny usługi przed konsumpcją, ale również tego, że raz popełniony błąd związany z leczeniem jest trudny do naprawienia. Po drugie występuje tu ryzyko funkcjonalne, które jest związane z możliwością postawienia złej diagnozy i zaordynowania nieskutecznej, a nawet szkodliwej kuracji. Analizując szczególne cechy usługi medycznej należy też wspomnieć o szczególnej i kompleksowej roli usługobiorcy, który jest bardzo istotnym elementem świadczenia usługi, gdyż jest jej bezpośrednim celem, jednakże nie tylko on podejmuje decyzje dotyczące zakresu i szczegółowej formy zabiegów. Niejednokrotnie nie jest jednostką samodzielnie płacącą za usługi, co odróżnia usługi medyczne od większości pozostałych usług (choć nie ma to na ogół zastosowania w przypadku turystyki medycznej). Z

¹⁷ Badania potwierdzają, iż przy wyborze destynacji turystyki medycznej kluczowe znaczenie mają atrybuty usług medycznych (Woo/Schwarz 2014).

¹⁸ Bookman/Bookman (2007).

uwagi na bardzo ważną rolę pacjenta (klienta) można w przypadku usług medycznych traktować go jako „współproducenta”, gdyż końcowy efekt usługi w większym stopniu niż w przypadku pozostałych usług zależy od niego samego¹⁹. Nie bez znaczenia jest też fakt, że z uwagi na brak wiedzy fachowej, klient ten niejednokrotnie nie jest w stanie obiektywnie ocenić wykonanej usługi i dokonuje jej jedynie na podstawie subiektywnych odczuć. Należy o tym pamiętać kreując otoczenie materialne świadczonych usług, obejmujących m.in. wystrój gabinetów. Analizując dalej rolę klienta usług medycznych wskazać należy na wyjątkowo duży stopień indywidualizacji świadczeń, co związane jest z różnorodnym i wieloaspektowym problemem stanu zdrowia pacjentów, oraz kwalifikacjami, kompetencjami oraz ogólnym samopoczuciem personelu wykonującego zabiegi²⁰.

Omawiając pojęcie turystyki medycznej warto też podkreślić, iż występują generalnie dwie jej formy²¹: wynikającą z orientacji na jakość ew. prestiż oraz zorientowaną na aspekt kosztowy. W pierwszej formie mamy do czynienia z pacjentami pochodzącymi ze słabo rozwiniętych państw, a podróżujących do krajów charakteryzujących się wysokim poziomem rozwoju medycyny. To ten rodzaj turystyki medycznej, z którym mamy do czynienia od wielu lat. Wynika on z niedostatecznej oferty leczniczej w państwach emisyjnych (oferta nie opiera się na najnowszej wiedzy) lub z potrzeby podkreślenia swojego społecznego statusu. Z kolei drugi rodzaj turystyki odbywa się „w przeciwnym kierunku” i związany jest z podróżami obywateli krajów stojących na bardzo wysokim poziomie do państw oferujących usługi po niższej cenie. To właśnie imponujący rozwój tego rodzaju turystyki medycznej stanowi o jego nowości.

3. Destynacje turystyki medycznej na świecie

Generalnie można zauważyć, iż turystyka medyczna rozwija się w około 50 państwach, przy czym część z nich specjalizuje się w wybranych procedurach, podczas gdy inne oferują cały wachlarz usług²². Ostatnio pojawiło się kilka artykułów stawiających sobie za cel opracowanie rankingów destynacji turystyki medycznej. Próbując analizować takie zestawienia musimy pamiętać o dwóch podstawowych formach turystyki przedstawionych

¹⁹ Gorschlüter (2001).

²⁰ Białk (2006).

²¹ Berg (2008).

²² Cormany/Baloglu (2011).

punkcie drugim. Jeżeli weźmiemy pod uwagę podróżowanie w poszukiwaniu najwyższej jakości usług, to liderami okazują się być Stany Zjednoczone i Niemcy. Te ostatnie uznawane są za kraj posiadający doskonały system opieki zdrowotnej i będący idealną destynacją dla pacjentów z Bliskiego Wschodu, Anglii i USA. Biorąc pod uwagę aspekt kosztowy (a więc dominującą obecnie formę turystyki medycznej), to niekwestionowanymi liderami destynacji turystyki medycznej na świecie są Indie, Tajlandia i Meksyk²³.

Uwzględniając specjalizację danych państwa Iordache/Ciochină/Roxana (2013) wśród 10 najważniejszych destynacji wymieniają: Tajlandię jako lidera kosztowego w chirurgii plastycznej, Indie jako destynację specjalizującą się w neurologii, kardiologii, endokrynologii i urologii, Kostarykę jako miejsce specjalizujące się w chirurgii plastycznej i dentystycznej. Na dalszych pozycjach znajduje się Panama, Malezja, Singapur, Brazylia i Korea Południowa. Listę tę zamyka Turcja oraz Węgry.

Analiza przeprowadzona przez innych autorów²⁴ na podstawie destynacji oferowanych przez agencje pośredniczące w USA, jako najistotniejsze wskazują Indie, Tajlandię, Singapur, Meksyk i Kostarykę. Zaproponowali ujęcie oferowanych procedur medycznych w pięciu kategoriach: medyczne (bypass, kolano, biodro), zabiegi dotyczące utraty wagi ciała, operacje plastyczne, zabiegi dentystyczne, operacje okulistyczne.

Warto podkreślić, iż w publikacjach po roku 2010 Polska jest bardzo często wymieniana jako destynacja turystyki medycznej²⁵. Do naszych najpoważniejszych konkurentów, z uwagi na bliskość geograficzną oraz zakres świadczonych usług, należą Węgry, Turcja i Czechy.

Polska została też ujęta w badaniu destynacji przedstawionym w publikacji z 2011 roku²⁶. W analizie bazowano na opinii dyrektorów zarządzających firm specjalizujących się w organizacji podróży z zakresu turystyki medycznej. Wśród ocenianych destynacji znalazły się oprócz Polski także Indie, Dubaj, Kostaryka i Tajlandia. Kryteria oceny zawierały: oczekiwane koszty, zdolność do porozumiewania się w ojczystym języku, odległość geograficzną oraz stabilność polityczną. Nie włączono tu kryteriów jakościowych, gdyż – jak

²³ Connell (2011).

²⁴ Gan/Frederick (2011).

²⁵ Lunt i in. (2011), Iordache/Ciochină/Roxana (2013). Lunt/Carrera (2011) też wymieniają Polskę, obok Węgier, jako istotnych państw oferujących zabiegi z obszaru turystyki medycznej.

²⁶ Levary (2011).

podkreślono – wybrano tylko miejsca gwarantujące wysoką jakość. Warto odnotować, iż Polska znalazła się w tym zestawieniu na trzecim miejscu, przed Tajlandią i Kostaryką.

4. Statystyki dotyczące turystyki medycznej

Pytanie o dokładną liczbę turystów uczestniczących w turystce medycznej należy niewątpliwie do najtrudniejszych. Podanie konkretnych liczb jest istotne z punktu widzenia oceny skutków ekonomicznych i wpływu turystyki medycznej na systemy opieki zdrowotnej, a przede wszystkim przy ocenie dynamiki rozwoju tego zjawiska. Możliwości szacunków dotyczących liczby turystów medycznych są jednak ograniczone z wielu powodów i należy zachować dużą ostrożność przy podawaniu konkretnych liczb, szczególnie, gdyż wielu badaczy wskazuje na wyimaginowane liczby nieodzwierciedlające rzeczywistości²⁷. Po pierwsze należy tu wymienić różnice w definiowaniu samego pojęcia co implikuje fakt, iż tę samą podróż w zależności od przyjętej definicji można lub nie zaliczyć do turystyki medycznej. Szczególnie istotny jest tu wpływ tzw. „short term drop-ins”, czyli osób, które przy okazji typowych wakacji korzystają z pewnych procedur medycznych. Warto jednakże odnotować, iż takie sytuacje są bardziej prawdopodobne w miejscach, gdzie dobrze funkcjonuje „klasyczna” turystyka medyczna, a więc w miejscach o ustabilizowanym wizerunku jako destynacji turystyki medycznej²⁸. Inny problem dotyczy różnego traktowania turystów turystyki dentystycznej. Jak wspomniano wcześniej, spora grupa naukowców ma tendencje do wyłączania tej grupy z turystyki medycznej z uwagi na krótkotrwały czas leczenia. Różnorodne jest też podejście autorów do kwestii zaliczania zabiegów wellness do turystyki medycznej, co dodatkowo zniekształca obraz turystyki medycznej.

Drugim ważnym powodem braku dostępności wiarygodnych danych na ten temat jest fakt, iż ani świadczeniodawcy, ani świadczeniobiorcy nie są zainteresowani dzieleniem się tymi informacjami. Wynika to po części z poufnego charakteru tych danych²⁹. Kolejnym powodem jest niechęć informowania kogokolwiek o niektórych procedurach (np. odwykowych czy dotyczących operacji plastycznych).

²⁷ Connell (2013).

²⁸ Lunt i in. (2011).

²⁹ Cormany/Baloglu (2011).

Connell (2013) zwraca też uwagę, iż środki masowego przekazu zajmują się głównie dalekimi podróżami, podczas gdy większość wyjazdów jest niedaleko i obejmuje niezbyt skomplikowane zabiegi, co też powoduje zdecydowane niedoszacowanie wielkości tego rodzaju turystyki. Z drugiej jednak strony część badaczy jest zdania, iż pojawiające się szacunki są zawyżone.

Mając na uwadze, iż żaden rozsądny badacz nie podejmie się kategorycznego szacowania tej wielkości segmentu, przytoczone zostaną tu dane z różnych źródeł.

Często podaje się za Youngman (2009), że ok. 5 milionów osób podróżuje rocznie na świecie w celu skorzystania ze świadczeń medycznych. Z kolei inni autorzy skłaniają się ku nieco ostrożniejszym szacunkom, mówiącym o 60.000 do 85.000 podróżnych. Podsumowując te spory Lunt i in. (2011) ocenia liczbę turystów medycznych na „coś pomiędzy 60.000 a 5 milionami”. Źródła mówią też, że w samej tylko Tajlandii w 2013 roku było milion turystów³⁰. W wielu publikacjach powiela się szacunki z 2007 roku mówiące o też o 20% rocznym wzroście rynku i szacowanym dochodzie na 60 miliardów dolarów³¹.

Jeśli chodzi o rynek polski to najczęściej podaje się dane mówiące o 312.000 turystach medycznych, którzy odwiedzili Polskę w 2012 roku. Pojawiają się też skromniejsze szacunki mówiące o 40.000 pacjentów z zagranicy przyjeżdżających do Polski i wpływach na poziomie 160 mln zł., jednakże przy tych danych brakuje informacji, jak szeroko rozumiana jest turystyka medyczna³².

5. Profil turystów medycznych

Podobnie jak szacownie liczby osób uprawiających turystykę medyczną jest skomplikowane, tak też próby określenia profilu tych osób są w pewnej mierze skazane na niepowodzenie. Po pierwsze należy wziąć pod uwagę olbrzymie różnice pomiędzy osobami udającymi się w podróż do słabiej rozwiniętych państw w poszukiwaniu tańszych usług, a osobami podróżującymi w poszukiwaniu usług lepszej jakości. Niewiele jest wiedzy na temat profilu społeczno-demograficznego takich osób.

³⁰ www.rnrmarketresearch.com, z dnia 10.06.2014.

³¹ Horowitz/Rosensweig/Jones (2007).

³² www.turystyka-medyczna.com/2012/08/18/wielkosc-rynku-turystyki-medycznej-w-polsce/, z dnia 20.6.2014.

Jak już zostało to zasygnalizowane, turystów medycznych można podzielić na dwie grupy: tych, którzy sami płacą za leczenie poza granicami swego kraju oraz tych, którzy otrzymują zwrot pieniędzy od swoich ubezpieczycieli³³. Osoby zaliczone do pierwszej kategorii można określić jako „konsumentów”, gdyż ich siła nabywczą jest definiowana poprzez prawa rynku. Zalicza się do nich osoby, które same ponoszą koszty leczenia za granicą. Przeważają tu zabiegi z obszarów stomatologii, chirurgii plastycznej oraz „opcjonalne” zabiegi chirurgiczne. Druga kategoria turystów na szczeblu europejskim to osoby, które mogą otrzymać zwrot kosztów leczenia poza granicami kraju w ramach narodowego ubezpieczenia. Do rozwoju tej grupy przyczyniła się dyrektywa przyjęta przez Parlament Europejski 19 stycznia 2011 roku, która umożliwia zwrot kosztów leczenia do poziomu gwarantowanego w kraju ubezpieczenia w przypadku leczenia za granicą.

Oprócz tego podziału na dwie grupy, pojawiają się też bardziej szczegółowe opisy grup turystów medycznych. Przykładowo Ehrbeck/Guevara/Mango (2008) zidentyfikował 5 kategorii turystów, przy czym w grupie pierwszej są osoby, dla których priorytetem jest zaawansowana technologia (niezależnie od kosztów). Kolejne grupy turystów obejmują osoby poszukujące lepszej jakości niezbędnych procedur medycznych, szybszego dostępu do niezbędnych procedur medycznych, niższego kosztu niezbędnych procedur medycznych lub niższego kosztu procedur opcjonalnych.

Z kolei bazując na badaniach dotyczących Tajlandii, Cohen³⁴ (2008) wyróżnił 5 typów turystów medycznych, przy czym sugeruje, iż występuje kontinuum w zależności od tego, w jakim zakresie na decyzje o podjęciu podróży miały świadczenia medyczne. Po pierwsze wyróżnił „turystę umedycznionego”, który skorzystał ze świadczeń zdrowotnych w innym państwie wskutek wypadku lub problemów zdrowotnych podczas pobytu w tym kraju. Po drugie wyróżnił „właściwego turystę medycznego”, który odwiedza określony kraj w celu podjęcia tam leczenia lub skorzystania z pojedynczej procedury medycznej. Trzeci typ to „pacjent wakacyjny”, czyli osoba, która odwiedza dany kraj głównie z powodów medycznych, jednakże okazjonalnie korzysta także z oferty turystycznej, głównie w okresie rekonwalescencji. Czwarty wyróżniony typ turysty to „wyłącznie pacjent”, który przyjeżdża tylko i wyłącznie w celu skorzystania z leczenia. Piąty typ to „wyłącznie turysta”, który nie

³³ Lunt/Carrera (2011).

³⁴ Cohen (2008).

korzysta z żadnych świadczeń medycznych. Należy tu podkreślić, iż zarówno pierwszy jak i ostatni wyróżniony typ turysty w ogóle nie mieści się w zakresie pojęciowym turystyki medycznej.

Connell (2013) podaje także klasyfikację w oparciu o pięć typów turystów. Pierwsza grupa obejmuje osoby podróżujące z wielu zakątków świata do takich miejsc jak Londyn, Nowy Jork czy Berlin, w poszukiwaniu luksusowych i kosztownych zabiegów, kontynuując długą tradycję takich podróży. Drugą stale rosnącą grupę stanowią osoby z klasy średniej podróżujące w celu skorzystania z operacji plastycznych, które to w dużej mierze przyczyniły się do rozwoju destynacji w Ameryce Łacińskiej oraz Azji. Inną podgrupę stanowią tu turyści szukający tańszych ofert na zabiegi konieczne dla zachowania ich zdrowia, np. w przypadku, gdy ich ubezpieczenie tego nie pokrywa. To właśnie ta grupa turystów jest najczęściej opisywana w literaturze i to dla tej grupy są tworzone, głównie w Stanach Zjednoczonych, przewodniki turystyki medycznej. Trzecia grupa turystów medycznych obejmuje pacjentów z diaspory, posiadających różny status socjoekonomiczny, którzy podróżują do miejsca swojego pochodzenia z powodów, politycznych, ekonomicznych czy kulturowych. Dotyczy to głównie Koreańczyków i obywateli Meksyku. Szacuje się, że ich liczba jest znacznie większa niż podają oficjalne statystyki. Czwartą grupę stanowią pacjenci przygraniczni, wśród których jest oczywiście spora grupa pacjentów z diaspory. Jest to ustabilizowana grupa pacjentów poszukujących tańszych i szybciej dostępnych zabiegów, a także bardziej wrażliwej kulturowo i godnej zaufania opieki wśród państw przygranicznych. Warto zauważyć, iż część tych turystów jest utajniona, a część sterowana przez narodowe systemy opieki zdrowotnej. Ostatnią, piątą grupę stanowią „zdesperowani” turyści medyczni, przemieszczający się wysokim kosztem do innych państw w poszukiwaniu „ostatniego” miejsca lub w poszukiwaniu niedostępnych w ich krajach świadczeń medycznych. W przypadku tego podziału warto podkreślić, iż poszczególne kategorie nie są rozłączne.

Karuppan/Karuppan (2011) przeanalizowali motywacje turystów medycznych na podstawie odpowiedzi ze strony agencji turystyki medycznej. Większość turystów z USA można zaliczyć do jednej z trzech kategorii: nieubezpieczone lub niewystarczająco ubezpieczone osoby indywidualne, pacjenci chirurgii plastycznej, jednostki szukające łatwiejszego dostępu do restrykcyjnych procedur takich jak transplantacja, usługi reprodukcyjne, leczenie za pomocą komórek macierzystych, itp. Do innych ważnych ustaleń tego badania należy: występująca równowaga pomiędzy kobietami i mężczyznami wśród turystów medycznych,

wskazanie jako ważniejszego kryterium wyboru destynacji poszukiwanie odpowiedniej procedury niż czynniki związane z narodowością, ustalenie, iż tylko 15 do 23% osób miało już wcześniej paszport. Ważną rolę w podjęciu decyzji o podróży odgrywa bliskość lotniska, otwartość w społeczeństwie, kosmopolityczność. Najmniejszą aktywność wykazują osoby o skrajnie niskich i skrajnie wysokich dochodach. Fakt braku ubezpieczenia wpływa bezpośrednio na gotowość podjęcia leczenia poza granicami. Trudność w otrzymaniu danego świadczenia w USA również zwiększa wyraźnie gotowość do podjęcia podróży zagranicznej. Czynniki związane z wakacjami nie stanowił tu rozstrzygającego elementu. Ryzyko związane z opieką pooperacyjną i długość pobytu mają natomiast negatywny wpływ na gotowość podjęcia podróży.

Najciekawszą typologię turystów medycznych w kontekście celu niniejszego raportu wydaje się być przedstawiona przez Wongkit/McKercher (2013), którzy na podstawie badań przeprowadzonych w Tajlandii wyróżnili cztery typy turystów w oparciu o cel wyjazdu i horyzont czasowy podjęcia decyzji o korzystaniu ze świadczeń medycznych. „Zdeklarowany turysta medyczny” to osoba, która podjęła decyzję o leczeniu przed wyruszeniem w podróż i stanowi główną lub równorzędną z celem wypoczynkowym motywację wyjazdu. Segment ten stanowił 42% badanej próby i występowała tu przewaga kobiet. Były to też osoby, które częściej niż pozostałe korzystały z zabiegów chirurgii plastycznej i innych zabiegów inwazyjnych. „Wahający się turysta medyczny” to typ reprezentowany przez 16% badanej próby, który podobnie jak poprzedni deklaruje, iż leczenie było głównym celem wyjazdu lub równorzędnym z wypoczynkowym, jednakże ostateczną decyzję podjął dopiero po przybyciu na miejsce. Te osoby głównie korzystały z zabiegów dermatologicznych oraz okulistycznych. „Wakacyjny turysta medyczny” to osoby, dla których cel wypoczynkowy był głównym powodem wyjazdu, ale też planowały skorzystanie ze świadczeń medycznych i stanowiły 18% badanej próby. „Oportunistyczny turysta medyczny” to osoby podróżujące głównie w celu wypoczynkowym, które decyzję o leczeniu podjęły dopiero po przybyciu na miejsce i stanowiły 24% badanej próby. Wśród dwóch ostatnich wymienionych segmentów przeważały zabiegi stomatologiczne. Wahający i oportunistyczni turyści medyczni stanowią o tyle ciekawą grupę, iż decyzję o leczeniu podjęli dopiero po przybyciu na miejsce. Wymaga to zrewidowania dotychczas powszechnie panującego przekonania, iż do turystów medycznych musimy dotrzeć już w kraju ich pochodzenia. Korzystanie ze świadczeń medycznych nie zawsze jest wcześniej zaplanowaną aktywnością i nie musi to być główny cel wyjazdu.

6. Czynniki rozwoju turystyki medycznej

Analiza literatury dostarcza wielu informacji na temat czynników, które umożliwiły szybką ekspansję turystyki medycznej na świecie. Można wyróżnić czynniki specyficzne dla rozwoju tylko tej formy turystyki, ale trzeba też mieć na uwadze, iż wiele elementów przyczyniających się do rozwoju turystyki generalnie, też ma tu niebagatelne znaczenie. Innym możliwym sposobem uporządkowania czynników rozwoju turystyki medycznej jest skupienie się na stronie podażowej i popytowej. Ciekawy model proponują tu Heung/Kucukusta/Song (2011), którzy po stronie podażowej wymieniają: infrastrukturę (szpitale, kliniki, publiczne i prywatne instytucje), promocję, jakość i komunikację. Natomiast od strony popytowej analizują czynniki wpływające na wybór państwa (polityczne, ekonomiczne, regulacyjne, odległość), szpitala (koszty, akredytacja, reputacja, szkolenie lekarzy) i lekarza (ekspertyzy, reputacja i rekomendacja) a także reklamę i kanały dystrybucji (m.in. działalność agencji turystyki medycznej). Czynniki rozwoju turystyki medycznej możemy również podzielić na strukturalne i funkcjonalne (Białk-Wolf 2010), przy czym do głównych elementów strukturalnych zalicza się występowanie odpowiednich obiektów gotowych przyjąć pacjentów oferujących usługi na wysokim poziomie i spełniających oczekiwania potencjalnych klientów, walory turystyczne oraz dostępność komunikacyjną. W przypadku turystyki medycznej niezwykle istotne są elementy funkcjonalne takie jak: ceny, organizacje zajmujące się promocją tego sektora, jak również organizacje koordynujące tworzenie spójnego produktu turystyki medycznej. Do pozostałych czynników funkcjonalnych zaliczymy dostępność informacji poprzez zintegrowane platformy internetowe czy uregulowanie prawne umożliwiające zwrot kosztów świadczeń medycznych uzyskanych poza granicami. Gan/Frederick (2011) analizuje czynniki rozwoju turystyki w oparciu o czynniki „przyciągające” (push) i „wypychające” (pull). Do czynników przyciągających zalicza rozpowszechnienie się Internetu jako źródła wiedzy, dostępność wykwalifikowanej siły roboczej poza granicami kraju, globalizację, która ułatwiła przemieszczanie się pomiędzy państwami, pojawienie się taniej telekomunikacji i tanich środków transportu. W USA dodatkowo występują instytucjonalne czynniki przyciągające, polegające na zachętach w formie bonusów oferowanych przez pracodawców jak i ubezpieczycieli w zamian za zgodę na leczenie poza granicami kraju. W tym celu jest nawiązywana bezpośrednia współpraca pomiędzy instytucją wspierającą podróż, a świadczeniodawcą poza granicami kraju. Do czynników wypychających należy zaliczyć wspomnianą już oszczędność kosztów. Niższe

koszty wynikają z mniejszej biurokracji i opłat administracyjnych, niższych kosztów pracy, mniejszej regulacji otoczenia, niższych kosztów ubezpieczeń oraz niższych kosztów lekarstw. Do innych czynników wypychających można zaliczyć czas oczekiwania na zabieg, bardziej spersonalizowaną opiekę, dostępność określonych procedur leczniczych, czy też większą poufność i prywatność. W niektórych państwach dochodzą do tego czynniki polityczne, społeczne czy kulturowe, jak również niskie ryzyko katastrof czy uregulowania bioetyczne. Do czynników wypychających decydujących o wyborze przez konsumenta określonej destynacji należą również: wysoce uznana reputacja i międzynarodowa akredytacja, jakość opieki zdrowotnej, referencje i szkolenia lekarzy zagranicznych, wysoko zaawansowane technologie i wyposażenie, zabezpieczenie danych osobowych³⁵.

Dla potrzeb niniejszej publikacji najtrafniejsze wydaje się rozróżnienie pomiędzy czynnikami rozwoju turystyki medycznej na świecie (w więc czynnikami zewnętrznymi, na które pojedyncza destynacja nie ma wpływu), a czynnikami wpływającymi na wybór konkretnej destynacji (w więc wewnętrznymi, charakterystycznymi dla danej destynacji). Do tych pierwszych zaliczyć należy przede wszystkim **rozwój Internetu** umożliwiający dostęp do informacji. Inaczej niż w przypadku klasycznej usługi zdrowotnej, pacjent podejmuje tu sam szereg decyzji o zakresie i metodach leczenia. O ile Internet bezsprzecznie ułatwia podjęcie decyzji o uczestnictwie w turystyce medycznej, to trzeba pamiętać, iż wiele osób podejmuje tę decyzję pod wpływem rodziny, znajomych i lekarzy³⁶. Tak więc musimy być ostrożni w przecenianiu roli Internetu jako bezpośredniej zachęty do odbycia podróży.

Kolejny bardzo ważny element rozwoju turystyki medycznej to szereg zjawisk związanych z **demografią**, która niewątpliwie będzie miała olbrzymi wpływ na świat w drugiej połowie XXI wieku. Nie tylko chodzi o starzejące się społeczeństwo, ale także o siłę nabywczą poszczególnych segmentów³⁷. Warto tu podkreślić, iż w każdym systemie opieki zdrowotnej mamy do czynienia z nieograniczonymi potrzebami i ograniczonymi zasobami. Konieczność dokonywania wyboru priorytetów, kolejki do specjalistów, istnienie kryteriów kwalifikujących do określonego leczenia to nieodłączne elementy systemów opieki zdrowotnej przyczyniających się do podejmowania decyzji o leczeniu prywatnym. **Niewydolne systemy opieki zdrowotnej**, a także **rozwój technologii**, a co za tym idzie

³⁵ Gan/Frederick (2011).

³⁶ Yeoh/Othman/Ahmad (2013).

³⁷ Yeoman/Schanzel/Smith (2013).

rozwój możliwości, to też przyczyny rozwoju turystyki medycznej na świecie. Wobec rosnących kosztów utrzymania systemów opieki zdrowotnej coraz więcej reform przewiduje dopłaty za wykonanie określonych usług medycznych³⁸. Z uwagi na znaczne różnice w cenach świadczonych usług, stanowi to również czynnik rozwoju turystyki medycznej.

Niebagatelne znaczenie ma tutaj także **rozwój tanich form podróżowania**. Koszty podróży w przypadku turystyki medycznej zwiększają koszt całkowity leczenia i tylko wtedy, gdy ich udział w ogólnych wydatkach jest stosunkowo niewielki, podróżowanie w celu uzyskania świadczeń medycznych jest opłacalne.

Wśród czynników mających wpływ na pewne formy turystyki medycznej należą też **ruchy migracyjne**. Okazuje się bowiem, iż diaspora stanowi grupę, która chętnie podejmuje leczenie w miejscu swojego pochodzenia³⁹. Wynika to z chęci podjęcia leczenia w znajomym otoczeniu, wśród osób, które biegle władają językiem ojczystym, a więc generalnie głównie z kontekstu kulturowego. Diaspora może być także nośnikiem informacji o możliwości podjęcia leczenia w kraju ich pochodzenia wśród rdzennych mieszkańców ich „nowych ojczyzn”. W literaturze zjawisko jest to jest głównie opisane na przykładzie odległych państw takich jak Meksyk, niemniej należy zwrócić uwagę na ten aspekt także w kontekście europejskim i nasilających się tutaj ruchów migracyjnych.

Do czynników wpływających na rozwój turystyki medycznej należy też zaliczyć rozwój międzynarodowych i narodowych **organizacji** zajmujących się jej promowaniem. Do najważniejszych należy zaliczyć Stowarzyszenie Turystyki Medycznej (Medical Tourism Association) działającej od 2007 roku⁴⁰, jako organizacji non-profit. W Polsce działa Polskie Stowarzyszenie Turystyki Medycznej.

Z kolei wśród czynników wpływających na wybór konkretnej destynacji największy wpływ mają **ceny** danych usług. Poniższa tabela zawiera przykładowe porównanie niektórych świadczeń w różnych państwach.

³⁸ Berg (2008).

³⁹ Connell (2013).

⁴⁰ www.medicaltourismassociation.com, z dnia 20.06.2014.

Tabela 1: Porównanie cen świadczeń medycznych w wybranych krajach (w dolarach amerykańskich)

Procedura	USA	Indie	Tajlandia	Polska	Wielka Brytania
By-pass serca	113 000	10 000	13 000	7 140	13 921
Angioplastyka	47 000	11 000	10 000	7 300	8 000
Wymiana stawu biodrowego	47 000	9 000	12 000	6 120	12 000
Implanty dentystyczne	1 188	1 100	1 429	950	1 600

Źródło: Iordache/Ciochină/Roxana (2013).

Jak wynika z przedstawionych powyżej danych, jak również z wielu doniesień prasowych na ten temat, różnice w cenach za ten sam zabieg pomiędzy państwami stanowią nawet kilkakrotność danej ceny.

Niemniej Ehrbeck/Guevara/Mango (2008) sugerują, iż koszty nie stanowią najważniejszego czynnika, a dostępność świadczeń i ich jakość jest w przypadku usług medycznych decydująca. Koncentrując się po pierwsze na **dostępności** należy podkreślić, iż zagadnienie to jest związane z wieloma aspektami. Po pierwsze szereg świadczeń jest dopuszczalnych prawnie tylko w niektórych destynacjach⁴¹. Należy tu wymienić aborcję, eutanazję oraz szereg praktyk związanych z rozrodczością (m.in. usługi surogatek, wybór płci dziecka) oraz leczenie za pomocą komórek macierzystych. Zagadnienia te należą do bardzo kontrowersyjnych w kontekście turystyki medycznej i zostaną omówione w dalszej części opracowania. Dostępność świadczeń może być także związana ze stosowaniem technologii wysokiej jakości, dostępnością specjalistów z danej dziedziny, czy też nowatorskich metod leczenia.

Zważając, iż w przypadku turystyki medycznej kluczowym zagadnieniem jest zdrowie, **jakość** nabiera wyjątkowo istotnego znaczenia. Z uwagi na charakter usługi medycznej, w przypadku której występuje na ogół nierównowaga posiadanej wiedzy pomiędzy usługodawcą a usługobiorcą, wszelkiego rodzaju wyznaczniki jakości nabierają ogromnego znaczenia. Wśród nich można wymienić systemy certyfikacji i akredytacje. Do najpopularniejszych instytucji należy „Joint Commission International”, globalna filia działającej w USA organizacji non-profit (The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization, JCAHO)⁴².

⁴¹ Lunt i in. (2011).

⁴² Tamże.

Do czynników wpływających na wybór określonej destynacji należy **bliskość kulturowa i geograficzna**⁴³. Levary (2011) wskazuje, iż pacjenci w dużej mierze kierują się kryterium bliskości geograficznej. Przykładowo Indonezyjczycy najchętniej wybierają jako miejsce leczenia Singapur. Innym niezwykle istotnym czynnikiem jest bliskość kulturowa i fakt, że w miejscu docelowym biegle posługują się ojczystym językiem. Ukraińscy i rosyjscy turyści wybierają często Izrael, z uwagi na dużą liczbę Izraelitów mówiących płynnie po rosyjsku.

Inne ważne zagadnienie to możliwość zagwarantowania pacjentom odpowiedniego poziomu **konfidencji**⁴⁴. Niektórzy nie chcą podać do publicznej wiadomości o terapii odwykowej, operacji plastycznej lub procedur dotyczących zmiany płci. Co więcej, to właśnie chęć utrzymania informacji o korzystaniu z danych świadczeń w tajemnicy może być przyczyną wyjazdu poza granice kraju.

Z uwagi na charakter turystyki medycznej, związanej głównie z medycyną, ale wymagającej organizacji podobnej do organizacji imprez turystycznych, niezwykle istotną rolę przyjmują **agencje pośredniczące**⁴⁵. Ich rola niewątpliwie wzrasta⁴⁶. Można tu wyróżnić kilka typów organizacji, przykładowo firmy funkcjonujące na rynku emisyjnym, jak i recepcyjnym. Niejednokrotnie granice pomiędzy ich funkcjami się zacierają. Wydaje się, iż idealną sytuacją dla pacjenta byłaby współpraca takich organizacji. Jeśli chodzi o rynek emisyjny to ciekawe badanie na ten temat przedstawiają Gan/Frederick (2011), którzy analizowali agencje na rynku amerykańskim. Szacuje się, że funkcjonuje tam mniej niż 100 takich firm, a większość powstała po 2007 roku. Żadna z tych firm nie wydaje się być dominująca, a bariery wejścia są niskie. Jednakże można zauważyć, iż firmy te różnią się strategiami w obszarze wyboru państw i szpitali, rodzaju usług które dostarczają i wskaźników jakości. Jeśli chodzi o strategię, to należy tu wskazać na duże różnice jeśli chodzi o zakres usług i oferowanych destynacji. Małe firmy często skupiają się wyłącznie na podaniu podstawowych informacji dotyczących szpitala oczekując, iż większość usług zorganizuje ktoś na miejscu. Na drugim krańcu znajdziemy firmy oferujące konsultacje medyczne jeszcze przed wyjazdem, koordynujące komunikację z lekarzami, transfer dokumentacji medycznej, towarzysza podróży (nawet osobistą pielęgniarkę), zakwaterowanie poszpitalne oraz opiekę medyczną po

⁴³ Connell (2013).

⁴⁴ Lunt i in. (2011).

⁴⁵ Pojawia się różna nazewnictwo tych organizacji ('medical travel agencies' (Sobo/Herlihy/Bicker 2011) lub 'virtual brokers' (Solomon 2011), cyt. za Connell (2013).

⁴⁶ Connell (2013).

powrocie do domu. Badane tu agencje należą do szybko rozwijającego się sektoru. Stanowią organizacje krajowe, które łączą potencjalnych klientów z oferentami usług poza granicami kraju. Do ich zadań należy, oprócz nawiązania kontaktu pomiędzy klientem, a wykonawcą usług medycznych, także zaaranżowanie procesu przed i po leczeniu poza granicami, transfer dokumentacji medycznej, organizację podróży oraz w pewnych przypadkach zorganizowanie osobistej opieki i tłumacza na miejscu. Wiele z tych organizacji wywodzi się pierwotnie z małych firm ubezpieczeniowych oraz organizacji zarządzających ryzykiem⁴⁷. Iordache/Ciochină/Roxana (2013) określają pośredników turystyki medycznej jako firmy brokerskie i zaznaczają, iż mogą się one specjalizować się w wybranej gamie usług np. usług dentystycznych bądź też na wybranej destynacji.

Niezwykle ważnym czynnikiem wpływającym zarówno na wybór destynacji jak i rozwój turystyki medycznej jest **platforma internetowa** umożliwiająca szeroki dostęp do informacji⁴⁸. Mogą one być zarządzane bądź to w miejscu pochodzenia turysty, bądź też w miejscu docelowym. Do najważniejszych wniosków z istniejących badań dotyczących stron internetowych należy zaliczyć⁴⁹:

- strony powinny zawierać linki do szpitali, klinik, notatek prasowych, ubezpieczycieli, hoteli, biur podróży,
- istotną rolę odgrywa szczegółowy opis świadczonych usług, informacje dotyczące możliwości konsultacji telefonicznej z lekarzem (lub chociaż pielęgniarką) przed zabiegiem (poprzez e-mail lub lepiej „virtual consulting room”),
- platforma powinna dostarczać kompleksowych informacji dotyczących zdrowia,
- główną funkcją portali jest wypromowanie usług, które powinny być poszerzowane w pięciu obszarach: brama do informacji medycznych, kontakt do powiązanych usług medycznych, wycena (szacowanie) i promocja usług, komercjalizacja i możliwości komunikacji,
- wśród informacji podawanych na stronach rzadko jest wskazywane ryzyko związane z wykonywanymi zabiegami,
- przy umieszczeniu informacji na stronach należy pamiętać o asymetrii wiedzy pomiędzy klientami, a oferentami,

⁴⁷ Gan/Frederick (2011).

⁴⁸ Lunt/Carrea (2011), Cormany/Baloglu (2011).

⁴⁹ Cormany/Baloglu (2011), Lunt/Carrera (2011).

- wskazuje się na istotę poprawności języka obcego używanego na stronach, gdyż ma to wpływ na ocenę kompetencji językowych personelu medycznego; zauważa się duże braki w tym zakresie,
- brakuje na stronach informacji o dacie ostatniej aktualizacji strony, co wpływa na obniżenie wiarygodności stron,
- niewiele stron wskazuje, ile osób jest zatrudnionych w danym obiekcie i jak duży jest obiekt, nie wystarcza mówić o wysokiej jakości usług i pokazywać efektowne zdjęcia.

Podsumowując to zagadnienie, trzeba podkreślić, iż jednym z celów stron jest wzbudzenie zaufania, a więc już ona musi budzić zaufanie i odpowiednio balansować na granicy między celem promocyjnym a informacyjnym. Kontent stron internetowych w znacznej mierze przyczynia się do efektywnego przekazu informacji o jakości produktów.

Innym czynnikiem ułatwiającym podjęcie decyzji o uczestnictwie w turystyce medycznej jest **oferta ubezpieczeniowa** w tym zakresie, przy czym nie są to tradycyjne ubezpieczenia związane z podróżą. Powszechne są sytuacje, w których ubezpieczyciele wyjąją spod ochrony turystów medycznych, gdyż osoba podróżującą ma na ogół jakiś problem zdrowotny przed rozpoczęciem podróży. Niestety, ale nie udało się zidentyfikować wiarygodnych informacji na ten temat.

Kolejnym istotnym ciekawym aspektem jest system wizowy. Przykładowo w Indiach wprowadzono specjalny rodzaj wiz medycznych.

Do kolejnych czynników rozwoju turystyki medycznej zaliczymy poza medycznych **świadczeniodawców w destynacji**. Innowacyjną koncepcję w tym kontekście stanowi podmiot nastawiony na turystów medycznych przedstawioną przez Han (2013). Opisuje w swojej pracy „hotel medyczny” jako instytucję łączącą w sobie wszelkie atrybuty hotelu (a nawet hotelu wellness) rozszerzonego o wykwalifikowaną opiekę medyczną. Istotą tej formy zakwaterowania jest maksymalny komfort połączony z wykwalifikowaną opieką po zabiegach medycznych. Pojawia się nawet ciekawa nazwa dla tego typu placówki, „Meditel”. Wśród możliwych zalet tego rozwiązania należy wskazać na krótkie dystanse pomiędzy restauracją a pokojem, możliwość uzyskania świadczeń medycznych w pokoju, całodobową dostępność lekarza, większą prywatność i komfort.

7. Dysfunkcje i bariery rozwoju turystyki medycznej

Pragnąc zawrzeć w niniejszym raporcie rzetelną wiedzę na temat turystyki medycznej, trzeba też wspomnieć o negatywnych elementach mogących się pojawić w związku z jej rozwojem, jak również z barierami rozwoju turystyki medycznej. Trzeba jednakże podkreślić, iż uświadomienie sobie pewnych problemów ma na celu przede wszystkim ich eliminację lub chociaż ograniczenie.

Istnieją pewne przesłanki dotyczące negatywnego wpływu turystyki medycznej na narodowe systemy opieki zdrowotnej⁵⁰. Związane są one z groźbą powstania dualistycznego systemu opieki zdrowotnej, w którym uboga część społeczeństwa nie będzie miała dostępu do wysokiej jakości świadczeń w danym państwie. Warto jednak zdać sobie sprawę, iż sam fakt istnienia turystyki medycznej nie wpływa na istnienie niesprawiedliwego dostępu do opieki medycznej i w przypadku braku ruchu turystycznego, to niewystarczające zabezpieczenie medyczne też by występowało.

W Indiach, gdzie występuje niedobór lekarzy, turystyka medyczna przyczynia się do wydłużania list oczekujących na zabieg. W Tajlandii także zaobserwowano negatywne zjawisko polegające na przepływie wykwalifikowanej siły roboczej do sektora prywatnego⁵¹. Zwraca się uwagę, iż w niektórych państwach rozwój turystyki medycznej może doprowadzić do niesprawiedliwego dostępu do świadczeń. Znane są przypadki, gdzie miejscowy personel jest tak zajęty turystami medycznymi, że nie ma czasu na zajmowanie się miejscową ludnością⁵². Biorąc pod uwagę te krytyczne uwagi, trzeba też pamiętać, iż wielu specjalistów właśnie z uwagi na rozwój turystyki medycznej powróciło do swojego rodzinnego kraju.

Innym negatywnym aspektem jest fakt migracji siły roboczej (w tym personelu medycznego) z obszarów wiejskich na tereny miejskie, gdzie rozwija się turystyka medyczna. Jednakże również i w tym obszarze nie tylko turystyka przyczynia się do rozwoju tego zjawiska. Główne problemy zdrowotne ludności w Indiach dotyczą chorób nie będących w obszarze

⁵⁰ Connell (2011). Jednakże można też wpływać pozytywnie na system opieki zdrowotnej za pomocą rozwiązań systemowych. Przykładowo na Filipinach przychody otrzymywane z turystyki medycznej służą temu celowi, gdzie część szpitali zgodziło się na przekazywanie 10% swoich łóżek szpitalnych na rzecz lokalnych potrzeb. Również Lunt i in. (2011) zwraca uwagę, że poprzez rozwój turystyki medycznej można wspierać i polepszać warunki świadczeń medycznych krajowych pacjentów korzystających z narodowej opieki zdrowotnej.

⁵¹ Connell (2011).

⁵² Iordache/Ciochină/Roxana (2013).

specjalizacji turystyki medycznej, takich jak malaria czy gruźlica, co dodatkowo pogłębia brak możliwości profitów z rozwoju turystyki medycznej na rzecz ludności miejscowej.

W przypadku turystyki medycznej mamy do czynienia ze szczególnym rodzajem ryzyka, które może stać się **barierą** jej rozwoju. Przede wszystkim należy tu zwrócić uwagę na ryzyko medyczne⁵³, które jest związane z ryzykiem wystąpienia szczególnych chorób w państwie recepcyjnym (dotyczy głównie państw egzotycznych), które są nieznane w państwach pochodzenia turystów. Zwiększone ryzyko zachorowalności w obcym państwie wynika też z braku naturalnej ochrony immunologicznej na niektóre choroby obecne w populacji. Ryzyko medyczne może być również wynikiem przeciwwskazań do długich podróży bezpośrednio po zabiegu, w związku z możliwością wystąpienia zwiększonego ryzyka komplikacji⁵⁴.

Wśród innych problemów pojawiających się w związku z turystyką medyczną są zagadnienia dotyczące⁵⁵: kontynuacji leczenia po powrocie do domu, niedbalstwo ze strony lekarzy i postępowanie niezgodne z etyką zawodową i ryzyko związane z niemożnością uzyskania świadczeń odszkodowawczych w przypadku błędów w sztuce lekarskiej, komplikacje medyczne, przeszkody psychologiczne (związane ze środowiskiem w sensie potrzeb medycznych i jakości opieki), różnice między standardem usług zdrowotnych, bariery językowe i kulturowe, problemy etyczne i moralne. Zagadnienia etyczne najczęściej są związane z określonymi zabiegami takimi jak transplantacja organów, terapia za pomocą komórek macierzystych, turystyka reprodukcyjna, leczenie niepłodności i poszukiwanie surogatek⁵⁶. Szacuje się, iż ok. 10% światowej transplantologii jest powiązane z turystyką medyczną⁵⁷. Związane jest to m. in. z faktem, iż rynek organami żywych ludzi jest legalny w Singapurze czy w Iranie. Problem surogatek szczególnie kojarzony jest z Indiami. Innym aspektem etycznym jest problem związany z podróżowaniem w celu skorzystania ze świadczeń, które są zabronione w państwie pochodzenia turystów. Można wymienić tu aborcję, eutanazję i procedury związane z wyborem płci przed zapłodnieniem⁵⁸.

⁵³ Léon-Jordán/Kuruville/Jacob (2010).

⁵⁴ Iordache/Ciochină/Roxana (2013), Levary (2011).

⁵⁵ Gan/Frederick (2011), Iordache/Ciochină/Roxana (2013).

⁵⁶ Connell (2011).

⁵⁷ Léon-Jordán/Kuruville/Jacob (2010).

⁵⁸ Iordache/Ciochină/Roxana (2013).

Podsumowując zagadnienie problemów pojawiających się w związku z rozwojem turystyki medycznej należy podkreślić, iż turystyka medyczna może omawiane dysfunkcje wprowadzić nasilić, jednakże nie można uznać jej za jedyną i główną przyczynę ich występowania. Co więcej, poprzez sprawny system zarządzania rozwojem turystyki medycznej, można te negatywne aspekty wyeliminować. W odniesieniu do woj. pomorskiego nie są one też tematem najistotniejszym.

Część II

Potencjał rozwojowy turystyki medycznej w woj. pomorskim

1. Analiza czynników rozwoju turystyki medycznej w woj. pomorskim

Wśród czynników rozwoju turystyki medycznej w woj. pomorskim można wyróżnić specyficzne (wpływające tylko na ten rodzaj turystyki) oraz niespecyficzne dla turystyki medycznej. Jednakże wiele czynników niespecyficznych (w więc sprzyjających także rozwojowi innych form turystyki) nabiera w przypadku turystyki medycznej szczególnego znaczenia, dlatego zostaną one tutaj też omówione.

Do najważniejszych należy **dostępność komunikacyjna**. Jest ona w kontekście turystyki medycznej tak istotna, gdyż woj. pomorskie ma bardzo dogodne połączenia przede wszystkim z potencjalnymi rynkami emisyjnymi. Wskazać należy przede wszystkim na szeroki wachlarz połączeń lotniczych. Port Lotniczy Gdańsk im. Lecha Wałęsy dysponuje obecnie połączeniami z dziewięcioma miastami w Wielkiej Brytanii (Birmingham, Bristol, Doncaster-Sheffield, Glasgow, Leeds, Liverpool, Luton, Londyn, Manchester), sześcioma miastami w Niemczech (Berlin, Kolonia, Hamburg, Dortmund, Frankfurt, Monachium) i w Norwegii (Alesund, Bergen, Kristiansand, Oslo, Stavenger, Trondheim), trzema w Szwecji (Goteborg, Malmö, Sztokholm) i we Włoszech (Mediolan, Piza, Rzym), a także z mniejszą liczbą portów w takich państwach jak Dania (Kopenhaga), Holandia (Eindhoven), Szkocja (Edynburg), Irlandia (Cork, Dublin), Finlandia (Helsinki, Turku), Hiszpania (Barcelona), Francja (Paryż). Do zalet omawianego portu lotniczego należy bardzo rozbudowana siatka połączeń bezpośrednich. Otwarcie nowego terminalu zwiększyło przepustowość lotniska do 5 mln osób rocznie⁵⁹. Do zalet woj. pomorskiego należy również możliwość połączeń promowych⁶⁰. Nawet jeśli połączenia drogowe i kolejowe nie należą jeszcze do naszych najmocniejszych stron, to należy podkreślić ich dynamiczny rozwój. Pomijając już same środki komunikacji, bardzo istotna jest bliskość geograficzna potencjalnych rynków, do których niewątpliwie należy zaliczyć państwa Europy Zachodniej, w szczególności Niemcy i kraje skandynawskie.

⁵⁹ www.airport.gdansk.pl, z dnia 10.06.2014.

⁶⁰ www.promy.pl, z dnia 10.06.2014.

Najistotniejszym czynnikiem umożliwiającym rozwój turystyki medycznej jest występowanie **świadczeniodawców usług medycznych**, oferujących usługi wysokiej jakości. O ile stosunkowo łatwo jest określić infrastrukturę medyczną, to zdecydowanie trudniej jest w sposób jednoznaczny wypowiedzieć się na temat jakości tych usług. Podkreślając pewne ograniczenia we wnioskowaniu dotyczącym szans rozwoju turystyki medycznej na podstawie tylko danych liczbowych, przedstawiono dane dotyczące liczby pracowników medycznych w woj. pomorskim w tabeli nr 2.

Tabela 2: Pracownicy medyczni w woj. pomorskim w 2012 roku.

Pracownicy medyczni w woj. pomorskim w 2012 roku	
Lekarze	4492
Lekarze dentyści	647
Farmaceuci	1714
Pielęgniarki	12570
Fizjoterapeuci	1167
Diagności laboratoryjni	578
Lekarze na 1000 mieszkańców	2,0
Dentyści na 1000 mieszkańców	0,3
Pielęgniarki na 1000 mieszkańców	5,5
Położne na 1000 mieszkańców	0,6

Źródło: Dane GUS.

Pewnym wskaźnikiem określającym kwalifikacje lekarzy jest udział w ogóle lekarzy, lekarzy specjalistów. Wśród wszystkich lekarzy w województwie pomorskim lekarzy specjalistów jest 2 947, co stanowi 65,6% ogółu. Wskaźnik ten dla całego kraju wynosi 68,7%. Lekarzy dentyistów ze specjalizacją było w 2012 roku w woj. pomorskim 22,1%, podczas gdy w całym kraju stanowili oni 20,3% dentyistów. Jeśli chodzi o wskaźnik dotyczący liczby lekarzy na 1000 mieszkańców, to jest on niższy w woj. pomorskim niż w całym kraju o 0,2. W przypadku liczby dentyistów, pielęgniarek i położnych w przeliczeniu na 1000 mieszkańców nie ma różnic między woj. pomorskim, a całym krajem. Wybrane dane dotyczące infrastruktury medycznej zostały przedstawione w tabeli nr 3.

Tabela 3: Infrastruktura medyczna w woj. pomorskim 2012.

Infrastruktura medyczna w woj. pomorskim 2012	
Łóżka w szpitalach ogólnych	9068
Liczba łóżek na 10.000 ludności	39,6
Liczba ludności na łóżko w szpitalach ogólnych	253
Liczba szpitali ogólnych	51
Zakłady uzdrowiskowe	8

Źródło: Dane GUS.

Liczba łóżek w szpitalach ogólnych w woj. pomorskim w przeliczeniu na 10.000 mieszkańców wynosi 39,6, co stanowi zaledwie 80,8% średniej krajowej wynoszącej 49 i daje

woj. pomorskiemu ostatnie miejsce wśród wszystkich województw w kraju. Najlepiej wygląda sytuacja w podregionie trójmiejskim, gdzie na jedno łóżko przypada 180 osób, podczas gdy średnia dla całego województwa wynosiła w 2012 roku 253 osoby. Przeciętne wykorzystanie łóżka w dniach wynosi 234. Jeżeli chodzi o liczbę podmiotów ambulatoryjnych (przychodni i praktyk lekarskich) na 10. 000 tys. mieszkańców, to wynosi ona 5,5 i w tym zestawieniu woj. pomorskie również zajmuje ostatnie miejsce na tle innych województw. Jeśli chodzi o szpitale i sanatoria uzdrowiskowe w pomorskim to jest ich zaledwie 6 i oferują 1483 łóżka.

Porównując z kolei te wskaźniki na tle innych krajów OECD w 2011 roku, to okazuje się, iż spośród 34 porównanych krajów liczba lekarzy przypadających na 1000 ludności była w Polsce jedną z najniższych (2,2). Niższe wartości tego wskaźnika odnotowano jedynie w Korei Płd. (2,0), Turcji (1,7) i Chile (1,6). Średnia dla krajów OECD wyniosła 3,1. Pozytywne wartości wykazuje wskaźnik liczby lekarzy ze specjalizacją w przeliczeniu na 1000 ludności, który wyniósł w Polsce 1,8 i był tylko o 0,1 niższy od średniej OECD. Z kolei wskaźnik liczby łóżek szpitalnych na 1000 ludności wyniósł w Polsce 6,6 – znacznie powyżej średniej dla krajów OECD, wynoszącej 4,8.

Kolejnymi podmiotami mogącymi świadczyć usługi turystom medycznym są **gabinety** odnowy biologicznej, gabinety kosmetyczne i masażu. Z uwagi na różnorodny zakres usług przez nie świadczonych, trudno jest oszacować liczbę gabinetów faktycznie stanowiących atrakcję dla turystów medycznych. W samym tylko Trójmieście zidentyfikowano ponad 50 miejsc świadczących usługi z szeroko pojętego wellness. O ile trudno jest na tej podstawie określić faktyczny potencjał w tym zakresie, to pomocne tutaj są informacje od osób znających branżę, które zgodnie twierdzą, iż mamy wiele obiektów tego typu na bardzo wysokim poziomie.

Kolejny ważny element strony podaźowej w turystce medycznej to baza noclegowa. Z uwagi na profil turysty medycznego, najważniejsze są tu obiekty hotelowe posiadające min. trzy gwiazdki. W 2013 roku w woj. pomorskim funkcjonowało 170 **hotelu**, z czego siedem posiadało pięć gwiazdek i oferowało 1468 miejsc noclegowych, 14 było czterogwiazdkowych i oferowały 2944 miejsc noclegowych, a 71 obiektów były trzygwiazdkowe oferujące 7584 miejsc noclegowych.

W 2012 roku woj. pomorskie odwiedziło 1,4 mln **turystów zagranicznych**⁶¹, odnotowano 360 994 turystów zagranicznych korzystających z turystycznych obiektów noclegowych, z czego przewagę stanowili Niemcy. Na drugim miejscu byli Rosjanie, a kolejne zajmowali Norwegowie, Szwedzi i obywatele Wielkiej Brytanii⁶². Jest to istotne z punktu widzenia turystyki medycznej, gdyż to właśnie dla obywateli tych państw Polska jest atrakcyjną destynacją turystyki medycznej.

Do zalet rozwoju turystyki medycznej w Polsce należy **diaspora**. Jak wykazano w poprzedniej części publikacji, wiele rodaków preferuje podjęcie leczenia w kraju swojego pochodzenia. Dodatkowo są to osoby, które są „nośnikami wiedzy” o możliwości skorzystania z zabiegów wysokiej jakości i po konkurencyjnej cenie w innym kraju. Szacuje się, że około 20 milionów osób z polskimi korzeniami mieszka poza granicami kraju. Wyniki spisu ludności z 2011 roku wskazują, iż poza granicami kraju przebywa też ponad 2 mln osób na stałe zameldowanych w Polsce. Wśród osób w wieku produkcyjnym saldo zagranicznych migracji na pobyt stały w woj. pomorskim od wielu lat jest ujemne. Przykładowo w 2005 wynosiło ono -1140, a w 2012 roku -761 osób⁶³.

Kolejnym istotnym czynnikiem jest funkcjonowanie **podmiotów** zajmujących się turystyką medyczną i widzących potencjał w tej branży. Należy tu podkreślić dużą dynamikę rozwoju tego sektora w ciągu ostatnich kilku lat. O ile jeszcze w 2011 roku udało się zidentyfikować tylko jeden podmiot oferujący całościową opiekę turystom medycznych⁶⁴, to obecnie jest ich już kilka i odnoszą sukcesy. Należy też wskazać na działalność Polskiego Stowarzyszenia Turystyki Medycznej i powołanie z jego inicjatywy w styczniu 2014 roku klastra „Pomorska Dolina Medyczna” skupiającego do chwili obecnej 11 podmiotów, jednakże wyłącznie z branży medycznej⁶⁵. Prężnie funkcjonuje też kilka portali internetowych.

Do niewątpliwych zalet rozwoju turystyki medycznej w Trójmieście, jak i całym woj. pomorskim należy **atrakcyjność turystyczna** tego miejsca. Na szczególną uwagę w tym kontekście zasługuje wyjątkowe bogactwo walorów naturalnych wspierające rekonwalescencję po przebytych zabiegach. Niemniej ważną rolę odgrywa oferta kulturalna

⁶¹ „Turystyka Polska w 2012 roku. Układ regionalny”, Instytut Turystyki, Warszawa 2013.

⁶² „Turystyka w 2012 roku”, Główny Urząd Statystyczny.

⁶³ www.stat.gov.pl, z dnia 19.06.2014 r.

⁶⁴ Białk-Wolf (2011).

⁶⁵ <http://www.pamt.org/invests.php>, z dnia 20.06.2014.

regionu. Również funkcjonowanie na tym terenie wielu nowoczesnych centrów handlowych stanowi dodatkowy atut.

Znajomość **marki** Gdańska jest również czynnikiem sprzyjającym rozwojowi turystyki medycznej. Jak wynika z przedstawionych cech usług medycznych, niezwykle istotnym elementem jest także wizerunek jakości usług świadczonych w miejscu docelowym. Niestety brak jest jednoznacznych badań na temat opinii o jakości usług medycznych w analizowanym regionie.

Bardzo istotne są też **uregulowania unijne** w tym zakresie, które mogą przyczynić się do rozwoju tego segmentu. Parlament Europejski przyjął 19 stycznia 2011 roku dyrektywę, która umożliwia zwrot kosztów leczenia do poziomu gwarantowanego w kraju ubezpieczenia w przypadku leczenia za granicą. Niestety, ale w Polsce jeszcze nie ma aktów wykonawczych regulujących te kwestie, a działania w tym zakresie koncentrują się przede wszystkim na ograniczeniu możliwości wyjazdów obywateli naszego kraju, a nie na pozyskiwaniu pacjentów z zagranicy.

Analiza uwarunkowań rozwoju turystyki medycznej w woj. pomorskim wskazuje na duży potencjał dotyczący szans dynamicznego rozwoju tej gałęzi w omawianym regionie.

2. Wnioski z przeprowadzonych badań jakościowych

W celu pogłębienia wiedzy na temat stanu turystyki medycznej w woj. pomorskim przeprowadzono w okresie od 10 do 21 czerwca dziesięć wywiadów pogłębionych z ekspertami zarówno z branży medycznej, jak i turystycznej. Wszystkie osoby biorące udział w badaniu zajmowały naczelne stanowiska w swoich firmach. Warto podkreślić, iż respondenci w większości mieli już doświadczenie lub pewną wiedzę w zakresie turystyki medycznej. Do niewątpliwych mankamentów przeprowadzonego badania należy fakt, iż nie poznano nastawiania i opinii osób nieposiadających doświadczenia w tym zakresie, lub co więcej, odznaczających się negatywnym nastawieniem to współpracy w obszarze turystyki medycznej.

Główne obszary, o które zostały zapytane osoby biorące udział w badaniu dotyczyły: dotychczasowych doświadczeń w zakresie współpracy podmiotów funkcjonujących na terenie woj. pomorskiego i jej barier, nastawienia do turystyki medycznej i oceny szans jej rozwoju,

potrzeb turystów medycznych, barier rozwoju turystyki medycznej i pilnych problemów do rozwiązania.

Zważając na charakter produktu jakim jest turystyka medyczna, wymagającego **współpracy** wielu podmiotów przy jego tworzeniu, kluczowe jest nastawienie i doświadczenia właśnie w zakresie samej współpracy. Na podstawie przeprowadzonych badań można stwierdzić, iż jest ono dosyć zróżnicowane. Z jednej strony podkreśla się, iż w przypadku, gdy grupa podmiotów posiada wspólny cel i wspólne zasady prowadzenia biznesu, ta współpraca jest możliwa i prowadzi do dobrych rezultatów. Zwraca się tu uwagę na otwartość osób i fakt, iż współpraca opiera się na kontaktach osobistych. Z drugiej jednak strony współpraca też postrzegana jest jako problematyczna, gdyż wiele podmiotów jest skoncentrowanych tylko na sobie i swoich projektach. Każdy chce być liderem i pokazać swój sukces indywidualnie, jak również dowieść, iż sam robi coś lepiej. W dużej mierze zależy to od osoby prowadzącej instytucje. Brakuje szerokiego poparcia dla idei zakładającej, że współpracując można zdziałać zdecydowanie więcej. Współpracę utrudnia duża liczba podmiotów uczestnicząca w projekcie, gdyż komplikuje to proces podejmowania decyzji. Dużą przeszkodą są bariery mentalne i fakt, iż nie jesteśmy nauczani współpracy i dochodzenia do kompromisów.

Innym ciekawym aspektem jest **nastawienie do samej turystyki medycznej**. Warto tutaj jeszcze raz podkreślić, iż osoby biorące udział w badaniu miały już pewne doświadczenie bądź informacje na ten temat. Niemniej osoby ankietowane zgodnie przyznają, iż wiedza na ten temat jest bardzo mała i to zarówno ze strony branży medycznej, jak i turystycznej. Brak wiedzy i postrzeganie turystyki medycznej jako nowe zjawisko powoduje niepewność. Panuje powszechna zgoda jeśli chodzi o chęć rozwoju tej formy turystyki, widzianej także jako dodatkową formę promocji.

Turystyka medyczna w woj. pomorskim jest niestety kojarzona z nieszczęśliwym przypadkiem Szwedki, dla której operacja w Gdańsku miała tragiczne skutki. Dostrzega się potrzebę zmiany wizerunku. Pojawia się opinia, iż branża turystyczna obawia się, iż taki podobny przypadek mógłby negatywnie wpłynąć na postrzeganie Trójmiasta jako destynacji.

Branża turystyczna często obawia się tematu, nie widzi profitów dla siebie i boi się odpowiedzialności. Bardzo ciężko jest tutaj wypracować metodę współpracy. Jeden z rozmówców ujął to „Branża turystyczna nie wychodzi naprzeciw branży medycznej.” Z uwagi na fakt, iż biura turystyczne głównie zarabiają na grupach, występują trudności w

przygotowaniu i wycenie ofert na indywidualne zamówienie. Brakuje widocznych ofert skierowanych do turystów uwzględniających zakres czasowy i tematykę zwiedzania.

Mimo, iż częściej padają zarzuty w stronę branży turystycznej, zamknięcie na współpracę zarzuca się także branży medycznej. Niejednokrotnie branża medyczna nie czuje potrzeby skorzystania ze wsparcia strony turystycznej, szczególnie w przypadku dużych podmiotów, ale nie odnosi się to oczywiście do wszystkich. Największe opory wynikają z niezajomości tematu i braku wiedzy jak rozpocząć działania w tym zakresie. Branża medyczna niejednokrotnie nie docenia roli informacji i jej jakości podawanych na stronach internetowych, nie posiada odpowiedniego zaplecza dotyczącego promocji i opisu konkretnych procedur medycznych.

Różnie kładzione są akcenty jeśli chodzi o rolę branży turystycznej i medycznej. Z jednej strony mówi się o tym, że organizacją tego typu turystyki powinna się zająć branża turystyczna, a z drugiej strony pada stwierdzenie: „Nie traktujemy tego jako biznesu turystycznego, ale raczej medycznego.”

Podkreśla się, że organizacja produktu turystyki medycznej nie należy do najłatwiejszych, ale korzyści z jej rozwoju są też wszechstronne. „Firma musi zainwestować i czekać długo na wyniki. Wszyscy chcą mieć wyniki od razu. A turystyka medyczna jest długotrwałą drogą.” Znaczne odłożenie w czasie pozytywnych efektów rozwoju turystyki medycznej należy więc też zaliczyć do barier jej rozwoju.

Kolejny problem to nieuporządkowanie spraw dotyczących turystyki medycznej. Identyfikuje się brak chęci w zaangażowanie się w produkt, którego przyszłość jest niepewna, a działania w pojedynkę są skazane na niepowodzenie. Jak to ujmuje rozmówca: „Strony muszą się otworzyć i muszą zrozumieć, że im to przyniesie korzyści.” Panuje „nieświadomość, iż w grupie jesteśmy w stanie działać więcej niż samodzielnie.” Pewnym problemem wydaje się też skupienie działalności na branży medycznej ze strony Polskiego Stowarzyszenia Turystyki Medycznej, widocznego też w członkach klastra powołanego przez tę organizację.

Niemniej wymienia się też wiele pozytywnych przykładów z regionu, jednakże brakuje zjednoczenia sił. Podkreśla się pozytywną pracę wykonywaną przez GOT, polegającą głównie na integracji środowiska. Jeden z rozmówców zauważył, iż „turystyka medyczna

istnieje tu od lat”, ale aby następował rozwój w tym zakresie, potrzebne są zintegrowane działania.

Respondenci poproszeni o oszacowanie **szansy na stworzenie** w woj. pomorskim prężnie działającej destynacji turystyki medycznej wykazywali w większości przypadków entuzjazm, jednakże obwarowany pewnymi ograniczeniami, których pokonanie dopiero ma to umożliwić. Wskazano na poniżej wymienione najważniejsze zadania do wykonania:

- Pozyskanie dużego partnera komercyjnego do współpracy, („Brakuje z góry silnego gracza, który by to wypromował i zainteresował środowisko medyczne i turystyczne. Myślę, że jak by to już zaczęło funkcjonować, to byłoby lepiej.”),
- Pozyskanie dla idei partnerów z Trójmiasta i z regionu, też ze strony władz miast,
- Uzyskanie wsparcia (finansowego i rzeczowego) ze strony władz samorządowych,
- Inwestycji,
- Określenie jednostki koordynującej i spinającej, jej roli i konkretnych zadań,
- Pozyskanie lotniska jako partnera do rozwoju turystyki medycznej,
- Znalezienie grupy zaangażowanych podmiotów skłonnych do współpracy,
- Znalezienie porozumienia między branżą turystyczną i medyczną i wypracowanie formy współpracy.

Różne podmioty są wymieniane jako potencjalne organy mające zjednoczyć środowisko. Cechą charakterystyczną jest, iż branża medyczna wskazuje tutaj na branżę turystyczną, ta z kolei stawia głównie na władze bądź GOT. Argumentami za przejęciem roli koordynującej przez władze samorządowe są: szerokie kontakty, konieczność zaangażowania silnego gracza, pozytywne efekty rozwoju turystyki medycznej dla całego regionu. „Inicjatywa powinna wyjść od miasta, bo miasto też będzie z tego korzystać.” Zarówno branża turystyczna jak i medyczna oczekują przede wszystkim wsparcia w koordynacji działań i promocji.

Ważnym tematem jest również zapewnienie gwarancji wysokiej jakości świadczonych usług. Z jednej strony panuje przekonanie, iż dobrze byłoby mieć jakiś certyfikat, z drugiej zaś strony nie ma zgody lub pomysłu co do tego, jakby to miało wyglądać.

Panuje też opinia, iż współpracę należy rozpocząć od małej grupy i pokazanie innym, że to ma sens. Wskazuje się też na rolę szkoleń w zapewnieniu wysokiej jakości usług. Proponuje się opracowanie „Kodeksu Dobrych Praktyk” jeśli chodzi o obsługę turystów medycznych,

zawierającego m.in. konieczność pisemnego (może być w formie elektronicznej) opisu wyświadczonych usług medycznych, czy formę powitania pacjentów, gdyż występują tu różnice kulturowe. Zwraca się uwagę na potrzebę szkolenia opiekunów turystów medycznych.

Niewątpliwie warunkiem powodzenia działań w zakresie turystyki medycznej jest dobra znajomość języków obcych. Rozmówcy są w tej kwestii zgodni, że o ile nie ma problemów ze znajomością języka angielskiego, zarówno ze strony branży turystycznej, jak i osób świadczących usługi medyczne, to sytuacja wygląda nieco gorzej jeśli chodzi o znajomość języka rosyjskiego, niemieckiego, szwedzkiego czy norweskiego. Sytuacja jest szczególnie krytyczna z językiem rosyjskim, gdyż klienci ci oczekują obsługi w ich języku.

Pojawiają się sugestie, iż dalszy rozwój turystyki medycznej w woj. pomorskim powinien skupiać się na obszarach świadczeń związanych z wellness, medycyną estetyczną i uzdrowiskową.

Tematem pojawiającym się w rozmowach był **rynek wschodni**. Widać tutaj duże zainteresowanie z tego rynku usługami świadczonymi w Trójmieście. Jednakże podkreśla się specyfikę tego rynku, konieczność dostosowania ofert, jak i pewne obawy z nim związane. Barierą jest niewątpliwie stosunkowo słaba znajomość języka rosyjskiego.

Zważając na szczególny cel wizyt **turystów medycznych** w trakcie rozmów pojawił się nowy sposób ich określania, jako „pacjentoturystów”. Grupa ta wymaga nieco innego podejścia niż pozostałe grupy turystów. Do cech szczególnych należy zaliczyć:

- Potrzebę zapewnienia dużego poczucia bezpieczeństwa (ale bez traktowania tych turystów z nadgorliwą opieką),
- Wyjątkową potrzebę otoczenia ich opieką i wzbudzenia zaufania,
- Potrzebę indywidualnego podejścia,
- Potrzebę zapewnienia, że w razie jakichkolwiek problemów, zawsze ktoś się nim profesjonalnie zajmie,
- Zapewnienie możliwości skorzystania z kompleksowej oferty (choć nie wszyscy chcą z takiej skorzystać, a więc musi być zapewniona opcjonalność),
- Pokazanie dodatkowych możliwości oferowanych przez destynację, często obejmujących centra handlowe i ofertę kulinarną,

- Konieczność obsługi na bardzo wysokim poziomie zarówno w jednostce medycznej, jak też w hotelu,
- Turysta medyczny jest osobą, która – pod warunkiem uzyskania zadowalających świadczeń – chętnie powraca i dzieli się ze swoimi doświadczeniami z otoczeniem, jest na ogół osobą bardziej świadomą swoich oczekiwań i zostawiającą stosunkowo więcej pieniędzy w miejscu czasowego pobytu,
- Konieczność zagwarantowania warunków do wypoczynku w ciszy i spokoju,
- Konieczność zaproponowania całodobowej opieki ze strony „opiekuna turysty medycznego” posługującego się w jego języku, znającego region i potrafiącego zareagować w sytuacjach kryzysowych. Taki koordynator musi być otwarty, musi mieć doświadczenie, być osobą ciepłą i wyrozumiałą, a jednocześnie zapewnić rozrywkę i potrafić dostosować się do potrzeb danej osoby,
- Konieczność zapewnienie pełnej informacji w Internecie w ojczystym języku.

Jako główne grupy odwiedzające woj. pomorskie w celu skorzystania ze świadczeń zdrowotnych wymienia się Niemców, Norwegów (dla których szczególnie ważne są usługi Spa i wellness, oraz atrakcje dla dzieci), Szwedów, obywateli z Wielkiej Brytanii, Irlandii, a także gości z Kaliningradu. Problemem jest potrzeba bardzo indywidualnego podejścia do turysty medycznego, co z kolei jest bardzo kosztowne. Rozmówcy potwierdzają też wnioski z badań literaturowych, iż ogromną rolę ma tutaj tzw. „poczta pantoflowa” oraz fakt, iż rodacy wolą być leczeni w swoim państwie, gdyż znają ten teren i fachowców oraz mają porównanie, jak sytuacja wygląda poza granicami kraju.

Rozmówców zapytano też jakiego **wsparcia** oczekiwaliby ze strony samorządu lokalnego oraz Gdańskiej Organizacji Turystycznej. Do głównych obszarów należy:

- spójnego ujęcia tematu i umożliwienia wspólnego funkcjonowania podmiotów,
- wskazywania partnerów do współpracy,
- wskazanie kierunków rozwoju,
- dobrego wykorzystania posiadanym kontaktów,
- zapewnienie bezpieczeństwa podróży,
- udostępnienie materiałów promocyjnych.

Warto podkreślić, iż przed podjęciem konkretnej współpracy wiele jednostek chciałoby zapoznać się z jej konkretnymi warunkami oraz propozycją szczegółowego projektu.

Podsumowanie i wnioski dotyczące perspektyw rozwoju turystyki medycznej w woj. pomorskim

Podsumowując rozważania zawarte zarówno w części teoretycznej jak i w części dotyczącej uwarunkowań rozwoju turystyki medycznej w woj. pomorskim należy generalnie wskazać na duży potencjał rozwoju tej formy turystyki na badanym terenie, który może przyczynić się do rozwoju gospodarczego regionu, a także wzrostu liczby miejsc pracy i poprawy jakości życia.

Z uwagi na dogodne połączenia komunikacyjne, walory naturalne, wizerunek Gdańska na świecie, dużą diasporę, wysoki standard świadczonych usług medycznych i gotowość podmiotów do podjęcia współpracy w tym zakresie, woj. pomorskie ma warunki do tego, aby stać się konkurencyjną destynacją turystyki medycznej. Wymaga podkreślenia faktu, iż ta forma turystyki jest produktem komplementarnym wobec innych produktów rozwijających się w Trójmieście, takich jak turystyka zakupowa, kulturowa czy kulinarna i jest produktem mogącym się z powodzeniem rozwijać poza sezonem.

Największy problem związany z kreowaniem produktu turystyki medycznej wynika z jego charakteru wymagającego współpracy dwóch różnorodnych branż, wspomaganych działaniami pośredników, władz samorządowych i organizacji spinającej. Kluczową rolę ma tutaj organizacja przejmująca rolę koordynatora rozwoju turystyki medycznej w regionie.

Sporą przeszkodę w rozwoju tej formy turystyki stanowią bariery mentalnościowe dotyczące nastawienia do współpracy, a także brak wiedzy o samej turystyce medycznej zarówno ze strony branży medycznej, jak i turytycznej.

W nawiązaniu do przedstawionych wcześniej wyników badań⁶⁶ należy podkreślić, iż nie ma przesłanek do twierdzenia, iż turyści medyczni stanowią homogeniczną grupę. Wielu z nich podejmuje decyzje o korzystaniu ze świadczeń medycznych dopiero w miejscu czasowego pobytu. Otwiera to nową ścieżkę współpracy pomiędzy branżą turystyczną i medyczną. Co więcej, spontaniczne decyzje dotyczą głównie zabiegów dentystycznych i wellness, a woj. pomorskie oferuje tutaj świadczenia na bardzo wysokim poziomie.

⁶⁶ Wongkit/McKercher (2013).

To, co odróżnia turystykę medyczną od innych rodzajów turystyki, to uzależnienie zapotrzebowania na nią od stosowanych rozwiązań dotyczących ubezpieczeń zdrowotnych w państwach emisyjnych. Łącząc wiedzę na ten temat z głównymi połączeniami komunikacyjnymi Gdańska oraz analizując główne grupy obcokrajowców odwiedzających ten region, wyłania się klarowny obraz naszych rynków docelowych, bynajmniej w pierwszej fazie rozwoju turystyki medycznej w woj. pomorskim.

Do działań, które powinny zostać podjęte w celu skutecznego kreowania produktu turystyki medycznej należy przede wszystkim opracowanie koncepcji rozwoju turystyki medycznej w woj. pomorskim. Powinna zawierać takie elementy jak m.in. opracowanie koncepcji zintegrowanego produktu turystyki medycznej, koncepcję szkolenia opiekunów turystów medycznych, zalecenia dotyczące zagwarantowania świadczeń wysokiej jakości. Dużym wyzwaniem jest również zintegrowanie działań, które już są prowadzone. Wydaje się, iż biorąc pod uwagę dotychczasowe doświadczenia zarówno firm już działających w woj. pomorskim, jak również wnioski z opracowań literatury, wskazane jest we wstępnej fazie rozwoju turystyki medycznej skupienie oferty na świadczeniach wykonywanych ambulatoryjnie, głównie z zakresu stomatologii, okulistyki, rehabilitacji oraz usług wellness. Uzasadnieniem takiego podejścia jest fakt stosunkowo niewielkiego zaplecza woj. pomorskiego w zakresie skomplikowanych zabiegów chirurgicznych oraz istniejącej już i dobrze funkcjonującej bazy turystyki medycznej dotyczącej wyżej wymienionych aspektów.

Analizę przyszłości turystyki medycznej można rozpatrywać w kontekście nowych destynacji, nowego typu turysty, organizacji podróży i oferowanych zabiegów. Wśród możliwych trendów wymienia się alternatywną medycynę w tym homeopatie, która jest szczególnie popularna w Niemczech⁶⁷. W tym kontekście również balneoterapia może zyskać na znaczeniu.

Niewątpliwie zagadnienie turystyki medycznej wymaga dalszych badań⁶⁸, również w kontekście opracowania spójnej strategii rozwoju produktu turystyki medycznej w woj. pomorskim, która – po określeniu organizacji spinającej działania w tym zakresie - obecnie wydaje się być zadaniem priorytetowym.

⁶⁷ León-Jordán/Kuruvilla/Jacob (2010)

⁶⁸ Lim/Ting (2012), Klich (2012), Moreira (2013), Freyer/Kim (2014).

Z uwagi na panujące warunki do rozwoju turystyki medycznej w woj. pomorskim, wskazane są działania wspomagające jej rozwój poprzez integrację środowiska, a także poszerzające wiedzę na jej temat zarówno wśród branży turystycznej, jak i medycznej.

Literatura

Albaner, J., Grozea-Helmenstein, D. (2002), Bestandsaufnahme der Entwicklungspotenziale im Gesundheitstourismus – erstes Modul. Endbericht, IHS, Wiedeń.

Berg, W. (2008), Gesundheitstourismus und Wellnesstourismus, Oldenburg, Monachium.

Białk, A. (2006), Die Messung des Innovationsgrades von Dienstleistungen – Erstellung und Überprüfung eines Messmodells am Beispiel des Gesundheitswesens, Verlag Dr. Kovač, Hamburg.

Białk-Wolf, A. (2010), Potencjał rozwojowy turystyki medycznej, w: Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego Nr 591, Potencjał turystyczny, Szczecin, 653-662.

Białk-Wolf, A. (2011), Stan i perspektywy rozwoju turystyki medycznej w województwie pomorskim, w: Uwarunkowania rozwoju turystyki w regionie, M. Boruszcak (red.), WSTiH, Gdańsk.

Bookman, M.Z., Bookman, K. R. (2007), Medical Tourism in Developing Countries, Palgrave Macmillan, New York.

Cohen, E. (2008). Medical tourism in Thailand. In E. Cohen (Ed.), Explorations in Thai tourism, 225-255.

Connell, J. (2011), A new inequality? Privatisation, urban bias, migration and medical tourism, Asia Pacific Viewpoint, 52 (3), 260-271.

Connell, J. (2013), Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification, Tourism Management, 34, 1-13.

Cormany, D., Baloglu, S. (2011), Medical travel facilitator websites: An exploratory study of web page contents and services offered to the prospective medical tourist, Tourism Management, 32, 709-716.

Ehrbeck T., Guevara C., Mango P. D. (2008), Mapping the market for medical travel, "TheMcKinseyQuarterly".

Frever, W., Kim, B.S. (2014), Medizintourismus und Medizinreisen - eine interdisziplinäre Betrachtung, Gesundheitswesen, 76 (1), 65-68.

Gan, L.L., Frederick, J.R. (2011), Medical tourism facilitators: Patterns of service differentiation, Journal of Vacation Marketing, 17 (3), 165–183.

Gorschlüter, P. (2001), Das Krankenhaus der Zukunft: integriertes Qualitätsmanagement zur Verbesserung von Effektivität und Effizienz, Kohlhammer Verlag, Stuttgart.

- Hall, C.M., James, M. (2011), Medical tourism: emerging biosecurity and nosocomial issues, *Tourism Review*, 66 (1/2), 118-126.
- Han, H. (2013), The healthcare hotel: Distinctive attributes for international medical travelers, *Tourism Management*, 36, 257-268.
- Heung, V., Kucukusta, D., Song, H. (2011), Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of the barriers, *Tourism Management*, 32, 995-1005.
- Horowitz, M. D., Rosensweig, J. A., Jones, C. A. (2007), Medical tourism: globalization of the healthcare marketplace, *MedGenMed*, 9 (4), 33.
- Iordache, C., Ciochiná, I., Roxana, P. (2013), Medical tourism - between the content and socio-economic development goals. Development strategies, *Romanian Journal of Marketing*, 1, 31-42.
- Kangas, B. (2011), Complicating Common Ideas about Medical Tourism: Gender, Class, and Globality in Yemenis' International Medical Travel, *Journal of Women in Culture and Society*, 36 (2), 327-332.
- Karuppan, C.M., Karuppan, M. (2011), Who Are the Medical Travelers and What Do They Want?: A Qualitative Study, *Health Marketing Quarterly*, 28, 116–132.
- Klich, J. (2012), Global Medical Tourism Management: A Needed Research Agenda?, *Advances In Management*, 5 (1), 5-7.
- Kurek, A. (2007), *Turystyka*, PWN, Warszawa.
- Léon-Jordán, J., Kuruvilla, A., Jacob, R. (2010), Healthcare in foreign hands: trends, issues, and directions, *Review of Business Research*, 10 (5), 54-68.
- Levary, R. R. (2011), Multiple-Criteria Approach to Ranking Medical Tourism Destinations, *Thunderbird International Business Review*, 53 (4), 529-537.
- Lim, W., Ting, D. (2012), Healthcare marketing: Contemporary salient issues and future research directions, *International Journal of Healthcare Management*, 5 (1), 3-11.
- Lubowicki-Vikuk, A. (2012), *Turystyka medyczna przejawem współczesnych trendów i tendencji w turystyce*, *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego Nr 699, Ekonomiczne Problemy Usług*, 84, 553-568.
- Lunt, N., Carrera, P. (2011), Systematic review of web sites for prospective medical tourists, *Tourism Review*, 66 (1/2), 57-67.
- Lunt N., Smith R., Exworthy M., Green S.X, Horsfall D., Mannion R. (2011), *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review*, OECD.
- Moreira, P. (2013), Medical tourism, international healthcare marketing and e-Health: when it all comes together, *International Journal of Healthcare Management*, 6 (1), 1-2.

Prochorowicz, M. (2008), Turystyka medyczna nową perspektywą dla polskich placówek służby zdrowia, w: Turystyka i rekreacja szansa rozwoju aktywności społecznej, red. R. Grzywacz, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Informatyki i Zarządzania, Rzeszów.

Rab-Przybyłowicz, J. (2014), Produkt turystyki medycznej, Difin, Warszawa.

Sobo, E., Herlihy, E., Bicker, M. (2011), Selling medical travel to USpatient-consumers: the cultural appeal of website marketing messages, *Anthropology and Medicine*, 18, 119-136.

Schwaiger, J. (2007), Megatrend Gesundheitstourismus. Abgrenzung und Entwicklung, VDM Verlag Dr. Müller, Saarbrücken.

Solomon, H. (2011), Affective journeys: the emotional structuring of medical tourism in India, *Anthropology and Medicine*, 18, 105-118.

„Turystyka Polska w 2012 roku. Układ regionalny”, Instytut Turystyki, Warszawa 2013.

„Turystyka w 2012 roku”, Główny Urząd Statystyczny.

Wongkit, M., McKercher, B. (2013), Toward a typology of medical tourists: A case study of Thailand, *Tourism Management*, 38, 4-12.

Woo, E., Schwartz, Z. (2014), Towards Assessing the Knowledge Gap in Medical Tourism, *Journal of Quality Assurance in Hospitality and Tourism*, 15 (2), 213-226.

Yeoh, E., Othman, K., Ahmad, H. (2013) Understanding medical tourists: Word-of-mouth and viral marketing as potent marketing tools, *Tourism Management*, 34, 196-201.

Yeoman, I., Schanzel, H., Smith, K. (2013), A sclerosis of demography: How ageing populations lead to the incremental decline of New Zealand tourism, *Journal of Vacation Marketing*, 19 (2), 91–103.

Youngman, I. (2009), Medical tourism statistics: Why McKinsey has got it wrong. *International Medical Travel Journal*, dostępne: <http://www.imtjonline.com/articles/2009/mckinsey-wrong-medical-travel/>, z dnia 20.06.2014.

Strony internetowe:

www.rnrmarketresearch.com

www.turystyka-medyczna.com

www.medicaltourismassociation.com

www.airport.gdansk.pl

www.promy.pl

www.stat.gov.pl

www.pamt.org/invests.php

