



Adrian P. Lubowiecki-Vikuk^{1*}, Dominika Mucha²

¹ UNIwersYTET KAZIMIERZA WIELKIEGO W BYDGOSZCZY

² ŚLĄSKI UNIwersYTET MEDYCZNY W KATOWICACH

PERSPEKTYWY ROZWOJU TURYSTYKI FARMACEUTYCZNEJ W REGIONIE POLSKI POŁUDNIOWEJ

Abstract

Pharmaceutical tourism development prospects in the region of Southern Poland

Background. The number of foreign patients in pharmacies is relatively on the increase, which contributes to the development of medical tourism, especially of one of its categories – pharmaceutical tourism. This requires an estimation of the foreign patients segment, determination of the sociodemographic profile of the ‘pharmaceutical tourist’, identification of the tourist’s purchase-related behaviour, and indication of the prospects for the pharmaceutical tourism development. **Materials and methods.** The research concerned a random-target group of 167 pharmacies operating in the region of Southern Poland. An own survey was applied. **Results.** In the years 2012–2014, the number of foreign patients using the services of the pharmacies rose by over 13 500. These were mainly male patients, aged 31–40 (30.4%), coming from Great Britain (18.8%), Germany (16.3%), Russia (10.5%), and the Czech Republic (10.3%). Most of them arrived in winter. Over-the-counter drugs are a popular purchase (68%) and a patient’s average expense does not exceed PLN 250.00 (46%). Using hard arguments, 49.1% of the surveyed pharmacies representatives express no optimism about the development of medical tourism. **Conclusions.** The results of the research indicate that there is an urgent need to make diverse interventions on the market of medical tourism, including pharmaceutical tourism.

Key words: medical tourism, pharmaceutical tourism, foreign patient, tourist, pharmacy

Słowa kluczowe: turystyka medyczna, turystyka farmaceutyczna, pacjent zagraniczny, turysta, apteka

WPROWADZENIE

Rosnący popyt na usługi zdrowotne jest zjawiskiem globalnym (Pocock i Hong Phua 2011). Ma to ścisły związek z trendami ekonomicznymi, które generują rosnące dochody i wzrost wydatków na coraz większą konsumpcję dóbr i usług. Chee (2007) podkreśla, że coraz częściej usługi zdrowotne traktowane są jako produkt na rynku. Rozwój techniki (Klich 2012) i szybkość zastosowań nowych rozwiązań sprzyjają zaspokajaniu potrzeb prozdrowotnych. Również trendy demograficzne, najbardziej widoczne w starzeniu się społeczeństwa i wzmózonej konsumpcji większej liczby usług medycznych przez osoby starsze – w połączeniu ze zmianami epidemiologicznymi – wymuszają do-

stosowanie się sektora usług zdrowotnych do obecnej rzeczywistości (Mennen 2007, Pocock i Hong Phua 2011). Długi czas oczekiwania na wizytę u lekarza specjalisty, wysokie koszty opieki zdrowotnej w stałym miejscu zamieszkania, niski standard świadczonych usług medycznych oraz dogodny dostęp do podróżowania to ważne czynniki prowadzące do pojawienia się nowych konsumentów opieki zdrowotnej, tzw. turystów medycznych, gotowych na podjęcie leczenia za granicą (Carrera i Bridges 2006, Turner 2007, Berg 2008, Liberska 2012).

Nie każdy zagraniczny turysta jest turystą medycznym, choć może być on zagranicznym pacjentem. Jak podaje Zimna (2012), pacjenci zagraniczni to głównie turyści przyjeżdżający indywidualnie lub w zorganizowanych grupach, studenci przebywający w wymianie studenckiej bądź osoby pracujące i mieszkające w Polsce tymczasowo lub na

* Autor korespondencyjny

stałe. „Pacjent zagraniczny” jest pojęciem dość szerokim. Obejmuje osoby nazywane pacjentami turystycznymi (Menvielle i wsp. 2011, s. 53), które korzystają z usług turystyki medycznej. Turysta medyczny poszukuje różnorodnych usług medycznych, m.in. z zakresu interwencji chirurgicznej, stomatologii, profilaktyki zdrowotnej czy ogólnej diagnostyki (Lubowiecki-Vikuk 2012, Lubowiecki-Vikuk i Bosiacki 2012). Dodatkowo niemalże każdy zagraniczny turysta podróżujący w celach wypoczynkowych, odwiedzający krewnych i/lub znajomych czy realizujący cele biznesowe nierzadko zmuszony jest do dokonania zakupu produktów leczniczych i/lub wyrobów medycznych w aptecę (Cronstein 2009, Zimna 2012). Dowodzi to, że w wielu przypadkach jedna podróż może być podejmowana ze względu na więcej niż jeden motyw (Niemczyk 2010).

Globalizacja opieki zdrowotnej oznacza zwiększenie międzynarodowego handlu produktami i usługami zdrowotnymi, przejawiające się transgranicznym przepływem pacjentów (Pocock i Hong Phua 2011). Twierdzi się, że rynek turystyki medycznej w Polsce znajduje się w początkowej fazie rozwoju, a relacje na nim są dość złożone (Lubowiecki-Vikuk i Rab-Przybyłowicz 2015). W kraju koszty opieki zdrowotnej najczęściej są niższe aniżeli w innych krajach Europy Zachodniej, a dodatkowo standard świadczenia usług jest wysoki (Health... 2014). W sposób szczególny intensyfikacja turystyki medycznej widoczna jest przez pryzmat turystyki przyjazdowej (Borek 2013). W 2012 r. do Polski przyjechało 330 tys. pacjentów zagranicznych, dzięki którym uzyskano zysk rzędu 900–950 mln zł (Kaźmierczak 2015). W roku kolejnym odnotowano 10-proc. wzrost wartości rynku turystyki medycznej (Health... 2014). W skali globalnej jego wartość oszacowano na 50 mld dolarów amerykańskich (Schirhammadi 2015). Obsługa pacjentów zagranicznych stała się sferą biznesową. Każdy z nich zostawia w naszym kraju przeciętnie 4,5 tys. zł (Sygut 2010). Stymuluje się popyt na usługi z zakresu chirurgii plastycznej, a także zabiegi stomatologiczne, rehabilitacyjne i inne. Zainteresowanie usługami farmaceutycznymi także wzrosło. Z prognoz wynika, że wartość rynku aptecznego w 2015 r.

przekroczy 30 mld zł, a obrót w statystycznej aptecę może ukształtować się na poziomie 1,55 mln zł (Frąckowiak 2015).

Turystykę medyczną należy rozumieć jako wyjazd poza stałe środowisko zamieszkania, region/kraj w celu uzyskania szeroko pojmowanej opieki zdrowotnej (Cormany i Baloglu 2010, Lubowiecki-Vikuk i Bosiacki 2012, Todd 2012, Zhang i wsp. 2012). Należy zgodzić się z Reed (2008), że turystyka medyczna koncepcyjnie pełna jest niuansów, kontrastów i sprzeczności. Z jej istoty wynika istnienie najrozmaitszych jej kategorii, takich jak turystyka dentystyczna czy turystyka aborcyjna. Wśród potrzeb turystów medycznych mają swoje miejsce także te związane z poszukiwaniem innowacyjnych leków lub ich zamienników, niedostępnych w miejscu stałego zamieszkania turysty (Lubowiecki-Vikuk 2015). Wskazuje to, choć w zarysie, na jeszcze jedną kategorię turystyki medycznej, jaką jest turystyka farmaceutyczna.

CEL BADAŃ

Celem opisanych badań była identyfikacja i opis zjawiska turystyki farmaceutycznej w regionie Polski południowej poprzez: (1) próbę oszacowania rozmiaru segmentu pacjentów zagranicznych, (2) określenie socjodemograficznego profilu „turystyki farmaceutycznej”, (3) identyfikację wybranych zachowań nabywczych pacjentów aptek, (4) wskazanie perspektyw rozwoju tej kategorii turystyki medycznej.

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Badaniami objęto losowo-celową grupę 167 farmaceutów będących właścicielami lub kierownikami aptek działających w regionie Polski południowej, tj. w województwach małopolskim oraz śląskim.

Według Banku Danych Lokalnych GUS w 2013 r. (http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks) liczba aptek ogólnodostępnych w Polsce wynosiła ponad 12 tys. Należy zaznaczyć, że przez aptecę ogólnodostępną będziemy rozumieć placówki ochrony zdrowia publicznego zaopatrujące ludność

w produkty lecznicze, leki apteczne, leki recepturowe, wyroby medyczne i inne artykuły (Ustawa... 2001). Najwięcej aptek tego rodzaju prowadzono w województwach: mazowieckim (13,5%), śląskim (11,5%), wielkopolskim (9,5%) oraz małopolskim (9,0%) – ich liczba przekraczała 1 tys. w każdym województwie. Ze względu na podjęty problem badań jednocześnie dokonano analizy województw pod względem liczby zagranicznych turystów korzystających z noclegów. W 2013 r. najwyższy wskaźnik osiągnęło województwo małopolskie, w którym z usług hotelarskich skorzystało ponad 1,18 mln turystów.

Na tej podstawie wybrano obszar badań – region Polski południowej. Dodatkowymi argumentami były: zróżnicowanie społeczno-kulturowe, gospodarcze i turystyczne regionu, niższa kapitałochłonność oraz większa dostępność właścicieli placówek i ich otwarcie na dokonanie tego rodzaju eksploatacji. Badania prowadzono po zakończeniu roku obrotowego, tj. w styczniu i w pierwszej połowie lutego 2015 r. Apteki zostały wyselekcjonowane w sposób arbitralny, przy założeniu 95-proc. poziomu ufności i błędnie maksymalnym 7%. W województwie małopolskim wybrano 58 placówek spośród 1103 (5,3%), a w województwie śląskim – 109 spośród 1401 (7,8%).

W badaniu zastosowano metodę sondażu diagnostycznego wspartą techniką ankiety, bezpośrednim wywiadem osobistym oraz obserwacją. Wywiad bezpośredni przeprowadzili autorzy według ustalonego planu. Własna ankietka (zmodyfikowana po pilotażu) zawierała pytania dotyczące stanu i perspektyw rozwoju turystyki medycznej, w tym turystyki farmaceutycznej w regionie/kraju. Pytano o liczbę zagranicznych pacjentów obsługiwanych w danych placówkach w latach 2012–2014, przy czym poproszono o wskazanie ich profilu socjodemograficznego (kraj pochodzenia, płeć i przedział wiekowy) z ostatniego roku. Dane o pacjentach zagranicznych uzupełniono informacjami z zakresu: najczęściej kupowanych przez nich produktów leczniczych i wyrobów medycznych (leki Rx – wydawane z przepisu lekarza, czyli na receptę, a także leki wydawane bez recepty [*over the counter*, OTC]: sprzedaż odłączna, dermokosmetyki), średniego poziomu ich wy-

datków (do 250, 251–500, powyżej 500 zł) oraz okresu roku, w którym najczęściej oraz najrzadziej stają się oni pacjentami badanych podmiotów (jesień, zima, wiosna, lato). W końcowej części ankietowania respondenci mieli się jednoznacznie wypowiedzieć (tak/nie), uzasadniając swój pogląd, czy ich zdaniem turystyka medyczna, w tym turystyka farmaceutyczna, ma szansę stać się produktem turystycznym regionu/kraju.

Niniejsze opracowanie obarczone jest pewnymi ograniczeniami. W ujęciu metodologicznym autorzy posłużyli się arbitralnym doбором niewielkiej próby. Nie pozwala to na uogólnianie uzyskanych wyników. Należy traktować je jako studium przypadku i podejść do nich z dużą dozą ostrożności. Przedstawione rozważania powinny skłonić do dalszych, wnikliwych analiz uwzględniających zdecydowanie szerszy zakres przestrzenny.

WYNIKI

Z przeprowadzonych badań wynika, że w latach 2012–2014 liczba zagranicznych pacjentów korzystających z usług farmaceutycznych świadczonych w regionie Polski południowej zwiększyła się o ponad 13,5 tys. Wyższa liczba pacjentów zagranicznych występuje w województwie małopolskim. Jednak w województwie śląskim do roku 2014 nastąpił wzrost liczby tych pacjentów o 52,5% w stosunku do roku 2012 (tab. 1).

Istotą badań było rozpoznanie socjodemograficznego profilu pacjenta zagranicznego, biorącego udział w turystyce farmaceutycznej. W 2014 r. w regionie Polski południowej z usług aptek skorzystało ponad 40,5 tys. pacjentów zagranicznych. Najczęściej pochodzili oni z Wielkiej Brytanii (18,8%), Niemiec (16,3%), Rosji (10,5%) oraz Czech (10,3%). W aptekach obsługiwano także mieszkańców krajów azjatyckich (1,8%). Mężczyźni zdecydowanie częściej od kobiet (55% wobec 45%) byli pacjentami analizowanych podmiotów. Tendencja ta jest szczególnie widoczna w przypadku pacjentów kanadyjskich, czeskich i brytyjskich. Odwrotne proporcje można zaobserwować jedynie w przypadku pacjentów z Francji, krajów azjatyckich oraz Niemiec (tab. 2).

Tab. 1. Liczba pacjentów zagranicznych w latach 2012–2014 na przykładzie badanych podmiotów

Województwo	Liczba zagranicznych pacjentów		Rok		Zmiana (przy wartości 100 dla roku 2012)
	2012	2013	2014		
śląskie	4354	5474	6638		152,5
małopolskie	22693	31736	33938		149,6
Ogółem	27047	37210	40576		150,0

Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ($n = 167$)

Tab. 2. Socjodemograficzny profil pacjentów zagranicznych w badanych podmiotach

Kraj	Pacjenci zagraniczni		Płeć [%]		Wiek [%]					
	[n]	[%]	kobiety	mężczyźni	poniżej 20 lat	20–30 lat	31–40 lat	41–50 lat	51–60 lat	powyżej 60 lat
USA	2787	6,9	47,9	52,1	10,9	32,3	22,5	15,6	14,2	4,5
Kanada	1015	2,5	25,9	74,1	4,4	25,6	3,7	15,2	43,2	7,9
Niemcy	6600	16,3	53,8	46,2	1,1	7,9	25,3	29,6	26,4	9,6
Wielka Brytania	7643	18,8	39,8	60,2	6,7	36,3	41,9	8,2	4,5	2,4
Irlandia	1891	4,7	41,4	58,6	1,7	29,3	54,5	11,3	2,4	0,8
Skandynawia*	2521	6,2	47,4	52,6	6,5	37,1	29,3	14,6	8,6	3,8
Holandia	965	2,4	42,3	57,7	0,3	22,7	42,8	13,9	14,5	5,8
Francja	2999	7,4	57,6	42,4	9,5	16,9	38,1	16,2	17,1	2,3
Włochy	2603	6,4	44,8	55,2	8,6	15,2	18,4	25,8	21,2	10,8
Czechy	4181	10,3	31,6	68,4	4,2	21,0	53,9	10,2	8,6	2,1
Rosja	4273	10,5	49,2	50,8	9,9	15,3	31,9	32,3	8,8	1,8
Ukraina	1300	3,2	46,1	53,9	8,6	20,6	32,3	33,7	4,8	0,0
Kraje azjatyckie**	728	1,8	54,4	45,6	0,1	2,2	13,6	18,3	58,0	7,8
Kraje pozostałe***	1070	2,6	47,9	52,1	4,3	4,1	16,7	27,6	16,7	30,6

* Norwegia, Szwecja, Dania – liczba pacjentów: odpowiednio 1365, 861, 295; ** Chiny, Japonia, Filipiny, Korea Południowa; *** Słowacja, Austria, Węgry, Szwajcaria, Hiszpania, Rumunia, Białoruś, Izrael, Brazylia, Wyspy Kanaryjskie, Nigeria, Australia

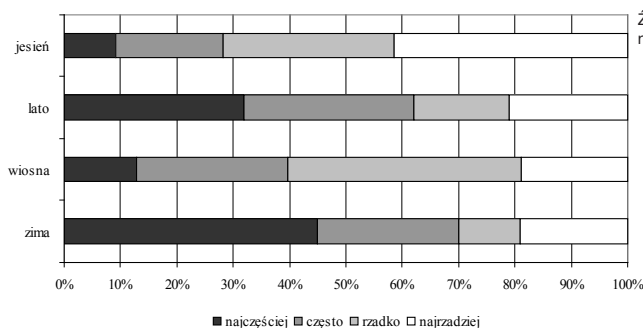
Źródło: opracowanie własne na podstawie badań ($n = 167$)

Przeważającą grupą pacjentów zagranicznych w badanym regionie były osoby w wieku 31–40 lat (30,4%). Na ogół pochodziły one z Irlandii (54,5%), Czech (53,9%), Holandii (42,8%), Wielkiej Brytanii (41,9%) oraz Francji (38,1%). Kolejne grupy to pacjenci w przedziałach wiekowych: 20–30 lat (20,5%, przede wszystkim pochodzący z krajów skandynawskich – 37,1% oraz z USA – 32,3%), 41–50 lat (19,4%, głównie z Ukrainy – 33,7%, Rosji – 32,3%, Niemiec – 29,6% i Włoch – 25,8%) oraz 51–60 lat (17,8%, w większości z krajów azjatyckich – 58,0% i Kanady – 43,2%). Turycy najstarsi (powyżej 60 lat) – głównie z tzw. krajów pozostałych (30,6%) – oraz najmłodszy (poniżej 20 lat) stanowili najmniej liczną grupę konsumentów

w badanych aptekach (odpowiednio 6,5% i 5,5%) (tab. 2).

Z przeprowadzonych badań jednoznacznie wynika, że na liczbę obcokrajowców zaopatrujących się w badanych podmiotach mają wpływ pory roku. Najliczniejsza grupa pacjentów pojawia się w okresie zimowym (z natężeniem w okresie świątecznym i noworocznym) oraz letnim. Rządziej wizyty pacjentów zagranicznych odnotowuje się w okresie jesieni (wrzesień–listopad) oraz w miesiącach wiosennych, od marca do maja (ryc. 1).

Profil pacjenta zagranicznego, w tym uczestnika turystyki farmaceutycznej, uzupełniają informacje dotyczące najczęściej kupowanych produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz poziomu wydatków



Źródło: opracowanie własne na podstawie badań (n = 167)

Ryc. 1. Częstość wizyt pacjentów zagranicznych w badanych podmiotach w zależności od pory roku

związanych z zakupami. Pacjenci zagraniczni nabywają w badanych aptekach przede wszystkim leki OTC (68%), leki Rx (18%) oraz, w mniejszym stopniu, dermokosmetyki (14%). Średni poziom wydatków przypadający na jednego pacjenta mieści się w przedziale do 250 zł (46%). Kwotę 251–500 zł wydatkowało 36% pacjentów badanych podmiotów. Wydatek powyżej 500 zł dotyczył 18% wszystkich zagranicznych pacjentów aptek, których przedstawiciele ankietowano. Mając na uwadze liczbę zagranicznych pacjentów obsłużonych w 2014 r. oraz ich średni poziom wydatków, oszacowano dochód badanych podmiotów z tego tytułu. W 2014 r. ukształtował się on na poziomie średnio około 17 mln zł (w efekcie na jeden badany podmiot przypada ponad 100 tys. zł).

Kluczową kwestią w badaniach odnoszących się do obsługi pacjentów zagranicznych przez przedstawicieli aptek było uzyskanie ich opinii w zakresie perspektywy rozwoju turystyki medycznej, w tym turystyki farmaceutycznej. Ponad połowa (50,9%) ankietowanych farmaceutów uznała, że rozwój tego rodzaju turystyki niesie ze sobą znaczne korzyści i że mogłaby ona być traktowana jako produkt turystyczny Polski. Ich zdaniem sytuacji tej sprzyjają m.in.:

- konkurencyjność produktów leczniczych i wyrobów medycznych pod względem ceny, jakości (w tym bezpieczeństwa) i asortymentu (np. nabywanie dermokosmetyków i suplementów diety w ilości hurtowej);
- rozbudowana oferta medyczna, np. leczenie niepłodności, duży wachlarz ofert typu spa i wellness oraz usług rehabilitacyjnych;
- wysoki standard świadczonych usług medycznych – szybki i komfortowy sposób obsługi pacjentów;

- wykwalifikowana kadra medyczna;
- przyjazdy pacjentów zagranicznych, dla których cel wizyty w aptecę jest ściśle powiązany z innymi celami, takimi jak zakupy;
- współczesne tendencje w rozwoju turystyki medycznej, które najwyraźniej dotyczą centrów turystycznych (np. Kraków, Katowice);
- kursy walut.

Pozostała frakcja (49,1%) miała całkowicie odmienne zdanie na temat rozwoju turystyki medycznej w Polsce. Uzasadniano je następująco:

- zagranicznymi pacjentami aptek są zazwyczaj: (1) Polacy przebywający na emigracji; (2) odwiedzający rodziny w czasie wakacyjnego urlopu; (3) obcokrajowcy (głównie mężczyźni) przebywający w kraju zawodo-wo – posiadający umowę o pracę; (4) przypadkowi pacjenci, nabywający m.in. antybiotyki czy leki przeciw grypowe; (5) mieszkańcy przygranicznych miejscowości, przyjeżdżający wyłącznie na zakupy;
- farmaceuci nie znają wystarczająco dobrze języków obcych;
- wśród właścicieli/menedżerów aptek brak zainteresowania pacjentem zagranicznym, co przekłada się na znikome działania marketingowe w zakresie promocji turystyki medycznej w regionie;
- w zakresie promocji turystyki medycznej na arenie europejskiej brakuje skutecznych działań podmiotów różnych szczebli administracji publicznej, wobec czego Polska nie jest konkurencyjna pod tym względem na rynku Unii Europejskiej, a rozwój turystyki medycznej w kraju jest niewielki;
- rozwój e-usług na rynku farmaceutycznym może utrudniać intensyfikację turystyki medycznej w Polsce.

DYSKUSJA

Pacjenci zagraniczni, w tym turyści medyczni i pozostali odwiedzający dany kraj/region, poszukują innowacyjnych leków lub ich zamienników, niedostępnych w miejscu swego stałego zamieszkania (Lubowiecki-Vikuk 2011, 2015). W głównej mierze ma to związek z optymalizacją kosztów własnego leczenia (Bouniton 2009, Cronstein 2009, Lazarevik 2010, Darrow 2011, Molęda 2013). Aspekt ten wpływa na wybór kierunku wyjazdu.

W krajowych aptekach pacjentami zagranicznymi najczęściej są mieszkańcy krajów Unii Europejskiej, co potwierdza wcześniejsze doniesienia (Zimna 2012). Warto zauważyć, że w ostatnim czasie w aptekach można zaobserwować znaczący napływ pacjentów czeskich, zainteresowanych m.in. zakupem leków przeciw grypowych z pseudoefedryną¹. Ze względu na specyfikę obszaru badań znaczna część pacjentów pochodzi z Rosji (10,5%) oraz Ukrainy (3,2%). Powodem tej sytuacji jest niedofinansowany system opieki zdrowotnej w tych krajach i – co z tym związane – niski poziom usług medycznych oraz wysokie ceny leków².

¹ Na krajowym rynku farmaceutycznym nastąpił wzrost sprzedaży leków – głównie przeciw grypowych – z pseudoefedryną, często sięgający kilku tysięcy opakowań (w Polsce lek OTC). Jest to efekt zmiany dostępności preparatów z tą substancją w Republice Czeskiej (lek Rx). W dużej mierze wiąże się to z pojawieniem się na terenie naszych sąsiadów grup przestępczych, które na bazie tej substancji, uzyskiwanej z preparatów OTC, syntezują amfetaminę (Jura 2012).

² Na Ukrainie brakuje oryginalnych leków znanych światowych koncernów. Zmniejszył się znacząco import tego typu leków (w 2009 r. o 13,4% w stosunku do roku poprzedniego). Przyczyn upatrywano w drastycznym wzroście cen leków produkcji zagranicznej. Przewyższały one ceny leków krajowych o 300–400%, a w niektórych przypadkach nawet o 600–700%. Fakt ten wykorzystywały krajowe koncerny farmaceutyczne, wprowadzając leki generyczne, dużo tańsze oraz nie zawsze spełniające zasady dobrej praktyki produkcyjnej (*good manufacturing practice*, GMP). Wobec tego w polskich aptekach ukraińscy pacjenci zaopatrują się w leki oryginalne (Wroński 2011).

W toku badań własnych ustalono, że z regionu Ameryki Północnej obsłużono 9,4% pacjentów. Amerykańscy turyści farmaceutyczni korzystający z usług zagranicznych aptek kierują się różnymi przesłankami. Do irrelevantnych należą: brak lub niewystarczająca ilość leków potrzebnych do kontynuacji terapii czy nagłe zachorowanie. W takiej sytuacji oczekuje się od lokalnego farmaceuty pomocy i zapewnienia odpowiedniego leczenia czy profilaktyki (Cronstein 2009). Jedną z priorytetowych przyczyn jest także koszt leku. Amerykanie, zwłaszcza seniorzy, licznie podróżują do innych krajów, głównie Meksyku i Kanady, w poszukiwaniu tańszych leków. Inny powód to chęć zakupu innowacyjnych leków w fazie badań, niedostępnych w kraju (Darrow 2011)³.

Kraje azjatyckie są liderem turystyki medycznej (Connell 2013). Mimo to w badanych podmiotach Polski południowej odnotowano ponad 700 pacjentów z tego regionu świata. W ich obsłudze sukces odniosą te placówki farmaceutyczne, których personel najlepiej zrozumie możliwości, unikatowe zalety i ograniczenia kulturowe Azji oraz mechanizm funkcjonowania tamtejszego rynku (Epstein 2007). Znaczną część zagranicznych pacjentów w kraju stanowią Polonusi i imigranci. Ich leczenie może opierać się na zasadach Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) lub idei transgranicznej opieki zdrowotnej⁴. Korzystają oni z tego rodzaju opieki również dlatego, że mają zaufanie do polskich lekarzy i dobrze się tu czują (Main 2014).

³ Jest to dość rozległy proceder (1 mln pacjentów każdego roku), o czym świadczy fakt wprowadzenia przez amerykańską Agencję Żywności i Leków obostrzeń. Indywidualny import leków do USA nie może przekraczać trzymiesięcznej kuracji (U.S. Food and Drug Administration 2015).

⁴ W 2014 r. Narodowy Fundusz Zdrowia zarejestrował prawie 515 tys. formularzy służących do rozliczania opłat za świadczenia zdrowotne udzielone w Polsce pacjentom z państw Unii Europejskiej oraz Islandii, Norwegii, Szwajcarii i Liechtensteinu. Przypuszcza się, że 80–90% to rozliczenia polskich emigrantów. Niemniej jednak pacjenci ci stają się niejako „wizytówką” krajowej opieki zdrowotnej, zachęcającą Niemców, Anglików czy Skandynawów do leczenia się w Polsce.

Odnosząc się do cech socjodemograficznych zagranicznych pacjentów, ustalono, że kobiety znacznie rzadziej niż mężczyźni były pacjentkami badanych aptek – w wyjątkiem pacjentek z Francji, krajów azjatyckich oraz Niemiec. Można sądzić, że dla tych pacjentek największe znaczenie ma jakość opieki medycznej (Henson i wsp. 2015). Na tym tle mężczyźni z różnych względów w czasie zagranicznych wyjazdów częściej decydują się na wizytę w aptece. Segment ten ustanawia nowe trendy i stanowi niezwykle atrakcyjną grupę docelową (Species... 2008). Należy przypuszczać, że ma to związek z samoleczeniem oraz ze zdrowym stylem życia – wymaga to jednak dodatkowych badań.

Najlichnieszą grupą pacjentów zagranicznych korzystających z usług badanych farmaceutów to osoby w wieku 31–40 lat (30,4%). Zdaniem amerykańskich badaczy (Henson i wsp. 2015) osoby w wieku 30–45 lat są bardziej skłonne do wyjazdu za granicę w celach medycznych niż reprezentanci pozostałych grup wiekowych. Uwzględniając jednak globalne trendy demograficzne, w tym m.in. starzenie się społeczeństwa, Mennen (2007) podkreśla ich skutki i konieczność dostosowania rynku zarówno farmaceutycznego, jak i turystycznego do potrzeb segmentu seniorów. Jest to obecnie szczególnie istotne z powodu emigracji Niemców seniorów na polskie wybrzeże oraz Śląsk (Kaźmierczak 2015).

Cena produktów leczniczych i wyrobów medycznych, jak już wcześniej zasygnalizowano, odgrywa istotną rolę w turystyce farmaceutycznej. Ustalono, że średni wydatek przypadający na jednego zagranicznego pacjenta najczęściej zawierał się w przedziale do 250 zł (46%). W 2012 r. zazwyczaj nie przekraczał on 100 zł (Zimna 2012). Niski poziom wydatków może świadczyć o tzw. przypadkowych zagranicznych pacjentach (Cronstein 2009). Ich wizyta mogła być spowodowana nagłą dolegliwością zdrowotną, taką jak przeziębienie, ból gardła, alergia, drobne urazy itp. Wyższe kwoty środków finansowych (251–500 zł – 36%, powyżej 500 zł – 18%) sugerują, że wizyta zagranicznego pacjenta w aptecę była zaplanowana. W takich przypadkach pacjenci poszukują najkorzystniejszych dla siebie ofert (Molęda 2013), nabywają produkty w dużych ilościach,

także te w cenach promocyjnych (Zimna 2012).

Pacjenci zagraniczni są przede wszystkim zainteresowani kupnem leków OTC (68%). Na krajowym rynku są one łatwiej dostępne niż w stałym miejscu zamieszkania pacjenta, gdzie często występują jako leki Rx lub w ogóle nie są zarejestrowane. Dotyczy to również suplementów diety i dermokosmetyków, ale także niektórych leków zawierających w swoim składzie substancje silnie działające dostępne bez recepty (Jura 2012). Jest to zjawisko niepokojące.

Jak twierdzi Cohen (2012), część turystów medycznych (w tym farmaceutycznych) decyduje się na wyjazd zagraniczny ze względu na potrzebę nabycia usług legalnych w kraju przeznaczenia, które nie są dostępne w miejscu pochodzenia turystów. Pacjenci świadomie unikają krajowego zakazu dostępu do niektórych usług medycznych, a jednocześnie wchodzą w konflikt z prawem karnym.

Leki Rx zakupił w badanych aptekach niemal co piąty pacjent zagraniczny. Mogą to być przypadki nagłych zachorowań turystów, jak również realizacje recept wypisanych przez zagranicznych lekarzy, m.in. niemieckich, ukraińskich, rosyjskich. Natomiast dermokosmetyki cieszą się popularnością wśród 14% pacjentów. Zimna (2012) zauważa, że w przypadku pacjentów z krajów zamorskich są to zazwyczaj kosmetyki luksusowych marek. Ponadto turyści zwracają szczególną uwagę na pochodzenie danego produktu oraz jego opakowanie (Zhang i wsp. 2014). Zachowania konsumentów, zwłaszcza Rosjan i Ukraińców, świadczą o zaufaniu do polskich marek i znacznym zainteresowaniu ich zakupem.

Turystyka farmaceutyczna, podobnie jak cały sektor usług turystycznych, boryka się z problemem sezonowości (Borzyszkowski 2014). Ustalono, że pacjenci zagraniczni najczęściej dokonują zakupów w badanych podmiotach w okresie zimy i lata. Tymczasem w przypadku turystów medycznych w Poznaniu miesiące zimowe były najmniej intensywnym okresem (Lubowiecki-Vikuk i Bosiacki 2012). Należy sądzić, że od grudnia do lutego wzmożony ruch turystów farmaceutycznych jest ściśle związany z okresem świąteczno-noworocznym oraz zimową

przerwą szkolną. W tym czasie zwiększa się w Polsce wskaźnik turystyki przyjazdowej, szczególnie nastawionej na odwiedziny krewnych i/lub znajomych oraz na świąteczny i zimowy wypoczynek (Turystyka... 2014).

W kwestii perspektyw rozwoju turystyki medycznej, w tym turystyki farmaceutycznej, w regionie/kraju przedstawiciele aptek nie mówią jednym głosem. Prawie połowa badanych (49,1%) całkowicie nie wyraża optymizmu, podając twarde argumenty. Poważnym problemem w obsłudze pacjentów zagranicznych w badanych aptekach są niewystarczające kompetencje językowe farmaceutów. Jak dowiedli Cichońska i wsp. (2014), przy wyborze leków OTC pacjenci w największym stopniu sugerują się opinią nie tylko lekarza, ale i farmaceuty. Bariera językowa (Westberg i Sorensen 2005), ograniczony rozwój opieki farmaceutycznej (Mottram i wsp. 2015) oraz niski poziom zaufania pacjentów do farmaceutów (Bascom i wsp. 2015) nie poprawią sytuacji. Należy zgodzić się z Zimną (2012), że aby zapewnić pacjentom zagranicznym profesjonalną obsługę, na każdej zmianie w aptece powinien być obecny co najmniej jeden farmaceuta posługujący się językiem obcym, angielskim i/lub niemieckim, na poziomie komunikatywnym. Ponadto uzasadnione są specjalistyczne programy szkoleniowe dla farmaceutów.

Przeszkodą dla rozwoju turystyki farmaceutycznej są także e-usługi oraz telemedycyna. Zjawiska te niosą zagrożenie, gdyż wiele leków pochodzących od zagranicznych dostawców może nie posiadać licencji (McLean i McLean 2007), narażając tym samym na szkody zdrowie pacjenta. Należy wspomnieć, że w Polsce rozwija się proceder nielegalnego wywozu leków, nazwany odwróconym łańcuchem dystrybucji leków. Eksport leków (często ratujących życie) daje możliwość różnicowania ich cen na innych rynkach. Budzi to liczne kontrowersje, zarówno prawne, jak i społeczne.

PODSUMOWANIE

1. Na podstawie przeprowadzonych badań można wnioskować, że w regionie Polski południowej rozwija się zjawisko turystyki farmaceutycznej. Obserwuje się wzrost liczby

pacjentów zagranicznych, pochodzących szczególnie z Wielkiej Brytanii, Niemiec, Rosji i Czech.

2. Znajomość socjodemograficznego profilu pacjentów zagranicznych pozwala na przygotowanie odpowiednich standardów ich obsługi. Personel aptek, zwłaszcza w okresie zimy i lata, powinien oferować komunikację przynajmniej w jednym języku obcym oraz znać istotne dla omawianej dziedziny aspekty społeczno-kulturowe. W tym celu należałoby rozwijać lub tworzyć odpowiednie warunki i programy szkoleń kierowane do farmaceutów.

3. W opinii środowiska farmaceutów z regionu Polski południowej turystyka medyczna, w tym turystyka farmaceutyczna, ma szansę stać się krajowym/regionalnym produktem turystycznym. Wymaga to jednak kompleksowego i nietatwego podejścia w przygotowaniu strategii promocji turystyki medycznej. Trzeba też podkreślić, że turystyka farmaceutyczna może wzbudzać kontrowersje ze względu na takie zjawiska, jak np. handel lekami eksperymentalnymi, nieposiadającymi licencji, konsumpcja leków jako środków narkotycznych (turystyka narkotykowa), zakup leków wczesnoporonnych (turystyka aborcyjna). Dalszy rozwój turystyki farmaceutycznej może także ograniczać krajowym pacjentom dostęp do produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

BIBLIOGRAFIA

- Bascom C.S., Rosenthal M.M., Houle S.K.D. (2015) Are pharmacists ready for a greater role in travel health? An evaluation of the knowledge and confidence in providing travel health advice of pharmacists practicing in a Community Pharmacy Chain in Alberta, Canada, *Journal of Travel Medicine*, 22 (2), 99–104.
- Berg W. (2008) Gesundheitstourismus und Wellnessstourismus, Oldenbourg, Monachium.
- Borek E. (2013) Medical tourism in Europe and in Poland – present status, development barriers, perspectives and recommendations concerning the development of medical tourism in Poland, *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 11 (4), 333–348.
- Borzyszkowski J. (2014) Zjawisko sezonowości w turystyce – istota problemu i działań krajowych podmiotów polityki turystycznej na rzecz

- jego ograniczania, *Rozprawy Naukowe AWF we Wrocławiu*, 45, 167–176.
- Bouniton M. (2009) Tourisme Pharmaceutique Transfrontalier: une contrebande legale, des prix surfaits en Belgique, *La Letre Du Gras*, 61, 4–6.
- Carrera P.M., Bridges J.F. (2006) Globalization and medical tourism, *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 6 (4), 447–454.
- Chee H.L. (2007) Medical tourism in Malaysia: international movement of healthcare consumers and the commodification of healthcare, *Asia Research Institute Working Paper Series*, 83, http://www.ari.nus.edu.sg/docs/wps/wps07_083.pdf [dostęp: 07.06.2015].
- Cichońska D., Stelmach W., Rzeźnicki A., Kowalska A., Balkiewicz H., Sobieszek M., Krakowiak J. (2014) Determinants of drug purchase – customers selected pharmacies in Piotrków Trybunalski as an example, *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, 15, 12 (3), 19–47.
- Cohen I.G. (2012) Circumvention tourism, *Cornell Law Review*, 97 (6), 1309–1398.
- Connell J. (2013) Contemporary medical tourism: conceptualisation, culture and commodification, *Tourism Management*, 34, 1–13.
- Cormany D., Baloglu S. (2010) Medical travel facilitator websites: An exploratory study of web page contents and services offered to the prospective medical tourist, *Tourism Management*, 32, 709–716.
- Cronstein B.N. (2009), Pharmaceutical Tourism, *The Rheumatologist*, <http://www.the-rheumatologist.org/article/pharmaceutical-tourism/> [dostęp: 03.06.2015].
- Darrow J.J. (2011) Recent developments in health law. Essential medicines: why international price discrimination may increasingly be the wrong solution to a global drug problem, *Journal of Law Medicine and Ethics*, 39, 291–296.
- Epstein R.J. (2007) Growth of the Asian health-care market: global implications for the pharmaceutical industry, *Nature Reviews Drug Discovery*, 6, 785–792.
- Frąckowiak J. (2015) Jakie najważniejsze trendy zdominują rynek farmaceutyczny w najbliższych miesiącach? *Ogólnopolski System Ochrony Zdrowia*, 3, 24–25.
- Health and Wellness Tourism in Poland (2014) Euromonitor International, Report, <http://www.euromonitor.com/health-and-wellness-tourism-in-poland/report> [dostęp: 04.06.2015].
- Henson J., Guy B.S., Dotson M.J. (2015) Should I stay or should I go?: Motivators, decision factors, and information sources influencing those predisposed to medical tourism, *International Journal of Healthcare Management*, 8 (1), 4–14.
- http://stat.gov.pl/bdl/app/strona.html?p_name=indeks (zakładka Ochrona Zdrowia i Opieka Społeczna – Apteki i Punkty Apteczne – Apteki Ogólnodostępne – za rok 2014 [dostęp: 15.06.2015].
- Jura K. (2012) Dylemat z pseudoefedryną w tle, *Aptekarz Polski*, 71 (49), http://www.aptekarzpolski.pl/index.php?option=com_content&task=view&id=1222&Itemid=66 [dostęp: 05.06.2015].
- Każmierczak B. (2015) Zur Entbindung nach Deutschland und zur medizinischen Behandlung nach Polen, *Wirtschaftsnachrichten [Gesundheit und Beauty]*, 2, 26–27.
- Klich J. (2012) Global medical tourism management: a needed research agenda? *Advances in Management*, 5 (1), 5–7.
- Lazarevik V. (2010) Policy interventions to tackle health inequities in Macedonia: patient rights and reference pricing of pharmaceuticals, *Macedonian Journal of Medical Sciences*, 3 (1), 57–60.
- Liberska B. (2012) Globalization and offshoring of medical services, *Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 10 (B), 129–134.
- Lubowiecki-Vikuk A.P. (2011) Turystyka medyczna jako produkt eksportowy polskiej gospodarki, *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Ekonomiczne Problemy Usług*, 690 (79), 125–135.
- Lubowiecki-Vikuk A.P. (2012) Turystyka medyczna przejawem współczesnych trendów i tendencji w turystyce, *Zeszyty Naukowe. Ekonomiczne Problemy Usług*, 699 (84), 553–568.
- Lubowiecki-Vikuk A.P. (2015) Specyficzność turystyki medycznej, [w:] Godlewski G., Zalech M. (red.), *Turystyka kontrowersyjna na współczesnym rynku podróży – formy, uwarunkowania, skutki*, AWF, Biała Podlaska, 163–172.
- Lubowiecki-Vikuk A.P., Bosiacki S. (2012) Możliwości rozwoju turystyki medycznej w Poznaniu w ujęciu popytowo-popytowym, *Turystyka i Rekreacja*, 8, 41–53.
- Lubowiecki-Vikuk A.P., Rab-Przybyłowicz J. (2015) Wybrane aspekty funkcjonowania rynku turystyki medycznej w Polsce, *Folia Turistica*, 34 [w druku].
- Main I. (2014) Medical travels of Polish female migrants in Europe, *Sociologický časopis/ Czech Sociological Review*, 50 (6), 897–918.
- McLean T.R., McLean P.B. (2007) Is a black market in telemedicine on the horizon?, *International Journal of Medical Robotics*, 3 (4), 291–296.
- Mennen M. (2007) Implications of the ageing population on the pharmaceutical and the tourism industry from a marketing point of view: Examples of Germany, the UK, the US and

- Japan, GRIN Verlag, Munich, <http://www.grin.com/en/e-book/145656/implications-of-the-ageing-population-on-the-pharmaceutical-and-the-tourism> [dostęp: 03.06.2015].
- Menvielle L., Menvielle W., Tournois N. (2011) Medical tourism: A decision model in a service context, *Tourism. Preliminary Communication*, 59 (1), 47–61.
- Molęda S. (2013) Apteki mogą skorzystać na turystyce medycznej, *Puls Farmacji*, <http://puls-farmacji.pl/3163926,24559,apteki-moga-skorzystac-na-turystyce-medycznej> [dostęp: 02.06.2015].
- Mottram D., Khalifa S., Alemrayat B., Rahhal A., Ahmed A., Stuart M., Awaisu A. (2015) Perspective of pharmacists in Qatar regarding doping and anti-doping in sports, *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness* [Epub ahead of print].
- Niemczyk A. (2010) Rola uwarunkowań psychologicznych w kształtowaniu zachowań konsumentów na rynku turystycznym – wybrane aspekty, *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego. Problemy Zarządzania, Finansów i Marketingu*, 609 (16), 355–365.
- Pocock N.S., Hong Phua K. (2011) Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia, *Globalization and Health*, 7, 12.
- Reed C.M. (2008) Medical tourism, *The Medical Clinics of North America*, 92 (6), 1433–1446.
- Schirmohammadi A. (2015) Die deutsche Schönheitsindustrie, *Wirtschaftsnachrichten [Gesundheit und Beauty]*, 2, 28–34.
- Species. Praktyczny przewodnik po świecie młodych mężczyzn (2008) Discovery Communications Europe Limited, London.
- Sygut M. (2010) Polskie zagłębie medyczne, *Medyczer Zdrowia*, 3, 26–29.
- Todd M.K. (2012) Medical Tourism Facilitator's Handbook. CRC Press, Taylor & Francis Group, Boca Raton.
- Turner L. (2007) 'First World Health Care at Third World Prices': Globalization, Bioethics and Medical Tourism, *BioSocieties*, 2, 303–325.
- Turystyka w 2013 r. (2014) GUS, Warszawa.
- U.S. Food and Drug Administration (2015) Regulatory Procedures Manual, <http://www.fda.gov/ICECI/ComplianceManuals/Regulatory-ProceduresManual/ucm179479.htm> [dostęp: 05.06.2015].
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. 2001 Nr 126, poz. 1381).
- Westberg S.M., Sorensen T.D. (2005) Pharmacy-Related Health Disparities Experienced by Non-English-Speaking Patients: Impact of Pharmaceutical Care, *Journal of the American Pharmacists Association*, 45 (1), 48–54.
- Wroński P. (2011) Ukraina. Pomarańczowa farmacja, *Farmacja i Ja*, 5, 58–64.
- Zhang M.Y., Chong W.K., Hu H., Wang Y. (2014) Pharmacy-perceived consumer preferences: A survey of community pharmacies in Macau, *Journal of Medical Marketing: Device, Diagnostic and Pharmaceutical Marketing*, 14 (1), 41–48.
- Zhang S., Fike D.S., Scott J.J., Raehl C.L. (2012) Domestic medical tourism: Fact or fiction?, *Southern Business and Economic Journal*, 33 (3–4), 97–114.
- Zimna M. (2012) Obcokrajowiec w polskiej aptece, *Manager Apteki*, 3, <http://www.nazdrowie.pl/artukul/obcokrajowiec-w-polskiej-aptce> [dostęp: 04.06.2015].

Praca wpłynęła do Redakcji: 10.06.2015

Praca została przyjęta do druku: 05.08.2015

Adres do korespondencji:

Adrian P. Lubowiecki-Vikuk

Wydział Kultury Fizycznej, Zdrowia i Turystyki
Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

ul. Mińska 15

85-428 Bydgoszcz

e-mail: lubowiecki@ukw.edu.pl