



Agnieszka Niezgoda*, Klaudyna Kowalska
UNIwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

TURYSTYKA MEDYCZNA – ISTOTA, ZAKRES I KONSEKWENCJE ROZWOJU ZJAWISKA

Abstract

Medical tourism – the essence, scope, and consequences of its development

The constant global socio-economic development and the process of population aging in Western countries result in more and more people travelling abroad in order to improve their health. Health tourism is developing, which, apart from spa tourism or wellness tourism, includes also medical tourism. However, a problem arises whether medical tourism is a form of tourism constituting a natural and positive consequence of social processes or rather a negative phenomenon. The purpose of the article is an attempt to answer this question. The paper defines medical tourism and presents an analysis of the phenomenon itself, factors affecting its popularisation, people who participate in it, and the positive and negative consequences of its development. The effects of medical tourism development can be divided into macroeconomic ones, those related to the countries of tourists emission and reception, microeconomic ones, i.e. referring to companies (both tourist companies and medical service providers), and the effects on people who practice this type of tourism. The publication is an overview; mainly foreign literature was included.

Key words: medical tourism, tourism market

Słowa kluczowe: turystyka medyczna, rynek turystyczny

WPROWADZENIE

Ogólnym trendem wpływającym na zachowania uczestników rynku, w tym rynku turystycznego, jest rozwój społeczeństw, który powoduje, że obywatele chcą być zamożniejsi, lepiej wykształceni, bardziej doświadczeni. Ludzie doceniają jakość życia i dążą do jej utrzymania, a także poprawy. Wiąże się to z coraz większą pewnością co do własnych wymagań i dążeń – zarówno w zakresie utrzymania czy poprawy zdrowia, jak i w odniesieniu do oferty turystycznej. Zatem ludzie chcą działać na korzyść własnego zdrowia, mając jednocześnie możliwości korzystania z usług i towarów występujących w innych regionach i krajach. Pojawiają się podróże nazywane turystyką medyczną.

Turystyka medyczna jest jedną z form turystyki zdrowotnej, do której zalicza się również turystykę uzdrowiskową oraz spa i wellness. Jest to klasyfikacja oparta na motywacjach podróży, przy czym motywem

uczestnictwa w turystyce zdrowotnej jest działanie w celu poprawy zdrowia. Należy jednak zauważyć, że turyści na ogół podejmują podróż ze względu na więcej niż jeden motyw i dlatego udział w formach turystyki zdrowotnej, w tym w turystyce medycznej, może być powiązany z motywem wypoczynkowym, krajoznawczym czy towarzyskim. Często zdarza się, że turyści, przebywając w danym miejscu w celu wypoczynkowym, przy okazji korzystają z usług medycznych. Biorąc pod uwagę przekraczanie granic jako inne kryterium klasyfikacji, ruch turystyki medycznej może być zaklasyfikowany do turystyki narodowej, międzynarodowej, a także wewnątrz krajowej.

Celem artykułu jest analiza turystyki medycznej: zakresu pojęcia, czynników wpływających na upowszechnianie zjawiska, osób uczestniczących w turystyce medycznej oraz pozytywnych i negatywnych konsekwencji jej rozwoju. Pojawia się bowiem problem badawczy, czy turystyka medyczna to forma turystyki będąca naturalną i pozytywną konsekwencją procesów społecznych, czy zjawisko o charakterze negatywnym.

* Autor korespondencyjny

TURYSTYKA MEDYCZNA – POJĘCIE I UWARUNKOWANIA

Ujęcie istoty turystyki medycznej w jedną spójną definicję może przysporzyć pewnych problemów. W literaturze funkcjonuje bowiem wiele definicji turystyki medycznej, które, z pozoru podobne, różnią się wskazywanym zakresem usług i rodzajem aktywności turysty w trakcie wyjazdu. Najczęściej podstawowym elementem formuły jest wyjazd za granicę, rzadziej zaś podróże wewnątrz danego kraju. W systemie opieki zdrowotnej określenie funkcji turystycznych jest dość skomplikowane (Iordache i wsp. 2013). W publikacjach naukowych turystykę medyczną określa się jako „podróż nakierowaną na poprawę własnego zdrowia” (Bookman i Bookman 2007, s. 1), „zagraniczną podróż w celu przebycia leczenia” i „jeden z punktów wacacyjnego programu wyjazdu turystycznego”, w powiązaniu z turystką wypoczynkową oraz odwiedzaniem rodziny i znajomych (*visiting friends and relatives*, VFR) (Lunt i Carrera 2010, s. 27), „międzynarodowe podróże medyczne przy jednoczesnym korzystaniu z atrakcji miejsca docelowego” (wczasowicz w tradycyjnym znaczeniu) (Connell 2006, s. 1094, Hunter 2007, s. 130) czy „outsourcing usług medycznych za granicą” (Jones i Keith 2006, s. 251). Powyższe ujęcia pozwalają autorkom przyjąć następującą definicję: turystyka medyczna obejmuje ruch turystyczny osób, które motywowane są chęcią poprawy zdrowia lub przebycia leczenia i podejmują w tym celu podróże, najczęściej do innego kraju, często też korzystając z innych walorów miejsca pobytu.

Złożoność zjawiska turystyki oraz szerokie spektrum potrzeb będących podstawą popytu turystycznego powodują powstawanie coraz większej liczby segmentów rynkowych w ujęciu marketingowym (Franch i wsp. 2006) oraz typów turystów w szerszym, społecznym znaczeniu. Jest to konsekwencją większej świadomości turystów, ale również możliwości, jakie oferują nowe technologie przekazywania informacji. Zróżnicowanie popytu powoduje konieczność zróżnicowania oferty krajów przyjmujących turystów (Niezgoda 2010). Oferta ta nie może być podobna do oferty regionów konkurujących,

powinna się wyróżniać i być ukierunkowana na zaspokojenie zróżnicowanych potrzeb rozmaitych segmentów nabywców. Dlatego w krajach, w których usługi medyczne mogą być oferowane turystom, wykorzystuje się je jako element produktu turystycznego.

Przeważająca część ludzi woli korzystać z opieki zdrowotnej najbliższej miejsca zamieszkania (Morgan 2010), jednak w pewnych okolicznościach uzasadnione jest korzystanie ze świadczeń medycznych za granicą (Bertinato i wsp. 2005). Przyczyną może być dostępność określonych usług medycznych lub różnica w kosztach ich świadczenia. Kolejnym powodem korzystania z usług o charakterze medycznym w innym kraju są uwarunkowania prawne, które powodują rozwój tzw. kontrowersyjnych form turystyki medycznej. Należą do nich: turystyka aborcyjna, reprodukcyjna, transplantacyjna, samobójcza oraz turystyka FGC¹ (Kowalska 2014).

Turystyka medyczna stanowi współcześnie wyróżniający się skutek globalizacji opieki zdrowotnej (Lunt i Carrera 2010, Morgan 2010, Iordache i wsp. 2013). Wiele osób decyduje się na podróże po całym świecie w poszukiwaniu usług z zakresu opieki medycznej (Iordache i wsp. 2013). Rynek turystyki medycznej jest pokaźny i stale rośnie (Menvielle i wsp. 2011). Każdego roku generuje około 60 mld USD (Lunt i wsp. 2011), jednak określenie liczby turystów podróżujących w poszukiwaniu opieki medycznej przysparza wiele trudności. Według danych opublikowanych przez OECD (Lunt i wsp. 2011) liczba turystów medycznych oscyluje między 30 mln a 50 mln osób, natomiast Ehrbeck i wsp. (2008) twierdzą, że rynek turystyki medycznej tworzy każdego roku od 60 tys. do 85 tys. turystów. Zważywszy na to, że w 2010 r. około 63 tys. pacjentów pochodzących wyłącznie z Wielkiej Brytanii skorzystało z opieki medycznej za granicą (Horowitz i Rosensweig 2007, Lunt i wsp. 2013), bardziej prawdopodobny wydaje się szacunek OECD.

¹ FGC (*female genital cutting*) to wycinanie kobiecych genitaliów, określane również jako obrzezanie lub okaleczanie. Polega ono na wycięciu lub uszkodzeniu zewnętrznych narządów płciowych kobiety w celach innych niż medyczne (World Health Organization 2013a).

Charakterystycznym trendem w charakterze demograficznym w krajach rozwiniętych jest wzrost proporcji liczebnej ludzi starszych, który znajduje odzwierciedlenie w popycie turystycznym, ale też wpływa na rozwój turystyki medycznej. Zmiany demograficzne powodują, że relatywnie coraz większą część życia stanowi wiek wymagający opieki medycznej. Starzenie się populacji jest jednym z ważniejszych uwarunkowań współczesnego marketingu. Poznanie i zrozumienie zachowań starszych konsumentów może być skutecznym narzędziem planowania rynku, rozwoju produktu, wdrażania innowacji, jak też prowadzenia komunikacji marketingowej. Niestety przyrost wiedzy na temat zachowań starszych nabywców nie jest adekwatny do wagi problemu, z jakim marketerzy zmierzą się w niedalekiej przyszłości, a stereotypowe myślenie o nowej, licznej grupie seniorów jako konserwatywnych i niewrażliwych na innowacje konsumentach nie będzie pomocne w skutecznym radzeniu sobie z nieodwracalnymi demograficznymi zmianami rynkowymi (Niezgoda i Jerzyk 2013).

Jak podają Möller i wsp. (2007), można przewidywać rozwój segmentu seniorów, ponieważ wzrasta udział osób starszych w populacji i coraz większa część tej grupy bierze udział w podróżach turystycznych. Z jednej strony mogą to być podróże wypoczynkowe, w których pojawia się konieczność skorzystania z opieki medycznej, z drugiej natomiast – typowe podróże z zakresu turystyki medycznej, ponieważ podstawowym motywem ich podejmowania jest skorzystanie z usług medycznych.

Analiza proporcji grup wiekowych uczestniczących w turystyce pozwala zanotować zjawisko „wąskiego gardła”. Relatywnie duża grupa przyjeźdźnych w starszym wieku wymaga specjalnej oferty, natomiast oferta skierowana do ludzi młodszych może nie być wykorzystana. Wymagania osób starszych dotyczą nie tylko oferty turystycznej, która powinna zawierać usługi odpowiednio dla nich przygotowane (np. związane z poprawą stanu zdrowia); odnoszą się one również do ograniczeń wynikających z warunków ogólnych. W przyszłości osoby starsze będą zyskiwać na znaczeniu jako segment turystów,

zatem przygotowując podaż na obszarach recepcji turystycznej, należy zmienić nastawienie i nie traktować segmentu turystów starszych jako segmentu o marginalnym znaczeniu (Niezgoda 2010). Co więcej, badania dowodzą, że seniorzy z krajów rozwiniętych nie chcą rezygnować w czasie podróży z dotychczasowych aktywności, chcą spędzać przyjemnie czas i są skłonni zapłacić wyższą cenę za wyższą jakość usług (Möller i wsp. 2007). Pojawia się więc wniosek, że ważnym czynnikiem wpływającym na rozwój turystyki medycznej są uwarunkowania ekonomiczne.

Do uwarunkowań ekonomicznych należy z jednej strony poprawa sytuacji materialnej mieszkańców krajów rozwiniętych, która pozwala na udział w turystyce w ogóle i na korzystanie z usług w czasie wyjazdu. Z drugiej strony różnice w cenach usług mogą powodować wyjazdy do krajów, w których świadczenia są tańsze.

W przeszłości turyści medyczni podróżowali z krajów o niższych dochodach do krajów rozwiniętych, gdzie dysponowano nowoczesnym sprzętem medycznym i wysoko wyspecjalizowanym personelem (Lunt i wsp. 2011). Obecnie trend uległ odwróceniu i obywatele krajów wysoko rozwiniętych korzystają z opieki medycznej na słabiej rozwiniętych obszarach świata (Horowitz i Rosensweig 2007).

Konsumenci, zwłaszcza z krajów rozwiniętych, poszukują leczenia w miejscach, które dają im określone korzyści (Morgan 2010, Iordache i wsp. 2013). W wyborze miejsca docelowego leczenia dominuje chęć obniżenia kosztów (Iordache i wsp. 2013). Korzystniejsze ceny usług medycznych za granicą wynikają m.in. z niższego poziomu płac personelu medycznego czy niższych składek ubezpieczenia od popełnionych błędów w sztuce lekarskiej (Iordache i wsp. 2013). Na przykład w Indiach koszty pracy i poziom wynagrodzeń są zdecydowanie niższe niż w USA. Indyjscy lekarze zarabiają przeciętnie o 40% mniej niż tacy sami specjaliści w Stanach Zjednoczonych, z kolei pielęgniarki otrzymują ekwiwalent 5–20% pensji personelu medycznego w USA (Herrick 2007). Kolejną przyczyną przewagi kosztowej krajów rozwijających się jest opłata za ubezpiecze-

nie od odpowiedzialności cywilnej lekarzy (Horowitz i Rosensweig 2007). W USA lekarze płacą rocznie około 100 tys. USD za ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej od błędów lekarskich, natomiast specjaliści w Tajlandii ponoszą opłatę z tego tytułu w wysokości 5 tys. USD (Herrick 2007, Iordache i wsp. 2013). Cena odgrywa istotną rolę przy zabiegach nieobjętych obowiązkowym ubezpieczeniem zdrowotnym oraz w przypadku pacjentów nieubezpieczonych, którzy muszą finansować leczenie z własnej kieszeni (Iordache i wsp. 2013). Porównanie cen poszczególnych świadczeń zdrowotnych w wybranych krajach przedstawiono w tabeli 1.

Wśród motywacji uzasadniających turystykę medyczną, poza opisanym powyżej czynnikiem kosztowym, wymienia się: istnienie pośredników podróży organizujących wyjazdy w celach medycznych, długie listy oczekujących i dostępność danych świadczeń, politykę firm i towarzystw ubezpieczeniowych oraz chęć zachowania prywatności i poufności (Connell 2006, Horowitz i Rosensweig 2007, Hunter 2007, Glinos i wsp. 2010, Lunt i Carrera 2010, Morgan 2010, Stolley i Watson 2012, Iordache i wsp. 2013).

Istnienie przedsiębiorstw turystyki medycznej pozwala na obniżenie kosztów podróży poprzez połączenie celów medycz-

nych z urlopem. Pośrednicy pełnią funkcję łącznika między konsumentami i dostawcami usług medycznych (Iordache i wsp. 2013). Internet umożliwia dostęp do długiej listy stron internetowych poświęconych turystyce, które oferują organizację wyjazdów w celach medycznych. Przykładem jest witryna internetowa Phuket Health Travel (2013), która „oferuje więcej niż morze, piasek i słońce”. Pakiety wakacyjne pośrednika obejmują zabiegi medyczne przeprowadzane w Phuket Hospital w Bangkoku, szeroki wybór hoteli, transport (w tym lot na wyspę Phuket, do Bangkoku i bilet powrotny), a nawet wycieczki fakultatywne.

KATEGORIE PACJENTÓW MOBILNYCH

W rozważaniach nad istotą turystyki medycznej i cechami podróży podejmowanych w celu leczenia warto zastanowić się nad kategoriami tzw. pacjentów mobilnych. Można wyróżnić pięć, niekoniecznie wykluczających się typów pacjentów mobilnych:

1. Tymczasowi odwiedzający za granicą (Bertinato i wsp. 2005, Lunt i Carrera 2010, Lunt i wsp. 2013). Turyści bardzo często korzystają z opieki medycznej podczas pobytu za granicą (Rosenmöller i wsp. 2006). Dzieje

Tab. 1. Ceny turystyki medycznej [USD]

Procedura	USA	Indie	Tajlandia	Singapur	Malezja	Meksyk	Polska	Wielka Brytania
By-pass serca	113000	10000	13000	20000	9000	3250	7140	13921
Wymiana zastawki serca	150000	9500	11000	13000	9000	18000	9520	–
Angioplastyka	47000	11000	10000	13000	11000	15000	7300	8000
Endoproteza stawu biodrowego	47000	9000	12000	11000	10000	17300	6120	12000
Endoproteza stawu kolanowego	48000	8500	10000	13000	8000	14650	6375	–
By-pass żołądka	35000	11000	15000	20000	13000	8000	11069	–
Mastektomia	17000	7500	9000	12400	–	7200	–	–
Korekta nosa	4500	2000	2500	4375	2083	3200	1700	3500
Pomniejszenie piersi	5200	2500	3750	8000	3343	3000	3146	5075
Implanty piersi	6000	2200	2600	8000	3308	2500	5243	4350
Implanty stomatologiczne	1188	1100	1429	1500	2636	950	953	1600

Źródło: Iordache i wsp. (2013, s. 37)

się tak wskutek wypadków lub niespodziewanych zachorowań, do których dochodzi podczas wyjazdów służbowych i wakacji. Rozwój ruchu turystycznego i wzrost liczby podróżujących w skali globalnej powodują, że ryzyko zachorowań i wypadków dotyczy coraz większej liczby osób, zatem zjawisko to może się rozpowszechniać.

2. Rezydenci długoterminowi (Bertinato i wsp. 2005, Lunt i Carrera 2010). Zalicza się do nich osoby, które po osiągnięciu wieku emerytalnego wyjeżdżają i spędzają resztę życia w innym kraju niż ten, w którym pracowali (Rosenmöller i wsp. 2006). Przykładem może być wzrastająca liczba emerytów z Niemiec osiedlających się na Majorce, mieszkańców krajów skandynawskich zamieszkujących kraje śródziemnomorskie czy Polaków powracających do Polski po zakończeniu życia zawodowego w innych krajach. Mobilność w wieku poprodukcyjnym znana jest pod nazwą „migracje emerytalne”, a jej popularność wzrosła wraz z otwarciem granic, obniżeniem kosztów oraz wprowadzeniem usprawnień w podróżowaniu (Lunt i Carrera 2010, s. 28).

3. Mieszkańcy w regionach przygranicznych (Legido-Quigley i wsp. 2007). Mobilność pacjentów wynika czasem z faktu, że kraje, które ze sobą graniczą, mogą podejmować międzynarodową współpracę w zakresie transgranicznego świadczenia usług zdrowotnych (Rosenmöller i wsp. 2006). Takie praktyki stosowane są dość powszechnie pomiędzy Belgią i krajami z nią sąsiadującymi (Lunt i Carrera 2010). Innym przykładem może być korzystanie przez Niemców z usług sanatoryjno-uzdrowiskowych w Polsce.

4. Osoby wysłane za granicę przez krajowy system (Legido-Quigley i wsp. 2007). Niejednokrotnie pacjenci zostają skierowani na leczenie za granicą przez organy i instytucje ochrony zdrowia danego kraju (Bertinato i wsp. 2005, Lunt i wsp. 2013). Najczęściej ma to miejsce, gdy w kraju macierzystym istnieje bardzo długa lista osób oczekujących na leczenie lub brakuje specjalistów i specjalistycznego sprzętu (Lunt i Carrera 2010).

5. Turyści medyczni. Można tak określić pacjentów, którzy świadomie i z własnej woli decydują o przebyciu leczenia poza granicami kraju (Lunt i Carrera 2010). Zazwyczaj lecze-

nie jest finansowane z prywatnych środków turysty i odbywa się w krajach, w których cena danego zabiegu jest niższa niż w kraju rodzimym świadczeniobiorcy (Legido-Quigley i wsp. 2007). Zdaniem autorek leczenie za granicą jest wybierane również wtedy, gdy dane świadczenia z różnych przyczyn nie są dostępne w kraju lub gdy okres oczekiwania na leczenie jest zbyt długi.

Powyższa klasyfikacja prowadzi do wniosku, że turystyka medyczna jest związana z sytuacją służby zdrowia kraju emitującego oraz przyjmującego turystów, ale wynika również z ogólnego wzrostu mobilności społecznej, otwarcia granic oraz rozwoju turystyki jako zjawiska społecznego.

WNIOSKI – NEGATYWNE I POZYTYWNE STRONY TURYSTYKI MEDYCZNEJ

Skutki rozwoju turystyki medycznej można podzielić na makroekonomiczne, dotyczące krajów emisji i recepcji turystów, mikroekonomiczne, czyli odnoszące się do przedsiębiorstw (zarówno turystycznych, jak i świadczących usługi medyczne), oraz skutki dla osób uprawiających tego typu turystykę.

Państwa uczestniczą w turystyce medycznej jako importerzy lub eksporterzy usług medycznych, czasem pełniąc obie role. Jeśli obywatele danego kraju korzystają z opieki medycznej za granicą, importują usługi medyczne do kraju rodzimego, z kolei kraje eksportujące świadczą usługi turystom medycznym i stanowią obszar recepcji turystyki medycznej. Do importerów zaliczają się głównie kraje Ameryki Północnej i Europy Zachodniej, natomiast do eksporterów – kraje rozwijające się (Lunt i wsp. 2011).

Niektóre kraje mogą być na międzynarodowym rynku turystyki medycznej jednocześnie krajami pochodzenia i recepcji. Kraje o wysokim dochodzie dostarczają usługi medyczne zagranicznym elitom, które stać na poniesienie wysokich kosztów leczenia. Z drugiej strony obywatele tych krajów stają się turystami medycznymi poszukującymi opieki w krajach słabo i średnio rozwiniętych, ponieważ przy wyborze miejsc leczenia kierują się względami finansowymi. Turystyka

medyczna przyczynia się do powstawania pozytywnych efektów w krajach, z których pochodzą turyści medyczni (kraje importery) (Lunt i wsp. 2011). Do niewątpliwych zalet można zaliczyć oszczędności państwowej służby zdrowia i firm ubezpieczeniowych (Mattoo i Rathindran 2006, Freire 2012). Po porównaniu cen 15 procedur medycznych w USA i za granicą stwierdzono, że gdyby codzienny Amerykanin decydował się na leczenie poza granicami USA, każdego roku powstałyby oszczędności na poziomie około 1,4 mld USD (Mattoo i Rathindran 2006). Jednocześnie leczenie części pacjentów za granicą zaowocowałoby skróceniem okresu oczekiwania na poszczególne procedury w kraju importera (Lunt i wsp. 2011).

Wiele państw, szczególnie w Unii Europejskiej, musi stawić czoła problemom starzejącego się społeczeństwa, w tym kwestii finansowania opieki geriatrycznej. Seniorzy muszą pogodzić się z ograniczonymi możliwościami leczenia w kraju lub wyjechać za granicę. Wybierając przy tym państwa, które oferują korzystniejsze ceny, zmniejszają własne wydatki i jednocześnie wypływy z budżetu państwa na opiekę zdrowotną (Freire 2012).

Wielu autorów wskazuje, że negatywny wpływ turystyki medycznej w krajach, z których pochodzą pacjenci, jest silniejszy niż jej pozytywne aspekty. Za niedoskonałość uznać należy to, że wiele rodzin popada w długi, aby sfinansować leczenie za granicą (Lunt i wsp. 2011). Turystyka medyczna nie zawsze jest tania, ponieważ eksperymentalne leczenie może pochłonąć znaczną część oszczędności (Song 2010 za: Lunt i wsp. 2011). Problemy związane z turystyką medyczną mogą się także ujawnić w systemie opieki zdrowotnej finansowanej z pieniędzy publicznych. Często koszty wynikające z powikłań pooperacyjnych, zanieadbań i infekcji nabytych w trakcie podróży ponosi krajowy system zdrowia (Cheung i Wilson 2007, Horowitz i Rosensweig 2007, Lunt i wsp. 2011).

Obecnie kraje rozwinięte odnotowują straty z powodu rozwoju turystyki medycznej poza ich granicami. Zyski z turystyki medycznej nie wystarczają na zrekompensowanie strat finansowych, które powstają na skutek ujemnego salda pomiędzy wpływami z turystyki medycznej a wydatkami obywa-

teli na leczenie za granicą (Freire 2012). Kraje docelowe utrzymują niższe koszty kapitału i wyższą wydajność pracy, dzięki czemu są w stanie oferować bardziej konkurencyjne ceny usług medycznych (Bookman i Bookman 2007).

W związku z rozkwitem turystyki medycznej należy rozważyć trudności, którym stawiają czoła kraje świadczące usługi medyczne. Pośród zagrożeń wymienia się obawę o jakość usług medycznych świadczonych w publicznych szpitalach. Wielu lekarzy w krajach rozwijających się odchodzi z publicznych placówek na rzecz pracy w prywatnych klinikach bądź działania na własny rachunek. Sytuacja ta wynika z chęci osiągnięcia wyższych zarobków i rozpoznawalności w środowisku lekarskim (Freire 2012). W konsekwencji krajowi pacjenci zostają pozbawieni części terapeutów.

Wzrasta także ryzyko nielegalnego handlu organami (Freire 2012, Nicolaidis i Smith 2012). Pomimo działań i regulacji zakazujących luka pomiędzy popytem a podażą sprzyja rozrastaniu się czarnego rynku handlu organami w krajach rozwijających się. W nielegalnym procederze biorą udział pośrednicy, biedni obywatele – dawcy, personel medyczny i biorcy organów, którzy są często nieświadomi przestępczego charakteru procesu. Dawcy organów pochodzą najczęściej z Brazylii, Bangladeszu, Boliwii, Peru, Indii oraz Filipin (Nicolaidis i Smith 2012). Oprócz handlu organami pogłębia się niebezpieczeństwo fałszowania leków (Freire 2012). Rynek podrabianych farmaceutyków² przybiera na sile, gdyż pacjenci poszukują za granicą tańszych odpowiedników leków (Freire 2012, World Health Organization 2013b), na które ich nie stać, bądź zakupują nielegalne specyfiki na krajowym rynku. Ich niska cena wynika z nieprzestrzegania jakichkolwiek standardów jakości i bezpieczeństwa (Lechleiter 2012). Obrót sprzętem i protezami

² Na przestrzeni 10 lat (1990–2000) WHO otrzymało 46 poufnych i niezależnych raportów z 20 krajów, które alarmowały o funkcjonowaniu na tamtych rynkach podrobionych leków, przy czym 60% tych raportów pochodziło z krajów rozwijających się (World Health Organization 2013b).

niskiej jakości lub ich falsyfikatami także nie pozostaje bez echa. Niestety część szpitali wykorzystuje podczas leczenia akcesoria niespełniające wszystkich norm, ponieważ najważniejsze jest dla nich utrzymanie minimalnego poziomu kosztów (Freire 2012).

Biorąc pod uwagę poziom przedsiębiorstw, skutki rozwoju turystyki medycznej można rozważyć z punktu widzenia przedsiębiorstw świadczących usługi medyczne, jak również z punktu widzenia przedsiębiorstw turystycznych.

Niewątpliwie pozytywnym efektem turystyki medycznej w krajach docelowych jest poprawa infrastruktury medycznej. Kraje eksporterzy, starając się sprostać wymaganiom turystów medycznych, zakupują najnowszy sprzęt i zatrudniają najlepszych specjalistów z różnych dziedzin medycyny (Lunt i wsp. 2011, Freire 2012). Wpływa to na poprawę sytuacji przedsiębiorstw. Napływ turystów medycznych przyczynia się do podnoszenia jakości usług, poziomu edukacji i liczby prac badawczych prowadzonych przez lokalnych naukowców. Wzrost liczby pacjentów przekłada się na podniesienie poziomu wynagrodzeń. Wyższe pensje lekarzy i pielęgniarek przeciwdziałają odpływowi wysoko wykwalifikowanych specjalistów do krajów rozwiniętych. Pieniądze wpompowane przez turystów medycznych w lokalną gospodarkę powodują wzrost dochodów w sektorze ochrony zdrowia, jak też zysków z turystyki oraz oddziałują pozytywnie na rynek pracy. Pobudzony zostaje rozwój branży hotelarskiej i gastronomicznej, transportu, infrastruktury i usług związanych pośrednio z turystyką (Freire 2012). Wpływy z turystyki medycznej umożliwiają zakup sprzętu diagnostycznego, takiego jak ultrasonografy; sprzęt ten służy do ratowania zdrowia i życia nie tylko turystów, lecz także obywateli danego kraju (Lunt i wsp. 2011). Rozwój turystyki medycznej umożliwia eksport produktów i *know-how* do firm z branży medycznej krajów rozwiniętych. Sprzedaż sprzętu medycznego oraz specjalistycznej wiedzy krajom wschodzącym przyczynia się do zwiększenia eksportu i w efekcie poprawy bilansu płatniczego kraju importera (Freire 2012).

Turyści medyczni czerpią różnorodnie korzyści z leczenia za granicą. Wymienia się

wśród nich łączny koszt opieki medycznej oraz podróży i pobytu, który jest niższy niż cena poszczególnych procedur w kraju (Freire 2012). Skorzystanie ze świadczeń w krajach zamorskich pozwala uniknąć długiego okresu oczekiwania na leczenie lub zastosować kuracje niedostępne w kraju ojczystym. Turysta medyczny nie musi obawiać się jakości świadczonych usług, ponieważ stosunek jakości do ceny jest za granicą korzystniejszy (Medical Tourism... 2008). W wielu szpitalach i klinikach działających za granicą pracują specjaliści, którzy zdobyli kwalifikacje oraz przeszli szkolenia w USA i Europie Zachodniej (Bookman i Bookman 2007, Freire 2012). Dodatkowo podczas wyjazdów w celach medycznych pacjenci korzystają z uroków tradycyjnej turystyki (Connell 2006). Zmiana miejsca, klimatu i kultury oraz możliwości spędzania wolnego czasu związane z turystyką przyczyniają się do szybszego powrotu do zdrowia (Connell 2006, Freire 2012). Wiele osób pragnie też zachować w tajemnicy interwencje medyczne, którym się poddaje (Freire 2012). Poufność ma znaczenie w przypadku operacji plastycznych, zmiany płci czy innych „wstydliwych” zabiegów (Horowitz i Rosensweig 2007, s. 25).

Należy też pamiętać, że pacjent jest narażony na ryzyko operacyjne i związane z zabiegami powikłania. Wszelkie komplikacje, takie jak nabyte infekcje (malaria, SARS³) czy urazy, mogą się ujawnić dopiero po powrocie do kraju (Hall i James 2011, Freire 2012). W przypadku uzyskania świadczeń o jakości, która nie spełnia oczekiwań, turysta medyczny ma ograniczone prawo dochodzenia roszczeń za niedopatrzenia i błędy zagranicznych lekarzy. W następstwie takich zdarzeń kontynuacja leczenia oraz naprawa popełnionych pomyłek odbywają się w kraju rodzimym (Freire 2012), w którym specjaliści muszą się zaznajomić z przebiegiem leczenia pacjenta za granicą. Dodatkowo w krajach bogatych niektóre procedury nie mogą zo-

³ SARS (*severe acute respiratory syndrome*) – zespół ostrej ciężkiej niewydolności oddechowej; wirusowa choroba układu oddechowego. Pierwszy przypadek zakażenia wirusem SARS odnotowano w 2003 r. w Azji (Centers for Disease Control and Prevention 2013).

stać przeprowadzone ze względu na ustanowione prawo. Tym samym ograniczenia prawne zmuszają pacjentów do leczenia w krajach, które w mniejszym stopniu ograniczają swobodę chorych do decydowania o własnym ciele (Freire 2012).

Powyższa analiza upoważnia do stwierdzenia, że pomimo pozytywnych aspektów rozwoju turystyki medycznej istnieje też wiele groźnych jej aspektów negatywnych. Mimo wpływu na konkurencyjność usług medycznych kraju docelowego wyjątkowo niebezpieczne są skutki dla krajów wysyłających i dla turystów, którzy z nich pochodzą. Ważnym czynnikiem kształtującym rozwój turystyki medycznej jest indywidualizacja zachowań (Niezgoda 2013), która skutkuje osobistym działaniem turystów medycznych, prowadzącym nawet do naruszania prawa. Tematyka turystyki medycznej wiąże się zatem z problematyką prawa poszczególnych krajów, rozwiązań z zakresu opieki medycznej, a także makroekonomicznych uwarunkowań przepływów międzynarodowych.

BIBLIOGRAFIA

- Bertinato L., Busse R., Fahy N., Legido-Quigley H., McKee M., Palm W., Passarani I., Ronfini F. (2005) Cross-Border Health Care in Europe. Policy Brief, WHO on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen.
- Bookman M.Z., Bookman K.R. (2007) Medical Tourism in Developing Countries, Palgrave MacMillan, New York.
- Centers for Disease Control and Prevention (2013), Severe Acute Respiratory Syndrome, <http://www.cdc.gov/SARS/>, [dostęp: 03.11.2013].
- Cheung I.K., Wilson A. (2007) Arthroplasty tourism, *Medical Journal of Australia*, 187 (11/12), 666–667.
- Connell J. (2006) Medical Tourism. Sea, Sun, Sand and... Surgery, *Tourism Management*, 27 (6), 1093–1100.
- Ehrbeck T., Guevara C., Mango P.D. (2008) Mapping the Market for Medical Travel, *The McKinsey Quarterly*, May, 1–11.
- Franch M., Martini U., Novi Inveradi P.L., Bufa F. (2006) From Reconstruction and Analysis of Tourist Profiles to Some Suggestions to Destination Management – an Empirical Research to the Dolomites Area, *Tourism Review*, 61 (2), 30–37.
- Freire N.A. (2012) The Emergent Medical Tourism. Advantages and Disadvantages of the Medical Treatment Abroad, *International Business Research*, 5 (2), 41–50.
- Glinos I.A., Baeten R., Helbe M., Maarse H. (2010) A Typology of Cross-Border Patient Mobility, *Health & Place*, 16, 1145–1155.
- Hall M., James M. (2011) Medical Tourism. Emerging Biosecurity and Nosocomial Issues, *Tourism Review*, 66 (1/2), 118–126.
- Herrick D.M. (2007) Medical Tourism. Global Competition in Health Care. NCPA Policy Report No. 304, National Center for Policy Analysis, Dallas.
- Horowitz M.D., Rosensweig J.A. (2007) Medical Tourism – Health Care in the Global Economy, *The Physician Executive*, 12, 24–30.
- Hunter W.C. (2007) Medical Tourism. A New Global Niche, *International Journal of Tourism Sciences*, 7 (1), 129–140.
- Iordache C., Ciocină I., Roxana P. (2013) Medical Tourism – Between the Content and Socio-economics Development Goals. Development Strategies, *Romanian Journal of Marketing*, 1, 31–42.
- Jones C.A., Keith L.G. (2006) Medical Tourism and Reproductive Outsourcing. The Dawning of a New Paradigm for Healthcare, *International Journal of Fertility and Women's Medicine*, 51 (6), 251–255.
- Kowalska K. (2014) Kontrowersyjne formy turystyki medycznej, praca magisterska, UE, Poznań [maszynopis niepublikowany].
- Lechleiter J. (2012) Exposing and Eradicating the Dark World of Fake Pharmaceuticals, www.forbes.com/sites/johnlechleiter/2012/08/22/exposing-and-eradicating-the-dark-world-of-fake-pharmaceuticals/ [dostęp: 03.11.2013].
- Legido-Quigley H., Glinos I.A., Baeten R., McKee M. (2007) Patient Mobility in the European Union, *British Medical Journal*, 334, 188–190.
- Lunt N., Carrera P. (2010) Medical Tourism. Assessing the Evidence on Treatment Abroad, *Maturitas*, 66 (1), 27–32.
- Lunt N., Mannion R., Exworthy M. (2013) A Framework for Exploring the Policy Implications of UK Medical Tourism and International Patient Flows, *Social Policy & Administration*, 47 (1), 1–25.
- Lunt N., Smith R., Exworthy M., Green S.T., Horsfall D., Mannion R. (2011) Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review, OECD, Labour and Social Affairs, Paris.
- Mattoo A., Rathindran R. (2006) How Health Insurance Inhibits Trade in Health Care, *Health Affairs*, 25 (2), 358–368.
- Medical Tourism. Consumers in Search of Value (2008) Deloitte Center for Health Solution, Washington.

- Menvielle L., Menvielle W., Tournois N. (2011) Medical Tourism. A Decision Model in a Service Context, *Tourism*, 59 (1), 47–61.
- Möller C., Weiermair K., Wintersberger E. (2007) The Changing Travel Behaviour of Austria's Ageing Population and Its Impact on Tourism, *Tourism Review*, 62 (3/4), 15–20.
- Morgan D. (2010) The Growth of Medical Tourism, *OECD Observer*, 281, 12–13.
- Nicolaides A., Smith A. (2012) The problem of medical tourism and organ trafficking, *Medical Technology SA*, 26 (2), 33–38.
- Niezgoda A. (2010) Nowe trendy w popycie – wyzwanie dla obszarów recepcji turystycznej, [w:] Tanaś S. (red.), *Nauka i dydaktyka w turystyce i rekreacji*, Łódzkie Towarzystwo Naukowe, Łódź, 21–34.
- Niezgoda A. (2013) Prosumers in the tourism market: the characteristics and determinants of their behaviour, *Poznań University of Economics Review*, 13 (4), 130–143.
- Niezgoda A., Jerzyk E. (2013) Seniorzy w przyszłości na przykładzie rynku turystycznego, [w:] Rosa G., Smalec A. (red.), *Marketing przyszłości. Trendy. Strategie. Instrumenty*, *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego*, 777, 475–490.
- Phuket Health Travel, www.phuket-health-travel.com [dostęp: 29.10.2013].
- Rosenmöller M., McKee M., Baeten R. (2006) Patient Mobility in the European Union. Learning from Experience, European Observatory on Health Systems and Policies, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Stolley K., Watson S. (2012) Medical Tourism. A Reference Handbook, ABC-CLIO, Santa Barbara.
- World Health Organization (2013a) Female genital mutilation, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/en/> [dostęp: 14.01.2014].
- World Health Organization (2013b) General Information on Counterfeit Medicines, <http://www.who.int/medicines/services/counterfeit/overview/en/> [dostęp: 03.11.2013].

Praca wpłynęła do Redakcji: 01.06.2015

Praca została przyjęta do druku: 10.07.2015

Adres do korespondencji:

Agnieszka Niezgoda

Katedra Turystyki

Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

al. Niepodległości 10

61-875 Poznań

e-mail: a.niezgoda@ue.poznan.pl