



POLSKA
ORGANIZACJA
TURYSTYCZNA

Analiza podaży turystyki zdrowotnej w Polsce

Opracowanie:

Anna Białk-Wolf, Mariusz Arent, Arkadiusz Buziewicz

na zlecenie Polskiej Organizacji Turystycznej

Warszawa, 2016

Spis treści

Wstęp	3
1. Podstawy teoretyczne turystyki zdrowotnej.....	5
1.1 Turystyka zdrowotna i jej przejawy	5
1.2 Wyzwania dotyczące badania zjawiska turystyki zdrowotnej i medycznej	8
1.3 Koncepcja „Produkt – Region - Rynek” – opis i uzasadnienie	9
2. Analiza dostępności komunikacyjnej, struktury przyjazdowej turystów zagranicznych w Polsce wraz z określeniem zapotrzebowania na produkty turystyki medycznej.....	11
2.1 Krótka charakterystyka zagranicznego ruchu przyjazdowego do Polski w kontekście regionów i rynków emisyjnych	11
2.2 Atrakcyjność turystyczna jako czynnik wspierający turystykę medyczną.....	15
2.3 Analiza rynków zagranicznych w zakresie potrzeb zdrowotnych.....	16
2.4 Wnioski	18
3. Kryteria określające grupę podmiotów stanowiących stronę podażową turystyki medycznej	20
3.1 Analiza dostępnych badań określających kryteria dla placówek turystyki medycznej	20
3.2 Wyniki badań własnych jakościowych dotyczących ww. kryteriów	24
3.3 Teoretyczny model określający potencjał placówki medycznej jako destynacji turystyki medycznej.....	26
4. Klaster jako forma współpracy podmiotów medycznych w Polsce w świetle badań Instytutu Badań i Rozwoju Turystyki Medycznej	27
5. Metodologia wyboru placówek medycznych i opis procesu ich badania	30
5.1 Uwagi wstępne	30
5.2 Etapy badania placówek, ich uzasadnienie i zestawienia zbiorcze	33
5.2.1 Stworzenie bazy pierwotnej	33
5.2.2 Korekta przyjętych zasad selekcji	34
5.2.3 Podział placówek medycznych na kategorie.....	35
5.2.4 Weryfikacja stron internetowych	36
5.2.5 Zapytanie mailowe jako „tajemniczy pacjent”.....	41
5.3 Wnioski z działań dotyczących budowania bazy podmiotów turystyki medycznej w Polsce	43
6. Charakterystyka wyodrębnionych regionów w kontekście oferowanych tam produktów i obsługiwanych rynków zagranicznych wraz z ich analizą SWOT	46
7. Opis „dobrej praktyki” placówki medycznej w zakresie jej promocji	50
8. Wnioski i sugestie dalszych działań.....	54
Literatura	58

Wstęp

Zwiększające się zainteresowanie **turystyką zdrowotną** jest uznawane za jedno z najważniejszych zjawisk występujących na rynku usług turystycznych. Wynika to głównie z przemian demograficznych i rosnącej świadomości zdrowotnej. Pojęcie turystyki zdrowotnej rozumiane jest jako ogół stosunków i zjawisk wynikających z pobytu i podróży osób, dla których głównym motywem i celem dominującym jest leczenie, poprawa lub zachowanie zdrowia¹.

Celem „Analizy podaży turystyki zdrowotnej w Polsce” jest zdiagnozowanie polskich placówek medycznych stanowiących potencjalne bądź faktyczne miejsca docelowe podróży turystów zagranicznych w celu zdrowotnym. W związku z powyższym pojęcie turystyki zdrowotnej zostanie tutaj zawężone do podróży międzynarodowych w celu skorzystania z planowanych zabiegów medycznych, tj. wykonywanych przez lekarzy lub pod ich nadzorem. Podejście to jest tożsame z zakresem pojęcia **turystyki medycznej**, dlatego też w niniejszym dokumencie będzie mowa głównie o tej formie turystyki zdrowotnej. Z uwagi na to ograniczenie nie będą też podlegały badaniu obiekty hotelowe typu spa i wellness.

Wśród celów szczegółowych analizy należy wskazać ocenę dostępności placówek medycznych, ich gotowości do obsługi pacjentów zagranicznych oraz wskazanie potencjalnych rynków, z których mają szansę pozyskiwać pacjentów zagranicznych.

Przedstawiona tu diagnoza opiera się na analizie turystyki medycznej uwzględniającej podział na **regiony** Polski, (w których już występuje znaczący ruch turystyczny, które są rozpoznawalne i mają dobre połączenia komunikacyjne), z uwzględnieniem **rynków** emisyjnych, z których głównie przybywają turyści na dany teren oraz przyjmując, iż zapotrzebowanie na określone **produkty** wynika po części z obowiązującego systemu opieki zdrowotnej (i jego deficytów) na rynkach emisyjnych i jest charakterystyczne dla tych rynków.

Pierwszym etapem prac nad niniejszym dokumentem było opracowanie założeń teoretycznych służących określeniu strony podażowej turystyki medycznej w Polsce na bazie badań własnych jakościowych i źródeł wtórnych. W **części pierwszej** zostały przedstawione

¹ Białk-Wolf, A. (2010). Zdrowotna funkcja współczesnej turystyki [w]: Turystyka zdrowotna, M. Boruszczak (red.), Wydawnictwo WSTiH, Gdańsk, s. 18.

podstawy teoretyczne omawianego zjawiska, jakim jest turystyka zdrowotna. Opisano problematykę turystyki zdrowotnej ze szczególnym uwzględnieniem turystyki medycznej oraz koncepcję „Produkt-Region-Rynek”, jako nowatorskiego sposobu opisu zjawiska turystyki medycznej. Podejście to umożliwia analizę tego zjawiska uwzględniającą dostępny produkt, w określonym regionie, na którym są obsługiwani pacjenci z danego rynku. Analiza dostępności komunikacyjnej i struktury przyjazdowej turystów w wybranych regionach Polski wraz z określeniem zapotrzebowania na produkty turystyki medycznej na perspektywicznych rynkach zagranicznych (w oparciu o dotychczasową strukturę przyjazdów) stanowi temat **drugiej części** analizy. **Trzecia część** pracy, bazująca na badaniach źródeł literaturowych pogłębionych o wywiady z ekspertami, opisuje kryteria określające potencjał podmiotów do tworzenia produktów turystyki medycznej. Z uwagi na fakt, iż struktury klastrowe są traktowane jako możliwe formy współpracy w ramach kreowania produktów turystyki medycznej, w **czwartej części** podjęto próbę charakterystyki funkcjonowania klastrów medycznych w Polsce.

Kolejne części niniejszego dokumentu stanowią opis praktycznych działań służących wskazaniu potencjalnych destynacji turystyki medycznej w Polsce. W **piątej części** opracowania zawarto opis przyjętej metodologii pracy przy budowaniu bazy i badaniu strony podażowej turystyki medycznej w Polsce. Ukazano tutaj poszczególne etapy prac, które w efekcie umożliwiły zidentyfikowanie **176 podmiotów** będących potencjalnymi destynacjami turystyki medycznej. W części **szóstej** zestawiono wyniki pracy z części drugiej i piątej, co umożliwiło wyodrębnienie 5 regionów Polski w kontekście oferowanych tam produktów i obsługiwanych rynków zagranicznych wraz z ich analizą SWOT. **Część siódma** zawiera opis dobrej praktyki w zakresie rozwoju i promocji usługi prozdrowotnej na przykładzie podmiotu medycznego z Polski. W **części ósmej** zawarto wnioski i sugestie dalszych działań, w których podkreślono unikatowość niniejszej analizy, ale także potrzebę dalszych prac w celu jej głębszej, praktycznej weryfikacji.

1. Podstawy teoretyczne turystyki zdrowotnej

1.1. Turystyka zdrowotna i jej przejawy

Jak wspomniano we wstępie, turystykę zdrowotną rozumiemy jako ogół stosunków i zjawisk wynikających z pobytu i podróży osób, dla których głównym motywem i celem dominującym jest leczenie, poprawa lub zachowanie zdrowia. O ile nie ma zbyt wielu kontrowersji związanych z takim szerokim traktowaniem turystyki zdrowotnej², to występują liczne niejasności, jeśli chodzi o jej poszczególne formy.

Do pierwszej zaliczymy niewątpliwie **turystykę uzdrowiskową**, rozumianą jako: „wyjazdy związane z kuracją sanatoryjną, rehabilitacyjną i lecznictwem uzdrowiskowym, powiązane z zabiegami przyrodolecznictwa świadczonymi na podstawie konsultacji lekarza uzdrowiskowego”³. Do cech charakterystycznych tego rodzaju turystyki należy fakt, że może mieć miejsce tylko w miejscowości uzdrowiskowej, jej celem jest poprawa lub utrzymanie zdrowia poprzez profilaktykę, rehabilitację, leczenie uzdrowiskowe, przy czym podstawowe znaczenie mają zabiegi przepisane przez lekarza⁴. Należy podkreślić, iż w wielu opracowaniach anglojęzycznych nie wyróżnia się oddzielnej kategorii „turystyka uzdrowiskowa”, tylko włącza jej zakres do turystyki spa i wellness⁵. Jednakże polski produkt turystyki uzdrowiskowej różni się od tych oferowanych w ramach turystyki wellness i spa w większości państw, poprzez posiadanie znaczącego wymiaru medycznego, zaangażowania lekarzy i potwierdzoną skuteczność leczniczą. Można uznać, iż jest on produktem unikalnym i należy podkreślać jego odmienność⁶.

² Zauważa się zjawisko polegające na stosowaniu określenia turystyka medyczna i zdrowotna jako synonimy (szczególnie w środowiskach rządowych niektórych państw), jednakże zdecydowanie przeważa opinia, iż takie ujmowanie zagadnienia jest błędne. (European Travel Commission and World Tourism Organization (2015). Exploring Health Tourism – Working Paper, UNWTO, Madrid.), „Analiza możliwości rozwoju turystyki zdrowotnej w województwie lubelskim w kontekście zidentyfikowanej inteligentnej specjalizacji regionu w dziedzinie usług medycznych i prozdrowotnych” RAPORT KOŃCOWY Z BADANIA DZIEDZINOWEGO Lublin, grudzień 2013 r., s. 22.

³ Januszevska, M. (2004). Znaczenie produktu uzdrowiskowego w rozwoju turystyki w Polsce [w:] Markowe produkty turystyczne, A. Panasiuk (red.), Fundacja na rzecz Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin-Niechorze, s. 219.

⁴ Białk-Wolf, A. (2010). Turystyka uzdrowiskowa jako forma turystyki zdrowotnej [w:] Turystyka zdrowotna, M. Boruszczak (red.), Wydawnictwo WSTiH, Gdańsk, s. 43.

⁵ Przykładowo: European Travel Commission and World Tourism Organization (2015). Exploring Health Tourism – Working Paper, UNWTO, Madrid; Mueller, H., Lanz-Kaufmann, E. (2001). Wellness Tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry, Journal of Vacation Marketing, Volume 7, Number 1, s. 5-17.

⁶ W Niemczech, gdzie tradycja „kurortów” jest również bardzo silna, pojawiło się także odchodzenie od tego określenia na rzecz usług spa i wellness. Było to związane po części z negatywnym wizerunkiem kurortów, jako miejsc dla starszych ludzi, gdzie nic się nie dzieje.

Podczas gdy w turystyce uzdrowiskowej głównym motywem podróży jest powrót do zdrowia i jego ochrona, to w **turystyce spa i wellness**, będącą drugą formą turystyki zdrowotnej, zdrowie jest tylko jednym z możliwych motywów podróży⁷. Można też nieco odmiennie przyjąć, iż o turystyce wellness mówimy wtedy, gdy korzystamy z określonych obiektów i wówczas ujmujemy ją jako: „ogół stosunków i zjawisk wynikających z podróży i pobytu osób, dla których głównym motywem jest zachowanie lub wspieranie zdrowia. Pobyt odbywa się w specjalistycznym hotelu z odpowiednią fachową obsługą i indywidualną opieką, przy czym jest oferowany i szeroki wachlarz świadczeń obejmujący: fizyczny fitness, zdrową żywność, relaks i umysłową aktywność”⁸.

Za trzecią formę turystyki zdrowotnej traktuje się **turystykę medyczną**. Z uwagi na fakt, iż poniższa analiza skupia się na opisanu międzynarodowych aspektów związanych z pozyskiwaniem turystów, którzy odbywają planowe podróże w celu skorzystania z usług medycznych, zostanie tutaj przyjęta definicja, iż turystyka medyczna to „dobrowolne przemieszczanie się do obcego państwa w celu poddania się tam planowanemu leczeniu (dla ratowania zdrowia i życia, czy poprawy jego jakości) z przyczyn finansowych, jakościowych lub z uwagi na niedostępność świadczeń w miejscu zamieszkania (brak personelu, wiedzy, sprzętu lub zbyt długi czas oczekiwania czy ograniczenia prawne) niejednokrotnie połączonym ze zwiedzaniem odwiedzanego miejsca”⁹.

Ograniczenie się tutaj do turystyki międzynarodowej wynika z następujących przesłanek:

- Po pierwsze turystyka międzynarodowa ma wpływ na stan naszych stosunków finansowych z zagranicą, wpływając na saldo bilansu płatniczego. W szczególności w odniesieniu do systemu ochrony zdrowia ma to znaczenie, gdyż oznacza pojawienie się dodatkowych pieniędzy w systemie (niezależnie czy pacjent płaci za leczenie sam, czy korzysta z dofinansowania w ramach dyrektywy transgranicznej lub przepisów o koordynacji).

⁷ Koreńczuk, A. (2010). Turystyka Spa i Wellness [w]: Turystyka zdrowotna, M. Boruszczak (red.), Wydawnictwo WSTiH, Gdańsk, s. 111. W turystyce spa i wellness poprawa zdrowia może być efektem takiej podróży, ale niekoniecznie jest jej motywem. (Tamże.)

⁸ Lanz-Kaufmann, E. (1999). Wellness-Tourismus. Marktanalyse und Qualitätsanforderungen für die Hotellerie – Schnittstellen zur Gesundheitsförderung, FIF, Berno, s. 37.

⁹ Białk-Wolf, A. (2010). Potencjał rozwojowy turystyki medycznej, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Ekonomiczne Problemy Usług 591 (53), s. 655.

- Po drugie, w przypadku pacjentów zagranicznych mamy do czynienia ze szczególnym turystą, który ma inne potrzeby, np. w zakresie obsługi językowej. Aspekty te wydają się być nadal niedoceniane w przypadku usług medycznych. Co więcej, przy kreowaniu produktów dla pacjentów zagranicznych trzeba brać pod uwagę aspekty kulturowe, które nie występują w przypadku polskich turystów¹⁰. Pacjent międzynarodowy stanowi spore wyzwanie i wymaga odmiennego podejścia nie tylko w zakresie obsługi, ale też promocji i metod pozyskiwania.

- Trzeci argument dotyczy ważnej motywacji wyjazdów poza granicę w celu skorzystania ze świadczeń medycznych z powodu ograniczeń prawnych. Występują one na terenie całego państwa, więc nie stanowią motywu podróży po własnym kraju.

- Po czwarte, jedna z głównych motywacji turystyki medycznej dotyczy aspektu kosztowego, a ceny danych świadczeń na terenie danego państwa są podobne (wprawdzie występują różnice, ale nie takie jak np. pomiędzy Indiami a USA)¹¹. Również w zakresie oferowanych procedur i ich jakości rzadko występują znaczące różnice na terenie jednego państwa.

- Praktyka pokazuje, iż używa się tego określenia w ujęciu międzynarodowym.

Pozostaje pytanie, jak określić turystów krajowych przemieszczających się w celu skorzystania z usług medycznych. Zjawisko to jest szeroko znane w USA, a i w Europie jest coraz częstsze¹². Z uwagi argumenty przedstawione powyżej, wielu autorów nie zalicza ich jednak do zjawiska turystyki medycznej¹³. Zaproponowano na określenie krajowych podróży w celach medycznych miano „turystyka lecznicza”¹⁴.

Pewnym wyzwaniem w kontekście powyższych rozważań jest międzynarodowy wymiar turystyki uzdrowiskowej, który zostanie tutaj potraktowany jako część wspólna

¹⁰ Lubowiecki-Vikuk A, Gnusowski M. (2016). Rola kompetencji międzykulturowych na rynku turystyki medycznej w Polsce, *Hygeia Public Health*, T. 51, nr 3, s. 255-261.

¹¹ Białk-Wolf, A. (2014). *Turystyka medyczna. Perspektywy rozwoju w woj. pomorskim*, Gdańsk, <http://www.gdansk4u.pl/uploads/TurystykaMedycznaRaport.pdf>, s. 8.

¹² European Travel Commission ..., s. 96, Lubowiecki-Vikuk, A.P., Bosiacki, S. (2012). Możliwości rozwoju turystyki medycznej w Poznaniu w ujęciu popytowo-podażowym, *Turystyka i Rekreacja* 8, s. 41-53; Lubowiecki-Vikuk, A.P., Rab-Przybyłowicz, J. (2015). Wybrane aspekty funkcjonowania rynku turystyki medycznej w Polsce, *Folia Turistica* 34, s. 85-107.

¹³ Zwraca się na to też uwagę w “European Travel Commission, op. cit., s. 96, Levary, R. R. (2011). Multiple-Criteria Approach to Ranking Medical Tourism Destinations, *Thunderbird International Business Review*, 53 (4), s. 529-537.

¹⁴ Białk-Wolf, A. *Zdrowotna ...*, op. cit., s. 22.

turystyki uzdrowiskowej i medycznej. Można przyjąć, iż stanowi to tzw. „szarą sferę” turystyki medycznej¹⁵.

Odnosząc się do ostatnich opracowań mówiących o formach turystyki zdrowotnej warto jeszcze wspomnieć o turystyce spirytualistycznej albo duchowej¹⁶. Biorąc pod uwagę szeroką definicję zdrowia, jako stanu całkowitego fizycznego, umysłowego i społecznego (oraz duchowego) dobrostanu, a nie po prostu braku choroby lub ułomności, wydaje się celowe jej wyróżnienie. Pozostaje jednak pytanie, na ile może ona stać się celem dominującym podróży turystycznej i na ile nie jest to element turystyki wellness. Zważając na coraz powszechniejsze poszukiwanie głębszych wartości i holistycznego ujmowania zdrowia, oraz przekonaniu, że „choroby fizyczne biorą się z choroby duszy”, może stanie się ona przyszłościowym trendem na rynku turystyki zdrowotnej¹⁷.

1.2. Wyzwania dotyczące badania zjawiska turystyki zdrowotnej i medycznej

Spory na temat zakresu definicyjnego pojęć turystyki zdrowotnej i medycznej przekładają się bezpośrednio na problemy związane z określaniem wielkości tego zjawiska. Tak więc z jednej strony na wyzwania dotyczące badania omawianego tu fenomenu składają się problemy natury definicyjnej i wyzwaniem dotyczącym pytania, których turystów zaliczymy do turystów medycznych. Do tego dochodzą także problemy związane z naturą samego produktu, jego konsumentów i oferentów.

Produkt turystyki medycznej może być celem podróży turystycznej, ale może być też elementem zakupionym jako produkt komplementarny wobec innego produktu. Trudno tu jest uchwycić granicę, kiedy mamy już do czynienia z turystą medycznym. Zastanawia także problem, ile powinno być „aspektów medycznych” w podróży turystycznej, abyśmy mogli go nazwać turystyką medyczną. Problemem są także świadczenia udzielane w trybie

¹⁵ Aktualne rozważania na ten temat zob.: Kirsch, F.M. (2017). Warum Medizintourismus? [w:] Frank-Michael Kirsch, Jens Juszczak (Hrsg.): Medizintourismus. Erfahrungen mit einer weltweiten Wachstumsbranche. IFB Verlag Deutsche Sprache GmbH, Paderborn, s. 12-17.

¹⁶ European Travel Commission ...op. cit. (2015), s. 75, 92. Zob. też: Pechlaner, H.; Hopfinger, H., Schön, S. (2012). Wirtschaftsfaktor Spiritualität und Tourismus, Ökonomisches Potenzial der Werte- und Sinnsuche, Erich Schmidt, Berlin; Hopfinger, H., Pechlaner, H., Schön, S. (2012). Kulturfaktor Spiritualität und Tourismus. Sinnorientierung als Strategie für Destinationen, Erich Schmidt, Berlin.

¹⁷ Pojawia się tu też określenie turystyka holistyczna (European Travel Commission ..., s. 91), jednak wydaje się, iż holistyczne podejście do zdrowia jest właśnie podejściem szerokim i całościowym, wyzwaniem dotyczącym każdego procesu leczenia i powinno być obecne przy każdej formie turystyki zdrowotnej.

jednodniowym oraz usługi z obszaru „medical wellness”, które dla niektórych badaczy nie stanowią produktu turystyki medycznej.

Konsumenci stanowią tutaj również pewne wyzwanie z uwagi na sporą niechęć do udzielania rzetelnych informacji na temat odbywanych zabiegów i ich cen. Dotyczy to szczególnie zabiegów upiększających oraz procedur nielegalnych w państwie emisyjnym.

Z kolei świadczeniodawcy usług medycznych obawiają się ujawniać dane z powodów obaw o konkurencję. To powoduje, iż niechętnie dzielą się z informacjami na temat liczby obsługiwanych pacjentów zagranicznych.

Kolejnym problemem dotyczącym opisu zjawiska turystyki medycznej jest jego zróżnicowanie, zarówno w wymiarze geograficznym, jak i strukturalnym. Do tego dochodzi niezwykle ważny element, mianowicie bardzo różnorodny charakter samych usług medycznych. Powoduje to, iż dane dotyczące całego kraju są po pierwsze niezwykle trudne do oszacowania, a po drugie mają niewielki wymiar praktyczny. Dlatego też w niniejszym opracowaniu postanowiono oprzeć analizę na konkretnych rynkach, z uwzględnieniem struktury turystów tam przybywających, którzy zgłaszają zapotrzebowanie na określone produkty.

1.3. Koncepcja „Produkt – Region - Rynek” – opis i uzasadnienie

Cechą charakterystyczną turystyki medycznej jest duże zróżnicowanie, zarówno jeśli chodzi o wybór destynacji, jak również jeśli chodzi o poszukiwany produkt w kontekście kraju pochodzenia turysty.

Inaczej niż w innych formach turystyki, zapotrzebowanie na określone produkty wynika nie tyle z charakterystyki samych turystów, (których segmenty wyróżnia się w oparciu o wiek, wykształcenie, itp.) ile z charakteru **systemu opieki zdrowotnej** w państwie emisyjnym¹⁸. Powoduje to konieczność analizy turystyki medycznej w danym państwie w kontekście kraju pochodzenia turystów tam przybywających, gdyż ten element determinuje nie tylko cele podróży (co jest uwarunkowane m.in. atrakcyjnością turystyczną, czy też dostępnością komunikacyjną), ale przede wszystkim poszukiwane **produkty medyczne**.

¹⁸ Pforr, C., Locher, (2012). The German Spa and Health Resort Industry in the Light of Health Care System Reforms, *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 29 (3), s. 298-312.

Przykładowo, jeśli w Polsce czas oczekiwania na operację zaćmy jest długi, a do tego jest ona stosunkowo wysoko wyceniona przez NFZ, to ten produkt jest poszukiwany poza granicami kraju. Tak więc to polski system opieki zdrowotnej powoduje, iż dany produkt jest chętnie kupowany poza granicami kraju. Przykład ten dotyczy turystyki medycznej wyjazdowej, ale analogię znajdujemy w turystyce przyjazdowej, co będzie tematem kolejnego rozdziału. Tak więc analiza turystyki medycznej musi odbywać się w kontekście potrzeb konkretnych rynków, dlatego też zdecydowano się na przyjęcie założenia o „Produktach” i „Rynkach”.

Kolejną cechą turystyki medycznej jest fakt, iż w podjęciu decyzji o leczeniu w odległym miejscu szczególnego znaczenia nabiera element związany z **dostępnością komunikacyjną**. Wprawdzie jest on istotny przy większości form turystyki, niemniej jednak z uwagi na to, iż szybkość, komfort i koszt dotarcia ma tutaj swój specyficzny wymiar z uwagi na związki ze zdrowiem i sens udawania się poza granice w celu skorzystania z tańszych świadczeń, postanowiono włączyć do koncepcji element określany tu jako „Region”. Wynika to z faktu, że lokalizacja kliniki ma w przypadku turystyki medycznej szczególnie istotne znaczenie.

Powyżej przedstawiono argumenty, dlaczego trzy element takie jak: oferowany produkt, rynki emisyjne i regiony recepcyjne powinny być brane pod uwagę przy analizie zjawiska turystyki medycznej. Istota tego podejścia tkwi jednakże w **symultanicznej analizie** wszystkich trzech elementów. Umożliwia to przełożenie wyników badań na konkretne działania praktyczne. Informacja mówiąca przykładowo o tym, iż do Polski przybywa 30.000 turystów rocznie na planowe zabiegi leczenia implantologicznego, wcale nie oznacza dla kliniki implantologicznej położonej z daleka od szklaków komunikacyjnych, iż na jej produkt jest zapotrzebowanie. Co więcej, nie wynika z tego, na jakich rynkach powinna prowadzić działania promocyjne.

Pewną analogię do przyjętej koncepcji odnajdujemy też w innych pracach badawczych. Nie stosuje się wprawdzie określenia „Produkt-Region-Rynek” niemniej podstawy i założenia opisu zjawiska, jakim jest turystyka medyczna pozostają te same. Przykładowo przy określaniu potencjału turystyki medycznej w Berlinie skupiono się na charakterystyce regionu (a więc tak samo jak w tutaj przyjętym schemacie, na określonym rynku, jak i na oferowanych produktach), a także na określonych segmentach definiowanych poprzez: interesariuszy (stanowiących część produktu), rynki docelowe (w tutaj przyjętym

ujęciu określanym jako „Rynek”) oraz strategii (które będą wynikać z przyjętej analizy PRR)¹⁹.

2. Analiza dostępności komunikacyjnej, struktury przyjazdowej turystów zagranicznych w Polsce wraz z określeniem zapotrzebowania na produkty turystyki medycznej

2.1. Krótka charakterystyka zagranicznego ruchu przyjazdowego do Polski w kontekście regionów i rynków emisyjnych

Wielu podróżnych podejmuje decyzję o leczeniu poza miejscem zamieszkania dopiero wówczas, gdy znajdują się w miejscu czasowego pobytu. W badaniach Wongkit i McKercher²⁰ zostały wyróżnione cztery typy turystów medycznych w oparciu o cel wyjazdu i horyzont czasowy podjęcia decyzji o korzystaniu ze świadczeń medycznych. Aż dwie grupy zidentyfikowanych przez nich turystów („wahający się turysta medyczny” i „oportunistyczny turysta medyczny”), którzy stanowili w sumie 32% badanych osób, **decyzję o leczeniu podjęli dopiero po przybyciu na miejsce**. W praktyce może to oznaczać, iż do turystów medycznych możemy dotrzeć już ich goszcząc, a korzystanie ze świadczeń medycznych nie zawsze musi być wcześniej zaplanowaną aktywnością.

Badania te mogą skłonić do postawienia tezy, iż łatwiej jest rozwijać turystykę medyczną w regionach, które odznaczają się dużą intensywnością zagranicznego ruchu turystycznego. Wynika to z także z faktu, iż osoby będące na miejscu łatwiej przekonać do jakości świadczonych usług, mają one większe zaufanie, a także wiedzą już o dostępności komunikacyjnej i atrakcyjności regionu, które to też stanowią istotne determinanty przy wyborze destynacji turystyki medycznej (i są bardzo istotne dla osób towarzyszących pacjentom).

W związku z tym wydaje się, iż jednym ze wskaźników mogących posłużyć do oceny szans rozwoju turystyki medycznej w danym regionie, jest ugruntowana obecność turystów zagranicznych. Celem niniejszego podrozdziału jest ukazanie, do których regionów przybywa najczęściej turystów zagranicznych i z których rynków. Bazą przedstawionej tutaj analizy jest opracowanie Głównego Urzędu Statystycznego, Turystyka w 2015 roku.

¹⁹ Potenzialstudie Medizintourismus Berlin- Brandenburg 2015, Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie.

²⁰ Wongkit, M., McKercher, B. (2013). Toward a typology of medical tourists: A case study of Thailand, *Tourism Management*, 38, s. 4-12.

Turystom zagranicznym udzielono w 2015 roku 13,8 mln noclegów. Stanowili oni 21,1% wszystkich turystów korzystających z bazy noclegowej, przy czym zatrzymywali się głównie w obiektach hotelowych, gdzie stanowili 25,2% wszystkich korzystających. Cechą charakterystyczną dla Polski jest fakt, iż w **pięciu województwach** (zachodniopomorskim, małopolskim, pomorskim, mazowieckim, dolnośląskim) udzielono aż 63,2% wszystkich noclegów. Najwyższy odsetek noclegów udzielonych turystom zagranicznym w ogólnej liczbie noclegów odnotowano w województwach mazowieckim (33,3%) oraz małopolskim (26,9%), podlaskim (19,2% co stanowiło jednak tylko 1,6% noclegów udzielonych turystom zagranicznym w Polsce), lubuskim (21%), zachodniopomorskim (24%), łódzkim (16%), dolnośląskim (16,9%), wielkopolskim (16%), pomorskim (14,2%) i śląskim (13,4%). Najwięcej noclegów udzielono turystom zagranicznym w województwach: zachodniopomorskim (21,5% spośród wszystkich noclegów udzielonych turystom zagranicznym w Polsce), małopolskim – 21,4% i mazowieckim – 17,1%, dolnośląskim (8,4%) i pomorskim (8,2%). W liczbach bezwzględnych najwięcej noclegów w hotelach udzielonych turystom zagranicznym zaobserwowano w województwach: małopolskim, mazowieckim, zachodniopomorskim, dolnośląskim, pomorskim²¹.

Największą liczbę noclegów udzielonych turystom zagranicznym w miastach zaobserwowano w: Krakowie (2 098 468), Warszawie (2 004 682), Wrocławiu (505 464), Gdańsku (579 489) oraz w Poznaniu (313 542). W całej konurbacji górnośląskiej udzielono 317 585 noclegów (z czego 150 220 w samych Katowicach), w Trójmieście zaś 758 096²².

Oprócz informacji na temat, dokąd udają się już turyści zagraniczni, warto też zwrócić uwagę na **istniejącą bazę noclegową**. W 2015 r. średnio w Polsce na 100 km² przypadało 3,2 turystycznych obiektów noclegowych (posiadających 10 lub więcej miejsc noclegowych). Wskaźniki przekraczające średnią krajową odnotowano w województwach: małopolskim – 9,5 obiektu na 100 km², pomorskim – 8,3, zachodniopomorskim – 5,7, śląskim – 5,1 oraz dolnośląskim – 4,3. Łącznie w wymienionych województwach zlokalizowanych jest 57% wszystkich zasobów bazy noclegowej. W 2015 r. najwięcej turystycznych obiektów noclegowych znajdowało się w województwach: pomorskim (1 512), małopolskim (1 448), zachodniopomorskim (1 299) i dolnośląskim (867).

²¹ Turystyka w 2015 r., s. 178.

²² Tamże, s. 184.

Tak więc biorąc pod uwagę powyższe dane statystyczne, do najistotniejszych województw z punktu widzenia turystyki przyjazdowej należą: **dolnośląskie, małopolskie, zachodniopomorskie, pomorskie, mazowieckie**. Z uwagi na obecność wielu często odwiedzanych miast na terenie województwa **śląskiego**, również ono wydaje się istotne.

Jeśli chodzi o **strukturę turystów** odwiedzających Polskę, to w 2015 roku podobnie jak w latach poprzednich najczęściej noclegów udzielono turystom zagranicznym przyjeżdżającym do Polski z **Niemiec**, którzy stanowili aż 36% turystów zagranicznych. W 2015 r. udzielono im 5 006,7 tys. noclegów, co stanowiło 26% wszystkich noclegów udzielonych odwiedzającym z zagranicy. Noclegi udzielone turystom z **Wielkiej Brytanii** w analizowanym roku stanowiły 7% wszystkich noclegów udzielonych turystom zagranicznym (951,4 tys.). Turystom z **Rosji** udzielono 375,5 tys. noclegów. Obserwujemy wzrost udzielonych noclegów turystom z **Ukrainy** - 646,3 tys. Udział noclegów udzielonych turystom z USA (558,1 tys. w 2015 r.) utrzymuje się na podobnym poziomie przez okres ostatnich 11 lat, tzn. ok. 4%. Podsumowując, spośród 5 689 570 turystów zagranicznych w turystycznych obiektach noclegowych, 26% stanowili Niemcy, 7% obywatele Wielkiej Brytanii, 5% Ukraińcy, po 4% z Rosji, Białorusi, Włoch, Francji i Norwegii, USA i po 3% ze Szwecji i Hiszpanii²³.

Poniższa tabela nr 1 przedstawia liczbę turystów zagranicznych w Polsce i odwiedzających jednodniowych w tys. wg kraju stałego zamieszkania w 2015 roku.

Tabela 1: Liczba turystów zagranicznych w Polsce i odwiedzających jednodniowych odwiedzająca Polskę w tys. wg kraju stałego zamieszkania w 2015 roku.

Turyści w Polsce wg krajów w 2015 r.			Odwiedzający jednodniowi w Polsce w 2015 r.		
1.	Niemcy	6 012,2	1.	Niemcy	25 669,5
2.	Ukraina	1 197,8	2.	Czechy	11 628,6
3.	Rosja	872,8	3.	Ukraina	9 336,3
4.	Białoruś	801,4	4.	Słowacja	6 072,5
5.	Wielka Brytania	753,0	5.	Białoruś	2 804,6
6.	Litwa	632,6	6.	Litwa	2 156,1
7.	Francja	456,2	7.	Rosja	1 466,8
8.	Holandia	430,1			
9.	Norwegia	427,5			
10.	Włochy	425,5			

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Turystyka w 2015 r.

Ciekawych informacji na temat struktury turystów odwiedzających uzdrowiska przedstawia kolejna tabela nr 2. Jeśli chodzi o zakłady uzdrowiskowe, to wśród turystów

²³ Tamże, s. 187 i 73.

zagranicznych korzystających z tego typu obiektów to na ogólną liczbę turystów 39 332 i 396 958 udzielonych noclegów do najliczniejszych grup należeli obywatele Niemiec. Pozostałe istotne grupy obcokrajowców przedstawiono w poniższej tabeli.

Tabela 2: Liczba turystów i udzielonych noclegów turystom zagranicznym w zakładach uzdrowiskowych w 2015 roku (powyżej 100 turystów).

Państwo	Turyści	Noclegi
Czechy	109	635
Dania	178	1866
Francja	279	2147
Holandia	111	881
Izrael	248	3071
Niemcy	34 155	351 113
Norwegia	291	1 897
Rosja	1 102	11 977
Szwecja	854	7 104
Ukraina	250	1 682
USA	379	3 754
Wielka Brytania	238	2 020

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Turystyka w 2015 r.

Biorąc pod uwagę powiaty oraz miasta na prawach powiatu z największą liczbą udzielonych noclegów turystom zagranicznym w obiektach noclegowych oraz strukturę kraju ich pochodzenia to wyniki są przedstawione w poniższej tabeli²⁴.

Tabela 3: Powiaty oraz miasta na prawach powiatu z największą liczbą udzielonych noclegów turystom zagranicznym w obiektach noclegowych wraz z częściową strukturą przyjazdów w 2015 roku.

Lp.	Powiaty i miasta na prawach powiatu	Udzielone noclegi turystom zagranicznym	Udział noclegów udzielonych turystom zagranicznym w ogólnej liczbie noclegów: udział noclegów udzielonych tur. zagr. z poszczególnych krajów w ogólnej liczbie noclegów udzielonych tur. zag. w tym powiecie
1.	Kraków	2 544 627	55,6%: Wielka Brytania: 15,9%; Niemcy: 11,2%;
2.	Warszawa	2 153 508	41,7%: Wielka Brytania: 9,7%; USA: 8,7%; Niemcy 8,4%
3.	kołobrzeski	1 215 659	28,2%: Niemcy: 96,4%
4.	Świnoujście	741 312	47,3%: Niemcy: 96,8%
5.	Gdańsk	725 881	38%: Norwegia: 25%, Niemcy: 23,6%
6.	Wrocław	548 734	31,4%: Niemcy: 38,2%, Wielka Brytania: 9,2%
7.	kamieński	348 980	24,3%: Niemcy: 91,9%
8.	Poznań	343 670	26,4%: Niemcy: 31,7%; Wielka Brytania: 8,8%
9.	Szczecin	275 142	31,5%: Niemcy: 38,5%; Dania: 20,7%
10.	Łódź	238 053	26,2%: Niemcy: 13,7%; USA: 13%
11.	Katowice	169 398	27,1%: Niemcy: 22,2%; Ukraina: 12,2%, Włochy: 9,1%
12.	tatrzański	158 949	7%: Wielka Brytania: 11,8%, Niemcy: 11%; Węgry: 8,7%
13.	lubański	157 302	31,5%: Niemcy: 95,1%
14.	mragowski	156 688	23,2%: Niemcy: 69,2%; Rosja: 13,5%

²⁴ W tabeli ujęto te powiaty i miasta na prawach powiatu, które znajdowały się na czołowych miejscach, jeśli chodzi o liczbę noclegów udzielonych turystom w turystycznych obiektach noclegowych i w których liczba udzielonych noclegów turystom zagranicznym wynosiła min. 50 000 w 2015 roku.

Kontynuacja tabeli nr 3 ze s. 14.

15.	Sopot	146 019	20,6%: Norwegia: 22,7%, Niemcy: 15,5%, Szwecja: 14,1%
16.	gryficki	131 694	11%: Niemcy: 96,4%
17.	Białystok	125 920	37,3%: Białoruś: 56,6%
18.	Toruń	95 840	20,2%: Niemcy: 27,4%
19.	jeleniogórski	91 753	6%: Niemcy: 82,1%
20.	Lublin	87 383	
21.	koszaliński	85 259	
22.	Bydgoszcz	81 722	
23.	Rzeszów	81 500	
24.	Gliwice	79 093	
25.	śląwieński	76 479	
26.	kłodzki	70 392	
27.	świebodziński	68 713	
28.	Jelenia Góra	67 167	
28.	cieszyński	64 319	
30.	Bielsko-Biała	57 595	
31.	ślubicki	52 496	
32.	Częstochowa	50 605	

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Turystyka w 2015 r.

Biorąc pod uwagę całą Polskę, to udział noclegów udzielonych turystom zagranicznym w ogólnej liczbie noclegów wynosił 19,3%, z czego do najistotniejszych rynków w skali kraju należą Niemcy: (36,4%), Wielka Brytania (6,9%) i Ukraina (4,7%)²⁵.

Tak więc do najliczniejszych grup turystów w Polsce należą obywatele: Niemiec, Rosji, Ukrainy, Wielkiej Brytanii, Białorusi, przy czym są również regiony w których dominują obywatele Norwegii, Szwecji i Dani. Odnotowano także turystów z wielu innych państw, jednak ich udział jest stosunkowo niewielki, zarówno w skali kraju jak i regionów.

2.2. Atrakcyjność turystyczna jako czynnik wspierający turystykę medyczną

Zgodnie z opracowaniem GUS do miast na prawach powiatu z najwyższym wskaźnikiem atrakcyjności turystycznej należy: Warszawa, Kraków, Wrocław, Gdańsk, Poznań, Toruń, Jelenia Góra, Katowice, Szczecin, Sopot. Jeśli chodzi o atrakcyjność turystyczną województw, to na szczycie znajdują się: małopolskie, pomorskie, dolnośląskie, śląskie, zachodniopomorskie²⁶.

²⁵ Warto dodać, iż udział noclegów udzielonych turystom zagranicznym w ogólnej liczbie noclegów w Polsce wynosił 19,5% w 2014 roku. Jest to bardzo niski udział na tle innych państw UE (np. Czechy 51,5%, Węgry 47,4%, Hiszpania 64,3%). GŁÓWNY URZĄD STATYSTYCZNY Opracowanie sygnałne Warszawa, 23.02.2016 r. Turystyka w Unii Europejskiej

²⁶ GUS, Turystyka w 2015 roku, s. 157.

Analiza dostępności komunikacyjnej wskazuje, że do najważniejszych lotnisk należą²⁷ te znajdujące się w Warszawie, Krakowie, Katowicach, Gdańsku i Wrocławiu. Szczegółowe informacje na temat przyjazdów cudzoziemców samolotem przedstawia poniższa tabela nr 4.

Tabela 4: Przyjazdy cudzoziemców do Polski na lotniska w tys. w 2015 r.

L.p.	Porty lotnicze	Liczba cudzoziemców
1.	Warszawa-Okęcie	697,1
2.	Kraków-Balice	325,1
3.	Katowice-Pyrzowice	92,4
4.	Gdańsk-Rębiechowo	89,6
5.	Warszawa-Modlin	70,7
6.	Wrocław-Strachowice	55,1
7.	Poznań-Ławica	39,0
8.	Rzeszów-Jasionka	26,4

Źródło: opracowanie własne na podstawie: Turystyka w 2015 r.

Warto też podkreślić, iż połączenia lotnicze z Wielkiej Brytanii i Niemiec odbywają się do wszystkich większych portów lotniczych w Polsce²⁸. Wiele jest też połączeń do Skandynawii.

2.3. Analiza rynków zagranicznych w zakresie potrzeb zdrowotnych

Odnosząc się do wniosków przedstawionych w poprzednim podrozdziale należy zwrócić uwagę na potrzeby zdrowotne obywateli z Niemiec, Wielkiej Brytanii, Skandynawii, Rosji, Ukrainy, Białorusi.

Niemcy stanowią przykład państwa o dosyć dobrze rozwiniętym systemie opieki zdrowotnej. Jednakże analiza systemu finansowania świadczeń medycznych oraz dotychczasowe badania na temat przyjazdów turystów niemieckich wskazują, iż jest to bardzo istotny rynek z punktu widzenia turystyki medycznej²⁹. Zgodnie z ostatnimi badaniami

²⁷ Pośród przejść lotniczych najwięcej przekroczeń granicy, odnotowano w Warszawa-Okęcie - 3 589,2 tys., (wzrost o 2,4% w porównaniu do 2014 roku), Katowice-Pyrzowice - 1 385,5 tys., (wzrost o 9,5% w porównaniu do 2014 roku), Kraków-Balice - 1 272,8 tys., (wzrost o 4,7% w porównaniu do 2014 roku), Gdańsk-Rębiechowo - 1 125,6 tys., (wzrost o 15,9% w porównaniu do 2014 roku), Wrocław-Strachowice - 897,3 tys., (wzrost o 4,9% w porównaniu do 2014 roku), Warszawa/Modlin - 800,0 tys., (wzrost o 13,3% w porównaniu do 2014 roku), Poznań-Ławica - 713,2 tys., (wzrost o 6,1% w porównaniu do 2014 roku).

²⁸ Analiza rynków zagranicznych na podstawie sprawozdań zagranicznych ośrodków Polskiej Organizacji Turystycznej, 2015 r., s. 274-276.

²⁹ Szerzej na ten temat: Białk-Wolf, A. (2016). Nastawienie Niemców do turystyki medycznej w świetle najnowszych badań, <https://turystyka-medyczna.com/2016/05/20/nastawienie-niemcow-do-turystyki-medycznej-w-swietle-najnowszych-badan/>; Białk-Wolf, A. (2015). Czy turyści medyczni z Niemiec mogą trafić przez swoje kasy chorych do Polski? <http://turystyka-medyczna.com/2015/08/03/czy-turysci-medyczni-z-niemiec-moga-trafiac-przez-swoje-kasy-chorych-do-polski/>; Białk-Wolf, A. (2015), Zarys faktów o turystyce medycznej w Niemczech. Czy rynek niemiecki jest dla nas atrakcyjny? <http://turystyka-medyczna.com/2015/08/18/zarys->

dotyczącymi turystyki medycznej wyjazdowej Niemców, poszukiwane przez nich usługi to: pobyty rehabilitacyjne i uzdrowiskowe (36%), a także zabiegi stomatologiczne (30%) oraz okulistyczne (14%)³⁰. Warto pamiętać, iż powodem atrakcyjności wyjazdów w celach zdrowotnych jest też możliwość ich połączenia z wypoczynkiem. Wśród motywacji wyjazdów znajduje się również możliwość skorzystania z usług, które są niedostępne w Niemczech.

Informacje na temat zapotrzebowania na usługi zdrowotne ze strony obywateli z **Wielkiej Brytanii** wskazują, iż dotyczą one głównie stomatologii, medycyny estetycznej, spa i wellness. Z uwagi na dużą liczbę Polonii nie należy jednak wykluczać zainteresowania rehabilitacją i ofertą szpitali.

Zważając na słabo rozwiniętą służbę zdrowia w **Rosji**, na **Ukrainie** i na **Białorusi**, szczególnego znaczenie mają na tym rynku usługi specjalistyczne z obszarów kardiologii, ortopedii, neurologii, ginekologii, a także rehabilitacja, okulistyki i diagnostyki³¹. Oferta uzdrowisk może być również atrakcyjna dla turystów z tych rynków.

Należy też podkreślić, iż w związku z przepisami dyrektywy transgranicznej i długim oczekiwaniem na niektóre specjalistyczne zabiegi w określonych krajach, można przyjąć, iż również tutaj występuje duży potencjał. Warunkiem określenia zapotrzebowania na dany produkt jest jednak szczegółowa analiza danego państwa w zakresie finansowania procedur medycznych. Co więcej, występują duże różnice w czasie oczekiwania na dany zabieg w zależności od analizowanego regionu państwa, co też jest związane z potrzebą szczegółowej i specjalistycznej analizy.

Norweski system opieki zdrowotnej jest oceniany bardzo dobrze. W związku z czym wśród głównych obszarów poszukiwanych produktów, znajdują się te znajdujące się poza systemem ich finansowania. Do najistotniejszych można zaliczyć³²: rehabilitację, stomatologię, medycynę estetyczną, spa i wellness. Mimo, iż **szwedzki i duński** system opieki zdrowotnej nie są aż tak dobrze oceniane jak system norweski, można przyjąć, iż zapotrzebowanie z tych rynków jest podobne jak z rynku norweskiego.

faktow-o-turystyce-medycznej-w-niemczech-czy-rynek-niemiecki-jest-dla-nas-atrakcyjny/,

³⁰ Medizintourismus-IBUH, Touristik-Radar, 2016, Bad Honnef 2016.

³¹ Koncepcja Programu Promocji Usług Prozdrowotnych z 18 lipca 2016 r.

³² Tamże.

Ponadto warto podkreślić, iż dana klinika zawsze jest atrakcyjną destynacją turystyki medycznej, jeśli oferuje **unikatowe świadczenie medyczne**, które są gdzie indziej niedostępne. W związku z czym, unikatowe usługi specjalistyczne będą atrakcyjne dla każdego z analizowanych rynków.

2.4. Wnioski

Analiza źródeł statystycznych i dostępności komunikacyjnej pozwoliła na wytypowanie 6 województw charakteryzujących się największą intensywnością zagranicznego ruchu turystycznego, atrakcyjnością turystyczną oraz dostępnością komunikacyjną. Możemy w nich zaobserwować obecność odmiennych grup obcokrajowców. Ponadto trzy z tych województw charakteryzują się największym skupiskiem uzdrowisk w Polsce.

Poniższa tabel syntetyzuje zawarte tu informacje i zawiera dwustopniową ocenę połączeń komunikacyjnych regionu z danym rynkiem emisyjnym oraz dotychczasową strukturę turystów. Ocenę dostępności komunikacyjnej dokonano w oparciu o analizę siatek połączeń na głównych lotniskach w województwach oraz bliskość granicy. Jeśli pomiędzy regionem a rynkiem jest min. jedno połączenie lotnicze oznaczone to zostało jako „+”, jeśli więcej „+ +”. W przypadku bliskości granicy wpisano „=”.

Oceny istotności danej grupy obcokrajowców w regionie dokonano na podstawie głównych grup w największych miastach ujętych w tabeli nr 3. Wówczas oznaczono istotność grupy jako „& &”. Zdecydowano się na uwzględnienie tylko rynków najważniejszych, niemniej można przyjąć, iż do tych sześciu województw przyjeżdżają wszystkie analizowane wcześniej grupy turystów. W tabeli uwzględniono również produkty, na które wydaje się być największe zapotrzebowanie na określonych rynkach. Nie ujęto tutaj takich rynków jak USA czy ZEA, gdyż ich obecność w Polsce nie jest w tak dużym stopniu uwarunkowana geograficznie jak w przypadku pozostałych analizowanych tu rynków. Województwo małopolskie i śląskie z uwagi na bliską lokalizację zostały poddane wspólnej analizie. Najczęściej odwiedzane destynacje ze strony rynku norweskiego i szwedzkiego, jak i siatka połączeń oraz zapotrzebowanie na produkty jest w tych państwach zbliżona, dlatego w dalszej części rynki te będą analizowane wspólnie.

Tabela 5: Analiza ruchu turystycznego w Polsce z ważnych rynków emisyjnych w kontekście regionów i zapotrzebowania na produkty.

Produkty	Stomatologia	x			x	x	x	
	Uzdrowiska	x	x	x	x	x	x	
	Spa i Wellness	x			x	x	x	
	Diagnostyka		x	x				x
	Specjalistyczne		x	x				x
	Unikatowe	x	x	x	x	x	x	x
Region	Rynek	Niemcy	Rosja	Ukraina	Wielka Brytania	Dania	Norwegia i Szwecja	Białoruś
Pomorskie		++	=	-	++	+	++	-
		&&			&		&&	
Małopolskie i Śląskie		++	-	+	++	+	++	-
		&&		&&	&&			
Dolnośląskie		++=	-	+	++	+	++	-
		&&			&&			
Mazowieckie		++	++	+	++	+	++	+
		&&			&&			
Zachodniopomorskie		=	-	-	++	=	++	-
		&&				&&		
Powiaty i miasta na prawach powiatu								
Poznań		++=	-	-	++	-	++	-
Łódź		+	-	-	++	-	-	-
Białystok		-	-	-	++	-	-	= &&
Toruń ³³		++ &&	-	-	++	-	-	-
Lublin ³⁴		-	-	=	++	-	++	=
ślubicki		=	-	-	-	-	-	-
Legenda: + ocena lotniczej dostępności komunikacyjnej = teren przygraniczny && istotność danej grupy w regionie								

Źródło: opracowania własne na podstawie <http://www.airport.gdansk.pl/schedule/link>, <http://airport.wroclaw.pl/pasazer/mapa-polaczen/>, <http://www.krakowairport.pl/pl/pasazer,c70/informacje-o-lotach,c71/mapa-polaczen-regularnych,a180.html>, <https://www.katowice-airport.com/pl/pasazer/mapa-polaczen#>, <http://lotnisko.org/szczecin/miejsca-docelowe/>, <http://www.airport-poznan.com.pl/pl/polaczenia-lotnicze/mapa-polaczen>, <http://lotnisko.lodz.pl/pl/dokad-latamy.html>, http://mazuryairport.pl/przyloty_38.html, z dnia 08.11.2016 r., Turystka w 2015 r., GUS.

Powyższe zestawienie ma służyć jako baza do dalszych prac nad określeniem strony podaźowej turystyki w Polsce. W dalszej części analizy powinna być dokonana ocena stanu dostępności usług medycznych w poszczególnych regionach.

³³ Analizowano lotnisko w Bydgoszczy (przyp. autora).

³⁴ „W województwie lubelskim znajduje się prawie 400 firm zajmujących się medycyną estetyczną, odnową biologiczną oraz oferujące usługi kosmetyczne. Ponad 36% z nich znajduje się w stolicy województwa.” – Analiza możliwości s. 39.

3. Kryteria określające grupę podmiotów stanowiących stronę podażową turystyki medycznej

3.1. Analiza dostępnych badań określających kryteria dla placówek turystyki medycznej

Zidentyfikowane analizy dotyczące potencjału rozwoju turystyki medycznej na danym terenie wskazują wyraźnie, iż nie wszystkie placówki medyczne spełniają kryteria, które mogą być wskaźnikiem do oceny ich szans jako destynacji turystyki medycznej³⁵.

Przy takim podejściu należy mieć jednakże na uwadze, iż kryteria muszą być dostosowane do konkretnej usługi i grupy turystów, więc występują elastyczne zasady ich stosowania. Wynikają one po pierwsze z charakterystyki i cech szczególnych danego świadczenia medycznego (przykładowo kliniki stomatologiczne powinny być nieco inaczej traktowane niż kliniki oferujące zabiegi wymagające długiej rehabilitacji). Po drugie wynikają one z odmiennych oczekiwań określonych grup pacjentów, opisanych nie tylko poprzez pryzmat ich potrzeb zdrowotnych, uwzględniających uwarunkowania państwa emisyjnego, ale także narodowość, wyznawaną religię, upodobania czy zasobność portfela.

Z powyższych powodów przedstawiony tutaj zestaw kryteriów mających za zadanie określić potencjał i możliwości placówki medycznej do obsługi pacjentów zagranicznych ma charakter wstępny i ma służyć jako baza do dalszych analiz i dyskusji.

Warto jeszcze podkreślić, co także zostało potwierdzone w wywiadach eksperckich przeprowadzonych dla potrzeb niniejszego opracowania, iż nieco inaczej wyglądają wyobrażenia o możliwościach sprawnej obsługi pacjentów zagranicznych wśród polskich i zagranicznych ekspertów. Można odnieść wrażenie, iż nie do końca przypisujemy elementom kulturowym należyłą rangę. Ponadto wśród przedstawicieli polskich klinik często panuje mit, iż „jak się pojawi autobus pacjentów” to jakoś sobie poradzimy.

Nawet jeśli dla wielu osób jest to stwierdzenie trywialne, warto podkreślić, iż organizacja turystyki medycznej nie rozpoczyna się od momentu przybycia pacjenta zagranicznego do placówki medycznej, ale wiele etapów wcześniej. Na jego przyjazd trzeba być przygotowanym. Kluczowe wydaje się być w tym kontekście pytanie: **Jakie kryteria**

³⁵ **Destynacja turystyki medycznej** jest tutaj rozumiana jako obszar geograficzny (miejscowość, region), ale też placówka medyczna, która jest wybierana przez określonego odwiedzającego lub grupę odwiedzających. Obszar ten posiada na swoim terenie wszelkie urządzenia i udogodnienia niezbędne do zakwaterowania, wyżywienia, rozrywki/zajęć. Tworzy tym samym jednostkę konkurencyjną w turystyce przyjazdowej, w której głównym celem jest poprawa lub zachowanie zdrowia (por. Bieger, T., Beritelli, P. (red.), (2013). Management von Destinationen, Oldenbourg, München).

musi spełniać dana placówka medyczna, aby stanowić potencjalną destynację turystyki medycznej?

Analiza dostępnych źródeł na ten temat, do których można zaliczyć przykładowo analizę potencjału turystyki medycznej w Berlinie i Brandenburgi³⁶, daje pewne wstępne wskazówki, jakie elementy należy wziąć pod uwagę.

Po pierwsze warto sobie zadać pytanie, na jakie zabiegi występuje potencjalne **zapotrzebowanie** ze strony wybranych rynków zagranicznych³⁷. Należy tutaj wziąć pod uwagę elementy, (które zostały przedyskutowane we wcześniejszych punktach), takie jak analiza występującej już struktury przyjazdów turystów (w tym turystów medycznych) oraz deficyty w zakresie opieki zdrowotnej na danych rynkach. Motywacje podjęcia leczenia w innym państwie to: niższe koszty świadczeń medycznych nieobjętych ubezpieczeniem zdrowotnym w państwie zamieszkania, długie kolejki na zabieg (szczególnie w przypadku możliwości uzyskania refundacji kosztów leczenia, np. w ramach realizacji dyrektywy transgranicznej), niedostępność świadczeń (brak procedur lub ograniczenia prawne). Tak więc pierwszym etapem oceny szans pojedynczej placówki powinna być ocena oferowanych usług pod kątem zapotrzebowania na nie ze strony pacjentów zagranicznych. Ważnym elementem będzie tutaj także oferowanie innowacyjnych metod leczenia, które nie są dostępne w innych placówkach w kraju i poza granicami.

Po drugie istotne jest **położenie** danej kliniki w dwóch wymiarach. Z jednej strony chodzi o położenie geograficzne i tutaj można wyróżnić takie elementy jak: bliskość granicy, kulturowe i polityczne uwarunkowania obecności danych grup obcokrajowców. Z drugiej strony chodzi o dostępność komunikacyjną w postaci lotniska międzynarodowego i/lub szybkich połączeń kolejowych. Doświadczenia innych państw wskazują, iż niezwykle trudno jest przekonać zagranicznego pacjenta do zmiany środka lokomocji, jeśli dany produkt medyczny znajduje się w miejscu potencjalnej przesiadki.

Trzecim elementem jest widoczność **międzynarodowego** charakteru placówki lub doświadczenia z pacjentami międzynarodowymi. W tym kontekście istotnym elementem jest strona internetowa i inne materiały informacyjne w języku ojczystym potencjalnych

³⁶ Potenzialstudie Medizintourismus Berlin- Brandenburg 2015, Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie.

³⁷ Przykładowo w Berlinie nie brano pod uwagę psychiatrii i geriatrici, gdyż na te produkty nie stwierdzono zapotrzebowania na interesujących rynkach lub uznano, iż nakłady na przygotowanie odpowiedniej oferty przewyższyłyby spodziewane efekty (Tamże).

pacjentów. Znajomość języków obcych przez personel jest niezwykle ważnym kryterium. Zagadnienia związane z językiem obcym są jednakże wielowymiarowe i wymagają szczególnej i osobnej uwagi. Na międzynarodowy charakter placówki wskazuje też międzynarodowy charakter prowadzonych badań klinicznych. Międzynarodowa renoma placówki również wpisuje się w stopień uznania placówki za godną polecenia.

Czwartym kryterium brany pod uwagę w przytaczanych badaniach jest **specjalizacja** i działalność badawcza. Wydaje się jednak, że nie jest to czynnik konieczny, aby w polskich warunkach (z uwagi na charakter turystyki medycznej) dana placówka stała się podmiotem turystyki medycznej.

Piąte wymienione kryterium obejmuje odpowiednie **wyposażenie** kliniki. Dotyczy ono z jednej strony „oferty hotelowej kliniki” (przykładowo liczebność i wielkość pokoi, dostępność łazienek). Wydaje się, iż jest to właśnie przykład kryterium, którego uszczegółowienie ma sens tylko w kontekście obsługiwanej grupy docelowej. Inne wymagania mają pacjenci pochodzenia arabskiego, a inne pacjenci z Ukrainy. Z drugiej strony dotyczy to także wyposażenia w nowoczesny sprzęt medyczny.

Jako szósty element pojawia się „**otwartość kulturowa**”. Wydaje się, iż ten element jest również w odmienny sposób istotny, w zależności od narodowości pacjentów³⁸.

Kolejny element dotyczy **sprawności procesów** związanych z obsługą pacjentów zagranicznych. Można tu zaliczyć kilka elementów, wśród których na początku procesu istotna jest szybkość odpowiedzi na zapytania w języku ojczystym. Przyjmuje się, iż powinno zostać ono opracowane w ciągu 24 godzin. Kolejne elementy obejmują działania związane z pomocą w organizacji podróży i pobytu (także osób towarzyszących), pomocą przy załatwianiu formalności, możliwościami organizacji tłumaczeń, przebiegu procesu leczenia i dokonywania rozliczeń.

Podkreśla się znaczącą rolę biur międzynarodowych w sprawnym przebiegu procesów obsługi. „International Office“ stanowią jednostki organizacyjne wewnątrz struktury kliniki, które są odpowiedzialne za kompleksowe pozyskiwanie i obsługę pacjentów zagranicznych. Badania wskazują, iż w Niemczech, zyski z tytułu obsługi pacjentów zagranicznych są w placówkach posiadających takie jednostki aż siedmiokrotnie wyższe w porównaniu do klinik nieposiadających takich biur.

³⁸ Szerzej na ten temat w: Lubowiecki-Vikuk A, Gnusowski M., op. cit., s. 255-261.

Wydaje się, iż kluczowym kryterium jest **dostęp do informacji**. Z uwagi na fakt, iż w przypadku usług medycznych mamy do czynienia z asymetrią wiedzy na temat świadczeń medycznych pomiędzy świadczeniobiorcą a świadczeniodawcą, niejednokrotnie to wygląd strony internetowej albo usługi dodatkowe mogą zadecydować o wyborze określonej kliniki.

Pacjent zagraniczny powinien mieć możliwość znalezienia na stronie internetowej informacji na temat³⁹:

- położenia kliniki i jej charakterystyki (liczba lekarzy, liczba łóżek, liczba pacjentów),
- posiadanych oddziałów (szczególnie tych pokrywających się z zapotrzebowaniem ze strony wybranych rynków zagranicznych),
- wyposażenia w aparaturę,
- oferty z zakresu telemedycyny,
- serwisu, a w szczególności pomocy w tłumaczeniu, pomocy w pozyskaniu wiz, transferu, organizacji programu turystycznego (też dla osób towarzyszących), dostępu do materiałów informacyjnych, umów, dokumentów wyjaśniających, diagnostyki i znakach informacyjnych w klinice w obcych językach, dostępu do szczególnej diety, możliwości odbycia modlitw, pokoi jednoosobowych z odpowiednim wyposażeniem, organizacji pobytu osób towarzyszących,
- posiadanych certyfikatów,
- osoby do kontaktu w danym języku.

Wnioski z badań dotyczących stron internetowych wskazują, iż⁴⁰:

- 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”),

³⁹ Potenzialstudie Medizintourismus Berlin- Brandenburg 2015, Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie.

⁴⁰ 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, Lunt, N., Carrera, P. (2011), Systematic review of web sites for prospective medical tourists, *Tourism Review*, 66 (1/2), 57-67, cyt. za Białk-Wolf, A. (2014). op. cit.

- 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,
- 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 wystarczy informować o wysokiej jakości usług i pokazywać efektowne zdjęcia.

3.2. Wyniki badań własnych jakościowych dotyczących ww. kryteriów

Z uwagi na fakt, iż kryteria oceny placówek medycznych jako destynacji turystyki medycznej nie są często analizowane w literaturze, dostępne źródła postanowiono rozszerzyć o wywiady eksperckie. Kluczowe w tym kontekście stało się pytanie: Jakie kryteria powinna spełniać placówka medyczna, aby z sukcesem móc pozyskiwać i obsługiwać pacjentów z zagranicy, czyli aby stać się destynacją turystyki medycznej?

Aby pogłębić wiedzę w tym zakresie przeprowadzono 6 wywiadów z ekspertami ds. turystyki medycznej w kraju i zagranicą w październiku i listopadzie 2015 r. Niewątpliwą zaletą tych badań było zaczerpnięcie wiedzy także od środowisk międzynarodowych, które przecież lepiej znają specyfikę swoich rynków.

Poniżej w skrótovej formie przedstawiono zidentyfikowane kryteria istotne dla szans placówki medycznej na rozwój w kierunku destynacji turystyki medycznej⁴¹:

- Atrakcyjność turystyczna danego miejsca,
- Uznana destynacja turystyczna,
- Funkcjonowanie infrastruktury w mieście komplementarnej wobec turystyki medycznej, takiej jak centra zakupowe, oferta kulturalna,
- Jednostki organizacyjne wewnątrz placówek o dużych kompetencjach odpowiedzialne za organizację turystyki medycznej,
- Osoby posługujące się obcym językiem jako „native speaker”,
- Zoptymalizowane i działające procesy wewnątrz kliniki związane z obsługą pacjentów zagranicznych,
- „Usieciowienie” szpitali,
- Status placówki uniwersyteckiej (jako wzbudzającej większe zaufanie),
- Posiadanie w ofercie zestandaryzowanych zabiegów planowych, o niskim wskaźniku powikłań,
- Rekomendowane przez osoby i instytucje (konieczność stworzenia zintegrowanej informacji medycznej),
- Renomowani specjaliści,
- Placówka o dużym potencjale (za wyłączeniem stomatologii) – duże placówki,
- Placówki umiejscowione w dużych aglomeracjach,
- Znaczenie lokalizacji zależy od problemu medycznego: „Im większy problem medyczny, tym mniejsze znaczenie ma lokalizacja”.

⁴¹ Wywiady osobiste i telefoniczne przeprowadzone przez autorkę opracowania w dniach 20.10-08.11.2016 r.

3.3. Teoretyczny model określający potencjał placówki medycznej jako destynacji turystyki medycznej

Podsumowując analizę literatury oraz wyniki badań własnych można stwierdzić, iż kryteria określające potencjał placówki jako destynacji turystyki medycznej dotyczą elementów zależnych i niezależnych od samej kliniki i koncentrują się na takich obszarach jak:

- Oferta (też dotycząca wyposażenia),
- Lokalizacja,
- Obcojęzyczność,
- Gotowość przyjęcia i obsługi pacjenta międzynarodowego (sprawność procesu obsługi).

Ponadto kryteria można ująć w dwie grupy, mianowicie kryteria konieczne i pożądane. Ich szczegółowy opis powinien być jednakże różny, w zależności od rodzaju świadczeń medycznych oraz rynku, do którego ma być kierowany produkt.

Poniższa tabela stanowi opis poszczególnych wskaźników i stanowi teoretyczny model, który powinien być poddany dalszej walidacji. Elementy opisane w „Ofercie” i „Lokalizacji” korespondują z koncepcją „Produktu” i „Regionu” omawianymi w punkcie trzecim. Należy podkreślić, iż nie jest celem spełnienie wszystkich tych wymogów, a mają one jedynie charakter poglądowy. Wraz z wnioskami z przeprowadzonej analizy w punkcie trzecim, poniższy zestaw będzie stanowić bazę to założeń metodologicznych wyboru sugerowanych klinik stanowiących stronę podażową turystyki medycznej w Polsce.

Tabela 6: Wybór kryteriów wpływających na gotowość przyjęcia pacjentów zagranicznych

Oferta	
1.	Oferta świadczeń niedostępnych na danym rynku zagranicznym
2.	Ceny oferowanych usług za świadczenia nier refundowane są niższe niż w państwach emisyjnych
3.	Klinika oferuje krótszy czas oczekiwania na zabiegi niż kliniki na potencjalnych rynkach emisyjnych
4.	Klinika ma kilka oddziałów i oferuje kompleksowe usługi medyczne
5.	Klinika świadczy innowacyjne świadczenia
6.	Wyposażenie medyczne odpowiada standardom lub jest wyższe niż w państwie emisyjnym
7.	Estetyka obiektu jest zgodna z powszechnym gustem potencjalnych pacjentów
8.	Standard hotelowy jest za odpowiednim poziomie
9.	Wysokie kwalifikacje lekarzy
Lokalizacja	
1.	Bliskość lotniska
2.	Bliskość stacji kolejowej obsługiwanej przez szybkie pociągi
3.	Tereny przygraniczne
4.	Duże miasta o znaczącej liczbie turystów zagranicznych
5.	Lokalizacja w regionie atrakcyjnym turystycznie
6.	Lokalizacja z dostępem do oferty komplementarnej wobec medycznej
7.	Infrastruktura w regionie jest na wysokim poziomie

Kontynuacja tabeli nr 6 ze s. 26.

Obcojęzyczność	
1.	Strony internetowe są dostępne przynajmniej w jednym języku obcym
2.	Personel pomocniczy posługuje się językami obcymi
3.	Lekarze posługują się językami obcymi
4.	Dokumenty informujące o możliwych ryzykach i metodach leczenia są w językach obcych
5.	Umowy są dostępne w językach obcych
Proces obsługi	
1.	W strukturach kliniki jest osoba (lub dział) odpowiedzialny za kompleksową obsługę pacjenta zagranicznego
2.	Klinika odpowiada za zapytania w języku obcym na zapytania w ciągu 24 godzin
3.	Uważność obsługi kliniki na potrzeby pacjenta w celu zniwelowania poczucia obcości w obcym państwie

Źródło: opracowanie własne.

Należy mieć na względzie, że powyższa tabela z pewnością nie wyczerpuje analizowanych obszarów, celowo jest sformułowana ogólnie i stanowi jedynie punkt wyjścia do rozważań w konkretnych grupach produktowych oraz na konkretnych rynkach.

4. Klaster jako forma współpracy podmiotów medycznych w Polsce w świetle badań Instytutu Badań i Rozwoju Turystyki Medycznej

Biorąc pod uwagę fakt, iż warunkiem rozwoju turystyki w regionie jest współpraca różnych podmiotów i instytucji, poniżej zostaną zaprezentowane wyniki badań dotyczące doświadczeń klastrów skupiających podmioty medyczne i turystyczne, które są traktowane właśnie jako platformy współpracy.

Zgodnie z klasyczną definicją klastra autorstwa Portera jest to „znajdująca się w geograficznym sąsiedztwie grupa przedsiębiorstw i powiązanych z nimi instytucji zajmujących się określoną dziedziną, połączoną podobieństwami w wzajemnie się uzupełniającą”⁴². Tak więc cechą charakterystyczną klastrów jest jednoczesna współpraca i konkurowanie zrzeszonych tam podmiotów.

W badaniu jakościowym przeprowadzonym w okresie od maja do września 2016 r. wzięło udział siedem polskich klastrów skupiających podmioty związane z turystyką medyczną i zdrowotną. Zważając, iż w sumie w okresie tym udało się zidentyfikować ok. 16-18 klastrów z tego obszaru, należy to uznać za wynik zadowalający. Celem badania było

⁴² Porter M. E. (1998). *The Competitive Advantage of Nations*, Macmillan, London, cyt. za E. Łażniewska, M. Gorynia, (2012). *Konkurencyjność regionalna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, s. 93.

poznanie praktycznego funkcjonowania istniejących klastrow, ich glównych problemów i oczekiwań.

Jeśli chodzi o wielkość analizowanych klastrow, to zaobserwowano tu spore rozpiętości. Do klastrow należało od 18 do 85 podmiotów. Nie wydaje się, aby liczebność klastra miała przełożenie na skuteczność działań. Instytucje, które zidentyfikowano w ramach klastrow to zarówno instytucje prywatne, jak i publiczne. Należą do nich świadczeniodawcy usług medycznych, firmy doradcze, firmy z branży około medycznej, wyższe uczelnie i jednostki samorządu terytorialnego.

Klustry działają glównie regionalnie, choć zdarza się, iż członkowie działają międzynarodowo. Raczej są to małe i średnie przedsiębiorstwa, choć czasem zdarzają się duże. Inicjatorami ich powstania były osoby prywatne, stowarzyszenia lub firmy. Trudno jest zidentyfikować dominującą formę zrzeszenia, choć dosyć często jest to fundacja. Poza jednym wyjątkiem badane klustry funkcjonowały od niedawna, tj. krócej niż 3 lata. Decyzje dotyczące bieżącej działalności podejmuje na ogół zarząd klastra lub koordynator.

Do deklarowanych wspólnych działań, które udało się klastrom osiągnąć należą glównie:

- wypracowywanie wspólnych koncepcji produktów,
- integrację branży poprzez lepsze poznanie,
- wspólne przedsięwzięcia w postaci np. organizacji konferencji,
- odnalezienie wsparcia merytorycznego i organizacyjnego,
- wspólne szkolenia.

Jednakże często padają stwierdzenia o małym zaangażowaniu niektórych członków klastrow. Należy pozytywnie podkreślić fakt, iż mimo krótkiego okresu działania, klastrom udało się zrealizować jakieś konkretne wspólne przedsięwzięcia. Jednakże oczekiwania są na ogół większe, niż dotychczasowe rezultaty.

Klustry nie prowadzą działań na rzecz wspólnego pozyskiwania pacjentów z zagranicy. Można to tłumaczyć faktem, iż jest to zagadnienie stosunkowo nowe i wiedza na

ten temat jest dosyć niska. Z drugiej strony jest to zjawisko znane z zagranicy, gdzie również pozyskiwanie klientów nie należy do wspólnych działań klastrów⁴³.

Kooperacja w ramach klastrów polega głównie na bieżącym przekazywaniu informacji, wymianie maili i rozmowach telefonicznych, jak i próbach rozwiązywania wspólnych problemów. Ponadto klastry dążą do wspólnego prezentowania się w trakcie targów i kongresów (również międzynarodowych), a także do wspólnej organizacji szkoleń i warsztatów. Wiele z nich pewnie nadzieje na współpracę wiąże z szansą na pozyskiwanie funduszy unijnych. Ważną częścią działalności wydaje się być także lobbing.

Finansowanie klastrów opiera się głównie na składkach członkowskich.

Różnorodność organizacji, z którymi klastry deklarują współpracę może być odzwierciedleniem obserwowalnego już trendu na świecie, poszerzania kręgu podmiotów współpracujących w ramach różnych form klastrowych.

Poszukiwanie wsparcia u innych podmiotów dotyczy w głównej mierze pozyskiwania dotacji unijnych, zaangażowania, pomysłów i wsparcia w zakresie wiedzy i umiejętności. Pewnym wyzwaniem jest nawiązywanie współpracy międzynarodowej.

Klastry relacjonują pozytywne doświadczenia ze współpracy z innymi klastrami i deklarują wolę zacieśnienia tej współpracy. Do największych wyzwań należy znalezienie motywacji do większego zaangażowania członków klastra oraz uzyskiwanie funduszy na działalność. Tego dotyczą też oczekiwania klastrów ze strony instytucji samorządowych. Ponadto klastry widzą ważną rolę samorządów we wspieraniu działań promocyjnych oraz pomocy w dotarciu do decydentów oraz w zakresie współpracy ponadregionalnej i międzynarodowej.

Koordynatorzy klastrów mający doświadczenie z pozamedycznych i pozaturystycznych branż wskazują, iż integracja branży medycznej jest sporym wyzwaniem na tle innych branż. Brakuje tu niejednokrotnie woli współdziałania i widzenia własnego interesu w podejmowaniu działań na rzecz klastra.

Podsumowując, należy pozytywnie ocenić deklarowaną wolę współpracy ze strony uczestników badania. Niewiele jest działań typowo związanych z turystyką medyczną.

⁴³ Białk-Wolf, A., (2016). Region Zdrowia Fryburg. Manager Zdrowia 147, s. 26-29.

5. Metodologia wyboru placówek medycznych i opis procesu ich badania

5.1. Uwagi wstępne

Celem działań, których opis stanowi treść niniejszego rozdziału było stworzenie bazy podmiotów medycznych działających w Polsce, które mają potencjał na międzynarodowym rynku turystyki medycznej.

Dotychczasowe rozważania mają służyć za podstawę do znalezienia odpowiedzi na pytanie: Jakie kliniki mają szansę z sukcesem pozyskiwać i obsługiwać pacjentów z zagranicy?

Zgodnie z przyjętymi założeniami i analizie opartej na koncepcji „Produkt-Rynek-Region”, odpowiedź na tak zadane pytanie należy oprzeć o te trzy elementy. Wychodząc od zagadnień związanych z „**Produktem**”, można przyjąć, iż do głównych usług oferowanych na polskim rynku, na które występuje zapotrzebowanie na podstawie badań cząstkowych należy: stomatologia, usługi uzdrowiskowe, medycyna estetyczna, rehabilitacja, okulistyka, wellness i spa, diagnostyka, zabiegi unikatowe, a także oferta szpitali w zakresie kompleksowego leczenia w obszarach: kardiochirurgia, neurologia, ortopedia.

Oprócz wcześniej analizowanych elementów należących do obszaru „**Rynek**”, do których zaliczono: Niemcy, Wielką Brytanię, Skandynawię, Rosję, Ukrainę i Białoruś warto dołączyć do dalszych rozważań także **Stany Zjednoczone** oraz Kraje Bliskiego Wschodu, w tym **Zjednoczone Emiraty Arabskie**. O ile w Stanach do potencjalnych produktów można zaliczyć kardiochirurgię, ortopedię, medycynę estetyczną, to w ZEA prawdopodobne zainteresowanie może być związane z ortopedią, kardiologią, leczeniem otyłości, stomatologią i ofertą uzdrowiskową⁴⁴. Te dwa rynki ze względu na ich zdrowotną sytuację wewnętrzną i dotychczasowe doświadczenia w turystyce medycznej wskazują na potencjał w tym zakresie.

W zakresie „**Regionów**” z uwagi na ich położenie geograficzne, dostępność komunikacyjną, atrakcyjność, a przede wszystkim już występującą turystykę przyjazdową, wskazano generalnie na 6 województw. Dołączono do nich kilka powiatów, które biorąc pod uwagę wymienione kryteria, też wydają się być atrakcyjnymi destynacjami turystyki

⁴⁴ Koncepcja Programu Promocji Usług Prozdrowotnych z 18 lipca 2016 r.

medycznej. Również w tym obszarze wydaje się być słuszne rozszerzyć analizowaną grupę. Po pierwsze o uzdrowisko Nałęczów z uwagi na doświadczenia w pozyskiwaniu pacjentów z rynków arabskich⁴⁵. Jego wyjątkowość, polega również tym, iż stanowi jedyny przykład w Polsce kardiologicznego uzdrowiska jedno-profilowego. Drugim regionem jest powiat buski, na terenie którego znajdują się dwa uzdrowiska, a rozpatrzenie tego regionu wynika z szerokich i wyjątkowych działań prowadzonych władze samorządowe na rzecz rozwoju turystyki medycznej.

Biorąc pod uwagę ogólne kryteria przedstawione w punkcie trzecim, można dla potrzeb dalszej analizy przyjąć, iż aby zaistnieć na rynku turystyki medycznej, placówki muszą spełniać poniżej opisane warunki konieczne, z podziałem na określone grupy produktów. Z uwagi na szeroki i różnorodny zakres usług oferowany przez wiele hoteli spa i wellness o różnym standardzie, oraz fakt, że nie są tam świadczone usługi medyczne przez lekarzy ani przez nich nadzorowanych, a ich oferta może być traktowana jako komplementarna wobec turystyki medycznej, nie wydaje się celowe adaptowanie przedstawionych tu kryteriów do tego typu obiektów.

Tabela 7: Propozycja kryteriów dot. warunków koniecznych dla świadczeniodawców usług medycznych dla turystyki medycznej (baza do dalszej analizy).

Warunki konieczne i wspólne dla wszystkich podmiotów						
Komunikatywna i przejrzysta strona internetowa w min. 1 języku obcym						
Estetyka obiektu						
Wysoka jakość usług medycznych						
Możliwość komunikacji z pacjentem w jego języku ojczystym						
Warunki konieczne i pożądane oraz charakterystyczne dla danych produktów						
STOMATOLOGIA						
<i>Lokalizacja (wybór alternatywny)</i>	teren przygraniczny			duże miasta atrakcyjne turystycznie		
<i>Rynki</i>	Niemcy	Rosja	Ukraina	Niemcy	Wielka Brytania	Skandynawia
<i>Warunki pożądane</i>	szeroki zakres usług			minimalna liczba gabinetów		
UZDROWISKA						
<i>Lokalizacja: wybór alternatywny</i>	teren przygraniczny		max. 1.5 godziny od lotniska autem		max. 1.5 godziny od połączeń szybkich kolejowych	
<i>Rynki</i>	Niemcy, Rosja	Ukraina,	Niemcy, Skandynawia, Kraje Bliskiego Wschodu, USA, Wielka Brytania		Niemcy, Ukraina, Rosja	

⁴⁵ <http://www.portalsamorzadowy.pl/ochrona-zdrowia/sanatoria-uzdrowisko-naleczow-przyciaga-kuracjuszy-z-krajow-arabskich,78019.html>, z dnia 08.11.2016 r.

Kontynuacja tabeli nr 7 ze s. 31.

SZPITALA I SPECJALISTYCZNE CENTRA MEDYCZNE					
Wybór alternatywny (min. odpowiednia lokalizacja lub oferta)	lokalizacja: wybór alternatywny	teren przygraniczny		max. 2 godziny od lotniska autem	max. 2 godziny od połączeń szybkich kolejowych
	oferta: wybór alternatywny	unikatowa metoda leczenia		marka	specjaliści klasy międzynarodowej
Pożądane	biuro międzynarodowe w strukturach szpitala				
Produkty szczegółowe (najważniejsze)	kardiologia	onkologia	diagnostyka	neurologia	in vitro
	medycyna estetyczna	okulistyka	rehabilitacja	ginekologia	laryngologia
Rynki	wszystkie analizowane (wymaga szczegółowych analiz oferowanych procedur)				

Źródło: opracowanie własne.

Jeszcze raz należy podkreślić, iż omawiane tutaj zostały założenia wstępne do dalszej analizy. Kluczowe pytanie, które teraz należy postawić, to zapytanie o dostępność placówek medycznych w określonych regionach, które oferują produkty, na które może być zainteresowanie na wymienionych rynkach emisyjnych.

Należy więc przyjąć, iż placówka medyczna oferująca określone procedury medyczne musi spełniać kilka kryteriów koniecznych, aby stać się potencjalną destynacją turystyki medycznej. W związku z tym, iż specyfika świadczonej usługi ma wpływ na charakter tych kryteriów, zastosowano nieco odmienne kryteria selekcji placówek dla różnych podmiotów. Z uwagi na uwarunkowania historyczne, finansowe i prawne, szczególną grupę podmiotów stanowią gabinety stomatologiczne. Podczas gdy procentowy udział wydatków prywatnych na zdrowie w ogólnych wydatkach na zdrowie, przykładowo w 2014 roku, wynosił 23,5%⁴⁶, to w przypadku usług stomatologicznych udział ten wynosi ponad 85%. Zdecydowana większość praktyk stomatologicznych jest prywatna i nie ma kontraktów z NFZ⁴⁷. Z tych względów trudno też porównywać przygotowanie placówek stomatologicznych do pozyskiwania i obsługi pacjentów zagranicznych (gdyż są oni przyzwyczajeni do działań wolnorynkowych) do jakichkolwiek innych rodzajów placówek medycznych, które te doświadczenia mają jeszcze stosunkowo ograniczone.

Selekcji placówek dokonano wieloetapowo. W pierwszej kolejności sprawdzono m.in. lokalizację i dostępność komunikacyjną, w kolejnym etapie analizowano strony internetowe, a następnie do wybranych placówek rozesłano e-maile z zapytaniem od potencjalnego klienta. Metoda ta jest uznawana za najwiarygodniejszy weryfikator faktycznego zaangażowania

⁴⁶ <http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHEXPRATIOPOL?lang=en>, z dnia 13.12.2016 r.

⁴⁷ Sagan A. i in. (2011). Poland: Health system review. Health Systems in Transition, 13 (8), s. 80.

i możliwości placówki do obsługi pacjentów zagranicznych. Z uwagi na różnorodność analizowanych usług medycznych od czwartego etapu badania zastosowano odmienne podejście do placówek stomatologicznych i do pozostałych świadczeniodawców. Szczegółowy opis zastosowanych kryteriów na poszczególnych etapach przedstawiono poniżej.

5.2. Etapy badania placówek, ich uzasadnienie i zestawienia zbiorcze

5.2.1. Stworzenie bazy pierwotnej

Punktem wyjścia do stworzenia bazy docelowej były publiczne dane gromadzone przez Centrum Systemów Informacyjnych – Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL) w Polsce, dostępnych na stronie: www.rpwdl.csioz.gov.pl, zawierające zbiór wszystkich podmiotów leczniczych w kraju. Rejestr ten zawiera informacje o wszystkich podmiotach mających zezwolenie na prowadzenie działalności leczniczej i prowadzony jest przez właściwy organ rejestrowy, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej⁴⁸. Jest on na bieżąco aktualizowany w zakresie powstawania nowych placówek oraz zlikwidowanych. W związku z tym punktem wyjścia był stan placówek na dzień 09 sierpnia 2016 r. W oparciu o dane z rejestru powstała baza składająca się z **25 062 rekordów** i zawierała podstawowe informacje, takie jak numer porządkowy w rejestrze, nazwa podmiotu, adres, numer telefonu, adres email, adres strony internetowej oraz datę rozpoczęcia działalności.

Pierwszym etapem selekcji było wykluczenie z bazy podmiotów, które nie są położone w dużych oraz średnich ośrodkach miejskich albo na terenach przygranicznych oraz tych podmiotów, które:

- nie prowadzą działalności polegającej na świadczeniu usług medycznych⁴⁹,
- są zlokalizowane w więzieniach,
- udzielają świadczeń medycznych wyłącznie w trybie nagłym lub są laboratoriami,
- są indywidualnymi praktykami lekarskimi (poza stomatologią),
- są ośrodkami usług psychologicznych,
- stanowią domy opieki paliatywnej,
- są przychodniami świadczącymi usługi podstawowej opieki zdrowotnej,

⁴⁸ Dz. U. 2011 nr.112 poz.654.

⁴⁹ Takie jak przykładowo: apteki, sklepy medyczne.

- są zespołami pielęgniarek, szkołami położnych, zespołami transportu medycznego.

W wyniku tych działań w bazie pozostało **4 354 rekordów**. Ponadto wykluczono z rejestru:

- podmioty, które nie są samodzielnymi podmiotami gospodarczymi / przedsiębiorstwami⁵⁰,
- publiczne placówki medyczne (np.: szpitale samorządowe, kliniczne, miejskie, wojskowe) z następujących przyczyn:
 - placówki te finansowane są głównie ze środków publicznych rozdzielanych w ramach NFZ, co wywołuje prawne ograniczenia dla działań komercyjnych. Ograniczenia te mogą ulec wzmocnieniu w związku z planowaną reformą w służbie zdrowia,
 - placówki te najczęściej są skupione na realizacji zadań wynikających z kontraktów z NFZ, co powoduje, iż nie są one zainteresowane dodatkowymi pacjentami,
 - struktura organizacyjna oraz system zarządzania tych placówek najczęściej jest nieprzygotowany do planowej obsługi pacjenta zagranicznego.

Placówki publiczne mają wprawdzie potencjał w zakresie turystyki medycznej, ale w długofalowej perspektywie.

W wyniku działań selekcyjnych na koniec pierwszego etapu zostało wybranych **2 331 rekordów**.

5.2.2. Korekta przyjętych zasad selekcji

Drugi etap działań miał charakter korygujący. Zdając sobie sprawę z możliwości pominięcia wartościowych podmiotów w wyniku przyjęcia restrykcyjnych kryteriów zastosowanych na pierwszym etapie selekcji, w dalszych pracach zastosowano korektę tych założeń wstępnych. Zważając na omawiane kryteria w pierwszej części analizy, w których podkreślono, iż placówki oferujące unikatowe świadczenia medyczne, (mimo, iż nie spełniają kryteriów lokalizacyjnych) stanowią istotną destynację turystyki medycznej, na tym etapie doboru placówek postanowiono uzupełnić bazę o podmioty świadczące unikatowe i o

⁵⁰ Dotyczyło to wydzielonych spółek szpitalnych typu: SOR, oddziałów, instytutów, itp., które chociaż są prawnie odrębnymi podmiotami, faktycznie stanowią integralną część jednego szpitala (często zlokalizowane są w tym samym budynku) i w związku z tym dalej w bazie funkcjonują jako jeden rekord.

wysokiej jakości usługi medyczne oraz obsługujących już pacjentów zagranicznych i aktywnie działających na rynku turystyki medycznej. Korekty tej dokonano w oparciu o szereg wywiadów prowadzonych z osobami z branży przez autorów niniejszego opracowania oraz analizę prasy. Ponadto ujęto też członków Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych. Z tych względów w dalszej części opracowania pojawiły się również placówki publiczne lub samorządowe, które znane są z obsługi pacjentów zagranicznych w ramach wizyt planowych oraz obiekty typu „medical spa”.

Wybór obiektów „medical spa” wiązał się z trudnościami wynikającymi z braku jasnych kryteriów rozgraniczających tego typu obiekty od obiektów typu „spa”. Na potrzeby niniejszego opracowania do bazy zostały dołączone obiekty typu hotelowego, które posiadają w nazwie określenie „medical spa” albo są zlokalizowane w gminach uzdrowiskowych i mają rozbudowaną ofertę leczniczą. W wyniku przeprowadzonej korekty **zidentyfikowano 2 489 rekordów**.

5.2.3. Podział placówek medycznych na kategorie

Celem **trzeciego etapu** tworzenia bazy był podział podmiotów według oferowanych usług medycznych. Kategorie zostały wybrane w oparciu o część drugą niniejszej analizy, w której zostały wymienione obszary najczęściej poszukiwanych zabiegów medycznych przez pacjentów zagranicznych. Do każdego rekordu została przypisana kategoria świadczonych usług, według klucza opisanego w tabeli nr 8, zawierającej również liczbę zidentyfikowanych placówek medycznych według przyjętej klasyfikacji.

Tabela 8: Liczba rekordów w poszczególnych kategoriach wg rodzaju świadczonych usług.

Oznaczenie	Opis	Liczba placówek
1	szpitale wielospecjalistyczne,	355
2	uzdrowiska i sanatoria,	167
3	pozostałe podmioty medyczne (różne) – podmioty medyczne, które nie kwalifikują się do żadnej z pozostałych grup,	590
4	kliniki oferujące usługi medyczne dla kobiet: kliniki in vitro oraz położnicze,	65
5	okulistyka – placówki oferujące głównie usługi z dziedziny okulistyki,	140
6	usługi stomatologiczne – placówki oferujące usługi stomatologiczne,	819
7	ortopedia – placówki oferujące usługi z dziedziny ortopedii,	30
8	medycyna estetyczna – placówki oferujące zabiegi poprawiające urodę z dziedziny medycyny estetycznej oraz dermatologii,	110
9	rehabilitacja – ośrodki rehabilitacyjne inne niż uzdrowiska i sanatoria oraz szpitale rehabilitacyjne,	77
12	ośrodki medical spa – ośrodki typu hotelowego posiadające rozbudowaną ofertę medyczną lub spa.	136
SUMA		2 489

Źródło: opracowanie własne.

Należy podkreślić niedoskonałości przyjętej klasyfikacji. Wynika ona z faktu, iż niejednokrotnie trudno określić precyzyjne granice podziału placówek. Dlatego też przyjęto tutaj pewne założenia:

- W przypadku kompleksu podmiotów świadczących swoje usługi w różnych obiektach, które mają wspólny adres pocztowy oraz posiadają wspólną stronę internetową figurują one w bazie jako jeden rekord.
- W przypadku kompleksu podmiotów świadczących swoje usługi w różnych obiektach, które mają różne adresy pocztowe, ale posiadają wspólną stronę internetową każdy podmiot figuruje jako oddzielny rekord.
- W przypadku podmiotów medycznych posiadających filie w różnych miastach, każda placówka filii stanowi oddzielny rekord.

Ponadto należy podkreślić umowny podział szpitali ze względu na różnorodny charakter oferowanych usług. Trudność w klasyfikacji dotyczyła braku kryteriów rozgraniczających szpital wielospecjalistyczny zakwalifikowany do typu (1) od szpitali oferujących wąskie świadczenia specjalistyczne zakwalifikowanych do innych typów (np. 5, 7, 8). Na potrzeby niniejszej klasyfikacji przyjęto, że o ile szpital nie zawiera określonej specjalizacji w nazwie szpitala albo nie wynika to ze strony internetowej danej placówki, został on przydzielony do typu (1).

Podkreślić należy, że także pozostałe obiekty, które nie są szpitalami, a oferują różnorodne usługi zostały przydzielone do określonego typu na podstawie dominującej usługi medycznej zidentyfikowanej na podstawie strony internetowej danego podmiotu.

5.2.4. Weryfikacja stron internetowych

Celem etapu czwartego była weryfikacja stron internetowych i uzupełnienie adresów witryn podmiotów będących w bazie. Zważając na odmienny charakter usług od tego etapu przyjęto odmienną metodologię dla placówek stomatologicznych i pozostałych placówek medycznych.

Placówki nie-stomatologiczne

Analiza stron internetowych placówek medycznych, niebędących placówkami stomatologicznymi miała za zadanie:

- dokonać ogólnej oceny stron internetowych pod względem ich funkcjonalności,
- zweryfikować dostępność strony w językach obcych,

- wskazać na łatwość uzyskania podstawowych informacji kontaktowych dla potencjalnego klienta.

Ocenę klinik jako destynacji turystyki medycznej na podstawie jakości ich stron internetowych można argumentować przez pryzmat nastawienia osób zarządzających kliniką do kwestii komunikacji z pacjentem. Jeśli w klinice panuje atmosfera zrozumienia dla roli, jaką w procesie obsługi pacjenta polskiego pełni dostęp do informacji, to łatwiej będzie ich przekonać i zachęcić do wdrożenia odpowiednich procedur na rynku zagranicznym. Wiele badań wskazuje na ogromne znaczenie jakie przypisuje się stronom www przy wyborze placówki medycznej. Z uwagi na asymetrię wiedzy między świadczeniobiorcami, a usługodawcami, to właśnie budowa, funkcjonalność i zawartość stron internetowych jest pierwszym elementem, który buduje zaufanie do kliniki. Tak więc można założyć (nawet jeśli jest to pewne uproszczenie), że jeżeli klinika posiada dobrą stronę internetową, to menedżerowie doceniają rolę komunikacji z potencjalnym pacjentem, która jest warunkiem sprawnego pozyskiwania pacjentów zagranicznych. Co więcej łatwiej jest przekonać klinikę do potrzeby tłumaczeń strony na języki obce, niż w ogóle do potrzeby komunikacji z pacjentem.

Można też uznać, że dostępność stron w obcych językach wskazuje na wolę placówki do pozyskiwania nowych pacjentów albo na usprawnienie komunikacji z obsługiwanymi już pacjentami zagranicznymi. Obydwie sytuacje wskazują na wyższy poziom świadomości roli komunikacji z pacjentem, która jest kluczowa w działaniach promocyjnych na rynkach zagranicznych.

Jeśli chodzi o funkcjonalność, to zastosowano trzystopniowy system oceny stron internetowych, przy czym:

- 1-oznacza stary model strony, głównie tekst, brak zdjęć, strona nie jest interaktywna (nie można „klikać” na moduły strony),
- 2-oznacza stronę przeciętną, która prezentuje wyższy poziom aniżeli (1), ale nie jest nowoczesna i przyjazna jak strona oznaczona jako (3),
- 3-oznacza nowoczesną stronę modułową, często responsywną, posiadającą czytelne grafiki oraz zdjęcia, jest funkcjonalna i przyjazna użytkownikowi.

Jeśli chodzi o ocenę występujących obcojęzycznych stron internetowych to zastosowano następujące oznaczenia: „0”, jeśli nie jest dostępna oraz „1”, jeśli jest dostępna w języku: angielskim, niemieckim, rosyjskim lub innym.

Kolejna ocena miała za zadanie udzielić odpowiedzi na pytanie: Czy na stronie głównej jest podany kontakt do kliniki w formie telefonu, maila lub formularza kontaktowego (czy też w formie przycisku „umów wizytę”)? Jeśli klient wiedział po wizycie na stronie głównej, jak ma się skontaktować z kliniką to otrzymywał „1”, a „0”, jeśli takiej informacji nie posiadał.

Warto dodać, iż tylko nieliczne kliniki posiadają specjalny kanał do komunikacji z pacjentami zagranicznymi, w związku z tym uszczegółowienie tej oceny nie miało uzasadnienia, w przeciwieństwie do placówek stomatologicznych.

Poniższa tabela nr 9 zawiera zestawienie zbiorcze oceny stron internetowych placówek medycznych, nie-stomatologicznych.

Tabela 9: Zestawienie zbiorcze oceny stron internetowych placówek medycznych nie stomatologicznych (1503 rekordów).

Ocena funkcjonalności		Strony językowe		Łatwość kontaktu	
Ocena	Ilość	Język	Ilość	Ocena	Ilość
1	140	Angielski	307	1	699
2	381	Niemiecki	150	0	804
3	936	Rosyjski	37		
0 - brak strony	26			Suma	1503

Źródło: opracowanie własne.

W trakcie wersyfikacji stron poszerzono także bazę o informacje dotyczące posiadanych certyfikatów oraz informacje o członkostwie w organizacjach.

Zważając, iż ISO (9001: 2008) jest standardem powszechnie obowiązującym, to wyszczególniono tylko inne certyfikaty. Ponadto zawarto informacje o przynależności do organizacji takich jak do: Ogólnopolskiego Stowarzyszenia Szpitali Prywatnych, Bałtyckiego Klastra Turystyki Zdrowotnej, Klastra Innowacyjna Medycyna, Lubelskiego Klastra Medycznego, Klastra Medycznego MedCluster, Klastra Turystyki Medycznej i Uzdrowiskowej, Klastra Turystyki Zdrowotnej, Klastra Uzdrowiska Świętokrzyskie, Zachodniopomorskiego Klastra iSynergia.

Analiza stron internetowych została uznana na tym etapie za istotny wskaźnik pokazujący czy dana placówka wykazuje zainteresowania zagranicznymi pacjentami. W związku z powyższym do dalszego etapu zakwalifikowano te placówki, które posiadały stronę internetową tłumaczoną na co najmniej jeden język obcy. Ponadto rozszerzono listę o placówki, które spełniały przynajmniej jedno z poniższych kryteriów:

- w informacjach prasowych były wskazywane jako te, które są zainteresowane pozyskiwaniem pacjentów zagranicznych albo już się tym zajmują,

- zostały wskazane przez regionalnych ekspertów, jako placówki z danego regionu zainteresowane turystyką medyczną,
- znajdują się w grupie szpitali opisanych w katalogu OSSzP na rok 2016,
- są zlokalizowane w miastach wojewódzkich, powstały nie później niż w 2015 roku i ze względu na oferowanie usług medycznych poszukiwanych przez pacjentów zagranicznych powinny być zainteresowane rozwojem na rynkach zagranicznych.

W wyniku przeprowadzonej selekcji do dalszych prac wytypowano **401 placówek**.

Placówki stomatologiczne

Jeśli chodzi o stomatologów, to przeanalizowano strony internetowe 818 podmiotów stomatologicznych kładąc szczególny nacisk na wszelkie oznaki wskazujące na obecną lub planowaną obsługę pacjentów zagranicznych. Zweryfikowano m.in. wersje językowe strony, międzynarodowe certyfikaty oraz wzmianki o turystyce medycznej. Ocena strony internetowej kliniki nie dotyczyła walorów estetycznych, lecz merytorycznych, obejmujących zarówno informacje pomocne pacjentom, jak również aktualne wymagania przeglądarek www. Ocena została wyrażona w skali od 1 do 3, gdzie kolejne oceny oznaczały:

- 1-zarówno strona jak i prezentowane na niej treści są słabej jakości, często brak informacji o personelu medycznym oraz o ofercie leczenia,
- 2-nowoczesna strona, często dużo informacji przydatnych pacjentom, niestety nie responsywna,
- 3-responsywna strona, zbudowana wg najnowszych wytycznych obowiązujących w Internecie, bogata w treści dedykowane pacjentom.

W pozostałych ocenianych kategoriach kliniki otrzymywały oceny 0 lub 1 – np.: klinika albo posiada daną wersję językową albo nie, podobnie z międzynarodowymi certyfikatami oraz wzmiankami o turystyce medycznej.

Ocenione zostały również kanały komunikacyjne w skali od 1 do 3, gdzie kolejne oceny oznaczały:

- 1-na stronie dostępny jedynie nr telefonu, czasem również adres email,
- 2-strona posiada dodatkowo formularze kontaktowe w różnych formach,
- 3-klinika oferuje możliwość samodzielnego rezerwowania terminów przez kalendarz online.

Ponieważ zdecydowana większość zabiegów realizowanych przez pacjentów zagranicznych w polskich klinikach to zabiegi implantologiczne i protetyczne, pod uwagę brano również wielkość zespołu medycznego oraz kompleksowość usług stomatologicznych. Podmioty nieposiadające w ofercie usług implanto-protetycznych lub wystarczająco dużego zespołu otrzymywały niższe noty.

Poniższa tabela 10 zawiera zestawienie zbiorcze uzyskanych wyników.

Tabela 10: Zestawienie zbiorcze oceny stron internetowych placówek stomatologicznych (812)

Funkcjonalność		Strony językowe		Łatwość kontaktu		Wzmianka o TM		Rokuje	
Ocena	Ilość	Język	Ilość	Ocena	Ilość	Ocena	Ilość	Ocena	Ilość
3	92	Angielski	123	3	40	1	31	3	81
2	250	Niemiecki	44	2	246	0	782	2	134
1	227	Rosyjski	10	1	274			1	351
0	239	Inne	17	0	249			0	243

Źródło: opracowanie własne.

Na podstawie tej analizy z 812 podmiotów do dalszego etapu zakwalifikowano 108 klinik i gabinetów stomatologicznych. Były to podmioty, które otrzymały najwyższą ocenę 3 w kategorii „Rokuje”, lub posiadały ocenę 2 w tej kolumnie „Rokuje” i jednocześnie spełniały jeden z poniższych warunków:

- posiadają strony w języku angielskim,
- posiadają strony w języku niemieckim lub innym lub
- posiadają wzmianki o turystyce medycznej.

Kryteria, które zostały przyjęte w kategorii „Rokuje” kolejno oznaczają:

- 1 punkt - mały gabinet, mały zespół, brak kompleksowych usług, fatalna strona itd.;
- 2 punkty - strona wskazuje na potencjał, kompleksowe usługi, większy zespół, jednocześnie brak wzmianek o turystyce medycznej;
- 3 punkty - duży potencjał, ciekawe oferty, kompleksowe usługi, świetne strony, często już z wersjami obcojęzycznymi.

Ze względu na małą liczebność próby podjęto decyzję o włączeniu do dalszego badania 72 dodatkowych podmiotów, które nie spełniają ww. kryteriów, jednocześnie posiadają duże zespoły, odpowiednie zasoby i oferują kompleksowe usługi dla turysty medycznego. W trakcie oceny merytorycznej stron internetowych, zweryfikowano również dane teleadresowe podmiotów stomatologicznych, uaktualniając je w razie konieczności.

5.2.5. Zapytanie mailowe jako „tajemniczy pacjent”.

Piątym etapem tworzenia bazy była weryfikacja podmiotów poprzez wysłanie do nich zapytania przez e-maila. Również tutaj zastosowania podział na placówki stomatologiczne i pozostałe.

Placówki nie-stomatologiczne

Celem tego etapu było sprawdzenie szybkości i jakości odpowiedzi na zapytanie od potencjalnego pacjenta. Email wysłano na adres pocztowy, który jest podawany na stronach podmiotów na stronie głównej lub w zakładce kontakt, czyli jest on skierowany do potencjalnych pacjentów chcących się skontaktować z kliniką. W przypadku braku adresu e-mail na stronie, wiadomość była wysyłana za pomocą formularza kontaktowego na stronie www.

E-maile zawierały ogólne pytanie od kobiety, która czytała o szpitalu na stronie w języku angielskim albo rosyjskim i była zainteresowana skorzystaniem z usług medycznych szpitala. Prosi o przysłanie oferty szpitala oraz o dodatkowe informacje czy placówka organizuje transport, pobyt w mieście oraz czy odbiera pacjenta z lotniska. Klientka pyta także o dotychczasowe doświadczenia w obsłudze pacjentów z zagranicy oraz skąd najczęściej przybywają ci pacjenci. Na koniec prosi o jak najszybszą odpowiedź.

Ocenę odpowiedzi określona na:

- 3, jeśli odpowiedź zawierała odpowiedź na pytanie oraz ofertę dla klienta,
- 2, jeśli odpowiedź odpowiadała na część zadanych pytań, bez oferty,
- 1, jeśli odpowiedź była udzielona, ale na bardzo niskim poziomie językowym albo po polsku.

W przypadku obiektów sieciowych e-mail był wysyłany na wspólny adres pocztowy.

W wyniku przeprowadzonych działań uzyskano odpowiedź od 38 podmiotów. Tylko jeden świadczeniodawca zadał dodatkowe pytania. Było też parę obietnic późniejszej odpowiedzi, ale nie została ona dotrzymana. Do podmiotów, do których wysłano e-maile w języku rosyjskim, ale nie odpowiedziały na e-mail, także wysłano e-mail w wersji angielskiej. Do podmiotów, które nie posiadają strony w języku angielskim, ale znajdują się w wyselekcjonowanej grupie wysłano e-mail o podobnej treści (zmiana dotyczyła jedynie usunięcia fragmentu zdania odnoszącego się do strony angielskojęzycznej).

Ponadto należy zwrócić uwagę, iż:

- część adresów e-mailowych pomimo podania ich na stronie internetowej nie przyjmuje poczty,
- sporadyczne podmioty posiadają specjalne e-maile dedykowane wyłącznie pacjentom zagranicznym lub informujące w jakich językach (poza polskim) są obsługiwane,
- niewielka ilość podmiotów posiada system pozwalający umówić wizytę na konkretny dzień i godzinę,
- podmioty albo odpowiadały w ciągu 24 godzin, albo nie odpowiadały wcale na zapytanie,
- pomimo, iż ze strony klienta nie nastąpiła odpowiedź na e-mail od placówki, tylko jeden podmiot dopytał się, czy pacjentka otrzymała odpowiedź.

Poniższa tabela zawiera zestawienie zbiorcze uzyskanych w wyniku badania „tajemniczy pacjent” wśród placówek nie-stomatologicznych.

Tabel 11. Zestawienie zbiorcze uzyskanych wyników w badaniu „tajemniczy pacjent”.

Zapytanie po rosyjsku: 53 wysłanych		Zapytanie po angielsku: 347 wysłano	
Ocena	Liczba odpowiedzi	Ocena	Liczba odpowiedzi
1	3	1	2
2	0	2	22
3	4	3	7
Razem odpowiedzi	7	Razem odpowiedzi	31

Źródło: opracowanie własne.

Placówki stomatologiczne

Na tym etapie wysłano zapytania drogą mailową od potencjalnego pacjenta do 180 podmiotów. Celem wysyłanych maili było sprawdzenie czy kliniki podejmują w ogóle korespondencję z pacjentami zagranicznymi oraz w jakim tempie i na jakim poziomie są to odpowiedzi (zarówno merytorycznie jak i językowo).

Ze 180 klinik 41 przesłało swoje odpowiedzi, które były oceniane pod względem jakości udzielnej odpowiedzi w skali od 1 do 3, gdzie kolejne oceny oznaczały:

- 1-minimum informacji lub informacje słabej jakości,
- 2-dużo informacji, ale bez szczegółów,
- 3-pełna odpowiedź, sporo konkretów, czasem też i ceny.

Ponadto kliniki otrzymywały ocenę za czas reakcji na zgłoszenie pacjenta, w skali od 1 do 3, gdzie kolejne oceny oznaczały:

- 1-odpowiedź po 24 godzinach pracy,

- 2-odpowiedz w ciągu 24 godzin pracy,
- 3-odpowiedz w ciągu 8 godzin pracy (za godziny pracy przyjęto – od 8:00 do 20:00 w dni robocze).

Z 41 odpowiedzi tylko 8 zostało ocenionych na 3 punkty pod względem jakości, jednocześnie aż 21 klinik odpowiedziało na zapytanie pacjenta bardzo szybko, tj. w przeciągu 8 godzin pracy.

Na dalszym etapie do 41 klinik, które podjęły rozmowy przesłano drugą wiadomość zawierającą panoramiczne zdjęcie RTG pacjenta wraz z dodatkowymi pytaniami dotyczącymi (oprócz prośby o wycenę kosztów leczenia) funkcjonowania turystyki medycznej w placówce.

Z 41 klinik aż 21 kontynuowało korespondencję, która były ponownie oceniana według ww. kryteriów. 10 klinik otrzymało notę 3 pod względem jakości odpowiedzi, a 11 udzieliło jej bardzo szybko. Tylko cztery kliniki podjęły próby przypomnienia, czyli samodzielnego kontaktu z pacjentem, wyprzedzając jego odpowiedzi pomiędzy etapami. Poniższa tabela nr 12 zawiera zestawienie uzyskanych wyników.

Tabela 12: Zestawienie zbiorcze uzyskanych odpowiedzi na zapytanie „tajemniczego pacjenta” wśród stomatologów.

Pierwsze wysłanie maili				Drugie wysłanie maili			
Ocena odpowiedzi	Ilość	Czas reakcji	Ilość	Ocena odpowiedzi	Ilość	Czas reakcji	Ilość
3	8	3	21	3	10	3	11
2	10	2	6	2	3	2	5
1	23	1	14	1	8	1	5
Suma	41	Suma	41	Suma	21	Suma	21

Źródło: badania własne.

5.3. Wnioski z działań dotyczących budowania bazy podmiotów turystyki medycznej w Polsce

Na podstawie przeprowadzanych badań uzyskano listę placówek, które spełniają kryteria związane z charakterem świadczonych usług wraz z oceną ich stron internetowych i oceną reakcji na zapytanie klienta.

Ocena ta umożliwia wyodrębnienie grupy placówek, które w najbardziej zadowalający sposób spełniają przyjęte w niniejszej analizie kryteria i mogą zostać uznane za potencjalne destynacje turystyki medycznej w Polsce.

Ze względu na specyfikę podmiotów stomatologicznych i nie-stomatologicznych, autorzy przyjęli różne kryteria oceniania dla obu grup podmiotów, które zostały poniżej osobno opisane.

Dla **placówek nie-stomatologicznych** przyjęto następującą punktację:

- za znalezienie się w bazie po etapie czwartym przyjęto 1 punkt,
- w przypadku oceny funkcjonalności strony na 3, przyznano 1 punkt,
- w przypadku tłumaczenia strony na jeden obcy język przyznano 1 punkt, oraz 2 w przypadku większej liczby dostępnych tłumaczeń,
- w przypadku udzielenia odpowiedzi na zapytania pacjenta można było uzyskać 1 lub 2 punkty w zależności od jakości odpowiedzi. Zważając, iż wszystkie odpowiedzi zostały udzielone w ciągu 24 godzin, nie przyznawano za ten element dodatkowych punktów.

Maksymalnie można było uzyskać 6 punktów. Przyjęto, iż placówki, które charakteryzują się dużym potencjałem to te, które w wyniku przeprowadzonych analiz uzyskały min. 4 punkty. **Zidentyfikowano 117** takich placówek.

Ponadto zidentyfikowano **16 obiektów „medical-spa”**, umiejscowionych w województwach: dolnośląskim (6 obiektów), kujawsko-pomorskim (3), świętokrzyskim i małopolskim (po 2) oraz w zachodniopomorskim, pomorskim i śląskim (po 1). Jednakże z uwagi na odmienny charakter usług tam oferowanych i innej ich identyfikacji na pierwszym etapie prac, ich włączenie do dalszych rozważań byłoby niespójne.

Z kolei dla **placówek stomatologicznych** przyjęto następujące kryteria:

- 1 punkt za zakwalifikowanie do etapu 4,
- 1 punkt za wersję strony w jednym obcym języku lub 2 punkty za dwie lub więcej wersji językowych strony internetowej podmiotu,
- 2 punkty za wyraźną wzmiankę o turystyce medycznej na stronie internetowej kliniki,
- od 1 do 3 punktów za „potencjał do współpracy w zakresie turystyki medycznej” w zależności od wielkości zespołu, kompleksowości oferty, jakości i merytoryki strony internetowej wg poniższego schematu:
 - 1 punkt – mały gabinet, mały zespół, brak kompleksowych usług, fatalna strona itd.;

- 2 punkty – strona wskazuje na potencjał, kompleksowe usługi, większy zespół, jednocześnie brak wzmianek o turystyce medycznej;
 - 3 punkty – duży potencjał, ciekawe oferty, kompleksowe usługi, świetne strony, często już z wersjami zagranicznymi.
- max 6 punktów za zaangażowanie się w korespondencję z potencjalnym zagranicznym pacjentem, przy czym wynik uzyskano jako sumę punktów uzyskanych za jakość oraz prędkość odpowiedzi z tajemniczym pacjentem na dwóch etapach korespondencji, podzielona przez dwa, przy czym:
- za prędkość można było uzyskać: 1 punkt za odpowiedź po 24 godzinach pracy; 2 punkty za odpowiedź w ciągu 24 godzin pracy; 3 punkty za odpowiedź w ciągu 8 godzin pracy (za godziny pracy uznano czas pomiędzy 8:00 a 20:00 w dni robocze),
 - za jakość można było uzyskać: 1 punkt za minimum informacji; 2 punkty za dużą ilość informacji, ale bez konkretów; 3 punkty za pełną odpowiedź na stawiane pytania, sporo konkretów, często załączony cennik i plany leczenia.

Każdy etap korespondencji mógł zatem dać klinice maksymalnie 6 punktów: 3 punkty za prędkość i 3 punkty za jakość odpowiedzi – łącznie po dwóch etapach najlepsze kliniki zdobywały 12 punktów.

Waga powyższych kryteriów celowo została dobrana tak, aby wyróżnić podmioty, które rokują i posiadają wyraźne wzmianki o turystyce medycznej na swoich stronach internetowych. Ponadto kliniki, które odpowiadały na zapytania tajemniczego pacjenta zostały bardziej docenione w punktacji poprzez odpowiedni mnożnik. Autorzy uznali, iż wobec klinik stomatologicznych, wśród których istnieje bardzo duża konkurencja, będzie to prawdziwy wyznacznik tego, czy kliniki angażują się w turystykę medyczną lub czy przynajmniej pokazują swój potencjał w tym aspekcie.

Minimalna ilość punktów, aby uznać klinikę stomatologiczną za gotową do współpracy w zakresie promowania swoich usług poza granicami kraju, została ustalona na 6. Spośród 180 klinik stomatologicznych, które przeszły do etapu 4, notę 6 punktów lub więcej **zdołało 59 podmiotów.**

Autorzy zdają sobie sprawę z możliwych kontrowersji wobec przyjętej metodologii. Należy mieć na uwadze, iż mocno doceniona reakcja klinik na zapytanie tajemniczego pacjenta wynika z faktu, iż jest to metoda powszechnie stosowana na świecie, jako

weryfikator gotowości klinik do promocji na rynkach zagranicznych. Różne wymagania wobec klinik stomatologicznych (generalnie wyższe) wynikają z innego charakteru ich funkcjonowania, co zostało opisane we wstępie. Bardzo niewiele klinik nie-stomatologicznych ma jakiegokolwiek wzmianki o turystyce medycznej na swoich stronach, więc włączanie tego w tym wypadku nie miałyby sensu. Wielkość placówki ma oczywiście także znaczenie w przypadku placówek nie-stomatologicznych, jednakże ich dokładna wielkość jest uwarunkowana rodzajem świadczonych usług i kryterium to byłoby mylące. Wymaga podkreślenia, że uzyskanie w pełni miarodajnej odpowiedzi na pytanie o gotowość placówki do funkcjonowania na międzynarodowym rynku usług zdrowotnych jest związana z koniecznością ich dokładnego odwiedzenia i poznania.

W związku z tymi działaniami wybrano 59 podmiotów stomatologicznych i 117 podmiotów nie-stomatologicznych (łącznie **176 placówek**), których dalsza analiza będzie tematem kolejnego podrozdziału.

6. Charakterystyka wyodrębnionych regionów w kontekście oferowanych tam produktów i obsługiwanych rynków zagranicznych wraz z ich analizą SWOT

Dane uzyskane w wyniku analizy placówek medycznych dotyczących oferowanych przez nie usług wraz z ich lokalizacją pozwala na uzyskanie odpowiedzi na pytanie, w których regionach Polski znajduje się najwięcej przygotowanych placówek i jakie świadczenia są tam oferowane. Uwzględniono tutaj tylko te podmioty, które uzyskały min. 4 punkty w ocenie ich gotowości do pozyskiwania pacjentów zagranicznych spośród placówek nie-stomatologicznych oraz 6 punktów dla placówek stomatologicznych. Ponadto zdecydowano się na nie uwzględnianie tutaj obiektów „medical spa”, z powodów przedstawionych we wcześniejszych częściach pracy. Ich włączenie do poniższego zestawienia nie zmieniłoby jednak rankingu najatrakcyjniejszych województw w kontekście turystyki medycznej. Zestawienie przedstawia tabela nr 13.

Jak wynika z poniższej tabeli, najlepszym przygotowaniem na obsługę pacjenta zagranicznego charakteryzują się placówki medyczne w województwach: zachodniopomorskim, śląskim, pomorskim, mazowieckim, małopolskim oraz dolnośląskim. Przedstawia to wyjątkowo spójny wizerunek potencjału turystyki medycznej z analizą przedstawioną w drugiej części niniejszej pracy w której badano regiony Polski pod względem występującego ruchu turystycznego i ich atrakcyjności turystycznej. Nie oznacza

to jednak, iż nie zdarzają się w innych regionach Polski placówki świetnie przygotowane, należą one jednak do rzadkości.

Tabela 13: Zestawienie zbiorcze placówek medycznych ocenionych pozytywnie przez pryzmat gotowości do promocji na rynkach zagranicznych z podziałem na produkty i regiony

Województwa	Szp.	Uzd.	Inne	Kob.	Oko	Den.	Ort.	Est.	Reh.	Suma
mazowieckie	9	1	8	2	2	9		3	2	36
zachodniopomorskie	3	8	2		1	11		1		26
pomorskie	1		3	1	1	10			3	19
małopolskie	2	4				9	1		1	17
dolnośląskie	1	5	3		1	4		2	1	17
śląskie	6	1	1			4			1	13
kujawsko-pomorskie	2	5	1			3				11
wielkopolskie	1		1	1		4			1	8
warmińsko-mazurskie	3					1	1	1	1	7
lubelskie	1	1			1	3				6
podlaskie		1		3				1		5
łódzkie			1	1	1	1				4
podkarpackie		2								2
lubuskie				1				1		2
opolskie	2									2
świętokrzyskie		1								1
Suma końcowa	31	29	20	9	7	59	2	9	10	176
Legenda										
Szp.- szpitale szpital wielospecjalistyczne				Den.- usługi stomatologiczne						
Uzd.- uzdrowiska i sanatoria				Ort.- ortopedia						
Inne- pozostałe podmioty medyczne				Est.- medycyna estetyczna						
Kob.- kliniki oferujące usługi medyczne dla kobiet				Reh.- rehabilitacja						
Oko- okulistyka										

Źródło: badania własne.

Analizując **województwo dolnośląskie**, widać, iż najlepiej dostosowanym produktem dla pacjentów zagranicznych są tutaj usługi uzdrowiskowe. Z części pierwszej wynika, iż najsilniejszą grupą obcokrajowców są tutaj Niemcy i obywatele Wielkiej Brytanii, dla których jest to ciekawy produkt. Zabiegi z obszaru medycyny estetycznej i usług stomatologicznych są wobec niego komplementarne, co uzasadniałoby ich wspólną promocję na tych rynkach.

Tabela 14: Analiza SWOT woj. dolnośląskiego.

DOLNOŚLĄSKIE	
Mocne Strony	Słabe strony
Spójność oferowanych usług z zapotrzebowaniem z potencjalnych rynków. Dobre połączenia komunikacyjne.	Położenie geograficzne dla rynków wschodnich.
Szanse	Zagrożenia
Zmniejszające się finansowanie oferowanych usług w regionach emisyjnych przez ubezpieczycieli. Bliskość geograficzna Niemiec.	Konkurencja z państw ościennych.

Źródło: opracowanie własne.

Z kolei w **Małopolsce i na Śląsku** szczególnie silną branżą jest stomatologia. Znajduje się tutaj też bogata oferta szpitalna i uzdrowiskowa. Wydaje się, iż ten region jest szczególnie ciekawy dla obywateli z Niemiec, Ukrainy, Wielkiej Brytanii, ale z uwagi na szeroką ofertę szpitalną też dla USA i ZEA.

Tabela 15: Analiza SWOT woj. małopolskiego i śląskiego.

MAŁOPOLSKIE i ŚLĄSKIE	
Mocne Strony	Słabe strony
Rozpoznawalność Krakowa. Świadomość władz regionu w zakresie pozytywnych aspektów rozwoju turystyki medycznej. Bogata oferta stomatologiczna. Dobre połączenia komunikacyjne.	Zanieczyszczenie środowiska. Duże obłożenie hoteli. Atrakcyjność miasta Krakowa powodująca zadowolenie z liczby turystów i brak woli dalszej ekspansji ze strony branży turystycznej.
Szanse	Zagrożenia
Zmniejszające się finansowanie oferowanych usług wśród zagranicznych ubezpieczycieli. Starzejące się społeczeństwo.	Niestabilność polityczna. Zmienna sytuacja w systemie ochrony zdrowia.

Źródło: opracowanie własne.

Województwo **mazowieckie** ma dobre połączenia komunikacyjne ze wszystkimi analizowanymi tu rynkami. Jego oferta wskazuje przewagę konkurencyjną wobec innych regionów Polski w zakresie oferty wysokospecjalistycznej i diagnostycznej. Rozpoznawalność Warszawy może przyczynić się do łatwiejszej promocji na rynkach dalekich. Jest też stosunkowo blisko położona rynku białoruskiego i ukraińskiego. Tak więc z uwagi na oferowane produkty i dotychczasową strukturę turystów jest to szczególnie atrakcyjny region dla USA, ZEA, Ukrainy, Białorusi i Rosji.

Tabela 16: Analiza SWOT woj. mazowieckiego

MAZOWIECKIE	
Mocne Strony	Słabe strony
Wielospecjalistyczne placówki szpitalne. Doświadczenie w obsłudze pacjentów zagranicznych Renta z tytułu stolicy. Spójność oferowanych usług z zapotrzebowaniem z potencjalnych rynków. Bardzo dobre połączenia komunikacyjne.	Duży ruch turystyczny skutkujący możliwym „rozleniwieniem” branży.
Szanse	Zagrożenia
Zmniejszające się finansowanie oferowanych usług w krajach emisyjnych przez krajowych ubezpieczycieli.	Niestabilność polityczna.

Źródło: opracowanie własne.

Województwo **zachodniopomorskie** jest szczególnie ciekawe dla rynku niemieckiego oraz duńskiego. Wyjątek stanowi oferta uzdrowiskowa, która może być również ciekawa dla wszystkich analizowanych rynków zagranicznych.

Tabela 17: Analiza SWOT woj. zachodniopomorskiego

ZACHODNIOPOMORSKIE	
Mocne Strony	Słabe strony
Spójność oferowanych usług z zapotrzebowaniem z potencjalnych rynków. Dobre połączenia komunikacyjne z Danią.	Słaba rozpoznawalność regionu na rynku międzynarodowym.
Szanse	Zagrożenia
Zmniejszające się finansowanie oferowanych usług w regionie wśród ubezpieczycieli w państwach emisyjnych.	Przejęcie klientów przez lepiej rozpoznawalne regiony Polski z bogatszą ofertą turystyczno-kulturową.

Źródło: opracowanie własne.

Województwo **pomorskie** jest silną destynacją z uwagi na ofertę stomatologiczną i medycynę estetyczną. Ze względu na bliskość obwodu kaliningradzkiego również występuje zapotrzebowanie na inne świadczenia medyczne. Analiza dotychczasowego ruchu turystycznego oraz świadczonych tutaj usług pozwala na stwierdzenie, iż do najbardziej perspektywicznych rynków w tym regionie można zaliczyć Norwegię, Szwecję, Niemcy i Rosję.

Tabela 18: Analiza SWOT woj. pomorskiego.

POMORSKIE	
Mocne Strony	Słabe strony
Spójność oferowanych usług z zapotrzebowaniem z potencjalnych rynków. Dobre połączenia komunikacyjne z Norwegią i Szwecją. Rozpoznawalność Gdańska. Promocja Produktu Turystyki Zdrowotnej przez PROT.	Niewielka liczba szpitali oferujących unikatowe produkty. Słaba znajomość języków obcych wśród personelu.
Szanse	Zagrożenia
Zmniejszające się finansowanie oferowanych usług w regionach emisyjnych przez ubezpieczycieli.	Konkurencja ze strony innych regionów i państw. Niepewność polityczna dot. ruchu turystycznego z obwodu kaliningradzkiego.

Źródło: opracowanie własne.

Mimo wielu wspólnych aspektów pojawiających się w analizowanych województwach, zauważamy też elementy charakterystyczne dla danych regionów. Oferta dla państw dalekich (USA i ZEA) wydaje się być bardziej uwarunkowana ofertą medyczną i dostosowaniem placówki do ich potrzeb (o ile występuje możliwość dogodnej komunikacji), niż położeniem w danym województwie. Z kolei oferta na rynki wschodnie powinna dotyczyć głównie placówek znajdujących się na terenach przygranicznych. Z tego względu powyższe regiony należałoby jeszcze uzupełnić o placówki znajdujące się w Białymstoku, Olsztynie czy Lublinie, jako szczególne miejsca z ofertą dla rynku ukraińskiego, białoruskiego i rosyjskiego. Z kolei oferta dla obywateli Niemiec, Wielkiej Brytanii, Skandynawii jest mocno

uwarunkowana regionalnie i powinna się koncentrować na tych terenach, które już są chętnie przez nich odwiedzane.

7. Opis „dobrej praktyki” placówki medycznej w zakresie jej promocji

Podmiotem wybranym do szczegółowej analizy działań promocyjnych na rynkach zagranicznych została „Dentim Clinic”, będąca kliniką stomatologiczną z Katowic, która przyjęła swoich pierwszych zagranicznych pacjentów jeszcze w 2008 roku, dzięki poleceniom Polaków mieszkających poza granicami kraju.

Co jest warte podkreślenia już na wstępie to fakt, że klinika znajduje się w mieście generalnie niezbyt popularnym wśród turystów przyjeżdżających do naszego kraju. Jednocześnie potrafiła stworzyć systemy pozwalające konkurować z bardziej znanymi destynacjami, nie tylko w kraju, ale również za granicą.

Pierwsze lata działania placówki były zbieraniem doświadczeń. Sama obsługa pacjentów zagranicznych nie różniła się zbytnio od obsługi pacjentów lokalnych. Pojedynczy pacjenci z Norwegii czy Niemiec pojawiali się samodzielnie, bez żadnej promocji na rynkach zagranicznych, a kolejne osoby były efektem rekomendacji poprzednich pacjentów. Decyzją zarządu, w kwietniu 2012 roku zainicjowano projekt pod nazwą „Dentim Europe”, który przy współpracy z zewnętrznym ekspertem ds. turystyki medycznej miał usystematyzować funkcjonowanie kliniki na potrzeby pacjentów zagranicznych.

Głównymi celami projektu było:

- stworzenie stanowiska koordynatora leczenia – pojedynczego punktu kontaktu pacjentów zagranicznych z kliniką, pomagającego przygotowywać i tłumaczyć plany leczenia, organizującego aspekty logistyczne przyjazdów, towarzyszącego pacjentom w trakcie ich pobytu w klinice oraz organizacją czasu wolnego,
- stworzenie systemów standaryzujących prowadzenie korespondencji z zagranicznymi pacjentami, szczególnie na etapie pozyskiwania nowych pacjentów, ale również po zakończeniu leczenia, kiedy pacjent wraca do swojego kraju i wymaga dodatkowej uwagi (odpowiednie sekwencje i częstotliwość wysyłanych maili, wykonywanych telefonów),
- przygotowanie personelu na pobyt pacjenta w klinice – opracowanie podręcznika i wzorów postępowania, uświadomienie istoty używania języka angielskiego na recepcji i w gabinecie,

- wypracowanie przejrzystych i zrozumiałych planów leczenia, ze szczególnym zwróceniem uwagi na: niedopuszczalny język polski, trudną do zrozumienia nomenklaturę medyczną, numerację zębów i nazewnictwo,
- przygotowanie zgody na leczenie oraz opracowanie gwarancji w języku angielskim ze szczególnym naciskiem na wizyty kontrolne,
- usystematyzowanie konsultacji przed zabiegiem, jako elementu mającego przekonać pacjentów zagranicznych do podjęcia leczenia (wywarcia pozytywnego wrażenia, poznania zespołu, oswojenia się z myślą o leczeniu w obcym kraju),
- opracowanie poradnika dla pacjentów zagranicznych, przybliżającego im wszelkie aspekty dotyczące przyjazdu do Polski, pobytu w klinice oraz specyfiki leczenia kompleksowego,
- kompleksowa organizacja pobytu pacjenta w Polsce – szczególnie pomoc w wyszukiwaniu przelotów, zakwaterowania i transportu (odbiór z lotniska),
- nawiązanie współpracy z wybranymi, lokalnymi firmami hotelarskimi i przewozowymi, celem stworzenia sieci partnerskiej pomagającej obsługiwać zagranicznych pacjentów kompleksowo, delegując aspekty poza medyczne do partnerów,
- rozpoczęcie prac nad stworzeniem stron internetowych dedykowanych rynkom zagranicznym, osobno na rynek brytyjski, niemiecki, włoski i norweski,
- stworzenie materiałów edukacyjnych i ofertowych w wersji drukowanej (poradniki, manuale, instrukcje, ulotki reklamowe),
- zaplanowanie kampanii marketingowych nakierowanych na pozyskiwanie zagranicznych pacjentów, ze szczególnym naciskiem na online marketing.

Cele projektu zostały osiągnięte przed upływem trzech miesięcy od daty rozpoczęcia działań, a jego efekty były widoczne „gołym okiem”, praktycznie od samego początku. Część z prac została w tym okresie tylko rozpoczęta, jak na przykład stworzenie strony internetowej oraz tłumaczenie treści, osobno dla każdego z czterech krajów. Należy zaznaczyć, że wprowadzone systemy i rozwiązania są aktualizowane na bieżąco i dostosowywane do zmieniających się okoliczności, czego przykładem była rezygnacja z pozyskiwania pacjentów z rynku włoskiego i opóźnienie wejścia marki „Dentim Europe” na rynek norweski. Nową zasadą, która pojawiła się w trakcie trwania projektu był wymóg znajomość języka obcego, jako kluczowy aspekt w trakcie procesu rekrutacyjnego dla nowych pracowników, szczególnie wśród personelu średniego (asystentek i recepcjonistek). Aktualnie w klinice o

każdej porze dnia pracują dwie recepcjonistki, z których jedna płynnie posługuje się językiem niemieckim, a druga angielskim. Specyfika najczęściej wykonywanych procedur medycznych przez pacjentów zagranicznych zmieniła również sposoby komunikacji oraz samą ofertę kierowaną na rynki zagraniczne (ze szczególnym uwzględnieniem implantologii i stomatologii estetycznej oraz protetyki).

„Dentim Europe” to obecnie największy na Śląsku ośrodek leczący obcokrajowców. Większość pacjentów kliniki to Niemcy i Brytyjczycy, a w dalszej kolejności Norwegowie, Szwedzi i Duńczycy. Nieliczne przypadki Australijczyków, Kanadyjczyków i Amerykanów leczących się w tej katowickiej klinice, wskazują na słuszność koncentrowania swoich działań na rynkach europejskich. Wśród zagranicznych pacjentów bardzo liczną grupę stanowią również polscy emigranci, mieszkający na stałe poza granicami kraju, szczególnie w Niemczech. Placówka podaje, że w 2016 r. odwiedziło ją prawie dwa razy więcej emigrantów, niż w roku poprzednim, a ich łączne wydatki wzrosły prawie o 70 %. Ilość pacjentów zagranicznych ogółem oraz ponoszone przez nich koszty leczenia rosną z roku na rok. Najnowsze dane porównujące lata 2015 i 2016 wskazują na wzrost obrotów generowanych przez zagranicznych pacjentów aż o 41% (rok do roku). Wyniki kilkuletnie wskazują również na wyraźną sezonowość przyjeżdżających pacjentów zagranicznych. Najbardziej intensywnymi miesiącami są wrzesień-listopad, a następnie luty-marzec i czerwiec-lipiec.

Tak dobre wyniki są efektem nie tylko przemyślanej strategii nastawionej na pacjentów zagranicznych, ale przede wszystkim ogólnej filozofii prowadzenia firmy, doboru utalentowanych pracowników, stosowanych technologii i nowoczesnych materiałów stomatologicznych przekładających się na wysoką jakość wykonywanych usług. Ponadto, niezależnie czy obsługiwany jest pacjent polski czy zagraniczny, każdy otoczony jest dokładnie tą samą opieką, wyrozumiałością i cierpliwością, co przekłada się na ogromną ilość poleceń i rekomendacji. Wszystko to zostało również docenione przez szereg międzynarodowych wyróżnień, z czego najistotniejszym jest zdecydowanie akredytacja Global Clinic Rating (GCR). „Dentim Clinic” znalazło się na szczycie rankingu, który ocenił ponad 100 ośrodków stomatologicznych w Polsce. Katowicka klinika zajęła w nim podwójne 1. miejsce, zarówno w skali kraju, jak i w skali swojego miasta. Co więcej, placówka trafiła także do pierwszej dziesiątki globalnego rankingu najlepszych klinik na całym świecie i aktualnie (stan na grudzień 2016 r.) zajmując wysokie, bo 3. miejsce! W tym międzynarodowym gronie to jedyna klinika stomatologiczna z Polski. W ocenie katowickiej

kliniki twórcy rankingu GCR wzięli pod uwagę kilka czynników, m.in. poziom świadczonych usług, dostępne w gabinecie udogodnienia dla pacjenta, jakość obsługi, a także opinie, jakie można znaleźć o placówce w Google, na Facebooku oraz w innych niezależnych źródłach.

Interesującym przykładem działań „Dentim Europe” jest specjalny program dla pacjentów zagranicznych, którzy przylatują do Polski tanimi liniami. Mogą oni zachowując bilet lotniczy skorzystać m.in. z bezpłatnej konsultacji, bezpłatnego przejazdu taksówką do kliniki oraz refundacji kosztów biletu lotniczego, nawet do 150 funtów / Euro, jeśli w ciągu sześciu miesięcy od daty konsultacji podejmą leczenie, którego koszt przekroczy odpowiednio wartość 1500 funtów / Euro. Innymi przykładami są pakiety leczenia połączone z zakwaterowaniem i transportem. Każdy z pakietów dokładnie opisuje idealnego pacjenta, do którego jest on kierowany, charakteryzuje wykonywane zabiegi i ich czas realizacji oraz wymienia procedury i usługi wliczone w cenę pakietu (zdjęcia rentgenowskie, tomografie komputerowe, znieczulenia oraz transport z i na lotnisko wraz z kilkudniowym pobytem w apartamencie). Obcokrajowcy mogą liczyć także na inne bonusy jak opiekę concierge, a nawet wycieczki fakultatywne. Organizacja leczenia pacjentów zagranicznych w „Dentim Europe” przypomina nieco organizację wakacji z biurem podróży. Są to swoiste „dental holidays”. Pacjenci zagraniczni oczekują już nie tylko leczenia, ale także atrakcji, które wypełnią czas pomiędzy zabiegami. Hitem wśród Brytyjczyków zostających w Katowicach są wycieczki do Kopalni Guido, na Nikiszowiec i do Oświęcimia. Coraz częściej „Wyspiarze” wybierają także koncerty w Narodowej Orkiestrze Symfonicznej Polskiego Radia, jako lokalnej atrakcji.

W pozyskiwaniu nowych pacjentów zagranicznych „Dentim Europe” wykorzystuje szereg kanałów:

- marketing online:
 - Google Adwords i kampanie remarketingowe,
 - SEO czyli optymalizowanie stron kliniki pod zagraniczne wyszukiwarki,
 - You Tube i produkcja filmów (szczególnie z doświadczeniami pacjentów),
 - Portale branżowe (Treatment Abroad, What Clinic itd.),
 - Portale społecznościowe (Facebook, Twitter),
- publikacje prasowe (PR),
- współpracę z agencjami pośredniczącymi w pozyskiwaniu pacjentów,
- współpracę z przedstawicielami na określonym rynku,

- materiały reklamowe (brozury ofertowe, katalogi rozprowadzane w kraju pacjenta).

Z ciekawszych działań należy zwrócić uwagę na współpracę z partnerem z Niemiec, który pomaga pacjentom „Dentim Clinic” w uzyskaniu zgody na leczenie oraz zwrotu kosztów leczenia od niemieckich kas chorych. Usługi te są bezpłatne dla pacjentów kliniki i dają szansę na odzyskanie sporej części kosztów leczenia. Cały proces składa się z kilku elementów począwszy od konsultacji w klinice, poprzez przygotowanie wyceny na specjalnych drukach niemieckich, dostarczenie ich do kasy chorych (odpowiedniej dla danego pacjenta), prowadzenie rozmów z kasą chorych oraz odebraniu dokumentów uprawniających do refundacji leczenia. Dopiero wtedy pacjent może przystąpić do leczenia, zapłacić za nie z własnej kieszeni i po powrocie do Niemiec, rozliczyć się ze swoją kasą chorych. Jest to usługa ciesząca się dużą popularnością, szczególnie wśród Polonii mieszkającej w Niemczech.

8. Wnioski i sugestie dalszych działań

Analizując pracę nad wykonaniem omawianej tutaj bazy można było zaobserwować kilka prawidłowości. Generalnie można zauważyć zjawisko (znane również z innych obszarów) polegające na **trudności z uzyskaniem odpowiedzi** na wysyłane zapytania poprzez adresy e-mail. Odpowiadało zaledwie kilka procent placówek. Najcenniejsze informacje uzyskuje się poprzez osobiste rozmowy i spotkania.

Zwraca uwagę zerowy odzew ze strony uzdrowisk oraz sanatoriów na zapytania od „klienta zagranicznego”. Nawet, jeżeli weźmie się pod uwagę, że pytanie było zadawane po sezonie, to całkowity brak zainteresowania niestety potwierdza generalnie funkcjonujące opinie, że tego typu placówki z Polski najrzadziej i najpóźniej odpowiadają na zapytania z zagranicy. Kolejną przyczyną takiego stanu rzeczy jest fakt, iż głównym klientem polskich uzdrowisk jest klient niemiecki, w związku z czym placówki te generalnie nie są przystosowane do komunikacji w języku angielskim.

Dotychczasowe działania podmiotów medycznych w ramach klastrów turystyki medycznej pokazują, iż na dzień dzisiejszy **brakuje skoordynowanych planów na rzecz pozyskiwania turystów medycznych**. Niemniej warto docenić, iż lokalne klastry znają specyfikę swoich członków i mają do nich bezpośredni kontakt, co może stanowić cenne wsparcie dla pozyskania tych placówek do wspólnych działań promocyjnych.

Niniejsza analiza wyraźnie **pokazuje podział całej bazy na dwa rodzaje podmiotów** – stomatologiczne oraz pozostałe medyczne. Kliniki i gabinety stomatologiczne prezentują zdecydowanie lepszy i lepiej zorganizowany poziom przygotowania do obsługi pacjentów zagranicznych. Liczba stomatologów aktywnie angażujących się w turystykę medyczną wyraźnie przekracza liczbę pozostałych lekarzy, którzy są tą tematyką zainteresowani. Prawie 1/4 wszystkich podmiotów stomatologicznych w bazie spełnia przyjęte tutaj kryteria lub rokuje, jako potencjalni gracze do prowadzenia działań nastawionych na pozyskiwanie pacjentów zagranicznych. Aż 23% ze 180 rokujących podmiotów stomatologicznych podejmuje aktywne działania, reaguje na przesyłane zgłoszenia, stara się przygotować plany leczenia zapraszając jednocześnie do odwiedzenia kliniki celem przeprowadzenia konsultacji i podjęcia leczenia. Zaledwie 9,5% spośród podmiotów nie-stomatologicznych wykazuje taką aktywność.

Przyczyn tego stanu rzeczy należy upatrywać we wcześniejszej i powszechnej prywatyzacji sektora stomatologicznego. Prywatne, kilku stanowiskowe kliniki stomatologiczne bardzo często są dobrze wyposażone, zarządzane są wg światowych standardów obsługi pacjenta, dysponują najnowszym sprzętem stomatologicznym i wspomagają wdrażanie nowoczesnych technologii. Tym samym prezentują światowy poziom, dorównujący poziomem lub wręcz przewyższający kliniki zachodnioeuropejskie i amerykańskie. Kliniki stomatologiczne, często jako małe przedsiębiorstwa, są również bardziej elastyczne i podatne na zmiany. Wśród tych podmiotów są takie, które rozpoczęły swoje działania na polu turystyki medycznej znacznie wcześniej niż pozostałe działy medycyny, bo już w 2004 roku (zaraz po wstąpieniu Polski do Unii Europejskiej). Doświadczenie tych kilkunastu lat widać w jakości obsługi klienta i kompleksowości ofert kierowanych do pacjentów zagranicznych na stronach internetowych, merytoryce oraz szybkości odpowiedzi na zapytania pacjentów, ofercie poza medycznej (turystycznej), jak również w liczbie leczonych pacjentów zagranicznych.

W związku z powyższym **wnioski** z tej analizy dotyczą następujących kwestii.

Jakiegokolwiek działania promujące Polskę poza granicami kraju powinny być **łatwiejsze** do przeprowadzenia **z podmiotami stomatologicznymi**, ponieważ posiadają one większe doświadczenie w pozyskiwaniu pacjentów zagranicznych, są świadome ich potrzeb oraz często samodzielnie prowadziły już wcześniej działania promocyjne na rynkach zagranicznych; co więcej, to właśnie ta branża oferuje usługi, które w dużej mierze nie są finansowane przez krajowych ubezpieczycieli poza granicami naszego kraju, co powoduje, iż

pacjenci są zmuszeni płacić za nie samodzielnie i są skłonni do poszukiwania takich usług za granicą.

Jeżeli branża turystyki medycznej miałaby się rozwijać szukając **wzorów do naśladowania to powinna czerpać je właśnie od sektora stomatologicznego**. Nie wszystkie kwestie są łatwe do przeniesienia, szczególnie te wynikające ze specyfiki świadczonych procedur, jednocześnie kilka zasadniczych założeń jest uniwersalnych, jak na przykład organizacja logistyki przyjazdu pacjenta wraz z usługą concierge/ koordynatora leczenia czy też tworzenie pakietów dedykowanych pacjentom zagranicznym, zawierających obok usług medycznych, również zakwaterowanie i transport.

Z analizy podmiotów medycznych udało się wyłonić 59 placówek stomatologicznych oraz 117 oferujących inne specjalizacje, które wydają się być wartościowymi podmiotami polskiego produktu turystyki medycznej na podstawie przyjętych założeń. Wiele innych placówek może potencjalnie być również zainteresowanych dalszym rozwojem w tym kierunku. Należy podkreślić, iż wskazane jednostki wydają się być potencjalnymi destynacjami turystyki medycznej w Polsce. Jednakże ich **ostateczna weryfikacja** wymaga odwiedzenia placówki. Zaleca się przeprowadzenie ich audytu pod względem wymagań, których punktem wyjścia jest katalog przedstawiony w niniejszym dokumencie.

Istotna jest również rola POT-u jako podmiotu edukującego placówki medyczne w zakresie realnych szans na efekty działań promocyjnych. Wśród podmiotów niedoświadczonych na rynku turystyki medycznej bardzo często występuje postawa mało krytyczna wobec własnych możliwości, która skutkuje deklaracjami chęci działalności na wielu rynkach zagranicznych. Nieuświadomienie placówkom ich ograniczeń oraz potrzeby skupienia się na określonych rynkach np. w oparciu o posiadane zasoby i lokalizację (koncepcja „PRR”) może skutkować ich rozczarowaniem co do efektów działań w przyszłości. Oczekiwania placówek w zakresie ilości i tempa pozyskiwania pacjentów są duże większe aniżeli gotowość do inwestowania czasu i pieniędzy w doprowadzenie do takich efektów.

Oprócz kontaktu bezpośredniego ze wskazanymi podmiotami, celem zaproszenia do wspólnej promocji zagranicznej, sugerowane jest także zorganizowanie cyklu warsztatów przygotowujących (szczególnie dla tych rokujących podmiotów) do pozyskiwania i obsługi pacjentów zagranicznych. Warsztaty te powinny obejmować kilka aspektów między innymi: reorganizację podmiotu nakierowaną na przyjęcie pacjenta zagranicznego, jego potrzeby oraz

wymagania; pomoc w tworzeniu optymalnej oferty dla pacjentów zagranicznych; wskazanie dobrych sposobów pozyskiwania pacjentów zagranicznych.

Zidentyfikowana liczba podmiotów może z jednej strony wydawać się zbyt mała, z drugiej jednak strony zbyt liczna grupa może wywoływać potrzebę wskazywania „lepszych” jednostek świadczących daną usługę w tym samym regionie, co nie leży w kompetencjach osób zajmujących się promocją placówek medycznych w skali kraju. Warto głębiej zastanowić się tutaj nad przyjmowaną strategią. Co więcej, należy z dużą starannością dobierać **ostateczną grupę** podmiotów, gdyż promocja nieodpowiednich placówek ma negatywny wpływ na postrzeganie całej destynacji.

Do ograniczeń niniejszej publikacji należy zaliczyć przede wszystkim jednokrotne wykonanie badania "tajemniczy klient". Powtórzenie ich w innym okresie dałoby bardziej rzetelne wyniki o faktycznym stopniu i jakości reakcji placówek na zapytania od klienta. Warto podkreślić też dużą dynamikę na rynku placówek medycznych. Punktem wyjścia zawartych tu rozważań był stan w sierpniu 2016 r. Ponadto należy zauważyć, iż brakuje powszechnie funkcjonujących kryteriów oceny placówek medycznych w zakresie obsługi pacjentów zagranicznych. Wszystkie te uwarunkowania sprawiają, że wyszczególnione tutaj regiony oraz konkretne placówki medyczne stanowią bazę do kontynuacji badań nad tym zagadnieniem. Wyniki należy rozpatrywać w kontekście określonego czasu i danych uwarunkowań politycznych i komunikacyjnych.

Niniejsze opracowanie stanowi pierwszą próbę kompleksowego ujęcia potencjału turystyki medycznej w Polsce. Nie jest ono jednakże zamknięte. Jak wielokrotnie podkreślano, zagadnienia związane z turystką medyczną charakteryzują się kompleksowością i dużą dynamiką zmian. W związku z czym zaleca się aktualizowanie oraz pogłębianie zawartych tutaj wniosków.

Literatura

Analiza możliwości rozwoju turystyki zdrowotnej w województwie lubelskim w kontekście zidentyfikowanej inteligentnej specjalizacji regionu w dziedzinie usług medycznych i prozdrowotnych, RAPORT KONCOWY Z BADANIA DZIEDZINOWEGO, Lublin, grudzień 2013 r.

Analiza rynków zagranicznych na podstawie sprawozdań zagranicznych ośrodków Polskiej Organizacji Turystycznej, 2015 r.

Białk-Wolf, A. (2010). Potencjał rozwojowy turystyki medycznej. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego, Ekonomiczne Problemy Usług 591(53), s. 653-662.

Białk-Wolf, A. (2010). Zdrowotna funkcja współczesnej turystyki, Turystyka uzdrowiskowa jako forma turystyki zdrowotnej, [w]: Turystyka zdrowotna, M. Boruszczak (red.), Wydawnictwo WSTiH, Gdańsk 2010, s. 13-32, 43-65.

Białk-Wolf, A. (2014). Turystyka medyczna. Perspektywy rozwoju w woj. pomorskim. Gdańsk 2014, <http://www.gdansk4u.pl/uploads/TurystykaMedycznaRaport.pdf>,

Białk-Wolf, A. (2015). Czy turyści medyczni z Niemiec mogą trafić przez swoje kasy chorych do Polski? <http://turystyka-medyczna.com/2015/08/03/czy-turysci-medyczni-z-niemiec-moga-trafiac-przez-swoje-kasy-chorych-do-polski/>; Zarys faktów o turystyce medycznej w Niemczech. Czy rynek niemiecki jest dla nas atrakcyjny? <http://turystyka-medyczna.com/2015/08/18/zarys-faktow-o-turystyce-medycznej-w-niemczech-czy-rynek-niemiecki-jest-dla-nas-atrakcyjny/>.

Białk-Wolf, A. (2016). Nastawienie Niemców do turystyki medycznej w świetle najnowszych badań, <https://turystyka-medyczna.com/2016/05/20/nastawienie-niemcow-do-turystyki-medycznej-w-swietle-najnowszych-badan/>.

Białk-Wolf, A. (2016). Region Zdrowia Fryburg, *Manager Zdrowia* 147:26-29.

Bieger, T., Beritelli, P. (red.) (2013). *Management von Destinationen*. Oldenbourg, München.

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.

European Travel Commission and World Tourism Organization (2015). *Exploring Health Tourism – Working Paper*, UNWTO, Madrid.

Hopfinger, H., Pechlaner, H., Schön, S. (2012). *Kulturfaktor Spiritualität und Tourismus. Sinnorientierung als Strategie für Destinationen*, Erich Schmidt, Berlin.

Januszevska, M. (2004). Znaczenie produktu uzdrowiskowego w rozwoju turystyki w Polsce [w:] *Markowe produkty turystyczne*, red. A. Panasiuk, Fundacja na rzecz Uniwersytetu Szczecińskiego, Szczecin-Niechorze.

Kirsch, F.M., (2017). *Warum Medizintourismus?* [w:] Frank-Michael Kirsch, Jens Juszczak (Hrsg.): *Medizintourismus. Erfahrungen mit einer weltweiten Wachstumsbranche*. IFB Verlag Deutsche Sprache GmbH, Paderborn (w druku).

Koreńczuk, A. (2010). *Turystyka Spa i Wellness*, w: *Turystyka zdrowotna*, [w]: M. Boruszczak (red.), Wydawnictwo WSTiH, Gdańsk 2010.

Koncepcja Programu Promocji Usług Prozdrowotnych z 18 lipca 2016 r., dostęp: <http://www.pot.gov.pl/6-4fundusze-ue/l/program-promocji-uslug-prozdrowotnych/koncepcja-programu-promocji-uslug-prozdrowotnych>.

Lanz-Kaufmann, E., (1999). *Wellness-Tourismus. Marktanalyse und Qualitätsanforderungen für die Hotellerie – Schnittstellen zur Gesundheitsförderung*, FIF, Berno.

Levary, R. R. (2011). Multiple-Criteria Approach to Ranking Medical Tourism Destinations, *Thunderbird International Business Review*, 53 (4), 529-537.

Lubowiecki-Vikuk, A.P.; Bosiacki, S. (2012). Możliwości rozwoju turystyki medycznej w Poznaniu w ujęciu podażowo-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* 34:85-107.

Lubowiecki-Vikuk A, Gnusowski M. (2016). Rola kompetencji międzykulturowych na rynku turystyki medycznej w Polsce, *Hygeia Public Health*, T. 51, nr 3, s. 255-261.

- Lunt, N., Carrera, P. (2011). Systematic review of web sites for prospective medical tourists, *Tourism Review*, 66 (1/2), 57-67.
- Łaźniewska, R., Gorynia, M. (2012). *Konkurencyjność regionalna*, Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Medizintourismus-IBUH, *Touristik-Radar*, 2016, Bad Honnef 2016.
- Mueller, H., Lanz Kaufmann, E. (2001). Wellness Tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry *Journal of Vacation Marketing*, Volume 7 Number 1, S. 5-17.
- Pechlaner, H.; Hopfinger, H., Schön, S. (2012). *Wirtschaftsfaktor Spiritualität und Tourismus, Ökonomisches Potenzial der Werte- und Sinnsuche*, Berlin, Erich Schmidt.
- Pfarr, C., Locher, (2012). The German Spa and Health Resort Industry in the Light of Health Care System Reforms, *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 29:3, 298-312.
- Potenzialstudie Medizintourismus Berlin- Brandenburg 2015, Berlin Partner für Wirtschaft und Technologie.
- Porter M. E. (1998). *The Competitive Advantage of Nations*, Macmillan, London.
- Sagan A. i in., (2011). Poland: Health system review. *Health Systems in Transition*, 13(8):1–193, s. 80.
- Turystyka w 2015 r., GUS.
- Wongkit, M., McKercher, B. (2013). Toward a typology of medical tourists: A case study of Thailand, *Tourism Management*, 38, 4-12.
- www.portalsamorzadowy.pl/ochrona-zdrowia/sanatoria-uzdrowisko-naleczow-przyciaga-kuracjuszy-z-krajow-arabskich,78019.html, z dnia 08.11.2016 r.
- <http://apps.who.int/gho/data/view.main.HEALTHEXPRATIOPOL?lang=en>, z dnia 13.12.2016 r

Abstract

The aim of the analysis was to prepare a basis for future research regarding the supply side of medical tourism in Poland.

As medical tourism is easier to develop in already established tourism destination regions, the main tenet of this paper was the assumption, that we should analyze medical tourism with regard to:

- the main **regions** in the country, where foreign tourism flow can already be observed,
- the main **markets**, from which the foreign tourists come to the popular destinations,
- the main **products**, which are interesting for the tourists because of the health system in their relative country of origin and its shortcomings.

Different than in most other forms of tourism, the demand for some **product** in case of medical tourism is more connected with the shortcomings of the health system in the country of origin than with the profile of the tourists. Therefore one should investigate medical tourism in one country in context of the country of origin from foreign tourists, because this determines not only the choice of destinations, but also the willingness to ask for some special medical products. If for example in Poland you have to wait very long for an operation of cataract and the product has a high appraisal, there is a demand for that product abroad.

The most important factor is to analyze these three elements simultaneously, because only then practical dimensions are existing and this also allows to predict, which clinics (in which **region** should they be situated and which **product** should they offer?) can prepare and offer their products to which **markets**.