

Uniwersytet Warszawski
Wydział Zarządzania



STRESZCZENIE ROZPRAWY DOKTORSKIEJ

**Wpływ turystyki medycznej na dostępność i jakość opieki
zdrowotnej w Polsce**

Mgr Dorota Matulka - Kacprzak
Katedra Gospodarki Narodowej

**Praca napisana pod kierunkiem:
Prof. zw. dr hab. Kazimierza Rycia oraz
dr hab. nauk medycznych Józefa Haczyńskiego
Wydział Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego
Katedra Gospodarki Narodowej**

Warszawa, 2019

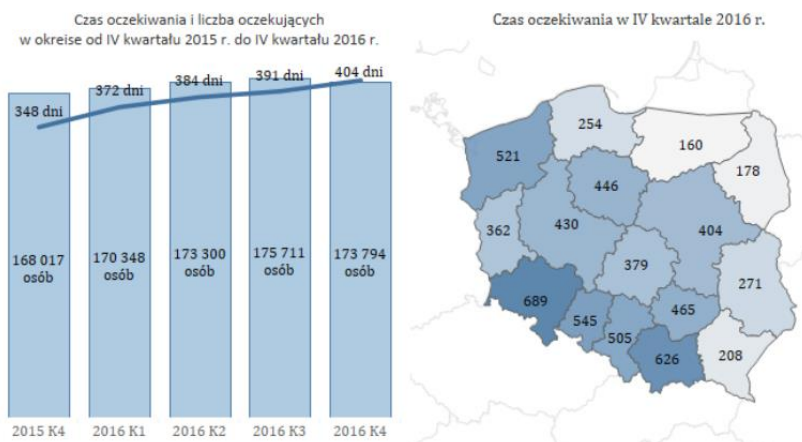
SPIS TREŚCI

UZASADNIENIE WYBORU TEMATU	3
CEL PRACY ORAZ PYTANIA BADAWCZE.....	7
STRUKTURA PRACY.....	10
MATERIAŁ I METODY BADAŃ.....	12
Badanie ankietowe.....	12
Ocena atrakcyjności zjawiska turystyki medycznej	16
Regresja logistyczna, czyli czynniki zwiększające bądź zmniejszające skłonność do korzystania z turystyki medycznej - ocena prawdopodobieństwa	18
Wpływ turystyki medycznej na długość kolejek do zabiegów usunięcia zaćmy w wybranych regionach Polski.....	19
PODSUMOWANIE I WNIOSKI.....	22
PEŁNY WYKAZ BIBLIOGRAFII ROZPRAWY DOKTORSKIEJ.....	29

UZASADNIENIE WYBORU TEMATU

Minione lata stały się czasem głębokich przemian strukturalnych gospodarki międzynarodowej. Zmiany te dotyczyły także obszaru lokalnych systemów ochrony zdrowia, które musiały i nadal muszą sprostać wciąż pojawiającym się wyzwaniom tj. np. wzrost mediany wieku ludności, narastające koszty procedur medycznych, zwiększające się oczekiwania pacjentów. Wspomniane wyzwania zmuszają do dokonywania ciągłych zmian w zakresie poprawy warunków leczenia i efektywności ekonomicznej (Nojszewska, 2011). System ochrony zdrowia funkcjonujący w sposób właściwy winien być priorytetem każdego państwa. Niestety duża liczba krajów europejskich – szczególnie tych zlokalizowanych w części środkowo – wschodniej nie potrafi sprostać trudnościom XXI w. Najpoważniejszą z nich jest utrudniony dostęp do świadczeń medycznych. Powszechnym zjawiskiem m.in. w Polsce jest oczekiwanie pacjentów w długich kolejkach na zabiegi medyczne i do lekarzy specjalistów, które są finansowane ze środków publicznych. Według raportu NIK z 2016 r. bardzo trudna sytuacja ma miejsce w obszarze świadczeń rehabilitacyjnych. Dane zebrane na koniec grudnia pokazują, że mediana średniego rzeczywistego czasu oczekiwania pacjenta do oddziałów rehabilitacyjnych (przypadek stabilny wyniosła 404 dni. Choć praktycznie kolejka oczekujących nieznacznie skróciła się pomiędzy kwartałem trzecim i czwartym, to nie wpłynęło to na czas oczekiwania.

Rysunek 1. Liczba oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w rehabilitacji leczniczej w grudniu 2016 r., z uwzględnieniem zmian w stosunku do grudnia 2015 r.



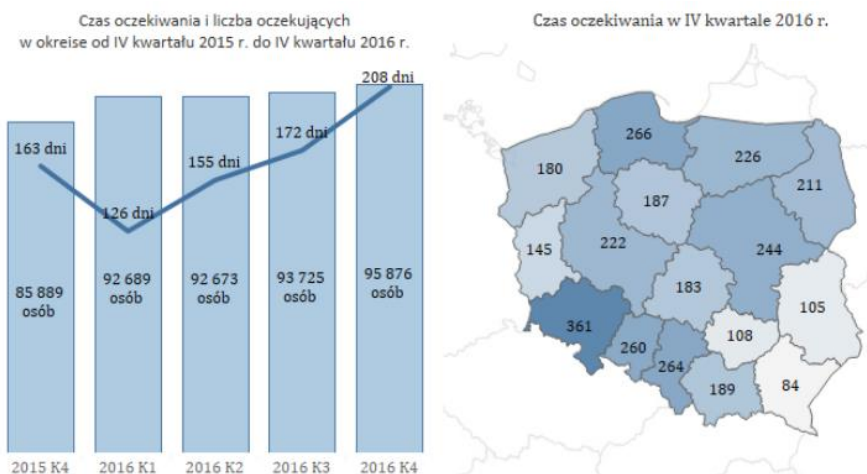
Źródło: (NIK, 2016)

Zwracając uwagę na perspektywę regionalną – najdłuższy czas oczekiwania na nabycie świadczenia oferowanego przez oddziały rehabilitacyjne miał miejsce w województwach: dolnośląskim (689 dni) i małopolskim (626 dni).

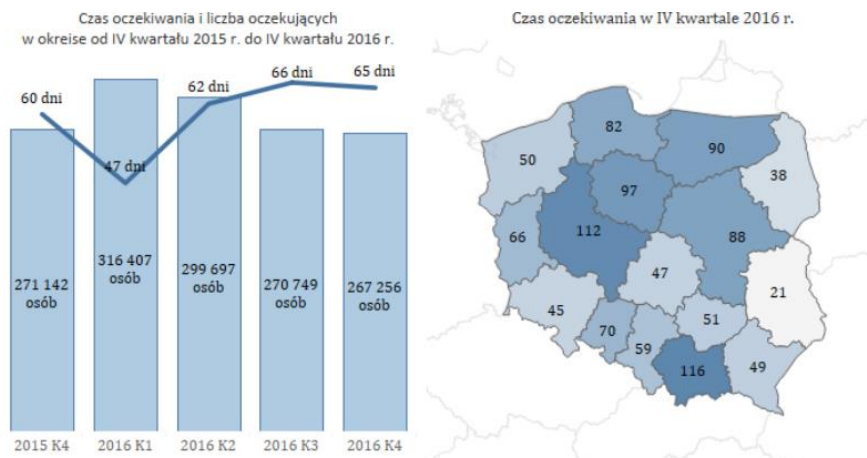
Posługując się innym przykładem z obszaru ambulatoryjnej opieki zdrowotnej. Największa liczba oczekujących pacjentów w skali kraju dotyczyła w 2016 r. poradni specjalistycznych świadczących usługi w zakresie m.in. endokrynologii, chirurgii naczyniowej, kardiologii, gastroenterologii i okulistyki. Największa wartość mediany średniego czasu oczekiwania na uzyskanie świadczenia odnotowano w przypadku poradni endokrynologicznych. Dla kategorii „przypadek stabilny” było to 208 dni.

Rysunek 2. Liczba oczekujących i mediana średniego czasu oczekiwania na udzielenie świadczenia opieki zdrowotnej w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej w grudniu 2016 r., z uwzględnieniem zmian w stosunku do grudnia 2015 r.

PORADNIE ENDOKRYNOLOGICZNE



PORADNIE OKULISTYCZNE



Źródło: (NIK, 2016)

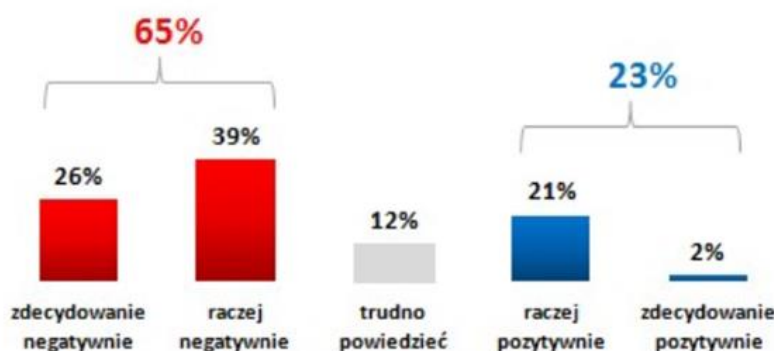
Z grupy powyżej wymienionych placówek najwyższą liczbą osób oczekujących wyróżniły się w sposób szczególny poradnie okulistyczne. W czwartym kwartale 2016 r. na wizytę we

wspomnianej placówce oczekiwało ponad 267 tys. osób (ujęcie krajowe). Dodatkowo, poradnie okulistyczne wyróżniły się także pod względem liczby osób skreślonych z listy oczekujących ze względu na wykonanie świadczenia.

Utrudniony dostęp do świadczeń medycznych wpływa na opinie mieszkańców Polski w obszarze jego oceny, która z roku na rok jest coraz gorsza. Pracownicy Centrum Badań Opinii Społecznej zapytali w 2014 i 2016 r. mieszkańców Polski, czy - ich zdaniem - *jeśli pacjent tego potrzebuje, może łatwo dostać się na wizytę do specjalisty*. W 2014 r. tylko 11% respondentów wyraziło pozytywną opinię w kontekście tego stwierdzenia, aż 85% - nie zgodziło się z nim (CBOS, 2014). Dwa lata później wynik był jeszcze bardziej niepokojący – w 2016 r. zaledwie 8% badanych stwierdziło, że można łatwo dostać się na wizytę do specjalisty stosunku do 88% tych którzy zaprzeczyli (CBOS, 2016).

W innym sondażu z 2018 r. poproszono Polaków ogólną ocenę publicznej służby zdrowia. Prawie jedna trzecia respondentów (65%) wyraziła negatywną opinię na temat opieki zdrowotnej w Polsce. Zdecydowanie negatywnie nastawione jest 26% badanych. Natomiast wariant raczej negatywnie wybrało 39% osób. Pozytywne spojrzenie na polskie usługi zdrowotne prezentowało 23% respondentów.

Rysunek 3. Jak ogólnie oceniasz publiczną służbę zdrowia w Polsce



Źródło: (Ciekaweliczby.pl, 2018)

Reasumując - ewidentnie widoczny utrudniony dostęp do świadczeń medycznych odbijający się na jakości oferowanych usług zdrowotnych w Polsce oraz wywołujący powszechne niezadowolenie Polaków z funkcjonowania rodzimego publicznego systemu opieki zdrowotnej powoduje, że rozpoczynają oni poszukiwanie nowych możliwości. Nikt nie jest w stanie przełożyć choroby na inny termin – jest ona tu i teraz. Spoglądając wyłącznie na główne fakty należy stwierdzić, że polski system ochrony zdrowia w obecnej sytuacji finansowej (niskie

kwoty kontraktów z NFZ oraz słabe dofinansowanie ogólne z budżetu państwa) i kadrowej (mała liczba lekarzy i pielęgniarek przypadająca na mieszkańca Polski) nie jest w stanie obsłużyć tak dużej liczby chorych we względnie krótkim czasie. Choroba stanowi pewną formę kosztu. Pacjenci, którzy oczekują w długich kolejkach nie tylko ryzykują ewentualnym pogorszeniem się ich stanu zdrowia ale - nierzadko - tracą również możliwość pracy zawodowej w stopniu całkowitym lub częściowym. W ten sposób gospodarka traci siły wytwórcze. Chory człowiek jest nieefektywny – nie wykorzystuje swoich możliwości i często korzysta ze zwolnień lekarskich. W efekcie traci on sam oraz przedsiębiorca i budżet państwa. Ponadto również w obszarze społecznym staje się – niejako – wykluczony.

Coraz częściej pojawiają się mniej lub bardziej racjonalne propozycje poprawy obecnej sytuacji. Koncentrują się one głównie wokół konieczności zwiększenia finansowania: całego systemu ochrony zdrowia (które jest jednym z najniższych w Europie) lub wybranych świadczeń, gdzie problem utrudnionej dostępności jest największy np. w przypadku zabiegów usunięcia zaćmy. Często dyskutuje się również o przekształceniu całego modelu opieki zdrowotnej w kierunku rozwiązania Beveridge'a, aby ograniczyć głównie koszty tzw. „bramki”. Niestety, zazwyczaj są to wyłącznie propozycje niemające nic wspólnego z rzeczywistością lub niewiele zmieniające tę bardzo skomplikowaną sytuację.

Jednak polski pacjent pozbawiony właściwej pomocy medycznej ze strony swojego państwa potrafi odnaleźć się w nie łatwiej rzeczywistości i skorzystać z dobrodziejstw zglobalizowanego świata. W przypadku wybranych świadczeń medycznych tj. usunięcie zaćmy do którego w ramach refundacji z NFZ oczekuje się – w wariacie optymistycznym – nieznacznie ponad rok, Polacy znaleźli alternatywę w postaci turystyki medycznej¹. Choć w pierwszej kolejności zmuszeni są płacić za procedurę medyczną własnych środków, to i tak wydaje się to być raczej korzystne rozwiązanie dla pacjenta - dlaczego ? Po pierwsze – zwracając uwagę na aspekt kosztowy – pacjent płaci w rzeczywistości tylko raz. Ponosząc koszt obowiązkowej (z pewnymi wyjątkami) składki zdrowotnej, polski obywatel nabywa prawo do korzystania z usług publicznej opieki zdrowotnej. Chcąc leczyć się w kraju ma możliwość wyboru leczenia publicznego w ramach wspomnianej składki lub prywatnego, które jest płatne niezależnie. Wybierając pierwszy wariant usługę medyczną oczywiście pobiera „za darmo”

¹ Na potrzeby rozprawy doktorskiej turystykę medyczną w wąskim znaczeniu rozumie się jako **dobrowolny wyjazd poza miejsce stałego zamieszkania, trwający nie dłużej niż rok bez przerwy, w celu uzyskania (w kraju lub za granicą) świadczenia zdrowotnego wymagającego wyspecjalizowanej interwencji medycznej i wysokich kwalifikacji personelu medycznego, które jest oferowane przez publiczne oraz niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej.** Natomiast w szerokim ujęciu wyjazd ten może być połączony z tradycyjnym wypoczynkiem, zwiedzaniem i regeneracją sił fizycznych oraz psychicznych.

(w ramach refundacji NFZ), ale musi czekać nierzadko w kolejce. W przypadku drugiej możliwości płaci bezzwrotnie za świadczenie i problemem kolejek go nie dotyczy. Jednak w tym przypadku ponosi koszt dwukrotnie. Raz za usługi publiczne z których *de facto* nie korzysta i dodatkowo za usługę prywatną. Natomiast leczenie zagraniczne w innym kraju UE w ramach dyrektywy transgranicznej jest w - pewnym stopniu – formą „złotego środka” pomiędzy publiczną prywatną opieką zdrowotną oferowaną przez państwo zamieszkania. Turysta medyczny – jak to było wspomniane wcześniej - płaci za świadczenie w pierwszej kolejności z własnych środków finansowych. Jednak po powrocie do kraju ma prawo do ubiegania się zwrot tego kosztu przez NFZ w ramach obowiązkowej składki zdrowotnej. Płaci w ten sposób – faktycznie - tylko raz, a ma możliwość korzystania zarówno z usług prywatnych, jak i państwowych placówek medycznych zlokalizowanych za granicą – często bez kolejek.

Autorka pracy będąc świadomą problemów z jakimi muszą się zmagać pacjenci polskiej opieki zdrowotnej postanowiła sprawdzić możliwości, jakie ze sobą niesie zjawisko turystyki medycznej – czy jest ono w stanie pomóc polskiemu pacjentowi w szybszym pozbyciu się choroby i poprawić jakość systemu opieki zdrowotnej. Choć wybrany kierunek pracy nie był łatwy, to niewątpliwie przyniósł Autorce możliwość rozwoju naukowego i wiele satysfakcji.

CEL PRACY ORAZ PYTANIA BADAWCZE

Celem głównym pracy jest analiza funkcji, jakie może pełnić turystyka medyczna w polskim systemie ochrony zdrowia

Realizacja powyżej określonego celu będzie miała miejsce poprzez udzielenie odpowiedzi na główne pytanie badawcze traktujące o tym, **czy turystyka medyczna ma potencjał, który aktualnie może wspomóc wzrost jakości i dostępności systemu opieki zdrowotnej w Polsce oraz poprawić stan zdrowia pacjentów obecnie lub w przyszłości**

Ze względu na wysoki stopień złożoności podjętego przez Autorkę problemu niezbędne okazało się także sformułowanie pomocniczych pytań badawczych o charakterze szczegółowym tj.:

- 1. Czy rozwiązanie w postaci wyjazdowej turystyki medycznej stanowi atrakcyjną propozycję dla mieszkańców Polski?**
- 2. Jaki poziom wiedzy posiadają Polacy odnośnie możliwości zagranicznego leczenia i czy położenie miejsca zamieszkania (województwo) wpływa na zasób informacji o turystyce medycznej?**

3. **Jakie czynniki wpływają na decyzję o wyborze zagranicznego leczenia?**
4. **Jaka jest sylwetka polskiego odbiorcy oferty zagranicznych klinik oraz bezpośredniego turysty medycznego?**
5. **Czy wyjazdowa turystyka ma potencjał do poprawy stanu zdrowia wyłącznie osób podróżujących na zagraniczne leczenie, czy także osób, które na taki wyjazd nie mogą sobie pozwolić?**

Ponadto w ramach niniejszej rozprawy doktorskiej Autorka zwróciła uwagę nie tylko na problem wyjazdowej turystyki medycznej. Przedmiotem analiz stała się również sytuacja pojawienia się nowego poziomu konkurencji w której znalazły się zarówno przedsiębiorstwa funkcjonujące na rynku usług medycznych w Polsce, jak i gospodarka.

W celu lepszego opisanie wspomnianych kwestii sformułowano dwa pytania pomocnicze.

- **Czy implementacja dyrektywy transgranicznej przez kraje UE stanowi szansę dla rozwoju polskiej gospodarki w obszarze ochrony zdrowia?**
- **Jaką metodę działania powinny przyjąć polskie placówki medyczne w zetknięciu z zupełnie nowym poziomem konkurencji ?**

Wykorzystane metody analizy powyżej ujętego problemu tj. tzn. analiza S.W.O.T oraz teoretyczny opis połączony ze studium literatury – spowodowały, że prezentowany materiał nie stanowi część trzeciego rozdziału badawczego, ale w opinii Autorki jest ważnym dopełnieniem rozprawy doktorskiej i wymagał wyszczególnienia.

Terminy o nieoczywistej interpretacji, które pozostają bez szczególnego wyjaśnienia we właściwej części pracy, a użyte zostały w zaprezentowanych pytaniach badawczych rozumiem w następujący sposób:

Atrakcyjna propozycja – oferta przedsiębiorstw medycznych, którą charakteryzuje szeroko rozumiana wysoka jakość świadczonych usług (brak kolejek do świadczeń, kompetentny personel medyczny, najnowocześniejsza technologia wykonywania zabiegów medycznych) oraz adekwatny do niej koszt finansowy, który musi ponieść pacjent. Skutkuje to podjęciem lub gotowością do podjęcia zagranicznego leczenia.

Bezpośredni turysta medyczny – osoba pełniąca rolę konsumenta usług medycznych. Jest to pojęcie węższe w stosunku do określenia *turysta medyczny*.

Pośredni turysta medyczny – osoba będąca towarzyszem podróży pacjenta zagranicznej kliniki medycznej, Często wchodzi w rolę odbiorcy oferty turystycznej.

Odbiorca oferty turystycznej – najczęściej jest to osoba młoda, korzystająca z Internetu, która nie zawsze jest turystą medycznym, lecz zawsze pełni dla niego rolę doradcy lub informatora w zakresie zagranicznego leczenia.

Czynniki wpływające na decyzję o wyborze zagranicznego leczenia – pojedyncze parametry tj. np. stopień niezadowolenia z jakości opieki zdrowotnej w kraju, możliwości finansowe,

stosunek do konieczności dalszej podróży, które motywują potrzebę odbycia leczenia zagranicznego.

Potencjał turystyki wyjazdowej – zbiór czynników tj. np. łatwiejsza dostępność do usług, wysokie kompetencje personelu medycznego, najnowocześniejsza technologia wykonywania zabiegów medycznych, które prowadzą do szybszego, ale także odpowiedniego pod względem jakościowym (rozumianego jako staranność i rzetelność opieki zdrowotnej) wyleczenia pacjentów niż miałyby to miejsce w kraju.

Poprawa stanu zdrowia – ustąpienie częściowe lub całkowite czynnika chorobowego, zmieniające w sposób pozytywny efektywność gospodarczą i społeczną człowieka

Dyrektywa transgraniczna – dokument funkcjonujący w Polsce od 15 listopada 2014 roku, który traktuje o tym, że osoba ubezpieczona może ubiegać się o zwrot kosztów świadczeń opieki zdrowotnej, z których skorzystała poza granicami Polski w dowolnym kraju Unii Europejskiej, zarówno w publicznym, jak i prywatnym systemie opieki zdrowotnej, na zasadach określonych w znowelizowanej ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

Implementacja - proces scalania prawa unijnego z prawem państw członkowskich

Nowy poziom konkurencji – zmiana dotychczasowych reguł rywalizacji na rynku ochrony zdrowia oraz wyodrębnienie się nowej grupy (znacznie silniejszej pod względem ofertowym) podmiotów, które z mocy niedawno wprowadzonego prawa (dyrektywy transgranicznej) stały się bezpośrednimi rywalami polskich placówek medycznych.

Radzenie sobie z nowym poziomem konkurencji – przyjęcie odpowiedniej strategii działania przez placówki polskiej opieki zdrowotnej w odpowiedzi na zmiany prawne wywołujące konieczność konkurowania już nie tylko na rynku krajowym, ale także międzynarodowym (Unii Europejskiej)

Dostępność do świadczeń medycznych - autorka rozumie dwukierunkowo – bezpośrednio, jako możliwość szybszego uzyskania pomocy medycznej oraz pośrednio w kontekście jakości, czyli ujęcia w którym łatwiejszy dostęp do usług zdrowotnych jest równoznaczny z wyższym poziomem (komfortem) życia jednostki. Istotne w tym przypadku jest spojrzenie na sytuację pacjenta. Zjawisko turystyki medycznej stanowi szansę na skorzystanie ze świadczenia medycznego bez konieczności oczekiwania w kolejkach, Długotrwałe pozostawanie w stanie niewyleczonej choroby, często wiąże się zarówno z ryzykiem jej gwałtownego postępu, jak i z obniżeniem komfortu życia takiej jednostki. Chory człowiek wraz z upływem czasu staje się coraz mniej aktywny społecznie i gospodarczo. Problemem polskiej służby zdrowia nie są złe metody leczenia, czy niewykształcony personel ale obciążenie ilościowe całego systemu. - turystyka medyczna wychodzi naprzeciw tym trudnościom.

Jakość - pojęcie postrzegane jest także przez pryzmat konkurencyjności placówek medycznych. Nasilone wyjazdy polskich obywateli na zagraniczne leczenie mogą przełożyć się na konieczność walki o pacjenta. Zarówno instytucje publiczne, jak i przedsiębiorstwa prywatne zetkną się z problemem nowej konkurencji –już nie tylko na rynku krajowym ale także międzynarodowym. Pacjent może wybrać lepszą dla siebie ofertę pod względem jakościowym oraz cenowym. W ten sposób placówki państwowe mogą zostać – niejako -

zmuszone do poprawy jakości oferowanych usług, a firmy prywatne do obniżenia cen. W przypadku drugiego wariantu - świadczenia staną się bardziej dostępne dla części osób które obecnie nie mogą korzystać z takiej możliwości.

STRUKTURA PRACY

W ramach czterech rozdziałów rozprawy doktorskiej Autorka zamierza przyjrzeć się relacjom funkcjonującym pomiędzy interesariuszami turystyki medycznej oraz zastanowić się, czy zjawisko turystyki medycznej charakteryzuje potencjał do poprawy sytuacji w systemach ochrony zdrowia (obecnie lub w przyszłości).

W pierwszej części pracy został umieszczony rys historyczny, który w tym przypadku ma niebagatelne znaczenie. Pomimo diametralnej zmiany metod leczenia na przestrzeni lat pewne idee pozostały niezmiennie do dziś. Warto przyjrzeć się np. dlaczego współcześni turyści zdrowotni tak chętnie korzystają z balneoterapii i jak narodził się jej fenomen. Jest to poszukiwanie korzeni turystyki medycznej od czasów starożytnej Mezopotamii, aż do XXI w, gdy w znaczący sposób wzrosła dynamika rozwoju wspomnianego zjawiska

Rozdział drugi został skoncentrowany wokół zagadnień ogólnych pozwalających m.in. umiejscowić turystykę medyczną w szerszej kategorii, jaką jest turystyka zdrowotna oraz odróżnić analizowane zjawisko od turystyki uzdrowskiej oraz Spa & Wellness. Należy przyznać, że nie istnieje w pełni ustrukturyzowana definicja turystyki medycznej. Dlatego istotnym elementem rozdziału było również wyodrębnienie jednej - przyjętej na potrzeby pracy – definicji tego pojęcia, zbudowanej w oparciu o studium literatury. Spojrzenie na turystykę medyczną w opisywanej rozprawie doktorskiej nie jest wyłącznie pozytywne. Choć – ogólnie – wyjazdy na zagraniczne leczenie mogą nieść ze sobą wiele korzyści to samo zjawisko turystyki medycznej często budzi kontrowersje w społeczeństwie wynikające częściowo z niewiedzy i zbytnej generalizacji. A także z faktycznie istniejącej ciemnej strony turystyki medycznej, czyli tzw. ciroturystyki.

W drugiej części rozdziału drugiego zaprezentowano czynniki wpływające na -obecny – tak szybki rozwój zjawiska turystyki medycznej. Do ich prezentacji oprócz studium literatury wykorzystano także dane wtórne, pochodzące m.in. z OECD, Banku Światowego, GUS, czy też Medical Tourism Association. Szczególnie istotnymi czynnikami wpływającymi na wzrost znaczenia omawianego zjawiska jest jakość i dostępność usług zdrowotnych. W celu szczegółowego omówienia powyżej wymienionych zagadnień, użyto danych z Europejskiego Konsumenckiego Indeksu Zdrowia. Oprócz wskazania różnic pomiędzy poszczególnymi krajami Europy w efektywności leczenia i szybkim otrzymaniu usług zdrowotnych, udzielono

także odpowiedzi na pytanie, czy poziom dochodów gospodarstw domowych w danym kraju wpływa na jakość oferowanych w nim świadczeń medycznych. Tę krótką analizę przeprowadzono przy pomocy korelacji Pearsona. W badaniu wzięto pod uwagę wybrane 23 kraje UE. Dane potrzebne do jego przeprowadzenia to dochód gospodarstw domowych skorygowany brutto w poszczególnych krajach oraz wyniki indeksu EHCI. Zakres czasowy obejmował 2015 r. Natomiast ostatnia część rozdziału drugiego poświęcona jest korzyściom, jakie niesie ze sobą rozwój turystyki medycznej w ujęciu wyjazdowym oraz przyjazdowym.

Głównym przedmiotem rozdziału trzeciego jest miejsce turystyki medycznej w polskim systemie ochrony zdrowia. Jednak, aby mogło ono zostać uwidocznione, niezbędne okazało się spojrzenie na sposób funkcjonowania samego systemu, szczegółową analizę problemu dostępności państwowych świadczeń medycznych oraz przeanalizowanie zadowolenia pacjentów z oferowanych usług przez podmioty państwowe, gdyż od tego zależą możliwości rozwoju polskiej turystyki medycznej. Druga część rozdziału uwidacznia rolę dyrektywy transgranicznej w kształtowaniu migracji turystów medycznych na terytorium UE. Dokument ten jest spoiwem łączącym turystykę medyczną o charakterze wyjazdowym i przyjazdowym. Jednak implementacja dyrektywy transgranicznej przez państwa UE jest związana także z pojawieniem się nowego poziomu konkurencji na rynku usług zdrowotnych z jakim muszą się mierzyć placówki publicznej opieki zdrowotnej oraz gospodarki. Turystyka medyczna jest niekwestionowaną szansą ale może stanowić także duże zagrożenie. Otwartość na świat medycznych „podmiotów gospodarczych” przestaje być możliwością, stając się powoli koniecznością. Jeśli nie zauważy się w swojej strategii działania tego trendu pozostanie się daleko za konkurencją. Dotyczy to przede wszystkim skali mikroekonomicznej, ale także może rzutować na sytuację ogólnogospodarczą kraju. Dlatego w ostatniej części rozdziału trzeciego podjęto próbę udzielania odpowiedzi na pytanie: jaką strategię powinna przyjąć Polska, jeśli chce walczyć o pacjenta zagranicznego. Wykorzystano w tym celu analizę S.W.O.T.

Rozdział czwarty opisywanej rozprawy doktorskiej obejmuje wyniki analiz własnych bazujących zarówno na danych pierwotnych, jak i wtórnych. Wspólny mianownik łączący wszystkie prowadzone badania to znaczenie zjawiska oraz korzyści płynące z wyjazdowej turystyki medycznej mieszkańców Polski. W pierwszej części rozdziału analizie poddano zainteresowanie wyjazdową turystyką medyczną wykazane przez rodzimych pacjentów. Wykorzystano do tego celu sprawozdania z działalności NFZ uwidaczniające statystyki liczby złożonych wniosków o zwrot kosztów w latach 2015 -2017 oraz narzędzie Google Trends pokazujące częstość wyszukiwania haseł tj. „operacja zaćmy w Czechach”

przez internautów. Rosnące zainteresowanie polskich turystów medycznych leczeniem zaćmy w czeskich klinikach, sprawiło, że pojawiły się placówki medyczne, które specjalizują się wyłącznie w obsłudze polskiego pacjenta. Autorka na potrzeby pracy przeanalizowała i porównała oferty trzech z nich.

W drugiej części rozdziału czwartego zostały umieszczone wyniki badania ankietowego. Miało ono na celu prezentację poziomu aktualnej wiedzy mieszkańców Polski, wyodrębnienie czynników motywujących oraz demotywuujących wyjazdy na zagraniczne leczenie. Dodatkowo kwestionariusz ankietowy stanowił podstawę do budowy sylwetki odbiorcy oferty zagranicznych placówek medycznych. Opisywaną rozprawę doktorską kończy analiza wpływu wyjazdowej turystyki medycznej Polaków na długość kolejek do zabiegów usunięcia zaćmy w woj. śląskim, dolnośląskim i opolskim.

MATERIAŁ I METODY BADAŃ

Analizowany problem badawczy jest zjawiskiem stosunkowo nowym. Sytuacja ta powoduje szereg trudności głównie z ogólnodostępnością danych. Główny Urząd Statystyczny, a także Ministerstwo Sportu i Turystyki jeszcze nie dostrzegają potrzeby opracowania badań statystycznych na ten temat. Próbuje ujmować go w sensie ogólnym pod postacią turystyki zdrowotnej. Z tego względu większość danych trzeba było uzyskać samodzielnie lub dostosować do potrzeb rozprawy doktorskiej.

Badanie ankietowe

Integralną częścią rozprawy doktorskiej stało się badanie o charakterze ilościowym. Celem badania ankietowego było sprawdzenie poziomu wiedzy jakim dysponują respondenci – tylko posiadając odpowiedni zasób informacji możliwe jest podjęcie leczenia poza granicami kraju lub pomoc w otrzymaniu świadczenia przez starszego członka rodziny. Ponadto opisywane badanie miało służyć wyodrębnieniu najważniejszych czynników wpływających na decyzję o wyjeździe, niezbędnych do dalszych analiz i ostatecznego uwidocznienia sylwetki odbiorcy oferty zagranicznych przedsiębiorstw medycznych / profilu turysty medycznego przyszłości.

Technika gromadzenia materiału empirycznego

Standaryzowany kwestionariusz ankietowy składający się głównie z pytań zamkniętych (z wyjątkiem jednego półzamkniętego). Możliwe było udzielanie odpowiedzi przez respondentów jednokrotnego wyboru w opcji pięciowariantowej np. dokonanie wyboru pomiędzy wariantami tj.: nie wiem, nie ma znaczenia, ma niskie znaczenie, ma średnie

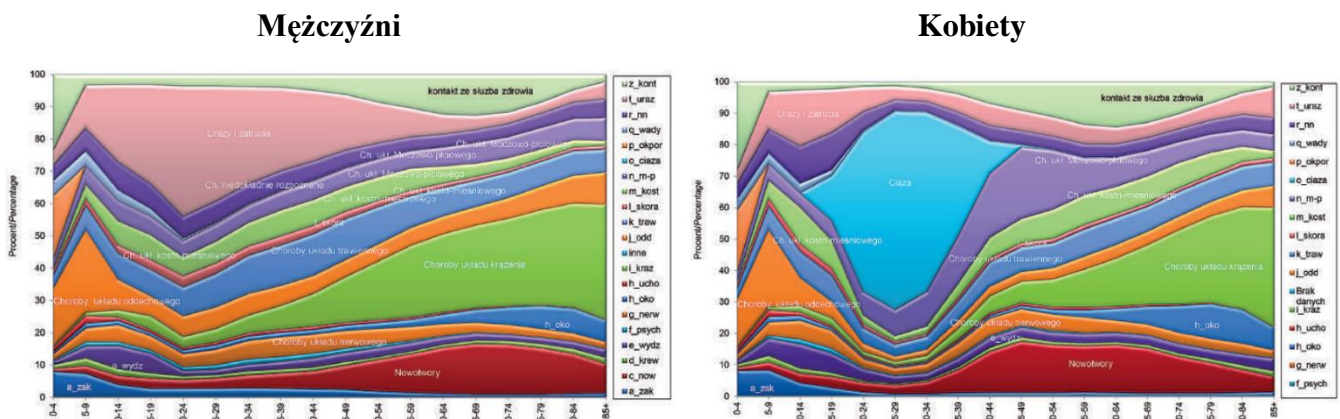
znaczenie, ma raczej wysokie znaczenie, ma bardzo wysokie znaczenie. Ponadto wykorzystano również pytania zamknięte macierzowe.

Dobór próby badanych

Kwestionariusz skierowany został do internautów mieszkających w Polsce w wieku 20 – 44 lata. Wybór ten nie był przypadkowy. Turystyka medyczna może się rozwijać głównie dzięki temu, że istnieje Internet. Stał się on łącznikiem pomiędzy jednostkami zagranicznymi oferującymi świadczenia medyczne, a pacjentami. To właśnie użytkownicy Internetu są w większości odbiorcami oferty zagranicznych placówek medycznych. Z tych względów również badanie ankietowe powinno być prowadzone za pośrednictwem tego medium. Spoglądając na analizę CBOS z 2015 pt.: *Internauci 2015* możliwe jest uzyskanie grupy wiekowej potencjalnych respondentów. Po ukończeniu 44 roku życia bardzo widoczny jest spadek aktywności online.

Mogłoby się wydawać, że kwestionariusz powinien zostać skierowany do grupy respondentów starszych. W tym miejscu należy zwrócić uwagę na szczególne uwarunkowania polskiej turystyki medycznej, gdzie najchętniej wybierane są świadczenia w zakresie usunięcia ząbów.

Rysunek 4. Struktura przyczyn hospitalizacji w Polsce w 2014 r. wg wieku i płci



Źródło: (Wojtyniak B. i Goryński P., 2016)

Według danych Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego wzrost liczby pacjentów (bez względu na płeć) zapadających na choroby układu wzroku w Polsce widoczny jest już po ukończeniu 59 roku życia. Natomiast istotny wzrost hospitalizacji z powodu problemów z ząbami zauważalny jest po 70 roku życia (Wojtyniak B. i Goryński P., 2016). W związku z tym polskimi turystami medycznymi są głównie osoby starsze. Istnieje powszechna teoria, że

jest to najmniej aktywna grupa społeczna na rynku usług turystycznych ze względu na istnienie trudności fizycznych związanych z wiekiem oraz niewielkim poziomem średnich dochodów. Opisane podejście całkowicie zaprzecza trendom na rynku polskiej wyjazdowej turystyki medycznej. Jest to związane z rolą jaką w społeczeństwie mogą pełnić osoby młode, które stają się niejako „przewodnikami” osoby starszej po tajnikach leczenia zagranicznego.

W badaniu pominięto osoby starsze z dwóch powodów. Po pierwsze - dotarcie do tych konkretnych jednostek w warunkach prowadzenia samodzielnych badań naukowych bez udziału wyspecjalizowanych instytucji badawczych jest trudne. Autorce zależało tu na dużej niezależności. Po drugie – przyjęcie takiej perspektywy pokazałoby jedynie stan obecny turystyki medycznej, który można wywnioskować również na podstawie ogólnodostępnych statystyk.

Ze względu na pytanie dotyczące poziomu wiedzy respondentów zastosowano również dobór kwotowy badanych. Różnice w zakresie zasobu informacji mogą być silnie związane z lokalizacją miejsca zamieszkania. Istnienie takiego prawdopodobieństwa wymusiło podział respondentów uczestniczących w badaniu na konkretne podgrupy pod względem województw.

Dodatkowe założenia wpływające na liczebność badanej zbiorowości

Wielkość frakcji, czyli szacowany odsetek populacji wyróżniającej się określoną cechą. W przypadku tego badania został przyjęty na poziomie 50%. Analizowaną populacją generalną są Polacy w grupie wiekowej 20 – 44. Istnieje przypuszczenie, że przynajmniej połowa z nich np. uważa że opieka medyczna za granicą jest lepsza niż w Polsce. Choć należy przyznać, że trudno jest określić jednoznacznie dany procent odpowiedni do tej grupy badanych – przyjęta wartość jest standardem.

W statystyce nic nie jest pewne lecz tylko (albo aż) prawdopodobne przy zaistnieniu odpowiednich warunków. Dzięki określeniu poziomu istotności jest możliwa ocena przypadkowości powiązań zjawisk. W badaniu został przyjęty poziom istotności na 0,05, co oznacza, iż prawdopodobieństwo uzyskania określonych wyników w sposób przypadkowy wynosi zaledwie 5 %.

Ostatnim parametrem wpływającym na wielkość badanej zbiorowości jest błąd maksymalny, czyli założenie ile pewnego odchylenia otrzymanego wyniku na plus lub na minus. W przypadku tego badania został przyjęty na poziomie 3%.

Podsumowanie założeń - zakres podmiotowy i przestrzenny badań

Powyżej opisane założenia spowodowały, że wielkość zbiorowości badanej jest zamknięta, gdyż liczba Polaków znajdująca się w przedziale wiekowym 20 – 44 według danych GUS z 2016 r. wynosi 14 224 682 osoby. Przy założeniu poziomu frakcji, poziomu istotności oraz błędu maksymalnego obliczona została liczba respondentów niezbędna do uzyskania, która obejmuje 1067 osoby. Dodatkowo ze względu na przyjętą także metodę kwotową uwzględniono w ostatecznych wynikach liczbę osób zamieszkujących dane województwo i podzielono ogólną liczbę respondentów według konkretnych regionów. Wyniki zostały zaprezentowane w poniżej tabeli.

Tabela 1. Respondenci w badaniu ankietowym – obliczenia

Nazwa	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	SUMA	1067	
	ogółem	ogółem	ogółem	ogółem	ogółem			
	2016	2016	2016	2016	2016			
	[osoba]	[osoba]	[osoba]	[osoba]	[osoba]			
DOLNOŚLĄSKIE	161 473	202 916	253 501	246 034	216 819	1 080 743	7,60%	81
KUJAWSKO-POMORSKIE	130 803	150 064	172 115	164 110	153 257	770 349	5,42%	58
LUBELSKIE	138 032	157 932	172 418	163 550	150 999	782 931	5,50%	59
LUBUSKIE	61 263	71 983	86 684	84 223	76 050	380 203	2,67%	29
ŁÓDZKIE	144 414	167 037	195 859	195 541	181 509	884 360	6,22%	66
MAŁOPOLSKIE	211 757	256 227	289 508	273 263	246 417	1 277 172	8,98%	96
MAZOWIECKIE	297 056	367 602	457 680	457 531	413 122	1 992 991	14,01%	149
OPOLSKIE	57 672	72 647	81 589	77 923	72 359	362 190	2,55%	27
PODKARPACKIE	143 033	166 374	176 771	167 570	154 138	807 886	5,68%	61
PODLASKIE	77 999	90 370	97 520	88 932	83 340	438 161	3,08%	33
POMORSKIE	138 172	171 136	198 240	188 240	171 777	867 565	6,10%	65
ŚLĄSKIE	252 636	315 479	374 535	368 067	331 832	1 642 549	11,55%	123
ŚWIĘTOKRZYSKIE	78 708	89 017	99 487	96 669	89 023	452 904	3,18%	34
WARMIŃSKO-MAZURSKIE	93 644	106 612	120 395	113 855	103 564	538 070	3,78%	40
WIELKOPOLSKIE	211 669	257 112	299 623	287 770	260 032	1 316 206	9,25%	99
ZACHODNIOPOMORSKIE	103 670	117 840	141 426	139 934	127 532	630 402	4,43%	47
SUMA	2 302 001	2 760 348	3 217 351	3 113 212	2 831 770			
% WIEK	16,18%	19,41%	22,62%	21,89%	19,91%			

SUMA KRAJ

14 224 682

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych z Banku Danych Lokalnych

Dystrybucja ankiet

Badanie było prowadzone od stycznia do września 2018 r. drogą elektroniczną. Wykorzystano w tym celu głównie bazę klientów jednego z komunikatorów internetowych (po poinformowaniu o takich działaniach administratora). Komunikator umożliwiał filtrację użytkowników pod względem płci, wieku oraz miejsca zamieszkania. Ankiety zostały rozesłane do wszystkich aktywnych użytkowników spełniających określone kryteria w danym czasie. tzn., jeśli w dniu „x” badania były prowadzone np. w woj. mazowieckim to kwestionariusz otrzymali wszyscy zalogowani użytkownicy w wieku 20 – 44, zarówno płci

męskiej, jak i żeńskiej w Warszawie, Piasecznie, Grójcu itp., oczywiście po poprzednim wyrażeniu chęci wypełnienia kwestionariusza. Nie był on wysyłany bez zgody użytkownika komunikatora. Ze względu na specyfikę przyjętej metody Autorka nie jest w stanie wskazać dokładnej liczby wysłanych kwestionariuszy lecz na pewno przekracza ona wielokrotnie kwotę respondentów niezbędną do uzyskania.

Kwestionariusze niepełne lub odrzucone

Prowadzenie badań z wykorzystaniem metody dystrybucji ankiet drogą elektroniczną miało dużą zaletę, gdyż pozwoliło wyeliminować braki danych, które zdarzają się w przypadku stosowania papierowych kwestionariuszy ankietowych. Technicznie rzecz ujmując - respondent nie mógł przesłać ankiety na serwer jeśli nie zawierała ona wszystkich odpowiedzi. Jednak przyjęta technika miała także zasadniczą wadę. Brak kontaktu bezpośredniego „twarzą w twarz” powodował, że niektórzy respondenci wypełniali ankietę „na chybił trafił”. Kwestionariusze, które budziły wątpliwości od razu usuwano. Weryfikację umożliwiło wpisanie do formularza pytań zależnych od siebie. Dodatkowo w kilku przypadkach pojawił się problem przekroczenia kwoty respondentów przypadających na określone województwo. Wówczas usuwano losowo kwestionariusze z danego regionu tak, aby dostosować ich liczbę.

Ocena atrakcyjności zjawiska turystyki medycznej

Atrakcyjność zjawiska turystyki medycznej wśród polskich rezydentów rozumiana jest na potrzeby niniejszej pracy w dwojaki sposób. Po pierwsze – patrząc z perspektywy pacjenta – jako faktyczne zainteresowanie wyjazdem na zagraniczne leczenie. Po drugie – analizując w ujęciu zagranicznych klinik - atrakcyjność turystyki medycznej rozumie się przez pryzmat personalizacji ofert placówek medycznych, czyli tego, czy zauważalne jest profilowanie ich usług specjalnie dla polskich turystów medycznych. Prezentowane perspektywy znalazły swoje odzwierciedlenie w materiale i metodzie badań. Zainteresowanie zjawiskiem wyjazdowej turystyki medycznej wśród polskich pacjentów została zmierzona na dwa sposoby.

Pierwszy z nich oparty jest na analizie danych ilościowych liczby osób wyjeżdżających w celu zdrowotnym do zagranicznych placówek medycznych. Informacje pochodzą ze sprawozdań rocznych NFZ z lat 2015 -2017. Odpowiednie połączenie statystyk ma za zadanie pomóc w zweryfikowaniu hipotezy traktującej o tym, że liczba polskich rezydentów

wyjeżdżających na zagraniczne leczenie rośnie przynajmniej o 10% w ujęciu rocznym. Jej potwierdzenie świadczyłoby o atrakcyjności zjawiska turystyki medycznej wśród Polaków.

Natomiast drugi sposób badania zainteresowania polskich rezydentów wyjazdami na zagraniczne leczenie oparty jest o statystyki pochodzące z serwisu Google Trends. Jest to narzędzie wykorzystywane dość rzadko w badaniach naukowych. Jednak jego zastosowanie wydaje się być bardzo szerokie. Zasada działania Google Trends bazuje na systemie zapytań oraz słów kluczowych wpisywanych do wyszukiwarki internetowej. Wspomniane narzędzie grupuje liczbę wpisu konkretnego hasła w wyszukiwarce i generuje wykresy zainteresowania daną tematyką w ujęciu czasowym i lokalizacyjnym (kraj, region, miasto). Analizy odbywają się w czasie rzeczywistym. Istotną kwestią jest tu odpowiednia konstrukcja hasła. Generując zapytanie do Google Trends należy pamiętać o odpowiedniej konstrukcji frazy którą chce się przebadac. Narzędzie rozróżnia poszczególne języki oraz składnię i formę kierowanego zapytania. W przypadku języka polskiego także końcówki wyrazów. Różnice mogą wpłynąć znacząco na wynik. Dlatego pytając o zainteresowanie wśród internautów danym pojęciem czasem warto jest wybrać kilka haseł merytorycznie tożsamy, lecz różniących się w sposób konstrukcyjny. Internauci wpisujący frazę w wyszukiwarkę mogą używać różnej składni i odmian przez przypadki.

Google Trends do analiz przyjęło własną specyficzną skalę pomiarową – skalę względną metryki zapytań w zakresie od 0 do 100. Dla uproszczenia można przyjąć, że jest to skala punktowa. Wartość maksymalna oznacza okres, region itp. w którym dane hasło było najbardziej popularne. Natomiast osiągnięty wynik 50 pkt. świadczy o dwukrotnie niższej popularności zapytania wśród internautów. W przypadku wyniku 0 pkt. popularność metryki była znikoma i wynosiła mniej niż 1% najwyższej wartości. W przypadku tego narzędzia przykładanie zbyt dużej wagi do konkretnych liczb nie ma większego znaczenia. Gdyż podawana symulacja jest wartością przybliżoną. Najważniejsze jest tu pokazanie ogólnej tendencji.

Badanie atrakcyjności wyjazdowej turystyki medycznej wśród polskich obywateli przy użyciu Google Trends opiera się na założeniu, że największe grono osób z Polski, korzystających z usług medycznych poza granicami kraju wyjeżdża do Czech w celu wykonania zabiegu usunięcia zaćmy. W związku z tym główne hasła według których przeprowadzono analizy to: „operacja zaćmy w Czechach”, „operacja zaćmy Czechy”, „leczenie w Czechach”, „leczenie Czechy” oraz „zwrot kosztów NFZ”. O atrakcyjności rozwiązania zjawiska turystyki medycznej - w tym przypadku – świadczyć będzie uwidocznienie trendu wzrostowego liczby haseł związanych z tą tematyką wpisywanych do

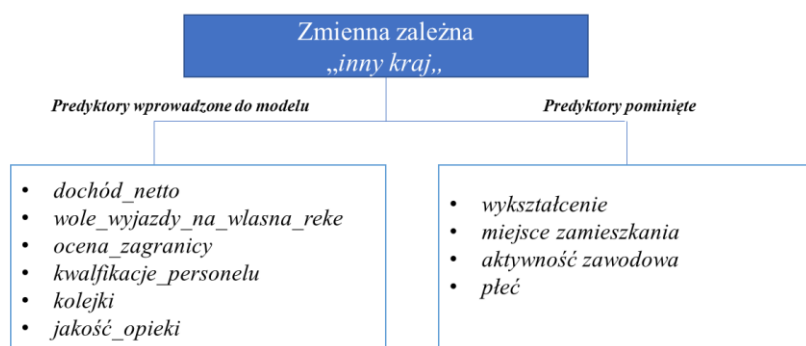
wyszukiwarki w ujęciu czasowym oraz porównanie wyników z lat w których dyrektywa transgraniczna jeszcze nie funkcjonowała z okresem jej obowiązywania. Wspomniany punkt analiz wpłynął na ustalenie okresu badania od dnia 01.01.2012 r. do 01.01.2019 r.

Ostatni sposób analiz atrakcyjności wyjazdowej turystyki medycznej Polaków dotyczył klinik zagranicznych. Przy ewentualnym założeniu, że coraz więcej Polaków podróżuje za granice w celach medycznych, firmy oferujące świadczenia mogą profilować swoje usługi i orientować je na pacjentów z Polski. Badania w tym zakresie opierały się na analizie stron internetowych placówek medycznych w Czechach. Szczególną uwagę zwrócono tu na treść ofert, użyty język i dostosowanie ich do polskich specyficznych warunków prawnych w zakresie zabiegów usunięcia zaćmy.

Regresja logistyczna, czyli czynniki zwiększające bądź zmniejszające skłonność do korzystania z turystyki medycznej - ocena prawdopodobieństwa

Na podstawie badania ankietowego wyodrębniono m.in. ranking czynników uzasadniających wybór zagranicznego leczenia. Jednak wymagał on uzupełnienia. Dlatego głównym celem dodatkowych analiz było udzielenie odpowiedzi na pytanie, czy subiektywnie wprowadzone do modelu czynniki zwiększają lub zmniejszają skłonność człowieka (prawdopodobieństwo) do podjęcia zagranicznego leczenia. Badania zostały przeprowadzone przy pomocy regresji logistycznej z wykorzystaniem programu SPSS. Źródłem danych był poprzednio opisywany kwestionariusz ankietowy. Ocenie w modelu została poddana zmiana prawdopodobieństwa skłonności do wyjazdu na zagraniczne leczenie (Y) przy oddziaływaniu konkretnego czynnika (x) plus wartość stała. Wielkość próby $n = 1067$

Rysunek 5. Zmienne w modelu regresji logicznej



Źródło: opracowanie własne

Zmienna objaśniana (Y) „inny_kraj” jest dychotomiczna. Przyjmuje wartości 0 i 1. Jej zakresem zostały objęte odpowiedzi udzielone przez respondentów w pytaniu 12 „Załóżmy hipotetyczną sytuację, że potrzebuje Pan(i) wykonać pilnie jakiś zabieg medyczny objęty

zakresem usług podstawowych, który można zrobić zarówno w kraju, jak i za granicą. Co zrobi Pan(i) w tej sytuacji?” Wartość 0 reprezentuje gotowość do pozostania w kraju. Natomiast 1 dotyczy (łącznie) zarówno chęci wyjazdu do krajów UE jak funkcjonujących poza Wspólnotą. Do modelu wprowadzono 10 predyktorów z których po ostatecznej eliminacji na podstawie: stopnia istotności (gdzie $p < 0,05$), wskaźnika współliniowości i ogólnego dopasowania do modelu, pozostawiono 6 opisanych poniżej.

Zmienna *dochód_netto* dotyczy deklarowanego przez respondentów w ankiecie osiąganego poziomu zarobków na rękę, który zakodowany został na skali porządkowej

Kolejnym regresem wprowadzonym do modelu stał się jeden z wariantów odpowiedzi na pytanie 9. Zmienna *„wole_wyjazdy_na_wlasna_reke”* opisuje preferencje dotyczące sposobu podróżowania w celach uprawiania tradycyjnej turystyki. Samodzielność w podróżowaniu wydaje się być ważną cechą w kontekście chęci wyjazdu na zagraniczne leczenie, gdyż podróż taka raczej nie będzie miała charakteru zorganizowanego. Opisywany regresor przyjmuje wartości 0 i 1, gdzie pierwszy wariant opisuje deklarację korzystania z biura podróży. Natomiast 1 reprezentuje odpowiedź dotyczącą wyjazdów na własną rękę

Predyktor *„ocena_zagranicy”* wynika z pytania 10 kwestionariusza w którym respondenci zostali poproszeni o porównanie jakości świadczeń opieki zdrowotnej w Polsce i w innych krajach UE. Ocena została ujęta w skali od 0 do 5, gdzie 0 – nie ma różnicy, a 5 istnieje bardzo duża różnica w poziomie jakości świadczeń. W ten sam sposób dane te zostały wprowadzone do modelu.

Ostatnie trzy regresory tj. *„kwalfikacje_personelu”*, *„kolejki”* i *„jakość_opieki”* reprezentują pytania od 4 do 6 w kwestionariuszu ankietowym. Wszystkie zmienne zakodowane zostały na skali porządkowej. Predyktor *„kwalfikacje_personelu”* przedstawia subiektywną ocenę kompetencji personelu medycznego dokonaną przez respondentów. Natomiast zmienna *„jakość_opieki”* dotyczy subiektywnej oceny jakości usług medycznych oferowanych przez polską służbę zdrowia. Natomiast regresor *„kolejki”* wskazuje jaka – zdaniem badanych – jest dostępność pacjenta do świadczonych usług przez państwowe placówki medyczne.

Wpływ turystyki medycznej na długość kolejek do zabiegów usunięcia zącmu w wybranych regionach Polski

Patrząc na rosnącą liczbę wpływających wniosków o zwrot kosztów do NFZ w latach 2015 -2017 można zadać sobie pytanie, czy w jakiś sposób wyjazdy Polaków leczenie zącmu uwidaczniają swój wpływ w sposób statystyczny na zmniejszenie liczby osób

oczekujących na to świadczenie w kraju? W celu udzielenia odpowiedzi na zadane pytanie niezbędne okazało się zbudowanie badania statystycznego o charakterze ekonometrycznym w którym poddano weryfikacji następujące hipotezy:

H₀: Wyjazdy Polaków na zagraniczne leczenie zaćmy nie wpłynęły na zmniejszenie kolejek w kraju

H₁: Wyjazdy Polaków na zagraniczne leczenie zaćmy wpłynęły na zmniejszenie kolejek w kraju

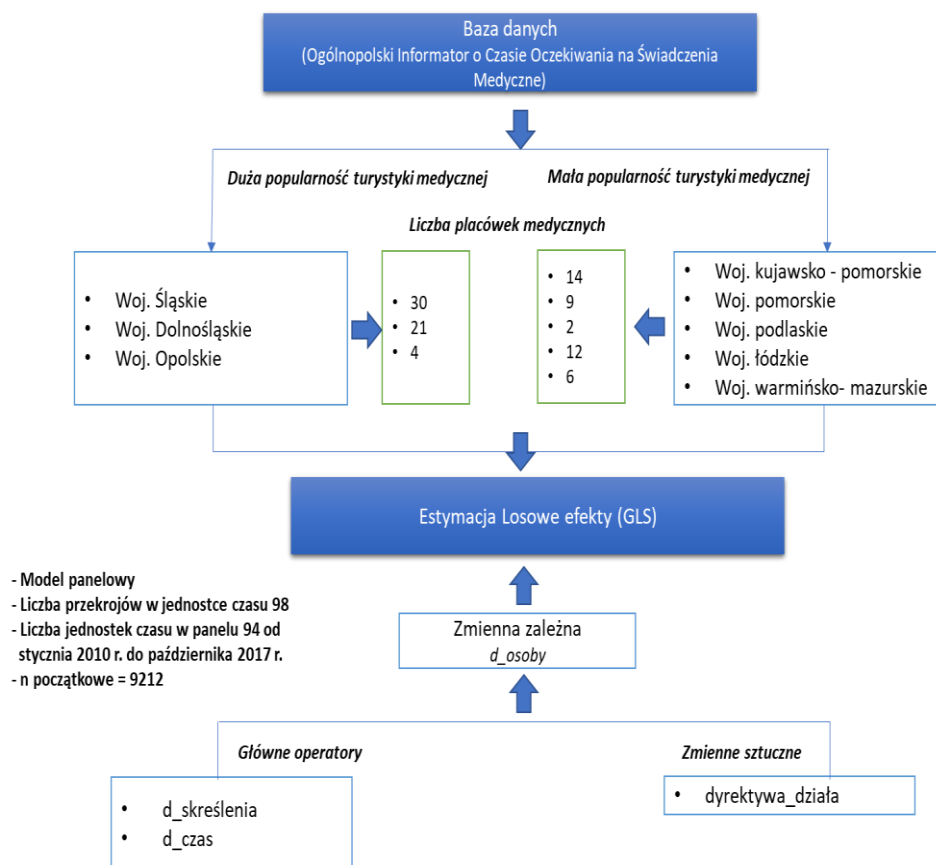
Źródłem danych stał się Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne z którego uzyskane informacje obejmowały: liczbę osób oczekujących w kolejce na zabieg zaćmy, liczbę osób skreślonych oraz czas oczekiwania na zabieg. Dane były ułożone według konkretnych placówek medycznych realizujących to świadczenie ze szczególnym uwzględnieniem zróżnicowania pod względem lokalizacji (podział na wojewódzkie oddziały NFZ). Dodatkowo uzyskane informacje były także ułożone w szeregach czasowych. Obejmowały one (maksymalnie) okres od stycznia 2010 r. do października 2017 (dane w niektórych przypadkach były niepełne). Ogólnopolski Informator o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne umożliwiał także podział pacjentów pod względem pilności wykonania zabiegu – przypadek stabilny lub przypadek pilny. Wszystkie dane wprowadzone do badania zostały uzyskane na pisemny wniosek skierowany do Prezesa NFZ.

Badanie statystyczne zostało wykonane przy użyciu programu Gretl oraz MS Excel. Estymacja miała charakter panelowy z wykorzystaniem zarówno jednostek panelu (98 placówek mających podpisane umowy z NFZ i wykonujących zabieg usunięcia zaćmy w ramach refundacji) oraz jednostek czasu (98 okresów – zakres miesięczny od stycznia 2010 r. do października 2017 r.).

Idea badania bazowała na kilku założeniach. Ze względu na fakt, iż turystyka medyczna jest zjawiskiem funkcjonującym od niedawna oraz nie ma ona skali masowej – sukcesem byłoby już wykazanie istotności statystycznej. Po drugie zgodnie z dostępną wiedzą pochodzącą ze sprawozdań NFZ właściwy okazał się podział przychodni na dwa przeciwstawne obszary. W związku z tym z jednej strony wzięto pod uwagę regiony Polski, gdzie turystyka medyczna jest bardzo popularna, czyli placówki funkcjonujące w województwach, śląskim, dolnośląskim, opolskim. Świadomie zostało pominięte województwo małopolskie, gdyż na początku wprowadzenia dyrektywy transgranicznej nie miało ono tak dużego znaczenia. Z drugiej strony zaś pojawiły się jednostki działające na obszarze kraju, gdzie turystyka medyczna praktycznie w ogóle nie jest istotna, czyli województwa kujawsko - pomorskie, warmińsko – mazurskie,

podlaskie, pomorskie, łódzkie. Po trzecie z powyżej wymienionych regionów wybrano wyłącznie placówki zobrazowane przy użyciu danych w sposób pełny lub prawie pełny tzn. aby dana przychodnia mogła zostać wprowadzona do analiz informacje jej dotyczące musiały być zapisane w pełnym szeregu czasowym od stycznia 2010 do października 2017 lub najpóźniej zaczynać się od miesięcy kończących 2012 r.. Dane nie mogły zawierać istotnych braków na przestrzeni uwzględnianych szeregów czasowych. Przychodnie nie spełniające powyżej wymienionych kryteriów były pomijane.

Rysunek 6. Uproszczony schemat analizy wpływu turystyki medycznej na długość kolejek do zabiegów usunięcia zaćmy w Polsce



Źródło: opracowanie własne z wykorzystaniem danych z Ogólnopolskiego Informatora o Czasie Oczekiwania na Świadczenia Medyczne

Zgodnie z przyjętą hipotezą zmienną zależną („ d_osoby ”) stał się przyrost liczby osób oczekujących na zabieg zaćmy w kolejce. Natomiast regresjami wprowadzonymi do modelu były: zmiana liczby skreśleń osób oczekujących w kolejce („ $d_skreślenia$ ”) oraz co miesięczna zmiana średniego czasu oczekiwania na zabieg („ d_czas ”). Natomiast ze względów technicznych najważniejszym predyktorem obrazującym zjawisko turystyki medycznej była zmienna sztuczna 0-1 „ $dyrektywa_działa$ ”. Zagłębiając się w szczegóły – wartość

l reprezentowała każdą obserwację w latach 2015-2017, ale tylko i wyłącznie w przypadku grup przychodni zlokalizowanych w regionach przygranicznych, czyli tych z woj.: dolnośląskiego, śląskiego i opolskiego. W przypadkach nie spełniających wymienionych warunków, zmienna ta przyjęła wartość 0.

Na etapie początkowym do analiz wprowadzono 9 212 obserwacji. Jednak zaistniała konieczność ujednoczenia skali pomiarowej. Najlepszą metodą opisaną zarówno jednostek tj. osoby i czas (w dniach) okazała się forma przyrostu względnego łańcuchowego w skali miesięcznej. Jest to informacja w jaki sposób zmienia się dana cecha w okresie t_1 w porównaniu do poprzedzającego t_0 , czyli tzw. tempo zmian o stałej podstawie obliczane na podstawie wzoru:

$$d_{t_1/t_0} = \frac{t_1 - t_0}{t_0} * 100$$

Powyżej opisane działania spowodowały naturalne zmniejszenie liczby możliwych obserwacji do ilości 7653.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

Stopień realizacji celu pracy oraz odpowiedzi na zadane pytania badawcze

Podróże w celach zdrowotnych fascynowały ludzkość od wieków. Zawsze stanowiły szansę na uzyskanie pomocy medycznej i poprawę stanu zdrowia , gdy w miejscu stałego zamieszkania nie było takiej możliwości. Obecne oblicze turystyki medycznej stanowi niekwestionowaną szansę zarówno dla pacjentów, jak i lokalnych systemów ochrony zdrowia. Lecz czy faktycznie turystyka medyczna ma potencjał, który aktualnie może wspomóc wzrost jakości i dostępności systemu opieki zdrowotnej w Polsce oraz poprawić stan zdrowia pacjentów obecnie lub w przyszłości? To pytanie stało się motywem przewodnim rozprawy doktorskiej. Próba weryfikacji postawionego we wstępie celu pracy obejmowała wprowadzenie wielowątkowych analiz cząstkowych i sformułowania pytań badawczych, których stopień realizacji został opisany poniżej.

- **Czy rozwiązanie w postaci wyjazdowej turystyki medycznej stanowi atrakcyjną propozycję dla mieszkańców Polski?**

Analizując przedstawione dane wtórne bez wątpienia można stwierdzić, że turystyka medyczna stanowi atrakcyjną propozycję dla mieszkańców Polski. Jednak dotyczy to przede

wszystkim grupy osób mającej problemy zdrowotne w obszarze zaćmy. Udział świadczeń innego rodzaju jest znikomy. Począwszy od 2015 r., aż do 2017 r. liczba pacjentów, którzy złożyli wnioski o zwrot poniesionych kosztów z tytułu operacji usunięcia zaćmy wzrastała w kolejnych latach dynamicznie. Również patrząc na analizy narzędzia Google Trends w badanych okresach widocznie zaznaczony jest trend rosnący w zakresie wyszukiwania kombinacji haseł tj. „operacja zaćmy w Czechach”, czy też „leczenie w Czechach”. To wysokie zainteresowanie wykazywane przez mieszkańców Polski zauważyły również kliniki funkcjonujące głównie w pasie przygranicznym po stronie czeskiej. Silnie ukierunkowały one swoją ofertę na leczenie polskich pacjentów. Oferują nie tylko świadczenie usunięcia zaćmy ale także usługi dodatkowe, jak transport, czy pomoc w organizacji spraw formalnych związanych ze zwrotem kosztów. Często także obsługują pacjentów w języku polskim oraz zatrudniają polski personel medyczny. Dzięki rodzimym pacjentom turystyka medyczna stała się także atrakcyjną propozycją dla czeskich placówek medycznych, a tym samym szansą na dodatkowy zysk.

- **Jaki poziom wiedzy posiadają Polacy odnośnie możliwości zagranicznego leczenia i czy położenie miejsca zamieszkania (województwo) wpływa na zasób informacji o turystyce medycznej?**

Mieszkańcy Polski posiadają bardzo ogólny poziom wiedzy dotyczący zjawiska turystyki medycznej. Potrafili oni udzielić odpowiedzi średnio na 3 pełne pytania, które głównie dotyczyły prawa do: zwrotu kosztów leczenia w innym kraju UE, wyjazdu na zagraniczne leczenie bez uzyskania uprzedniej zgody NFZ oraz otrzymania kopii dokumentów medycznych potrzebnych do leczenia poza granicami kraju. Są to pytania, które zostały wykorzystane również w badaniu prowadzonym przez Komisję Europejską w których Polska na tle innych państw UE wypadła względnie niekorzystnie. Istnieją przynajmniej dwa powody dla których wiedza przeciętnego Polaka o turystyce medycznej jest tak słaba. Po pierwsze polska wyjazdowa turystyka medyczna ma charakter silnie regionalny, co wpływa również na wiedzę o omawianym zjawisku. Jest ona największa w województwach przygranicznych w pasie południowym (oraz w województwie mazowieckim, co akurat prawdopodobnie wynika z poziomu dochodów mieszkańców Warszawy oraz dobrze rozwiniętej sieci połączeń transportowych.) Miejsce zamieszkania nieopodal granicy umożliwia łatwiejszą komunikację przedsiębiorstw np. czeskich z polskimi pacjentami i prezentację oferty. Takiej możliwości niestety nie mają np. mieszkańcy regionu Podlasia, gdyż – z jednej strony – oferta zagranicznych firm metrycznych nie jest do nich bezpośrednio kierowana (ze względu na odległość), a z drugiej strony promocja turystyki medycznej na szczeblu centralnym

(krajowym) jest nieznaczna. W tym miejscu dochodzi się drugiego powodu tak niskiej wiedzy mieszkańców Polski o turystyce medycznej. Obecne władze traktują to zjawisko wyłącznie w kategoriach kosztu, pomijając szanse jakie ze sobą niesie. Wprowadzając ograniczenia nie przyczyniają się do rozwoju turystyki medycznej – choć należy przyznać, że także silnie jej nie przeszkadzają ze względu na niedopracowane rozwiązania. Faktem jest, że takie podejście nie ma charakteru promocyjnego, co sprawia, że wiele osób nawet nie wie, że istnieje coś takiego jak turystyka medyczna lub utożsamia to zjawisko wyłącznie z ciroturystyką.

– Jakie czynniki wpływają na decyzję o wyborze zagranicznego leczenia?

W prowadzonym badaniu ankietowym respondenci uznali, że szeroko rozumiana jakość usług oraz sprzętu medycznego jest czynnikiem decydującym o wyborze zagranicznego leczenia. Istotna jest również utrudniona dostępność do świadczeń medycznych. Należy pamiętać, że polski pacjent nie wyjeżdża za granicę w celu korzystania z dobrodziejstw chirurgii etycznej. Poszukuje on pomocy w zaistniałej chorobie, której nie może łatwo otrzymać w kraju lub – jego zdaniem – usługi oferowane przez kliniki zagraniczne są lepsze niż te, które może uzyskać w rodzimych placówkach.

– Jaka jest sylwetka polskiego odbiorcy oferty zagranicznych klinik oraz bezpośredniego turysty medycznego?

Odpowiedzi na zadane pytanie można udzielić za pomocą analizy pytań ankietowych oraz wyników zbudowanego modelu logistycznego. Różnice, podobieństwa oraz konkretne cechy osób korzystających pośrednio lub bezpośrednio z turystyki medycznej przedstawia tabela 2. podsumowująca.

Należy pamiętać, że najistotniejszą kategorią (patrząc z perspektywy ruchu turystycznego prowadzonego w celach medycznych) jest osoba bezpośredniego turysty medycznego, gdyż to właśnie on pobiera świadczenie medyczne poza granicami kraju oraz może wchodzić w rolę odbiorcy oferty zagranicznych klinik medycznych. Tę osobę cechuje przede wszystkim dojrzały wiek. Jak już wykazano wcześniej Polacy podróżują w celach medycznych, głównie ze względu na konieczność wykonania zabiegu usunięcia zaćmy. Przypadłość ta doskwiera przede wszystkim osobom starszym. Dlatego to oni są przede wszystkim bezpośrednimi turystami medycznymi. Drugą ważną kategorią jest pośredni turysta medyczny, który pełni rolę wspierającą osobę podróżującą. Udaje się za granicę razem z nią. Może jednocześnie wchodzić w rolę odbiorcy oferty zagranicznych klinik medycznych. Kategorią najmniej istotną jest

obiorca oferty zagranicznych klinik medycznych, który pełni funkcje wyłącznie banku informacji dla bezpośredniego lub pośredniego turysty medycznego.

Tabela 2. Podsumowanie – sylwetka osób związanych z turystyką medyczną

Cecha charakterystyczna	Bezpośredni polski turysta medyczny	Pośredni polski turysta medyczny	Odbiorca oferty zagranicznych klinik medycznych
Wiek	Osoba starsza	Osoba młoda	Osoba młoda
Stan zdrowia	Problemy zdrowotne	Osoba zdrowa w stopniu umożliwiającym opiekę nad bezpośrednim turystą medycznym	Nieistotny, chyba, że przyjmuje jednocześnie rolę pośredniego turysty medycznego lub bezpośredniego turysty medycznego
Charakter podejmowania podróży poza granice kraju w celu medycznym	podróż w celu pobrania świadczenia medycznego	Podróż jako osoba towarzysząca bezpośredniego turysty medycznego	Nie podróżuje z bezpośrednim turystą medycznym chyba, że przyjmuje jednocześnie rolę pośredniego turysty medycznego
Marketing zagranicznych placówek medycznych	Reklama zagranicznych klinik medycznych nie musi docierać do niego bezpośrednio. Może się dowiedzieć o usługach od obiorcy oferty zagranicznych klinik medycznych chyba, że sam wchodzi w jego rolę	Reklama zagranicznych klinik medycznych nie musi docierać do niego bezpośrednio. Może się dowiedzieć o usługach od obiorcy oferty zagranicznych klinik medycznych chyba, że sam wchodzi w jego rolę	Bezpośrednio odbiera ofertę zagranicznych klinik medycznych i dzieli się uzyskaną wiedzą z bezpośrednim lub pośrednim turystą medycznym
Relacje z bezpośrednim turystą medycznym		Raczej członek rodziny	Członek rodziny lub znajomy
Miejsce zamieszkania	pas przygraniczny (raczej południe Polski)		
Poziom dochodów	Średni lub wysoki	Średni lub wysoki, ale pod warunkiem, że wspiera finansowo bezpośredniego turystę medycznego. W innym przypadku bez większego znaczenia	nie ma znaczenia, chyba, że przyjmuje jednocześnie rolę pośredniego turysty medycznego lub bezpośredniego turysty medycznego
Stopień korzystania z Internetu	Niski	Wysoki	Wysoki
Poziom wiedzy o turystyce medycznej	Ma podstawową wiedzę z zakresu turystyki medycznej najczęściej	Ma przynajmniej podstawową wiedzę z zakresu turystyki medycznej	Ma przynajmniej podstawową wiedzę z zakresu turystyki medycznej
Stopień samodzielności w podróżowaniu	Raczej wysoki chyba, że podróżuje w towarzystwie pośredniego turysty medycznego – wówczas czynnik ten nie ma znaczenia	Raczej wysoki	Nie ma znaczenia chyba, że przyjmuje jednocześnie rolę pośredniego turysty medycznego lub bezpośredniego turysty medycznego
Stopień zadowolenia z opieki zdrowotnej	Niski – musi mieć przekonanie, że turystyka medyczna (zagraniczna opieka medyczna) jest lepszym rozwiązaniem		

Źródło: opracowanie własne

- **Czy wyjazdowa turystyka ma potencjał do poprawy stanu zdrowia wyłącznie osób podróżujących na zagraniczne leczenie, czy także osób, które na taki wyjazd nie mogą sobie pozwolić?**

Zgodnie z wynikami przeprowadzonych analiz. można uznać, że turystyka medyczna jest zjawiskiem korzystnym nie tylko dla osób, które wyjeżdżają poza granice kraju ale także dla tych, którzy korzystają z lokalnych ośrodków medycznych. Odpływ pacjentów na zagraniczne leczenie w woj. śląskim, dolnośląskim i opolskim pozwolił na nieznaczne skrócenie kolejek do zabiegów usunięcia zaćmy. Podróże osób zamożniejszych poza granice kraju pozwalają na szybsze skorzystanie z usług medycznych jednostkom, które na taki wyjazd nie mogłyby sobie pozwolić.

Kilka słów o przyszłości turystyki medycznej

Aktualnie nikt nie jest w stanie przewidzieć, jak będzie wyglądała opieka zdrowotna przyszłości, a tym samym, jaka będzie rola turystyki medycznej. Spoglądając w przyszłość trzeba zwrócić uwagę na dwie perspektywy – ogólną ekonomiczną i ściśle społeczną. Faktem jest, że turystyka medyczna może rozwijać się wyłącznie dzięki wsparciu funkcjonowania idei otwartości świata oraz współpracy międzynarodowej m.in. w ramach UE. Implementacja dyrektywy transgranicznej przez kraje Wspólnoty znacząco zdynamizowała migracje w celach medycznych, które dla niektórych państw oraz placówek medycznych stały się wysokodochodowym biznesem. Prawda jest taka, że – generalnie – na rozwoju turystyki medycznej nikt nie notuje strat. Jak to jest możliwe? Kraje rozwijające przyjazdową turystykę medyczną zarabiają dodatkowe środki finansowe, które mogą przeznaczyć np. na cele inwestycyjne, doskonalące funkcjonujące procesy świadczenia usług medycznych. Może prowadzić to do wzrostu jakości opieki zdrowotnej. Z drugiej strony są regiony na obszarze których rozwija się wyjazdowa turystyka medyczna. Stanowi ona szansę na efektywniejszą poprawę stanu zdrowia ludności je zamieszkujące, do wzrostu której nie są w stanie przyczynić się same ze względu np. na problemy z dostępnością do usług. Dodatkowo, zagraniczne podróże mieszkańców państw mających problem z jakością oferowanych usług zdrowotnych – paradoksalnie – wpływają na jej poprawę. Większa liczba osób podróżujących poza granice w celach zdrowotnych to również mniejsza liczba pacjentów oczekujących w krajowych kolejkach. Sytuacja ta powoduje łatwiejszą dostępność do świadczeń medycznych dla osób, które na taki wyjazd nie mogą sobie pozwolić. Choć kraje gdzie rozwija się silnie turystyka medyczna o charakterze wyjazdowym ponoszą koszty nad którymi tego typu państwa mają ograniczoną kontrolę to tracą tylko pozornie. Jest to pewna forma inwestycji, która zwróci się w przyszłości pod postacią podatków, czy nieutraconego poziomu konsumpcji gospodarstw domowych. Niestety obecnie pojawiające się nastroje silnie nacjonalistyczne mogą stanowić pewną formę zagrożenia dla myśli zglobalizowanej opieki zdrowotnej oraz przyszłości samej turystyki medycznej. Ewentualne wygaśnięcie wspólnie przyjętych ponadnarodowo zasad np. zwrotu kosztów leczenia w państwach UE, będzie niekwestionowanym krokiem wstecz - hamującym korzystne zmiany. Nie jest możliwe szybkie rozwiązanie problemów lokalnych systemów ochrony zdrowia, a każde państwo przynajmniej z zasady jest zobowiązane do zapewnienia odpowiedniej opieki swoim obywatelom. Turystyka medyczna może pomóc w tym skomplikowanym procesie. Jednak musi mieć odpowiednie warunki rozwoju. Patrząc

w przyszłość trzeba zwrócić uwagę również na sylwetkę turysty medycznego. Zapewne będzie to osoba, której problemy współczesnych poszukiwaczy zdrowia poza granicami kraju tj. trudności w komunikacji, czy utrudniona obsługa sieci Internet – przestaną istnieć. Dodatkowo - już obecnie – pojawiają się firmy, które znalazły swój pomysł na zysk wspierając osoby chcące korzystać z zagranicznych świadczeń medycznych. Często pomagają one w sprawach formalnych, transportowych i logistycznych. Prawdopodobnie za kilka lat tego typu przedsiębiorstwa staną się przedstawicielami bardzo dochodowej gałęzi gospodarki wspierającej właściwą turystykę medyczną. Choć jest jeden warunek ukryty w idei rzetelności działania. Są pewne obszary turystyki medycznej, które budzą wiele kontrowersji. Jeśli działalność tego typu przedsiębiorstw będzie dotyczyła wyłącznie pomocy pacjentom w odbyciu leczenia poza granicami kraju – nikt nie będzie widział przeszkód w ich funkcjonowaniu. Jednak jeśli pojawi się choć jeden przypadek nadużycia polegającego na wspieraniu ciroturystyki „pod płaszczem” tradycyjnej turystyki medycznej, to szybko zburzy obecne starania i wprowadzi pewną dozę nieufności do tego typu praktyk. Niestety m.in. polska ustawa o usługach turystycznych pomimo upływu czterech lat od implementacji dyrektywy transgranicznej nadal nie zauważa rozwoju nowej formy turystyki, jaką jest turystyka medyczna, która ma wysoce specyficzny i znacząco wyróżniający się charakter odbiegający od obecnie znanych kategorii.

Przyszłość polskiej wyjazdowej turystyki medycznej w kontekście nadchodzących zmian w systemie ochrony zdrowia

Obecnie (marzec 2019 r.) wyjazdowa turystyka medyczna Polaków pomimo ograniczeń w postaci wprowadzenia zasad kwalifikacji do zabiegów usunięcia zaćmy rozwija się nadal bardzo dobrze. Jednak 1 kwietnia mają zostać wprowadzone zmiany finansowania tego typu świadczeń. Będzie to promowanie medycyny jednego dnia rodem z zachodniej i południowej granicy Polski. Przedsiębiorstwa medyczne, które w 80% będą wykonywały zabiegi usunięcia zaćmy w jeden dzień bez późniejszej hospitalizacji mogą liczyć na wypłatę większej kwoty za operacje. Placówki odbiegające od przyjętego standardu stracą 10% funduszy na każdym zabiegu. Ideą projektu jest to, żeby wykonywanych operacji było po prostu więcej, co powinno zmniejszyć kolejki (Ambroziak A., 2019).

Oceniając sam pomysł rozwiązania problemu – wydaje się on być ciekawy, gdyż wymusza pewną formę konkurencji pomiędzy szpitalami (korzystna dla pacjenta) oraz optymalizuje koszty. Lecz czy faktycznie jest możliwa jego realizacja? Niestety, liczba powikłań przy operacji zaćmy wygląda szokująco. Według danych ministerstwa wynosi 20%. Część z nich

kończy się powtórny zabieg (Cichocka E., 2018). Dodatkowo, więcej przeprowadzanych zabiegów to również większa liczba potrzebnych lekarzy. Czy faktycznie Polska służba zdrowia dysponuje takimi zasobami ?

Pomyślna realizacja projektu zapewne może ograniczyć podróże Polaków na zagraniczne leczenie. Jednak należy pamiętać, że czeskie kliniki także są świadome zmian wprowadzanych w Polsce i elastycznie dostosowują się do nich. Polskie placówki będą musiały zmierzyć się z silną konkurencją. Jednostki zagraniczne zaczynają walczyć o polskiego pacjenta nie tylko łatwiejszą dostępnością usług, ale także często dzięki wprowadzaniu rozwiązań technicznych dużo lepszych niż te oferowane w kraju. Według Autorki podróże do Czech - pomimo planowanych zmian – powoli staną się tradycją dla chorujących na zaćmę, którzy mieszkają w województwach przygranicznych.

Co można było zrobić lepiej ...

Niniejsza rozprawa doktorska prezentuje szeroki zakres analiz zjawiska turystyki medycznej. Lecz w myśl zasady, że wszystko można zrobić lepiej także ta praca posiada kilka niedoskonałości, które warto byłoby uzupełnić w przyszłości.

Po pierwsze – w ramach dysertacji zostało zaprezentowane dość jednostronne spojrzenie, głównie na problem wyjazdowej turystyki medycznej. Przyjazdowe oblicze badanego zjawiska zostało tylko nieznacznie omówione. Nie przeprowadzono żadnych analiz poznawczych rzucających nowe światło na tę tematykę. Warto byłoby zapoznać się z opiniami np. polskich placówek medycznych dotyczącymi możliwości, barier oraz korzyści związanych z obsługą pacjentów zagranicznych.

Po drugie – świadomie pominięto wątek krajowy. Należy pamiętać, że turystyka medyczna to także podróże poza miejsce stałego zamieszkania w ramach regionów kraju przebywania. Jest to bardzo popularna praktyka np. w Polsce. Jednak w obecnych warunkach jest to zjawisko również bardzo skomplikowane w badaniu. Nie ma ogólnodostępnych statystyk pozwalających pokazać chociaż w części skalę krajowej turystyki medycznej. Wynika to z problemu trudności w mierzeniu krajowej turystyki medycznej. Nie ma zaimplementowanych narzędzi adekwatnych do tego typu działań.

Po trzecie – prowadzone badanie ankietowe na próbie osób w wieku 20-44 lata warto byłoby zestawić z wynikami grupy osób po 44 roku życia, którzy są bezpośrednimi beneficjentami turystyki medycznej. Niestety podjęcie tego typu działań wymagałoby współpracy z wyspecjalizowanymi instytucjami statystycznymi. Samodzielne dotarcie do osób które

korzystały z turystyki medycznej ze względu na ich mały udział w populacji generalnej – obecnie było trudne.

Powyżej wymienione niedoskonałości przedłożonej rozprawy doktorskiej Autorka nie traktuje w kategoriach problemu, lecz pewnej formy motywacji do podjęcia dalszych przedsięwzięć badawczych, przyczyniających się do lepszego zrozumienia i poznania tak fascynującego i ciągle ulegającego przemianom zjawiska turystyki medycznej.

PEŁNY WYKAZ BIBLIOGRAFII ROZPRAWY DOKTORSKIEJ

1. Bajgier-Kowalska M., Wałach K. i Tracz M. (2016). Międzynarodowe uwarunkowania rozwoju turystyki medycznej w Korei Południowej. *Prace Komisji Geografii Przemysłu Polskiego Towarzystwa Geograficznego*, 30(4). 119-132.
2. EY. (2013). *Metodyka pomiarów kosztów pośrednich w polskim systemie ochrony zdrowia*. Warszawa: EY .
3. Healthcare Research Center. (2015). *MTI Construct*. Pobrano 10 24, 2017 z lokalizacji Medical Tourism Index: <https://www.medicaltourismindex.com/research-knowledge/mti-construct/>
4. The International Healthcare Research Center. (2016). *Medical Tourism Index*. Pobrano z lokalizacji The International Healthcare Research Center: <http://www.healthcareresearchcenter.org/medical-tourism-index/>
5. Aichniewicz A. (2013). Eutanazja i lekarska pomoc w samobójstwie. W Różyńska J. i Chańska W., *Bioetyka* (strony 282-294). Warszawa: Wolters Kluwer.
6. AlfaVision - wyszukiwarka Google . (2018). *AlfaVision - wyszukiwarka Google* . Pobrano z lokalizacji Opinie Google: https://www.google.com/search?newwindow=1&safe=active&ei=9KRUXK3LFNDlkgXdkoy4Aw&q=operacja%20za%C4%87my%20czechy%20klinika&oq=operacja+za%C4%87my+czechyklinika&gs_l=psy-ab.3..33i160.4645511.4646885..4647096...0.0..0.167.820.2j5.....0....1..gws-wiz.....
7. AlfaVision. (2018). *AlfaVision*. Pobrano z lokalizacji O nas: <http://alfavision-zacma.pl/o-nas/>
8. Allied Market Research. (2018). *Medical Tourism Market Overview*. Pobrano z lokalizacji Allied Market Research: <https://www.alliedmarketresearch.com/medical-tourism-market>
9. Ambroziak A. (2019, 03 04). Zaćma w jeden dzień. *Nasz Dziennik*, str. 10.
10. Ancientarchives. (2014, 4 4). *Unique Mysterious Figurines With Enormous Eyes (Eye Idols of Tell Brak)*. Pobrano z lokalizacji Ancient Archives: <https://ancientarchives.wordpress.com/2014/04/04/unique-mysterious-figurines-with-enormous-eyes-eye-idols-of-tell-brak/>
11. Arrow K.J. (1979). Lecznictwo z punktu widzenia niepewności i ekonomii dobrobytu. W A. K.J., *Eseje z teorii ryzyka* (strony 181-214). Warszawa: PWN.
12. Bednarczyk A. (1995). Asklepiades z Bitynii i szkoła metodyków . *ANALECTA*, 4(1). 7-71.
13. Bemnowska M. i Joško-Ochojska J. (2015). Zarządzanie jakością w ochronie zdrowia. *Hygeia Public Health*, 50(3). 457-462.
14. Ben-Natan, M., Ben-Sefer, E. i Ehrenfeld, M. (2009). Medical Tourism: A New Role for Nursing? *Online Journal of Issues in Nursing*, 14(3). 10.3912/OJIN.Vol14No03PPT02.
15. Białk-Wolf A. (2010). Potencjał rozwojowy turystyki medycznej. *Ekonomiczne Problemy Usług*, (53). 653-662.
16. Białk-Wolf A., Arent M. i Buziewicz A. (2016). *Analiza podaży turystyki zdrowotnej w Polsce*. Warszawa: Polska Organizacja Turystyczna.
17. Björnberg, A. (2015). *Euro Health Consumer Index 2015*. Marseillan: Health Consumer Powerhouse.
18. Björnberg, A. (2017). *Euro Health Consumer Index 2017*. Marseillan: Health Consumer Powerhouse.
19. Bobowski S. i Haberla M. (2014). Cluster as an Opportunity for Medical Tourism in Poland. *Ekonomia XXI Wieku*, 4(4). 108 -115.
20. Borek E. (2013). Turystyka medyczna w Europie i w Polsce - stan obecny, bariery rozwoju, perspektywy i rekomendacje dotyczące rozwoju przyjazdowej turystyki medycznej w Polsce. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 11(4). 333-348.

21. Borek, E. (2013). Turystyka medyczna w Europie i w Polsce – stan obecny, bariery rozwoju, perspektywy i rekomendacje dotyczące rozwoju przyjazdowej turystyki medycznej w Polsce. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 11(4), 333-348.
22. Borkowski B., Dudek H. i Szczęsny W. (2007). *Klasyczna metoda najmniejszych kwadratów (KMNK)*. Pobrano z lokalizacji <http://www.wz.uw.edu.pl/pracownicyFiles/id15193-eko2.pdf>
23. Borycki P. (2013). Archeologia Starożytnego Bliskiego Wschodu. *Materiały z wykładu*. Warszawa: Instytut Archeologii Uniwersytetu Warszawskiego.
24. Braverman B. (2016, 04 17). *1.4 Million Americans Will Go Abroad for Medical Care This Year. Should You?* Pobrano z lokalizacji The FiscalTimes: <http://www.thefiscaltimes.com/2016/08/17/14-Million-Americans-Will-Go-Abroad-Medical-Care-Year-Should-You>
25. Brzeziński T. (1988). *Historia medycyny*. Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
26. Budzich D. (2015, 11 30). *Charakterystyka turystyki medycznej w Polsce*. Pobrano z lokalizacji http://4healthtravelident://pokoleniebxi.pl/charakterystyka-turystyki-medycznej-w-polsce_bbje.a#4htd-teeth-whitening
27. Bugdol M. (2012). Procesy zatrudnienia personelu medycznego. W M. Bugdol, J. Bugaj i I. Stańczyk, *Procesy zarządzania zasobami ludzkimi w służbie zdrowia* (strony 7-26). Opole: Wydawnictwo Conlinuo, Państwowa Medyczna Wyższa Szkoła Zawodowa w Opolu.
28. Business Insider Polska. (2017, 09 30). *Oto "skala marnotrawstwa w polskich szpitalach". Eksperti policzyli, ile kosztują niewykorzystane łóżka*. Pobrano z lokalizacji Business Insider Polska: <https://businessinsider.com.pl/finanse/koszt-pustych-lozek-w-polskich-szpitalach/9v2zfg7>
29. CBOS. (2014). *Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej nr107/2014*. Warszawa: CBOS.
30. CBOS. (2016). *Opinie o funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej nr113/2016*. Warszawa: CBOS.
31. CBOS. (2017). *Korzystanie z internetu*. Warszawa: CBOS.
32. Chromik M. (2016, 04 01). Z biegiem Nilu. *Nowy Górnik*, strony 10-10.
33. Chudzikowska-Wołoszyn M. (2013). Do wód Rzymianie, do wód! O balneoterapii w starożytnych Bajach i Puteolach. W W. Korpalska i W. Ślusarczyk, *Czystość i brud. Higiena w starożytności* (strony 211-224). Bydgoszcz: Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.
34. Cichocka E. (2018, 05 18). Kto dłużej poczeka na operację zaćmy. Kolejka liczy 500 tys. Polaków. *Gazeta Wyborcza*.
35. Ciekaweliczby.pl. (2018, 01 11). *65% Polaków negatywnie ocenia publiczną służbę zdrowia*. Pobrano z lokalizacji [Sondaże autorskie, Zdrowie: http://ciekaweliczby.pl/65-polakow-negatywnie-ocenia-publiczna-sluzbe-zdrowia-sondaz/](http://ciekaweliczby.pl/65-polakow-negatywnie-ocenia-publiczna-sluzbe-zdrowia-sondaz/)
36. Cohen L. G. (2012). Circumvention tourism. *Cornell Law Rev*, 97(6). 1309-1398.
37. Crush J., Chikanda A. i Maswikwa B. (2012). *Patients Without Borders: Medical Tourism and Medical Migration in Southern Africa*. Cape Town: Southern African Migration Programme (SAMP).
38. Cymańska - Grabowska B. i Steblik - Właźlak B. (2013). *Podstawy turystyki*. Warszawa: WSiP, REA.
39. Czarnecki M. (2016, 10 04). Aborcyjna odwilż w Europie. *Gazeta Wyborcza*.
40. Danieluk B. (2010). Zastosowanie regresji logistycznej w badaniach eksperymentalnych. *Psychologia Społeczna*, 5 2–3 (14); 199–216.
41. Dąbrowska-Zielińska K. i Wołk-Musiał E. (2012). Turystyka uzdrowiskowa w Polsce i na świecie - perspektywa rozwoju SPA i Wellness w Polsce. *Inżynieria Ekologiczna*, 30. 36-47.
42. Deloitte. (2008). *Medical Tourism – Consumers in Search of Value*. New York : Deloitte Center for Health Solutions.
43. Domosławski Z. (2007). *Wprowadzenie do medycyny*. Jelenia Góra: Kolegium Karkonoskie Państwowej Wyższej Szkoły Zawodowej.
44. Drygła D. (2010). Kształtowanie obiektu spa jako innowacyjnego uzdrowiskowego produktu turystycznego w Polsce. W Szromek A., *Uzdrowiska i ich znaczenie w gospodarce turystycznej* (strony 151-166). Kraków: Proksemia.
45. Dubas K. (2011). Problematyka efektywności w ochronie zdrowia – znaczenie i metody pomiaru. *Problemy Zarządzania*, 9(3). 102-125.
46. Dyrektywa w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej, Dz.U.UE.L.2011.88.45 (Parlament Europejski 04 04, 2011).
47. European Commission. (2015). *Patients' rights in cross-border healthcare in the European Union; Eurobarometer 425*. Brussels: European Commission.
48. Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny. (2013). *20 lat tzw. ustawy antyaborcyjnej w Polsce*. Warszawa: Federacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny.
49. First G. (2013). Woda lecząca – w poszukiwaniu granicy między magią a medycyną w świecie późnego Egiptu. W W. Korpalska i W. Ślusarczyk, *Czystość i brud. Higiena w starożytności* (strony 239-256). Bydgoszcz: Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu.
50. FORBES. (2018). *Gemius PBI luty 2018*. Warszawa: Gemius.

51. Gaworecki W.W. (2007). *Turystyka*. Warszawa: Polskie Wydawnictwo Ekonomiczne.
52. Gazeta Wyborcza. (2018, 07 09). *Wyborcza.pl*. Pobrano z lokalizacji NFZ wprowadza zmiany w kwalifikacji do operacji zaćmy, czeskie kliniki protestują: <http://krakow.wyborcza.pl/krakow/7,44425,23653769,nfz-wprowadza-zmiany-w-kwalifikacji-do-operacji-zacmy-czeskie.html>
53. Gissinger R. , Gleditsch N. P. i Hegre H. (2003). Globalization and Internal Conflict. W G. Schneider, K. Barbieri i N. P. Gleditsch, *Globalization and Armed Conflict* (strony 251-275). Lanham: Rowman & Littlefield Publishers.
54. Golusińska K. (2012). Dopuszczalność eutanazji. *Medyczna Wokanda*, (4). 179-187.
55. Górecka B. (2012, 08 25). *Epidaurus Medyczne centrum starożytnej Grecji*. Pobrano z lokalizacji Otwarty Przewodnik Krajoznawczy: <http://www.krajoznawcy.info.pl/medyczne-centrum-starozytnej-grecji-16711>
56. Grabowski W. i Kosowski K. (2017, 12 31). *Klasztor Montecassino*. Pobrano z lokalizacji Roadtripbus : <http://roadtripbus.pl/klasztor-montecassino/>
57. Graczyk M. (1998). Kontrowersje wokół eutanazji. *Ateneum Kapłańskie*, 131. 13-25.
58. Grobelna A. i Marciszewska B. (2013). Rola usług Spa & Wellness w kreowaniu pozytywnych doświadczeń konsumentów na przykładzie produktów hotelowych. *Polityki Europejskie, Finanse i Marketing*, 9(58). 184-195.
59. GUS. (2016). *Ludność w wieku 60+*. *Struktura demograficzna i zdrowie*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
60. GUS. (2017). *Sytuacja gospodarstw domowych w 2016 r. w świetle wyników badania budżetów gospodarstw domowych*. Warszawa: Główny Urząd Statystyczny.
61. Hanefeld J. , Horsfall D. , Lunt N. i Smith R. (2013, 10 24). Medical Tourism: A Cost or Benefit to the NHS? *PLoS ONE*, str. 10.1371/journal.pone.0070406.
62. Hermanowski T. i Drozdowska A. (2013). Ocena wartości życia i zdrowia, pomiar korzyści związanych z technologiami medycznymi, rodzaje kosztów w opiece zdrowotnej. W Hermanowski T., *Szacowanie kosztów społecznych choroby i wpływu stanu zdrowia na aktywność zawodową i wydajność pracy* (strony 13-30). Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
63. Herzliya Medical Center. (2017). *Medical Tourism in Israel*. Pobrano z lokalizacji Herzliya Medical Center: <http://www.hmcisrael.com/medical-tourism-in-israel>
64. Hoffman B. (2014). Drug consumption tourism as a social phenomenon. *Trakia Journal of Sciences*, (4). 455- 460.
65. HOPE_Publications. (2015). *Medical Tourism*. Belgium: HOPE Publications.
66. Hunt, J. (2013, 10 24). Medical tourism generates millions for NHS and wider economy, finds study. *The Guardian*.
67. Jacyna A. (2017). *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2016 rok*. Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia.
68. Jacyna A. (2016). *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2015 rok*. Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia.
69. Jacyna A. (2018). *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia w 2017 r.* Warszawa: Narodowy Fundusz Zdrowia.
70. Jagyasi P. (2010). *Medical Tourism: Research & Survey Report*. Dubai: ExHealth.
71. Jan Paweł II. (1998). *Veritatis Splendor*. Wrocław: Wydawnictwo Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej TUM.
72. Janoś K. (2018, 05 11). *NFZ chce utrudnić Polakom leczenie zaćmy w Czechach. "To barbarzyństwo w czystej postaci"*. Pobrano z lokalizacji Money.pl : <https://www.money.pl/gospodarka/wiadomosci/artukul/operacja-zacmy-czechy-nfz-kolejki,122,0,2405498.html>
73. Jyothis T. (2016). Health Tourism: pros and cons. *International Journal of Multidisciplinary Research and Modern Education*, 2(1).640-643.
74. Kapinos S. (2013). Brytyjskie kurorty nadmorskie – kres magii mola? . *Turystyka Kulturowa*, 7. 5-19.
75. Kelley E. (2013). *Medical Tourism*. Geneva: World Health Organization.
76. Kikwete J. (2018, 11 19). *Ku powszechnej opiece zdrowotnej*. Pobrano z lokalizacji Krytyka Polityczna: <http://krytykapolityczna.pl/swiat/powszechna-opieka-zdrowotna-2030-kikwete/>
77. Kjeilen T. (2017). *Dendera Sanatorium*. Pobrano z lokalizacji Looklex: <http://looklex.com/egypt/dendera09.htm>
78. KL. (2017, 07 08). *Szwajcarzy radzą, jak organizować system opieki zdrowotnej*. Pobrano z lokalizacji rynekzdrowia.pl: <http://www.rynekzdrowia.pl/Rynek-Zdrowia/Szwajcarzy-radza-jak-organizowac-system-opieki-zdrowotnej,174021.html>

79. Klinika okulistyczna NeoVize - wyszukiwaka Google . (2018). *Klinika okulistyczna NeoVize - wyszukiwaka Google* . Pobrano z lokalizacji Opinie z Google:
https://www.google.com/search?newwindow=1&safe=active&ei=9KRUXK3LFNDlkGXdKoy4Aw&q=operacja%20za%C4%87my%20czechy%20klinika&oq=operacja+za%C4%87my+czechy&gs_l=psy-ab.3..33i160.4645511.4646885..4647096..0.0..0.167.820.2j5.....0....1..gws-wiz.....
80. Kmieć D. (2015). Zastosowanie modelu logitowego do analizy czynników wpływających na bezrobocie wśród ludności wiejskiej . *Ekonomika i Organizacja Gospodarki Żywnościowej*, (110); 33-42.
81. Koczur W. (2014). Transgraniczna opieka zdrowotna w Unii Europejskiej - wybrane zagadnienia. *Polityka społeczna wobec problemu bezpieczeństwa socjalnego w dobie przeobrażeń społeczno-gospodarczych*, (179). 150-162.
82. Kołodziej J. (2012, 06 09). *Vinzenz Priessnitz zimna woda zdrowia doda*. Pobrano z lokalizacji Jaskółka Śląska: <http://www.jaskolkaslaska.eu/2012/06/09/vinzenz-priessnitz-zimna-woda-zdrowia-doda/>
83. Konat K. (2007, 12 27). *Medycyna w starożytnym Egipcie*. Pobrano z lokalizacji Historion.pl: http://www.historion.pl/historia/starozytnosc/egipt/medycyna_w_starozytnym_egipcie.html
84. Konieczna S. (2011). Pacjent z padaczką - dawniej i dziś. W Felsmann M., Szarek J. i Felsmann M., *Dawna medycyna i weterynaria Pacjent* (strony 51-68). Chełmno: Muzeum Ziemi Chełmińskiej.
85. Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Dz.U. 1948 nr 61 poz. 477 (04 20, 1948).
86. Kowalska B. (2013). Czego bali się ludzie w średniowieczu? *Si vis pacem, para bellum : bezpieczeństwo i polityka Polski, Zeszyty Historyczne*, 12. 1073-1084.
87. Kraś J. (2011). Istota i znaczenie turystyki uzdrowiskowej w Polsce. *SEMINARE*, 29. 151-162.
88. Kruczek Z. (2005). *Kompendium pilota wycieczek*. Kraków: Proksenia.
89. Kryda M. (2015, 10 08). *Dżuma - największa katastrofa w dziejach Europy*. Pobrano z lokalizacji Wp.pl: <https://opinie.wp.pl/dzuma-najwieksza-katastrofa-w-dziejach-europy-6126038980228737a>
90. Kufel T. (2013). *Ekonometria - rozwiązywanie problemów z wykorzystaniem programu GRETL*. Warszawa: PWN.
91. Kurowska A. (2017, 09 15). *Szpitala bardziej zadłużone - nowe dane MZ*. Pobrano z lokalizacji Polityka Zdrowotna: <http://www.politykazdrowotna.com/22876,szpitala-bardziej-zadluzone-nowe-dane-mz>
92. Kurzyńska E. (2018, 09 07). *Ministerstwo Zdrowia zaostreza kryteria kwalifikacji do operacji zaćmy*. Pobrano z lokalizacji PULS Medycyny : <https://pulsmedycyny.pl/ministerstwo-zdrowia-zaostreza-kryteria-kwalifikacji-do-operacji-zacmy-934368>
93. Lange G. M. , Wodon Q. i Carey K. (2018). *The Changing Wealth of Nations 2018*. Washington: The World Bank.
94. Lange, G. M., Wodon, Q. i Carey, K. (2018). *The Changing Wealth of Nations 2018*. Washington: The World Bank.
95. Li, H. i Cui, W. (2014). Patients without borders; The historical changes of medical tourism. *UWOMJ*, 83(2). 20-22.
96. Lubowicki - Vikuk A. (2012). Turystyka medyczna przejawem współczesnych trendów i tendencji w turystyce. *Ekonomiczne Problemy Usług. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego*, 699(84). 553-568.
97. Lubowiecki-Vikuk A. i Paczyńska-Jędrycka M. (2010). *Współczesne tendencje w rozwoju form rekreacyjnych i turystycznych*. Poznań: Bogucki Wydawnictwo Naukowe.
98. Lubowiecki-Vikuk A. i Rab-Przybyłowicz J. (2015). Wybrane aspekty funkcjonowania rynku turystyki medycznej w Polsce. *Folia Turistica / Akademia Wychowania Fizycznego im. B. Czecha w Krakowie*, (34); 85-107.
99. Lunt N. i Carrera P. (2010). Medical tourism: Assessing the evidence on treatment abroad. *Maturita*, (66). 27-32.
100. Lunt N., Smith R., Exworthy M., Green S. T., Horsfa D. i Mannion R. (2011). *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review*. Paris: OECD Publications Service.
101. Łoś A. (2012). Turystyka zdrowotna - jej formy motywy. Czynniki rozwoju turystyki medycznej w Polsce. *Rkonomiczne Problemy Usług. Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego*, 699(84). 569-578.
102. Maćkowiak A. (2014). Turystyka narkotykowa. W Anczyk E., *Narkotyki, dopalacze, środki psychoaktywne. Studia socjologiczne i kulturoznawcze* (strony 147-159). Katowice: Wydawnictwo Sacrum.
103. Madzik. (2014, 22 01). *8 najpopularniejszych celów turystyki medycznej*. Pobrano z lokalizacji etraveler.pl: http://etraveler.pl/8-najpopularniejszych-celow-turystyki-medycznej,artykul.html?material_id=52e000d39a22dd7f08c8c497

104. MAHTA Sp. z o. o. (2018). *BAROMETR WHC Raport na temat zmian w dostępności do gwarantowanych świadczeń zdrowotnych w Polsce nr 18/27/06/2018*. Warszawa: MAHTA Sp. z o. o.
105. Mainil T, Eijgelaar E., Klijs J., Nawijn J. i Peeters P. (2017). *Research for TRAN Committee - Health tourism in the EU: a general investigation*. Brussels: European Parliament: Policy Department for Structural and Cohesion Policies.
106. Majeed S., Lu. C i Javed T. (2017). The journey from an allopathic to natural treatment approach: A scoping review of medical tourism and health systems. *European Journal of Integrative Medicine*, (16), 23-32.
107. Makala H. (2016). Turystyka uzdrowiskowa w Polsce. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Turystyki i Języków Obcych w Warszawie*, 18(2), 119-130.
108. Malinowski W., Nojszewska E. i Sikorski S. (2017). *Komercyjne świadczenie usług medycznych przez szpitale publiczne*. Warszawa: Wolters Kluwer Polska.
109. Matulka D. (2015). Wpływ ryzyka walutowego wynikającego z transakcji o charakterze międzynarodowym na stabilność finansową podmiotów funkcjonujących w gospodarce turystycznej. W Czerwińska T. i Nowak Z. A., *Inwestowanie na rynku kapitałowym - rynek po kryzysie* (strony 286-304). Warszawa: Wydawnictwo Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego .
110. Medexpress. (2016, 02 15). *Pielęgniarki uczą się angielskiego, a potem wyjeżdżają. Gdzie mogą poprawić swoje umiejętności?* Pobrano z lokalizacji Medexpress.pl: <http://www.medexpress.pl/pielengniarki-ucza-sie-angielskiego-a-potem-wyjezdzaja-gdzie-moga-poprawic-swoje-umiejetnosci/63227>
111. Medical Tourism Association. (2017). *COMPARE PRICES*. Pobrano z lokalizacji MedicalTourism.com: <http://medicaltourism.com/Forms/price-comparison.aspx>
112. Medical_Tourism_Association. (2017). *COMPARE PRICES*. Pobrano z lokalizacji MedicalTourism.com: <http://medicaltourism.com/Forms/price-comparison.aspx>
113. Medical_Tourism_Association. (2017). *Medical Tourism FAQ's*. Pobrano z lokalizacji Medical Tourism Association: <http://www.medicaltourismassociation.com/en/medical-tourism-faq-s.html>
114. Meštrović, T. (2014, 10 17). *Medical Tourism History*. Pobrano z lokalizacji News Medical: <https://www.news-medical.net/health/Medical-Tourism-History.aspx>
115. Mingren W. (2017, 02 13). *The Magnificent Temple of Hathor, Goddess of Love: Best Preserved Temple in all of Egypt*. Pobrano z lokalizacji Ancient Origins: <http://www.ancient-origins.net/ancient-places-africa/magnificent-temple-hathor-goddess-love-best-preserved-temple-all-egypt-007537>
116. Ministry of Health of the Republic of Turkey. (2012). *Definitions and Descriptions Regarding Health Tourism*. Ankara: Ministry of Health of the Republic of Turkey.
117. Mittelman M. i Hanaway P. (2012). Globalization of Healthcare. *Glob Adv Health Med*, 1(2), 5-7.
118. Motyka M. (2016). Turystyka narkotykowa. *Hygeia Public Health*, 5(1), 31-38.
119. Napora K. (2013). Wyjdz z niego! Egzorcyzmy w Starożytnej Mezopotamii, w Biblii Hebrajskiej oraz w posłudze Jezusa Chrystusa. *Symposium*, 25(2), 9-28.
120. Narodowy Fundusz Zdrowia. (2016). *Sprawozdanie finansowe NFZ 2016 rok*. Warszawa: NFZ.
121. Nawrocki E. (2012, 05 24). *Hydroterapeuci ze Świdnicy*. Pobrano z lokalizacji Świdnickie Archiwum Cyfrowe: <http://www.mojemiasto.swidnica.pl/?p=1391>
122. NeoVize. (2018). *NeoVize*. Pobrano z lokalizacji Galeria zdjęć: <https://www.neovize.pl/galeria-zdj/>
123. NFZ. (2004). *Podręcznik dla Świadczeniodawców*. Pobrano z lokalizacji Informacje dla Świadczeniodawców: <https://www.nfz-rzeszow.pl/stara/files/ue/podrecznik-swiadczeniodawcy.pdf>
124. NFZ. (2014). *Dyrektywa transgraniczna*. Pobrano z lokalizacji Opieka zdrowotna w UE i EFTA: http://www.nfz-szczecin.pl/nguqv_dyrektywa_transgraniczna.htm
125. NIK. (2016). *Realizacja zadań przez Narodowy Fundusz Zdrowia w 2015 roku*. Warszawa: Najwyższa Izba Kontroli.
126. NIK. (2017, 10 09). *NIK o leczeniu za granicą*. Pobrano z lokalizacji Aktualności - Najwyższa Izba Kontroli : <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-leczeniu-za-granica.html>
127. NIK. (2017). *Realizacja zadań Narodowego Funduszu Zdrowia w 2016 roku*. Warszawa: NIK.
128. Pacian J, Pacian A., Skórzyńska H. i Kaczoruk M. (2014). Eutanazja – zabójstwo człowieka czy uśmierzenie bólu. Regulacje prawne wybranych państw świata. *Hygeia Public Health*, 49(1), 19-25.
129. Parandowski J. (2006). *Mitologia. Wierzenia i podania Greków i Rzymian*. Warszawa: Wydawnictwo Puls.
130. Pietrzak M. Roman M. (2014). Rozwój transportu jako siła napędowa procesów globalizacji i regionalizacji międzynarodowej. *Logistyka*, (4), 3639-3648.

131. Piotrowska D., Sowa P., Pędziński B. i Szpak A. (2014). Transgraniczny przepływ pacjentów - proces implementacji dyrektywy o stosowaniu praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej w Polsce. *Hygeia Public Health*, 49(1). 6-11.
132. Piszczycgłowa B. (2017). Kompetencje personelu medycznego wobec wyzwań współczesnego miejsca pracy na przykładzie podmiotów leczniczych. *Zeszyty Naukowe Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu*, 74(3); 37-52.
133. Pochrzęst-Motyczyńska A. (2018, 09 24). *Prawne buble ustawy o POZ*. Pobrano z lokalizacji Zdrowie: <https://www.prawo.pl/zdrowie/prawne-buble-ustawy-o-poz,303582.html>
134. Polak T. (1976). PPrace nad zabezpieczeniem świątyni Izdy. *Ochrona Zabytków*, 29/3 (114). 223-225.
135. Pollard K. (2016, 07 26). *Global medical tourism industry value - \$439 billion!* Pobrano z lokalizacji International Medical Travel Journal: <https://www.imtj.com/blog/medical-tourism-industry-worth-439-billion-facts/>
136. Polska Agencja Prasowa . (2018, 02 08). *PIU: rośnie liczba Polaków korzystających z prywatnej opieki zdrowotnej*. Pobrano z lokalizacji Rynek Zdrowia : <http://www.rynekzdrowia.pl/Ubezpieczenia-zdrowotne/PIU-rosnie-liczba-Polakow-korzystajacych-z-prywatnej-opieki-zdrowotnej,181105,4.html>
137. Polskie Radio.pl. (2017, 01 12). *Opieka zdrowotna w Polsce choruje na brak pieniędzy, ale i słabą efektywność leczenia oraz złe zarządzanie*. Pobrano z lokalizacji Gospodarka: <https://www.polskieradio.pl/42/5725/Artykul/1714608,Opieka-zdrowotna-w-Polsce-choruje-na-brak-pieniedzy-ale-i-slaba-efektywnosc-leczenia-oraz-zle-zarzadzanie>
138. Priessnitzovy léčebné lázně a.s. (2018). *Položení geografické i Historia*. Pobrano z lokalizacji Priessnitzovy léčebné lázně a.s.: <http://pl.priessnitz.cz/o-nas/1370-polozenie-geograficke-i-historia.html>
139. PROVISUS - wyszukiwarka Google. (2018). *Wyszukiwarka Google* . Pobrano z lokalizacji PROVISUS - operacje zaćmy NFZ, bez kolejek, polska klinika.: https://www.google.com/search?newwindow=1&safe=active&ei=9KRUXK3LFNDlkgXdkoy4Aw&q=operacja%20za%20C4%87my%20czechy%20klinika&oq=operacja+za%20C4%87my+czechyklinika&gs_l=psy-ab.3..33i160.4645511.4646885..4647096..0.0..0.167.820.2j5.....0....1..gws-wiz.....
140. PROVISUS. (2018). *PROVISUS lepiejzobacz.cz*. Pobrano z lokalizacji Operacja zaćmy: <http://lepiejzobacz.cz>
141. Radbruch L., Leget C., Bahr P., Müller-Busch C., Ellershaw J., de Conno F. i Vanden Berghe P. (2015). Euthanasia and physician-assisted suicide: A white paper from the European Association for Palliative Care. *Palliative Medicine*, 1-13.
142. Rapkiewicz M. (2012, 06 05). *Ochrona zdrowia a jednostki samorządu terytorialnego*. Pobrano z lokalizacji Instytut Sobieskiego: <http://www.sobieski.org.pl/komentarz-is-121/>
143. Rudziński C. (2015, 11 20). *Karlowe Wary Perła wśród europejskich uzdrowisk*. Pobrano z lokalizacji Otwarty Przewodnik Krajoznawczy: <http://www.krajoznawcy.info.pl/karlowe-wary-40227>
144. Rutkowska M. i Haczyński J. (2017). Praktyczne aspekty reorganizacji placówki medycznej wdrożenia procesu obsługi pacjenta zagranicznego na podstawie doświadczeń własnych Medical Travel Partner. *Problemy Zarządzania*, 15(3).175–185.
145. Rzym.it.pl. (2018). *Wyspa Tybrowa*. Pobrano z lokalizacji Przewodnik: <https://www.rzym.it/wyspa-tybrowa>
146. Saryusz-Wolska H. i Wronka M. (2013). Efektywność w opiece zdrowotnej - zarys wielowymiarowego problemu w okresie transformacji. *Efektywność zarządzania organizacjami publicznymi i jej pomiar*, (168). 256-269.
147. Segouin C. , Hodges B. i Brechat P. H. (2005). Globalization in health care: is international standardization of quality a step toward outsourcing? *International Journal for Quality in Health Care*, 17(4). 277–279.
148. Sobieraj R. (2010, 06 18). *Sanktuarium Asklepiosa i starożytny teatr w Epidauros*. Pobrano 05 24, 2017 z lokalizacji HolidayChack: <http://blog.holidaycheck.pl/2010/06/18/sanktuarium-asklepiosa-i-starozytny-teatr-w-epidauros/>
149. Stasiak A. (2015). Turystyka kontrowersyjna jako emanacja gospodarki doświadczeń. W Godlewski G. i Zalech M., *Turystyka kontrowersyjna na współczesnym rynku podróży - formy, uwarunkowania, skutki* (strony 53-69). Biała Podlaska: Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie Filia w Białej Podlaskiej.
150. Stępień M. (2013). *Kodeks Hammurabiego*. Pobrano z lokalizacji <http://www.pistis.pl/biblioteka/Hammurabiego%20kodeks.pdf>
151. Stolley K. i Watson S. (2012). *Medical Tourism: A Reference Handbook*. Santa Barbara (California): ABC-CLIO, LLC.

152. Svanborg-Sjövall K. (2014, 01 03). Swedish healthcare is the best in the world, but there are still lessons to learn. *The Guardian*.
153. Sygut, M. (2016, 06 15). *Jak Holendrzy wprowadzali dobre zmiany w ochronie zdrowia*. Pobrano z lokalizacji rynekzdrowia.pl: <http://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Jak-Holendrzy-wprowadzali-dobre-zmiany-w-ochronie-zdrowia,162855,14.html>
154. Szetela P. (2015). Rola samorządu terytorialnego w polskim systemie ochrony zdrowia: organizator, podmiot tworzący oraz płatnik. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 13(1). 55--68.
155. Śliwowski, W. (2017). Turystyka medyczna; Nasza nowa narodowa specjalność . *Menadżer zdrowia* , (3). 64-72.
156. Teluk T. (2007, 10 21). *Sluzba zdrowia w Słowacji*. Pobrano z lokalizacji Njawyższy Czas!: <http://nczas.com/category/kompendium/sluzba-zdrowia/>
157. The American Society for Aesthetic Plastic Surgery. (2017). *Cosmetic Surgery National Data Bank Statistics*. New York: The American Society for Aesthetic Plastic Surgery.
158. The Institute for the Preservation of Medical Trad. (2015). *Hippocratic Corpus*. Pobrano z lokalizacji Antiquity: <https://medicaltraditions.org/collection/texts/antiquity/hippocrates>
159. Uriely N. i Belhassen Y. (2006). Drugs and risk-taking in tourism. *Annals of Tourism Research*, 33(2). 339–359.
160. Ustawa o działalności leczniczej, Dz.U. 2011 Nr 112 poz. 654 (04 15, 2011).
161. Ustawa o lecznictwie uzdrowiskowym, uzdrowiskach i obszarach ochrony, Dz.U. 2005 Nr 167 poz. 1399 (07 28, 2005).
162. Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności, Dz.U. 1993 nr 17 poz. 78 (01 07, 1993).
163. Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. 2004 nr 210 poz. 2135 (08 27, 2004).
164. Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej, Dz.U. 1991 Nr 91 poz. 408 (08 30, 1991).
165. Van der Linden S. i Van Tubergen A. (2002). A brief history of spa therapy. *Ann Rheum Dis*, (61): 273–275.
166. Waszyński E. (2010). Asklepios – bóg sztuki lekarskiej. *Perinatologia, Neonatologia i Ginekologia*, 3(4). 302-304.
167. Wersja skonsolidowana Traktatu o Funkcjonowaniu Unii Europejskiej, Dz. Urz. UE 2016 C 202 (Parlament Europejski 10 26, 2012).
168. wGospodarce. (2018, 01 31). *Polska 27 najbogatszym krajem w Europie i Azji*. Pobrano z lokalizacji wGospodarce.pl: <http://wgospodarce.pl/informacje/45810-polska-27-najbogatszym-krajem-w-europie-i-azji>
169. Wiercińska A. (2012). Specyfika rynku usług sanitarnych. *Zarządzanie i Finanse*, 2(2). 165-176.
170. Wnukiewicz-Kozłowska A. (2015). TRANSGRANICZNA OPIEKA MEDYCZNA – wybrane problemy praktyczne. *Gazeta Dolnośląskiej Izby Lekarskiej*.
171. Wojtyniak B. i Goryński P. (2016). *Sytuacja zdrowotna ludności Polski i jej uwarunkowania*. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego.
172. World Travel & Tourism Council. (2016). *Travel & Tourism economic impact 2016*. London: WTTC.
173. ZUS. (2018). *Struktura wysokości emerytur i rent wypłacanych przez ZUS po waloryzacji w marcu 2018 roku*. Warszawa: Departament Statystyki i Prognoz Aktualnych ZUS.