

Komitet Przestrzennego Zagospodarowania Kraju Polskiej Akademii Nauk

Zeszyt 269, rok 2018, s. 27-42

Magdalena Kachniewska

Szkoła Główna Handlowa w Warszawie,
Kolegium Gospodarki Światowej, Katedra Turystyki;
al. Niepodległości 128, 02-554 Warszawa; mkachni@sggwaw.pl

CZYNNIKI MOTYWUJĄCE DO UCZESTNICTWA W PRZYJAZDOWEJ TURYSTYCE MEDYCZNEJ DO POLSKI

Abstract: Motivations for Participation in Incoming Medical Tourism to Poland.

Differences in patients motivating factors influence their attitudes towards the role and quality of tourism agents' services. This paper identified three major components (treatment-related, economic and travel-related) that explain patients motivation to travel for treatment. The study can help medical tourism agents to refine their marketing strategies and suggest the proper incentives to encourage participation in medical tourism. The research was made on the basis of a critical analysis of scientific literature, surveys and analyses.

Keywords: Medical tourism, medical travel, motivations, tourism market.

JEL Codes: I11, J14, C38.

Wstęp

Badania nad turystyką medyczną koncentrują się głównie na kwestii pochodzenia usługobiorców oraz przedmiotu zgłaszanego przez nich popytu. Celem prezentowanego opracowania jest analiza motywacji podejmowania przyjazdów do Polski w segmencie turystyki medycznej. Zidentyfikowano trzy zasadnicze ich grupy: czynniki ekonomiczne, związane z leczeniem, związane z aktywnością turystyczną. Zgodnie z założeniem badawczym charakterystyka poszczególnych grup nabywców oraz ich motywacje wpływają na stosunek konsumentów do sposobu organizacji, jakości i atrakcyjności oferty polskiej turystyki medycznej. Przedstawione wyniki badań mogą stanowić impuls do właściwego kształtowania jakości usług turystyki medycznej na etapie działań marketingowych i organizacji przyjazdu oraz wsparcia usługowego turystów w czasie pobytu w Polsce.

1. Przegląd literatury: czynniki motywujące do podejmowania wyjazdów w segmencie turystyki medycznej

Opracowania światowe dotyczące turystyki medycznej rozpatrują zazwyczaj czynniki motywujące do wyjazdów medycznych w kontekście modeli *push* i *pull* (wypychania i przyciągania) opisanych po raz pierwszy przez Cromptona [1992] i Danna [1977], a następnie wykorzystanych w klasyfikacji wyjazdów turystyki medycznej Gana i Fredericka [2011a]. W opracowaniu przyjęto podobne rozróżnienie, wskazując ponadto trzy główne grupy czynników motywujących do uczestnictwa w zagranicznej turystyce medycznej:

- (1) motywacje ekonomiczne
- (2) dostępność usług i określonych sposobów leczenia
- (3) motywacje turystyczno-krajoznawcze.

Należy zaznaczyć, że zaliczenie danego czynnika do grupy czynników wypychających lub przyciągających może zależeć od uwarunkowań prawnych i ekonomicznych charakteryzujących określony rynek. Jednym z najwcześniej zidentyfikowanych czynników podejmowania podróży medycznych jest ograniczenie wydatków na leczenie w kraju pochodzenia turysty z jednoczesną dostępnością niskich cen usług medycznych w kraju docelowym (czynnik przyciągający) [Demicco, Cetron 2006; Mattoo, Rathindran 2006]. W niektórych państwach może on się stać czynnikiem wypychającym, jeśli ustawodawca zachęca obywateli do podejmowania leczenia za granicą w celu obniżenia refundowanych kosztów leczenia. Przykładem takiego rozwiązania są House Bills wprowadzone w Virginii Zachodniej i Colorado [Rodighiero *et*

al. 2008], które przewidują dofinansowanie pozastanowych i zagranicznych podróży medycznych z funduszy pracowniczych lub ubezpieczeniowych, jeżeli koszt realizowanych zabiegów jest niższy niż leczenie na terenie wymienionych stanów.

Cechy placówki medycznej zaliczane są do grupy czynników przyciągających. Obejmują one standardy medyczne, jakość kadry, usług medycznych, wyposażenia, charakteru pozostałych pacjentów, ogólne doświadczenia z pobytu w danej placówce, sprawność procedur (np. obieg dokumentacji medycznej, sprawność realizowania skierowań medycznych). Berkowitz i Flexner [1981] akcentują jakość opieki okołomedycznej, czystość i estetykę pomieszczeń i urządzeń oraz stosunek kadry do pacjentów. Horowitz *et al.* [2007] oraz Connell [2006] wskazują na znaczenie czasu oczekiwania na zabiegi i operacje w danym szpitalu, Gan i Frederick [2011b] wspominają o certyfikatach medycznych uznawanych w kraju pochodzenia turysty, a Mattoo i Rathindran [2006] o certyfikatach personelu medycznego. Według Demicco i Cetrona [2006] ważna jest dostępność informacji nt. jakości sprzętu medycznego oraz stosunek liczby wykwalifikowanych pielęgniarek do liczby pacjentów. Lin i Guan [2002], Boscarino i Steiber [1982] oraz Lee i Davis [2004] podkreślają znaczenie „miękkich” wskaźników: wrażliwości kulturowej personelu szpitala, znaczenie wyznania religijnego dominującego wśród personelu szpitala oraz doświadczenia pacjenta w kontaktach z personelem placówki. Horowitz *et al.* [2007] oraz Fried i Harris [2007] akcentują wagę poczucia prywatności oraz poufności wyników badań i przebiegu leczenia.

O czynnikach gospodarczych pisali m.in. Bookman i Bookman [2007] identyfikując takie zjawiska, jak stabilna sytuacja społeczna, gospodarcza i polityczna kraju docelowego oraz poziom swobód pacjenta w obszarze prawa i etyczne aspekty leczenia w kraju docelowym, np. regulacje dotyczące wykorzystania komórek macierzystych, regulacji płodności i eutanazji. Mirrer-Singer [2007] i Turner [2007] zwracają też uwagę na znaczenie prawodawstwa dotyczącego błędów w sztuce lekarskiej, które może być silnym czynnikiem przyciągającym jeżeli podnosi poziom poczucia bezpieczeństwa pacjentów.

Czynniki „miękkie” o charakterze silnie przyciągającym obejmują z kolei podobieństwo kulturowe kraju pochodzenia pacjenta i kraju docelowego, podobieństwo standardów opieki medycznej i akceptowanych sposobów leczenia. Ważnym czynnikiem przyciągającym jest stosunek do praktyk tradycyjnych i łączenia ich z zaleceniami medycyny akademickiej w kraju docelowym [Lunt, Carrera 2010]. Pacjenci wykazują zainteresowanie ofertami obejmującymi jogę, rytuały pielęgnacyjne, masaże, medycynę ajurwedyjską, leczenie

i rehabilitację w dedykowanych ośrodkach spa lub luksusowych ośrodkach wypoczynkowych. Skuteczne działania marketingowe powinny więc uwzględniać możliwość konstruowania pakietów pobytowych, wykraczających poza pobyt w szpitalu oraz tworzenie przekazów promocyjnych akcentujących nie tylko walory placówki i jej personelu, ale także elementy społeczno-polityczne, ekonomiczne i prawne.

Wśród czynników „wypychających” ważny jest odpowiednio szeroki zakres ubezpieczenia zdrowotnego pacjenta. Jeżeli nie obejmuje ono leczenia za granicą lub obejmuje jedynie wybrane zabiegi – skuteczność działań promocyjnych zagranicznej placówki medycznej będzie bardzo ograniczona. Pośrednicy na rynku turystyki medycznej powinni ustalać, które rynki najlepiej sprzyjają jej rozwojowi dzięki właściwej strukturze ubezpieczeń zdrowotnych. Interesującym przypadkiem wydaje się rynek amerykański z ustawą *Prawo dostępu do Leczenia [PPACA]* z 2010 r. Rozwiązała ona problem rosnących kosztów leczenia, które sprawiały, że ani państwowi ani prywatni ubezpieczyciele nie byli w stanie zapewnić właściwej ochrony zdrowia wszystkim obywatelom [Herrick 2007; Turner 2007].

Ważnym czynnikiem wypychającym jest poziom dochodów pacjentów. Najmniej zarabiający są szczególnie skłonni do poszukiwania usług medycznych za granicą, jeśli prawodawstwo sprzyja uczestnictwu w turystyce medycznej [House *et al.* 1990; Hupalo, Herden 1999; Lantz *et al.* 2001, Gan, Frederick, 2011a], jednak bez regulacji prawnych stymulujących import usług medycznych osoby o niższych dochodach nie będą skłonne poszukiwać usług medycznych za granicą ze względu na koszty (tańsze leczenie może się wiązać z wysokimi kosztami podróży i zakwaterowania) oraz opory natury społecznej (są to często osoby słabo wykształcone, nie znające języków obcych, obawiające się różnic kulturowych itd.). Gan i Frederick [2011b] podkreślają, że wówczas zagraniczna turystyka medyczna pozostanie rozwiązaniem dla osób co najmniej średniozamożnych. Woodside i Pitts [1976], Horowitz *et al.* [2007] oraz Milstein i Smith [2006] zaobserwowali, że w turystyce medycznej (nawet krajowej) rzadko uczestniczą osoby o niskich dochodach, ale zarazem wykazali, że zagraniczna turystyka medyczna nie jest też popularna wśród osób o najwyższych dochodach, które stać na opłacenie leczenia prywatnego w kraju.

W przypadku najzamożniejszych konsumentów wagi nabierają działania pośredników, co wynika z faktu, że jednym z najważniejszych czynników kosztotwórczych w turystyce medycznej jest czas: poszukiwanie właściwej placówki medycznej, weryfikacja zakresu jej usług i certyfikatów, gromadzenie stosownej dokumentacji, organizacja wyjazdu, zakwaterowania, planu wizyt

i zabiegów oraz problemy kulturowe i społeczne z tym związane. Pośrednicy mogą i powinni wpływać na ograniczenie tych kosztów [Cauley 1987; Coffey 1983]. Kontakt pacjenta z placówką medyczną oznacza żmudne poszukiwanie informacji, długotrwałą korespondencję, koszty rozmów telefonicznych. Koszty rosną najsilniej w przypadku najbardziej zamożnych pacjentów, co wiąże się z poszukiwaniem wysokiej jakości usług oraz wyższymi kosztami jednostki czasu wolnego [Chiswick, Mincer 1972].

Ważnym aspektem jest wiek pacjentów. Jediną dokładnie przebadaną grupą narodowością pozostają Amerykanie [Blazey 1992; Javalgi *et al.* 1992]. Najczęściej są to osoby starsze, motywowane przez stan zdrowia, posiadające odpowiednią ilość wolnego czasu i zasoby finansowe, których nie absorbuje utrzymanie rodziny ani potrzeby inwestycyjne. Poszukują oni nawet odległych destynacji [Blazey 1992; Pearce 1999], a zarazem darzą szczególnym zaufaniem pośredników [Rosenfeld 1986]. Seniorzy często obawiają się samej podróży (stan zdrowia) lub wysokich kosztów, a także nie ufają własnej kondycji mentalnej (radzenie sobie w nieznanym otoczeniu) [Blazey 1992; Zimmer *et al.* 1995; Fleischer, Pizam 2002]. Z tego względu pośrednicy częściej przejawiają zainteresowanie nieco młodszą grupą wiekową (51-64).

Innym czynnikiem decydującym o uczestnictwie w turystyce medycznej jest poziom wykształcenia, który warunkuje poziom dochodów, dbałość o zdrowie, a w razie problemów i schorzeń zwiększa skłonność i umiejętność poszukiwania profesjonalnej pomocy [Grossman 2003; Fuchs 2004; Ichoku, Leibbrandt 2003]. Osoby ze średnim wykształceniem dwukrotnie częściej niż osoby z wyższym wykształceniem uskarżają się na zły stan zdrowia, co ogranicza ich skłonność do podejmowania dalekich podróży w celach medycznych [Lantz *et al.* 2001]. Swoisty paradoks związany z wpływem wykształcenia na udział w turystyce medycznej wykazały badania Santerre'a i Neuna [2010] i Kenkela [1990] z jednej strony oraz Hsieh i Lina [1997] z drugiej. W pierwszym przypadku wykazano pozytywny wpływ wykształcenia na podejmowanie podróży medycznych, podczas gdy w drugim przypadku okazało się, że wysoki poziom wykształcenia wiąże się z większym zaangażowaniem w profilaktykę, co negatywnie wpływa na zapotrzebowanie na usługi medyczne.

Związek między stanem zdrowia i skłonnością do poszukiwania usług opieki medycznej wynika też z zaawansowania konkretnych schorzeń. Im poważniejsze choroby, tym bardziej skłonni jesteśmy szukać profesjonalnej pomocy [Santerre, Neun 2010], a osoby postrzegające subiektywnie swój stan jako szczególnie poważny są bardziej skłonne do podjęcia podróży medycznej niż pozostałe [Landeck, Garza 2002; Su *et al.* 2010].

Niebagatelne znaczenie przypisywane jest też czynnikom „czysto turystycznym”. Pozytywne doświadczenia turystyczne wywołują większą skłonność do podejmowania podróży medycznych w danym kierunku [Perdue 1985; Juaneda 1996], podczas gdy osoby podejmujące po raz pierwszy w życiu wyjazd do danego kraju wyrażają więcej obaw [Um, Crompton 1990; Crompton 1992; Ross 1993]. Duże znaczenie przywiązywane jest też do poziomu bezpieczeństwa oraz ryzyka związanego z korzystaniem z usług medycznych w danym kraju [Gitelson, Crompton 1984; Sonmez, Graefe 1998]. Pearce 1988]. Osoby, które wcześniej miały pozytywne doświadczenia w tym zakresie wykazują większą skłonność do ponowienia leczenia za granicą.

2. Metodologia przeprowadzonych badań i charakterystyka respondentów

Na podstawie przedstawionych wyników przeglądu literatury opracowano formularz ankiety, której celem była identyfikacja motywów skłaniających do uczestnictwa w turystyce medycznej osoby przyjeżdżające do Polski. Lista liczyła 25 punktów podlegających ocenie w 5-stopniowej skali ocen Likerta. Formularz zawierał pytania metryczkowe i został przetestowany w badaniu pilotażowym w listopadzie 2016 r. W toku badania ustalono dwa największe wyzwania: uzyskanie zgody kliniki na przeprowadzenie ankiety wśród pacjentów oraz pozyskanie zgody samych pacjentów. W przypadku samych szpitali uzgodniono, że publikowane wyniki badania nie będą przytaczały nazwy samej kliniki. Jeśli chodzi o wywiady z pacjentami: odmowy wiązały się z przyczynami podejmowanego leczenia, które nierzadko traktowane są przez pacjentów jako kwestie bardzo intymne lub wręcz wstydlive. W klinikach urologicznych i ginekologicznych należało zadbać o to, aby rozmowę z pacjent(k) ami podejmowała osoba tej samej płci. Dodatkową trudnością w kontaktach z pacjentkami pochodzącymi z Emiratów Arabskich była konieczność uprzedniego uzyskania zgody męża, a nawet jego obecność w trakcie wywiadu, co w kilku przypadkach uniemożliwiło uzyskanie odpowiedzi na wszystkie pytania.

Właściwe badanie odbyło się w okresie kwiecień-czerwiec 2017 r. w 6 prywatnych ośrodkach medycznych w Polsce (w Karpaczu, Krojantach, Warszawie, Chorzowie, Białymstoku i Gdyni). Ostatecznie uzyskano zwrot 116 ankiet, z których 97 nadawało się do dalszej analizy. Dane dotyczące stanu zdrowia i demografii przedstawiono w tab. 1.

Tabela 1

Charakterystyka badanej grupy

Wyszczególnienie	Liczba osób	%
1. Wcześniejsze doświadczenia w zakresie zagr. turystyki medycznej		
Tak	88	91
Nie	9	9
2. Wcześniejsze pobyty w Polsce		
Tak	76	78
Nie	21	19
3. Wcześniejszy kontakt z usługami medycznymi w Polsce		
Tak	81	84
Nie	16	16
4. Ubezpieczenie medyczne		
brak	2	2
ubezpieczenie pracownicze	34	35
ubezpieczenie prywatne (samodzielnie opłacane)	78	80
ubezpieczenie prywatne (opłacane przez pracodawcę)	67	69
inne	14	14
Łącznie	195	
5. Stan zdrowia		
znakomity	11	11
dobry	32	33
średni	29	30
słaby	18	19
bardzo słaby	7	7
6. Płeć		
Kobieta	64	66
Mężczyzna	33	34
7. Stan cywilny		
zamężna/zonaty	56	58
wdowa/wdowiec	11	11
singiel(ka)	18	19
rozwódziona(-a)	12	12
8. Przedział wiekowy		
18-21	2	2
22-30	4	4
31-40	9	9
41-50	12	12
51-64	36	37
65 i więcej lat	35	36

Wyszczególnienie	Liczba osób	%
9. Region pochodzenia		
Europa Zachodnia/Północna	18	19
Europa Południowa	3	3
Europa Środkowa/Wschodnia	5	5
Rosja	14	14
Bliski Wschód	34	35
Ameryka Północna	23	24
10. Przynależność do Polonii		
Tak	45	46
Nie	52	54
11. Znajomość języka polskiego:		
Tak	36	37
Nie	61	63
Znajomość języka angielskiego:		
Tak	87	89
Nie	10	11
12. Miejsce zamieszkania		
wieś	6	7
miasto	91	93
13. Wykształcenie		
wyższe	67	69
niepełne wyższe	15	16
średnie	9	9
podstawowe	6	6
14. Średni roczny dochód na gospodarstwo domowe		
do 15,000 USD	3	3
15,001-30,000 USD	26	27
30,001-50,000 USD	32	33
50,001-70,000 USD	12	13
70,001-100,000 USD	14	14
100,001-150,000 USD	10	10
powyżej 150,000 USD		

Źródło: Opracowanie własne na podstawie wyników ankiet.

W badaniach zastosowano analizę PCA (analizę składowych głównych), która pozwoliła wyłonić spośród 25 składowych (patrz tab. 2) trzy grupy czynników o różnym znaczeniu dla podjęcia decyzji o korzystaniu z usług turystyki medycznej do Polski, o skumulowanym procencie zmienności na poziomie 78,17.

Przeważającą część respondentów stanowiły kobiety (66%) i osoby zamężne/żonate (58%). Dominowały osoby powyżej 50 roku życia (73%). Najwięk-

sza część respondentów zdecydowała się na leczenie w Polsce po wcześniejszych doświadczeniach w zakresie zagranicznej turystyki medycznej (91%), przy czym aż 76% respondentów odwiedzało już wcześniej Polskę, a 81% respondentów korzystało już z usług polskiej medycyny. Dominująca część badanych posiada ubezpieczenia opłacane samodzielnie (80%) lub przez pracodawcę (69%), a tylko 2 osoby nie posiadały żadnego ubezpieczenia. Największa część respondentów określała swój stan zdrowia jako dobry (33%) lub średni (30%), a tylko 26% jako słaby lub bardzo słaby.

Dominowały liczebnie osoby z Bliskiego Wschodu (35%) i Ameryki Północnej (24%), choć znaczna była też liczba pacjentów z Europy Zachodniej i Północnej (19%), co po części należy tłumaczyć pobytami leczniczymi przedstawicieli Polonii (46% respondentów). Znajomość języka polskiego deklarowało jedynie 37% respondentów, a 11% badanych nie znało języka angielskiego (ankiety opracowano w języku polskim, angielskim, niemieckim i rosyjskim). Praktycznie wszyscy (93%) badani mają wyższe lub niepełne wyższe wykształcenie (łącznie 85%). Ponad połowa badanych dysponuje średnim rocznym dochodem na gospodarstwo domowe w przedziale 15-50 tys. USD.

3. Wyniki badań – motywacje uczestnictwa w turystyce medycznej do Polski

Analiza wkładów zmiennych wykazała, że decyzję o podjęciu leczenia za granicą podejmowano na podstawie 3 grup kryteriów, przy czym najważniejszym były kwestie dotyczące przebiegu leczenia, w drugiej kolejności aspekty związane z zainteresowaniami turystycznymi i znajomością kraju docelowego, a dopiero na trzecim miejscu kwestie ekonomiczne (skumulowany procent zmienności wyniósł 78.2%).

Za pomocą analizy wariancji (ANOVA) zbadano wpływ poszczególnych czynników (zmiennych niezależnych – patrz tab. 2) na zmienną zależną. Zastosowano wieloczynnikową analizę wariancji (ze względu na przypadki wpływu kilku czynników międzygrupowych na zmienną zależną). Ustalono, że niektóre zmienne niezależne (płeć, stan cywilny, znajomość języka) nie miały znaczenia z punktu widzenia analizy (wartość poniżej 5%). Pozostałe zmienne niezależne (wiek, ubezpieczenie, dochód, wykształcenie, stan zdrowia, doświadczenia z turystyką medyczną) okazały się statystycznie istotne. W szczególności dochód, ubezpieczenie, wiek i minione doświadczenia okazały się istotne w perspektywie ekonomicznej, wykształcenie i miejsce pochodzenia – w perspektywie turystycznej, a subiektywna ocena stanu zdrowia – w perspektywie medycznej.

Tabela 2

Kluczowe determinanty uczestnictwa w turystyce medycznej

Zmienna	Aspekt:		
	medyczny	turystyczny	ekonomiczny
opinia nt. placówki medycznej	0,788		
współpraca lub afiliacja z placówką wysyłającą	0,713		
poufność wyników badań i przebiegu leczenia	0,798		
standard pobytu	0,768		
międzynarodowe certyfikaty personelu medycznego	0,767		
dobra komunikacja z lekarzami	0,756		
opieka pooperacyjna	0,733		
polecenie lekarzy placówki wysyłającej	0,788		
jakość opieki medycznej	0,798		
jakość opieki pozamedycznej	0,678		
połączenie aspektów medycznych i turystycznych		0,788	
podobieństwo kulturowe		0,675	
jakość infrastruktury		0,756	
swoboda i bezpieczeństwo samotnych podróży		0,765	
dostępność usług agencji turystycznych w kraju pochodzenia		0,743	
dostępność usług agencji turystyki medycznej		0,788	
jakość systemu prawnego w Polsce		0,723	
dostępność ubezpieczenia turystycznego		0,722	
dostępność usług medycyny niekonwencjonalnej		0,655	
stabilna sytuacja polityczna i społeczna		0,714	
		0,689	
rezygnacja z odliczeń i odsetek			0,786
gwarancja oszczędności (min. 75%)			0,745
dostępność dodatkowych zniżek (np. na rehabilitację)			0,721
krótki czas leczenia za granicą			0,674
pewność, że łączny koszt nie przekroczy ceny leczenia w kraju pochodzenia			0,730
wartość własna*	16,85	1,49	1,20
wkłady zmiennych	30,36	28,58	19,23
skumulowany procent zmienności	30,36	58,94	78,17
alfa Cronbacha	0,971	0,966	0,916

*- wartość własna daje informacje o tym, jaka część całkowitej zmienności jest tłumaczona przez daną składową główną

Źródło: Obliczenia własne na podstawie wyników badań.

W przypadku grupy czynników ekonomicznych szczególnie znaczenie ma fakt posiadania/nieposiadania ubezpieczenia, jego rodzaju (prywatne/publiczne) oraz wysokości, co potwierdza wyniki innych badań cytowanych w części 1. Nie potwierdzono pozytywnej korelacji między poziomem dochodów a uczestnictwem w turystyce medycznej – wyniki badań wykazały, że osoby o średnim poziomie dochodów wykazują najwyższą skłonność do podejmowania leczenia za granicą, podczas gdy osoby o najwyższym poziomie dochodów raczej poszukują najlepszych usług medycznych w miejscu zamieszkania. Nie zaobserwowano też wpływu dostępności usług pośrednictwa turystyki medycznej na zwiększenie zaangażowania osób o najwyższym poziomie dochodów w rynek turystyki medycznej.

Silne powiązanie występuje między poziomem dochodów i wiekiem pacjenta a chęcią uczestnictwa w turystyce medycznej: osoby młode i osoby w średnim wieku przywiązują znacznie większą wagę do kwestii ekonomicznych aniżeli osoby powyżej 50 roku życia, dla których większej wagi nabiera czynnik medyczny. Ten wynik wskazuje na pewną sprzeczność z cytowanymi wynikami wcześniejszych badań: McGuire [1984] wskazywał na silny związek między podróżami medycznymi seniorów oraz pozostającymi w ich dyspozycji funduszami, szczególnie u osób powyżej 65 roku życia. Badanie przeprowadzone w Polsce wykazało, że osoby w najwyższej grupie wiekowej traktują udział w leczeniu za granicą jako dopełnienie planu „inwestowania w siebie” (w tym przypadku we własne zdrowie) w sytuacji, kiedy nie muszą już troszczyć się o dzieci.

Pragnienie połączenia aspektów medycznych i zwiedzania dotyczy w największym stopniu osób poniżej 50 roku życia. W wyższych grupach wiekowych niepodważalnie na pierwszym miejscu stawiano aspekt medyczny. Podobnie przebiega podział między grupami wiekowymi zainteresowanymi podróżą w towarzystwie partnera/partnerki lub członka rodziny (do 50 roku życia) oraz samodzielnym podejmowaniem wyjazdu (powyżej 50 roku życia) lecz z zachowaniem należytego ubezpieczenia i wsparcia organizacyjnego. W najstarszej grupie wiekowej z tego względu dominowała też liczba podróży medycznych organizowanych przez pośredników. W tej samej grupie potwierdzono szczególną wagę takich czynników, jak bezpieczeństwo osobiste, dogodny transport, standardy obsługi i higieny. Obserwacje te potwierdzają wcześniejsze wyniki badań You i O’Leary’ego [1999]. Osoby najstarsze akcentowały znaczenie odległości miejsca leczenia od miejsca ich stałego zamieszkania – czynnik ten nierzadko okazywał się ważniejszy niż aspekty ekonomiczne ze względu na problemy z poruszaniem się i znoszeniem uciążliwości podróży (umiarkowane koszty transportu w przypadku nieodległych wyjazdów odgrywały mniejsze znaczenie).

Wyzwaniem okazało się potwierdzenie istniejącej w literaturze tezy, jakoby osoby o niższym niż przeciętne i wyższym niż przeciętne poziomie wykształcenia wykazywały mniejsze zainteresowanie czynnikami o charakterze turystycznym niż grupa o przeciętnym poziomie wykształcenia. Osoby o najniższym poziomie wykształcenia wykazują największe zainteresowanie kwestiami prawnymi (standardy prawne kraju docelowego, regulacje medyczne itp.) i przywiązują dużą wagę do kwestii transportu i możliwości podróżowania w towarzystwie bliskiej osoby. Jedynie osoby o najwyższym poziomie wykształcenia wykazywały zainteresowanie lub co najmniej brak obawy przed podejmowaniem podróży medycznych do krajów o krańcowo odmiennej kulturze – pozostali respondenci podkreślali, że podobieństwo kulturowe odgrywało ważną rolę w wyborze miejsca docelowego. Zaskakująca natomiast okazała się obserwacja, że osoby o najniższym poziomie wykształcenia, wykazywały relatywnie niskie zainteresowanie kwestią komunikacji z personelem medycznym. Rodzi to obawy o przestrzeganie zasad leczenia i rehabilitacji.

Korelacja między subiektywnie ocenianym stanem zdrowia a zamiarem podjęcia podróży medycznej potwierdza obserwacje odnotowane w literaturze światowej: osoby o słabym i bardzo słabym stanie zdrowia niechętnie uczestniczą w międzynarodowej turystyce medycznej, natomiast silnie reagują na możliwość obniżenia kosztów leczenia, co powoduje, że aspekty medyczne w tej grupie mają mniejsze znaczenie niż ekonomiczne, choć pozornie powinno być na odwrót. Osoby o znakomitym i bardzo dobrym stanie zdrowia wykazują szczególną wrażliwość na czynniki o charakterze turystycznym, tym bardziej, że zachowują większą mobilność i otwartość na wszelkie aspekty odmienności kulturowej. Większa skłonność do podejmowania leczenia za granicą charakteryzuje osoby, które miały już podobne doświadczenia, nawet jeśli doświadczenia te dotyczyły innych niż Polska państw.

Zakończenie: ograniczenia i zastosowanie przedstawionych wyników badań

Problematyka turystyki medycznej wykazuje niezwykłą podatność na aspekty polityczne, ekonomiczne, kulturowe i społeczno-psychologiczne, a to z kolei wiąże się z szeregiem zagadnień dotyczących tak samych respondentów (choćby cechy demograficzne), jak i państw ich pochodzenia i obszarów docelowych. Obserwacje przeprowadzone w Polsce nie mogą być stosowane w odniesieniu do pacjentów poddających się leczeniu w innych regionach Europy i świata. Nie sposób wykluczyć, że poziom kosztów utrzymania i leczenia w Polsce stanowił niewypowiedziany czynnik wyboru, nawet

wśród osób, które na pierwszym miejscu stawiały kwestie medyczne lub turystyczne. Z kolei te osoby, które przywiązują wagę do aspektów ekonomicznych, mogły wybrać leczenie w Polsce ze względu na bliskość kulturową lub poziom bezpieczeństwa (politycznego i medycznego).

Powiązanie trzech głównych grup kryteriów (medyczne, ekonomiczne, turystyczne) i cech demograficznych respondentów pozwoliło uzyskać ciekawe obserwacje przydatne dla usługodawców medycznych i pośredników międzynarodowej turystyki medycznej. Badania wykazały np. że demograficzna segmentacja rynków turystyki medycznej powinna wywierać wpływ na dobór narzędzi marketingu oraz elementów wymagających najsilniejszego akcentowania w przekazie promocyjnym. Może się bowiem okazać, że czynnikiem wyboru określonego kraju okażą się właśnie walory turystyczne, a nie standardy medyczne lub kwestie prawne, a nie koszty leczenia. Wyniki badań mogą też posłużyć pracodawcom i ubezpieczycielom jako argumenty przekonujące do udziału w turystyce medycznej nierzadko silniej niż aspekty ekonomiczne, które w niektórych przypadkach ważniejsze są dla pracodawcy lub ubezpieczyciela niż dla samego pacjenta. Interesujący jest też (znikomy) wpływ opinii respondentów na temat działań podejmowanych w Polsce na poziomie prawodawstwa (w tym regulacji medycznych). Pomimo najusilniejszych starań organizatorów, to właśnie kwestie prawne lub etyczne mogą przesądzić o powodzeniu rozwoju turystyki medycznej.

Literatura

- Berkowitz E., Flexner W., 1981, *The Market For Health Care Services: Is There A Non-Traditional Customer?* "Journal of Health Care Marketing", 1(1).
- Blazey M. A., 1992, *Travel and Retirement Status*. "Annals of Tourism Research", 19(4).
- Bookman M., Bookman K., 2007, *Medical Tourism in Developing Countries*. New York, Palgrave MacMillan.
- Boscarino J., Steiber S., 1982, *Hospital Shopping and Consumer Choice*. "Journal of Health Care Marketing", 2(2).
- Cauley S., 1987, *The Time Price of Medical Care*. "The Review of Economics and Statistics", 69(1).
- Chang T., Wildt A., 1994, *Price, Product Information and Purchase Intention: An Empirical Study*. "Journal of the Academy of Marketing Science", 22 (1).
- Chiswick B. R., Mincer J., 1972, *Time-Series Changes in Personal Income Inequality in the United States from 1939, with Projections to 1985*. "Journal of Political Economy", 80(3).

- Coffey M., 1983, *The Effect of Time Price on the Demand for Medical-Care Services*. "The Journal of Human Resources", 18(3).
- Connell J., 2006, *Medical Tourism: Sea, Sun, Sand and Surgery*. "Tourism Management", 27(6).
- Crompton J., 1992, *Structure of Vacation Destination Choice Sets*. "Annals of Tourism Research", 19(3).
- Dann G., 1977, *Anomie, Ego-Enhancement and Tourism*. "Annals of Tourism Research", 4(4).
- Demicco F. J., Cetron M., 2006, *Club Medic*. "Asia Pacific Biotech News", 10(10).
- Fleischer A., Pizam S., 2002, *Tourism Constraints among Israeli Seniors*. "Annals of Tourism Research", 29(1).
- Fried B., Harris D., 2007, *Managing Healthcare Services in the Global Marketplace*. "Frontiers of Health Services Management", 24(2).
- Fuchs V. R., 2004, *Reflections on the Socio-Economic Correlates of Health*. "Journal of Health Economics", 23(4).
- Gan L., Frederick J., 2011a, *Medical Tourism Facilitators: Patterns of Service Differentiation*. "Journal of Vacation Marketing", 17(3).
- Gan L., Frederick J., 2011b, *Medical Tourism in Singapore: A Structure-Conduct Performance Analysis*. "Journal of Asia-Pacific Business", 12(2).
- Gitelson R. J., Crompton L., 1984, *Insights into the Repeat Vacation Phenomenon*. "Annals of Tourism Research", 11(2).
- Goodrich J., Goodrich G., 1987, *Health-Care Tourism: An Exploratory Study*. "Tourism Management", 8(3).
- Grossman M., 2003, *Education and Nonmarket Outcomes*, [w:] *Handbook of the Economics of Education*, E. Hanushek, F. Welch (red.). Amsterdam, North-Holland.
- Herrick D. M., 2007, *Medical Tourism: Global Competition in Health Care*. "National Center for Policy Analysis", Dallas, TX, Report, nr 304 [http://www.ncpa.org/pub/st/st304 - dostęp z 24 kwietnia 2017].
- Horowitz M., Rosensweig J., Jones Ch., 2007, *Medical Tourism: Globalization of the Healthcare Marketplace*. "Medscape General Medicine", 9(4).
- House J. S., Kessler R. C., Herzog A.R., 1990, *Age, Socioeconomic Status, and Health*. "The Milbank Quarterly", 68(3).
- Hsieh C., Lin S., 1997, *Health Information and the Demand for Preventive Care among the Elderly in Taiwan*. "Journal of Human Resources", 32.
- Hupalo P., Herden K., 1999, *Health Policy and Inequality*. "Department of Health and Aged Care Occasional Papers", New series, nr 5, Department of Health and Aged Care, Canberra.

- Ichoku E., Leibbrandt M., 2003, *The Demand for Healthcare Services in Nigeria: A Multivariate Nested Logit Model*. "African Development Bank", 15(2-3).
- Javalgi R., Thomas E., Rao S., 1992, *Consumer Behavior in the U.S. Pleasure Travel Marketplace: An Analysis of Senior and Nonsenior Travelers*. "Journal of Travel Research", 31(2).
- Juaneda C., 1996, *Estimating the Probability of Return Visits Using a Survey of Tourist Expenditure in the Balearic Islands*. "Tourism Economics", nr 24.
- Kenkel D., 1990, *Consumer Health Information and the Demand for Medical Care*. "The Review of Economics and Statistics", nr 72.
- Landeck M., Garza C., 2002, *Utilization of Physician Health Care Services in Mexico by U.S. Hispanic Border Residents*. "Health Marketing Quarterly", 20(1).
- Lantz P., Lynch W., House J., 2001, *Socioeconomic Disparities in Health Change in a Longitudinal Study of US Adults*. "Social Science and Medicine", 53(1).
- Lee O. F., Davis R., V., 2004, *International Patients: A Lucrative Market for U.S. Hospitals*. "Health Marketing Quarterly", 22(1).
- Lin X., Guan J., 2002, *Patient Satisfaction and Referral Intention: Effect of Patient Physician Match on Ethnic Origin and Cultural Similarity*. "Health Marketing Quarterly", 20(2).
- Lunt N., Carrera P., 2010, *Medical Tourism: Assessing the Evidence on Treatment abroad*. "Maturitas", 66(1).
- Marlowe J., Sullivan P., 2007, *Medical Tourism: The Ultimate Outsourcing*. "Human Resource Planning", 30(2).
- Mattoo A., Rathindran R., 2006, *How Health Insurance Inhibits Trade in Health Care*. "Health Affairs", 25(20).
- McGuire F., 1984, *A Factor Analytic Study of Leisure Constraints in Advanced Adulthood*. "Leisure Science", 6.
- McReady N., 2007, *Developing Countries Court Medical Tourists*. "World Report", nr 370(9584).
- Milstein A., Smith M., 2006, *America's New Refugees – Seeking Affordable Surgery Offshore*. "The New England Journal of Medicine", 355(16).
- Mirrer-Singer P., 2007, *Medical Malpractice Overseas: The Legal Uncertainty Surrounding Medical Tourism*. "Law and Contemporary Problems", 70(2).
- Pearce P., 1988, *The Ulysses Factor: Evaluating Visitors in Tourist Settings*. New York, Springer-Verlag.
- Pearce P., 1999, *Touring for Pleasure: Studies of the Senior Self-Drive Travel Market*. "Tourism Recreation Research", 24(1).
- Perdue R., 1985, *Segmenting State Travel Information Inquirers by Timing of the Destination Decision and Previous Experience*. "Journal of Travel Research", 23(3).

- PPACA: Patient Protection and Affordable Care Act*, March 30, 2010.
- Rodighiero D., Ellis S., Hrutkay M., 2008, *House Bill 4359*. Committee on Health and Human Resources, West Virginia.
- Rogowski J., Karoly L., 2000, *Health Insurance and Retirement Behavior: Evidence from the Health and Retirement Survey*. "Journal of Health Economics", nr 19.
- Rosenfeld J. P., 1986, *Demographics on Vacation*. "American Demographics", 8(1).
- Ross G. F., 1993, *Destination Evaluation and Vacation Preferences*. "Annals of Tourism Research", 20(3).
- Santerre R., Neun S., 2010, *Health Economics: Theory, Insights, and Industry Studies*. Mason, OH: South-Western Cengage Learning.
- Silberberg T., 1995, *Cultural Tourism and Business Opportunities for Museums and Heritage Sites*. "Tourism Management", 16(5).
- Sonmez S., Graefe A., 1998, *Determining Future Travel Behavior from Past Travel Experience and Perceptions of Risk and Safety*. "Journal of Travel Research", 37(4).
- Su D., Richardson C., Wen M., Pagan J., 2010, *Health Services Research*. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2010.01220.x.
- Turner L., 2007, *First World Health Care at Third World Prices: Globalization, Bioethics and Medical Tourism*. "BioSocieties", nr 2.
- Um S., Crompton J. L., 1990, *Attitude Determinants in Tourism Destination Choice*. "Annals of Tourism Research", nr 17(3).
- Woodside A., Pitts R., 1976, *Effects of Consumer Life Styles, Demographics, and Travel Activities on Foreign and Domestic Travel Behavior*. "Journal of Travel Research", 14(3).
- York D., 2008, *Medical Tourism: The Trend Toward Outsourcing Medical Procedures to Foreign Countries*. "Journal of Continuing Education in the Health Professions", 28(2).
- You X., O'Leary J., 1999, *Destination Behavior of Older UK Travelers*. "Tourism Recreation Research", 24(1).
- Zimmer Z., Brayley R. E., Searle M., 1995, *Whether to Go and Where to Go: Identification of Important Influences on Seniors' Decisions to Travel*. "Journal of Travel Research", 33(3).