

---

**Magdalena Kachniewska** | [magdalena.kachniewska@sgh.waw.pl](mailto:magdalena.kachniewska@sgh.waw.pl)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3163-0868>

Szkoła Główna Handlowa, Katedra Turystyki

## Turystyka zdrowotna jako determinanta kształtowania nowych modeli biznesowych

### Health Tourism as the Determinant for New Business Models

**Abstract:** The paper is aimed at the analysis of change in tourism business models under the conditions of the growing importance of medical tourism. Their influence on the hotel business models give rise to marketing innovations and the strategy of concentration aimed at the specific needs of new customers.

Research of the conditions for the development of such business models requires systematising the concepts of both: business model and health tourism. It was made on the basis of a critical analysis of scientific literature, surveys and analyses. It was only on this basis that the potential of health tourism in the area of improving business efficiency was indicated.

**Key words:** health tourism, business models, tourism market, hospitality trends

## Wprowadzenie

Polska dołączyła do krajów postrzeganych jako ważne destynacje na światowej mapie turystyki zdrowotnej i medycznej, zyskując miano szpitala Europy. Zaufanie wzbudza wysoka jakość usług medycznych, dostęp do wysokokwalifikowanych specjalistów, dobrze wyposażone placówki oferujące niższe ceny niż w Europie Zachodniej i USA, bezpieczeństwo oraz walory naturalne (w tym mikroklimat i źródła wód mineralnych).

Dalszy rozwój turystyki zdrowotnej wymaga promocji i wsparcia organów rządu, ale także zmiany myślenia o organizacji turystyki zdrowotnej na poziomie przedsiębiorstw. Łączenie kompetencji w obszarze turystyki z organizacją pobytów zdrowotnych, pozwala na kształtowanie modeli biznesowych, które poprzez kompleksową odpowiedź na potrzeby klientów umożliwią dostarczanie nowej wartości i generowanie nadzwyczajnych zysków.

Celem artykułu jest analiza wpływu dynamicznego rozwoju turystyki zdrowotnej na przeobrażenia modeli biznesu w turystyce. Ilustracją tych zmian są innowacje wdrażane w przedsiębiorstwach działających na rynku turystyki zdrowotnej w ramach strategii koncentracji, która umożliwia zajęcie atrakcyjnej niszy rynkowej.

## 1. Pojęcie modelu biznesowego

Model biznesowy definiowany jest jako „wiodąca, długookresowa metoda na powiększenie i zyskowe wykorzystanie zasobów przedsiębiorstwa” [Zott i Amit 2010, s. 217] lub „reprezentacja tego, jak biznes tworzy i dostarcza wartość klientom i przedsiębiorstwu” [Johnson 2010, s. 22]. Pojęcie to analizowane jest w kontekście efektywności gospodarczej [Ghaziani i Ventresca 2005; Halme 2007], innowacyjności [Osterwalder, Pigneur i Tucci 2005; Hwang i Christensen 2008], jako czynnik wzrostu konkurencyjności [Afuah i Tucci 2001] i innowacyjnych form działalności gospodarczej [Miles, Miles i Snow 2006; Johnson, Christensen i Kagermann 2008]. Wielu autorów akcentuje związek między innowacyjnością modeli biznesowych i rozwojem technologii [Chen i Ching 2002; MacInnes 2002; Chesbrough 2010; Jørgensen i Ulhøi 2010], inni upatrują w nich narzędzi służących ewaluacji i modyfikacji działalności w warunkach zmienności otoczenia [Doganova i Eyquem-Renault 2009; Cavalcante, Kesting i Ulhøi 2011] oraz wpływających na kreatywność organizacji [Demil i Lecocq 2010; Teece 2010, s. 192].

Badania literaturowe pozwalają wyodrębnić trzy główne perspektywy analizy modeli biznesowych. Z perspektywy działalności e-commerce, z perspektywy zarządzania innowacjami oraz w najogólniejszym ujęciu strategicznym, związanym z tworzeniem

wartości, przewagą konkurencyjną oraz wynikami przedsiębiorstw [Chesbrough 2010; Zott i Amit 2010]. Zdolność modyfikacji modelu biznesu postrzegana jest jako warunek radzenia sobie ze zmianami otoczenia w czasie kryzysu lub pod wpływem powolnych, trwałych przeobrażeń rynku, tak po stronie popytu (trendy społeczne i konsumenckie), jak i podaży (zmiana struktury podaży, powstawanie nowych branż i typów przedsiębiorstw itd.).

## **2. Pojęcie i rozwój rynku turystyki zdrowotnej**

Turystyka zdrowotna i medyczna postrzegane są jako ważne elementy systemu globalnej opieki zdrowotnej [Lunt i Carrera 2010, s. 28], analizowanej na gruncie turystyki i ochrony zdrowia [de Arellano 2007; Leahy 2008; Reed 2008; Whittaker 2008; Balaban i Marano 2010; Hopkins i in. 2010; Kangas 2010; Morgan 2010; Underwood i Makadon 2010]. Definicje turystyki zdrowotnej i medycznej nie zostały jednoznacznie ukształtowane, a funkcjonujące określenia budzą wiele kontrowersji [Białk-Wolf 2010].

Łączenie procesu leczenia z turystyką czasem budzi sprzeciw naukowców [Kangas 2010; Connell 2013] z powodu zestawienia tak przeciwstawnych kwestii, jak procedury medyczne, kojarzone z bólem i cierpieniem, oraz turystyka, niosąca element przyjemności i relaksu. Kwestie zdrowia i jego ochrony dzielą także środowiska medyczne [Sigrist 2006]. Hofer, Honegger i Hubeli [2012] wskazują na „przepaść” dzielącą pojęcia zdrowia i choroby [s. 62] oraz rozróżnienie „rynku chorób” i „rynku ochrony zdrowia” (profilaktyka i rehabilitacja). Argumentem na rzecz nasilenia działań profilaktycznych oraz rozwoju turystyki służącej zachowaniu zdrowia jest analiza stylu życia współczesnego człowieka, dla którego zachowanie dobrostanu zdrowia (pochodnej dostępności czasu wolnego, wypoczynku i regeneracji sił) staje się formą luksusu. Rozwój turystyki zdrowotnej pozostaje skutkiem zmian społecznych i demograficznych (w tym nowych potrzeb związanych z chorobami cywilizacyjnymi oraz starzeniem się społeczeństwa), a zarazem stymuluje rozwój nowych potrzeb i trendów konsumenckich.

Wielu autorów poprzestaje na samym definiowaniu turystyki medycznej [Kangas 2010; Levary 2011]. Operują przy tym często pojęciem „interwencji medycznej”, pomijając aspekt profilaktyki. Cook [2008] sugeruje, że turystyka medyczna powinna obejmować interwencję lekarską i zabiegi, wykluczając np. podróże w celu uzyskania diagnozy lekarskiej.

Powyższych poglądów nie podzielają lordache, Ciochiná i Roxana [2013]. Ich wątpliwości budzą np. zabiegi nieinwazyjne dostępne dzięki rozwojowi technologii medycznych i owocujące skracaniem czasu pobytu w szpitalu. Niejasna pozostaje kwalifikacja

usług medical wellness, w których zacierą się różnica między usługami typu beauty i zabiegami medycznymi. Są one bowiem świadczone pacjentom w okresie rekonwalescencji, nierzadko poza placówką medyczną [Léon-Jordán, Kuruvilla i Jacob 2010; lordache, Ciochiná i Roxana 2013], np. w wysoko wyspecjalizowanych obiektach hotelowych lub klinikach oferujących pobyty także dla osób towarzyszących pacjentom.

Światowa Organizacja Turystyki Narodów Zjednoczonych UNWTO/OMT (*United Nations World Tourism Organization*) nie poświęca uwagi turystyce medycznej, przedstawiając na definicji turystyki zdrowotnej — „podróże do ośrodków spa lub wyspecjalizowanych ośrodków wypoczynkowych, w czasie których głównym celem pobytu jest poprawa dobrostanu zdrowia za pomocą ćwiczeń i terapii, stosowaniu diety oraz korzystaniu z usług medycznych” [Gee i Fayos-Sola 1997]. Kaspar [1996] wskazuje na „całokształt relacji i zjawisk związanych ze zmianą otoczenia, ukierunkowanych na promocję, stabilizację i odnowę dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego jednostki przy wykorzystaniu szerokiego spektrum usług zdrowotnych”. Tymczasem literatura poświęcona turystyce medycznej rzadko podejmuje wątek opieki pooperacyjnej i rehabilitacji, koncentrując się na zabiegach medycznych (specjalistyczne badania diagnostyczne, chirurgia plastyczna, ginekomastia, odsysanie tkanki tłuszczowej, lioliza iniekcyjna, chirurgia bariatryczna, dermatologia, ortopedia, okulistyka, stomatologia, laryngologia oraz ginekologia) [Bukowska-Piestrzyńska 2008, s. 58] oraz świadczeniach dopuszczalnych prawnie tylko w niektórych krajach (aborcja, eutanazja, praktyki związane z płcią i rozrodnością, m.in. usługi surogatek, zmiana płci, zapłodnienie in vitro) i leczenie za pomocą komórek macierzystych<sup>1</sup>. Pacjent może też podjąć decyzję o podróży medycznej ze względu na potrzebę zachowania dyskrecji (terapię odwykowe, operacje plastyczne, procedury zmiany płci).

Berg [2008] unika rozróżnienia turystyki zdrowotnej i medycznej, używając określenia „turystyka pacjentów” (*Patiententourismus*), którą definiuje jako „każdy czasowy pobyt poza miejscem zamieszkania w celu leczenia lub zapobiegania chorobom”. Sztorc [2008, ss. 567–579] stosuje określenia „turystyka medyczna” i „zdrowotna” zamiennie. W literaturze pojawiają się też opinie, że każda forma turystyki, „postrzegana przez turystę jako sposób regeneracji sił i oderwania od rutyny, posiada zbawienny skutek w obszarze profilaktyki zdrowotnej. Rulle [2004] odrzuca jednak takie podejście, wskazując, że aktywność wielu turystów w czasie urlopów daleka jest od właściwej regeneracji sił witalnych, a nawet może wprost szkodzić zdrowiu.

Jeżeli uznać, że zdrowie oznacza równowagę zdrowia fizycznego, emocjonalnego, społecznego, duchowego i intelektualnego, którym sprzyja kombinacja wysiłków

<sup>1</sup> W niniejszym opracowaniu pominięto etyczny charakter tych zagadnień, choć ilustrują one ważne zjawisko globalizacji problematyki zdrowia i aspektów prawnych ochrony zdrowia i życia.

mających na celu wzrost świadomości, a także modyfikacja zachowań i stworzenie odpowiedniego środowiska [Definition of Health Promotion 1989], to należy uznać, że przeważająca część aktywności turystycznej odpowiada tym kryteriom (aktywność fizyczna, intelektualna i zmiana środowiska sprzyjają regeneracji organizmu). Rozróżnienie turystyki zdrowotnej od innych form ruchu turystycznego powinno zatem bazować na deklarowanym przez turystę wiodącym celu podróży, co wykluczyłoby na przykład wyjazdy w celach zawodowych lub uczestnictwo w wydarzeniach kulturalnych, nawet jeśli towarzyszy im korzystanie z walorów uzdrowiskowych lub wellness.

W niniejszym opracowaniu przyjęto, że turystyka zdrowotna obejmuje „każdy czasowy pobyt poza miejscem zamieszkania, w celu podtrzymania i regeneracji zdrowia fizycznego, psychicznego lub/i estetycznego wyglądu własnego ciała, połączonego z wypoczynkiem, regeneracją sił fizycznych i psychicznych, zwiedzaniem atrakcji i walorów turystycznych oraz rozrywką” [Biernat i Kachniewska 2017, s. 15]. Obejmuje więc wszelkie świadczenia służące zachowaniu, poprawie lub przywróceniu zdrowia, niezależnie od przyczyn skłaniających pacjenta do podejmowania leczenia poza miejscem zamieszkania (finansowe, jakościowe, brak dostępności świadczeń w miejscu zamieszkania lub świadoma chęć połączenia aspektów leczniczych i turystycznych). Ważną kwestią z punktu widzenia kreowania modeli biznesu pozostaje fakt, że turystyka (zdrowotna) oznacza przepływ pieniądza w kierunku miejsca docelowego podróży, a usługi pozamedyczne (transport, zakwaterowanie i wyżywienie — również osób towarzyszących pacjentowi — oraz korzystanie z atrakcji turystycznych) poszerzają pulę efektów ekonomicznych ponad wydatki na usługi zdrowotne.

### **3. Czynniki rozwoju turystyki zdrowotnej jako przesłanka innowacji biznesowych**

Heung, Kucukusta i Song [2011] dzielą czynniki rozwoju turystyki zdrowotnej na podażowe i popytowe. Pierwsza grupa obejmuje: podaż usług w ujęciu infrastrukturalnym (szpitale, kliniki, gabinety rehabilitacyjne itp.), wiedzę i umiejętności zasobów ludzkich oraz promocję, jakość i komunikację (w tym kanały dystrybucji, np. agencje turystyki medycznej). Po stronie popytowej umieścili czynniki wpływające na wybór: państwa (polityczne, ekonomiczne, regulacyjne, geograficzne), szpitala (koszty, akredytacja, reputacja) czy lekarza (przekonanie o posiadanej wiedzy, reputacja i dostępność rekomendacji).

W przedstawionym podejściu odczuwalny jest brak czynników strukturalnych, decydujących o istnieniu popytu na turystykę zdrowotną. Należą do nich:

- zmiany demograficzne i ekonomiczne: dywersyfikacja siły nabywczej związana z rosnącymi potrzebami w zakresie świadczeń medycznych i coraz bardziej ograniczonymi zasobami, rosnący udział ludzi starszych w strukturze społeczeństw krajów wysokorozwiniętych, wydłużenie czasu oczekiwania na zabiegi, restrykcyjne kryteria kwalifikujące do leczenia w warunkach niedoboru specjalistów przy jednoczesnym rosnącym zapotrzebowaniu na leczenie oraz bogaceniu się społeczeństw [Yeoman, Schanzel i Smith 2013];
- rozwój Internetu jako globalnej sieci informacji [Gan i Frederick 2011; Yeoh, Othman i Ahmad 2013];
- choroby cywilizacyjne (np. otyłość, alergie, choroby układu nerwowego) i wzrost świadomości społecznej na temat zdrowia [Berg 2008];
- zapożyczanie wzorców zachowań prezentowanych przez mass media;
- różnice w poziomie cen usług medycznych w skali świata [Iordache, Ciochiná i Roxana 2013];
- niewydolność krajowych systemów opieki zdrowotnej i rosnące koszty ich utrzymania [Liu, Watts i Litaker 2006; Berg 2008];
- spolaryzowany w skali świata rozwój technologii (nierówny dostęp do diagnostyki i leczenia) [Berg 2008; Gan i Frederick 2011];
- rozwój tanich form podróżowania (malejący udział kosztów podróży);
- włączanie usług turystyki medycznej do pakietów socjalnych [Pafford 2009];
- migracje ekonomiczne sprzyjające upowszechnianiu wiedzy o dostępności leczenia;
- rozwój organizacji promujących rozwój turystyki medycznej;
- rozwój systemów akredytacji i certyfikacji placówek medycznych, które zwiększają zaufanie do państw i systemów leczniczych postrzeganych wcześniej jako „zafowane” lub wątpliwe pod względem higieny [Milstein i Smith 2007; Turner 2007; Woodhead 2013].

Berg [2008] formułuje czynniki, które wpłyną na dalszy rozwój turystyki medycznej:

- reformy systemów opieki zdrowotnej przewidujące dopłaty za wykonanie określonych usług za granicą (w przypadku UE mamy już do czynienia ze stosowną dyrektywą),
- pojawianie się nowych krajów docelowych turystyki medycznej,
- dążenia wielu państw do poprawy rentowności szpitali przyjmujących turystów,
- słabo rozwinięta opieka medyczna w niektórych krajach (a tym samym powstanie nowych rynków dla turystyki medycznej),
- coraz dłuższy czas oczekiwania na zabiegi (poszukiwanie alternatywy).

Ważnym czynnikiem podażowym staje się rosnąca liczba agencji turystyki medycznej (*medical travel brokers*) [Gan i Frederick 2011; Sobo, Herlihy i Bicker 2011; Solomon 2011; Connell 2013] oraz innych podmiotów wspierających turystów „zdrowotnych” (np. usługi linii lotniczych udostępniających przewóz wózków inwalidzkich lub pacjentów podłączonych do aparatury medycznej, hotele oferujące całodobową dostępność opieki pielęgniarskiej/lecarskiej i usługi rehabilitacji, odpowiednio przygotowane gabinety spa itp.). Heesup Han [2013] wprowadza pojęcie „hotelu medycznego” rozszerzonego o wykwalifikowaną obsługę medyczną, który oferuje wyspecjalizowane (co nie oznacza medyczne) usługi dla pacjentów określanych jako lekkie przypadki schorzeń i zachorowań (*low-care patients*). Są to pacjenci odbywających rehabilitację w obiektach, w których koszt doby hotelowej jest niższy niż komercyjny pobyt w szpitalu. Często taki pobyt ma jedynie zapobiec natychmiastowemu udaniu się pacjenta w podróż [Hofer, Honegger i Hubeli 2012; Rulle 2004]. Medhotel Karlstadt podaje, że średni czas pobytu gości wynosi jedynie 2,5 dnia, więc trudno mówić o długiej rekonwalescencji [Hofer, Honegger i Hubeli 2012].

Ze względu na pogłębiającą się polaryzację podaży hotele i agencje turystyczne poszukują rozwiązań, które potencjalnym gościom zagwarantują ofertę wartości niedostępną w hotelarstwie sieciowym i programach imprez touroperatorów. Sprzyjają temu konsumencie: poszukiwanie możliwości wyróżnienia się, indywidualizacja konsumpcji, spadek popularności oferty typu 3xS na rzecz aktywności fizycznej i respektowania zasad zdrowego trybu życia, wzrost świadomości i dbałości o zdrowie. Służą one rozwojowi turystyki aktywnej, odnowy biologicznej, ośrodków sanatoryjnych, usług poprawy kondycji oraz holistycznego podejścia do dobrostanu organizmu i jego rewalizacji (fizycznej, psychicznej i intelektualnej). Trudno znaleźć taką ofertę na rynku turystyki masowej.

#### **4. Przykłady innowacji biznesowych w obszarze turystyki zdrowotnej w Polsce**

Wzmoczoną aktywność w obsłudze turystów „zdrowotnych” pod koniec ubiegłego wieku dostrzegali Goodrich i Goodrich [1987], a współcześnie Hofer, Honegger i Hubeli [2012] oraz Rajagopal, Guo i Edvardsson [2013]. W Polsce powstają obiekty wiążące ściśle swoją działalność z usługami medycznymi: prywatna klinika rehabilitacyjna w Krojantach, Medical Park-Riverside SPA w Magnuszewie czy Europejskie Centrum Kontynencji w Karpaczu, które łączą luksusowe usługi turystyczne z rehabilitacją i zabiegami *medical wellness*.

W przypadku sanatoriów, stanowiących ważnych graczy na rynku turystyki zdrowotnej, wydawać by się mogło, że model biznesowy jest z góry przesądzony i trudno wprowadzić w nim jakiegokolwiek innowacje. Udaną próbę podjęło świętokrzyskie sanatorium „Słowacki”, które we współpracy z Europejskim Instytutem Badań Inteligentnych Specjalizacji wdraża rozwiązania technologiczne (w trybie zgłoszeń patentowych), które pozwalają rozwinąć standardową ofertę, wprowadzając elementy komercyjnego modelu biznesowego. Opatentowana procedura usuwania zanieczyszczeń wody pozwala na uzyskiwanie siarki (surowiec wtórny pozyskany z wody siarczkowej) stosowanej do produkcji własnych preparatów kosmetycznych i piwa siarczkowego. Tym sposobem usługi sanatorium i tężni siarczkowej poszerzono o usługi browaru i specjalistycznych basenów termalno-mineralnych.

Inny ciekawy przykład to przedsięwzięcie zrealizowane przez firmę PRO REGIO, polegające na świadczeniu usług wypoczynku i odnowy biologicznej z profilaktyką zdrowotną w zakresie rehabilitacji kręgosłupa i układu kostnego. Obiekt „Medical Park — Riverside SPA” (hotelarstwo, gastronomia, usługi rehabilitacji, odnowy biologicznej, rekreacji) zlokalizowany jest 80 km od Warszawy w Magnuszewie Dużym. Atrakcyjne otoczenie posiadające wiele walorów przyrodniczych (park krajobrazowy w otulinie Narwi) oraz walory ekologiczne regionu stanowią elementy konsekwentnie wykorzystywane w komunikowaniu wartości oferowanej gościom. Podstawą działalności obiektu są usługi tradycyjnie świadczone w klinikach medycznych i sanatoriach: rehabilitacja, profilaktyka zdrowotna, kosmetyka lecznicza, odnowa biologiczna, fizjoterapia oparta na wynikach badań naukowych (współpraca z Warszawskim Uniwersytem Medycznym), leczenie ruchem i dieta.

Oferta Medical Park nie stanowi typowych usług uzdrowiskowych, tak z powodów formalnych (lokalizacja), jak i materialnych. Standard obiektu (technologia, wyposażenie gabinetów zabiegowych), indywidualne podejście do klienta, wysoki poziom obsługi, bogactwo oferty rekreacyjnej i kulturalnej, różnorodność usług dodatkowych (warsztaty rozwoju, zajęcia rekreacyjne i sport, porady stylistów, a nawet możliwość zamówienia usług krawieckich), nie znajdują alternatywy w typowym ośrodku uzdrowiskowym w Polsce. Dla polskich odbiorców główny element oferowanej wartości stanowi odnowa biologiczna, rehabilitacja i profilaktyka zdrowotna dostępne w pięknym, ale nieodległym od stolicy (łatwość dojazdu) regionie Polski. Z punktu widzenia rynków zagranicznych<sup>2</sup> ważnym aspektem jest korzystna relacja cen w stosunku do kosztów leczenia w ośrodkach zagranicznych oraz znakomita opinia, jaką cieszą się polscy rehabilitanci za granicą. Propozycja organizacji wycieczek do różnych regionów Polski

<sup>2</sup> Wiodące kierunki geograficzne dla promocji usług Medical Park stanowią Niemcy i Austria, Wielka Brytania, Rosja, Białoruś i Ukraina, kraje skandynawskie, USA i Kanada oraz Kraje Zatoki Perskiej.



pozwała poszerzyć rynek o osoby towarzyszące pacjentom, co wpływa na decyzje o dłuższych pobytach. Ze względu na wyeksploatowany model biznesowy obiektów hotelowych typu spa w Polsce wiodącym źródłem wpływów są usługi rehabilitacji a nie wellness. Przyjęty model biznesu uniezależnia obiekt od sezonowości popytu, czyli jednego z największych czynników ryzyka w turystyce.

Innowacyjność działań wybranych obiektów turystycznych dotyczy także stosowanych kanałów dystrybucji i promocji oferty. Wspomniane już Europejskie Centrum Kontynencji współpracuje z gabinetami urologicznymi i wyspecjalizowanymi oddziałami szpitalnymi w różnych częściach Polski i Europy, oferując pobyty lecznicze i rehabilitacyjne wykraczające poza możliwości klasycznych oddziałów szpitalnych. W przypadku Medical Park głównym kanałem są najważniejsze targi medyczne i rehabilitacyjne. W pierwszych latach działalności ten kanał dystrybucji zapewnił 100-procentowe obłożenie obiektu.

Popyt na usługi zdrowotne i rehabilitacyjne nie podlega silnym fluktuacjom i pozwala łagodzić przejściowe spadki sprzedaży usług towarzyszących o charakterze typowo turystycznym. W przypadku nabywców zagranicznych zainteresowanie usługami odnowy biologicznej i rehabilitacji jest mocniej ugruntowane niż w Polsce, panuje silniejsze niż w Polsce przekonanie o zasadności inwestowania w zdrowie i kondycję fizyczną. Analiza trendów konsumenckich pokazuje, że także w Polsce ten rynek ma przed sobą okres wzrostowy. Jednocześnie zakres usług odpowiadających ofercie turystyki zdrowotnej jest na tyle złożony, kosztowny i wymagający zatrudnienia różnorodnych specjalistów, że konkurencja ze strony sieci hotelowych wydaje się mało prawdopodobna.

## **Podsumowanie**

W obliczu narastającej konkurencji na międzynarodowym rynku turystycznym, polaryzacji podaży i globalizacji popytu przedsiębiorcy poszukują modeli biznesu, które będą skuteczne w rywalizacji z sieciami globalnymi, stworzą przewagę konkurencyjną i będą odpowiadały trendom konsumenckim. Zmiana profilu potrzeb nabywców umożliwi świadczenie i zapewnienie rentowności usług turystyki zdrowotnej, której charakter zmienia się pod wpływem oczekiwań rynku (łączenie celów leczniczych z wypoczynkiem, rozwojem osobistym, tworzeniem relacji, doświadczaniem nowych miejsc i obcowaniem z przyrodą). Poszukiwanie innowacyjnych modeli biznesu możliwe jest w drodze analizy trendów konsumenckich i społecznych. Ten sposób wykorzystano z powodzeniem w wybranych przedsiębiorstwach działających na rynku turystyki zdrowotnej.

## Bibliografia

- Afuah A., Tucci C.** (2001), *Internet Business Models and Strategies*, McGraw-Hill Companies, New York.
- Arellano de A.B.R.** (2007), *Patients without borders: the emergence of medical tourism*, „International Journal of Health Services”, Vol. 37, nr 1, ss. 193–198.
- Balaban V., Marano C.** (2010), *Medical tourism research: a systematic review*, „International Journal of Infectious Diseases”, Vol. 14, ss. 26–45.
- Berg W.** (2008), *Gesundheitstourismus und Wellnesstourismus*, Oldenburg, Monachium.
- Białk-Wolf A.** (2010), *Potencjał rozwojowy turystyki medycznej*, „Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Szczecińskiego”, nr 591, ss. 653–662.
- Biernat E., Kachniewska M.** (2017), *Promocja turystyki zdrowotnej w Polsce*, badania statutowe, SGH, Warszawa.
- Bukowska-Piestrzyńska A.** (2008), *Marketing usług zdrowotnych. Od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów*, CeDeWu, Warszawa.
- Cavalcante S., Kesting P., Ulhøi J.** (2011), *Business model dynamics and innovation: (re)establishing the missing linkages*, „Management Decisions”, Vol. 49, nr 8, ss. 45–61.
- Chen J., Ching R.** (2002), *A Proposed Framework for Transitioning to an E-Business Model*, „Quarterly Journal of Electronic Commerce”, Vol. 3, nr 4, ss. 66–78.
- Chesbrough H.** (2010), *Business Model Innovation: Opportunities and Barriers*, „Long Range Planning”, Vol. 43, nr 2–3, ss. 32–48.
- Connell J.** (2013), *Contemporary Medical Tourism: Conceptualisation, Culture and Commodification*, „Tourism Management”, nr 34, ss. 1–13.
- Cook P.S.** (2008), *What is Health and Medical Tourism?*, [online], <http://eprints.qut.edu.au/16804/2/c16804.pdf>, dostęp: 10.06.2017.
- Definition of Health Promotion* (1989), „American Journal of Health Promotion”, vol. 3, nr 3, s. 5.
- Demil B., Lecocq X.** (2010), *Business Model Evolution: in Search of Dynamic Consistency*, „Long Range Planning”, Vol. 43, nr 2–3, ss. 32–45.
- Doganova L., Eyquem-Renault M.** (2009), *What do Business Models do? Innovation Devices in Technology Entrepreneurship*, „Research Policy”, Vol. 38, nr 10, ss. 22–34.
- Gan L.L., Frederick J.R.** (2011), *Medical Tourism Facilitators: Patterns of Service Differentiation*, „Journal of Vacation Marketing”, vol. 17, nr 3, ss. 165–183.
- Gee Y., Fayos-Sola E.** (1997), *World Tourism Organization*, WTO, Madrid.
- Ghaziani A., Ventresca M.J.** (2005), *Keywords and Cultural Change: Frame Analysis of Business Model Public Talk — 1975–2000*, „Sociological Forum”, Vol. 20, nr 4, ss. 54–67.
- Goodrich J., Goodrich G.** (1987), *Healthcare Tourism — an Exploratory Study*, „Tourism Management”, Vol. 8, nr 3, ss. 217–222.

- Halme M.** (2007), *Business Models for Material Efficiency Services: Conceptualization and Application*, „Ecological Economics”, Vol. 63, nr 1, ss. 15–32.
- Han H.** (2013), *The Healthcare Hotel: Distinctive Attributes for International Medical Travelers*, „Tourism Management”, nr 36, ss. 257–268.
- Heung V., Kucukusta D., Song H.** (2011), *Medical Tourism Development in Hong Kong: An Assessment of the Barriers*, „Tourism Management”, nr 32, ss. 995–1005.
- Hofer S., Honegger F., Hubeli J.** (2012), *Health Tourism: Definition Focused on the Swiss Market*, „Journal of Health Organization and Management”, vol. 26, nr 1, ss. 60–80.
- Hopkins L., Labonte R., Runnels V., Packer C.** (2010), *Medical Tourism Today: What is the State of Existing Knowledge*, „Journal of Public Health Policy”, Vol. 31, nr 2, ss. 185–198.
- Hwang J., Christensen C.** (2008), *Disruptive Innovation in Health Care Delivery: A Framework for Business Model Innovation*, „Health Affairs”, Vol. 27, nr 5, ss. 54–64.
- Iordache C., Ciochină I., Roxana P.** (2013), *Medical Tourism — Between the Content and Socio-Economic Development Goals*, „Romanian Journal of Marketing”, nr 1, ss. 31–42.
- Johnson M., Christensen C., Kagermann H.** (2008), *Reinventing Your Business Model*, „Harvard Business Review”, Vol. 86, nr 12, ss. 28–41.
- Johnson M.W.** (2010), *Seizing the White Space: Business Model Innovation for Growth and Renewal*, Harvard Business School Publishing, Boston.
- Jørgensen F., Ulhøi J.** (2010), *Entrepreneurial Emergence in the Field of M-Commerce: a Generic Business Model Reconceptualization*, „Journal of e-business”, Vol. IX, nr 1/2, ss. 25–32.
- Kangas B.** (2010), *Traveling for Medical Care in a Global World*, „Medical Anthropology: Cross Cultural Studies in Health and Illness”, Vol. 29, nr 4, ss. 344–362.
- Kaspar C.** (1996), *Die Tourismuslehre im Grundriss*, wyd. 5., Haupt, Bern/ Stuttgart.
- Leahy A.L.** (2008), *Medical Tourism: The Impact of Travel to Soreign Countries for Healthcare*, „Surgeon”, Vol. 6, nr 5, ss. 260–261.
- Léon-Jordán J., Kuruvilla A., Jacob R.** (2010), *Healthcare in Foreign Hands: Trends, Issues, and Directions*, „Review of Business Research”, vol. 10, nr 5, ss. 54–68.
- Levary R.R.** (2011), *Multiple-Criteria Approach to Ranking Medical Tourism Destinations*, „Thunderbird International Business Review”, vol. 53, nr 4, ss. 529–537.
- Liu C., Watts B., Litaker D.** (2006), *Access to and Utilization of Healthcare: The Provider's Role*, „Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research”, Vol. 6, nr 6, ss. 16–28.
- Lunt N., Carrera P.** (2010), *Medical Tourism: Assessing the Evidence on Treatment Abroad*, „Maturitas”, vol. 66, nr 1, ss. 33–46.
- MacInnes I.** (2002), *Business Models for Mobile Content: The Case of M-Games*, „Electronic Markets”, Vol. 12, nr 4, ss. 15–29.
- Miles R., Miles G., Snow C.** (2006), *Collaborative Entrepreneurship: a Business Model for Continuous Innovation*, „Organizational Dynamics”, Vol. 35, nr 1, ss. 45–60.

- Milstein A., Smith M.** (2007), *Will the surgical world become flat?*, „Health Affairs”, Vol. 26, nr 1, ss. 137–141.
- Morgan D.** (2010), *The growth of medical tourism*, „OECD Observer”, Vol. 281, ss. 12–13.
- Osterwalder A., Pigneur O., Tucci C.L.** (2005), *Clarifying Business Models: Origins, Present, and Future of the Concept*, „Communications of AIS”, Vol. 16, ss. 35–49.
- Pafford B.** (2009), *The Third Wave-Medical Tourism in the 21st Century*, „Southern Medical Journal”, Vol. 102, nr 8, ss. 810–813.
- Rajagopal S., Guo L., Edvardsson B.** (2013), *Role of Resource Integration in Adoption of Medical Tourism Service*, „International Journal of Quality and Service Sciences”, vol. 5, nr 3, ss. 321–336.
- Reed C.** (2008), *Medical Tourism*, „Medical Clinics of North America”, Vol. 92, nr 6, ss. 1433–1446.
- Rulle M.** (2004), *Der Gesundheitstourismus in Europa* [w:] Hopfinger H. (red.), *Eichstatter Tourismuswissenschaftliche Beiträge* (Vol. 4), Profil Verlag GmbH, Munchen/Wien.
- Sigrist S.** (2006), *Health Horizons — Guide zu den neuen Gesundheitsmarkten*, Gottlieb Duttweiler Institut/GDI, Zurich.
- Sobo E., Herlihy E., Bicker M.** (2011), *Selling Medical Travel to US Patient-Consumers: The Cultural Appeal of Website Marketing Messages*, „Anthropology and Medicine”, nr 18, ss. 119–36.
- Solomon H.** (2011), *Affective Journeys: The Emotional Structuring of Medical Tourism in India*, „Anthropology and Medicine”, nr 18, ss. 105–118.
- Sztorc M.** (2008), *Podróże turystyczne obcokrajowców w celach zdrowotnych do Polski* [w:] Gaworecki W., Mroczyński Z. (red.), *Turystyka i sport dla wszystkich w promocji zdrowego stylu życia*, Wyd. WSTiH, Gdańsk.
- Teece D.J.** (2010), *Business Model, Business Strategy and Innovation*, „Long Range Planning”, Vol. 43, ss. 172–194.
- Turner L.** (2007), *First World Health Care at Third World Prices: Globalization, Bioethics and Medical Tourism*, „BioSocieties”, Vol. 2, ss. 303–325.
- Underwood H., Makadon H.** (2010), *Medical Tourism: Game-Changing Innovation or Passing Fad?*, „Healthcare Financial Management”, Vol. 64, nr 9, ss. 112–114.
- Whittaker A.** (2008), *Pleasure and Pain: Medical Travel in Asia*, „Global Public Health”, Vol. 3, ss. 271–290.
- Woodhead A.** (2013), *Scoping Medical Tourism and International Hospital Accreditation Growth*, „International Journal of Health Care Quality Assurance”, Vol. 26, nr 8, ss. 688–702.
- Yeoh E., Othman K., Ahmad H.** (2013), *Understanding Medical Tourists: Word-of-mouth and Viral Marketing as Potent Marketing Tools*, „Tourism Management”, nr 34, ss. 196–201.
- Yeoman I., Schanzel H., Smith K.** (2013), *How Ageing Populations Lead to the Incremental Decline of New Zealand Tourism*, „Journal of Vacation Marketing”, Vol. 19, nr 2, ss. 91–103.
- Zott C., Amit R.** (2010), *Business Model Design: an Activity System Perspective*, „Long Range Planning”, Vol. 43, nr 2–3, s. 67–89.