

Turystyka medyczna



Nasza nowa narodowa specjalność

Polska należy do światowych liderów turystyki medycznej. Naprawdę jest niezłe. Gdyby wziąć pod uwagę liczbę i wartość świadczeń medycznych udzielanych w Polsce obcokrajowcom, a następnie odnieść je do potencjału całej krajowej ochrony zdrowia, okazałoby się, że wprawdzie ustępujemy Czechom, ale daleko wyprzedzamy... Stany Zjednoczone. Jak wygląda globalny rynek turystyki medycznej? Prezentujemy analizę Wiesława Śliwowskiego.

Określenie „turystyka medyczna” z pewnością należy do nowej terminologii, jednakże sama idea tego zjawiska wcześniej nie była nieznana. Najstarsze znane formy turystyki zdrowotnej sięgają epoki neolitu i brązu, jednak jej udokumentowane początki miały miejsce w starożytnej Grecji, ok. 2000 lat p.n.e.

Pierwsi turyści medyczni (jednym z nich był Hipokrates) byli pielgrzymami wędrującymi do wód leczniczych, a do najchętniej odwiedzanych miejsc należało sanktuarium Asklepiosa w mieście Epidauros. Jednakże dopiero w pierwszej dekadzie obecnego wieku, głównie za sprawą dynamicznie rozwijającej się komu-



nikacji medialnej (Internet, telekomunikacja) oraz komunikacji międzykontynentalnej, turystyka medyczna nabrała charakteru globalnego.

Coś więcej niż połączenie turystyki z medycyną

Usługi medyczne, opierając się na zapisach ustawowych, można zdefiniować jako wszelkiego rodzaju działania służące zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia oraz inne działania medyczne wynikające z procesu leczenia lub przepisów odrębnych regulujących zasady ich wykonywania. Usługi te to nic innego jak świadczenia zdrowotne, które mogą być udzielane przez podmioty lecznicze zarówno publiczne, jak i prywatne oraz przez osoby fizyczne wykonujące zawód medyczny bądź też przez grupową praktykę lekarską albo grupową praktykę pielęgniarek czy położnych. Zatem usługi medyczne to wszelkiego rodzaju świadczenia zdrowotne udzielane przez pracowników ochrony zdrowia.

Usługi turystyczne z kolei można zdefiniować jako wszelkiego rodzaju czynności mające na celu zaspokojenie potrzeb turystów przed wyjazdem, w czasie jego trwania, a także po powrocie, czyli są to w głównej mierze usługi transportowe, gastronomiczne i nocle-

„ Ubezpieczenia związane z turystyką medyczną muszą uwzględniać specyficzne ryzyka związane z celem podróży. Muszą antycypować wszystko to, co może być następstwem interwencji chirurgicznej, kosmetycznej czy dentystycznej ”

gowe. Co istotne, w kontekście medycznym powstało pojęcie „świadczenia towarzyszącego”, które odnosi się do zakwaterowania i wyżywienia w zakładach opieki zdrowotnej całodobowej lub całodniowej oraz do transportu sanitarnego.

Wiele definicji turystyki medycznej

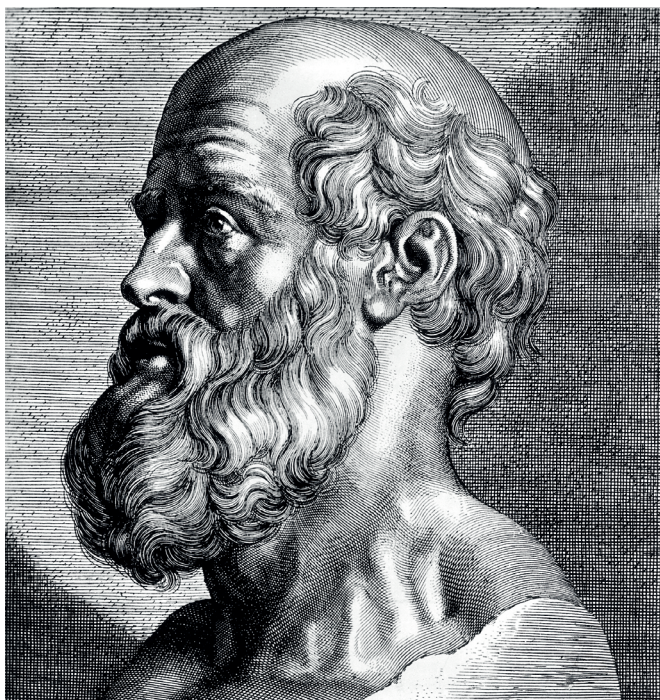
Według definicji zawartej w „Manual on Statistics of International Trade in Services” (United Nations, 2002) turystyka medyczna to podróż zagraniczna, której celem jest pozyskanie usług medycznych. Podobne treści zawarte są w definicjach proponowanych przez WHO i OECD.

Pojęcie turystyki medycznej nie obejmuje:

- turystów będących na wakacjach za granicą, którzy są zmuszeni do skorzystania z usług medycznych w wyniku nieszczęśliwego wypadku lub nagłego zachorowania. Usługi zdrowotne dla turystów są finansowane różnie, np. dla obywateli Unii Europejskiej (UE) przez Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ, ang. *European Health Insurance Card – EHIC*), w innych przypadkach przez prywatne ubezpieczenie lub jako wydatek prywatny (*out-of-pocket*),
- rezydentów długoterminowych, np. emerytów z krajów UE decydujących się na przebywanie w krajach innych niż ich kraj pochodzenia, osób czasowo odelegowanych służbowo do pracy poza krajem pochodzenia (np. pracowników ambasad czy międzynarodowych korporacji) lub ogólnie mówiąc – osób pracujących poza krajem pochodzenia.

Czym jest turystyka medyczna?

Turystyka medyczna to dynamicznie rozwijająca się w ostatnich latach gałąź gospodarki. Jej uczestnikami są przede wszystkim dostawcy usług medycznych (*providers*) i turyści – pacjenci, ale również firmy ubezpieczeniowe, firmy finansowe, agencje turystyczne, firmy organizujące kongresy oraz media i Internet. Wszyscy oni są zainteresowani stworzeniem jak najatrakcyjniejszej i najbardziej kompleksowej oferty dla płatnika (tu-



„Pierwsi turyści medyczni (jednym z nich był Hipokrates) byli pielgrzymami wędrującymi do wód leczniczych, a do najchętniej odwiedzanych miejsc należało sanktuarium Asklepiosa w mieście Epidauros”

rysty – pacjenta). Jak widać, jest to obecnie bardzo rozbudowany przemysł, składający się z wielu elementów.

Oprócz dostawców usług medycznych bardzo duże znaczenie w całym procesie turystyki medycznej mają również ubezpieczenia. Rynek ubezpieczeń związanych z turystyką medyczną musi uwzględniać specyficzne ryzyka związane z celem podróży. Musi antycypować wszystko to, co może być następstwem interwencji chirurgicznej, kosmetycznej czy dentystrycznej. Musi uwzględniać zarówno czynniki obiektywne, takie jak zakażenie (po zabiegu chirurgicznym), jak i subiektywne, takie jak niezadowolenie klienta z efektów zabiegu (np. korekcji nosa). Ubezpieczenie powinno uwzględniać koszty ewentualnych procedur naprawczych i rehabilitacji.

Zakres i hity rynkowe

Zakres świadczeń zdrowotnych określanych jako usługi medyczne jest szeroki. Zapewne z tego powodu, że potrzeby zdrowotne (tak jak potrzeby turystyczne) oraz oczekiwania współczesnych konsumentów są coraz

bardziej nieograniczone i zindywidualizowane. Można je podzielić na usługi z zakresu diagnostyki, właściwej terapii i rehabilitacji oraz z zakresu zabiegów sanatoryjnych i spa.

W obszarze procedur lekarskich największy rynek stanowią świadczenia z zakresu:

- chirurgii plastycznej, medycyny i dermatologii estetycznej:
 - modelowanie twarzy: lifting, implanty warg, korekcje (m.in. nosa, szyi, uszu, powiek),
 - modelowanie ciała: powłok brzusznych, piersi (powiększanie, podnoszenie, zmniejszanie, rekonstrukcje),
 - korekty wad wrodzonych, ginekomastii u mężczyzn,
 - odsysanie tkanki tłuszczowej (liposukcja), lipoliza iniekcyjna lub intralipoterapia,
 - chirurgia bariatryczna (by-pass żołądka, opaska na żołądka, balon żołądkowy),
 - usuwanie zmarszczek, zabiegi upiększające twarz i usta, mezoterapia, usuwanie przebarwień skórnych, leczenie nadpotliwości oraz zmian skórnych na twarzy i tułowiu;
- stomatologii: profilaktyka, wybielanie zębów, stomatologia zachowawcza, chirurgia, implantologia, protetyka, ortodoncja;
- ortopedii: diagnostyka, artroskopia diagnostyczna i terapeutyczna dużych stawów, wymiana powierzchni stawowych, endoprotezoplastyka, operacje narządów ruchu oraz uszkodzeń mięśni, nerwów i naczyń (najczęściej stawu biodrowego lub kolanowego), chirurgia urazowa;
- okulistyki: diagnostyka, operacje, w tym zabiegi laserowe wad wzroku (m.in. zaćmy, jaskry, krótko- i dalekowzroczności),
- laryngologii: operacyjne leczenie przewlekłego zapalenia zatok przynosowych, korekcja podniebienia, rynoseptoplastyka nosa, usunięcie migdałków (adenotomia lub tonsillektomia), chirurgia szczękowa, chirurgia rekonstrukcyjna;
- ginekologii: diagnostyka, badania onkologiczne, zabiegi (głównie metodą laparoskopową), zaburzenia menstruacyjne, leczenie wysiłkowego nietrzymania moczu, leczenie bezpłodności;
- płodności (metody kontrolowanego rozrodu) czy zmiana płci;
- transplantacji tkanek i narządów (przeszczep narządów i komórek macierzystych);
- kardiologii i kardiologii: diagnostyka, *by-passy*, wymiana zastawek, rehabilitacja [Łubowicki-Vikuk, /95/ oraz autor].

Wielkość rynku

Usługi zdrowotne to najbardziej istotna część turystyki medycznej, od kilkunastu lat skupiająca na sobie szczególną uwagę. Wzrost eksportu i importu tych usług

spowodowany jest m.in. technologicznymi ułatwieniami w komunikowaniu się (pacjentów, brokerów, firm turystycznych), a także stałym spadkiem cen komunikacji lotniczej i okresowymi promocjami cenowymi.

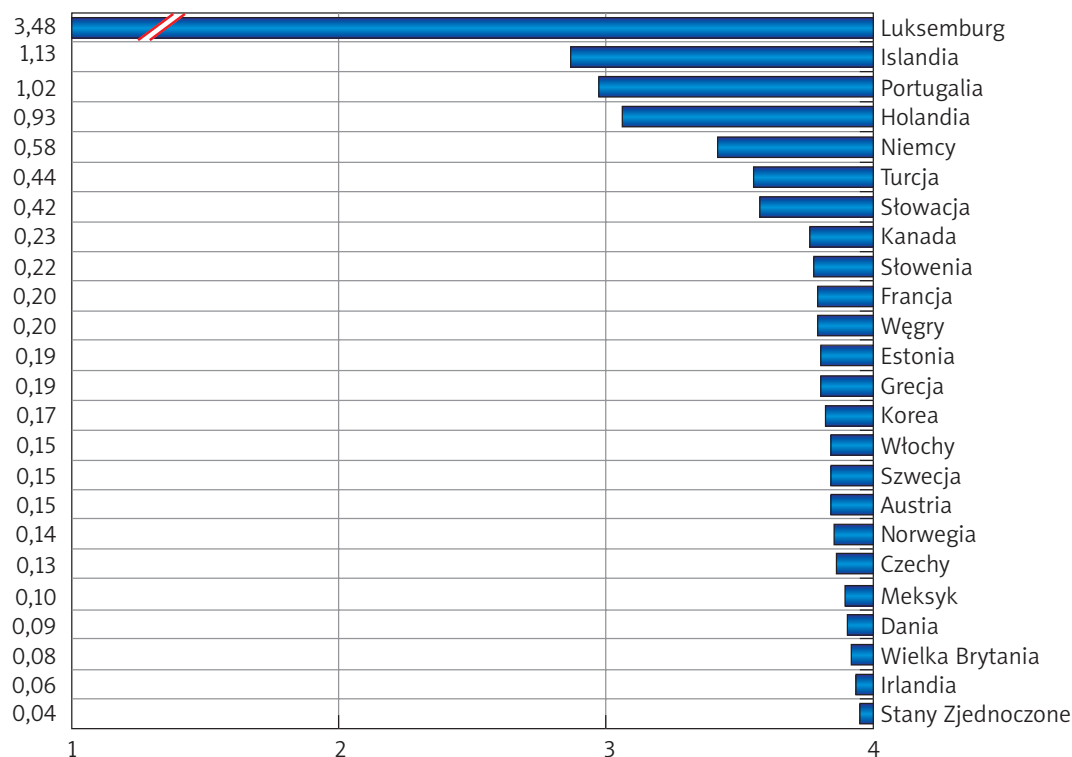
Możliwość transferu do innych krajów publicznego ubezpieczenia zdrowotnego jest wynikiem politycznych ustaleń, takich jak dyrektywa transgraniczna (Dyrektywa nr 2011/24/UE Parlamentu Europejskiego i Rady Europy z 9 marca 2011 r., obowiązująca od 25 października 2013 r., zapewniająca pacjentom ubezpieczonym w państwach członkowskich UE pełną swobodę korzystania z opieki medycznej za granicą), a także wprowadzenia ubezpieczenia prywatnego w wyniku dwu- lub wielostronnych regulacji na rynkach europejskich. Artur Gosk, prezes Polskiego Stowarzyszenia Turystyki Medycznej, w październiku 2013 r. podczas IX Forum Rynku Zdrowia szacował, że wprowadzenie dyrektywy transgranicznej przełoży się za siedem lat na 50 mld EUR krążących w państwach Unii w ramach turystyki medycznej.

Powyższe czynniki nakładają się na generalny wzrost ruchliwości społeczeństw świata bądź to w celach biznesowych czy wakacyjnych, bądź *stricte* terapeutycznych.

Z danych OECD wynika, że w 2011 r. wielkość rynku importu usług medycznych wynosiła ok. 7 mld USD. Większość ekspertów zgodnie jednak przyznaje, że wskutek braku ujednoliconych metod raportowania

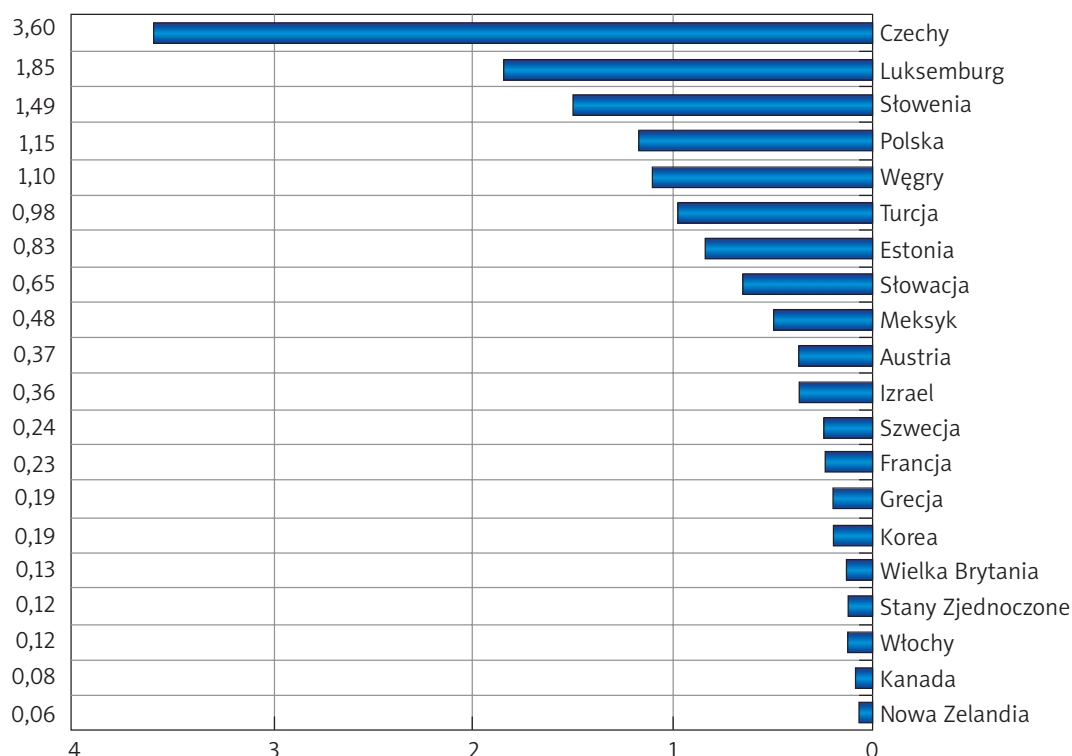
„Listę największych importerów usług medycznych otwierają Niemcy (2,3 mld USD), a kolejne miejsca zajmują Stany Zjednoczone i Holandia”

danych częściowych dane zbiorcze są przeszacowane. Listę największych importerów usług medycznych otwierają Niemcy (2,3 mld USD), a kolejne miejsca zajmują Stany Zjednoczone i Holandia. W porównaniu z całkowitym rynkiem usług medycznych w każdym z tych krajów wydatki te ciągle są jednak marginalne. Nawet w przypadku Niemiec podana wyżej wartość to zaledwie 0,6% aktualnych wydatków tego kraju na ochronę zdrowia. Najwyższy wskaźnik wydatków, powyżej 1%, wykazują Portugalia i Islandia. Specyficznym przypadkiem jest Luksemburg, gdzie znacząca część ubezpieczonej populacji mieszka w sąsiednich krajach i tam korzysta z usług ochrony zdrowia. Jak wynika ze statystyk dla strefy OECD, import usług medycznych notuje stały wzrost, a w ostatnich pięciu latach w wielu przypadkach osiągnął dwucyfrowy wskaźnik przyrostu rocznego.



Rycina 1. Import usług medycznych jako procent wydatków na ochronę zdrowia

Źródło: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; OECD-Eurostat Trade in Services Database. StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/888932919118>



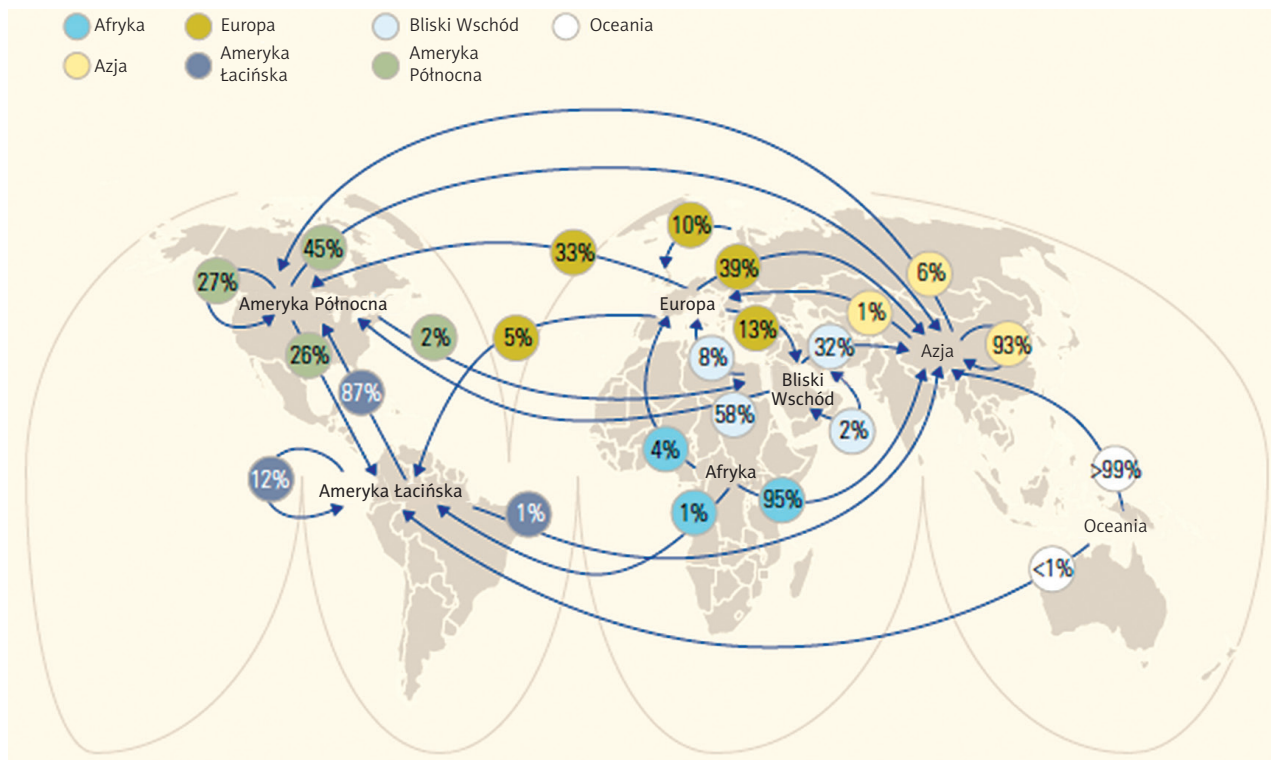
Rycina 2. Eksport usług medycznych (liczonych wraz z wydatkami dodatkowymi w podróży medycznej) jako procent wydatków na ochronę zdrowia

Źródło: OECD-Eurostat Trade in Services Database; Hungarian Central Statistical Office – Tourism Statistics. StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/888932919137>

Sytuacja w strefie OECD

Jeśli chodzi o eksport usług medycznych w strefie OECD, jego wartość w 2011 r. oceniana była na

6,9 mld USD, choć wielkość ta może być przeszacowana. Absolutnym liderem w wartościach bezwzględnych są Stany Zjednoczone – z eksportem o wartości



Rycina 3. Podróże medyczne według regionu pochodzenia

Źródło: Interviews with providers and patient-level data; McKinsey analysis

3 mld USD. Dla porównania, kolejne kraje w rankingu, Francja i Czechy, przekraczają zaledwie 0,5 mld USD. Oczywiście po uwzględnieniu relacji do potencjału wygląda to inaczej i zdecydowanym liderem są Czechy (3,6%), a w dalszej kolejności Słowenia i Polska (powyżej 1%). Te kraje są też najpopularniejszymi celami turystyki medycznej w Europie.

Geografia

Podróże medyczne są bezsprzecznie globalnym fenomenem. Pacjenci podzieleni są mniej więcej równo pomiędzy tych z krajów o wysokim i niskim PKB. Z badania przeprowadzonego przez McKinseya (McKinsey Quarterly Report, Health Care, 2008) wynika, że pacjenci wywodzący się z Europy, Afryki, Azji czy Ameryki Północnej byli gotowi pokonywać trzy kontynenty, aby osiągnąć swój cel.

Generalnie dominuje więc trend z jednej strony globalizacji usług, a z drugiej przejmowania przez kraje rozwijające się roli usługodawcy (eksportera) usług medycznych. Chodzi tu o Indie, Malezję, Tajlandię, ale również Turcję oraz Węgry, Czechy, Słowenię i Polskę.

Czynniki rozwoju

Czynniki decydujące o wzroście i rozwoju turystyki medycznej można podzielić na dwie grupy: czynniki motywujące indywidualnych turystów – pacjentów oraz czynniki polityczne, prawne i społeczne.

Jeśli chodzi o pierwszą grupę czynników, bardzo wiarygodne dane są zawarte we wspomnianym raporcie McKinseya, któremu udało się zebrać i opracować dane zdobyte od blisko 50 tys. osób korzystających z turystyki medycznej. Z badania tego wynika, że najliczniejszą grupę (40%) stanowią pacjenci poszukujący najnowszych technologii medycznych. Są oni gotowi pokonywać kontynenty w poszukiwaniu najlepszej opieki medycznej, nie zważając na odległości czy koszty. Pacjenci ci rekrutują się głównie z Ameryki Południowej (38 proc.) oraz Bliskiego Wschodu (35%), w mniejszym stopniu z Europy Zachodniej (12%) i Kanady (7%), a głównym celem ich podróży były Stany Zjednoczone.

Kolejną grupę stanowią pacjenci, którzy szukają usług medycznych na wyższym poziomie, niż mogą uzyskać w swoim kraju, przy czym często dotyczy to także krajów wysoko rozwiniętych. Wybierając kierunki, przedkładają jakość nad cenę, odległość czy nieznaną lub nieprzyjazną środowisko kraju docelowego. Pacjenci ci korzystają z wielu specjalności medycznych, ale głównie dotyczy to kardiologii.

Trzecią grupę stanowią turyści medyczni, którym zależy na jak najszybszym dostępie do określonych procedur. Dotyczy to przede wszystkim ortopedii, chirurgii ogólnej i kardiologii.

Pacjenci kierujący się ceną przy realizacji niezbędnych procedur medycznych stanowili tylko 9%. Jak się

” W wyborze usługodawców główną rolę odgrywają jakość, cena oraz czas oczekiwania na usługę, przy czym dla pacjentów z krajów o wysokim PKB największe znaczenie ma jakość usług ”

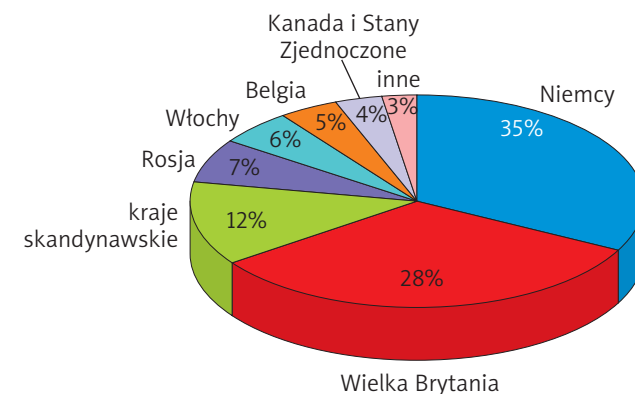
wydaje, jest to najbardziej rozwojowa grupa. Dla przykładu: koszt wymiany zastawek serca w Stanach Zjednoczonych kształtujący się w granicach 100 000 USD, w szpitalach Ameryki Południowej może wynosić już tylko 38 000 USD, a kliniki azjatyckie wystawią rachunek na zaledwie 12 000 USD.

Symptomatyczne, że w 99% grupa ta składała się z obywateli Stanów Zjednoczonych. Pacjenci ci korzystali głównie z usług z zakresu ortopedii (30%) i chirurgii ogólnej (16%).

Ostatnia grupa (4%) skupia pacjentów, głównie z krajów wysoko rozwiniętych (Stany Zjednoczone), którzy wybierają tanie, kameralne kliniki, aby wykonać zabiegi poprawiające ich wygląd lub komfort życia, takie jak zmiana wielkości piersi, liposukcja i inne zabiegi estetyczne czy korekta nosa.

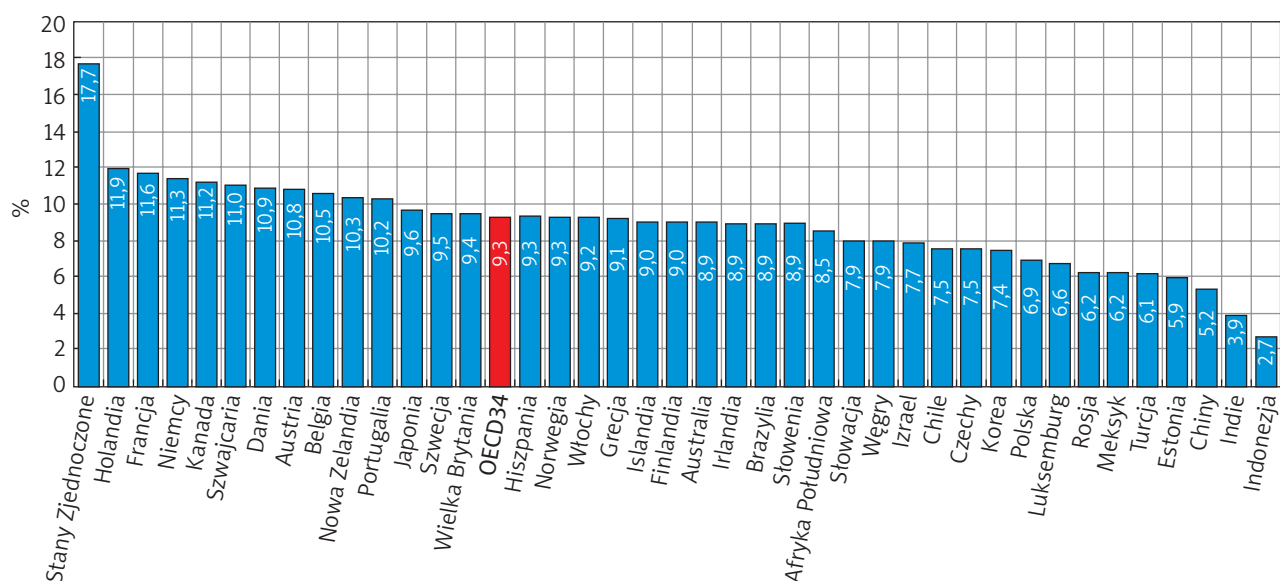
Mając na uwadze powyższe informacje, można pokusić się o zestawienie zbiorcze czynników wpływających na rozwój rynku turystyki medycznej. Czynniki te są:

- jakość usług, technologii i kompetencje personelu medycznego, ryzyko powikłań,
- czas oczekiwania na zabieg (*waiting time*),
- cena usługi,
- uwarunkowania polityczne: integracja państw (np. Unia Europejska),



Rycina 4. Kraje, z których pacjenci najczęściej przyjeżdżają na leczenie do Polski

Źródło: materiały własne Medi-tour.pl



Rycina 5. Wydatki na ochronę zdrowia jako odsetek PKB

Źródło: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>; WHO Global Expenditure Database. StatLink: <http://dx.doi.org/10.1787/888932918871>

- uwarunkowania prawne: np. dyrektywa transgraniczna Unii Europejskiej, przenośność ubezpieczeń społecznych pomiędzy krajami, w tym również ubezpieczeń prywatnych,
- sytuacja ekonomiczna: wzrost zamożności społeczeństw, spadające ceny biletów lotniczych,
- sytuacja demograficzna: starzejące się społeczeństwa,
- uwarunkowania kulturowe: wzrastające znaczenie dbałości o zdrowie i piękno, emancypacja mężczyzn,
- ułatwienia komunikacyjne: aktywność touroperatorów, dostępność i rozbudowująca się sieć połączeń lotniczych,
- ułatwienia informacyjne: dostępność Internetu, rozwój telekomunikacji.

Jakość usług i procedur medycznych oraz kompetencje personelu medycznego, w tym dostęp do najnowszych technologii, są bezpośrednio związane z ilością środków finansowych kierowanych do sektora medycznego. Dane przedstawione na rycinie 5 potwierdzają, że

to właśnie Stany Zjednoczone i kraje Europy Zachodniej były i ciągle jeszcze są „uzasadnionymi” liderami eksportu usług medycznych. Zwraca jednak uwagę dynamicznie wzrastająca wielkość nakładów na ochronę zdrowia (ponad 7% rocznie) dla Słowacji, Estonii, Węgier, Czech i Polski. Nic więc dziwnego, że te trzy ostatnie kraje w latach 2006–2011 notowały najwyższe przyrosty przychodów z eksportu usług medycznych.

Jakość usług medycznych

Warto przy tym pamiętać, że jakość usług medycznych to – obok najnowocześniejszego sprzętu i technologii – również (albo przede wszystkim) personel medyczny i jego umiejętności oraz dbałość o przestrzeganie procedur. Uniwersalnymi wskaźnikami monitorowanymi w raportach OECD są powikłania po zabiegach ortopedycznych czy chirurgicznych. Dane te dowodzą z kolei, że wielkość nakładów na ochronę zdrowia nie zawsze przekłada się na jej jakość.

Tabela 1. Wskaźnik wykorzystania łóżek szpitalnych w wybranych krajach Unii Europejskiej

Kraj	Wykorzystanie łóżek szpitalnych (%)					
	1990	1995	2000	2005	2008	2009
Czechy	69,6	72,6	73,8	78,4	69,7	75,3
Francja	77,3	76	75	73,5	74,2	74,4
Niemcy		81,8	81,5	74,5	76,2	76,2
Węgry	74,9	72,6	73,2	75,7	75,3	74,3
Polska	66	67,3	74	71,0^a	70,3^a	69,7^a
Słowacja			70,6	66,7	67,5	67,3
Wielka Brytania			82,3	83,7	84,5	84,2

Źródło: OECD, 2010; ^aCSIOZ, 2006, 2009, 2010

Tabela 2. Ceny usług medycznych w wybranych krajach (w USD)

Procedura	Stany Zjednoczone	Indie	Tajlandia	Singapur	Malezja	Meksyk	Kuba	Polska	Węgry	Wielka Brytania
by-pass (pomostowanie aortalno-wieńcowe)	113000	10000	13000	20000	9000	3250		7140		13921
wymiana zastawki serca	150000	9500	11000	13000	9000	18000		9520		
angioplastyka	47000	11000	10000	13000	11000	15000		7300		8000
endoproteza biodra	47000	9000	12000	11000	10000	17300		6120	7500	12000
endoproteza kolana	48000	8500	10000	13000	8000	14650		6375		10162
by-pass żołądka	35000	11000	15000	20000	13000	8000		11069		
kapoplastyka stawu biodrowego	47000	8250	10000	12000	12500	12500		7905		
spondylodeza	43000	5500	7000	9000		15000				
mastektomia	17000	7500	9000	12400		7500				
korekta nosa	4500	2000	2500	4375	2083	3200	1535	1700	2858	3500
abdominoplastyka	6400	2900	3500	6250	3903	3000	1831	3500	3136	4810
zmniejszenie piersi	5200	2500	3750	8000	3343	3000	1668	3146	3490	5075
implanty piersi	6000	2200	2600	8000	3308	2500	1248	5243	3871	4350
korona zębowa	385	180	243	400	250	300		246	322	330
wybielanie zębów	289	100	100		400	350		174	350	500
implant dentystyczny	1188	1100	1429	1500	2636	950		953	650	1600

Źródło: *Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review; March 2011, compiled from medical tourism providers and brokers online*

Dostępność

Według danych OECD, średnie wykorzystanie łóżek w Polsce (tab. 1) wynosiło w 2009 r. 254 dni w roku, o trzy dni mniej niż w 2008 r. Oznacza to, że przez 111 dni w roku stały one puste. W przeliczeniu na liczbę mieszkańców mamy dwa razy więcej łóżek niż Wielka Brytania. Z danych OECD wynika, że w 2008 r. na 1000 mieszkańców Polski przypadało 6,6 szpitalnego łóżka, podczas gdy w Wielkiej Brytanii 3,4, a w Norwegii 3,5. W Niemczech wskaźnik ten był dużo wyższy i wynosił 8,2.

Najmniejsze wykorzystanie łóżek jest na oddziałach okulistycznych (180 dni w roku), gdzie rozwój medycyny pozwala operować w ramach chirurgii jednego dnia. Najwyższe obłożenie, ok. 330 dni i dłużej, miały oddziały psychiatryczne i hematologiczne. Korzystną informacją dla pacjentów jest to, że w 2009 r. przybyło łóżek w specjalizacjach, w których jest ich duży brak: geriatrycznych (o ponad 23%) i rehabilitacyjnych (o 5,7%). Ubyło za to o blisko jedną trzecią łóżek dla pacjentów przewlekle chorych.

Najkorzystniejsze współczynniki wykorzystania łóżek raportuje Wielka Brytania (ponad 84%) i poziom ten stanowi układ odniesienia dla innych krajów w aspekcie turystów zagranicznych. Dotyczy to również Polski.

Ceny

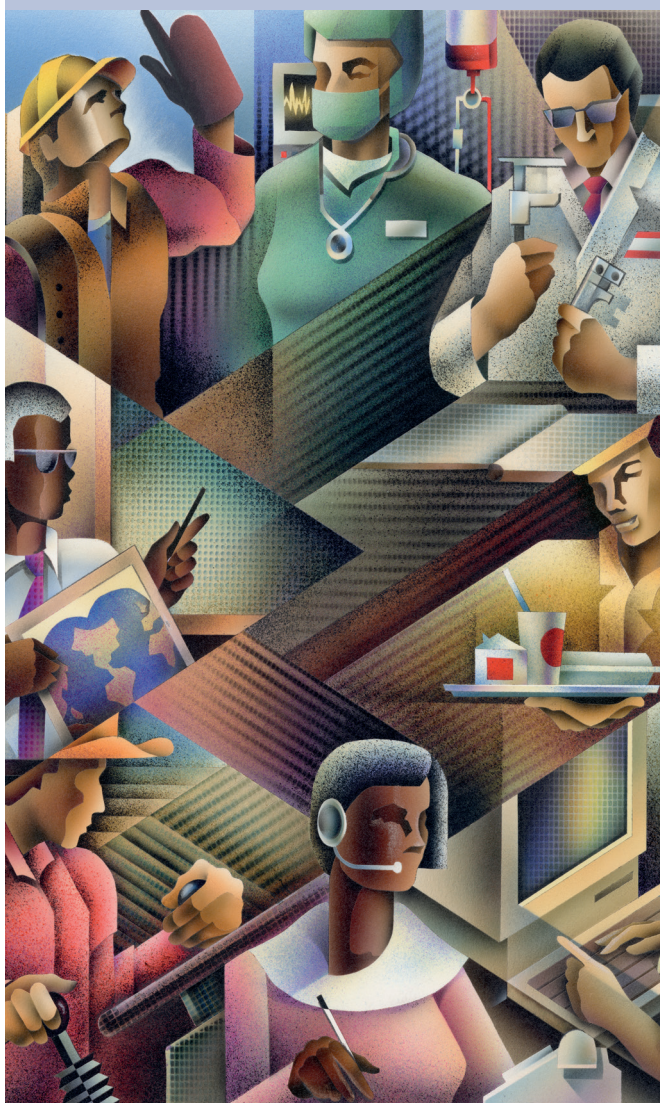
O ile w przypadku krajów wysoko rozwiniętych czynnik cenowy nie był najistotniejszy przy podejmowaniu

„Cichym liderem eksportu usług medycznych, w wartościach względnych, są Czechy, a w dalszej kolejności Słowenia i Polska”

waniu decyzji o wyborze państwa, które będzie świadczyć usługi medyczne, o tyle z pewnością jest on ważny dla pacjentów z krajów rozwijających się oraz obywateli państw Unii Europejskiej korzystających z dyrektywy transgranicznej.

Jak podaje portal tourmedica.pl, z turystyki medycznej korzystają pacjenci, którzy za zabieg w swoim kraju zapłaciliby nawet 50–80% więcej – są to głównie Niemcy, Brytyjczycy, Belgowie i Irlandczycy. „Gośćmi polskich ośrodków są także Skandynawowie. Przyjeżdżają do nas na zabiegi stomatologiczne i operacje plastyczne, pojawiają się również w klinikach leczących niepłodność i otyłość. Różnicę cenową łatwo zobaczyć, porównując choćby koszt operacji powiększania piersi – według portalu Clinic Compare ceny takich zabiegów w Wielkiej Brytanii oscylują w przedziale 3000–5000 GBP (14,6–24,3 tys. PLN), podczas gdy w Polsce operacja z użyciem okrągłych implantów kosztuje 10–12 tys. PLN. Nieco więcej trzeba zapłacić za wszczepienie implantów

„Listę największych importerów usług medycznych otwierają Niemcy (2,3 mld USD), a kolejne miejsca zajmują Stany Zjednoczone i Holandia”



„Podróże medyczne są bezsprzecznie globalnym fenomenem. Pacjenci podzieleni są mniej więcej równo pomiędzy tych z krajów o wysokim i niskim PKB”

anatomicznych – 13–15 tys. PLN (dane portalu Ilekosztuje.pl). Jeśli zaś chodzi o średni koszt implantu dentystycznego, w Wielkiej Brytanii wynosi on ok. 1200 GBP (samo wszczęcie, bez wcześniejszych zabiegów przygotowawczych), natomiast w polskich klinikach – 2–3 tys. PLN”.

Jeszcze większe rozbieżności występują pomiędzy cenami procedur zabiegowych w Stanach Zjednoczonych i krajach Europy Zachodniej a cenami w krajach Azji Południowej (Indie) i Południowo-Wschodniej (Singapur, Malezja, Tajlandia), które są poza strukturami OECD.

Fenomen ostatnich lat

Rozwój turystyki medycznej to niewątpliwie fenomen ostatnich kilkunastu lat, które przyniosły wiele zmian w tym zakresie. Zmieniły się przede wszystkim wektory świadczenia tych usług – kraje wysoko rozwinięte przestały być wyłącznie eksporterami, a stały się znaczącymi importerami (konsumentami). Trudny do dokładnego wycenienia rynek turystyki medycznej, szacowany na kilkanaście miliardów dolarów (w obszarze OECD), stał się globalny i intensywnie się rozwija. Nadal jednak stanowi on w większości państw zdecydowanie poniżej 1% ogólnych wydatków na ochronę zdrowia, choć przyrasta w tempie kilku czy w przypadku liderów kilkunastu procent rocznie.

Szczególnie istotne zmiany dotyczą eksporterów usług medycznych, gdzie istotny rozwój odnotowały takie kraje, jak Słowenia, Korea Południowa, Estonia i Polska, z ok. 20-procentowym rocznym przyrostem w ostatnich sześciu latach. Liderem w wartościach bezwzględnych usług nadal są Stany Zjednoczone (3 mld USD), ale cichym liderem – w wartościach względnych – są Czechy (3,6%), a w dalszej kolejności Słowenia i Polska (ponad 1%). Statystyki OECD nie uwzględniają niestety innych państw, takich jak Indie, Singapur, Malezja czy Tajlandia.

Jeśli chodzi o import usług medycznych, liderami w wielkościach bezwzględnych nadal są Niemcy (2,3 mld USD) i Stany Zjednoczone, przy czym zwraca uwagę wysoki (ok. 12%) roczny przyrost wartości importu tych usług w Stanach Zjednoczonych. I z pewnością, wobec specyfiki systemu ochrony zdrowia w tym kraju, to właśnie on może stać się liderem w imporcie usług medycznych w najbliższych latach.

W zakresie wyboru usługodawców usług medycznych główną rolę odgrywają jakość, cena oraz czas oczekiwania, przy czym dla pacjentów z krajów o wysokim PKB największe znaczenie ma jakość usług.

Polska należy do grupy państw, które dosyć skutecznie wykorzystują swoje doskonałe zasoby. Posiada również dobrze zdefiniowane atuty, które powinny być wykorzystane w promocji jej usług medycznych na świecie.

Wiesław Śliwowski

Autor jest menedżerem medycznym w European Health Centre Uniwersytetu Warszawskiego.