

RESTRUKTURYZACJA SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ

**WSPÓŁCZESNE WYZWANIA,
PROCEDURY I NARZĘDZIA**

Jacek Klich



ABC

a Wolters Kluwer business

**RESTRUKTURYZACJA
SAMODZIELNYCH PUBLICZNYCH
ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ
WSPÓŁCZESNE WYZWANIA,
PROCEDURY I NARZĘDZIA**

Jacek Klich



ABC

a Wolters Kluwer business

Warszawa 2013

Stan prawny na 1 października 2012 r.

Wydawca
Izabella Matecka

Redaktor prowadzący
Joanna Maź

Redakcja, korekta i łamanie



WYDAWNICTWO
JAK

www.wydawnictwojak.pl

Projekt graficzny okładki i stron tytułowych
Maciej Sadowski

© Copyright by
Wolters Kluwer Polska SA, 2013

ISBN: 978-83-264-4177-6

Wydane przez:
Wolters Kluwer Polska SA

Redakcja Książek
01-231 Warszawa, ul. Płocka 5a
tel. 22 535 82 00, fax 22 535 81 35
e-mail: ksiazki@wolterskluwer.pl

www.wolterskluwer.pl
księgarnia internetowa www.profinfo.pl

SPIS TREŚCI

Wprowadzenie	9
Rozdział 1. Determinanty zmian organizacyjnych w zakładach opieki zdrowotnej w drugim dziesięcioleciu XXI wieku	15
1.1. Globalizacja a zdrowie i sektor ochrony zdrowia	16
1.2. Pojęcie globalizacji	17
1.3. Globalizacja a zdrowie	18
1.4. Kierunki oddziaływania globalizacji na zdrowie	19
1.5. Strona popytowa wpływu globalizacji na zdrowie	21
1.6. Strona podażowa wpływu globalizacji na zdrowie	36
1.7. Inicjatywy WHO	66
1.8. Wyzwania stojące przed narodowymi systemami ochrony zdrowia	67
Podsumowanie	70
Bibliografia	72
Akty prawne	80
Rozdział 2. Podejmowane działania reformatorskie w systemach ochrony zdrowia	81
2.1. Presja na wprowadzanie reform w systemach ochrony zdrowia	81
2.2. Wpływy Banku Światowego na reformy ochrony zdrowia	82
2.3. Skala wysiłków reformatorskich	84
2.4. Przyczyny reform	86
2.5. Kierunki reform	87
2.6. Trzy dominujące kierunki zmian w systemach ochrony zdrowia	96
2.7. Reformy polskiego systemu ochrony zdrowia na tle doświadczeń międzynarodowych	101
2.8. Reformy szpitali	103

2.9. Restrukturyzacja szpitali w Polsce	120
2.10. Rezultaty działań reformatorskich na świecie	134
2.11. Rezultaty działań reformatorskich w Polsce	142
2.12. Poszukując nowych rozwiązań	143
Podsumowanie	144
Bibliografia	146
Akty prawne	157
Rozdział 3. Zarządzanie zmianą	158
3.1. Zmiana organizacyjna	159
3.2. Zarządzanie zmianą	163
3.3. Zmiana w dużych organizacjach	198
3.4. Opór przeciwko zmianie	203
3.5. Praca z oporem wobec zmian	211
3.6. Proces wprowadzania zmiany w organizacji – liderzy i ich rola w tym procesie	213
Podsumowanie	234
Bibliografia	235
Rozdział 4. Proces przekształcania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe	245
4.1. Przyczyny przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej	245
4.2. Procedura przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe	246
4.3. Niektóre warunki brzegowe powodzenia procesu przekształcania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe	260
4.4. Procedura przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe – perspektywa agenta zmiany	264
4.5. Praca z oporem wobec zmiany	281
Podsumowanie	286
Bibliografia	287
Akty prawne	288

Rozdział 5. Proces restrukturyzacji spółek kapitałowych	289
5.1. Diagnoza organizacji	289
5.2. Proponowany proces leczenia	294
5.3. Narzędzia możliwe do zastosowania w procesie restrukturyzacji spółek	306
5.4. Określanie strategii i budowanie planu strategicznego spółki	309
5.5. Wdrażanie planu strategicznego.....	310
Podsumowanie	312
Bibliografia	313
Akty prawne	315
Rozdział 6. W kierunku szpitala przyszłości.....	316
6.1. Zmiana jako jedyny trwały element	316
6.2. W kierunku szpitala XXI wieku	319
6.3. Polskie uwarunkowania	335
Podsumowanie.....	336
Bibliografia	337
Zakończenie	341
Spis rysunków	342
Spis tabel	343
Aneks	345

WPROWADZENIE

Uchwalona dnia 15 kwietnia 2011 r. ustawa o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654) wprowadziła rozwiązania, które mają uczynić proces przekształcania zadłużonych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe prawie automatycznym.

Konieczność przekształcania zadłużonych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, którym podmiot tworzący nie pokryje ujemnego wyniku finansowego, stanowi duże wyzwanie zarówno dla kierujących takimi zakładami menedżerów, jak i samych podmiotów tworzących.

Zaistniała sytuacja stała się inspiracją do napisania tej książki, której celem jest przedstawienie procesu przekształceń samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej (SPZOZ) w spółki z ograniczoną odpowiedzialnością i spółki akcyjne oraz umieszczenie go w szerszych ramach zjawisk dokonujących się na rynku zdrowia (włączając w to zmiany na poziomie globalnym), jak również wskazanie na użyteczne podejścia i narzędzia, które mogą (i powinny) być wykorzystane w procesie przekształceń.

Podstawowym przesłaniem książki jest stwierdzenie, że zmiana formy organizacyjno-prawnej samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej – choć ważna – jest jedynie etapem na drodze do rzeczywistej restrukturyzacji spółki.

Opracowanie, odwołując się do doświadczeń międzynarodowych, pokazuje, że reformy narodowych systemów ochrony zdrowia muszą mieć charakter kompleksowy, to znaczy obejmować wszystkie trzy elementy systemu (lub podstawowe funkcje systemu ochrony zdrowia¹): organizowanie i zarządzanie, udzielanie świadczeń oraz finansowanie świadczeń zdrowotnych. Planowane przekształcenia SPZOZ w spółki

¹ D. Chernichovsky, *Health Care Reforms in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm*, The Millbank Quarterly 1995, Vol. 73, No. 3, s. 339–372.

kapitałowe w takim kontekście mają wąski wymiar, ponieważ sytuują się tylko w jednym obszarze: organizowanie i zarządzanie, a ponadto dotyczą tylko zmiany formy organizacyjno-prawnej podmiotów prowadzących działalność leczniczą.

Spółki po ich powstaniu będą zatem musiały szybko przystąpić do budowania strategii zawierającej projekty restrukturyzacji, tak aby spółka mogła odzyskać płynność finansową oraz zdolność do rozwoju. To z kolei wymaga posiadania przez spółkę zdolności do zaprojektowania i wprowadzenia zmian organizacyjnych.

Drugim przesłaniem książki jest ukazanie konieczności otwarcia się zakładów opieki zdrowotnej na zmiany dokonujące się zarówno w ich otoczeniu bliższym, jak i dalszym. Są mocne podstawy, by twierdzić, że w warunkach dużych zawirowań w otoczeniu szanse na trwanie i rozwój będą miały organizacje szybko reagujące na zmiany, a zatem skłonne i zdolne do ich przeprowadzania. Akceptacja takiego podejścia implikuje z kolei konieczność dokonania istotnych zmian w kulturze organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej (spółki prowadzącej działalność leczniczą) czy wręcz budowania nowej kultury organizacyjnej.

To, co powyżej, kieruje nas ku trzeciemu przesłaniu książki, którym jest konieczność przekształcania nowo tworzonych spółek w organizacje, które będą miały cechy skutecznych współczesnych organizacji, czyli między innymi zdolność do uczenia się.

Publikacja składa się z sześciu rozdziałów. Rozdział 1. *Determinanty zmian organizacyjnych w zakładach opieki zdrowotnej w drugim dziesięcioleciu XXI wieku* przedstawia wybrane czynniki z otoczenia dalszego podmiotów prowadzących działalność leczniczą (z zakładów opieki zdrowotnej), które zmuszają je do opracowywania, a potem wdrażania projektów restrukturyzacyjnych. Rozdział ten proponuje autorskie ujęcie wpływu globalizacji na rynek zdrowia od strony popytu i podaży, prezentując wybrane kluczowe tendencje i trendy, które mogą mieć wpływ na narodowe rynki zdrowia. Sporo miejsca poświęcono nowym możliwościom tworzonym przez internet, a związanym z podażą świadczeń i usług zdrowotnych. Na tle tych zjawisk (i wyzwań) prezentowane są wpływy dwóch liczących się interesariuszy narodowych systemów ochrony zdrowia: Banku Światowego (WB) oraz Międzynarodowego Funduszu Walutowego (IMF) na kierunki reform narodowych systemów ochrony zdrowia.

W rozdziale 2. zatytułowanym *Podjęmowane działania reformatorskie w systemach ochrony zdrowia* zaprezentowane są kierunki refor-

mowania narodowych systemów ochrony zdrowia opisywane i analizowane w światowej literaturze przedmiotu. Zastosowanych podejść i wykorzystanych narzędzi jest tu dużo, ale można wyróżnić trzy podstawowe kierunki zmian w narodowych systemach ochrony zdrowia: dążenie do poszerzania zakresu dostępu do świadczeń zdrowotnych, wprowadzanie na szeroką skalę rozwiązań racjonalizujących wydatki na zdrowie oraz poszerzanie zakresu stosowania rozwiązań i mechanizmów rynkowych w działaniu systemów ochrony zdrowia. W tym rozdziale szczególną uwagę poświęcono kwestii restrukturyzacji szpitali. Doświadczenia światowe w reformowaniu szpitali publicznych dają się sprowadzić do trzech kierunków: usamodzielniania szpitali, korporatyzacji szpitali publicznych oraz zmian w sposobach organizowania pracy szpitali.

Wyniki działań reformatorskich, choć intensywne i zróżnicowane, nie są satysfakcjonujące (gdyż nie likwidują podstawowego problemu, jakim jest nierównowaga między środkami na finansowanie świadczeń zdrowotnych a kosztami tych świadczeń), co sprawia, że proces reformowania narodowych systemów ochrony zdrowia ma charakter permanentny. Zatem podmioty prowadzące działalność leczniczą muszą cechować się skłonnością i zdolnością do projektowania i wprowadzania zmian organizacyjnych.

Tej tematyce poświęcony jest rozdział 3. *Zarządzanie zmianą*. Zamyślem jego powstania jest pomoc menedżerom szpitali oraz doskonalenie ich umiejętności w projektowaniu i wprowadzaniu zmian organizacyjnych. Prezentowane są tu zatem kluczowe (podręcznikowe) elementy zmiany organizacyjnej ilustrowane przykładami pochodzącymi z reform sektora ochrony zdrowia w różnych państwach. Zmiana organizacyjna jest przedstawiana w klasycznym ujęciu: od określenia czynników prowadzących do zmian poprzez zarządzanie zmianą (typy zmian organizacyjnych, modele zmian – w tym preferowany model Burke’a-Litwina – analiza pola wpływów Lewina, rozumienie zmian organizacyjnych w podejściu *organisation development*), aż do zmian w dużych organizacjach. Sporo miejsca poświęcono zagadnieniom oporu wobec zmian i pracy z oporem wobec zmian z odwołaniem się do specyficznych warunków systemu ochrony zdrowia oraz roli menedżerów w planowaniu i wprowadzaniu zmiany organizacyjnej. W podejściu do zarządzania zmianą w sektorze ochrony zdrowia preferowane są podejścia inkrementalne oraz proaktywne, związane z *organisation development* czy *action learning*.

Rozdział 4. *Proces przekształcania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe* przedstawia schemat przekształceń SPZOZ ze szczególnym uwzględnieniem przekształcania samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki z ograniczoną odpowiedzialnością i spółki akcyjne. Planowane do przeprowadzenia zmiany przedstawiane są w układzie zgodnym z modelem Burke’a-Litwina i z tej właśnie perspektywy formułowane są wskazania kierowane do agentów tej zmiany. W tej części opracowania podano narzędzia możliwe do wykorzystania w procesie przekształceń SPZOZ, takie jak mapa interesariuszy oraz analiza pola wpływów Lewina. Antycypowane są również źródła oporu przed przekształceniem SPZOZ w spółkę kapitałową i opisane sposoby zmiany tej sytuacji. W rozdziale tym wykazuje się, że samo przekształcenie SPZOZ w spółki nie rozwiązuje najważniejszego i najbardziej aktualnego problemu, jakim jest (znow) rosnący poziom zobowiązań ogółem i zobowiązań wymagalnych SPZOZ.

Wątek niezbędnych do przeprowadzenia (dalszych) zmian jest rozwinięty w rozdziale 5. *Proces restrukturyzacji spółek kapitałowych*. Przedstawia on – w skomprimowanej formie – podstawowe narzędzia do przeprowadzania analizy strategicznej spółek oraz kroki i procedury wykorzystywane w tym procesie. Prezentowane są te klasyczne narzędzia z zarządzania strategicznego, które mogą (i powinny) być stosowane przy analizie spółek prowadzących działalność leczniczą (PEST, analiza kluczowych czynników sukcesu), jak również cztery obszary potencjalnych działań restrukturyzacyjnych w spółkach, którymi są: zakres działania spółki, finanse, zatrudnienie oraz struktura organizacyjna.

Ostatni, 6. rozdział zatytułowany *W kierunku szpitala przyszłości* stanowi próbę zdefiniowania kilku warunków powodzenia spółki prowadzącej działalność leczniczą na rynku ochrony zdrowia w najbliższej przyszłości. Warunki te są związane z cechami, które powinien posiadać szpital przyszłości (spółka z ograniczoną odpowiedzialnością czy spółka akcyjna), by móc efektywnie reagować na nowe wyzwania płynące z otoczenia politycznego, ekonomicznego, demograficznego, technologicznego i społecznego, oraz radzić sobie w niepewnym otoczeniu. Chodzi o to, aby spółki umiały szybko pozyskiwać i przetwarzać informacje, uczyć się, tworzyć i rozpowszechniać nową wiedzę oraz nieustająco doskonalić swoje działania. Jednym z warunków do osiągnięcia tego stanu jest głęboka zmiana istniejącej lub (nawet) zbudowanie nowej kultury organizacyjnej spółki.

Książka została napisana na podstawie najnowszej literatury przedmiotu (włącznie z publikacjami, które w chwili pisania książki miały status: *in press*, *corrected proof*²) dostępnej w *ScienceDirect* oraz *Medline*, jak również w innych (w tym przypadku już ogólnie dostępnych) źródłach internetowych. W trosce o to, by książka oferowała nie tylko najbardziej aktualne treści z obszaru teorii nauk organizacji i zarządzania, ekonomii czy zdrowia publicznego, ale była również silnie osadzona w realiach polskiego systemu ochrony zdrowia, wykorzystane w niej zostały relewantne materiały z mediów drukowanych (na przykład Dziennik Gazeta Prawna, Rzeczpospolita, Gazeta Wyborcza czy Nasz Dziennik) oraz elektronicznych publikowanych w ostatnich tygodniach i miesiącach.

Publikacja adresowana jest w pierwszym rzędzie do kierujących samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej (podmioty lecznicze) oraz władz samorządowych powiatów i województw (podmioty tworzące), a więc tych podmiotów, które wkrótce będą aktywnie włączone w procesy przekształceń SPZOZ. Lektura książki przyniesie również korzyści studentom kierunku zarządzanie (w tym w szczególności specjalności zarządzanie administracją publiczną), ekonomia oraz zdrowie publiczne.

Wartością dodaną książki jest jej perspektywa oraz pole analizy. Sposób, w jaki są klasyfikowane i prezentowane zjawiska zachodzące na globalnym rynku zdrowia, a mające wpływ na funkcje narodowych systemów ochrony zdrowia, ma walor autorski. Książka jest pierwszym opracowaniem, które planowane w polskim systemie ochrony zdrowia zmiany, polegające na przekształcaniu zadłużonych samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej w spółki kapitałowe, lokuje na tle zmian dokonujących się na światowym rynku zdrowia oraz doświadczeń międzynarodowych w reformowaniu szpitali. Publikacja jest konsekwentnie profilowana pod kątem potrzeb menedżerów polskich szpitali i oferuje takie podejścia i narzędzia w zarządzaniu zmianą, które zostały już pozytywnie zweryfikowane w procesie reformowania systemów ochrony zdrowia w innych państwach, a które mogą być stosowane również w Polsce. Na interesującą perspektywę przyjętą w tej pracy składają się również wybory preferowanych metod i narzędzi. Promowane są

² Na przykład: S. Hilger, S. Mankel, A. Richter, *The use and effectiveness of top executive dismissal*, *The Leadership Quarterly* 2012, In Press, Corrected Proof, Available online 4 August 2012.

tu bowiem proaktywne podejścia do projektów restrukturyzacji spółek i całego sektora ochrony zdrowia, takie jak *organisation development* czy *action learning*, które wydają się najlepiej korespondować z inkrementalnym podejściem do wprowadzania zmian w spółkach prowadzących działalność leczniczą.

Dokonywane w książce analizy i oceny dotyczą stanu prawnego obowiązującego na dzień 1 października 2012 roku.

Dr hab. Jacek Klich
Profesor Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie
Katedra Gospodarki i Administracji Publicznej
Kraków, 30 października 2012 r.

————— Rozdział 1 —————

DETERMINANTY ZMIAN ORGANIZACYJNYCH W ZAKŁADACH OPIEKI ZDROWOTNEJ W DRUGIM DZIESIĘCIOLECIU XXI WIEKU

Zakłady opieki zdrowotnej¹ – podobnie jak inne podmioty gospodarcze – funkcjonują w otoczeniu, które coraz dynamiczniej się zmienia. Zmiany zachodzą zarówno w otoczeniu bliższym, jak i w otoczeniu dalszym zakładów opieki zdrowotnej, na które z kolei coraz większy wpływ ma globalizacja. W pewnej opozycji do tradycyjnego podejścia do analizy strategicznej zakładu opieki zdrowotnej, które akcentuje wagę (i skupia wysiłki na analizie) otoczenia bliższego zakładu, poniższe ujęcie proponuje w większym zakresie prześledzić zjawiska i trendy występujące na poziomie globalnym i mające korzenie w procesach globalizacji. W sensie ścisłym nie jest to alternatywne, ale raczej komplementarne podejście do analizy strategicznej zakładu opieki zdrowotnej.

Celem tego rozdziału jest przedstawienie najważniejszych czynników z otoczenia dalszego podmiotów wykonujących działalność leczniczą, zmuszających je do opracowywania i wdrażania projektów restrukturyzacyjnych. Będą one ujmowane z perspektywy zjawisk oraz zmian zachodzących na poziomie globalnym i przedstawiane w dwóch per-

¹ „Zakład opieki zdrowotnej” to termin, który od dziesięcioleci funkcjonuje w polskim systemie ochrony zdrowia i jest powszechnie akceptowany. Na potrzeby tej książki będzie on używany wymiennie z pojęciem „świadczeniodawca” oraz „podmiot wykonujący działalność leczniczą”, zgodnie z zapisem ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 z późn. zm.). Będą to zatem przedsiębiorcy, samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, kościoły, kościelne osoby prawne oraz związki wyznaniowe, w zakresie, w jakim wykonują działalność leczniczą (art. 4) oraz praktyki zawodowe (jednoosobowe i grupowe praktyki lekarskie i pielęgniarские – art. 5).

spektywach ich wpływu na rynek świadczeń zdrowotnych²: podażowej i popytowej. Taki obraz zostanie wzbogacony krótką prezentacją dwóch liczących się interesariuszy³ narodowych systemów ochrony zdrowia – Banku Światowego (WB) i Międzynarodowego Funduszu Walutowego (IMF) – oraz zarysowaniem wpływu, jaki WB wywiera na kierunki reform narodowych systemów ochrony zdrowia.

W rozdziale tym rysuje się wielość tendencji i trendów występujących na poziomie globalnym, które powinny być uwzględniane (stosownie do ich wagi i siły wpływu) przez polskie zakłady opieki zdrowotnej przygotowujące swoje programy restrukturyzacyjne.

1.1. Globalizacja a zdrowie i sektor ochrony zdrowia

Procesy globalizacji są przedmiotem zainteresowania wielu badaczy reprezentujących różne dyscypliny. Znamienne jest, że wśród nich relatywnie niski jest udział tych, którzy reprezentują dyscyplinę zarządzania i specjalizują się w sektorze ochrony zdrowia⁴.

Może to dziwić choćby z tej przyczyny, że sektor ochrony zdrowia stanowi ważny i zyskujący na znaczeniu komponent gospodarek narodowych. Według szacunków Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) pośredni i bezpośredni udział usług zdrowotnych oraz sektorów produkujących na potrzeby sektora ochrony zdrowia w światowym produkcie globalnym brutto wynosił około 20%⁵. To pokazuje, że stanowi on bardzo ważny element światowej gospodarki⁶. Formułuje się przy tym

² Pojęcie świadczenia zdrowotnego w znaczeniu nadanym mu w art. 2 ustawy o działalności leczniczej będzie na użytek tej książki używane wymiennie z usługą zdrowotną.

³ Interesariusz to osoba fizyczna lub prawna, która w sposób bezpośredni lub pośredni wpływa na organizację.

⁴ Sektor ochrony zdrowia jest tu rozumiany szeroko jako część gospodarki, która oferuje usługi i produkty służące promowaniu, zachowaniu, poprawie i przywracaniu zdrowia członków danej populacji.

⁵ OECD Observer, *Healthcare Expenditure*, December 2001.

⁶ O tym, że sektor ochrony zdrowia stanowi jeden z najważniejszych i najszybciej rozwijających się sektorów gospodarki, mówią również analizy organizacji branżowych czy organizacji III sektora, zob. np. *Comparing Projected Growth in Health Care Expenditures and the Economy*, The Henry J. Kaiser Family Foundation, May 2006, <http://www.kff.org/insurance/snapshot/chcm050206oth2.cfm>, data pobrania: 11 lipca 2012 r.

twierdzenie, że to od rozwoju sektora ochrony zdrowia w istotnym stopniu zależy wzrost PKB danego kraju⁷. Co więcej, udział sektora ochrony zdrowia tak w światowym PKB, jak i w narodowych gospodarkach niezmienne rośnie.

Według innych szacunków WHO na świadczenia zdrowotne wydawanych jest w skali roku około 4,1 biliona dolarów, z czego około 750 miliardów dolarów to wydatki na zakup leków⁸.

Argumentem potwierdzającym bardzo duże znaczenie sektora ochrony zdrowia w światowej gospodarce może być zachowanie wielkiego kapitału, który w końcówce lat 80. i na początku lat 90. ubiegłego wieku bardzo intensywnie inwestował w tym sektorze⁹.

Można zatem przyjąć, że sektor ochrony zdrowia jest coraz ważniejszą składową narodowych gospodarek. Jako taki sektor ochrony zdrowia uczestniczy w procesach globalizacji zarówno biernie (podlegając jej procesom), jak i czynnie (współtworząc te procesy). Wydaje się zasadne, aby przedstawić bliżej wybrane obszary tego wpływu.

1.2. Pojęcie globalizacji

Jak słusznie wskazują Dreher i in., istnieje wiele definicji globalizacji i trudno jest wskazać na taką, która byłaby szeroko akceptowana¹⁰. W zależności od dyscypliny reprezentowanej przez danego autora globalizacja może być określana jako postępująca integracja rynków i państw narodowych oraz rozprzestrzenianie się postępu technologicznego¹¹, wzrastające rozpowszechnianie się idei i technologii¹², trans-

⁷ Economy Watch, *Health Care Industry*, 30 June 2010, <http://www.economywatch.com/world-industries/health-care/>, data pobrania: 11 lipca 2012 r.

⁸ WHO, *Medicines: corruption and pharmaceuticals*, Fact sheet, No. 335, December 2009, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs335/en/>, data pobrania: 12 lipca 2012 r.

⁹ C. Iriart, T. Franco, E.E Merhy, *The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era*, Globalization and Health 2011, Vol. 7, Issue 2.

¹⁰ A. Dreher, N. Gaston, P. Martens, *Measuring Globalisation. Gauging its Consequences*, Springer 2008, s. 1.

¹¹ T.L. Friedman, *The Lexus and the Olive Tree*, Farrar Straus Giroux, New York 1999.

¹² M. Albrow, *The Global Age: State and Society Beyond Modernity*, Stanford University Press 1997.

formacja ekonomicznych, politycznych i kulturalnych fundamentów społeczeństw¹³ czy – w ujęciu skrajnym – zagrożenie dla państw narodowych¹⁴.

Pomijając prezentację różnic w podejściu poszczególnych autorów i bardziej szczegółowe ich przedstawianie, na potrzeby tej książki przyjmuje się, że globalizacja jest wzmacniającym się procesem występującym w gospodarce światowej, a charakteryzującym się (między innymi) wzrastającym przepływem dóbr, kapitałów i siły roboczej w skali ogólnoświatowej, bazującym na rozwoju transportu, komunikacji, telekomunikacji oraz szybkim przepływie informacji¹⁵.

1.3. Globalizacja a zdrowie

Procesy globalizacji z definicji (ze względu na ich zasięg, skalę czy intensywność) oddziałują na zdrowie populacji i indywidualnych osób, a związki i relacje między procesami globalizacji a zdrowiem i systemami ochrony zdrowia badane są i opisywane w literaturze z obszaru nauk medycznych już od kilkunastu lat. Powstanie nowego czasopisma naukowego poświęconego wyłącznie tym zagadnieniom¹⁶ oraz dość liczne opracowania książkowe dotyczące globalizacji i zdrowia¹⁷ dają podstawę do twierdzenia, że problematyka relacji między procesami globalizacji i zdrowiem przyciąga uwagę coraz większej liczby badaczy.

Wpływ globalizacji na zdrowie jest wielowymiarowy, a pole zagadnień, jakie w ramach takich analiz są podejmowane – bardzo szerokie. Z uwagi na cel i charakter tej książki zachodzi zatem potrzeba zawęże-

¹³ J.H. Mittelman, *The Globalization Syndrome: Transformation and Resistance*, Princeton University Press, Princeton 2000.

¹⁴ U. Beck, *What is Globalization?*, Polity Press 2000.

¹⁵ Definicja ta wyraźnie nawiązuje do encyklopedycznej definicji globalizacji, zob. *Encyklopedia zarządzania*, <http://mfiles.pl/pl/index.php/Globalizacja>, data pobrania: 11 lipca 2012 r.

¹⁶ Od kwietnia 2005 r. ukazuje się *Globalization and Health*. Jest recenzowanym (*peer-reviewed*), wydawanym online i afiliowanym przy London School of Economics czasopismem naukowym. Stanowi międzynarodowe forum do przedstawiania oryginalnych artykułów, toczenia debat i dyskusji na temat pozytywnych i negatywnych efektów globalizacji dotyczących zdrowia indywidualnego i zdrowia populacji (zdrowie publiczne).

¹⁷ Jako przykład może tu służyć praca: I. Kawachi, S. Wamala (red.), *Globalization and Health*, Oxford University Press 2007.

nia obszaru refleksji. Globalizacja będzie więc redukowana do wpływu na narodowe systemy ochrony zdrowia.

Na potrzeby tej książki, zgodnie z duchem definicji WHO, system ochrony zdrowia będzie definiowany jako wszystkie organizacje, instytucje i zasoby, których podstawowym celem jest poprawa zdrowia.

Za Bankiem Światowym (WB) wśród kluczowych elementów systemu ochrony zdrowia można pomieścić: finansowanie systemu, regulacje prawne określające współpracę sektora publicznego i prywatnego w systemie, system zarządzania (*governance*), ubezpieczenia zdrowotne, logistykę, opłaty za udzielone świadczenia zdrowotne, motywatory, system informacji, dobrze wyszkolony personel, podstawową infrastrukturę oraz dostawy¹⁸.

W ujęciu wąskim system ochrony zdrowia może być sprowadzony do pięciu elementów: finansowania, opłacania świadczeń, organizacji, regulacji oraz zachowań podmiotów/elementów motywowania¹⁹.

Za Chernichovskim za podstawowe funkcje systemu ochrony zdrowia przyjmujemy: organizowanie i zarządzanie, świadczenie usług oraz finansowanie usług²⁰.

1.4. Kierunki oddziaływania globalizacji na zdrowie

Uznając wagę i znaczenie wpływu procesów globalizacji na zdrowie²¹ i narodowe systemy ochrony zdrowia²², należy zidentyfikować najważniejsze kanały i efekty wpływu globalizacji na zdrowie indywidualnych osób, zdrowie populacji (zdrowie publiczne) oraz na zakłady opieki zdrowotnej.

¹⁸ S. Weber, K. Brouhard, P. Berman, *Synopsis of Health Systems Research Across The World Bank Group from 2000 to 2010 (Draft Report)*, The World Bank, November 2010, s. 4.

¹⁹ M. Roberts, W. Hsiao, P. Berman, M. Reich, *Getting Health Reform Right*, Oxford University Press 2008.

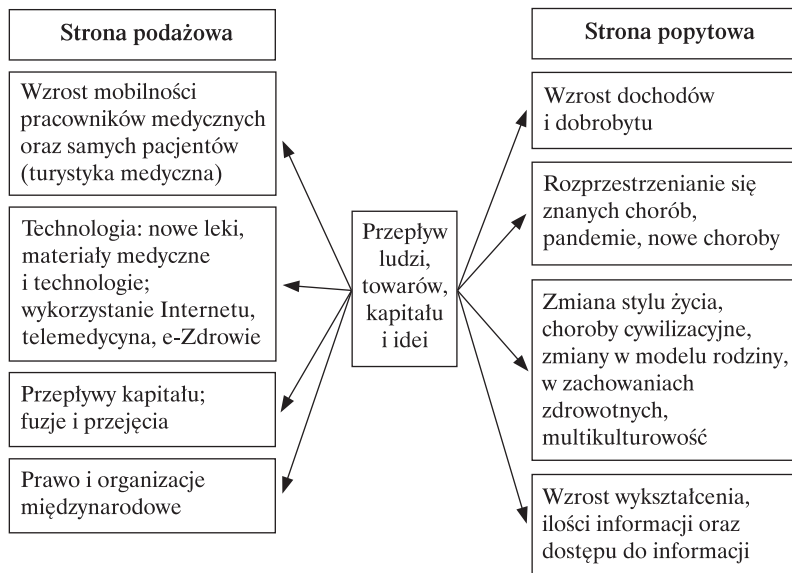
²⁰ D. Chernichovsky, *Health Care Reforms in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm*, The Millbank Quarterly 1995, Vol. 73, No. 3, s. 339–372.

²¹ Przegląd głównych nurtów w badaniach nad wpływem globalizacji na zdrowie można znaleźć w: J. Klich, *Globalizacja usług zdrowotnych*, Gospodarka Narodowa 2008, nr 4, s. 21–40.

²² Jak wskazują Kawachi i Wamala, nie ma w chwili obecnej zgody badaczy co do tego, czy wpływ globalizacji na zdrowie jednostek i populacji jest *per saldo* pozytywny czy negatywny (I. Kawachi, S. Wamala (red.), *Globalization..., passim*).

Do analizowania wpływu globalizacji i zjawisk, trendów i tendencji, które się uzewnętrzniają na poziomie ponadnarodowym, można wykorzystać schemat przedstawiony na rysunku 1.1. Pokazuje on dwa podstawowe kanały wpływu, jakie procesy globalizacji mogą wywierać na rynek świadczeń zdrowotnych: podażowy i popytowy.

Rysunek 1.1. Kierunki oddziaływania globalizacji na zdrowie



Źródło: opracowanie własne.

Przyjęcie takiej dualnej perspektywy do analizowania wpływu globalizacji na zdrowie jest ze swojej istoty uproszczeniem, gdyż nieco na marginesie sytuuje tak istotne zjawiska, jak rosnąca dysproporcja w dostępie do świadczeń zdrowotnych ze względu na miejsce zamieszkania (miasto *versus* wieś) oraz ze względu na poziom dochodów (bogaci *versus* biedni), które obok kilku innych stanowią niekorzystne rezultaty globalizacji²³, ale ostro zarysuje występujące tu zjawiska i tendencje.

²³ T.J.B. Dummer, I.G. Cook, *Health in China and India: A cross-country comparison in a context of rapid globalisation*, Social Science & Medicine 2009, Vol. 67, Issue 4, s. 590–605.

W ujęciu podażowym globalizacja postrzegana jest jako proces prowadzący do poszerzenia oferty podmiotów leczniczych kierowanych do pacjentów między innymi przez oferowanie nowych produktów leczniczych, urządzeń medycznych, technologii i procedur medycznych oraz innowacyjnych sposobów organizowania świadczeń medycznych.

Od strony popytowej globalizacja może oddziaływać na zdrowie bezpośrednio (pojawianie się nowych chorób, pandemie) oraz pośrednio (poprzez zmiany w stylu życia i w zachowaniach zdrowotnych).

W pewnym uproszczeniu można powiedzieć, że procesy globalizacji prowadzą tak do zwiększania zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne, jak i do poszerzania oferty zakładów opieki zdrowotnej.

1.5. Strona popytowa wpływu globalizacji na zdrowie

Oddziaływanie procesów globalizacji na popyt na świadczenia zdrowotne dokonuje się bezpośrednio poprzez wzrost dochodów i dobrobytu oraz rozprzestrzenianie się znanych chorób, pandemie i pojawianie się nowych chorób mających swoją etiologię w zintensyfikowanych procesach globalizacji, procesach migracji ludzi i wymiany towarów i usług.

1.5.1. Wzrost dochodów i dobrobytu

Chociaż elastyczność cenowa popytu na usługi zdrowotne jest w porównaniu z innymi usługami niska, to można skutecznie dowodzić, że popyt na usługi zdrowotne wzrasta w miarę wzrostu dochodów.

Współcześnie, choć w różnym tempie, postęp dokonuje się we wszystkich państwach świata. Dane prezentowane przez WB (tabela 1.1) obrazujące dochód narodowy brutto w przeliczeniu na mieszkańca²⁴ w krajach o niskich i średnich dochodach w roku 2000 i 2009 pokazują, że mamy do czynienia ze wzrostem tego wskaźnika we wszystkich częściach świata. Wzrost bogactwa (wraz ze wzrostem do-

²⁴ *The Little Data Book on Private Sector Development*, The World Bank, 2011, http://www.wds.worldbank.org/external/default/WDSPContentServer/WDSP/IB/2011/08/16/000386194_20110816020033/Rendered/PDF/638460WDI0Exto0Box0361527B-0PUBLIC00.pdf, data pobrania: 4 lipca 2012 r.

stępu do informacji) skutkuje między innymi wzrostem popytu obywateli na świadczenia zdrowotne oraz ich oczekiwań co do jakości tych usług.

W sytuacji globalnej recesji obserwujemy zjawisko odwrotne: zmniejszania się efektywnego popytu na świadczenia zdrowotne (popyt potencjalny może się nawet zwiększać) i/lub zmniejszania się planów finansowych płatników²⁵.

Tabela 1.1. Dochód narodowy brutto *per capita** w wybranych regionach w 2000 r. i 2009 r. (w USD)

Region	2000	2009
Świat	5293	8732
Wschodnia Azja i rejon Pacyfiku**	902	3163
Europa i Azja Centralna**	1756	6793
Ameryka Łacińska i rejon Karaibów**	3831	7007
Środkowy Wschód i Północna Afryka**	1617	3597
Południowa Azja**	442	1107
Afryka Subsaharyjska**	488	1125

* Liczony według metody stosowanej w World Bank Atlas.

** Tylko państwa o niskim i średnim dochodzie. Ich lista dla wyróżnionych w tabeli regionów dostępna jest na s. 1 *The Little Data Book on Private Sector Development*, The World Bank, 2011.

Źródło: *The Little Data Book on Private Sector Development*, The World Bank, 2011, s. 2–8.

Zjawiska ekonomiczne kształtowane przez procesy globalizacji nie oddziałują jednokierunkowo na popyt na usługi zdrowotne, tzn. nie skutkują tylko wzrostem efektywnego popytu na usługi zdrowotne i produkty lecznicze. Trzeba pamiętać, że prowadzą one również do wzrostu kosztów, a więc i cen usług zdrowotnych, co z kolei ogranicza efektywny popyt na te usługi.

²⁵ Pod koniec września 2012 r. media donosiły, że wskutek zwiększania się liczby bezrobotnych tylko od stycznia do lipca 2012 r. do kasy NFZ wpłynęło 700 mln zł mniej, niż planowano, por. *Zabraknie pieniędzy. Kolejki do lekarza będą dłuższe*, Dziennik Gazeta Prawna, z 29 września 2012 r.

Wzrost kosztów wynika między innymi z przemian demograficznych, zwiększania się liczby osób objętych powszechnym ubezpieczeniem zdrowotnym, rozwoju technologii medycznych, pojawiania się innowacyjnych leków, wzrostu liczby lekarzy, inflacji na lekach i materiałach medycznych, wzrostu kosztów administrowania systemami opieki zdrowotnej itp.²⁶ Wzrost kosztów opieki zdrowotnej we wszystkich bez wyjątku państwach OECD²⁷ zmusił je do wprowadzania reform zorientowanych na wzrost efektywności i redukcję kosztów²⁸.

1.5.2. Rozprzestrzenianie się znanych chorób, nowe choroby, pandemie

Rozpowszechnianie się chorób cywilizacyjnych, które w części można łączyć z procesami globalizacji i występującymi globalnie, bezpośrednio przyczynia się do zwiększenia zapotrzebowania na świadczenia zdrowotne. Taka interpretacja może co prawda prowokować do dyskusji na temat etiologii chorób cywilizacyjnych, ale można uciec się do pośredniego wpływu globalizacji na zdrowie poprzez zmiany stylu życia (te zagadnienia będą sygnalizowane poniżej) i w ten sposób wykazać, że globalizacja prowadzi do zwiększenia zapotrzebowania na usługi zdrowotne.

W wykazywaniu takich zależności pomocny będzie paradygmat zdrowia Lalonde'a²⁹, według którego styl życia i zachowania zdrowotne mają decydujący wpływ na zdrowie populacji i zdrowie indywidualnych ludzi. Bardzo istotny jest też wpływ procesów globalizacji na środowisko przyrodnicze, w tym na zmiany klimatu³⁰.

²⁶ E. Mossialos, J. Le Grand (red.), *Health Care and Cost Containment in the European Union*, Aldershot, Ashgate 1999.

²⁷ J. Hartwig, *What drives health care expenditure? Baumol's model of 'unbalanced growth' revisited*, Journal of Health Economics 2008, Vol. 27, Issue 3, s. 603–623.

²⁸ B. McPake, L. Kumaranayake, C. Normand, *Health Economics: An International Perspective*, Routledge, London 2002.

²⁹ Według tej koncepcji zdrowie jest funkcją czterech zmiennych: biologii i genetyki, zachowań i stylu życia, środowiska (z czynnikami ekonomicznymi, społecznymi, kulturowymi i fizycznymi) oraz organizacji systemu ochrony zdrowia, zob. M.J. Wysocki, M. Miller, *Paradygmat Lalonde'a, Światowa Organizacja Zdrowia i Nowe Zdrowie Publiczne*, Przegląd Epidemiologiczny 2003, t. 57, nr 3, s. 505–512.

³⁰ Public Health Agency of Canada, *Sustainable Development in Public Health: A long term journey begins*, Public Health Agency of Canada Sustainable Development

WzmóŜona mobilnoŝć ludzi – cecha globalizującego się ŝwiata – sprzyja przenoszeniu się chorób. Choroby znane, ale występujące do tej pory lokalnie, pojawiają się na obszarach, na których do tej pory nie występowały. Na przykład choroby występujące w Afryce są przenoszone do USA. W 2007 r. odnotowano w tym kraju 1505 przypadków malarii w szeŝciu regionach: Nowym Jorku oraz w pięciu stanach: New Jersey, Kalifornia, Texas, New York i Maryland³¹. W sierpniu 2012 r. w hrabstwie Dallas zanotowano 175 przypadków gorączki Zachodniego Nilu, z czego dziewięć okazało się ŝmiertelnych³². Gorączka Zachodniego Nilu jest przenoszona przez komary, objawy ma podobne do zwykłej grypy i zazwyczaj stosunkowo lekko się ją przechodzi. U części ludzi moŜe mieć ciężki przebieg i moŜe prowadzić do ŝmierci. Innym przykładem nowej choroby na obszarze USA i Kanady były przywleczone w latach 80. minionego wieku przypadki choroby wywołanej bakterią *Listeria monocytogenes*³³.

Zjawisko przenoszenia się chorób na nowe kontynenty jest przedmiotem zainteresowania WHO. W związku z rosnącą liczbą podróŜujących organizacja ta prowadzi akcję informacyjną kierowaną do turystów, której zadaniem jest uŝwiadamianie potencjalnych zagroŜeń dla zdrowia w podróŜy (samolot, statek) i w miejscach planowanego pobytu oraz informowanie o sposobach profilaktyki i prewencji³⁴.

1.5.2.1. Wymiana handlowa a rozprzestrzenianie się chorób

Transfer chorób nie jest związany tylko z migracjami ludzi, ale równieŜ z intensyfikacją wymiany handlowej. W tym miejscu moŜna wskazać tylko na dwa aspekty wymiany towarowej mające bezpoŝrednie przełoŜenie na zdrowie populacji.

Pierwszy dotyczy obrotu handlowego produktami szkodliwymi dla zdrowia, a drugi bezpieczeŝstwa ŝywnoŝci.

Strategy 2007–2010, <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sds-sdd/sds-sdd2-b-eng.php>, data pobrania: 2 sierpnia 2012 r.

³¹ Centers for Disease Control and Prevention, *Malaria Surveillance in the United States*, <http://www.cdc.gov/features/dsmalariasurveillance/index.html>, data pobrania: 21 lipca 2012 r.

³² *Atak gorączki Zachodniego Nilu w Dallas. Ogłoszono stan wyjątkowy*, Gazeta Wyborcza z 10 sierpnia 2012 r.

³³ J.R. Hodges, A.M. Kimball, *The global diet: trade and novel infections*, Globalization and Health 2005, Vol. 1, Issue 4.

³⁴ WHO, *International Travel and Health*, 2012.

1.5.2.1.1. Handel produktami szkodliwymi dla zdrowia

Intensyfikacja wymiany handlowej w skali świata skutkuje nie tylko rozprzestrzenianiem się znanych chorób. Zagroženiem dla ludzkiego zdrowia mogą być również produkty dopuszczone do obrotu, których konsumpcja stwarza zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia człowieka. Tu podręcznikowym przykładem są wyroby tytoniowe, a pouczający (i budzącym spore emocje) jest przykład Korei Południowej.

W 1988 r. państwo to otworzyło swój rynek dla międzynarodowych koncernów tytoniowych. Firmy zastosowały strategię, w której główną grupę docelową (*target group*) stanowiły młode kobiety. Interesujące, że pomimo braku społecznej akceptacji dla palących młodych kobiet w społeczeństwie południowokoreańskim wskutek zintensyfikowanej strategii reklamowej udział młodych kobiet wśród tamtejszych palaczy wzrósł z 1,6% w 1988 r. do 13% w 1998 r.³⁵ Przykład ten pokazuje równocześnie, jak negatywne konsekwencje może mieć ekspansja obcych wzorców kulturowych i konsumpcjonizmu.

1.5.2.1.2. Bezpieczeństwo żywności

Intensywna wymiana handlowa rodzi problemy przede wszystkim dotyczące bezpieczeństwa żywności. Presja na masową produkcję mięsa doprowadziła do pojawienia się procesów wymuszających kompromisy co do bezpieczeństwa. Związane jest to ze stosowaniem substancji antybakteryjnych, hormonów przyspieszających przyrost masy mięśniowej czy złą infrastrukturą sanitarną w niektórych państwach produkujących żywność. Niektóre choroby zakaźne związane są bezpośrednio z handlem żywnością. Przykładem może tu być salmonella, która jest znana od dawna i tradycyjnie łączona z takimi produktami żywnościowymi, jak drób, jajka, surowe mięso czy produkty mleczne. Okazuje się jednak, że – między innymi wskutek intensyfikacji wymiany – przenosi się ona na orzechy, warzywa oraz owoce i staje się coraz bardziej odporna na znane antybiotyki.

Wejściu na globalne rynki lokalnych producentów żywności z państw rozwijających się, gdzie standardy dotyczące czystości nie zawsze były zachowywane, towarzyszyło pojawienie się mało znanego drobnoustro-

³⁵ K. Lee, C. Carpenter, C. Challa, S. Lee, G.N. Connolly, H.K. Koh, *The strategic targeting of females by transnational tobacco companies in South Korea following trade liberalization*, Globalization and Health 2009, Vol. 5, Issue 2.

ju *Cyclospora cayetanensis*. Znany jest od 1970 r. Odkryto go najpierw wśród turystów, a potem szybko się rozprzestrzenił w USA i Kanadzie. Po bliższych analizach okazało się, że źródłem *Cyclospora cayetanensis* były maliny importowane z Gwatemali³⁶.

Listę chorób towarzyszących rozwojowi wymiany handlowej można jeszcze bardziej poszerzać, choćby o nowe szczepy *Escherichia coli* O157:H7³⁷.

1.5.2.2. Nowe choroby

Obok zjawiska przenoszenia się i intensyfikacji znanych już chorób obserwujemy też występowanie nowych. Przypisywanie pojawiania się nowych chorób zjawiskom globalizacji jest metodologicznie nieco ryzykowne, a to z powodu złożonej etiologii chorób.

Można jednak – z odpowiednimi zastrzeżeniami – wskazać na takie, których pojawienie się można powiązać pośrednio z procesami wzrastającej migracji ludzi oraz towarów, a także – gdy mowa o wzorcach społecznych i kulturowych – globalizacji idei. Do grupy chorób pośrednio związanych z globalizacją można byłoby zaliczyć AIDS (która po raz pierwszy została odnotowana w 1981 r. i rozpoczęła swoją tryumfalną ekspansję na inne kontynenty), chorobę legionistów (odnotowaną po raz pierwszy w 1978 r.), chorobę z Lyme (boreliozę z Lyme – 1975 r.) czy zespół płucny wywołany przez hantawirusy (1993 r.)³⁸. Obok tych chorób, które pośrednio można wiązać z globalizacją, spotykamy obecnie i takie, które wprost stanowią skutek uboczny przemian społecznych intensyfikowanych procesami globalizacji, takie jak zespół przewlekłego zmęczenia (1985 r.) czy zespół wstrząsu toksycznego (1978 r.).

Lista nowych szczepów znanych wirusów czy pojawianie się nowych jest długa i nie ma tu miejsca (ani potrzeby) na jej rozbudowywanie.

Pozostając przy wątku nowych chorób, trzeba wspomnieć o chorobie szalonych krów (chorobie Creutzfeldta-Jakoba) rozprzestrzeniają-

³⁶ J.R. Hodges, A.M. Kimball, *The global diet..., passim*.

³⁷ B.P. Bell, M. Goldoft, P.M. Griffin, M.A. Davis, D.C. Gordon, P.I. Tarr, C.A. Bartleson, J.H. Lewis, T.J. Barrett, J.G. Wells, *et al.*, *A multistate outbreak of Escherichia coli O157:H7-associated bloody diarrhea and hemolytic uremic syndrome from hamburgers. The Washington experience*, *The Journal of the American Medical Association* 1994, Vol. 272, No. 17, s. 1349–1353.

³⁸ R. Levins, T. Awerbuch, U. Brinkmann, I. Eckardt, P. Epstein, N. Mackhoul, C. Albuquerque de Possas, C. Puccia, A. Spielman, M.E. Wilson, *The Emergence of New Diseases*, *American Scientist* 1994, Vol. 82, No. 1, s. 52–60.

cej się w latach 90. ubiegłego wieku w Europie³⁹. Jej etiologia wiąże się z obu przejawami globalizacji, tj. przepływami (migracjami) ludzi oraz intensyfikacją handlu. Liczne przypadki zarażeń były nagłaśniane przez media.

Na koniec warto zwrócić uwagę na przyspieszenie w cyklu rozwoju wirusów i bakterii. Przykładem mogą tu być *riketsjozy*, których osiem rodzajów było klinicznie oznaczonych przed 1986 r., a wystarczyło dzieśnięć lat, by pojawiło się sześć nowych⁴⁰.

Na początku XXI wieku w Kanadzie wykryto bakterie *clostridium*, które potrafią żyć bez dostępu tlenu i atakują pacjentów w stanie pooperacyjnym. Szybko przedostały się do Wielkiej Brytanii, a w 2010 r. ich obecność odnotowano w Czechach. W pierwszej połowie 2012 r. w wyniku zarażenia bakteriami *clostridium* zmarło w Czechach 14 osób⁴¹.

1.5.2.3. Pandemie

Nowe szczepy wirusów, jak choćby wirus H1N1, przyczyniają się do powstawania pandemii, również tej ogłoszonej przez *International Health Regulations (IHR) Emergency Committee WHO* 11 czerwca 2009 r. Pandemia ta spowodowana była nowym wtedy szczepem wirusa grypy A/H1N1 (zmutowana wersja wirusa świńskiej grypy). Wyizolowane próbki wirusa z Meksyku (gdzie w kwietniu 2009 r. doszło do wybuchu epidemii) okazały się identyczne z próbkami wyizolowanymi wcześniej w Kalifornii, dlatego wirus jest niekiedy oznaczany jako A/Kalifornia/04/2009. Obecność tego wirusa potwierdzono na wszystkich stale zamieszkałych kontynentach. Bezpośrednio na skutek pandemii zmarło od 105.700 do 400.000 osób, a za sprawą powikłań dalsze 46.000–179.000⁴².

Rodzaj grypy, który wywołał pandemię, był wynikiem reasortacji genowej kilku odmian wirusa H1N1, w tym grypy ludzkiej, dwóch rodzajów świńskiej grypy oraz ptasiej grypy. Taka etiologia może być

³⁹ A.M. Kimball, Y. Arima, J.R. Hodges, *Trade related infections: farther, faster, quieter*, Globalization and Health 2005, Vol. 1, Issue 3.

⁴⁰ D. Raoult, V. Roux, *Rickettsioses as paradigm of new or emerging infectious diseases*, Clinical Microbiology Reviews 1997, Vol. 10, No. 4, s. 694–719.

⁴¹ IAR, *Clostridium. Śmiertelna bakteria w Czechach*, Gazeta Wyborcza z 24 lipca 2012 r.

⁴² Pandemia grypy A/H1N1 w latach 2009–2010, http://pl.wikipedia.org/wiki/Pandemia_grypy_A/H1N1_w_latach_2009–2010, data pobrania: 2 sierpnia 2012 r.

dowodem na jedną z negatywnych konsekwencji globalizacji związaną z intensywną wymianą towarów i przepływem ludzi.

Pierwszy przypadek obecności tego wirusa w Polsce odnotowano 6 maja 2009 r. u mieszkanki Tarnobrzega, która 2 maja powróciła z USA.

Według raportu Głównego Inspektora Sanitarnego z lipca 2010 r. (kiedy to WHO ogłosiła koniec pandemii) w Polsce na grypę AH1N1 zmarły 182 osoby.

W sierpniu 2012 r. prasa poinformowała o pojawieniu się w Polsce komarów, które mogą przenosić z psów na człowieka dirofilariozę. Choroba ta, znana od prawie 200 lat, występowała jedynie na południu Europy, głównie we Włoszech, w Grecji, we Francji oraz w Hiszpanii i Portugalii. Spekulowano, że pasożyt prawdopodobnie trafił do Polski razem ze sprowadzonymi z zagranicy zakażonymi psami. Z przeprowadzonych badań wynikało, że zakażonych zostało kilka osób, które nigdy nie wyjeżdżały za granicę. Stwierdzono również występowanie pasożyta w komarach znajdujących się na terenie Polski⁴³.

1.5.3. Zmiana stylu życia i zachowań zdrowotnych, choroby cywilizacyjne

Powyżej wskazywano na przykłady bezpośredniego wpływu globalizacji na popyt na świadczenia zdrowotne. Pośrednio odbywa się to poprzez przenoszenie się idei, stylów, wartości, wzorców konsumpcji z jednych społeczeństw i kręgów kulturowych do innych. W efekcie obserwujemy zjawiska kulturowej⁴⁴ i społecznej konwergencji⁴⁵, która dla państw importujących idee, wartości i wzorce konsumpcji często jest niekorzystna. Idee i wzorce przenoszone są z bogatych państw wysokorozwiniętych (w tym głównie z USA) do państw rozwijających się. Taka konwergencja skutkuje w większości przypadków przejmowaniem wartości, zasad

⁴³ *Groźne komary atakują Polskę. Mogą przenosić pasożyta*, Dziennik Gazeta Prawna z 13 sierpnia 2012 r.

⁴⁴ O roli internetu w kulturowej konwergencji pisze H. Jenkins, *Kultura konwergencji. Zderzenie starych i nowych mediów*, Warszawa 2007.

⁴⁵ J. Berbeka, *Konwergencja gospodarcza a konwergencja społeczna krajów Unii Europejskiej (15) w latach 1985–2002* (w:) M.G. Woźniak (red.), *Nierówności społeczne a wzrost gospodarczy. Problemy globalizacji i regionalizacji. Część 1*, Katedra Teorii Ekonomii, Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Rzeszowskiego 2006, nr 8, s. 267–280.

i norm współżycia obcych dla kultury i tradycji państwa przyjmującego, co może skutkować pewnymi problemami.

1.5.3.1. Zmiany w modelu rodziny

Rozwój cywilizacyjny i procesy globalizacji są również udziałem Polski i polskiego społeczeństwa. Warto przy tej okazji zwrócić uwagę na zmiany zachodzące na polu, które wyróżniało Polskę wśród innych państw regionu Europy Środkowej i Wschodniej, czyli stosunków i relacji w rodzinach. Przykład zmian w modelu rodziny jest wybrany celowo ze względu na możliwość pokazania ich wpływu na zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne.

Zmiany w modelu rodziny wynikają w części ze zmian obserwowanych w wielu państwach (zmiany w proporcji między czasem poświęcanym na pracę zawodową a czasem poświęcanym rodzinie⁴⁶), a w części ze zjawisk charakterystycznych dla społeczeństwa polskiego (odchodzenie od wzorca rodzin wielopokoleniowych do rodzin dwupokoleniowych pozostających w jednym gospodarstwie domowym, coraz częściej w modelu 2 + 1 oraz słabnięcia więzi międzypokoleniowych⁴⁷). W demografii obserwujemy między innymi przesunięcie wieku najwyższej płodności kobiet z grupy 20–24 lata do grupy 25–29 lat, a także znaczący wzrost płodności w grupie wieku 30–34 lata. Jest to efekt wyboru, jakiego dokonują ludzie młodzi, decydując się najpierw na osiągnięcie określonego poziomu wykształcenia oraz stabilizacji zawodowej i finansowej, a dopiero potem na założenie rodziny (i jej powiększanie). Konsekwencją zmiany zachowań prorodzinnych jest podwyższenie zarówno średniego wieku rodzenia dzieci przez kobiety, który w 2007 r. wynosił 27,9 roku (ok. 26 lat w połowie lat 90.), jak i średniego wieku urodzenia pierwszego dziecka – 25,8 w 2007 r. (ok. 23 lata w latach 90. minionego wieku).

Jedną z konsekwencji przemian demograficznych i zmian w modelu rodziny jest też gwałtowne zmniejszanie się pod koniec minionego stulecia i na początku nowego liczby dzieci i młodzieży (0–17 lat). W 1990 r. ich udział w ogólnej liczbie ludności wyniósł 29%, w 2000 r. – 24,4%, na końcu 2008 r. – 19,2%, a w 2010 – 19%. Według Narodowego

⁴⁶ A.R. Hochschild, *The Time Bind. When Work Becomes Home and Home Becomes Work*, Metropolitan Books Henry Holt and Company, New York 1997.

⁴⁷ Rodzina – przemiany współczesnej rodziny polskiej, Kongres Obywatelski, <http://www.kongresobywatelski.pl/portret-polakow-20-lat-po/jaka-jest-polska-rodzina/179-przemiany-wspolczesnej-rodziny-polskiej>, data pobrania: 26 czerwca 2012 r.

Spisu Powszechnego, porównując rok 2002 i 2011 r., liczba dzieci (0–14 lat) zmniejszyła się o 1,1 mln osób (16%), co wpływa na obserwowaną w minionym dziesięcioleciu niską dietetność⁴⁸.

Takie zmiany w modelu rodziny mogą nie tylko implikować problemy demograficzne (reprodukcja rozszerzona *versus* prosta czy wręcz zawężona), ale również powodować kłopoty z zapewnieniem opieki osobom starszym – rodzicom i innym członkom rodziny (na co wskazują doświadczenia innych państw europejskich⁴⁹), co kreuje potrzeby zaspakajane między innymi przez system ochrony zdrowia.

W Polsce mamy rosnącą liczbę obywateli w wieku senioralnym, co – w połączeniu z wydłużaniem się przeciętnej trwania życia⁵⁰ i wnioskami płynącymi z prognoz demograficznych – skłania do postawienia pytania o formy opieki nad tą grupą społeczną. Problem starzenia się społeczeństwa jest obecny nie tylko w Polsce. O tym, jak duża może być skala wyzwań dla systemu ochrony zdrowia wynikających ze starzenia się społeczeństwa, zaświadczyć może przykład Wielkiej Brytanii. Wyniki badania przeprowadzonego w tym państwie w 2001 r. pokazały, że długoterminowe problemy zdrowotne (typowe dla osób starszych) dotyczyły prawie 35% populacji (17,5 miliona z około 50 milionów mieszkańców) i angażowały 80% konsultacji lekarzy pierwszego kontaktu oraz stanowiły powód 66% wszystkich przyjęć do szpitali⁵¹. Problem zyskuje dodatkowo na znaczeniu, gdy się pamięta o strukturze podaży świadczeń zdrowotnych w modelu brytyjskim, gdzie akcent kładziony jest na szpitala ostre, specjalizację szpitali oraz preferowanie postawy reaktywnej (zamiast proaktywnej), a związek z ideą służenia zbiorowości lokalnej i działaniami prewencyjnymi jest, zdaniem badaczy, symboliczny⁵².

⁴⁸ GUS, *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011. Raport z wyników*, Warszawa 2012, s. 50.

⁴⁹ A. Simonazzi, *Time, cash and services: Reforms for a future sustainable long-term care*, Futures 2012, Vol. 44, Issue 7, s. 687–695.

⁵⁰ W 2011 r. w Polsce mężczyźni żyli przeciętnie 72,4 roku, natomiast kobiety 80,9. W stosunku do 1990 r. mężczyźni żyli dłużej o 6,2 roku, natomiast kobiety o 5,7, zob. GUS, *Trwanie życia w 2011 r.*, Warszawa 2012, s. 11.

⁵¹ P. Degeling, J. Erskine, *New models of long-term care and implications for service redesign* (w:) B. Rechel et al. (red.), *Investing in hospitals of the future*, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies, Copenhagen 2009, s. 27–44.

⁵² T. Wilson, D. Buck, C. Ham, *Rising to the challenge: will the NHS support people with long-term conditions? (Review)*, British Medical Journal 2005, Vol. 330, Issue 7492, s. 657–661.

Na zjawisko zwiększania się liczby seniorów nakładają się ograniczenia finansowe płatnika (w Wielkiej Brytanii – państwa, w Polsce – NFZ) wynikające ze zmniejszania się liczby ludności zawodowo czynnej (i płacącej podatki/składki) oraz zwiększanie się udziału kobiet na rynku pracy (co ogranicza ich angażowanie się w zapewnianie opieki starym rodzicom i członkom rodziny⁵³). Takie zjawiska występują nie tylko w Polsce, ale są obserwowane we wszystkich państwach UE⁵⁴. W konsekwencji wszystkie te państwa poszukują najlepszych rozwiązań w tym zakresie.

Gdyby do tego obrazu sytuacji w Polsce wprowadzić jeszcze inne zmienne, jak na przykład model pracy i życia osób zamieszkujących duże miasta (duża ilość czasu spędzanego w pracy, często pracołolizm, dochody powyżej średniej oraz deficyt czasu wolnego), to można spekulować, że będzie rósł popyt na różne formy opieki nad osobami starszymi: począwszy od opieki pielęgniarzkiej w domu, a skończywszy na kierowaniu osób starszych do domów z całodobową opieką pielęgniarzką i/lub lekarską. Może to być przesłanką do założenia, że opłata za taką formę opieki w części mogłaby pochodzić ze środków prywatnych.

1.5.3.2. Multikulturowość

Migracje ludzi dokonują się na coraz większą skalę, a jedną z konsekwencji tego zjawiska jest tworzenie się społeczeństw łączących w sobie wiele kultur. Takie zjawisko definiuje nowe problemy oraz wyzwania przed narodowymi systemami ochrony zdrowia⁵⁵.

Najbardziej etnicznie i kulturowo zróżnicowane jest społeczeństwo USA, co skutkuje zwiększaniem popytu, jeżeli nie na same świadczenia zdrowotne (wynik wzrostu liczby przybywających do USA imigrantów), to na ich bardzo specyficzne rodzaje (wynikające na przykład ze wskazań niektórych religii), a już na pewno na usługi towarzyszące świadczeniom usług zdrowotnych, na przykład usługi tłumaczy⁵⁶.

⁵³ A. Simonazzi, *Time, cash and services..., passim*.

⁵⁴ *Ibidem*.

⁵⁵ L. Culley, *Transcending transculturalism? Race, ethnicity and health-care*, Nursing Inquiry 2006, Vol. 13, Issue 2, s. 144–153; L. Culley, *A critique of multiculturalism in health care: the challenge for nurse education*, Journal of Advanced Nursing 1996, Vol. 23, Issue 3, s. 564–570.

⁵⁶ E.A. Jacobs, D.S. Shepard, J.A. Suaya, E.L. Stone, *Overcoming Language Barriers in Health Care: Costs and Benefits of Interpreter Services*, American Journal of Public Health 2004, Vol. 94, Issue 5, s. 866–869.

Różnice kulturowe w odniesieniu do sposobu świadczenia usług zdrowotnych występują nawet w obrębie krajów tego samego kręgu językowego, takich jak Wielka Brytania⁵⁷.

Wyzwania związane z multikulturowością stają się coraz ważniejsze również w Unii Europejskiej, głównie za sprawą napływu imigrantów z państw Afryki i Azji. W 2009 r. w UE według oficjalnych statystyk 4% całej populacji stanowili obywatele innych państw⁵⁸ (plus od 0,39 do 0,77 wielkości europejskiej populacji, którą według szacunków stanowią osoby przebywające w państwach UE nielegalnie⁵⁹). To wszystko, jak wskazują Rechel i in., jest dużym wyzwaniem tak dla UE, jak i poszczególnych państw członkowskich⁶⁰.

Unia Europejska nie wypracowała jeszcze swojej strategii rozwiązywania problemów opieki zdrowotnej w społeczeństwach multikulturowych. Pojawiają się jednak publikacje będące próbami odcinkowego łagodzenia wyłaniającego się problemu, opartą na uwzględnianiu w procesie kształcenia personelu pielęgniarstwa tematów odmienności kulturowych i ujmowania perspektywy pacjenta w ocenie usług oraz ich porównywaniu do wyników liderów w sektorze (*benchmarking*)⁶¹.

Przyjmując, że polskie społeczeństwo jest raczej homogeniczne kulturowo, można z rezerwą odnieść się do wskazań diagnozowania i rozwiązywania problemu różnic kulturowych w obsłużanej przez świadczeniodawców populacji, tak jak to jest praktykowane na przykład w społeczeństwie amerykańskim⁶². Z drugiej jednak strony trze-

⁵⁷ K.J. Egenes, *Health care delivery through a different lens: The lived experience of culture shock while participating in an international educational program*, Nurse Education Today 2012, Vol. 32, Issue 7, s. 760–764.

⁵⁸ K. Vasileva, *Foreigners living in the EU are diverse and largely younger than the nationals of the EU Member State*, Statistics in Focus 2010, No. 45, Luxembourg, Eurostat, European Commission 2010.

⁵⁹ D. Vogel, *Size and development of irregular migration to the EU*, Clandestino Research Project. Hellenic Foundation for European and Foreign Policy, Athens 2009, http://research.icmpd.org/fi_leadadmin/Research-Website/Startseite/Clandestino/clandestino_policy_brief_comparative_size-of-irregular-migration.pdf, data pobrania: 22 lipca 2012 r.

⁶⁰ B. Rechel, P. Mladovsky, W. Devillé, B. Rijks, R. Petrova-Benedict, M. McKee (red.), *Migration and health in the European Union*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, Berkshire 2011.

⁶¹ R. Suhonen, M. Saarikoski, H. Leino-Kilpi, *Cross-cultural nursing research*, International Journal of Nursing Studies 2009, Vol. 46, Issue 4, s. 593–602.

⁶² D. Bjarnason, JoAnn Mick, J.A. Thompson, E. Cloyd, *Perspectives on Transcultural Care*, Nursing Clinics of North America 2009, Vol. 44, Issue 4, s. 495–503.

ba pamiętać o ponad 66 tys. osób, które podczas Narodowego Spisu Powszechnego w 2011 r. deklarowały obywatelstwo niepolskie, oraz o tym, że między 2002 i 2011 rokiem liczba osób deklaruujących obywatelstwo ukraińskie, a mieszkających w Polsce wzrosła z 5,4 tys. do 13,4 tys⁶³. Może zatem dziś kwestia różnic kulturowych nie stanowi w Polsce problemu, ale biorąc pod uwagę trendy i migracje z sąsiedniej Ukrainy oraz państw Azji, może nim być w nieodległej przyszłości. Patrząc na problem różnic kulturowych z punktu widzenia zakładów opieki zdrowotnej, nie wolno zapominać o dziesiątkach tysięcy turystów medycznych odwiedzających corocznie Polskę (wątek ten jest rozwinięty poniżej).

Zatem istnieją pewne przesłanki, by postulować, aby w strategiach zakładów opieki zdrowotnej znalazło się miejsce na kwestie związane z ofertą świadczeń zdrowotnych kierowanych do osób reprezentujących inne kultury.

1.5.4. Wzrost wykształcenia i aspiracji

Do większego zapotrzebowania na świadczenia medyczne może przyczyniać się również wzrost wykształcenia i wiedzy społeczeństwa. Raport UNDP za 2011 r. pokazuje, że we wszystkich państwach wzrasta liczba osób wykształconych⁶⁴. Zakładając, że wzrost wykształcenia powiązany jest ze wzrostem dochodów i aspiracji, można twierdzić, że w rosnącej skali mamy do czynienia ze wzrostem oczekiwań pojedynczych osób i całych społeczeństw co do zakresu i jakości usług zdrowotnych dostępnych w narodowych systemach ochrony zdrowia. Zjawisko to w znacznej części jest wzmacniane przez zwiększanie się ilości dostępnych informacji oraz ułatwiony do nich dostęp.

Zjawisku szerokiego dostępu do informacji (wraz ze zlewaniem się wzorców kulturowych i promocją konsumpcjonizmu) towarzyszy wytworzenie się nowego typu konsumenta – *konsumenta zdrowia*, co wiąże się między innymi z wprowadzaniem do reform ochrony zdrowia międzynarodowego prywatnego kapitału⁶⁵. Można zatem w analogii do

⁶³ GUS, *Narodowy Spis Powszechny Ludności i Mieszkań 2011...*, s. 97.

⁶⁴ *Human Development Report 2011. Sustainability and Equity: A Better Future for All*, UNDP 2011, s. 158–161.

⁶⁵ C. Iriart, T. Franco, E.E. Merhy, *The creation of the health consumer...*, *passim*.

świadomego konsumenta dóbr i usług zbudować postać konsumenta zdrowia.

1.5.5. Przyrost informacji

Przyrost ilości powszechnie dostępnej (internet) informacji jest tak duży (i wciąż rośnie), że to już nie kwestia pozyskiwania, ale analizowania tych olbrzymich zasobów staje się strategicznym wyzwaniem dla współczesnych organizacji⁶⁶.

Ta ilość informacji stawia – zarówno przed pacjentami, jak i przed profesjonalistami medycznymi – nowe wyzwania związane z umiejętnością docierania do informacji i krytycznej jej weryfikacji⁶⁷. Zakłada się, że pacjenci na wszystkich etapach choroby (diagnoza, leczenie, rehabilitacja, rekonwalescencja) korzystają w coraz większym stopniu z informacji dostępnych w internecie. Jak pokazują badania, dostęp do informacji związanych ze zdrowiem wcale nie jest bezproblemowy. Badania zasobów internetu w odniesieniu do takich chorób cywilizacyjnych, jak rak piersi, depresja, otyłość oraz astma dziecięca na portalach w języku angielskim i hiszpańskim pokazały, że dostęp do kompetentnej, rzeczowej i użytecznej dla pacjenta informacji bynajmniej nie jest łatwy, a wykorzystywanie wyszukiwarek i słów kluczowych nie zawsze jest efektywne⁶⁸. Inni badacze wskazują na wysoce niejednoznaczne wyniki korzystania z informacji umieszczonych w internecie dla pacjentów, bo nie ma odpowiednich instrumentów do oceny informacji zdrowotnych tam zamieszczanych⁶⁹. Zatem dostęp do informacji zdrowotnych w internecie może prowadzić tak do pozytywnych, jak i negatywnych (niebezpiecznych dla pacjenta) konsekwencji. Wskazuje się również, że pacjenci korzystają z internetu przed udaniem się na wizytę lekar-

⁶⁶ B. Brown, M. Chui, J. Manyika, *Are you ready for the era of 'big data'?*, McKinsey Quarterly 2011, October.

⁶⁷ H.F. Marin, *New frontiers for nursing and health care informatics*, International Journal of Medical Informatics 2005, Vol. 74, Issues 7–8, s. 695–704.

⁶⁸ G.K. Berland, M.N. Elliott, L.S. Morales, J.I. Algazy, R.L. Kravitz, M.S. Broder, D.E. Kanouse, J.A. Muñoz, J.A. Puyol, M. Lara, K.E. Watkins, H. Yang, E.A. McGlynn, *Health Information on the Internet Accessibility, Quality, and Readability in English and Spanish*, The Journal of the American Medical Association 2001, Vol. 285, No. 20, s. 2612–2621.

⁶⁹ A.R. Jadad, A. Gagliardi, *Rating Health Information on the Internet Navigating to Knowledge or to Babel?*, The Journal of the American Medical Association 1998, Vol. 279, No. 8, s. 611–614.

ską, by wyrobić sobie własny pogląd na to, czy potrzebna jest im pomoc profesjonalistów medycznych, oraz po uzyskaniu porady lekarskiej, by upewnić się co do słuszności diagnozy i wskazań lekarskich albo z powodu niezadowolenia wynikającego z nadmiernie szczegółowej informacji uzyskanej od lekarza podczas wizyty⁷⁰. W efekcie mamy do czynienia ze zmianą roli pacjenta, który staje się aktywnym konsumentem informacji zdrowotnych. Profesjonaliści medyczni, mający do czynienia z pacjentem, który zdobywa informacje poza gabinetem lekarskim, reagują na trzy sposoby:

- czują się zagrożeni przez informacje posiadane przez pacjentów i bronią się, odwołując się do swojej wiedzy eksperckiej (model relacji pacjent – lekarz, którą możemy nazwać zorientowaną na lekarza – *professional-centred relationship*),
- lekarz i pacjent współpracują z sobą w pozyskiwaniu i analizowaniu informacji z internetu (relacja zorientowana na pacjenta),
- lekarz będzie pomagał pacjentowi w docieraniu do wiarygodnych źródeł w internecie (recepta internetowa – *Internet prescription*)⁷¹.

Ze względu na skalę i charakter problemu można zakładać, że przed lekarzami i innymi profesjonalistami medycznymi pojawia się kolejne duże wyzwanie, któremu można sprostać, tylko wchodząc w intensywne kontakty z pacjentami.

1.5.6. Choroby cywilizacyjne

Wśród chorób cywilizacyjnych można wymienić: choroby sercowo-naczyniowe, choroby układu oddechowego, otyłość, cukrzycę, nowotwory, osteoporozę, choroby przewodu pokarmowego, choroby alergiczne, choroby na tle problemów psychologicznych, dewiacje społeczne, choroby zakaźne (w tym AIDS i gruźlica). Etiologia tych chorób wiąże się z warunkami życia, jakie narzucają wysoko rozwinięte cywilizacje i styl życia, jaki wymuszają ich zdobycze oraz tempo zmian.

Wśród podstawowych bezpośrednich przyczyn występowania chorób XXI wieku można wymienić nieprawidłowe żywienie (posiłki spożywane w lokalach gastronomicznych, bogate w cholesterol i węglowodany,

⁷⁰ M. McMullan, *Patients using the Internet to obtain health information: How this affects the patient–health professional relationship*, Patient Education and Counseling 2006, Vol. 63, Issue 1, s. 24–28.

⁷¹ *Ibidem*.

wykorzystywanie w gospodarstwach domowych półproduktów żywnościowych do przygotowania w kuchenkach mikrofalowych czy w piekarnikach), małą aktywność fizyczną oraz palenie papierosów, a wśród pośrednich – postępujące uprzemysłowienie, urbanizację, wzrost napięcia nerwowego i sytuacji stresowych, skażenie środowiska i hałas oraz promieniowanie (głównie jonizujące).

Jak raportują lekarze w Stanach Zjednoczonych i Europie (w tym także w Polsce), u ok. 20% osób dorosłych rozpoznaje się zespół metaboliczny, który jest czynnikiem ryzyka chorób układu krążenia. Powszechnie uznanymi składowymi tego zespołu są: otyłość brzuszna, nadciśnienie tętnicze, stan przedcukrzycowy (nieprawidłowa glikemia na czczo, IFG lub nieprawidłowa tolerancja glukozy, IGT), cukrzyca typu 2, hipertriglicerydemia, obniżone stężenie cholesterolu we frakcji HDL i insulinooporność⁷².

1.6. Strona podażowa wpływu globalizacji na zdrowie

Chociaż brak jest odpowiednich badań oraz twardych dowodów w tej materii, to na podstawie literatury przedmiotu można spekulować, że procesy globalizacji nieco silniej oddziałują na podażową niż popytową stronę rynku usług medycznych. Strona podażowa reprezentowana jest tu przez profesjonalistów medycznych (głównie pielęgniarki i lekarzy), producentów produktów leczniczych, wyrobów medycznych i sprzętu medycznego oraz zakłady opieki zdrowotnej. Podmioty te oferują usługi i świadczenia zdrowotne, a zatem poprzez nie globalizacja uskutecznia swój bezpośredni wpływ na podaż usług zdrowotnych. Obok tego bezpośredniego wpływu notujemy również wpływ pośredni procesów globalizacji na podaż usług zdrowotnych, między innymi poprzez przepływy pacjentów i kapitału, a także inwestycje w sektor ochrony zdrowia oraz prawo i organizacje międzynarodowe.

⁷² D. Janeczko, *Zespół metaboliczny – epidemia XXI wieku*, Przewodnik Lekarski 2005, nr 3, s. 14–27.

1.6.1. Migracje pracowników medycznych

Globalizacja ze swojej istoty prowadzi do rozprzestrzeniania się zjawiska migracji ludności i rozwiązań strukturalnych zmierzających z kolei do zwiększania się stopnia wzajemnego uzależnienia⁷³, co jest w literaturze szeroko dokumentowane⁷⁴.

W tym kontekście należy rozważyć migracje specjalistów medycznych. Migracje te odbywają się zarówno między państwami wysoko-rozwinętymi (na przykład z Wielkiej Brytanii do USA i Kanady), jak i państwami na różnym poziomie rozwoju ekonomicznego i społecznego. Migracje z państw rozwijających się do państw wysokorozwiniętych są od dłuższego już czasu przedmiotem badań. Ich wyniki wskazują na negatywne konsekwencje takich ruchów ludności dla państw rozwijających się. Wymienia się tu pojawianie się w tych państwach niedoboru profesjonalistów medycznych, osłabianie narodowych systemów ochrony zdrowia, nieefektywne wykorzystanie zasobów, zagrożenia dla najniższej uposażonych grup ludności itp. Wyniki niedawnych badań przeprowadzonych przez WHO na grupie 57 państw potwierdziły istnienie głębokich dysfunkcji i niesprawności w tym zakresie⁷⁵.

Migracje pracowników medycznych definiowanych przez WHO jako członkowie rodziny sprawujący opiekę nad pacjentem (*family caregivers*), osoby zaopatrujące pacjenta, pracujące w niepełnym wymiarze godzin, wolontariusze oraz pracownicy socjalni (*community workers*), którymi najczęściej są kobiety⁷⁶, osiągają coraz większą skalę i obejmują wszystkie bez wyjątku państwa (są one albo eksporterami, albo importerami wykwalifikowanej kadry medycznej).

Zjawisko migracji pracowników medycznych dotyczy również państw UE, które przyjmują coraz więcej imigrantów. Według danych Eurostatu w 2009 r. około 4,0% populacji 27 państw UE stanowiły oso-

⁷³ J.M. Brady, *Global Health Care Partnerships: A Call to Perianesthesia Nurses*, Journal of PeriAnesthesia Nursing 2011, Vol. 26, Issue 3, s. 160–163.

⁷⁴ J.W. Owen, O. Roberts, *Globalisation, health and foreign policy: Emerging linkages and interests*, Globalization and Health 2005, Vol. 1, Issue 12, <http://www.globalizationandhealth.com/content/1/1/12>, data pobrania: 13 lipca 2012 r.

⁷⁵ T.K. Mackey, B.A. Liang, *Rebalancing brain drain: Exploring resource reallocation to address health worker migration and promote global health*, Health Policy 2012, Vol. 107, Issue 1, s. 66–73.

⁷⁶ A. George, *Human resources for health: a gender analysis*, Kochi, June 2007, http://www.who.int/social_determinants/resources/human_resources_for_health_wgkn_2007.pdf, data pobrania: 5 lipca 2012 r.

by z państw spoza UE⁷⁷, a szacunki liczby nieznanych i nieudokumentowanych migracji mogą się wahać od 0,39% do nawet 4% wielkości populacji UE⁷⁸.

Chociaż imigranci – wykwalifikowani pracownicy medyczni mogą pochodzić z dowolnego kraju (w tym spoza UE), to zdecydowaną ich większość tworzą obywatele państw członkowskich UE.

W sposób szczególny migracja pracowników medycznych dotyczy nowych państw członkowskich UE, które po 2004 r. zwiększyły populację państw UE o około 100 milionów obywateli. Jak wskazują w swojej monografii poświęconej migracji specjalistów medycznych w ramach UE Wismar i in.⁷⁹, przyczyniło się to w istotnym stopniu do odpływu specjalistów medycznych z nowych państw do państw starej Europy. Wśród motywów migracji wskazuje się lepsze perspektywy dla rozwoju zawodowego, wyższe płace oraz lepsze warunki pracy⁸⁰. Zróżnicowana jest też forma migracji; począwszy od dojeżdżania na kilka dni czy na weekend, pobyt na kilka lub kilkanaście lat, a skończywszy na stałym osiedleniu się w innym kraju UE.

1.6.1.1. Udział imigrantów wśród profesjonalistów medycznych

Imigranci znajdują się w każdej z profesji medycznych. Udział zagranicznych lekarzy⁸¹ w narodowych systemach ochrony zdrowia państw UE jest zróżnicowany. W 2008 r. Estonia, Słowacja i Polska miały najmniejszy udział zagranicznych lekarzy (od 0,02% do 0,7%). Węgry, Włochy i Francja miały ten wskaźnik na umiarkowanym poziomie (poniżej 5,0%), nieco większy był w Niemczech – 5,2% i Finlandii – 6,2%, podczas kiedy w Belgii, Portugalii, Hiszpanii, Austrii, Szwecji wskaźnik ten plasował się między 11,1–18,4%, a w Irlandii i Wielkiej Brytanii przekraczał 35%⁸².

⁷⁷ K. Vasileva, *Foreigners living in the EU...*

⁷⁸ U. Karl-Trummer, C.B. Cuadra, S. Novak-Zezula, *Two Landscapes of Nowhere-land*, Fact Sheet Policies 2010, <http://files.nowhereland.info/760.pdf>; C.B. Cuadra, *Policies on Health Care for Undocumented Migrants in EU27*, Country Report. Denmark, <http://files.nowhereland.info/654.pdf>, data pobrania: 23 lipca 2012 r.

⁷⁹ M. Wismar, C.B. Maier, I.A. Glinos, G. Dussault, J. Figueras (red.), *Health Professional Mobility and Health Systems, Evidence from 17 European countries*, The European Observatory on Health Systems and Policies, Observatory Studies 2011, Series 23.

⁸⁰ *Ibidem*, s. 4.

⁸¹ Termin ten jest szeroki i odnosi się do trzech kategorii lekarzy: urodzonych w innych państwach, wykształconych w innych państwach oraz posiadających inną narodowość.

⁸² M. Wismar, C.B. Maier, I.A. Glinos, G. Dussault, J. Figueras (red.), *Health Professional Mobility...*, s. 27.

Podobnie jest z udziałem zagranicznych pielęgniarek⁸³ w narodowych systemach ochrony zdrowia. Tu w 2008 r. rozkład kształtował się od 1,3% na Węgrzech do 47% w Irlandii⁸⁴.

Można spekulować, że w odniesieniu do Polski obserwować będziemy zwiększanie się udziału migrantów w całkowitej liczbie ludności zamieszkującej Polskę, i można założyć zwiększanie się udziału zagranicznych pielęgniarek (w tym przede wszystkim z Ukrainy).

W 2008 r. w takich krajach, jak Słowacja, Niemcy, Francja, Polska, Węgry i Finlandia udział zagranicznych dentystów⁸⁵ był niski (przedział od 0,7% do 4%), umiarkowany był w Belgii (6,1%), a wysoki w Austrii (21,3%) i Słowenii (22,7%)⁸⁶. Chociaż brak jest stosownych danych dla Hiszpanii, to wybiórcze wartości dla Madrytu i Walencji były wysokie i wynosiły 20%, a dla Las Palmas nawet 43%⁸⁷.

W liczbach bezwzględnych migracja do 15 państw UE była wyższa niż migracja do 12 państw UE⁸⁸. W 2008 r. największy napływ migrujących lekarzy zanotowano w Hiszpanii (8282), Wielkiej Brytanii (5022) i Niemczech (1583), podczas gdy na Litwie tylko 11⁸⁹. Największy procentowy przyrost migrujących lekarzy odnotowano w Wielkiej Brytanii (42,6%), Austrii (13,5%), na Węgrzech (4,7%). W Polsce było to 2,7%⁹⁰.

Jeżeli chodzi o liczbę migrujących pielęgniarek, to najwięcej przybyło ich do Włoch (9168) i do Wielkiej Brytanii (3724)⁹¹.

W odniesieniu do dentystów największy ich napływ notowano w Hiszpanii (421) i w Austrii (100), na Węgrzech było ich tylko 18⁹².

Jak się podkreśla w literaturze, dokładna analiza zakresu zjawiska migracji profesjonalistów medycznych nie jest możliwa z uwagi na niekompletność danych, ale porównania z okresu ostatnich kilkudziesięciu

⁸³ Definicja zagranicznej pielęgniarki – podobnie jak definicja zagranicznego lekarza – obejmuje trzy kategorie, por. przypis 81.

⁸⁴ M. Wismar, C.B. Maier, I.A. Glinos, G. Dussault, J. Figueras (red.), *Health Professional Mobility...*, s. 28.

⁸⁵ Definiowanych tak jak zagraniczni lekarze i pielęgniarki.

⁸⁶ M. Wismar, C.B. Maier, I.A. Glinos, G. Dussault, J. Figueras (red.), *Health Professional Mobility...*, s. 29.

⁸⁷ *Ibidem*.

⁸⁸ Szacunki są tu utrudnione ze względu na niekompletność danych, ponieważ nie wszystkie kraje udostępniają dane od 1988 r. W wielu przypadkach analiza i dane dotyczą okresu od 2002 do 2008 r., a podawane powyżej liczby dotyczą 2008 r.

⁸⁹ M. Wismar, C.B. Maier, I.A. Glinos, G. Dussault, J. Figueras (red.), *Health Professional Mobility...*, s. 31.

⁹⁰ *Ibidem*.

⁹¹ *Ibidem*, s. 32.

⁹² *Ibidem*, s. 33.

lat uprawniają do stwierdzenia, że zwiększa się zarówno mobilność, jak i migracje w państwach UE⁹³.

Warto wspomnieć, że rozszerzanie się UE wpłynęło na system szkolenia kadr medycznych, likwidację niektórych barier edukacyjnych (np. test PLAB w Wielkiej Brytanii czy test DIKASTA w Grecji). Takie działania mają prowadzić do tworzenia warunków do coraz pełniejszego stosowania zasady swobody przepływu ludzi w ramach UE. Niektórzy badacze skłonni są dopatrywać się w tym zagrożenia dla rynku pracy w ochronie zdrowia, wieszcząc nadpodaż pracowników ochrony zdrowia i ich nierówną geograficzną dystrybucję⁹⁴.

Trzeba również zauważyć, że do państw UE przybywa coraz więcej specjalistów medycznych z rozwijających się krajów Afryki. Badania prowadzone w sześciu państwach Afryki (Kamerun, Ghana, Senegal, Republika Południowej Afryki, Uganda, Zimbabwe) pokazały, że silna jest w nich zarówno wewnętrzna, jak i zewnętrzna migracja pracowników medycznych (głównie pielęgniarek).

Migracja wewnętrzna odbywa się tam z sektora publicznego do prywatnego (wyższe pensje, lepsze warunki pracy) oraz z obszarów wiejskich do miast (lepsza infrastruktura, lepsze warunki do rozwoju zawodowego, możliwości prowadzenia prywatnych praktyk)⁹⁵.

Atrakcyjna jest również migracja zewnętrzna. Wielu ankietowanych specjalistów deklarowało chęć migracji – od 26% w Ugandzie do 68% w Zimbabwe.

Docelowym (deklarowanym) krajem migracji była Wielka Brytania (dla profesjonalistów medycznych z RPA, Zimbabwe, Ugandy, Ghany) i USA (dla Kamerunu i Senegalu)⁹⁶.

1.6.1.2. Migracje profesjonalistów medycznych z Polski

Migracja specjalistów medycznych z Polski jest postrzegana jako problem ekonomiczny i społeczny⁹⁷, ale jest trudna do kompleksowej ana-

⁹³ *Ibidem*, s. 30.

⁹⁴ E.D. Avgerinos, S.A. Koupidis, D.K. Filippou, *Impact of the European Union enlargement on health professionals and health care systems*, Health Policy 2004, Vol. 69, Issue 3, s. 403–408.

⁹⁵ M. Awases, A. Gbary, J. Nyoni, R. Chatora, *Migration of Health Professionals in Six Countries: A synthesis report*, WHO Regional Office for Africa 2004, s. IX.

⁹⁶ *Ibidem*, s. 38–41.

⁹⁷ Zagadnieniami ekonomicznych konsekwencji migracji lekarzy zajmuje się m.in. Anna Murdoch, zob. A. Murdoch, *Emigracja lekarzy z Polski*, Monografie i Opracowania 577, Oficyna Wydawnicza SGH, Warszawa 2011.

lizy, między innymi z uwagi na niekompletne i nie zawsze wiarygodne dane. Można jednak diagnozować zjawisko odpływu personelu medycznego z Polski jako istotny (i wciąż nierozwiązany) problem, który monitorowany był przez Ministerstwo Zdrowia w pierwszych dwóch latach po akcesji Polski do UE.

Publikowane przez Ministerstwo Zdrowia dane (pozyskane z Izby Lekarskich) mówiły o tym, że na dzień 30 czerwca 2005 r. wystawiono 3579 zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych lekarzy⁹⁸ (co stanowiło 3% ogółu lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu w tym czasie), a na dzień 30 czerwca 2006 r. liczba ta wynosiła już 5114 (4,32% ogółu lekarzy uprawnionych do wykonywania zawodu)⁹⁹ – tabela 1.2. Zaświadczenia te pobierali głównie lekarze specjaliści (54,9% w 2005 r. i 59,8% w 2006 r.). Wśród lekarzy specjalistów pobierających zaświadczenia o kwalifikacjach zawodowych największy procent stanowili specjaliści z zakresu anestezjologii i intensywnej terapii, chirurgii plastycznej, chirurgii klatki piersiowej i medycyny ratunkowej¹⁰⁰.

Tabela 1.2. Liczba wydanych zaświadczeń o kwalifikacjach zawodowych na dzień 30.06.2005 r. i 30.06.2006 r. oraz braki kadrowe i rejestrowane bezrobocie (lekarze, lekarze dentyści, pielęgniarki i położne) na dzień 30.05.2006 r.

Kategoria zatrudnienia	Liczba wydanych zaświadczeń na dzień 30 czerwca 2005 r.	Liczba wydanych zaświadczeń na dzień 30 czerwca 2006 r.	Braki kadrowe w zakładach opieki zdrowotnej na dzień 30 maja 2006 r.	Rejestrowane bezrobocie na dzień 30 maja 2006 r.
Lekarze	3579	5114	4113	389
Dentyści	1108	1581	86	103
Pielęgniarki i położne	3204	5912	3541	4953

Źródło: Ministerstwo Zdrowia, *Monitorowanie migracji polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej* (Raport z realizacji programu w 2006 r.).

⁹⁸ Zaświadczenia takie były niezbędne przy podejmowaniu pracy w swoim zawodzie w innych państwach UE.

⁹⁹ Ministerstwo Zdrowia, *Monitorowanie migracji polskich lekarzy, pielęgniarek i położnych po przystąpieniu Polski do Unii Europejskiej* (Raport z realizacji programu w 2006 r.), <http://www.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=&ms=&ml=pl&mi=565&mx=0&ma=7876>, data pobrania: 24 lipca 2012 r.

¹⁰⁰ *Ibidem*.

Warto również zaznaczyć, że najwięcej wakatów w zakładach opieki zdrowotnej raportowanych przez wojewodów (według stanu na 30 maja 2006 r.) było dla następujących specjalności: anestezjologia i intensywna terapia, choroby wewnętrzne oraz medycyna ratunkowa¹⁰¹. Jak nietrudno zauważyć, dwie z tych specjalności znajdowały się w czołówce tych, których przedstawiciele pobierali zaświadczenia o kwalifikacjach zawodowych. Może to być przesłanką do twierdzenia, że problemy z obsadą etatów lekarskich o specjalności anestezjologia i intensywna terapia oraz medycyna ratunkowa mogą się w przyszłości pogłębiać.

Gdyby powyższy obraz wzbogacać innymi jeszcze elementami, na przykład strukturą wieku pielęgniarek zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej, odchodzeniem od zawodu pielęgniarki i położnej itp., to zagrożenia dla polskiego systemu ochrony zdrowia płynące z migracji profesjonalistów medycznych byłyby jeszcze wyraźniejsze.

Symptomatyczne jest to, że zainteresowanie Ministerstwa Zdrowia badaniem zakresu i dynamiki migracji polskich specjalistów medycznych zatrzymało się na 2006 r.

Rozwój technik informatycznych oraz technologii medycznych w połączeniu z możliwościami oferowanymi przez internet, tworząc możliwość świadczenia usług medycznych na odległość (telemedycyna), może w przyszłości nieco złagodzić braki kadrowe wśród lekarzy na danym terytorium.

Wskutek „kurczenia” się przestrzeni we współczesnym świecie (m.in. dzięki tanim liniom lotniczym) również pacjenci zyskują dużą swobodę w decydowaniu o tym, w jakim państwie będą korzystać z usług zdrowotnych. Tu wchodzimy na obszar tzw. turystyki medycznej (*medical tourism*).

1.6.2. Migracje pacjentów: turystyka medyczna

Jednym z bezpośrednich skutków wzmożonej migracji ludzi oraz różnic w cenach usług medycznych jest zjawisko turystyki medycznej.

Turystyka medyczna jest rozumiana jako podróż z wyraźnym celem uzyskania świadczeń zdrowotnych za granicą¹⁰² i jest bezpośrednio łą-

¹⁰¹ *Ibidem*.

¹⁰² A.B. Ramírez de Arellano, *Patients Without Borders: The Emergence of Medical Tourism*, International Journal of Health Services 2007, Vol. 37, No. 1, s. 193.

czona z procesami globalizacji i międzynarodowymi regulacjami dotyczącymi wymiany usług w skali światowej, jaką jest *General Agreement on Trade in Services* (GATS)¹⁰³.

Turystyka medyczna zyskuje na skali i intensywności¹⁰⁴, ale stan badań nad tym zjawiskiem jest daleko niezadowalający. W literaturze przedmiotu panuje przekonanie, że obszar ten jest słabo empirycznie zbadany zarówno co do roli turystyki medycznej, analizy jej procesów, jak i rezultatów¹⁰⁵, włączając w to kwestie podstawowe, takie jak pozyskiwanie wszystkich danych czy sam pomiar tego zjawiska¹⁰⁶. Stąd obecność na rynku księgarskim publikacji proponujących kierunek holistycznego podejścia do badań turystyki medycznej i opisujących modele badań zjawiska turystyki medycznej oraz oferujących modele do badania zjawiska turystyki medycznej¹⁰⁷.

W świetle istnienia poważnych luk w badaniu tego zjawiska za wątpliwe naukowo można uznać szacunki dotyczące skali i dynamiki tego zjawiska. A te są bardzo odważne. Światowy rynek turystyki medycznej w 2007 r. był szacowany na 60 miliardów dolarów, wykazując przy tym wysoką dynamikę wzrostu (rok po roku) na poziomie 20%¹⁰⁸. Prognozy mówiły o wzroście wartości tego rynku do 2012 r. do poziomu 100 miliardów dolarów¹⁰⁹. Nawet gdyby jednak przyjąć istotnie niższe wartości szacunku tego rynku, i tak pozostaje on duży (i rosnący).

Motywy korzystania z turystyki medycznej jest najczęściej wysoki koszt usług zdrowotnych w kraju ojczystym, listy oczekujących na

¹⁰³ Więcej na temat GATS i turystyki medycznej zob. J. Klich, *Globalizacja usług zdrowotnych*, Gospodarka Narodowa 2008, nr 4, s. 21–40.

¹⁰⁴ Horowitz i in. podają, że w 2007 r. około 750 tys. Amerykanów skorzystało z usług zdrowotnych poza granicami USA, zob. M.D. Horowitz, J.A. Rosensweig, C.A. Jones, *Medical Tourism: Globalization of the Healthcare Marketplace*, Medscape General Medicine 2007, Vol. 9, No. 4, s. 33.

¹⁰⁵ N. Lunt, P. Carrera, *Medical tourism: Assessing the evidence on treatment abroad*, Maturitas 2010, Vol. 66, No. 1, s. 27–32.

¹⁰⁶ L. Hopkins, R. Labonté, V. Runnels, C. Packer, *Medical tourism today: What is the state of existing knowledge?*, Journal of Public Health Policy 2010, Vol. 31, s. 185–198.

¹⁰⁷ V.C.S. Heung, D. Kucukusta, H. Song, *A Conceptual Model of Medical Tourism: Implications for Future Research*, Journal of Travel & Tourism Marketing 2010, Vol. 27, Issue 3, s. 236–251.

¹⁰⁸ N. MacReady, *Developing countries court medical tourists*, The Lancet 2007, Vol. 369, No. 3576, s. 1849–1850.

¹⁰⁹ D.M. Herrick, *Medical Tourism: Global Competition in Health Care*, National Center for Policy Analysis, Policy Report No. 304, November 2007, s. 2.

planowe zabiegi czy też niedostępność pewnych świadczeń z uwagi na nieumieszczenie ich na liście usług objętych daną polisą ubezpieczenia zdrowotnego¹¹⁰.

Kierunkami docelowymi dla turystów medycznych są przede wszystkim państwa azjatyckie, w tym głównie Indie, Chiny, Malezja, Singapur, Korea Południowa czy Tajwan¹¹¹. Warto zaznaczyć, że również państwa Europy Środkowej i Wschodniej, w tym Polska, republiki bałtyckie czy Węgry, są celem podróży turystów medycznych z Wielkiej Brytanii, Irlandii i Niemiec. Polska zabiega również o turystów medycznych z państw Bliskiego Wschodu¹¹².

Chociaż *per saldo* turystyka medyczna przynosi korzyści zarówno turystom medycznym (tańsze usługi zdrowotne za granicą), jak i krajom przyjmującym (przychody dla świadczeniodawców), to pojawiają się publikacje wskazujące na ryzyko dla podróżujących¹¹³ – wynikające z niedostatecznej jakości usług, braku ciągłości opieki¹¹⁴ – bądź na negatywne konsekwencje turystyki medycznej dla krajów przyjmujących, na przykład związane z rozbudową sektora opieki szpitalnej kosztem inwestycji w podstawową opiekę zdrowotną, drenażem mózgów z sektora publicznego do prywatnego¹¹⁵ czy nierównościami w dostępie świadczeń¹¹⁶.

Migracje pacjentów między różnymi państwami UE są również rozpatrywane w kontekście międzynarodowych regulacji prawnych i międzynarodowych organizacji oraz ich wpływu na zdrowie, o czym mowa w dalszej części książki.

¹¹⁰ N. MacReady, *Developing countries court medical tourists...*, *passim*.

¹¹¹ M.D. Horowitz, J.A. Rosensweig, C.A. Jones, *Medical Tourism...*, s. 33.

¹¹² Saudyjczycy we wrześniu 2012 r. wyrażali zainteresowanie zakupem specjalistycznych usług rehabilitacyjnych i leczniczych m.in. w szpitalu w Poddębicach i ośrodku rehabilitacji narządów ruchu w Kolumnie koło Łasku, zob. K. Majczyk, *A jednak wizyta Tuska miała sens? Arabskie miliony za polskie jedzenie*, *Dziennik Gazeta Prawna* z 13 września 2012 r.

¹¹³ A. Mason, K.B. Wright, *Framing Medical Tourism: An Examination of Appeal, Risk, Convalescence, Accreditation, and Interactivity in Medical Tourism Web Sites*, *Journal of Health Communication: International Perspectives* 2011, Vol. 16, No. 2, s. 163–177.

¹¹⁴ L. Turner, *Medical tourism. Family medicine and international health-related travel*, *Canadian Family Physician* 2007, Vol. 53, No. 10, s. 1639–1641.

¹¹⁵ A.B. Ramírez de Arellano, *Patients Without Borders...*, *passim*.

¹¹⁶ R. Johnston, V.A. Crooks, J. Snyder, P. Kingsbury, *What is known about the effects of medical tourism in destination and departure countries? A scoping review*, *International Journal for Equity in Health* 2010, Vol. 9, No. 24.

1.6.3. Rozwój technologii: nowe leki, materiały medyczne, technologie medyczne

W literaturze przedmiotu panuje powszechne przekonanie, że nauki medyczne i medycyna bardzo się technicyzują, postęp techniczny i technologiczny dokonuje się z dużą szybkością i w istotnym stopniu odpowiedzialny jest za wzrost kosztów usług zdrowotnych, co z kolei implikuje problemy dla narodowych systemów ochrony zdrowia. To między innymi dlatego trzeba analizować sytuację w sektorze producentów wyrobów leczniczych oraz urządzeń i technologii medycznych.

W opinii niektórych osób kierujących globalnymi koncernami farmaceutycznymi¹¹⁷ światowy sektor ochrony zdrowia znajduje się obecnie w punkcie zwrotnym. Płatnicy i konsumenci usług zdrowotnych domagają się informacji i przejrzystości jako zasad przy ustalaniu cen. Mają one być oparte na wartości dodanej produktów i usług, bo w takim kierunku podążają modele rekompensat za świadczenia i usługi zdrowotne. Inwestycje w sektorze ochrony zdrowia również przyspieszają zmiany. Szacunki co do wysokości takich inwestycji w 22 najbogatszych państwach świata mówią o 500 miliardach dolarów w ciągu najbliższych 5–7 lat planowanych do wydania tylko w sektorze publicznym¹¹⁸.

We współczesnym świecie olbrzymia rola przypada nowoczesnym technologiom, które zdemokratyzowały i „skonsumeryzowały” wiele sektorów gospodarki, a teraz w coraz większym zakresie wchodzi do sektora ochrony zdrowia. To skutkuje między innymi personalizacją oferty świadczeń zdrowotnych: za pomocą wysublimowanych narzędzi i technik określa się w sposób spójny i oparty na standardach odpowiednie, indywidualne terapie dla poszczególnych pacjentów we właściwie dobranym czasie. Nowe urządzenia i usługi sprzyjają monitorowaniu pacjenta, pozwalają również na pomiary efektywności kosztowej produktów i usług zdrowotnych.

Oczekiwanie płatników, świadczeniodawców i konsumentów usług zdrowotnych w coraz większym zakresie motywują koncerny farmaceutyczne do współpracy między innymi poprzez tworzenie otwartych platform do wymiany danych i informacji oraz syntez dokonań nauko-

¹¹⁷ Na przykład Kristin Peck, wiceprezes korporacji Pfizer, odpowiedzialna za rozwój firmy (w tym fuzje i przejęcia, alianse strategiczne) oraz innowacje, zob. S. Marwaha, S. Savas, *Navigating a changing health care environment. An interview with Pfizer's Kristin Peck*, McKinsey Quarterly, July 2012.

¹¹⁸ *Ibidem*.