



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

POLSKA AGENCJA
ROZWOJU
PRZEDSIĘBIORCZOŚCI

KUJAWSKO-POMORSKA
ORGANIZACJA PRACODAWCÓW
LEWIATAN

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Ekspertyza rynku niemieckiego

Wprowadzenie do analizy rynków

w ramach projektu „Branża medyczna
siłą regionu kujawsko-pomorskiego”

Ekspertyza rynku niemieckiego - Wprowadzenie do analizy rynków

Raport można zamówić nieodpłatnie poprzez stronę internetową:

www.branzamedyczna.kpoplewiatan.pl

lub bezpośredni kontakt z biurem projektu:

biuro@kpoplewiatan.pl
anna.wit@kpoplewiatan.pl

 KUJAWSKO-POMORSKA
ORGANIZACJA PRACODAWCÓW
LEWIATAN





KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

POLSKA AGENCJA
ROZWOJU
PRZEDSIĘBIORCZOŚCI



KUJAWSKO-POMORSKA
ORGANIZACJA PRACODAWCÓW
LEWIATAN

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Ekspertyza rynku niemieckiego

w ramach projektu **„Branża medyczna
siłą regionu kujawsko-pomorskiego”**

nr projektu: WND-POKL.02.01.02–00–038/12

Kujawsko-Pomorska Organizacja Pracodawców
Lewiatan



KUJAWSKO-POMORSKA
ORGANIZACJA PRACODAWCÓW
LEWIATAN

Toruń 2015

Ekspertyza przygotowana została przez Wyższą Szkołę Gospodarki w Bydgoszczy
na zlecenie Kujawsko-Pomorskiej Organizacji Pracodawców Lewiatan
nr projektu: WND-POKL.02.01.02-00-038/12

Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej
w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Korekta:

Joanna Załuska

Projekt okładki:

Krzysztof Wiśniewski

Skład i druk:

Pracownia Sztuk Plastycznych Sp. z o.o.
ul. Marii Skłodowskiej-Curie 41,
87-100 Toruń
drukcyfrowy.pl

Spis treści

Wprowadzenie	5
Opis metodyki badań.....	7
Analiza systemów finansowania usług medycznych na rynku niemieckim wraz z charakterystyką płatników pod kątem możliwości finansowania usług medycznych w Polsce	17
Opis preferencji zakupowych w zakresie usług medycznych wraz z kluczowymi wymaganiami stawianymi przez pacjentów zagranicznym podmiotom medycznym	37
Potencjalne podmioty wytypowane do współpracy z podmiotami medycznymi w Niemczech oraz potencjalni partnerzy biznesowi.....	85
Analiza cen usług medycznych - Ekspertyza rynku niemieckiego	121
Analiza SWOT eksportu usług medycznych, uzdrowiskowych oraz SPA.....	131
Prawne uwarunkowania związane z eksportem usług medycznych.....	139
Szczegółowa analiza landu Dolna Saksonia	149
Analiza cen usług medycznych - Ekspertyza dla województwa kujawsko-pomorskiego	165

Wprowadzenie

Rynek turystyki medycznej cieszy się w ostatnich latach dużym zainteresowaniem. Świadczy o tym między innymi wzrost poziomu wydatków przeznaczonych na konsumpcję usług turystyczno-medycznych. Tendencja ta będzie utrzymywała się prawdopodobnie w kolejnych latach. Głównym motywem wyjazdu pacjentów są zazwyczaj niższe koszty zabiegów medycznych.

Na świecie: Tajlandia, Indie, Malezja, a w Europie: Węgry, Bułgaria, Czechy oraz Polska są postrzegane jako kraje, w których usługi medyczne są tanie i wykonywane z wysokim profesjonalizmem.

W województwie kujawsko-pomorskim funkcjonuje duża liczba podmiotów świadczących usługi w tym zakresie na światowym poziomie. Region ten posiada trzy ośrodki, w których zlokalizowane są sanatoria: Ciechocinek, Inowrocław, Włocławek. Kolejnym atutem jest położenie województwa w centralnej części Polski. Wszystkie te argumenty pozwalają stwierdzić, że województwo kujawsko-pomorskie powinno być jednym z liczących się województw gospodarczo związanych z usługami medycznymi. Niestety, tak nie jest, ponieważ większość podmiotów świadczy swoje usługi lokalnie. Poszukiwanie nowych placówek medycznych, do których mogliby przyjeżdżać pacjenci, powinno stać się jednym z głównych zadań, na których skupiać się będą podmioty świadczące usługi medyczne. Szczególnie atrakcyjny powinien być rynek niemiecki. Polska jest bezpośrednim sąsiadem Niemiec. Wielu turystów odwiedza nasz kraj, w szczególności wielu odwiedza Toruń i inne miasta województwa kujawsko-pomorskiego.

W niniejszym opracowaniu dokonano pogłębionej analizy rynku niemieckiego dla potrzeb przedsiębiorstw branży medycznej z województwa kujawsko-pomorskiego – zgodnie z założeniami projektu pt.: „Branża medyczna siłą regionu kujawsko-pomorskiego”, realizowanego w ramach Programu Operacyjnego Kapitał Ludzki, współfinansowanego przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego.

Ekspertyza została zorganizowana w następujący sposób. Rozdział pierwszy zawiera opis metodologii prowadzonych badań. W rozdziale drugim przedstawiono analizę systemu finansowania usług medycznych w Niemczech. Opis preferencji zakupowych wraz z kluczowymi wymaganiami stawianymi przez pacjentów niemieckich podmiotom zagranicznym zawarty został w rozdziale trzecim. Potencjalne podmioty oraz potencjalni partnerzy wraz z ogólną charakterystyką rynku przedstawiono w rozdziale czwartym. Rozdział piąty to analiza porównawcza cen wybranych usług medycznych w Polsce i Niemczech. W części szóstej ekspertyzy dokonano analizy SWOT eksportu usług medycznych, uzdrowiskowych oraz SPA. W rozdziale siódmym opisano prawne uwarunkowania związane z eksportem usług medycznych. Ostatni, ósmy rozdział obejmuje szczegółową charakterystykę landu Dolna Saksonia.

Każdy z rozdziałów stanowi odrębną część i może być czytany niezależnie.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

POLSKA AGENCJA
ROZWOJU
PRZEDSIĘBIORCZOŚCI



KUJAWSKO-POMORSKA
ORGANIZACJA PRACODAWCÓW
LEWIATAN

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Opis metodyki badań



Spis treści

Wstęp	9
Analiza systemów finansowania usług medycznych.....	9
Opis preferencji zakupowych w zakresie usług medycznych wraz z kluczowymi wymaganiami stawianymi przez pacjentów zagranicznym podmiotom medycznym	10
Charakterystyka potencjalnych podmiotów wytypowanych do współpracy z podmiotami medycznymi w Polsce oraz charakterystyka potencjalnych partnerów biznesowych	12
Analiza cen usług medycznych.....	12
Analiza SWOT eksportu usług medycznych, uzdrowiskowych oraz SPA.....	14
Prawne uwarunkowania związane z eksportem usług medycznych.....	14
Szczegółowa analiza landu Dolna Saksonia	14
Opis zespołu badawczego.....	15

Wstęp

Raport zawiera wytyczne na temat metodologii przeprowadzonych badań. W zależności od zadania dobrano odpowiednie metody badawcze. Opis metodyki składa się z 9 punktów.

Analizę systemów finansowania usług medycznych oparto o analizę stron internetowych oraz studia literaturowe. Opisu preferencji zakupowych w zakresie usług medycznych wraz z kluczowymi wymaganiami stawianymi przez pacjentów zagranicznych podmiotom medycznym dokonano w oparciu o badania terenowe: badania ankietowe, wywiady indywidualne. Potencjalne podmioty wytypowane do współpracy z podmiotami medycznymi w Polsce oraz potencjalni partnerzy biznesowi wybrani zostali na podstawie informacji zamieszczanych na stronach internetowych podmiotów występujących na rynku niemieckim.

Analiza cen usług medycznych dokonana została w oparciu o urzędowe ceny obowiązujące na rynku niemieckim oraz badania poziomów cen przede wszystkim w województwie kujawsko-pomorskim. W niektórych przypadkach, dla rynku niemieckiego, udało się dotrzeć do cen usług świadczonych przez podmioty komercyjne. Należy nadmienić, że zdobywanie informacji na temat cen usług medycznych na rynku niemieckim jest bardzo trudne. Podmioty nie udostępniają cenników. Lekarze nawet podczas wywiadów telefonicznych nie chcą udzielać informacji o cenach. Zapraszają na wizytę i dopiero wtedy wyceniają usługę. W trakcie analizy zespół wielokrotnie kontaktował się z lekarzami drogą telefoniczną i mailową. Nawet w przypadku występowania w roli potencjalnego pacjenta nie udało się pozyskać pożądaných informacji. Część lekarzy przekierowywała zbierających dane na oficjalne cenniki urzędowe.

Analiza SWOT eksportu usług medycznych, uzdrowiskowych oraz SPA przeprowadzona została w oparciu o badania terenowe oraz pozostałe ekspertyzy.

Prawne uwarunkowania związane z eksportem usług medycznych określone zostały na podstawie analizy aktów prawnych.

Szczegółowa analiza dotyczyła landu Dolna Saksonia. Ostatnie części metodyki to wykaz osób biorących udział w badaniach.

Analizy systemów finansowania usług medycznych

Analiza obejmuje system finansowania usług medycznych oraz charakterystyki płatników z uwzględnieniem możliwości finansowania usług medycznych w Polsce.

W przypadku systemów finansowania usług medycznych badania dotyczyły dwóch obszarów:

1. analizy stron internetowych,
2. analizy literatury.

Analiza na podstawie informacji zawartych na stronach internetowych:

1. <http://www.krankenkassen.de/krankenkasse-wechseln/>
2. <https://www.meine-krankenkasse.de/polnischerservice.html>
3. <http://www.aok-bv.de/>
4. <http://www.tk.de/>

Analiza literatury:

1. Goodman John C., Musgrave Gerald L., Herrick Devon M., *Jak uzdrowić służbę zdrowia. Raport o światowych systemach opieki zdrowotnej*, FIJOR PUBLISHING, 2008 r.
2. Łyszczarz B., *Ocena efektywności systemów opieki zdrowotnej w krajach OECD*, Wolters Kluwer, 2014 r.
3. Jaworzyńska M., *Analiza porównawcza systemu finansowania opieki zdrowotnej w Polsce z wybranymi krajami*, Wydawnictwo UMCS, 2012 r.
4. Hady J., Leśniowska M., *Finansowanie niemieckiego systemu opieki zdrowotnej*, opracowanie tematyczne OT-594 Kancelarii Senatu, http://www.rzu.gov.pl/files/20725__5260__Joanna_Hady__Malgorzata_Lesniowska___Finansowanie_polskiego_systemu_opieki_zdrowotnej_na_tle_wybranych_krajow_Unii_Europ.pdf, dostęp z dnia 10.09.2014 r.
5. Ryć K., Skrzypczak Z., *Ochrona zdrowia na świecie*, Warszawa, 2011 r.

W przypadku charakterystyk płatników z uwzględnieniem możliwości finansowania usług medycznych w Polsce, analiza uwzględniała następujące zagadnienia:

1. wskazanie aktualnych aktów prawnych,
2. analizę możliwości finansowania usług medycznych w Polsce.

Opis preferencji zakupowych w zakresie usług medycznych wraz z kluczowymi wymaganiami stawianymi przez pacjentów zagranicznym podmiotom medycznym

W ramach analizy dokonano opisu preferencji zakupowych pacjentów oraz kluczowych wymagań stawianych przez pacjentów zagranicznym podmiotom medycznym. Badania przeprowadzono w landzie Dolna Saksonia.

Badania realizowano głównie metodą jakościową poprzez Indywidualne Wywiady Pogłębione (IDI) – scenariusz badań w załączniku. Badania były realizowane wśród społeczności lokalnych. Badanych rekrutowano wśród pacjentów z kilku specjalizacji

(według listy wskazanych specjalizacji). Dobór próby, zgodnie z metodyką badań jakościowych, miał charakter celowy, a nie probabilistyczny, zatem rekrutacja odbywała się metodą *snowball sampling* (kula śnieżna). Pacjenci byli w różnym wieku, o różnym statusie społeczno-ekonomicznym. Przeprowadzono dwanaście wywiadów indywidualnych na rynku niemieckim.

Zakres merytoryczny badań terenowych wyznaczają zagadnienia:

- bariery korzystania z usług (w tym: językowe, kulturowe, finansowe, transportowe itp.),
- korzyści dla pacjenta,
- subiektywna, ogólna opinia o rynkach medycznych,
- obszary istotne dla potencjalnych klientów usług medycznych,
- ocena przez potencjalnych pacjentów poszczególnych obszarów i standardów usług,
- określenie potencjalnych szans i zagrożeń dla polskiego rynku usług medycznych.

Podstawowe pytania metodologiczne:

- Jak postrzegany jest rynek usług medycznych w Polsce i w szczególności w województwie kujawsko-pomorskim?
- W oparciu o jakie przesłanki konstruowane są oceny i opinie na temat rynku medycznego w Polsce?
- Skąd potencjalni klienci czerpią informacje na temat rynku usług medycznych w Polsce?
- Czy badani mają doświadczenia w obszarze turystyki medycznej?
- Jakie są główne obawy związane z turystyką medyczną?
- Co może wpłynąć na zmniejszenie tych obaw?
- Jakie są pozytywne aspekty turystyki medycznej?
- Jakie są największe potrzeby w odniesieniu do usług medycznych?
- Jakie aspekty w procesie leczenia/rehabilitacji są najważniejsze dla odbiorcy?
- Jak oceniane są standardy?
- Czy polski rynek usług medycznych może być konkurencyjny?
- Co o tym przesądza? Jakie aspekty wykluczają konkurencyjność?
- Jakie są oczekiwania potencjalnych odbiorców?
- Jakie są wady lokalnego rynku usług medycznych?
- Czy na wyjazdach w celach medycznych można skorzystać?

Dodatkowo realizowano, na niewielkiej próbie badawczej, badania ilościowe na dobranych warstwowo (według specjalizacji) pacjentach, w liczbie 70 osób na rynku niemieckim. Ze względu na brak operatu losowania oraz trudność w dotarciu do respondentów, dobór miał charakter celowy za pomocą metody *snowball sampling*.

Zgromadzone dane ilościowe zostały zakodowane i opracowane w programie SPSS, zgodnie ze specyfikacją zamówienia. Dobór próby miał charakter warstwowo-celowy i uwzględniał kluczowe specjalizacje zawarte w umowie (w doborze uwzględniono reprezentacje każdej ze specjalizacji, tj.: ortopedycznej, rehabilitacyjnej, w tym związanej z usługami uzdrowisk i sanatoriów z elementami SPA, leczenia otyłości i nadwagi, okulistycznej, medycyny estetycznej, stomatologicznej, urologicznej, kardiologicznej). Badania realizowane były metodą wywiadu kwestionariuszowego (PAPI), bezpośrednio ankiet – respondent.

Charakterystyka potencjalnych podmiotów wytypowanych do współpracy z podmiotami medycznymi w Polsce oraz charakterystyka potencjalnych partnerów biznesowych

Analiza operatorów turystyki medycznej przeprowadzona została w oparciu o:

1. informacje pozyskane z Internetu,
2. dokumenty pozyskane od operatorów.

Analiza cen usług medycznych

Analiza polegała na porównaniu uśrednionych cen usług medycznych na rynku niemieckim oraz polskim, ze szczególnym uwzględnieniem województwa kujawsko-pomorskiego. Dla każdej specjalności wskazano minimum 3 ceny. W przypadku rynku niemieckiego ceny pochodziły głównie z serwisów:

- Gebührenordnung für Ärzte
- http://www.gesetze-im-internet.de/go__1982/
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)
- http://www.kbv.de/media/sp/UV_GOAE.pdf
- Bundesärztekammer (Federalna Izba Lekarska)
- <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Analogverzeichnis201301.pdf>

W niektórych przypadkach korzystano z serwisu [Tourmedica.pl](http://www.tourmedica.pl)¹.

W przypadku podmiotów polskich ceny wytypowano na podstawie cenników pochodzących od następujących podmiotów:

¹ <http://www.tourmedica.pl>

Kategoria	Nazwa podmiotu
Ortopedia	Szpital Specjalistyczny Matopát – Toruń Centrum Medyczne ESKULAP – Bydgoszcz Centrum Medyczne Gizińscy – Bydgoszcz
Okulistyka	Szpital Specjalistyczny Matopát – Toruń Szpital Specjalistyczny Barska – Włocławek Prywatna Klinika Okulistyczna OFTALMIKA – Bydgoszcz Szpital Okulistyczny – Łódź Centrum Mikrochirurgii Oka Laser – Warszawa
Medycyna estetyczna	Centrum Medyczne Laser-Med S.A. – Bydgoszcz Centrum Medyczne Bieńkowski – Bydgoszcz Centrum Medyczne Gizińscy – Bydgoszcz Lecznice Citomed Sp. z o.o. – Toruń Prywatna Klinika Wident – Bydgoszcz Solumed Klinika Chirurgii Plastycznej, Medycyny Estetycznej i Flebologii – Poznań Ośrodek Chirurgii Plastycznej – Lublin
Stomatologia	UNIDENT Centrum Usług Stomatologicznych – Bydgoszcz Prywatny Gabinet Stomatologiczny DENS V.I.P. – Bydgoszcz Centrum Stomatologii DENTUS – Toruń Zagalak Klinika Stomatologiczna – Bydgoszcz CIVIS VITA Centrum Medyczne – Toruń Klinika Stomatologiczna DENmed – Toruń
Urologia	Szpital Specjalistyczny Matopát – Toruń Szpital Specjalistyczny Barska – Włocławek Stadmedica Centrum Medyczne – Bydgoszcz Prywatna Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Nowak&Nowak – Toruń Śląskie Centrum Urologii „Urovita” – Chorzów
Kardiologia	Centrum Medyczne ESKULAP – Bydgoszcz Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. Antoniego Jurasza – Bydgoszcz Polsko-Amerykańskie Kliniki Serca – Katowice Prywatne Centrum Chirurgii Winczakiewicz-Borkiewicz – Toruń Swissmed Centrum Zdrowia S.A. – Gdańsk
Usługi uzdrowiskowe	Stadmedica Centrum Medyczne – Bydgoszcz ORVIT CLINIC Lecznice Citomed Sp. z o.o. – Toruń Fizjoterapia i Odnowa Biologiczna „Instant Care” – Bydgoszcz Prywatne Centrum Ortopedii i Rehabilitacji Ortus Med Sp. z o.o. – Toruń ACTIO Centrum Terapii Manualnej i Rehabilitacji – Bydgoszcz Sanatorium Uzdrowiskowe „Krystynka” Sp. z o.o. – Ciechocinek Przedsiębiorstwo Uzdrowisko Ciechocinek S.A. – Ciechocinek „SOLANKI” Uzdrowisko Inowrocław Sp. z o.o. – Inowrocław Sanatorium Uzdrowiskowe „Wrzos” Sp. z o.o. – Ciechocinek Lecznice Citomed Sp. z o.o. – Toruń Klinika Uzdrowiskowa „Pod Tężniami” im. Jana Pawła II Spółdzielnia Usług Medycznych – Ciechocinek Sanatorium Uzdrowiskowe „Przy Tężni” im. dr. Józefa Krzywińskiego Sp. z o.o. – Inowrocław

Analiza SWOT eksportu usług medycznych, uzdrowiskowych oraz SPA

W ramach zadania przeprowadzono analizę SWOT. Wykonane zostały następujące czynności:

1. zdefiniowanie listy szans, zagrożeń, silnych i słabych stron,
2. przypisanie poszczególnym szansom, zagrożeniom, silnym i słabym stronom wag określających ich istotność z punktu widzenia ich wpływu na możliwość rozwoju organizacji,
3. równoległe, tzn. „z zewnątrz do wewnątrz” i „od wewnątrz na zewnątrz”, przebadanie relacji zachodzących między silnymi i słabymi stronami a szansami i zagrożeniami, przy czym:
 - w analizie TOWS („z zewnątrz do wewnątrz”) określono: Czy dane zagrożenia osłabiają kolejne siły? Czy dane szanse spotęgują występujące słabości? Czy dane zagrożenia spotęgują występujące słabości? Czy dane szanse pozwolą przezwyciężyć istniejące słabości?
 - w analizie SWOT („od wewnątrz na zewnątrz”) określono: Czy zidentyfikowane siły pozwolą wykorzystać szanse, które mogą wystąpić? Czy zidentyfikowane słabości nie pozwolą na wykorzystanie mogących się pojawić szans? Czy zidentyfikowane siły pozwolą na przezwycięzenie mogących wystąpić zagrożeń? Czy zidentyfikowane słabości wzmocnią siłę oddziaływania mogących wystąpić zagrożeń?
4. wybór strategii normatywnej; kombinacja czynników, dla której uzyska się najwyższy wynik wskaże, jaką z 4 strategii normatywnych powinno się wykorzystać.

Prawne uwarunkowania związane z eksportem usług medycznych

Badania obejmowały:

1. wskazanie aktualnych aktów prawnych,
2. wskazanie uwarunkowań świadczenia usług medycznych przez podmioty zagraniczne.

Szczegółowa analiza landu Dolna Saksonia

Szczegółowej analizie poddano land Dolna Saksonia. Badania obejmowały:

1. opisy preferencji zakupowych w zakresie usług medycznych w landzie,

2. kluczowe wymagania stawiane zagranicznym podmiotom medycznym przez pacjentów landu,
3. charakterystyki operatorów zajmujących się turystyką medyczną w landzie.

Opis zespołu badawczego

Badania zostały przeprowadzone w okresie od 1.08.2014 do 20.05.2015. Zespół składał się ze specjalistów, pracowników i współpracowników Wyższej Szkoły Gospodarki w Bydgoszczy:

- mgr Maciej Andrzejewski – pracownik Katedry Zarządzania,
- dr Mariusz Barczak – pracownik Katedry Gospodarki Turystycznej,
- mgr Anna Gizińska – prawnik,
- dr Emilia Koniczyńska – specjalista zarządzania w służbie zdrowia,
- prof. WSG dr inż. Cezary Kościelak – pracownik Katedry Gospodarki Turystycznej,
- mgr Paulina Markiewicz – kierownik Pracowni Analiz Społecznych i Rynkowych,
- mgr Alewtyna Roi – pracownik inLAB,
- mgr Filip Sikora – prawnik,
- mgr Adrianna Szuflicka – specjalista ds. rynku medycznego,
- dr Piotr Szymański – pracownik Instytutu Ekonomii i Zarządzania.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

POLSKA AGENCJA
ROZWOJU
PRZEDSIĘBIORCZOŚCI



KUJAWSKO-POMORSKA
ORGANIZACJA PRACODAWCÓW
LEWIATAN

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Analiza systemów finansowania usług medycznych na rynku niemieckim wraz z charakterystyką płatników pod kątem możliwości finansowania usług medycznych w Polsce



Spis treści

Wstęp	19
Ogólny zarys niemieckiego modelu finansowania świadczeń.....	19
Profil poszczególnych uczestników systemu.....	20
Sylwetka niemieckiego świadczeniodawcy.....	22
Finansowanie ochrony zdrowia	25
Kasy chorych jako dysponenti środków publicznych.....	29
Ważne adresy	32

Wstęp

W związku z funkcjonowaniem w strukturach Unii Europejskiej zarówno Niemiec, jak i Polski, doszło do swoistego ujednoczenia zasad finansowania świadczeń w ramach turystyki medycznej. Niezależnie od wewnętrznych zasad rozliczania usług zdrowotnych realizowanych wobec osób ubezpieczonych, funkcjonują zasady nadrzędne, uregulowane na poziomie europejskim. Gwarantują one pacjentom swobodę wyboru miejsca leczenia na obszarze Unii Europejskiej. Ruch chorych obywateli Niemiec w kierunku polskich świadczeniodawców widoczny był jeszcze przed wejściem w życie tzw. dyrektywy transgranicznej. Odbывał się on w dwóch formach: pierwszej – opartej na Europejskiej Karcie Ubezpieczenia Zdrowotnego i rozliczaniu takich świadczeń w ramach polskiego systemu, drugiej – wiążącej się z bezpośrednim uregulowaniem rachunku przez chorego w placówce medycznej i ewentualnym uzyskaniem w Niemczech zwrotu kosztów u swojego ubezpieczyciela. Wybór odpowiedniej opcji wynikał zapewne z uwarunkowań niemieckiego systemu, związanych z powszechnym bądź prywatnym charakterem posiadanego przez pacjenta ubezpieczenia krajowego. W tym aspekcie istotne jest poznanie niemieckiego modelu finansowania świadczeń.

Ogólny zarys niemieckiego modelu finansowania świadczeń

W Republice Federalnej Niemiec system finansowania usług medycznych został oparty na obowiązkowym ubezpieczeniu zdrowotnym (tzw. model Bismarcka). Zasadniczo funkcjonuje on bez większych zmian strukturalnych od 1883 r., kiedy został wprowadzony. Zasadą nadrzędną jest odpowiedzialność państwa za ochronę zdrowia, zdrowie publiczne oraz bezpieczeństwo socjalne obywateli. System ten cechuje solidarność związana z ponoszeniem przez całe społeczeństwo odpowiedzialności za ryzyko związane z chorobą poszczególnych jego członków. Jest to potężna gałąź gospodarki narodowej i rynek zbytu urządzeń medycznych.

Ze względu na federacyjny charakter ustroju Niemiec, również w ramach opieki medycznej dokonano podziału uprawnień decyzyjnych pomiędzy landy, rząd federalny oraz autonomiczne, samorządne organizacje. Podział ten jest poniekąd podstawą jego długotrwałego sukcesu opartego na znacznym poziomie decentralizacji zarządzania oraz efektywnych negocjacjach między świadczeniodawcami i reprezentacją pacjentów.

Cechami charakterystycznymi istniejącego modelu są następujące założenia:

- finansowanie oparte na obowiązkowych zarówno dla pracodawców, jak i pracowników składkach,
- przekazywanie składek wszystkich ubezpieczonych do Funduszu Zdrowia, z którego następnie refundowane są świadczenia,

- uzupełnianie systemu budżetowymi dotacjami państwa,
- zarządzanie przez niezależne od rządu instytucje (np. kasy chorych, zrzeszenia świadczeniodawców),
- kontraktowanie świadczeń.

Organizatorem ochrony ubezpieczeniowej w państwie są władze publiczne, które zapewniają finansowanie placówek opieki zdrowotnej. Odbywa się ono dwutorowo: koszty ogólne pokrywają landy, natomiast koszty operacyjne refundowane są poprzez kasy chorych. System swym zasięgiem obejmuje zarówno szpitale publiczne, jak i prywatne, które podpisują kontrakty na udzielanie świadczeń. Jest to tradycyjny system umów zbiorowych. Wśród uczestników rynku medycznego, podobnie jak w Polsce, istnieje jednoznaczny rozdział płatników trzeciej strony (ubezpiezycieli) od świadczeniodawców. Jedną z naczelnych zasad systemu są wielostopniowe negocjacje na szczeblu federalnym i landowym, których efektem są tzw. umowy zbiorowe. Rokowania, a w ślad za nimi zawierane umowy zbiorowe, dotyczą standardów opieki, a także zasad rozliczeń i stawek za świadczenia zdrowotne, które obowiązują w niezależnych sektorach systemu, tj. lecznictwa ambulatoryjnego, szpitalnego, rehabilitacyjnego i opieki długoterminowej.

Szeroki zakres świadczeń gwarantowanych w ramach obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, nieznaczny udział własny pacjentów w wydatkach związanych z leczeniem, a także stosunkowo szybkie wprowadzanie innowacji, gwarantują kompleksową i wysokiej jakości opiekę medyczną. Jednakże wysoki poziom opieki związany jest ze znacznymi kosztami po stronie systemu, całkowite wydatki na opiekę zdrowotną w Niemczech to 11,3% PKB, z czego 76,5% stanowią wydatki publiczne, a 23,5% wydatki prywatne (niemal 40% tej części stanowią prywatne ubezpieczenia zdrowotne). Oznacza to 4495 \$ na osobę.¹

Profil poszczególnych uczestników systemu

POZIOM FEDERALNY

Na poziomie krajowym za kształtowanie opieki zdrowotnej odpowiada parlament (Bundestag i Bundesrat) oraz Ministerstwo Zdrowia i Ubezpieczeń Społecznych. Instytucje centralne odpowiadają za prace legislacyjne, określając m.in. takie zagadnienia, jak:

- struktura organizacyjna kas chorych i ich stowarzyszeń,
- członkostwo w kasach chorych (obowiązkowe i dobrowolne),
- katalog świadczeń refundowanych,
- obszar negocjacji pomiędzy płatnikami a świadczeniodawcami,
- mechanizm finansowania.

¹ GUS, Narodowy Rachunek Zdrowia za 2011 rok, źródło: <http://stats.oecd.org>, stan z 17 lipca 2013.

Minister Zdrowia na szczeblu federalnym jest kluczową instytucją wspomagającą i koordynującą władze niższego szczebla poprzez ekspertyzy naukowe. Ponadto, centralnym organem jest powołany w 2009 r. Fundusz Zdrowia, do którego wpływają składki obywateli, następnie przekazywane kasom chorych.

POZIOM LANDÓW

To właśnie na poziomie federalnym podejmowane są kluczowe decyzje, wpływające na realny kształt i dostępność obywateli do świadczeń opieki zdrowotnej. Landy ponoszą odpowiedzialność za dostawę usług oraz administrowanie całym systemem na obszarze ich funkcjonowania. W celu utrzymania infrastruktury sporządzane są plany rozwoju szpitalnictwa, na podstawie których landy finansują później inwestycje, według przyjętych priorytetów. Dostęp do środków federalnych gwarantowany jest niezależnie od formy prawnej i właścicielskiej podmiotów leczniczych. W ramach kompetencji federalnych pozostają również działania w zakresie zdrowia publicznego: nadzorowanie liczby osób zatrudnionych w jednostkach medycznych, prewencja i monitoring chorób zakaźnych, nadzór nad polityką lekową, edukacja i promocja zdrowia oraz inspekcja sanitarna. W zakresie swej działalności landy są odpowiedzialne również za studia medyczne, stomatologiczne oraz farmaceutyczne, ponadto sprawują nadzór nad regionalnymi izbami i stowarzyszeniami lekarskimi oraz nadzorują kasy ubezpieczeń zdrowotnych.

UBEZPIECZENI

Kodeks socjalny uprawnia ubezpieczonych do świadczeń pieniężnych i rzeczowych w zakresie:

- zapobiegania chorobom,
- wczesnego rozpoznawania chorób,
- leczenia chorób,
- pokrycia kosztów przejazdu,
- zasiłku chorobowego.

Ze względu na ograniczoną ilość środków finansowych w systemie, wprowadzono ograniczenia w zakresie korzystania ze świadczeń. System opłat ma na celu stworzenie bariery przed nadużywaniem usług. Dotyczy on m.in.:

- dopłat do leków realizowanych na receptę,
- pełnej odpłatności za leki z tzw. negatywnej listy leków,
- opłat za transport medyczny (za uzasadniony przewóz karetką, realizowany na zlecenie lekarza, pobierana jest zryczałtowana opłata, niezależnie od długości trasy).

Przynależność do systemu może wynikać z zaistnienia obowiązku ubezpieczenia, jak i być oparta na woli ubezpieczonego. Obowiązek dotyczy wszystkich pracowników najemnych, których przeciętne wynagrodzenie roczne nie przekracza określonej kwoty. Obejmuje on również rencistów i emerytów, bezrobotnych, studentów, a także

niektóre grupy osób pracujących na własny rachunek. Pozostałe osoby, w tym większość osób prowadzących własną działalność, może ubezpieczyć się dobrowolnie w systemie powszechnym. Osoby zamożne, osiągające odpowiedni poziom przychodów, znajdują się poza powszechnym systemem ubezpieczeń. W przypadku choroby korzystają one z usług jednostek prywatnych.

Każda osoba ubezpieczona otrzymuje plastikową kartę ze specjalnym czipem, na której gromadzone są jej dane medyczne. Posiadanie karty jest niezbędne przy uzyskiwaniu świadczeń medycznych, na jej podstawie następują również rozliczenia pomiędzy lekarzem a kasą chorych.

W niemieckim systemie opieki zdrowotnej, właśnie w kontekście osób ubezpieczonych, rysuje się najpoważniejsze wyzwanie dla obecnie funkcjonującego modelu. Wiąże się ono z powszechnymi w Europie zmianami demograficznymi.

W 2009 r. więcej niż 10 mln osób cierpiało w Niemczech na choroby przewlekłe, co stanowi ok. 46% wszystkich schorzeń². Prognozy co do zwiększającej się długości życia, w połączeniu z niskim wskaźnikiem urodzeń, przyczyniają się do wyraźnego wzrostu odsetka ludzi starszych. Następstwem tego procesu są zmiany struktury zachorowalności. Częstotliwość występowania i zapadalność na niezakaźne choroby przewlekłe, takie jak astma, demencja, cukrzyca, niewydolność serca i nowotwory złośliwe, ciągle się zwiększa. Z tego powodu właśnie opieka nad osobami cierpiącymi na kilka chorób albo na schorzenia złożone stanowi jedno z największych wyzwań opieki medycznej obecnie i w przyszłości.

Sylwetka niemieckiego świadczeniodawcy

W Niemczech funkcjonuje 17 stowarzyszeń lekarzy, w których członkostwo jest obowiązkowe, a także Federalne Stowarzyszenie Lekarzy Kas Chorych. Na podobnej zasadzie uregulowano działalność lekarzy stomatologów.

Wśród najważniejszych zadań zrzeszeń wyróżnić należy:

- zabezpieczanie opieki medycznej we wszystkich specjalnościach,
- negocjacje i zawieranie umów z kasami chorych,
- podział budżetu kas chorych pomiędzy lekarzy ustawowych kas chorych³,
- dopuszczanie lekarzy do prowadzenia praktyk i leczenia pacjentów ustawowych kas chorych,
- reprezentowanie praw lekarzy w stosunku do kas ubezpieczeń zdrowotnych.

² Sondergutachten 2009, Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, <http://www.svr-gesundheit.de/index.php?id=14>.

³ Struktura podziału środków zależy od zakresu realizowanych usług oraz możliwości organizacyjnych wykonywania zakontraktowanych świadczeń.

Na rynku medycznym wyróżnia się trzy typy szpitali: publiczne, non profit i prywatne for profit. Mniej więcej połowa szpitali to placówki publiczne, szpitale non-profit prowadzone są głównie przez Kościół i Czerwony Krzyż, natomiast szpitale komercyjnych jest około 5%. Zrzeszają się one na zasadzie dobrowolności na poziomie landów, ponadto funkcjonuje organizacja federalna. Organizacje zrzeszające szpitale niemieckie nie są typowymi korporacjami, ich działalność opiera się na prawie prywatnym.

Na niemiecką sieć szpitali składa się 2240 placówek funkcjonujących w trybie ostrych dyżurów, 1380 szpitali prewencji i rehabilitacji oraz 46 uniwersyteckich centrów medycznych. Łącznie w tych szpitalach zatrudnienie na etatach znajduje 145 000 lekarzy.

W Niemczech opieka ambulatoryjna oparta jest przede wszystkim na prywatnych praktykach lekarskich, funkcjonujących w formach: gabinetu indywidualnego, praktyki grupowej czy zespołu lekarskiego. Świadczeniodawca we własnym zakresie ponosi wszelkie koszty związane z działalnością bieżącą, takie jak wyposażenie gabinetu w specjalistyczny sprzęt, wydatki na personel, najem lokalu czy podatki. Mimo to, poradnie ambulatoryjne są bardzo dobrze wyposażone, co umożliwia nie tylko wykonywanie badań specjalistycznych, ale również świadczeń zabiegowych czy operacji w ramach tzw. chirurgii jednego dnia. Proces ten związany jest z istniejącą konkurencją pomiędzy lekarzami w zakresie posiadanego sprzętu oraz zakresu wykonywanych świadczeń medycznych. W latach 70. i 80. ubiegłego wieku pojawiła się tendencja tworzenia praktyk grupowych opartych na zasadzie partnerstwa lekarzy współpracujących. Efektem tego procesu było pojawienie się instytucji zespołu lekarskiego, w którym główny lekarz wynajmuje innych lekarzy do pracy i samodzielnie się z nimi rozlicza. Obecnie nadal odnotowuje się roczny wzrost liczby spółdzielni lekarskich.

Aby mieć prawo udzielania świadczeń osobom ubezpieczonym w ustawowych kasach chorych, wolno praktykujący lekarze ogólni i specjaliści obowiązkowo zrzeszają się w Związku Lekarzy Kas Chorych. Związek ten istnieje od 1931 r. i jest najpotężniejszym lobby zawodowym w Niemczech. Wśród jego kompetencji znajduje się negocjowanie w imieniu lekarzy z wszystkimi kasami ubezpieczeniowymi płać lekarzy i zakresu odpowiedzialności za zaopatrzenie ubezpieczonych w świadczenia medyczne. W zakresie rozmów prowadzonych przez związek z płatnikami pozostają także kwestie ustalania standardów postępowania oraz wyceny nowych procedur medycznych. Nieliczni medycy na rynku usług zdrowotnych pozostają niezależni i przyjmują tylko pacjentów prywatnych, zarówno z kas prywatnych, jak i pacjentów nieubezpieczonych. Podobnie jak w Polsce, płace lekarzy ustalone są w zasadzie według reguły fee for service, co oznacza płać za usługę. Jednakże, aby nie dopuścić do nieograniczonego wzrostu liczby realizowanych świadczeń, wprowadzono ograniczenie tej zasady, ustalone na danym obszarze administracyjnym w drodze negocjacji między związkami kas chorych i Związkiem Lekarzy Kas Chorych. Jeżeli liczba świadczeń w określonym czasie (kwartale) wzrośnie ponad granicę punktów oznaczających dla kasy problemy finansowe, lekarze muszą zgodzić się na kształtowanie swych dochodów do tej granicy, nawet jeżeli ich praca w tym okresie była znacznie intensywniejsza. Funkcjonuje znane w Polsce limitowanie usług medycznych w ramach umowy. Wartość jednostki usług

lekarzy, podawana w punktach, jest negocjowana przez kasy chorych ze Związkiem Lekarzy. Obowiązuje punktowy cennik kilku tysięcy usług⁴. Ich finansowanie w ramach systemu powszechnego odbywa się na podstawie negocjacji pomiędzy kasami chorych a stowarzyszeniem lekarzy. Również rozliczanie świadczeń zdrowotnych odbywa się za pośrednictwem zrzeszenia – wszystkie kasy chorych wpłacają środki do tego zrzeszenia, ono zaś decyduje o ich podziale między świadczeniodawców.

W 2007 r. zarejestrowanych było 413 969 lekarzy (ok. 5 lekarzy na 1000 mieszkańców). Liczba lekarzy funkcjonujących na niemieckim rynku medycznym jest na alarmującym poziomie, co przyczynia się do znacznego ograniczenia dostępności do świadczeń zdrowotnych. Rozwiązania tego problemu nie ułatwia fakt, iż lekarze specjaliści wolno praktykujący nie mogą jednocześnie pracować w szpitalach. Wyklucza to z przedstawionej liczby ok. 400 000 lekarzy kolejne 145 000 medyków współpracujących z placówkami stacjonarnymi. Brak kadry medycznej odczuwalny jest zwłaszcza w szpitalach zlokalizowanych we wschodnich landach, co związane jest z niższym poziomem zarobków w odniesieniu do zachodniej części kraju.

Również w aspekcie świadczeniodawców można zdefiniować dość istotny problem dla dalszego sprawnego funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej w Niemczech. Jest to zwiększające się niezadowolenie przedstawicieli placówek medycznych, które można było zaobserwować w sporze o honoraria w roku 2012. Rozbieżność pomiędzy żądaniami Federalnego Zrzeszenia Lekarzy (Kassenärztliche Bundesvereinigung) a możliwościami Federalnego Związku Kas Chorych (GKV-Spitzenverband) wynosiła aż 18 punktów procentowych. Obrazuje to dość wyraźnie, iż akceptacja lekarzy dla obecnego systemu wynagrodzeń zakończyła się. Ponadto analizy wśród studentów pokazują, iż nawet 10% ankietowanych w 2012 r. studentów nie bierze w ogóle pod uwagę prowadzenia praktyki lekarskiej na wsi. Sytuacja ta prowadzić będzie do coraz większych problemów z zapewnieniem opieki medycznej o szerokim zasięgu na wsi i w słabych strukturalnie regionach.

Obowiązujący sztywny rozdział wyodrębnionych sektorów oraz niedostateczna wymiana informacji pomiędzy świadczeniodawcami stanowiły istotny problem, w którego rozwiązaniu pomoc miała przeprowadzona w 2004 roku reforma służby zdrowia. Po raz pierwszy zezwolono kasom chorych na zawieranie bezpośrednio z placówkami kontraktów dotyczących zakresu świadczeń, wynagrodzeń i stosunków umownych, bez pośrednictwa organizacji kas chorych. Wprowadzony dodatkowo bodziec finansowy sprawił, iż w kolejnych czterech latach zawarto ok. 6000 indywidualnych umów. Również rozpowszechnienie struktur o charakterze kooperacyjnym przybrało w Niemczech bardzo na sile. W okresie minionych 20 lat liczba funkcjonujących sieci lekarskich podwoiła się z 200 do 400, natomiast liczba zarejestrowanych lekarzy potroiła z 10 000 do 30 000. Mimo tych procesów, struktura sektora ambulatoryjnego, liczącego około 140 000 lekarzy, jest nadal rozdrobiona. Również większość sieci nie zapewnia oczekiwanej współpracy pomiędzy podmiotami z różnych poziomów opieki medycznej (podstawowej, specjalistycznej, szpitalnej oraz następującej po leczeniu szpitalnym rehabilitacji oraz rekonwalescencji). Stworzenie możliwości zawierania selektywnych umów pomiędzy poszczególnymi sektorami i zawodami zapoczątkowało jednak odczuwalną zmianę strukturalną.

⁴ Np. <http://www.e-bis.de/>.

Finansowanie ochrony zdrowia

W Republice Federalnej Niemiec nie tworzy się jednego budżetu na ochronę zdrowia. Środki gromadzone są w 17 budżetach zasilanych podatkami (16 budżetów landów i budżet federalny), a także w kilkuset budżetach kas chorych zasilanych składkami na ubezpieczenie zdrowotne poprzez Fundusz Zdrowia (budżet federalny). Środkami państwowymi na poszczególnych szczeblach zarządzają parlamenty, natomiast za kształtowanie polityki budżetowej kas chorych odpowiadają ich zarządy wraz z radami nadzorczymi. Środkami z podatków finansowane są działania z zakresu zdrowia publicznego oraz inwestycje szpitali należących do sieci. Z budżetu federalnego przekazywane są również opłaty na składki za żołnierzy zawodowych, policjantów, a także opłacane jest szkolnictwo medyczne oraz badania naukowe. Część środków z budżetu federalnego przekazywana jest na poziom landów na zasadzie transferu.

Zasadniczym źródłem finansowania świadczeń medycznych są fundusze pochodzące z obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego. System dodatkowo wspomagają środki z ubezpieczeń prywatnych, dobrowolnych ubezpieczeń dodatkowych i fundusze prywatne. Około 88% ludności Niemiec objętych jest powszechnym systemem, prawie 10% obywateli, uzyskujących wysokie dochody⁵, korzysta z prywatnych ubezpieczeń dobrowolnych. Pozostałym 2% populacji dostęp do opieki medycznej zabezpiecza państwo – są to pracownicy służb mundurowych oraz osoby korzystające ze świadczeń pomocy społecznej. Około 0,5% obywateli jest nieubezpieczonych.⁶ Ubezpieczenia dodatkowe obejmują ponadto ubezpieczenie pielęgnacyjne.

Finansowanie obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego odbywa się zgodnie z zasadą solidarności. Podobnie jak w polskim systemie, wymiar składki uzależniony jest od dochodu osiąganego przez ubezpieczonego. Składka opłacana jest w połowie przez pracownika i w połowie przez pracodawcę. Ponadto pracownicy, którzy osiągają wysokie dochody, mają możliwość wyboru pomiędzy systemem powszechnym a ubezpieczeniem prywatnym. Również pozostałe osoby ubezpieczone, m.in. emeryci czy osoby bezrobotne, partycypują tylko w połowie kosztów ubezpieczenia, pozostałe środki opłacane są poprzez odpowiednie instytucje, np. urzędy pracy, instytucje emerytalne.

Do 2009 r. wysokość składki ustalana była przez daną kasę jako procent od przychodów ubezpieczonego. Jednakże po reformie systemu i powołaniu Funduszu Zdrowia, od 2009 r., wysokość składki określa rząd. Kasom pozostawiono jednakże możliwość wprowadzenia dodatkowej opłaty w maksymalnej wysokości 1% miesięcznej pensji, od której ustalana jest składka. Nie może być ona naliczana od kwoty wyższej niż górna granica obowiązku ubezpieczeniowego, czyli 49 500 €. Kasy, analizując możliwości swoich ubezpieczonych, mogą indywidualnie określać opłaty z uwzględnieniem ryzyka odejścia ubezpieczonych do kasy oferującej korzystniejsze warunki. Jednakże nie

⁵ W 2015 r. jest to 49 500 € rocznie (<http://www.aok.pl/skladki-318.php>).

⁶ M. Jaworzyńska, *System opieki zdrowotnej w Niemczech*, Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Vol. XLIV, 2010.

wszystkie środki ze składek przeznaczane są na refundację świadczeń zdrowotnych, część z nich przekazywana jest na rezerwy lokowane przez kasy zgodnie z obowiązującymi przepisami na rynkach finansowych. W przypadku świadczeniobiorców ubezpieczonych dobrowolnie nie obowiązuje dodatkowa opłata w wysokości 1% miesięcznej pensji, a całkowity koszt ubezpieczenia ustalany jest indywidualnie i zależy od zakresu zawartego ubezpieczenia.

Medyczne usługi ustawowo gwarantowane obywatelom przez kasy chorych:

- wizyta u lekarza,
- pobyt w szpitalu,
- opieka lekarska podczas ciąży i porodu oraz usługi położnej w okresie połogu,
- lekarstwa na receptę (wyjątek stanowią środki na odchudzanie i potencję),
- badania profilaktyczne mające na celu wczesne wykrycie chorób,
- badania bilansowe u dzieci i młodzieży,
- szczepienia ochronne (z wyłączeniem szczepień przed podróżami),
- profilaktyka, leczenie dentystryczne, częściowe pokrycie kosztów protezy zębowej,
- psychoterapia,
- rehabilitacja, sanatoria,
- w drodze wyjątku pokrycie kosztów związanych z transportem chorego,
- opieka nad chorym w domu, jeżeli skróci to lub pomoże uniknąć pobytu w szpitalu i gdy członkowie rodziny nie mogą przejąć opieki nad chorym,
- zabiegi lub terapie lecznicze (np. gimnastyka, terapia logopedyczna, masaże itp.),
- środki pomocnicze (np. wózki inwalidzkie, aparaty słuchowe, okulary tylko dla dzieci i młodzieży poniżej 18 roku życia oraz dorosłych z poważnymi wadami wzroku).

Niemiecki system opieki medycznej zasadniczo jest bezpłatny, jednakże w 2004 r. wprowadzono obowiązek uiszczania dodatkowej opłaty kwartalnej w wysokości 10€ za wizytę w gabinecie lekarskim czy dentystrycznym. Celem tej regulacji było ograniczenie niepotrzebnego korzystania pacjentów ze świadczeń zdrowotnych. Opłata uiszczana jest wobec każdego lekarza, z którego usług ubezpieczony chce skorzystać. Pacjent uiszcza ją podczas rejestracji albo po wizycie.

Gdy w trakcie kwartału pacjent postanawia zmienić lekarza, zobowiązany jest do wniesienia ponownie opłaty kwartalnej. Wyjątkami są: realizacja opieki na podstawie skierowania od innego lekarza, świadczenia profilaktyczne oraz opieka pediatryczna nad dzieckiem. Ponadto funkcjonują dopłaty do leków, plomb czy protez dentystrycznych. Również leczenie stacjonarne objęte zostało systemem obowiązkowych dopłat – 10 € za każdy dzień leczenia w szpitalu (maksymalnie do 28 dni w roku kalendarzowym) lub sanatorium. Z opłaty za leczenie szpitalne zwolnieni są pacjenci poniżej 18 roku życia oraz kobiety w ciąży. Pobyt w szpitalu poprzedzony jest leczeniem „part-time”, np. związanym z przygotowaniem pacjenta do zabiegu operacyjnego. Koszty za-

kwaterowania i wyżywienia ponoszą sami pacjenci, dotyczy to również opieki w okresie rekonwalescencji. Ponadto koszty świadczeń ponadstandardowych dostępnych w szpitalu, np. pobyt w sali jednoosobowej, leczenie przez ordynatora, pokrywane są także ze środków własnych pacjentów. Dodatkowo 15% kosztów rehabilitacji pacjenci pokrywają z własnych środków, natomiast koszt zakupu okularów ponoszony jest całkowicie przez obywatela. Uiszczane opłaty w przedstawionym zakresie nie podlegają zwrotowi. Osoby ubezpieczone mają prawo wyboru lekarza i szpitala, a zdecydowana większość świadczeń jest dla nich bezpłatna. Z tego powodu w Niemczech, z wyjątkiem niewielu sytuacji, nie ma warte go odnotowania udziału własnego pacjentów w kosztach leczenia.

Zasadniczo większość usług refundowana jest tylko i wyłącznie na terenie Niemiec. Jednakże w ramach leczenia ambulatoryjnego kasy chorych pokrywają także część kosztów leczenia na terenie Europy. Poszczególne kasy chorych mogą wprowadzać indywidualne rozwiązania ułatwiające lub ograniczające dostęp do opieki medycznej poza granicami kraju. Natomiast planowane leczenie szpitalne poza granicami kraju zrefundowane zostanie wyłącznie po wcześniejszym uzyskaniu zgody na leczenie od kasy chorych, do której należy chory. Zasady uzyskania refundacji świadczeń zrealizowanych poza granicami Niemiec zależą od rodzaju posiadanego przez pacjenta ubezpieczenia (powszechne lub prywatne) oraz od przepisów wewnętrznych kasy chorych, do której należy pacjent. Zasadniczo po uzyskaniu opieki medycznej i powrocie do kraju chory powinien zgłosić się do swojej ubezpieczalni celem uzyskania zwrotu poniesionych kosztów. W tym celu powinien mieć ze sobą rachunek za leczenie, wskazujący na charakter udzielonych świadczeń (np. porada specjalistyczna, operacja przepukliny brzusznej z wszczepem z siatki syntetycznej). Często niezbędne jest również posiadanie odpowiedniej dokumentacji medycznej, np. karty informacyjnej z leczenia szpitalnego czy opisu zrealizowanej wizyty. Niektóre kasy wymagają dostarczenia przetłumaczonej dokumentacji. Koszty tłumaczeń ponosi pacjent.

Ze względu na zdefiniowane powyżej wyzwania dla systemu finansowania świadczeń medycznych, niemiecki ustawodawca podejmuje działania modyfikujące dotychczas obowiązujące zasady. Systematycznie zwiększana jest przestrzeń dla swobodnego kształtowania stosunków pomiędzy kasami chorych i świadczeniodawcami, co wyraża się w możliwości zawierania obok umów zbiorowych pomiędzy kasami chorych a lekarzami lub centrami opieki zdrowotnej, umów indywidualnych (selektywnych). Przyczynia się to do powolnego rozwoju konkurencji pomiędzy kasami chorych w zakresie ofert na specyficzne świadczenia, natomiast wśród świadczeniodawców opcja ta prowadzi do tworzenia się centrów opieki zdrowotnej. Nadal jednak dominuje system umów zbiorowych z jednolitym katalogiem świadczeń i sztywnymi granicami pomiędzy sektorem ambulatoryjnym, stacjonarnym i rehabilitacyjnym.

Kolejnym pomysłem na rozwiązanie problemów systemu jest ustanowienie na poziomie krajowym regulacji, które wprowadziłyby programy zarządzania chorobami (Disease Management Programs – DMP), mające na celu zabezpieczenie kompleksowej i zintegrowanej opieki medycznej.

UBEZPIECZENIA PRYWATNE

Na rynku ubezpieczeń prywatnych funkcjonuje 48 zakładów ubezpieczeniowych zrzeszonych w Stowarzyszeniu Prywatnych Ubezpieczycieli Zdrowotnych. Do popularnych ubezpieczalni należą: Allianz, Central, DKV, Hallesche, HauseMerkur oraz Signal Iduna. Osoby korzystające z tej formy zabezpieczenia można podzielić na trzy podstawowe grupy:

- osoby, których dochód przekroczył poziom ubezpieczeń obowiązkowych (z reguły przedstawiciele wolnych zawodów – 49 500 € rocznie),
- pracownicy sektora publicznego (m.in. nauczyciele, pracownicy uczelni, urzędnicy, którzy otrzymują dotacje państwowe na pokrycie kosztów leczenia, a pozostałe koszty finansują w oparciu o ubezpieczenia dodatkowe),
- osoby pracujące na własny rachunek.

Udział ubezpieczeń prywatnych sięga ok. 10% obywateli, z czego 2% korzysta z zabezpieczenia państwowego jako pracownicy sektora publicznego⁷.

Kształt ochrony ubezpieczeniowej regulowany jest w indywidualnej umowie ubezpieczeniowej i zależy od ustalonej wysokości stawki ubezpieczeniowej. Ubezpieczenia tego typu obejmują nie tylko koszty niezbędnego leczenia, ale również świadczenia na czas położu oraz zasiłek pogrzebowy.

Zasadniczą różnicą pomiędzy systemem ubezpieczeń prywatnych a systemem powszechnym jest konieczność regulowania bezpośrednio przez pacjenta rachunku za wykonane świadczenia. Następnie, po przedstawieniu ubezpieczalni dowodu zakupu usług medycznych, pacjent otrzymuje zwrot zgodnie z warunkami zawartego ubezpieczenia. Opłaty za świadczenia realizowane na podstawie ubezpieczeń prywatnych są wyższe niż kwoty refundacji przekazywane świadczeniodawcom na podstawie umów z kasami chorych. Swym przedmiotem ubezpieczenia komercyjne obejmują wydatki związane z wizytami lekarskimi wraz z kosztami leków oraz leczenie szpitalne w określonym zakresie.

W ramach prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych wyróżnia się z jednej strony ubezpieczenia zastępcze (pełne ubezpieczenie substytucyjne – obejmujące co najmniej opiekę ambulatoryjną i stacjonarną), a z drugiej – suplementarne i komplementarne. Ubezpieczenie zastępcze jest ubezpieczeniem alternatywnym do ubezpieczenia powszechnego, natomiast pozostałe rodzaje ubezpieczeń prywatnych są usługami dodatkowymi. W ramach systemów suplementarnych osoby ubezpieczone mają zagwarantowane prawo wyboru lekarza leczącego, a także wyższy standard zakwaterowania w trakcie hospitalizacji. Natomiast ubezpieczenia komplementarne oferują w zakresie ochrony dopłaty do świadczeń oferowanych w ramach sektora publicznego.

W ramach prywatnego ubezpieczenia zdrowotnego kasy chorych rozpatrują każdy wniosek o refundację indywidualnie, zależnie od zawartej wcześniej umowy. Umowy mogą obejmować także zabiegi kosmetyczne. Oczywiście im obszerniejszy zakres usług, opłacanych przez prywatną kasę chorych, tym wyższa składka ubezpieczenio-

⁷ *Ibidem.*

wa. Tylko prywatne ubezpieczenie daje pacjentom możliwość skorzystania z usług prywatnej kliniki, w tym zakresie ubezpieczeni mają swobodny wybór świadczeniodawców – zarówno prywatnych, jak i publicznych. Nie jest wymagane wcześniejsze podpisanie kontraktu pomiędzy placówką medyczną a płatnikiem. Kształt ochrony zależy od indywidualnej umowy z ubezpieczycielem.

Z dniem 1.01.2009 roku wprowadzono przymus ubezpieczania się wobec wszystkich rezydentów Niemiec.⁸ Prywatne ubezpieczalnie mają obowiązek zaofiarować tzw. taryfę podstawową (*Basistarif*), która podlega odmiennym regulacjom niż pozostałe produkty ubezpieczeniowe. Zobowiązano prywatnych ubezpieczycieli do przyjmowania każdego potencjalnego ubezpieczonego. W tym zakresie nie mogą oni ponadto różnicować składki ze względu na stan zdrowia ubezpieczonego, lecz wyłącznie ze względu na jego wiek i płeć. Zakres świadczeń dostępnych w ramach taryfy podstawowej jest regulowany przez państwo i zasadniczo odpowiada poziomowi opieki medycznej dostępnemu w publicznym systemie zdrowotnym. W celu zapewnienia dostępności takich ubezpieczeń władze ingerują również w wysokość składek pobieranych od ubezpieczonych – maksymalna cena polisy w taryfie podstawowej nie może przekroczyć maksymalnej składki w publicznym systemie zdrowotnym. Główną przyczyną, dla której osoby w Niemczech przechodzą do systemu prywatnego jest chęć obniżenia kosztów ubezpieczenia zdrowotnego. Zasadniczo na wyjście z systemu publicznego decydują się osoby młode, które nie posiadają dzieci. Właśnie dla takich osób indywidualnie kalkulowana kwotowa składka prywatnego ubezpieczenia jest tańsza niż procentowa składka publicznego ubezpieczenia. Zasadniczą różnicą pomiędzy ubezpieczeniem publicznym a prywatnym jest kwestia obejmowania ochroną członków rodziny. W ubezpieczeniu publicznym osoby bliskie są ubezpieczone bez potrzeby opłacania dodatkowych składek, natomiast w systemie prywatnym za każdego członka rodziny trzeba uiścić opłatę dodatkowo.

Kasy chorych jako dysponenti środków publicznych

Głównym płatnikiem świadczeń medycznych są kasy ubezpieczeń zdrowotnych, opierające swoją działalność na zasadach charakterystycznych dla funduszy celowych. Są to korporacje pozarządowe funkcjonujące jako instytucje samorządowe i podmioty prawa publicznego. W tym zakresie mają osobowość prawną i samodzielnie realizują zadania nałożone przez ustawodawcę. Kasy chorych są organizowane terytorialnie, branżowo lub przez specjalne przedsiębiorstwa. Państwo kontroluje działalność kas chorych jedynie w aspekcie zgodności ich działań z obowiązującym prawem oraz pod względem gospodarności. Nad funkcjonowaniem poszczególnych kas nadzór sprawują rady nadzorcze, składające się z wybranych przedstawicieli ubezpieczonych i pracodawców. Rada nadzorcza definiuje porządek organizacyjny kasy w formie jej statutu oraz ustala plan budżetowy, określając łączną wysokość pobieranej składki ubezpieczeniowej, wprowadza dodatkowe świadczenia do katalogu lub poszerza ich zakres. Jest uprawniona również do ustalania limitów cen na leki.

⁸ Das Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG).

Wysokość żądanej składki, wraz z ewentualnymi dopłatami, zasadniczo ustalana jest przez poszczególne kasy z uwzględnieniem wielkości koniecznych (planowanych) wydatków. Kondycja finansowa kas chorych związana jest zarówno z obecną, jak i z historyczną strukturą ryzyka. Regulatorem poziomu składki poza mechanizmami quasi-rynkowymi są również procedury administracyjne. Głównym czynnikiem hamującym nadmierny przyrost wysokości składki jest jednak względna konkurencja pomiędzy kasami. W ten sposób ograniczony wzrost składki przekłada się na brak znaczącego wzrostu wydatków na usługi medyczne.

Składki naliczane są indywidualnie jako procent od dochodu ubezpieczonego. W przypadku osób zatrudnionych jest to płaca brutto, natomiast w odniesieniu do emerytów i rencistów podstawę obliczania poziomu składki stanowią ich renty i emerytury, wypłacane przez odpowiednie instytucje. Część osób, np. studenci, opłaca składki ryczałtowe. Składki odprowadzane są jedynie od dochodów, które nie przekraczają górnej granicy naliczania składek (49 500 €). Granica ta określana jest na dany rok, a szczegółowe informacje podawane są na stronach internetowych kas chorych. Członkowie rodzin osób ubezpieczonych, którzy nie pracują i nie wykazują dochodów, będących podstawą do naliczenia składek, są ubezpieczeni bez opłacania jakichkolwiek składek.

Przygotowując plany zakupów, kasy chorych odnoszą się do planu przychodów, opartego na danych historycznych. Kładą one coraz większy nacisk na samoograniczające mechanizmy finansowe.

Do ustawowych zadań kas chorych należy zagwarantowanie jednolitej opieki wszystkim ubezpieczonym, stosownie do istniejącego zapotrzebowania z uwzględnieniem powszechnie przyjętego poziomu wiedzy medycznej.

Łączna liczba kas chorych ulega ciąglem zmniejszeniu. W początkowym okresie funkcjonowania systemu istniało 23 000 kas (1909 r.), w 2002 r. 355 kas, 2009 r. to już 202 kasy, natomiast w 2013 r. działało już tylko 135 kas, ubezpieczających ok. 70 mln osób (ok. 90% społeczeństwa).

Wszystkie te organizacje należą do Federalnego Stowarzyszenia Kas Chorych. W 1996 r. obywatelom dano możliwość swobodnego wyboru kasy, co przyczyniło się do powstania konkurencji pomiędzy płatnikami. Kasa chorych jest zobligowana do zawarcia kontraktu z każdym, kto ją wybrał, bez przeprowadzenia badania indywidualnego ryzyka. Ubezpieczeni przy wyborze kasy chorych kierują się z reguły przede wszystkim jej dostępnością – zwykle są to kasy chorych blisko miejsca zamieszkania lub pracy. Oferty poszczególnych kas chorych mogą się od siebie różnić w zakresie oferowanych świadczeń, wysokości składki, obowiązkowych dopłat do składki lub programu premii. Zachętą do wyboru określonej kasy chorych może być oferta dodatkowych świadczeń wychodzących poza ustawowy katalog lub propozycja obniżenia płaconej składki poprzez system taryf. Przynależność do wybranej kasy nie jest dożywotnia i może być zmieniana po upływie określonego wypowiedzenia.

W Niemczech funkcjonuje 7 głównych kas chorych, mających ponad tysiąc oddziałów lokalnych. Zgodnie z danymi za okres 2002/2003, największa liczba ubezpieczonych korzysta z ogólnych regionalnych kas chorych (Allgemeine Ortskrankenkassen AOK – 38%, 17 kas), kolejne miejsce pod względem liczby ubezpieczonych zajmują tzw. kasy zastępcze (Ersatzkrankenkassen – 28%), spośród których najważniejsze to Deutsche Angestelltenkrankenkasse DAK (10%), Technikerkrankenkasse TK (7%) oraz Barmer Ersatzkrankenkassen BEK (11%). Kolejne są zakładowe kasy chorych (Betriebskrankenkasse BKK – 19%, 287 kas) oraz kasy rzemieślnicze (Innungskrankenkasse IKK – 6%, 24 kasy). Funkcjonuje również kilka kas rolniczych oraz ustawowe kasy chorych dla marynarzy i górników (9%).

Zasadniczo poziom i rodzaj zabezpieczanych przez poszczególne kasy świadczeń nie wykazuje istotnych różnic. Mimo to, poziomy pobieranych składek dość istotnie od siebie odbiegały. Według stanu na grudzień 2003 r. przeciętny poziom składek oscylował w okolicy 14,5%. Jednakże w niektórych kasach przekroczyły one 15%. Szczególnie wysokie składki obowiązywały w regionalnych kasach chorych, w przeciwieństwie do kas zakładowych, gdzie poziom stawki określono na 12%. Różnice te są uwarunkowane historycznie i podjęto szereg działań w celu ich zniwelowania, co związane było z wprowadzeniem prawa do swobodnego wyboru i zmiany kasy chorych. Od 1.01.2009 r. wysokość stawki ustalana jest odgórnie przez rząd, od dnia 1.01.2015 r. wynosi 14,6% i uiszczana jest w równych częściach, zarówno przez pracodawcę, jak i pracobiorcę (7,3%).⁹

Prawo wolnego wyboru i zmiany kasy ma na celu rozwój konkurencji pomiędzy płatnikami, a w konsekwencji zwiększenie efektywności ich funkcjonowania.

⁹ Gesetz zur Weiterentwicklung der Finanzstruktur und der Qualität in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ważne adresy

Krajowe instytucje służby zdrowia

- Ministerstwo Zdrowia
Bundesministerium für Gesundheit (BMG)
Rochusstraße 1, 53123 Bonn
telefon: 0228-99441-0
telefax: 0228-99441-4900
Friedrichstraße 108, 10117 Berlin (Mitte)
www.bmg.bund.de
- Serwis Informacji o Raku Niemieckiego Centrum Badań nad Rakiem (DKFZ)
Krebsinformationsdienst KID Deutsches Krebsforschungszentrum
Im Neuenheimer Feld 280, 69120 Heidelberg
telefon (06221) 42 28 90
www.krebsinformationsdienst.de
- Federalne Centrum Oświaty Zdrowotnej
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Straße 220, 51109 Köln
telefon: 0221 8992-0
telefax: 0221 8992-300
www.bzga.de
- Bernhard Nocht Instytut Medycyny Tropikalnej
Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin
Bernhard-Nocht-Straße 74, 20359 Hamburg
telefon: (040) 428 18 0
telefax: (040) 4 28 18 400
www.bnitm.de
- Fit for Travel – Serwis Informacji o Medycynie Podróży i Chorobach Tropikalnych
Fit for Travel – Informationsdienst für Reisemedizin und Tropenkrankheiten
Leopoldstraße 5, 80802 München
www.fit-for-travel.de

Związki stomatologów, lekarzy i aptekarzy

- Niemieckie Stowarzyszenie Lekarzy, Zrzeszenie Niemieckich Izb Lekarskich
Bundesärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der deutschen Ärztekammern
Herbert-Lewin-Platz 1, 10623 Berlin
telefon: (030) 4004 56 0
telefax: (030) 4004 56 388
www.bundesaerztekammer.de

- Krajowe Stowarzyszenie Farmaceutów Niemieckich
Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA)
 Jägerstraße 49/50, 10117 Berlin
 telefon: (030) 400 04 0
 telefax: (030) 400 04 598
 www.abda.de
- Krajowe Stowarzyszenie Lekarzy Kas Chorych
Kassenärztliche Bundesvereinigung
 Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin
 telefon: (030) 40 05 0
 telefax: (030) 40 05 1093
 www.kbv.de
- Niemieckie Stowarzyszenie Lekarzy Dentystów, Zrzeszenie Niemieckich Izb Lekarzy Dentystów
Bundeszahnärztekammer, Arbeitsgemeinschaft der deutschen Zahnärztekammern e.V.
 Chausseestraße 13, 10115 Berlin
 telefon: (030) 400 05 0
 telefax: (030) 400 05 200
 www.bzaek.de

Związki krajowe kas chorych

- **Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen**
 www.gkv-spitzenverband.de
- **BKK Bundesverband**
 Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen
 telefon: (0201) 179 01
 www.bkk-dachverband.de
- **AOK Bundesverband**
 Kortrijker Straße 1, 53227 Bonn
 telefon: (0228) 843-0
 telefax: (0228) 843-502
 www.aok.de
- **Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen (BLK)**
 Weißensteinstraße 70-72, 34131 Kassel
 telefon: (0561) 93 59 102
 telefax: (0561) 93 59 140
 www.lsv.de
- **Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.**
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
 Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg
 telefon: (02241) 108-0
 telefax: (02241) 108-248

www.vdak.com

- **Knappschaft**

Pieperstraße 14–28, 44789 Bochum

telefon: (0234) 304–0

telefax: (0234) 304–53 050

www.bundesknappschaft.de

- **IKK Bundesverband**

Friedrich-Ebert-Straße, 51429 Bergisch Gladbach

telefon: (02204) 44 0

telefax: (02204) 44 185

www.ikk.de

Niezależne instytucje po stronie pacjenta i konsumenta

- Niemiecka Federacja Konsumentów

- **Verbraucherzentrale Bundesverband e.V.**

- Markgrafenstraße 66, 10969 Berlin

- telefon: (030) 25 800 0

- www.vzbv.de

- Federalne Stowarzyszenie Pierwszej Pomocy

- **Bundesarbeitsgemeinschaft Erste Hilfe**

- Carstennstraße 58, 12205 Berlin

- telefon: (030) 85 404 367

- telefax: (030) 85 404 483

- www.bageh.de

- Federalne Stowarzyszenie Pacjentów

- **Bundesarbeitsgemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP)**

- Gesundheitsladen München e.V.

- Auenstraße 31, 80469 München

- telefon: (089) 76 75 51 31

- telefax: (089) 725 04 74

- www.bagp.de

- Powszechny Związek Pacjentów

- **Allgemeiner Patienten-Verband e.V.**

- Bundespatientenstelle

- Postfach 1126, 35001 Marburg

- telefon: (06421) 6 47 35

- www.patienten-verband.de

- Niemieckie Stowarzyszenie Grup Samopomocy

- **Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen**

- Friedrichstraße 28, 35392 Gießen

- telefon: (0641) 994 56 12

- telefax: (0641) 994 56 19

www.dag-shg.de

- Niemiecki Zielony Krzyż
Deutsches Grünes Kreuz e.V.
Im Kilian – Schuhmarkt 4, 35037 Marburg
telefon: (06421) 29 30
telefax: (06421) 2 29 10
www.dgk.de

Najważniejsi prywatni ubezpieczyciele

- HanseMerkur
<http://www.hansemerkur.de>
HanseMerkur Versicherungsgruppe
Siegfried-Wedells-Platz 1, 20354 Hamburg
- AXA
<https://www.axa.de>
AXA Versicherung AG
Adresse:
Colonia-Allee 10–20, 51067 Köln
Postanschrift:
51171 Köln
- Allianz
<https://www.allianz.de>
Allianz Versicherungs-AG, 10900 Berlin
- Signal Iduna
<https://www.signal-iduna.de>
SIGNAL IDUNA Gruppe
Hauptverwaltung Dortmund
Joseph-Scherer-Str. 3, D-44139 Dortmund
SIGNAL IDUNA Gruppe
Hauptverwaltung Hamburg
Neue Rabenstr. 15–19, D-20354 Hamburg
- Württembergische Krankenversicherung AG
<https://www.wuerttembergische.de>
Gutenbergstraße 30, 70176 Stuttgart, Deutschland
- Münchener Verein
<https://www.muenchener-verein.de>
MÜNCHENER VEREIN Versicherungsgruppe
Pettenkofenstr. 19, 80336 München
- SDK
<https://www.sdk.de>
Hauptverwaltung der SDK
Süddeutsche Krankenversicherung a.G.

Raiffeisenplatz 5, 70736 Fellbach

- Concordia Versicherungen
<https://www.concordia.de>
Concordia Versicherungen
Karl-Wiechert-Allee 55, 30625 Hannover
- Alte Oldenburger
<http://www.alte-oldenburger.de>
ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung AG
Theodor-Heuss-Straße 96, 49377 Vechta
- ARAG Allgemeine Versicherungen
<https://www.arag.de>
ARAG SE
ARAG Allgemeine Versicherungs-AG
ARAG Platz 1, 40472 Düsseldorf
- HUK-COBURG
<https://www.huk.de>
HUK-COBURG
Versicherungsgruppe, 96448 Coburg



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

POLSKA AGENCJA
ROZWOJU
PRZEDSIĘBIORCZOŚCI



KUŁAWSKO-POMORSKA
ORGANIZACJA PRACODAWCÓW
LEWIATAN

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Opis preferencji zakupowych w zakresie usług medycznych wraz z kluczowymi wymaganiami stawianymi przez pacjentów zagranicznym podmiotom medycznym



Spis treści

Słownik.....	39
Nota metodologiczna.....	39
Charakterystyka respondentów.....	40
Badania ilościowe.....	45
Badania jakościowe.....	54
Wnioski.....	71
Wzór ankiety w języku polskim.....	74
Wzór ankiety w języku niemieckim.....	77
Scenariusz indywidualnego wywiadu pogłębianego w języku polskim.....	80
Scenariusz indywidualnego wywiadu pogłębianego w języku niemieckim.....	82

Słownik

IDI (ang. *in depth interviews*) – jakościowa metoda gromadzenia danych; wywiad bezpośredni realizowany indywidualnie na podstawie scenariusza lub listy poszukiwanych informacji.

PAPI (ang. *paper & penpersonal interview*) – metoda zbierania danych w ilościowych badaniach społecznych, rynku i opinii publicznej, jest to bezpośredni indywidualny wywiad kwestionariuszowy. W badaniach realizowanych metodą PAPI wywiad z respondentem jest prowadzony osobiście, twarzą w twarz, a ankieter odczytuje pytania i notuje uzyskiwane odpowiedzi na kartce z formularzem.

Metoda kuli śnieżnej (ang. *snowball sampling*) – nielosowa metoda doboru respondentów do próby badanej. Po zakończeniu każdego kolejnego wywiadu ankieter prosi respondenta o wskazanie jakiejś znajomej osoby, z którą mógłby również przeprowadzić wywiad dotyczący tego samego tematu.

Nota metodologiczna

Realizację procesu badawczego w terenie oparto na dyrektywie triangulacji metod badawczych. Zastosowanie zarówno jakościowego, jak i ilościowego podejścia pozwala na ujęcie zjawiska z wielu perspektyw i jest próbą jego rekonstrukcji na poziomie wyobrażeń i przekonań osób badanych. W zaplanowanym projekcie badawczym dążono do wskazania pewnych ocen wyrażanych na poziomie skal liczbowych, ale także do odzwierciedlenia pewnych mechanizmów kształtowania postaw i preferencji respondentów. Prócz badań ilościowych, realizowanych za pomocą kwestionariusza ankiety, przewidziano uzupełniający moduł jakościowy. Badania zatem prowadzono dwutorowo. Ilościową część badań przeprowadzono na siedemdziesięciu osobach techniką ankiety papierowej bezpośrednio wypełnianej przez ankietera (wywiad kwestionariuszowy), nie przez samego respondenta. Ze względu na brak jakiegokolwiek operatu losowania oraz brak możliwości doboru osób w sposób probabilistyczny, zdecydowano o zastosowaniu doboru próby według metody *snowball sampling* (*kula śnieżna*), która umożliwia dotarcie do respondentów w przypadku badań w warunkach utrudniających ich „rekrutację”. Starano się, aby w badaniach uczestniczyły osoby korzystające z szerokiego spektrum usług medycznych. Badania jakościowe realizowano za pośrednictwem scenariusza indywidualnego wywiadu pogłębionego i łącznie zrealizowano dwanaście wywiadów.

Badania terenowe zrealizowano na terenie landu Dolna Saksonia w dniach 7–30.10.2014 roku. Poniższe opracowanie powstało na podstawie zgromadzonych danych, zakodowanych i przygotowanych w obróbce statystycznej przy pomocy programu IBM SPSS. Poniższe opracowanie obejmuje opis wyników badań zgromadzonych techniką ankiety i wywiadu. W pierwszej kolejności zestawione zostają dane z modułu

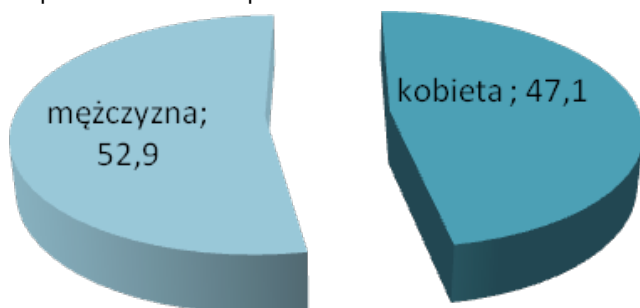
ilościowego prowadzonych badań, w drugiej części na podstawie cytatów z wywiadów zaprezentowano dane jakościowe. Całość raportu kończą wnioski będące podsumowaniem zarówno wyników badań ilościowych, jak i jakościowych. W badaniach jakościowych uczestniczyły osoby od 25 do 75 roku życia.

Charakterystyka respondentów

W kwestionariuszu zadano pytania o dane społeczno-demograficzne (metryczka) oraz zawarto prośbę o wskazanie, jak często respondenci korzystają z usług medycznych poszczególnych specjalizacji.

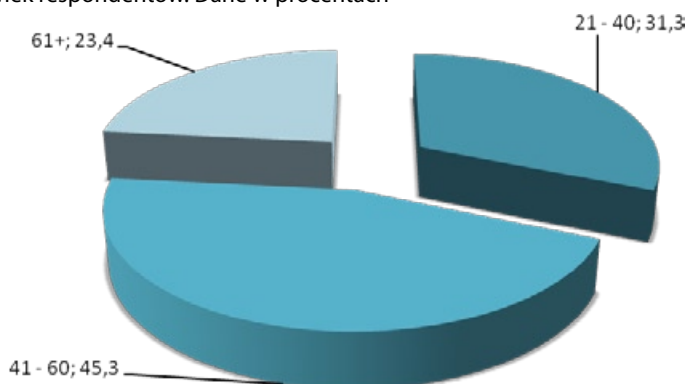
W badaniach uczestniczyło 53% kobiet i 47% mężczyzn. Badani to w 1/3 osoby w wieku 20–40 lat, w 45% osoby mieszczące się w przedziale wiekowym 41–60 lat, a w 23% powyżej 61 roku życia. Respondenci to w 3/4 mieszkańcy dużych miast o liczbie ludności 200–500 tys.

Rysunek 1. Płeć respondentów. Dane w procentach



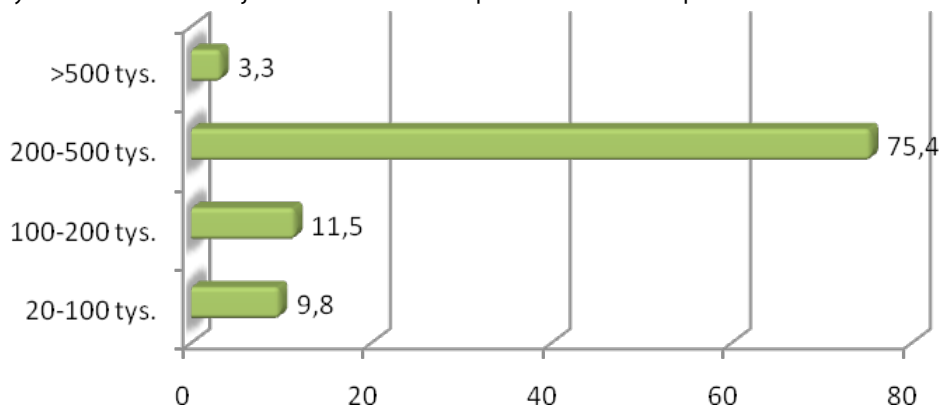
Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rysunek 2. Wiek respondentów. Dane w procentach



Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

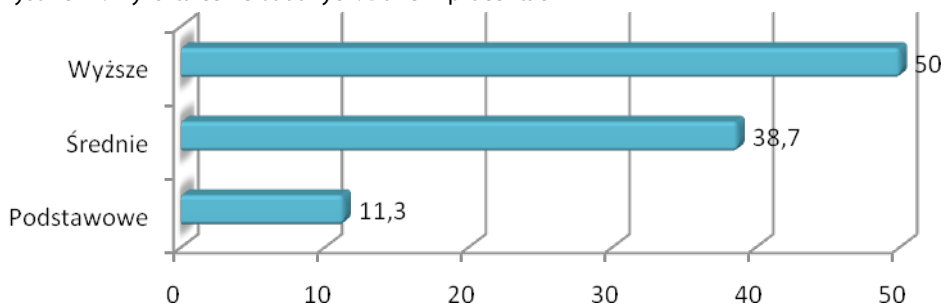
Rysunek 3. Wielkość miejsca zamieszkiwania respondentów. Dane w procentach



Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Biorąc pod uwagę wykształcenie badanych osób, warto podkreślić, iż połowa respondentów to osoby z wyższym wykształceniem, 39% to osoby legitymujące się wykształceniem średnim, a 11% – podstawowym.

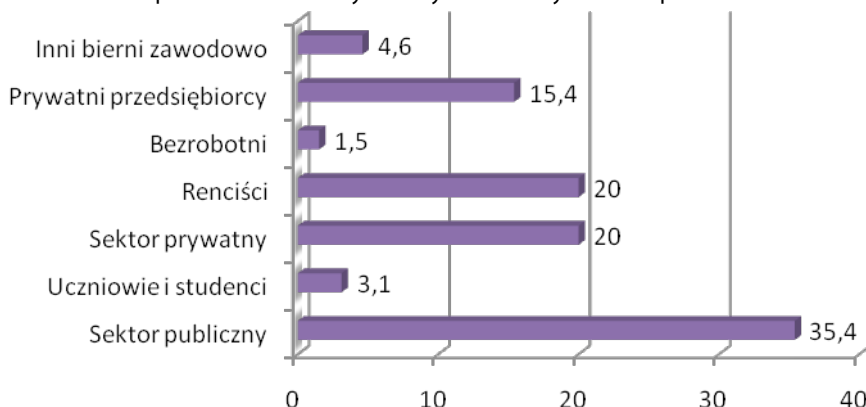
Rysunek 4. Wykształcenie badanych. Dane w procentach



Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Zgodnie z deklaracjami, w badaniu uczestniczyło 36% osób zatrudnionych w sektorze publicznym, 20% to respondenci będący rencistami lub reprezentujący sektor prywatny. Najmniejszy odsetek badanych to osoby bezrobotne.

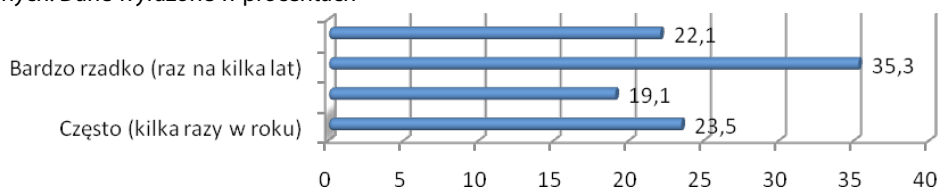
Rysunek 5. Status społeczno-zawodowy badanych. Dane wyrażone w procentach



Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Niemal 1/4 badanych często korzysta z usług ortopedycznych, a co piąty badany czyni to raz na 2–3 lata. Bardzo rzadko potrzebuje pomocy ortopedycznej 35% respondentów, a 22% nie korzystało jeszcze z usług tej specjalizacji.

Rysunek 6. Proszę określić, z jakich usług medycznych Pan/i najczęściej korzysta: ortopedycznych. Dane wyrażone w procentach



Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Ponad połowa badanych nie korzystała z usług rehabilitacyjnych, w tym tych związanych z usługami uzdrowisk i sanatoriów z elementami SPA. 12% respondentów rzadko korzystało z takich usług, a 26% robi to raz na 2–3 lata. Zgodnie z deklaracjami, z usług tej specjalizacji korzysta kilka razy w roku niespełna 8% respondentów.

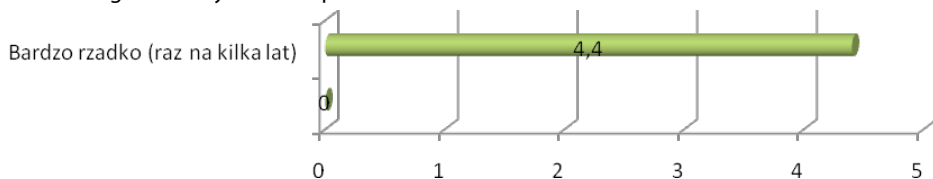
Rysunek 7. Proszę określić, z jakich usług medycznych Pan/i najczęściej korzysta: usług rehabilitacyjnych, w tym związanych z usługami uzdrowisk i sanatoriów z elementami SPA. Dane wyrażone w procentach



Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Zgodnie z prezentowanymi danymi, leczenie otyłości to zakres usług, z którego skorzystało 4,4% badanych.

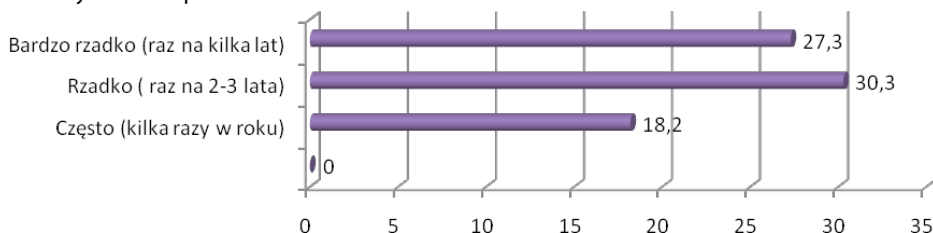
Rysunek 8. Proszę określić, z jakich usług medycznych Pan/i najczęściej korzysta: leczenie otyłości i nadwagi. Dane wyrażone w procentach



Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

W odniesieniu do okulistyki tylko 1/4 badanych nie korzystała z usług tej specjalizacji, 27% czyni to bardzo rzadko, 30% korzysta z usług okulistycznych raz na 2–3 lata, a 18% respondentów deklaruje, iż robi to kilka razy w roku.

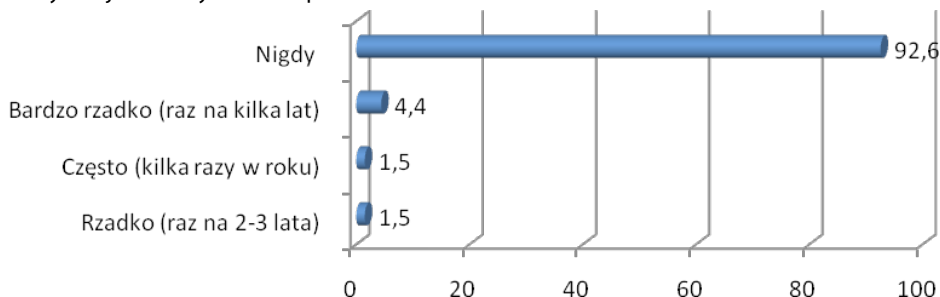
Rysunek 9. Proszę określić, z jakich usług medycznych Pan/i najczęściej korzysta: okulistycznych. Dane wyrażone w procentach



Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Medycyna estetyczna to specjalizacja, z której badani nie korzystali często. Niemal 93% respondentów deklaruje, iż nie miało okazji ani potrzeby skorzystania z usług medycyny estetycznej, 4,4% deklaruje, że korzystało z zabiegów tej specjalizacji bardzo rzadko, a 1,5% zapytanych odpowiada, iż korzysta z usług medycyny estetycznej kilka razy w roku lub raz na 2–3 lata.

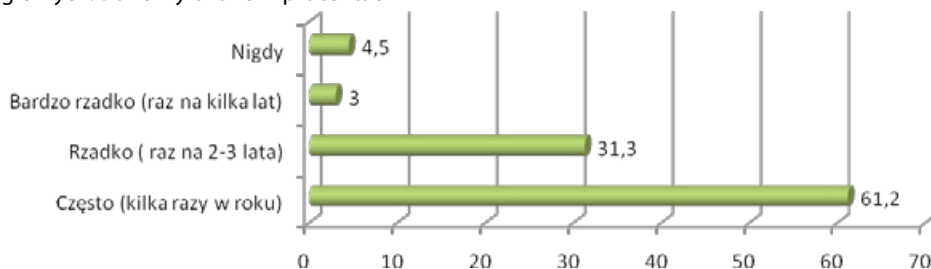
Rysunek 10. Proszę określić, z jakich usług medycznych Pan/i najczęściej korzysta: medycyny estetycznej. Dane wyrażone w procentach



Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Z usług stomatologicznych, zgodnie z deklaracjami, często (kilka razy w roku) korzysta 61% badanych, rzadko (raz na 2–3 lata) 31% respondentów. Nigdy z usług stomatologicznych nie korzystało 4,5% respondentów, a bardzo rzadko (raz na kilka lat) 3% badanych.

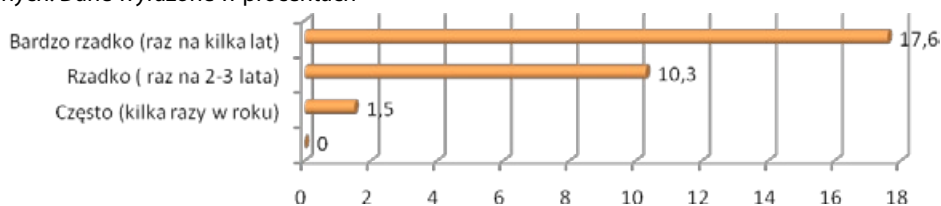
Rysunek 11. Proszę określić, z jakich usług medycznych Pan/i najczęściej korzysta: stomatologicznych. Dane wyrażone w procentach



Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Z usług urologicznych nie korzystało nigdy ponad 70% zapytanych osób. Pozostałe odsetki wskazań prezentują się następująco: raz na kilka lat z usług urologicznych korzysta prawie 18% respondentów, raz na 2–3 lata nieco ponad 10%, a kilka razy w roku – 1,5%.

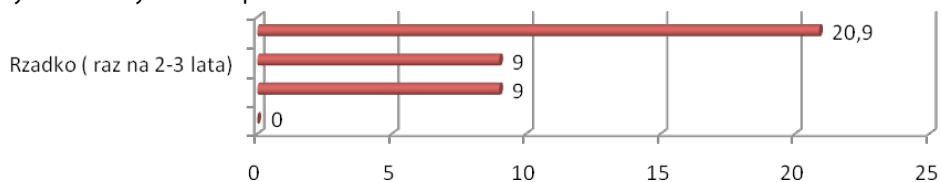
Rysunek 12. Proszę określić, z jakich usług medycznych Pan/i najczęściej korzysta: urologicznych. Dane wyrażone w procentach



Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

W odniesieniu do usług kardiologicznych konieczność częstego korzystania deklaruje 9% badanych. Taki sam odsetek zapytanych osób deklaruje, iż robi to rzadko, raz na 2–3 lata. Raz na kilka lat z usług kardiologicznych korzysta 21% badanych. Pozostałe 61% respondentów nie miało potrzeby korzystania z pomocy kardiologicznej.

Rysunek 13. Proszę określić, z jakich usług medycznych Pan/i najczęściej korzysta: kardiologicznych. Dane wyrażone w procentach



Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

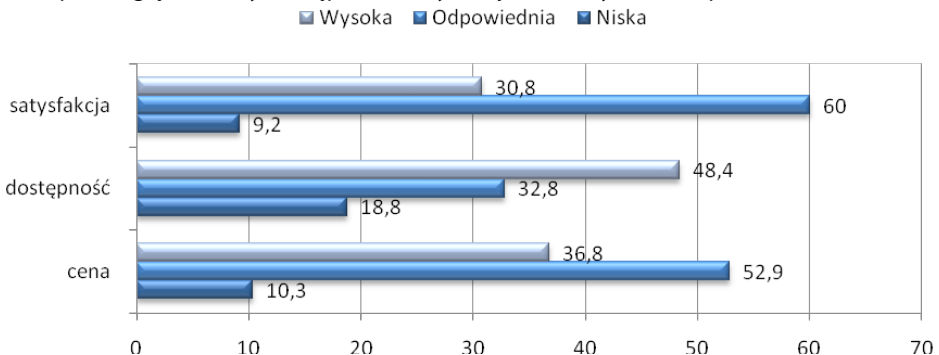
Badania ilościowe

Badaniami ilościowymi objęto siedemdziesiąt osób zamieszkujących obszar Dolnej Saksonii. Trudności w realizacji badań wskazane zostały w nocie metodologicznej stanowiącej wstęp do raportu. Badania realizowane *face to face* techniką wywiadu kwestionariuszowego obejmowały pytania zamknięte jednokrotnego i wielokrotnego wyboru (*wieloitemowe*) oraz pytania półotwarte i otwarte, w których respondent mógł uzasadnić swoją odpowiedź lub wyrazić w sposób nieograniczony opinię na określony w pytaniu temat. Kwestionariusz zawierał ocenę (standardów, dostępności, ceny) usług poszczególnych specjalizacji świadczonych na terenie Niemiec, ocenę atrakcyjności innych krajów pod względem świadczenia usług medycznych i uzdrowiskowych, opinię na temat polskiego rynku medycznego oraz pytania o doświadczenia w zakresie zakupu zagranicznych usług medycznych. Ankiety zamykała metryczka gromadząca podstawowe dane społeczno-demograficzne o respondentach, takie jak: płeć, wiek, wykształcenie, status społeczno-zawodowy oraz zakres korzystania ze specjalistycznych usług medycznych w określonych interwałach czasowych. Zgromadzone wyniki badań prezentowane są, w zależności od ich charakteru i czytelności, w ujęciu graficznym, tabelarycznym lub opisowym w poniższej części raportu.

Ocena poszczególnych usług na rynku niemieckim

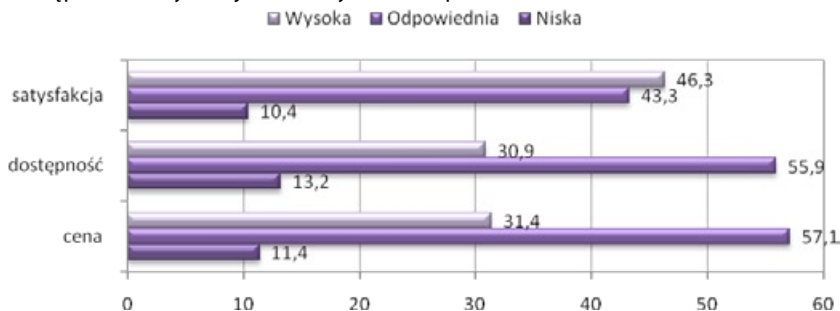
Kwestionariusz ankiety otwierały pytania dotyczące oceny rodzimego rynku medycznego. Pytanie zamknięte umożliwiało ocenę wybranych specjalizacji pod względem ceny, dostępności i satysfakcji ze standardów świadczonych usług. Ocena mogła przebiegać według trójstopniowej skali (niska, odpowiednia, wysoka). Rysunki 14–21 prezentują rozkład procentowy odpowiedzi, natomiast końcowa Tabela 1 podsumowuje te odpowiedzi, które dotyczą cen najwyższych oraz niezadowolenia w zakresie dostępności i standardów usług.

Rysunek 14. Jak ocenia Pan/i poszczególne aspekty świadczenia usług ortopedycznych w Niemczech pod względem ceny, dostępności i satysfakcji? Dane wyrażone w procentach



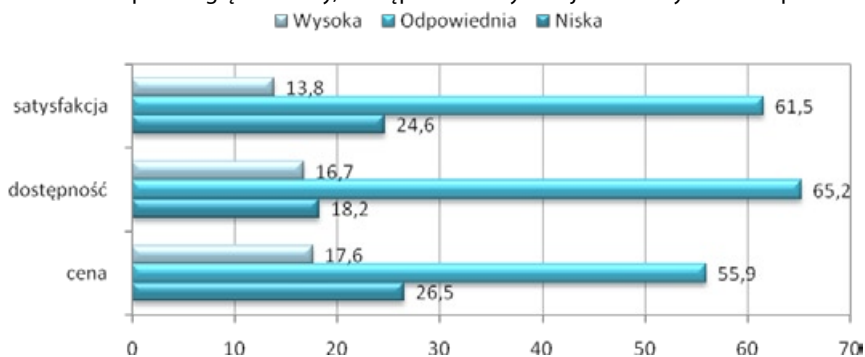
Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rysunek 15. Jak ocenia Pan/i poszczególne aspekty świadczenia usług rehabilitacyjnych, w tym związanych z usługami uzdrowisk i sanatoriów z elementami SPA w Niemczech pod względem ceny, dostępności i satysfakcji? Dane wyrażone w procentach



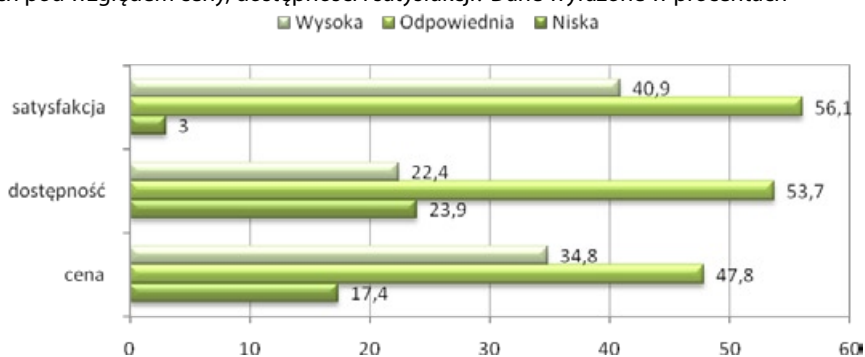
Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rysunek 16. Jak ocenia Pan/i poszczególne aspekty świadczenia usług leczenia nadwagi i otyłości w Niemczech pod względem ceny, dostępności i satysfakcji? Dane wyrażone w procentach



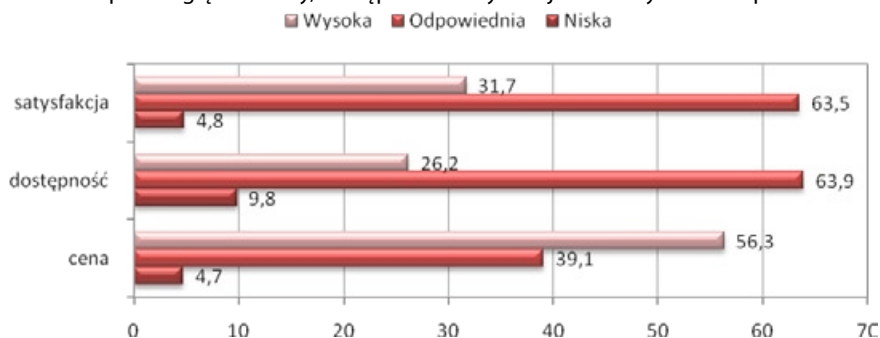
Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rysunek 17. Jak ocenia Pan/i poszczególne aspekty świadczenia usług okulistycznych w Niemczech pod względem ceny, dostępności i satysfakcji? Dane wyrażone w procentach



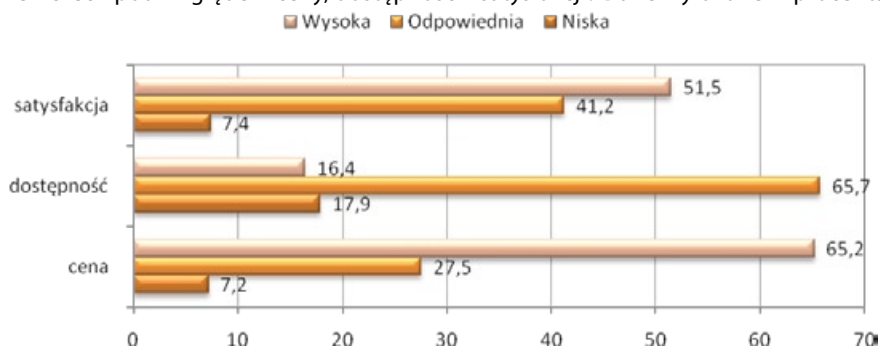
Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rysunek 18. Jak ocenia Pan/i poszczególne aspekty świadczenia usług medycyny estetycznej w Niemczech pod względem ceny, dostępności i satysfakcji. Dane wyrażone w procentach



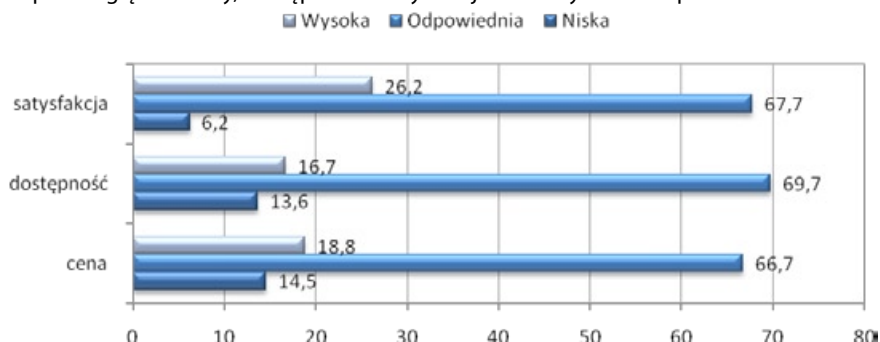
Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rysunek 19. Jak ocenia Pan/i poszczególne aspekty świadczenia usług stomatologicznych w Niemczech pod względem ceny, dostępności i satysfakcji? Dane wyrażone w procentach



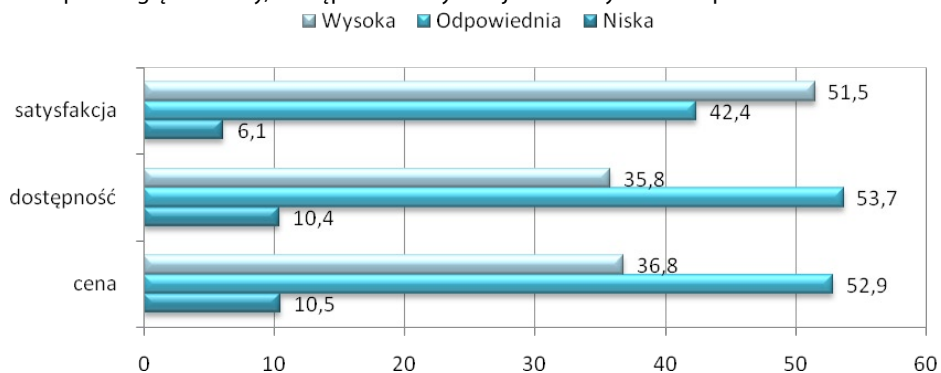
Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rysunek 20. Jak ocenia Pan/i poszczególne aspekty świadczenia usług urologicznych w Niemczech pod względem ceny, dostępności i satysfakcji. Dane wyrażone w procentach



Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Rysunek 21. Jak ocenia Pan/i poszczególne aspekty świadczenia usług kardiologicznych w Niemczech pod względem ceny, dostępności i satysfakcji? Dane wyrażone w procentach



Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

W Tabeli 1 zestawiono te odsetki odpowiedzi, które wskazują na przekonanie o wysokich kosztach poszczególnych usług, ich małej dostępności i niskiej satysfakcji pacjentów z jakości świadczenia. Najdroższe według badanych na rynku niemieckim są usługi stomatologiczne oraz medycyna estetyczna. W dalszej kolejności, jako wymagające dodatkowych nakładów finansowych ze strony pacjenta, są: usługi okulistyczne, ortopedyczne i rehabilitacyjne.

Jako najmniej dostępne postrzegane są usługi związane z okulistyką, w znacznie mniejszym stopniu z ortopedią i leczeniem otyłości i nadwagi. Ze wszystkich badanych aż 1/4 nie jest usatysfakcjonowana standardami świadczenia usług z zakresu leczenia otyłości i nadwagi.

Tabela 1. Zestawienie odsetka wskazań poszczególnych usług ze względu na wysoką cenę, niską dostępność i niską satysfakcję

	wysoka cena	niska dostępność	niska satysfakcja
ortopedia	36,8	18,8	9,2
rehabilitacja, uzdrowiska i sanatoria	31,4	13,2	10,4
leczenie nadwagi i otyłości	17,6	18,2	24,6
okulistyka	34,8	23,9	3
medycyna estetyczna	56,3	9,8	4,8
stomatologia	65,2	17,9	7,4
urologia	18,8	13,6	6,2
kardiologia	36,8	10,4	6,1

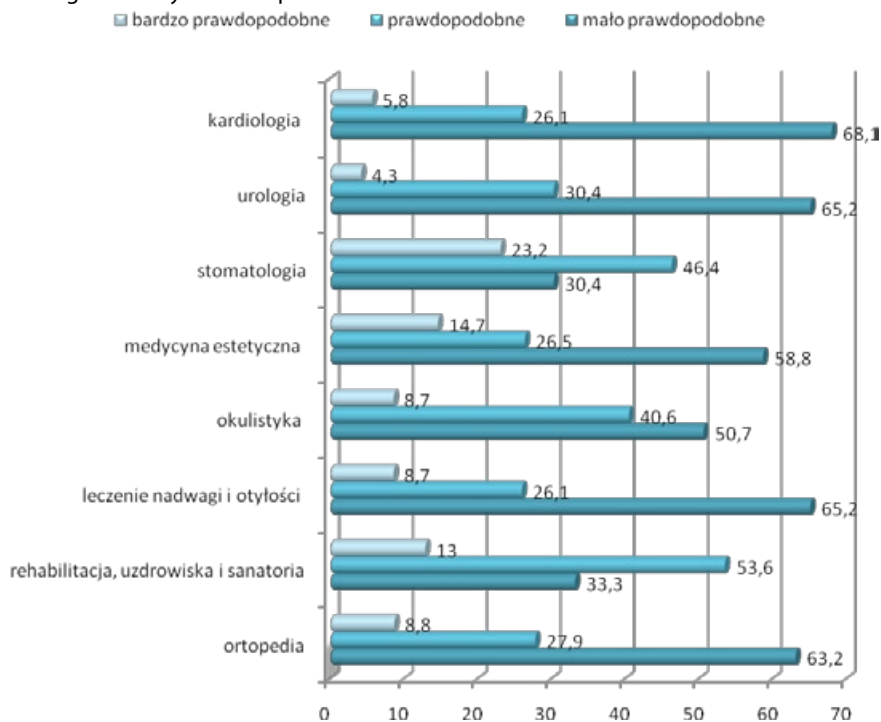
Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Prawdopodobieństwo wyjazdu za granicę celem zakupu usług medycznych

Respondentów poproszono także o określenie stopnia prawdopodobieństwa, z jakim udaliby się za granicę w celu zakupu usług medycznych w ramach wybranych specjalizacji. Dane zostały zaprezentowane na Rysunku 22 oraz zestawione w Tabeli 2. Najwyższy odsetek odpowiedzi, określający wysokie prawdopodobieństwo wyjazdu,

dotyczy usług z obszaru stomatologii (23,2%), medycyny estetycznej (15%) oraz rehabilitacji (13%).

Rysunek 22. Jak ocenia Pan/i możliwość wyjazdu za granicę w celu skorzystania z poszczególnych usług? Dane wyrażone w procentach



Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

W Tabeli 2 zawarto zestawienie odpowiedzi ujmujących łącznie te, które dotyczą prawdopodobieństwa wyjazdu na poziomie wysokim i średnim. Zgodnie z deklaracjami badanych, największy odsetek osób rozważa możliwość wyjazdu w celach nabycia usług stomatologicznych lub rehabilitacyjnych.

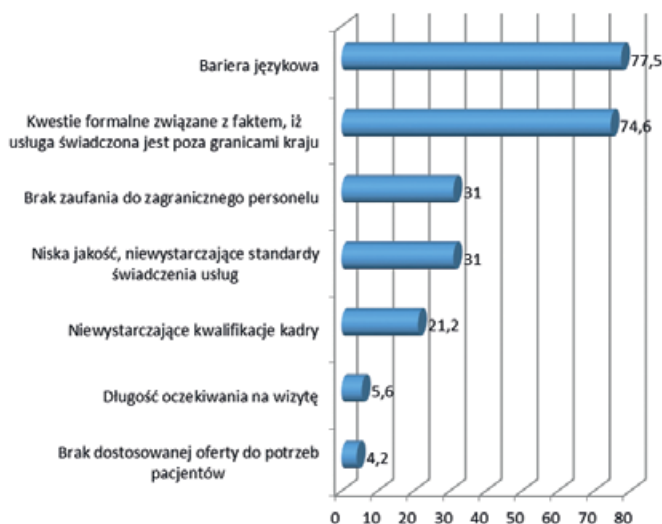
Tabela 2. Prawdopodobieństwo wyjazdu za granicę w celu zakupu usług medycznych

	prawdopodobne	bardzo prawdopodobne	łącznie
ortopedia	27,9	8,8	36,7
rehabilitacja, uzdrowiska i sanatoria	53,6	13,0	66,6
leczenie nadwagi i otyłości	26,1	8,7	34,8
okulistyka	40,6	8,7	49,3
medycyna estetyczna	26,5	14,7	41,2
stomatologia	46,4	23,2	69,6
urologia	30,4	4,3	34,7
kardiologia	26,1	5,8	31,9

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Celem określenia potencjalnych barier zagranicznych wyjazdów medycznych, umożliwiono badanym wskazanie wielokrotnych odpowiedzi. Ponad 3/4 badanych sądzi, iż barierą taką mogą być kwestie komunikacyjne związane z brakiem kwalifikacji językowych personelu oraz specjalistyczną terminologią medyczną. Porównywalny odsetek osób jest zdania, że trudności mogą sprawiać kwestie formalne konieczne do przejścia w trakcie wdrażania procedury leczenia zagranicznego. Niemal 1/3 badanych nie przejawia wystarczającego zaufania do personelu zagranicznego, a co piąty respondent powątpiewa w odpowiednie kwalifikacje kadry. Także 1/3 respondentów nie jest przekonana, iż usługi świadczone poza granicami kraju spełniają ich oczekiwania co do standardów.

Rysunek 23. Bariery związane z zagranicznymi wyjazdami medycznymi. Dane nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wskazania więcej niż jednej odpowiedzi



Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

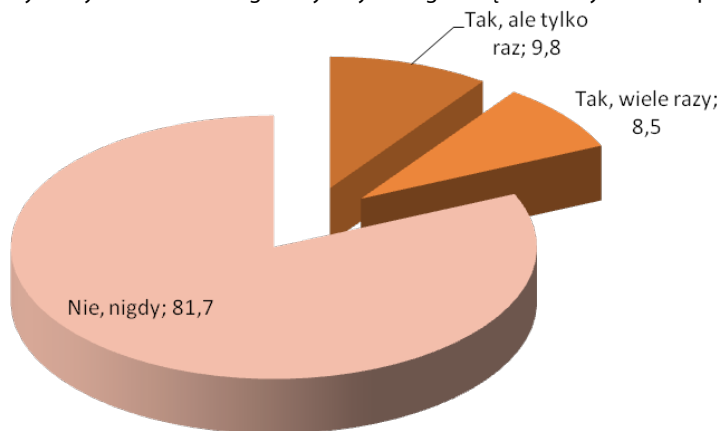
Tabela 3. Bariery związane z zagranicznymi wyjazdami medycznymi. Dane obserwacji nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wskazania więcej niż jednej odpowiedzi

	odpowiedzi	% odpowiedzi	% obserwacji
Niewystarczające kwalifikacje kadry	15	8,4	21,1
Niska jakość, niewystarczające standardy świadczenia usług	22	12,4	31,0
Długość oczekiwania na wizytę	4	2,2	5,6
Kwestie związane z faktem, iż usługa świadczona jest poza granicami kraju	53	29,8	74,6
Bariera językowa	55	30,9	77,5
Brak dostosowanej oferty do potrzeb pacjentów	3	1,7	4,2
Brak zaufania do zagranicznego personelu	22	12,4	31,0
Inne, jakie?	4	2,2	5,6
Ogółem	178	100	250,6

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Według deklaracji badanych, 82% respondentów nie korzystało z usług medycznych poza granicami kraju. Wiele razy z medycznych usług za granicą korzystało 8,5% zapytanych osób, co dziesiąty badany robił to wiele razy.

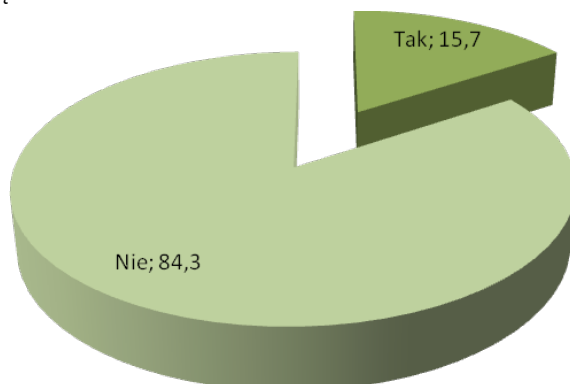
Rysunek 24. Czy korzystał Pan/i z usług medycznych za granicą? Dane wyrażone w procentach



Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Z ogółu badanych 16% deklaruje, iż poszukiwało informacji na temat zagranicznych wyjazdów powiązanych ze świadczeniem usług medycznych, natomiast 84% wskazuje, że nigdy jeszcze tego nie robiło.

Rysunek 25. Czy poszukiwał Pan/i informacji/dowiadywał się na temat usług medycznych świadczonych za granicą?

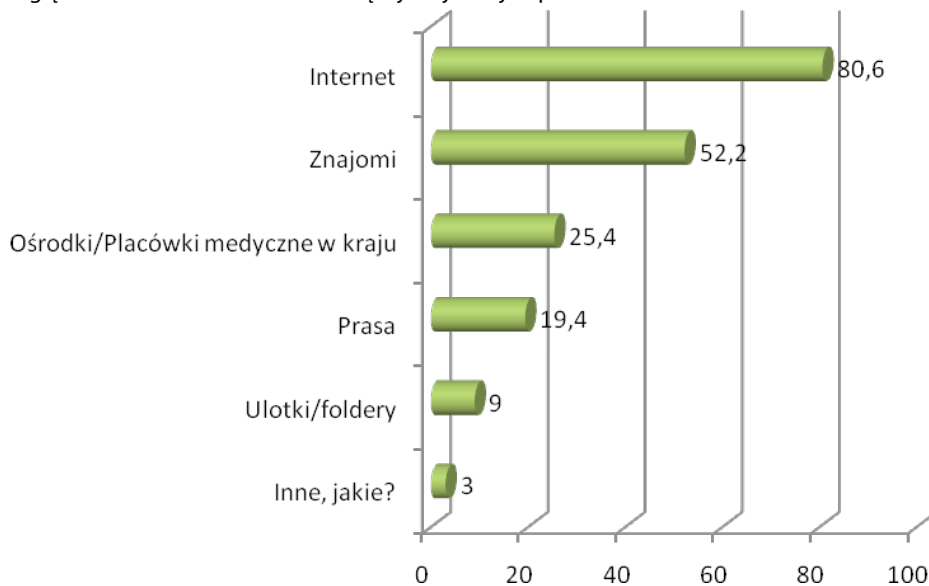


Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

W kwestionariuszu zapytano badanych także o źródła poszukiwania informacji na temat medycznych wyjazdów zagranicznych w przypadku, gdy z takich wyjazdów korzystali bądź jeśli nie mieli jeszcze okazji skorzystać – gdzie wtedy poszukiwaliby informacji. W tym pytaniu stworzono również możliwość udzielenia więcej niż jednej odpowiedzi. Przeważająca część badanych zajrzała do Internetu (81%), ponad poł-

wa zasięgnęła informacji u znajomych (52%), 1/4 udałaby się do placówki medycznej w kraju, a co piąty respondent poszukiwałby informacji w prasie.

Rysunek 26. Źródła pozyskiwania informacji na temat możliwości wyjazdów w celu zakupu zagranicznych usług medycznych. Dane wyrażone w procentach. Dane nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wskazania więcej niż jednej odpowiedzi



Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 4. Źródła pozyskiwania informacji na temat możliwości wyjazdów w celu zakupu zagranicznych usług medycznych

	odpowiedzi	% odpowiedzi	% obserwacji
Internet	54	42,50	80,60
Ośrodki/placówki medyczne w kraju	17	13,40	25,40
Ulotki/foldery	6	4,70	9,00
Prasa	13	10,20	19,40
Znajomi	35	27,60	52,20
Inne, jakie?	2	1,60	3,00
	127	100,00	189,60

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

W ocenie konkurencyjności medycznego rynku polskiego w stosunku do rynku niemieckiego, cena i dostępność usług mierzona czasem oczekiwania są bardzo wysoko oceniane.

Pod tymi względami rynek polski w ocenie obywateli niemieckich jest szczególnie konkurencyjny. Mniejszą konkurencyjność dostrzegają badani w zakresie wykwalifikowanych zasobów ludzkich oraz przede wszystkim wyposażenia.

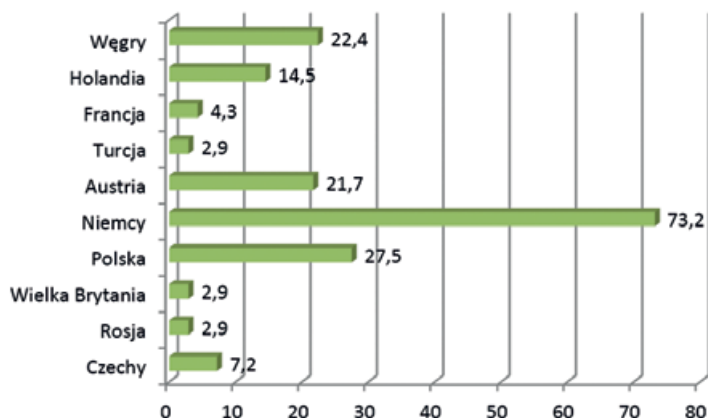
Tabela 5. Proszę ocenić ogólnie rynek usług medycznych i uzdrowiskowych w Polsce w porównaniu do rynku rodzimego

		3	2	1	0	-1	-2	-3	
Cena/koszt leczenia	Bardziej konkurencyjne	33,3	25,4	19	15,9	0	3,2	3,2	Mniej konkurencyjne
Dostępność, czas oczekiwania	Bardziej dostępne usługi	14,5	16,1	27,4	37,1	0	3,2	1,6	Mniej dostępne usługi
Kadra, specjaliści	Bardziej wykwalifikowana	7,8	12,5	12,5	40,6	18,8	3,1	4,7	Mniej wykwalifikowana
Aparatura	Lepsze wyposażenie	7,8	10,9	9,4	35,9	28,1	4,7	3,1	Gorsze wyposażenie
Usługi towarzyszące (noclegi, opieka)	Bardziej kompleksowe	7,9	12,7	11,1	47,6	14,3	3,2	3,2	Mniej kompleksowe

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

W kwestionariuszu umożliwiono także badanym wskazanie krajów, które ze względu na usługi medyczne w opinii respondentów uznawane są za atrakcyjne. Niemal 3/4 badanych deklaruje, iż kraj rodzimy jest dla nich atrakcyjny pod względem świadczonych usług medycznych, w dalszej kolejności jest to Polska (28% badanych jest zdania, iż to kraj atrakcyjny, biorąc pod uwagę rynek medyczny) oraz Węgry i Austria – o atrakcyjności tych rynków medycznych przekonanych jest 22% badanych.

Rysunek 27. Atrakcyjność krajów pod względem usług medycznych. Dane nie sumują się do 100% ze względu na możliwość wskazania więcej niż jednej odpowiedzi

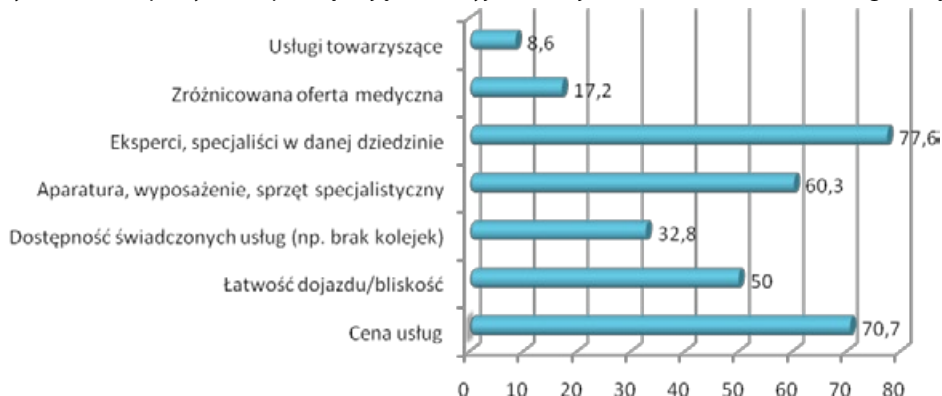


Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Dodatkowo, skonstruowano kafeterię odpowiedzi, która umożliwiała respondentom wskazanie aspektów, które warunkują opinię o atrakcyjności poszczególnych rynków medycznych. Najczęściej wskazywanym czynnikiem wpływającym na atrakcyjność usług medycznych są eksperci, specjaliści w danej dziedzinie – to aspekt wskazywany

przez 78% badanych. W drugiej kolejności ważnym aspektem dla badanych jest cena (71% badanych jest tego zdania) oraz aparatura, sprzęt specjalistyczny i wyposażenie placówek medycznych (60% respondentów podziela tę opinię). Zestawienie poszczególnych wskazań zaprezentowano na Rysunku 28 i w Tabeli 6.

Rysunek 28. Aspekty, które przesądzą o atrakcyjności krajów w kontekście leczenia za granicą



Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Tabela 6. Aspekty, które przesądzą o atrakcyjności krajów w kontekście leczenia za granicą

	odpowiedzi	% odpowiedzi	% obserwacji
Cena usług	41	21,7	70,8
Łatwość dojazdu/bliskość	29	15,3	50,0
Dostępność świadczonych usług (np. brak kolejek)	19	10,1	32,8
Aparatura, wyposażenie, sprzęt specjalistyczny	35	18,5	60,3
Eksperci, specjaliści w danej dziedzinie	45	23,8	77,6
Zróżnicowana oferta medyczna	10	5,4	17,2
Usługi towarzyszące	5	2,6	8,6
Inne	5	2,6	8,6
Ogółem	189	100,0	325,9

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

Badania jakościowe

Badania jakościowe zrealizowano poprzez indywidualne wywiady pogłębione (IDI) w liczbie dwunastu rozmów według przygotowanego wcześniej scenariusza wywiadu.

Obszary merytoryczne wyznaczone przez scenariusz objęły: ocenę rodzimego rynku medycznego, ze wskazaniem poszczególnych usług, określenie doświadczeń w zakupie usług medycznych za granicą oraz ocenę polskiego rynku medycznego i sanatoryjnego. Głównym celem badań jakościowych było pozyskanie opinii badanych, a także identyfikacja źródeł wiedzy na temat polskiego rynku medycznego oraz poznanie wyobrażeń dotyczących standardów usług świadczonych za granicą, w tym w Polsce. W opracowaniu zostały zacytowane wypowiedzi rozmówców określające ich postawy i opinie.

Szczególnie ważne są czynniki potencjalnie warunkujące chęć wyjazdu. Raport obejmujący wyniki badań jakościowych rozpoczyna się od oceny standardu usług medycznych świadczonych w Niemczech, następnie wskazano na doświadczenia i opinie, aby w końcowej części wskazać źródła i kanały, za pośrednictwem których rozmówcy poszukują i otrzymują informacje o zagranicznych usługach medycznych.

Ocena stanu służby zdrowia w kraju rodzimym

W wywiadach rozmówcy chętnie udzielali odpowiedzi w zakresie ocen usług medycznych świadczonych na terenie Niemiec, a w szczególności swojego landu. Wypowiedzi badanych można podzielić na bloki tematyczne, dotyczące zarówno relacji lekarz – pacjent, jak i standardów świadczonych usług, ich dostępności, ceny (w podziale na usługi podstawowe i specjalistyczne) oraz pobytów szpitalnych i kwalifikacji kadry.

Stosunek do pacjentów

Badani dostrzegają, iż przepełnione przychodnie, zbyt duża liczba pacjentów przypadających na jednego lekarza i brak czasu na pogłębioną diagnozę może rodzić w dalszej konsekwencji negatywne skutki w procesie leczenia. Ogólnie, opieka medyczna w kraju jest dobrze oceniana, ale w dużej mierze pacjent sam musi wykazać inicjatywę w zakresie procedur uzyskiwania skierowań czy konkretnego leczenia. Zbyt krótki czas, jaki lekarz poświęca choremu, powierzchowna diagnoza oraz pochopne (zdaniem badanych) kierowanie na zabiegi chirurgiczne i ortopedyczne (ten aspekt wielokrotnie będzie jeszcze podkreślany w dalszej części opracowania) powodują, iż pacjent w rezultacie może nie czuć się traktowany podmiotowo w procesie leczenia. Kolejki, zbyt mało czasu poświęconego pacjentowi – to mankamenty, na które rozmówcy w wywiadach zwracają szczególną uwagę, jednak w ogólnej ocenie usług medycznych na terenie Niemiec wyrażają swoje zadowolenie (odnosi się to w szczególności do jakości świadczonych usług medycznych). Poniższe cytaty obrazują te kwestie:

„Leczenie **powinno to być bardziej ukierunkowane na pacjenta**, a nie jedynie na konkretny problem zdrowotny, który zgłasza lekarzowi. Jeśli ktoś ma ból kolana lub ból brzucha, to nie zawsze trzeba od razu taką osobę operować. Być może problem leży w psychice pacjenta, a nie jest to problem czysto chirurgiczny lub ortopedyczny. Niekiedy zbyt szybko i bezpodstawnie podejmowana jest decyzja o operowaniu pacjenta”. 6/10/DE

„**Wiele przychodni jest przepełnionych**, co oznacza, że trudno zarejestrować się do lekarza. Terminy przyjęć są bardzo odległe, z wyjątkiem pacjentów zgłaszających się

z bólem. Nawet lekarze małych przychodni na wsiach są bardzo przeciążeni i mogą przyjąć tylko ograniczoną liczbę pacjentów". 3/07/DE

„Opieka medyczna w Niemczech jest bardzo dobra, nawet ludzie o niskim statusie socjalnym mają możliwość otrzymania potrzebnej opieki medycznej. Problemem w Niemczech jest mała liczba specjalistów, przez **co tworzą się długie kolejki w przychodniach i gabinetach**. Czasami ma się wrażenie, że niektóre zabiegi czy metody leczenia, które byłyby odpowiednie dla danej jednostki chorobowej, nie są proponowane ze względu na wysokie koszty. Nie zmienia to faktu, że według mnie podstawowa opieka zdrowotna w Niemczech jest naprawdę wspaniała, co nie zdarza się w wielu innych krajach na świecie. Lekarze pierwszego kontaktu mają dziwny system rozliczania – na pacjenta przypada określony czas, stąd **rozmowa z lekarzem może trwać tylko pięć minut**, co uważam za totalne nieporozumienie, jeżeli jest pomiar ciśnienia – to wówczas może być wykorzystane dziesięć minut oraz... określona pula pieniędzy". 2/06/DE

„Właściwie lekarze nie mają czasu dla chorych, ponieważ przypada za dużo pacjentów na jednego lekarza, np. lekarz rodzinny ma dziesięć do piętnastu minut na **szybkie „załatwienie” pacjenta** (...). Jeśli chodzi o szpitale, to z opowieści moich znajomych i rodziny, którzy byli w szpitalach wiem, że wszystko, co było potrzebne, zostało zapewnione. Jedyne można było odczuć niewystarczającą liczbę personelu, ale wyposażenie pod względem medycznym było zadowalające." 03/07/DE

„Niektóre usługi medyczne są dobrze realizowane, ale **lekarze pierwszego kontaktu nie mają wystarczająco dużo czasu dla pacjentów**. Niestety, w ortopedii jest również bardzo długi okres **oczekiwania na termin przyjęcia do lekarza**, w stomatologii zabiegi są drogie i nie każdy może sobie na nie pozwolić. Rehabilitacja jest na wysokim poziomie, chociaż kasy chorych ograniczają czasami budżet". 1/05/DE

Cena, dostępność – czas oczekiwania

Jeśli przyrzeć się bardziej szczegółowym ocenom, temu, wokół czego rozmówcy głównie koncentrują swoje opinie – są to kwestie: kosztów poszczególnych usług oraz ich dostępności, czyli czasu oczekiwania na wykonanie.

Cena

- Badani podkreślają znaczną rozpiętość cenową, dzielącą samych pacjentów na grupy bardziej i mniej uprzywilejowane. Pacjent ubezpieczony otrzymuje usługi gorszej jakości, a tzw. „pacjent prywatny” lub ten, który jest w stanie dopłacić z własnej kieszeni, korzysta z usług o wyższej jakości.
- Dodatkowo, zwrócono uwagę na wysokość cen usług stomatologicznych oraz na fakt, iż ceny za usługi medyczne, według badanych, są bardzo rozbieżne.
- Dodatkowo, w opinii rozmówców szpitale skracają czas opieki pooperacyjnej ze względu na wysokie koszty i cedują odpowiedzialność na lekarzy rodzinnych.

Dostępność – czas oczekiwania

- Badani pacjenci odnotowują regres w odniesieniu do czasu oczekiwania na możliwość skorzystania z leczenia, szczególnie w przypadku usług specjalistycznych. Formułują swoje opinie w odniesieniu do przeszłości („kiedyś było lepiej”) i wskazują, że sytuacja z pewnością uległa pogorszeniu, a na możliwość uzyskania usługi należy czekać miesiącami.
- Proces oczekiwania także wprowadza zróżnicowanie wobec pacjentów korzystających wyłącznie z ubezpieczenia i tych mogących dopłacić za usługę prywatną.
- Wydłużony czas oczekiwania dotyczy zarówno usług specjalistycznych, wyjazdu do sanatorium, jak i całej procedury leczenia: lekarz pierwszego kontaktu – specjalista – szpital – rehabilitacja, na każdym etapie występuje konieczność oczekiwania na świadczoną usługę.

„Za usługi stomatologiczne **trzeba niestety dużo dopłacić**. Leczenie szpitalne jest dobre, ale według mnie dochodzi często do zakażeń, np. po operacjach. Usługi rehabilitacyjne zostały w ostatnich latach trochę okrojone i efekt leczenia zależy w dużej mierze od starań samych pacjentów. Ja akurat jestem pacjentem prywatnym, więc nie musiałem nigdy szczególnie długo czekać na wolny termin, ale od innych osób słyszałem, że w przypadku **niektórych specjalizacji, jak ortopedia czy okulistyka, trzeba bardzo długo czekać** na wizytę”. 08/12/DE

„Jeśli chodzi o czas oczekiwania, to wiele się pogorszyło u niektórych specjalistów, np.: **do poradni psychologicznej trzeba czekać 1,5 roku, do ortopedy trzy do czterech miesięcy**. Rząd powinien coś zrobić z tym problemem. Ludzie z bólem nie mogą czekać trzech miesięcy, ponieważ może przerodzić się to w chorobę przewlekłą, znacznie trudniejszą w dalszym leczeniu. **Dotyczy to też kosztów**. Szpitale nie chcą trzymać pacjentów dłużej niż 10 dni. Gdy wynikną komplikacje po operacji, to jest to później zadanie lekarza rodzinnego”. 6/10/DE

„Wcześniej było dużo lepiej, teraz **wszystko rozbija się o pieniądze**. Jestem w starszym wieku, więc mam porównanie. **Na wolny termin trzeba czekać miesiącami**. Jest mniej lekarzy. Opieka medyczna jest według mnie dużo gorsza niż w poprzednich latach. Byłam wiele razy w szpitalach, kilka razy przeszłam operacje (wycięcie migdałków, wyrostka robaczkowego, zmniejszenie biustu z powodów medycznych, operacja stawu biodrowego w wieku 53 lat). **Czas oczekiwania powinien być zdecydowanie krótszy i nie powinno być konieczności dopłacania** do niektórych usług”. 4/08/DE

„W przypadku ortopedii trzeba długo czekać na termin przyjęcia do lekarza. W usługach stomatologicznych powinno być więcej usług i możliwości dla pacjentów z państwowym ubezpieczeniem i mniejsza rozpiętość cenowa usług w stosunku do prywatnych pacjentów (**zróżnicowanie cen za dane usługi jest bardzo duże**). Nawet jeśli pacjent ubezpieczony jest prywatnie, ale płaci mniejszą składkę, to automatycznie dostanie usługę gorszej jakości. W leczeniu szpitalnym jest podstawowa opieka medyczna, ale jeśli pacjent oczekuje lepszych usług lub opieki samego ordynatora, to trzeba dopłacać lub być po prostu pacjentem prywatnym (...) **na skierowanie do sanatorium trzeba długo czekać**, z wyjątkiem przypadków nagłych lub po wypadku”. 07/11/DE

„No niestety, **wolny termin jest ciężko dostać, zwłaszcza u specjalisty**. Miałem ostre bóle ramienia i musiałem zasięgnąć rady ortopedy, ale wizytę wyznaczono mi dopiero za trzy miesiące. Może gdybym był pacjentem prywatnym, to czas oczekiwania byłby krótszy”. 10/14/DE

„Operacje medyczne są bardzo dobrze realizowane, jedynym mankamentem są **długie okresy oczekiwania. Najpierw termin u lekarza rodzinnego, później ze skierowaniem do specjalisty i na koniec oczekiwanie na wolny termin w szpitalu**, z wyjątkiem nagłych przypadków”. 12/16/DE

„Specjaliści są wykwalifikowani, ale nie ma ich wystarczająco dużo. Przykład z własnego doświadczenia: mój syn miał problemy urologiczne, z tego co się orientuję, w całych Niemczech mamy tylko dwóch urologów dziecięcych, co jest niewystarczające jak na tak duży kraj. **Można czekać trzy, cztery lub sześć miesięcy na wizytę u lekarza** ortopedy lub pediatri”. 2/06/DE

Ocena poszczególnych usług

W swojej ocenie usług świadczonych na terenie kraju rozmówcy odnieśli się w szczególności do usług ortopedycznych, rehabilitacyjnych i stomatologicznych. Wielokrotnie w wypowiedziach badanych pojawiała się kwestia zbyt pochopnych decyzji w odniesieniu do zabiegów ortopedycznych, kosztem leczenia rehabilitacyjnego. Być może tak liczne, a do tego dość wyraźnie ukierunkowane opinie spowodowane były naświetleniem problemu w mediach. Sami badani doszukują się w tym mechanizmie nastawionego na zysk podejścia władz szpitalnych, upatrują w tak licznych zabiegach ortopedycznych metody na pozyskiwanie funduszy przez szpitale. Zdaniem rozmówców zaburzona jest równowaga w zakresie zabiegów chirurgicznych i ortopedycznych oraz leczenia rehabilitacyjnego. O ile te pierwsze usługi są bardzo rozpowszechnione, na leczenie rehabilitacyjne coraz trudniej się dostać, trzeba wielokrotnie aplikować (łącznie z procedurą odwoławczą), aby uzyskać skierowanie. Rehabilitacja w opinii badanych jest kosztowna i trudno dostępna, nie tak chętnie przyznawana i powszechna jak zyskowne dla szpitali zabiegi ortopedyczne.

„Nawet u czterdziesto- lub pięćdziesięciolatków wstawiane są nowe protezy stawowe, chociaż można byłoby zapobiegać temu i leczyć w inny sposób, np.: gimnastyka rehabilitacyjna, osteopatia, niekonwencjonalne metody leczenia. W stomatologii wszedł od kilku lat nowy trend na implanty, co przynosi stomatologom dobry dochód. Ja osobiście nie mam implantów, ale moja mama tak. Jeśli chodzi o usługi rehabilitacyjne, to są one zbyt skąpe, pacjenci powinni być bardziej motywowani i zachęceni do ćwiczeń rehabilitacyjnych jeszcze przed operacją, żeby wzmocnić odpowiednie partie ciała. Dla porównania pacjenci w Holandii przed operacją stawu kolanowego przechodzą intensywny trening (trzy- lub czterotygodniowy) wzmacniającego muskulaturę, co pozwala szybciej osiągnąć sprawność po operacji”. 6/10/DE

„W Niemczech usługi ortopedyczne są bardzo rozpowszechnione, czasami nawet operuje się **za dużo**. Myślę, że u osób po osiemdziesiątce nie jest konieczne wsta-

wianie nowej endoprotezy lub protezy kolana. **Szpitala chcą tylko na tym zarobić**, choć w wielu przypadkach nie jest to konieczne". 05/09/DE

„Z **usług rehabilitacyjnych** jeszcze nie korzystałem, słyszałem tylko od znajomych z byłej firmy, że byli w sanatorium. Usługi te są na dobrym poziomie w Niemczech, ale **obecnie nieco się pogorszyło pod względem kosztów i częstotliwości wyjazdów na leczenie**. Odnośnie do usług ortopedycznych – mam wrażenie, **że jest za dużo operacji**, szczególnie jeśli chodzi o stawy biodrowe. Nie chcę uogólniać, ale część lekarzy po sprywatyzowaniu chce mieć **dobrze obroty i operuje stawy biodrowe**, chociaż nie jest to w niektórych przypadkach konieczne". 11/15/DE

„Co do **operacji ortopedycznych** to według mnie w Niemczech przeprowadza się ich **za dużo**. Ostatnio widziałam informacje o tym, że szpitale dla utrzymania swojego statusu przeprowadzają znaczną liczbę operacji stawów biodrowych i kolanowych, również u pacjentów, u których nie jest konieczna taka interwencja". 6/02/DE

„**Problemy są także z rehabilitacją, która jest o wiele za rzadko przepisywana** przez lekarzy, także w przypadkach, gdzie można byłoby uniknąć operacji ortopedycznej, gdyby wcześniej wzmocnić muskulaturę aparatu ruchowego. Moim zdaniem jest o wiele za szybko podejmowana decyzja o operowaniu, dotyczy to szczególnie młodych ludzi. Usługi rehabilitacyjne, według mnie, są w Niemczech na wysokim poziomie, tylko **trudno je otrzymać. Często prośby są odrzucane, dopiero po drugim, trzecim podaniu lub odwołaniu usługa zostaje przyznana**". 6/02/DE

Badani pozytywnie oceniają usługi stomatologiczne w zakresie ich dostępności oraz standardów ich świadczenia, jednak ceny tych usług implikują już oceny odmienne. Podstawowy poziom usług jest objęty ubezpieczeniem, ale wyższy standard, chociażby zastosowanych lepszych materiałów, to konieczność ponoszenia przez pacjenta dodatkowych, niemałych opłat. Mechanizm zwrotu przez kasę chorych chociażby części ponoszonych kosztów nie sprawdza się w przypadku osób o niskich dochodach, które usługi stomatologiczne muszą „prefinansować”. Opinie te w dużej mierze potwierdzają wyniki badań ilościowych, w których właśnie wysokie ceny usług stomatologicznych zostały wskazane przez znaczny odsetek respondentów.

„W stomatologii opieka jest dobra, problem pojawia się w momencie, gdy chce się coś więcej od podstawowego leczenia – kosztuje to bardzo dużo, np.: przy ubytkach zębów pomoc protetyczna ogranicza się do zapewnienia możliwości jedzenia, gryzienia, mówienia, ale ruchoma proteza nie ma nic wspólnego z komfortem. To jest właśnie podstawowa opieka stomatologiczna i jeżeli ktoś chce wstawić sobie implant, to **musi „głęboko sięgnąć do portfela**". 3/02/DE

„U stomatologa wszystko funkcjonuje bardzo dobrze, na termin nie muszę długo czekać. Leczenie szpitalne funkcjonuje właściwie też dobrze, co mogę powiedzieć ze swojego doświadczenia. Usługi rehabilitacyjne mam za sobą. Najpierw zostały mi odmówione, ale po pierwszym odwołaniu mogłem pojechać do sanatorium (...). U stomatologa termin dostaje się szybko, ale około 10 minut czyszczenia zębów

kosztuje 80 euro, co jest dość dużym wydatkiem, nawet jeśli później część tej kwoty mogę odebrać w kasie chorych, zwłaszcza jeżeli mało się zarabia". 10/14/DE

Ocena leczenia szpitalnego, kadry medycznej

Na podstawie ocen leczenia szpitalnego wypowiedzianych przez badane osoby wnioskować można w zakresie oczekiwanych standardów pobytu w szpitalach po zabiegach i operacjach. Sami badani dostrzegają, iż szpitale starają się inwestować w aparaturę medyczną (tu raczej nie zdarzały się żadne zarzuty) oraz w wyposażenie techniczne, ale warunki pobytu jednak pozostawiają wiele do życzenia. Dotyczy to głównie:

- sal szpitalnych, które nie spełniają oczekiwań pacjentów pod względem przypadającej liczby łóżek (zbyt wielu pacjentów na jednej sali),
- przypadających na wiele osób toalet, braku natrysków,
- starszych, zaniedbanych oddziałów, gdzie nie wymieniono jeszcze łóżek szpitalnych i materaców.

Dodatkowo, pacjenci narzekają na opiekę pooperacyjną, szybkie wypisy oraz ograniczenia w liczbie personelu, co wpływa na poczucie komfortu pacjenta. Zdaniem badanych, prywatyzacja placówek pogorszyła sytuację szpitali. O ile inwestuje się w sprzęt medyczny oraz kadrę wyższego szczebla (podnoszenie kwalifikacji przez lekarzy), to warunki stwarzane pacjentom nie są zadowalające.

„Do niektórych specjalistów trzeba długo czekać, ale jak się dobrze ponarzekła, to można dostać wolne miejsce dużo szybciej. **Co do aparatury medycznej, to szpitale są dobrze wyposażone, ale sale szpitalne mogłyby wyglądać lepiej. Zdarzają się sale wieloosobowe z jedną toaletą, bez prysznica.** Moim zdaniem łazienki to duży problem, wymagający ulepszenia. Pokoje powinny być jedno-, dwu- lub maksymalnie trzyosobowe". 05/09/DE

„Operacje stawów biodrowych w Niemczech przebiegają świetnie, usługi stomatologiczne również, są tylko bardzo drogie. **Szpitale funkcjonują niezbyt dobrze,** jednego dnia jest się operowanym, a drugiego dostaje wypis ze szpitala i dalej trzeba się samemu martwić co, jak i gdzie (...). Brakuje wielu specjalistów, przez co tworzą się długie kolejki (...), ale ta kadra, która jest, ma rzeczywiście wysokie kwalifikacje". 09/13/DE

„Pobyty w szpitalu są coraz krótsze. Jeszcze przed dwudziestoma laty na wyrostek robaczkowy leżało się dwa, trzy tygodnie, aż do całkowitego wyzdrowienia, gdzie dziś już po tygodniu jest się **wyrzucanym ze szpitala**". 02/06/DE

„Nie jestem tym zachwycona, **stara generacja lekarzy była lepsza,** młodzi do mnie nie przemawiają. Ale jest też dużo lekarzy z zagranicy (Iran, Polska, Rosja), którzy mają bardzo dobrą opinię. W przeszłości było lepiej, mimo że były sale wieloosobowe. **Opieka pooperacyjna pozostawia wiele do życzenia.** W moim przypadku zostałam po operacji położona na sali, gdzie przez kilka godzin nikt się mną nie interesował. **Złożyłam skargę** i zostałam później przeproszona". 4/08/DE

„O leczeniu szpitalnym wiem tylko ze słyszenia, że się dużo pogorszyło, szczególnie jeśli chodzi o personel medyczny. Sama opieka lekarska jest dobra, ale dużo szpitali zostało sprywatyzowanych i żeby zaoszczędzić na kosztach, **ogranicza się liczbę personelu.** Słyszysz się na ten temat wiele skarg i negatywnych opinii”.

11/15/DE

„Myślę, że mamy dużo specjalistów i są oni dobrze wykwalifikowani. Wielu z nich ciągle się doksztalca, także za granicą, np. w Ameryce. Wiele się rozbudowuje, przeprowadzane są remonty. Podnoszony jest standard i wprowadzane ulepszenia w celu zdobycia potencjalnego pacjenta”.

6/10/DE

„Mamy wielu specjalistów ściągniętych z zagranicy, nie tylko z Europy, ale także z Afryki, Ameryki itp. Co do kwalifikacji, myślę, że są dobrze wykwalifikowani. Sam byłem kilka razy w szpitalu, moja mama też (operacja oka, zwyrodnienie). Do tej pory byliśmy zadowoleni (...). W sprzęt medyczny szpitale są bardzo dobrze wyposażone, ale **stan łóżek szpitalnych pozostawia wiele do życzenia (stare materace), przeważnie na starych oddziałach”.**

10/14/DE

Doświadczenie w zakresie usług medycznych za granicą

Na podstawie doświadczeń z zagraniczną opieką medyczną, na które powołują się w wywiadach badani, można wnioskować, iż w spontanicznych opowieściach nie pojawia się w ogóle aspekt zakupu poszczególnych usług poza granicami kraju. Przytaczane historie, zarówno osobiste, jak i te przekazywane przez znajomych czy rodzinę, dotyczą wyłącznie sytuacji wakacyjnych czy urlopowych. Brak świadomości możliwości zakupu usług medycznych za granicą ujawnia się niezwykle wyraźnie w odpowiedziach na pytanie dotyczące oceny standardów zagranicznych usług medycznych – każde z doświadczeń będących ilustracją artykułowanej oceny wskazuje na tymczasowy pobyt w zupełnie innych celach, niż te związane z opieką zdrowotną czy rehabilitacyjną: „byliśmy akurat...”. Żadna z osób badanych nie ma doświadczeń związanych z możliwością zakupu usług medycznych za granicą, a w przypadku niektórych wypowiedzi wnioskować można, iż wskazanie takiej możliwości budzi zaskoczenie – osoby te nie widzą powodu, z jakiego miałyby się udać do innego kraju w celach medycznych. Konieczność skorzystania z pomocy medycznej za granicą przewidują tylko w poważnych przypadkach uszczerbku na zdrowiu podczas pobytu na terenie innego kraju, np. pobytu urlopowego.

„Nigdy o tym nie myślałam, ale jeżeli wydarzyłoby się coś takiego za granicą, jak np. mocne bóle, złamanie ręki lub nogi, wypadek, to na pewno musiałabym skorzystać z pomocy. **Ale specjalnie pojechać za granicę w celu leczenia nigdy nie planowałam”.**

09/13/DE

„Na szczęście nie byłem zmuszony do korzystania z pomocy medycznej za granicą, chociaż często bywam na urloпах zagranicznych. Nigdy nie korzystałem z żadnych usług medycznych”.

05/09/DE

„Mój syn był operowany w Turcji, bo akurat tam przebywaliśmy – miał zapalenie błony bębenkowej ucha. Podczas zabiegu błona ta musiała zostać przebita. Niestety,

po powrocie do Niemiec dowiedzieliśmy się, że metoda zastosowana w Turcji jest przestarzała i już się jej nie stosuje w Niemczech, bo jest zbyt bolesna. Mój ojciec miał problem urologiczny i leczył się we Włoszech. Moja mama też korzystała z pomocy medycznej we Włoszech. Miała problem związany z zaburzeniami krążenia. Tam opieka ich zdaniem była porównywalna do tej, jaka jest świadczona w Niemczech". 02/06/DE

„W Turcji, bo często tam jeżdżę, jest dobra opieka medyczna, szczególnie jeśli płaci się prywatnie lub płaci za to niemiecka kasa chorych. Pacjenci zagraniczni są lepiej traktowani przez lekarzy prywatnych lub prywatne kliniki, aniżeli obywatele turecy". 05/09/DE

„Moi rodzice byli akurat w Hiszpanii. U mojej mamy pojawił się na oku jęczmień, który utrudniał widzenie, dostała maść, po trzech dniach wszystko było dobrze. Mój ojciec w tym samym dniu skręcił nogę w kolanie, dostał zastrzyki i wszystko wróciło do normy. **Byli z leczenia bardzo zadowoleni, lekarz prowadzący był Niemcem, więc z porozumieniem się nie było żadnego problemu (...).** 12/16/DE

„W Austrii jest bardzo dobra opieka medyczna, np. przy wypadku na nartach jest się natychmiast przetransportowanym helikopterem do szpitala i objętym odpowiednią opieką. W Szwajcarii jest również dobra opieka medyczna". 06/10/DE

Ocena zagranicznych usług medycznych

Z racji nikłego doświadczenia w medycznych wyjazdach zagranicznych, badani wyrażają swoje opinie o poziomie świadczenia usług medycznych w innych krajach na podstawie własnego wyobrażenia lub zasłyszanych opinii, ale przeważnie na zasadzie odniesienia do opieki zdrowotnej w Niemczech (zarówno odniesienie negatywne, jak i pozytywne). Za granicą spodziewany jest przede wszystkim większy szacunek do pacjenta oraz lepsze relacje z personelem medycznym.

Szczególnie cenieni są specjaliści niemieccy. Dodatkowo, ważnym aspektem, dostrzegalnym na podstawie wypowiedzi badanych, jest bezpieczeństwo związane z zabiegami we własnym kraju (brak bariery językowej i ewentualnych nieporozumień w tym zakresie). Stany Zjednoczone, nie tylko w poniższych wypowiedziach, postrzegane są jako kraj umożliwiający wykonanie zabiegów lub zastosowanie procedur leczenia niedostępnych w Europie. Przypisuje się tamtejszym placówkom i specjalistom stosowanie najnowocześniejszych terapii i sprzętu.

„Myślę, że za granicą starają się bardziej o pacjenta. Wielu znajomych było często za granicą i korzystało z różnych usług. Dbają tam o pacjenta. Jest całkiem inne podejście do ludzi niż w Niemczech. Tu jest się tylko numerem, szczególnie jak jest się ubezpieczonym państwowo. Mój syn chciał przed urlopem pójść do lekarza, na termin musiałby czekać około dwóch miesięcy, ale jak powiedziałam, że jest pacjentem prywatnym, to został przyjęty jeszcze tego samego dnia". 04/08/DE

„Z leczenia za granicą skorzystałbym tylko w nagłych przypadkach, np. złamanie ręki, ból zęba. **Operowany chciałbym być tylko w Niemczech,** jeżeli mogłoby

to poczekać. Argumenty: po pierwsze – **ze względu na barierę językową, po drugie – kwestia specjalistów, którzy w Niemczech są lepsi**”. 12/16/DE

„Gdybym miał oceniać rynek medyczny, na pierwszym miejscu byłaby to Ameryka, są tam **jeszcze lepsi specjaliści i metody leczenia niż w Niemczech**, ale minusem byłaby **bariera językowa**. Na drugim miejscu Austria – są tam dobrzy specjaliści, a ponadto mówią po niemiecku, więc brak bariery językowej”. 12/16/DE

„Jeżeli wydarzy się coś na urlopie, to chciałbym wiedzieć, jaka jest opieka w danym kraju. Niekoniecznie chciałbym być leczony w Indiach, lepiej byłoby w Niemczech, gdzie jest bezpieczniej, zwłaszcza pod względem higieny (...)”. 02/06/DE

Czynniki decydujące o potencjalnym wyjeździe i preferencje w zakresie usług medycznych

W wywiadach badani rozważają możliwość wyjazdu w celu skorzystania z usług medycznych za granicą, ale w trybie warunkowym. Dość precyzyjnie określają, jakie czynniki determinują chęć/możliwość skorzystania z zagranicznej oferty rynku usług medycznych i uzdrowiskowych.

- **Wiedza, informacja:** w wielu wypowiedziach pojawia się konieczność doinformowania jako podstawowy warunek brania pod uwagę zagranicznego wyjazdu medycznego. Informacji, zdaniem badanych, nie ma lub zwyczajnie do nich się nie dociera. Badanym potrzebna jest wiedza i informacja nie tylko w zakresie procedur formalnych, ale i warunków oraz wykwalifikowania kadry. To bardzo istotne aspekty procesu decyzyjnego w odniesieniu do destynacji świadczenia usług medycznych. Informacje, najlepiej zweryfikowane na podstawie kilku źródeł, są podstawą do ewentualnej decyzji o skorzystaniu z usług świadczeń medycznych. Najbardziej wiarygodne dla badanych są usługi, kraje czy placówki polecane przez znajomych, potwierdzone ich doświadczeniem. To właśnie do znajomych osób, które nie przekazują informacji w złej wierze, badani deklarują największe zaufanie, traktując ich jako źródło opinii, na podstawie której wyrabiają sobie własny pogląd.
- **Cena i jeszcze raz cena:** mimo iż w pierwszych wypowiedziach badanych pojawił się wyraźny sceptycyzm w odniesieniu do ewentualnego nabywania usług medycznych za granicą („niby dlaczego miałbym to robić”), to w późniejszej refleksji, kiedy to pod rozwagę brane są niższe koszty zabiegów poza granicami kraju, ów sceptycyzm maleje. Bez wątplenia cena jest fundamentalnym czynnikiem wpływającym na decyzje o wyjeździe. Różnica w kosztach, jaka występuje w usługach krajowych i zagranicznych, wydaje się być wystarczającym powodem, nie tyle, aby natychmiastowo decydować o przeniesieniu leczenia do innego kraju, ile aby wziąć to w ogóle pod uwagę, uzyskać więcej informacji i przekalkulować korzyści. Nawet jeśli pojawiają się w wypowiedziach wątpliwości związane z mogącymi pojawić się komplikacjami po leczeniu, kwestie finansowe są argumentem przemawiającym za stroną usług tańszych, nieodbiegających standardem od krajowych, choć nierealizowanych w kraju. Szczególnym zainteresowaniem potencjalnych pacjentów mogłyby cieszyć się te kraje, które nie weszły jeszcze do strefy euro,

gdyż przelicznik dla mieszkańców Eurolandu jest w tym przypadku szczególnie korzystny i badani mają tego świadomość.

- **Jakość:** wątpliwości koncentrują się głównie wokół kwalifikacji kadry medycznej. Badani wyrażają oczekiwania i nadzieje, że kadra za granicą ma porównywalne kwalifikacje jak ta świadcząca usługi w kraju. Na podstawie wypowiedzi stwierdzić można, iż jest to punkt newralgiczny – nie do końca badani mają zaufanie do kadry za granicą i też nie do końca mają pomysły czy też dostrzegają możliwości, w jaki sposób kwalifikacje te zweryfikować. Badani nie wiedzą, gdzie mogliby zasięgnąć takich informacji, aby mieć całkowitą pewność, że będą pod dobrą opieką.
- **Tylko wybrane usługi:** niektóre usługi medyczne bezpośrednio implikują obawy związane z kwalifikacjami kadry oraz brakiem źródła weryfikacji informacji na ten temat. W wywiadach rozmówcy dopuszczają możliwość zakupu usług medycznych za granicą, ale tylko tych, które niosą za sobą niskie ryzyko powikłań i są zabiegami nieinwazyjnymi lub o niskim stopniu skomplikowania (to przede wszystkim: stomatologia i rehabilitacja, choć pojawia się także okulistyka). Warto przypomnieć, że usługi w obrębie tych specjalizacji są wskazywane jako szczególnie kosztowne na terenie Niemiec.
- **Czas oczekiwania:** badani kalkulują nie tylko koszty, ale także dostępność usługi. Krótki czas oczekiwania to argument, który spowodować może, iż Niemcy zdecydują się wydać pieniądze poza granicami kraju, aby otrzymać tę samą (lub nawet w szerszym zakresie) usługę w szybszym czasie. Warunkiem jednak jest posiadanie jasno sprecyzowanych, potwierdzonych informacji na temat dostępności i jakości usług (kwalifikacji kadry) oraz warunków formalnych (możliwość skorzystania z takiej ewentualności).
- **Dojazd:** ta kwestia także pojawia się w wypowiedziach badanych, powiązana jest jednak nie tyle bezpośrednio z odległością, co z kosztami dotarcia – ważne, aby te nie dyskwalifikowały usługi pod względem ceny ostatecznej (po zliczeniu wszystkich kosztów).

„Jeśli miałabym **skorzystać z usług rynku polskiego, to pojechałabym tylko do sanatorium**. Jeżeli chciałabym coś z usług ortopedycznych, to musiałabym najpierw **dokładnie dowiedzieć się, jak te kwestie wyglądają, bo takich informacji nie mam. Wchodzi w rachubę jeszcze rehabilitacja**. Nie są to inwazyjne usługi, a więc na to bym się zdecydowała (...). Również **ze względu na cenę (słyszałam, że w Polsce jest tanio)**, wybrałabym się skorzystać z **usług stomatologicznych, ale musiałabym mieć pewność, że opieka będzie dobra**, trzeba mieć naturalnie gwarancję, że wszystko będzie w porządku, w innym wypadku nie odważyłabym się tego zrobić. Nie mam do końca zaufania”. 1/05/DE

„Może skorzystałbym z zagranicznej pomocy medycznej, jeśli byłby to wypadek nagły lub wiedziałbym więcej o specjalistach. Musiałbym mieć więcej zaufania do kadry, wiedzieć, czy specjaliści są dobrze wykwalifikowani. Musiałbym też znać czas oczekiwania na zabieg bądź usługę medyczną i dobrze byłoby, gdyby dodatkowo **więcej osób poleciły mi takie leczenie**”. 09/11/DE

„Wiem o leczeniu zębów na Węgrzech, o 70% taniej niż w Niemczech, ale trochę obawiam się ryzyka, **chyba że ktoś zaufany by mi to polecił**”. 12/16/DE

„Jeżeli miałabym gdzieś skorzystać za granicą z usług medycznych, **to ze względu na jakość i cenę**. Musiałabym mieć **dobrze informacje na ten temat**, np. usługi okulistyczne. Ze względu na **niższe ceny** wybrałabym usługi stomatologiczne (w Niemczech są one bardzo drogie), np. korona zęba kosztuje około 500 euro (...). 08/12/DE

„Plusem polskiego rynku medycznego są **niskie koszty**, minusem natomiast **długi dojazd i bariera językowa**. Może wybrałabym się skorzystać z usług medycznych, ale musiałabym być bardzo **dobrze poinformowany** o ofercie, szczególnie cenach i jakości usług (...). Dotyczy to wyłącznie usług rehabilitacyjnych i stomatologicznych”. 6/09/DE

„Po Niemczech byłby to jakiś kraj w Europie Wschodniej, **przede wszystkim ze względu na niskie ceny**. Myślę, że wykształcenie różnych specjalistów jest podobne, chociaż w Niemczech uniwersytety są troszkę lepsze. Ale nie wiem tego dokładnie”. 10/14/DE

„W zasadzie nie wyobrażam sobie tego, abym kupował usługi medyczne za granicą, ale gdybym dostał intratną propozycję, to może bym skorzystał. **Potraktowałbym to jak urlop**. Mógłbym też wziąć pod uwagę **usługi stomatologiczne**, jeżeli byłyby one w Niemczech za drogie. Ale podchodzę do tego trochę sceptycznie. Nie chodzi tu o specjalistów, bo myślę, że są oni też dobrzy, ale czy to by się opłacało. Gdyby wystąpiły później jakieś komplikacje i trzeba byłoby znowu tam pojechać. Reasumując: **gdyby różnica finansowa była bardzo duża, to mógłbym to zrobić**”. 11/15/DE

„Słyszałem tylko o usługach stomatologicznych na Węgrzech, z których korzystali moi znajomi, ale dokładnie nie wiem, co było robione. Wiem tylko, że na dzień dzisiejszy **usługi te w wielu krajach Europy są o wiele tańsze niż w Niemczech**. Sprawdziłbym też kraje graniczące z Niemcami (Polska, Austria, Holandia, Francja) pod względem **usług stomatologicznych**. Dużą rolę odgrywają tu **koszty i możliwość dojazdu** (...). Nie mam też takiego wrażenia, że koszty w krajach mających euro są niższe, np. w Austrii czy Francji. **Myślę, że taniej jest w krajach z własną walutą**”. 11/15/DE

„Z logicznego punktu widzenia prywatne usługi medyczne za granicą często są tańsze, ale jeżeli chodzi o zdrowie, to chce się, żeby lekarze byli dobrze wykwalifikowani i ze względu na to leczenie w **niektórych krajach nie wchodzi w grę, ponieważ nie cieszą się one zbyt dobrą opinią**. Dotyczy to także Europy Wschodniej (...). Europa Wschodnia w ogóle nie wchodzi w rachubę. Słyszało się już wiele złych opinii”. 03/07/DE

„Na pierwszym miejscu ze względu na jakość usług stawiam Niemcy. Następnie byłby to kraje europejskie, ze względu na dobre leczenie. Myślę, że kraje spoza Europy nie mają już tak dobrego systemu leczenia. (...) Słyszałem od wielu osób, że korzystały z **usług stomatologicznych na Węgrzech i w Czechach**. Prawdopodobnie powodem **były niskie ceny**. Ja sam, **gdybym miał skorzystać z usług za granicą,**

byłyby to tylko usługi stomatologiczne. Nie słyszałem nic negatywnego o tych usługach". 08/12/DE

„Brałabym pod uwagę metody leczenia, do których można dostać dopłatę, pod warunkiem, że dokładnie wiedziałabym, że **jakość usług jest lepsza lub porównywalna do usług w Niemczech. Niższe koszty i krótszy czas oczekiwania** – to byłoby warte zastanowienia, czy pojechać za granicę na leczenie". 02/05/DE

„Na pierwszym miejscu stoją Niemcy, bo tu żyję i wszystko znam. Innych krajów nie znam pod względem medycznym, np. o Holandii, Francji czy Austrii niewiele słyszałem, nie wiem, nie byłem tam (...). Gdybym zdecydował się na zagraniczne leczenie – to z pewnością **powodem byłyby koszty, nawet płacąc prywatnie, byłoby taniej niż w Niemczech, np. usługi stomatologiczne w Czechach lub Polsce.** Są też dobrzy specjaliści, którzy kształcili się za granicą i powrócili do swojego kraju. **Krótszy czas oczekiwania też stanowiłby czynnik decydujący.** O jakości nic nie mogę powiedzieć". 6/10/DE

„Gdybym brała pod uwagę leczenie za granicą, **głównym czynnikiem prawdopodobnie byłaby cena, następnie specjaliści,** nie wykluczam, że za granicą są dobrzy specjaliści. Zasięgnęłabym informacji o kwalifikacjach lekarzy. Myślę, że jednak **koszty są na pierwszym miejscu**". 03/07/DE

„**Koszty, krótki czas oczekiwania i specjaliści** – to jest to, co by spowodowało, że bym się zastanowił nad leczeniem za granicą. **Dojazd byłby też trochę problemem, bo nie mam auta, ale może pociągiem lub samolotem, jeżeli cena nie byłaby zbyt wygórowana.** Cena na pewno odgrywa dużą rolę. **Powinno być więcej reklam** o polskim rynku medycznym i o Polsce". 10/12/DE

„Gdybym dokładnie wiedziała, że jakość usług jest dobra, a **do tego niższe koszty i krótszy czas oczekiwania, to może pojechałabym za granicę na leczenie**". 08/12/DE

„Wiem, że Polska **ma ładne uzdrowiska,** ale czy usługi medyczne odpowiadają usługom w Niemczech, tego nie wiem. Gdyby tak było, to jako astmatyk **chętnie skorzystałbym z usług rehabilitacyjnych** w Polsce. Gdybym widział dobrą propozycję sanatorium z odpowiednimi usługami, to **skontaktowałbym się w tej sprawie z kasą chorych** (należy mi się pobyt w sanatorium) lub zapłaciłbym prywatnie, gdybym był przekonany, że dane leczenie przyniesie dobre skutki. W moim wieku mogę być również zmuszonym do **skorzystania z usług stomatologicznych. Szukałbym informacji o usługach w Polsce i na Węgrzech**". 11/15/DE

Opinie o rynku polskim

Opinie o polskim rynku medycznym oparte są głównie na podstawie tzw. „marketingu szeptanego”, doświadczeń i ocen artykułowanych przez znajomych bądź członków rodziny. Wśród badanych nie znalazły się osoby, które bezpośrednio wykupiły usługę medyczną bądź rehabilitacyjną na terenie Polski, swoje wyobrażenie o rynku medycznym kształtują w oparciu o opowieści zasłyszane. Należy podkreślić dychotomię w ocenie polskiej opieki zdrowotnej oraz usług i standardów świadczonych przez sanatoria i kurorty.

- Ogólna ocena polskiej służby zdrowia nie jest pozytywna. Kształtowana jest na podstawie opinii znajomych, nie tyle dokonujących zakupu usług medycznych na polskim rynku medycznym, ile będących obywatelami Polski, korzystających z podstawowych usług systemu opieki zdrowotnej. Oceny te formułowane są przez rodzinę czy znajomych (zamieszkujących w Polsce) i niepochlebnie wyrażających się na temat funkcjonowania służby zdrowia – przekazywana opinia jest opinią na temat niedomagań całego systemu funkcjonującego w Polsce (kolejki, refundacja zabiegów, zadłużenie placówek, protesty personelu medycznego). Dodatkowo, obraz ten wzmacniany może być także przez przekaz medialny, w którym informuje się raczej o błędach lekarskich i ich konsekwencjach niż o sukcesach polskich lekarzy.

„Usługi medyczne w Polsce są źle realizowane. Pacjentom nie pomaga się tak, jak należy – niestety tak słyszałam o Polsce. Mam znajomych z Polski, opowiadali o leczeniu w ich kraju, **jaki zły jest cały system zdrowotny**”. 08/12/DE

„Z tego co słyszałam, **to jedna wielka katastrofa**. Jeżeli ktoś łamie obojczyk i na dalsze leczenie wysyłany jest do szpitala, a tam na dyżurze przyjmuje okulista, ginekolog lub inny specjalista zamiast ortopedy, to na pewno nie można mówić o jakości leczenia”. 12/16/DE

- Diametralnie odmienną opinię badani wyrażają na temat uzdrowisk funkcjonujących w Polsce i usług rehabilitacyjnych, ta opinia także kształtowana jest przez znajomych i członków rodziny, ale z kolei nie przez obywateli polskich, lecz niemieckich, którzy już skorzystali z usług i wyrażają swoje zadowolenie, chwalą przede wszystkim: jakość i zakres otrzymanych usług w stosunku do poniesionych kosztów, czas oczekiwania na realizację rehabilitacji oraz położenie placówek (w szczególności tych nadmorskich).
- Zdaniem badanych korzystanie z usług sanatoryjnych może być utrudnione (zgodnie z wiedzą, jaką posiadają) przez ograniczenia wprowadzone przez niemiecką kasę chorych – zwrot kosztów może według badanych nastąpić wyłącznie w przypadku usytuowania placówki w nie większej odległości niż 300 km, co ukierunkowuje ofertę głównie na obywateli Niemiec mieszkających w landach przygranicznych.

„Słyszy się często o polskich **kurortach graniczących z Niemcami. Usługi są tam tanie, a dla mnie koszty odgrywają dużą rolę**. Mam znajomą Niemkę, mającą krewnych w Polsce, która **jest bardzo zadowolona z usług w Polsce**. Z opinii znajomych wiem, że opieka medyczna w Polsce jest dobra i myślę, że poddałabym się leczeniu, gdyby zaszła taka potrzeba”. 04/08/DE

„O rynku medycznym w Polsce wiem niewiele, słyszałam tylko, **że wiele starszych osób jeździ do polskich uzdrowisk w celach rehabilitacyjnych**. Ale wiem to tylko ze słyszenia, nie jestem dobrze poinformowana”. 02/05/DE

„Znam Świnoujście, które leży blisko granicy, a także Gdańsk. **Ze względu na klimat i położenie kurorty mogą być bardzo atrakcyjne dla potencjalnych pacjentów (...). Jeżeli niemiecka kasa chorych zapłaciłaby za daną usługę w Polsce** i za te

pieniądze można byłoby otrzymać dłuższy turnus niż w Niemczech, to mogłoby być jakąś podstawą do skorzystania z leczenia uzdrowskiego w Polsce". 05/09/DE

„O sanatoriach nie mogę za wiele powiedzieć, ale ze słyszenia wiem, że są świetne. Ogólnie, opieka medyczna dla Niemców nie jest dobra (...). **Jedynie sanatoria i uzdrowiska są w miarę zadowalające** (...). Polska musi zrobić duży krok do przodu pod względem leczenia. **Sanatoria i uzdrowiska są dobre, ale metody leczenia niestety nie** (...) trzeba dodać, że niemiecka kasa chorych płaci tylko do odległości 300 kilometrów. Jeżeli jest więcej, to trzeba dopłacać samemu. **Niemcy mieszkający blisko granicy mogą bez problemu udać się do polskich uzdrowisk**". 08/12/DE

- W świadomości badanych polskie sanatoria, uzdrowiska i kurorty to głównie te umiejscowione nad Bałtykiem. Badani przypuszczają, iż w Polsce prócz nadmorskich miejscowości także mieszczą się uzdrowiska i sanatoria, ale zupełnie ich nie kojarzą. Artykułując opinie oraz powołując się na doświadczenia znajomych, przytaczają niemal wyłącznie miejscowości położone na wybrzeżu, w tym najczęściej pojawia się Kołobrzeg. Badani w ogóle nie kojarzą województwa kujawsko-pomorskiego ani miejscowości uzdrowskich w nim położonych.

„Słyszałem od wielu osób, że jeździli do polskich kurortów i korzystali z usług rehabilitacyjnych. Byli z tych usług zadowoleni. Ja sam byłem jeden raz w Polsce, ale nie musiałem korzystać z usług medycznych (...). **Słyszałem sporo o kurortach nad Bałtykiem**, ale myślę, że w głębi kraju też takie się znajdują. Myślę, że **mogą konkurować z niemieckimi**, ze względu na **niskie koszty, także pod względem usług oraz ze względu na piękne położenie** (...). **Przed wszystkim koszty, krótki czas oczekiwania, a także piękne nadmorskie okolice**". 08/12/DE

„Jeśli chodzi o Polskę, to wiem tylko, że **znajduje się tam wiele kurortów nad Morzem Bałtyckim, np. Kołobrzeg**. Słyszałem pozytywne opinie, **ludzie byli zadowoleni**. Ogólnie, jeśli chodzi o polski rynek medyczny, plusem są przede wszystkim **niskie koszty**, teraz każdy liczy się z pieniędzmi, następnie **jakość** – co jest do zaferowania i w jaki sposób obchodzi się z pacjentem". 02/06/DE

„Polska jest **pięknym krajem stworzonym dla uzdrowisk**. Jest wiele plaż, ludzie są przyjaźni. Myślę, że jest to duża zaleta (...) ludzie są mili, piękne okolice i sąsiedztwo z Niemcami". 03/07/DE

„Tylko **czytałem w gazecie i słyszałem coś od innych osób, były to informacje o Kołobrzegu**. Myślę, że uzdrowiska w Polsce mogą być konkurencyjne dla niemieckich, głównie ze względu na ceny, a także chęć poznania nowego kraju, dla wielu to dodatkowa atrakcja". 10/12/DE

„Myślę, że mogłabym skorzystać z polskich uzdrowisk, które są atrakcyjne, problemem byłaby tylko bariera językowa, zwłaszcza terminologia medyczna". 12/16/DE

- W przypadku informacji dotyczących sanatoriów, usług rehabilitacyjnych i medycyny estetycznej, znaczącą rolę odgrywają media tradycyjne, w tym telewizja. Prócz opinii kształtowanych na podstawie doświadczeń i ocen znajomych, badani powołują się na przekazy medialne informujące i reklamujące usługi sanatoryjne

w Polsce. W świadomości badanych kształtuje się pozytywny obraz Polski jako kraju ukierunkowującego rynek medyczny na tańsze, porównywalne pod względem standardów (lub realizowane na wyższym poziomie) usługi rehabilitacyjne i sanatoryjne, skierowane na klientów zagranicznych.

„Niekörtzy znajomi byli w kurortach za granicą, ale moja rodzina bezpośrednio nie korzystała z takich usług. Czytałam w Internecie na temat Kołobrzegu (...). Rynek medyczny w Polsce może być atrakcyjny. **Koszty są na pewno mniejsze i można dostać więcej niż w Niemczech** za te same pieniądze (...). **Tak widziałam, ale to są jedynie informacje medialne. Wiele osób, które były w Kołobrzegu, jest zachwyconych**”. 1/05/DE

„Często słyszy się o **leczeniu sanatoryjnym w Polsce, widzi informacje w telewizji (medycyna estetyczna)**, ale z własnego doświadczenia i mojej rodziny nic więcej powiedzieć nie mogę (...). Znajomi byli w kurorcie w Polsce, za dojazd musieli sami zapłacić, ale zabiegi były płacone przez niemiecką kasę chorych. **Czas oczekiwania jest krótszy. Polska jest ukierunkowana na leczenie sanatoryjne i koszty są niższe. Polska specjalizuje się w branży uzdrowiskowej i jeżeli chce przyciągnąć zagranicznych pacjentów, to musi po prostu dalej w tym kierunku coś robić.** Ja ewentualnie mogłabym skorzystać z sanatorium, jeżeli w Niemczech kasa chorych odmówiłaby mi, a w Polsce można byłoby prywatnie w miarę tanio dostać te usługi. Koszty odgrywają tu dużą rolę”. 07/11/DE

„Jeśli chodzi o polski rynek medyczny, to w telewizji już coś widziałam i znajoma mojej mamy była w Polsce w sanatorium i **była bardzo zadowolona**. Myślę, **że niskie koszty i czas oczekiwania to główne atuty**. Na przykład **sanatorium, nawet prywatne, może kosztować mniej niż w Niemczech** (...). Mogłabym pojechać do sanatorium, gdybym została **dobrze poinformowana**, również o tym, czy można **zrobić odpowiednie badania w Polsce taniej lub jeśli pojawiłyby się dodatkowe duże koszty w Niemczech za te usługi. Musiałabym też zasięgnąć dokładniejszych informacji**”. 2/06/DE

Pozyskiwanie informacji

Rozmówcy wywiadów zostali zapytani o źródła informacji na temat rynku medycznego. Po raz kolejny jako główne źródło wiedzy oraz opinii dotyczących poziomu usług świadczonych na zagranicznych rynkach medycznych wskazywano przekazy znajomych osób lub rodziny. Z kolei źródłem przekazów medialnych jest głównie prasa i telewizja. Do badanych docierają w większości reklamy węgierskiego rynku medycznego (w szczególności usług stomatologicznych), rzadziej rynku czeskiego czy polskiego, choć tu pojawiają się przekazy informujące i reklamujące miejscowości nadmorskie jako miejsce pobytu rehabilitacyjnego lub wypoczynkowego połączonego z zabiegami.

W przypadku samodzielnego poszukiwania informacji jako podstawowe źródło i narzędzie badani wskazują Internet. Gdyby chcieli dowiedzieć się więcej na temat warunków wyjazdu medycznego za granicę, odwiedziliby także odpowiednią kasę chorych, w której mają nadzieję pozyskać niezbędne informacje. Czasopisma oraz biu-

ra podróży oferujące wyjazdy w celach medycznych to dodatkowe możliwości, z jakich skorzystałoby badani, chcąc pozyskać informacje związane z wyjazdem za granicę w celu zakupu usług medycznych. Jednocześnie rozmówcy wskazują na problem ni-
kłej informacji na temat polskiego rynku medycznego i braku reklamy, która mogłaby zachęcić ich do wyjazdu.

„Informacje w prasie, telewizji, Internecie i **najważniejsze – to przekazy ustne osób**, które już tego doświadczyły”. 12/16/DE

„W **prasie lub telewizji widzi się czasami reklamę usług medycznych**, np. tanich zabiegów stomatologicznych na Węgrzech (...). Tylko słyszałem lub czytałem o tanich usługach stomatologicznych na Węgrzech, o Polsce nie słyszałem nic”. 05/09/DE

„Ostatnio czytałem **teletekst o tanich usługach stomatologicznych za granicą** (Polska lub Czechy) za 180 euro, łącznie z badaniem i przelotem. Ale tylko czytałem i nie wiem, co się za tym kryje. Tylko teletekst w telewizji oraz przez Internet. Czytałem też jakieś **ogłoszenia w gazecie o usługach stomatologicznych lub medycynie estetycznej**”. 10/14/DE

„**Od znajomych słyszałem**, że niektórzy korzystali z usług stomatologicznych na Węgrzech lub w Polsce. Inni byli w uzdrowisku w Czechach (Łąźnie Mariańskie), za przejazd musieli zapłacić prywatnie, ale za część usług płaciła kasa chorych”. 11/15/DE

„**Poszukiwałem informacji** w Internecie, gdzie można się dużo dowiedzieć o usługach, z których można skorzystać, np. Google lub bezpośrednio informacje o jakimś szpitalu – co ma do zaoferowania, czy jest on dobry z naukowego punktu widzenia”. 06/10/DE

„Do tej pory **nie miałam jeszcze takiej sytuacji, żeby ktoś informował mnie o tym, że mogę pojechać i otrzymać leczenie za granicą**, może nawet szybciej i taniej. Nigdy żadnej informacji nie dostałam. Jeśli już, to tylko słyszałam od urlopowiczów, którzy musieli skorzystać z pomocy lekarza. Poza tym nie znam nikogo, kto by pojechał za granicę w celach czysto medycznych”. 03/06/DE

„Nie słyszałam o żadnych miejscach w Polsce, **prócz Kołobrzegu**. Wiem, że jeździ tam wielu Niemców i że jest bardzo ładnie. Poza tym nie kojarzę innych miejscowości. A w województwie kujawsko-pomorskim – zupełnie nie mam żadnej wiedzy. Jeśli chodzi o **informacje, to byłoby mile widziane wiedzieć, czego można oczekiwać i za ile. Ja nie znam żadnej oferty**. Nic do mnie nie trafiło, tak żebym się czegoś więcej dowiedziała. Taka oferta byłaby mile widziana. Mogę tylko powiedzieć, co wiem ze słyszenia. Tu w Niemczech nie byłam jeszcze w sanatorium i jeżeli już, to pojechałabym do uzdrowiska w Polsce”. 1/05/DE

„Ja korzystam dużo **z Internetu, ze stron medycznych**, a także czytam w różnych **magazynach**, nie tylko o tematyce medycznej, i tam właśnie powinno się reklamować takie usługi. **Musiałbym więcej wiedzieć, a więc więcej reklamy**”. 11/15/DE

„**Reklama w telewizji i w prasie**, gdzie są testowane kliniki i można je porównać z niemieckimi, np. Czasopismo „Spiegel”. Myślę, że powinno być **więcej reklam**, żeby

zainteresować potencjalnych pacjentów. Poza tym, według mnie, usługi medyczne są podobne do tych w Niemczech". 07/11/DE

„Przede wszystkim powinna być **lepiej rozwinięta reklama usług medycznych**, co jest do zaoferowania, w czym się specjalizują, jakie ceny itd. Niestety, nic o Polsce nie słyszałem. Jak mówi przysłowie: reklama dźwignią handlu". 05/09/DE

„O rynku medycznym w Polsce nic nie słyszałam, **tylko nieco informacji o uzdrowiskach, że mogą one konkurować z niemieckimi kurortami**. Jeżeli celem ma być zwabienie większej liczby zagranicznych pacjentów do Polski, to według mnie **powinna być bardziej rozwinięta informacja na temat usług medycznych**, na przykład jeszcze nigdy nie słyszałam o usługach stomatologicznych w Polsce, ale o Węgrzech dużo słyszałam i czytałam w prasie i Internecie, wiem, że wiele się tam wykonuje takich zabiegów". 2/06/DE

„Dla zachęcenia jak największej liczby ludzi powinna **być reklama w telewizji**, ale nie w formie spotów reklamowych, **tylko w formie reportażu, żeby można było stworzyć sobie jakieś wyobrażenie**. Jest to przez nas, Niemców, traktowane najbardziej wiarygodnie. Jeżeli się czyta jakąś wzmiankę lub anons w prasie, nie traktuje się tego tak poważnie, ale jak się widzi w telewizji taką informację o uzdrowiskach lub innych możliwościach leczenia, to ma się uczucie, że jest to prawdziwe". 2/06/DE

„Szukałabym informacji **przez biura podróży**, które takie usługi oferują, w **czasopismach medycznych (...) oraz w Internecie**". 1/05/DE

Wnioski

- Ogólna ocena odnośnie do niemieckiego rynku medycznego wyrażana przez badanych jest pozytywna. W szczególności dotyczy to podstawowych usług medycznych. W przypadku konieczności skorzystania z usług specjalistów, wykonania bardziej skomplikowanych zabiegów, uzyskania skierowania na pobyt sanatoryjny, opinie badanych się polaryzują. Trudności w postaci dostępności czy wysokich kosztów (czas oczekiwania, konieczność dopłacania za wyższy standard usług, negatywnie rozpatrywane wnioski w zakresie rehabilitacji) wpływają na niezadowolenie pacjentów. Duże zaufanie do kadry medycznej oraz sposobów leczenia kształtują pozytywną opinię na temat rynku niemieckiego. Natomiast niska dostępność usług specjalistycznych oraz ceny to czynniki implikujące oceny negatywne.

- Badani dostrzegają dychotomiczny podział pacjentów na tych, których zasobność portfela pozwala na szybko i na wysokim poziomie świadczone usługi oraz tych, którzy wyłącznie na podstawie ubezpieczenia otrzymują niskiej jakości leczenie, przy długim okresie oczekiwania i utrudnionej dostępności na każdym etapie procedury medycznej (od wizyty u lekarza pierwszego kontaktu do rehabilitacji pooperacyjnej).
- Pacjenci stawiają większe wymagania odnośnie do pobytu szpitalnego. Wieloosobowe sale, łazienki bez natrysków, stare łóżka szpitalne, redukcja personelu medycznego to te czynniki, które wpływają na poczucie dyskomfortu badanych. Owszem, badani dostrzegają inwestycje w aparaturę medyczną i fakt, iż personel wyższego szczebla jest dobrze wykwalifikowany, lecz warunki bytowe dostępne chorym są mało komfortowe.
- Zbyt nikła informacja na temat możliwości zakupu zagranicznych usług medycznych oraz warunków, na jakich zakup ten mógłby się odbywać, a także brak reklamy powoduje, iż w świadomości badanych nie funkcjonuje ewentualność korzystania z usług medycznych poza granicami kraju – taką sytuację dopuszczają wyłącznie w przypadku zagranicznych wyjazdów urlopowych, w czasie których zmuszeni są skorzystać z pomocy lekarskiej.
- Opinia na temat polskiego rynku medycznego to głównie opinia dotycząca sanatoriów, uzdrowisk, kurortów, które cieszą się szczególnym zainteresowaniem obywateli niemieckich – to oni są podstawowym nośnikiem informacji i reklamy miejsc i obiektów, legitymując ocenę własnym doświadczeniem.
- Polska raczej postrzegana jest przez Niemców jako kraj o bardziej rozwiniętym rynku uzdrowiskowym i sanatoryjnym niż medycznym. Dodatkowo, pojawiające się, co należy podkreślić, niezwykle pozytywne opinie na temat usług sanatoryjnych, przekazywane są raczej kanałem „marketingu szeptanego” i dotyczą ograniczonego obszaru nadbałtyckiego. Badani rozpatrują możliwość połączenia pobytu sanatoryjnego z dłuższym urlopem, w trakcie którego chcieliby poznać nowy kraj – jest to jeden z czynników motywujących do wyjazdu za granicę i zakupu świadczeń rehabilitacyjnych.
- W wiedzy i opiniach badanych nie funkcjonuje województwo kujawsko-pomorskie. Badani nie kojarzą aglomeracji miejskich usytuowanych w tym regionie, nie identyfikują także Ciechocinka czy Inowrocławia jako uzdrowisk. Brak świadomości i rozeznania w położeniu regionu, a co za tym idzie niemożność określenia odległości czy potencjalnych środków transportu (samolot), utrudnia obszar jako destynację turystyki medycznej. Należy podkreślić, iż badania nie realizowano na terenach przygranicznych, gdzie być może świadomość regionu kujawsko-pomorskiego byłaby większa, lecz w Dolnej Saksonii (choć nadal geograficznie jest to środkowy obszar Niemiec, Brunshwik pozostaje w odległości 600 km od Bydgoszczy). Brak jakichkolwiek skojarzeń jest niepokojący i rodzi pytania o przekaz i informację.
- Z wypowiedzi wnioskować można, iż Niemcy mają zbyt mało informacji dotyczących możliwości wyjazdu w celach medycznych do Polski. Biorąc pod uwagę

dostępność informacji, reklam, przekazów o ofercie i możliwościach skorzystania z zagranicznych usług medycznych i rehabilitacyjnych, polski rynek nie jest przez badanych identyfikowany. Dobrze zorganizowany jest pod tym względem węgierski rynek medyczny (szczególnie stomatologiczny), który zdaniem respondentów wykorzystuje wiele zróżnicowanych kanałów dotarcia do potencjalnego pacjenta.

- Nawet jeśli badani wyrażają zainteresowanie usługami świadczonymi za granicą, możliwość skorzystania z takich ewentualności obwarowują licznymi warunkami: dostęp do informacji, jej wiarygodność (szczególnie odnośnie do kwalifikacji kadry medycznej), odległość (środki transportu) mogąca wpływać na koszty ostateczne usługi, dostępność i cena.
- Cena jest kluczowym czynnikiem przesądzającym o konkurencyjności zagranicznych usług medycznych. Niskie koszty otrzymania usługi lub jej szerszy zakres w ramach porównywalnej ceny to czynniki, które maksymalizują prawdopodobieństwo wyjazdu w ramach zakupu usług medycznych. Jeśli niskiej cenie towarzyszy rzetelna i wiarygodna informacja na temat jakości i standardów świadczonych usług, a przede wszystkim kwalifikacji kadry – pacjent chętniej kalkuluje koszty i korzyści wyjazdu zagranicznego w celach medycznych.
- Możliwość wyjazdu rozpatrywana jest dla przypadku ograniczonego spektrum usług medycznych, w przekonaniu badanych mało ryzykownych i o niskim stopniu inwazyjności. Są to usługi z zakresu stomatologii i rehabilitacji, a także (choć rzadziej) medycyny estetycznej i okulistyki, czyli usługi tych specjalizacji, które zostały uznane jako wysokokosztowe na terenie Niemiec.
- Podstawowym źródłem informacji dla badanych są znajomi i rodzina. Liczą się opinie poparte doświadczeniem. „Marketing szeptany” jest najbardziej wiarygodny, a oferta „z polecenia” chętniej brana pod uwagę. Zaufanie co do jakości świadczonych usług oraz pewne gwarancje to warunek zakupu usług poza granicami kraju. Dodatkowo, badany brakuje informacji na temat zakresu, ceny i jakości usług świadczonych na polskim rynku medycznym, nie tylko w formie reklamy, ale reportażu czy artykułów prasowych.

Wzór ankiety w języku polskim

Ankieta

Kwestionariusz ankiety ma na celu diagnozę preferencji i oczekiwań pacjentów w zakresie standardów świadczonych usług medycznych w wybranych specjalizacjach. Badania pomogą ukierunkować oferty i dostosować je do wymagań pacjentów. Umożliwią także wskazanie korzyści i barier w korzystaniu z usług medycznych na rynkach zagranicznych. Gromadzone dane posłużą wyłącznie do celów statystycznych i prezentowane będą w sposób zagregowany i anonimowy. Prosimy o wzięcie udziału w badaniu.

Jak ocenia Pan/i poszczególne aspekty świadczenia w Rosji/Niemczech usług:

N – niska O – odpowiednia W – wysoka

Usługa/specjalizacja	Cena			Dostępność usługi (okres oczekiwania)			Satysfakcja/Standard świadczonej usługi		
	N	O	W	N	O	W	N	O	W
ortopedycznych									
rehabilitacyjnych, w tym związanych z usługami uzdrowisk i sanatoriów z elementami SPA									
leczenia otyłości i nadwagi									
okulistycznych									
medycyny estetycznej									
stomatologicznych									
urologicznych									
kardiologicznych									

Jak ocenia Pan/i możliwość wyjazdu za granicę w celu skorzystania z usług:

Usługa	Mało prawdopodobne	Prawdopodobne	Bardzo prawdopodobne
ortopedycznych			
rehabilitacyjnych, w tym związanych z usługami uzdrowisk i sanatoriów z elementami SPA			
leczenia otyłości i nadwagi			
okulistycznych			
medycyny estetycznej			
stomatologicznych			
urologicznych			
kardiologicznych			

Który z poniższych krajów jest według Pana/i atrakcyjny pod względem świadczenia usług medycznych? (można zaznaczyć dwa)		
<input type="checkbox"/> 1. Czechy	<input type="checkbox"/> 5. Polska	<input type="checkbox"/> 9. Ukraina
<input type="checkbox"/> 2. Rosja	<input type="checkbox"/> 6. Niemcy	<input type="checkbox"/> 10. Francja
<input type="checkbox"/> 3. Wielka Brytania	<input type="checkbox"/> 7. Austria	<input type="checkbox"/> 11. Holandia
<input type="checkbox"/> 4. Włochy	<input type="checkbox"/> 8. Turcja	<input type="checkbox"/> 12. Inne, jakie?.....

Co przesądza według Pana/i o atrakcyjności świadczonych usług w tych krajach? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź, z prawej strony wpisać numer państwa/państw, którego odpowiedź dotyczy)		
<input type="checkbox"/> cena usług __	<input type="checkbox"/> aparatura, wyposażenie, sprzęt specjalistyczny __	<input type="checkbox"/> usługi towarzyszące __ (np.)
<input type="checkbox"/> łatwość dojazdu/bliskość __	<input type="checkbox"/> eksperci, specjaliści w danej dziedzinie __	
<input type="checkbox"/> dostępność świadczonych usług (np. brak kolejek) __	<input type="checkbox"/> zróżnicowana oferta medyczna __	<input type="checkbox"/> inne, jakie? __ (.....)

Jakie dostrzega Pan/i bariery w korzystaniu z usług medycznych i towarzyszących za granicą? (można zaznaczyć więcej niż jedną odpowiedź)	
<input type="checkbox"/> niewystarczające kwalifikacje kadry	<input type="checkbox"/> bariera językowa
<input type="checkbox"/> niska jakość, niewystarczające standardy świadczonych usług	<input type="checkbox"/> brak dostosowanej oferty do potrzeb pacjentów
<input type="checkbox"/> długość oczekiwania na wizytę	<input type="checkbox"/> brak zaufania do zagranicznego personelu
<input type="checkbox"/> kwestie formalne związane z faktem, iż usługa świadczona jest poza granicami kraju	<input type="checkbox"/> inne, jakie?.....

Czy korzystał Pan/i z usług medycznych za granicą?

- Tak, ale tylko raz
- Tak, wiele razy
- Nie, nigdy

Jeśli tak, to:

Jak ocenia Pan/i jakość świadczonych usług?

.....

Dopytać:

- gdzie świadczona była usługa (kraj, może być województwo, jeśli Polska)

.....

- jaki był zakres usługi

(specjalizacja).....

.....

Jeśli nie korzystał, to dlaczego?

.....

.....

Czy poszukiwał Pan/i informacji/dowiadywał się na temat usług medycznych świadczonych za granicą?

- Tak
- Nie

Jeśli tak: Jak poszukiwał Pan/i informacji o medycznych usługach zagranicznych?

Jeśli nie: Jakby poszukiwał?

<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Prasa
<input type="checkbox"/> Ośrodki/placówki medyczne w kraju	<input type="checkbox"/> Znajomi
<input type="checkbox"/> Ulotki/foldery	<input type="checkbox"/> Inne, jakie?.....

Proszę ocenić ogólnie rynek usług medycznych i uzdrowiskowych w Polsce w porównaniu do rynku rodzimego: Nawet jeśli badany nie korzystał, to interesuje nas, jaką ma ogólną opinię.									
Cena/koszt leczenia	Bardziej konkurencyjne	3	2	1	0	-1	-2	-3	Mniej konkurencyjne
Dostępność (czas oczekiwania)	Bardziej dostępne usługi	3	2	1	0	-1	-2	-3	Mniej dostępne usługi
Kadra, specjaliści	Bardziej wykwalifikowana	3	2	1	0	-1	-2	-3	Mniej wykwalifikowana
Aparatura	Lepsze wyposażenie	3	2	1	0	-1	-2	-3	Gorsze wyposażenie
Usługi towarzyszące (noclegi, opieka)	Bardziej kompleksowe	3	2	1	0	-1	-2	-3	Mniej kompleksowe

Proszę określić, z jakich usług medycznych Pan/i najczęściej korzysta:				
Usługa	Często (kilka razy w roku)	Rzadko (raz na 2–3 lata)	Bardzo rzadko (raz na kilka lat)	Nigdy
ortopedycznych				
rehabilitacyjnych, w tym związanych z usługami uzdrowisk i sanatoriów z elementami SPA				
leczenia otyłości i nadwagi				
okulistycznych				
medycyny estetycznej				
stomatologicznych				
urologicznych				
kardiologicznych				

Metryczka

Płeć	<input type="checkbox"/> kobieta		<input type="checkbox"/> mężczyzna		Wiek
Miejsce zamieszkania (wielkość)	<20 tys.	20–100 tys.	100–200 tys.	200–500 tys.	>500 tys.	
Wykształcenie	<input type="checkbox"/> podstawowe	<input type="checkbox"/> zawodowe	<input type="checkbox"/> średnie		<input type="checkbox"/> wyższe	
Status społeczno-zawodowy:						
<input type="checkbox"/> Sektor publiczny		<input type="checkbox"/> Sektor prywatny		<input type="checkbox"/> Prywatni przedsiębiorcy		
<input type="checkbox"/> Rolnicy		<input type="checkbox"/> Renciści		<input type="checkbox"/> Emeryci		
<input type="checkbox"/> Uczniowie i studenci		<input type="checkbox"/> Bezrobotni		<input type="checkbox"/> Inni bierni zawodowo		

Proszę dokończyć zdanie:

Mógłbym skorzystać z usług medycznych w Polsce, gdyby.....
 Najchętniej wybrałbym się na leczenie/zabieg.....
 Z pewnością nie skorzystałbym z usługi medycznej w Polsce.....

Wzór ankiety w języku niemieckim

Umfrage

Die Umfrage hat zum Ziel, Präferenzen und Erwartungen von Patienten hinsichtlich medizinischer Leistungen in gewählten Fachgebieten zu untersuchen. Die Forschung soll das medizinische Leistungsangebot den Anforderungen der Patienten anpassen sowie Vorteile und Barrieren, die mit Nutzung medizinischer Leistungen im Ausland verbunden sind, aufzeigen. *Die gesammelten Daten dienen ausschließlich* zur internen Verarbeitung hinsichtlich statistischer Auswertungen und werden aggregiert und anonym präsentiert. Wir bedanken uns für Ihre Teilnahme an der Umfrage!

Wie beurteilen Sie die einzelnen Aspekte der medizinischen Leistungen in Deutschland?

N – niedrig G – geeignet H – hoch

Leistung / Fachgebiet	Preis			Verfügbarkeit der Leistung (Wartezeit)			Satisfaktion / Qualität der erbrachten Leistung		
	N	G	H	N	G	H	N	G	H
Orthopädie									
Rehabilitation, darunter damit verbundene Kurorte und Sanatorien mit SPA-Elementen									
Behandlung von Fettsucht und Übergewicht									
Augenheilkunde									
Ästhetische Medizin									
Zahnmedizin									
Urologie									
Kardiologie									

Wie beurteilen Sie die Möglichkeit der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Ausland?

Leistung / Fachgebiet	Eher unwahrscheinlich	Wahrscheinlich	Sehr wahrscheinlich
Orthopädie			
Rehabilitation, darunter damit verbundene Kurorte und Sanatorien mit SPA-Elementen			
Behandlung von Fettsucht und Übergewicht			
Augenheilkunde			
Ästhetische Medizin			
Zahnmedizin			
Urologie			
Kardiologie			

Welches von den angegebenen Ländern ist Ihrer Meinung nach attraktiv hinsichtlich Erbringung medizinischer Leistungen? (*max. zwei Antworten möglich*)

<input type="checkbox"/> 1. Tschechien	<input type="checkbox"/> 5. Polen	<input type="checkbox"/> 9. Ukraine
<input type="checkbox"/> 2. Russland	<input type="checkbox"/> 6. Deutschland	<input type="checkbox"/> 10. Frankreich
<input type="checkbox"/> 3. Großbritannien	<input type="checkbox"/> 7. Österreich	<input type="checkbox"/> 11. Holland
<input type="checkbox"/> 4. Italien	<input type="checkbox"/> 8. Türkei	<input type="checkbox"/> 12. Anderes Land, welches?.....

Was entscheidet Ihrer Meinung nach über Attraktivität der erbrachten medizinischen Leistungen in diesen Ländern? (Mehrfachantworten möglich; rechts die Nummer des Landes / der Länder eintragen, das / die die Antwort betrifft)

<input type="checkbox"/> Preis der Leistungen __	<input type="checkbox"/> Apparatur, Ausstattung, Spezialausstattung __	<input type="checkbox"/> Begleitleistungen __ (z. B. /.....)
<input type="checkbox"/> Zufahrtmöglichkeiten / Nähe __	<input type="checkbox"/> Experten, Spezialisten im betreffenden Fachgebiet __	
<input type="checkbox"/> Verfügbarkeit der Leistung (z.B. keine Wartezeiten) __	<input type="checkbox"/> Differenziertes Angebot __	<input type="checkbox"/> Andere, welche? __ (.....)

Welche Barrieren sehen Sie bei der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Begleitleistungen im Ausland? (Mehrfachantworten möglich)

<input type="checkbox"/> Ungenügende Qualifikationen des Kaders	<input type="checkbox"/> Sprachbarriere
<input type="checkbox"/> niedrige Qualität, ungenügendes Niveau der zu erbringenden Leistungen	<input type="checkbox"/> kein an die Bedürfnisse der Patienten angepasstes Angebot
<input type="checkbox"/> lange Wartezeiten	<input type="checkbox"/> kein Vertrauen in ausländisches Personal
<input type="checkbox"/> Formalitäten, die damit verbunden sind, dass die Leistung im Ausland erbracht wird	<input type="checkbox"/> Andere, welche?.....

Haben Sie medizinische Leistungen im Ausland in Anspruch genommen?

- Ja, aber nur einmal
- Ja, mehrmals
- Nein, nie

Wenn Sie die letzte Frage mit „Ja“ beantwortet haben:

Wie beurteilen Sie die Qualität der erbrachten Leistungen?

.....

- Wo wurde die Leistung erbracht? (Nennen Sie das Land)

.....

- Mit welchem Fachgebiet war die Leistung verbunden?

.....

Wenn Sie keine medizinischen Leistungen im Ausland in Anspruch genommen haben: Nennen Sie bitte Gründe dafür!

.....

Haben Sie nach Informationen zu medizinischen Leistungen, die im Ausland erbracht werden, gesucht?

Ja

Nein

Wenn ja: Wo haben Sie nach Informationen zu medizinischen Leistungen, die im Ausland erbracht werden, gesucht?

Wenn nein: Wo würden Sie nach Informationen zu medizinischen Leistungen, die im Ausland erbracht werden, suchen?

<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> Presse
<input type="checkbox"/> Medizinzentren und –einrichtungen in Deutschland	<input type="checkbox"/> Freunde und Bekannte
<input type="checkbox"/> Flyers / Broschüren	<input type="checkbox"/> Andere, welche?.....

Beurteilen Sie im Allgemeinen den Markt der medizinischen Leistungen und die Kurorte in Polen im Vergleich zu Deutschland! Auch wenn Sie im Ausland keine medizinischen Leistungen in Anspruch genommen haben, ist Ihre Meinung gefragt.

Preis / Behandlungskosten	Konkurrenzfähiger	3	2	1	0	-1	-2	-3	Weniger konkurrenzfähig
Verfügbarkeit (Wartezeit)	Größere Verfügbarkeit der Leistungen	3	2	1	0	-1	-2	-3	Kleinere Verfügbarkeit der Leistungen
Personal, Spezialisten	Mehr qualifiziert	3	2	1	0	-1	-2	-3	Weniger qualifiziert
Apparatur	Bessere Ausstattung	3	2	1	0	-1	-2	-3	Schlechtere Ausstattung
Begleitleistungen (Übernachtung, Fürsorge)	Mehr komplex	3	2	1	0	-1	-2	-3	Weniger komplex

Welche medizinischen Leistungen nehmen Sie am häufigsten in Anspruch?

Leistung / Fachgebiet	Oft (ein paar Mal im Jahr)	Selten (alle 2-3 Jahre)	Sehr selten (alle paar Jahre)	Nie
Orthopädie				
Rehabilitation, darunter damit verbundene Kurorte und Sanatorien mit SPA-Elementen				
Behandlung von Fettsucht und Übergewicht				
Augenheilkunde				
Ästhetische Medizin				
Zahnmedizin				
Urologie				
Kardiologie				

Informationen zu der/dem Befragten

Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	Alter	
Wohnort (Einwohnerzahl)	< 20.000	20.000–100.000	100.000–200.000	200.000–500.000	> 500.000
Ausbildung	<input type="checkbox"/> Grundschule	<input type="checkbox"/> Sekundarbereich		<input type="checkbox"/> Hochschule	
Sozialer und beruflicher Status:					
<input type="checkbox"/> Öffentlicher Sektor		<input type="checkbox"/> Privater Sektor		<input type="checkbox"/> Private Unternehmer	
<input type="checkbox"/> Bauer		<input type="checkbox"/> Rentner			
<input type="checkbox"/> Schüler / Student		<input type="checkbox"/> Arbeitslose(r)		<input type="checkbox"/> Andere nicht erwerbstätige Person	

Ergänzen Sie bitte den Satz:

Ich könnte medizinische Leistungen in Polen in Anspruch nehmen, wenn

.....
.....

Die medizinische Leistung, die ich am liebsten in Anspruch nehmen würde:

.....
.....

Keinesfalls würde ich die folgende medizinische Leistung in Polen in Anspruch nehmen:

.....
.....

Scenariusz indywidualnego wywiadu pogłębionego w języku polskim

Scenariusz indywidualnego wywiadu pogłębionego

Badania powinny być realizowane wśród społeczności lokalnych. Badanych rekrutujemy wśród pacjentów (lub potencjalnych pacjentów) z kilku specjalizacji: ortopedycznych, rehabilitacyjnych, w tym związanych z usługami uzdrowisk i sanatoriów z elementami SPA, urologicznych, stomatologicznych, leczenia otyłości i nadwagi, okulistycznych, kardiologicznych, medycyny estetycznej. Najlepiej gdyby były to osoby w średnim wieku lub starsze.

Poniżej lista pytań, która ma wyznaczać kierunek rozmowy. Nie muszą być zadane dokładnie tak jak są zapisane, ale tak, aby dotyczyły wskazanych kwestii kluczowych. Wywiad należy nagrywać. Wywiad powinien być rozmową pogłębioną (nie dialogiem opartym na odpowiedziach typu „tak”/„nie”). Trzeba zachęcić rozmówcę do wydawania opinii, dopytywać „dlaczego?”, uszczegóławiać odpowiedzi.

Ocena krajowego rynku medycznego

Czas realizacji: 5–10 minut

- 1.1. Gdyby miał Pan/i powiedzieć kilka słów o rodzimym rynku medycznym, co by Pan/i powiedział?
Jaką ma Pan/i opinię na ten temat, jakie opinie krążą wśród znajomych?
Co według Pana/i wymaga zmiany? Co działa dobrze?
- 1.2. A teraz gdybyśmy przyjrzeni się szczegółowo poszczególnym specjalizacjom i usługom, czy można powiedzieć, że niektóre usługi są dobrze lub źle realizowane? Które z nich?
Ze świadczenia których usług jest Pan/i zadowolony/aa z których nie?
Co jest dla Pana/i ważne w tym zakresie?
 - *Uwaga: W tym miejscu należy dopytać o konkretne aspekty:
cenę (co jest najdroższe, co najtańsze)
dostępność (jak długo czekasz na usługi, na jakie najdłużej)
formalności (z jakich usług najtrudniej skorzystać, dlaczego?)
jakość świadczonych usług (standardy, czy odbiegają od oczekiwań?)
kadra (czy brakuje jakichś specjalistów lub są niewykwalifikowani)*

warunki dodatkowe
inne, mogą zaproponować badani

Zagraniczne rynki medyczne i uzdrowiskowe
Czas realizacji: 10 minut

- 2.1. Czy korzystał Pan/i z usług medycznych za granicą?
Jakie to były usługi i gdzie realizowane? Jakie były powody, że udał się Pan/i za granicę celem zakupu konkretnej usługi?
Czy był Pan/i zadowolony?
- *Uwaga: Jeśli badani nie korzystali z usług zagranicznych, należy zapytać, czy rozważali taką możliwość. Dlaczego tak/dlaczego nie? Z jakich powodów nie podjęli ostatecznej decyzji.*
- 2.2. W jaki sposób poszukiwał Pan/i informacji na temat usług medycznych w innych krajach (bez względu na to, czy w rezultacie skorzystał z usługi czy nie, a jeśli jeszcze nie poszukiwał, to gdzie by poszukiwał, z jakich źródeł by korzystał?).
Czy Pan/i poszukiwał informacji samodzielnie, czy ktoś poinformował o takiej możliwości? Kto?
- *Uwaga: Jeśli nie pojawią się spontaniczne odpowiedzi, należy dopytać o:
foldery, ulotki (jeśli tak, to gdzie otrzymali)
Internet (jakie strony przeglądali)
instytucje (które, proszę podać nazwy)
rekomendacje (czyje, znajomych, rodziny?)*
- 2.3. Jak ocenia Pan/i standardy świadczenia usług za granicą? (Proszę odwołać się do własnych doświadczeń, jak i opinii, które Pan/i zasłyszał. Do wszelkich informacji i opinii jakie Pan/i ma na ten temat).
Gdyby miał Pan/i stworzyć ranking państw, do których Pan/i mógłby się udać w celu realizacji usług medycznych i uzdrowiskowych, to jakie byłyby to państwa?
Co powoduje, że warto jechać do tych państw? Co przesądza o tym, że bardziej warto korzystać z usług za granicą niż w kraju?
- 2.4. Czy myślał Pan/i o rynkach medycznych Europy Centralnej? Jakie ma Pan/i zdanie na temat usług świadczonych w tych krajach? Jakie Pan/i słyszał opinie?

Polski rynek medyczny
Czas realizacji: 10 minut

- 3.1. Co mógłby Pan/i powiedzieć o polskim rynku medycznym i uzdrowiskowym?
Ma Pan/i jakieś opinie w tym zakresie?
Czy te opinie biorą się z Pana/i osobistych doświadczeń? Jeśli tak, jakie jest Pana/i doświadczenie?
Jeśli nie ma osobistych doświadczeń: gdzie Pan/i zasłyszał opinie?
- 3.2. Czy polski rynek medyczny i uzdrowiskowy może być atrakcyjny dla pacjentów zagranicznych?
Co decyduje o tej atrakcyjności (pod jakimi względami jest atrakcyjny)?
- *Uwaga: Jeśli badani skupia się wyłącznie na rynku medycznym, należy dopytać o kwestie uzdrowiskowe:*
- Czy kojarzy Pan/i jakieś atrakcyjne miejscowości/regiony uzdrowiskowe w Polsce? Z czego słyną?
Czy mogą konkurować z krajowymi?
Czy oferują coś, czego nie znajdzie Pan/i w ofercie ośrodków w kraju?
- 3.3. Podsumowując wypunktujmy, co możemy zaliczyć jako mocną stronę polskiego rynku medycznego, co jako słabą.
- 4.1. Co musiałoby się zmienić, aby Pan/i chętniej korzystał z usług medycznych i uzdrowiskowych na terenie Polski?
- Z jakich usług w szczególności chętniej by Pan/i skorzystał (niż w kraju) i dlaczego? (spontaniczne odpowiedzi)
 - A teraz przedstawię Panu/i listę specjalizacji, proszę określić, z usług jakich specjalizacji byłby Pan/i skłonny skorzystać i pod jakimi warunkami (dopytać o warunki, pod jakimi chciałby korzystać z usług).

<i>Usługi:</i>	<i>Warunki</i>
- ortopedyczne - leczenia otyłości i nadwagi - okulistyczne - medycyny estetycznej - stomatologiczne - urologiczne - kardiologiczne	<i>Cena</i> <i>Dostępność</i> <i>Standardy świadczonych usług</i> <i>Kadra</i> <i>Warunki towarzyszące</i> <i>Inne, wskazane przez badanych</i>

4.2. Co skłoniłoby Pana/nią do skorzystania z usług rehabilitacyjnych, w tym związanych z usługami uzdrowisk i sanatoriów z elementami SPA w Polsce?

Czy są takie miejsca uzdrowiskowe, w które szczególnie by Pan/i się wybrał?

Czy są jakieś miejsca/ośrodki w województwie kujawsko-pomorskim, o których Pan/i słyszał? Jak się Pan/i o nich dowiedział?

4.3. W jaki sposób według Pana/i najlepiej rozpowszechnić informację o ofercie polskiego rynku medycznego za granicą? Jakimi kanałami (drogami)?

Podsumowanie
Czas realizacji: 5 minut

Podsumowując, gdyby mógł Pan/i powiedzieć w dwóch, trzech zdaniach:

- Jak postrzega Pan/i polski rynek medyczny i uzdrowiskowy w porównaniu do innych krajów?
- Co musiałoby się zmienić, aby był Pan/i skłonny skorzystać z ofert tego rynku?
- Jakie korzyści może osiągnąć pacjent zagraniczny ze skorzystania z usług na polskim rynku medycznym?

Scenariusz indywidualnego wywiadu pogłębionego w języku niemieckim

Tiefgehendes Interview – Szenario

Die Untersuchung soll unter lokalen Gemeinschaften durchgeführt werden. Die Befragten sollen aus Patienten (bzw. potentiellen Patienten) rekrutiert werden, deren Krankheiten mit unterschiedlichen Fachbereichen verbunden sind: Orthopädie, Rehabilitation, darunter Leistungen von Kurorten und Sanatorien mit SPA-Elementen, Urologie, Zahnheilkunde, Fettsucht- und Übergewichtbehandlung, Augenheilkunde, Kardiologie, ästhetische Medizin. Bevorzugt werden Personen im mittleren Alter oder ältere Leute.

Darunter befindet sich eine Liste der Fragen, die die Richtung des Gesprächs angeben sollen. Die Fragen müssen nicht genau so gestellt werden, wie sie unten formuliert sind; sie sollten jedoch die angegebenen Schlüsselthemen betreffen. Das Interview muss aufgezeichnet werden. Es soll ein tiefgehendes Gespräch sein, und nicht ein Dialog, der auf Antworten „Ja“ – „Nein“ basiert. Man soll die Befragten dazu anregen, ihre Meinungen möglichst ausführlich auszudrücken, indem man zusätzliche Fragen, z. B. „Warum?“ stellt.

Beurteilung des heimischen Medizinmarkts
Durchführungszeit: 5–10 Minuten

1.1. Was würden Sie sagen, wenn Sie einige Worte über den heimischen Medizinmarkt sagen sollten?
Welche Meinung haben Sie dazu, welche Meinungen haben Ihre Bekannten?
Was soll Ihrer Meinung nach verbessert werden? Was funktioniert richtig?

1.2. Und wenn wir uns jetzt genauer die einzelnen Spezialisierungen (Fachbereiche) und Leistungen anschauen

würden: Können wir behaupten, dass einige Leistungen gut und einige schlecht durchgeführt werden? Welche sind das?

Mit welchen medizinischen Leistungen sind Sie zufrieden und mit welchen nicht?
Welche Faktoren spielen für Sie dabei eine wichtige Rolle?

Bemerkung: Hier soll man nach konkreten Aspekten der Leistungen fragen:

Preis (was ist am teuersten, was am billigsten?),

Verfügbarkeit (wie lange wartet man auf die Leistungen, auf welche wartet man am längsten?),

Formalitäten (welche Leistungen sind am schwierigsten in Anspruch zu nehmen, warum?),

Qualität der erbrachten Leistungen (ob sie Ihren Erwartungen gerecht werden?),

Fachkräfte (ob sie fehlen oder nicht qualifiziert genug sind?),

Zusätzliche Bedingungen,

Andere – können von den Befragten vorgeschlagen werden.

Ausländische Medizinmärkte und Kurorte
Durchführungszeit: 10 Minuten

2.1. Haben Sie medizinische Leistungen im Ausland in Anspruch genommen?

Welche Leistungen waren es und wo wurden sie durchgeführt? Aus welchen Gründen haben Sie sich dafür entschieden, im Ausland medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen?

Waren Sie mit den erbrachten Leistungen zufrieden?

- *Bemerkung: Wenn die Befragten keine medizinischen Leistungen im Ausland in Anspruch genommen haben, soll man sie fragen, ob sie eine solche Möglichkeit in Erwägung gezogen haben. **Warum ja? / Warum nein?** Aus welchen Gründen haben Sie keine endgültige Entscheidung getroffen?*

2.2. Auf welche Art und Weise haben Sie Informationen zu medizinischen Leistungen in anderen Ländern gesucht? (Die Frage soll unabhängig davon gestellt werden, ob die Befragten im Endeffekt die Leistungen in Anspruch genommen haben oder nicht; falls die Befragten nach solchen Informationen noch nicht gesucht haben: Wo würden sie es tun, welche Quellen würden sie nutzen?)

Haben Sie nach den Informationen selbständig gesucht oder hat Sie jemand darüber informiert? Wer war das?

- *Bemerkung: Falls keine spontanen Antworten vorkommen, bitte Fragen stellen nach:
Prospekten und Flugblättern (Falls ja: Wo haben die Befragten sie bekommen?),
Internet (Welche Seiten haben die Befragten besucht?),
Institutionen und Einrichtungen (Welche? Bitte Namen nennen!),
Empfehlungen (Von wem kamen sie? Von Bekannten, von Familie?).*

2.3. Wie beurteilen Sie die Qualität der medizinischen Leistungen im Ausland? Denken Sie bitte dabei an Ihre eigenen Erfahrungen sowie auf Meinungen und Informationen, die Sie von anderen gehört haben!

Wie würde eine von Ihnen erstellte Rangliste der Länder aussehen, in die Sie reisen würden, um medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen oder Kurorte zu besuchen?

Welche Faktoren entscheiden darüber, dass Sie sich für diese Länder entscheiden würden? Welche Kriterien entscheiden Ihrer Meinung nach darüber, dass es sich lohnt, medizinische Leistungen im Ausland und nicht in Ihrem Land in Anspruch zu nehmen?

2.4. Haben Sie schon über medizinische Leistungen in Zentraleuropa nachgedacht? Welche Meinung haben Sie zu medizinischen Leistungen, die in diesen Ländern angeboten werden? Welche Meinungen darüber haben Sie von anderen gehört?

Medizinmarkt in Polen
Durchführungszeit: 10 Minuten

3.1. Was können Sie über den Medizinmarkt und Kurorte in Polen sagen?

Haben Sie eine Meinung zu diesem Thema?

Basiert Ihre Meinung auf ihren persönlichen Erfahrungen? Falls ja: Welche Erfahrungen haben Sie? Falls nein: Wo haben Sie Meinungen zu diesem Thema gehört?

3.2. Können der polnische Medizinmarkt und polnische Kurorte attraktiv für ausländische Patienten sein? Was entscheidet über diese Attraktivität (aus welchen Gründen sind sie attraktiv)?

- *Bemerkung: Wenn die Befragten sich ausschließlich auf dem Medizinmarkt konzentrieren, soll man auch nach Kurorten fragen!*

Kennen Sie irgendwelche attraktive Kurorte bzw. Kurregionen in Polen? Wofür sind sie berühmt?

Können sie mit Kurorten bzw. Kurregionen in Ihrem Land konkurrieren?

Bieten Kurorte bzw. Kurregionen in Polen etwas, was man im Angebot der Kurorte bzw. Kurregionen in Ihrem Land nicht findet?

3.3. Zusammenfassend: Was zählt zu den Stärken und was zu den Schwächen des polnischen Medizinmarkts?

4.1. Was müsste sich ändern, damit Sie medizinische und Kurleistungen in Polen in Anspruch nehmen?

- Welche Leistungen würden Sie lieber in Polen (als in Ihrem Land) in Anspruch nehmen und warum? (spontane Antworten)
- Und jetzt präsentiere ich Ihnen eine Liste der Fachbereiche (Spezialisierungen). Leistungen in welchen Fachbereichen würden Sie in Polen in Anspruch nehmen und unter welchen Bedingungen? (*zusätzliche Fragen zu den Bedingungen stellen!*)

<i>Leistungen:</i>	<i>Bedingungen</i>
- Orthopädie	<i>Preis</i>
- Fettsucht- und Übergewichtbehandlung	<i>Verfügbarkeit</i>
- Augenheilkunde	<i>Qualität der erbrachten Leistung</i>
- ästhetische Medizin	<i>Fachkräfte</i>
- Zahnheilkunde	<i>Begleitbedingungen</i>
- Urologie	<i>Andere, die von den Befragten genannt werden</i>
- Kardiologie	

4.2. Was würde Sie dazu veranlassen, Rehabilitationsleistungen und die damit verbundenen Leistungen der Kurorte und Sanatorien mit SPA-Elementen in Polen in Anspruch zu nehmen?

Gibt es irgendwelche Plätze/Zentren in der Wojewodschaft Kujawien-Pommern (poln. Kujawsko-Pomorskie), von denen Sie gehört haben? Wie haben Sie Informationen darüber bekommen?

4.3. Wie sollte man Ihrer Meinung nach Informationen über das Angebot des polnischen Medizinmarkts im Ausland verbreiten? Welche Kanäle sollten mandafürnutzen?

Zusammenfassung
Durchführungszeit: 5 Minuten

Zusammenfassend: Beantworten Sie mit 2-3 Sätzen die folgenden Fragen:

- Wie sehen Sie den polnischen Medizin- und Kurortmarkt in Polen im Vergleich zu den anderen Ländern?
- Was müsste sich ändern, damit Sie das Angebot dieses Marktes nutzen?
- Welche Vorteile bekommt ein ausländischer Patient, der Leistungen des polnischen Medizinmarkts in Anspruch nimmt?



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

POLSKA AGENCJA
ROZWOJU
PRZEDSIĘBIORCZOŚCI



KUŁAWSKO-POMORSKA
ORGANIZACJA PRACODAWCÓW
LEWIATAN

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Potencjalne podmioty wytypowane do współpracy z podmiotami medycznymi w Niemczech oraz potencjalni partnerzy biznesowi



Spis treści

Wstęp	87
Rynek turystyki wyjazdowej Niemiec	90
Medyczna turystyka wyjazdowa z Niemiec.....	102
Zbiorcza lista adresowa organizatorów turystyki medycznej.....	115

Wstęp

Globalny rynek turystyki medycznej charakteryzuje się w ostatnich latach dużą tendencją wzrostową, o czym świadczy między innymi poziom wydatków przeznaczonych na konsumpcję usług turystyczno-medycznych, gdzie szacunkowa wartość tego rynku w roku 2012 wyniosła ok. 100 mld USD¹. Na tym tle usługi medyczne świadczone w Polsce turystom zagranicznym o wartości ok. 800 mln PLN² stawiają polski rynek w kategorii mniejszych graczy, ale z dużym potencjałem rozwojowym. Według Izby Gospodarczej Turystyki Medycznej oraz Instytutu Turystyki w roku 2009 Polskę odwiedziło od 280³ do 300⁴ tys. cudzoziemców zainteresowanych leczeniem, wydając ok. 294 mln USD, co stanowiło ok. 5,6% łącznych wpływów z przyjazdowej turystyki zagranicznej. Natomiast w roku 2013 liczba turystów, którzy przyjechali w celach zdrowotnych oszacowana została na 850 tys. osób, które wydały na ten cel ok. 281 mln USD, co stanowiło ok. 4,2% przychodu z przyjazdowej turystyki zagranicznej⁵. Poniżej przedstawiona została pozycja turystyki zdrowotnej na tle pozostałych segmentów turystyki przyjazdowej.

Pomimo trzykrotnego wzrostu liczby turystów w latach 2009–2013 zanotowano niewielki spadek generowanego przez nich przychodu, co spowodowane było dużym obniżeniem średnich wydatków na osobę: z 892 USD w roku 2009 do 331 USD w roku 2013. Świadczyć to może o dużym popycie na stosunkowo proste i tanie usługi medyczne, np. usługi stomatologiczne świadczone w regionach przygranicznych, nabywane bezpośrednio u usługodawcy.

Motywy wyjazdów medycznych związane są zazwyczaj z niższymi kosztami zabiegu niż w rodzimym kraju. Na świecie Tajlandia, Indie, Malezja, a w Europie Węgry, Bułgaria, Czechy, ale także Polska, są postrzegane jako kraje, w których usługi medyczne są tanie i wykonywane w dobrym standardzie. Jak wynika z badań opracowanych przez portal branżowy www.treatmentabroad.com, ceny usług medycznych w krajach Europy Środkowo-Wschodniej często są nawet o 60–80% niższe niż na przykład w Wielkiej Brytanii czy Stanach Zjednoczonych⁶. Badanie przeprowadzone wśród osób korzystających z leczenia za granicą za pośrednictwem tego portalu wykazuje, że najwięcej ankietowanych pojechało na leczenie na Węgry (12%), na drugim miejscu znalazła się Belgia (11%). Po 7% zdecydowało się na wyjazd do Polski, Turcji, Hiszpanii, Czech i Indii.

¹ *The Rise of Medical Tourism*, Grail Research, raport LLC, http://www.grailresearch.com/pdf/ContentPodsPdf/Rise_of_Medical_Tourism_Summary.pdf.

² A. Woźniak, *Polskie kliniki przyciągną więcej cudzoziemców*, „Rzeczpospolita”, 2011, nr 8 (8824), dodatek *Ekonomia & Rynek*.

³ W. Bartoszewicz, T. Skalska, *Zagraniczna turystyka przyjazdowa do Polski w 2009 roku*, Instytut Turystyki, Warszawa 2010.

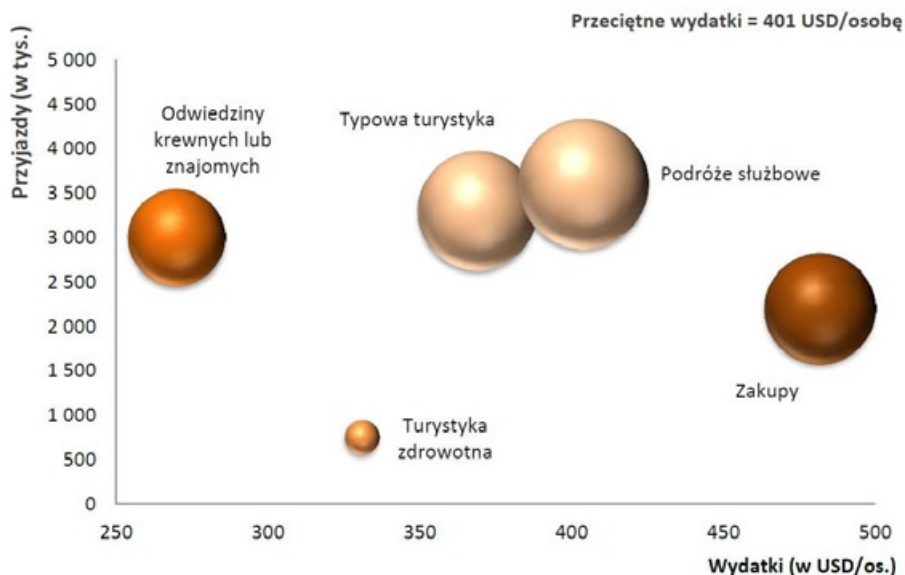
⁴ *Na leczenie do Polski*, Tourmedica.pl, <http://www.tourmedica.pl/na-leczenie-do-polski/>.

⁵ K. Janczak, K. Patelak, *Zagraniczna turystyka przyjazdowa do Polski w 2013 roku*, Activ Group, Łódź 2014.

⁶ *The Treatment Abroad Medical Tourism Survey, 2012*, http://intuitionconnect.com/asset_files/TA%20Medical%20Tourism%20Survey~mmary%20and%20Order%20Form.pdf.

Aż 83% respondentów stwierdziło, że głównym powodem leczenia za granicą jest jego niższy koszt. Największe oszczędności można uzyskać na leczeniu stomatologicznym i zabiegach ortopedycznych. Sondaż mówi także, że 51% przebadanych osób nigdy wcześniej nie było w kraju, do którego udało się na leczenie. Jednocześnie dziewięciu na dziesięciu respondentów deklarowało, że wyjechałoby na leczenie ponownie, tyle samo rekomendowałoby taki wyjazd przyjacielom i krewnym. Aż 84% wróciłoby do tego samego lekarza czy kliniki, w której już się leczyło.

Rysunek 1. Znaczenie najważniejszych segmentów rynku turystyki przyjazdowej do Polski w 2013 r.



Źródło: K. Janczak, K. Patelak, *Zagraniczna turystyka przyjazdowa do Polski w 2013 roku*, Activ Group, Łódź 2014.

W turystyce międzynarodowej można dostrzec utrwalający się trend⁷ tzw. turystyki indywidualnej (FIT⁸), gdzie coraz większa liczba turystów nabywa poszczególne usługi samodzielnie, korzystając przede wszystkim z Internetu jako kanału dystrybucji, nie korzystając przy tym z usług organizatorów turystyki. Jednakże cechą charakterystyczną turystyki medycznej jest wysoki udział sprzedaży pakietów zawierających, oprócz usług medycznych, usługi *stricte* turystyczne, takie jak: transport, zakwaterowanie, wyżywienie, korzystanie z lokalnych atrakcji turystycznych itp. W kontekście medycznym powstało też pojęcie „świadczenia towarzyszącego”, które odnosi się do zakwaterowania i wyżywienia w zakładach opieki zdrowotnej całodobowej lub całodniowej oraz usługi transportu sanitarnego⁹.

⁷ D. Buhalis, *eTourism: information technology for strategic tourism management*, Pearson, 2003 London.

⁸ Ang. *Foreign Independent Tourist*.

⁹ A. Bukowska-Piastryńska, *Marketing usług zdrowotnych. Od budowania wizerunku placówki do zadowolenia klientów*, CeDeWu, Warszawa 2008.

Widoczna jest tutaj wyraźna różnica pomiędzy tym specjalistycznym segmentem turystyki a turystyką wypoczynkową, a przyczyn tego zjawiska można upatrywać w licznych barierach, które napotyka potencjalny turysta-pacjent przy planowaniu wyjazdu za granicę. Są to:

- brak wiedzy o ofercie medycznej kraju docelowego,
- zindywidualizowane procedury diagnostyczne i kwalifikacyjne,
- bariera językowa,
- konieczność uzyskania wizy (turyści spoza UE),
- duże ryzyko podejmowane przez turystę – konieczność odpowiedniego ubezpieczenia oraz gwarancji jakości świadczeń medycznych.

Pokonanie wymienionych barier w dużej mierze umożliwiają wyspecjalizowani organizatorzy turystyki medycznej, funkcjonujący od kilku dekad w krajach rozwiniętych gospodarczo, w Polsce natomiast stawiający od kilku lat pierwsze kroki.

Potwierdzeniem tej tezy są opinie ekspertów¹⁰. Dr Ada Kostrz-Kostecka, project manager Branżowego Programu Promocji Turystyki Medycznej z Europejskiego Centrum Przedsiębiorczości, zwraca uwagę, że rozwój turystyki medycznej w naszym kraju zależy też w dużej mierze od pośredników, którzy przyciągną takiego turystę medycznego i zorganizują mu pobyt w Polsce. „Trzeba mieć pośrednika, który znajdzie klienta oraz personel, który porozumie się z obcojęzycznym pacjentem. O ile turnus w sanatorium w miarę łatwo zorganizować i nawet bezpośrednio sprzedać, o tyle bardziej skomplikowane zabiegi wymagają już dużej organizacji, a szpital sam się tym nie zajmie” – ocenia specjalistka. Celem tych pośredników powinno być nie tylko skupianie się na pozyskiwaniu turystów medycznych, ale także wymiana doświadczeń, udział we wspólnych projektach, szkoleniach i konferencjach, tworzenie jakości usług turystyczno-medycznych, stosowanie wszelkich innowacji oraz dbanie o interesy turysty medycznego i zapewnienie mu komfortu oraz poczucia bezpieczeństwa. Ważne jest też, aby sama placówka oferująca usługi medyczne posiadała odpowiedni certyfikat, który potwierdza jej jakość. „Certyfikacja przedsiębiorstw z zakresu turystyki medycznej w krótkim czasie powinna stać się obowiązkiem” – podkreśla dr Adrian Lubowiecki-Vikuk.

Szczególnie ważną rolę pełnią działania marketingowe pośredników, których zadaniem jest zaspokajanie potrzeb i oczekiwań zarówno potencjalnych, jak i obecnych konsumentów usług turystyczno-medycznych. Z uwagi na połączenie w jednym pakiecie zróżnicowanych usług, w tym specjalistycznych usług medycznych, odpowiedzią na popyt występujący w krajach rozwiniętych gospodarczo było powstanie podmiotów organizujących i obsługujących ruch turystów medycznych (ang. *medical tourism facilitator*)¹¹. Do ich zadań należy m.in. stałe kontaktowanie się z turystą na poszczególnych etapach jego wyjazdu, począwszy od planowania (pomoc w wyborze placówki medycznej, formalności wizowe itp.), a skończywszy na powrocie do domu (dalsza organizacja opieki zdrowotnej w celach kontrolnych).

¹⁰ L. Sulikowska, *Turystyka medyczna w Polsce: praktyka lekarska*, http://www.academia.edu/2183427/Turystyka_medyczna_w_Polsce.

¹¹ A. Lubowiecki-Vikuk, *Turystyka medyczna przejawem współczesnych trendów i tendencji w turystyce*, „Ekonomiczne Problemy Usług”, Nr 84, Uniwersytet Szczeciński, Szczecin 2012.

Potencjał sektora usług turystyki medycznej dostrzegło polskie Ministerstwo Gospodarki, które wydzieliło z funduszy unijnych 4,26 mln PLN. Były to środki przeznaczone na program promocji turystyki medycznej w latach 2012–2015¹². Wsparto „Branżowy program promocji” w ramach Poddziałania 6.5.1 oraz 6.5.2 Programu Operacyjnego Innowacyjna Gospodarka (POIG). Przez trzy lata prowadzono skoordynowane w czasie i przestrzeni działania promujące branżę medyczną przez konsorcjum w składzie: Europejskie Centrum Przedsiębiorczości (EuCP), AMEDS Centrum oraz Polską Agencję Informacji i Inwestycji Zagranicznych (PAIIIZ). Projekt za cel stawiał zainteresowanie polskimi usługami medycznymi pacjentów z **Niemiec**, Wielkiej Brytanii, Szwecji, Danii, Norwegii, Rosji i USA. Turystyka medyczna znalazła się również w *Strategii rozwoju turystyki w Polsce na lata 2007–2013*, jako produkt turystyczny o wysokiej konkurencyjności, stając się tym samym stałym obszarem priorytetowym w dalszej jej ekspansji. Działania te miały doprowadzić do wzrostu liczby przyjazdów w celach zdrowotnych i zarazem zwiększenia udziału tego segmentu (2013 r. – 8%) w liczbie przyjazdów ogółem¹³.

Również w *Strategii rozwoju województwa kujawsko-pomorskiego* zwraca się uwagę na predyspozycje dla rozwoju „turystyki zdrowotnej” (czyli organizacji pobytów związanych z poprawą zdrowia) i wskazuje się tę dziedzinę do wsparcia jako nową kategorię turystycznego produktu markowego¹⁴. W świetle przedstawionych informacji, zrozumiałym staje się funkcja organizatorów i pośredników w zintegrowanym łańcuchu dostaw funkcjonującym na rynku turystyki medycznej. W niniejszej analizie szczegółowym badaniom poddano rolę i znaczenie organizatorów w relacji przyjazdowej turystyki medycznej z Niemiec do Polski.

Rynek turystyki wyjazdowej Niemiec

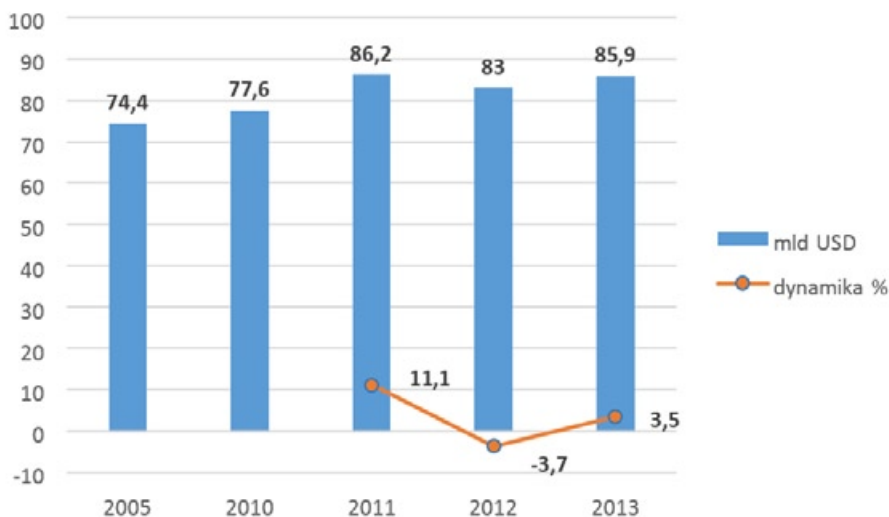
Turyści z Niemiec do 2012 roku wydawali na podróże najwięcej na świecie, kiedy to palmę pierwszeństwa odebrali im Chińczycy. Jednakże, jeżeli uwzględnimy średnie roczne wydatki na turystykę w przeliczeniu na 1 mieszkańca w 2013 r., to okazuje się, że Niemcy z kwotą 1063 USD ustępują tylko Australijczykom wydającym 1223 USD „per capita”, co uwarunkowane jest przede wszystkim wysokimi kosztami transportu. Niemiecki rynek turystyki wyjazdowej warty był w roku 2013 ok. 86 mld USD, co stanowi ok. 7,8% światowego rynku podróży zagranicznych.

¹² <http://www.poig.gov.pl/AnalizyRaportyPodsumowania/Strony/default.aspx>.

¹³ K. Janczak, K. Patelak, *Zagraniczna...*, *op. cit.*

¹⁴ *Strategia rozwoju województwa kujawsko-pomorskiego do roku 2020 – Plan modernizacji 2020+*, Toruń 2013, http://www.kujawsko-pomorskie.pl/pliki/wiadomosci/zit/dokumenty/Strategia_rozwoju_województwa_kujawsko-pomorskiego_do_roku_2020_-_plan_modernizacji_2020+.pdf.

Rysunek 2. Wydatki Niemców na turystykę zagraniczną w latach 2005–2013



Źródło: UNWTO, <http://mkt.unwto.org/publication/unwto-tourism-highlights-2014-edition>, http://dtxtq4w60xq.pw.cloudfront.net/sites/all/files/pdf/tsen_0.pdf.

Dynamika wzrostu wydatków w ostatnich dwóch latach, w porównaniu z krajami rozwijającymi turystykę wyjazdową, takimi jak Rosja (28,9%), Chiny (23,8%) czy Brazylia (12,9%) jest niska, lecz należy podkreślić, że jest to rynek bardzo stabilny, szczególnie w segmencie wyjazdów urlopowych. Od 1995 r. blisko 80% Niemców wyjeżdża przynajmniej raz w roku na wakacje na okres 5 dni lub dłuższy, przy tym tylko 30,3% to wyjazdy krajowe, a aż 69,7% to wakacje zagraniczne¹⁵. Wyjazdy turystyczne Niemców koncentrują się na destynacjach śródziemnomorskich (34,6%) oraz krajach Europy Zachodniej (13,8%). Warto jednak zauważyć rosnącą rolę krajów Europy Wschodniej, dokąd w 2013 r. wyjechało 7,4% urlopowiczów z Niemiec.

Przyglądając się graficznej prezentacji głównych regionów urlopowych, widać wyraźnie, że cztery na pięć wyjazdów to urlop w regionach „bez barier granicznych”, czyli wakacje krajowe lub podróż w obrębie UE. Polska znajduje się w gronie ośmiu najpopularniejszych destynacji w ostatnich dwóch latach, z udziałem 2,1% w ogólnej liczbie wyjazdów urlopowych.

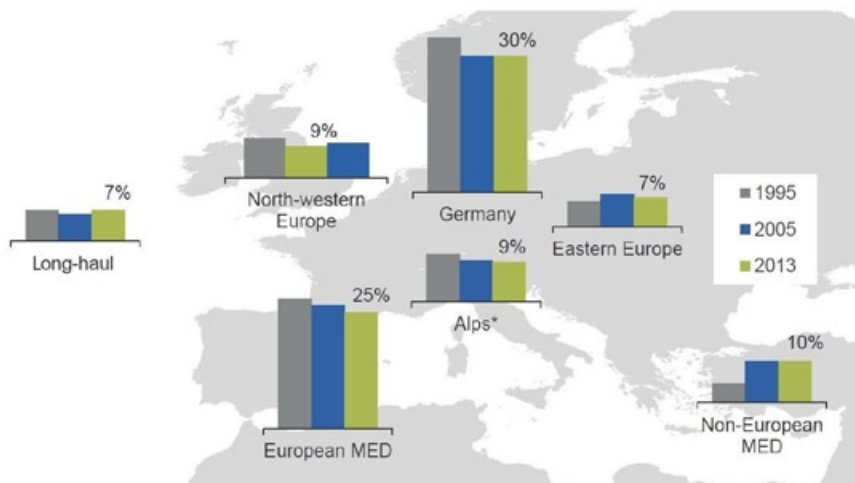
Polska jest jedynym krajem w czołówce destynacji, w którym obserwujemy w 2013 r. większy popyt zrealizowany niż zadeklarowany i towarzyszące temu zwiększenie popytu na kolejny rok – 2014.

Świadczyć to może o pozytywnym odbiorze standardu i jakości usług turystycznych w Polsce przez turystów niemieckich, czego potwierdzeniem jest wysoki wskaźnik satysfakcji z wyjazdu do Polski wśród Niemców (NPS)¹⁶.

¹⁵ *Fakten und Zahlen 2013 zum deutschen Reisemarkt*, Der Deutsche Reiseverband, ITB Berlin 2014.

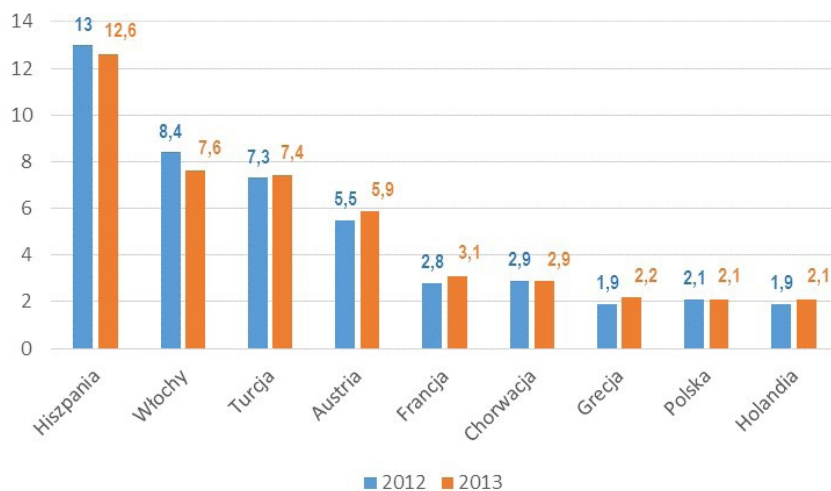
¹⁶ Wskaźnik NPS obliczany jest na podstawie badania odpowiedzi na pytanie: Na ile prawdopodobne jest, aby polecił(a) Pan/i spędzenie wakacji w Polsce swojemu znajomemu lub przyjacielowi? Konsumentci,

Rysunek 3. Główne regiony turystyki urlopowej Niemców w latach 1995–2013 (%) *Alps – Alpejskie regiony Francji, Niemiec, Austrii, Włoch i Szwajcarii; Long-haul: wyjazdy zamorskie; European MED: Europejskie kraje basenu Morza Śródziemnego; Non-European MED: Maroko, Algieria, Tunezja, Egipt, Izrael, Turcja;



Źródło: U. Sonntag, *The Germans on holiday – Trends from the study "Reiseanalyse 2014"*, ITB Academy, Kiel/Berlin 2014.

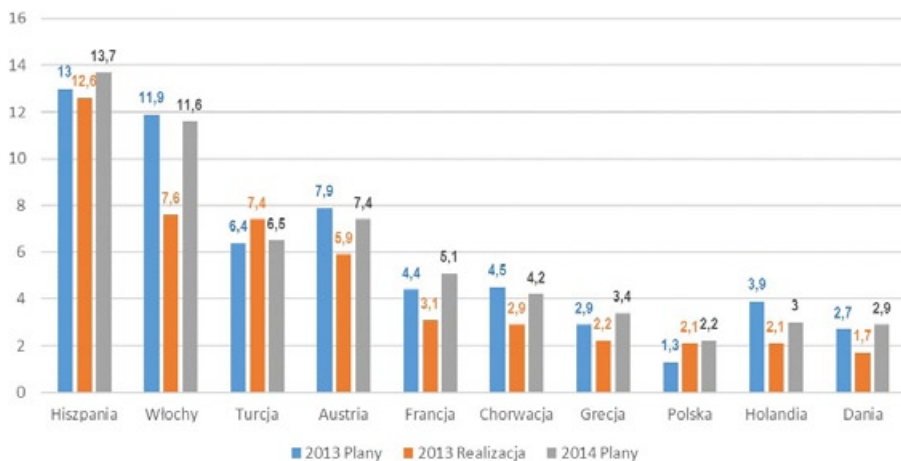
Rysunek 4. Dziewięć najpopularniejszych destynacji urlopowych w Niemczech w latach 2012–2013 (%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: D. Schmücker, A. Koch, *Reiseanalyse 2014 Summary of the findings of the RA 2014 German Holiday Survey*, FUR Forschungsgemeinschaft Urlaub und Reisen e.V, Kiel 2014.

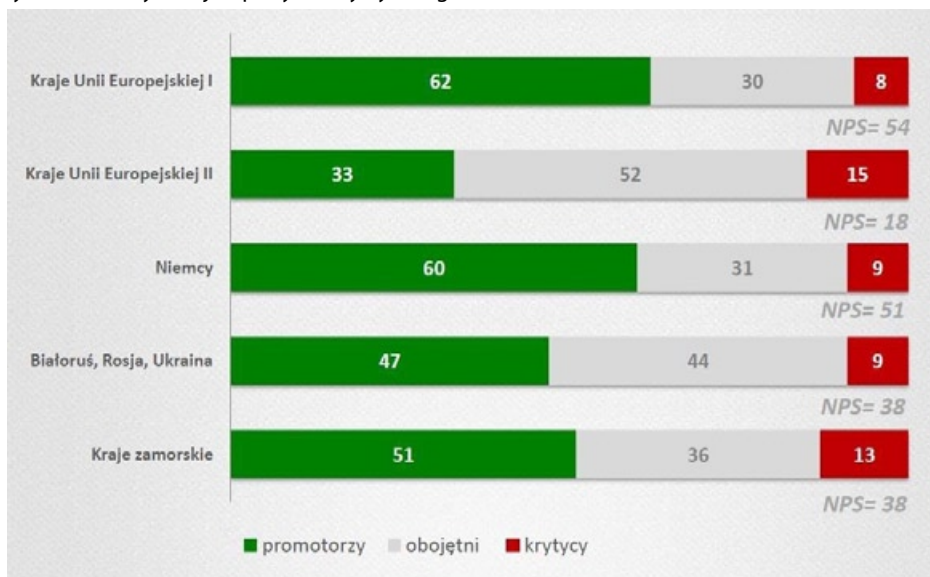
którzy przyznali marce 9–10 punktów są jej Promotorami, 7–8 pkt. to Obojętni a 0–6 pkt. to Krytycy. Obliczając NPS, należy od wartości procentowej Promotorów odjąć wartość procentową Krytyków marki. Przykładowo, jeśli 45% to Promotorzy, 20% to Obojętni, a 35% to Krytycy, wówczas NPS wynosi 10 (45-35=10).

Rysunek 5. Porównanie planów wyjazdowych z podróżami zrealizowanymi przez Niemców w 2013 r. (%) 2014 r. – plany



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: O. Zwingerberger, *Trend Research: 2014 Travel Market*, ADAC Verlag Anzeigenmarketing, <http://www.media.adac.de>.

Rysunek 6. Satysfakcja z pobytu turystycznego w Polsce w 2013 r. (%)



Źródło: *Badanie poziomu satysfakcji z usług turystycznych w Polsce, Raport końcowy dla POT*, Bluehill Sp. z o.o., Quality Watch Sp. z o.o., Pracownia Badawcza BSM, Warszawa 2014, <http://www.pot.gov.pl>.

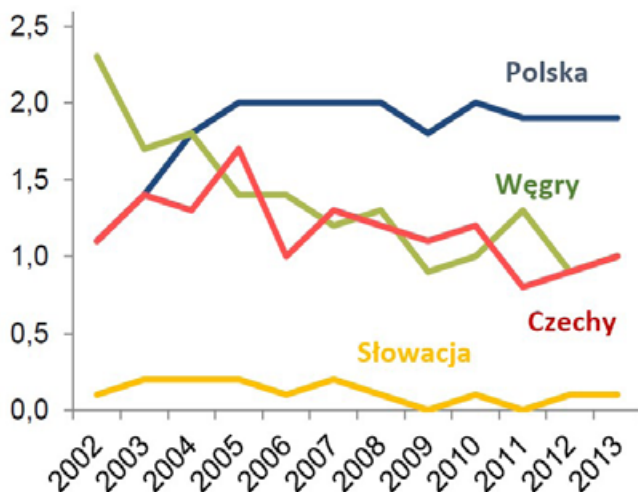
W przeciwieństwie do pozostałych krajów regionu: Czech, Węgier i Słowacji, niemiecki ruch przyjazdowy do Polski od roku 2005 jest bardzo stabilny (z wyjątkiem kryzy-

sowego roku 2009). Niekorzystny jednak z perspektywy wejścia na ten rynek nowych polskich przedsiębiorstw jest brak trendu wzrostowego.

Tak jak w większości krajów Europy Zachodniej, również w Niemczech skraca się średnia długość wyjazdów wakacyjnych – w 2013 r. wynosiła ona 12,9 dnia, podczas gdy w 1972 r. było to 17,5 dnia, ale na coroczne wakacje wyjeżdżało zaledwie 47% populacji¹⁷. Porównując ostatnie dwadzieścia lat można stwierdzić, że częstotliwość krótszych wyjazdów (ang. *short haul*) znacznie się zwiększyła – 5 do 8 dni z 24% łącznej liczby wyjazdów do 37%, wyjazdów średnioterminowych pozostała na tym samym poziomie 49%, a długoterminowych (ang. *long haul*) spadła z 23% do 15%¹⁸.

Zauważyć należy, że aktualne wydarzenia geopolityczne oraz ekonomiczne nie mają zbyt wielkiego wpływu na plany wakacyjne Niemców, dlatego też jest to rynek wymagający szczególnej uwagi przedsiębiorców planujących rozwój sprzedaży usług turystycznych, charakteryzujący się najwyższą wartością dla regionów recepcyjnych.

Rysunek 7. Udział w niemieckim rynku turystyki wyjazdowej wybranych krajów Europy Wschodniej w 2013 r. (%)

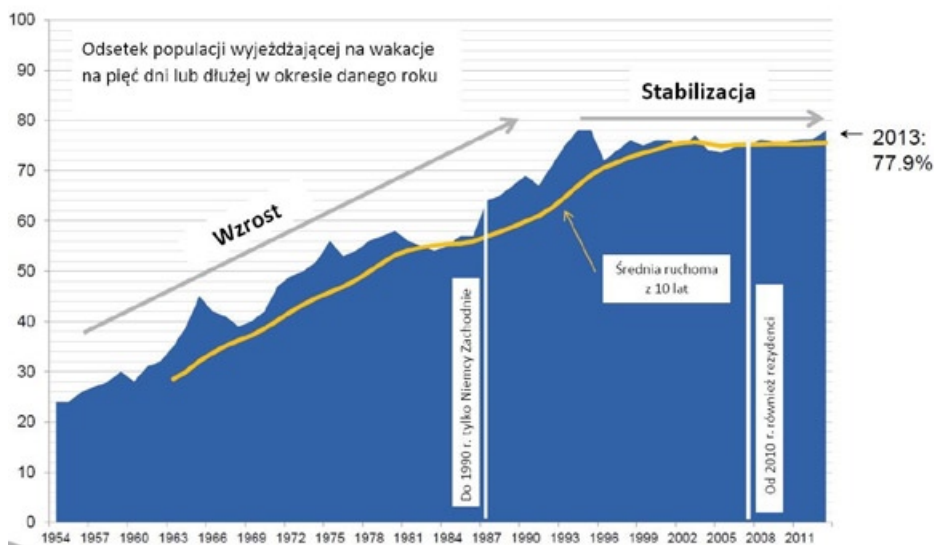


Źródło: U. Sonntag, *The Germans on holiday – Trends from the study "Reiseanalyse 2014"*, ITB Academy, Kiel/Berlin 2014, http://www.itb-berlin.de/media/itb/itb_dl_en/itb_itb_berlin_en/itb_itb_academy_en/ITB_Academy_FUR_Webinar_ENG.pdf.

¹⁷ P. Laimer, U. Sonntag, *The German and the Austrian travel habits. An analysis over time based on the German Reiseanalyse and the Austrian official travel behaviour surveys*, The 13th Global Forum on Tourism Statistics, Nara Japan 2014, http://naratourismstatisticsweek.visitors.jp/global/pdf/full_paper/2-1.pdf.

¹⁸ *Ibidem*.

Rysunek 8. Odsetek Niemców wyjeżdżających na wakacje przynajmniej raz w roku na okres co najmniej 5 dni w latach 1954–2013 (%)



Źródło: U. Sonntag, *The Germans on...*, op.cit.

Według oczekiwań niemieckiego rządu, banków i instytutów badań nad gospodarką w 2014 roku wzrost PKB wyniesie ok. 1,6%. Oczekuje się w związku z tym dalszego wzrostu zatrudnienia i przychodów prywatnych gospodarstw domowych o 2,9% (2,1% w 2013 roku). Ta wyraźna poprawa koniunktury gospodarczej w Niemczech pozwala pozytywnie ocenić perspektywę rozwoju segmentu podróży. Potwierdzają to wyniki badań Forschungsgemeinschaft Urlaub und Reisen (FUR): ponad połowa społeczeństwa niemieckiego wychodzi z założenia, że będzie dysponowała wystarczającymi środkami finansowymi na przeprowadzenie podróży urlopowych w 2014 roku. 25% obywateli planuje dokonać więcej wyjazdów urlopowych, a 30% przewiduje wydać na podróże więcej środków niż w 2013 roku¹⁹. Wyjazdy wakacyjne stały się dla znakomitej większości Niemców obowiązkowym elementem stylu życia, dlatego też rezygnacja z nich mogłaby być uwarunkowana jedynie wydarzeniami natury osobistej, jak problemy zdrowotne, brak środków finansowych czy niekorzystne terminy ferii szkolnych. Dodatkowo, aż 47% respondentów w 2014 r. w badaniach cyklicznie prowadzonych przez ADAC²⁰ deklaruje udział w więcej niż jednym wyjeździe urlopowym dłuższym niż 5 dni w ciągu roku. Jest to cecha charakterystyczna dla niemieckiego rynku, znacznie wydłużająca sezon wyjazdów turystycznych i stwarzająca okazję do wprowadzenia dywersyfikacji produktów opracowywanych z myślą o niemieckim turyście. W roku

¹⁹ Analiza rynków zagranicznych na podstawie sprawozdań Polskich Ośrodków Informacji Turystycznej, POT, Warszawa 2014.

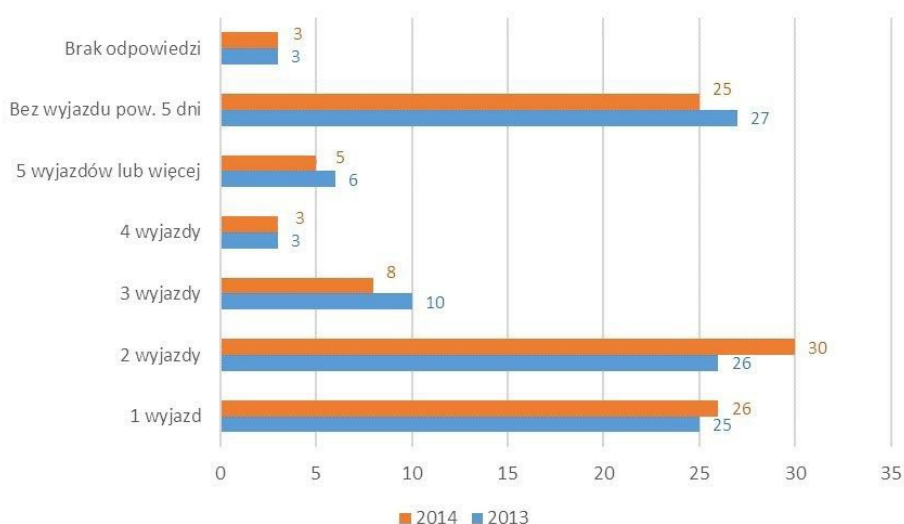
²⁰ <http://media.adac.de/mediaservice/studien.html>.

2013 aż jedna piąta Niemców wyjeżdżających na urlop, czyli ok. 13,3 mln osób²¹, robiła to częściej niż 2 razy w roku.

Najbardziej aktywne turystycznie są osoby w wieku +60 (30% wyjazdów), również one wyjeżdżają z największą częstotliwością. Biorąc pod uwagę niezależność tego segmentu od aktualnej sytuacji gospodarczej, jak i jego zwiększający się udział w całej populacji, staje się on bardzo atrakcyjny dla destynacji oferujących produkt zarówno na główne, jak i na dodatkowe wyjazdy urlopowe. Warto też zwrócić uwagę na bardzo duży udział w wyjazdach najstarszej grupy wiekowej 70+, której udział wynosi 16% (11 mln podróży)²².

Ponieważ, jak już zauważono, blisko połowa turystów niemieckich korzysta z co najmniej dwóch wyjazdów turystycznych, znacząco wydłuża się okres sezonu turystycznego. Tradycyjny podstawowy wyjazd urlopowy przypada na okres maj–wrzesień, kiedy to realizowanych jest 86–87% podróży krajowych, samochodowych i europejskich oraz 57% wyjazdów lotnicznych.

Rysunek 9. Planowana liczba wyjazdów urlopowych powyżej 5 dni turystów niemieckich w latach 2013–2014 (%)

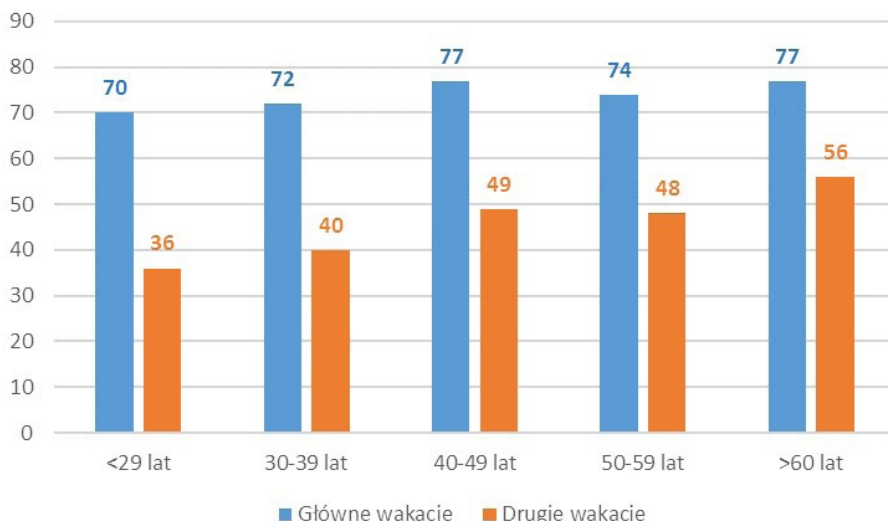


Źródło: O. Zwingenberger, *Trend Research...*, op.cit.

²¹ Osoby powyżej 14 roku życia, korzystające z urlopu ponad 5 dni.

²² U. Sonntag, *The Germans on...*, op. cit.

Rysunek 10. Udział grup wiekowych w ogólnej liczbie głównych i dodatkowych wyjazdów urlopowych w Niemczech w 2014 r. (%)



Źródło: O. Zwingenberger, *Trend Research...*, op.cit.

Rysunek 11. Rozkład sezonowości głównych wyjazdów urlopowych Niemców ze względu na charakter podróży w 2014 r. (%)



Źródło: O. Zwingenberger, *Trend Research...*, op.cit.

Nieco inaczej wygląda rozkład czasowy drugiego i kolejnych wyjazdów turystycznych, gdzie szczyt wyjazdów przypada na maj oraz wrzesień i październik.

Sumując łączne okresy nasilonych wyjazdów urlopowych, łatwo można zauważyć, że ofertę dla rynku niemieckiego najlepiej przygotować i sprzedawać na okres od połowy kwietnia aż do początku listopada.

Rysunek 12. Rozkład sezonowości dodatkowych wyjazdów urlopowych Niemców ze względu na charakter podróży w 2014 r. (%)



Źródło: O. Zwingenberger, *Trend Research...*, op.cit.

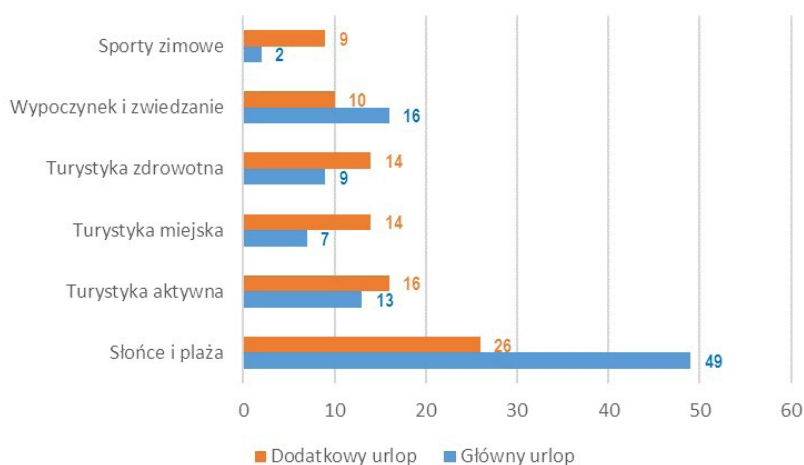
Obserwując zmiany zachodzące od roku 1972 do 2013, widoczne jest bardzo wyraźne zmniejszenie intensywności wyjazdów w dwóch tradycyjnych miesiącach letnich: lipcu i sierpniu z 53% do 37%. Również w okresie czerwiec–sierpień można zauważyć spadek z 65% do 48%. Natomiast pozostałe pory roku zanotowały wzrost: wiosna (marzec–maj) z 15% do 19%, jesień (wrzesień–listopad) z 15% do 23% oraz zima (grudzień–luty) z 5% do 9%²³. Podobnie jak okres wyjazdu, również cele podróży urlopowych są zróżnicowane w zależności od tego, czy jest to główny czy kolejny wyjazd. Niekwestionowanym liderem powyższego zestawienia jest wypoczynek na plażach nad ciepłym morzem, zarówno jako motyw przewodni podstawowego i dodatkowego urlopu.

W roku 2014 potwierdził się ten wieloletni trend motywów podróży Niemców. Są oni nadal zorientowani na odpoczynek, odprężenie i regenerację organizmu. Nie zmieniają się też formy wypoczynku: pobyty na plaży i w kąpieliskach, turystyka miejska, aktywna oraz wyjazdy zdrowotne, wśród których szczególnym zainteresowaniem wśród Niemców cieszą się wyjazdy uzdrowiskowe mające w Niemczech wieloletnią historię. Rozkład wyjazdów urlopowych według celów podróży przedstawiony jest na Rysunku 13.

Środki transportu wykorzystywane przez turystów niemieckich podczas wyjazdów urlopowych są pochodną koncentracji ponad 80% podróży w obrębie państw europejskich. Stąd też wyraźna dominacja samochodu jako podstawowego środka transportu, chociaż w okresie 2003–2013 liczba takich podróży zmniejszyła się o 8,4%.

²³ P. Laimer, U. Sonntag, *The German...*, op. cit.

Rysunek 13. Cele wyjazdów urlopowych w 2014 r. (%)



Źródło: O. Zwingenberger, *Trend Research...*, *op.cit.*

Zyskały natomiast na popularności przewozy lotnicze (wzrost 12%), będące środkiem transportu przy wyjazdach zamorskich i do krajów śródziemnomorskich. W okresie 2003–2013 r. dostrzec można niewielką tendencję wzrostową w wyjazdach zamorskich (z 5% do 7% udziału w rynku ok. 5 mln podróży), gdzie liderem są kraje Azji Południowo-Wschodniej i Wschodniej (np. Chiny, Tajlandia, Japonia)²⁴. Ciekawym zjawiskiem w ostatnich trzech latach jest wzrost przejazdów kolejowych, szczególnie na średnich trasach europejskich.

Rysunek 14. Struktura środków transportu wykorzystywanych przy wyjazdach urlopowych Niemców w latach 2003–2013 (%)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie: D. Schmücker, A. Koch, *Reiseanalyse 2014...*, *op.cit.*

²⁴ P. Laimer, U. Sonntag, *The German...*, *op. cit.*

Charakterystyczny dla rynku niemieckiego jest duży udział turystycznych podróży autokarowych. Według informacji Międzynarodowego Stowarzyszenia Turystyki Autokarowej RDA z siedzibą w Kolonii²⁵, Niemcy podjęli w 2013 roku 5,3 mln podróży autokarowych (spadek z 5,8 mln w 2012 roku) trwających ponad 5 dni oraz około 12 mln podróży krótkich, trwających 2–4 dni. Większość wyjazdów (64,8%) to zagraniczne podróże autokarowe (spadek z 66,8% w 2012 r.), a 35,2% to wyjazdy na terenie Niemiec (wzrost z 33,2% w 2012 r.). Zazwyczaj są to podróże objazdowe do miast, połączone z uczestnictwem w imprezach kulturalnych. Ponadto 19,4 mln urlopowiczów korzystało z autokarów podczas swojej podróży, chociaż autokar nie był dla nich głównym środkiem lokomocji. 35,7% podróżujących autokarem bierze udział w więcej niż jednej podróży rocznie (przeciętnie 1,5 podróży), a 59,9% pasażerów podróżujących autobusami to osoby w wieku 60 lat i więcej. Natomiast 24% to osoby w wieku 14–29 lat. W przypadku turystyki uzdrowiskowej do Polski nadal podstawowym środkiem transportu, tak jak w przypadku turystyki miejskiej, jest właśnie autokar.

W Niemczech wraz z wprowadzeniem na rynek tanich lotniczych pakietów turystycznych, skoncentrowanych przede wszystkim na destynacjach basenu Morza Śródziemnego, nastąpił gwałtowny wzrost sprzedaży zorganizowanych wycieczek z 19% w 1972 r. do 48% w roku 2005. W tym samym czasie na skutek rozwoju internetowych kanałów dystrybucji zaczął utrzymywać się trend tzw. turystyki indywidualnej (FIT²⁶), gdzie coraz większa liczba turystów nabywa poszczególne usługi samodzielnie, korzystając przede wszystkim właśnie z Internetu, nie korzystając przy tym z usług organizatorów turystyki. Jednak pomimo tego zjawiska na rynku niemieckim pakiety sprzedawane przez biura podróży nadal pozostają bardzo ważnym segmentem rynku. W 2013 roku szacowano, że udział w rynku usług organizatorów podróży stanowił około 40%.

Rynek organizatorów turystyki jest w Niemczech bardzo skoncentrowany. W 2013 r. trzy największe biura miały łącznie 43,6% udziału w rynku wartym 25,3 mld euro. Liczba klasycznych stacjonarnych biur podróży (organizatorzy + agenci) systematycznie maleje: spadek z 13 573 biur w roku 2004 do 9 279 biur w roku 2013, notując jednocześnie wzrost obrotów: analogicznie z 20,5 do 25,3 mld euro. Niezmienna pozostaje również liczba klientów, na poziomie ok. 43,6 mln²⁷. Obroty i udział w rynku najważniejszych biur touroperatorów przedstawione zostały w Tabeli 1.

Tabela 1. Struktura niemieckich biur podróży w roku 2013

Lp.	Firma	Obroty w mln euro	Liczba klientów	Udział w %
1.	TUI Deutschland	4.478,5	7,5	17,7
2.	Thomas Cook	3.400	5,8	13,4
3.	DER Touristik	3.168	6,2	12,5

²⁵ *Analiza rynków...*, op. cit.

²⁶ Ang. *Foreign Independent Tourist*.

²⁷ *German tour operators increase revenues and profits*, <http://www.fvw.com/fvw-dossier-german-touroperators-increase-revenues-and-profits/393/139051/11245>.

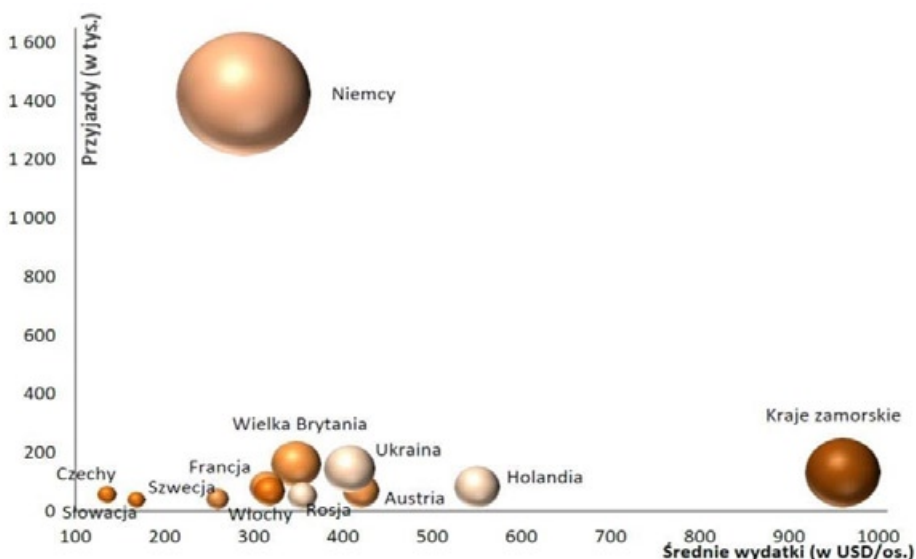
Lp.	Firma	Obroty w mln euro	Liczba klientów	Udział w %
4.	FTI Group	1.850	3,4	7,3
5.	Alltours	1.450	1,81	5,7
6.	Aida Cruises	1.250	0,76	4,9
7.	SchauinslandReisen	784,0	0,99	3,1
8.	Pozostałe (2427 touroperatorów + 6515 agentów)	8.919	17,14	35,4
	Razem	25.299,5	43,6	100

Źródło: Opracowanie własne na podstawie danych FVW International.

Jeżeli weźmiemy pod uwagę, że na rynku niemieckim funkcjonują 2434 podmioty zajmujące się organizowaniem podróży, a 55 największych podmiotów ma 81,8% udziału w obrotach, zrozumieliśmy stąd fakt, iż pozostałe biura to małe, wyspecjalizowane w niszowych produktach przedsiębiorstwa. Właśnie do nich należy ok. 120 biur zajmujących się turystyką uzdrowską, tzw. „Kurreisen biuros”.

Jak już wspomniano, turyści niemieccy dobrze postrzegają polski produkt turystyczny, o czym świadczy utrzymujący się na względnie stałym poziomie popyt. Z kolei dla naszego kraju Niemcy to największy i najważniejszy partner w segmencie turystyki przyjazdowej.

Rysunek 15. Znaczenie najważniejszych rynków w segmencie typowej turystyki wypoczynkowej do Polski w 2013 r.



Źródło: K. Janczak, K. Patelak, *Zagraniczna..., op.cit.*

Według szacunków firmy Activ Group, w 2013 roku przybyło do Polski 5,3 mln turystów z Niemiec, tj. o ok. 10% więcej niż w 2012 roku, a tempo wzrostu liczby przyjazdów z tego rynku było prawie o połowę większe od tempa wzrostu liczby turystów zagranicznych ogółem (15,8 mln osób, +7%)²⁸. Bez zmian pozostał udział gości niemieckich w ogólnej liczbie turystów zagranicznych: co trzeci turysta zagraniczny przybywa do nas z Niemiec. Przyjeżdżający z Niemiec najczęściej organizują swoje wyjazdy samodzielnie, nie korzystając z ofert biur podróży. Mimo to biura podróży potwierdzają wzrost popytu na wyjazdy do Polski, dlatego wiele z nich poszerzyło lub planuje poszerzyć swoją ofertę. Rośnie zainteresowanie przede wszystkim wyjazdami objazdowymi do miast połączonymi z ofertą kulturalną oraz wakacjami wypoczynkowymi typu wellness & SPA. **Polska jest bezkonkurencyjna**, i to nie tylko w grupie państw EŚW, **jako zagraniczny cel wyjazdów Niemców do uzdrowisk**. W turystyce uzdrowiskowej zajmujemy, według danych FUR, bezwzględnie pierwszą pozycję (9,5% wyjeżdżających)²⁹.

Polska posiada od lat czołową pozycję w statystykach niemieckiej turystyki autokarowej. Według danych RDA (Międzynarodowe Stowarzyszenie Turystyki Autokarowej z siedzibą w Kolonii) w 2013 roku zajęliśmy czwartą pozycję (5,2%) na liście najważniejszych destynacji, po Włoszech (15,3%), Austrii (8,2%) i Francji (7,0%)³⁰. Pozycję tę zawdzięczamy przede wszystkim zorganizowanym wyjazdom w segmencie turystyki miejskiej i uzdrowiskowej. Touroperatorzy niemieccy potwierdzają za to spadek liczby podróży sentymentalnych, przy jednoczesnym wzroście zainteresowania Polską wśród młodej generacji Niemców i u osób z większymi dochodami. Biura podróży znają dobrze polskie produkty turystyczne i stale poszerzają wiedzę o nich, często we współpracy z Polskim Ośrodkiem Informacji Turystycznej w Berlinie. W ostatnich latach, m.in. w efekcie podróży studyjnych, wielu touroperatorów poszerzyło w swoich katalogach polską ofertę, np. według danych berlińskiego POIT, w 2013 roku aż dziewięciu touroperatorów wprowadziło polskie produkty turystyczne do swojej oferty po raz pierwszy, a dziewięciu innych potwierdziło jej poszerzenie.

Wobec przedstawionej powyżej krótkiej charakterystyki niemieckiego rynku turystyki wyjazdowej, należy stwierdzić, iż jest to strategiczny dla naszego kraju rynek, kształtujący obraz turystyki przyjazdowej. Polska oferta dla turystów niemieckich jest dopracowana pod kątem ich potrzeb i oczekiwań, wymaga jednakże działań zarówno promocyjnych oddziałujących na nabywcę, jak i rozwoju współpracy pomiędzy organizatorami turystyki przyjazdowej w Polsce a biurami podróży w Niemczech.

Medyczna turystyka wyjazdowa z Niemiec

Aby zrozumieć motywy towarzyszące turystycznym wyjazdom zdrowotnym Niemców, należy w paru zdaniach scharakteryzować system opieki zdrowotnej w tym

²⁸ K. Janczak, K. Patelak, *Zagraniczna...*, op. cit.

²⁹ D. Schmücker, A. Koch, *Reiseanalyse 2014...*, op. cit.

³⁰ *Ibidem*.

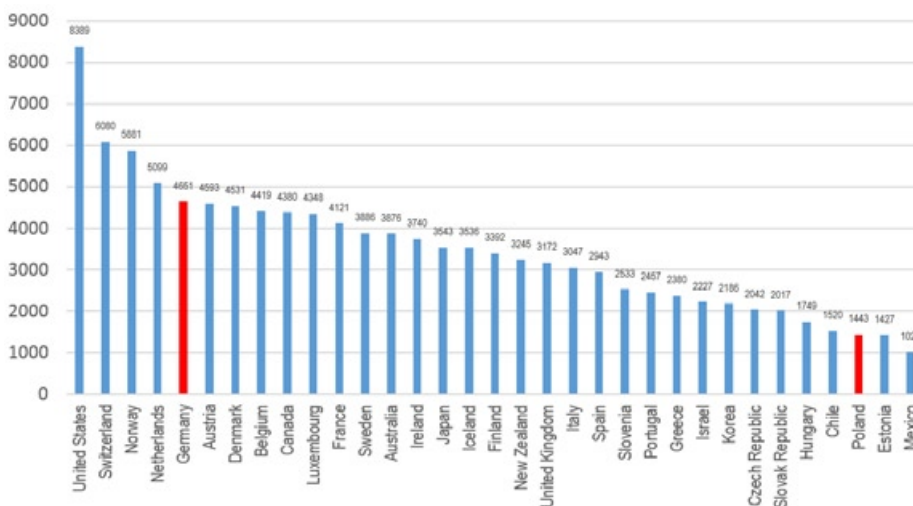
państwie. Zarówno pod kątem infrastruktury, kwalifikacji i liczebności personelu, jak i dostępu obywateli do usług i świadczeń medycznych, należy on do najbardziej rozwiniętych na świecie. Wydatki na opiekę zdrowotną w Niemczech osiągnęły w 2013 r. 11,4% PKB³¹. Więcej na zdrowie w Europie wydają tylko Holendrzy (12,1%), Szwajcarzy (11,5%) i Francuzi (11,6%)³². Natomiast na świecie zbliżony poziom wydatków występuje w Kanadzie (10,9%) i oczywiście w USA, które są światowym rekordzistą, wydającym na ochronę zdrowia najwięcej – 16,9% PKB³³.

Oczekuje się, że w Niemczech ogółem wydatki na opiekę zdrowotną będą wzrastały w najbliższych latach średnio o 3,8% rocznie, osiągając wartość 373 mld euro w roku 2018³⁴.

Przeliczając wydatki na ochronę zdrowia „per capita”, Niemcy lokują się również w ścisłej światowej czołówce.

Jak widać, średnie wydatki na opiekę zdrowotną w wysokości 4651 USD na mieszkańca Niemiec zapewniają poziom finansowania wystarczający do kompleksowej ochrony zdrowia. Warto dla porównania zauważyć, że wydatki te są przeszło 3 razy większe niż w Polsce.

Rysunek 16. Wydatki na opiekę zdrowotną na świecie w 2012 r. per capita (USD)



Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD Stat.

Niemcy posiadają jedną z najlepszych w krajach OECD infrastrukturę w zakresie ochrony zdrowia. Najpopularniejszym wskaźnikiem jest tutaj liczba łóżek w szpitalu

³¹ Industry Report, *Healthcare: Germany*, The Economist Intelligence Unit, June 2014 [za:] Deloitte, 2015 health care outlook Germany, <http://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/gx-lshc-2015-health-care-outlook-germany.pdf>.

³² OECD Stat, <http://stats.oecd.org/Index.aspx?DataSetCode=SHA>.

³³ *Ibidem*.

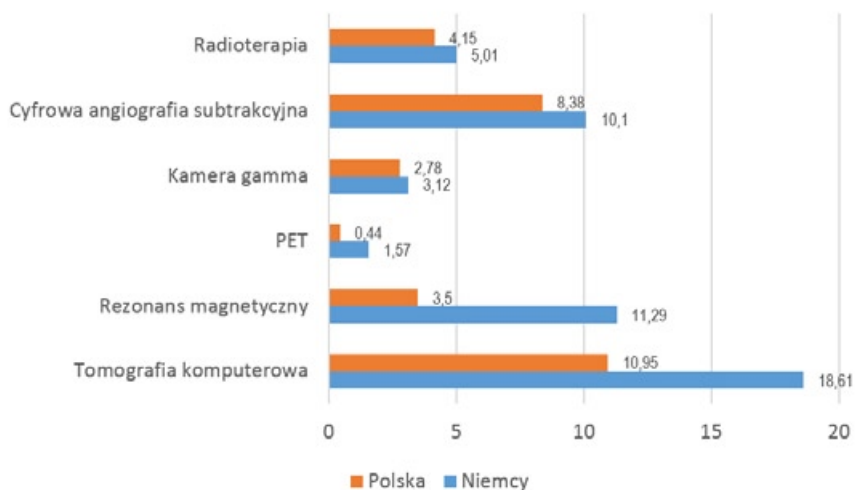
³⁴ Industry Report, *Healthcare...*, *op. cit.*

lach, gdzie wśród krajów OECD tylko w Niemczech wskaźnik ten przekracza 8 łóżek na każde 1000 mieszkańców. Również takie wskaźniki jak liczba wypisów ze szpitali oraz średnia długość pobytu należą do najwyższych na świecie – odpowiednio 251 na 1000 mieszkańców i 9,2 dnia. Dla porównania, w 28 krajach EU średnia wartość to: ok. 5,2 łóżka na 1000 mieszkańców, 173 wypisy na 1000 mieszkańców oraz 7,8-dniowy pobyt w szpitalu³⁵. Liczba diagnostycznych i terapeutycznych urządzeń medycznych wykorzystujących najnowsze technologie jest w niemieckich szpitalach bardzo duża, co obrazuje Rysunek 17.

Kolejnymi wskaźnikami charakteryzującymi infrastrukturę są liczba i kwalifikacje personelu medycznego. Liczba lekarzy jest w Niemczech wyższa niż średnia dla krajów OECD (3,4) i w roku 2013 wynosiła 4 praktykujących lekarzy na 1000 mieszkańców.

Zauważyć jednak trzeba, że liczba absolwentów kierunków medycznych, zarówno średniego, jak i wyższego szczebla, w ostatniej dekadzie spadła, głównie w wyniku problemów z rekrutacją. Dlatego też rynek absorbuje dużą liczbę imigrantów posiadających kwalifikacje medyczne i chcących je nostryfikować w Niemczech. Liczba zatrudnionych lekarzy obcokrajowców szacowana jest na 33 000 osób, przy utrzymującym się trendzie wzrostowym. Tylko w latach 2011–2012 liczba lekarzy z innych krajów podejmujących praktykę w Niemczech wzrosła o ok. 15%³⁶.

Rysunek 17. Liczba urządzeń diagnostycznych i terapeutycznych w szpitalach w Polsce i w Niemczech na 1 mln mieszkańców

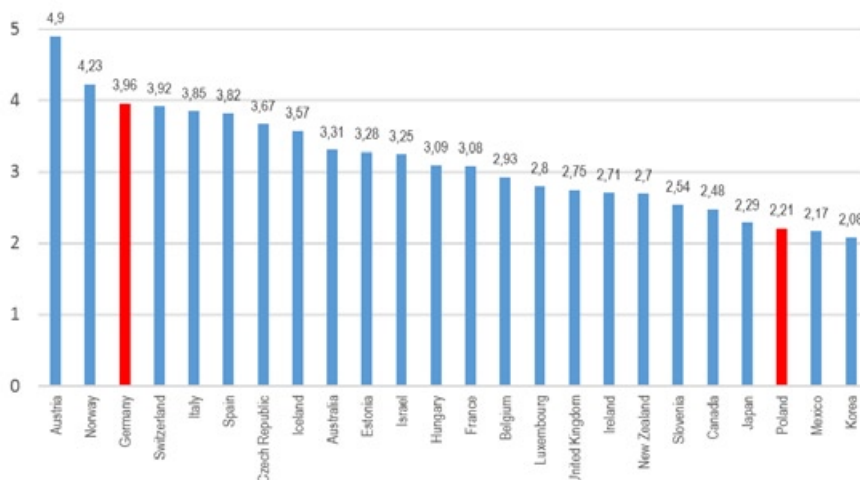


Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD Stat.

³⁵ *Health at a Glance: Europe 2014*, OECD Publishing, http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en.

³⁶ *2014 Global health care outlook Shared challenges, shared opportunities*, The Deloitte Touche Tohmatsu Ltd., 2014, <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/dttl-lshc-2014-global-health-care-sector-report.pdf>.

Rysunek 18. Liczba praktykujących lekarzy w wybranych krajach OECD na 1000 mieszkańców

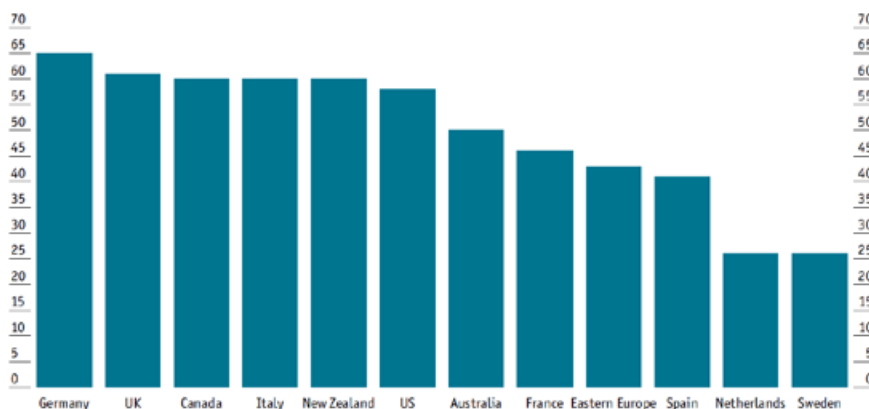


Źródło: Opracowanie własne na podstawie OECD Stat.

Również liczba dyplomowanych pielęgniarek w niemieckiej służbie zdrowia przewyższa średnią w krajach UE (8 na 1000 mieszkańców), przekraczając 11,3 osoby na 1000 mieszkańców. Wyższy wskaźnik mają tylko kraje skandynawskie (14,1–16,6), Szwajcaria (16,6), Irlandia (12,6) i Holandia (11,9)³⁷.

Opisany powyżej poziom wydatków oraz stan infrastruktury powoduje, iż w Niemczech notowany jest najwyższy na świecie odsetek pacjentów, którzy nie zgłaszają żadnych utrudnień w dostępie do diagnostyki i leczenia.

Rysunek 19. Liczba pacjentów niezgłaszających barier w dostępie do usług diagnostycznych i leczenia w wybranych krajach (%)



Źródło: *The future of healthcare in Europe*, A report from the Economist Intelligence Unit, 2011, slovenia.si/sites/default/files/The-Future-Of-Healthcare-In-Europe.pdf.

³⁷ *Health at a Glance...*, op. cit.

Niemiecki system opieki zdrowotnej jest finansowany z wydatków sektora publicznego – około 75% wszystkich wydatków pochodzi ze składek obowiązkowych oraz składek prywatnych, gdzie ponad połowa z nich jest finansowana bezpośrednio przez pacjentów³⁸. System publiczny jest w dużej mierze finansowany ze składek potrąconych z wynagrodzenia, a reszta z dotacji rządowych. Publiczne ubezpieczenie zdrowotne (SHI) jest obowiązkowe od 2007 roku. Rezygnacja z SHI na rzecz prywatnego operatora ubezpieczeń zdrowotnych jest możliwa, jeśli dochody danej osoby są wyższe od ustalonego w danym roku limitu. Osoby te mogą pozostać w SHI dobrowolnie, z czego większość korzysta, mogą kupić prywatne ubezpieczenie zdrowotne lub mogą być teoretycznie nieubezpieczeni. SHI obejmuje około 88% populacji³⁹, około 12% ma prywatne ubezpieczenie zdrowotne⁴⁰, a mniej niż 1% nie ma ubezpieczenia⁴¹. Należy jednak zauważyć, że jedna piąta ubezpieczonych w SHI⁴² posiada dodatkowe ubezpieczenia, rozszerzające zakres ochrony, które finansowane są bezpośrednio przez zainteresowanych.

Mimo że system publiczny Niemiec będzie prawdopodobnie nadal odgrywać dominującą rolę w ochronie zdrowia w roku 2015 i później, oczekuje się, że udział wydatków prywatnych będzie stopniowo wzrastać⁴³. Działania rządowe są skupione na stałej konsolidacji finansów publicznych. Podobnie jak wiele rozwiniętych krajów, Niemcy starają się ograniczać koszty opieki zdrowotnej poprzez optymalizację procedur medycznych i wdrażanie programów opartych na modelach wartości cenowych. Ponadto, zauważalna na rynku jest konsolidacja usługodawców, rosnąca tendencja do łączenia szpitali i tworzenia partnerstw strategicznych⁴⁴.

Dobrze rozwinięty i sprawnie funkcjonujący niemiecki system opieki zdrowotnej powinien całkowicie zaspokajać potrzeby mieszkańców tego kraju. Tymczasem Niemcy są największym importerem usług medycznych wśród krajów OECD, z wydatkami na zakup usług medycznych za granicą szacowanymi na ok. 1,7 mld euro w 2012 r⁴⁵. Wyprzedzają takie kraje, jak USA, Francja i Holandia. Pomimo iż dane dotyczące zakupu usług medycznych w krajach rozwiniętych, obliczanych na ponad 3 mld euro⁴⁶, mogą być niedoszacowane, to porównując ten rząd wydatków do wielkości wydatków w sektorze ochrony zdrowia jako całości zauważyć należy, iż pozostaje on marginalny dla większości krajów.

38 2014 *Global health care...*, *op. cit.*

39 R. Busse, *The German Health Care System*, [health%20Care%20System%20Profiles/Germany_Country_Profile_2008_2%20pdf.pdf](#).

40 *Healthcare Briefing & Forecasts: Germany: Healthcare Report*, Economist Intelligence Unit, 2013.

41 R. Busse, *The German Health...*, *op. cit.*

42 2015 *health care...*, *op. cit.*

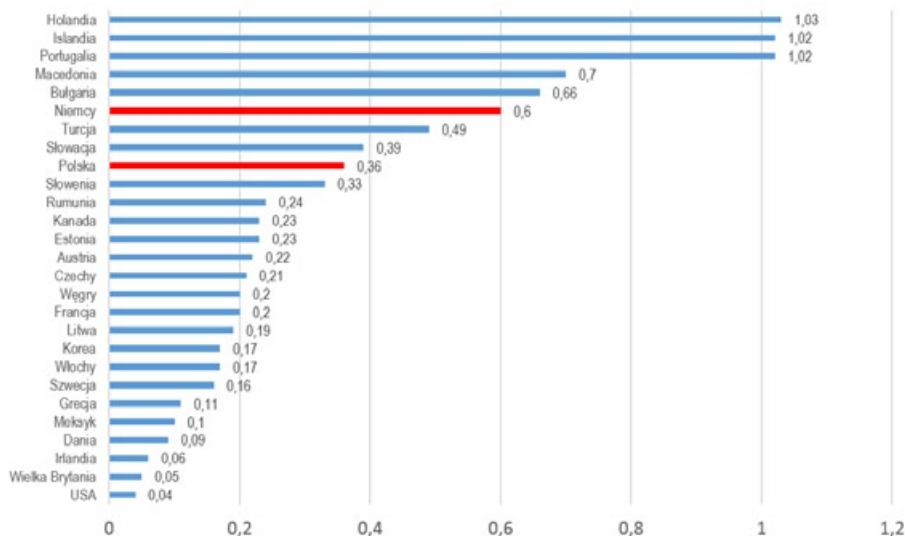
43 *Healthcare Briefing...*, *op. cit.*

44 *Ibidem.*

45 *Health at a Glance...*, *op. cit.*

46 *Ibidem.*

Rysunek 20. Udział wydatków na import usług medycznych w całości wydatków na ochronę zdrowia w wybranych krajach OECD w 2012 r. (%)



Źródło: *Health at a Glance...*, *op.cit.*

Z analizy danych przedstawionych na Rysunku 20 wynika, że wydając w wartościach bezwzględnych na import usług medycznych 1,7 mld euro, Niemcy przeznaczają na ten import tylko ok. 0,6% wszystkich wydatków na zdrowie. Jednakże trzeba zauważyć, że odsetek ten w roku 2009 wynosił 0,47%⁴⁷, a więc import usług medycznych wzrósł przez 3 lata o 27,6%. Jakże wobec tego są przyczyny stosunkowo dużego i rosnącego importu usług medycznych w Niemczech?

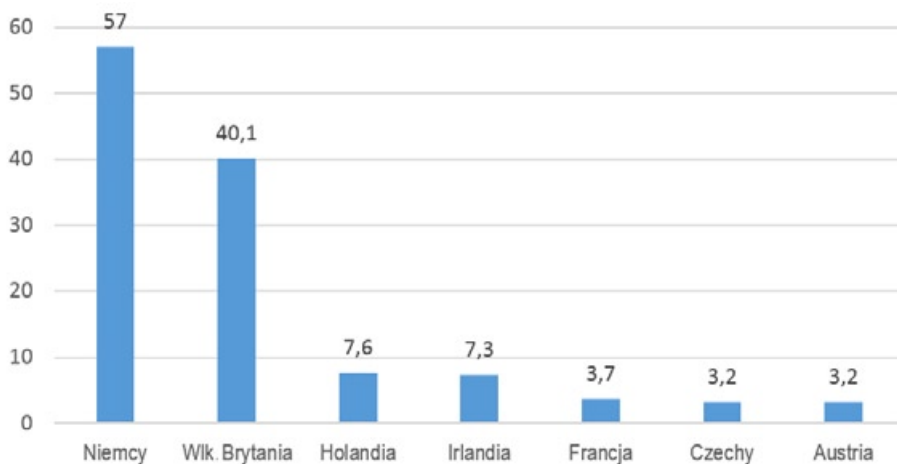
Jako jedna z przyczyn tego zjawiska, najczęściej wskazywana, jest implementacja Dyrektywy 2011/24/UE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 9 marca 2011 roku w sprawie stosowania praw pacjenta w transgranicznej opiece zdrowotnej, która w sposób znaczący ułatwiła korzystanie z opieki zdrowotnej w państwach UE⁴⁸.

Ponieważ koszty procedur medycznych w krajach Europy Środkowo-Wschodniej są o wiele niższe niż w Niemczech, instytucje ubezpieczeniowe chętnie zaczęły korzystać z możliwości obniżenia kosztów świadczeń. Od wejścia w życie dyrektywy w 2011 r. do połowy 2013 r. zagraniczni pacjenci skorzystali w Polsce z usług medycznych o wartości 150 mln PLN, przy czym znakomitą większość stanowili obywatele Niemiec „wydając” 57 mln PLN. Koszty leczenia zostały rozliczone z krajowymi ubezpieczycielami na podstawie europejskiej karty ubezpieczenia zdrowotnego (EKUZ).

⁴⁷ E. Kelley, *Medical Tourism, WHO Patient Safety Programme*, 2013, http://www.who.int/global_health_histories/seminars/kelley_presentation_medical_tourism.pdf.

⁴⁸ M. Tinelli, Z. Nikoloski, D. Panteli, *What Information Do Patients Want When Choosing a Hospital at Home or Abroad? A Case Study From Germany*, *Eurohealth* 2013, Quarterly of the European Observatory on Health Systems and Policies, <http://www.euro.who.int/en/who-we-are/partners/observatory/eurohealth>.

Rysunek 21. Świadczenia udzielone pacjentom z zagranicy na podstawie EKUZ w okresie 2011–06.2013 (mln PLN)



Źródło: Dziennik Gazeta Prawna, 19 sierpnia 2013 (nr 159).

Obserwacje polskich placówek służby zdrowia jednoznacznie wskazują na systemowe korzystanie z EKUZ. Niemieccy pacjenci, których w pierwszej połowie 2013 r. polskie szpitale obsłużyły aż 17 tys., korzystali ze świadczeń wcale nie w rejonach turystycznych, tylko blisko niemieckiej granicy – w woj. śląskim, dolnośląskim, opolskim, wielkopolskim czy zachodniopomorskim⁴⁹. Prof. Marian Zembala, dyrektor Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze, stwierdza⁵⁰ „...z mojego doświadczenia wynika, że kieruje się do nas pacjentów ze wskazaniem do operacji serca, którzy w Niemczech nie mają wykupionego dodatkowego ubezpieczenia, w Austrii pacjenci są wręcz namawiani, aby udali się na operację do Polski. Dla nich to korzystne, bo u nas nie muszą czekać w kolejce na zabieg...”

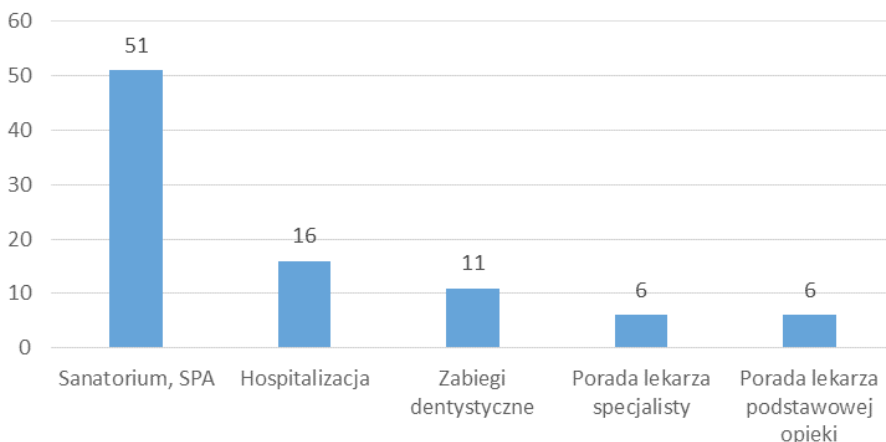
Rolę wskazanych powyżej czynników zwiększających popyt na import usług medycznych, czyli optymalizację kosztów oraz skrócenie czasu oczekiwania na świadczenia medyczne, potwierdzają analizy Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse (Instytut Naukowy Kasy TK)⁵¹. Ta jedna z największych kas chorych w Niemczech, skupiająca 8,7 mln ubezpieczonych, prowadzi od kilku lat badania zajmujące się turystyką medyczną, wykazujące rosnące z roku na rok zainteresowanie niemieckich pacjentów usługami medycznymi w innych krajach Europy.

⁴⁹ *Niemcy leczą się w Polsce, bo szybciej i taniej*, http://biznes.interia.pl/wiadomosci/news/niemcy-leczasie-polsce-bo-szybciej-i-taniej,1943354,4199#utm_medium=frame&utm_campaign=wyrzucenie_z_ramki&utm_source=www.wykop.pl?utm_source=paste&utm_medium=paste&utm_campaign=other.

⁵⁰ *Ibidem*.

⁵¹ *Turystyka medyczna w Republice Federalnej Niemiec*, Wydział Promocji Handlu i Inwestycji Ambasady Rzeczypospolitej Polskiej w Berlinie, 04.2014, <https://berlin.trade.gov.pl/pl/download/file/f,28430>.

Rysunek 22. Struktura importowanych procedur medycznych na rynku niemieckim (%)



Źródło: C. Wagner, *EU-Auslandsbehandlungen – Versicherungszufriedenheit und Patientensicherheit*, Hauptverwaltung Techniker Krankenkasse Hamburg, Summer School 2014, <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/658332/Datei/129221/WINEG-Summer-School-2014-Vortrag-Wagner.pdf>.

Reforma niemieckiej służby zdrowia, nowelizacje ustaw z 2004 roku oraz wspomniana już Dyrektywa 2011/24/UE, wprowadziły **podstawy prawne do żądania zwrotu kosztów leczenia od kas chorych, z czego niemieccy pacjenci korzystają w zasadzie zawsze, jeżeli zabieg jest refundowany przez kasę chorych**⁵².

Oprócz możliwości leczenia się za granicą, na koszt ubezpieczyciela na podstawie EKUZ, do szerszego korzystania z importu usług medycznych skłania szczególnie, zwłaszcza starszych Niemców, możliwość częstszego korzystania ze świadczeń w zakresie leczenia uzdrowiskowego.

O ile pierwszymi zagranicznym gościem polskich sanatoriów byli starsi Niemcy, pochodzący z terenów obecnej Polski Zachodniej, którymi kierowały względy sentymentalne, to obecnie przyjeżdżają za sprawą nowego trendu: „kuracja w Polsce na każdą kieszeń”. Niemieckie kasy chorych częściowo refundują pobyt pacjentów w polskich ośrodkach, jest to 13 euro za dzień pobytu na jedną osobę, bez ograniczeń czasowych. Natomiast pobyty w rodzimych uzdrowiskach refundują tylko raz na cztery lata⁵³. Właśnie usługi sanatoryjne cieszą się największą popularnością wśród wszystkich importowanych procedur medycznych na rynku niemieckim.

Duża popularność wyjazdów uzdrowiskowych, oprócz wymienionych już uwarunkowań, spowodowana jest też gwałtownym starzeniem się niemieckiego społeczeństwa. Odsetek osób w wieku 65 lat przekracza już jedną piątą, a ma wzrosnąć do ponad

⁵² *Ibidem*.

⁵³ N. Stanisławska, *Niemcy w polskich SPA*, http://www.spamagazine.pl/Okiem_eksperta_Niemcy_w_polskich_SPA,32,884.

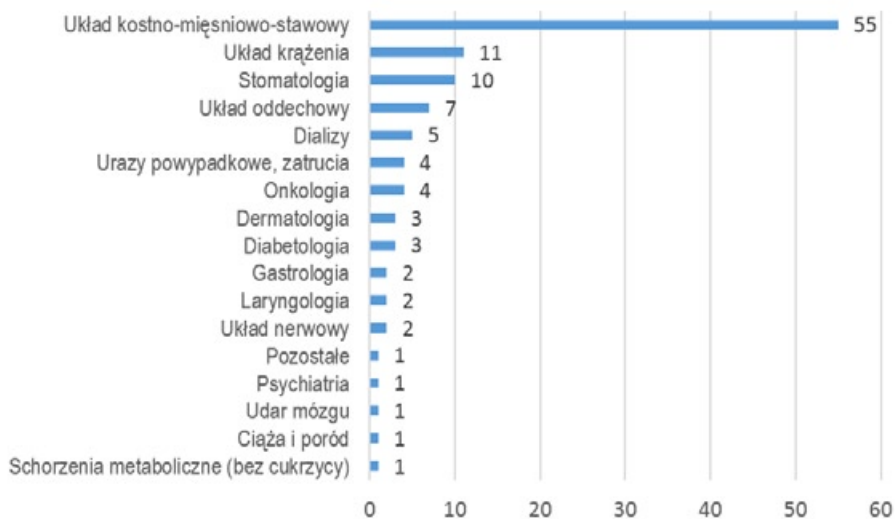
22% w roku 2018⁵⁴. Powoduje to zwiększanie się popytu na leczenie schorzeń związanych z wiekiem i opiekę nad osobami starszymi, w tym na leczenie uzdrowiskowe. Możliwość korzystania z tańszych obiektów w Polsce, Czechach czy na Węgrzech znacząco odciąża ogólny budżet opieki zdrowotnej. Niemcy są drugim po Japonii krajem z najwyższym wskaźnikiem obciążenia demograficznego⁵⁵, który w 2013 r. wyniósł 32% (w Japonii 39%)⁵⁶.

Tak duży odsetek wyjazdów na leczenie uzdrowiskowe implikuje strukturę schorzeń leczonych przez Niemców za granicą, gdzie dominują choroby układu kostno-stawowo-mięśniowego, a więc choroby związane z wiekiem.

Należy podkreślić, że przed wprowadzeniem Dyrektywy 2011/24/UE odsetek wyjazdów na leczenie uzdrowiskowe sięgał w latach 2007–2010 ok. 70% wszystkich wyjazdów, a z hospitalizacji korzystało tylko 4% pacjentów wyjeżdżających za granicę⁵⁷.

Zmiana struktury wyjazdów leczniczych Niemców stwarza jednak pewne zagrożenie dla rynku polskiego. Pomimo iż Polska nadal pozostaje na drugim miejscu w zestawieniu najczęściej wybieranych destynacji turystyki medycznej, to w latach 2008–2010 zanotowała spadek udziału z 20% do 15% pacjentów wyjeżdżających na leczenie za granicę⁵⁸.

Rysunek 23. Struktura schorzeń leczonych za granicą przez pacjentów niemieckich (%)



Źródło: C. Wagner, *EU-Auslandsbehandlungen...*, *op.cit.*

⁵⁴ 2015 health care..., *op. cit.*

⁵⁵ Wskaźnik obciążenia demograficznego – stosunek osób starszych niż 64 lata do osób w wieku produkcyjnym 15–64 lata (wsk.=32% na każde 100 osób w wieku produkcyjnym przypadają 32 osoby >64).

⁵⁶ <http://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.DPND.OL>.

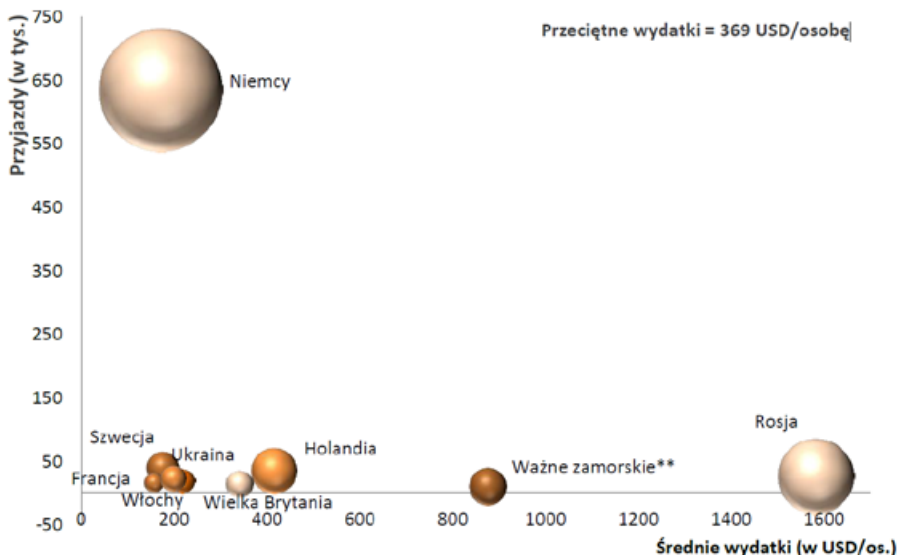
⁵⁷ *Turystyka medyczna w Republice...*, *op. cit.*

⁵⁸ *Ibidem*.

Analizy Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse dowodzą, że ogólnie spada zainteresowanie krajami wschodnioeuropejskimi jako celami turystyki medycznej. Obok Polski i Czech również Węgry odnotowują spadek zainteresowania swoimi usługami medycznymi. Pozostałe kraje wschodnioeuropejskie nie odnotowywały udziału wyższego niż 1% wśród najczęściej odwiedzanych państw. Natomiast stosunkowo wysokie wzrosty odnotowała Austria (4%), Szwajcaria i Hiszpania (po 3%) oraz Francja (2%). Potwierdza to długofalową prognozę wzrostu importu usług medycznych z sąsiadujących z Niemcami krajów niemieckojęzycznych – Austrii i Szwajcarii, a spadku udziału aktualnie dominujących krajów wschodnioeuropejskich. Z drugiej strony zmniejszenie segmentu wyjazdów sanatoryjnych w ogólnej liczbie wyjazdów leczniczych jest skorelowane ze spadkiem udziału Polski jako kierunku wyjazdów medycznych, co wskazuje na znaczną homogeniczność naszej oferty. Innymi słowy, Polska może utrzymać stabilny udział właśnie w wyjazdach uzdrowiskowych Niemców.

Jest to o tyle ważne, że jak widać na Rysunku 24, Niemcy pozostają dla polskiej medycznej turystyki przyjazdowej najważniejszym segmentem, generując 75% tego typu wizyt. Jednocześnie Niemcy zapewniają tylko 55% przychodów z turystyki medycznej, a przyczyną tej dysproporcji są stosunkowo niskie wydatki, wskazujące na korzystanie z mniej kosztownych procedur medycznych. Potwierdza to niejako specjalizację Polski właśnie w wyjazdach uzdrowiskowych, a jak już wspomniano w poprzednim rozdziale, Polska jest liderem w grupie krajów będących **zagranicznym celem wyjazdów Niemców do uzdrowisk, posiadając 9,5% udziału w tym rynku.**

Rysunek 24. Znaczenie najważniejszych rynków w segmencie turystyki zdrowotnej w 2013 r.

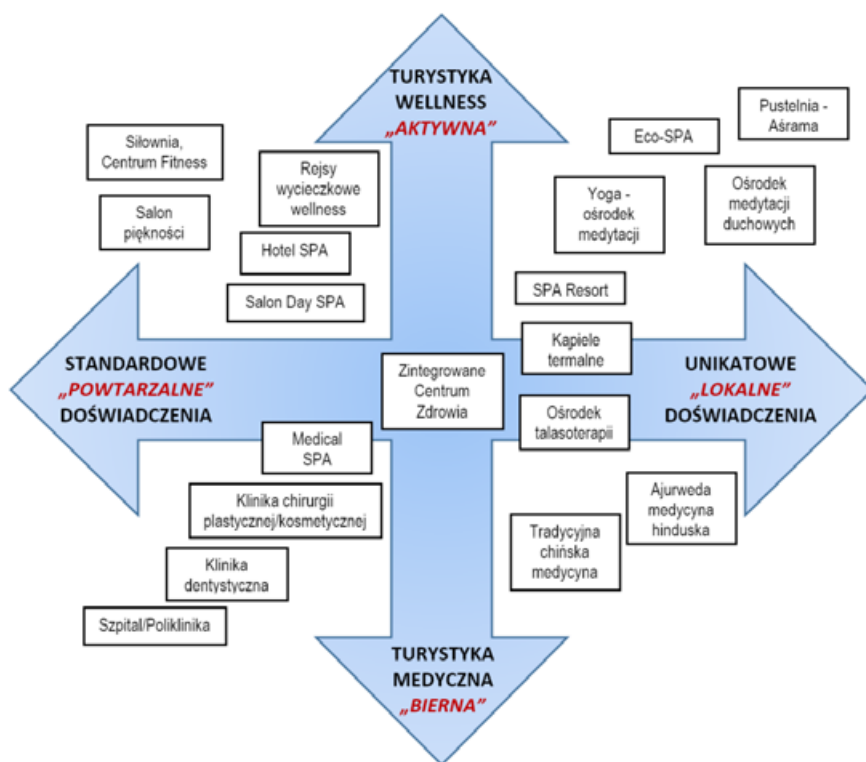


Źródło: K. Janczak, K. Patelak, *Zagraniczna..., op.cit.*

Kluczowym czynnikiem do utrzymania i następnie zwiększenia udziału w rynku niemieckich wyjazdów uzdrowiskowych jest reorientacja sanatoriów i obiektów SPA na świadczenie holistycznych usług typu wellness tourism, według modelu przedstawionego na Rysunku 25.

Turystyka wellness jest najdynamiczniej rozwijającym się rodzajem turystyki zdrowotnej, na który wydano w 2013 r. na świecie 494 mld USD⁵⁹. Niemcy są największym rynkiem tego typu turystyki w Europie oraz drugim po USA na świecie, osiągając w 2013 r. wartość 46,2 mld USD przy zrealizowanych 50,2 mln podróży⁶⁰. Wyniki cyklicznego badania rynku podróży w Niemczech przeprowadzanego przez FUR Forschungsgemeinschaft Urlaub und Reisen e.V. pokazują, że klasyczne formy turystyki zdrowotnej zanotowały duże spadki w okresie 2005–2014: Fitness holidays – 27%, Spa holidays – 14%, Health holidays – 12%, natomiast rynek turystyki typu wellness wzrósł o 37%⁶¹.

Rysunek 25. Zróżnicowanie produktowe w turystyce wellness i turystyce medycznej



Źródło: *Wellness Tourism and Medical Tourism: Where Do Spas Fit?*, Global Spa Summit, New York 2013, www.globalspasummit.org.

⁵⁹ *Global SPA & WELLNESS Economy Monitor*, Global Wellness Institute, New York 2014, <http://www.globalwellnessinstitute.com/researchproducpage/2014-the-global-spa-wellness-economy-monitor>.

⁶⁰ *Ibidem*.

⁶¹ U. Sonntag, *The Germans on...*, *op. cit.*

Bardzo ważnym dla polskich obiektów, które chciałyby podjąć współpracę z niemieckimi biurami podróży i kasami chorych, jest uzyskanie odpowiedniej akredytacji. Brak certyfikatów wymaganych na rynku niemieckim jest m.in. powodem częściowego spadku przyjazdów. Jak stwierdza Jan Golba, burmistrz Muszyny „...trzy-cztery lata temu był boom na przyjazdy zza zachodniej granicy, ale niemiecka propaganda zrobiła swoje. Niemcy mają system, w którym certyfikują obiekty uzdrowiskowe. Niemiecka kasa chorych zawiera umowy z takimi placówkami u siebie, na Węgrzech, na Słowacji, w Czechach. Polskie placówki nie mają certyfikatów, więc niemieckie media krzyczą, żeby nie jeździć do nas na kurację. Sugerują, że Niemiec przyjedzie i zostanie bez lekarza, bez dobrego jedzenia i w brudzie...”⁶².

Taką opinię potwierdza statystyka przywoływanej już Techniker Krankenkasse, współpracującej z wieloma placówkami medycznymi w Europie, przedstawiona w Tabeli 2.

Tabela 2. Placówki ochrony zdrowia współpracujące z Techniker Krankenkasse

Kraj	Włochy	Austria	Polska	Czechy	Portugalia	Hiszpania (+ Wyspy Kanaryjskie)	Dania	Szwecja	Słowacja	Węgry
Klinika/ Poliklinika	48	8	11	4	11	48	3	3	2	6
Sanatoria	11	5	3	9	-	-	-	-	-	-
Kliniki dentystyczne	-	-	1	-	-	-	-	-	-	4

Źródło: C. Wagner, *EU-Auslandsbehandlungen...*, op.cit.

Na zakończenie warto przyrzeć się preferencjom turystów niemieckich w zakresie turystyki wellness⁶³.

1. Urlop wellness w grupie docelowej 30–49 lat

- 93% ankietowanych chce „szybko” odpocząć od stresującej codzienności
- 68% to osoby pracujące
- 45% to osoby z wyższym wykształceniem
- 59% to kobiety
- 85% gospodarstw domowych składa się z 2 osób
- 45% ankietowanych ma miesięczny dochód w wysokości powyżej 3000 euro netto
- preferowane są krótkie wyjazdy wellness (1–3 dni)
- Nocleg w hotelach 3-, 4-gwiazdkowych z częściowym wyżywieniem
- Internet – źródłem informacji i sposobem rezerwacji wyjazdów (krótkoterminowo)

⁶² M. Szumer, P. Wieczorek, „Tygodnik Powszechny” Nr 32 (3291), 2012.

⁶³ *Turystyka uzdrowiskowa, Wellness & SPA w Niemczech*, POT, TOUR SALON, Poznań 2013.

2. Urlop wellness w grupie docelowej – rodzina z dziećmi

- 46% ankietowanych rodzin z dziećmi interesuje się podróżami wellness
- 3% z nich zgłasza gotowość zwiększenia wydatków na tego typu urlop
- 71% gospodarstw domowych składa się z co najmniej 4 osób
- 26% to osoby z wyższym wykształceniem
- Co drugie gospodarstwo ma miesięczny dochód w wysokości powyżej 3000 euro
- Preferowane są podróże wellness trwające od 4 do 9 dni
- Nocleg w hotelach 3-, 4-gwiazdkowych z częściowym wyżywieniem
- Internet – źródłem informacji i sposobem rezerwacji wyjazdów (z wyprzedzeniem)

3. Motywy wyjazdów Wellness & SPA

- Odpoczynek od stresującej codzienności – 87%
- Możliwość zrobienia „czegoś” dla własnego zdrowia – 77%
- Zapobieganie wypalaniu (Burnout) – 54%
- Możliwość spędzenia wspólnego czasu z partnerem – 57%

4. Oczekiwania klientów niemieckich wobec oferty Wellness & SPA

- Możliwość zamawiania zabiegów na miejscu – 84,3%
- Duży wybór zabiegów – 68,8%
- Hotel dysponujący strefami dla dzieci – 48,1% (tendencja wzrostowa!)
- Specjalistyczne treningi z ekspertami w zakresie prawidłowego odżywiania czy treningu ruchu – 24,5%
- Możliwość korzystania z mobilnego Internetu także w strefie wellness – 16,4%

Zbiorcza lista adresowa organizatorów turystyki medycznej

Lp.	Nazwa	Specjalność	Adres	Land	Telefon	E-mail	Strona www
1	SZ-Reisen Ostra – Allee 20, 01067 Dresden	Turystyka uzdrowiskowa, turystyka miejska	Allee 20, 01067 Dresden	Sachsen	(0351) 4864–2814	info.sz-reisen@dd-v.de	www.sz-reisen.de
2	Meissen Tourist GmbH Gerbergasse 4, 01662 Meissen	Turystyka miejska, turystyka uzdrowiskowa	Gerbergasse 4, 01662 Meissen	Sachsen	03521 4599–0	info@meissen-tourist.de	www.meissen-tourist.de
3	Eberhardt Travel Zschoner Ring 30 01723 Kesselsdorf	Turystyka uzdrowiskowa, turystyka miejska	Zschoner Ring 30, 01723 Kesselsdorf	Sachsen	+49 (0) 3 52 04 / 92 112	info@eberhardt-travel.de	www.eberhardt-travel.de
4	GSR-Gemeinsam Schoner Reisen GmbH Zschoner Ring 30 01723 Kesselsdorf	Turystyka miejska, turystyka uzdrowiskowa	Zschoner Ring 30, 01723 Kesselsdorf	Sachsen	+49 (0) 3 52 04 / 92 29 30	info@gsr-urlaub.de	www.gsr-urlaub.de
5	Reiseclub Cottbus GmbH, Berliner Str. 140–141 03046 Cottbus	Turystyka miejska, uzdrowiskowa	Berliner Str. 140, 141 03046 Cottbus	Brandenburg	0355 / 3 83 63–300 0355 / 3 83 63–310 0355 / 3 83 63–320 0355 / 3 83 63–330	info@reiseclub-cottbus.de	www.reiseclub-cottbus.de
6	Polster & Pohl Reisen GmbH, Friedrich-Ebert-Strasse 33, 04109 Leipzig	Turystyka uzdrowiskowa, turystyka miejska	Friedrich-Ebert-Strasse 33, 04109 Leipzig	Sachsen	(03 41) 26 17–0	info@polster-pohl.de	www.polster-pohl.de
7	Sachsentourist Wittig, Filderstadterstr. 1, 04758 Oschatz	Turystyka miejska, autokarowa, kulturowa, uzdrowiskowa	Filderstadterstr. 1, 04758 Oschatz	Sachsen	(03435) 930159	info@sachsentourist-wittig.de	www.sachsentourist-wittig.de
8	SELTA MED Kurreisen, Gottschaldstr. 1 a, 08523 Plauen	Turystyka uzdrowiskowa	Gottschaldstr. 1 a, 08523 Plauen	Sachsen	+49 3741–14 85 27–0	info@seltamed.de	www.seltamed.de
9	DESLA Touristik Alexanderstrasse 7 10178, Berlin	Turystyka uzdrowiskowa	Alexanderstrasse 7, 10178 Berlin	Berlin	030 / 24 72 75 11	info@desla.eu	www.desla-kuren.de
10	FFAIR Reisen GmbH, Waldeyerstr. 10/11, 10247 Berlin	Turystyka uzdrowiskowa, Wellness & SPA	Waldeyerstr 10/11, 10247 Berlin	Berlin	0049 /30 / 4 26 46 60	service@ffair.de	www.ffair.de
11	Worlitz Tourist GmbH, Frankfurter Allee 31 A, 10247 Berlin	Turystyka uzdrowiskowa, turystyka miejska	Frankfurter Allee 31 A, 10247 Berlin	Berlin	0 30–422 195 21 Buchungs-Hotline: 030 42 21 95 10	info@woerlitztourist.de	www.woerlitztourist.de
12	EuroMed Kurreisen, Franz-Jacob-Str. 22 a, 10369 Berlin	Turystyka uzdrowiskowa	Franz-Jacob-Str. 22 a, 10369 Berlin	Berlin	+49 (30) 203 16 203	info@em-kur.com	www.euromed-kurreisen.de www.kurreisen-wellness.de
13	Touristik und Kontakt International GmbH – CS, Plusreisen GmbH, Danziger Str. 168, 10407 Berlin	Turystyka uzdrowiskowa, miejska	Danziger Str. 168, 10407 Berlin	Berlin	+49 (0) 30 4 23 33 33	info@tuk.de	www.tuk.de
14	Holiday Land Reiseburo, Darpol GmbH, Wilmersdorfer Str.20, 10585 Berlin	Turystyka kulturowa, miejska, uzdrowiskowa	Wilmersdorfer Str. 20, 10585 Berlin	Berlin	030–34 20 0 74	darpol@tc-rb.de	www.holidayland-charlottenburg.de

Lp.	Nazwa	Specjalność	Adres	Land	Telefon	E-mail	Strona www
15	Beauty24 GmbH Hagelberger Str. 52 10965, Berlin	Wellness & Spa	Hagelberger Str. 52 10965, Berlin	Berlin	030 789 54 0 Hotline: 0800 24 000 44	service@beauty24.de	www.beauty24.de
16	MediKur Reisen GmbH, Heinrich- Gruber-Str. 3, 12621 Berlin	Turystyka uzdrowiskowa	Heinrich-Gruber-Str. 3, 12621 Berlin	Berlin	030-911 487 10	info@kuren.de	www.kuren.de
17	Kurreisen-Berlin, Stoserstrase 33 13505, Berlin-Konradshohe	Turystyka uzdrowiskowa	Stoserstrase 33 13505, Berlin-Konradshohe	Berlin	030 / 4 26 46 60	info@kurreisen-berlin.de	www.kurreisen-berlin.de
18	Panek Touristik, Sophienstr.41, 15230 Frankfurt/Oder	Turystyka aktywna, uzdrowiskowa	Sophienstr. 41, 15230 Frankfurt/Oder	Brandenburg	(0335) 61 00 98 06	info@panek-touristik.de	www.panek-touristik.com
19	Brussreisen, Berliner Str. 43, 16303 Schwedt/Oder	Turystyka uzdrowiskowa, miejska	Berliner Str. 43, 16303 Schwedt/Oder	Brandenburg	033 32 58 11 44	info@brussreisen.de	www.brussreisen.de
20	Reiseland Polen GmbH, Bootsweg 4, 16303 Schwedt/Oder	Turystyka miejska, uzdrowiskowa	Bootsweg 4, 16303 Schwedt/Oder	Brandenburg	0 33 32 / 51 77 95	buero@reiseland-polen.de	www.reiseland-polen.de
21	Schoenes-Polen, Berliner Strase 11, 16321 Bernau	Turystyka aktywna, miejska, uzdrowiskowa, Wellness & Spa	Berliner Strase 11, 16321 Bernau	Brandenburg	0 33 38 / 70 29 19	serviceteam @schoenes-polen.de	www.schoenes-polen.de
22	BTO International GmbH, Strelitzer Chaussee 253, 17235 Neustrelitz	Pakiety podrozy – turystyka miejska, uzdrowiskowa	Strelitzer Chaussee 253, 17235 Neustrelitz	Mecklenburg- Vorpommern	+49 (0) 3981 48 84-0	info@bto.de	www.bto.de
23	Tourcheck GmbH, Kuschelberg 11, 17235 Neustrelitz	Turystyka uzdrowiskowa, turystyka miejska	Kuschelberg 11, 17235 Neustrelitz	Mecklenburg- Vorpommern	03981 447784	info@tourcheck.de	www.tourcheck.de Strona jest w trakcie budowy
24	Becker-Strelitz Reisen, Gewerbepark Ost 18, 17235 Neustrelitz	Turystyka uzdrowiskowa	Gewerbepark Ost 18, 17235 Neustrelitz	Mecklenburg- Vorpommern	+49 (0) 39 81 23 71 0	info@becker-strelitz-reisen.de	www.becker-strelitz-reisen.de
25	Reisebuero Kofahl Reisen Lange Strase 2 18055, Rostock	Turystyka uzdrowiskowa, Wellness & SPA, turystyka miejska	Lange Strase 2 18055, Rostock	Mecklenburg- Vorpommern	0049 381 45 50 76	reisebuero@kofahl-reisen.de	www.kofahl-reisen.de
26	1AKuren Doberaner Strasse 38, 18057 Rostock (Kolobrzeg)	Turystyka uzdrowiskowa	Doberaner Strasse 38, 18057 Rostock (Kolobrzeg)	Mecklenburg- Vorpommern	0381 377 97 12	info@1akuren.de	www.1akuren.de Strona jest w trakcie budowy
27	58. Reisebuero Polenreisen, Adenauerallee 78 (am ZOB), 20097 Hamburg	Turystyka miejska, uzdrowiskowa	Adenauerallee 78 (am ZOB), 20097 Hamburg	Hamburg	+4940241427	info @polenreisen-hamburg.de	www.polenreisen-hamburg.de
28	Kroger-Reisen, Herrenstr. 18, 21698 Harsefeld	Turystyka uzdrowiskowa	Herrenstr. 18, 21698 Harsefeld	Niedersachsen	+49 04164 4811	info@kroeger-reisen.de	www.kroeger-reisen.de
29	Go East Reisen GmbH, Bahrenfelder Chaussee 53, 22761 Hamburg	Turystyka miejska, uzdrowiskowa, grupowa i indywidualna	Bahrenfelder Chaussee 53, 22761 Hamburg	Hamburg	040/896909-0	info@go-east.de	www.go-east.de

Lp.	Nazwa	Specjalność	Adres	Land	Telefon	E-mail	Strona www
30	Reiseburo Behrens GmbH, Am Rosengarten 14, 23701 Eutin	Turystyka miejska, kulturowa, uzdrowiskowa	Am Rosengarten 14, 23701 Eutin	Schleswig-Holstein	04521-4087	Reisebuero_Behrens@t-online.de	www.behrens-reisen.de
31	Dehn Reisen, Friedrichstr.10-12, 24534 Neumunster	Turystyka uzdrowiskowa, miejska	Friedrichstr. 10-12, 24534 Neumunster	Schleswig-Holstein	0 43 21-1 20 55	service@dehn-reisen.de	www.dehn-reisen.de
32	Neubauer Reisen GmbH Grosse Strase 4 24937, Flensburg	Turystyka miejska, turystyka aktywna, uzdrowiskowa, kulturowa	Grosse Strase 4 24937, Flensburg	Schleswig-Holstein	0461 14 18 50	info@neubauer-reisen.de	www.neubauer-reisen.de
33	Urlaub+ Reisen GmbH & Co.Touristik KG, Breitenweg 39, 28195 Bremen	Turystyka uzdrowiskowa (Kolobrzeg), turystyka miejska	Breitenweg 39, 28195 Bremen	Niedersachsen	+49 421175860	info@u-und-r.de	www.u-und-r.de
34	Irro-Reisen Roland-Brandin Str. 2, 29439 Luchow	Turystyka miejska, uzdrowiskowa	Roland-Brandin Str. 2, 29439 Luchow	Niedersachsen	05841 / 6446	info@irro.de	www.irro.de
35	Calenberger Partner-Reisen, Calenberger Str. 21, 30169 Hannover	Turystyka miejska, uzdrowiskowa, turystyka aktywna	Calenberger Str. 21, 30169 Hannover	Niedersachsen	0 511 131 6054	info@calenberger-partner-reisen.de	www.visit-polen.de
36	TUI Deutschland GmbH, Karl-Wiechert-Allee 23, 30625 Hannover	Turystyka miejska indywidualna i grupowa, turystyka uzdrowiskowa	Karl-Wiechert-Allee 23, 30625 Hannover	Niedersachsen	+49 511 5670	serviceteam@airtours.de	www.tui-group.com/de
37	Lorenz Reiseburo, Bahnhofsallee 25, 31134 Hildesheim	Turystyka uzdrowiskowa, podróże autokarowe, turystyka aktywna	Bahnhofsallee 25, 31134 Hildesheim	Niedersachsen	05121 28 66 63	info@lorenz-kurreisen.de	www.lorenz-kurreisen.de
38	Ruhe-Reisen GmbH, Bahnhofstrase 8, 31655 Stadthagen	Turystyka miejska, uzdrowiskowa, podróże autokarowe	Bahnhofstrase 8, 31655 Stadthagen	Niedersachsen	+49 5721 75034	info@ruhe-reisen.de	www.ruhe-reisen.de
39	JAWA-Reisen GmbH, Giersstr. 20, 33098 Paderborn	Turystyka uzdrowiskowa, Wellness & SPA	Giersstr. 20, 33098 Paderborn	Nordrhein-Westfalen	+49 5251-390 900	info@jawa-reisen.de	www.jawa-reisen.de
40	Service-Reisen Giesen, Heyne GmbH & Co. KG, Rodgener Str. 12, 35394 Giessen	Organizacja pakietów podróży: turystyka miejska, uzdrowiskowa	Rodgener Str. 12, 35394 Giessen	Hessen	+49- (0) 641-4006-0	info (at) servicereisen.de	www.servicereisen.de www.servicereisen.com
41	Reiseburo Gimmler GmbH Langgasse 45-49, 35578 Wetzlar	Turystyka miejska, zdrowotna	Langgasse 45-49, 35578 Wetzlar	Hessen	+49 (0) 6441 90 10-0	info@gimmler-reisen.de	www.gimmler-reisen.de
42	Weihrauch Uhlendorff GmbH, Matthias-Grunewald-Str. 32-34, 37154 Northeim	podróże autokarowe, turystyka miejska, zdrowotna	Matthias-Grunewald-Str. 32-34, 37154 Northeim	Niedersachsen	+49 5551 97500	info@weihrauch-uhlendorff.de	www.weihrauch-uhlendorff.de
43	Werner-Tours Touristikinternational GmbH, Waller See 1, 38179 Schwulper	Turystyka miejska, uzdrowiskowa	Waller See 1, 38179 Schwulper	Niedersachsen	+49 531 24180	info@werner-tours.de	www.werner-tours.de
44	Silesia Travel plus e.K, Grafenberger Allee 411, 40235 Dusseldorf	Turystyka miejska, uzdrowiskowa, Wellness &SPA	Grafenberger Allee 411, 40235 Dusseldorf	Nordrhein-Westfalen	+49/211/6989635	w.lazar@silesia-travel.de	www.silesia-travel.de

Lp.	Nazwa	Specjalność	Adres	Land	Telefon	E-mail	Strona www
45	Polen-Exklusive, Zu den vier Flothen 5 a, 40822 Mettmann	Wynajem zamków, willi, organizacja imprez firmowych, Wellness & SPA	Zu den vier Flothen 5 a, 40822 Mettmann	Nordrhein-Westfalen	+49 2104957284	info@polandexclusive.com	www.polandexclusive.com
46	R.U.F Touristik GmbH, Ostenhellweg 42-48, 44135 Dortmund	Turystyka miejska, uzdrowiskowa (Kołobrzeg)	Ostenhellweg 42-48, 44135 Dortmund	Nordrhein-Westfalen	(0231) 557531 0	info@ruf-touristik.de	www.ruftouristik.de
47	B & Z Touristik GmbH, Wellinghofer Amtsstr. 17, 44265 Dortmund	Turystyka uzdrowiskowa, podróże naukowe	Wellinghofer Amtsstr. 17, 44265 Dortmund	Nordrhein-Westfalen	(0231) 462402	info (at) bz-touristik.de	www.bz-touristik.de
48	Berg Reisebüro + Busreisen, Horster Str. 36, 45897 Gelsenkirchen	Turystyka miejska, zdrowotna	Horster Str. 36, 45897 Gelsenkirchen	Nordrhein-Westfalen	+49 209 586016	berg.mail@gmx.de	nachbarschaft.immobilienscout24.de
49	Strier Reisen, Baumerstr. 9-11, 49477 Ibbenburen	Turystyka miejska (Pomorze, Mazury), uzdrowiskowa (Kołobrzeg)	Baumerstr. 9-11, 49477 Ibbenburen	Nordrhein-Westfalen	+49 5451 2900	info (at) strier.de	www.strier.de
50	Reisebüro „Polorbis“ OHG, Friesenstr. 20, 50670 Köln	Turystyka miejska, uzdrowiskowa, podróże „szyte na miarę”	Friesenstr. 20, 50670 Köln	Nordrhein-Westfalen	+49 21 14226070 0221-951534	info@polorbis-koeln.de	www.polorbis-koeln.de
51	Polonia Travel Oberdorfstr. 3 53859, Niederkassel-Mondorf	Turystyka miejska, uzdrowiskowa, podróże „szyte na miarę”	Oberdorfstr. 3 53859, Niederkassel-Mondorf	Nordrhein-Westfalen	0228-43334306	info@poloniatravel.de	www.poloniatravel.de
52	Krak Reisebüro, Hintere Bleiche 9, 55116 Mainz	Turystyka miejska, uzdrowiskowa, Wellness & SPA	Hintere Bleiche 9, 55116 Mainz	Rheinland-Pfalz	(06131) 23 81 06	post@krak.de	www.krak.de
53	Volk Travel Service GmbH, Stegmannstrasse 5-7, 56068 Koblenz	Turystyka uzdrowiskowa, turystyka aktywna	Stegmannstrasse 5-7, 56068 Koblenz	Rheinland-Pfalz	+49 (0) 261 -29 35 19 0	info@volk-travelservice.com	www.volk-travelservice.com
54	Koziol Reisen GmbH, Ahlener Str. 3, 59073 Hamm	Turystyka uzdrowiskowa, turystyka miejska	Ahlener Str.3, 59073 Hamm	Nordrhein-Westfalen	02381 671593	kontakt@koziol-reisen.de	www.koziol-reisen.de
55	FIT Gesellschaft für gesundes Reisen GmbH, Ferdinand-Happ-Str. 28, 60314 Frankfurt am Main	Turystyka uzdrowiskowa, Wellness & SPA	Ferdinand-Happ-Str. 28, 60314 Frankfurt am Main	Hessen	0694058850	info@fitreise.de	www.fitreisen.de
56	POL Travel, Baselerstr. 35-37, 60329 Frankfurt am Main	Turystyka uzdrowiskowa, Wellness & SPA	Baselerstr. 35-37, 60329 Frankfurt am Main	Hessen	+49 69 232360	poltravel@web.de	www.poltravel.net
57	Onka-Tours GmbH & Co. KG, Winterbacher Strasse 45, 66606 St. Wendel	Turystyka miejska, turystyka uzdrowiskowa	Winterbacher Strasse 45, 66606 St. Wendel	Saarland	6851 869286	info@onkatours.de	www.onkatours.de

Lp.	Nazwa	Specjalność	Adres	Land	Telefon	E-mail	Strona www
58	Bavaria Touristik, Finsterwalderstr. 8, 83026 Rosenheim	Turystyka miejska, kulturowa, uzdrowiskowa, Wellness & SPA	Finsterwalderstr. 8, 83026 Rosenheim	Bayern	+49 8031401537	info@bavariatouristik.de	www.bavariatouristik.com
59	Fromm Reisen OHG, Industriestrase 16 88489, Wain	Turystyka uzdrowiskowa, miejska	Industriestrase 16 88489, Wain	Baden-Württemberg	+49 7353 98480	info@fromm-reisen.de	www.fromm-reisen.de
60	Brylla reisen, Dinkelweg 3 90547, Stein	Turystyka miejska, uzdrowiskowa	Dinkelweg 3 90547, Stein	Bayern	+49 (0) 911 42 63 61	info@brylla-reisen.de	www.brylla-reisen.de
61	Kastl-Ost-Touristik GmbH, Rosenberger Str.10, 92237 Sulzbach-Rosenberg	Turystyka miejska, turystyka uzdrowiskowa	Rosenberger Str. 10, 92237 Sulzbach-Rosenberg	Bayern	+49 9661 87110	hans-juergen-kaestl@kaestlworld.com	www.kaestlworld.com
62	Wolff Ost-Reisen GmbH, Tradtstrase 6, 93437 Furth im Wald	Turystyka kulturowa, turystyka miejska, uzdrowiskowa, Wellness & SPA	Tradtstrase 6, 93437 Furth im Wald	Bayern	+49 9973 5080	wor@wolff-ostreisen.de	www.wolff-travel.com
63	Vianova GmbH, In der Buttergrube 1, 99438 Weimar	Turystyka uzdrowiskowa, Wellness & SPA	In der Buttergrube 1, 99438 Weimar	Thüringen	+49 3643493350	info@vianova-urlaub.de	www.vianova-urlaub.de



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

POLSKA AGENCJA
ROZWOJU
PRZEDSIĘBIORCZOŚCI



KUYAWSKO-POMORSKA
ORGANIZACJA PRACODAWCÓW
LEWIATAN

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Analiza cen usług medycznych - Ekspertyza ryнку niemieckiego



Spis treści

Wstęp	123
Ortopedia.....	124
Okulistyka	124
Medycyna estetyczna.....	125
Stomatologia	125
Urologia.....	126
Kardiologia.....	127
Usługi uzdrowiskowe	127
Podsumowanie	128
Spis tabel.....	129
Przypisy końcowe	129

Wstęp

Celem opracowania ekspertyzy było porównanie średnich cen wytypowanych usług medycznych oferowanych przez wybrane podmioty zlokalizowane w Niemczech oraz w województwie kujawsko-pomorskim.

Analizę przeprowadzono dla następujących kategorii usług:

1. ortopedia
2. okulistyka
3. medycyna estetyczna
4. stomatologia
5. urologia
6. kardiologia
7. rehabilitacja i usługi uzdrowiskowe.

W przypadku podmiotów zlokalizowanych w województwie kujawsko-pomorskim, badania średnich cen usług przeprowadzono na podstawie cenników zamieszczonych na stronach poszczególnych podmiotów według stanu na wrzesień 2014, w drodze wywiadu telefonicznego lub kontaktu osobistego, poprzez serwisy branżowe i portale związane z turystyką medyczną. Dla podmiotów zlokalizowanych w Niemczech ceny usług pobrano z cenników internetowych, serwisów oferujących dane dotyczące turystyki medycznej oraz z cenników urzędowych¹.

W badanym okresie średnio kurs za 1 euro oscylował wokół 4,2 zł. W związku z tym taki poziom cen przyjęto dla przeliczenia cen na PLN.

Zbieranie danych o cenach usług medycznych w Niemczech jest procesem bardzo trudnym, w związku z tym zespół badawczy podejmował różne działania w celu pozyskania pożądanej wiedzy – pracownicy zarówno wykonywali połączenia telefoniczne, jak i pisali maile. W żadnym z przypadków nie udało się otrzymać bezpośrednich informacji od lekarzy o poziomie cen. Nawet gdy pracownik podawał się za potencjalnego pacjenta, lekarz nie udzielał informacji o cenie. Zapraszał na wizytę, po której mógł wskazać cenę za usługę medyczną. W związku z powyższym zespół postanowił przeprowadzić analizę w oparciu o ceny urzędowe. Należy mieć świadomość, że ceny rynkowe będą odbiegały od cen urzędowych – w wielu przypadkach okazało się, że ceny urzędowe były na wyższym poziomie niż ceny komercyjne. W przypadkach, gdy udało się wskazać cenę komercyjną, zamieszczono stosowny komunikat w tej sprawie.

W Załączniku 1 umieszczono ekspertyzę obejmującą analizę cen w województwie kujawsko-pomorskim.

W kolejnych rozdziałach wskazano średnie poziomy cen usług z podziałem na kategorie usług. Ostatnie dwa rozdziały to podsumowanie oraz spis tabel.

Ortopedia

W Tabeli 1 zamieszczono średnie poziomy cen.

Tabela 1. Średnie ceny wybranych usług ortopedycznych w Niemczech i w województwie kujawsko-pomorskim

Usługa	Cena urzędowa w Niemczech w PLN	Średnia cena komercyjna w województwie kujawsko-pomorskim w PLN
Artroskopia operacyjna stawu kolanowego	1 422	3 000
Rekonstrukcja więzadła krzyżowego przedniego (ACL) stawu kolanowego	1 979	6 900
Artroskopia operacyjna barku/stawu skokowego	1 499	3 200
Operacja kanału nadgarstka	1 422	2 300
Operacja palucha koślawego	397	4 300

Źródło: Opracowanie własne.

Porównując ceny urzędowe w Niemczech z cenami oferowanymi przez podmioty polskie, zaobserwowano wyższy poziom cen w Polsce. W przypadku artroskopii operacyjnej barku/stawu skokowego wskazano cenę komercyjną w wysokości 12 600 PLN². W tym przypadku okazało się, że cena oferowana przez podmioty polskie jest kilkakrotnie niższa od ofert przedstawianych przez podmioty niemieckie.

Okulistyka

W Tabeli 2 zamieszczono średnie poziomy cen.

Tabela 2. Średnie ceny wybranych usług okulistycznych w Niemczech i w województwie kujawsko-pomorskim

Usługa	Cena urzędowa w Niemczech w PLN	Średnia cena komercyjna w województwie kujawsko-pomorskim w PLN
Operacja usunięcia zaćmy	951	4 100
Trabekulektomia – operacja przeciwjaskrowa	2 142	2 450

Źródło: Opracowanie własne.

Ceny urzędowe niemieckie okazują się być niższe niż analogiczne ceny komercyjne w Polsce. W przypadku Trabekulektomii – operacji przeciwjaskrowej ceny nie różnią się bardzo. W obu przypadkach udało się wskazać ceny komercyjne (operacja usunięcia zaćmy – 6300³ PLN, Trabekulektomia – 10 500⁴ PLN). Są one kilkakrotnie wyższe w Niemczech niż w Polsce.

Medycyna estetyczna

W Tabeli 3 zamieszczono średnie poziomy cen.

Tabela 3. Średnie ceny wybranych usług medycyny estetycznej w Niemczech i w województwie kujawsko-pomorskim

Usługa	Średnia cena komercyjna w Niemczech w PLN	Średnia cena komercyjna w województwie kujawsko-pomorskim w PLN
Plastyka powiek górnych	9 811 ⁽⁵⁾	3 584
Korekcja odstających uszu	9 941 ⁽⁶⁾	3 233
Całkowita korekcja nosa	20 173 ⁽⁷⁾	9 330
Powiększenie piersi implantami anatomicznymi	24 528 ⁽⁸⁾	15 330
Powiększenie piersi implantami okrągłymi	24 528 ⁽⁹⁾	12 333
Powiększenie piersi kwasem hialuronowym	15 943 ⁽¹⁰⁾	9 333
Podniesienie piersi	21 790 ⁽¹¹⁾	12 000
Zmniejszenie piersi	25 624 ⁽¹²⁾	10 667
Plastyka brzucha	25 229 ⁽¹³⁾	12 667
Lifting czoła nićmi Silhouette Soft	15 931 ⁽¹⁴⁾	4 333

Źródło: Opracowanie własne.

W przypadku usług kategorii medycyny estetycznej udało się wskazać ceny komercyjne w Niemczech. Wszystkie pozycje charakteryzują się wyższymi cenami w Niemczech niż w Polsce.

Stomatologia

W Tabeli 4 zamieszczono średnie poziomy cen.

Tabela 4. Średnie ceny wybranych usług stomatologicznych w Niemczech i w województwie kujawsko-pomorskim

Usługa	Cena urzędowa w Niemczech w PLN	Średnia cena komercyjna w województwie kujawsko-pomorskim w PLN
Leczenie kanałowe	706	550
Wypełnienie zęba	306	195
Odbudowa zęba	945	240
Wybielanie zębów	1 890	1 013
Proteza szkieletowa	1 674	1 500
Korona pełnoceramiczna	1 240	1 228
Ekstrakcja zęba stałego	124	200
Operacyjny zabieg implantacji ⁽¹⁵⁾	8 400	3 125

Źródło: Opracowanie własne.

W przypadku stomatologii większość cen urzędowych w Niemczech jest wyższa od cen oferowanych przez podmioty zlokalizowane w województwie kujawsko-pomorskim. W przypadku operacyjnego zabiegu implantacji ceny komercyjne w Niemczech są kilkukrotnie wyższe od cen w Polsce.

Urologia

W Tabeli 5 zamieszczono średnie poziomy cen.

Tabela 5. Średnie ceny wybranych usług urologicznych w Niemczech i w województwie kujawsko-pomorskim

Usługa	Cena urzędowa w Niemczech w PLN	Średnia cena komercyjna w województwie kujawsko-pomorskim w PLN
Przeżęchowe usunięcie gruczolaka stercza	1 585	6 767
Cystoskopia (wziernikowanie pęcherza moczowego)	177	1 140
Laparoskopowe usunięcie torbieli nerki	951	4 533
Operacja przepukliny pachwinowej i mosznowej z użyciem siatki chirurgicznej	1 028	2 933
Stulejka, wędzidełko w znieczuleniu miejscowym	317	1 500
Stulejka, wędzidełko w znieczuleniu ogólnym	317	2 100
TURP (przecewkowa elektroresekcja stercza)	2219	4 633
TURT (przecewkowa elektroresekcja guza pęcherza)	633	4 433
Uretrotomia (nacięcie cewki moczowej) optyczna	254	2 133
URSL (endoskopowe usunięcie kamienia z moczowodu)	951	4 233
Usunięcie kamienia z pęcherza moczowego	1268	3 333
Wycięcie najądrza, torbieli najądrza, usunięcie jądra	633	2 267

Źródło: Opracowanie własne.

Usługi urologiczne w większości przypadków w Niemczech (w oparciu o ceny urzędowe) są niższe niż w Polsce. W przypadku operacji przepukliny pachwinowej cena komercyjna wynosi około 12 600¹⁶ PLN i jest kilkukrotnie wyższa od ceny komercyjnej na rynku polskim. Podobnie sytuacja wygląda w przypadku stulejki, gdzie cena komercyjna w Niemczech oscyluje w okolicach 3150¹⁷ PLN.

Kardiologia

W Tabeli 6 zamieszczono średnie poziomy cen.

Tabela 6. Średnie ceny wybranych usług kardiologicznych w Niemczech i w województwie kujawsko-pomorskim

Usługa	Cena urzędowa w Niemczech w PLN	Średnia cena komercyjna w województwie kujawsko-pomorskim w PLN
Koronografia	857	1 433
Laserowe usuwanie żyłaków – metoda EVLT ⁽¹⁸⁾	5 770	3 133

Źródło: Opracowanie własne.

W przypadku laserowego usuwania żyłaków komercyjne ceny w Niemczech oscylują wokół 8000 PLN¹⁹ i są kilkukrotnie wyższe niż w Polsce.

Usługi uzdrowiskowe

W Tabeli 7 i 8 zamieszczono średnie poziomy cen.

Tabela 7. Średnie ceny wybranych usług uzdrowiskowych w Niemczech i w województwie kujawsko-pomorskim

Usługa	Cena urzędowa w Niemczech w PLN	Średnia cena komercyjna w województwie kujawsko-pomorskim w PLN
FIZYKOTERAPIA		
Elektrostymulacja	84	13
Ultradźwięki	47	12
Krioterapia miejscowa – 1 okolica	46	36
Sollux	44	11
MASAŻ		
Masaż klasyczny grzbietu i kręgosłupa 30 min	28	37
Masaż klasyczny całościowy – 60 min	197	73
Masaż odcinkowy kręgosłupa – 20 min	28	27

Źródło: Opracowanie własne

Prawie wszystkie ceny urzędowe w Niemczech są wyższe od cen oferowanych przez podmioty w Polsce.

Tabela 8. Średnie ceny wybranych usług uzdrowiskowych w Niemczech i w województwie kujawsko-pomorskim

	Cena urzędowa w Niemczech w PLN	Średnia cena komercyjna w województwie kujawsko-pomorskim w PLN
Kąpiel mineralna	46	15
Kąpiel perełkowa	56	17
Masaż ręczny kręgosłupa	28	14
Gimnastyka indywidualna	105	19
Krioterapia	46	13
Lampa solux	44	9

Źródło: Opracowanie własne

Wszystkie analizowane ceny komercyjne w Polsce są niższe od odpowiednich cen urzędowych w Niemczech.

Podsumowanie

Przeprowadzona analiza cen wybranych usług medycznych dotyczyła podmiotów działających na terenie Niemiec oraz przede wszystkim w województwie kujawsko-pomorskim.

Województwo kujawsko-pomorskie posiada podmioty świadczące usługi medyczne charakteryzujące się w wielu przypadkach średnio niższym poziomem cen niż analogiczne usługi w Niemczech.

Szczególnie atrakcyjne są obszary medycyny estetycznej, stomatologii, usług uzdrowiskowych.

Spis tabel

Tabela 1. Średnie ceny wybranych usług ortopedycznych w Niemczech i w województwie kujawsko-pomorskim.....	124
Tabela 2. Średnie ceny wybranych usług okulistycznych w Niemczech i w województwie kujawsko-pomorskim	124
Tabela 3. Średnie ceny wybranych usług medycyny estetycznej w Niemczech i w województwie kujawsko-pomorskim	125
Tabela 4. Średnie ceny wybranych usług stomatologicznych w Niemczech i w województwie kujawsko-pomorskim	125
Tabela 5. Średnie ceny wybranych usług urologicznych w Niemczech i w województwie kujawsko-pomorskim	126
Tabela 6. Średnie ceny wybranych usług kardiologicznych w Niemczech i w województwie kujawsko-pomorskim	127
Tabela 7. Średnie ceny wybranych usług uzdrowiskowych w Niemczech i w województwie kujawsko-pomorskim	127
Tabela 8. Średnie ceny wybranych usług uzdrowiskowych w Niemczech i w województwie kujawsko-pomorskim	128

Przypisy końcowe

- 1 http://www.gesetze-im-internet.de/go__1982/; http://www.kbv.de/media/sp/UV_GOAE.pdf; <http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/Analogverzeichnis201301.pdf>.
- 2 Cena pochodzi z serwisu <http://www.tourmedica.pl/>.
- 3 Cena pochodzi z serwisu <http://www.tourmedica.pl/>.
- 4 Cena pochodzi z serwisu <http://www.tourmedica.pl/>.
- 5 Cena pochodzi z http://www.estheticon.de/preise/blepharoplastik-augenlidplastik/deutschland?order=price_from.
- 6 Cena pochodzi z http://www.estheticon.de/preise/ohrkorrektur-otoplastik/deutschland?order=price_to.
- 7 Cena pochodzi z http://www.estheticon.de/preise/nasennekorrektur-rhinoplastik/deutschland?order=price_to.
- 8 Cena pochodzi z http://www.estheticon.de/preise/brustvergroesserung-mammoplastik/deutschland?order=price_from.
- 9 Cena pochodzi z http://www.estheticon.de/preise/brustvergroesserung-mammoplastik/deutschland?order=price_from.

- 10 Cena pochodzi z http://www.estheticon.de/preise/brustvergroesserung-macrolane/deutschland?order=price_to.
- 11 Cena pochodzi z http://www.estheticon.de/preise/brustlifting-mastopexie/deutschland?order=price_to.
- 12 Cena pochodzi z http://www.estheticon.de/preise/brustverkleinerung/deutschland?order=price_to.
- 13 Cena pochodzi z http://www.estheticon.de/preise/bauchstraffung-abdominoplastik/deutschland?order=price_from.
- 14 Cena pochodzi z http://www.estheticon.de/preise/stirnstraffung-brauenstraffung/deutschland?order=price_to.
- 15 Cena komercyjna <http://www.implantate.com/was-kosten-zahnimplantate.html>.
- 16 Cena pochodzi z serwisu <http://www.tourmedica.pl/>.
- 17 Cena pochodzi z serwisu <http://www.tourmedica.pl/>.
- 18 http://www.focus.de/gesundheit/ratgeber/haut/news/tid-24294/forschung-und-technik-medin-verschweisst-und-zugelebt_aid_679462.html.
- 19 Cena pochodzi z serwisu <http://www.tourmedica.de/preise/laserbehandlung-von-krampfadern-evt/>.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

POLSKA AGENCJA
ROZWOJU
PRZEDSIĘBIORCZOŚCI



KUJAWSKO-POMORSKA
ORGANIZACJA PRACODAWCÓW
LEWIATAN

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Analiza SWOT eksportu usług medycznych, uzdrowiskowych oraz SPA



Spis treści

Wstęp	133
Analiza SWOT	133
Podsumowanie	136
Bibliografia	138

Wstęp

Wszystkie dokumenty strategiczne wyznaczające przyszłą strategię funkcjonowania struktury klastrowej powinny bazować na wnikliwej analizie otoczenia wewnętrznego i zewnętrznego. Jedną z metod analizy i planowania strategicznego jest analiza SWOT, którą należy traktować jako podpowiedź oraz uwzględniać jej wyniki w planowaniu strategicznym. W takim rozumowaniu SWOT jest systematyczną oceną zewnętrznym i wewnętrznym czynników określających kondycję bieżącą i potencjał rozwojowy organizacji, struktury klastrowej, regionu.

Niniejsza ekspertyza składa się z czterech części, tj. wstępu, analizy SWOT eksportu usług przez polskie podmioty medyczne, uzdrowiska i SPA na rynku niemieckim, podsumowania i spisu bibliografii.

Analiza SWOT

Mocne strony	Słabe strony
Funkcjonowanie EKUZ – Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego [P]	Nieuwzględnianie w EKUZ prywatnego systemu opieki zdrowotnej [P]
Wspólne przepisy koordynujące zasady realizacji usług medycznych we wszystkich państwach UE [P]	Nieuwzględnienie w EKUZ bezpłatnych świadczeń w trybie planowym [P]
Dyrektywy stanowiące o konieczności pokrycia leczenia otrzymanego poza krajem zamieszkania lub ubezpieczenia [P]	Wysokość refundacji jest równa jedynie kwocie wyceny świadczenia, jaka obowiązuje w kraju ojczystym [P, C]
Niższe ceny usług zdrowotnych w Polsce [P]	Opinia, że polskie placówki medyczne są gorzej wyposażone niż placówki niemieckie [B]
Brak barier w dostępie do opieki zdrowotnej [P]	Opinia, że usługi towarzyszące są mniej kompleksowe niż w Niemczech [B]
Opinia, że koszty leczenia są bardziej konkurencyjne niż w Niemczech [B]	Brak świadomości o możliwości zakupu usług medycznych za granicą [B]
Opinia, że czas oczekiwania jest krótszy niż w Niemczech [B]	Wyższe ceny usług urologicznych, kardiologicznych [C]
Bardzo dobra opinia o polskich lekarzach [B]	Brak świadomości istnienia ośrodków uzdrowiskowych na terenie województwa kujawsko-pomorskiego (w Polsce znany jedynie Kołobrzeg) [B]
Niższe ceny usług stomatologicznych [C] Rynek usług stomatologicznych bardzo dobrze dostosowany do rynku [I]	Brak zaufania co do jakości świadczonych usług [B]
Powstanie silnej struktury klastrowej skupiającej podmioty z branży turystyki uzdrowiskowej i medycznej w województwie kujawsko-pomorskim [I]	Tylko jedno połączenie z Portu Lotniczego Bydgoszcz z Niemcami (Dusseldorf) [I]

Mocne strony	Słabe strony
Polska w gronie top 5 europejskich destynacji turystycznych (turystyka zdrowotna) [MTP]	Brak spójnej i długofalowej polityki rozwoju branży turystyki medycznej i uzdrowiskowej w woj. kujawsko-pomorskim [S]
Pozytywna ocena konkurencyjności produktów turystycznych dla turystyki zdrowotnej w stosunku do rynku niemieckiego (ponad 30%) [MSP]	Funkcjonowanie przedsiębiorstw rynku usług medycznych i uzdrowiskowych w największej skali na rynkach lokalnym i regionalnym [R]
Ponad dwukrotnie niższa cena usług uzdrowiskowych (1 osobodzień: 85 euro w Niemczech, 39 euro w Polsce) [TwTMiU]	Większość (72%) przedsiębiorstw funkcjonujących w województwie kujawsko-pomorskim na rynku usług medycznych i uzdrowiskowych przyznaje, że w ich organizacjach występuje brak umiejętności językowych, co stanowi istotną barierę w obsłudze klienta zagranicznego [R]
	Tylko 42% przedsiębiorstw funkcjonujących na rynku usług medycznych i uzdrowiskowych dysponuje stroną internetową w języku obcym. W przypadku 40% jest to j. angielski, w 24% jest to j. niemiecki [R]

Szanse	Zagrożenia
Zwiększająca się liczba obywateli UE korzystających w Polsce z usług medycznych (od maja 2004 do października 2006 –18 tys.; 2009 –107 tys., w tym 29% z Niemiec) [P]	Wzrost biurokracji rozliczania świadczeń [P] Trudności wynikające z kwestii formalnych koniecznych do przejścia w trakcie wdrażania procedury leczenia zagranicznego [B]
Możliwość opłaty kosztów leczenia we własnym zakresie, a następnie zwrócenie się do płatnika w swoim państwie celem refundacji poniesionych kosztów [P]	Prawdopodobne bariery komunikacyjne (brak kwalifikacji językowych, w szczególności w zakresie terminologii medycznej) [B]
Możliwość omięcia krajowych ograniczeń wynikających z limitowania świadczeń przez płatników [P]	Prawdopodobny brak zaufania do personelu [B]
Możliwość stosowania strategii cenowej dla usług stomatologicznych i usług medycyny estetycznej [B]	Wydłużony czas oczekiwania na badania wstępne może spowodować, że pacjent niemiecki nie będzie w stanie precyzyjnie ustalić terminu wizyty w Polsce [B]
Możliwość stosowania strategii jakościowej dla usług związanych z leczeniem nadwagi i otyłości [B]	Prawdopodobna negatywna ocena sal szpitalnych, toalet, natrysków i starszych oddziałów [B]
Możliwość stosowania strategii koncentracji dla usług ortopedycznych i okulistycznych [B]	Medialne doniesienia o powikłaniach zabiegów wykonywanych w Polsce (przykład Christiny Henlund) [I]
Wysokie prawdopodobieństwo wyjazdu mieszkańców Niemiec (Dolna Saksonia) do Polski w celu skorzystania z usług z obszaru stomatologii, medycyny estetycznej i rehabilitacji [B]	Zbyt duża odległość do miejsca świadczenia usług medycznych może dyskwalifikować usługi pod względem ceny ostatecznej [B]
Poświęcanie większej ilości czasu chorym w Polsce niż w Niemczech (w Niemczech średnio 5 min u lekarza pierwszego kontaktu). Nietraktowanie pacjenta podmiotowo [B]	Negatywna opinia o polskim systemie opieki medycznej przekazywana przez obywateli Polski przebywających czasowo na terytorium Niemiec [B]

Traktowanie wszystkich pacjentów „równo” (w Niemczech „pacjent prywatny” otrzymuje usługi o wyższej jakości) [B]	Prawdopodobne kłopoty z wdrożeniem karty pacjenta, na której zapisywane są wszystkie usługi medyczne, na podstawie której następują rozliczenia pomiędzy niemiecką kasą chorych a pacjentem [F]
Możliwość rozwoju usług, które niosą za sobą niskie ryzyko powikłań i są zabiegami nieinwazyjnymi [B]	Prawdopodobna likwidacja połączenia lotniczego z Niemcami (Dusseldorf) [I]
Zwiększające się prognozy co do długości życia obywateli Niemiec [F]	Stopniowe umacnianie się kursu złotego może spowodować zanik przewagi cenowej [I] Przystąpienie Polski do strefy euro może spowodować konieczność stosowania innych strategii niż strategia cenowa [I]
Stale zmniejszająca się liczba niemieckich lekarzy powoduje znaczne ograniczenie w dostępie do świadczeń zdrowotnych [F]	
Dalsze utrzymywanie się liczby obywateli Niemiec odwiedzających Polskę w celach turystycznych [ZTPdP] • 2013 r. – spośród 72,3 mln odwiedzających 29 mln stanowili obywatele Niemiec • 2013 r. – spośród 15,8 mln turystów 5,3 mln stanowili obywatele Niemiec • 2013 r. – cele zdrowotne deklarowało 12% obywateli Niemiec	
Traktowanie turystyki uzdrowiskowej jako jednego z priorytetowych polskich produktów turystycznych [TwTMiU]	
Możliwość współpracy z zapleczem naukowo-badawczym (UMK Collegium Medicum – Wydział Lekarski, Nauk o Zdrowiu i Farmaceutyczny, UKW – Zakład Bioinżynierii Medycznej, WSG – Instytut Nauk o Zdrowiu i Kulturze Fizycznej [I])	
Branżowy program promocji branży turystycznej Ministerstwa Gospodarki [S]	
Przygotowanie kompleksowej oferty zawierającej usługi dodatkowe: transport, zwiedzanie itp. [I]	
Przedsiębiorstwa funkcjonujące na rynku usług medycznych i uzdrowiskowych w najbliższym czasie planują wejście na nowe rynki [R]	

Użyte skróty

- MTS – Medical Tourism Summary¹
P – Prawne uwarunkowania związane z eksportem usług medycznych²
ZTPdP – Zagraniczna Turystyka przyjazdowa do Polski 2013 – raport³

¹ <http://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf>.

² *Prawne uwarunkowania związane z eksportem usług medycznych świadczonych pacjentom z rynku niemieckiego. Ekspertyza rynku niemieckiego*, WSG, Bydgoszcz 2014.

³ https://d1dmfej9n5lghm.cloudfront.net/msport/article_attachments/attachments/61297/original/Zagraniczna_turystyka_przyjazdowa_do_Polski_w_2013r..pdf?1407758811.

- C – Analiza cen usług medycznych⁴
- MSP – Marketingowa strategia Polski w sektorze turystyki na lata 2012–2020⁵
- B – Badanie terenowe⁶
- TwTMiU – Trendy w turystyce medycznej i uzdrowiskowej w kraju i za granicą⁷
- I – Inne źródła⁸
- S – Strategia Klastra Turystyki Medycznej i Uzdrowiskowej
- R – Raport z badania ilościowego podmiotów medycznych, uzdrowiskowych w województwie kujawsko-pomorskim przygotowany do strategii Klastra Turystyki Medycznej i Uzdrowiskowej
- F – Analiza systemów finansowania usług⁹
- ZTPdP – Zarządzanie turystyką przyjazdową do Polski¹⁰

Podsumowanie

Na podstawie analizy dokumentów wyszczególnionych w spisie bibliograficznym w niniejszej analizie zaprezentowano uwarunkowania wewnętrzne oraz uwarunkowania zewnętrzne. Wśród uwarunkowań wewnętrznych wyodrębniono trzynaście mocnych stron oraz czternaście stron słabych. Wśród uwarunkowań zewnętrznych wyodrębniono osiemnaście szans oraz jedenaście zagrożeń. Mocne i słabe strony charakteryzują aktualną sytuację regionu kujawsko-pomorskiego pod kątem eksportu usług, natomiast szanse i zagrożenia odnoszą się do możliwości wystąpienia zjawisk pozytywnych bądź negatywnych w najbliższej przyszłości.

Do najważniejszych mocnych stron zaliczyć należy: funkcjonowanie EKUZ, niższe ceny usług medycznych i uzdrowiskowych w Polsce oraz bardzo dobrą opinię o polskich lekarzach.

Do najważniejszych słabych stron zaliczyć należy: opinię, że placówki polskie są gorzej wyposażone niż placówki niemieckie, a usługi towarzyszące są mniej kompleksowe, bariery językowe personelu polskich placówek medycznych (terminologia specjalistyczna) oraz brak spójnej i długofalowej polityki rozwoju branży turystyki medycznej i uzdrowiskowej w województwie kujawsko-pomorskim.

Obiecujący jest fakt, że w nowej Regionalnej Strategii Innowacji¹¹ dla województwa kujawsko-pomorskiego na lata 2014–2020, wśród inteligentnych specjalizacji regionu znajdują się medycyna, usługi medyczne oraz turystyka zdrowotna. Dzięki temu w ko-

⁴ Analiza cen usług medycznych. Ekspertyza rynku niemieckiego, WSG, Bydgoszcz 2014.

⁵ Marketingowa strategia Polski w sektorze turystyki na lata 2012–2020, Polska Organizacja Turystyczna, Warszawa 2012.

⁶ Opis preferencji zakupowych w zakresie usług medycznych wraz z kluczowymi wymaganiami stawianymi przez pacjentów zagranicznym podmiotom medycznym. Ekspertyza rynku niemieckiego, WSG, Bydgoszcz 2014.

⁷ Trendy w turystyce medycznej i uzdrowiskowej w kraju i za granicą – ekspertyza WSG, Bydgoszcz 2014.

⁸ Źródła wskazane w bibliografii.

⁹ Analiza cen usług medycznych. Ekspertyza rynku niemieckiego, WSG, Bydgoszcz 2014.

¹⁰ <http://www.zarabiajnaturystyce.pl/component/rubberdoc/doc/264/raw>.

¹¹ <http://www.innowacje.kujawsko-pomorskie.pl/wp-content/uploads/2015/03/rsi-wk-p-2014-2020.pdf>.

lejszych latach możliwe będzie pozyskiwanie funduszy unijnych na działania związane z turystyką medyczną.

Do najistotniejszych szans zaliczyć należy: zwiększającą się liczbę obywateli UE korzystających w Polsce z usług medycznych, możliwość współpracy z zapleczem naukowo-badawczym wpływającym bezpośrednio na jakość świadczonych usług oraz przygotowanie kompleksowej oferty obejmującej także usługi towarzyszące (transport, zwiedzanie).

Do najistotniejszych zagrożeń zaliczyć należy: negatywną opinię o polskim systemie opieki medycznej przekazywaną przez obywateli Polski przebywających czasowo na terytorium Niemiec oraz możliwy wzrost biurokratyzacji związanej z rozliczaniem świadczeń.

Analizując szczegółowo relacje zachodzące między silnymi i słabymi stronami a szansami i zagrożeniami, należy zauważyć, że:

- Wiele zdefiniowanych szans pozwoli przewyciężyć istniejące słabości, np. zwiększająca się liczba obywateli UE korzystających w Polsce z usług medycznych sprawi, że posiadanie strony internetowej w języku obcym stanie się pewnym standardem dla przedsiębiorstw funkcjonujących na tym rynku. Podobnie szansa, jaką jest możliwość ominięcia krajowych ograniczeń wynikających z limitowania świadczeń przez płatników w Niemczech może przewyciężyć (dzięki odpowiednim działaniom promocyjnym) słabość związaną z faktem, że pacjenci niemieccy nie mają wiedzy o możliwościach korzystania z usług medycznych w Polsce.
- Liczne zidentyfikowane siły pozwolą wykorzystać szanse, które mogą wystąpić, np. niższe ceny usług stomatologicznych w Polsce pozwolą wykorzystać szanse związane z możliwością rozwoju rynku usług, które niosą za sobą niskie ryzyko powikłań i są zabiegami nieinwazyjnymi.
- Zidentyfikowane siły pozwolą na przewyciężenie zagrożeń, np. bardzo dobra opinia o polskich lekarzach pozwoli przewyciężyć dużą odległość do miejsca świadczenia usług medycznych.
- Wybrane zidentyfikowane szanse pozwolą wzmocnić istniejące siły, np. stale zwiększające się prognozy co do długości życia obywateli Niemiec oraz stale zmniejszająca się liczba niemieckich lekarzy pozwoli wzmocnić powstanie silnej struktury klastrowej skupiającej podmioty z branży turystyki uzdrowiskowej i medycznej w województwie kujawsko-pomorskim, kierującej ofertę na rynek niemiecki.

Reasumując, należy zauważyć, że analiza wykazała mniejszą liczbę stron mocnych aniżeli stron słabych oraz przeważającą liczbę szans nad liczbą zagrożeń. Tym samym przyjęta strategia postępowania powinna zostać oparta na wykorzystaniu szans występujących w otoczeniu w celu wzmocnienia mocnych stron oraz zniwelowania niekorzystnego wpływu stron słabych i zagrożeń.

Bibliografia

1. *Analiza cen usług medycznych. Ekspertyza rynku niemieckiego*, WSG, Bydgoszcz 2014.
2. *Analiza systemów finansowania usług medycznych na rynku niemieckim wraz z charakterystyką płatników pod kątem możliwości finansowania usług medycznych w Polsce. Ekspertyza rynku niemieckiego*, WSG, Bydgoszcz 2014.
3. *Marketingowa strategia Polski w sektorze turystyki na lata 2012–2020*, Polska Organizacja Turystyczna, Warszawa 2012.
4. *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review*, OECD 2010.
5. *Metodologia badań. Ekspertyza rynku niemieckiego*, WSG, Bydgoszcz 2014.
6. *Opis preferencji zakupowych w zakresie usług medycznych wraz z kluczowymi wymaganiami stawianymi przez pacjentów zagranicznym podmiotom medycznym. Ekspertyza rynku niemieckiego*, WSG, Bydgoszcz 2014.
7. *Potencjał regionu kujawsko-pomorskiego pod względem medycznym i uzdrowiskowym – ekspertyza WSG*, WSG, Bydgoszcz 2014.
8. *Prawne uwarunkowania związane z eksportem usług medycznych świadczonych pacjentom z rynku niemieckiego. Ekspertyza rynku niemieckiego*, WSG, Bydgoszcz 2014.
9. *Raport z badania ilościowego podmiotów medycznych, uzdrowiskowych (w tym wellness) w województwie kujawsko-pomorskim*, raport w ramach badań pt. „Możliwości funkcjonowania i rozwoju Klastra Turystyki Medycznej i Uzdrowiskowej w województwie kujawsko-pomorskim” na zlecenie Kujawsko-Pomorskiej Organizacji Pracodawców Lewiatan, Toruń 2014.
10. *Trendy w turystyce medycznej i uzdrowiskowej w kraju i za granicą – ekspertyza WSG*, Bydgoszcz 2014.
11. *Zagraniczna turystyka przyjazdowa do Polski w 2013 roku*, Ministerstwo Sportu i Turystyki, Łódź 2014.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

POLSKA AGENCJA
ROZWOJU
PRZEDSIĘBIORCZOŚCI



KUJAWSKO-POMORSKA
ORGANIZACJA PRACODAWCÓW
LEWIATAN

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Prawne uwarunkowania związane z eksportem usług medycznych



Spis treści

Wstęp	141
Koordinacja systemów zabezpieczenia społecznego	141
Transgraniczna opieka zdrowotna	143
Wykaz aktów prawnych	146
Ważne adresy	146

Wstęp

Obecnie w krajach Unii Europejskiej wyróżnić można dwa modele zabezpieczania obywateli państw członkowskich w zakresie opieki medycznej poza ich krajem ojczystym. Pierwszy tryb nakazuje takie osoby traktować jakby były obywatelami państwa, w którym realizowane są świadczenia zdrowotne. Przesłanką takiego traktowania ubezpieczonego jest wystąpienie nagłej sytuacji, wymagającej podjęcia czynności medycznych. W takim przypadku obcokrajowiec w Polsce na podstawie posiadanej Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) rozliczany jest w oparciu o umowę podpisaną z Narodowym Funduszem Zdrowia. Z punktu widzenia świadczeniodawców nie jest to optymalna sytuacja – taki pacjent korzysta z określonego w kontrakcie limitu punktów. Drugi tryb dotyczy opieki transgranicznej, której założenia opierają się na regulowaniu powstałego zobowiązania bezpośrednio przez pacjenta – zgłasza się on następnie do swojego krajowego płatnika z wnioskiem o zwrot kosztów. Takie rozliczenie zrealizowanej usługi stanowi dodatkowy przychód w budżecie placówki medycznej i nie narusza jej kontraktu z NFZ. Tym modelem powinni być zainteresowani polscy świadczeniodawcy.

Koordinacja systemów zabezpieczenia społecznego

Do państw, w których obowiązują przepisy o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego zalicza się państwa Unii Europejskiej (UE) oraz państwa Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA). Każde z państw członkowskich posiada swój własny powszechny system opieki zdrowotnej. Z tego powodu, na poziomie unijnym, ustanowione zostały wspólne przepisy koordynujące zasady realizacji usług medycznych osobom uprawnionym na podstawie ustawodawstw państw członkowskich. Regulacje te zawierają przede wszystkim: rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) 883/2004 z dnia 29 kwietnia 2004 r. oraz rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) 987/2009 z dnia 16 września 2009 r. Przepisy te obowiązują również poza państwami członkowskimi Unii Europejskiej, w państwach członkowskich EFTA: Islandii, Liechtensteinie, Norwegii, Szwajcarii. Wszystkie te kraje podlegają jednolitym przepisom dotyczącym współpracy w zakresie systemów zabezpieczenia społecznego.

Osoby, wobec których zastosowanie znajdują przepisy o koordynacji, podlegają tym samym obowiązkom i korzystają z tych samych praw, wynikających z ustawodawstwa każdego państwa członkowskiego UE/EFTA na tych samych warunkach co obywatele tego państwa.

Z praktycznego punktu widzenia obywatele państw UE/EFTA na całym obszarze UE powinni być traktowani tak samo jak obywatele państwa, w którym przebywają. Wśród krajów członkowskich UE/EFTA istnieją państwa, w których funkcjonują systemy nie-

odpłatnej ochrony zdrowia, systemy, w których koszty leczenia pokrywa bezpośrednio ubezpieczony, występujący następnie do publicznego płatnika o zwrot poniesionych kosztów, jak również systemy przewidujące tzw. współpłacenie.

Regulacje związane z koordynacją systemów zabezpieczenia społecznego obecnie dotyczą nie tylko pracowników przemieszczających się na obszarze UE, ale także osób tymczasowo pozostających bez pracy oraz jeszcze lub już niepracujących. Ubezpieczony obywatel danego kraju zamieszkujący w innym kraju członkowskim UE jest w pełni uprawniony do świadczeń medycznych udzielanych przez placówki medyczne w kraju zamieszkania. Koszty realizowanych świadczeń pokrywa płatnik państwa miejsca zamieszkania, który następnie rozlicza się z instytucją właściwą państwa, którego obywatelem jest pacjent.

Artykuły 19 i 20 rozporządzenia nr 883/2004/WE przewidują konieczność pokrycia kosztów leczenia otrzymanego poza krajem zamieszkania lub ubezpieczenia. Jednakże dostęp do opieki transgranicznej obwarowany jest pewnymi warunkami, w zależności od charakteru opieki: nieplanowej lub planowej. W sytuacjach nagłych, podczas czasowego pobytu za granicą, osoba ubezpieczona, a także członkowie jej rodziny, są uprawnieni do świadczeń rzeczowych bez wcześniejszej zgody. Osobie przebywającej tymczasowo w innym państwie członkowskim UE/EFTA na podstawie Europejskiej Karty Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ) przysługują te rzeczowe świadczenia zdrowotne, które są niezbędne z medycznego punktu widzenia i zostały udzielone pacjentowi w celu uniknięcia sytuacji, w której byłby on zmuszony do powrotu na terytorium państwa ubezpieczenia, aby uzyskać potrzebne leczenie. Wobec tego za sytuację nagłą nie jest uznawany tylko i wyłącznie stan zagrożenia życia lub zdrowia, ale również każdy przypadek, który przyczyniłby się do skrócenia przez ubezpieczonego planowanego pobytu poza granicami kraju macierzystego. Niezbędna w takiej sytuacji jest nie tylko indywidualna ocena stanu zdrowia takiej osoby, ale również okoliczności jej pobytu poza państwem ojczystym (czas pobytu, planowany termin powrotu). Dopiero taka kompleksowa analiza, obejmująca oba konteksty pozwala ocenić, czy dane świadczenie powinno być udzielone przez placówkę medyczną w państwie pobytu, czy też może być ono udzielone już po powrocie do państwa właściwego. Taka ocena należy do kompetencji lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych w danym państwie członkowskim UE, do którego zgłosił się pacjent. Bezspornie do przedmiotowych świadczeń zalicza się pomoc medyczną udzielaną w związku z wypadkami komunikacyjnymi i świadczenia udzielane w sytuacji nagłego pogorszenia stanu zdrowia danej osoby, w tym także w związku z chorobą już istniejącą, chorobą przewlekłą, a także w związku z ciążą i porodem.

W ramach przepisów o koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego, na podstawie EKUZ można korzystać z opieki medycznej wyłącznie u świadczeniodawców, którzy funkcjonują w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej w państwie pobytu. Posiadanie EKUZ nie stanowi podstawy do uzyskania bezpłatnych świadczeń w trybie planowym, gdy celem wyjazdu poza granice jest leczenie.

W sytuacji gdy przed wyjazdem ubezpieczony nie uzyskał EKUZ, a niezbędne jest potwierdzenie jego prawa do świadczeń zdrowotnych w trakcie pobytu w innym państwie członkowskim UE/EFTA, istnieje wyjątkowa możliwość uzyskania Certyfikatu tymczasowo zastępującego EKUZ.

W sytuacji gdy osoba ubezpieczona na stałe mieszka w innym państwie członkowskim UE niż państwo zatrudnienia, zdrowotnych świadczeń rzeczowych udziela mu instytucja miejsca zamieszkania. Wobec takiego pacjenta stosuje się identyczne zasady jak wobec własnych obywateli, jednakże na koszt instytucji właściwej. W takiej sytuacji na podstawie dokumentów wydanych przez państwo macierzyste, pacjent zwraca się do instytucji miejsca zamieszkania, w Polsce do Narodowego Funduszu Zdrowia, celem otrzymania właściwego poświadczenia potwierdzającego uprawnienia do pełnego zakresu świadczeń opieki zdrowotnej.

Zakres przysługujących praw w ramach koordynacji świadczeń oraz procedurę dotyczącą ponoszenia i zwracania kosztów ich realizacji określono w przepisach Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z 16 września 2009 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia nr 883/2004 dotyczącego koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego.

W okresie od 1 maja 2004 r. do końca października 2006 r. 18 000 obywateli UE skorzystało w Polsce z usług medycznych. Natomiast w 2009 r. było już ponad 107 000 obcokrajowców leczonych w polskich placówkach opieki zdrowotnej, z czego 29% pochodziło z Niemiec. Niemieccy pacjenci dominowali liczebnością w każdej z kategorii świadczeń zdrowotnych, z wyłączeniem usług stomatologicznych (w tym zakresie stanowili trzecią największą grupę, po Czechach i Norwegach). Zasadniczo większość pacjentów zagranicznych przyjeżdżających do Polski korzysta z niższych cen świadczeń zdrowotnych. Najbardziej popularnymi świadczeniami udzielanymi obcokrajowcom są: opieka stomatologiczna, protetyka, lecnictwo uzdrowiskowe oraz chirurgia plastyczna.¹

Ten rodzaj zabezpieczenia obywateli UE w świadczenia opieki zdrowotnej w Polsce nie przyczynia się do zwiększenia poziomu uzyskiwanych przychodów przez podmioty lecznicze, natomiast może przyczynić się do przekroczenia umowy z NFZ. W systemie rozliczeń, świadczenia udzielane pacjentom unijnym są refundowane z wyższym priorytetem niż standardowe usługi wobec obywateli polskich. Wymagają ponadto dodatkowej dokumentacji sprawozdawczej, a także posiadania czytelnych kserokopii dokumentów uprawniających do świadczeń.

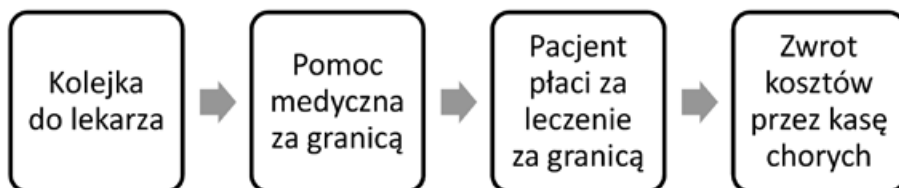
Transgraniczna opieka zdrowotna

28 lutego 2011 r. Rada UE przyjęła Dyrektywę w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej (2011/24/UE). Dyrektywa ta obowiązuje na terenie Unii Europejskiej od dnia 25 października 2013 roku i zasadniczo zmienia zasady

¹ D. Panteli, A. Sagan, *Polska: Zarys systemu ochrony zdrowia*, publikacja sfinansowana ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia, Warszawa 2012, s. 79.

dostępu do świadczeń medycznych na terenie państw członkowskich. Nie wszystkie jednak państwa dokonały w tym terminie jej implementacji. Obok dotychczasowego systemu, opartego przede wszystkim na rozliczaniu zrealizowanych świadczeń z odpowiednim płatnikiem bezpośrednio przez placówki, powstała nowa możliwość opłaty kosztów leczenia we własnym zakresie przez pacjenta i następnie zwrócenia się do płatnika w swoim państwie celem refundacji poniesionych wydatków.

Rysunek 1. Schemat przepływu płatności i pacjentów



Źródło: Opracowanie własne.

Główną przesłanką ustanowienia Dyrektywy jest wprowadzenie, również na rynek medyczny, naczelnych zasad UE w postaci swobody przepływu osób, towarów i usług poprzez zniesienie barier w dostępie do opieki zdrowotnej, wynikających z istniejących w Europie granic. Regulacje przyczynią się zapewne do zmniejszenia różnic pomiędzy państwami członkowskimi UE w dostępie do najważniejszych świadczeń zdrowotnych. Przepisy te umożliwiają obywatelom UE omińnięcie krajowych ograniczeń dostępu w formie kolejek, wynikających z limitowania świadczeń przez płatników. Żadnym restrykcjom nie podlegają usługi opieki ambulatoryjnej oraz świadczenia udzielane w trybie jednodniowym. W przypadku wybranych świadczeń Dyrektywa przewiduje wprowadzenie przez państwa członkowskie systemu udzielania uprzedniej zgody na leczenie. Możliwość taką przewidziano w trzech przypadkach:

- świadczeń wymagających pozostania w szpitalu na co najmniej jedną noc,
- wysokospecjalistycznych i kosztownych świadczeń,
- pojawienia się wątpliwości, co do jakości lub bezpieczeństwa opieki za granicą.

Wysokość refundacji, którą pacjent uzyska w kraju ojczystym, jest równa kwocie wyceny świadczenia, jaka tam obowiązuje, jednakże kwota refundacji nie może przewyższyć realnie poniesionych przez pacjenta kosztów. Bariera dostępu do świadczeń zdrowotnych może więc znacznie się zmniejszyć, gdyż w wielu przypadkach chory dopłaci niewielką kwotę, a reszta zostanie mu zrefundowana. W przypadku, gdy dane świadczenie poza państwem zamieszkania ubezpieczonego jest tańsze niż w jego kraju, zwrot kosztów będzie całkowity, tzn. do kwoty realnie poniesionego wydatku. Wprowadzone rozwiązania mogą znacząco wpłynąć na wzrost popytu i częstotliwość korzystania z praw uzyskanych dzięki Dyrektywie.

Pacjenci mają zagwarantowaną możliwość uzyskania zwrotu poniesionych wydatków tylko w sytuacji, gdy skorzystali z usług świadczeniodawcy, który jest częścią systemu zabezpieczenia społecznego lub publicznego systemu opieki zdrowotnej pań-

stwa członkowskiego. Jednakże, z punktu widzenia placówek medycznych, Dyrektywa wprowadza pewne ograniczenia co do poziomu opłat, jakie mogą zostać nałożone na obywatela UE. Państwa członkowskie powinny podjąć działania, mające na celu zapewnienie stosowania przez świadczeniodawców wobec pacjentów z innych państw członkowskich tej samej skali opłat za świadczenia zdrowotne, która jest stosowana wobec pacjentów krajowych w porównywalnej sytuacji zdrowotnej. Obowiązek taki naruszałby w pewien sposób swobodę działania po stronie podmiotów leczniczych, wobec czego dopuszcza się pobieranie opłat skalkulowanych zgodnie z kryteriami obiektywnymi i niedyskryminującymi pacjentów z innych państw członkowskich. Należy mieć świadomość, iż to w gestii państwa członkowskiego leży decyzja dotycząca ubezpieczenia, o ewentualnym pokryciu kosztów i poziomie ich pokrycia czy to na szczeblu lokalnym, czy regionalnym, czy też krajowym. Zbyt wysokie ceny takich usług mogą skutkować brakiem zainteresowania po stronie Niemców ofertą takiej placówki, ze względu na potencjalne trudności z uzyskaniem optymalnego poziomu zwrotu poniesionych wydatków.

Zasadniczo koszty transgranicznej opieki zdrowotnej są zwracane ubezpieczonemu przez państwo członkowskie do poziomu, na którym koszty byłyby pokryte, gdyby ta sama opieka zdrowotna była świadczona na jego terytorium i w takiej wysokości, aby nie przekroczyć rzeczywistego kosztu otrzymanej usługi medycznej. W sytuacji, gdy pełny koszt opieki transgranicznej przekraczałby poziom kosztów, jakie byłyby pokryte przez dane państwo, gdyby opieka zdrowotna była świadczona na jego terytorium, państwo członkowskie może mimo wszystko zrefundować pacjentowi poniesione wydatki w pełnej wysokości.

Dyrektywa nakłada również bardzo konkretne obowiązki bezpośrednio na państwo członkowskie. Pośrednio oddziałują one na polskie placówki medyczne. Zgodnie z art. 4 Dyrektywy, do państwa, w którym świadczone jest leczenie należy zapewnienie, aby:

- świadczeniodawcy przekazywali odpowiednie informacje ułatwiające pacjentom dokonanie świadomego wyboru w zakresie transgranicznej opieki zdrowotnej, przede wszystkim dane dotyczące możliwości leczenia, dostępności do świadczeń oraz jakości i bezpieczeństwa świadczonych usług medycznych,
- placówki medyczne wystawiały jednoznaczne faktury, w których zgodnie z art. 24a ust. 1 ustawy o działalności leczniczej zostaną wyszczególnione wszystkie zrealizowane podczas leczenia procedury diagnostyczne i terapeutyczne, a także przekazywały jasne informacje o cenach realizowanych świadczeń,
- istniały proste i czytelne procedury oraz mechanizmy umożliwiające pacjentom składanie reklamacji,
- istniały systemy ubezpieczenia w zakresie odpowiedzialności zawodowej lub inne równoważne gwarancje,
- podstawowe prawo do prywatności, związane przede wszystkim z przetwarzaniem danych osobowych, było chronione zgodnie z prawem Unii Europejskiej,

- pacjenci, którzy skorzystali z leczenia, byli uprawnieni do pisemnej lub elektronicznej dokumentacji medycznej tego leczenia oraz mieli dostęp do co najmniej jednej kopii tej dokumentacji.

Dyrektywa transgraniczna nie nakłada jednakże na placówki medyczne jakichkolwiek dodatkowych obowiązków w zakresie informowania pacjentów z zagranicy w odniesieniu do danych, które są udzielane pacjentom zamieszkującym w państwie świadczącym leczenie. W związku z tym niemieccy pacjenci powinni szukać szczegółowych informacji w swoich kasach chorych. Wśród dobrych praktyk wymienić można przekazywanie pacjentowi dokumentacji medycznej oraz dodatkowej dokumentacji rozliczeniowej informującej o zrealizowanych świadczeniach w języku ojczystym.

Wykaz aktów prawnych

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 883/2004 z 29 kwietnia 2004 r. w sprawie koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 987/2009 z 16 września 2009 r. w sprawie wykonywania rozporządzenia nr 883/2004 dotyczącego koordynacji systemów zabezpieczenia społecznego

Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1231/2010 z dnia 24 listopada 2010 r. rozszerzające rozporządzenie (WE) nr 883/2004 i rozporządzenie (WE) nr 987/2009 na obywateli państw trzecich, którzy nie są jeszcze objęci tymi rozporządzeniami jedynie ze względu na swoje obywatelstwo

Dyrektywa Parlamentu Europejskiego i Rady 2011/24/UE z dnia 9 marca 2011 r. w sprawie stosowania praw pacjentów w transgranicznej opiece zdrowotnej

Ważne adresy

POLSKA INSTYTUCJA ŁĄCZNIKOWA

- **Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia**

dane korespondencyjne:
ul. Grójecka 186, 02-390 Warszawa
Departament Współpracy Międzynarodowej
telefon: 22 572 62 68
telefaks: 22 572 63 19

- **Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ**

dane korespondencyjne:
Al. Mickiewicza 15, 85-071 Bydgoszcz
telefon: 52 325 29 00, 52 325 28 46
telefaks: 52 325 28 68
e-mail: wf02@nfz.gov.pl

Wydział Współpracy Międzynarodowej – rozliczanie świadczeń za uprawnionych (pacjentów z UE/EFTA), realizowanych na terenie RP
telefon: 52 325 27 99, 52 325 27 66
telefaks: 52 325 27 66
Naczelnik Wydziału Współpracy Międzynarodowej – Przemysław Pankowski
telefon: 52 325 28 17

KRAJOWY PUNKT KONTAKTOWY DO SPRAW TRANSGRANICZNEJ
OPIEKI ZDROWOTNEJ

- **Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia**
dane korespondencyjne:
ul. Grójecka 186, 02–390 Warszawa
punkt obsługi bezpośredniej:
ul. Hankiewicza 2, 02–103 Warszawa
telefon: 22 572 61 13
telefaks: 22 572 63 19
e-mail: ca17@nfz.gov.pl
- **Kujawsko-Pomorski Oddział Wojewódzki NFZ**
dane korespondencyjne:
Al. Mickiewicza 15, 85–071 Bydgoszcz
punkt obsługi bezpośredniej:
ul. Słowackiego 3, 85–008 Bydgoszcz
telefon: 52 325 28 33, 52 325 28 16, 52 325 28 12,
telefaks: 52 325 28 00
e-mail: dyrektura@nfz-bydgoszcz.pl
delegatury Kujawsko-Pomorskiego OW NFZ:
87–100 Toruń, ul. Szosa Chełmińska 30, telefon: 56 65 82 609
87–800 Włocławek, ul. Kilińskiego 16, telefon: 54 412 74 12
- **Niemiecki Krajowy Punkt Kontaktowy ds. transgranicznej opieki zdrowotnej**
telefon: +49 228 9530–800
telefax: +49 228 9530–801
www.eu-patienten.de
e-mail: info@eu-patienten.de



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

POLSKA AGENCJA
ROZWOJU
PRZEDSIĘBIORCZOŚCI



KUJAWSKO-POMORSKA
ORGANIZACJA PRACODAWCÓW
LEWIATAN

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Szczegółowa analiza landu Dolna Saksonia



Spis treści

Wstęp	151
Informacje społeczno-ekonomiczne	152
Transport	153
Systemy finansowania usług medycznych	156
Charakterystyka klientów i preferencje zakupowe	157
Kluczowe instytucje medyczne w Dolnej Saksonii oraz charakterystyka operatorów zajmujących się turystyką medyczną	159
Podsumowanie	162
Literatura	163
Przypisy końcowe tabel	163

Wstęp

Po zjednoczeniu Niemiec Dolna Saksonia uzyskała centralne położenie i ze swojego strategicznego położenia stara się ekonomicznie korzystać. Land jest siedzibą takich firm jak: Volkswagen, TUI czy Continental. Mieszczą się tu również znane instytucje kredytowe, firmy ubezpieczeniowe oraz setki wysoce wyspecjalizowanych małych i średnich przedsiębiorstw działających w sektorze usług. Stolica kraju związkowego, Hanower, oddalona jest niecałe 300 km od Berlina i co roku organizuje jedno z najważniejszych imprez targowych na świecie (m.in. CeBIT oraz Targi Hanowerskie).

Szczególne geograficzno-gospodarcze znaczenie centralnego położenia Dolnej Saksonii uwidacznia się również w orientacji landu na rozwijające się rynki w Europie Środkowej i Wschodniej (głównie w oparciu o wskaźniki wymiany handlowej kraju z rynkami wschodnimi). Analizując dane demograficzne, społeczne i ekonomiczne i korelując je z przytoczonymi w niniejszym opracowaniu danymi dotyczącymi rynku medycznego w Dolnej Saksonii, można odnieść wrażenie, że land ten jest Republiką Federalną Niemiec w pigułce. Podobnie jak w całym Niemczech, pod względem gospodarczym w Dolnej Saksonii istnieją zarówno wielkie, globalne przedsiębiorstwa (głównie branży motoryzacyjnej, chemicznej), jak również regiony wyjątkowo słabe infrastrukturalnie i borykające się z problemem niskiej atrakcyjności inwestycyjnej. Pod względem demograficznym Dolna Saksonia boryka się, podobnie jak inne rozwinięte i zamożne landy, z problemem starzenia się społeczeństwa i koniecznością dostosowania usług medycznych do tej specyfiki. Tak samo jak w całym Niemczech, mniej więcej co dziesiąty obywatel wykupuje pełne prywatne ubezpieczenie od zachorowań. Natomiast co czwarty ubezpieczony w państwowym systemie GKV (Gesetzliche Krankenversicherung) ma wykupione dodatkowe prywatne ubezpieczenie zdrowotne¹, które uzupełnia luki w ochronie lub zapewnia wyższy poziom zabezpieczenia medycznego, np. specjalne warunki w szpitalu, protezy zębowe, dzienne leczenie szpitalne itp. W drugiej połowie 2011 roku liczba Niemców, którzy podlegali bezpośredniej opiece wyniosła 2,5 mln osób, z czego prawie 30% przebywało w domach seniora. To samo źródło podaje, że ponad 400 tys. emerytów nie stać na opłacenie pobytu w ośrodku opiekuńczym, mimo pomocy ze strony państwa w postaci dodatku pielęgnacyjnego². Według prognoz Federalnego Urzędu Statystycznego, w 2030 roku liczba znieдоłączonych Niemców wzrośnie do 4,7 miliona.

¹ Na podstawie: *BKK Gesundheitsreport*, 2014.

² Źródło: <http://wiadomosci.wp.pl/kat,36474,opage,9,title,Coraz-wiecej-Niemcow-spedza-starosc-w-Polsce,wid,16155230,wiadomosc.html>, na podstawie: <https://www.destatis.de/DE/Startseite.html>.

Informacje społeczno-ekonomiczne

Land Dolna Saksonia (Niedersachsen) jest jednym z 16 landów Republiki Federalnej Niemiec. Położony jest w północno-zachodnim obszarze Niemiec. Jest drugim co do wielkości krajem związkowym (powierzchnia 47 609,52 km²). Pod względem liczby mieszkańców, wynoszącej około 8 milionów osób lub 9,6% łącznej ludności Niemiec, Dolna Saksonia zajmuje czwarte miejsce. Statystyczna gęstość zaludnienia wynosi 170 osób na kilometr kwadratowy. Udział procentowy obcokrajowców wynosi obecnie około 6%. Pod względem powierzchni Dolna Saksonia jest większa od takich krajów, jak Dania, Holandia, Szwajcaria lub Belgia, a pod względem liczby ludności dorównuje takim krajom, jak Szwecja lub Austria. Land składa się z 38 powiatów oraz 804 gmin³. W roku 2010 liczba mieszkańców Dolnej Saksonii spadła i utrzymuje się na stałej wartości prawie 7 mln 800 tys. mieszkańców⁴.

Tabela 1. Dane demograficzne

Liczba mieszkańców	7 790 559 osób MAX: Hannover 522 686 mieszkańców MIN: Schulenberg im Oberharz 290 mieszkańców
Powierzchnia	46 488 km ² MAX: Neustadt am Rübenberge 358 km ² MIN: Schulenberg im Oberharz 1,8 km ²
Gęstość zaludnienia	170,3/km ² MAX: Hannover 2560/km ² MIN: Osterheide 4,3/km ²

Źródło: <http://pl.db-city.com/Niemcy--Dolna-Saksonia>.

Najważniejsze miasta to: Hanower (Hannover), Brunswik (Braunschweig), Osnabrück, Oldenburg, Getynga (Göttingen), Wolfsburg. W landzie spotkać można język dolnosaksoński (dialekt).

Stolicą landu jest Hanower. Znajduje się tam ponad 85% wszystkich zlokalizowanych w landzie przedsiębiorstw świadczących usługi oraz kluczowych instytucji otoczenia biznesu⁵.

³ Na podstawie: http://www.landtag-niedersachsen.de/cms_id,833.html, 2012.

⁴ Na podstawie: <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/155154/umfrage/entwicklung-der-bevoelkerung-von-niedersachsen-seit-1961/>.

⁵ Przewodnik Inwestora w Dolnej Saksonii – dostęp: <https://berlin.trade.gov.pl/pl/download/file/f,1858,2006>.

Rysunek 1. Mapa Niemiec z wyróżnionym landem Dolna Saksonia



Źródło: www.wikipedia.org.

Transport

Głównym portem lotniczym i arterią Dolnej Saksonii jest port lotniczy Hanower. Lotnisko położone jest 11 km na północ od centrum Hanoweru. Jest jednym z ważniejszych portów lotniczych Niemiec⁶. W 2014 roku lotnisko obsłużyło 5 291 981 podróżnych⁷. Loty odbywają się do 70 miejsc w Niemczech i na świecie. Brak jest bezpośrednich połączeń lotniczych landu z Polską. Do Hanoweru istnieje dogodne połączenie (3,5 h Gdańsk–Hannover, 4–6 h Hannover–Gdańsk) z przesiadką w Monachium (Monachium, Franz Josef Strauss Airport), obsługiwane przez linię Lufthansa. Cena biletu kształtuje się od 200 euro (w jedną stronę). Do podróży trzeba doliczyć czas na dotarcie do województwa kujawsko-pomorskiego (w przypadku podróży komunikacją publiczną jest to koszt od 15 PLN (ZTM + Polski Bus) do 100 PLN (ZTM + PKP). W obu wariantach, w przypadku dogodnego skomunikowania lotu z transportem publicznym, czas podróży do Torunia lub Gdańska wydłuża się o ok. 3 (Polski Bus) do 4 godzin (PKP).

Przykładowe połączenie: wylot o 08:40 (Hannover) – 15.30 (PKP) / 18.35 Bydgoszcz (Polski Bus). Średni koszt dla biletów zakupionych 3 miesiące wcześniej to ok. 1200 PLN (300 euro). Czas podróży: 7 godzin.

⁶ http://www.adv.aero/fileadmin/pdf/statistiken/2010/ADV_Monatsstatistik_Dez_2010_final.pdf.

⁷ http://en.wikipedia.org/wiki/Hannover_Airport#cite_note-12. Na podstawie: <http://www.adv.aero/home/>.

Od marca 2015 roku istnieje również bezpośrednie połączenie lotnicze między Bydgoszczą a Frankfurtem nad Menem realizowane przez Lufthansę. Frankfurt jest dogodnie skomunikowany tylko z jednym portem lotniczym w Dolnej Saksonii – kilka lotów w tygodniu do Hanoweru (port lotniczy Wolfsburg–Braunschweig niestety nie oferuje połączeń z Frankfurtem). Mimo faktu, że połączenia realizowane są 4 razy w tygodniu (poniedziałek, środa, piątek, niedziela) oraz że niemiecki przewoźnik zaoferował atrakcyjną cenę ok. 500 zł na trasie Frankfurt–Bydgoszcz, trudno znaleźć dogodne połączenia z Hanowerem w cenie poniżej 2000 zł (cena w obie strony).

Istniejące poza sezonem tanie połączenia z Portem Lotniczym w Bydgoszczy wymagają połączeń przesiadkowych w Londynie lub Birmingham i realizowane są przez przewoźników: Ryanair, Germanwings, Flybe. Czas trwania podróży w takim przypadku ze stolicy landu do Bydgoszczy wydłuża się do ok. 10 godzin. Łączny koszt biletu rozpoczyna się od 150 euro.

Bezpośrednie połączenie lotnicze z województwem kujawsko-pomorskim możliwe jest z oddalonego o około 300 km od centrum landu portu lotniczego Dusseldorf Weeze. Loty odbywają się w każdy piątek i poniedziałek. Niewątpliwą zaletą tego połączenia jest jego niska cena (koszt regularnego połączenia w obie strony wynosi około 40 euro).

Istnieje połączenie kolejowe, wiąże się ono jednak z przesiadką w Berlinie. Połączenie realizowane jest przez skład EIC 54 BERLIN–GDYNIA–EXPRESS (Bydgoszcz Główna / Inowrocław – Berlin Hbf; ok. 4,5 godz.), a następnie Berlin OST–Hannover HBF (30 minut przesiadki, czas podróży 2 h 15 min). Promocyjne ceny biletów na trasie Poznań–Berlin rozpoczynają się od 16 euro, bilety promocyjne wydawane są według niniejszej oferty także dla osób jadących do/ze stacji Kutno i Konin (dla pociągów Berlin–Warszawa–Express) oraz stacji Tczew, Bydgoszcz, Inowrocław i Gniezno (dla pociągu Berlin–Gdynia–Express) – w tym wariantcie promocyjne ceny biletów zaczynają się od 29 euro (II klasa) oraz 39 euro (I klasa). Na odcinku Berlin–Hannover cena biletu normalnego wynosi 78 euro. Dla przyjętego połączenia przykładowego średni koszt to ok. 450 PLN (110 euro). Czas podróży to 7 godzin. Należy podkreślić, że dla połączenia relacji Hannover–Bydgoszcz / Inowrocław cena biletu może wzrosnąć z racji nieobjęcia wspomnianą promocją trasy Berlin–Bydgoszcz.

Z landu Dolna Saksonia do województwa kujawsko-pomorskiego dotrzeć można transportem samochodowym oraz autobusowym. W Tabeli 2 umieszczono czasy przejazdu oraz odległość w kilometrach między stolicą landu a najważniejszymi miastami w województwie kujawsko-pomorskim.

Dogodnym i najczęściej wybieranym (przez polskich turystów) bezpośrednim połączeniem Dolnej Saksonii z województwem kujawsko-pomorskim jest połączenie autokarowe. Połączenie autokarowe realizowane jest przez firmę Sindbad, jak również niewielkich prywatnych przewoźników. W Tabeli 3 zamieszczono czasy przejazdu oraz ceny biletów autobusowych w połączeniu między Hanowerem a Toruniem i Bydgoszczą.

Tabela 2. Odległość w km i średni czas przejazdu samochodem z Hanoweru do wybranych miast w województwie kujawsko-pomorskim

Miejscowość	Odległość ⁽¹⁾	Czas przejazdu ⁽²⁾	Koszt w PLN – pojazd do 900 cm ³ ⁽³⁾	Koszt w PLN – pojazd powyżej 900 cm ³
Toruń	675	6 godz. 52 min	352	564
Bydgoszcz	655	6 godz. 22 min	342	547
Włocławek	710	6 godz. 49 min	370	593
Grudziądz	742	7 godz. 30 min	387	620
Ciechocinek	678	6 godz. 55 min	354	567
Inowrocław	639	6 godz. 8 min	334	534

Źródło: Opracowanie własne na podstawie Google Maps [20.10.2014].

Tabela 3. Koszty przejazdów autobusowych dla wybranych firm transportowych

Miejscowość	Firma transportowa	Cena za bilet w jedną stronę	Czas przejazdu
Toruń	Sindbad Sp. z o.o. ⁽⁴⁾	250 PLN	10 godz. 40 min
Bydgoszcz	Sindbad Sp. z o.o.	239 PLN	10 godz. 10 min

Źródło: Opracowanie własne na podstawie <http://www.autokary24.pl/>.

Podsumowując, niewątpliwą barierą w rozwoju turystyki medycznej mieszkańców Dolnej Saksonii do podmiotów świadczących usługi na terenie naszego województwa są utrudnienia w transporcie. Potencjalny niemiecki klient, mając dogodną alternatywę w postaci krajów słynących dotychczas ze świadczenia usług w zakresie turystyki medycznej (Włochy, Hiszpania, Węgry), będzie miał problemy z podjęciem decyzji dotyczącej wyboru naszego kraju. Żeby lepiej zobrazować dylemat, przed jakim stanie potencjalny turysta z Niemiec, należy dokonać analizy oferty linii lotniczych oraz destynacji oferowanych przez lotnisko w Hanowerze. Średni koszt lotu w obie strony dla popularnych i atrakcyjnych destynacji to⁸:

- Gran Canaria, Fuertaventura, Majorka, Ibiza – od 160 euro
- Palermo, Neapol, Cagliari, Mediolan – od 180 euro

Ponadto niemieckie biura podróży prześcigają się w promocjach oferty wczasów do tych krajów, oferując tygodniowe pobyty w cenie zaczynającej się od 220 euro/tydzień (samolot, nocleg), 315 euro/tydzień (samolot, nocleg, wyżywienie HB)⁹. W tym wariantcie osoba udająca się na drobny zabieg medyczny łączy wypoczynek z możliwością realizacji taniego zabiegu. Oferta Polski mogłaby konkurować ze wskazanymi krajami

⁸ Na podstawie: <https://www.tuifly.com/de/>.

⁹ Na podstawie: http://urlaub.lastminute.de/booking/lastminute_de/.

w przypadku przedstawienia promocyjnych pakietów, w których wypoczynek i łączny koszt przejazdu w obie strony zamykałyby się w cenie do 400 euro.

Systemy finansowania usług medycznych

System opieki medycznej w Dolnej Saksonii jest tożsamy z systemem opieki w pozostałych landach i jest zasadniczo bezpłatny. W 2004 r. wprowadzono obowiązek uiszczania dodatkowej opłaty kwartalnej w wysokości 10 euro za wizytę w gabinecie lekarskim czy dentystrycznym¹⁰. Celem tej regulacji było ograniczenie niepotrzebnego korzystania pacjentów ze świadczeń zdrowotnych. Opłata uiszczana jest wobec każdego lekarza, z którego usług ubezpieczony chce skorzystać. Wyjątkiem jest realizacja opieki na podstawie skierowania od innego lekarza, świadczenia profilaktyczne oraz opieka pediatryczna nad dzieckiem. Ponadto funkcjonują dopłaty do leków, plomb czy protez dentystrycznych. Również leczenie stacjonarne objęte zostało systemem obowiązkowych dopłat – 10 euro za każdy dzień leczenia w szpitalu (maksymalnie do 28 dni w roku kalendarzowym) lub sanatorium. Z opłaty za leczenie szpitalne zwolnieni są pacjenci poniżej 18 roku życia oraz kobiety w ciąży. W całym landzie koszty świadczeń ponadstandardowych dostępnych w szpitalu, np. pobyt w sali jednoosobowej, leczenie przez ordynatora, pokrywane są także ze środków własnych pacjentów. Dodatkowo 15% kosztów rehabilitacji pacjenci pokrywają z własnych środków, natomiast koszt zakupu okularów ponoszony jest całkowicie przez obywatela. Zasadniczo, większość usług, które oferują gabinety i szpitale na terenie Dolnej Saksonii refundowana jest tylko i wyłącznie na terenie Niemiec. Jednakże w ramach leczenia ambulatoryjnego kasy chorych pokrywają również część kosztów leczenia na terenie Europy¹¹. Leczenie szpitalne poza granicami kraju zrefundowane zostanie wyłącznie po wcześniejszym uzyskaniu zgody na leczenie od kasy chorych, do której należy chory. Zasady otrzymania refundacji świadczeń uzyskanych poza granicami Niemiec zależą od rodzaju posiadanego przez pacjenta ubezpieczenia (powszechne lub prywatne) oraz od przepisów wewnętrznych kasy chorych, do której należy pacjent. Leczenie pokrywane może być również przez Zakładowe Kasy Chorych (BKK, tzn. Betriebskrankenkassen), które są jedną z największych i najdłużej działających form ubezpieczenia zdrowotnego w Niemczech.

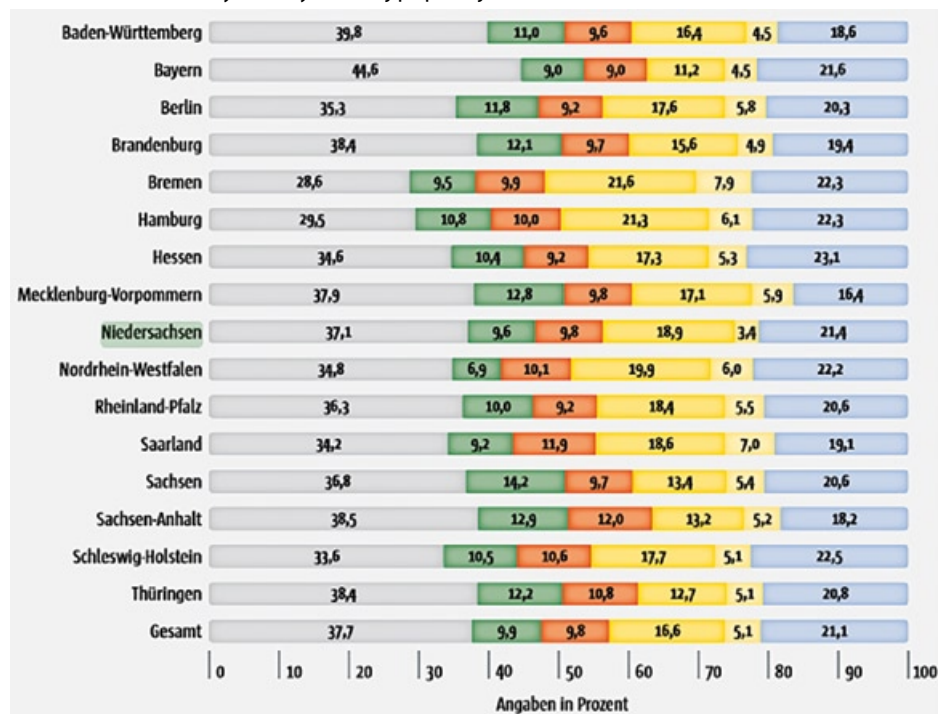
¹⁰ Opłata wynosi 10 euro od osoby za pierwszą wizytę lekarską w kwartale. Jeżeli po zapłaceniu tej kwoty pacjent poprosi o skierowanie do specjalisty lub pokaże pokwitowanie, uniknie kolejnych opłat kwartalnych u innego lekarza. Reguła ta nie dotyczy wizyty u dentystry, ponieważ tam obowiązuje oddzielna opłata kwartalna w wysokości także 10 euro. Opłata nie obowiązuje w przypadku badań kontrolnych u dentystry, badań profilaktycznych oraz w razie szczepienia. Źródło: <http://www.bkk-bv-gesundheit.de/bkk-promig/fileadmin/template/download/Gesundheitswegweiser/Wegweiser-mimi-06-polnisch.pdf>.

¹¹ Reguła obowiązuje przede wszystkim we wszystkich krajach Unii Europejskiej, poza tym w Islandii, Norwegii, Szwajcarii, Macedonii i Liechtensteinie. Także z Turcją, Chorwacją, Tunezją oraz paroma innymi państwami zostały podpisane osobne umowy. Refundacja realizowana jest po przedstawieniu rachunku za usługę zrealizowaną poza niemiecką kasą chorych.

Charakterystyka klientów i preferencje zakupowe

Według *Raportu Zdrowia 2014 BKK*¹² średni wiek ubezpieczonego mężczyzny w Dolnej Saksonii to 43 lata a kobiety 44,4 lata. Jest to wynik powyżej średniej krajowej, która dla mężczyzn jest o 4,5 roku a dla kobiet o 4,1 roku niższa. W 2013 r. 10,4% ubezpieczonych było w BKK.

Rysunek 2. Usługi medyczne w 2012 według pierwszej diagnozy (ICD-10 diagnoza podstawowych grup, czasami w połączeniu) i miejsce rehabilitacji w procentach. Tylko krajowe ubezpieczenia, wiek – standaryzowany na całej populacji



Legenda: Choroby układu mięśniowo-szkieletowego i tkanki łącznej (szary), Nowotwory (zielony), Choroby układu sercowo-naczyniowego (pomarańczowy), Choroby psychiczne bez uzależnień (ciemnożółty), Zaburzenia psychiczne powiązane z alkoholem/narkotykami/lekami (jasnożółty), Inne choroby lub nieokreślone (niebieski)

Źródło: Gesundheit in Regionen: Zahlen, Daten, Fakten mit Gastbeiträgen aus Wissenschaft, Politik und Praxis, http://www.bkk-dachverband.de/fileadmin/publikationen/gesundheitsreport_2014/BKK_Gesundheitsreport.pdf.

Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse¹³ (Instytut Naukowy Kasy TK), jednej z największych kas chorych w Niemczech skupiającej 8,7 mln ubezpieczonych,

¹² <http://www.bkk-dachverband.de/gesundheitsreport>.

¹³ Adres: Bramfelder Str. 140, 22305 Hamburg, Tel. +494085506070, e-mail-address: service@tk.de.

proceeds from several years of research focusing on the medical market and medical tourism. As mentioned in the introduction of the current expert report, Lower Saxony, in every aspect of the parameters of the medical market and the scale of provided medical and ambulatory services, is at the average level for the whole country. These parameters concern indicators such as: the number of days off due to illness for each employee, the degree of use of rehabilitation services, the incidence of new tumors and the percentage of patients who permanently use dental care, the number of people using addiction therapy. Figure 2 shows a comparison of medical services (in green, the percentage of respondents is specific for Lower Saxony).

The characteristics of provided medical services indicate the existence of a larger group of clients, who potentially will benefit from rehabilitation services and those related to the skeletal and skeletal system (in this group there are also orthopedic and dental services). This was confirmed by the own research conducted on a group of 70 patients from Lower Saxony and interested in medical tourism services. Table 4 shows the comparison of responses including those that concern the probability of travel on a high and average level. According to the statements of the respondents, the largest percentage of people consider the possibility of travel for the purpose of obtaining dental or rehabilitation services.

Table 4. Probability of travel across the border for the purpose of purchasing medical services among patients in Lower Saxony

Rodzaj zabiegu	Prawdopodobne	Bardzo prawdopodobne	Łącznie
ortopedia	27,9	8,8	36,7
rehabilitacja, uzdrowiska i sanatoria	53,6	13	66,6
leczenie nadwagi i otyłości	26,1	8,7	34,8
okulistyka	40,6	8,7	49,3
medycyna estetyczna	26,5	14,7	41,2
stomatologia	46,4	23,2	69,6
urologia	30,4	4,3	34,7
kardiologia	26,1	5,8	31,9

Źródło: Opracowanie na podstawie badań własnych.

The probability of travel across the border for the purpose of purchasing specific medical services among patients in Lower Saxony correlates with the indications regarding the perception of high costs of these services, their low availability and low patient satisfaction with the quality of these services (patients across the border want to use services, which in their opinion in the land of Lower Saxony are expensive or difficult to access or provided at a low level). To the category of these services belong aesthetic medicine and dentistry. It is worth to emphasize that the main reason for low satisfaction is above all the high price of services offered in the land.

Instytut Naukowy Kasy TK od roku 2007 przeprowadza wśród swoich członków ankietę związaną z zagadnieniem turystyki medycznej. Analizy prowadzone są dla całych Niemiec, jak i dla poszczególnych landów. Wyniki tej ankiety wskazują jednoznacznie, że osoby korzystające z usług medycznych poza granicami Niemiec charakteryzuje przede wszystkim zaawansowany wiek. W Dolnej Saksonii 78% pacjentów korzystających z usług medycznych poza granicami kraju było powyżej 60 roku życia, a 8% ubezpieczonych w Techniker Krankenkasse osiągnęło już 80 rok życia.¹⁴ W kontekście grupy docelowej warto przytoczyć w całości dane opracowane przez niemiecką kasę chorych, które są w równym stopniu replikowane na rynek w Dolnej Saksonii. Wskazują one, że ponad 70% pacjentów z landów korzystających z opieki medycznej w Europie było emerytami¹⁵. Ponadto: 50% pacjentów TK, biorących udział w ankiecie i planujących zabieg poza granicami Niemiec, podało, że zarabia między 1000 a 2500 EUR brutto a kolejne 10% zarabiało pomiędzy 750 a 1000 EUR brutto. Wyniki te należy identyfikować dwójako: potwierdzają one, że pacjentami-turystami są głównie emeryci, którzy nawet w realiach niemieckich zarabiają niewiele. Warto podkreślić, że analiza TK dla całych Niemiec, jak i landu Dolna Saksonia¹⁶ prognozuje jednak przesunięcie w kierunku lepiej zarabiających grup. Dotychczasowa popularność turystyki medycznej wśród nisko zarabiających może wynikać z faktu, że jest to grupa społeczna, która poszukuje oszczędności i znajduje je w ofercie zagranicznych klinik.

Kluczowe instytucje medyczne w Dolnej Saksonii oraz charakterystyka operatorów zajmujących się turystyką medyczną

Usługi w zakresie turystyki medycznej realizowane są zarówno przez biura podróży (głównie turystyka uzdrowiskowa), jak i wyspecjalizowane podmioty zajmujące się pośrednictwem w tym zakresie. Badani z terenu Dolnej Saksonii wskazali, że poszukiwania operatora, jak i samych informacji na temat medycznych wyjazdów zagranicznych rozpoczęliby od Internetu (81%), ponad połowa zasięgnęłaby informacji u znajomych (52%), co czwarty udałby się do placówki medycznej w kraju, a co piąty respondent poszukiwałby informacji w prasie. W kontekście tych preferencji mieszkańców Dolnej Saksonii (które znajdują odzwierciedlenie w raportach dotyczących całego kraju), istotne jest funkcjonowanie spójnej platformy integrującej ofertę kujawsko-pomorskich podmiotów medycznych lub dalszy rozwój łatwo dostępnej i rozpoznawalnej dla części ankietowanych z Hanoweru, Brunszwiku i Wolfsburga platformy www.tour-medica.pl.

¹⁴ Na podstawie: *Turystyka medyczna w Republice Federalnej Niemiec*, <https://berlin.trade.gov.pl/pl/download/file/f,28430>, 2010.

¹⁵ Gesundheitsreport 2014: <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/12026/Datei/123981/Gesundheitsreport-Niedersachsen-2014.pdf>.

¹⁶ *Ibidem*.

Tabela 5 zawiera zestawienie instytucji kluczowych w kontekście współpracy.

Tabela 5. Kluczowe instytucje w kontekście współpracy w Dolnej Saksonii

Instytucja ⁵	Opis
Urzędy zdrowia w Dolnej Saksonii Niedersächsisches Landesgesundheitsamt Roesbeckstraße 4–6 30449 Hannover Internet: www.nlga.niedersachsen.de	Urzędy zdrowia oferują społeczeństwu informacje, porady i konsultacje na tematy zdrowotne. Do zadań urzędów zdrowia należy na przykład przeprowadzanie badań dzieci rozpoczynających naukę w szkole, konsultacje w sprawie szczepień oraz udzielanie pomocy osobom psychicznie chorym, uzależnionym, a także osobom niepełnosprawnym. Zadaniem urzędów zdrowia jest także sprawowanie nadzoru i kontroli. Troszczą się one np. o higienę w placówkach leczniczych, pielęgniarskich i opiekuńczych, nadzorują jakość wody pitnej.
Ministerstwo Zdrowia Bundesministerium für Gesundheit (BMG) Referat Information, Publikation, Redaktion Rochusstraße 1 53123 Bonn Internet: www.bmg.bund.de	Do głównych zadań Ministerstwa Zdrowia należą: zarządzanie i finansowanie ustawowego ubezpieczenia zdrowotnego oraz zachowanie, kontynuacja i ulepszanie systemu ubezpieczenia pielęgnacyjnego.
Izba Lekarska Ärztekammer Niedersachsen Körperschaft öffentlichen Rechts Berliner Allee 20 30175 Hannover Telefon: 0511 3 80 02 E-Mail: info@aekn.de Internet: www.aekn.de	Izba Lekarska jako niezależna instytucja reprezentująca interesy swoich członków oraz pacjentów jest kompetentnym partnerem w polityce zdrowotnej. Wspiera komunikację pomiędzy społeczeństwem/pacjentami a lekarzami, udzielając ogólnych informacji i porad oraz zapraszając do dyskusji. Pacjenci mogą również zgłosić się do Izby Lekarskiej ze skargami.
Krajowe Stowarzyszenie na Rzecz Zdrowia i Instytut Medycyny Społecznej Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e.V. Fenskeweg 2 30165 Hannover Telefon: 0511 35 00 052 E-Mail: info@gesundheitsnds.de Internet: www.gesundheitnds.de	Krajowe Stowarzyszenie na Rzecz Zdrowia i Instytut Medycyny Społecznej e.V. (LVG) tworzą wspólnie powszechny, niezależny i ogólnokrajowy związek na rzecz uświadamiania i wspierania oraz promocji zdrowia. Instytut Medycyny Społecznej oferuje kursy kształcenia oraz imprezy/spotkania na tematy poświęcone medycynie społecznej, promocji zdrowia i rehabilitacji. Instytut Medycyny Społecznej wspólnie z Krajowym Stowarzyszeniem na Rzecz Zdrowia jest zintegrowany w jednym związku.

Źródło: Opracowanie własne.

W Tabeli 6 zawarto podstawowe informacje o podmiotach świadczących usługi związane z turystyką medyczną.

Tabela 6. Wykaz podmiotów turystycznych świadczących usługi związane z turystyką medyczną

Nazwa	Specjalność	Adres	E-mail	Strona www
Kroger-Reisen	Turystyka uzdrowskowa	Herrenstr. 18, 21698 Harsefeld	info@kroeger-reisen.de	www.kroeger-reisen.de
Urlaub+ Reisen GmbH & Co.	Turystyka uzdrowskowa (Kołobrzeg), turystyka miejska	Breitenweg 39, 28195 Bremen	info@u-und-r.de	www.u-und-r.de
Irro-Reisen	Turystyka miejska, uzdrowskowa	Roland-Brandin Str. 2, 29439 Luchow	info@irro.de	www.irro.de
Calenberger Partner-Reisen,	Turystyka miejska, uzdrowskowa, turystyka aktywna	Calenberger Str. 21, 30169 Hannover	info@calenberger-partner-reisen.de	www.visit-polen.de
TUI Deutschland GmbH	Turystyka miejska, indywidualna i grupowa, turystyka uzdrowskowa	Karl-Wiechert-Allee 23, 30625 Hannover	serviceteam@airtours.de	www.tui-group.com.de
Lorenz Reiseburo,	Turystyka uzdrowskowa, podróże autokarowe, turystyka aktywna	Bahnhofsallee 25, 31134 Hildesheim	info@lorenz-kurreisen.de	www.lorenz-kurreisen.de
Ruhe-Reisen GmbH	Turystyka miejska, uzdrowskowa, podróże autokarowe	Bahnhofstrasse 8, 31655 Stadthagen	info@ruhe-reisen.de	www.ruhe-reisen.de
Weihrauch Uhlendorff GmbH	Podróże autokarowe, turystyka miejska, zdrowotna	Matthias-Grunewald-Str. 32-34, 37154 Northeim	info@weihrauch-uhlendorff.de	www.weihrauch-uhlendorff.de
Werner-Tours Touristikinternational GmbH	Turystyka miejska, turystyka uzdrowskowa	Waller See 1, 38179 Schwulper	info@werner-tours.de	www.werner-tours.de
Dental Care	Usługi turystyki medycznej, głównie stomatologia na terenie Polski	Am Wehrbusch 9 30880 Laatzen	info@zahnmed-polen.de	www.zahnmed-polen.de

Źródło: Opracowanie własne.

W Tabeli 7 zaprezentowano prywatnych ubezpieczycieli funkcjonujących w landzie Dolna Saksonia.

Tabela 7. Prywatni ubezpieczyciele dostępni dla klientów z Dolnej Saksonii¹⁷

Nazwa	Adres
AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen	Hildesheimer Straße 273, 30519 Hannover
ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung	Moorgärten 12–14, 49377 Vechta
PAX-FAMILIENFÜRSORGE	Doktorweg 2–4, 32756 Detmold
Landeskrankenhilfe	Uelzener Straße 120, 21335 Lüneburg
Provinzial Krankenversicherung	Schiffgraben 4, 30159 Hannover
Krankenunterstützungskasse der Berufsfeuerwehr Hannover	Karl-Wiechert-Allee 60b, 30625 Hannover
Mecklenburgische Krankenversicherung	Berckhusenstraße 146, 30625 Hannover

Źródło: Opracowanie własne.

Podsumowanie

Przed dotarciem z ofertą usług medycznych do klientów zamieszkujących Dolną Saksonię konieczne jest zmierzenie się z barierami podobnymi dla całego rynku niemieckiego:

- Ocena niektórych badanych odnośnie do polskiego rynku medycznego jest raczej negatywna. W szczególności dotyczy to podstawowych usług medycznych świadczonych przez szpitale. Z drugiej strony opinia na temat polskiego rynku medycznego wyrażana przez reprezentatywną próbę mieszkańców Dolnej Saksonii to głównie opinia dotycząca sanatoriów, uzdrowisk, kurortów, które cieszą się szczególnym zainteresowaniem obywateli niemieckich.
- Słaba jest informacja na temat możliwości zakupu zagranicznych usług medycznych oraz warunków, na jakich zakup ten mógłby się odbywać. Także brak reklamy w mediach powoduje, iż w świadomości badanych nie funkcjonuje ewentualność korzystania z usług medycznych poza granicami kraju.
- W wiedzy i opiniach badanych nie funkcjonuje województwo kujawsko-pomorskie. Badani nie kojarzą aglomeracji miejskich usytuowanych w tym regionie, nie identyfikują także Ciechocinka czy Inowrocławia jako uzdrowisk. Brak świadomości i rozeznania w położeniu regionu i jego możliwościach, a co za tym idzie nie-

¹⁷ W zestawieniu umieszczono również prywatnych ubezpieczycieli z miejscowości oddalonych do 100 km od stolicy landu, a mogących znajdować się poza siedzibą landu – na podstawie: <http://www.jameda.de/niedersachsen/krankenkassen/gesetzliche-krankenkassen/fachgebiet-land/>.

możność określenia odległości czy potencjalnych środków transportu (samolot), dyskwalifikuje obszar jako destynację medycyny turystycznej.

Analizy Instytutu Naukowego Kasy TK (Wissenschaftliches Institut der Techniker Krankenkasse) z kolei wykazały, że z roku na rok rośnie zainteresowanie niemieckich pacjentów usługami medycznymi w innych krajach Europy. Jednak z analiz z lat 2010–2013 wynika, że ogólnie spada zainteresowanie krajami wschodnioeuropejskimi jako celami turystyki medycznej. Obok Polski i Czech, również Węgry odnotowują spadek zainteresowania swoimi usługami medycznymi. Część klientów z Niemiec, jak i Europy Zachodniej, kierując się kryterium ceny, woli wybierać leczenie w znacznie tańszej Rumunii¹⁸. Może to także oznaczać, że przeciętny klient w Dolnej Saksonii woli skorzystać z usług stomatologicznych, fizjoterapeutycznych w Hiszpanii (Majorka) lub we Włoszech (Sardynia, Sycylia), łącząc wyjazd zagraniczny z wypoczynkiem w atrakcyjnym turystycznie miejscu¹⁹.

Literatura

1. *Funkcjonowanie systemu zdrowotnego w Niemczech, Przewodnik dla obcokrajowców. Zadbajmy wspólnie o zdrowie*: <http://www.bkk-bv-gesundheit.de/bkk-promig/fileadmin/template/download/Gesundheitswegweiser/Wegweiser-mimi-06-polnisch.pdf>.
2. *Gesundheitsreport 2014*: <http://www.tk.de/centaurus/servlet/contentblob/12026/Datei/123981/Gesundheitsreport-Niedersachsen-2014.pdf>.
3. *Przewodnik Inwestora w Dolnej Saksonii*: <https://berlin.trade.gov.pl/pl/download/file/f,1858>.
4. *Turystyka medyczna w Republice Federalnej Niemiec*: <https://berlin.trade.gov.pl/pl/download/file/f,28430>.

Przypisy końcowe tabel

- (1) Według Google Maps.
- (2) Według Google Maps.
- (3) Z racji rozbieżności pomiędzy jednostkowymi cenami 1 litra benzyny na stacjach, wahaniami cen benzyny, uzależnieniem ceny od kursu euro oraz znacznymi różnicami pomiędzy pojazdami przyjęto polskie ujednolicone stawki kilometrówki dla pojazdów do 900 i od 900 cm³ pojemności.
- (4) <http://www.sindbad.pl/>, 20.10.2014.
- (5) http://www.bkk-bv-gesundheit.de/bkk-promig/fileadmin/template/download/GESUNDHEITSLEITFADEN_NDS_NEU/Nds_poln_online.pdf.

¹⁸ TURYSTYKA MEDYCZNA: *Potencjał rynków w ocenie Polskich Ośrodków Informacji Turystycznej*, dostęp: www.pot.gov.pl/component/rubberdoc/doc/621/raw.

¹⁹ <http://www.mallorcazeitung.es/gesundheit/2012/05/31/au-backe-palmen-zahnarzt-mallorca/23971.html>.



KAPITAŁ LUDZKI
NARODOWA STRATEGIA SPÓJNOŚCI

POLSKA AGENCJA
ROZWOJU
PRZEDSIĘBIORCZOŚCI



KUJAWSKO-POMORSKA
ORGANIZACJA PRACODAWCÓW
LEWIATAN

UNIA EUROPEJSKA
EUROPEJSKI
FUNDUSZ SPOŁECZNY



Projekt współfinansowany ze środków Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego

Analiza cen usług medycznych - Ekspertyza dla województwa kujawsko-pomorskiego



Spis treści

Wstęp	167
Ortopedia.....	168
Okulistyka	169
Medycyna estetyczna.....	169
Stomatologia	170
Urologia.....	170
Kardiologia.....	171
Usługi uzdrowiskowe	172
Podsumowanie	173
Przypisy końcowe	174
Spis tabel	174

Wstęp

Celem opracowania ekspertyzy było wskazanie średnich cen (w PLN) wytypowanych usług medycznych oferowanych przez wybrane podmioty, zlokalizowane przede wszystkim w województwie kujawsko-pomorskim¹.

Analizę przeprowadzono dla następujących kategorii usług:

1. ortopedia
2. okulistyka
3. medycyna estetyczna
4. stomatologia
5. urologia
6. kardiologia
7. rehabilitacja i usługi uzdrowiskowe

Badania średnich cen usług przeprowadzono na podstawie cenników zamieszczonych na stronach internetowych poszczególnych podmiotów według stanu na wrzesień 2014, w drodze wywiadu telefonicznego albo kontaktu osobistego. Ceny wyrażono w złotych. Analizie poddano cenniki następujących podmiotów:

Kategoria	Nazwa podmiotu
Ortopedia	Szpital Specjalistyczny Matopiat – Toruń Centrum Medyczne ESKULAP – Bydgoszcz Centrum Medyczne Gizińscy – Bydgoszcz
Okulistyka	Szpital Specjalistyczny Matopiat – Toruń Szpital Specjalistyczny Barska – Włocławek Prywatna Klinika Okulistyczna OFTALMIKA – Bydgoszcz Szpital Okulistyczny – Łódź Centrum Mikrochirurgii Oka Laser – Warszawa
Medycyna estetyczna	Centrum Medyczne Laser-Med S.A. – Bydgoszcz Centrum Medyczne Bieńkowski – Bydgoszcz Centrum Medyczne Gizińscy – Bydgoszcz Lecznice Citomed Sp. z o.o. – Toruń Prywatna Klinika Wident – Bydgoszcz Solumed Klinika Chirurgii Plastycznej, Medycyny Estetycznej i Flebologii – Poznań Ośrodek Chirurgii Plastycznej – Lublin
Stomatologia	UNIDENT Centrum Usług Stomatologicznych – Bydgoszcz Prywatny Gabinet Stomatologiczny DENS V.I.P. – Bydgoszcz Centrum Stomatologii DENTUS – Toruń Zagalak Klinika Stomatologiczna – Bydgoszcz CIVIS VITA Centrum Medyczne – Toruń Klinika Stomatologiczna DENmed – Toruń

Kategoria	Nazwa podmiotu
Urologia	Szpital Specjalistyczny Matopát –Toruń Szpital Specjalistyczny Barska – Włocławek Stadmedica Centrum Medyczne – Bydgoszcz Prywatna Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Nowak&Nowak – Toruń Śląskie Centrum Urologii „Urovita” – Chorzów
Kardiologia	Centrum Medyczne ESKULAP – Bydgoszcz Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dra Antoniego Jurasza – Bydgoszcz Polsko-Amerykańskie Kliniki Serca – Katowice Prywatne Centrum Chirurgii Winczakiewicz-Borkiewicz – Toruń Swissmed Centrum Zdrowia S.A. – Gdańsk
Usługi uzdrowiskowe	Stadmedica Centrum Medyczne – Bydgoszcz ORVIT CLINIC Lecznice Citomed Sp. z o. o. – Toruń Fizjoterapia i Odnowa Biologiczna „Instant Care” – Bydgoszcz Prywatne Centrum Ortopedii i Rehabilitacji Ortus Med Sp. z o.o. – Toruń ACTIO Centrum Terapii Manualnej i Rehabilitacji – Bydgoszcz Sanatorium Uzdrowiskowe „Krystynka” Sp. z o.o. – Ciechocinek Przedsiębiorstwo Uzdrowisko Ciechocinek S.A. – Ciechocinek „SOLANKI” Uzdrowisko Inowrocław Sp. z o.o. – Inowrocław Sanatorium Uzdrowiskowe „Wrzos” Sp. z o.o. – Ciechocinek Lecznice Citomed Sp. z o.o. – Toruń Klinika Uzdrowiskowa „Pod Tężniami” im. Jana Pawła II Spółdzielnia Usług Medycznych – Ciechocinek Sanatorium Uzdrowiskowe „Przy Tężni” im. Józefa Krzywińskiego Sp. z o.o. – Inowrocław

Analiza posłuży jako benchmark do analizy porównawczej cen usług oferowanych na rynku zagranicznym.

Ortopedia

Ceny usług pochodzą ze stron internetowych trzech dostawców:

- Szpital Specjalistyczny Matopát – Toruń,
- Centrum Medyczne ESKULAP – Bydgoszcz,
- Centrum Medyczne Gizińscy – Bydgoszcz.

Tabela 1. Ceny wybranych usług ortopedycznych

Usługa	Cena 1	Cena 2	Cena 3	Średnia
Artroskopia operacyjna stawu kolanowego	3 200 ⁽²⁾	3 000 ⁽³⁾	2 800 ⁽⁴⁾	3000
Rekonstrukcja więzadła krzyżowego przedniego (ACL) stawu kolanowego	7 200 ⁽⁵⁾	7 000 ⁽⁶⁾	6 500 ⁽⁷⁾	6900
Artroskopia operacyjna barku/stawu skokowego	3 400 ⁽⁸⁾	3 200 ⁽⁹⁾	3 000 ⁽¹⁰⁾	3200
Operacja kanału nadgarstka	2 300 ⁽¹¹⁾	2 100 ⁽¹²⁾	2 500 ⁽¹³⁾	2300
Operacja palucha koślawego	4 600 ⁽¹⁴⁾	4 300 ⁽¹⁵⁾	4 000 ⁽¹⁶⁾	4300

Źródło: Opracowanie własne.

Okulistyka

Ceny usług pochodzą ze stron internetowych pięciu dostawców:

- Szpital Specjalistyczny Matopiat –Toruń,
- Szpital Specjalistyczny Barska – Włocławek,
- Prywatna Klinika Okulistyczna OFTALMIKA – Bydgoszcz,
- Szpital Okulistyczny – Łódź,
- Centrum Mikrochirurgii Oka Laser – Warszawa.

Tabela 2. Ceny wybranych usług okulistycznych

Usługa	Cena 1	Cena 2	Cena 3	Średnia
Operacja usunięcia zaćmy	4 000 ⁽¹⁷⁾	4 300 ⁽¹⁸⁾	4 000 ⁽¹⁹⁾	4100
Koszt dodatkowo zużytych materiałów medycznych podczas operacji usunięcia zaćmy – maksymalnie	700 ⁽²⁰⁾	800 ⁽²¹⁾	500 ⁽²²⁾	667
Trabekulektomia – operacja przeciwjaskrowa	2000 ⁽²³⁾	1 850 ⁽²⁴⁾	3500 ⁽²⁵⁾	2450

Źródło: Opracowanie własne.

Medycyna estetyczna

Ceny usług pochodzą ze stron internetowych siedmiu dostawców:

- Centrum Medyczne Laser-Med S.A. – Bydgoszcz,
- Centrum Medyczne Bieńkowski – Bydgoszcz,
- Centrum Medyczne Gizińscy – Bydgoszcz,
- Lecznice Citomed Sp. z o.o. – Toruń,
- Prywatna Klinika Wident – Bydgoszcz,
- Solumed Klinika chirurgii plastycznej, medycyny estetycznej i flebologii – Poznań,
- Ośrodek Chirurgii Plastycznej – Lublin.

Tabela 3. Ceny wybranych usług medycyny estetycznej

Usługa	Cena 1	Cena 2	Cena 3	Średnia
Plastyka powiek górnych	1 500 ⁽²⁶⁾	4 700 ⁽²⁷⁾	4 551 ⁽²⁸⁾	3584
Korekcja odstających uszu	3 200 ⁽²⁹⁾	3 300 ⁽³⁰⁾	3 198 ⁽³¹⁾	3233
Całkowita korekcja nosa	9 000 ⁽³²⁾	11 000 ⁽³³⁾	7 990 ⁽³⁴⁾	9330
Powiększenie piersi implantami anatomicznymi	14 000 ⁽³⁵⁾	16 000 ⁽³⁶⁾	15 990 ⁽³⁷⁾	15330
Powiększenie piersi implantami okrągłymi	13 000 ⁽³⁸⁾	13 000 ⁽³⁹⁾	11 000 ⁽⁴⁰⁾	12333
Powiększenie piersi kwasem hialuronowym	10 000 ⁽⁴¹⁾	9 500 ⁽⁴²⁾	8 500 ⁽⁴³⁾	9333
Podniesienie piersi	10 000 ⁽⁴⁴⁾	12 000 ⁽⁴⁵⁾	14 000 ⁽⁴⁶⁾	12000

Usługa	Cena 1	Cena 2	Cena 3	Średnia
Zmniejszenie piersi	11 000 ⁽⁴⁷⁾	11 000 ⁽⁴⁸⁾	10 000 ⁽⁴⁹⁾	10667
Plastyka brzucha	12 000 ⁽⁵⁰⁾	14 000 ⁽⁵¹⁾	12 000 ⁽⁵²⁾	12667
Lifting czoła nićmi Silhouette Soft	4 500 ⁽⁵³⁾	5 000 ⁽⁵⁴⁾	3 500 ⁽⁵⁵⁾	4333

Źródło: Opracowanie własne.

Stomatologia

Ceny usług pochodzą ze stron internetowych pięciu dostawców:

- UNIDENT Centrum Usług Stomatologicznych – Bydgoszcz,
- Prywatny Gabinet Stomatologiczny DENS V.I.P. – Bydgoszcz,
- Centrum Stomatologii DENTUS – Toruń,
- Zagalak Klinika Stomatologiczna – Bydgoszcz,
- Klinika Stomatologiczna DENmed – Toruń.

Tabela 4. Ceny wybranych usług stomatologicznych

Usługa	Cena 1	Cena 2	Cena 3	Cena 4	Średnia
Leczenie kanałowe	600 ⁽⁵⁶⁾	600 ⁽⁵⁷⁾	400 ⁽⁵⁸⁾	600 ⁽⁵⁹⁾	550
Wypełnienie zęba	200 ⁽⁶⁰⁾	200 ⁽⁶¹⁾	180 ⁽⁶²⁾	200 ⁽⁶³⁾	195
Odbudowa zęba	250 ⁽⁶⁴⁾	300 ⁽⁶⁵⁾	250 ⁽⁶⁶⁾	160 ⁽⁶⁷⁾	240
Wybielanie zębów	650 ⁽⁶⁸⁾	1 500 ⁽⁶⁹⁾	1 000 ⁽⁷⁰⁾	900 ⁽⁷¹⁾	1013
Proteza szkieletowa	1 400 ⁽⁷²⁾	2 000 ⁽⁷³⁾	1 100 ⁽⁷⁴⁾	1 500 ⁽⁷⁵⁾	1500
Korona pełnoceramiczna	1 400 ⁽⁷⁶⁾	1 800 ⁽⁷⁷⁾	710 ⁽⁷⁸⁾	1 000 ⁽⁷⁹⁾	1228
Ekstrakcja zęba stałego	200 ⁽⁸⁰⁾	250 ⁽⁸¹⁾	200 ⁽⁸²⁾	150 ⁽⁸³⁾	200
Operacyjny zabieg implantacji	2 500 ⁽⁸⁴⁾	4 000 ⁽⁸⁵⁾	2 500 ⁽⁸⁶⁾	3 500 ⁽⁸⁷⁾	3125

Źródło: Opracowanie własne.

Urologia

Ceny usług pochodzą ze stron internetowych pięciu dostawców:

- Szpital Specjalistyczny Matoplat – Toruń,
- Szpital Specjalistyczny Barska – Włocławek,
- Stadmedica Centrum Medyczne – Bydgoszcz,
- Prywatna Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Nowak&Nowak – Toruń,
- Śląskie Centrum Urologii „Urovita” – Chorzów.

Tabela 5. Ceny wybranych usług urologicznych

Usługa	Cena 1	Cena 2	Cena 3	Średnia
Przezpęcherzowe usunięcie gruczolaka stercza	8 500 ⁽⁸⁸⁾	6 000 ⁽⁸⁹⁾	5 800 ⁽⁹⁰⁾	6767
Cystoskopia (wziernikowanie pęcherza moczowego)	1 900 ⁽⁹¹⁾	270 ⁽⁹²⁾	1 250 ⁽⁹³⁾	1140
Laparoskopowa operacja żyłaków powrózka nasiennego	4 100 ⁽⁹⁴⁾	3 500 ⁽⁹⁵⁾	4 000 ⁽⁹⁶⁾	3867
Laparoskopowe usunięcie torbieli nerki	5 400 ⁽⁹⁷⁾	4 000 ⁽⁹⁸⁾	4 200 ⁽⁹⁹⁾	4533
Operacja żyłaków powrózka nasiennego (op. Sp. Bernardini)	3 500 ⁽¹⁰⁰⁾	2 800 ⁽¹⁰¹⁾	2 500 ⁽¹⁰²⁾	2933
Operacja przepukliny pachwinowej i mosznowej z użyciem siatki chirurgicznej	3 500 ⁽¹⁰³⁾	2 800 ⁽¹⁰⁴⁾	2 500 ⁽¹⁰⁵⁾	2933
Operacja wodniaka jądra	2 800 ⁽¹⁰⁶⁾	2 000 ⁽¹⁰⁷⁾	2 000 ⁽¹⁰⁸⁾	2267
Stulejka, wędzidełko w znieczuleniu miejscowym	1 900 ⁽¹⁰⁹⁾	1 900 ⁽¹¹⁰⁾	700 ⁽¹¹¹⁾	1500
Stulejka, wędzidełko w znieczuleniu ogólnym	2 500 ⁽¹¹²⁾	2 300 ⁽¹¹³⁾	1 500 ⁽¹¹⁴⁾	2100
TURP (przezcewkowa elektroresekcja stercza)	5 800 ⁽¹¹⁵⁾	4 500 ⁽¹¹⁶⁾	3 600 ⁽¹¹⁷⁾	4633
TURT (przezcewkowa elektroresekcja guza pęcherza)	5 100 ⁽¹¹⁸⁾	4 000 ⁽¹¹⁹⁾	4 200 ⁽¹²⁰⁾	4433
Uretrotomia (nacięcie cewki moczowej) optyczna	2 800 ⁽¹²¹⁾	1 500 ⁽¹²²⁾	2 100 ⁽¹²³⁾	2133
URSL (endoskopowe usunięcie kamienia z moczowodu)	5 400 ⁽¹²⁴⁾	5 000 ⁽¹²⁵⁾	2 300 ⁽¹²⁶⁾	4233
Usunięcie kamienia z pęcherza moczowego	6 100 ⁽¹²⁷⁾	1 400 ⁽¹²⁸⁾	2 500 ⁽¹²⁹⁾	3333
Wycięcie najądrza, torbieli najądrza, usunięcie jądra	2 800 ⁽¹³⁰⁾	2 000 ⁽¹³¹⁾	2 000 ⁽¹³²⁾	2267
Usunięcie mięska ujścia zewnętrznego cewki moczowej w znieczuleniu miejscowym	700 ⁽¹³³⁾	500 ⁽¹³⁴⁾	500 ⁽¹³⁵⁾	567

Źródło: Opracowanie własne.

Kardiologia

Ceny usług pochodzą ze stron internetowych pięciu dostawców:

- Centrum Medyczne ESKULAP – Bydgoszcz
- Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dra Antoniego Jurasza – Bydgoszcz
- Polsko-Amerykańskie Kliniki Serca – Katowice
- Prywatne Centrum Chirurgii Winczakiewicz-Borkiewicz – Toruń
- Swissmed Centrum Zdrowia S.A. – Gdańsk

Tabela 6. Ceny wybranych usług kardiologicznych

Usługa	Cena 1	Cena 2	Cena 3	Średnia
Koronografia	2 000 ⁽¹³⁶⁾	1 200 ⁽¹³⁷⁾	1 100 ⁽¹³⁸⁾	1433
Koronaroplastyka	5 000 ⁽¹³⁹⁾	2 830 ⁽¹⁴⁰⁾	4 700 ⁽¹⁴¹⁾	4177

Usługa	Cena 1	Cena 2	Cena 3	Średnia
Koronaroplastyka z implantacją 1 stentu BMS	6 000 ⁽¹⁴²⁾	3 500 ⁽¹⁴³⁾	6 500 ⁽¹⁴⁴⁾	5333
Koronaroplastyka z implantacją 2 stentów BMS	7 000 ⁽¹⁴⁵⁾	4 500 ⁽¹⁴⁶⁾	7 200 ⁽¹⁴⁷⁾	6233
Laserowe usuwanie żyłaków – metoda EVLT	3 000 ⁽¹⁴⁸⁾	4 000 ⁽¹⁴⁹⁾	2 400 ⁽¹⁵⁰⁾	3133

Źródło: Opracowanie własne.

Usługi uzdrowiskowe

Ceny usług pochodzą ze stron internetowych dostawców:

- Stadmedica Centrum Medyczne – Bydgoszcz,
- ORVIT CLINIC Lecznice Citomed Sp. z o.o. – Toruń,
- Fizjoterapia i Odnowa Biologiczna „Instant Care” – Bydgoszcz,
- Prywatne Centrum Ortopedii i Rehabilitacji Ortus Med Sp. z o.o. – Toruń,
- ACTIO Centrum Terapii Manualnej i Rehabilitacji – Bydgoszcz,
- Lecznice Citomed Sp. z o.o. – Toruń,
- Sanatorium Uzdrowiskowe „Krystynka” Sp. z o.o. – Ciechocinek,
- Przedsiębiorstwo Uzdrowisko Ciechocinek S.A. – Ciechocinek,
- „SOLANKI” Uzdrowisko Inowrocław Sp. z o.o. – Inowrocław,
- Sanatorium Uzdrowiskowe „Wrzos” Sp. z o.o. – Ciechocinek,
- Klinika Uzdrowiskowa „Pod Tężniami” im. Jana Pawła II Spółdzielnia Usług Medycznych – Ciechocinek,
- Sanatorium Uzdrowiskowe „Przy Tężni” im. Józefa Krzywińskiego Sp. z o.o. – Inowrocław.

Tabela 7. Ceny wybranych usług uzdrowiskowych

Rodzaj zabiegu	Cena 1	Cena 2	Cena 3	Średnia
FIZJOTERAPIA				
Galwanizacja	10 ⁽¹⁵¹⁾	15 ⁽¹⁵²⁾	14 ⁽¹⁵³⁾	13
Prądy interferencyjne	10 ⁽¹⁵⁴⁾	15 ⁽¹⁵⁵⁾	10 ⁽¹⁵⁶⁾	12
Prądy TENS	10 ⁽¹⁵⁷⁾	15 ⁽¹⁵⁸⁾	10 ⁽¹⁵⁹⁾	12
Prądy diadynamiczne	9 ⁽¹⁶⁰⁾	15 ⁽¹⁶¹⁾	10 ⁽¹⁶²⁾	11
Elektrostymulacja	9 ⁽¹⁶³⁾	15 ⁽¹⁶⁴⁾	15 ⁽¹⁶⁵⁾	13
Laseroterapia	10 ⁽¹⁶⁶⁾	15 ⁽¹⁶⁷⁾	10 ⁽¹⁶⁸⁾	12
Ultradźwięki	12 ⁽¹⁶⁹⁾	15 ⁽¹⁷⁰⁾	10 ⁽¹⁷¹⁾	12
Krioterapia miejscowa – 1 okolica	80 ⁽¹⁷²⁾	15 ⁽¹⁷³⁾	12 ⁽¹⁷⁴⁾	36
Magnetoterapia	10 ⁽¹⁷⁵⁾	15 ⁽¹⁷⁶⁾	10 ⁽¹⁷⁷⁾	12
Sollux	8 ⁽¹⁷⁸⁾	15 ⁽¹⁷⁹⁾	10 ⁽¹⁸⁰⁾	11

Rodzaj zabiegu	Cena 1	Cena 2	Cena 3	Średnia
MASAŻ				
Masaż klasyczny grzbietu i kręgosłupa – 30 min	40 ⁽¹⁸¹⁾	40 ⁽¹⁸²⁾	30 ⁽¹⁸³⁾	37
Masaż klasyczny całościowy 60 – min	50 ⁽¹⁸⁴⁾	80 ⁽¹⁸⁵⁾	90 ⁽¹⁸⁶⁾	73
Masaż kończyn górnych lub dolnych – 30 min	20 ⁽¹⁸⁷⁾	19 ⁽¹⁸⁸⁾	21 ⁽¹⁸⁹⁾	20
Masaż odcinkowy kręgosłupa – 20 min	20 ⁽¹⁹⁰⁾	30 ⁽¹⁹¹⁾	30 ⁽¹⁹²⁾	27

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 8. Ceny wybranych usług uzdrowiskowych cd.

Rodzaj zabiegu	Cena 1	Cena 2	Cena 3	Średnia
Kąpiel mineralna	13 ⁽¹⁹³⁾	13 ⁽¹⁹⁴⁾	20 ⁽¹⁹⁵⁾	15
Kąpiel perełkowa	15 ⁽¹⁹⁶⁾	15 ⁽¹⁹⁷⁾	20 ⁽¹⁹⁸⁾	17
Zabieg borowinowy całkowity	36 ⁽¹⁹⁹⁾	35 ⁽²⁰⁰⁾	65 ⁽²⁰¹⁾	45
Masaż ręczny kręgosłupa	12 ⁽²⁰²⁾	15 ⁽²⁰³⁾	15 ⁽²⁰⁴⁾	14
Gimnastyka indywidualna	20 ⁽²⁰⁵⁾	18 ⁽²⁰⁶⁾	20 ⁽²⁰⁷⁾	19
Magnetoterapia	10 ⁽²⁰⁸⁾	13 ⁽²⁰⁹⁾	15 ⁽²¹⁰⁾	13
Laser punktowy	12 ⁽²¹¹⁾	14 ⁽²¹²⁾	15 ⁽²¹³⁾	14
Krioterapia	11 ⁽²¹⁴⁾	16 ⁽²¹⁵⁾	12 ⁽²¹⁶⁾	13
Lampa solux	8 ⁽²¹⁷⁾	10 ⁽²¹⁸⁾	10 ⁽²¹⁹⁾	9

Źródło: Opracowanie własne.

Tabela 9. Ceny pobytu w sanatoriach

	Cena 1	Cena 2	Cena 3	Średnia
Pobyty cena za 1 osobodzień średnio ⁽²²⁰⁾	180 ⁽²²¹⁾	270 ⁽²²²⁾	240 ⁽²²³⁾	230

Źródło: Opracowanie własne.

Podsumowanie

Przeprowadzona analiza cen wybranych usług medycznych dotyczyła podmiotów działających przede wszystkim na terenie województwa kujawsko-pomorskiego. W przypadku braku wystarczającej liczby podmiotów ceny pobrano od podmiotów spoza województwa.

Ceny pochodzą ze stron internetowych wybranych podmiotów, z wywiadów telefonicznych oraz kontaktów bezpośrednich. Przedstawiona analiza służyć będzie do porównania cen usług oferowanych przez podmioty medyczne na rynkach zagranicznych.

Spis tabel

Tabela 1. Ceny wybranych usług ortopedycznych	168
Tabela 2. Ceny wybranych usług okulistycznych.....	169
Tabela 3. Ceny wybranych usług medycyny estetycznej.....	169
Tabela 4. Ceny wybranych usług stomatologicznych.....	170
Tabela 5. Ceny wybranych usług urologicznych	171
Tabela 6. Ceny wybranych usług kardiologicznych	171
Tabela 7. Ceny wybranych usług uzdrowiskowych.....	172
Tabela 8. Ceny wybranych usług uzdrowiskowych cd.....	173
Tabela 9. Ceny pobytu w sanatoriach.....	173

Przypisy końcowe

- (1) W przypadku braku wystarczającej liczby podmiotów zlokalizowanych w województwie kujawsko-pomorskim wytypowano podmioty spoza województwa.
- (2) <http://www.szpitalmatopat.pl/szpital/cennik>.
- (3) http://www.eskulap.bydgoszcz.pl/cennik_zabiegow.htm.
- (4) <http://www.gizinscy.pl/cennik-ortopedia.html>.
- (5) <http://www.szpitalmatopat.pl/szpital/cennik>.
- (6) http://www.eskulap.bydgoszcz.pl/cennik_zabiegow.htm.
- (7) <http://www.gizinscy.pl/cennik-ortopedia.html>.
- (8) <http://www.szpitalmatopat.pl/szpital/cennik>.
- (9) http://www.eskulap.bydgoszcz.pl/cennik_zabiegow.htm.
- (10) <http://www.gizinscy.pl/cennik-ortopedia.html>.
- (11) <http://www.szpitalmatopat.pl/szpital/cennik>.
- (12) http://www.eskulap.bydgoszcz.pl/cennik_zabiegow.htm.
- (13) <http://www.gizinscy.pl/cennik-ortopedia.html>.
- (14) <http://www.szpitalmatopat.pl/szpital/cennik>.
- (15) http://www.eskulap.bydgoszcz.pl/cennik_zabiegow.htm.
- (16) <http://www.gizinscy.pl/cennik-ortopedia.html>.
- (17) <http://www.szpitalmatopat.pl/szpital/cennik>.
- (18) <http://www.szpitalbarska.pl/pl/page,okulistyka,10,54.html>.
- (19) <http://www.oftalmika.pl/cennik/0.pl.0.htm>.
- (20) <http://www.szpitalmatopat.pl/szpital/cennik>.
- (21) <http://www.szpitalbarska.pl/pl/page,okulistyka,10,54.html>.

- (22) <http://www.oftalmika.pl/cennik/0.pl.0.htm>.
- (23) http://www.contact-med.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=26&Itemid=109.
- (24) <http://www.szpitalbarska.pl/pl/page,okulistyka,10,54.html>.
- (25) http://www.okolaser.com.pl/87/cennik_uslug.html.
- (26) <http://www.laseroterapia.bydgoszcz.pl/cennik.html>.
- (27) <http://www.tourmedica.pl/kliniki/centrum-medyczne-bienkowski/cennik/>.
- (28) <http://www.gizinscy.pl/cennik-chirurgia-plastyczna.html>.
- (29) <https://www.tourmedica.pl/kliniki/prywatna-klinika-wident/cennik/?s=korekcja-odstajacych-uszu>.
- (30) <http://www.tourmedica.pl/kliniki/centrum-medyczne-bienkowski/cennik/>.
- (31) <http://www.gizinscy.pl/cennik-chirurgia-plastyczna.html>.
- (32) <https://www.tourmedica.pl/kliniki/prywatna-klinika-wident/cennik/?s=korekcja-odstajacych-uszu>.
- (33) <http://www.tourmedica.pl/kliniki/centrum-medyczne-bienkowski/cennik/>.
- (34) <http://www.gizinscy.pl/cennik-chirurgia-plastyczna.html>.
- (35) <https://www.tourmedica.pl/kliniki/powiekszanie-piersi/poznani/>.
- (36) <http://www.tourmedica.pl/kliniki/centrum-medyczne-bienkowski/cennik/>.
- (37) <http://www.gizinscy.pl/cennik-chirurgia-plastyczna.html>.
- (38) <https://www.tourmedica.pl/kliniki/powiekszanie-piersi/poznani/>.
- (39) <http://www.tourmedica.pl/kliniki/centrum-medyczne-bienkowski/cennik/>.
- (40) <http://www.gizinscy.pl/cennik-chirurgia-plastyczna.html>.
- (41) <http://www.laseroterapia.bydgoszcz.pl/cennik.html>.
- (42) <http://www.tourmedica.pl/kliniki/centrum-medyczne-bienkowski/cennik/>.
- (43) <http://www.gizinscy.pl/cennik-chirurgia-plastyczna.html>.
- (44) http://www.chirurgia.plastyczna.eu/cennik_1.html.
- (45) <http://www.tourmedica.pl/kliniki/centrum-medyczne-bienkowski/cennik/>.
- (46) <http://www.gizinscy.pl/cennik-chirurgia-plastyczna.html>.
- (47) http://www.chirurgia.plastyczna.eu/cennik_1.html.
- (48) <http://www.tourmedica.pl/kliniki/centrum-medyczne-bienkowski/cennik/>.
- (49) <http://www.gizinscy.pl/cennik-chirurgia-plastyczna.html>.
- (50) <https://www.tourmedica.pl/kliniki/prywatna-klinika-wident/cennik/?s=plastyka-brzucha>.
- (51) <http://www.tourmedica.pl/kliniki/centrum-medyczne-bienkowski/cennik/>.
- (52) <http://www.gizinscy.pl/cennik-chirurgia-plastyczna.html>.
- (53) <http://www.laseroterapia.bydgoszcz.pl/cennik.html>.
- (54) <http://www.tourmedica.pl/kliniki/centrum-medyczne-bienkowski/cennik/>.
- (55) <http://www.gizinscy.pl/cennik-chirurgia-plastyczna.html>.
- (56) <http://www.unident.bydgoszcz.pl/cennik>.
- (57) <http://www.implanty-densvip.pl/pl/index.php5>.
- (58) <http://dentus.com.pl/cennik>.
- (59) <http://zagalak.pl/cennik/>.
- (60) <http://www.unident.bydgoszcz.pl/cennik>.
- (61) <http://www.implanty-densvip.pl/pl/index.php5>.
- (62) <http://dentus.com.pl/cennik>.
- (63) <http://zagalak.pl/cennik/>.
- (64) <http://www.unident.bydgoszcz.pl/cennik>.

- (65) <http://www.implanty-densvip.pl/pl/index.php5>.
- (66) <http://dentus.com.pl/cennik>.
- (67) <http://zagalak.pl/cennik/>.
- (68) <http://www.unident.bydgoszcz.pl/cennik>.
- (69) <http://www.implanty-densvip.pl/pl/index.php5>.
- (70) <http://dentus.com.pl/cennik>.
- (71) <http://zagalak.pl/cennik/>.
- (72) <http://www.unident.bydgoszcz.pl/cennik>.
- (73) <http://www.implanty-densvip.pl/pl/index.php5>.
- (74) <http://dentus.com.pl/cennik>.
- (75) <http://zagalak.pl/cennik/>.
- (76) <http://www.unident.bydgoszcz.pl/cennik>.
- (77) <http://www.implanty-densvip.pl/pl/index.php5>.
- (78) <http://dentus.com.pl/cennik>.
- (79) <http://zagalak.pl/cennik/>.
- (80) <http://www.unident.bydgoszcz.pl/cennik>.
- (81) <http://www.implanty-densvip.pl/pl/index.php5>.
- (82) <http://dentus.com.pl/cennik>.
- (83) <http://zagalak.pl/cennik/>.
- (84) <https://www.tourmedica.pl/kliniki/klinika-stomatologiczna-denmed-torun/cennik/?s=implanty-dwuczesciowe-tytanowe>.
- (85) <http://www.implanty-densvip.pl/pl/index.php5>.
- (86) <http://www.civisvita.pl/cennik/stomatologia>.
- (87) <http://zagalak.pl/cennik/>.
- (88) <http://www.szpitalmatopat.pl/szpital/cennik>.
- (89) <http://www.szpitalbarska.pl/pl/page,urologia,10,59.html>.
- (90) http://www.urovita.pl/cennik_oddzialu_urologicznego.
- (91) <http://www.szpitalmatopat.pl/szpital/cennik>.
- (92) <http://www.szpitalbarska.pl/pl/page,urologia,10,59.html>.
- (93) <http://www.stadmedica.pl/cennik.html#zabiegi-urologiczne>.
- (94) <http://www.szpitalmatopat.pl/szpital/cennik>.
- (95) <http://www.szpitalbarska.pl/pl/page,urologia,10,59.html>.
- (96) <http://www.stadmedica.pl/cennik.html#zabiegi-urologiczne>.
- (97) <http://www.szpitalmatopat.pl/szpital/cennik>.
- (98) <http://www.szpitalbarska.pl/pl/page,urologia,10,59.html>.
- (99) <http://www.stadmedica.pl/cennik.html#zabiegi-urologiczne>.
- (100) <http://www.szpitalmatopat.pl/szpital/cennik>.
- (101) <http://www.szpitalbarska.pl/pl/page,urologia,10,59.html>.
- (102) <http://www.stadmedica.pl/cennik.html#zabiegi-urologiczne>.
- (103) <http://www.szpitalmatopat.pl/szpital/cennik>.
- (104) <http://www.szpitalbarska.pl/pl/page,urologia,10,59.html>.
- (105) <http://www.stadmedica.pl/cennik.html#zabiegi-urologiczne>.
- (106) <http://www.szpitalmatopat.pl/szpital/cennik>.
- (107) <http://www.szpitalbarska.pl/pl/page,urologia,10,59.html>.

- (108) <http://www.stadmedica.pl/cennik.html#zabiegi-urologiczne>.
- (109) <http://www.szpitalmatopat.pl/szpital/cennik>.
- (110) <http://www.szpitalbarska.pl/pl/page,urologia,10,59.html>.
- (111) <http://www.stadmedica.pl/cennik.html#zabiegi-urologiczne>.
- (112) <http://www.szpitalmatopat.pl/szpital/cennik>.
- (113) <http://www.szpitalbarska.pl/pl/page,urologia,10,59.html>.
- (114) <http://www.stadmedica.pl/cennik.html#zabiegi-urologiczne>.
- (115) <http://www.szpitalmatopat.pl/szpital/cennik>.
- (116) <http://www.szpitalbarska.pl/pl/page,urologia,10,59.html>.
- (117) <http://www.stadmedica.pl/cennik.html#zabiegi-urologiczne>.
- (118) <http://www.szpitalmatopat.pl/szpital/cennik>.
- (119) <http://www.szpitalbarska.pl/pl/page,urologia,10,59.html>.
- (120) Prywatna Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Nowak&Nowak.
- (121) <http://www.szpitalmatopat.pl/szpital/cennik>.
- (122) <http://www.szpitalbarska.pl/pl/page,urologia,10,59.html>.
- (123) <http://www.stadmedica.pl/cennik.html#zabiegi-urologiczne>.
- (124) <http://www.szpitalmatopat.pl/szpital/cennik>.
- (125) <http://www.szpitalbarska.pl/pl/page,urologia,10,59.html>.
- (126) <http://www.stadmedica.pl/cennik.html#zabiegi-urologiczne>.
- (127) <http://www.szpitalmatopat.pl/szpital/cennik>.
- (128) <http://www.szpitalbarska.pl/pl/page,urologia,10,59.html>.
- (129) <http://www.stadmedica.pl/cennik.html#zabiegi-urologiczne>.
- (130) <http://www.szpitalmatopat.pl/szpital/cennik>.
- (131) <http://www.szpitalbarska.pl/pl/page,urologia,10,59.html>.
- (132) <http://www.stadmedica.pl/cennik.html#zabiegi-urologiczne>.
- (133) <http://www.szpitalmatopat.pl/szpital/cennik>.
- (134) <http://www.szpitalbarska.pl/pl/page,urologia,10,59.html>.
- (135) Prywatna Specjalistyczna Przychodnia Lekarska Nowak&Nowak.
- (136) http://www.eskulap.bydgoszcz.pl/cennik_zabiegow.htm.
- (137) http://jurasz.subeli.com/media/cms_page_media/418/Cennik_2014_-05_12-2014.xls.
- (138) <http://www.klinikiserca.pl/oferta/cennik>.
- (139) http://www.eskulap.bydgoszcz.pl/cennik_zabiegow.htm.
- (140) http://www.swissmed.com.pl/index.php?wyszukiwarka_cennik=tak&rodzaj=Procedury%20chirurgiczne&grupa=Kardiologia%20inwazyjane.
- (141) <http://www.klinikiserca.pl/oferta/cennik>.
- (142) http://www.eskulap.bydgoszcz.pl/cennik_zabiegow.htm.
- (143) http://jurasz.subeli.com/media/cms_page_media/418/Cennik_2014_-05_12-2014.xls.
- (144) <http://www.klinikiserca.pl/oferta/cennik>.
- (145) http://www.eskulap.bydgoszcz.pl/cennik_zabiegow.htm.
- (146) http://jurasz.subeli.com/media/cms_page_media/418/Cennik_2014_-05_12-2014.xls.
- (147) <http://www.klinikiserca.pl/oferta/cennik>.
- (148) http://www.eskulap.bydgoszcz.pl/cennik_zabiegow.htm.
- (149) http://www.eskulap.bydgoszcz.pl/cennik_zabiegow.htm.
- (150) <http://www.klinikiserca.pl/oferta/cennik>.

- (151) <http://www.stadmedica.pl/cennik.html#fizjoterapia>.
- (152) Lecznice Citomed Sp. z o.o. – ceny pozyskane w punkcie rejestracyjnym.
- (153) Lecznice Citomed Sp. z o.o. – ceny pozyskane w punkcie rejestracyjnym.
- (154) <http://www.stadmedica.pl/cennik.html#fizjoterapia>.
- (155) Lecznice Citomed Sp. z o.o. – ceny pozyskane w punkcie rejestracyjnym.
- (156) <http://instantcare.pl/cennik>.
- (157) <http://www.stadmedica.pl/cennik.html#fizjoterapia>.
- (158) Lecznice Citomed Sp. z o.o. – ceny pozyskane w punkcie rejestracyjnym.
- (159) <http://instantcare.pl/cennik>.
- (160) <http://www.actio-bydgoszcz.pl/gabinet/cennik/>.
- (161) Lecznice Citomed Sp. z o.o. – ceny pozyskane w punkcie rejestracyjnym.
- (162) <http://instantcare.pl/cennik>.
- (163) <http://www.actio-bydgoszcz.pl/gabinet/cennik/>.
- (164) Lecznice Citomed Sp. z o.o. – ceny pozyskane w punkcie rejestracyjnym.
- (165) Lecznice Citomed Sp. z o.o. – ceny pozyskane w punkcie rejestracyjnym.
- (166) <http://www.stadmedica.pl/cennik.html#fizjoterapia>.
- (167) Lecznice Citomed Sp. z o.o. – ceny pozyskane w punkcie rejestracyjnym.
- (168) <http://instantcare.pl/cennik>.
- (169) <http://www.stadmedica.pl/cennik.html#fizjoterapia>.
- (170) Lecznice Citomed Sp. z o.o. – ceny pozyskane w punkcie rejestracyjnym.
- (171) <http://instantcare.pl/cennik>.
- (172) <http://www.stadmedica.pl/cennik.html#fizjoterapia>.
- (173) Lecznice Citomed Sp. z o.o. – ceny pozyskane w punkcie rejestracyjnym.
- (174) <http://www.actio-bydgoszcz.pl/gabinet/cennik/>.
- (175) <http://www.stadmedica.pl/cennik.html#fizjoterapia>.
- (176) Lecznice Citomed Sp. z o.o. – ceny pozyskane w punkcie rejestracyjnym.
- (177) <http://instantcare.pl/cennik>.
- (178) <http://www.actio-bydgoszcz.pl/gabinet/cennik/>.
- (179) Lecznice Citomed Sp. z o.o. – ceny pozyskane w punkcie rejestracyjnym.
- (180) <http://instantcare.pl/cennik>.
- (181) <http://www.stadmedica.pl/cennik.html#fizjoterapia>.
- (182) Lecznice Citomed Sp. z o.o. – ceny pozyskane w punkcie rejestracyjnym.
- (183) <http://instantcare.pl/cennik>.
- (184) <http://www.stadmedica.pl/cennik.html#fizjoterapia>.
- (185) Lecznice Citomed Sp. z o.o. – ceny pozyskane w punkcie rejestracyjnym.
- (186) <http://instantcare.pl/cennik>.
- (187) <http://www.stadmedica.pl/cennik.html#fizjoterapia>.
- (188) Lecznice Citomed Sp. z o.o. – ceny pozyskane w punkcie rejestracyjnym.
- (189) <http://instantcare.pl/cennik>.
- (190) <http://www.actio-bydgoszcz.pl/gabinet/cennik/>.
- (191) Lecznice Citomed Sp. z o.o. – ceny pozyskane w punkcie rejestracyjnym.
- (192) <http://instantcare.pl/cennik>.
- (193) <http://www.sanatoriumkrystynka.pl/cenniki-2014/cennik-zabiegow.html>.

- (194) <http://www.uzdrowiskociechocinek.pl/art/71/cennik-zabiegow.html>.
- (195) <http://www.solanki.pl/oferty-i-cenniki/>.
- (196) <http://www.sanatoriumkrystynka.pl/cenniki-2014/cennik-zabiegow.html>.
- (197) <http://www.uzdrowiskociechocinek.pl/art/71/cennik-zabiegow.html>.
- (198) <http://www.solanki.pl/oferty-i-cenniki/>.
- (199) <http://www.sanatoriumkrystynka.pl/cenniki-2014/cennik-zabiegow.html>.
- (200) <http://www.uzdrowiskociechocinek.pl/art/71/cennik-zabiegow.html>.
- (201) <http://www.solanki.pl/oferty-i-cenniki/>.
- (202) <http://www.sanatoriumkrystynka.pl/cenniki-2014/cennik-zabiegow.html>.
- (203) <http://www.uzdrowiskociechocinek.pl/art/71/cennik-zabiegow.html>.
- (204) <http://www.solanki.pl/oferty-i-cenniki/>.
- (205) <http://www.sanatoriumkrystynka.pl/cenniki-2014/cennik-zabiegow.html>.
- (206) <http://www.uzdrowiskociechocinek.pl/art/71/cennik-zabiegow.html>.
- (207) <http://www.solanki.pl/oferty-i-cenniki/>.
- (208) <http://www.sanatoriumkrystynka.pl/cenniki-2014/cennik-zabiegow.html>.
- (209) <http://www.uzdrowiskociechocinek.pl/art/71/cennik-zabiegow.html>.
- (210) <http://www.solanki.pl/oferty-i-cenniki/>.
- (211) <http://www.sanatoriumkrystynka.pl/cenniki-2014/cennik-zabiegow.html>.
- (212) <http://www.uzdrowiskociechocinek.pl/art/71/cennik-zabiegow.html>.
- (213) <http://www.solanki.pl/oferty-i-cenniki/>.
- (214) <http://www.sanatoriumkrystynka.pl/cenniki-2014/cennik-zabiegow.html>.
- (215) <http://www.uzdrowiskociechocinek.pl/art/71/cennik-zabiegow.html>.
- (216) <http://www.solanki.pl/oferty-i-cenniki/>.
- (217) <http://www.sanatoriumkrystynka.pl/cenniki-2014/cennik-zabiegow.html>.
- (218) <http://www.uzdrowiskociechocinek.pl/art/71/cennik-zabiegow.html>.
- (219) <http://www.solanki.pl/oferty-i-cenniki/>.
- (220) Usługa obejmuje codzienne wyżywienie oraz 3–4 usługi, wizyty lekarskie.
- (221) <http://www.sanatoriumkrystynka.pl/cenniki-2014/cennik-zabiegow.html>.
- (222) <http://www.przytezni.pl/index.php/pl/cennik>.
- (223) <http://www.podtezniami.pl/upload/file/cennik2014.jpg>.