

PRACE GEOGRAFICZNE

zeszyt 171, 2023, 69–81

doi: 10.4467/20833113PG.23.009.18109

Instytut Geografii i Gospodarki Przestrzennej UJ

Komisja Geograficzna, Polska Akademia Umiejętności

Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego

SYSTEM OCHRONY ZDROWIA W POLSCE A TURYSTYKA

Izabela Kapera

Health care system in Poland and tourism

Abstract: The aim of the study was to analyze the Polish health care system from the perspective of its use by outbound and inbound tourists. Health care facilities are part of the supporting facilities in tourism. This type of infrastructure primarily serves local residents, but also determines the proper organization of tourism at the destination. With regard to tourism, this infrastructure is used by people before their travels, mainly for preventive purposes, tourists staying in a particular destination, as well as those returning from trips (e.g., requiring further treatment). In connection with health prophylaxis preceding the trip, attention was paid to the activities of the Polish Society of Maritime, Tropical and Travel Medicine together with the National Network of Travel Medicine Centres. In addition to the data obtained from this association, information from the Central Statistical Office and the System and Implementation Analyzes Database, as well as data obtained from the National Health Fund, were used in the research procedure. However, despite the presence of increasingly available data, there is still much work to be done in developing knowledge about travel risks and preventive measures related to travel to another country.

Keywords: tourism, health, management of the health care system, Poland

Zarys treści: Celem opracowania było przedstawienie wyników analizy polskiego systemu ochrony zdrowia z perspektywy jego wykorzystania przez osoby biorące udział w turystyce wyjazdowej i przyjazdowej. Zakłady opieki zdrowotnej stanowią w turystyce element bazy towarzyszącej. Tego typu infrastruktura służy przede wszystkim mieszkańcom, ale warun-

kuje też właściwą organizację turystyki w miejscu docelowym. W odniesieniu do turystyki korzystają z niej osoby przed podróżą, głównie w celach profilaktyki, turyści przebywający w danej miejscowości, oraz wracający z wyjazdów (np. wymagający dalszego leczenia). W związku z profilaktyką zdrowotną w okresie poprzedzającym podróż zwrócono uwagę na działania Polskiego Towarzystwa Medycyny Morskiej, Tropikalnej i Podróży wraz z Krajowej Sieci Ośrodków Medycyny Podróży. Poza danymi otrzymanymi z tego stowarzyszenia w postępowaniu badawczym wykorzystano informacje z Głównego Urzędu Statystycznego oraz zaczerpnięte z Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, a także uzyskane z Narodowego Funduszu Zdrowia. Jednak mimo obecności coraz łatwiej dostępnych danych, nadal wiele pozostaje do zrobienia w kwestii rozwijania wiedzy na temat zagrożeń podróży oraz działań profilaktycznych związanych z wyjazdem do innego kraju.

Słowa kluczowe: turystyka, zdrowie, zarządzanie systemem ochrony zdrowia, Polska

Wprowadzenie

Pandemia COVID-19 i jej skutki ekonomiczne doprowadziły systemy opieki zdrowotnej do granic wytrzymałości, powodując powszechne zakłócenia w regularnym świadczeniu usług. Jednocześnie ustanawiane przez kolejne kraje ograniczenia przyczyniły się do zmian w ruchu turystycznym i wymogły na jego uczestnikach poszukiwania aktualnych informacji o warunkach zdrowotnych w państwach docelowych oraz zasadach dotyczących wjazdu do poszczególnych krajów. Tym samym zdrowie i praktyki w zakresie możliwości utrzymania higieny stały się szczególnie istotne dla podróżnych wybierających destynacje turystyczne (Rasethunsa 2022). Podkreślić należy, że mimo nieustającej debaty na temat systemu ochrony zdrowia i szeregu raportów odnoszących się do jego stanu, zagadnienia leżące na styku turystyki i zdrowia – w tym kontekście – analizowane z punktu widzenia geografii są w Polsce stosunkowo rzadko podejmowane. W świetle poruszanej w artykule tematyki należy przywołać publikacje Korzeniewskiego (2021, 2022), prezentujące spojrzenie od strony medycznej i przygotowania do podróży. Analizę zjawiska komplikuje jednak brak wyczerpujących informacji dotyczących jakości oraz bezpieczeństwa w placówkach medycznych za granicą, na co zwrócono uwagę w dalszej części artykułu. W ramach niniejszej pracy skupiono się zarówno na turystyce wyjazdowej, jak i przyjazdowej do Polski, analizowanej z perspektywy systemu ochrony zdrowia. W postępowaniu badawczym wykorzystano informacje z Głównego Urzędu Statystycznego oraz Bazy Analiz Systemowych i Wdrożeniowych, a także dane uzyskane z Narodowego Funduszu Zdrowia. Celem opracowania było przedstawienie wyników analizy polskiego systemu ochrony zdrowia z perspektywy jego wykorzystania przez osoby biorące udział w turystyce wyjazdowej i przyjazdowej.

System ochrony zdrowia w Polsce – organizacja i zarządzanie

System ochrony zdrowia jest pojęciem złożonym, wieloaspektowym i różnorodnie pojmowanym (Miszczyńska 2019). Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, World Health Organization) (2000) system ochrony zdrowia obejmuje wszystkie działania, których głównym celem jest promowanie, poprawa i utrzymywanie dobrego stanu zdrowia populacji. Innymi słowy jest to „zespół osób i instytucji mających za zadanie zapewnić opiekę zdrowotną ludności” (Nojszewska 2011). Na system ten składają się cztery główne elementy: opieka zdrowotna, zapobieganie chorobom, promocja zdrowia oraz międzysektorowa współpraca na rzecz zdrowia (Zgliczyński 2018a). Nadrzędnym zadaniem systemów ochrony zdrowia jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego (Zgliczyński 2018b).

W ujęciu bardziej szczegółowym WHO wyróżnia trzy podstawowe cele systemu ochrony zdrowia: poprawę zdrowia populacji, reagowanie na oczekiwania zdrowotne obywateli, zapewnienie ochrony finansowej przed ponoszeniem nadmiernych kosztów związanych ze złym stanem zdrowia. Ponieważ cele te nie zawsze są spełniane, niezadowolenie społeczeństwa ze sposobu usług zdrowotnych jest powszechne (WHO 2000).

Systemy ochrony zdrowia są różnie skonstruowane w zależności od kraju, co utrudnia ich ocenę. Niemniej jednak takie próby są podejmowane i dla przykładu w rankingach odnoszących się do Unii Europejskiej polski system ochrony zdrowia zajmuje końcowe miejsca. Z raportu opublikowanego w 2019 r., w ramach którego ocenie podlegał m.in. dostęp do opieki zdrowotnej, wynika, że Polska zajęła 23. miejsce na 30 państw regionu Europy, biorąc pod uwagę Indeks Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia (*Raport... 2019*). Tymczasem zgodnie z Konstytucją Rzeczypospolitej Polskiej każdy ma prawo do ochrony zdrowia, a obywatelom – niezależnie od ich sytuacji materialnej – władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej 1997). Zadania władz publicznych w zakresie równego korzystania ze świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych reguluje *Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*. Z kolei *Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* określa zasady wykonywania działalności leczniczej i funkcjonowania podmiotów wykonujących działalność leczniczą niebędących przedsiębiorcami.

W Polsce naczelnym organem w sprawach polityki zdrowotnej jest minister właściwy do spraw zdrowia. Ministerstwo Zdrowia jest odpowiedzialne za krajową politykę zdrowotną, realizuje przy tym zadania w zakresie nadzoru nad Narodowym Funduszem Zdrowia (NFZ). Główną rolą tej jednostki jest finansowanie świadczeń zdrowotnych w systemie powszechnej opieki zdrowotnej. Szczegółowe zadania NFZ określa przywoływana uprzednio *Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach*

opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W kontekście omawianego zagadnienia należy przywołać cele działalności związane z wyjazdami zagranicznymi, takie jak: finansowanie świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych poza granicami kraju, przysługujących świadczeniobiorcom na podstawie przepisów ustawy, wykonywanie zadań krajowego punktu kontaktowego do spraw transgranicznej opieki zdrowotnej, rozliczanie z instytucjami właściwymi, instytucjami miejsca zamieszkania w państwach członkowskich EU (Unii Europejskiej) lub EFTA (European Free Trade Association) lub Zjednoczonym Królestwie Wielkiej Brytanii i Irlandii Północnej (*Ustawa...* 2004). Narodowy Fundusz Zdrowia wydaje Europejską Kartę Ubezpieczenia Zdrowotnego (EKUZ), będącą dokumentem potwierdzającym prawo do bezpłatnego leczenia w każdym innym państwie EU i EFTA. Z informacji NFZ wynika, że w przyszłości możliwe jest dodanie w Internetowym Koncie Pacjenta e-certyfikatu, mającego zastąpić kartę EKUZ (NFZ 2022).

Poza Ministerstwem Zdrowia i NFZ zadania powiązane z polityką zdrowotną wpisują się w działalność także innych ministerstw i podmiotów. Przedstawicielem administracji rządowej w województwie jest wojewoda, który w odniesieniu do omawianego zagadnienia uczestniczy w realizacji zadań związanych z zapewnieniem równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Wojewoda współpracuje także z samorządem województwa w celu realizacji zadań z zakresu ochrony zdrowia. Nie bez znaczenia pozostają działania na szczeblu samorządu lokalnego (powiatów i gmin), ponieważ w ich zakresie znajdują się sprawy związane z ochroną zdrowia. Ponadto poza podmiotami wchodzącymi w skład organów publicznych zadania z dziedziny ochrony zdrowia są w stanie realizować też podmioty prywatne. Przy czym zarówno podmioty publiczne, jak i niepubliczne mogą prowadzić działalność leczniczą. W *Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej* wskazane zostały podmioty lecznicze, w tym np. przedsiębiorcy (w rozumieniu ustawy prawo przedsiębiorców), samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, jednostki budżetowe, instytuty badawcze, fundacje i stowarzyszenia, których celem statutowym jest wykonywanie zadań w zakresie ochrony zdrowia i których statut dopuszcza prowadzenie działalności leczniczej. Ustawodawca wymienił także rodzaje działalności leczniczej, do której zalicza się: stacjonarne i całonocne świadczenia zdrowotne (szpitalne i inne niż szpitalne) oraz ambulatoryjne świadczenia zdrowotne (*Ustawa...* 2011).

Dostępność usług medycznych w Polsce

System ochrony zdrowia w Polsce opiera się na założeniu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego. System ten przez lata ulegał przeobrażeniom, ale nadal wymaga zmian. W idealnej sytuacji wszyscy powinni mieć równy dostęp do wysokiej jakości opieki zdrowotnej. Jednak cel, jakim jest zmniejszenie nierówności w dostępie

do opieki zdrowotnej, nie jest łatwy do osiągnięcia. O tym, że sytuacja jest daleka od ideału, świadczą dane, które wskazują, że funkcjonowanie służby zdrowia w Polsce negatywnie ocenia 66% dorosłych Polaków, w tym zdecydowanie negatywnie aż 27% (CBOS 2018).

Dobry system ochrony zdrowia przede wszystkim przyczynia się do dobrego stanu zdrowia i powinien być dostosowany do potrzeb danej populacji. Według danych GUS w 2020 r. było w Polsce 898 szpitali ogólnych, a w nich blisko 170 tys. łóżek. Uwarunkowany historycznie rozkład geograficzny szpitali jest nierównomierny i niekoniecznie odzwierciedla potrzeby zdrowotne społeczeństwa, dodatkowo skutkując zróżnicowanym dostępem do opieki medycznej (NFZ, European Observatory on Health Systems and Policies 2012). Niedobór pracowników medycznych jest zjawiskiem występującym na całym świecie. Jednak wskaźnik liczby lekarzy na 1000 mieszkańców jest niższy w Polsce niż w większości krajów zachodnioeuropejskich i w dalszym ciągu Polska ma jedną z najniższych w EU liczbę praktykujących lekarzy na 1000 mieszkańców. Poziom niezaspokojonych potrzeb medycznych w Polsce jest stosunkowo wysoki, do czego przyczyniają się głównie koszty (mimo obowiązkowego ubezpieczenia zdrowotnego, ponoszone wydatki prywatne na opiekę zdrowotną są wysokie) i czas oczekiwania (OECD / European Observatory on Health Systems and Policies 2017). Poza zróżnicowaniem przestrzennym na dostępność usług medycznych ma także wpływ pozycja społeczna i ekonomiczna ludności. Badania wskazują, że około 1/8 Polaków nie była w stanie sfinansować wymaganego leczenia zębów, zakupu protez czy też pobytu w sanatorium (Zgliczyński 2018b).

Turystyka wyjazdowa

Przedstawiony w pierwszych częściach opracowania system ochrony zdrowia w Polsce jest istotny dla turystyki z kilku powodów. Zakłady opieki zdrowotnej stanowią w turystyce element bazy towarzyszącej. Miejscowa infrastruktura techniczna (komunalna) i społeczna (w tym np. przychodnie) służy przede wszystkim mieszkańcom, ale warunkuje też właściwą organizację turystyki w miejscu docelowym (Kurek 2007). Korzystają z niej zarówno turyści, jak i mieszkańcy (przed podróżą – głównie w celach profilaktyki, bądź po powrocie w związku z problemami zdrowotnymi będącymi następstwem takiego wyjazdu).

Według danych GUS (2021) w 2020 r. 43,6% mieszkańców Polski w wieku powyżej 15 lat uczestniczyło w przynajmniej jednym prywatnym wyjeździe turystycznym z co najmniej jednym noclegiem. W porównaniu z rokiem wcześniejszym nastąpił spadek o ponad 32% uzasadniany pandemią COVID-19, powodami finansowymi i brakiem motywacji do podróży (GUS 2022). Mieszkańcy Polski odbyli 6,2 mln

podróży za granicę (GUS 2021). W roku 2020 0,4% ogółu podróży zagranicznych odbywało się w celach zdrowotnych (GUS 2021). Niemniej jednak podkreślić należy, że z systemu ochrony zdrowia mogą korzystać także osoby podróżujące turystycznie w związku z inną motywacją, niekoniecznie podróżujące w celach profilaktyki czy poprawy zdrowia. W ich przypadku takie wizyty często wiążą się z koniecznością skorzystania z opieki zdrowotnej na skutek choroby bądź nagłego wypadku.

W przypadku zagranicznych podróży turystycznych Polaków w 2020 r. dominowały kraje europejskie, głównie Niemcy, Wielka Brytania, Chorwacja, Czechy, Włochy, Grecja, Hiszpania, Austria, Słowacja, a poza Europą Stany Zjednoczone i Izrael (tab. 1). W odniesieniu do destynacji ściśle związanych z celami wypoczynkowymi, rekreacyjnymi lub wakacyjnymi to wśród krajów docelowych dominowały Chorwacja, Czechy, Grecja i Włochy.

Polacy wyjeżdżają także do krajów bardziej egzotycznych w Azji, Afryce i Ameryce Południowej, gdzie – nawiązując do tematyki artykułu – są narażeni na różne schorzenia, które nie występują w Polsce. Ryzyko zachorowania zależy od wielu czynników, w tym: stopnia endemiczności odwiedzanego regionu, stanu zdrowia podróżnego, podjętych działań profilaktycznych, długości pobytu czy podejmowanej aktywności w miejscu docelowym (Korzeniewski 2012). Wyniki badań przeprowadzonych w odniesieniu do krajów basenu Morza Śródziemnego wskazują,

Tab. 1. Zagraniczne podróże turystyczne mieszkańców Polski w wieku 15 lat i więcej według wybranych krajów docelowych w 2020 r.

Table 1. Outbound tourist trips of Polish residents aged 15 years or older by selected destination countries in 2020

Kraj Country	Liczba podróży (tys.) Number of tourist trips	Kraj Country	Liczba podróży (tys.) Number of tourist trips
Niemcy	1603	Szwecja	171
Wielka Brytania	437	Francja	170
Chorwacja	432	Holandia	162
Czechy	410	Norwegia	130
Włochy	393	Węgry	125
Grecja	300	Bułgaria	124
Hiszpania	268	Litwa	101
Austria	241	Stany Zjednoczone	42
Słowacja	225	Izrael	40

Źródło: opracowanie na podstawie: GUS, *Turystyka w 2020, 2021*, Warszawa, Rzeszów.

Source: own elaboration based on: GUS, *Turystyka w 2020, 2021*, Warszawa, Rzeszów.

że w ocenie respondentów ryzyko wystąpienia dolegliwości zdrowotnych jest zjawiskiem o charakterze losowym lub sporadycznym (Woś, Zamelska 2014).

Przed wyjazdem w bardziej odległe i egzotyczne regiony konieczne jest jednak podjęcie kroków, które zminimalizują zagrożenia związane ze zdrowiem. W niektórych krajach wymagane są szczepienia ochronne. Osoby wybierające się w podróż zorganizowaną przez biuro podróży powinny zgodnie z prawodawstwem obowiązującym w Polsce uzyskać u organizatora turystyki lub agenta turystycznego (w przypadku gdy impreza turystyczna jest sprzedawana za jego pośrednictwem) informacje o obowiązujących przepisach paszportowych, wizowych i sanitarnych oraz o wymaganiach zdrowotnych dotyczących udziału w imprezie turystycznej (*Ustawa...* 2017). Ministerstwo Spraw Zagranicznych na stronie internetowej w ramach informacji dla podróżnych zamieszcza wiadomości dotyczące m.in. przygotowania się do podróży zagranicznej oraz publikuje ogólne komunikaty na temat stanu opieki medycznej w krajach docelowych. Niektóre informacje są też dostępne na stronach innych placówek, np. Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego (<https://szczepienia.pzh.gov.pl/o-portalu/o-portalu/>) czy Głównego Inspektoratu Sanitarnego (<https://www.gov.pl/web/gis/zdrowie-w-podrozy>). Wykonywanie szczepienia przeciw żółtej gorączce u osób wyjeżdżających za granicę regulują międzynarodowe przepisy zdrowotne oraz przepisy sanitarne poszczególnych krajów (*Rozporządzenie...* 2010). Szczepienia przeciw żółtej gorączce są obowiązkowe dla osób udających się w rejony endemicznego występowania choroby w Afryce lub Ameryce Południowej oraz Środkowej (do tego dochodzą kwestie osób przebywających w tych krajach w tranzycie). Dla muzułmanów kierujących się na pielgrzymkę do Arabii Saudyjskiej są obowiązkowe szczepienia przeciw chorobie meningokokowej, podobnie jak w przypadku niektórych krajów Afryki Subsaharyjskiej (Korzeniewski 2012; Krzyżak, Korzeniewski 2019; 2022).

W roku 2020 odnotowano 241 mln zachorowań na malarię w 85 krajach endemicznych tej choroby, w tym na terytorium Gujany Francuskiej (WHO 2021). Za 96% przypadków malarii na świecie odpowiadało dziewięć krajów, a sześć krajów – Nigeria (27%), Demokratyczna Republika Kongo (12%), Uganda (5%), Mozambik (4%), Angola (3,4%) i Burkina Faso (3,4%) – odpowiadało za około 55% wszystkich przypadków tej choroby (WHO 2021). W przypadku udania się do regionów występowania malarii szczególnie istotne są kwestie chemioprophylaktyki przeciwmalarycznej przed wyjazdem, w trakcie pobytu i po powrocie. Informacji na ten temat udzielają lekarze specjalizujący się w medycynie podróży.

W krajach, gdzie standardy sanitarne są niskie, problemem jest biegunka podróżnych, która może utrzymywać się także po powrocie do kraju. Generalnie według szacunków nawet do 70% podróżnych z państw rozwiniętych wracających z krajów o odmiennych warunkach klimatycznych i sanitarnych ma problemy zdrowotne związane z pobylem za granicą (Korzeniewski 2016). Tak duży odsetek pociąga

za sobą konieczność nabycia ubezpieczenia związanego z kosztami leczenia. Zgodnie z przepisami *Ustawy...* (2004) świadczeniobiorca jest uprawniony do otrzymania od NFZ zwrotu kosztów świadczenia opieki zdrowotnej, będącego świadczeniem gwarantowanym, udzielonego na terytorium innego niż Rzeczpospolita Polska państwa członkowskiego Unii Europejskiej lub państwa będącego stroną umowy o Europejskim Obszarze Gospodarczym. W roku 2021 wydano w Polsce 1 780 729 dokumentów uprawniających osoby ubezpieczone do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego EU/EFTA, a 98,81% łącznej liczby wydanych dokumentów stanowiła EKUZ (NFZ 2022). Najwięcej dokumentów wydano w oddziale mazowieckim (tab. 2).

Dane NFZ dotyczące prowadzenia rozliczeń kosztów świadczeń udzielonych osobom ubezpieczonym podczas pobytu za granicą w kraju członkowskim EU/EFTA wskazują, że z całkowitej kwoty dokonanych płatności blisko 64% dotyczyło rozliczenia kosztów świadczeń udzielonych na terenie Niemiec, a dalej we Francji, Austrii, Holandii i Wielkiej Brytanii (NFZ 2022). Organizatorzy turystyki, przygotowujący imprezy turystyczne za granicą Polski, zawierają na rzecz podróży umowy ubezpieczenia od następstw nieszczęśliwych wypadków i kosztów leczenia (*Ustawa...* 2017).

Istotną rolę w rozwijaniu wiedzy na temat zagrożeń zdrowotnych występujących w podróży odgrywa powstałe w 2004 r. Polskie Towarzystwo Medycyny Morskiej,

Tab. 2. Liczba EKUZ wydanych przez oddziały wojewódzkie NFZ w 2021 r.

Table 2. Number of European Health Insurance Cards issued by regional branches of the National Health Fund in 2021

Oddział wojewódzki NFZ The regional branch of the National Health Fund	EKUZ European Health Insurance Cards	Oddział wojewódzki NFZ The regional branch of the National Health Fund	EKUZ European Health Insurance Cards
Dolnośląski	155 055	Podkarpacki	82 075
Kujawsko-pomorski	79 868	Podlaski	38 306
Lubelski	69 053	Pomorski	114 302
Lubuski	48 246	Śląski	236 498
Łódzki	97 537	Świętokrzyski	44 569
Małopolski	175 731	Warmińsko-mazurski	48 916
Mazowiecki	272 370	Wielkopolski	175 889
Opolski	49 059	Zachodniopomorski	72 107

Źródło: NFZ 2022.

Source: NFZ 2022.

Tropikalnej i Podróży, które zrzesza pracowników ochrony zdrowia i pracowników naukowych zainteresowanych medycyną morską, tropikalną i podróży. Jednym z celów towarzystwa jest dostarczanie wytycznych i rekomendacji w omawianej dziedzinie. Integralną częścią towarzystwa jest Krajowa Sieć Ośrodków Medycyny Podróży, których celem jest rozwijanie wiedzy na temat zagrożeń podróży oraz działań profilaktycznych i właściwego procesu diagnostyczno-terapeutycznego u osób z problemami zdrowotnymi związanymi z odbytą podróżą.

Turystyka przyjazdowa

W roku 2020 do Polski przyjechało ponad 60% mniej turystów niż rok wcześniej. Dane GUS (2021) wskazują, że Polskę w 2020 r. odwiedziło 8,4 mln turystów i 42,7 mln odwiedzających jednodniowych. Turyści zagraniczni przyjeżdżali do Polski głównie w celu wizyt u krewnych lub znajomych, w sprawach służbowych i w związku z wypoczynkiem, rekreacją, wakacjami. Spośród 8,4 mln turystów zagranicznych w 2020 r. 117,5 tys. przyjechało w celach zdrowotnych (GUS 2021). Rok wcześniej z ponad 21 mln turystów zagranicznych przyjeżdżających do Polski 290,8 tys. deklarowało cel zdrowotny (GUS 2019) (tab. 3). Ponad 67% turystów przyjeżdżających do Polski pochodziła z krajów sąsiednich, głównie Niemiec. Z państw bardziej odległych dominowały: Wielka Brytania, Holandia, Włochy, Francja, Austria, Norwegia, Stany Zjednoczone. Goście zagraniczni przyjeżdżający do Polski dostrzegają potencjał kraju jako miejsca docelowego w podróżach zdrowotnych. Jednak zarówno turyści, jak i odwiedzający jednodniowi wskazywali cel zdrowotny zdecydowanie rzadziej niż odwiedziny u krewnych i znajomych, wypoczynek i rekreację czy cele służbowe.

Osoby przyjeżdżające w celach turystycznych, pochodzące z innych krajów EU/EFTA mogą leczyć się w Polsce, ale powinny mieć ze sobą EKUZ. Mogą one

Tab. 3. Cel zdrowotny przyjazdów cudzoziemców do Polski w latach 2019 i 2020

Table 3. Health goal in foreigners' arrivals in Poland in 2019 and 2020

Wyszczególnienie Specification	Ogółem Total	Turyści Tourists	Odwiedzający jednodniowi One-day visitors
	w tys. in thousand		
2019	663,3	290,8	372,5
2020	378,0	117,5	260,6

Źródło: GUS, *Turystyka w 2020*, Warszawa–Rzeszów, 2021; GUS, *Turystyka w 2019*, Warszawa–Rzeszów, 2020.

Source: GUS, *Turystyka w 2020*, Warszawa–Rzeszów, 2021; GUS, *Turystyka w 2019*, Warszawa–Rzeszów, 2020.

korzystać z podstawowej opieki zdrowotnej oraz usług lekarzy specjalistów działających w ramach publicznego systemu opieki zdrowotnej. W przypadku lekarzy specjalistów na ogół obowiązuje skierowanie lekarza podstawowej opieki zdrowotnej, jednak w sytuacji urazu, zatrucia, stanu zagrożenia życia nie jest ono wymagane. Ubezpieczeni obywatele wspomnianych krajów mają także możliwość korzystania w ograniczonym zakresie z bezpłatnego leczenia stomatologicznego. Koszty ponadstandardowych świadczeń goście z zagranicy pokrywają z własnych środków. Podobnie jest w przypadku konieczności leczenia szpitalnego, gdzie bezpłatne dla wspomnianych osób są zabiegi, badania i leki. Świadczenia, które nie są finansowane przez publicznego płatnika lub są finansowane w ograniczonym zakresie, pacjent pokrywa ze swoich prywatnych środków. Jednak długie terminy oczekiwania na zabiegi w lecznictwie publicznym w zasadzie wykluczają ich świadczenie dla tych, którzy nie są objęci ubezpieczeniem na terenie Polski.

Z komercyjnych świadczeń zdrowotnych niejednokrotnie korzystają także osoby uprawiające turystykę medyczną. Zagadnienie turystyki medycznej stanowi osobny problem badawczy, jednak w związku z omawianą tematyką wymaga zasygnalizowania. Zdaniem Kachniewskiej (2019) w Polsce postrzeganej jako kolejna destynacja na mapie turystyki zdrowotnej istotną rolę odgrywa m.in. wysoka jakość usług medycznych, dostęp do wysokokwalifikowanych specjalistów, dobrze wyposażone placówki oferujące relatywnie niższe ceny. Wśród gości zagranicznych przyjeżdżających do Polski w celach zdrowotnych najpopularniejsze są zabiegi stomatologiczne, chirurgia plastyczna i leczenie uzdrowiskowe (Religioni 2014). Placówki medyczne świadczące odpłatne usługi (poza kontraktem z NFZ) znajdują się w największych aglomeracjach Polski, a w samej turystyce medycznej widoczna jest też ich lokalizacja w przygranicznych miejscowościach, szczególnie sąsiadujących z Niemcami w województwie zachodniopomorskim i pomorskim, które w tym kontekście wzbudza zainteresowanie mieszkańców Skandynawii (Małopolskie Obserwatorium Rozwoju Regionalnego 2015). Jednak w Polsce nadal widoczny jest brak współpracy podmiotów z sektora usług okołozdrowotnych, usług turystycznych i samorządu terytorialnego w celu tworzenia zintegrowanego produktu turystyki zdrowotnej. Dużą rolę w promowaniu turystyki medycznej, szczególnie w zapewnieniu bezpieczeństwa i jakości usług oraz wsparcia logistycznego dla podmiotów medycznych, ma do odegrania administracja państwowa.

Zakończenie

System ochrony zdrowia obejmuje wiele podmiotów, z którymi niejednokrotnie ma do czynienia turysta. Podróżni korzystają z opieki zdrowotnej w sytuacjach zagrożenia życia lub zdrowia oraz wtedy, gdy realizują cele związane z profilaktyką i poprawą

kondycji psychofizycznej w ramach udziału w turystyce zdrowotnej. Długie terminy oczekiwania na zabiegi w lecznictwie publicznym w zasadzie wykluczają ich świadczenie dla turystów zagranicznych, co nie znaczy, że destynacja nie cieszy się zainteresowaniem osób uprawiających ten rodzaj turystyki. Najwięcej jednak osób przyjeżdża tutaj w celach wizyt u krewnych lub znajomych, w sprawach służbowych i w związku z wypoczynkiem, rekreacją czy wakacjami.

Zarówno cudzoziemcy odwiedzający Polskę, jak i Polacy podczas wyjazdów zagranicznych stają przed koniecznością skorzystania z placówek działających w ramach systemów opieki zdrowotnej. Pomocne w tym względzie jest zakupienie odpowiedniego ubezpieczenia. W roku 2021 wydano w Polsce ponad 1,7 mln dokumentów uprawniających osoby ubezpieczone do korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej podczas pobytu na terenie innego państwa członkowskiego EU/EFTA. Zapewne niektórych z tych wizyt można by uniknąć przy odpowiedniej profilaktyce.

Istotną rolę w rozwijaniu wiedzy na temat zagrożeń zdrowotnych występujących w podróży odgrywa Polskie Towarzystwo Medycyny Morskiej, Tropikalnej i Podróży wraz z Krajową Siecią Ośrodków Medycyny Podróży. Placówki te cieszą się coraz większym zainteresowaniem osób planujących wyjazdy turystyczne. Niemniej jednak nadal wiele pozostaje do zrobienia w kwestii rozwijania wiedzy na temat zagrożeń podróży oraz działań profilaktycznych związanych z wyjazdem do innego kraju. Widoczne jest też rozproszenie informacji związanych z sytuacją zdrowotną w krajach docelowych podróży turystycznych. Część obowiązków informacyjnych spoczywa na organizatorach turystyki, o kolejnych kwestiach dotyczących przywoływanych kwestii powiadamiają na swoich stronach internetowych MSZ lub inne instytucje. Taka sytuacja wymaga uporządkowania, tym bardziej że turyści nie zawsze mają świadomość istnienia wspomnianych komunikatów. Podkreślić należy, że przedstawione w artykule zagadnienia nie wyczerpują tematyki, a jedynie ją sygnalizują, nakreślając dalsze kierunki badawcze, które w przyszłości mogą przyczynić się do poprawy działań związanych ze zdrowiem i opieką dla turystów.

Literatura

- CBOS, 2018, *Komunikat z badań, Opinie o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej*, 89/2018 Warszawa.
- GUS, 2018, *Usługi publiczne w zakresie ochrony zdrowia*, Warszawa.
- GUS, 2020, *Turystyka w 2019*, Warszawa–Rzeszów.
- GUS, 2021, *Turystyka w 2020*, Warszawa–Rzeszów.
- GUS, http://swaid.stat.gov.pl/ZdrowieOchronaZdrowia_dashboards/Raporty_predefiniowane/RAP_DBD_ZDR_3.aspx (dostęp: 28.09.2022).
- GUS, http://swaid.stat.gov.pl/ZdrowieOchronaZdrowia_dashboards/Raporty_predefiniowane/RAP_DBD_ZDR_5.aspx (dostęp: 28.09.2022).
- <https://szczepienia.pzh.gov.pl/o-portalu/o-portalu/> (dostęp: 28.09.2022).

- <https://www.gov.pl/web/gis/zdrowie-w-podrozy> (dostęp: 28.09.2022).
- Kachniewska M., 2019, *Turystyka zdrowotna jako determinanta kształtowania nowych modeli biznesowych*, *Przedsiębiorczość i Zarządzanie*, XX, 2, I, 19–30.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej*, Dz.U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 z późn. zm.
- Korzeniewski K., 2012, *Medycyna podróży – o czym każdy lekarz wiedzieć powinien*, *Family Medicine & Primary Care Review*, 14 (3), 457–461.
- Korzeniewski K., 2016, *Medycyna podróży w praktyce lekarza rodzinnego*, *Forum Medycyny Rodzinnej*, 10 (6), 283–294.
- Korzeniewski K., 2021, *Medycyna podróży 2021–2022*, *Travel Medicine*, Gdynia.
- Korzeniewski K., 2022, *Medyczny niezbędnik podróżnika*, *Travel Medicine*, Gdynia.
- Krzyżak J., Korzeniewski K., 2019, *Medycyna podróży dla nurkujących*, *Lek. Wojsk.*, 97(2), 166–174.
- Małopolskie Obserwatorium Rozwoju Regionalnego, 2015, *Turystyka zdrowotna w województwie małopolskim*, Departament Polityki Regionalnej, Kraków.
- Miszczyńska K., 2019, *Efektywność funkcjonowania szpitali publicznych w Łodzi*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- NFZ, 2022, *Sprawozdanie z działalności Narodowego Funduszu Zdrowia za 2021 rok*, Warszawa.
- NFZ, European Observatory on Health Systems and Policies, 2012, *Zarys systemu ochrony zdrowia, Polska*, Warszawa.
- Nojszewska E., 2011, *System ochrony zdrowia w Polsce*, Wolters Kluwer Polska Sp. z o.o., Warszawa.
- OECD / European Observatory on Health Systems and Policies, 2017, *Polska: Profil system ochrony zdrowia*, OECD Publishing, Paris.
- OECD / European Observatory on Health Systems and Policies, 2021, *Polska: Profil system ochrony zdrowia 2021*, State of Health in the EU, OECD Publishing, Paris / European Observatory on Health Systems and Policies, Bruksela.
- Raport pt. Indeks Zrównoważonego Rozwoju Systemów Ochrony Zdrowia 2019 i Indeks Stwardnienia Rozsianego*, 2019, Komentarz Polskiego Panelu Ekspertów (https://www.future-proofinghealthcare.com/sites/default/files/wersja_finalna_raportu_2019_0.pdf) (dostęp: 28.09.2022).
- Rasethuntsa, B.C., 2022, *Health and hygiene strategies for tourism promotion: guidelines for Africa*, *Journal of Tourism Leisure and Hospitality*, 4(2), 158–164.
- Religioni U., 2014, *Rynek turystyki medycznej w Polsce w aspekcie regulacji prawnych*, *Hygeia Public Health*, 49(4), 742–746.
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 września 2010 r. w sprawie wykazu zalecanych szczepień ochronnych oraz sposobu finansowania i dokumentowania zalecanych szczepień ochronnych wymaganych międzynarodowymi przepisami zdrowotnymi*, Dz.U. Nr 180, poz. 1215, z późn. zm.
- Turystyka*, 2007, W. Kurek (red.), Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Ustawa o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych*, Dz.U.2021.0.1285, z późn. zm.

- Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej*, Dz.U. 2011 nr 112 poz. 654, z późn. zm.
- Ustawa z dnia 24 listopada 2017 r. o imprezach turystycznych i powiązanych usługach turystycznych*, Dz.U. 2017 poz. 2361 z późn. zm.
- WHO, 2021, *World malaria report 2021*, <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040496> (dostęp: 28.09.2022).
- World Health Organization, 2000, *The World health report: 2000: health systems: improving performance*, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42281> (dostęp: 28.09.2022).
- Woś L., Zamelska M., 2014, *Zagrożenia zdrowia turystów w krajach basenu Morza Śródziemnego ze szczególnym uwzględnieniem odmiennego środowiska geograficznego, w tym klimatu*, [w:] A., Bernaciak (red.), *Zdrowie i bezpieczeństwo w turystyce i rekreacji*, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Bankowej w Poznaniu, Poznań, 13–34.
- Zgliczyński W.S., 2018a, *Ochrona zdrowia w Polsce. Wybrane zagadnienia*, *Infos*, 15 (253), 1–4.
- Zgliczyński W.S., 2018b, *System ochrony zdrowia w Polsce – wybrane zagadnienia*, *Studia BAS*, 4(56), 9–46.

Izabela Kapera, prof. KAAFM dr hab.
Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego
ul. Gustawa Herlinga-Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków
ikapera@afm.edu.pl
ORCID: 0000-0003-1691-5275

