

## Globalizacja usług zdrowotnych

### Wstęp

Sektor ochrony zdrowia tworzy ważną składową każdej gospodarki<sup>1</sup>, a jego sprawne działanie pozostaje w centrum zainteresowań tak rządów poszczególnych państw, jak i wpływowych organizacji międzynarodowych, takich jak OECD, World Bank czy World Health Organization. W celu usprawniania funkcjonowania narodowych systemów ochrony zdrowia realizowane są programy i podejmowane działania angażujące duże zasoby finansowe i ludzkie [Włodarczyk, 2003]. W działaniach reformatorskich często stosuje się rozwiązania albo wprost rynkowe (wzorowane na systemie ochrony zdrowia w USA), albo wykorzystujące mechanizmy rynkowe (mechanizmy rynku kontrolowanego w Wielkiej Brytanii)<sup>2</sup>. Reformatorzy powinni przy tym uwzględniać zjawiska i czynniki występujące w otoczeniu międzynarodowym, w tym procesy globalizacji usług zdrowotnych. Chociaż zagadnienia globalizacji usług zdrowotnych podejmowane są w literaturze coraz częściej (również w Polsce, [Kruszka, 2003]), to teoretyczny dorobek w tym zakresie wydaje się wciąż pozostawać w pewnej dysproporcji do dużego udziału sektora ochrony zdrowia w gospodarce [Lee, 2003]. Dopełniającym i istotnym zagadnieniem pozostaje tu również jakość podejmowanych i prowadzonych badań oraz formułowanych w oparciu o nie wniosków<sup>3</sup>.

Nie podejmując wysiłku szczegółowego analizowania takiego stanu rzeczy skonstatujemy jedynie, że globalizacja w kontekście zdrowia i systemu ochrony zdrowia stanowi słabo jeszcze eksplorowany, a społecznie istotny i interesujący przedmiot analiz.

---

\* Autor jest pracownikiem Instytutu Ekonomii i Zarządzania Uniwersytetu Jagiellońskiego. Artykuł wpłynął do redakcji w lutym 2008 r.

<sup>1</sup> Według OECD w roku 2001 przemysły pracujące w sposób bezpośredni i pośredni na rzecz ochrony zdrowia i świadczeń zdrowotnych tworzyły około 20% światowego GDP [OECD, 2001].

<sup>2</sup> zagadnienie możliwości i celowości włączania mechanizmów rynkowych do sektora ochrony zdrowia są przedmiotem dyskusji i sporów między badaczami. Chociaż uznaje się, że zasady ekonomii i profesjonalnego zarządzania w coraz szerszym zakresie stosowane są w sektorze ochrony zdrowia [Proctor, Wright, 1998], to jednocześnie formułowane są wątpliwości, co do pełnej implementacji mechanizmów rynkowych w tym sektorze [Hsiao, 2000].

<sup>3</sup> Jak utrzymuje Smith [Smith, 2004] znaczna część literatury na temat globalizacji w ochronie zdrowia nosi pewne cechy spekulacji i niewiele jest badań empirycznych podejmujących te problemy.

Artykuł podejmuje wybrane wątki globalizacji usług zdrowotnych i wykazuje, że procesy globalizacji wzmacniają trend do zwiększania udziału sektora prywatnego w narodowych systemach ochrony zdrowia.

Tekst rozpoczyna krótki przegląd literatury, gdzie wskazuje się na główne zagadnienia podejmowane w literaturze przedmiotu i dokonuje ogólnej ich oceny. Podsumowaniem tych rozważań jest propozycja schematu ukazującego podstawowe kierunki wpływu procesów globalizacji zarówno na narodowe systemy ochrony zdrowia, jak i na zdrowie jednostek, z wyróżnieniem strony podażowej i popytowej wpływu globalizacji na świadczenia zdrowotne. W oparciu o ten schemat w dalszej części przedstawiane są przykłady wpływu globalizacji na podażową stronę narodowych systemów ochrony zdrowia poprzez telemedycynę i outsourcing podstawowych i pomocniczych funkcji szpitali, badania kliniczne, tzw. turystykę zdrowotną oraz migracje pracowników medycznych.

Artykuł pokazuje, że w powyższe działania angażują się z zasadzie tylko podmioty prywatne, które w ten sposób zwiększają swoje rynkowe udziały w narodowych systemach ochrony zdrowia.

### **Globalizacja a zdrowie**

Procesy globalizacji, rozumianej szeroko jako procesy wzrastającej mobilności ludzi, przepływu informacji, produktów, usług, siły roboczej, technologii i kapitału, jako kurczenie się czasu i przestrzeni, skutkują zmianami odczuwanymi również w sektorze ochrony zdrowia. Na potrzeby niniejszego artykułu przyjęta została definicja globalizacji zaproponowana przez Lee, rozumiana jako „proces wzrastającej interakcji ludzkich aktywności w wielu sferach, włączając w to sferę gospodarczą, polityczną, społeczną i kulturalną... (oraz) przejawiający się w trzech wymiarach: przestrzennym, czasowym oraz poznawczym” [Lee, 2000, s. 30].

Zagadnienia podejmowane w tym artykule można przypisać do wyróżnionych w powyższej definicji trzech sfer (gospodarcza, polityczna i społeczna) oraz dwóch wymiarów (przestrzenny i czasowy).

### **Globalizacja i zdrowie publiczne**

Można przyjąć bez dowodu, że globalizacja w coraz większym zakresie i z coraz większą intensywnością wpływa na zdrowie populacji<sup>4</sup> i na narodowe systemy ochrony zdrowia.

Wpływ globalizacji na zdrowie badany jest i opisywany w literaturze przede wszystkim z perspektywy zdrowia publicznego i polityki zdrowotnej. Analizy prowadzone są pod kątem wpływu globalizacji na te czynniki i warunki śro-

<sup>4</sup> Zdrowie rozumiane jest tu szeroko (klasyczna definicja przyjęta przez WHO) jako stan zupełnej pomyślności fizycznej, psychicznej i społecznej, a nie jedynie braku choroby czy ułomności.

dowiska człowieka, które determinują zdrowie człowieka i populacji<sup>5</sup> [Butler i in., 2001], [Woodward i in., 2001], [Lee, 1998], [Yach, Bettcher, 1998], [Yach, Bettcher, 1998a], [Adlung, 2002], [Bettcher, Lee, 2002], [Whiteford, Whiteford, 2005].

W grupie tych czynników, specjalnym zainteresowaniem badaczy cieszą się:

- czynniki z otoczenia dalszego (np. infrastruktura gospodarcza),
- czynniki z otoczenia bliższego (polityka zdrowotna, system edukacji, wymiana towarów i usług, itp.)
- czynniki bezpośrednie oddziałujące na zdrowie (usługi zdrowotne, styl życia, itp.).

W analizach wpływu globalizacji na zdrowie definiuje się czynniki bezpośredniego i pośredniego wpływu oraz różne kanały tego wpływu. Bezpośredni wpływ globalizacji na zdrowie dokonuje się poprzez zwiększenie ryzyka zachorowalności na znane i nowe choroby zakaźne, a pośredni m.in. poprzez zmiany w wysokości i strukturze dochodów ludności, strukturze gospodarstw domowych, przekształcenia dokonujące się tak na poziomie społeczności lokalnych jak i gospodarek narodowych czy też reformy w systemach ochrony zdrowia. Uogólniając, wszystko to prowadzi do zmiany ekspozycji na ryzyko zdrowotne (*exposures to health risks*) [Zielinski-Gutiérrez, Kendall, 2000].

## **Globalizacja a kierunki reform narodowych systemów ochrony zdrowia**

Interesującym, aczkolwiek z punktu widzenia celu niniejszego artykułu jedynie uzupełniającym wątkiem, jest globalizacja idei. Jej przykładem może być wykorzystywanie liberalnych zasad w reformach narodowych systemów ochrony zdrowia w wielu państwach świata, intensywnie i szeroko promowanych przez wpływowe międzynarodowe instytucje, takie jak World Bank czy International Monetary Fund.

Jedną z konsekwencji wykorzystywania idei liberalnych jest rosnący udział sektora prywatnego w narodowych systemach ochrony zdrowia oraz zwiększający się zakres komercjalizacji tego sektora [Kumaranayake, 1997]. Sektor prywatny zwiększa swoje udziały zarówno w krajach, gdzie od dawna stanowi liczący się element np. w USA [Pulcini i in., 2000] jak i w krajach, gdzie dominuje sektor publiczny [Le Grand, 2003] czy krajach skandynawskich [Øvretveit, 2003]. Zjawisko ekspansji sektora prywatnego odnotowano również

<sup>5</sup> Determinanty zdrowia rozumiane są, tak jak to jest przedstawiane w modelu ekosystemu człowieka zwanego Mandalą Zdrowia [Hancock, 1990]. Mandala Zdrowia ilustruje bogactwo uwarunkowań zdrowia obejmujące biosferę, kulturę, jednostki i instytucje społeczne, społeczność, rodzinę, styl życia, system opieki nad chorym, pracę, biologię człowieka, środowisko fizyczne i psychospołeczne, etc. Model ekosystemu człowieka zwraca uwagę na ograniczone możliwości służby zdrowia, wskazując, iż system opieki zdrowotnej jest tylko jednym z wielu determinantów zdrowia. Mając na uwadze powyższe, należy podkreślić, że wyróżnione na rys. 1 populacyjne i indywidualne czynniki zdrowotne są jedynie skromną reprezentacją determinantów zdrowia.

w sektorach ochrony zdrowia państw rozwijających się [Yazbeck, Peters, 2003], [Clark, 2005]. Tendencje do poszerzania zakresu sektora prywatnego w ochronie zdrowia widoczne są w krajach Europy Centralnej i Wschodniej, gdzie wzrost liczby prywatnych świadczeniodawców wymieniany jest na drugim miejscu (za decentralizacją) wśród najbardziej charakterystycznych cech reform systemu ochrony zdrowia w tych państwach [World Bank, 2003]. Zwiększaniu liczby prywatnych świadczeniodawców oraz ubezpieczycieli w systemach ochrony zdrowia towarzyszą zjawiska zwiększania (pod różnymi postaciami) udziału własnego pacjentów w finansowaniu ochrony zdrowia (współpłacenie) [Docteur, Oxley, 2003, s. 28]. Istnieją mocne przesłanki by uznać, że liberalizacja wymiany czyni z komercjalizacji i prywatyzacji w sektorze ochrony zdrowia proces nieodwracalny [Arnold, Reeves, 2006], [Grieshaber-Otto, Sinclair, 2004], [Pollock, Price, 2000]. Przyjęcie zasad swobody wymiany handlowej powoduje osłabienie klauzuli zastrzeżeń w odniesieniu do sektora publicznego i dopuszcza do niego konkurencję ze strony podmiotów prywatnych tak krajowych, jak i zagranicznych (sieci prywatnych szpitali i domów opieki, prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych, etc.) [Arnold, Reeves, 2006].

### **Kanały wpływu globalizacji na zdrowie**

W literaturze przedmiotu spotkać można dwa wyróżnione kanały wpływu globalizacji na zdrowie. Pierwszy kanał to wpływ wymiany międzynarodowej na ryzyko zachorowania na choroby zakaźne (np. HIV, malarię, gruźlicę) [Barnett, Whiteside, 2002], [Fanning, 1998] i – poprzez marketing wyrobów tytoniowych, fast food, etc – na choroby chroniczne (np. choroby układu krążenia, cukrzycę, otyłość [Kelly, 2005]. Z postępującymi procesami globalizacji próbuje się również wiązać wzrost zachorowań na choroby nowotworowe [Sasco, 2007], SARS czy ptasią grypę [Wyn Owen, Roberts, 2005]. Ryzyko z tym związane posiada wymiar indywidualny (pojedyncze osoby) i grupowy (pandemia).

Drugi kanał to wpływ międzynarodowej wymiany na finansowanie, dostarczanie i dystrybucję produktów leczniczych i świadczeń zdrowotnych oraz na pacjentów (dostęp do informacji i wiedzy medycznej, technologii medycznych) [Smith, 2006]. W świetle tematu i celu niniejszego artykułu, to te właśnie obszary stanowią podstawowe pole rozważań.

Jest ono szerokie i można podjąć próbę klasyfikacji podstawowych jego komponentów.

W oparciu o prosty dychotomiczny podział można wyróżnić zatem procesy globalizacji zachodzące na rynkach ościennych wobec systemów (rynków) ochrony zdrowia (tak w wymiarze międzynarodowym np. światowy rynek finansowy, jak i narodowym – gospodarek narodowych) oraz na samym rynku ochrony zdrowia. Warto przy tym odnotować, że coraz częściej publikowane są analizy ujmujące różne determinanty zdrowia wyróżnione w Mandali Zdrowia w ściślejszym ich powiązaniu z wpływami rynków międzynarodowych [Moore i in., 2006], [Labonte, Torgerson, 2003].

Ilustracją silnego wpływu procesów globalizacji na rynkach ościennych (poprzez kryzysy finansowe wywołane m.in. swobodnym przepływem kapitałów) na narodowy system ochrony zdrowia może być Indonezja [Hotchkiss, Jacobalis, 1999] czy Filipiny [Chavez, Cordero, 2001].

Wpływ globalizacji na rynkach ościennych dokonuje się też poprzez sektory przemysłowe pracujące dla potrzeb sektora ochrony zdrowia i potrzeb indywidualnych pacjentów, w tym przede wszystkim przemysł farmaceutyczny [Tarabusi, Vickery, 1998] i handel sprzętem i technologiami medycznymi [Semin i in., 2007].

### Globalizacja usług zdrowotnych

Globalizacja na samym rynku ochrony zdrowia dokonuje się poprzez migrację tradycyjnych systemów medycyny oraz wymianę usług zdrowotnych w wymiarze międzynarodowym, którą możemy określić terminem globalizacji usług zdrowotnych.

Przedmiotem wymiany mogą być tradycyjne systemy medycyny (*Traditional Medical Systems: TMS*) lub ich części transferowane z ich naturalnego środowiska (kulturowego i społecznego) do odległych geograficznie i kulturowo obszarów<sup>6</sup>. Transfer tradycyjnych systemów medycznych do nowych państw może prowadzić do modyfikacji tych systemów do warunków lokalnych w tym przez przejmowanie niektórych cech kultury miejscowej [Barnes, 1998]. Jednym z efektów tego przenikania się tradycyjnych systemów medycyny jest konieczność prowadzenia badań klinicznych i testów wykorzystywania różnych tradycyjnych systemów medycyny poza dotychczasowymi miejscami ich stosowania [Cardini i in., 2006].

W ramach globalizacji obserwujemy również transfer nowych technik i sposobów leczenia z państw wysoko rozwiniętych do rozwijających się. Tak było np. w przypadkach leczenia niepłodności [Inhorn, 2003].

Wpływ globalizacji na zdrowie jest podejmowany w coraz większym zakresie w kontekście wzrostu zakresu i intensywności wymiany usług zdrowotnych w wymiarze międzynarodowym [Zarilli, Kinnon, 1998], [Baris, McLeod, 2000], [Schaars, Woodward, 2002], [Bettcher, i in., 2000], [Chanda, 2001], [Chanda, 2002], [Koivusalo, 2001], [Lipson, 2002] i konsekwencji tych zmian tak na poziomie globalnym, jak i na poziomie państw narodowych [Drager, Vieira, 2002]. Międzynarodowa wymiana usług traktowana jest już jako ważna składowa procesów globalizacji [Smith, 2004]. Obok usług zdrowotnych przedmiotem globalnego obrotu stają się również komplementarne usługi z zakresu ubezpieczeń zdrowotnych [Lipson, 2001], [Sbarbaro, 2001].

Międzynarodowa wymiana usług zdrowotnych podlega regulacjom wprowadzonym przez WTO. Kluczową rolę pełnią tu zapisy General Agreement on Trade in Services (GATS) [Adlung, Carzaniga, 2001] oraz Agreement on

<sup>6</sup> Przykładami mogą tu być: indyjska ayurveda, tradycyjna medycyna chińska, akupunktura, akupresura, itp.

Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights (TRIOs), który porządkuje m.in. politykę w zakresie cen wyrobów farmaceutycznych [Price i in. 1999], [Pollock, Price, 2000] oraz przez umowy dotyczące standardów sanitarnych i fitosanitarnych wykorzystywanych w wymianie międzynarodowej [Thiermann, 2005]. Sektor ochrony zdrowia nie podlega w całej rozciągłości zapisom GATS<sup>7</sup> i trwają ciągle rozmowy i negocjacje na temat pełnej liberalizacji rynku usług zdrowotnych [Blouin i in., 2006].

W oparciu o zapisy GATS możemy wyróżnić cztery sposoby podaży usług w ramach międzynarodowej wymiany usług:

- a) transfer usług (*cross-border supply*) (tj. kiedy przedmiotem wymiany jest tylko sama usługa, a zarówno podmiot świadczący usługę, jak odbiorca (konsument) usługi nie zmieniają swojego miejsca): przykładem może tu być telemedycyna,
- b) konsumpcja usług za granicą (*consumption abroad*) (konsument otrzymuje usługę za granicą) przykład: turystyka medyczna,
- c) przedstawicielstwo (*commercial presence*), kiedy zagraniczni inwestorzy dokonują bezpośrednich inwestycji w sektorze ochrony zdrowia danego państwa: przykładem mogą tu być prywatne szpitale budowane przez zagranicznych inwestorów,
- d) czasowe przemieszczanie się podmiotów świadczących usługi za granicę (*temporary movement of service providers*): przykładem są migracje specjalistów (głównie lekarzy) do pracy w innych państwach.

Wartościowanie wpływu procesów globalizacji na zdrowie wymaga bardziej szczegółowych studiów i nie będzie w tym miejscu podejmowane. Można tylko nadmienić, że w literaturze wskazuje się na instytucjonalne przeszkody w reformowaniu narodowych systemów ochrony zdrowia wypływające z międzynarodowych umów i porozumień [Arnold, Reeves, 2006], [Pollock, Price, 2000], [Shaffer, Brenner, 2004].

Wśród negatywnych konsekwencji liberalizacji wymiany w skali międzynarodowej w odniesieniu do usług zdrowotnych wymienia się odpływ wykwalifikowanych kadr medycznych do USA i innych wysoko rozwiniętych państw [World Bank, 1995], [Sheldon, 2006] wydłużanie się kolejek do niektórych zabiegów w niektórych państwach wskutek przyjmowania w ramach turystyki medycznej do szpitali obywateli innych państw.

Z drugiej strony, choć znane są przypadki niekorzystnego wpływu światowych rynków ościennych na sektor ochrony zdrowia [Semin i in., 2007] czy – wskutek swobodnego przemieszczania się ludzi – drenażu mózgow i specjalistów, tworzenia dwupoziomowej struktury świadczeniodawców, wewnętrznego drenażu mózgow z sektora publicznego do prywatnego, napływu obcych specjalistów [Chanda, 2001a], to formułowana jest teza, że korzyści z globalizacji

<sup>7</sup> Świadczenia zdrowotne oferowane przez podmioty publiczne, nie na zasadach komercyjnych i w warunkach braku konkurencji, nie podlegają w sposób automatyczny zapisom GATS. Jednak szczegółowe rozwiązania w ramach narodowych systemów ochrony zdrowia dają podstawę do rozciągania zapisów GATS na niektóre obszary świadczeń zdrowotnych por. [Smith, 2004].

nie są trwale asymetryczne. Nie tylko państwa wysoko rozwinięte, ale również rozwijające się korzystają z globalizacji świadczeń zdrowotnych [Ellis, 2003]. Wskazuje się tu, że państwa rozwijające się w coraz szerszym zakresie wykorzystują swoją względną przewagę konkurencyjną w takich obszarach, jak: koszty, naturalne zdolności, dostęp do zasobów ludzkich, finansowych i technicznych, działanie w obszarach niszowych [Chanda, 2001] i włączają się do międzynarodowego rynku świadczeń zdrowotnych<sup>8</sup>.

Chociaż problemy wpływu globalizacji na zdrowie coraz częściej podejmowane są w literaturze, to widoczny jest dotkliwy brak badań empirycznych w tym zakresie, co powoduje, że trudno jest o porozumienie co do oceny skutków globalizacji na zdrowie populacji [Huynen i in., 2005, s. 14], [Harris, Seid, 2004].

Jak wskazywano powyżej, wpływ globalizacji na zdrowie dokonuje się na różnych poziomach (narodowym, regionalnym, lokalnym, środowiskowym, rodzinnym czy wreszcie indywidualnym), w różnych formach i różnymi kanałami. Skłania to do tworzenia różnych modeli wpływu globalizacji na zdrowie populacji [Woodward i in., 2001].

Podjmując próbę uporządkowania przedstawianych powyżej zjawisk i zagadnień, można uciec się do schematu, który przedstawiałby kierunki i siłę wpływu (oddawaną przez zróżnicowaną grubość strzałek) procesów globalizacji na zdrowie, tak jak na rys. 1.

Jak to zaznaczono na rys. 1, globalizacja poprzez rynki światowe oddziałuje na zdrowie (społeczno-ekonomiczne determinanty zdrowia) i narodowe systemy ochrony zdrowia. Może zatem wpływać na populacyjne i indywidualne czynniki zdrowotne bądź bezpośrednio, bądź pośrednio poprzez zmiany zachodzące na poziomie gospodarek narodowych. Czynniki populacyjne i zdrowotne (z włączeniem gospodarstw domowych i nie wykazywanej na rys. 1 grupy ważnych determinantów zdrowia opisywanych w ekosystemie ludzkim Mandali Zdrowia) budują w ostatecznej instancji zapotrzebowanie na świadczenia zdrowotne.

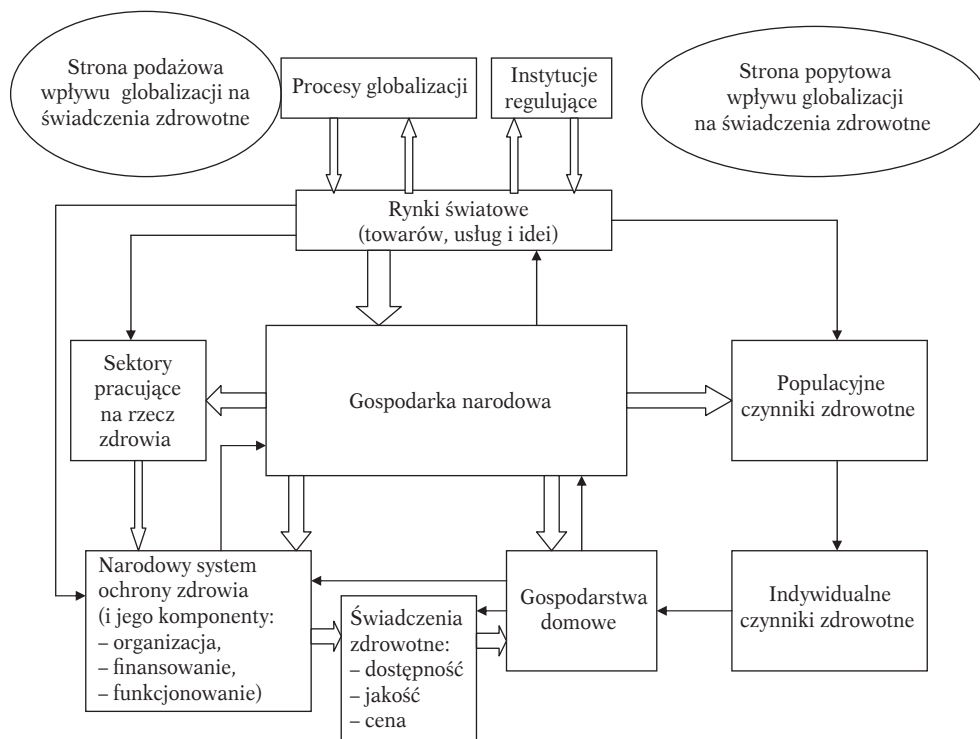
Konsekwentnie prawa strona schematu zaznaczona jest i traktowana jako popytowa strona świadczeń zdrowotnych.

Wpływ procesów globalizacji na narodowe systemy ochrony zdrowia może się dokonywać również w sposób bezpośredni<sup>9</sup> (z mniejszą siłą) lub pośredni, za pośrednictwem gospodarek narodowych i jej składowych, w tym głównie sektorów pracujących na rzecz ochrony zdrowia (np. przemysł farmaceutyczny, kształcenie kadr medycznych, etc.), co stanowi dominujący kierunek oddziaływania globalizacji. Narodowe systemy ochrony zdrowia w jednej ze swoich funkcji mają oferować uprawnionym potrzebującym dostęp do świadczeń zdrowotnych o akceptowanej jakości i cenie (co jest uwidocznione na rys. 1 w bloku *Świadczenia zdrowotne*). Na tym najniższym poziomie spotykają się ze sobą podaż usług (świadczeń) zdrowotnych i popyt na te usługi (świadczenia).

<sup>8</sup> Wątek ten jest rozwijany w dalszej części.

<sup>9</sup> przykładem takiego bezpośredniego wpływu jest import idei ilustrowany w pkt Globalizacja a kierunki reform narodowych systemów ochrony zdrowia.

Rysunek 1. Główne kierunki i siły wpływu globalizacji na zdrowie



Źródło: opracowanie własne na podstawie: [Woodward, Drager, Beaglehole, Lipson, *Globalization and health: a framework for analysis and action*, Bulletin of World Health Organization, Vol. 79, No. 9, s. 875-881]

Próbując odnieść przedstawiany na rys. 1 schemat do dokonywanego powyżej przeglądu literatury przedmiotu można konstatować, że najczęściej podejmowanymi w literaturze zagadnieniami były zagadnienia związane z wpływem globalizacji na popytową stronę usług zdrowotnych (prawa strona schematu przedstawianego na rys. 1) i tymi czynnikami ekonomicznymi, które wpływają w pierwszym rzędzie na popyt na świadczenia zdrowotne.

Niniejszy artykuł podejmuje wybrane aspekty wpływu globalizacji na podaźową stronę świadczeń zdrowotnych (lewa strona schematu). Podane poniżej przykłady klasyfikowane być mogą jako egzemplifikujące bezpośrednie oddziaływania rynków światowych na narodowe systemy ochrony zdrowia (z niewielkim jedynie odniesieniem do sektorów pracujących na potrzeby ochrony zdrowia).

Poniżej prezentowane będą przykłady reprezentujące trzy spośród czterech wymienionych w GATS sposobów podaży usług:

- telemedycyna i outsourcing (jako przykład transferu usług),
- turystyka medyczna (jako egzemplifikacja konsumpcji usług za granicą),
- migracja pracowników medycznych (w charakterze przykładu na czasowe przemieszczanie się podmiotów świadczących usługi).



## Telemedycyna

Telemedycyna literalnie oznacza wykonywanie czynności lekarskich z oddalenia i jest definiowana jako wykorzystywanie informacji medycznych wymienianych między dwoma ośrodkami za pomocą elektronicznych środków komunikacji w celu leczenia i edukowania pacjenta (bądź świadczeniodawcy) po to, by poprawiać jakość opieki nad pacjentem [Rafiq, Merrell, 2005].

Jednym z głównych czynników rozwoju telemedycyny była chęć umożliwienia korzystania z praktyki lekarskiej i zasobów ochrony zdrowia w miejscach, gdzie takie korzystanie było utrudnione. Pierwsze doświadczenia z telemedycyną miały miejsce w USA w stanie Nebraska, gdzie w latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku Uniwersytet Nebraska oferował swoje zasoby i wiedzę w świadczeniu usług zdrowotnych na głębokiej prowincji tego stanu [Senapati, Advincula, 2005].

W ramach telemedycyny czynności mogą być wykonywane synchronicznie (w czasie rzeczywistym) jak i asynchronicznie.

Telemedycyna synchroniczna obejmuje z jednej strony czynności tak proste jak rozmowy telefoniczne (konsultacje między specjalistami), a z drugiej tak skomplikowane jak zdalnie sterowane operacje chirurgiczne z wykorzystaniem robotów. Telemedycyna synchroniczna wymaga obecności zainteresowanych stron w tym samym czasie i istnienia niezawodnego systemu łączności. Formami telemedycyny synchronicznej mogą być wideokonferencje, interaktywna diagnostyka z wykorzystaniem dodatkowego sprzętu umożliwiającego przekazywanie na odległość obrazu (np. tele-otoskop) czy dźwięku (tele-stetoskop). Specjalności medyczne, gdzie wykorzystuje się telemedycynę to psychiatria, interna, rehabilitacja, kardiologia, pediatria, położnictwo i ginekologia oraz neurologia.

Obecnie telemedycyna praktykowana jest w różnych formach: konsultacji, nadzoru medycznego, badań przedoperacyjnych, wizyt pooperacyjnych, wideokonferencji konsyliów lekarskich, wykładów i prezentacji dla młodych lekarzy, etc. Jednym z obszarów telemedycyny, który dynamicznie się rozwija jest telechirurgia rozumiana jako wykonywanie zabiegów chirurgicznych na odległość [Senapati, Advincula, 2005]. Telechirurgia również może przyjmować różne formy, z których jedną z częściej stosowanych jest oferowanie w czasie rzeczywistym wskazówek przy stosowaniu pewnych (zazwyczaj nowych) technik chirurgicznych wykonywanych przez mniej doświadczonych lekarzy [Quintero i in., 2002].

Wykorzystując rozwój robotyki oraz technik informatycznych w ciągu ostatnich 25 lat do praktyki telechirurgii zostały wprowadzone operacje neurochirurgiczne, ortopedyczne oraz ginekologiczne. Kamieniem milowym w operacjach na odległość był rok 2001, kiedy to lekarze w Nowym Jorku zoperowali pacjenta w Strasburgu wykorzystując połączenia światłowodowe oraz zdalnie sterowanego robota [Marescaux i in., 2002]. Można przyjąć, że telechirurgia znajduje się dopiero w późnej fazie narodzin, a jej dalszy rozwój determinowany jest m.in. obniżeniem kosztów jej stosowania<sup>10</sup>.

<sup>10</sup> Na przykład zautomatyzowany system daVinci® do prowadzenia operacji chirurgicznych na odległość (składający się z konsoli chirurgicznej, trójwymiarowego systemu monitorującego

Telemedycyna asynchroniczna polega na gromadzeniu danych medycznych (np. zapis obrazów, biosygnalów), a następnie transmitowaniu ich do innych miejsc, gdzie specjaliści w dogodnym dla nich czasie interpretują je i opisują. Oznacza to, że telemedycyna asynchroniczna nie wymaga kontaktu specjalistów w tym samym czasie. Specjalności medyczne, gdzie szeroko wykorzystuje się telemedycynę asynchroniczną to radiologia, dermatologia i patologia. W rozwoju telemedycyny istotną rolę pełni outsourcing, który zapewnia większą elastyczność działania i obejmuje już zadania podstawowe szpitala (począwszy od diagnostyki obrazowej a na technologiach laparoskopowych skończywszy) [Klich, Pettinger, 2006]. Coraz częściej zadania w ramach outsourcingu zlecane są do wykonania za granicą, nawet na innych kontynentach i to stanowi o klasyfikowaniu ich do usług wymienianych w skali międzynarodowej.

W zarysowanym powyżej kontekście interesujące mogą być doświadczenia Malezji we wprowadzaniu systemów teleinformatycznych do sektora ochrony zdrowia. Na bazie szerokopasmowego Internetu (Multimedia Super Corridor) tworzone są tam platformy telemedyczne oferujące usługi w zakresie nefrologii, psychiatrii, onkologii i dermatologii [Abu Bakar, 2001].

### Outsourcing w zakresie radiologii

Na czoło zadań podstawowych szpitala przekazywanych do wykonania za granicą (kryterium jest tu ilość usług i ich wartość) wysuwają się usługi w zakresie radiologii (w tym konsultowania i odczytywania zdjęć rentgenowskich, obrazów z mammografów), diagnozowanie próbek przez patologów, analiza elektrokardiogramów czy nawet kolonoskopia.

Warto przywołać tu przykład outsourcingu w zakresie teleradiologii wykorzystywanego przez szpitale w USA. W przypadkach nagłych, zdjęcia pacjenta z badań rezonansem magnetycznym po wypadku w środku nocy w szpitalu w Altoona (Pasadena) są przesyłane do Bangalore w Indiach, gdzie są konsultowane i interpretowane przez specjalistów, którzy (z uwagi na różnice w czasie) w tym właśnie czasie pracują [Wachter, 2006]. Przykład ten interesująco ilustruje przestrzenny i czasowy wymiar globalizacji, do których odwołuje się przyjęta w artykule definicja globalizacji.

Zainteresowanie szpitali amerykańskich outsourcingiem w Indiach w sposób naturalny stworzyło rynek dla firm działających w charakterze pośredników oraz zachęciło władze tego kraju do tworzenia specjalnych programów mających pozyskać nowych zleceniodawców z USA [Outsourcing..., 2006].

Przedmiotem outsourcingu mogą też być usługi intensywnego nadzoru (*intensive care unit* ICU) i konsultacji (np. kardiologicznych), ponieważ nadzorujący może z dużej odległości otrzymywać na swoim ekranie (w czasie rzeczywistym) zarówno obraz pacjenta, dźwięk oraz transmisję wszystkich danych o funkcjach życiowych pacjenta.

---

oraz stołu operacyjnego wyposażonego w ramiona robotów w liczbie trzech lub czterech) to koszt ponad 1 miliona USD.

Jeżeli ten rodzaj outsourcingu nie jest realizowany kosztem pogorszenia jakości opieki, to może być korzystny tak dla pacjenta (niższe rachunki za leczenie), ubezpieczyciela, menedżerów szpitali czy wręcz samych lekarzy, którzy nie będą zmuszani do pracy w nadgodzinach czy wręcz na pełny zegar.

### **Badania kliniczne leków**

Przykładem outsourcingu, który nie bazuje na technologiach teleinformatycznych w takim zakresie, jak przykłady podawane powyżej, ale który ma strategiczny wymiar dla producentów leków i rozwija się na naszych oczach jest zlecenie za granicę przeprowadzania testów klinicznych nowych leków. Wielkie korporacje działające w sektorze farmaceutycznym (Pfizer, Eli Lilly, Merck) na drodze wprowadzania nowych leków napotyka ograniczenia, które starają się pokonywać ekspandując na rynki zagraniczne, szczególnie rynki państw rozwijających się. Jednym z nich jest problem przeprowadzania badań klinicznych substancji, które aspirują do statusu leku.

Według CenterWatch, wydawnictwie specjalizującym się w problematyce badań naukowych, aby wprowadzić nowy lek na rynek trzeba pozyskać ponad 4 tys. pacjentów i przeprowadzić na nich 141 procedur medycznych, przy czym każda z nich wykonana być musi średnio ponad 65 razy<sup>11</sup>.

Aby wyłonić grupę pacjentów spełniających kryteria badania skuteczności badanego leku trzeba przeprowadzić badania screeningowe grupy około 100 tys. pacjentów, z czego tylko niewielka ich część zgłasza się na badania, a tylko część ze zgłaszających się spełnia warunki badania. Średni koszt pozyskania jednego pacjenta do badania to ok. 1500 \$. Wysokie koszty przeprowadzania badań klinicznych leków w państwach wysoko rozwiniętych skłaniają więc koncerny farmaceutyczne do przeprowadzania tych badań za granicą: w Europie Środkowej i Wschodniej, Afryce, państwach poradzieckich i samej Rosji oraz w Azji.

Chociaż Polska dysponuje niezłymi warunkami do prowadzenia badań klinicznych i wciąż najwięcej badań w porównaniu do innych państw Europy Środkowej i Wschodniej wchodzących w skład UE prowadzi się w naszym kraju, to wskutek występowania *barier prawnych* (istotne wydłużenia czasu uzyskiwania pozwoleń na prowadzenie badań klinicznych) i *podatkowych* (wzrost kosztów podatkowych prowadzonych badań klinicznych), Polska traci pozycję konkurencyjną wobec wszystkich innych państw Europy Środkowej i Wschodniej (republiki nadbałtyckie, Słowacja, Czechy, Węgry, Rumunia, Bułgaria) [PricewaterhouseCoopers, 2006].

Obserwujemy zatem w wymienionych powyżej państwach powstawanie i rozwój nowego globalnego rynku badań klinicznych leków.

<sup>11</sup> Procedura badań klinicznych leku składa się zazwyczaj z trzech faz: fazy badania (testowania) bezpieczeństwa leku, fazy badania skuteczności leku i fazy dowodzenia skuteczności leku na reprezentatywnej próbie pacjentów.

## Turystyka medyczna

Turystyka medyczna (*medical tourism*) to zjawisko przemieszczania się ludzi do innych państw (na inny kontynent) w celu nabycia usług zdrowotnych wysokiej jakości po konkurencyjnej cenie<sup>12</sup>. Zazwyczaj transfer konsumentów odbywa się z państw wysoko uprzemysłowionych (głównie z USA) do państw rozwijających się (np. Indie, Korea Południowa, Tajlandia), chociaż wskazuje się i na inne państwa jako miejsca medycznej turystyki (do Niemiec z państw Bliskiego Wschodu, Wielkiej Brytanii i Rosji). Panuje opinia, że ten – już obecnie znaczny<sup>13</sup> – przepływ pacjentów będzie się zwiększał<sup>14</sup> w miarę jak przyjmowane będą i stosowane standardy jakości świadczeń zdrowotnych i upowszechniać procedury akredytacji szpitali [Segouin i in., 2005].

B. Kocher z McKinsey & Co. wyróżnia cztery segmenty turystyki medycznej:

- a) segment najmniejszy: tworzą go obywatele USA, Kanady, Niemiec i Wielkiej Brytanii udający się za granicę, by uzyskać świadczenie zdrowotne po niższym koszcie lub by ominąć listy oczekujących,
- b) segment większy: tworzą go ludzie z państw, takich jak Tajlandia, podróżując za granicę po to, by kupić świadczenie zdrowotne, które nie jest oferowane w ich kraju zamieszkania,
- c) segment tradycyjnej turystyki medycznej: osoby decydujące się na operacje kosmetyczne/odmładzające, zabiegi kosmetyczne w luksusowych ośrodkach, gwarantujące dyskrecję,

<sup>12</sup> Porównania badaczy z University of Delaware pokazywały, że koszt zabiegów chirurgicznych w takich państwach, jak Indie, Tajlandia czy Południowa Afryka mógł być dla Amerykanów w niektórych przypadkach nawet dziesięciokrotnie mniejszy. Wymiana zastawek serca wyceniana w USA na ponad 200 tys. USD w Indiach kosztowała 10 tys. USD (włączając w to koszt biletu lotniczego i kilkudniowy wypoczynek), wykonanie mostka dentystrycznego w USA kosztowało ok. 5,5 tys. USD, a w Indiach ok. 500 USD. Wszczepienie endoprotezy stawu kolanowego w Tajlandii (włączając w to 6-dniową rehabilitację) było pięciokrotnie tańsze niż w USA. Operacje kosmetyczne były dla Amerykanów jeszcze bardziej opłacalne: pełny lifting twarzy w USA stanowił wydatek ok. 20 tys. USD, podczas kiedy w Południowej Afryce tylko ok. 1250 USD [Hutchinson, 2005]. W tym ostatnim przypadku notujemy zabawne, ale znamienne zjawisko. Otóż w Wikipedii pod hasłem *Medical tourism* znajdujemy tekst z obszernym cytatem z przywoływanego powyżej artykułu Becci Hutchinson. Z jedną tylko różnicą: obok ceny za pełny lifting twarzy w Południowej Afryce widnieje... \$ 2,500 (sic!). O innych niezgodnościach między cytatem przywoływanym w Wikipedii, a tekstem przywoływanego artykułu nie warto wspominać.

<sup>13</sup> Brak jest wiarygodnych i kompletnych statystyk obrazujących skalę tego zjawiska. Niektóre szacunki mówią nawet o 750 tysięcznej grupie obywateli USA, którzy w 2006 r. zakupili usługi zdrowotne za granicę. Szacunki Confederation of Indian Industry mówiły o 150 tys. zagranicznych pacjentów, którzy w 2005 r. przybyli do Indii w ramach *medical tourism*. Z kolei prognozy Federation of Indian Chambers of Commerce and Industry mówiły, że indyjski rynek usług zdrowotnych w roku 2006 wart był 22,2 miliardów dolarów USA (5,2% GDP) i miał wzrosnąć do roku 2012 do poziomu 50 miliardów USD (6,2% GDP) [Medical visas..., 2007]. Liczbę osób podróżujących w roku 2005 po otrzymanie usług zdrowotnych do Singapuru szacowano na 250 tys. [Hutchinson, 2005].

<sup>14</sup> Według szacunków, ok. 43 milionów Amerykanów pozbawionych jest ubezpieczenia zdrowotnego, a ok. 120 milionów nie na ubezpieczenia obejmującego koszty leczenia stomatologicznego [Hutchinson, 2005].

d) segment poszukujących zabiegów z medycyny alternatywnej (medycyna chińska czy indyjska ayurvedic).

W przypadku pacjentów z pierwszego segmentu, oszczędności netto amerykańskich pacjentów decydujących się na operacje w Indiach czy w Korei Południowej szacowane są między 50-95% kosztów identycznych operacji w USA<sup>15</sup>. Wiodące amerykańskie szpitale i centra medyczne (Johns Hopkins, Mayo, Duke, Cornell) posiadają swoje oddziały w Dubaju, Indiach, Singapurze, Tajlandii, w Turcji czy w Chinach wykorzystując kwalifikacje miejscowych specjalistów oraz tamtejszą infrastrukturę. Korzystają z relatywnie taniej wykwalifikowanej kadry, a poprzez system akredytacji mogą amerykańskim pacjentom gwarantować wysoką jakość usług<sup>16</sup>. Ten przykład może być jeszcze interpretowany jako specyficzny outsourcing usług podstawowych, ale w momencie, kiedy amerykańskie szpitale dokonywać będą inwestycji w tworzenie nowych szpitali czy oddziałów, możemy mówić o przedstawicielstwach. To z kolei oznaczałoby, że usługi zdrowotne reprezentują wszystkie cztery wyróżnione w GATS sposoby międzynarodowej wymiany usług.

Analiza jednego z najbardziej rozpowszechnionych w Internecie źródeł (Wikipedia) pokazuje, że we wszystkich siedemnastu państwach wykazywanych jako docelowy kierunek turystyki medycznej oferty kierowane do potencjalnych pacjentów pochodzą z prywatnych szpitali i ośrodków [Medical tourism, 2008].

Warto również nadmienić, że również prywatni świadczeniodawcy z nowych państw UE włączają się do międzynarodowej konkurencji i zgłaszają swoje oferty usług w zakresie medycyny estetycznej i stomatologii<sup>17</sup>.

Trzeba jednak odnotować, że brak kompletnych, wiarygodnych i umożliwiających dokonywanie porównań baz danych zarówno na temat outsourcingu z wykorzystaniem telemedycyny, jak i turystyki medycznej relatywizuje optymistyczne oceny i prognozy<sup>18</sup>. Z drugiej jednak strony pokazuje, jak duży ukryty jest tu potencjał i jak może być atrakcyjny dla badaczy i analityków.

### **Migracje specjalistów medycznych**

Migracja pracowników medycznych jest częścią zjawiska internacjonalizacji pracy [Raghuram, Kofman, 2002] i konsekwencją wprowadzania (w coraz większym zakresie) liberalnych zasad poruszania się i zamieszkiwania.

Zawężając kategorię pracowników ochrony zdrowia do lekarzy, pielęgniarek i położnych, WHO światowy deficyt pracowników ochrony zdrowia szacowała

<sup>15</sup> Szacunki *The Journal of Financial Planning*.

<sup>16</sup> Według The Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, do końca 2005 roku udzieliła ona 55 akredytacji szpitalom w 14 państwach [Los Angeles Times, 2006].

<sup>17</sup> Istnieje już storna internetowa [www.medicaltourism.pl](http://www.medicaltourism.pl), gdzie znaleźć można oferty polskich ośrodków spa i chirurgii estetycznej.

<sup>18</sup> Znamiennym jest tu artykuł w Oxford Analytica, którego tytuł brzmi jednoznacznie: „*Medical Tourism*” *Industry Grows Rapidly*. W treści artykułu można jednak znaleźć zdanie, że „Official statistics on medical tourism have not been collected” [„Medical Tourism”..., 2006].

na ok. 4,3 miliona pracowników [Sheldon, 2006]. Obserwowany był przy tym duży kontrast między państwami wysoko rozwiniętymi i rozwijającymi się<sup>19</sup>.

Migracje specjalistów medycznych stanowią rosnący na znaczeniu problem dla nowych członków UE, państw regionu Pacyfiku [Brown, Connell, 2004], państw afrykańskich [Sheldon, 2006] czy Indii. Dominującym kierunkiem migracji specjalistów medycznych są USA, co skutkuje wysokim udziałem absolwentów zagranicznych uczelni medycznych wśród praktykujących w USA lekarzy, co jest prezentowane w tabl. 1.

Tablica 1

**Charakterystyka grupy absolwentów zagranicznych szkół medycznych  
(International Medical Graduates: IMG) wśród lekarzy w wybranych państwach\***

Państwo	Liczba lekarzy na 100 000 mieszkańców (n)	Całkowita liczba IMG (n)	Udział IMG w całkowitej liczbie zatrudnionych (%)	IMG pochodzący z państw rozwijających się (%)	IMG pochodzący z 3 pozostałych państw rozwiniętych** (%)
USA	293	208,733	25,0	60,2	6,5
Wielka Brytania	231	39,266	28,3	75,2	2,5
Kanada	220	15,701	23,1	43,4	22,3
Australia	271	14,346	26,5	40,0	33,5

\* dane dla USA pochodzą z 2004 r., dla Wielkiej Brytanii i Kanady z 2002 r., a dla Australii z 1999 r.

\*\* wykazywanych w tabl. 1

Źródło: Mullan F. [2005], *The metrics of the physician brain drain*, The New England Journal of Medicine, 20055, Vol. 353, s. 1811

Warto przy tym zwrócić uwagę na fakt, że nawet w tego rodzaju badaniach ilościowych, kłopoty z dostępem do kompletnych i wiarygodnych danych w sposób istotny pomniejszają wartość wniosków z tych badań<sup>20</sup>.

Drugim państwem, które w szerokim zakresie wykorzystuje wykształconych za granicą lekarzy jest Wielka Brytania, która wyraźnie przoduje pod tym względem w Europie (por. tabl. 2).

Warto zauważyć, że spośród siedmiu wymienionych w tabl. 2 państw tylko w Szwecji i w Niemczech w latach 1970-2005 nie wzrósł odsetek lekarzy, którzy zdobywali dyplomy lekarskie za granicą wśród wszystkich zatrudnionych. W pięciu pozostałych państwach notowano wysoki wzrost tego wskaźnika, choć w porównaniu do Wielkiej Brytanii pozostaje on relatywnie niskim.

<sup>19</sup> Na przykład w Ghanie, gdzie wskaźnik lekarzy na 1000 mieszkańców wynosił 0,09 obserwowano zjawisko migracji lekarzy do Wielkiej Brytanii, gdzie taki wskaźnik był 18-krotnie wyższy. Podobnie w USA, które mając 5% populacji świata, zatrudniają 11% wszystkich lekarzy świata, za: [Sheldon, 2006].

<sup>20</sup> Praca Mullan [Mullan, 2005] stanowi jeden z nielicznych przykładów atrakcyjnie zaplanowanej analizy ilościowej. Niestety, jak wskazuje sam autor [Mullan, 2005, s. 1811-1813] wykorzystywane dane były niepełne i zmuszały do stosowania szacunków i przybliżeń.

Tablica 2

**IMG w wybranych państwach europejskich (jako % wszystkich zatrudnionych) w 1970 i 2005 roku**

Państwo pobytu	1970	2005
	%	
Francja	1	6
Niemcy	5	5
Szwecja	5	5
Dania	3	11
Holandia	1	6
Portugalia	1	4
Wielka Brytania	26	33

Źródło: Health workforce policies in the European Region, WHO, Regional Office for Europe, EUR/RC57/9

Chociaż migracja (długookresowa bądź na stałe) lekarzy i innych przedstawicieli zawodów medycznych do państw wyżej rozwiniętych jest dla krajów „eksportujących” *per saldo* niekorzystna, to warto zwrócić uwagę na ciekawe zjawisko. Państwa „eksportujące” podejmują starania w celu uruchamiania w swoich uniwersytetach międzynarodowych programów kształcenia lekarzy (lub sankcjonują takie inicjatywy podejmowane przez same uniwersytety), które są następnie akredytowane przez liczące się organizacje i stowarzyszenia, przede wszystkim z USA [Segouin i in., 2005, s. 277]. Można spekulować, że założonym celem jest tu pozyskanie zagranicznych studentów, którzy mają opłacać swoją naukę w wybranym kraju. Międzynarodowa konkurencja zmusza jednak uniwersytety do uzyskiwania międzynarodowej akredytacji dla większości swoich kierunków i specjalności, również tych, na których kształcą się krajowi studenci. Efektem tego jest sytuacja, w której indyjskie uniwersytety posiadając stosowną akredytację amerykańskich stowarzyszeń kształcą lekarzy gotowych do podjęcia pracy w USA, co tylko wzmacnia drenaż mózgow z Indii. Można zatem zaryzykować tezę, że globalizacja w zakresie kształcenia kadr medycznych wzmacniać będzie migracje tej grupy zawodowej do państw wyżej rozwiniętych.

### Zakończenie

W podsumowaniu możemy konstatować, że:

- a) Procesy globalizacji w coraz większym zakresie wpływają na zdrowie, ale zjawiska te nie są w sposób systematyczny badane z wykorzystaniem metod ilościowych. W efekcie trudno jest formułować jednoznaczne sądy i opinie w wielu kluczowych dla stanu zdrowia indywidualnych ludzi i całych populacji kwestiach. Oceny wpływu globalizacji na zdrowie dokonywane są często w oparciu o obiegowe i nie weryfikowane lub nieweryfikowalne przesłanki. Stawia to przed badaczami nowe, ciekawe wyzwania.
- b) Przedstawiany w artykule schemat do analizy wpływu globalizacji na zdrowie proponuje wprowadzenie dwóch użytecznych kategorii: podażowego

i popytowego kierunku wpływu globalizacji na zdrowie. Prowadzenie dalszych badań z wykorzystaniem tego schematu i metod ilościowych mogłoby zwiększyć jakość samych badań oraz powiększyć udział nauk ekonomicznych w analizach wpływu globalizacji na zdrowie.

- c) W odniesieniu do dwóch (z trzech) przedstawianych w artykule zjawisk: telemedycyny i turystyki medycznej, konstatować trzeba brak wiarygodnych badań ilościowych, pomimo wysokiej (i rosnącej) rangi tych zjawisk w życiu społecznym poszczególnych państw narodowych. Również ilościowe badania migracji lekarzy i innych specjalistów medycznych przy lekturze zastosowanej w nich metodologii pozostawiają czytelnika z wrażeniem niekompletności danych i przybliżonej jedynie wielkości szeregu wykorzystywanych w nich zmiennych.
- d) Zarówno globalizacja idei (tu: idea demokracji i liberalizmu gospodarczego), jak i globalizacja rynków usług zdrowotnych pokazują, że w największym zakresie uczestniczą w nich idea własności prywatnej i podmioty prywatne. W outsourcingu (po obu stronach: jako podmioty zlecające i przyjmujące zlecenia) oraz w turystyce medycznej (również po obu stronach: jako klienci i jako świadczeniodawcy) występują prawie wyłącznie podmioty prywatne. Biorąc pod uwagę, że migrujący pracownicy medyczni też mogą być klasyfikowani jako prywatne podmioty, możemy konstatować, że w procesach globalizacji usług (świadczeń) zdrowotnych przedstawionych powyżej angażują się prywatne podmioty motywowane redukcją kosztów (wydatków), poszukiwaniem i wykorzystywaniem nisz rynkowych oraz sprzedają swojej specjalistycznej wiedzy i umiejętności.

Wszystko to z kolei winno być przedmiotem szerszej refleksji wszystkich aktorów społecznych działających w narodowych systemach ochrony zdrowia tak pod kątem strategii reformowania systemów, jak i strategii poszczególnych podmiotów: świadczeniodawców, płatnika czy instytucji ubezpieczeń zdrowotnych.

## Bibliografia

- Abu Bakar S., [2001], *The untapped potential of Telehealth*, „International Journal of Medical Informatics”, Vol. 61, Iss. 2-3, s. 103-112.
- Adlung R., [2002], *Health services in a globalising world*, „EuroHealth”, Vol. 8, s. 18-21.
- Adlung R., Carzaniga A., [2001], *Health services under the General Agreement on Trade in Services*, „Bulletin of the World Health Organisation”, Vol. 79, No. 4, s. 352-364.
- Arnold P.J., Reeves T.C., [December 2006], *Global trade and the future of national health care reform*, „Accounting Forum”, Vol. 30, Iss. 4, s. 325-340.
- Baris E., McLeod K., [2000], *Globalization and international trade in the Twenty-First Century: Opportunities for and threats to the health sector in the south*, „International Journal of Health Services”, Vol. 30, s. 187-210.
- Barnes L.L., [1998], *The psychologizing of Chinese healing practices in the United States*, „Culture, Medicine and Psychiatry”, Vol. 22, No. 4, s. 413-443.
- Barnett T., Whiteside A., [2002], *AIDS in the Twenty-First Century: Disease and Globalization*, New York, Palgrave Macmillan.
- Bettcher D., Lee K., [2002], *Globalization and public health*, „Journal of Epidemiology and Community Health”, Vol. 56, s. 8-17.



- Bettcher D., Yach D., Guindon E., [2000], *Global trade and health: Key linkages and future challenges*, „Bulletin of the World Health Organisation”, Vol. 78, No. 4, s. 521-534.
- Blouin C., Drager N., Smith R. (eds), [2006], *International Trade in Health Services and the GATS. Current Issues and Debates*, The International Bank for Reconstruction and Development/The World Bank, Washington D.C.
- Brown R.P.C., Connell J., [June 2004], *The migration of doctors and nurses from South Pacific Island Nations*, „Social Science & Medicine”, Vol. 58, Iss. 11, s. 2193-2210.
- Butler C., Douglas R., McMichael A.J., [2001], *Globalisation and environmental change: Implications for health and health inequalities*, [w:] *The Social Origins of Health and Well-being*, (eds) Eckersley R., Dixon J., Douglas R Cambridge University Press, Melbourne, s. 34-50.
- Cardini F., Wade C., Regalia A.L., Gui S., Li W., Raschetti R., Kronenberg F., [December 2006], *Clinical research in traditional medicine: Priorities and methods*, „Complementary Therapies in Medicine”, Vol. 14, Iss. 4, s. 282-287.
- Chanda R., [2001], *Trade in health services*, Paper No. WG4: No. 5, Commission on Macroeconomics and Health, WHO, Geneva.
- Chanda R., [2001a], *Lessons from the Multilateral Context of Trade in Health Services*, Commission on Macroeconomics and Health, WHO 2001.
- Chanda R., [2002], *Trade in health services*, „Bulletin of the World Health Organisation”, Vol. 80, No. 2, s. 158-163.
- Chavez J.J., Cordero R.D., [2001], *The Asian financial crisis and Filipino households: Impacts on women and children*, London: Focus on the Global South/Save the Children UK.
- Clark M., [2005], *Globalization and Health Care Reform in Latin America*. Paper presented at the annual meeting of the International Studies Association, Hilton Hawaiian Village, Honolulu, Hawaii, pozyskano 14 stycznia 2008 r. z: [http://www.allacademic.com/meta/p70186\\_index.html](http://www.allacademic.com/meta/p70186_index.html)
- Docteur E., Oxley H., [2003], *Health Care Systems: Lessons from Reform Experience*, OECD Health Working Papers No. 9, Paris.
- Drager N., Vieira C. (eds), [2002], *Trade in Health Services: Global, regional and country perspectives*, Washington, DC, Pan American Health Organization.
- Ellis P., [2003], *Globalization and Healthcare: A U.K. perspective*, „HealthcarePapers”, Vol. 4, No. 2, s. 45-49.
- Fanning E.A., [1998], *Globalization of tuberculosis*, „Canadian Medical Association Journal”, Vol. 158, No. 5, s. 611-612.
- Grieshaber-Otto J., Sinclair S., [2004], *Bad Medicine: Trade treaties, privatization and health care reform in Canada*, Canadian Centre for Policy Alternatives, Ottawa.
- Le Grand J., [2003], *Motivation, Agency, and Public Policy. Of Knights &Knaves, Pawns &Queens*, Oxford University Press.
- Lipson D., [2001], *GATS and Trade in Health Insurance Services*, Paper No. WG4, No. 7, Commission on Macroeconomics and Health, WHO, Geneva.
- Lipson D., [2002], *GATS and health services: Implications for EU candidate countries*, „Euro health”, Vol. 8, s. 39-41.
- Hancock T., [1990], *The Mandala of Health: a model of the human ecosystem*, [w:] *Health Promotion. A resource book*, (eds) Anderson R., Kickbusch I. WHO/EURO, Copenhagen.
- Harris R.L., Seid M. (eds), [2004], *Globalization and health in the new millennium*, Brill Academic Publishers.
- Hotchkiss D.R., Jacobalis S., [1999], *Indonesian health care and the economic crisis: Is managed care the needed reform?*, „Health Policy”, Vol. 46, s. 195-216.
- Hsiao W., [2000], *What should macroeconomists know about health care policy: a primer*, „International Monetary Fund Working Papers”.
- Hutchinson B., [July 25 2005], *Medical tourism growing worldwide*, „UDaily”, University of Delaware.

- Huynen M.M., Martens P., Hilderink H.B., [2005], *The health impacts of globalization: a conceptual framework*, „Global Health”, Vol. 1, s. 14.
- Inhorn M.C., [May 2003], *Global infertility and the globalization of new reproductive technologies: illustrations from Egypt*, „Social Science & Medicine”, Vol. 56, Iss. 9, s. 1837-1851.
- Kelly B., [2005], *To quell obesity, who should regulate food marketing to children?*, „Global Health”, Vol. 1, No. 2.
- Klich J., Pettinger R., [2006], *Outsourcing w sektorze ochrony zdrowia*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, tom IV, nr 2, s. 66-78.
- Koivusalo M., [2001], *World Trade Organisation and trade-creep in health services*, „Journal of Health Services Research and Policy”, Vol. 6, s. 65-67.
- Kruszka M., [2003], *Globalizacja handlu usługami zdrowotnymi i polityki systemu ochrony zdrowia*, „Polityka Społeczna”, nr 8.
- Kumaranayake L., [1997], *The Role of Regulation: Influencing Private Sector Activity within Health Sector Reform*, „Journal of International Development”, Vol. 9, Iss. 4, s. 641-649.
- Labonte R., Schrecker T., [October 2004], *Committed to health for all? How the G7/G8 rate*, „Social Science & Medicine”, Vol. 59, Iss. 8, s. 1661-1676.
- Labonte R., Torgerson R., [2003], *Frameworks for Analyzing the Links between Globalization and Health*, World Health Organization, pozyskano 4 stycznia 2008 r. z: <http://www.globalhealthequity.ca/electronic%20library/Framework%20for%20analysing%20links%20between%20Globalization%20&%20Health%20-%20WHO%201-71%20Dec%2031%202003.pdf>
- Lee K., [1998], *Globalization and Health Policy*, „Discussion Paper”, No. 1, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London.
- Lee K., [2000], *Globalization and Health Policy: A review of the literature and proposed research and policy agenda*, [w:] *Health Human Development in the New Global Economy: The contributions and perspectives of civil society in the Americas*, (eds) Bambas A., Casas J.A., Drayton H.A. and Valdés A., Pan American Health Organization, Washington.
- Lee K., [2003], *Globalization and Health: An Introduction*, Palgrave MacMillan, London.
- Los Angeles Times Examines Trend of “Medical Tourism” (2006), pozyskano 9 stycznia 2008 z: <http://www.medicalnewstoday.com/articles/36914.php>
- Marescaux J., Leroy J., Rubino F., Smith M., Vix M., Simone M. *et al.*, (April 2002) *Transcontinental robot-assisted remote telesurgery: feasibility and potential applications*, „Annals of Surgery”, Vol. 235, No. 4, s. 487-492.
- Medical tourism*, [2008], pozyskano 10 stycznia 2008 r z: [http://en.wikipedia.org/wiki/Medical\\_tourism](http://en.wikipedia.org/wiki/Medical_tourism)
- Medical Tourism Industry Growths Rapidly*, [2006], „Oxford Analytica”, pozyskano 8 stycznia 2008 z: [http://www.forbes.com/2006/10/25/health-medical-tourism-biz-cx\\_1026oxford\\_print](http://www.forbes.com/2006/10/25/health-medical-tourism-biz-cx_1026oxford_print)
- Medical visas mark growth of Indian medical tourism*, [March 2007], „Bulletin of the World Health Organization”, Vol. 85, No. 3.
- Moore S., Teixeira A.C., Shiell A., [July 2006], *The health of nations in a global context: Trade, global stratification, and infant mortality rates*, „Social Science & Medicine”, Vol. 63, Iss. 1, s. 165-178.
- Mullan F., [2005], *The metrics of the physician brain drain*, „The New England Journal of Medicine”, Vol. 353, s. 1810-1818.
- OECD Observer:Healthcare Expenditure*, [December 2001], OECD.
- Øvretveit J., [2003], *Nordic privatization and private healthcare*, „The International Journal of Health Planning and Management”, Vol. 18, Iss. 3, s. 233-246.
- Outsourcing Radiology to India: How Does it Work?*, [2006], pozyskano 28.02.2006 z: [http://www.outsource2india.com/why\\_india/articles/radiology-information.asp](http://www.outsource2india.com/why_india/articles/radiology-information.asp)
- Pollock A.M., Price D., [2000], *Rewriting the regulations: How the World Trade Organisation could accelerate privatization in health care systems*, „The Lancet”, Vol. 356, s. 1995-2000.

- Price D., Pollock A.M., Shaoul J., [1999], *How the World Trade Organisation is shaping domestic policies in health care*, „The Lancet”, Vol. 354, s. 1889-1892.
- Badania kliniczne w Polsce – główne bariery rozwoju branży, [luty 2006], PricewaterhouseCoopers.
- Proctor S., Wright G.H., [1998], *Can services marketing concepts be applied to health care?*, „Journal of Nurse Management”, Vol. 6, No. 3, s. 147-153.
- Pulcini J., Mason D.J., Cohen S.S., Kovner C., Leavitt J.K., [2000], *Health policy and the private sector. New vistas for nursing*, „Nursing & Health Care Perspectives”, Vol. 21, No. 1, s. 22-28.
- Quintero R.A., Munoz H., Pommer R., Diaz C. *et al.*, [2002], *Operative fetoscopy via telesurgery*, „Ultrasound in Obstetrics and Gynecology”, Vol. 20, No. 4, s. 390-391.
- Rafiq A., Merrell R.C., [Winter 2005], *Telemedicine for access to quality care on medical practice and continuing medical education in a global arena*, „Journal of Continuing Education in the Health Professions”, Vol. 25, No. 1, s. 34-42.
- Raghuram P., Kofman E., [2002], *The state, skilled labour markets, and immigration: The case of doctors in England*, „Environment and Planning”, Vol. 34, No. 11, s. 2071-2089.
- Reinicke W., [1998], *Global public policy: Governing without government?*, Brookings Institution Press, Washington, DC.
- Sasco A.J., [2007], *Cancer and globalization*, „Biomedicine & Pharmacotherapy”, Article in Press, Corrected Proof, pozyskanoo 18 stycznia 2008 z: [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B6VKN-4R8X7YD-1&\\_user=5300011&\\_rdoc=1&\\_fmt=&\\_orig=search&\\_sort=d&view=c&\\_acct=C000059473&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=5300011&md5=e4843c1f4ea2c718ffd9f1d3972e7381](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VKN-4R8X7YD-1&_user=5300011&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000059473&_version=1&_urlVersion=0&_userid=5300011&md5=e4843c1f4ea2c718ffd9f1d3972e7381)
- Sbarbaro J., [2001], *Trade liberalization in health insurance: Opportunities and challenges: the potential impact of introducing or expanding the availability of private health insurance within low and middle income countries*, „Paper” No. WG4: No. 6, Commission on Macroeconomics and Health, WHO, Geneva.
- Schaars C., Woodward D., [2002], *Measuring globalisation of health services*, „WHO Internal Discussion Paper, WHO/EIP/HDE”, Geneva.
- Segouin Ch., Hodges B., Brechat P-H., [2005], *Globalization in health care: is international standardization of quality a step toward outsourcing?*, „International Journal for Quality in Health Care”, Vol. 17, No. 4, s. 277-279.
- Semin S., Güldal D., Demiral Y., [May 2007], *Globalization and the trends of medical technology trade in Turkey*, „Health Policy”, Vol. 81, Iss. 2-3, s. 320-327.
- Senapati S., Advincula A.P., [December 2005], *Telemedicine and robotics: Paving the way to the globalization of surgery*, „International Journal of Gynecology & Obstetrics”, Vol. 91, Iss. 3, s. 210-216.
- Shaffer E.R., Brenner J.E., [2004], *International trade agreements: hazards to health?*, „International Journal of Health Services”, Vol. 34, Iss. 3, s. 467-481.
- Sheldon G.F., [September 2006], *Globalization and the health workforce shortage*, „Surgery”, Vol. 140, Iss. 3, s. 354-358.
- Smith R.D., [December 2004], *Foreign direct investment and trade in health services: A review of the literature*, „Social Science & Medicine”, Vol. 59, Iss. 1, s. 2313-2323.
- Smith R.D., [2006], *Trade and public health: facing the challenges of globalisation*, „Journal of Epidemiology and Community Health”, Vol. 60, s. 650-651.
- Tarabusi C., Vickery G., [1998], *Globalization in the pharmaceutical industry*, Part II, „International Journal of Health Services”, Vol. 28, No. 2, s. 281-303.
- Thiermann A.B., [2005], *Globalization, international trade and animal health: the new roles of OIE*, „Preventive Veterinary Medicine”, Vol. 67, Iss. 2-3, s. 101-108.
- Yach D., Bettcher, D., [1998], *The globalization of public health I: Threats and opportunities*, „American Journal of Public Health”, Vol. 88, s. 735-738.

- Yach D., Bettcher D., [1998a], *The globalisation of public health II: The convergence of self-interest and altruism*, „American Journal of Public Health”, Vol. 88, s. 738-741.
- Wachter R.M., [2006], *The „Dis-location” of U.S. Medicine – The Implications of Medical Outsourcing*, „The New England Journal of Medicine”, Vol. 354, No. 7, s. 661-665.
- Włodarczyk C., [2003], *Reformy zdrowotne. Uniwersalny kłopot*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Whiteford L., Whiteford S. (eds), [2005], *Globalization, Water & Health: Resource Management in Times of Scarcity*, School of American Research Press, Santa Fe, NM and James Currey, Oxford.
- Woodward D., Drager N., Beaglehole R., Lipson D., [2001], *Globalization and health: a framework for analysis and action*, „Bulletin of World Health Organization”, Vol. 79, No. 9, s. 875-881.
- World Bank, [2003], *Annual Report 2003*, The World Bank, Washington DC.
- World Bank, [1995], *World Development Report 1995: Workers in an integrating world*, New York, Oxford University Press.
- World Health Organization, [September 2007], *Health workforce policies in the European Region*, WHO, Regional Office for Europe, EUR/RC57.
- Wyn Owen J., Roberts O., [2005], *Globalisation, health and foreign policy: emerging linkages and interests*, „Global Health”, Vol. 1, No. 12.
- Yazbeck A.S., Peters D.H. (eds), [2003], *Health Policy Research in South Asia. Building capacity for reform*, World Bank. Humane Development Network. Health, Nutrition, and Population Series, „Report” No. 27210.
- Zarilli S., Kinnon C. (eds), [1998], *International Trade in Health Services: A development perspective*, Geneva, UNCTAD & WHO.
- Zielinski Gutiérrez E., Kendall C., [2000], *The globalization of health and disease: The health transition and global change*, [w:] *The Handbook of Social Studies in Health & Medicine*, (eds) Albrecht G., Fitzpatrick R., Scrimshaw S. Sage, London.

## THE GLOBALIZATION OF HEALTH SERVICES

### Summary

The paper reviews available literature on globalization processes in health services. The aim is to identify the main research challenges and basic trends in this area. The analysis is made with the use of SinceDirect, EBSCOhost, BMJ Journals, ProQuest Medical Library and MEDLINE-PubMed data and covers the 1990-2007 period.

The author concludes that theoretical discussions and empirical studies on the globalization of health services are still at an early stage of development even though health services and related sectors have a considerable share in most countries' GDP. The paper offers a modified version of a model for describing the influence of globalization on health.

The author shows that the growing influence of globalization on national health care systems is accompanied by an increased share of the private sector in these systems. At the same time, countries are increasingly adopting measures to boost the role of private funds in financing their health care systems. Analyses show international medical services are almost exclusively provided by private businesses. This means that globalization is primarily benefiting private health service providers and private investors, the author says.

**Keywords:** globalization, health services, General Agreement on Trade in Services (GATS), telemedicine, medical tourism, outsourcing, private health sector