

Rola kompetencji międzykulturowych na rynku turystyki medycznej w Polsce

Role of inter-cultural competence on medical tourism market in Poland

ADRIAN LUBOWIECKI-VIKUK^{1/}, MAREK GNUSOWSKI^{2/}

^{1/} Zakład Geografii Turystyki, Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

^{2/} Katedra Badań Rynku i Usług, Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu

Na globalnym rynku usług medycznych występuje znaczna konkurencja. Głównymi czynnikami zdobywania zagranicznych pacjentów przez kliniki jest świadczenie usług o takiej samej lub wyższej jakości przy niższych cenach oraz lepsza dostępność do zabiegu, czyli fakt, że można go przeprowadzić szybciej niż w rodzimym kraju. Istotne są także czynniki o charakterze kulturowym. Ich znajomość jest niezbędna do poznania oczekiwań pacjentów. Poznanie mentalności pacjentów z zagranicy i dostosowywanie się do niej ma na celu sprawienie, by czuli się oni dobrze w Polsce, by tu wracali oraz by polecali polskie kliniki swoim znajomym. Bowiern najważniejszym aktorem na prezentowanym rynku jest turysta medyczny (niekiedy utożsamiany z mobilnym pacjentem).

Celem pracy jest wskazanie istotnej roli kompetencji międzykulturowych wraz z ich praktycznymi implikacjami w systemie obsługi turystów medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów zagranicznych. Określenie kompetencji wobec krajowych turystów medycznych wymaga odrębnych analiz.

W pracy dokonano analizy źródeł zastanych (desk research), tj. krajowego i zagranicznego dorobku teoretycznego i badawczego dotyczącego aspektów międzykulturowych w obsłudze zagranicznych pacjentów, w tym turystów medycznych. Dowiedzono, że problematyka międzykulturowości występująca w sferze turystyki medycznej jest zagadnieniem relewantnym. W sposób zasadniczy wpływa to na poziom i jakość obsługi zagranicznych pacjentów (turystów medycznych) w Polsce, jak również kształtuje wielkość i dynamikę rozwoju tego rynku. Z uwagi na rozwój turystyki medycznej w Polsce, występuje pilna konieczność prowadzenia specjalistycznych szkoleń skierowanych do personelu medycznego w zakresie: 1. poszerzenia kompetencji międzykulturowych, 2. materialno-technicznych, organizacyjnych oraz prawnych aspektach organizacji i obsługi ruchu turystyki medycznej, 3. komunikatywności opartej na znajomości języków obcych.

Słowa kluczowe: turystyka medyczna, obsługa pacjenta, kompetencje międzykulturowe

The global market of medical services is characterized by intense competition. The main factor in acquiring new patients is providing services of equal or higher quality at lower prices and offering better access to given procedures, i.e. a shorter waiting time than in the home country. Cultural aspects are also important. Therefore the knowledge of those is absolutely necessary to fulfill the patient's expectations. Knowing the foreign patients' mentality should help adopt proper approach of making them feel welcome in Poland, so they would want to return and recommend Polish clinics to their friends. This is essential because the medical tourist (sometimes equated with the mobile patient) is the most important player on the presented market.

The aim of the paper is to indicate the importance of the role of the inter-cultural competence and their practical implications in the system of the medical tourist service, with a special emphasis on patients from abroad. The paper analyses the desk research, i.e. the domestic and foreign theoretical achievements and results of research in the field of inter-cultural aspects in the provision of services to foreign patients, including medical tourists. It has been proven that the problem of inter-cultural diversity in the area of medical tourism is a relevant issue. This has an essential impact both on the level and quality of medical services provided to foreign patients (medical tourists) in Poland and on the size and dynamics of this particular market. Due to the development of medical tourism in Poland, there is an urgent need for specialist training intended for medical staff in the following fields: 1. increasing inter-cultural competence, 2. material-technical, organizational and legal aspects of the medical tourism movement organization and service, 3. communicativeness based on the knowledge of foreign languages.

Key words: medical tourism, patient service, inter-cultural competence

© Hygeia Public Health 2016, 51(3): 255-261

www.h-ph.pl

Nadesłano: 23.08.2015

Zakwalifikowano do druku: 01.09.2016

Adres do korespondencji / Address for correspondence

dr Adrian Lubowiecki-Vikuk

Zakład Geografii Turystyki

Uniwersytet Kazimierza Wielkiego w Bydgoszczy

ul. Mińska 15, 85-428 Bydgoszcz

tel. 52 349 62 50, e-mail: lubowiecki@ukw.edu.pl

Wprowadzenie

Turystyka medyczna najogólniej rozumiana jest jako wyjazd poza stałe środowisko zamieszkania w celu uzyskania opieki medycznej [1, 2]. W literaturze przedmiotu termin ten najczęściej odnosi się do

podróży zagranicznej [3, 4] mimo, że istnieją empiryczne dowody na uczestnictwo turystów medycznych w podróżach krajowych [5-7]. Zjawisko turystyki medycznej często traktuje się jako obowiązkowy punkt wakacyjnego programu wyjazdu turystycznego (po-

wiązany z turystyką wypoczynkową, odwiedzinami przyjaciół, krewnych) [8, 9], a także utożsamia się z pojęciem globalnej opieki zdrowotnej. Jednakże zjawisko to nie odnosi się do opieki w przypadku zagrożenia zdrowia podczas pobytu pacjenta za granicą, lecz do głównego jego motywu wyjazdu (aspekt medyczny) [10]. Przyjmuje się, że turystyka medyczna, jest to świadoma działalność człowieka, w której podróżny (turysta medyczny) ma na celu uzyskanie szeroko pojmowanej opieki zdrowotnej – zarówno we własnym kraju, jak i zagranicą – polegającej przede wszystkim na zachowaniu (pozyskaniu lepszego) stanu zdrowia, lub estetycznego wyglądu własnego ciała, połączonego z wypoczynkiem, regeneracją sił fizycznych i psychicznych, zwiedzaniem atrakcji i walorów turystycznych oraz rozrywką [11]. Termin ten utożsamiany jest z medycznymi podróżami, międzynarodową obsługą pacjenta, transgraniczną [12] lub globalną opieką zdrowotną. Turystyka medyczna może wypełnić lukę w systemie opieki zdrowotnej w kraju pochodzenia pacjenta, zapewniając mu wyższy standard świadczonych usług, szybszy dostęp i tańsze procedury za granicą, jak również dostęp do takich zabiegów, które nie są prawnie dostępne w miejscu zamieszkania [13-15]. Aktywność pacjentów związana jest także z ich niezadowolaniem z krajowego systemu opieki zdrowotnej [16]. Jak podaje Connell [1] cechą wyróżniającą turystykę medyczną jest fakt wyjazdu pacjentów do miejsc odmiennych pod względem kulturowym, klimatycznym i językowym.

Pojęcie turystyki medycznej może wydawać się paradoksem, gdyż trudno sobie wyobrazić synergię dwóch obszarów życia społecznego – podróży i hospitalizacji. Turystyka utożsamiana jest z wypoczynkiem i szeroko rozumianą rozrywką poza stałym miejscem zamieszkania, zaś szpital na ogół kojarzy się z ograniczeniami, cierpieniem i poczuciem bezradności [17]. Definiowanie turystyki medycznej zdaniem Connella [18] obejmuje złożoną kombinację procedur, na którą składają się: czas trwania, wola oraz prawdopodobnie niektóre aspekty przyjemności jednostki, które są jakoby związane z typową turystyką. Jednak w wielu badaniach dowodzi się liczne korzyści z rozwoju turystyki medycznej [19]. W ciągu ostatniej dekady odnotowuje się wzrost podróży w celach medycznych. W 2012 r. do Polski przyjechało 330 tys. zagranicznych pacjentów, dzięki którym uzyskano zysk rzędu 900-950 mln PLN [20]. Pojawia się zatem coraz więcej cudzoziemców, którzy stają się klientami polskiej służby zdrowia. Z dostępnych badań wynika jednak, że personel medyczny – ze względu zarówno na barierę językową, jak i brak kompetencji kulturowych – napotyka pewne trudności w opiece nad obcokrajowcami. Trudności o charakterze kulturowym, jakie pojawiają się w procesie budowania relacji personelu medycznego i pacjenta

obcokrajowca, są tym większe, im niższy jest stopień kompetencji kulturowej leczącego i leczonego [21].

Celem niniejszej pracy jest wskazanie istotnej roli kompetencji międzykulturowych wraz z ich praktycznymi implikacjami w systemie obsługi turystów medycznych, ze szczególnym uwzględnieniem pacjentów zagranicznych, pochodzących z krajów: Ameryki Północnej (USA i Kanady), Europy Zachodniej (Niemcy, Wielka Brytania, Irlandia, Skandynawia), obszaru Wspólnoty Niepodległych Państw (Rosja, Ukraina, Kazachstan, Uzbekistan) oraz Zatoki Perskiej (Zjednoczone Emiraty Arabskie, Arabia Saudyjska, Kuwejt). Turyści medyczni z wytypowanych krajów stanowią znaczący rynek emisji turystyki medycznej w Polsce [22].

W artykule została wykorzystana analiza źródeł zastanych (*desk research*). Są to dane, które już istnieją, zostały przez kogoś wcześniej zgromadzone, przetworzone i opracowane w formie umożliwiającej korzystanie z nich [23]. Są one jednak przy tym dość zróżnicowane, dlatego istnieje konieczność ich selekcji i redukcji [24].

Istota pojęcia „kompetencje”

W literaturze naukowej można znaleźć wiele definicji terminu „kompetencje” [25-27]. Podstawowym komponentem profesjonalnych usług są zasoby organizacji usługowej [28]. Termin „zasoby” w literaturze anglojęzycznej często zastępowany jest określeniem kompetencji (*competency*). Mogą one być rozpatrywane na poziomie indywidualnym – osoby profesjonalisty, jak i na poziomie organizacyjnym – opisując kompetencje firmy. Zdaniem Filipowicza [29] pojęcie „kompetencje” zawsze występuje w liczbie mnogiej. Niezwykle trudno jest wyizolować pojedynczą kompetencję i traktować ją jako właściwość całkowicie oderwaną od innych kompetencji, niezależną [29]. Autor ten określa kompetencje jako dyspozycje w zakresie wiedzy, umiejętności i postaw, które pozwalają realizować zadania zawodowe na odpowiednim poziomie. Z kolei Nogalski [30] za kompetencje uznaje konglomerat zdolności, wiedzy, wykształcenia, doświadczenia, innych predyspozycji i cech osobowości. Bardzo ciekawe jest podejście prezentowane przez Kossowską i Sołtysińską [31] zakładające, że podstawą kompetencji jest wiedza, która rozważana na trzech poziomach:

1. wiedzy w potocznym rozumieniu (wiedza deklaratywna – „wiem co”)
2. umiejętności (wiedza proceduralna – „wiem jak i potrafię”)
3. postawy („chcę i jestem gotów wykorzystać swą wiedzę”).

Kompetencje są zbiorem wielu składowych. Odnoszą się zarówno do umiejętności, jak i wiedzy zdobytej

podczas edukacji i praktyki zawodowej. Przy omawianiu zagadnienia kompetencji międzykulturowych pomocny może okazać się podział Sandberga [32], zgodnie z którym można wyróżnić 5 synergicznych elementów kompetencji menedżerów organizacji usługowych:

1. wiedza teoretyczna (*theoretical knowledge*) – wiedza specjalistyczna, ekspercka, nabyta w wyniku studiów, z książek, szkoleń, itp.
2. wiedza praktyczna (*practical knowledge*) – umiejętności i biegłość w działaniach; na ogół wynika z doświadczenia. Tę wiedzę trudno jest przekazać (można opisać lub pokazać jak zachować się w danej sytuacji, ale dopiero samodzielne rozwiązywanie problemów daje wiedzę praktyczną)
3. sztuka budowania sieci i funkcjonowania w nich (*network*) – polega na umiejętności dostępu do sieci, czyli powiązań kontaktów osobistych menedżera oraz dostępu do baz danych lub innych źródeł informacji – tzw. kapitał relacji
4. zdolności (*capacity*) – pewność siebie (poczucie własnej wartości, które udziela się pracownikom), odwaga do podejmowania działania, ale także znajomość własnych ograniczeń i samokrytycyzm
5. umiejętność postrzegania (*conception*) – sposób, w jaki postrzegamy otaczający nas świat wpływa na to jak się zachowujemy. Sposób postrzegania obowiązków przez pracowników wpływa na to jak wykonują powierzone im zadania. Zależy to od osobowości, ale też od sposobu zdefiniowania i wyjaśnienia zleconych pracownikom zadań. Sposób postrzegania swoich obowiązków przez pracowników wpływa na ich wiedzę teoretyczną i praktyczną, zdolności i umiejętność budowania sieci.

Warto wskazać, że umiejętność postępowania z osobami z innych kultur jest składową wszystkich powyższych elementów, a zwłaszcza: wiedzy teoretycznej, wiedzy praktycznej oraz sztuki budowania sieci. Posiadanie kompetencji międzynarodowych pozwala na ograniczanie potencjalnie negatywnych skutków różnic kulturowych. Przyczyny frustracji pacjentów mogą być związane z różnicami kulturowymi na różnych poziomach (artefakty, wartości, normy), np.: z brakiem żywności, do której są przyzwyczajeni, nieakceptowanymi standardami czystości, wyposażeniem łazienek, brakiem poczucia bezpieczeństwa, odejściem od rutyny, która obowiązywała w rodzimym kraju (godziny wstawania, posiłków, powrotu) czy społeczną alienacją (brak tematów do rozmowy, brak wspólnych doświadczeń, nieznanostwo tematów tabu). Efektami szoku kulturowego są: rozdrażnienie, smutek, tęsknota za domem, kompulsywne jedzenie i picie, dolegliwości fizyczne, a nawet agresja wobec przedstawicieli kraju, w którym się przebywa. Szok

kulturowy należy łagodzić m.in. poprzez wybór odpowiednich osób, posiadających umiejętność adaptacji, cechujących się elastycznością, empatią, tolerancją, wysoką samoocena, dysponujących umiejętnościami interpersonalnymi oraz znajomością kraju i języka pacjenta [33].

Personel medyczny – oczekiwane kompetencje wobec turystów medycznych

Turystyka medyczna z istoty jest międzynarodowa. Nie każdy przyjazd turystów medycznych z zagranicy ma jednak charakter międzykulturowy. Należy mieć na uwadze wyjątkową, ale często występującą w praktyce gospodarczej, sytuację korzystania z usług polskich placówek medycznych Polonii z różnych krajów. Turystyka diasporyczna została szeroko opisana w literaturze [34, 35]. Stwierdzono, że istotnie wpływa ona na turystykę medyczną. Tego typu pacjenci przyjeżdżają do „swojego” kraju, gdyż dobrze się w nim czują, znają jego uwarunkowania kulturowe, język oraz funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej [1, 36]. Ponadto, za usługi medyczne płacą znacząco mniej [1]. W takim przypadku trudno mówić o międzykulturowym charakterze przyjazdu, pomimo tego, że chodzi o osobę z obywatelstwem innego państwa.

Zdaniem Van Damme-Ostapowicz [37] współcześnie nie jest możliwe, aby osobom sprawującym opiekę zdrowotną przekazać charakterystyczne cechy wielu kultur. Główne przeszkody to złożoność historii, różnorodność mentalności i tradycji oraz aspekty religijne [38]. Dlatego też, podkreśla się ważną rolę profesjonalnej komunikacji w opiece zdrowotnej [39], szczególnie na rynku usług turystyki medycznej [40]. Komunikację międzykulturową w tym przypadku należy rozumieć, jako zderzenie się norm, wartości i zachowań rozmawiających ze sobą partnerów lub wówczas, gdy partnerzy w rozmowie uważają, że „się zderzają” [37]. Od personelu podmiotów świadczących usługi lecznicze [41], szczególnie pielęgniarek [42, 43] oczekuje się nie tylko tolerancji, szacunku, wzbudzania zaufania [44] i empatii wobec pacjentów, ale także większego zrozumienia kulturowego wymiaru postrzegania i przekonań dotyczących siebie, pacjentów oraz ich bliskich [37, 45]. Skutkuje to unikaniem stereotypowego podejścia do wizerunku różnych środowisk pochodzenia pacjenta [46]. Konieczność uniknięcia zakłóceń procesu komunikacji wynikających z różnic kulturowych sprawia, że należy starać się zarówno nauczyć kultury partnera, jak i odpowiednio dostosować swoje zachowania [47]. Podejście takie jest zgodne z jedną z dwóch „żelaznych” reguł, wyróżnioną przez Gestelanda [48], a mianowicie: „w biznesie międzynarodowym oczekuje się, że sprzedawca dostosuje się kulturowo do nabywcy”.

Profesjonalna obsługa turystów medycznych w praktyce

Rynek Ameryki Północnej – Amerykanie jako pacjenci

Pozyskanie pacjentów z obszaru Ameryki Północnej jest celem wielu menedżerów polskich podmiotów świadczących usługi lecznicze. Stany Zjednoczone i Kanada stanowią olbrzymi rynek, na którym koszty leczenia są bardzo znaczące, a dostępność lekarzy specjalistów niewielka. Ważne jest, by poznać międzykulturowe oczekiwania amerykańskich pacjentów. Bardzo duży nacisk we wzajemnych kontaktach powinno kłaść się na punktualność. Amerykanie traktują czas jako konkretny zasób, który można zaoszczędzić, wydatkować, znaleźć, zainwestować i zmarnować. Osoba, która każe im na siebie czekać dłużej niż dziesięć minut jest postrzegana jako niezdyscyplinowana albo bardzo nieuprzejma. Podczas witania się i żegnania pożądany jest mocny uścisk dłoni i patrzeć sobie w oczy. Pacjenci z Ameryki Północnej zawsze oczekują nawiązywania z nimi kontaktu wzrokowego. Amerykanie zawsze oczekują szczegółowego przedstawienia im ich stanu zdrowia. Co charakterystyczne, decyzje dotyczące czynności medycznych podejmują osobiście (a nie ich rodzina). Preferują radykalne postępowania medyczne, ale oczekują od lekarzy również przedstawienia metod medycyny alternatywnej. Z reguły spokojnie reagują na ból, ale oczekują propozycji podania im leków przeciwbólowych. Cenią swoją prywatność. Warto pamiętać też o tym, że pacjenci z Ameryki Północnej od personelu medycznego oczekują nie tylko opieki *stricte* medycznej, ale też wsparcia psychicznego [49].

Rynek Zatoki Perskiej – Arabowie jako pacjenci

Pacjenci z krajów Zatoki Perskiej wydają na leczenie znaczące kwoty, co sprawia, że są pożądanymi klientami dla polskich komercyjnych podmiotów świadczących usługi lecznicze. W tym przypadku zauważyć można jednak znaczące różnice kulturowe. Dla Arabów bardzo ważną rolę odgrywa religia. Stąd powinno się im umożliwić modlitwę kilka razy dziennie przy zachowaniu pełnej prywatności oraz zwracać uwagę na specyficzną dietę (brak wieprzowiny, preferują swoją kuchnię). Zalecane jest by zabiegi przeprowadzały osoby tej samej płci. Zwłaszcza w przypadku kobiet powinny być to kobiety (zarówno lekarz, pielęgniarka, sprzątaczką) i dodatkowo zabiegi powinny być przeprowadzane przy obecności męża lub brata pacjentki. Kobiety konsultują stosowanie wszelkich procedur medycznych z mężami – to oni odpowiadają na pytania. Należy być gotowym na „roszczeniowych” członków rodziny pacjenta, którzy w nietypowy dla nas sposób (np. mówiąc podniesionym głosem) upewniają się, że pacjent otrzymuje najlepszą opiekę.

W takim przypadku zaleca się rozmawiać z „rzecznikiem” rodziny. Komunikacja z Arabami powinna mieć charakter dwustronny. Aby uzyskać informacje o pacjencie, trzeba powiedzieć coś o sobie. Ich zaufanie budzi szczególnie ten personel medyczny, z którym zbudowali relacje. Bezpośredni kontakt wzrokowy z osobą przeciwnej płci może być jednak uznany za przejaw seksualnego zainteresowania (szczególnie kobieta – arabski mężczyzna). Arabowie nie wstydzą przyznać się do bólu, są pod tym względem bardzo sugestywni [49].

Rynek obszaru Wspólnoty Niepodległych Państw – Rosjanie jako pacjenci

W ostatnich latach zauważa się wzrost populacji polskich podmiotów świadczących usługi lecznicze wśród pacjentów z obszaru Wspólnoty Niepodległych Państw (Rosja, Ukraina, Kazachstan, Uzbekistan). Rosjanie prezentują swoje oczekiwania w sposób szczególny. Preferują oni relacje osobiste, o charakterze bezpośrednim. Istotne jest wywarcie na nich dobrego wrażenia, tak by poczuli sympatię wobec kontrahenta i mu zaufali. Doceniają dobrą znajomość języka rosyjskiego oraz interesowanie się Rosją nie tylko w aspekcie biznesowym. Należy być ostrożnym, by ich nie urazić, gdyż przywiązują przesadnie dużą wagę do tego, co się o nich myśli i mówi. Co ciekawe, powszechne jest oczekiwanie, że zagraniczny partner dostosuje się do warunków panujących w Rosji, zaś sami czynią to niechętnie. W kontaktach z kadrą medyczną oczekują podawania im częstych informacji o stanie zdrowia (również ich rodzinie). Od personelu podmiotu leczniczego, w którym przebywają, oczekują nie tylko by był przyjacielski i profesjonalny, ale także by trochę „współczuł”. Z drugiej strony na ogół mają wysoką granicę bólu, wstydząc się do niego przyznać. Często gestykują oraz donośnie mówią (w Rosji jest to konieczne, by zwrócić na siebie uwagę). Rosjanie nie tolerują zażywania dużych ilości leków, warto je odpowiednio grupować i podawać wszystkie za jednym razem [49].

Rynek Europy Zachodniej – Niemcy i Skandynawowie jako pacjenci

Niemieccy pacjenci nie akceptują niepewności i żadnych niejasności. Muszą dokładnie (prawie co do minuty) znać szczegółowy plan leczenia. Nie należy oczekiwać od nich pochwał, nawet gdy są zadowoleni ze świadczonych usług. Kierują się podejściem „skoro wszyscy powinni doskonale wykonywać swoje obowiązki to, po co ich za to chwalić?”. Jeżeli personel nie posiada kompetencji w szczegółowym zakresie świadczonych usług to lepiej nie mówić nic i poprosić o pomoc specjalistę. Pewne podobieństwa do Niemców wykazują pacjenci z krajów skandynawskich. Również

oni cenią punktualność i perfekcjonizm. Podobnie jak Niemcy, cenią też małomówność – lepiej mówić tylko wtedy, gdy jest to potrzebne. Małomówności pacjentów nie należy mylić z brakiem zainteresowania. Skandynawowie są raczej bezpośredni niż dyplomatyczni. Jednakże dowcipy podczas rozmów na poważne tematy nie są zalecane. Cechą charakterystyczną Skandynawów jest również to, że mają wysoką odpowiedzialność ekologiczną. Często o tym mówią i bardzo zwracają uwagę na aspekty ekologiczne. Zarówno dla Niemców, jak i Skandynawów, bardziej istotne są ustalenia pisemne niż ustne [50, 51].

Wnioski i rekomendacje

Znaczenie i przydatność kompetencji międzykulturowych zależy od stopnia umiędzynarodowienia przedsiębiorstwa. Krajowe podmioty udzielające świadczeń leczniczych dla zagranicznych pacjentów mogą do pewnego stopnia oczekiwać, że klienci dopasują się do panujących w Polsce norm kulturowych. Niezbędna wiedza międzykulturowa ogranicza się w znacznej mierze do znajomości zasad etykiety (aby np. nie urazić drugiej strony) oraz do umiejętności negocjowania z partnerami z danej kultury. Przedstawiciele tych podmiotów powinny dążyć do traktowania różnic kulturowych jako źródeł inspiracji, nowej wiedzy i doświadczeń. Działania tego typu pozwolą na wykształceniu takiego podejścia do zróżnicowania kulturowego, które będzie inspirujące i rozwijające dla każdej ze stron, a przede wszystkim dla przedsiębiorstwa [33]. W tym celu zalecane jest stosowanie następujących zasad:

1. kompetencje międzykulturowe menedżerów – profil menedżera międzykulturowego, oprócz podstawowych kompetencji z zakresu pełnionej roli i funkcji (opisanych w poprzedniej części), powinien dodatkowo uwzględniać komponenty związane ze specyfiką rynku turystyki medycznej [22, 61]. Powinna charakteryzować go: duża wrażliwość na potrzeby kulturowe, zdolność adaptacji i uczenia się od innych, umiejętność identyfikacji i łączenia najlepszych elementów z różnych kultur, komunikatywność w warunkach różnorodności kulturowej oraz sprawność w stosowaniu praktycznych instrumentów, które przeciwdziałają kolizji kulturowej [52]
2. szkolenia personelu – w literaturze zauważa się, że do aspektów wielokulturowości nie podchodzi się w sposób systematyczny [37], co znacznie obniża kompetencje kulturowe w opiece zdrowotnej [53]. Personel medyczny w polskich podmiotach udzielających świadczeń medycznych na ogół posiada wyłącznie medyczne wykształcenie i nie zawsze zna międzykulturowe zasady obsługi pacjentów.

Dotyczy to przede wszystkim kwestii związanych z: oczekiwaniami pacjentów z odmiennych kultur wobec świadczenia usług medycznych, znajomością terminologii i procesów chorobotwórczych w różnych kulturach, kulturowymi różnicami w prowadzeniu badań diagnostycznych, zabiegów oraz innych procedur medycznych czy znajomością nawyków żywieniowych poszczególnych kultur i ich wpływu na stan zdrowia pacjentów [54]. Personel medyczny powinien również znać sposoby przekazywania złych wieści pacjentom z poszczególnych kultur. Dlatego, ze względu na trudności o charakterze kulturowym pojawiające się w pracy z zagranicznymi pacjentami konieczne jest położenie nacisku na rozwijanie wśród personelu medycznego umiejętności w zakresie kompetencji kulturowych. Wiedza z zakresu wielokulturowości powinna być przekazywana w formie szkoleń lub w trakcie studiów medycznych w połączeniu z akcentowaniem indywidualnego podejścia do każdego pacjenta i z ukierunkowaniem na konkretne kraje [21]. Należy pamiętać również o tym, że międzykulturowa wiedza ma najczęściej charakter ukryty i jest przekazywana w procesie socjalizacji, co oznacza, że bardziej doświadczeni pracownicy mogą uczyć nowych [33]. Należy mieć na względzie, że rutynowe dla polskich lekarzy i pielęgniarek czynności mogą mieć odmienną wymowę dla pacjentów z innych krajów, dlatego należy unikać przekładania wzorów kulturowych stosowanych w Polsce na obsługiwanie pacjentów zagranicznych

3. aspekty językowe – komunikacja z zagranicznymi pacjentami może być znacznie utrudniona, także poprzez barierę językową [17, 55, 56]. Żargon medyczny jest dość trudny do zrozumienia, co zwiększa szanse na liczne nieporozumienia. Jak zauważa Kaspar [55] wielu zagranicznych pacjentów nie włada językiem angielskim w stopniu komunikatywnym. Dlatego prawidłowe porozumienie staje się wyzwaniem tak dla pacjenta, jak i lekarza. W tym przypadku pomocne stają się usługi świadczone przez tłumaczy [45, 57] oraz wyspecjalizowane, komercyjne podmioty z zakresu organizacji i obsługi turystyki [58], w tym turystyki medycznej [59, 60]. Potrzebę taką może realizować pośrednik międzykulturowy [37], nazywany także mediatorem kulturowym [45]. Oprócz zachęcania pracowników do zdobywania certyfikatów, należy dołożyć wszelkich starań do poznawania przez nich niuansów językowych [54]. Zalecane jest wprowadzenie formularzy w językach obcych w obiektach obsługujących zagranicznych pacjentów [21]

4. aspekty administracyjne – zaleca się przygotowanie informacji dotyczących wymowy imion i nazwisk oraz zasad formułowania ich kolejności w poszczególnych językach, którymi posługują się pacjenci. Ważne jest dostosowywanie materiałów informacyjnych, promocyjnych oraz dokumentów zawierających opis procedur medycznych do wymagań językowych oraz kulturowych (unikanie błędów). Dobrze też uwzględnić przy sporządzaniu kalendarza prowadzonych zabiegów ważnych świąt w krajach pacjentów oraz prowadzić bazy danych zawierających informacje dotyczące kodów językowych i kulturowych dla pacjentów z różnych krajów [54]
5. aspekty finansowe – należy zawsze w sposób szczegółowy wyjaśniać klientom zasady uiszczania opłat oraz możliwe sposoby płatności. Istotne jest zwracanie uwagi na wrażliwość w interpretacjach ubezpieczeniowych, odmienności w systemach podatkowych [54].

Podsumowanie

W pracy przyjęto perspektywę usługodawcy i jego kompetencji w zakresie międzykulturowej obsługi pacjenta. Z uwagi na fakt, że każdy pacjent posiada nie tylko indywidualny charakter, własne przekonania, określony sposób bycia, czy doświadczenia, ale również swoisty bagaż kulturowy, opisane kompetencje mogą okazać się kluczowe dla utrzymywania relacji z obecnymi i pomocne w zdobywaniu nowych pacjentów. Wiedzę taką powinni posiadać nie tylko menedżerowie podmiotów udzielających świadczeń leczniczych, ale przede wszystkim lekarze, pielęgniarki oraz pozostali personel. W toku analizy autorzy przedstawili szczególnego rodzaju kompetencje, które ich zdaniem powinny posiadać osoby obsługujące turystów medycznych. Praktyczne wskazówki dotyczące spełniania oczekiwań zagranicznych pacjentów – pochodzących z krajów stanowiących najważniejsze dla polskich klinik rynki docelowe – stają się przesłanką do budowania pozytywnego wizerunku kraju, predysponowanego do miana lidera turystyki medycznej w regionie Europy Środkowo-Wschodniej.

Piśmiennictwo / References

1. Connell J. Contemporary medical tourism: conceptualisation, culture and commodification. *Tourism Manage* 2013, 34: 1-13.
2. Laugesen MJ, Vargas-Bustamante A. A patient mobility framework that travels: European and United States-Mexican comparisons. *Health Policy* 2010, 97(2-3): 225-231.
3. Frederick JR, Gan LL. East-West differences among medical tourism facilitators' websites. *J Destination Mark Manage* 2015, 4(2): 98-109.
4. Cormany D, Baloglu S. Medical travel facilitator websites: An exploratory study of web page contents and services offered to the prospective medical tourist. *Tourism Manage* 2010, 32(4): 709-716.
5. Lubowiecki-Vikuk AP, Bosiacki S. Możliwości rozwoju turystyki medycznej w Poznaniu w ujęciu podażowo-popytowym. *Turystyka Rekreacja* 2012, 8: 41-53.
6. Todd MK. *Medical Tourism Facilitator's Handbook*. CRC Press, Boca Raton 2012.
7. Zhang S, Fike DS, Scott JJ, Raehl CL. Domestic medical tourism: Fact or fiction? *Southern Business Econom J* 2012, 33(3-4): 97-114.
8. Matteelli A, Carvalho AC, Bigoni S. Visiting relatives and friends (VFR), pregnant, and other vulnerable travelers. *Infect Dis Clin North Am* 2012, 26(3): 625-635.
9. Wongkit M, McKercher B. Toward a typology of medical tourists: A case study of Thailand. *Tourism Manage* 2013, 38: 4-12.
10. Lubowiecki-Vikuk AP. Turystyka medyczna przejawem współczesnych trendów i tendencji w turystyce. *Ekonom Probl Usług* 2012, 84: 553-568.
11. Lubowiecki-Vikuk AP. Turystyka medyczna jako forma globalnej opieki zdrowotnej w kontekście rekreacyjnej aktywności fizycznej obywateli krajów Unii Europejskiej. [w:] *Rozwój usług turystyczno-rekreacyjnych i hotelarsko-gastronomicznych w warunkach globalizacji*. Siwiński W, Tauber RD, Mucha-Szajek E (red). WSHiG PSNARiT, Poznań 2010: 185-191.
12. Official Journal of the European Union. Directive 2011/24/EU of the European Parliament and of the Council of 9 March 2011 on the application of patients' rights in cross-border healthcare. L 88/45. 4 April 2011.
13. Cohen IG. Circumvention tourism. *Cornell Law Rev* 2012, 97(6): 1309-1398.
14. Franzblau LE, Chung KC. Impact of medical tourism on cosmetic surgery in the United States. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2013, 1(7): e63.
15. Freyer W, Kim BS. Medizintourismus und Medizinreisen – eine inter-disziplinäre Betrachtung. *Gesundheitswesen* 2014, 76(1): 65-68.
16. Cameron K, Crooks VA, Chouinard V, et al. Motivation, justification, normalization: Talk strategies used by Canadian medical tourists regarding their choices to go abroad for hip and knee surgeries. *Soc Sci Med* 2014, 106: 93-100.
17. Iordache C, Ciochină I, Roxana P. Medical tourism – between the content and socio-economic development goals. Development strategies. *Rom J Market* 2013, 1: 31-42.
18. Connell J. From medical tourism to transnational health care? An epilogue for the future. *Soc Sci Med* 2015, 124: 398-401.
19. Masoud F, Alireza J, Mahmoud K, Zahra A. A systematic review of publications studies on medical tourism. *J Educ Health Promot* 2013, 2: 51.

20. Kaźmierczak B. Zur Entbindung nach Deutschland und zur medizinischen Behandlung nach Polen. *Wirtschaftsnachrichten [Gesundheit und Beauty]* 2015, 2: 26-27.
21. Jabłeczka B. Migranci i zdrowie – wyzwania wielokulturowości w praktyce medycznej w Polsce. Główne wnioski z badania. Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2012.
22. Lubowiecki-Vikuk AP, Rab-Przybyłowicz J. Wybrane aspekty funkcjonowania rynku turystyki medycznej w Polsce. *Folia Turistica* 2015, 34: 85-107.
23. Kędzior Z. Badania rynku. Metody zastosowania. PWE, Warszawa 2005.
24. Rzemieniak M. Badania marketingowe w podejmowaniu decyzji menedżerskich. Politechnika Lubelska, Lublin 2012.
25. Dobska M. Kompetencje i umocowanie prawne kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej. *Zesz Nauk UE w Poznaniu* 2012, 229: 54-64.
26. Gnusowski M. Kompetencje menedżera kancelarii prawnej. *Zesz Nauk UE w Poznaniu* 2012, 229: 65-79
27. Rogoziński K. Kompetencje menedżera organizacji usługowej. *Zesz Nauk UE w Poznaniu* 2012, 229: 11-23.
28. Rogoziński K. Usługi rynkowe. AE, Poznań 2000.
29. Filipowicz G. Zarządzanie kompetencjami zawodowymi. PWE, Warszawa 2004.
30. Nogalski B, Śniadecki J. Umiejętności menadżerskie w zarządzaniu przedsiębiorstwem. OPO, Bydgoszcz 2001.
31. Kossowska M, Sołtyńska I. Szkolenia pracowników a rozwój organizacji. Oficyna Ekonomiczna, Kraków 2002.
32. Edvardsson B, Thomasson B, Øvretveit J. Quality of Service. Making it Really Work. McGraw-Hill, London 1994.
33. Miroński J. Zarządzanie wiedzą międzykulturową. E-mentor 2010, 3(35). <http://www.e-mentor.edu.pl/artukul/index/numer/35/id/757> (20.05.2015).
34. Basu P. My own island home. *The Orkney homecoming. J Material Culture* 2004, 9(1): 27-42.
35. Coles T, Timothy DJ. My field is the world. [w:] *Tourism, Diasporas and Space*. Coles T, Timothy DJ (eds). Routledge, London 2004: 1-29.
36. Main I. Medical travels of polish female migrants in Europe. *Sociol Cas* 2014, 50(6): 897-918.
37. Van Damme-Ostapowicz K. Dialog wielokulturowy. [w:] *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Krajewska-Kułak E, Wrońska I, Kędziora-Kornatowska K (red). PZWL, Warszawa 2010: 103-113.
38. Marcinkowski JT. Kulturowe uwarunkowania opieki zdrowotnej. Nierówności społeczne w dostępie do zdrowia. [w:] *Problemy wielokulturowości w medycynie*. Krajewska-Kułak E, Wrońska I, Kędziora-Kornatowska K (red). PZWL, Warszawa 2010: 165-172.
39. Goban-Klas T (red). *Komunikowanie w ochronie zdrowia – interpersonalne, organizacyjne i medialne*. Wolters Kluwer, Warszawa 2014.
40. Rab-Przybyłowicz J, Lubowiecki-Vikuk AP. Komunikacja marketingowa na polskim rynku turystyki medycznej. *Handel Wewnętrzny* 2014, 3(350): 113-127.
41. Mruk H. Marketing gabinetów lekarskich na rynku usług zdrowotnych. Wolters Kluwer, Warszawa 2015.
42. Tseng H. Medical health care tourism: Why patients go overseas and what nurse practitioners need to know. *Inter J Healthcare Manage* 2013, 6(2): 132-135.
43. Zdziebło K, Nowak-Starz G, Makiela E i wsp. Kompetencje międzykulturowe w pielęgniarstwie. *Probl Pielęg* 2014, 22(3): 367-372.
44. Han H, Hyun SS. Customer retention in the medical tourism industry: Impact of quality, satisfaction, trust, and price reasonableness. *Tourism Manage* 2015, 46: 20-29.
45. Harmsen JAM, Bernsen RM, Bruijnzeels MA, Meeuwesen L. Patients' evaluation of quality of care in general practice: What are the cultural and linguistic barriers? *Patient Educ Couns* 2008, 72(1): 155-162.
46. Kangas B. Complicating common ideas about medical tourism: gender, class, and globality in Yemenis' international medical travel. *Signs (Chic)* 2011, 36(2): 327-332.
47. Kozina A, Mesjasz C. Kulturowe uwarunkowania negocjacji polskich przedsiębiorstw na rynkach europejskich. [w:] *Zarządzanie przedsiębiorstwem XXI wieku*. Materiały konferencji naukowej Wydziału Zarządzania. Niestroj R (red). AE, Kraków 2002: 61.
48. Gesteland RN. Różnice kulturowe a zachowania w biznesie. PWN, Warszawa 2000.
49. Galanti GA. Cultural Diversity in Healthcare. Cultural profiles. http://www.gagalanti.com/cultural_profiles.html (20.05.2015).
50. World Business Culture – Business Culture in Sweden. <http://www.worldbusinessculture.com/Swedish-Business-Negotiation.html> (20.05.2015).
51. Business Culture in Germany. <http://www.worldbusinessculture.com/Doing-Business-in-Germany.html> (20.05.2015).
52. Bieniek I, Steinerowska S. Kompetencje międzykulturowe na mapie kompetencji zawodowych menedżera. *Zesz Nauk Politech Śl, Organizacja i Zarządzanie* 2014, 71: 33-46.
53. Diallo AF, McGrath JM. A Glance at the Future of Cultural Competency in Healthcare. *Newborn Infant Nurs Rev* 2013, 13(3): 121-123.
54. Jackson C. Domains of cultural competency. <http://ethnomed.org/cross-cultural-health/cultural-competency/domains-competency> (20.05.2015).
55. Kaspar H. Language barriers: A challenge for optimal health care abroad? *International Medical Travel Journal* 2015. <https://www.imtj.com/articles/language-barriers-challenge-optimal-health-care-abroad/> (25.04.2015).
56. Paternotte E, van Dulmen S, van der Lee N, et al. Factors influencing intercultural doctor-patient communication: a realist review. *Patient Educ Couns* 2015, 98(4): 420-445.
57. Ono N, Kiuchi T, Ishikawa H. Development and pilot testing of a novel education method for training medical interpreters. *Patient Educ Couns* 2013, 93(3): 604-611.
58. Herzig M, Różycki P. Kultura obsługi i etyka zawodu. [w:] *Obsługa ruchu turystycznego*. Kruczek Z (red). Proksenia, Kraków 2014: 9-23.
59. Lubowiecki-Vikuk AP. Innowacyjna oferta dydaktyczna, na przykładzie menedżera turystyki medycznej. [w:] *Zarządzanie wiedzą w turystyce, a efektywność gospodarki turystycznej*. Morawski M (red). AWF, Wrocław 2012: 155-177.
60. Han H, Kim Y, Kim C, Ham S. Medical hotels in the growing healthcare business industry: Impact of international travelers' perceived outcomes. *J Bus Res* 2015, 68(9): 1869-1877.
61. Lubowiecki-Vikuk AP. Specyficzność turystyki medycznej. [w:] *Turystyka kontrowersyjna na współczesnym rynku podróży – formy, uwarunkowania, skutki*. Godlewski G, Zalech M (red). AWF, Biała Podlaska 2015: 161-170.