



Studia i Materiały. Miscellanea Oeconomicae
Rok 20, Nr 3/2016, tom III
Wydział Prawa, Administracji i Zarządzania
Uniwersytetu Jana Kochanowskiego w Kielcach

Globalizacja i regionalizacja we współczesnym świecie

Jacek Klich¹

KANAŁY WPLYWU GLOBALIZACJI NA ZDROWIE: WYBRANE ZAGADNIENIA

Streszczenie: Celem artykułu jest klasyfikacja najważniejszych zjawisk wpływających na zdrowie publiczne generowanych i/lub akcelerowanych przez procesy globalizacji. Zjawiska te są ujmowane z uwzględnieniem podażowej (nowe technologie, leki i produkty lecznicze, wykorzystywanie Internetu do świadczenia usług zdrowotnych, migracje pracowników medycznych i pacjentów, procesy fuzji i przejęć w sektorze ochrony zdrowia, w tym przede wszystkim w przemyśle farmaceutycznym) i popytowej (wzrost dochodów, dobrobytu i dostępu do informacji, zmiana stylu życia i zachowań zdrowotnych, rozprzestrzenianie się znanych i pojawianie się nowych chorób związanych ze zwiększaniem się mobilności ludzi i intensyfikacją wymiany towarowej) strony rynku ochrony zdrowia.

Artykuł pokazuje, że wpływ globalizacji na zdrowie jest duży (i rosnący) oraz konkluduje, że wpływ globalizacji na zdrowie nie jest jeszcze dobrze zbadany, co stanowi wyzwanie dla badaczy.

Słowa kluczowe: globalizacja, zdrowie, General Agreement on Trade in Services, telemedycyna, turystyka medyczna.

Klasyfikacja JEL: F18, F20, I10, I12, I18, L89.

Wprowadzenie

Wśród licznych publikacji na temat globalizacji relatywnie rzadko napotkać można prace dotyczące związków między globalizacją i zdrowiem populacji

¹ Dr hab. Jacek Klich, prof. nadzw. UEK, Katedra Gospodarki i Administracji Publicznej, Uniwersytet Ekonomiczny w Krakowie.

z jednej a sektorem ochrony zdrowia² z drugiej strony. Celem tego artykułu jest identyfikacja kluczowych zjawisk wpływających na zdrowie publiczne, a generowanych lub/i akcelerowanych przez procesy globalizacji oraz ocena poziomu zaawansowania naukowej refleksji nad tymi zjawiskami.

Artykuł otwiera przegląd literatury na temat wpływu globalizacji na zdrowie. W dalszej części są przedstawiane kluczowe kanały wpływu procesów globalizacji na zdrowie w podziale na stronę podażową i popytową rynku/systemu ochrony zdrowia.

Kierunki oddziaływania globalizacji na zdrowie

Na wstępie należy zdefiniować podstawowe pojęcia wykorzystywane w tym tekście: globalizację, zdrowie oraz system ochrony zdrowia.

Istnieje wiele definicji globalizacji i trudno jest wskazać na taką, która byłaby powszechnie akceptowana [Dreher i in. 2008, s. 1]. W tym artykule globalizacja jest 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].

Zdrowie zaś to stan pełnego fizycznego, umysłowego i społecznego dobrostanu oraz sprawność do prowadzenia produktywnego życia społecznego, ekonomicznego oraz duchowego [Chuengsatiansup 2003].

System ochrony zdrowia z kolei jest definiowany szeroko jako wszystkie organizacje i instytucje, których podstawowym celem jest zachowanie, poprawa lub przywrócenie zdrowia oraz wszystkie zasoby, które w realizacji takiego celu są wykorzystywane.

Wśród kluczowych elementów systemu ochrony zdrowia znajdują się: finansowanie systemu, regulacje prawne określające współpracę sektora publicznego i prywatnego w systemie, system zarządzania (*governance*), ubezpieczenia zdrowotne, logistyka, opłaty za udzielone świadczenia zdrowotne, motywatory, system informacji, dobrze wyszkolony personel, podstawowa infrastruktura oraz dostawcy [Weber i in. 2010, s. 4].

Za podstawowe funkcje systemu ochrony zdrowia przyjmuje się tu organizowanie i zarządzanie, świadczenie usług oraz finansowanie usług [Chernichovsky 1995].

Globalizacja a zdrowie

Procesy globalizacji ze względu na ich zasięg, skalę oraz intensywność oddziałują na zdrowie populacji oraz pojedynczych osób, a związki i relacje między procesami globalizacji a zdrowiem i systemami ochrony zdrowia są już od kilkunastu lat badane i opisywane w literaturze z obszaru nauk medycznych. Naukowcy do-

² Sektor ochrony zdrowia jest tu rozumiany szeroko jako część gospodarki, która oferuje usługi i produkty służące promowaniu, zachowaniu, poprawie i przywracaniu zdrowia członków danej populacji.

ceniają wagę i znaczenie wpływu globalizacji na zdrowie, czego – pośrednim – dowodem może być powstanie sprofilowanego czasopisma naukowego poświęconego tym właśnie zagadnieniom³. Literatura przedmiotu na temat globalizacji i zdrowia jest bardzo bogata jeżeli chodzi o liczbę artykułów publikowanych w czasopismach naukowych⁴. Sporo jest również opracowań książkowych [Hanelfeld 2014; DeLaet, DeLaet 2016; Cockerham & Cockerham 2010; Kawachi & Wamala 2007; Chamberlain 2012]. Sygnalizując jedynie w tym miejscu wybrane nurty teoretycznej refleksji i empirycznej analizy zjawiska wpływu procesów globalizacji na zdrowie trzeba odnotować ich różnorodność, jeżeli chodzi o perspektywę oraz poziom szczegółowości analiz.

Obok analiz o szerszym profilu dotyczących wpływu globalizacji na zdrowie człowieka i populacji [Butler i in. 2001; Woodward i in. 2001; Adlung 2002; Betcher, Lee 2002; Whiteford, Whiteford 2005], w tym analiz czynników z otoczenia społeczno-kulturowego wyróżnionych w tzw. mandali zdrowia [Moore i in. 2006; Labonte, Torgerson 2003], czy czynników środowiska naturalnego człowieka [Guest 2005], ważnym nurtem badań są analizy o profilu epidemiologicznym, w tym ukazujące m.in. związki globalizacji z rozprzestrzenianiem się chorób zakaźnych takich jak HIV, malaria czy gruźlica [Barnett, Whiteside 2002; Fanning 1998], wzrostem zachorowań na SARS, ptasią grypę [Wyn Owen, Roberts 2005], czy choroby nowotworowe [Sasco 2007].

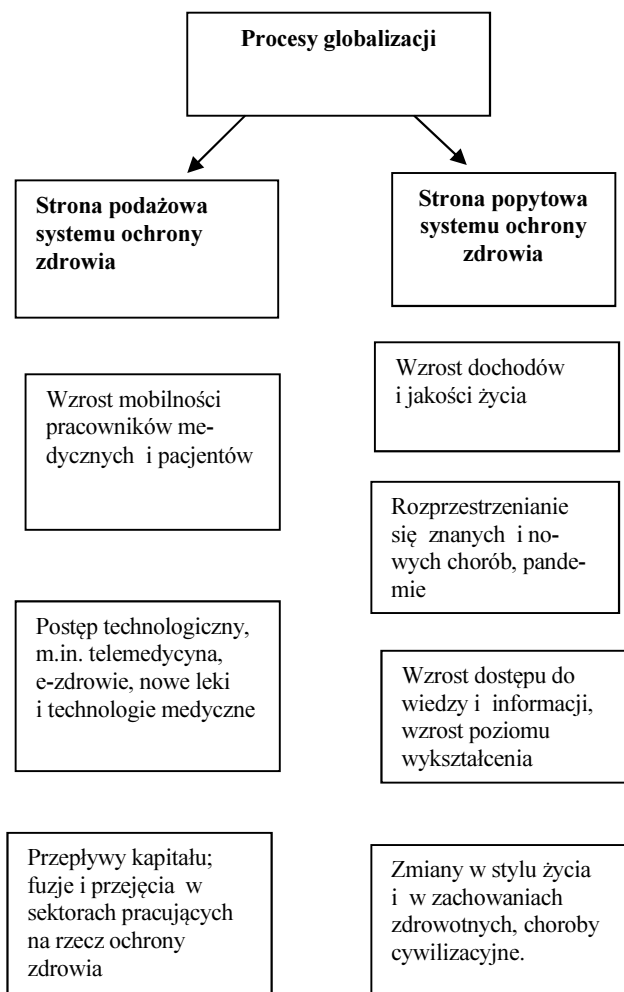
Wartym wyróżnienia jest nurt badań na temat negatywnego wpływu ekspansji sieci *fastfood*, wyrobów tytoniowych czy wyrobów spirytusowych na rozwijanie się chorób chronicznych (np. chorób układu krążenia, cukrzyca czy otyłości) [Kelly 2005].

Kanały oddziaływania globalizacji na zdrowie

Do analizowania wpływu globalizacji oraz zjawisk, trendów i tendencji, które się uzewnętrzniają na poziomie ponadnarodowym, można wykorzystać schemat przedstawiany na rys. 1. Pokazuje on dwa podstawowe kanały wpływu, jaki procesy globalizacji mogą wywierać na rynek świadczeń zdrowotnych: podażowy i popytowy. Przyjęcie takiej dualnej perspektywy do analizowania wpływu globalizacji na zdrowie jest uproszczeniem, ale pozwala za to ostro zarysować występujące tu zjawiska i tendencje.

³ Od kwietnia 2005 r. ukazuje się *Globalization and Health*. Jest recenzowanym (*peer-reviewed*), wydawanym online i afiliowanym przy London School of Economics czasopismem naukowym. Stanowi międzynarodowe forum dla przedstawiania oryginalnych artykułów, toczenia debat i dyskusji na temat pozytywnych i negatywnych wpływów globalizacji na zdrowie jednostek i populacji (zdrowie publiczne).

⁴ Fraza: *globalization and health* wpisana do wyszukiwarki w bazie ScienceDirect w dniu 10.10.2016 r. dała w efekcie 19091 rekordów, z których znakomita większość to relewantne artykuły w czasopismach naukowych.



Rysunek 1. Kanały oddziaływania procesów globalizacji na zdrowie
 Źródło: Opracowanie własne.

Strona podażowa systemu ochrony zdrowia a procesy globalizacji

Do zilustrowania kanałów wpływu globalizacji na usługi zdrowotne (na międzynarodową wymianę usług zdrowotnych) użyteczna jest klasyfikacja rodzajów wymiany usług przedstawiona w General Agreement on Trade in Services (GATS) [Adlung, Carzaniga 2001] (Tab. 1). Zapisy GATS stały się również przedmiotem analiz z punktu widzenia ich wpływu na zdrowie populacji [Fidler i in. 2005].

Tabela 1. Rodzaje wymiany usług wg GATS oraz odpowiadające im przykłady usług w sektorze ochrony zdrowia

Rodzaje wymiany usług wg GATS	Rodzaje wymiany usług w sektorze ochrony zdrowia
Transfer usług (<i>cross-border supply</i>)	Telemedycyna (synchroniczna i asynchroniczna) [Senapati, Advincula 2005; Marescaux i in. 2002]
Konsumpcja usług za granicą (<i>consumption abroad</i>)	Turystyka medyczna [Smith i in. 2011; Chen, Wilson 2015]
Przedstawicielstwo (<i>commercial presence</i>)	Szpitala budowane/prowadzone za granicą
Czasowe przemieszczanie się podmiotów świadczących usługi za granicę (<i>temporary movement of service providers</i>)	Migracje pracowników medycznych (głównie lekarzy) do innych państw [Glinos 2015; Raghuram, Kofman 2002; Sheldon 2006; Brown, Connell, 2004]

Źródło: Opracowanie własne.

Telemedycyna

Telemedycyna to wykonywanie czynności lekarskich z oddalenia. 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].

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

Telemedycyna synchroniczna obejmuje z jednej strony czynności proste (konsultacje telefoniczne lub wideokonferencje z udziałem specjalistów), jak i skomplikowane operacje chirurgiczne (w tym kardiologiczne i neurochirurgiczne) z wykorzystaniem robotów. Telemedycynę synchroniczną wykorzystuje się m.in. w chirurgii, psychiatrii, internie, rehabilitacji, kardiologii, pediatrii, położnictwie i ginekologii oraz neurologii. Telemedycyna jest postrzegana jako obiecująca opcja rozwoju narodowych systemów ochrony zdrowia nie tylko najwyższej rozwiniętych państw świata [Foley & Lardner LLP 2014], ale również w państwach postkomunistycznych [Czac, Radu 2014, s. 138].

Telemedycyna asynchroniczna polega na gromadzeniu danych medycznych (np. zapis obrazów, biosygnarów), a następnie transmitowaniu ich do innych miejsc, gdzie specjaliści w dogodnym dla nich czasie interpretują je i opisują. Telemedycynę asynchroniczną wykorzystuje się w radiologii, dermatologii i patologii.

Wykorzystywanie telemedycyny daje pozytywne rezultaty, ale wymaga dobrego przygotowania innych elementów systemu ochrony zdrowia [Lasierra i in. 2012].

Turystyka medyczna

Turystyka medyczna jest jednym z bezpośrednich skutków wzmożonej migracji ludzi oraz dużych różnic w cenach usług medycznych w różnych krajach. Jest rozumiana jako podróż z wyraźnym celem uzyskania świadczeń zdrowotnych za granicą [Ramírez de Arellano 2007, s. 193].

Zjawisko turystyki medycznej zyskuje na skali i intensywności⁵, ale stan badań nad nim jest daleko niezadawalający [Lunt, Carrera 2010; Hopkins i in. 2010; Heung i in. 2010], głównie wskutek braku całościowych i rzetelnych danych statystycznych. Dla przykładu, szacunki globalnego rynku turystyki medycznej dla roku 2016 zakreślone są tu w szerokim przedziale: od 45,5 do 72 miliardów dolarów⁶.

Kierunkami docelowymi dla turystów medycznych są przede wszystkim państwa azjatyckie: Indie, Chiny, Malezja, Singapur, Korea Południowa czy Tajwan [Horowitz i in. 2007]. Intensywna (i rosnąca) jest również migracja pacjentów między państwami Unii Europejskiej [van Ginneken, Busse 2011], co wymusza koordynację prawnych regulacji w tym zakresie [Mossialos, Lear 2012]. Zwieńczeniem kilkunastoletnich działań w tym obszarze jest przyjęta przez Parlament Europejski na wiosnę 2011 roku dyrektywa o transgranicznej opiece zdrowotnej, która sprzyja migracji pacjentów w UE [Directive 2011/24/EU].

Warto przy tym zaznaczyć, że również państwa Europy Środkowej i Wschodniej, w tym Polska⁷, stają się atrakcyjne dla turystów medycznych z Wielkiej Brytanii, Irlandii czy Niemiec.

Prywatne szpitale budowane/prowadzone za granicą

Ponieważ udział amerykańskich pacjentów w turystyce medycznej jest dominujący, amerykańscy świadczeniodawcy nie chcąc tracić całkowicie pacjentów, a nie mogąc konkurować cenowo ze szpitalami z Indii, Tajlandii czy Chin, utworzyli (porozumienie, przejęcie części udziałów, budowa nowego) w tych państwach sieć szpitali afiliowanych przy sieciach znanych amerykańskich szpitali. Przykładem jest tu znana sieć szpitali Johns Hopkins, która w celu ekspansji na rynki międzynarodowe utworzyła specjalną spółkę, Johns Hopkins Medicine In-

⁵ Horowitz i in. [2007, s. 33] podają, że w 2007 r. około 750 tys. Amerykanów skorzystało z usług zdrowotnych poza granicami USA, a szacunki dla 2016 r. mówią już o 1.4 miliona [Patients Beyond Borders 2016].

⁶ Nawet tak szeroki przedział może być kwestionowany, jeżeli pamiętać, że wartość tylko jednego i to wcale nie kluczowego elementu światowego rynku usług medycznych, którym są usługi w zakresie transkrypcji diagnoz, rozpoznań, konsyliów czy opinii lekarskich w 2012 r. szacowana była na 41.4 miliarda USD, por. *Medical Transcription Services Market – Global Industry Analysis, Size, Share, Growth, Trends and Forecast, 2013–2019*, dostępne na: <http://www.transparencymarketresearch.com/pressrelease/medical-transcription-services-market.htm>. [Odczytano 8 września 2016].

⁷ Według Polskiego Stowarzyszenia Turystyki Medycznej w 2015 r. zagraniczni pacjenci zostawili w Polsce 1,5 mld złotych, a w porównaniu z 2011 r. wartość rynku turystyki medycznej w Polsce podwoiła się, dostępne na: <http://www.termedia.pl/mz/Turystyka-medyczna-polskie-placowki-w-pieci-lat-podwoily-obrot,22405.html>. [Odczytano 16 września 2016].

ternational (JHI)⁸. Podobnie postępuje inna znana sieć amerykańskich szpitali Mayo Clinic⁹.

Migracje pracowników medycznych

Migracje pracowników medycznych odbywają się tak między państwami wysokorozwiniętymi (na przykład z Wielkiej Brytanii do USA i Kanady czy z Australii do USA i Kanady), jak i państwami na różnym poziomie rozwoju ekonomicznego i społecznego (migracje pracowników medycznych z państw afrykańskich do USA, Kanady i Wielkiej Brytanii czy z Indii do Wielkiej Brytanii). Migracje personelu białego prowadzą do pogarszania się sytuacji państw rozwijających się [Mackey, Liang 2012]. Również mniej rozwinięte kraje UE tracą w wyniku takiej migracji [Glinos 2015]. Trzeba podkreślić, że monitorowanie migracji pracowników medycznych jest trudne m.in. z braku powszechnie akceptowanej definicji pracownika medycznego¹⁰ jak i braku odpowiednich danych statystycznych, w tym podstawowych danych¹¹.

Strona podażowa systemu ochrony zdrowia obok wymiany usług zdrowotnych definiowanych w GATS budowana jest również przez e-zdrowie, nowe leki, materiały medyczne i technologie oraz przez fuzje i przejęcia w branżach pracujących na rzecz sektora ochrony zdrowia.

e-zdrowie

E-zdrowie jest definiowane jako wykorzystanie technologii informacyjnych (*information and communication technologies* - ICT) na potrzeby zdrowia. Przykładami mogą tu być: obsługa pacjenta, prowadzenie badań naukowych, kształcenie kadr medycznych, śledzenie zachorowań i monitorowanie zdrowia publicznego [WHO 2016].

Rozwój technologii: nowe leki i technologie medyczne

Liczba nowych produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu systematycznie rośnie, a dzieje się tak m.in. wskutek intensywnej wymiany międzynarodowej. Na przykład na rynku USA tylko w pierwszych dziewięciu miesiącach 2016 roku wprowadzono na rynek 59 nowych leków [FDA 2016]. Rośnie również liczba produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu przez Unię Europejską i Komii-

⁸ Johns Hopkins Medicine International: http://www.hopkinsmedicine.org/international/international_affiliations/asia_pacific/hel_healthcare.html, [Odcztao 10 października 2016].

⁹ Mayo Clinic: <http://www.twincities.com/2011/09/24/mayo-clinic-looking-to-expand-to-india>, [Odcztao 10 października 2016].

¹⁰ WHO za pracownika medycznego (obok tradycyjnych osób włączanych do tego zbioru jak lekarze, pielęgniarki, rehabilitanci, etc.) uznaje również członków rodziny sprawujących opiekę nad pacjentem (*family caregivers*), osoby zaopatrujące pacjenta, pracujące w niepełnym wymiarze godzin, wolontariuszy oraz pracowników socjalnych (*community workers*) [George 2007].

¹¹ Anegdotycznym dowodem może tu być brak w statystykach UE (Eurostat) choćby liczby personelu medycznego zatrudnionego w szpitalach w Polsce, na Cyprze oraz na Słowacji, por. http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/show.do?dataset=hlth_rs_prshp1&lang=en.

sję Europejską. Postęp obserwowany jest również w technologiach medycznych, czego przykładami mogą być m.in. nowoczesne techniki obrazowania (MRS, PET), techniki operacyjne (telechirurgia z wykorzystaniem technik laserowych, w tym niebieskiego lasera), nowe urządzenia (np. skalpel wykorzystujący ultradźwięki – HIFU), nowoczesne urządzenia wykorzystywane do monitorowania stanu pacjentów (w tym seniorów) [Orlov 2013]. Niepoślednie znaczenie mają tu też nanotechnologia i inżynieria genetyczna [Kohn 2011].

Przepływy kapitału: fuzje i przejęcia

Sektor ochrony zdrowia jest dla międzynarodowego kapitału atrakcyjny, bo efektywny popyt na świadczenia zdrowotne nie zmienia się tak szybko i często jak w przypadku innych dóbr, czy usług oraz wykazuje trend rosnący. Atrakcyjne są zatem inwestycje w przemysł farmaceutyczny (gdzie kluczową rolę pełnią fuzje i przejęcia) [Danzon i in. 2004] oraz w podmioty świadczące usługi zdrowotne [Angeli, Maarse 2012].

Strona popytowa wpływu globalizacji na zdrowie

Oddziaływanie procesów globalizacji na popyt na świadczenia zdrowotne dokonuje się bezpośrednio poprzez wzrost dochodów i dobrobytu (co prowadzi m.in. do zmian w stylu życia i w zachowaniach zdrowotnych mających wpływ na zdrowie) oraz rozprzestrzenianie się znanych chorób, pandemie czy pojawianie się nowych chorób mających swoją etiologię w zintensyfikowanych procesach globalizacji procesach migracji ludzi i wymianą towarów i usług.

Zjawiska ekonomiczne kształtowane przez procesy globalizacji nie skutkują przy tym tylko wzrostem efektywnego popytu na usługi zdrowotne i produkty lecznicze, ale mogą prowadzić również do wzrostu kosztów (a zatem i cen usług zdrowotnych), co z kolei może skutkować barierami dla popytu (wskutek utrudnienia dostępu do usług zdrowotnych). Wzrost kosztów opieki zdrowotnej we wszystkich bez wyjątku państwach OECD [Hartwig 2008] zmusił je do wprowadzania reform zorientowanych na wzrost efektywności i redukcję kosztów.

Rozprzestrzenianie się znanych chorób, nowe choroby, pandemie

Wzmóżona mobilność ludzi sprzyja przenoszeniu się chorób. Choroby znane, ale występujące do tej pory lokalnie, pojawiają się w miejscach, w których do tej pory nie występowały. Na przykład występująca w Afryce malaria i Gorączka Zachodniego Nilu¹² zostały zawleczone do USA¹³. Do Kanady i USA jeszcze w latach 1980. trafiła choroba wywołana bakterią *Listeria monocytogenes* [Hodges, Kimball 2005].

¹² Por. Atak Gorączki Zachodniego Nilu w Dallas. Ogłoszono stan wyjątkowy, *Gazeta Wyborcza*, 10 sierpnia 2012.

¹³ Centers for Disease Control and Prevention, *Malaria Surveillance in the United States*: dostępne na: <http://www.cdc.gov/features/dsmalariasureveillance/index.html>. [Oczytano 14 października 2016].

Pojawiają się również nowe bakterie, które szybko są przenoszone do innych państw. Na przykład na początku XXI wieku w Kanadzie pojawiły się bakterie *clostridium*, które potrafią żyć bez dostępu tlenu i atakują pacjentów w stanach pooperacyjnych. Bakterie szybko przedostały się do Wielkiej Brytanii, a w 2010 roku notowane były w Czechach. W pierwszej połowie 2012 roku w wyniku zarażenia bakteriami *clostridium* zmarło w Czechach 14 osób¹⁴. Nowe szczepy wirusów mają swój udział w powstawaniu pandemii, jak choćby pandemii wirusa H1N1 ogłoszonej 11 czerwca 2009 roku przez *International Health Regulations* (IHR) *Emergency Committee* WHO.

Do grupy chorób pośrednio związanych z globalizacją można również zaliczyć AIDS (która po raz pierwszy została odnotowana w 1981 r. i rozpoczęła swoją ekspansję na inne kontynenty), chorobę legionistów (odnotowaną po raz pierwszy w 1978 r.), chorobę z Lyme (boreliozę z Lyme) (1975), czy zespół płucny wywołany przez hantawirusy (1993) [Levins i in. 1994].

Obok tych chorób spotykamy obecnie również i takie, które stanowią skutek uboczny przemian społecznych intensyfikowanych procesami globalizacji na przykład zespół przewlekłego zmęczenia (1985) czy zespół wstrząsu toksycznego (1978).

Wzrost dostępu do wiedzy i informacji, wzrost poziomu wykształcenia

Do większego zapotrzebowania na świadczenia medyczne może przyczyniać się również wzrost wykształcenia i wiedzy społeczeństwa, co jest notowane we wszystkich państwach świata [UNDP 2015]. Z tym wiąże się zwiększone zapotrzebowanie na informacje zaspakajane w coraz większym zakresie przez Internet. Jednym z efektów tych zjawisk jest wykształcenie się pewnego typu *konsumenta zdrowia* [Iriart i in. 2011] mającego rosnące oczekiwania względem dostępu do usług zdrowotnych i ich jakości, w tym nowoczesnych leków i materiałów medycznych oraz technologii. Pacjent staje się aktywnym konsumentem informacji zdrowotnych [McMullan 2006].

Swobodny dostęp do informacji sprzyja globalizacji idei czego przykładem jest przenoszenie z USA do innych państw wartości takich jak demokracja, wolny rynek oraz wzorców konsumpcji i zachowań. Niektóre wzory konsumpcji (na przykład korzystanie z oferty sieci *fastfood* czy wykorzystywanie półproduktów przygotowywanych do spożycia w kuchenkach mikrofalowych) prowadzą jednak do niekorzystnych zjawisk takich jak otyłość czy zespół metaboliczny, którego składowymi są: otyłość brzuszna, nadciśnienie tętnicze, stan przedcukrzycowy (nieprawidłowa glikemia na czczo, IFG lub nieprawidłowa tolerancja glukozy, IGT), cukrzyca typu 2, hipertriglicerydemia, obniżone stężenie cholesterolu we frakcji HDL i insulinooporność [Janeczko, 2005].

¹⁴ Por. IAR, Clostridium. Śmiercionośna bakteria w Czechach, *Gazeta Wyborcza*, 24 lipca 2012.

Wnioski końcowe

Zarysowane powyżej zjawiska i trendy uprawniają do sformułowania następujących opinii:

- procesy globalizacji w coraz większym zakresie wpływają na to, co łączy my ze zdrowiem jednostek i populacji;
- procesy globalizacji prowadzą do zwiększenia podaży świadczeń zdrowotnych poprzez migracje specjalistów medycznych, migracje pacjentów (turystyka zdrowotna) oraz wykorzystywanie nowoczesnych technologii z wykorzystaniem Internetu (telemedycyna);
- postęp technologiczny sprawił, że utrzymywana przez stulecia konieczność bezpośredniego, fizycznego kontaktu lekarza z pacjentem nie jest już warunkiem koniecznym do świadczenia usług zdrowotnych;
- globalizacja może zwiększać popyt na świadczenia zdrowotne wskutek zmian w środowisku naturalnym człowieka, zmian w stylu życia, które prowadzą do zwiększania się liczby chorych na choroby cywilizacyjne. Wzrastający popyt na usługi zdrowotne może być konsekwencją zwiększania się jakości życia, wydłużania średniej długości życia, ale również poszerzania się wiedzy i coraz łatwiejszego dostępu do informacji;
- szeroki i szybki dostęp do informacji oraz wzrost wykształcenia doprowadziły do pojawienia się na rynku pacjenta, który w coraz większym zakresie staje się świadomym konsumentem zdrowia, oczekującym fachowej, na dobrym poziomie, zindywidualizowanej usługi zdrowotnej;
- pomimo dużego (i rosnącego) potencjału sektora ochrony zdrowia, jego znaczącego udziału w gospodarce oraz dużej wagi, jaką każdy człowiek przywiązuje do dobrego zdrowia, sektor ten jest relatywnie słabo zbadany pod kątem wpływu, jaki mają na niego procesy globalizacji. To z kolei buduje interesującą ofertę (ale również jest dużym wyzwaniem) dla badaczy i naukowców.

Literatura cytowana

- Adlung R., 2002. *Health services in a globalising world*. "EuroHealth", 8, s. 18–21.
- Bettcher D., Lee K., 2002. *Globalization and public health*. "Journal of Epidemiology and Community Health", 56, s. 8-17.
- Adlung R., Carzaniga A., 2001. *Health services under the General Agreement on Trade in Services*. "Bulletin of the World Health Organisation", 79(4), s. 352–364.
- Angeli F., Maarse H., 2012. *Mergers and acquisitions in Western European health care: Exploring the role of financial services organizations*. "Health Policy", 105(2-3), s. 265-272.
- Barnett T., Whiteside A., 2002. *AIDS in the Twenty-First Century: Disease and Globalization*. New York: Palgrave Macmillan.
- Brown R. P. C., Connell J., 2004. *The migration of doctors and nurses from South Pacific Island Nations*. "Social Science & Medicine", 58(11), s. 2193-2210.
- Butler C., Douglas R., McMichael A. J., 2001. *Globalisation and environmental change: Implications for health and health inequalities*, [w:] Eckersley R., Dixon J., Douglas R.

- (eds), *The Social Origins of Health and Well-being*, Cambridge: Cambridge University Press, s. 34-50.
- Cazac C., Radu G., 2014. *Telesurgery – an efficient interdisciplinary approach used to improve the health care system*. “Journal of Medicine and Life”, 7(3), s. 137-141.
- Chamberlain W., 2012. *Globalization, Free Trade, and World Health: Set the People Free*. CreateSpace Publishing.
- Chen L. H., Wilson, M. E., 2015. *Medical Tourism*. “Journal of Travel Medicine”, 22(3), s. 218.
- Chernichovsky D., 1995. *Health Care Reforms in Industrialized Democracies: An Emerging Paradigm*. “The Millbank Quarterly”, 73(3), s. 339-372.
- Chuengsatiansup K., 2003. *Spirituality and health: an initial proposal to incorporate spiritual health in health impact assessment*. “Environmental Impact Assessment Review”, 23(1), s. 3-15.
- Cockerham G., Cockerham W. C., 2010. *Health and Globalization*. Cambridge: Polity Press.
- Danzon P. M., Epstein A., Nicholson S., 2004. *Mergers and Acquisitions in the Pharmaceutical and Biotech Industries*, “National Bureau of Economic Research Working Paper” 10536. [ONLINE] Artykuł dostępny pod adresem: <http://www.nber.org/papers/w10536.pdf>. [Odczytano 12 października 2016].
- DeLaet D. E., 2016. *Global Health in the 21st Century: The Globalization of Disease and Wellness (International Studies Intensives)*. London: Routledge.
- 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, “Official Journal of the European Union”, 4.4.2011, L 88/45.
- Dreher A., Gaston N., Martens P., 2008. *Measuring Globalisation. Gauging its Consequences*. Springer.
- Fanning E. A., 1998. *Globalization of tuberculosis*. “Canadian Medical Association Journal”, 158(5), s. 611-612.
- Federal Drug Administration, 2016. *FDA Approved Drugs*. [ONLINE] Artykuł dostępny pod adresem: <http://www.centerwatch.com/drug-information/fda-approved-drugs>. [Odczytano 15 października 2016].
- Fidler D. P., Correa C., Aginam O., 2005. *Draft. Legal Review of GATS from a Health Policy Perspective*, WHO. [ONLINE] Artykuł dostępny pod adresem: http://www.who.int/trade/resource/GATS_Legal_Review_15_12_05.pdf?ua=1. [Odczytano 12 września 2016].
- Foley & Lardner LLP, 2014. *Telemedicine Survey Executive Summary*. [ONLINE] Artykuł dostępny pod adresem: <https://www.foley.com/files/Publication/0585f5b1-1205-4be7-be5a-4e14602a4fac/Presentation/PublicationAttachment/39c25a9b-5ff1-4ee8-b861-4ea2d71718ae/2014%20Telemedicine%20Survey%20Executive%20Summary.pdf>. [Odczytano 10 października 2016].
- George A., 2007. *Human resources for health: a gender analysis*. Kochi. [ONLINE] Artykuł dostępny pod adresem: http://www.who.int/social_determinants/resources/human_resources_for_health_wgkn_2007.pdf. [Odczytano 7 października 2016].
- van Ginneken R., Busse R., 2011. *Cross-border health care data* [w:] Wismar M., Palm W., Figueras J., Ernst K., van Ginneken E. (eds), *Cross-border Health Care in the European Union. Mapping and analyzing practices and policies*, Observatory Studies Series 22, s. 289-340.
- Glinos I. A., 2015. *Health professional mobility in the European Union: Exploring the equity and efficiency of free movement*. “Health Policy”, 119(12), s. 1529-1536.

- Guest G. (ed.), 2005. *Globalization, Health, and the Environment: An Integrated Perspective (Globalization and the Environment)*. AltaMira Press.
- Hanefeld J. (ed.), 2014. *Globalization and Health*, 2nd edition. Open University Press.
- Hartwig J., 2008. *What drives health care expenditure?-Baumol's model of 'unbalanced growth' revisited*. "Journal of Health Economics", 27(3), s. 603-623.
- Heung V. C. S., Kucukusta D., Song H., 2010. *A Conceptual Model of Medical Tourism: Implications for Future Research*. "Journal of Travel & Tourism Marketing", 27(3), s. 236-251.
- Hodges J. R., Kimball A. M., 2005. *The global diet: trade and novel infections*. "Globalization and Health", 1(4).
- Hopkins L., Labonté R., Runnels V., Packer C., 2010. *Medical tourism today: What is the state of existing knowledge?* "Journal of Public Health Policy", 31, s. 185-198.
- Horowitz M. D., Rosensweig J. A., Jones C. A., 2007. *Medical Tourism: Globalization of the Healthcare Marketplace*. "Medscape General Medicine", 9(4), s. 33-44.
- International Medical Travel Journal. 2016. *Medical Tourism Research: Facts and Figures 2016*. [ONLINE] Artykuł dostępny pod adresem: <https://www.imtj.com/resources/medical-tourism-research-facts-and-figures-2016>. [Odczytano 14 października 2016].
- Iriart C., Franco T., Merhy E. E., 2011. *The creation of the health consumer: challenges on health sector regulation after managed care era*. "Globalization and Health", 7(2).
- Janeczko D., 2005. *Zespół metaboliczny-epidemia XXI wieku*. „Przewodnik Lekarski”, 3, s. 14-27.
- Kawachi I., Wamala S. (eds.), 2007. *Globalization and Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Kelly B., 2005. *To quell obesity, who should regulate food marketing to children?* „Global Health”. 1(9). [ONLINE] Artykuł dostępny pod adresem: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1198243>. [Odczytano 14 września 2016].
- Kohn J., 2011. *Healthcare Technology in the 21st Century*. [ONLINE] Artykuł dostępny pod adresem: <http://blogs.cisco.com/cle/healthcare-technology-in-the-21st-century>. [Odczytano 8 października 2016].
- Labonte R., Torgerson R., 2003. *Frameworks for Analyzing the Links between Globalization and Health*. [ONLINE] Artykuł dostępny pod adresem: <http://www.globalhealthequity.ca/electronic%20library/Framework%20for%20analysing%20links%20between%20Globalization%20&%20Health%20-%20WHO%201-71%20Dec%2031%202003.pdf>. [Odczytano 8 października 2016].
- Lasierra N., Alesanco A., Gilaberte Y., Magallón R., García J., 2012. *Lessons learned after a three-year store and forward teledermatology experience using internet: Strengths and limitations*. *International Journal of Medical Informatics*, 81, s. 332-343.
- Lee K., 2000. *Globalization and Health: An Introduction*. London: Palgrave MacMillan.
- Levins R., Awerbuch T., Brinkmann U., Eckardt I., Epstein P., Mackhoul N., Albuquerque de Possas C., Puccia C., Spielman A., Wilson M. E., 1994. *The Emergence of New Diseases*. "American Scientist", 82(1), s. 52-60.
- Carrera P., 2010. *Medical tourism: Assessing the evidence on treatment abroad*. "Maturitas", 66(1), s. 27-32.
- Mackey T. K., Liang B. A., 2012. *Rebalancing brain drain: Exploring resource reallocation to address health worker migration and promote global health*. "Health Policy", 107(1), s. 66-73.
- Marescaux J., Leroy J., Rubino F., Smith M., Vix M., Simone M., 2002. *Transcontinental robot-assisted remote telesurgery: feasibility and potential applications*. "Annals of Surgery", 235(4), s. 487-492.

- McMullan M., 2006. *Patients using the Internet to obtain health information: How this affects the patient–health professional relationship*. “Patient Education and Counseling”, 63(1), s. 24-28.
- Medical Transcription Services Market - Global Industry Analysis, Size, Share, Growth, Trends and Forecast, 2013 - 2019. [ONLINE] Artykuł dostępny pod adresem: <http://www.transparencymarketresearch.com/pressrelease/medical-transcription-services-market.htm>. [Odczytano 8 września 2016].
- Mossialos E., Lear J., 2012. *Balancing economic freedom against social policy principles: EC competition law and national health systems*. “Health Policy”, 106(2), s. 127-137.
- Moore S., Teixeira A. C., Shiell A., 2006. *The health of nations in a global context: Trade, global stratification, and infant mortality rates*. “Social Science & Medicine”, 63(1), s. 165-178.
- Orlov L. M., 2013. *Technology for Aging in Place. 2013 Market Overview*. [ONLINE] Artykuł dostępny pod adresem: <https://www.ageinplacetechnology.com/files/aip/Market%20Overview%207-5-2013.pdf>. [Odczytano 17 września 2016].
- Rafiq A., Merrell R. C., 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”, 25(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”, 34(11), s. 2071–2089.
- Ramírez de Arellano A. B., 2007. *Patients Without Borders: The Emergence of Medical Tourism*. “International Journal of Health Services”, 37(1), s. 193-198.
- Sasco A. J., 2007. *Cancer and globalization*. “Biomedicine & Pharmacotherapy”, 62(2), s. 110-121.
- Senapati S., Advincula A. P., 2005. *Telemedicine and robotics: Paving the way to the globalization of surgery*. “International Journal of Gynecology & Obstetrics”, 91(3), s. 210-216.
- Sheldon G. F., 2006. *Globalization and the health workforce shortage*. “Surgery”, 140(3), s. 354-358.
- Smith R., Martínez Álvarez M., Chanda R., 2011. *Medical tourism: A review of the literature and analysis of a role for bi-lateral trade*. “Health Policy”, 103(1), s. 276-282.
- UNDP. 2015. *Human Development Report 2015. Work for Human Development*. [ONLINE] Raport dostępny pod adresem: http://hdr.undp.org/sites/default/files/2015_human_development_report.pdf. [Odczytano 15 października 2016].
- Weber S., Brouhard K., Berman P., 2010. *Synopsis of Health Systems Research Across The World Bank Group from 2000 to 2010 (Draft Report)*. Washington DC: The World Bank.
- Whiteford L., Whiteford S. (eds.), 2005. *Globalization, Water & Health: Resource Management in Times of Scarcity*. Oxford: School of American Research Press, Santa Fe, NM and James Currey.
- WHO. 2016. [ONLINE] Artykuł dostępny pod adresem: <http://www.who.int/topics/ehealth/en>. [Odczytano 15 października 2016].
- Woodward D., Drager, N., Beaglehole, R., Lipson, D., 2001. *Globalization and health: a framework for analysis and action*, “Bulletin of World Health Organization”, 79(9), s. 875-881.
- Wyn Owen J., Roberts O., 2005. *Globalisation, health and foreign policy: emerging linkages and interests*. “Global Health”, 1(12).

Abstract

The channels of the impact of globalisation on health: selected issues

The goal of the article is to identify the leading factors accelerated and/or caused by the globalization processes and influencing public health. From the perspective of a health care market these factors are classified as supply side factors (new technologies, pharmaceuticals and medical equipment, usage of Internet to deliver health care services, medical professionals' and patients' migrations, mergers and acquisitions in the health sector in general and in pharmaceutical industry in particular) and demand side factors (increase of incomes and wealth, better access to information and education, changes in the life style, nutrition and health habits, expansion of existing illnesses and appearance of new ones connected to increasing mobility of people, goods, and services). The article shows that the influence of the globalization processes on public health is big and growing. It is argued here, that these important processes are not researched yet which constitutes a challenge for academics and researchers.

Keywords: globalization, health, General Agreement on Trade in Services, telemedicine, medical tourism.

JEL Classification: F18, F20, I10, I12, I18, L89.