

# A gyógyturizmus tendenciái a világban<sup>1</sup>

A szerzők közleményükben a gyógyturizmus fejlődését, területeit elemzik. Megállapítják, hogy a gyógyturizmus a világ egyik legdinamikusabban fejlődő üzletága, amelyben Magyarország is jó adottságokkal rendelkezik.

■ Dr. Kincses Gyula<sup>2</sup>, Borbás Ilona<sup>1</sup>, Mihalicza Péter<sup>1</sup>, Varga Eszter<sup>1</sup>, dr. Udvardy Enikő<sup>3</sup>

**A** gyógyturizmus fogalma átalakult és kiterjedt, ma már egészségturizmusról szokás beszélni, amely magába foglalja egyaránt a prevenció célú wellness turizmust és a high-tech bázisú orvosi szolgáltatásokat. Ez utóbbiak súlya erősen nő az egészségturizmus piacán. A területen változást hozhat a most elfogadás alatt álló EU direktíva, amely az eddig szinte kizárólag magánfinanszírozású gyógyturizmus előtt a közfinanszírozásban is megnyithatja az utat.

A sokáig lokális tevékenységnek tekintett egészségügy egyre inkább globálissá válik. A betegek tradicionálisan a lakóhelyük közelében keresték a gyógyulást, illetve a ma progresszív ellátásnak nevezett szakmai hierarchikus betegút-lánc határozta meg mozgásukat. A gyógyulás célú utazás történetileg a gyógy-tényezők (gyógyvíz, speciális klimatikus viszonyok) köré szerveződött intézmények (gyógyfürdők, szanatóriumok) felkeresésére korlátozódott. Ezek igen népszerűek voltak, elég Thomas Mann Varázshegyére, vagy a nagyhírű fürdőhelyekre gondolni: Karlsbad, Marienbad, Bad Ischl, Herkulesfürdő stb.

A betegmobilitás a XX. század második felében jelentős fejlődésnek indult. Megnőtt a személyek mozgása – akár a turizmus, akár a munkavállalás tekintetében –, így biztosítani kellett ellátásaik kiterjesztésének jogi és pénzügyi keretét is. Erre erősített rá az Európai Bíróság is, amikor kimondta, hogy az Európai Unióban az egészségügyi ellátást sem különleges jellege, sem pedig szervezeti felépítése és finanszírozásának módja nem vonja ki a szolgáltatások szabad mozgása alapvető elvének hatálya alól.

Első lépésként az Unió a határain átnyúló egészségügyi ellátást a szociális biztonsági rendszerek koordinálásáról szóló rendeleteken (1408/71/EGK és a 883/2004/EK) keresztül szabályozta. A rendelet megvalósításának eszköze az Európai Egészségbiztosítási Kártya (mint az E111-es nyomtatvány utódja), ami a sürgős ellátások során használatos, és az E112-es nyomtatvány, amellyel a beteg azt kérvényezi, hogy egy másik államba utazhasson az állapotának megfelelő ellátás igénybevétele céljából akkor, ha az állapota nem teszi lehetővé a saját tagállamában történő megfelelő ellátást ésszerű

időn belül. Ezekben az esetekben a beteg biztosítója köteles fizetni az ellátás teljes költségét (kinti szolgáltatási díjak + esetleges szállítás), leszámítva azt az összeget, amit a másik tagállam biztosítási rendszere szerint a biztosított maga fizetett volna (pl. vizitdíj). Ezek a rendelkezések valójában a betegek saját államon belüli jogait terjesztik ki: a sürgősségi ellátást az egész EU-ban biztosítják, az E112-es nyomtatvány pedig alapvetően arra az esetre vonatkozik, ha a biztosító a saját országának lehetőségein belül nem tud megfelelő ellátást nyújtani a biztosítottnak.

Teljesen más a betegmobilitással kapcsolatban most születő szabályozás célja és lényege. Ez a „szolgáltatások szabad mozgása” alapvető elvének érvényesíthetősége érdekében születik, azaz nem ellátási hiányt pótol, vagy kényszer ellátást (sürgősség) tesz lehetővé, hanem a beteg szabad akaratából való határon átnyúló szolgáltatás-igénybevételt (intézményválasztást) teszi lehetővé. Ezzel kapcsolatban 2009 áprilisában az Európai Parlament első olvasatban elfogadta a határokon átnyúló egészségügyi ellátásra vonatkozó betegjogok érvényesítéséről szóló előterjesztést. Az új direktíva a beteg azon jogát szabályozza, hogy a nem sürgősségi, nem hiánypótló ellátásban, megválaszthassa kezelése színhelyét. A direktíva jelenlegi állása szerint a kórházi ellátás előzetes engedélyhez köthető.

Mindezzel párhuzamosan átalakult a gyógyturizmus fogalma, illetve megváltoztak, kiszélesedtek jellemző területi. Amíg a tradicionális gyógyturizmus (a fürdőhelyek, a szanatóriumok) egészségügyi szempontból leginkább a késői rehabilitáció és a krónikus ellátás körébe tartozó ellátásoknak felelt meg, addig mára a gyógyturizmus fogalma mindkét irányba (a rekreáció célú egészségturizmustól a komoly, high-tech alapú ellátásokig) erősen kiterjedt.

Az egészségcélú, prevenció célú, rekreációs, egészségmegőrzésre irányuló turizmus nem a betegek konkrét egészségi állapotának a javítását, stabilizálását, hanem az egészségesek egészség-megőrzését, egészségfejlesztését célozza. Ennek fő területe a wellness, a medical wellness, ahol – sok esetben természetes gyógy-tényezőket is kihasználva – turisztikai jellegű (élményfürdő, szaunák stb.) szolgáltatások keverednek a gyógyászati (pl.: gyógymasszázs) szolgáltatásokkal.

Az orvosi szolgáltatásokon alapuló gyógyturizmuson belül a high-tech technológián alapuló ellátásokban még a magánfinanszírozott betegek (ahol a kezelést a beteg, vagy önkéntes biztosítója fizeti) tömege a meghatározó, a fogászati turizmustól az ízületi protézis műtétekig, de egyrészt ez a helyzet változhat az új irányelv elfogadása után, másrészt a magánfinanszírozású külföldi betegek megjelentek a közszolgáltatást nyújtó szolgáltatók falain belül is.

Mindezek az átalakulások elengedhetlenné teszik a fogalmak pontosítását. Az elterjedt nemzetközi szóhasználat nem különbözteti meg egyértelműen az egészség- és a gyógyturizmus fogalmát, illetve nem tisztázott a két fogalom rész-egész viszonya. A hagyományos gyógyturizmus szóhasználatot Magyarországon is felváltotta a korszerű, kiterjesztett értelemben vett egészség-turizmus kifejezés, ugyanakkor ezt a kifejezést a használók egy része gyűjtőfogalomként használja, más részük a primer prevencióra, rekreációra szűkíti.

A fogalmak használata tehát közel sem konzekvens a különböző szegmensekben, de egységes logikai rendben az alábbiakban foglalhatók össze:

**Egészségturizmus:** Az egészséggel kapcsolatos olyan szándékos mobilitás összefoglaló kifejezése, ahol a helyváltoztatás célja a gyógyulás (gyógykezelés), rehabilitáció, vagy az egészségfejlesztés (wellness, rekreáció stb.), és ehhez – különböző mértékben – turisztikai szolgáltatás is társul.

**Gyógyturizmus:** Az egészségi állapot konkrét javítása (gyógyulás, panaszok csökkentése, állapot stabilizálása, elveszett képességek visszaszerzése/pótlása) céljából igénybevett, egészségügyi ellátásokra – ideértve a gyógyászati ellátásokat is – alapozódó egészségturizmus.

**„Medical wellness“:** Olyan wellness centrumban nyújtott szolgáltatás, ahol az egyes szolgáltatások kiválasztása, a szolgáltatásokból egy program összeállítása az orvostudomány által igazolt eljárások szerint, személyre szabottan, a beteg állapotfelmérését követően, egészségügyi szakszemélyzet segítségével történik.<sup>2</sup>

**Rekreációs turizmus:** Az egészségi állapot általános javítása, karbantartása céljából igénybevett komplex szolgáltatás, amely az egészségfejlesztő szolgáltatások (pl.: wellness, fitness) mellett tartalmazhat egészségügyi szolgáltatásokat is (pl.: gyógymasszázs).

**Betegmobilitás:** Annak a lehetősége, hogy a beteg a saját akarata szerinti helyen vegye igénybe az ellátást. Alapvetően nem az egészségturizmussal kapcsolatos megközelítésben használt kifejezés. Az EU terminológiában ez meghatározóan a közszolgáltatások határon átnyúló igénybevehetőségét jelenti.

A fogalmak hierarchiáját az 1. ábra szemlélteti.

A fogalmak tehát sok esetben átfedőek, a határok elmosottak, és sokszor csak a szöveggörnyezet határozza meg a helyes szóhasználatot. A korszerű késői rehabilitációban értelemszerűen keverednek a gyógyturisztikai és wellness elemek, de a hagyományos rekreációs szolgáltatások is egyre több egészségügyi szolgáltatást tartalmaznak.

Másrészt, ha Klein úr, eisenstadti beteg beül az autójába és kizárólag fogászati kezelés céljából érkezik Sopronba – mert ott dolgozik a választott fogorvosa –, ez inkább betegmobilitás körébe tartozó kérdés, főleg, ha ennek jogi, finanszírozási hátterével foglalkozunk. Ha nem Klein urat nézzük, hanem azt, hogy a határ mentéről tömegesen átjárnak a fogbetegek Sopronba, ezt valaki megszervezi, valamint a betegek és hozzátartozóik ott egyéb szolgáltatásokat is igénybe vesznek: ez már a gyógyturizmus kompetenciájába (is) tartozó jelenség.

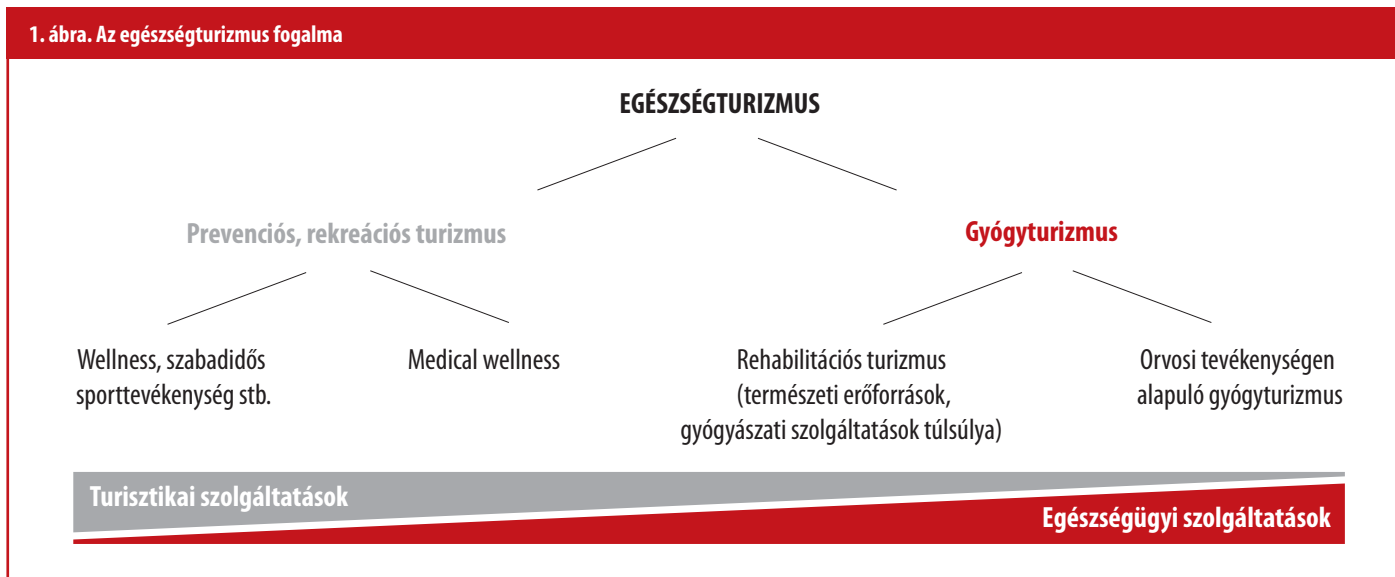
Tanulmányunkban – nem lebecsülve az egyéb területek fontosságát, a fenti fogalomrendszert használatával – kizárólag a gyógyulás céljából történő betegmobilitással, ezen belül is annak azon fajtáival foglalkozunk, amelyek alapvetően orvosi szolgáltatásokra alapulnak, így a gyógyturizmus kifejezést e dolgozatban alapvetően ebben az értelemben alkalmazzuk.

### A gyógyturizmus piac jellegzetességei, fejlődése<sup>3</sup>

#### Általános jellemzők

A gyógyturizmus (az orvosi szolgáltatások igénybevétele céljából történő helyváltoztatás) az utóbbi évek dinamikusan fejlődő piaca. 2006-ban az egészségturizmus ezen ágának világpiacon szakértői tanulmányok 60 milliárd dollárra becsülték, és a szakértők szerint 2012-re ez 100 milliárd dollárra növekedhet (1). Az éves növekedés 9-10%<sup>4</sup>. Világviszonylatban elmondható, hogy főként a betegbiztosítással nem, vagy azaz korlátozottan rendelkező amerikaiak azok, akik egy-egy

1. ábra. Az egészségturizmus fogalma



szükséges kezelés vagy műtét alkalmával külföldre utaznak. A Deloitte tanácsadó cég előrejelzése szerint a 2007-ben külföldi kezelésre utazó 750 000 amerikai állampolgár száma 6 millióra növekszik 2010-re, közel 10 millióra 2012-re (2). A McKinsey 2008-as tanulmánya (3) a gyógyturisták számát jóval kisebbre becsülte. A gyógyturizmus 20 célországában végzett kutatási beszámolójában a fekvőbeteg ellátást külföldön igénybevevő betegek száma 60–85 ezer (és ez a szám nemcsak az amerikai betegeket tartalmazza). Az alacsonyabb szám véleményük szerint a gyógyturizmus általuk szigorúbban alkalmazott definíciójától függ, kizárólag azok számát tartalmazza, akik külföldi utazásának elsődleges és kifejezett célja az orvosi kezelés igénybevétele. (Nem számítva a sürgősségi ellátásban részesülőket, a wellness turistákat, azokat a kivándorlókat, akik a tartózkodási helyükön veszik igénybe az ellátást. Nem számoltak még azokkal sem, akik földrajzi közelség okán választják a külföldi ellátást, pl. a határok mentén élők.)

A gyógyturizmusra nézve nincsenek ellenőrzött, elérhető adatok. A piac méretét mindenki csak becsüli. A nagy szolgáltatók által ellátott betegszámok inkább a Deloitte becslését valószínűsítik, de pl. marketing okokból tartalmazhatnak jelentős túlzásokat is. A piac dinamikus bővülését azonban egyetlen kutatóhely sem kérdőjelezi meg.

Az amerikaiak mellett pl. Európa államilag finanszírozott egészségügyi rendszereiben is megindultak a magánbetegek külföldre főként azokon a területeken, ahol a kötelező biztosítási csomag nem, vagy korlátozottan fedezi a költségeket (fogászati ellátások, plasztikai sebészet, gyógyfürdő ellátás), ahol várólisták vannak, vagy ahol a hazai szabályozás túl szigorúnak bizonyul bizonyos beavatkozások elvégzéséhez (pl. IVF).

A fenti okokon kívül a gyógyturizmus mellett dönt az elérhető legfejlettebb ellátást keresők fizetőképes szegmense pl. Latin-Amerikából vagy Közel-Keletről, és azok, akik jobb ellátást keresnek, mint ami saját országukban rendelkezésre áll (pl. jellemzően szívsebészetben).

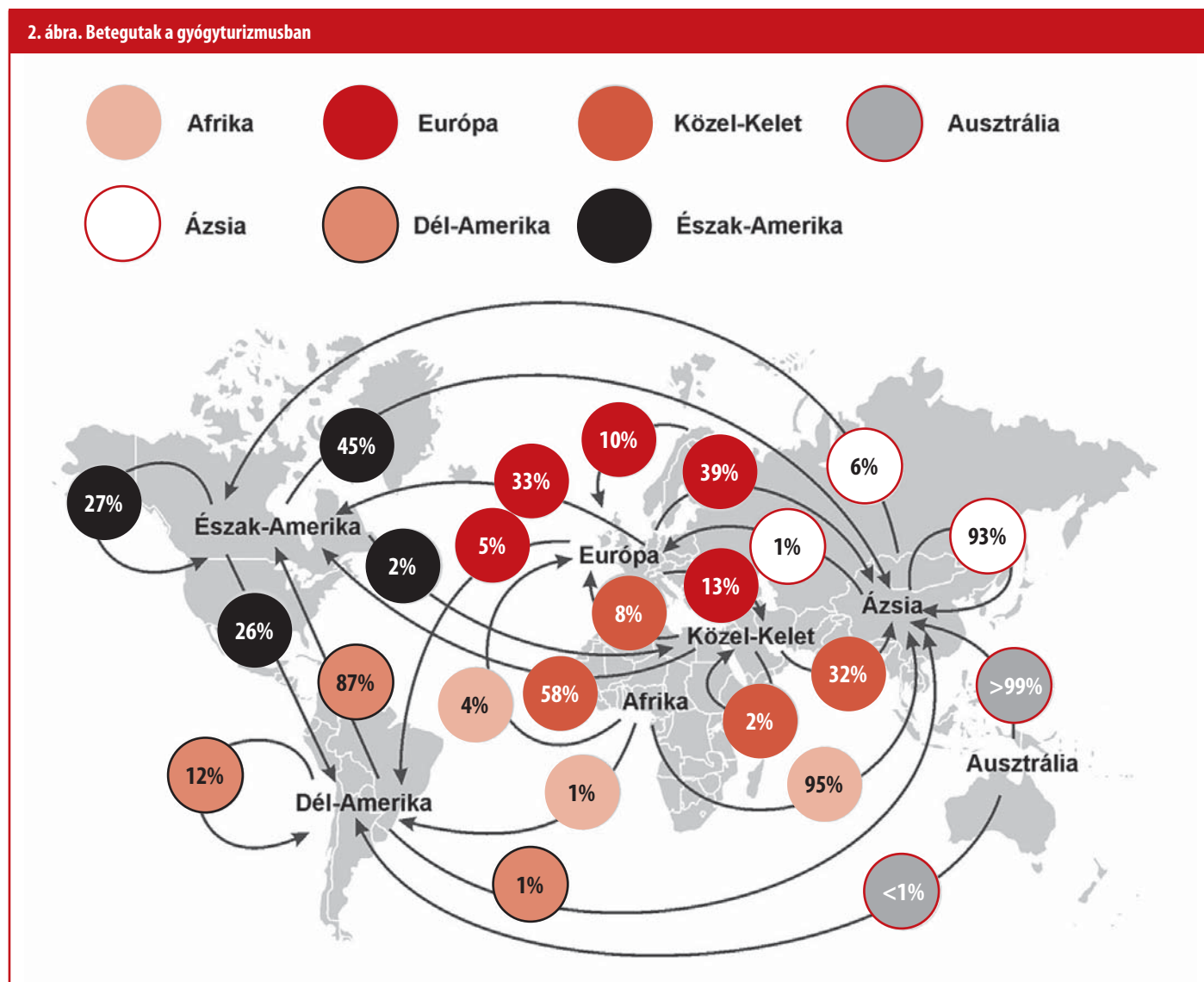
Összességében megállapítható, hogy a „gyógyturisták” általában az iparosodott nemzetek állampolgárai. Így elsősorban az USA-ból, Kanadából, Nagy-Britanniából, Nyugat-Európából, Ausztráliából és a Közel-Keletről indulnak útnak, és keresnek olyan helyeket, ahol megfelelő áron és körülmények között, jó minőségben vehetnek igénybe orvosi kezeléseket.

### A gyógyturizmus fejlődésének okai

A gyógyturizmus piacának mozgatóiként az alábbi determinánsok tekinthetők. Ott fejlődik a piac, ahol:

1. A szolgáltatás terhét (részben vagy egészben, közvetve vagy közvetlenül) az egyén (is) viseli. Ez két esetben jellemző:

2. ábra. Betegutak a gyógyturizmusban



**1. táblázat. Főbb orvosi eljárások átlagos orvosi/kórházi összköltsége egy nyugati szintű kórházban a világ különböző országaiban**  
([http://www.deloitte.com/dtt/cda/doc/content/us\\_chs\\_MedicalTourismStudy\(1\).pdf](http://www.deloitte.com/dtt/cda/doc/content/us_chs_MedicalTourismStudy(1).pdf) 29. Oldal, magyar árak: ESKI)

Eljárás	Országok költségei US dollárban						Költségek az USA %-ában				
	USA	Magyaro.	India	Thaiföld	Szingapúr	Malajzia	Magyaro.	India	Thaiföld	Szingapúr	Malajzia
Szív bypass	130 000	6 400	10 000	11 000	18 500	9 000	5%	8%	8%	14%	7%
Szív-billentyű műtét	160 000	6 000	9 000	10 000	12 500	9 000	4%	6%	6%	8%	6%
Érplasztika	57 000		11 000	13 000	13 000	11 000		19%	23%	23%	19%
Csípőprotézis műtét	43 000	2 000	9 000	12 000	12 000	10 000	5%	21%	28%	28%	23%
Méheltávolítás	20 000	1 500	3 000	4 500	6 000	3 000	13%	15%	23%	30%	15%
Térdprotézis	40 000	2 700	8 500	10 000	13 000	8 000	7%	21%	25%	33%	20%
Gerincműtét	62 000	2 900	5 500	7 000	9 000	6 000	5%	9%	11%	15%	10%

Megjegyzés: A. A fenti költségek magának a műtétnak a költségeit jelentik, és csak a kórházi tartózkodást foglalják magukban. Ehhez Indiában 20%, Malajziában 25%, Thaiföldön 30%, Szingapúrban 35% többletköltség társul az utazási és a kórházon kívüli szállodai kiadások térítésére.

B. A magyar „árak” nem a piaci árak, a HBCs alapján 2008-ban térítettek alapján, 230 HUF/USD árfolyamon számoltak.

- ha az adott országban üzleti típusú az egészségbiztosítás modellje (pl. USA). Ebben az esetben az egyén költségérzékenysége többek között a biztosítási díjban jelentkezik, másrészt maguk a biztosítók is üzleti érdekeltségűek, tehát érdekeltek az olcsóbb szolgáltatások vásárlásában,
- vagy az adott szolgáltatástípus jellemző módon nem része a közfinanszírozott csomagnak, illetve a csomag csak igen alacsony szintet fedez. Tipikusan ilyen a fogászat, a gyógyfürdői szolgáltatások, a szanatóriumi ellátás stb., pl. Európa közfinanszírozással működő egészségügyi rendszereiben.

Ezekben az esetekben a gyógyturizmus választását a megtakarítás szándéka motiválja. (1. táblázat) Az Egyesült Államokban az egészségügyi infláció mértéke meghaladja a gazdasági növekedést, s ez az amerikai egészségügyet a világ legköltségesebb rendszerévé teszi. (4) A költségmegtérülések az Egyesült Államok biztosítási rendszerének sajátoságaiból is fakadnak. 45 millió lakosnak nincs biztosítása és több millióan vannak alulbiztosítva. Ezek az emberek jobban járhatnak, ha zsebből fizetnek külföldön egy műtétért, mintha folyamatosan biztosítási díjat fizetnének.

A Deloitte számítása szerint a leggyakoribb orvosi eljárások ára külföldön kb. 15%-át teszi ki az amerikai áraknak. Az amerikai működtetésű egészségutazás keresőoldal5 többek között beavatkozásokra bontott ár összehasonlításokat tartalmaz a világ országai között a legkedvezőbb, vagy legszimpatikusabb hely kiválasztására.

Az ár a gyógyturizmus befolyásolója azon szolgáltatások esetében is, amelyek nem részei pl. Európában a közfinanszírozott ellátásnak, vagy részlegesen kapnak közfinanszírozást (fogászat, gyógyfürdő, szanatórium, plasztikai sebészet). Ezeket a területeket pl. Nyugat-Európa (Egyesült Királyság, Németország, Ausztria stb.) beteget a kelet-európai országok (főként Magyarország, Lengyelország) harmadába, felébe kerülő ellátását választják.

2. Időtényező (várólista) miatt megy máshova a beteg. Ha az adott országban egyes ellátásokban a gyógyulás tekintetében kritikus várakozási idők alakulnak ki, akkor – akik ezt megtehetik –, megpróbálják a piacon megvásárolni a szolgáltatást. Angol betegeket az NHS szerződési alapján gyógyítanak Belgiumban vagy Franciaországban (6). (A kezelés az Overseas

Treatment Programme keretén belül történik, a legtöbb külföldi beutaló ortopéd, szív és szürkehályog műtét esetében fordul elő, a fogadó ország többnyire Belgium, Németország és Franciaország.) A gyorsabb ellátást keresők számát a várólistákkal rendelkező országok kapacitásai befolyásolják. (Az Egyesült Királyságban pl. a magán-szolgáltatók bevonása a közfinanszírozott ellátásba jelentősen csökkentette a hosszú várólistákat.)

3. Más technikájú az ellátás, mint a beteg országában.

- Általában (szervezettségében, technikájában, kulturáltságában) otthon nem elérhetően magas színvonalú az ellátás.
- Egyes korszerű technológiák a beteg országában nem, vagy csak bizonytalanul érhetőek el (PET CT, egyes szívűtétek stb.).
- A beteg más típusú, szemléletű gyógyításra vágyik (a speciális gyógytényezőktől az ayurvédáig).

4. Más a jogi szabályozás, mint a beteg országában. Az EU jogegységesítése ellenére is léteznek szabályozási különbségek. Pl. az Egyesült Királyság és Spanyolország a Franciaországban megszabott időhatáron túl is végez terheség-megszakítást (24. és 22. hét szemben a francia 12. heti időhatárral). Spanyolországban, Belgiumban jelentkeznek IVF-re, azok a nők, akiknek ezt a francia szabályozás nem teszi lehetővé. Olaszországnak a mesterséges megtermékenyítést rendkívül szigorúan szabályozó jogalkotása miatt, az olasz állampolgárok ezrei utaznak külföldre (Spanyolország, Belgium) kezelésre vagy a beültetés előtti diagnosztika (PGD) igénybevételére (7).

5. Komplex élményt nyújt a szolgáltatás: az otthoni kezelés/műtét árérték arányában nemcsak a rehabilitáció, az utókezelés vásárolható meg, de a beteg és családja egyúttal üdül is (a rehabilitációs és wellness és turisztikai szolgáltatások összekötése).

## Betegutak a gyógyturizmusban

A gyógyturizmus célpontjainak távolsága egyre növekszik. A korábban jellemző USA-ból kisebb kozmetikai műtétekre Caracasba, vagy olcsó tablettákért Mexikóba tett rövidebb utak kiegészülnek világot átszelő utazásokkal olyan eljárásokért, mint a szívűtét, a csípő- és térdprotézis műtétek vagy az érsebészet.

A 2. ábra jól tükrözi, hogy a gyógyturizmus páciensei a fejlett és fejletlen országokból egyaránt útnak indulhatnak. A gyógyturizmus okai a külföldön gyógyulást keresők kiinduló országait is magyarázták: a legtöbb beteget küldő országok a teljesség igénye nélkül: USA, Egyesült Királyság, Németország, Egyesült Arab Emírátsok, Kuvait. A célországok között is legalább három kontinens megtalálható (Amerika, Európa, Ázsia). A legtöbb külföldi beteget fogadó országok: Thaiföld, India és Szingapúr.

A gyógyturizmus legnagyobb nyertesei az ázsiai kórházak, Thaiföld, India és Szingapúr magánintézményei. Népszerűségük fő oka, hogy az ebben rejlő lehetőséget sokkal hamarabb meglátták, mint más országok, képesek alacsony költséggel működni (a betegek a kezelési költségek 60–90%-át spórolhatják meg, ha a kezelésnek a Távol-Keleten vetik alá magukat) és hatékonyan, a korszerű marketing technikákat is bevetve reklámozzák is tevékenységüket

Az Amerikai Egyesült Államok főként azoknak a Latin-Amerikából, Közel-Keletről érkező betegeknek a célországa, akik a legkorszerűbb gyógyítást keresik, arra való tekintet nélkül.

Közel-Kelet gyógyturisztikai jelentősége két szempontból is fontos. A régióból utazók a legjobban fizető ügyfelek közé tartoznak, akiket több ország szolgáltatói szeretnének megnyerni. A legtöbb beteg az Egyesült Arab Emírátsokból, Kuvaitból, Qatartól, Bahrainból, Libanonból és Iránból indul útnak, fő irányuk Délkelet-Ázsia, főképp Thaiföld és India. Más oldalról nézve pl. Jordánia és az Egyesült Arab Emírátsok maga is fogad gyógyturistákat.

Gyógyturisztika célországok található Európában is. Az Európai Unióban, magas szintű és megfizethető ellátásával Belgium áll a vezető helyen a gyógyturizmus fogadásában. A fogadott betegek többsége az Egyesült Királyságból, Franciaországból érkezik.

Kelet-Európa országai leginkább a fogászati, kozmetikai sebészeti, gyógyfürdőellátásban fogadnak külföldi betegeket. Magyarország fogászati ellátása, gyógyfürdő ellátása vonzó a külföldiek (főként osztrák, német állampolgárok) számára. Lengyelország fogászati és szemészeti klinikáinak szolgáltatásait egyre több német, svéd és dán veszi igénybe. A gyógyfürdőellátás vendégcsalogató Csehországban és Szlovákiában is.

Oroszország szerepe a közel-keleti országokhoz hasonlóan kettős. Tehetőes orosz állampolgárok utaznak gyógyulni külföldre, sokan közülük Németországba, ugyanakkor megjelentek azok az orosz magánszolgáltatók is, akik külföldiek számára kínálnak korszerű eljárásokkal végzett szolgáltatásokat pl. a fogászat, szemészet területén.

A fogadó országok egészségügyi ellátásának hitelességében (bizalmában) meghatározó kérdés egészségügyi intézményeik nemzetközi akkreditációja. A legismertebb akkreditáló szervezet az amerikai bázisú nonprofit szervezet, a Joint Commission International – JCI6. Célja a megbízhatóság fejlesztése akkreditációs, hitelesítési, valamint tanácsadási és képzési szolgáltatások révén. Kialakított standardjai szerint ellenőrizi azokat az intézményeket, amelyek ezt igénylik.

A betegáramlás gyors növekedéséhez nagymértékben hozzájárult az informatikai fejlődés is, amelynek segítségével a betegek tájékozódnak a lehetőségekről, és meggyőződhetnek a célország biztonságosságáról, esetenként adatokat gyűjthetnek a választott szolgáltató minőségével, sikerességével kapcsolatban. Ugyancsak nagy szerepe van a közvetítők megjelenésének, akik segítségével a szolgáltató megtalálása,

az utazás és a külföldön töltött idő programjainak megszerzése egyszerűsödött. Újabban a gyógyturizmusra szabott biztosítási termékek is segítenek a betegek bizalmának erősítésében.

A gyógyturizmus infrastruktúrájában megfigyelhető az egészségügyi városok és klaszterek kialakulása. Az egészségügyi városok a leghatékonyabb módjai annak, hogy a kórházak, klinikák és országok fejlődhessenek. A legsikeresebb egészségügyi városok közül néhány Dél-Koreában, valamint Mexikóban található (Monterrey).

## Irodalomjegyzék

1. *Medical tourism: Global competition in health care.* National Center for Policy Analysis. Dallas, Texas, November 2007 <http://www.ncpa.org/pdfs/st304.pdf>
2. *Medical Tourism: Consumers in Search of Value.* Deloitte Center for Health Solutions, 2008 [http://www.deloitte.com/dtt/cda/doc/content/us\\_chs\\_MedicalTourismStudy\(1\).pdf](http://www.deloitte.com/dtt/cda/doc/content/us_chs_MedicalTourismStudy(1).pdf)
3. *Tilman Ehrbeck, Ceani Guevara, Paul D. Mango: Mapping the market for medical travel.* The McKinsey Quarterly. May 2008. [http://www.mckinseyquarterly.com/article\\_print.aspx?L2=12&L3=63&ar=2134](http://www.mckinseyquarterly.com/article_print.aspx?L2=12&L3=63&ar=2134)
4. *Globalisation and health care, Operating profit.*The Economist. Aug 14th 2008, New York
5. *La vague du tourisme médical n'a pas gagné la France* <http://www.lefigaro.fr/economie/2008/08/05/04001-20080805ARTFIG00274-la-vague-du-tourisme-medical-n-a-pas-gagne-la-france-.php>
6. *Overseas treatment for NHS patients,* <http://www.dh.gov.uk/en/Healthcare/Entitlementsandcharges/OverseastreatmentguidanceforNHS/index.htm>
7. *Restrictive fertility law forces Italian patients abroad* [http://www.ivf.net/ivf/restrictive\\_fertility\\_law\\_forces\\_italian\\_patients\\_abroad-o2409.html](http://www.ivf.net/ivf/restrictive_fertility_law_forces_italian_patients_abroad-o2409.html)

## Hivatkozások

1. *Az orvosi szolgáltatásokra alapuló egészségturizmus tendenciái című ESKI tanulmány alapján készült írás.*
2. *A 2007-es berlini 1st Medical Wellness Congress meghatározása szerint: „A medical wellness olyan orvostudomány által igazolt eljárásokat tartalmaz, melyek az életminőség és a szubjektív jóllét-érzet tartós javulását segítik elő – a prevenció és az egészségfejlesztés eszközeivel, egyéni felelősségvállalással – és az egészségtudatos életmódot motiválják”.*
3. *A fejezet kidolgozásában közreműködtek az ESKI Egészségügyi Rendszertudományi Irodájának munkatársai: Ajtonyi Zsuzsa, Lux Lilla, Szirmai László és Verdes Norbert.*
4. *A recesszió előtt készült prognózisok.*
5. <http://www.allmedicaltourism.com/>
6. <http://www.jointcommissioninternational.org/>

1. ESKI
2. Egészségügyi Stratégiai Kutatóintézet
3. VitalCenter, Margitsziget