

# Medicinsk turisme stortrives, og det har konsekvenser for patienter og sygehusvæsenene verden over

Kristine Sorgenfri Hansen

## STATUSARTIKEL

Sektionen for Global Sundhed, Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet

Ugeskr Læger  
2017;179:V03170209

Medicinsk turisme er et gammelt fænomen, der defineres som patientmobilitet, hvor patienten rejser over grænsen til et andet land for at få medicinsk behandling [1]. De mest populære behandlinger er kosmetiske, odontologiske, ortopædiske og bariatriske operationer samt hjerte-kar-operationer, in vitro-fertilitetsbehandlinger og organ- og vævstransplantationer [1]. Behandlingerne er oftest ikkeakutte, selvvalgte indgreb såsom bariatriske og kosmetiske operationer [1].

På verdensplan er medicinsk turisme stigende [2]. For eksempel rejser ca. 121.000 amerikanere årligt udenlands for at få medicinsk behandling, og det har selvfølgelig positive og negative implikationer for både hjem- og destinationslandet [3]. Der kan være mange årsager til, at trenden er stigende, men som OECD [2] understreger, findes der ikke nok videnskabelig litteratur, der beskriver fænomenet i dybden til, at vi kan komme med endelige konklusioner. Der findes dog viden om medicinsk turisme inden for kosmetiske behandlinger, fertilitetsbehandlinger og transplantationer, og man kan bruge den viden som udgangspunkt for en diskussion af, hvad der driver patienterne, hvilke implikationer turismen har for hjem- og destinationslandet i forbindelse med risici, patientsikkerhed og omkostninger samt den voksende industri, der driver fremgangen [1]. I denne artikel vil vi komme ind på disse punkter og præsentere medicinsk turisme på et

globalt plan ved at inddrage *peer-reviewed* litteratur, artikler og rapporter fra rundt omkring i verden.

## INDUSTRIEN BAG MEDICINSK TURISME

Udbuddet af medicinske ydelser er stigende på verdensplan [2]. Den moderne teknologiske tidsalder har været med til at sætte skub i denne udvikling med lettere adgang til global transport og udbredelse af medicinsk teknologi verden over. I særdeleshed har internettet været nøglen til kommercialiseringen af sundhedsydelser for turister, da det er blevet nemt at få adgang til information og markedsføring [4]. Flere studier viser, at medicinske turister er mere opmærksomme på »blød« information såsom hjemmesider og anbefalinger fra bekendte, end på »hård« information såsom klinisk, videnskabelig viden [5-7]. Problemet med udbydernes hjemmesider har vist sig at være, at de underspiller potentielle risici ved behandlingerne og kun offentliggør meget lidt information om behandlingen og rehabiliteringen [8].

Mellemøstens olierige lande, Grækenland, Frankrig, Indien, Sydafrika, Thailand, Singapore, Malaysia og Mexico har alle etableret sig som regionale knudepunkter for medicinsk turisme, hvor regeringerne har faciliteret den voksende industri ved at skabe fordelagtige forhold – både for nationale udbydere og for internationale turister, f.eks. nem adgang til visum [9, 10]. Der har også været en stigning i udbuddet af *conciierge*-firmaer. Disse firmaer fungerer som rejsebureauer, hvor de varetager alle detaljer for patienten som tidsbestilling, flybilletter, visum, transfer, oversættelse, osv. [5, 6, 8]. I Danmark er der også et stort udbud af denne type service, og man kan endda tage en diplomuddannelse som medicinsk turistguide.

## GLOBAL VERSUS REGIONAL TURISME

Flere studier viser, at medicinsk turisme nu ikke kun foregår fra vest til vest, f.eks. fra Danmark til USA, men i stigende grad fra vest til øst og vice versa, f.eks. mellem Danmark, Thailand, Tyrkiet og Polen [7]. Dette forklares i flere studier med, at patienterne ønsker en billigere behandling, som kan kombineres med en tropisk ferie, hvor man kan komme sig i en hængekøje i

## HOVEDBUDSKABER

- ▶ Medicinsk turisme har eksisteret længe, men i de seneste årtier er der sket en stigning af patienter, som ønsker billigere og bedre behandlinger i udlandet.
- ▶ Internettet og nem adgang til global transport er drivkræfterne bag stigningen, og på verdensplan omsættes der for 60 mia. USD årligt.
- ▶ Mange lande har aktivt satset på indtjening fra medicinsk turisme.
- I Danmark tilbydes der også medicinsk behandling mod betaling inden for den offentlige sundhedssektor, men regionerne vurderer hver sag for at sikre, at det ikke går ud over danske patienter på ventelister.
- ▶ OECD efterlyser mere viden om medicinsk turisme, således at myndigheder og patienter kan foretage velovervejede beslutninger inden for feltet.

solen [9]. Det forklares også med den omfattende markedsføringsstrategi, som disse landes regeringer og private firmaer bruger, f.eks. Bumrungrad International Hospital i Thailand, der tilbyder en pakkerejse til turister med behandling og rehabilitering i luksuriøse omgivelser til en mindre pris end prisen på et amerikansk hospital [7]. Medicinsk turisme finder også i stigende grad sted på interregionalt og interkontinentalt plan. Det er blevet populært at rejse til nabolande eller et land af sammenlignelig kultur og socioøkonomisk standard, hvor der findes et bedre udbud af behandlinger end hjemlandet [9]. Indien er således blevet et regionalt knudepunkt for patienter af afghansk, pakistansk og nepalesisk oprindelse [9]. Mange patienter fra Afrika rejser også til enten Indien eller Sydafrika, fordi visse behandlinger ikke er tilgængelige i hjemlandet. Det drejer sig blandt andet om avancerede hjerte-kar-operationer og neurokirurgiske operationer [1, 11]. For at gøre adgang og betaling nemmere indgår mange lande bilaterale aftaler. Det gælder f.eks. Sydafrika, der har aftaler med 18 afrikanske lande, og Frankrig, der netop har indgået aftale med de engelske myndigheder [12].

#### MOTIVATIONSFAKTORER FOR MEDICINSK TURISME

Medicinske turister motiveres af *push-* og *pull-*faktorer. *Push-*faktorer er individuelle for hver patient, men de hyppigst nævnte er de høje priser på sundhedsydelser, lange ventelister, faldende behandlingskvalitet, sparsomme patient-læge-relationer, manglende adgang til og udbud af specifikke behandlinger samt juridiske restriktioner ved f.eks. fertilitetsbehandlinger [1]. Disse *push-*faktorer er blevet identificeret i mange højindkomstlande såsom England [5], USA [3] og Canada [13], hvor de i kombination med *pull-*faktorer er årsagen til den medicinske turisme. *Pull-*faktorer inkluderer let tilgængelighed, lavere priser på behandling, lægens ekspertise og kulturelle og familiære bånd [14, 15]. F.eks. rejser den koreanske diaspora ofte tilbage til Korea for at få behandling, fordi de er mere trygge i et sundhedssystem, hvor alle taler deres modersmål og administrerer medicin, de har kendskab til [16]. Som før nævnt spiller ønsket om en tropisk ferie også en væsentlig rolle i beslutningen om at søge udenlandsk behandling.

#### IMPLIKATIONER FOR SUNDHEDSVÆSENET

Mange patienter vælger selv at rejse ud og betaler derfor ofte for deres egen behandling. Dette er hyppigt ved kosmetiske og bariatriske operationer samt fertilitetsbehandlinger [9]. Dog er gruppen af patienter, som får deres behandling betalt af hjemlandets regering eller et privat forsikringselskab, stigende [5, 13, 10, 17, 18].

Danske patienter har også mulighed for at søge om at få helt eller delvist betalt sygehusbehandling i EU/



Medical tourism. Foto: Google Images.

EØS-lande. Godkendelsen afhænger af, om der er behov for behandlingen, om der foreligger en forhåndsgodkendelse fra regionen, eller om der er brug for højt specialiseret, forskningsmæssig eller eksperimentel behandling. Uden for disse lande skal en privat rejseforsikring tegnes [19].

Der omsættes for ca. 60 mia. USD årligt på verdensplan inden for medicinsk turisme, og markedet stiger med op til 15% årligt [20]. Lande som Frankrig og Thailand oplever lige nu den direkte økonomiske gevinst ved at åbne deres sygehuse for udenlandske patienter [21], men der er stigende bekymring fra patientorganisationer, hvad angår de negative effekter af turismen såsom overførsel af ressourcer (personale og udstyr) fra den statsstøttede del af hospitalerne til den opkrævende del. Aarhus Universitetshospital forklarede for nylig, at de af samme grund ikke vil satse på turismen, da det kan gå ud over danske patienter, som står på ventelister [22]. Styrelsen for Patientsikkerhed oplyser, at de danske regioner selv kan vurdere, om de vil tilbyde sygehusbehandling til betalende patienter fra ikke-EU/EØS-lande, men at det ikke bør medføre, at danske patienter bliver tilsidesat. Behandlinger i den danske private sundhedssektor udbydes på lige vilkår til alle patienter [23].

Oftentimes ender behandlinger foretaget i udlandet med at skabe større omkostninger og problemer for hjemlandet, end hvis behandlingen var foretaget i hjemlandet. Studier fra England [24-27] viste, at patienter, som fik foretaget nyretransplantationer i udlandet, havde større risiko for akut afstødning af nyren og infektioner, og kosmetiske operationer af bryst- og mave-regionen havde en høj komplikationsrate – begge indgreb førte til mange indlæggelser og efterbehandlingsforløb. Et studie fra Canada viste også, at det ville være billigere (16.000 CAD vs. 29.583 CAD) for det nationale sundhedsvæsen at foretage bariatriske operationer i Canada frem for at skulle efterbehandle patienter med komplikationer, som var opstået ved udenlandske bariatriske operationer [13].

Ud over økonomiske konsekvenser er der stigende bekymring i forhold til udbrud af multiresistente

(MDR) bakterielle infektioner og bærertilstand med MDR, der bringes med hjem af medicinske turister. England, Pakistan, Indien og Singapore har oplevet små udbrud af New Delhi-metallo1-positive (carbapenemase) *Escherichia coli*- og *Mycobacterium abscessus*-infektioner hos patienter, der var hjemvendt med komplikationer. Sådanne tilfælde er dyre at behandle, og risikoen for udbrud på nationalt plan er alvorlig [15, 28-30].

## KONKLUSION

Medicinsk turisme er steget markant i løbet af de seneste årtier, men den videnskabelige litteratur er ikke fulgt med udviklingen. Derfor står vi nu i en situation, hvor vi ikke kender de reelle konsekvenser af turismen i forhold til patientsikkerhed, risici ved behandlingerne og implikationer for sundhedssystemerne ift. omkostninger og indtægter, potentielle prisstigninger, dalende kvalitet og voksende ulighed i adgang til sundhedsydelser.

Bilaterale aftaler kan måske hjælpe med at dokumentere, hvordan vi kan sikre kontinuerlig behandling og pleje efter operationerne, prioritering af nationale patienter, kvalitetssikring, data- og journaldeling samt opretholdelse af regulativer.

Patientoplysning kan afhjælpe nogle af de komplikationer og omkostninger, der opstår i forbindelse med en planlagt rejse og operation i udlandet. I disse tilfælde er der mulighed for at oplyse patienten om de potentielle risici og om behandlingstilbud i hjemlandet eller hos en udbyder med bedre kliniske udfald end andre.

Medicinsk turisme er kommet for at blive, og derfor er det relevant, at de rette nationale instanser tager stilling til retningslinjer og procedurer vedrørende betaling for ydelserne og efterbehandling af patienterne, samt at de gransker det nationale system for at identificere, hvordan den medicinske turisme kan mindskes eller udnyttes bedre.

## SUMMARY

Kristine Sorgenfri Hansen:

Medical tourism and its implications for patients and hospital services throughout the world  
Ugeskr Læger 2017;179:V03170209

This article provides a snapshot of global medical tourism and its positive and negative implications for healthcare around the world presented through selected examples. Medical tourism is an old phenomenon which has seen a rapid increase due to global technological advances thus enabling people to receive treatment anywhere in the world, often combined with a tropical vacation. Treatments are of a non-acute, voluntary nature and are driven largely by high prices and long waiting lists at the home countries and low prices and high service quality at the destination country.

**KORRESPONDANCE:** Kristine Sorgenfri Hansen. E-mail: krsh@sund.ku.dk

**ANTAGET:** 19. april 2017

**INTERESSEKONFLIKTER:** ingen. Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

## LITTERATUR

- Lunt N, Horsfall D, Hanefeld J. Medical tourism: a snapshot of evidence on treatment abroad. *Maturitas* 2016;88:37-44.
- Lunt N, Smith R, Exworthy M et al. Medical tourism: treatments, markets and health system implications: a scoping review. 2011. [www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf](http://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf) (12. apr 2017).
- Johnson TJ, Garman AN. Impact of medical travel on imports and exports of medical services. *Health Policy* 2010;98:171-7.
- Lunt N, Carrera P. Systematic review of web sites for prospective medical tourists. *Tour Rev* 2011;66:57-67.
- Lunt N, Smith RD, Mannion R et al. Implications for the NHS of inward and outward medical tourism: a policy and economic analysis using literature review and mixed-methods approaches. *Heal Serv Deliv Res* 2014;2.
- Johnston R, Crooks VA, Snyder J. "I didn't even know what I was looking for": a qualitative study of the decision-making processes of Canadian medical tourists. *Global Health* 2012;8:23.
- Hanefeld J, Lunt N, Smith R et al. Why do medical tourists travel to where they do? *Soc Sci Med* 2015;124:356-63.
- Holliday R, Bell D, Cheung O et al. Brief encounters: assembling cosmetic surgery tourism. *Soc Sci Med* 2015;124:298-304.
- Johnston R, Crooks VA, Snyder J et al. What is known about the effects of medical tourism in destination and departure countries? *Int J Equity Health* 2010;9:24.
- Pocock NS, Phua KH. Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. *Global Health* 2011;7:12.
- Idowu EO, Adewole OA. Spectrum of neurosurgical complications following medical tourism: challenges of patients without borders. *Afr Health Sci* 2015;15:240-5.
- Walls HL, Vearey J, Modisenyane M et al. Understanding healthcare and population mobility in southern Africa: the case of South Africa. *South African Med J* 2015;106:14.
- Sheppard CE, Lester ELW, Karmali S et al. The cost of bariatric medical tourism on the Canadian healthcare system. *Am J Surg* 2014;207:743-6.
- Crooks VA, Kingsbury P, Snyder J et al. What is known about the patient's experience of medical tourism? *BMC Health Serv Res* 2010;10:266.
- Rogers BA, Aminzadeh Z, Hayashi Y et al. Country-to-country transfer of patients and the risk of multi-resistant bacterial infection. *Clin Infect Dis* 2011;53:49-56.
- Lunt N, Jin KN, Horsfall D et al. Insights on medical tourism: markets as networks and the role of strong ties. *Korean J Soc Sci* 2014;41:19-37.
- Hanefeld J, Horsfall D, Lunt N et al. Medical tourism: a cost or benefit to the NHS? *PLoS One* 2013;8:e70406.
- Hanefeld J, Smith R, Horsfall D et al. What do we know about medical tourism? *J Travel Med* 2014;21:410-7.
- Sundhedsstyrelsen. Behandling i udlandet. [www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/patientinfo-og-rettigheder/behandling-i-udlandet](http://www.sst.dk/da/sygdom-og-behandling/patientinfo-og-rettigheder/behandling-i-udlandet) (12. april 2017).
- Lajevardi M. A comprehensive perspective on medical tourism context and create a conceptual framework. *J Tour Hosp* 2016;5:236.
- NaRanong A, NaRanong V. The effects of medical tourism: Thailand's experience. *WHO Bull* 2011;89:336-44.
- Nielsen KB. Aarhus Universitetshospital vil ikke gøre medicinsk turisme til en industri. [ugeskriftet.dk/nyhed/aarhus-universitetshospital-vil-ikke-goere-medicinsk-turisme-til-en-industri](http://ugeskriftet.dk/nyhed/aarhus-universitetshospital-vil-ikke-goere-medicinsk-turisme-til-en-industri) (7. mar 2017).
- Styrelsen for Patientsikkerhed. Adgang til behandling i Danmark. <https://stps.dk/da/borgere/international-sygesikring/direktiv-om-sundhedsydelser-i-eueoes/adgang-til-behandling-i-danmark/> (12. apr 2017).
- Krishnan N, Cockwell P, Devulapally P et al. Organ trafficking for live donor kidney transplantation in Indoasians resident in the west midlands: high activity and poor outcomes. *Transplantation* 2010;89:1456-61.
- Miyagi K, Auberson D, Patel AJ et al. The unwritten price of cosmetic tourism: an observational study and cost analysis. *J Plast Reconstr Aesthetic Surg* 2012;65:22-8.
- Jeevan R, Birch J, Armstrong AP. Travelling abroad for aesthetic surgery: informing healthcare practitioners and providers while improving patient safety. *J Plast Reconstr Aesthet Surg* 2011;64:143-7.
- Melendez MM, Alizadeh K. Complications from international surgery tourism. *Aesthetic Surg J* 2011;31:694-7.
- Kumarasamy KK, Toleman MA, Walsh TR et al. Emergence of a new antibiotic resistance mechanism in India, Pakistan, and the UK: a molecular, biological, and epidemiological study. *Lancet Infect Dis* 2010;10:597-602.
- Chan HLE, Poon LM, Chan SG et al. The perils of medical tourism:

- NDM-1-positive *Escherichia coli* causing febrile neutropenia in a medical tourist. *Singapore Med J* 2011;52:299-302.
30. Cai SS, Chopra K, Lifchez SD. Management of *Mycobacterium abscessus* infection after medical tourism in cosmetic surgery and a review of literature. *Ann Plast Surg* 2016;77:678-82.