

**Turismo sanitario, certificazione di qualità internazionale e
tensioni pubblico- privato nei paesi in via di sviluppo.
Prime considerazioni sui paesi del sud-est asiatico**

Daniele Paci *

*Facoltà di Economia e Management, Libera Università di Bolzano
Facoltà di Economia, Università di Ferrara*

Stuart O. Schweitzer

Department of Public Health, University of California, Los Angeles

Paper per il 12° Convegno Annuale AIES (Associazione Italiana di Economia Sanitaria)
PRIORITÀ ED EQUITÀ NELLE SCELTE DI POLITICA SANITARIA
*Facoltà di Economia - Università di Firenze
18-19 Ottobre 2007*

Work in progress (very preliminary draft)
si prega di non citare senza il consenso degli autori

ABSTRACT

Il paper analizza le implicazioni del recente fenomeno della crescita del turismo sanitario verso i paesi in via di sviluppo mettendone in evidenza le implicazioni in termini di qualità, alla luce della recente crescita del fenomeno della certificazione basata su standard internazionali e in termini di equità principalmente sulla base delle tensioni tra settore sanitario pubblico e privato, che emergono in relazione al suddetto fenomeno. In particolare l'attenzione si concentra su un gruppo di Paesi scelti tra quelli maggiormente interessati dal turismo sanitario internazionale, appartenenti alla macro-area del sud-est asiatico.

* Autore per corrispondenza: Daniele Paci – Libera Università di Bolzano; E-mail: dpaci@unibz.it
Università di Ferrara; E-mail: daniele.paci@unife.it

1. INTRODUZIONE

Le implicazioni della globalizzazione sui sistemi sanitari hanno ricevuto una crescente attenzione nella recente pubblicistica, in particolare in seguito al General Agreement on Trade in Services (GATS) del 1994 (Bettcher et al., 2000). Questo ha sicuramente *policy makers* e gli studiosi in ambito sanitario (Yach e Bettcher, 1998; Woodward, 2001) di fronte a sfide nuove, anche se non sempre del tutto inedite, ma che si propongono oggi con una complessità ed una importanza sicuramente accentuate rispetto al passato. Oltre alla relazione tra mobilità trans-nazionale e malattie trasmissibili, la globalizzazione ha importanti implicazioni anche per quanto riguarda gli scambi internazionali di beni e servizi legati alla salute e di individui (pazienti e professionisti).

Parlando in termini generali, esistono quattro modalità secondo cui il commercio internazionale dei servizi sanitari può realizzarsi: (a) *'cross-border service supply'*, in cui è il servizio che passa i confini nazionali, senza che lo facciano né il produttore né l'utente (es: servizi di telemedicina); (b) *'consumption abroad'*, in cui è l'utente a passare i confini nazionali per ricevere il servizio presso una struttura estera (turismo sanitario); (c) *'presenza commerciale'*, in cui le imprese fanno investimenti diretti all'estero (IDE) nel settore sanitario (es. un'impresa straniera che investe nella costruzione di un ospedale in un paese straniero), (d) *'temporanei spostamenti degli erogatori'*, in cui i lavoratori specializzati si spostano per offrire il servizio in un altro paese per un periodo di tempo limitato.

Il paper si concentra esclusivamente sul caso rappresentato al punto (b) pur riconoscendo che esistono comunque correlazioni sia positive di complementarità sia di sostituzione tra i diversi casi sopraelencati¹.

Lo scopo della presente relazione è quello di mettere a fuoco un trend emergente e cominciare a delineare attraverso alcune prime cifre le linee principali del dibattito su una nuova tematica che interessa da vicino chi si occupa di economia sanitaria a livello internazionale.

Il paper si articola come segue: nel secondo paragrafo si mettono in evidenza i problemi definitori riguardo all'oggetto dello studio (che cosa si intende per turismo medico-sanitario), le motivazioni che spingono alla progressiva integrazione/competizione globale e alla mobilità internazionale dei pazienti e si analizzeranno alcuni primi dati su una tendenza in forte espansione.

Nel terzo paragrafo si analizzeranno in dettaglio le implicazioni del turismo sanitario ed in particolare si concentrerà l'attenzione sull'aumento del ricorso alla certificazione internazionale di qualità e delle tensioni tra settore sanitario pubblico e privato con l'attenzione rivolta ai paesi del Sud-est Asiatico, in cui questi contrasti appaiono con grande evidenza.

¹ La mobilità internazionale di pazienti, in particolare dai paesi più ricchi a quelli in via di sviluppo, funge spesso da stimolo agli investimenti di finanziatori stranieri nella costruzione di infrastrutture sanitarie nei paesi ospitanti, e viceversa, secondo un meccanismo *self-reinforcing*.

2. TURISMO SANITARIO: DEFINIZIONI, MOTIVAZIONI E TREND RECENTI

Secondo la definizione formulata dal World Tourism Organisation (WTO) per turismo si intende "l'attività di coloro che viaggiano, e soggiornano in luoghi diversi dal proprio ambiente abituale per un periodo non superiore ad un anno consecutivo per svago, lavoro e motivi diversi dall'esercizio di un'attività remunerativa all'interno dell'ambiente visitato"².

Risulta piuttosto chiaramente che il turismo soffre di per sé di una ambiguità di fondo che spesso ne limita l'identificazione come vero e proprio "settore": esso si manifesta infatti come insieme di specifici atti di consumo e di conseguenza i beni e servizi scambiati sui mercati turistici e le risorse utilizzate dai turisti sono identificabili con esattezza esclusivamente dal lato della domanda e non a priori, sulla base di caratteristiche merceologiche.

E' la motivazione del viaggio e soggiorno che determina il riconoscimento di turismo. Tra le varie motivazioni possibili, ottenere benefici per la salute è ciò che consente di identificare il segmento di turismo che può chiamarsi "turismo sanitario".

Viaggiare per motivazioni legate alla salute, non è un fenomeno recente: i soggiorni termali sono conosciuti fin da tempi antichi, anche se si deve dare atto che soltanto dall'inizio del XIX secolo, con l'avvento di sempre maggiori possibilità di trasporto (sviluppo dei collegamenti su rotaia) e alla crescita della classe borghese, il fenomeno ha acquisito una dimensione rilevante.

Secondo Carrera e Bridges (2006) con il termine "*health tourism*" si definisce quindi: "*the organized travel outside one's local environment for the maintenance, enhancement or restoration of an individual's wellbeing in mind and body*". L'espressione "*medical tourism*" indica invece, in maniera leggermente più specifica, un sottoinsieme del turismo sanitario, caratterizzato da "*organized travel outside one's natural healthcare jurisdiction for the enhancement or restoration of the individual's health through medical intervention*".

Tuttavia queste definizioni lasciano aperta una ambiguità su quali tipologie di trattamento dovrebbero essere incluse: ad esempio, si può parlare di turismo sanitario sia per interventi urgenti che discrezionali. Inoltre all'interno della categoria turismo sanitario rientrano anche i viaggi legati alla clima-terapia o all'utilizzo di risorse naturali dalle proprietà benefiche (acque termali, ecc.). Così come i viaggi legati al *wellness*, che possono prescindere dall'effettiva presenza in loco di risorse naturali specifiche³.

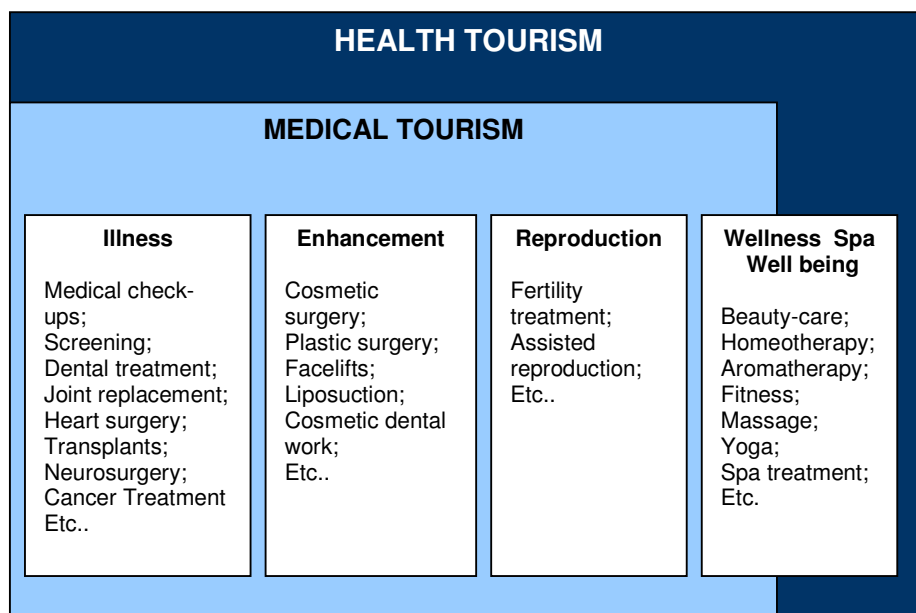
L'articolo di Henderson (2004) è il primo e ad oggi l'unico tentativo di sistematizzare l'argomento, proponendo diverse categorie di analisi. L'autrice raccoglie nel segmento "turismo sanitario" diverse sottocategorie: *Illness* (check-up; screening, chirurgia per interventi urgenti; trapianti; servizi di odontoiatria, ecc.); *Wellness* (Agopuntura; Massaggi; Bagni termali; ecc.); *Enhancement* (chirurgia plastica e cosmetica); *Reproduction* (trattamenti per la fertilità, procreazione assistita).

Riformulando quanto espresso potremo quindi riassumere attraverso uno schema l'impianto logico dell'argomento di analisi del presente studio, come illustrato nella figura 1

² Per diverse definizioni di turismo si veda anche Burkart e Medlik (1974), Safari (1977) e la rassegna proposta in Hunt e Layne (1991).

³ In questo segmento si possono distinguere tre diverse tipologie di turismo: "*wellbeing holiday*", include lo spostamento per trarre un beneficio fisico e psicologico di carattere generale e aspecifico che l'individuo percepisce in maniera indiretta e passiva (derivante anche dal solo rilassarsi, o dall'aria più pulita); "*wellness tourism*", caratterizza invece un viaggio che lega well-being e fitness, quindi un'attività fisica e mentale di tipo attivo (cure di bellezza, attività aerobica, attività di meditazione, massaggi, ecc.). Infine per "*turismo termale*" si intende invece il viaggio presso fonti termali o health resorts. In generale, soltanto negli ultimi due casi si può parlare di turismo medico-sanitario.

Figura 1 Turismo per la salute e turismo medico-sanitario: classificazioni introduttive



Fonte: Adattato da Henderson (2004)

Si considererà dunque come sfera appartenente al turismo propriamente “medico-sanitario” (medical tourism) l’attività di viaggio e permanenza presso un paese estero per ottenere una assistenza medica specifica, a livello professionale. In questo senso soltanto parte del turismo legato all’attività di wellness, il turismo termale e il well-being, in particolare quella che prevede l’assistenza sanitaria di personale medico in strutture specializzate (ad esempio trattamenti termali per la cura di determinate patologie, oppure programmi di riabilitazione motoria o dieta seguita da medici specializzati). Non verranno considerate in questo segmento, invece, le attività para-mediche (fitness; agopuntura; massaggi) o il beneficio che si trae passivamente dalle caratteristiche della località (ad esempio passeggiate che consentono di beneficiare della qualità dell’aria). Nonostante ciò queste attività possono essere considerate parte di quello che in senso lato si può definire “turismo della salute”.

Ognuno dei sotto-settori elencati può essere identificato in maniera abbastanza precisa da una sua propria domanda ed offerta, tuttavia si deve riconoscere la crescente tendenza ad avere sovrapposizioni tra i diversi segmenti: ad esempio, molte strutture possono offrire agli stessi clienti/pazienti sia trattamenti di chirurgia plastica che trattamenti di wellness. Inoltre la tendenza è quella di domandare e offrire pacchetti che includano nel viaggio anche altre attività accessorie al viaggio per motivazioni legate alla salute; ad esempio una soggiorno al mare, un safari, un tour guidato nel paese di destinazione.

In ogni caso, ai fini del presente studio si considererà esclusivamente il turismo medico-sanitario (escludendo interamente, per evitare ambiguità, il settore wellness e termale) ed, in particolare, soltanto i movimenti internazionali di pazienti.

Per cercare di fornire alcune stime del fenomeno in esame possiamo fare riferimento ad alcuni dati disponibili per l’Europa. Secondo l’European Travel Monitor (ETM), i viaggi legati alla cura della salute pesano per circa il 15% sui viaggi turistici complessivi. Ciò equivale a circa 37 milioni di viaggi annuali che generano un ricavo stimato attorno ai 33 miliardi di Euro. Se si tiene conto che i ricavi generato dai viaggi per turismo medico-sanitario nell’Unione Europea si aggirano, stando alle stime della ECCP Business Review, attorno ai 12 miliardi di Euro all’anno, si può dire che circa un terzo dei viaggi legati alla salute è orientato all’utilizzo di strutture mediche specializzate.

Numerosi fattori alimentano e sostengono il recente trend verso una crescita del turismo medico-sanitario (Garcia-Altés, 2005). In particolare questo fenomeno si lega a cambiamenti demografici e negli stili di vita della popolazione, specialmente nei paesi industrializzati. L'invecchiamento della popolazione e il maggior tempo che si può dedicare alla cura della propria salute sono fattori decisivi in questo processo⁴. Inoltre la sempre maggior diffusione di informazioni accessibili a tutti i pazienti e il ruolo sempre più attivo che questi giocano nella ricerca delle cure più adatte al proprio caso sono elementi determinanti per capire come le possibilità di viaggiare per la salute sia diventato sempre più frequente.

Oltre a questi fattori, si può spiegare la decisione individuale di viaggiare all'estero per ricevere cure mediche attraverso quattro elementi:

- a) Prezzo dei servizi
- b) Qualità
- c) Disponibilità
- d) Tempestività

a) I differenziali di prezzo sono una delle motivazioni principali per spiegare la scelta dei pazienti di curarsi in un paese diverso da quello di origine. Tali differenziali possono in molti casi essere consistenti, soprattutto se si considera l'incremento dei prezzi di molti servizi sanitari privati nei paesi industrializzati e il sempre maggior numero di persone non assicurate negli USA, ossia il principale mercato di riferimento mondiale per il settore sanitario.

La possibilità di viaggiare a prezzi contenuti (crescita delle compagnie aeree low-cost, crescente concorrenza sulle tratte internazionali) e la diffusione delle tecnologie web (che consentono ai pazienti un accesso diretto alle informazioni sulla possibilità di curarsi all'estero) e la crescente tendenza ad offrire pacchetti-vacanze abbinati al trattamento medico specialistico (rendendo così più attraente e in alcuni casi conveniente la prospettiva del viaggio) sono fattori che incidono notevolmente sul trend di rapida espansione in questo particolare segmento di domanda.

b) Un'altra tipologia di turismo sanitario prevede la ricerca di una qualità superiore per le cure a cui sottoporsi, indipendentemente dai costi delle stesse. In molti casi si tratta di una opzione di cui godono soltanto alcune categorie di pazienti con medio-alta disponibilità a pagare.

c) Per quanto riguarda l'indisponibilità dei servizi ricercati nel proprio paese di origine, si possono distinguere due diverse situazioni. La prima è legata alle debolezze e/o alla arretratezza del sistema sanitario e delle strutture in generale. Ad esempio, fino a qualche anno fa i pazienti che necessitavano di un trapianto di fegato in Nuova Zelanda erano costretti a recarsi in Australia per sottoporsi all'intervento. Tuttavia si deve riconoscere che anche in sistemi sanitari generalmente "deboli" possono comunque trovare spazio isole di eccellenza tecnologicamente all'avanguardia per l'erogazione di servizi specializzati in strutture pubbliche o private. Un'altra tipologia di motivazioni che vincolano la disponibilità di un determinato servizio sanitario in un Paese sono quelle di tipo legale ed etico, in un certo numero di casi anche in paesi

d) La possibilità di usufruire di un servizio tempestivamente è un altro dei fattori che incidono sulla scelta di recarsi all'estero per ricevere cure sanitarie. Uno studio della University of York del 2004 metteva in evidenza di come circa l'87% dei pazienti britannici che si recava all'estero per cure mediche era spinto dalla lunghezza delle liste d'attesa nel proprio paese. In molti paesi a servizio

⁴ La prevalenza di malattie croniche nella popolazione anziana, ad esempio, può considerarsi uno degli elementi decisivi. Si tratta con maggiore frequenza di interventi non di emergenza che possono essere associati ad un viaggio internazionale per la cura.

sanitario nazionale quindi l'opzione estera si offre al paziente in alternativa al ricorso a strutture private nel proprio paese.

Oltre a questi fattori, altre considerazioni possono acquisire importanza nelle scelte del paziente: tra queste, la valutazione di elementi non strettamente legati al servizio: ad esempio interesse naturalistico, o culturale per luoghi che si potranno visitare, magari associando al trattamento giorni di permanenza aggiuntivi. Inoltre in molti casi il paziente sceglie di curarsi in strutture estere per mantenere anonimo o riservatezza sulle proprie condizioni di salute o sugli interventi cui si sottopone. E' spesso il caso, ad esempio, di interventi di chirurgia plastica oppure di personaggi famosi/pubblici che vogliono sottrarsi all'attenzione dei media.

Cresce l'evidenza, riportata nella stampa e nella letteratura specialistica, di come i prezzi di cure e trattamenti sanitari in paesi come India, Tailandia, Sud Africa, Brasile ed Europa dell'Est siano sensibilmente inferiori rispetto a quelli di paesi a più alto reddito.

Numerosi tour operator offrono "medical tours" nei paesi del centro Europa, specialmente in Ungheria, dove i prezzi dei servizi di odontoiatria sono in media del 30% inferiori a quelli praticati in Germania, in cui l'assicurazione statale copre soltanto il 10% del costo del servizio.

Il costo degli interventi chirurgici in India, Tailandia o Sud Africa può arrivare ad essere un decimo di quello negli USA o nell'Europa Occidentale: Un intervento di sostituzione della valvola cardiaca, che costerebbe 200,000 US\$ negli USA, per esempio, può venire a costare attorno ai 10,000 US\$ in India, includendo un volo andata e ritorno e un breve pacchetto-vacanza. Un lifting facciale completo che negli USA costa circa 20,000 US\$ si può avere in Sud Africa per 1,250 US\$.

Molti paesi in via di sviluppo o emergenti esportano servizi sanitari attraverso il turismo medico-sanitario: Cuba, per esempio, ha investito nell'attrazione di pazienti dai paesi dell'America Latina, Europa e Russia. Una delle scelte delle strutture sanitarie è stata quella di differenziare la propria offerta specializzandosi sul trattamento di alcune malattie della pelle e sullo sviluppo di nuove procedure e sostanze medicinali, come trattamenti per la retinite pigmentosa o la vitiligine. Nel biennio 1995-96, oltre 25000 pazienti stranieri si sono recati a Cuba per ricevere cure, generando un ricavo stimato attorno ai 25 milioni di US\$ (UNCTAD, 1997).

Tabella 1 Inbound international medical tourism trips by world region (2005)

Country/region	Medical tourists
European Union	12,000,000
North America	6,000,000
Asia	750,000
Middle East	250,000
Other Europe	125,000
Latin America	15,000
Australia	10,000
Africa	5,000
Total	19,155,000

Fonte: Elaborazione su dati TRAM – Tourism Research and Marketing 2006

Le stime più recenti indicano che il numero maggiore di viaggiatori per ragioni sanitarie si rivolge a strutture dell'Unione Europea e del Nord America.

Tra le destinazioni sostanzialmente *price-driven* spicca il peso, in termini di numero di pazienti, dei paesi asiatici, come indicato nella tabella 1.

Per questo pare corretto, come primo passo nell'analisi esplorativa, concentrarsi su quest'area in fortissima espansione per quanto riguarda la crescita del turismo medico-sanitario.

Tra i paesi asiatici L'India si dimostra particolarmente attiva nell'“esportazione” di servizi sanitari. In particolare l'area di specializzazione preminente risulta essere la chirurgia ed i servizi in aree come la neurologia, cardiologia, endocrinologia ed urologia. L'elevato standard qualitativo delle strutture e del personale fa dell'India una delle mete principali per il turismo sanitario internazionale. In India, un'operazione di bypass coronarico costa attorno alle 70 000–100 000 Rs, a fronte delle 1.5–2.0 milioni di Rs che costerebbe ad esempio negli USA. Ospedali privati altamente specializzati, come quelli che fanno parte della catena degli Apollo Hospitals trattano casi ed interventi su pazienti provenienti da tutto il mondo e non solamente dai paesi industrializzati. Ogni anno circa 50 000 pazienti arrivano in India dal Bangladesh spendendo complessivamente oltre 1 Milione di US\$ per cure ed interventi medico-sanitari (Rahman, 2001).

La Tabella 2 riporta alcuni dati indicativi sulla comparazione tra il prezzo medio di alcuni interventi medici in India rispetto al prezzo degli stessi servizi, praticato dalle strutture statunitensi.

In molti casi il costo delle cure in India risulta di almeno tre o quattro volte inferiore rispetto agli USA.

Sulla comparazione di prezzo chiaramente devono essere fatte delle precisazioni, specificando che un semplice confronto può non tener conto di differenze qualitative, relative anche a trattamenti accessori e complementari. Si tratta poi di prezzi medi che spesso non riflettono la grande diversità che si trova all'interno del mercato indiano, dove la varianza è decisamente superiore rispetto alla distribuzione dei prezzi nel mercato USA, molto più concentrata attorno al valore medio che quindi riflette bene la realtà osservata.

Tabella 2 **Prezzi medi indicativi per interventi medico-sanitari in USA e India**

Treatment	India Cost (\$)	US Cost (\$)
Open Hearth Surgery	4,500	18,000
Cranio-Facial Surgery &Skull Base	4,300	13,000
Neuro Surgery w/ Hypothermia	6,500	21,000
Simple Spine Surgery	4,300	13,000
Simple Brain Tumor	2,100	6,500
° Biopsy	1,000	4,300
° Surgery	4,300	10,000
Parkinson		
° Lesion	2,100	6,500
° DBC	17,000	26,000
Hip Replacement	4,300	13,000
Porcelain Metal Bridge	300	1,800
Porcelain Metal Crown	80	600
Root Canal	100	600
Tooth Withenings	110	350
Tooth Impactions	100	500

Fonte: <http://www.medical-tourism.us/>

Come si può notare le differenze riguardano anche interventi di prima necessità e altamente specializzati (chirurgia a cuore aperto) per le quali vi è un crescente mercato che va di pari passo all'incremento qualitativo dei servizi offerti dalle strutture indiane.

Tuttavia tra le principali specializzazioni rimangono interventi di tipo “elective”, quali la chirurgia plastica. La tabella 3 mostra come si distribuiscono nel mondo gli interventi di chirurgia plastica. Sebbene in larga misura si tratti di una variabile influenzata dal reddito, si può notare come paesi in

via di sviluppo presentino numeri interessanti. In particolare Taiwan presenta una concentrazione molto elevata di interventi se calcolata rispetto alla popolazione e rispetto al numero di strutture.

Tabella 3 Interventi di chirurgia estetica realizzati nelle strutture associate ISAPS (2004)

Number of Procedures per Country							
Country	Procedures	Percentage (%)	Rank	Country	Procedures	Percentage (%)	Rank
Usa	76091	12,99	1	Great Britain	8114	1,38	22
Mexico	54074	9,23	2	Denmark	7680	1,31	23
Argentina	49590	8,46	3	India	6173	1,05	24
Spain	47680	8,14	4	Italy	5400	0,92	25
France	38070	6,50	5	Sweden	4902	0,84	26
Germany	36607	6,25	6	Ecuador	4375	0,75	27
Brazil	35728	6,10	7	Venezuela	4314	0,74	28
South Africa	23698	4,04	8	Portugal	3494	0,60	29
Turkey	22827	3,90	9	United Arab Emirates	3289	0,56	30
Japan	17227	2,94	10	Finland	2430	0,41	31
Switzerland	15622	2,67	11	Cyprus	2094	0,36	32
South Korea	13797	2,35	12	Slovak Republic	1778	0,30	33
Canada	13189	2,25	13	Philippines	1185	0,20	34
Australia	13072	2,23	14	Bulgaria	1093	0,19	35
Taiwan	11018	1,88	15	Jordan	994	0,17	36
Lebanon	10790	1,84	16	Israel	770	0,13	37
Chile	10430	1,78	17	Malaysia	658	0,11	38
Greece	9783	1,67	18	Bosnia-Herzegovina	385	0,07	39
Serbia-Montenegro	9438	1,61	19	Indonesia	336	0,06	40
Russia	8754	1,49	20	Czech Rep.	312	0,05	41
Colombia	8330	1,42	21	Hong Kong, China	300	0,05	42
				Total	585891	100	

Fonte : International Society of Plastic Surgery – ISAPS (2006)

Anche le cure odontoiatriche rappresentano procedure generalmente escluse dagli schemi di copertura assicurativa o per le quali in molti casi si ricorre al settore privato anche in un sistema di copertura pubblica universale.

La tabella 4 mostra alcune indicazioni sulle differenze di prezzo per i servizi odontoiatrici in India e negli USA. Anche in questo caso si può percepire, con tutte le avvertenze del caso espresse anche sopra in termini di comparazione internazionale, una sensibile differenza che può comprendere anche il costo del viaggio.

Tabella 4 Dental treatment: confronto fra prezzi in India e USA (2004)

Dental procedure	Cost in US (US\$)		Cost in India (US\$)
	General Dentist	Top End Dentist	Top End Dentist
Smile designing	-	8,000	1,000
Metal free Bridge	-	5,500	500
Dental Implants	-	3,500	800
Porcelain Metal Bridge	1,800	3,000	300
Porcelain Metal Crown	600	1,000	80
Tooth impactions	500	2,000	100
Root canal Treatment	600	1,000	100
Tooth whitening	350	800	110
Tooth colored composite fillings	200	500	25
Tooth cleaning	100	300	75

Fonte: Medical Tourism India (2005)

Non è solamente l'India ad essere attiva e dinamica nel crescente mercato internazionale dei servizi sanitari.

Alcune delle principali stime disponibili evidenziavano circa 150 000 arrivi nel 2001 per turismo sanitario a Singapore, mentre nel 2005 il numero era cresciuto a 200 000 nel 2005. Le principali nazioni di origine sono la Malesia e l'Indonesia. In totale, le stime più attendibili mostrano che il periodo di permanenza medio dei pazienti stranieri è di circa 5 giorni e la spesa individuale di oltre 1280 Euro.

La strategia del paese è chiaramente orientata all'attrazione di pazienti internazionali.

SingaporeMedicine è il risultato di un'iniziativa governativa lanciata nel 2004 che si propone di gestire e offrire supporto a questo specifico mercato in forte espansione: si stima che per il 2012 oltre un milione di pazienti stranieri all'anno arriveranno a Singapore, generando ricavi per tre miliardi di US\$ e almeno 13 000 nuovi posti di lavoro con un effetto trainante sull'economia nazionale. In particolare, la strategia del paese è quella di porsi come punto di riferimento per il mercato del Medio Oriente.

Anche Thailandia e Malesia sono paesi particolarmente interessati da questo crescente fenomeno. In un solo anno, dal 2002 al 2003, il numero dei pazienti stranieri arrivati in Thailandia per ricevere cure mediche è aumentato del 13%.

Il turismo sanitario in Malesia è cresciuto in maniera esponenziale negli anni più recenti, di pari passo con la crescita di strutture sanitarie private.

I pazienti stranieri sono passati da 39 140 nel 1998 a 174 189 nel 2004. Un mercato che ha un valore stimato attorno ai 24 milioni di Euro all'anno.

Tabella 5 Prezzi medi indicativi praticati negli Ospedali appartenenti alla Malaysia Private Hospitals Association (2004)

Type of Package	Cost		Details of package
	Lowerest RM*	Highest RM*	
Elective Diagnostic Packages			
Endoscopy (OGDS)	700	1,000	Day care diagnostic only
Colonoscopy	700	1,000	Day care diagnostic only
MRI	800	1,000	
CT	500	1,000	
Cardiology			
CABG	25,000	35,000	2-3 days ICU stay Not more than 7 days in ward Inclusive of consultation charges and cardiologist and anaesthetist fees
Angiogram	3,500	5,000	1 day stay Inclusive of cardiologist, procedure and equipment charges
Angioplasty (actual price depends on number of balloons/stents used)	15,000	22,000	1 day stay Inclusive of cardiologist, procedure and equipment charges
Oftalmology			
Cataract surgery	2,700	5,000	Day ward
Orthopaedic			
Total knee replacement	15,000	18,000	5 days stay in wardroom (inclusive of meals). Inclusive of orthopaedic and anaesthetist charges Surgery charges and implant
Hip replacement	15,000	20,000	5 days stay in ward (inclusive of meals). Includes consultation
Arthroplasty and surgery	10,000	18,000	3 days inclusive of ward room charges. Includes consultation
Plastic surgery			
Double eye- lid/eye-bag	2,000	2,500	Day ward
Face and neck lift	7,000	10,000	Inclusive of 2 day stay
Breast augmentation	8,000	10,000	Day ward
Breast reduction/lift	7,000	10,000	Inclusive of 1 day stay
Liposuction	5,000	8,000	Inclusive of 2 day stay
Abdominoplasty	7,000	10,000	Inclusive of 3 day stay
Rhinoplasty	2,000	5,000	Day ward

*1 RM= 0,22 Euro

Fonte : Malaysia Private Hospital Association (2006)

La tabella 5 riporta lo standard medio di prezzo praticato (valuta locale) delle strutture sanitarie della Malaysia Private Hospital Association.

Anche in questo caso, apportata l'opportuna ponderazione per l'utilizzo di una valuta comune, si possono notare gli enormi differenziali con il prezzo di interventi analoghi praticati negli USA.

Anche la Malesia ha intrapreso una politica di forte ed attivo sostegno al settore e a tal fine è stato creato un istituto pubblico dedicato, il National Medical Tourism Cometeet, nel 2004.

3. IMPLICAZIONI DEL TURISMO SANITARIO

Tra le principali implicazioni del turismo sanitario verso destinazioni in paesi in via di sviluppo possiamo individuare sicuramente il miglioramento dell'aspetto qualitativo dei servizi. Il principale ostacolo allo sviluppo del settore è rappresentato dalla qualità dei servizi che spesso più che compensa il differenziale di prezzo soprattutto per una domanda di beni e servizi sanitari che in larga misura si dimostra tendenzialmente avversa al rischio.

Di conseguenza, l'attrazione di maggiori pazienti dai mercati più ricchi nei paesi in via di sviluppo passa anche per l'incremento qualitativo dei servizi offerti. Molte strutture in India, Malesia, Cina,

Taiwan e Singapore non hanno nulla da invidiare ai più moderni ospedali del mondo occidentale, a partire dalle tecnologie, fino ad arrivare alle condizioni igieniche e alla preparazione del personale medico e di assistenza.

In realtà il problema del divario qualitativo, come per la maggior parte dei beni e servizi, è legato alla percezione e ad un sistema di imperfetta informazione che necessita quindi di marchi, certificazioni, standard e riconoscimenti che possano garantire al paziente un livello di qualità atteso sulla base di parametri condivisi.

In questo senso negli ultimi quindici anni si è sviluppata ed è recentemente esploso il fenomeno delle certificazioni di qualità a livello internazionale. Si tratta di certificazioni rilasciate da autorità e organizzazioni terze (private o pubbliche) acquisite sulla base di standard riconosciuti a livello internazionale.

Tuttavia persiste e anzi si amplifica il problema della qualità “media” delle strutture. Questi centri certificati spesso rimangono isole di eccellenza mentre la qualità media delle strutture rimane estremamente bassa e decisamente sub-standard. Il rischio è quindi che questo processo avvenga senza un effettivo miglioramento generale e che quindi, senza una adeguata politica di accesso, spinga ad un aumento delle disuguaglianze senza produrre benefici per la maggioranza della popolazione locale.

Questo porta all'altro grande e delicato tema che ruota attorno al turismo medico: la tendenza alla crescita del segmento privato a scapito del servizio pubblico. Questa tendenza ha un peso notevole nelle realtà in via di sviluppo, dove le ragioni dei privati possono facilmente portare effetti negativi per la maggioranza della popolazione locale, se non adeguatamente bilanciati da interventi di assistenza generalizzata e pubblica.

Altre questioni aperte rimangono e meritano di essere analizzate.

Ad esempio: quali sono i “costi” del turismo sanitario in termini di follow-up care? Nonostante spesso vengano inclusi nei pacchetti di viaggio periodi di soggiorno prolungati o multipli a frequenza regolare per effettuare visite di controllo, e nonostante i minori costi possano consentire di coprire, per un prezzo minore anche l'assistenza successiva agli interventi, resta comunque vero che attraverso la mobilità internazionale dei pazienti si realizza in genere la massima esternalizzazione dei costi e dei rischi da parte delle strutture verso il paziente. La degenza post-operatoria sarà non solo a carico del paziente e dei familiari, ma forse avrà ricadute sulla collettività (si pensi ad una procurata invalidità) che non sarà nella stessa nazione in cui l'intervento è stato eseguito. A ciò si aggiunge che spesso i paesi in questione offrono scarsa protezione da un punto di vista normativo/legale contro i rischi di *malpractice*.

Un'ulteriore problematica legata al turismo sanitario riguarda il rafforzamento di una visione della salute se non come “merce”, quanto meno come “*medicalized*”. In altri termini rafforza la percezione che i servizi sanitari siano equiparabili a qualsiasi altro servizio acquistabile al prezzo più basso sul mercato mondiale, spostando l'enfasi dalla fase di prevenzione alla fase della cura delle patologie. A fronte di un incremento dei casi necessari trattati che non sarebbero stati curati altrimenti (per via dei costi troppo elevati) il rischio è quello di una sovra-utilizzazione delle strutture sanitarie ed un ricorso sempre maggiore ad interventi non necessari. Questo aspetto è amplificato dal marketing delle strutture che oggi avviene, sia a livello di singole strutture, ma spesso anche con il forte supporto delle autorità pubbliche, anche attraverso siti web dedicati.

In questo paper ci concentreremo tuttavia, in prima approssimazione, sui primi due aspetti menzionati:

- a) la tendenziale crescita del livello qualitativo dei servizi offerti dalle strutture nei paesi in via di sviluppo e l'importanza delle certificazioni internazionali di qualità, come strumento per ridurre le asimmetrie informative.
- b) Il delicato rapporto fra pubblico e privato che il fenomeno del turismo sanitario porta inevitabilmente alla luce.

3.1 CERTIFICAZIONE INTERNAZIONALE DI QUALITA'

Nonostante la certificazione di qualità delle strutture ospedaliere sia un fenomeno tutt'altro che recente (in particolare negli USA e in Canada, pionieri in questo tipo di attività), la crescita dell'interesse per la certificazione internazionale di qualità ha origine negli anni Ottanta. Solamente negli anni Novanta però il fenomeno comincia a tradursi in interventi concreti. Nel Maggio 1996 la XIII Conferenza Internazionale ISQua tenutasi a Gerusalemme aprì il dibattito sull'utilizzo della certificazione degli ospedali come metodo per standardizzare a livello internazionale la qualità dei servizi sanitari. La regolamentazione ed i criteri ISO 9000 furono identificati come possibile alternativa. Nella realtà il metodo che pare fornire maggiori garanzie e risultati in ambito sanitario è quello dell'accreditamento.

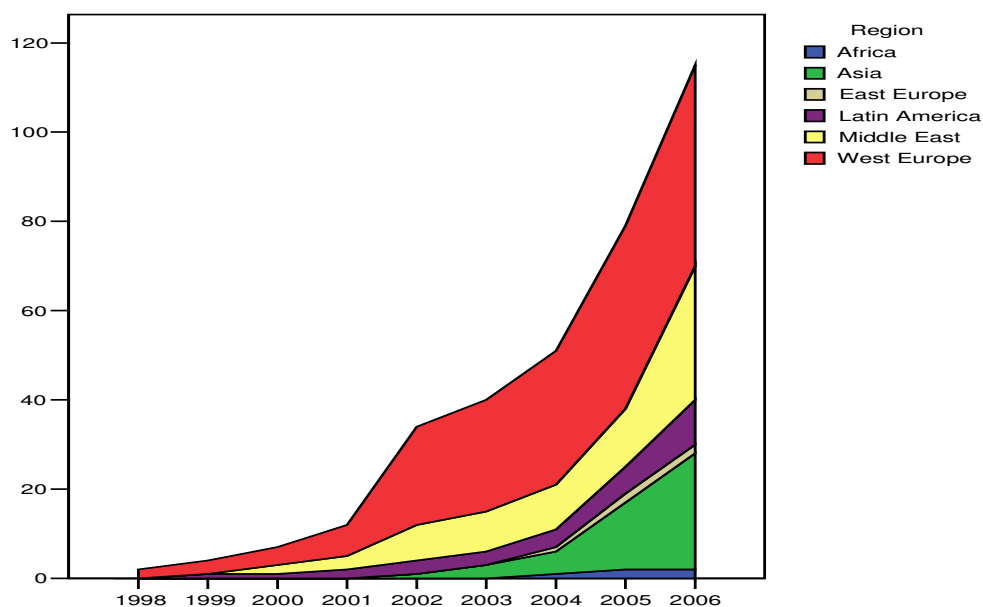
In particolare, l'istituto americano pioniere in questo campo, La Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) ha istituito una sezione internazionale per la sua attività di certificazione e misura la rispondenza degli ospedali a 55 standard in 13 diverse *functional areas*. Controllori esterni provvedono ad una prima *survey* e ad una dimostrazione educativa su come poter ottenere la certificazione attraverso la *compliance* agli standard fissati. A questa prima visita fa seguito, uno o due anni più tardi la vera e propria ispezione / *survey* di accreditamento. Non vengono fornite in questo processo, informazioni, consulenze o risorse supplementari per assistere le strutture ospedaliere. I costi stimati per struttura sono di circa US\$10,000. Questo sistema convive con sistemi nazionali riconosciuti a livello internazionale⁵ e con altre esperienze che si stanno sviluppando su questa scia (ad esempio, anche il Canadian Council of Health Services Accreditation, ha recentemente avviato una propria sezione dedicata alla certificazione di strutture estere).

Per molte strutture coinvolte nell'attrazione di pazienti dall'estero la certificazione internazionale rappresenta un modo per colmare la carenza informativa oltre che un segnale per aumentare la qualità percepita (aspetto essenziale poiché strutture di eccellenza possono godere di esternalità o effetto-reputazione negativo per il fatto di trovarsi in realtà in via di sviluppo).

Se si considerano le strutture che hanno ottenuto la certificazione JCAHO International, dal 1998 al 2006 si nota un incremento esponenziale che ha portato il numero complessivo a crescere da 2 ospedali a 111. La figura 2 dipinge questo trend mettendo in evidenza anche il peso su questo incremento delle diverse aree geografiche a livello globale.

⁵ Spicca, tra gli altri, il caso del Sud Africa in cui il Council for Health Services Accreditation of Southern Africa misura la compliance degli ospedali rispetto a 6000 criteri in 28 aree funzionali. Il procedimento è lungo e costoso (12-18 mesi per un costo di circa 32,000 US\$ per struttura) ma garantisce all'ospedale anche una assistenza ogni 6 settimane che consente di incrementare gli standard qualitativi in maniera progressiva e controllata. Si tratta di un procedimento che offre buone garanzie a livello internazionale ed è ampiamente riconosciuto, cosa che può contribuire a spiegare il fatto che nessun ospedale Sud Africano figuri nella lista delle strutture accreditate JACHO.

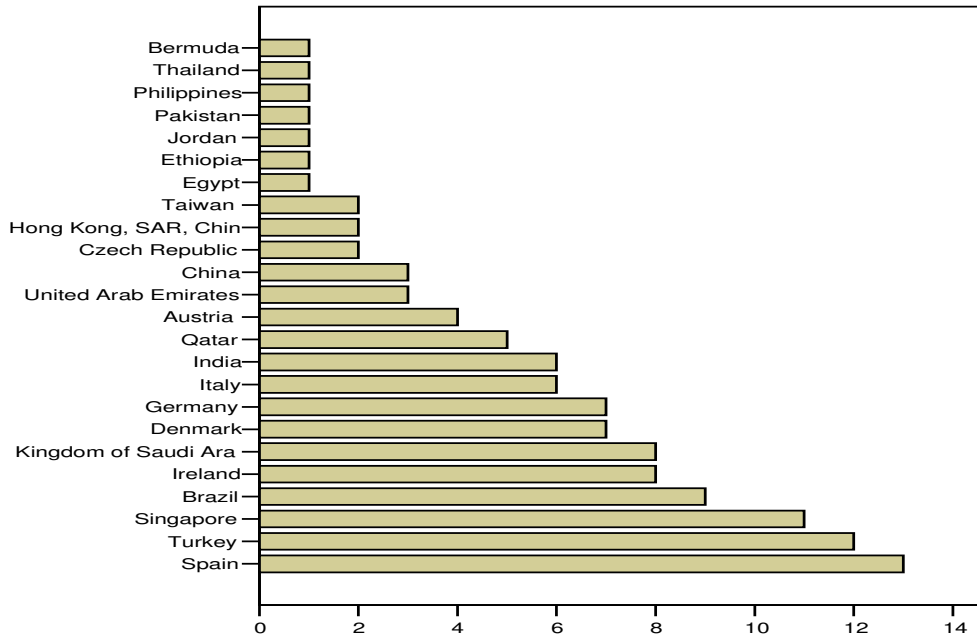
Figura 2 Strutture accreditate JCAHO nel mondo cumulate per anno di certificazione



Fonte: Elaborazione su dati JCAHO (2007)

Si nota come la quota principale delle strutture certificate sia rappresentata dall'Europa Occidentale. Tuttavia al secondo posto figura l'Asia, che ha avuto un trend di crescita notevole nei soli ultimi quattro anni, passando da una situazione in cui non esistevano strutture accreditate nel 2001 ad averne oltre 20 nel 2006. La figura 3 indica la scomposizione per paese delle strutture accreditate al 2007. Anche in questo caso si nota il peso dei paesi Asiatici. In particolare Singapore (11 strutture certificate) e India (6 strutture). Anche Cina, Hong Kong, Taiwan, Filippine e Thailandia sono presenti in questo processo di progressivo incremento e diffusione della certificazione internazionale di qualità.

Figura 3 Numero di strutture accreditate JCAHO per paese (al Marzo 2007)



Fonte: Elaborazione su dati JCAHO (2007)

Tuttavia, proprio come si ricordava in precedenza, si tratta di paesi che, mentre si dimostrano attivi nel perseguire strategie di attrazione dei pazienti stranieri, presentano importanti problemi di rapporto tra pubblico e privato e nel dislivello qualitativo delle strutture (centri di eccellenza internazionali affiancati ad una situazione sanitaria generalmente molto povera sia sotto il profilo degli indicatori di salute, sia sotto il profilo delle strutture).

A questo scopo, sempre più frequente è anche il ricorso ad altre forme di “branding”, non ultima l’affiliazione di molti centri di eccellenza attraverso una partnership con Harvard Medical International. Tuttavia lo stimolo al miglioramento degli standard qualitativi ha comunque importanti spillovers. Difatti ospitare un centro medico di eccellenza ed essere riconosciuto come destinazione per turismo medico-sanitario ha un impatto anche sul rischio generale percepito sulla situazione sanitaria del paese con ripercussioni positive sull’attrazione di persone e capitali anche in settori non strettamente legati all’ambito sanitario. Inoltre questa ricerca della qualità può fungere da stimolo anche per strutture pubbliche non necessariamente coinvolte in queste dinamiche di attrazione dei pazienti. Tuttavia, perché ciò accada, è importante non dimenticare il ruolo di una politica pubblica capace di tradurre le ricadute degli investimenti e profitti privati sulle strutture e sulle condizioni di vita della collettività.

3.2 TENSIONI PUBBLICO-PRIVATO: IL CASO DEL SUD-EST ASIATICO

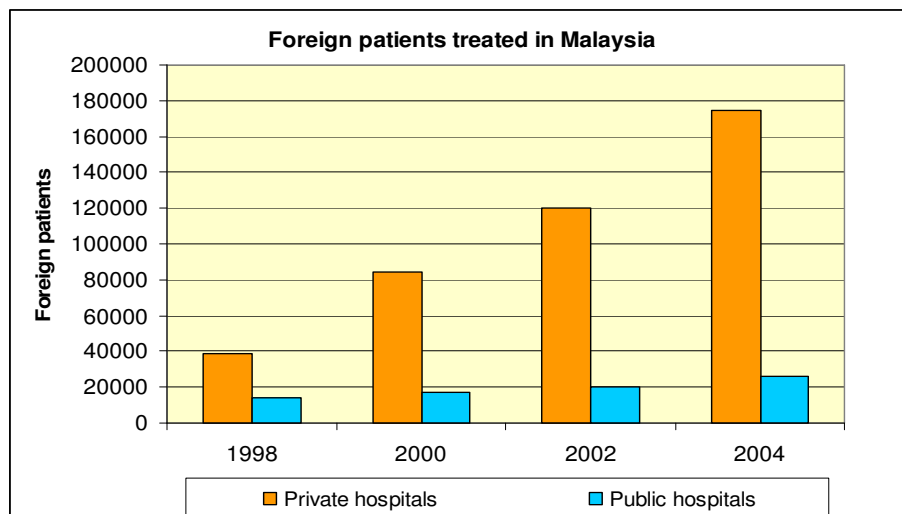
Come abbiamo già avuto modo di osservare, la domanda di prestazioni sanitarie all’estero riguarda in maniera primaria il segmento di spesa privato e soprattutto quello relativo alla spesa *out-of-pocket*. L’aumento del numero delle persone prive di assicurazione sanitaria negli Stati Uniti (43 milioni, secondo stime recenti); il maggior peso dei servizi fuori dalla copertura assicurativa o dall’offerta dei sistemi sanitari nazionali per l’effetto del ridimensionamento del budget pubblico sono fenomeni importanti in questa direzione e che in parte spiegano la crescita esponenziale del turismo sanitario. Tuttavia anche il ruolo dei sistemi sanitari pubblici o delle assicurazioni di fronte al fenomeno della mobilità internazionale dei pazienti, sta lentamente cambiando. Lo Stato degli Emirati Arabi Uniti, ad

esempio, utilizza in larga misura strutture sanitarie di Singapore attraverso contratti bilaterali con i singoli ospedali. Lo stesso accade per i pazienti del sistema sanitario pubblico in Libia, che possono ottenere a spese dello stato cure presso strutture accreditate in Giordania.

Questo per quanto riguarda i paesi di provenienza dei pazienti.

Dal punto di vista dei paesi ospitanti, invece, emergono tensioni che rischiano di mettere in crisi sistemi sanitari già molto fragili, nonché di distorcere le priorità e gli effetti degli interventi programmati ed in corso. La figura 4 mostra come il numero dei pazienti stranieri sia cresciuto e soprattutto come si sia distribuito tra strutture pubbliche e private in Malesia.

Figura 4 Numero di pazienti stranieri in strutture pubbliche e private in Malesia



Fonte: National Medical Tourism Committee (2005)

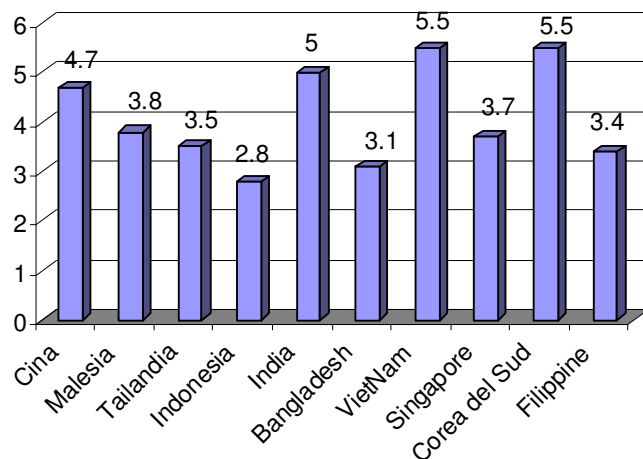
Certamente, analizzando l'andamento, si nota che anche gli ospedali pubblici hanno partecipato alla crescita dei servizi di assistenza a pazienti stranieri. Nonostante ciò la percentuale è rimasta nel corso degli anni sempre nettamente inferiore a quelle delle strutture private, che hanno fatto registrare una vera esplosione nel numero di pazienti dall'estero dal 1998 al 2004.

Questo mostra quanto il turismo sanitario sia legato in maniera preponderante allo sviluppo del segmento privato del sistema sanitario.

In questo quadro, i paesi del Sud-Est Asiatico mostrano un profilo di spesa pubblica peculiare che merita seria considerazione. A fronte di una situazione economico-sanitaria spesso catastrofica per la maggioranza della popolazione, questi paesi mostrano sistemi sanitari fragili e una cronica difficoltà nell'incrementare le risorse destinate alla salute.

L'incidenza della spesa sanitaria sul Pil per questi paesi è rappresentata nella figura 5.

Figura 5 Spesa pubblica in percentuale sul Pil (2004)



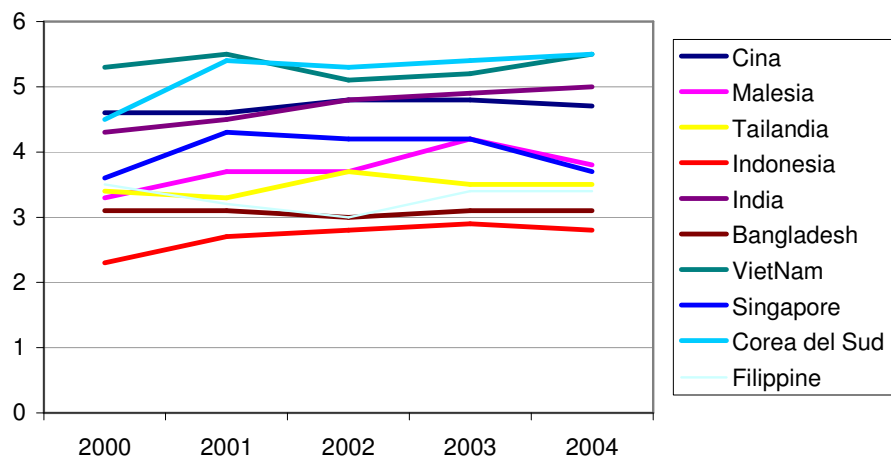
Fonte: OMS (2006)

Soltanto Vietnam e Corea del Sud superano un'incidenza del 5 %, mentre nei paesi industrializzati occidentali la percentuale è in media superiore al 8 %. L'Indonesia chiude la classifica con un investimento pari al 2,8% del proprio reddito nazionale.

Si arriva quindi al paradosso, ben noto nella letteratura di international health economics, secondo cui sistemi sanitari più fragili paradossalmente investono meno in salute rispetto a sistemi più avanzati. In genere questo porta anche a dire che tecnicamente, dati empirici alla mano, la salute è un bene di lusso in quanto le stime mostrano un'elasticità al reddito maggiore di uno. In realtà questo è in parte spiegato dal differenziale epidemiologico: la cura delle malattie infettive è generalmente meno costosa della cura di malattie croniche.

La figura 6 mostra invece il trend storico (dal 2000 al 2004) della quota di spesa sanitaria sul Pil degli stessi paesi.

Figura 6 Spesa sanitaria in percentuale sul Pil (2000-2004)



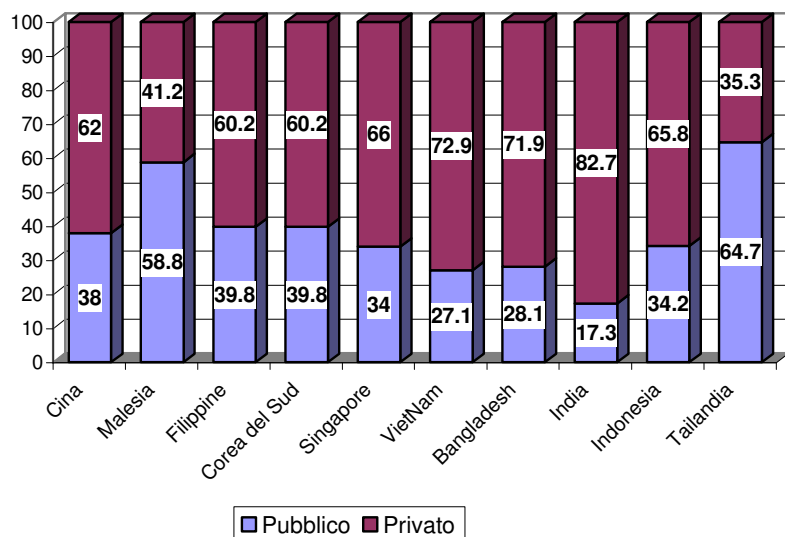
Fonte: OMS (2006)

Nonostante la quota sia rimasta sostanzialmente costante, si deve notare che in molti dei paesi elencati la spesa complessiva in termini assoluti è decisamente aumentata per effetto della sostenuta crescita economica degli ultimi anni.

Quello che preme sottolineare in questa sede è come in questi paesi manchi, o sia estremamente limitato un settore pubblico in grado di generare benefici diffusi sulla collettività attraverso interventi di politica sanitaria e attraverso strutture accessibili a tutta la popolazione.

Soltanto in due casi la percentuale di spesa pubblica sul totale della spesa sanitaria risulta superiore al 40%. Come evidenziato dalla figura 7, in Thailandia il 35,3% della spesa sanitaria è coperto dal settore privato mentre in Malesia il 42,1. Sono dati che indicano comunque una significativa presenza del segmento privato, ma che rappresentano quasi due eccezioni per l'area in questione.

Figura 7 Percentuale di spesa pubblica e privata sulla spesa sanitaria complessiva (2004)



Fonte: OMS (2006)

Inoltre si può notare come in diversi casi (Cina, India, Singapore, Filippine) la quota di spesa privata sia aumentata dal 2000 al 2004 (vedi dati in appendice).

Anche i dati sulla spesa out-of-pocket disegnano un quadro non positivo della situazione. Difatti l'ampia quota di tale tipologia di spesa fa pensare ad un'individualizzazione delle spese per le cure senza beneficiare di alcuno schema di *risk sharing* o forma di controllo sulle spese e sui servizi.

La spesa out-of-pocket è uno dei fattori determinanti della caduta in circoli viziosi di spesa sanitaria e progressivo impoverimento, meglio note come "*trappole della povertà*" (OMS, 2001).

Fatte queste considerazioni, si può comprendere appieno, dopo avere valutato le opportunità, anche il rischio che i paesi del sud-est asiatico corrono nel loro progressivo ed esponenziale rafforzamento come destinazioni del turismo medico-sanitario internazionale.

Il paradosso diviene quello per cui si concentra l'attenzione sempre di più sul segmento privato internazionale, e quindi su pazienti con una buona disponibilità a pagare, trascurando la grande maggioranza della popolazione che vive in condizioni economiche tali da non potersi permettere gli stessi prezzi dei pazienti stranieri. Questo avviene per di più in un momento in cui molti di questi paesi

stanno attraversando la cosiddetta transizione epidemiologica e quindi presentano una sempre maggior domanda di servizi per malattie croniche non trasmissibili, che richiedono servizi specializzati e più costosi.

Non si tratta soltanto di uno spostamento di attenzione e di peso. Da un lato aumentano le spese private, ma dall'altro anche le risorse pubbliche rischiano di venire distorte nel loro utilizzo. Innanzitutto si è già avuto modo di notare come le autorità pubbliche spingano e finanzino iniziative per promuovere il turismo medico verso i propri paesi. Questo si giustifica con un possibile effetto-moltiplicatore per l'economia da parte dei nuovi flussi di pazienti in entrata, tuttavia una tendenza accertata è anche quella di costruire strutture private o comunque orientate alla domanda più ricca proveniente dall'estero utilizzando risorse pubbliche per finanziare strutture e apparecchiature che hanno un impatto nullo sul miglioramento delle condizioni di vita della popolazione locale.

Inoltre lo sviluppo di un settore privato interno fugge da ulteriore drenaggio delle già scarse competenze mediche locali. I paesi in via di sviluppo quindi, oltre a soffrire la fuga di medici e infermieri qualificati verso i paesi industrializzati, oggi vedono il settore pubblico interno soffrire ulteriormente per la concorrenza del settore privato che offre salari maggiori per gli operatori sanitari.

Dunque la sfida appare quella per cui il settore sanitario privato possa generare benefici che per un effetto di *trickle-down* possano estendersi anche al resto delle strutture e della popolazione locale.

In alcuni casi questo si sta realizzando. Ad esempio, Indian Apollo Group ha predisposto appositi reparti in cui sono offerti posti letto e trattamenti gratuiti per gli indigenti. Inoltre ha creato un *trust fund* che tra le molte attività filantropiche si occupa anche dello sviluppo di tecnologie di telemedicina per raggiungere aree rurali poco servite dai servizi medici. Altre iniziative isolate sono state intraprese, ma in ogni caso sempre progetti mirati e provenienti dall'iniziativa privata. Nella grandissima maggioranza delle aree urbane le strutture private in grado di attrarre pazienti dall'estero rappresentano aree isolate di eccellenza e non esiste, ad oggi, alcuna politica mirata a riequilibrare o mitigare questa crescente e pericolosa frattura.

4. CONCLUSIONI

Il mercato per il turismo medico-sanitario è in forte espansione ed è possibile prevedere che il progressivo invecchiamento della popolazione spingerà ulteriormente la domanda assieme alla crisi, in parte già in atto, dei sistemi di welfare e di assistenza pubblica occidentali, sempre più pressati da esigenze di contenimento del budget.

La possibilità di ottenere cure a prezzi inferiori per servizi analoghi, spostandosi verso altri paesi rappresenta una soluzione sempre più praticata e praticabile e che si configura come un gioco in cui convergono gli interessi dei pazienti, o delle organizzazioni paganti, quelli delle strutture e dei paesi in via di sviluppo che possono beneficiare di maggiori entrate dall'esportazione di beni e servizi sanitari, oltre ad eventuali effetti-moltiplicativi dall'arrivo di pazienti dall'estero.

Questo ha portato ad una crescita del numero di certificazioni internazionali particolarmente pronunciata per i paesi asiatici. Ma proprio osservando la realtà dei paesi del Sud-Est Asiatico, realtà estremamente dinamiche in questo processo, si può comprendere il rischio che sta dietro allo sviluppo del turismo sanitario. Ossia uno sbilanciamento verso una ancora maggior importanza del settore sanitario privato in situazioni in cui la spesa sanitaria è contenuta, e soprattutto è già fortemente sbilanciata sul versante della spesa privata.

Senza una adeguata politica di redistribuzione dei vantaggi derivanti dal turismo medico il rischio è quello di destrutturare ulteriormente una realtà già fragile.

Per quanto riguarda gli scenari futuri si può immaginare una progressiva, sempre maggiore integrazione internazionale dei sistemi sanitari nazionali. Non solo i pazienti, ma anche le autorità sanitarie e le organizzazioni finanziatrici della spesa e fornitori di servizi sono sempre più investiti dalla crescente concorrenza internazionale e si muovono quindi su spazi e mercati più ampi rispetto ai

tradizionali confini nazionali. Questo pone seri problemi di policy, di governo sanitario, di regolamentazione e coordinamento che possono portare ad un ridisegno degli attuali assetti e che in ogni caso devono essere affrontati in un futuro ormai prossimo. Come notano Chilingierian e Savage (2005): “*To address global challenges and opportunities, health care organizations are employing two different strategies: (1) building and marketing world-class health care facilities internationally, and (2) organizing and integrating multinational healthcare operations. The first strategy exploit the medical tourism market. The second strategy requires either multinational health care networks or transnational healthcare organizations*”.

E ragionevole attendersi anche la possibilità che sia necessario pensare a nuove strutture e organizzazioni in grado di guidare le spinte verso la globalizzazione dei mercati e dei servizi in un settore delicato come quello sanitario.

BIBLIOGRAFIA

- Adlung, R. (2002). Health services in a globalising world. *EuroHealth*, 8, 18–21.
- Adlung, R., Carzaniga, A. (2001). Health services under the General Agreement on Trade in Services. *Bulletin of the World Health Organisation*, 79, 352–364
- Bettcher, D., Yach, D., Guindon, E. (2000). Global trade and health: Key linkages and future challenges. *Bulletin of the World Health Organisation*, 78, 521–534
- Carrera P.M., Bridges J.F.P. (2006), Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism, *Expert Review of Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, Vol. 6, N. 4, pp. 447-454.
- Chanda, R. (2002). *Trade in health services*. In N. Drager, C. Vieira (Eds.), *Trade in health services: global, regional and country perspectives*. Washington, DC: PAHO
- Chilingierian J.A., Savage G.T. (2005), The emerging field of international health care management: an introduction, *International Health Care Management*, vol.5, pp. 3-28.
- Cockerell N. (1996), Spas and health resorts in Europe, *Travel & Tourism Analyst*, vol. 1, pp. 53-77.
- Garcia-Altès A. (2005), The development of health tourism services, *Annals of Tourism Research*, vol. 32, Jan., pp. 262-266.
- Henderson J.C. (2004), Healthcare Tourism in Southeast Asia, *Tourism Review International*, n. 7, pp. 111-122.
- Horner S., Swarbrooke J. (1998), The health tourism market, *Insights*, vol. 9, pp. 37-49.
- Lipson, D. (2001). The World Trade Organisation’s health agenda: Opening up the health services markets may worsen health equity for the poor. *British Medical Journal*, 323, 1139–1140
- Pollock, A., Price, D. (2000). Rewriting the regulations: How the World Trade Organisation could accelerate privatization in health care systems. *The Lancet*, 356, 1995–2000
- Price, D., Pollock, A. (1999). How the World Trade Organisation is shaping domestic policies in health care. *The Lancet*, 354, 1889–1892.
- Sheaff R. (1997), Healthcare access and mobility between the UK and other European Union states: an ‘implementation surplus’, *Health Policy*, vol.42,n. 3, pp. 239-253.
- UNCTAD (1997), *International trade in health services: difficulties and opportunities for developing countries*. Geneva: United Nations Conference on Trade and Development; 1997. Background note by UNCTAD Secretariat, TD/B/COM.1/ EM.1/2.
- White, K., Collyer, F. (1998). Health care markets in Australia: Ownership of the private hospital sector. *International Journal of Health Services*, 28, 487–510.
- Woodward, D. (2001). *The next crisis? Direct and equity investment in developing countries*. London: Zed Books .
- Yach, D., Bettcher, D. (1998). The globalisation of public health I: Threats and opportunities. *American Journal of Public Health*, 88, 735–738.
- Yach, D., Bettcher, D. (1998b). The globalisation of public health II: The convergence of self-interest and altruism. *American Journal of Public Health*, 88, 738–741.
- Zarilli S., Kinnon C., (eds.) (1998), *International trade in health services: a development perspective*. Geneva: United Nations Conference on Trade and Development/World Health Organization, Unpublished document UNCTAD/ITVD/TSB/5; WHO/TFHE/98.1.

APPENDICE

Indicatori di spesa sanitaria per alcuni paesi del Sud-Est Asiatico: Fonte OMS (2007)

Cina

Indicator	2000	2001	2002	2003	2004
Total expenditure on health as percentage of gross domestic product	4.6	4.6	4.8	4.8	4.7
General government expenditure on health as percentage of total expenditure on health	38.3	35.6	35.8	36.2	38.0
Private expenditure on health as percentage of total expenditure on health	61.7	64.4	64.2	63.8	62.0
General government expenditure on health as percentage of total government expenditure	11.1	9.5	9.4	9.7	10.1
Out-of-pocket expenditure as percentage of private expenditure on health	95.6	93.1	90.0	87.6	86.5
Per capita total expenditure on health at international dollar rate	181.9	197.0	226.4	252.9	276.7
Per capita government expenditure on health at international dollar rate	69.6	70.1	81.1	91.6	105.1

Malesia

Indicator	2000	2001	2002	2003	2004
Total expenditure on health as percentage of gross domestic product	3.3	3.7	3.7	4.2	3.8
General government expenditure on health as percentage of total expenditure on health	52.4	55.8	55.4	61.6	58.8
Private expenditure on health as percentage of total expenditure on health	47.6	44.2	44.6	38.4	41.2
General government expenditure on health as percentage of total government expenditure	6.2	6.3	6.5	7.9	7.5
Out-of-pocket expenditure as percentage of private expenditure on health	75.4	73.5	73.6	73.8	74.1
Per capita total expenditure on health at international dollar rate	294.1	329.0	343.5	409.1	402.3
Per capita government expenditure on health at international dollar rate	154.1	183.7	190.3	252.1	236.6

Filippine

Indicator	2000	2001	2002	2003	2004
Total expenditure on health as percentage of gross domestic product	3.5	3.2	3.0	3.4	3.4
General government expenditure on health as percentage of total expenditure on health	47.6	44.2	40.0	40.7	39.8
Private expenditure on health as percentage of total expenditure on health	52.4	55.8	60.0	59.3	60.2
General government expenditure on health as percentage of total government expenditure	7.1	6.2	5.1	6.1	6.3
Out-of-pocket expenditure as percentage of private expenditure on health	77.2	78.6	78.0	78.5	77.9
Per capita total expenditure on health at international dollar rate	171.2	164.1	157.5	192.1	202.8
Per capita government expenditure on health at international dollar rate	81.5	72.5	63.0	78.1	80.7

Corea del Sud

Indicator	2000	2001	2002	2003	2004
Total expenditure on health as percentage of gross domestic product	4.5	5.4	5.3	5.4	5.5
General government expenditure on health as percentage of total expenditure on health	50.0	53.1	51.7	51.9	52.6
Private expenditure on health as percentage of total expenditure on health	50.0	46.9	48.3	48.1	47.4
General government expenditure on health as percentage of total government expenditure	9.4	11.4	11.0	9.1	10.3
Out-of-pocket expenditure as percentage of private expenditure on health	79.4	81.3	82.0	79.8	80.4
Per capita total expenditure on health at international dollar rate	729.7	929.4	975.1	1050.2	1134.6
Per capita government expenditure on health at international dollar rate	365.1	493.8	504.3	545.3	596.5

Singapore

Indicator	2000	2001	2002	2003	2004
Total expenditure on health as percentage of gross domestic product	3.6	4.3	4.2	4.2	3.7
General government expenditure on health as percentage of total expenditure on health	35.4	36.2	32.4	37.8	34.0
Private expenditure on health as percentage of total expenditure on health	64.6	63.8	67.6	62.2	66.0
General government expenditure on health as percentage of total government expenditure	6.7	7.0	6.6	7.7	6.2
Out-of-pocket expenditure as percentage of private expenditure on health	97.1	97.1	97.2	96.9	96.9
Per capita total expenditure on health at international dollar rate	908.3	1066.3	1098.5	1134.9	1117.9
Per capita government expenditure on health at international dollar rate	322.0	385.6	356.4	428.4	380.6

VietNam

Indicator	2000	2001	2002	2003	2004
Total expenditure on health as percentage of gross domestic product	5.3	5.5	5.1	5.2	5.5
General government expenditure on health as percentage of total expenditure on health	28.0	29.2	28.1	29.1	27.1
Private expenditure on health as percentage of total expenditure on health	72.0	70.8	71.9	70.9	72.9
General government expenditure on health as percentage of total government expenditure	6.0	6.0	5.1	5.1	5.0
Out-of-pocket expenditure as percentage of private expenditure on health	87.1	89.6	87.7	86.5	88.0
Per capita total expenditure on health at international dollar rate	128.8	145.2	143.5	159.4	184.1
Per capita government expenditure on health at international dollar rate	36.1	42.4	40.3	46.4	49.8

Bangladesh

Indicator	2000	2001	2002	2003	2004
Total expenditure on health as percentage of gross domestic product	3.1	3.1	3.0	3.1	3.1
General government expenditure on health as percentage of total expenditure on health	25.4	25.6	25.4	27.8	28.1
Private expenditure on health as percentage of total expenditure on health	74.6	74.4	74.6	72.2	71.9
General government expenditure on health as percentage of total government expenditure	5.0	5.6	5.3	6.1	5.9
Out-of-pocket expenditure as percentage of private expenditure on health	88.1	87.5	87.5	87.5	88.3
Per capita total expenditure on health at international dollar rate	51.9	55.1	56.3	60.5	64.3
Per capita government expenditure on health at international dollar rate	13.2	14.1	14.3	16.8	18.1

India

Indicator	2000	2001	2002	2003	2004
Total expenditure on health as percentage of gross domestic product	4.3	4.5	4.8	4.9	5.0
General government expenditure on health as percentage of total expenditure on health	20.9	19.2	17.8	17.1	17.3
Private expenditure on health as percentage of total expenditure on health	79.1	80.8	82.2	82.9	82.7
General government expenditure on health as percentage of total government expenditure	3.1	3.0	2.9	2.7	2.9
Out-of-pocket expenditure as percentage of private expenditure on health	92.1	92.7	93.3	93.5	93.8
Per capita total expenditure on health at international dollar rate	60.2	67.8	74.3	82.5	91.4
Per capita government expenditure on health at international dollar rate	12.6	13.0	13.2	14.1	15.8

Indonesia

Indicator	2000	2001	2002	2003	2004
Total expenditure on health as percentage of gross domestic product	2.3	2.7	2.8	2.9	2.8
General government expenditure on health as percentage of total expenditure on health	26.3	33.1	33.7	31.6	34.2
Private expenditure on health as percentage of total expenditure on health	73.7	66.9	66.3	68.4	65.8
General government expenditure on health as percentage of total government expenditure	3.7	4.2	5.3	4.6	5.0
Out-of-pocket expenditure as percentage of private expenditure on health	72.2	75.1	75.3	76.0	74.7
Per capita total expenditure on health at international dollar rate	78.1	96.2	104.8	113.8	118.2
Per capita government expenditure on health at international dollar rate	20.6	31.8	35.3	36.0	40.5

Tailandia

Indicator	2000	2001	2002	2003	2004
Total expenditure on health as percentage of gross domestic product	3.4	3.3	3.7	3.5	3.5
General government expenditure on health as percentage of total expenditure on health	56.1	56.4	63.5	63.7	64.7
Private expenditure on health as percentage of total expenditure on health	43.9	43.6	36.5	36.3	35.3
General government expenditure on health as percentage of total government expenditure	10.0	9.0	9.3	11.9	11.2
Out-of-pocket expenditure as percentage of private expenditure on health	76.90	75.80	74.80	74.50	74.70
Per capita total expenditure on health at international dollar rate	222.7	225.4	265.9	277.5	293.3
Per capita government expenditure on health at international dollar rate	125.0	127.1	168.8	176.7	189.7