

# KÜRESEL KAPİTALİZMİN TIBBA DOKUNUŞU: SAĞLIK TURİZMİ

Melike YAVUZ\*

**Öz:** 1997'deki Asya durgunluğundan sonra bazı Güneydoğu Asya hastanelerinin hayatta kalma stratejisi olarak başlayan sağlık turizmi, bugün neredeyse tüm kıtaları kapsayan, bir milyar dolarlık küresel bir endüstri haline gelmiştir. Sağlık turizmi sağlık piyasasının kendine yeni pazarlar aradığı bir dönemde çevre kapitalist ülkelerin bir bölümü için bir ekonomik kalkınma stratejisi olarak, merkez kapitalist ülkeler içinse sağlık hizmetlerinin fahiş maliyetlerine ve artan bekleme listelerine geçici bir çözüm olarak piyasaya sunulmuştur. "Yeni bir eşitsizlik" biçimi olarak tanımlanan sağlık turizminin yükselişi, nitelikli sağlık çalışanlarının uygun kullanımı, mali kaynakların tahsisi ve sağlık hizmetlerinin dağılımı konusunda önemli sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Sağlık hizmetlerine erişim, maliyet ve kalite bakımından sosyal, kültürel ve ekonomik eşitsizlikleri derinleştirmektedir.

**Anahtar sözcükler:** sağlık turizmi, kapitalizm, neoliberalizm

## *Touch of Global Capitalism to Medicine: Health Tourism*

**Abstract:** Health tourism, which began as the survival strategy of some Southeast Asian hospitals after the Asian recession of 1997, has become a billion dollar global industry covering almost all the continents today. Health tourism has been presented as an economic development strategy for some of the peripheral capitalist countries and as a temporary solution to the excessive costs of health services and increasing waiting lists for central capitalist countries at a time when the health market is seeking new markets for itself. The rise of health tourism, defined as a "new inequality", poses significant problems with the proper use of qualified health workers, the allocation of financial resources and the distribution of health services. It deepens the social, cultural and economic inequalities in terms of access to health care, cost and quality.

**Key words:** health tourism, capitalism, neoliberalism

## Giriş

Tarih boyunca insanlar sağlık amaçlı olarak hem şehirlerarası hem de ülkeler arası seyahat etmişlerdir. Bu konuyla ilgili bilgiler Neolitik döneme kadar uzanmaktadır. Bu dönem yapılan seyahatler kimi ritüelleri yerine getirme ya da diğer algılanan sağlık yararları amaçlı olmuştur (Smith 2008). Bu seyahatler değişen biçimlerde Ortaçağa kadar devam etmiştir. 18. yüzyılda Avrupa'nın zengin sınıflarının sağlık için termal banyolara ulaşmak amacıyla sıklıkla sınırlar arası seyahat ettikleri bilinmektedir (Smith, 2012). Bu gelenek yeni trendler ve biçimlerle günümüze kadar sürmüştür.

Bugün, tedavi maliyetleri, hizmet kalitesi, uzun bekleme listeleri, tamamlayıcı ve alternatif tedavi prosedürlerine ulaşım gibi çok çeşitli faktörlerin itici gücüyle, zengin ve yoksul ülkeler arasında sağlık amaçlı seyahatler gerçekleşmektedir. Sağlık turizmi başlığı altında toplanan bu seyahatler amacı ve nedenlerine göre çok farklı biçimlerde gerçekleşmektedir. Çevre kapitalist ülke vatandaşlarının kendi

ülkelerinde yetersiz olan veya olmayan hizmetleri almak üzere merkez kapitalist ülkelere seyahati, merkez kapitalist ülke vatandaşlarının kendi ülkelerindeki sağlık maliyetleri, uzun bekleme listeleri veya yasal olmayan prosedürler nedeniyle çevre ülkelere seyahati, kaplıcalar/şifalı sular veya alternatif/tamamlayıcı tedavi yöntemlerine ulaşım amaçlı seyahatlerin tamamı sağlık turizmi kapsamına girmektedir.

Bu yazı zengin ülke vatandaşlarının kendi ülkelerinde çeşitli nedenlerle alamadığı sağlık hizmetlerini almak için yoksul ülkelere yaptıkları seyahatleri kapsamaktadır. Bu kapsamdaki seyahatleri tanımlamak için İngilizce'de kullanılan "sınırlar arası tıbbi seyahatler - cross border medical travels" kavramı daha uygun gibi görünse de, bu yazıda nedenleri ayrı bir başlıkta tartışılacak olan ve dilimize de yerleşmiş olan "sağlık turizmi" kavramı tercih edilmiştir. Sağlık turizmi kapsamında sağlık hizmeti sunan ülkeler için "varış ülkesi" terimi kullanılmıştır.

\*Yrd. Doç. Dr. Bahçeşehir Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı AD.

Geliş Tarihi / Received : 26.07.2017

Kabul Tarihi / Accepted : 07.09.2017

Sağlık turizmi bugün özellikle Tayland, Hindistan, Malezya ve Singapur gibi Asya ülkelerinde merkezeleşmiştir. Hatta bu ülkelerde sağlık turizmini organize eden turizm acenteleri kurulmuştur. Alandaki küresel lider ise Tayland'dır. Bunu Hindistan takip etmektedir (Connell, 2011; Bookman ve Bookman, 2007). Filipinler aynı yolda ilerlemektedir. Batı yarımkürede Küba yıllardır liderliğini sürdürmekte ve onu Kosta Rika ve Arjantin örnek almaktadır. Eski Sovyet bloğu ülkeleri, özellikle Baltık devletleri Batı Avrupalıları kendi sağlık kuruluşlarına çekebilmek için nitelikli sağlık profesyonellerini kullanmaktadır. Güney Afrika ve Ürdün de bu piyasaya katılmıştır (Bookman ve Bookman, 2007). Her geçen gün listeye yeni ülkeler eklenmektedir. Türkiye de bu listeye katılmak için çeşitli girişimlerde bulunmaktadır.

### Sağlık Turizmi: İtici Faktörler

Sağlık turizminin bu yazıda ele alınan formu diğerlerinden farklıdır. Piyasa tarafından belirlenmekte ve çok sayıda tıbbi, ekonomik, sosyal ve politik faktörün karmaşık etkileşimi tarafından şekillenmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) sağlık turizmine katılan hastalar temel olarak iki forma uymaktadır. Bunlardan birincisi elektif cerrahi ihtiyacı olup, sağlık sigortası olmayan/yetersiz olan işçi sınıfının yetişkinleri, diğeri ise sağlık sigortasının kapsamı dışında olan kozmetik ameliyatlara, diş tedavileri, cinsiyet değişimi, kısırlık tedavisi vb. prosedürleri tercih eden kişilerdir. (Horowitz ve Rosensweig, 2007). Bunun dışında İngiltere ve Kanada gibi sağlık hizmetlerinin kamusal sunulduğu ülkelerin vatandaşları da sağlık turizmi kapsamında seyahat etmektedir. Bu ülkedeki hastalar ise uzun bekleme listelerinden kurtulup zamanında hizmet almak için sağlık turizmine katılmaktadır. Yine ulusal sağlık programlarının ödemediği hizmetleri satın almak ya da kendi ülkelerinde erişilebilir olmayan prosedürlere (kalp yetmezliğinde kök hücre tedavisi vb.) erişim için de seyahat edenler vardır.

Sağlık turizmine katılan kişiler aslında kendi ülkelerinde hizmet almayı tercih ederler. Ancak kendi ülke pazarlarında hizmet satın almak için bütçeleri yetersizdir. ABD Nüfus İdaresi'nin verilerine göre

**Tablo 1. Sağlık Turizmi kapsamında seyahat eden hastaların seyahat nedenleri (Horowitz, 2007)**

Sıralama	Nedenler
1	Düşük maliyet
2	Bekleme listelerinden kaçınmak
3	Kendi ülkesinde olmayan prosedürlere erişmek
4	Turizm ve tatil
5	Gizlilik ve mahremiyet

nüfusun %13'ü sigorta kapsamı dışındadır (US Census Bureau, 2015). Sigortalılar için ortopedik operasyonlar, omurga cerrahisi, oftalmolojik hizmetler, diz ve kalça protezleri gibi bazı tıbbi müdahaleler ve ağız diş sağlığı hizmetlerinin sigorta kapsamı dışında olması önemli bir sorundur (Hadi, 2009). Bu nedenle aynı hizmeti çok daha düşük maliyetle sunan yabancı ülkelere doğru yola düşerler ve sağlık turisti olurlar. Pala bu tür hastalar için yerine "tıbbi mülteci" kavramını kullanmayı önermiştir (Pala, 2016). Çünkü bu seyahatler için itici güç kişinin kendi isteği değil, maddi olanaksızlıklar ve sigorta şirketlerinin baskılarıdır.

Sağlık turizmi kapsamında seyahat edenlerin seyahat nedenlerini inceleyen bir derlemenin bulguları Tablo 1'de özetlenmiştir. Tablo'dan anlaşılacağı üzere sağlık seyahatlerinin birinci nedeni varış ülkesindeki sağlık hizmetlerinin maliyetinin ucuz olmasıdır. Sağlık turizmi ülkelerinin bu kadar ucuza hizmet sunabilmelerinin başlıca nedeni ulusal ekonomik kalkınma düzeyiyle ilişkilidir. Aslında Batılı bir ülke için düşük görünen sağlık hizmeti maliyeti hizmetin sağlandığı ülke ekonomisi için uygundur. Burada maliyeti düşüren unsur tıbbi malzemeler değil, emek gücünün ucuzluğudur. ABD'li hastaları sağlık turizmine zorlayan sigorta şirketleri, tıbbi malzeme üreten endüstrinin kârının azalmasına izin vermemektedir. Çünkü bu şirketler çoğu zaman aynı sermaye grubunun içerisinde yer almaktadır. Bu nedenle hizmet nerede alınırsa alınsın, kullanılan malzemelerin belirli şirketlerin (markaların) ürünleri olmasına özen gösterilmektedir (Pala, 2016). Düşük maliyetin bir diğer nedeni hizmetin verildiği ülkedeki tıbbi yasal çerçeveye ilgilidir. Örneğin, Hindistan'da bir cerrahın mesleki sorumluluk sigortası kapsamında ödediği para, ABD'deki bir cerrahın ödediğinin %4'ü kadardır (Horowitz ve Rosensweig, 2007).

Sağlık turizmi ile ilgili literatür sıklıkla dünyada sağlık turizminin durumunu belirleyecek verilerin olmayışını/yetersizliğini dile getirmektedir. Bu konuya dair Dünya Sağlık Örgütü Bülteni'nde yayınlanmış güncel bir çalışmada özellikle verilerin düşük kalitede oluşuna, hesaplamaların nasıl yapıldığının belirtilmediğine, sağlık turizmi kavramının farklı şekillerde tanımlandığına ve standart bir veri toplama tekniğinin olmadığına dikkat çekilmiştir (Ruggeri ve ark., 2015). Bütün sınırlılıklarına rağmen yürütülen kapsamlı bir literatür çalışmasından elde edilen, sağlık turizmi varış ülkelerine bu kapsamda seyahat eden kişi sayıları Tablo 2'de sunulmuştur. Buna göre Tayland ve Hindistan'a seyahat eden sağlık turisti sayısı

**Tablo 2. Sağlık turizmi kapsamında varış ülkelerine seyahat edenlerin literatürden derlenen yıllık sayıları (Ruggeri ve ark., 2015)**

Varış Ülkesi	Yıllık seyahat eden kişi sayısı	Verinin alındığı literatür yılı/yılları
Tayland	1.000.000 - 1.500.000	2004, 2006, 2007, 2008, 2010
Hindistan	1.000.000 - 1.180.000	2005
Singapur	571.000 - 725.000	2007, 2008, 2010
Malezya	300.000 - 489.000	2006, 2007, 2008, 2010
Filipinler	100.000 - 250.000	2006, 2009, 2010
Ürdün	120.000 - 250.000	2002, 2004, 2009
Güney Afrika	330.000	2010

1 milyonu geçmektedir. Sağlık turisti veren ülkeler açısından bakıldığında 2007 yılında Amerika Birleşik Devletleri'nde yaşayan yaklaşık 50.000-120.000 kişi tıbbi hizmetleri almak için yurtdışına gitmiştir (Johnson ve Garman, 2010). 2010 yılında Birleşik Krallık, İngiltere ve Kuzey İrlanda'da yaklaşık 63.000 kişi, başta doğurganlık, kozmetik ve bariatrik tedaviler olmak üzere çeşitli tıbbi hizmetler almak için Asya, Doğu Avrupa, Karayipler veya Güney Amerika vb. ülkelere seyahat etmiştir (Hanefeld ve ark., 2013). Türkiye'de de diğer ülkeler gibi sağlık turizminin boyutu ile ilgili veri elde etmek çok güçtür. Ancak çeşitli raporlar içinde bir takım verilere rastlamak mümkündür. Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı'nın "Sağlık Turizminde Türkiye Vizyonu" adlı raporunda 2010 yılında Türkiye'ye gelen sağlık turisti sayısının 110 bin olduğu, bu rakamın 2014'de 500 bin seviyelerine ulaştığı belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2017).

#### "Turizm" kavramına dair

Sağlık turizmi yazınında bazı yazarlar tembellik ve boş zaman kavramlarını çağrıştırdığı için turizm kelimesinin bu başlıkta kullanılmasına itiraz etmektedir. Gerçekten de "turizm" kelimesinin, sağlık sigortasının olmaması ya da uzun bekleme listeleri gibi nedenlerle ihtiyaç duyduğu sağlık hizmetini kendi ülkesinde alamayıp, millerce uzaklara gitmek zorunda kalan binlerce kişinin yaşadığı travmayı göz ardı eden bir yanı vardır. Bu travmayı sağlık sigortası yetersiz olduğu için kalp ameliyatını Hindistan'da olmak zorunda kalan bir Amerikan vatandaşının eşi olan Marie Ann Grace'in ABD Senatosunun 2006 yılında yaptığı "Sağlık Hizmetlerinin Küreselleşmesi: Sağlık Turizmi sağlık maliyetlerini düşürebilir mi" başlıklı kongre oturumundaki sözleri çarpıcı şekilde açıklamaktadır:

*"Biz ucuz tıbbi tedavi alırken egzotik bir tatil arayışında olan turistler değildik. Howard'ın hayatı için savaşıyorduk" (US Senate, 2006).*

Sağlık turizmine katılan bireyler her ne kadar geleneksel turizm anlayışından farklı amaçlarla seyahat etseler de, bu endüstrinin hem kendisini tanıtmaya biçimi hem de hizmet sunumu turizm ile sıkı bağlara sahiptir. Beş yıldızlı otellerle anılan turizm endüstrisi ile yoksul ülkelerde yabancı hastalara hizmet vermek amacıyla kurulmuş modern, beş yıldızlı otel konforundaki lüks hastanelerle kendini pazarlayan sağlık turizmi endüstrisinin benzerlikleri tesadüfi değildir. Sağlık turizminin en büyük kuruluşları olan Apollo (Hindistan) ve Bunrungrad (Tayland) Uluslararası Hastaneleri'nin web sitelerindeki tanıtım reklamlarında hasta yatağından, klimaya kadar herşeyin elektronik sistemlerle yönetildiği konforlu hasta suitleri ile hastaneye doğrudan geçişi olan yüzme havuzlu, saunalı, jakuzili ve spor salonlu refakatçi rezidansları görüldüğünde durum daha iyi anlaşılacaktır (Apollo, 2017 ; Bumrungrad 2017). Mevcut neoliberal paradigmada, sağlık ve turizm kelimelerinin bir arada kullanımı, sanayinin sağlık sektörü içinde işgal ettiği rahatsız edici konuma ve bilinçli yerleşime işaret ettiği için uygun görünmektedir (Smith, 2012). Sağlık turizminin özellikle yoksul ülkelerdeki yerel sağlık sistemlerini zora soktuğu ve bu ülkelerin ekonomik gelişimi için itici bir güç olarak palazlandırılan bir endüstri olduğunun farkında olmak önemlidir. Ayrıca sağlık turizmi kavramının kendisinin analitik bir değeri de bulunmaktadır. Bir kavram olarak, küresel sağlık piyasasında hem seyahat etme iradesini hem de tedavi olma isteğini içermektedir. Kavram aynı zamanda bu endüstrinin sağlık sektörünün bir unsuru olduğunu vurgularken böylesi bir seyahatin geniş ekonomik etkilerine de işaret etmektedir. Böylesi bir yaklaşım sağlık turizmi kapsamında seyahat edenlerin nereye, neden ve ne amaçla gittiklerini, bundan kimin/kimlerin faydalandığının anlaşılmasını kolaylaştırılmaktadır. Sağlık turizmi kavramı bu sektörde sanayinin rolünü, reklamcılık meselelerini, sunucunun tetiklediği talebi de vurgulamaktadır. Bu nedenle sağlık turizmi kavramı, içinde barındırdığı tüm çelişiklere rağmen, çubuğu sağlık hizmetlerinin

metalaştırılmasına ve ticarileştirilmesine bükmesi açısından daha uygundur.

### Sağlığın ticarileştirilmesi sürecinde sağlık turizmi

Geçtiğimiz 30 yıl boyunca çevre kapitalist ülkelerin neredeyse tamamında sağlık hizmetlerinde kapsamlı bir özelleştirme ve piyasalaştırma dönemi yaşanmıştır. 1980'lerden itibaren, özellikle 90'ların ilk yarısında, Dünya Bankası ve Uluslararası Para Fonu (IMF) tarafından dayatılan neoliberal "Yapısal Uyum Programları (YUP)" sağlığın ticarileştirilmesi sürecinin asıl belirleyeni olmuştur (Smith, 2008). Bu süreçte, tüm dünyada Dünya Bankası ve IMF'nin sağlık politikalarını belirlemedeki öncülüğü artarken, neoliberal verimlilik ilkeleri sağlık reformlarına dünya çapında rehberlik etmiştir (Baru, 2001). Sağlık reformlarıyla çoğu ülkenin sağlık politikaları liberalleştirilirken, sağlık hizmetleri ticarileştirilmiştir. Cem Terzi bu sürecin "sağlığın sermayeleşmesi" olarak adlandırılmasını önermektedir (Terzi, 2014). Sermayeleşme kavramı, sağlık hizmetlerinin sağlık reformlarıyla birlikte metaya dönüşen karakterini görünür kılmak açısından daha yapıcıdır.

Yapısal uyum politikalarının uygulandıkları ülkelerde sağlık hizmetleri üzerine etkisi genel olarak üç başlık altında değerlendirilebilir: a) yoksulların kötü olan sağlığının daha da kötüleşmesi b) kamu sağlık hizmetlerine ayrılan bütçenin azalması c) kamusal sağlık hizmetlerinin kalitesi ve sunumunda azalma (Smith, 2012). Güney Asya'nın farklı ülkelerinde yapılmış vaka çalışmaları, YUP'ların temel sağlık hizmetlerini nasıl baltaladığını ve sağlığı geliştirmede etkisiz olduğu geniş ölçekte kabul görmüş olan dikey sağlık programlarını nasıl teşvik ettiğini göstermiştir (Qadeer ve ark., 2001).

Yapısal Uyum Programları çerçevesinde hayata geçirilen sağlık reformları sağlığı her geçen gün daha da fazla ticaretin konusu hâline getirmiştir. Kamudan sağlığa ayrılan kaynakların daraltılması, özel sağlık sektörünün genişlemesi, kamu sağlık sigortalarının kapsamının daraltılması yoluyla özel sağlık sigortacılığının teşviki, tıbbi teknolojinin tanı ve tedavi süreçlerine derinlemesine entegrasyonu ve cepten sağlık harcamalarının inanılmaz artışıyla karakterize bu neoliberal sağlık piyasası sağlık turizminin ortaya çıkışı için en uygun ortamı oluşturmuştur. Sağlık piyasasının kendine yeni pazarlar aradığı bir bağlama doğmuştur sağlık turizmi. Çevre kapitalist ülkelerin bir bölümü için bir ekonomik kalkınma stratejisi olarak, merkez kapitalist ülkeler

içinse sağlık hizmetlerinin fahiş maliyetlerine ve artan bekleme listelerine geçici bir çözüm olarak piyasaya sunulmuştur (Smith, 2012).

Merkez kapitalist ülkelerdeki sağlık maliyetlerinde meydana gelen çarpıcı artışlar yalnızca sağlık hizmeti tüketicileri için değil aynı zamanda patronlar ve sağlık sigortası şirketleri için de bir endişe kaynağı haline gelmiştir (Deloitte 2008). 1997'deki Asya durgunluğundan sonra bazı Güneydoğu Asya hastanelerinin hayatta kalma stratejisi olarak başlayan sağlık turizmi, bugün neredeyse tüm kıtaları kapsayan, bir milyar dolarlık küresel bir endüstri haline gelmiştir (Hadi, 2009). Sağlık turizmi uluslararası pazarı, Batı'da yüksek talep ve tedavi masraflarının yarattığı baskı ve Doğu'da düşük maliyetli ve yüksek kaliteli sağlık hizmetinin cazibesi ile her geçen gün daha da büyümekte ve diğer ülkelere yayılmaktadır (Smith, 2012).

Sağlık turizmi endüstrisinin mevcut küresel ekonomik durumuyla ilgili çok sayıda rapor bulunmaktadır. Bu raporlar ağırlıklı olarak endüstri temellidir. Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD) daha 1989 yılında hazırladığı bir raporda, sağlık turizminin gelişmekte olan ülkelere sağlık piyasasında rekabetçi bir fırsat tanıdığını belirtmiştir (OECD, 1989). Dünya Sağlık Örgütü'nün 2002 tarihli "Sağlık Hizmetlerinde Ticaret" isimli raporuna göre sağlık turizminin muazzam ekonomik etkileri vardır ve giderek artan bir eğilim sergilemektedir (Woodward ve ark., 2002). Sağlık turizmi ile ilgili Türkiye'den bir rapor ise Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği (TÜSİAD) tarafından 2009 yılında yayınlanmıştır (TÜSİAD Sağlık Çalışma Grubu, 2009). "Türkiye için Bir Fırsat Penceresi: Tıp Turizmi" adlı bu rapor bir görüş belgesi niteliğinde olup, özel sağlık sektörü hızla büyümekte Türkiye'nin uluslararası sağlık turizmi pazarında güçlü alternatiflerden biri olabileceğine işaret etmektedir.

Sağlık turizminin merkezi olarak kabul edilen Tayland'da, Ticaret Bakanlığı verilerine göre, 2006 yılında 1,2 milyon sağlık turisti Tayland'da sağlık hizmeti almıştır ve yaklaşık 1,1 milyar dolarlık tahmini bir gelir sağlamıştır (NaRanong ve NaRanong, 2011). Bazı raporlar sağlık turizmden elde edilmesi beklenen küresel brüt kârın, yılda yaklaşık 60 milyar ABD doları olması ve yıllık % 20 oranında artışından bahsetmektedir (Heung ve ark., 2011). TÜSİAD raporunda 2006 yılında küresel ölçekte sağlık turizminden brüt 60 milyar dolar elde edildiği belirtilmiştir (TÜSİAD, 2009). Aynı raporda, tıbbi tedavi ve ameliyat amacıyla Türkiye'ye gelen yabancı bir



hastanın, seyahat ve hastane dışı masrafları hariç sadece tıbbi müdahale için 3.500-35.000 dolar arasında bir harcama yaptığından bahsedilmektedir. Buradan yola çıkılarak yapılan projeksiyonla, Türkiye'nin 2020 yılında 1.000.000 yabancı hastaya tedavi hizmeti sunması ve 8 milyar ABD doları gelir elde etmesi öngörülmektedir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı'nın 2012 Faaliyet Raporu'nda, sağlık turizminden elde edilecek kâr hedefi 2015 yılı için 500 bin hasta üzerinden 7 milyar dolar, 2023 yılı için 2 milyon hasta üzerinden 20 milyar dolar olarak hesaplamıştır (**T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012**). Tüm bu veriler, sağlık turizminin hem genel ticaret içinde hem de sağlık sektörü içinde henüz küçük bir yer kaplamasına rağmen, kapitalizm için geçici ya da önemsiz bir olgu olmadığını düşündürmektedir. Hatta ülkemiz için önümüzdeki günlerde daha fazla gündeme geleceği aşikârdır.

### Sağlık turizmi ve Neoliberal yalanlar

Sağlık turizmi üzerine yazılan literatürde onun potansiyel faydalarına dair üç temel argüman vardır. Bunlardan birincisi sağlık turizminin ülkeye döviz girişi sağlayarak ihracat kazançlarını artıracığı, böylece mali açığın azaltılarak ülke ekonomisinin büyümesine yardımcı olacağı iddiasıdır. (**Crooks ve ark., 2010; Smith, 2012**). İkincisi, sağlık sektöründe tıbbi teknolojinin artışı ve aşırı uzmanlaşma sonucu rekabetçi piyasa pratikleri yoluyla sağlık hizmeti standartlarının artarak kamu sağlık hizmetlerinde iyileşme sağlanacağıdır (**Bookman, 2007; Connell, 2011; Smith, 2012**). Üçüncü argüman ise eşitsizliklerle ilgilidir. Klasik neoliberal ekonomik gelişme teorisi doğrultusunda, sağlık turizminin ekonomik büyümesinin ulusal gelirden genel bir artışa yol açacağı ve böylece nüfusun daha büyük bir bölümünün özel sağlık hizmetlerine ulaşabileceği ve bu şekilde hizmete erişimle ilgili eşitsizliklerin azaltılabileceği iddia edilmektedir. (**Henderson, 2003; Bookman ve Bookman, 2007; Smith, 2012**).

Sağlık turizminin potansiyel toplumsal faydalarına ilişkin neoliberal argümanların üçü de kapitalist piyasa mekanizmalarını göz ardı eden "iyimser" hayallerdir. Filipinler'de sağlık turizmini tanıtan bir rehber kitapçığında "sağlık turizminden elde edilen gelir yoksullar için sağlık hizmetlerini finanse etmektedir" yazmaktadır. Yine aynı kitapçıkta Asya'da sağlık turizminin yerel sağlık hizmetlerinin kalitesi ve niceliğine büyük katkılar sağlayacağı iddia edilmektedir (**Gahlinger, 2008**). Literatürde bu iddiaları destekleyecek neredeyse hiçbir kanıt bulunamadığı

gibi aksini destekleyen veriler de gün geçtikçe artmaktadır.

Sağlık turizminin teşvik edildiği ülkelerde hükümetler, büyümesini teşvik etmek için sağlık turizmine finansal destek sağlama eğilimindedir. Hindistan, Malezya ve Tayland'da hükümetler yoksullara sağlık hizmeti sunmak konusunda herhangi bir sorumluluk hissetmezken, sağlık turizmi hizmeti sunan sermayedarlara ve sağlık turizmini teşvik eden turizm ofislerine vergilendirmede ödünler vermektedir. Aynı şekilde, denizaşırı pazarlama süreçleri ve ticaret fuarları için belirli hastanelere maddi yardımlar, yüksek amortisman oranları, ileri tıbbi teknoloji için düşük faizli krediler ve vergi indirimleri, özel altyapı fonları, sübvansiyonlu fiyatlarla arazi sunumu ve akreditasyon kurumlarının finansmanı gibi çeşitli şekillerde sübvansiyonlar sağlamaktadırlar (**Gupta, 2008; Alsharif, 2010; Chee, 2010; Sengupta, 2011; Wilson, 2011**). Tayland Hükümeti 2003 yılından bu yana, Tayland'ı sağlık turizmi için küresel bir merkez haline getirmeye çalışmaktadır. Bu amaçla sağlık turizmine yatırım yapan sermayedarlara çeşitli destekler sağlamaktadır. Örneğin sağlık turistlerini hedef alan yeni sağlık tesislerine yapılan yatırımlar için vergi muafiyetleri uygulamaktadır (**Pachanee ve Wibulpolprasert, 2006**). Benzer şekilde ülkemizde de 2012 yılında çıkarılan 6322 No'lu Kanunun 9. Maddesinde "eğitim ve sağlık alanında faaliyet gösteren ve Türkiye'de yerleşmiş olmayan kişilere hizmet veren işletmelerin bu faaliyetlerden elde ettikleri kazancın %50'sinin beyan edilen kurum kazancından indirilebileceği" hüküm altına alınmıştır (**T.C. Resmi Gazete, 2012**). Anlaşılacağı üzere yoksulları sübvansiyonla desteklenmesi beklenen sağlık turizmi, yoksul halktan toplanan vergilerle sermayedarları sübvansiyonla desteklemektedir.

Sağlık turizminin gelişiminin gerçekten de sağlık tesislerinin iyileştirilmesi, nitelikli sağlık çalışanlarının sayısının artırılmasını gibi sonuçları olmuştur. Ancak bu gelişmeler kamusal alanda değil yalnızca özel sektörde gerçekleşmiştir. Üstelik özel sağlık sektörünün bu denli büyümesi hem kamusal alanın daralmasına ve hem de fiyatların yükselmesine neden olduğu için yoksul yerel halkın sağlık hizmetlerine erişimini daha da sınırlandırmıştır (**Connell, 2011**). Sağlık turizmi iddia edildiği gibi doktorlar ve diğer sağlık çalışanlarının yeni beceriler kazanmasını da sağlamıştır. Ancak kazanılan yeni beceriler, yalnızca yabancı veya yerel varlıklı hastalar için yararlı olmaktadır, kent yoksullarının ve kırsal alanların temel sağlık ihtiyaçları üzerinde bir etkisi yoktur (**Connell, 2011**). Sağlıkta özelleştirme süreçleri ve üzerine sağlık

**Tablo 3. Sağlık turizminin merkezileştiği bazı varış ülkelerinde sağlık göstergeleri (UNDP, 2016)**

	İnsani gelişim indeksi sıralaması (188 ülke içinde en iyiden en kötüye sıralamasındaki yeri)	Doğuştaki beklenen yaşam süresi (yıl)	Bebek ölüm hızı (1000 canlı doğumda)	Doktor sayısı (10.000 kişi başına)
Tayland	87	74,6	10,5	3,9
Hindistan	131	68,3	37,9	7
Malezya	59	74,9	6	12
Singapur	5	83,2	2,1	19,5
Filipinler	116	68,3	22,2	11,5
Kosta Rika	66	79,6	8,5	11,1
Arjantin	45	76,5	11,1	38,6
Ürdün	86	74,2	15,4	25,6
Güney Afrika	119	57,7	33,6	7,8

turizminin yükselişi, bir yanda yabancı hastaların ve varlıklı yurt içi hastaların ileri teknolojik donanımlı ve beş yıldızlı otel konforunda hizmet veren hastanelerden hizmet aldığı, diğer yanda yerel halkın sanitasyon, temiz su gibi en temel sağlık hizmetlerine erişemediği "ikili" bir sağlık sistemini ortaya çıkarmıştır (**Bookman ve Bookman, 2007**). Bu ikili sağlık sistemi sağlıkta mevcut eşitsizlikleri daha da derinleştirmiştir.

#### Eşitsizliklerin artışı

Connell sağlık turizmini "yeni bir eşitsizlik" biçimi olarak tanımlamıştır (**Connell, 2011**). Çünkü sağlık turizminin yükselişi, nitelikli sağlık çalışanlarının uygun kullanımı, mali kaynakların tahsisi ve sağlık hizmetlerinin dağılımı konusunda yeni sorunlar ortaya çıkarmaktadır. Sağlık turistlerinin başlıca gittiği ülkelerdeki sağlık sistemleri kısıtlı finansal kaynaklar başka yerlere yöneltildiğinden dolayı hem coğrafik olarak hem de sosyoekonomik açıdan eşitsiz gelişmiştir. Bu ülkelerde temel sağlık hizmetleri hem kırsal nüfus hem de kentli yoksullar için az gelişmiştir. Örneğin, Hindistan'da nüfusun %80'i kırsal kesimde yaşadığı halde tıp doktorlarının %75'i, hastane yataklarının da %70'i kentlerde yer almaktadır. Uzman doktorların ise %75'i özel sektörde istihdam edilmektedir (**Smith, 2012**). Sağlık turizmi açısından öne çıkan bir diğer ülke olan Malezya'da özel hastaneler ülke genelinde toplam hastane yataklarının %20'sine sahip iken, tüm doktorların %54'ünü istihdam etmektedirler (**Bookman ve Bookman, 2007**).

Tablo 3'te sağlık turizminin merkezileştiği bazı varış ülkelerindeki sağlık göstergeleri sunulmuştur. Tablodaki rakamlara göre işlerin yolunda gözüktüğü Singapur dışındaki diğer ülkeler insani gelişim açısından sınıfta kalmıştır. Günümüzde sağlık turizminin en

gelişkin olduğu Tayland ve Hindistan'da ise durum vahim görünmektedir. Sağlık turizmi, bu ülkelerde, gelir yoksulluğunun çok yüksek olduğu, sağlık sigortacılığının nüfusun çoğunu kapsamadığı, cipten harcamaların aşırı yüksek olduğu bir konjonktürde hayata geçmiştir. Hindistan'da halkın önemli bir bölümü (özellikle kırsal kesimde %25'inden fazlası) borçluluk nedeniyle sağlık hizmeti alamamaktadır (Şekil 1). Hindistan kırsalında borçlanmanın en önemli nedeni ise sağlık masraflarıdır (**Smith, 2012**).

Sağlık turizminin doğrudan sonucu sağlık turizmi varış ülkelerinde özel sağlık sektörü pazarının hızlı bir yükselişi ve sağlık çalışanlarının kent merkezlerine ve özel sektöre hareketi olmuştur (**Connell, 2010**). Elbette sağlık çalışanlarının kırdan kente göçü sağlık turizmi öncesine dayanmaktadır. Ancak sağlık turizmi aracılığıyla geliştirilen cazip özel sektör fırsatları hem kentsel sapmayı hem de sağlık hizmet sunumundaki ulusal dengesizlikleri yoğunlaştırarak göç olgusuna anlamlı bir etkide bulunmuştur (**Connell, 2011**). Tayland ve Hindistan nüfusa düşen doktor sayısının en az olduğu ülkeler arasındadır (Tablo 3). Bu az sayıda doktorun ülke genelinde dağılımı ise daha önce bahsedildiği üzere eşitsiz gelişmiştir. Sağlık çalışanlarının sayısal göçü bu sayısal eşitsizliğin sürekli artışı anlamına gelmektedir.

Connell sağlık turizmi ile ilgili derleme çalışmasında Hindistan kırsalında doktorun resmi olarak kâğıt üzerinde görüldüğü ancak fiili olarak bulunmadığı durumu tanımlamak için yerel halkın "hayalet doktorlar" olarak adlandırdığı olguya işaret etmiştir (**Connell, 2011**). Benzer bir durum Tayland için de geçerlidir. Yakın zamanda yapılmış kesitsel bir

çalışmanın sonuçlarına göre Tayland'da sağlık turizminin en görünür etkisi doktor dağılımı üzerinden olmuştur (Noree ve ark., 2016). Çalışmanın yazarları sağlık turizmini Tayland için "kamu fonlarıyla kamu üniversitelerinde eğitim gören sağlık çalışanlarının özel sağlık sektörüne akışını sağlayan özel sağlık hizmetlerinin provizyonu" olarak değerlendirmişlerdir. Tayland Ulusal Sağlık Komisyonu genel sekreteri sağlık turizmini "doktorların, üst uzmanların ve diğer sağlık çalışanlarının beyin göçüne neden olan bir hızlandırıcı" olarak tanımlamaktadır (Chambers, 2011). Taylandlı bir hekim sağlık turizmi ile ilgili gözlemlerini şöyle aktarmıştır;

*"Bir yabancı her zaman 'yabancı ücretleri' ile bir hekim, bir Thai insanının Thai ücretleri ile aynı doktoru görme şansını elinden alarak görebilir. Diğer bir deyişle, bu program bizim hastanelerimize yabancı kapitali getirirken, bizim insanımızı sağlık hizmetinden mahrum bırakmaktadır" (Cohen, 2008).*

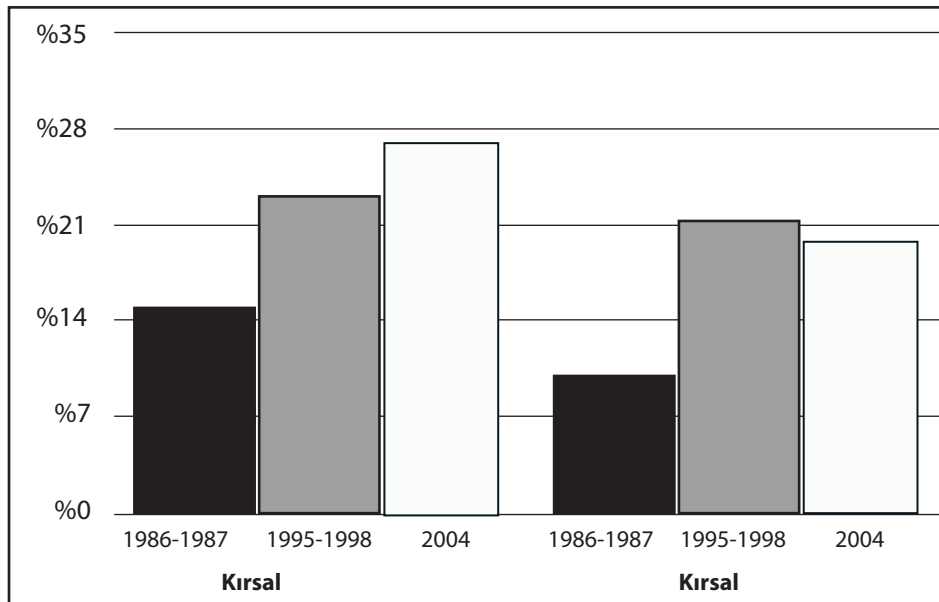
Sağlık turizmden sağlanan gelir ya sağlık turizmi için özel olarak yapılandırılan hastanelere (bu hastanelerin sahiplerine, kısmen de çalışanlarına) ya da turizm endüstrisinin standart (genelde kentsel) bileşenlerine tahakkuk etmektedir. Bu gelirin yoksulların sağlık ihtiyaçları için kullanıldığına ilişkin herhangi bir veriye ulaşılamamaktadır. Hindistan'da hastalık yükünün önemli bir bölümünü sağlık turizminin ilgi alanına girmeyen malarya ve tüberküloz gibi enfeksiyon hastalıkları oluşturmaktadır. Bu hastalıkların özellikle yaygın olduğu Bihar ve Uttar Pradesh şehirleri sağlık turizmi ile birlikte artan bölgesel insan gücü ve fiziki kaynak kaydırmaları

nedeniyle daha da dezavantajlı konuma gelmiştir (Connell, 2011).

Sağlık turizmi şirketleri tarafından kullanılan "üçüncü dünya fiyatlarıyla birinci dünya tedavi" sloganı sağlık turizminin sosyal ve ekonomik eşitsizliklerle ilgili boyutunu özlü bir biçimde ifade etmektedir.

### Sonuç

Bir hizmet sektörü olarak sağlık bugün küresel ölçekte bir kriz yaşamaktadır. Tıpta ve tıbbi teknolojideki gelişmeler toplumların sağlığı ile aynı paralellikte ilerlememektedir. Bugün dünyanın büyük bir bölümünde kötü beslenme, sağlıksız koşullar, eğitimsizlik ve sağlık hizmetine ulaşamama gibi sorunlar nedeniyle halkların sağlığı tehdit altındır. Bütün bunlara ek olarak sağlık hizmeti maliyetlerinin artışı, kamudan sağlığa ayrılan kaynakların azalması, özel sağlık sektörünün genişlemesi, cepten harcamaların artışı vb. nedenlerle asıl ihtiyacı olan yoksul halkın sağlık hizmetine erişimi neredeyse imkânsız hâle gelmiştir. Bu sorunlar geri kalmış ekonomilerde daha belirgindir. Merkez kapitalist ülke vatandaşları ise sağlık hizmeti maliyetlerinin artışı, sağlık sigortası kapsamalarının daraltılması ya da uzun bekleme listeleri nedeniyle sağlık hizmetine erişememektedir. Sağlık turizmi böylesi bir konjonktürde, zengin ülke yoksullarının ucuza sağlık hizmeti arayışı, yoksul ülke özel sağlık sektörünün yeni pazar arayışı üzerine gelişmiş bir endüstridir. Teşvik edildiği ülkelerde ekonominin itici gücü olarak pazarlanmaktadır. Ancak iddia edildiği gibi halkın sağlık sorunlarını çözmemiş, üzerine yeni sorunlar eklemiştir.



Şekil 1. Hindistan'da borçluluk nedeniyle tedavisiz kalan hasta yüzdesi (Smith, 2012)

Bir ülkenin kendi vatandaşlarına temel sağlık hizmetlerini garanti edememişken zengin yabancılara sağlık hizmeti teklif etmesi temel bir yanıltır. Hükümetler bu politikayı sıcak para beklentisi ile yürütmekte, halka ise elde ettiği geliri topluma kullanacağını söylemektedir. Aslında hükümetler sağlık turizmini finanse ederek vatandaşlarının ödediği vergileri, yanlış biçimde zengin yabancılara çekeceği pahalı ve aşırı lüks hastanelerin yapılmasına harcamaktadır (Terzi, 2014). Bu lüks hastanelerin arkasında gizlenen ise sağlık hizmetlerine erişim, maliyet ve kalite bakımından sosyal, kültürel ve ekonomik eşitsizliklerin derinleştiği kritik sağlık sorunlarıyla karşılaşan yerel halktır.

Halkın neredeyse dörtte birinin borçluluk nedeniyle tedavisi bırakıldığı (Şekil 1) bir ülkede, ülke kaynaklarının hatırı sayılır bir bölümünün varlıklı yabancılara için sağlık arayışına ayrılması dışardan bakıldığında akıl dışı görünmektedir. Ancak neoliberalizmin güçlü argümanları bu endüstrinin hem yerel hem de uluslararası olarak güçlü bir şekilde desteklenmesine neden olmaktadır. Örneğin, sağlık turizminin yüksek teknoloji niteliği, onu bir ulusun ilerlemesinin ve gelişiminin bir örneği olarak halkın gözünde pozitif bir yerde konumlandırarak modernizmle ilişkilendirmektedir (Smith, 2012). Halbuki bu modern görüntünün arkasında varlıklı yabancılara için özenle hazırlanmış özel hastanelere erişemeyen yoksul halk vardır. Doktorların bu özel hastanelere göçü nedeniyle doktor yüzü göremeyen kırsal nüfus vardır. Burada ironik olan ise yoksul ülkelerde ülkenin kendi halkının erişemediği bu hizmetleri satın alanların zengin ülkelerin yoksulları olmasıdır.

Sağlık turizminin sağlık hizmetleri maliyetlerini düşürmek için bir kaldıraç olup olmayacağı ise büyük bir soru işaretidir. Sağlık turizmi varış ülkelerinde sağlık hizmet maliyetlerini asıl düşüren unsur ucuz emek gücüdür. Sağlık turizmine yönelen işletme sayısı arttıkça kalifiye sağlık personeli için rekabetin artması ve merkez kapitalist ülkelerde çalışmakta olan hekim ve diğer sağlık personelinin kendi ülkelerine geri dönmeyi seçmesi durumunda hizmet maliyetleri de artabilir (Herrick, 2007). Özel hastanelere arazi satın alımı ve tıbbi ekipman için ithalat vergilerinin düşürülmesi için verilen sübvansiyonlar varış ülkelerindeki halk sağlığı harcamalarının maliyetini artırabilir. Ayrıca, özel hastaneler için uluslararası olarak akredite edilmiş kalite sistemlerinin uygulanması da daha yüksek tedavi masraflarına neden olabilir (Hadi, 2009). Hizmet maliyetlerinin artışı, sağlık turizminin varoluşu nedeni olan düşük

ücrete kaliteli sağlık hizmeti olanağını ortadan kaldıracaktır. Dar ve orta gelirli ülkeler için geçmişte uygulanan diğer ekonomik kalkınma modelleri gibi bu modelin de önümüzdeki yıllarda krize girmesi kaçınılmaz görünmektedir.

Sağlık turizminden elde edilen gelir, ancak adil bir vergilendirme sisteminin olduğu bir ülkede kamuya fayda sağlayabilir (Connell, 2011). Bir toplumda toplanan vergilerin büyüklüğü o toplumun kamuya dair duyarlılığının ölçütüdür (kusursuz bir ölçüt olmasa da). OECD ülkelerinde bu ölçütün durumuna bakıldığında en yukarıda Danimarka ve İsveç, en son sırada Meksika ve Türkiye görülmektedir. ABD ise sondan beşincidir (Mooney, 2014). Sağlık turizmi hizmeti sunan ülkelerde ise bu alana yatırım yapan sermayedarlar için uygulanan vergi afları ve diğer sübvansiyonlar göz önüne alındığında, sağlık turizminin kimi ve sağlık turizmini kimin sübvansiyonla ettiği anlaşılmalıdır.

Sağlık turizminin son 20 yıldaki, özellikle Güneydoğu Asya'daki gelişimi, bu endüstri ile ilgili cevaplanması gereken sorular ortaya çıkarmıştır. Bu sorular;

1. Sağlık turizminin piyasa mekanizmaları çerçevesinde gelişimi yoksul ülkelerde sağlık sistemlerinin gelişimini sağlar mı yoksa halihazırda yetersiz hizmet alan yoksul halkın sağlık ihtiyaçlarını daha da yakıcı hâle mi getirir?
2. Sağlık turizminin gelişiminden gerçekte yararlanacak olanlar kimlerdir?
3. Sağlık turizmi sektörünün büyümesi ile ortaya çıkabilecek riskler nelerdir ve kimler bu risklerden etkilenecektir? Bu soruları yanıtlamadan, bu endüstri ile ilgili kararlar vermek yanıltıcı olacaktır.

## Kaynaklar

- Alsharif, M., Labonté R. and Zuxun L. (2010) *Patients beyond borders: A Study of medical tourists in four countries*, *Global Social Policy*, 10(3): 315-335.
- Apollo Hospitals web sayfası (2017) Erişim Tarihi 19 Temmuz 2017, <http://www.apollohospitals.com>
- Baru, R. (2001) *Health Sector Reforms and Structural Adjustment: A State-Level Analysis*, in I. Qadeer, I., Sen, K., and Nayar, K.R. (Eds.) *Public Health and the Poverty of Reforms: The South Asian Predicament*. New Delhi, Thousand Oaks & London Publications.
- Bookman, M.Z. and Bookman, K.R. (2007) *Medical Tourism in Developing Countries (First edition)* New York: Palgrave Macmillan.
- Bumrungrad International Hospitals web sayfası (2017) *Patients Beyond Borders Erişim Tarihi 19 Temmuz 2017*, [https://patientsbeyondborders.com/sites/default/files/PBB\\_FocusOn\\_BIH\\_spreads\\_Nov2012.pdf](https://patientsbeyondborders.com/sites/default/files/PBB_FocusOn_BIH_spreads_Nov2012.pdf)



- Chee, H.L.** (2010) *Medical tourism and the state in Malaysia and Singapore*, *Global Social Policy*, 10(3): 336– 357.
- Cohen, E.** (2008) *Medical tourism in Thailand*, in Cohen E. (ed.), *Explorations in Thai tourism*, Bingley: Emerald.
- Connell, J.** (2010) *Migration and the globalisation of health care: The Health Worker Exodus? (First edition)* Cheltenham: Edward Elgar.
- Connell, J.** (2011) *A new inequality? Privatisation, urban bias, migration and medical tourism*. *Asia Pacific Viewpoint*, 52 (3): 260-271.
- Crooks, V., Kingsbury, P., Snyder, J. and Johnston, R.** (2010) *What is known about the Patient's Experience of Medical Tourism? A Scoping Review*, *BMC Health Services Research*, 10: 266.
- Deloitte Center for Health Solutions Report** (2008) *Medical Tourism: Consumers in Search of Value*. Erişim Tarihi 18 Temmuz 2017, <https://tr.scribd.com/document/47990763/Medical-Tourism-Consumers-in-Search-of-Value>
- Gahlinger, P.** (2008) *The Medical Tourism Travel Guide: Your Complete Reference to Top-quality, Low-cost Dental, Cosmetic, Medical Care & Surgery Overseas*, Erişim Tarihi 05 Temmuz 2017, [https://books.google.com.tr/books/about/The\\_Medical\\_Tourism\\_Travel\\_Guide.html?id=5wN9KAAACAAJ&redir\\_esc=y](https://books.google.com.tr/books/about/The_Medical_Tourism_Travel_Guide.html?id=5wN9KAAACAAJ&redir_esc=y)
- Gupta, A.** (2008) *Medical tourism in India: Winners and losers*, *Indian Journal of Medical Ethics*, 1(1): 4–5.
- Hadi, A.** (2009) *Globalization, medical tourism and health equity*. *Symposium on Implications of Medical Tourism for Canadian Health and Health Policy book*, 13 November 2009, Ottawa, Canada.
- Hanefeld, J., Horsfall, D., Lunt, N. and Smith, R.** (2013) *Medical tourism: a cost or benefit to the NHS?* *PLOS ONE*. 8(10): e70406.
- Henderson, J.C.** (2003) *Healthcare Tourism in Southeast Asia*, *Tourism Review International*, 7 (3-4): 111-121.
- Herrick, D.M.** (2007) *Medical Tourism: Global Competition in Health Care*, *National Center for Policy Report*, Erişim Tarihi 20 Temmuz 2017, <http://www.ncpa.org/pub/st304>
- Heung, V., Kucukusta, D., Song, H.** (2011) *Medical tourism development in Hong Kong: an assessment of the barriers*, *Tourism Manage*, 32(5): 995-1005.
- Horowitz, M.D., Rosensweig J.A.** (2007) *Medical Tourism - Health Care in the Global Economy*, *The Physician Executive*, 33(6): 24-30.
- Johnson, T.J. and Garman, A.N.** (2010) *Impact of medical travel on imports and exports of medical services*, *Health Policy*, 98(2-3):171-177.
- Mooney, G.** (2014) *Ulusların Sağlığı Yeni Bir Ekonomi Politîğe Doğru*, (Çev: Cem Terzi) İstanbul: Yordam Kitap.
- NaRanong, A. and NaRanong, V.** (2011) *The effects of medical tourism: Thailand's experience*, *Bulletin of the World Health Organization*. 89(5):336-344.
- Noree, T., Hanefeld, J. and Smith, R.** (2016) *Medical tourism in Thailand: a cross-sectional study*. *Bulletin of the World Health Organization*, 94:30-36.
- Organization for Economic Cooperation and Development (OECD)** (1989) *Trade in Services and Developing Countries*, Paris
- Pachanee, C.A. and Wibulpolprasert, S.** (2006) *Incoherent policies on universal coverage of health insurance and promotion of international trade in health services in Thailand*, *Health Policy Plan*, 21(4):310-318.
- Pala, K.** (2016) *Kar maksimizasyonunun yeni aracı: sağlık turizmi*, Erişim Tarihi 19 Haziran 2017, <http://doczz.biz.tr/doc/226608/kar-maksimizasyonunun-yeni-araci--saglik-turizmi--kayna...>
- Qadeer, I., Sen, K. and Nayar K.R.** (2001) *Public Health and the Poverty of Reform: The South Asian Predicament*, London: Sage Publications.
- Ruggeri, K., Zăliş, L., Meurice, C.R., Hilton, I., Ly, T.L., Zupan, Z. and Hinrichs, S.** (2015) *Evidence on global medical travel*, *Bulletin of the World Health Organization*, 93:785-789.
- Sengupta, A.** (2011) *Medical tourism: Reverse subsidy for the elite*, *Signs*, 36(2): 312–319.
- Smith, K.** (2008) *Medical tourism: for richer or poorer*, Paper presented at *Ownership & Appropriation, a joint conference of the ASA, the ASANZ and the AAS, 8th - 12th December 2008*, University of Auckland, New Zealand.
- Smith, K.** (2012) *The Problematization of Medical Tourism: A Critique of Neoliberalism*, *Developing World Bioethics*, 12 (1): 1-8.
- T.C. Resmi Gazete** (2012) *Amme Alacakların Tahsil Usulü Hakkında Kanun İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun Kanun No: 6322 15 Haziran 2012 Sayı: 28324*
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı** (2017) *Sağlık Turizminde Türkiye Vizyonu*, Erişim Tarihi 25 Temmuz 2017 <http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/10947,05pdf.pdf?0>
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı** (2012) *Sağlık Turizmi 2012 Faaliyet Raporu*, Erişim Tarihi 25 Temmuz 2017 <http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/516,faaliyetpdf.pdf?0>
- Terzi, C.** (2014) *Türkiye'de Sağlıkta Neoliberal Saldırı: Sağlıkta Dönüşüm Programı içinde Mooney, G. Ulusların Sağlığı Yeni bir Ekonomi Politîğe Doğru*, İstanbul: Yordam Kitap.
- TUSİAD Sağlık Çalışma Grubu** (2009) *Türkiye İçin Yeni Bir Fırsat Penceresi: Tıp Turizmi Bir Görüş Belgesi*, Erişim Tarihi 19 Haziran 2017. [http://tusiad.org/tr/saglik-cg/item/download/4504\\_0ec9ab6b7c96ba1c8dfb65f422249a0b](http://tusiad.org/tr/saglik-cg/item/download/4504_0ec9ab6b7c96ba1c8dfb65f422249a0b).
- United Nations Development Programme (UNDP)** (2016) *Human Development Report 2016*, Erişim Tarihi 17 Temmuz 2017, [http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016\\_human\\_development\\_report.pdf](http://hdr.undp.org/sites/default/files/2016_human_development_report.pdf)
- United States Senate** (2006) *Special Committee on Aging 190. Congress The Globalization of Health Care: Can Medical Tourism Reduce Health Care Costs?*, Erişim Tarihi 19 Temmuz 2017, <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/CHRG-109shrg30618/html/CHRG-109shrg30618.htm>
- US Census Bureau** (2015) *2011-2015 American Community Survey 5-Year Profiles*, Erişim Tarihi 19 Temmuz 2017 <https://www.census.gov/search-results.html?q=health+insurance+coverage&search.x=0&search.y=0&search=submit&page=1&stateGeo=none&searchtype=web&cssp=SERP>
- Wilson, A.** (2011) *Foreign bodies and national scales: Medical tourism in Thailand*, *Body and Society*, 17(2-3): 121–137.
- Woodward, D., Drager, N., Beaglehole, R. and Lipson, D.** (2002) *"Globalization, Global Public Goods and Health"*, in WHO, *Trade in Health Services: Global, Regional and Country Perspectives*, Washington: WHO.