

## SAĞLIK HİZMETLERİNİN ULUSÖTESİ TAŞERONLAŞTIRILMASI: TIBBİ TURİZM

Aslı DAVAS\*

**Öz:** GATS, bölgesel ya da ikili ülkelerce imzalanan uluslararası anlaşmalarla sağlık hizmetlerinin ticareti serbestleşmiş, sağlık hizmetleri küresel bir meta haline dönüşmüştür. Tıbbi turizm bireylerin kendi ya da sigorta kurumları aracılığıyla maliyet, nitelik, bekleme süreleri vb. gibi sağlık hizmetine erişimdeki finansal ya da örgütsel sorunlar nedeniyle başka bir ülkeden sağlık hizmeti satın almaları ya da almak zorunda kalmaları olarak kabul edilmelidir. Tıbbi turizm reklam vb. araçlarla talebin satıcılar tarafından da şekillendirildiği bir endüstriyi işaret eder. Aracı kurumların "Üçüncü Dünya'nın fiyatlarıyla Birinci Dünya Sağlık hizmeti" yaygın sloganıyla pazarladıkları bu sınır ötesi tedavilerin başarısı konusunda gerçekte çok sınırlı kanıta dayalı bilgi bulunmaktadır. Küreselleşme, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, kamu sağlık sigortalarının kapsamlarının daraltılması sağlık turizmini etkileyen en önemli etmenlerdendir. Artan cepten harcamalar, kapsam dışı tedaviler tıbbi turizme yönelişi arttırmaktadır. Ülkeler arasında sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesindeki farklılıklar, sağlık hizmetlerine erişimde bekleme listeleri gibi örgütsel ve hizmetin sağlık sigortasınca kapsam dışı olması gibi finansal güçlüklerin olması, hastaları sınır ötesi hizmete yönlendirmektedir. Bu nedenle tıbbi turizm son yıllarda sağlık hizmetlerinin başka bir ülkedeki alt işverene devredilmesi gibi de kabul görmektedir. Gelişmekte olan ülkelerde özel sektöre ve uluslararası ortaklara inanılmaz kamusal teşviklerle yaratılan tıbbi turizm sektörü ülke içinde sağlıkta eşitsizlikleri arttırmakta özellikle yoksulların sağlık hizmetlerine erişimine engel olmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** tıbbi turizm, ticarileşme, eşitsizlikler

### *Transnational Subcontracting of Health Care Services: Medical Tourism*

**Abstract:** *The trade in health care services was liberalized and these services became a global commodity through GATS, the regional or bilateral international agreements. Medical tourism should be considered a phenomenon in which the individuals buy or have to buy health care services from another country on their own or through their insurance institutions due to the financial or organizational challenges in accessing healthcare such as cost, quality or waiting times. Medical tourism implies an industry wherein the demand is shaped also by vendors using the means such as advertising etc. There is, in fact, very limited evidence based information on the success of these transboundary treatments marketed by intermediary institutions with the common slogan "First World Health Care at Third World Prices". The globalization, the privatization of health services, limitations on coverages of public health insurances are the most important factors affecting medical tourism. Increasing out-of-pocket spending, the treatments uncovered by health insurances stimulate the trend of medical tourism. The presence of the organizational difficulties such as health care pricing differences among the countries, the waiting lists for health care and the financial difficulties such as the exclusion of insurance coverage for the treatment, direct patients towards cross-border services. For this reason, medical tourism is also being seen in recent years as the transfer of health care to subcontractors in another country. The medical tourism sector, which was created through incredible public incentives for the private sector and international partners in developing countries increases the disparities in health care in the country, constrains access to health care services, particularly among the poor.*

**Key words:** *medical tourism, commercialization, disparities*

### **Sağlık hizmetlerinin ulusötesi taşeronlaştırılması: tıbbi turizm**

Son yıllarda tıbbi teknoloji ve ilaçtan sonra hastaların, sağlık çalışanlarının da uluslararası dolaşımındaki küresel artış, sağlık hizmetlerinin üretim ve tüketiminde önemli değişikliklere yol açmıştır. GATS (Hizmetlerin Ticaretine İlişkin Genel Anlaşma), bölgesel ya da ikili ülkelerce imzalanan uluslararası anlaşmalarla sağlık hizmetlerinin ticareti serbestleşmiş, sağlık hizmetleri küresel bir meta haline dönüşmüştür. Kabaca hastaların sınır ötesi sağlık

hizmeti alması olarak tanımlanabilen sağlık turizmi bu ticarete yeni ve önemli bir unsur haline gelmiştir (**Warner, 1998; Lunt ve ark, 2011, Connell, 2013**).

Sağlık turizmi yeni bir olgu değildir. MÖ 4000'lü yıllarda Sümerlerin sıcak su kaynaklarının çevrelerine kurdukları sağlık merkezleri hastalar için önemli bir çekim kaynağı olmuştur. Eski Yunanlılar, Asklepiyon tapınaklarıyla kapsamlı bir tıbbi turizm ağının

\*Doç. Dr., İzmir Dayanışma Akademisi (İDA) Üyesi

Geliş Tarihi / Received : 04.07.2017

Kabul Tarihi / Accepted : 01.09.2017

temellerini atmışlardır. Yunanlı hacıların, binlerce yıl önce tıbbi tedavi için Doğu Akdeniz'den Saronik Körfezi kıyılarındaki Asklepion'un kutsal alanı sayılan bir bölgeye seyahati kayıtlı ilk tıbbi turizm örneklerinden biridir. MS 1248 yılında Kahire'de inşa edilen ve zamanının en büyük ve en gelişmiş hastanesi olduğu söylenen Mansuri Hastanesi'nin dünyanın çeşitli yerlerinden farklı ırk ve dinden hastaya hizmet verdiği bilinmektedir (**Bookman ve Bookman, 2007**).

Bireylerin hem koruyucu hem tedavi edici hem rehabilitasyon edici hem de sağlığı geliştirici hizmetleri almak amacı ile yaşadıkları ülke dışındaki bir ülkeye ziyaretleri olarak tanımlanan sağlık turizmi günümüzde termal sağlık turizmi, tıbbi turizm, yaşlı turizmi ve engelli turizmi kavramlarını içermektedir (**Özsarı ve Karatana, 2013**). Bu derlemede sağlık turizminin bir alt bileşeni olan tıbbi turizmin dünyadaki durumu ve ülke sağlık sistemlerine etkileri değerlendirilecektir.

### Tıbbi turizm

20. yüzyılda dünyanın az gelişmiş bölgelerinin zenginlerinin gelişmiş ülkelerdeki sağlık kurumlarından sağlık hizmetlerini satın almalarıyla karakterize olan tıbbi turizm 21. yüzyılda niceliksel ve niteliksel olarak farklılaşmıştır. Tıbbi turizm, gelişmiş ülkelerin hastalarının internet yoluyla edindikleri bilgiler ve ucuz uçuşlardan yararlanarak gelişmekte olan ülkelere daha düşük maliyetlerle sağlık hizmeti satın alması yönünde değişmiştir (**Warner, 1998**).

Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerdeki ulusal hükümetlerin teşvikleri ve özel sektörün ilgisi, tıbbi turizmin potansiyel olarak kârlı bir dış gelir kaynağı olarak kabul edilmesini sağlamıştır. Bu durum sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli paradigma değişikliklerine neden olmuştur. Tıbbi turizm yarattığı pazarla birçok ülkede hak olarak sunulan kamu sağlık hizmetlerinin satılabilir metalara dönüşme sürecini hızlandırmış, sağlık hizmetlerinden yararlananların müşteriye dönüşme sürecinde önemli bir sorumluluk üstlenmiştir (**Lunt ve ark, 2011; Connel, 2013**). Ekonomik krizdeki gelişmiş ülke sigorta fonları için sağlık hizmetlerini ulusötesi de olsa ucuz mal etmek, dil, hizmetin niteliği, kültürel engellere rağmen çok önemlidir. Sigorta fonlarının uluslararasılaştırılması için lobi faaliyetleri yürütmektedirler (**Bookman ve Bookman, 2007**).

Tıbbi turizmin çoğunlukla genel turizmle bir alakası yoktur ve sağlık turizminin metalaştırılması ve ticarileştirilmesini vurgular, reklam vb. araçlarla talebin satıcılar tarafından da şekillendirildiği bir endüstriyi işaret eder (**Lunt ve ark, 2011; OECD, 2011**). Tıbbi

turizmle ilgili birçok site ve kaynak olmasına rağmen, aslında varolan bilgiler oldukça sınırlı ve sistematikten yoksundur.

### Tıbbi turizmle ilgili veri kaynakları

1990'ların sonundan bu yana sağlık hizmetlerinin uluslararası ticaretiyle ilgili çok sayıda makale yazılmakla birlikte bunların çoğu endüstri tarafından bu ticaretin karlılığına ve hacmine vurgu yapan makaleler olmuştur. Ülkelerin ve bireylerin bu hizmetlerden nasıl yararlandığıyla ilgili bağımsız alan çalışmaları ve buna bağlı olarak ilgili sistematik veri eksikliği çok fazladır. Uluslararası düzeyde hangi sağlık hizmetlerinin ne düzeyde ticaretinin yapıldığı tam olarak bilinmemektedir. Örneğin Malezya gibi ülkelerde uluslararası şirketlerde çalışan ve dönemsel de olsa bu ülkede ikâmet eden yabancı işçilere ait sağlık harcamalarının yabancı sağlık hizmeti olarak sınıflanması bu ülkedeki tıbbi turizm hacmiyle ilgili bilgiyi sorgulanır kılmaktadır. Uluslararası özel sigorta ve sağlık kurumları arasında yapılan anlaşmaların açık olmaması bazı verilerin vergi vb. gerekçelerle farklı kaydedilmesi de yorumlamayı güçleştirmektedir (**OECD, 2011**).

Sağlık hizmetleri uluslararası ticaretin gerçekten bir parçası mıdır yoksa sadece bu konuya duyarlı olanlar gereğinden fazla mı dikkat çekmektedir? Başlıca ihracat ülkeleri hangileridir? İhracat yapan ülkeler üzerinde güçlü bir etkisi var mı? soruları henüz yanıtı olmayan sorulardır (**Johnston ve ark, 2010; Lunt ve ark., 2011; Lautier, 2014**).

Bu konudaki uluslararası düzeyde en önemli veri kaynağı-Uluslararası Para Fonu'nun (IMF) "Ödemeler Dengesi İstatistikleri" veri tabanıdır (BOPS). Ayrıca, Fransız Kalkınma Ajansı, Dünya Bankası ve Afrika Kalkınma Bankası gibi kurumların sistematik olmayan ama bu alanda yayınlanan çalışmaları bulunmaktadır (**Lautier, 2014**). Hükümetlerin ilgili kurumları, ulusal sosyal güvenlik kurumları, özel sağlık kuruluşları ve uluslararası aracı kurumların kayıtları da tıbbi turizmle ilgili verileri içermektedir. Özel sağlık sigorta şirketleri ya da İrlanda gibi bazı hükümetlerin düzenli yaptıkları hane halkı, hasta ve turist araştırmalarıyla bu alanda veri toplanabilmektedir. Yedi milyon sigortalıya sahip olan ve Almanya'nın en büyük sigorta şirketlerinden biri kabul edilen Techniker Krankenkasse sigortalılarına sınır ötesi alınan sağlık hizmetleriyle ilgili anketler uygulamaktadır. Silahlı kurumların, büyükelçiliklerin, ulusötesi görevlendirme ve operasyonlardaki sağlık giderleri de bu kapsamda değerlendirilebilmektedir. Yabancı sermaye yatırımı yüksek olan

ülkelerde çalışma izniyle oturan ve sağlık hizmetlerinden yararlanan çalışanlara ait giderler bazı ülkelerde tıbbi turizm başlığı altında ele alınmaktadır. Mülteci, sığınmacı ve göçmenlerle ilgili hükümetlerin ve bu alanda çalışan sivil toplum kuruluşlarının verileri de yabancılara ait sağlık giderleri başlığında değerlendirilebilmektedir (**Lunt ve ark., 2011; Lautier, 2014**).

Sağlık turizmiyle ilgili AB ve OECD ülkelerinin veri kaynakları ve raporlama düzeylerini değerlendirmeyi amaçlayan bir araştırmada, ülkelerin üçte ikisi uygun veri kaynakları olmadığını ve bu konunun ülkelerinde öncelikli kabul edilmediğini bildirmişlerdir. Yaklaşık %30'u da bu konunun ülkeleri açısından ihmal edilebilir düzeyde bir harcama olduğunu bildirirken, ülkelerin yaklaşık %80'inde bu konudaki veri kaynağı kamu sosyal güvenlik kurumları, %40'ın da özel sağlık sigortası kayıtlarıdır (Şekil 1) (**OECD, 2011**).

Yukarıda aktarıldığı gibi sağlık turizminin hacmi, kapsamı, kârlılığı, hangi ülkelerde kârlı olduğu gibi sorulara yanıt vermek için gerekli bilgilerin içerik ve kapsamı ülkeden ülkeye çok değişmekte ve standart bir şekilde sunulmamaktadır. Tartışmalı Deloitte raporu 2007'de 750.000 Amerikalı'nın yurt dışından sağlık hizmeti aldığını iddia ederken küresel tıbbi turizmde hizmet alan toplam hasta sayısını 60.000 gösteren raporlar mevcuttur (**Johnston ve ark, 2008; Lunt ve ark., 2011**). Bu nedenle literatürde tıbbi turizmin dünyada kuzeyden güneye mi, güneyden kuzeye mi daha ağırlıklı olduğu ya da sağlık turizminin ekonomik boyutuyla ilgili birbirleriyle çelişen makaleler azımsanmayacak düzeydedir (**OECD, 2011; Bookman ve Bookman, 2007**).

### Küresel düzeyde sağlık turizmiyle ilgili harcamalar

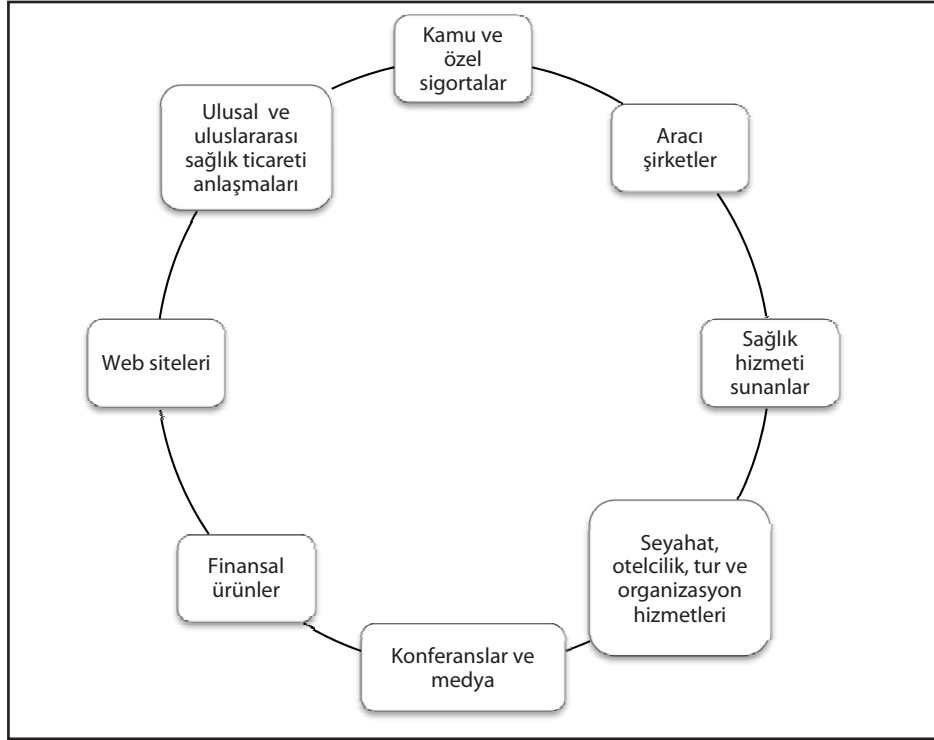
Gelişmekte olan ülkelerde tıbbi turizm harcamalarıyla ilgili çalışma yaparken hizmet alanların sayısı ve gelirler olmak üzere iki tür bilgi mevcuttur. IMF verilerine göre 1997'den 2010 yılına kadar sağlık turizmiyle ilgili harcamalar %176 artarken genel turizm harcamaları %111 artmıştır. Dünyada Güney Yarıküre'nin ihracatı üç buçuk kat artarken, Kuzey'in ihracatı iki katına çıkmıştır. Lautier ve arkadaşlarının araştırmalarında hesapladıkları küresel tahminlere göre sağlık turizmiyle ilgili harcamalar 2010'da 11,8 milyar Dolar'a çıkmıştır. Sadece OECD ülkelerinde sağlık turizmiyle ilgili ihracat, "Sağlık Hesapları Sisteminde Sağlık Hizmetlerinin ve Malların İthâlat ve İhracat Tahminlerinin İyileştirilmesine" ilişkin OECD / EC projesi'ne göre 6,9 milyar Dolar'dır (**Lautier, 2014; OECD, 2011; Lunt, 2011**). Hindistan'ın bir milyar Dolar'dan fazla gelir elde ettiği bilinmektedir (**Bookman ve Bookman, 2007**).

2004'de Malezya'da 130 bin, 2004-2008 arası Hindistan'da 100 bin-731 bin arası, Tayland'da her yıl ortalama 400 bin civarı (bir milyonun üzerinde olduğuyla ilgili raporlar da mevcuttur), 1995-96'da Küba'da yaklaşık 25 bin yabancı hastanın tedavi olduğu bilinmektedir. Tayland'da sadece Bumrungrad Hastanesi'ne bir yılda 50 bin Amerikalı başvurmuştur. 2003'te 50 bin İngiliz Tayland, Güney Afrika, Hindistan ve Küba'ya tedavi nedeniyle gitmiştir. Her yıl 250 bin yabancı hasta da ABD'ye tedavi amaçlı başvurmaktadır (**Bookman ve Bookman, 2007**).

Ülke bazında dahi tıbbi turizme ait sağlık hesaplamaları tahminlere dayanmaktadır. Örneğin Tunus'un doğrudan sağlık hizmetleri ihracatı,



Şekil 1. Tıbbi turizm finansmanı ile ilgili temel veri kaynakları



Şekil 2. Tıbbi turizm endüstrisi

Tunus Merkez Bankası verilerine göre 2010 yılında 82 milyon Dolar olarak gerçekleşmiştir. Bu tutar sadece tedavinin %40'ını oluşturan hastane giderlerini içermektedir. Hekim ve ilaç giderleri eklendiğinde bu rakam 205 milyon Dolar'a çıkmaktadır. Bununla birlikte, yabancı turistler tarafından otel, gıda ve ulaştırma sektörlerinde ülkede yapılan ilave harcamalar, tıbbi turizmden kaynaklanan kazançları arttırmaktadır. Kalınan sürenin ve otel, yemek ulaşım gibi harcamalarda her bir birimin en ucuzlarının gerçekleştirildiği kabul edilerek yapılan hesaplamalarda dahi sağlık hizmetlerinin %90'ına denk gelen yerel turizm gelirleri ürettiği tahmin edilmektedir. Tunus'ta yapılan alan araştırmalarında refakatçilerin harcamalarıyla birlikte Tunus'un toplam ihracatı 389 milyon Dolar'a çıktığı hesaplanmıştır (Lunt ve ark., 2011). Küba'da tıbbi turizm her yıl 40 milyon Dolar kazandırmaktadır. Birçok ülke tıbbi turizmi ülkelerine gelen doğrudan döviz kazancı düzeyini artırmak ve ödemeler dengesini iyileştirmek amacıyla desteklemektedir.

Tıbbi turizmin yarattığı istihdamla da ekonomiye katkısı olduğu tartışılmaktadır. Yine Tunus örneğinde 10.000 sağlık profesyoneli (hekim, hemşire), 8.000 hastanelerdeki destek personeli ve 19.000'den fazla turizm ile ilgili faaliyetlerde çalışan olmak üzere tıbbi turların yaklaşık 37.000 kişilik istihdam yarattığı tahmin edilmektedir.

Tıbbi turizm gelişmekte olan ülkeler için avantajlı görülmeyle birlikte bu ülkelerdeki hastanelere ortaklık, ileri tıbbi teknoloji satışı, bu teknolojinin kullanımı için verilen eğitim ve danışmanlıklar yoluyla çok uluslu şirketler ve gelişmiş ülkeler ulusal görünen bu gelirlerden önemli paylar almaktadır.

### Tıbbi turizm endüstrisi

Tıbbi turizm, 2000'li yıllardan itibaren birçok sektörle işbirliği içinde olan bir endüstri olarak kabul görmektedir. Şekil 2'de Tıbbi turizm endüstrisinin bileşenleri özetlenmiştir.

### Hizmetten yararlananlar-tıbbi turistler

Küreselleşmenin etkisiyle birçok insan kendi ülkesi dışında tatil yapmakta, çalışmakta, emekli olabilmekte ya da farklı bir ülkede emekliliğini geçirmeyi tercih edebilmekte, dolayısıyla farklı bir ülkenin sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedir. Bazı ülke istatistiklerinde bu grup da yabancı sağlık hizmet kullanıcısı olarak sınıflanmakla birlikte aslen tıbbi turizm bireylerin kendi ya da sigorta kurumları aracılığıyla maliyet, nitelik, bekleme süreleri vb. gibi sağlık hizmetine erişimdeki finansal ya da örgütsel sorunlar nedeniyle başka bir ülkeden sağlık hizmeti satın almaları ya da almak zorunda kalması olarak kabul edilmelidir. İngiltere'de bekleme süreleri nedeniyle kalp ameliyatını yaptıramayan orta sınıf bir İngiliz; ABD'deki yaklaşık 20 milyon sigortasızdan

biri olan ve evini satıp yurt dışında daha ucuz olduğu söylenen sağlık hizmetlerine yönelen işçi; ABD’de çok az kişinin ulaşabildiği deneysel tedavilerden yararlanmak isteyen petrol zengini bir Katarlı; ülkesinde infertilite tedavisi yasak ya da pahalı olduğu için başka bir ülkeye yönelen bir çift; estetik ameliyatını ucuza yaptırıp, tatil yapmak isteyen gelişmiş ülkenin orta sınıf mensupları; tatil yaptığı yerde kaza geçirip tedavi alan herhangi bir turist de tıbbi turizmden hizmet alanlar grubuna dâhil edilebilir (**Bookman ve Bookman, 2007; Lunt ve ark., 2011**).

### Tıbbi turizmin konusu olan hizmetler ve sunulduğu ülkeler

Kozmetik cerrahi (göğüs, yüz, liposuction), diş hekimliği hizmetleri (kozmetik ve rekonstrüksiyon), kardiyoji / kalp cerrahisi (by-pass, vana replasmanı), ortopedik cerrahi (kalça replasmanı, cilt yenileme, diz protezi, eklem cerrahisi), gastrik cerrahi (gastrik by-pass, gastrik bantlama), doğurganlık / üreme sağlığı hizmetleri (IVF, cinsiyet değiştirme), organ, hücre ve doku transplantasyonu (organ transplantasyonu; kök hücre), göz ameliyatı ve rutin kontroller tıbbi turizmde en sık kullanılan hizmetlerdir (**Lunt ve ark, 2011; Lautier, 2010; Özsarı ve Karatana, 2013**). *Kürtaj ve cinsiyet değişimi* gibi ameliyatların yasak olduğu ülkelere olan hasta hareketlilikleri de tıbbi turizm olarak kabul edilmektedir. Son dönemde birçok kronik ve yaşlı hasta da ötenazi talebiyle seyahat etmektedir (**İçöz, 2009**).

Singapur, Tayland, Kosta Rika gibi ülkeler asıl gelirleri turizm olduğu; Ürdün, İran, Malezya, Brezilya coğrafi ve politik avantajlarından ötürü; Almanya, ABD, Güney Kore tıbbi teknolojileri ve sağlık hizmet kalitesi gelişmiş oldukları; İspanya, Macaristan, Hindistan gibi ülkeler tarihsel olarak sağlık turizmine önem verdikleri; Ürdün, Hindistan, Malezya, Malta gibi ülkeler yurt dışında eğitim görmüş sağlık personeli ve yabancı sosyal güvenlik kurumlarıyla kolay anlaşma yapmaya olanak tanıyan yasal mevzuat avantajları nedeniyle; Türkiye, Malezya, İsrail gibi ülkeler de turizm, coğrafi konum, hizmet kalitesi gibi birden fazla avantaja sahip oldukları için sağlık turizmi alanında en çok tercih edilen ülkelerdir (**Lunt ve ark, 2011; Özsarı ve Karatana, 2013**). Polonya ve Yugoslavya gibi ülkeler de Avrupalı hastalar tarafından tercih edilebilmektedir. Tıbbi turizmin büyük bir çoğunluğu hâlâ teknoloji ve gelişmiş tedavi olanaklarına sahip olan gelişmiş ülkelere doğrudur (**Lunt ve ark. 2011; SATÜRK, 2012**).

### Hizmet sunucular

Küreselleşmeyle birlikte tüm dünyada ülke dışından hizmet satın alma/ taşeronlaşma artmıştır.

İngiltere’de NHS Hindistan’la alt işveren sözleşmesi imzalamıştır (**Bies ve Zacharia, 2007**). Çoğunlukla özel sağlık kurumları bu alanda hizmet vermekle birlikte bazı ülkelerde kamu kurumları da (örn., Singapur, Küba) bu hizmetleri sunabilmektedir. İngiltere Ulusal Sağlık Hizmetleri tedavi ettikleri yabancı hastaların ödeme yapabilmesi için ayrı bir birim kurmuştur (**Lunt ve ark., 2011**).

Muayenelerde de hizmet sunumu yapılabildiği gibi Tayland’daki Bumrungrad, Singapur’da Raffles, Güney Kore’de Yonsei Severance Hastanesi gibi büyük tıbbi turizm kurumları da bulunmaktadır.

Hindistan’da ve dışarıda 50 hastaneye sahip olan Apollo Grubu gibi büyük şirketler de tıbbi turizmde yer almaktadır. Genellikle gelişmekte olan ülkedeki bu hastanelerin sahipleri hastaların geldiği daha yüksek gelirli ülkelere dendir. Yani gelişmiş ülkeler gelişmekte olan ülkelere tıbbi turizm hizmeti alırken de sadece tıbbi teknoloji transferi gibi yan hizmetlerden değil ortaklık yoluyla doğrudan kazanç sağlamaktadır.

ABD’de Cleveland Clinic, Massachusetts Genel Hastanesi, Memorial Sloan Kettering Kanseri Merkezi, Mayo Clinic gibi hastaneler uzun yıllardır yurt dışından hasta kabul etmektedir. Son yıllarda ise bu merkezler ile Harvard ve Johns Hopkins gibi iddialı üniversiteler yurt dışı hastaneler ve üniversitelerle ortaklıklar kurarak tıbbi turizmde öncü Singapur, Hindistan, Tayvan gibi birçok ülkede hizmet vermeye başlamışlardır (**Bookman ve Bookman, 2007**).

### Hizmet kalitesi ve hasta güvenliği

Aracı kurumların “Üçüncü Dünya’nın fiyatlarıyla Birinci Dünya Sağlık hizmeti” yaygın sloganıyla pazarlanmakta olan sınır ötesi tedavilerin başarısı konusunda çok sınırlı bilgi bulunmaktadır (**Turner, 2007**). Düşük ücretli bu hizmetlerin kalitesinin de düşük olduğuyla ilgili kaygılar bulunmakta, dil sorunu ve kültürel alışkanlıklar hizmet alımını zorlaştırmaktadır. Bu nedenle hastalar uluslararası kurumlarca akredite edilmiş hastanelere başvurmayı istemektedir. ABD hastanelerini akredite eden Uluslararası Ortak Komisyon (JCI)’a 35 ülke akreditasyon için başvurmuş hâli hazırda Hindistan’da 17, Tayland’da 14 hastane akredite edilmiştir. Hekimlerin gelişmiş ülkelere eğitim alması da hizmet kalitesi açısından önemli kabul edilmektedir. Bangkok’taki Bumrungrad hastanesinde 70 tercüman ve ABD’den sertifikalı 200 cerrah bulunmaktadır (**İçöz 2009; Bookman ve Bookman, 2007**).

Ameliyat sonrası derin ven trombozu ve benzeri birçok risk geriye dönüş yolculuğu nedeniyle artabilmektedir. Ameliyat sonrası izlemlerin yetersiz olduğu ise bilinmektedir. Yurt dışında geçirdikleri cerrahi sonrası bir Alman Üniversitesine başvuran 20 hastayla yürütülen bir araştırmada komplikasyonların iyi yönetilmediği ve post-op bakımın yetersiz olduğu raporlanmıştır. Yapılan iki araştırmada yurt dışında böbrek nakli yapılan hastalarda greft hayatta kalımı ve fonksiyonunun iyi olduğu ama ameliyat sonrası enfeksiyon insidansının ve akut reddin daha yüksek olduğu bildirilmiştir. İngiltere’de yurt dışında estetik operasyon olan 203 hastanın 73’ünde komplikasyon geliştiği saptanmıştır (**Lunt ve ark., 2011**). En ünlü hastanelerden biri olan Uluslararası Bumrungrad hastanesi 23 yaşındaki bir Amerikalı’nın yaşamını kaybetmesinden sonra ciddi soruşturmalar geçirmiş ve uluslararası davalar açılmıştır (**Bookman ve Bookman, 2007; Hall, 2011**).

Yurtdışındaki tıbbi tedavinin kalitesi ve güvenliği konusu çok boyutlu bir konudur. Yasal olarak hizmet sunan ülkede gerçekleşen bir tıbbi hatayla ilgili süreçler karmaşıktır. Tıbbi turizmin halk sağlığına etkileri ise yeterince incelenmemiştir. Bununla birlikte tehlikeli mikroorganizmaların, dünyanın farklı yerlerinde bulunan hastaneler arasında taşınması önemli bir risktir. 2009 ve sonrası Birleşik Devletler ve Meksika’dan domuz gribinin hızlı bir şekilde dünyanın geri kalanına yayılması, mikroorganizmaların sınırlar ötesine taşınmasının kolaylığını göstermektedir. Yurtdışında tedavi gören ABD vatandaşlarının tedavisinden kaynaklanan enfeksiyon salgınları bildirilmiştir. Sıtma, sarı humma gibi vektör aracılı enfeksiyon salgınların tıbbi turistlerde görüldüğünü bildiren yayınlar mevcuttur.

### Uluslararası ve ulusal düzenlemeler

Sağlık hizmetleri ticaretinin liberalleşmesini amaçlayan en önemli belge Dünya Ticaret Örgütü (DTÖ) tarafından hazırlanan Hizmetlerin Ticarileşmesi Genel Anlaşması’dır (GATS). 1994’de Uruguay’da görüşülmeye başlanan bu anlaşma Ocak 2005’de son hâlini almıştır. İlaç, tıbbi teknolojiden sonra hizmetlerin de uluslararası ticarileşmesinin önündeki engelleri kaldırmıştır (**Blouin, ve ark., 2005**). Gelişmekte olan ülkelere, sağlığa erişimde istedikleri standartları vatandaşlarına sağlamakta zorlanmaya başlayan gelişmiş ülkelerin taşeronu olarak sağlık hizmeti sunmanın yolunu açan bu anlaşma Dünya Bankası tarafından önerilen tüm sağlık reformları gibi sağlık hakkı kavramına çok büyük zararlar vermiştir. GATS Anlaşmasını ülkeler belli çekincelerle uygulamaktadır. Örneğin Malezya Hükûmeti anlaşmayı sadece

özel sektör için kabul ederken Singapur için bu durum farklıdır. GATS dışında ülkeler birbirleriyle ikili, üçlü, çoklu hizmet anlaşmaları yapmaktadır (**Blouin, ve ark., 2005**). Örneğin Türkiye’nin Sudan, Afganistan, Azerbaycan ve Arnavutlukla ikili anlaşmaları vardır, oradan resmi bir mektupla gönderilen hastalar devlet ve üniversite hastanelerinden rahatlıkla hizmet alabilmektedir (**SATÜRK, 2012**). Doha yuvarlak masasında ülkelerin dil, coğrafi yakınlık, kültürel benzerlik vb. nedenlerle çevre ülkelerle daha fazla ticareti ilişkiler kurduğunu göstermiştir. AB, Güney Doğu Asya Ülkeleri Birliği gibi ticari bloklar ticari hareketliliğin büyük bir kısmı bu bloklar içinde yürütülmektedir (**Blouin, ve ark., 2005**).

Tıbbi Turizm kapsamında sosyal güvence kurumları da birbirleriyle anlaşma yapabilmektedir. Sosyal güvenlik kurumu hastanın harcamalarını doğrudan hizmet aldığı kuruma ödeyebildiği gibi hasta ödeme yapıp sonrasında faturalarının karşılığını alabilir.

Kişilerin Özgürce Dolaşımı başlığı altında Avrupa Komisyonu Anlaşması Madde 42 göçmen işçilerin diğer ülkelerdeki sosyal güvencelerinin sınırlarını belirler (**OECD, 2011**).

Tıbbi turizme konu olan sağlık hizmetlerinin kalite ve güvenliğini garanti eden uluslararası anlaşmalar çok sınırlıdır. Bu çoğu zaman sağlık profesyonellerinin mesleki etiklerine bağlı kalmıştır. Mal praktis yasaları ülkeden ülkeye farklılaşmaktadır.

2008 Temmuz ayında Avrupa Komisyonu sosyal gündemlerinin bir parçası olarak “sınır ötesi sağlık hizmetlerinde hasta hakları ile ilgili bir çerçeve önerisi sunmuştur. Bu metnin en önemli üç amacı; hastaların aldıkları sağlık hizmetlerinin güvenli ve nitelikli olduğunu garantilemek, sınır ötesi sağlık hizmetlerini kullanırken hastaları desteklemek; sağlık sistemleri arasında işbirliğini teşvik etmektir. Buna bağlı olarak Avrupa Adalet Divanı İçtihat Hukuku’nda ulusötesi sağlık hizmetleri erişim hakkıyla ilgili düzenlemeler yapılması ve bu divana başvuru süreci açıkça tanımlanmıştır. Bu yasal çerçeveye göre üye ülkeler, sınır ötesi hizmet almak isteyen hastalar için hangi hizmetlerin alınabileceği ve hangi sağlık hizmetini finanse edeceğine karar vermek ve bir maliyet geri ödeme sistemi kurmakla yükümlüdür. Ayrıca bu düzenlemeye göre hasta tedavi gördüğü ülkenin prosedür ve yasal düzenlemelerine tabi olacaktır (**OECD, 2011**).

Birçok ülke tıbbi turizmi canlandırmak ve teşvik etmek için düzenlemeler yapmaktadır. Tayland, Hindistan, Singapur, Malezya, Macaristan, Polonya ve

Malta hükümetleri, kalkınma ve turizm politikalarının bir parçası olarak büyük uluslararası ticaret fuarlarında reklamlar yaparak, internet siteleri kurarak ve bu alana yatırım yapan özel sektöre teşvikler vererek tıbbi turizmi geliştirmeye çalışmaktadır (Lunt, 2011).

Singapur bu alanda önemli bir örnektir. 1990'larda hükümet ve işverenler sadece mikroelektronığe dayalı ve krizlerden etkilenen ekonomilerini tıbbi turizmin rahatlatacağına karar vermiş, Singapur biyomedikal bir merkeze dönüştürme kararı almışlardır. Bunun için genetik, biyomühendislik, nanoteknoloji ve biyoinformatik alanlarında çalışmalar yapan bir araştırma merkezi oluşturmuşlar, dünyanın birçok yerinden bilim insanlarını işe alıp sermayeye de çeşitli teşviklerde bulunmuşlardır (Bookman ve Bookman, 2007). Bileşenleri Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Kurulu, Uluslararası Singapur İşletmeleri, Singapur Turizm Kurulu olan Singapore-Medicine isimli çok ajanslı bir hükümet-sanayi ortaklığı oluşturmuştur. Hindistan giderek artan tıbbi turist sayısını karşılamak için özel bir vize kategorisi - bir M vizesi - başlatmıştır. Bu alanda hizmet veren kurumlara arsa ve vergi indirimleri gibi teşviklerde verilmiştir. Malezya'da Sağlık Bakanlığı tarafından kurulan Tıp ve Sağlık Turizmi Teşvik Ulusal Komitesi, binalar, donanım, eğitim, reklamcılık ve bilgi işlem başlıklarında vergi indirimleri yapıp, kurumları kaliteyi garantilemek için uluslararası alanda akredite olmaya teşvik etmiştir. 2009'dan itibaren Güney Kore Hükümeti, hastanelerin yabancı hastalara sağlık hizmetlerini pazarlamasına izin vermiştir (Singh, 2009; Lunt ve ark., 2011). Tıbbi turizm yatırımlarının çoğu kamu kaynaklarıyla yapılmaktadır. Örneğin Türkiye'de bu alandaki teşvikler için pek çok yasal düzenleme yapılmıştır. Döviz kazandırıcı hizmet ticaretinin desteklenmesi tebliğiyle, bu alanda yatırım yapacak şirketlere; pazara giriş desteği; hasta yol desteği; yurt dışı tanıtım desteği; fuar, kongre konferans desteği; arama motoru reklam desteği; yurt dışında birim kurma desteği; uluslararası belgelendirme desteği; ticaret ve alım heyeti desteği; danışmanlık desteği gibi destekler tanımlanmış ve bu destekler şirketlerin yatırım harcamalarının %50-70'ine gelecek şekilde belirlenmiştir (SATÜRK, 2012).

#### Aracılar/Brokers

Ulusötesi sağlık hizmeti almak isteyen hastalara aracılık yapan şirketlerin ve danışmanların sayısı sürekli artmaktadır. Kimlerin aracı olabileceğine dair standartların ve yasal düzenlemelerin olmaması, isteyen herkesin aracı şirket kurabilmesine olanak

sağlamaktadır (Turner, 2007). Sadece Kanada'da 20 den fazla aracı şirket bulunmaktadır (Johnston ve ark, 2010). ABD'de daha çok Global Health Care, Med Journeys, Med Retreat gibi büyük şirketler kadar piyasaya hâkimdir. Araçların önerdikleri tıbbi hizmetler spa, ayurveda tedavilerinden, estetik cerrahi, ortopedik ve kardiyak ameliyatlara kadar geniş bir yelpazede olabilmektedir (Turner, 2007). Araçlar diş, plastik cerrahi, kardiyoloji gibi hizmetlere ya da gidilecek ülkeye göre de özelleşebilmektedir. Araçlar tıbbi turizmin yapılacağı ülkelerde hekimlerle, kurumlarla doğrudan ilişkiye geçerek paket anlaşmalar yapmakta bunları seyahat paketleriyle birleştirip üzerine belli oranda bir kâr payı ekleyerek pazarlamaktadır. Son yıllarda araçlar sadece turizm şirketleriyle değil özel sigorta şirketleriyle birlikte de yurt dışı sağlık paketleri oluşturmaktadır. Tüm sigorta şirketlerinin sınır ötesi ödeme yapabilmesi için büyük araçlar ülkeler de lobi faaliyetleri de yürütmektedir.

Tıbbi kayıtların her iki ülkeye de aktarılması, hastane havaalanı arasında limuzin hizmeti, sağlık kurumu çevresinde yapılacak turistik gezilerin organizasyonu, ameliyat sonrası otelde konaklama, hasta ülkesine döndüğünde yapılması gereken tıbbi izlemlerin planlanması gibi işlemler araçların kazancını arttırmaktadır. Dünya Bankası Gelişim Araştırma Grubu'nda Additya Mattoo ve Randeep Rathindan isimli iki ekonomist sağlık sigortalarının yurt dışı sağlık harcamalarını ödememeleri ya da prim indirimi yapmamalarını "ayrımcılık" olarak eleştirmektedir.

Araçlar hastaların kendi tercihlerinden sorumlu olduğu, tedavinin riskleri ve avantajları konusunda yetkin olmadıkları konusunda hastaya bilgi verdiklerine dair imzalı onam alsalar da, çoğunluğu sağlık çalışanı olmayan bu danışmanlar, tatil alternatifleriyle birleştirerek oluşturdukları tıbbi turizm paketleriyle hastaların alacağı tıbbi tedavi seçenekleri ve seçecekleri hekimler konusunda yönlendirme yapmaktadır (Bookman ve Bookman, 2007).

Bu şirketler hastalara başlangıçta birçok şey vaat etmekte, ödemeler ve sigorta kapsamı konusunda yanlış yönlendirebilmekte ve internet tabanlıysa çok kısa sürede de kapanabilmekte ve ulaşılamaz hâle gelebilmektedir (Lunt 2011; Bookman ve Bookman, 2007).

#### Reklam ve internet veri kaynaklarının güvenilirliği

Tıbbi turizm ilgili internet siteleri ve içerikleri, hasta ve sağlık çalışanları arasındaki bilgi asimetrisi de göz önünde bulundurulduğunda endişe vericidir. İleri

tıbbi teknoloji aletleri, yenilikçi tedaviler, futuristik sembollerle bu sitelerde sunulmaktadır (**Bookman ve Bookman, 2007**). Avrupa'da sağlık hizmetleri ve tedavilerle ilgili pazarlama yapan 50 tıbbi turizm web sitesinin incelenmesi sonucunda; sitelerin gidilecek ülkeye varış, tedavi ve seyahat ayrıntıları, otelcilik hizmetleri gibi bilgileri ayrıntılı sunmakla birlikte tedavi sonrası takiple ilgili sadece beş sitenin, yatak, personel sayıları ve acil durum prosedürleriyle ilgili ise üç sitenin de bilgi verdiğini saptamışlardır (**Lunt ve ark., 2011**).

Bu sitelerin bilgilerin güncellenmesi açısından yeterli ama içerik açısından yanıltıcı olduğu gösterilmiştir. Siteler incelendiğinde çoğunun ticari ve pazarlama amaçlarına hizmet etmek için çok azının da bağımsız olarak bilgi sağladığı saptanmıştır. İnternette doğru genetikle ilgili sağlık hizmeti satışı yapan sitelerin hastaları sağlayacakları fayda konusunda yanlış yönlendirdiklerini göstermiştir. Yeterince kanıtlanmamış bilimsel iddialarla hastalarda korku yaratarak hizmete yönlendirmeler yapılmaktadır (**Johnston ve ark., 2010**).

#### **Tıbbi turizmin gelişimini etkileyen etmenler**

Küreselleşme, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, kamu sağlık sigortalarının kapsamlarının daraltılması sağlık turizmini etkileyen en önemli etmenlerdendir. Artan cepten harcamalar, kapsam dışı tedaviler tıbbi turizme yönelişi arttırmaktadır. Ülkeler arasında sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesindeki farklılıklar, sağlık hizmetlerine erişimde bekleme listeleri gibi örgütsel ve kapsam dışı olması gibi finansal güçlüklerin olması hastaları sınır ötesi hizmete yönlendirmektedir. Ülkedeki sağlık kurumlarının uluslararası akredite kurumlara akredite edilmesi de o ülkenin tıbbi turizm açısından tercih edilme olasılığını artırır.

Tıbbi turizm endüstrisi dinamik ve çok değişkendir. Ülkenin ekonomik durumu, iç politika değişiklikleri, siyasi istikrarsızlık, seyahat kısıtlamaları, reklamcılık uygulamaları, jeopolitik değişimler, yenilikçi ve öncü tedavi biçimlerinin varlığı da dâhil olmak üzere bir dizi etmen o ülkede sağlık hizmet üretimini ve tüketimini etkiler. Döviz kurlarındaki dalgalanmalar da ülkeleri az ya da çok mali açıdan cazip hâle getirebilir ve seyahat ve güvenlik konusundaki kısıtlamalar tüketicileri alternatifleri aramaya yönlendirebilir.

Tıbbi turizm son yıllarda sağlık hizmetlerinin başka bir ülkedeki alt işverene devredilmesi gibi de kabul görmektedir. Uluslararası hukuk kuralları, kamu ve özel sigortaların yasal olarak sınırlılıkları olmasına rağmen birçok ülke bunu ikili anlaşmalarla yapmaktadır.

Bazı ülkeler brokerlar, web siteleri, ticaret fuarları aracılığıyla sağlık turizmiyle ilgili pazarlama faaliyetleri yürütmektedir. Örneğin Singapur kendini 2001 yılında biyoteknoloji ve biyomedikal hizmetler sunan "Biyomedikal Şehir" olarak tanıttığı bir pazarlama stratejisi geliştirmiştir. Dubai Sağlık Bakım Kenti Orta Doğu'lu hastaların Asya, Avrupa ya da Amerika'ya gitmesini engellemek için kurulmuştur (**Connell, 2006**).

Ülkeler arası tarihsel ilişkiler de tıbbi turizm açısından önemlidir. İngiltere'den Malta ve Kıbrıs'a olan tıbbi turizm bu tarihsel ilişkilere örnek verilebilir. Diaspora nüfusları kültürel olarak tanıdık oldukları hizmetlere yönelmektedir. Örneğin ABD, Avustralya ve Yeni Zelanda'ya yerleşmiş ikinci nesil Kore'liler sağlık hizmetlerini Kore'den almayı tercih edebilmektedir. Benzer şekilde, İngiltere ve Hindistan arasındaki sömürge bağlantısı iki ülke arasında bir tıbbi pazarı kolaylaştırmıştır. ABD'ye göç eden Meksika göçmenleri sigortasız olmaları ya da ABD'deki hizmetlere erişmede sorun yaşamaları gibi nedenlerle sağlık hizmetleri için Meksika'ya dönmektedir (**OECD, 2011**).

Lautier ve arkadaşlarına göre küresel sağlık hizmet gereksiniminin karşılanması daha çok güneydeki sağlık hizmeti sunucuları tarafından yapılmaktadır. Güneydeki daha düşük gelirli bu ülkelerin rekabet gücü ise iki ana faktöre dayanmaktadır. Öncelikle sağlık hizmetlerini ihraç edebilmenin ön koşulu olarak ulusal sağlık sisteminin asgari seviyede bir hizmet kalitesi sağlaması gerekmektedir. Bu genellikle DSÖ göstergeleriyle (Genel Sağlık Sistemi Performans Endeksi) veya beş yaş altı ölüm hızı gibi basit değişkenler ile yapılır. Ülkelerin hizmet kalite performanslarının karşılaştırıldığı araştırmalarda regresyon analizleri beş yaş altı ölüm hızı 1000'de 30-40'ın üzerinde olan ülkelerin herhangi bir sağlık hizmet ihracatı yapma olasılığı olmadığını göstermektedir. İkinci olarak da tıbbi turizm hizmetlerinden yararlanan ülkelerin elde edeceği maliyet avantajının büyüklüğüdür. Tablo 2'deki veriler, ülkeler arasında bazı tedavilerin maliyet farklarını göstermektedir (**OECD, 2011**).

Zannedildiğinin aksine Avrupa'nın sınır ötesi sağlık hizmet alımındaki payı kapsayıcı kamu sağlık güvenceleri ve kapsadığı tıbbi hizmet yelpazesinin geniş olması nedeniyle oldukça sınırlıdır. Avrupa'da kamu sağlık sigortaları çoğunlukla yurt dışı sağlık harcamalarını karşılamamaktadır. Bazı hastaneler ya da aracı kurumlar kamu sağlık sigortalarını anlaşmaya teşvik etmeye çalışmakta ancak oldukça sınırlı sayıda ikili anlaşma yapılmaktadır. Örneğin Tunus'ta bir klinik Fransız CNAM sigorta şirketine üç katı düşük bir maliyetle tedavi hizmeti



**Tablo 1. Tıbbi turizme konu olan bazı ameliyatlara ödenen ücretlerde ülkeler arasındaki farklılıklar**

İşlem	ABD	Hindistan	Tayland	Singapur	Malezya	Meksika	Küba	Polonya	Macaristan	UK
Kalp bypass (CABG)	113 000	10 000	13 000	20 000	9 000	3 250		7 140		13 921
Kalp kapağı replasmanı	150 000	9 500	11 000	13 000	9 000	18 000		9 520		
Anjioplasti	47 000	11 000	10 000	13 000	11 000	15 000		7 300		8 000
Kalça protezi	47 000	9 000	12 000	11 000	10 000	17 300		6 120	7 500	12 000
Diz değiştirme	48 000	8 500	10 000	13 000	8 000	14 650		6 375		10 162
Mide baypası	35 000	11 000	15 000	20 000	13 000	8 000		11 069		
Kalça yapılandırma	47 000	8 250	10 000	12 000	12 500	12 500		7 905		
Spinal fusyon	43 000	5 500	7 000	9 000		15 000				
Mastektomi	17 000	7 500	9 000	12 400		7 500				
Rinoplasti	4 500	2 000	2 500	4 375	2 083	3 200	1 535	1 700	2 858	3 500
Tummy Tuck	6 400	2 900	3 500	6 250	3 903	3 000	1 831	3 500	3 136	4 810
Meme küçültme	5 200	2 500	3 750	8 000	3 343	3 000	1 668	3 146	3 490	5 075
Meme implantları	6 000	2 200	2 600	8 000	3 308	2 500	1 248	5 243	3 871	4 350
Diş-Crown	385	180	243	400	250	300		246	322	330
Diş beyazlatma	289	100	100		400	350		174	350	500
Diş implantları	1 188	1 100	1 429	1 500	2 636	950		953	650	1 600

Kaynak: OECD, 2011

anlaşması önermiş ancak yasal alt yapının desteklememesi nedeniyle yaşama geçirilememiştir.

Hastalar sadece düşük maliyetle ilgilenmemekte hizmet kalitesine de önem vermektedir. Ancak İngiltere ve İtalya gibi koroner by pass için altı ay bekleme süreleri olan ülkeler sınır ötesi sağlık hizmetini kullanımını daha çok tercih etmekte ve Fransa veya İsviçre'deki sağlık kurumlarına yönelmektedirler. Ekonomik gücü düşük olan sınırlı sayıda Avrupalı hasta ise Tunus veya Türkiye'ye başvurmaktadır (Lautier, 2014).

Hem kamu hem de özel sağlık sigortalarının karşılamadığı plastik cerrahi ve pahalı diş sağlığı hizmetleri için durum farklılaşmaktadır. Hastaların tamamını ceplerinden karşıladığı bu tedaviler de düşük ücretler ve isim yapmış cerrahlara erişim olanağı tıbbi turizmin en önemli belirleyicisi haline gelmektedir. Özellikle Fas ve Tunus "Güneş, Kum ve Cerrahi" paketleriyle ön plana çıkmaktadır.

Yüksek teknoloji ve yüksek kalite gibi pazarlama hizmetlerine verilen önemin yanı sıra yurtdışı deneyime sahip (eğitim, istihdam, kayıt) klinisyenlerin varlığı da potansiyel olarak önemlidir.

Burada da psikolojik olarak tanımlandırılan, hasta hekim arasındaki güven ilişkisinin önemi, doktorların alanında tanınmış olmaları, reklamcılık ve internet gibi bilgi kaynaklarının etkisi gibi bazı etmenler hastaların seçimini etkilemektedir. Bu psikolojik etmenlerin etkisinin ortadan kalkarak hastanın yurt dışından hizmet alması için maliyet farkının yüksek

olması gerekmektedir (Lautier, 2014). Örneğin, yüz cerrahisine (rinoplasti) gereksinim duyan bir Fransız hasta, aradaki maliyet farkı ancak 2000 \$'dan fazla ise Tunus'tan sağlık hizmeti almaktadır. ABD'de sigorta şirketleri bu farkın 10.000 Dolar civarında olması gerektiğini tahmin etmektedir. ABD'de United Statement'da yapılan bir ankette, hanehalklarının yalnızca %39'unun maliyetin en az %50'sinden fazlasını kurtarabilecekleri takdirde yurtdışına çıkmayı tercih ettiğini gösterilmiştir (Lautier, 2014). Bu psikolojik maliyetin en önemli nedenlerinden birinin hastalar ile hekimler arasındaki büyük bilgi asimetrisi olduğu düşünülmektedir.

Bütün bunlara rağmen Avrupa nüfusunun yaşlanması 2030 yılında, yaşlıların bağımlılık oranı (çalışan başına düşen 65 kişi) iki katına çıkacak ve 2040 yılına kadar sağlık harcamalarının AB ülkelerinin GSYİH içindeki payı %50 artacak olmasının Avrupa'lı hastaların Güney'den sağlık hizmetini arttırabileceği düşünülmektedir (OECD, 2011). Bu nedenle Avrupa'da birçok hükümet ve uluslararası kuruluş bu alanda ileriye dönük araştırmalar başlatmıştır.

Sağlık hizmetlerinin giderek artan özelleştirilmesi sektördeki uluslararası ticarete yönelik engellerin ortadan kaldırılmasını kolaylaştırmaktadır. Bu değişimin en önemli belirleyeni hükümetlerin politik olarak kamu ya da özel sağlık sigortalarının uluslararası taşınabilir hâle gelme kararı almaları olacaktır. Tamamen ya da kısmen olsa bile sigortaların taşınabilir olması düşük maliyetli ülkelerdeki tıbbi turizmi arttıracaktır. Böylece o ülkelerdeki kamu kaynaklarının

gelişmiş ülkelerinin ortasınlarına hizmet sunar haline gelmiş olacaktır.

Farklı bir senaryo olarak da, sigortaların uluslararası taşınabilir olmasına izin verilmese bile, sağlık harcamaları yükselmeye devam ederse kamu sağlık sigortalarının kapsamı daraltılacak ya da bekleme süreleri uzayacaktır. Bu da hane halkları için sağlık bakımının doğrudan maliyetini arttıracak ve sağlık hizmetlerinden yararlanmak için bireylerin yurtdışına seyahat etme teşvikleri artacaktır.

Yapılan araştırmalar tıbbi turizm için önemli bir rotanın güney ülkeleri içinde olduğunu göstermektedir. Gelişmekte olan güney ülkelerinde yapılan çalışmalar, orta sınıfın alım gücü arttıkça kendi ülkelerindeki sağlık hizmet kalitesi düşükse hastaların ulusötesine yöneldiğini göstermektedir. Dünyadaki en pahalı sağlık sunucularını seçme şansına sahip en zengin ailelere üye "seçkin hastalar"da coğrafi, kültürel vb. nedenlerle orta sınıf komşu ülkelerden hizmet almayı tercih etmektedir (**Kharas, 2010**).

2007'de Tunus'un yabancı hastalarının %70'i Libya'dan olmak üzere %84'ü komşu ülkelerden gelen hastalardır. Ürdün'ün yabancı hastalarının %87'si komşu ülkelerdendir. Macaristan başta Avusturya olmak üzere Romanya ve Almanya'ya hasta göndermektedir (**Lautier, 2014**). Güney Afrika'nın tıbbi turistlerinin %85'i Afrika ülkelerinden gelmektedir. Güney Afrika ve Orta Doğu'dan 2030'da %34'ü Avrupalı olmak üzere 234 milyon orta sınıf hastanın sağlık hizmeti alacağı tahmin edilmektedir (**Kaharas, 2010**).

### **Tıbbi turizmin ulusal sağlık sistemlerine etkisi**

Tıbbi turizmle ilgili OECD üyeleri arasında (örneğin ABD'den Meksika'ya, Amerika Birleşik Devletleri'den Kore'ye, Kuzey Avrupa'dan Orta ve Doğu Avrupa'ya) önemli ikili alışverişler söz konusudur. Ayrıca, OECD ülkelerinden düşük ve orta gelirli ülkelere, özellikle de Hindistan, Tayland ve Malezya'ya giden hastalar bulunmaktadır. Bu durum hem OECD ülkelerinin hem de hizmet alınan ülkenin sağlık sistemlerini etkiler ve değiştirir. Hindistan ve Malta gibi ülkelerde yetkililer tıbbi turizm nedeniyle teknolojiye yapılan yatırımın ülke vatandaşlarına da daha geniş bir yelpazede hizmet sunulmasını sağladığını elde edilen gelirlerin ulusal sağlık sistemini güçlendirmekte kullanıldığı savını savunmaktadır. Ama gerçekleşen durum tam tersidir. Sadece Küba'nın tıbbi turizm gelirleriyle kamu sağlık hizmetlerine kaynak aktardığı bilinmektedir. Çünkü yabancı hastalar hizmeti Kübalıların da kullandığı kamu sağlık kurumlarından alırlar (**Lunt ve ark, 2011**).

Tayland'da 1970'lerde cinsiyet değişim ameliyatlarıyla başlayan tıbbi turizm, ülkenin gelişmiş ülkelerde kamu sağlık sigortalarının ödemediği plastik, kozmetik cerrahi gibi alanlara önemli miktarlarda kaynak (işgücü ve yatırım) aktarmasıyla sonuçlanmıştır. Döviz kurlarında önemli avantajlar sağlayan bu yatırımlar Tayland'da 1990'larda vatandaşların sağlık hizmetlerinden faydalanmalarını olumsuz etkilemiştir.

Hizmet kalitesi için ön şart kabul edilen uluslararası akreditasyon süreci çok pahalıdır ve ülkeleri öncelikleri olmayan konularda yatırım yapmaya zorlamaktadır.

Johnston ve arkadaşlarının tıbbi turizm hizmeti alan ve sunan ülkelerdeki etkileri değerlendirdikleri derlemede beş ana temadan ikisi kamu kaynaklarının kullanımı ve eşitsizlik kaynağı olmasıdır (**Johnston ve ark. 2010**).

### **Kamu kaynaklarının kullanımı**

Kamu kaynaklarıyla ilgili hem doğrudan hem de dolaylı etkiler söz konusudur. Tıbbi turizm yatırımı yapan ülkelerde kamu sigortalarından ya da devlet bütçesinden yapılan doğrudan harcamaların yanında; sistemin ticarileşmesi, kamuda çalışan sayısının azalması, yüksek tıbbi teknoloji kullanımına bağlı eğitim ve sarf giderleri, bu teknolojiyi kullanacak endikasyon yelpazesinin gelişmesi, akreditasyon giderleri, reklam ve pazarlama yoluyla kışkırtılmış bir sağlık talebinin oluşması gibi dolaylı nedenlerle gerçekleşen harcamalar da önemli bir yekûn tutmaktadır.

Hasta gönderen ülkeler için de kamuya maliyetler olabilmektedir. Kanada'da olduğu gibi kamu sigortaları bazı durumlarda yurt dışı tedavilerine kendi limitleri dâhilinde ödeme yapabilmektedir. Hizmet kalitesi denetlenemediği için tedavinin başarısız olması, komplikasyon gelişmesi, tıbbi hataların söz konusu olduğu durumlarda hasta ülkesine geri döndüğünde de kamu sağlık sigortalarına ek bir yük de oluşturabilmektedir. Avustralya'da yurt dışında total eklem artroplastisi yapılan hastalarda ameliyat sonrası enfeksiyon riskinin daha yüksek olduğu ve kendi ülkelerine döndüğünde tedavi masraflarının dokuz kat arttığı gösterilmiştir (**Cheung ve Wilson, 2007**).

Birçok ülkede tıbbi turizm özel sektörde hükümet teşvikleriyle yaşama geçirilmiştir. Örneğin Hindistan'da kamuya ait alanlar özel hastanelere hibe dilmiş, özel vergi indirimleri sağlanmış, tıbbi malzeme ithalatına kolaylıklar getirilmiştir. Bu

kaynaklar sağlık göstergeleri çok kötü olan bu ülkelerde kamudaki temel sağlık hizmetleri gibi öncelikli gereksinimlere değil üçüncü basamakta sunulan yüksek teknoloji ve tedavilere ayrılmıştır. Yabancı hastalar, iyi eğitilmiş çalışanlar ve en son teknolojiyle donatılmış özel hastanelerden yararlanırken, yerel halk kaynak yetersizliği sıkıntısı olan sağlık kurumlarından hizmet almaktadır. Hindistan bebek ve anne ölümleri açısından dünyanın en kötü durumda ülkelerinden biridir. Kamu sağlık güvencesi olmadığı için vatandaşlarının %80'den fazlası özel sağlık hizmetlerinden cepten ödemelerle hizmet almaktadır. Sağlık turizminden özel sektörün elde ettiği gelirirse iki milyar Dolar civarında olduğu tahmin edilmektedir. Yani hükümet bu ölümleri önlemek yerine döviz girdisini arttıracak ama sadece özel sermayenin kazandığı, orta ve üst sınıfın hizmet alma şansı olan bir alana kamu kaynaklarını aktarmaktadır (**Bookman ve Bookman, 2007**). Çin'de sağlıkta özel sektörün çok yaygınlaşması, ve pahalı olması, kamu sağlık hizmetlerinin yetersizliğiyle birleşince, orta sınıf yurt dışında sunulan sağlık hizmetlerine yönelmiştir. Aynı durum Myanmar, Vietnam, Bangladeş gibi ülkeler için de ne yazık ki geçerlidir (**Bookman ve Bookman, 2007**).

Tıbbi turizmde avantaj sağlayabilmek için birçok ülke yüksel maliyetli ileri teknoloji donanımları ithal etmektedir. Bu yeni teknoloji transferi eğitimde de ülke ihtiyaçlarında öncelikli olmayan konularda eğitim gereksinimini arttırmakta ve eğitim de ithal edilir hâle gelmektedir. Her iki durumda da gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere ciddi kaynak aktarımları yapılmıştır.

Sağlık hizmetlerinin ihracatı ile ilgili politika belgeleri, genellikle eşitlik boyutuyla ilgili tartışmaları içerir. Eşitlik konusu GATS'in ve ticaretin serbestleşmesinin sağlık sektöründeki etkileri üzerine tartışmalarda temel bir konu olmaya devam etmiştir. Göreceli de olsa zengin yabancılara sağlık hizmetlerinin sunulması, yerelde sağlık hizmetlerine ayrılan payı etkilemekte iki katmanlı bir sağlık sistemine neden olmaktadır. 1998'de yayınlanan ve küresel sağlık hizmet etkilerinin tartışıldığı UNCTAD-WHO raporunda tıbbi turizmin olası yararlarından bahsetmesine rağmen "ticaret fırsatlarının geliştirilmesiyle elde edilebilecek yararlar potansiyel olumsuz etkilere karşı tartılmalıdır" ifadesi yer almaktadır (**Warner, 1998**). Güney Afrika ya da Brezilya gibi sağlık hizmetlerine erişim sorunun olduğu ülkelerde eşitsizlikleri arttırdığı gösterilmiştir. Mezuniyet sonrası kamuda çalışmanın zorunlu olmadığı ülkelerde zaten yetersiz olan sağlık insan gücü tıbbi turizm

nedeniyle ücretlerin görece daha iyi olduğu ve genelde kentte örgütlenen özel sektörde istihdamı tercih etmektedir. Bu ülke içinde kırdan kente doğru farklı bir beyin göçü tipi yaratmakta ve ülke içinde de kent-kır arasındaki eşitsizlikleri de artırmaktadır. Tıbbi turizm birinci basamak sağlık hizmetlerine değil yüksek teknoloji ve hastane hizmetlerine olan yatırımların artmasına neden olmaktadır. Bu da eşitsizliklerin azaltılmasında en önemli araç kabul edilen birinci basamak sağlık hizmetlerinin sunumunu güçleştirmekte, başışıklama, gebe, bebek izlemi gibi temel hizmetler gereğince yapılamamaktadır (**Wolvaardt, 1998; Johnston ve ark, 2010; Hall, 2011**).

Tıbbi turizm tamamen kâra dayalı bir hizmet türüdür. Bu da daha çok parası olanın daha iyi ve ileri sağlık hizmeti almasını normalleştirmekte sağlığın bir hak olarak değil herhangi bir tüketim maddesi olarak işlem görmesi vatandaşlar için de daha kabul edilebilir olmaktadır.

Akreditasyon süreci özellikle Amerikan tarzı bir hizmet sunum kültürünü yaygınlaştırmaktadır. Hem Avrupalı hem de Asya kökenli hastalar için bu kültür zorlayıcıdır. Hastaların tüketici olarak kabul edildiği, hastanelerde farklı ticari ürünlerin de satıldığı ortamlar hizmete güvensizliği arttırmaktadır. Tıbbi hatalarla ilgili Amerika'daki yasal düzenlemeler bu ülkelerde olmadığından aşırı ticarileşmiş bu ilişki hastaları savunmasız bırakmaktadır.

### Etik sorunlar

Kozmetik turizmi, fertilitite turizmi, transplant turizmi, kök hücre turizmi, ötenazi turizmi gibi birçok konu yasal ve etik sorunları da beraberinde getirmektedir. İnfertilitite tedavisi organ bağışi ve estetik cerrahi konularında dini ve kültürel farklılıklar nedeniyle dünyada birçok ülkelerde farklı etik standartlar kullanılmakta ve yasal düzenlemeler de buna göre şekillenmektedir. Bazı ülkelerde yasak olan deneysel tedaviler bazılarında yasal olsun ya da olmasın uygulanabilmektedir. Ücret karşılığında böbrek bağışi birçok ülkede yasaktır ama bazılarında bu uygulama mevcuttur. Örneğin, idam edilmiş Çinli mahkumların organlarının tıbbi turistlere nakledilmesi resmi olarak yakın zamanda yasaklanmıştır. Ticari organ transplantasyonunda ameliyat sonrası doku reddinin daha yüksek görüldüğü bildirilmiştir. Kök hücre nakillerinde de benzer sonuçlar bildirilmektedir (**Hall, 2011; Bookman ve Bookman, 2007**).

Bazı ülkelerde bilgilendirilmiş hasta onamı zorunlu değildir. Olduğu durumlarda da etik onamlar ev sahibi ülke yasalarına göre düzenlenmekte, dil çoğu

zaman sorun oluşturmaktadır. Klinik ve mesleki uygulamadaki olumsuz bir sonuç olması durumunda hasta yasal haklarını arama yolları oldukça sınırlıdır. Hastane enfeksiyonuna yakalanan bir hastanın ne tür haklara sahip olduğu belirsizdir. Komplikasyon geliştiğinde yoğun bakım hizmetleri çoğu zaman tıbbi turizm paketi dışında kalmakta ve hasta bu konuda yardım alamamaktadır. Yurtdışı kliniklerin, kaynak ülke standartlarına ve yönetmeliklerine göre düzenlenmesine gerek olmadığı konusunda birçok ülkede düzenlemeler bulunmaktadır. Bu konuda yasal düzenleme sınırlı olduğu gibi konuyu bilen avukat sayısı da çok azdır.

Sağlık hizmetlerinde etik, özerklik (kişinin kendi olma ve kendi kararlarını verme hakkına saygı duyulması ve bu kararların mantıklı bilgilendirilmiş seçimler hâline getirilmesi), zarar vermeme (tüm tedaviler bir miktar zarar unsuru içerse de, tedavi faydalarıyla orantılı olmamalıdır), faydalılık (risk / fayda dengesini göz önünde bulundurmak), adalet (fayda, risk ve maliyet dağılımını göz önünde bulundurarak benzer durumdaki hastalara benzer tedavinin uygulanması) olarak tanımlanır.

Sağlık turizmi ise ticari bir faaliyettir ve kökeninde rekabete dayanır. Sunulan hizmetlerde ticari kâr ön plana çıkmakta bu durum da yukarıdaki temel etik ilkelerin tamamıyla çelişmektedir. Ticaret ve mesleki etik arasında bir denge mümkün görünmemektedir (Hall, 2013).

### Sonuç

Tıbbi turizm, küreselleşmenin süregiden özelleştirmeye dayalı sağlık reformlarının son bileşenlerinden biridir. Gelişmiş ülkelerin ve sermayenin ulusötesi yatırım planlarının bir parçası olarak gelişmiştir. Hem tıbbi teknoloji hem eğitim ihracatları artmış hem de gelişmekte olan ülkelerde ortaklık yoluyla kendi ülkeleri dışında verilen hizmetten kazanmaya devam etmişlerdir. Gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerin orta sınıflarının sağlık hizmetlerinin ulusötesi taşeronlaştırılması olarak kabul edebileceğimiz tıbbi turizmin gelişmekte olan ülkelerin ekonomilerine olan faydalarıyla ilgili kanıtlar güvenilir ve eksiktir. Gelişmekte olan ülkelerde özel sektöre ve uluslararası ortaklara inanılmaz kamusal teşviklerle yaratılan tıbbi turizm sektörü ülke içinde sağlıkta eşitsizlikleri arttırmakta özellikle yoksulların sağlık hizmetlerine erişimine engel olmaktadır.

### Kaynaklar

Bies, W., Zacharia, L. (2007) *Medical tourism: Outsourcing surgery. Mathematical and Computer Modelling*, 46 (7): 1144-59.

Blouin, C., Drager, N., Smith, R. (Eds.). (2005) *International trade in health services and the GATS: current issues and debates*. World Bank Publications.

Bookman, Z.M., Bookman, K.R. (2007) *Medical Tourism in Developing Countries* Palgrave MacMillian.

Cheung, I.K., Wilson, A. (2007) *Arthroplasty tourism. Medical Journal of Australia*, 187 (11): 666-67.

Connell, J. (2006) *Medical tourism: Sea, sun, sand and... surgery. Tourism management*, 27 (6): 1093-100.

Connell, J. (2013) *Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. Tourism Management*, 34: 1-13.

Hall, C.M. (2011) *Health and medical tourism: a kill or cure for global public health? Tourism Review*, 66 (1):4-15.

Hall, C.M. (Ed.). (2013) *Medical tourism: The ethics, regulation, and marketing of health mobility*, Routledge.

İçöz, O. (2009). *Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm ve Türkiye'nin Olanakları. Journal of Yaşar University*, 4 (14): 2257-79.

Johnston, R., Crooks, V. A., Snyder, J., Kingsbury, P. (2010). *What is known about the effects of medical tourism in destination and departure countries? A scoping review. International Journal for Equity in Health*, 9 (1): 24.

Kharas, H. (2010) *The emerging middle class in developing countries. Working paper no. 285. OECD Development Center*; 2010.

Lautier, M. (2014) *International trade of health services: Global trends and local impact. Health policy*, 118 (1): 105-13.

Lunt, N., Smith, R., Exworthy, M., Green, S. T., Horsfall, D., Mannion, R. (2011) *Medical tourism: treatments, markets and health system implications: a scoping review. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development*.

Mattoo, A., Rathindran, R. (2006), *How Health Insurance Inhibits Trade In Health Care. Health Affairs*, 25: 358-68.

OECD (2011) *Improving Estimates of Exports and Imports of Health Services and Goods Under The SHA Framework. Erişim Tarihi 24 Mayıs 2017* <https://www.oecd.org/els/health-systems/49011758.pdf>.

Özsarı, S. H., Karatana, Ö. (2013) *Sağlık Turizmi Açısından Türkiye'nin Durumu. Journal Of Kartal Training & Research Hospital/Kartal Eğitim Ve Arastirma Hastanesi Tıp Dergisi*, 24 (2).

SATÜRK (2012) *Sağlık Turizminde Mevzuat ve Teşvikler, Erişim Tarihi 25 Haziran 06 2017, http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/10953,11pdf.pdf?0*

Singh, V. K. (2009) *Public policies for facilitating medical tourism industry in Asia. Rochester: Social Science Electronic Publishing*.

Turner, L. (2007) *First world health care at third world prices: globalization, bioethics and medical tourism. BioSocieties*, 2 (3): 303-25.

Warner D. C. (1998) *The globalization of medical care. UNCTAD-WHO Joint Publication International Trade in Health Services A Development Perspective Geneva, Erişim Tarihi 20 Mayıs 2017* <http://unctad.org/en/Docs/po5he98.pdf>.

Wolvaardt, G. (1998). *Opportunities and challenges for developing countries in the health sector. In United Nations Conference on Trade and Development and World Health Organization. International trade in health services: A development perspective. Geneva: UNCTAD-WHO. Geneva, Erişim Tarihi 20 Mayıs 2017* <http://unctad.org/en/Docs/po4he98.pdf>.