

DOI:

## **Sağlık Turizmi Yapan Gelişmekte Olan Ülkelerde Kaynakların Adil Dağıtımını Problemi**

**Dr. Ayşegül KARACA DEDEOĞLU**

### **Özet**

Gelişmiş ülkelerde sağlık maliyetlerinin artması, uzun bekleme süreleri, sigortanın kapsamının azalması gibi nedenlerden dolayı daha düşük ve orta gelire sahip bireyler sağlık hizmetlerini daha az gelişmiş ülkelere temin etmeye başladılar. Uluslararası sağlık turizminin değişen bu yönü, gelişmekte olan ülkelerin sağlık kaynaklarını nispeten daha zengin yabancı hastalara aktarılması son dönemlerde tartışılmaya başlanmıştır. Ancak diğer taraftan sağlığı bir insan hakkı olarak kabul eden uluslararası antlaşmalar ve iç hukuk düzenlemelerine göre yabancı hastaların, kendi ülkelerine göre daha ekonomik ve daha kaliteli sınır ötesi sağlık hizmetlerinden faydalanmasının engellenmesi sağlık hakkına erişiminin ihlali olarak yorumlanmaktadır. Bu çalışmada gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık turizminde sağlık kaynaklarının dağıtımındaki çatışmayı, sağlık hakkı ve hakkaniyet ilkeleri ile incelemeyi amaçlamış bulunmaktayız. Araştırmada nitel araştırma yöntemlerinden olan doküman analiz yöntemi kullanılmıştır. Uluslararası bildirge, sözleşme ve yasal mevzuat ele alınıp incelenmiştir.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, Sağlık Hukuku, Sağlık Turizmi, Sağlık Hakkı, Sağlıkta Hakkaniyet

## **Health Tourism in Developing Countries the Problem of Fair Distribution of Resources**

### **Abstract**

In developed countries, individuals with lower and middle income have started to provide health services from less developed countries due to reasons such as increased health costs, long waiting period and reduced insurance coverage. This changing aspect of international health tourism has begun to be discussed recently in the transfer of health resources of developing countries to relatively rich foreign patients. On the other hand, according to international treaties and domestic legal regulations that consider health as a human right, the prevention of foreign patients from benefiting from more economic and better quality cross-border health services than their countries is interpreted as a violation of their access to health. In this study, we aimed to examine the conflict in the distribution of health resources in health tourism in developing countries with the principles of right to health and equity. Document analysis method which is one of the qualitative research methods is used in the research. International declarations, conventions and legal regulations have been examined.

**Key Words:** Health, Health Law, Health Tourism, Right to Health, Health Equity

## GİRİŞ

Uluslararası sağlık turizmi<sup>1</sup>, çeşitli nedenlerden dolayı bireyin kendi ülkesi dışındaki bir ülkeden sağlık hizmetlerine ulaşmasıdır. Önceki dönemlerde daha az gelişmiş ülkelere daha gelişmiş batılı ülkelere yapılan sağlık turizmi hareketi, gelişmiş bu ülkelere artan sağlık maliyetleri, uzun bekleme süreleri ve sigorta kapsamının daralması gibi nedenlerden dolayı gelişmekte olan ülkelere yönelmiştir. Bu durum ise gelişmiş ülkelerdeki düşük ve orta gelirli hasta bireylerin gelişmekte olan ülkelere daha kaliteli, daha ucuz ve bekleme süresiz erişeceği sağlık hizmetlerinin, destinasyon ülke vatandaşlarının temel sağlık kaynaklarından mahrum kalmalarına yol açtığı iddia edilmektedir (Cohen, 2015: 170). Öte taraftan sağlıklı bir hak olarak kabul eden uluslararası antlaşmalar ve iç hukuk düzenlemelerine göre yabancı hasta bireylerin, kendi ülkelerine göre daha ekonomik ve daha kaliteli sınır ötesi sağlık hizmetlerinden faydalanmasının engellenmesi bir insan hakkı olan sağlık hakkına erişimin engellenmesi olarak yorumlanmaktadır. Bu durum ise hak temelli bir sağlık anlayışında vatandaş olmayanlara ayrımcılık yapılmaması temel prensibine aykırıdır (Benedek, 2014: 162).

Bu çalışmanın ilk bölümünde sağlık turizmi kavramı, sağlık turizminin değişen popülasyonunu etkileyen sebepler incelenmiştir. İkinci bölümde sağlık hakkı, sağlık hakkının kullanılmasında ayrımcılık yasağı ve son bölümde de sağlık turizminde yabancı hasta ile destinasyon ülkesinin vatandaşları arasında menfaat çatışması olup olmadığı el alınıp değerlendirilmiştir.

## 1. SAĞLIK TURİZMİ

Sağlık turizmi, sağlığın korunması, geliştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilmesi amacıyla ikamet edilen yerden başka bir yere seyahat edilmesi ve gidilen yerde en az yirmi dört saat kalınarak sağlık ve turizm olanaklarından yararlanılması olarak tanımlanabilir. Belirtilen amaçlarla seyahat eden kişiye de “sağlık turisti” denilmektedir ([http://www.saglikturizmi.org.tr/yonetim/templates/addons/ckfinder/userfiles/TMTD2013\\_raporu.pdf](http://www.saglikturizmi.org.tr/yonetim/templates/addons/ckfinder/userfiles/TMTD2013_raporu.pdf): 17-18).

Geleneksel olarak bu tür tıbbi seyahatler büyük oranda, batılı sağlık tesislerinde tedavi hizmetleri arayan gelişmekte olan ülkelerdeki zengin hastalardan oluşmaktaydı. Ancak son yıllarda bu tür sağlık seyahatleri yön değiştirerek gelişmiş ülkelere, düşük ve orta gelirli ülkelere yönelmiştir (Chen ve Flood, 2013: 286). Sağlık turizmi popülasyonunun bu yön değişikliğinin sebebi sanayileşmiş ülkelerde, özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık maliyetlerinin artmasının bir sonucu olarak kendi ülkelerinde cerrahi veya tedavi için uygun fiyatlı ve daha az bekleme süreleri için alternatifler arayan bireylerin daha az gelişmiş ülkeleri bir alternatif olarak görmeleridir (Bennie, 2014: 584). Ayrıca sınır ötesi ulaşımın ekonomik olarak daha erişilebilir ve daha hızlı hale gelmesi, internet ile birlikte bilgiye erişimin daha geniş bir alana yayılması, estetik, diş ve göz operasyonlarına talebin artışı, kısıtlı sigorta kapsamı, gelişmekte olan ülkelerdeki devlet destekleri gibi birçok faktör aynı şekilde sağlık turizminin yönünü gelişmiş ülkelere daha az gelişmiş ülkelere çevirmiştir (Aydın ve Karamahmet Aydın, 2015: .3).

<sup>1</sup> Uluslararası sağlık turizmi ifadesi bundan sonra sağlık turizmi olarak kullanılacaktır.

Chen ve Colleen'e göre gelişmiş ülkelerden düşük ve orta gelirli ülkelere geçiş yapan hastaların sayısı, son yıllarda, başta uygun maliyete bağlı olarak artmaktadır. 2007'de yurtdışına tedavi olmak için seyahat eden Amerikalıların sayısı 750.000 iken 2012 yılında 1,6 milyona yükselmiştir. Taylan'da ise 2001'den 2007'e kadar %16 'lık bir artışla 1,3 milyon yabancı uyruklu hasta tedavi edilmiştir (Chen ve Flood, 2013: 286).

## 1.1. Sağlık Turizminin Gelişmesini Etkileyen Sebepler

Gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun artmasının bir sonucu olarak gerek yaşlı bakım hizmetlerinin ve gerekse artan kronik hastalıkların yüksek maliyeti, artan sağlık talebi ve hastanelerde bekleme sürelerinin uzaması ve genel olarak tüm sağlık maliyetlerinin yüksekliği gelişmiş ülkelerde ki orta ve düşük gelirli bireyleri daha az gelişmiş ülkelere yönlendirmiştir (<http://saglikturizmi.gov.tr/TR,1134/turkiye-medikal-turizmi-degerlendirme-raporu-2012-yayinlandi.html>: 13).

Özellikle gelişmiş ülkelerde sigorta şirketlerinin daha fazla kar elde etmeyi istemesi ve hizmet verdiği ülke dışındaki ülkelerde daha ucuz ve kaliteli sağlık hizmetlerinin varlığı ile birlikte sigortalılarını memnun ettirme arzusu sigorta şirketlerini de sağlık turizmine yönelmelerine neden olmuştur (Türkiye Medikal Turizmi Değerlendirme Raporu, 2012: 13).

Diğer taraftan batı ülkelerinde meydana gelen ekonomik krizlerin bir sonucu olarak sabit gelirlielerin ücretlerindeki durağanlık, insanların sağlık konusunda bilgi ve bilinç düzeylerinin artması, gelişmiş ülkelerde tıp eğitimi almış kişilerin mesleklerini ülkelerinde icra etme arzuları da sağlık turizminin gelişmesini etkileyen diğer faktörlerdendir (Nebioğlu, 2013: 238-239).

## 2. SAĞLIK HAKKI

Sağlık sözlükteki anlamıyla “vücudun hasta olmaması durumu, vücut esnekliği, esenlik, sıhhat, afiyet” olarak tanımlanmıştır (Büyük Türkçe Sözlük). Her ne kadar sağlığın sözcük anlamı anlaşılır olsa da, hukuki bir terim olarak sağlık hakkının konusunun tanımını belirlemesi nedeniyle daha karmaşıktır. Uluslararası hukuki metinlerde sağlık kavramı anlam boyutuyla daha geniş bir mana kazanmıştır (Temiz, 2014: 167). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 1946 yılında benimsediği ve 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü Anayasası' nın önsözünde yer verdiği sağlık kavramı “yalnızca hastalık ve sakatlıkların olmaması değil, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam iyilik hali” olarak geniş kapsamlı bir şekilde tanımlanmıştır (<http://www.who.int/about/mission/en/>).

Sağlık hakkı, genellikle sağlık hizmetlerine erişim ve sağlık tesislerinin mevcudiyeti şeklinde anlaşılabilir da bu anlayış yanlış olmamakla beraber eksiktir. Sağlık hakkı daha kapsamlı bir kavram olup, birden fazla özgürlük ve hakları içermektedir. Bireyin sağlığını ve vücudunu kontrol etme, üreme, rıza dışı tıbbi tedavi ve deney gibi müdahaleleri engelleme gibi özgürlükleri içermektedir. Herkesin erişilebilir en üst seviyede sağlık hizmetlerinden faydalanması için eşit fırsatlar sağlayan bir sağlık sistemini talep etme yetkisi de haklara örnek olarak verilebilir (Lubin Pacheco, Jonzon ve Hurtig, 2016: 3). Ayrıca “sağlığın altında yatan belirleyiciler” olarak adlandırılan güvenli içme suyu, gıda, yeterli beslenme ve konut ihtiyacının temini, sağlıklı çalışma ve çevre koşulları, sağlıkla ilgili eğitim ve bilgi, toplumsal cinsiyet eşitliği gibi

faktörler de sağlık hakkının kapsamını belirlemekte ve devletlere çeşitli sorumluluklar yüklemektedir (Fact Sheet No. 31: 3). Sağlık hakkının devlete karşı ileri sürülebilecek bir hak olup olmadığı geçen yüzyılda tartışılrsa da gitgide kabul gören ortak anlayış sağlık hakkının insan haklarının ve onurlu bir yaşam anlayışının anlaşılmasının önemli bir parçası olduğudur (Fact Sheet No. 31, s.1). Zira bir birey eğer sağlıklı değilse diğer insan hak ve haysiyetine de sahip olması mümkün değildir (Gostin, 2001: 121).

İnsanların doğuştan veya sonradan sahip olduğu dil, din, ırk, cinsiyet, gelir, servet, itibar ve statü gibi unsurlara bakılmaksızın eşitlik, adalet ve haklar bağlamında sağlık hizmetlerinden faydalanmaları konusunda genel bir kabul söz konusudur (Altay, 2007: 36).

## **2.1. Sağlık Hakkının Yerine Getirilmesinde Ayrımcılık Yasağı**

Ayrımcılık, insan haklarının ve temel özgürlüklerin tanınması, yerine getirilmesi veya uygulanmasının zayıflatılması veya ertelenmesi ve çeşitli gerekçelerle yapılan herhangi bir ayırım, dışlama veya kısıtlama anlamına gelmektedir (Fact Sheet No, 31: 7). Vatandaşlık, yaş, cinsiyet, din, etnik köken, toplumsal köken, engellilik durumu, sağlık durumu, cinsel kimlik, medeni, siyasi veya diğer statüler nedeniyle ayrımcılık sağlık hakkından yararlanmaya zarar verebilir (Benedek, 2014: 162).

Sağlık sistemi oluşturulurken herhangi bir statüye dayalı olarak ayrımcılık yapılmaması ve hakkaniyete dayalı bir sistemin inşası sağlığın en kritik bileşenleri arasındadır. Buna göre, uluslararası insan hakları hukuku, sağlık hizmetlerine erişimde herhangi bir ayrımcılığı ve sağlık hizmetlerinden eşit bir şekilde yararlanmayı engelleyecek kasti davranışları yasaklamıştır (file:///C:/Users/Ay%C5%9Feg%C3%BC1/Desktop/indirdiklerim/HuntIn%202003%20Raporu.pdf : 8).

1948 tarihli İnsan Hakları Evrensel Beyanname, 1965 tarihli Her Türlü Irk Ayrımcılığının Ortadan Kaldırılmasına İlişkin Uluslararası Sözleşme, 1966 tarihli Ekonomik, Sosyal ve Kültürel Haklar Sözleşmesi (ESKHS) ve 1979 tarihli Kadına Karşı Her Türlü Ayrımcılığın Önlenmesi Sözleşmesi (CEDAW) hiç kimsenin ayrımcılığa uğramaksızın sağlık ve tıbbi bakıma erişim hakkından bahsetmektedir (Benedek, 2014: 162).

1966 tarihli ESKHS'nin 12. Maddesinin ilk fıkrasında *"Bu Sözleşme' ye Taraf Devletler, herkesin, ulaşılabilir en yüksek fiziksel ve zihinsel sağlık standardına sahip olma hakkını kabul ederler."* hükmüyle herhangi bir statü temelinde ayrımcılık yapılamayacağını vurgulamıştır. Sözleşmenin yetkili yorum organı olan Komite'nin yorumundan, ESKHS'ye taraf devlete yurttaşlık bağı ile bağlı olmayan kişilerin sağlık hakları konusuna ilişkin olarak vatandaşlık bağının bulunup bulunmamasının, ESKHS haklarına özne olmayı etkileyen bir unsur olmadığını açıkça belirtmiştir (<https://www.escr-net.org/resources/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and-reproductive-health>).

## **3. SAĞLIK TURİZMİ HAKKANİYETİ BOZAR MI?**

Sağlık sistem ve politikalarında sağlıkta hakkaniyet ilkesinin temel amaç edinildiğini ve sağlıkta kaynak dağılımının ihtiyaca göre belirleneceği iddia

edilse de ne sağlık, ne hakkaniyet, ne de ihtiyaç kavramları açık olarak tanımlanmadığı için bu amacın tanımı, ölçümü ve değerlendirmesini yapmak oldukça güçtür (Ökem, 1996: 67). Sağlıkta hakkaniyet, toplumdaki farklı gruplar arasında farklılık yaratan örneğin ulaşılabilirlik, kullanım ve sağlık seviyesinin eşitlenmesini gibi bazı parametrelerin eşitlenmesini amaçlamaktadır (Ökem,1996: 68).

Bookman ve Bookman uluslararası sağlık turizminin öncelikle ekonomik büyüme ile ilgili olduğunu; sadece döviz kazandırıcı işlem olmadığını aynı zamanda hem sağlık hem de turizm endüstrisi ile de bağlantısı olduğunu ve bu özelliği nedeniyle sağlık turizminin ikincil ve üçüncül sektörlere yayıldığını ve bir döngüsel genişleme dalgası ürettiğini ifade etmektedir (Bookman ve Bookman, 2007: 7). Bunun bir sonucu olarak sadece kar elde etmek için yabancı hastalara sağlık hizmeti sunacak yabancı yatırımcılar, gelişmekte olan bu ölkelerin sağlık sistemine dâhil olarak cezbeden bu yeni endüstriden doğrudan yararlanmak istemektedirler (Chen ve Colleen, 2013: 287). Diğer taraftan gelişmekte olan ölkelere yapılan sağlık turizmi yatırımlarının daha modern sağlık bakım tesislerinin yapılmasına, tıbbi bakım standartlarının kalitesinin iyileşmesine ve hekimler için yeni eğitim olanakları yaratıp sağlık çalışanlarının beyin göçünü engellemesini sağlayacağı da teorik olarak ileri sürölmektedir (Chen ve Flood, 2013: 287).

Temel bir insan hakkı olan sağlığın diğer her sektör gibi ticarileştirilmesi ve genel olarak sağlık sisteminin yabancı sektör için cazip hale getirilmesi gelişmekte olan ölkede vatandaşları arasında maddi gelire ve sınıfsal pozisyona göre eşitlilik yaratacağı muhakkaktır. Uluslararası sağlık turizminin ticarileşmesi ve talep yaratmaya yönelik teşvik politikalarının destinasyon ölkede vatandaşları aleyhine ulaşılabilirliği, kullanımını ve eşitliği bozma tehlikesi bulunmaktadır. Bazı yazarlar sağlık turizmiyle ilgili endişeleri dile getirerek, gelişmekte olan ölkede vatandaşlarına yönelik sağlık hizmetlerinin erişilebilirliğini kötüleştirebileceğini ileri sürmektedirler (Chen ve Colleen, 2013: 287).

Uluslararası sağlık turizmi sadece hastaları, hizmet veren sağlık kuruluşlarını ve sigorta şirketlerinden daha fazlasını; aslında tüm toplumu etkilemektedir. Yapılan alışmalar ve analizler destinasyon ölkelerinde ifte bir bakım standartının geliştirildiğini göstermektedir. Sağlık turistlerine ayrılan sağlık işgücü ve kaynakları ölkede vatandaşlarının kişi başına ayrılan sağlık kaynaklarından daha fazla olduğu ve sağlık turizminin ölkede vatandaşları aleyhine bir durum yarattığı iddia edilmektedir. Örneğin Malezya'da özel hastanelerin yatak kapasitesi ölkedeki toplam yatak kapasitelerinin yaklaşık %20'sine denk gelmesine rağmen özel hastanede çalışan hekimler ölkede hekimlerinin %54'üne denk gelmektedir (Bennie, 2014: 595).

Uluslararası sağlık turizminin geliştiği gelişmekte olan ölkelerin bir kısmında nispeten zengin sağlık turistlerine yapılan estetik kaa protezleri ve yüz gerdirme operasyonları için sağlanan yeni ve pahalı teknolojilerle dolu geniş sağlık merkezlerinin yanısıra toplumun geniş bir kısmı hala AIDS, sıtma ve sanitasyon ve içilebilir su eksikliği yüzünden hayatta kalma mücadelesi vermektedir (Cohen,2015: 170). Bu noktada hakkaniyetsizlik en belirgin şekliyle daha çok sağlık turistlerine verilen ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri nedeniyle ölkede vatandaşlarının koruyucu sağlık hizmetlerine

erişimini etkilediği durumlarda ortaya çıkmaktadır (Chen ve Colleen, 2013: 287).

Yine yapılan bir araştırmada Tayland'da bir yabancı hastayı tedavi etmek için kullanılan sağlık kaynaklarının miktarı, genellikle dört ila beş ülke vatandaşına kullanılan sağlık miktarına eşit olduğu belirtilmektedir (Wibulpolprasert, Pachanee, Pitayarengsarit ve Hempisut, 2004: 5).

Tüm bu belirlemelerin yanı sıra sağlık hizmetlerine erişimi herkes için sağlık hakkı kapsamına giren bir temel bir insan hakkı vasfını kaybetmemektedir. Ancak bir sosyal hak olan sağlık turizminin sadece temel nitelikteki acil ya da olağan/rutin operasyonlar, tedaviler ve müdahaleler için geçerli olduğu sonucuna varılmalıdır. Bir diğer ifadeyle, destinasyon ülkesinde alınacak sadece koruma ve tedavi amaçlı işlem ve müdahalelerin kural olarak sağlık hakkı kapsamında değerlendirilebileceği kabul edilebilir (Gemalmaz ve Ertan, 2015: 1018). Bunun dışında özellikle tıbbi gereklilik dışındaki estetik girişimlere, ülkedeki sağlık kaynaklarının dağılımını bozacak şekilde kaynak aktarılması sağlık turistinin sağlık hakkı kapsamında değerlendirilmeyeceği açıktır.

Sağlık turisti ile destinasyon ülke vatandaşı arasındaki böylesi bir çatışmanın önlenmesi bakımından sağlık turistlerince tüketilen sağlık kaynaklarının onlar yerine kendi ülke vatandaşlarının erişip erişemeyeceğine, sağlık turizmi sunucularının sadece ülke vatandaşlarına hizmet sunumunu karlı bulup bulmadığını, hem ülke vatandaşlarının hem sağlık turistlerinin artan sağlık hizmeti talebine ülkenin sağlık kaynakları arzının yeterli olup olmayacağını, sağlık turizminin gelişmekte olan ülke sağlık iş gücünün beyin göçünü engellemekte ne kadar başarılı olduğunu, sağlık turizminin gelişmekte olan ülkelerin halk sağlığı sistemleri üzerindeki olumlu ve olumsuz yayılma etkilerinin birbirlerini dengeleyip dengeleyemediklerinin değerlendirilmesini ve sağlık turizmden elde edilen ekonomik kazanımların gelişmekte olan ülke toplumlarında azalması ihtimalinin de ayrıca değerlendirilmesi gereklidir (Cohen, 2011: 9-14).

Bir bireyin başka bir ülkede tıbbi hizmete erişim hakkı ile destinasyon ülkesindeki bireyin kendi ülkesinde kaliteli tıbbi hizmetlere ücretsiz veya düşük ücretle erişim hakkı arasındaki çatışmanın aslında gerçek bir çatışma olmadığı; bu iki çatışır gibi gözükken yararın (farklı öznelerin hak talebi) bağdaştırılması ve makul bir dengeye kavuşturulması görevinin destinasyon devletlerin sosyal bir hak olan sağlık hakkı çerçevesindeki yükümlülükleri devreye sokarak politikalar üretmesi ile çözüme kavuşacağı iddia edilmektedir (Gemalmaz ve Ertan, 2015: 1035) .

## **SONUÇ VE TARTIŞMA**

Sağlık turistleri ile gelişmekte olan destinasyon ülke vatandaşlarının sağlık kaynaklarının paylaşılması esnasında menfaat çatışması bulunmaktadır. Bu çatışmanın ise ancak hakkaniyet ve insan hakları hukuku çerçevesinde çözülmesi mümkündür. Sağlık hizmetlerine erişimin, temel bir sağlık hakkı olarak değerlendirildiğinde bu haktan sınırlı kaynaklardan dolayı sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan sağlık turistlerini mahrum bırakmadan ülke sağlık sistemine de telafisi imkansız zararlar vermeden dengeleyici politikalarla sağlanması mümkündür.

Özellikle gelişmiş ülkelerde pahalı tedavi hizmetlerine erişemeyen daha yoksul bireylerin daha ucuz tedavi hizmetlerine erişim talebi veya uzun bekleme süreleri nedeniyle tedavisi geciken bireylerin beklemeksizin sağlık hizmetlerinden faydalanma isteği özünde temel bir hak olan sağlık hakkıdır. Bu hakkın engellenmesi sağlık hakkı ihlalidir. Diğer taraftan destinasyon ülke vatandaşlarının özellikle temel sağlık hizmetlerine erişiminde kısıtlama olmaması içinde gerekli tedbirler alınmalıdır. Özellikle sağlık turizminden elde edilen faydanın toplum sağlığını geliştirici alanlara aktarılması hakkaniyetin sağlanması noktasında önerilebilir.

Sonuç olarak sağlık hizmetlerini piyasalaştırmadan ve ticarileştirmekten kaçınmak ve sağlık hizmetlerinden mevcut koşullarla yüksek gelir beklentisi içinde olmadan sağlık turizmi politikaları oluşturulmak öncelikli amaç olmalıdır. Sağlık hizmetlerindeki temel amaç kar değil sağlık hizmeti sunumudur. Bu temel anlayış uyruk farkı gözetilmeksizin tüm hastalar için genel kural olarak kabul edilmelidir.

## KAYNAKLAR

- Altay, A. (20017). Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, (64). 33-58.
- Aydın, G. ve Karamahmet Aydın, B. (2015). Dünya’da ve Türkiye’de sağlık turizmi pazarlama uygulamaları ve karşılaştırmalı durum analizi. *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, (16). 1-21.
- Benedek, W. (2014). *İnsan haklarını anlamak*. (M. Bingöllü, Çev.), Avrupa İnsan Hakları ve Demokrasi İçin Eğitim ve Araştırma Merkezi (ETC) Kılıcı Türkiye Adalet Akademisi Yayınları.
- Bennie, R. (2014). Medical tourism: A look at how medical outsourcing can reshape health care, *Texas International Law Journal*, 49, 583-600.
- Bookman, M. and Bookman, K. (2007). *Medical tourism in developing countries*. New York: Palgrave MacMillan.
- Chen, Y. Y. B. and Flood, C.M. (2013). Medical tourism’s impact on health care equity and access in low-and-middle income countries: making the case for regulation. *41 J.L. Med. & Ethics*, 286-300.
- Cohen, G. (2011). Medical tourism, access to health care and global justice. *Virginia Journal International Law* 52(1), 1-56: 9-14.
- Cohen, I.G. (2015). Medical tourism, access to health care, and global justice. *Can. J. Comp. & Contemp. L*, 161-239.
- Gemalmaz H.B. ve Ertan İ. M. (2015). Rabbim Cleveland dedi: Sağlık turizmi-insan hakları ilişkisi üzerine başlangıç notları, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 70(4), 1003-1039.
- Gostin, L. O. (2001). Public health, ethics, and human rights: A tribute to the late Jonathan Mann, *Journal of Law, Medicine & Ethics*, (29), 121-130.
- Lobo Pacheco L, Jonzon R, Hurtig A. (2016). Health assessment and the right to health in Sweden: Asylum seekers’ perspectives. *PLoS One*, 11(9):e0161842.

Nebioğlu, G. ve Yaylı A. (2013). *Sağlık turizmi*. (Ed. Tengilimoğlu, D), Ankara: Siyasal Kitabevi.

Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights WHO and The Right to Health Fact Sheet No. 31.

Ökem Z. G. (1996). Sağlık hizmetlerinde hakkaniyet analizi. *Toplum ve Hekim*, 11(72), 67-72.

Temiz, Ö. (2014). Türk hukukunda bir temel hak olarak sağlık hakkı. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 69(1), 165-188.

Wibulpolprasert, S. Pachanee, C., Pitayarangsarit, S. and Hempisut, P. (2004). International service trade and its implications for human resources for health: a case study of Thailand. *Human Resources for Health*, 2(10), 1-12.

## İNTERNET KAYNAKLARI

Economic and Social Council Distr. GENERAL E/CN.4.2003.58 13 February 2003

file:///C:/Users/Ay%C5%9Feg%C3%BC1/Desktop/indirdiklerim/HuntIn%202003%20Raporu.pdf Erişim 16.10.2017.

<http://saglikturizmi.gov.tr/TR,1134/turkiye-medikal-turizmi-degerlendirme-raporu-2012-yayinlandi.html> Erişim 12.12.2017.

[http://www.saglikturizmi.org.tr/yonetim/templates/addons/ckfinder/userfiles/TMTD\\_2013\\_raporu.pdf](http://www.saglikturizmi.org.tr/yonetim/templates/addons/ckfinder/userfiles/TMTD_2013_raporu.pdf)

[http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com\\_bts&view=bts](http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts) Erişim 01.08.2017.

<http://www.who.int/about/mission/en/> Erişim 30.07.2017.

<https://www.escri-net.org/resources/general-comment-no-22-2016-right-sexual-and-reproductive-health> Erişim 20.04.2016.