



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK TURİZMİNİN EKONOMİK BOYUTU: TÜRKİYE VE
SİNGAPUR KARŞILAŞTIRMASI**

BERİKA ZÜLAL DEDEOĞLU

SAĞLIK EKONOMİSİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Yeter DEMİR USLU

İSTANBUL-2021



T.C.
İSTANBUL MEDİPOL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

**SAĞLIK TURİZMİNİN EKONOMİK BOYUTU: TÜRKİYE VE
SİNGAPUR KARŞILAŞTIRMASI**

BERİKA ZÜLAL DEDEOĞLU

SAĞLIK EKONOMİSİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

DANIŞMAN
Prof. Dr. Yeter DEMİR USLU

İSTANBUL-2021

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı olabilecek bir davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik davranış ilkelerine uygun olarak toplayıp sunduğumu; ayrıca, bu kural ve ilkelerin gereği olarak, çalışmamda bana ait olmayan tüm veri, düşünce ve sonuçları andığımı ve kaynağını gösterdiğimi beyan eder, tezimle ilgili yaptığım beyana aykırı bir durumun saptanması halinde ise, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara katlanacağımı bildiririm.

Berika Zülal DEDEOĞLU

ÖNSÖZ

Bu çalışmada desteğini esirgemeyen ve bana rehber olan başta danışman hocam Prof. Dr. Yeter DEMİR USLU'ya, programımızın başkanı Doç. Dr. Mevlüt TATLIYER'e, programdaki tüm hocalarıma ve sağlık ekonomisi alanında yıllardır çalışan ve değerli çalışmalarıyla bize ufuk veren ve desteğini esirgemeyen Prof. Dr. Zafer ÇALIŞKAN'a ayrı ayrı çok teşekkür ederim.

Ayrıca bu süreçte yanımda olan aileme ve arkadaşlarıma teşekkürü borç bilirim.



İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	vi
ŞEKİLLER	viii
TABLolar	x
ÖZET.....	xiv
ABSTRACT.....	xv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

1. TURİZMİN GENEL TANIMI	3
1.1. Turizm Kavramı	3
1.2. Turist Çeşitleri	5
1.3. Turizmin Çeşitleri	5
1.3.1. Sağlık Turizmi	6
1.3.2. Kış Turizmi	7
1.3.3. Yayla Turizmi.....	7
1.3.4. Mağara Turizmi	8
1.3.5. Av Turizmi	8
1.3.6. Kongre Turizmi.....	8
1.3.7. Golf Turizmi	9
1.3.8. Yat Turizmi	9
1.3.9. İnanç Turizmi.....	10
1.3.10. Akarsu-Rafting Turizmi.....	10

İKİNCİ BÖLÜM

2. SAĞLIK TURİZMİNİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ	11
2.1. Sağlık Kavramı	11
2.2. Sağlık Turizmi Kavramı	12

2.3. Sağlık Turizminin Tarihsel Gelişimi	13
2.4. Dünya’da Sağlık Turizmi	17
2.4.1. Hindistan.....	19
2.4.2. Malezya	21
2.4.3. Tayland	22
2.4.4. Kosta Rika	24
2.4.5. Meksika	24
2.4.6. Amerika Birleşik Devletleri.....	25
2.4.7. Brezilya.....	30
2.4.8. Almanya	32
2.4.9. Rusya	34
2.4.10. Güney Afrika	35
2.3. Sağlık Turizminin Çeşitleri	37
2.3.1. Medikal (Tıp) Turizm	38
2.3.2. Termal Turizm	46
2.3.2.1. SPA Turizmi	51
2.3.2.2. Wellness Turizmi	52
2.3.3. Yaşlı Turizmi ve Engelli Turizm	54
2.3.3.1. Yaşlı Turizmi	55
2.3.3.1.1. Sağlıklı Yaşlı Bakımı.....	59
2.3.3.1.2. Kronik Hastalıklara Sahip Yaşlı Bakımı	59
2.3.3.1.3. Rehabilitasyon ve Tedavi Öncelikli Yaşlı Bakımı	59
2.3.3.1.4. Palyatif (Terminal Dönem) Yaşlı Bakımı	60
2.3.3.1.5. Dünya’da Yaşlı Turizmi Uygulamaları	61
2.3.3.1.6. Türkiye’de Yaşlı Turizmi	62
2.3.3.2. Engelli Turizmi.....	67
2.3.3.2.1. Engelli Turizmüne Yönelik Dünyadaki Düzenlemeler	70
2.3.3.2.2. Engelli Turizmüne Yönelik Türkiye’deki Düzenlemeler	72

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. SAĞLIK EKONOMİSİ SÜRECİNDE SAĞLIK TURİZMİ ...	75
3.1. Sağlık Ekonomisinin Kavramsal Çerçevesi.....	75
3.1.1. Ekonomi Kavramı.....	75
3.1.2. Sağlık Ekonomisi Kavramı ve Kapsamı	76
3.1.3. Sağlık Ekonomisinin Tarihsel Gelişimi	80
3.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri	82
3.2.1. Kamusal ve Dışsal Özellikler	83
3.2.2. Yararlı (Erdemli) Mallar	84
3.2.3. Devlet Müdahaleleri	85
3.2.4. Asimetrik Bilgi ve Belirsizlik Altında Seçim	85
3.2.5. Hastalık Riskinin ve Tüketime Önceden Belirlenmemesi	87
3.2.6. Sağlık Malının Yetersiz Tüketime Toplama Etkisi	87
3.3. Sağlık Piyasalarının Özellikleri	87
3.3.1. Satıcıların Azlığı	87
3.3.2. Piyasalara Giriş Sınırlandırmaları.....	88
3.3.3. Arz- Talep Arasında Yaşanan Dengesizlik.....	88
3.3.4. Bilgi Maliyetleri.....	89
3.3.5. Monopolleşme	89
3.3.6. Satıcılar Arasında Anlaşma	90
3.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	90
3.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri.....	91
3.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri	92
3.4.3. Rehabilitasyon Edici Tedavi Hizmetleri	94
3.5. Sağlık Hizmetlerinde Arz ve Talep Analizi	95
3.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Talep Analizi	96
3.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Arz Analizi	97
3.6. Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Turizmi İlişkisi	99
3.6.1. Mikro İktisadi Özellikler	100
3.6.2. Makro İktisadi Özellikler	100

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. SAĞLIK TURİZMİNİN EKONOMİK BOYUTU:

SİNGAPUR VE TÜRKİYE KARŞILAŞTIRMASI	102
4.1. Araştırmanın Amacı	102
4.2. Materyal ve Yöntem	102
4.3. Singapur	102
4.3.1. Singapur Sağlık Sistemi	106
4.4. Türkiye	120
4.4.1. Türkiye Sağlık Sistemi.....	128
4.4.2. Türkiye’de Sağlık Turizmi	143
4.5. Singapur ve Türkiye Sağlık Turizminin Ekonomik Yönden Karşılaştırılması	159
4.5.1. Sağlık Kurumları Sayılarının Karşılaştırılması	160
4.5.2. Sağlık Personel Sayılarının Karşılaştırılması.....	161
4.5.3. Gelen Hasta Sayılarının Karşılaştırılması	162
4.5.4. Kazanç ve Sunulan Bazı İşlemlerin Karşılaştırması	163
4.5.5. Fiyat Karşılaştırılması	166
SONUÇ VE ÖNERİLER	168
KAYNAKÇA	170

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ADNKS	: Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi
CPI	: Sağlık Tüketici Fiyat Endeksleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ENAT	: Avrupa Engelsiz Turizm Ağı
GSYİH	: Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
GZFT	: Güçlü Yönler, Zayıf Yönler, Fırsatlar ve Tehditler
HESG	: Health Economics Survey Group (İngiltere Sağlık Ekonomisi İnceleme Grubu)
ICIDH	: International Classification of Impairments Disabilities and Handicaps
IMF	: International Monetary Fund (Uluslararası Para Fonu)
JCAHO	: Joint Commission of Accreditation of Healthcare Organizations
JCI	: Coint Commision International
KOAH	: Kronik Obstrüktif Akciğer Hastalığı
M.Ö.	: Milattan Önce
NP	: No Problem (Sorun Değil)
OECD	: Organization for Economic Co-operation and Development (Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü)
SADC	: Güney Afrika Kalkınma Topluluğu
SGD	: Singapur Doları
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SPA	: Salus Per Aquam (Sudan Gelen Sağlık)
SWOT	: Strength Weaknesses Opportunities Threats (Güç Yönler, Zayıf Yönler, Fırsatlar ve Tehditler)
T.C.	: Türkiye Cumhuriyeti
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi

TÜFE : Tüketici Fiyat Endeksi
TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
TÜRSAB : Türkiye Seyahat Acenteleri Birliği
USHAS : Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi
WHO : World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)



ŞEKİLLER

Şekil 1. Bir turistin seyahat seçim süreci	5
Şekil 1. Turistlerin gruplandırılması	7
Şekil 3. Sağlık turizmi tarihsel perspektif	14
Şekil 4. Hindistan'ı ziyaret eden medikal turist sayısı.....	20
Şekil 5. Malezya'yı ziyaret eden medikal turist sayısı	22
Şekil 6. Amerika sağlık sistemi	27
Şekil 7. Almanya sağlık ve sigorta sistemi	33
Şekil 8. Medikal turizm temel unsurları.....	41
Şekil 9. Medikal turizm nedenleri	42
Şekil 10. SPA tesisleri bölgelere göre, 2017 yılı SPA sayıları ve gelirleri	52
Şekil 11. Wellness turizmi bölgelere göre seyahat sayı ve gelirleri, 2017	53
Şekil 12. Küresel wellness ekonomisi 2017	54
Şekil 13. Sağlık ekonomisinin sihirli kutusu	77
Şekil 14. Sağlık ekonomisinin kapsamı	78
Şekil 15. Doktor ve hasta arasındaki bilgi ilişkisi ve asimetric bilgi	86
Şekil 16. Arz ve talep arasında dengesizlik	89
Şekil 17. Sağlık hizmet basamakları	93
Şekil 18. Sağlık hizmetleri basamaklarının karşılaştırması	94
Şekil 19. Arz talep dengesi	95
Şekil 20. Medikal turizmde talep	97
Şekil 21. Türkiye nüfus ve yıllık nüfus artış hızı, 2007-2019	121
Şekil 22. Türkiye nüfus piramidi, 2007, 2019	122
Şekil 23. Türkiye cinsiyete göre ortanca yaş, 2007-2019	122
Şekil 24. Türkiye yaş gruplarına göre nüfus oranı, 2007, 2019.....	123
Şekil 25. Türkiye yaş bağımlılık oranları, 2015-2019	123
Şekil 26. Türkiye doğum sayısı ve toplam doğurganlık hızı, 2001-2019	124
Şekil 27. Türkiye toplam doğurganlık hızının Avrupa Birliği üye ülkeleri ile karşılaştırması, 2018	125
Şekil 28. Türkiye kaba doğum hızı, 2001-2019	125

Şekil 29. Türkiye kaba doğum hızının Avrupa Birliği üye ülkeleri ile karşılaştırması, 2018	126
Şekil 30. Türkiye yaşa özel doğurganlık hızı, 2001, 2019	127
Şekil 31. Türkiye annenin ortalama yaşı, 2001-2019	127
Şekil 32. Türkiye sağlık harcamaları, 2010-2019	129
Şekil 33. Türkiye kişi başına sağlık harcaması, 2010-2019	131
Şekil 34. Türkiye nedenlere göre ölüm oranı, 2018, 2019.....	138
Şekil 35. Türkiye dolaşım sistemi hastalıklarından ölenlerin oranı, 2018, 2019 .	139
Şekil 36. Türkiye'nin rekabet edebilirlik planı sağlık turizmi unsurları	149
Şekil 37. Yıllara göre uluslararası hasta sayıları, 2008-2016	151
Şekil 38. 2023 Sağlık turizmi vizyonu (hasta sayısı)	151
Şekil 39. Medikal turizm kapsamında hastaların geldiği ilk 10 ülke, 2014	152
Şekil 40. 2014 yılında Amerikalı uluslararası hastaların en fazla sağlık hizmeti aldıkları ilk 5 şehir	153
Şekil 41. 2018 yılı ilk 6 ay medikal turizm kapsamında gelen hastaların başvurdukları ilk 10 klinik	153
Şekil 42. Türkiye sağlık turizmi GZFT analizi	156
Şekil 43. Türkiye sağlık turisti sayısı 2012-2019	163
Şekil 44. Singapur medikal turizm geliri 2005-2014	164
Şekil 45. Türkiye sağlık turizmi geliri 2012-2019	165

TABLolar

Tablo 1. Medikal Turizmin Geçmişi, Şimdisi ve Geleceği	15
Tablo 2. Dünya’da Medikal Ülkeler Sıralaması	18
Tablo 3. İngiltere, Hindistan, ABD Fiyat Karşılaştırması	21
Tablo 4. Tayland, İngiltere Fiyat Karşılaştırması	23
Tablo 5. Kosta Rika ABD Fiyat Karşılaştırması	24
Tablo 6. ABD ve Meksika Fiyat Karşılaştırması	25
Tablo 7. Amerika Birleşik Devletleri’nde Sağlık Turizmine Etki Eden Faktörler	28
Tablo 8. Bazı Ülkelerde Yapılan Tedavileri ABD Ortalamasına Göre Maliyet Oranlar	29
Tablo 9. ABD ile Bazı Ülkeler Arasında Fiyat Karşılaştırması	29
Tablo 10. Brezilya Yıllara Göre Sağlık Turisti Yüzdeleri	31
Tablo 11. Brezilya’ya Gelen Turist Sayısı ve Sağlık İçin Turist Sayısı (2004- 2008)	31
Tablo 12. Brezilya Güçlü ve Zayıf Yönleri	32
Tablo 13. Rusya’dan Giden Turist Sayısı (Bin)	34
Tablo 14. Ülkelere Göre 2016 Yılı Tedavi Ücretleri	36
Tablo 15. 2014 Yılı Bazı Ülkelerde Tahmini Kazançlar, Hasta Sayısı ve Başlıca İşlemler	36
Tablo 16. Ülkelerin Sağlık Kurumunda Hasta Sayısı ve Maliyetleri	37
Tablo 17. Sağlık Turizmi Çeşitleri	38
Tablo 18. Medikal Turizm Konusunda Yapılmış Tanımlar	39
Tablo 19. Medikal Turizm Hizmeti Sunan Ülkeler	40
Tablo 20. Medikal Turistlerin Geldiği Ülkeler (İlk 10 Ülke) ve Tercih Ettikleri Sağlık Kuruluşları	43
Tablo 21. Türlerine Göre Uluslararası Hastaların Geliş Şekilleri	44
Tablo 22. Medikal Turizmde İlk 10 İle İlk 10 Kliniğe Göre Hasta Sayıları	44
Tablo 23. 2012 Yılı Medikal Turizm Kamu ve Özel Sektör Tahmini Gelir Durumu (USD)	45
Tablo 24. Türkiye’nin Medikal Turizmde SWOT Analizi	46

Tablo 25. Türkiye Termal Turizm GZFT Analizi	50
Tablo 26. Üçüncü Yaş Turizm Segmentinin Tüketici Davranış Modeli	57
Tablo 27. 2012-2016 Yılları Arasında Yaş Gruplarına Göre Türkiye'ye Gelen Ziyaretçi	63
Tablo 28. Türkiye'ye Gelen 65 Yaş ve Üstü Turistlerin Ülkelere Göre Dağılımı	64
Tablo 29. 2012-2016 Yılları Arası 65 Yaş ve Üstü Turistlerin Ziyaret Amacına Göre Dağılımı	66
Tablo 30. Engelli Bireylerin Turizm Faaliyetlerine Katılımında Karşılaşmış Oldukları Sorunlar	70
Tablo 31. İktisat ve Ekonomi	76
Tablo 32. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması	91
Tablo 33. Medikal Turizmde Arz Analizi	99
Tablo 34. Singapur Nüfus ve Hayat İstatistikleri 1	103
Tablo 35. Singapur Nüfus ve Hayat İstatistikleri 2	103
Tablo 36. Singapur Nüfus ve Hayat İstatistikleri 3	104
Tablo 37. Singapur Nüfus ve Hayat İstatistikleri 4	104
Tablo 38. Singapur Nüfus ve Hayat İstatistikleri 5	105
Tablo 39. Singapur Nüfus ve Hayat İstatistikleri 6	105
Tablo 40. Singapur Nüfus ve Hayat İstatistikleri 7	106
Tablo 41. Doğumda Beklenen Sağlıklı Yaşam Süresi	106
Tablo 42. Singapur 2017-2018-2019 Toplam Doktor Sayısı	107
Tablo 43. Singapur 2017-2018-2019 Toplam Uzman Sayısı	108
Tablo 44. Singapur 2017-2018-2019 Toplam Hemşire Sayısı	108
Tablo 45. Singapur 2017-2018-2019 Toplam Diş Hekimi Sayısı	109
Tablo 46. Singapur 2017-2018-2019 Toplam Eczacı Sayısı	109
Tablo 47. Singapur 2017-2018-2019 Toplam Optometrist ve Optisyen Sayısı ...	109
Tablo 48. Singapur 2017-2018-2019 Toplam Fizyoterapist Sayısı	110
Tablo 49. Singapur 2017-2018-2019 Toplam Akupunkturcu Sayısı	110
Tablo 50. Singapur 2017-2018-2019 Geleneksel Çin Tıbbı (TCM) Hekimlerinin Toplam Sayısı	110
Tablo 51. Singapur Sağlıkta İnsan Gücünün Eğitim Durumu	111

Tablo 52. Singapur Başlıca Ölüm Nedenleri	113
Tablo 53. Singapur Hastalık Yüğü	114
Tablo 54. Singapur 2013-2017 Arası İlk 5 Kanser Türü (Erkek)	114
Tablo 55. Singapur 2013-2017 Arası İlk 5 Kanser Türü (Kadın)	115
Tablo 56. Singapur Tüketici Fiyat Endeksi (CPI)	115
Tablo 57. Hanehalkı Sağlık Harcaması	116
Tablo 58. Singapur Devlet Sağlık Harcamaları	116
Tablo 59. Medisave Sağlık Finansmanı	117
Tablo 60. MediShield Yaşam ve Entegre Kalkan Planları	118
Tablo 61. ElderShield Singapur Tıbbi Tasarruf Hesabı 2017-2019 Verileri	118
Tablo 62. Medifund Singapur Tıbbi Tasarruf Hesabı 2017-2019 Verileri	119
Tablo 63. Singapur'da Bazı Tedavi ve Müdahalelerin Ücretleri	120
Tablo 64. Türkiye Genel Devlet ve Özel Sektöre Göre Toplam Sağlık Harcaması, 2018, 2019	129
Tablo 65. Türkiye Sağlık Hizmeti Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları, 2018, 2019	130
Tablo 66. Türkiye sağlık harcamalarına ilişkin temel göstergeler, 2018, 2019 ...	131
Tablo 67. Türkiye Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı, 2019	132
Tablo 68. Türkiye İBBS-1'e ve Unvanlara Göre 100.000 Kişiyeye Düşen Personel Sayısı, 2019, Tüm Sektörler	133
Tablo 69. Türkiye İBBS-1'e ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı, 2019	134
Tablo 70. Türkiye İBBS-1'e ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı, 2019 ...	135
Tablo 71. Türkiye Türlerine ve Sektörlere Göre Yoğun Bakım Yatak Sayıları, 2019	136
Tablo 72. Türkiye Birinci Basamak Kurum ve Acil Hizmet Altyapı Sayıları, 2019	136
Tablo 73. Türkiye Sektörlere Göre Hastanelerde Cihaz Sayıları, 2019	137
Tablo 74. Türkiye BBS-1'e Göre Bazı Sağlık Hizmeti Kullanım Göstergeleri, 2019, Tüm Sektörler	138
Tablo 75. Türkiye Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Kapsamında Sunulan Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi	140

Tablo 76. Yabancı Ziyaretçi Sayısı ve Turizm Gelirinin Yıllara Göre Dağılımı	145
Tablo 77. Türkiye'nin Dünya ve Avrupa Turizmi İçindeki Yeri	146
Tablo 78. Yurt Dışından Tedavi Amaçlı Gelenlerin Sayısı ve Sağlık Bakanlığı Hedefleri	150
Tablo 79. Sağlık Turizminde Türkiye'nin Hedef Ülkeleri	154
Tablo 80. Ülkelere Göre Türkiye'nin Medikal Turizm Tercih Nedenleri	155
Tablo 81. Sağlık Kurumları Sayılarının Karşılaştırılması (Singapur- Türkiye) ..	160
Tablo 82. Sağlık Personel Sayılarının Karşılaştırılması (Singapur-Türkiye)	161
Tablo 83. Singapur Gelen Hasta Sayısı 2005-2019	162
Tablo 84. Singapur ve Türkiye Sağlık Turizmi Tahmini Kazanç, Hasta Sayısı ve Başlıca İşlemler 2014	165
Tablo 85. Fiyat Karşılaştırması (Singapur- Türkiye)	166

ÖZET

Geleneksel turizm anlayışının yanında günümüzde hızla gelişen sektörlerden birisi olan sağlık turizmi dünyada iletişim ve ulaşım ağının gelişmesi, insanların boş zaman ihtiyaçlarını değerlendirme arzusunun artması, insanların tatil ve gezi amacının yanında tedavi olma isteği sonucunda ortaya çıkmıştır. Sağlık turizminin gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde önemli bir pazar oluşturmasına bağlı olarak rekabet artmış ve pazardan daha fazla pay almak ve döviz geliri kazanmak amacıyla sağlık turisti çekme yarışı da hızlanmıştır. Tedaviyle birlikte seyahat etme arzusunun dışında kişileri sağlık turizmine yönlendiren diğer önemli nedenler ise kişilerin yaşadığı ülkede sağlık profesyonellerinin ve teknolojilerinin yetersiz olması, tedavilerde uzun bekleme süreleri, daha kaliteli hizmet alma arzusu ve yüksek tedavi ücretleridir. Artan sağlık turizmi ve yükselen sağlık turisti sayısı, seyahat edilen ülkede yeni ekonomik etkiler yaratmaktadır. Özellikle tedavi ücretlerinde uygulanan farklı fiyat politikaları tüm dünyada sağlık turizmini yeni bir sektör haline getirmekte ve bu doğrultuda ülkeleri yeni stratejiler uygulamaya yönlendirmektedir. Bu çalışmanın temel amacı sağlık turizminde lider ülkelerin mevcut durumları da yorumlanarak Türkiye ve Singapur'un sağlık turizmi profillerinin incelenerek karşılaştırma yapılmasını sağlamak ve Türkiye'de sağlık turizminin geliştirilmesine yönelik imkanların ve kısıtların analizini yapmaktır. Çalışma neticesinde Türkiye ve Singapur'un sağlık sektöründe ve sağlık turizminde farklı kriterlerde üstünlüklerini, zayıflıklarını, risk ve tehditlerini görme imkânı tanımakta ve karşılaştırma yapmamıza olanak sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Turizm, sağlık turizmi, sağlık ekonomisi.

ABSTRACT

In addition to traditional tourism understanding, health tourism, which is one of the rapidly developing sectors today, has emerged as a result of the development of the communication and transportation network in the world, the increase in the desire of people to make use of their leisure needs, and the desire of people to be treated in addition to the purpose of vacation and travel. Due to the fact that health tourism creates an important market in developed and developing countries, competition has increased and the tourist attraction race has accelerated in order to get a larger share from the market. Apart from the desire to travel with included treatments, other important reasons that direct people to health tourism are inadequate health professionals and technologies in the country where people live, long waiting times in treatments, high treatment fees and desire to receive better quality service. Increasing health tourism and increasing number of health tourists create new economic effects in the country of travel. Especially different price policies applied in treatment fees make health tourism a new sector all over the world and lead countries to implement new strategies in this aspect. The main purpose of this study is; to make comparison by examining the medical tourism profiles of Turkey's and Singapore's and to analyze the opportunities and constraints for health tourism development in Turkey while interpreting the current status of the leading countries in health tourism. This study allows us to see Turkey and Singapore's strength and weaknesses in health industry and medical tourism in various criterias and to recognise the oppurtunities and threats thus make comparisons properly.

Key Words: Tourism, health tourism, health economics.

GİRİŞ

Turizm kavramı dinlenme, eğlenme, görme gibi amaçlarla yapılan gezileri ifade ederken; sağlık turizmi kavramı bireylerin yaşadıkları ülke dışında bir ülkeye koruyucu sağlık hizmeti, rehabilite edici sağlık hizmeti, sağlığı geliştirici ve tedavi edici sağlık hizmeti almak amacıyla ziyaretlerini ifade etmektedir. Sağlık turizmindeki esas amaç sağlık hizmetinden daha hızlı, daha ucuz veya daha kaliteli hizmetlerden faydalanabilmektir.

Tedavi olma amacıyla gerçekleşen turizm hareketi, geçtiğimiz on sene içerisinde genellikle hastane hizmetlerinden yararlanmak için düzenlenmiş olan yurt dışı seyahatlerini, yaşlı ve engelli hasta bakım hizmetleriyle rehabilitasyon hizmetlerini kapsar hale gelmiştir. Bu değişim sonucunda ise sağlık turizminden doğan finansal güç artmış ve bu alan ülkeler açısından cazip konuma gelmiştir.

20.Yüzyıl boyunca, az gelişmiş ülkelerin varlıklı bireyleri, daha fazla gelişmiş, kapsamlı sağlık tesislerine ulaşmak ve yüksek eğitilmiş sağlık çalışanlarından sağlık hizmeti almak maksadıyla gelişmiş ülkelere seyahat etmişlerdir. Geçmiş yirmi yılda ise bu durum tersine dönerek “ters yönlü küreselleşme” adı altında hastalar tedavi olma amacıyla gelişmiş ülkelere daha az gelişmiş ülkelere doğru seyahatler gerçekleştirmektedir (Ekinci, 2019: 35).

Bu bağlamda tezin ilk bölümünde turizme ilişkin temel kavramlar; turist çeşitleri, sağlık turizmi, av turizmi, mağara turizmi, inanç turizmi, golf turizmi, kongre turizmi, kış turizmi, yat turizmi, yayla turizmi ve akarsu- rafting turizmi başlıklarıyla turizmin çeşitleri incelenecektir.

Tezin ikinci bölümünde sağlık turizminin kavramsal çerçevesi ana başlığında sağlık kavramı, sağlık turizmi kavramı, sağlık turizminin tarihsel gelişimi, dünyada sağlık turizmi ve sağlık turizminde öncü olan Hindistan, Malezya, Tayland, Kosta Rika, Meksika, ABD, Brezilya, Almanya, Rusya ve Güney Afrika ülkeleri incelenecektir.

Sağlık turizmi eşitleri; medikal turizm, yaşlı ve engelli turizmi ve termal turizm kapsamında ele alınacaktır.

Tezin üüncü bölümünde sağlık turizmi ana başlığında ekonomi kavramı, sağlık ekonomisi kavramı ve kapsamı, sağlık ekonomisinin tarihsel gelişimi, sağlık hizmetlerinin özellikleri, sağlık piyasalarının özellikleri incelenecektir. Sağlık hizmetlerinin sınıflandırılması ve sağlık hizmetlerinde arz-talep analizi yapıldıktan sonra sağlık ekonomisi ve sağlık turizmi ilişkisi incelenecektir.

Son bölümde ise sağlık turizminin ekonomik boyutu Singapur ve Türkiye özelinde karşılaştırma yöntemi ile incelenecektir. Karşılaştırma yapılırken iki ülkeye ait sağlık sistemlerine ait veriler, sağlık kurumları sayıları, sağlık personel sayıları, gelen hasta sayıları, kazanç ve sunulan işlemler ve fiyat özelinde karşılaştırma yapılacaktır.

BİRİNCİ BÖLÜM

1. TURİZMİN GENEL TANIMI

1.1. Turizm Kavramı

Turizm, Türk Dil Kurumu tarafından; “dinlenme, eğlenme, görme, tanıma vb. amaçlarla yapılan gezi, bir ülkeye veya bir bölgeye turist çekmek için alınan ekonomik, kültürel, teknik önlemlerin, yapılan çalışmaların tümü” biçiminde tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2020).

Turizm kelimesinin Latince karşılığı “dönme, hareket etme, dönüp dolaşma anlamlarını veren “*turnus*” kelimesinden türemişken, Fransızca ’da ise dönmek manasına karşılık gelen “*tourner*” ve “*tour*” sözcükleri günümüzde de kullanılmaktadır. “Tour, dairesel bir hareketi, bazı site ve yörelerin ziyaretini, iş ve eğlence amacıyla yapılan yer değiştirme hareketini” ifade ederken “*touring*” ise, “zevk için yapılan, eğitsel ve kültürel özellik gösteren seyahatler” için kullanılmaktadır (Aydın, 2012: 91).

Turizm kavramının ilk tanımı 1905 senesinde E. Guyar Freuler tarafından “her geçen gün artan dinlenme ve hava değişimi ihtiyacı, doğal güzelliklere verilen değerlerin ve bunlardan duyulan zevkin artması, ticaretin ve endüstrinin gelişmesi, ulaştırma araçlarının mükemmelleştirilmesi sonucu olarak insan topluluklarının çeşitli ilişkiler kurmalarına dayanan, çağımızın önemli bir olayı” biçiminde yapılmıştır (Yalçın, 2006: 3). Turizm, hızlı endüstrileşme ve kentleşme içerisinde kişilerin ruh ve beden sağlıkları için çeşitli dinlenme, eğlenme, kendini yenileme ihtiyaçlarını karşılayan sosyal ve kültürel etkinliklerdir. Aynı zamanda, psikolojik bir gereksinim olarak mekân değiştirme, değişiklik arzusu, kaçma ve uzaklaşma olayıdır” (Aydın, 2012: 91).

Küreselleşen ve gelişen dünyayla birlikte insanların da tüketim alışkanlıkları ve davranışlarında değişiklikler meydana gelmiştir. İnsanların sadece para kazanmak ve yaşadıkları yerde sürekli bulunmaktansa “devamlı kalış biçimine dönüşmemek şartıyla” farklı aktivitelere yönelip, eğlenmek, dinlenmek, farklı kültürlerle temas etmek, ziyaretlerde bulunmak, çeşitli seminer, kongre gibi bilimsel aktivitelere katılmak amacıyla yaptıkları geziler turizm olarak tanımlanmaktadır (Özgür Öztürk, 2019: 9).

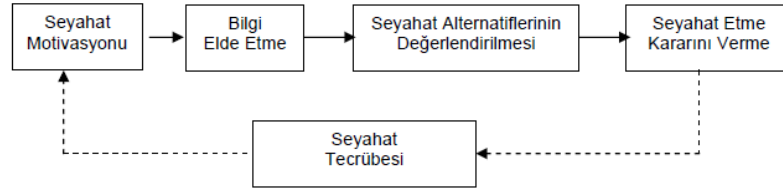
Günümüzde insanların seyahat faaliyetlerini içeren ve belli başına bir sektör haline dönüşen turizm, ülke ekonomilerine gelir getirici faaliyetlerde bulunan önemli bir endüstridir. İnsanlık tarihiyle birlikte zaman içerisinde evrilerek çeşitli etkenler ile değişiklik gösteren ve kitlesel boyutta bir harekete dönüşen seyahat eylemleri, günümüzde belli başına bir sektörel harekete dönüşmüş ve böylelikle büyük bir turizm endüstrisi oluşturmuştur (Kaymaz, 2018: 1). Bu noktada turizmin dünyanın en büyük endüstrisi olduğu ve dünya ekonomisi için ciddi boyutta öneme sahip olduğu düşünülmektedir. Önemli sayıdaki insanın hem yurt içi ve yurt dışı seyahat sirkülasyonunun yanı sıra; birinci sınıf otellerdeki ufacık hediyelik eşya dükkanlarında çalışan insanların mevcudiyeti bu sektör için yaratılan istihdam ve finansal büyüklüğünü ortaya koymaktadır (Özgür Öztürk, 2019: 9).

Yukarıda çeşitli tanımlamaları yapılan turizm faaliyetlerini gerçekleştiren bireylere ise “turist” denilmektedir. Türk Dil Kurumu tarafından turist kavramı ise “dinlenme, eğlenme, görme, tanıma vb. amaçlarla geziye çıkan kimse, gezgin, gezmen, seyyah” şeklinde tanımlanmaktadır (Türk Dil Kurumu, 2020).

Turist kavramının temel özelliklerini şu şekilde belirtebiliriz;

- Turizm sektörüne yön veren kişi ve bu hareketlerin belirleyicisi konumundaki kişidir.
- Sürekli olarak yerleşme amacı olmayan, sağlık, dinlenme, eğlenme, boş zamanlarını geçirme, aile ve dini nedenlerle ticari amaç gütmeyen seyahat eden kişidir.

- Psikolojik olarak tatmin olmak amacıyla seyahat eden ve bu süre zarfında ekonomik manada tüketici grubunda sayılan ve seyahat süresi sınırlı olan kişidir.
- Sportif, diplomatik, idari ve bilimsel etkinlikler sebebiyle de seyahat eden kişidir (Yıldız, 2011: 56-57).



Şekil 1. Bir turistin seyahat seçim süreci (Yalçın, 2006)

1.2. Turist Çeşitleri

Nitelikleri açısından değişkenlik gösteren turist çeşitlerini ise şöyle sıralayabiliriz;

- Kendi ülkesi içerisinde bir yere seyahat eden kişilere *yerli turist*,
- Kendi ülkesi dışına bir ülkeye yolculuk eden kişilere *yabancı turist*,
- 24 saatten daha az süreli seyahat eden ve konaklama gerçekleştirilmeyen turistlere ise *günübirlikçi turist* denilir.

Havalimanlarından transit geçiş yapanlar, sınır bölgelerde ikamet edip çalışmak için veya iş ile ilgili sebeplerden günübirlik sınır ülkesine gidip gelenler, diplomatlar, mülteci ve göçmenler ve yabancı ülkede görev yapan askerler ise turist olarak sayılmazlar (Turizm ve Otelcilik Portalı, 2020).

1.3. Turizmin Çeşitleri

Turizmin, bireylerin türlü ihtiyaç ve isteklerinden ötürü doğmasıyla kapsamının genişliği ve sınıflandırılması birçok farklı yapıya yol açmıştır. Turistlerin sahip oldukları değişik ilgi alanları tatil yapma amacıyla gittikleri ülkeyi veya

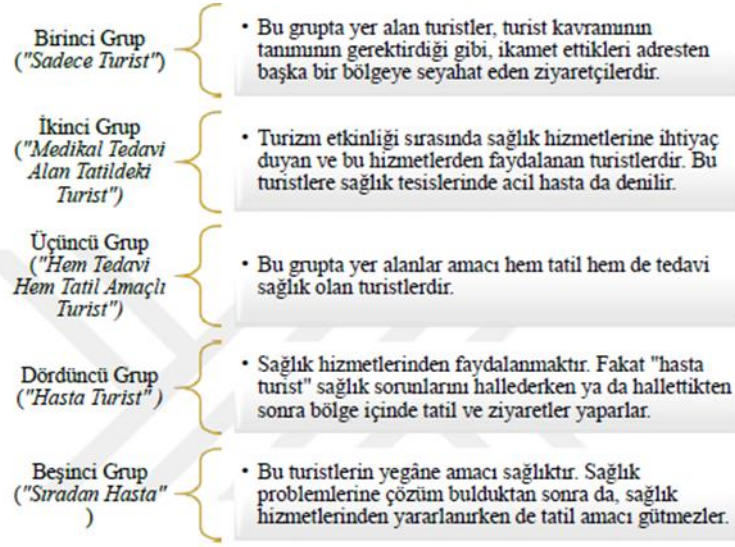
destinasyonun seçiminide etkilemektedir. Gidilecek tatil yerinde ilgi uyandırıcı ve beklentilerini karşılayacak turizm türlerinin bulunması turistlerin karar vermelerinde de etkili olmaktadır. Yapısal açıdan çeşitli şekillerde sınıflandırılabilen turizm hareketleri, aşağıda on iki başlık altında sınıflandırılmıştır.

1.3.1. Sağlık Turizmi

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, sağlık turizmini “bireylerin hem koruyucu hem tedavi edici hem rehabilite edici hem de sağlığı geliştirici hizmetleri almak amacı ile yaşadıkları ülke dışında bir ülkeyi ziyaretleridir” şeklinde tanımlamıştır (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2020). Sağlık turizminde medikal (tıbbi) sağlık turizmi, termal sağlık turizmi ve yaşlı (3.yaş turizmi)-engelli sağlık turizmi kavramları bulunmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından uluslararası hasta sınıflandırılması aşağıdaki şekilde yapılmıştır:

- İkamet ettiği bölge dışında başka bir yere sağlığını yeniden kazanmak için giden kişilere “*Medikal Turist*”,
- Tatil sırasında gerçekleşen plansız ve acil olarak bir sağlık hizmeti almak zorunda kalan turistlere “*Turistin Sağlığı Kapsamında Hizmet Alan Hasta*”,
- Karşı ülke ve Sağlık Bakanlığı arasında gerçekleşen ikili anlaşmalar kapsamında ülkemize gelen kişilere “*Sağlık Alanında İkili Anlaşmalı Ülkelerden Gelen Hasta*”,
- Sosyal Güvenlik kurumları arasında yapılan anlaşmalar sonucunda karşılıklı sağlık hizmetlerinden yararlanmak amacıyla ülkemize gelen hastalara “*Sosyal Güvenlik Kurumuyla Anlaşmalı Ülkelerden Gelen Hasta*” denilmektedir (Tontuş, 2017a, 1-2).

Sağlık turizmi ile turizmin kesiştiği alanda bir başka açıdan da aşağıdaki gibi bir sınıflandırma yapabiliriz:



Şekil 2. Turistlerin gruplandırılması (Deniz, 2016)

1.3.2. Kış Turizmi

Hızlı kentleşme ve endüstrileşmeye bağlı olarak insanların yoğun iş yaşamı ve stresli şehir hayatından kaçış isteğinin sadece yaz mevsiminde değil kış mevsiminde de sürmesiyle özellikle kış sporlarının ağırlıklı olduğu merkezler gelişmiş ve bu turizm faaliyeti kış turizmini ortaya çıkarmıştır.

1.3.3. Yayla Turizmi

Yayla turizmi, doğal ortamda vakit geçirmek isteyen bireylerin, temiz ve bol oksijenle, bozulmamış doğa yapısı içeren yaylalara giderek yaptıkları seyahatleri içerir. Türkiye’de yayla turizmi önemli bir yer tutmaktadır. Özellikle birçok yöresinde doğal ve kültürel mirasın canlı bir biçimde sürdürülüyor olması nedeniyle, yayla turizminde önemli bir destinasyon merkezi konumundadır.

Turizm sektörünün öncü kuruluş ve bu alanda çalışan akademisyenlere göre; önümüzdeki yıllarda alışılmış turizm merkezlerinde ciddi değişimler yaşanacaktır. Bu noktada kitle turizmine ilişkin taleplerde azalma gözlemlenirken, tabiat ve

çevreye hassas, farklı kültür ve yaşam tarzlarını tanımaya imkan sağlayan turizm hareketinde artış gözlenmektedir (Tekin, 2016: 1096).

1.3.4. Mağara Turizmi

Ülkemizde 40.000 civarı mağara bulunmakta ve bu mağaralar, turizm çeşitliliği ve mağara turizmi açısından önemli bir potansiyel oluşturmaktadır. Türkiye’de bulunan mağaralardan 30’un üzerindeki mağara turizme açılmıştır, bunların dışındakiler ise rehber eşliğinde uygun donanımlar ve ekipmanlar ile girebilecek nitelikte mağaralardır (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2020).

1.3.5. Av Turizmi

Av turizmi, avcı olma niteliğine sahip kişilerin avlanma amacıyla gerçekleştirdiği etkinliklerdir. Av turizmi uygulamaları, turizmin çeşitlendirilmesine ve turizm hareketinin ülke genelinde tüm yıla yayılmasını sağlamaktadır (Kültür ve Turizm Bakanlığı Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, Erişim Tarihi, 2021). Türkiye coğrafi yapısı itibarıyla ve yaban hayatı açısından av turizminin gelişmesine uygun bir konumdadır. Türkiye ormanlarında düzenlenecek her türlü av turizmi, 4915 sayılı “Kara Avcılığı Kanunu” ve 2005 tarihli “Yerli ve Yabancı Avcıların Av Turizmi Kapsamında Avlanmalarına ilişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik” ile 6831 sayılı “Orman Kanunu hükümleri kapsamında Orman ve Su İşleri Bakanlığı Doğa Koruma ve Milli Parklar Genel Müdürlüğüne belirlenen esaslar dahilinde yürütülmektedir” (Kültür ve Turizm Bakanlığı, Erişim Tarihi, 2020).

1.3.6. Kongre Turizmi

Türkiye, bulunduğu konum, kültür ve tarih hazinesi ile, toplantı ve kongrelere imkân verici önemli bir destinasyondur. Birinci sınıf otel konaklamaları, kolay ve geniş ulaşım ağları, konferans tesislerinin zenginliği ve doğal güzellikleriyle ve düşük maliyet avantajıyla kongre turizminde önemli bir noktadadır. Avrupa ülkelerine

yakınlık ve ülke içerisinde İstanbul, İzmir, Ankara ve Antalya gibi bykşehirleri arasında direkt uçuş ve transfer bağlantıları ile ideal bir kongre turizmi destinasyonudur (Kültür ve Turizm Bakanlığı Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, 2021).

1.3.7. Golf Turizmi

Ülkemiz, Antalya şehri ilk sırada olmak üzere İstanbul ile Muğla şehirlerinde birçok golf sahası bulunan ve son yıllarda peş peşe hizmete sunulan uluslararası çaptaki golf tesisleriyle göze çarpan bir golf merkezi konumundadır. Antalya şehrinin beldesi olan Belek'te doğal ve tarihsel yapının da eklendiği golf tesisleri Türkiye'nin golf turizminde önemli kaynaklarını oluşturmakta ve uluslararası turnuvalara ev sahipliği yapmaktadır. Türkiye'de golf tesislerinin bulunduğu merkezler genellikle sahillere yakın, gösterişli yeme-içme kapasiteli, alışveriş ve eğlence imkanlarının sunulduğu konaklama ve dinlenme tesislerine yakındır. Türkiye Golf Federasyonu'nun 2018 verilerine göre 18 tesis ve bu tesisler bünyesinde 36 golf sahası bulunmaktadır (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2020).

1.3.8. Yat Turizmi

Son dönemlerde oldukça revaçta olan ve “*denize dönük eğlence ve dinlence endüstrisi*” olarak tanımı yapılan yat turizmi, ülkemizde ve dünyada hızla gelişen ve endüstrileşen bir turizm çeşidi konumuna gelmiştir (Yat Turizmi Derneği, 2020).

Türkiye, Karadeniz, Ege Denizi, Marmara Denizi ve Akdeniz ile üç taraftan evrenlenmektedir. Türkiye, yatçıların özel demir atabilecekleri körfez, plaj ve koyların bol bulunması sebebiyle yat turizminde önemli bir konumunda olmakla birlikte en donanımlı yat limanlarına sahiptir. (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2020).

1.3.9. İnanç Turizmi

İnsanoğlu yaşandığı ilk günden bu yana bir dine inanmaya ve ait olma ihtiyacı içerisinde olması farklı din ve inanç görüşlerinin ortaya çıkmasına sebep olmuştur ve bununla beraber de insanlar tarafından bazı mekanlar kutsal ilan edilmiş ve insanlar tarafından toplu biçimde ziyaret edilmiştir. Bu ziyaretler sonucunda ise alternatif bir turizm çeşidi ortaya çıkmıştır.

Dinin ve turizmin güçlü bir etkileşim içerisinde olduğunu söyleyebiliriz. Din ve turizm arasındaki bu güçlü ilişki, sadece mekânsal bağlamda değil, tarihi ve kültürel bağlamlarda da söz konusu olmaktadır. Turizm hareketinde turistler, destinasyon ülkesinde dinî mekanları da ziyaret etmekte ve bu hareketlilik “İnanç Turizmi” adı altında bir turizm biçiminin ortaya çıkmasına sebep olmuştur (Küçük, 2013: 102). İnanç turizminin en büyük yükselme dönemi 1990’lı yıllarda olmuştur.

1.3.10. Akarsu-Rafting Turizmi

Türkiye’de var olan akarsuların büyük bir kısmı rafting ve kano aktivitelerine uygun ve “akarsu turizmi” olarak isimlendirilen turizm çeşidine uygun alt yapıdadır. Akarsu turizmine özgü ülkemizin sunmuş olduğu imkanlar bu sektörün geliştirilmesine ve daha geniş topluluklara tanıtımının yapılması açısından önem taşımaktadır. Akarsu ve rafting turizmi geniş çaplı yatırımlar gerektirmemesiyle beraber tarihi, kültürel, arkeolojik değerleri ile bir bütünü oluşturmaktadır (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2020).

İKİNCİ BÖLÜM

2. SAĞLIK TURİZMİNİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

2.1. Sağlık Kavramı

Başlangıçta hastalığı olmayan insanlar sağlıklıdır düşüncesiyle tanımlanan sağlık kavramı, 1900'lü yıllardan itibaren farklı bilim dallarının da tesiriyle çeşitli yönleriyle tanımlanmaya başlanmıştır. Sağlık kavramı bazı tanımlamalarda biyolojik yönüyle ele alınırken bazı tanımlamalarda fiziksel yöne ağırlık verilmiştir. Bununla birlikte hem psikolojik hem de sosyal yönlerini de içeren tanımlamalar da yapılmaktadır (Doruk, 2019: 3).

Türk Dil Kurumu en basit haliyle sağlık kavramını “bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik durumunda olması, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet” olarak tanımlamaktadır (Türk Dil Kurumu, 2020).

Sağlık kavramı hukuki anlamı ile ulusal ve uluslararası dökümanlar ile daha geniş bir anlam kazanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), sağlık tanımını, “19-22 Haziran 1946 tarihinde New York'ta gerçekleştirilen Uluslararası Sağlık Konferansı'nda benimsemiş ve 7 Nisan 1948 tarihinde de DSÖ Anayasası'nın önsözünde yer vermiştir” (Karaca Dedeoğlu, 2018: 10).

Söz konusu Anayasa'da sağlık, “*sadece hastalık veya sakatlığın olmaması değil, tam bir fiziksel, zihinsel ve sosyal refah durumudur*” şeklinde tanımlanmıştır (World Health Organization, 2020).

Günümüzde ise sağlık kavramı, birey sağlığı ile birlikte toplum sağlığını koruma, sürdürme ve geliştirme üzerine evrilmiştir (Özgür Öztürk, 2019: 3).

2.2. Sağlık Turizmi Kavramı

Bir yandan küreselleşen dünya, diğer taraftan iletişim teknolojinin gelişmesine bağlı olarak ortaya çıkan ulaşım kolaylıklarıyla daha ucuz, daha hızlı ve kaliteli sağlık hizmetine erişim isteği gibi değişen hasta talebinin bir sonucu olarak tüm dünyada yoğun şekilde hasta hareketliliği yaşanmaktadır. Sanayileşmeye bağlı olarak artan çevre ve doğa kirliliği, kentleşme, rekabetçi iş yaşamının kişilerde yarattığı sağlık problemleri sonucunda sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan bireylerin, yaşadığı yer dışında başka bir yerde tedavi olma arzusu sonucunda başka bir yere seyahat etmesine neden olmuştur.

Sağlık turizmini genel itibariyle bireylerin sağlıklarının korunması, tedavi edilmesi veya rehabilite edilmesi amacıyla başlayan ve medikal hizmetlerin dışında kişilerin tedavi sürecinde veya sonrasında tatil yaparak yeni yerler keşfetme arzusunu da ortaya çıkarmaktadır. Sağlık turizminde kişilere ve yakınlarına tedavi süresi boyunca rahat bir ortam sunmak ve alternatif tedavi seçenekleri sunmak amaçlanmaktadır. Günümüzde gelişmekte olan ve gelişmiş ülkelerin birçoğunda refah ve yaşam standartlarının eğitim durumunun yükselmesi sağlık hizmetleri arzusunda yüksek maliyetlere neden olmaktadır. Yaşlı nüfus oranının yüksek olması, sosyal güvenlik sigortalarının maliyetlerinin yükselmesi ülkelerin sağlık ekonomilerini zorlamaktadır. Bu problemlere çözüm olarak ise ülkeler yakın çevrede yer alan diğer ülkeler ile çeşitli anlaşmalara giderek daha düşük maliyetli kaliteli sağlık hizmeti alma yoluna girmişlerdir

Ovalı ve Timur, “Turizm Ekonomisi” eserinde turizm kavramını “*kişilerin sürekli yaşama ve çalışma yerleri dışındaki yerlere yaptıkları seyahatleri ve bu yerlerdeki geçici konaklamalarından doğan ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik faaliyetler*” şeklinde tanımlarken (Taş, 2010: 4) sağlık turizminin turizm kavramından farkını “tedavi olma arzu ve isteği” olarak belirlemiştir. Sağlık turizminde birey, sağlık hizmetlerine erişimle birlikte turistik seyahat yaparak bireysel olarak tatmin olurken, destinasyon ülkeler açısından oldukça ciddi kazanç sağlama aracı haline gelerek,

ülke ekonomilerinde önemli bir yer almaya da başlamıştır (Özlem / Songur, 2012: 69).

Sağlık turizmi çerçevesinde açıklanması gereken diğer iki kavram ise “*turistin sağlığı*” ve “*turizm sağlığı*” kavramlarıdır. Yaşadığı yer dışında başka bir ülkeye tatil ve eğlence amacı ile seyahat eden turistlerin tatil seyahati süresi içerisinde “*acil veya plansız olarak sağlık hizmeti almak zorunda olmasına turistin sağlığı*”, gittiği ülkede konakladığı ve tatil yaptığı süre zarfında yaşadığı çevrenin “*sağlıklı bir ortam içerisinde olmasına ise turizm sağlığı*” şeklinde tanımlanmaktadır (Özlem / Songur, 2012: 70).

Başka bir ifade ile turistin sağlığı kavramı, uluslararası bir hastanın daha öncesinde tedavi amacıyla planlı bir inceleme/araştırma yapmadan seyahat esnasında ansızın ortaya çıkan sağlık problemlerine müdahaleyi ifade etmektedir.

2.3. Sağlık Turizminin Tarihsel Gelişimi

Sağlık turizmi kavramı günümüz itibariyle popüler bir kavram olmasına rağmen kökleri antik Yunan, Sümer ve Mısır dönemine kadar uzanmaktadır. Antik medeniyetler hakkında yapılan araştırmalar sağlık hizmetleri ve din arasında sıkı bir bağ olduğu ve yapılan arkeolojik kazılar neticesinde çoğu eski uygarlığın termal sularından, kaplıcalardan ve şifalı bitkilerden faydalandığı ve fayda sağlamak amacıyla seyahat ettiği göstermektedir. Bilinen en eski sağlık tesislerinin M.Ö. 4000’lerde Sümerliler tarafından sıcak su kaynaklarının çevrelerinde inşa edildikleri ortaya çıkmıştır (Tontuş, 2017b: 1-2). Yine aynı dönemde Sümerlilerin Apiterapi¹ uygulamalarından faydalandıkları da tespit edilmiştir (Ertürk, 2019: 9).

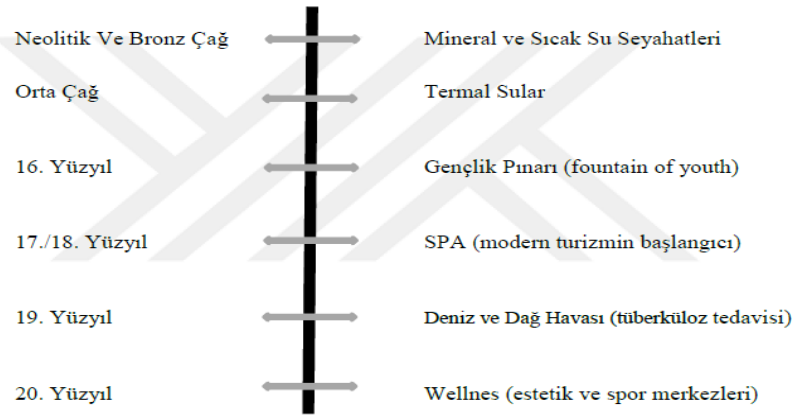
Daha geniş boyutta sağlık turizminin temellerini atanlar ise eski Yunan medeniyetidir. Dünyadaki ilk sağlık merkezi olma özelliğini taşıyan Asklepios

¹ “Apiterapi, Türkiye’de bal, polen, propolis, arı sütü ve arı zehiri gibi ürünlerle yapılan tedavidir. Aslında apiterapi Çin, Kore ve Japonya gibi Doğu ülkelerinde arı zehri tedavisidir. Arı zehri tedavisi arı zehirlerini kullanarak akupunktur noktalarına enjekte edilen tedavi yöntemidir” (Medipol Sağlık Grubu, 2020).

topraklarını eski Yunanlılar inşa etmişlerdir. Bu merkezi tüm dünyadan insanlar tedavi olma amacıyla ziyaret etmişlerdir (Kaymaz, 2018: 31).

Roma İmparatorluğu döneminde ise ılıca adı verilen termal tedavi banyoları sadece şifa amaçlı değil üst tabakaya ait insanlar ve zenginler için sosyal eğlence merkezleri haline gelmiştir (Ertürk, 2019: 10). Roma İmparatorluğunun çöküşünden sonra da Asya medikal turizmde önemli bir destinasyon olmaya devam etmiştir.

Kaplıca ve termal suların önemi orta çağda kilisenin de etkisiyle kesintiye uğramış olsa da 16. yüzyıl itibariyle “gençlik pınarı inancı” ile yeniden gündeme gelmiş ve sudan şifa sağlama düşüncesi yükselmeye başlamıştır. Bu dönemde üst tabakadan ve zengin kişiler deniz kıyıları ve SPA merkezleri gibi yerlere tedavi olma amacıyla yolculuk etmişlerdir. SPA merkezlerinin odak noktası olması ise 18. ve 19. yüzyıllarda başlamıştır. İngiltere’den bronşit tedavisi amacıyla ve soğuk Avrupa ülkelerinden hastalar Fransa’da yer alan SPA merkezlerine gitmişlerdir (Doğan, 2019: 15).

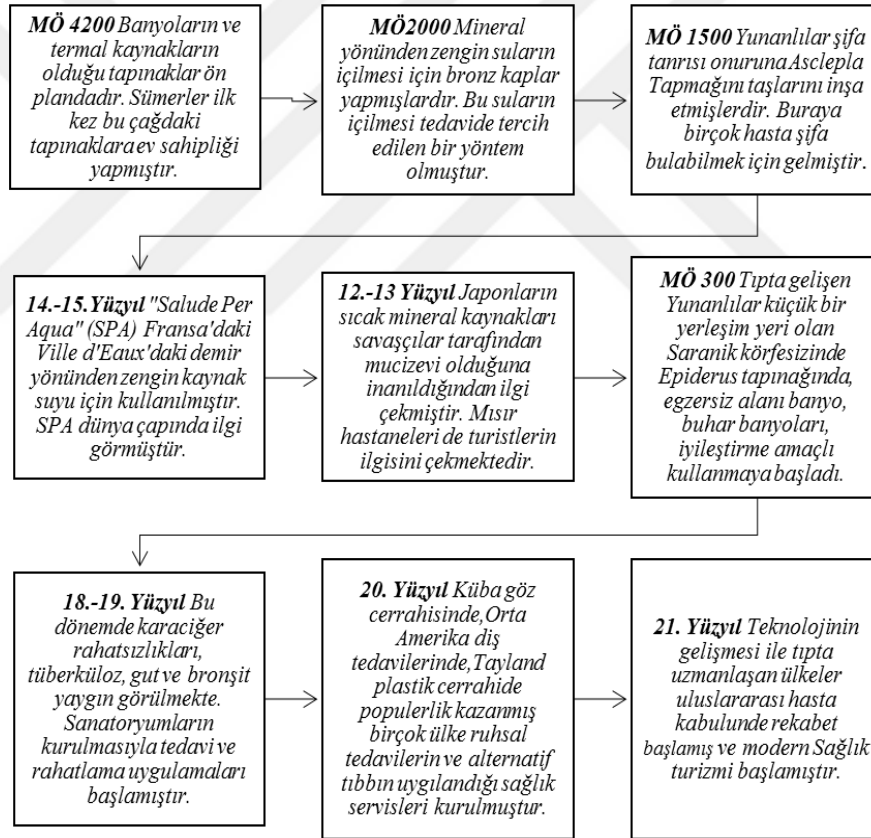


Şekil 3. Sağlık turizmi tarihsel perspektif (Yalçın, 2013)

Selçuklu Devleti döneminde ise darüşşifa merkezlerine tedavi amaçlı hastaların gelindiği bilinmekteyken Osmanlı İmparatorluğunda kaplıca ve ılıca hizmetlerinden faydalanmak amacıyla seyahatler yapılmıştır (Canver, 2015: 15).

19. yüzyıla gelindiğinde ise Avrupa’da nüfusun %70’lik kısmının tüberküloz hastalığına yakalandığı tahmin edilmektedir. Tüberküloz hastalığının tedavisinde bol temiz hava içeren ortamlar ve deniz gezisi tavsiye edilmiştir ve gelir düzeyi yüksek hastalar için dağlık bölgelere sanatoryumlar yapılmıştır. Gelir düzeyi yüksek verem hastalarına sağlanan tedavi olanakları özellikle İsviçre’de lüks sanatoryumlar yapılmasıyla gelişmiştir. Sağlık turizminin gelişmesine ve tanıtılmasına öncülük eden ilk isimlerden birisi olan Florence Nightingale, İsviçre’deki şifalı su merkezlerini ziyaret etmiş ve tedavi gören hastalara uygun fiyat sağlayan Türkiye’deki şifalı su merkezlerini önermiştir (Yalçın, 2013: 11).

Tablo 1. Medikal Turizmin Geçmişi, Şimdisi ve Geleceği (Canver, 2015)



1980 ve 1990’lı yıllara gelindiğinde ise sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin yükselmesi özellikle Amerika Birleşik Devletleri’ndeki hastaları denizaşırı seyahatlere yöneltmiştir. Maliyet avantajı sebebiyle Küba, göz, kalp ve kozmetik

operasyonlarda sağlık turizminin önemli bir mekânı haline gelmiştir (Bulut / Şengül, 2019: 51).

Ülkeler arasında yaşanan rekabet ve sağlık turizminin artan popülaritesi, verilen sağlık hizmetlerinin kalite standartlarının sorgulanmasını da beraberinde getirmiştir. Bu doğrultuda sağlık turizmi hizmeti sağlayıcıları akredite olma yoluna gitmişlerdir. Uluslararası alanda Joint Commission International (JCI); sağlık hizmetlerinin daha kaliteli ve güvenli olmasına odaklanmış, kâr amacı gütmeyen “*Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)*” kurumunun, uluslararası akreditasyon hizmetlerini sağlamak için oluşturulmuş birimdir (NP İstanbul, Erişim Tarih: 20.07.2020). olan Joint Commission International (JCI), Joint Commission’ın uluslararası bir koludur ve amacı akreditasyon ve sertifikasyon hizmetleriyle hasta bakımının güvenliğini ilerletmektir (Sistem Patent, 2020).

JCI akreditasyonuna sahip olmanın birçok avantajı olduğu gibi bu akreditasyonun amaçları da aşağıdaki gibi sıralanmıştır:

- Standardize edilmiş bakım hizmetleri sayesinde maliyetlerin düşürülmesi,
- Hasta memnuniyet düzeyinin iyileştirilmesi ve korunması,
- Kalite ve hasta güvenliği adına ölçülebilir kıyas kriterlerinin sunulması,
- Sağlık bakımı alanlar ve bakım sağlayanlar için riski azaltıcı güvenli ortam sağlanması,
- Güvenilir süreç kullanılarak sürdürülebilir iyileştirilmenin sağlanması,
- Verimliliğin yükseltilmesi,
- Akredite edilmiş hastanelerinin başarı sağlaması ve mükemmeliyete adanmışlıklarının kamuoyu karşısında tanınması ve kabul görmesinin sağlanmasıdır (NP İstanbul, 2020).

2.4. Dünya’da Sağlık Turizmi

Tedavi olma amacıyla gerçekleşen turizm hareketi, geçtiğimiz on sene içerisinde hastane hizmetlerinden yararlanmak için düzenlenmiş olan yurt dışı yolculuklarını, yaşlı-engelli hasta bakımını ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsar hale gelmiştir. Bu değişim sonucunda ise sağlık turizminden doğan finansal güç artmış ve cazip konuma gelmiştir. Dünyada sağlık turizminin ekonomik büyüklüğüne bakıldığında termal turizm ve yaşlı sağlık bakımı odaklı olarak turizm daha güçlü bir konumdadır (Tontuş, 2017k: 55).

20. yüzyıl boyunca, dünyada az gelişmiş ülkelere gelen varlıklı insanlar, daha gelişmiş ve kapsamlı sağlık tesislerine ve yüksek eğitilmiş sağlık çalışanlarına ulaşmak amacıyla gelişmiş ülkelere seyahat etmişlerdir. Günümüzde ise bu durum tersine dönerek “ters yönlü küreselleşme” altında son yirmi yıldır hastalar tedavi olma amacıyla gelişmiş ülkelere daha az gelişmiş ülkelere doğru seyahatler gerçekleştirilmektedir (Ekinci, 2019: 35).

Sağlık turizminde Asya kıtasında Hindistan merkez olmak üzere Singapur ve Malezya sağlık turizminde önemli bir konumda yer almakta; Amerika kıtasında Brezilya, Küba, Meksika ve Kosta Rika; Avrupa da ise Polonya, Almanya ve Slovenya önemli sağlık turizmi merkezleridir. Ortadoğu’da ise Katar, Ürdün ve Bahreyn’e ciddi ölçüde talep vardır (Çimen, 2018: 107).

Sağlık turizmi sektöründe yapılan harcamalar Avrupa’da 3,5 milyar Euro düzeyindeyken Amerika Birleşik Devletleri’nde yaklaşık 5,5 milyar dolar civarındadır. Sağlık turizminde ekseriyetle Kuzey Amerika, Orta Doğu ve Batı Avrupa olmak üzere 3 merkezde yoğunlaşma mevcuttur. Destinasyonların dağılımına bakıldığında ise Avrupa’dan en çok Hindistan, Malezya ve Tayland’a seyahat gerçekleştirilmektedir (Can, 2019: 35).

Sağlık turizminde öne çıkan ülkeler başarılarını elde edebilmek ve bu başarıları devam ettirebilmek adına birçok yatırım yapmaktadırlar. Sağlık turizminde dünyada öne çıkan ülkelere aşağıda yer verilmiştir. Türkiye 35 ülke içerisinde 16. sırada yer almaktadır. Bu sıralama Türkiye'nin sağlık turizminde potansiyelinin yüksek olduğunun ve gerekli yatırımlar ile üst sıralara yükselebileceğinin önemli bir göstergesidir.

Tablo 2. Dünya’da Medikal Ülkeler Sıralaması (İGEME, 2020)

1. Hindistan	10. Kosta Rika	19. İngiltere	28. İsrail
2. Tayland	11. Polonya	20. Avustralya	29. Japonya
3. Singapur	12. Suudi Arabistan	21. Küba	30. Ürdün
4. ABD	13. İsviçre	22. Fransa	31. Fas
5. Malezya	14. Arjantin	23. Panama	32. Yeni Zelanda
6. Almanya	15. Birleşik Arap Emirlikleri	24. Filipinler	33. Güney Kore
7. Meksika	16. Türkiye	25. Belçika	34. Tayvan
8. Güney Afrika	17. Çin	26. Karayipler	35. Tunus
9. Brezilya	18. İspanya	27. Macaristan	

2016 yılında düzenlenen ITB Berlin Fuarı’nda World Travel Monitor’un² açıklamış olduğu rakamlar doğrultusunda dünyada gerçekleşen sağlık turizmi seyahatlerinin yıl içindeki toplam sayısı 11,4 milyon olurken bu rakam uluslararası seyahatlerin %1,4’üne karşılık gelmektedir. Sağlık turizmi seyahatlerinin dağılımına bakıldığında %70’i sağlık, wellness turizmi ve SPA oluştururken %30’unu medikal turizm ve rehabilitasyon turizmi oluşturmaktadır. Kısacası 3,4 milyon medikal turist ve 8 milyon sağlık, SPA ve wellness turistidir. Almanya, sağlık ve medikal turist ağırlayan ülkeler arasında 1 milyon yabancı turist ile pazarın lideri konumundadır. Avrupa’da ikinci sırada Rusya yer alırken, Fransa ve İtalya’da onu takip etmektedir. Avrupa dışında önemli pazarlar ise sırasıyla ABD, Güney Kore, Çin ve Japonya gelmektedir (Bayar, 2019: 8).

² Dünya Seyahat Monitörü / Avrupa Seyahat Monitörü, bir ülkenin ilgili nüfusu tarafından uygulanan dış seyahat davranışlarını detaylandıran dünya çapında bir turizm bilgi sistemidir (IPK International, Erişim Tarihi:10.08.2020)

2.4.1. Hindistan

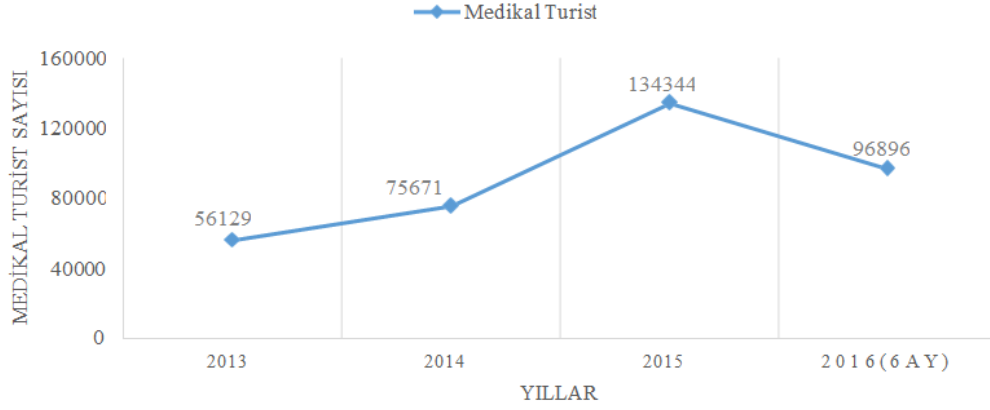
Günümüzde dünyanın en popüler medikal turizm destinasyonlarından birisi olan Hindistan, tıbbi bakım maliyetlerinin düşük ve kaliteli olması, az bekleme süreleri, yüksek teknoloji, kalifiyeli sağlık personelleri, uluslararası akreditasyona sahip donanımlı hastaneleri, dil bilen (özellikle İngilizce) sağlık uzmanlarının yaygın olması ve çoklu çevirmen olanaklarıyla uluslararası hastaların tercih nedenleri arasındadır (Tontuş, 2017d).

Hindistan'da sağlık sistemi küçük bir kamu sağlık sektörü ve güçlü bir özel sağlık sistemi olmak üzere iki biçimde şekillenmiştir. Sağlık sistemi her ne kadar ulusal, eyalet ve bölge olmak üzere üç aşamalı yürütülse de sağlık sistemi temel itibarıyla eyaletlerin kontrolünde yürütülmektedir. Hindistan'da kentsel alanlarda birincil sağlık hizmetlerinin sunumunda özel sektör baskınken, kırsal bölgelerde kamu sektörüne ait olan birincil sağlık merkezleri ile toplum sağlığı merkezleri baskındır. Hindistan'ın sağlık sisteminin önemli özelliklerinden birisi ise geleneksel tıp uygulamaları olan Hindistan tıp ve Homeopati sistemidir. Geleneksel sağlık hizmetlerinde en çok bilinen uygulamalar Homeopati, Siddha, Yoga, Ayurvedik Tıp ve Naturopati'dir (Tontuş, 2017d: 2). Bu uygulamalar devlet kurumları tarafından desteklenmekte ve ülkenin sağlık turizmine önemli katkılar sağlamaktadır.

Hindistan'ı en çok tercih eden ülkeler arasında ilk sırada ABD, Kanada ve İngiltere yer alırken, Hindistan sağlık hizmetlerinin fiyat ortalaması bu ülkelere kıyasla neredeyse üçte bir düzeyinde ve benzer kalitededir.

Şekil 4'de yer alan Hindistan'ı ziyaret eden medikal turist sayısına bakıldığında üç senelik kısa bir süreçte Hindistan'ı ziyaret eden medikal turist sayısında 40 bin civarında bir artış görülmüştür. Hindistan'ın ziyaretçi sayısını arttırmasındaki etkenlere başka örnekler ise kalp ameliyatı gibi enfeksiyon riski yüksek olan ameliyatlarda dahi başarı oranının yüksek olması, göz tedavileri, kanser, kozmetik tedaviler, diş, ortopedik operasyonlar, kısırlık tedavileri ve organ nakilleri verilebilir

(Akbolat / Deniz, 2017: 132). Ayrıca Hindistan; alternatif tıp uygulamaları, kemik iliği nakilleri, kalça protezi ve bypass tedavilerinde oldukça başarılı konumdadır.



Şekil 4. Hindistan'ı ziyaret eden medikal turist sayısı (Akbolat / Deniz, 2017)

Son beş senede her yıl yaklaşık %25-30 oranında büyüme göstererek sektörün dünyadaki lideri haline gelen Hindistan'ın sağlık turizmindeki gelişimi, dikkatli incelenmesi gereken ve önemli sonuçların çıkarılabileceği bir süreçtir.

Tablo 3'te yer alan fiyat karşılaştırılması incelendiğinde Hindistan'da sağlık operasyon maliyetlerinin ABD ve İngiltere karşısında çok daha makul olduğu ve bazı operasyonlarda dokuz katına kadar fiyat avantajı sağladığı görülmektedir. Maliyet avantajıyla lider konumuna gelen Hindistan sağlık turizmi sektörünün öteki tarafında ise kaliteli hizmet sunma ve koordineli bir tanıtım politikası izlemesine rağmen sağlık merkezleri arasında ciddi kalite farklılıkları ve özensiz muamele gibi sorunlar yaşanabilmektedir.

Tablo 3. İngiltere, Hindistan, ABD Fiyat Karşılaştırması (Tontuş, 2017d)

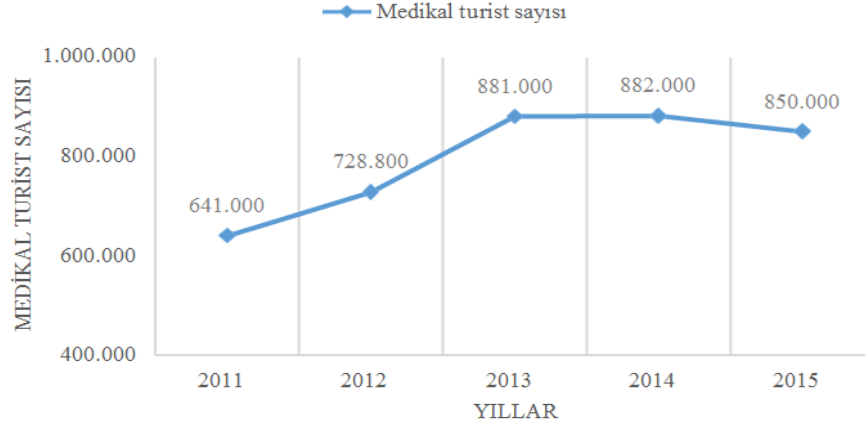
<i>İşlem</i>	<i>İngiltere (USD)</i>	<i>Hindistan (USD)</i>
Kalça protezi	\$16.000	\$9.500
Koroner bypass	\$40.000	\$59.000
Liposuction	\$6.000	\$2.700
Meme büyültme/küçültme	\$9.500	\$3.600
Yüz gerdirme	\$12.000	\$4.100
Abdominoplasti	\$9.000	\$3.600
Porselen kron diş tedavisi	\$1.000	\$250
Full akrilik diş tedavisi	\$1.800	\$600
Dental implant	\$3.500	\$1.100
<i>İşlem</i>	<i>ABD (USD)</i>	<i>Hindistan (USD)</i>
Koroner Bypass	\$80.000	\$9.000
Karaciğer Nakli	\$270.000	\$40.000
Kalça protezi	\$27.000	\$9.500
Dental implant	\$3.500	\$1.100

2.4.2. Malezya

Malezya dünyada, Sağlık Bakanlığı bünyesinde ayrı bir sağlık turizmi birimi oluşturan ve sağlık turizmiyle alakalı olarak uzun vadeli politikalar ve stratejiler belirleyen nadir ülkelerdendir. Malezya Sağlık Bakanlığı, ülkeye sağlık turizmi seyahatlerinin arttırılması amacıyla reklam ve tanıtım planlarının uygulanmasını, sektörün paydaşları arasında (özel sektör – devlet) arasında iş birlikleri ve ortakların geliştirilmesini, turistlerin vize alma ve vize uzatma işlemleri gibi işlemlerinin kolaylaştırılması ve medikal turizm endüstrisinin gelişmesine yönelik faaliyetlerin yapılmasını gibi birçok konuda çalışmalar yürütmektedir (Tontuş, 2017c).

Malezya'ya ziyaret gerçekleştiren sağlık turistlerini oluşturan %70'lik grup Endonezya'dan gelirken geriye kalan turist grubunu Orta Doğu, Çin, Hindistan, Japonya, Yeni Zelanda, Avustralya ve Birleşik Krallık ülkeleri oluşturmaktadır (Akbolat / Deniz, 2017: 133).

Şekil 4’de yer alan Malezya’yı ziyaret eden medikal turist sayısına bakıldığında dört senelik zaman diliminde hasta sayısında 200 bin civarında artış meydana gelmiştir.



Şekil 5. Malezya’yı ziyaret eden medikal turist sayısı (Akbolat / Deniz, 2017)

2.4.3. Tayland

Tayland, 1985-1995 yılları arasında uygulamış olduğu kalkınma hamleleri ile hızlı bir ekonomik büyüme yaşamış ve batının dikkatini çekmiştir. Ülkenin ana gelir kaynağını turizm oluştururken ekonomisi ihracata dayalıdır. Pattaya, Phuket ve Bangkok şehirleri turist çekmede ülke için önemli destinasyonlardır. Tayland, sağlık turizmi konusunda “agresif” bir politika izlemekte ve turizm gelir kaynaklarını arttırmayı hedeflemektedir. Bugün dünyada sağlık turizminde en çok tercih edilen destinasyonların birisi olan Tayland, fiyat ve tanıtım politikalarıyla sağlık turizminde markalaşmış ülkelerden birisidir. Başkent Bangkok, en çok sağlık turisti çeken ve en prestijli sağlık tesislerinin bulunduğu şehirdir. Özellikle sağlık turizminde önemli bir hastane olan Bumrungrad Hastanesi günlük bin civarında uluslararası hastaya hizmet vermektedir. (Tontuş, 2017i: 156).

Farklı tedavi olanakları sunan Tayland’da öne çıkan sağlık hizmetleri; plastik cerrahi, dental tedaviler, cinsiyet değiştirme operasyonları, organ nakli kalp cerrahisi, alternatif tıp uygulamaları, obezite tedavisi gelmektedir. Tayland, dünyanın en

başarılı dış merkezlerinin bulunduğu sağlık turizmi destinasyonu olarak sektörde yer edinmiştir.

Modern ekipmanları ve vasıflı sağlık personellerine sahip olan Tayland'da sağlık turizmi hizmeti sunan tüm doktorların ve devlet hastanelerinde çalışan sağlık personellerinin hemen hemen hepsinin İngilizce konuştuğu kabul edilebilir. Ayrıca bölgesel rakiplerine kıyasla Tayland, bulaşıcı hastalık riskinin daha düşük, hijyenik sosyal yaşam koşullarının daha yüksek olduğu bir ülkedir. Tayland, ciddi sayıda sağlık turisti ağırlamasına rağmen tedavide bekleme süresi sorunu yaşamayan bir ülkedir.

Tayland'ın sağlık turizminde tercih edilmesinin bir sebebi de hastanelerde otelcilik hizmetlerinin gelişmiş olması ve bypass gibi operasyonların batı ülkelerine kıyasla daha uygun maliyetlere yapılabiliyor olmasıdır (Tayland Gezi, 2020).

Tablo 4. Tayland, İngiltere Fiyat Karşılaştırması (Tontuş, 2017i)

<i>İşlem</i>	<i>İngiltere (USD)</i>	<i>Tayland (USD)</i>
Kalça protezi	\$16.000	\$10.000
Liposcuction	\$6.000	\$3.500
Meme büyültme/küçültme	\$9.500	\$3.300
Yüz gerdirme	\$12.000	\$5.250
Abdominoplasti	\$9.000	\$4.200
Porselen kron diş tedavisi	\$1.000	\$350
Dental implant	\$3.500	\$1.800
<i>İşlem</i>	<i>ABD (USD)</i>	<i>Tayland (USD)</i>
Koroner Bypass	\$80.000	\$15.5000
Meme büyültme/küçültme	\$14.500	\$3.300
Kalça protezi	\$27.000	\$12.500
Spinal fusion	\$67.000	\$9.700
Dental implant	\$3.500	\$1.800

Tablo 4'te yer alan Tayland, İngiltere fiyat karşılaştırmasına bakıldığında Taylan'da gerçekleştirilen operasyonların İngiltere'ye kıyasla çok daha uygun fiyatlara yapıldığı gözlemlenmektedir.

2.4.4. Kosta Rika

Kosta Rika, 1990'lerden itibaren hızla artan sağlık hizmeti giderlerine çözüm olarak geliştirdiği sigorta kapsamı dışında kalan dış tedavileri için Amerika Birleşik Devletleri'nden hasta alma uygulamasıyla o dönemden itibaren önemli bir sağlık turizmi destinasyonu olarak hizmet vermektedir. Kosta Rika'da sağlık turizmi hedefli hizmet sunan hastanelerde çalışan hekimlerin neredeyse tamamı Amerika Birleşik Devletleri'nde eğitim almış ve İngilizce konuşmaktadır. Ayrıca Kosta Rika'da sağlık turizmine odaklı internet siteleri, hastane, tedaviler, hekimler ve şehir hakkında detaylı bilgi sunmaktadır. Kosta Rika'da birçok tıbbi işlem uygulanmaktadır. Gelen sağlık turistlerinin %42'si dış hastalıkları, %22'si kadın hastalıkları, %10'u ise plastik cerrahi operasyonlar için gelmişlerdir. Geriye kalan hastalar ise ortopedi, dermatoloji, genel cerrahi gibi branşlar için Kosta Rika'ya gelmişlerdir (Tontuş, 2017h: 1).

Tablo 5. Kosta Rika ABD Fiyat Karşılaştırması (Tontuş, 2017h)

<i>İşlem</i>	<i>ABD Fiyatı</i>	<i>Kosta Rika Fiyatı</i>
Porselen kron	\$1.100	\$350
Dental implant	\$3.500	\$1.000
Meme Büyültme/Küçültme	\$14.500	\$4.000
Yüz germe	\$6.500	\$4.500
Abdominoplasti	\$7.000	\$4.000

Kosta Rika'nın sağlık turizminde önemli bir destinasyon olmasının en önemli nedeni kaliteli sağlık hizmetini uygun fiyatlara sunması ve özellikle ABD ile fiyat karşılaştırılması yapıldığında yaklaşık %50 civarında daha makul fiyatlar sunulmasıdır.

2.4.5. Meksika

Meksika coğrafi boyutu açısından dünyanın en büyük yüzölçümüne sahip ülkelerinden birisinin olmasının yanında son 20 yılda en hızlı büyüyen sağlık turizmi

destinasyonlarından birisidir. Bölgesel yakınlığı sebebiyle özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nden birçok hasta Meksika'yı tercih etmektedir. Amerikan sağlık sisteminde yaşanan problemlerin yansımaları olarak ülke dışında çıkan hasta trafiğinden olumlu olarak etkilenen Meksika olmaktadır. Ulaşım kolaylığı, düşük fiyat politikası, yüksek teknoloji, donanımlı hastaneler, ABD eğitim kurumlarından uzmanlık alan hekim kadrosu ve birçok hastanede İngilizce konuşulması hastaların Meksika'yı tercih nedenleri arasında yer almaktadır. ABD'den Meksika'ya yönelik sağlık turizmi akımı özellikle ağız-diş sağlığı hizmetlerini etkilemiştir. Dış tedavilerinde fiyatların ABD'ye kıyasla %30-35 oranında düşük olması sebebiyle ABD tarafında birçok diş sağlığı merkezi kapanmıştır. Dental klinikler dışında öne çıkan sağlık hizmetleri ise obezite cerrahisi, ortopedik cerrahiler, kök hücre tedavileri ve kozmetik cerrahidir. Birçok cerrahi işlemde fiyatlar ABD ile kıyasla %50 oranında daha uygundur (Tontuş, 2017e).

Tablo 6. ABD ve Meksika Fiyat Karşılaştırması (Tontuş, 2017e)

<i>İşlem</i>	<i>ABD ortalaması (USD)</i>	<i>Meksika (USD)</i>
Yüz gerdirme	\$6.500	\$3.100
Meme büyültme/küçültme	\$14.500	\$3.300
Abdominoplasti	\$7.000	\$3.400
Gastrik Band uygulaması	\$25.000	\$7.800
Koroner bypass	\$80.000	\$15.500
Diz protezi	\$43.500	\$16.000

2.4.6. Amerika Birleşik Devletleri

Nüfusu yaklaşık 328 milyon (2019 yılı itibarıyla) olan Amerika Birleşik Devletleri'nde Dünya Sağlık Örgütü 2010 verilerine göre kişi başına sağlık harcamaları yıllık 8.233 dolar, gayrisafi yurtiçi hasıladan sağlık giderleri için ayrılan pay ise %17,6'dır. Ayrıca ABD nüfusunun yaklaşık olarak %15'inin (40-45 milyon kişi) temel sağlık hizmetlerinden faydalanmak için dahi herhangi bir sağlık güvencesi bulunmamaktadır (Tontuş, 2017g: 120).

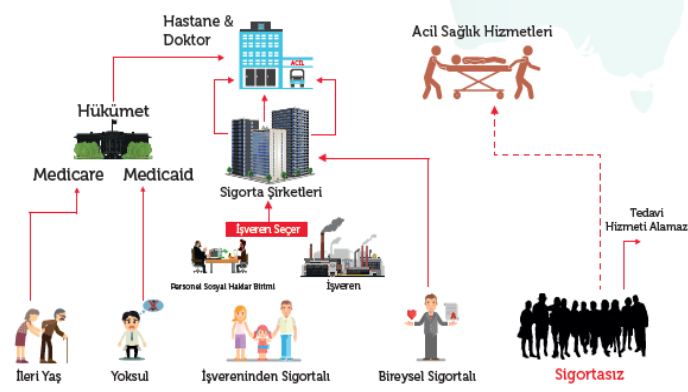
Amerikan sağlık sisteminin örgütlenmesi üç kademededen oluşmaktadır. Federal, eyalet ve yerel düzeyde örgütlenen sağlık sisteminde sağlık ve insan hizmetleri bölümünün var olmasına rağmen merkezi bir sistem, hiyerarşik bir yapı yoktur. Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (Organisation for Economic Co-operation and Development -OECD) ülkeleri arasında ABD en fazla sağlık harcaması yapan ülke olmasına rağmen bebek ölüm hızı ve doğumda beklenen yaşam süresi gibi temel göstergelerde ilk sıralarda değildir.

Amerika Birleşik Devletleri, sağlık turizminde turistlerin önemli bir varış noktası olduğu kadar aynı zamanda çıkış noktasıdır da. Amerikan sağlık sisteminde sağlık hizmetlerinin ücretlerinin diğer ülkeler ile mukayese edildiğinde ciddi boyutlarda pahalı olması giden sağlık turisti sayısının artışının nedenini açıklamaktadır. Buna rağmen ABD'nin resmi dilinin İngilizce olması ve yüksek kaliteli sağlık hizmeti sunması sebebiyle birçok sağlık turistini de ağırlamaktadır (Tontuş, 2017g: 120).

Amerikan sağlık sisteminde sigortalı olan pek çok bireyin sigorta kapsamı yüksek tedavi maliyeti olan birçok ciddi hastalığı kapsamamaktadır. Bu hizmetlerden yararlanmak isteyen bireyler ayrıca yüksek primler ödemek mecburiyetinde kalmaktadırlar. 1965 yılında Medicare³ ve Medicaid⁴ programlarının başlamasına rağmen ABD vatandaşlarının önemli bir kısmı hala sigortasızdır. ABD nüfusunun yaklaşık %15'lik kısmının sağlık sigortası bulunmamakta, %9'luk kısmı ise en alt düzeyden temel sağlık ihtiyaçlarını içeren sigorta kapsamındadır. Nüfusun %15'i kendi planları ile sigorta yaptırırken geri kalan ise işveren üzerinden sigortalanmış bireylerdir (Tontuş, 2017g: 122).

³ Medicare programı "Amerika Birleşik Devletleri'nde 1966'da Sosyal Güvenlik İdaresi (SSA) altında başlayan ve şimdi Medicare ve Medicaid Hizmetleri Merkezleri (CMS) tarafından yönetilen bir ulusal sağlık sigortası" programına verilen isimdir (SD PLATFORM, 2021).

⁴ Medicaid Programı "ABD'de sınırlı gelir ve kaynaklara sahip bazı insanlar için tıbbi maliyetler ile yardımcı olan bir ortak federal ve eyalet programı"na verilen isimdir (SD PLATFORM, 2021).



Şekil 6. Amerika sağlık sistemi (Tontuş, 2017g)

Kamu Sigorta Sisteminin Amerika’da bulunmaması, özel sigortaların işlevini kaybetmekte olması ve tedavi hizmetlerinin yüksek maliyetli olması nedeniyle bireyler sağlık hizmetlerinden faydalanmak amacıyla sağlık turizmine yönelmektedirler. ABD vatandaşlarının sağlık turisti olarak en çok ziyaret ettikleri ülkeler arasında Meksika, Hindistan, Malezya, Kosta Rika ve Tayland gibi sağlık turizmi merkezleri yer almaktadır. ABD ile Türkiye arasındaki mesafe her ne kadar uzun olsa da Chicago, Los Angeles, Houston, Washington, New York ve Boston gibi birden fazla şehre direkt uçuş seferlerinin başlaması ve Ticaret Bakanlığı tarafından Türkiye’ye gelecek olan uluslararası hastalara “*Hasta Yol Desteği*” kapsamında istikrarlı fiyat politikası sunulmakta ve ülkemize gelişleri teşvik edilmektedir (Tontuş, 2017g: 121).

Bireylerin tedavi olma amacıyla daha düşük maliyetle daha kaliteli hizmet alma arayışı ABD’den dışarıya doğru sağlık turizmi hareketliliğini arttırmıştır. Deloitte 2012 verilerine göre, dışarıya en çok sağlık turisti gönderen ülke ABD’dir ve 2012 yılında 1.621.000 Amerikan sağlık vatandaşı tedavi olma amacıyla yurtdışına gitmiştir (Tontuş, 2017g: 128).

ABD’den sağlık hizmeti alma amacıyla yurtdışına yönelen hastalar incelendiğinde en fazla tercih edilen tedaviler diz eklem operasyonları, kalça eklem cerrahisi ve kalp cerrahisi, laparoskopik cerrahi, dental tedaviler, kozmetik cerrahi, obezite ve kısırlık tedavileri, kanser tedavileri ve göz operasyonları olmaktadır. ABD’li hastaların en

çok tercih ettiği ülkeler ise Kosta Rika, Meksika, Brezilya, Türkiye, Malezya ve Hindistan olarak ön plana çıkmaktadır (Tontuş, 2017g: 123).

Tablo 7. Amerika Birleşik Devletleri'nde Sağlık Turizmine Etki Eden Faktörler (Tontuş, 2017g).

ABD'ye Hasta Akışının Sebepleri	ABD Dışına Hasta Çıkışının Sebepleri
<ul style="list-style-type: none">• Akreditasyon sistemlerinin sahibi olmaları sebebiyle sektörde kural koyucu konumundadır.• Sağlık turizminde fiyatlar ne kadar yüksek olsa da sağlık turizmi kapsamında sağlanan gelir sürekli artmaktadır.• Başka ülkelerde sağlık ofisleri veya tesisleri açması sebebiyle uluslararası boyutta bilinirlik düzeyi yüksektir.• Çoğunlukla sağlıktaki teknolojik gelişmelerin lideri konumundadır ve teknolojik gücü oldukça yüksek bir ülkedir.• Amerikan eğitim sisteminin hekimler açısından tüm dünyada saygınlık oluşturması ve donanımlı mezun bireyler oluşturması.• Amerikan sağlık kurumlarının büyük bir kısmı akreditasyon sistemleri ile akredite olmuş ve yüksek kalite standartlarında sağlık hizmetleri sunmaktadır.• Sağlık kurumlarının uluslararası alanda prestij sahibi olması ve yüksek rekabet durumu sağlık hizmeti sunum kalitesini de yükseltmektedir.	<ul style="list-style-type: none">• ABD dünyada en pahalı sağlık hizmeti sunan ülke olarak kabul edilmektedir.• Sağlık turizminde öncü olmasına rağmen sağlık turizmi yapısı ve yasal dayanağı oluşmamıştır.• Bireylerin yaşadığı ekonomik sıkıntılar daha uygun maliyetli tedavi imkânı sunan ülkelere yönlendirme yapmaktadır.• Amerika'da yaşayan sigortasız bireyler tedavi ve bakım hizmetlerinin maliyetlerini karşılamada sıkıntı çekmesine bağlı olarak daha uygun hizmet sunan ülkelere yönelmektedir.• ABD, uluslararası politikada bazı zamanlarda prestij sorunu yaşamaktadır.• Sigorta şirketleri paket uygulamalarına sağlık turizmini de dahil etmektedir.• Tıbbi bakım maliyetlerinin çok yüksek olması.

ABD'ne hasta giriş ve çıkışına ilişkin sebepler tablo 8'de yer alan bilgiler doğrultusunda yorumlandığında dikkat çeken önemli noktalar sağlık bakım ücretlerinin diğer ülkeler ile mukayese edildiğinde ciddi boyutlarda yüksek olması ve ABD'de yaşayan bireylerin sağlık sigortalarının sorunlu olması ve tedavi maliyetlerini karşılamaması görülmektedir.

Tablo 8. Bazı Ülkelerde Yapılan Tedavileri ABD Ortalamasına Göre Maliyet Oranlar (Tontuş, 2017g)

Ülke	Tedavi Türü	ABD lehine azalan maliyet oranı
Antigua	Bağımlılık tedavisi	%40
Barbados	IVF	%45
Brezilya	Kozmetik cerrahi	%20
Kosta Rika	Diş tedavileri	%60
Hindistan	Kalça protezi	%60
Malezya	Check-up taraması	%70
Türkiye	LASIK göz cerrahisi	%50

Tablo 8'den görüleceği üzere ABD ve sağlık turizminde öncü bazı ülkelerin farklı branşlardaki tedavi maliyetleri kıyaslandığında sağlık turizmi amacıyla yapılan seyahatler dolaylı yoldan (maliyet azalımı) Amerikan ekonomisine katkı sağlamaktadır.

Tablo 9. ABD ile Bazı Ülkeler Arasında Fiyat Karşılaştırması (Tontuş, 2017g)

	ABD	İngiltere	Macaristan	Meksika	Tayland	Singapur	Hindistan	Malezya
Liposuction	\$9.000	\$6.000	\$2.200	\$2.800	\$3.500		\$2.700	\$2.400
Meme büyültme/küçültme	\$14.500	\$9.500	\$4.000	\$3.300	\$3.300		\$3.600	
Yüz gerdirme	\$6.500	\$12.000	\$5.400	\$3.100	\$5.250		\$4.100	\$3.600
Abdominoplasti	\$7.000	\$9.000	\$4.600	\$3.400	\$4.200		\$3.600	
Porselen kron diş tedavisi		\$1.000	\$400		\$350		\$250	
Full akrilik diş tedavisi		\$1.800	\$600				\$600	
Dental implant	\$3.500	\$3.500	\$1.700	\$1.800	\$1.800		\$1.100	
Gastrik Band uygulaması	\$25.000			\$7.800				
Koroner bypass	\$80.000	\$40.000		\$15.500	\$15.500	\$9.000	\$9.000	\$11.700
Diz protezi	\$43.500			\$16.000	\$13.300			\$8.000
Kalça protezi	\$27.000	\$16.000			\$12.500	\$6.500	\$9.500	
Spinal fusion	\$67.000				\$7.700	\$11.500	\$9.500	\$7.700
Karaciğer nakli	\$270.000						\$40.00	
Kök hücre nakli	\$225.000					\$90.000		
Kalp kapağı değiştirme	4150.000				\$24.500	\$25.500	\$11.750	\$14.600
Anjioplasti	\$44.500				\$5.800	\$14.500	\$7.600	\$5.400
Histerektomi	\$22.000				\$4.400	\$7.300	\$5.600	
Rhinoplasti	\$7.500				\$4.100	\$4.000	\$4.200	

2.4.7. Brezilya

Brezilya'da sağlık sistemi günümüzde kamusal ve isteğe bağlı alt sistemlerden oluşmaktadırdır. Sağlık hizmetlerinin sunumu, planlanması, organize edilmesi, yönetilmesi ve izlenmesi belediyelerin sorumluluğundadır. Vatandaşların sağlık hizmetlerini hak etmek için resmi olarak çalışmak veya çalıştığı için vergi ödeme yükümlülüğü bulunmamaktadır. Brezilya vatandaşı olması yeterlidir (Aydoğdu, 2016: 37).

Brezilya'da kamu sektöründe nüfusun ihtiyaçlarını karşılayabilecek kaynak olmamakla birlikte kamu sektörüne kıyasla özel sektör daha gelişmiş ve kaliteli hizmet vermektedir. Güney Amerika'nın gözde medikal turizm yerlerinden birisi olan Brezilya'da özel hastanelerde yer alan mkemmek teknik donanım ve daha uygun maliyetler hasta akışını hızlandıran etkenler arasındadır (Tengilimoğlu / Kahraman, 2013: 115).

Brezilya'da 2020 verilerine göre 64 hastane JCI akreditasyonuna sahiptir (Avcıl & zkan, 2020, s. 314). Brezilya hastanelerinin %60'ı kâr amacı güden veya gütmeyen özel sahipli kuruluşlar iken %40'ı kamu hastaneleridir ve medikal turizmin çoğu özel hastaneler tarafından yürütülmektedir (Tengilimoğlu & Kahraman, 2013: 115).

Brezilya'da sağlık turizmi gelişmektedir fakat henüz sistemli bir şekilde çalışmamaktadır. Örneğin Brezilya'da sağlık turizmi ile alakalı düzenleyici kanunlar bulunmamaktadır. Sağlık turizmi konusu Brezilya tanıtım planına 2013 yılında dahil edilmiştir ve WHO'ya göre Brezilya sağlık turizminde her sene yaklaşık %30 büyüme göstermektedir (Aydoğdu, 2016: 79).

Tablo 10. Brezilya Yıllara Göre Sağlık Turisti Yüzdeleri (Aydoğdu, 2016)

Geliş amacı	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Sağlık	%0,9	%0,6	%1,2	%0,6	%0,8	%0,6	%0,6	%0,6

Sağlık turizmi hizmeti almak için Brezilya'ya gelen yabancı turist sayısı 2005-2012 yılları arasında istenilen seviyelere ulaşamamış ve küçük oranda artışlar görünmektedir.

Tablo 11. Brezilya'ya Gelen Turist Sayısı ve Sağlık İçin Turist Sayısı (2004-2008) (Aydoğdu, 2016)

<i>Yıl</i>	<i>Turist Sayısı</i>	<i>Sağlık İçin Gelen Turist %</i>	<i>Sağlık İçin Gelen Turist Sayısı</i>
2004	5.358.170	0,93	27.568
2005	5.017.251	0,61	49.680
2006	5.025.834	1,17	30.431
2007	5.050.099	0,62	59.008
2008	4.793.703	0,58	31.482

Brezilya 2003 yılından itibaren medikal turizme yönelik yatırımlar yapmaya başlamıştır ve tablo 11'de de görüleceği üzere bu yatırımların neticesi olarak yurtdışından tedavi olma amacıyla Brezilya'ya gelen hasta sayısında artış gerçekleşmiştir. Brezilya Turizm Bakanlığı verilerine göre bu yıllar arasında gelen turistlerin çoğu estetik operasyonlar amacıyla Brezilya'yı tercih etmiştir (Aydoğdu, 2016: 80-81).

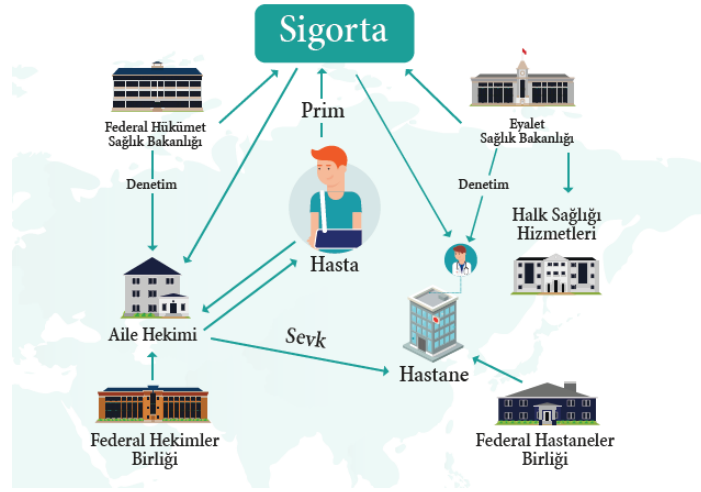
Sağlık turizminde sunmuş olduğu sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin uygun olması, çeşitli tedavi seçenekleri sunması (resmi olarak 4.500 güzellik tedavi çeşidi), ülke ulaşımının kolay olması, JCI akreditasyonuna sahip hastane sayısının fazla olması (64 hastane), iklimsel özellikleri, kültürel zenginliği ve gelişmiş tıp teknolojisi Brezilya'nın avantajlarıdır.

Tablo 12. Brezilya Güçlü ve Zayıf Yönleri (Aydoğdu, 2016)

<i>Güçlü Yönler</i>	<i>Zayıf Yönler</i>
Turizm çeşitlerinin çok olması	Sağlık turizminin yeterince gelişmemesi ve organize olmaması
Kolay ulaşım ağına sahip olması (yurt dışı)	Tam oluşturulmamış sağlık turizmi yapısı ve yasal dayanağın olmaması
Uygun iklim koşulları, coğrafi konum ve turizm çekicilikleri	Sağlık turizminde devlet desteğinin olmaması
İleri tıp teknolojisine sahip olması	Devlet tarafından sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesiz olması
Uzman doktor ve sağlık personeli sayısının yüksek olması	Bazı şehirlerinde temel alt yapı sorunlarının olması
Kaplıca suyu kaynaklarının fazla olması	Yurt içinde ulaşım ağının gelişmiş olmaması
JCI akredite kuruluşlarının fazla olması	Sağlık turizminin estetik ile sınırlı olması
Terör ve doğal afetlerin olmaması	Sağlık turizmi ile alakalı yeterli istatistiğe sahip olmaması
Tedavilerin kaliteli ve uygun maliyetli olması	
Ünlü ve kaliteli plastik cerrah sayısının fazla olması	

2.4.8. Almanya

Almanya dünyada sağlık hizmetlerinin güçlü olduğu ülkeler arasında yer almakta ve geniş bir sağlık hizmeti ağına sahiptir. Sağlık sektöründe çalışan sayısı dört milyondan fazladır ve sağlık sektörü Almanya'daki en büyük iş gücü sektörüdür. Almanya'nın sağlık sistemi hem Avrupa Birliği içerisinde hem de dünyadaki sağlık sistemleri içerisinde en güçlü ve en yeni sistem olarak kabul görmektedir. Alman sağlık sistemi Federal Merkezi hükümet düzeyi (Federal Sağlık Bakanlığı ve Federe Eyalet düzeyi olarak biçimlenmiştir ve federal ve eyalet çapında çeşitli sağlık birimleri, bakanlıklar ve görevliler yer almaktadır (Tontuş, 2017ç). Şekil 7'de Almanya sağlık ve sigorta sistemine yer verilmiştir.



Şekil 7. Almanya sağlık ve sigorta sistemi (Tontuş, 2017ç)

Almanya’da devlet kurumları sağlık turizminde aktif rol oynamak için 2000’den fazla sağlık tesisine yönelik teşvik vermekte ve uluslararası hastalar için destekleyici programlar oluşturmaktadır. 2010 yılı verilerine göre Almanya’ya 178 ülkeden yaklaşık 80 bin kişi tedavi olma amacıyla gelmiştir ve bu sayı her yıl en az %10 olarak artma eğilimindedir (Tontuş, 2017ç: 46).

Almanya’yı en çok tercih eden ülkelere bakıldığında Romanya, Rusya ve Bulgaristan gibi Doğu Avrupa ülkeleri olmakla birlikte, İngiltere ve ABD’den de Almanya’ya yüksek kalitede tıbbi hizmet almak ve teknik avantaj sunan hastanelerden faydalanmak amacıyla çok sayıda medikal turist gelmektedir. Alman doktorların uzmanlığı sebebiyle Körfez ve Arap ülkelerinden gelen hastalar Almanya’yı tercih etmektedir. Ayrıca Almanya’da bekleme süreleri İngiltere, İrlanda ve Kanada’ya göre daha azdır (Tengilimoğlu / Kahraman, 2013: 114).

Almanya’da hükümet ayrıca sağlık turizmine yönelik olarak termal tedavileri teşvik etmekte ve ülkeye özel olan çamur banyosu, radon gazı tedavileri ve mineral tedaviler gibi doğal tedavi hizmeti sunan kaplıcaları desteklemektedir (Tontuş, 2017ç: 46).

2.4.9. Rusya

Rusya genel itibariyle yurt dışına çok fazla turist göndermekte ve özellikle son dönemlerde sağlık turizmi kapsamında yapılan seyahatler Rus halkı için popüler olmaktadır. 2013 yılı verilerine göre Rusya'dan 300 bin kişi sağlık turizmi kapsamında yurt dışına çıkmış ve 1,1 milyar dolar harcama yapmıştır. Bir sonraki yıl ise bu rakamın %25 oranında arttığı tahmin edilmektedir. Rus hastaların faydalandıkları başlıca tedaviler ise kanser tedavileri, ağız ve diş cerrahisi, tüp bebek ve taşıyıcı annelik, termal tedaviler kapsamında balneoterapi ve kök hücre tedavisidir. Sağlık turizmi kapsamında Türkiye'ye gelen Rus hastalar ise en çok kalp damar hastalıkları ve kozmetik cerrahi için gelmektedirler. 2014 yılında Türkiye'ye gelen Rus hasta sayısı toplamda 48.607, bu hastaların 44.919'u turistin sağlığı kapsamında geri kalan 3.688 hasta ise sağlık turizmi kapsamında ülkemizdeki hastanelerden sağlık hizmeti almışlardır (Tontuş, 2017f: 75).

Tablo 13. Rusya'dan Giden Turist Sayısı (Bin) (Romanova / Vetitnev / Dimanche, 2015)

Seyahatin Amacı	2011	2012	2013
Toplam	43.726	47.813	38.521
Turizm	14.496	15.332	17.682
İş	1.433	1.195	801
Diğer	27.797	31.286	20.038

2014-2015 yılları arasında yılda 100 bin Rus vatandaşı tedavi amacıyla yurtdışına çıkarken 2016 yılında bu rakam 80 bine düşmüştür. 2017 verilerine göre ise Rusya'ya sağlık turizmi kapsamında 87 bin turist tedavi amacıyla gelmiştir. 2019 Ocak – Haziran döneminde Rusya'yı 530 bin “sağlık turisti” ziyaret etmiştir (Turizm Günlüğü, 2020).

2.4.10. Güney Afrika

Güney Afrika sağlık turizminde hastalar için ilk akla gelen destinasyonlardan birisi olmamakla birlikte sunmuş olduğu kültürel çeşitlilik ve tatil imkanlarıyla sağlık turizminde yeni bir rakip haline gelmektedir. Özellikle İngiliz hastalar Güney Afrika'da tedavi olmayı seçerken maliyet anlamında tasarruf etme amacı gütmektedirler. Güney Afrika'da sağlık kurumlarının standartları İngiltere'yle mukayese edildiğinde hemen hemen aynı seviyede olduğu gözlemlenmekte fakat Güney Afrika'nın medikal ürün çeşitliliği, uygun tedavi maliyeti ve kaliteli hizmet sunumu İngiltere standartlarından daha iyidir. Ayrıca yapılan araştırmalar sonucunda Güney Afrika kozmetik cerrahide en popüler ülkeler arasında olmakla birlikte organ nakilleri, obezite cerrahisi, kalp cerrahisi, ortopedik cerrahi ve diş hekimliği alanında gelişmiştir (www.medic8.com, 2020).

Güney Afrika günümüzde Güney Afrika Kalkınma Topluluğu (SADC) tarafından sağlık turizminde Afrika'nın Pazar lideri olarak sıralanmaktadır. Ülke kalite seviyesi ve düşük maliyetli tedavi imkânı sunmaktadır (medicaltourismsa.com, 2020).

İyi gelişmiş kamu ve özel hastane sistemine sahip olan ülkenin özellikle tıp fakülteleri dünya çapında tanınmış profesyoneller yetiştirmektedir. Güney Afrika'da hekimler 12 yıl boyunca çok kapsamlı eğitim programında yetiştirilirler ve ülkeye hizmet vermeden önce ABD veya İngiltere'de eğitim alırlar (Tengilimoğlu / Kahraman, 2013: 115).

Tablo 14'te sağlık turizmi alanında önemli destinasyonların bazı branşlarda fiyat karşılaştırmaları verilmiştir. Bu veriler doğrultusunda ülkeler arasında aynı operasyonlar arasında ciddi maliyet farklılıkları olduğu bir kez daha görülmektedir.

Tablo 14. Ülkelere Göre 2016 Yılı Tedavi Ücretleri (Sattmer Akdeniz, 2020)

Tıbbi Hastalıklar	Amerika (bin \$)	Kosta Rika (bin \$)	Kolombiya (bin \$)	Hindistan (bin \$)	Ürdün (bin \$)	Güney Kore (bin \$)	Meksika (bin \$)	İsrail (bin \$)	Tayland (bin \$)	Malezya (bin \$)	Singapur (bin \$)	Türkiye (bin \$)
Bypass	123.000	27.000	14.800	7.900	14.400	26.000	27.000	28.000	15.000	12.100	17.200	13.900
Anjiyoplasti	28.200	13.800	7.100	5.700	5.000	17.700	10.400	7.500	4.200	8.000	13.400	4.800
Kalp Kapakçığı Değişimi	170.000	30.000	10.450	9.500	14.400	39.900	28.200	28.500	17.200	13.500	16.900	17.200
Kalça Protezi Ameliyatı	40.364	13.600	8.400	7.200	8.000	21.000	13.500	36.000	17.000	8.000	13.900	13.900
Diz Kapağı Değişimi	35.000	12.500	7.200	6.600	9.500	17.500	12.900	25.000	14.000	7.700	16.000	10.400
Omurga Füzyonu	110.000	15.700	14.500	10.300	10.000	16.900	15.400	33.500	9.500	6.000	12.800	16.800
İmplant	2.500	800	1.200	900	900	1.350	900	1.200	1.720	1.500	2.700	1.100
Mide Kelepçesi	14.000	9.450	8.500	7.300	7.000	10.200	6.500	17.300	11.500	8.150	9.200	8.600
Rahim Ameliyatı	15.400	6.900	2.900	3.200	6.600	10.400	4.500	14.500	3.650	4.200	10.400	7.000
Burun Estetiği	6.500	3.800	4.500	2.400	2.900	3.980	3.800	4.600	3.300	2.200	2.200	3.100
Yüz Gerdirme	11.000	4.500	4.000	3.500	3.950	6.000	4.900	6.800	3.950	3.550	440	6.700
Yağ Aldırma	5.500	2.800	2.500	2.800	1.400	2.900	3.000	2.500	2.500	2.500	2.900	3.000
Karın Sıkılaştırma	8.000	5.000	3.500	3.500	4.200	5.000	4.500	10.900	5.300	3.900	4.650	4.000
Lazer (Her İki Göze)	4.000	2.400	2.400	1.000	4.900	1.700	1.900	3.800	2.310	3.450	3.800	1.700
Katarakt Ameliyatı	3.500	1.700	1.600	1.500	2.400	-	2.100	3.700	1.800	3.000	3.250	1.600
Tüp Bebek	12.400	-	5.450	2.500	5.000	7.900	5.000	5.500	4.100	6.900	14.900	5.200

Tablo 15’te 2014 yılında Hindistan, Malezya, Tayland, Singapur ve Türkiye’nin tedavi edilen hasta sayısı ve tahmini kazanç rakamları verilmiştir. Ülkelerin elde ettikleri kazanç durumlarına bakıldığında, gelen turist sayısı ile bağlantılı olarak gelirin de artış gösterdiği görülmektedir. Tabloya göre Hindistan en düşük gelir elde eden ülke durumundayken Tayland ise en fazla gelir elde eden ülkedir.

Tablo 15. 2014 Yılı Bazı Ülkelerde Tahmini Kazançlar, Hasta Sayısı ve Başlıca İşlemler (Akbolat / Deniz, 2017)

Ülke	Tedavi Edilen Hasta Sayısı	Tahmini Kazanç (\$)	Başlıca İşlemler
Hindistan	250.000	720.000	Kalp cerrahisi, Eklem değiştirme, Göz cerrahisi
Malezya	200.000	1.140.000	Kardiyoloji, Kalp göğüs cerrahisi, Kozmetik cerrahi
Tayland	200.000	1.150.000	Kozmetik cerrahi, Organ nakli, Diş bakımı, eklem replasmanı
Singapur	150.000	960.000	Karaciğer nakli, Eklem değiştirme, Kalp cerrahisi
Türkiye	120.000	800.000	Göz ameliyatları, Estetik ve plastik operasyonlar, Kalp ve damar hastalıkları operasyonları, Diş ameliyatları, Tüp bebek uygulamalar

Öte yandan aşağıda tablo 16’da yer alan bilgilere göre sağlık kurumlarının bir sene içerisinde bakım hizmeti sağlayabileceği hasta sayısı ve medikal turizm kapsamında oluşacak tahmini maliyet durumu incelendiğinde 8.000.000 en yüksek hasta bakım kapasitesine sahip olan ülke Hindistan olurken en düşük maliyette Hindistan’a aittir. Diğer ülkelerin ise hasta bakma kapasitesi neredeyse aynıdır. En yüksek maliyet 750.000 dolar ile Tayland’a aittir. Bu veri ışığında Tayland’a medikal turizm kapsamında oldukça fazla hasta başvurduğu söylenebilir (Akbolat / Deniz, 2017: 136).

Tablo 16. Ülkelerin Sağlık Kurumunda Hasta Sayısı ve Maliyetleri (Akbolat / Deniz, 2017)

Ülke	Bir Yılda Bakım Sağlayabileceği Hasta Sayısı	Medikal Turizm Kapsamında Tahmini Maliyet (Dolar)
Hindistan	8.000.000	350.000
Malezya	7.500.000	720.000
Tayland	7.500.000	750.000
Singapur	7.700.000	450.000
Türkiye	7.500.000	400.000

2.3. Sağlık Turizmin Çeşitleri

Sağlık turizminde hastalar daha çok tıbbi imkanlardan yararlanmak amacıyla hareket ederken tedavi amacının dışında dinlenmek, doğal kaynaklardan faydalanmak ve rahatlama ihtiyaçlarını da gidermek istemektedirler. Bu bağlamda sağlık turizmi farklı kaynaklara ve hizmetlere sahip olmaktadır.

Gonzales, Brenzel ve Sancho insanların ihtiyaç ve beklentileri, kullanılan kaynakların çeşitliliği ve tedavi yöntemlerine yönelik olarak yapmış oldukları bir çalışmada sağlık turizmi başlıklarını şekil 6’da yer aldığı gibi üç ana başlık altına indirgemişlerdir (Canver, 2015: 4).

Tablo 17. Sağlık Turizmi Çeşitleri (Canver, 2015)

<i>Sağlık – Güzellik</i>	<i>Tedavi (Medikal)</i>	<i>Rehabilitasyon</i>
SPA Doğal turizm Eko turizm Kitle turizmi Bitkisel tedaviler Tamamlayıcı tedaviler Termal tedaviler	Elektif cerrahi Plastik cerrahi Eklem replasmanı Kardiyotorasik servisler Diagnostik servisler Kanser tedavisi İnfertilite tedavisi	Diyaliz İlave programlar Yaşlı bakım programları Bağımlılık tedavileri Termal tedaviler

Sağlık turizmi çeşitlerinin literatürdeki sınıflandırılması Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizm Daire Başkanlığı tarafından üç şekilde yapılmıştır ve bu alanlarda markalaşmış ülkeler genel itibariyle aşağıdaki gibidir;

- 1- Medikal (Tıp) turizm, (*Hindistan, Singapur, Panama, Brezilya, Malezya, ABD, Tayland, Kosta Rika*)
- 2- Termal turizm (SPA ve Wellness Turizmi), (*Hindistan, Türkiye, Malezya*)
- 3- Yaşlı turizmi ve engelli turizm (*Macaristan, Çek Cumhuriyeti, Avusturya, Bali, Maldivler*) şeklindedir (saglikturizmi.saglik.gov.tr, 2020).

2.3.1. Medikal (Tıp) Turizm

Medikal turizm, uluslararası hastaların yaşadıkları ülkeden başka bir ülkeye tedavi ve rehabilitasyon olma amacıyla sağlık kurumlarından hizmet alması şeklinde tanımlanmaktadır (Aydın, 2014: 132). Genel itibariyle tedavi olma amacıyla gelen medikal turistlerin sağlık kurumlarında sağlık personelleri tarafından planlı biçimde uygulanan tıbbi check-up, estetik cerrahi, organ nakilleri, sağlık taramaları, kardiyovasküler cerrahi, kanser tedavileri, diş tedavileri, göz tedavi gibi süreçlerin tamamına verilen isimdir (Hasanov, 2018: 21).

Tablo 18. Medikal Turizm Konusunda Yapılmış Tanımlar (Buzcu / Birdir, 2019)

<i>Yazar</i>	<i>Medikal Turizm Tanımı</i>
(Connell, 2006: 2093)	Medikal turizm hastaların deniz aşırı ülkelere tıbbi tedavi almak amacıyla yapmış oldukları seyahatlerdir.
(Bookman ve Bookman, 2007: 1)	Medikal turizm, hizmet alışverişlerini gerektiren, sağlık ve turizm sektörünün birleşimini temsil eden ekonomik bir aktivitedir.
(Loc ve Spisto, 2007: 1)	Medikal turizm, medical turistlerin iyi ve sağlıklı olabilmeleri için medikal prosedürleri ve aktiviteleri içeren seyahatlerdir.
(Lose ve Sachdeva, 2010: 376)	Medikal turizm, düşük maliyetle, bir başka ülkedeki gelişmiş sağlık kuruluşunda tedavi olmak veya cerrahi operasyonları geçirmek amacıyla yapılan seyahatleri içermektedir.
(Vijaya, 2010: 53)	Hastaların, düşük maliyetli olan gelişmekte olan ülkelere, sağlık nedenlerle yaptıkları seyahatlerdir.
(Alvarez vd. 2011: 2)	Hastaların, tedavi almak amacıyla uluslararası sınırlar arasında yapmış oldukları hareketler (seyahatler) medikal turizm olarak adlandırılmaktadır.
(Cohen, 2012: 9)	Medikal turizm bir hastanın tedavi alabilmek amacıyla kendi ülkesinden bir başka ülkeye seyahati olarak tanımlanmaktadır.
(Hudson ve Li, 2012: 229)	Medikal turizm, tıbbi, diş ve cerrahi tedavileri almak amacıyla başka ülkelere yapılan seyahat süreci olarak tanımlanmaktadır.
(Musa vd., 2012. 630)	Medical turizm, bir turistin tedavi almak için kendi ülkesinden başka ülkeye gidip, orda en az bir geceleme yaparak tedavi hizmeti için ödeme yapmasını kapsayan bir terimdir.

Medikal turizm bazı ülkelerde sağlık turizmiyle aynı anlamda kullanılmakta ve tanımlamalar birebir aynı olmaktadır. Fakat medikal turizm ve sağlık turizmi kavramları aynı anlamı ifade etmemektedir. Medikal turizm sağlık turizminin bir alt dalıdır ve genel itibarıyla tedavi olma amacıyla gerçekleştirilen turizm faaliyeti olarak ifade edilir. Medikal turizmin içinde yer alan tedavilere örnek olarak; göz, diş, estetik, tüp bebek, cinsiyet değiştirme, radyoterapi, kardiyovasküler cerrahi, diyaliz ve organ nakli gibi tedaviler verilebilir (Doğan, 2019: 29).

Aykan (2019) ise medikal turizm ve sağlık turizminin birbirinden ayrı kavramlar olduğunu ancak medikal turizmin sağlık turizminin bir alt kümesi olduğunu ifade etmiştir. Ona göre medikal sağlık turizmi insanların fiziksel ve psikolojik açıdan güçlenmek için başka bir yerde aktif olarak harekete geçmesi iken bu hareketin sağlık turizmi olarak nitelendirilebilmesi için tedavinin gerçekleşeceği yerde en az bir gece konaklaması gerekmektedir (Aykan, 2019: 45).

Medikal turizmde hasta hareketliliğini, sigorta kapsamında tedavi hizmet alamayan, uzun bekleme sürelerine katlanmak zorunda kalan veya tedavi ücretlerinin yüksekliği sebebiyle sigortası bulunmayan ve yaşadığı ülkede sağlık hizmeti alamayan kişilerin

başka bir ülkede sunulan sağlık hizmetlerinin daha ekonomik olması ve kaliteli sunulması sebebiyle tercihleri oluşturmaktadır (Doğan, 2019: 26).

Tablo 19’da medikal turizmi sunan ülkelerin bölgelere göre dağılımı yer almaktadır. Aralarında Türkiye’nin de bulunduğu 37 ülke medikal turizmde uluslararası hastalara hizmet sunmaktadır.

Tablo 19. Medikal Turizm Hizmeti Sunan Ülkeler (Buzcu / Birdir, 2019)

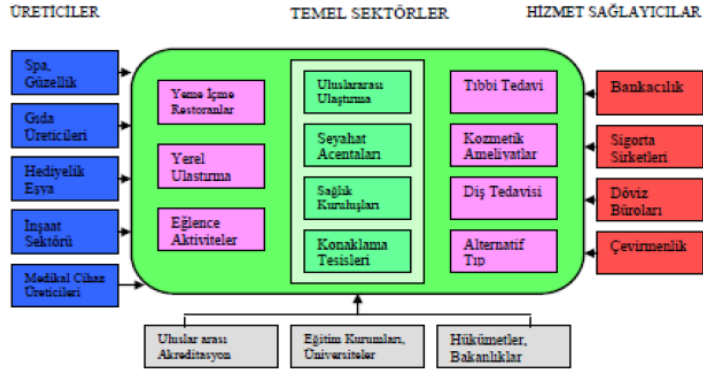
Asya ve Ortadoğu	Amerika	Avrupa	Afrika	Diğer
Çin	Arjantin	Belçika	Güney Afrika	Avustralya
Hindistan	Brezilya	Çek Cumhuriyeti	Tunus	Barbados
İsrail	Kanada	Almanya		Küba
Ürdün	Kolombiya	Macaristan		Jamaika
Malezya	Kosta Rika	İtalya		
Singapur	Ekvator	Letonya		
Güney Kore	Meksika	Litvanya		
Filipinler	ABD	Polonya		
Tayvan		Portekiz		
<i>Türkiye</i>		Romanya		
Birleşik Arap Emirlikleri		Rusya		
		İspanya		

Medikal turizmde uluslararası hastaların en çok tercih ettiği tedavi seçenekleri arasında kozmetik cerrahi alanında özellikle estetik operasyonlar, organ ve doku nakilleri, dental tedaviler, kalp damar cerrahisi, göz operasyonları, ortopedi ve omurga cerrahisi, obezite ve infertilite⁵ tedavileri öne çıkan tedavilerdir (Canver, 2015).

Öte yandan medikal turizmi oluşturan temel unsurlar; uluslararası ulaştırma ağı, seyahat acenteleri, sağlık işletmeleri ve konaklama işletmeleridir. Bu unsurların yanında yeme-içme, ulaşım, eğlence-etkinlik kısmı turizm sektörünü temsil ederken, kozmetik operasyonlar, diş-ağız tedavileri ve alternatif tıp kısmı ise sağlık sektörünü

⁵ Kısırlık

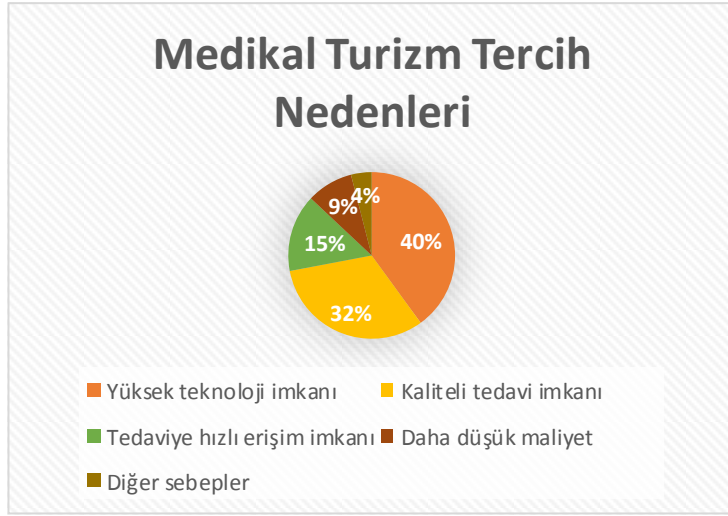
temsil etmektedir. Hizmet sağlayıcılar ve üreticiler başlıkları altında bulunan unsurlar ise medikal turizme katkıda bulunan öğeleri içermektedir (Doğan, 2019: 28).



Şekil 8. Medikal turizm temel unsurları (Doğan, 2019)

Medikal turizmin arz faaliyetlerini oluşturan etkenlerin dışında medikal turizm talebini oluşturan çeşitli etkenler vardır. Tengilimoğlu ve Kahraman, medikal turizme hastaların yönlenmesine dair sebepler arasında uzun bekleme sürelerini, kaliteli hizmet alma isteğini ve yüksek tedavi maliyetlerinin olduğunu belirtmektedirler (Tengilimoğlu/Kahraman, 2013: 102).

McKinsey / Company tarafından yapılan bir çalışmada yurt dışına tedavi olma amacıyla seyahat eden hastaların %40'ı o ülkenin yüksek teknolojik imkanlarından faydalanmak amacıyla seyahatlerini gerçekleştirdiği, ikinci büyük bölümü oluşturan %32'lik hasta grubu daha kaliteli hizmet almak amacıyla genellikle gelişmiş ülkeleri tercih ederken tercih sürecinde maliyet, uzaklık veya kültür çatışması gibi faktörleri karşılaştırır. %15 ile üçüncü grubu oluşturan hastaların önceliği ise kendi ülkelerinde yaşamış oldukları uzun bekleme sürelerinden dolayı başka bir ülkeye seyahat etmektir. Çalışmaya göre yurt dışına tedavi amacıyla giden uluslararası hastaların sadece %9'u daha az maliyet amacıyla başka ülkelerde tedavi olmayı tercih etmektedir. Fakat bu grup sektördeki büyüme potansiyeline sahip en büyük gruptur. Değişken fiyat politikaları sebebiyle hastalar ciddi oranlarda tasarruf sağlayabilirler (Akbolat / Deniz, 2017: 126).



Şekil 9. Medikal turizm nedenleri (Tengilimoğlu / Kahraman, 2013)

Medikal turizmde önemli bir destinasyon olan Türkiye, dünya medikal turizm gelirinden de önemli bir pay almaktadır. Özellikle son yıllarda hastaneleri yüksek teknoloji ile donatan, nitelikli insan gücüne yatırım yapan, sağlık sisteminde alt ve üst yapıyı geliştiren, bekleme sürelerini en aza indirmeyi hedefleyen, akreditasyon belgesine sahip hastanelerini arttıran ve tedavi hizmetlerinin yanında tatil olanakları sunan önemli adımlar atmıştır. Türkiye, özellikle plastik cerrahi, saç ekim, göz operasyonları, onkoloji, SPA, fizik tedavi ve rehabilitasyon, estetik cerrahi ve tüp bebek tedavileri gibi birçok alanda medikal turist ağırlamaktadır (Akbolat/Deniz, 2017).

Tablo 20. Medikal Turistlerin Geldiği Ülkeler (İlk 10 Ülke) ve Tercih Ettikleri Sağlık Kuruluşları (Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013)

Ülke	Hastane Türü				Toplam
	Devlet Hastanesi	Eğitim ve Araştırma Hastanesi	Özel Hastane	Üniversite Hastanesi	
Libya	11	50	36467	6	36534
Almanya	516	81	20366	121	21084
Irak	367	357	14771	243	15738
Azerbaycan	529	905	9176	278	10888
Rusya	287	219	7742	33	8281
İngiltere	419	49	5662	53	6183
Hollanda	118	11	5362	34	5525
Romanya	69	26	4989	8	5089
Bulgaristan	315	150	4256	48	4799
Norveç	40	8	4304	36	7388

Tablo 20’de medikal turizmde 2012 yılında vatandaşı Türkiye’ye en çok gelen ilk 10 ülke ve hastaların tercih ettikleri hastane türleri gösterilmektedir. Tablodaki göstergeler değerlendirildiğinde medikal turizmde hasta tercihlerine göre özel hastaneler, devlet hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleri ve üniversite hastanelerine kıyasla ön sırada yer almaktadır. Özel hastaneler medikal turizmde diğer hastane türlerine kıyasla daha fazla reklam tanıtım imkanına sahiptirler. Ayrıntılı olarak incelediğinde aynı yıla ait tablo 20’de hastane türlerine göre uluslararası hastaların geliş şekillerine göre medikal turist olarak gelen hastaların büyük bir kısmı özel hastanelere gelmektedir.

Fakat ikili anlaşmalar kapsamında gelen hastaların neredeyse tamamı eğitim ve araştırma hastanelerine geldiği görülmektedir. İkili anlaşmaları Sağlık Bakanlığı yapmakta ve özel hastaneler ikili anlaşmalar kapsamına girmemektedir (Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013).

Türkiye’ye 2012 yılında gelen uluslararası medikal hastaların en çok ziyaret ettiği iller ve tedavi olduğu hastalıklara tablo 20’de yer verilmiştir.

Tablo 21. Türlerine Göre Uluslararası Hastaların Geliş Şekilleri (Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013)

Hastane Türü	Hasta Geliş Şekli								Toplam	
	İkili Anlaşmalı Ülkeler		Medikal Turizm		SGK ile Anlaşmalı Ülkeler		Turistin Sağlığı			
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
Devlet Hastanesi	8	1,5	8235	4,9	3328	15,5	15784	22,4	27355	10,4
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	534	98,2	4586	2,7	2679	12,4	5243	7,4	13042	5,0
Özel Hastane	0	0,0	154696	91,3	15427	71,7	47972	68,1	218095	83,2
Devlet Üniversite Hastanesi	2	0,4	1554	0,9	84	0,4	1115	1,6	2755	1,1
Vakıf Üniversite Hastanesi	0	0,0	391	0,2	12	0,0	349	0,5	752	0,3
Toplam	544	100,0	169462	100,0	21530	100,0	70463	100,0	261999	100,0

Tablo 22. Medikal Turizmde İlk 10 İilde İlk 10 Kliniğe Göre Hasta Sayıları (Buzcu / Birdir, 2019)

İller	Klinikler										Toplam
	Göz Hastalıkları	Ortopedi ve Travmatoloji	İç Hastalıkları	Kulak Burun Boğaz	Kadın Hastalıkları	Genel Cerrahi	Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları	Beyin ve Sinir Cerrahisi	Deri ve Zührevi Hastalıklar	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları	
İstanbul	11341	5127	4253	3472	4147	2317	2244	1906	2772	3160	55985
Antalya	5355	6404	7489	6858	2699	4023	3436	2288	1162	102	47649
Ankara	1434	1602	1089	1307	2039	833	1151	829	978	773	16596
Kocaeli	191	370	482	298	991	666	54	311	184	235	13256
İzmir	673	981	516	613	760	664	1041	244	506	82	8324
Muğla	521	712	1046	344	421	442	304	188	178	16	5430
Adana	233	697	124	195	302	120	237	262	139	104	3459
Aydın	79	424	604	299	133	492	218	55	52	423	3093
Gaziantep	168	208	167	144	256	93	92	219	88	109	2198
Bursa	171	114	160	111	279	73	353	31	70	116	1998

Türkiye'yi tercih eden uluslararası medikal hastaların en çok İstanbul'a geldiği görülürken en fazla göz hastalıkları konusunda ziyaret gerçekleştirmişlerdir. Aynı yıl içerisinde bu hastaların Türkiye'ye bıraktığı gelir ise tablo 23'te gösterilmiştir.

Tablo 23. 2012 Yılı Medikal Turizm Kamu ve Özel Sektör Tahmini Gelir Durumu (USD)
(Buzcu/Bildir, 2019)

<i>Medikal Turizm</i>	<i>Hasta Sayısı</i>	<i>Hasta Başına Gelir USD</i>	<i>Toplam Gelir USD</i>
Kamu	14.766	9.000	132.894.000
Özel	154.696	12.000	1.856.352.000

2012 yılında ülkemize gelen medikal turistlerden yaklaşık 2 milyar dolar gelir oluştururken, kişi başı kamu hastanelerinde 9 bin dolar harcama yapılırken özel hastanelerde bu rakam 12 bin dolar olarak görülmektedir. Ek olarak medikal turizm hizmeti sağlayan hastane verilerine göre bir medikal turist gittiği ülkede ulaşım, konaklama ve refakatçi konaklaması gibi masraflar hariç ortalama 8 bin dolar harcama yapmaktadır. (Buzcu/Birdir, 2019: 316).

Türkiye'nin medikal turizmde daha etkili ve güçlü bir konumda olması için güçlü, zayıf yönleri ile oluşabilecek riskleri ve fırsatları saptamak önem arz etmektedir. Bu faktörlerin belirlenmesi için Türkiye'nin medikal turizmde SWOT analizi yapılmıştır.

Tablo 24. Türkiye'nin Medikal Turizmde SWOT Analizi (Çınar/Özkaya, 2020)

<p><i>Güçlü Yönler</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • SATURK gibi bir kurumun mevcudiyeti sayesinde tüm sağlık turizmi uygulayıcılarını koordine edebilme, • Dünyanın birçok yerine uçabilme gücüne sahip ulusal havayollarına sahip olması (Türk Hava Yolları), • Sağlık kurumlarının teknik alt yapısının güçlü olması, • JCI tarafından en çok akredite edilen hastane sayısına sahip olarak dünyada 2. sırada yer alması, • Sağlık teknolojisinde iyi durumda olması, • Türkiye'ye yakın olan ülkelere kıyasla bekleme süresinin kısa olması ve daha hızlı tedavi olma imkânı, • Türkiye'nin Avrupa ülkelerine kıyasla daha çok termal kaynağa sahip olması, • Türkiye'nin sağlık personeli kaynağı olarak iyi derecede insan kaynağına sahip olması, • Türkiye'nin gelişmiş çoğu ülkeye göre tedavi ücretleri daha uygundur, • Türkiye'nin özel sağlık kuruluşları Batı ülkeleri ile rekabet edebilecek düzeydedir, • Türkiye, güvenlik ve hijyen açısından çoğu ülkeden daha iyi durumdadır. 	<p><i>Zayıf Yönler</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Karmaşık ve koordine olmamış hukuk mevzuatının olması, • Türkiye'nin AB üyesi olmamasından dolayı sağlıkta serbest dolaşımın Türkiye'yi kapsamaması, • Sağlık çalışanlarının uluslararası sağlık düzenlemeleri ve hasta hakları konusunda yeterli bilgi sahibi olmamaları, • Sağlık personellerinin yeterli düzeyde yabancı dil bilmemesi, • Bazı ülkelerin Türkiye hakkında olumsuz algıya sahip olmaları, • Medikal tedavilerin fiyatlandırması konusunda yanlış uygulamalar yapılması, • Yabancı sigorta şirketleri ile yetersiz koordinasyon, • Bazı kamu hastanelerinin kalite belgelerine sahip olmaması.
<p><i>Fırsatlar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dünya nüfusunun yaşlanması ve artan kronik hastalıklar, • Çoğu ülkenin tedavi ücretlerinin yüksek olması, • Gelişmiş ülkelerdeki artan yaş ortalaması, • Türkiye'nin Orta doğu, Avrupa ve Türkiye Cumhuriyetler ve Kuzey Afrika ülkeleri başta olmak üzere birçok ülkeye yakın lokasyonda bulunması, • Tedavi sonrasında tedaviyi destekleyecek otellerin bulunması. 	<p><i>Tehditler</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nitelikli sağlık personellerinin kamu hastanelerinden ziyade özel hastanelere yönelmeleri, • Uluslararası pazarda rekabet baskısı, • Savaş ve terör olayları, • Küresel durgunluk, • Kontrolsüz ve koordinasyonsuz fiyat politikası sebebiyle, aynı ülke vatandaşlarına aynı tedavide farklı fiyat verilmesi, • Yurt dışından gelen hastalara yönelim sebebiyle yurt içindeki hastalara gerekli özenin ve kaynağın ayrılmaması.

2.3.2. Termal Turizm

Günümüzde sağlık hizmeti hastalıklardan kurtulmaktan çok ve sağlıklı olma halinin devamlılığı üzerine odaklanmıştır. Sağlık hizmetinde yaşanan anlayış değişikliği

hastalıklara ve tedaviye odaklanan ve sağlık politikalarını “iyilik halinin devamı” şeklinde değiştirmiştir. Klasik tatil anlayışını oluşturan deniz, kum, güneş uçlemesi temel turizm hizmet alanını oluştursa da SPA ve Wellness hizmetleri ile klasik tatil anlayışı da gelişmektedir (Türkiye’de Termal Sağlık Turizmi, 2017: 99).

Sağlığı bozulan insanların tedavi olmak ve sağlıklı olanların ise iyilik halini korumak, yaşam kalitelerini arttırmak ve daha uzun yaşama amacıyla gerçekleştirdiği arayışlar termal suların keşfini sağlamıştır. Bu keşifler sonucunda termal suların yakınlarına olan seyahatleri arttırmış ve termal turizm sağlık turizminde önemli bir parça haline gelmiştir.

Termal turizm, faydalı mineraller içeren şifalı çamur, su ve buharların doğal yollardan belirli bir sıcaklığa erişerek yer üstüne çıkmasıyla gerçekleşen turizm türüdür (etin, 2011: 901).

Termal turizm sadece şifalı suları kapsamamaktadır. Termal turizmle birlikte birçok kavram kullanılmaktadır. Bu kavramlar:

- *Klimatizm*

İklimden faydalanılan tedavi türüdür. Dağlarda ve deniz kenarlarında kurulan tesislerde uygulanır. Temiz hava tedavisi diye de adlandırılır.

- *Termalizm*

Ilıca, kaplıca, imeler gibi şifalı su kaynaklarının tedavi aracı olarak kullanılmasıdır.

- *Helioterapi*

Hatalıkların tedavisi için güneş işığına maruz kalınan bir tedavi türüdür.

- *Talassoterapi*

Deniz suyuyla yapılan tedavi yöntemidir. Deniz suyunun cilde faydalı olduğu düşünülmektedir.

- *Üvalizm*

Meyve ve sebzelerle yapılan bir tedavi türüdür.

- *Balneoterapi*

Toprak, iklim, su gibi doğal faktörlerle yapılan banyo, soluma ve içme şeklinde adaptasyon tedavi yöntemidir.

- *Speleojerapi*

Bir mağara içerisinde nefes alarak uygulanan tedavi türüdür. Diğer adıyla solunum terapisisidir.

- *Peloidoterapi*

“Balneoterapi’nin bir parçası olan peloidoterapi , jeolojik ve biyolojik olaylar sonucu oluşan organik ve inorganik maddeler olan peloidlerin; çamur ve toprakların banyo, paket, sarma, maske ve tampon şeklinde uygulanmalarıyla yapılan bir balneoterapi yöntemidir” (Ankara Üniversitesi, 2020).

- *Hidroterapi*

Su kullanımıyla ağrıların tedavi edilmesini içeren fizyoterapi kapsamında yer verilen bir tıp dalıdır.

- *Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon*

Kaplıcalarda yapılan tedavilerde kullanılan masaj, egzersiz vb. tedavi yöntemleridir.

- *Kür*

Kür tedavisi tedavi etkenlerinin belirli ve düzenli aralıklarla tekrarlanmasını içeren seri uygulama tedavi şeklidir (Doruk, 2019: 32).

- *İçme Kürleri*

Şifalı suların belirli miktarlarda içilmesi üzerine yapılan kür tedavisidir.

- *Medikal Tedavi*

Kaplıca tedavisi boyunca uygulanan ilaçlı tedavi şeklidir.

- *Destek Uygulamalar*

Kaplıca tedavilerinin yanında ek olarak uygulanan günlük faaliyetler, eğitimler ve diyet gibi destekleyici uygulamalardır.

Termal suların tedavi ve rehabilitasyon amacıyla beraber ayrıca sağlık turizminde kullanılması Türkiye dahil olmak üzere tüm dünya ülkelerinin önem verdiği bir konu olmaktadır. Modern tesislerin kurulumu, turist akışının sağlanması ve istihdama katkı termal sağlık turizminin bir sektör olarak gelişmesine katkı sağlamaktadır.

Termal su kaynakları sağlık turizmi ve ülke ekonomisine katkısı açısından kayda değer bir öneme sahiptir. Termal tedavi yöntemleri insanlarda alışkanlıklar oluşturmakta ve bu tedavi yöntemi ile her yıl sürekli bir gelir elde edilmektedir. Bu sayede termal turizmde ülke sürekli bir gelir elde etmekte ve sadece mevsimlik turizm hareketinden kurtulmuş olmaktadır. Sağlık turizmi dahilinde gelen hastalardan elde edilen sağlık gelirleri ile konaklama gelirleri yaklaşık olarak yarı yarıyadır. Konaklama için gelen turistlerin çoğu termal sağlık hizmetleri de talep ettiği için doğrusal olarak gelir artışı gerçekleşmektedir. Sağlık turizmi sektöründe gerçekleşen yatırımların genellikle emek-yoğun olarak nitelendirilmekte ve sektörde sağlık personelleri açısından istihdam avantajı da sağlamaktadır (Can, 2019: 30-31).

Türkiye'nin termal turizmdeki durumunu analiz etmek ve potansiyelini keşfetmek sektörün gelişimi ve ülkemizin termal turizm sektöründen aldığı payı yükseltmek adına önem arz etmektedir. Bu faktörlerin belirlenmesi için Türkiye'nin termal turizm SWOT analizi yapılmıştır.

Tablo 25. Türkiye Termal Turizm GZFT Analizi (Şengül / Bulut, 2019)

<p><i>Güçlü Yönler</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Türkiye jeotermal kaynaklar açısından dünya sıralamasında yedinci sıradadır, - Gelişmiş alt ve üst yapı, - Verilen termal hizmetlerin Avrupa ülkelerine kıyasla daha uygun maliyetli olması, - Yüksek teknoloji ve nitelikli sağlık personelleri sayesinde termal ve medikal turizmin aynı anda verilebilmesi, - Hizmet sektörünün iyi durumda olması ve termal turizme olumlu yansımaları, - Termal turizmle alakalı olarak yasal düzenlemelerin ve devlet teşviklerinin olması. 	<p><i>Zayıf Yönler</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Jeotermal merkezlerinin ruhsatlarının devlette bulunması, - Termal turizmde yetersiz planlama, iletişim ve reklam faaliyetleri, - Kurumlar arası yetersiz koordinasyon, - Dil bilen personel azlığı, - Termal turizm için ayrılan bütçenin yetersiz olması, - Termal tesislerin büyük kısmının termal sağlık turizmi sunmaya elverişli olmaması.
<p><i>Fırsatlar</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Dünyada termal turizme yönelik olarak ilginin artması, - Türkiye'nin termal kaynaklarının yatırım kapasitesinin yüksek olması, - Coğrafi konumun avantajı, - İklimin termal turizme uygunluğu, - Devlet desteklerinin termal turizme yönelik olarak sürekli artması, - Birçok ülkenin Türkiye'ye vizesiz seyahat edebilmesi avantajı. 	<p><i>Tehditler</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Komşu ülkelerde yaşanan siyasi istikrarsızlıklar, terör olayları ve bunların Türkiye'ye yansımaları, - Termal turizmde uzun dönemli bir stratejinin belirlenememesi, - Uluslararası standartları karşılayabilecek akreditasyon kurumlarının olmaması, - Termal turizmde belirli bir kalite anlayışının olmaması ve buna bağlı oluşabilecek itibar kaybı.

Termal sağlık turizminde insanların hastalıklarını tedavi etmek amacıyla uyguladığı kür tedavilerinin yanı sıra, sağlıklı ve iyi olma halinin devamını sağlama, daha sağlıklı olma ve rahatlama amacıyla katıldığı SPA ve Wellness turizmi olarak nitelendirilen çeşitleri bulunmaktadır. SPA ve Wellness turizmi literatürde bazı kaynaklarda termal turizm ile ayrı ayrı incelenmekte bazı kaynaklarda ise beraber incelenmektedir.

Doruk (2019), SPA ve Wellness turizminde termal kaynakların sadece tedavi yönünden faydalanılmadığını, aynı zamanda kişilerin daha sağlıklı ve dirençli olmasına katkı sağlaması amacıyla bu kaynaklardan yararlandığını söylemektedir (Doruk, 2019: 34).

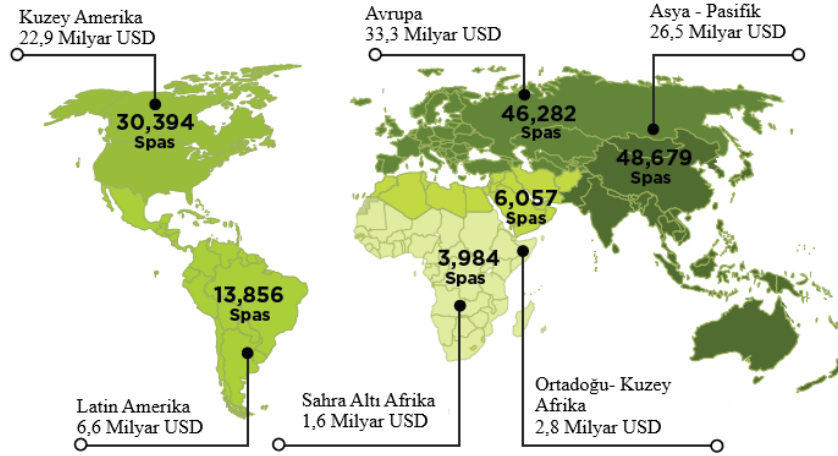
2.3.2.1. SPA Turizmi

Latince “Selus per Aquam” olarak ifade edilen Türkçesi “sudan gelen sağlık” ya da “su ile gelen sağlık” anlamına gelen SPA, vücudun tuz ve su dengesinin ayarlanmasına, vücuda enerji kazandırmaya, vücut ağrıları ve yorgunluğu almak için tercih edilen bir hizmettir (Kaymaz, 2018: 50).

İnsan organizmalarının yenilenmesi ve iyileşmesi için banyo kürleriyle tedavi amacıyla kullanılan SPA’lar hidrotermal suların çıkış noktalarında oluşmaktadır. Bu kürlerin kullanım şekli SPA turizmini ortaya çıkarmıştır (Tengilimoğlu & Karakoç, 2013: 73).

Uluslararası SPA Birliği’nin tanımına göre ise “SPA vücudun, zihnin ve ruhun sağlıklı hale gelmesini sağlayan çeşitli profesyonel uygulamaların sunulduğu yerler olarak tanımlamaktadır.” (Doruk, 2019: 34-35). ISPA farklı hizmetler sunan SPA türlerini 7 grupta sıralamaktadır. Bu türler; destinasyon SPA, medikal SPA, mineral kaplıca SPA, kulüp SPA, resort otel SPA, kruvaziyer SPA ve günlük SPA (Doruk, 2019: 34-35).

Tanımlardan da anlaşılacağı üzere SPA merkezleri insanların rahatlamak, dinlenmek, günlük yaşamın stresinden ve yoğun iş temposundan uzaklaşarak sağlıkları korumak amacıyla gerçekleştirdikleri turizm hareketidir.



Şekil 10. SPA tesisleri bölgelere göre, 2017 yılı SPA sayıları ve gelirleri (Global Wellness Institute, 2020)

Şekil 10’da yer alan veriler doğrultusunda SPA gelirlerinin dünya dağılımına bakıldığında en yüksek SPA gelirine sahip ülke 33,3 milyar dolar ile Avrupa’dır ve 46.282 adet SPA’ya sahiptir. Avrupa’nın ardından sırasıyla Asya Pasifik 26,5 milyar dolar gelir ve 48.679 SPA’ya, Kuzey Amerika 22,9 milyar dolar gelir ve 30.394 SPA’ya, Latin Amerika 6,6 milyar dolar gelir ve 13.856 SPA’ya, Sahra Altı Afrika 1,6 milyar dolar gelir ve 3.984 SPA’ya, Orta Doğu ve Kuzey Afrika ise 2,8 milyar dolar ile 6.057 SPA’ya sahiptir.

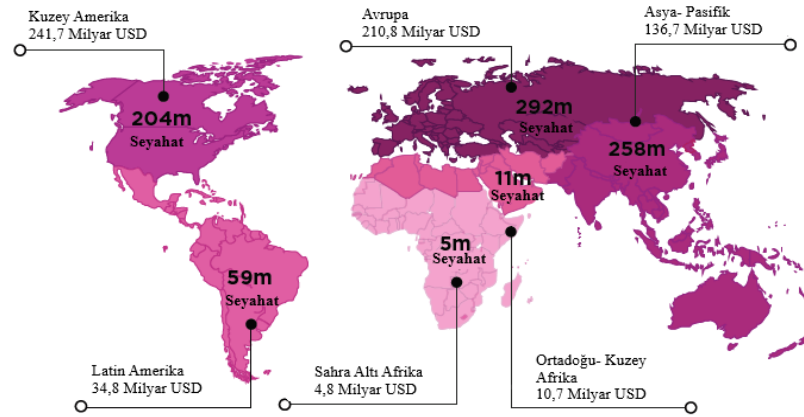
2.3.2.2. Wellness Turizmi

Wellness kavramı Türkçe’de “esenlik” anlamına gelmekte ve ilk kez 1961 yılında yayınlanan “Yüksek Seviye Wellness” adlı küçük bir kitapçıkta Halbert L. Dunn tarafından kullanılmıştır. Dr. Dunn wellness kavramını psikolojik ve fiziksel anlamda esenliği geliştirmeyi sürdürmek için yaşam süreci olarak tanımlamaktadır (Sağlık ve Doğal Terapiler Derneği, 2020).

Ruh ve zihin sağlığını dengede tutmayı bir yaşam tarzı haline getirmeyi benimseyen wellness, bütüncül ve sürekli gelişen değişen bir sağlık anlayışını temsil etmektedir. Wellness kavramı well-being ve fitness kelimelerinin birleşimiyle oluşmuştur ve

bireyin sağlığını geliştirmekten ve korumaktan kendisinin sorumlu olduğunu belirtir. Haz alabilmek, o an'a odaklanabilmek ve bireysel sorumluluk olabilmek wellness kavramının öğrettiği bir konsepttir. Wellness hastalık sebebi ile değil, sağlıklı olabilmek ve tedavi olması gereken bir hastalığın daha gerçekteşmeden engellenebileceği düşüncesidir (Kaymaz, 2018: 52).

Wellness'ın birbiri ile bağlantılı olan yedi farklı boyutu bulunmaktadır. Bunlar; zihinsel- duygusal, fiziksel, düşünsel-yaratıcı, çevresel, mesleki, ruhsal ve sosyal boyuttur. Wellness aktiviteleri ve uygulamaları ise şu şekildedir; doğal yaşam ve felsefesi, hamam uygulamaları, güzellik ve cilt bakım uygulamaları, egzersizler ve fiziksel aktiviteler, doğal beslenme ve diyet-ağırlık kontrolü, filoterapi ve aromaterapi, halk dansları ve köy yaşamı, ekolojik yaşam, ibadet ve dua, yoga ve meditasyon, masaj ve doğal/geleneksel uygulamalar, rekreasyonel sporlar ve aktivitelerdir (Sağlık ve Doğal Terapiler Derneği, 2020).



şekil 11. Wellness turizmi bölgelere göre seyahat sayı ve gelirleri, 2017 (Global Wellness Institute, 2020).

şekil 11'de yer alan 2017 yılı wellness seyahatleri ve turizm gelirine wellness katkısı açısından verilere bakıldığında ilk sırada Kuzey Amerika 204 milyon seyahat ve 241,7 milyar dolar ile yer almaktadır. Kuzey Amerika'nın ardından Avrupa 292 milyon seyahat ve 210,8 milyar dolar gelir, Asya Pasifik ölkeleri 258 milyon seyahat ve 136,7 milyar dolar gelir, Latin Amerika ölkeleri 59 milyon seyahat ve 34,8 milyar

dolar gelir, Afrika ülkeleri 5 milyon seyahat ve 4,8 milyar dolar gelir ve Ortadoğu-Kuzey Afrika ülkeleri 11 milyon ziyaretçi ve 10,7 milyar dolar gelir elde etmiştir.



Şekil 12. Küresel wellness ekonomisi 2017 (Global Wellness Institute, 2020)

2017 yılında küresel wellness ekonomisi 4,2 trilyon dolar olmuştur. Wellness turizmi kapsamında 639 milyar dolar harcama yapılırken, geleneksel, tamamlayıcı ilaç harcamaları 360 milyar dolar, önleyici ve kişiselleştirilmiş tıp ve halk sağlığı kapsamında 575 milyar dolar, sağlıklı beslenme ve kilo kaybında 702 milyar dolar, fitness, zihin- beden sağlığı kapsamında 595 milyar dolar, spa ekonomisinde 119 milyar dolar, iş yeri wellness harcamaları kapsamında 48 milyar dolar, kaplıcalar (termal, mineral) kapsamında 56 milyar dolar, kişisel bakım, güzellik ve yaşlanma karşıtı uygulamalarda 1,083 milyar dolar ve wellness emlak harcamaları kapsamında 134 milyar dolar harcama yapılmıştır.

2.3.3. Yaşlı Turizmi ve Engelli Turizm

Yaşlı ve engelli turizmi, bakıma muhtaç yaşlı ve engelli kişilerin başka ülkelere seyahat ederek bakım ihtiyaçlarının giderilebilmesini içeren aktiviteleri kapsan turizm türüdür.

2.3.3.1. Yaşlı Turizmi

Literatürde yaşlı turizmini tanımlamada “3. yaş turizmi”, “geriatri turizmi”, “yaşlı bakımı turizmi”, “3. yaş baharı turizmi” ve “yaşlı turizmi” gibi kavramlar kullanılmaktadır. İngilizce literatürde ise; “third age tourism”, “mature tourism”, “silver tourism”, “age friendly tourism”, “active aging tourism”, “elderly tourism”, “grey tourism” ve “senior tourism (senyör turizm)” bunlardan bazılarıdır. Özellikle Avrupa Birliği içerisinde “gümüş turizm” (silver tourism) ve gümüş ekonomi (silver economy)” kavramları ile ifade edilmektedir (Aydemir/Kılıç, 2017: 1-2).

İleri yaş turizmi modern tıbbın ilerlemesi sonucunda insan yaşamının uzaması ve 60 yaş üstü bireylerin nüfusun içerisinde ağırlığının artması sonucunda bu kişilere yönelik olarak bakım ve tedavilerinin yapılması, rehabilite edici hizmetlerin sunulması, yaşlı bireylerin kaliteli zaman geçirmesi ve sağlıklı yaşam ile alakalı aktiviteleri kapsayan turizm türüdür (Kaymaz, 2018: 52).

Dünya Sağlık Örgütü, yaşlılık kavramı için kronolojik bir sıralama oluşturmuştur. Yaşlılıkta kronolojik sınır 65 yaştır. 65-74 yaş grubu genç yaşlılık, 75-84 yaş grubu yaşlılık ve 85 yaş ve üstü grup ise ileri yaşlılık olarak adlandırılmaktadır. Buna bağlı olarak bir ülkede nüfusun yaşlanması demek 65 yaş ve üzerindeki vatandaşların toplamının o ülkenin toplam nüfusuna oranının artması demektir (Çataloğlu, 2018: 28).

Türkiye’de 2019 yılında 65 yaş ve üzeri nüfusun toplam içindeki payı %9,1 oranındadır. Nüfus projeksiyonlarına göre 2023 yılında yaşlı nüfusun %10,2, 2030 yılında %12,9, 2040 yılında %16,3, 2060 yılında %22,6 ve 2080 yılında %25,6 olacağı öngörülmektedir (Yaşlı Nüfusun DemoŞekil Değişimi, 2020).

Bir ülkede 65 yaş üstü nüfusun artması her ne kadar o ülkenin gelişmiş olduğunun göstergesi olsa da yaşlı nüfusun toplam nüfus içerisinde yükselmesi bağımlı hale gelen nüfus oranının artması, emeklilik yaşam süresinin yükselmesi, bakıma ve desteğe

muhtaç yaşlı sayısının artmasının da göstergesidir. İktisadi anlamda ekonomiye daha fazla “yük” olan bu grubun sürekli artış içerisinde olması sahip olduğu büyüme potansiyeli ile ekonomik anlamda “yük” olmaktan ziyade bir sektör haline gelerek önemli bir ileri yaş turizm pazarı oluşturmaktadır.

Gelişmiş batı ülkelerinde maliyetli olan tedavi ve yaşlı bakım hizmetleri ve özellikle uzun bekleme sürelerinin mevcut olması ve bununla birlikte birçok batı ülkesinde 65 yaş üstü nüfusun hızla artması ihtiyaç duyulan destekleyici bakım hizmetlerine erişimi zorlaştırmaktadır. Yaşlanan nüfusun kronik hastalıklarının yaygınlaşması, artan emekli sayısı ve çalışan genç nüfusun bakım hizmetlerinden ziyade sanayi ve finans sektörüne yoğunlaşması sebebi ile bazı batı ülkelerinde “*hospice*” adı verilen bakım merkezleri açılmıştır. Genç bakım elemanlarının yetersiz olması ise önemli bir sorun olarak görülmektedir. Yaşlı bakım hizmetlerinin maliyetlerinin düşürülmeye çalışılması amaçlanırken genç nüfusun benzer merkezlerde istihdamı ise ciddi maliyetlere yol açmaktadır. Maliyetlerin yeniden düşürülmesine yönelik olarak sigorta kapsamının daraltılması, katılım paylarının yükseltilmesi gibi yöntemler geliştirilmektedir fakat emekliliği hak etmiş ve yıllarca ülkesine hizmet vermiş yaşlı grubunun hak ettikleri kaliteli ve geniş kapsamlı bakım hizmetini alma hakları zedelenmektedir (Tontuş, 2017a: 26).

İleri yaş grubunda bakım ve rehabilitasyon hizmetleri sadece gelişmiş ülkelere ait olarak algılanmamalı ve Ortadoğu ve Orta Asya ülkeleri gibi ülkelerde de ihtiyacı olan vatandaşlar hizmet almak amacıyla seyahat etmektedirler. İleri yaş turizminde Türkiye, Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Hırvatistan ve Tayland gibi ülkeler bakım hizmeti sunmaya aday ülkeler olarak değerlendirilmektedir (Tontuş, Sağlık Turizmi Nedir?, 2017a: 26).

Yaşlı nüfusun satın alma gücünün yükselmesi, boş vakitlerini değerlendirme arzusu, popülasyonun büyüklüğü, pazarın zaman esnekliğine sahip olması ve mevsime dayalı talep dalgalanmalarının yaratmaması ileri yaş turizminde önemli bir pazar oluşturmaktadır (Tengilimoğlu/Özdemir, 2013: 129).

Küresel çapta doğum oranlarındaki azalış, yaşam süresinin uzaması bireylerde tüketici tercihlerinin değişmesine ve turistik faaliyetlerde ve hizmetlerde yeni fırsatlar oluşmasına katkı sağlamaktadır. İleri yaş grubundaki turistler maddi imkanlar, satın alma gücü ve motivasyon bakımından heterojen bir gruptur. Boş zaman ve tatil dönemi problemi olmayan yaşlı turistler, daha az ücret ile esnek tatil yapabilme imkanına sahiptirler. Gittikleri destinasyonda konfor ve temizliğe dikkat eden bu grup genellikle yakın destinasyonları ve paket turları tercih ederken doğal ortamları ve ılıman iklimleri sevmektedirler. Daha sabit ürün tercihinde bulunan, marka sadakati yüksek olan ve yeniliklere daha az açık olan bu grupta yaş ilerledikçe reklam ve pazarlama etkisi azalmaktadır (Aydemir / Kılıç, 2017: 2).

Tablo 26. Üçüncü Yaş Turizm Segmentinin Tüketici Davranış Modeli (Aydemir / Kılıç, 2017)

	<i>Yaşlılık ve Emekliliğin Muhtemel Sonuçları</i>	<i>Tüketici Davranışlarındaki İhtiyaç ve Değişiklikler</i>
<i>Sağlık</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Sağlık bozuklukları (duyma veya görme kaybı ya da uyku bozuklukları) • Kronik rahatsızlıklarda artış, demans hastalıkları, engellilik 	<ul style="list-style-type: none"> • İlaç ve ekipman ihtiyacı • Koruyucu sağlık (diyet takviyeleri ve medikal ilaçlar, bakım ürünleri) • Medikal hizmetler (evde bakım hizmeti, hastaneler, alışveriş merkezleri, evler, pansiyonlar) • Ayakkabı ve gerekli diğer malzemelerin giydirilmesinde destek • Ev hizmetleri
<i>Sosyal hayat</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Emeklilik veya işi bırakma nedeniyle alışılmış çevreden uzaklaşma • İletişim eksikliği • Yalnızlık • Emeklilikle birlikte gelen boş zaman artışı 	<ul style="list-style-type: none"> • Boş zaman faaliyetler: sağlık için spor salonları, kültürel etkinlikler, kurslar, gönüllülük çalışmaları, hobiler, bahçecilik, el işleri, koleksiyonculuk, balıkçılık vs.
<i>Finansal durum</i>	<ul style="list-style-type: none"> • Gelir azalışı 	<ul style="list-style-type: none"> • Fiyata duyarlılık, biriktirim yapma ve rasyonel satın alma davranışı

Tablo 26’da üçüncü yaş turizm segmentinin tüketici davranış modeli açıklanmaya çalışılmıştır. Üçüncü yaş turistlerinin davranışları, yaşlılık ve emekliliğin olası sonuçları ve tüketici davranışlarındaki ihtiyaç ve değişiklikler ana başlıklarında finansal durum, sosyal hayat ve sağlık olarak üç parametreyle incelenmiştir.

Üçüncü yaş turizminde yaşlı turistlerin seyahat kısıtlarının başında ekonomik ve sosyo-kültürel faktörler gelmektedir. Başta yabancı dil problemi gelmekte ve bilgi eksikliği, finansal problemler, seyahat sigortalarında yaşanan sorunlar, ulaşımda yaşanan yetersizlikler, yaş grubuna uygulanan ayrımcılık, bu gruba özel olarak hazırlanan hizmet, tesis ve ürünlerin eksikliği ve acil durumlarda sağlık bakımında yaşanabilecek problemler gelmektedir. Ayrıca yaşlı turizmde yaşlı tüketicileri etkileyen demografik faktörlerin yanı sıra psikolojik ve sosyolojik faktörlerde tüketicileri etkilemektedir (Aydemir/Kılıç, 2017: 3).

Birçok ülke yaşlı bakımı ve yaşlı turizmine yönelik olarak çeşitli çözümler üretmiş ve bu çözümleri pazarlayarak yaşlı bakımı endüstrisi ve ekonomisi oluşturmuşlardır. Ülkemiz de bu alanda 2014-2018 yılları arasında geliştirilmiş 10. Kalkınma Planı çerçevesinde yaşlı bakımı konusu “İleri Yaş Turizmi” başlığı altında hedefler arasında yer almıştır. Bu kalkınma planında sağlık turizmi sektöründe çalışan personellerin nicelik ve niteliğinin geliştirilmesine yönelik politika benimsenmiş ve kurulan Sağlık Bilimleri Üniversitesi ve Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı koordinasyonunda yaşlı bakımına ve yaşlı turizmine yönelik metod geliştirme çalışmaları uygulanmalıdır şeklinde hedefler belirlenmiştir (Tontuş, 2017a: 27).

Tüm yaşlıların hastalıklarının aynı olmadığı gibi beklentileri de farklıdır ve fiziksel kapasitelerinde yaşanan farklılıklar yaşlı bakımı için alt uygulama alanlarını doğurmuştur. Ülkemizin sağlayabileceği olanaklar dahilinde yaşlı turizmine ait alt başlıklar şunlardır:

- Sağlıklı yaşlı bakımı
- Kronik hastalıklara sahip yaşlı bakımı
- Rehabilitasyon ve tedavi öncelikli yaşlı bakımı
- Palyatif (Termal Dönem) yaşlı bakımı (Tontuş, 2017a: 27)

2.3.3.1.1. Sağlıklı Yaşı Bakımı

Sağlıklı yaşı kavramı akıl ve ruh sağlığı yerinde olan, öz bakımını bağımsız olarak gerçekleştirebilen, alkol, uyuşturuğu ve madde bağımlılığı ve bulaşığı hastalığı olmayan kişiler olarak tanımlanmaktadır. Yaşamsal aktiviteleri herhangi bir hastalık sebebi ile etkilenmemiş fakat motivasyon amacı veya ortam değiştirme arzusu içerisinde olan, Kuzey Avrupa, ABD ve Japonya gibi gelişmiş ülkelerdeki 65 yaş üzeri yaşı grubudur. Bu grup genel olarak emekli, ekonomik yönden iyi ve yatalak olmayan kişileri içerir. Bu tür yaşlıları hedefleyen tesisler çeşitlendirilmiş eğlence mekanları, alışveriş olanakları, fiziksel aktivite uygulamaları ve alanları, yürüme ve bisiklet yolları gibi sosyal imkanlara sahip olmalıdırlar. Ayrıca kapasiteye bağlı olarak hemşire, pratisyen hekim ve fizyoterapist çalıştırılmalıdır. (Tontuş, 2017a: 27-28)

2.3.3.1.2. Kronik Hastalıklara Sahip Yaşı Bakımı

Bu grupta yer alan yaşlılar genel itibariyle diyabet, hipertansiyon, KOAH, demans ve anksiyete gibi kronik hastalıklara sahip ciddi bir bakım gerektirmeyen hastalardır. Bu tesislerde kapasiteye bağlı olarak değişen dahiliye uzmanı, hemşire, geriatri uzmanı ve fizyoterapist çalıştırılmalı ve temel laboratuvar hizmetleri sunuyor olmalıdır (Tontuş, 2017a: 28).

2.3.3.1.3. Rehabilitasyon ve Tedavi Öncelikli Yaşı Bakımı

Yaşı bakım hizmetleri kapsamında yer alan en hassas grup rehabilitasyon ve tedavi öncelikli yaşı bakımı oluşturan gruptur. Bu gruptaki yaşlılar almış oldukları tıbbi müdahale sonrasında veya içerisinde buldukları hastalık durumu sebebiyle rehabilitasyon hizmetine ihtiyaç duymaktadırlar ve özel planlanmış merkezlerde ortalama 1 ay süresince konaklayacaklardır. Rehabilitasyon ve tedavi amacıyla kurulmuş tesislerin temel hastane hizmetlerini sunabiliyor olması gerekmekte ve temel görüntüleme metotları ve laboratuvar hizmetlerine ek olarak diyaliz hizmetleri

de sunmalıdır. Bu tesisler özellikle termal bölgelerde kurulmalı, kapasiteye bağı olarak fizyoterapist, yaşlı bakım teknikeri, fizik tedavi rehabilitasyon uzmanı, hemşire, sosyal hizmetler uzmanı, dahiliye uzmanı ve geriatri uzmanı bulunmalıdır (Tontuş, 2017a: 29).

2.3.3.1.4. Palyatif (Terminal Dönem) Yaşlı Bakımı

Palyatif bakım, Dünya Sağlık Örgütü tarafından hayati tehlikesi bulunan hastaların ve ailelerinin yaşam kalitelerini arttırmak için erken tanı, hatasız değerlendirme, fiziksel ağrı ve acılar ile diğer psikososyal ve manevi sorunları önlemeyi ve iyileştirmeyi hedefleyen yaklaşım olarak tanımlanmaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 2020).

Palyatif bakımda ölümcül durum içerisinde olan ve hayatının sonuna yaklaşan bir hastanın kendine özgü olarak ihtiyaçlarını anlayan ve destek veren kaliteli uzmanlaşmış bir bakımdır. Bu bakımda sadece hastaya odaklanılmaz aynı zamanda yakın aile bireylerine yönelik olarakta özel planlanmış hizmeti içerir. Palyatif bakımda amaç hastanın ve ailesinin yaşam kalitesinin yükseltilmesi ve hastanın geri kalan ömründe olabildiğince iyi bir yaşam sürmesi için yardımcı olmaktır. Ölümcül durumda olan ve palyatif bakıma ihtiyaç duyan hastaların bakımı hemşireler ve pratisyen hekimler tarafından yapılır. Palyatif bakım sunan merkezler, hastaların tüm gereksinimlerini karşılayacak en yüksek kalitede bakım hizmeti almalarını sağlayacak şekilde organize edilmiştir. Bu tesislerde kapasiteye bağı olarak değişen sayıda yaşlı bakım teknikeri, hemşire, psikolog, sosyal hizmetler uzmanı, fizyoterapist, fizik tedavi rehabilitasyon uzmanı, dahiliye uzmanı veya geriatri uzmanı ve din adamı çalıştırılmaktadır (Tontuş, 2017a: 30).

2.3.3.1.5. Dünya’da Yaşlı Turizmi Uygulamaları

Avrupa’da tedavi maliyetlerinin yüksek olması ve gelecek yıllarda da artış içerisinde olacağı beklentisi bazı Avrupa ülkelerinin koruyucu sağlık yaklaşımlarına destek verilmesi amacıyla politika oluşturmaya yönlendirmiştir. 65 yaş ve üzeri vatandaşların 7 ile 30 gün arasında rehabilitasyon hizmetlerinden faydalanabilmesi için İspanya ve Fransa gibi kıyı ülkelere yönlendirilmektedir. İleri yaş turizmine ilişkin hizmetlerin doğrudan ekonomiye sağladığı katkının 240-270 milyar Euro’ya ulaşacağı tahmin edilmektedir. Avrupa Birliği tarafından oluşturulan Avrupa programı yaşlılar için en iyi destinasyon olarak ifade edilmiş ve yaşlı/üçüncü yaş turizmine yönelik hazırlanan rapor 55 yaş ve üzeri bireyleri kapsayan “seniors” olarak ifade edilen grubu kapsadığı belirtilmiştir (Aydemir / Kılıç, 2017: 4).

İspanya’da aktif yaşlılık programı stratejisi oluşturulmuştur bu stratejiye göre yaşlılar aktif olarak sosyal hayata katılmalı ve ölü sezonlarda turizm sektörünü canlandırmalıdır. Strateji doğrultusunda tatil programları için çeşitli bölgelerdeki doğal ve tarihi tatil kampları kullanılmıştır. Harcanılan her 1 Euro’ya karşılık 1,8 Euro geri dönmüş ve sezon dışı dönemlerde dahi oteller aktif olarak çalışabilmiştir (Arıcı, 2019: 132).

Şili’de “Üçüncü Yaş İçin Tatil Programı” adı altında oluşturulan strateji doğrultusunda yaşlı vatandaşların seyahat etmesi teşvik edilmekte ve tur paketlerinin fiyatları düşük ve orta yoğunluktaki tatil sezonlarında düşük tutularak destek verilmektedir. Tur paketleri kapsamlı tutularak konaklama, ulaşım, yemek, etkinlikler, turlar, geziler ve seyahat sigortası eklenmiştir (Aydemir / Kılıç, 2017: 5).

Brezilya’da 2007 yılında başlatılan “En güzel Yaşında Daha Çok Seyahat Et” programı kapsamında 60 yaş ve üstü emekli vatandaşların toplumdan soyutlanmaması amaçlanırken öte yandan Brezilya turizm sektörü desteklenmektedir. Emekli vatandaşların toplum içerisinde daha fazla yer alması sağlanırken düşük sezonlarda seyahat ederek turizme katkı sunmaları hedeflenmiştir (Arıcı, 2019: 132).

Bahsedilen uygulamalardan da anlaşılacağı üzere dünyada ileri yaş turizminde genellikle sezon yoğunluğunun az olduğu dönemlerde sektörü desteklemek amacıyla gerçekleştirilmektedir. İç turizme yönelik olarak gerçekleştirilen uygulamalarının yanı sıra diğer ülkelerden üçüncü yaş turistleri çekmek amacıyla programlar geliştirilmiş, ülkeler arasında çeşitli iş birliği anlaşmaları imzalanmıştır.

Dünya sağlık turizminde yaşlıların ne kadar payının olduğu tam olarak ölçülememektedir. Fakat yaşlılık döneminde daha yoğun görülen kardiyovasküler hastalıkların, kronik hastalıkların, kanserin, fonksiyonel yetersizliklerin ve osteoporozla dayalı patolojik kırıkların tedavisinin sağlık turizmindeki boyutları tahmin edilebilmektedir (Bölüktaş, 2020: 7).

Uluslararası turizm hareketinde ileri yaş grubunun seyahat etme eğiliminin yüksek olduğu görülmektedir. 2013 yılı rakamlarına göre Avrupa Birliği ülkelerinde yaşayan nüfusun 65 yaş ve üstü bireylerinin %47'si turistik amaçlı seyahatler gerçekleştirmiş ve bu grubun büyük bir kısmı ülke içinde seyahat tercih etmiştir. Gruptan yurtdışına giden kesim ise en çok Akdeniz iklimine sahip ülkeleri (İspanya ve Yunanistan) tercih etmişlerdir (Bölüktaş, 2020: 7). İleri yaş grubunun en yoğun olduğu ülkeler Amerika Birleşik Devletleri, Avusturya, Almanya, Kanada, İngiltere, Fransa, Japonya ve İsviçre'dir (Kılıçlar / Aysen / Küçükergin, 2017: 89-90). Bu ülkelerden birçoğu Türkiye'ye yoğun turist gönderen ülkelerdendir. İleri yaş turizmi pazarının giderek genişlemesi Türkiye'ye gelen ileri yaş grubu turistlerin incelenmesini de gerekli kılmaktadır (Kılıçlar / Aysen / Küçükergin, 2017: 89-90).

2.3.3.1.6. Türkiye'de Yaşlı Turizmi

Asya ve Avrupa'yı birbirine bağlayan konumu, dünyanın her yerinden kolay ulaşım ağına sahip olan Türkiye özellikle Orta Doğu, Avrupa ve Rusya için cazip bir destinasyondur. Coğrafi avantajlarının yanı sıra diğer ülkeler ile mukayese edildiğinde kaliteli hizmet, düşük maliyet, çok sayıda akredite olmuş kurum, ileri teknoloji ve alanında uzman sağlık personelleri ile sektörde önemli potansiyele sahip ve yaşlı turizminde önemli bir destinasyondur.

Tablo 27. 2012-2016 Yılları Arasında Yaş Gruplarına Göre Türkiye'ye Gelen Ziyaretçi Sayısı (Kılıçlar / Aysen / Küçükergin, 2017)

<i>Yaş Grubu</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>	<i>2014</i>	<i>2015</i>	<i>2016</i>
15-24	3.944.994	4.269.882	4.384.909	4.563.374	3.320.000
25-44	14.472.587	15.884.334	17.599.689	18.340.617	13.966.813
45-64	9.536.448	9.911.460	10.472.970	10.660.881	8.309.236
65 ve üstü	2.349.499	2.365.092	2.573.730	2.279.614	1.558.389
Toplam	30.303.528	32.430.771	35.031.296	35.844.486*	27.154.438*

Tablo 27'de 2012 ve 2016 seneleri arasında Türkiye'ye gelen farklı yaş gruplarındaki turist sayısı verilmiştir. Türkiye'ye 65 yaş ve üstü gruptan gelen turistler en fazla 2014 senesinde gelmiştir. 2015 senesinde üçüncü yaş kategorisinde gelen turist sayısı toplam turist sayısının %6,3'ünü oluşturmaktadır. 2016 yılında ise tüm yaş kategorilerinde düşüş yaşanmıştır. Fakat 2016 senesinde yaşanan olağanüstü haller sebebi ile turist sayısının düşüşünde farklı bir neden aranmamaktadır. Veriler doğrultusunda 2016 senesinde 65 yaş ve üstü 1.558.389 turist ülkemize gelmiş ve bu grup toplam turist sayısının %5,73'ünü oluşturmaktadır (Kılıçlar/Aysen/Küçükergin, 2017: 90-91).

Tablo 28. Türkiye'ye Gelen 65 Yaş ve Üstü Turistlerin Ülkelere Göre Dağılımı (Kılıçlar/Aysen/Küçükergin, 2017)

Yaş	Ülke	2012	Toplam Gelen	2013	Toplam Gelen	2014	Toplam Gelen	2015	Toplam Gelen	2016	Toplam Gelen
65+	ABD	170059	714398	156533	739494	155628	740755	139996	755461	818993	438581
	Afrika Ülkeleri	8753	527781	12845	599575	13537	692480	11121	687824	9803	501640
	Almanya	603506	4224978	569014	4193042	591714	4349969	586080	4724787	397687	3300838
	Amerika Ülkeleri	23268	170056	29418	227118	30445	209562	30137	64042	15987	168726
	Avustralya	33410	156540	45418	180692	41504	193033	52878	224566	23477	96972
	Avusturya	38095	400706	32067	396921	42430	408021	25574	394607	13336	256253
	Azerbaycan	7922	523486	9574	568474	16482	590321	13955	548579	10623	541990
	Batı Asya Ülkeleri	25671	1053894	19286	1280151	28549	1617012	35701	1914673	30401	1528993
	Bağımsız Dev. Top.	6319	822251	10188	938399	10929	1084427	13091	1072077	12068	777379
	Belçika	58946	462201	58623	480149	64614	499674	51562	458168	26361	313677
	Bulgaristan	68979	1406392	60061	1491433	85577	1609660	42101	1751766	44933	1598103
	Danimarka	29746	284393	40831	350081	46467	336711	45125	344933	34206	24392
	Diğer Avrupa Ülk.	32660	990570	40356	1075917	44421	1210258	35203	1284671	19907	980075
	Diğer Ülkeler	8049	207007	13303	22412	8545	266058	13755	291928	5064	206367
	Doğu Asya Ülkeleri	6711	148225	10198	179859	14520	260248	12895	365302	9997	214519
	Fransa	109175	875035	81402	856173	88954	856077	48590	715990	21327	478107
	Güney Asya Ülk.	2949	118610	8486	151882	3931	191173	6714	218223	1850	170173
	Gürcistan	6696	1364945	13773	1732706	14854	1718167	19453	1872325	26825	2177824
	Hollanda	99688	993179	91252	1001905	100561	1019328	70863	943907	56994	717535
	Japonya	31204	196586	30956	172469	32994	168400	18395	104308	5696	47034
	Kanada	33190	167576	34733	183993	30056	175273	26744	173410	9794	103154
	OECD Ülkeleri	119960	1532896	115190	1581427	138115	1714490	97962	1693028	44453	801298
	Rusya	31582	2647090	43428	3049036	61814	3451749	62331	2842972	22853	683335
	Suriye	9404	298455	3250	191774	4191	265391	13720	325259	3768	167563
	Tunus	555	76552	559	82189	1668	91053	915	97873	1400	92691
	Türkiye	293844	4066157	308887	425393	313512	4480576	303044	5017086	323600	5137239
	Ukrayna	6913	496190	7638	598669	9259	538338	9615	602057	9453	812042
	Yunanistan	51614	624536	61611	674366	52068	807525	59979	737562	49146	568802
	İngiltere	251995	1934775	260475	1963559	307940	2098621	275674	2094736	156923	1416628
	İran	20920	1073779	19981	1081626	28036	1452257	35895	1581644	26826	1574216
	İspanya	26302	255153	20864	259068	13968	256887	13619	219993	5011	102109
	İsrail	9518	87951	9652	129414	6985	172823	8026	205897	10852	240515
İsveç	42692	463166	67795	553896	89146	541266	55218	523844	24655	260024	
İsviçre	29857	292264	26848	324849	31338	323121	22120	324414	13938	186868	
İtalya	49347	645757	50597	661663	57978	640595	26461	467470	7280	208773	
Toplam		2349499	30303530	2365092	32430774	2573730	35031296	2279613*	35844482	1558387*	27154435

Tablo 28’de 2012-2016 yılları arasında Türkiye’ye gelen 65 yaş ve üstü turistlerin ülkelerine göre dağılımına yer verilmiştir. Veriler doğrultusunda belirtilen yıllar arasında Türkiye’ye en fazla turist gönderen ülke Almanya olmuştur. Almanya’nın ardından ikinci sırayı yerli turistler almaktadır. Üçüncü sırada İngiltere yer alırken ABD, Türkiye’ye 65 yaş ve üzeri turist gönderen dördüncü ülke olmaktadır. 2016 yılında yaşanan genel düşüş göz ardı edildiğinde tablo 27’de belirgin bir farklılık görünmemektedir (Kılıçlar/Aysen/Küçükergin, 2017: 92-93).

Kılıçlar, Aysen ve Küçükergin, mevcut durumu analiz edebilmek amacıyla iki farklı açıdan irdelemişlerdir. Tablo 26 ve tablo 27’deki veriler doğrultusunda, üçüncü yaş grubundaki toplam turist sayısı baz alındığında 2015 yılında toplam 2 milyon 276 bin 613 senyör turist (65 yaş ve üstü turist) Almanya’dan Türkiye’ye gelmiştir. Yine aynı turist sayısı baz alındığında aynı yıl Türkiye’ye en fazla senyör turisti 586,080 turist ile Almanya göndermiştir. Türkiye’ye gelen toplam turist sayısı içerisindeki senyör turistlerin oranı incelendiğinde Avustralya’dan gelen 224 bin 566 turist içinde 65 yaş ve üzerini oluşturan ziyaretçilerin oranı %23,54’tür. Tabloya göre gönderdiği toplam turist sayısı içindeki senyör turist oranının en fazla olduğu ülke Avustralya olarak gözlemlenmektedir (Kılıçlar / Ayse / Küçükergin, 2017: 93).

2016 yılına bakıldığında, Türkiye’ye üçüncü yaş grubundaki (65 yaş ve üstü) turist gönderen ülke 2015 yılında olduğu gibi 397.687 turist ve toplam senyör turistlerin %25,51’i ile Almanya olmuştur. 2015 yılında sıralamada herhangi bir değişiklik olmayıp Türkiye’ye gelen toplam turist sayısında senyörlerin oranı %24,21 ile Avustralya olmuştur (Kılıçlar / Aysen / Küçükergin, 2017: 93).

Tablo 29. 2012-2016 Yılları Arası 65 Yaş ve Üstü Turistlerin Ziyaret Amacına Göre Dağılımı (Kılıçlar / Aysen / Küçükergin, 2017)

Yaş	Ziyaret Amacı	2012	2013	2014	2015	2016
64+	Akraba ve arkadaş ziyareti	334.571	332.488	326.723	334.181	373.982
	Alışveriş	14.673	14.409	13.244	14.365	16.494
	Din/hac	9048	9761	11.049	4320	4732
	Diğer	4956	9095	9808	10081	11914
	Eğitim/staj	2290	-	185	876	220
	Gezi, eğlence, sportif ve kültürel faaliyetler	1.926.434	1.942.916	2.151.316	1.846.487	1.099.457
	Sağlık ve tıbbi nedenler	17.035	17.676	21.165	24.925	18.257
	Transit	1765	1028	375	501	1810
	İş amaçlı (eğitim, toplantı, seminer vs.)	38.727	47.719	49.865	43.878	31.523
<i>Toplam</i>		2.349.499	2.365.092	2.573.730	2.279.614	1.558.389

Tablo 29’da 2012-2016 yılları arasında Türkiye’ye gelen 65 yaş ve üstü turistlerin geliş nedenleri ve dağılımları verilmiştir. Tabloya göre ilk sırada *gezi, eğlence, sportif ve kültürel faaliyetler* yer alırken 2015 yılında bu faaliyetleri yüzdesel olarak değerlendirdiğimizde %80,99’luk bir oran vermektedir. 2016 yılında ise aynı amaçla gelen turistlerin oranı %70,55 olmaktadır. İkinci sırada *akraba ve arkadaş ziyareti* kapsamında 2015 yılında gelen turistlerin oranı %14,65 iken 2016 yılında aynı amaçla gelen turistlerin oranında düşüş yaşanmaktadır. Üçüncü sırada *iş amaçlı (eğitim, toplantı, seminer vs.)* gelmektedir ve 2016 yılında gelen turist sayısı bir önceki yıla göre artış göstermektedir. *Sağlık ve tıbbi sebepler* ise bu yıllar arasında dördüncü sırada yer almaktadır. 2015 yılında gelen yaşlı turist sayısı 24.925 iken 2016 yılında bu sayı 18.257’ye düşmüştür (Kılıçlar / Aysen / Küçükergin, 2017: 94).

Sonuç olarak Türkiye’de yaşlı turizmüne bakıldığında sağlık turizmi konusunun Türkiye’nin son yıllarda plan ve programlarında öncelikli konularından birisi haline geldiği söylenebilir. Türkiye’nin rekabet gücünün artırılması amacıyla planlanan Sağlık Turizminin Geliştirilmesi programı kapsamında, medikal turizm, termal turizm ve ileri yaş turizmi ve rehabilitasyon hizmetleri (Aydemir / Kılıç, 2017: 6) kapsamında ileri yaş turizminde 150 bin yabancı turist ve 750 milyon dolar gelir hedefi oluşturulmuştur. Program kapsamında;

- Hedef ülkeler ve pazarlara yönelik olarak tanıtım faaliyetleri planlanacak, ileri yaş turizmini nicelik ve niteliksel olarak geliştirmek hedeflenecektir.
- Mevzuatta yaşlı bakımı ve yaşamı için düzenlemeler yapılacaktır.
- İleri yaş turistlerinin Türkiye'yi tercih etmesi için ülkeler arası ikili iş birliği anlaşmaları yapılacak ve yurtdışında tanıtımlar yapılacaktır.
- Yaşlı bakımına yönelik olarak çalışma ve meslek standartları oluşturulacak ve eğitimler verilecektir. İstihdam alanları oluşturulacaktır.
- Özel sektör, kamu sektörü, STK'lar, medya kuruluşları ve üniversiteler gibi sektörün paydaşları ile koordineli çalışılacaktır (Aydemir / Kılıç, 2017: 6-7).

Türkiye'de ileri yaş turizmine yönelik yatırımların henüz gelişmemiş ve potansiyeli karşılayacak düzeyde olmamasının sebeplerinden birisi gerontoloji⁶ alanında yaşanan eksikliklerdir. Türk toplumunun genel nüfus yapısının henüz genç olması ve yaşlanma kavramı üzerine yürütülen çalışmalar emeklilik yasasında yapılacak değişiklikler çerçevesinde ilerlemektedir. Medya ve toplum üzerindeki yaşlı algısı ve ele alınan konular genellikle yaşlı nüfusun ekonomik problemleri üzerinde ilerlemektedir. Türkiye'de ileri yaş turizmine yönelik büyük ve özel bir ilgi uyanmamasının ekonomik bir kayıp olup olmadığı tartışılmaktadır. İleri yaş turizminde kaybedilen potansiyel gelirin diğer girişimlerle telafisi üzerinde durulmaktadır. Öte yandan Türk toplumunun giderek yaşlanması ve yaşlanma olgusunu daha farklı boyutlarda algılaması yaşlı turizmine yönelik girişimlere yöneltecektir. İleri yaş turizminde yapılacak girişimler ve elde edilecek tecrübe ve turizm geliri Türk yaşlısının da yaşam koşullarına değişimler yaratacaktır (Tufan / Tamer Köse / Ayan, 2017: 34).

2.3.3.2. Engelli Turizmi

Engelli kavramı özürlü kanunu kapsamında doğumdan sonra veya herhangi bir sebepten dolayı zihinsel, bedensel, ruhsal veya sosyal yeteneklerini çeşitli ölçülerde

⁶ “Gerontoloji yaşlanma teorileri, yaşlanmanın biyolojisi, fizyolojisi, epidemiyolojisi, yaşlanmaya eşlik eden psikososyal değişiklikler ve tüm bunların birey ve toplum üzerindeki etkilerini inceleyen bilim dalıdır” (İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi, 2021).

kaybetmesi nedeniyle günlük gereksinimlerini karşılamada ve toplumsal yaşama uyum sağlamada güçlük yaşayan, destek hizmetlerine ihtiyaç duyan, rehabilitasyon, danışmanlık ve korunma hizmetlerin ihtiyaç duyan kişi olarak tanımlamaktadır (Doğuş Üniversitesi, 2020).

Dünya Sağlık Örgütü 1980 yılında “*Yetersizlik, Özürlülük ve Engelliliklerin Uluslararası Sınıflandırılması (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps - ICDH)*” isimli bir sınıflama sistemi oluşturmuştur (Bilsin / Başbakkal, 2014: 66).

Türkiye’de engelli bireylerin il bazında dağılımını ölçümleyen son araştırma 2011 yılında yapılan ‘*2011 Nüfus ve Konut Araştırması*’dır (Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni: 4).

2011 yılından yapılan “Nüfus ve Konut Araştırması” Türkiye’de engelliler için gerçekleştirilecek çalışmalara nicel ve nitel veriler sağlaması adına yeterli, kapsamlı ve güncel veriler sunmamaktadır. Geçen 9 yıllık süreçte sonuçlarının güncellenmesi gerekmektedir. 2011 yıllarından itibaren yapılan çalışmaların esas amaçları engelli bireylere dair güncel veri sunmaktan ziyade genel sağlık ve sağlıksızlık durumunu ortaya koymaktır. 2020 Mart ayında Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanan Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni 2019 ve 2018 yıllarına ait verileri sunarken referans yıl olarak 2011 yıllarını göstererek verileri sunmaktadır. Yayımlanma yılının üzerinden 9 yıl geçmiş verilerin doğruluğu ve geçerliliği ise tartışılmaktadır.

Engellilik insanların varoluşundan bu yana olan ve günümüzde de aratarak devam eden bir durumdur. Engellilik artışının en önemli nedenlerinden birisi hızlı nüfus artışı iken (doğumla birlikte ortaya çıkan engellilik) bir diğer sebep ise sanayi devrimiyle hızlanan iş kazaları ve hastalıkların sonucunda ortaya çıkan engelliliktir. Son yapılan çalışmalar doğrultusunda günümüzde dünyada engelli birey sayısı 1 milyarı aşarken Türkiye’de bu rakam 8 milyonun üzerindedir (Yıldız / Yıldız / Karaçayır, 2017: 62).

Engelli insanların zaman içerisinde psikolojik, sosyal ve toplumsal sorunlar yaşamaları ve seyahat özgürlüklerinin kısıtlanamaması adına sosyal güvenlik politikaları oluşturulmaya başlanmış ve engelli bireylerin sosyal hayata daha aktif katılmalarını ve toplumla bütünleşmelerini sağlamak amacıyla engelli turizmüne yönelik çalışmalar desteklenmektedir.

Engelli turizmi, engelli bireylerden oluşan ve bu bireylerin oluşturduğu çeşitli turizm aktivitelerinin ve seyahatlerine verilen isimdir. Engelli turizmi pazarı sektörün en yüksek potansiyeli olan pazarlarından birisidir. Turizm sektöründe payını arttırmak isteyen tüm dünya ülkeleri gibi Türkiye’de engelli turizmde pazarı anlamak ve pazara yönelik yatırımlarını yükselmek durumundadır (Yıldız / Yıldız / Karaçayır, 2017: 62).

Literatürde engelli turizmi ile ilgili farklı tanımlar bulunmaktadır. Son dönemde ‘engelsiz turizm’ veya ‘erişilebilir turizm’ kavramları da çokça kullanılmaktadır. Erişilebilir turizm, yaşlılar, geçici engellilik durumu içinde olanlar, engelli bireyler ve engelsiz tüm bireyler için erişilebilirliği sağlayan turizm ve seyahat faaliyetleri olarak tanımlanmaktadır (Akıncı / Sönmez, 2015: 101).

Engelli turizmi ve erişilebilir turizm kavramları birbiri yerine kullanılabilen kavramlar olsa da erişilebilir turizmde sadece bireyler değil yaşlılar, hamileler ve çocuklu bireylerle daha geniş bir kitle hedeflenmektedir. Erişilebilir turizm engelli turizmini içine alarak daha geniş bir kapsam oluşturmaktadır (Akdu / Akdu, 2018: 102).

Dünya Turizm Örgütü, turizmin insan sağlığında ne kadar önemli bir ihtiyaç olduğunu vurgularken seyahat etme özgürlüğünün de temel bir hak olduğunu belirtmektedir. Engelli bireyler için turizm bir hak olarak belirtilse de engelli bireylerin rezervasyon, seyahat ve konaklama gibi alanlarda karşısına birçok sorun çıkmaktadır. McKercher (2003) tarafından sınıflandırılmış olan engelli bireylerin turizm faaliyetlerine katılımında karşılaşılmış oldukları sorunlara tablo 30’da yer verilmiştir (Yılmazdoğan / Temizkan, 2014: 162).

Tablo 30. Engelli Bireylerin Turizm Faaliyetlerine Katılımında Karşılaşmış Oldukları Sorunlar (Yılmazdoğan / Temizkan, 2014)

<i>İçsel Faktörler</i>		<i>Dışsal Faktörler</i>	
<i>Kişilik Kaynaklı Engeller</i>	<i>Ekonomik Engeller</i>	<i>Çevresel Engeller</i>	<i>Birbiriyle İlişkili Engeller</i>
Bilgi eksikliği	Ekonomik kısıtlılıklar	Konaklanılacak yerin ulaşılabilirliği/mimarisi	Beceri zorlukları ve uyumsuzluklar
Sosyal yetenek eksikliği	Gelir eşitsizliği	Patikalar, tepeler gibi doğal çevre engelleri	İletişim zorlukları
Sağlık kaynaklı etkenler	Seyahat süresince birine duyulan ihtiyaç	Ulaşım engelleri	Etkinliklere katılımındaki isteksizlik/çaresizlik
Fiziksel ya da psikolojik kaynaklı etkenler		Kurallar ve yasal düzenlemeler	Konaklama işletmelerinde çalışanların davranışları
Seyahatin bir hak olarak görülmesi		Güvenlik problemleri	Bilginin tutarlılığı ve kullanılabilirliği

McKercher tarafından oluşturulan sınıflamaya göre engelli bireylerin turizm faaliyetlerine katılımında karşılaştıkları sorunlar ikiye ayrılır; içsel ve dışsal faktörler. İçsel faktörleri kendi arasında kişilikli kaynaklı engeller ve ekonomik engeller başlıkları altında toplar. Bilgi eksikliği, sosyal yeteneklerin eksikliği, sağlık kaynaklı etkenler, psikolojik veya fiziksel kaynaklı etkenler ve seyahatin bir hak olarak görülmesini kişilik kaynaklı engeller arasında yer alırken, ekonomik kısıtlılıklar, gelir eşitsizliği ve seyahat boyunca birisine duyulan ihtiyaç durumunu da ekonomik engeller olarak değerlendirir. Dışsal faktörler ise, çevresel engeller başlığı altında toplanan; konaklama yapılacak yerin ulaşılabilirliği, doğal çevre engelleri, ulaşımda yaşanan engeller, kurallar ve yasal düzenlemelerin bilinmemesi ve güvenlik problemleri ve birbiriyle ilişkili engeller başlığı altında toplanan; beceri zorlukları ve uyumsuzluklar, iletişimde yaşanan zorluklar, etkinliklere ve faaliyetlere katılımında yaşanan isteksizlik veya çaresizlik, işletmelerde çalışanların olumsuz tutum ve davranışları ve tutarlı bilgi sorunları yer almaktadır (Akdu / Akdu, 2018: 103).

2.3.3.2.1. Engelli Turizmine Yönelik Dünyadaki Düzenlemeler

Günümüzde birçok ülke engelli turizmine yönelik olarak çalışmalar yapmaya ve yasal düzenlemelere yönelmişlerdir. Ülkelerin engelli turizmine yönelik yasal düzenlemeleri incelendiğinde engelli kişilerin toplumun diğer bireyleri gibi seyahat

etme ve turizm faaliyetlerine katılması bir hak olarak değerlendirilmekte ve bu hak yasal düzenlemeler ile desteklenmektedir (Akdu / Akdu, 2018: 106). Engelli bireyler yasal açıdan desteklense dahi uygulamada çeşitli sorunlarla karşılaşmaktadırlar.

Yasal anlamda düzenlemelerin değişiklik gösterdiği engelli turizmde daha çok Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa Birliği ülkeleri engelli turizmin desteklenmesine dair uygulamalar yapmaktadır. Avrupa Birliği'ne üye ülkelerin engelli turizmine yönelik faaliyetleri desteklenmekte, bu amaç doğrultusunda engelli bireylerin turizm faaliyetlerine katılması desteklenmektedir. Engelli bireylere hizmet sağlayan seyahat acenteleri Avrupa Birliği ülkelerinde engelli bireylere uygun tatil programları geliştirerek onlara uygun olarak tasarlanmış ulaşım araçları temin etmektedir (Akdu / Akdu, 2018: 107). Ayrıca Avrupa Birliği ülkelerinde engellilerin seyahat ve turizm faaliyetlerine katılımında haklarını kullanabilmesi amacıyla çeşitli çalışmalar yaygınlaşmaktadır. Avrupa Birliği Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Ofisi, engelli bireylerin turizm etkinliklerine katılımlarının desteklenmesi amacıyla turizm işletmelerini eğitici ve yol gösterici çalışmalar içeren rehber yayımlamıştır (Bulgan / Kaygısız, 2015: 370).

İngiltere'de 1995 senesinde yürürlüğe giren “*Engelli Ayrımcılıkla Mücadele Yasası (Disability Discrimination Act of 1995- DDA)*” engelli turizmde ve engelli turistlere yönelik yapılan çalışmalara ve düzenlemelere örnek teşkil etmektedir. Engelli Ayrımcılıkla Mücadele Yasası, engelli turizmi kapsamında hizmet sağlayıcılarının ve sektör tarafından engelli bireylere yönelik ekonomik ve politik değerlerin artması açısından önemli bir katkı yasaıdır. Yasa sekiz bölümden oluşup engelliler ile ilgili ulaştırma, konaklama, eğitim vb. düzenlemelere gidilmiş olup turizm merkezlerinde uygun standartların oluşturulması amaçlanmaktadır. İngiltere'de tekerlekli sandalye kullanan engelli bireyler için turizm işletmelerine ilişkin kriterler “*Otel ve Tatil Konsorsiyumu (The Hotel and Holiday Consortium)*”da belirlenmiştir. Ayrıca bazı seyahat acenteleri engelli bireylere yönelik tur programları hazırlamaktadırlar. Turizm konaklama merkezlerinde engelli bireylere yönelik olarak tasarlanmış olan uygun sembol ve işaretlerle hazırlanmış gezi rehberi kitaplar sunulmaktadır. Engelli turizmdeki düzenlemelere önem veren bir diğer ülke Almanya'da engelli bireylerin

sosyal hayata dahil edilmesine önem verilmektedir. Seyahat acenteleri engelli bireylere yönelik tur programları düzenlemekte ve farklı eyaletlerinde görme engelli bireyler için refakatçileriyle beraber konaklayabilecekleri işletmeler bulunmaktadır (Tellioglu / Şimşek, 2016: 556).

2.3.3.2.2. Engelli Turizmine Yönelik Türkiye'deki Düzenlemeler

Türkiye'de 2011 yılında gerçekleştirilen Nüfus ve Konut araştırması sonuçlarına göre Türkiye'de en az bir engeli bulunan nüfus oranı %6,9'dur. Bu oran dikkate alındığında engelli turizmi turizm sektörü açısından önemli bir pazar konumundadır. Türkiye'de engelli turizminin pazar potansiyelinin yüksek olmasına rağmen yapılan yatırımlar, yasal düzenlemeler ve oluşturulan örgütlerin eksik kaldığı söylenebilir. Türkiye'de engelli bireylerin haklarını korumak ve ulaşılabilirliğini sağlamak için çeşitli yasal düzenlemeler yapılsa da yapısal anlamda ciddi eksiklikler bulunmaktadır (Akdu / Akdu, 2018: 111).

Türkiye; engelli bireylerin topluma kazandırılması, yaşamış oldukları fiziksel, sosyal ve ekonomik zorlukları ortadan kaldırmak amacıyla birtakım düzenlemeler ve uluslararası boyutta yasal düzenlemelere imza atmıştır. 1982 T.C. Anayasası'nda yer alan “çocuklar, yaşlılar, özürllüer, harp ve vazife şehitlerinin dul ve yetimleri ile malul ve gaziler için alınacak tedbirler eşitlik ilkesine aykırı sayılmaz” ifadesi ile engelli bireylerin toplumu oluşturan diğer bireylerle eşit haklara sahip olduğu belirtilmiştir (TBMM, 2020).

Engelli bireyler ile ilgili en önemli yasal düzenleme ise 1.7.2005 tarihinde 5378 numaralı Engelliler Hakkında Kanun kapsamında düzenlenmiştir. Kanunun birinci bölümüne göre “Engellilerin bağımsız yaşayabilmeleri, topluma tam ve etkin katılımları için erişilebilirliğin sağlanması esastır” (Olçay / Giritlioğlu / Parlak, 2014: 135). Aynı kanunun 9464-2 7.maddesine göre ise “Yapılı çevrede engellilerin erişilebilirliğinin sağlanması için planlama, tasarım, inşaat, imalat, ruhsatlandırma ve denetleme süreçlerinde erişilebilirlik standartlarına uygunluk sağlanır” (Olçay / Giritlioğlu / Parlak, 2014: 135).

1982 Anayasası'nın 2634 sayılı Turizmi Teşvik Kanununun 37.maddesi hükmünce hazırlanmış olan “*Turizm Tesislerinin Belgelendirilmesine ve Niteliklerine İlişkin Yönetmelik*” kapsamında otellerde ve tatil köylerinde toplam kapasite seksen oda ve üzerindeyse en az bir oda olmak üzere ve toplam kapasitenin de yüzde biri oranı odada, genel tuvaletlerde, tesis girişlerinde, yeme içme bölümlerinde, mola ve dinlenme noktalarında, eğlence merkezlerinde ve temalı parklarda bedensel engellilerin kullanımına uygun düzenlemeler yapılır ve bu düzenlemeler özel işaretler ile belirtilmelidir. Aynı yönetmelik kapsamında “*Konaklama İşletmeleri Sınıflandırma Çalışmalarına İlişkin Değerlendirme Formlarının Hazırlanmasına ve Uygulanmasına İlişkin Tebliğ*” Resmî Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmiştir. Bu tebliğde engelli bireyler için konaklama işletmelerinin taşıması gereken genel niteliklere ek olarak yapılması gereken düzenlemelere yer verilmiştir. Tesis girişlerinde bedensel engelli bireyler için düzenlemeler yapılması, müşteri kullanımına açık olan bahçe vb. alanlarda bedensel engelliler için düzenlemeler yapılması, asansörlerde bedensel engelli bireyler için düzenlemeler yapılması, lavabo ve tuvalet kapılarında engellilere yönelik olduğunu belirten ibarelerin yer alması, bedensel engelliler için yatak odası ve oda banyosu düzenlemesi, oturma salonu, lokanta, yüzme havuzu, giriş ünitesi veya gece kulübü vb. yerlerden en az üç tanesinin bedensel engelli bireylerin kullanımına uygun düzenlenmesi gerekmektedir (Olca / Giritlioğlu / Parlak, 2014: 135).

Bu düzenlemelere ek olarak Türkiye Seyahat Acenteleri Birliği (TÜRSAB), Türkiye’de engelli turizmi konusunda önemli bir görev üstlenmektedir. 2006 yılında TÜRSAB bünyesinde “*Herkes İçin Engelsiz Turizm Komitesi*” kurulmuş olup “*engelsiz seyahat*” anlayışıyla engelli turistlerin turizm faaliyetlerini katılımını artırıcı çalışmalar üzerinde yoğunlaşmaktadır. Bu komite ve TÜRSAB, Avrupa Engelsiz Turizm Ağı’na (ENAT) kayıtlı olan 50 ülke ve 400 üyeden birisidir. 2007 yılında engelli turizmdeki eksiklikler ile alakalı hazırlanmış olduğu rapor kapsamında komite tarafından belirlenen sorunlar arasında engelli bireylere uygun tasarlanmayan ve yetersiz sayıda bulunan toplu ulaşım araçları, müze ve turistik mekanların engelli bireylere yönelik olmaması, havuz ve plaj gibi yerlerin engellilere uygun olmaması gibi sorunlara yer verilmektedir (Bulgan / Kaygısız, 2015: 370).

Türkiye’de engelli bireylere yönelik olarak yapılan yasal düzenlemelerin gelişmiş ülkeler ile kıyasladığımızda özellikle uygulama kapsamında yetersiz olduğu düşünülmektedir. Dünyadaki engelli turizmüne yönelik yasal düzenlemeler incelendiğinde tüm engelli gruplarını içeren uygulamalar olduğu görülürken Türkiye’de yapılan yasal düzenlemeler genellikle bedensel engeli olan engelli grubunu içermekte ve diğer engelli gruplarını göz ardı etmektedir. Ayrıca ülkemizde yer alan turizm tesisleri Turizm Tesislerinin Belgelendirilmesine ve Niteliklerine İlişkin Yönetmelik’e tabi olmaktadır. Bu yönetmeliğe göre bir turizm tesisinde bulunan oda sayısının %1’i oranında engelli odası bulundurma zorunluluğu bulunmaktadır fakat bu zorunluluk en az 80 odası bulunan tesislere getirilirken 80 odadan daha az odası bulunan tesislerde %1 oranında engelli odası bulundurma zorunluluğu bulunmamaktadır (Yılmazdoğan / Temizkan, 2014: 163).

Sonuç olarak engelli oda sayısı ve düzenlemelerinde sorunlar yaşandığı görülmektedir. Bununla birlikte belediye belgeli tesisler gibi T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı’nın denetlemediği turizm tesislerinde engelli turizmi ile alakalı bir yükümlülük bulunmamaktadır. Bu sorunları çözümüne öneri olarak engelli oda sayılarının yapılacak düzenlemeler ile artırılması ve tesis, oda planlamaları yapılırken tüm engelli grupları düşünülerek yeniden düzenlemeler yapılması gerektiği söylenebilir. Ayrıca engelli bireylerin yaşamış olduğu ekonomik zorluklar dikkate alındığında belediye belgeli tesislerin daha makul fiyatlı olabileceğinden hareketle bu tesislerinde benzer yönetmelikle bakanlık denetimine tabi tutulması gerektiği söylenebilir (Akdu / Akdu, 2018: 117-118).

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. SAĞLIK EKONOMİSİ SÜRECİNDE SAĞLIK TURİZMİ

3.1. Sağlık Ekonomisinin Kavramsal Çerçevesi

Çalışmanın üçüncü bölümünde ekonomi kavramı, sağlık ekonomisi kavramları incelenmiştir.

3.1.1. Ekonomi Kavramı

Ekonomi kelimesi Yunanca “*ikia*” (Yunanca: ev) ve “*nomos*” (Yunanca: kural) köklerinin birleşiminden türemiş olup “*ev yönetimi, hane(halkı) kuralları*” olarak Türkçe’ye çevrilen ve üretim, tüketim, dağıtım, ticaret, ithalat ve ihracattan oluşan insan etkinlikleridir. İnsanların ihtiyaçlarını karşılarken yaptığı her türlü faaliyeti içermektedir (Karadeniz Teknik Üniversitesi, 2021).

İktisat ise Arapça kökenli bir kelime olup tutumlu, ölçülü olma anlamlarına gelmektedir. Bir başka anlamı ile “kasd” demek olan iktisat “*orta yol ya da istikamet isteme*” anlamında kullanılmaktadır (Karadeniz Teknik Üniversitesi, 2021). İktisat sözcüğünün İngilizcesi Economics, Fransızcası ise *Économie*’dir. Türkçe’de bu bilim dalı için iktisat kullanılırken günümüzde Fransızcadan uyarlanan ekonomi de kullanılmaktadır. Fakat İngilizcedeki Economics ile Economy ya da Fransızcada kullanılan *Économie* aynı kökten gelseler de farklı anlamlar taşımaktadır. Economics bilimin adı olarak ifade edilirken o bilimin çerçevesinin çizdiği sistem Economy’dir. Başka bir deyişle ekonomi, “bir ülke veya bölge ya da dünyanın tamamının üretim, tüketim, yatırım, parasal ilişkiler gibi ekonomik göstergeler çerçevesindeki durum” (Mahfi Eğilmez, 2020) iken İngilizce de yapılan bu ayrımı karşılık Fransızcada kullanılan *Économie* kavramı hem bilim hem sistemi ifade etmektedir. Türkçe ‘de de Fransızcada oluşan durum gibi hem bilim hem sistem ifade edilmektedir (Mahfi Eğilmez, 2020).

Tablo 31. İktisat ve Ekonomi (Eğilmez, 2020)

<i>Konu</i>	<i>Kapsam</i>	<i>Örnek</i>
İktisat	Bilim dalı (Economics, Économie, Ekonomi)	Makroekonomi (Macroeconomics, Macroéconomie, Makroekonomi)
Ekonomi	Bilim Dalı (Économie, Ekonomi)	Macroéconomie, Makroekonomi
Ekonomi	Sistem (Economy Économie, Ekonomi)	Turkish Economy, L'économie de la Turquie, Türkiye Ekonomisi

Literatürde iktisat ve ekonomi kavramları aynı anlamda kullanılmaktadır. Ekonomi/iktisat bilimi temelini kısıtlı bilim olup, sınırsız ihtiyaçların kısıtlı/sınırlı olan kaynaklarla karşılanması konusunu ilgilendirir. Bütün ekonomik sistemlerin asıl hedefi toplumsal refahı maksimum düzeye çıkarırken sınırlı/kısıtlı olan kaynakların nasıl kullanılacağı, ne kadar üretileceği, nasıl üretileceği, niçin ve kimin için üretileceği sorularına cevap arar ve kaynakların tahsisi ile ilgili bileşenlerin geliştirilmesini incelerken bunların fayda maliyet analizini yapan bilim dalı olarak tanımlanmaktadır (Alp, 2016: 2).

3.1.2. Sağlık Ekonomisi Kavramı ve Kapsamı

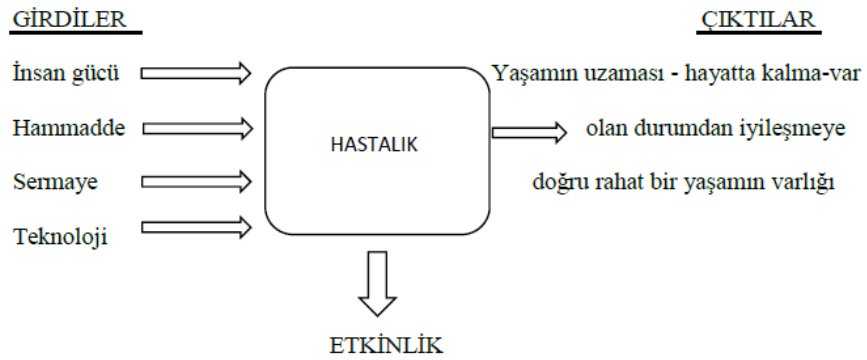
Sağlık ekonomisi, ekonomi biliminin alt disiplini olup sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi, sağlığın çevresel, davranışsal veya tıbbi nedenlerle araştırılmasını ve bunlara önleyici araçlar geliştirilmesi konusunda önerilerde bulunmaktır (Filiz, 2010: 27-28).

Sağlık ekonomisi, sağlık sektöründe kullanılan kaynaklara ait verimliliği sağlayan ve bu kaynakların optimal düzeyde kullanılmasını amaçlayan bir alt disiplindir (Sağlık Yönetim Akademisi, 2020).

Mushkin, sağlık ekonomisini “hastalıklardan korunma, hastalıkların tedavi edilmesi ve sağlıkla ilişkili diğer hizmetlerin, eldeki kısıtlı kaynaklarla doğru bir şekilde kullanılarak sosyal gruplar ve fertler arasında fayda ve maliyetlerinin dağılımını inceleyen ekonominin bir alt dalı” (Kaya, 2019: 3) olarak tanımlarken, Chen ve

Feldman, sağlık ekonomisini, sağlık alanında kaynakların tahsisinin, sağlık çalışmalarının, sağlık bakım sisteminin ve sağlıkta talep ve arzın yönetimi olarak tanımlamaktadır (Dürrü, 2012: 7).

İktisat biliminin bir alt dalı olarak kabul edilen sağlık ekonomisi, sağlık sektörü için ayrılan kaynakların geliştirilmesi ve tahsis edilmesi, verimliliğin maksimum düzeyde olması, hasar ve kayıpların engellenmesi, maliyet-etkinlik ilkelerinin baz alınması ve yeni yüksek teknolojilerin tanımlanmasıyla oldukça dikkat çeken bir alandır. Sağlık ekonomisinde sağlıklı ve uzun yaşamayı ve bu amaç doğrultusunda kaynakların olabildiğince etkin, verimli ve ekonomik bir şekilde kullanılması hedeflenmektedir (Kaya, 2019: 3).

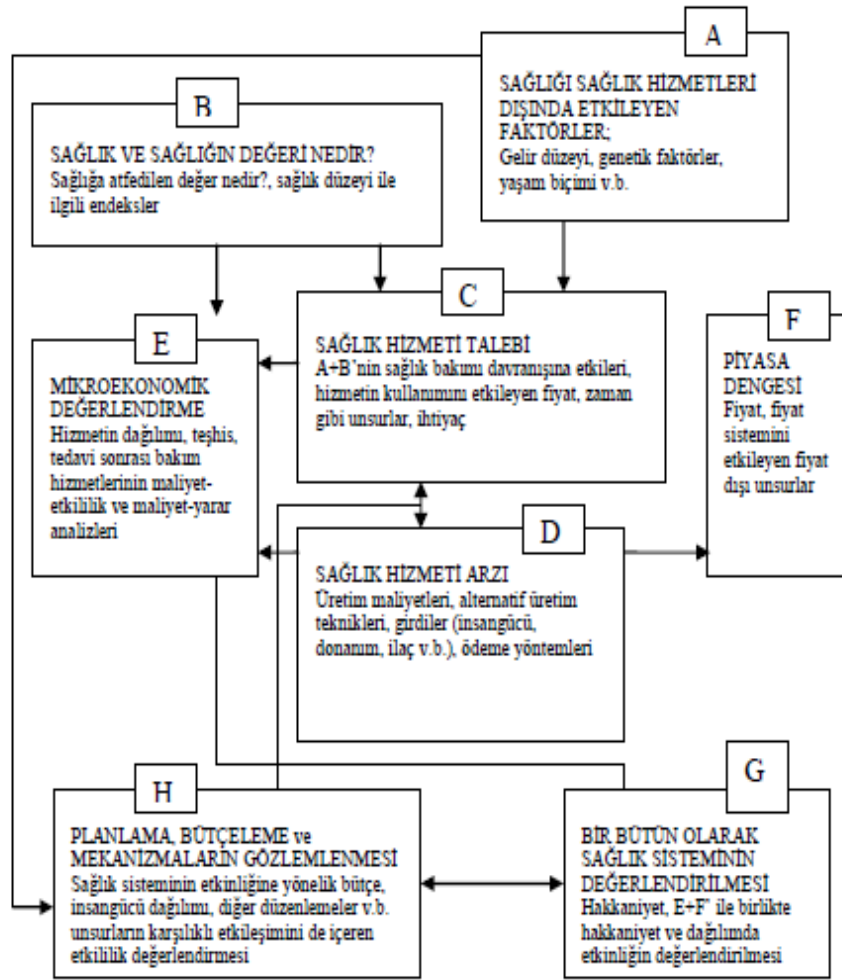


Şekil 13. Sağlık ekonomisinin sihirli kutusu (Kaya, 2019)

Williams'a göre sağlık ekonomisi, ekonomi biliminden farklı ve bağımsız, kendine ait kuralları olan bir disiplin değildir. Ekonomi biliminin sahip olduğu teknikler sağlık alanında da uygulanabilir niteliktedir. Lee ve Mills'de Williams'a benzer yaklaşımlar kullanmışlardır ve onlara göre ekonomik teoriler, teknikler ve kavramlar sağlık alanına uygulanabilir ve sağlık ekonomisinin kesin tanımını vermektedir (Mutlu / Işık, 2012: 16-17).

Birçok alanda olduğu gibi sağlık ekonomisinin de çalışma alanlarının sınırlarını kesin olarak belirlemek olanaksızdır. 1987 yılında sağlık ekonomisini hem kavramsal

yönden anlamak hem de uygulama alanlarını ortaya koyabilmek amacıyla Alan Williams'ın "Sağlık Ekonomisi: Kasvetli Bilimin Neşeli Yüzü?" (*Health Economics: The Cheerful Face of the Dismal Science?*) kitabında yer alan akım tablosu ile bu tanım daha geniş bir çerçevede değerlendirilebilir (Çalışkan, 2008: 32). Williams'ın temelini oluşturduğu bu akım şemasının sistematüğını Maynard geliştirmiştir. Maynard, sağlık ekonomisini ekonomi biliminin bir alt disiplini olarak tanımlamaktadır (Mutlu / Işık, 2012: 20).



Şekil 14. Sağlık ekonomisinin kapsamı (Çalışkan, 2008)

Akım şemasında yer alan ilk dört alan (A, B, C, D) sağlık sektörünün yapı taşlarını oluşturmaktadır. Şemanın içinde bulunan diğer alanlar ise (E, F, G, H) büyük oranda sağlık ekonomisini oluşturan uygulama alanlarıdır (Çalışkan, 2008: 32-33).

A kutusunda yer alan “sağlığı sağlık hizmetleri dışında etkileyen faktörler” fiziki ve beşeri sermaye faktörleridir. Bu faktörler dolaylı olarak sağlık üzerinde etki yaratabilecek gelir düzeyi, yaşam biçimi ve genetik faktörler gibi etkenlerdir. B kutusunda ise henüz gelişimini tamamlamamış sağlık ve sağlığın değerini ölçen konular ve endeksler yer almaktadır. Sağlık ve sağlığın değerinin ne olup ne olmadığı ve bu değer nasıl ölçülebileceğine ilişkin yöntemler geliştirilmiştir. Bu alanda geliştirilen önemli yöntemler *QALY*, *Rosser indeksi*, *Kajandi yaklaşımı* ve *Nottingham sağlık profilidir* (Mutlu / Işık, 2012: 20-22).

C ve D kutularında sağlık sektörünün arz ve talep yapısı incelenmiştir. C kutusunda yer alan sağlık sektörünün talep yönü bir anlamda sağlık ekonomisinin tüketim yönünü de ifade etmektedir. Sağlık ekonomisinin tüketim yönüyle ele alındığında “A ve B kutularının etkilediği sağlık hizmetleri talebine yönelik davranışlar, sağlık hizmetine ulaşmada ortaya çıkan fiyat, zaman, psikolojik faktörler vb. bu kapsamda ele alınmaktadır” (Mutlu / Işık, 2012: 22).

D kutusunda ise sağlık ekonomisinin üretim yapısı açıklanmıştır. Üretim maliyetleri, alternatif üretim teknikleri, üretimde kullanımda olan girdiler arasındaki ikame oranı, sağlık sisteminde yer alan işgücünün tümü, teknik donanımlar ve ilaçlar gibi konular incelenmektedir. E kutusu mikro ekonomik değerlendirmeleri içerir. Hizmetin dağılımı, teşhis, tedavi sonrası bakım hizmetlerinin maliyet-etkililik ve maliyet-yarar analizleri gibi sağlık sisteminin değerlendirilmesi ve optimizasyonun nasıl sağlanacağı konusu üzerinde durulmaktadır. F kutusunda piyasa dengesi üzerinde durulmaktadır. H kutusunda sağlık sisteminin etkinliğine yönelik olarak bütçe, insan gücü dağılımı, normların belirlenmesi ve uygulanması ve bu alanla ilgili yapılan düzenlemeler vb. unsurların karşılıklı etkileşimi yer almaktadır. Son olarak G kutusunda ise bir bütün olarak sağlık sisteminin değerlendirilmesine yer verilmiştir. E ve F kutularının birlikte hakkaniyet çerçevesinde dağılımı ve etkinliği değerlendirilmektedir (Mutlu / Işık, 2012: 23).

3.1.3. Sağlık Ekonomisinin Tarihsel Gelişimi

Sağlık ekonomisinin bir bilim dalı olarak kabul edilmesine ve bugünkü gelişimine baktığımızda bu gelişim son yirmi yılın ürünü olarak ifade edilebilir. Klarman, sağlık ekonomisinin gelişimini hızlandıran etkenleri incelediğinde 1950'lerden sonra temiz su ve iyi beslenmenin önemi, bakım koşullarının düzelmesi, çevre ve sağlık kavramlarının önemi gibi sağlık ile ilgili alanlarda yaşanan süratli gelişmeler ve buna bağlı olarak artan bilinç ve algının yükselmesini öne sürmektedir. Literatürde sağlık ekonomisinin gelişiminin ilk basamağını İkinci Dünya savaşının sonrasında 1950'lerde Amerika Birleşik Devletleri'nde tıp fakültelerinde sağlık ekonomisinin bağımsız bir ders olarak okutulması kabul edilmektedir (Mutlu / Işık, 2012: 25).

Ekonomistlerin sağlık ekonomisine yönelmelerinde; sağlık hizmetlerinde artan finansman önemi, sağlık harcamalarının artması, sağlık sektörünün en çok kaynak tüketen sektör konumunda olması ve sağlık sektörünün gayri safi milli hasıla içindeki payının hızla büyümesi başlıca sebeplerindendir (Dürrü, 2012: 7).

Çoban'a göre sağlık ekonomisinin bilimsel bir disiplin olarak ortaya çıkmasında Kenneth Arrow'un öncülük ettiğini kabul etmektedir. Arrow'a ait olan "*Uncertainty and The Welfare Economics of Medical Care*" isimli çalışması sağlık ekonomisine ait referans kaynaklardan ve dönüm noktalarından birisidir (Çoban, 2009: 8).

Sağlık ekonomisinin gelişim süreci aslında çoğu araştırmacı tarafından da kabul edildiği gibi "*1958'de S.J.Mushkin tarafından ele alınan Toward a Defination of Health Economics başlıklı çalışması ile başlamaktadır*" (Kaya, 2019: 9). Mushkin bu çalışmasında sağlık ekonomisinin ne olduğunu, sağlık alanında kullanılan teknolojinin artması ve artan teknolojiye bağlı olarak sağlık harcamalarında ortaya çıkan maliyetleri, fiyat ve piyasa benzeri terimleri tanımlamaya çalışmıştır (Kaya, 2019: 9).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) 1977 yılında belirlemiş olduğu hedef sağlık ekonomisinin bir alt disiplin olarak kabul edilmesi için önemli bir başlangıç teşkil etmektedir. Bu hedef 2000 yılına kadar dünyadaki herkese sağlık hizmetlerinin sağlanması olarak belirlenmiştir. Hedef doğrultusunda sağlık politikalarına yönelik uygun finansman ve yönetim mekanizmalarının oluşturulması gereği sağlık ekonomisine yönelik uygulamalarının önemi arttırmıştır (Dürrü, 2012: 7).

Sağlık ekonomisinin İngiltere’de başlangıcı 1950 yılından sonra sağlık ekonomisindeki incelemeleri ile tanınan Feldstein’in ziyaretinden sonra başlamaktadır. Sağlık alanında meydana gelen gelişmeler ise 1962 yılından itibaren elde edilebilmiştir. İngiltere’de sağlık ekonomisi henüz bebeklik dönemini yaşarken 1962 yılında kurulan sağlık ekonomisi ofisi ile bu konu hakkındaki tartışmalar daha politik yönde ilerlemektedir. Feldstein İngiltere’yi ziyaret ettiğinde çeşitli hastaneleri gezerek yatak sayılarının çok fazla ve hastaların hastanede kalma sürelerinin daha fazla olduğunu tespit etmiştir. Bununla birlikte tedavi sonucuna daha az önem verildiği de saptanmıştır. İngiltere’de bugünkü modern anlamda sağlık ekonomisi 1970’li yıllarda ortaya çıkmaya başlamış ve 1980’li yıllarda ise sağlık ekonomisinde yaşanan gelişmeler artık politik söylemlerden uzaklaşıp daha ekonomik alanlara yönelmiştir. 1984 yılında *İngiltere Sağlık Ekonomisi İnceleme Grubu (Health Economics Survey Group/ HESG)* kurulmuştur ve bünyesinde 154 sağlık ekonomisti istihdam edilmiştir (Mutlu / Işık, 2012: 34-35-36).

Günümüzde İngiltere’de *York Üniversitesinde Sağlık Ekonomisi Araştırma Merkezi* bulunmaktadır. Sağlık ekonomisi alanında yapılan çalışmalara York Üniversitesi öncülük etmekte ve üniversite bünyesinde çalışan araştırmacılara yönelik destekler sağlamaktadır (Mutlu / Işık, 2012: 36).

Amerika Birleşik Devletleri’nde sağlık ekonomisinin gelişimi, 1960’lı yıllara gelindiğinde sayısal ekonomik tekniklerin modernleşmesi sağlık ekonomisine de uyarlanma başlamıştır. Sağlık ekonomisi alanında yayınlanan önemli dergilerin büyük bölümü ABD merkezlidir. Bu dergilerde yer alan araştırmalar sağlık hizmetlerinde fiyat ve gelir değişikliğine bağlı talep esnekliği, hizmetlere

erişebilirlik, hastane ve doktor davranışlarının incelenmesi ve maliyet üzerine yoğunlaşan çalışmalar olarak yayımlanmıştır (Tıraş, 2013: 136).

Sonuç olarak baktığımızda sağlık ekonomisi ile alakalı birçok ülkede ciddi anlamda gelişmeler kaydedilmektedir. Bütün ülkelerde ilerleme dereceleri farklı da olsa özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık ekonomisi literatürü oldukça geniş bir hal almıştır. Sağlık ekonomisinin ekonominin bir alt disiplini olarak kabul edilmesinde “*Culyer, Wiseman, Klarman, Griffiths, Maynard, Williams, Prescott, Wagstaff, Fuchs, Mills, Fein, Cumper vb.*” (Mutlu / Işık, 2012: 42) bilim insanları öncülük etmiştir. Günümüzde ise sağlık ekonomisinin temsilcisi olarak “*Gavin, Cohen, Folland, Goodman, Stano, Getzen, Cullis, West, Pauly, Henderson ve Zweifel*” (Mutlu / Işık, 2012: 42) gibi isimler örnek verilebilir.

3.2. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Sağlık sektörü tarafından gerçekleştirilen faaliyetlerin tümü sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. Bireyleri ve toplumları tedavi etmek, hastalıklardan korumak ve rehabilite etmek amacıyla yapılan tüm hizmetler sağlık hizmetleri kapsamındadır. Bu hizmetlerin amacı toplumu tümünden etkileyebilecek hastalıklardan ve olumsuzluklardan korumak ve daha sağlıklı bir toplum elde etmektir. Sağlık hizmetlerini diğer hizmetlerden ayıran bazı önemli farklılıklar bulunmaktadır. İnsan sağlığı konusu kişilerin en değerli varlığı olup tedavi sırasında oluşabilecek hataların geri dönüşü olmayan bir hizmettir. Sağlık sektöründe sunulan hizmetler %100 güvenilirliğe ve yüksek kaliteye sahip olması gerekmektedir (Akyol Aktürk, 2010: 4).

Hastalıkların azaltılması ve hayat kalitesinin yükseltilmesi için üç tür hizmet sunulmaktadır. Bu hizmetlerden ilki tedavi edici hizmetler, ikincisi koruyucu hizmetler ve sonuncusu da rehabilite edici hizmetlerdir (Mutlu / Işık, 2012: 40).

3.2.1. Kamusal ve Dışsal Özellik

Kamusal mal ve hizmetler kavramı, tüketiminde rekabet olmayan ve tüketiminde kimsenin dışlanamadığı mallardır. Tüketiminde rekabet olmayan kamusal mallarda bir bireyin mal tüketimi başka bir bireyin o malı tüketmesini azaltmamaktadır. Kamusal malların tüketiminde dışlanamazlık özelliği ise o malın kullanımında kimse fiilen mahrum edilemez (Göker, 2008).

Tam kamusal mallar, yarı kamusal mallar ve bazı özel mallar ve hizmetler genel bütçe ile sunulan ve vergilerle finanse edilen hizmetleri kapsamaktadır. Tam kamusal mallara örnek olarak; savunma, güvenlik, adalet, yarı kamusal mallara örnek; eğitim ve sağlık, bazı özel mallara örnek olarak; kamu ekonomik kuruluşları, demir-çelik, su, elektrik ve doğalgaz gibi hizmetler örnek verilebilir (Mutlu / Işık, 2012: 46).

Sağlık hizmetleri genel itibariyle yarı kamusal mallar sınıflandırılmasının içerisine dahil olmaktadır. Bu tür malların tüketimi sonucunda sadece kişiye özel fayda değil topluma da dışsal fayda şeklinde fayda sağlamaktadır. Bu tür hizmetler ve mallar pazarlanabilme ve bölünebilme özelliklerine sahiptirler. Bu mal ve hizmetlerin bedelini ödeyemeyen kişiler hizmetin özel faydasından dışlanamazlar. Yarı kamusal malların fiyatlandırılabilme ve bölünebilme özellikleri özel mallara benzerken, sosyal fayda sağlamaları ve birlikte tüketim imkânı vermeleri nedeniyle kamusal mal özellikleri de taşırlar. Koruyucu veya önleyici sağlık hizmetleri tam kamusal mallar içerisinde yer alırken, tedavi edici hizmetler yarı kamusal mal niteliği taşımaktadır. Tam kamusal mallar dışlanamaz, fiyatlanamaz ve pazarlanamaz (Gediz Oral, 2014: 80).

Dışsallık, “gerçek veya tüzel kişilerin üretim veya tüketiminden diğer kişi veya kuruluşların fayda ve maliyetlerinin olumlu veya olumsuz etkilenmesidir” (Kesbiç, Baldemir / İnci, 2010: 125).

Dışsallık kavramı bir bireyin üretim veya tüketim faaliyeti sonucunda başka bireylerin veya toplumun refah düzeyindeki olumlu veya olumsuz etkisidir. Dışsallık kavramı ile ilgili en bilindik örnek bir fabrikanın atıklarını nehre boşaltması sebebiyle o nehirden geçim sağlayan balıkçıların katlanmak zorunda oldukları negatif dışsallıktır. Sağlık hizmetlerinde bulaşıcı hastalıkların önlenmesine yönelik olarak gerçekleştirilen faaliyetler ve bunun sonucunda oluşan başarı dışsallık örneklerinden birisidir (Mutlu / Işık, 2012: 49). Günümüzde Covid -19 virüsü sebebi ile devletlerin aşı bulma çabaları ve geliştirilen aşılardan sonra tüm toplumu aşılama yaparak virüsten koruma pozitif dışsallıktır. Bireylere özel fayda sağlarken bireyin aşı olarak toplum için hastalık riskini düşürmesi topluma da pozitif dışsallık olarak yansımaktadır.

3.2.2. Yararlı (Erdemli) Mallar

Tanımı ilk kez Richard Musgrave tarafından tanımlanan yararlı (erdemli/merit) mal kavramı, “*kişilere sağladığı özel faydanın yanında sosyal faydası da oldukça yüksek olan mal ve hizmetlerdir*” (Zülfüoğlu / Yılmaz Soydan, 2019: 279). Erdemli mal ve hizmetlerde sosyal devlet anlayışı ön plana çıkmaktadır. Devletin, toplumu oluşturan düşük gelirli kişilere ve bakıma muhtaç bireylere yönelik olarak sunduğu mal ve hizmetler erdemli mallar içinde değerlendirilmektedir (Zülfüoğlu / Yılmaz Soydan, 2019: 279).

Erdemli malların tüketiminden elde edilecek faydadan habersiz olan bireyler sebebi ile devlet bu malların kullanımını zorunlu kılar veya teşvik edebilir. Erdemli mallar ve pozitif dışsallıklar piyasa başarısızlığına sebep olmaktadır. Pozitif dışsallıklar üretim maliyetlerinin değerlendirilememesine neden olurken erdemli mallar eksik tüketime neden olmaktadır. Eksik tüketime örnek olarak; bireylerin koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanırken bilgi eksikliği sebebi ile faydalarını tam değerlendirememeleri erdemli mallar için bir örnektir. Koruyucu sağlık hizmetleri gibi hizmetler erdemli mallar kapsamına girmekte ve rekabetçi piyasa koşullarında etkinlik sağlayamamaktadır ve bu sebeple piyasa aksaklıkları yaşanmaktadır. Bu

aksaklıklara devletin müdahale araçları kullanımını uygulanmaktadır (Mutlu / Işık, 2012: 52).

3.2.3. Devlet Müdahaleleri

Devlet veya devlete ait kurumlar piyasalara piyasalarda bulunan çoğu aktörün istememesine rağmen zorla müdahale edebilmektedirler. Devletler sağlık piyasalarına; yeterlilik belgeleri, diplomalar ile müdahale etmenin yanı sıra sağlık harcamalarını finanse etmek amacıyla sigorta sistemleri kurabilir, mevcuttaki sigorta sistemlerine finansal yardımlar yapma yoluyla müdahaleler gerçekleştirebilir. Devletler aynı zamanda hastaneler, doktorlar, bakım evleri gibi birimlerin ekonomik davranışları üzerinden müdahaleler gerçekleştirebilir. Bu müdahalelere örnek olarak doğumda meydana gelen bebek sakatlıklarının önlenmesi, asker ailelerine ve çocuklara belirli bir yaşa kadar sağlık hizmetlerinin bedava sunulması örnek verilebilir (Duyuk, 2015: 15).

3.2.4. Asimetrik Bilgi ve Belirsizlik Altında Seçim

Neo-klasik iktisat ekonomik birimlerin mal ve hizmetler hakkında tam bilgiye sahip olduğunu varsaymaktadır. Bu varsayım bütün ekonomik birimlerin simetrik bilgiye sahip olduğunu ve bilgiye ulaşmanın maliyetsiz olduğunu ifade etmektedir. Fakat gerçek hayatta bu anlamda bilgi tam değildir ve bilgiye ulaşmanın bir maliyeti olacaktır. Ayrıca ekonomik birimler arasında bilgi düzeyi farklıdır. Ekonomik birimler arasındaki bu bilgi farklılığı asimetrik bilgi olarak tanımlanmaktadır (Çalışkan, 2008: 41-42). Sağlık sektörünün önemli özelliklerden birisi olan asimetrik bilgi diğer sektörlerle mukayese edildiğinde çok daha geniş boyutlara ulaşmaktadır.

Sağlık hizmetlerinde üretici (doktor) ve tüketici (hasta) arasında asimetrik bilgi durumu gerçekleşebilmektedir. Doktorlar hastalara göre daha fazla bilgi sahibidirler ve profesyonel görev, etik, mesleki sorumluluk kaygısı ile hareket ederken asimetrik bilgi çelişkisi doktorları farklı tercihler yapmaya yöneltebilir. Sağlık hizmetlerinde

asimetrik bilgilendirme geliyorsa esas olarak tüketici (hasta) aleyhine bir durum olmaktadır (Mutlu / Işık, 2012: 56).



Şekil 15. Doktor ve hasta arasındaki bilgi ilişkisi ve asimetrik bilgi (Çalışkan, 2008)

Şekil 15’de Smith tarafından oluşturulan tanımlamaya göre doktor ve hasta arasındaki bilgi düzey farklılıklarının asimetrik bilgi düzeyini de etkilediği görülmektedir (Çalışkan, 2008, s. 43).

Asimetrik bilgilendirmenin başka bir boyutu ise tüketicilerin inisiyatifini ortadan kaldıran hastanede yatış süresi, verilmesi gereken ilaçlar ve kullanım süresi gibi konulardır. Bu konularda sağlık hizmeti verenler bilgi sahibidir ve bireyler bu hizmetin boyutuyla alakalı pazarlık yapamaz, tartışamaz ve deneme şansı da bulunmamaktadır (Duyuk, 2015: 17).

Sağlık hizmetlerinde belirsizlik kavramı, hasta (tüketici) ve hastalıkla başlar fakat nerede ve ne şekilde biteceğinin belli olmamasıdır. Sağlık hizmetlerinin her alanında belirsizlik kavramını görmek mümkündür. Lancaster’in literatüre kazandırmış olduğu, Arrow’un ise üzerinde durduğu belirsizlik kavramında hasta ve doktor ilişkisinde asimetrik bilgi vardır. Hastanın bilgisi çok azdır ve kararlar üzerindeki asıl belirleyici doktordur. Hasta doktora gitmeye karar verir fakat sağlık hizmetlerini ne kadar ne süre ve ne kapsamda tüketeceğini doktor belirlemektedir (Mutlu / Işık, 2012: 54).

3.2.5. Hastalık Riskinin ve Tüketimin Önceden Belirlenememesi

Sağlık hizmetlerinde tüketim genellikle tesadüfi bir şekilde oluşmaktadır. Planlı sağlık turizmi dışında sağlık hizmetlerinin nerede ne zaman ne kadar ve kimlerce sağlanacağı belirlenememektedir. Aynı zamanda sağlık hizmetleri piyasasında arz edilecek hizmetlerin miktarının da belirlenmesi zordur. Sağlık piyasalarında sağlık turizmi, doğum vb. hizmetler dışında çoğunlukla hastalıklar ve risklerin önceden saptanması mümkün olmamaktadır ancak ekonominin diğer sektörlerinde arz ve talep dengesi tahmin edilebilmesi ve bu doğrultuda bütçe hazırlanabilmesi mümkündür (Mutlu / Işık, 2012: 58).

3.2.6. Sağlık Malının Yetersiz Tüketiminin Topluma Etkisi

Sağlık hizmetlerinde bir hizmetin eksik veya yetersiz sunumun veya yetersiz tüketimi durumunun hem bireyi hem de toplumu etkileyen bir gücü vardır. Sağlık hizmetleri kamusal ve dışsal özellikleri nedeniyle yeterince sunulamaz veya tüketilemez ise toplumun tümü zarar görmektedir (Duyuk, 2015: 18).

3.3. Sağlık Piyasalarının Özellikleri

Sağlık piyasaları, sağlık sektörünü diğer sektörlerden ayıran ev sağlık hizmetlerinin özelliklerinden kaynaklanan bazı niteliklere sahiptir. Satıcıların azlığı, sağlık piyasalarına giriş sınırlandırılmaları, arz ve talep arasında yaşanan dengesizlikler, bilginin maliyeti ve monopolleşme ve satıcılar arasında anlaşmalar sağlık piyasalarının özelliklerini oluşturmaktadır (Mutlu / Işık, 2012: 59).

3.3.1. Satıcıların Azlığı

Sağlık piyasalarında üretim faktörleri diğer piyasalar ile mukayese edildiğinde nicelik olarak az kalmaktadır (Mutlu / Işık, 2012: 59).

Tam rekabet piyasalarında çok sayıda alıcı ve çok sayıda satıcı bulunurken sağlıkta bu durum mevcut değildir. Sağlık piyasaları niteliği gereği eksik rekabet koşullarına sahiptir. Talep çoktur ancak arz sınırlı ve hizmet sunucularının hakimiyeti mevcuttur (Akdağ, 2012: 53).

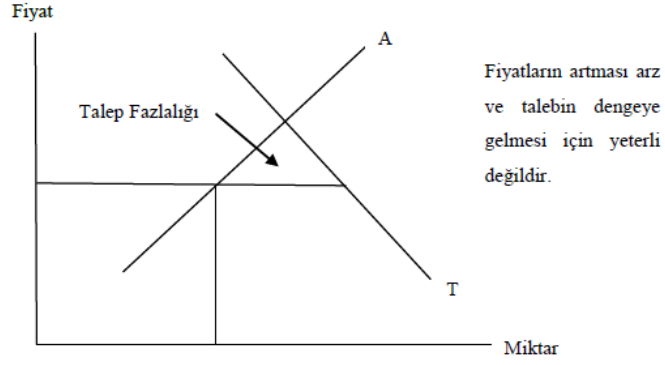
3.3.2. Piyasalara Giriş Sınırlandırmaları

Sağlık hizmetleri sunumunda uzmanlık ve profesyonellik gerektirmesi sebebi ile yetkili kurumlar tarafından piyasaya girişte sınırlandırmalar getirilmektedir. Bu sınırlandırmaların temel sebebi “ikamesi olmayan, fiyatlandırılmayan, alıcılar adına bilgi asimetrisinin bulunduğu sağlık hizmetlerinin denetim ve kontrol altında yürütülmesini sağlamaktır” (Akdağ, 2012: 53). Sağlık piyasalarında eksik rekabet durumu geçerlidir.

Giriş sınırlamalarına piyasanın arz kısmında yer alan doktorlar ile ilgili yapılan müdahaleler örnek olarak verilebilir. Bu sınırlamalar ilgili bakanlıklar veya bağlı kurum ve kuruluşlar tarafından oluşturulabilir ya da meslek örgütleri benzeri kurumlar tarafından da konulabilmektedir. Diğer piyasalarda olduğu gibi reklam faaliyetleri, fiyat politikalarına bağlı rekabet, müşteri çalma faaliyetleri sağlık sektöründe çok mümkün değildir (Akdağ, 2012: 53).

3.3.3. Arz- Talep Arasında Yaşanan Dengesizlik

Sağlık piyasalarının önemli bir özelliği fiyatların denge noktalarında ulaşmasında yaşanan başarısızlıktır. Denge noktası arz ve talep edilen miktarların eşit düzeyde ve aynı noktada olmasıdır. Sağlık piyasalarında yaşanan arz ve talep dengesizliği talep veya arzın genişlemesi nedeniyle oluşmaktadır (Mutlu / Işık, 2012: 62).



Şekil 16. Arz ve talep arasında dengesizlik (Mutlu / Işık, 2012)

3.3.4. Bilgi Maliyetleri

Yüksek bilgi maliyetleri sağlık piyasalarının en önemli özelliklerinden birisidir ve rekabetçi bir piyasada karar alma sürecinde ihtiyaç duyulan bilgiler üreticiler tarafından bilinmelidir. Örneğin hasta ve doktor ilişkisinde hastanın ihtiyaçlarının en doğru belirlenebilmesi ve karşılanabilmesi için doktorun hasta hakkında bilgi sahibi olması gereklidir. Sağlık piyasalarının önemli bir bölümünde bilgi eksikliği nedeni ile piyasa fonksiyonları etkin ve verimli çalışmamaktadır (Mutlu / Işık, 2012: 64-65).

3.3.5. Monopolleşme

Monopol, ikamesi güç olan bir malın üretim veya satışının piyasada tek bir üretici ya da firma tarafından yapılması yani tek bir firmanın kontrolü altında olmasıdır. Bu kontrolcü firmanın tüm arzı kontrol etme gücü bazı nedenlerden dolayı kaynaklanmaktadır. Bunlar; doğal nedenler, akdi nedenler, fiili nedenler ve yasal nedenlerdir (Akdağ, 2012: 55).

- Doğal Nedenler: Bir firmanın ülkedeki tüm kaynağa sahip olması sonucu üretim ve satışını elinde bulundurması ve monopol gücüne sahip olmasıdır.

- Akdi Nedenler: Piyasada aynı malı üreten farklı firmalar rekabet ortamını ortadan kaldırmak için ortak hareket edebilirler. Bunlar kartel ve tröst şeklinde oluşur.
- Fiili Nedenler: Diğer adı ölçek ekonomileridir. Üretimde ölçek büyüdükçe parça başına maliyet azalmaktadır. Üretim ölçeğinin çok büyük olduğu piyasalarda zamanla tek firma piyasanın kontrolcüsü olarak monopolleşir.
- Yasal Nedenler: Bazı yasalar bir malın tek bir üretici veya satıcısı olma hakkını bir firmaya verebilir. Bazı içki ve sigara satışının sadece Tekel Genel Müdürlüğüne verilmesi ya da hizmetin en iyi şekilde karşılanabilmesi amacıyla Devlet Demir Yolları gibi kurumlara işletme hakkının verilmesi yasal monopollere örnektir (Akdağ, 2012: 55-56).

Monopol piyasalar sağlık alanında daha çok uygulama alanı olan piyasa türüdür.

3.3.6. Satıcılar Arasında Anlaşma

Sağlık piyasalarında üretim yapan satıcılar arasında anlaşma koşulları da oluşabilmektedir. Aynı piyasada sağlık hizmeti sunan farklı satıcıların anlaşarak tekeli bir eğilime girmeleri ise tüketici ve toplum açısından dezavantaj oluşturmaktadır (Mutlu / Işık, 2012: 67).

Bu anlaşmaların kâr amacı gütmeyen kuruluşlarca yapılmasında bir sakınca bulunmamasının yanı sıra daha çok kamu yarar gözetilmektedir. Kamu kesiminin müdahale etmesi ile de sağlık piyasalarında tüketicilerin lehine bir düzen oluşturulabilir (Akdağ, 2012: 56).

3.4. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri bireylerin ve toplumun sağlık düzeyini yükseltme, geliştirme ve iyilik halinin devamını sürdürebilme amacıyla koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici hizmetler şeklinde üç şekilde hizmet sunmaktadır.

Tablo 32. Sağlık Hizmetlerinin Sınıflandırılması

<i>Koruyucu Sağlık Hizmetleri</i>	<i>Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri</i>	<i>Rehabilitasyon Edici Sağlık Hizmetleri</i>
<ul style="list-style-type: none">• Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	<ul style="list-style-type: none">• Ayakta Sunulan Tedavi Hizmetleri	<ul style="list-style-type: none">• Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri
<ul style="list-style-type: none">• Bireye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri	<ul style="list-style-type: none">• Yataklı Tedavi Hizmetleri	<ul style="list-style-type: none">• Sosyal (Mesleki) Rehabilitasyon

3.4.1. Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Koruyucu sağlık hizmetleri, sağlıklı bireylere sunulan ve gelecekte yaşanacak muhtemel sakatlık ve hastalık riskinin azaltılması veya engellenmesi, hastalık durumu ortaya çıkmadan teşhisin konulup tedavinin erken dönemde başlanması amacıyla hastalık öncesi sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (Çoban, 2009: 16).

Gezici Sağlık Hizmetlerinin Yürütülmesi Hakkındaki Yönerge koruyucu sağlık hizmetlerini; “Kişileri hastalanmaktan, yaralanmaktan, sakat kalmaktan ve erken ölümden korumak amacıyla verilen sağlık hizmetleridir” (Ünsal, 2016: 15) şeklinde tanımlamaktadır.

Koruyucu sağlık hizmetleri kendi içerisinde kişiye yönelik ve çevreye yönelik koruyucu hizmetler olarak ikiye ayrılmaktadır.

- *Çevreye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri:* Kişilerin sağlıklı olabilmeleri ve sağlıklı olma haline devam edebilmeleri için sağlıklı bir ortam içinde yaşamaları gerekmektedir. Sağlık açısından elverişsiz ortamda yaşayan bireylerin hastalıklara yakalanma riskleri de artacaktır. Hastalıklara karşı direnci arttırmak için aşılama, sağlıklı beslenme, zararlı gıdaların tüketiminin engellenmesi, temiz hava ve içme suyunun kullanılması, çevre sağlığı kapsamında atıkların toplanması, artıma işlemlerinin standartlara uygun bir şekilde yapılması, kanalizasyon hizmetleri, iş sağlığı ve güvenliği, gürültü kontrolü gibi hizmetler çevreye yönelik koruyucu

sağlık hizmetleri kapsamında verilen hizmetlerdir. Bu tür sağlık hizmetleri dışsallıklar içermektedir (Akdağ, 2012: 17).

- *Kişiyeye Yönelik Koruyucu Sağlık Hizmetleri:* Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri, koruyucu sağlık hizmetlerinin daha dar kapsamda incelenmesinin ortaya koymuş olduğu bir sonuçtur (Çoban, 2009: 17).

3.4.2. Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri

Bireylerde hastalık durumunun ortaya çıkması durumunda kişiyeye verilen sağlık hizmetleridir. Hastalık sebebi ile kişilerin refah seviyelerinde yaşanan azalışlar, hastalığın bulaşıcı olması sonucunda çevresine yayma riski ve kişilerin gelir seviyesinde hastalık sebebi ile yaşanan düşüş tedavi edici sağlık hizmetlerini daha da önemli kılmaktadır. Tedavi edici sağlık hizmetleri hastalıkların sebep olduğu negatif dışsallıkların önlenmesi açısından topluma pozitif dışsallık olarak yansımaktadır (Çoban, 2009: 17-18).

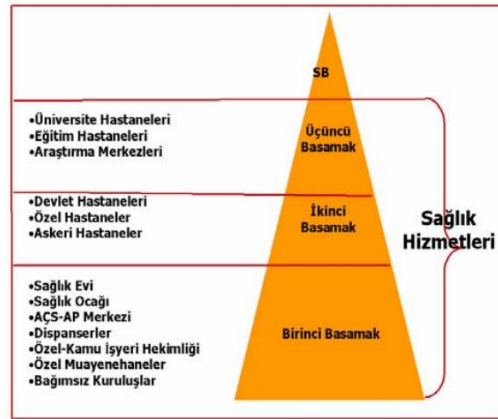
Tedavi edici sağlık hizmetlerinde bir bireyin tedavi edilmesi, hastalığın veya rahatsızlığın en hızlı ve etkin biçimde tespitinin yapılması en doğru müdahale ile bertaraf edilmesidir. Hastalığın önlenmesine yönelik uygulanan girişimlerin yanı sıra teşhis aşamasında yapılan her türlü tetkik ve muayene işlemleri de tedavi edici sağlık hizmetleri kapsamına dahil olmaktadır (Ünsal, 2016: 17).

Tedavi edici sağlık hizmetleri ayakta tedavi ve yataklı tedavi hizmetleri şeklinde ikiye ayrılmaktadır.

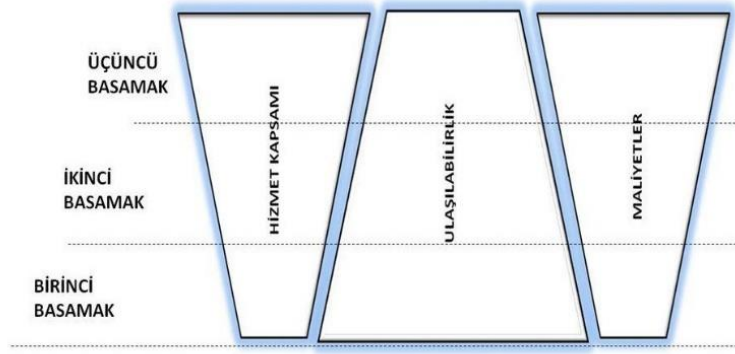
- *Ayakta Tedavi Hizmetleri:* Hastaların evde veya ayakta fiziki muayene ve tedavilerinin yapıldığı tedavi hizmet türüdür. Bu hizmetler birinci basamak tedavi hizmetleri olarak da adlandırılmaktadır. Birinci basamak sağlık kuruluşları arasında sağlık ocakları, poliklinikler, aile planlama merkezleri, aile hekimlikleri ve toplum sağlığı merkezleri yer almaktadır.

- *Yataklı Tedavi Hizmetleri:* Hastaların teşhis, tedavi süreçlerinin yataklı tedavi hizmeti sunan sağlık kurumlarında devam ettiği hizmet türüdür. Bu sağlık kurumları birkaç uzman hekimin bulunduğu sınırlı kapasiteye sahip küçük boyutlu hastaneler olabileceği gibi çok sayıda uzman sağlık personeli ve hekimin bulunduğu, yüksek teknolojiye sahip ileri tedavi ve teşhis imkanlarına sahip tam teşekküllü hastaneler de olabilmektedir. Yataklı tedavi hizmeti sunan sağlık kurumları ikinci basamak sağlık hizmetleri olarak sınıflandırılırken, belirli tıp dallarında uzmanlaşan, ileri teknolojiye sahip özel dal hastaneleri ise üçüncü basamak sağlık hizmetleri olarak sınıflandırılmaktadır (Çoban, 2009: 18).

İkinci basamak sağlık hizmetlerinde tedavi edilen hastalar birinci basamak sağlık kuruluşlarında tedavisi olmayan derece daha ciddi ve acil durumları içeren tedaviye yönelik hizmetler sunan sağlık kurumlarıdır. Devlet hastaneleri, özel hastaneler ve askeri hastaneler bu gruptadır. Üçüncü basamak sağlık hizmetleri ise kalp, diş, onkoloji, göz gibi özel dal hastaneleri, üniversite hastaneleri, eğitim araştırma hastaneleridir (Ünsal, 2016: 22).



Şekil 17. Sağlık hizmet basamakları (Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, 2004)



Şekil 18. Sağlık hizmetleri basamaklarının karşılaştırması (Ünsal, 2016)

3.4.3. Rehabilite Edici Tedavi Hizmetleri

Rehabilitasyon, bedensel veya ruhsal açıdan sakatlık yaşayan ve tamamen tedavi edilemeyecek kişilerin bir başkasına bağımlı olarak yaşamamalarını sağlayabilecek tüm çalışmalardır (Çoban, 2009: 18.) Bireylerin sağlık durumunun bozulmasına sebep olan yaralanma, sakatlık, hastalık gibi olayların tamamen tedavi edilemeyeceği durumlarda bu duruma maruz kalan kişilere yönelik kaybettikleri fiziksel veya zihinsel becerilerini yeniden kazandırma ve kimseye bağımlı olmadan yaşayabilmeleri sağlamak amacıyla rehabilitasyon hizmetlerine ihtiyaç duyulmaktadır (Ünsal, 2016: 24). Rehabilitasyon hizmetlerinin asıl amacı bireyleri topluma yeniden kazandırmak ve sosyal, kültürel, ekonomik açıdan iyileştirmektir.

Rehabilitasyon hizmetlerinin sonuçları uzun dönemde ortaya çıkan zorlu bir süreçtir. Rehabilitasyon hizmetleri kendi içerisinde tıbbi rehabilitasyon hizmetleri ve sosyal/mesleki rehabilitasyon hizmetleri olarak ikiye ayrılmaktadır.

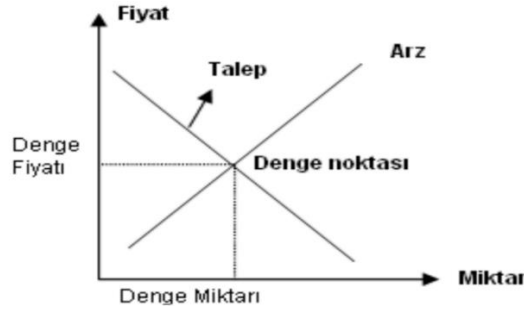
- *Tıbbi Rehabilitasyon Hizmetleri:* Doğuştan veya sonradan geçirilen bir kaza nedeniyle uzuvlarının, organlarının bir kısmını kaybeden insanların, diğer insanlara olan bağımlılıklarını azaltmak amacıyla uygulanan protez, fizik tedavi, işitme cihazları vb. tıbbi hizmetlerdir. Tıbbi rehabilitasyon hizmetlerinin amacı

bireylerin kaybettikleri fonksiyonların yeniden kazandırılmasıdır (Ünsal, 2016: 25).

- *Sosyal (Mesleki) Rehabilitasyon Hizmetleri:* Bireylerin fiziksel sakatlık veya ruhsal hastalık durumunu kabul etmesi ve bu duruma uyum sağlayabilmesi amacıyla her türlü psikolojik destek, eğitim, sosyal-kültürel faaliyetlere yönlendirme, istihdam sağlama gibi uygulamaları kapsamaktadır. Bu kişilerin toplumdan dışlanmama, soyutlanmama ve toplum yaşamı uyum sağlayabilmeleri amaçlanmaktadır (Çoban, 2009: 19).

3.5. Sağlık Hizmetlerinde Arz ve Talep Analizi

Bir malın fiyatı piyasada o malı satmak isteyenler ile satın almak isteyenlerin karşı karşıya gelmesi ile oluşmaktadır. Başka bir ifade ile o malı arz edenler ile talep edenlerin karşılaşması ile oluşur. Piyasada arz ve talep edilen miktarlar birbirine eşit ve aynı noktada ise piyasada denge noktasına ulaşmıştır. Arz ve talep edilen miktarları birbirine eşit kılan fiyat denge fiyatı yani piyasa fiyatıdır. Bu fiyat arz ve talep eğrilerinin kesişim noktalarına denk gelmektedir (Filiz, 2010: 33).



Şekil 19. Arz talep dengesi

Sağlık piyasalarında fiyatların denge noktalarına ulaşmada başarısızlığı söz konusudur. Sağlık piyasalarında arz veya talebin genişlemesi sebebi ile ortaya dengesizlik çıkmaktadır.

3.5.1. Sağlık Hizmetlerinde Talep Analizi

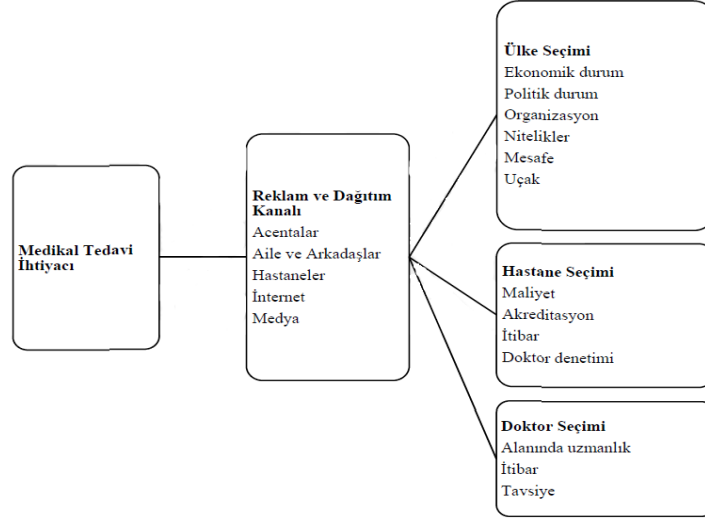
Literatürde talep satın alma gücü ile desteklenen bir isteğe denir. Bir isteğin talep olarak nitelendirilebilmesi için satın alma gücü ile desteklenmesi gerekmektedir (Mutlu / Işık, 2012: 69). Satın alma gücü talebi belirleyen en temel faktördür.

Sağlık hizmetleri piyasalarında talep yapısı normal piyasalara göre daha az düzenli ve kesiklidir. Sağlık piyasaları öngörülemez ve hesaplayamayacak niteliktedir yani belirsizdir. İnsanların sağlık hizmeti alma talebi ancak hasta olduklarında ortaya çıkar. Gelir durumu sağlığa ulaşmada belirleyici bir güvence değildir. Hastalığın ne zaman ve ne derece geleceği önceden kestirilemeyeceği için hastalık sadece riskli bir durum olarak kalmaz aynı zamanda maliyetli bir risk oluşturur (Taşkın, 2012: 72).

Bazı ülkelerde sağlık hizmetlerinin fiyatları piyasa kuralları içinde belirlenir ve fiyat ve talep arasındaki ilişki güçlü bir ilişki olduğu ileri sürülmektedir ancak Mutlu ve Işık'a göre fiyatların yüksek tutulması, devlet müdahaleleri ve ödeme gücünün az olması gibi sebepler bağıllığı azaltan nedenlerdir. Sağlık hizmetleri talebinde fiyat etkisinin zayıf olmasına rağmen gelirin etkisi daha güçlüdür. Düşük gelirden gelir esnekliği fiyat esnekliğinden daha fazladır. Gelirin artışı sağlık hizmetlerinin tüketiminde belirli bir noktaya kadar tüketimi artırır ancak doyum noktasına ulaştıktan sonra esneklik azalmaya başlar. Belirli bir noktadan sonra gelir artsa da tüketimde büyük bir değişiklik olmaz (Mutlu / Işık, 2012: 75).

Sağlık piyasalarında talebi etkileyen fiyat ve gelir dışında cinsiyet, yaş, eğitim durumu, tüketim tercihleri, sağlık hizmetinin finansman yöntemi, sağlık personellerinin tavır ve tutumları, sağlık kuruluşlarının fiziksel imkanları, tüketicinin zevkleri, tercihleri ve beklentileri, hastalığın riskleri, sigorta, diğer mal ve hizmetlerin fiyatı gibi faktörlerdir.

Medikal turizmde talep analizini inceleyecek olursak literatürde bu konuya ilişkin detaylı analizi Deniz (2016) gerçekleştirmiştir (Deniz, 2016).



Şekil 20. Medikal turizmde talep (Deniz, 2016)

3.5.2. Sağlık Hizmetlerinde Arz Analizi

Arz, bir üreticinin belirli bir dönem içinde satmak amacıyla ürettiği mal ve hizmetlerdir. Başka bir ifade ile diğer şartlar sabit iken (ceteris paribus) üreticilerin veya satıcıların çeşitli fiyatlardan satmak istedikleri mal ve hizmet miktarına arz denilmektedir (Taşkın, 2012: 70).

Bir firmanın belirli bir dönem içerisinde üreteceği mal ve hizmetlerin miktarını; malın fiyatı, üretim faktörlerinin fiyatı, teknolojik gelişmeler, diğer mal ve hizmetlerin fiyatı, beklentiler, piyasanın özellikleri, vergi ve sübvansiyonlar, devletin kısıtlamaları ve müdahaleleri, piyasadaki cari faiz miktarı etkilemektedir. Bu faktörlerden bir veya birkaçı değiştiği takdirde firmanın arz edeceği (sunacağı) mal ve hizmet miktarı da değişmektedir (Mutlu / Işık, 2012: 95).

Sağlık hizmetlerinin arzı ise diğer mal ve hizmetlerin özelliklerinden farklıdır. Sağlık hizmetlerinin ikame edilemez olması, eksik rekabet ve monopolleşme eğiliminde bulunması gibi sebepler sağlık hizmetleri arzını en düşük gelir diliminden en yüksek gelir diliminde olan bütün bireylere sunmaktadır. Hitap ettiği kitlenin geniş

olmasının yanı sıra sağlık hizmetleri tedavi edici, koruyucu ve rehabilite edici hizmetler olarak bütunleşik biçimde arz edilmektedir (Çoban, 2009: 42).

Sağlık hizmetleri arzında diğer mal ve hizmetlerin arzında olduğu gibi fiyat önemlidir ancak sağlık hizmetleri arzında fiyat her zaman arz miktarını değiştirmeyebilir. Sağlık hizmetlerinin arz miktarını fiyattan öte başka faktörler daha çok etkilemektedir. Sağlık hizmetlerinde arz esnekliği uzun dönemde esnek hale gelebilirken kısa vadede katı hatta sıfırdır. Bu duruma sebep olan faktörler sağlık işgücü, tıbbi teknoloji, sağlık hizmetlerinin stoklanamaması, her arzın kendi talebini yaratması ve fiyatlama ve sağlık hizmetlerinde arz esnekliğinin düşük olmasıdır (Ünsal, 2016: 41-42)

Arz esnekliği, sabit sayılan arzın, malın fiyatındaki değişime bağlı olarak gösterdiği duyarlılıktır. Sağlık hizmetlerinde talebin yükseldiği durumlarda talebi karşılayan bir arzın hemen oluşturulması mümkün olmayabilir. Bu sebeple sağlık hizmetlerinde arz esnekliği düşüktür (Filiz, 2010: 31). Bu durumlarda talep artışının karşılanması uzun dönemde mümkün olabilir.

Tablo 33. Medikal Turizmde Arz Analizi (Deniz, 2016)

<i>Altyapı/Üstyapı</i> <ul style="list-style-type: none">• Hastane• Klinik• Özel kurum• Kamu kurumu
<i>Promosyon</i> <ul style="list-style-type: none">• Pazarlama stratejisi<ul style="list-style-type: none">• Sağlık Bakanlığı Hastane yönetimi• Dışişleri/Turizm kurulu• Komiteler• Uluslararası kampanyalar• Ulusal kampanyalar
<i>Kalite</i> <ul style="list-style-type: none">• Akreditasyon• Sertifika• Kurumların disipline edilmesi• Sertifikalandırılması
<i>İletişim</i> <ul style="list-style-type: none">• Dil• İnternet

3.6. Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Turizmi İlişkisi

Sağlık hizmetleri sektörü ekonomi biliminin bir alt disiplini olmakla beraber sağlık hizmetler sektörünün bir alt kümesi ise sağlık turizmidir. Sağlık turizmi, bir ülkenin sağlık sektörünün dünyaya açılan penceresi ve ekonomik kapılarını nitelendirmektedir. Mills (2014)'e göre sağlık ekonomisi yeni bir disiplindir. (Burtan Doğan / Aslan, 2019: 406).

Sağlık turizmi, turizm kavramının bir alt kümesi olmasıyla birlikte doğrudan insan sağlığını hedef aldığı için hem tıp hem de ekonomi bilimiyle karşılıklı temas içerisindedir. Bu ilişki turizm sektörünü beslerken aynı zamanda ekonomiyi de

etkilemekte ve klasik ekonomik fayda-zarar anlayışının yanı sıra sağlık ekonomisi çerçevesinde yeni özellikler kazanmaktadır.

Bu etkileşimin boyutlarını mikro ve makro iktisadi açıdan Özkurt (2007) değerlendirmiştir.

3.6.1. Mikro İktisadi Özellikler

- ❖ Sağlıklı turizmi liberal iktisat prensipleri ile çalışmaya dayanan bir piyasadır ve güçlü bir arz talep ilişkisi vardır. Talep potansiyelini, sağlığına gerekli önemi ve özeni gösteren, daha kaliteli, daha ucuz ve hızlı hizmet almak isteyen bireyler oluştururken bu talebe bağlı olarak sağlık turizmi arzında ne boyutta yatırım ve üretim yapılacağı belirlenmektedir (Özkurt, 2007: 127).
- ❖ Türkiye’de geçmiş yıllarda oligopolistik bir yapıda olsa piyasada hizmet sunan kurum sayısındaki artış ve hizmet satın alanların yükselmesi sağlık turizmi piyasasının tam rekabetçi yapıya doğru gelişim göstermektedir (Özkurt, 2007: 127).
- ❖ Sağlık turizmi, turizm sektörünün bir alt dalı olarak çeşitlendirilse de ikamesi olmayan ve diğer turizm çeşitleri ile değiştirilmesi mümkün olmayan bir sektördür. Sağlık turizmindeki temel pazarlama unsuru maliyet etkisi ve turizmdeki çekiciliğin birleşimidir (Özkurt, 2007: 127).
- ❖ Sağlık turizminde sunulan ürün ve hizmetlerin arz ve talebi esnekler. Bu ürün ve hizmetler piyasa fiyatlarına karşı kırılığandır (Özkurt, 2007: 127).

3.6.2. Makro İktisadi Özellikler

- ❖ Sağlık turizmi sektörü hizmet sektörünün birçok alt sektörünü (lokantacılık, otelcilik vb.) besler ve onlardan beslenmektedir bu sebeple faaliyet alanları oldukça çeşitli ve geniştir (Özkurt, 2007: 127).
- ❖ Sağlık turizmini geliştirmeye yönelik yapılan yatırımlar geneli itibariyle kamu güvencesi altında özel sektör girişimlerine dayanmaktadır (Özkurt, 2007: 128).

- ❖ Sağlık turizmi ulusal turizm politikasına hizmet eder. Sağlık turizmi politikasında devlet, özel sektör ve toplum şeklinde üç temel aktör bulunurken politika devlet tarafından yürütülmekte ve ulusal kalkınmaya katkı sağlama amacı taşımaktadır.
- ❖ Sağlık turizmi tıbbi olarak başlatılmış tedaviye ait bir parça veya mevcut sağlıklı olma halini korumaya devam eden bir 'ürün' olarak değerlendirilmelidir. Bütün bunların sonucunda sağlık turizminin yaratmış olduğu katma değer ve gayri safi milli hasılaya ekleyeceği katkı ölçüsünde büyümeye devam eden bir sektör olacaktır (Özkurt, 2007: 128).

Sağlık turizmi hizmetinin bir 'ürün' olarak satışını gerçekleştirmek veya pazarını oluşturmak için bilgi birikimi, teknoloji, tecrübe, rehberlik ve otelcilik hizmetleri, güçlü iletişim ve haberleşme ağı ve medikal ürünler gereklidir. Sağlık hizmetlerinin talep ve arzı, kaynakların etkin kullanımı ve dağılımı, hizmetin finansmanı, yönetimi ve etkili sağlık politikalarının oluşturulması sağlık ekonomisini ilgilendiren temel konulardandır (Burtan Doğan / Aslan, 2019: 406).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

4. SAĞLIK TURİZMİNİN EKONOMİK BOYUTU: SİNGAPUR VE TÜRKİYE KARŞILAŞTIRMASI

4.1. Araştırmanın Amacı

“Sağlık Turizminin Ekonomik Boyutu: Türkiye ve Singapur Karşılaştırması” adlı yüksek lisans tezinde sağlık turizminin ekonomik boyutu üzerinden Türkiye ve Singapur ülkeleri arasında karşılaştırma yapılması amaçlanmıştır. Araştırmanın göstergeleri Türkiye ve Singapur’a ait sağlık verilerini ve sağlık turizmi verileridir.

4.2. Materyal ve Yöntem

Tezin bu bölümünde araştırmanın amacını gerçekleştirmek için nasıl bir yol izlendiği ele alınmıştır. Araştırmada öncelikli olarak Türkiye ve Singapur’a ait tüm sağlık verileri toplanmıştır. Bu veriler konunun özelliklerine uygun olarak çeşitli dergi, kitap, araştırma, rapor, makale ve kütüphane veri tabanları üzerinden incelemeler yapılmıştır. Ulusal ve uluslararası web siteleri ziyaret edilerek gerekli veriler incelenmiş ve çalışmanın karşılaştırma kısmında bu verilerden yararlanılmıştır.

4.3. Singapur

Singapur, kendisine bağlı 63 küçük adayla birlikte toplamda 712,4 km² yüzölçümüne sahip olan bir şehir-ada devletidir. Singapur, iki köprü ile Malezya Yarımadasına bağlanmaktadır ve Malezya’dan sonraki en yakın komşu ülkeleri Endonezya ve Brunei’dir. Resmi adı Singapur Cumhuriyeti’dir. Parlamenter demokrasi ile yönetilir ve başkenti Singapur’dur. Nüfusu yaklaşık 5,7 milyondur. Para birimi Singapur doları (SGD), 2020 yılı gayri safi yurt içi hasılası 379 milyar 79 milyon dolar, kişi başına düşen gayri safi yurt içi hasılası 58 bin 902 dolardır. 2020 yılı için büyüme hızı bir önceki yıla göre eksi %5,3’tür. İklim tropikal, sıcak, rutubetli ve yağışlıdır.

Şehir devleti olmasının yanı sıra tropikal bitki örtüsünü büyük ölçüde korumuştur. Hava sıcaklığı genellikle 25-32 derece arasındadır (Singapur Ülke Raporu, 2019: 6).

Tablo 34. Singapur Nüfus ve Hayat İstatistikleri 1 (Health Hub, 2020)

	2017	2018	2019
Arazi Alanı (km kare)	721,5	724,2	725,7
Toplam Nüfus (1000)	5.612,3	5.638,7	5.703,6
Singapur'da İkamet Edenler (1000)	3.965,8	3.994,3	4.026,2

Tablo 34'te ki verilere göre Singapur'da nüfusun büyük kısmı başkent olan Singapur'da ikamet etmektedir.

Tablo 35. Singapur Nüfus ve Hayat İstatistikleri 2 (Health Hub, 2020)

Toplam Yaş	2017	2018	2019
15 yaş altı	15,0	14,8	14,7
% 15-64 yaş	72,0	71,5	70,9
%65 yaş ve üzeri	13,0	13,7	14,4

Tablo 35 verilerine göre Singapur'da 2017 yılından 2019 yılına kadar 15 yaş ve altı nüfus ve 15-64 yaş nüfus oranı düşüşe geçerken 65 yaş ve üzeri nüfusun oranı artmıştır.

Tablo 36 verilerine göre Singapur'da 2017-2018-2019 yılları arasında 15 yaş ve altı, 15-64 yaş arası erkek nüfus oranında azalış yaşanırken 65 yaş ve üstü erkek nüfus oranı yükselmiştir. Benzer tablo kadın nüfus oranında da yaşanmıştır. 65 yaş ve üstü kadın nüfus oranı yükselirken diğer gruplarda bu oran düşmüştür.

Tablo 36. Singapur Nüfus ve Hayat İstatistikleri 3 (Health Hub, 2020)

<i>Erkek (Yaş)</i>	2017	2018	2019
15 yaş altı	7,6	7,6	7,5
% 15-64 yaş	35,5	35,2	34,8
%65 yaş ve üzeri	5,9	6,3	6,6
<i>Kadın (Yaş)</i>			
15 yaş altı	7,4	7,2	7,2
% 15-64 yaş	36,5	36,3	36,1
%65 yaş ve üzeri	7,1	7,5	7,8

Singapur'un nüfus dağılımında 2019 verilerine göre Çinliler yaklaşık olarak %74,4 ile büyük payı almaktadır. Malaylar %13,4, Hintliler %9,0 ve diğer etnik gruplar ise %3,2 oranında paya sahiptir. Singapur nüfusunu oluşturan Çin kökenli vatandaşlar dışında kalan bütün ırk ve dinlere ait topluluklar azınlık olarak nitelendirilmekte ve yönetim çok ırklı bu topluluklara tek bir ulus bilinci aşlamaya çalışmaktadır (Singapur Ülke Bülteni, 2014: 2).

Tablo 37 verileri doğrultusunda 2017-2018-2019 yılları arasında Singapur'da yaşayan etnik gruplar arasında belirgin bir farklılık olmamıştır.

Tablo 37. Singapur Nüfus ve Hayat İstatistikleri 4 (Health Hub, 2020)

Etnik Grup Oranı	2017	2018	2019
% Çinli	74,3	74,3	74,4
% Malay	13,4	13,4	13,4
% Hintli	9,0	9,0	9,0
% Diğer	3,2	3,2	3,2

Tablo 38'de yer alan veriler ışığında belirtilen yıllar arasında çocuk bağımlılık oranında belirgin bir değişim olmazken yaşlı bağımlılık oranı her sene artış göstermiştir. Toplam bağımlılık oranı da buna bağlı olarak artış eğilimindedir.

Tablo 38. Singapur Nüfus ve Hayat İstatistikleri 5 (Health Hub, 2020)

	2017	2018	2019
Toplam Bağımlılık Oranı*	38,9	39,9	41,4
Çocuk Bağımlılık Oranı**	20,8	20,7	20,7
Yaşlılık Bağımlılık Oranı ***	18,1	19,2	20,4

*15 yaş altı grubun ve 65 yaş üstü grubun 15-64 yaş grubuna bölünmesiyle elde edilen

**15-64 yaş grubunun 15 yaş altı gruba bölünmesiyle elde edilen

***65 yaş üstü grubunun 15-64 yaş arası gruba bölünmesiyle elde edilen

Tablo 39 verilerine göre toplam doğurganlık oranı belirtilen yıllar arasında düşüş eğilimine girmiştir. Kaba doğum hızında ve kaba ölüm hızında belirgin bir değişim görülmezken, bebek ölüm hızı ve 5 yaş altı ölüm hızı düşmüştür. Anne ölüm oranı 2017 yılında 0 olarak görülürken 2018 yılında büyük bir artış oranı içerisine girmiştir fakat bir sonraki yıl bu hız ciddi orada düşmüştür.

Tablo 39. Singapur Nüfus ve Hayat İstatistikleri 6 (Health Hub, 2020)

	2017	2018	2019
Toplam doğurganlık oran (kadın başına)	1,16	1,14	1,14
Kaba doğum hızı (1.000 nüfus başına)	8,9	8,8	8,8
Kaba ölüm hızı (1.000 nüfus başına)	5,0	5,0	5,0
Bebek ölüm hızı (1.000 canlı doğumda)	2,2	2,1	1,7
5 Yaş altı ölüm hızı (1.000 canlı doğum başına)	2,8	2,6	2,5
Anne ölüm oranı (100.000 canlı doğum ve ölü doğum başına)	0	10	3

Tablo 40. Singapur Nüfus ve Hayat İstatistikleri 7 (Health Hub, 2020)

	2017	2018	2019
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi (yıl)	83,2	83,4	83,6
Erkek	80,9	81,2	81,4
Kadın	85,4	85,5	85,7
65 Yaşında Beklenen Yaşam Süresi (yıl)	21,0	21,2	21,3
Erkek	19,2	19,4	19,6
Kadın	22,6	22,7	22,9

Tablo 40 verilerine göre doğumda beklenen yaşam süresi belirtilen yıllar arasında artış gösterme eğilimindedir. Kadınların doğumda beklenen yaşam süresi erkeklere göre daha uzundur. 2019 yılına göre kadınlar için beklenen süre 85,7 yaş olurken erkekler için bu yaş 81,4'tür. 65 yaşında beklenen yaşam süresine baktığımızda erkeklerde bu yaş 19,6 iken kadınlarda 22,9'dur. Kadın ve erkek toplamında ise ortalama 21,3 yıldır.

Tablo 41. Doğumda Beklenen Sağlıklı Yaşım Süresi (Health Hub, 2020)

	2010	2015	2017
Erkek (yıl)	71,1	72,3	72,6
Kadın (yıl)	74,7	75,5	75,8

Tablo 41'de yer alan veriler doğrultusunda 2010-2015-2017 yılları arasında erkekler için beklenen süre 71,1 yaştan 72,6 yaşa gelirken kadınlar için bu süre 74,7'den 75,8'e ulaşmıştır.

4.3.1. Singapur Sağlık Sistemi

Singapur, dünyada örneği az olan şehir devletlerinden birisidir. 1965 yılında bağımsızlığını kazanan bu ada ülkesinin okuryazarlık oranı %97'nin üstündedir (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu, 2020). Dünya Bankası verilerine göre

2018 yılında Singapur'un satın alma gücü paritesi 101,532 dolar ile dünya ülkeleri içinde 3.sıradadır. Uluslararası Para Fonu'nun (IMF) 2020 tahminlerine göre bu rakam 105,689 dolar olacaktır (IMF, 2021).

Singapur'da sağlıkla ilgili önemli hamleler 1983 yılında Ulusal Sağlık Planı'nın ilan edilmesinden sonra atılmıştır. Ayrıca kentleşme ile beraber gelen temiz su, temiz hava, aşılama faaliyetleri, sağlıklı yaşam alanlarının oluşturulması gibi etkenlerin sağlık düzeyini artırıcı katkıları olmuştur. Singapur, sağlık düzeyi göstergeleri açısından iyi bir durumdadır. Doğumda beklenen yaşam süresi 2019 yılı itibariyle 83,6 yıl, bebek ölüm hızı binde 1,7, anne ölüm oranı yüz binde 3'tür. Diğer göstergelere baktığımızda kaba doğum hızı binde 8.8 ve toplam doğurganlık oranı 1,14 ile ülke nüfusunun giderek yaşlandığı görülmektedir (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu, 2020).

Singapur'da sağlıkta insan gücünü inceleyecek olursak;

Tablo 42. Singapur 2017-2018-2019 Toplam Doktor Sayısı (Ministry of Health Singapore, 2020)

	2017	2018	2019
<i>Toplam Doktor Sayısı</i>	<i>13.386</i>	<i>13.766</i>	<i>14.279</i>
Genel	8.573	8.819	9.030
Halka Kapalı	4.107	4.225	4.439
Pratikte Olmayan	706	722	810
Nüfus Oranına Göre Doktor Sayısı	1: 419	1: 410	1: 399
Her 1000 Kişiye Düşen Doktor Sayısı	2,4	2,4	2,5

Tablo 42'ye göre Singapur'da 2017 yılından 2019 yılına kadar toplam doktor artışında 893 kişi ile %6,6 oranında bir artış gerçekleşmiştir.

Tablo 43. Singapur 2017-2018-2019 Toplam Uzman Sayısı (Ministry of Health Singapore, 2020)

	2017	2018	2019
Uzman Sayısı	5.338	5.615	5.881
Genel	3.523	3.741	3.864
Halka Kapalı	1.528	1.565	1.682
Pratikte Olmayan	287	309	335
Uzman Olmayanların Sayısı	8.048	8.151	8.398
Genel	5.050	5.078	5.166
Halka Kapalı	2.579	2.660	2.757
Pratikte Olmayan	419	413	475

Tablo 43’de verilen bilgilere göre 2017 yılından 2019 yılına uzman sayısında 543 kişi ile %10,1’lik bir artış gerçeklemiştir.

Tablo 44. Singapur 2017-2018-2019 Toplam Hemşire Sayısı (Ministry of Health Singapore, 2020)

	2017	2018	2019
<i>Toplam hemşire sayısı</i>	<i>41.303</i>	<i>42.008</i>	<i>42.668</i>
<i>Toplam ebe sayısı</i>	<i>137</i>	<i>117</i>	<i>109</i>
Nüfus oranına göre hemşire sayısı	1: 135	1: 134	1: 133
Her 1000 kişiye düşen hemşire sayısı	7,4	7,5	7,5

Tablo 44’e göre 2017-2019 yılları arasında Singapur’un hemşire sayısı 660 kişi ve %3,3 ile artış göstermiştir. Ebe sayısı ise ilgili yıllarda 28 kişi ve %20,4 azalış göstermiştir.

Tablo 45. Singapur 2017-2018-2019 Toplam Diş Hekimi Sayısı (Ministry of Health Singapore, 2020)

	2017	2018	2019
<i>Toplam diş hekimi</i>	2.293	2.363	2.475
Nüfus oranına göre diş hekimi sayısı	1: 2.448	1: 2.386	1: 2.304
Her 1000 kişiye düşen diş hekimi sayısı	0,4	0,4	0,4

Tablo 45'e göre 2017-2019 yılları arasında Singapur'da 182 diş hekimi ile %7,9 artış gerçekleşmiştir.

Tablo 46. Singapur 2017-2018-2019 Toplam Eczacı Sayısı (Ministry of Health Singapore, 2020)

	2017	2018	2019
<i>Toplam eczacı sayısı</i>	3.047	3.216	3.408
Nüfus oranına göre eczacı sayısı	1: 1.842	1: 1.753	1: 1674
Her 1000 kişiye düşen eczası sayısı	0,5	0,6	0,6

Tablo 46'ya göre Singapur'da 2017-2019 yılları arasında eczacı sayısında 361 eczacı ve %11,8'lik bir artış olmuştur.

Tablo 47. Singapur 2017-2018-2019 Toplam Optometrist ve Optisyen Sayısı (Ministry of Health Singapore, 2020)

	2017	2018	2019
<i>Toplam optometrist ve optisyen sayısı</i>	2.605	2.633	2.636
Nüfus oranına göre optometrist ve optisyen sayısı	1: 2.253	1: 2.238	1: 2.232
Her 1000 kişiye düşen optometrist ve optisyen sayısı	0,4	0,4	0,4

Tablo 47'ye göre 2017-2019 yılları arasında Singapur'da optometrist ve optisyen sayısında 31 kişi ve %1,1'lik artış yaşanmıştır.

Tablo 48. Singapur 2017-2018-2019 Toplam Fizyoterapist Sayısı (Ministry of Health Singapore, 2020)

	2017	2018	2019
Toplam fizyoterapist sayısı	1.814	1.967	2.020

Tablo 48'e göre 2017-2019 yılları arasında fizyoterapist sayısında 206 kişi ve % 11,3'lük bir artış yaşanmıştır.

Tablo 49. Singapur 2017-2018-2019 Toplam Akupunkturcu Sayısı (Ministry of Health Singapore, 2020)

	2017	2018	2019
Toplam akupunkturcu sayısı*	254	252	259

*Akupunkturcuların kayıtları 2001 yılında tutulmaya başlanmıştır.

Tablo 49'da yer alan verilere göre 2017-2019 yılları arasında Singapur'da akupunkturcu sayısında 5 kişi ve %1,9'luk bir artış yaşanmıştır.

Tablo 50. Singapur 2017-2018-2019 Geleneksel Çin Tıbbı (TCM) Hekimlerinin Toplam Sayısı (Ministry of Health Singapore, 2020)

	2017	2018	2019
Geleneksel Çin tıbbı (TCM) hekimlerinin toplam sayısı*	2.952	3.004	3.045

* Geleneksel Çin Tıbbı Hekimlerinin (TCM) kayıtları 2002 yılında tutulmaya başlanmıştır.

Tablo 50'ye göre 2017-2019 yılları arasında Singapur'da Geleneksel Çin Tıbbı (TCM) Hekimlerinin sayısı 93 kişi ve %3,1'lik artış göstermiştir.

Singapur sağlıkta insan g¼c¼n¼n eğitim durumunu inceleyecek olursak;

Tablo 51. Singapur Sağlıkta İnsan G¼c¼n¼n Eğitim Durumu (Ministry of Health Singapore, 2020)

	2017	2018	2019
Tıp mezunu sayısı	353	423	437
Hemşirelik mezunu sayısı	1.460	1.668	1.818
Benzer sağlık profesyonelleri mezun sayısı*	206	241	0
Mezun olan diş hekimi sayısı	56	52	52
Mezun ağız sağlığı terapisti sayısı	24	23	22
Mezun eczacı sayısı	198	183	192

* Fizyoterapi, mesleki terapi, tanısal radyografi ve radyasyon terapisi mezunları, konuşma ve dil patolojisi mezunları

Tablo 51'ye göre 2017-2019 yılları arasında tıp mezunu sayısı 84 kişi ve %23,7'lik bir artış olmuştur. Aynı yıllar içerisinde mezun hemşire sayısı %24,5 artış gerçekteşirken 2017 yılında benzer sağlık profesyonellerinin mezun sayısı paylaşılrken 2019 yılına ait bir veri paylaşılmamıştır. Diş hekimi sayısı %7,1 azalış gösterirken mezun ağız sağlığı terapisti sayısı %8,3 azalmıştır. Mezun eczası sayısı ise %3,3 azalmıştır.

Singapur'un hastane, evde bakım tesisleri, klinikler ve eczane sayılarını inleyecek olursak;

Singapur'da 18 adet kamu, 15 adet özel olmak üzere 33 adet hastane vardır.

Özel hastaneler:

- Ang Mo Kio - Thye Hua Kwan Hospital
- Bright Vision Hospital
- Changi General Hospital
- Complex Medical Centre

- Concord International Hospital
- Farrer Park Hospital
- Gleneagles Hospital
- Mount Alvernia Hospital
- Mount Elizabeth Hospital
- Mount Elizabeth Novena Hospital
- Parkway East Hospital
- Raffles Hospital
- Ren Ci Community Hospital
- St. Andrew's Community Hospital
- St. Luke's Hospital
- Thomson Medical Centre
- Tan Tock Seng Hospital Rehabilitation Centre
- West Point Hospital (Pacific Prime Singapore , Erişim Tarihi:21.12.2020).

Kamu Hastaneleri:

- Alexandra Hospital
- Institute Of Mental Health
- Jurong Community Hospital
- Khoo Teck Puat Hospital
- Kk Women's And Children's Hospital
- National University Hospital
- National Heart Centre Singapore
- Ng Teng Fong General Hospital
- Outram Community Hospital
- Singapore General Hospital
- Sengkang Community Hospital
- Sengkang General Hospital
- Tan Tock Seng Hospital
- Yishun Community Hospital
- Jurong Community Hastanesi (Health Hub, 2020).

33 hastanenin yanı sıra 77 adet bakım evi, merkez bazlı bakım merkezi sayısı 143 adet, evde bakım sağlayıcıları 24 adet, evde palyatif bakım sağlayıcıları 9 adet, kamuya ait poliklinikler 20 adet, özel-pratisyen hekimlere ait klinikler 2.304 adet, kamuya ait diş klinikleri 246 adet, özel diş klinikleri 851 adet ve kamuya ait eczane sayısı 67 adet, özel eczane sayısı ise 189 adettir (Ministry Of Health Singapore, 2020).

2019 yılı itibariyle Singapur'da halka açık akut hastanelerde 9.404 adet yatak kapasitesi bulunurken, halka açık topluluk hastanelerinde 974 adet yatak kapasitesi bulunmaktadır. 2020 yılı Mart ayında ortaya çıkan Covid 19 salgını sebebi ile Singapur'da Nisan ayında geçici süreli olarak toplum bakım tesisleri oluşturmuştur. Nisan ayında 10.000 kapasitesi olan bu tesislerin Haziran ayı sonuna kadar 20.000 yatak kapasitesine ulaşması hedeflenmiştir (Straits Times, 2020).

Singapur'un başlıca ölüm nedenlerini inleyecek olursak;

Tablo 52. Singapur Başlıca Ölüm Nedenleri (Ministry of Health Singapore, 2020)

	2017	2018	2019
<i>Toplam Ölüm Sayısı</i>	20.905	21.282	21.446
1. Kanser	29,1	28,8	28,4
2. Zatürre	20,1	20,6	20,7
3. İskemik kalp hastalıkları	18,5	18,1	18,8
4. Serebrovasküler hastalıklar (inme dahil)	6,3	6,0	5,8
5. Dış morbidite ve mortalite nedenleri	4,0	4,3	4,0
6. Böbrek iltihabı, nefrotik sendrom ve	2,4	3,0	3,1
7. Hipertansif hastalıklar (hipertansif kalp hastalığı dahil)	3,4	3,0	2,6
8. İdrar yolu enfeksiyonu	1,9	2,0	2,3
9. Diğer kalp hastalıkları	1,9	2,1	2,0
10. Kronik obstrüktif akciğer hastalıkları	1,5	1,3	1,4

Singapur'un hastalık yükünü inceleyecek olursak;

Tablo 53. Singapur Hastalık Yükü (Ministry of Health Singapore, 2020)

	2010	2013	2017
18-69 yaş arası yetişkinler arasında yaygınlık %			
Hiperlipidemi (kolesterol)	25,2	--	33,6
Hipertansiyon	18,9	--	21,5
Diyabet	8,3	--	8,6
Obezite	10,8	8,6	8,7
Günlük Sigara	14,3	13,3	12,0

Singapur'da 2010-2013-2017 yılları arasında 18-69 yaş arasında hastalık yükünün birinci sırasını kolesterol alırken, ikinci sırada hipertansiyon, üçüncü sırada diyabet, dördüncü sırada obezite ve son sırada sigara tüketimi yer almaktadır.

Tablo 54. Singapur 2013-2017 Arası İlk 5 Kanser Türü (Erkek) (Ministry of Health Singapore, 2020)

<i>Erkek</i>	<i>Yaşa Göre Standartlaştırılmış İnsidans Oranı</i>
1) Kolo-rektum	38,2
2) Akciğer	32,6
3) Prostat	31,8
4) Lenfoid neoplazmalar	17,8
5) Karaciğer	17,7

Singapur'da 2013-2017 yılları arasında erkeklerde ortaya çıkan ilk 5 kanser türü ve 100.000 nüfus başına yaşa göre standartlaştırılmış insidans oranı sırasıyla kolo-rektum kanseri %38,2, akciğer kanseri %32,6, prostat kanseri %31,8, lenfoid neoplazmalar %17,8 ve karaciğer %17,7 kanseridir.

Tablo 55. Singapur 2013-2017 Arası İlk 5 Kanser Türü (Kadın) (Ministry of Health Singapore, 2020)

<i>Kadın</i>	<i>Yaşa Göre Standartlaştırılmış İnsidans Oranı</i>
1) Göğüs	69,8
2) Kolo-rektum	27,2
3) Corpus uteri	16,9
4) Akciğer	15,4
5) Yumurtalık	13,1

Singapur'da 2013-2017 yılları arasında kadınlarda ortaya çıkan ilk 5 kanser türü ve 100.000 nüfus başına yaşa göre standartlaştırılmış insidans oranı sırasıyla göğüs kanseri %69,8, kolo-rektum kanseri %27,2, corpus uteri (rahim gövdesi) kanseri %16,9, akciğer kanseri %15,4 ve yumurtalık kanseri %13,1'dir.

Singapur'un tüketici fiyat endeksleri (CPI) ve hanehalkı sağlık harcamalarını inceleyecek olursak;

Tablo 56. Singapur Tüketici Fiyat Endeksi (CPI) (Ministry of Health Singapore, 2020)

	<i>2017</i>	<i>2018</i>	<i>2019</i>
Genel TÜFE %	99,5	99,9	100,5
Sağlık Tüketici Fiyat Endeksleri (CPI)	103,5	105,6	106,8

Singapur'da genel tüketici fiyat endeksi 2014 yılı baz alınarak hesaplanmıştır. 2017 yılında %99,5, 2018 yılında %99,9 ve 2019 yılında %100,5 olmuştur. Sağlık tüketici fiyat endeksleri 2017 yılında %103,5, 2018 yılında %105,6 ve 2019 yılında %106,8 olmuştur.

Tablo 57. Hanehalkı Sağlık Harcaması (Ministry of Health Singapore, 2020)

	2007-2008	2012-2013	2017-2018
Sağlık hizmetleri için harcanan aylık hane gideri %			
Hane toplamı	5,3	4,5	5,5
1.%20'lik dilim	6,0	5,6	7,8
2.%20'lik dilim	5,5	4,4	5,7
3.%20'lik dilim	5,5	4,9	5,7
4.%20'lik dilim	5,3	4,6	5,0
5.%20'lik dilim	4,8	4,0	4,8

Tablo 56'da 2007-2008, 2012-2013 ve 2017-2018 yılları arasında sağlık hizmetleri için harcanan aylık hane giderlerinin %20'lik dilimler halinde oranları verilmiştir. 2007-2008 yılları arasında genel ortalama %5,3, 2012-2013 yılları arasında %4,5 ve 2017-2018 yılları arasında %5,5 olarak verilmiştir.

Singapur'da devlet sağlık harcamaları ve sağlık finansmanını inceleyecek olursak;

Tablo 58. Singapur Devlet Sağlık Harcamaları (Ministry of Health Singapore, 2020)

	2015	2016	2017
İşletme giderleri (milyon \$)	7.520	8.199	8.734
Geliştirme harcamaları (milyon \$)	1.413	1.618	1.465
Devlet sağlık harcamaları (milyon \$)	8.639,9	9.307,0	9.764,3
Devlet sağlık harcamaları (GSYİH'nin %'si olarak)	2,1	2,1	2,1

Singapur'da 2015-2017 yılları arasında işletme giderleri 1.214 milyon dolar ve %16,1 artış göstermiştir. Aynı yıllar içinde geliştirme harcamaları 52 milyon dolar ve %3,6 artış göstermiştir. Devlet sağlık harcamaları 1.124,4 milyon dolar ve %13 artış gösterirken devlet sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasılaya oranı ise belirtilen yıllar arasında değişim göstermeyerek sabit kalmıştır.

Tablo 59. Medisave Sağlık Finansmanı (Ministry of Health Singapore, 2020)

	2017	2018	2019
<i>Medisave</i>			
Hesap sayısı (milyon)	3.5	3.6	3.6
Toplam medisave bakiyesi (\$ milyar)	88.6	96.1	102.0
Hesap başına ortalama bakiye (\$)	25.600	26.700	27.900
Doğrudan tıbbi giderler için çekilen tutar (milyon \$)	964	1.027	1.089

Medisave, Singapur'da 1984 yılından itibaren ulusal tıbbi tasarruf hesabı sistemidir. Medisave sistemi, Singapur vatandaşlarının gelirlerinin bir kısmını bu hesaba yatırarak gelecekteki kişisel veya aileleri için hastane masraflarını, günübirlik ameliyat giderlerini, bazı ayakta tedavi masraflarının karşılanmasını sağlamaktadır. Sisteme katılım zorunludur, Medisave hesabına aylık ödemeler maaşların %8-9,5'u oranında yaş grubuna bağlı olarak yapılmaktadır. Ayrıca hesap sahiplerinin veya aile bireylerinin hastane masraflarını ödemek amacıyla birikimlerin geri çekilmesine sistem izin vermektedir (SD PLATFORM, 2021). Medisave sistemi risk paylaşımı ilkesine dayanmamakta ve kaynaklar için ortak bir fon oluşmamaktadır. Kişisellik üzerine inşa edilmiştir. Tıbbi tasarruf hesapları modelinin yapısını Medisave hesapları oluşturmaktadır. Bu sistemin kurulmasının temel sebebi mevcuttaki finansman sistemlerinin sağlık alanında kaynak etkinsizliğine yol açtığı düşüncesidir (Erumut, 2014: 104)

Tablo 59'da Singapur'da 2017-2018-2019 yılları arasında Medisave tıbbi tasarruf hesaplarına yönelik verilere yer verilmiştir. Medisave hesap sayısında 2017-2019 yılları arasında 100 bin kişi ve %2,8 oranında artış gerçekleşmiştir. Toplam Medisave bakiyesi aynı yıllar arasında 13,4 milyar ve %15,1 artış gerçekleşmiştir. Hesap başına ortalama bakiye 2.300 dolar ve %8,9 artış gösterirken, doğrudan tıbbi giderler için çekilen tutar 125 milyon dolar ve %12,9 artış göstermektedir.

Tablo 60. MediShield Yaşam ve Entegre Kalkan Planları (Ministry of Health Singapore, 2020)

	2017	2018	2019
<i>MediShield yaşam ve entegre kalkan planları</i>			
MediShield yaşam poliçe sahiplerinin sayısı			
Özel entegre kalkan planları olan poliçe sahiplerinin sayısı	2.686	2.749	-

Medishield uygulaması, Singapur'da 1990 yılında uygulanmaya başlayan tıbbi tasarruf sistemidir. Yüksek maliyetlere sahip hastalıkların tedavisinde yaşanan finans sıkıntılarını önlemek amacıyla oluşturulmuş bir hesaptır. Pahalı hastane ücretleri, diyaliz hizmetleri, kanser tedavileri gibi büyük ve kronik hastalıkların tedavi ücretleri bu program ile finanse edilmektedir (Erumut, 2014: 106-107).

Tablo 61. ElderShield Singapur Tıbbi Tasarruf Hesabı 2017-2019 Verileri (Ministry of Health Singapore, 2020)

	2017	2018	2019
<i>ElderShield</i>			
ElderShield poliçe sahiplerinin sayısı	1.295	1.380	-
Ek ücretli eldershield poliçe sahiplerinin sayısı	474	520	-

ElderShield, 2002 yılında Singapur'da özellikle yaşlılık dönemlerinde uzun süreli bakıma ihtiyaç duyan vatandaşlara mali yönden destek sağlamak amacıyla uzun vadeli bakım sigortasıdır. Ağır bir engellilik (günlük aktiviteleri gerçekleştirememesi gibi) durumunda poliçe sahipleri belirli bir süreli aylık nakit ödeme alabileceklerdir. Medisave hesabı olan tüm Singapurlular programdan çıkış yapmadıkları sürece 40 yaşında otomatik olarak ElderShield programına kaydolurlar (Health Hub, 2020).

Tablo 62. Medifund Singapur Tıbbi Tasarruf Hesabı 2017-2019 Verileri (Ministry of Health Singapore, 2020)

	2017	2018	2019
<i>Medifund</i>			
Onaylanan başvuru sayısı	1.180	1.240	-
Hastalara onaylı yardım (milyon \$)	149.8	156.5	-

Medifund hesabı, Singapur’da 1993 yılında sağlık harcamalarını gerçekleştirebilecek ekonomik güce sahip olmayan, toplumun yoksul kesimlerinin sağlık harcamalarını finanse etmek için oluşturulmuş tıbbi tasarruf fonudur. Ekonomik güçten yoksun vatandaşlar Medifund’a müracaat etmekte ve başvurular ilgili komiteler tarafından değerlendirilmektedir. Medifund hesaplarının finansmanı devlet tarafından karşılanmaktadır (Erumut, 2014: 108).

Tablo 62’de Singapur’da 2017 ve 2018 yıllarında gerçekleşen Medifund onaylı başvuru sayısı ve hastalara onaylı yardımların miktarı verilmiştir. 2017 ve 2018 yıllarına ait veri bulunurken Singapur Sağlık Bakanlığı 2019 yılına ait veri paylaşmamıştır. 2017-2018 verilerini inceleyecek olursak bir önceki yıla göre onaylı başvuru sayısı 60 kişi ve %5 artış gösterirken, hastalara onaylı yardım miktarı bir önceki yıla göre 6,7 milyon dolar ve %4,4 artış göstermiştir.

Singapur’da bazı tedavi ve müdahalelerin ücretlerini inceleyecek olursak;

Tablo 63. Singapur’da Bazı Tedavi ve Müdahalelerin Ücretleri (Budget Direct Insurance, 2021)

	<i>Alt Sınır (\$)</i>	<i>Üst sınır (\$)</i>
Kalp, koroner hastalık, koroner arter bypass grefti (açık)	16.050	25.000
Kalp, koroner hastalık, koroner anjiyoplasti	6.000	9.000
Kalça, çeşitli lezyonlar, primer toplam eklem protezi	8.550	12.850
Safra kesesi çıkarma ameliyatı:	5.500	8.600
El, bilek veya parmak ameliyatı:	4.300	7.200
Fıtık onarımı:	4.400	8.000
Diz protezi ameliyatı:	11.750	17.100
İdrar taşı kırma	3.200	5.150
Bademcik ve geniz eti ameliyatı	4.050	5.350
Göğüste kitle çıkarma / biyopsi:	5.450	10.700
Hemoroidektomi	3.000	3.500

Tablo 63’te verilen bilgiler doğrultusunda Singapur’da bazı tedavilerin ve müdahalelerin ücretleri verilmiştir.

4.4. Türkiye

Türkiye Cumhuriyeti, üç tarafı denizlerle çevrili, topraklarının büyük bir kısmı Anadolu’da (%97’si), küçük bir kısmı Avrupa’da (%3’ü) yer alan bir Avrasya ülkesidir. Yüzölçümü 783.562 km²’dir. Yüzölçümü açısından dünyanın en büyük 37.ülkesidir. Batısında Yunanistan, kuzeybatısında Bulgaristan, doğusunda Ermenistan, İran ve Azerbaycan ile güneydoğusunda Irak ve Suriye ile komşudur. Güneyini Akdeniz, kuzeyini Karadeniz ve batısını Ege Denizi çevrelerken Asya ve Avrupa kıtasını Marmara Denizi ve İstanbul Boğazı ayırır. Avrupa ve Asya’nın kavşak noktasında olması sebebi ile önemli bir jeostratejik güce sahiptir. Türkiye’de Akdeniz iklimi, Karadeniz iklimi ve Karasal iklim olarak üç farklı iklim tipi mevcuttur. Türkiye Cumhuriyeti, başkanlık sistemi ile yönetilen demokratik ve laik anayasal bir cumhuriyettir. Başkenti Ankara’dır. Resmi dili Türkçe ve nüfusunun

%85'inin anadilidir. Türkiye'nin %70 ile 80'ini Türkler oluştururken geriye kalan kısmı Ermeniler, Rumlar ve Yahudiler, Kürtler, Arnavutlar, Boşnaklar, Gürcüler, Çerkesler ve Lazlar oluşturmaktadır. Nüfusunun büyük bir bölümü Müslümandır. 2020 rakamlarına göre Türkiye nüfusu 83 milyon 614 bin 362'dir. Nüfusun en yoğun olduğu şehri 15 milyon küsuratı ile İstanbul'dur. Başkent Ankara'nın nüfusu ise 5 milyon 639 bindir. 2020 yılı itibariyle Türkiye'de 3,6 milyondan fazla Suriyeli mülteci bulunmaktadır. Bu rakam ile dünyanın en çok Suriyeli mülteci barındıran ülkesi olmaktadır (Mülteciler Derneği, 2021).

Türkiye'nin 2020 yılında gayri safi yurtiçi hasılası 5 trilyon 47 milyar 909 milyon TL, kişi başına gayri safi yurtiçi hasıla, 2020 yılında cari fiyatlarla 60 bin 537 TL, ABD doları cinsinden 8 bin 599 dolardır (TÜİK, 2021).

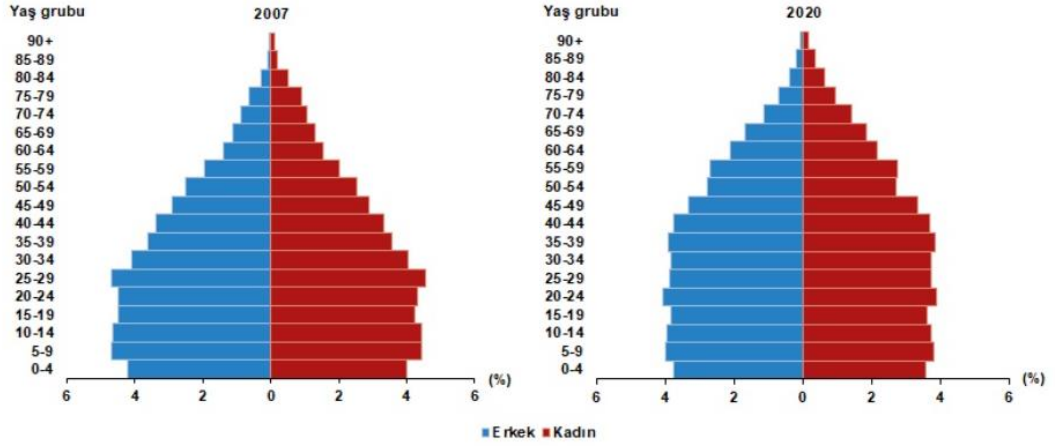
2020 yılında Türkiye'de Adrese Dayalı Nüfus Sistemine göre (ADNKS) ülkemizde ikamet eden yabancı nüfus 1 milyon 333 bin 410 kişi iken bu nüfusun %49,7'ini erkekler, %50,3'ünü kadınlar oluşturmaktadır (TÜİK, 2021).



Şekil 21. Türkiye nüfus ve yıllık nüfus artış hızı, 2007-2020 (TÜİK, 2021)

Şekil 21'de Türkiye'nin 2007-2020 yılları arasında nüfus ve yıllık nüfus artış hızı verilmiştir. 2020 yılında nüfus 83 milyon 614 bin 362 kişidir. 2020 yılında nüfus artış hızı binde 5,5'tir. Bir önceki yıla göre binde 8,4 azalış göstermiştir.

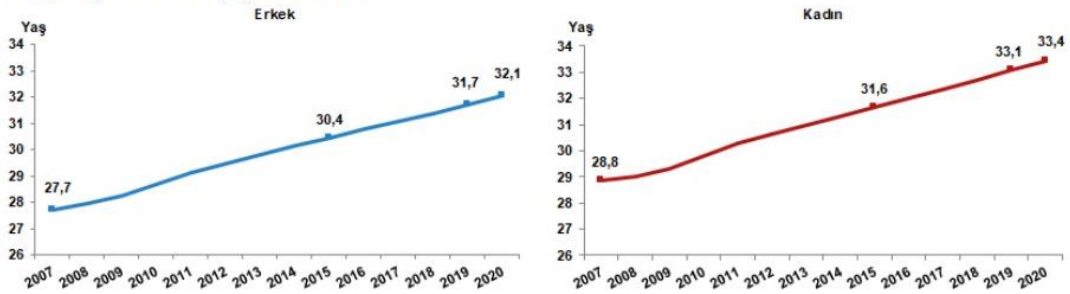
Nüfus piramidi, 2007, 2020



Şekil 22. Türkiye nüfus piramidi, 2007, 2020 (TÜİK, 2021)

Türkiye’de 2020 yılında erkek nüfus oranı 41 milyon 915 bin 985 kişi olurken, kadın nüfusu 41 milyon 698 bin 377 kişidir. Toplam nüfusun %50,1’ini erkekler oluştururken kadınlar %49,9’unu oluşturmuştur. Şekil 23’te yer alan 2007-2020 yılları Türkiye nüfus piramidine göre doğurganlık ve ölümlülük hızlarında yaşanan azalmaya bağlı olarak yaşlı nüfus artmakta ve ortanca yaş yükselmektedir (TÜİK, 2021).

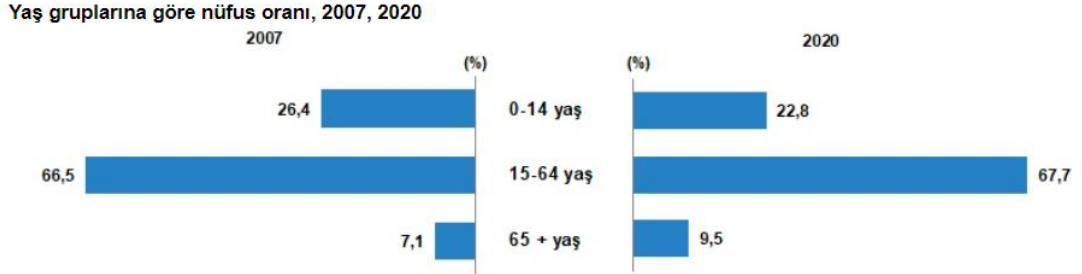
Cinsiyete göre ortanca yaş, 2007-2020



Şekil 23. Türkiye cinsiyete göre ortanca yaş, 2007-2019 (TÜİK, 2021)

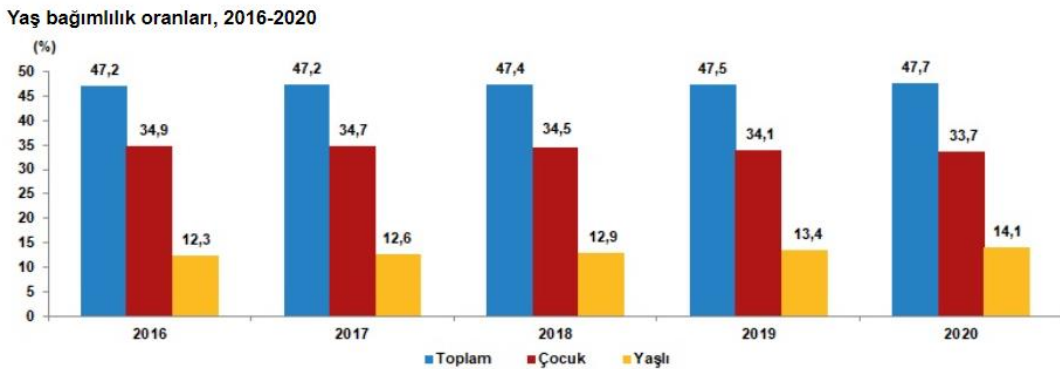
Ortanca yaş kavramı, bir nüfusu oluşturan yeni doğan bebekten en yaşlı bireye kadar tüm bireylerin küçükten büyüğe doğru sıralandığında ortada kalan kişinin yaşını ifade etmekte ve nüfusun yaş yapısının yorumlanması için kullanılan önemli göstergelerden birisidir. 2020 yılında ortanca yaş 32,7 olurken Şekil 23’te yer alan

bilgiler ışığında kadınlarda ortanca yaşın 33,4 olduğu görülürken erkeklerde bu rakamın 32,1 olduğu görülmektedir (TÜİK, 2021).



Şekil 24. Türkiye yaş gruplarına göre nüfus oranı, 2007, 2020 (TÜİK, 2021)

2020 yılında Türkiye nüfusunun yaş gruplarına göre dağılımını incelediğimizde 0-14 yaş grubunun toplam nüfusa oranı 2007 yılında %26,4 iken 2020 yılında %22,8 azalış göstererek %22,8 olmuştur. 15-64 yaş grubunun toplam nüfusa oranı 2007 yılında %66,5 iken 2020 yılında bu oran %1,2'lik artış ile %67,7 olmuştur. Diğer yandan 65 yaş ve üstü nüfus oranı ise 2007 yılında %7,1 iken %2,4 artış ile %9,5 olmuştur. Bu veriler doğrultusunda 2007-2020 yılları arasında 0-14 yaş grubunda yaşanan azalış ve 65 yaş üstü nüfusta yaşanan artış Türkiye'nin nüfus artış hızının yavaşladığını ve nüfusun yaşlandığını göstermektedir.



Şekil 25. Türkiye yaş bağımlılık oranları, 2016-2020 (TÜİK, 2021)

Toplam yaş bağımlılık kavramı çalışma çağındaki birey başına düşen çocuk ve yaşlı sayısını gösteren ifadedir. Şekil 25'te yer alan veriler doğrultusunda 2019 yılında

%47,5 olan toplam yaş bağımlılık oranı 2020 yılında %47,7'e yükselmiştir. Çocuk bağımlılık oranı, ekonomik olarak aktif olan bireylerin birey başına düşen çocuk sayısını ifade etmektedir. 2019 yılında %34,1 olan bu rakam bir sonraki yıl %33,7'e gerilemiştir. Yaşlı bağımlılık oranı ise çalışan birey başına düşen yaşlı birey sayısını ifade etmektedir. 2019 yılında bu oran %13,4'ten bir sonraki yılda 14,1'e yükselmiştir (TÜİK, 2021).

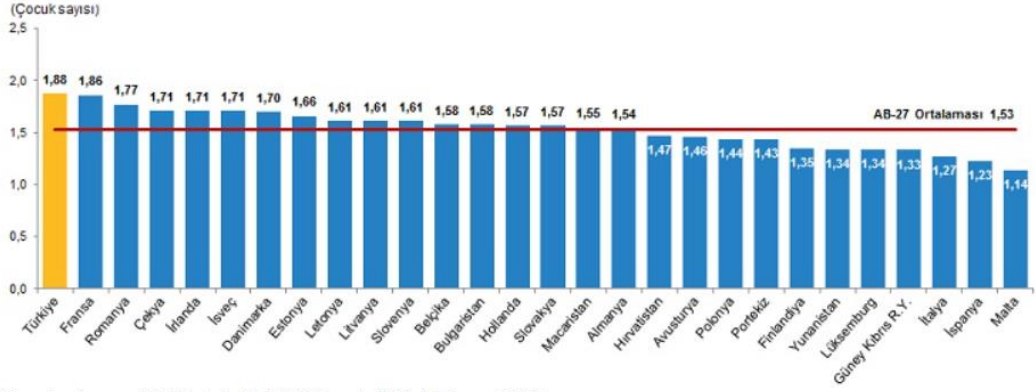


Şekil 26. Türkiye doğum sayısı ve toplam doğurganlık hızı, 2001-2020 (TÜİK, 2021)

Şekil 26'da Türkiye'de 2001 ve 2020 yılları arasında gerçekleşen doğum sayıları ve toplam doğurganlık hızı verilmiştir. Canlı doğan bebek sayısı 2020 yılında 1 milyon 112 bin 859 olmuştur. Bu bebeklerin %51,3'ü erkek, %48,7'si kız olarak doğmuştur.

Toplam doğurganlık hızı, bir kadının doğurgan olduğu 15-49 yaş aralığında iken doğurabileceği ortalama çocuk sayısını ifade etmektedir. Toplam doğurganlık oranı 2001 yılında 2,38 iken 2020 yılında 1,76'ya düşmüştür. Başka bir ifade ile doğurganlık oranı nüfusun yenilenme düzeyi olan 2,10'un altında kalmıştır (TÜİK, 2020).

Toplam doğurganlık hızının Avrupa Birliği üye ülkeleri ile karşılaştırması, 2019

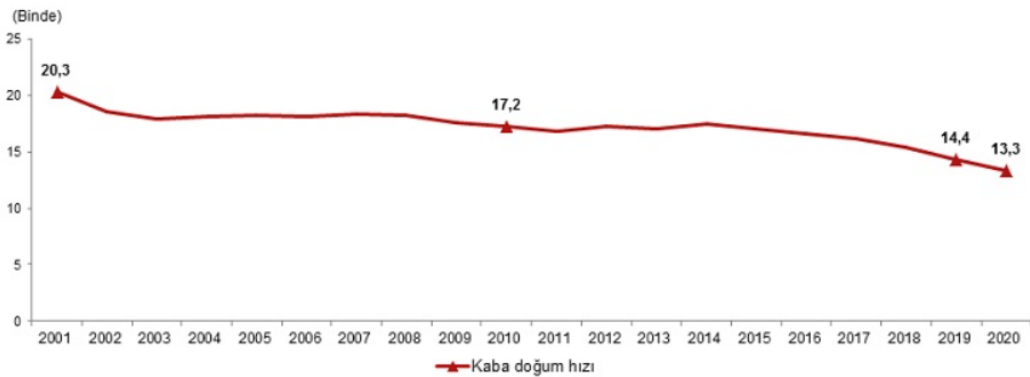


Kaynak: Avrupa Birliği İstatistik Ofisi (Eurostat) Veri Tabanı, 2019

Şekil 27. Türkiye toplam doğurganlık hızının Avrupa Birliği üye ülkeleri ile karşılaştırması, 2019 (TÜİK, 2021)

2019 yılında Türkiye'nin toplam doğurganlık hızı 2,00 çocuk iken aynı yıl içinde Avrupa Birliği üye ülkelerinin ortalaması 1,53 çocuktur. Şekil 27'de verilen bilgiler doğrultusunda Türkiye'nin toplam doğurganlık hızı Avrupa Birliği üyesi 27 ülkenin toplam doğurganlık hızlarından daha yüksek olduğu görülmüştür. Avrupa Birliği üye ülkelerine baktığımızda 2019 yılında en yüksek doğurganlık hızına sahip olan ülke 1,86 çocuk ile Fransa olduğu görülürken, aynı yıl için en düşük toplam doğurganlık hızına sahip ülkenin 1,14 çocuk ile Malta olduğu görülmektedir.

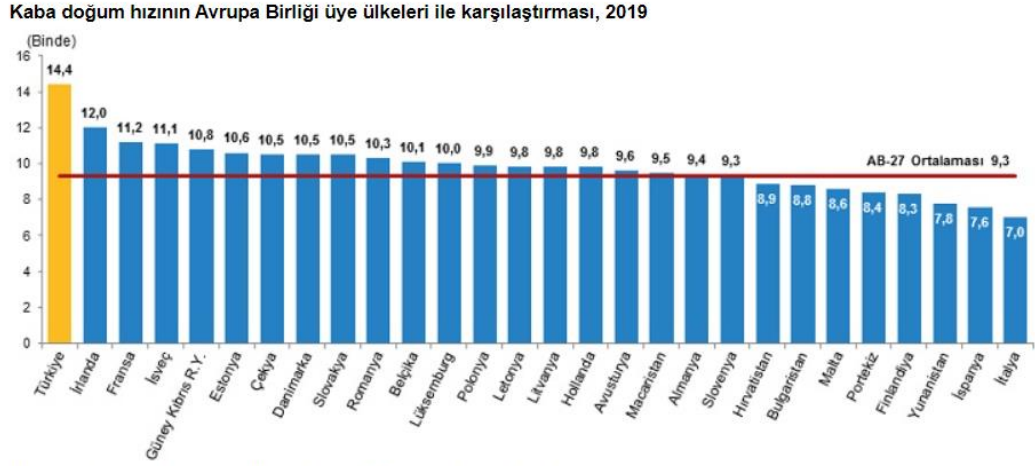
Kaba doğum hızı, 2001-2020



Şekil 28. Türkiye kaba doğum hızı, 2001-2020 (TÜİK, 2021)

Kaba doğum hızı, bir yıl içerisinde doğan canlı bebek sayısının yıl ortası nüfus sayısına bölünmesi ve 1000 ile çarpılmasıyla bulunan oranı ifade etmektedir. Başka

bir deyişle, 1000 nüfus başına düşen canlı doğum sayısını ifade eder. Türkiye'nin kaba doğum hızı 2001 yılında 1000 nüfus başına 20,3 doğum iken 2020 yılında bu rakam 13,3 doğuma düşmüştür. Geçen 19 senelik süre zarfında Türkiye'nin kaba doğum hızı binde 7,0 azalış göstermektedir (TÜİK, 2021).

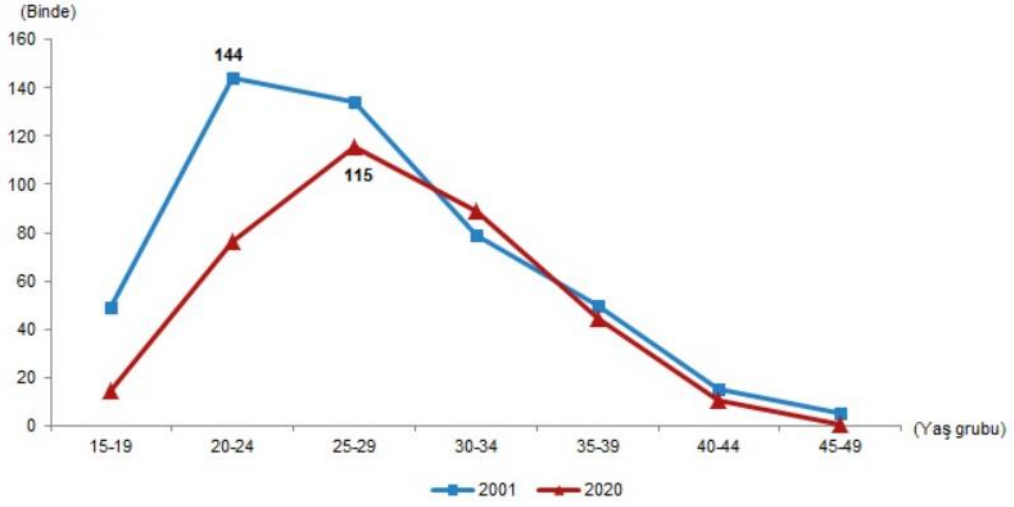


Kaynak: Avrupa Birliği İstatistik Ofisi (Eurostat) Veri Tabanı, 2019

Şekil 29. Türkiye kaba doğum hızının Avrupa Birliği üye ülkeleri ile karşılaştırması, 2019 (TÜİK, 2021)

Türkiye'nin ve Avrupa Birliği üyesi 27 ülkenin kaba doğum hızlarını karşılaştırdığımızda 2019 yılında Türkiye'nin kaba doğum hızı binde 14,4 olurken AB üyelerinin ortalaması binde 9,3 olduğu görülmektedir. Belirtilen yılda Türkiye'nin kaba doğum hızı 27 ülkenin kaba doğum hızından daha yüksektir. Avrupa Birliği üye ülkelerin kaba doğum hızları incelendiğinde en yüksek hıza sahip ülke binde 12,0 ile İrlanda, en düşük hıza sahip ülke binde 7,0 ile İtalya olduğu görülmektedir (TÜİK, 2021).

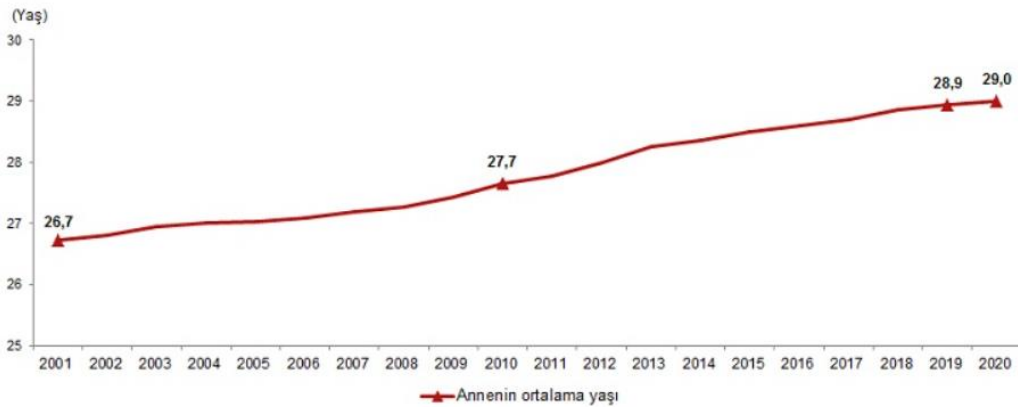
Yaşa özel doğurganlık hızı, 2001, 2020



Şekil 30. Türkiye yaşa özel doğurganlık hızı, 2001, 2020 (TÜİK, 2021)

Yaşa özel doğurganlık hızı kavramı, belirli bir yaş grubunu oluşturan bin kadın başına düşen ortalama canlı doğan çocuk sayısını ifade etmektedir. Türkiye’de 2020 yılında yaşa özel doğurganlık hızının en yüksek olduğu yaş grubu 25-29 yaş arası olmuştur. 2001 yılında en yüksek yaş grubu binde 144 ile 20-24 yaş grubu olurken 2020 yılında binde 115 ile 25-29 yaş grubu olduğu görülmektedir. 2001 yılından 2020 yılına kadar geçen sürede doğurganlığın kadının ileri yaşlarında gerçekleştiği görülmektedir (TÜİK, 2021).

Annenin ortalama yaşı, 2001-2020



Şekil 31. Türkiye annenin ortalama yaşı, 2001-2020 (TÜİK, 2021)

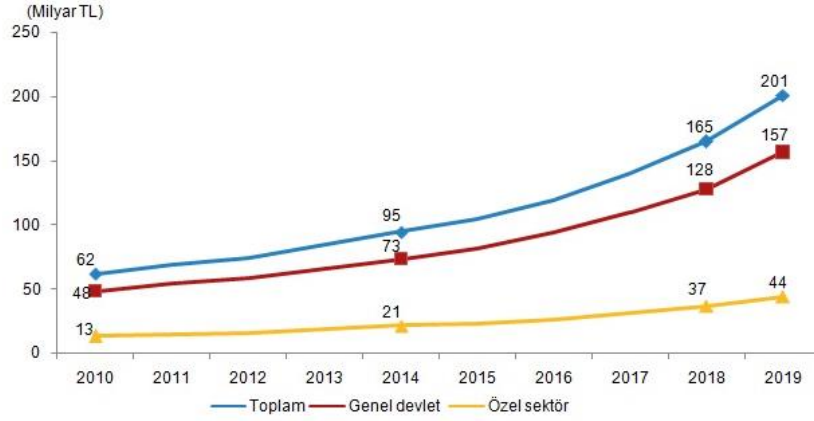
Şekil 31’de yer alan veriler doğrultusunda Türkiye’de 2001 yılında doğum yapan annelerin ortalama yaşı 26,7 iken 2020 yılında doğum yapan annelerin ortalama yaşı 29,0 olmuştur (TÜİK, 2021).

4.4.1. Türkiye Sağlık Sistemi

Türkiye’de sağlık sistemi kamu ve özel sektör karışımından oluşmaktadır. Türkiye’de genel sağlık sigortası sistemi dahilinde evrensel sağlık hizmetlerinden Sosyal Güvenlik Kurumu’na (SGK) kayıtlı tüm bireyler ücretsiz tıbbi tedavi alarak faydalanabilmektedir. Türkiye’de sağlık hizmetleri kamu, yarı kamu, kâr amacı gütmeyen vakıflar ve özel sektör kuruluşlarıyla sağlanır. Sağlık hizmetlerinin finansmanı ise başta vergiler olmak üzere, sosyal güvenlik primleri, cepten ödeme ve özel sigorta primleri ile karşılanmaktadır (Daştan / Çetinkaya, 2015: 109). 2012 yılı itibariyle tüm vatandaşlar Genel Sağlık Sigortası sistemine dahil edilme zorunluluğu getirilmiştir. T.C. Anayasası’na göre sağlık hizmetleri kamu malı niteliğindedir ve devletin görevlerindedir. Sağlık hizmetlerinden Sağlık Bakanlığı sorumlu tutulmaktadır. Türkiye’de sağlık sektörü, 1980’lerden sonra yaklaşık olarak 3 kat büyümüş ve bu büyüme içerisinde kamu sektörünün payı daha belirleyici olmuştur. Son 20 yıl içinde hızlandırılan bu büyüme hareketi, reformlar ve 2003 yılında başlatılan “Sağlıkta Dönüşüm” programıyla Türk Sağlık sistemi yeniden yapılandırılmıştır. Sosyal Güvenlik Reformu doğrultusunda Genel Sağlık Sigortası sistemi başlatılmıştır. Tüm bu değişiklikler neticesinde vatandaşlar sağlık hizmetlerine kolay erişebilmektedir (Daştan / Çetinkaya, 2015: 109).

Türkiye’de 2019 yılında toplam sağlık harcamaları 201 milyar 31 milyon TL’dir. 2018 yılına göre %21,7 yükselmiştir. Genel devlet sağlık harcaması bir önceki yıla göre %22,5 artarak 2019 yılında 156 milyar 819 milyon TL olmuştur. Aynı yıl içinde özel sektör sağlık harcaması bir önceki yıla göre %18,8’lik artış ile 44 milyar 212 milyon TL’ye ulaşmıştır (TÜİK, 2021).

Sağlık harcamaları, 2010-2019



Şekil 32. Türkiye sağlık harcamaları, 2010-2019 (TÜİK, 2021)

Türkiye’de 2019 yılında toplam sağlık harcamalarının %78,0’ı genel devlet bütçesinden karşılanırken, %22,0’ı özel sektör harcaması olarak gerçekleşmiştir.

Tablo 64. Türkiye Genel Devlet ve Özel Sektöre Göre Toplam Sağlık Harcaması, 2018, 2019 (TÜİK, 2021)

<i>Genel devlet ve özel sektöre göre toplam sağlık harcaması, 2018, 2019</i>				
(Milyon TL)				
	2018	Pay (%)	2019	Pay (%)
<i>Toplam sağlık harcaması</i>	165 234	100,0	201 031	100,0
Genel devlet	128 021	77,5	156 819	78,0
Merkezi devlet	40 461	24,5	51 492	25,6
Mahalli idareler	1 439	0,9	1 373	0,7
Sosyal Güvenlik Kurumu	86 121	52,1	103 954	51,7
Özel sektör	37 213	22,5	44 212	22,0
Hanehalkları	28 655	17,3	33 626	16,7
Sigorta şirketleri	4 625	2,8	5 801	2,9
Diğer ⁽¹⁾	3 933	2,4	4 785	2,4

(1) “Diğer” sağlık harcamaları; hanehalklarına hizmet eden kâr amacı gütmeyen kuruluşlar ve diğer işletmelerin yaptığı sağlık harcamalarını kapsar.

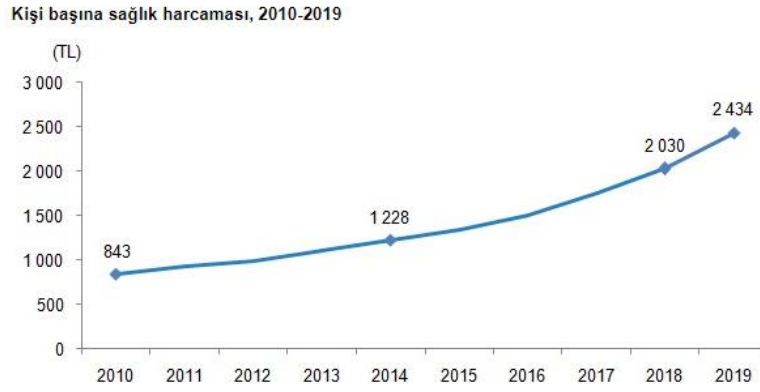
2019 yılında Türkiye’de bir önceki yıla göre cari sağlık harcaması %21,1 artarak 187 milyar 673 milyon TL’ye ulaşmıştır. Sağlık harcamaları yatırımları 13 milyar 357 milyon TL olarak %30,5 artış göstermiştir. Aynı yıl içinde toplam sağlık harcamalarının %48,2’si hastanelerde yapılırken, %11,9’u ayakta bakım hizmetleri kapsamında, %25,8’i perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar tarafından yapılmıştır (TÜİK, 2021).

Tablo 65. Türkiye Sağlık Hizmeti Sunucularına Göre Sağlık Harcamaları, 2018, 2019 (TÜİK, 2021)

<i>Sağlık hizmeti sunucularına göre sağlık harcamaları, 2018, 2019</i>				
(Milyon TL)				
	2018	Pay (%)	2019	Pay (%)
<i>Toplam sağlık harcaması</i>	165 234	100,0	201 031	100,0
Can sağlık harcaması	154 998	93,8	187 673	93,4
Hastaneler	80 701	48,8	96 883	48,2
Evde hemşirelik bakımı	1	0,0	1	0,0
Ayakta bakım sunanlar	20 117	12,2	23 971	11,9
Perakende satış ve diğer tıbbi malzeme sunanlar	41 424	25,1	51 922	25,8
Halk sağlığı programlarının sunumu ve yönetimi	7 324	4,4	4 884	4,4
Genel sağlık yönetimi ve sigorta	931	0,6	949	0,5
Sınıflandırılmayan diğer kategori	4 501	2,7	5,065	2,5
Yatırım	10 236	6,2	13,357	6,6

Tablodaki rakamlar yuvarlamadan dolayı toplamı vermeyebilir.

TÜİK verilerine göre 2018 yılında kişi başına sağlık harcaması 2.030 TL iken 2019 yılında 2.434 TL’ye yükselmiştir. Toplam sağlık harcamalarının GSYH’ye oranı 2019 yılında %4,7 olmuştur. Cari sağlık harcamasının GSYH’ye oranı ise %4,3 olarak gerçekleşmiştir (TÜİK, 2021).



Şekil 33. Türkiye kişi başına sağlık harcaması, 2010-2019 (TÜİK, 2021)

TÜİK verilerine göre 2019 yılında sağlık harcamalarına ilişkin temel göstergelerde cepten sağlık harcamalarının toplam içindeki payı 16,7 olmuştur. Tedavi, ilaç vb. amaçla yapılan cepten sağlık harcamaları ise 33 milyar 629 milyon TL'ye ulaşmıştır (TÜİK, 2021).

Tablo 66. Türkiye sağlık harcamalarına ilişkin temel göstergeler, 2018, 2019 (TÜİK, 2021)

<i>Sağlık harcamalarına ilişkin temel göstergeler, 2018, 2019</i>		
	2018	2019
Toplam sağlık harcaması (Milyon TL)	165 234	201 031
Kişi başına sağlık harcaması (TL)	2 030	2 434
Toplam sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı (%)	4,4	4,7
Cari sağlık harcamasının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı (%)	4,1	4,3
Genel devlet sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)	77,5	78,0
Özel sektör sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)	22,5	22,0
Hanehalkı cepten sağlık harcamasının toplam sağlık harcamasına oranı (%)	17,3	16,7

Türkiye’de sağlıkta insan gücünü inceleyecek olursak;

2019 yılında Türkiye’de toplam sağlık personel sayısı 1.033.767’dir. Aynı yıl içinde toplam hekim sayısı 160.810 kişi, toplam dış hekimi sayısı 32.925 kişi, eczacı 33.841 kişi, hemşire sayısı 198.103 kişi, ebe sayısı 55.972 kişi, diğer sağlık personeli sayısı 182.456 kişidir.

Tablo 67. Türkiye Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı, 2019 (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2019 Haber Bülteni, 2020)

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Uzman Hekim	44.698	14.822	25.679	85.199
Pratisyen Hekim	42.300	307	4.236	46.843
Asistan Hekim	10.147	18.621	-	28.768
Toplam Hekim	97.145	33.750	29.915	160.810
Toplam Dış Hekimi	11.387	4.425	17.113	32.925
Eczacı	3.404	840	29.597	33.841
Hemşire	132.333	31.324	34.446	198.103
Ebe	52.076	809	3.087	55.972
Diğer Sağlık Personeli	124.758	17.050	40.648	182.456
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	229.335	48.331	91.994	369.660
Toplam Personel	650.438	136.529	246.800	1.033.767

2019 yılında Türkiye’de tüm unvanlarda 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısı 193, 100.000 kişiye düşen toplam dış hekimi sayısı 40, toplam eczacı sayısı 41, toplam hemşire ve ebe sayısı 306 kişidir.

Tablo 68. Türkiye İBBS-1'e ve Unvanlara Göre 100.000 Kişiyeye Düşen Personel Sayısı, 2019, Tüm Sektörler (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 Haber Bülteni, 2020)

İBBS-1	Uzman Hekim	Pratisyen Hekim	Toplam Hekim	Toplam Dış Hekimi	Eczacı	Hemşire ve Ebe
İstanbul	136	46	225	54	43	264
Batı Marmara	90	57	173	34	41	325
Ege	114	57	208	42	46	315
Doğu Marmara	92	52	174	38	38	297
Batı Anadolu	145	51	274	51	48	349
Akdeniz	95	58	180	38	45	310
Orta Anadolu	81	62	171	35	40	335
Batı Karadeniz	82	67	173	33	39	351
Doğu Karadeniz	87	68	182	37	41	372
Kuzeydoğu Anadolu	72	75	170	24	29	313
Ortadoğu Anadolu	70	67	154	26	28	326
Güneydoğu Anadolu	63	61	137	23	31	254
Türkiye	102	56	193	40	41	306

Türkiye'nin hastane sayısı, hastane yatağı sayısı ve birinci basamak kurum ve acil hizmet altyapı sayıları inleyecek olursak;

Türkiye'de 2019 yılında Sağlık Bakanlığı hastaneleri sayısı 895, üniversite hastaneleri sayısı 68, özel hastanelerin sayısı 575 adettir. Toplam hastane sayısı ise 1.538 adettir.

Tablo 69. Türkiye İBBS-1'e ve Sektörlere Göre Hastane Sayısı, 2019 (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019 Haber Bülteni)

İBBS-1	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
İstanbul	54	16	165	235
Batı Marmara	54	4	21	79
Ege	122	7	71	200
Doğu Marmara	80	4	54	138
Batı Anadolu	70	13	52	135
Akdeniz	84	8	91	183
Orta Anadolu	76	4	23	103
Batı Karadeniz	97	3	19	119
Doğu Karadeniz	68	1	11	80
Kuzeydoğu Anadolu	52	2	5	59
Ortadoğu Anadolu	57	3	16	76
Güneydoğu Anadolu	81	3	47	131
Türkiye	895	68	575	1.538

2019 yılında Türkiye’de aktif kullanılan hastane yatak sayısı 237.504 adettir. Sağlık Bakanlığı aktif hastane yatak sayısı 143.412, üniversite hastanesi yatak sayısı 42.925, özel hastane yatak sayısı 50.196’dır.

Tablo 70. Türkiye İBBS-1'e ve Sektörlere Göre Hastane Yatağı Sayısı, 2019-2020 (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019, Haber Bülteni 2020)

İBBS-1	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
İstanbul	19.806	5.849	15.042	40.697
Batı Marmara	6.786	2.105	1.724	10.615
Ege	19.207	5.656	5.899	30.762
Doğu Marmara	14.145	2.943	4.201	21.289
Batı Anadolu	15.592	7.490	4.439	27.521
Akdeniz	17.259	5.417	7.847	30.523
Orta Anadolu	7.595	3.006	2.033	12.634
Batı Karadeniz	10.962	2.275	1.955	15.192
Doğu Karadeniz	6.860	831	1.149	8.840
Kuzeydoğu Anadolu	4.491	1.693	323	6.507
Ortadoğu Anadolu	7.869	2.770	1.349	11.988
Güneydoğu Anadolu	12.840	2.890	5.206	20.936
Türkiye	143.412	42.925	51.167	237.504

2019 yılında Türkiye’de yoğun bakım yatak sayısı 39.955 adettir. Sağlık Bakanlığı’na ait yoğun bakım yatak sayısı toplam 17.389, üniversite hastanelerine ait yoğun bakım yatak sayısı 6.199 ve özel hastanelere ait yoğun bakım yatak sayısı 16.367 adettir.

Tablo 71. Türkiye Türlerine ve Sektörlere Göre Yoğun Bakım Yatak Sayıları, 2019 (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019, Haber Bülteni 2020)

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Erişkin	12.136	4.168	9.060	25.364
Çocuk	1.043	588	147	1.778
Yenidoğan	4.210	1.443	7.160	12.813
Toplam	17.389	6.199	16.367	39.955

2019 yılında Türkiye’de aile hekimi sayısı 26.476 adet, aile sağlığı merkezi 7.997 adet, toplum sağlığı merkezi 778 adet, sağlık evi 5.078 adet, çocuk, ergen, kadın ve üreme sağlığı birimi 167 adet, verem savaş dispanseri 174 adet, kanser erken teşhis, tarama ve eğitim merkezi 178 adet, entegre ilçe devlet hastaneleri 200 adet, acil yardım istasyonu 2.886 adet ve acil yardım ambulans sayısı 5.382 adettir.

Tablo 72. Türkiye Birinci Basamak Kurum ve Acil Hizmet Altyapı Sayıları, 2019 (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019, Haber Bülteni 2020)

	2019
Aile Hekimliği Birimi	26.476
Aile Sağlığı Merkezi	7.997
Toplum Sağlığı Merkezi (TSM) *	778
Sağlık Evi	5.078
Çocuk, Ergen, Kadın ve Üreme Sağlığı Birimi (ÇEKÜS)	167
Verem Savaş Dispanseri (VSD)	174
Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM)	178
E2 – E3 Entegre İlçe Devlet Hastaneleri **	200
112 Acil Yardım İstasyonu	2.886
112 Acil Yardım Ambulansı	5.382

2019 yılında Türkiye’de MR, BT, ultrason, doppler ultrason, EKO ve mamografi cihazlarının sayısı sırasıyla 902, 1.213, 6.098, 6.383, 2.714 ve 961 adettir.

Tablo 73. Türkiye Sektörlere Göre Hastanelerde Cihaz Sayıları, 2019 (Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019, Haber Bülteni 2020)

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
MR	338	112	452	902
BT	550	139	524	1.213
Ultrason	2.580	898	2.620	6.098
Doppler Ultrason	4.066	642	1.675	6.383
EKO	1.647	297	770	2.714
Mamografi	403	73	485	961

Türk Eczacılar Birliği'nin 2019 yılı araştırmasına göre 2019 yılında Türkiye'de toplam eczane sayısı 37.442 adet olup, 26.177'si serbest eczacı olarak görev yapmaktadır (Eczanelerde Ekonomik ve Finansal Durum Araştırması, 2019: 11).

2019 yılında Türkiye'de yatak doluluk oranı %66,3'tür. Kişi başına düşen hekim müracaat oranı %9,8, kişi başına düşen diş hekimine müracaat oranı %0,67, ortalama kalış gün sayısı %4,2, yatak devir hızı %58,1 ve yatak devir aralık oranı %2,1 olmuştur.

Tablo 74. Türkiye BBS-1'e Göre Bazı Sağlık Hizmeti Kullanım Göstergeleri, 2019, Tüm Sektörler(Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019, Haber Bülteni 2020)

İBBS-1	Kişi Başı Hekime Müracaat	Kişi Başı Diş Hekimine Müracaat	Yatak Doluluk Oranı	Ortalama Kalış Günü	Yatak Devir Hızı	Yatak Devir Aralığı
İstanbul	9,2	0,57	61,1	4,3	52,4	2,7
Batı Marmara	10,5	0,69	65,2	4,3	55,2	2,3
Ege	10,6	0,69	68,1	4,4	56,8	2,1
Doğu Marmara	10,2	0,71	70,8	4,2	60,8	1,8
Batı Anadolu	9,9	0,76	65,5	4,7	50,4	2,5
Akdeniz	10,4	0,58	71,3	3,9	67,0	1,6
Orta Anadolu	9,7	0,78	64,5	4,2	56,7	2,3
Batı Karadeniz	10,3	0,86	66,4	4,5	53,3	2,3
Doğu Karadeniz	10,3	0,73	66,5	4,0	60,7	2,0
Kuzeydoğu Anadolu	8,2	0,78	64,0	4,4	53,2	2,5
Ortadoğu Anadolu	8,1	0,65	62,2	3,9	57,9	2,4
Güneydoğu Anadolu	8,9	0,58	67,9	3,4	72,0	1,6
Türkiye	9,8	0,67	66,3	4,2	58,1	2,1

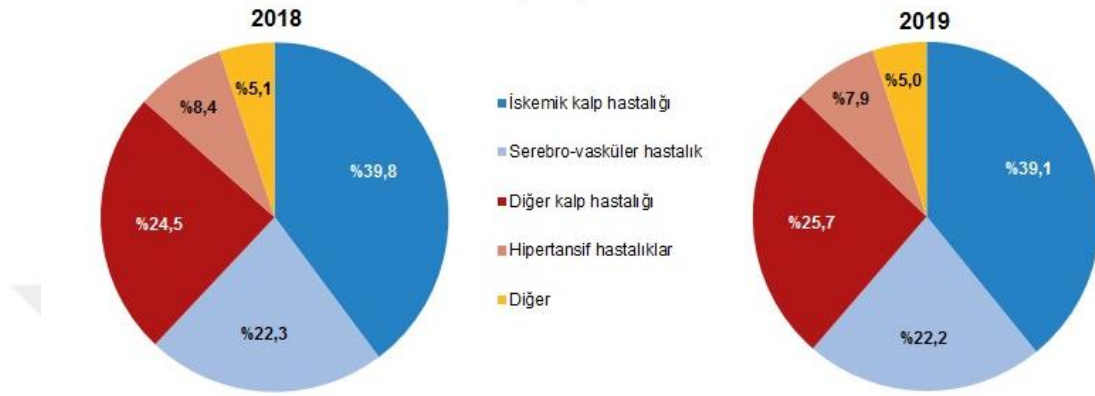
Türkiye'nin başlıca ölüm nedenlerini inleyecek olursak;

2019 yılında Türkiye'de ölüm nedenleri arasında %36,8 ile ilk sırayı dolaşım sistemi kaynaklı hastalıklar almıştır. İkinci sırada %18,4 ile iyi ve kötü huylu tümörlere bağlı ölümler ve üçüncü sırayı %12,9 ile solunum sistemi hastalıkları almıştır.



Şekil 34. Türkiye nedenlere göre ölüm oranı, 2018, 2019 (TÜİK, 2021)

Türkiye’de 2019 yılında dolaşım sistemi hastalıklarına bağlı ölümlerin %39,1’i iskemik kalp hastalıkları nedeniyle gerçekleşmiştir. %25,7’si diğer kalp rahatsızlıklarından kaynaklanırken %22,2’si serebro-vasküler hastalıklardan kaynaklandığı görülmüştür.



Şekil 35. Türkiye dolaşım sistemi hastalıklarından ölenlerin oranı, 2018, 2019 (TÜİK, 2021)

Türkiye’de bazı tedavi ve müdahalelerin ücretlerini inceleyecek olursak;

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı tarafından yayımlanan Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Kapsamında Sunulan Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesine göre bazı fiyatlara tablo 74’te yer verilmiştir.

Tablo 75. Türkiye Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Kapsamında Sunulan Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi (Türk Lirası)(Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2021)

<i>Tıbbi Uygulamalar</i>		
Cilt bakımı		150,00
<i>Kimyasal soyma (Peeling)</i>		
Yüzeysel		
Tüm yüze		450,00
Yüzde sınırlı alanlara		225,00
Yüz dışı uygulamalar (tek bölge)		450,00
Orta derinlikte		
Tüm yüze		600,00
Yüzde sınırlı alanlara		300,00
Yüz dışı uygulamalar (tek bölge)		600,00
Derin		
Tüm yüze		900,00
Yüzde sınırlı alanlara		450,00
Yüz dışı uygulamalar (tek bölge)		900,00
<i>Botulinum Toksin Uygulamaları</i>		
Botulinum toksin uygulamaları	İlaç dahil, seans başına faturalanır.	
Kırışıklık tedavisi- yüz		675,00
Kırışıklık tedavisi- boyun / dekolte		675,00
Kırışıklık tedavisi- yüz ve boyun / dekolte		900,00
Terleme tedavisi- koltuk altı (çift taraflı)		1.200,00
Terleme tedavisi- el içi (çift taraflı)		1.200,00
Terleme tedavisi- ayak tabanı (çift taraflı)		1.200,00
<i>Mezoterapi Uygulamaları</i>	Malzeme hariç, seans başına faturalanır.	
Yüz		300,00
Saçlı deri		300,00
Vücut		450,00
<i>Diğer Lazer Uygulamaları</i>	Seans başına faturalanır.	
Akne, hidradenit tedavisi için lazer uygulamaları, tek bölge		750,00
Akne, hidradenit tedavisi için lazer uygulamaları, birden fazla bölge		1.125,00
Lazer ile deri gençleştirme		
Non-ablatif lazer ile deri gençleştirme	Seans başına faturalanır.	
Tüm yüz		750,00
Yüz sınırlı alan		375,00
Boyun ve dekolte		375,00
El sırtı		375,00
Akne skarı		750,00
Lazerle sellülit ve incelme tedavisi	Seans başına faturalanır.	
Lazerle sellülit ve incelme tedavisi (tek bölge)		600,00

Lazerle sellülit ve incelme tedavisi (iki Bölge)		900,00
Lazerle sellülit ve incelme tedavisi (Yaygın)		1.200,00
Lazer Lipoliz (tek bölge)		1.050,00
Lazer Lipoliz (iki bölge)		1.050,00
Lazer Lipoliz (yaygın)		1.800,00
<i>Cerrahi Uygulamalar</i>	Malzeme bedelleri hariç	
<i>Baş-Boyun Bölgesi Uygulamaları</i>	Malzeme bedelleri hariç	
Saçlı Deri		
Saç ekimi	Folikül başına faturalanır.	2,25
Kaş ekimi	Seans başına faturalanır.	2.250,00
Kirpik ekimi	Seans başına faturalanır.	3.000,00
Göz Çevresi		
Kaş kaldırma basit (<i>iki taraflı</i>)		2.250,00
Kaş kaldırma (endoskopik) (<i>iki taraflı</i>)		3.000,00
Alın / şakak germe		3.750,00
Alın / şakak germe (endoskopik)		4.500,00
<i>Yüz ve Boyun Bölgesi</i>	Malzeme bedelleri hariç	
Orta yüz germe		4.500,00
Orta yüz germe (askı ile) (askı malzemesi hariç)		2.250,00
Tam yüz germe		7.500,00
Endoskopik yüz germe		6.000,00
Yüz germe ve boyun germe		7.500,00
Rinoplasti		1.950,00
Boyun germe		4.500,00
Submental yağ eksizyonu veya liposuction		2.625,00
Malar büyütme (alloplastik implant ile)		4.500,00
Malar Küçültme		3.750,00
Dudağa estetik amaçlı cerrahi girişimler		1.500,00
MEME	Malzeme bedelleri hariç	
Meme implantı çıkarılması		1.800,00
Meme dikleştirme (mastopeksi)		4.500,00
Mastopeksi+meme büyütme (aynı seansta)		5.700,00
İçe dönük meme ucunun düzeltilmesi		1.200,00
Areola tatuajı		600,00
<i>Vücut Hatlarının Düzeltilmesi</i>	Malzeme bedelleri hariç	
Mini-abdominoplasti		2.550,00
Abdominoplasti + liposuction		3.150,00
Belt lipektomi		7.200,00
Umbilikoplasti		900,00
Liposuction (tek bölge)		3.000,00
Liposuction (<i>ilave her bölge</i>)		1.500,00
Liposuction (iki bölge)		3.000,00
Liposuction (yaygın)		3.600,00

Lazer / Vaser ile liposuction		5.100,00
Uyluk germe		3.750,00
Uyluk germe ve liposuction		4.500,00
Kol germe		3.000,00
Baldır büyütme- implant ile	Malzeme bedelleri hariç	1.800,00
<i>Geleneksel, Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları</i>	Malzeme hariç, seans başına faturalanır.	
Akupunktur		75,00
Kinezyoterapi		45,00
Osteopati		90,00
Fitoterapi		112,50
Homeopati (ilk muayene)		135,00
Homeopati (sonraki görüşmeler)		75,00
Kupa tedavisi (hacamat)		75,00
Hirudoterapi (sülük uygulaması)	Sülük bedel dahil	112,50
Apiterapi		112,50
Hipnoz		150,00
Maggot (larva) uygulaması		112,50
Refleksoloji uygulaması		75,00
Müzikterapi uygulaması		75,00
<i>Kalp ve Büyük Damar Yaralanmaları</i>		
Greft yerleştirilmesi, aort veya büyük damarlar, kardiyopulmoner by-pass ile	Greft hariç	37.254,00
Kalp yaralanması onarımı, kardiyopulmoner by-pass olmaksızın		7.149,00
Kalp yaralanması, valvül hasarı, tamiri-replasmanı, koroner by-pass		28.157,00
Kalp yaralanması, ventriküler septal defekt onarımı		28.157,00
Kardiyotomi eksploratris, kardiyopulmoner by-pass olmaksızın		8.279,00
Akciğer transplantasyonu, global		146.362,00
Karaciğer Transplantasyonu		121.968,00
Pankreas transplantasyonu, total		22.271,04
İnce barsak transplantasyonu		121.968,00
Femto Lasik (tek göz)		3.750,00
Femto Smile (tek göz)		3.248,00
Böbrek transplantasyonu		49.104,00
Hematopoietik hücre nakli, allojenik (Kardeş veya akrabadan, HLA tam uyumlu)		111.240,00
Hematopoietik hücre nakli, allojenik (Akraba dışından, HLA tam uyumlu)		218.283,00
Haploidentik nakil, allojenik (En az 2 HLA antijeni uyumsuz nakiller)		203.585,00
Kordon kanı nakli		182.559,00
Kordon kanı nakli, otolog		49.974,00
Hematopoietik hücre nakli, otolog		59.969,00

<i>Organ Transplantasyonu</i>		
Ekstremitte nakli (Tek kol veya tek bacak)		60.984,00
Yüz Nakli		66.528,00
Kadavra donör temini		27.000,00
Standart Check-Up	Tetkik ve Görüntüleme Hizmetlerinin paket içeriği hastane yönetimleri tarafından belirlenecektir.	600,00
Müdahaleli doğum		1.248,00
Normal vajinal doğum		1.248,00
Sezaryen (çoğul gebelik)		1169
Sezaryen		1013
Sağlık Turizmi hastalarına kemik iliği/PBSC temini	Bu işleme sağlık turizmi fiyat kat sayısı uygulanmaz ve vericinin ileri testleri, sağlık kontrol masrafları, kemik iliği/kordon kanının toplanması, saklanması, alınan kemik iliği/kordon kanının yine Türkiye'deki bir nakil merkezine götürülmesi ve gerektiğinde vericinin ya da kemik iliği/kordon kanının taşınması için görevlendirilen kuryenin ulaşım ve konaklaması dâhildir	45.000,00

4.4.2. Türkiye'de Sağlık Turizmi

Turizm sektörü tüm dünya ülkelerinde olduğu gibi ülkemiz için de önemli gelir kaynaklarından birisidir. Akdeniz ve Ege sahillerinde bulunan doğal güzellikler, arkeolojik bölgeler ve plajlar ülkemizi ziyaret eden turist sayısının artmasında önemli faktörlerdir. Üç tarafı denizlerle çevrili olan Türkiye, doğal güzellikleri ve kültürel zenginlikleri ve alternatif turizm alanları ile turizm açısından oldukça değerli bir konumdadır.

Ülkemizde bulunan termal suların yüksek mineralizyona ve etkin tedavi edici özelliklere sahip olması Türk hamamlarının ve geleneksel kaplıcaların sağlık ve termal turizmin gelişmesinde önemli bir etkiye sahiptir (Ekinci, 2019: 49).

Türkiye'nin iklimi, kumsalları, ormanları ve yaylarının yanı sıra sahip olduğu termal kaynaklar ve talassoterapi⁷ imkanları, İstanbul, Ankara, Antalya ve İzmir gibi büyükşehirlerin dünya genelinde bilinir olması, dünya markası konumuna erişmiş olan ulusal havayolu Türk Hava Yolları ile sunmuş olduğu ulaşım kolaylığı sayesinde medikal turizm ve alternatif sağlık turizminde dünya sağlık turizmin pazarından alacağı pay iyi bir devlet planlaması ile hedeflenen noktaya ulaşacaktır.

Türkiye'de genç nüfus oranının yüksek olması, vasıflı ve eğitilebilir iş gücü potansiyelinin olması, gelişen ve güçlenen ekonomisi, son 10 yıldır sağlık sektöründe gerçekleştirilen yatırımlar ve "sağlıkta dönüşüm programının" olumlu neticeleri Türkiye'nin diğer ülkelerdeki sağlık kurumlarıyla rekabet etme gücünü arttırmıştır (Tontuş, 2017: 2).

Sağlıkta dönüşüm programı sonrasında Türkiye'den yurt dışında tedavi olma amacıyla giden hasta sayısı artık neredeyse yok denecek kadar azdır. Sağlık hizmetlerine erişim, randevu sürelerinin kısa olması ve sağlık sigorta sisteminin herkesi kapsayacak şekilde olmasıyla tüm vatandaşlar sağlık hizmetlerine kolaylıkla ulaşabilmektedir (Bulut / Şengül, 2019: 13).

Bir başka açıdan sağlık turizminin ülkemiz için önemine bakılacak olursa; "Türkiye'nin ihracata dayalı teknolojik ürün üretimi için ürün satış değerinin %80'i civarında ithal ürün bağımlılığı varken, sağlık temalı hizmet ihracatında bu oran %20'ler civarına düşmektedir yani her 100 liralık sağlık turizmi gelirin, 80 lirası ülkemiz için net kazanımdır. Diğer bir önemli veri ise tatil ve eğlence amaçlı turistler kişi başı ortalama 650-1000 USD harcama yaparken, sağlık hizmeti talebi ile gelen sınır ötesi hastalarda kişi başına harcamanın 6.000-9.000 USD arasında olduğu bilinmektedir" (Tontuş, 2017: 80).

⁷ Talassoterapi; tıbbi gözetim ve denetim altında koruyucu, tedavi edici veya kür amaçlı olarak yapılan deniz iklimi, deniz suyu, yosun, kum, deniz çamuru gibi maddelerin birleştirilerek farklı yöntemlerin kullanıldığı bir tedavi sistemidir (Talassoterapi, 2020).

Sağlık turizminde Türkiye'nin artan potansiyeli sayesinde gelen uluslararası hasta sayısı ve sağlamış olduğu gelir her geçen yıl artış göstermektedir.

Tablo 76. Yabancı Ziyaretçi Sayısı ve Turizm Gelirinin Yıllara Göre Dağılımı (Türkiye Turizm Yatırımcıları Derneği, 2021)

Yıllar Years	Yabancı Ziyaretçi Foreign Arrivals	Yıllık Değişim (%) Annual Change (%)	Turizm Geliri (milyon US\$) Tourism Receipts (US\$ million)	Yıllık Değişim (%) Annual Change (%)
1998	9,752,697	0.7	7,177	2.5
1999	7,487,285	-23.2	5,203	-33.4
2000	10,428,153	39.3	7,636	46.8
2001	11,618,969	11.4	10,450	36.8
2002	13,256,028	14.1	12,420	18.8
2003	13,701,419	3.4	13,854	11.5
2004	17,202,996	25.6	17,076	23.3
2005	20,522,621	19.3	20,322	19
2006	19,275,948	-6.0	18,593	-8.5
2007	23,017,081	19.4	20,942	12.6
2008	26,431,124	14.8	25,415	21.4
2009	27,347,977	3.5	25,064	-1.4
2010	28,510,852	4.3	24,930	-0.5
2011	31,324,528	9.9	28,116	12.7
2012	31,782,832	1.5	29,007	3.2
2013	34,910,098	9.8	32,309	11.4
2014	36,837,900	5.5	34,306	6.2
2015	36,244,632	-1.6	31,465	-8.3
2016	25,352,213	-30.0	22,107	-29.7
2017	32,410,034	27.8	26,284	18.8
2018	39,488,401	21.8	29,513	12.3

Tablo 76'da 1998-2018 yılları arasında yabancı ziyaretçi sayısının ve turizm gelirinin dağılımına bakıldığı zaman 20 senelik süreç içerisinde Türkiye yabancı ziyaretçi sayısı ve turizm gelirleri rakamlarında artan oranlı bir ivme yakalamıştır.

2008-2018 yılları arasında Türkiye'ye gelen turist sayısına (milyon kişi) bakıldığında ise Türkiye %8,4 büyüme oranı ile Avrupa ve Dünya ortalamasının çok üstündedir.

Tablo 77. Türkiye'nin Dünya ve Avrupa Turizmi İçindeki Yeri (Türkiye Turizm Yatırımcıları Derneği, 2021)

Yıllar / Years	Turist Sayısı (milyon kişi)* / Tourist Arrivals (million)*					
	(1) Türkiye/Turkey	(2) Avrupa/Europe	(3) Dünya/World	(1) / (2) %	(1) / (3) %	(2) / (3) %
2008	25.0	486.3	917.0	5.1	2.7	53.0
2009	25.5	462.7	884.0	5.5	2.9	52.3
2010	31.4	488.7	949.0	6.4	3.3	51.5
2011	34.7	520.0	997.0	6.7	3.5	52.2
2012	35.7	540.0	1,038.0	6.6	3.4	52.0
2013	37.8	566.6	1,087.0	6.7	3.5	52.1
2014	39.8	583.6	1,135.0	6.8	3.5	51.4
2015	39.5	607.7	1,186.0	6.5	3.3	51.2
2016	30.9	619.3	1,239.0	5.0	2.5	50.0
2017	37.6	674.4	1,329.0	5.8	3.0	50.8
2018**	46.1	712.6	1,403.0	6.5	3.3	50.8
2008-2018 Yıllık Ort. Büyüme (%) 2008-2018 Average Annual Growth (%)	8.4	4.7	5.3			

Yıllar / Years	Turizm Geliri (milyar US\$) / Tourism Receipts (US\$ billion)					
	(1) Türkiye/Turkey	(2) Avrupa/Europe	(3) Dünya/World	(1) / (2) %	(1) / (3) %	(2) / (3) %
2008	22.0	472.0	940.0	4.7	2.3	50.2
2009	25.1	412.5	853.0	6.1	2.9	48.4
2010	22.6	412.1	928.0	5.5	2.4	44.4
2011	25.1	466.6	1,042.0	5.4	2.4	44.8
2012	25.3	454.9	1,115.0	5.6	2.3	40.8
2013	28.0	491.7	1,197.0	5.7	2.3	41.1
2014	29.6	508.8	1,245.0	5.8	2.4	40.9
2015	26.6	449.8	1,202.0	5.9	2.2	37.4
2016	20.4	449.4	1,225.0	4.5	1.7	36.7
2017	22.5	519.6	1,340.0	4.3	1.7	38.8
2018**	25.7	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Son yıla kadar yıllık ort. büyüme (%) Average Annual Growth (%) till last data	1.66	1.1	4.7			

Türkiye, sağlık turizmi alanında başarılı ülkeler olarak sayılan Hindistan, Tayland, Malezya ve Macaristan gibi ülkelerle rekabet halinde ve sağlık turizmi için yüksek potansiyele sahip bir ülkedir. Medikal turizm şirketleri arasında en güvenilir olduğu kabul edilen MedRetreat, 2010 yılında kaliteli hizmet alınabilecek ve egzotik seyahat yapılabilecek ülkeler arasında Hindistan, Arjantin, Kuzey Afrika, Tayland, Brezilya, Malezya ve Türkiye'ye yer vermiştir (Canver, 2015: 42).

Tedavi olma amacıyla Türkiye'nin tercih edilmesindeki önemli sebepler arasında; kaliteli hizmet sunması, makul fiyat politikası ve hizmet standartları, kaliteli sağlık personellerin ve yardımsever davranışları, tedavide kullanılan ekipmanların yüksek teknolojik standartlara sahip olması ülkemizin dünya genelinde tercih edilen sağlık turizmi destinasyonu olmasıdır.

Türkiye’de sağlık turizmi eylemlerinin ve hizmetlerinin tek merkezden yönetilmesi amacıyla 2010 yılında Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde 31 Mart 2010 tarihinde Sağlık Turizm Birimi kurulmuştur. Bu birim 2011 yılında Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü adıyla Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesine devredilmiştir. Aynı yıl Bakanlıkta gerçekleşen yeniden yapılandırma kapsamında Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı olarak yapılandırılmıştır (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2020).

Ayrıca sağlık turizminin Türkiye’de geliştirilmesine yönelik olarak Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) çerçevesinde öncelikli konu başlıkları arasında da yer almıştır.

Onuncu Kalkınma Planı çerçevesinde Türkiye’nin dünyada yükselen Pazar durumundaki medikal turizm, termal turizm ve ileri yaş-engelli turizmi alanlarında vermiş olduğu hizmetlerin kalitesinin yükseltilmesi amaçlanmaktadır. Program hedefleri şöyle sıralanmaktadır:

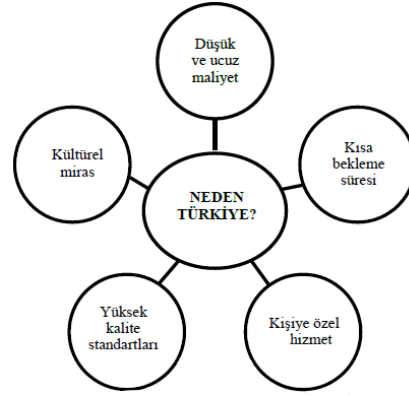
- Termal turizmde 100.000 yatak kapasitesine ulaşılması ve 1.500.000 (600.000 tedavi amacıyla) yabancı termal turiste hizmet verilmesi,
- Termal turizm ile 3 milyar dolar kazanç sağlanması,
- Medikal turizm alanında dünyada ilk 5 destinasyon içerisinde yer almak,
- 750.000 medikal yabancı hastayı tedavi edebilmek ve 5,6 milyar dolar kazanç sağlanması,
- İleri yaş-engelli turizmde 10 bin yatak kapasitesine ulaşmak ve 150.000 yabancı turiste hizmet sunmak,
- İleri yaş-engelli turizmde 750 milyon dolar kazanç elde edilmesidir.

Programın performans göstergeleri ise; termal, medikal, ileri yaş-engelli turizmde yatak kapasitesi, gelir, turist sayısı ve dünya sıralamasıdır (Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu, 2013: 7).

Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, medikal turizm, termal turizm, SPA-Welness, ileri yaş ve engelli turizmi, turistin sağlığı ve yurtdışı koordinasyonu ile alakalı çalışmalar yürütmekte ve amaçları şöyle sıralanmaktadır:

- Sağlık turizmi ve turist sağlığı ile alakalı hizmetleri planlamak ve gerekli izinleri vermek,
- Sağlık turizmi ile alakalı işler ve işlemlerde ilgili kurum ve kuruluşlarla işbirliği içerisinde çalışmalar yapmak,
- Türkiye'ye tedavi amacıyla yurt dışından gelen hastaların sağlık turizmi açısından kabul kriterlerini oluşturmak ve gelen hastaların talep, arzu ve şikayetlerini incelemek,
- Turist sağlığı ve sağlık turizmi kapsamındaki hastalara yönelik gerektiği durumlarda yardım ve danışmanlık hizmetleri sunmak ve bu kayıtları tutmak,
- İkili işbirliği gerçekleştirilmesi durumunda Türkiye'ye gelen ve tedavi edilmesi uygun görülen hastaların işlemlerini planlamak ve koordinasyonunu sağlamak,
- Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi (USHAŞ) ile koordinasyonlu çalışmak (Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2020).

Türkiye sağlık göstergelerinde büyük oranda OECD ülkelerinin ortalamasının altında kalsa da son yıllarda sağlık turizminde önemli bir destinasyon haline gelmiş ve bu öneminin artmasıyla Sağlık Bakanlığı alana yönelik hizmet kalitesinin artması, teknolojik gelişmelerin yakından takip edilmesi, tedavi imkanları yüksek kaliteli hastanelerin ülkemizde yer alması adına girişimleri teşvik etmektedir.



Şekil 36. Türkiye'nin rekabet edebilirlik planı sağlık turizmi unsurları (Bayar, 2019)

Sağlık turizmi faaliyetleri kapsamında Türkiye'de Sağlık Bakanlığı 112 acil çağrı merkezinde ve 184 hasta şikayetleri hattında yabancı dil bilen tercümanlar istihdam edilirken bazı klinik konukevlerine, yaşlı bakım merkezlerine ve sağlıklı yaşam tesislerine yatırımlarda bulunulmuştur (Doğan, 2019: 31).

Türk sağlık kuruluşlarına gelen yabancı hastalara başta plastik ve estetik cerrahi olmak üzere, saç ekimi, göz operasyonları, tüp bebek, deri hastalıkları, checkup, açık kalp ameliyatı, kanser tedavileri, jinekoloji, ortopedi, diş tedavileri, beyin cerrahisi, kulak burun boğaz tedavileri, diyaliz, spa ve fizik tedavi gibi birçok branşta düşük maliyet ve kaliteli tedavi imkânı sunulmaktadır (Uysal Şahin / Şahin, 2018: 291).

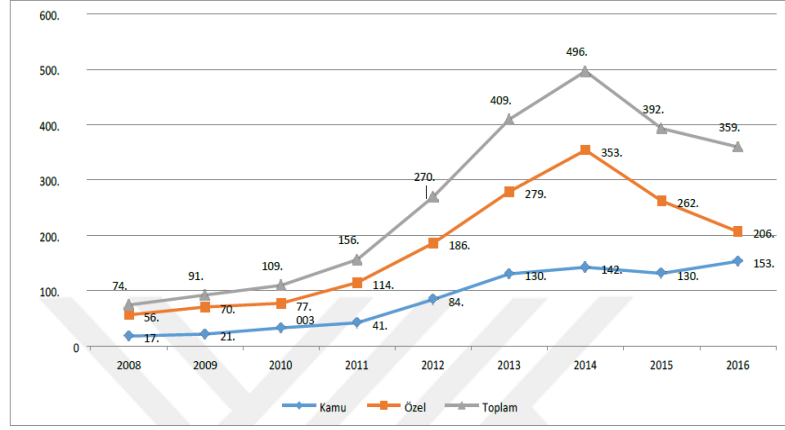
Ülkemizde sağlık kuruluşlarının kalite standartlarını yükseltmek amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmakta ve buna bağlı olarakta Joint Commission International (JCI) tarafından akredite edilmiş uluslararası standartlarda hizmet veren 48 tane sağlık kurumu bulunmaktadır. Ayrıca özel hastanelerle birlikte kamu hastaneleri ve üniversite hastanelerinde de sağlık turizmini güçlendirmek amacıyla şehir hastaneleri inşa etmek gibi çeşitli çalışmalar yapılmaktadır.

Sağlık Bakanlığı 2018-2023 yılları arasında ülkeye gelmesi hedeflenen hasta sayısı ile alakalı olarak hedef belirlemiş ve Türkiye'ye yurt dışından tedavi olmak amacıyla kamu ve özel hastanelere gelen hastaların sayısı tablo 78'de verilmiştir.

Tablo 78. Yurt Dışından Tedavi Amaçlı Gelenlerin Sayısı ve Sağlık Bakanlığı Hedefleri (Ekici, 2019)

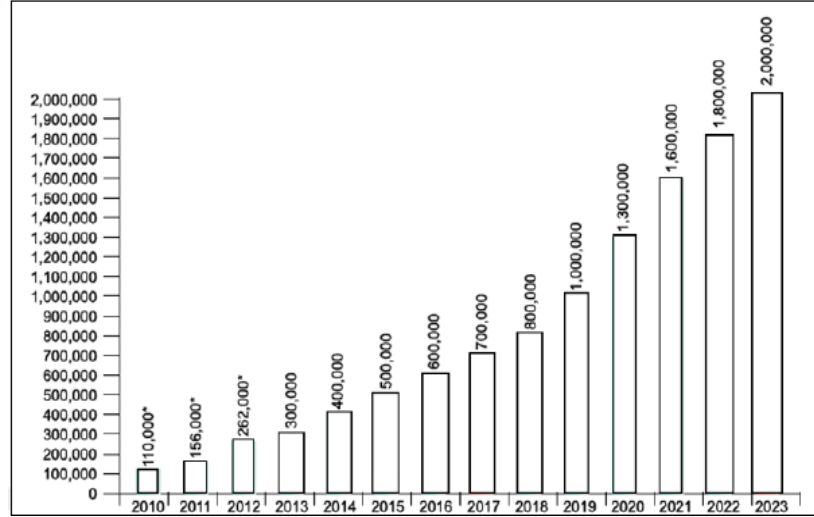
<i>Yıl</i>	<i>Hasta Sayısı</i>
2008	74.093
2009	91.961
2010	109.678
2011	176.000
2012	261.999
2013	300.000
<i>Sağlık Bakanlığı Hedefleri</i>	<i>Hasta Sayısı</i>
2018	800.000
2019	1.000.000
2020	1.300.000
2021	1.600.000
2022	1.800.000
2023	2.000.000

Şekil 37'de Türkiye'ye 2008 ve 2016 yılları arasında gelen uluslararası hasta sayısı verilmiştir. 2015 yılında yaşanan düşüşün sebebi ise ülkemizde yaşanan terör olayları, bölgesel olaylar ve eksik verilerdir.



Şekil 37. Yıllara göre uluslararası hasta sayıları, 2008-2016 (Bayar, 2019)

2023 hedefleri doğrultusunda ise beklenen hasta sayısı 2 milyondur. Fakat 2020 mart ayında yaşanan “Çin Halk Cumhuriyeti, Hubei Eyaleti Vuhan şehri deniz ürünleri pazarı çalışanlarında 31 Aralık 2019 tarihinde ortaya çıkan ve ‘yeni koronavirüs (COVID-19)’ olarak teşhis edilen” (Acar, 2020, s. 8) virüs salgını sebebiyle turizm sektöründeki umutları olumsuz yönde etkilenmiştir.

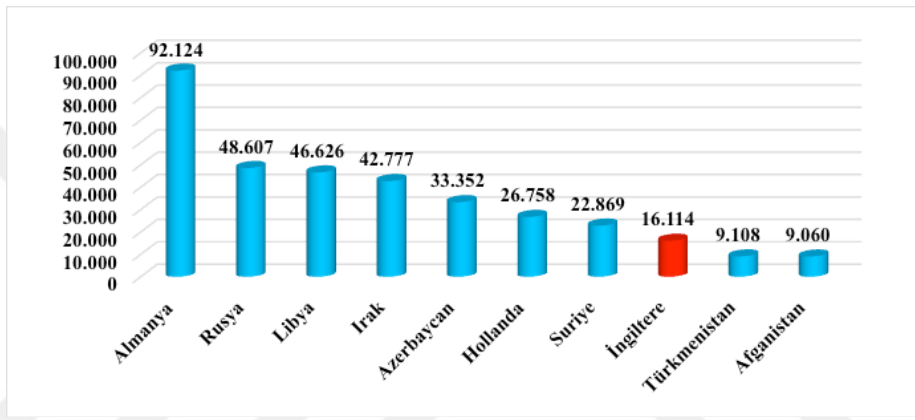


Şekil 38. 2023 Sağlık Turizmi Vizyonu (Hasta sayısı) (Bayar, 2019)

Korona virüsün turizm sektörüne etkisini ülke lehine çevirebilmek ve 2023 yılı 2 milyon sağlık turizmi hastası hedefi doğrultusunda sağlık turizminde yeni politikalar ve stratejiler oluşturulmalıdır.

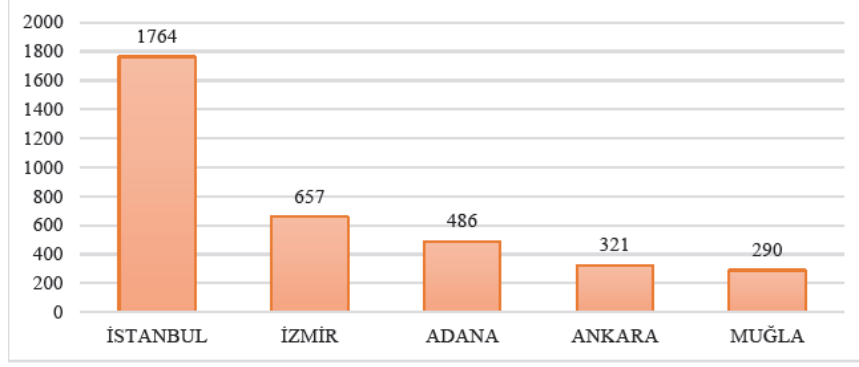
Turizmde önemli başka bir boyut olan ikili ilişkiler dahilinde İngiltere için Türkiye, Fransa, İspanya ve ABD'nin ardından dördüncü en cazip dördüncü turizm merkezi konumundadır (Tontuş, 2017j: 23). 2019 yılında Birleşik Krallık 'tan Türkiye'ye gelen turist sayısı 13,6 artış ile 2 milyon 562 bin olmuştur (BBC, 2021).

Sağlık Bakanlığı 2014 rakamlarına göre, medikal turizm kapsamında Türkiye'ye tedavi amacıyla gelen hastaların geldiği ilk 10 ülke Şekil 39'da verilmiştir. Tabloya göre İngiltere'den ülkemize 2014 yılında gelen sağlık turisti sayısı 16.114'tür.



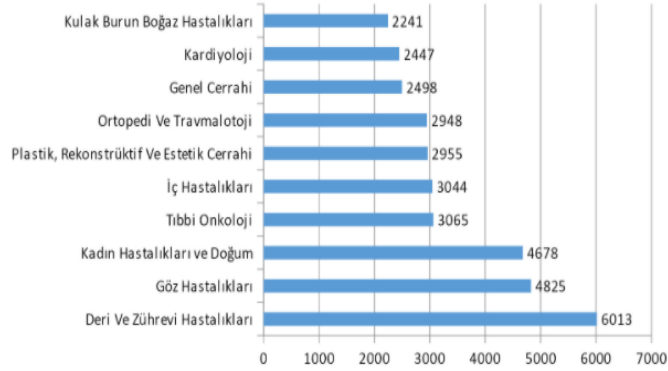
Şekil 39. Medikal turizm kapsamında hastaların geldiği ilk 10 ülke, 2014 (Tantuş, 2017)

Şekil 39'da 2014 yılında Amerika'dan ülkemize gelen uluslararası hastaların sağlık hizmeti almak amacıyla ziyaret ettikleri ilk 5 şehir verilmiştir. İstanbul, İzmir, Adana, Ankara ve Muğla büyükşehir olma özelliği, dünya genelinde tanınır olması ve uluslararası hasta karşılama kapasitesi fazla olan sağlık merkezlerini içermesi sebebi ile hastaların tercih ettikleri şehirlerdir.



Şekil 40. 2014 yılında Amerikalı uluslararası hastaların en fazla sağlık hizmeti aldıkları ilk 5 şehir

2018 yılının ilk 6 ayında uluslararası hastaların ülkemizde başvurmuş olduğu ilk 10 klinik sırasıyla deri ve zührevi hastalıklar 6013 hasta, göz hastalıkları 4825 hasta, kadın hastalıkları ve doğum 4678 hasta, tıbbi onkoloji 3065 hasta, iç hastalıkları 3044 hasta, plastik ve estetik cerrahi 2955 hasta, ortopedi ve travmatoloji 2948 hasta, genel cerrahi 2498 hasta ve kulak burun boğaz hastalıkları 2241 hasta, kardioloji 2447, şeklinde sıralanmıştır.



Şekil 41. 2018 yılı ilk 6 ay medikal turizm kapsamında gelen hastaların başvurdukları ilk 10 klinik (www.klinikiletisim.com)

Türkiye'nin sağlık turizminde hedeflediği ülkeler; uzun bekleme süreleri sebebiyle Avrupa ülkeleri, teknolojik yetersizlikler sebebiyle Ortadoğu ve Afrika ülkeleri ve yüksek tedavi maliyetleri sebebiyle Amerika'dır (Doğan, 2019: 18).

Tablo 79. Sağlık Turizminde Türkiye'nin Hedef Ülkeleri (Doğan, 2019)

<i>Avrupa</i>	<i>Afrika</i>	<i>Asya</i>	<i>Amerika</i>	<i>Ortadoğu</i>
Almanya	Angola	Afganistan	ABD	Bahreyn
Arnavutluk	Cezayir	Azerbaycan	Kanada	BAE
Belçika	Etiyopya	Kazakistan		Irak
Bosna Hersek	Sudan	Kırgızistan		Katar
İngiltere	G. Sudan	Moğolistan		Kuveyt
Danimarka	D. Kongo	Özbekistan		Suudi Arabistan
Finlandiya	Kamerun	Pakistan		Yemen
Fransa	Libya	Tacikistan		
Hollanda	Çad			
İsveç	Gana			
İsviçre	Madagaskar			
Karadağ	Mali			
Kosova	Moritanya			
Lüksemburg	Nijerya			
Norveç	Kenya			
Makedonya	Senegal			
Romanya	Tanzanya			
Rusya	Tunus			
Ukrayna	Uganda			
	Zambiya			

Tablo 80. Ülkelere Göre Türkiye'nin Medikal Turizm Tercih Nedenleri (Tontuş, 2017ğ)

	Fiyat Farklılığı	Uzun Bekleme Süresi	Tıbbi Teknolojik Yetersizlik	Sağlık Çalışanının üst ihtisas yetersizliği	Akrabalık ilişkileri	Diyaspora	Sigorta kapsamında olmayan işlemler	Özellikli Tedavi Seçeneklerine Olan İhtiyaç	Sosyo-kültürel Benzerlik	Geleneksel Turizm Olanakları
Almanya	/	/				/	/			/
Rusya			/	/			/	/		/
İngiltere	/	/				/	/			/
ABD	/						/			/
Libya			/	/				/		/
Hollanda	/	/				/	/			/
Fransa	/	/				/	/			/
Bulgaristan			/	/	/			/	/	/
Yunanistan			/	/	/			/	/	/
Suriye			/	/	/			/	/	/
Azerbaycan			/	/	/		/	/	/	/
Orta Asya Ülkeleri			/	/	/		/	/	/	/
Orta Doğu Ülkeleri			/	/				/	/	/

Türkiye'ye doğru hasta akışının olduğu ülkeleri Tontuş 2017 SATURK raporunda yedi ana başlıkta sınıflandırmıştır.

- ✓ Türk nüfusunun yoğunlukla yaşadığı ülkeler (Almanya, Fransa ve Hollanda gibi),
- ✓ Uzun bekleme sırasına sahip olan ülkeler (Hollanda, İngiltere ve Kanada gibi),
- ✓ Sağlık hizmetlerinin maliyetinin yüksek olduğu ülkeler (Amerika, İngiltere ve Almanya gibi),
- ✓ Altyapı ve doktor eksikliği sebebiyle hizmet sıkıntısı yaşayan gelişmekte olan ülkeler (Irak, Libya, Orta Asya'daki Türk Cumhuriyetleri ve Balkan Ülkeleri gibi),
- ✓ Akrabalık bağları sebebiyle yakın ilişkilerin olduğu ülkeler (Yunanistan, Bulgaristan ve Suriye gibi),
- ✓ Özellikle hizmetlerde talep yoğunluğu yaşayan ülkeler (Balkan Ülkeleri ve Orta Doğu Ülkeleri),
- ✓ Sigorta sistemlerinin bazı hastalıkları geri ödeme kapsamına almadığı ülkeler (Fransa, İrlanda, Almanya ve İngiltere gibi) (Tontuş, 2017ğ: 91).

Türkiye'ye doğru hasta hareketlerinin sebepleri

- ✓ Kaliteli Hizmet sunması
- ✓ Kalifiyeli personele sahip olması
- ✓ Modern tıp teknolojisine sahip olması
- ✓ Uygun tedavi maliyetleri sunması
- ✓ Yakın uçuş mesafesi imkanı
- ✓ Bekleme süresi olmaması
- ✓ Sosyo-kültürel benzerliklerin olması
- ✓ Turistik faaliyetlerin çeşitli olması



Şekil 42. Türkiye sağlık turizmi GZFT analizi (Tontuş, 2017ğ)

Sağlık turizminde Türkiye'nin güçlü yönleri;

- Ülkenin 4 mevsimden oluşan uygun iklimi,
- Anadolu'nun tarihi ve turistik bir merkez olması,
- Sağlık turizminin yanı sıra çeşitli turizm imkanları sağlaması,
- Türkiye'nin konumuna bağlı olarak, çevresindeki bir milyara yakın bir nüfusa hitap edebilecek 3 saatlik uçuş mesafesinde bulunması,
- Çok sayıda termal kaynağa sahip olması ve kullanılabilir termal kaynaklar olarak Avrupa'da birinci olması,
- Genç nüfus ve iş gücü potansiyelinin yüksek olması,

- Özellikle Türk ülkelerinde ve bazı ülkelerle olan olumlu imaj algısı,
- JCI ile akredite olmuş birçok hastanenin bulunması,
- Sağlık hizmetlerinin diğer ülkelerle kıyasla daha ucuz ve kaliteli olması,
- Diğer ülkelere kıyasla bekleme sürelerinin olmaması,
- Sağlık personelleri ve hekim kadrolarında üst düzey nitelikli insan kaynaklarına sahip olması,
- Yabancı dil bilen kalifiye personele sahip olması,
- Sağlık kurumlarında önemli bir teknolojik alt yapıya sahip olması,
- Türk Hava Yolları gibi dünya markası haline gelmiş ve dünyada en fazla uçuş noktasına erişim imkânı tanıyan havayoluna sahip olması,
- Sağlık turizmindeki önemli avantajların bir diğeri ise sağlık turizmiyle alakalı tüm çalışmaları koordine edecek SATURK çatı kuruluşuna sahip olması ve sağlık turizminde devlet politikası geliştirilmiş olmasıdır (Tontuş, 2017ğ: 93).

Sağlık turizminde Türkiye'nin zayıf yönleri;

- Türkiye'nin bazı ülkelerdeki olumsuz imajı,
- Fiyatlandırmalarda yapılan yanlışlıklar,
- Akreditasyon kazanmak için çaba göstermeyen kamu hastaneleri,
- Avrupa Birliği ülkelerinde serbest dolaşım uygulamasının Türkiye'yi kapsamaması,
- Yurt dışı sigorta şirketleri ile yaşanan zayıf koordinasyon,
- Yabancı kamu sigortalarıyla yapılan çalışmalarda yaşanan problemler ve kısıtlılıklar,
- Lojistik hizmetlerinde yaşanan koordinasyon yetersizliği,
- Sağlık turizminde hizmet veren kurum personellerinin hasta hakları ve uluslararası sağlık mevzuatıyla alakalı yetersiz bilgi sahibi olması,
- İlgili mevzuatın karmaşık ve birbiri ile koordine halde olmaması,
- Özellikle kamu hastanelerinde fiziki ve teknolojik alt yapının yetersiz olması,
- İlgili bakanlıklar ve sektörler arasındaki koordinasyonun zayıflığı,
- Potansiyelin yüksek olmasına rağmen tanıtım, reklam ve pazarlama faaliyetlerinin yetersiz olması,

- Yabancı dil bilen nitelikli personel sayısının hâlen yeterli düzeye ulaşmamasıdır (Tontuş, 2017ğ: 93).

Sağlık turizminde Türkiye'nin fırsatları;

- Küreselleşmenin artması,
- İletişim kaynaklarının, teknolojinin ve internetin gelişmesi,
- Gelişen teknoloji imkanları sayesinde uluslararası hastaların Türkiye'deki sağlık kuruluşları ve hizmetler hakkında daha fazla bilgi sahibi olması,
- Ulaşım ağlarının gelişmesi ve ulaşım masrafların azalması,
- Ülkede uluslararası akreditasyonlara verilen önemin artması,
- Estetik, göz ve diş operasyonlarına ilişkin talebin yükselmesi,
- Gelişmiş ülkelerde yaşanan kısıtlı sigorta problemleri,
- Türkiye'nin yaşlı, engelli ve bakıma muhtaç hasta turizminde önemli bir destinasyon olma potansiyeli,
- Türkiye'nin turizm sektöründe güçlü ülkeler içinde bulunması ve zamanla sektörde daha da güçlü bir konuma gelmesi,
- Sağlık turizmine bakanlığın stratejik eylem planında ve kalkınma planında ayrıntılı olarak yer verilmesi,
- Sağlık hizmetleri ihracatına verilen destekler ve teşvikler,
- Avrupa nüfusunun hızla yaşlanması ve alternatif turizm modellerine yönelmesine bağlı olarak Türkiye'nin yaşlı ve inanç turizmde merkez haline gelmesi,
- Orta Asya ve Türk Cumhuriyetleri'nde yaşayan halkın tedavi amaçlı arayış içerisinde olması,
- Diaspora sağlık turizmi olarak tanımlanan Yurt dışında yaşayan Türk kökenli vatandaşlarımızın başka bir ülkede farklı dil ve kültürde sağlık personellerinden sağlık hizmeti almak yerine kendi ülkelerinde aynı kültür ve dile sahip sağlık personellerinden hizmet almak istemesidir (Tontuş, 2017ğ: 94),
- Termal kaynakların sağlık tesisi olarak kullanımının mümkün olması (Can, 2019: 50).

Sağlık turizminde Türkiye'nin tehditleri;

- Kontrolsüz ve zayıf koordinasyon sebebiyle uygulanan fiyat politikalarının sonucunda aynı ülke vatandaşlarına aynı hastalık tedavilerinde farklı fatura kesilmesi,
- Gelen uluslararası hastaların ekonomik getirisinin yurt içindeki hastaların getirisine kıyasla daha fazla olmasından dolayı, hastanelerin uluslararası hastalara yönelmesi ve yurt içinde hizmet verdiği hastalara ilişkin kalitenin düşmesi,
- Uluslararası hastaların tedavileri kapsamında hastadan sağlanan ekonomik değerın sağlık çalışanlarına yansıtılmaması sebebiyle daha fazla ücret kazanma düşüncesiyle sağlık personellerinin kamudan ziyade özel sağlık kuruluşlarına yönelmesi,
- Türkiye'de sağlık hizmeti alan bir hastanın daha sonra ortaya çıkabilecek komplikasyon ya da ameliyat sonrası bakım ihtiyacının hastanın kendi ülkesinde giderilmek zorunda olması sebebiyle ortaya çıkabilecek problemler,
- Ürdün, Birleşik Arap Emirlikleri ve İsrail gibi ülkelerle oluşan rekabet baskısı,
- Rakip ülkelerin reklam, tanıtım ve pazarlama faaliyetlerine ağırlık vermesi,
- Malpraktis⁸ ve hasta gizliliği yasalarının düzenleyici standartlarının yeterli düzeyde olmaması
- Oluşabilecek maliyet artışları ve bu fiyatların hastaya yansıtılması,
- Ülkede yaşanan terör olaylarının dünya basınında yer alması sonucu uluslararası hastalarda oluşabilecek ön yargı ve güvenlik endişesi (Tontuş, 2017ğ: 94-95).

4.5. Singapur ve Türkiye Sağlık Turizminin Ekonomik Yönden Karşılaştırılması

Çalışmanın bu bölümünde Singapur ve Türkiye'nin sağlık turizmi yönünden verilerinin karşılaştırılması yapılacaktır. Ülke karşılaştırmasında *ülkelerin sağlık kurumlarının sayıları, sağlık personeli sayıları, sağlık turizmi kapsamında gelen*

⁸ "Malpraktis, tıbbi hata kavramı müdahale gerçekleştiren hekim veya sağlık personelinin gerçekleştirmiş olduğu tıbbi müdahalenin hukuka uygun olmaması sebebiyle hastanın zarara uğraması demektir (Sağlık Hukuku, 2020).

hasta sayıları, sağlık turizminden elde edilen kazanç ve bazı işlemler ve fiyat karşılaştırması yapılacaktır.

4.5.1. Sağlık Kurumları Sayılarının Karşılaştırılması

Singapur ve Türkiye'nin 2019 sağlık kurumları sayıları tablo 81'de ki gibidir.

Tablo 81. Sağlık Kurumları Sayılarının Karşılaştırılması (Singapur- Türkiye) (Sağlık İstatistikleri Yıllığı, 2018)

	<i>Singapur</i>	<i>Türkiye</i>
Toplam Kamu Hastane Sayısı	18	963 (Kamu + Üniversite Hastaneleri)
Toplam Özel Hastane Sayısı	15	575
Kamu -Özel Dış Klinikleri Sayısı	246 Kamu 851 Özel	*1045 Kamu *2184 Özel
Toplam Eczane Sayısı	256	37.442

Singapur'da her 100 bin kişide kişi başına düşen toplam kamu hastane sayısı 0,31 adet, özel hastane sayısı 0,26 adet, kamu-özel dış kliniği sayısı 19,2 adet ve eczane sayısı 4,48 adettir.

Türkiye'de ise her 100 bin kişide kişi başına düşen toplam kamu hastane sayısı 1,15 adet, özel hastane sayısı 0,69 adet kamu-özel dış kliniği sayısı 3,88 adet ve eczane sayısı 45 adettir.

Tablo 81 verileri doğrultusunda Singapur ve Türkiye'nin kamu ve özel hastanelerin sayısı, dış kliniklerinin sayısı ve toplam eczane sayılarına bakıldığında iki ülke arasında ciddi bir fark olduğu açıkça görülmektedir. Türkiye'de sağlık kurumların çok daha yüksek sayıda olması sağlık turizminde gelen hasta sayısını karşılamada ciddi avantaj oluşturmaktadır.

4.5.2. Sağlık Personel Sayılarının Karşılaştırılması

Tablo 82’de Singapur ve Türkiye’nin sağlık personel sayılarının karşılaştırmasına yer verilmiştir.

Tablo 82. Sağlık Personel Sayılarının Karşılaştırılması (Singapur-Türkiye) (SD Platform, 2021)

	<i>Singapur</i>	<i>Türkiye</i>
Toplam Hekim Sayısı	14.279	160.810
Toplam Hemşire Sayısı	42.668	198.103
Toplam Ebe Sayısı	109	55.972
Toplam Fizyoterapist Sayısı	2.020	*22.000
Toplam Diş Hekimi Sayısı	2.475	32.925
Toplam Eczacı Sayısı	3.408	33.841

*2019 yılı tahmini veridir

Singapur’da her 100 bin kişide kişi başına düşen toplam hekim sayısı 0,25 adet, hemşire sayısı 0,74 adet, ebe sayısı 0,001 adet, fizyoterapist sayısı 0,03 adet, diş hekimi sayısı 0,04 adet ve eczacı sayısı 0,05 adettir.

Türkiye’de her 100 bin kişide kişi başına düşen toplam hekim sayısı 0,19 adet, hemşire sayısı 0,23 adet, ebe sayısı 0,06 adet fizyoterapist sayısı 0,02 adet, diş hekimi sayısı 0,03 adet ve eczacı sayısı 0,04’dür.

Veriler doğrultusunda Singapur ve Türkiye arasında hekim sayısı, hemşire sayısı, ebe sayısı, fizyoterapist sayısı, diş hekimi ve eczacı sayılarında ciddi oranda fark olmamakla birlikte az da olsa bir fark görülmektedir. Singapur'da kişi başına düşen sağlık personel sayısının fazla olması Türkiye'nin sağlık turizmi açısından dezavantaj oluşturmaktadır. Sağlık turizmi kapsamında gelen hastaların daha fazla sağlık personeli muhatap bulması, işlem hızlığı, bekleme sürelerinin kısalması, operasyon sayısının daha sık ve daha hızlı yapılabilmesi ve tedavi sonrası desteğin daha çok

sunulabilmesi imkânı tanımaktadır. Dolayısıyla tercih de bu etkenlere bağlı olarak değişmektedir.

4.5.3. Gelen Hasta Sayılarının Karşılaştırılması

Uluslararası literatürde Singapur'un karşılamış olduğu sağlık turistine ait net veriler bulunmamaktadır ancak Singapur her yıl yaklaşık olarak 500 bin sağlık turistine ev sahipliği yaptığı tahmin edilmektedir.

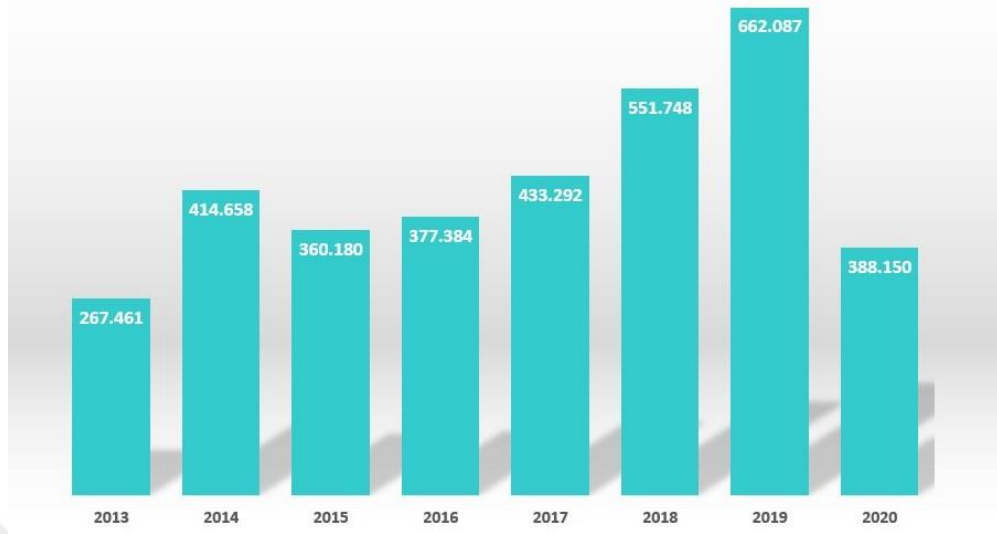
Tablo 83. Singapur Gelen Hasta Sayısı 2005-2019 (Pitakdumrongkit, 2020: 35)

Yıl	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Gelen Turist Sayısı	370.000	410.000	400.000	370.000	665.380	Bilinmiyor	500.000	850.000	610.000
Kaynak	UNESCAP (2009)	Foreign Policy (2008)	Lim (n.d.)	MTJ (2013)	Kim et al. (2013)		Sydney Morning Herald (2012)	IMTJ (2013)	Coelho (2015)

Yıl	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Gelen Turist Sayısı	Bilinmiyor	Bilinmiyor	Bilinmiyor	Bilinmiyor	Bilinmiyor	Bilinmiyor
Kaynak						

Türkiye'ye 2012- 2020 yılları arasında gelen sağlık turisti sayısına şekil 43'te yer verilmiştir. 2020 yılında Türkiye'ye gelen sağlık turisti sayısı 388.150'dir. 2020 mart ayından itibaren yaşanan pandemi döneminin olumsuz etkisi Türkiye'ye gelen sağlık turisti sayısında gözle görülür azalmaya sebep olmuştur. Sağlık turizmi ve tıbbi sebeplerle ülkemize gelen ziyaretçilerden elde edilen turizm geliri 2020 yılında 548 milyon 882 bin dolara gerilemiştir. Ancak 2021 dönemi ile itibaren uygulanacak doğru politika ve stratejiler pandemi döneminde kaybedilen sağlık turistini yeniden kazandırabilir.

Ülkemize Gelen Sağlık Turisti Sayıları



Şekil 43. Türkiye sağlık turisti sayısı 2012-2020 (USHAŞ, 2021)

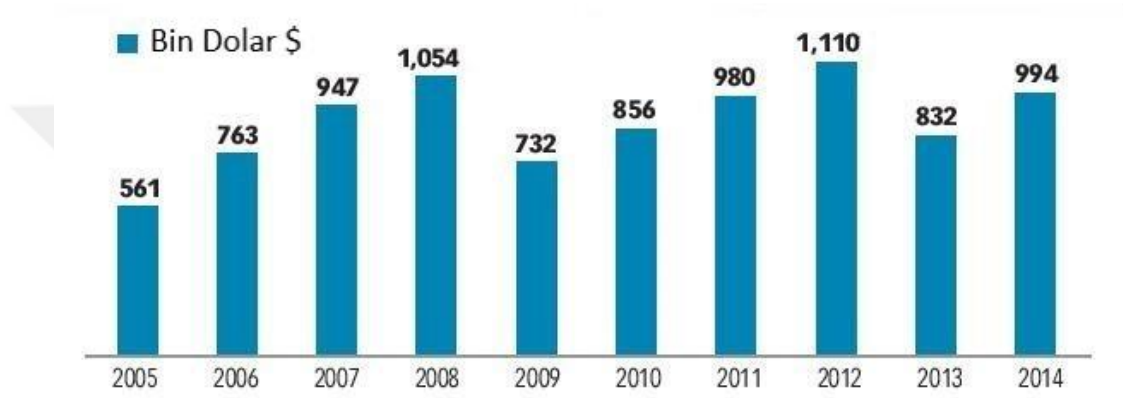
Singapur ve Türkiye'nin her yıl ağırlamış oldukları sağlık turisti sayısını karşılaştıracak olursak Singapur'a ait son yılların net verilerinin olmaması ve Singapur Turizm Kurulu (STB) tarafından medikal turist sayısının Singapur Changi Havalimanı'nda çıkış anketleri kullanılarak tahmini rakamlar tespit etmesi (Budget Direct Insurance, 2021) Singapur'a giden medikal turist sayısının tam olarak analiz edilememesine sebep olmuştur. Bu sebeple her yıl ortalama 500.000 medikal turiste ev sahipliği yaptığı tahmin edilen Singapur ile Türkiye arasında net bir karşılaştırma yapılamamaktadır. Öte yandan 2020 yılında Türkiye'ye gelen sağlık turisti sayısı 388.150 olarak tespit edilmiştir. Türkiye'ye gelen sağlık turisti sayısı Singapur'u ziyaret eden hasta sayısından fazla olduğu görülse de Türkiye'nin sahip olduğu sağlık kurumlarının sayısı, sağlık personellerinin sayısı ve fiyat avantajına rağmen belirgin bir fark gösterememiştir.

4.5.4. Kazanç ve Sunulan Bazı İşlemlerin Karşılaştırması

Tüm dünyada hızla yükselen sağlık turizmi, sektöre verilen öneminde artmasıyla birlikte turizm sektöründen her geçen gün daha fazla pay almaktadır. Sağlık turizminden yükselen gelir, döviz hacmi ve artan servis kalitesi sektörün küresel

pazar payını büyütmektedir (Deniz, 2016, s. 69). Dünyada sağlık turizmi harcamaları için tahmin edilen rakam 500 milyar dolar olarak ifade edilmektedir (USHAŞ, 2021).

Singapur'un sağlık turizminden elde ettiği gelire şekil 26'da yer verilmiştir. 2014 yılında Singapur sağlık turizminden 994 milyon dolar elde etmiştir. 2019 yılına ait sağlık turizminden elde edilen gelir verileri tespit edilememiştir.



Şekil 44. Singapur medikal turizm geliri 2005-2014 (Business Times, 2021)

Türkiye'nin sağlık turizminden elde ettiği gelire ait verilere şekil 45'te yer verilmiştir. 2020 yılında Türkiye sağlık turizminden 548 bin 882 dolar gelir elde etmiştir. 2019 yılında sağlık turizminden elde edilen gelir 1 milyar 65 milyon 105 bin dolar iken 2020 yılında yaşanan Covid-19 salgını sağlık turizmi gelirinde gözle görülür bir azalışa sebep olmuştur. 2021 yılının ilk çeyreğinde ise 110.716 kişi sağlık hizmeti almış ve elde edilen gelir 196 milyon 734 bin ABD doları tutarında gerçekleşmiştir. (USHAŞ, Erişim Tarihi: 05.07.2021). Türkiye'nin sağlık turizminden elde etmeyi hedeflediği rakam 2023 yılı için 1,5 milyon sağlık turisti ve 10 milyar dolar sağlık turizmi geliridir (USHAŞ, 2021).



Şekil 45. Türkiye sağlık turizmi geliri 2012-2020 (USHAŞ, 2021)

Tablo 84. Singapur ve Türkiye Sağlık Turizmi Tahmini Kazanç, Hasta Sayısı ve Başlıca İşlemler 2014 (Deniz, 2016)

Ülke	Tedavi edilen hasta sayısı	Tahmini kazanç (Dolar)	Başlıca işlemler
Singapur	150.000	960.000	Karaciğer nakli, Eklem cerrahisi, Kalp damar cerrahisi
Türkiye	120.000	800.000	Göz operasyonları, Estetik ve plastik cerrahi, Kalp damar cerrahisi, Diş operasyonları, Tüp bebek tedavisi

Tablo 84’te Singapur ve Türkiye’nin 2014 yılında bazı branşlarda sağlık turizminden elde ettiği gelir ve hasta sayıları verilmiştir. Singapur özellikle karaciğer nakli, eklem cerrahisi ve kalp damar cerrahisinde sağlık turisti çeken ve gelir elde ederken, Türkiye ise göz ameliyatları, estetik ve plastik cerrahi, kalp damar hastalıkları, diş operasyonları ve tüp bebek tedavilerinde turist çeken ve gelir elde etmiştir.

4.5.5. Fiyat Karşılaştırılması

Tablo 85’te 2019 yılında Singapur ve Türkiye’ye ait bazı tedavi ücretlerinin fiyatlandırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 85. Fiyat Karşılaştırması (Singapur- Türkiye) (Medical Tourism, 2021)

	<i>Singapur</i>	<i>Türkiye</i>
Anjiyoplasti	\$13,400	\$4,800
Kalp bypass	\$17,200	\$13,900
Kalp kapakçığı değişimi	\$16,900	\$17,200
Kalça protezi	\$13,900	\$13,900
Kalça yüzeyi değiştirme	\$16,350	\$10,100
Diz protezi	\$16,000	\$10,400
Spinal füzyon (omurga cerrahisi)	\$12,800	\$16,800
Diş implantı	\$2,700	\$1,100
Mide kelepçesi	\$9,200	\$8,600
Tüp mide	\$11,500	\$12,900
Mide bypassı	\$13,700	\$13,800
Rahim alınması	\$10,400	\$7,000
Meme implantı	\$8,400	\$4,500
Burun estetiği	\$2,200	\$3,100
Yüz germe	\$440	\$6,700
Yağ alma	\$2,900	\$3,000
Karın germe	\$4,650	\$4,000
Lazer (iki göz)	\$3,800	\$1,700
Kornea nakli	\$9,000	\$7,000
Katarakt ameliyatı	\$3,250	\$1,600
Tüp bebek	\$14,900	\$5,200

Sağlık turizminde en çok tercih edilen 21 tedavi üzerinden verilen fiyatlar doğrultusunda 12 tedavide (anjiyoplasti, kalp bypass, kalça yüzeyi değiştirme, diz

protezi, diş implantı, rahim alınması, meme implantı, karın germe, lazer (iki göz), kornea nakli, katarakt ameliyatı ve tüp bebek) Türkiye daha uygun fiyatlı tedavi imkânı sağlarken, kalça protezi tedavisinde aynı fiyatı sunmaktadır. Geriye kalan 7 tedavide (kalp kapakçığı değişimi, spinal füzyon (omurga cerrahisi), tüp mide, mide bypassı, burun estetiği, yüz germe, yağ alma) ise Türkiye, Singapur'dan daha yüksek fiyat sunmaktadır.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Son yıllarda sağlık politikalarının ve buna bağlı olarak sağlık sistemlerinin/hizmetlerinin yeniden şekillendiğini görmekteyiz. Küreselleşme ile mal hizmetlerin ticaretindeki genişlemenin ve çeşitlenmesinin etkisiyle sağlık turizmi önemli bir alan haline gelmiş ve bu da sağlık politikalarındaki değişimin hizmetlerdeki çeşitlenmenin sonucunu doğurmuştur. Ancak bunu belirleyen bir başka faktör ise sağlık teknolojilerindeki gelişmeler olmuştur. Sağlık hizmetlerinin teknolojik gelişme ile birlikte çeşitliliğinin ve kalitesinin artması bunu iyi kullanan ülkeler için kendi sınırları dışındaki ihtiyaca da cevap verebilmesini doğurmuştur. Türkiye bu ülkelerden biridir. Özellikle sağlıkta dönüşümle birlikte artan kapasite ve hizmet kalitesi ile sağlık turizmi alanında rekabetçi rolünü oluşturmaya başlamıştır. Sağlık hizmetlerindeki kurumsal yapı değişikliğine eşlik eden teşvik düzenlemeleri de dikkate alındığında Türkiye'nin sağlık turizmindeki misyonu giderek önemli hale gelmiştir.

Çalışma sonucunda; Türkiye'de sağlık turizmi kavramı medikal turizm, termal turizm, spa-wellness turizmi, yaşlı ve engelli turizmi olarak dörde ayrılırken uluslararası literatürde sağlık turizmi kavramı medikal turizm kavramına karşılık gelmektedir. Literatürde yer alan bu kavram çatışması daha net ifade edilmeli ve özellikle uluslararası literatürde medikal turizm dışındaki diğer sağlık turizmi alanlarında daha fazla bilimsel araştırmalar gerçekleştirilmeli ve ülkelere ait finansal verileri içeren raporlar oluşturulmalıdır. Bu çalışmanın konusunu oluşturan sağlık turizminin ekonomik boyutu incelenirken literatürde sadece medikal turizme ait verilerin sağlık turizmi ekonomik verileri içinde yer alması çalışmanın kısıtlarından birisi olmuştur. Termal turizm, spa-wellness turizmi, yaşlı ve engelli turizmüne yönelik dünya ve Singapur verilerine düzenli biçimde literatürde yer verilmeli ve bu turizm türlerinin ekonomide ne boyutta etki yarattığı ölçülmelidir.

Sağlık turizmi sektörünün son dönemlerde gelişmesi ve organizasyonun hala yeterli altyapıya erişememiş olması var olan potansiyeli karşılamada eksikliklere neden olmaktadır. Özellikle 2020 pandemi dönemiyle birlikte tüm dünya ülkelerinde ve

Ülkemizde ciddi oranda düşüş gerçekleşmiştir. Literatür taraması kısmında yaşanılan problemlerden birisi sağlık turizminde lider olarak görülen belli başlı ülkelerin sağlık sistemlerine ve sağlık turizmi politikalarına ait bilgilerin, gelen hasta sayılarının ve tedavi fiyatlarının güncellenmemiş olmasıdır. Sağlık turizminde gerçekleştirilecek çalışmalar, organizasyonlar, bilimsel araştırmalar ve bu etkinliklerin ve yayınların sektördeki kamu ve özel sektör paydaşları ile paylaşılması hem dünya açısından hem de ülkemiz açısından faydalı olacaktır.

Araştırmanın sonucuna göre Singapur ve Türkiye arasında ciddi oranda sağlık personeli, sağlık kurum sayısı (hastane vb.) farkı olsa da ülkelere gelen sağlık turizmi hasta sayısı ve gelen hastanın bıraktığı gelir arasında belirgin bir fark görülememiştir. Türkiye'nin ciddi bir sağlık iş gücü ve alt yapısının bulunması Singapur ile mukayese edildiğinde fiyat avantajı hedefi sunmaktadır. Bu yüzden hem yüksek teknoloji kullanarak hem de ölçek ekonomilerinden yararlanarak fiyat avantajı sağlamının yolları aranmalıdır. Bu süreçte uygulanan teşvikler kısa vadede etkili olsa da rekabetçi yapıda uzun vadede yapılması gerekenler farklılaşmaktadır. Yine alt yapı yatırımlarını güçlendirilmesi, sağlık turizmi bölge kampslerinin oluşturulması, yurtdışı tanıtım ve satış ofisleri, aracığı ile pazarlama faaliyetlerini kaynak ayrılması önemli araçlar olmalıdır. Bu tür politikalar izlenerek gerek kamu gerek özel sektör yatırımları ile Türkiye'nin sağlık turizmi imkanları tüm dünyada daha çok tanıtılmalı ve dünyada önemli bir destinasyon haline gelmelidir.

KAYNAKÇA

Acar, Yusuf, “Yeni Koronavirüs (covid-19) Salgını ve Turizm Faaliyetlerine Etkisi” Güncel Turizm Araştırmaları Dergisi, Cilt 4, Sayı 1, Bahar 2020 , s. 7-21.

Akbolat, Mahmut, / Deniz, Nebiye Gülçin, “Türkiye’de Medikal Turizmin Gelişimi ve Bazı Ülkelerle Karşılaştırılması” Uluslararası Global Turizm Araştırmaları Dergisi, Cilt 1, Sayı 2, Yıl 2017, s.123-139.

Akdağ, Yaşar, “Sağlık Harcamalarının Hayatın Kalitesine Yaptığı Etkinin Ölçülmesi: Denizli Örneği”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Denizli 2012.

Akdu, Uğur, / Akdu, Serap, “Engelli Turizmi: Yasal Düzenlemeler ve Uygulamalar” Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Elektronik Dergisi, Cilt 9, Sayı 23 Yıl 2018, s. 99-123.

Akıncı, Zeki, / Sönmez, Nesrin, “Engelli Bireylerin Erişilebilir Turizm Beklentilerinin Değerlendirilmesine Yönelik Nitel Bir Araştırma”, Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi, Cilt 26, Sayı 1, Bahar 2015, s. 97-113.

Akyol Aytürk, Kamer, “Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme ve Kalkınma Üzerine Etkisi:Ortadoğu Anadolu Bölge Analizi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kocaeli 2010.

Alp, Mustafa, “Sağlık Ekonomisi ve Etkileri Aydın Örneği”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Aydın 2016.

Arıcı, Fatih, “Türkiye’de Üçüncü Yaş Turizm Potansiyeli ve Kaynak Kullanımı, Doğu Coğrafya Dergisi, Cilt 24, Sayı 42, Yıl 2019, s. 123-138.

Avcıl, Seniha, / Özkan, Turgut, “İstanbul’daki JCI Akreditasyonuna Sahip Özel Hastanelerin Hizmet Kalitesi”, Yönetim Bilimleri Dergisi, Cilt 18, Sayı 36, Yıl 2020, s. 309-338.

Aydemir, Burhan / Kılıç, Sultan Nazmiye, “Dünyada ve Türkiye’de Üçüncü Yaş Turizmi”, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 1, Sayı 3, Yıl 2017.

Aydın, Dursun, “Türkiye Sağlık Turizmi Cep Kitabı”, Visitturkeyforhealthcare Platformu, Ankara, 2014.

Aydın, Oğuz, “Türkiye’de Alternatif Bir Turizm; Sağlık Turizmi”, KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, Cilt 14, Sayı 23, Yıl 2012, s. 91-96.

Aydoğdu, Ana Luiza Ferreira, “Türkiye ve Brezilya’da Sağlık Turizmi: Bir Karşılaştırma”,Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2016.

Aykan, Cansu, “Sağlık Turizminde Türkiye’de Termal Otellerin Pazarlama Karması Elemanları Açısından Değerlendirilmesi”, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2019.

Bayar, Kerem, “Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizminin Önemi ve Gelişimi: Antalya Yöresi Araştırması”, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya 2019.

Bilsin, Elif / Başbakkal, Zümrüt, “Dünyada ve Türkiye’de Engelli Çocuklar”, Ege Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi, Cilt 30, Sayı 2, Yıl 2014, s. 65-78.

Bölüktaş, Rukiye Pınar, “Türkiye’nin Yaşlı Sağlığı Turizmi İçin Fırsatları”, Çekmece İZÜ Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt 8, Sayı 16, Yıl 2020, s. 1-15.

Bulgan, Gülay, / Kaygısız, Ümmühan, “Sosyal Avrupa Modeli Çerçevesinde Avrupa Birliği’ndeki Engelli Turizmine İlişkin Yasal Düzenlemelerin Türkiye’deki Yasal Düzenlemelerle Karşılaştırılması”, International Journal of Human Sciences, Cilt 12, Sayı 2, Yıl 2015, s. 360-384.

Bulut, Arzu / Şengül, Halil, “Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi”, Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi, Cilt 3, Sayı 1, Yıl 2019, s. 45-62.

Burtan Doğan, Bahar / Aslan, Abdulmücahit, “Türkiye’de Sağlık Turizminin Mevcut Durumu ve Ülke Ekonomisine Katkıları”, Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt 9, Sayı 18, Yıl 2019, s. 390-418.

Buzcu, Zafer / Birdir, Kemal, “Türkiye’de Medikal Turizm İncelemesi: Özel Hastanelerde Bir Çalışma: Özel Hastanelerde Bir Çalışma”, Gaziantep University Journal of Social Sciences, Cilt 18, Sayı 1, Yıl 2019, s. 311-327.

Can, Barış, “Türkiye ve Dünyada Sağlık Turizmi ve Hastaların Türkiye’yi Tercih Etme Nedenleri: Özel Bir Hastane Örneği”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2019.

Canver, Şebnem Sevtap, “Kamu ve Özel Hastane Çalışanlarının Sağlık Turizmine İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul 2015.

Çalışkan, Zafer, “Sağlık Ekonomisi: Kavramsal Bir Yaklaşım”, Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt 26, Sayı 2, Yıl 2008, s. 29-50.

Çataloğlu, Seher, “Yaşlılık, Değer ve Teknoloji”, Uluslararası İnsan Çalışmaları Dergisi, Cilt 1, Sayı 1, Yıl 2018, s. 25-33.

Çelik, Yusuf. Sağlık Ekonomisi, 4.bs, Ankara 2016.

Çetin, Turhan, “Termal Turizm Potansiyeli Açısından Kozaklı (Nevşehir) Kaplıcaları”, Turkish Studies, Cilt 6, Sayı 1, Yıl 2011, s. 899-924.

Çınar, Fadime / Özkaya, Berrin, “Koronavirüs (COVID-19) Pandemisinin Medikal Turizm Faaliyetlerine Etkisi”, Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi, Cilt 2, Sayı 2, Yıl 2020, s. 35-50.

Çimen, Hürriyet, “Türk Dünyasında Sağlık Turizmi” Karadeniz Uluslararası Bilimsel Dergi, Sayı 40, Yıl 2018, s. 101-110.

Çoban, Hilmi, “Sağlık Ekonomisi ve Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Yeniden Yapılandırılması”, Yayınlanmamış Doktora Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir 2009.

Daştan, İlker / Çetinkaya, Volkan, “OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması”, Sosyal Güvenlik Dergisi, Cilt 5, Sayı 1, Yıl 2015, s. 104-134.

Deloitte, Türkiye’de Turizm ve Konaklama sektörü / Covid-19, İstanbul 2020.

Deniz, Mehmet, “Türkiye Sağlık Turizmi ve Seçilmiş Ülkelerle Karşılaştırması”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara 2016.

Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu, Singapur Ülke Bülteni, İstanbul 2014.

Doğan, Emine, “Dünya Sağlık Turizminde Türkiye’nin Yeri ve Ekonomiye Katkısı”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2019.

Doruk, Tayfun Taner, “Bir Sağlık Turizm Örneği Olarak Termal Turizm: Türk Sağlık Turizmi İçindeki Yerinin Çeşitli Boyutlarıyla İncelenmesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2019.

Duyuk, Gürkan, “Devletlerin Sağlık Politikaları ile Özel Sağlık Sigorta Sistemlerinin Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Finansmanı Açısından Karşılaştırılması”. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tekirdağ 2015.

Dürrü, Zerrin, “OECD Üyesi AB Ülkelerinin Sağlık Ekonomisi Yönünden Karşılaştırılması”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep 2012.

Ekinci, Esra, “Sağlık Turizmine İlişkin Düzenleme ve Teşviklerin Sağlık Turizmi Gelirlerine Etkisi: Müdahale Analizi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya 2019.

Ertürk, Hülya, “Türkiye’de Sağlık Turizminde İmaj ve Markalaşma: Heybeliada “Sağlık Adası” Modeli”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2019.

Erumut, Mehmet Cihan, “Türkiye İçin Alternatif Sağlık Finansman Önerisi: İki Sütunlu Sistem”, Sosyal Güvence Dergisi, Sayı 5, Yıl 2014, s. 93-126.

Filiz, Yasemin, “Ekonomik Büyüme ve Sağlık Harcamaları İlişkisi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara 2010.

Gediz Oral, Burcu, “Sağlık Hizmetlerinin Küresel Kamusal Mal Olarak Değerlendirilmesi: Uluslararası Örgütler”, Finans Politik & Ekonomik Yorumlar, Cilt 51, Sayı 588, Yıl 2014, s. 79-96.

Göker, Zeliha, “Kamusal Mallar Tanımında Farklı Görüşler”, Maliye Dergisi, Sayı 155, Yıl 2008, s. 108-118.

Gülmez, Zeynep, “Türkiye’de ve Dünya’da Sağlık Turizmi ve Çeşitleri: Sağlık Turizminin Ülkemizdeki Mevcut Durumu ve Bazı Ülkelerle Kıyaslanması”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2012.

Güzel, F. Özlem, “Turistik Ürün Çeşitlendirmesi Kapsamında Yeni Bir Dinamik: İnanç Turizmi”, Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, Cilt 2, Sayı 2, Yıl 2010, s. 87-100.

Hasanov, Araz, “Sağlık Turizmi Kapsamındaki Medikal Turizmin Mevcut Durumu, Potansiyeli ve Geleceği: Türkiye’nin Medikal Turizm Değerlendirmesi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Aydın Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2018.

<https://saglikturizmi.saglik.gov.tr/TR,176/saglik-turizmi-cesitleri.html>. (son erişim tarihi: 22.10.2019).

IMF : <https://www.imf.org/en/Data> (son erişim tarihi: 14.04.2021).

Karaca Dedeoğlu, Ayşegül “Mültecilerin ve Geçici Koruma Sağlananların Sağlık Hakkı: Türkiye Örneği”, Yayınlanmamış Doktora Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul 2018.

Karaca Dedeoğlu, Ayşegül “Sağlık Turizmi Yapan Gelişmekte Olan Ülkelerde Kaynakların Adil Dağıtım Problemi”, Journal of Social Sciences and Humanities, Cilt 2, Sayı 2, Yıl 2018, s. 86-93.

Karadeniz Teknik Üniversitesi: https://www.ktu.edu.tr/dosyalar/ormanmuhendisligi_9fbc9.pdf (son erişim tarihi: 11.05.2021).

Kaya, Gül, “Sağlık Harcamalarının Milli Gelire Etkisi ve Bilecik İli Özelinde Türkiye’de Sağlık Harcamaları”, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Bilecik Şeyh Edabali Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bilecik 2019.

Kaymaz, Çisem, “2010 Sonrasında Türkiye’de Sağlık Turizminin Gelişimi”, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Tekirdağ 2018.

Kesbiç, Cüneyt Yenal / Baldemir, Ercan, / İnci, Mustafa, “Dışsallıkların Ekonomi Üzerindeki Etkileri ve İçselleştirilmesine İlişkin Teorik Yaklaşımlar-Çözüm Önerileri: Yatağan Termik Santrali Analizi”, Akademik Fener, Cilt 8, Sayı 14, Yıl 2010, s. 123-138.

KFA Fuarcılık Ltd. Şti., Singapur Ülke Raporu, Bursa 2019.

Kılıçlar, A. / Aysen, E., / Küçükergin, F. (2017). “Demografik Değişimlerin Turizm Türleri Üzerindeki Belirleyici Etkisi: Üçüncü Yaş Turizmi,” Gazi Üniversitesi Turizm Fakültesi Dergisi, Sayı 2, s. 80-100.

Kılıçlar, Arzu / Aysen, Esin, / Küçükergin, Fulden, “Demografik Değişimlerin Turizm Türleri Üzerindeki Belirleyici Etkisi: Üçüncü Yaş Turizmi”, Gazi Üniversitesi Turizm Fakültesi Dergisi, Yıl 2017, s. 80-100.

Kırılmaz, Harun / Amarat, Mustafa, / Ünal, Özgün, “Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Analizi”, Strategic Public Management Journal, Cilt 3, Sayı 6, Yıl 2017, s. 78-104.

Koca, Canan, “Engelsiz Şehir Planlaması Bilgilendirme Raporu, İstanbul 2010.

Küçük, Mehmet Alparslan “Din - Turizm İlişkisi Çerçevesinde Yahudilikte, Hıristiyanlıkta ve İslamiyette Hac Uygulamasına Genel Bakış”, Dini Araştırmalar, Cilt 16, Sayı 42, Yıl 2013, s. 101-128.

Kültür ve Turizm Bakanlığı. (tarih yok). <https://yigm.ktb.gov.tr/TR-10335/magara-turizmi.html> (son erişim tarihi:.....).

Kültür ve Turizm Bakanlığı Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü: <https://yigm.ktb.gov.tr/Eklenti/810,avveyabanhayatindaavturizmidoc.doc?0#:~:text=I%2D%20AV%20TUR%20C4%B0ZM%20C4%B0,%20C3%BCzere%20belirlenmi%20C5%9F%20ilkelerle%20yapt%20C4%B1klar%20C4%B1%20etkinliklerdir.> (son erişim tarihi: 19.04.2021).

Mutlu, Ayşegül / Işık, A. Kadir, Sağlık Ekonomisine Giriş, 3.bs., Bursa 2012.

Olçay, Atınç / Giritlioğlu, İbrahim / Parlak, Özlem, “ENAT (European Network For Accessible Tourism-Avrupa Erişilebilir Turizm Ağı) İle Türkiye’nin Erişilebilir Turizme Yönelik Otel İşletmelerini Kapsayan Düzenlemeleri ve Bu Düzenlemelerin Karşılaştırılması”, Gazi Üniversitesi Turizm Fakültesi Dergisi, Sayı 2, Yıl 2014, s. 127-144.

Özgür Öztürk, Alev, “Sağlık Turizmi İşletmelerinde Müşteri Memnuniyeti; Samsun ve Sivas İli Karşılaştırması”, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sivas 2019.

Özkurt, Hatice, “Sağlık Turizmi Tahvilleri”, Maliye Dergisi, Sayı 152, Yıl 2007, s. 121-142.

Özlem, Özlem / Songur, Cuma, “Türkiye’nin Dünya Sağlık Turizmindeki Yeri ve Ekonomik Boyutu”, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 4, Sayı 7, Yıl 2012, s. 69-81.

Pınar Bölüktaş, Rukiye, “Temle Gereontoloji” İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi, Yaşlı Sağlığı Önlisans Programı Ders Notu, http://auzef.istanbul.edu.tr/kitap/yasli_bakimi_onlisans_ao/temel_gerontoloji.pdf (son erişim tarihi 07.04.2021).

Pitakdumrongkit, Kaewkamol “Governing Medical Tourism: The Roles of Singaporean Government”, Thailand and The World Economy, Cilt 38, Sayı 1, Yıl 2020, s. 29-53.

Romanova, Galina / Vetitnev, Alexandr / Dimanche, Frederic “Health and Wellness Tourism”, In F. Dimanche, & L. A. Caldito, Tourism in Russia A Management Handbook (s. 231-289). İngiltere 2015.

Sağlık Turizm (SATURK) Kurulu, Sağlık Turizmi / Rusya Federasyonu Ülke Raporu, Ankara 2015.

Şafak, İsmail, “Türkiye’deki Av Turizmi Uygulamalarının Özel Avlak İşletmelerine Etkileri”, Süleyman Demirel Üniversitesi Orman Fakültesi Dergisi, Cilt 4, Sayı 2, 2003, s. 133-148.

Şengül, Halil / Bulut, Arzu, “Sağlık Turizmi Çerçevesinde Türkiye’de Termal Turizm; Bir Swot Analizi Çalışması”, ESTÜDAM Halk Sağlığı Dergisi, Cilt 4, Sayı 1, 2019, s. 55-70.

T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni, Ankara 2020.

T.C. Sağlık Bakanlığı Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Türkiye Sağlık Bilgi Sistemi Eylem Planı, Ankara 2004.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019, Haber Bülteni. Ankara 2020.

Taş, İlkay, “Avrupa Birliği’nde Sağlık Turizmi Kapsamında Sınır Ötesi Hasta Hareketliliği”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir 2010.

Taşkın, Ömer, “Sürdürülebilir Kalkınmada Sağlık Ekonomisi ve Edirne İlinin Sağlık Sektörü Açısından Analizi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Edirne 2011.

Tekin, Ömer Faruk, “Alternatif Bir Turizm Türü Olarak Yayla Turizmi ve Bozkır İlçesinin Potansiyelinin Değerlendirilmesi”, Uluslararası Sempozyum: Geçmişten Günümüze Bozkır Selçuk Üniversitesi, Konya 2016, s. 1093-1107.

Tellioğlu, Salih / Şimşek, Necati, “Dünyada ve Türkiye’de Engelli Dostu Turizm”, Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, Cilt 4, Sayı 33, Yıl 2016, s. 552-567.

Tengilimoğlu, Dilaver / Kahraman, Özgül, “Dünya’da ve Türkiye’de Medikal Turizm”, (Ed. Tengilimoğlu, Dilaver), Sağlık Turizmi içinde 2. bs., Ankara, 2013, (s. 99-121).

Tengilimoğlu, Dilaver / Karakoç, Gülçin, “Termal Turizm ve Spa Turizmi”, Ed. Tengilimoğlu, Dilaver), Sağlık Turizmi içinde 2. bs., Ankara, (s. 71-97).

Tengilimoğlu, Dilaver / Özdemir, Dilek, “İleri Yaş ve Engelli Turizmi”, Ed. Tengilimoğlu, Dilaver), Sağlık Turizmi içinde 2. bs., Ankara, 2013 (s. 123-141).

Tıraş, Hacı Hayrettin, “Sağlık Ekonomisi: Teorik Bir İnceleme”, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt 3, Sayı 2, 2013, s. 125-151.

Tontuş, Hacı Ömer, “Asya / Güney Asya / Hindistan”, Sağlık Turizm (SATURK) Kurulu, Ankara 2017.

Tontuş, Hacı Ömer, “Asya / Uzakdoğu Malezya”, Sağlık Turizm (SATURK) Kurulu, Ankara 2017.

Tontuş, Hacı Ömer, “Asya/ Uzakdoğu Tayland”, Sağlık Turizm (SATURK) Kurulu, Ankara 2017.

Tontuş, Hacı Ömer, “Avrupa Birleşik Krallık”, Sağlık Turizm (SATURK) Kurulu, Ankara 2017.

Tontuş, Hacı Ömer, “Dünyada Sağlık Turizmi”, Sağlık Turizm (SATURK) Kurulu, Ankara 2017.

Tontuş, Hacı Ömer, “Güney Amerika/Meksika”, Sağlık Turizm (SATURK) Kurulu, Ankara 2017.

Tontuş, Hacı Ömer, “Kıta Avrupası Almanya”, Sağlık Turizm (SATURK) Kurulu, Ankara 2017.

Tontuş, Hacı Ömer, “Kıta Avrupası Rusya”, Sağlık Turizm (SATURK) Kurulu, Ankara 2017.

Tontuş, Hacı Ömer, “Kuzey Amerika/ABD”, Sağlık Turizm (SATURK) Kurulu, Ankara 2017.

Tontuş, Hacı Ömer, “Orta Amerika Kosta Rika”, Sağlık Turizm (SATURK) Kurulu, Ankara 2017.

Tontuş, Hacı Ömer, “Sağlık Turizmi Nedir?”, Sağlık Turizm (SATURK) Kurulu, Ankara 2017.

Tontuş, Hacı Ömer, “Sağlık Turizmi Nedir?”, SATÜRK: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/10944,02.pdf.pdf?0> (son erişim tarihi: 15.06.2020).

Tontuş, Hacı Ömer, “Sağlık Turizminde Türkiye Vizyonu”, Sağlık Turizm (SATURK) Kurulu, Ankara 2017.

Tontuş, Hacı Ömer, “Sağlık Turizminin Tarihçesi”, Sağlık Turizm (SATURK) Kurulu, Ankara 2017.

Tontuş, Hacı Ömer, “Türkiye’de Termal Sağlık Turizmi”, Sağlık Turizm (SATURK) Kurulu, Ankara 2017.

Tontuş, Hacı Ömer, “Türkiye'nin Sağlık Turizmindeki Önemi”, Sağlık Turizm (SATURK) Kurulu, Ankara 2017.

Tufan, İsmail / Tamer Köse, Melike / Ayan, F. Sıla “Türkiye ve Üçüncü Yaş Turizmi”, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Uygulamalı Bilimler Dergisi, Cilt 1, Sayı 1, Yıl 2017, s. 29-36.

Türk Eczacılar Birliği, Eczanelerde Ekonomik ve Finansal Durum Araştırması, Ankara 2019.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu, Ankara 2013.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu, Ankara 2013.

Uysal Şahin, Özge / Şahin, Mehmet “Türkiye’de Sağlık Turizminin Potansiyeli ve Geleceği: Swot analizi”, Journal of Awareness, Cilt 3, Sayı 5, Yıl 2018, s. 288-299.

Ünsal, Ali, “Avrupa Birliği Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri ve Sağlık Göstergelerinin Karşılaştırmalı Analizi”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bilecik 2016.

Yalçın, Bilal, “Antalya İli Sağlık Turizmi Potansiyeli Araştırması,” Yayınlanmamış Doktora Tezi. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya 2013.

Yalçın, Pınar, “Türkiye'de Sağlık Turizminde Alt Yapı Oluşturma Gereği ve Sağlık Kurumlarına Yönelik Bir Araştırma”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara 2006.

Yıldız, Zafer / Yıldız, Savaş / Karaçayır, Ebubekir, “Dünyada ve Türkiye’de Engelli Turizmi Pazarının Değerlendirilmesi”, Journal of Tourism and Gastronomy Studies, Cilt 5, Sayı 2, Yıl 2017, s. 61-80.

Yıldız, Zafer, “Turizmin Sektörünün Gelişimi ve İstihdam Üzerindeki Etkisi”, Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, Yıl 2011, Cilt 3, Sayı 5, s. 54-71.

Yılmazdoğan, Orhan Can / Temizkan, Saadet Pınar, “Otel İnternet Sitelerinde Engelli Bireylerin İhtiyaçlarına Yönelik Bilgilerin Varlığı Üzerine Bir Araştırma” Gazi Üniversitesi Turizm Fakültesi Dergisi, Cilt 2, Yıl 2014, s. 159-172.

Zülfüoğlu, Özkan / Yılmaz Soydan, N. Tuba, “Topluma Hizmet Uygulamaları Dersinin Maliye Bölümü Öğrencilerinin Erdemli Mal ve Hizmetlere Bakış Açısı Üzerindeki Etkisi” Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt 41, Sayı 1, Yıl 2019, s. 278-296.

“Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2019”, TÜİK: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Adrese-Dayal%C4%B1-N%C3%BCfus-Kay%C4%B1t-Sistemi-Sonu%C3%A7lar%C4%B1-2019-33705&dil=1> (son erişim tarihi: 29.12.2020).

“Akarsu Turizmi”, Kültür ve Turizm Bakanlığı: <https://yigm.ktb.gov.tr/TR-9873/akarsu-turizmi.html> (son erişim tarihi: 09.06.2020).

“Apiterapi (Arı Zehri Tedavisi) Nedir?”, Medipol Sağlık Grubu: <https://www.medipol.com.tr/tibbi-birimler/dahili-tip-birimleri/geleneksel-ve-tamam-layici-tip-integratif-tip/apiterapi> (son erişim tarihi: 18.06.2020).

“Av Turizmi”, Kültür ve Turizm Bakanlığı: <https://yigm.ktb.gov.tr/TR-9874/av-turizmi.html> (son erişim tarihi: 19.04.2021).

“Başkanlığımız Görev Alanı”, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı: <https://saglikturizmi.saglik.gov.tr/TR,13292/baskanligimiz-gorev-alani.html> (son erişim tarihi: 22.07.2020).

“Consumer Price Indices(CPI) & Household Healthcare Expenditure”, Ministry of Health Singapore: [https://www.moh.gov.sg/resources-statistics/singapore-health-facts/consumer-price-indices-\(cpi\)-household-healthcare-expenditure](https://www.moh.gov.sg/resources-statistics/singapore-health-facts/consumer-price-indices-(cpi)-household-healthcare-expenditure) (son erişim tarihi: 23.12.2020).

“Directory”, Health Hub: <https://www.healthhub.sg/directory/hospitals> (son erişim tarihi: 21.12.2020).

“Disease Burden”, Ministry of Health Singapore: <https://www.moh.gov.sg/resources-statistics/singapore-health-facts/disease-burden> (son erişim tarihi: 22.12.2020).

“Doğum İstatistikleri, 2019”, TİİK: <https://tuikweb.tuik.gov.tr/Pre-Haber-Bultenleri.do?id=33706#:~:text=T%C3%BCrkiye%20%C4%B0statistik%20Kurumu%C2%20Do%C4%9Fum%20%C4%B0statistikleri%202019&text=Canl%C4%B1%20do%C4%9Fan%20bebek%20say%C4%B1s%C4%B1%2019,%2C7'si%20k%C4%B1z%20oldu.&text=Topla> (son erişim tarihi: 30.12.2020).

“Dünyada Sağlık Turizmi Ülke Örnekleri”, İGEME: <https://www.igeme.com.tr/dunyada-saglik-turizmi-ulke-ornekleri/> (son erişim tarihi: 04.08.2020).

“ElderShield”, Health Hub: <https://www.healthhub.sg/a-z/costs-and-financing/8/eldershield> (son erişim tarihi: 24.12.2020).

“Engelli Tanımı”, Doğu Üniversitesi: <https://www.dogus.edu.tr/ogrenci/engelli-ogrenci-birimi/engelli-tanimi> (son erişim tarihi: 03.11.2020).

“Golf Turizmi”, Kültür ve Turizm Bakanlığı: <https://yigm.ktb.gov.tr/TR-10161/golf-turizmi.html> (son erişim tarihi: 02.06.2020).

“Government Health Expenditure and Healthcare Financing”, Ministry of Health Singapore: <https://www.moh.gov.sg/resources-statistics/singapore-health-facts/government-health-expenditure-and-healthcare-financing> (son erişim tarihi: 24.12.2020).

“Health Facilities”, Ministry of Health Singapore: <https://www.moh.gov.sg/resources-statistics/singapore-health-facts/health-facilities> (son erişim tarihi: 22.12.2020).

“Health Manpower Training and Development”, Ministry of Health Singapore: <https://www.moh.gov.sg/resources-statistics/singapore-health-facts/health-manpower-training-and-development> (son erişim tarihi: 21.12.2020).

“Health Manpower”, Ministry of Health Singapore: <https://www.moh.gov.sg/resources-statistics/singapore-health-facts/health-manpower> (son erişim tarihi: 21.12.2020).

“İstatistiklerle Sağlık Turizmi Verileri Nasıl?”, <https://www.klinikiletisim.com/istatistiklerle-saglik-turizmi-verileri-nasil/> (son erişim tarihi: 02.09.2020).

“JCI (Joint Commission International) Akreditasyonu”, NP İstanbul: <https://npistanbul.com/jci-joint-commission-international-akreditasyonu> (son erişim tarihi: 20.07.2020).

“JCI Akreditasyonu Nedir?”, Sistem Patent: <https://www.sistempatent.com/belgelendirme/hastane-akreditasyonu/jci/jci-hastane-akreditasyonu-nedir-.aspx> (son erişim tarihi: 20.07.2020).

“Kongre Turizmi”, Kültür ve Turizm Bakanlığı Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü: <https://yigm.ktb.gov.tr/TR-10200/kongre-turizmi.html> (son erişim tarihi: 19.04.2021).

“Medical Tourism Compare Prices”, <https://www.medicaltourism.com/compare-prices> (son erişim tarihi: 10.01.2021).

“Medical Tourism Singapore 2021”, Budget Direct Insurance: <https://www.budgetdirect.com.sg/travel-insurance/research/medical-tourism-singapore#:~:text=Highlights,500%2C000%20medical%20tourists%20each%20year.> (son erişim tarihi: 12.01.2021).

“Medical Tourism South Africa”, <http://medicaltourismsa.com/why-south-africa/>: <http://medicaltourismsa.com/why-south-africa/> (son erişim tarihi: 01.09.2020).

“Normalleşme: İngiltere'den Türkiye'ye tatil rezervasyonları arttı”, BBC: <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-56163600#:~:text=Pandemiden%20%C3%B6nceki%20son%20y%C4%B1n%20olan,ard%C4%B1ndan%20%C3%BC%C3%A7%C3%BCnc%C3%BC%20s%C4%B1rada%20yer%20al%C4%B1yor.> (son erişim tarihi: 14.04.2021).

“Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri, 2019”, TÜİK: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Olum-ve-Olum-Nedeni-Istatistikleri-2019-33710> (son erişim tarihi: 30.12.2020).

“Palyatif Bakım Ünitesi”, T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları Ve Göğüs Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi: <https://sureyyapasaeah.saglik.gov.tr/TR,300313/palyatif-bakim-unitesi.html> (son erişim tarihi: 30.10.2020).

“Peloidlerin Etki Mekanizması”, Ankara Üniversitesi: https://acikders.ankara.edu.tr/pluginfile.php/106968/mod_resource/content/1/peloidler%20etki%20mekanizmas%C4%B1.pdf#:~:text=%EF%82%B4%20Balneoterapi'nin%20bir%20par%C3%A7as%C4%B1,uygulanmalar%C4%B1yla%20yap%C4%B1lan%20bir%20balneoterapi%20y%C3%B6ntemidir. (son erişim tarihi: 06.10.2020).

“Principal Causes of Death”, Ministry of Health Singapore: <https://www.moh.gov.sg/resources-statistics/singapore-health-facts/principal-causes-of-death> (son erişim tarihi: 22.12.2020).

“Rusya’dan Sağlık Turizmi Hamlesi”, Turizm Günlüğü : <https://www.turizmgunlugu.com/2019/09/05/rusyadan-saglik-turizmi-hamlesi/> (son erişim tarihi: 31.08.2020).

“Sağlık Harcama İstatistikleri, 2019”, TÜİK: <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2019-33659#:~:text=Ki%C5%9Fi%20ba%C5%9F%C4%B1na%20sa%C4%9Fl%C4%B1k%20harcamas%C4%B1%202,2%20434%20TL'ye%20y%C3%BCkseldi.> (son erişim tarihi: 04.01.2020).

“Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Kapsamında Sunulan Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi”, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı: <https://saglikturizmi.saglik.gov.tr/TR-66015/saglik-turizmi-ve-turistin-sagligi-kapsaminda-sunulan-saglik-hizmetleri-fiyat-tarifesi.html> (son erişim tarihi: 15.06.2020).

“Sağlık Turizmi Verileri”, USHAŞ: <https://www.ushas.com.tr/saglik-turizmi-verileri/> (son erişim tarihi: 12.01.2021).

“Sağlık Turizmi”, USHAŞ: <https://www.ushas.com.tr/saglik-turizmi/> (son erişim tarihi: 11.01.2021).

“Sağlık” Türk Dil Kurumu : <https://sozluk.gov.tr/> (son erişim tarihi: 11.06.2020).

“Singapore Hospital List”, Pacific Prime Singapore: <https://www.pacificprime.sg/resources/singapore-hospital-list/> (son erişim tarihi: 21.12.2020).

“Singapore Population Statistics and Vital Health Statistics”, Health Hub: <https://www.healthhub.sg/a-z/health-statistics/3/population-and-vital-statistics> (son erişim tarihi: 18.12.2020).

“Softening of medical tourism nudges health groups overseas”, Business Times: <https://www.businesstimes.com.sg/consumer/softening-of-medical-tourism-nudges-health-groups-overseas> (son erişim tarihi: 12.01.2021).

“South Africa”, <https://www.medic8.com/medical-tourism/country/south-africa.html> (son erişim tarihi: 01.09.2020).

“Talossoterapi Nedir?”, Talossoterapi: <http://talassoterapi.com/tr/talassoterapi/talassoterapi-nedir-24#:~:text=TALASSOTERAP%C4%B0&text=maddelerin%20kombine%20olarak%20de%C4%9Fi%C5%9Fik%20y%C3%B6ntemlerle%20kullan%C4%B1ld%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20bir%20tedavi%20sistemidir.&text=olan%20iyile%C5%9Fti> (son erişim tarihi: 23.07.2020).

“Tarihçemiz”, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı: <https://saglikturizmi.saglik.gov.tr/TR,184/tarihcemiz.html> (son erişim tarihi: 21.07.2020).

“Turist” Türk Dil Kurumu : <https://sozluk.gov.tr/> (son erişim tarihi: 27.05.2020).

“Turizm Tarihi ve Turizm Çeşitleri”, Turizm ve Otelcilik Portalı : <http://www.goktepe.net/turizm-tarihi-ve-turizm-cesitleri.html> (son erişim tarihi: 28.05.2020).

“Turizm” Türk Dil Kurumu : <https://sozluk.gov.tr/> (son erişim tarihi: 25.05.2020).

“Türkiye Cumhuriyeti Anayasası”, TBMM: https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2018.pdf (son erişim tarihi: 14.11.2020).

“Türkiye’deki Suriyeli Sayısı Nisan 2021”, Mülteciler Derneği: https://multeciler.org.tr/turkiyedeki-suriyeli-sayisi/?gclid=Cj0KCQjwpdqDBhCSARIsAEUJ0hMtcGDPJFW-6Ej5RapERcv2nLUPTHE_6Xzg4MVPEUzQoORtzW1FCwaAoAtEALw_wcB (son erişim tarihi: 14.04.2021).

“Türkiye'nin Dünya ve Avrupa Turizmi İçindeki Yeri” Türkiye Turizm Yatırımcıları Derneği: <http://ttyd.org.tr/Uploadfiles/DocumentFiles/b25ffc96-bb61-45cd-af0d-fdd0b5a635b8.pdf> (son erişim tarihi: 21.07.2020).

“Wellness Industry Statistics & Facts”, Global Wellness Institute: <https://globalwellnessinstitute.org/press-room/statistics-and-facts/> (son erişim tarihi: 14.10.2020).

“Wellness: Well-Being: Esenlik”, Sağlık ve Doğal Terapiler Derneği: <http://www.saglikterapi.org/wellness/> (son erişim tarihi: 14.10.2020).

“World Travel Monitor”, IPK International : <https://www.ipkinternational.com/en/world-travel-monitor> (son erişim tarihi: 10.08.2020).

“WHO Remains Firmly Committed to The Principles Set Out In The Preamble To The Constitution” World Health Organization: <https://www.who.int/about/who-we-are/constitution> (son erişim tarihi: 11.06.2020).

“Yabancı Ziyaretçi Sayısı ve Turizm Gelirinin Yıllara Göre Dağılımı”, Türkiye Turizm Yatırımcıları Derneği: http://ttyd.org.tr/Upload_files/DocumentFiles/c3d9642a-3a06-43e8-a9a8-892949d83eba.pdf (son erişim tarihi: 21.07.2020).

“Yaşlı Nüfusun Demografik Değişimi (2020)”, T.C. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı: <https://www.ailevecalisma.gov.tr/media/45354/yasli-nufus-demografik-degisimi-2020.pdf> (son erişim tarihi: 20.10.2020).

“Yat Limanları”, Kültür ve Turizm Bakanlığı: <https://yigm.ktb.gov.tr/TR-11527/yat-limanlari.html> (son erişim tarihi: 03.06.2020).

“Yat Turizmi” Yat Turizmi Derneği : http://ytb.org.tr/tr/yat_turizmi (son erişim tarihi: 03.06.2020).

“Yıllık Gayrisafi Yurt İçi Hasıla, 2019”, TÜİK: <https://tuikweb.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=33671> (son erişim tarihi: 29.12.2020).

Algun, Canan / Düger, Tülin, “Türkiye’de Fizyoterapistlik Mesleği”, SD Platform: <https://www.sdplatform.com/Dergi/1162/Turkiyede-fizyoterapistlik-meslegi.aspx> (son erişim tarihi: 10.01.2021).

Alp, Gamze, “Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi”, <http://sattmer.akdeniz.edu.tr/wp-content/uploads/2017/12/D%C3%BCnyada-ve-T%C3%BCrkiyede-Sa%C4%9Fl%C4%B1k-Turizmi.pdf> (son erişim tarihi: 01.09.2020).

Büyüктаşkın, Keremcem, “Tayland Sağlık Turizmi”, Tayland Gezi: <http://www.taylandgezi.com/tayland-saglik-turizmi/> (son erişim tarihi: 12.08.2020).

Eğilmez, Mahfi, “İktisat ve Ekonomi Aynı Şey Midir?”, <https://www.mahfiegilmez.com/2019/10/iktisat-ve-ekonomi-ayn-sey-midir.html> (son erişim tarihi: 28.11.2020).

Straits Times: https://www.straitstimes.com/sites/default/files/attachments/2020/04/29/st_20200429_vnreal2_5633210.pdf (son erişim tarihi: 23.12.2020).

Sur, Haydar, “Sağlık Sistemleri (4): Singapur”, Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu: <https://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/549/Saglik-sistemleri-4-Singapur.aspx> (son erişim tarihi: 14.04.2021).

Tabak, Bahadırhan, “Tıbbi Malpraktis Ne Demek?”, Sağlık Hukuku: <https://www.saglikhukuku.gen.tr/malpraktis/#:~:text=Malpraktis%2C%20hekim%20veya%20di%20C4%9Fer%20sa%C4%9Fl%C4%B1k,nedeniyle%20hastan%C4%B1n%20zarara%20u%C4%9Framas%C4%B1%20demektir.>(son erişim tarihi: 09.09.2020).

Uruç Öztürk, Elif, “Sağlık Ekonomisi Nedir?”, Sağlık Yönetim Akademisi: <https://sayakademi.com/saglik-ekonomisi-nedir/#:~:text=Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20ekonomisi%2C%20sa%C4%9Fl%C4%B1k%20sekt%C3%B6r%C3%BCnde%20kullan%C4%B1lan,kullan%C4%B1m%C4%B1n%C4%B1%20ama%C3%A7layan%20bir%20alt%20disiplindir.> (son erişim tarihi: 28.11.2020).