T.C.
YILDIZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANA BİLİM DALI
İKTİSAT YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TÜRKİYE'NİN MEDİKAL TURİZMDE EKONOMİK PERFORMANSI: BİR KARŞILAŞTIRMA

BUKET YILMAZ
14710001

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğretim Üyesi ZEYNEP KAPLAN

İSTANBUL
2018

T.C.
YILDIZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANA BİLİM DALI
İKTİSAT YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TÜRKİYE'NİN MEDİKAL TURİZMDE EKONOMİK PERFORMANSI: BİR KARŞILAŞTIRMA

BUKET YILMAZ
14710001

TEZ DANIŞMANI
Dr. Öğretim Üyesi ZEYNEP KAPLAN

İSTANBUL
2018

T.C.
YILDIZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İKTİSAT ANA BİLİM DALI
İKTİSAT YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TÜRKİYE'NİN MEDİKAL TURİZMDE EKONOMİK PERFORMANSI: BİR KARŞILAŞTIRMA

BUKET YILMAZ
14710001

Tezin Enstitüye Verildiği Tarih:

Tezin Savunulduğu Tarih: 06.07.2018

Tez Oy Birliği / ~~Oy Çokluğu~~ ile Başarılı Bulunmuştur

Unvan Ad Soyad	İmza
Tez Danışmanı	: Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Kaplan
Jüri Üyeleri	: Dr. Öğr. Üyesi Ümit Bozkuş
	Dr. Öğr. Üyesi Hasan A. Karaduman

İSTANBUL
HAZİRAN, 2018

ÖZ

TÜRKİYE'NİN MEDİKAL TURİZMDE EKONOMİK PERFORMANSI: BİR KARŞILAŞTIRMA

Buket Yılmaz

Haziran, 2018

Çalışmanın temel amacı, dünyada ve Türkiye'de gelişim gösteren medikal turizm sektörünün incelenmesidir. Bu bağlamda sektörde lider ülke olarak kabul edilen ülkelerle, medikal turizm ile ilgili göstergeler de dikkate alınarak, karşılaştırma yapılmıştır. Yapılan karşılaştırma ve literatür taraması sonucunda Türkiye'nin medikal turizm sektöründeki güçlü ve zayıf yanları ortaya koyularak, karşısındaki fırsatlar ve tehditler ele alınmıştır. Türkiye medikal turizm sektörünün ayrıntılı şekilde analiz edildiği çalışmada, sektörün belirtilen dönemde uygulanan neoliberal politikalar ile giderek geliştiği ve Türkiye ekonomisine katkı sağladığı sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Medikal Turizm, Sağlık Turizmi, Turizm Sektörü, Sağlık Sektörü, Neoliberal Politikalar, Türkiye

ABSTRACT

ECONOMIC PERFORMANCE OF TURKEY IN MEDICAL TOURISM: A COMPARISON
Buket Yılmaz
June, 2018

The main objective of the study is to examine the medical tourism industry which is developing in the world and Turkey. In this context, the study aims to compare Turkey with selected leader countries by taking indicators of medical tourism into account. As a result of comparison and literature review, the study suggest that Turkey's weaknesses and strengths in medical tourism industry and approach opportunities and threats against to Turkey. Consequently Turkey medical tourism industry, which is analyzed in detail in the study, is gradually evolved with the implemented neoliberal policies in the stated period and contribute to Turkey's economy.

KeyWords: Medical Tourism, Health Tourism, Tourism Sector, Health Sector, Neoliberal Policies, Turkey

ÖN SÖZ

Bu tez çalışmasının ilk fikirleri saygı ve sevgiyle andığım Ümit Şahin tarafından kapsamlı bir araştırmanın sonucunda oluşmuştur. Akademik çalışmalara katkı sağlaması ve sektörün gelişmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışma, bir senelik emeğin ürünü olarak karşınıza çıkmaktadır. Bu süreçte ve tüm akademik hayatım boyunca desteğini her zaman hissettiğim aileme sonsuz teşekkür ederim. Ayrıca fikirleriyle ve bakış açısıyla yeni ufuklar keşfetmeme yardımcı olan danışmanım Dr. Öğretim Görevlisi Zeynep Kaplan'a teşekkürü bir borç bilirim.

İstanbul; Haziran, 2018 Buket Yılmaz

İÇİNDEKİLER

ÖZ ..... **iii**
ABSTRACT ..... **iv**
ÖN SÖZ ..... **v**
İÇİNDEKİLER ..... **vi**
BLOLAR LİSTESİ ..... **viii**
ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **ix**
KISALTMALAR ..... **x**
1. GİRİŞ **1**
2. SAĞLIK TURİZMİ: KAVRAMSAL YAKLAŞIM VE İKTİSADİ ÖZELLİKLER 3
2.1. Turizm Kavramı ve Turizmin Temel Özellikleri 3
2.2. Sağlık Kavramı ve Sağlık Sisteminin Temel Özellikleri 5
2.3. Sağlık Turizmi Tanımı ve Sektörün Oluşum Nedenleri 6
2.3.1. Sağlık Turizminin Sınıflandırılması 11
2.3.1.1. Medikal Turizm (Tıp Turizmi) 11
2.3.1.2. Termal Turizm (Spa-Wellness Turizmi) 13
2.3.1.3. İleri Yaş ve Engelli Turizmi 14
2.3.2. Sağlık Turizmi ve Medikal Turizm: İktisadi Özellikler 15
2.3.2.1. Medikal Turizmin Arz ve Talep Bağlamında İncelenmesi 15
2.3.2.2. Sağlık Turizmi ve Medikal Turizmin Mikro ve Makro İktisadi Özellikleri 18
2.3.2.3. Sağlık Turizmi ve Medikal Turizmin Fayda ve Maliyetleri 23
2.4. Literatür Taraması 26
3. TÜRKİYE'DE MEDİKAL TURİZM VE GELİŞİM SÜRECİ 31
3.1. Türkiye'de Turizm Sektörünün Gelişimi ve Mevcut Durum 31
3.2. Türkiye'de Sağlık Sektörünün Gelişimi ve Mevcut Durumu 36
3.2.1. Acil Eylem Planı ve Sağlık Sektörü 39
3.2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı 39
3.3. Vizyon 2023 Hedefleri Kapsamında Turizm ve Sağlık Sektörleri 42
3.4. Türkiye'de Sağlık Turizmi ve Medikal Turizmin Gelişimi ve Mevcut Durum 44
3.4.1. Türkiye'de Sağlık Turizmi ve Medikal Turizm: Strateji ve Politikalar ... 44
3.4.1.1. Kalkınma Planları Kapsamında Sağlık Turizmi ve Medikal Turizm 45
3.4.1.2. Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı Eylem Planı ve Medikal Turizm 47
3.4.1.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Medikal Turizm 48
3.4.1.4. Sağlık Bakanlığı Stratejik Planlar ve Medikal Turizm 49
3.4.1.5. Medikal Turizm Sektöründe Kamu-Özel Ortaklığı Projeleri 50

3.4.1.6. Vizyon 2023 Hedefleri Kapsamında Sağlık Turizmi ve Medikal Turizm 51
3.4.2. Türkiye'de Medikal Turizm: Yasal Düzenlemeler ve Uygulanan Teşvikler 52
3.4.3. Türkiye'de Medikal Turizm: Mevcut Durum ve İktisadi Önemi 55
3.4.3.1. Medikal Turistlerin Hastane Tercihleri: Kamu Sektörü-Özel Sektör Dağılımı 61
4. DÜNYADA MEDİKAL TURİZM VE TÜRKİYE'NİN LİDER ÜLKELER İLE KARŞILAŞTIRILMASI: GÜÇLÜ-ZAYIF YÖNLER 63
4.1. Dünyada Medikal Turizmin Gelişim Süreci 63
4.1.1. GATS Kapsamında Medikal Turizm 64
4.2. Medikal Turizm: Lider Ülkeler ve Türkiye 66
4.2.1. Medikal Turist Sayıları ve Medikal Turizm Gelirleri 66
4.2.2. Öne Çıkan Tedavi Yöntemleri ve Hasta Bekleme Süreleri 69
4.2.3. Medikal Turizmde Tedavi Maliyetleri ve Tasarruflar 73
4.2.4. Sağlık Harcamaları ve Sağlık Sistemi Sıralamaları 75
4.2.5. Medikal Turizm ve Kurumsal Kalite 78
4.3. Türkiye'de Medikal Turizm: Güçlü-Zayıf Yönler, Fırsatlar ve Tehditler 80
4.3.1. Türkiye'nin Medikal Turizmde Güçlü Yönleri 82
4.3.2. Türkiye'nin Medikal Turizmde Zayıf Yönleri 86
4.3.3. Türkiye'nin Medikal Turizmde Karşılaştığı Fırsatlar 92
4.3.4. Türkiye'nin Medikal Turizmde Karşısındaki Tehditler 96
5. SONUÇ 98
KAYNAKÇA 102
ÖZ GEÇMİŞ 119

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1: Sağlık Turizmi ve Medikal Turizm Karşılaştırması 12
Tablo 2.2: Medikal Turist Sınıflandırması 13
Tablo 2.3: Medikal Turizm Arz ve Talebinin Birbirleriyle Etkileşimi 16
Tablo 2.4: Medikal Turistlerin Tercihlerini Etkileyen Faktörler 17
Tablo 2.5: ABD Sigorta Şirketleri ile Yapılan İkili Anlaşma Örnekleri 22
Tablo 3.1: Ülkelere Göre Çıkış Yapan Ziyaretçi İstatistikleri, Bin Kişi, 2006 - 2016 34
Tablo 3.2: Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı ve Sağlık Turizmi Hedefleri, 2018 . 46
Tablo 3.3: Türkiye'ye Gelmesi Hedeflenen Medikal ve Termal Turist Sayısı, 2013-2018 47
Tablo 3.4: Türkiye'de Sağlık Turizminden Elde Edilen Gelir ve Hedefler, 2013-2018 47
Tablo 3.5: Ekonomi Bakanlığı Tarafından Sağlanan Medikal Turizm Teşvikleri 53
Tablo 3.6: Ekonomi Bakanlığı Tarafından Yol Desteği Sağlanan Ülkeler 54
Tablo 3.7: Türkiye'nin İkili Anlaşmalı ve SGK Kapsamında Anlaşmalı Olduğu Ülkeler, 2017 57
Tablo 3.8: Kişi Başı Turizm Harcaması ve Sağlık ve Tıbbi Nedenler ile Gelenlerin Gerçekleştirdiği Harcama, Dolar, 2003-2016 60
Tablo 3.9: Kişi Başı Turizm Gideri ve Türkiye'den Sağlık ve Tıbbi Nedenlerle Gidenlerin Gerçekleştirdiği Harcama, Dolar, 2004-2016 61
Tablo 4.1: Lider Ülkelerin Medikal Turist Sayıları ve Toplam Turist Sayıları İçindeki Payları, 2012-2016 67
Tablo 4.2: Talep Edilen Tedavi Yöntemleri, 2015 70
Tablo 4.3: OECD Ülkeleri Hasta Bekleme Süreleri, Gün, 2015-2016 71
Tablo 4.4: Medikal Tedavi Fiyatları ve Tasarruf Miktarları, Dolar, 2017 74
Tablo 4.5: Türkiye'de Sağlanan Tasarruf Miktarları, %, 2017 75
Tablo 4.6: Medikal Turizmde Lider Ülkelerin Sağlık Harcamaları GSYH Oranları, %, 2014 76
Tablo 4.7: Sağlık Sistemi Sıralaması, 2017 77
Tablo 4.8: JCI Akreditasyonuna Sahip Sağlık Kurumları Sayıları, 2018 78
Tablo 4.9: Türkiye Medikal Turizm Sektörü GZFT 81

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Sağlık Turizmi ve Kavramsal İlişkiler..... 11
Şekil 3.1: Türkiye'yi Ziyaret Eden ve Türkiye'den Giden Turist Sayıları, 2001-2016 .. 33
Şekil 3.2: Türkiye Turizm Gelir ve Giderleri, Bin Dolar, 2001-2016..... 35
Şekil 3.3: Türkiye Toplam Sağlık Harcamaları, Milyon TL, 2001-2016……...41
Şekil 3.4: Türkiye Sağlık Harcamalarının GSYH içindeki Payları, %, 2001-2016... 41
Şekil 3.5: Türkiye'ye Sağlık ve Tıbbi Nedenler ile Gelen ve Türkiye'den Giden Turist Sayısı, 2003-2016…… 55
Şekil 3.6: Türkiye'ye Sağlık ve Tıbbi Nedenler ile Gelenlerin ve Türkiye'den Gidenlerin Toplam Turist Sayısı İçindeki Payı, %, 2003-2016……56
Şekil 3.7: Türkiye'ye Sağlık ve Tıbbi Nedenler ile Gelen Turistlerden Elde Edilen Gelir ve Gider, Bin Dolar, 2002-2016……59
Şekil 3.8: Türkiye'ye Sağlık ve Tıbbi Nedenler ile Gelen Turistlerden Elde Edilen Gelir ve Gider Payları, %, 2002-2016……59
Şekil 3.9: Medikal Turistlerin Tercih Ettikleri Hastanelere Göre Kamu-Özel Dağılımı, 2011-2012…….. 62
Şekil 4.1: GATS Kapsamında Uluslararası Sağlık Hizmeti Ticareti 64
Şekil 4.2: Dünyada Medikal Turizm Geliri, Milyar Dolar, 2004-2006-2008-2012 .. .68
Şekil 4.3: Özel Sektör Sağlık Harcamaları İçinde Cepten Harcamaların Payı, %, 2014. 76

KISALTMALAR

AB : Avrupa Birliği
ABD : Amerika Birleşik Devletleri
AKP : Adalet ve Kalkınma Partisi
Ar-Ge : Araştırma-Geliştirme
Bağ-Kur : Bağımsız Çalışanlar Kurumu
DPT : Devlet Planlama Teşkilatı
GATS : General Agreement on Trade in Services
GSS : Genel Sağlık Sigortası
GSYH : Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
GZFT : Güçlü-Zayıf yönler, Fırsatlar, Tehditler
IMF : International Monetary Fund
JCI : Joint Commission International
KDV : Katma Değer Vergisi
MHTC : Malaysia Healthcare Travel Council
NAFTA : North American Free Trade Agreement
OECD : The Organisation for Economic Co-operation and Development
SDP : Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK : Sosyal Güvenlik Kurumu
SSK : Sosyal Sigortalar Kurumu
STK : Sivil Toplum Kuruluşları
TBMM : Türkiye Büyük Millet Meclisi
THY : Türk Hava Yolları
TÜİK : Türkiye İstatistik Kurumu
UNWTO : World Tourism Organization
URAP : University Ranking By Academic Performance
WHO : World Health Organization
WTO : World Trade Organization
WTTC : World Travel & Tourism Council

1. GİRİŞ

Turizm ve sağlık sektörlerinin etkileşimi ile oluşan sağlık turizmi; kişilerin ikamet ettikleri yer dışında, farklı bir ülkeden sağlık hizmeti alma talebi olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca sağlık turizminin çeşitli alt bileşenleri içerdiği bilinmektedir. Bu alt bileşenler; medikal turizm, termal turizm, ileri yaş ve engelli turizmidir (Sağlık Bakanlığı, 2017a).

Çalışmanın ana konusunu oluşturan medikal turizm sektörü ise günümüze kadar gelişim göstermiştir. Özellikle 20. yüzyılda teknolojinin ilerlemesi ve globalleşmenin artması medikal turizmin gelişmesine olanak sağlamıştır. Dünyada 2012 yılı için medikal turizmden elde edilen gelir 100 milyar dolar olarak belirtilmektedir (Tengilimoğlu, 2013). Bu gelirin büyük bir kısmı ise Hindistan, Tayland, Malezya Singapur gibi gelişmekte olan Güneydoğu Asya ülkelerinde sağlanmaktadır.

Ayrıca geçmişte gelişmekte olan ülkelerden, gelişmiş ülkelere doğru gerçekleşen medikal turizm talebi günümüzde ise belirtilen gelişmekte olan ülkelere doğru gerçekleşmektedir (Fidan, 2015). Bu tersine yönelimin sebebi ise; 1997 Güneydoğu Asya krizinden sonra üretilen medikal turizm politikalarının Tayland ve Malezya gibi gelişmekte olan ülkelerde olumlu sonuç doğurmasıdır.

Bu çalışmanın amacı; dünyada ve Türkiye'de günümüze kadar gelişim gösteren medikal turizm sektörünün incelenmesi ve lider ülkeler arasında karşılaştırma yaparak, Türkiye'nin sektördeki konumunu belirlemektir. Dört bölümden oluşan çalışmada ilk olarak kavramsal çerçeve değerlendirilmiş ve turizm ve sağlık kavramları ele alınarak, bir sağlık sisteminin gerektirdiği temel özellikler belirtilmiştir. Ayrıca sağlık turizminin alt bileşenleri çalışmaya dahil edilerek, sağlık turizmi ile ilişkili kavram farklılıkları vurgulanmaya çalışılmıştır. Buna ek olarak sağlık turizmi ve medikal turizm sektörünün iktisadi özellikleri incelenmiştir. İkinci bölümde ise Türkiye'de 2001-2016 yılları arasında turizm ve sağlık sektörlerinin gelişimi ele alınmıştır. Günümüzde sağlık alanında uygulanan neoliberal politakaların ağırlıklı olarak değerlendirildiği bölümde medikal turizm de yer almıştır. Bu bağlamda, Türkiye'de medikal turizmin 2003-2016 yılları arasında turizm sektörü içindeki payı hesaplanmış

ve çeşitli planlar kapsamında incelenerek çalışmaya dahil edilmiştir. Üçüncü bölümde ise dünyada medikal turizm sektöründe lider olarak kabul edilen ABD, Meksika, Kosta Rika, Güney Kore, Hindistan, Tayland, Malezya ve Singapur ile; medikal turist sayıları, talep edilen tedavi yöntemleri, sağlık harcamaları ve sağlık sistemi sıralamaları gibi veriler kullanılarak, Türkiye karşılaştırması yapılmıştır. Türkiye'nin medikal turizm sektöründeki güçlü-zayıf yönlerinin ve karşısındaki fırsatların ve tehditlerin dahil edildiği üçüncü bölüme ek olarak dördüncü bölüm sonuç kısmını içermektedir.

2. SAĞLIK TURİZMİ: KAVRAMSAL YAKLAŞIM VE İKTİSADİ ÖZELLİKLER

Ülkeler için döviz kazandırıcı hizmetler arasında bulunan turizm sektörü; globalleşmenin artması, teknolojide yaşanan gelişmeler, kişilerin gelir düzeylerindeki artış gibi sebeplerle günümüze kadar gelişim göstermiştir (Bozok, 2016, s. 77). Sağlık turizmi ise son yıllarda karşımıza çıkan bir kavram olup, turizm ve sağlık sektörlerinin etkileşimi sonucunda oluşmuştur. Bu sebeple öncelikle turizm ve sağlık kavramlarının tanımlamaları yapılarak sağlık turizmi ile ilişkisinin gösterilmesi hedeflenmiştir. Ayrıca sağlık turizmi ve sağlık turizmi sınıflandırmalarından biri olan medikal turizm incelenerek, her iki sektörün iktisadi özellikleri ele alınmıştır.

2.1. Turizm Kavramı ve Turizmin Temel Özellikleri

İnsanlık tarihi boyunca toplumlar gelişmişlik düzeylerini arttırmak için çeşitli girişimlerde bulunmuşlardır. Özellikle son yüzyılda yaşanan teknolojinin hızlı gelişimi ile toplumdaki çoğu bireyin gelir düzeyi artmış, gelir düzeyindeki bu artış bireylerin daha fazla boş vakit yaratmasına sebep olmuştur (Can, 2015, s. 2). Oluşan boş vaktin kullanılma yöntemlerinden birisi de bireylerin bulundukları yani ikamet ettikleri yerlerden ülke sınırları içi ve dışı seyahat etmeleridir. Bu sebeple "turizm" kavramının insanların artan boş vaktini verimli ve kaliteli bir şekilde doldurabilmeleri için oluştuğu ileri sürülmektedir.

Ayrıca literatürde turizm kavramının çeşitli tanımları yapılmıştır. Birleşmiş Milletler Dünya Turizm Örgütü (World Tourism Organization-UNWTO) tanımlamasına göre turizm; bireylerin sürekli kaldıkları çevre dışında, kişisel amaçlı ya da iş amacı ile hareket etme istekleridir (UNWTO, 2014, s. 1). İstanbul Ticaret Odası ise turizm kavramını daha kapsamlı olarak tanımlamış ve buna göre turizm; "insanların devamlı yaşadıkları yerler dışında tüketici olarak iş, merak, din, sağlık, spor, dinlenme-tatil, eğlence, kültür veya aile ziyareti, kongre, seminerlere katılmak gibi nedenlerle, kişisel ya da toplu şekilde yaptıkları seyahatlerden ve gittikleri yerde 24 saati aşan veya ülkenin bir konaklama tesisinde en az bir geceleme süre ile konaklamalarından ortaya

çıkan seyahat ve geçici konaklama hareketleri" olarak belirtilmiştir (Gülen & Demirci, 2012, s. 22).

Turizm kavramı farklı şekillerde tanımlanmasına rağmen, yapılan tanımlar bazı ortak özelliklere sahiptir. Bu özellikler (Tengilimoğlu, 2013, s. 20-21; Yirik, Ekici, & Baltacı, 2015, s. 1; Özen, 2009, s. 10):

— Turizm statik ve dinamik kavramları içerir. Statik kavram; konaklamayı içerirken, dinamik kavramlar ise seyahat etmek ve ulaşım araçlarından faydalanmayı ifade emektedir. Statik kavramlar içerisinde bulunan konaklama kavramı bireyin kendi hanesi dışında bulunan işletmeleri ifade etmektedir. Turizm aktivitesinin gerçekleşmesi için ön koşul dinamik bir kavram olan seyahattir. Oluşan seyahatin kişinin devamlı yaşadığı yer dışında farklı bir yer olması gerekmektedir.

— Kişinin seyahat kararında tam anlamıyla "serbestlik" söz konusu olmak zorundadır. Serbestlikten kastedilen yapılan seyahat kararını kişinin kendi rızasıyla vermiş olmasıdır.

— Turizm faaliyeti gerçekleştiren kişinin tüketici olması gerekmektedir. Bu özellik ile vurgulanmak istenen turistin para kazanmak amacıyla mesleki bir faaliyette bulunmamasıdır.

— Turizm turistik faaliyette bulunan kişinin yanında, seyahat süresince faydalandığı tüm işletmeleri kapsamaktadır. Çeşitli sektörlerle iç içe olan turizm sektörü bu sektörlerin sistemli çalışmasını gerektirmektedir. Buradaki temel amaç tüketicilerin tatmin olgusunu geliştirmektir. Hem seyahat işletmeleri hem de konaklama işletmeleri ve turizm ile ilişkili diğer işletme ya da kurumlar tüketici gereksinimlerini karşılayacak şekilde düzenlenmelidir.

— Turizm toplumsal ve ekonomik bir olgudur. Bir taraftan toplumsal etkileşim yaratırken diğer taraftan turizm arz eden ülkeye gelir kazandırarak ekonomik etki yaratmaktadır.

Turizm ile ilişkili bir diğer kavram ise "turist"tir. Turizm faaliyetini gerçekleştiren turist; "tüketici olarak ikamet ettiği ya da yaşadığı yeri ekonomik kazanç sağlama dışındaki bir nedenle terk ederek belli süre zarfında gezen ve konaklayan kişi" olarak tanımlanmaktadır (Yağcı, 2003, s. 12'den aktaran Edinsel& Adıgüzel, 2014, s. 169).

2.2. Sağlık Kavramı ve Sağlık Sisteminin Temel Özellikleri

Turizm kavramının çeşitli tanımları yapıldığı gibi, günümüzde sağlık tanımı da değişim sergilemiştir. Kavram olarak "sağlık", pozitif anlamının yanında olumsuz anlam da içermektedir. Olumsuz anlam olarak, "hastalık" çıkış noktası baz alınır ve "hastalıklı olmama" durumu ifade edilir. Pozitif anlamda sağlık ise farklı açılardan bedensel kaliteyi vurgulamaktadır. Örneğin, hem fiziksel hem de zihinsel olarak sağlığın bütün halinde iyi olması gibi durumları ifade etmektedir. Günümüzde pozitif anlamda kullanılmaya çalışılan sağlık kavramı Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization-WHO) tarafından da tanımlanmış ve bu anlama paralel olarak; "Sağlık, yalnızca hastalıklı olmama durumu değil, aynı zamanda zihinsel, fiziksel ve toplumsal konum olarak iyi olma durumudur" tanımı yapılmıştır (Hunter, 2005). WHO tarafından yapılan tanımlama hastalık olarak kabul edilmeyen hizmetleri de kapsamaktadır. Bu tanım gereğince sağlık kurumlarının ürettikleri sağlık hizmetleri "hastalık" ve "hastalık dışı" olarak ikiye ayrılmaktadır. Zayıflama, estetik amaçlı operasyonlar gibi işlemler hastalık dışı sağlık hizmetleri kategorisinde kabul edilmektedir. Böylece "hastalıklardan korunma" ya da "hasta olmama" dışında kalan diğer etmenler de tanıma dahil edilmiştir (Şahin, 2015). Ayrıca 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkındaki Kanun'un 2. maddesine göre ise sağlık; "yalnız hastalık ve maluliyetin yokluğu olmayıp, bedenen, ruhen ve sosyal bakımdan tam bir iyilik hali" olarak tanımlanmaktadır. Görüldüğü gibi her iki tanım da sağlık kavramının pozitif anlamını içermektedir.

Sağlık kavramı ve yapılan tanımlamaların dışında WHO tarafından sağlık sisteminin de tanımı yapılmıştır. Buna göre sağlık sistemi; bireylerin ve kurumların sağlık hizmeti sundukları popülasyonun sağlığını arttırmak için belirlenmiş politikalara göre düzenlenmesidir (WHO, 2017). Ancak bir sağlık sisteminin ne olduğu, nelerden oluştuğu ve nerede başlayıp, nerede bittiği tam olarak bilinmemektedir. Her ülkenin gelişmişlik düzeyine göre sağlık sistemleri ve dolayısıyla sağlık politikaları farklılık arz etmektedir. Bu farklılıklara rağmen literatürde sağlık sistemlerinin genel olarak üç temel amacının olması gerektiği belirtilmektedir. Bunlardan ilki toplumda yaşayan tüm bireylere gerektiğinde en kaliteli hizmeti sunabilmektir. İkincisi ise her bireyin eşit seviyede sağlık hizmetlerinden faydalanabilme amacı gütmesidir. Üçüncü ve son amaç ise hizmetlerin bütünleştirilmiş bir şekilde sunulmasıdır. Bütünleştirilmiş bir şekilde sunum; sistem içindeki her basamakta koruyucu, iyileştirici, çevresel ve

bireysel tıbbi ve sosyal hizmetlerin eşgüdümlü bir şekilde hareket etmesini gerektirmektedir (Ateş, 2013, s. V). Sağlık sisteminde gerçekleştirilen tüm aktiviteler sağlığı iyileştirmeyi, düzenlemeyi ya da sürdürebilirliğini amaçlamaktadır (WHO, 2017).

2.3. Sağlık Turizmi Tanımı ve Sektörün Oluşum Nedenleri

Sağlık turizmi; kısaca "kişinin sağlık hizmeti almak amacıyla başka bir ülkeye seyahat etmesi" olarak tanımlanmaktadır. Carrera ve Bridges (2006)'a göre sağlık turizmi; "akıl ve vücut sağlığını, bakım ya da iyileştirmek için kişinin kendi yerel çevresi dışında düzenlediği seyahat" olarak tanımlanmıştır. Ross (2001) ise sağlık turizmini; "kendi yaşadığı yerden başka yerlere sağlık amacı ile seyahat eden insanların oluşturduğu turizm çeşidi" olarak belirtmiştir. Yapılan tanımlamalarda dikkat çeken nokta ise; her iki tanımın da turizm ve sağlık kavramlarıyla ilişkili olmasıdır.

Sağlık turizmi araştırmalarında sıkça kullanılan "turistin sağlığı" ve "sağlık turisti" kavramını, kargaşayı ortadan kaldırmak için açıklamakta fayda vardır. Turistin seyahat ettiği ülkeye ne amaçla geldiği önemsenmeksizin, ülkede geçirdiği süre içinde rahatsızlanması "turistin sağlığı" kavramını oluşturmaktadır. "Acil hasta" olarak da isimlendirilen bu kavram kişinin tatil süresi boyunca çeşitli sebeplerden (örneğin, yediği yemekten ya da kirli sudan) rahatsızlanması olarak tanımlanmaktadır (Özcan & Aydın, 2015, s. 45). Sağlık turisti ise; sağlığına kavuşmak için ikamet ettiği ülkeden başka bir ülkeye tedavi amacıyla giden kişidir (Türkiye Sağlık Turizmi Derneği, 2018).

Ayrıca turistin bulunduğu ortamın da sağlıklı olması yine "turistin sağlığı" kavramı içinde değerlendirilmektedir. Geçmişteki örneklere bakıldığında turistin bulunduğu ortamın sağlıklı olmaması ülke için büyük turizm geliri kayıplarına yol açmıştır. Örneğin, 2002 yılında Uzakdoğu ülkelerinde Şiddetli Akut Solunum Yetmezliği Sendromu (Severe Acute Respiratory Syndrome) hastalığı vakası yaşanmış ve bu durum Dünya Seyahat ve Turizm Konseyi (World Travel &Tourism Council-WTTC) tahminlerine göre 20 milyar dolarlık gelir kaybına yol açarken aynı zamanda 3 milyon kişinin işsiz kalmasına sebebiyet vermiştir. Bir diğer örnek ise Meksika'da ortaya çıkan Domuz Gribi (Swine Flu) vakasıdır. Özellikle insandan insana çok çabuk bulaşması nedeniyle Meksika turizm talebinde önemli azalmalara sebep olmuştur (Özcan & Aydın, 2015, s. 45).

Bireyin özellikle bulunduğu bir ülkeden sağlık sorununun çözümü için başka bir ülkeye gitmesi kolay verilecek bir karar değildir. Bu nedenle bireylerin kendi ulusal sınırları içerisinde sağlık hizmetini almak yerine başka bir ülkeye sağlık amaçlı seyahat etmelerinin altında yatan etmenler incelenmiştir. Bu temel nedenler ve sağlık turizminin ortaya çıkıp gelişmesinde etkili olan unsurlar aşağıda sıralanmıştır (Aydın, 2010, s. 14-15; Gülmez, 2012, s. 26-27; BAKA, 2013, s. 4-5):

(i) Sağlık tanımı kapsamındaki hizmetlerin hızla çeşitlenmesi ve toplumların gelir düzeyinin artması: Sağlık tanımı kapsamındaki hizmetlerin giderek çeşitlenmesi, tüm toplumlarda bu hizmetin (ulusal sağlık sistemlerince karşılanmayan kısmının) giderlerini karşılayabilecek gelire sahip talebin artmış olması, sağlık turizmini ortaya çıkaran sebepler arasında gösterilir. Sağlık kavramı tanımlanırken ele alındığı üzere WHO'nun sağlık tanımı ile birlikte tüm dünyada sağlık kavramının negatif yönü, yani hastalık ile ilişkilendirilen yaklaşım, güncelliğini kaybetmiştir. Hastalıkların iyileştirilmesine odaklanan sağlık hizmetleri kavramı, hastalık dışı olan ancak sağlık tanımı kapsamına giren hizmetleri de kapsayacak şekilde genişlemiştir. Sağlık tanımına giren ancak hastalık dışı sayılan hizmetlerin çoğu bireyin yaşam kalitesini artırmaya yönelik hizmetlerdir. Ulusal sağlık sistemleri ellerindeki kıt kaynakları ancak hastalık tedavisi için harcayabilecekleri düzeyde kullanmaktadır.

(ii) Hastaların sağlık sigortaları ile sorunlar yaşamaları ve farklı çözümlerin üretilmeye başlanması: Hastaların, özellikle satın aldıkları sağlık sigortası ile ilgili yaşadıkları sorunlar artmış ve alternatif imkanlar araştırılmaya başlanarak sağlık turizmi gelişmiştir. Medikal turizm özellikle burun operasyonları, liposuction, göğüs büyültme ve küçültme, göz lazer ameliyatları, dövme çıkartma operasyonları gibi alanlarda gelişmektedir. Bu tedaviler genellikle sağlık sigortası tarafından ödenmeyen tedavilerdir. Örneğin, estetik diş ameliyatları İngiltere, Avustralya gibi ülkelerde sağlık sigortaları tarafından karşılanmamaktadır (Connell, 2006, s. 1094). Böylece sigorta primleri dışında bireylerin ödemeleri yani cepten harcamaları artış göstermektedir. Cepten harcamalarda meydana gelen artış da medikal turizmin ortaya çıkmasında baş etkendir.

Diğer taraftan özel sağlık sigortasının ulusal sağlık sistemi içerisindeki payı yüksek olan ülkelerde müşteri memnuniyetini koruyarak, daha ucuz maliyet ile sağlık hizmeti sunma eğilimi giderek artmıştır. Kar amacı güden sağlık sigorta şirketleri yeni açılım getirebilmek amacı ile aynı kalitedeki hizmeti daha düşük maliyet ile sunan pazarlara

yönelme eğilimi içerisine girmektedir. Böylece sağlık turizminin alt bileşeni olan medikal turizm dünyada gelişim göstermektedir.

(iii)Yaşlı nüfusun artması ve bu artışın giderek hızlanması: Gelişmiş ülkelerdeki nüfusun yaşlanması bu bağlamda değerlendirilebilecek faktörlerdendir. 2020 yılında 60 yaş üzeri nüfusun 1 milyar kişiye ulaşması ve Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (The Organisation for Economic Co-operation and Development-OECD) ülkelerinde her üç insandan birinin 60 yaşın üzerinde olması beklenmektedir. Bununla birlikte insan ömrünün ortalama süresi de artmıştır. Bu faktörlerin sağlık turizmi üzerindeki etkileri ise yaşlanan nüfusun daha aktif ve sağlıklı olması açısındandır. Nüfusun yaşlanması emekli insan sayısının da artmasını beraberinde getirmektedir. Emekli insanlar bilinçli, belirli bir gelir seviyesinin üzerinde ve tatil için daha fazla zamanı olan turist grubunu oluşturduğundan sağlık turizminin gelişmesinde etkili olmaktadır (ETC, 2006).

(iv)Sağlık bakım maliyetlerinin giderek artması: Özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık ve yaşlı bakım hizmetlerinin çok pahalı olması sağlık hizmetleri maliyetlerini yükseltmektedir. Böylece ülkeler sağlık harcamalarını azaltmak amacı ile diğer ülkelerden sağlık hizmeti ithalatında bulunabilmektedir. Ülkeler arasında yapılan ikili anlaşmalar bu duruma örnektir.

(v)Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmetleri arzının talebi tam olarak karşılayamaması veya hiç karşılamaması: Çalışan nüfusun azalması İngiltere gibi gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerindeki problemleri de beraberinde getirmektedir. İngiltere'de bir kalça protezinin randevu süresi 1 yıla kadar uzayabilmektedir. Randevu sürelerinin uzunluğu Hindistan gibi kısa sürede hizmet veren ülkelerin medikal turizm alanında gelişme nedenleri arasında gösterilir (Coltman, 1989).

Buna ek olarak bazı ülkelerde çeşitli operasyonların yasal olmamasından kaynaklı sağlık hizmeti arzı, talebi karşılayamamaktadır. Örneğin, son yıllarda ötenazinin yasak olduğu ülkelerden İsviçre ve Hollanda'ya hasta gönderilmektedir (Connell, 2006, s. 1097). Kürtaj operasyonunun bazı ülkelerde yasal olmaması da bu duruma dahil edilebilir.

(vi) Üst gelir grubunun tercih ve zevklerinde meydana gelen değişim: Üst gelir grubuna sahip bireylerin tercihleri sağlık turizminin gelişmesinde etkendir. Tüm

dünyada üst gelir grubuna sahip bireyler özellikle medikal turizm kapsamındaki sağlık hizmetlerini, bu alanda en yüksek kaliteye sahip ülkelerin tanınmış sağlık kurumlarından almak eğilimindedirler. Örneğin, pek çok sigortasız ya da sigorta kapsamı düşük Amerika Birleşik Devletleri (ABD) vatandaşı tedavi ve sağlık hizmetleri için Hindistan ve Singapur gibi ülkeleri tercih ederken, her yıl binlerce kişi yurt dışından ABD'ye aynı amaç için hareket etmektedir (Flanigan, 2009, s. 4).

(vii) Turizm sektöründe yeni yatırım alanlarının yaratılması: Turizm sektöründe yeni alanlar yaratarak karlılıklarını arttırmak isteyen turizm şirketleri belirtilen nedenlerden kaynaklanan talebi keşfederek bu hizmetleri ürünleri ile birleştirmiş ve pazarlamada yeni stratejiler yaratmıştır. Örneğin, daha ucuz tatil yapmak isteyen bireyler aynı zamanda sağlığını da iyileştirmeye yönelik etkisi olan termal (spa-wellness) hizmetlerini daha düşük fiyatlarla talebin düşük olduğu sezonlarda tercih edebilmektedir.

(viii) Globalleşme ile hizmet ticaretinin artması: Globalleşme süreci ile birlikte bireylerin, malların, hizmetlerin uluslararası hareketliliği de kolaylaşmıştır. Bu kolaylaşma süreci sonucunda medikal turizm ticari bir aktivite olarak kabul edilerek, GATS kapsamında sınıflandırılmıştır. Ayrıca globalleşme sonucunda sağlık hizmeti sunan ülke "hizmet ihracatçısı", hastanın geldiği ülke yani sağlık hizmeti talebinde bulunan ülke ise "hizmet ithalatçısı" olarak belirtilmektedir (Kahveci, 2014, s. 50).

(ix) Yaşanan krizler: 1997 yılında yaşanan Güneydoğu Asya krizi, günümüzde medikal turizmde lider konumda olan Tayland ve Malezya'da sektörün gelişimine ön ayak olmuştur. Yaşanan Güneydoğu Asya krizinden sonra Tayland ve Malezya hükümeti, krizin etkisinden medikal turistlerden sağlanan gelirlerle kurtulmayı amaçlamışlardır (Binler, 2015, s. 39; Harryono ve diğ., 2006).

(x) Sağlık turizmi ve medikal turizmin gelişmesine katkıda bulunan diğer faktörler ise aşağıdaki gibidir:

— Medya sağlık turizmini gündemde tutmaktadır. Özellikle ileri teknolojik altyapıya sahip sağlık turizmi hizmetlerinde esneklik düşüktür. Esnekliğin düşük olması tanıtım faaliyetlerinin etkisini arttıracaktır. Bu durum sağlık turizmi talebini etkiler ve sağlık turizminde talep, tanıtım faaliyetleri dışında, ülkenin milli geliri, yasal düzenlemesi, sosyal ve siyasal durumları gibi birçok faktörden etkilenebilmektedir. Talebin çeşitli faktörlerden

etkilenmesi esnekliğin artışına yol açmaktadır ancak belirtildiği gibi esnekliğin düşük olması durumunda tanıtım faaliyetlerin önemi artmaktadır. Etkin tanıtımların yapılmasında özellikle sosyal medya ön plana çıkmaktadır ve medikal turizmin gelişmesinde uluslararası medyanın desteğini alarak tanıtım yapmanın önemi vurgulanmaktadır (Tontuş, 2018a).

— Sağlık turizminde faaliyet gösteren sektör temsilcileri (seyahat acentesi, aracı kurumlar, havayolları, özel hastaneler vb.) sektörün gelişmesine katkı sağlamaktadır. Örneğin, aracı kurumların vize işlemlerinin yerine getirilmesi, sağlık kurumu ve hasta ile iletişimin sağlanması, hastanın konaklama yerinin sağlanması gibi görevleri bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012c, s. 35). Bu görevler medikal turizmin gelişmesine katkı sağlarken, tedavi sürecini kolaylaştırır ve hasta memnuniyetini arttırmaktadır.

— Doktorların gelişmiş ülkelerde eğitim görerek tekrar kendi ülkelerine dönmesi medikal turizmin gelişmesine katkı sağlayabilmektedir (Aydın, 2010, s. 15). Özellikle dil problemi yaşanan ülkelerde, sağlık hizmeti sunucularının eğitimlerini gelişmiş ülkelerde tamamlamaları bu problemi ortadan kaldırmaktadır. Ayrıca sağlık hizmeti sunucularının yurt dışında eğitim almış olması hasta tarafından güven arttırıcı olgu olarak nitelendirilir ve tanıtımlarda vurgulanmaktadır (Tontuş, 2018a, s. 13).

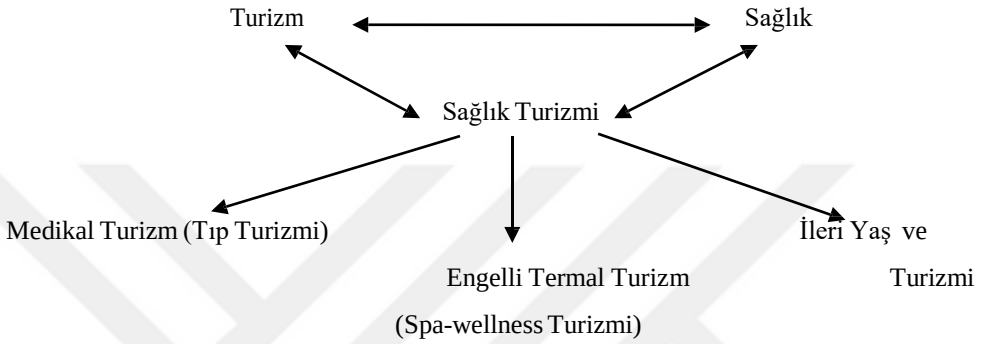
— Kişinin kendi ülkesinde geçirdiği operasyonun bilinmesini istememesi medikal turizmin gelişmesini etkileyen diğer sebeplerdendir (örneğin, cinsiyet değiştirme, estetik cerrahisi, kısırlık tedavisi vb.).

Yukarıda genel hatları ile sağlık turizminin ve medikal turizmin oluşmasına neden olan faktörler ele alınmıştır. Daha önce de belirtildiği gibi sağlık turizmi alternatif turizm çeşitlerinden biridir ve çeşitli sınıflandırmalara ayrılmaktadır. Bu sınıflandırma sonucunda liratürdeki kavram kargaşasının ortadan kalkması amaçlanmıştır. Literatürde sağlık turizmi sınıflandırmalarından biri olan medikal turizm (tıp turizmi), sağlık turizmi ile eş anlamlı kullanılabilmektedir. Ancak medikal turizm tam olarak sağlık turizmi kavramına karşıt gelmemektedir. Bu sebeple sağlık turizmi daha

kapsamlı bir kavram olarak kabul edilmiş ve çeşitli sınıflandırmalara ayrılmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012c, s. 13).

2.3.1. Sağlık Turizminin Sınıflandırılması

Sağlık turizmi; turizm ve sağlık kavramlarıyla ilişkili olmasının dışında medikal turizm, termal turizm, ileri yaş ve engelli turizmi olarak sınıflandırılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2017a). Şekil 2.1'de konuyla ilgili kavramsal ilişkiler, turizm-sağlık-sağlık turizmi ilişkisi ve alt bileşenleri gösterilmiştir.



Şekil 2.1: Sağlık Turizmi ve Kavramsal İlişkiler

Kaynak: Sağlık Bakanlığı. 2017a. **Sağlık Turizmi Çeşitleri**.

Sağlık turizmi; medikal turizm, termal turizm gibi turizm ve sağlık sektörlerinin birbirleriyle etkileşimini gerektiren kavramları içerisinde barındırmaktadır. Bu sebeple Şekil 2.1'de öncelikle turizm ve sağlık sektörlerinin etkileşimi ile ortaya çıkan sağlık turizmi gösterilmiş ve sonrasında sağlık turizminin alt bileşenleri olan medikal, termal, ileri yaş ve engelli turizmine yer verilmiştir. Sağlık turizmini bu şekilde sınıflandırmak hem konunun daha iyi anlaşılmasına olanak sağlarken hem de alınan tedavinin farklılığını vurgulamaktadır.

2.3.1.1. Medikal Turizm (Tıp Turizmi)

Medikal turizmin çeşitli tanımları yapılmaktadır. Örneğin, WHO (2013) medikal turizmin kabul edilmiş bir tanımlamasının bulunmadığını belirtirken, medikal turist tanımını "bazı tıbbi tedavi biçimlerini alabilmek için uluslararası sınırların ötesine seyahat eden kişi" olarak belirtmiştir (Kelley, 2013). OECD (2011) ise medikal turizmi; "bazı tıbbi tedavi çeşitlerini alma niyeti ile uluslararası sınırların ötesine seyahat etmek" olarak tanımlamıştır (Lunt ve diğ., 2011, s. 7). Sağlık Bakanlığı (2012a) tanımına göre ise medikal turizm; medikal turistin iyilik halinin gelişmesi için yapılan tıbbi işlem ya da gereklilikleri içermektedir. Kısaca medikal turizm; kişinin

kendi sağlığını daha iyi hale getirmek için başka ülkelerden tıbbi müdahale talebinde bulunma durumudur. Buradaki "tıbbı müdahale" niteliği medikal turizm tanımı için önemlidir. Çünkü yapılan seyahatin amacı tıbbi bir müdahale gerektirmiyorsa diğer sağlık turizmi tanımlarına girebilmektedir. Sağlık turizmi kavramı medikal turizmden farklı olarak daha geniş kapsamlı bir kavram olup, sadece tıbbi tedavi değil aynı zamanda termal tedavileri, ileri yaş ve engelli tedavilerini de kapsamaktadır. Medikal turizm ve sağlık turizmi arasındaki farklılıkları belirtmek amacıyla Tablo 2.2 oluşturulmuştur. Tablo 2.2'ye göre; sağlık turizminin etkili olduğu alan alternatif ve dirimsel (yaşamsal) tıp olarak belirtilirken, medikal turizm yalnızca dirimsel tıp alanında etkili olmaktadır. Tedavi yöntemlerinin gerçekleştirildiği kurumlar açısından değerlendirildiğinde ise sağlık turizmi; hastane, klinik ve medikal olmayan tesisleri kapsarken, medikal turizm hizmeti yalnızca hastane ve kliniklerde gerçekleştirilmektedir. Tablo 2.2'ye göre sağlık turizmi ilaçlar, medikal cihazlar, kaplıca ve kür tedavilerini içerirken; medikal turizm yalnızca ilaçlar ve medikal cihazları kapsamaktadır.

Tablo 2.1: Sağlık Turizmi ve Medikal Turizm Karşılaştırması

	Sağlık Turizmi	**Medikal Turizm**
Etkili Olduğu Alan	Alternatif ve Dirimsel Tıp	Dirimsel Tıp
Kurumlar	Hastane, Klinik, Medikal Olmayan Tesisler	Hastane ve Klinikler
Girdiler	İlaç, Medikal Cihazlar, Kaplıca ve Kür Tedavileri	İlaçlar ve Medikal Cihazlar

Kaynak: Pricivel Carrera & Neil Lunt, **A European Perspective on Medical Tourism: The Need For a Knowledge Base** (2010), 471 baz alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

Ayrıca sağlık turizmi ve medikal turizm arasında farklılıkların bulunmasının yanında "sağlık turisti" ve "medikal turist" kavramları arasında da farklılıklar bulunmaktadır. Sağlık turisti daha önce tanımlanan bir kavram olup, kendi ülkesi dışında tedavi hizmeti alan birey olarak belirtilmektedir. Ancak sağlık turistinin aldığı tedavi hizmetlerini yalnızca hastane ya da sağlık kurumları olarak değerlendirmek doğru olmayacaktır. Örneğin, Türkiye'nin termal kaynaklarından faydalanmak isteyen turistler de bu kapsamda değerlendirilebilmektedir. Termal kaynaklar tedavi niteliği taşırken hastane ya da sağlık kurumunun varlığını gerektirmemektedir (Türkiye Sağlık Turizmi Derneği, 2018). "Medikal turist" ise yalnızca tıbbi tedavi almak amacı ile kendi ülkesi dışında farklı bir ülke talebinde bulunan bireyleri kapsamaktadır (Carrera & Lunt, 2010, s. 473). Buna ek olarak medikal turist kavramı kendi içinde sınıflandırmalara ayrılmaktadır. Beş ayrı sınıflandırması yapılan medikal turist kavramı Tablo 2.3'te gösterilmiştir.

Tablo 2.2: Medikal Turist Sınıflandırması

Yalnızca Turist *(Mere Tourist)*	Ziyaret ettiği ülkede herhangi bir sağlık hizmeti talebinde bulunmayan turisttir.
Tatilde Tedavi Edilen Turist *(Medicated Tourist)*	Çalışmada "turistin sağlığı" olarak kavramlaştırılan "tatilde tedavi edilen turist" ziyaret ettiği ülkede rahatsızlanarak tedavi gören bireyleri kapsamaktadır.
Tatil ve Tedavi Amaçlı Turist *(Medical Tourist Proper)*	Ev sahibi ülkeyi tatil amacıyla ziyaret eden ancak tatil yaptığı bölgede bir takım rahatsızlıkları sebebiyle sağlık olanaklarının da bulunmasını isteyen turistlerdir.
Tatil Yapan Hasta *(Vacationing Patient)*	Ziyaret ettiği ülkeyi yalnızca tıbbi tedavi almak amacı ile talep etmiş turisttir. Ancak tıbbi tedavi sonrasındaki iyileşme sürecinde tatil fırsatlarından faydalanmak isteyen turistler bu grupta değerlendirilmektedir.
Yalnızca Hasta *(Mere Patient)*	Ziyaret ettiği ülkeyi yalnızca tıbbi tedavi almak amacı ile talep eden ve tatil fırsatlarından faydalanmayan turist bu grupta değerlendirilir.

Kaynak: Erik Cohen, **Medical Tourism in Thailand** (AU-GSB e-journal, 2008), 25-26'dan uyarlandı.

Ülkelerin medikal turizm verilerini oluştururken fazla ya da eksik sonuçlarla karşılaşmamak için gerçekleştirilen medikal turizm sınıflandırmaları Tablo 2.3'te gösterilmiştir (Cohen, 2008, s. 25). Ancak medikal turizmin yeni oluşmasından kaynaklı reel sektörde belirtilen sınıflandırılmalara uyulamamaktadır. Medikal turizm verileri oluşturan ülkeler genellikle turistin, tıbbi tedavi alıp almadığı ile ilgilenmektedir. Tıbbi tedavi almak amacı ile bir ülkeye giriş yapan turist "medikal turist" kapsamında, tek başlık altında ele alınır (Lunt ve diğ., 2011, s. 11). Dolayısıyla çalışmada belirtilen veriler Tablo 2.3'teki sınıflandırmalardan bağımsız olarak genel kapsamlı oluşturulmuş ve yalnızca tıbbi tedavi alan medikal turistleri içermiştir.

2.3.1.2. Termal Turizm (Spa-Wellness Turizmi)

Latince "sıcak" anlamından gelen "term" sözcüğü Romalılar döneminde halk banyoları anlamında kullanılmış, daha sonra ise "su alınan yer" anlamı taşımıştır. Termal (thermal), termik (thermique) ve termalizm (thermalizme) sözcükleri ise sırasıyla; doğal sıcak su, suların sıcaklık özelliğini belirtme ve doğal sıcak su kaynaklarının incelenmesi ve sağlık amacı ile düzenlenmesi anlamına gelmektedir (Kahraman, 1978, s. 5). Termal turizmin bir diğer gösterimi olan spa-wellness turizmi ise Latince "salusperaquam" kelimelerinin kısaltması olup, "sudan gelen sağlık" anlamında kullanılmaktadır (BAKA, 2013, s. 8). Termal turizm veya spa-wellness turizmi; "mineralize termal su banyosu, inhalasyon, çamur banyosu gibi çeşitli türdeki yöntemlerin yanında, iklim kürü, fizik tedavi, rehabilitasyon, egzersiz, psikoterapi, diyet gibi destek tedavilerini de kapsayan turizm hareketi" olarak tanımlanır (Akat,

2016, s. 22-23). Günümüzde insanların sağlıklı yaşam, güzellik ve zindeliğe ilgilerinin artması bu turizm türünü geliştirmektedir.

Dünyada termal turizm arzı açısından gelişmiş kabul edilen ülkeler; Almanya, Macaristan, Karayipler, İsviçre, Filipinler, Türkiye ve Avustralya'dır. Belirtilen ülkelerin termal turizmde kendilerini geliştirebilmelerinin arkasındaki sebep ise iklim koşullarının elverişli olmasıdır. Örneğin, Karayipler'de bulunan yağmur ormanları, çeşitli egzotik meyveler termal turistlerin ilgisini çekmektedir. Türkiye gibi tarihsel yönü kuvvetli ülkeler ise iklim koşullarının elverişli olması ile birlikte termal turizmde daha avantajlı konuma gelebilmektedir (Medical Research Resources, 2017; BAKA, 2013, s. 9).

2.3.1.3. İleri Yaş ve Engelli Turizmi

İleri yaş ve engelli turizmi dünya çapında artan yaşlı nüfusunun sağlık taleplerini karşılamak amacıyla ortaya çıkan bir sağlık turizmi çeşididir. İleri yaş grubunu oluşturan popülasyon için gezi turları oluşturmak, meşguliyet terapileri düzenlemek, rehabilitasyon hizmetinde bulunmak bu sınıflandırma altında değerlendirilir (Sağlık Bakanlığı, 2010b). İlerleyen yaşlarda görülen yaşam kalitesinde düşme, diğer insanlara bağımlı yaşamak, hastalıklara karşı daha dirençsiz olmak ve özellikle yaşlı ve engelli grubunda görülen farklı yerlerde tedavi olma isteği kişilerin kaliteli ve uygun fiyata sağlık hizmeti alma arzusunu arttırmıştır. Diğer taraftan 65 yaş üstü grubun fazla olması gelişmiş ya da gelişmekte olan ülke için ekonomik külfet yaratmaktadır. Bu sebeple farklı ülkelerde daha az maliyetli şekilde yaşlıların tedavi edilmesi olumlu karşılanmaktadır (BAKA, 2013, s. 10).

Avrupa şu anda en fazla yaşlı nüfusa sahip bölgedir. Önümüzdeki yıllar için de bu durumun aynı şekilde devam edeceği görüşü bulunmaktadır. 2000 senesinde Avrupa nüfusunun %20'si 60 yaş ve üzeri iken 2050 yılı baz alındığında bu oranın %37 oranına çıkması tahmin edilmektedir (Danış, 2016). Dolayısıyla avrupa bölgesinde yaşlı nüfusun fazlaca olması sağlık turizminin gelişimi için önemli bir talep kümesini oluşturmaktadır.

Ayrıca Avrupa İstatistik Ofisi (European Community Statistical Office-Eurostat) verileri ileri yaş grubunun diğer yaş gruplarına nazaran daha fazla seyahat ve harcama yaptığını göstermektedir. Örneğin, 2011 senesinde yapılan tatillerin %19'u yaşlı nüfus tarafından gerçekleştirilmiştir. Avrupa turizm harcamalarının %20'lik kısmı ise yine

yaşlı nüfus tarafından karşılanmaktadır. 2011 senesinde ileri yaş grubu ortalama 1.344 euro turizm harcaması yapmıştır. Diğer yaş gruplarının hesaplanan ortalama harcaması ise 1.203 euro'dur (BAKA, 2013, s. 10).

İleri yaş grubunun dışında sağlık turizmi açısından potansiyel oluşturan bir diğer grup ise engellilerdir. Dünyada engellilerin toplam nüfusa oranı %10 iken, Türkiye'de engellilerin toplam nüfusa oranı %12 civarındadır. Diğer bir ifade ile 9 milyona yakın engelli Türkiye'de yaşamaktadır. Sağlık turizmi ve turizm sektörü açısından potansiyel arz eden bu rakam bireyleri harekete geçirerek çeşitli çalışmalara yöneltmiştir. Örneğin, Turizm Tesisleri Yönetmeliği ve imar yasalarındaki değişikliklere paralel olarak, turizm tesislerinde sadece engelliler için tasarlanmış tatil köyleri projeleri bulunmaktadır (Özcan & Aydın, 2015, s. 89-90; Disabled World, 2018).

Ayrıca sağlık turizminin gelişimi ile engelli bireylere istihdam olanağı yaratılmaya çalışılmaktadır. Örneğin, Avrupa Birliği (AB) ve Türkiye Cumhuriyeti tarafından finanse edilen "Engelsiz Sağlık Turizmi ile Yeni Hayatlar Projesi (2017)" 66 engelli kişiye iş olanağı sunmaktadır (Türkiye Sağlık Turizmi Derneği, 2017).

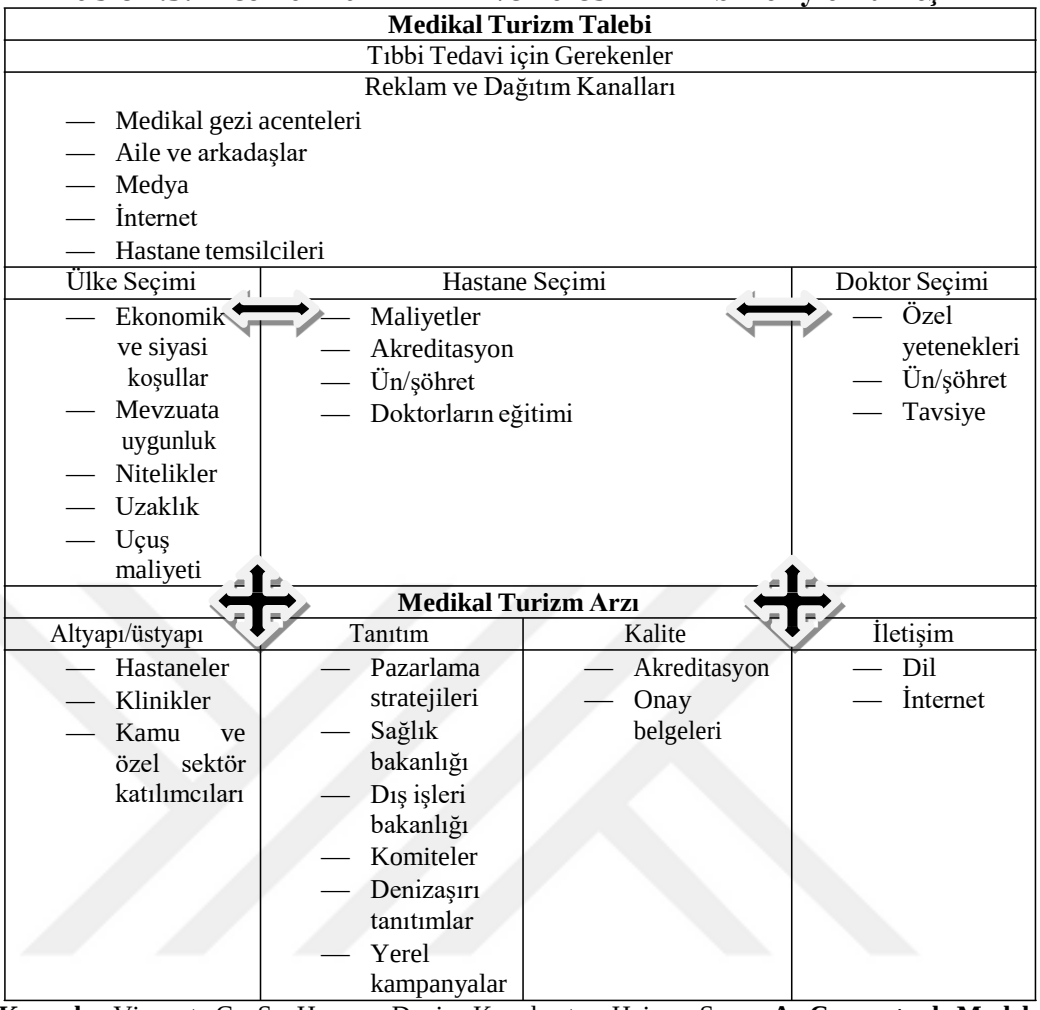
2.3.2. Sağlık Turizmi ve Medikal Turizm: İktisadi Özellikler

Turizm, sağlık ve sağlık turizmi kavramlarının tanımlanmasının ardından bu bölümde sağlık turizminin iktisadi özellikleri ele alınmıştır. Literatürde sağlık turizmi genel başlığı altında ele alınan iktisadi özellikler, çalışmada medikal turizm açısından da değerlendirilmiştir.

2.3.2.1. Medikal Turizmin Arz ve Talep Bağlamında İncelenmesi

Medikal turizmde talebi oluşturan medikal turistler ve arzı oluşturan hastane, klinik, sigorta şirketleri gibi kurumların Tablo 2.4'te birbirleri ile etkileşim içinde olduğu gösterilmiştir. Medikal turizmde talebi oluşturan turistler reklam ve dağıtım kanallarından edindikleri bilgiler ile ülke seçiminde ve ayrıca hastane, klinik ve doktor seçiminde bulunmaktadırlar.

Tablo 2.3: Medikal Turizm Arz ve Talebinin Birbirleriyle Etkileşimi



Kaynak: Vincent C. S. Heung, Deniz Kucukusta, Haiyan Song, **A Conceptual Model of Medical Tourism: Implications for Future Research** (Journal of Travel &Tourism Marketing, 2010), 244'ten uyarlandı.

Ülke seçiminde ekonomik ve siyasi koşullar, yasal mevzuata uygunluk, uzaklık gibi faktörler talebi etkilerken, doktor seçiminde doktorun özel yetenekleri, başkaları tarafından tavsiye edilmesi gibi faktörler, hastane seçiminde ise hastanenin akredite belgesine sahip olmasının yanı sıra arz edilen sağlık hizmetinin fiyatı, personelin niteliği talep üzerinde etki yaratan faktörlerdendir. Medikal turizm arzında pozitif etki yaratan faktörler (örneğin, hastanenin akredite belgesine sahip olması, personelin dil açısından problem yaşamaması, bakanlık tarafından uygulanan pazarlama stratejileri) talebi oluşturan medikal turistlerin tercihlerini de etkilemektedir.

Tablo 2.4'e paralel olarak Tablo 2.5'te medikal turist talebini etkileyen föktörler sıralanmıştır. Bu faktörler 5 üzerinden puanlanarak, medikal turistlerin en çok hangi faktörden etkilenerek tercihlerini gerçekleştirdikleri tespit edilmeye çalışılmıştır. Buna göre medikal turistler 5 üzerinden 5 puan ile en çok hastanenin akreditasyon belgesine

sahip olup olmadığı ile ilgilenirken, sigorta kapsamının sınır ötesi anlaşmaları içerip içermediği ikinci etki eden faktördür ve 5/5 puanlandırmaya sahiptir.

Tablo 2.4: Medikal Turistlerin Tercihlerini Etkileyen Faktörler

Faktörler	Puanlar				
	1	2	3	4	5
Akreditasyon	X	X	X	X	X
Sigorta kapsamının ülke sınırları dışındaki geçerliliği	X	X	X	X	X
Kurumlar arası işbirliği	X	X	X	X	
Sağlık personelinin eğitimi	X	X	X	X	
Sağlık kurumunda sunulan teknoloji	X	X	X	X	
Doktorların bilimsel etkinliği	X	X	X	X	
Aracı kurumların yapılanması	X	X	X	X	
Ülkenin politik gücü	X	X	X	X	
Ülkede uygulanan sağlık turizmi politikaları ve ilgili kurumların varlığı	X	X	X	X	
Fiyat farkları	X	X	X		
Entegre kurumların varlığı	X	X	X		
Sağlık kurumunda İngilizce konuşulması	X	X	X		
İnternet altyapısı	X	X	X		
Hasta temsilcisinin varlığı	X	X	X		
Ülkenin sağlık endüstrisi gücü	X	X	X		
Malpraktis (doktor hatası) yasası	X	X	X		
Ülke içinde yaşanan siyasi problemler	X	X	X		
Ülke dışında sağlık tesisinin varlığı	X	X			
Ülkenin geleneksel turizm potansiyeli	X	X			
Din ve kültür benzerlikleri	X	X			
Uzaklık mesafesi	X	X			

Kaynak: Hacı ÖmerTontuş, **Sağlık Turizmi Nedir** (2018b), 16'dan uyarlandı.

Tablo 2.5'e göre 4/5 puanlamaya sahip faktörler; kurumlar arası işbirliğinin bulunması, kurumda çalışan sağlık personelinin eğitimi, sağlık kurumunda sunulan teknolojinin gelişmişlik seviyesi, doktorların bilimsel etkinliği, aracı kurumların yapılanması, ülkenin politik gücü ve tercih edilen ülkede uygulanan sağlık turizmi politikalarıdır. 5 üzerinden 3 puan alan faktörler ise; fiyat farklılıkları, hastane ve otelin birlikte sunumu gibi entegre kurumların varlığı, personelin İngilizce konuşma konusundaki yetkinliği, sağlanan internet altyapısı, sağlık kurumlarındaki hasta temsilcisinin ya da sağlık turizmi ile ilgili birimin varlığı, tercih edilen ülkedeki sağlık endüstrisinin durumu (örneğin, medikal cihaz üretimi, ithalata bağımlılık, ilaç üretimi ve tüketimi, uygulanan sağlık politikaları vb.), doktor hatası problemine karşılık medikal turist haklarının yasalar yoluyla savunulabilmesi ve tercih edilen ülke içindeki siyasi problemlerdir. Son olarak ise tercih edilen sağlık kurumunun ülke dışındaki yatırımları, geleneksel turizm potansiyeli (kıyı turizminin gelişmişliği), din ve kültür açısından benzerlik ve sağlık hizmeti ihracatında bulunan ülkeye olan uzaklık 2/5 puan olarak belirtilmiştir.

Medikal turizmde arz ve talep etkileşiminin gösterildiği Tablo 2.4 ve medikal turistlerin tercihlerini etkileyen faktörlerin sıralandığı Tablo 2.5'e ek olarak, medikal turizm sektöründe talebi oluşturan ülkeler çoğunlukla ABD, İngiltere ve Almanya gibi gelişmiş ülkelerdir. Bu durumun sebebi ise yaşanan Güneydoğu Asya krizi (1997) sonrasında gelişmekte olan ülkelerin çeşitli politika değişikliklerine giderek medikal turizm sektörünü geliştirmeleridir. Ayrıca gelişmiş ülkelerdeki bekleme sürelerindeki uzunluk, işgücü maliyetindeki artışlar, medikal tedavi fiyatlarının yüksek olması gibi olumsuz durumlar sağlık hizmeti alma arayışını ülke dışına yöneltmiştir. Fakat ABD sağlık hizmeti sunumlarında yüksek teknolojinin kullanılması ve kaliteli hizmet sunumu arz cephesinde güçlü bir rekabet unsuru da yaratmaktadır. Bu sebeple ABD ve diğer gelişmiş ülkeler sadece talep eden konumunda düşünülmemelidir. Örneğin, gelişmekte olan bir ülkede yaşayan medikal turist daha kaliteli sağlık hizmeti alacağına inandığı gelişmiş ülke hastanelerini talep edebilmektedir. Diğer yandan ABD ya da Birleşik Krallık gibi gelişmiş ülkede yaşayan medikal turist hem kaliteli sağlık hizmeti alacağına inandığı hem de daha uygun fiyat sunan Hindistan'dan sağlık hizmeti ithalatında bulunmaktadır (UNCTAD, 1998'den aktaran Chanda, 2001, s. 7).

Medikal turizm arzı açısından dünyada; Hindistan, Tayland, Singapur, Malezya, Güney Kore ve Türkiye gelişmekte olan lider ülkeler arasındadır. Bu ülkelerin ortak noktası; medikal tedavi fiyatlarının, diğer çoğu gelişmiş ülkelere kıyasla düşük olmasıdır. Düşük fiyat politikası hem talebi artırıcı etken oluştururken hem de dünya çapında medikal turizmin gelişmesinde rol oynamaktadır. ABD, Kosta Rika ve Meksika ise gelişmiş lider ülkeler arasında bulunmaktadır.

2.3.2.2. Sağlık Turizmi ve Medikal Turizmin Mikro ve Makro İktisadi Özellikleri

Sağlık turizminin genel iktisadi özelliklerinden biri sağlık, ulaşım, konaklama, iletişim ve bilişim, finans, inşaat, aracı kurumlar gibi birçok sektör ile etkileşim halinde olmasıdır (Tontuş, 2018b, s. 9). Bu özelliği ile diğer sektörlerin de gelişmesini sağlamaktadır. Örneğin, farklı sektörler ile etkileşim içinde olan medikal turizm sektörü 2012 yılında Singapur'da 13.000 yeni istihdam olanağı yaratmıştır (Karakoç, 2017b, s. 29-31). Sağlık turizmi ve medikal turizmin diğer sektörlerle etkileşim içinde olmasına gösterilen bir diğer örnek ise turizm sektörüyle olan ilişkisidir. Sağlık turizmi ve medikal turizmin uzun vadede turizme katkıda bulunacağı belirtilmiştir (Karakoç, 2017b, s. 29). Kıyı turizmi kapsamında yalnızca deniz, kum ve güneşten faydalanılan

turizm sektörü, medikal turizm ile mevsimsel özelliğinin dışına çıkıp turizmi tüm yıla yayabilmektedir (Karamustafa, 2013, s. 232).

2.3.2.2.1. Sağlık Turizmi ve Medikal Turizmin Mikro İktisadi Özellikleri

Sağlık turizmi piyasası oligopol bir yapıdan tam rekabetçi yapıya doğru gelişim göstermiştir. Piyasada çok sayıda hizmet veren işletme ve hizmet talep eden sağlık turisti ve medikal turistin bulunması bu gelişime neden olmuştur (Karakoç, 2017b, s. 30-31). Liberal iktisadın ilkeleriyle çalışan sağlık turizmi piyasasında güçlü bir arz ve talep cephesinin olması ne kadar yatırım ve üretim yapılacağı konusunda gereken bilgiyi vermektedir (Özkurt, 2007, s. 127). Bunun yanında farklı ülkede alınan tıbbi tedavi hizmetinin düşük fiyat avantajı ile sunulması medikal turizmin mikro iktisadi özellikleri arasında yer alır ve Tablo 2.4'te belirtildiği gibi medikal turistın tercihlerini etkileyen bir unsurdur.

Medikal turizm piyasasında sunulan hizmetlerin arz ve talebi esnektir. Bu durumu yaratan sebep ise fiyatlara karşı kırılgan bir piyasanın oluşmasıdır. Örneğin, medikal turist tercih ettiği ülkedeki fiyat artışlarına karşılık farklı bir ülkede tıbbi tedavi alma talebinde bulunabilir. Diğer taraftan ürün ve hizmet fiyatları arttığında üretici bu durumdan faydalanacak ve arz kanunu sebebiyle daha çok sağlık hizmeti ihracatında bulunabilecektir. Bu davranış biçimi medikal turizmin gelişmesine etki ederken fiyatların çok fazla artması talebi etkileyecek ve tavan-taban fiyat uygulamasının iyi şekilde işlemesini gerektirecektir.

Medikal turizm ikamesi olmayan bir turizm çeşididir (Karakoç, 2017b, s. 31). Burada söz konusu olan sağlık olduğu için kişi kalp ameliyatı olması gerekirse farklı bir ameliyat çeşidiyle değişim gerçekleştiremeyecektir.

Ayrıca personelin eğitimli ya da kalifiye olması medikal turizmin mikro iktisadi özellikleri arasında yer alır (Özkurt, 2007, s. 127-128). Globalleşmenin etkisi ile sağlık hizmetleri ve eğitim sektörü birleştiğinde farklı sonuçlar doğurabilmektedir. Gelişmekte olan ülkelerdeki çalışanların eğitimi kendi ülkelerinde sağlandığı gibi gelişmekte olan diğer ülkelerde veya gelişmiş ülkelerde de sağlanabilir. Medikal turizm hizmeti sunan kişiler (örneğin, doktorlar) eğitimlerini gelişmiş batılı ülkelerde tamamlamayıp, öğrendiklerini kendi ülkelerinde uygulamayı tercih edebilmektedir ve bu durum medikal turist açısından güven arttıran olgu olarak değerlendirilirken,

medikal turizmin mikro iktisadi özellikleri arasında sayılmaktadır (Yirik, Ekici, & Baltacı, 2015, s. 45-49).

2.3.2.2.2. Sağlık Turizmi ve Medikal Turizmin Makro İktisadi Özellikleri

Medikal turizmin ortaya çıkıp gelişmesindeki etkenler arasında bulunan globalleşme, medikal turizmin makro iktisadi özellikleri arasındadır. Globalleşmenin etkisi ve teknolojideki ilerlemeler toplumları bilgi toplumu çağına getirmiştir. Bilgiyi edinmedeki kolaylık kişilerin ufkunu açmış ve dolayısıyla farklı fırsatlardan faydalanabilmişlerdir. Sağlık alanında incelenen bu fırsatlar, farklı ülkelerden daha uygun fiyatlarla tedavi hizmeti almayı da beraberinde getirmiştir. Globalleşme ile malların, hizmetlerin, bireylerin serbestleştiği liberal ekonomide medikal turizm de yer almış ve 1973 yılında ticari bir aktivite olarak kabul edilmiştir. Bu tarihten sonra ise medikal turizm, GATS kapsamında sınıflandırılmıştır. Ülkeler arasında artan sağlık hizmeti ihracat ve ithalatı makro etki yaratarak ülkelerin ekonomilerine katkı sağlamaktadır. Örneğin, Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH)'ya yaptığı katkılar ile büyüyen ve rekabet yaratan bir sektör olan medikal turizmin 2012 yılı için elde ettiği pazar payı, daha önce de belirtildiği gibi, 100 milyar dolardır (Özkurt, 2007, s. 127-128; Yiğit, 2016, s. 117; BAKA, 2013, s. 16).

Ayrıca ekonomik liberalleşme gelişmekte olan lider ülkeler arasında bulunan Tayland'da özel sektör hastanelerinin gelişmesini sağlamıştır. 1970'lerin başında cinsiyet değiştirme operasyonları ile öne çıkan Tayland, yaşanan Güneydoğu Asya krizinden (1997) sonra politika değişikliğine gitmiştir. Güneydoğu Asya'da yaşanan ekonomik kriz Tayland'da alım gücünün düşmesine sebep olmuş ve özel hastaneleri talep eden kesim kamu hastanelerine yönelmiştir. Bu durumu telafi etmek isteyen Tayland hükümeti medikal turist potansiyelini arttıran politikalar üretmeye başlamıştır. Örneğin, Tayland'da medikal turistleri etkilemek için "sağlık merkezli" politikalar üretilmiş ve hükümet tarafından teşvik edilerek, Tayland medikal turizm sektöründe lider konuma gelmiştir (Cohen, 2008; Connell, 2006).

Connell (2006)'e göre Malezya da yaşanan Asya krizinin etkisinden kurtulmak için 1998 yılında ekonomi politikaları değişikliğine gitmiştir. Leng (2007) çalışmasında; Malezya Sağlık Bakanlığı'nın 1998 yılında, daha sonra ismi "Malezya Sağlık Hizmetleri Gezi Konseyi (Malaysia Healthcare Travel Council-MHTC)" olarak değiştirilen, "Sağlık Turizmi ve Medikal Turizme Destek için Ulusal Komite (National

Committee for the Promotion of Medical and Health Tourism)" kurduğunu belirtmiştir. Böylece Malezya'nın medikal turizm potansiyeli harekete geçirilmiştir.

Buna ek olarak Avrupa Birliği Adalet Divanı tarafından desteklenen medikal turizm kararları ülkelerin sağlık harcamalarını azaltmak yönünde değerlendirilen yeni bir sektördür (SATURK, 2018). Hindistan, Tayland, Malezya gibi gelişmekte olan ülkelerden, teknolojinin ilerlemesine ek olarak ucuz iş gücü ile çok daha uygun maliyetle sağlık hizmeti ithalatında bulunan ABD ya da gelişmiş Avrupa ülkeleri sağlık harcamalarını en aza indirirken, finansman sorununu çözmeye çalışmaktadır (Panitch & Leys, 2011, s. 151-152'den aktaran Karafazlı, 2013, s. 32-33).

Medikal turizmin makro iktisadi özellikleri arasında sayılabilecek bir diğer faktör ise sigorta şirketleri ve medikal turizm arasındaki etkileşimdir. Sigorta sektörünün önemi kişilerin medikal turizm tercihlerini fiyatlandırmalar kadar etkilemektedir. Sigortasız medikal turistler ya da sigorta kapsamı düşük medikal turistler sağlık masraflarını kendi cebinden ödeyerek cepten harcamalarını arttırmaktadır. Cepten harcamaları artan birey farklı ülkeden daha uygun fiyata sağlık hizmeti almayı kabul ederek, sağlık hizmeti ihraç eden ülkenin GSYH'na katkıda bulunmaktadır. Günümüzde sadece ABD'de 65 yaş altı sigortasız kişi sayısı 28.4 milyon olarak kaydedilmiştir (CDC, 2017). Bu rakam ABD gibi gelişmiş ülkelerde oluşan medikal turist talebinin bir göstergesi olabilmektedir.

Ayrıca Kazemi (2007)'ye göre; "sigorta şirketlerinde gözle görülen artış ve işverenin medikal turizmi bir alternatif olarak görmesi, medikal turizmin ekonomiye olan katkısından kaynaklanmaktadır". Örneğin, Tablo 2.5'de ABD'deki bazı sigorta kuruluşlarının daha az maliyetli olacağına inandıkları diğer ülke hastaneleri ile yaptığı anlaşmalar verilmiştir. Tablo 2.5'e göre medikal turizm arzında lider ülke konumunda olan Hindistan ve Tayland anlaşmaya dahil edilmiştir ve yapılan anlaşmalar hem işçileri kapsarken (ilk anlaşma) hem de cepten harcamaların fazla olduğu ya da kapsam olarak daha dar olan sigortaları içermektedir. Dolayısıyla yukarıda da belirtildiği gibi cepten harcamaların fazla olması, ya da sigorta kapsamının düşük olması daha uygun fiyata hizmet veren ülkelere yönelimi arttırmaktadır ve bu şekilde ülkelerin sağlık harcamaları azaltılmaya çalışılmaktadır.

Tablo 2.5: ABD Sigorta Şirketleri ile Yapılan İkili Anlaşma Örnekleri

Sigorta Kuruluşu	Anlaşma Yapılan Kuruluş	Anlaşmanın Kapsamı
Anthem Blue Cross & Blue Shield	Apollo, Hindistan	Serigraph Inc. isimli firma çalışanları Apollo hastanelerinde tedavi hizmeti alabiliyor. Anlaşma 700 hasta için geçerlidir. Seyahat, konaklama gibi diğer maliyetler de AnthemWellpoint tarafından karşılanıyor.
United Group Program	Bumrungrad, Tayland Apollo, Hindistan	Cepten harcamalı ya da düşük kapsamlı sigortalı 200.000'den fazla hastanın Tayland ve Hindistan'daki tedavilerini koordine ediyor.
Blue Shield&Health Net	Meksika	20.000 hastayı kapsıyor. Meksika kökenli işçileri çalıştıran işverenler için geliştirilmiş programdır.
Blue Cross Blue Shield	Bumrungrad, Tayland	Companion Global isimli farklı bir firma tarafından sigortalı hastaların poliçeleri seyahat giderlerini kapsıyor ise Tayland'a gönderiliyor. Hastalar toplam iki kez kontrol tedavisi alma hakkına da sahiptir.

Kaynak: Deloitte, **Medical tourism: Update and implications** (2009), 5'ten uyarlandı.

Diğer yandan bireylerin sağlık sigortasının gideceği ülkede geçerli olup olmaması hem medikal turist talebini etkilerken hem de makro iktisadi özellikler arasında yer alabilmektedir. Üçüncü bölümde ele alınan; Türkiye medikal turizm sektöründe belirli ülkelerin Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşmalı olması bu duruma örnek gösterilebilmektedir.

Ayrıca son yıllarda dünyada yaşanan neoliberal dönüşümün sağlık alanına yansıması medikal turizmin makro iktisadi özellikleri arasında yer almaktadır. Türkiye'de çeşitli kalkınma planlarında yer alan medikal turizm, sektöre yapılan yatırımlar bağlamında kamu güvencesinde olup daha çok özel sektör hakimiyetindedir (Özkurt, 2007, s. 127-128). Türkiye'de "şehir hastaneleri" olarak bilinen sağlık alanındaki yatırımlar Dünya Bankası gibi uluslararası kurumlar tarafından desteklenen oluşumlardır (Ses Ankara Şube Sendika Okulu, 2017, s. 21). Şehir hastaneleri projesi sağlık ile inşaat sektörünün etkileşim içinde olduğu ve medikal turizmin diğer sektörler ile eş güdümlü çalıştığını gösteren örneklerdendir. Özel sektör hastaneleri açısından ise Türkiye örneğinden yola çıkarak, ülkede isim yapmış hastane gruplarının hastanenin yanında otel girişimlerinin de bulunduğu bilinmektedir. Bu şekilde sağlık sektörünün turizm ve konaklama gibi sektörlerle koordineli bir şekilde hareket etmesi sağlanmaktadır. Acıbadem Sağlık Grubu'nun Aplus şirketi bu duruma örnek gösterilmektedir (Sönmez, 2012, s. 90).

Diğer yandan çevre temizliğine dair bilinçlenmenin artması ile sağlık turizmi ve medikal turizm yaygınlaşmaktadır (Özkurt, 2007, s. 127-128). "Turistin sağlığı" kapsamında yapılan değerlendirmelerde çevre temizliği önemli bir yer teşkil ederek turistin sağlığını etkilemektedir (Güler & Çobanoğlu, 1994, s. 24). Daha önce de belirtildiği gibi; turizm arz eden ülkenin sağlık sorunlarıyla karşılaşması "turistin sağlığı" kapsamında değerlendirilir ve turizm arzında bulunan ülkenin gelir kaybına sebep olmaktadır. Bu nedenle çevre temizliği ve turistin sağlığı ilişkisi makro iktisadi özellikler arasında sayılabilmektedir.

2.3.2.3. Sağlık Turizmi ve Medikal Turizmin Fayda ve Maliyetleri

Çalışmanın bu bölümünde sağlık turizminin ve medikal turizmin iktisadi özelliklerine ek olarak, ülkelere ve bireylere sağladığı faydalara ve daha sonrasında ise maliyetlere değinilmiştir. Sağlık turizmi ve medikal turizm kaynaklı fayda ve maliyetler söz konu sektörlerin ülke ekonomilerine yansıttığı olumlu ve olumsuz yanları belirtmektedir.

2.3.2.3.1. Sağlık Turizmi ve Medikal Turizmin Faydaları

Sağlık turizmi ve medikal turizmin faydaları somut ve soyut faydalar olarak iki grupta incelenmektedir. Sağlık turizminin somut faydaları arasında; yurt dışında yaşayan turistlerden elde edilen gelir ile ülke ekonomisine sağlanan katkılar, fiyat tarifeleri açısından gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkeler karşısında sağladığı maliyet avantajı, ülkeler arasındaki artan bilgi paylaşımı, teknoloji transferi, oluşturulan stratejik ortaklıklar ve sağlanan tıbbi ticaret bulunmaktadır.

Medikal turizmin sağladığı somut faydalar arasında sayılabilecek bir diğer etmen ise kamu sağlığının geliştirilmesidir. Bookman ve Bookman (2007)'a göre; medikal turizm sektörünün gelişmesi sonucunda GSYH ve kişilerin gelir düzeyi artacaktır. Gelir düzeyi artan birey daha fazla özel sağlık hizmeti talep edecektir ve medikal turizm sektörüne katılmış olacaktır. Böylece kamu sağlığı gelişecektir *(crowding in)*.

Buna ek olarak sağlık hizmeti sunucularının eğitimlerini yurt dışında alması, daha iyi yaşam standartlarına ve yüksek ücretlere sahip olmaları gibi sebeplerle eğitim aldıkları ülkede istihdam etmeleri yaşanan beyin göçünün bir göstergesidir. Ancak Bookman ve Bookman (2007) medikal turizmin yaşanan beyin göçünü tersine çevirerek, yetenekli sağlık hizmeti sunucularının kendi ülkelerine dönmelerine sebep olduğunu belirtmiştir. Bu nedenle yaşanan tersine beyin göçü *(brain gain)* medikal turizmin sağladığı somut faydalar arasında gösterilebilmektedir.

Ayrıca teknolojinin etkisi ile teletıpın (*telemedicine)* gelişim göstermesi medikal turizmin sağladığı somut faydalardandır. Teletıpın gelişim göstermesi doktorların kendi ülkelerinden farklı bir ülkeye, sağlık hizmeti sunma imkanı sağladığı için maliyet etkinliği yaratmaktadır. Diğer yandan insan kaynakları altyapısını geliştirmek isteyen sağlık kurumlarının personeline teletıp aracılığı ile eğitim aldırması, medikal turizmin sağladığı faydalar arasında gösterilebilmektedir (Chanda, 2001, s. 15).

Sağlık turizmi ve medikal turizmin soyut faydaları ise; uluslararası alanda sağlık sunucusu olarak kabulün sağlanması, kültürel ve sosyal deneyimler gibi çeşitli deneyimlerin ülkeler arasında paylaşımlarının artması ve akabinde artan uluslararası ilişkiler, dünya seviyesinde kazanılan sağlık hizmeti sunumu imajı, rekabet avantajı ve son olarak artan hasta memnuniyetidir (Yalçın, 2006, s. 40-41).

2.3.2.3.2. Sağlık Turizmi ve Medikal Turizmin Maliyetleri

Sağlık turizmi faydalarının dışında ülkelere yarattığı bir takım maliyetler de bulunmaktadır. Örneğin, ekonominin diğer alanlarına harcanması gereken ancak medikal turizm altyapısına ayrılan harcamalar medikal turizmin negatif etkisidir. Bu sebeple medikal turizm gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde kamu sağlığı için maliyetli olabilmektedir (Awadzi& Panda, 2006'dan aktaran Heung, Kucukusta, &Song, 2010, s. 239). Ülkeye kazandırdığı döviz, kullanılan ileri teknoloji, oluşturulan mega projeler ve dünyada yaratılan rekabet açısından hükümetler tarafından ön planda tutulan medikal turizm, kamu sağlığı sorunlarının geri planda kalmasına sebep olmaktadır. Bookman ve Bookman (2007)'a göre; medikal turizmin gelişimi için sağlanan çeşitli fonların kamu sağlığı açısından faydanın maksimize edileceği alanlara aktarılmaması dışlama etkisi *(crowding out)* olarak kabul edilmektedir.

Türkiye örneğinden yola çıkarak Sağlıkta Dönüşüm Programı'nın (SDP) ikinci fazı olan medikal turizm, hastanelerin birleşerek Avrupa standartlarına ulaşmasını ve otel konforunda hizmet sunumu ile dünya ticaretinde yer almasını amaçlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2017b). Medikal turizmin makro iktisadi özellikleri arasında belirtildiği gibi "Şehir hastaneleri" adı altında gerçekleştirilen projelerin finansörü doğrudan ya da dolaylı şekilde hükümetlerdir. Hükümetlerin uyguladığı politika "vergilerin hastane finansmanında kullanılması ve özellikle yabancılardan elde edilen gelirin tekrar halk için kullanılması" bakış açısını içermektedir. Ancak Mooney (2014) bu noktada vergilerin yanlış değerlendirildiği ve medikal turizmin lüks hastanelerin (mega projelerin) yapımı ile "dünyada yer alan ülkelere sıcak para girebilmesi için

oluşturulan rant alanı ve yeni bir sektör" olduğunu belirtilmiştir. Böylece halkın aldığı sınırlı sağlık hizmetine ulaşımın çok daha zor hale geleceği ve halkın faydası için harcanması gereken kaynaklara el konulduğu belirtilmektedir (Mooney, 2014, s. 296).

Diğer taraftan henüz kurulma aşamasında olan medikal turizm sektörünün hükümet ile işbirliği içinde olması gerekmektedir. Taraflar arasında var olan bu işbirliği çeşitli şekiller alabilmektedir. Örneğin, hükümetler tarafından medikal turizm sektörüne çeşitli destekler sağlanabilir ve sektör rekabet gücünü sağlayana kadar söz konusu desteklerin sürmesi için hükümetler baskı ile karşılaşabilmektedir. Bununla birlikte, sektörün ithalata bağımlı olması da ülkeden döviz çıkışına neden olmakta, bu da ülkenin döviz rezervlerinin azalmasına yol açmaktadır (Bookman & Bookman, 2007, s. 176).

Ayrıca özel sektör hastanelerinde kullanılan yüksek teknolojili medikal cihazlar ve sunulan yüksek ücretler kamuda çalışan sağlık personeline daha cazip gelebilmektedir. Bu sebeple kamu sektöründen özel sektöre insan kaynakları bağlamında beyin göçü gerçekleşmektedir (Chanda, 2001, s. 20). Yaşanan beyin göçü sonucunda sağlık hizmeti sunucuları özel sektörde yoğunlaşmaktadır. Böylece piyasada ikili bir yapı oluşmaktadır. Var olan bu ikili yapı yaşanan beyin göçü ile gelir düzeyi yüksek kesime kaliteli sağlık hizmeti sunarken, gelir düzeyi düşük kesim bu durumdan faydalanamamaktadır. Ayrıca belirtilen ikili yapı yalnızca gelir düzeyi düşük ve yüksek kesim arasında oluşmayıp, kırsal ve kentsel bölgeler arasında da oluşmaktadır. Buna göre; kırsal bölgelerde sunulan sağlık hizmeti kentlere kıyasla daha az gelişmiştir ve özel hastaneler açısından ise daha az seçenek sunulmaktadır (Bookman&Bookman, 2007, s. 176-177).

Medikal turizmin ülkeye getirdiği maliyetleri dışında mikro düzeyde bireylerin karşılaştığı maliyetler de vardır. Bunlar arasında medikal turistin kendi ülkesine döndüğü sırada karşılaşabileceği rahatsızlıklar gösterilebilir. Örneğin, geçirilen ameliyat işlemi sonrası taburcu edilen medikal turistin ülkesine döndüğünde ya da seyahat sırasında geçirdiği yan etki medikal turizm maliyetleri arasında gösterilir.

Literatürde değinilen en önemli nokta ise; sigorta kapsamına girmeyen medikal turistin tedavi masraflarını kendi cebinden ödemek zorunda kalmasıdır. Bireylerde oluşan bu negatif etki sebebiyle bazı ulusal sağlık sistemleri ve sağlık sigorta kuruluşları medikal turizmi önermemektedir (Heung, Küçükusta, & Song, 2010, s. 239). Masrafları kendi

cebinden ödemek zorunda kalan kişi bu durumu külfet olarak algılayabilir ya da çok yüksek fiyat farkı olmadığı durumlarda kendi ülkesinde tedavi olmayı tercih edebilir. Ayrıca yanlış tedavi uygulaması ya da malpraktis oluşması durumunda medikal turistin yerel mahkemelerden yeterli desteği görememesi medikal turizm maliyetleri arasındadır (Gülmez, 2012, s. 29). Buna ek olarak sağlık hizmeti sunan kişinin yeterli seviyede yabancı dil bilgisine sahip olmaması, sağlık hizmeti ihracatında bulunan kurumun yeterli uluslararası standartlara sahip olmaması turistin tercihini negatif yönde etkileyeceği için medikal turizm maliyetleri arasında göstermek doğru olacaktır.

2.4. Literatür Taraması

Sağlık turizmi ve medikal turizm özellikle son yıllarda hızlı bir gelişim göstermekte ve iktisadi önemi artmaktadır. Bu gelişmelere paralel olarak söz konusu sektörler ile ilgili yapılan akademik çalışma sayısı da hızla artmaktadır. Yapılan çalışmaların büyük çoğunluğunun sağlık turizmi odaklı olduğu görülse de medikal turizm ile ilgili çalışmaların sayısı da artış göstermektedir. Literatür taramasına her iki sektörü de içeren kaynaklar dahil edilmiştir.

Chanda (2001) medikal turizmin gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler üzerindeki etkilerini incelemiştir. Çalışmada, medikal turizmin GATS kapsamında yapılan sınıflandırılması dikkate alınarak sağlık hizmeti ticareti hem bölgesel entegrasyonlar bazında (AB, Mercosur ve Kuzey Amerika Serbest Ticaret Anlaşması-NAFTA) hem de gelişmiş (Birleşik Krallık ve ABD) ve gelişmekte olan ülkeler (Küba, Ürdün, Çin, Hindistan, Şili, Tunus ve Endonezya) kapsamında incelenmiştir. Çalışmada sağlık hizmeti ticaretinin hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelere olumlu ve olumsuz etkilerde bulunduğu vurgulanmıştır. Bu kapsamda olumlu etkiler arasında; altyapıda yaşanan gelişme, döviz girdilerinde sağlanan artış, sağlık hizmeti kalitesindeki gelişim ve bu etkilerin sonucunda kamunun üzerindeki yükün azalması gösterilirken, olumsuz etkiler arasında ise; kaliteli sağlık hizmeti sunucularının deniz aşırı ülkelere doğru gerçekleştirdiği beyin göçü bulunmaktadır. Yaşanan beyin göçünün yalnızca ülkeler arasında değil, ülke içinde kamu sektöründen özel sektöre doğru olması da belirtilen olumsuz noktalar arasındadır. Çalışmada, ayrıca bireyler üzerinde oluşan dışlama etkisi, özel sektöre yapılan aşırı yatırımlar ve bunun sonucunda oluşan eşitsiz dağılım sağlık hizmeti ticaretinin olumsuz etkisi olarak belirtilmiştir.

Connell (2006) Asya bölgesinde yer alan ülkelerde (Hindistan, Tayland, Singapur) medikal turizmin gelişimi ve ülkelere sağladığı ekonomik katkıları incelemiştir. Bu kapsamda, çalışmada gelişmiş ülkelerin sigorta maliyetlerini azaltmak için deniz aşırı ülkelerden sağlık hizmeti almayı teşvik ettikleri sonucuna varılmıştır. Çalışmada elde edilen diğer bir sonuç ise yaşanan beyin göçünün batılı ülkelerden Asya ülkelerine doğru olduğudur. Tersine çevrilen beyin göçü sonucunda sağlık hizmeti sunumunda kalite artışının yaşanması hedeflenmiştir. Ancak sağlık personelinin kendi ülkesinde hizmet vermeye başlaması beyin göçünü azaltmasına rağmen doktor ve hemşirelerin özel sektörü tercih etmesine ve dolayısıyla balon etkisi yaratacağına vurgu yapılmıştır. Ayrıca sağlık personelinin gelir düzeyi yüksek olan kesime hizmet vermesinin, sağlık hizmeti sunumunda eşitsizliğe sebep olacağı görüşü de çalışmada elde edilen sonuçlar arasındadır.

Bies ve Zacharia (2007) medikal turizmi dış kaynak (outsourcing) olarak ele almış ve medikal turizmin fırsatlarını, tehditlerini, faydalarını ve maliyetlerini analiz etmiştir. Sağlık hizmetlerinin kalitesi, sağlık hizmetine erişimin evrenselliği, yerel sağlık hizmeti koşulları gibi belirli kriterleri içeren ve sonucunda fırsatları, tehditleri, faydaları ve maliyetleri bulmaya yardımcı olan ANP modeli kullanılarak gerçekleştirilen çalışmada; ABD'nin Hindistan'a medikal turist göndermesi, bireylerin medikal turizmi sağlık sigortasının bir parçası olarak görmesi ve Hindistan'da medikal turizmin önemi üzerine incelemede bulunulmuştur. Medikal turizmi kendi isteği ile tercih eden medikal turistlerin elde ettiği faydanın en yüksek olduğu çalışmada elde edilen sonuçlardandır.

Bookman ve Bookman (2007) çalışmasında gelişmekte olan ülkelerde medikal turizmin ekonomik kalkınmaya olan etkilerini incelemiştir. Bu kapsamda çalışmada, medikal turizmin ülkelere sağladığı avantajlar ve sektörün gelişimini engelleyen unsurlar tartışılmıştır. Çalışmada medikal turizmin sağladığı avantajlar arasında insan kaynakları altyapısının iyileşmesi, Araştırma-Geliştirme (Ar-Ge)'nin arttırılması, siyasi ve hukuki kurumların gelişmesi, düşük fiyat avantajı, medikal turizm gelirlerindeki artış, tıbbi tedavi ve spa-wellness turizminin birleşmesi ile medikal turistlerin tedavi sürecinde tatil yapma imkanının bulunması yer almaktadır. Diğer taraftan, sektörün gelişmesiniengelleyen unsurların ise; vize kısıtlamalarının varlığı, sigorta şirketleriyle yaşanan sorunlar, hasta hakları konusundaki yasal yetersizlikler,

uluslararası düzenlemelerde yaşanan sorunlar ve akreditasyon problemi olduğu belirtilmiştir.

Cohen (2008) çalışmasında medikal turizmin, turizm sektörü ile etkileşimini Tayland örneğinden yola çıkarak ele almıştır. Çalışmada, geçmişte daha kaliteli sağlık hizmeti almak amacı ile gelişmekte olan ülkelerden gelişmiş ülkelere doğru oluşan talebin, günümüzde özellikle Asya ülkelerinin medikal turizmde gelişim kaydetmesiyle tersine çevrildiği ifade edilmiş ve bu sürecin ülkelerin sağlık hizmetlerinde kalite artışını da beraberinde getirdiği belirtilmiştir. Çalışmada özellikle, 11 Eylül saldırılarından sonra gelişmekte olan Asya ülkelerine doğru talebin arttığı görülmüştür. Ayrıca, Tayland'ı tercih eden medikal turistlerin %30'luk kısmı yalnızca tıbbi tedavi almak için ülkeyi ziyaret ederken, geri kalan kısmın ise tıbbi tedavi ile tatillerini birleştirdiği sonucuna varılmıştır.

Reisman (2010) sağlık turizmi ve medikal turizmin ekonomik boyutu üzerine odaklanmıştır. Reisman; medikal turizm sayesinde, medikal turistin kendi ülkesine göre daha ucuz fiyata, aynı tıbbi tedaviden faydalanabileceğini çalışmasında vurgulamıştır. Ayrıca sağlık turizmi ve turizm arasındaki farklılıkların ele alındığı çalışmaya ek olarak sağlık turizminin faydaları ve maliyetleri incelenmiştir. Reisman'a göre, sağlık turizmi faydaları arasında; ithalat ve ihracattan sağlanan ekonomik fayda, yaratılan istihdam olanakları ve sağlanan ekonomik büyüme yer almaktadır. Diğer taraftan, doktorların daha iyi ücret karşılığında özel sektöre yönelip, sunulan sağlık hizmetinden tüm bireylerin faydalanamamasının sağlık turizminin maliyetleri arasında olduğu ifade edilmiştir. Çalışmada ayrıca sağlık turizminin fayda ve maliyetlerine ek olarak devletin rolü üzerine odaklanılmış ve piyasada aksaklıkların söz konusu olması sonucunda devletin müdahe edip düzenleyici görev üstlenmesi gerektiği sonucuna varılmıştır. Singapur, Hindistan, Malezya, Dubai, Tayland ve Çin gibi çeşitli ülkelerin medikal turizm deneyimlerinden ve ekonomik göstergelerinden örnekler verilen çalışmada, birçok ülkenin medikal turizm sektöründe başarıya ulaştığı ve istihdam alanları yaratıldığı da çalışmada elde edilen bulgulardandır.

Heung, Küçükusta ve Song (2010) çalışmasında medikal turistlerin tercihlerini etkileyen model analiz etmiş ve buna ek olarak dağıtım kanalları bağlamında pazarlama stratejilerini ele almıştır. Medikal turizmin arz ve talep taraflarının oluşturulduğu yeni modelde her iki tarafın da birbirlerinden etkilendiği sonucuna

varılmıştır. Örneğin, medikal turistlerin ihtiyaçları arzı oluşturan; altyapı, üstyapı, kalite ve iletişim faktörlerinden etkilenmektedir. Kalitatif ve kantitativmetodların kullanıldığı çalışmada literatürde yetersiz olan medikal turizm kaynaklarına karşı kapsamlı bir çalışma oluşturulması hedeflenmiştir. Ayrıca oluşturulan çalışma ile medikal turizm sektöründe istihdam eden kişilere de katkı sağlanması amaçlanmıştır.

Connell (2011) çalışmasında Asya bölgesinde medikal turizmin gelişim sürecine odaklanmıştır. Medikal turizmde uygulanan farklı pazarlama stretejileri ve ekonomik göstergelerin dahil edildiği çalışmaya ek olarak Hindistan, Tayland, Singapur, ABD gibi ülkelerden örnekler verilerek dünyada medikal turizm sektöründe gerçekleştirilen özelleştirme politikaları ele alınmıştır. Çalışmada ayrıca globalleşme ve özelleştirme politikaları sayesinde medikal turizmin yerel sağlık sistemleri eksikliklerini de ortaya çıkardığı sonucuna varılmıştır.

Buna ek olarak literatür taramasına Türkiye'de sağlık turizmi ve medikal turizm üzerine yapılan çalışmalar da dahil edilmiştir. Tengilimoğlu (2013) çalışmasında öncelikle dünyada turizmin önemi ve turizm politikaları üzerinde durmuş sonrasında ise sağlık turizminin alt bileşenleri olan medikal turizm, termal (spa-wellness) turizm, ileri yaş ve engelli turizmini incelemiştir. Ağırlıklı olarak medikal turizm sektörüne odaklanan Tengilimoğlu çalışmasında Hindistan, Singapur, Malezya, Tayland, ABD, Almanya, Meksika, Güney Afrika, Brezilya, Kosta Rika ve Türkiye'de medikal turizmin gelişimini incelemiştir. Çalışmaya göre; Kuzey Avrupa gibi gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfustan kaynaklı oluşan yüksek sağlık maliyetleri, bekleme sürelerindeki uzunluk ve bireysel olarak cepten ödenen sağlık harcamaları gibi nedenler ülkeleri ve kişileri medikal turizme yönlendirmektedir. Bu yönelim sonucunda talep edilen ülkelerden biri de Türkiye olmuştur. Türkiye'de son yıllarda gelişim gösteren medikal turizm, kalkınma planları ve çeşitli planlarda (Eylem Planı, Türkiye Turizm Stratejisi) yer almıştır. Çalışmada Türkiye'de sağlık turizmi ve medikal turizmin gelişmesi için sağlık kuruluşlarının akredite olmasının önemi de vurgulanmıştır. Ayrıca çalışmada belirtilen bir diğer nokta ise yeni pazarlama stratejilerinin varlığının (örneğin, Hindistan'ın müslüman ülkeler için uyguladığı "Helal Sertifikalı Hastaneler" politikası, hava yolu şirketleri ile anlaşma sağlanarak uçuş maliyetlerinin düşürülmesi gibi) Türkiye'de medikal turizmin gelişimi için önemli olduğudur.

Özcan ve Aydın (2015) kamu ve özel sektör politikaları açısından gelişen bir sektör olan sağlık turizmini incelemiştir. Çalışmaya Avrupa, Amerika ve Uzak Doğu bölgeleri dahil edilmiş olup, Türkiye sağlık turizmi, güçlü-zayıf yönleri, fırsatları ve tehditleri (GZFT) analizi yardımıyla değerlendirilmiştir. Bu kapsamda, son yıllarda Türkiye'de birçok alanda uygulanan neoliberal politikaların sağlık ve turizm alanında da etkili olduğu ifade edilmiştir. Diğer taraftan çalışmada yönetişim kavramının sağlık turizmi açısından önemi vurgulanmış ve sağlık ve turizm sektörleriyle eş güdümlü hareket eden sağlık turizminin yalnızca kamu desteği ile geliştirilemeyeceği, özel sektör ve Sivil Toplum Kuruluşları (STK)'nın da sektöre katılarak "etkinliğin ve verimliliğin" artacağı vurgulanmıştır.

Yirik, Ekici ve Baltacı (2015) dünyada ve Türkiye'de sağlık turizmi ve spesifik olarak medikal turizm değerlendirmesi yapmıştır. Medikal turizmin ekonomik, sosyal, endüstriyel ve teknolojik boyutlarının değerlendirildiği çalışmada ayrıca medikal turizm sektöründe karşılaşılan problemler ele alınmıştır. Bu problemler; dil ve iletişim problemleri, aracı kuruluşlarla yaşanan sorunlar, hukuki eksiklikler gibi problemlerdir. Buna ek olarak çalışmada medikal turizm üzerine GZFT analiz oluşturulmuş ve medikal turizmin Türkiye için geliştirilmesi gereken bir sektör olduğu vurgulanmıştır. Sektörün gelişiminde kamunun rolünün sigortalar ya da uygulanan teşvikler (vergi indirimleri) bağlamında önemli olduğu sonucuna varılmıştır.

Baysal (2016) sağlık turizminin Türkiye ekonomisine olan katkısını incelediği çalışmasında ise Türkiye'nin turizm gelirlerini sürdürebilir kılması için sağlık turizmine yatırım yapılması gerektiği sonucuna varmıştır. Çalışma, Türkiye sağlık turizmini 2000-2015 yılları arasında turizm gelirleri bağlamında ele alarak, sağlık turistinden elde edilen gelirin, turistik amaçlı Türkiye'ye gelen turistlerden elde edilen gelirden 2-3 kat daha fazla olduğunu ifade etmiştir. Türkiye ABD ve Avrupa'ya kıyasla, sunulan sağlık hizmeti kalitesi açısından eş değerdir ve fiyat avantajı sayesinde talep edilen bir ülke konumundadır. Ancak yaşanan terör ve iç karışıklıkların, artan döviz maliyetlerinin ve sağlık hizmetlerinin üretilmekten ziyade ithal edilmesinin sağlık turizmi üzerinde negatif etki doğurduğu da çalışmada belirtilmiştir.

3. TÜRKİYE'DE MEDİKAL TURİZM VE GELİŞİM SÜRECİ

Sağlık turizmi ve medikal turizm, turizm ve sağlık sektörlerinin etkileşimi ile oluşmuştur. Bu sebeple öncelikle, kavramsal çerçevenin ele alındığı ikinci bölüme de paralel olarak, Türkiye turizm sektöründeki tarihsel gelişim incelenmiştir. Ayrıca turizm sektörünün Türkiye ekonomisine olan etkileri çalışmaya dahil edilmiştir. Daha sonra ise Türkiye sağlık sektörünün günümüze kadar olan değişim ve gelişimi üzerine odaklanılarak, Türkiye medikal turizm sektörü ele alınmıştır.

3.1. Türkiye'de Turizm Sektörünün Gelişimi ve Mevcut Durum

17. yüzyıl Kıta Avrupası dünyada turizmin başlangıcı olarak kabul edilmektedir. O dönemlerde yapılan turizm etkinlikleri üst gelir grubuna hitap ederken, 19. yüzyıl başlangıcı ile daha düşük gelir grubuna hitap etmeye ve bireysellikten ziyade kitleselliğe doğru gelişmeye başlamıştır (Yaşaroğlu, 2008). Buharlı gemilerin, lokomotiflerin keşfi ve daha sonra otomobil sektörünün gelişimi de turizme olumlu yönde yansımış ve turizmin yayılmasına yol açmıştır (Usta, 2002, s. 29'dan aktaran Öztürk & Bayat, 2011, s. 136). Örneğin, Thomas Cook 1841 yılında 570 kişiyi taşıyan bir trenle at yarışı izlemeye giden ilk organize edilmiş kitlesel etkinliği gerçekleştirmiştir (Bayer, 1992, s. 11'de aktaran Yıldız, 2011, s. 57).

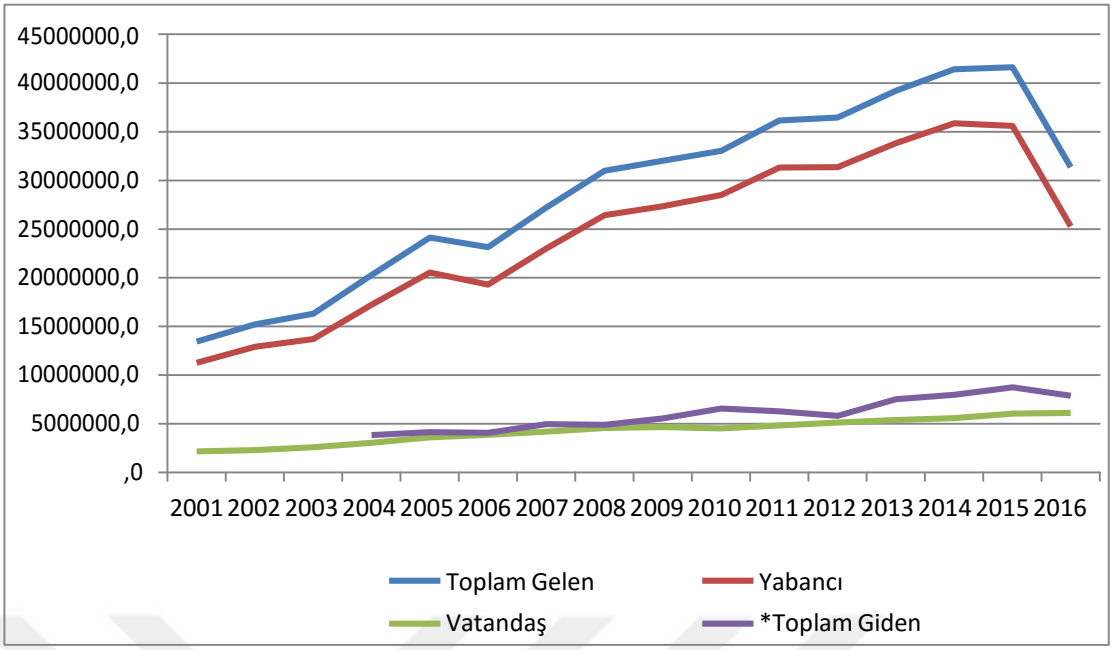
Türkiye ise 19. yüzyıldaki bu gelişime Avrupa'dan gelen turistleri ağırlayarak katılmıştır. 1890'da yürürlüğe giren ve gezi rehberlerinin denetimini yapan "Türk Seyyahın Cemiyeti" ile Türkiye'deki ilk turizm etkinlikleri hayata geçirilmeye başlanmıştır (Yaşaroğlu, 2008). Daha sonra ismi "Türkiye Turing ve Otomobil Kulübü" olarak değiştirilen ve günümüzde "Türkiye Turing ve Otomobil Kurumu" olarak kabul edilen cemiyet ilk turizm incelemelerini, ilk karayolu haritaları çalışmalarını, ilk basılan afişleri oluşturmuştur (TURİNG, 2018).

Turizm sektöründeki ilk yasa 1934 yılında çıkartılan 2450 sayılı "İktisat Vekaleti Teşkilat ve Vazifeleri" hakkındaki kanundur (Resmi Gazete, 1934). 1950 yılında ise "Turizm Müesseseleri Teşvik Kanunu" ile turizm sektörüne yönelik kurumsal bir yapı oluşturulması ve sektöre ne gibi teşvikler sağlanması gerektiği üzerinde durulmuştur

(Toker, 2007, s. 82). 1953 yılında "Turizm Endüstrisini Teşvik Kanunu" çıkartılmış ve sektörün gelişimi için çeşitli teşvikleri içeren maddeler sunulmuştur (Resmi Gazete, 1953). Örneğin, turizm sektörüne yatırım yapanlara 10 yıl süre ile vergi muafiyeti hakkı sağlanmıştır (Yıldız, 2011, s. 58). Kalkınma Planları'nın yapıldığı 1960'lı yıllarda ise turizm sektörü için devlet eliyle teknik altyapı yatırımları, planlama çalışmaları yapılmıştır (Acuner, 2006, s. 29'dan aktaran Yıldız, 2011, s. 58). 1960 döneminde Turizm Bakanlığı'nın kurulması da sektör için önem arz etmektedir. Bu dönemde uygulanan politikaların temel amacı turizmden elde edilen gelirler ile ödemeler bilançosuna ve istihdam alanlarına katkı sağlamaktır (Yıldız, 2011, s. 58).

1953 yılında çıkartılan yasanın yetersizliği sebebi ile 1982 yılında "Turizm Teşvik Kanunu" yürürlüğe konmuştur (Resmi Gazete, 1982). 1980 döneminde Türkiye genelinde hızlandırılmaya çalışılan özel sektör yatırımları kanun ile birlikte turizm alanına da yönlendirilmiştir (Yıldız, 2011, s. 58). Bu dönem itibari ile turizm sektörü hızla gelişmeye başlamış ve bu gelişim ekonomiye de yansımıştır (Karataş & Babür, 2013, s. 16).

Şekil 3.1'de 2001-2016 yılları arasında Türkiye'ye gelen turist sayıları ve 2004-2016 yılları arasında ise Türkiye'den giden turist sayıları belirtilmiştir. Şekilde, ayrıca Türkiye'ye gelen toplam turist sayılarının dışında, 2001-2016 yıllarında yabancı uyruklu turistlerin (yabancı) ve yurt dışında ikamet eden fakat Türk asıllı turistlerin (vatandaş) ayrımı da gösterilmiştir. 2001-2015 yılları arasında Türkiye'yi ziyaret eden toplam turist sayısında sürekli bir artış gözlemlenirken 2015-2016 yılları arasında belirgin bir düşüş yaşanmaktadır. 2015-2016 yılları arasında, diğer yıllara göre, en az 10 milyon yabancı turist Türkiye'ye gelmeyi tercih etmezken, "vatandaş"ların Türkiye ziyaretlerinde artış olduğu analiz edilmiştir. 2016 yılı için toplam 31.365.330 kişi Türkiye'yi "turist" olarak ziyaret etmiş ve 6.099.924 kişilik kısmı Türkiye sınırları dışında yaşayan Türklerden oluşmuştur. Türkiye'den giden kişilerin de gösterildiği Şekil 3.1'de, 2004-2015 yılları arasında genel olarak artış gözlemlenmiştir. 2016 yılında ise Türkiye'den giden turist sayılarında azalma gerçeklemiştir. Ayrıca Türkiye'ye gelen turist sayısı ile Türkiye'den giden turist sayıları kıyaslandığında, Türkiye'ye gelen turistlerin daha fazla olduğu Şekil 3.1'de görülmektedir.



Şekil 3.1: Türkiye'yi Ziyaret Eden ve Türkiye'den Giden Turist Sayıları, 2001-2016

Kaynak: Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Verileri. 2018f. **Turizm Geliri, Gideri ve Ortalama Geceleme Sayısı**; *TÜİK Verileri. 2018j. **Vatandaş Giriş Sayısı ve Kişi Başı Ortalama Geceleme**.

Buna ek olarak Tablo 3.1'de 2006-2016 yılları arasında Türkiye'yi ziyaret eden turistlerin geldikleri ülkelere göre ayrımı ele alınmıştır. 2006 yılında Türkiye'yi 3.071.716 kişi ile yurt dışında yaşayan Türkler ilk sırada ziyaret ederken, ikinci sırada Almanya, üçüncü sırada ise Rusya Federasyonu bulunmaktadır. 2016 yılına kadar ilk iki konumda bulunanlar arasında küçük değişiklikler yaşansa da en çarpıcı değişiklik 2006 yılında üçüncü sırada bulunan Rusya'nın 2016 yılında son sıralarda yer alması ve üçüncü ülke olarak ise Gürcistan'ın bulunmasıdır. 2015 yılında Türkiye'yi ziyaret eden ülke bağlamında Rusya 9 sene önce olduğu gibi üçüncü sırada 2.842.972 kişi ile yer alırken bu rakam 2016 yılında 683.335'e gerilemiştir. Rusya ile yaşanan belirgin düşüş, 2015-2016 yılları için diğer OECD ülkeleri açısından da yaşanmaktadır.

Ayrıca Şekil 3.1'de 2016 yılı için Türkiye'ye gelen vatandaş istatistikleri 6.099.924 kişi olarak kaydedilmiştir. Bu rakamın Tablo 3.1'de belirtilen "Yurt dışında yaşayan Türkler" verileri ile tutarsızlık oluşturmasının ardındaki sebep ise; Şekil 3.1'de kullanılan verilere beraberinde giden kişilerin (0-14 yaş grubu anket yapılmayan çocuklar) dahil edilmesidir.

Tablo 3.1: Ülkelere Göre Türkiye'den Çıkış Yapan Ziyaretçi İstatistikleri, Bin Kişi, 2006-2016

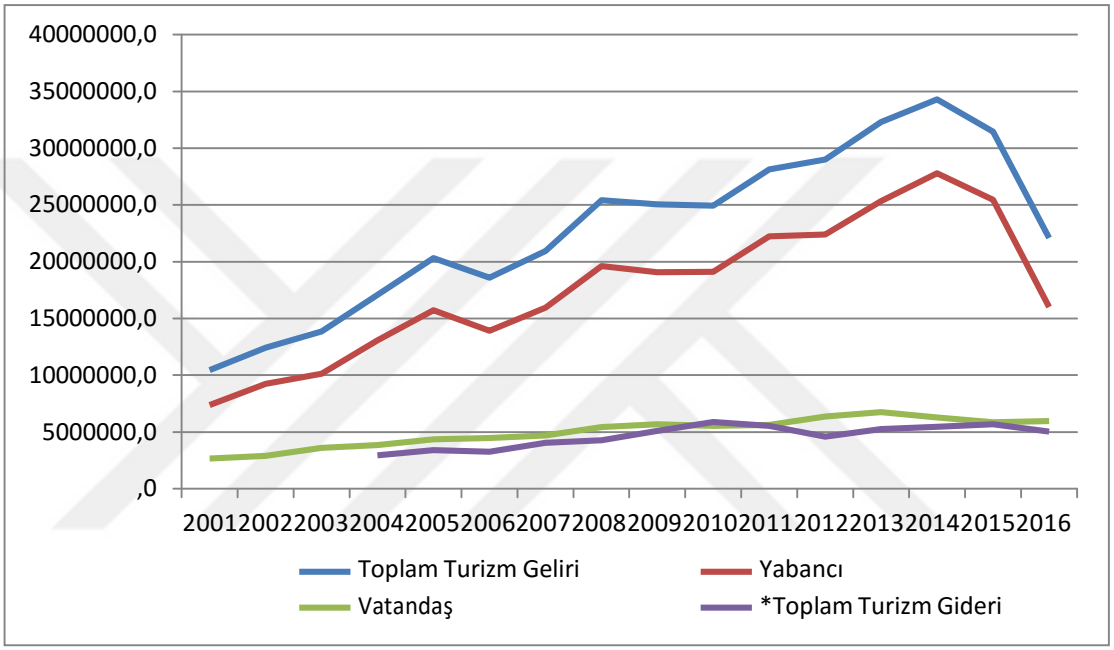
Ülkeler	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Yurt dışında Yaşayan Türkler	3.07	3.38	3.51	3.72	3.56	3.78	4.06	4.25	4.48	5.01	5.13
Almanya	3.04	3.49	3.55	3.70	3.62	4.10	4.22	4.19	4.34	4.72	3.30
Gürcistan	531	608	810	974	1.08	1.13	1.36	1.73	1.71	1.87	2.17
Bulgaristan	1.12	1.23	1.36	1.52	1.38	1.38	1.40	1.49	1.60	1.75	1.59
İran	604	781	951	1.29	1.76	1.76	1.07	1.08	1.45	1.58	1.57
Batı Asya Ülkeleri	365	3.38	533	662	696	822	1.05	1.28	1.61	1.91	1.52
İngiltere	1.30	1.43	1.65	1.93	2.13	2.00	1.93	1.96	2.09	2.09	1.41
Diğer Avrupa Ülkeleri	999	1.27	1.57	1.50	866	952	990	1.07	1.21	1.28	980
Ukrayna	426	462	574	460	455	489	496	598	538	602	812
Diğer OECD Ülkeleri	290	339	426	487	1.33	1.57	1.53	1.58	1.71	1.69	801
Rusya Federasyonu	1.50	1.85	2.18	2.06	2.392	2.644	2.647	3.049	3.451	2.842	683
Azerbaycan	370	395	443	404	441	517	523	568	590	548	541

Kaynak: TÜİK Verileri, **Milliyetlerine Göre Çıkış Yapan Ziyaretçi Sayısı** (2018h)'ndan uyarlandı.

TÜİK verileri aylara göre incelendiğinde ise 2016 yılı için en çok ziyaretçinin üçüncü çeyrekte, Temmuz, Ağustos ve Eylül aylarında, geldiği görülmektedir. Bu veriler ışığında, Türkiye'de kıyı turizminin diğer turizm çeşitlerine göre daha çok tercih edildiği çıkarımı yapılabilmektedir. Kıyı turizminin gelişmesi ve turistler tarafından tercih edilmesi gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler için ekonomik avantaj sağlamaktadır. Ancak bu avantaj gelişmekte olan ülkeler için turizm türlerinin çeşitlendirilmemesi durumunda bekleneni karşılamayabilir. Dünya genelinde kıyı turizminin ikamesi fazla olduğu için turizm türlerinin alternatif turizm türleri ile çeşitlendirilmesi beklenmektedir (Öztürk & Yazıcıoğlu, 2002, s. 184). İkinci bölümde kavramsal çerçeve ele alınırken belirtildiği gibi medikal turizm, alternatif turizm çeşitlerinden biri ve sağladığı katma değer bakımından en önemlisidir. Ayrıca Türkiye, medikal turizm ile kıyı turizminin entegre şekilde uygulandığı politikalar üreterek sağlık hizmeti talebini arttırabilir ve rekabet avantajı sağlayabilmektedir (Barca, Akdeve, & Balay, 2013, s. 83; Sügür, 2016, s. i).

Şekil 3.2'de, Şekil 3.1 ve Tablo 3.1'e paralel olarak, 2001-2016 yılları arasında Türkiye'yi ziyaret eden turistlerden elde edilen turizm geliri hesaplamaları verilmiştir. Şekil 3.2'ye göre en çok gelir yabancı turistlerden elde edilirken, turizm gelirlerinde

2014-2016 yılları arasında belirgin bir düşüş yaşanmıştır. Özellikle 2016 yılında 10 milyon kişilik bir turist sayısı azalışı gerçekleşirken, bu negatif etki turizm gelirlerine yaklaşık olarak 9 milyar dolarlık kayıp olarak yansımıştır. Ayrıca Türkiye'den giden turistlerin gerçekleştirdiği harcamalar olarak nitelendirilen turizm giderleri 2004-2015 yılları için Şekil 3.2'de gösterilmiştir. 2004 ve 2016 yılları arasında turizm giderleri genel olarak artarken, 2016 yılında bir önceki yıla göre azalma gerçekleşmiştir. Turizm giderlerindeki azalma Türkiye'den giden turist sayılarındaki azalma ile doğru orantılıdır.



Şekil 3.2: Türkiye Turizm Gelir ve Giderleri, Bin Dolar, 2001-2016

Kaynak: TÜİK Verileri. 2018f. **Turizm Geliri, Gideri ve Ortalama Geceleme Sayısı**.

Diğer yandan TÜİK verilerine göre, Avrupa Topluluğunda Ekonomik Faaliyetlerin İstatistiki Sınıflaması'nda turizm sektörüne en yakın sektör olan konaklama ve yiyecek hizmetleri faaliyetlerinin GSYH içindeki payı 2016 yılı için %2,6 olarak hesaplanmıştır (TÜİK, 2018m). Turizm gelirlerinin toplam ihracat içindeki payı ise 2000 yılından itibaren dalgalı bir seyir izlemektedir ve 2015 yılı için turizmden, toplam ihracat içinde elde edilen gelirin payı %17.8 olarak belirtilmiştir (World Bank, 2018d).

Emek yoğun bir sektör niteliğinde olan turizm sektörü istihdam pastası içinde de büyük bir orana sahiptir (Değer, 2006, s. 7). Elde edilen 2016 verilerine göre turizm sektörünün doğrudan etki ettiği alanlar bazında (konaklama, ulaşım, eğlence vb.) 2.3 trilyon dolar dünya ekonomisine katkı sağladığı ve 109 milyon kişiye istihdam yarattığı belirtilmiştir. Hesaplamaya dolaylı etkiler de dahil edildiğinde bu rakam 7.6

trilyon dolar ve 292 milyon kişinin istihdam edilmesi olarak hesaplanmıştır (WTTC, 2017, s. 1; WTTC, 2015, s. 2). Türkiye'de ise 2016 yılı için turizm sektörünün direkt olarak etki ettiği istihdam sayısı 495.000 kişi olarak belirtilirken bu rakam dolaylı etkiler ile 2.197.500'e ulaşmıştır. Belirtilen veriler 2016 yılı için Türkiye'deki toplam istihdam hacminin %8.1'ine karşılık gelmektedir (WTTC, 2017, s. 1).

3.2. Türkiye'de Sağlık Sektörünün Gelişimi ve Mevcut Durumu

Osmanlı döneminden günümüze kadar sağlık sektöründe uygulanan politikalarda çeşitli değişiklikler yapılmıştır. Bu değişiklikler Osmanlı Devleti'nde 19. yüzyıl öncesi ve sonrası olarak baz alınabilir. 19. yüzyıl öncesi Osmanlı Devleti'nde sunulan sağlık hizmetleri daha çok özel sektör niteliği taşımaktadır. Çünkü devletin faaliyetleri sarayla ve orduyla kısıtlı kalırken, yoksullar için ise kurulan şifa evleri ve hastaneler hizmet vermektedir. Bunun yanında daha çok serbest çalışan doktor ve cerrahlardan ücret karşılığında hizmet talep edilmektedir. 19. yüzyıl sonrası ise diğer alanlarda olduğu gibi, sağlık alanında da gelişmiş ülkeler örnek alınmaya çalışılmıştır. Devletin sağlık alanındaki yetkileri arttırılmış, daha önce düzenli bir yapıda olmayan hatta sadece hekimbaşından ibaret olan kurumlar düzenlemeye tabii tutulmuştur (Akdur, 2005, s. 10-11).

Cumhuriyet döneminde ise Türkiye Büyük Millet Meclisi (TBMM)'nin kurulması sağlık alanında önemli değişimlerin yapılmasına destek sağlamıştır. TBMM ile sağlık, devletin birincil görevi haline getirilmiş ve öncelikle kurumsal altyapı kuvvetlendirilmiştir. 1920'de çıkarılan 3. sayılı kanun ile Sıhhiye ve Muavenet-i İçtimaiye Vekaleti kurulmuş ve sağlık hizmetleri ayrı bir bakanlık tarafından yürütülmeye başlamıştır. Bütün sağlık personelinin atama ya da terfi gibi işlemleri Sağlık Bakanlığı'na bağlanarak daha düzenli ve merkezi bir yapı oluşturulmuştur (Öztürk, 1999, s. 38).

Dönemin Sağlık Bakanı Doktor Adnan Adıvar yaptığı birçok düzenleme ile günümüzdeki sağlık sisteminin temellerini atmıştır. Daha sonra göreve gelen Doktor Refik Saydam da Türkiye sağlık sisteminin iyileşmesi için olumlu birçok girişimde bulunmuştur. 1921-1937 yılları arasında görevde bulunan Refik Saydam'ın Türkiye sağlık sistemine getirdiği en önemli katkılar arasında illerde kurulan Sağlık Müdürlükleri ve ilçelerdeki Hükümet Tabiplikleri bulunmaktadır. Bu kurumların

bütçesi merkezi hükümet tarafından finanse edilmiş ve devletin sağlık alanındaki görevleri arttırılmaya çalışılmıştır (Akdur, 2005, s. 393).

Refik Saydam döneminden sonra dönemin sağlık bakanı Behçet Uz iki dönem sağlık bakanlığı görevinde bulunmuş ve Türkiye sağlık sektöründe önemli etki bırakacak girişimler gerçekleştirmiştir. Bu girişimlerden bir tanesi "Milli Sağlık Planı (Behçet Uz Planı)"dır. Behçet Uz Planı ile ülke yedi sağlık bölgesine ayrılarak, koruyucu ve tedavi edici hizmetler bütünleşmiş olacak ve hizmet birimleri nüfus esasına göre kurulacaktır. Ayrıca bu şekilde hükümetin sağlık hizmeti görev ve sorumlulukları daha merkezi hale getirilmeye çalışılacaktır (Demirel, 2009). Fakat Behçet Uz döneminden sonra bu plan yeterince uygulanamamıştır. Yine de Behçet Uz Planı ile hedeflenen tedavi edici ve koruyucu hizmetlerin birlikte sunumu sağlık merkezi sayılarında artış ile gerçekleştirilmiştir. Buna göre 1945 yılında 8 adet, 1950 yılında 22 adet, 1955'te 181 ve 1960 yılında 283 adet sağlık merkezi sayısı kaydedilmiştir. Sigortalandırma açısından incelendiğinde İşçi Sigortalandırma İdaresi (Sosyal Sigortalar Kurumu) 1946 yılında kurulmuş ve halkın ücret karşılığında sigortalandırılması hedeflenmiştir. Sigortasızların giderlerinin ise özel idare bütçesinden sağlanan finansman ile karşılanması planlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2015).

Cumhuriyet döneminde uygulanan sağlık politikaları kamunun elinde bulunan fakat özel sektör girişimlerine engel koymayan politikalardır. Ancak 1950'lilerden sonra daha çok özel sektöre bırakılan hükümet düzeyindeki hizmetler sonucunda kamunun kontrolünden uzaklaşmıştır. Hizmetlerin devri ile özellikle kırsal bölgelerde sağlık alanında ilerleme kaydedilememiştir (Akdur, 2005, s. 396).

1961 Anayasası ise 1950'li yıllardan sonra uygulanan politikaların aksine daha "sosyal" uygulamaları içermektedir. 1961 anayasasında bulunan 48. ve 49. maddeler özellikle sosyal politikalara örnektir. Bu maddelere göre sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri öncelikli devlet görevi haline gelecektir (TBMM, 1961). Aynı amaç doğrultusunda Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı hazırlanmıştır. Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı hedefine ulaşmak için çıkarılan 224 sayılı kanun ile koruyucu hizmetlerin tamamlayıcısı tedavi edici hizmetler olarak kabul edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2009). Fakat daha sonra görev yapan hükümetler neoliberal politikaları benimsedikleri için sosyal politikalar ön görüldüğü şekilde uygulanamamıştır. Özellikle 24 Ocak 1980 kararları ile sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini hükümet görevi olarak arz eden maddeler değiştirilmiş ve 1961 Anayasası'nda bulunan "insan

haklarına dayalı devlet" ibaresi değiştirilerek "insan haklarına saygılı devlet" haline getirilmiştir. Bu değişikliklerden de açıkça anlaşılacağı üzere 1970 Petrol krizi ile tüm dünyada hakim olan neoliberal görüş 24 Ocak kararları ile Türkiye'ye de uyarlanmıştır (Akdur, 2005, s. 11-16).

1990 yılından AKP dönemine (2002) kadar geçen süreç ise sağlık açısından teorik altyapının hazırlandığı fakat uygulamaya konulamadığı dönemdir. Örneğin, 1990 yılında Devlet Planlama Teşkilatı (DPT) tarafından "Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması" yapılmıştır. Bu plan aracılığıyla 1992 yılında 1. Ulusal Sağlık Reformları Kongresi, 1993 yılında ise 2. Ulusal Sağlık Reformları Kongresi yapılarak uygulamaya konulması hedeflenen sağlık reformlarına hız kazandırılmaya çalışılmıştır. Yapılan sağlık reformu çalışmaları belli maddeler altında toplandığında (Sağlık Bakanlığı, 2012b, s. 34):

— Sosyal güvenlik kurumlarının tek çatı altında toplanarak Genel Sağlık Sigortası (GSS) kurulması hakkında çalışmalar yapılmıştır. Bu çerçevede ulusal sağlık sistemi finansal yapısı Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), Bağımsız Çalışanlar Kurumu (Bağ-Kur), Emekli Sandığı ve Yeşil Kart olmak üzere dört farklı uygulama olarak yer almaktadır. Bu uygulamalardan Yeşil Kart harici uygulamalar sosyal güvenlik hizmetlerinin iki bileşenini oluştururlar. Bunlar sağlık ve emeklilik finansmanını toplanan primlerden karşılayan kurumlardır. SSK aynı zamanda kendi yönetiminde olan sağlık kurumları yolu ile hak sahiplerine sağlık hizmeti de sunan bir yapıda örgütlenmiştir.

— Birinci basamak sağlık hizmetlerinin (temel sağlık hizmetleri) aile hekimliği çerçevesinde geliştirilmesi kapsamında çalışmalar yapılmıştır.

— Hastaneler özerk sağlık kurumlarına dönüştürülmelidir.

— Sağlık Bakanlığı koruyucu sağlık hizmetlerine öncelik veren sağlık hizmetlerini planlayıp denetleyen bir yapıya kavuşturulmalıdır.

Daha önce belirtildiği gibi bu dönem, sağlık reformu çalışmalarının oluşturulduğu ancak uygulamaya konulmadığı dönemdir. Ancak daha sonra oluşturulan "Acil Eylem Planı", SDP'nin altyapı niteliğini taşırken, Sağlık Sektörü Master Plan Etüt Çalışması'nın içeriğinde yer alan yukarıdaki maddeleri de kapsamaktadır.

3.2.1. Acil Eylem Planı ve Sağlık Sektörü

SDP'nin altyapısı niteliğinde olan Acil Eylem Planı 2002 yılında dönemin hükümeti tarafından düzenlenerek sağlık alanındaki hedefler bu planda belirlenmeye çalışılmıştır. "Sağlıklı Toplum" başlığı altında gösterilen bu hedefler arasında; Sağlık Bakanlığı'nın yeniden yapılandırılması, ülkedeki tüm hastanelerin tek yapı altında toplanması ve ayrıca hastanelerin idari ve mali açıdan özerk bir yapıya kavuşturulması bulunmaktadır. Finansman açısından ise; Genel Sağlık Sigortası Sistemi'nin ve kurumunun kurularak sağlık hizmeti sunumu ve finansmanının ayrılacağı belirtilmiştir. Ayrıca aile hekimliği uygulaması da planda yer almış ve iyi bir sevk zincirinin oluşturulması hedeflenmiştir. Bunların dışında "özel sektörün sağlık alanına yatırım yapması özendirilecek" ibaresinin planda yer alması neoliberal politikaların sağlık alanına yansımasıdır (Kalkınma Bakanlığı, 2003, s. 11). Acil Eylem Planı'na ek olarak SDP başlığı altında neoliberal politikaların göstergesi olduğu düşünülen sağlık alanındaki değişimler açıklanmaya çalışılmıştır. SDP içinde bulunan Sağlık Turizmi ile ilgili hedeflere ise "Türkiye'de Sağlık Turizmi ve Medikal Turizm: Strateji ve Politikalar" başlığı altında yer verilmiştir.

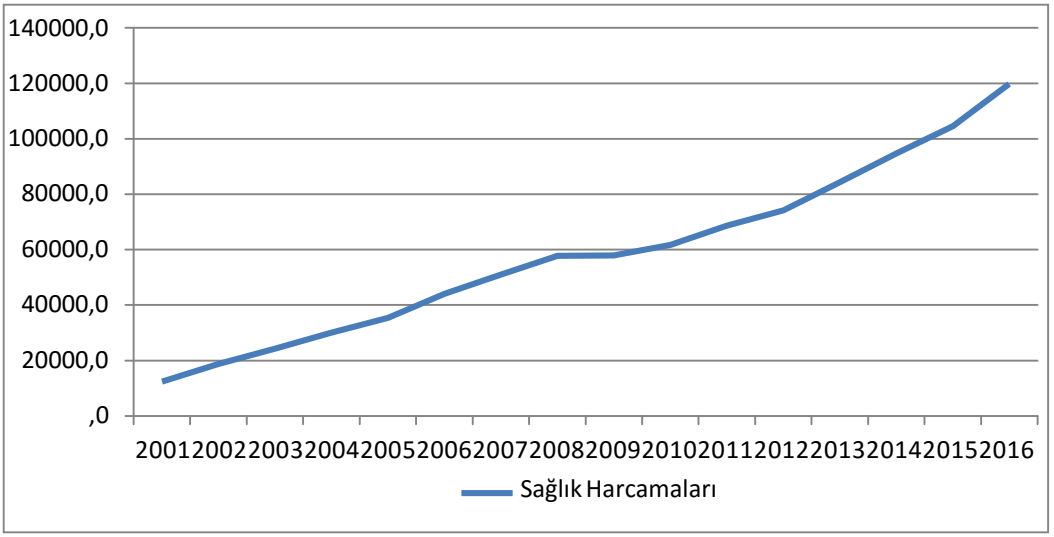
3.2.2. Sağlıkta Dönüşüm Programı

2002 yılında iktidara gelen Adalet ve Kalkınma Partisi (AKP) hükümeti krizin etkisinde bir Türkiye ile karşı karşıyadır. 2008 krizine kadar muhafazakar politika sergileyen AKP mali disipline de önem vermiştir. Bu kapsamda, Türkiye'nin kamu borcu yükünden acilen kurtulması hedeflenmiştir. Borçlardan kurtulabilmek için ise özelleştirme politikaları tercih edilmiştir. Özelleştirmelerden elde edilen gelir sayesinde kamu kesiminin üzerindeki yük oldukça hafiflemiştir. Kamunun üzerindeki yükün hafiflemesinin ardındaki diğer bir neden ise vergilerde yapılan artıştır (Pamuk, 2014, s. 285-292).

Neoliberal politikaların sağlık alanına yansıması 2003 yılında uygulamaya konan SDP'dır. Bu bölümde SDP ile Türkiye sağlık sektöründe uygulanan neoliberal politikalar ve "iç talep" yaratmaya yönelik hedefler ele alınmıştır (Sönmez, 2012, s. 86). Buna göre; 2003 yılında 10 hastanede performansa dayalı ödeme sistemine geçilmiştir ve 2004 yılında ise devlet hastanelerinde performansa dayalı ödeme sistemi yaygınlaştırılmıştır. 2018 yılına gelindiğinde ise tüm hastanelerde performansa dayalı ödeme sistemi mevcuttur ve doktorlar en kısa sürede maksimum verim ile bakabildiği

hasta başına ek ücret almaktadır (Sönmez, 2012, s. 91-98). Ayrıca 2003 yılında Devlet Memuru/Emekli Sandığı üyelerine, sevksiz özel hastanelere başvuru imkanı sağlanmıştır. 2007 yılında ise tüm hastalara özel hastanelere sevksiz başvuru hakkı tanınmıştır. Böylece özel hastaneler için gerekli talep oluşturulmaya çalışılmaktadır. 2005 yılında Düzce'de başlatılan aile hekimliği uygulamasına, 2006 yılında 6 il daha dahil edilmiştir. 2018 yılında ise aile hekimliği uygulaması tüm illerde görülmektedir. Aile hekimliği uygulaması da neoliberal politikaların sağlık alanına yansımasının bir örneğidir. Aile hekimliği uygulamasıyla taşeronlaşma gerçekleşmiş ve taşeronlaşma ile kamu harcama giderlerinin azaltılması hedeflenmiştir (Sönmez, 2012, s. 94-95). 2010 yılına gelindiğinde SDP kapsamında "Tam Gün Yasası" uygulamaya dahil edilmiştir. Bu yasaya göre üniversite ve sağlık personeli mesai saatleri içinde hastanede iken mesai saatleri dışında vereceği sağlık hizmetlerinde (özel muayenehane harici) ise yüksek ücret alma hakkına sahiptir (Cıvan, 2014). 2013 yılında ise neoliberal politikaların sağlık alanına yansıması olarak "özel hastaneler ile vakıf üniversite hastanelerinin puanlandırılması ve ilave ücret alınması hakkında yönerge"nin iptal edilmesi ve özel sağlık kurumlarının alabileceği ek ücret tavanının %90'dan %200'e çıkması örnek verilebilir.

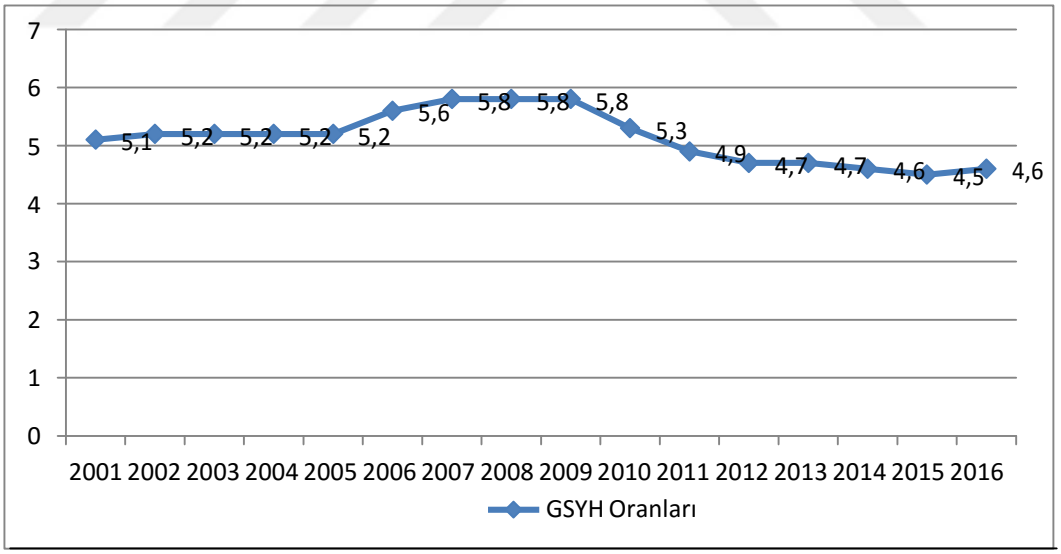
SDP'nin ulusal sağlık sistemine sağladığı katkılar tartışılmaz düzeyde önemlidir. Ancak öngörülen planlamaların gerçekleşememesi ya da amacından sapmaların yaşanması gelecekteki Türkiye ulusal sağlık sistemi için de sorunlar doğurmaktadır. Örneğin, sağlık gibi hayati önem taşıyan bir alan, zengin-fakir ayrımı yapan eşitsiz bir yapıya dönüşebilmektedir. Ayrıca ikinci bölümde sağlık sisteminin genel olarak üç amaç içerdiği belirtilmiştir. Bu amaçlardan ikincisi her bireyin eşit seviyede sağlık hizmetlerinden faydalanabilmesidir. Ancak SDP ile uygulanan neoliberal politikaların adaletsiz dağılım yaratması bir sağlık sisteminin içerdiği genel amaçlar ile çelişmektedir.



Şekil 3.3: Türkiye Toplam Sağlık Harcamaları, Milyon TL, 2001-2016

Kaynak: TÜİK Verileri. 2018i. **Sağlık Harcamaları ile İlgili Göstergeler.**

Şekil 3.3'te toplam sağlık harcamaları gösterilmiştir. 2001-2016 yılları arasında Türkiye sağlık harcamaları trendi sürekli artış göstermiştir. Sağlık harcamaları kamu ve özel sektör harcamalarını içerip, cari harcamalara ek olarak yatırımları da kapsamaktadır. Türkiye toplam sağlık harcamaları 2016 yılında 119 milyar 756 milyon TL'ye ulaşmıştır.



Şekil 3.4: Türkiye Sağlık Harcamalarının GSYH içindeki Payları, %, 2001-2016

Kaynak: TÜİK Verileri.2018i. **Sağlık Harcamaları ile İlgili Göstergeler**.

Şekil 3.4'te ise toplam sağlık harcamalarının GSYH içindeki payları gösterilmiştir. Buna göre 2001 ve 2009 yılları arasında sağlık harcamalarının GSYH içinde sahip olduğu pay sürekli artmıştır. Ancak 2010'dan 2016 yılına kadar olan süreçte bu paylarda düşüş gerçekleşmektedir.

3.3. Vizyon 2023 Hedefleri Kapsamında Turizm ve Sağlık Sektörleri

Çalışmada ele alınan Türkiye sağlık sistemi 2002 yılı itibari ile AKP hükümetinin neoliberal politikalarıyla şekillenmiştir. Türkiye'de birçok alanda uygulanan bu politikalar 2023 hedefleri arasında sağlık ve turizm alanlarında görülmüştür. Bu bölümde öncelikle turizm sektöründeki 2023 hedeflerine değinilmiş sonrasında ise sağlık alanındaki 2023 stratejileri incelenmiştir.

AKP hükümetinin turizm sektöründeki 2023 vizyonu; Türkiye'de turizm sektöründe sürdürülebilir turizm yaklaşımı ile sosyoekonomik etki yaratması, 2023 yılına kadar turizm sektöründe dünyada ilk beş ülke arasına girerek turist sayısında ve gelirinde artışı yakalamasıdır. Bu vizyon doğrultusunda öncelikle fiziksel planlama yapılmalı ve bu planlama örgütlenme modelleri, yasal dayanakları ve finansman kaynaklarını içermelidir (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2007, s. 5). Turizm sektöründe 2023 hedeflerine ulaşabilmek için uygulanacak planlama stratejisi dışında; yatırım, örgütlenme, iç turizm, Ar-Ge, ulaşım ve altyapı stratejisi, tanıtım ve pazarlama stratejisi, eğitim, hizmet kalitesi ve markalaşma stratejileri bulunmaktadır. Bu stratejiler ayrıntılı şekilde incelendiğinde; yatırım için çeşitli teşviklerinin sunulacağı belirtilmiştir. Sadece Küçük ve Orta Büyüklükteki İşletmeler'in değil seyahat acentelerinin de faydalanacağı vergi indirimleri yaratılacaktır. Ayrıca tesislerin yenilenmesi amacıyla düşük faizli kredilerin sunulacağı da 2023 hedefleri doğrultusunda atılacak adımlardandır. Bunlara ek olarak iyi bir yönetim altyapısı oluşturulacak ve kurumsal yapının etkinliği arttırılarak iyi bir örgüt yapısı oluşturulması hedeflenmiştir. Sadece yabancı turistleri değil yerli turistleri de kapsayan girişimlerde bulunulacaktır. Örneğin, düşük gelirli ya da engelli bireyler için çeşitli seyahat olanakları ya da belirli fiyat aralıkları sunularak turizm sektörüne katılımları sağlanmaya çalışılacaktır. Bu doğrultuda Türkiye'de iç turizm geliştirilecektir. Ar-Ge faaliyetlerinin arttırılmasıyla turizm sektöründe kalitenin arttırılması planlanmıştır. Turizm sektöründe ana etken olarak gösterilen ulaşım altyapısının geliştirilmesinde ise "kamunun maliyet yükünün hafifletilmesi" amacı ile çeşitli modeller oluşturulacaktır. Bu modeller özel sektör ile kamu arasında işbirliği içerisinde oluşturulan neoliberal yatırım planlarıdır. Bu planlar "yap-işlet-devret, yap-işlet, tasarla-yap-sahiplen-devret" gibi özel sektör tarafından yapılarak kamuya kiralanan modelleri içermektedir. (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2007, s. 4-13). Ayrıca turizm tanıtımlarına ağırlık verileceği belirtilmiştir. Bu tanıtımlar kamu-özel sektör

işbirlikleri çerçevesinde düzenlenmektedir ve elde edilen turizm gelirinin %1'inin tanıtıma ayrılacağı vurgulanmaktadır. Kamu-özel sektör işbirlikleri; "devletin koordinatör ve özel sektörün uygulayıcı olması ve devletin finansman olarak tanıtımda özel sektöre destek vermesi konusunda teşvikler ve kredilerde farklı yaklaşımların geliştirilmesi" olarak açıklanmıştır. Eğitim ve hizmet kalitesi açısından çeşitli düzenlemelerin yapılacağı belirtilirken bunların sonucunda kentsel ölçekte markalaşma oluşturulmaya çalışılarak daha fazla turizm geliri elde edileceği belirtilmiştir (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2007, s. 16-21).

Vizyon 2023 hedefleri doğrultusunda turizm sektörü hedeflerine ek olarak sağlık sektörü ile ilgili hedefler de ele alınmıştır. Türkiye'nin sağlık alanındaki 2023 hedefleri (Eyüpoğlu, 2014):

- Doğumdan ölüme kadar sorunsuz hizmet hedefine ulaşılacaktır.
- Kamu sağlık tesislerinin altyapısında, kalitesinde, dağılımında artış gerçekleştirilecektir.
- Aile hekimliği sistemi ile herkese ulaşım sağlanacaktır.
- Anne ve bebek ölümleri oranında azalma yakalanmaya çalışılacaktır. Bu hedef için illerde "Gebe Okulları" açılacaktır ve "Anne Misafirhaneleri" nin sayısı arttırılacaktır.
- Doğan her bebek için gerekli (temel) ihtiyaçlar bakanlık tarafından karşılanacaktır.
- Evde sağlık hizmeti kapsamındaki çalışmaların kalitesi ve verimliliği arttırılacaktır.
- Engelli bireyler için "işaret dili iletişim ağı" kurulacaktır.
- "Dijital Hastane" konseptine geçilerek sağlık kurumlarının bütün fonksiyonlarını içerisinde barındıracaktır.
- Hastaların internet altyapılı bilgiye kolay ulaşımı geliştirilerek, bilimsel verilere ulaşım da "Kanıta Dayalı Tıp Rehberi" ile sunulacaktır.
- Sağlık hizmeti arzının yeterli kapasiteye ulaşması için 2023 yılına kadar işgücünde belirli değişiklikler yapılacaktır.

Türkiye sağlık sektöründe yapılması hedeflen bu gelişimlerin birçoğu hayata geçirilmiştir. Örneğin, günümüzde aile hekimliği uygulaması tüm Türkiye'de uygulanmaktadır. Ayrıca medikal turizmin bir ülkede gelişebilmesi için önemli konulardan biri de hastane altyapılarının gelişim göstermesidir. Bu bağlamda günümüzde Vizyon 2023 hedefleri doğrultusunda 9 devlet hastanesinde "dijital hastane" konseptine geçilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2018). Vizyon 2023 hedeflerinin sağlık turizmi ve medikal turizme olan etkileri "Türkiye'de sağlık turizminin gelişimi ve iktisadi önemi" başlığı altında daha ayrıntılı olarak ele alınmaya çalışılmıştır.

3.4. Türkiye'de Sağlık Turizmi ve Medikal Turizmin Gelişimi ve Mevcut Durum

Alternatif turizm çeşitlerinden biri olan sağlık turizminin Türkiye'de önemi giderek artmaktadır ve tarihsel geçmişini Osmanlı öncesi döneme kadar götürmek mümkündür. İslamiyet öncesi Orta Asya'da yaşayan müslümanlar sağlık ve din konularını farklı açılardan ele almaktadır. Sağlık konusunda iki ayrım mevcuttur; ilki dinsel ve büyüsel tedavileri kapsamaktadır. İkincisi ise ilaç tedavilerini içerir (İGEME, 2018a). İslamiyet sonrası ise "seyahat edin sıhhat bulun" hadisi sağlık turizminin bir göstergesi olarak kabul edilmiştir. Büyük Selçuklu döneminde çeşitli kaplıcalar ve hastanelerin mevcut olduğu belirtilmiş ve sonrasındaki Anadolu beylikleri de bu kaplıca ve hastaneleri benimseyerek yenilerini inşa etmişlerdir (İGEME, 2018b).

3.4.1. Türkiye'de Sağlık Turizmi ve Medikal Turizm: Strateji ve Politikalar

Türkiye sağlık turizmi sektörüne lider ülkelerden daha geç katılmış olsa da, sektördeki başarısı devlet ile ortak planlar ve stratejiler yürütülmesinden kaynaklanmaktadır (Yolcu, 2012, s. 93). Bu sebeple bu başlık altında öncelikle devlet tarafından sağlık turizmi ve medikal turizmin geliştirilmesi yönünde hazırlanan plan ve politikalar incelenecektir. Ayrıca planlı dönem öncesi sağlık turizmi politikalarına ilişkin herhangi bir çalışmanın olmaması kalkınma planlarının başlangıç olarak kabul edilmesine sebep olmuştur (Korkmaz & Aydın, 2015, s. 167). Öncelikle Kalkınma Planları kapsamında değerlendirilen sağlık turizmi ve medikal turizm daha sonra sektörün geliştirilmesi için hazırlanan diğer planlar kapsamında ele alınacaktır.

3.4.1.1. Kalkınma Planları Kapsamında Sağlık Turizmi ve Medikal Turizm

Kalkınma planları uzun vadeli hedefleri olan ve toplumun refah seviyesini arttırmaya yönelik politikaları esas alan planlardır (Kalkınma Bakanlığı, 2013, s. 1-3). Sağlık turizmi ise kalkınma planlarının uygulamaya konduğu 1963 yılı itibari ile dönemsel olarak yerini almıştır. Örneğin, Üçüncü, Dördüncü ve Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planları'nda sağlık turizmi üzerine politika üretilmemiştir. Bu bölümde sağlık turizmi ve medikal turizmin planlara dahil edildiği yıllar incelenmiştir.

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967)'nda sadece "değerlendirme kapsamında" olan sağlık turizmi diğer yıllarda daha çok ön plana çıkartılmıştır. Bu dönemde turizm başlığı altında sağlık turizmi yatırımlarına önem verileceği ve 55 milyon Türk lirası yatırım yapılacağı belirtilmiştir. Kalkınma planlarının önemli hedeflerinden birisi gelen turist sayısını arttırmak olduğu için Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda daha çok turizm sektörüne yönelim görülmüştür (DPT, 1963, s. 427; Korkmaz & Aydın, 2015, s. 168-172). İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972)'nda, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda olduğu gibi turizme daha çok yer verilmiş, sağlık turizmi yatırımları ise 75 milyon Türk lirası olarak hedeflenmiştir (DPT, 1967, s. 600). 1970 petrol krizi nedeni ile belirlenen hedeflere ulaşılamamış, sağlık turizmi konusu Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989)'nda tekrar yer almıştır. Buna göre sağlık turizmi ve diğer turizm çeşitleri ekolojik dengeyi koruyarak sağlıklı ve düzenli çevre ilkeleri doğrultusunda değerlendirilmeye çalışılacaktır. Herhangi bir yatırım miktarı belirlenmeyen planda daha önceki yıllarda olduğu gibi daha çok turizm sektörüne ağırlık verilmiştir (DPT, 1984, s. 120). Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994)'nda turizm sektörünü geliştirmek için belirlenen hedef ve uygulanan politikalar kapsamında ele alınan sağlık turizmi bu dönemde sağlık, termal ve 3. yaş turizmi olarak değerlendirilmiştir. Belirtilen maddede sağlık, termal ve 3. yaş turizmini teşvik edici politikaların geliştirilmesi üzerine vurgu yapılmıştır (DPT, 1989, s. 281). Sağlık, termal ve 3. yaş turizminde uygulanacak teşviklerin sebebi sektördeki arz yetersizliğidir. Uygulanan teşvikler sonucunda, kıyı turizmi dışında alternatif turizm çeşitlerinin gelişip turizmin tüm yıla yayılması ve turizm gelirlerinin arttırılarak ödemeler bilançosuna katkı sağlanması hedeflenmiştir (DPT, 1989, s. 353). Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda özel olarak "sağlık turizmi" üzerinde durulmamış ancak sağlık, eğitim, turizm gibi sektörlerin personel yetersizliğine vurgu yapılarak "bu alanlarda nitelikli personel eğitimine ağırlık verileceği" belirtilmiştir

(DPT, 1995, s. 26). Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001-2005)'ndan itibaren yaşanan 1999 depremi nedeni ile sağlık alanına özellikle ağırlık verilmiş sağlık turizmi de planlarda yerini almıştır. Sağlık alanında yatak sayısının 150.565'ten 170.000'e, doktor sayısının 69.349'dan 80.900'e, hemşire sayısının ise 64.243'ten 71.000'e çıkartılacağı belirtilmiştir (DPT, 2000, s. 15). Sağlık turizmi açısından ise dünyada değişen turizm talebi karşısında sağlık, kongre, golf gibi turizm türleri ile ilgili yönlendirme çalışmalarının süreceği belirtilirken bunun sonucunda turizmin tüm yıla yayılması hedefi Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda olduğu gibi tekrar yerini almıştır (DPT, 2000, s. 167-168). Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013)'nda bir önceki plandan farklı olarak ayrı bir madde altında değerlendirilen sağlık turizmi için "Türkiye'nin fiyat, hizmet kalitesi ve jeotermal kaynaklar açısından rekabet üstünlüğü göz önüne alınarak, sağlık hizmetleri turizmi desteklenecektir" ibaresi kullanılmıştır (Resmi Gazete, 2006, s. 82). Bu plan ile Türkiye'nin sağlık turizminde rekabet gücü fark edilerek oluşan yeni talebe karşı sağlık turizmi sektöründe yatırımlara öncelik verileceği belirlenen politikalar arasındadır (DPT, 2007, s. 35). Ayrıca çeşitli teşviklerin sağlanacağı da belirtilmiştir (DPT, 2007, s. 29). Bu teşviklere medikal turizm kapsamında çalışmanın ilerleyen bölümlerinde değinilecektir. Onuncu ve son Beş Yıllık Kalkınma Planı (2014-2018)'nda ise sağlık turizmi sektörü ayrıntılı şekilde ele alınarak Türkiye için potansiyel fırsat yarattığı görüşü mevcuttur. Türkiye'nin rekabet gücünü arttırmak için kararlaştırılan politikalar arasında; termal, medikal ve ileri yaş ve engelli turizminde yatak sayılarını arttırmak, ülkeyi ziyaret eden turist sayılarında artış sağlamak ve son olarak elde edilen gelirleri arttırmak bulunmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2013, s. 182). Tablo 3.2'de medikal, termal, ileri yaş ve engelli turizminde belirlenen hedeflerin rakamsal değerleri gösterilmiştir.

Tablo 3.2: Onuncu Kalkınma Planı ve Sağlık Turizmi Hedefleri, 2018

	Termal Turizm	**Medikal Turizm**	**İleri Yaş ve Engelli Turizmi**
Yatak Sayısı	100.000	Belirtilmemiş	10.000
Turist Sayısı	1.500.000	750.000	150.000
Turizm Geliri	3 milyar dolar	5,6 milyar dolar	750 milyon dolar

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı**, Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018** (2013), 182'den uyarlandı.

Ayrıca medikal turizm sektöründe dünyada ilk beş lider ülke konumuna ulaşması hedeflenmiştir. Sağlık turizminde lider konuma gelebilmek için ilerleyen başlıklarda ele alınan stratejik planlar ve eylem planlarının geliştirilmesi belirlenen bileşenler arasındadır. Altyapı gelişimi için kamu ve özel sektör iş birliğini benimseyen planda, teşvik amacı ile temin edilen araziler konusunda yeni modellerin oluşturulacağı

belirtilmiştir. Çeşitli eleştirilere sebep olan kamu sektörü ve özel sektör iş birliği modeli çalışmada, stratejik planlar kapsamında ele alınmıştır. Ayrıca personelin yeterli eğitime sahip olması sağlık turizmi konusunda fayda sağladığı için Onuncu Kalkınma Planı'nda bu konuya da değinilmiş, personelin "nitelik ve nicelik olarak" geliştirilmesi gerektiği belirtilmiştir (Kalkınma Bakanlığı, 2013, s. 182-183).

3.4.1.2. Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı Eylem Planı ve Medikal Turizm

Kalkınma Bakanlığı tarafından uygulamaya konulan, koordinatörlüğünü ise Sağlık Bakanlığı'nın üstlendiği "Sağlık Turizmi Geliştirilmesi Programı Eylem Planı" ile 2018 yılında 750.000 yabancı hastadan 5,6 milyar dolar gelir elde edilmesi beklenmektedir (Kalkınma Bakanlığı, 2014). Hedeflenen rakamlar Tablo 3.2'de belirtilen Onuncu Kalkınma Planı hedefleri ile örtüşmektedir.

Tablo 3.3: Türkiye'ye Gelmesi Hedeflenen Medikal ve Termal Turist Sayısı, 2013-2018

YIL	Medikal Turist Sayısı	Termal Turist Sayısı
2013	308.500	500.000
2014	360.000	625.000
2015	435.000	780.000
2016	520.000	975.000
2017	620.000	1.250.000
2018	750.000	1.500.000

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, **Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı Eylem Planı** (2014), 3'ten uyarlandı**.**

Tablo 3.3'te hedeflenen medikal ve termal turist sayısı 2013-2017 yılları arasında sürekli artış göstermiştir. 2018 yıllı için ise bu artışın devam edeceği öngörüsünde bulunulmuştur.

Tablo 3.4: Türkiye'de Sağlık Turizminden Elde Edilen Gelir ve Hedefler, 2013-2018

YIL	Gelir (Bin Dolar)
2013	2.750.000
2014	3.400.000
2015	4.450.000
2016	5.850.000
2017	7.600.000
2018	9.350.000

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, **Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı Eylem Planı** (2014), 3'ten uyarlandı**.**

2014 yılında yayımlanan ve 2018 yılına kadar sağlık turizmi üzerine tahmini rakam analizi yapan Sağlık Turizmi Geliştirilmesi Programı Eylem Planı Tablo 3.4'te sağlık turizminden (termal turizm, medikal turizm, ileri yaş ve engelli turizmi) elde edilen gelirler açısından değerlendirilmiştir. Buna göre 2013 yılında 2 milyar 750 milyon

dolar sağlık turizmi geliri kayıt altına alınmıştır. 2018 yılına kadar sağlık turizminden elde edilecek gelirin giderek artacağı ve 2018 yılı için ise 9 milyar 350 milyon dolar değerine ulaşılacağı Tablo 3.4'te belirtilmiştir. 9 milyar 350 milyon doların ise 3 milyar doları termal turizimden elde edilmesi beklenirken, medikal turizmden 5.6 milyar dolar gelir elde edilmesi hedefler dahilindedir.

3.4.1.3. Sağlıkta Dönüşüm Programı ve Medikal Turizm

SDP'nin iç talep yaratmaya yönelik neoliberal politikalarına ek olarak medikal turizm ile bir dış talep yaratma hedefi de bulunmaktadır (Sönmez, 2012, s. 86). İki temel fazdan (aşamadan) oluşan SDP'nin ilk fazı 2003-2009 yılları arasını kapsamaktadır ve uygulanan sağlık politikaları sürecini içermektedir. İkinci faz ise 2009-2014 yıllarını kapsar ve medikal turizm konusuna yer verilmektedir (Bostan & Çiftçi, 2016).

SDP'nin medikal turizm üzerinde pozitif etki yaratacağı ifade edilmektedir (Kılınç, 2017, s. 141). Özellikle acil sağlık hizmetlerinin ücretsiz olarak sunulması için ambulans ihtiyacının modern teknoloji ile birleştirilmesi, hastanelerin teknik donanımının yenilenmesi ve medikal cihaz kapasitelerinin artması medikal turizme pozitif etki yaratan sebepler arasında gösterilir (Sağlık Bakanlığı, 2017c, s. 89-91). Bunun yanında üniversite hastaneleri ve özel hastaneler teknolojik altyapılarını yenilemişlerdir. Modern teknolojinin kullanımı hizmet standardını yükselterek daha kaliteli hizmet sunma sonucunu doğurmuştur. "Nitelikli ve etkili sağlık hizmetleri için Kalite ve Akreditasyon"ibaresi SDP'nin ana hedeflerindendir ve Türkiye'de 46 hastanene JointCommission International (JCI) tarafından akredite edilmiştir (JCI, 2018; Aycan, 2017).

Medikal turizm hizmeti arz eden ülkede JCI akreditasyonuna sahip hastanelerin varlığı medikal turizm açısından güçlü bir rekabet unsuru yaratmaktadır (Kılınç, 2017, s. 134). Lider ülkelerin kıyaslandığı dördüncü bölümde belirtildiği gibi Türkiye akredite edilmiş hastane sayısı bakımından 2. sırada yer almaktadır ve akredite edilmiş hastanelerin çoğu özel kuruluşlardan oluşmaktadır. Kamu kurumlarının akreditasyon çabası göstermemesi Türkiye açısından olumsuz bir görünüm sergilemektedir (Tontuş, 2015, s. 6).

Ayrıca SDP bağlamında 2003 yılında kabul edilen 4929 sayılı kanun ile sözleşmeli personel alımı yasallaşmış ve sağlık personeli iş gücünde artış yaşanmıştır (Etiler, 2011, s. 4-7). Günümüzde medikal turizmde kalite standartlarını arttırmak için sağlık

personelinin nicelik ve nitelik olarak arttırılacağı vurgulanmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2013, s. 182-183). Örneğin, bu hedef doğrultusunda tıp eğitimindeki yabancı öğrenci sayısının arttırılacağı ve bu öğrencilerin yurt dışında irtibat noktası yaratmaları ayrıca Türkiye'nin tanıtımını yapmaları planlanmaktadır (Kalkınma Bakanlığı, 2014). Türkiye'nin genç iş gücünün fazla olması medikal turizm açısından rekabet gücünü arttıran etkenler arasında gösterilir (Tontuş, 2015, s. 5).

3.4.1.4. Sağlık Bakanlığı Stratejik Planlar ve Medikal Turizm

SDP kapsamında gerçekleştirilen ilk plan olma niteliğini taşıyan ve Dokuzuncu Kalkınma Planı ile ilişkilendirilen "Stratejik Plan" 2010-2014 döneminde uygulanacak sağlık politikalarını içermektedir. Nihai ve tek amacı "halkın sağlık düzeyini yükseltmek ve geliştirmek" olan planda bu amaca ulaşmak için üç stratejik amaç ve 21 hedef bulunmaktadır. Bu üç stratejik amaç; "sağlığa yönelik risklerden toplumu korumak", "ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin güvenli ve kaliteli olarak sunulmasını sağlamak", "sağlık hizmetlerinde insan odaklı yaklaşımı esas alarak hakkaniyeti gözetmek, ihtiyaçlara ve beklentilere cevap verebilirliği sağlamak" olarak belirtilmiştir. Üç amaca ulaşabilmek için bahsedilen 21 hedefin gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2010a, s. 13-15).

Ayrıca 2013-2017 dönemini kapsayan 2. Stratejik Plan da Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmıştır. Bu planda nihai amaç aynı kalmakla birlikte 4 stratejik amaç ve hedefler belirlenmiştir. Belirtilen 4 stratejik amaç; "sağlığa yönelik risklerden birey ve toplumu korumak ve sağlıklı hayat tarzını teşvik etmek", "birey ve topluma erişilebilir, uygun, etkili ve etkin sağlık hizmetleri sunmak", "insan merkezli ve bütüncül yaklaşımla bireylerin sağlık ihtiyaçlarına ve beklentilerine cevap vermek", "Türkiye'nin ekonomik ve sosyal kalkınmasına ve küresel sağlığa katkı aracı olarak sağlık sistemini geliştirmeye devam etmek" olarak değiştirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2012d, s. 70).

2010-2014 yıllarını kapsayan plandaki ikinci amaca ulaşabilmek için belirtilen hedefler içinde sağlık turizmi ele alınmaktadır. Buna göre Türkiye sağlık hizmeti sunumunda cazibe merkezi haline gelecek ve bu amaca ulaşabilmek için; STK ile işbirliği içinde çalışılacak, sağlık turizmi işlevi olan kurumların denetimleri ve düzenlemeleri yapılacak, sağlık turizmi alt bileşenlerinden olan termal turizm ya da medikal turizm hizmeti veren kurumlara desteklerde bulunulacak ayrıca yaşanan

çeşitli sorunların en aza indirilmesi için çalışmalar gerçekleştirilecektir (Sağlık Bakanlığı, 2010a, s. 80).

2013-2017 dönemini kapsayan stratejik planda ise sağlık turizminin önemi daha fazla vurgulanmış ve eklenilen 4. amaca ulaşılabilmek için belirtilen hedefler arasında sağlık turizmi yer almıştır. Buna göre Türkiye'de sağlık turizmi güçlendirilerek Türkiye'nin ekonomik ve sosyal kalkınmasına katkıda bulunulmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2012d, s. 18). Ayrıca amacı "birey ve topluma erişilebilir, uygun, etkili ve etkin sağlık hizmetleri sunmak" olan sağlık hizmeti sunucularının bu hedefe ulaşmak için tercih ettikleri politika sağlık kurumlarının altyapılarını, dağılımını ve kapasitesini yükseltmektir. Bu hedef doğrultusunda uygulamaya konması gereken stratejik politika ise kamu-özel ortaklığı projeleri ile belirli bölgelerde sağlık kampüsleri oluşturmaktır (Sağlık Bakanlığı, 2012d, s. 98).

3.4.1.5. Medikal Turizm Sektöründe Kamu-Özel Ortaklığı Projeleri

Stratejik Plan kapsamında değerlendirilen kamu-özel ortaklığı projelerinin sağlık sektörüne uyarlanması "şehir hastaneleri" adı altında ele alınmaktadır. Şehir hastanelerinin birçoğu medikal turizm hizmeti verirken bu durum tanıtımlarda da vurgulanmıştır. 2017 yılında 3 şehir hastanesinin hizmete açıldığını ve 31 ya da 33 şehir hastanesinin planlar dahilinde olduğunu belirten dönemin Sağlık Bakanı Recep Akdağ açılan şehir hastanelerinin Yozgat, Mersin ve Isparta'da hizmet verdiğini ve medikal turizm işlevini de gerçekleştirdiğini belirtmiştir (Milliyet Gazetesi, 2017). Yozgat Şehir Hastanesi'nin toplam yatırım bedeli 139 milyon euro ve 475 yatak kapasiteli iken, Mersin Şehir Hastanesi 272 milyon euro ve 1250 yatak kapasitesine sahiptir (Sağlık Bakanlığı, 2015; Sağlık Bakanlığı, 2011; Sağlık Bakanlığı, 2012a). Isparta Şehir Hastanesi ise 755 yatak kapasiteli olup 1,1 milyar liralık yatırım bedeline sahiptir (Sağlık Bakanlığı, 2013a). Tanıtımlarında Avrupa ülkelerinden çok daha ileri seviyede sağlık hizmeti sunumunda bulunulacağı vurgulanan şehir hastanelerinin toplam maliyeti yaklaşık olarak 10 milyar dolardır (Pala, 2017). Finansmanı ise hazine garantili olup, devletin kendi arazisini özel kuruluşlara 25 yıllık süre ile devretmesi karşılığında sağlanmaktadır. Devlet 25 yıl boyunca hastane yapımını gerçekleştiren kuruluşa kira ödeyerek kamu-özel ortaklığını gerçekleştirmektedir. Bu noktada şehir hastaneleri projesi çeşitli eleştirilere maruz kalmaktadır. Eleştirilere göre 25 yıl kira ödeme yükümlülüğü olan devlet yapacağı harcamanın üçte biri ile hem araziye hem

mülkiyete sahip olabilmektedir (Yılmaz, 2017). Dolayısıyla kamu üzerinde gereksiz harcama yaratılmaktadır. Ayrıca hastanenin metrekare olarak Avrupa'daki diğer hastanelerden daha büyük olması harcamaları arttırmaktadır. Hastanenin büyüklüğü ile doğru orantılı olarak yatak sayılarında da artış yaşanmaktadır. Elde edilen bilgilere göre bir hastanenin etkin olabilmesi için belirlenen yatak sayısı 100-600 arası değişirken ortalama olarak bir şehir hastanesine 1417 yatak düşmektedir (Pala, 2017). Bu durum da maliyet arttırıcı etki doğurabilmektedir. Medikal turizm açısından Türkiye diğer ülkelere kıyasla maliyet avantajına sahipken tedavi fiyatlarında artış yaşanması Türkiye'nin ilk 5 lider ülke arasına girmesini negatif etkileyecektir. Ayrıca medikal turizm daha çok özel sektör eline bırakıldığı için maliyetler artmış ve artan maliyetler medikal turisti fazladan ödeme yapmaya zorlamıştır (Yılmaz, 2017).

3.4.1.6. Vizyon 2023 Hedefleri Kapsamında Sağlık Turizmi ve Medikal Turizm

Türkiye'de birçok alanda uygulamaya konması beklenen 2023 hedefleri arasında turizm ve sağlık da yerini almıştır. Daha önce bu iki sektör bağlamında ele alınmaya çalışılan "Vizyon 2023" bu bölümde sağlık turizmi ve medikal turizm hedefleri açısından incelenmiştir.

Turizm 2023 stratejileri başlığı altında değerlendirilen sağlık turizmi daha çok termal turizm odaklı ele alınmış ve "Termal Turizm Master Planı" kapsamında geliştirilmesi hedeflenmiştir. Belirlenen planın finansmanı için kredi, Katma Değer Vergisi (KDV) iadesi, ithalat kolaylığı sağlanacağı belirtilmiştir. Sağlanan finansman kaynağı ile belirli pilot bölgeler oluşturulup bu bölgelerde yoğunlaşılması hedeflenmiştir (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2007, s. 65-66). Bu plan kapsamında termal turizmin geliştirilmesi için 4 bölge oluşturulmuştur. Belirlenen 4 bölgede elde edilen deneyimlerle Turizm Merkezleri oluşturulmaya çalışılarak, Çevre Düzenleri Planı ile Türkiye'nin termal turizm potansiyeli değerlendirilmeye çalışılmıştır. Günümüzde ise Termal Kültür ve Turizm Koruma ve Gelişim Bölgesi 5 adet kaydedilirken, 73 adet Termal Turizm Merkezi'nin varlığı belirtilmektedir (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2017b).

Buna ek olarak 2023 yılı sağlık turizmi hedefi "sağlık turizminin geliştirilmesi ile (örneğin, sağlık turizminde elde edilen gelirlerde vergi muafiyeti) yabancı sermaye girişine olanak sağlanması ve dış dünya ile ilişkilerde ilerleme kaydedilmesi" olarak belirtilmektedir (Eyüpoğlu, 2014). Medikal turizmin geliştirilmesi için uygulamaya

konması beklenen 2023 hedefleri arasında uluslararası akreditasyon merkezinin Türkiye'de kurulması da bulunmaktadır. Sağlık hizmeti ihraç eden kurumların akreditasyon belgesine sahip olmaları önemli bir avantajdır ve Türkiye'de bu durumu geliştiren kurumların varlığı sektörün gelişiminde ilerici bir adım olabilmektedir. Elde edilen bilgiler doğrulusunda günümüzde, Türkiye'de yedi akreditasyon kurumu bulunmaktadır ve bu kurumların sağladığı akreditasyon belgeleri uluslararası geçerliliği sahiptir.

3.4.2. Türkiye'de Medikal Turizm: Yasal Düzenlemeler ve Uygulanan Teşvikler

Türkiye'de medikal turizm sektörü çeşitli yasal düzenlemelere tabii tutulmuştur. Bu yasal düzenlemeler arasında Kurumlar Vergisi Kanunu'nda yapılan değişiklik yer alırken, Serbest Bölgeler Kanunu da bulunmaktadır (Tontuş, 2017c). Buna göre Kurumlar Vergisi Kanunu'nda yapılan değişiklik ile sağlık turizmi hizmeti arz eden kurumlara bazı durumlarda vergi indirimi sağlanmıştır (Başbakanlık, 2006, s. 9892). Ayrıca Serbest Bölgeler Kanunu ile "gümrük alanı dışında kalan ve ilgili ülkenin ticari ve mali hukukundan kısmen ya da tamamen muaf olan serbest bölgeler"de yatırımcıya vergi indirimi ya da vergi muafiyetleri, altyapı avantajları, sosyal güvenlik ödemeleri indirimleri gibi teşvikler sağlanmaktadır. Serbest bölgeler yabancı yatırımcıya da açıktır ve Doğrudan Yabancı Yatırım Kanunu gereğince yabancı sermayedar yerli yatırımcı ile aynı haklara sahiptir (Resmi Gazete, 2003, s. 8470; Tontuş, 2017c).

Diğer taraftan "Yatırımlarda Devlet Yardımları Hakkında Karar" kapsamında 4 farklı teşvik uygulaması oluşturularak (genel teşvik uygulaması, bölgesel teşvik uygulaması, büyük ölçekli yatırımların teşviki, stratejik yatırımların teşviki), devlet tarafından destekler sağlanmıştır (Resmi Gazete, 2012; Deloitte, 2017). Örneğin, medikal turizm hizmeti verecek olan hastane yatırım miktarının en az 500.000 Türk Lirası olması durumunda, yatırımın gerçekleşmesi için gereken makine ve teçhizatın ithalatında ve yerli üründe KDV ve gümrük vergisi istisnası bulunmaktadır. Ayrıca yatırımın faaliyete geçtiği dönemden itibaren yaratılan ilave istihdam sebebiyle işçi ücreti üzerinden hesaplanan gelir vergisi, on yıl süre boyunca tahsil edilmemektedir. Yatırımın büyüklüğüyle doğru orantılı olarak da sağlanan teşvik miktarları artış göstermektedir.

Buna ek olarak 2017 yılında geçerli olmak koşulu ile "2015/8 sayılı Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Karar" medikal turizm teşviklerine katkı

sağlaması açısından yeniden düzenlenmiştir. Bu karar ile geri ödemesiz hibe niteliği taşıyan devlet destekleri arasında; "tescil ve korunma desteği", "rapor ve yurt dışı şirket alımına yönelik danışmanlık desteği", "belgelendirme desteği", "reklam, tanıtım ve pazarlama desteği", "yurt dışı birim desteği", "danışmanlık desteği", "acenta komisyon desteği", "tercümanlık hizmetleri desteği", "hasta yol desteği", "münhasırın yurt dışına yönelik olarak yurt içinde gerçekleştirilen tanıtım ve eğitim faaliyetleri desteği" bulunmaktadır (Ekonomi Bakanlığı, 2015, s. 2-8). Tablo 3.5'te ise belirtilen teşviklerin karşılanma oranları ve yıllık ödenecek tavan miktarları gösterilmiştir.

Tablo 3.5: Türkiye'de Sağlanan Medikal Turizm Teşvikleri

Teşvik	Karşılanma Oranı (%)	Ödenecek Miktar (Dolar)
Tescil ve koruma desteği	50	50.000
Rapor ve yurt dışı şirket alımına yönelik danışmanlık desteği	60	200.000
Belgelendirme desteği	50	50.000
Reklam, pazarlama desteği	60	400.000
Yurt dışı birim desteği	60	120.000
Danışmanlık desteği	50	200.000
Acenta komisyon desteği	50	100.000
Tercümanlık hizmetleri desteği	50	50.000
Hasta yol desteği	50	1000
Münhasırın yurt dışına yönelik olarak yurt içinde gerçekleştirilen tanıtım ve eğitim faaliyetleri desteği	50	100.000

Kaynak: Ekonomi Bakanlığı, **Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticareti Desteği** (2018)'nden uyarlandı.

Tablo 3.5'te belirtildiği gibi tescil ve koruma desteği; zorunlu giderlerin yıllık en fazla 50.000 dolar olmak üzere %50 oranında, rapor ve yurt dışı şirket alımına yönelik danışmanlık desteği; yıllık en fazla 200.000 dolar olmak üzere %60 oranında karşılanmaktadır. Belgelendirme desteği belge başına yıllık en fazla 50.000 dolar olmak üzere %50 oranında; reklam, tanıtım ve pazarlama desteği ise yıllık en fazla 400.000 dolar olmak üzere %60 oranında karşılanır. Ayrıca yurt dışı birim desteği adı altında medikal turizm hizmeti veren şirketlerin yurt dışında açtıkları birimlerinin kira, vergi, harç, komisyon giderlerinin %60 oranında ve yıllık en fazla 120.000 dolar miktarında ödemesi yapılmaktadır. Bu teşviklere ek olarak rekabeti arttırmak amacıyla uygulanan danışmanlık desteği %60 oranında devlet tarafından karşılanırken, yıllık en fazla ödenecek tutar 200.000 dolar olarak belirlenmiştir. Türkiye'ye medikal turist getirilmesi için ilgili acentaya harcamalar yapılmaktadır. Bu harcamalar acenta komisyon teşviki ile desteklenir ve harcamaların %50'si, yıllık en fazla 100.000 doları, karşılanmaktadır. Tercümanlık hizmetleri desteği ve münhasırın yurt dışına yönelik olarak yurt içinde gerçekleştirilen tanıtım ve eğitim faaliyetleri desteği medikal

turizme yönelik ilave destek unsurları olarak sayılır ve %50 oranında karşılanır. Tercümanlık hizmetleri desteği medikal turizm arz eden kurumda çalışan tercümanın ücretinin karşılanmasını içerip kişi başı yıllık en fazla 25.000 dolar veya genel giderler için 50.000 dolar olarak belirlenmiştir. Münhasırın yurt dışına yönelik olarak yurt içinde gerçekleştirilen tanıtım ve eğitim faaliyetleri desteği adı altında ise yurt dışından davet edilen konuklara uygulanacak tavan miktar program başına en fazla 50.000 dolar olarak belirlenmiştir. Buna ek olarak yurt dışından davet edilen akedemisyen ya da bilirkişi için uygulanacak eğitim programı için ise yine program başına %50 oranında destek sağlanırken, üst sınır 100.000 dolar olarak kararlaştırılmıştır (Ekonomi Bakanlığı, 2018b; Ekonomi Bakanlığı, 2015).

Ulaşım açısından ise Ekonomi Bakanlığı tarafından hasta yol desteği sağlanmaktadır. Bu destek doğrultusunda belirlenen hedef ülkelerin yol masrafları %50 oranında karşılanmaktadır (Kaya, 2015, s. 11). Bu ülkeler Tablo 3.6'da belirtilmiştir.

Tablo 3.6: Türkiye'de Yol Desteği Sağlanan Ülkeler

Afrika	**Asya**	**Orta Doğu**	**Amerika**	**Avrupa**	
Angola	Azerbaycan	Katar	ABD	Almanya	Kosova
Sudan	Özbekistan	Irak	Kanada	İngiltere	Karadağ
Güney Sudan	Türkmenistan	Kuveyt		Hollanda	Rusya
Doğu Kongo	Kazakistan	Suudi Arabistan		Danimarka	Ukrayna
Libya	Tacikistan	Yemen		Norveç	Romanya
Çad	Moğolistan	Bahreyn		İsveç	İsviçre
Gana	Afganistan	Birleşik Arap Emirlikleri		Finlandiya	Lüksemburg
Nijerya	Pakistan			Fransa	Belçika
Kenya	Kırgızistan			Arnavutluk	Bosna Hersek
Tanzanya				Makedonya	
Kamerun					

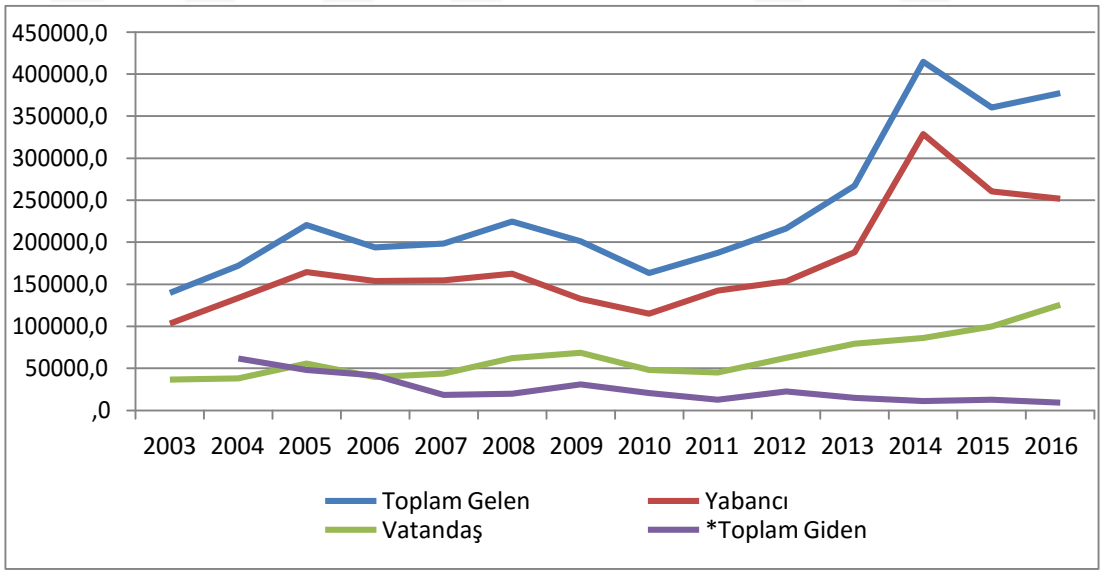
Kaynak: Esra Alagöz Kaya, **Sağlık Turizmine Yönelik Destekler** (2015)'den uyarlandı.

Ayrıca Bakanlık ile anlaşma yapan hastane ya da havayolu şirketlerinin getirdikleri hasta giderleri %50 oranında karşılanmaktadır ve hasta başına 1000 dolar destek miktarı belirlenmiştir. Örneğin, medikal turizm sektöründe hizmet veren, bu alanda yatırım yapan kurumları desteklemek ve ulusal ekonomiye katkı sağlamak amacı ile Türk Hava Yolları (THY) ile Ekonomi Bakanlığı anlaşması bulunmaktadır. Bu anlaşmaya göre; Türkiye'de JCI akredite onaylı birçok hastane ile imzalanan protokol ile birlikte Türkiye'ye medikal tedavi amacı ile gelen hastalara istenilen belgeleri sağladıkları taktirde, %50 oranında ulaştırma indirimi Türk Hava Yolları tarafından sağlanmaktadır (Memorial, 2015).

3.4.3. Türkiye'de Medikal Turizm: Mevcut Durum ve İktisadi Önemi

Tüm bu gelişim süreci ve uygulanan teşviklerin sonucunda Türkiye'ye sağlık ve tıbbi nedenler ile gelen ve Türkiye'den giden turist sayıları Şekil 3.5'te gösterilmiştir. 2003-2016 yılları arasında Türkiye'ye sağlık ve tıbbi nedenler ile gelen turistlerin çoğunu yurt dışında ikamet eden vatandaşlara kıyasla yabancılar oluşturmaktadır. Yıllar itibari ile genel olarak iki grupta da artış gözlemlenirken, 2008 krizi sonrası her iki grupta da belirgin düşüşler yaşanmıştır.

Ayrıca 2014 yılından itibaren yaşanan azalmanın daha çok yabancı turistler tarafından olduğu görülmektedir. Buna karşılık yurt dışında yaşayan "vatandaş" talebinde ise yabancılardaki azalışa rağmen artış gözlemlenmiştir. Belirtmek gerekir ki Şekil 3.1'de gösterilen toplam turist sayısının 2015 yılı itibari ile azalması ve bu azalışın aynı şekilde "yabancı" turist talebinden olması dikkat çekmektedir. Şekil 3.1'de yabancı turist sayısındaki yaklaşık olarak 10 milyon kişilik kayıp sağlık ve tıbbi nedenler ile gelen yabancı turistlerde yaklaşık olarak 10.000 kişi olarak karşımıza çıkmaktadır. Tablo 3.3'te Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı Eylem Planı kapsamında belirlenen hedefler ile Şekil 3.5 verileri karşılaştırıldığında ise 2014 yılı dışında belirlenen hedeflerin altında kalınmıştır.



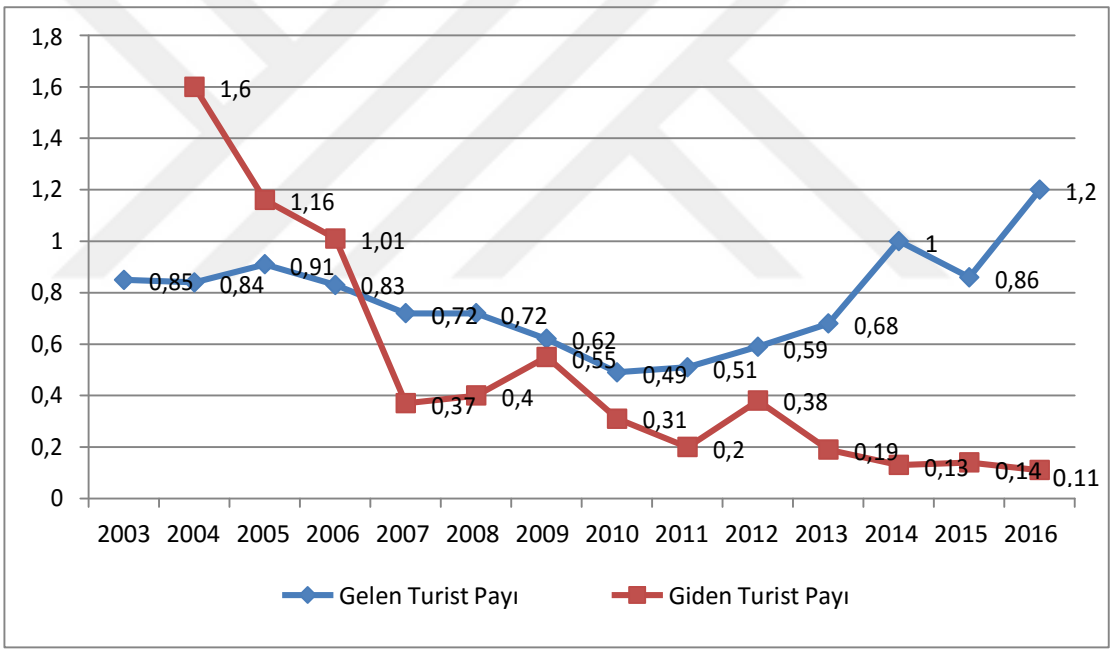
Şekil 3.5: Türkiye'ye Sağlık ve Tıbbi Nedenler ile Gelen ve Türkiye'den Giden Turist Sayısı, 2003-2016

Kaynak: TÜİK Verileri. 2018a**. Geliş Nedenine Göre Çıkış Yapan Ziyaretçiler**; *TÜİK Verileri. 2018k. **Gidiş Nedenine Göre Giriş Yapan Vatandaşlar (Türkiye'de İkamet Eden)**.

Türkiye'den sağlık ve tıbbi nedenler ile gidenler 2004-2016 yılları arasında incelendiğinde ise genel olarak bu yıllar arasındaki turist sayısında azalma

gerçekleşmiştir. Türkiye'de medikal turizmin gelişimi ile yurt dışından sağlık ve tıbbi nedenler ile gelen turist sayılarında artış sağlanırken, Türkiye'den tıbbi tedavi almak amacı ile giden turist sayısında azalma görülmektedir.

Ayrıca Türkiye'ye sağlık ve tıbbi nedenler ile gelen ve Türkiye'den giden turistlerin, toplam turist sayıları içindeki payları Şekil 3.6'da belirtilmiştir. Buna göre Türkiye'ye sağlık ve tıbbi nedenler ile gelenlerin, toplam turist sayısı içinde sahip olduğu pay oldukça düşüktür. Türkiye'yi tercih eden turistlerin daha çok gezi, eğlence, sportif ve kültürel faaliyetler amacıyla gelmeleri ve medikal turizm sektörünün Türkiye'de yeni gelişmesi sağlık ve tıbbi nedenler ile gelenlerin payının düşük olmasına sebep gösterilebilir. Diğer taraftan Türkiye'den sağlık ve tıbbi nedenler ile giden turist sayılarının, toplam turist sayıları içindeki payları 2004 ve 2016 yılları arasında genel olarak azalmıştır.



Şekil 3.6: Türkiye'ye Sağlık ve Tıbbi Nedenler ile Gelenlerin ve Türkiye'den Gidenlerin Toplam Turist Sayısı İçindeki Payı, %, 2003-2016

Kaynak: TÜİK Verileri. 2018a**. Geliş Nedenine Göre Çıkış Yapan Ziyaretçiler**; TÜİK Verileri. 2018k. **Gidiş Nedenine Göre Giriş Yapan Vatandaşlar (Türkiye'de İkamet Eden)**; TÜİK Verileri. 2018f. **Turizm Geliri, Gideri ve Ortalama Geceleme Sayısı**; TÜİK Verileri. 2018j. **Vatandaş Giriş Sayısı ve Kişi Başı Ortalama Geceleme** istatistikleri kullanılarak yazar tarafından hesaplanmıştır.

Sağlık ve tıbbi nedenler ile Türkiye'yi en çok ziyaret eden ülkeler açısından ele alındığında ise 2015 yılındaki vize uygulaması öncesi ilk sırada Libya yer alırken ikinci sırada Almanya, üçüncü sırada ise Irak bulunmaktadır. İlk sırada Libya'nın yer almasının ardındaki sebep olarak Libya'daki iç savaş sonrası Türkiye'nin Libya vatandaşlarını ücretsiz tedavi etme politikası gösterilmektedir. Ancak iç savaş sonrası

uygulanan politika değişikliği sonucunda, yapılacak tedavilerin medikal turistler tarafından karşılanması, Libya'dan gelen medikal turistlerin azalmasına sabep olmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2013b, s. 35-36). Ayrıca Ekonomi Bakanlığı tarafından yol desteği sağlanan ülkeler arasında Libya'nın da bulunması bu ülkeden gelen talebi arttırıcı etki doğurabilmektedir. Almanya'nın ikinci sırada yer almasının ardındaki sebep olarak ise Almanya'da yaşayan Türklerin fazla olması gösterilmektedir. Ayrıca Almanya'nın SGK ile anlaşmalı ülkeler arasında olması talebi arttıran etkenler arasında sayılabilir. Türkiye'nin medikal turizmi geliştirmek amacıyla çeşitli ülkelerle yaptığı ikili anlaşmalar ve SGK kapsamında anlaşmalı olduğu ülkeler bulunmaktadır. İkili anlaşmalar devlet hastanelerini içerirken, SGK ile anlaşmalı ülkeler özel hastaneleri kapsamaktadır. Bu ülkeler Tablo 3.7'de gösterilmiştir.

Tablo 3.7: Türkiye'nin İkili Anlaşmalı ve SGK Kapsamında Anlaşmalı Olduğu Ülkeler, 2017

İkili Anlaşmalı Ülkeler		**SGK ile Anlaşmalı Ülkeler***
Afganistan	KKTC	Almanya
Arnavutluk	Libya	Arnavutluk
Avusturya	Lübnan	Avusturya
Azerbaycan	Macaristan	Azerbaycan
Bahreyn	Makedonya	Belçika
Bangladeş	Malta	Bosna Hersek
Belarus	Meksika	Çek Cumhuriyeti
Belçika	Mısır	Fransa
Bosna-Hersek	Moğolistan	Hırvatistan
Bulgaristan	Moldova	Hollanda
Cezayir	Moritanya	KKTC
Çin	Oman	Lüksemburg
Danimarka	Özbekistan	Makedonya
Etyopya	Pakistan	Romanya
Fas	Romanya	
Filistin	Rusya	
Gana	Slovak	
Gürcistan	Slovenya	
Hırvatistan	Sudan	
Irak	Suriye	
İran	Suudi Arabistan	
İsrail	Tacikistan	
İsveç	Tunus	
Kazakistan	Türkmenistan	
Kenya	Ukrayna	
Kırgızistan	Yemen	
Kosova	Yunanistan	
Kuveyt		

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, **Sağlık Alanında İkili İşbirliği Anlaşmaları** (2017d); *Sağlık Bakanlığı, **Uluslararası Sosyal Güvenlik Sözleşmeleri** (2017e)'nden uyarlandı.

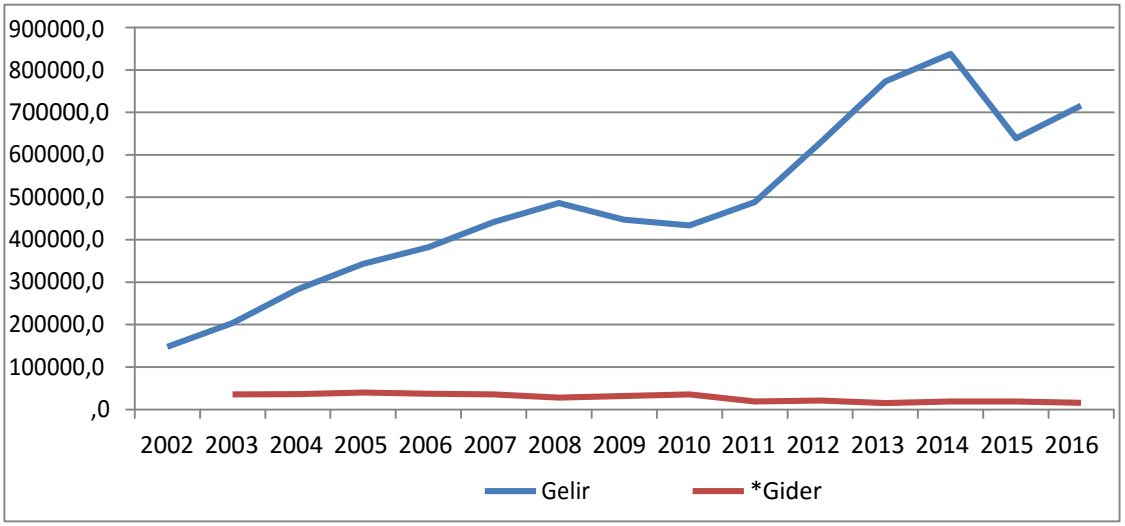
Irak'ın üçüncü sırada yer almasının ardındaki sebep olarak da Ekonomi Bakanlığı tarafından sağlanan yol desteği gösterilebilmektedir. Bunlara ek olarak Azerbaycan,

Rusya, İngiltere, Hollanda, Romanya, Bulgaristan ve Norveç'ten Türkiye medikal turizm sektörüne talep oluşmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2013b, s. 35).

Tablo 3.1'de belirtildiği gibi 2016 yılı için Türkiye'yi ziyaret eden turistler çoğunlukla yurtdışında yaşayan Türklerden oluşmaktadır. Almanya ve Gürcistan Türkiye'yi ziyaret eden gurbetçilerden daha sonra yer almaktadır. Türkiye'yi ziyaret eden turistlere paralel olarak Almanya, medikal turizm sektöründe de Türkiye'yi talep eden ülke konumundadır. Ayrıca Azerbaycan, Rusya, İngiltere, Hollanda ve Bulgaristan da turizm talebine paralel olarak Türkiye medikal turizm sektörünü talep eden ülkelerdendir. 2013 yılında ise Türkiye'yi ziyaret eden turistler arasında Almanya'dan sonra Rusya ve İngiltere'nin bulunması dikkat çekmektedir. Bu bağlamda 2013 yılı için Türkiye'yi ziyaret eden medikal turistler arasında Rusya ve İngiltere'de yer almaktadır. Medikal turizm sektöründe talebi oluşturan ülkeler olarak değerlendirilen Libya, Almanya, Irak, Azerbeycan, Rusya, İngiltere, Hollanda, Romanya, Bulgaristan ve Norveç'in Türkiye'nin gerçekleştirdiği çeşitli anlaşmalar arasında bulunan ülkeler içinde yer alması edinilen sonuçlardandır.

Diğer taraftan turizm verilerine kıyasla sağlık ve tıbbi nedenler ile Türkiye'ye gelen turistlerin tercih ettiği aylar son çeyrekte daha yoğunlukta gözükmektedir. Turizm istatistiklerine göre kıyı turizmini tercih eden turistler, medikal turizm konusunda Ekim, Kasım, Aralık aylarını daha çok tercih etmektedirler (TÜİK, 2018a). Böylece uygulanan politikaların "turizmi tüm yıla yayma" hedefini gerçekleştirdiği çıkarımı yapılabilmektedir.

Şekil 3.7'de ise Türkiye'yi sağlık ve tıbbi nedenler ile ziyaret eden turistlerden elde edilen gelir ve giderler gösterilmiştir. Türkiye'den sağlık ve tıbbi nedenler ile giden turistlerin yaptığı harcamalar "gider" olarak nitelendirilmiştir. Şekil 3.7'ye göre 2002 yılından itibaren gelirlerde, genel olarak, yaşanan artış Şekil 3.2'de belirtilen turizm gelirlerine paralel olarak 2014 yılına kadar artmıştır. Bu yıldan sonra belirgin bir düşüş yaşanırken, 2016 yılında ise artış görülmektedir. Ancak yine de 2014 yılında ulaşılan 837.796.000'lik medikal turizm geliri noktasına ulaşılamamıştır. Tükiye'den gidenlerin yaptığı harcamalar olarak değerlendirildiğinde ise 2003-2016 yılları arasısnda azalma gerçekleşmiştir.

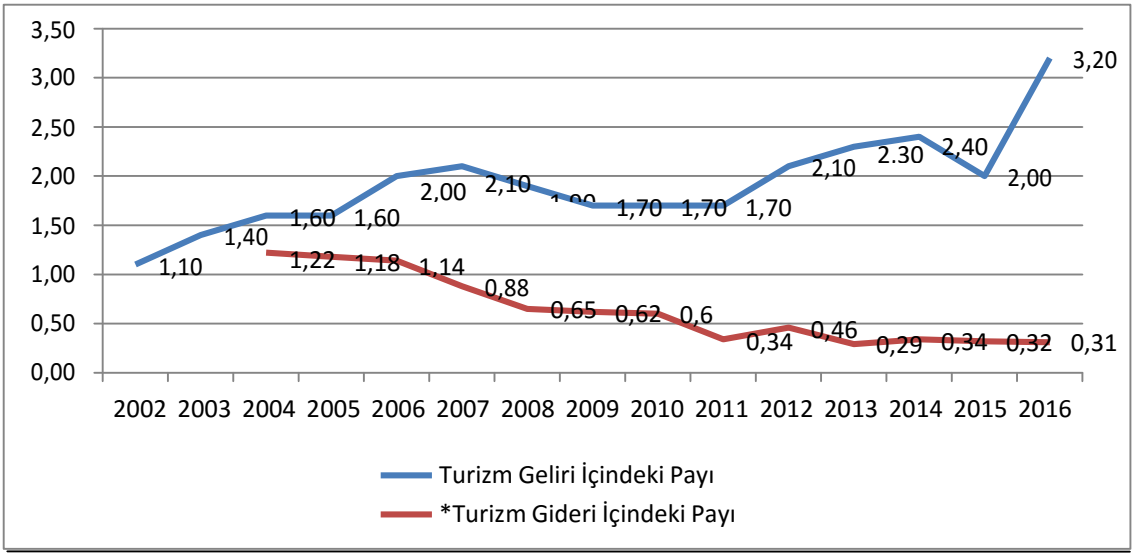


Şekil 3.7: Türkiye'ye Sağlık ve Tıbbi Nedenler ile Gelen Turistlerden Elde Edilen Gelir ve Türkiye'den Giden Turistlerin Gerçekleştirdiği Giderler, Bin Dolar, 2002-2016

Kaynak: TÜİK Verileri. 2018b. **Harcama Türlerine Göre Turizm Geliri**; TÜİK Verileri. 2018l. **Harcama Türlerine Göre Turizm Gideri**.

Buna ek olarak Şekil 3.8'de Türkiye'ye sağlık ve tıbbi nedenler ile gelenlerden elde edilen gelirin, toplam turizm gelirleri içindeki payları gösterilmiştir. Ayrıca Türkiye'den giden turistlerin yaptığı harcamaların, turizm giderleri içindeki payı da Şekil 3.8'e dahil edilmiştir. Buna göre sağlık ve tıbbi nedenler ile Türkiye'ye gelenlerden elde edilen gelirin, toplam turizm gelirleri içindeki payı 2002-2016 yılları arasında artarken, giderlerin payı ise 2004-2016 yılları arasında sürekli azalmıştır.

Sağlık ve tıbbi nedenlerle gelenlerden elde edilen gelir payının özellikle 2015 yılından sonra artış göstermesi turizm gelirlerinde yaşanan düşüş ile açıklanabilmektedir. Turizm gelirlerinde yaşanan düşün sağlık ve tıbbi nedenlerle Türkiye'yi ziyaret edenlerden elde edilen gelirler payının artmasına sebep olmaktadır. Ayrıca toplam turizm gelirlerinde 2014 yılından itibaren yaşanan düşüşe rağmen sağlık ve tıbbi nedenler ile Türkiye'ye gelenlerden elde edilen gelirlerde artış sağlanmıştır ve bu durum da payın büyümesine sebep olmaktadır. Diğer yandan Türkiye'den sağlık ve tıbbi nedenlerle gidenlerin yaptığı harcamaların, toplam turizm giderleri içindeki payının azalmasının ardındaki sebep olarak ise Şekil 3.2 ve Şekil 3.7'deki azalmalar gösterilebilmektedir.



Şekil 3.8: Türkiye'ye Sağlık ve Tıbbi Nedenler ile Gelen Turistlerden Elde Edilen Gelir ve Giderlerin Toplam Turizm Gelir ve Giderleri İçindeki Payları, %, 2002-2016

Kaynak: TÜİK Verileri. 2018b. **Harcama Türlerine Göre Turizm Geliri**; *TÜİK Verileri. 2018l. **Harcama Türlerine Göre Turizm Gideri**; TÜİK Verileri. 2018f. **Turizm Geliri, Gideri ve Ortalama Geceleme Sayısı** istatistikleri kullanılarak yazar tarafından hesaplanmıştır.

Ayrıca Türkiye'ye sağlık ve tıbbi nedenlerle gelenlerden elde edilen kişi başı gelirin, kişi başı turizm harcamalarından daha fazla olduğu literatürde vurgulanmaktadır. Bunun sebebi ise Türkiye'yi ziyaret eden turist sayısı fazla olmasına rağmen, ucuz turizm hizmeti sunumunun varlığıdır. Bu sebeple turizm gelirlerinin arttırılması için alternatif turizm çeşitlerinin geliştirilmesi gerekmektedir (Baysal, 2016, s. 256).

Tablo 3.8: Kişi Başı Turizm Harcaması ve Sağlık ve Tıbbi Nedenler ile Gelenlerin Gerçekleştirdiği Harcama, Dolar, 2003-2016

Yıllar	Kişi Başı Ortalama Turizm Harcaması	Kişi Başı Ortalama Harcama (Sağlık ve Tıbbi Nedenlerle Gelenler)*
2003	850	1.455
2004	843	1.649
2005	842	1.557
2006	803	1.973
2007	770	2.224
2008	820	2.164
2009	783	2.222
2010	755	2.654
2011	778	2.606
2012	795	2.903
2013	824	2.889
2014	828	2.020
2015	756	1.773
2016	705	1.895

Kaynak: TÜİK Verileri, **Turizm Geliri ve Kişi Başı Ortalama Harcama** (2018e); *Yazar tarafından hesaplanmıştır.

Tablo 3.8'de kişi başı turizm harcamaları ile Türkiye'ye sağlık ve tıbbi nedenler ile gelenlerin gerçekleştirdiği kişi başı harcamalar gösterilmiştir. Sağlık ve tıbbi nedenler ile Türkiye'ye gelenlerin kişi başı ortalama harcaması; elde edilen toplam gelirin, kişi sayısına bölümü ile hesaplanmıştır. Tablo 3.8'e göre Türkiye'ye sağlık ve tıbbi nedenlerle gelenlerden elde edilen kişi başı ortalama gelir, kıyı turizmi gibi geleneksel turizm sebebiyle Türkiye'ye gelenlerden elde edilen kişi başı gelirden daha fazladır.

Tablo 3.9: Kişi Başı Turizm Gideri ve Türkiye'den Sağlık ve Tıbbi Nedenlerle Gidenlerin Gerçekleştirdiği Harcama, Dolar, 2004-2016

Yıllar	Kişi Başı Ortalama Turizm Harcaması	Kişi Başı Ortalama Harcama (Sağlık ve Tıbbi Nedenlerle Gidenler)*
2004	768	586
2005	823	842
2006	805	903
2007	816	1.930
2008	872	1.396
2009	915	1.033
2010	896	1.708
2011	881	1.493
2012	792	949
2013	698	1.033
2014	685	1.685
2015	651	1.498
2016	640	1.701

Kaynak: TÜİK Verileri, **Turizm Gideri ve Kişi Başı Ortalama Harcama** (2018n); *Yazar tarafından hesaplanmıştır.

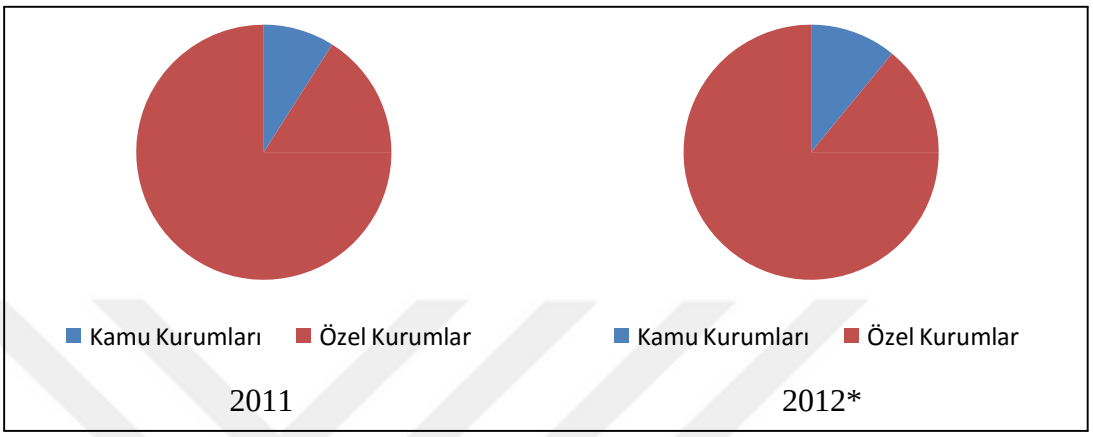
Tablo 3.9'da ise Türkiye'den giden kişilerin yaptığı kişi başı turizm harcamaları ve ayrıca sağlık ve tıbbi nedenlerle Türkiye'den gidenlerin gerçekleştirdiği kişi başı ortalama harcamalar gösterilmiştir. Türkiye'den sağlık ve tıbbi nedenlerle gidenlerin kişi başı ortalama harcamaları; toplam harcamaların, giden turist sayısına bölümü ile hesaplanmıştır. Buna göre; sağlık ve tıbbi nedenlerle Türkiye'den gidenlerin gerçekleştirdiği kişi başı harcama, kişi başı yapılan geleneksel turizm harcamalarından (örneğin, kıyı turizmi) daha fazladır.

3.4.3.1. Medikal Turistlerin Hastane Tercihleri: Kamu Sektörü-Özel Sektör Dağılımı

Türkiye'de hastane çeşitleri üç şekilde ele alınmaktadır. Bunlar; kamu hastaneleri, özel hastaneler ve üniversite hastaneleridir. Kamu hastaneleri kendi içinde ikiye ayrılmaktadır; devlet hastanesi ve araştırma ve geliştirme hastanesidir. Üniversite hastaneleri ise devlet üniversitesi hastanesi ve vakıf üniversitesi hastanesi olarak ikiye ayrılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012b). TÜİK 2015 verilerine göre toplam 1533 hastane bulunmaktadır ve bunların 562 tanesi özel hastane niteliği taşımaktadır (TÜİK,

2015). Bu bölümde Türkiye'yi sağlık hizmeti almak amacı ile ziyaret eden medikal turistlerin tercih ettiği hastaneler kamu ve özel sektör açısından ele alınmıştır.

Şekil 3.9'da ise 2011-2012 yılları arasında Türkiye'yi ziyaret eden medikal turistlerin tercih ettikleri hastanelere göre istatistikleri verilmiştir. Buna göre 2011-2012 yılları arasında özel sağlık kuruluşları kamuya nazaran daha çok talep görmektedir.



Şekil 3.9: Medikal Turistlerin Tercih Ettikleri Hastanelere Göre Kamu-Özel Dağılımı, 2011-2012

Kaynak: Sağlık Bakanlığı**, Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu,** (Ankara, 2012e), 37; *****Sağlık Bakanlığı, **Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013**, (Ankara, 2013b), 16'dan uyarlandı.

2011 yılında Türkiye'ye tıbbi tedavi almak amacı ile gelen 59.473 kişinin %9'u yani 5.487 kişisi kamu kurumlarını tercih ederken %91'lik kısmı kapsayan 53.986 kişi özel hastane talebinde bulunmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2012e, s. 34-35). 2012 yılı için ise 191.536 medikal turistin Türkiye'yi ziyaret ettiği görülmektedir. Medikal turistler arasından 170.123'ü özel hastane talebinde bulunurken 403 medikal turist vakıf üniversitesi hastanesi talebinde bulunmaktadır. Devlet hastanesi, eğitim ve araştırma hastanesi ve devlet üniversitesi hastanelerini tercih eden medikal turistlerin sayısı ise toplamda 21.010 olarak hesaplanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2013b, s. 16).

Medikal turistlerin devlet hastanesini tercih etme sebepleri arasında Tablo 3.7'de belirtilen ülkelerle Türkiye'nin gerçekleştirdiği ikili anlaşmalar gösterilir. İkili anlaşmalar özel hastaneleri kapsamadığı için bireyler devlet kurumlarını talep edebilmektedirler. SGK ile anlaşmalı ülkelerden gelen ziyaretçiler ise daha çok özel hastaneleri tercih etmektedirler (Sağlık Bakanlığı, 2013b, s. 16-17).

4. DÜNYADA MEDİKAL TURİZM VE TÜRKİYE'NİN LİDER ÜLKELER İLE KARŞILAŞTIRILMASI: GÜÇLÜ-ZAYIF YÖNLER

Türkiye'de sağlık turizmi ve medikal turizmin gelişiminin incelendiği üçüncü bölüme ek olarak, bu bölümde dünyada medikal turizmin gelişimine odaklanılmış ve sektördeki lider ülkeler ile Türkiye karşılaştırması yapılmıştır. ABD, Meksika, Kosta Rika, Güney Kore, Hindistan, Malezya, Singapur ve Tayland'ın lider ülke olarak kabul edildiği medikal turizm sektöründe son yıllarda Türkiye'de yer almaktadır. Bu sebeple belirtilen ülkeler ile çeşitli veriler aracılığıyla karşılaştırma yapılarak ve literatür tamasından elde edilen bilgiler sonucunda, Türkiye'nin sektördeki güçlü ve zayıf yönleri, karşısındaki fırsatları ve tehditleri ortaya konmaya çalışılmıştır.

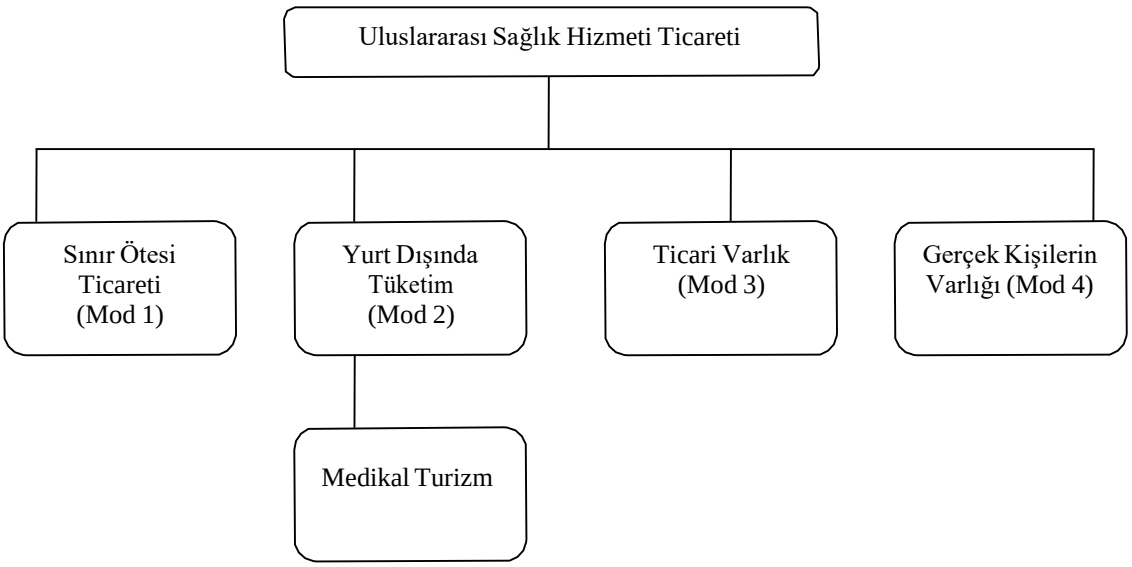
4.1. Dünyada Medikal Turizmin Gelişim Süreci

Kavram olarak sağlık turizmi ve medikal turizm arasında farklar olduğu gibi tarihsel gelişim açısından da medikal turizmin farklı bir şekilde geliştiği gözlenmiştir. Dünyada sağlık turizminin tarihsel perspektifini tarih öncesi döneme kadar götürmek mümkündür. 19. yüzyıla kadar olan dönemde spesifik bir tıbbi tedavi çeşidinden bahsedilmemiştir ve daha çok termal suların kullanılması, spa tedavileri öne çıkmıştır (Sanner, 2000). Örneğin, Kazemi (2007) ve Cook (2008)'a göre, Romalılar sıcak suyun iyileştirici etkisine inanırken, Japonlar onsen kültürünü benimseyerek sıcak su kullanılan tesislerde tedavi olmuşlardır. 19. yüzyılda ise Avrupa spa-wellness turizminde gelişim göstermiştir (Lunt ve diğ., 2011, s. 6). Herrick (2007) 19. yüzyıla kadar sağlık turizminin dünyada gelişim gösterdiğini ve medikal turizmden faydalanan kesimin daha çok yüksek gelir grubundan oluştuğunu belirtmiştir. Gelişmekte olan ülkelerdeki yüksek gelir grubuna ait kesim, gelişmiş ülkelerin kaliteli hizmet sunumundan faydalanmak için medikal turizm seyahatlerini gerçekleştirmişlerdir (Fidan, 2015, s. 16). Connell (2006)'e göre; ABD gibi kaliteli sağlık hizmeti arz eden ancak yüksek fiyatlara sahip olan gelişmiş ülkeler, 20. yüzyılda medikal turistlerin ilgisini çekmiştir. Ancak teknolojinin ilerlemesi, internetin yaygınlaşması ve

globalleşmenin etkisi ile medikal turizm gelişim göstermiştir. Gelişmekte olan ülkelerden, gelişmiş ülkelere doğru yönelim sergileyen medikal turizm seyahatleri 21. yüzyılda tersine dönerek, gelişmiş ülkelerden gelişmekte olan ülkelere doğru gerçekleşmektedir (Fidan, 2015, s. 16). Bu durumun temel sebebi ise, ikinci bölümde belirtildiği gibi, 1997 yılında Güneydoğu Asya'da yaşanan krizin etkisinden kurtulmak amacıyla gelişmekte olan ülkelerde üretilen medikal turizm politikalarının olumlu sonuç doğurmasıdır. Ayrıca 1973 yılında Uluslararası Resmi Seyahat Kuruluşu Birliği tarafından medikal turizmin ticari bir aktivite olarak kabul edilmesi ve 1995 yılında GATS kapsamında sınıflandırılması medikal turizmin gelişmesini sağlamıştır (Yim, 2005).

4.1.1. GATS Kapsamında Medikal Turizm

Uruguay Görüşmeleri (1995) sonuçları arasında bulunan GATS; globalleşen ekonomi, teknolojinin ilerlemesi ve buna ek olarak değişen tüketici talebi sebebiyle oluşturulmuş ilk çok taraflı anlaşmadır. Güvenilir uluslararası ticaret kuralları sistemi oluşturma, ayrımcı olmama, ekonomik faaliyetleri garanti altına alma, ticaret ve kalkınmayı serbestleşme yoluyla düzenlenme gibi amaçları bünyesinde barındırmaktadır. Ayrıca WTO üyesi olan tüm ülkeler aynı zamanda GATS'ın üyesi sayılmaktadır (WTO, 2018; Ekonomi Bakanlığı, 2018a).



Şekil 4.1: GATS Kapsamında Uluslararası Sağlık Hizmeti Ticareti

Kaynak: WTO. 2018. **The General Agreement on Trade in Services (GATS): objectives, coverageanddisciplines**; Chanda, R. 2001. **Trade in Health Services**.

Uluslararası sağlık hizmeti ticareti ise GATS kapsamında 4 mod olarak ele alınmış ve Mod 1, Mod 2, Mod 3, Mod 4 gruplandırmalarıyla sınıflandırılmıştır (ECLAC, 2010, s. 9). Şekil 4.1'de GATS kapsamında ele alınan uluslararası sağlık hizmeti ticareti gösterilmiştir.

Mod 1 (Sınır Ötesi Ticareti); farklı ülkelerdeki ticari anlaşmalar sonucunda satın alınan ya da verilen hizmetin sınır ötesine geçmesidir. Hastaların ya da sağlık hizmeti sunucularının sınır ötesi hareketlerini içermemektedir (Reisman, 2010, s. 4). Mail yoluyla ya da çeşitli iletişim araçlarıyla (telehealth) sağlanan sağlık hizmeti bu grup içinde yer almaktadır (Chanda, 2001, s. 6). Ayrıca tedavi sonrası iyileşme döneminde hastayı takip etmek, ikinci bir görüş almak amacı ile telekonferans kullanılarak sınır ötesi sağlık hizmeti sunucularına ulaşmakMod 1 kapsamında değerlendirilmektedir (Reisman, 2010, s. 4-7). Mod 1 kapsamında değerlendirilen bir diğer örnek olarak ise; uzaktan teşhis (telediagnostic), tarama ve danışma hizmetlerinin ABD'deki hastanelerden Körfez ülkeleri hastanelerine sunulması gösterilebilir. Teknolojinin gelişmesiyle sağlık hizmetinin uzaktan verilebilir hale gelmesi danışma, tedavi, iyileşme gibi süreçlerin hızlanmasını sağlamıştır (Merrell ve diğ., 2008, s. 19-20). Hindistan'daki bir doktorun Zimbabve'deki hastanın safra kesesini robotik kol ile uzaktan kontrol ederek alması bu duruma gösterilen bir diğer örnektir. Diğer taraftan hastalar yola çıkmadan gerekli bilgi transferi ülkeler arasında yapılacağından bu durum bekleme sürelerinin kısalmasına da sebep olabilmektedir (ECLAC, 2010, s. 30). Ayrıca telehealth sistemi maliyet azaltıcı etki doğurmaktadır. Bu sebeple sınır ötesi ticareti yalnızca gelişmiş ülkeler arasında ya da gelişmiş ülkelerden gelişmekte olan ülkelere doğru olmayıp, gelişmekte olan ülkelerden daha yoksul ve gelişmekte olan diğer komşu ülkelere doğru da gerçekleşebilmektedir. Örneğin, Hindistan'daki doktorlar Nepal ve Bangladeş'e telepatoloji (telepathological) hizmeti vermektedir (Chanda, 2001, s. 6).

Mod 2(Yurt Dışında Tüketim); Mod 2 sağlık hizmeti ithalatında bulunan medikal turistin sağlık hizmeti ihracatında bulunan ülkeye seyahat etmesini içermektedir. Sağlık hizmeti ihracatında bulunan ülke çalışanları seyahat hareketlerine katılmayarak, ihracatı kendi ülkesinde gerçekleştirmektedir (Reisman, 2010, s. 9). Mod 2, sağlık hizmetinin yurt dışında alınmasını kapsadığından, medikal turizmin bir diğer tanımı olarak değerlendirilmektedir ve medikal turizm bu başlık altında ele alınır (Kahveci, 2014, s. 52). Ayrıca sağlık hizmeti sunucularının eğitim amaçlı yurt dışına çıkmaları

ya da öğrencilerin yurt dışında eğitim görmeleri Mod 2 kapsamında değerlendirilir (Chanda, 2001, s. 7).

Mod 3(Ticari Varlık); hastaneler, klinikler, tedavi ve tanı merkezleri gibi sağlık hizmeti sunucularının farklı bir ülkede fiziki varlıklarını sürdürmeleridir (Chanda, 2001, s. 8). Doğrudan yabancı yatırım sıfırdan kurulabileceği gibi hastanelerin birleşmesi, satın alma yoluyla ortaklık kurulması gibi durumlar ile de gerçekleşebilir (Reisman, 2010, s. 13-14). Globalleşmenin etkisi ile pek çok gelişmekte olan ülkede özel kesim sağlık sektörüne katılmıştır. Böylece hem yerel vatandaşa hem de medikal turistlere sağlık hizmeti sunulabilmiştir (Fidan, 2015, s. 21).

Mod 4 (Gerçek Kişilerin Varlığı); sağlık personelinin geçici bir süre ile diğer ülkeye gitmesi ya da sonrasında bu geçici durumun kalıcı hale dönüşmesidir. Örneğin, daha iyi maaş, daha iyi yaşam koşulları ve çalışma ortamı sebebi ile sağlık personelinin farklı bir ülkede çalışmayı talep etmesi bu kapsam altında değerlendirilir (Reisman, 2010, s. 16-17). Bu hareket çok yönlü olmakla birlikte genellikle gelişmekte olan ülkelerden gelişmiş ülkelere doğrudur (Kahveci, 2014, s. 53). Güneydoğu Asya ülkeleri gibi gelişmekte olan ülkelerde mali kapasite yetersizliğinden dolayı kamu sektöründe nitelikli personel istihdam edilememektedir. Bu sebeple uluslararası yeterliliğe sahip sağlık personelinin diğer ülkelerde çalışarak beyin göçünü gerçekleştirmesi bu sınıflandırma altında ele alınır (Kanchanachitra ve diğ., 2011, s. 778).

4.2. Medikal Turizm: Lider Ülkeler ve Türkiye

Gelişmekte olan lider ülkelerden Hindistan, Tayland, Malezya, Singapur ve Güney Kore dışında, gelişmiş ülkeler de medikal turizm sektöründe lider ülke olarak kabul edilmektedir. Daha önce belirtildiği gibi ABD, Meksika ve Kosta Rika medikal turizm sektöründe gelişmiş lider ülkelerdendir. Bu başlık altında belirtilen gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerle; medikal turist sayıları, talep edilen tedavi yöntemleri, tedavi maliyetleri ve elde edilen tasarruf miktarları, sağlık harcamaları ve sağlık sistemi sıralamalarına ek olarak akreditasyon açısından Türkiye kıyaslaması yapılmıştır.

4.2.1. Medikal Turist Sayıları ve Medikal Turizm Gelirleri

Dünyada medikal turizmin gelişmesine paralel olarak medikal turist sayıları da artış göstermiştir. Patients Beyond Borders Araştırma Şirketi'nden elde edilen tahmini

2016 verilerine göre dünyada 1 milyon 17 bin ve daha fazla medikal turist tıbbi tedavi almak için kendi ülkesi dışında farklı bir ülkeyi talep etmektedir. Dünyada 2016 yılı için toplam turist sayısı ise 1 milyar 235 milyon olarak hesaplanmış ve medikal turist sayısı, toplam turist sayısının %0.08 kadarlık kısmını oluşturmuştur (UNWTO, 2017, s. 4).

Tablo 4.1'de medikal turizmde lider olarak kabul edilen ülkeler ve Türkiye açısından medikal turist sayıları gösterilmiştir. 2012 yılı için daha alt sıralarda bulunan Türkiye, 2016 yılında 9 ülke arasında 4. sıraya yükselmiştir. Ancak toplam turist sayıları içindeki payı değerlendirildiğinde Türkiye, diğer lider ülkelere kıyasla daha geri sıralarda kalmaktadır.

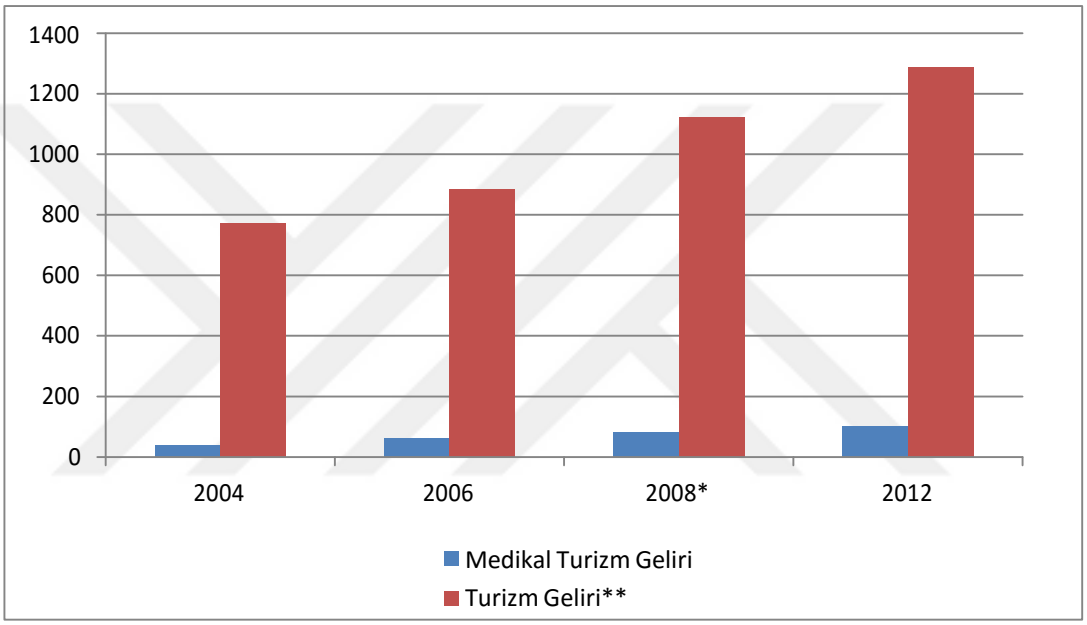
Tablo 4.1: Lider Ülkelerin Medikal Turist Sayıları ve Toplam Turist Sayıları İçindeki Payları, 2012-2016

Ülke	Medikal Turist Sayısı (% (Bin Kişi)		Toplam Turist Sayısı (Bin Kişi)**	Pay)****
	2012	2016*	2016	2016
Meksika	1.000	1.400-3.000	34.961	4.0-8.58
Tayland	1.200	1.300-1.800	32.588	3.99-5.52
Malezya	-	940	26.757	3.51
Türkiye	110	510	31.365***	1.62
Güney Kore	-	400-620	17.240	2.32-3.6
Singapur	610	370-550	12.913	2.26-3.35
Hindistan	400	350-850	14.569	2.4-5.83
ABD	800	300	75.608	0.4
Kosta Rika	-	60-75	2.925	2.05-2.57

Kaynak: Patients Beyond Borders, 2012'den aktaran Damla Fidan, **ThePoliticalEconomy of MedicalTourism in Turkey** (2015), 4; *Patients Beyond Borders Verileri, https://patientsbeyondborders.com/ [9.12.2017]; **UNWTO, **TourismHighlights** (2017), 8-10; ***TÜİK Verileri, **Çıkış Yapan Ziyaretçi İstatistikleri, Çıkış Yapan Ziyaretçi Sayısı ve Ortalama Geceleme Sayısı** (2018g); ****Yazar tarafından hesaplanmıştır.

2016 yılı için lider ülkelerin tahmini medikal turist sayılarının, toplam turist sayılarındaki payları hesaplandığında ise; Hindistan medikal turist sayısı toplam turist sayısının %2.4'ü ile %5.83'ü arasında değişim gösterirken, Malezya'nın %3.51'lik paya sahip olduğu Tablo 4.1'de belirtilmektedir. Singapur %2.26 ile %3.35 arasında, Tayland %3.99 ile %5.52 arasında değişim göstermektedir. ABD tahmini medikal turist sayıları, toplam turist sayılarının % 0.4'lük kısmını kapsarken, Türkiye % 1.62 olarak hesaplanmış ve Meksika % 4 ile % 8.58 arasında değişim göstermiştir. Güney Kore medikal turist sayılarının, toplam turist sayıları içindeki payı % 2.32 ile %3.6 arasında değişim göstermiş, Kosta Rika ise %2.05 ile % 2.57 arasında değişim sergilemiştir.

2012 yılına ait veriler ile karşılaştırma yapıldığında tüm seçilmiş lider ülkelerin medikal turist sayılarında artış yaşandığı gözlemlenmektedir. Örneğin, Hindistan'ı 2012 yılında 400.000 medikal turist talep ederken, 2016 yılında tahmini medikal turist sayısının 350.000 ile 800.000 arası değişeceği Tablo 4.1'de belirtilmektedir. Buna ek olarak 2012 yılında Singapur'u 610.000 medikal turist, Tayland'ı 1.2 milyon medikal turist, ABD'yi 800.000 medikal turist, Türkiye'yi ise 110.000 medikal turist talep etmiştir (Patients Beyond Borders, 2012'den aktaran Fidan, 2015, s. 4). Bu rakamların 2016 yılında artması medikal turizmin giderek gelişen bir sektör olduğunu göstermektedir.



Şekil 4.2: Dünyada Medikal Turizm Geliri ve Toplam Turizm Gelirleri İçindeki Payları, Milyar Dolar, 2004-2006-2008-2012

Kaynak: Devon M. Herrick, **MedicalTourism: Global Competition in HealthCare** (2007);*AnupamaSharma, **Medicaltourism: emergingchallengesandfutureprospects** (2013), 24; **World Bank İstatistikleri, **International tourism, receipts (current US$)** (2018e)'ten uyarlandı.

Medikal turist sayısına paralel olarak Şekil 4.2'de dünya çapında elde edilen medikal turizm gelirleri gösterilmiştir. Medikal turizm gelirleri 2004 yılı için 40 milyar dolar, 2006 yılı için 60 milyar dolar olarak hesaplanmıştır (Herrick, 2007, s. 1). 2008 yılı için elde edilen medikal turizm geliri ise 80 milyar dolar olarak belirtilmiştir (HealthTourismIndia, 2013'ten aktaran Sharma, 2013, s. 24).

Toplam turizm gelirleri içindeki payı ölçülen medikal turizm gelirlerinin 2004 yılı için elde ettiği pay %5.19 iken, 2006 yılında bu pay %6.81'e yükselmiş, 2008 yılı için ise toplam turizm gelirleri içindeki medikal turizm payı %6.66 olarak hesaplanmıştır.

McKinsey&Company tarafından 2012 yılı için elde edilecek medikal turizm gelirinin 100 milyar dolara ulaşacağı ön görüsünde bulunulmuş ve elde edilen bilgiler doğrultusunda belirlenen rakama ulaşılmıştır (Tengilimoğlu, 2013, s. 56; CII-McKinsey&Company, 2002'den aktaran Mun & Musa, 2014). 2012 yılı için medikal turizmin, toplam turizmden elde ettiği pay %1.18 artarak %7.84'e ulaşmıştır. 2022 yılına kadar ise dünyada medikal turizmden elde edilecek gelirin 143.8 milyar dolara ulaşması hedeflenmiştir (Allied Market Research, 2016). Bu rakam medikal turizmin giderek artan derecede önemli bir sektör olduğunun en büyük örneğidir. Belirtmek gerekir ki literatürde, seçilmiş lider ülkeler bazında, birçok medikal turizm geliri tahmininde bulunulmuştur. Ancak bu tahmini verilerin tutarlı olmaması sebebi ile bu bağlamda değerlendirme yapılamamıştır (Mun & Musa, 2012).

4.2.2. Öne Çıkan Tedavi Yöntemleri ve Hasta Bekleme Süreleri

Medikal turist sayılarının günümüze kadar artış göstermesinin ardındaki sebepler arasında, özellikle hastaların kendi ülkelerinde karşılaştıkları bekleme süreleri uzunlukları bulunmaktadır. Bekleme sürelerinin uzun olması, ikinci bölümde belirtildiği gibi, medikal turizmin ortaya çıkıp gelimesindeki etkenler arasında da bulunmaktadır. Bu başlık altında öncelikle medikal turistlerin talep ettiği tedavi yöntemleri incelenmiş ve sonrasında OECD ülkeleri açısından çeşitli tedavilerin bekleme süreleri ele alınmıştır.

2015 yılı için lider ülkeler bazında talep edilen tedaviler Tablo 4.2'deincelendiğinde ise; Hindistan'da ortopedi ve kardiyoloji, Malezya'da, Tayland'da ve Singapur'da ayrım yapılmaksızın tüm tedavilerin medikal turistler tarafından tercih edildiği ancak Malezya'da tüm tedavilerin yanında sağlık taramasının da tercih edildiği belirtilmektedir. Meksika'da diş ve obezite tedavileri, Kosta Rika'da diş ve plastik cerrahi, Türkiye'de ise göz ve saç branşı talebi fazla olmaktadır. Tablo 4.2'de ABD için talep edilen tedavi yöntemi belirtilmemiştir. Ancak farklı kaynaktan elde edilen bilgilere göre ABD'de; kalp ameliyatı ve ortopedik ameliyatlar ön plana çıkarken diğer medikal işlemler de talep edilebilmektedir (Healthbase, 2018).

Tablo 4.2: Lider Ülkelerde Talep Edilen Tedavi Yöntemleri, 2015

Ülke	Tedavi Yöntemi
Hindistan	Ortopedi-Kardiyoloji
Malezya	Tüm Tedaviler- Sağlık Taraması
Singapur	Tüm Tedaviler- Kök Hücre Nakli
Tayland	Tüm Tedaviler
Türkiye	Göz, Görme Bozuklukları-Saç Ektirme
Meksika	Diş-Obezite
Kosta Rika	Diş-Plastik Cerrahi
Güney Kore	Onkoloji-Omurga Tedavileri

Kaynak: Patients Beyond Borders Verileri, https://patientsbeyondborders.com/[09.12.2017]

Hindistan'da Harvard Üniversitesi'ne bağlı olan Wockhardt Hastaneleri'nin 20.000'den fazla medikal turiste ve (özellikle AB ve ABD ile karşılaştırıldığında oldukça yüksek olan) %98 başarı oranıyla kalp tedavisinde bulunması Hindistan'ı bu alanda en iyi konuma getirmiştir (WockhardtHospitals, 2017). Hindistan'da 1990'ların ortasından itibaren ekonomik liberalleşme sayesinde özel hastaneler teknolojiyi ve diğer tıbbi malzemeyi daha kolay ithal edebilir hale gelmiş, bu sayede de altyapılarını gelişmiş ülke hastanelerinin düzeyine getirebilmiştir. Hastanelerin iyileşmesi ve ücretlerin artması sayesinde denizaşırı çalışan doktorlar da kendi ülkelerine geri dönmeye başlamıştır. Geriye dönen doktorların uluslararası deneyime sahip olmaları medikal turistlerin kendilerini daha rahat hissetmelerini sağlamıştır. Teknolojinin gelişmiş ülkelerin standartlarını yakalaması, doktorların deneyimli ve eğitimlerini daha gelişmiş ülkelerde tamamlamış olmaları maliyetleri arttıran etki doğurmamıştır. Aksine Hindistan'da sağlık hizmeti arz eden personelin maliyeti oldukça düşüktür. Bu durum fiyatların da diğer ülkelere kıyasla daha düşük olması sonucunu getirmiştir. Ucuz fiyat avantajının yanı sıra tedavinin erişilebilirliğin çok kolay olması sebebi ile medikal turist, seyahatin ikinci günü gibi kısa bir sürede operasyonunu başlatabilmektedir. Bu durum Hindistan'a medikal turizmde büyük katkı sağlamaktadır (Connell, 2006; Aydın & Yılmaz, 2010). Bekleme sürelerinin kısa olması lider ülkeler dışındaki diğer ülkelerin bekleme sürelerini incelemeyi gerektirmiştir. Bu bağlamda Tablo 4.3'te OECD ülkeleri bazında belirli işlemlerin hasta bekleme süreleri gösterilmiştir.

Tablo 4.3: OECD Ülkeleri Hasta Bekleme Süreleri, Gün, 2015*-2016

Ülkeler	İşlemler						
	Katarakt Ameliyatı	Perkutan Transluminal Koroner Anjiyoplasti	Koroner Bypass	Prostatektomi	Rahim Alma Ameliyatı	Kalça Protezi Ameliyatı	Diz İmplantı
Şili	108	-	-	112	163	399	912
Danimarka	87.1*	16.5*	19.8*	44.5*	48.8*	55.2*	60.4*
Estonya	283	-	-	-	-	326.2	487.5
Finlandiya	103.4*	31.3*	26.1*	58.6*	62.5*	108*	125.9*
Macaristan	51.9	7.3	98.6	13.8	10.1	119.8	179
İsrail	132*	-	9*	61*	52*	95*	133*
İtalya	49.7*	21.3*	22.3*	61.1*	49.7*	79.3*	75.3*
Hollanda	35.7	15.4	24	35.9	37.6	45.3	47.6
Yeni Zelanda	72.9*	37.8*	44.4*	62.8*	73*	75.4*	77.6*
Norveç	116.7*	52.9*	67.8*	135.5*	135*	145.2*	175*
Polonya	464*	41*	-	-	-	405*	541*
Portekiz	119.7	-	37.7	115.3	92.4	132.9	210.4
İspanya	108.6	20.7*	46.2	113.5	83.2	158.2	206.4
Birleşik Krallık	72.5*	49.8*	64.3*	40.6*	68*	97.2*	103.9*

Kaynak: OECD İstatistikleri, **Health, Health Care Utilisation, Waitingtimes** (2018a)'dan uyarlandı.

Pek çok ülkede, hasta bekleme sürelerinin uzun olması medikal turistlerin tercihlerini etkilemektedir. Tablo 4.3'te OECD ülkeleri bazında ele alınan gelişmiş ülkeler, hasta bekleme sürelerinin uzunluğundan kaynaklı, medikal turizmde lider olarak kabul edilen ve gelişmekte olan Asya ülkelerini tercih edebilmektedir.

Ayrıca Hindistan'daki büyük hastane zincirleri yabancı hastalar için özel tercümanlar istihdam etmektedir ve ülkede büyük oranda İngilizce konuşulması medikal turizmin gelişmesine katkıda bulunmuştur (Birdal, 2011, s. 43). İkinci bölüm, Tablo 2.5'te belirtildiği gibi sağlık kurumunda İngilizce konuşulması medikal turistlerin tercihlerini 3/5 puan ile etkilemektedir.

Tablo 4.2'ye paralel olarak Malezya'da tüm medikal tedavilerin yanı sıra sağlık taraması talebinde bulunulduğu belirtilmiştir. Sağlık taraması; göz, diş ve saç taramalarını, MR ve kanser taramasını içeriğine dahil etmektedir. Ortalama olarak 1.500 dolar maliyeti olan sağlık taraması gelir düzeyi yüksek medikal turistler tarafından tercih edilmektedir.

Singapur'da ise tüm tedavilerin tercih edilmesinin yanı sıra ülkenin kanser teşhisinde gelişmiş olması talebini pozitif yönde etkilemektedir. Medikal turistler Singapur'a yalnızca kanser teşhisi amaçlı gidip tedaviye kendi ülkelerinde devam edebilmektedir. Özellikle John Hopkins Uluslararası Sağlık Merkezi kanser tanı ve tedavilerinde uzmanlaşmıştır. Singapur; medikal turizm sektörüne Tayland ve Malezya'dan daha

sonra katılmış ve geçmişte uyguladığı fiyat politikaları ile Tayland'dan daha ucuz sağlık hizmeti ihraç etmiştir.

Tayland'da ise tüm tedavi çeşitleri tercih edilirken sadece Bumrungrad Hastanesi yıl bazında 400.000 medikal turiste hizmet vermektedir. Bu hastalar 120 farklı ülkeden olup yaklaşık olarak 25.000 medikal turist ise ABD'den oluşmaktadır. Ayrıca Uluslararası Bumrungrad Hastanesi, Asya bölgesindeki ilk ABD akreditasyonuna sahip hastanedir (Bumrungrad International Hospital, 2017). Tayland'da tüm tedavi yöntemleri talep edilirken, dünya çapında özellikle öne çıkan işlem ise cinsiyet değiştirme operasyonlarıdır.Tayland; 1970'lerin başında cinsiyet değiştirme operasyonlarında uzmanlaşarak medikal turizmde tanınan ülke haline gelmiştir (Connell, 2006, s. 1095).

Buna ek olarak Tablo 4.2'de Meksika'da obezite ve diş tedavilerinin medikal turistler tarafından tercih edildiği belirtilmiştir. Meksika Monterrey'de bulunan ABD akreditasyonuna sahip 4 hastane özellikle obezite tedavisi için tercih edilen hastanelerdendir. İkinci bölümde medikal turistlerin tercihlerini etkileyen faktörlerin sıralandığı Tablo 2.5'te, hastanenin akreditasyon belgesine sahip olması medikal turistlerin tercihlerini 5/5 puanla en fazla etkileyen faktör olarak gösterilmiştir. Bu sebeple medikal turistlerin obezite tedavisi için ABD akreditasyonuna sahip hastaneleri tercih etmesi beklenen bir sonuçtur. Ayrıca her yıl 500.000'den fazla ABD vatandaşı diş tedavisi için Meksika'yı tercih etmektedir. Belirtmek gerekir ki Meksika'da, Güneydoğu Asya bölgesi dışında, medikal turist talebinin fazla olmasının ardındaki sebep; özellikle ABD'de yaşayan İspanyolların Meksika'yı tercih etmeleridir.

Kosta Rika'da ise diş ve plastik cerrahi işlemlerinin talep edildiği Tablo 4.2'de belirtilmiştir. San Jose'de bulunan MezaKlinik'in ABD akreditasyonuna sahip olması (American Academy of Cosmetic Dentistry) medikal turistlerin talebini etkileyerek güven unsuru oluşturmaktadır.

Ayrıca medikal turizm sektöründe bir diğer lider ülke olarak kabul edilen Güney Kore'de onkoloji ve omurga tedavileri medikal turistler tarafından tercih edilmektedir. Teknolojideki ilerlemeye paralel olarak Güney Kore'nin altyapısındaki gelişim medikal turistlerin tercihlerini pozitif yönde etkilemektedir. Örneğin, medikal turistlere refakatçi olarak gelen bireyler, hastaya uygulanan kolonoskopi işlemini,

yansıtılan monitor aracılığıyla odalarında izleyebilmektedirler (Patients Beyond Borders, 2018). Teknolojinin gelişmiş olması da Tablo 2.5'e göre 4/5 puan ile medikal turistlerin tercihlerini etkilemektedir.

Türkiye'de ise göz tedavilerinin ve saç ektirme operasyonlarının ön plana çıktığı Tablo 4.2'de belirtilmiştir. Göz tedavisinde öncü olan Dünya Göz Hastaneler Grubu'nun Avrupa ve Asya bölgesinde merkezleri bulunmaktadır. Buna ek olarak yıl bazında 40.000 medikal turistin göz tedavisini gerçekleştirirken ayda 2.500 medikal turiste sağlık hizmeti arz etmektedir (Dünyagöz, 2017). ABD fiyatları ile karşılaştırıldığında sadece göz tedavisinden %40 ile %60 arasında tasarruf oranına ulaşmak mümkündür.

4.2.3. Medikal Turizmde Tedavi Maliyetleri ve Tasarruflar

Talep edilen tedavi yöntemleri özellikle Türkiye'de sigorta kapsamları dışında tutulan ve bireylerin cepten harcama yaparak maliyetlerini karşılaması gereken işlemlerdir. Bireylerin cepten harcama yaparak tedavi maliyetlerini karşılamaları fiyatları da etkilemektedir. Örneğin, ABD'de estetik cerrahi ve göz tedavileri sigorta kapsamı dışında tutulduğu için bireyler cepten harcama yaparak tedavi maliyetlerini karşılamıştır. Bu durum göz tedavi fiyatlarının ABD'de 6 yıl içinde %20 düşmesine sebep olmuştur. Medikal turistlerin yapacağı harcamayı kontrol edebilmesi fiyatların düşmesine sebebiyet vererek rekabet unsuru doğurmaktadır (Herrick, 2007, s. 9-10). Bu bağlamda Tablo 4.4'te öncelikle medikal turizmde lider ülkelerin çeşitli tedavi fiyatları gösterilmiştir. Fiyatlar ortalama fiyatları içermektedir. Ülkeler arasında en yüksek tedavi maliyetine sahip ülke ABD iken, en düşük maliyete sahip ülke ise Hindistan'dır.

Tablo 4.4: Medikal Tedavi Fiyatları ve Tasarruf Miktarları, Dolar, 2017

İşlemler	Ülkeler								
	ABD	Hindistan	Malezya	Singapur	Tayland	Türkiye*	Meksika	Kosta Rika	Güney Kore
Açık Kalp Ameliyatı	92.000	9.800	20.800	54.500	33.000	16.500	34.000	31.500	29.000
Kalp Kapakçığı Yenileme	87.000	11.900	15.000	46.000	19.000	17.500	26.500	28.000	38.000
Kalça Protezi	31.000	9.400	12.500	21.400	16.500	11.000	14.200	15.300	21.600
Diz Protezi	28.000	7.200	7.800	19.200	13.200	11.000	12.300	14.200	16.200
Omur Laminası Ameliyatı	65.000	9.500	14.250	27.800	16.000	13.500	22.500	-	24.200
Tüp Bebek Tedavisi	12.500	3.300	4.200	9.450	4.000	3.600	5.800	-	7.500
Gastrik Bypass	23.000	6.800	9.250	14.800	12.600	9.500	11.500	10.500	14.500
Porselen Köprü İmplantı	21.500	6.850	7.700	11.800	9.300	790	9.300	9.350	9.900
İmplant Destekli Protez	11.500	3.300	3.750	7.000	3.700	760	4.100	4.250	5.650
Yüz Gerdirme	11.500	2.800	3.300	7.850	3.700	5.400	4.750	4.900	5.900
Estetik Burun Ameliyatı	4.800	1.400	2.800	3.500	1.600	3.000	3.100	2.600	3.800
**Tasarruf miktarları	-	3.400-82.200	2.000-72.000	1.300-41.000	3.200-68.000	1.800-75.500	1.700-60.500	2.200-60.500	1.000-63.000

Kaynak: Patients Beyond Borders Verileri, https://patientsbeyondborders.com/ [09.12.2017]; *Hüseyin Arı, **Pazarlama Perspektifinden Medikal Turizm ve Türkiye'nin Medikal Turizimdeki Yeri** (2017), 5-6'dan uyarlandı; **Patients Beyond Borders Verileri (2017), kullanılarak yazar tarafından hesaplanmıştır.

Ayrıca Tablo 4.4'te belirtilen lider ülkelerin medikal tedavi fiyatları, ABD fiyatları ile karşılaştırılarak elde edilecek tasarruf miktarları hesaplanmıştır. Tasarruf ihtiyacında olan bireyler sağlık hizmeti alabilmek için farklı ülkeleri tercih edebilmektedir. ABD'de yapılan anket çalışmasına göre elde edilecek tasarruflar söz konusu olduğunda; 200 dolar ya da daha az tasarruflarda neredeyse kimse yurt dışında tedavi olmayı tercih etmezken, 1000-2400 dolar arası tasarruflarda sigortasızların %25'i, sigortalıların ise %10'u medikal turizm hizmetinden faydalanmayı tercih etmektedir. Tasarruf miktarı 10.000 doları aştığında ise sigortasız bireylerin yurt dışında tıbbi tedavi alma tercihleri %38'e yükselmiş, sigortalıların ise %25 olarak hesaplanmıştır (Herrick, 2007, s. 2). ABD fiyatları Hindistan ile karşılaştırıldığında 3.400 dolar ile 82.200 dolar arasında tasarruf miktarına sahip olmak mümkünken, Malezya'da 2.000-72.000 dolar, Singapur'da 1.300-41.000 dolar, Tayland'da 3.200-68.000 dolar, Türkiye'de 1.800-75.500 dolar, Meksika'da 1.700-60.500 dolar, Kosta Rika'da 2.200-

60.500 dolar, Güney Kore'de ise 1.000-63.000 dolar arasında tasarruf miktarına sahip olunmaktadır.

Tablo 4.5: Türkiye'de Sağlanan Tasarruf Miktarları, Dolar, 2017

Ülkeler	Tasarruf Miktarları
Malezya	600-6.910
Singapur	500-38.000
Tayland	400-16.500
Meksika	100-17.500
Kosta Rika	1.000-15.000
Güney Kore	500-20.500

Kaynak: Patients Beyond Borders Verileri (2017) kullanılarak yazar tarafından hesaplanmıştır.

Buna ek olarak Tablo 4.4'te belirtilen Türkiye medikal tedavi fiyatları, ABD dışındaki diğer lider ülkeler ile kıyaslanmış ve elde edilen tasarruf miktarları Tablo 4.5'te gösterilmiştir. Yapılan hesaplamalara göre; Hindistan'da alınan sağlık hizmetinin 300 dolar ile 6.700 dolar arasında daha az maliyetli olduğu sonucuna varılmıştır. Hindistan dışındaki ülkeler dikkate alındığında ise, fiyatlar birçok işlemde Türkiye'ye kıyasla daha fazladır. Buna göre; Türkiye'yi tercih eden medikal turist Malezya'ya kıyasla, 600-6.910 dolar; Singapur'a kıyasla, 500-38.000 dolar arasında tasarruf miktarına sahip olmaktadır. Tayland'dan 400-16.500 dolar, Meksika'dan 100-17.500 dolar, Kosta Rika'dan 1.000-15.000 dolar, Güney Kore'den ise 500-20.500 dolar arasında tasarruf miktarına sahip olmak mümkündür.

4.2.4. Sağlık Harcamaları ve Sağlık Sistemi Sıralamaları

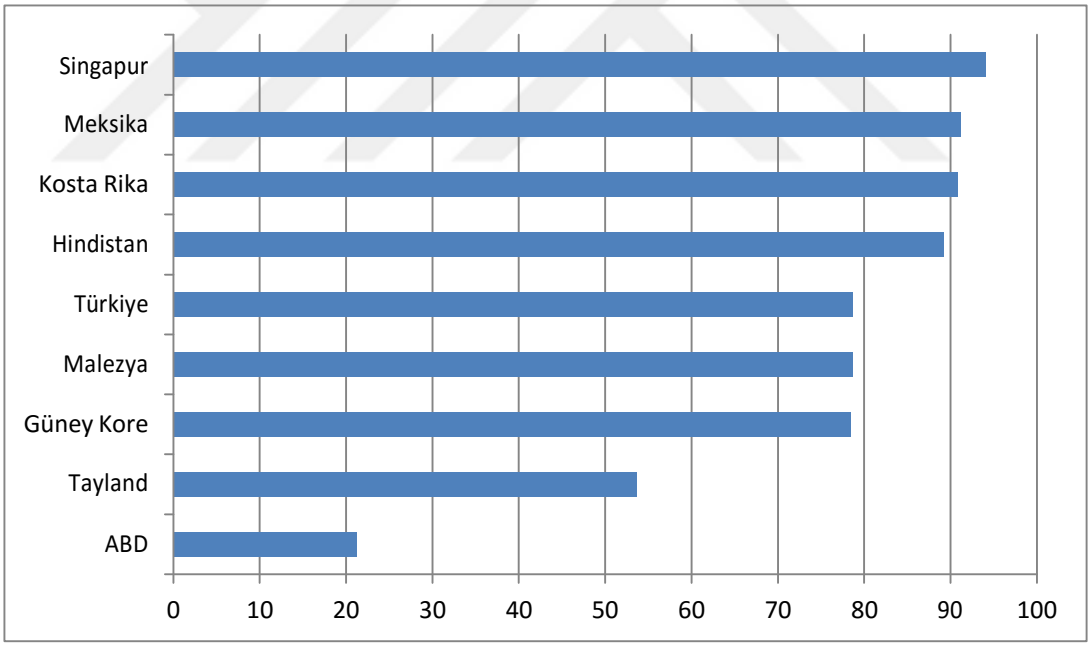
ABD fiyatlarına kıyasla diğer lider ülke fiyatlarının düşük maliyetli olması daha önce de belirtildiği gibi cepten harcamalardaki artış ile ilişkilendirilmektedir. Cepten harcamalar; medikal turistlerin sağlık sigortaları dışında kalan işlemlere yapacağı harcamalar bütünüdür ve özel sağlık harcamalarında yüzdesel orana sahiptir. Bu sebeple öncelikle Tablo 4.6'da medikal turizmde lider ülkelerin sağlık harcamaları GSYH oranları ve kamu-özel payları gösterilmiştir.

Tablo 4.6: Medikal Turizmde Lider Ülkelerin Sağlık Harcamaları GSYH Oranları, %, 2014

Ülkeler	Sağlık Harcaması/GSYH	Kamu Sağlık Harcamaları/GSYH	Özel Sağlık Harcamaları/GSYH
ABD	17.1	8.2	8.8
Kosta Rika	9.3	6.7	2.5
Güney Kore	7.3	3.9	3.3
Meksika	6.2	3.2	3.0
Türkiye	5.4	4.1	1.2
Singapur	4.9	2.5	2.8
Hindistan	4.6	1.4	3.2
Malezya	4.1	2.3	1.8
Tayland	4.1	3.2	0.9

Kaynak: World Bank İstatistikleri, **Healthexpenditure, total (% of GDP)** (2018a) https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS?end=2014&locations=TR-US-IN-MY-SG-TH-MX-CR-KR&start=2000 [06.01.2018]

Tablo 4.6'ya göre; Hindistan, Singapur ve ABD dışındaki ülkelerde kamu sağlık harcamaları, özel sağlık harcamalarından daha fazla paya sahiptir. Singapur ve ABD'de özel sağlık harcamaları, kamu sağlık harcamalarından 0.3-0.8 gibi oldukça düşük oranda yüksektir. Özel sağlık harcamaları içinde yüzdesel orana sahip olan cepten harcamalar ise Şekil 4.3'te gösterilmiştir.



Şekil 4.3: Özel Sektör Sağlık Harcamaları İçinde Cepten Harcamaların Payı, %, 2014

Kaynak: World Bank İstatistikleri. 2018f. **Out-of-pocket health expenditure (% of private expenditure on health)**.

Şekil 4.3'e göre cepten harcamaların en fazla olduğu ülke Singapur iken, ABD en düşük orana sahip ülkedir. Cepten harcamaların fazla olduğu ülkelerde medikal tedavi maliyetleri daha düşüktür. Bu durumun sebebi ise medikal turistin tüketici olarak

kendi sağlık harcamasını kontrol edebilmesidir. Sigorta kapsamına dahil olan medikal turist kendi sağlık harcamasını kontrol edemediği için ve cepten harcaması az olduğu için fiyatlarda düşüş beklenmemektedir. Ancak cepten harcamalar ve medikal tedavi maliyetleri ilişkisini, fiyatları etkileyen tek unsur olarak değerlendirmek doğru olmayacaktır. Örneğin, Singapur, Meksika ve Kosta Rika'da cepten harcamaların özel sektör sağlık harcamalarındaki payı fazla olmasına rağmen, Tablo 4.4'teki medikal tedavi fiyatları Hindistan ve Türkiye'ye kıyasla daha fazladır. Bu durum cepten harcamalar ve fiyatlar ilişkisi ile çelişirken; Singapur, Kosta Rika ve Meksika'nın sağlık hizmeti sunumlarında altyapılarının güçlü olması fiyatları arttıma yorumuna açıktır. Bu sebeple Şekil 4.3'te vurgulanmak istenen; özellikle ABD ve diğer lider ülkeler ile arasındaki cepten harcamaların farkıdır. Diğer ülkelerin medikal tedavi fiyatları ile ABD fiyatları arasındaki farkın fazla olması, cepten harcamalardaki fark ile ilişkilendirmeye açıktır. Ancak Singapur örneğinde ise cepten harcamaların özel sağlık harcamaları içindeki payı yüksek iken, bu durumun aksine Singapur sağlık sistemi sıralamasında dünyada 2. sıradadır. Singapur'un sağlık sistemi açısından üst sıralarda yer alması medikal turist tarafından güven arttırıcı unsur olarak algılanabilmektedir ve fiyatların artmasına sebep olmaktadır (Tontuş, 2017a).

Tablo 4.7: Lider Ülkelerin Sağlık Sistemi Sıralaması, 2017

Ülke	Sıralama
Lüksemburg	1
Singapur	2
İsviçre	3
Japonya	4
Avusturya	5
İsveç	6
Norveç	7
Hollanda	8
Hong Kong	9
Avustralya	10
Güney Kore	15
ABD	30
Kosta Rika	32
Tayland	35
Malezya	38
Meksika	51
Türkiye	53
Hindistan	109

Kaynak: Legatum Kurumu Verileri, http://www.prosperity.com/rankings [14.05.2018]

Tablo 4.7'de medikal turizmde lider ülkeler açısından sağlık sistemleri sıralaması gösterilmiştir. Legatum Kurumu tarafından yapılan araştırma 148 ülkede; fiziksel ve ruhsal sağlığın, sağlık altyapısının ve önleyici sağlık hizmetlerinin performansını ölçmektedir. Araştırmaya göre; ilk sırada Lüksemburg, ikinci sırada ise Singapur

bulunmaktadır (Legatum Institute, 2017). Ayrıca Güney Kore'nin 15., ABD'nin 30., Kosta Rika'nın 32., Tayland'ın 35., Malezya'nın 38., Meksika'nın 51., Türkiye'nin 53. ve Hindistan'ın 109. sırada bulunduğu belirtilmiştir.

4.2.5. Medikal Turizm ve Kurumsal Kalite

Cepten harcamaların düşük olduğu ABD'nin, cepten harcamaların fazla olduğu Singapur'a ve Güney Kore'ye kıyasla daha alt sıralarda bulunması Şekil 4.3 ve Tablo 4.7'de dikkat çeken sonuçlardandır. Ancak ABD'nin sağlık sistemleri sıralamasında diğer lider ülkelere kıyasla daha üst sırada yer alması altyapı ve kalite güvencesi açısından akreditasyonun önemini vurgulamaktadır. Ayrıca medikal turistlerin tercihlerini etkileyen faktörlerin başında, Tablo 2.5'te belirtildiği gibi, sağlık kurumlarının sahip olduğu akreditasyon belgeleri bulunmaktadır. JCI, ABD'deki sağlık hizmeti kalitesini yakalamak amacı ile kurulmuş akreditasyon kurumudur. JCI dünya çapında etkisi olan bir akreditasyon kurumu olup, hastanelerin performanslarını ve gelirlerini arttırmalarına yönelik çözümler sunmaktadır. Ayrıca hasta bakımında da en iyi kaliteyi sağlamayı amaç edinmiştir (JCI, 2017). Bu sebeple Tablo 4.8'de JCI akreditasyonuna sahip sağlık kurumları karşılaştırılması yapılmıştır.

Tablo 4.8: JCI Akreditasyonuna Sahip Sağlık Kurumları Sayıları, 2018

Ülke	Akredite Sağlık Kurumu Sayısı
Tayland	64
Türkiye	46
Hindistan	38
Güney Kore	27
Singapur	23
Malezya	13
Meksika	8
Kosta Rika	2

Kaynak: JCI Verileri, **https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/**[14.05.2018]

Tablo 4.8'e göre 64 akredite sağlık kurumu ile Tayland ilk sırada yer almıştır. Türkiye, Tayland'dan sonra 46 sağlık kurumu ile ikinci sıradadır. Ancak belirtmek gerekir ki JCI yalnızca tek bir akreditasyon kurumu olup, ülkelerde diğer akreditasyon belgelerine sahip sağlık kurumları da bulunmaktadır.

Dünyada medikal turizm sektörünün lider ülkeler açısından değerlendirildiği dördüncü bölümde, Türkiye'nin bu sektörde ne konumda olduğu incelenmeye çalışılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre Türkiye; 2016 yılı için tahmini medikal turist sayıları açısından 9 lider ülke arasında 4. sırada yer almaktadır. 2015 yılı için talep edilen tedavi yöntemi ise göz ve saç tedavileridir. Göz ve saç tedavileri genel olarak sigorta kapsamı dışında

tutulan tedavilerdir. Bu sebeple bireylerin cepten harcama yaparak tedavi maliyetlerini karşılamaları gerekmektedir. Özel sağlık harcamaları içinde bulunan cepten harcamaların payı ise, Türkiye için %78.7 olarak hesaplanmıştır. Cepten harcamaların fazla olması fiyatların diğer lider ülkelere kıyasla düşük olmasına sebep olabilmektedir. 2017 yılı medikal tedavi fiyatları açısından kıyaslama yapılan Türkiye, belirtilen 9 lider ülke arasında, pek çok işlemde, en ucuz ikinci ülkedir. Birinci sırada yer alan ülke ise Hindistan'dır. Cepten harcamalar açısından da Türkiye'nin önünde bulunan Hindistan'ın özel sektör sağlık harcamaları içinden aldığı pay %89.2'dir. Ayrıca iş gücü maliyetinin Hindistan'da düşük olması fiyatların da düşük olmasına ve Türkiye'den daha ucuz olmasına sebep olmaktadır. Buna ek olarak 2014 yılı için Türkiye sağlık harcamalarının GSYH oranları içindeki payı, kamu sektörü ve özel sektör açısından kıyaslama yapılarak analiz edilmiştir. Türkiye GSYH'dan sağlık harcamalarına ayrılan pay bağlamında %5.4'lük oran ile 9 ülke arasından 5. sırada yer almaktadır. Sağlık harcamalarının %4.1'lik kısmı kamu sağlık harcamalarını oluştururken, %1.2'lik kısmı ise özel sağlık harcamalarıdır (World Bank, 2018a). Ancak ABD, GSYH'dan sağlığa ayrılan pay açısından değerlendirildiğinde ilk sırada yer almaktadır. Buna rağmen yapılan sağlık sistemi sıralamasında 148 ülke arasında 30. ülkedir ve Singapur ve Güney Kore'nin gerisinde yer almaktadır. Cepten harcamaları düşük olan ABD, sağlık sistemi sıralamasında cepten harcamaları daha yüksek olan Singapur ve Güney Kore'ye kıyasla alt sıralarda yer almaktadır. Türkiye ise sağlık sistemi sıralamasında 2015 yılı için 148 ülke arasında 53. sıradadır. Literatürde Singapur'un sağlık sistemi sıralaması açısından lider ülkelere kıyasla en üst sırada yer alması özellikle vurgulanmaktadır ve bu durum medikal turistte güven arttırıcı unsur olarak nitelenebilir. Ayrıca Singapur sağlık sistemi sıralamasında üst sırada yer alırken, akredite hastane sayıları açısından değerlendirildiğinde daha alt sıralarda bulunmaktadır. JCI akreditasyonuna sahip hastane sayıları açısıından yapılan karşılaştırmada en yüksek rakama sahip ülke Tayland'dır. Türkiye ise 9 ülke arasından 2. sırada yer almaktadır. JCI, ABD kurumu olduğu için bu kıyaslamaya ABD dahil edilmemiştir. Ayrıca pek çok akreditasyon kurumuna karşılık, JCI daha güvenilir kabul edildiği için bu bağlamda değerlendirme yapılmıştır. Bu durum sağlık sistemi sıralamasında 30. sırada bulunan ABD'nin aslında kaliteli hizmet sunumu bağlamında daha güvenilir olduğu yorumuna açıktır. Ayrıca daha önce de belirtildiği gibi medikal turizm hareketi geçmişte, gelişmekte olan ülkelerden gelişmiş ülkelere (örneğin, ABD) doğru yönelim sergilemektedir. Ancak günümüzde bu yönelim tersine dönmüş ve

ABD gibi gelişmiş ülkelerden gelişmekte olan lider ülkelere doğru gerçekleşmiştir. Bu durumun sebebi ise özellikle Tablo 4.4'te belirtildiği gibi yüksek fiyat farklıdır. Ancak fiyat farklarını tek etken olarak düşünmek doğru olmazken, JCI akreditasyon belgesine sahip lider ülke hastaneleri kalite açısından güven arttırıcı unsur olarak değerlendirilir ve medikal turistler tarafından talep edilir. Böylece geçmişte ABD gibi gelişmiş ülke talebinde bulunan medikal turistler, günümüzde gelişmekte olan ülkeler arasında bulunan Tayland, Malezya, Singapur, Hindistan ve Türkiye'yi daha fazla talep etmektedir.

Ayrıca bu ülkelerin medikal turist sayıları açısından değerlendirildiği Tablo 4.1'de dikkat çeken diğer bir nokta ise medikal turist sayılarının, toplam turist sayıları içindeki paylarıdır. Türkiye medikal turist sayıları bağlamında 9 ülke arasından 4. sırada yer alırken, toplam turist sayıları içinden medikal turist sayılarının aldığı pay açısından 8. sırada yer almaktadır. Güney Kore, Singapur, Hindistan ve Kosta Rika'da toplam turist sayıları, Türkiye'ye kıyasla oldukça düşük olduğu için medikal turist sayılarının aldığı pay artmaktadır. Bu durum pay bağlamında Türkiye'nin daha alt sıralarda bulunması sonucunu doğurmaktadır.

4.3. Türkiye'de Medikal Turizm: Güçlü-Zayıf Yönler, Fırsatlar ve Tehditler

Medikal turizm konusu üzerine araştırmada bulunan birçok çalışmada Türkiye'nin bu sektördeki güçlü-zayıf yönleri, fırsatları ve tehditleri belirtilmiştir. Bu sebeple yapılan literatür taraması ve tez çalışmasında gerçekleştirilen karşılaştırmalar sonucunda Tablo 4.9 oluşturulmuştur (Kostak, 2007; Polat, 2014; Sönmez, 2011; Tengilimoğlu, 2013; Yirik, 2014; Tontuş, 2015; Daştan, 2014; Tengilimoğlu & Balçık, 2009; Güngör, 2016; Dinçer, Çiftçi, & Karayılan, 2016; Sağlık Bakanlığı, 2012e; Sügür, 2016; Gülmez, 2012; OHSAD, 2016; Yıldırım, Yıldırım, & Akbulut, 2012; Heung, Küçükusta, & Song, 2010; Taş, 2014; İçöz, 2009; Demirer, 2010; Omay & Cengiz, 2013; Özsarı & Karatana, 2013; Bookman & Bookman, 2007; Arellano, 2007; Özcan, 2014; Espicorn, 2011; Arık, İleri, & Kaya, 2016; Kahveci, 2014; Yereli & Kara, 2012; Gülen & Demirci, 2012).

Tablo 4.9: Türkiye Medikal Turizm Sektörü GZFT

Güçlü Yönler	Zayıf Yönler
— Coğrafi konum — Kültürel benzerlik — Geleneksel turizm çekiciliği — Turizmi tüm yıla yayabilme — Demografik özellikler — Ulusal havayolunun gelişmiş olması — Özel hastane ve üniversite hastanelerinin altyapısı — Özel hastane sektörünün gelişmesi — Kamu-özel ortaklığı projeleri — Turizm ve sağlık sektörlerinde artan istihdam — Ülke içi artan sağlık hizmeti rekabeti — Bekleme sürelerinin kısa olması — Düşük fiyat avantajı — Çeşitli planlara medikal turizmin dahil olması — Sağlanan devlet teşvikleri — Uluslararası seyahat maliyetlerinin düşmesi — Uluslararası medikal turizm konumu — Artan medikal turizm geliri	— Siyasi imaj — Türkiye sağlık sektörünün imajı — Sektörün yeni oluşması — Kurumlar ve sektörler arası koordinasyon problemi — Aracı kurumların yetersizliği — Kamu hastaneleri ve ilgili bakanlıkların altyapısı — Beyin göçü — Bireylerin sağlık hizmetine ulaşım sorunları — Özel hastane yatırımları — Turistin sağlığı konusuna daha çok önem verilmesi — Yanlış fiyat politikası uygulamaları — Düşük fiyat avantajının sürdürülebilir olmaması — Cepten harcamalar ve fiyat ilişkisi — Tıbbi cihaz sektöründe dışa bağımlılık — Akreditasyon
Fırsatlar	**Tehditler**
— Küreselleşmenin artması — Dünya pazarındaki yeri — Gelişen teknoloji — Gelişmiş ülkelerdeki kısıtlı sigorta poliçeleri ve işverenin maliyeti düşürme isteği — Gelişmiş ülkelerin sağlık hizmeti harcamaları — Yurt dışında çalışanların kendi ülkelerine dönmesi — Ekonomik durgunluk — Uluslararası sağlık ve turizm örgütleri ile olan ilişkiler — Avrupa'da artan yaşam süresi — Uzun bekleme süreleri — Estetik, diş ve göz operasyonlarına artan talep — Yurt dışında yaşayan gurbetçilerin varlığı — Yurt dışında yaşanan siyasi olaylar	— Artan uluslararası rekabet koşulları — Batıda artan yaşlı nüfus — AB turizm politikaları — Tanıtım eksiklikleri — Yaşanan krizler — Diğer ülkelerin insan kaynakları altyapısı

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 4.9'a göre Türkiye'nin medikal turizm sektöründeki güçlü yönleri fazla olmasına rağmen, geliştirilmesi gereken zayıf yönleri de bulunmaktadır. Bu bölümde Türkiye'nin sektördeki güçlü-zayıf yönleri ve karşısındaki fırsatları ve tehditleri ayrıntılı şekilde ele alınmaya çalışılmıştır.

4.3.1. Türkiye'nin Medikal Turizmde Güçlü Yönleri

Türkiye'nin özellikle kıyı turizminde gelişmiş olması medikal turizmin güçlü yönleri arasındadır. Medikal turizm sektörü farklı pazarlama stratejileri aracılığıyla kıyı turizmi ile birleştirildiğinde (örneğin, medikal turiste sunulan paket programlar ile hem ameliyat olma hem tatil yapma imkanı sağlama) sektörün gelişmesine katkı sağlayabilmektedir. Ayrıca Türkiye'nin turizmden sağladığı gelir günümüze kadar giderek artan bir trend sergilemektedir. Turizmi tüm yıla yayma politikası ile ise turizminden sağlanan gelirin daha fazla arttırılması hedeflenmektedir. Sağlık turizmi ve medikal turizm sektörü turizmin tüm yıla yayılabilmesi için önerilen politikalardandır. Buna ek olarak Türkiye'de sunulan ucuz fiyat avantajı ve bekleme sürelerindeki kısalık güçlü yönler arasında sayılırken, özel hastane ve üniversite hastanelerinin altyapılarının gelişmiş olması da sektörün gelişmesine ön ayak olmaktadır.

— ***Coğrafi konum:*** Türkiye bulunduğu coğrafi konumu açısından çevresinde, gelişmiş ya da gelişmekte olan bir çok ülke bulundurmaktadır. Asya ve Avrupa ülkelerini birbirine bağlarken diğer lider ülkelere kıyasla Avrupa bölgesine daha yakındır (Kostak, 2007, s. 153). Ancak Türkiye coğrafi konum açısından bazı yönleri ile avantajlı olsa da politik çatışmaya açık olan Orta Doğu'ya yakınlığı medikal turizm sektöründe negatif etki oluşturabilir (Polat, 2014, s. 75). Buna ek olarak Türkiye'nin deprem bölgesi içinde yer alması olası doğal afet tehlikesini de yaratmaktadır (Sönmez, 2011, s. 11; Polat, 2014).

— ***Kültürel benzerlik:*** Diğer Müslüman ülkelerin Türkiye'yi daha güvenilir bulmasına sebep olabilmektedir. Ayrıca Orta Doğu ve Orta Asya ülkeleri sağlık hizmeti arzı düşük ancak alım gücü yüksek kesimi oluşturmaktadır. Bu kesim kültürel benzerlik sebebi ile Türkiye'yi medikal turizmde tercih edebilmektedirler (Tengilimoğlu, 2013, s. 163). Ancak Müslüman ülkelerle olan kültürel benzerlikler Türkiye açısından olumlu imaj sergilese de diğer ülkelerle olan kültürel farklılıklar medikal turistin kendi ülkesine yakın ülkeyi tercih etmesine sebep olabilmektedir. Bu durumun giderilmesi için ise sağlık kurumunun birçok dilde personel istihdamı yaratması ya da İngilizce konusunda problem yaşamaması ve diğer kültürlere açık olması gerekmektedir.

— ***Geleneksel turizm çekiciliği:*** UNWTO (2017) verilerine göre Türkiye turizm açısından dünyada tercih edilen ilk 10 ülke arasındadır. Türkiye'nin kıyı turizmi açısından sahip olduğu avantaj medikal turizm olanakları ile birleştirilerek medikal turistlere tedavi olurken tatil yapabilme imkanı sunmaktadır (Tengilimoğlu, 2013, s. 163). Ayrıca Türkiye'de bulunan kaliteli otel sayısındaki fazlalık hizmet sunumu açısından pozitif etki yaratmaktadır (Yirik, 2014, s. 158).

— ***Turizmi tüm yıla yayabilme:*** Türkiye'nin kıyı turizminde diğer turizm çeşitlerine göre daha ön planda olduğu çalışmada birçok kez belirtilmiştir. Ancak sağlık turizmi ve medikal turizmin gelişmesi ile bireyler yalnızca yaz aylarında (Temmuz, Ağustos, Eylül) Türkiye'ye gelmekten çok Ekim, Kasım ve Aralık aylarını da tercih edebilmektedir. Böylece turizmi tüm yıla yayabilme politikası gerçekleşmiş olmaktadır.

— ***Demografik özellikler:*** Türkiye'de genç iş gücünün varlığı medikal turizmde güçlü yönler arasında gösterilmektedir (Tontuş, 2015). Deneyim sahibi olmayan ancak nitelikli eğitim almış genç iş gücü medikal turizm sektörünün gelişmesine katkı sağlayabilmektedir. Genç iş gücünün varlığı iyi değerlendirildiği takdirde medikal turizm sektörüne avantaj sağlamaktadır (Daştan, 2014, s. 156).

— ***Ulusal havayolunun gelişmiş olması:*** Türkiye'ye birçok ülkeden doğrudan ulaşımın sağlanması, sağlık hizmeti arzında hava ambulansının kullanılabilmesi ve THY gibi dünya genelinde erişim sağlayan ulusal havayolunun varlığı kaliteli hizmet sunumunu arttırmaktadır (Karakoç, 2017a, s. 179; Tengilimoğlu, 2013, s. 163).

— ***Özel hastane ve üniversite hastanelerinin altyapısı:*** Türkiye'de kamu hastanelerine kıyasla özel hastane ve üniversite hastanelerinin teknolojik altyapısı ve insan kaynakları daha gelişmiştir. Uzman istihdamının fazla olması, İngilizce bilgisine sahip sağlık personeli ve Amerikan Board sertifikalı doktorların istihdamı ayrıca özel hastanelerde yatak sayılarının talebi karşılayacak sayıda olması kamu hastanelerine kıyasla daha gelişmiş olduğunun göstergesidir (Tengilimoğlu& Balçık, 2009, s. 69'dan aktaran Yirik, 2014, s. 157; Tengilimoğlu, 2013, s. 163). TÜİK'ten elde edilen bilgilere göre 2000 yılında 12.162 yatak sayısına sahip olan özel hastane sektörü 2016

yılına kadar giderek artış göstermiş ve 2016 yılında 47.143'e ulaşmıştır. Üniversite hastaneleri yatak sayıları ise 2000 yılında 23.838 iken 2016 yılında 37.707 yükselmiştir (TÜİK, 2018c). Bu sebeple medikal turistler Türkiye'de özel hastaneler ve üniversite hastanelerini daha çok tercih etmektedir.

— ***Özel hastane sektörünün gelişmesi:*** Özel hastanelerin altyapısına ek olarak Türkiye'de özel hastane sektörü nicelik olarak da gelişim göstermektedir ve bu durum medikal turizm açısından Türkiye'nin güçlü yönleri arasında sayılmaktadır (Kostak, 2007, s. 153).TÜİK'ten elde edilen verilere göre yataklı ve yataksız özel sağlık kuruluşu toplam sayısı 2000 yılında 261 iken 2016 yılında 565'e yükselmiştir (TÜİK, 2018d).

— ***Kamu-özel ortaklığı projeleri:*** Medikal turistlerin özel sektör hastanelerini ve üniversite hastanelerini tercih etmelerinin önemli sebeplerinden biri bu hastanelerin altyapılarındaki gelişimdir. Kamu hastanelerinde ise kamu-özel ortaklığı projeleri ile altyapı gelişimi sağlanmaya çalışılmaktadır. Daha önce Türkiye örneğinde ele alınan "şehir hastaneleri" bir kamu-özel ortaklığı projesi olup, sağlık hizmetlerinin otel konforunda sağlanması tanıtımlarda vurgulanmıştır (Güngör, 2016). Bu durum sağlık sektörünün turizme uygun olarak gelişmesini sağlamış ve medikal turizmde Türkiye'nin güçlü yönleri arasında sayılmıştır. (Dinçer, Çiftçi, & Karayılan, 2016, s. 50). Ancak kamu-özel ortaklığı projelerinin finansmanı yap-işlet-devret modelini içerdiği için çeşitli eleştirilere maruz kalmıştır. Bu sebeple finansman açısından iyi değerlendirildiği takdirde kamu-özel ortaklığı projelerinden verim sağlanabilmektedir.

— ***Turizm ve sağlık sektörlerinde artan istihdam:*** Medikal turizm sektörünün gelişimi ile birlikte sağlık sektöründe istihdam artışı beklenebilmektedir. Örneğin, yabancı hastaya hizmet arz eden kurumun tercüman çalıştırması istihdam yaratmaktadır. Ayrıca medikal turizmin, turizm sektörü ile entegre hareket etmesi istihdam fırsatını turizm sektörüne de yansıtabilir. Buna ek olarak sağlık turizminin medikal, termal ve ileri yaş ve engelli turizmini içermesi bu alanlarda yapılan istihdam artışını da kapsamaktadır.

— ***Ülke içi artan sağlık hizmeti rekabeti:*** Sağlık hizmeti arzında artan yurt içi rekabetin yurt dışına olan sağlık hizmeti ihracatını teşvik etmesi, medikal

turizm sektörünün güçlü yönleri arasında sayılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012e, s. 62).

— ***Bekleme sürelerinin kısa olması:*** Çalışmada elde edilen veriler ışığında kıyaslama yapılarak çeşitli tedavilerin bekleme süreleri gösterilmiştir. Türkiye'de bekleme sürelerinin kısa olması, literatürde güçlü yönler arasında belirtilmektedir (Sügür, 2016, s. 110).

— ***Düşük fiyat avantajı:*** Türkiye birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeye kıyasla sağlık hizmeti arzında maliyet avantajına sahiptir. Güçlü yönler arasında bulunan düşük fiyat avantajının sebeplerinden biri ise iş gücü maliyetindeki düşüklüktür. Çalışanlara uygulanan düşük ücret politikası iş gücü maliyetini düşürerek fiyatların da diğer ülkelere kıyasla daha ucuz olmasını sağlayabilmektedir (Gülmez, 2012, s. 80). Ayrıca göz ve diş tedavisi gibi birçok ülkede bulunmayan ya da Türkiye'ye kıyasla daha yüksek fiyatlı olan tedaviler Türkiye'de tercih edilmektedir (Dinçer, Çiftçi, & Karayılan, 2016, s. 50).

— ***Çeşitli planlara medikal turizmin dahil olması:*** Türkiye'de sağlık turizmi ve medikal turizm birçok planda yer almıştır. Ayrıca 10. Kalkınma Planı'na sağlık turizmi ve medikal turizmin dahil edilerek, diğer planlara göre daha geniş yer verilmesi sektörün gelişimini pozitif yönde etkileyebilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012e, s. 62).

— ***Sağlanan devlet teşvikleri:*** Medikal turizm sektörünün Türkiye açısından değerlendirildiği üçüncü bölümde ele alındığı gibi, devletin bu sektör için sağladığı birçok teşvik bulunmaktadır. Özellikle serbest sağlık bölgelerinin planlara dahil edilmesi ve sağlanan vergi istisnaları güçlü yönler arasındadır (Dinçer, Çiftçi, & Karayılan, 2016, s. 50). Örneğin, 2018 yılında serbest bölgelerde hizmet ihraç edenlere vergi indirimleri uygulanmaktadır (TBMM, 2018). Ayrıca medikal turistlere sağlanan medikal vize kolaylıkları da Türkiye'nin güçlü yönleri arasında sayılabilmektedir (OHSAD, 2016). Medikal turizm sektöründeki iktisadi aktörler bu desteklerden faydalanarak sektörün gelişimine katkıda bulunabilirler. Ancak belirtmek gerekir ki yapılan planlamaların uygulamaya geçmesi konusunda problemler yaşanması devletin sağladığı teşviklerin yanında geliştirilmesi gereken zayıf noktalardandır (Dinçer, Çiftçi, & Karayılan, 2016, s. 50).

— ***Uluslararası seyahat maliyetlerinin düşmesi:*** Medikal turistlerin harcamalarını arttıran etkenlerden biri seyahat maliyetleridir. Sağlanan desteklerle veya çeşitli sebeplerle düşürülen seyahat maliyetleri sağlık hizmeti arzının maliyetini düşürerek talebi arttıracaktır (Yıldırım, Yıldırım, & Akbulut, 2012). Örneğin, daha önce belirtildiği gibi THY'nin medikal turistlere sağladığı destek de Türkiye'nin talebini arttırıcı etki doğururken güçlü yönler arasında bulunmaktadır.

— ***Uluslararası medikal turizm konumu:*** Türkiye medikal turizm sektörüne diğer lider ülkelere kıyasla yeni katılmıştır. Ancak bu duruma rağmen diğer ülkelere rakip gösterilebilmesi, Türkiye'nin medikal turizm sektöründeki güçlü yönlerindendir (Dinçer, Çiftçi, & Karayılan, 2016, s. 51).

— ***Artan medikal turizm geliri:*** Sektörün gelişmesi ile medikal turizm gelirlerinde ve ülkeye giren dövizlerde artış sağlanacaktır. Örneğin, Tablo 4.13 incelendiğinde 2016 yılı için Türkiye'ye sağlık ve tıbbi nedenler ile gelenlerden elde edilen toplam gelir 715.438.000 dolardır. Bu rakam 2002 yılından 2016 yılına kadar genel olarak artış trendi göstermiştir. Ayrıca toplam turizm gelirleri içindeki payı açısından değerlendirildiğinde ise en yüksek pay 2016 yılına aittir ve bu pay 2002 yılından itibaren genel olarak artmıştır.

4.3.2. Türkiye'nin Medikal Turizmde Zayıf Yönleri

Medikal turizm sektöründe Türkiye'nin güçlü yanlarının bulunmasına rağmen Tablo 4.9'da belirtildiği gibi bir takım zayıf yanları da bulunmaktadır. Bu zayıf yönler arasında Türkiye'nin sergilediği siyasi imaj, sağlık sektörü imajı, medikal turizm sektörünün yeni oluşmasından kaynaklı yaşanan problemler, kamu hastanelerinin altyapıları, bireylere sunulan sağlık hizmeti yetersizlikleri gibi faktörler bulunmaktadır.

— ***Siyasi imaj:*** Şekil 3.1'de Türkiye'yi ziyaret eden turist sayılarında açıkça belirtildiği gibi özellikle 2016 yılında bir önceki yıla göre düşüş yaşanmıştır. Turist sayılarındaki bu düşüş medikal turistleri de etkileyerek Türkiye'ye sağlık ve tıbbi nedenlerle gelenlerin talebini düşürmüştür. Bu durum Türkiye'nin medikal turizm sektöründe zayıf yönleri arasında sayılabilmektedir.

— ***Türkiye sağlık sektörünün imajı:*** Tablo 4.7'de belirtildiği gibi sağlık sistemleri sıralamasında Türkiye 148 ülke arasında 53. sırada bulunmaktadır. Bu durum medikal turist açısından güven azaltıcı etki yaratarak Türkiye'nin zayıf yönleri arasında kabul edilmektedir (Polat, 2014, s. 75). Yirik ve Ekici (2014) tarafından yapılan çalışmada medikal turistlerin "yasal düzenlemeler, mahremiyet, fiyatlandırma politikaları, sağlık hizmetlerine erişim, tedavi yöntemi ve tedavi uygulaması bilgilendirmesi" gibi konularda etik problemlerle karşılaştığı sonucuna varılmıştır. Çalışmada 25 uzman görüşü alınmış ve bu 25 uzman arasından 5 uzmanın "etik olmayan davranışlar medyaya yansıdığı için ülke imajı olumsuz etkilenmektedir" görüşüne sahip olduğu belirtilmiştir. Ayrıca 3 uzman "Avrupa sigortalarının hakem doktor uygulaması yapması Türkiye'ye duyduğu güven eksikliğini gösterir. Türkiye'de uygulanan tedavi kendi doktorları tarafından incelendikten sonra onay görüyor. Çünkü Türkiye'ye gelen bir turist karın ağrısı ile gittiği hastanede lüzumsuz apandist ameliyatı olabiliyorsa, basit bir kol kırılmasından dolayı gidip 5 gün yoğun bakımda yatırılabiliyorsa ve bunların karşılığında da yüksek bir fatura çıkarılıyorsa güven probleminin oluşması normal gözükmektedir." görüşüne sahiptir. 2 uzman ise "sigorta ödemelerinde masrafların fazla görülmesi gibi etik dışı uygulamalardan dolayı, Avrupa ve diğer ülke sigortalarının Türkiye sağlık sistemini sorguladığı görülmektedir" söyleminde bulunduğu belirtilmiştir (Yirik & Ekici, 2014, s. 8).

— ***Sektörün yeni oluşması:*** Medikal turizm sektörünün Türkiye'de yeni oluşmasından kaynaklı birtakım problemle karşılaşılmaktadır. Bu problemlerden biri sektördeki yönetici ve çalışanların bilinçsiz olmasıdır.Özellikle Avrupa sağlık mevzuatı, hasta hakları ve malpraktis konusunda sağlık personeli ve yönetici bilgileri yetersiz kalmaktadır ve hukuki çerçevede, yeterli düzenlemeler gerçekleştirilemediğinden, eksiklikler mevcuttur (Karakoç, 2017a, s. 177; Yirik, 2014, s. 160). Medikal turizm Türkiye'de gelişmekte olan bir sektör olduğu için medikal turistlerin tedavi sonrasında kendi ülkesine döndüğünde yaşanacak problemlere karşı henüz bir çözüm alınamamıştır. Bu durum medikal turist bakımında sürekliliğin sağlanmasındaki belirsizlikler olarak değerlendirilmektedir. Ancak Türkiye'de

medikal turizm sektörü yeni oluşmasına rağmen gelinen nokta lider ülker ile eş değer sayılabilecek niteliktedir.

— ***Kurumlar ve sektörler arası koordinasyon problemi***: Medikal turizm yalnızca turizm sektörü ile ilişkili olmayıp sağlık sektörünü de ilgilendirdiği için sektörler arası koordinasyon medikal turizmin gelişiminde önem arz etmektedir (Heung, Küçükusta, & Song, 2010, s. 237). Kültür ve Turizm Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Ekonomi Bakanlığı gibi pek çok bakanlığı ilgilendiren medikal turizm sektöründe bakanlıklar ve birimler arası koordinasyon yetersizdir (Taş, 2014, s. 76). Ayrıca yurt dışı sigorta şirketleri ile bulunan zayıf koordinasyon problemi medikal turizmi negatif yönde etkilemektedir (Karakoç, 2017a, s. 178). Ancak 663 sayılı yasa ile sağlık turizmi Sağlık Bakanlığı tarafından tek elden yürütülmeye başlamıştır (Resmi Gazete, 2011). Kurumlar ve bakanlıklar arası koordinasyon problemi olmasına rağmen sağlık turizminin Sağlık Bakanlığı tarafından tek elden yürütülmesi iyi bir denetim ve düzenleme sistemini beraberinde getirebilir.

— ***Aracı kurumların yetersizliği:*** Seyahat aracısı olan işletmeler gibi aracı kurumlar sektörde nicel ve nitel olarak yetersizdir (İçöz, 2009). Aracı kurumların varlığı medikal turist açısından güven arttırıcı etki doğurabilmektedir. Medikal turist talep ettiği ülkeden aracı kurumlar sayesinde belirli bir ücret karşılığında güvenli ve kolay şekilde hizmet alabilmektedir.

— ***Kamu hastaneleri ve ilgili bakanlıkların altyapısı***: Medikal turizm sektöründe özel sektörün tercih edilmesinin sebeplerinden biri daha önce de belirtildiği gibi altyapılarında sağladıkları gelişimdir. Ancak kamu hastaneleri medikal turizm sektörü için yeterli altyapı olanaklarına sahip değildir (Sağlık Bakanlığı, 2012e, s. 61). Kamu hastanelerinin çok azının akreditasyon belgesine sahip olması bu duruma kanıt olarak gösterilebilir. Ayrıca insan kaynakları açısından değerlendirildiğinde ise turizm sektörü hakkında bilgisi olan personelin sağlık sektöründe istihdam edilmemesi zayıf yönler arasındadır ve sağlık personelinde yaşanan yabancı dil sorunu kamu hastanelerinde daha yoğunluktadır (Demirer, 2010, s. 49; Dinçer, Çiftçi, & Karayılan, 2016, s. 50). Yabancı dil problemi yaşayan personele ek olarak kamu hastanelerinde

yabancı personel istihdamı konusunda da tartışmalar sürmektedir (Yirik, 2014, s. 158).

Bakanlık altyapılarında ise web sitelerinin yeterli kalitede olmaması tanıtım ve bilgilendirme üzerinde negatif etki yaratmaktadır. Ayrıca tanıtım ve bilgilendirme eksikliklerinin dışında Türkiye medikal turizm sektöründe pazarlama stratejilerine ve pazarlama araştırmalarına da yeterince önem verilmemektedir (Karakoç, 2017b, s. 367). Veri bulma probleminden kaynaklı sektörün yeterince analiz edilememesi de Türkiye'nin medikal turizm açısından karşılaştığı sorunların başında gelmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012e, s. 61). Ancak 2011 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından kurulan Yabancı Hasta Takip Sistemi ile veri bulma problemine çözüm getirilmeye çalışılmaktadır.

— ***Beyin göçü:*** Kamu sağlık çalışanlarının özel sektörde daha fazla gelir elde edeceklerini düşünmeleri ve bu sebeple özel sektörde çalışma talebinin artış göstermesidir. Bunun sonucunda kamu hastaneleri nitelikli personel istihdamı açısından yetersiz kalmaktadır (Omay & Cengiz, 2013, s. 429). Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı çeşitli reformlar devlet hastanesinde çalışan nitelikli doktor ve sağlık personelinin özel sektöre yönelmesine sebep olmaktadır. Bu sebeple kamu sektöründe nitelikli personel istihdamı problemi ortaya çıkmıştır (Özsarı & Karatana, 2013).

— ***Bireyler için sağlık hizmetine ulaşım sorunları:*** Medikal turizm hizmeti arz eden özel sektör kuruluşlarının, kamu sektörüne kıyasla altyapı ve insan kaynakları bakımından daha gelişmiş olduğuna çalışmada değinilmiştir. Bu durum Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin sağlık sisteminde ikili bir yapı oluşmasına sebep olmaktadır. Gelir düzeyi yüksek kesim kaliteli ve güvenilir sağlık hizmetine ulaşabilirken, gelir düzeyi düşük kesim üzerinde dışlama etkisi *(crowding out)* yaratılmaktadır. Ancak medikal turizmden elde edilen gelirler ile istihdam yaratılması ve bu yaratılan istihdam sonucunda bireylerin gelirlerinin yükselmesi dışlama etkisi yaratılan bireylerin sektöre katılmasına *(crowding in)* sebep olabilir.

  Buna ek olarak kar amacı güden özel sağlık kuruluşları ve medikal turizm birimi bulunan kamu sağlık kuruluşları daha fazla ödeme yapabilen yabancı medikal turistlere öncelik tanımaktadır. Bu sebeple yabancı hasta dışındaki bireylere "ikinci sınıf hasta" muamelesi yapılmaktadır. Kapasite fazlalığı

ortaya çıktıktan sonra ya da yatakların boşalmasından sonra yerli hastaların tedavi edilmesi yapılan ikinci sınıf hasta muamelesine örnektir (Özsarı & Karatana, 2013).

— ***Özel hastane yatırımları***: Ülkelerin GSYH girdilerini arttırmak için önerilen politikalardan biri medikal turizm sektörüne yatırım yapılmasıdır (Arellano, 2007, s. 195). Medikal turistlerin çeşitli sebeplerle tercih ettikleri özel hastaneler Türkiye'deki yatırımlar bağlamında İstanbul ile sınırlı kalmaktadır. Bu durumu yaratan sebep ise yatırımcının İstanbul dışında farklı bir ili tercih etmemesidir. Ayrıca İstanbul dışındaki sağlık kurumlarının medikal turizm sektörüne uygun olup olmadığının bilinememesi Türkiye'nin zayıf yönleri arasındadır (Dinçer, Çiftçi, & Karayılan, 2016, s. 50).

— ***Turistin sağlığı konusuna daha çok önem verilmesi:*** Türkiye'de sağlık turizmi yarattığı katma değer bakımından diğer turizm türlerine göre daha yüksektir. Ancak medikal turizm, turistin sağlığı konusuna kıyasla daha az önem teşkil etmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012e, s. 61). Bu duruma rağmen turist sağlığı ve güvenliğinde yetersizlikler bulunmaktadır (Özcan, 2014, s. 163).

— ***Yanlış fiyat politikası uygulamaları:*** Sağlık Bakanlığı'nın uyguladığı piyasa koşulları dışı (örneğin, döviz kuru dalgalanmalarının hesaba katılmaması) fiyat politikalarının özel sektör temsilcileri tarafından doğru bulunmamaktadır. Diğer yandan Türkiye'deki her özel hastanenin fiyatları açısından birbiri ile uyumlu olmaması ve aynı hastanenin aynı hizmeti başka bir hastaya farklı rakamlarla fatura etmesi uygulanan yanlış fiyat politikalarındandır.

  Ayrıca Türkiye'nin güney bölgesinde uygulanan mevsimsel fiyat politikaları diğer bölgeler açısından risk taşımaktadır (Polat, 2014, s. 75). Türkiye güney bölgesinin diğer bölgelere kıyasla daha fazla tercih edilmesi ve o bölgede sağlık hizmeti arzında bulunan kurumların yaz aylarında yaşanan talep artışı sebebi ile fiyatları arttırmasıdır.

— ***Düşük fiyat avantajının sürdürülebilir olmaması:*** Türkiye'nin medikal turizm açısından sahip olduğu düşük fiyat avantajı literatürde ve çalışmada birçok kez vurgulanmıştır. Bu durumun çeşitli sebeplerle sürdürülebilir olmaması karşılaşılan tehditler arasındadır (Polat, 2014, s. 75). Yabancı

medikal turistlerin daha fazla ödeme yapabildikleri için medikal tedavi fiyatlarının yükselmesi Türkiye'nin sahip olduğu fiyat avantajını negatif etkilemektedir. Ayrıca "Medikal Turizm Sektöründe Kamu-Özel Ortaklığı Projeleri" başlığı altında değerlendirilen kamu-özel ortaklığı projelerinin fiyatları arttıracağına dair eleştiriler bu duruma gösterilen bir diğer örnektir. Sektörün yeni oluşmasından kaynaklı gerekli hukuki çerçevede de eksiklikler bulunması fiyatların değişkenlik göstermesine ve maliyet artışına sebep olabilmektedir.

— ***Cepten harcamalar ve fiyat ilişkisi:*** Cepten harcamaların artış göstermesi medikal turizmin ortaya çıkıp gelişmesindeki nedenler arasındadır. Cepten harcamalardaki artış bireylerin sigorta kapsamlarının düşük olmasından kaynaklandığı gibi, kişinin sigortasının bulunmamasından da kaynaklanabilir. Çalışmada belirtildiği gibi cepten harcamaların fazla olduğu ülkelerde fiyatlar, cepten harcamaların az olduğu ülkelere kıyasla daha düşüktür. Fiyatların düşük olması pozitif etki doğururken, bir ülkede cepten sağlık harcamalarının fazla olması beklenilen ve istenilen bir durum değildir. Şekil 4.3'te Türkiye cepten harcamalarının, özel sektör sağlık harcamaları içindeki payı %78,7 olarak gösterilmiştir. Özel sektör sağlık harcamaları içinde yüksek bir paya sahip olan cepten harcamaların, Türkiye'nin zayıf yönleri arasında gösterilmesi doğru olacaktır.

— ***Tıbbi cihaz sektöründe dışa bağımlılık:*** Dünyada ABD tıbbi cihaz ticareti bağlamında öncü ülkelerdendir ve %39 pay ile dünya tıbbi cihaz ihracatında birinci sırada yer almaktadır. İkinci sırada %11,3 ile Japonya, üçüncü sırada ise %7,58'lik pay ile Almanya bulunmaktadır. Türkiye ise bu pastada çok küçük bir paya sahip olup, elde ettiği pay %0,74 ile sınırlı kalmıştır (Espicorn, 2011'den aktaran Arık, İleri, & Kaya, 2016). Türkiye'nin tıbbi cihaz sektöründe %85 oranında dışa bağımlı olması medikal tedavi fiyatlarını negatif etkileyebilir.

  Ayrıca Türk lirasının değer kaybetmesi ile tıbbi cihaz sektöründe dışa bağımlı olan Türkiye'nin ithalat giderleri artacaktır. Bu durum medikal ürün maliyetlerini ve fiyatları negatif etkileyebilir. Diğer yandan döviz kurundaki dalgalanmalar sonucunda, örneğin, Türk lirasının değer kaybetmesi ile dövizin değer kazanması sonucunda, ihracat artacağından döviz kurunda uygulanan politikalar medikal turizmde güçlü yönler arasında sayılmaktadır (Polat, 2014,

s. 75). Örneğin, Malezya Sağlık Bakanlığı 2010 yılında Malezya Ringiti'nde uygulanan döviz kurunun düşük olması sebebiyle Malezya'nın medikal turistler tarafından tercih edildiğini belirtmiştir (Connell, 2006). Ancak Türk lirasında meydana gelen bir değer artışı ihracatı olumsuz yönde etkileyerek tehdit yaratan etkenler arasında sayılabilmektedir.

— ***Akreditasyon:*** Türkiye Tablo 4.8'de medikal turizmde lider ülkeler arasında yapılan akredite sağlık kurumları sıralamasında ikinci sırada bulunmaktadır. Dünyada artan uluslararası akreditasyonun önemine karşılık Türkiye'de, henüz yeterli sayıda olmasa da, akreditasyon belgesine sahip kurumların varlığı medikal turistlerde güven arttırıcı etki doğurmaktadır. Ancak akredite hastanelerinin çoğunun özel hastanelerden oluşması dikkat çekmektedir. Ayrıca 2016 yılı için Türkiye'de yataklı ve yataksız sağlık kurumlarının toplam sayısı 32.980'dir (TÜİK, 2018d). Tablo 4.8'de ise yalnızca 46 sağlık kurumunun JCI akreditasyonuna sahip olduğu belirtilmektedir. Toplam sağlık kurumları içindeki JCI akreditasyonuna sahip hastane sayıları oldukça düşüktür. Ancak belirtmek gerekir ki JCI tek bir akreditasyon kurumu olup diğer akreditasyon kuruluşlarından belge sahibi olan kurumlar hesaplamaya dahil edilmemiştir. Buna ek olarak Vizyon 2023 medikal turizm hedefleri arasında bulunan "uluslararası akreditasyon merkezinin Türkiye'de kurulması" akreditasyon açısından Türkiye'nin güçlü yanları arasında gösterilebilecektir. Ayrıca bazı kaynaklarda "uluslararası akreditasyon kurumunun Türkiye'de bulunmaması" Türkiye'nin karşısındaki medikal turizm tehditleri arasında değerlendirilmektedir (Omay & Cengiz, 2013, s. 429). Uluslararası akreditasyon kurumunun 2023 hedefleri arasında olması bu durumun tehdit olarak değerlendirilmesine çözüm olabilir. Ulusal akreditasyon kurumunun varlığı, akreditasyon belgesinin temini açısından da maliyet avantajı sağlayabilmektedir (TÜRKAK, 2018).

4.3.3. Türkiye'nin Medikal Turizmde Karşılaştığı Fırsatlar

Medikal turizmde karşılaşılan fırsatlar Türkiye'yi etkileyen dış faktörleri kapsamaktadır. Medikal turizm sektöründeki Türkiye'nin karşısındaki fırsatlar küreselleşmenin artması, gelişen teknoloji, medikal turizmin dünya pazarındaki yeri, kısıtlı sigorta poliçelerinin varlığı olarak belirtilmiştir.

— ***Küreselleşmenin artması:*** Küreselleşmenin artması ve internet kullanımının yaygınlaşması ile var olan engeller kaldırılarak hizmet sektörü gelişmiştir (Kahveci, 2014, s. 14). Bilinçli bireylerin varlığı ve bu bireylerin sağlık nedeni ile seyahat etme isteklerinin yaygınlaşması medikal turizmin önündeki fırsatlardandır (Polat, 2014, s. 75).

— ***Dünya pazarındaki yeri:*** Medikal turizm dünyanın en hızlı büyüyen sektörlerinden biridir (Heung, Küçükusta, & Song, 2010, s. 236). Veri bulma probleminden kaynaklı son yıllardaki medikal turizm gelirlerine ulaşılamamakla birlikte 2012 yılı için dünyada elde edilen medikal turizm geliri 100 milyar dolar olarak belirtilmiştir (Karakoç, 2017a, s. 186). Bu rakam medikal turizmin hızla büyüdüğünün göstergesidir. Ayrıca Rusya, Ukrayna, Kazakistan ve Azerbaycan'da sağlık sistemleri arzının ve işleyişinin yeterli seviyede olmaması ancak buna rağmen medikal turizmde fazla büyüme oranına sahip olmaları bu duruma örnek gösterilebilir (Sağlık Bakanlığı, 2016, s. 154).

— ***Gelişen teknoloji:*** Küreselleşmenin artması ve internet kullanımının yaygınlaşmasının sektörün karşısındaki fırsatlardandır. İnternet kullanımının yaygınlaşması gelişen teknoloji ile ilişkili olup bireylerin diğer ülkelerin sağlık hizmeti imkanlarına kolaylıkla ulaşmasını sağlar. Üstelik teknolojinin gelişimi ile bu imkanlardan faydalanmanın maliyeti yok denecek kadar azdır (Karakoç, 2017a, s. 179).

— ***Gelişmiş ülkelerdeki kısıtlı sigorta poliçeleri ve işverenin maliyeti düşürme isteği:*** Gelişmiş ülkelerde maliyet arttırıcı etki doğurmamak adına sigorta kapsamları kısıtlı tutulmaktadır (Karakoç, 2017b, s. 180). Sigorta poliçelerinin genişletilmesi bireyleri daha fazla prim ödemeye yöneltmektedir. Diğer taraftan kısıtlı sigorta poliçelerin varlığı bireylerin cepten harcamalarını arttıracağı için bu durum kendi ülkesi dışında sağlık hizmeti talebinde bulunmasına sebep olabilmektedir. Örneğin, ABD'de kişi başı cepten sağlık harcamaları 2000-2014 yılları arasında artmıştır (OECD, 2018b). Cepten harcamalardaki bu artış toplam sağlık harcamaları ve sigorta kapsamına giren nüfustaki artışa rağmen devam etmektedir. Bireyler sigorta kapsamında olsalar dahi poliçeleri dışındaki prosedürler için cepten ödeme yapmak zorunda kalabilirler. Bu sebeple artan cepten harcamalar kişileri diğer ülkelerde daha

az maliyetli olan sağlık hizmeti arzına yöneltmektedir. Bu durum yalnızca "bireyler" için sınırlı olmayıp sağlık harcamalarını azaltmak isteyen ülkeler ve sağlık hizmeti maliyetlerini azaltmak isteyen sağlık sigorta kuruluşları için de geçerlidir (Yereli & Kara, 2012, s. 352). Ayrıca ikinci bölümde belirtildiği gibi, işverenin işçi maliyetini düşürmek için poliçelerine medikal turizmi dahil ettiği görülmektedir.

— ***Gelişmiş ülkelerin sağlık hizmeti harcamaları:*** Gelişmiş ülkelerin medikal tedavi fiyatları daha fazla olduğu için (örneğin, ABD) bu durum gelişmekte olan ve medikal turizmde lider olan ülkeler açısından fırsat yaratmaktadır.

— ***Yurtdışında çalışanların kendi ülkelerine dönmesi:*** Çeşitli sebeplerle yurt dışına çıkmış ve yurt dışında çalışmaya başlamış sağlık personelleri medikal turizm ile Türkiye'de sağlanan olanakları fark ederek kendi ülkelerine dönme eğilimi içindedirler. Ayrıca yurt dışı tecrübesi olan sağlık personeli medikal turist tarafından güven arttırıcı etki doğurabilmektedir. Özellikle dil problemi yaşanan kamu hastanelerinde yurt dışında yaşayan sağlık personelleri değerlendirilerek çözüm getirilebilinir.

— ***Ekonomik durgunluk:*** Diğer ülkelerde yaşanan ekonomik durgunluk bireyleri, sağlık harcamalarını en aza indirecek tedavi yöntemini en uygun fiyata sunan ülkeyi seçmeye yöneltebilmektedir. Ayrıca ülkelerde yaşanan ekonomik durgunluk istihdam daralmasına yol açarak ülke dışında çalışan sağlık personelinin Türkiye'ye dönmesine de sebep olabilmektedir. Ancak tersi bir durumda, Türkiye'de yaşanan ekonomik durgunluk tehdit olarak düşünülmektedir. Diğer yandan gelişmekte olan Asya ülkelerinin Asya krizinden kurtulmak amacı ile medikal turizm sektörüne ağırlık vermeleri ve krizin etkisinden kurtulmaları ekonomik durgunluğu avantaj haline getirmeye örnek olarak gösterilir.

— ***Uluslararası sağlık ve turizm örgütleri ile olan ilişkiler:*** Türkiye'nin uluslararası örgütlerle iyi ilişkiler içinde olması medikal turizm sektöründe karşılaştığı fırsatlardandır (Dinçer, Çiftçi, & Karayılan, 2016, s. 51). Uluslararası örgütlere üyelik Türkiye'nin medikal turizm tanıtımlarında yer alabilir.

— ***Avrupa'da artan yaşam süresi:*** Avrupa'da yaşam süresinin artması kültür seviyesi yüksek, belirli bir gelire sahip bireylerin artışına sebep olmaktadır. Ayrıca yaşam süresindeki artış ile beraber kronik rahatsızlık sayılarında da artış gözlemlenmektedir (Taş, 2014, s. 76). Oluşan bu talep grubu Türkiye açısında medikal turizm fırsatları arasındadır. Nüfusun büyük bir kısmını oluşturan yaşlı ve çeşitli sağlık sorunları olan grup tedavisini kendi ülkesi dışında daha uygun fiyata almayı tercih edebilmektedir.

— ***Uzun bekleme süreleri:*** Avrupa'da artan yaşam süresine ek olarak sağlık kurumlarında bekleme süreleri de artış göstermiştir. Üçüncü bölümde OECD ülkeleri bazında bilgi verilmeye çalışılan bekleme süreleri Türkiye medikal turizmi açısından önemli fırsatlardandır. Artan yaşlı nüfus bekleme sürelerinin uzunluğu ile birleşince medikal tedaviyi kendi ülkesi dışında alma talebi artış gösterebilmektedir (Yirik, 2014, s. 159).

— ***Estetik, diş ve göz operasyonlarına artan talep:*** Üçüncü bölümde belirtildiği gibi Türkiye, özellikle saç ve göz operasyonlarında öncü ülkedir. Dünyada ise estetik, diş ve göz tedavilerini içeren işlemlerin özellikle sigorta poliçelerinde yer almaması bireylerin tedaviyi farklı ülkelerde aramasına sebep olabilmektedir (Karakoç, 2017a, s. 180).

— ***Yurt dışında yaşayan gurbetçilerin varlığı:*** Türkiye'yi talep eden turist ve medikal turistlerin büyük bir çoğunluğu yabancılardan oluşsa da yurt dışında yaşayan gurbetçiler medikal turizmin pazarlanması açısından önem arz etmektedir. Özellikle tavsiye yöntemi ile pazarlamanın (kulaktan kulağa pazarlama) önemli kabul edildiği medikal turizm sektöründe gurbetçilerin varlığından faydalanabilinir (Karakoç, 2017a, s. 180). Böylece Türkiye'nin zayıf yanları arasında bulunan pazarlama ve tanıtım eksikliği gelişim gösterebilir. Yurt dışında yaşayan gurbetçilerin bir diğer fırsat yaratan etkisi ise tedavi hizmetlerini kendi kültürlerinde olan, kendi dillerinde iletişim kurabildikleri, kendi ülkelerinde alma isteklerinin varlığıdır (Gülen & Demirci, 2012, s. 160).

— ***Yurt dışında yaşanan siyasi olaylar:*** Yurt dışında yaşanan siyasi olaylar genel anlamda Türkiye'yi etkileyebildiği gibi medikal turizm bağlamında da etkilemektedir. Örneğin, 11 Eylül saldırılarından sonra ABD'nin aldığı terör önlemleri nedeni ile Ortadoğu ülkeleri ve müslüman ülkeler ABD dışındaki

ülkelerden tedavi hizmeti almaya başlamışlardır. 11 Eylül saldırıları öncesi ABD gibi gelişmiş ülkeleri tercih eden Ortadoğu ülkeleri ve müslüman ülkeler yaşanan siyasi olay sonrası Türkiye gibi medikal turizmde lider konuma gelen ülkeleri tercih edebilmektedir (Yirik, Ekici, & Baltacı, 2015, s. 214). Ayrıca Sovyetler Birliği'nin dağılması ile bağımsızlığını kazanan ülkelerin ve Rus vatandaşlarının farklı ülkelerde tedavi hizmeti arayışı içinde olduğu bilinmektedir (Sügür, 2016, s. 115).

4.3.4. Türkiye'nin Medikal Turizmde Karşısındaki Tehditler

Türkiye'nin medikal turizm sektöründe karşılaştığı fırsatlara ek olarak bir takım tehditler de bulunmaktadır. Bu tehditler; uluslararası rekabet koşullarının giderek artması, batıda artan yaşlı nüfusun Türkiye'ye olan negatif etkisi, AB'de birlik içi uygulanan turizm politikaları, yurt dışında yapılan yanıtım yetersizlikleri, diğer ülkelerde yaşanan krizler, gelişmiş ülkelerin insan kaynakları altyapısı olarak belirtilmiştir.

— ***Artan uluslararası rekabet koşulları:*** Türkiye medikal turizmde lider ülkeler arasında sayılsa da Singapur, Tayland, Hindistan ve Malezya'nın gerisindedir. Artan uluslararası rekabet koşullarının karşısında Türkiye'nin ilerleme kaydedememesi diğer lider ülkeler ile arasındaki farkı daha fazla arttıracaktır (Karakoç, 2017a, s. 178).

— ***Batıda artan yaşlı nüfus:*** Batıda yaşlı nüfusun artması medikal turizmin hem ortaya çıkıp gelişmesindeki sebepler arasında gösterilirken hem de sağlık hizmeti arzında bulunan ülkeler için talep oluşturmaktadır. Ancak artan yaşlı nüfusa paralel olarak doktor talebindeki artış, Türkiye'den daha iyi ücret sağlayan diğer ülkelere doğru beyin göçüne sebep olabilmektedir. Böylece nicelik ve nitelik olarak yurt dışında çalışan sağlık personelindeki artış sonucunda yaşlı nüfus sağlık hizmetini kendi ülkesinden talep edebilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012e, s. 62).

— ***AB turizm politikaları:*** AB'nin kendi sınırları içinde uyguladığı turizm politikaları Türkiye açısından potansiyel talep yaratan ülkelerin (örneğin, bekleme süresi uzun olan İtalya) AB sınırları içerisinde tedavi hizmeti almasına sebep olabilir. Bu durum Türkiye için medikal turist talebini azaltan etki yaratabilir (Özcan, 2014, s. 164).

— ***Tanıtım eksiklikleri:*** Türkiye'de medikal turizm pazarlama stratejilerinde ve tanıtım faaliyetlerinde eksiklikler olmasının yanında yabancı tur şirketlerinin tanıtımlarında da Türkiye'ye yeterince yer verilmemesi karşılaşılan tehditler arasındadır (Karakoç, 2017a, s. 178). Buna ek olarak medikal turizmde lider diğer ülkelerin tanıtımları Türkiye'ye kıyasla daha iyi durumdaysa Türkiye açısından rekabeti düşüren unsur yaratacaktır (Gülmez, 2012, s. 83)

— ***Yaşanan krizler:*** Yaşanan krizler bir ülke için fırsat olarak değerlendirilebildiği gibi tehdit unsuru da yaratmaktadır. Özellikle krizlerden çabuk etkilenen turizm sektörü açısından değerlendirildiğinde Türkiye'nin turizm olanakları ile birleştirilen medikal turizm faaliyetleri negatif sonuç getirebilir (Karakoç, 2017b, s. 178).

— ***Diğer ülkelerin insan kaynakları altyapısı:*** Diğer ülkelerin çeşitli bölümlerde sağladığı eğitim seviyesi Türkiye'ye kıyasla daha üst seviyede olabilmektedir. Dünyanın birçok ülkesinden 1250 üniversitenin sıralandığı UniversityRankingByAcademicPerformance (URAP) verilerinde Türkiye üniversitelerinin 540. sıradan itibaren yer alması bu durumun kanıtı olarak gösterilebilir (URAP, 2018). Bu sebeple yurt dışında eğitim almış ve kendi ülkesinde hizmet arzına devam eden sağlık personelleri Türkiye'ye kıyasla daha nitelikli eğitim aldıkları için tehdit olarak değerlendirilebilir.

5. SONUÇ

Globalleşmenin artması ile tüm dünyada sağlık turizmi ve medikal turizm gelişim göstermiştir. Medikal turizm sektöründe lider olarak kabul edilen ülkelerin çoğunlukla gelişmekte olan ülkelerden oluşması dikkat çekmektedir. Bu gelişmekte olan ülkeler özellikle Hindistan, Tayland, Malezya, Singapur, Güney Kore ve Türkiye'dir. Gelişmekte olan ülkelerin medikal turizm sektöründe lider konuma gelmesi; önceden gelişmekte olan ülkeden, gelişmiş ülkeye doğru gerçekleşen medikal turist talebini, günümüzde gelişmiş ülkelerden gelişmekte olan ülkelere doğru yöneltmiştir. Bu tersine yönelimin en büyük sebebi ise; gelişmekte olan ülkelerdeki medikal tedavi maliyetlerinin, diğer ülkelere kıyasla çok daha düşük olması ve bekleme sürelerinin kısa olmasıdır. Ancak bu bağlamda edinilen sonuçlardan bir diğeri ise ABD, Kosta Rika, Meksika gibi gelişmiş ülkelerin de sektörde lider ülke olarak kabul edilmeleridir. Gelişmiş lider ülkelerde medikal tedavi fiyatları yüksek, bekleme süreleri uzun olsa dahi bu ülkeler gelir düzeyi yüksek medikal turistler tarafından talep edilebilmektedir.

Diğer taraftan Türkiye'de de 2001 yılından günümüze kadar medikal turist sayılarında (sağlık ve tıbbi nedenlerle gelenler) ve medikal turizm gelirlerinde artış sağlandığı gözlemlenmiştir. Ancak bu gelirlerin turizm sektöründe elde ettiği pay oldukça düşüktür. 2003-2016 yılları arasında medikal turizm gelirlerinin, turizm gelirleri içindeki payı % 0,85 ile % 1,12 arasında değişim sergilemektedir. Medikal turizm kaynaklı gelirlerin arttırılmasına yönelik politikalar üretilerek, bu politikaların çeşitli plan ve stratejilerde yer aldığı görülmektedir. Onuncu Kalkınma Planı'nda 2018 yılı için medikal turizmden elde edilecek gelirin 5,6 milyar dolara ulaşması hedeflenmiştir. Belirlenen medikal turizm gelirlerine ulaşılabilmek için ise önerilen politikalardan biri de kamu-özel ortaklığı projeleridir. Türkiye'de medikal turistlerin tercih ettiği hastaneler ağırlıklı olarak özel sektör hastaneleri ve üniversite hastanelerini kapsamaktadır. Kamu-özel ortaklığı projeleri ile zayıf olan kamu hastaneleri altyapısı geliştirilerek, SDP'nin ikinci fazı olan medikal turizm işlevinin yerine getirileceği belirtilmektedir.

Ancak beşeri altyapının da önemli olduğu medikal turizm sektöründe, çalışanların özellikle yabancı dil eğitimine de önem verilmesi gerekmektedir. Bu sebeple genç iş gücü fazla olan Türkiye'de üniversite eğitiminin yabancı dil ağırlıklı verilmesi ya da kurumlarda çalışan personele çeşitli teşvikler sağlanarak dil eğitiminin geliştirilmesi önerilmektedir. Dil eğitiminin yanında hukuki çerçeve, hasta hakları, malpraktis yasaları gibi medikal turizmde önem arz eden konuların personel tarafından bilinmesi de beklenmektedir.

Ayrıca Onuncu Kalkınma Planı'nda Türkiye'yi ziyaret eden medikal turist sayılarında artış sağlanması hedefi de yer almaktadır. 2014 yılı için 360.000, 2018 yılı için ise 750.000 medikal turist hedefi planda bulunmaktadır. Bu hedefler sektörün giderek artan derecede önemli ve gelişen bir sektör olduğunun en büyük örneğidir. Belirlenen medikal turist sayısı hedeflerinin, 2014 yılı dışında ön görüldüğü şekilde gerçekleşmediği dikkat çekmektedir.

Buna ek olarak Onuncu Kalkınma Planı'nda medikal turizm sektöründe Türkiye'nin ilk beş lider ülke arasına girmesi hedefi de yer almıştır. Diğer lider ülkeler ile medikal turist sayıları açısından yapılan karşılaştırmada, Türkiye'nin dünyadaki lider ülkeler arasına girdiği sonucuna varılarak belirlenen hedefe ulaşıldığı görülmektedir.

Diğer taraftan, uluslararası JCI akreditasyon belgesi açısından karşılaştırma yapılan çalışmada, Türkiye sağlık kurumlarının çalışmada incelenen dokuz lider ülke arasında ikinci sırada yer aldığı sonucuna varılmıştır. Ancak yine de tüm hastane sayıları içindeki payı az olan akreditasyon sahibi kurumların, Türkiye'de sağlanan akreditasyon belgelerini temin ederek kalite açısından avantaj sağlamaları önerilmektedir. Böylece hem sektörün gelişimine olanak sağlanırken hem de sağlık kurumları daha düşük maliyet ile akreditasyon belgesine sahip olabileceklerdir.

Buna ek olarak medikal turizmden elde edilen gelirlerle ödemeler bilançosuna ve medikal turizmin turizm, sağlık gibi pek çok sektör ile etkileşim içinde olduğundan istihdam hacmine de katkı sağlayacağı çalışmada edinilen sonuçlardandır. Ancak medikal turizm yatırımlarının İstanbul gibi büyük şehirlerle sınırlı kalması, sektörün gelişmesini engellemektedir ve yatırımların sağlanan çeşitli teşvikler aracılığıyla farklı bölgelerde de gerçekleştirilmesi önerilmektedir.

Diğer taraftan turizm sektöründen elde edilen gelirlerin arttırılmasına yönelik önerilen politikalardan biri de medikal turizmin geliştirilerek, turizmin mevsimsel özelliğinin

dışına çıkılmasıdır. Turizm sektörü açısından daha çok Temmuz, Ağustos ve Eylül aylarında talep edilen Türkiye, medikal turizm ile Ekim, Kasım ve Aralık aylarında talep edilmiş ve turizmi tüm yıla yayma hedefi gerçekleştirilmiştir. Ayrıca Türkiye'nin kıyı turizmi potansiyeli ile medikal turizm arzını entegre ederek yeni pazarlama stratejileri geliştirmesi, sektörün gelişmesi için önerilen politikalardandır.

Gelişmiş ülkelerin sağlık harcamalarını azaltmak için medikal turizm olanaklarından faydalanmaları, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkeler için önemli bir talep kümesi oluşturmaktadır. Ülkelerin bu talebi keşfederek politika üretmeleri beklenmektedir. Örneğin, ABD gibi gelişmiş ülkelerde medikal tedavi fiyatlarının fazla olması ve birçok işlemin sağlık sigortaları tarafından karşılanmaması bu talebin oluşmasının ardındaki sebeplerdendir. Türkiye'nin pazarlama stratejilerinin bu ülkelere yönelik olması önerilmektedir. Ayrıca coğrafi konum bakımından Avrupa'ya ve gelir düzeyi yüksek olan ancak sağlık hizmeti sunumu daha düşük olan Orta Doğu'ya yakın olan Türkiye'nin, bu avantajını sektörün gelişimi için değerlendirmesi beklenmektedir. Talep edilen tedavi yöntemleri açısından ise sigorta kapsamı dışında tutulan işlemlerde Türkiye'nin gelişim göstermesi önerilen bir diğer politikalardandır. Ancak medikal turistler tarafından kendi ülkesi dışından farklı bir ülkede, üstelik cepten harcama yaparak, sağlık hizmeti ithalatında bulunmak maddi külfet olarak algılanabilmektedir. Türkiye'nin çeşitli ülkelerle gerçekleştirdiği ikili anlaşmalar ve SGK kapsamındaki anlaşmalar bu duruma çözüm olarak getirilebilmektedir. Bu anlaşmalara dahil olan ülkeler de Türkiye'de medikal turizmin gelişimi için önemli bir talep kümesi oluşturmaktadır.

Çalışmada elde edilen bir diğer sonuç ise medikal turistlerin gerçekleştirdiği kişi başı harcamalardır. Medikal turistlerin gerçekleştirdikleri kişi başı harcamalar, diğer turistlerin gerçekleştirdiği kişi başı harcamalardan çok daha fazladır. Bu durum medikal turizmin ekonomiye olan katkısının en önemli örneği olarak değerlendirilmektedir. Bu sebeple medikal turizm sektörünün geliştirilmesi gereken bir sektör olduğu çalışmada edinilen sonuçlardandır.

Medikal turist sayıları ve elde edilen gelirler dışında çalışmada Türkiye'den sağlık ve tıbbi tedavi almak amacı ile gidenler de çalışmada ele alınmıştır. Buna göre belirtilen dönemde Türkiye'den giden kişi sayısında azalma gerçekleşmiştir. Buna paralel olarak turizm sektöründeki payı da azalan medikal turistlerin, harcamalarında da düşüş gerçekleşmiştir. Medikal turizm sektörünün Türkiye'de son yıllarda gelişmesi,

bireylerin Türkiye dışında sağlık hizmeti alma talebini düşürmüş olabileceğinden bu durum beklenen bir sonuçtur.

Türkiye'de medikal turizmin gelişimi için elde edilen sonuçlara ve politika önerilerine ek olarak, akademik çalışmaların gelişmesi ve sektöre katkı sağlaması amacıyla veri tutarsızlığı problemine çözüm getirilmesi beklenmektedir. İstatistiki verilerin tek bir havuzda tutarlı şekilde bulunması ve tüm kurumlar arasında, rekabet gözetmeksizin, serbestçe paylaşılması beklenmektedir. Belirtilen sistemin gerçekleştirilmesi için ise öncelikle sağlık turizmi ile ilişkili kavramsal farklılıkların bilinmesi gerekmektedir. Bu sebeple çalışmada kavramsal çerçeve üzerine odaklanılarak akademik çalışmaların ve dolayısıyla sektörün gelişmesine olanak sağlayacağı düşünülmüştür.

KAYNAKÇA

Acuner, Şebnem. Akın. 2006. **Alternatif Turizm Türlerinin Doğu Karadeniz Bölgesi Turizm Potansiyelinin Gelişmesine Etkisi**. Milli Prodüktivite Merkezi. (aktaran: Yıldız, Zafer. 2011. Turizm Sektörünün Gelişimi ve İstihdam Üzerindeki Etkisi. Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi, c.3, s.5, 54-71.)

Akat, Ömer. 2016. **Pazarlama Ağırlıklı Turizm İşletmeciliği.** 4. bs. Bursa: Ekin Basım Yayın.

Akdur, Recep. 2005. Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması. Haziran 13, 2018 tarihinde http://www.recepakdur.com/upload/ab_turkiye_kiyaslamasi.pdf adresinden alındı

Aldemir, Nilay. 2017. Sağlık Turizminin Gelişimi. Haziran 22, 2017 tarihinde İGEME: https://www.igeme.com.tr/saglik-turizminin-gelisimi/ adresinden alındı

Allied Market Research. 2016, Nisan 12. World Medical Tourism Market is Expected to Reach $143.8 Billion by 2022. Aralık 14, 2017 tarihinde Cision Pr Newswire: https://www.prnewswire.com/news-releases/world-medical-tourism-market-is-expected-to-reach-1438-billion-by-2022-575382311.html adresinden alındı

Arellano, Annette. (2007). Patients Without Borders: The Emergence of Medical **Tourism. International Journal of Health Services**, c.37, s.1, 193–198.

Arık, Özer., Yusuf Yalçın İleri, Buğra Kaya. 2016. Sağlık Hizmetlerinde Tıbbi Cihaz Sektörü. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, c.19,s.2, 187-202.

Ateş, Metin. 2013. **Sağlık Sistemleri.** 2. bs. İstanbul: Beta.

Awadzi, W., Panda, D. 2006. Medical tourism: Globalization and the marketing of medical services. **Consortium Journal of Hospitality & Tourism**, c.11, s.1, 75-81. (aktaran: Heung, Vincent, Deniz, Haiyan Song. 2010. A Conceptual Model of Medical Tourism: Implications for Future Research. Journal of Travel & Tourism Marketing, c.27, s.3, 236-251.)

Aydın, Dursun. 2010. 2010 Faaliyet Raporu ve 2011 Çalışma Planı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hzimetleri Genel Müdürlüğü (Sağlık Hizmetleri Birimi).

Aydın, D, Cemal Yılmaz. 2010. Medikal Turizm Araştırması (Birinci Bölüm). Ankara: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Sağlık Turizmi Birimi).

BAKA-Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı. 2013. Sağlık Turizmi Sektör Raporu. Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı (BAKA).

Barca, Mehmet, Erdal Akdeve, İklim Gedik Balay. 2013. Türkiye Sağlık Turizm Sektörünün Analizi ve Strateji Önerileri. **İşletme Araştırmaları Dergisi**, c.5, s.3, 64-92.

Başbakanlık. 2006, Haziran 21. **Kurumlar Vergisi Kanunu**. Ocak 11, 2018 tarihinde Mevzuatı Geliştirme ve Yayın Genel Müdürlüğü Mevzuat Bilgi Sistemi: http://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.5520.pdf adresinden alındı

Bayer, Zekai. 1992. **Turizme Giriş**.1. bs. İstanbul: İ.Ü. İşletme Fakültesi Yayınları.

Bayram, Nuran. 2009. **Sosyal Bilimlerde SPSS ile Veri Analizi**. Bursa: Ezgi Kitabevi.

Baysal, Derya. 2016. Sağlık Turizminin Türkiye Turizm Gelirleri İçindeki Payı: 2000-2015. **Balkan Sosyal Bilimler Dergisi, International Congress of Management Economy and Policy,** 250-261. İstanbul.

Bilgili, Emine, Eyyup Ecevit. 2008. Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri. **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**,c.11, s.2, 201-228.

Binler, Aysel. 2015, Temmuz. Türkiye'nin Medikal Turizm Açısından Değerlendirilmesi ve Politika Önerileri. Uzmanlık Tezi. Ankara: Kalkınma Bakanlığı.

Birdal, Enginar. 2011. Medikal Turizm Araştırması 2011. Ankara: Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

Bookman, Milica, Karla Bookman. 2007. **Medical Tourism in Developing Countries.**1st. ed. United States of America: Palgrave Macmillan.

Bostan, Sedat, Fatma Çiftçi. 2016. Sağlıkta Dönüşüm Programı Uygulamalarının Hastane Hizmetleri Üzerindeki Değişim Etkisi: Sağlık Çalışanlarının Görüşleri. **Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi,**c.7, s.2, 1-8.

Bozok, Düriye. 2016. Turizmin Gelişmesine Etki Eden Unsurlar. Düzenleyen: N. Hacıoğlu, M. Bozkurt, & B. Şahin içinde, **Genel Turizm**. 1. bs. 77-99. Paradigma Akademi.

Bumrungrad Inernational Hospital. 2017. JCI Accreditations and Awards. Aralık 22, 2017 tarihinde Bumrungrad Inernational Hospital: https://www.bumrungrad.com/en/about-us/international-hospital-accreditation-jci-others-bangkok-thailand adresinden alındı

Can, Emel. 2015. **Istanbul Journal of Social Sciences**. Boş Zaman, Rekreasyon ve Etkinlik Turizmi İlişkisi. s.10, 1-17.

Carrera, Pricivil, Bridges, J. 2006, Ağustos 6. Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism. Şubat 12, 2018 tarihinde NCBI: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20528514 adresinden alındı

Carrera, Pricivil, Lunt, N. 2010. A European Perspective On Medical Tourism: The Need For A Knowledge Base. International Journal of Health Services, c.40, s.3, 469–484.

CDC-Centers for Disease Control and Prevention. 2017, Mart 31. National Center for Health Statistics. Centers for Disease Control and Prevention: https://www.cdc.gov/nchs/fastats/health-insurance.htm adresinden alınmıştır

Chanda, Rupa. 2001. Trade in Health Services. New Delhi: WHO.

CII (Confederation of Indian Industry)-McKinsey&Company. 2002. **Healthcare in India : the road ahead.** New Delhi: CII, McKinsey&Company. (aktaran: Mun, B. W., & Musa, G. 2014. Medical Tourism in Asia: Thailand, Singapore, Malaysia, and India.)

Cıvan, Abdülkadir. 2014, Ocak 12. Hukuki Haber. Hukuki Haber: http://www.hukukihaber.net/saglik/saglikta-tam-gun-yasasi-h39833.html adresinden alınmıştır

Cohen, Erik. 2008. Medical Tourism in Thailand. Düzenleyen: I. E. Cohen. içinde Bingley: Emerald.

Coltman, Michael. 1989. **Tourism Marketing**. New York: Van Nostrand Reinhold.

Connell, John. 2006. Medical Tourism: Sea, Sun and Surgery. **Tourism Management**, *c. 27*s. 6, 1093-1100.

_____. 2011. **Medical Tourism**. Sydney: CAB International.

Cook, Peta. 2008. What is Health and Medical Tourism? The annual conference of the Australian Sociological. 1 Ocak 2008. Queensland University of Technology.

Danış, Didem. 2016, Nisan 26. *Açık Ders*. Açık Ders: http://www.acikders.org.tr/pluginfile.php/4156/mod_resource/content/1/TUBA 10.pdf adresinden alınmıştır

Daştan, İlker. 2014. Türkiye'de Sağlik Turizmi: Türkiye Ve Özelinde Izmir'de Sağlik Turizminin Mevcut Durum Analizi Ve Strateji Önerileri. **Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, c.6,s.10, 143-163.

Değer, Kemal. 2006. Turizme ve İhracata Dayalı Büyüme: 1980-2005 Türkiye Deneyimi. **Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, c.20,s.2, 68-86.

Deloitte. 2009. Medical tourism: Update and implications. Deloitte Center for Health Solutions.

_ . 2017, Şubat 23. Haziran 18, 2018 tarihinde Deloitte: https://www.verginet.net/dtt/11/Vergi-Sirkuleri-2017-41.aspx adresinden alındı

Demirel, Hüseyin. 2009, Ocak 12. Çok partili siyasi hayata geçerken sağlık politikaları. Mayıs 8, 2017 tarihinde Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu: http://www.sdplatform.com/Dergi/173/Cok-partili-siyasi-hayata-gecerken-saglik-politikalari.aspx adresinden alındı

Demirer, Ebru Özkan. 2010. Türkiye'de Medikal Turizm ve Geliştirlmesi: Örnek Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi. Balıkesir: Balıkesir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Ana Bilim Dalı.

Dinçer, Mithat Zeki., Merve Aydoğan Çiftçi, Eyüp Karayılan. 2016. Gelişmekte Olan Ülkelerde Medikal Turizm: Türkiye'nin Tayland, Malezya ve Hindistan'a göre

Potansiyelinin Değerlendirilmesi. **İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi.** s.1, 34-60.

Disabled World. 2018, Mart 16. Annual Disability Status Report. Nisan 1, 2018 tarihinde Disabled World Towards Tomorrow: https://www.disabled-world.com/disability/statistics/ adresinden alındı

DPT-Devlet Planlama Teşkilatı. 1963. Kalkınma Planı (Birinci Beş Yıllık). Ankara: DPT.

_____. 1967. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1968-1972. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı Yayınları.

_____. 1984. Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 1985-1989. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı Yayınları.

_____. 1989. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Bakanlığı 1990-1994. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı.

_____. 1995. Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2000). Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları.

_____. 2000. Uzun Vadeli Strateji ve Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı 2001-2005. Ankara: Devlet Planlama Teşkilatı Yayınları.

_____. 2007. Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013). Ankara: Turizm Özel İhtisas Komisyonu Raporu.

Dünyagöz. 2017, Haziran 7. Sağlık Turizmi. Aralık 22, 2017 tarihinde Dünyagöz: http://www.dunyagoz.com/tr/saglik-turizmi adresinden alındı

ECLAC-United Nations Economic Commission for Latin America and the Caribbean. 2010. Medical Tourism: a Survey. Washington: United Nations Publication.

Edinsel, Sercan, Orhan Adıgüzel. 2014. Türkiye'nin Sağlık Turizmi Açısından Son Beş Yıldaki Dünya Ülkeleri İçindeki Konumu ve Gelişmeleri. **Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi**, c.4,s.2, 167-190 .

Egresi, Istvan. 2016. **Alternative Tourism in Turkey Role, Potential Development and Sustainability**. İstanbul: Springer.

Ekonomi Bakanlığı. 2015, Haziran 2. 2015/8 Sayılı Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Karar'ın Uygulama Usul ve Esaslarına İlişkinGenelge. Mayıs 10, 2017 tarihinde Ekonomi.gov: http://www.ekonomi.gov.tr/portal/content/conn/UCM/path/Contribution%20Folders/web/Hizmet%20Ticareti/Sekt%C3%B6rler%20ve%20Destek%20Programlar%C4%B1/01.D%C3%B6viz%20Kazand%C4%B1r%C4%B1c%C4%B1%20Hizmet%20Ticaretinin%20Desteklenmesi/02.Destek%20Mevzuat%C4%B1 adresinden alındı

_____. 2018a. GATS'ın Amacı Nedir? Mart 23, 2018 tarihinde Türkiye Cumhuriyeti Ekonomi
Bakanlığı:
https://www.ekonomi.gov.tr/portal/faces/home/hizmetTicareti/uluslararasiIliskilerH-HizmetTicaretiAnlasmalari-GATS/gatsamac;jsessionid=_2FSc1epFuJ4zWPVi7kGVD_8Blr7pRu6VPYspLTcdPmzWprm7l3f!1385006174?_afrLoop=21044892752914260&_afrWindowMode=0&_afrWindowId= adresinden alındı

_____.2018b. **Hizmet Sektörü Destekleri**. Ocak 4, 2018 tarihinde Ekonomi Bakanlığı: https://www.ekonomi.gov.tr/portal/faces/oracle/webcenter/portalapp/pages/content/htmlViewer.jspx?contentId=UCM%23dDocName%3AEK-213715&parentPage=hizmet&_afrLoop=15865572064189006&_afrWindowMode=0&_afrWindowId=1d4cxrh5u5&_adf.ctrl-state=x93h8ih00_101#!%40% adresinden alındı

Espicorn. 2011. Şubat 11, 2018 tarihinde Espicorn: http://www.espicom.com/ adresinden alındı (aktaran: Arık, Özer, Yusuf Yalçın İleri, Buğra Kaya. 2016. Sağlık Hizmetlerinde Tıbbi Cihaz Sektörü. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, *c.19,s.2*, 187-202.)

ETC-European Travel Commission. 2006. European Travel Commission: http://www.etc-corporate.org/ adresinden alınmıştır

Etiler, Nilay. 2015. Neoliberal Politikalar ve Sağlık Emek Gücü Üzerindeki Etkileri. **Mesleki Sağlık ve Güvenlik Dergisi**, c.11, s.42, 2-11.

Eyüpoğlu, Adem. 2014, Eylül 27. 2023 Hedefleri Perspektifinde Sağlıkta Dev Adımlar Atılıyor. Mayıs 12, 2017 tarihinde Akşam Haberler: http://www.aksam.com.tr/saglik/2023-hedefleri-perspektifinde-saglikta-dev-adimlar-atiliyor/haber-341866 adresinden alındı

Fidan, Damla. 2015. The Political Economy of Medical Tourism in Turkey. Master of Arts. Istanbul: Bogazici University.

Flanigan, Brian. 2009. Medical Tourism: Consumers in Search of Value. Deloitte.

Gülen, Kemal Güven, Selma Demirci. 2012. Türkiye'de Sağlık Turizmi Sektörü. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası.

Güler, Çağatay. Zakir Çobanoğlu. 1994. **Turist Sağlığı.** 1. bs. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

Gülmez, Zeynep. 2012. Türkiye'de ve Dünyada Sağlık Turizmi ve Çeşitleri: Sağlık Turizminin Ülkemizdeki Mevcut Durumu ve Bazı Ülkelerle Kıyaslanması. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı.

Güngör, Mustafa. 2016, Ekim 26. Sağlıkta "Beş Yıldızlı Otel Konforu"Na Doğru. Şubat 6, 2018 tarihinde Hastane: https://www.hastane.com.tr/saglik/saglikta-bes-yildizli-otel-konforuna-dogru.html adresinden alındı

Harryono, Monica, Yu-Feng Huang. Koichi Miyazawa, Vijak Sethaput. 2006. Thailand Medical Tourism Cluster. Harvard Business School Microeconomics of Competitiveness.

Health Tourism India. 2013. Mart 24, 2018 tarihinde Health Tourism India: www.health-tourism-india.com adresinden alındı (aktaran: Sharma, Anupama. 2013. Medical tourism: emerging challenges and future prospects. International Journal of Business and Management Invention, c.2, s.1, 21-29.)

Healthbase. 2018. Medical Tourism in the United States of America. Mart 23, 2018 tarihinde Healthcare Beyond Boundaries: https://www.healthbase.com/hb/cm/medical-tourism-in-usa-medical-tourism-to-united-states-of-america.html adresinden alındı

Herrick, Devon. 2007. Medical Tourism: Global Competition in Health Care. Dallas, Texas: National Center for Policy Analysis.

Heung, Vincent, Deniz Küçükusta, Hiyan Song. 2010. A Conceptual Model of Medical Tourism: Implications for Future Research. **Journal of Travel & Tourism Marketing**, *c.27*,s.3, 236-251.

Hunter, Jones. 2005. Cancer and Tourism. **Annals of Tourism Research**, c.32,s.1, 70-92.

IMTJ-International Medical Travel Journal. 2013, Mart 15. New Visa Exemptions to Attract More Medical Tourists to Thailand. Ağustos 4, 2017 tarihinde IMTJ: https://www.imtj.com/news/new-visa-exemptions-attract-more-medical-tourists-thailand/ adresinden alındı

İçöz, Onur. 2009. Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm ve Türkiye'nin Olanakları. **Journal of Yasar University**, c.4,s.14, 2257-2279.

İGEME-İhracatı Geliştirme Merkezi. 2018a. Sağlık Turizminin Gelişimi. Ocak 16, 2018 tarihinde İGEME: https://www.igeme.com.tr/saglik-turizminin-gelisimi/ adresinden alındı

_____. 2018b. Ortaçağda Sağlık Turizmi. Ocak 16, 2018 tarihinde İGEME: https://www.igeme.com.tr/ortacagda-saglik-turizmi/ adresinden alındı

JCI-Joint Commission International. 2017. Who is JCI. Aralık 18, 2017 tarihinde Joint Commission International: https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/ adresinden alındı

_____. 2018. JCI-Accredited Organizations. Mayıs 14, 2018 tarihinde Joint Commission International: https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/ adresinden alındı

Kahraman, N. 1978. Türkiye'de Sağlık Turizmi. Uzmanlık Tezi. Ankara: Turizm Bankası A.Ş. Proje Değerlendirme Grup Başkanlığı.

Kahveci, Ata. 2014. Dış Ticaret Kapsamında Medikal Turizm ve Medikal Turizm Teşviklerinin Etkinliğinin İncelenmesi: Alanya Örneği. Yüksek Lisans Tezi. Antalya: Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kalkınma Bakanlığı. 2003. 58. Hükümet Acil Eylem Planı (AEP). Ankara: Kalkınma Bakanlığı.

_____. 2013. Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018. Ankara: Kalkınma Bakanlığı.

_____.2014. Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı Eylem Planı. Ankara: Kalkınma Bakanlığı.

Kanchanachitra, C., Lindelow, M., Johnston, T., Hanvoravongchai, P., Lorenzo, F. M., Huong, N. L. ve diğ. 2011. Human resources for health in southeast Asia: shortages, distributional challenges, and international trade in health services. **The Lancet**, s.377, 769-781.

Karafazlı, Dilek. 2013. Türkiye Sağlık Sektöründe Neo-Liberal Dönüşüm. Yüksek Lisans Tezi. Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Karakoç, Semih. 2017a. Küresel Dünyada Sağlık Turizminin Önemi ve Türkiye'nin Durumu. Yüksek Lisans Tezi. Kayseri: Nuh Naci Yazgan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Karakoç, Semih. 2017b. **Küresel Sağlık Turizmi Biyoteknoloji ve Türkiye'nin Durumu.** 1. bs. Kayseri: Kimlik Yayınları.

Karamustafa, Kurtuluş. 2013. 14. Ulusal Turizm Kongresi [Turizimde Yenilik]. Kayseri: Detay Yayıncılık.

Karataş, Muhammed, Serap Babür. 2013. Gelişen Dünyada Turizm Sektörünün Yeri. **KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi**, c.15,s.25, 15-24.

Kaya, Esra Alagöz. 2015, Şubat. Sağlık Turizmi Sektörüne Yönelik Destekler. Ocak 4, 2018 tarihinde BAKA: http://www.baka.org.tr/uploads/196520-saglikturizmisektoruneyonelikdestekler.pdf adresinden alındı

Kazemi, Zahra. 2007, Aralık. Master Thesis. Study of the effective factors for attracting medical tourism in Iran. Lulea University of Technology.

Kelley, Edward. 2013, Ekim 2. Medical Tourism. Haziran 29, 2017 tarihinde WHO: http://www.who.int/global_health_histories/seminars/kelley_presentation_medical_tourism.pdf adresinden alındı

Kılınç, İsmail. 2017. Türkiye Medikal Turizm Sektöründe Hizmet Kalitesi ve Memnuniyet Üzerine Bir Alan Araştırması. **Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi**,c.8, s.17, 130-43.

Korkmaz, Zişan, Vahdettin Aydın.2015. **Sağlık Turizmi (Teori ve Politika).**1. bs. Kocaeli: Umuttepe Yayınları.

Kostak, Didem. 2007. Turizm Hareketleri (Türkiye Örneği Üzerinden Sağlık Turizmi). Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Kültür ve Turizm Bakanlığı. 2007. Türkiye Turizm Stratejisi 2023 Eylem Planı 2007-2013. Ankara: Kültür ve Turizm Bakanlığı Yayınları.

_____. 2017a. **Alternatif Turizm Türleri**. Mart 15, 2017 tarihinde Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü: http://www.ktbyatirimisletmeler.gov.tr/TR,9872/alternatif-turizm-turleri.html adresinden alındı

_____. 2017b. Termal Turizm Master Planı 2007-2023. Haziran 22, 2017 tarihinde Kültür ve Turizm Bakanlığı Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü: http://yigm.kulturturizm.gov.tr/TR,11481/termal-turizm-master-plani-2007-2023.html adresinden alındı

Legatum Institute. 2017. The Legatum Prosperity Index 2017. Mayıs 14, 2018 tarihinde http://www.prosperity.com/rankings adresinden alındı

Leng, Chee Heng. 2007. Medical Tourism in Malaysia: International Movement of Healthcare Consumers and the Commodification of Healthcare. Singapore: Asia Research Institute, Working Paper Series, No. 83.

Lunt, Neil, Richard Smith, Mark Exworthy, Stephen Green, Daniel Horsfall, Russell Mannion. 2011. Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review. OECD.

Medical Research Resources. 2017. Wellness Tourism: Most Popular Countries. Şubat 21, 2017 tarihinde Oriel.org: http://www.oriel.org/wellness-tourism-popular-countries.php adresinden alındı

Memorial. 2015, Şubat 25. Turkish Airlines Supports Medical Tourism. Mayıs 9, 2017 tarihinde Memorial: https://www.memorial.com.tr/en/news/turkish-airlines-supports-medical-tourism/ adresinden alındı

Merrell, Ronald, David Boucher, Laura Carabello., Devon Herrick, Victor Lazzaro, Linda Ludwick, Ruben Toral, Joseph Woodman, Charles Doam. 2008. Roundtable Discussion Medical Tourism. **Telemedicine and Health**, c.14, s.1, 14-20.

MHTC-Malaysia Healthcare Travel Council. 2018, Mart 19. Why Malaysia wants to help Chinese couples have babies. Mayıs 30, 2018 tarihinde MHTC: https://www.mhtc.org.my/why-malaysia-wants-to-help-chinese-couples-have-babies/ adresinden alındı

_____. 2018. Nisan 11, 2018 tarihinde Malaysia Healthcare Travel Council: https://www.mhtc.org.my/ adresinden alındı

Milliyet Gazetesi. 2017, Nisan 5. "Şehir Hastaneleri, Sağlık Turizmi Ve Kamu Özel İşbirliği" Sempozyumu Yoğun İlgi Gördü. Mayıs 30, 2017 tarihinde Milliyet Gazetesi: http://www.milliyet.com.tr/sehir-hastaneleri-saglik-turizmi-ve-ankara-yerelhaber-1955953/ adresinden alındı

Mooney, Gavib. 2014. **Ulusların Sağlığı Yeni Bir Ekonomi Politiğe Doğru**. 1. bs. İstanbul: Yordam.

Mun, Brian Wong Kee, Ghazali Musa. 2012. Medical Tourism in Asia: Thailand, Singapore, Malaysia, and India. Düzenleyen: C. M. Hall içinde, **Medical Tourism: the Ethics, Regulation and Marketing of Health Mobility**, 167-186. London ve New York: Routledge.

OECD-Organisation for Economic Co-operation and Development. 2018a. Health Care Utilisation: Waiting times. Ocak 8, 2018 tarihinde OECD.stat: http://stats.oecd.org/ adresinden alındı

_____. 2018b. **Health Spending**. Şubat 8, 2018 tarihinde OECD Data: https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm adresinden alındı

_____. 2018. **Health Care Utilisation**. Ocak 8, 2018 tarihinde OECD: http://stats.oecd.org/ adresinden alındı

OHSAD-Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği. 2016, Nisan 8. Yabancı Hastalar İçin Vize Kolaylığı. Şubat 6, 2018 tarihinde OHSAD: http://ohsad.org/yabanci-hastalar-icin-vize-kolayligi/ adresinden alındı

Omay, Esma Gültivin, Emrah Cengiz. 2013. Health Tourism in Turkey: Opportunities and Threats. **Mediterranean Journal of Social Sciences**, c.4,s.10, 424-431.

Özcan, Zişan Korkmaz. 2014. Yeni Kamu Yöentimi Çerçevesinde Türkiye'de Sağlık Turizminin Yapısal Değerlendirilmesi: Antalya Örneği. Doktora Tezi. Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı.

Özcan, Zişan Korkmaz, Vahdettin Aydın. 2015. **Sağlık Turizmi (Teori ve Politika)**. 1. bs. Kocaeli: Umuttepe Yayınları.

Özen, Sinem. 2009. Dünya Turizminde Tüketici Tercihlerinde Yaşanan Değişimlerin Konaklama İşletmelerine Yansımaları: Antalya'da Temalı Otel Örnekleri. Yüksek Lisans Tezi . Aydın: Adnan Menderes Üniversitesi, Sostal Bilimler Enstitüsü, Turizm Anabilim Dalı.

Özkurt, Hatice. 2007. Sağlık Turizmi Tahvilleri. **Maliye Dergisi**. s.152, 121-142.

Özsarı, Salih Haluk, Özlem Karatana. 2013. Sağlık Turizmi Açısından Türkiye'nin Durumu. **Journal of Kartal TR.** c.24, s.2. 136-144.

Öztürk, Mustafa. 1999. Cumhuriyet Dönemi'nde Sağlık Hizmetleri. **Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi**, c.6,s.1, 37-41.

Öztürk, Mustafa, Murat Bayat. 2011. Uluslararası Turizm Hareketlerinde Sağlık Turizminin Rolü ve Kalite Çalışmalarının Önemi Bir Literatür Çalışması. **KSÜ İİBF Dergisi,**c.1,s.2, 135-156.

Öztürk, Yüksel, İrfan Yazıcıoğlu. 2002. Gelişmekte Olan Ülkeler İçin Alternatif Turizm Faaliyetleri Üzerine Teorik Bir Çalışma. **Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi,** s.2, 183-195.

Özyürek, Mahmut. 2015, Ocak 11. Şehir Hastaneleri Özelleştirilmiş Birer Ticarethanedir. (Isparta Şehir hastanesi açılıyor). Temmuz 2, 2017 tarihinde Turkish News: https://www.turkishnews.com/tr/content/2017/01/04/sehir-hastaneleri-ozellestirilmis-birer-ticarethanedir-isparta-sehir-hastanesi-aciliyor/ adresinden alındı

Pala, Kayıhan. 2017, Ocak 26. Şehir hastanelerinin yüksek maliyeti gizleniyor. Bağımsız İletişim Ağı: http://bianet.org/bianet/bianet/183006-sehir-hastanelerinin-yuksek-maliyeti-gizleniyor adresinden alınmıştır

Pamuk, Şevket. 2014. **Türkiye'nin 200 Yıllık İktisadi Tarihi.** 1. bs. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.

Panitch, Leo, Colin Leys. 2011. **Kapitalizimde Sağlık, Sağlıksızlık Semptomları.** 1. bs. İstanbul: Yordam. (aktaran: Karafazlı, Dilek. 2013. Türkiye Sağlık Sektöründe Neo-Liberal Dönüşüm. Yüksek Lisans Tezi. Kadir Has Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.)

Patients Beyond Borders. 2012. Patients Beyond Borders The Most Trusted Resource in Medical Travel. Nisan 3, 2018 tarihinde Patients Beyond Borders: https://patientsbeyondborders.com/ adresinden alındı

_____. 2017. Patients Beyond Borders The Most Trusted Resource in Medical Travel. Aralık 9, 2017 tarihinde Patients Beyond Borders: https://patientsbeyondborders.com/ adresinden alındı

_____. 2018. South Korea. Nisan 23, 2018 tarihinde Patients Beyond Borders: https://patientsbeyondborders.com/south-korea adresinden alındı

Polat, Mehmet. 2014. Isparta'da Turizm Altyapısı ve Medikal Turizmin Yapılabilirliği. Yüksek Lisans Tezi . Isparta: Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı.

Reisman, D. 2010. ***Health Tourism Social Welfare through International Trade***. Cheltenham, UK: Edward Elgar Publishing Limited.

Resmi Gazete. 1934, Mayıs 29. İktisat Vekaleti Teşkilat ve Vazifeleri Hakkında Kanun. Mayıs 28, 2017 tarihinde İç Ticaret: http://icticaret.gtb.gov.tr/data/51f62306487c8e4cbc94b341/1934.pdf adresinden alındı

_____. 1953, Mayıs 22. Ocak 16, 2018 tarihinde Resmi Gazete: http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/8414.pdf adresinden alındı

_____. 1982, Mart 12. Turizmi Teşvik Kanunu. Ocak 16, 2018 tarihinde Mevzuat: www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.2634.doc adresinden alındı

_____. 2003. Doğrudan Yabancı Yatırımlar Kanunu. Resmi Gazete.

_____. 2006. Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013).

_____. 2011, Kasım 2. Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname. Şubat 8, 2018 tarihinde Resmi Gazete: http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm adresinden alındı

_____.2012, Haziran 19. Haziran 18, 2018 tarihinde Resmi Gazete: http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/06/20120619-1.htm adresinden alındı

Ross, Kimm. 2001, Aralık 27. Health Tourism: An Overview By Kim Ross (HSMAI Marketing Review). Mart 31, 2018 tarihinde Hospitalitynet: http://www.hospitalitynet.org/news/4010521.html adresinden alındı

Sağlık Bakanlığı. 2009, 5 11.Sayısı:224 R.G. Tarihi:12.01.1961 R.G. Sayısı:10705 Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Hakkında Kanun . Haziran 6, 2017 tarihinde Sağlık Bakanlığı: http://www.saglik.gov.tr/TR,10388/sayisi224--rg-tarihi12011961--rg-sayisi10705-saglik-hizmetlerinin-sosyallestirilmesi-hakkinda-kanun.html adresinden alındı

_____. 2010a. Stratejik Plan 2010-2014. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

_____. 2010b, Haziran 23. İleri Yaş ve Engelli Turizmi. 13 3, 2018 tarihinde Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı: http://saglikturizmi.gov.tr/TR,183/ileri-yas-ve-engelli-turizmi.html adresinden alındı

_____. 2011, Kasım 23. Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı Projeleri. Ocak 2018, 22 tarihinde Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü: http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/TabId/347/ArtMID/1034/ArticleID/64/Yozgat-E%c4%9fitim-ve-Ara%c5%9ft%c4%b1rma-Hastanesi.aspx adresinden alındı

_____. 2012a, Mayıs 11. Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı Projeleri. Ocak 22, 2018 tarihinde Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü: http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/TabId/347/ArtMID/1034/ArticleID/62/Mersin-Entegre-Sa%c4%9fl%c4%b1k-Kamp252s252.aspx adresinden alındı

_____. 2012b. Sağlık Turizmi El Kitabı. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

_____. 2012c. Sağlık Turizminde Süreçler ve Aracı Kuruluşlar Araştırma Raporu. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

_____. 2012d. Stratejik Plan 2013-2017. Sağlık Bakanlığı.

_____. 2012e. Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu. Ankara: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı.

_____. 2013a, Şubat 22. Kamu Özel İşbirliği Daire Başkanlığı Projeleri. Ocak 22, 2018 tarihinde Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü: http://www.saglikyatirimlari.gov.tr/TabId/347/ArtMID/1034/ArticleID/55/Isparta-%c5%9eehir-Hastanesi.aspx adresinden alındı

_____. 2013b. Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013. Ankara: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı.

_____. 2015, Eylül 1. Tarihçe. Mayıs 26, 2017 tarihinde Sağlık Bakanlığı: http://www.saglik.gov.tr/TR,11492/tarihce.html adresinden alındı

_____. 2015, Haziran 2. Yozgat'ta sağlık "Rönesans"ına Japon devlerinden finansman. Ocak 22, 2018 tarihinde Yozgat Eğitim ve Araştırma Hastanesi: http://www.pppyozgathastanesi.com/tr/21839/Yozgat-ta-saglik-Ronesans-ina-Japon-devlerinden-finansman adresinden alındı

_____. 2016. Tüm Yönleriyle Sağlık Turizmi Azerbaycan Ülke Raporu. Ankara: SATURK.

_____.2017a, Mayıs 10. Sağlık Turizmi Çeşitleri. Mart 31, 2018 tarihinde Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı: http://saglikturizmi.gov.tr/TR,176/saglik-turizmi-cesitleri.html adresinden alındı

_____. 2017b, Şubat 3. Sağlıkta Dönüşümü Şehir Hastaneleri ile Taçlandıracağız. Temmuz 4, 2017 tarihinde Sağlık Bakanlığı: http://www.saglik.gov.tr/TR,13295/saglikta-donusumu-sehir-hastaneleri-ile-taclandiracagiz.html adresinden alındı

_____. 2017c. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2016. Ankara: Sağlık Bakanlığı.

_____. 2017d, Mayıs 23. Sağlık Alanında İkili İşbirliği Anlaşmaları. Mayıs 5, 2018 tarihinde Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı: http://saglikturizmi.gov.tr/TR,816/saglik-alaninda-ikili-isbirligi-anlasmalari.html# adresinden alındı

_____. 2017e, Mayıs 23. Uluslararası Sosyal Güvenlik Sözleşmeleri-SGK. Mayıs 9, 2018 tarihinde Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı: http://saglikturizmi.gov.tr/TR,730/uluslararasi-sosyal-guvenlik-sozlesmeleri-sgk.html adresinden alındı

_____. 2018. Dijital Hastane. Mayıs 17, 2018 tarihinde http://dijitalhastane.saglik.gov.tr/TR,26004/emram-6-ve-7-seviye-hastanelerimiz.html adresinden alındı

Sanner, B. 2000. Baden-Baden, A Famous Thermal Spa With A Long History. **Geo-Heat Center Quarterly Bulletin**, s.21, 16-22.

SATURK-Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu. 2018. Sağlık Turizmine Dair Uluslararası Mevzuat. Mart 20, 2018 tarihinde SATURK: http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/ab_mevzuati.pdf adresinden alındı

Ses Ankara Şube Sendika Okulu. 2017. **Kamu Özel Ortaklığı Şehir Hastaneleri**. Ankara: Atalay Matbaacılık.

Sharma, Anupama. 2013. Medical Tourism: Emerging Challenges and Future Prospects. **International Journal of Business and Management Invention,**c.2, s.1, 21-29.

Sönmez, Mustafa. 2012. **Paran Kadar Sağlık Türkiye'de Sağlığın Ticarileşmesi**. 2. bs. İstanbul: Yordam Kitap.

_____. 2013, Ekim 14. Sağlık Olsun, Sömürü Olmasın. Mayıs 16, 2017 tarihinde Alternatif Siyaset: http://alternatifsiyaset.net/2013/10/14/mustafa-sonmez-saglik-olsun-somuru-olmasin/ adresinden alındı

Sönmez, Mehmet. Emin. 2011. Coğrafi Bilgi Sistemleri (CBS) Tabanlı Deprem Hasar Riski Analizi: Zeytinburnu (İstanbul) Örneği. ***Türk Coğrafya Dergisi***, s.56, 11-22.

Sügür, Arzu. 2016. Türkiye'nin Medikal Turizm Açısından Son Üç Yıldaki Mevcut Durumu ve Medikal Turizm Sektöründeki Ekonomik Boyutunun Geliştirilmesine Yönelik Bir Değerlendirme. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Şahin, Ümit. 2015. **Sağlık Kurumlarında Performans Yönetimi**. Eskişehir.

_____. 2016. **Sağlık Turizmi Ve Stratejik Yönetim**. Eskişehir.

Şen, Hüseyin, Coşkun Can Aktan. 2006. Globalleşme ve Türkiye. **Mercek Dergisi**, s.21. 104-112.

Tan, Jonathan. 2016. Re-inventing Singapore's Medical Tourism industry. Singapore Management University Institutional Knowledge at Singapore Management University.

Taş, Demet. 2014. Türkiye'den Medikal Turizm Kapsamında Hizmet Alan Hastaların Memnuniyetlerinin Belirlenmesi: Ankara İli Örneği. Yüksek Lisans Tezi . Ankara: Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı.

TBMM-Türkiye Büyük Millet Meclisi. 2018, Şubat 27. Mayıs 21, 2018 tarihinde TBMM: https://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem26/yil01/ss535.pdf adresinden alındı

_ . 1961, Eylül 7. 1961 Anayasası. Mayıs 8, 2017 tarihinde Türkiye Büyük Millet Meclisi: https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa61.htm adresinden alındı

Tengilimoğlu, Dilaver. 2013. **Sağlık Turizmi**. 2. bs. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Tengilimoğlu, Dilaver, Balçık, P. Y. 2009. Annual Meeting of the Association of Collegiate Marketing Educators, Advances Marketing. What Should Turkey's Marketing Strategy Be In Health Tourism? Oklahoma, USA: Proceedings Of The Annual Meeting Of The Association Of Collegiate Marketing Educators. (aktaran: Yirik, Ş. 2014. Sağlık Turizmi Üzerine Antalya Destinasyonunda Bir Araştırma. Doktora Tezi. Antalya: Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Toker, Boran. 2007. Türkiye'de Turizm Sektörü Teşviklerinin Değerlendiriilmesi. **Yönetim ve Ekonomi,**c.14,s.2, 81-92.

Tontuş, Hacı Ömer. 2017c. Sağlık Turizminde Mevzuat ve Teşvikler. SATURK.

_____. 2015. Türkiye'nin Sağlık Turizmindeki Önemi. Ocak 15, 2018 tarihinde SATURK: http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/tyst/06.pdf adresinden alındı

_____. 2017a. Asya/Uzakdoğu Singapur. Aralık 24, 2017 tarihinde Saturk: http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/ust/singapur.pdf adresinden alındı

_____. 2017b. Dünyada Sağlık Turizmi. Ağustos 25, 2017 tarihinde SATURK: http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/10945,03pdf.pdf adresinden alındı

_____. 2018a. Sağlık Turizminde Tanıtım ve Markalaşma. Şubat 12, 2018 tarihinde SATURK: http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/tyst/10.pdf adresinden alındı

_____. 2018b. Sağlık Turizmi Nedir. Nisan 4, 2018 tarihinde SATURK: http://saturk.gov.tr/images/pdf/tyst/02.pdf adresinden alındı

Toprak, Ahmet. 2015. Tayland Sağlık Sektörü. İzmir: İzmir Ticaret Odası.

Topuz, Nuray. 2012. Uzmanlık Tezi. Türkiye Sağlık (Medikal) Turizm Stratejisi 2023 . Ankara: Kültür ve Turizm Bakanlığı Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü.

TURİNG. 2018. Tarihçe. Ocak 16, 2018 tarihinde TURİNG: http://www.turing.org.tr/tarihce/ adresinden alındı

TÜİK-Türkiye İstatistik Kurumu. 2015. Sağlık İstatistikleri. Mayıs 11, 2017 tarihinde Türkiye İstatistik Kurumu: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 adresinden alındı

_____. 2018a. Konularına Göre İstatistikler, Turizm İstatistikleri, Geliş Nedenine Göre Çıkış Yapan Ziyaretçiler. Ocak 4, 2018 tarihinde TÜİK: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1072 adresinden alındı

_____. 2018b. Konularına Göre İstatistikler, Turizm İstatistikleri, Harcama Türlerine Göre Turizm Geliri. OCAK 15, 2018 tarihinde TÜİK: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1072 adresinden alındı

_____. 2018c. Sağlık İstatistikleri, Kamu ve özel yataklı sağlık kurumlarının yatak sayıları, 1967-2016. Şubat 5, 2018 tarihinde TÜİK: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 adresinden alındı

_____. 2018d. Sağlık İstatistikleri, Yataklı ve Yataksız Sağlık Kurumları. Şubat 5, 2018 tarihinde TÜİK: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 adresinden alındı

_____. 2018e. Turizm İstatistikleri, Çıkış Yapan Ziyaretçi İstatistikleri, Turizm Geliri ve Kişi Başı Ortalama Harcama. Ocak 3, 2018 tarihinde TÜİK: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1072 adresinden alındı

_____. 2018f. TÜİK, Konularına Göre İstatistikler, Turizm İstatistikleri, Turizm Geliri, Gideri ve Ortalama Geceleme Sayısı. Ocak 3, 2017 tarihinde TÜİK: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1072 adresinden alındı

_____. 2018g. TÜİK, Konularına Göre İstatistikler, Turizm İstatistikleri, Çıkış Yapan Ziyaretçi Sayısı ve Ortalama Geceleme Sayısı. Ocak 3, 2018 tarihinde TÜİK: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1072 adresinden alındı

_____. 2018h. Konularına Göre İstatistikler, Turizm İstatistikleri, Çıkış Yapan Ziyaretçi İstatistikleri, Milliyetlerine Göre Çıkış Yapan Ziyaretçi Sayısı. Ocak 3, 2018 tarihinde TÜİK: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1072 adresinden alındı

_____. 2018i. Konularına Göre İstatistikler, Sağlık Harcamaları İstatistikleri, Sağlık Harcamaları ile İlgili Göstergeler. Mayıs 13, 2018 tarihinde TÜİK: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1084 adresinden alındı

_____. 2018j. Konularına Göre İstatistikler, Turizm İstatistikleri, Giriş Yapan Vatandaş İstatistikleri, Vatandaş Girşi Sayısı ve Kişi Başı Ortalama Geceleme. Mayıs 22, 2018 tarihinde TÜİK: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1072 adresinden alındı

_____. 2018l. Konularına Göre İstatistikler, Turizm İstatistikleri, Harcama Türlerine Göre Turizm Gideri. Mayıs 22, 2018 tarihinde http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1072 adresinden alındı

_____. 2018m. Yıllık Hesaplar. Mayıs 16, 2018 tarihinde TÜİK: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1108 adresinden alındı

_____. 2018n. Konularına Göre İstatistikler, Turizm İstatistikleri, Giriş Yapan Vatandaş İstatistikleri, Turizm Gideri ve Kişi Başı Ortalama Harcama . Mayıs 23, 2018 tarihinde TÜİK: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1072 adresinden alındı

_____. 2018k. Konularına Göre İstatistikler, Giriş Yapan Vatandaş İstatistikleri, Gidiş Nedenine Göre Giriş Yapan Vatandaşlar (Türkiye'de İkamet Eden). Mayıs 22, 2018 tarihinde TÜİK: http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1072 adresinden alındı

TÜRKAK-Türk Akreditasyon Kurumu. 2018. Sık Sorulan Sorular. Şubat 9, 2018 tarihinde TÜRKAK: http://www.turkak.org.tr/turkaksite/ssorulansorular.aspx adresinden alındı

Türkiye Sağlık Turizmi Derneği. 2017. Yeni Hayatınızı Tasarlayın! Ocak 30, 2017 tarihinde Yeni Hayat Enstitüsü: http://yenihayatenstitusu.org/ adresinden alındı

_____. 2018. Sağlık Turizmi Genel Bilgi. Şubat 12, 2018 tarihinde Türkiye Sağlık Turizmi Derneği: http://www.saglikturizmi.org.tr/tr/saglik-turizmi/genel-bilgi adresinden alındı

TÜRSAB- Türkiye Seyahat Acentaları Birliği. 2018. Turizmin Ekonomideki Yeri. Ocak 16, 2018 tarihinde Türkiye Seyahat Acenteleri Birliği (TÜRSAB): http://www.tursab.org.tr/tr/turizm-verileri/istatistikler/turizmin-ekonomideki-yeri/gsmh-icindeki-payi-1963-_79.html adresinden alındı

_____. 2014. Sağlık Turizmi Raporu.

TÜSİAD- Türk Sanayicileri ve İş İnsanları Derneği. 2014. Türkiye'de Alternatif Turizmin Gelişimine Yönelik Değerlendirmeler. İstanbul: TÜSİAD.

_____. 2009. "Türkiye İçin Yeni Bir Fırsat Penceresi: Tıp Turizmi" Görüş Belgesi. TÜSİAD.

Uğur, Ayşenur Asuman. 2016, Ocak 2. Sağlık turizminde en çok hangi branşa hasta geliyor? En çok hangi işlemler kazandırıyor? Mayıs 30, 2017 tarihinde Medimagazin: http://www.medimagazin.com.tr/guncel/genel/tr-saglik-

turizminde-en-cok-hangi-bransa-hasta-geliyor-en-cok-hangi-islemler-kazandiriyor-11-681-68413.html adresinden alındı

UNCTAD-United Nations Conference on Trade and Development. 1998. WHO. (aktaran: Chanda, R. 2001. Trade in Health Services. New Delhi.)

UNWTO. 2017. **UNWTO Tourism Highlights**. UNWTO.

UNWTO-World TourismOrganization. 2014, Şubat. Glossary of Tourism Terms. Haziran 12, 2018 tarihinde UNWTO: http://statistics.unwto.org/sites/all/files/docpdf/glossaryterms.pdf adresinden alındı

URAP-University Ranking By Academic Performance. (2018). 2017-2018 World Ranking (1-2500). Şubat 11, 2018 tarihinde URAP: http://www.urapcenter.org/2017/world.php?q=MS0yNTAw adresinden alındı

Usta, Öcal. 2002. **Genel Turizm**. İzmir: Anadolu Matbaacılık.

WHO-World HealthOrganization. 2017, Mart 16. Health Systems. Health Systems Strengthening Glossary: http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index5.html adresinden alınmıştır

Wockhardt Hospitals. 2017. About Wockhardt Hospitals. Aralık 22, 2017 tarihinde Wockhardt Hospitals: https://www.wockhardthospitals.com/about-wockhardt-hospitals#history adresinden alındı

World Bank. 2018a. Health expenditure, total (% of GDP). Ocak 6, 2018 tarihinde The World Bank: https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.TOTL.ZS?end=2014&locations=TR-US-IN-MY-SG-TH-MX-CR-KR&start=2000 adresinden alındı

_____. 2018b. International Tourism, Number of Arrivals, Turkey. Ocak 3, 2018 tarihinde World Bank: https://data.worldbank.org/indicator/ST.INT.ARVL?locations=TR adresinden alındı

_____. 2018c. International Tourism, Receipts (Current, US $), Turkey. Ocak 3, 2018 tarihinde World Bank: https://data.worldbank.org/indicator/ST.INT.RCPT.CD?locations=TR adresinden alındı

_____. 2018d. International tourism, receipts (% of total exports). Ocak 16, 2018 tarihinde The World Bank Data: https://data.worldbank.org/indicator/ST.INT.RCPT.XP.ZS?locations=TR adresinden alındı

_____. 2018e. International tourism, receipts (current US$). Mart 24, 2018 tarihinde World Bank: https://data.worldbank.org/indicator/ST.INT.RCPT.CD adresinden alındı

_____. 2018f. Out-of-pocket health expenditure (% of private expenditure on health). Ocak 6, 2018 tarihinde World Bank: https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.ZS?end=2014&locations=IN-SG-TH-US-TR-MX-KR-CR-MY&start=2014&view=bar adresinden alındı

WTO. 2018. The General Agreement on Trade in Services (GATS): Objectives, Coverage and Disciplines. Şubat 26, 2018 tarihinde World Trade Organization: https://www.wto.org/english/tratop_e/serv_e/gatsqa_e.htm#3 adresinden alındı

WTTC-World Travel &TourismCouncil. 2017. Travel & Tourism Economic Impact 2017 Turkey. United Kingdom: World Travel & Tourism Council Yayınları.

_____.2015. Travel & Tourism Economic Impact 2015 World.

Yağcı, Özcan. 2003. **Turizm Ekonomisi**. Ankara: Detay Yayıncılık. (aktaran: Edinsel, Sercan, Orhan Adıgüzel. 2014. Türkiye'nin Sağlık Turizmi Açısından Son Beş Yıldaki Dünya Ülkeleri İçindeki Konumu ve Gelişmeleri. Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, c.4,s.2, 167-190.)

Yalçın, P. 2006. Türkiye'de Sağlık Turizminde Altyapı Oluşturulma Gereği ve Sağlık Kurumlarına Yönelik Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi. Ankara: Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı.

Yaşaroğlu, Şaban Ali. 2008, Temmuz 29. Dünyada ve Türkiye'de Turizmin Tarihsel Gelişimi. Mart 21, 2017 tarihinde Vizyon 2023 Türkiye: http://vision2023turkey.blogspot.com.tr/2008/07/dnyada-ve-trkiyede-turizmin-tarihsel.html adresinden alındı

Yereli, Ahmet Burçin, Tuncay Kara. 2012, Kasım 11-13. Türk Devletinin Yeni Hamle Sahası: Sağlık Turizmi. Haziran 13, 2018 tarihinde https://www.avekon.org/proceedings/avekon03.pdf adresinden alındı

Yıldırım, Hasan Hüseyin. 2013. Türkiye Sağlık Sistemi: Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.

Yıldırım, Hasan Hüseyin, Türkan Yıldırım. Yasemin Akbulut. 2012. Sağlık Sigortacılığı. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2527, Açıköğretim Fakültesi Yayını No: 1498.

Yıldız, Zafer. 2011. Turizm Sektörünün Gelişimi ve İstihdam Üzerindeki Etkisi. **Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi**, c.3, s.5, 54-71.

Yılmaz, Meltem. 2017, Şubat 11. Şehir Hastaneleri Sonun Başlangıcı. BirGün Gazetesi: http://www.birgun.net/haber-detay/sehir-hastaneleri-sonun-baslangici-146469.html adresinden alınmıştır

Yiğit, Vahit. 2016. Kamu Hastanelerinde Medikal Turizmin Gelişmesini Etkileyen Faktörler. **Vizyoner Dergisi**, c.7, s.15, 107-119.

Yim, Chi Kin. 2005. Healthcare Destinations in Asia. Şubat 26, 2018 tarihinde Thw University of Hong Kong Asia Case Research Centre: http://www.acrc.org.hk/promotional/promotional_shownote.asp?caseref=863 adresinden alındı

Yirik, Şevket. 2014. Sağlık Turizmi Üzerine Antalya Destinasyonunda Bir Araştırma. Doktora Tezi. Antalya: Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.

Yirik, Şevket. Remziye Ekici. 2014. Medikal Turizm Kapsamında Yaşanan Genel Etik Problemler ve Bölge Pazarında Yaratmış Olduğu Olumsuzluklar (Akdeniz Bölgesi Örneği). Şubat 14, 2018 tarihinde Researchgate: https://www.researchgate.net/profile/Sevket_Yirik/publication/277010322_MEDIKAL_TURIZM_KAPSAMINDA_YASANAN_GENEL_ETIK_PROBLEM

LER_VE_BOLGE_PAZARINDA_YARATMIS_OLDUGU_OLUMSUZLUKLAR_AKDENIZ_BOLGESI_ORNEGI/links/555dfc8608ae9963a1140e4b/MEDIKAL-TURIZM-KAPSAMIND adresinden alındı

Yirik, Şevket, Remziye Ekici. Furkan Baltacı. 2015. **Türkiye ve Dünyada Sağlık Turizmi (Medikal Turizm)** 1. bs. Ankara: Detay Yayıncılık.

Yolcu, Halil. 2012. MÜSİAD Araştırma Raporları: 81 Sağlık Sektör Kurulu Raporu 2012. İstanbul: Müstakil Sanayici ve İş Adamları Derneği.

ÖZ GEÇMİŞ

1. Adı Soyadı : Buket Yılmaz
2. Doğum Tarihi : 01.06.1990
3. Unvanı :
4. Öğrenim Durumu :

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans	İktisat	Kocaeli Üniversitesi	2013
Y. Lisans	İktisat	Yıldız Teknik Üniversitesi	-
Doktora			

5. Akademik Unvanlar

Yardımcı Doçentlik Tarihi :
Doçentlik Tarihi :
Profesörlük Tarihi :

6. Yönetilen Yüksek Lisans ve Doktora Tezleri

6.1. Yüksek Lisans Tezleri
6.2. Doktora Tezleri

7. Yayınlar

7.1. Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler (SCI,SSCI,ArtsandHumanities)
7.2. Uluslararası diğer hakemli dergilerde yayınlanan makaleler
7.3. Uluslararası bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabındabasılan bildiriler

B. Yılmaz, "Türkiye'de Medikal Turizm: Fırsatlar ve Tehditler". 8. Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresi, Aydın, 2018.

7.4. Yazılan uluslararası kitaplar veya kitaplarda bölümler
7.5. Ulusal hakemli dergilerde yayınlanan makaleler
7.6. Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitabında basılan bildiriler

B. Yılmaz, "Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Turizmi". III. Yıldız Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Öğrenci Sempozyumu, İstanbul, 2016.

7.7. Diğer yayınlar

8. Projeler

9. İdari Görevler

10. Bilimsel ve Mesleki Kuruluşlara Üyelikler

11. Ödüller

12. Son iki yılda verdiğiniz lisans ve lisansüstü düzeydeki dersler için aşağıdaki tabloyu doldurunuz.

Akademik Yıl	Dönem	Dersin Adı	Haftalık Saati		Öğrenci Sayısı
			Teorik	Uygulama	
	Güz				
	İlkbahar				
	Güz				
	İlkbahar				

Not: Açılmışsa, yaz döneminde verilen dersler de tabloya ilave edilecektir