

**T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANABİLİM DALI  
İŞLETME YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK TURİZMİ:  
ÜLKELER ARASI BİR KARŞILAŞTIRMA**

**Asiye GÖLPEK KARABABA**

**Gaziantep, 2017**

**T.C.  
HASAN KALYONCU ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İŞLETME ANABİLİM DALI  
İŞLETME YÜKSEK LİSANS PROGRAMI**

**TÜRKİYE'DE SAĞLIK TURİZMİ:  
ÜLKELER ARASI BİR KARŞILAŞTIRMA  
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

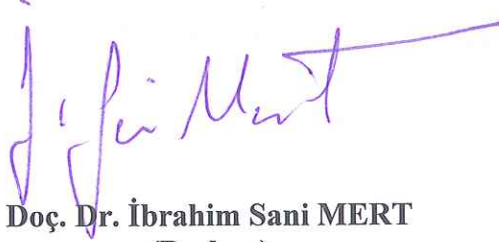
**Asiye GÖLPEK KARABABA**

**Doç.Dr. İbrahim Sani MERT**


**Gaziantep, 2017**

## KABUL VE ONAY

Asiye GÖLPEK KARABABA tarafından hazırlanan “Türkiye’de Sağlık Turizmi: Uluslararası Bir Karşılaştırma” başlıklı bu çalışma 04/01/2017 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucu başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.



**Doç. Dr. İbrahim Sani MERT**  
(Başkan)



**Yrd. Doç. Dr. Yakup DURMAZ**  
(Üye)



**Yrd. Doç. Dr. İbrahim AKBEN**  
(Üye)

### Onay

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım. 04.01.2017

**Doç. Dr. Mazlum ÇELİK**  
Enstitü Müdürü

## TEZ ETİK VE BİLDİRİM SAYFASI

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Türkiye’de sağlık turizmi: Ülkeler arası bir karşılaştırma” başlıklı çalışmanın tarafımda, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu ve bunlara atıf yapılarak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla doğrularım.

04/ 01/ 2017

Asiye GÖLPEK KARABABA



## ÖZET

Sağlık turizmi, fizik tedavi ve rehabilitasyon gereksinimi olan hastalarla birlikte uluslararası hasta potansiyelini kullanarak sağlık kuruluşlarının büyümesine olanak sağlayan bir turizm türüdür. Sağlık turizmi hastaların rahatlığını sağlamak için tıbbi seçenekleri sunmayı hedeflemektedir. Gelişmiş ülkelerdeki eğitim ve refah seviyesinin yüksek olmasına paralel olarak sağlık hizmetleri sunumu da yüksek maliyetli olmaktadır. Bu ülkelerde yaşanan nüfusun sağlık ihtiyaçları ve sağlık giderlerinin payı sürekli artmaktadır. Sosyal güvenlik maliyetlerinin sürekli artması, sosyal güvenlik kurumlarını zorlamaktadır. Bu zorlukları aşmak için, gelişmiş ülkelerde bulunan sosyal güvenlik kurumları ve özel sigorta kurumlarının kaliteli tıbbi hizmet sunan ve coğrafik bakımından yakın olan ülkelerle paket anlaşmalar yaparak sağlık hizmetlerini düşük maliyetli alma çabaları görülmektedir.

Bu çerçevede araştırmanın temel amacı; sağlık turizmin alanında Türkiye'nin hem coğrafi konumu hem de önemli maliyet avantajına sahip olduğu bazı gelişmiş ülkelerle SWOT analizi ile karşılaştırılması, bunun sonucunda da sağlık turizmi ve unsurlarının gelişme olanaklarını ortaya koymaktır.

**Anahtar kelimeler:** Turizm, sağlık turizmi, sağlık harcamaları, sağlık hizmetleri ücretleri, SWOT analizi.

## ABSTRACT

Health tourism is a type of tourism that allows health institutions to grow by using international patient potential together with patients who need physical therapy and rehabilitation. Health tourism aims to offer medical options to provide comfort for patients. In parallel with the high level of education and welfare in the developed countries, the provision of health services is also costly. In these countries the share of health needs and health expenditures of the aging population is constantly increasing. The constant increase in social security costs causes problem for social security institutions. In order to overcome these difficulties, social security institutions and private insurance institutions in developed countries are trying to get health services at low cost by making package agreements with geographically close countries offering high quality medical services. In recent years, tourists have come to Turkey from the developed countries especially for the purpose of treatment . Particularly the geographical location and low prices in health services create significant cost advantages for Turkey

The main purpose of the research in this framework is to make a SWOT analysis to compare Turkey and some developed countries, over which Turkey has both geographical and significant cost advantage in the field of health tourism, and as a result, to show the possibilities of development in health tourism and its elements.

**Key words:** Tourism, health tourism, health expenditures, health care fees, SWOT analysis.

# İÇİNDEKİLER

	<b><u>Sayfa No</u></b>
Tez Onay Formu .....	i
Etik Tez Bildirim .....	ii
Özet.....	iii
Abstract .....	iv
İçindekiler .....	v
Tablo Listesi .....	vii
Şekil Listesi.....	viii
<b>1. GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>
<b>2. SAĞLIK TURİZMİNİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ .....</b>	<b>5</b>
2.1. Turizm .....	5
2.2. Turizmin Gelişimi .....	6
2.3. Turizmin Özellikleri .....	7
2.3.1. Turizm arzının özellikleri .....	8
2.3.2. Turizm talebinin özellikleri .....	8
2.4. Turizmin Çeşitleri .....	10
2.4.1. Kültür turizmi .....	10
2.4.2. İnanç turizmi .....	10
2.4.3. Kıyı turizmi .....	11
2.4.4. Spor turizmi .....	11
2.4.5. Sağlık turizmi .....	12
2.5. Sağlık Turizminin Çeşitleri .....	14
2.5.1. Medikal turizm .....	17
2.5.2. Termal turizm .....	18
2.5.3. Yaşlı turizm .....	20
2.6. Sağlık Turizmin Ekonomik Potansiyeli .....	21
2.7. Sağlık Turizminin Gelişimini Etkileyen Faktörler .....	23
2.7.1. Sağlık turizmini geliştiren faktörler .....	23
2.7.2. Sağlık turizmini kısıtlayan faktörler .....	24

<b>3. DÜNYADA VE TÜRKİYE’DE SAĞLIK TURİZMİ</b> .....	27
3.1. Dünyada Sağlık Turizminin Gelişimi .....	27
3.2. Türkiye’de Sağlık Turizminin Gelişimi .....	29
3.3. Dünyada Sağlık Turizmini Etkileyen Faktörler .....	30
3.3.1. Dünyada sağlık turizmini geliştiren faktörler .....	30
3.3.2. Dünyada sağlık turizmini kısıtlayan faktörler .....	33
3.4. Dünyada Sağlık Turizminin Avantajları ve Dezavantajları .....	34
3.5. Dünyada Sağlık Turizminin Ekonomik Boyutu .....	36
3.6. Türkiye’de Sağlık Turizminin Ekonomik Boyutu .....	42
3.7. Dünyada Uygulanmakta Olan Sağlık Sistemi Modelleri ve Finansmanı .....	47
3.7.1. Ulusal sağlık hizmeti modeli ve İngiltere uygulaması .....	47
3.7.2. Serbest pazar ekonomisi modeli ve Amerika uygulaması .....	51
3.7.3. Sosyal sigorta modeli ve Almanya uygulaması .....	53
3.8. Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Sistemlerinin Sorunları .....	61
<b>4. SAĞLIK TURİZMİNDE ÜLKE UYGULAMALARI</b> .....	64
4.1. Araştırmanın Yöntemi .....	64
4.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi .....	64
4.3. Araştırmanın Sınırlılıkları .....	64
4.4. Araştırmanın Veri Toplama Tekniği .....	64
4.5. Ülkelerin SWOT Analizi .....	65
4.5.1. Amerika Birleşik Devletleri.....	66
4.5.2. İngiltere .....	69
4.5.3. Almanya .....	71
4.5.4. Fransa .....	74
4.5.5. Türkiye .....	76
<b>5. SONUÇ</b> .....	81
<b>KAYNAKÇA</b> .....	85



## TABLÖLAR LİSTESİ

<b>Tablo 1:</b> Sağlık Turizmin Geçmişi, Günümüz ve Geleceği .....	14
<b>Tablo 2:</b> 2008-2014 Dönemi Bazı Ülkelerin Turizm Gelirleri .....	38
<b>Tablo 3:</b> Bazı Ülkelere Ait Sağlık Harcamaları Verileri (\$-%) .....	39
<b>Tablo 4:</b> 2011 Yılı Bazı Ülkelerde Sağlık Hizmetleri Ücretleri (\$) .....	42
<b>Tablo 5:</b> 2008-2011 Dönemi Türkiye'ye Amaçlarına Göre Gelen Ziyaretçi Sayısı .....	44
<b>Tablo 6:</b> 2003-2015 Dönemi Türkiye'de Turizm ve Sağlık Turizmi Verileri .....	45

## ŞEKİLLER LİSTESİ

<b>Şekil 1:</b> Sağlık Turizmi Çeşitleri .....	16
<b>Şekil 2:</b> Sağlık Turizmi Çeşitleri .....	16
<b>Şekil 3:</b> 1970-2014 Dönemi Bazı Ülkelerde 65 Yaş Üstü Nüfusun Oranı (%) .....	36
<b>Şekil 4:</b> 2011 Yılında En Çok Turist Çeken İlk On Ülke (milyon kişi) .....	37
<b>Şekil 5:</b> 2005-2013 Dönemi Finansman Türüne Göre Sağlık Harcamalarında Değişim Oranı (OECD ortalaması - %) .....	40
<b>Şekil 6:</b> 2013 Yılı Finansman Türüne Göre Sağlık Harcamaları (%) .....	41
<b>Şekil 7:</b> 2006-2015 Dönemi Türkiye'ye Gelen Yabancı Sayısı (kişi) .....	42
<b>Şekil 8:</b> 2006-2015 Dönemi Türkiye'ye Milliyetlerine Göre Gelen Yabancı Sayısı (kişi) ....	43
<b>Şekil 9:</b> 2011 Yılında Türkiye'ye Gelen Yabancı Ziyaretçilerin Geliş Amaçları Oranları .....	44
<b>Şekil 10:</b> 2008-2011 Dönemi Türkiye'de Sağlık Hizmeti Alan Yabancı Ziyaretçilerin Dağılımı (kişi) .....	46
<b>Şekil 11:</b> 2000-2015 Dönemi İngiltere'de Sağlık Harcamaları Verileri (milyon \$) .....	48
<b>Şekil 12:</b> İngiltere'de Hastanelerin Sınıflandırılması .....	50
<b>Şekil 13:</b> 2000-2015 Dönemi ABD'de Sağlık Harcamaları Verileri (milyon \$).....	52
<b>Şekil 14:</b> 2008-2014 Dönemi ABD'de Sağlık Turizmi Giderleri (milyon \$) .....	53
<b>Şekil 15:</b> 2000-2015 Dönemi Almanya'da Sağlık Harcamaları Verileri (milyon \$).....	54
<b>Şekil 16:</b> 2000-2015 Dönemi Fransa'da Sağlık Harcamaları Verileri (milyon \$).....	57
<b>Şekil 17:</b> 2000-2015 Dönemi Türkiye'de Sağlık Harcamaları Verileri (milyon \$) .....	59
<b>Şekil 18:</b> 2008-2010 Dönemi Almanya'dan Gelen Hastaların Branşlara Göre Dağılımı .....	60

## 1. GİRİŞ

Turizm, kazanç sağlayan sürekli ya da geçici faaliyette bulunmamak ve gidilen yere yerleşmemek şartıyla insanların çeşitli sebeplerle, sürekli yaşadıkları yer dışına yaptıkları seyahatlerde geçici konaklamaları sonucu ortaya çıkan olaylar olarak tanımlanmaktadır. Dünyada en hızlı gelişen diğer sektörlerin itici gücü olarak görev alan, turizm ülke ekonomileri açısından, milli geliri arttıran döviz geliri ile ödemeler dengesi açığının kapanmasında önemli rol oynayan hizmet sektörüdür (Barca ve diğerleri, 2013: 65).

Diğer yandan turizm, istihdamın en yoğun olduğu sektörlerden biri olma avantajına sahip olmakla birlikte, ülke için önemli bir pazarlama ve reklam aracı olma özelliğini de barındırmaktadır. Turizm, ülke insanının refahını yükseltmesi, milli geliri artırması, döviz girdisi sağlaması, yerel ve bölgesel kaynaklar ve ürünler geliştirebilmesi gibi birçok açıdan katkı sağlamaktadır (Sur, 2016: 13).

Sanayinin gelişmesi ile birlikte ulaşım ve haberleşme teknolojilerinin ilerlemesi, kişi başına düşen gelirin artması, refah düzeyinin yükselmesi ve insanların kullanabilecekleri boş zamanlarının artması gibi faktörler turizme farklı bir boyut kazandırmıştır. İnsanlar rafting yapmak, kongreye katılmak ya da sağlık hizmeti almak gibi çeşitli nedenlerle seyahat etmektedir (Akdu, 2009: 17).

Sağlık turizmi, sağlık bakım hizmeti almak için başka bir ülkeye seyahat etmek olarak tanımlanmaktadır. Hastalar, kendi ülkelerinde istedikleri tedavinin yapılamaması, sunulan tedavilerin maliyetinin yüksek olması, hizmet almak için uzun süre beklemeleri gerekmesi gibi nedenlerle farklı ülkelere sağlık hizmeti almaktadır. Bu durum sağlık turizminin evrenselliğini ön plana çıkarmaktadır. Bu evrensellik, ülkeler arasında turist akışının sağlanmasıyla daha fazla hız kazanmaktadır (Aksu, 2011: 56).

Bir doğal tedavi unsuru olan suyun ve özellikle de termal suların zindelik ve rekreatif amaçlı olarak insanın kendisini yenilemesi ve eğlence amacını karşılaması dünyada ve Avrupa'da çok önem kazanmıştır. Büyük şehirler ve başkentlerde mutlaka büyük ölçekli SPA'lar bulunmakta ve bu alandaki yatırımlar giderek artmaktadır (Doğaner, 2011: 8).

SPA ve Wellness yada sağlıklı yaşam-zindelik tesisi, kaplıca, içmece, termal tesis, termal kür merkezi, rehabilitasyon, sağlık ve güzellik merkezi gibi çok çeşitli adlar altında faaliyet gösteren tesislerin dünyada giderek çoğalmaya başlaması bu alana olan talebin

artmasının bir sonucudur. Bu tür tesislere olan talebin artması ise, sağlık ve termal turizminin her kesime hitap edebilmesine bağlanabilir. Bu tür tesisler tek başına bir çekim unsuru olabildiği gibi örneğin klasik tarzda yapılmış bir konaklama tesisine sonradan eklendiğinde de o tesisi daha zenginleştirmekte ve farklı kılmaktadır. Daha fazla yaratıcılık içeren ve müşteriye çeşitlilik sunan bu tür tesislere ilgi daha fazla olmaktadır. Özellikle termal -sıcak mineralli- sular ile yaratılan seyahat ve konaklama imkânları, doğayı ve denizi kullanan klasik seyahat ve konaklama konseptinin de artık önüne geçmeye başlamıştır (Yeşiltaş ve diğerleri, 2011: 251).

Türkiye’de de çok eskilerde planlaması yapılan Gönen, Kızılcabamam gibi birçok kaplıca merkezleri oluşmuş ancak dünya örneklerinde görülen gibi uluslararası bir markalaşma sağlanamamıştır. 2000’li yıllarda nüfusunun %17’si 65 yaşın üzerinde olan Avrupa’da bu oranın 2025 yılında %20’ye yükseleceği tahmin edilmektedir. Özellikle alım gücü çok yüksek olan 3. kuşak olarak tabir edilen 50 yaş ve üstü insanlar, sağlıkta önleyici tedavi ve zinde kalma arzusu ile sürekli artan yüksek kaliteli wellness olanaklarına yönelik talep oluşturmaktadır. Gerek tedavi gerekse zinde kalma ihtiyacı, yaşlanan Avrupa nüfusunun daha fazla termal kür gereksinimini ortaya çıkarmaktadır. İklim avantajları nedeniyle özellikle romatizmal hastalıkların görüldüğü Kuzey Avrupa ve İskandinav ülkelerinde bu talep daha yoğunlukla hissedilmektedir (Duman ve diğerleri, 2014: 210).

Türkiye iklim, kültür ve tecrübe avantajları ile bu ülkeler için çok çekici konumdadır. Coğrafi yakınlık faktörü de göz önünde bulundurulduğunda Ortadoğu ülkeleri için de Türkiye önemli bir termal merkezi olabilecek konumdadır.

Gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarının yüksek olması hastaların tedavi hizmetlerini azaltmaya yönelik olarak sağlık hizmetlerini daha düşük maliyetli ülkelere temin etme eğilimini arttırmaktadır. Almanya ve diğer Avrupa ülkelerindeki bazı özel sigorta şirketlerinin de termal tedavileri için Türkiye’ye göndereceği hastalarının masraflarını karşılama kararı almaları termal turizmi açısından önemli bir pazar payı oluşturmaktadır (Gülmez, 2012: 19).

Türkiye’de çok zengin jeotermal potansiyele ve tedavi edici özeliği yüksek termal sulara sahip olmasına rağmen kür parkı, kür merkezi ve konaklama tesisi bütünlüğü sağlayan tesislerin nicelik ve nitelik yönünden yetersizliği, uluslararası standartlarda ve akredite olmuş

termal tesislere sahip termal kent niteliğindeki merkezlerin oluşturulamaması rekabet ortamını sağlayamamıştır (Özgül, 2014: 21).

Dünya’da termal turizm amacıyla Almanya ve Macaristan’a 10 milyon; Rusya’ya 8 milyon; Fransa’ya yaklaşık 700 bin; İsviçre’ye 800 bin; İspanya’ya 400 bin kişi ve Japonya’nın sadece Beppu şehrine 12-13 milyon kişi seyahat etmiştir (OECD, 2015).

Termal turizm Avrupa ülkelerinden Almanya’da önemli sektör haline gelmiştir. 263 adet resmi belgeli termal merkez bulunan ülkede tesislerin toplam yatak kapasitesi 750.000’dir. Stuttgart kentinde bulunan Das Leuze Kaplıca ve Rekreasyon Tesislerini yaz aylarında günde 8000 kişi ziyaret etmektedir. Bu rakam, yıllık ortalama 3000 kişi/gün olmaktadır. Hekim teşhisi ve raporu olması şartıyla, kaplıca tedavilerinin hem özel hem de kamu sağlık sigorta şirketleri tarafından tam veya kısmen karşılandığı ülkelerden biridir. Ayrıca, Fransa’da 104, ve İtalya’da 360 civarında termal tesis bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri’ndeki (ABD) Arkansas eyaletinde ise 55 bin kişinin yararlanacağı termal tesislerin yapıldığı Hawai’de turizmi 12 aya yaymak için termal suların yararlanılarak yeni kurulan tesisler ile termal turizm ağırlıklı uygulamalara başladığı bilinmektedir (Sargutan, 2014) .

Türkiye alternatif turizm olanakları açısından zengin kaynaklara sahip bir ülkedir. Sağlık Turizmi, Türkiye açısından kesinlikle değerlendirilmesi gereken alternatif turizm kaynaklarından birisi olarak gösterilmektedir. Sağlık turizmi geniş bir kavram olmakla birlikte birçok kaynakta termal turizm ve tedavi amaçlı turizm olarak iki önemli alt kategoriye ayrılarak değerlendirilmektedir. Tedavi amaçlı sağlık turizmi, insanların hastane hizmetlerinden yararlanmak üzere gerçekleştirdikleri yurt dışı seyahatlerini tanımlanmaktadır. Refah artışı ile birlikte sağlık harcamalarının artması, sosyal güvenlik sistemlerinde reformlarının yapılması kamu sağlığı hizmetlerinde görülen yetenekli sağlık personeli eksikliği, kaliteli sağlık hizmetlerine ulaşım zorluğu, uzun bekleme süreleri, maliyetlerin artması, tedavi amaçlı sağlık turizminin oluşmasını sağlamıştır (Aydın ve Yılmaz, 2010: 21)

Bu araştırmanın temel amacı; dünyada son 10-15 yıldır gelişmeye başlayan sağlık turizminin Türkiye’deki durumunu irdelemek, bazı ülkelerle kıyaslayarak sağlık turizmi ve unsurlarının gelişme olanaklarını ortaya koymaktır.

Buna göre, Türkiye'nin ve bazı ülkelerin, sağlık turizmindeki rekabet koşulları, sağlık sistemleri ve finansman modelleri verileri ile SWOT analizi yapılmış, Türkiye'nin iç çevre faktörleri olan üstün- zayıf yönleri ile dış çevre faktörleri olan fırsat-tehditlerin neler olduğu saptanmış ve bir durum değerlendirmesi yapılmıştır.

Araştırmada betimsel bir model olan kaynak tarama yöntemi kullanılmıştır. Önce, konuyla ilgili geniş bir literatür taraması yapılmış, anlam bütünlüğü sağlayacak şekilde kavramlar düzenlenmiştir. Daha sonra araştırmanın uygulama basamağında Türkiye ve seçilen ülkelerdeki sağlık turizmi hakkında SWOT analizleri yapılmıştır. Bu analizin sonuçları Türkiye'deki mevcut durumla karşılaştırılmış ve sağlık turizmini geliştirici önerilerde bulunulmuştur.

Araştırmanın kapsamı belirlenirken sağlık turizmi ile uğraşan bazı ülkelere ulaşılması hedeflenmiştir. Araştırmanın örneklemini teşkil eden ülkeler literatür taramasında belirlenmeye çalışılmış ve ilgili verilere ulaşılmıştır. Ulaşılan veriler, sağlık turizminin üstünlük, zayıflık, fırsat ve tehdit yönünden değerlendirilmiştir.

Bu çerçevede araştırma giriş ve sonuç olmak üzere beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, araştırmanın konusu, amacı ve önemi, yöntem ve sınırlılıkları hakkında bilgi verilmiştir. İkinci bölümde, turist ve turizm kavramları açıklanmış, turizmin sınıflandırması yapılarak çeşitlerine ve turizmi etkileyen faktörlere değinilmiştir. Üçüncü bölümde, sağlık turizmi kavramı, fayda ve zararları, çeşitleri, ekonomik katkıları ile bazı ülkelerdeki ve Türkiye'deki sağlık sistemleri ve finansman modellerinden bahsedilmiştir. Dördüncü bölümde, seçilen gelişmiş ülkelerin sağlık turizmi konusunda SWOT analizleri yapılmış, ülkelerin fırsat ve tehditleri, avantaj ve dezavantajlarına yer verilmiştir. SWOT analizleri bazı istatistiksel tablolarla desteklenmiştir. Sonuç bölümünde ise, SWOT analizinden elde edilen bulgulara göre Türkiye'nin sağlık turizmi konusunda bir değerlendirilmesi yapılmış ve önerilere yer verilmiştir.

## 2. SAĞLIK TURİZMİNİN KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

Bu ana başlık altında turizm kavramı, turizm tarihi, turizmin özellikleri, turizm çeşitleri ve bu çeşitlerden biri olan sağlık turizminin ekonomik önemi ile sağlık turizminin gelişimini etkileyen faktörler ele alınacaktır.

### 2.1. Turizm

Turizm, insanların devamlı olarak yaşadığı, çalıştığı ve günlük ihtiyaçlarını karşıladıkları yerler haricinde, yerleşmeme ve gelir elde etmeme şartıyla eğlenme, dinlenme, gezme, sağlık, spor, kültür, yakınların ziyareti, seminer ve kongrelere katılma, dini vecibelerini gerçekleştirme gibi sebeplerle bireysel veya topluca yapılan seyahatlerdir. Gidilen yerde en az bir gece konaklayarak turizm işletmelerinin sunduğu mal ve hizmetleri talep etmeleri ile ortaya çıkmış olan iş ve ilişkiler bütünüdür (Öğüt ve Diğerleri, 2003: 4).

Turizm sözcüğü köken olarak Latince tornus sözcüğünden gelmektedir. Latince tornus dönme hareketini ifade etmektedir. İngilizcedeki tour ve touring sözcükleri de bu sözcükten üretilmiştir. Tour hareket edilen yere geri dönmek koşuluyla yapılan kısa veya uzun süreli seyahatleri ifade etmektedir. Turist terimi de tornus teriminden türetilmiş ve ilk kez 1800'lerde aristokratlar tarafından kullanılmaya başlanmıştır (Güler, 1990: 6).

Tur sözcüğünü içerdiği için turizm, ruh ve beden sağlığı bakımından dinlenme, kendini geliştirme ve yenileme ihtiyacının giderilmesine yönelik kültürel, sosyal, insan psikolojisinin bir neticesi olarak ortaya çıkan değişiklik, yer değiştirme, uzaklaşma ve kaçmak olarak tanımlanmaktadır (Akat, 2000: 3).

Turizmi ilk tanımlayan kişi E. Guyar Freuler'dir. E.G. Freuler 1905 yılında turizmi, her geçen gün artan dinlenme ve hava değişimi ihtiyacı, doğal güzelliklere verilen değerlerin ve bunlardan duyulan zevkin artması, ticaretin ve endüstrinin gelişmesi, ulaştırma araçlarının mükemmelleştirilmesi neticesinde insan gruplarının farklı ilişkiler kurmalarına dayalı çağın önemli bir olayı olarak tanımlamıştır (Ünlüönen, 2007: 23).

1942'de yayımlanan Turizm Genel Doktrini adlı kitapta, Hunziker ve Krapt turizmi, kazanç sağlayan sürekli ya da geçici faaliyetlerde bulunmamak ve bir yerde yerleşmemek koşulu ile yabancıların bir yerde konaklamaları ve kalmaları sonunda ortaya çıkan ilişkilerin ve olayların tümü şeklinde tanımlamıştır (Doğaner, 2011: 8).

Bu tanımlara göre turizm, kişilerin sürekli olarak oturdukları yerin dışında olan bir olaydır. Turizm olayında seyahat nedeninin geçici olması gerekmektedir. Turizmde seyahat nedeninin bir yerde çalışmak, iş yapmak amacı olmaması, kişilerin gittikleri yerde tüketici durumunda olması yapılan geçici konaklamadan sonra sürekli ikamete geri dönülmesi gerekmektedir.

## **2.2. Turizmin Gelişimi**

Turizm alanında çalışma yapan bilim adamları, M.Ö. 4000 yıllarında seyahati ilk keşfedenlerin parayı, yazıyı ve tekerleği de ilk bulan Sümerliler olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Ardahan, 2003: 15).

M.Ö. 3000'lerde piramitler ve tapınaklar nedeni ile Mısır, ilk gezginlerin ilgi odağı olmuş ve o dönemde en fazla ziyaret edilen yer olma özelliği taşımıştır. M.Ö. 700 yıllarında Eski Yunan'da olimpiyat oyunlarının başlamasıyla bugün de devam eden sportif turizm olayı ilk kez gerçekleşmiştir (Barutçugil, 1987: 28).

Romalılar, yaptıkları yollar ve ulaşım araçlarıyla günde 100- 150 km. yol katedebilmişlerdir. 5. Yüzyılda Roma İmparatorluğu'nun çöküşü turizmi zayıflatmış, ancak Hristiyanların yükselişi din turizmini harekete geçirmiştir. Hristiyanlar için Kudüs, Kapadokya ve Efes; Müslümanlar için Mekke, Medine ve Kербela ziyaret edilen yerler olmuştur (Toskay, 2006: 13).

Orta Çağ'ın en önemli seyahat olayı Haçlı Seferleri, askeri yönünün dışında önemli derecede doğudan batıya ve batıdan doğuya doğru kültürel değerlerin ve akımların transferine sebep olmuştur. Orta Çağ'ın ünlü gezginlerinden Marco Polo, İran ve Afganistan'dan geçerek Çin'e gitmiş ve bu seyahatlerle ilgili yazdığı kitapta, doğunun gizemini ve zenginliklerini ortaya koymuştur. Diğer taraftan, Çin'den başlayarak Avrupa'ya uzanan İpek Yolu ticaret amaçlı turizmin, kültürel değişimin ve etkileşimin örneklerinden biridir (Kozak ve diğerleri, 2000: 15).

Orta Çağ'da Anadolu'da ise, Anadolu Selçuklu Devleti'nde seyahat halindeki insanların konaklamaları, yeme-içmeleri için kervansaraylar yapılmış, daha sonra bu tip yapıların sayısı artırılıp, mimarisi geliştirilerek Osmanlı'da da yer aldığı görülmüştür (Sülkü, 2011: 63).



Kristof Kolomb'un 1492'de Amerika kıtasına, 1497'de Vasco De Gama'nın Ümit Burnu'ndan Hindistan Denizi'ne, 1520'de Macellan'ın denizde yaptığı ilk dünya turları seyahat edilebilecek yeni yerlerin ortaya çıkmasına yol açmıştır (Edinsel ve Adıgüzel, 2014: 168).

Rönesans'la birlikte, İtalya'daki kültürel gelişme, özellikle Roma ve Floransa'da yeni bir akımın doğmasına neden olmuştur. 18. yüzyılın sonlarında Avrupa'da endüstri devrimi ve Fransız Devrimi yaşanmış, aynı dönemde milli gelir yükselmiş, tarım toplumundan sanayi toplumuna geçilmiş, bazı temel hak ve hürriyetler de elde edilmiştir (Bülbül, 2015: 7).

1841'de Thomas Cook tarafından ilk organize seyahat düzenlenmiş ve böylece Cook, turizm tarihinin ilk tur operatörü unvanını kazanmıştır. Amerika'da 1848 yılında başlangıçta posta taşımacılığı amacı ile kurulmuş olan American Express Company, kitle turizmindeki gelişmelerin en önemli kilometre taşlarından olmuştur. Avrupa ülkeleri genelinde kültür seviyesinin yükselmeye başlaması, kitap ve gazete satışlarının artması bu ülkelerde turizm faaliyetlerinin canlanmasına neden olmuştur (Öztürk ve Karataş, 2015: 40).

1. ve 2. Dünya Savaşları turizmi olumsuz etkilemiş olsa da, diğer taraftan ulaşım araçlarında, özellikle havacılık sektöründe olumlu gelişmeler yaşanmış, bu da sonraki yıllarda turizmin gelişmesinde etkili olmuştur. 20. yüzyıl başlarında en ilgi çekici seyahatler, Avrupa ve Amerika arasında yapılan transatlantik seyahatleri ile Paris-Venedik-İstanbul arasında yapılan Orient Express yolculukları olmuştur (Barutçugil, 1987: 31).

Turizm, 20. yüzyılın özellikle ikinci yarısında gelişerek bugünkü düzeyine ulaşmıştır. Ulaştırma, konaklama ve seyahat işletmelerinde ve kuruluşlarında yaşanan önemli gelişmeler, turizmin büyümesini sağlamış, otomobil sayısındaki artış ve sivil havacılığın gelişmesi, havayolu ulaşımının çok uzun mesafeleri kısa zamanda kat edilmesini sağlaması turizmi bir sektör haline getirmiştir (Gülmez, 2012: 21).

### **2.3. Turizmin Özellikleri**

Turizmi, diğer sektörlerden kesin çizgilerle ayırmak çok zor olmakla birlikte sektörel nitelikteki bazı genel farkların olduğunu söylemek mümkündür. Bir sektör olduğu için turizmin hem arz hem de talep yönü söz konusudur (Kızılırmak ve Kurtuldu, 2007: 105).

### **2.3.1. Turizm arzının özellikleri**

Ekonomide arz, üreticilerin değişik fiyatlardan üretmek veya satmak istedikleri mal ve hizmet miktarı; tTurizm arzı ise, belirli bir bölgenin, belirli koşullar altında, belirli fiyatlarda, belirli zamanlarda, ziyaretçilerin faydalanmasını sağlamak ve satış yapmak için hazırladığı turistik zenginliklerin bütünü olarak tanımlanmaktadır (Erdoğan, 2005: 361; Dinler, 2016: 72).

Buna göre, turizm arzının genel özellikleri şu şekilde sıralanabilir (Yalçın, 2006: 53).

- Turizm hizmetlerinin arzında insanın yoğun olarak bulunduğu üretimden bahsedilir. Emek yoğun olan turizm sektöründe, hizmeti arz eden insandır. Üretilen hizmetin fazla miktarda üretilerek depolanması, gelecekte kullanmak üzere saklanması mümkün değildir. Bu nedenle hizmetlerin üretildiği anda tüketilmesi zorunludur.

- Turizm arzı sabittir, taşınmaz. Arzdan faydalanmak isteyenler bulunduğu yere gitmek zorundadır. Turizm arzı için büyük yatırımlar gerekmektedir. Farklı turizm alanlarının birlikte sunulması isteniyorsa, tesisin dizaynı için gereken yatırım maliyetleri de yüksek olacaktır. Çünkü, sadece tesisin düzenlenmesi yeterli değil, çevre düzenlenmesi ve altyapı düzenlenmesi de yapılmaktadır.

- Arz edilen ürünler, aynı sektörde bulunan tesislerin fiyatları, satın alanların zevkleri ve gereksinmelerindeki değişiklikler gibi pek çok farklı faktörden etkilenmektedir.

- Turizm arzını ikame etme olanaklarının yüksek maliyetli olması, kriz dönemlerinde risklerin dağıtımını güçleştirmektedir.

- Turizm arzı esnek değildir. Bu özellik ekonomik açıdan önem taşımaktadır. Konaklama işletmelerinde yatak kapasitesi miktarında talep artışı karşılanabilir. Kapasite dışındaki talep artışı arz miktarı hemen arttırılamayacağı için karşılanamaz.

### **2.3.2. Turizm talebinin özellikleri**

Ekonomide talep, değişik fiyat düzeylerinden tüketicilerin satın almak istedikleri mal ve hizmet miktarı; turizm talebi ise, satın alma gücü bulunan kişinin turizm pazarına yönelerek seyahat etme ve tatil yapma isteği olarak tanımlanmaktadır (Dinler, 2016: 103; Erdoğan, 2005: 32).

Kişinin turizm talebi yere, zamana ve duruma göre değişiklik göstermektedir. Turizm hizmetini talep eden bireylerin gelir düzeyi, satın almak istedikleri turizm ürününün fiyatı, rakip ürün ve hizmetlerin fiyatı, turizm hizmetinin tüketilmesi esnasında satın alınan tamamlayıcı ürünün fiyatı, tüketici zevk ve tercihlerinin değişmesi turizm talebinin temel belirleyicileridir (Göçmen, 2008: 15).

Talebi etkileyen temel faktörlerin turizm talebini de etkilediği söylenebilir. Seyahat etmek için gerekli olan zaman, gelir, isteklilik, alışkanlık, diğer hizmetlerin fiyatları, turizm hizmetinin tamamlayıcıları gibi unsurlardan bir ya da birkaçının bulunmadığı durumlarda insanlar seyahat etmekten ve turizme katılmaktan kolaylıkla vazgeçerek başka ihtiyaçlara yönelmektedirler. Buna göre, turizm talebinin genel özellikleri şu şekilde sıralanabilir (Kaya ve diğerleri, 2014: 5):

- Turizm talebi, kişinin elde ettiği gelir miktarıyla doğrudan ilişkilidir. Kişinin turizm harcamaları için ayırabileceği miktar, talebin şeklini belirleyen temel unsurlardan biridir. Kişinin elde ettiği gelir seviyesi, turizm talebi için mi yoksa diğer ihtiyaç ve istekleri için mi kullanılacağı kişinin tercihine bağlıdır. Bu nedenle, turizm talebi diğer sektörlerdeki mal ve hizmetlerin fiyatlarından etkilenmektedir. Bu durum talebin değişken ve esnek yapıda olmasına neden olmaktadır.

- Turizm talebi çok yönlü özelliğe sahiptir: Kişi dinlenme, eğlenme, kültür, eğitim ve sağlık için turizm talep edebilir. Belirlediği amaçlar doğrultusunda yola çıkan turistlerin gittikleri yerlerde yeme-içme, konaklama, eğlenme, alışveriş için yaptıkları harcamalar da farklılık gösterecektir.

- İnsanları seyahat etmeye ve tatil yapmaya yönelten pek çok farklı sebep vardır. Turizm talebi bu sebeplerin etkisiyle veya bu sebeplerin doğrultusunda şekillenir. Bu yüzden de kişiden kişiye, hatta kişinin içinde bulunduğu dönemsel durumuna göre, ruh haline, psikolojik, fiziksel veya zihinsel durumuna göre değişmektedir.

- İşletmeler açısından bakıldığında, turizm talebi mevsimlik veya sezonluk gibi dönemsel özellikler taşımaktadır. Özellikle belirli dönemde hizmet verebilen işletmeler açısından turizm talebini yılın farklı dönemlerine dağıtmak zordur. Çünkü talebin dağılması istendiğinde yeni ve var olandan farklı yatırımlar gerekmektedir.

## **2.4. Turizmin Çeşitleri**

Turizm katılanların faaliyetlerine göre, genel olarak kültür, inanç, kıyı, spor ve sağlık turizmi olmak üzere çeşitlere ayrılmaktadır (Topuz, 2012: 7). Bu çeşitler aşağıda kısaca açıklanacaktır.

### **2.4.1. Kültür turizmi**

Dünyada meydana gelen ekonomik, teknolojik, sosyal ve siyasi değişiklikler turizm sektöründeki tüketim kalıplarını da değiştirmektedir. Bu değişim, özellikle gelişmekte olan ülkelerin küresel turizm pazarından daha fazla pay alabilme çabaları ile birleştiğinde, turizm ürün yelpazesinin çeşitlenmesine neden olmuştur. Bunun sonucunda dinlenme, eğlenme, sağlık, spor gibi turizm faaliyetlerinin yanında kültür turizm türü de ortaya çıkmıştır (Kostak, 2007: 13).

Kültür turizmi, insanların turizm faaliyetleri sırasında bir bölgenin geçmişte sahip olduğu kültürleri tanımak ve öğrenmek amacıyla gerçekleştirdiği turizm faaliyetlerini kapsamaktadır (Bülbül, 2015: 17).

Eski sanat eserlerinin, müzelerin, tarihi yapıların, eski medeniyetlerin ve bu medeniyetlere ait kalıntıların görülmesi; araştırma, keşifsel ve dinsel amaçlı seyahatlerle genel mimari özellikler; kütüphaneler, yöresel mutfak, festivaller ve fuarlar, tiyatrolar ve sinemalar, müzikler ve danslar; lisani ve edebi çalışmalar, farklı kültürleri tanıma, kişilerin bilgilerini ve görgülerini arttırma amaçlı seyahatlerin tümü kültür turizmi kapsamındadır (Cebecioğlu, 2006: 30).

Birkaç gün ile birkaç hafta arasında değişen sürede farklı öğrenme ve bireysel gelişim etkinliklerini kapsayan eğitim amaçlı geziler, kültür turizminin içerisinde yer almaktadır. Bu tür kültür gezilerinin kaynakları ise, dil öğrenmek, fotoğraf çekmek, resim yapmak gibi özel ilgi alanlarıdır. İnsanlar, dünyanın değişik yerlerinde ve değişik dönemlerde düzenlenen festivallere, tiyatro gösterilerine, sanat etkinliklerine katılmak amacıyla da seyahat etmektedir. Bu tür kültür seyahatlerinin kaynakları ise, festivaller, özel olaylar ve sanatsal faaliyetler olmaktadır (Kızılırmak ve Kurtuldu, 2007: 107).

### **2.4.2. İnanç turizmi**

İnsanların devamlı ikamet ettikleri yerlerden inanç çekim merkezlerine, dini inançlarını tatmin etmek amacıyla yaptıkları seyahatler ve bu seyahatleri sırasında genellikle

turizm işletmelerinin ürettiği mal ve hizmetleri talep ederek, geçici konaklamalardan doğan olaylar ve ilişkiler bütünü olarak tanımlanmaktadır (Oktayer ve diğerleri, 2007: 134).

İnanç turizminde amaç, kutsal yerleri ziyaret ederek ibadet yapmaktır. Müslümanlar için Mekke ve Medine bölgesi, Museviler için Kudüs bölgesi inanç turizmi açısından önemli merkezlerdir (Buldukoğlu, 2014: 11).

#### **2.4.3. Kıyı turizmi**

Adından da anlaşılacağı gibi kıyı turizmi, kıyıya bağımlı olarak, kıyı gerisinde veya kıyıya yakın yerlerde yürütülür. Bu turizm şekli, konaklanan yere göre veya organizasyonu yapan tur şirketinin planlamalarına göre, değişen mavi yolculuklar, aletli dalışlar, sağlık yaşam programları, bazı önemli yerlere gidiş-dönüş vb. gibi planlı etkinlikleri bünyesinde barındırmaktadır (Bülbül, 2015: 16).

Kıyı turizmi denizden çok çeşitli rekreasyonel faaliyetlerde büyük ölçüde faydalanan ve konaklama, ağırlama gibi hizmetleri kıyıya bağlı olarak sağlayan bir turizm çeşididir. Kıyı turizminde iklim en önemli etkilerden biri olduğundan bu turizm çeşidinde hareket, soğuk ve nemli iklimlerden sıcak ve ılıman iklimlere doğru olmaktadır. Kıyı turizminin Avrupa ülkelerinde, Akdeniz’de ve Türkiye’de gelişmesinin bir sebebi de budur (Doğaner, 2011: 10).

#### **2.4.4. Spor turizmi**

Spor turizmi, aktif ve pasif katılımlı bütün spor aktivitelerinde, tesadüfen katılımlarda, planlanmış katılımlarda, ticari olan/olmayan sebepli katılımda evden ya da işten yapılan seyahati kapsamaktadır (Kozak ve diğerleri, 2000: 23).

Spor turizmi iki kategoriye ayrılır: Birincisi spora iştirak etme, ikincisi ise spor izleyicisi olmaktır. Bu nedenle, spor turizmi belki ticari olmayan sebepler için seyahati tanımlayan, spor aktivitelerine iştirak eden veya izleyici olarak katılanların ikamet ettiği yerden uzaklaşması şeklinde de tanımlanabilir (Alpullu, 2011: 17).

Dolayısıyla, yamaç paraşütü, dağcılık, rafting, dalgıçlık, dalga sörfü, rüzgar sörfü, kayak, av ve benzeri bölgeye özgü tabiat sporları veya tenis, golf, voleybol, basketbol, futbol gibi belli bir bölgede belli bir sürede organize edilen sporlar spor turizmi faaliyetleri kapsamına girmektedir (TURSAB, 2015: 2).

Spor turizmi çerçevesinde, ziyaret edilen yerlerin turist çekme başarısı, değişik faktörlere bağlı olabilir. Müsabakanın yapıldığı yere yakın kaliteli oteller, pansiyonlar, lokantalar, büyük alış-veriş merkezlerinin kurulmasına ve uluslararası festivallerin düzenlenmesine yardımcı olmaktadır. Bunların yanında müsabaka yapılan yerlerin şehir merkezlerine yakın olması ve altyapı olanaklarının geliştirilmesi, günlük turlar için ziyaret edilebilecek uygun yerler olabilmesi de ziyaretçilerin memnuniyetini ve turizmden sağlanan geliri arttırmaktadır (Bülbül, 2015: 19).

Örneğin; Dünya Kupası Futbol Karşılaşmaları ve Olimpiyat Oyunları gibi spor faaliyetleri, çok büyük kitlesel seyahat organizasyonlarına neden olmaktadır. Bu organizasyonlara ev sahipliği yapan ülkeler bu faaliyetlerden oldukça yüksek miktarda turizm geliri elde etmektedir (İçöz, 2007: 12).

#### **2.4.5. Sağlık turizmi**

İkamet edilen yerden başka bir ülkeye veya bölgeye herhangi bir sebeple sağlık hizmeti almak için yapılan planlı seyahate sağlık turizmi, seyahat edene de sağlık turisti denir. Alternatif turizm türlerinden biri olan sağlık turizminin gelişmesine etki eden en önemli unsur; insanların yüksek kalitede düşük maliyetli sağlık hizmetlerini talep etmesidir. Sosyo-kültürel, ekonomik ve teknolojik faktörler sağlık harcamalarındaki artışın nedenleri arasında gösterilmektedir (Bulut, 2007).

Sağlık, ulaşım ve iletişim sektörlerindeki gelişmeler insanların yaşam kalitesini arttırmaktadır. Sağlık hizmetlerinin yüksek maliyeti, sosyal güvenlik sistemindeki sorunlar ve sağlık turizmi hizmetlerinin çeşitlenmesi sağlık turizminin gelişimini etkilemektedir (Tengilimoğlu, 2013: 51).

Sağlık turizminde hedef kitle, sağlık sorunları olan bireyler ile sağlığını korumaya çalışan kimselerden oluşmaktadır. İnsanların seyahat etmek amacıyla yaşadıkları yerlerin haricinde konaklayarak tedavi olmayı hedeflemeleri sağlık turizmini ortaya çıkarmıştır (Boz, 2014: 132).

Sağlık turizmi, klimatizm, termalizm ve üvalizm olarak ayrılmaktadır. Klimatizm, temiz ve açık havanın şifalı etkilerinden faydalanmak amacıyla dağlarda ve deniz kenarlarında uygulanmakta olan bir tedavi tekniğidir. Bu tekniğe temiz hava tedavisi tekniği de denir. Termalizm, ılıca, kaplıca vb. şifalı su kaynaklarının sağlığa dair kurallara uygun bir şekilde

tedavi amacıyla kullanılmasıdır. Üvalizm, bazı bölgelerin ürünü olan sebze ve meyvelerle yapılan tedavi tekniği veya bu ürünlerin kullanılmasının bunlardan hoşlanan kişilere sunulmasıdır (Ünlüöner, 2007: 20).

Sağlık turizmi tedavi amaçlı kaplıca veya diğer sağlık merkezlerine seyahat eden kişinin fiziksel iyilik halini geliştirmek amacıyla veya estetik cerrahi operasyonlar, organ nakli, diş tedavisi, fizik tedavi, rehabilitasyon vb. gereksinimi olanlarla birlikte uluslararası hasta potansiyelini kullanarak sağlık kuruluşlarının büyümesine olanak sağlayan turizm türüdür (Sağlık Bakanlığı, 2012: 22).

Sağlık turizmi faaliyetleri, tarihi süreçte yıldan yıla artış göstermiş, ulaşım teknolojilerindeki ilerlemeler, çalışma koşullarının değişmesi gelirlerin artması gibi nedenlerle hızla gelişmekte ve büyümektedir (Tablo 1).

**Tablo 1:** Sağlık Turizminin Geçmişi, Günümüz ve Geleceği

M.Ö. 4200	Bu yıllarda banyoların ve termal kaynakların olduğu tapınaklar bulunmaktadır. Sümerler ilk kez bu çağdaki tapınaklara ev sahipliği yapmıştır.
M.Ö 2000	Bu çağda insanlar mineral yönünden zengin suların içilmesi için bronz kaplar yapmışlardır. Bu suların içilmesi tedavide tercih edilen bir yöntem olmuştur.
M.Ö 1500	Yunanlılar şifa tanrısının onuruna Asclepla Tapınağının taşlarını inşa etmişlerdir. Buraya birçok hasta şifa bulabilmek için gelmiştir.
M.Ö 300	Yunanlılar medikal hizmetleri geliştirmişlerdir. Saronik Körfezindeki küçük bir yerleşimde bulunan Epidaurus tapınak, egzersiz alanı banyo, buhar banyosu, iyileştirmeye yönelik tarım gibi imkanları içermektedir.
12.-13. yy.	Japonların sıcak mineral kaynakları savaşçılar tarafından mucizevi olduğuna inanıldığından ilgi çekmiştir. Ayrıca Mısır hastaneleri de turistlerin ilgisini çekmektedir.
14.-15. yy.	Salude Per Aqua (SPA) Fransa'daki Ville d' Eaux'daki demir yönünden zengin kaynak suyu için kullanılmıştır. SP dünya çapında ilgi görmüştür.
18.-19. yy.	Bu dönemde karaciğer rahatsızlıkları, tüberküloz, gut ve bronşit yaygın hastalıklardır. Sanatoryumlar hastanelerin ilkleridir ve birçok insan tedavi ve rahatlama için buralara gelmişlerdir.
20. yy	Küba göz cerrahisinde, Orta Amerika diş tedavilerinde, Taylan plastik cerrahide popülerlik kazanmıştır. Birçok ülke ruhsal tedavilerin alternatif tıbbın uygulandığı sağlık servisleri geliştirmişlerdir.
21. yy.	Teknolojinin artık önemli bir kısıtlama olmamasıyla tıpta uzmanlaşarak uluslar arası hastaları kabul etmede rekabet başlamıştır ve bu modern medikal turizmin doğuşudur.
Mevcut Endüstri	50'den fazla ülke sağlık turizminin parçasıdır. Bunlar arasında Asya, Latin Amerika, Orta Doğu ve Afrika önemli bir konuma gelmiştir. Rekabet maliyet, kalite, bakım ve turizm aktiviteleri temellidir.
Yakın Gelecek	Medikal turizmin ülkeler ve bölgeler arasındaki büyük avantajlarının olması beklenmektedir. Ülkeler arası geziler önemli miktarda tasarruf sağlayacak, sağlık hizmeti kalitesi önemli bir ölçüt olacaktır.
Küresel Sağlık	Yalnızca hastalar değil, doktorlar, hastaneler, tamamlayıcı sağlık hizmetleri ve bilgi sınırları açacaktır.

**Kaynak:** Özgül, A. (2014). *Türkiye'de sağlık politikaları üzerine bir değerlendirme*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Isparta.

Farklı tanımları olsa da sağlık turizmi, ikamet edilen yerden başka bir yere ister yurtiçi veya yurtdışı olsun her hangi bir sağlık sebebiyle hizmet almak için yapılan seyahatler olarak özetlenebilir.

## 2.5. Sağlık Turizminin Çeşitleri

Literatürde, sağlık turizminin çeşitleri konusunda bir görüş birliği yoktur. Daha önceleri sağlık turizminden genellikle tıp turizmi anlaşılırken son dönemlerde bu yaklaşımın sağlık turizmi kavramına tam karşıt gelmediği ve olması gerekeni tam olarak ifade etmediği şeklinde itirazlar bulunmaktadır (Akbulut, 2011: 35).



Sektöre olan talep çerçevesinde bir sınıflandırma yapılmasına göre; sağlık turizmi ziyaretçileri beş temel kategoride gruplandırılmaktadır. Bunlar (Sağlık Bakanlığı, 2012: 14):

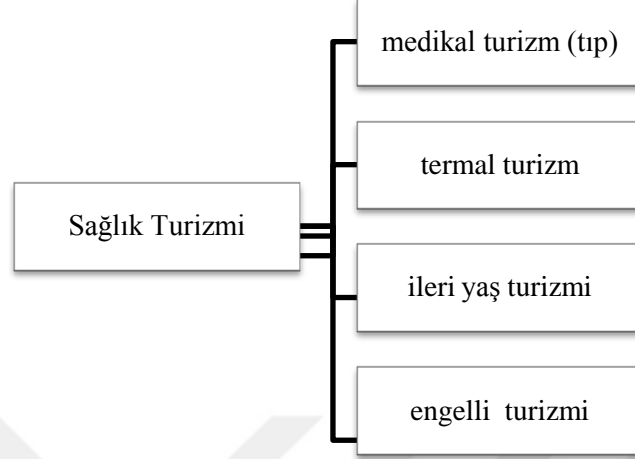
- Yalnızca turist: Ziyaret ettikleri ülkede herhangi bir hizmet veya tıbbi tedaviden yararlanmadan deniz, güneş ve sahil gibi klasik tatil geçiren insanlardır.
- Tatilde tedavi edilen turist: Seyahati sırasında rahatsızlanma ya da kaza nedeni ile tıbbi hizmet ve tedavi alan, daha ziyade acil hasta sınıfına giren insanlardır.
- Tatil ve tedavi amaçlı turistler: Bu turistler ziyaret ettikleri ülke ya da bölgeye tam anlamı ile tıbbi nedenlerle gitmezler, ancak, ziyaret ettikleri bölgede bazı rahatsızlıkları için tedavi olanaklarının olması tercih nedenidir. Diğer bir deyişle tatil ile sağlık hizmeti alımını birleştiren insanlardır.
- Tatil yapan hastalar: Bir bölgeye tedavi amaçlı giden, ancak iyileştikten sonra ya da tedavi sonrası gittikleri bölgede tatil de yapan insanlardır.
- Yalnızca hastalar: Bir bölgeye gidiş amaçları yalnızca o bölgede tedavi olmak ya da operasyon geçirmek olup tatil gibi bir amaçları bulunmayan insanlardır.

Genel tanımıyla sağlık turizmi, kendi yaşadığı yerden başka bir yere sağlık amacı ile seyahat eden insanların oluşturduğu bir turizm türü olarak kabul edilmektedir. Başka bir tanım ise, sağlık turizminde saat sınırlamasına giderek 24 saat ya da daha fazla bir süreyle ev ortamından uzakta hizmet alınmasını sağlık turizmi kapsamında değerlendirmektedir (Bülbül, 2015: 28).

Diğer taraftan doktorların ve sağlık personelinin buldukları yerden bir başka yere giderek tedavi yapmalarını tıp kapsamına alanlar da bulunmaktadır. Örneğin, sınır ötesi çalışan doktorları bu tanıma dâhil eden ve bunların sundukları sağlık hizmetlerini tıp turizmi olarak kabul edenler bulunmaktadır. Söz konusu 24 saatlik alt sınır yaklaşımı baz alındığında 24 saatten daha az süreyle evden uzak kalan kişi sağlık turisti olarak kabul edilmeyip ziyaretçi olarak değerlendirilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012: 14).

Önceleri bir ihtiyaçtan kaynaklı olarak tıp turizmi ile sağlık turizmi eşanlamlı olarak kullanılırken artık bunun böyle olmaması gerektiği, sağlık turizmi kavramını bir şemsiye kavram olarak kabul edilmesi sağlık turizmi kavramının altında çeşitli alt tanımların yapılması zorunluluğu doğmaktadır (Özgül, 2014: 23).

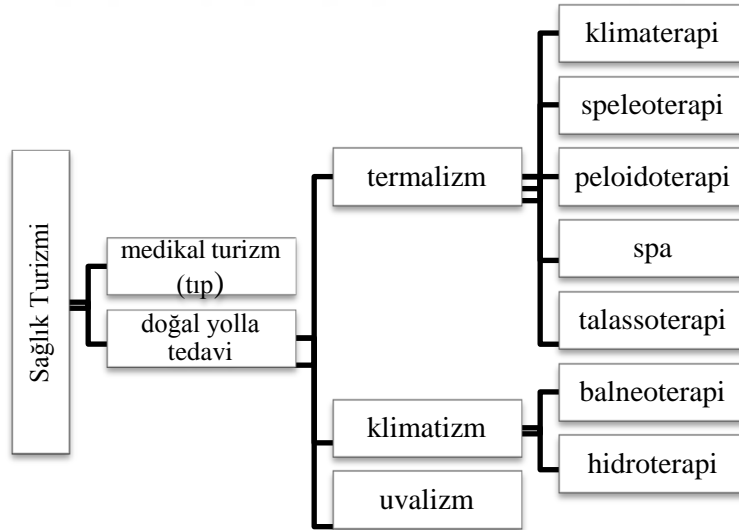
Sağlık turizmine talep boyutu ile bakıldığında çok daha değişik sağlık turizmi çeşitleri ile karşılaşmak mümkündür. Buna göre, sağlık turizminde şöyle bir çeşitlendirme yapılabilir (Şekil 1):



**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı (2012). *Sağlık turizminde süreçler ve aracı kuruluşlar araştırma raporu*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.

**Şekil 1:** Sağlık Turizmi Çeşitleri

Sağlık turizmi, doğal yolla tedavi ve medikal turizm olmak üzere aşağıdaki çeşitlere ayrılmaktadır (Hastürk, 2011: 32).



**Kaynak:** Hastürk, O. (2011). *Tıbbi turizm amacı ile Ankara'ya gelen hastaların Ankara'yı tercih etme nedenlerinin ve memnuniyet durumlarının belirlenmesi: Kamu sağlık kuruluşlarında bir araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Ankara.

**Şekil 2.** Sağlık Turizmi Çeşitleri

Görüldüğü gibi sağlık turizmi, her ülkede farklı biçimlerde tanımlanabilmekte, çoğunlukla da medikal turizmle aynı anlamda kullanılmakta, medikal, termal ve yaşlı turizmi olarak çeşitlendirilmektedir.

### **2.5.1. Medikal turizm**

Medikal turizmin diğer bir adı ise *tıbbi turizm*'dir. Buna göre medikal turizm; insanların uzun mesafedeki ülkelere, tıbbi tedavi alabilmek için seyahat etmesi olarak tanımlanmaktadır. Medikal turizm, gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin fiyatlarının yüksek oluşu ve uzun bekleme süreleri gibi nedenlerle hastaların ülkelere yüksek standartlardaki medikal uygulamaları nedeniyle seyahat etmeleridir. Öncelikli amaç tedavi olmakla birlikte hastalar; konaklama, yiyecek-içecek, ulaşım ve seyahat programları gibi turizm sektörünün sağladığı hizmetlerden de yararlanmaktadır (Tengilimoğlu, 2013: 59).

Bu hizmetlerle, genellikle cerrahi ya da özel uzmanlıklar gerektiren tıbbi müdahaleleri ihtiyaç duyan hastalara, en uygun fiyata özel tıbbi bakım verilmektedir. Bu hizmetlerin gerçekleşmesinde de hem sağlık hem de turizm sektörü rol oynamaktadır. Medikal turizm hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için üç unsurun var olması gerekmektedir. Bu unsurların var olması, uyumu ve işletilmesi mevcut potansiyelin etkin kullanımını da beraberinde getirmektedir. Bu unsurların biri, turizmin sağladığı imkânlar (doğa, iklim, tarih, vb), diğeri sağlık hizmetleri imkânları (hastaneler, konusunda uzman personel, teknolojik imkânlar, uzmanlıklar, uygun fiyatlar, vb) ve sonuncusu da müşteri ile sağlık turizmi sektörünü buluşturacak profesyonel organizasyonların varlığıdır. Uluslararası medikal seyahat kavramı sadece kaliteli sağlık hizmetiyle sınırlı kalmayıp bunun yanı sıra tekrar ülkeye dönmeden kontrollü gözetimlerle iyileşmeyi de kapsamaktadır (Yıldırım ve Altınkaya, 2015).

Medikal turizm, sağlıkla ilgili konularda olası bekleme sürelerini ve hizmete ulaşım mesafesini kısaltıp, tıbbi hizmetin ulaşılabilirliğini artırmaktadır. Medikal turizm, hastaların bölgesel, dinsel, kültürel farklılıklar konusunda daha iyi bilgi edinmesini sağlayarak ülkeler arasında bütünleşmeyi güçlendirmektedir. Ülkeler arasında hasta hareketliliği ile bilgi alışverişi artacağından, hastane personelinin deneyim ve eğitiminin gelişmesine katkı sağlamaktadır (Kiremit, 2008: 27).

Medikal turizm eski bir uygulamanın çağdaş biçimi olup, binlerce yıldır insanların sağlık adına seyahat etmesini gerektiren bir alan olmuştur. En az 200 yıl boyunca, Avrupalıların Nil çevresindeki kaplıcaları ziyaret etmeleri ile başlayan medikal turizmde, Orta ve Güney Amerika ülkelerinden bazıları kozmetik, obezite ve plastik cerrahi konusunda büyük tanınırlığa sahip bir hale gelmiş; Hindistan, Singapur ve Tayland kalp damar cerrahisi ve ortopedik cerrahi konularıyla öne çıkmıştır. Hindistan'daki medikal turizmdeki fiyatların diğer rakiplerinden daha düşük olması ülkeyi sağlık turistinin gözünde daha cazip hale getirmektedir. Diğer yandan sağlık alanında oldukça ileri düzeyde olan Belçika, Kanada, Almanya, İsrail ve İtalya karmaşık ameliyat ve diğer ileri sağlık hizmetleriyle öne çıkmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2013: 15).

Medikal turizmin en yaygın olduğu bölge Asya'dır. Tayland 1970'lerde estetik operasyonlar konusunda uzmanlaşmaya başlamıştır. Malezya bu gruba ekonomik krizden sonra, Tayland da yerli hastalar fiyatları ödeyemez duruma geldiklerinde 1998'de katılmıştır. Singapur, daha sonraları girdiği bu pazarda Tayland ve Malezya ile rekabet edebilmek için fiyatları bu ülkelerin aşığına çekmiş ve hava alanlarına tıbbi turizm alternatifleri ile ilgili bilgi stantları yerleştirmiştir (Demirer ve Ejder, 2010: 12).

Tedavi amaçlı turizm, hasta ve hasta ailelerinin rahatı için gereken seçenekleri sunmayı hedeflemekte; gelişmiş ülkelerde eğitim ve refah seviyesinin yüksek olması beraberinde sağlık hizmetlerinin sunumunun da yüksek maliyetli olmasına neden olmaktadır.

### **2.5.2. Termal turizm**

Term sözcüğü, Latince sıcak anlamına gelen thermos sözcüğünden gelmektedir. Roma'lılar zamanında term sözcüğü halk banyoları anlamında kullanılmıştır. Doğal sıcak sular için termal, suların sıcaklık özelliklerini de belirtmek için termik, doğal sıcak su kaynaklarının incelenmesi ve sağlık amacıyla kullanılmak üzere düzenlenmesi için ise, termalizm sözcüğü kullanılmıştır (Toker, 2007: 81).

Termal turizm, termomineral kaplıca tedavisi, balneoterapi, inhalasyon uygulamaları, içme kürleri, fizik tedavi ve rehabilitasyon gibi destek tedavilerinin birleştirilmesi ile yapılan kür (tedavi) uygulamalarını kapsamaktadır. Bu uygulamalar şunlardır (Yalçın, 2006: 37):

- K r: Tedavi etkeninin belli dozda, seri halde, düzenli aralıklarla, belli sürelerle tekrarlanarak verilmesi ile uygulanan tedavi yöntemidir.
- Kaplıca tedavisi: Toprak, yer altı ve deniz kaynaklı mineralli sular, gazlar, peloidler ( amurlar) ve iklimsel unsurlar gibi doğal tedavi unsurlarının yöredeki iklim olanakları ve gerekli görülen diğer tedaviler ile birlikte k r tarzında uygulandığı bir tedavi sistemidir.
- Balneoterapi: Termomineral sular, peloidler ve gazlar gibi doğal tedavi unsurlarının banyo, içme ve inhalasyon (soluma) yöntemleri ile k r tarzında tedavi amaçlı kullanılmasıdır.
- Inhalasyon uygulamaları: Termomineral su zerrecikleri ile yapılan soluma uygulamalarıdır.
- I me k rleri: Mineralli sular ile kaplıcalarda ya da yaşanılan yerde yapılan içme k rleridir.
- Fizik tedavi ve rehabilitasyon: Kaplıca tedavisinde kullanılan elektro terapi, egzersiz tedavileri, masaj ve diğer yöntemlerdir.

Sudan gelen sağlık (salus per aquam-SPA), vücudun su ve tuz dengesini ayarlaması, bedene enerji kazandırması, yorgunluğu ve ağrıyı alması amacıyla alınan bir hizmettir. Uzman terapistlerce çeşitli tekniklerin kullanıldığı SPA terapileri, günlük, haftalık, aylık ya da dönemlik olarak uygulanmaktadır (Hayta, 2008: 27).

SPA'nın geçmişi Roma İmparatorluğu'na kadar uzanmaktadır. Savaşlardan yorgun ve perişan dönen Romalı askerlerin yaralı bedenlerini iyileştirmek için inşa ettirdikleri banyolardaki tedaviye o dönem SPA sudan gelen sağlık adı verilmiştir (I  z, 2009: 13).

SPA yalnızca su ve çamur terapilerini değil sıcak su havuzu, çeşitli masaj terapileri, aroma (hoş koku) terapileri, güzellik ve bakım gibi sağlık kur hizmetleri veren tesislere verilen bir isim olup su ile iyileşme, suyun kullanımından gelen sağlık, suyun sıcak, soğuk ve farklı biçimlerdeki akıtma, damlama, duşlama, püskürtme gibi uygulamaları ile kazanılan dinlenme ve ferahlama duygularının edinildiği bütünleyici terapi anlamında kullanılmaktadır (Türkiye Sağlık Vakfı, 2010).

SPA sektörünün hızlı gelişimi yeni arayışları da beraberinde getirmiştir. Klasik Fin saunalarında uygulanan renk ve ışık terapileri, vücudun fiziksel ve ruhsal sağlığı için buhar odalarında uygulanan ve toksin atmaya yardımcı olan aroma terapi seansları, masaj sonrası ısıtılmış koltuklarda vücudu dinlendirme gibi güzellik ve rahatlama amaçlı yapılan uygulamalar SPA merkezlerindeki en çok tercih edilen yöntemlerdir (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2015).

Böylece termal tesislerinde insan sağlığını onarıcı aktivitelerle beraber eğlence imkanlarının da bulunması, diğer turizm türleriyle kolay entegre edilebilmesi, yıl boyunca her mevsim turizm yapma olanağı olması, maliyetleri hızla geri dönüştüren kazançlı ve rekabet gücü yüksek olan yatırım özelliği taşıması ve istihdam sağlaması ile ekonomik potansiyeli yüksek sektör haline gelmiştir.

### **2.5.3. Yaşlı turizm**

Son dönemde sağlık turizminde yaşlıların bakımı ile ilgili kurulan tesisler ve bu amaçla yapılan seyahatler sağlık turizminin yeni bir türü olarak turizm faaliyetlerinde yerini almaya başlamıştır. İleri yaş turizminde misafirler gezi turları, meşguliyet ve çeşitli terapilerle vakitlerinin daha iyi ve eğlenceli geçirmeleri sağlanmaya çalışılmaktadır. Yaşlı nüfusun yoğun olduğu Avrupa, Japonya ve Amerika'da yaşlı bakım evleri bulunmakta, ancak, yaşlı bakımı çok pahalı olduğu için yaşlılarının bakımlarının farklı ülkelerde yapılmasını tercih edebilmektedirler. Yaşlılarla ilgili hizmetler ise, bakım evlerine yerleştirme, rehabilitasyon hizmetleri ve klinik otelde rehabilitasyon hizmetleri olarak gruplandırılmaktadır (Seyyar ve Serdar, 2008: 75).

Dünyada 600 milyondan fazla insanın fiziki engelli olması ile en büyük azınlığı oluşturması, turizm sektöründe özel bir pazar anlamına gelmektedir. Surrey Univercy tarafından yapılan Avrupa'da Erişilebilir Turizm adlı çalışmada, Avrupa'da 46 milyona yakın fiziksel engellinin yaşadığı görülmüştür. Bu rakam, 65 yaş üzeri nüfus göz önüne alındığında 130 milyon kişi anlamına gelmektedir (Edinsel ve Karataş, 2015: 39). Bu kişilerin yanlarında bir veya birkaç kişinin refakatiyle birlikte seyahat edecekleri düşünüldüğünde ziyaretçi sayısının çok daha fazla olacağı açıkça görülmektedir.

## 2.6. Sağlık Turizmin Ekonomik Potansiyeli

Gelişmiş ülkelerde yaşlanan nüfusun artmasına paralel sağlık ihtiyaçları ve sağlık harcamalarının payı artmaktadır. Harcamalarının artması, sosyal güvenlik kurumların ve özel sigorta şirketleri kaliteli tıbbi hizmet sunan ve yakında yer alan ülkelerle paket anlaşmalar yapmasına neden olmaktadır (Yıldırım, 2004: 3).

Avrupa Kaplıcalar Birliği'ne göre 2004 yılında termal turizm amacıyla Almanya ve Macaristan'a 10 milyon, Rusya'ya 8 milyon, Fransa'ya yaklaşık 700 bin, İsviçre'ye 800 bin ve İspanya'ya 400 bin kişi gitmiştir. Japonya'nın sadece Beppu Şehrine yılda 12–13 milyon kişi termal turizm amaçlı olarak gelmiştir. Bu ülkelerde modern tıbbın ve sosyal güvenlik kurumlarının desteğini de alarak diğer tedavi imkânları ile bütünleşmiş termal turizmin önemi giderek artmaktadır. Bu gibi ülkelerde turizmin en büyük gelir kaynaklarından birini termal turizm oluşturmaktadır (Kızılırmak ve Kurtuldu, 2005: 87).

Suyun en eski ve doğal tedavi aracı olması 25-75 yaş arası hasta ve sağlıklı insanların pazara ilgisini arttırmaktadır. Ayrıca dünya nüfusunun yıllık ortalama %5 oranında yaşlanması, sağlıklı yaşlı nüfusa sunulan hizmetlerin çeşitliliği ile maliyetlerinin artması halinde 2050 yılında yaşlı nüfusunun 15 yaşın altındaki çocuk nüfusunu geride bırakacağı tahmin edilmektedir. Bu durumda insanların sağlıklı yaşlanmaları için orta yaşlardan itibaren termal sağlık turizmi kapsamındaki hizmetlerden yararlanmaları ve sağlıklarını korumaları için bu programlara katılmaları teşvik edilmektedir (Türkiye Sağlık Vakfı, 2013).

Dünya'da sağlık turizminin ortaya çıkması ve gelişimini sağlayan unsurları aşağıdaki gibi listelemek mümkündür (Zengingönül ve diğerleri, 2012: 5; Boz, 2014: 73).

- Dünya nüfusunun artması, yaşam kalitesinin yükselmesi, çeşitli ülkelerde sağlık maliyetlerinin artması ve tedavilerin daha kaliteli ve ekonomik alternatifler sunan ülkelere kaymasıyla sağlık turizmi ortaya çıkmıştır. Farklı ve ileri teknolojik alt yapı ve bilimsel verilere sahip ülkelerde tedavi olmanın sağladığı avantajlar genişlemiştir.
- İlerlemiş olan hastalıkların tedavi masraflarından büyük miktarda tasarruflar sağlanmaya başlanmıştır.
- Hastanın başka bir ülkede kendi ülkesinde bulunan sağlık hizmetinden daha kaliteli tedavi olma imkânları genişlemiştir.

- Hastaların, özellikle satın aldıkları sağlık sigortası ile ilgili yaşadıkları sorunlar artmış ve alternatif imkânlar araştırılmaya başlanmıştır.
- Hastaların, tedavileri için gerekli olan operasyonları beklemeden almak talepleri artmıştır. Nitekim bu tür imkânlar alternatif ülkelerde sunulmaya başlanmıştır.
- Hasta ve yakınları, bir yandan yukarıdaki unsurların getirilerini elde etmeyi isterken, diğer yandan bu getirileri gittikleri ülkelerde turistik amaçlı faaliyetlerle birleştirmeyi de istemişlerdir.
- Sağlık turizmi konusunda gün geçtikçe azalan ulaşım maliyetleri ve bilinçlendirme faaliyetlerinde çoklu medyanın devreye girmesi çok etkili olmuştur.

Hastaların, tedavi görmek isteyenlerin, alternatif sağlık hizmeti arayışında olanların, gelişmekte olan ülkelere seyahat etme eğilimi giderek artmaktadır. Bu eğilim, gelişmekte olan ülkeler için önemli bir ekonomik potansiyel oluşturmakta, sağlık sektörü üzerinde de çok ciddi anlamda katkılar sağlamaktadır (Buldukoğlu, 2014: 46).

Dolayısıyla sağlık turizminin, turizm faaliyetleri içinde en çok büyüme gösteren sektörlerden biri olma potansiyelini taşıması, gelişmekte olan ülkelerin ekonomik büyümelerini buna göre planlamaya başlamasına neden olmaktadır. Küresel ekonominin medikal turizme dâhil olmasıyla uluslararası iletişimin, ulaşımın ve uluslararası turizmin gelişmesine yol açmakta, sağlık turizmini politik, ekonomik, sosyal ve kültürel açıdan desteklenmesini gerektirmektedir (Akdu, 2009: 19).

Turizmin ekonomik potansiyeli çok çeşitli olup her ülke, bölge, şehir hatta aynı ülkedeki değişik yöreler için bile farklı olabilmektedir. Ancak, sağlık turizminin ortak ekonomik potansiyeli, a) döviz kaynağı, b) gelir kaynağı ve c) yatırım kaynağı olarak sıralanabilir (Gülmez, 2012: 58):

a) Döviz kaynağı olması: Bir ülkenin döviz kurları oranının özellikle seyahatler ve turizm üzerinde etkisi bulunmaktadır. Favori tatil bölgeleri için sadece oradaki fiyatlar değil, turisti gönderen ülkeyle turist kabul eden ülkedeki fiyat farklılıkları da turizmin ekonomik potansiyeli açısından önemli olmaktadır. Turisti kabul eden ülkedeki fiyat aynı kalarak, turisti gönderen ülkenin para birimi nispeten değer kazanırsa, turisti gönderen ülke vatandaşlarınca turisti kabul eden ülkenin malları ve hizmetleri daha çok talep edilecektir; böylelikle turizme olan talep de artacaktır. Turizm gelirleri, görünmez bir kaynak şeklinde,



gelişmekte olan ülkeler için ihtiyaç duyulan döviz girişini sağladığından ve öteki ihrac ürünlerine karşı avantajlı olduğundan birçok ülke, dışarıdan gelecek turizm gelirini arttırmak amacıyla önemli çabalar harcamaktadır.

b) Gelir kaynağı olması: Turizm sektörü, taşıdığı özellikler nedeniyle birçok sektörle ilişki içinde olduğundan, turizm gelirleri de diğer pek çok mal ve hizmetin ihracatından daha olumlu neticeler yaratmaktadır. Turistlerin yapmış olduğu harcamalar sonucunda ortaya çıkan gelir, kişilerin gelir ve refah düzeylerini yükseltmesinin yanında döviz geliri olması sebebiyle de ülkenin dışalım gücünü ve dolayısı ile yeni yatırım yapabilme kabiliyetini arttırmaktadır. Yatırımların artması, aynı zamanda milli gelirin de artması demektir. Ayrıca turizmden elde edilen gelirler başta tarım, mobilya-dekorasyon, inşaat, gıda endüstrisi vb. birçok sektörü uyaracağından ve bu sektörlerde yeni talepler yaratacağından ekonomide bir hareket başlatacağı açıktır.

c) Yatırım kaynağı olması: Tarih ve kültür mirasıyla beraber doğal değerleri ile de zenginliğe ve çeşitliliğe sahip ülkenin, turizm potansiyelinin değerlendirilmesi için turizm yatırımlarına ve girişimlerine sağlanmakta olan destek ve tanıtım faaliyetleri neticesinde turizm sektörü, ekonomik ve sosyal yaşamda daha fazla yer almaya başlamıştır. Turizm yatırımları, uzun yıllara yayılan geri dönüşü olan, sermaye oranı fazla, sosyal, siyasal, doğal ve ekonomik durumlara duyarlıdır. Bu sebeple ülke ekonomilerinde desteklenmekte ve teşvik edilmektedir.

## **2.7. Sağlık Turizminin Gelişimini Etkileyen Faktörler**

Sağlık turizminin önemli ekonomik potansiyele sahip bir sektör olduğunun görülmesi onun geliştirilmesini daha da önemli hale getirmektedir. Sağlık turizmini hem geliştiren hem de kısıtlayan bazı faktörler bulunmaktadır (Bulut, 2007).

### **2.7.1. Sağlık turizmini geliştiren faktörler**

Sağlık sektörünün gelişmesinde dikkat edilmesi gereken bazı temel faktörler bulunmaktadır. Bunlar; etkenlik, etkililik, verimlilik, optimal olma, kabul edilebilirlik, yasallık, eşitlik, süreklilik, tam zamanında hizmet sunumu, katılım ve erişilebilirliktir (Edinsel ve Adıgüzel, 2014: 168).

Etkenlik, bilimsellik kapsamında var olan imkânlarla hasta durumlarında yapılabilecek minimum süredeki maksimum gelişmenin sağlanması; etkililik, verilen

hizmetlerin, ideal hizmete göre kişinin sağlık halinde ya da hastalık durumunda yaptığı değişiklik için ihtiyaç duyulan bütün kaynakların etkin bir şekilde kullanılması; verimlilik, etkin bir hizmetin en düşük maliyetlerle üretilmesi, böylece uygun olmayan tedavinin yapılmaması ve bakımların gereksiz biçimde uzatılmamasıdır (Hayta, 2008: 19).

Optimal olma, faydaların ve maliyetlerin arasında optimum bir dengenin sağlanması, hastaların ruhsal, fiziksel ve sosyal yönden de bu dengenin kollanması; kabul edilebilirlik, verilen hizmetin, hasta ya da hasta yakınlarının değerler, istekler ve beklentileri ile uyumluluğu; yasallık, verilen hizmetin toplumca kabulü; eşitlik, tüm kişilere adilce hizmet sunulması, kişilerarasında ayrımcılık yapılmaması ve kişilerin elde ettiği faydaların eşit olması; süreklilik, bakımdaki sürekliliğin sağlanması, hastaların tıbbi kayıtlarının düzenli ve yeterli olması, böylece hastanın farklı sağlık kuruluşlarına gittiğinde değerlendirilmesinin kolayca yapılması olarak tanımlanmaktadır (Aydın ve diğerleri, 2011: 42).

Tam zamanında hizmet sunumu, hizmetin ihtiyaç duyulduğu anda ve tam zamanında sunulması, farklı sebeplerle geciktirilmemesi, erken teşhisin ve tedavilerin uygulanması; katılım, hastalarla iş birliği yapılarak bakım sürecine katılımının sağlanması, erişilebilirlik, kişilerin hizmeti ihtiyaç duyduğu zamanda alabilmesidir (Maviş, 2007: 43).

Bu bilgiler çerçevesinde, sağlık hizmetine kısa zamanda ulaşma yüksek sağlık teknolojisini sağlama, kaliteli hizmet sunma, sağlık hizmetlerini ucuza satın alma, tedavinin yanında tatil ve kültür ziyareti yapma isteği ile yaşlı ve engellilerin başka ortamlar görme isteği gibi faktörler sağlık turizmini geliştirmektedir.

### **2.7.1. Sağlık turizmini kısıtlayan faktörler**

Sağlık turizminin gelişmesini kısıtlayan faktörleri yasal sorunlar, alt yapı yetersizliği, yabancı dil bilmeme, ödeme ve sigorta sorunları ile sağlık sektöründeki pazarlama sorunları şeklinde ele almak mümkündür (Metin, 2010: 21).

- **Yasal sorunlar:** Yasal sorunların başında, standartların ve kalitenin sağlanması için akreditasyon sisteminde sertifika, ruhsat yeterlilik gibi uygulamaların eksik oluşu belirtilebilir. Ayrıca tesislerde gerekli tıbbi ve teknik uzman ile hizmet personeline ihtiyaç vardır. Alanlarında uzman doktorların, fizyoterapistlerin ya da yardımcı sağlık personellerinin bulundurulma zorunluluğu tedavinin konunun uzmanları tarafından kontrol edilmesi ve denetlenmesi önemlidir. Yeterli sayıda personel olmaması ya da uzman personel yetiştirmek

amacıyla eğitim ve uygulama merkezlerinin az oluşu, sağlık turizminin gelişmesine engel teşkil etmektedir (Ateş, 2011: 8).

- Altyapı yetersizliği: Bölünmüş yol, hızlı tren hatları, hedeflenen varış noktalarına yeterli havaalanları, kurvaziyer ve yat limanları gibi birçok ulaşım alternatifi konusunda bazı eksiklikler söz konusudur. Sağlık turizminin hedeflendiği bölgelerde verilecek sağlık hizmetinin gerektirdiği şartlarda, hava ve kara ulaşımı geliştirilmelidir (Aydın ve diğerleri, 2011: 16).

- Yabancı dil bilmeme sorunu: Dili ve kültürü farklı yurtdışı hastalarına hizmet vermede sıkıntılar yaşanmakta; sağlık turizmindeki eksikliklerin başında, iyi derecede yabancı dil bilen yetişmiş elemanların az oluşu gelmektedir. Bu konuda tercüme profesyonelleri çeviri şirketleri aracılığı ile yapılmaması yanlış tedavilere ve sağlığın geri dönüşmeyecek şekilde kaybına sebep olabilir (İçöz, 2009: 58).

- Ödeme ve sigorta sorunları: Genellikle sağlık turizmi yapan turistlerin seyahat giderleri sadece tedavilerinin maliyetinden oluşmaz. Konaklama, yeme içme, ulaşım, güvenlik ve eğlence, gezi gibi faaliyetlerin de maliyetlerini kapsar. Bu maliyetlerin ödemelerinde kimin ödeyeceği ile ilgili sorunlar çıkmaktadır. Sağlık turizminde geri ödeme mekanizmalarında birinci adım; kişinin sağlık sigortası olup olmadığı ile başlar, sağlık sigortası varsa ödeme sigorta tarafından yapılır; yoksa kişi cepten ödeme yapar. İkinci adım, sigortanın kamu veya özel sigorta olmasıdır; kamu sağlık sigortası ise uluslararası anlaşmalar konseptinde eşit hizmet ile karşılanır ve üstü cepten ödemeler ile tamamlanır (Topuz, 2012: 26).

- Sağlık sektöründeki pazarlama sorunları: Sağlık turizmi faaliyetlerinde pazarlama stratejilerine ve pazarlama araştırmalarına yeterince önem verilmemekte, fiyatlandırmada yanlış uygulamalar olabildiği için standartlaşmaya gidilememektedir (Bülbül, 2015: 63).

Hükümet ve bazı sağlık sigortaları yurt dışından alınan hizmetleri ödememekte, bu durumda hastalar aldıkları hizmetin bedelini kendileri ödemek zorunda kalmaktadır. Yurt dışında alınan sağlık hizmetleri ertesinde meydana gelen yan etki, komplikasyon veya cerrahi operasyon sonrası bakım ihtiyacı, hastaların kendi ülkelerinde giderilmek zorundadır. Çünkü hasta genellikle operasyondan birkaç gün sonra ülkesine dönmektedir. Birçok ülkenin yanlış tıbbi uygulamalar konusunda yeterli yasası bulunmamaktadır. Bu nedenle hatalı bir tedavi

uygulanması halinde yerel mahkemelerden yeteri kadar destek alınamamaktadır (Kurt, 1999: 23).



### **3. DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE SAĞLIK TURİZMİ**

Bu ana başlık altında, dünyada ve Türkiye'de sağlık turizminin gelişimi, dünyada sağlık turizmini etkileyen faktörler ile avantaj ve dezavantajları, dünyada ve Türkiye'de sağlık turizminin ekonomik boyutu, dünyada uygulanmakta olan sağlık sistemleri ve finansman modelleri ile gelişmiş ülkelerde sağlık sistemlerinin sorunları ele alınacaktır.

#### **3.1. Dünyada Sağlık Turizminin Gelişimi**

Milattan önce 4.000 yıllarında Mezopotamya'da Sümer'ler sıcak su kaynaklarının çevresine binalar inşa etmiştir. Mısırlılar milattan sonra 1.248'de Kahire'de o zamana kadar en gelişmiş ve en büyük hastaneyi inşa etmiş, ırk, din, sosyal duruma bakılmaksızın herkese bakım sağlama ilkesini uygulamışlar, dünyanın her yerinden gelen hastaları tedavi etmişlerdir (Yalçın, 2006: 60).

Eski Yunanlar kapsamlı olarak sağlık turizmi ağının temellerini atan ilk medeniyettir. İlk kayıtlı örnekleri binlerce yıl öncesine, tüm Akdeniz'den Yunanlı seyyahların Tıp Tanrısı Asklepiyon'un mabedi sayılan Epidauria adı da verilen Saronik Körfezine gidişlerine dayanmaktadır. Tıp tanrısı olan Asklepios'un onuruna yaptıkları tapınak, dönemin spor salonu ve termal banyolar gibi hizmetler sunan en önemli termal sağlık merkezi olarak anılmaktadır. Ayrıca dünyanın en eski psikiyatri hastanesi olan bu merkezde su ve çamur tedavileri, müzikle ve bitkilerle tedavi yöntemi uygulanmış, Tanrı Asklepiyon'un ziyaretiyle ortaya çıktığına inanılan rüyaların yorumları yapılmıştır. Bu özellikleriyle Asklepiyon hastaneden daha çok bir kaplıca merkezi olarak kabul edilmektedir. Olympos'taki Zeus ve Delfi Tapınağı da bu dönemdeki bu tip tapınaklar olarak bilinmektedir (Aksu, 2011: 58).

Tunç devrinde milattan önce 2.000'li yıllarda, bugün İsviçre'de St. Moritz olarak bilinen tepe kabileleri, demir bakımından zengin mineral kaynaklarında banyo yapmanın ve bu suyu içmenin sağlığa olan faydalarının farkına varmışlardır. Suyu içmede kullandıkları tunç kapların aynıları Fransa ve Almanya'da da bulunmuştur. Bu bulgular, medeniyetler arasında bir sağlık yolculuğunun olabileceğine işaret etmektedir (Gülmez, 2012: 24).

Roma İmparatorluğu döneminde, ılıca adı verilen sıcak su banyoları ve kaynakları ortaya çıkmış ve soylular arasında ün kazanmıştır. Bu banyolar yalnızca sağlık tesisi olmakla kalmayıp zenginler ve üst tabaka için ticari ve sosyal toplantı merkezleri haline gelmiştir (Metin 2010: 14).

Roma uygarlığının çöküşünden sonra Asya, sağlık turizmi için birinci durak olmaya başlamıştır. Tapınakların yerini klinik tedaviler uygulayan hastaneler almıştır. Orta çağlarda Japonya’da onsen adı verilen mineral kaynak, tedavi edici özellikleri sebebiyle bütün ülkede yaygınlaşmıştır. Savaşçı kavimler, bu imkânları savaşlardan sonra tedavi olmak amacıyla değerlendirmiştir (Yalçın, 2006: 49).

Avrupa’da sağlık turizmi 16. yüzyılda kıtanın elit tabakasına mensup kişilerin Roma hamamlarını keşfiyle başlamıştır. Bu hamamlar çevresinde Bath, Baden Baden, St. Moritz and Villed’Eaux gibi kaplıca merkezleri oluşmuş, giderek artan sağlık turizmi hareketleri ortaya çıkmıştır. Kraliyetin desteğiyle İngiltere’de özellikle Bath çok meşhur olmuştur. 18. yüzyılda İngiltere’de kaplıca kasabaları ve sanatoryumlar çok artmış mineralli suların her hastalığa iyi geleceği inancı yerleşmiştir (Aydın ve Yılmaz, 2010: 13).

Yeni Dünya’nın keşfi Avrupa’daki sağlık yolcularına yeni duraklar yaratmıştır. 1600’lerde İngiliz ve Hollandalı kolonistler mineral su kaynaklarının yakınlarında ahşap kabinler inşa etmeye başladı. Amerika yerlilerinin iyileştirme sanatında çok usta oldukları da bu zamanda keşfedildi. Yerlilerin bitkisel tıp konusundaki bilgileri Avrupa, Asya veya Afrika’dakilerle kıyaslanabilecek derecede ileriydi. 18. ve 19. yüzyılda Avrupalılar ve Amerikalılar dünyanın uzak köşelerine verem gibi hastalıklara çare bulmak amacıyla gitmiş fakat bu dönemde sadece zenginler bu imkânlardan faydalanabilmiştir (Türkiye Sağlık Vakfı, 2014).

Sağlık amaçlı yapılan bu turizm, Rönesans devri boyunca Avrupa’da büyük önem kazanmıştır. 16. yüzyıla kadar Hıristiyan âleminde din ile siyasetin sömürü faktörü olan termal su kaynakları bu yüz yıldan sonra İtalya ve Fransa’da, 18. ve 19. yüzyıllarda Avrupa’nın farklı ülkelerinde de belirli çerçevelere oturtulmaya başlanmıştır. Genellikle Avrupa otoriterlerince şifalı suların tıbbi faydalarından yararlanılmış, kaplıca suların olduğu yerler tedavinin yanı sıra dinlenme amaçlı sosyal etkinlik durumuna gelmiştir (Kostak, 2007: 11). Medikal turizm bakımından dünyadaki en önemli bölge Asya kıtası olmuş, Tayland, Singapur, Hindistan, Güney Kore ve Malezya gibi ülkelerle medikal turizmin kapsamı önemli boyutlara ulaşmıştır (Akbulut, 2010: 36).

Termal turizm yönünden Avrupa’da bulunan ülkelerden Almanya’nın önemi büyüktür. 263 tane kaplıca tesis barındıran Almanya, Slovakya ve Çek Cumhuriyeti’nde 60 termal tesis; Fransa’da 104, İspanya’da 128 tane ve İtalya’da ise 360’a yakın kaplıca yer

almaktadır. Rusya’da bol miktarda kür merkezi yer almakta ve yılda 8 milyon turistin yararlandığı bilinmektedir. Japonya’da 1500 adet tesiste 100 milyon konaklama kapasitesi olduğu bilinmektedir. ABD’deki Arkansas eyaletinde 55.000 insanın faydalanacağı termal kür merkezlerinin bulunduğu, Hawai’de turizmi bütün bir yıla dağıtmak amacıyla şifalı sulardan faydalanılarak yeni yapılan kür merkezleri ile termal turizme ağırlık verilmeye başlanılmıştır (Türkiye Sağlık Vakfı, 2014).

Görüldüğü gibi, sağlık turizmi içinde özellikle termal turizm büyük önem arz etmekte ve hızla büyüyen bir sektör haline gelmektedir.

### **3.2. Türkiye’de Sağlık Turizminin Gelişimi**

Eski zamanlarda Türklerin inanışları ve dini yaşam biçimleri içerisinde büyüsel hareketlerle tedavi eden kişiler olduğu gibi, çeşitli doğal ve yapay maddeleri kullanarak ilaç oluşturup tedavi etmeye çalışan kişiler de bulunmaktaydı (Aydın ve Şeker, 2011: 21).

6. ve 7. yüzyıllar arasında egemen olan Göktürkler halk sağlığına çok önem vermişlerdir: Beslenme hijyenine dikkat etmiş, yemekten sonra ellerini yıkamış, temiz havlu kullanmışlardır. 8. ve 14. yüzyıllarda Göktürkler’in yerini alan Uygurlar mistik düşüncelere önem vermiş, tedaviyi önde tutmuşlardır. Uygurlar hastaneler kurmuş, yolcu ve seyahat edenlerle fakirlere parasız barınmalarını sağlayan hayır kurumları yaptırmışlardır. Uygurlar, bitki ve hayvansal kaynaklı maddelerden çeşitli ilaçlar hazırlayıp yara tedavilerinde kullanmışlardır (Maviş ve Akoğlan, 2007: 37).

8. yüzyıldan itibaren Müslüman olmaya başlayan Türklerin kurdukları devletlerde de Tolunoğulları, Karahanlılar, Türkistan’da Samanoğulları, Afganistan’da Gazneliler, Maverahünnehir’de Harzemşahlılar dönemlerinde Yusuf Has Hacip, Razi, Farabi, Biruni, İbni Sina gibi İslam ve batı tıbbını etkileyen Türk hekimler yetişmişlerdir. Bu dönemlerde Endülüs Emevi Devleti bilime önem vermiş, ilk tıp fakültesini kurarak tedavi alanında ilerleme göstermişlerdir. Bu ülkede yetişen bilim adamlarının Avrupa’ya ilim yaydığı söylenmektedir (Tengilimoğlu, 2013: 100).

11. yüzyılda Selçuklu Türkleri Anadolu’ya geldiklerinde Bizans saray mensuplarının faydalandığı kaplıcaları onarmış ve yenilerini inşa etmişlerdir. Türkler, Romalıların sadece havuzlardan ibaret olan tesislerini akarsulu farklı yıkanma yerleri yaparak yeni bir model

geliştirmiştir. Osmanlılar zamanında Anadolu’da kaplıca kullanımı ve inşası en üst noktaya ulaşmıştır (Barca ve diğerleri, 2013: 66).

Emevi, Abbasi, Selçuklu ve Osmanlı dönemlerinde özellikle İslam dininin ortak zemin oluşturulması nedeniyle temizliğe büyük önem verilmiş, koruyucu sağlık hizmetleri yaygınlaştırılmış, sağlıkta odaklanma uygulamaları ön planda tutulmuştur. Özellikle kaplıcalarda tedavi ve belli bir sistem içerisinde sağlık hizmeti sunulmuştur (Göçmen, 2008: 15).

Osmanlı ve Selçuklu döneminde hastaneler vakıf yoluyla kurulmuş ve işletilmiştir. Hasta kişi tedavi olduktan sonra gerekirse vakıf tarafından misafir edilerek bazı ihtiyaçları karşılanmıştır. Cumhuriyetin ilanından sonra, Türkiye’de turizm çalışmalarına verilen önem artmış, termal turizm alanında ilk düzenli çalışmalara da başlanmıştır. Türkiye’de, kaplıca hekimliğinde ilk bilimsel adım Atatürk tarafından atılmış, tek tıp fakültesi olan İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi’nde 1938 yılında hidro-klimatoloji kürsüsü kurulmuştur. Böylece kaplıca hekimliğinin temelleri atılmıştır (Ongun, 2013: 17).

20. yüzyılda dünyada üniversitelerde bu konuda eğitim verilmiş ve tıbbi araştırmalar yapılmaya başlanmıştır. Toplumun büyük bir kısmı farklı bir yere sağlığını geri kazanmak için turizm faaliyetine başlamıştır. Sağlık için yapılan turizmde göze çarpan ülkelerin öncüsü olarak; Hindistan, Türkiye, Malezya, termal turizmdeyse Almanya, Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Avusturya ve Maldivler öne çıkan ülkeler olmuştur (Cebecioğlu, 2006: 12).

### **3.3. Dünyada Sağlık Turizmini Etkileyen Faktörler**

Literatürde genel olarak sağlık turizmini etkileyen faktörler, geliştiren ve kısıtlayan olmak üzere ayrılmaktadır. Bu etkenler, aşağıda ayrı ayrı ele alınacaktır.

#### **3.3.1. Dünyada sağlık turizmini geliştiren faktörler**

Genel olarak sağlık turizminin gelişmesinde etkili olan bazı temel faktörler bulunmaktadır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir: a) ülkeler arasındaki fiyat farklılıkları, b) döviz kuru farklılıkları, c) sağlık hizmetlerinde özelleştirme, d) bazı sağlık harcamalarının sağlık sigortası kapsamında olmayışı, e) düşük doğum oranı ve yaşlanan nüfus, f) sağlıklı yaşam tarzının benimsenmeye başlanması, g) uzun süren ameliyat sonrası bekleme, h) bazı operasyonların bazı ülkelerde yasaklanması, ı) ulus-ötesi emeklilik, seyahat firmalarının devreye girmesiyle daha az maliyetin teklif edilmesi, j) batı ülkelerindeki sigorta sistemlerinin



tedavi amaçlı seyahatleri kolaylaştırması ve bazı ülkelerdeki sağlık kuruluşlarını akredite etmesi ve k) dünya genelinde önemli bir dış kaynaktan yararlanma alanı olması (Buldukoğlu, 2014: 23; Edinsel ve Adıgüzel, 2014: 168):

a) Fiyat farklılıkları, özellikle karmaşık cerrahi müdahalelerde çok önemli olmaktadır. Örneğin, ABD’de by-pass ameliyatının fiyatı 94.000–210.000 \$ arasındayken Türkiye’de yaklaşık 12.000 \$; anjiyo 44.000–98.000 \$ arasındayken Türkiye’de 3.500 \$’dır. 2013 yılında kalbi delik olan bir çocuğun ameliyatı ABD’de 70.000 \$ iken Hindistan’da bu ameliyat yalnızca 4.400 \$. Bu durum, hasta akım yönünü de açıkça göstermektedir.

b) Döviz kuru farklılıkları, sağlık turizm konusunda destinasyon ülkelerden birindeki ülke para biriminin değer kazanması ya da kaybetmesi karşılaştırmalı fiyat avantajı ya da dezavantajları yaratmaktadır. Dolayısıyla hastalar, kolayca destinasyon değiştirebilmektedir.

c) Sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi sağlık hizmetlerini geliştiren bir diğer etkidir. Zengin batılı ülkelerde ve özellikle ABD’de sağlık hizmetlerinin kamu hizmetinden çıkıp özel sektöre devredilmesi nedeniyle sağlık harcamalarındaki artış sağlık hizmetleri pazarlamasının medikal hizmetler pazarlamasına dönüşmesine neden olmuştur. Ayrıca, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmeye başlanması da bu alanda önemli bir rekabetin doğmasına yol açmıştır.

d) Bazı sağlık harcamalarının sağlık sigortası kapsamında olmayışı, sağlık turizmini geliştirmektedir. Bazı batı ülkelerinde kozmetik, diş ameliyatları ve estetik amaçlı operasyonların sağlık sigortası kapsamı dışında tutulması da bu amacı taşıyan insanların yabancı ülkelerde ucuz tedavi arayışlarına girmesine yol açmıştır. Örneğin, Fransa gibi bazı ülkelerde, takma diş veya diş kaplama gibi kendi sigorta kurumlarının ödemediği sağlık hizmetleri bulunmaktadır.

e) Özellikle II. Dünya Savaşı sonrasındaki hızlı nüfus artışı, artık yerini düşük doğum oranına ve gittikçe yaşlanan nüfusun ağırlığına bırakmıştır. 2014 OECD verilerine göre gelişmiş ülkelerde nüfusun %20-25’i 65 yaşın üstündedir ve 2050 yılında da bu oranın %50’ye ulaşacağı tahmin edilmektedir. Bu nüfus yüksek gelirli, fiyat duyarlılığı düşük, ancak pazarlama karmasının bölge, kalite ve hizmet gibi diğer unsurlarını önemsemektedir.

f) İnsanların beden sağlığına daha fazla önem vermesi ve sağlıklı yaşam tarzını benimsemeleri, estetik cerrahi, kaplıcalar, emeklilik toplulukları, fitness merkezleri gibi oluşumlara talep artışı yaratmıştır.

g) Batı ülkelerinde uzun süren ameliyat sonrası bekleme zorunlulukları, bu hastaları başka ülkelerdeki sağlık hizmetlerine yöneltmektedir. Örneğin, bir batı ülkesinde diz kapağı ameliyatı için bekleme süresi 18 ay, Hindistan'da en fazla 10 gündür.

h) Bazı operasyonların bazı ülkelerde yasaklanmış olması, bu ameliyatları başka ülkelerde yaptırmak isteyen bir kesimi oluşturmuştur. Örneğin, cinsiyet değişimi, en uç örneği olan ötenazi talepleri dış seyahatlere neden olmaktadır. Bu konuda son yıllarda İsviçre önemli bir merkez durumuna gelmiştir.

i) Sağlık turizmin değişik bir türü de ulus-ötesi emekliliktir. Başka ülkelerdeki yaşlılar için bakım merkezleri böyle turistleri çekmektedir. Almanya gibi bazı ülkelerde bakım sigortası sisteminin 1995 yılından beri uygulanması yaşlılara ve engellilere dönük sağlık hizmetleri finansman kaynağını oluşturmaktadır. Türkiye ve Kenya gibi ülkeler yaşlı hastaların uzun süre ülkede kalmasına izin vermektedir. Sağlık turizmi konusunda seyahat firmalarının devreye girmesi ile bu amaca dönük tur organizasyonları hastaların daha kolay seyahat etmesini sağlamaya başlamıştır. Örneğin, ABD seyahat endüstrisindeki maliyetlerle karşılaştırıldığında %80'lere varan tasarruf sağlama iddiasıyla, uçak bileti, otel konaklama ve ameliyat masraflarını içeren tur paketleri düzenlenmiştir. New York'ta 250.000 \$ bir kalp damar ameliyatının Hindistan'da 50.000 \$ olması bu tekliflerine iyi bir örnektir.

j) Batı ülkelerindeki sigorta sistemlerinin tedavi amaçlı seyahatleri kolaylaştırması ve gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık kuruluşlarını akredite etmeleri bu sektörün gelişmesini hızlandırmıştır. Örneğin, ABD Uluslararası Birleşik Komisyonu<sup>1</sup> çoğunluğunun İspanya, Brezilya, Suudi Arabistan, Türkiye ve Birleşik Arap Emirlikleri'nde bulunduğu 200'den fazla yabancı sağlık tesisini resmen tanımıştır.

k) Sağlık turizmi dünya genelinde önemli bir dış kaynaktan yararlanma alanı durumuna gelmiştir. Örneğin, Japonya'da emeklilere dönük bakımevleri, golf ve gerontoloji (yaşlılık) hizmetlerinin ülke içinde verilmesinden önce, daha düşük fiyatlara verildiği ülkelere

---

<sup>1</sup> JCI (Joint Commission International): Sağlık kuruluşlarındaki güvenlik ve bakım standartlarını eğitim ve denetimlerle artırmayı amaçlayan uluslararası kuruluştur.

insanların gönderilmesi tercih edilmektedir. İngiltere’de Ulusal Sağlık Hizmeti, Hindistan ile medikal hizmetlerin sunumu konusunda alt sözleşme (taşeronluk sözleşmesine-outsourcing) yapmıştır.

### 3.3.2. Dünyada sağlık turizmini kısıtlayan faktörler

Genel olarak sağlık turizminin gelişmesinde bazı kısıtlayıcı faktörler bulunmaktadır. Bunlar şu şekilde sıralanabilir (Duman ve diğerleri, 2014: 210):

a) Medikal turizm konusunda en önemli engel, gelişmekte olan ülkelerdeki tıbbi müdahalelerin kendi ülkelerindekiler düzeyinde ve kalitesinde olduğuna potansiyel ziyaretçileri ikna edebilmesidir. Özellikle Hindistan’daki tedavi sırasındaki ve sonrasındaki hijyen koşullarının yeterli olduğu konusunda Avrupa ülkelerinde önemli kuşkular vardır. Bu nedenle de ucuz tedavinin bazen pahalıya patlayabileceği konusunda ciddi endişeler ve kanılar oluşmaktadır. Medikal turizm konusundaki reklamlarda özellikle teknoloji, kalite güvencesi ve yabancı ülkelerde alınmış eğitim gibi referanslara öncelik verilmektedir.

b) Gelişmiş ülkelerde insanların önemli bir kısmı gerçek anlamda sağlık sigortası kapsamında değildir. Örneğin ABD’de 2013 yılı verilerine göre, sigortasız insan sayısının 46 milyon kişi olduğu tahmin edilmektedir. Bu ülkelerde sağlık sigortası kapsamına girmeyen hastalıklar, İsrail, Ürdün, Litvanya, Polonya vb. gibi ülkelerde ucuz olarak tedavi edilebilmektedir.

Sağlık turizmini sınırlayan bu faktörlere ilave olarak şu faktörler de sıralanabilir (Maviş ve Akoğlan, 2007: 43):

a) Yabancı sağlık kuruluşları tarafından empoze edilen sınırlamalar ve ülkelere giriş/ülkeden çıkış zorlukları. Özellikle sağlık kuruluşlarının akreditasyonu ve lisans sorunları.

b) Sağlık alanında doğrudan yabancı sermaye girişi sorunları.

c) Sigorta, eğitim ve telekomünikasyon alanındaki düzenlemeler. Özellikle yabancı ülkelerdeki tedavileri sınırlayan sigorta sistemleri.

d) Yerli, düzenleyici, alt-yapısal ve kapasite ile ilgili sınırlamalar.

e) Pazardaki yoğun rekabet.

Bu zorlukları aşmak için yapılabilecek düzenlemeler ise, aşağıdaki gibi özetlenebilir (Metin, 2010: 23):

- a) Uygun yasal düzenlemeler
- b) Seyahat formalitelerinin azaltılması
- c) Sağlık hizmet kalitesi, özellikle kalite garantisi
- d) Profesyonel (mesleki) lisanslama
- e) Teknoloji, yeni teknoloji girişine kolaylık sağlanması
- f) Vergilerde uyum
- g) Uygun ve nitelikli işgücü
- h) İletişim ve ulaştırma alanında alt-yapı gelişimi.

Görüldüğü gibi, sağlık turizmini geliştiren faktörler kısıtlayan faktörlere göre oldukça fazladır. Bu nedenle sağlık turizminin uzun vadede gelişebileceği söylenebilir.

### **3.4. Dünyada Sağlık Turizminin Avantaj ve Dezavantajları**

Sağlık turizmin geliştirilmesi için sağlık hizmetlerinin kalitesi, sağlık hizmetlerine erişimin kolaylığı ve maliyeti ile medikal turizm uygulamalarının başlamasıyla yerel sağlık hizmetleri sisteminin durumu önemli faktörlerdir. Bu ölçütlerin sağlanması ile birlikte ortaya çıkabilecek yararlar, fırsatlar, maliyetler ve riskler söz konusu olmaktadır (Buldukoğlu, 2014: 33).

Sağlık turizmin yararlarının belirlenmesinde tıbbi, ekonomik ve toplumsal olmak üzere üç kontrol ölçütü ele alınmıştır. Tıbbi yararlarının belirlenmesinde, bireylerin sağlık güvencesine sahip olup olmadıkları temel noktadır. Yararların belirlenmesinde diğer noktalar; zorunlu, acil ya da isteğe bağlı olması gibi tıbbi durumun ciddiyeti sunulacak sağlık hizmetinin kalitesidir (Öztürk ve Karakaş, 2015: 43).

Ayrıca tıbbi yararlar kişinin durumuna göre de değişiklik göstermektedir. Örneğin, isteğe bağlı ve acil olmayan bir operasyon yaptıracak kişinin sağlık hizmeti beklentisi ile acil yardıma ihtiyacı olan birinin sağlık hizmeti beklentisi birbirinden farklıdır. İlk durumdaki kişi mümkün olan en mükemmel sağlık hizmetini beklerken, acil durumdaki kişi için herhangi bir tıbbi müdahale yeterli olabilmektedir (İçöz ve diğerleri, 2007: 22).

Ekonomik yararların değerlendirilmesinde, kişinin gelir düzeyi önem taşımaktadır. Yüksek gelir grubuna sahip bir kişi, düşük gelir grubundaki kişiye göre daha fazla lüks

beklentisi içinde olmaktadır. Psikolojik faktörler, toplumsal yararların içinde yer alır, bekleme süresi, stres ve medikal turizme katılmayı bir tatil olarak değerlendirenler için rahatlamadır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

Fırsatlar; toplumsal ve ekonomik olmak üzere iki boyutta değerlendirilmektedir. Ekonomik fırsatlar maliyet tasarrufu olarak; toplumsal fırsatlar da sağlık turizmin toplumsal faydaları olarak değerlendirilmesidir (Seyyar ve Serdar, 2008: 5).

Maliyetler açısından seçenekler, a) uygulamanın ülke sağlık sistemine zararları ve b) sağlık sisteminin pahalılaşması gibi kişisel maliyetler başlığı altında değerlendirilmektedir. Maliyet açısından ülke sağlık sistemine verilen zararlar, sağlık turizmi ile insanların ülke dışına çıkmaları ülkedeki hastanelerde gelir kaybına neden olmaktadır. Ülke hastanelerindeki alt-yapı yetersizliği sadece belli alanlarda uzmanlaşıp, diğer konuları sağlık turizme bırakabilmektedir. Kişisel maliyetler ise, acil operasyonların yine söz konusu ülkede yapılmak zorunda olması ve kişi sağlık turizmden faydalansa bile, operasyon sonrası gözetimi yine söz konusu ülkede devam etmek zorunda olmasıdır (Hayta, 2008: 73).

Sağlık turizmini teşvik etmenin tıbbi ve politik olmak üzere iki önemli riski bulunmaktadır. Bunlar (Toker, 2007: 82):

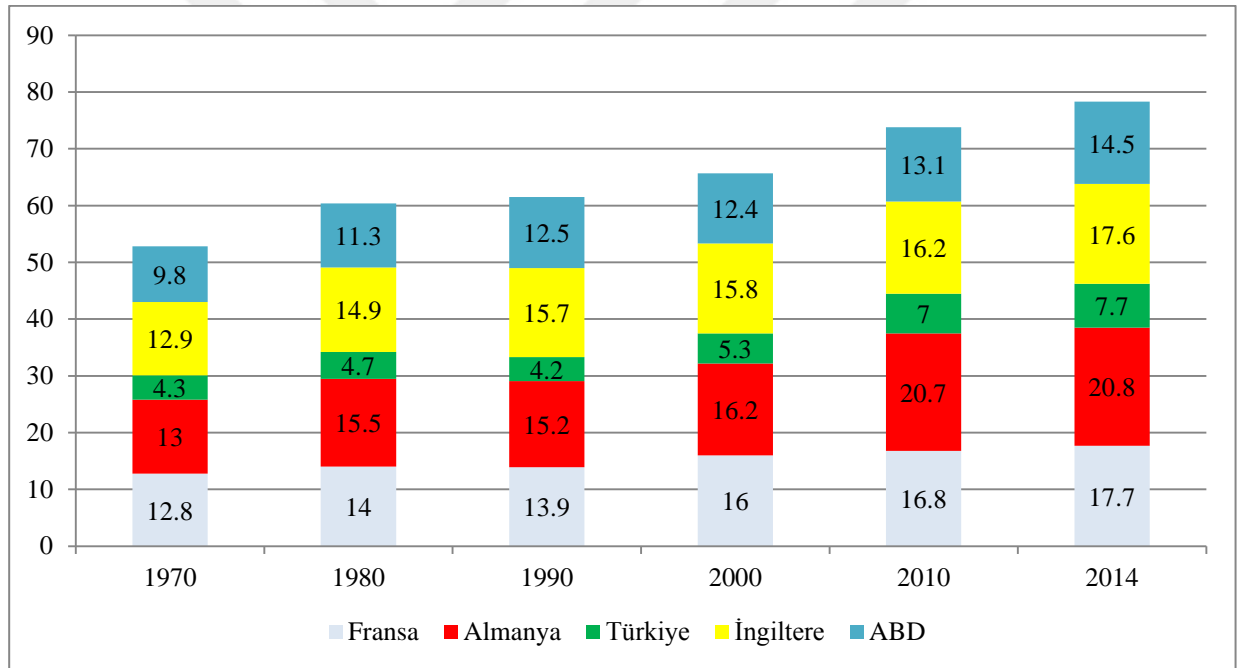
- Tıbbi risk, hizmet kalitesi ve beklenmedik giderlerle ilgilidir. Hizmet kalitesi açısından medikal turizm yapan hastanelerin batılı ülke hastanelerinden daha az gelişmiş olmasıdır. Diğer bir tıbbi risk, medikal turizm yapılan ülkelerdeki yanlış müdahalelerin katı kurallarla önlenememesidir. Beklenmedik masraflar ise, medikal turizme katılan kişinin durumunun ciddileşmesi ya da kişiye daha büyük bir operasyon yapma gereksiniminin ortaya çıkması ve operasyon sonrası bakımın ya da olası komplikasyonların tedavisinin yine aynı ülkede yapılamayacak olmasıdır. Kişi bu süreçte kendi ülkesinde olmak zorundadır.

- Politik risk, uluslararası ilişkileri kapsamaktadır. Batılı bir ülkenin örneğin, Hindistan'a karşı sağlık hizmetlerinde karşılaştırmalı üstünlüğünü kaybetmesi durumunda politik ilişkilerin de bozulabileceği yönündedir. Ayrıca, sağlık turizmin batılı ülkelerde yaygınlaşmasıyla, ülkenin uluslararası alanda sağlık sistemindeki prestijini kaybetmesidir. Bir başka risk ise, yabancı doktorların ABD başta olmak üzere batılı bir ülkeye göç etme durumlarının değişmesidir. Eğer sağlık turizmi diğer ülkelerde (örneğin Hindistan'da) yeterince gelişirse, büyük olasılıkla doktorların çoğu orada çalışmayı tercih edecektir.

Bu açıklamalardan da anlaşılacağı üzere, sağlık turizmi diğer birçok turizm türlerinden farklı olarak kendine özgü birtakım riskleri de içeren ve sorumluluk düzeyi oldukça yüksek bir turizm türüdür.

### 3.5. Dünyada Sağlık Turizminin Ekonomik Boyutu

Yakın zamana kadar turistlerin yaptıkları seyahatlerin ana maksadını yeni yerler görmek, doğal güzelliklerini gezmek, denize girmek gibi faktörler oluştururken, günümüze doğru gelindiğinde bu maksatların yerini hastalıkların tedavilerinin yapılması, iklim ve hava şartlarından faydalanmak ile o ülkenin sağlık konusundaki yeraltı kaynakları ve teknolojilerinden faydalanarak iyileşmek amacı yer almıştır. Turizm sektöründeki bu amaç değişikliğinin sebeplerinin başında artan ileri yaş nüfusu gelmektedir. Şekil 3’de ABD, İngiltere, Almanya, Fransa ve Türkiye’de 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı görülmektedir.



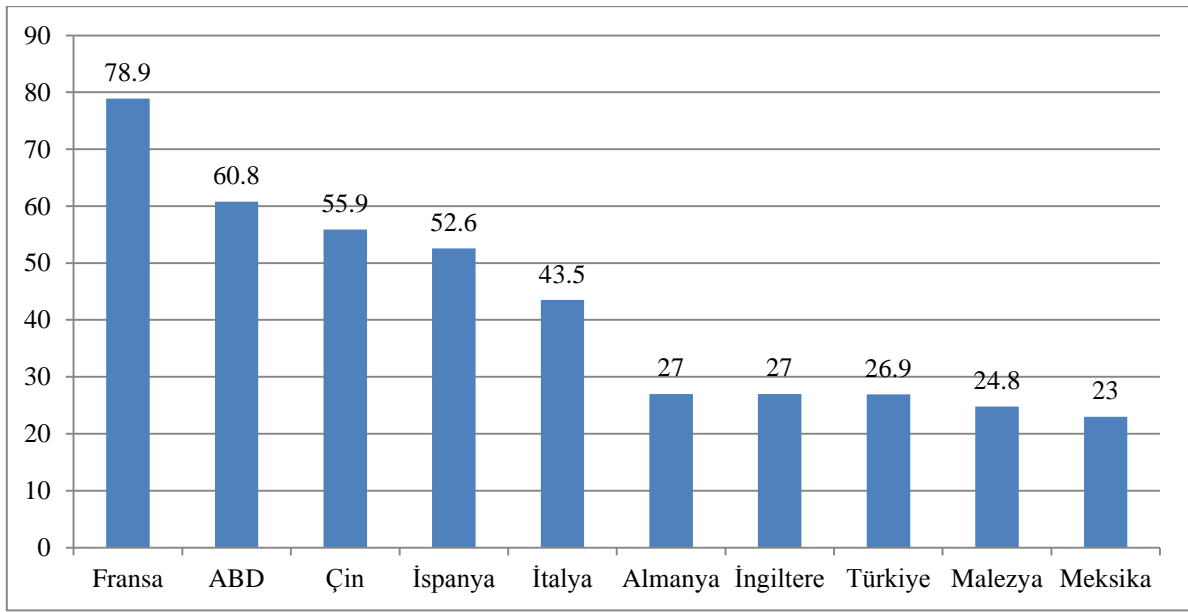
**Kaynak:** OECD (2015). Life expectancy and healthy life expectancy at age 65.

**Şekil 3:** 1970-2014 Dönemi Bazı Ülkelerde 65 Yaş Üstü Nüfusun Oranı (%)

Şekil 3’de görüldüğü gibi, 1970-2014 döneminde Almanya’da 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %13’den yaklaşık %21’e; İngiltere ve Fransa’da yaklaşık %13’den yaklaşık %18’e; ABD’de ise yaklaşık %10’dan yaklaşık %15’e yükselmiştir.

Türkiye’de bu oran yaklaşık %4 artmıştır. Bu ülkelerde nüfusun giderek yaşlandığı açıkça görülmektedir.

Dünya ülkeleri açısından önemli bir gelir kaynağı olan turizm, sürekli bir değişim içindedir. Ülkeler turizm sektöründeki paylarını arttırmak ve ülke gelirine katkıda bulunmak için bu sektörde büyük gelişme göstermiştir. Örneğin Türkiye, 2010 yılında 25.3 milyon turist sayısından 2011’de 26.9 milyona ulaşmış ve yaklaşık %10 oranında artış göstermiştir. 2011 yılında dünyada 980 milyon turistin yaklaşık 79 milyonu Fransa’yı ziyaret etmiş, Türkiye 26.9 milyon kişi ile altıncı sırada yer almıştır. Şekil 4’de 2011 yılında 980 milyon kişiye ulaşan turist sayısına göre en çok turist çeken ilk on ülke yer almaktadır.



**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı (2012). Sağlık turizmi istatistikleri.

**Şekil 4:** 2011 Yılında En Çok Turist Çeken İlk On Ülke (milyon kişi)

Uluslararası turizm hareketi 2000-2010 döneminde yaklaşık %40 oranında artış göstermiş, turizm gelirleri de yaklaşık %94 artmıştır. 2010 yılında uluslararası turist sayısı bir önceki yıla göre %6.6 oranında artarak 940 milyon kişiye, turizm gelirleri yaklaşık %8 oranında artarak 918 milyar \$’a ulaşmıştır. 2011 yılında ise dünyadaki turist sayısının %4.3 artışla 980 milyon kişiye, turizm harcamaları %4 artışla 955 milyar \$’a çıkmıştır. Dünya Turizm Örgütü verilerine göre, 2020 yılında dünyadaki turist sayısının 1.6 milyar kişiye, toplam turizm gelirlerinin de 2 trilyon \$’a ulaşması beklenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012)

Nitekim, Tablo 2’de ABD, İngiltere, Almanya ve Fransa’nın 2008-2014 döneminde turizmden elde ettiği gelirleri bunu destekler niteliktedir.

**Tablo 2:** 2008-2014 Dönemi Bazı Ülkelerde Turizm Gelirleri ve Giderleri

Ülke		2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	Değişim oranı (%)
<b>ABD</b> (milyon \$)	Gelir	164.718	146.005	167.997	187.630	200.996	214.543	220.757	%34
	Gider	119.837	102.953	110.049	116.447	129.903	136.136	145.677	%21
<b>İngiltere</b> (milyon sterlin)	Gelir	24.908	23.714	26.022	27.973	29.775	34.238	38.112	%53
	Gider	47.313	42.061	43.151	43.800	45.202	46.984	48.445	%2.3
<b>Almanya</b> (milyon Euro)	Gelir	36.606	34.296	37.491	38.667	40.547	..	..	%1.1
	Gider	71.927	66.821	69.385	71.938	75.526	..	..	%.5
<b>Fransa</b> (milyon Euro)	Gelir	46.185	42.663	43.332	47.634	50.446	..	..	%9.2
	Gider	34.338	33.315	35.412	39.145	37.918	--	--	%10

**Kaynak:** OECD (2015). Health at a glance. Table 9.4’den derlenmiştir.

Tablo 2’de görüldüğü gibi, 2008-2014 döneminde turizm gelirlerinde değişim oranının en yüksek olduğu ülke %53 ile İngiltere ve %34 ile ABD’dir. Turizm gelirlerinde değişim oranının en düşük olduğu ülke ise yaklaşık %1 ile Almanya’dır.

Toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak sağlık hizmetlerinin sunulması için yapılan tüm harcamalar sağlık harcamaları adı altında toplanmaktadır. Sağlığın kaybolması durumunda da sağlığı geri kazanmak için yapılan harcamalar sağlık harcamaları olarak kabul edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Ülkelere ait sağlık harcamaları ulusal düzeyde karşılaştırılırken dünya genelinde kabul görmüş standart tanımlamalar oluşturulmuştur. Bu tanımlamaların en yaygın olanları; kişi başına sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasılaya (GSYİH) oranlarıdır (Kostak, 2007: 117). Dünya Sağlık Örgütü’ne (WHO) göre, bir ülkede sağlık harcamalarına ayrılan oranın o ülkenin yıllık GSYİH’nın en az %5’i olması gerekmektedir (Ateş, 2011: 31).

Bu oran, gelişmekte olan ülkelere göre gelişmiş ülkelerde daha fazladır. Tablo 3’de bazı ülkelere ait sağlık harcama verileri görülmektedir.



**Tablo 3:** Bazı Ülkelere Ait Sağlık Harcamaları Verileri (\$-%)

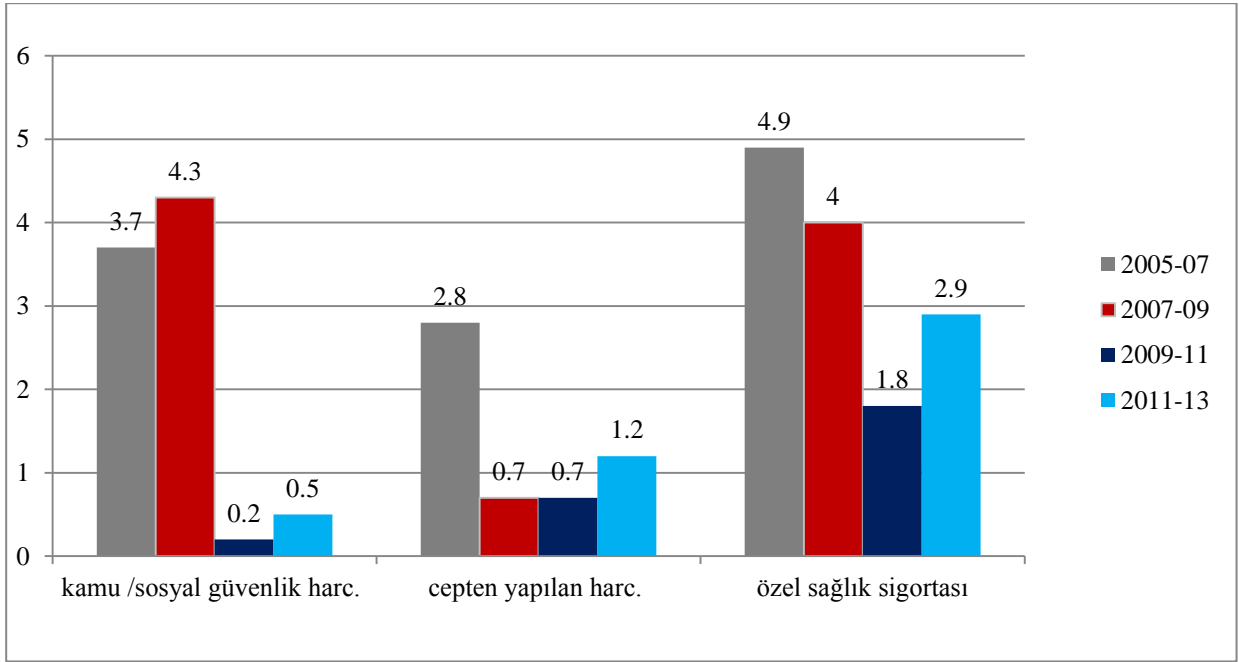
Ülkeler	2013 Kişi başı sağlık harcaması (\$)	(2005 -2009) ortalama büyüme oranı (%)	(2009 -2013) ortalama büyüme oranı (%)	2013 yılı sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı (%)	2013 yılı sağlık harcamalarının kamu harcamalarına oranı (%)
Fransa	4.124	1.5	0.9	10.9	15
Almanya	4.819	2.8	2.0	11.0	19
İngiltere	3.235	3.6	-0.1	8.5	16
ABD	8.713	2.3	1.5	16.4	20
Türkiye	941	5.0	1.2	5.1	10
OECD ort.	3.453	3.4	0.6	8.9	15

**Kaynak:** OECD (2015). Health at a glance Table 9.1; Table 9.2; Table 9.7 ve Table 9.9'dan derlenmiştir.

Tablo 3'de görüldüğü gibi, 2013 yılında Türkiye'de kişi başına sağlık harcaması 4.941 \$; Fransa'da 4.124 \$; Almanya'da 4.819 \$ ve ABD'de 8.713 \$'dir. Bu ülkeler Türkiye'nin yaklaşık sırasıyla dört ve sekiz katı kadar kişi başına sağlık harcaması yapmıştır.

Aynı yıl sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı, Türkiye'de %5.1; Fransa'da %10.9; Almanya'da %11 ve ABD'de %16.4'dür. Bu ülkeler, sağlık hizmetlerine Türkiye'nin yaklaşık iki katı kadar daha fazla kaynak tahsis etmiştir. Benzer durum, sağlık harcamalarının kamu harcamalarına oranında da görülmektedir: Bu oran, Türkiye'de %10; Fransa'da %15; Almanya'da %19 ve İngiltere'de %20'dir.

Bazı ülkelerde sağlık harcamaları ve genel sağlık sigortaları doğrudan kamu tarafından finanse edilmektedir. Toplam sağlık harcamaları finansmanında sosyal güvenlik kurumları tarafından yapılan harcama dolaylı olarak devlet tarafından karşılanmaktadır. Şekil 5'de 2005-2013 dönemi finansman türlerine göre toplam sağlık harcamalarında değişim oranları görülmektedir (OECD ortalaması).

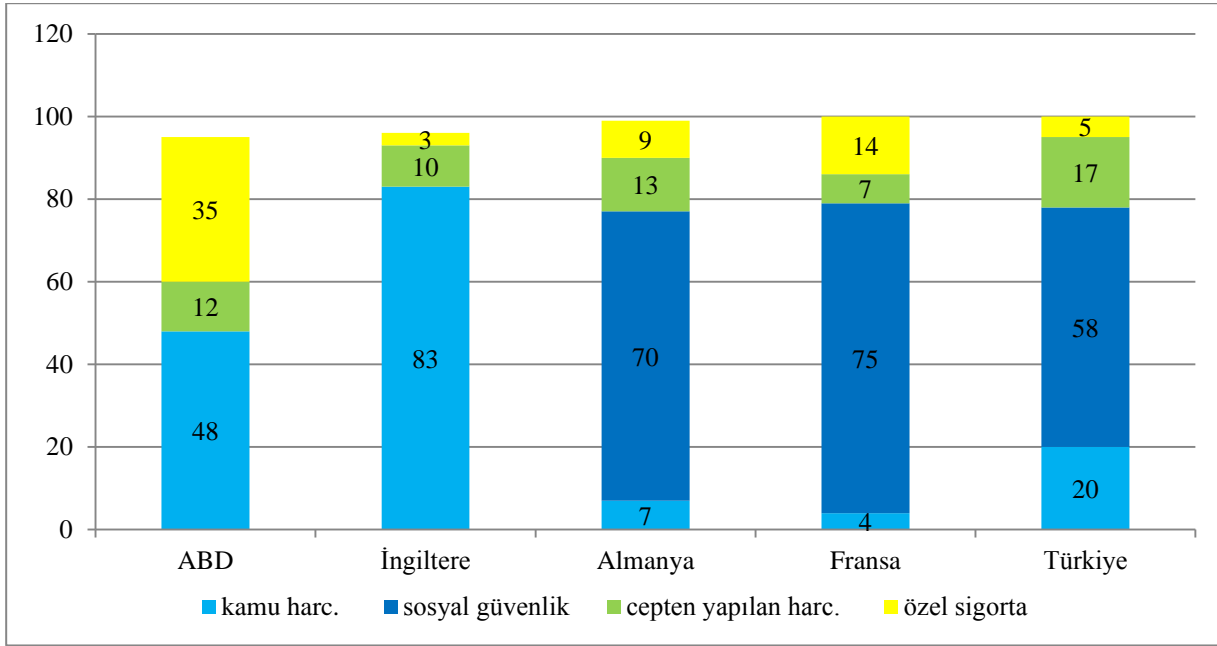


**Kaynak:** OECD (2015). Health at a glance: Table 9.10'dan derlenmiştir.

**Şekil 5:** 2005-2013 Dönemi Finansman Türüne Göre Sağlık Harcamalarında Değişim Oranı (OECD ortalaması - %)

Şekil 5'da görüldüğü gibi, 2005-2013 döneminde OECD ortalamasına göre kamu sağlık harcamaları azalma eğilimi göstermiştir: Bu oran, 2005-2007 döneminde yaklaşık %4; 2011-2013'de %0.5 olmuştur. Özel sağlık sigortasında değişim oranı 2005-2007'de yaklaşık %5; 2011-2013'de yaklaşık %3'dür. Bu sonuçlar, 2005-2013 dönemi süresince özel sağlık harcamalarındaki değişim oranının kamu sağlık harcamalarındaki değişim oranından daha fazla olduğunu göstermektedir.

Her ülke sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve bu hizmetlerden tüm toplumun yararlandırılması amacıyla kendi koşullarına göre sağlık harcamalarının finansmanını çeşitlendirmektedir. Şekil 6'da bazı ülkelerin finansman türüne göre sağlık harcamaları görülmektedir.



**Kaynak:** OECD (2015). Health at a glance: Table 9.8'den derlenmiştir.

**Şekil 6:** 2013 Yılı Finansman Türüne Göre Sağlık Harcamaları (%)

Şekil 6'da görüldüğü gibi, 2013 yılında en yüksek kamu kaynaklarından yapılan sağlık harcamalarının oranı ABD'de %48 ve İngiltere'de %83'dür. Sosyal güvenlik kurumu tarafından yapılan harcamaların oranı Almanya'da %70, Fransa'da %75 ve Türkiye'de %58'dir. Cepten yapılan harcamaların oranı ise, Türkiye'de %17 ve ABD'de %12'dir. Bu verilere göre, cepten yapılan harcamaların oranı yüksek olmakla birlikte, dolaylı olarak kamu tarafından desteklenen sosyal güvenlik kurumları da dikkate alındığında sağlık harcamaları büyük oranda kamu tarafından finanse edilmektedir. Özel sigorta finansmanı, %35 ile ABD'de, %14 ile Fransa'da ve %9 ile de Almanya'da söz konusu olmaktadır.

Ülkeler arasından özellikle karmaşık cerrahi müdahalelerde çok önemli fiyat farklılıkları söz konusudur. Bu nedenle pahalı sağlık hizmeti sunan ülkeler, sağlık hizmetinin daha ucuz olduğu ülkeler için bir pazar fırsatı oluşturmaktadır (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2012: 40). Tablo 4'de görüldüğü gibi Güney Amerika, Güney Doğu Asya Ülkelerinde tedavi ücretleri ABD'deki ücretlerden düşüktür. Hastalar ülkelerinde oldukça maliyetli olan tedavi hizmetlerini başka bir ülkede daha ucuza alabilmektedir.

**Tablo 4:** 2011 Yılı Bazı Ülkelerde Sağlık Hizmetleri Ücretleri (\$)

Ülke	Kalp-bypass (\$)	Kalp kapakçığı yenileme (\$)	Kalça protez (\$)	Yüz gerdirme (\$)	Diş implant (\$)
Tayland	11.000	10.000	12.000	5.000	1.700
Hindistan	11.000	12.000	10.000	4.800	600
Meksika	21.100	31.000	13.800	8.000	990
ABD	130.000	160.000	43.000	15.000	5.000
Türkiye	7.500	7.500	7.000	4.000	750

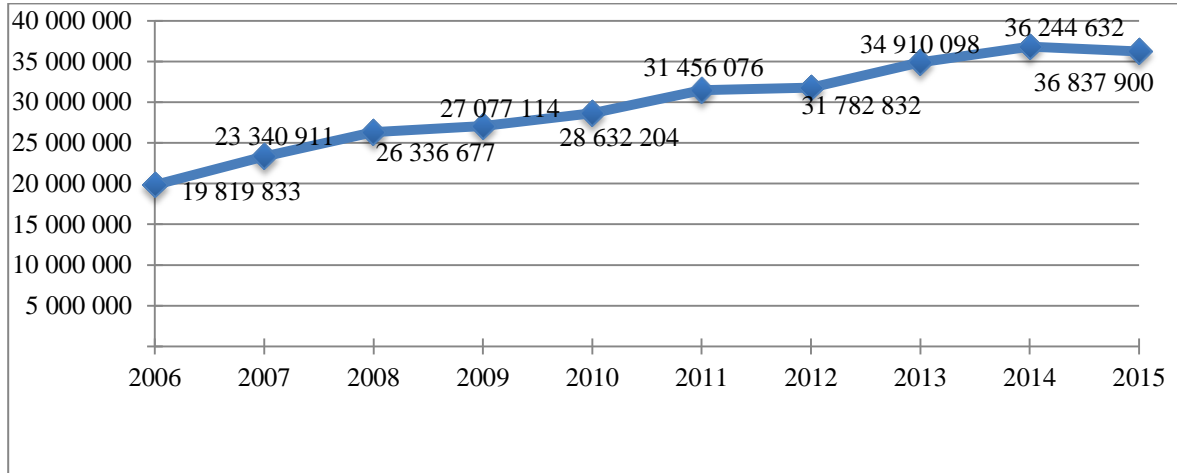
**Kaynak:** Türkiye Sağlık Vakfı (2014). Sağlık turizmi raporu.

Tablo 4’de görüldüğü gibi, kalp-bypass için en pahalı tedavi ücreti 130.000 \$ ile ABD’de, en ucuz ücret ise 7.500 \$ ile Türkiye’dedir. Türkiye, diğer tedavi hizmetlerini de en ucuza vermektedir.

Gelişmiş ülkelerde yaşayan insanlar turizmin, internetin, medyanın ve diğer kitle iletişim araçlarının etkisi sonucu diğer ülkelerdeki alternatif tıp imkânları, kaliteli ve ekonomik sağlık hizmetleri konusunda daha fazla bilgiye ulaşabilmektedir. Bilinçlenen hastalar sigorta kuruluşlarını ve hükümetlerini sağlık turizmi konusunda yeni arayışlara itmektedir. Bunun sonucunda da her geçen gün sağlık turizmi pazarı genişlemektedir.

### 3.6. Türkiye’de Sağlık Turizminin Ekonomik Boyutu

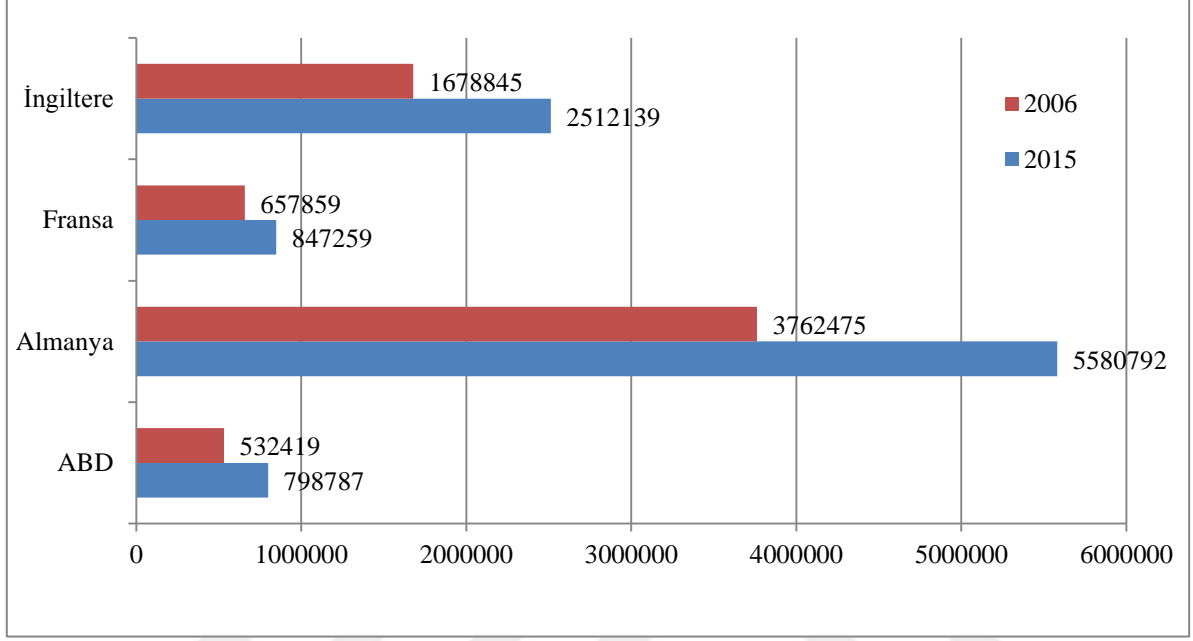
Sağlık turizmi pazarının genişlemesinden Türkiye olumlu etkilenmektedir. 2006-2015 döneminde Türkiye’ye gelen yabancı ziyaretçi sayısı bunu açıkça göstermektedir: Gelen yabancı ziyaretçi sayısı, 2006’da 19.819.833 kişi; 2015’de 36.837.900 kişi ile yaklaşık iki katı kadar artmıştır (Şekil 7).



**Kaynak:** Kültür ve Turizm Bakanlığı (2015). Turizm istatistikleri.

**Şekil 7:** 2006-2015 Dönemi Türkiye’ye Gelen Yabancı Sayısı (kişi)

Aynı dönemde Türkiye'ye gelen yabancı ziyaretçi sayısının milliyetlerine göre dağılımı Şekil 8'de görülmektedir. Buna göre, 2006-2015 döneminde en fazla artış Almanya ve İngiltere'den gelen yabancı sayısında olmuştur. Almanya'dan (sırasıyla 3 milyon 762 bin 475 kişi- 5 milyon 580 bin 792 kişi) ve İngiltere'den gelenlerin sayısı (sırasıyla 1 milyon 678 bin 845 kişi ve 2 milyon 512 bin 139 kişi) yaklaşık iki kat artmıştır.



**Kaynak:** Kültür ve Turizm Bakanlığı (2015). Turizm istatistikleri.

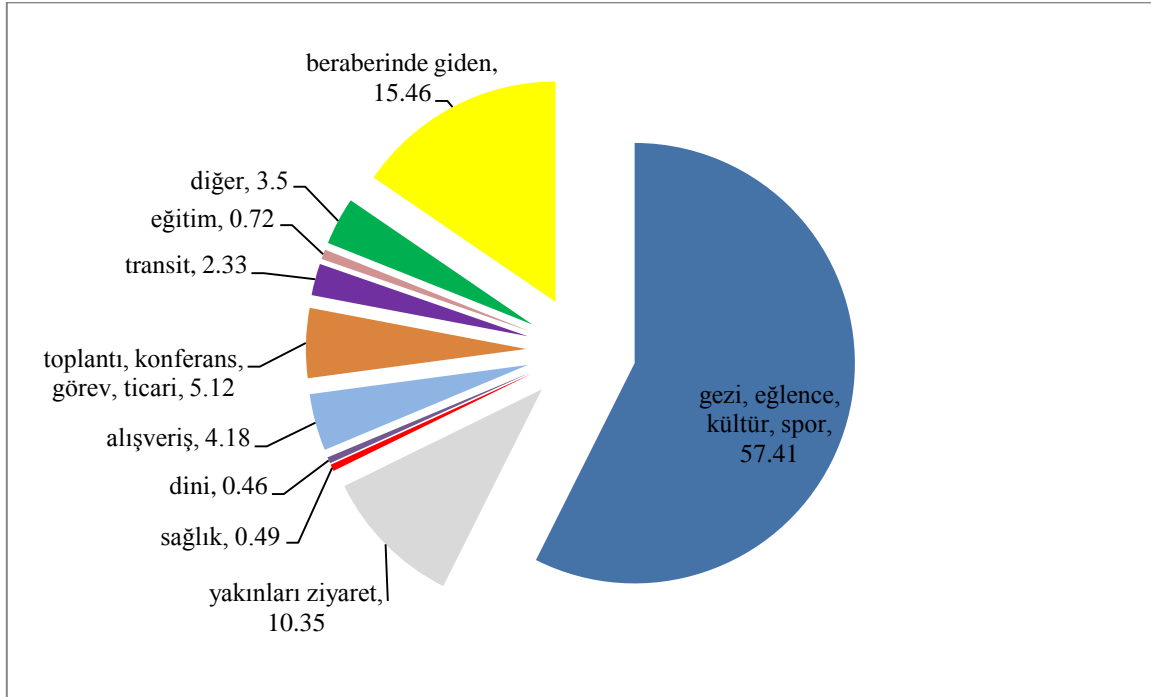
**Şekil 8:** 2006-2015 Dönemi Türkiye'ye Milliyetlerine Göre Gelen Yabancı Sayısı (kişi)

2008-2011 döneminde Türkiye gelen yabancı ziyaretçilerin geliş amaçlarına göre sayısı Tablo 5'de, 2011 yılında gelenlerin de geliş amaçlarına göre oranı Şekil 9'da görülmektedir. Buna göre, 2008-2011 döneminde sağlık amacıyla gelenlerin oranı yaklaşık %41 azalmış; 2011 yılında tatil amaçlı ziyaretçilerin oranı en yüksek (%57.41); sağlık amaçlı gelenlerin oranı da (%0.49) en düşüktür. Amacı ne olursa olsun, gelen yabancı ziyaretçilerin sayısı arttıkça sağlık hizmetleri talepleri de artacağı söylenebilir.

**Tablo 5:** 2008-2011 Döneminde Türkiye'ye Amaçlarına Göre Gelen Yabancı Ziyaretçi Sayısı (kişi)

Geliş amaçları	2008	2009	2010	2011
Gezi, eğlence, sportif, kültürel fal.	1.548.497	993.818	1.447.627	1.381.061
Akraba ve arkadaş ziyareti	1.672.099	1.494.840	1.660.992	1.458.443
Eğitim, staj	252.648	166.416	240.739	146.110
Sağlık ve tıbbi nedenler	21.764	30.852	20.643	12.699
Alışveriş	249.406	125.945	249.406	180.366
İş amaçlı	1.721.862	1.750.807	1.822.661	1.650.978
Berberinde giden	296.322	234.530	284.227	355.684
TOPLAM	6.545.541	5.561.354	6.357.232	6.081.972

**Kaynak:** TÜİK (2012). Haber bülteni.



**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı (2011). Türkiye'de medikal turizm raporu.

**Şekil 9:** 2011 Yılında Türkiye'ye Gelen Yabancı Ziyaretçilerin Geliş Amaçları Oranları (%)

2006-2015 döneminde Türkiye'nin turizm ve sağlık turizmi gelirleri ile 2003-2016 dönemi Türkiye'nin turizm ve sağlık turizmi giderleri Tablo 6'da görülmektedir.

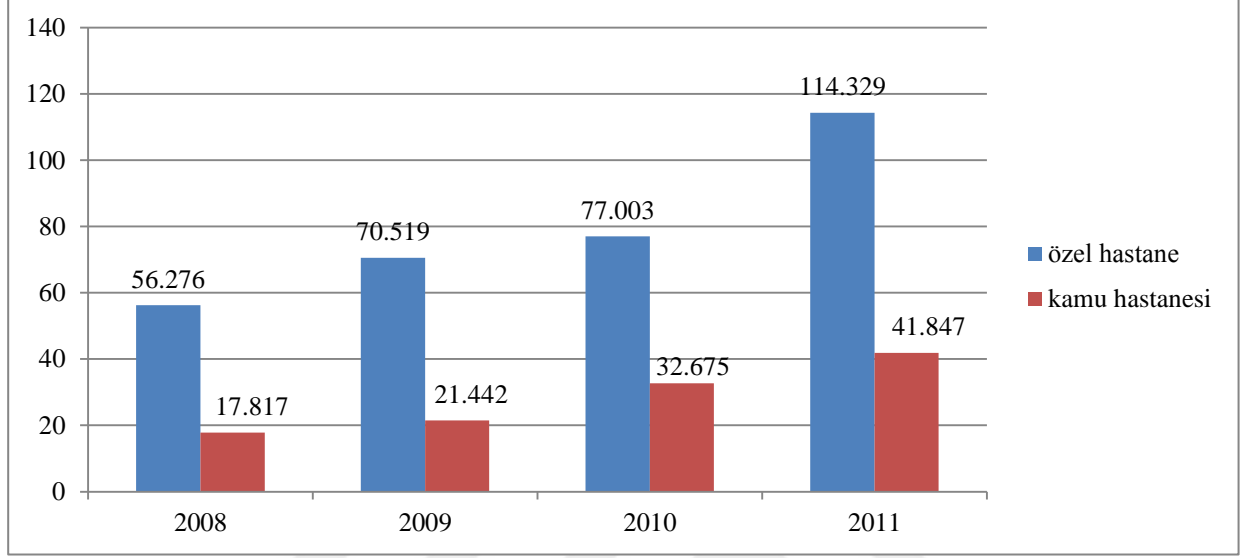
**Tablo 6:** 2003-2015 Dönemi Türkiye’de Turizm ile Sağlık Turizmi Gelirleri ve Giderleri (milyon, bin- TL-%)

2006-2015 Dönemi Türkiye’de Turizm ve Sağlık Turizmi Gelirleri			
Yıllar	Turizm gelirleri (milyon- TL)	Sağlık turizmi gelirleri (milyon- TL)	Sağlık turizmi gelirlerinin turizm gelirlerine oranı (%)
2006	18.593.950	382.412	0.48
2007	20.942.500	441.677	0.47
2008	25.415.067	486.342	0.52
2009	25.064.481	447.296	0.56
2010	24.930.996	433.398	0.57
2011	28.115.693	488.443	0.57
2012	29.007.003	627.862	0.46
2013	32.308.991	772.901	0.41
2014	34.305.904	837.796	0.40
2015 (ilk üç çeyrek)	31.464.777	638.622	0.49
2003-2015 Dönemi Türkiye’de Turizm ve Sağlık Turizmi Giderleri			
Yıl	Turizm giderleri (bin \$)	Sağlık turizmi giderleri (bin \$)	Sağlık turizmi giderlerinin turizm giderlerine oranı (%)
2003	2.424.827	35.749	0.67
2004	2.954.459	36.272	0.81
2005	3.394.602	40.364	0.84
2006	3.270.948	37.406	0.87
2007	4.043.283	35.715	1.13
2008	4.266.197	28.015	0.15
2009	5.090.440	31.888	1.59
2010	5.874.520	35.266	1.66
2011	5.531.486	18.971	2.91
2012	4.593.389	21.399	2.14
2013	5.253.565	15.305	0.34
2014	5.470.481	18.735	0.28
2015	5.698.423	18.732	3.04

**Kaynak:** TÜİK (2016). Turizm sağlık istatistikleri.  
TÜİK (2016). Harcama giderlerine göre turizm giderleri raporu

Tablo 6’ya göre Türkiye’nin 2006-2015 döneminde turizm geliri 18.593.950 milyon TL’den 31.464.777 milyon TL’ye; sağlık turizminden elde edilen gelir ise 382.412 milyon TL’den yaklaşık iki katı kadar artış göstererek 638.622 milyon TL’ye ulaşmıştır. Sağlık turizmi gelirindeki artış, turizm gelirindeki artıştan daha fazla gerçekleşmiştir. Bu dönemde değişim oranı turizm gelirinde yaklaşık %69, sağlık turizmi gelirinde yaklaşık %67’dir. Ayrıca, bu dönemde sağlık turizminden elde edilen gelirin turizm gelirin oranı yaklaşık %5’dir. 2003-2015 döneminde turizm giderinde değişim oranı yaklaşık %13 olurken, sağlık turizmi giderinde sürekli bir azalma gerçekleşmiş ve %-4.7 ile negatif değişmiştir.

Türkiye'ye sağlık amaçlı gelenlerin tedavi gördükleri sağlık kurumlarının kalitesi ve standartlarının yüksek olması sağlık turizminden elde edilen gelirleri arttırması bakımından önemlidir. Genel olarak, sağlık turizmi alanında yapılan yasal düzenlemelerin etkisiyle, hem özel hastane sayısındaki ve hem de kamu hastanelerinin hizmet kalitesindeki artış nedeniyle sağlık hizmeti alan yabancı sayısı artmıştır (Şekil 10).



**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı (2014). Türkiye'de medikal turizm araştırması.

**Şekil 10:** 2008-2011 Dönemi Türkiye'de Sağlık Hizmeti Alan Yabancı Ziyaretçilerin Dağılımı (kişi)

Şekil 10'da görüldüğü gibi, 2008-2011 döneminde kamu ve özel hastanelerde tedavi gören sağlık turisti sayısında (sırasıyla 74.093 kişi ve 156.176 kişi) yaklaşık %52 oranında ciddi bir artış görülmüştür. 2008 yılında tedavi amacıyla gelen yabancıların %24'ü kamu hastanelerini, %76'sı özel hastaneleri tercih etmiştir. 2009'da yabancı hastaların %77'si özel hastanelerde, %23'ü devlet hastanelerinde tedavi görmüştür. 2010'da kamu hastanelerinde tedavi gören yabancı hastaların oranı %30'a yükselmiştir. 2011'de hastaların %73'ü özel hastaneleri, %27'si devlet hastanelerini tercih etmiştir.

Kısacası, sağlık hizmetlerini kamu ve özel sağlık kuruluşlarında toplumun gereksinim ve isteklerine göre değişen amaçları gerçekleştirmek, kişilerin ve toplumun sağlık bakımını, her türlü koruyucu ve tedavi edici etkinlikleri ülke çapında örgütlenmiş kalıcı bir sağlık sistemi tarafından gerçekleştirilmektedir. Dolayısıyla, ülkeler sağlık hizmetlerinin



kapsamını oldukça genişleterek kişileri ve toplumları hastalıklardan korumak ve hastaları tedavi etmek için artan oranlarda kamu ve özel kurumlar aracılığı ile harcama yapmaktadır.

### **3.7. Dünyada Uygulanmakta Olan Sağlık Sistemi Modelleri ve Finansmanı**

Gelişmiş ülkeler, insan sermayesine yatırım olarak görülen sağlık hizmetlerinin nitelik ve nicelik bakımından iyileştirilmesi amacıyla giderek daha fazla kaynak tahsis etmektedir. Bu, ülkelerin gayri safi milli hasıllarından (GSMH) daha fazla kaynak ayırabilmesi anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetlerine daha fazla kaynak ayrılması ve sağlık sistemleri, ülkelerin siyasi, ekonomik ve sosyal yapılarına bağlı olmakla birlikte, dinamik bir süreç olduğundan sürekli bir değişime uğramaktadır (Kostak, 2007: 111).

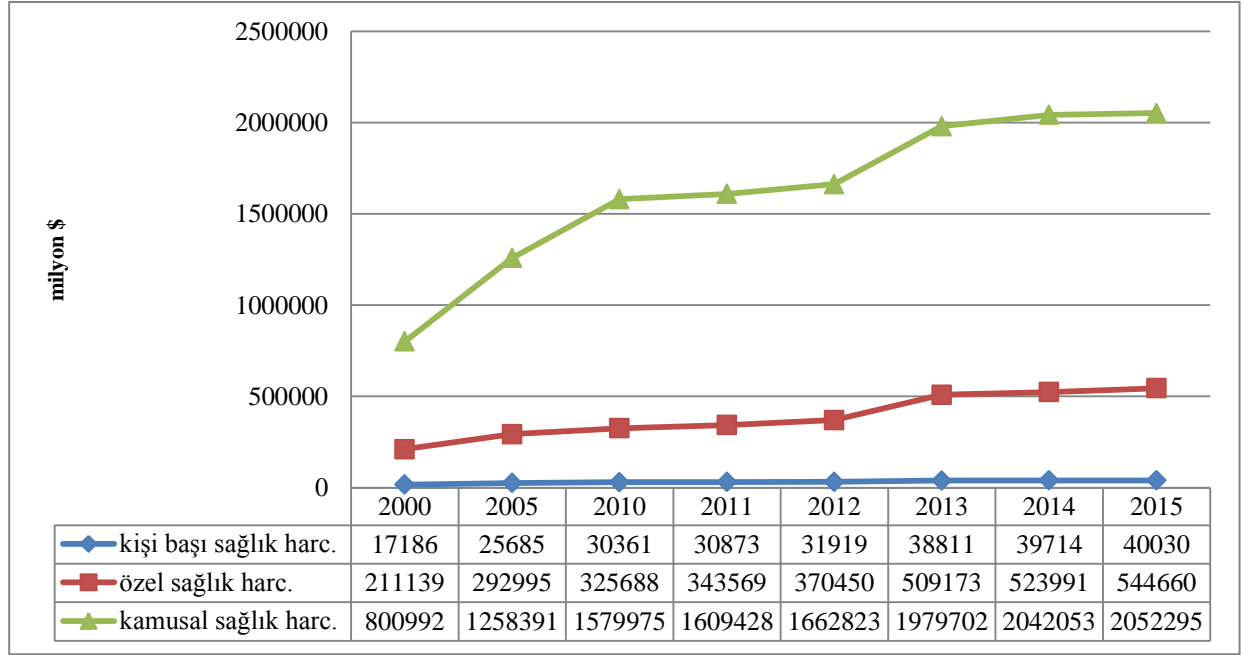
Ülkelerin gerçekleştirdikleri reformlara paralel olarak sistemler giderek melez sistem özelliği kazanmaktadır. Sistemler giderek birbirine daha çok benzer hale gelmektedir. Dünyada uygulanmakta olan sağlık sistemlerini ve finansman yapıları a) ulusal sağlık hizmeti modeli, b) serbest pazar ekonomisi modeli ve c) sosyal sigorta modeli olmak üzere üç ana grupta toplamak mümkündür. Bu üç sağlık modeli, ülkelerin şartlarına göre uygulama farklılığı göstermekte, hatta bu sistemlerden ikisi veya üçü bir arada da uygulanabilmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011: 386).

#### **3.7.Ulusal sağlık hizmeti modeli ve İngiltere uygulaması**

Ulusal sağlık hizmeti modeli, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini vergi gelirleri ile finanse eden ve nüfusun tamamına ücretsiz sunan bir sistemdir. Önemli bir sorun olan sağlık hizmetlerinin arzı ve sunumu, bu hizmetlerin iyileştirilmesi hizmetlerden tüm toplumun yararlandırılması için hemen her ülke kendi koşullarına göre değişik sistem uygulamaktadır. Bu konuda dünyanın her ülkesinde geçerli olabilecek etkin bir sistemin varlığından söz etmek mümkün değildir. İngiltere, İsveç ve Kanada gibi ülkelerde ulusal sağlık hizmeti modeli uygulanmakta, sağlık hizmetlerinin arzının tamamı kamunun kontrolünde gerçekleşmektedir (Gülmez, 2012: 24).

Bu modelde bütün ülke nüfusu, hiçbir ödeme yapmaksızın devlet tarafından kontrol edilen tıbbi merkezlerden yararlanmaktadır. Bu şekilde halka sunulan hizmetlerin finansmanı devletin genel vergileri ile karşılanmaktadır. Bu model, her yönden köklü, gelişmiş, tamamen kamu hizmeti ve finansmanı esasına dayalı bir yapılanmaya sahiptir ve toplumun tamamını kapsamaktadır. Başka bir deyişle, işi olan veya olmayan herkesin sağlık hizmeti devlet

tarafından ulusal sağlık hizmeti adlı kamu örgütüne, ağırlıklı olarak kamu kaynakları kullanılarak karşılanmakta, hizmet sunumu, genelde kamu kesiminde çalışanlarca gerçekleştirilmekte ve özel kesim aracılığı da söz konusu olmaktadır (Çetin, 2007: 3). Nitekim Şekil 11’de, İngiltere’de kamusal sağlık harcamalarının özel sağlık harcamalarından daha fazla olduğu görülmektedir.



**Kaynak:** OECD (2016). Health at a glance. Table 9.8’den derlenmiştir.

**Şekil 11:** 2000-2015 Döneminde İngiltere’de Sağlık Harcamaları Verileri (milyon \$)

Şekil 11’e göre, İngiltere’de 2000-2015 döneminde kişi başı sağlık harcaması (sırasıyla 1.718.6 ve 4.003.0 milyon \$), özel sağlık harcaması (sırasıyla 21.113.9 ve 54.466.0 milyon \$) ve kamu sağlık harcaması (80.099.2 ve 205.229.5 milyon \$) yaklaşık iki kat artmıştır. Bu veriler, kamu sağlık harcamalarının özel sağlık harcamalarının her yıl yaklaşık dört katı olduğunu göstermektedir.

Bu modelde, ülkedeki herkes devlet kontrolündeki tıbbi merkezlerden ücret ödmeden yararlanmaktadır. Bu modelin amacı, tıbbi tedavide sağlık hizmetinin ücretsiz olması, gereksinme duyulduğu zaman başka hiçbir ölçüt olmaksızın ve gelir düzeyine bakılmaksızın aynı biçimde sunulmasıdır. Sağlık hizmetleri, on dört bölgesel sağlık idaresi aracılığı ile Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir. Özel sağlık sigortaları ise, sağlık

hizmetlerinin bireylere ulaştırılmasında, devlet tarafından yürütülen ulusal sağlık sisteminden tamamen bağımsız tamamlayıcı bir rol üstlenmektedir (Sargutan, 2014: 521).

İngiltere’de sağlık reformları 1970’lerden sonra gerçekleştirilmeye başlanmıştır. Sağlık harcamalarında kısıntıya gidilmiş ve özel sektör, sağlık hizmeti verilmesi konusunda teşvik edilmiştir. Yaşlı bakımı hizmetleri, tıbbi zorunluluğu olmayan estetik operasyonlar gibi müdahaleler, temizlik ve mutfak hizmetleri gibi otelcilik hizmetleri, özel sektöre devredilmiştir. Kapanmalar ve devirler sonunda kamu hastanelerinin sayısı 2441’den (1959 yılı), 1714’e (1990 yılı) düşmüştür. Devamlı bakıma muhtaç hastaların işgal ettikleri yatak sayısı 1988’den 2014’e kadar geçen sürede %40 oranında düşürülmüştür. Reçete tutarına hasta katkısı 2015’de ise %51; dış tedavilerine ise %31 olmuştur (OECD, 2015).

Bu dönemde ekonomik büyümenin sağlanması amacıyla kamu harcamalarının kısılması için gerçekleştirilen sosyal güvenlik ve sağlık reformlarının sonucunda ise, acil vakalar dışında muayene için bekleme süresi, birkaç hafta ile birkaç ay arasında değişir hale gelmiştir. Uzman doktora muayene olabilmek için bekleme listeleri oluşmuş, finansman sıkıntısı nedeni ile kapanan hastane sayısı artmış, acil operasyonlar dışında cerrahi müdahale için bekleme süresi en az altı ay olmuş -katarakt hastalığı için bekleme süresi 221 gün, koroner kalp rahatsızlığı için 252 gün-, cepten yapılan ödeme miktarları artmış, hastalığa karşı finansmanın işçi ve işverenin katılımıyla sağlandığı zorunlu sigortalılık esası benimsenmiştir (Sargutan, 2014: 35).

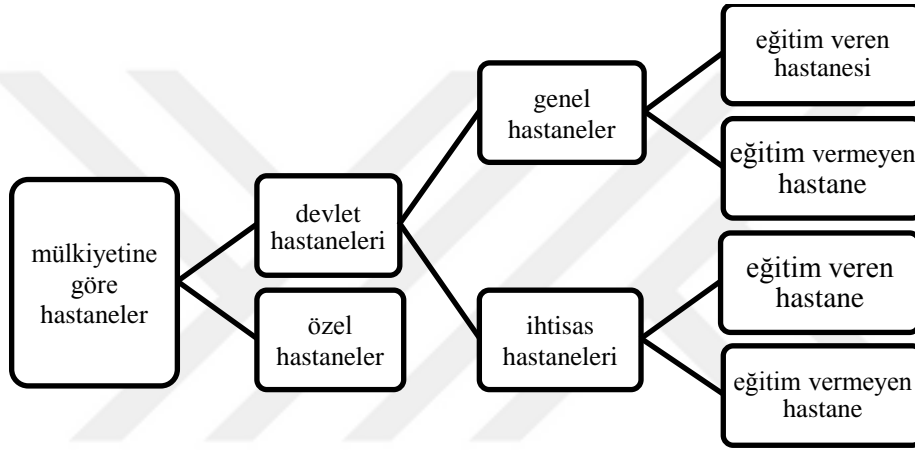
2006 yılı verilerine göre sadece İngiltere’de, 50.000 hasta ve 2007 yılında 100.000 hasta 135 milyon İngiliz sterlinini harcayarak tedavi amacıyla yurtdışı seyahati gerçekleştirmiştir. 2006 yılında 22.000 hasta dış tedavileri için, 14.500 hasta plastik cerrahi, 9.000 hasta değişik tedaviler için ve 5.000 hasta ise infertilite tedavisi için bu seyahatleri gerçekleştirmiştir. Ayrıca İngilizlerin %50’si milli sağlık sistemi kapsamında dışçı hizmeti alamamaktadır. İngilizlerin büyük çoğunluğu dışçılık hizmetlerini Macaristan ve Polonya’dan almaktadır (Topuz, 2012: 52).

İngiltere’de ulusal sağlık sistemi modeli, ağırlıklı olarak emir komuta zincirine göre hiyerarşik bir düzende işleyen bir yapıya sahiptir. En tepede Sağlık Bakanlığı, altında Bölge Sağlık Otoriteleri, onun altında yaklaşık doksan kadar Sağlık Otoriteleri yer almaktadır. Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin sağlanmasında Parlamente’ye karşı sorumludur. Bu

modelde üst yönetimi ise hükümet politikasına dayalı açıkça tanımlanan hedefler ve önceliklerin sağlanmasında Sağlık Bakanlığı'na karşı sorumludur (Ateş, 2011: 66).

Bu sistemin toplam harcamaları ağırlıklı olarak merkezden kontrol edilmekte ve planlanmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın idaresinde bulunan Sağlık Departmanı sağlık ve kişisel sosyal hizmetlerden sorumludur. İngiltere'de Sağlık Departmanı halk sağlığını da içerecek şekilde genel sağlık politikasını belirlemektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011: 451).

İngiltere'de hastaneler mülkiyetlerine göre, devlet ve özel hastaneler olmak üzere ayrılmaktadır. Hastane yönetim ekibi, hastane müdüründen, başhekiminden ve başhemşiresinden oluşmaktadır (Şekil 12).



**Kaynak:** Sargutan, E. (2014). Birleşik Krallık sağlık sistemi.

**Şekil 12:** İngiltere'de Hastanelerin Sınıflandırılması

Sağlık hizmetleri sunumunda diğer ülkelerde karşılaştırıldığında İngiltere birinci basamak sağlık hizmetlerinde oldukça gelişmiş ve iyi işleyen bir sisteme sahiptir. Nüfusun yaklaşık %99'u bir temel örgütlenme birimine (GP) kayıtlıdır. GP'lerden 24 saat hizmet alınabilmektedir. Nüfusun yaklaşık %90'ı ulusal sağlık sistemi ile temasa geçmektedir. Kişileri GP'lerini belirli bir coğrafi alanla sınırlı olmak kaydıyla serbest seçmektedir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011: 452).

GP, yirmibeş bin kişilik bölgelere hizmet veren kamu sağlığı merkezleridir. Bunun yanı sıra aile hekimliği uygulaması da sistemin diğer ayağını oluşturur. Bölge örgütlenmesinde bulunan kamu sağlığı merkezleri hastalıkların önlenmesine, halk sağlığının korunmasına yönelik koruyucu sağlık hizmetleri vermektedir (Türkiye'deki sağlık ocakları

gibi). Kamu sağlığı merkezlerinde hizmetleri genel pratisyen hekimler, hemşireler ve diğer sağlık personeli tarafından verilmektedir. Ülkede kamu sağlığının geliştirilmesi ve sürdürülmesi görevi Sağlık Departmanı ve ulusal sağlık sistemi arasında paylaşılmaktadır. Sağlık otoritelerinin her biri halk sağlı departmanına sahiptir (Sargutan, 2014: 32).

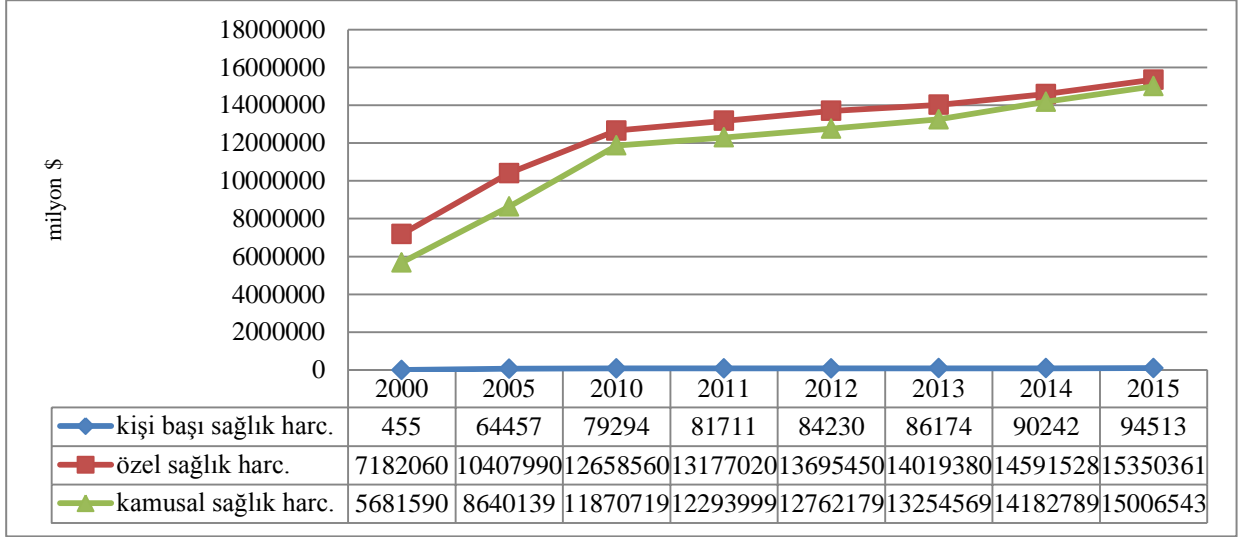
Aile hekimleri ise bağımsız çalışan, kendi muayenehane ya da merkezlerinde kendilerine tahsis edilen yerlerde hizmet veren, 2500 kişiye bakmakla yükümlü kimselerdir. Kişiler, acil durumlar dışında kayıtlı oldukları aile hekimlerinden sevk olmadıkları sürece ikinci/üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına başvuramamaktadır. Bunun yanı sıra (sayıları azalmaya başlasa da) devlet hastaneleri, vakıf, özel ve üniversite hastaneleri, 2. ve 3. basamak sağlık hizmetlerini sunmaktadır (Sülkü, 2011: 28).

### **3.7.2. Serbest pazar ekonomisi modeli ve Amerika uygulaması**

Birçok ülke, devlet eli ile serbest piyasa ekonomisi anlayışı içinde sağlık hizmetlerini vatandaşlarına ulaştırmaktadır. Serbest pazar ekonomisi modelinde, ülkedeki sosyal güvenlik sistemi ile emekli ve malüller dışındaki vatandaşlara sağlık teminatı verilmemektedir. İsviçre ve ABD başını çektiği bazı ülkelerde bu model uygulanmaktadır. Bu ülkelerde, sağlık hizmetlerinin bireylere ulaştırılması amacı ile uygulanmakta olan sistem, özel sağlık sigorta modelidir. Özel sağlık modelinde, sağlık harcamalarının finansmanını isteğe bağlı olarak yapılan özel sağlık sigortaları sağlamaktadır. Her türlü tıbbi hizmet özel kurumlar tarafından karşılanmaktadır. Kamu sağlık kurumları tarafından yaşlılara (medicare) ve fakirlere (medicaid) yönelik olmak üzere oldukça sınırlı hizmet verilmektedir (Sargutan, 2014: 559).

İşverenler, çalışanları için özel grup sağlık sigortaları yaptırmakla birlikte, yasal bir zorunluluğu bulunmamaktadır. İşverenler sigorta yaptırdıklarında ise, sigortanın niteliği devlet tarafından konulan bazı kanunlarla düzenlenmekte, asgari uyulması gereken kurallar belirlenmektedir (Cebecioğlu, 2006: 27).

Bu modelde devlet, kamu ile serbest piyasa işleyişinin belirli oranlarda olacak şekilde sağlık hizmetlerini vatandaşlarına ulaştırmaktadır. Örneğin ABD’de sağlık harcamalarının finansmanında ana kaynak isteğe bağlı özel sağlık sigortaları oluştırmaktadır (Şekil 13).



**Kaynak:** OECD (2016). Health at a glance. Table 9.8'den derlenmiştir.

**Şekil 13:** 2000-2015 Dönemi ABD'de Sağlık Harcamaları Verileri (\$-milyon)

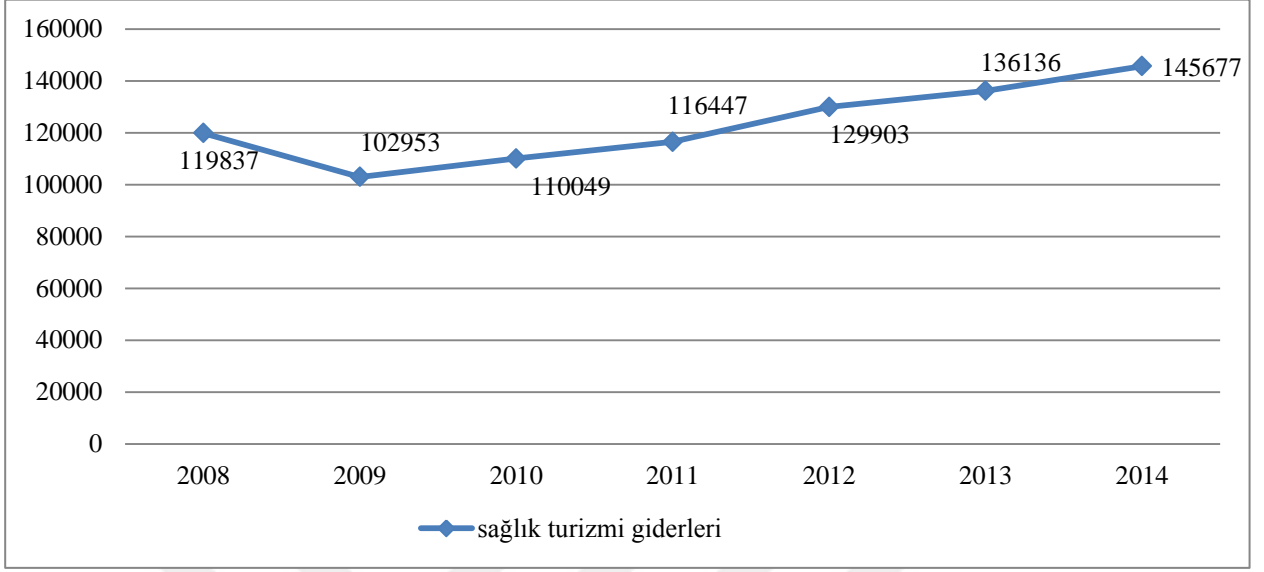
Şekil 13'e göre, 2000 yılında özel sağlık harcaması (718.206.0 milyon \$), kamu sağlık harcamasından (568.159.0 milyon \$) daha fazladır. 2015'de ise kamu sağlık harcaması (1.500.654.3 milyon \$), özel sağlık harcamalarına (1.535.036.1 milyon \$) yaklaşmış olmakla birlikte ağırlık özel sağlık harcamalarındadır.

Sağlık hizmetlerinin serbest piyasa kurallarına göre işlemekte olduğu bu modelde, hizmetler karşılığında ödenecek ücretler tamamen hizmeti sunanların isteğine bağlıdır. Bu durum kişileri, mümkün olan en uygun fiyatlarla, ihtiyaç duydukları tüm hizmetleri alabilecekleri planlara yöneltmiştir. Hızla yükselen fiyatlardan en çok etkilenen hastane hizmetleri olduğu için yalnızca bu konuya yönelik teminat planları oldukça ilgi görmektedir (Sargutan, 2014: 562).

Bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleri, özel şirketler, Blue Cross/Blue Shield adları ile anılan hastane ve tıbbi bakım planları olarak tanımlanabilecek özel organizasyonlar, bağımsız bir organizasyon olan sağlığın sürekli kontrolü programları ve işletmelerin kendi bünyelerinde oluşturdukları programlar yolu ile verilmektedir (Öztürk ve Karakaş, 2015: 23).

ABD'nde sağlık hizmetleri uygulaması, hastaları sağlık hizmetlerinin daha ucuz olduğu ülkelere yöneltmektedir. Bu durum, ülkenin turizm giderini arttırmaktadır. Nitekim,

Şekil 14’de sağlık turizmi giderlerinin, 2008-2014 döneminde 119.837 milyon \$’dan 145.677 milyon \$’a yükseldiği ve yaklaşık %21 büyüdüğü görülmektedir.



**Kaynak:** OECD (2016). Health at a glance. Table 9.8’den derlenmiştir.

**Şekil 14:** 2008-2014 Dönemi ABD’de Sağlık Turizmi Giderleri (milyon \$)

Görüldüğü gibi ABD’deki bu model, serbest pazar ekonomisinin uygulandığı, alıcının satın alma gücüne dayanan ve bireylerin tercihine bırakıldığı, sunumunda ve finansmanında devletin sınırlı rol aldığı bir sistemdir. Hizmetin sunumu, ağırlıklı olarak özel sektör tarafından gerçekleştirilmektedir.

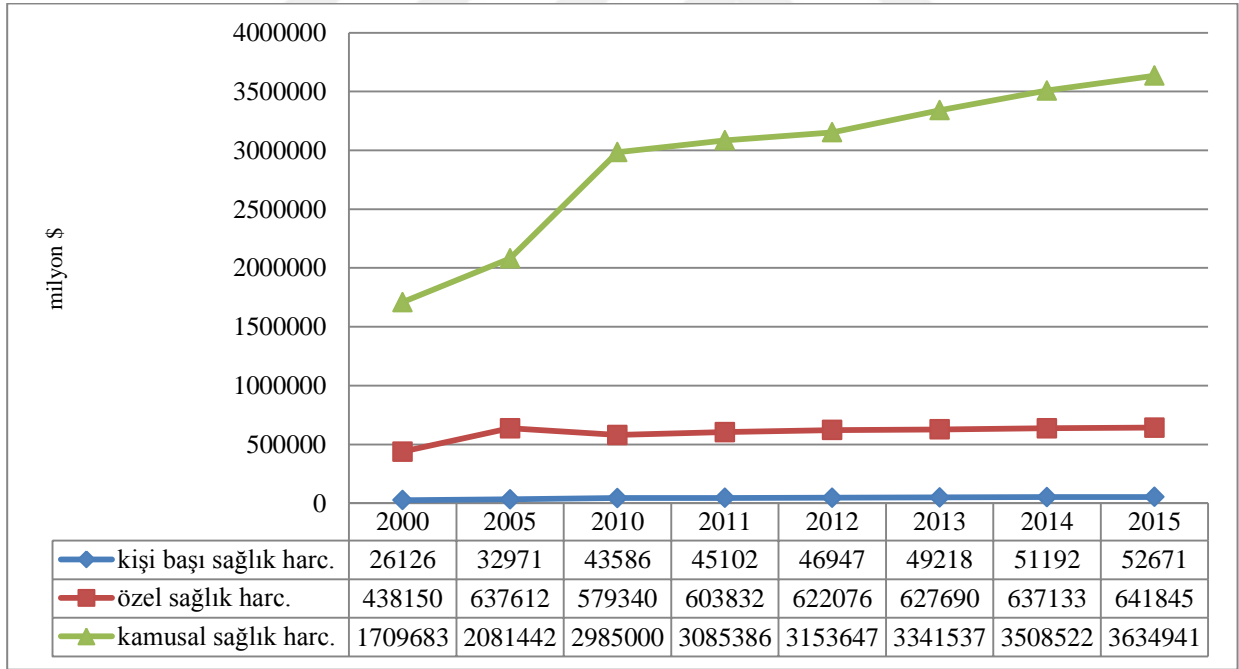
### 3.7.3. Sosyal sigorta modeli ve Almanya uygulaması

Sağlık hizmetlerinin halka ulaştırılmasını amaçlayan bir sistemdir ve sosyal sigorta modeli olarak adlandırılmaktadır. Bu model, sağlık hizmetlerinin finansmanı özel kesim olmakla birlikte ağırlıklı olarak kamu kaynaklarından karşılanmaktadır. Bu modelde özel sigortalar tamamlayıcı rol oynamaktadır. Bu modelin uygulandığı ülkelerde, hastalığa karşı finansmanın işçi ve işverenin katılımıyla sağlandığı zorunlu sigortalılık esası benimsenmiştir. Almanya, Fransa, Belçika ve Türkiye gibi ülkelerde bu model uygulanmaktadır (Gülmez, 2012: 25).

Almanya, 1911 yılında sosyal sigortalar kanunu çıkararak zorunlu koruma sistemlerini kurumsallaştıran ilk ülke olmuştur. Bu sisteminin üç ana amacı vardır: Herkese eşit ulaşım olanağı sunulması, rekabet ve etkinliğin sağlanması ve bu amaçla üreticiye fiyat

belirleme hakkının verilmesi ile tüketiciye ve üreticiye seçme hakkının tanınması. Bu model aile hekimliğine dayanan bir yapı olmakla birlikte, İngiltere’den farklı olarak koruyucu sağlık hizmetleri bağımsız genel pratisyenlerce verilirken, tedavi edici sağlık hizmetleri hastanelere bırakılmıştır. Yine İngiltere’den farklı bir diğer özellik hastanelerin 2/3’ünün özel sektöre ait olmasıdır (Yıldırım, 2011: 31).

Ancak, sağlık harcamalarının kısılmasına yönelik bütçe uygulamaları Almanya’yı, özelleştirme biçiminde değil, sigorta hizmetlerinin kapsamının daraltılması, sağlıkta katkı payının artırılması biçiminde etkilemiştir. İngiltere gibi yaşlı bir nüfusa sahip olan Almanya’da da yaşlı nüfusun sağlık sistemi üzerindeki maliyeti azaltılmaya çalışılmıştır. Bunun için sigorta kapsamındaki uzun dönemli hemşirelik bakım hizmetleri sigorta kapsamından çıkarılmıştır. Dolayısıyla, sağlık sisteminde büyük ölçüde özel sektör egemen olmakta, sağlık hizmetlerinin fiyatları, hekim ücretleri, pazarlık yöntemiyle belirlenmekte ve sağlık hizmeti, özel hastanelerden ve hekimlerden satın alınması biçiminde karşılanmaktadır (Sargutan, 2014: 572). Almanya’nın sağlık harcamalarına ait verileri Şekil 15’de görülmektedir.



**Kaynak:** OECD (2016). Health at a glance. Table 9.8’den derlenmiştir.

**Şekil 15:** 2000-2015 Dönemi Almanya’da Sağlık Harcamaları Verileri (\$-milyon)



Şekil 16'ya göre, 2000 yılında özel sağlık harcaması 43.815 milyon \$ iken, kamu sağlık harcaması 170.968.3 milyon \$'dır. 2015'de özel sağlık harcaması 64.184.5 milyon \$ iken, kamu sağlık harcaması 363.494.1 milyon \$'dır. Bu dönemde, kamu sağlık harcaması özel sağlık harcamasının yaklaşık dört katıdır. Sağlık harcamalarının büyük çoğunluğu kamu kaynaklarından karşılanmıştır.

Almanya sağlık eğitimi konusunun bilincine varmış ve önemsemiş ülkelerden biridir. 1991'de Sağlık Bakanlığı yeniden örgütlenerek yürütme, finansman ve eğitim bölümleri aynı çatı altında toplanmıştır. Hastane hizmetleri, ihtiyaç duyulan bakım türü ve ortalama hastane yatış süresine göre gün başına finanse edilmektedir. Bütün sağlık ödeyicileri aynı oranda ödeme yapmaktadır. Esnek ve beklenen bütçeler, gelecek yıl hastane yatak işgal oranının tahmin edilmesine dayanmaktadır. Hastalar herhangi bir hastaneyi seçmekte serbest olmalarına rağmen, tüm hastane kabulleri doktor tarafından sevki gerektirmektedir (Türkiye Sağlık Vakfı, 2013).

Almanya'da termal turizm önemli bir sektör haline gelmiştir. Almanya'da 263 adet resmi belgeli termal merkez bulunmaktadır. Almanya'da tesislerin toplam yatak kapasitesi 750.000'dir. Stuttgart kentinde bulunan Das Leuze Kaplıca ve Rekreasyon Tesislerini yaz aylarında günde 8000 kişi ziyaret etmektedir. Kaplıca tedavisi bu ülkede çok eskiden beri bilinmektedir. Ülke kültürünün bir parçası haline gelmiştir. Almanya hekim teşhisi ve raporu olması şartıyla, kaplıca tedavilerinin hem özel hem de kamu sağlık sigorta şirketleri tarafından tam veya kısmen karşılandığı ülkelerden biridir (Cebecioğlu, 2006: 14).

Sosyal sigorta modelinin uygulandığı bir diğer ülke Fransa'dır. Fransa'da sağlık sistemi, büyük ölçüde refah yönelimli/sigorta tipindedir ve nüfusu büyük bir çoğunluğu sağlık sigortası kapsamındadır. Bu sistemi, 1996'da sağlık sigortası yapısından kamusal ve yerleşmiş bir yapıya dönüşmüştür. Artan maliyetlerin kontrolü, sağlık hizmetlerine erişimin iyileştirilmesi ve sistemin idaresinin geliştirilmesi için önemli reformlar yapılmıştır (Yıldırım, 2006: 31).

Hastalar, devlet hastanelerine ya da özel hastanelere gidebilmekte, doktorlarını serbestçe seçebilmekte, sağlık hizmetlerine kolay ulaşabilmekte ve tedavi için sıra beklememektedir. Bu durum, 2000'de Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından dünyada birinci ve diğer sağlık hizmetlerine örnek olacak sistem seçilmesine neden olmuştur (Sargutan, 2014: 997).

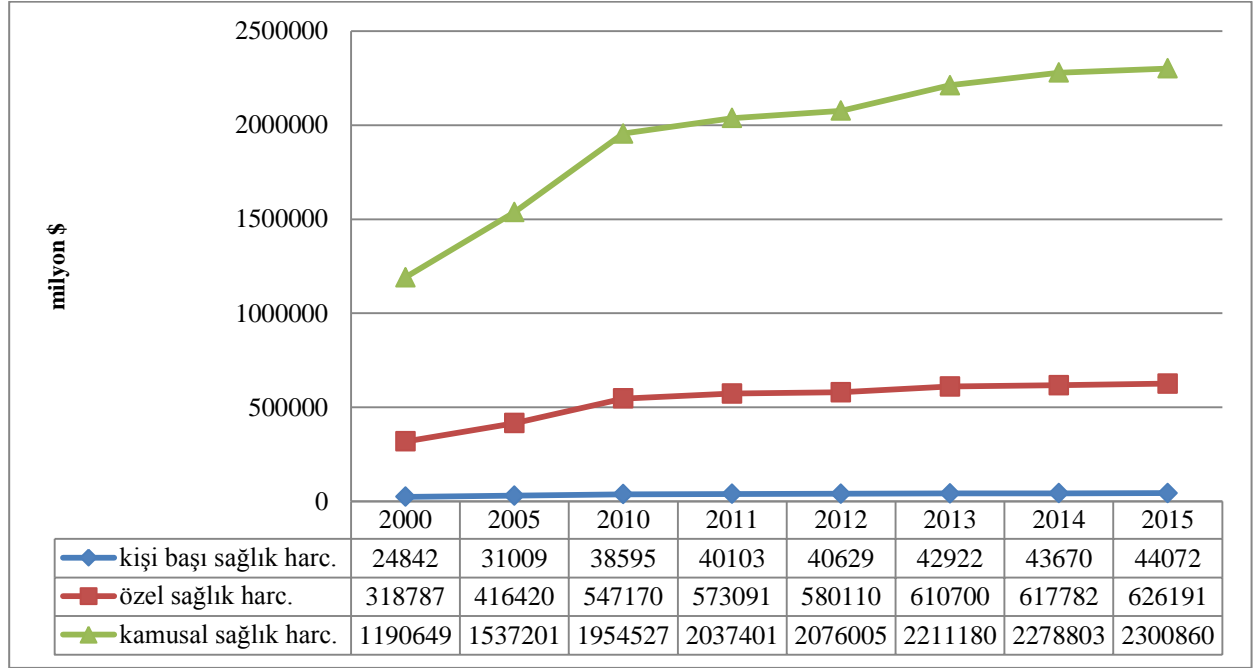
Sağlık politikası, hükümet ve sağlık bakanlığı tarafından geliştirilip, sağlık ve sosyal güvenlik ve onun taşra servisleri olan bölgesel sağlık ve sosyal işler müdürlüğü tarafından tamamlanır. Sağlık Bakanlığı Fransız sağlık sisteminin ana otoritesidir. Ulusal Araştırma Kurumları ve Halk Sağlığı Okulları Sağlık Bakanlığı'nın doğrudan kontrolü altındadır (Çetin, 2007).

Fransa'da 22 bölgede sağlık ofisleri kurulmuştur. Her ilin Sağlık ve Sosyal İşler Müdürü genel olarak valiye bağlıdır, fakat Sağlık Bakanlığı'nın genel sağlık politikalarına uymak zorundadır. İllerdeki Sağlık Müdürlüğü'nün sorumlulukları bulaşıcı hastalıkların, tüberküloz hastalıkların kontrolünü sağlayıp çocuk sağlığını desteklemektedir. 31 Aralık 1970'de çıkan yasaya göre devlet hastanesi çatısı altında teşhis, eğitim, araştırma, koruma ve bakım hizmetleri yapılmaktadır. Bu hizmetlerin amacı ülkenin sağlık ihtiyaçlarını karşılamaktır. Bu yasa bütün devlet hastanelerini ve bazı özel hastaneleri de kapsamaktadır. Bütün bu görevlerin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için hastaneler şu şekilde fonksiyonel yapı olarak sınıflandırılmıştır. Buna göre üç ana çeşit hastane vardır. Bunlar; a) hastane kompleksleri (genel ve özel dal), b) tedavi, rehabilitasyon, iyileştirme dönemi ve kaplıcaları içinde olan merkezler ve c) hastane üniteleri ve yerel hastaneler (Türkiye Sağlık Vakfı, 2014).

Devlet hastaneleri diğerlerine göre daha yüksek kapasiteye ve daha iyi teknoloji ve personele sahiptir. Ancak devlet hastanelerinin servis sayısı azdır. Bu nedenle uzman personeli ve teknolojiyi kullanmak için diğer hastanelerle anlaşmak ve paylaşmak zorundadır. Hastanelerdeki yatakların 2/3'ü hükümet tarafından işletilmektedir 1/3'ü özel sektöre aittir. Hastane yatırımcılarının sayıları artmaya başlamış 1071'i devlet, 2717'si özel olmak üzere toplam 3.788 hastane ve klinik bulunmaktadır. Bütün branşlarda 1 milyonun üzerinde profesyonel eleman çalıştıran bu kurumların 667.000 yatak kapasitesi vardır (Duman ve diğerleri, 2014: 110).

Fransa'da sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi ve sağlık politikalarının belirlenmesinden devlet, zorunlu hastalık sigortası ve kasalarından il düzeyindeki kuruluşlar sorumludur. Devlet, himayecilik görevini merkeze, bölgelere ve vilayetlere bağlı hizmet birimleri ile yerine getirmektedir. Birinci ve ikinci basamak sağlık hizmetlerini serbest çalışan hekimler, diş hekimleri ve kamuda çalışan sağlık personeli tarafından verilmektedir. Hizmetin verildiği kuruluşlar yerel yönetimler tarafından yönetilen dispanserler ve hastanelerdir. Hizmet sunumunu kamu ve özel sektör birlikte yerine getirmekle birlikte, genel hastaneler

hala çok önemlidir (Ateş, 2011: 127). Fransa’da sağlık harcamalarına ait veriler Şekil 16’da görülmektedir.



**Kaynak:** OECD (2016). Health at a glance. Table 9.8’den derlenmiştir.

**Şekil 16:** 2000-2015 Dönemi Fransa’da Sağlık Harcamaları Verileri (\$-milyon)

Şekil 16’ya göre, kişi başı sağlık harcaması, 2000 yılında 2.484.2 milyon \$’dan; 2015’de 4 407.2 milyon \$’a yükselmiş, toplam sağlık harcamaları da (sırasıyla 150.943.6 milyon \$ ve 292.705.1 milyon \$) yaklaşık iki kat artmıştır. 2000’de toplam sağlık harcamalarının üçte biri özel sağlık, üçte ikisi de kamusal sağlık harcaması oluşturmuştur. 2015’de toplam sağlık harcamalarının altıda biri özel; altıda beşi de kamusal sağlık harcaması olarak gerçekleşmiştir. Sağlık harcamalarının çoğunluğu kamu kaynaklarından karşılanmıştır.

Türkiye’de de sosyal sigorta modeli uygulanmaktadır. Bu modelde, yeterli mali gücü olmayanlar için sağlık hizmetlerinden yararlanma karşılığında ücret alınmaz iken, belirli bir mali gücü olanlar sigortalanabilirler ya da hizmeti doğrudan satın alabilmektedir (Barca ve diğerleri, 2013: 90).

Türkiye’de sosyal sigorta sisteminde bir dizi reformlar gerçekleştirilmiştir. 2003’ten önce sağlık sistemi, topluma sınırlı sağlık hizmetini ücretsiz sunan ulusal bir sağlık hizmeti ile kayıtlı sektör çalışanları ve bu kişilerin bakmakla yükümlü oldukları insanları kapsayan sosyal sigorta sisteminin bileşimi idi. Yoksul ve zayıf gruplar için de bir sosyal destek programı

vardı. 2013’de sağlığa ayrılan toplam kaynakların büyük kısmı (yaklaşık %60 ile %70’i) kamu kaynaklarından, kalan kısmı ise özel kaynaklardan karşılanmıştır (OECD, 2015).

Kamu harcamaları, sosyal güvenlik kurumlarınca üstlenilen harcamaları kapsamaktadır. Özel harcamalar; cepten yapılan ödemeleri, şirketler ve bireyler tarafından yaptırılan özel sağlık sigortası ödemelerini kapsamaktadır. 2003’de kamu sağlık finansmanı ile ilgili düzenlemelerin özünde 1946’da kurulan, 1960’lar ve 1970’ler boyunca önemli ölçüde gelişen bir sosyal güvenlik sistemi vardı. Bu sistemde, üç ayrı sağlık sigorta finansmanı bulunmaktaydı: (i) kamu ve özel sektördeki mavi yakalı işçiler için Sosyal Sigortalar Kurumu (SSK), (ii) esnaf ve sanatkarlar ve diğer bağımsız çalışanlar için sosyal sigortalar kurumu (Bağ-Kur), (iii) devlet memurları emeklilik fonu (Emekli Sandığı) (Sağlık Vakfı, 2014).

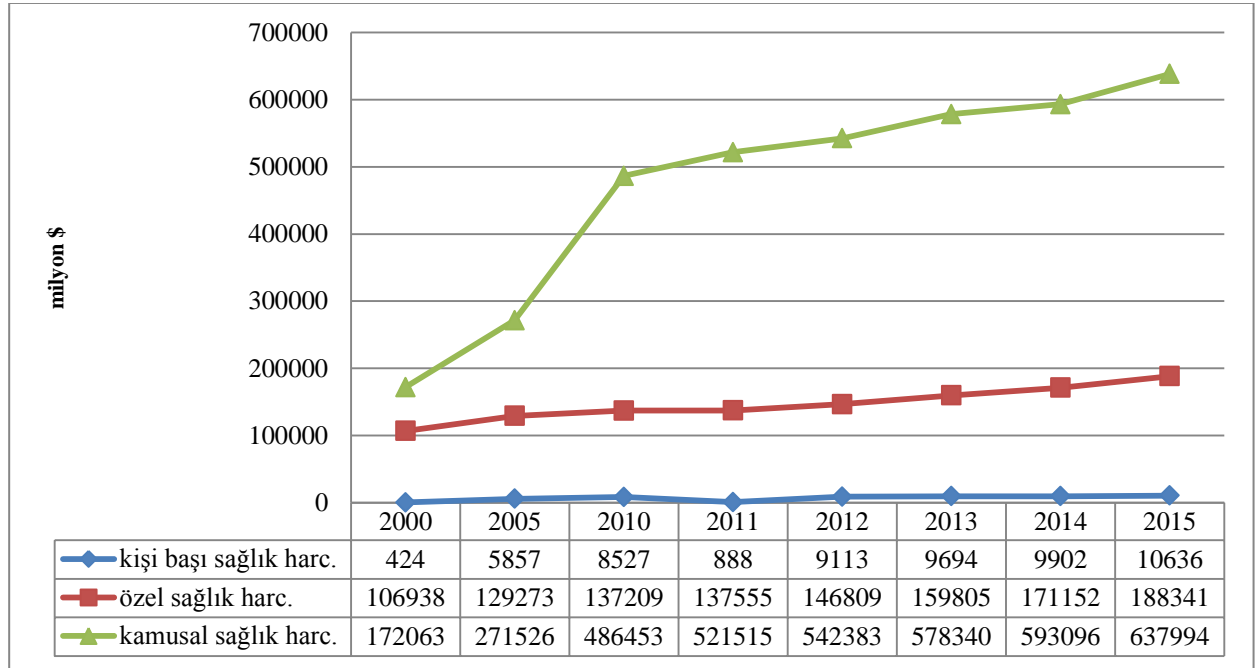
2003’te kamu ve özel hizmet sunucularından oluşan karma bir sağlık hizmetleri sistemi vardı. Kamu sağlık hizmeti, sağlık bakanlığına bağlı sağlık kurumlarında verilmiştir. Sağlık Bakanlığı hastaneleri kamu bütçesi ve döner sermaye olmak üzere iki kaynaktan finanse edilmiştir. Bunlar, döner sermaye, bağ-kur, emekli sandığı sigortalılarına ve yeşil kart sahiplerine verilen hizmetler ve özel hastaların ödediği ücretlerin toplamıdır (Sağlık, Bakanlığı, 2015).

Özel sağlık hizmetleri ise, Türkiye’de 1980’li yıllardan önce neredeyse hiç yoktu, özellikle de özel sağlık hizmeti sunan hastane sayısı azdı. 2001-2002 yıllarında, özel kuruluşlar özellikle Ankara, İstanbul ve İzmir gibi büyük şehirlerde yoğunlaşmış, SSK ve Bağ-Kur gibi sosyal sigorta kurumlarının da uzman sağlık hizmetleri sunan özel hastanelerle sözleşmeleri olmasına rağmen, özel merkezlerin çoğunluğu özel hastalar tarafından finanse edilmiştir. 2003’de çalışanların harcamalarını karşılayan bir sosyal sağlık sigorta sistemi ile Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilen bir çeşit ulusal sağlık hizmeti sistemi vardı. Ayrıca yoksul ve zayıflara yönelik sağlık sigortasını kapsayan bir sosyal yardım programı söz konusuydu. Sağlık sigortası sistemi ve Yeşil Kart programının sigorta kapsamı yüksek olup nüfusun neredeyse %85’ini kapsamaktaydı (Sülkü, 2011: 63).

Sağlık sigortası olmayanların ve Yeşil Kart programı kapsamında olanların cepten yaptıkları harcamalar, sosyal güvenlik sistemine dahil olanların yaptıklarından oldukça yüksekti. Sağlık sigortası olmaması ya da sınırlı kapsamlı sigorta yapılması (Yeşil Kart programı kapsamında olduğu gibi) durumu, kayıtlı sektörde istihdam edilmeyen yoksul insanlar arasında yaygındı. Bu durum, finansal korumayı artırmak için nüfusun sahip olduğu

sigorta kapsamının hem enine hem de derinlemesine genişletilmesinin önemini göstermiştir (Sargutan, 2014).

Cepten yapılan sağlık harcamaları, zengin insanlarla karşılaştırıldığında, yoksul insanlar için daha büyük bir yük getirmiştir. Örneğin, en düşük gelirli birinci ve ikinci %20'lik gruplardaki bireyler, sağlık ocağına bir gidişlerinde 2005 yılı fiyatlarına göre ortalama 27 YTL öderken, en yüksek gelirli birinci ve ikinci %20'lik gruplardaki bireyler yaklaşık 13 YTL ödemiştir. Türkiye'de 2000-2015 dönemine ait sağlık harcamaları verileri Şekil 17'de görülmektedir.



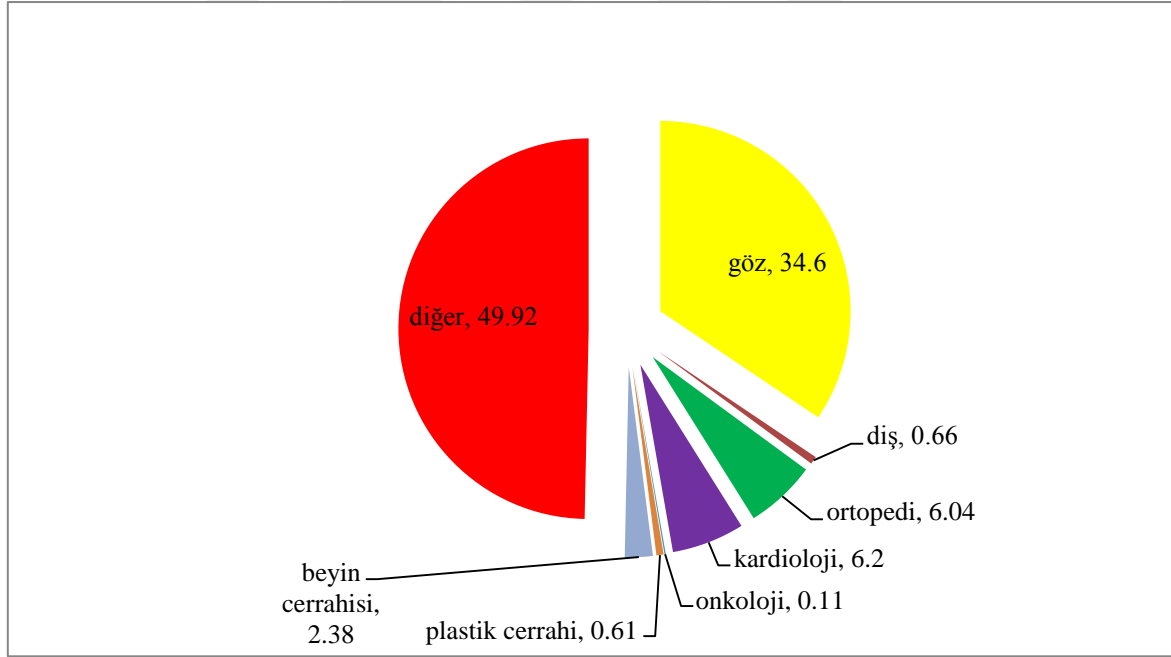
**Kaynak:** OECD (2016). Health at a glance. Table 9.8'den derlenmiştir.

**Şekil 17:** 2000-2015 Dönemi Türkiye'de Sağlık Harcamaları Verileri (\$-milyon)

Şekil 17'de görüldüğü gibi, 2000'de 27.900.0 milyon \$ olan toplam sağlık harcamasının iki de biri özel sağlık harcaması (10.693.8 milyon \$), üçte ikisi kamusal sağlık harcamasından (17.206.3 milyon \$) oluşmaktadır. 2015'de ise, toplam sağlık harcamasının (82.633.5 milyon \$) dörtte biri özel sağlık harcamasından (18.834.1 milyon \$), dörtte üçü de kamu sağlık harcamasından (63.799.4 milyon \$) oluşmuştur. Toplam sağlık harcaması içinde kamusal sağlık harcamalarının oranı özel sağlık harcamalarından daha fazladır.

Hasta geliş şekillerine göre Türkiye’de sağlık hizmeti alan uluslararası hasta sayısı 2013 yılı verilerine göre, medikal turizm için gelenlerin sayısı 169.462, ikili anlaşma ile gelen hasta sayısı 544, turistin sağlığı için gelen hasta sayısı 70.463 ve SGK ile anlaşmalı hasta sayısı 21.530’dır (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Almanya gibi Türkiye’ye en çok sağlık turisti gönderen ülkenin en çok göz tedavisi için talepte bulunduğu, bunu diğer diye ifade edilen ve isimleri sayılan yedi branşın içine girmeyen farklı bölümlere olan yüksek taleptir. Bu durum, gurbetçi vatandaşların talebinin söz konusu olduğunu gösteren bir diğer kanıt olarak düşünülebilir. 2008- 2010 dönemine ilişkin kamu ve özel hastanelere gelen Almanya vatandaşı hastalara ait istatistikler Şekil 18’de görülmektedir. Göz tedavisi %34, kardioloji %6.2 ve ortopedi %6.04 ile en fazla talep gören branşlar olmuştur. En az talep gören branşlardan biri olan diş branşı (%0.66) örneğin 2016 fiyatlarına göre, diş dolgusu için hasta Türkiye’de 80 €, İngiltere’de 70-150 €, ABD’de 80-150 € ve İtalya’da 70-150 € ücret ödemiştir.



**Kaynak:** Sağlık Bakanlığı (2011). Türkiye’de medikal turizm raporu

**Şekil 18:** 2008-2010 Dönemi Almanya’dan Gelen Hastaların Branşlara Dağılımı (%)

Genel olarak, sağlık turizminin gelişmesinde en temel etkenlerden biri ülkeler arası fiyat farklılıklarıdır. Bu nedenle sağlık turizmi özünde ekonomik motivasyonlarla yapılan faaliyet olarak görülmektedir. Avrupa ülkelerinde ve özellikle ABD’de sağlık hizmetinin

kamu hizmeti olmaktan çıkıp özel sektöre devredilmesiyle sağlık harcamalarındaki artış, sağlık hizmeti pazarlamasının tıp hizmetleri pazarlamasına dönüşmesine etkili olmuştur. Diğer taraftan sağlık hizmetlerinin sosyal devlet anlayışıyla sunulduğu ülkeler, gelişmiş ülkelerdeki uzun bekleme sürelerinin olduğu bu ülkeleri sağlık turizmi açısından bir hedef pazar haline getirmektedir.

Ayrıca, sağlık hizmetlerinin özelleşmesiyle önemli bir rekabet doğmuş, kozmetik, diş tedavileri, estetik operasyonları bazı Avrupa ülkelerinde sağlık sigortası kapsamı dışında tutulmuştur. Bu durum, tedavi talepleri olan hastaların yabancı ülkelerde ucuz tedavi arayışlarını zorunlu hale getirmiştir. Bu arayış ve sağlık hizmeti talebi, bu hizmeti arz etmek isteyen ülkeler için pazarın oluşmasına ve gelişmesine neden olmuştur.

Bu nedenlerle hem dünyada hem de Türkiye’de sağlık turizmi gelirleri ve sağlık harcamaları önemli büyüklüklere ulaşmış, turizm ve sağlık sektörü birlikte önemli gelişme göstermiştir. Bu konudaki veriler birlikte değerlendirildiğinde, Türkiye’nin bu gelişmeden önemli ölçüde pay alacağı söylenebilir.

### **3.8. Gelişmiş Ülkelerde Sağlık Sistemlerinin Sorunları**

Ülkelerin gelişmişlik seviyeleri arttıkça sağlık hizmetlerine artan miktarlarda kaynak tahsis etmektedir. Son on yıllık süreçte ülkelerinde sağlık harcamaları %4.4 oranında artış göstermektedir. Ülkelerin zaman içerisinde gelir artışı da dikkate alındığında sağlık harcamaları için yapılan ödeneklerin rakamsal olarak daha yüksek miktarlarda olduğu görülmektedir (OECD, 2015).

Sağlık harcamalarındaki bu artışı, ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel faktörlere bağlamak mümkündür. Kişilerin gelir düzeyinde, eğitim ve kültür seviyesinde yükselme oldukça daha kaliteli ve daha iyi hizmet beklentisi içine girdikleri bilinen bir gerçektir. Bunun yanında gelişen teknoloji ile birlikte sağlık hizmetlerinin de her geçen gün kapsamı ve niteliği değişmekte ve maliyeti artmaktadır. Zorunlu sağlık hizmetlerinin yanında, birtakım kozmetik amaçlı yöntemler (estetik cerrahi, ortodonti tedavisi, saç ekimi), ileri teknoloji gerektiren yaygınlaşmamış tedavi teknikleri (göz ameliyatlarında lazer teknolojisi) her geçen gün artan oranda sağlık hizmetleri kapsamına dâhil olmaktadır. Artan yaşam süresi ile birlikte yaşlıların bakımının sağlık harcamalarının içindeki payı da girerek yükselmekte ve sağlık harcamalarında önemli bir yer tutmaktadır (Aydın ve diğerleri, 2011: 39).

Sağlık harcamalarındaki bu artışa paralel olarak ülkeler, sağlık sistemlerinin finansmanında sorunlar yaşamaya başlamıştır. Gelişmiş ülkelerin en temel sorunu, ülkelerin demografik yapılarını şekillendiren hızlı yaşlanma eğilimidir. Ekonomik refah ile birlikte beslenme ve sağlık alanlarında yaşanan gelişme, doğum oranlarının düşmesi, çocuk sahibi olma yaşının yükselmesi gibi nedenlerle bu ülkelerde nüfus hızla yaşlanmaktadır. Yaşlanma ile birlikte bağımlı nüfusun sağlık giderlerinin artması ve sosyal güvenlik sistemlerinin finansmanını sağlayan çalışan nüfusun (aktif sigortalı) artışının sınırlı kalması sosyal güvenlik sistemlerinin maliyetinin artmasına neden olmaktadır. Sistemde krize yol açan etkenleri şu şekilde sıralamak mümkündür (Sağlık Bakanlığı, 2014):

- Çok hızlı ve pahalı teknolojik gelişme ve yeniliklerin yaşandığı sağlık alanında, sağlık giderlerinin de aynı paralelde artması ve sigorta ödemelerinin yüksek meblağlara ulaşması.

- Koruyucu sağlık hizmetleri yerine tedavi edici sağlık hizmetlerine ağırlık verilmesi ve en çok sağlık hizmeti talep eden yaşlı nüfusun artması.

- Sosyal güvenlik sistemleri içerisinde yükümlülüklerini yerine getirerek aylık almaya hak kazananların sayısının zaman içerisinde artması, yaşlanan nüfusla birlikte aktif / pasif dengesinin pasif sigortalılar lehine bozulması.

- Sağlık hizmetlerinin kapsamının genişlemesi ve rehabilite edici sağlık hizmetlerine verilen önemin artması ile sağlık harcamalarına ayrılan payın sistem içinde daha büyük meblağlara ulaşması.

Bu nedenlerden dolayı sağlık hizmetlerine olan talebin artması ve ülke sağlık sistemlerinin yaşadığı sorunlar, gelişmiş ülkelerde yaşayan insanları tedavi amaçlı yurtdışı seyahatlere yönlentmektedir. Sağlık sigortası kapsamına girmeyen bir takım hizmetleri alabilmek, sağlık sigorta kapsamında olsa da uzun bekleme listelerine maruz kalmamak ve yüksek maliyetlerden kaçınmak için sağlık hizmeti talep edenler, alternatif seçenekler aramaya yöneltilmektedir. 2013 yılında sadece ABD’de 46 milyon kişi sağlık sigortası kapsamında değildir ve buna ilaveten artan sağlık primleri karşısında, işverenler tarafından medikal tedavi kapsamı daraltılmış pek çok çalışan bulunmaktadır. Sadece 2013 yılında 500.000 Amerikalı sağlık turizmi amaçlı yurtdışı seyahat gerçekleştirmiştir (OECD, 2015).



Bir ülkenin sağlık sistemi büyük ölçüde o ülkenin otoriteleri ve aktörlerince oluşturulan ve yürütölen sağlık politikalarınca şekillenmektedir. Her öлке kendi tarihini, kÖltürünü, ekonomik kalkınmasını ve ölkesindeki baskın politik ideolojiyi yansıtan ve tıbbi bilgi ve teknoloji, nüfusun demografik özellikleri, hastalık biçimleri, toplumsal algı ve beklentiler gibi faktörlerden de oldukça etkilenen bir ulusal sağlık sistemine sahiptir. Her sağlık sisteminin doğası ve kapsamı ağırlıklı olarak hizmetinde olduğu toplumun tercihlerine, şartlarına ve araçlarına dayalı olarak şekillenmektedir.



## **4. SAĞLIK TURİZMİNDE ÜLKE UYGULAMASI**

Bu ana başlık altında, araştırmanın yöntemi, araştırmanın evreni ve örnekleme, araştırmanın sınırlılıkları, veri toplama tekniği ile ABD, İngiltere, Almanya, Fransa ve Türkiye'nin SWOT analizi yapılacaktır.

### **4.1. Araştırmanın Yöntemi**

Araştırma betimsel bir model olup kuramsal tarama yapılarak hazırlanmıştır. Konuyla ilgili geniş bir literatür taraması yapıldıktan sonra anlam bütünlüğü sağlayacak şekilde düzenlenmiştir. Araştırmanın uygulama bölümünde ABD, İngiltere, Almanya, Fransa ve Türkiye'nin sağlık turizmi hakkında SWOT analizleri yapılmıştır. Elde edilen bulgulara göre, Türkiye'nin sağlık turizmini geliştirici önerilerde bulunulmuştur.

### **4.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme**

Araştırma kapsamı belirlenirken sağlık turizmi ile uğraşan bazı ülkelere ulaşılması hedeflenmiştir. Bunun için araştırmanın literatürü hazırlanırken kaynak taramasında, coğrafi konum yakınlığı, sağlık sistemleri ve sağlık harcamalarının finansman modellerine göre ülkeler belirlenmeye çalışılmış, ülkelerle ilgili veriler elde edilmiştir. Bu veriler, sağlık turizminin üstünlük, zayıflık, fırsat ve tehdit açısından değerlendirilmiştir. Araştırmaya örneklem teşkil eden ülkeler kolayda örnekleme yöntemiyle belirlenmiştir.

### **4.3. Araştırmanın Sınırlılıkları**

Araştırma kapsamında elde edilen bulgular, literatür ve kaynak taraması sonucunda ulaşılan ABD, İngiltere, Almanya, Fransa ve Türkiye'deki sağlık turizmi uygulamaları ile sınırlıdır.

### **4.4. Araştırmanın Veri Toplama Tekniği**

Dünyada rekabetin artması, sektör kapasitelerinin büyümesi, kaynak kıtlığı ve ürün-hayat döneminin kısılması, firma politikaları nedeniyle stratejiler belirlenirken değişik analizlerden yararlanılmaktadır. Bunlardan biri de SWOT analizidir. Genellikle bu analiz rakip kurum, kuruluş veya ülkeler hakkında belli sektörlerde fırsat, risk, avantaj ve dezavantajları göstermek amacıyla kullanılmaktadır. SWOT, İngilizce dört kelimenin baş harflerinin oluşturduğu bir kelimedir. Buna göre (Cebecioğlu, 2006):

S: Strengths (Güçlü, üstün olunan yönlerin tespit edilmesi)

W: Weakness (Güçsüz, zayıf olunan yönlerin tespit edilmesi)

O: Opportunity (Sahip olunan fırsatların tespit edilmesi)

T: Threat (Karşı karşıya olunan tehditlerin, tehlikelerin tespit edilmesi)

SWOT analizi yapılmasının başlıca iki yararı bulunmaktadır. İlk olarak güçlü ve zayıf yönlerin, tehditler ve fırsatların ortaya konulmasını sağladığı için bir mevcut durum analizidir. İkinci olarak, gelecekteki durumun ne olacağını tespit ve tahmin etmeye yaradığı için gelecek durum analizidir (Boz, 2014).

SWOT analizi, araştırılan konunun güçlü ve zayıf yönleri ile dış çevreden kaynaklanan fırsat ve tehditleri tespit etmeye yarayan bir analiz yöntemidir. Güçlü yönler, işletmenin iç çevresinin analizi sonucunda ortaya çıkarılan, rakiplerine karşı üstünlük sağlayabildiği varlık ve yeteneklerini kapsamaktadır. Zayıf yönler, işletmenin mevcut varlık ve yetenek kapasitelerinin rakiplerine oranla güçsüz ve düşük olduğu durumları belirtmektedir. Fırsatlar, dış çevre analizi sonucunda işletme için olumlu sonuçlar yaratabilecek unsurlardır. Politik, yasal, teknolojik, sosyokültürel, demografik ve uluslararası çevre unsurları bunlardan bazılarıdır. Tehditler, işletmenin varlığını sürdürmesine engel olabilecek veya rekabet üstünlüğünü kaybetmesine neden olabilecek uzak veya yakın çevredeki değişimler sonucu ortaya çıkan istenmeyen durumlardır (Ülgen ve Mirze, 2013: 161).

Araştırmada uygulanan SWOT analizinde amaç; sağlık turizminin iç ve dış etkenlerini dikkate alarak, güçlü yönler ve fırsatlardan en üst düzeyde yararlanacak, tehditlerin ve zayıf yönlerin etkisini en aza indirecek plan ve stratejiler geliştirmektir.

Araştırmada kolayda örnekleme yöntemiyle seçilmiş olan ABD, İngiltere, Almanya, Fransa ve Türkiye'nin sağlık turizminin genel durumunu tespit etmek, Türkiye'deki sağlık turizminin gelişmesini sağlayacak stratejileri belirlemek.

#### **4.5. Ülkelerin SWOT Analizi**

ABD, İngiltere, Almanya, Fransa ve Türkiye'nin sağlık turizminin güçlü ve zayıf yönleriyle, fırsat ve tehditleri de belirlenerek SWOT analizi yapılacaktır.

#### 4.5.1. Amerika Birleşik Devletleri

Bu başlık altında Amerika Birleşik Devletleri'nin sağlık turizmi alanındaki güçlü ve zayıf yönleri ile fırsat ve tehditleri maddeler halinde ele alınacaktır.

##### Güçlü Yönler

- 2008-2014 döneminde ABD turizm gelirinde büyüme oranı %34'dür. Bu oran ile ülke turizm gelirinde en yüksek büyümeyi (%53) gerçekleştiren İngiltere'den sonra gelmektedir (Tablo 2).
- 2013 yılında kişi başına sağlık harcaması, OECD ortalamasına göre 3.453 \$ iken ABD'de 8.713 \$'dır. ABD'de kişi başına sağlık harcaması OECD ortalamasının yaklaşık üç katı kadardır (Tablo 3).
- 2013 yılında sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı, OECD ortalamasına göre yaklaşık %9, ABD'de %16'dır. ABD, sağlık harcamalarına yaklaşık %50 daha fazla kaynak tahsis etmiştir (Tablo 3).
- 2013 yılında sağlık harcamalarının kamu harcamalarına oranı ABD'de %20 OECD ülkelerinde %15'dir. ABD'de sağlık harcamaları kamu harcamaları içinde önemli yer tutmaktadır (Tablo 3).
- ABD'de sigorta şirketleri daha düşük maliyetli tedaviler için sağlık turizmini desteklemektedir. Seyahat endüstrisindeki maliyetler ile karşılaştırıldığında %80'lere varan tasarruf sağlama iddiasıyla, uçak bileti, otel konaklama ve ameliyat masraflarını içeren tur paketleri düzenlenmektedir.
- Teknolojik bakımdan oldukça güçlü bir ülkedir.
- ABD'de bulunan Uluslararası Birleşik Komisyonu, ülkelerdeki sağlık kuruluşlarını akredite etmiş, çoğunluğunun İspanya, Brezilya, Suudi Arabistan, Türkiye ve Birleşik Arap Emirlikleri'nde bulunan 200'den fazla yabancı sağlık tesisini resmen tanımıştır.

## Zayıf Yönler

- ABD’de 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 1970-2014 döneminde yaklaşık %10’dan %15’e yükselmiştir. Ülke nüfusu giderek yaşlanmaktadır (Şekil 4).
- ABD’de serbest pazar ekonomisine dayanan sosyal güvenlik sistemi, özel sigorta finansman modeline dayanmaktadır. Emekli ve maluller dışındaki vatandaşlara sağlık teminatı verilmemektedir.
- ABD’de sağlık harcamalarının finansmanını, isteğe bağlı olarak yapılan özel sağlık sigortaları sağlamaktadır. Her türlü tıbbi hizmet, özel ve kamu kurumları tarafından oldukça sınırlı sunulmaktadır.
- 2013 yılında ABD’de toplam sağlık harcamaları içinde cepten yapılan harcamaların oranı %12, özel sigorta finansmanı oranı ise %35’dir. Ülkede, sağlık harcamalarının yaklaşık %50’si hasta tarafından gerçekleştirilmiştir (Şekil 7).
- ABD’de bireylerin ihtiyaç duydukları sağlık hizmetleri, özel şirketler, Blue Cross/ Blue Shield adları ile anılan hastane ve tıbbi bakım planları olarak tanımlanabilecek özel organizasyonlar yolu ile verilmektedir.
- ABD’de yaşayan sigortasız kesim, sağlık harcamalarını karşılamakta zorluk çektiği için daha uygun fiyatlarla sağlık hizmeti sunan ülkeleri tercih etmektedir. Örneğin, 2006-2015 yılları arasında Türkiye’ye giriş yapan Amerikalı sayısı yaklaşık %50 artmıştır (Şekil 9).
- Örneğin, 2013 yılında ABD’de By-Pass ameliyatının fiyatı 94.000–210.000 \$ arasındayken Türkiye’de yaklaşık 12.000 \$; anjiyo 44.000–98.000 \$ arasındayken Türkiye’de 3.500 \$’dır.
- Örneğin, 2013 yılında kalbi delik olan bir çocuğun ameliyatı ABD’de 70.000 \$ iken Hindistan’da bu ameliyat yalnızca 4.400 \$’dır.
- ABD’de hasta bekleme süreleri çok uzundur. Bu durum, hastaları başka ülkelerdeki sağlık hizmetlerine yöneltmektedir. Örneğin, diz kapağı ameliyatı için bekleme süresi yaklaşık 18 ay, Hindistan’da en fazla 10 gündür.

## **Fırsatlar**

- ABD’de turizmi bütün bir yıla dağıtmak amacıyla şifalı suların faydalanılarak yeni yapılan kür merkezleri ile termal turizme ağırlık verilmeye başlanılmıştır.
- Örneğin, ABD’nin Arkansas eyaletinde 55 bin kişinin yararlanacağı termal tesisler yapılmış; Hawai’de turizmi 12 aya yaymak için termal suların yararlanmaya başlanılmıştır.
- Hızla yükselen fiyatlardan en çok etkilenen hastane hizmetleri olduğu için yalnızca bu konuya yönelik teminat planları oldukça ilgi görmektedir.
- Halkın belirli bir kısmı düzenli olarak sağlık turizmi kapsamında gerçekleştirilen uygulamaları kullanmaktadır.
- Her yıl ortaya çıkan farklı hastalık türleri (kuş gribi, domuz gribi...) için genellikle ilk aşı uygulamaları ABD’de bulunduğu için bu hastalıklardan korunmak amacıyla turistler gelmektedir.
- Amerika pazarında farklı değişiklikler gözlenmektedir. Önceleri sağlık turizmi kapsamında gerçekleştirilen uygulamalar genellikle bayanlar tarafından kullanılıyorken erkeklerinde bu uygulamaları kullanma oranlarının arttığı gözlenmektedir.
- Yoğun ve stresli çalışma hayatının olması, bireylerin sağlıklarını koruma yoluna gitmelerini gerektirmektedir. Bireyler bedensel, zihinsel ve ruhsal olarak arınabilecekleri entegre yaklaşımları talep etmektedir.

## **Tehditler**

- ABD’de nüfus %5 oranında giderek yaşlanmaktadır. Bu gelişme, toplam sağlık harcamalarını % 50 arttırmaktadır (Şekil 4).
- ABD’de serbest Pazar ekonomisinden sisteminden dolayı daha ucuz tedavi olabilmek için alternatif olarak aynı ya da daha kaliteli hizmet verebilecek ülkelere yönelmektedir.

- ABD’de hastaların alternatif tedavi arayışlarından dolayı örneğin, 2008-2014 döneminde sağlık turizmi giderleri yaklaşık %21 artmıştır (Şekil 15).
- Sağlık turizmi giderlerinin artması, ABD’nin uluslararası alanda sağlık sistemindeki prestijini kaybetme riski taşıması anlamına gelmektedir.
- ABD’deki doktorların sağlık hizmetlerinin geliştiği başka bir ülkeye göç edebilme riski olabilir. Örneğin Hindistan’da sağlık hizmetleri yeterince gelişirse, büyük olasılıkla doktorların çoğu orada çalışmayı tercih edecektir.
- ABD’nin örneğin, Hindistan’a karşı sağlık hizmetlerinde karşılaştırmalı üstünlüğünü kaybetmesi durumunda politik ilişkiler bozulabilir.

#### 4.5.2. İngiltere

İngiltere’nin sağlık turizmi alanındaki güçlü ve zayıf yönleri ile fırsat ve tehditleri kısaca maddeler halinde ele alınacaktır.

##### Güçlü Yönler

- İngiltere’de 2008-2014 döneminde turizm gelirin büyüme oranı %53’dür (Tablo 2).
- İngiltere’de uygulamadaki sağlık sistemi modelinde, ülkedeki herkes devlet kontrolündeki tıbbi merkezlerden ücret ödmeden yararlanmaktadır.
- 2005-2015 döneminde İngiltere’de kişi başına sağlık harcaması ve kamusal sağlık harcamaları yaklaşık üç kat artmıştır (Şekil 12).
- İngiltere’de sağlık harcamalarının finansmanında ağırlık kamusal kaynaklardır. Örneğin, 2013 yılında toplam sağlık harcamaları içinde kamu ve sosyal güvenlik kurumları kaynaklarından yapılan sağlık harcamalarının oranı %83’tür (Şekil 7).

##### Zayıf Yönler

- İngiltere’de 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 1970-2014 döneminde yaklaşık %13’den %18’e yükselmiştir. Ülke nüfusu %5 oranında giderek yaşlanmaktadır (Şekil 4).

- İngiltere’de 2013 yılında kişi başına sağlık harcaması 3.235\$ ile OECD ortalamasından (3.453 \$) düşüktür. Örneğin, sağlık harcamalarında 2005-2009 döneminde büyüme oranı yaklaşık %4 iken, 2009-2013 döneminde %-0.1 ile negatif büyüme gerçekleşmiştir (Tablo 3).
- İngiltere’de 2013 yılında sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı yaklaşık %9, OECD ortalaması %9; sağlık harcamalarının kamu harcamalarına oranı sırasıyla %16 ve %15’dir. Ülkede toplam sağlık harcaması OECD ortalaması kadardır (Tablo 3).
- İngiltere’de 2013 yılında cepten yapılan harcamalarının oranı %10 ve özel sağlık sigorta harcamaları oranı %3’dür (Şekil 7).
- Özel sağlık sigortaları, sağlık hizmetlerinin bireylere ulaştırılmasında, devlet tarafından yürütülen ulusal sağlık sisteminden tamamen bağımsız tamamlayıcı bir rol üstlenmektedir.
- Özel sağlık harcaması, 2000-2015 döneminde (sırasıyla 21.113 milyon \$ - 54.466 milyon \$) yaklaşık üç katı kadar artmıştır (Şekil 12).
- Cepten yapılan ödeme miktarları artmış, hastalığa karşı finansmanın işçi ve işverenin katılımıyla sağlandığı zorunlu sigortalılık esasını benimsenmiştir.
- Sağlık reformlarından sonra kamu hastanelerinin sayısı azalmış, devamlı bakıma muhtaç hastaların işgal ettikleri yatak sayısı 1988-2014 döneminde %40 düşürülmüştür.
- Reçete tutarına hasta katkısı 2015’de %51 ve dış tedavilerinde %31 olmuştur.
- Sosyal güvenlik ve sağlık reformlarının sonucunda hasta bekleme süreleri uzamıştır. Muayene için bekleme süresi, birkaç hafta ile birkaç ay arasında değişmektedir. Uzman doktora muayene olabilmek için bekleme listeleri oluşturulmuş, acil operasyonlar dışında cerrahi müdahale için bekleme süresi en az altı ay olmuştur.

### **Fırsatlar**

- İngiltere’de sağlık turizmi talebi mevsimsel olarak değişmemektedir. Havanın sıcak veya soğuk olması bu hizmete olan talebi etkilememektedir.



- İngiltere’de iş seyahati veya kongre için gelen konukların boş zamanlarında sağlık turizmi kapsamında gerçekleştirilen faaliyetlerden yararlanmaları da iyi bir fırsattır.

#### **Tehditler**

- İngiltere’de sosyal güvenlik ve sağlık reformları, hasta bekleme sürelerini uzattığı için hastalar başka ülkelere tedavi için gidebilir.
- Bu durum, ülkenin sağlık turizmi giderlerini de arttırır. Örneğin 2008 yılında turizm gideri 47.313 milyon sterlin iken %2.3 artarak 2014 yılında 48.445 milyon sterlin olmuştur (Tablo 2).
- İngiltere, sağlık turizmi açısından Avrupa’daki ülkeleri ile oldukça zorlu bir rekabet içindedir.

#### **4.5.3. Almanya**

Almanya’nın sağlık turizmi alanındaki güçlü ve zayıf yönleri ile fırsat ve tehditleri maddeler halinde kısaca açıklanacaktır.

#### **Güçlü Yönler**

- 2011 yılında Almanya dünyada en çok turist çeken ilk on ülke sıralamasında %27 ile altıncı sırada yer almıştır (Şekil 5).
- 2013 yılında Almanya’nın kişi başına sağlık harcaması (4.941 \$), OECD ortalamasından (3.453 \$) yüksektir (Tablo 3).
- 2013 yılında Almanya’da hem sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı (%11) OECD ortalamasından (%8.9), hem de hem sağlık harcamalarının kamusal harcamalara oranı (%19) OECD ortalamasından (%15) yüksektir (Tablo 3).
- 2013 yılında Almanya’da bir sosyal güvenlik kurumu tarafından yapılan sağlık harcamaların oranı %70’dir (Şekil 6).
- Almanya, 1911 yılında sosyal sigortalar kanunu çıkararak zorunlu koruma sistemlerini kurumsallaştıran ilk ülke olmuştur.
- Almanya’da zorunlu koruma sisteminde, herkese eşit ulaşım olanağının sunulması, rekabet ve etkinliğin gerçekleşmesi, üreticiye fiyat belirleme

hakkının verilmesi ile tüketiciye ve üreticiye seçme hakkının tanınması sağlanmıştır.

- 2000-2015 döneminde Almanya’da kişi başına sağlık harcaması, özel sağlık harcaması ve kamusal sağlık harcaması yaklaşık iki kat artmıştır. Kamusal sağlık harcaması da özel sağlık harcamasının iki katı kadardır (Şekil 16).
- Almanya’da hastane hizmetleri, ihtiyaç duyulan bakım türü ve ortalama hastane yatış süresine göre gün başına finanse edilmektedir. Bütün sağlık ödeyicileri aynı oranda ödeme yapmaktadır.
- Almanya’da termal turizm önemli bir sektör haline gelmiştir. Ülkede 2012 yılı verilerine göre, 263 adet resmi belgeli termal merkez bulunmaktadır.

### **Zayıf Yönler**

- Almanya’da 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı 1970-2014 döneminde %13’den yaklaşık %21’e yükselmiştir. Ülke nüfusu yaklaşık %8 oranı ile giderek yaşlanmaktadır (Şekil 4).
- 2008-2014 döneminde %1 ile Almanya turizm gelirlerinde büyüme oranının en düşük olduğu ülkedir (Tablo 2).
- Almanya’da sağlık harcamaların çoğunluğu kamu kaynaklarından karşılanmaktadır. Cepten yapılan harcamaların oranı %13’dür (Şekil 4).
- Örneğin, 2000-2015 döneminde kamusal sağlık harcaması özel sağlık harcamasının yaklaşık iki katı kadardır (Şekil 16). Sağlık harcamalarının özel sigorta ile karşılanma oranı %9’dur (Şekil 7).
- Zorunlu koruma sisteminde, koruyucu sağlık hizmetleri bağımsız genel pratisyenler tarafından, tedavi edici sağlık hizmetleri hastaneler tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu hastanelerin 2/3’ü özel sektöre aittir.
- Almanya’da sağlık harcamalarının kısılmasına yönelik bütçe uygulamaları sigorta hizmetlerinin kapsamının daraltılmasına, sağlıkta katkı payının artırılmasına neden olmuştur.

- Yaşlı nüfusun sağlık sistemi üzerindeki maliyetini azaltmak için sigorta kapsamındaki uzun dönemli hemşirelik bakım hizmetleri sigorta kapsamından çıkarılmıştır.
- Almanya’da sağlık hizmetlerinin fiyatları ve hekim ücretleri, pazarlık yöntemiyle belirlenmekte, sağlık hizmeti, özel hastanelerden ve hekimlerden satın alınması biçiminde karşılanmaktadır.
- Almanya’da esnek ve beklenen bütçeler, gelecek yıl hastane yatak işgal oranının tahmin edilmesine dayanmaktadır.
- Almanya’da hastalar herhangi bir hastaneyi seçmekte serbest olmalarına rağmen, tüm hastane kabulleri doktor tarafından sevki gerektirmektedir.

### **Fırsatlar**

- Almanya’da yeraltı kaynakları yönünden oldukça zengin olduğu için termal turizm çok gelişmiştir.
- Almanya’da kaplıca tedavisi ülkede çok eskiden beri bilinmektedir ve kaplıca tedavisi, ülke kültürünün bir parçası haline gelmiştir.
- Almanya’da kaplıca tedavilerinden yararlanmak isteyen yerli turistin yanında yabancı turistlerin de tercih ettiği ülke olmuştur.
- Almanya’da 2011 yılında tesislerin toplam yatak kapasitesi 750.000’dir. Örneğin, Stuttgart kentinde bulunan Das Leuze Kaplıca ve Rekreasyon Tesislerini yaz aylarında günde 8000 kişi ziyaret etmektedir.

### **Tehditler**

- Almanya’da hekim teşhisi ve raporu olması şartıyla, kaplıca tedavileri hem özel hem de kamu sağlık sigorta şirketleri tarafından tam veya kısmen karşılanmaktadır.
- Almanya’da tedavi edici sağlık hizmetlerinin yüksek fiyatlarla özel hastaneler tarafından gerçekleştirilmesi durumunda, hastaların tedavinin daha ucuz olduğu ülkelere gitmesine neden olabilir.

#### 4.5.4. Fransa

Fransa'nın sağlık turizmi alanındaki gcl ve zayıf yönleri ile fırsat ve tehditleri maddeler halinde kısaca ele alınacaktır.

##### Gcl Yönler

- 2011 yılında dünyadaki turist sayısı %4.3 artışla 980 milyon kişiye ulaşmıştır. Bu yılda Fransa en çok turist çeken ilk on ülke içinde yaklaşık 79 milyon kişi ile birinci sırada yer almıştır (şekil 5).
- 2008-2014 döneminde Fransa'nın turizm geliri yaklaşık %9 artmıştır (Tablo 2).
- Fransa'da sağlık sistemi, büyük ölçüde refah yönelimli/sigorta tipindedir ve nüfusun büyük bir çoğunluğu sağlık sigortası kapsamındadır.
- Fransa'daki bu sistem, 1996 yılında sağlık sigortası yapısından kamusal ve yerelleşmiş bir yapıya dnştrlmştir.
- Fransa'da sağlık harcamalarının büyük bir kısmını sosyal güvenlik kurumu tarafından karşılanmaktadır. Örneğin 2011 yılında sosyal güvenlik kurumu tarafından finanse edilen sağlık harcamalarının oranı %75'dir (şekil 7).
- Fransa'da 2000-2015 döneminde kişi başına sağlık harcaması yaklaşık iki kat (sırasıyla 2.484.2 \$- 4.07.2 \$) artmıştır (şekil 17).
- Fransa'da hastalar, devlet hastanelerine ya da özel hastanelere gidebilmekte, doktorlarını serbestçe seçebilmekte, sağlık hizmetlerine kolay ulaşabilmekte ve tedavi için sıra beklememektedir.
- Fransa'daki sağlık sistemi, 2000 yılında Dünya Sağlık rgt (WHO) tarafından dünyada birinci ve diğer sağlık hizmetlerine örnek olacak sistem seçilmiştir.
- Devlet hastaneleri diğerlerine göre daha yüksek kapasiteye ve daha iyi teknoloji ve personele sahiptir.
- Fransa'daki hastane yatırımcılarının sayıları artmaya başlamış, 2011 yılı verilerine göre, 1071'i devlet, 2717'si özel olmak üzere toplam 3.788 hastane ve klinik bulunmaktadır.

- Fransa'da bütün branşlarda 1 milyonun üzerinde profesyonel eleman çalıştıran sağlık kurumların 667.000 yatak kapasitesi.
- Fransa'da sosyal güvenlik kurumunun harcamaları kamusal kaynaklardan finanse edilmektedir. Sağlık harcamalarının çoğunluğu kamu kaynaklarından karşılanmaktadır (Şekil 17).
- Fransa'da kişi başına sağlık harcaması, 2000-2015 döneminde (sırasıyla 2.484.2 milyon \$- 44.072 milyon \$) ve kamusal sağlık harcamaları (sırasıyla 119.046.9 milyon \$ ve 230.086 milyon \$) yaklaşık iki kat artmıştır (Şekil 17).

### **Zayıf Yönler**

- Fransa'da 1970-2014 döneminde 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı yaklaşık %13'den yaklaşık %18'e yükselmiştir. Ülkede nüfusu %5 giderek yaşlanmaktadır (Şekil 4).
- Fransa'da 2013 yılında kişi başına sağlık harcaması (4.124 \$), OECD ortalamasına (3.453 \$) yakın değerdir (Tablo 2).
- 2005-2013 döneminde Fransa'da sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı yaklaşık %3 artmıştır. Bu oran, Dünya Sağlık Örgütü'nün kabul ettiği oranın (%5) çok altındadır (Tablo 2).
- Fransa'da kamu sağlık harcaması %4, cepten yapılan sağlık harcaması %7 ve özel sağlık sigortası harcaması ise %14'dür (Şekil 7).
- Fransa'da 2013 yılında sağlık harcamalarının kamu harcamalarına oranı %15 ile OECD ortalaması kadardır (Tablo 3).
- Fransa'da hastanelerdeki yatakların 2/3'ü kamu tarafından işletilmektedir. 1/3'ü özel sektöre aittir. Ancak kamu hastanelerinin servis sayısı azdır. Bu nedenle kamu hastaneleri, uzman personeli ve teknolojiyi kullanmak için diğer hastanelerle anlaşma ve paylaşma zorundadırlar.

### **Fırsatlar**

- Fransa'da turizmi teşvik etmek için Avrupa Komisyonu onayı ile turizm yardımını arttırabilir.

- 2011 yılında ziyaret edilen ilk on ülke sıralamasında yaklaşık 79 milyon kişi ile birinci sırada olan Fransa, sağlık turizmini geliştirebilir.
- Fransa'da sahip olduğu kültürel zenginliği kullanarak sağlık turizmi paketleri oluşturabilir.

### **Tehditler**

- Asya ülkelerindeki sağlık turizmi uygulamaları Fransa'daki uygulamadan daha ucuzdur.
- Fransa, turizm geliri sürekli artan diğer Avrupa ülkeleri ile zorlu rekabet içindedir (Tablo 2).

### **4.5.5. Türkiye**

Türkiye'nin sağlık turizmi alanındaki güçlü ve zayıf yönleri ile fırsat ve tehditleri maddeler halinde ele alınacaktır.

### **Güçlü Yönler**

- Coğrafik konumu, uygun iklimi ve tarihi güzellikler açısından Türkiye avantajlı bir konuma sahiptir. Asya ve Avrupa gibi iki kıtanın arasında yer almaktadır.
- Türkiye, Avrupalılar için mesafe konusunda diğer Uzakdoğu Ülkeleri'ne ve Hindistan'a nazaran yakın olmasından dolayı tercih edilebilir.
- Türkiye, 2011 yılında en çok turist çeken ilk on ülke sıralamasında 27 milyon kişi ile yedinci sıradadır (Şekil 5).
- 2006-2015 döneminde Türkiye'ye gelen Alman ziyaretçilerin sayısı %48, İngiliz ziyaretçilerin %49, Fransız ziyaretçilerin %28 ve Amerikalı ziyaretçilerin de %50 artmıştır (Şekil 9).
- Türkiye'de sağlık hizmetlerinin fiyatları bazı ülkelere göre düşük olması önemli maliyet avantajı yaratmıştır. Örneğin, diş dolgusu için hasta 2016 yılı fiyatlarıyla, Türkiye'de 80 €, İngiltere'de 70-150 €, ABD'de 80-150 € ve İtalya'da 70-150 € ücret ödemektedir. Kalp-bypass için ABD'de 130.000 \$, Hindistan'da 11.000 \$ ve Türkiye'de 7.500 \$ ödemektedir (Tablo 4) .

- 2013 yılında Türkiye’de toplam sağlık harcamalarında sosyal güvenlik kurumu tarafından yapılan harcamaların oranı %58; cepten yapılan harcamaların oranı %17’dir (Şekil 7).
- Türkiye’de 2006-2015 döneminin büyüme oranı, turizm gelirinde yaklaşık %69, sağlık turizmi gelirinde yaklaşık %67’dir. Ayrıca, bu dönemde sağlık turizminden elde edilen gelirin turizm gelirin oranı ortalama %5’dir (Tablo 6).
- Türkiye’de medikal turizm kapsamındaki hareketliliğin artmasında hizmet kalitesi ve standartları yüksek olan özel hastane sayısındaki artış önemli rol oynamaktadır.
- Örneğin, 2008 yılında Türkiye’de sağlık hizmeti alan yabancıların %76’sı özel hastanelerde, %24’ü kamu hastanelerinde; 2009’da %77’si özel hastanelerde, %23’ü devlet hastanelerinde tedavi görmüştür. 2010’da kamu hastanelerinde tedavi gören yabancı hastaların oranı %30’a yükselmiştir. 2011’de ise hastaların %73’ünün özel hastanelerde; %27’sinin devlet hastanelerinde tedavi görmüştür.

#### **Zayıf Yönler**

- Türkiye’de 1970-2014 döneminde 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı yaklaşık %4 (sırasıyla %4.3-%7.7) artmıştır. Ülke nüfusu giderek yaşlanmaktadır (Şekil 4).
- Türkiye, milli gelirden sağlık harcamalarına az kaynak tahsis etmektedir. Örneğin, 2013 yılında kişi başına sağlık harcaması (941 \$) OECD ortalamasının (3.453 \$) çok altındadır. Sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı %5.1, OECD ortalaması %8.9’dur. Sağlık harcamaların kamu harcamalarına oranı %10 iken OECD ortalaması %15’dir (Tablo 3).
- Türkiye’de 2013 yılı sağlık harcama verilerine göre, cepten yapılan harcamaların oranı yüksek olmakla birlikte, dolaylı olarak sosyal güvenlik kurumlarının kamu tarafından desteklendiği düşünüldüğünde, sağlık harcamalarının büyük oranda (%17+%58) kamu tarafından finanse edildiği söylenebilir (Şekil 7).

- Türkiye’de özel sigorta tarafından sağlık harcamalarının finansmanına ilişkin veri olmadığı için 2013 yılına ait finansman türlerine göre bakıldığında, bu harcama türünün diğer olan %5’lik kısımda yer aldığı söylenebilir (Şekil 7).
- Türkiye’de Bakanlıklar ve sektörler arası koordinasyon yetersizliği, yurtdışı sigorta şirketleri ile koordinasyon zayıflığına neden olmaktadır.
- Örneğin, 2008-2011 döneminde ülkeye sağlık ve tıp turizmi nedeniyle gelen yabancı ziyaretçi sayısı yaklaşık (sırasıyla 21.765-12.699) %41 azalmıştır (Tablo 5).
- Türkiye’de yoksul ve zayıflara yönelik sağlık sigortasını kapsayan bir sosyal yardım programı söz konusudur. Sağlık sigortası sistemi ve yeşil kart programının sigorta kapsamı yüksek olup nüfusun neredeyse %85’ini kapsamaktadır.
- Türkiye’de cepten yapılan sağlık harcamaları, zengin insanlarla karşılaştırıldığında, yoksul insanlar için daha büyük bir yük getirmiştir. Örneğin, en düşük gelirli birinci ve ikinci %20’lik gruptaki bireyler, sağlık ocağına bir gidişlerinde 2005 yılı fiyatlarına göre ortalama 27 YTL öderken, en yüksek gelirli birinci ve ikinci %20’lik gruptaki bireyler yaklaşık 13 YTL ödemiştir.

### **Fırsatlar**

- Türkiye’nin AB ülkeleri arasına giriş süreci başlamıştır. Vize uygulamalarının kalkmasıyla sağlık turizmi için gelen yabancı ziyaretçi sayısı artabilir.
- Ayrıca, Türkiye ve AB ülkeleri arasında vizenin kalkması sağlık turizminden elde edilen gelirleri de arttırır.
- Avrupa ülkelerinde 65 yaş üstü nüfusun artması, ortalama yaşam süresinin uzaması, kronik rahatsızlıklardaki artış ve tedavi için bekleme süresinin uzun olması Türkiye için bir fırsat olabilir.
- Türkiye’ye gelen yabancı ziyaretçilerin geliş amaçlarına göre, tatil amaçlı ziyaretçilerin oranı çok yüksek (%57.41); sağlık amaçlı gelenlerin oranı



(%0.49) çok düşüktür. Amacı ne olursa olsun, gelen yabancı ziyaretçilerin sayısı arttıkça sağlık hizmetleri talepleri de artacaktır (Şekil 10).

- Türkiye’de yurtdışı sigorta şirketleri ile koordinasyon zayıflığı giderilerek, fırsata dönüştürülebilir. Örneğin, 2013 yılı verilerine göre, medikal turizm için gelenlerin sayısı 169.462, ikili anlaşma ile gelen hasta sayısı 544 ve SGK ile anlaşmalı hasta sayısı 21.530’dır.
- Almanya gibi Türkiye’ye en çok sağlık turisti gönderen ülke %34 ile en çok göz, %6.04 ortopedi ve %6.2 kardioloji tedavisi için talepte bulunmuştur (Şekil 11).
- Bu veriler, gurbetçi vatandaşların sağlık turizmine yönelik taleplerinin önemli bir fırsat olduğunu açıkça göstermektedir.
- Türkiye, yaşlı hastaların uzun süre ülkede kalmasına izin vermektedir. Bu durum, yaşlı bakımı turizmini fırsata dönüştürebilir. Örneğin Almanya gibi bazı ülkelerde yaşlılara ve engellilere dönük bakım sigortası sistemi uygulanmaktadır.
- Türkiye’de sağlık turizmi konusunda seyahat firmalarının devreye girmesi ile bu amaca dönük tur organizasyonları hastaların daha kolay seyahat etmesini sağlayabilir.
- Batı ülkelerindeki sigorta sistemlerinin tedavi amaçlı seyahatleri kolaylaştırması ve gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık kuruluşlarını akredite etmeleri bu sektörün gelişmesini hızlandırmıştır. Örneğin, ABD’deki Uluslararası Birleşik Komisyon (JCI) Türkiye’de daha fazla yabancı sağlık tesisini resmen tanıyabilir (JCI web sitesinden alınan bilgiye göre, 2013 yılı itibariyle JCI tarafından akredite alan hastanelerin sayısı 39’dur).

### **Tehditler**

- Çevre ülkelerde yaşanan siyasal istikrarsızlıklar Türkiye’nin sağlık turizminde gelişmesini tehdit etmektedir.
- Batı ülkelerinin giderek yaşlanması, doktor talebini arttırmış, bu artış Türkiye’deki doktorların yurtdışında çalışmasını cazip hale getirebilir.

- Yurtiçinde, uluslararası standartları esas alarak akreditasyon yapacak kuruluşların bulunmaması, hizmet standartlarının oluşmaması, kötü örneklerin yaşanma ihtimali ve yol açabileceği olumsuz ulusal imaj sağlık turizmi alanındaki gelişimi olumsuz yönde etkilemektedir.
- Sağlık Bakanlığı tarafından mevzuatın çok sık değişmesi, uygulama farklılıkları, zaman kaybı ve maliyet artışı yaratmaktadır. Bu, yeterince uzun süreli bir stratejinin olmadığını göstermektedir.



## 5. SONUÇ

Türkiye sağlık turizmi açısından iklim, kültür ve tecrübe avantajları ile Avrupa ülkeleri için çok çekici konumdadır. Diğer taraftan coğrafi yakınlık faktörü de göz önünde bulundurulduğunda Ortadoğu ülkelerine de Türkiye önemli bir tıp merkezi olabilecek konumdadır. Almanya, Hollanda, Fransa gibi ülkelerde Türk nüfusunun olması, Balkan Ülkeleri ve Orta Asya'daki Türk Cumhuriyetleri gibi ülkelerde alt yapının yetersiz olması, ABD, İngiltere ve Almanya gibi ülkelerde sağlık hizmetlerinin pahalı olması, Hollanda ve Kanada gibi ülkelerde bazı tedavileri sigortanın karşılamaması, uzun bekleme sürelerinin olması ve Afganistan, Yemen, Sudan gibi ülkelerle ikili anlaşmalar yapılması sağlık turizmi pazarının oluşmasını sağlamaktadır.

Türkiye'nin coğrafik konumu, uygun iklimi, tarihi güzellikleri, Asya ve Avrupa gibi iki kıtanın arasında yer alması, Avrupalılar için mesafe konusunda diğer Uzakdoğu Ülkeleri'ne ve Hindistan'a nazaran yakın olması tercih edilmesine neden olmaktadır. Nitekim, ülke 2011 yılında en çok turist çeken ilk on ülke sıralamasında 27 milyon kişi ile yedinci sırayı almıştır. 2006-2015 döneminde gelen Alman ziyaretçilerin sayısı %48, İngiliz ziyaretçilerin sayısı %49, Fransız ziyaretçilerin sayısı %28 ve Amerikalı ziyaretçilerin sayısı %50 artmış; turizm gelirinde değişme oranı yaklaşık %69, sağlık turizmi gelirinde değişme oranı yaklaşık %67 olmuştur. Ayrıca, bu dönemde sağlık turizminden elde edilen gelirin turizm gelirin oranı ortalama %5 gerçekleşmiştir. Sağlık turizm kapsamındaki gelirin artmasında hizmet kalitesi ve standartları yüksek olan özel hastane sayısındaki artış önemli rol oynamıştır. Nitekim, 2008 yılında sağlık hizmeti alan yabancıların %76'sı özel hastanelerde, %24'ü kamu hastanelerinde; 2009'da %77'si özel hastanelerde, %23'ü kamu hastanelerinde; 2010'da kamu hastanelerinde tedavi gören yabancı hastaların oranı %30'a yükselmiş; 2011'de ise hastaların %73'ü özel hastanelerde, %27'si kamu hastanelerinde tedavi görmüştür.

Bu güçlü yönler ek olarak Türkiye'de bazı ülkelere göre sağlık hizmetlerinin fiyatlarının çok düşük olduğu görülmektedir. Bu durum, Türkiye için önemli maliyet avantajı yaratmaktadır. Örneğin, diş dolgusu tedavisinin fiyatı (2014 yılında) Türkiye'de 80 €, İngiltere'de 70-150 €, ABD'de 80-150 € ve İtalya'da 70-150 €'dur.

Türkiye sağlık turizmi bakımından bazı zayıf yönler de sahiptir: Avrupa ülkeleri içinde en genç nüfusa sahip olmakla birlikte 1970-2014 döneminde 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı yaklaşık %4 artmış, nüfus giderek yaşlanmıştır. Yaşlı nüfusun

artması toplam sağlık harcamalarını, dolaylı olarak da kamu sağlık harcamalarını arttırmıştır. Örneğin, 2013 yılında toplam sağlık harcamalarının %58'i kamusal kaynaklardan, %17'si cepten yapılan harcamalarla karşılanmıştır.

Toplam sağlık harcamalarında kamusal finansman ağırlıkta olmasına rağmen Türkiye, Avrupa ülkelerine göre sağlık harcamalarına daha az kaynak tahsis etmektedir. 2013 yılında kişi başına sağlık harcaması (941 \$) ve sağlık harcamalarının GSYİH'ya oranı (%59) OECD ortalamasından (sırasıyla 3.453 \$ ve %9) çok düşüktür. Özel sigorta tarafından sağlık harcamalarının finansmanına ilişkin veri olmadığı için 2013 yılına ait finansman türlerine göre verilere bakıldığında, bu harcama türünün diğer olan %5'lik kısımda yer aldığı söylenebilir. Bakanlıklar ve sektörler arası koordinasyon yetersizliği, yurtdışı sigorta şirketleriyle koordinasyon zayıflığına neden olmaktadır. Nitekim 2008-2011 döneminde sağlık turizmi nedeniyle gelen yabancı ziyaretçi sayısı yaklaşık %41 azalmıştır.

Türkiye'de yoksul ve zayıflara yönelik sağlık sigortasını kapsayan bir sosyal yardım programı söz konusu olmakla birlikte sağlık sigortası sistemi ve yeşil kart programı nüfusun neredeyse %85'ini kapsamaktadır. Cepten yapılan sağlık harcamaları, zengin insanlarla karşılaştırıldığında, yoksul insanlar için daha büyük bir yük getirmiştir. Örneğin, en düşük gelirli birinci ve ikinci %20'lik gruplardaki hastalar, sağlık ocağına bir gidişlerinde 2005 yılı fiyatlarına göre ortalama 27 YTL öderken, en yüksek gelirli birinci ve ikinci %20'lik gruplardaki hastalar yaklaşık 13 YTL ödemiştir.

Türkiye'nin AB'ne giriş sürecinin başlaması, vize uygulamalarının kalkması sağlık turizmi için gelen yabancı ziyaretçi sayısının ve buna bağlı olarak sağlık turizmi gelirlerinin de artacak olması bu alanındaki önemli fırsatlardandır. Ayrıca, Avrupa ülkelerinde ortalama yaşam süresinin uzaması, kronik rahatsızlıklardaki artış ve tedavi için bekleme süresinin uzun olması da bir fırsat oluşturmaktadır. 2011 yılında ülkeye gelen yabancı ziyaretçilerden sağlık amaçlı gelenlerin oranı (%0.49), tatil amaçlı gelenlerin oranından (%57.41) çok düşüktür. Amacı ne olursa olsun, gelen yabancı ziyaretçilerin sayısı arttıkça sağlık hizmetleri taleplerinin de artacağı söylenebilir. 2013 yılında 169.462 kişi sağlık turizmi için, 544 kişi ikili anlaşma ile 21.530, kişi de SGK anlaşmalı gelmiştir. Almanya'dan gelen hastaların %34'ü göz, %6.4'ü ortopedi ve %6.2'si de kardiyoloji tedavisi talebinde bulunmuştur. Bu veriler, gurbetçi vatandaşların sağlık turizmine yönelik taleplerinin önemli bir fırsat olduğunu açıkça göstermektedir.

Örneğin Almanya gibi bazı ülkelerinde yaşlılara ve engellilere dönük bakım sigortası sistemiyle seyahat firmaları, tur organizasyonları düzenleyerek hastaların daha kolay seyahat etmesini sağlamaktadır. Batı ülkelerindeki sigorta sistemlerinin tedavi amaçlı seyahatleri kolaylaştırması ve gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık kuruluşlarını akredite etmeleri bu sektörün gelişmesini hızlandırmaktadır. ABD'deki Uluslararası Birleşik Komisyon Türkiye'den de daha fazla sağlık tesisini resmen tanıyabilir ve yaşlı hastaların uzun süre ülkede kalmasına izin veren sağlık politikalarıyla da yaşlı bakımı turizmi fırsata dönüştürülebilir. Nitekim, bu uluslararası komisyon, 2011 yılında Türkiye'de 39 sağlık tesisini resmen tanımıştır.

Türkiye'de sağlık turizmi alanında bazı tehditler de bulunmaktadır. Çevre ülkelerde yaşanan siyasal istikrarsızlıklar sağlık turizminin gelişmesini tehdit etmektedir. Batı ülkelerinin giderek yaşlanması, doktor talebini arttırmıştır. Bu artış, doktorların yurtdışında çalışmasını cazip hale getirebilir. Yurtiçinde, uluslararası standartları esas alarak akreditasyon yapacak kuruluşların bulunmaması, hizmet standartlarının oluşmaması, kötü örneklerin yaşanma ihtimali ve yol açabileceği olumsuz imaj sağlık turizmi alanındaki gelişimi olumsuz yönde etkileyebilir. Uzun süreli bir stratejinin olmaması, Sağlık Bakanlığı tarafından mevzuatın çok sık değişmesi, uygulama farklılıkları, zaman kaybı ve maliyet artışı da tehditler arasında sayılabilir.

Bu bilgiler çerçevesinde, güçlü ve zayıf yönleri ile fırsat ve tehditlere ilişkin bulgular birlikte değerlendirildiğinde, Türkiye'de sağlık turizminin gelişme aşamasında olduğu söylenebilir. Sağlık turizminde pazar payını arttırmak için güçlü yönlerini daha da geliştirecek, zayıf yönlerini telafi edecek, fırsatları değerlendirecek ve tehditleri de ortadan kaldıracak stratejileri belirleyerek başarıyla uygulaması gerekmektedir.

Türkiye'nin sağlık turizmindeki pazar payını arttırması için şu adımların atılması gerekmektedir:

- Sağlık turizminde başarı büyük ölçüde pazarlamaya bağlı olduğu için pazarlama faaliyetlerine önem verilmelidir.
- Sağlık turizmi alanında kamu tarafından sistemler oluşturulmalı, denetlenmelidir.

- Sağlık turizmine ait faaliyetler, elektronik ortamda ilgili kuruma ve sektöre entegrasyonu sağlanan bir sistem aracılığı ile yurutulmelidir.
- Ulusal ve uluslararası akreditasyon kuruluşlarıyla hizmet standartları belirlenmelidir
- Sağlık turizmi, turizm şirketleri, ulaştırma şirketleri ve sigorta şirketleri gibi bu alanda faaliyette bulunan kurum ve kuruluşların birlikte çalışması sağlanmalıdır.
- Bu şirketler, sağlık turizmini geliştiren unsurlar haline getirilmelidir.
- Sağlık turizmi beş yıllık kalkınma planlarında yer almalı, bu sektörün gelişmesini sağlayacak stratejiler hazırlanmalıdır.

## KAYNAKÇA

- Akat, Ö. (2000). *Pazarlama ağırlıklı turizm işletmeciliği*. Bursa: Ekin Kitabevi.
- Akbulut, G. (2010). Türkiye’de kaplıca turizmi ve sorunları. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 9(1): 35-54.
- Akdu, S.(2009). *Sağlık turizmi kapsamında medikal turizm ve Türkiye’deki uygulamalar üzerine bir araştırma: İstanbul ve Ankara Örneği*. Yüksek lisans tezi. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Aksu, A. (2011). Turistin sağlığı. *Yeni Türkiye Dergisi*, 7(39): 56-63.
- Alpullu, A. (2011). *Uluslararası basketbol organizasyonlarının spor turizmine, ülke ekonomisine ve tanıtımına katkılarının değerlendirilmesi*. Yayımlanmamış doktora tezi. Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Ardahan, F., (2003). *Turizmde franchising ve Türk evi pansiyonları franchising model önerisi ve uygulaması*. Yayımlanmamış doktora tezi. Selçuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Konya.
- Ateş, M. (2011). *Sağlık işletmeciliği*. İstanbul: Beta Basım A.Ş.
- Aydın D. ve Yılmaz, C. (2010). *Medikal turizm araştırması*. Ankara: Kültür ve Turizm Bakanlığı Yayınları.
- Aydın, D. ve Şeker, S. (2011). *Kamu hastanelerinde sağlık turizmi ve turist sağlığı uygulama rehberi*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Aydın, D., Aypek, N., Aktepe, C., Şahbaz, P. ve Arslan, S. (2011). *Türkiye’de medikal turizmin geleceği*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Barca, M., Akdeve, E. ve Balay, İ. (2013). Türkiye sağlık turizm sektörünün analizi ve strateji önerileri. *İşletme, Araştırma Dergisi* 5(3): 64-92.
- Barutçugil, Sabit İ. (1987). *Turizm işletmeciliği* (3.Basım). İstanbul: Beta Yayım Dağıtım Yayın No:187.
- Boz, M. (2014). *Turizmin gelişmesinde alternatif turizm pazarlamasının önemi*. Yayımlanmamış doktora tezi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.

- Buldukoğlu, S. (2014). *Sağlık turizminin Türkiye'deki yeri ve nemi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Ufuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Bulut, E. (2007). Turizmin Türkiye ekonomisindeki yeri ve ekonomik etkileri. <http://www.ekitapyayın.com.id/025/01.htm> (10 Kasım 2016).
- Bülbül, F. (2015). *Sağlık turizminin Türkiye'deki gelişimi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Cebecioğlu, C. (2006). *SWOT analizi ve bir işletme üzerinde uygulaması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü. Gebze.
- etin, R. (2007). İngiltere, Almanya ve Türkiye'de sosyal güvenlik sistemleri ve sağlık reformları. <http://emekdunyasi.net/>
- Demirel, . ve Ejder N. (2010). Çamlıhemşin yaylaları ve doğa turizmi etkinlikleri. *evre Dergisi*, 17: 4–8.
- Dinler, Z. (2016). *Mikro iktisat* (26.basım). Bursa: Ezgi Yayınevi.
- Doğaner, S. (2011). *Türkiye turizm coğrafyası*. İstanbul: Çantay Kitabevi.
- Duman, T., Kozak M. ve Uysal M. (2014). Turizmde rn çeşitliliği yoluyla ürün değerini oluşturma: Türkiye'deki arz kaynakları üzerine bir inceleme. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 18(2): 206–214.
- Edinsel, S. ve Adıgüzel O. (2014). Türkiye'nin sağlık turizmi açısından son beş yıldıki dünya ülkeleri içindeki konumu ve gelişmeleri. *Çankırı Karatekin Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(2): 167-190.
- Erdoğan, H. (2005). *Ekonomik sosyal kültürel çevresel yönleri ile uluslararası turizm*. Bursa: Uludağ Üniversitesi Yayınları No: 18.
- Gcmen, Z. (2008). *Turizm eşitlendirmesi kapsamında İzmir'de termal turizmin tedavi amaçlı kullanımı ve ekonomik değerini*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Güler, . (1990). *Turist sağlığı ve hekimliği*. Bursa: Ezgi Kitabevi.



- Gülmez, Z. (2012). *Türkiye 'de ve dünyada sağlık turizmi ve çeşitleri: Sağlık turizminin ülkemizdeki mevcut durumu ve bazı ülkelerle kıyaslanması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- Hastürk, O. (2011). *Tıbbi turizm amacı ile Ankara 'ya gelen hastaların Ankara 'yı tercih etme nedenlerinin ve memnuniyet durumlarının belirlenmesi: Kamu sağlık kuruluşlarında bir araştırma*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
- Hayta, H. (2008). *Sağlık sektöründe toplam kalite yönetimi ve hasta memnuniyetinin istatistiki göstergelerle karşılaştırılması: Denizli İl Merkezi Örneği*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Muğla Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Muğla.
- İçöz, O. (2009). Sağlık turizmi kapsamında medikal (tıbbi) turizm ve olanakları. *Journal of Yasar University*, IV(14) :13.
- İçöz, O. ve diğerleri (2007). *Genel turizm: Turizmde temel kavramlar ve ilkeler*. Ankara: Turhan Kitabevi.
- Kaya, S., Yıldırım, H., Karsavuran, S. ve Özer, Ö. (2014). *Türkiye medikal turizm değerlendirme raporu*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Kızılırmak, İ. ve Kurtuldu, H. (2005). Kültürel turizmin önemi ve tüketici tercihlerinin belirlenmesine yönelik bir çalışma. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, I: 87-98.
- Kızılırmak, İ. ve Kurtuldu, H. (2007). Kültürel turizmin önemi ve tüketici tercihlerinin belirlenmesine yönelik bir çalışma. *Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi*, I: 105-127.
- Kiremit, A. Ş. (2008). *Turizm gelişiminde bir alternatif olarak medikal turizm: Bir sağlık kuruluşunda araştırma*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Kostak, D. (2007). *Turizm hareketleri: Türkiye örneği üzerinden sağlık turizmi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kozak, N. ve Diğerleri (2000). *Genel turizm* (4.basım). Ankara: Turhan Kitabevi.

- Kurt, Ü. (1999). *Sağlık sektöründe sigorta ve hizmet sistemlerinin verimlilik ve etkinliği: Ekonomik bir analiz*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kültür ve Turizm Bakanlığı (2015). Turizm istatistikleri. <http://yigm.kulturturizm.gov.tr/>
- Maviş, F. ve Akoğlan, M. (2007). *Genel turizm bilgisi*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Yayınları: 938.
- Metin, B. (2010). *Dünya 'da ve Türkiye 'de sağlık turizmi- durum tespit raporu ve çözüm önerileri*. İstanbul: Özel Hastaneler Birliği Yayını.
- OECD (2015). Health at a glance. <http://www.oecd.org/health/health-systems/>
- OECD (2015). Life expectancy and healthy life expectancy at age 65. <http://www.oecd.org/health/health-systems/>
- OECD (2016). Health at a glance. <http://www.oecd.org/health/health-systems/>
- Oktayer, N., Susam, N. ve Çak, M. (2007). *Türkiye 'de turizm ekonomisi*. İstanbul: Ezgi Yayınevi..
- Ongun, B. (2013). *Turizm ve sağlık turizmi: Denizli örneği*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Öğüt, A., Güleş, H. ve Çetinkaya, A (2003). *Bilişim Teknolojileri Işığında Turizm İşletmelerinde Yönetim*. İstanbul: Nobel yayınları.
- Özel Hastaneler Birliği (2016). Dünyada ve Türkiye 'de turizm sektöründe gelişmeler. <http://www.ozelhastaneler.org.tr/>
- Özgül, A. (2014). *Türkiye 'de sağlık politikaları üzerine bir değerlendirme*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü. Isparta.
- Öztürk, Z., ve Karakaş, T. (2015). Avrupa Birliği 'ne üye ülkelerde sağlık sistemleri, yönetim ve organizasyon yapısı: Almanya, Fransa, İrlanda ve İngiltere Örnekleri. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejisi Araştırma Dergisi*, 1(2): 39-59.
- Sağlık Bakanlığı (2012). *Sağlık turizminde süreçler ve aracı kuruluşlar araştırma raporu*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını

- Sağlık Bakanlığı (2014). *Türkiye’de medikal turizm araştırması raporu*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını
- Sargutan, E. (2014). Ülkelerin karşılaştırmalı sağlık sistemi. <http://www.sargutan.com/page17.html> erişim tarihi. (22.11.2016).
- Selvi, M. (2008). *Sağlık turizmi: Turistik ürün çeşitlendirmesi*. Ankara: Nobel Yayınevi.
- Seyyar, A. ve Serdar, O. (2008). *Sağlık turizminde yeni küresel eğilimler: Bakıma muhtaç yaşlı Almanların sosyal bakım hizmetlerinin Türkiye’den sağlanması*. III. Balıkesir Ulusal Turizm Kongresi, 17-19 Nisan 2008, Balıkesir. Kongre Bildiri Kitabı, (5-11)
- Sülkü, S. (2011). *Türkiye’de sağlıkta dönüşüm programı öncesi ve sonrasında sağlık hizmetlerinin sunumu, finansmanı ve sağlık harcamaları*. Ankara: Maliye Bakanlığı Yayınları No:2011/414.
- Tengilimoğlu, D. (2013). Sağlık turizmi: tedavi amaçlı turizm ve termal turizmde sorunlar ve çözüm önerileri. *Hastane Dergisi*, 34(90-96): 51-72.
- Toker, B. (2007). Türkiye’de turizm sektörü teşviklerinin değerlendirilmesi. *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, XIV(2): 81-92.
- Topuz, N. (2012). *Türkiye sağlık (medikal) turizmi stratejisi 2023*. Kültür ve Turizm Bakanlığı Yayınları.
- Toskay, T. (2006). *1993 uluslararası kongre turizmi ve Türkiye raporu: Turizm olayına genel yaklaşım*. İstanbul: Der Yayınları.
- TURSAB (2015). Turizm verileri. <http://www.tursab.org.tr/dosya/>
- TÜİK (2012). Haber bülteni. <http://www.tuik.gov.tr/>
- TÜİK (2016). Harcama giderlerine göre turizm giderleri raporu. <http://www.tuik.gov.tr/>
- TÜİK (2016). Turizm sağlık istatistikleri. <http://www.tuik.gov.tr/>
- Türkiye Sağlık Vakfı (2014). Sağlık turizmi raporu. <http://www.saglik.org.tr/>
- Ülgen H. ve Mirze, K. (2013). *İşletmelerde stratejik yönetim* (7. Basım). İstanbul: Beta Yayıncılık.
- Ünlüöner, K. (2007). *Turizm ekonomisi*. Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

- Yalçın, P. (2006). *Türkiye’de sağlık turizminde alt yapı oluşturulma gereği ve sağlık kurumlarına yönelik bir araştırma*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Yeşiltaş, M., Çeken, H. ve Öztürk, İ. (2009). Karadeniz bölgesindeki turizm olanaklarının SWOT analizi ile değerlendirilmesi. *Adıyaman Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(3): 250-269.
- Yıldırım, H. (2004). *Avrupa Birliği sağlık politikaları ve Avrupa Birliği’ne üye ve aday ülke sağlık sistemlerinin karşılaştırmalı teknik verimlilik analizi: Veri zarflama analizine dayalı bir uygulama*. Yayınlanmamış bilim uzmanlığı tezi. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Ankara.
- Yıldırım, H. ve Altınkaya, Ü. (2015). Türkiye’nin sağlık turizmi potansiyeli ve güçlükler. [www.absaglik.com/](http://www.absaglik.com/) (20.11.2016).
- Yıldırım, H., ve Yıldırım, T. (2011). *Avrupa Birliği sağlık politikaları ve Türkiye*. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.
- Zengingönül, O., Emeç, H., İyilikçi, D. ve Bingöl, P. (2012). *Sağlık turizmi: İstanbul’a yönelik bir değerlendirme*. İstanbul: Ekonomistler Platformu Derneği. <http://www.ekonomistler.org.tr/>(20.11.2016).