

**T.C.  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ  
İKTİSAT ANABİLİM DALI  
İKTİSAT BİLİM DALI**

**SAĞLIK TURİZMİNE İLİŞKİN DÜZENLEME VE  
TEŞVİKLERİN SAĞLIK TURİZMİ GELİRLERİNE  
ETKİSİ: MÜDAHALE ANALİZİ**

**ESRA EKİNCİ**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**Danışman**

**Doç. Dr. Burcu GÜVENEK**

**Konya 2019**



T. C.  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



Bilimsel Etik Sayfası

Öğrencinin

Adı Soyadı	Esra EKİNCİ
Numarası	164226001012
Ana Bilim / Bilim Dalı	İktisat/İktisat
Programı	Tezli Yüksek Lisans <input checked="" type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/>
Tezin Adı	Sağlık Turizmine İlişkin Düzenleme Ve Teşviklerin Sağlık Turizm Gelirlerine Etkisi: Müdahale Analizi

Bu tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını bildiririm.

Öğrencinin imzası  
(İmza)



T. C.  
SELÇUK ÜNİVERSİTESİ  
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü



Yüksek Lisans Tezi Kabul Formu

Öğrencinin

Adı Soyadı Esra Ekinci

Numarası 164226001012

Ana Bilim / Bilim Dalı İktisat / İktisat

Programı Tezli Yüksek Lisans  Doktora

Tez Danışmanı Doc. Dr. Burcu GÜVENEK

Tezin Adı Sağlık Turizmine İlişkin Düzenleme ve Teşviklerin  
Sağlık Turizm Gelirlerine Etkisi: Müdahale Analizi

Yukarıda adı geçen öğrenci tarafından hazırlanan ..... başlıklı bu çalışma 07.../01.../2019 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda oybirliği/oyçokluğu ile başarılı bulunarak, jürimiz tarafından yüksek lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

Ünvanı, Adı Soyadı

Danışman ve Üyeler

İmza

Doc. Dr. Vahit Aptekin (Üye)

Prof. Dr. Zeynep KARACUR (Üye)

Doc. Dr. Burcu GÜVENEK (Danışman)

## TEŐEKKÜR

Öncelikle tez çalışmam boyunca her zaman bana yardımcı olan ve hem deneyimleriyle hem de uzmanlaşmış kişiliğiyle yol gösteren değerli hocam Sayın Doç. Dr. Burcu GÜVENEK'e,

Üniversite hayatım boyunca desteklerini ve kıymetli görüşlerini esirgemeyen değerli hocalarım Sayın Doç. Dr. Hakan ACET'e ve Doç. Dr. Savaş ERDOĞAN'a,

Attığım her adımda beni sürekli destekleyen ve bugünlere gelmemde büyük emeği olmuş canım aileme sonsuz teşekkürlerimi sunarım.





**T. C.**  
**SELÇUK ÜNİVERSİTESİ**  
**Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü**



Öğrencinin	Adı Soyadı	Esra EKİNCİ	
	Numarası	164226001012	
	Ana Bilim / Bilim Dalı	İktisat/ İktisat	
	Programı	Tezli Yüksek Lisans <input checked="" type="checkbox"/>	Doktora <input type="checkbox"/>
	Tez Danışmanı	Doç. Dr. Burcu GÜVENEK	
	Tezin Adı	Sağlık Turizmine İlişkin Düzenleme Ve Teşviklerin Sağlık Turizm Gelirlerine Etkisi: Müdahale Analizi	

### ÖZET

Sağlık turizmi, küresel turizm pazarının en hızlı büyüyen bölümlerinden biridir. Sağlık turizmi; sağlık turistinin yaşadıkları yerden sağlık hizmetleri için başka bir yere gitmesi olarak da tanımlanabilmektedir. Sağlık turizmi geçmişten beridir varolan bir turizm çeşidi olmasıyla beraber son yıllarda önemi ve ülke ekonomisindeki etkisi de giderek artmaktadır. Türkiye bu sektörde henüz gelişme aşamasındadır ve stratejik coğrafi konumu ve gelişmiş sağlık sistemi ile bir cazibe merkezi konumundadır. Tüm bu fırsatlar ele alındığında Türkiye'nin bu sektörde yeterli derecede gelişmesi ve dünya çapında lider konumlar arasına katılabilmesi için birçok çaba sarfedilmektedir. Sağlık turizmi teşvikleri ise bu uygulamaların başında gelmektedir. Çalışmamızda Sağlık Bakanlığı tarafından 6322 sayılı kanunla getirilen Sağlık Turizminde Gelir ve Kurumlar Vergisi İndirimi'nin sağlık turizmi gelirlerine olan etkisi araştırılmıştır. Bu noktada analizde 1998-2017 yılları arasını kapsayan sağlık turizmi geliri verileri kullanılmıştır. Kullanılan bu veriler TÜİK'in veri tabanından elde edilmiştir. Analiz için ise müdahale analizi kullanılmıştır. Öncelikle

analiz aşamasında veriler bir takım birim kök testlerinden ve görsel testlerden geçirilmiştir. Bu aşamada ilk olarak Augmented Dickey-Fuller (ADF) ve Phillips-Perron (PP) birim kök testleri uygulanmıştır. Testler sonucunda sağlık turizmi gelirleri serisi her iki test içinde ikinci farkı alınarak durağanlaştığı görülmüştür. Durağanlaşma sonucu birim kökten temizlenmiş ve bir sonraki aşama olan ARIMA Modeline geçilmiştir. Uygun ARIMA Modelinin de bulunması sonucunda müdahale analizine geçiş yapılmıştır. Bu aşamada modele kukla değişken ilave edilmiş ve 6322 sayılı kanunun etkisi sınanmıştır. Analiz sonucunda ise 2012 yılında yürürlüğe giren 6322 sayılı kanunun sağlık turizmi geliri üzerinde %29 oranında pozitif etkisi bulunduğu ulaşılmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık, Sağlık Turizmi, Teşvik ve Destekler, Müdahale Analizi



**T. C.**  
**SELÇUK ÜNİVERSİTESİ**  
**Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü**



Öğrencinin	Adı Soyadı	Esra EKİNCİ	
	Numarası	164226001012	
	Ana Bilim / Bilim Dalı	İktisat/ İktisat	
	Programı	Tezli Yüksek Lisans <input checked="" type="checkbox"/>	Doktora <input type="checkbox"/>
	Tez Danışmanı	Doç. Dr. Burcu GÜVENEK	
Tezin İngilizce Adı	The Effect Of Regulations And Incentives Related To Health Tourism On Health Tourism Revenues: Intervention Analysis		

### SUMMARY

Health tourism is one of the fastest growing sections of the global tourism market. Health tourism can also be defined as health tourists go from one place to another for health services. Health tourism has been an existing type of tourism since the past, its importance in recent years and its impact on the country's economy has been increasing. Turkey is still under development and is a center of attraction in this sector with its strategic geographical location and advanced health care system. Considering all these deals, Turkey's adequate development in this sector and many efforts are made to order to join the ranks of leading positions worldwide. Health tourism incentives are among the most important ones. In our study, the effect of Income and Corporation Tax Reduction on Health Tourism Revenues brought by Ministry of Health with Law No 6322 has been investigated. In this analysis, health tourism income data covering 1998-2017 were used. These data were obtained from the data base of TURKSTAT. For the analysis, intervention analysis was used.

Firstly, in the analysis phase, data has been subjected to a number of root tests and visual tests. At this stage, first Augmented Dickey-Fuller (ADF) and Phillips-Perron (PP) unit root tests were applied. As a result of the tests, the series of health tourism revenues were determined to be stable by taking the second difference in both tests. As a result of the stabilization, the unit root has been cleaned and for the next phase, it have been passed to the ARIMA Model. As a result of the finding of the appropriate ARIMA Model, it have been passed to the intervention analysis. At this stage, dummy variable was added to the model and the effect of Law No 6322 was tested. As a result of the analysis, it was found that the law no. 6322 entered into force in 2012 had a positive effect of 29% on health tourism.

**Key Words:** Health, Health Tourism, Incentives and Supports, Intervention Analysis



## İÇİNDEKİLER

Sayfa No

<b>ÖZET .....</b>	<b>v</b>
<b>SUMMARY .....</b>	<b>vii</b>
<b>TABLolar LİSTESİ .....</b>	<b>xiii</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ .....</b>	<b>xiv</b>
<b>GİRİŞ .....</b>	<b>1</b>

### BİRİNCİ BÖLÜM

#### SAĞLIK SEKTÖRÜ VE SAĞLIK HİZMETLERİ

1.1 Sağlık Hizmetleri .....	3
1.1.1 Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri .....	5
1.1.1.1 Dışsallıklar Yayması .....	5
1.1.1.2 Kamusalılık Özelliği .....	6
1.1.1.3 Ölçek Ekonomisini Gerektirebilmesi .....	6
1.1.1.4 Sağlık Hizmetinin Ertelenememesi ve Depolanamaması .....	7
1.1.1.5 Sağlık Hizmetinde Belirsiz Talep Olması .....	7
1.2 Sağlık Sektörü .....	7
1.2.1 Sağlık Sektörünün Piyasa Yapısı: Arz ve Talep .....	8
1.2.1.1 Sağlık Hizmeti Talebi .....	8
1.2.1.2 Sağlık Hizmeti Arzı .....	10
1.2.1.2.1 Sağlık Sektöründe Devlet Arzı .....	11
1.2.1.2.2 Sağlık Sektöründe Özel Sektör Arzı .....	12
1.3 Sağlık Sektöründe Kaynak Kullanımı .....	14
1.3.1 Sağlık Sektöründe Kaynak Etkinliği Sağlama Yöntemleri .....	16
1.3.1.1 Kullanım Yönetimi .....	17
1.3.1.2 Dış Kaynak Kullanımı .....	18
1.3.1.3 Gönüllü Sağlık Organizasyonları .....	21
1.3.1.4 Maliyet Paylaşımı Yaklaşımları .....	21

1.4 Sağlık Harcamaları.....	23
1.4.1 Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı.....	26
1.4.1.1 Sağlık Hizmetlerinde Finansman Yöntemleri.....	28
1.4.1.1.1 Kamu Genel Bütçesi Kaynaklı Finansman (Vergileme).....	28
1.4.1.1.2 Zorunlu Sosyal Sigorta Kaynaklı Finansman (Sosyal Sigorta)	28
1.4.1.1.3 Özel Sigorta veya Kapalı Ağ Sistemi .....	29
1.4.1.1.4 Hizmetten Üye olarak Sabit Ücretle Yararlanma .....	29

## İKİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK TURİZMİ

2.1 Sağlık Turizminin Tanımı.....	32
2.2 Dünyada Sağlık Turizmi .....	34
2.2.1 Dünyada Sağlık Turizmi Çeşitleri.....	37
2.2.1.1 Termal ve Spa-Wellness Turizm.....	37
2.2.1.2 Medikal Turizm (Tıp Turizmi).....	41
2.2.1.3 İleri Yaş Turizmi .....	46
2.3 Türkiye’de Sağlık Turizmi.....	47
2.3.1 Türkiye’de Sağlık Turizmi Çeşitleri.....	51
2.3.1.1 Termal Turizm .....	51
2.3.1.2 Medikal Turizm.....	53
2.3.1.3 İleri Yaş ve Engelli Turizm.....	56
2.4 Sağlık Turizmi Planları, Destekleri Ve Teşvikleri.....	58

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### SAĞLIK TURİZMİNE İLİŞKİN DÜZENLEME VE TEŞVİKLERİN SAĞLIK TURİZMİ GELİRLERİNE ETKİSİ: MÜDAHALE ANALİZİ

3.1 Sağlık Turizmi Destek Ve Teşvikleri.....	62
3.1.1 Sağlık Bakanlığı Mevzuat ve Teşvikleri .....	62
3.1.1.1 Özel Hastaneler Yönetmeliği .....	63

3.1.1.2 Kaplıcalar Yönetmeliği - Yabancı Hasta İstatistiklerinin Kayıt Altına Alınması.....	63
3.1.1.3 Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 28437 Sayılı Yönetmelik .....	63
3.1.1.4 6322 Sayılı Kanunla Getirilen Sağlık Turizminde Gelir ve Kurumlar Vergisi İndirimi .....	63
3.1.1.5 Gelir Vergisi Kanunu Değişikliği .....	64
3.1.2 Sağlık Bakanlığı Tarafından Planlanan Mevzuatlar.....	64
3.1.2.1 Sağlık Serbest Bölgeleri Yönetmelik Taslağı .....	64
3.1.2.2 Termal Kür Şehirleri, Kür Merkezleri Ve Rehabilitasyon Klinik Oteller Yönetmeliği .....	65
3.1.2.3 Sağlık Turizmi ve Turist Sağlığı Kapsamında Sunulacak Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönetmelik.....	65
3.1.2.4 Aracı Kurumlar ve Sağlık Turizmi Süreçleri Mevzuat Taslağı .....	65
3.1.2.5 Sağlık Turizmi Aracı Kurumlar Yönetmeliği .....	65
3.1.3 Ekonomi Bakanlığı Hizmetler Sektörü Destekleri.....	65
3.1.3.1 Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticareti Desteği .....	66
3.1.4 Ekonomi Bakanlığı'nın Sağlık Turizmi Sektörüne Yönelik İlave Destek Unsurları.....	67
3.1.4.1 Tercümanlık Hizmetleri ile Yurt Dışından Getirilen Hastaların Desteklenmesi.....	67
3.1.4.2 Münhasıran Yurt Dışına Yönelik Olarak Yurt İçinde Gerçekleştirilen Tanıtım ve Eğitim Faaliyetlerinin Desteklenmesi .....	67
3.1.5 6322 Sayılı Kanunla Getirilen Sağlık Turizminde Gelir Ve Kurumlar Vergisi İndirimi .....	68
3.2 6322 Sayılı Kanunla Getirilen Sağlık Turizminde Gelir ve Kurumlar Vergisi İndiriminin Sağlık Turizmi Gelirlerine Etkisi: Müdahale Analizi.....	68

3.2.1 Literatür Taraması .....	68
3.2.2 Veri Ve Yöntem .....	72
3.2.2.1 Birim Kök Sınamasının İstatistiki Testlerle Yapılması .....	72
3.2.2.1.1 Dickey-Fuller Birim Kök Testi.....	72
3.2.2.1.2 Phillips-Perron Birim Kök Testi.....	75
3.2.2.2 Box-Jenkins Yöntemi ARIMA Modeli.....	75
3.2.2.2.1 AR (Oto regresif) Süreci.....	76
3.2.2.2.2 MA (Hareketli Ortalama) Süreci .....	76
3.2.2.2.3 ARMA (Karma Oto regresif Hareketli Ortalama) Süreci .....	77
3.2.2.2.4 ARIMA(Ardışık Bağlanımlı Bütünleşik Hareketli Ortalama) Süreci .....	77
3.2.2.3 Müdahale Analizi .....	79
3.2.3 Amprik Bulgular Ve Yorumlama.....	81
<b>SONUÇ VE DEĞERLENDİRME .....</b>	<b>93</b>
<b>KAYNAKÇA .....</b>	<b>95</b>
<b>ÖZGEÇMİŞ.....</b>	<b>103</b>

## TABLULAR LİSTESİ

Tablo 1. Sağlık Hizmetlerinin Alternatif Sunumu ve Finansman Yöntemleri .....	30
Tablo 2. Seyahat ve Turizm Rekabet Endeksi, 2017 .....	36
Tablo 3. Dünyada Medikal Ülkeler Sıralaması .....	36
Tablo 4. Sağlık Hizmetleri Ücret Karşılaştırması (2009) .....	44
Tablo 5. Yurt Dışından Tedavi Amaçlı Gelenlerin Sayısı ve Sağlık Bakanlığı Hedefleri .....	50
Tablo 6. Sağlık Turizmi Çeşitleri .....	51
Tablo 7. Türkiye'nin Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018: Programın Amacı, Hedefleri ve Performans Göstergeleri .....	60
Tablo 8. Lwt Serisinin Düzeyler Cinsinden ADF Test Sonuçları .....	85
Tablo 9. d(Lwt) Serisinin Birinci Fark ADF Test Sonuçları .....	86
Tablo 10. d(lwt) Serisinin İkinci Fark ADF Test Sonuçları .....	86
Tablo 11. Lwt Serisinin Düzeyler Cinsinden PP Test Sonuçları .....	87
Tablo 12. d(lwt) Serisinin Birinci Fark PP Test Sonuçları .....	87
Tablo 13. d(lwt) Serisinin İkinci Fark PP Test Sonuçları .....	87
Tablo 14. Serinin ARIMA Modeli Sonuçları .....	89
Tablo 15. Müdahalelerin Etkisi ilave Edilmiş Nihai Modelin İstatistikî Sonuçları.....	90
Tablo 16. ARIMA Polinomlarının Ters Köklerinin Tablo Gösterimi .....	91
Tablo 17. Breusch-Godfrey LM Test (2).....	93

## ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Piyasadaki Talep ve Arz Arasında Gerçekleşen Para ve Hizmet Aktarımı.....	11
Şekil 2. Sağlık Hizmetlerinde Doğrudan Finansman Yöntemi.....	26
Şekil 3. Sağlık Hizmeti Üçgeni.....	27
Şekil 4. Wellness ve Medikal Turizm Sektörlerinin Pazar Dağılımı.....	43
Şekil 5. Türkiye Jeotermal Kaynaklar Haritası.....	48
Şekil 6. Termal Kültür ve Turizm Koruma ve Gelişim Bölgeleri ile Termal Termal Turizm Merkezleri .....	53
Şekil 7. Müdahale Etkileri .....	80
Şekil 8. WT Serisinin Açıklayıcı İstatistikleri .....	82
Şekil 9. WT Serisinin Zaman Yolu Grafiği .....	83
Şekil 10. LWT Serisinin Zaman Yolu Grafiği.....	84
Şekil 11. Lwt Serisinin Korelogramları.....	85
Şekil 12. d(LWT) Serisinin Zaman Yolu Grafiği .....	88
Şekil 13. d(lwt) Serisinin Korelogramları.....	89
Şekil 14. ARIMA Polinomlarının Ters Köklerinin Birim Çember Gösterimi .....	91
Şekil 15. ARIMA Polinomlarının Etki-Tepki Analizi Sonuçları .....	92
Şekil 16. Müdahale Analizi Yapılan LWT Serisinin Koreolagramı.....	92

## GİRİŞ

Sağlık kavramı sadece insan yaşamını değil, aynı zamanda toplumsal hayatı ve ekonomiyi de etkilemektedir. Mutlu ve üretken bir vatandaş olmak öncelikle sağlıklı bir birey olmayı gerektirmekte ve hem fiziksel hem de ruhsal sağlığa sahip olmanın ilk şartını oluşturmaktadır. Dolayısıyla sağlıklı olmadığın sürece diğer mal ve hizmetlerin de anlamı olmamaktadır ve sağlık temel bir ihtiyaç olmaktadır. Genel olarak sağlık sektörü, sağlığın korunmasını ve devamlılığının sağlanmasını kapsamakta ve sağlıkla alakalı tüm mal ve hizmet üretimini yapan kurum/kuruluşların olduğu yapı olarak tanımlanmaktadır. Sağlık hizmetleri ise, bireyleri çeşitli hastalık ve sakatlıklardan koruyarak, onları hem ruhsal ve sosyal hem de iktisadi bağlamda hayatlarını huzurlu bir şekilde sürdürebilmelerini sağlayan faaliyetleri kapsamaktadır. Günümüzde sosyal refah anlayışını benimseyen ülkeler, sağlık hizmetlerini tüm topluma etkin ve verimli bir şekilde sunmak ile yükümlü olmaktadır ve sağlık sistemlerini sürekli olarak geliştirme eğilimi içerisinde.

Türkiye’de ise sağlık sistemi üzerine birçok tartışma yapılmakta ve sağlık sistemi için bir takım köklü reformlar yapılmaya çalışılmaktadır. Bu reform ihtiyacının varlığı Beşer Yıllık Kalkınma Planları’nda net bir şekilde ifade edilmektedir. Özellikle 2000’li yıllara gelindiğinde bu durum artık bir ihtiyaçtan çıkarak zorunluluk olarak görülmeye başlanmıştır. Sağlık alanında yapılan köklü reformların başlangıcı olarak ise 2003 yılında hazırlanmış olan Sağlıkta Dönüşüm Programı görülmektedir. Bu program, tüm sağlık sistemini içine alacak şekilde sekiz başlık altında gerçekleştirilmesi hedeflenen değişimleri ve sistemdeki problemlere ilişkin çözümleri içeren bir çerçeveye sahiptir.

Son yıllarda ise sağlık hizmetleri konusunda dikkat çeken ve oldukça fazla gelişme gösteren konulardan biri de sağlık turizmi olmaktadır. Günümüzde sağlık turizmi kavramı, tüm dünyada mükemmel bir hizmet ihracatı haline dönüşmüş ve diğer ülkelerle rekabet avantajını kazanmak isteyen bazı ülkeler, sağlık turizmine odaklanmıştır. Türkiye’de bu avantajlardan çoğuna sahip olmakta ve sağlık turizmi açısından önemli bir konumda bulunmaktadır. Sağlık turizmi döviz kazandırıcı gibi bir işlem olması önemli bir ekonomik faktörü yansıtmaktadır. Böyle bir gelir kazancı

aynı zamanda Türkiye'nin cari açığının azaltılmasına da destek olabileceğinden bu turizm çeşidinin önemini arttırmaktadır.

Türkiye'de 1980'li yıllar itibariyle sağlık turizmi alanında hem destekler hem de teşvikler başlamış olup, son dönemlerde sağlık turizminde gerçekleşen yükselmeye de beraber bu alanda yapılan teşvik ve desteklerin miktarı da arttırılmıştır. Bu noktada çalışmamızda Türkiye'nin sağlık turizmi alanında Sağlık Bakanlığı tarafından 30 Aralık 2012 yılında 6322 sayılı kanunla getirilen "Sağlık Turizminde Gelir ve Kurumlar Vergisi İndirimi" nin sağlık turizmi üzerinde yapacağı etkinin analiz edilmesi hedeflenmiştir. Dolayısıyla sağlık turizmi alanında gerçekleştiren vergi indiriminin hangi yönde ve ne derece sağlık turizmine etkisi olacağı analizimin asıl amacını oluşturmaktadır.

Çalışmamızın birinci bölümünde sağlık hizmetleri ve sağlık sektörüne yer verilerek bu kavramlar açıklanmıştır. İkinci bölümde ise sağlık turizmine giriş yapılarak dünyada ve Türkiye'deki sağlık turizminden söz edilmiştir. Son bölüm olan üçüncü bölümde ise çalışmamızın analiz kısmı bulunmaktadır. Bu noktada öncelikle sağlık turizmi kapsamında teşvik ve destekler açıklanmış, sonrasında ise analize geçiş yapılmıştır.



## BİRİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK SEKTÖRÜ VE SAĞLIK HİZMETLERİ

Sağlık kavramı göreceli bir kavramdır ve bu yüzden tanımlanmasında farklılıklar göstermektedir. Sağlık kavramı genel olarak hasta ya da sakat olmama durumunu ifade etmekte olsa bile en geçerli tanım Dünya Sağlık Örgütü'nün 1948'deki tanımıdır (Akın,2007:5). Bu tanıma göre sağlık, sadece hastalık ya da sakatlığın olmaması değil, bedence ve ruhçanın yanında sosyal yönden de tam iyilik durumudur (WHO, 1948).

İnsanların hayatlarını devam ettirmek adına bazı ihtiyaçları bulunmaktadır. Bu ihtiyaçları karşılayabilmek için ise hem mal hem de hizmet tüketimi yapmaktadırlar. Hem devlet hem de ülke yönetimi açısından sağlıklı bir topluma sahip olmanın yanında bunu sürdürülebilir kılmak da bir o kadar önemlidir. Bir toplumun sağlıklı olmasından bahsedebilmek için ise o ülkenin sahip olduğu ekonomik yapının ve sosyolojik çevrenin de sağlık sistemine uygun olup desteklemesi gerekmektedir (Hacıoğlu Deniz ve Sümer,2016:472).

#### 1.1 Sağlık Hizmetleri

Sağlık sektörü tarafından gerçekleştirilen ve sağlık odaklı olan tüm faaliyetler sağlık hizmetleri olarak ifade edilmektedir. Toplumu hastalıklardan korumak, hastaları tedavi etmek ve tedavi sonucunda tam olarak iyileşmeyip sakat kalanları ise rehabilite etme amacıyla yapılan tüm hizmetler sağlık hizmetleri kapsamının içinde yer almaktadır. Bu hizmetlerin bütün amacı toplum için olumsuz olan hastalıkları önlemek ve hem daha sağlıklı hem de daha üretken bir toplum elde etmektir (Akın,2007:6).

Sağlık hizmetlerinin koruyucu, tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere 3 türü bulunmaktadır. *Koruyucu Sağlık Hizmetleri*; herhangi bir hastalıktan önce ve sonra gerekli kontrolleri ve teftişleri yaparak önlem alma olarak tanımlanmaktadır. Bu sağlık hizmeti 2'ye ayrılmaktadır. Bunlar kişiye yönelik ve çevreye yönelik sağlık hizmetleridir. Kişiye Yönelik Sağlık Hizmetleri; bireyleri dolayısıyla toplumu hastalığa karşı hem dirençli hem de güçlü kılmayı, hastalanma halinde ise hastalığın

en erken döneminde tanı konularak, uygun tedavi ile ya hasarsız yada bu hasarı en düşük seviyede tutup iyileşmelerini sağlayan hizmetlerdir. Erken tanı ve uygun tedaviyle beraber aşılama, beslenmenin iyileştirilmesi ve ilaçla koruma, kişiye yönelik hizmetlerdir (Akdur,1999:5-6). Çevreye Yönelik Sağlık Hizmetleri ise; fiziksel, biyolojik ve kimyasal gibi çevre sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerin yok edilmesi, düzeltilmesi veya eğitilmesi yoluyla halkın sağlığının bozulmasını önlemektir. Yiyecek kontrolü, hem yeterli hem de temiz su sağlanması, hava kirliliğinin kontrol edilmesini ve atıkların kontrolünü içermektedir. Sağlık hizmetlerinin bir diğer türü olan *Tedavi Edici Sağlık Hizmetleri*; hastalık ortaya çıktıktan sonra hem muayenesini hem de tedavisini kapsayan hizmetlerdir ve üç aşamada ele alınmaktadır. Birinci Basamak Sağlık Hizmetleri'nde hastalıkların tedavisi için hastaneye yatışa gerek kalmadan, tedavinin evde ya da ayakta verildiği, iyileştirici ve koruyucu sağlık hizmetleri bulunmaktadır. Bu hizmette hastalar ilk olarak birinci basamak sağlık kuruluşlarına başvurur ve gerektiği takdirde hekimin de uygun görmesiyle beraber bir üst basamağa sevk edilmektedir (Akın,2007:6). İkinci Basamak Sağlık Hizmetleri'nde ise hastalar sağlık merkezine yatırılarak hem teşhis konulmakta hem de tedavi hizmetleri sağlanmaktadır. Son adım olan Üçüncül Basamak Sağlık Hizmetleri'nde genel olarak belirli bir hastalığın tedavisi için çalışılan, tıp teknolojilerinin son derece yüksek olduğu ve uygulandığı, gelişmiş tedavi merkezleri tarafından verilen sağlık hizmetleri bulunmaktadır. Sağlık hizmetleri türlerinin sonuncusu ise *Rehabilitasyon Sağlık Hizmetleri*'dir. Bu sağlık hizmetleri, bedence ya da ruha hasarlı olan kişilerin başkalarına bağımlı kalmadan kendi kendilerine yeterli seviyede yaşayabilmelerini sağlamak için sunulmaktadır. Rehabilitasyon hizmetleri, tıbbi rehabilitasyon ve sosyal rehabilitasyon olmak üzere 2'ye ayrılmaktadır. Tıbbi Rehabilitasyon, kaybedilen organın yerine protez yerleştirilmesi veya zamanla güçsüzleşen organı, fizik tedavi gibi yöntemlerle yeniden güçlendirilmesiyle kişinin günlük işlerini devam ettirmesini sağlayan çalışmalardan oluşmaktadır. Sosyal Rehabilitasyon ise hem fizik hem de psikolojik hasarlı kişilerin, kendilerine uygun işe yerleştirilmesi veya bakımlarının sağlanması türünden çalışmaları kapsamaktadır (Akdur,1999:6).

### 1.1.1. Sağlık Hizmetlerinin Özellikleri

Diğer mal ve hizmetlerinin yanı sıra sağlık hizmetleri bir takım özelliklere sahiptir. Sağlık hizmetleri sadece belirli bir kesime hitap etmemekte olup tüm insanları kapsamaktadır. Toplumun sağlık koşullarını iyileştirmek ve geliştirmek sağlık hizmetlerinin temel faaliyet alanlarını oluşturmaktadır. Bu sebeple sağlık hizmetleri toplumsal bir özellik taşımaktadır (Akın,2007:7). Sağlık hizmetleri mal ve hizmet üretimindeki temel ayırım sebebiyle şu 4 özelliği taşımaktadır (Sayım,2015:4);

- Hizmetler ne elle tutulabilir ne de gözle görülebilir,
- Hizmet kalitesi değişkendir,
- Hizmetler depolanamaz,
- Hizmetler kaynağından ayrılamaz.

Bu özelliklerin yanı sıra kamusal özellik, devlet müdahalesinin gerekliliği asimetrik bilgi, belirsiz talep ve dışsallık yayabilmesi gibi özellikleri de bulunmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin tüketimi de tesadüfi olarak ortaya çıkmaktadır. Yani nerde, ne zaman ve kim tarafından sağlık hizmeti istenileceği belirli değildir. Örneğin bulaşıcı hastalıkların ortaya çıkmasıyla aniden sağlık hizmetinde talep ve tüketim artışı olurken ekonomik kaynakların sınırlı olması bu durumu sınırlayan bir etken olabilmektedir. Bunlarla beraber bazı sağlık hizmetleri ölçek ekonomisi de gerektirebilmektedir. Bir sağlık kurumu yeterli derecede mal ya da hizmetin üretilmesini istiyorsa kurumun belli bir büyüklüğün altında kurulmamalıdır ve hizmetin sunumu için belli sayıda talebin gerekliliği, katlanılabilir maliyetler açısından oldukça önemli olmaktadır. Yukarıda sayılan sağlık hizmetlerinin bir takım temel özellikleri aşağıda kısaca açıklanmaktadır.

#### 1.1.1.1 Dışsallıklar Yayması

Sağlık hizmetlerinin dışsallık yayıyor olması genel olarak kabul edilmektedir. Özellikle koruyucu sağlık hizmetleri tarafından sağlanan faydalar hemen ortaya çıkmamaktadır. Toplumdaki hastalıkların görülme sıklığı ve bu hastalıkların tedavisi için uzun yıllar boyunca harcanacak olan kaynak miktarlarının ortalamalarını almakla birlikte belki de ileride fayda-maliyet analizinin yapılması mümkün

olabilecektir (Sayım,2009:259). Sağlık hizmetlerinin, marjinal özel faydası marjinal sosyal faydasından daha az olduğundan, bu hizmetin üretimi yalnızca piyasaya bırakılmamalıdır. Bırakıldığı durumda firma pazarlayabileceği ve bedelini alacağı miktarın dışında üretim yapmayacağından sonuç olarak sağlık hizmetleri eksik şekilde üretilecektir (Saraçoğlu ve Öztürk,2016:297).

Bunun yanında sağlığına tekrar kavuşan bireylerin hem bireysel kazanımlarını hem de toplam işgücüne yaptıkları katılımı da ölçmek oldukça zor olmaktadır. Tedavi edilen kişilerin mesleklerinin de, dışsallığın yüksek olduğu mesleklerden olması, bir başka belirsizliği meydana getirmektedir. Yine kısa süre içerisinde rehabilitasyondan faydalanmış bireylerin toplumla olan uyumlaştırılmasının faydasını da ölçmek mümkün olmayacaktır. Yayılan dışsallıklar nedeniyle özellikle koruyucu sağlık hizmeti başta olmak üzere, fiyat mekanizması ile de sağlık hizmetlerinin faydalarının ölçümünde zorluklar yaşanmaktadır (Sayım,2009:259).

#### **1.1.1.2 Kamusallık Özelliği**

Sağlık hizmetlerinin kamusallık özelliği, “tam kamusal mal” olarak nitelendirilen; tamamı devlet tarafından üretilmekte olup bölünemeyen, fiyatlanamayan ve hizmet karşılığında bedel ödemeyenlerin dışlanmadıkları mal ve hizmetler olarak tanımlanmaktadır. Bunlara örnek olarak yargı hizmetleri ve ulusal savunma hizmetleri verilebilir. Bu hizmetler kamusal olması gereği, birden fazla kurum ya da şirket tarafından üretilmesi ve yönetilmesi genel olarak mümkün olmamaktadır. Ancak üretimi farklı şirketler ya da kurum bünyesinde de gerçekleştirilen, fiyatlanabilen, bedel ödemeyenlerin ise mal ve hizmetten faydalanması mümkün olmayan türdeki kamusal mal ve hizmetler de vardır. Bu tanıma genel olarak eğitim ve sağlık hizmetlerini örnek verebiliriz (Sayım,2015:7).

#### **1.1.1.3 Ölçek Ekonomisini Gerektirebilmesi**

Koruyucu sağlık hizmetlerinin sunumu dışında kalan sağlık hizmetlerinde genel olarak sabit yatırım maliyetlerinin çok yüksek olması, birim maliyetlerini katlanılabilir seviyeye getirilmesi açısından ölçek ekonomisini zorunlu kılmaktadır. Kurum başına düşen hasta sayısının fazla olması nedeniyle ölçek ekonomisinin gerçekleşmesi için sağlık kurumlarının sayısı nüfusa bağlı olarak sınırlı sayıda

artmaktadır. Bu durum sonucunda rekabet koşullarında aksaklık ve tekelcilik oluşmaktadır (Sayım,2015:8).

#### **1.1.1.4 Sağlık Hizmetinin Ertelenememesi ve Depolanamaması**

Sağlık sektörü dışında kalan birçok mal ve hizmet için kişiler özellikle ekonomik sebeplerle taleplerini erteleyebilmektedir, fakat acil ve kişiye acı veren veya sağlığını tehlikeye düşürecek durumlarda sağlık hizmetleri ertelenememektedir. Ayrıca genellikle sağlık hizmetleri ihtiyaç duyulduğunda gerçekleştirildiğinden dolayı bu hizmetin depolanması gibi bir durum da söz konusu olmamaktadır. Sağlık hizmetlerinin depolanamaması sebebiyle sağlık kuruluşunun kapasitesi talebin en yüksek olduğu düzeye göre belirlenmiş olmalıdır (Saraçoğlu ve Öztürk,2016:302).

#### **1.1.1.5 Sağlık Hizmetinde Belirsiz Talep Olması**

Sağlık hizmetlerinde talebinin nasıl, ne zaman, nerede ve ne kadar harcama olacağı konusunda kesin bir tahmin söz konusu olmadığından bir belirsizlik hali mevcuttur (Çöğürçü,2015:14). Ayrıca sağlık hizmeti veren birimler, standartlaşmış yöntemler dışında uygulanan tedavi yönteminin nasıl sonuçlar vereceğini de kesin olarak tahmin edememektedir. Bir belirsizlik ve bilgi asimetrisi altında seçim yapan tüketicilerin, piyasayı ve üretilecek hizmetleri yönlendirme yeteneklerini de sınırlandırmaktadır (Sayım,2015:9).

### **1.2 Sağlık Sektörü**

Sağlık sektörü genel olarak, sağlıkla ilgili mal ve hizmet üreten tüm kurum ve kuruluşların, sağlığın elde edilmesi, korunması ve devamlılığı açısından, oluşturduğu yapıya denilmektedir. Sağlık sektörünün sağlık odaklı olarak gerçekleştirdiği tüm faaliyetler ise sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır. İnsanları ve toplumları hastalıklardan korumak, hastaları tedavi etmek ve tam olarak iyileşemeyen sakat kalanları ise rehabilite etmek amacıyla yapılan bütün hizmetler sağlık hizmetleri kapsamı içinde bulunmaktadır. Bu hizmetlerdeki amaç, toplumun bütünü açısından olumsuz olan hastalık durumunu önleyerek hem daha sağlıklı hem de daha üretken bir toplum elde etmektir (Akin,2007:6).

### 1.2.1 Sağlık Sektörünün Piyasa Yapısı: Arz ve Talep

Sağlık hizmeti arz eden kurum veya kuruluşların oluşturduğu piyasada, rekabet koşulları bakımından piyasa mekanizmasının aksama noktaları belirlenmektedir. Dolayısıyla piyasa mekanizmasında bu aksama noktaları, aşağıda belirtilen sınırlılıkları oluşturabilmektedir (Sayım,2009:258);

- Tüketimde toplumsal açıdan alt ve üst sınırların bulunması
- Belirsizlik altında seçim faktörü
- Ölçek ekonomisini gerektirebilmesi
- Üretim şekli ve miktarını belirleyen otoritelerin varlığı
- Bilgi asimetrisi faktörü
- Hastalık riskinin ve tüketiminin önceden belirlenememesi
- Devlet müdahalesi yönünden sınırlılık
- Tüketici rasyonalitesi ve tüketici egemenliğinin sağlık hizmetlerindeki sınırlılıkları

Sağlık hizmeti piyasa mekanizmasının tam rekabet olduğu varsayılacak olursa, talep edenleri karşı karşıya getirecek olan bu piyasasının 4 özelliği bulunmaktadır;

- Piyasa giriş ve çıkış serbestisi
- Bilgi eşitliği
- Homojen mal ya da hizmet
- Fiyatı tek başına etkileyemeyecek sayıda alıcı ve satıcı bulunması

Sağlık piyasasında hastane yöneticilerinin ve doktorların, hasta konusunda sahip oldukları bilgiler sağlık ürünlerinin homojen olmamasına yol açmakta ve bu durumda piyasadaki rekabetin ölçülmesini zorlaştırmaktadır. Bu piyasanın kurumsal yapısındaki farklılıklardan dolayı sağlık hizmetleri piyasasını sadece piyasa güçlerinin eline bırakılması doğru bir karar değildir.

#### 1.2.1.1 Sağlık Hizmeti Talebi

Sağlık sektörünün iyi düzeyde gelişmesi için hem arz hem de talebi oluşturan faktörlerin ayrı ayrı önemleri olsa dahi, talebin iyi işleyen bir yapıda olması arz için daha rahat ve serbest bir ortam içerisinde çalışmasını sağlayacaktır. Yani sağlık

sektörünün iyi düzeyde gelişmesi açısından, iyi seviyede yapılandırılmış bir sağlık hizmetleri talebi, sağlık hizmetleri arzına göre daha belirleyici durumdadır. Bu durumda sağlık sektörünün etkin ve verimli bir şekilde çalışabilmesi için sağlık hizmetlerine yönelik talebin analiz edilmesi büyük önem taşımaktadır (Saraçoğlu ve Öztürk,2016:295).

Sağlık hizmeti talebi diğer malların talebinden farklıdır ve nedeni ise, talebinin bir türev talep olmasından kaynaklanıyor olmasıdır. Sağlık hizmetinin talebi, sağlık talebinin bir sonucunu oluşturmakta ve sağlık hizmetleri üretiminin girdileri, talebinden ayrı olarak incelenememektedir. Ayrıca hizmeti sunan özellikle doktorun, talebin yönlendirilmesi üzerinde etkisi büyüktür. Doktor aslında hem hizmeti arz eden hem de talep eden konumunda olduğundan, sözgelimi Türkiye'deki sağlık ocakları hizmetlerinde kaynak yetersizliği durumu sağlık hizmeti kullanımını belirleyen temel değişkeni oluşturmaktadır (Batirel,1993:18-19).

Bireylerin sağlık kullanımıyla oluşan talepleri 2 unsurdan oluşmaktadır. Bunlardan ilki, sağlık hizmeti alacak olanların sağlığı nasıl tanımladığıdır. İkincisi ise ihtiyaç duyulan hizmetlere nasıl ulaşıldığıdır. Yani sağlık hizmetine ulaşılmasını etkileyen faktörleri kapsamaktadır. Bu faktörler bazen kısıtlayıcı, bazen de kapsayıcıdır. Sağlık hizmetlerinin klasik arz-talep dengeleri ile analiz edilmesi konusunda güçlülük çekilmektedir. Ancak kişilerin alışkanlıkları ve yaşam tarzları, bazı kişiler için riskleri arttırsa dahi hasta olmak kişisel bir tercih durumu değildir. Hasta olunduğunda ise bireyin sağlığına ulaşmak için göze alabilecekleri düşünüldüğünde, sağlık hizmetlerinin marjinal değerini tahmin etmek oldukça zor olmaktadır (Murt,2012). Tüm bunları göz önünde bulundurup sağlık hizmeti talebinin özellikleri bir araya toplanacak olursa (Ünal ve diğerleri,2008);

- Sağlık hizmeti talebi rastlantısal oluşmaktadır, yani ne zaman, nerede, ne kadar ve kimlerce isteneceği kesin olarak saptanamamaktadır.
- Sağlık hizmeti ihtiyacı veya talebi anında karşılanmalıdır, çünkü ihtiyaç çoğu zaman ertelenememektedir.
- Sağlık, mal ve hizmet piyasasını diğer piyasalardan ayıran önemli bir farklılıktır. Dolayısıyla talebin miktarının ve cinsinin saptanmasında profesyonelin rolü oldukça önemlidir.

- Ekonomik olarak sağlık hizmeti çıktısının tam değerlendirilmesi mümkün değildir.
- Fiyatların belirlenmesinde devletin ve meslek örgütlerinin rolü oldukça önemlidir.

### 1.2.1.2 Sağlık Hizmeti Arzı

Sağlık hizmetleri arzı, her çeşitten sağlık hizmeti sunmaya yönelik ayakta ve yataklı, koruyucu tedavi birimleri tarafından sağlanan sağlık hizmetlerini, ilaç ve diğer tıbbi malzemelerin miktarını ifade etmektedir.

Bir mal ya da hizmetin arzını etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Örneğin, normal mallarda bir malın fiyatı arttığında o malın arzı artarken, aynı mala olan talep düşmektedir. Yani arz ve talep ters yönde çalışabilmektedir. Fiyattaki artış arz üzerinde de arttırıcı bir etki yaptığından fiyatı yükselen mal ya da hizmetin üretiminde artış olmaktadır. Bunun yanı sıra malın fiyatı sabit kaldığında, toplumdaki genel bekleyişin değişmesi de mala olan talebi arttırmakta ya da azaltabilmektedir (Sayım,2015:89-90).

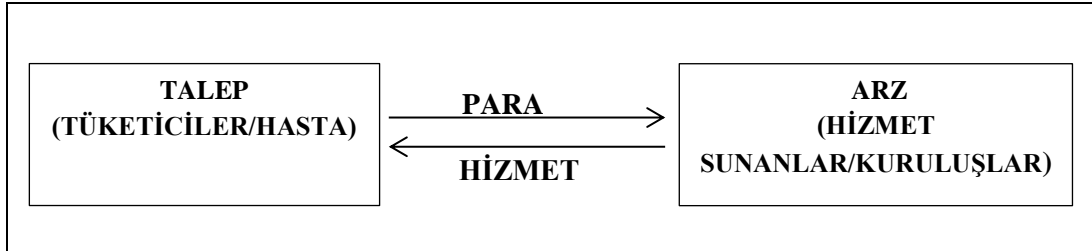
Sağlık hizmetinde, hizmetin arzı konusunda yapılan çalışmalar, daha çok hastane üretim fonksiyonları ve etkinlik üzerinde yoğunlaşmıştır. Genel olarak arz konusu değerlendirilirken, sağlık hizmetleri çıktısının ne kadar olduğunun belirlenmesi gerekmektedir. Tedavi edilen vaka sayısı doğum sayısı gibi olaylar, ölçü konusunda yararlı olabilmektedir. Homojen olmayan olaylarda örneğin, diş tedavisi ve hasta bakım hizmetlerinde ise ortak lek kullanmak çok zor hatta imkansız olabilmektedir (Batirel,1993:20).

Sağlık hizmetlerinde yapılan yeniliklerle genetik tedavi yöntemleri, robotik tıp alanındaki gelişmeler ve lazer teknolojisi ile uzaktan izleme imkanı sağlayan bu teknolojiler ile yakın bir zamanda tamamiyle tele tıp platform haline geleceği, hastanede yatış sürelerinin daha da azalacağı, evde bakım hizmetlerinin ön planda olacağı düşünülmektedir (şengün,2016:195). Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin kalitesinde meydana gelen bu tür bir artış, talebinde artışını beraberinde getirecektir (Saraçoğlu ve ztrk,2016:308). Arz ve talep arasındaki bu ilişki şekil 1'de



açıklanmıştır. Şekil 1'e göre tüketiciler yani hastalar, belirli bir bedel ödeyerek karşılığında sağlık hizmeti arz eden kuruluş veya kuruluşlardan hizmeti almaktadır.

**Şekil 17 Piyasadaki Talep ve Arz Arasında Gerçekleşen Para ve Hizmet Aktarımı**



Kaynak: Tarafımızdan üretilmiştir.

Sağlık hizmeti sunulurken sadece devlet ve özel sektör bulunmamakta bunların dışında; sağlık hizmetlerinin doğrudan üretici birimlerince piyasaya sunumu, doğrudan devlet tarafından sağlık hizmetlerinin vergilerle finans edilerek sunumu, merkezi devlet tarafından sağlık hizmetlerinin bir fiyat karşılığında sunulması, sağlık hizmetlerinin merkezi idare tarafından verilen yetki çerçevesinde yerel yönetimler tarafından sunumu, imtiyaz yöntemiyle sunumu, ihale yöntemi ile sunumu gibi birçok yöntem bulunmaktadır (Aktan ve Işık,2017c).

### 1.2.1.2.1 Sağlık Sektöründe Devlet Arzı

Sağlık hizmetlerinin finansmanında karmaşık bir yapı bulunması nedeniyle, hizmetler tamamen kişiler tarafından yapılan özel harcamalara veya tamamen kamu yararına devlet ya da herhangi bir kamu kuruluşun yaptığı harcamalar ile finanse edilememektedir. Kamu yararını amaçlayan bazı sağlık hizmetleri, kamu malı olmaktadır. Örneğin, insanlar için temiz su sağlanması ve çevre sağlığı gibi konularda sadece hizmet bedelini ödeyene verilmesi gibi bir durum söz konusu olmamaktadır. Bu yüzden bu tür hizmetlerin sadece özel sektör tarafından karşılanıp sadece onlara bırakılması akılcı bir yol değildir (Hayran,2017). Özel sektör kuruluşları karlılık oranına göre hareket ettiklerinden sağlık yatırımları sadece belli bölgelerde oluşmaktadır. Dolayısıyla özel sektöre ait sağlık hizmetleri kuruluşları, sağlık hizmetleri talebini karşılamakta yetersiz derecede kalmaktadır (Saraçoğlu ve Öztürk,2016: 299). Bir diğer neden ise, hizmeti sunan doktor ile hizmeti alan yani hasta arasında, hizmetin değeri için her zaman bir farklılık olması sebebiyle

doktorların hizmet bedelini piyasa koşullarına göre belirleyebileceği bir modelin oluşturulamamasıdır (Hayran,2017). Bunun yanı sıra devlet, hastane, poliklinik gibi sağlık hizmeti sunan birimlerin ekonomik açıdan kurulup işletilmesinin önünü engellemekte, gelir dağılımındaki eşitsizlik sebebiyle sunulan sağlık hizmetlerini herkesin ulaşabileceği şekilde erişimine açılmasını sağlamakta ve bu kuruluşların finansmanının ya da denetiminin devlet tarafından yapılması gerekmektedir (Saraçoğlu ve Öztürk,2016: 299). Dolayısıyla devletin sağlık hizmetlerindeki rolü oldukça önemlidir. Genel olarak sağlık piyasasındaki devletin rolü şu şekildedir;

- Hizmet Sunumu
- Finansman
- Düzenleme
- Denetim
- Planlama
- Yönlendirme

Bu durumların yanı sıra devletin sağlık hizmetleri alanını tümüyle kontrol altına alması da çok doğru bir karar değildir. Çünkü bu durumun da bazı sakıncaları da bulunmaktadır. Bunlardan bazıları ise şöyledir (Hayran,2017);

- Devlet kuruluşlarında, politik olarak gücü daha fazla olan varlıklı kesimler, yoksul kesimlere göre her zaman daha üstte olacaktır,
- Devletteki yoğun bürokrasi işleyişi sebebiyle acil durumlarda çözüm bulunması veya yeni düzenlemelere gidilmesi zor olacaktır.

Karşılaşılan bu tarz durumlar neticesinde, sağlık alanı uzun vadeli yatırım gerektirmekte ve yatırım sonuçları ise diğer ekonomik alanlardaki gibi hemen görülmemektedir.

#### **1.2.1.2.2 Sağlık Sektöründe Özel Sektör Arzı**

Son yıllarda kamu harcamalarının sistematik olarak erimesi ve evrensel serbest sağlık hizmetleri için verilen destek göz önüne alındığında, kamu sektörünün bir çözüm olarak yargılanıp başarısız olduğunu söylemek adil değildir. Hiçbir halk sağlığı sistemi başarısız olarak öngörülemez, ancak bu sağlık sisteminin iyi bir

şekilde çalışması; siyasi taahhüt ve liderlik, yatırım, iyi politikalar ve popüler destek almasıyla gerçekleşmektedir (Olier,2012:8). Bu desteklerin ve uygulanan politikaların sürdürülememesi halinde sağlık sektörü başarısızlığa uğramakta ve bu yüzden özel sektöründe bu piyasaya dahil olması gerekmektedir. Özel sektör, devletin doğrudan kontrolü dışında çalışan sağlık hizmeti sunucularıdır ve piyasaya rekabet getirerek fiyatları düşürmektedir. Bunun yanında özel sektörde hizmet kalitesi arttırılabilmekte ve kapasitesi dolduğunda ek kapasite getirilebilmektedir (Olier,2012:4-5).

Dünyadaki sağlık reformları konusunda yapılan gelişmelere bakıldığında artık merkeziyetçilikten neredeyse tamamen uzaklaşıldığı, sunulan hizmetlerin yerleştirildiği, bununla beraber hizmet sunumunda da özelleştirme ve serbestleştirme gibi methodlar üzerinde durulduğu görülmektedir (Aktan,2017b). Bu yöntemlerin her birinin kendisi içinde avantaj ve dezavantajları bulunmaktadır. Fakat genel olarak sağlığın tamamı artık kamu hizmeti olarak kabul edilmemektedir. Önceleri çoğu OECD ülkesinde sağlık sektörü, kamu sektörü tarafından finanse edilmekteydi fakat zaman içinde bu ülkelerin çoğunda özel finansman miktarı artmış ve özel finansman ise şimdi sağlık finansmanının büyük bir bölümünü oluşturmuştur. Artık arz kısmında kamu sektörünün egemenliği daha az durumda olmakla beraber sağlıkla ilgili birçok yeni reformda özel sektörün rolünü arttırılmaya çalışılmaktadır.

Özel sektör, devletin kontrolü dışında çalışan sağlık hizmeti kuruluşları olduğundan laboratuvarlar, teşhis merkezleri ve hastaneler gibi ekipman, ilaç ve malzemelerin üreticileri ve dağıtıcıları oldukça önemli olmaktadır. Bunların dışında, sağlık önceliklerini belirleyen, sağlıkla ilgili mevzuatları ve düzenlemeleri yürürlüğe koyan, finansman mekanizmalarını belirleyen politika yapıcıları ve sağlık hizmetini önceki tecrübelerine, bilgisine ve beklentisine göre kullanan kişiler de özel sektörü etkileyen diğer unsurlar arasında bulunmaktadır. Bunların yanı sıra özel sektörü etkileyen diğer faktörler ise şu şekildedir (Smith ve diğerleri, 2001:7);

- Çalışanların eğitimi, becerileri ve bilgisi,
- Hizmet sunmak için gerekli kaynaklara erişim derecesi
- Çalışan teşvikleri
- Diğer üreticilerle (kamu ve özel) etkileşimleri

- Hizmeti sunanın karşılaştığı rekabet seviyesi
- Sağlık hizmetindeki finansman sistemi

Her ne kadar sağlık piyasasında özel sektöründe dahil olması önemli olsa da, özel sektör kâr peşinde olduğundan, ödeme yapamayanlara hizmet etme gibi bir teşviği bulunmamaktadır. Yoksul ülkelerde yaşayan vatandaşların çoğunda sağlık hizmeti seçeneği bulunmamakta ve özel sektörün sağladığı hizmetlerden ise yararlanamamaktadır.

Bazı ülkelerde sağlık hizmetleri örgütlenmesinde hem kamunun hem de özeline beraber olduğu kamu-özel ortaklığı yöntemi kullanılmaktadır. Bu yöntem, ilke ve değerleri açısından piyasa dostu olup, hizmetlerin işletmecilik temelinde örgütlenmesine dayanmaktadır. Modelde devlet, sadece tıbbi hizmet üretiminde yer almakta, tıbbi destek ve tıbbi olmayan hizmetlerin sunumu, sağlık tesislerinin yapımı ve ticari alanların işletilmesi ise özel sektöre devredilmektedir. Bu şekilde ölçeği büyütülen modelin kilit özelliği, finansman biçimidir. Bu sayede devlet bütçe dışı yollarla uzun süreli sözleşmeler yaparak, ortak girişimden elde ettiği mal, hizmet ve yapım işinin karşılığını yıllık kira şeklinde ödemektedir (Karasu,2011:217).

### 1.3 Sağlık Sektöründe Kaynak Kullanımı

Kaynak tahsisi, sağlık politikası karar organları tarafından nesnel ve öznel unsurlar da dahil olmak üzere pek çok faktöre dikkatle bakılmasını gerektiren zorlu konulardan birisidir. Sağlık müdahalelerini değerlendirmek ve kaynakları tahsis etmek için kullanılan ölçütlerin derin etkileri olması muhtemeldir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ-WHO) tarafından belirlenen kaynak tahsisinde etik ilkeler arasında, verimlilik (nüfusun sağlık durumunu en üst düzeye getirme), adillik (sağlık farklarını en aza indirme) ve fayda bulunmaktadır. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler sağlık hizmetlerinde sınırlı kaynakları ve eşitsizlikleri en iyi şekilde tahsis etme ihtiyacının altını çizmektedir (Guindo ve diğerleri, 2012:2). Sağlık sektöründeki işletmelerin sahip oldukları kaynaklar ise aşağıdaki şekilde sıralanabilir;

- *İnsan Kaynakları*: Stratejik planlama ve insan kaynakları yönetiminin her kademedeki seviyesi sağlık için büyük verimlilik kazanımları oluşturabilmektedir (Joint Learning Initiative,2004:35). Sağlık kurumu açısında

İnsan Kaynakları Yönetimi (İKY) ise, bu kurumdaki çalışanların hem etkili hem de verimli olacak şekilde çalıştırılmasıyla alakalı faaliyetleri belirtmektedir. Sağlık kurumlarında İKY giderek diğer kurumsal alanlara doğru katkıda sağlayan eşit bir alan haline gelmektedir. Sağlık alanında İKY ile alakalı karmaşıklıklar arttığından, İnsan Kaynakları bölümlerinden sağlık yöneticileri daha stratejik destek talep etmektedir. Bu şekilde İKY, stratejik planlamaya katılmış olup, sağlık kurumundaki bireylerin güçlü ve zayıf yönlerini inceleyip, kurumdaki kişilerin yeteneklerini geliştirerek stratejik bir iş ortağı haline gelmektedir (Flynn ve diğerleri,2004, Akt.,Erigüç,2008:83).

• *İlaç ve Tıbbi Malzeme:* Önemli ölçüde israf edilen kaynakların başında tıbbi malzeme kullanımı gelmektedir. Tıbbi malzemelerin aşırı derecede kullanımı kaynak israfıdır (Bulduklu,2015:54-55). Ayrıca sağlık sistemlerinin herhangi bir kademesinde malzeme temini konusunda oluşacak herhangi bir aksiliğe karşı da toleransı olmayan sistemlerdir. İnsan hayatı söz konusu olduğu için malzeme ve stok yönetimi çerçevesinde yapılan çalışmaların önemi her geçen gün arttığı gözlenmektedir. Bu yüzden hastanelerin, eczanelerin ve sigorta kurumların tüm alt bileşenlerinde etkin bir malzeme ve stok yönetimi faaliyetleri bulunmalıdır (Yalçiner ve diğerleri,2015:2). Ayrıca toplumun ilaç kullanımı hakkında daha çok bilinçlenmesine yönelik sistemli çabalar sağlanmalı, ilaç ve tıbbi malzemelerinin etkin kullanımına daha çok dikkat edilmelidir. Sağlık profesyonellerinin ilaç ve tıbbi malzeme kullanımı konusunda maliyet temelli eğitilmeleri ve ulusal kaynakların korunmasına yönelik farkındalıkların artırılması, kaynak kullanımının etkinliğine katkıda bulunacaktır (Bulduklu,2015:55-56).

• *Tıbbi Teknoloji:* Sağlık hizmetlerinin özelliklerinden biri de teknolojiye olan bağımlılığıdır. Bilim ve teknolojide yaşanan hızlı gelişmeler insanların hem özel hayatında hem de sosyal hayatında öncülük eder konuma gelmekte ve bu durum tıp alanına da yansımaktadır. Teknolojiyle beraber değişik amaçlar için birçok cihaz geliştirilmiş ve tıp alanında her geçen gün kullanımı daha yaygın hale gelmiştir (Selvi,2009:100). Dolayısıyla teknolojik unsurlar olmadan sağlık hizmetlerinin üretilmesi çok zordur. Teknolojide gerçekleşen hızlı değişim, hem hekimlerin başarısını hem de sunulan hizmet kalitesini arttırmaktadır,

fakat teknolojinin üst düzey kullanılıyor olması hizmet maliyetlerinde de artışa neden olmaktadır. Bunun yanında sağlık teknolojilerinin hızlı bir şekilde demode olmaları ve eskimleri yeni yatırımların yapılmasını tetiklemekte ve personelin eğitimini zorunlu kılmaktadır (Yiğit ve Erdem,2014:223).

Sağlık hizmetinde kaynakların etkin kullanılması için tedarik edilecek olan tıbbi cihazların niteliği ile kapasitesi bu kuruluşların gerçek ihtiyaçlarına uygun seviyede olmalı ve kısa, orta ve uzun vadeli olan tıbbi cihaz ihtiyaçları belirlenerek tedarik planları hazırlanmalıdır. Tıbbi cihazlar için ihtiyaçların doğru belirlenememesi, alınan tıbbi cihazın ihtiyacı karşılamaması ve kullanıcı personel tarafından gerekli nitelikte kullanılmıyor olmasına sebep olmaktadır. Dolayısıyla alınan tıbbi cihazların tam olarak veya bir kısmı ya kullanılamamakta ya da çok düşük kapasitede kullanılmaktadır (Sayıştay Başkanlığı,2005:56). Bu durumda sağlık kuruluşlarının hem etkin hem de verimli bir şekilde hizmet üretip sunmaları, tedarik edilen tıbbi cihazların etkin ve verimli bir şekilde kullanılmalarıyla mümkün olacaktır.

1970'li yıllardan sonra tüm dünyada sağlık bakım hizmetlerindeki hızlı artışlar, ulusların sağlık politikalarına yeniden gözden geçirmeleri neden olmuş ve maliyet azaltma programlarını kamu sağlık hizmetlerinin önemli bir stratejisi haline getirmiştir. Sağlık sektöründe maliyetlerin azaltılması yönündeki toplumsal baskı, yanlış ve gereksiz kullanım ile yatış sürelerini arttıran etmenlerin gözden geçirilmesine sebep olmuştur. Bu durumun önemli bir yansıması olarak, hükümetlerin kıt kaynak sorununa çözüm bulma ve daha yüksek kurumsal üretkenlik sağlama arayışı içerisine sokmuş, sonuç olarak kaliteli sağlık hizmeti üretimi ve sunumu bütün sağlık hizmetlerinin temel politika amacı olmuştur (Şahin,1999:123).

### **1.3.1 Sağlık Sektöründe Kaynak Etkinliği Sağlama Yöntemleri**

Sağlık hizmetlerindeki etkinlik, en az girdi ile ulaşılabilecek en iyi sağlık sonuçlarını ifade etmektedir. Durum böyle olunca sağlıkta etkinliğin değerlendirilme biçimi gündemde olmaktadır. Sağlıkta kaynakların etkinliği konusunda çeşitli araştırmalar yapılmakta ve bu araştırmaların sonucunda elde edilen veriler ile bir kısım uygulamalar kullanılmaya başlanmaktadır.

Bazı durumlarda sağlık hizmetleri için gelen talep mevcut kaynakları aştığından, kaynakları topluluğun sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için uygun şekilde kullanılmasını sağlamak oldukça önemlidir (Gibson ve diğerleri, 2005:50). Örneğin, hastaneler bir sağlık sektörü işletmeleridir ve onların verimlilik düzeylerinin bilinmesi önem arz etmektedir. Çünkü devlet hastaneleri, kamu kaynağı kullanmaktadır. Hastaneler elindeki kaynakları ne derece verimli kullandıkları ve özel sağlık kuruluşlarına göre verimliliklerinin biliniyor olması, uygulanacak olan politikaların değerlendirilmesine katkı sağlayabilecektir (Bayraktutan ve Pehlivanoglu,2012:127-128).

Tüm insanların sağlık kaynaklarından yeterli şekilde yararlanabilmeleri ve hak ettiği sağlık hizmetlerini kullanabilmeleri için etkin bir kaynak planlamasına ihtiyacı bulunmaktadır. Kaynağın etkin tahsisi ve dağılımı, belirli ilkelere göre değerlendirmeye ihtiyaç duymaktadır ve bu konu üzerinde bir fikir birliği oluşmuş kriterler bulunmamaktadır. Sağlık sektörü için ayrılmış olan kaynakların maksimum seviyede faydayı sağlayacak biçimde kullanılması etkinliği sağlayacaktır (Bulduklu,2015:47). Bu durumda sağlık sektöründe etkinlik ve verimlilik oldukça önemli olmakta ve bu etkinliği sağlayacak bazı yöntemleri bulunmaktadır.

### **1.3.1.1 Kullanım Yönetimi**

Sağlık kaynaklarında etkililiğin ve verimliliğin sağlanması için kullanılan yöntemlerinden biri kullanım yönetimidir. Kullanım yönetimi, sağlık hizmetlerinde etkili sunumu sağlamak için yönetsel denetim, kalite denetimi ve maliyet denetimi olmak üzere denetimi üç şekilde yapılmasını gerektirmektedir. Kullanım yönetimi, hizmet sunumdan önce kararlar alınarak yapılacakların uygunluğu değerlendirilmektedir. Bakımın uygunluğu ardından en az maliyet ile en etkili olan karar verilmektedir. Bu yöntemde maliyet ve bakım kalitesi oldukça önemlidir (Aslan ve Yavuz, 2011:156).

Sağlıkta sisteminin tam olarak oturmamış olması, yönetsel açıdan yapılan düzenlemeler ile kısıtlamaya olan ihtiyacı da artırmıştır. Kullanım yönetimiyle, kullanımın aşırı derecede olmasını önlemek isteyen kurumlar bazı stratejileri uygulamaktadır (Bulduklu,2015:77-78). Bu kurumların yanı sıra ülkeler de artan

sağlık harcamalarını kontrol altına almak ve sağlık hizmetinde gereksiz kullanımlarının önüne geçmek için arz yönlü maliyet sınırlama ve talep yönlü maliyet sınırlama stratejileri uygulamaktadır; *Talep Yönlü Maliyet Sınırlama*; talep yönlü olan mekanizmalar birçok kullanıcı katkıları düzenlemelerini barındırmaktadır. Talep yönlü uygulanan stratejilerin içerisinde; kullanıcı katkıları, ön ödeme, sigortalı payı, ortak ödeme, referans fiyatlama gibi çeşitli stratejiler bulunmaktadır. *Arz Yönlü Maliyet Sınırlama Stratejileri* ise; doktorun ve hastane yatağının üretim açısından sınırlandırılması veya sayısının azaltılması gibi stratejileri içermektedir. Bu sınırlandırma yoluyla işgücü maliyetleri kontrol edilebilmekte, toplam harcamanın üst sınırlarını belirlenebilmekte ve bunlarla beraber teknoloji kullanımında optimizasyonun sağlanması ve hem daha etkili hem de verimli olan hizmet sunum şekillerini benimseme gibi stratejiler de bulunmaktadır (Yıldırım ve diğerleri, 2011:74-75).

Her ne kadar uygulanan bu kısıtlayıcı stratejiler, hasta tatmini ve hizmeti sunanın serbestliği gibi konuları tartışmaya açık hale getiriyor olsa bile yanlış kullanımın olduğu alanlar için doğru yapılan kısıtlar, kaynakların gereksiz kullanımının önüne geçebilmektedir. Özellikle testler için farklı amaçlarla ödenen performans ücretleri ve hastanelerde operasyonlar için yüksek miktarda ödenen kişi başı ücretlerin yeniden gözden geçirilmesi, bu yöntem yoluyla yeniden değerlendirilebilmektedir (Bulduklu,2015:79).

### **1.3.1.2 Dış Kaynak Kullanımı**

Bugünün iş dünyası değişim içinde, karmaşıklık ve stratejik hedefler üzerinde ivme kaybetmeden yeni pazar taleplerine hızla adapte olma ihtiyacı içindedir. Başarılı şirketler, stratejik açıdan kritik ve gerekli olan etkinlikler için kendi temel yetkinlikleri ile dış kaynaklı ya da ortaklarına odaklanan yalın organizasyonlar oluşturmaktadır. Özbay (2004), dış kullanımını (outsourcing); işletmelerin kendisi için rekabet avantajı sağlayan faaliyetlere odaklanması ve kendi uzmanlık alanında olmayan faaliyetlerde ise, bu konu üzerinde uzmanlaşmış diğer işletmeler ile kalite standartlarına uygun olarak sağlaması şeklinde tanımlamıştır (Özbay,2004:6). Dışarıdan kullanımın en önemli sebepleri arasında müşteri hizmetlerini iyileştirmek,



maliyetleri düşürmek, sağlık kuruluşlarının temel faaliyetlere odaklanmalarını sağlamak ve değişen piyasa ihtiyaçlarını karşılamak için kaynakları yapılandırarak esnekliği artırmak bulunmaktadır (Moschuris ve Kondylis,2008:28). Ayrıca kaynakların yeniden dağıtımını sağlaması, işletmenin temel yeteneklerini geliştirmesi ve teknolojiyi takip edebilme gibi faktörler de dış kaynak kullanımının diğer nedenleri arasındadır (Karahan,2009:186).

Dış kaynak kullanımı, ilave bilgi, uzmanlık ve altyapı getirdiğinden sağlık hizmetleri sunmanın etkin bir yolu olmakta ve sağlık kuruluşlarının sağlık hizmeti üretmedeki asıl amacına odaklanarak rekabet etmesini sağlamaktadır (Yiğit ve diğerleri, 2007:86-87). Dış kaynak kullanımının iyi yönleri yanında önemli riskleri de bulunmaktadır; yönetimdeki kişilerin yeterliklerini, yeteneklerini ve karar verme süreçlerini geliştirmesi gerekmektedir. Çünkü, faaliyetlerin sağlık kuruluşu içinde kalması ve faaliyetin tamamının veya bir bölümünün dış kaynaklı olup olmaması kararları ve dahili işlevlerden ziyade ilişkileri nasıl yönetileceği, sağlık kuruluşunda ön planda olmaktadır. Çekirdek faaliyetleri belirlemede oluşabilecek hatalar, sağlık kuruluşlarının rekabet avantajlarını dış kaynaklı hale getirebilmektedir (Moschuris ve Kondylis,2008:29).

Günümüzde ise artık kişilerin gelirlerindeki artışları, medikal teknolojinin ilerlemesi ve demografik yapının daha yaşlı bir nüfusa kaydırılması gibi nedenlerden dolayı sağlık harcamasında artışlar meydana gelmiş, kamu finansmanı ile ilgili kısıtlamalar artan maliyetlerle birleşince de kamu hastanelerini mümkün olan yerden masrafları kesmeye zorlamış ve dış kaynak kullanımı gittikçe daha cazip bir seçenek haline gelmiştir.

Bir sağlık kuruluşu olan hastaneler de her işletmedeki gibi kendine özel temel yetenek ve kaliteyi geliştirmek durumundadır. Bu temel yetenek aracılığıyla doğrudan olan faaliyetler, hastanenin kendi bünyesinde yapılmalı, geri kalan tüm işler ise dış kaynaklardan sağlanarak taşeron firmalar ile sağlanmalıdır. Hastanelerin temel yeteneği; en iyi bildikleri işleri yaparak yani tıbbi hizmetlere odaklanarak bu hizmetler dışında kalan tüm işleri ise dış kaynaklardan faydalanarak diğer firmalara yaptırmalıdır. Bu sayede hastaneler hizmet kalitesini artırmış olup hem hasta hem de çalışan personelin tatminini yükseltmiş olacaktır. Bunların yanı sıra hastanelerde

karmaşık halde olan organizasyon yapısı da yalın bir hal alacak ve hastanenin kendi temel yeteneklerine odaklanma fırsatı sağlayacaktır (Çakırer,2003:214-215).

Hastaneler, belirli seviyedeki sağlık hizmetlerini en düşük maliyet ile maksimum nicelik üretmesi beklenen işletmeler olduğundan ellerinde bulunan kaynakları rasyonel bir şekilde kullanmak zorundadır. Çünkü kaynak yetersizliği, sağlık hizmetlerinin her zaman karşısına çıkan ve çatışmaya yol açan etkenlerden birisidir. Talebin doğru bir şekilde tahmin edilememesi, malzeme alımlarında yaşanan gecikmeler ve bakım hizmetlerinin hem yetersiz hem de uygunsuz olması gibi nedenler bu sorunun ana kaynağını oluşturmaktadır. Hastane yönetiminin karşılaştığı bu olumsuz etkiler için çareler üretmesi ve kaynak sıkıntısı nedeniyle karşılaşılan çatışmaları ortadan kaldırması gerekmektedir (Karahana,2009:191-192). Bunlar göz önünde bulundurulduğunda, genel olarak hastanelerin bu yöntemi kullanmasındaki faydaları maddelenecek olursa (Çakırer,2003:217-218);

- Taşeron firmalar, hastanede verdikleri hizmette en yeni teknolojileri sunarak hastane yönetimine yatırım yaptırmamaktadır,
- Hastaneler daha esnek yapıda olabilmekte, hem ihtiyaca hem de çevresel değişikliklere hızlı cevap verebilmektedir,
- Alıcıyla bire bir temasta olan çalışanlar sorunlarını ve imkânlarını daha iyi açıklayabilmektedir,
- Hastane için daha yüksek bir verimlilik ve kalite artışı sağlamaktadır,
- Dış kaynaklardan yararlanma ile hastanelerde sağlam bir kamu denetim mekanizması kurulmaktadır,
- Hastanelerin dış kaynaklardan yararlanırken kendi uzmanlaştığı alan dışında aldığı destekleri taşeron firmalara vermesi, karmaşık olan hastane yönetimini rahatlatmakta ve hastanenin asıl uzmanlaştığı tıbbi alanda çalışmasını sağlamaktadır,
- Dış kaynakla birlikte hastanelerdeki destek hizmetlerinin maliyet miktarlarında da azalma yaşanmaktadır.

Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda dış kaynak kullanımı sağlık kuruluşlarının etkinliği ve verimliliği açısından önemli bir durumu oluşturmaktadır.

### 1.3.1.3 Gönüllü Sağlık Organizasyonları

Sağlık hizmetlerinde yaşanan finansman sorunlarının çözüm yollarından biri de kar amacı gütmeyen gönüllü organizasyonların kurulması ve işletilmesidir. Bu gönüllü organizasyonlar çeşitli dernekler, hayır kurumları ve vakıflardan oluşmaktadır. Günümüzde birçok gelişmiş ülkede, çok miktarda kar amacı gütmeyen sağlık organizasyonları bulunmaktadır. Bu tür sağlık organizasyon kurumlarının gelir kaynakları arasında sadece devlet yardımları bulunmamakla beraber bağışlar, bu organizasyonların çeşitli faaliyetleri ve sergiler gibi farklı kaynaklardan elde edilen kaynaklar yer almaktadır (Aktan ve Işık,2017a). Ayrıca toplumsal farkındalık oluşturacak ya da farkındalığı artıracak organizasyonlarda bu kapsamın içinde bulunmaktadır. Lösemi çocuklar ve Yeşilay için kurulan organizasyonlarda bu yönüme örnek olarak verilebilmektedir. Tedavide kaynak yaratmanın yanı sıra bu sağlık organizasyonları, sağlığı geliştirerek de önemli derecede sağlık kaynaklarından yararlanmaya katkı sağlayabilmektedir (Bulduklu,2015:83).

### 1.3.1.4 Maliyet Paylaşımı Yaklaşımları

Günümüzde ülkelerin tipik olarak sağlık bakım sistemleri için üç uzun vadeli hedefleri bulunmaktadır. Gelire bakılmaksızın genel olarak herkes için sağlık hizmetlerine erişimin sağlanması, yüksek kaliteli ve yüksek değerli sağlık hizmetlerinin sunulması ve sağlık sisteminin uzun vadeli finansal istikrarının korunmasıdır. Fakat burda durumu zorlaştıran unsur, tüm bu hedeflerin aynı anda yerine getirilmesi gerektiğidir. Bir ülke, nüfusu için sağlık sistemini belirlediğinde, hem satın alınabilirlik hem de eşitlik açısından adil olabilmesi o ülkenin temel kaygısını oluşturmaktadır (Kaiser Family Foundation,2009:1).

Zaman içinde sağlık harcamalarında yaşanan artışla birlikte, devlet bütçesi içinde harcamaların sebep olduğu baskı, kaynak tahsisi için yeni politikaların geliştirilmesine sebep olmuştur. Söz konusu politikaların kaynağını oluşturabilecek 2 seçenek bulunmaktadır. Bu seçeneklerden ilki mevcut kamu harcamalarını sağlık harcamaları lehine dönüştürerek ek kaynak sağlanmasıdır. GSYİH'daki büyümeye bağlı olarak sağlık harcamalarının arttırılması ya da aynı veya benzer gelir düzeyine sahip ülkelerin, sağlık için ayırdığı kaynaklara bakarak kıyaslama yapılması suretiyle

sağlık hizmetlerinde fonlanma yapılmasıdır. İkinci kaynak ise, hem arzı hem de talebi etkileyen politikalarla sağlık harcamalarının kontrol altına alınmasıdır. Sağlık harcamaları, belirlenen sınırlar dahilinde yapıldığında maliyetlerde sınırlandırılmış olacaktır. Dolayısıyla maliyetlerdeki sınırlandırma harcamayı kontrol altına almış olacak ve harcamalar düşmeden maliyetler sınırlı kalacaktır (Köktaş ve Koba1,2013:19-20).

Maliyet paylaşım yaklaşımının kullanılmasının yanında bu yaklaşım için karşıt görüşlerde bulunmaktadır. Bu görüşlere göre, insanları sağlık hizmetini kullandırmamaya yönlendirmekle beraber düşük gelire sahip olan insanlar, işsizler ve en önemlisi sağlık bakım masrafları olan kişiler için adil bir yaklaşım olarak görülmemektedir. İnsanlar sağlık hizmetini kullanmadığı durumda gittikçe durumları kötüleşip hastalığın ilerleyen safhalarında kişileri daha pahalı sağlık bakımına yönlendirebileceği göz önünde bulundurulmaktadır (Kaiser Family Foundation,2009:2-3).

Maliyet paylaşımı yaklaşımının, doğrudan maliyet paylaşımı, dolaylı maliyet paylaşımı ve talep yanlı maliyet paylaşımı gibi çeşitleri bulunmaktadır. Tüketicilerin yararlandığı bazı sağlık hizmetlerinin sosyal sigorta kapsamında bulunmaması ya da sağlık hizmetine erişimin kısıtlı olması gibi sebeplerle sağlık hizmetinin maliyetine katlanması, doğrudan ödemelerin kaynağı olarak görülmektedir. Bunlarla beraber çoğunlukla özel sektör tarafından sunulan dış sağlığı, özel hekim muayeneleri, laboratuvar ve klinik gibi hizmetlerde bu grubun içinde sayılmaktadır (Köktaş ve Koba1,2013:20).

Doğrudan maliyet paylaşımı biçimleri şunları içermektedir (Kaiser Family Foundation,2009:2);

- Katkı payı/Copayments (müşterinin hizmet veya ürün başına ödemesi gereken miktarı)
- Sigortalı payı/Coinsurance (tüketicinin ödemesi gereken toplam ücretin belirli bir yüzdesini ödemesi) ve

- Ön ödeme/Deductibles (tüketici, sigorta kapsamındaki ödemelerin teminat altında başlayabilmesi için hastanın önceden ödemesi gereken tutarı yansıtmaktadır ve genellikle süre yıllık olarak belirlenmektedir).

Bunlara ek olarak diğer biçimleri şunlardır (Köktaş ve Kobal,2013:20);

- Yaşam boyu teminat tavanı (hastanın hayatı boyunca yararlanabileceği sağlık hizmetlerinin tavanını göstermektedir)
- Ekstra Faturalandırma (sigortacı kuruluş kesiminden hizmet sunucularının talep ettiği miktarın tam olarak karşılanmaması nedeniyle bireyler sağlık bakımıyla ilgili diğer cepten sağlık masraflarına maruz kalabilmektedir).

Sağlık harcamalarında meydana gelen artış sonucu maliyetlerin kontrol altına alınabilmesi için yürütülen temel politikalardan biri, söz konusu hizmetlere olan talebin kısılmasıdır. Bu düşünceye göre uygulanacak talep yanlı maliyet paylaşımı ile gereksiz tedavi ve tetkitin önüne geçilecek ve harcamalar kontrol altına alınacaktır. Bu bağlamda talep yanlı maliyet paylaşımı, tüketicinin sağlık hizmetlerinden yararlanırken cepten harcama yapmaya maruz kalması olarak tanımlanabilmektedir (Köktaş ve Kobal,2013:20).

Dolaylı maliyet paylaşımı da talep odaklı bir maliyet paylaşımıdır. Hasta doğrudan bir ödemeye maruz kalmamakta ancak sonuç olarak uygulanan araçlar cepten ödemeye neden olmaktadır. İlave olarak ulusal sağlık harcamaları hesapları, doğrudan ya da dolaylı olarak harcamaları ayırmamaktadır. Bunun yanında hastaların doğrudan maliyet paylaşımlarından korunmak amacıyla yaptıracakları ekstra sigortalar yoluyla bunları üçüncü taraflara ödettirmesi, söz konusu olan hesapları daha karmaşık bir yapının içine itmektir. Bu yüzden kapsam dışında bırakma, ilaçlara yönelik referans fiyatlandırma, hizmet kullanım düzeyi gibi hastaların yapabilecekleri ekstra sigortalar yoluyla, doğrudan maliyet paylaşımlarını üçüncü taraflara ödettirebilmektedir. (Köktaş ve Kobal,2013:20-21).

#### **1.4 Sağlık Harcamaları**

Sağlık harcamaları genel olarak sağlığın hem geliştirilmesi hem de korunması için yapılan harcamaları kapsamaktadır. Sağlık harcamalarında gerçekleşen artış,

kişilerin yaşam süresiyle beraber kalitesini de olumlu yönde etkilemektedir. Bunun yanında sağlık sektörü için yapılan fiziki yatırımlar teknolojik ilerlemeyi desteklemekte, teknolojik ilerleme sonucunda da büyüme uyarılmaktadır. Ardından büyümeyle beraber sağlık harcamalarında tekrar artış yaşanmaktadır. Dolayısıyla günümüzde hükümetler sağlık harcamalarına daha fazla önem vermektedir (Akar,2014:311).

Bir ülkedeki nüfus sağlık düzeyinin, hem ekonomik büyüme ile hem de gelişme seviyesi ile karşılıklı bir etkileşimi bulunmaktadır. Sürdürülebilir bir büyüme ve gelişme seviyesinin korunması, insanlara önemli ölçüde daha iyi beslenme ve hastalık tedavisi olanakları ve koruyucu tıbbi teknolojiye daha geniş erişim sağlamaktadır. Dolayısıyla sürdürülebilir bir büyüme ve gelişme, sağlık koşullarının iyileştirilmesini ve sağlıklı bireylerin nüfusunun payının artmasına neden olmaktadır. Bununla beraber toplumda emek kaybı ortaya çıkmamakta ve dolayısıyla emek arzı miktarı artmaktadır. Öte yandan, sağlıklı bireyler hem fiziksel hem de zihinsel olarak daha uygun olduğundan, üretimde hasta kişiye göre daha fazla katkıda bulunmaları, verimliliği arttırmaları ve ekonomik büyüme üzerinde olumlu etkileri olması beklenmektedir (Kurt,2015:441).

Ülke ekonomisinin gelişmesiyle birlikte, insanlar yaşam kalitesine daha fazla değer vermeye eğilim göstermekte ve özellikle ulusal düzeyin üstünde olan gelişmiş ülkelerde daha fazla tıbbi hizmet beklentisine sahip olmaktadır (Bedir,2016:77). Her ne kadar günümüzde sağlık harcamalarının önemi konusunda günden güne bir artış olduğu bilinse de, sağlık alanında da kaynaklar sonsuz olmamaktadır. Dolayısıyla kaynaklarının kıt olması, ülkelerin sağlık politikalarını belirlerken sağlık koşullarını geliştirici her faaliyeti gerçekleştirmesini engellemektedir (Aydemir ve Baylan,2015:417-418). Ülke ekonomisindeki gelişmeyle birlikte sağlık harcaması artmakta ve bu durumda ekonomik büyümeyi teşvik edebilmektedir. Sağlık durumu en az üç mekanizma yoluyla ekonomik büyümeyi etkileyebilmektedir;

1. Doğrudan sağlık durumu ile bireysel kazanç arasındaki ilişki yoluyla,
2. Dolaylı olarak, eğitim düzeyleri üzerindeki sağlık etkisiyle,
3. Fiziksel sermaye yatırımlarıyla.

Ekonomik büyüme ve sağlık arasındaki karşılıklı ilişki önemlidir. Çünkü artan ömür beklentisi, yetişkinlerin hayatta kalma oranları ve beşeri sermaye oluşumu ekonomik büyüme üzerinde olumlu bir etki yapmaktadır. Birçok Avrupa ülkesi, sağlık sistemi üzerinde harcanan gayri safi yurtiçi hasılanın oranını artırarak, sağlık alanındaki yatırımlarını artırmaktadır (Atun ve Fitzpatrick,2005:9). Her ülkenin hem sağlık hem de bireysel hizmetler için harcadığı tutar ve bunun zaman içindeki değişimi, o ülkenin sağlık sisteminin finansmanı ve organizasyon yapılarındaki çeşitliliğe göre farklılık göstermektedir (OECD,2015:164). Özellikle gelişmiş ülkelerdeki sağlık harcamaları için ayrılan pay, gelişmekte olan ülkelere göre daha fazla durumdadır (Akar,2014:311). Bunun yanında sosyal devlet anlayışına sahip olan ülkelerde de, temel kamu hizmetleri sayılan sağlık ve eğitim gibi erdemli mallara ayrılan pay daha fazladır. Örneğin, Türkiye’de sosyal devlet anlayışı bulunmaktadır ve bunun gereği olarak düşük gelire sahip kişilere sağlık hizmeti sunabilmek için yeşil kart uygulaması başlatılmıştır (Akar,2014:311-312).

Ülkeler sağlık harcamalarını değerlendirirken, harcamanın miktarı, kaynakları ve nereye, nasıl harcandığı şeklinde başlıca üç grup ölçeği bulunmaktadır. Bunun yanı sıra sağlık harcamasında paranın miktarını değerlendirmek için ise iki ölçek bulunmaktadır. Bunlardan ilki, sağlık harcamasının GSMH ya da ulusal gelir içindeki payı olurken, ikincisi ise kişi başı yıllık sağlık harcamasıdır. Harcamalarının kaynaklarını ölçmede kullanılan genel ölçek; kamu ve özel kaynağın toplam harcama içindeki payının ne kadar olduğudur. Dolayısıyla harcanan paranın ne kadarlık kısmının kamu kaynaklarından geldiğini ne kadarlık kısmının ise özel kaynaklardan geldiğine bakılır. Üçüncü grup ölçek ise hangi tip hizmetlere para harcandığını göstermektedir. Bunun ölçümü için kullanılan ölçek ise, harcanan paranın ne kadarının koruyucu hizmetlere ne kadarının ise tedavi edici hizmetlere yapıldığını gösteren orandır (Akdur,2017:1).

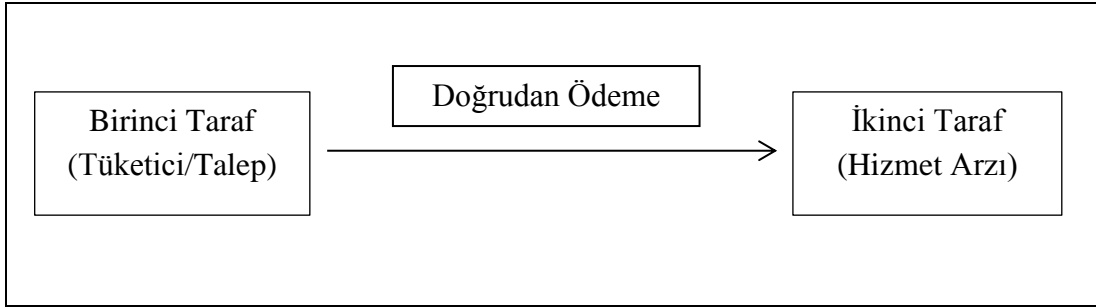
Sağlık alanında yapılan yatırımların ekonomi alanının yanında refah alanında da faydası bulunmaktadır. Sağlık, yaşam beklentisini arttırarak emek üretkenliğini destekler ve yatırımlardan daha fazla yararlanmak için tasarruf ve özel yatırım eğilimini teşvik edebilmektedir. Dolayısıyla sağlık alanında yapılan uygun yatırımlar ile ekonomik kalkınma mümkün olmaktadır. Toplumda hasta olan insanlar verimsiz

durumdadır ve hastalıkla ilgili olan masraflar hem hane halklarına hem de ülkelere külfet durumundadır (Atun ve Fitzpatrick,2005:9). Ekonomideki bu kayıplar nüfusun refah seviyesini etkileyebilmekte ve daha düşük ekonomik büyüme ile sonuçlanarak sosyal refahın azalmasına neden olabilmektedir. Sağlık durumunun zayıf olması, işgücü verimliliğini, çalışma saatlerini ve işgücüne katılımı azaltarak bireysel gelirden kayda değer kayıplara neden olmaktadır (Noronha ve diğerleri, 2010:271).

#### 1.4.1 Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı

Sağlık hizmetleri kamu kesimi tarafından; vergiler, sosyal sigorta, özel kesim tarafından ise; sabit ücretten hizmetten yararlanma hakkı ve özel sigorta gibi yollarla finanse edilebilmektedir. Genelde ülkelerin finansman sistemleri monolik değil çoğulcudur. Yani bir sistemin içinde diğer sistemin unsurları bulunmaktadır. Kişinin direkt olarak kendi kaynaklarından ödeme yaparak hizmetten yararlanması hiçbir ülkede ağırlıklı olarak kullanılan bir yöntem değildir (Batirel,1993:22). Sağlık hizmetlerinde finansman yöntemi doğrudan ve dolaylı olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Şekil 2’de ilk olarak doğrudan finansman yöntemi gösterilmiştir.

**Şekil 2. Sağlık Hizmetinde Doğrudan Finansman Yöntemi**



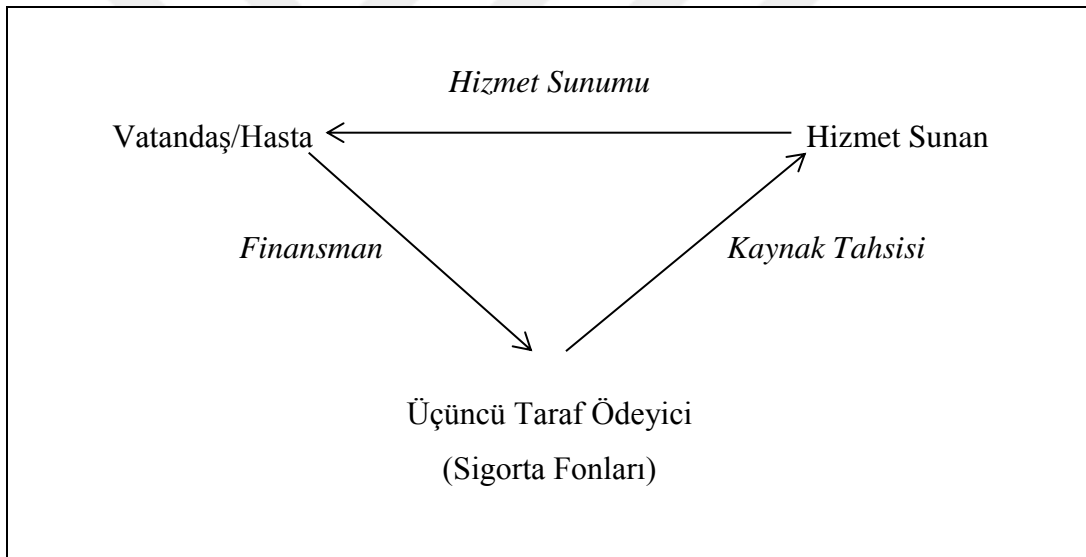
Kaynak: Aktan ve Işık, 2017a bilgileri doğrultusunda kendimiz tarafından yapılmıştır.

Doğrudan finansman yönteminde, birinci taraf, yani sağlık hizmetlerini alan bireyler ikinci tarafa yani hizmet arzı yapana doğrudan ödeme yapabilmekte, sağlık hizmeti talebinde bulunanların hizmet bedeli doğrudan kendilerinin ödemesi ile gerçekleşmektedir. Aslında bu yöntem, serbest piyasa koşullarında tüketicilerin diğer mal ve hizmetlerin karşılığını ödeyerek satın almalarına benzetilmektedir. Burada da sağlık hizmetine ihtiyacı olan hastalar, bedeli kendi ödeyerek kurum veya kişilerden talep ettikleri hizmetleri satın almaktadır (Aktan ve Işık,2017a).



Dolaylı finansman yöntemini anlayabilmek için ise Şekil 3'deki "Sağlık Hizmetleri Üçgeni"ne bakmakta yarar vardır. Bu işlem, birinci taraf, ikinci taraf ve üçüncü taraf kavramları ile açıklanmaktadır. Birinci taraf vatandaş/hasta, ikinci taraf hizmet sunan, üçüncü taraf ise kamu ve özel kuruluşlardır. Bu yöntem, üçüncü tarafın sağlık hizmeti sunucularına ödeme yapmasıyla gerçekleşmektedir. Üçüncü taraf ödeyici, sağlık hizmetlerini finanse etmek amacıyla kapsamı içine aldığı nüfustan doğrudan veya dolaylı yolla gelir/prim toplamaktadır. Toplanılan bu gelir, geri ödeme denilen şekilde yani hastaların doğrudan ödedikleri hizmet bedelinin geri ödenmesi için hastalara aktarılmakta ya da sundukları hizmetin karşılığı olarak hizmet sunuculara aktarılmaktadır (Güvercin ve diğerleri, 2016:83).

**Şekil 3. Sağlık Hizmeti Üçgeni**



Kaynak: Mossialos ve diğerleri, 2002:2

Genel olarak modern sağlık sistemlerinde sağlık hizmeti finansmanı, hizmeti sunan ile talep eden arasında doğrudan bir bağlantıyla finansal akışın gerçekleşmesi yerine, daha çok araya üçüncü taraf ödeyici girerek finansman rolünü üstlendiği bir model benimsenmiştir. Sistemin bu şekilde olmasının en önemli nedenlerinden biri, kişinin sağlık hizmetine ne zaman ihtiyacı olacağı ve ihtiyaç ortaya çıktığında ise katlanılması gereken maliyetlerin belirsiz olmasıdır. Bu şekilde, çoğu zaman katlanılan bu maliyet bireysel olarak ödenebilecek boyutların çok üzerinde olup, üçüncü taraf tarafından müdahale edilmediği halinde bireyin alması gerektiği sağlık

hizmeti ihtiyacından daha az hizmet alması durumuyla karşı karşıya kalınmaktadır (Tatar,2011:105).

#### **1.4.1.1 Sağlık Hizmetlerinde Finansman Yöntemleri**

Sağlık hizmetlerinin finansmanını genel olarak genel vergi ya da kamu sigortaları vasıtasıyla yapan ülkeler kamucu sağlık politikasını benimseyen ülkelerdir. Buna karşılık ülkede sağlık hizmetlerinin finansmanında özel sigortacılık veya hizmet başı ödeme yolu benimseniyorsa piyasacı sağlık politikasını benimsediği ülke olduğunu söylemek mümkündür (Akdur,2017:4) Sağlık hizmetlerinde harcamak üzere toplumdan para; vergileme, sosyal sigorta, özel sigorta ve hizmetten üye olma yoluyla yararlanma şeklinde toplanabilmektedir.

##### **1.4.1.1.1 Kamu Genel Bütçesi Kaynaklı Finansman (Vergileme)**

Bu yöntem ile sağlık hizmetleri için kullanılacak olan para genel vergiler yoluyla toplanmakta ve sağlık hizmetlerinin tüm giderleri kamu bütçesi tarafından karşılanmaktadır. Sağlık hizmeti talep eden ile hizmeti sunan arasında doğrudan para ilişkisi bulunmamaktadır (Akdur,1999:9). Dolayısıyla bireyler ödedikleri vergiler yoluyla sağlık hizmetlerine bireysel katkılarına yapmakta ve hizmeti kullanma durumunda sistemin belirlediği katkı payları dışında bir ödemede bulunmamaktadır. Bu finansman türünde ülkenin vergi toplama kapasitesinin nasıl olduğu ve toplanan bu vergilerin ise adil olup olmadığı tartışılması gereken en kritik sorulardır. Vergi yolu finansman yöntemiyle, sağlık hizmetlerinin performansı üzerinde olumlu ya da olumsuz etki olacağı bu iki sorunun cevabına bağlıdır (Tatar,2011:112).

##### **1.4.1.1.2 Zorunlu Sosyal Sigorta Kaynaklı Finansman (Sosyal Sigorta)**

Bu yöntemde işverenlerin kendi katılımlarıyla birlikte primler, işçilerin ücretlerinden kesilmektedir. Vergileme ile sosyal sigorta finansman yöntemi, hizmetin bedava sunumu yönünden aynıdır. Aralarındaki tek fark, prim ile verginin uygulanacağı matrahların farklı olmasıdır (Batirel,1993:23). Sosyal sağlık sigortası ve özel sağlık sigortası arasındaki fark ise, sosyal sigorta; bireylerin korunmasını sağlamayı öncelik edinmekte, sağlık statüsüyle ödenecek primler ve bireyin riskleri arasında bir bağlantı kurmamaktadır. Yani bireyin sağlık riskleri yüksek olduğunda

daha fazla prim, düşükse olduğunda ise daha az prim öder şeklinde bir durum söz konusu değildir. Fakat bu durum özel sağlık sigortasında tam tersidir (Tatar,2011:115-116).

#### **1.4.1.1.3 Özel Sigorta veya Kapalı Ağ Sistemi**

Bu yöntemde, bireyler bir özel sigorta şirketi ile sözleşme yapmakta ve ödeme takvimine uygun olarak belli bir ön ödemede yani primde bulunmaktadır. Talep eden birey sağlık hizmetine gereksinim duyduğunda, şirketle imzaladığı teminat paketine göre alacağı hizmetlerin giderleri, bu sigorta tarafından karşılanmaktadır. Kapalı ağ sisteminde ise, şirket çoğunlukla hekimler tarafından kurulmuş olmakta ve hekimin bizzat kendisi sağlık hizmeti üretmektedir. Ön ödeme yapan bireylere doğrudan şirketçe hizmet verilmektedir. Dolayısıyla hizmet üreten ile alan arasında doğrudan para ilişkisi bulunmaktadır (Akdur,1999:10).

#### **1.4.1.1.4 Hizmetten Üye olarak Sabit Ücretle Yararlanma**

Bu finansman türünde, kişi belli bir özel ya da yarı kamusal sağlık kuruluşuna üye olmakta ve yıllık sabit bir ücret ödeyerek belli bir düzeyde sağlık hizmetinden yararlanabilmektedir. Burada kişi hizmeti sunan kuruluşu seçebilmekte, fakat belli bir düzeydeki hizmetten yararlanmak zorundadır (Batırel,1993:23).

Tablo 1. Sağlık Hizmetlerinin Alternatif Sunumu ve Finansman Yöntemleri

SAĞLIK HİZMETLERİ ARZI		
KAMU		ÖZEL
SAĞLIK HİZMETLERİ FİNANSMANI	KAMU	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Merkeziyetçi Yöntem:</b> Bu yönetime göre sağlık hizmetlerinin hepsi devlet bütçesinde finanse edilmekte olup merkezi yönetimin organizasyon ve yönetiminde devlet hastanelerinde sunulur.</li> <li>• <b>Yerleştirme Yöntemi:</b> Bu yöntemde tamamen devletin bütçesinden sağlık hizmetleri finanse edilmekte ve yerel yönetim kuruluşlarının organizasyon ve yönetiminde hizmet arz edilir.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>1</b></p>
	ÖZEL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>İhale Yöntemi:</b> Özel kesimden devletin sağlık hizmetleri için gerekli olan tıbbi cihaz satın alması vs.</li> <li>• <b>Havale (Sevk) Yöntemi:</b> Bu yöntemde ise örneğin, harcamalarının devlet tarafından karşılanması suretiyle hastaların tedavi için özel hastanelere sevk edilmesi.</li> <li>• <b>Kupon Yöntemi:</b> Bu yöntemde örneğin, düşük gelirli bireylere sağlık kuponu verilmesi vasıtasıyla özel hastanelerden bu kupon karşılığında hizmet alınması.</li> <li>• <b>Sübvansiyon Yöntemi:</b> Devlet bütçesinden hizmet arzı yapan sağlık kuruluşlarına destek verilmesi.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>2</b></p>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Birey cebinden ilave olarak para ödeyip kamu hastanelerinde daha iyi koşullarda ve daha ayrıcalıklı özel sağlık hizmeti alabilir.</b> Örneğin, ilave bedel ödeyerek devlet hastanelerinde özel odalarda kalınması.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>3</b></p>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Piyasa Yöntemi:</b> Bu yöntemde birey cebinden para ödeyerek özel hastanelerden yararlanabilmektedir. Bu birey özel sigortaya kayıtlı olmakta, özel hastane harcamaları ise özel sigorta tarafından karşılanmaktadır.</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>4</b></p>

Kaynak: Aktan, 2004

Bazı sağlık hizmeti sunumları ve finansmanları Tablo 1’de gösterilmiştir. Tabloda kamuya ait 1 numaralı alanda, sağlık hizmetlerinin hepsi genel bütçeden finanse edilmekte ve sunumları kamu sağlık kuruluşları tarafından sağlanmaktadır.

Bu alanda 2 yöntem bulunmaktadır;

- Sağlık hizmetlerinin merkezi sağlık örgütü tarafından yönetilmesi ve sunulması,
- Hizmet sunumunun yerel yönetimlere devredilmesidir.

2 numaralı bölümde ise devlet bütçesi ile sağlık hizmetleri finanse edilmekte ve hizmetlerin sunumu özel kesim tarafından sağlanmaktadır. Yöntem olarak ihale, havale, kupon ve sübvansiyondan yararlanılabilmektedir. 3 numara ile gösterilen

alanda ise sağlık hizmetleri devlet tarafından sunulmakla beraber kişiler yararlanacakları mal ve hizmetlerin harcamalarını kendi bütçelerinden ödemektedir. Son olarak 4 numaralı alanda hizmetin hem finansmanı hem de sunumunun tamamı özelleştirilmiş durumdadır. Bu durum altında devletin sağlık alanı üzerinde herhangi bir rolü ve fonksiyonu bulunmamaktadır (Aktan ve Işık,2017c).



## İKİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK TURİZMİ

#### 2.1 Sağlık Turizminin Tanımı

Sağlık turizmi; sağlık turistinin yaşadıkları yerden sağlık hizmetleri için başka bir yere gitmesi olarak tanımlanabilmektedir. Sağlık turizmi, küresel turizm pazarının en hızlı büyüyen bölümlerinden biridir. Daha önceleri sağlık turizminin tıbbi turizm olduğu kabul edilirken, son zamanlarda tıbbi turizm kavramının sağlık turizminin gerçek anlamıyla uyuşmadığına dair tartışmalarda artışlar meydana gelmiştir. Öte yandan, medikal personelin ve doktorların yaşadıkları yerden tıbbî tedavi sağlamak için seyahat etmeleri medikal turizm kavramı ile örtüşmektedir. Örneğin, "sınır ötesi doktorlar" kavramı bu kapsama girmekte ve orada medikal turizm olarak sağlık hizmetleri sunmaktadır. Sağlık turizmi ve medikal turizm belki de zorunluluk nedeniyle eş anlamlı olarak kullanılmış olsa dahi bunun artık devam etmeyeceği yönünde iddia edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012:14).

Son otuz beş yıl içinde dünya genelinde sağlık turizmi, ülkeler arası hatta kıtalararası seyahati gerektirecek şekilde yapılmaktadır. Özellikle uluslararası olarak turizmde hareketlenmelerin hız kazanmasıyla beraber, sağlık alanının hem altyapısında hem de ulaşım imkanlarında gerçekleşen gelişmelerle turizm ciddi ilerlemeler kaydetmiştir. Bununla beraber özellikle medikal müdahale gerektiren tedavilerdeki fiyat avantajları da sağlık turizmini giderek popüler yapan diğer bir unsurlar arasındadır. Örneğin Hindistan, Kosta Rica, Taylan ve Meksika gibi ülkeler, Kuzey Amerika ve Avrupa ülkelerine göre daha düşük maliyetlerle benzer operasyonlar yaptığından dolayı daha ön plana çıktığı görülmektedir (Aktepe, 2013:171).

İnsanlar aslında geçmişten günümüze kadar hastalığı tedavi ettiğine inandığı kaplıcalara veya daha düşük fiyatla tedavi görebileceği ülkelere giderek sağlık turizmini başlattığını söyleyebiliriz. Fakat bu sebeplerin yanında daha birçok sebepte kişilerin sağlık turisti olarak başka ülkelere gitmesine sebep olmuştur. Bunlar şu şekilde sıralanabilir (Sağlık Bakanlığı,2012);

1. Ülkesinde yüksek teknolojili sağlık hizmetleri ve profesyonel insan kaynaklarının azlığı veya yokluğu,
2. Tedaviyle birlikte tatil yapma arzusu,
3. Sağlık hizmetini çok daha kaliteli almak istemesi,
4. Kendi ülkesinde estetik cerrahisi, infertilite tedavisi gibi sebeplerden dolayı ameliyatının bilinmesini istememesi,
5. Ülkesinde iklim ve coğrafi bakımdan tatil için kısıtlı imkan olması sebebiyle ormanlık, tarihi ve kültürel zenginliği olan ülkelere gidilmesi gibi turizm hareketliliklerini termal turizm imkanlarının çok olduğu bir ülkede gerçekleştirmek istemesi,
6. Yaşlıların, engellilerin ve kronik hastaların başka ortamlara gidip tedavi olmak istemeleri,
7. Uyuşturucu veya daha farklı bağımlılıkları olan kişilerin daha uygun ortamlarda tedavi olma istekleri,
8. Kişinin hayata tutunma ve yaşam isteği.

Yukarıda sayılan nedenler öncelik bakımından değerlendirildiğinde, ilk neden olarak hastanın kendi ülkesinde yeterli sağlık hizmetinin, profesyonel personelin ve teknolojinin bulunmaması olduğu görülmektedir. Ayrıca bazı durumlarda hastalar kendi ülkesinde tedavi veriliyor olsa dahi daha kaliteli hizmet verilen ülkelere başvurmak isteyebilmektedir. Bu tip hastalar sağlık turizmini gerçekleştiren hastaların önemli bir kısmını oluşturmaktadır (Buldukoğlu, 2014:15). Bu sebeplerin yanı sıra hastaların ülkelerinde doğal kaynak imkanının olmaması veya az olması, hastanın maddi sebebi nedeniyle kendi ülkesindeki tedaviyi pahalı bulup daha ucuza tedavi olabileceği bir ülkeye gitmek istemesi başka nedenler arasındadır. Sağlık turizmi sektörü için gerçekleşen bu talep bağlamında bir sınıflandırma yapılarak sağlık turizmi pazarı açısından turistler veya ziyaretçiler beş ana kategoriye ayrılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012);

1. *Düzenli Turistler*: Herhangi bir tıbbi hizmetten veya tedaviden fayda görmemekte, bunun yerine tatillerini deniz, güneş ve plajda geçirmektedir.

2. *Tatilde Tıbbi Tedavi Gören Turistler:* Ani ortaya çıkan hastalık veya kazadan dolayı, seyahatlerinde tıbbi bakım ve tedavi gören insanlardır. Bu turistler acil hastalar kategorisine dahildir.
3. *Seyahat ve Tedavi Amaçlı Turistler:* Bu turistler seyahat ettikleri ülke veya bölgeye sadece tıbbi sebeplerle gitmemektedir. Bununla birlikte, tedavi olanaklarının varlığı, seyahat ettikleri bölgenin tercih sebebi olmaktadır. Başka bir deyişle, sağlık hizmetleri ile tatili birleştiren turistlerdir.
4. *Hasta Turistler:* Bu turistler aslında tedavi amacıyla bir bölgeye gitmektedir ancak tedavi sırasında veya sonrasında yine bölgede seyahat etmektedir.
5. *Düzenli Hastalar:* Bu grup çoğunlukla tıbbi turisttir yani boş zamanlarında seyahat amaçları bulunmamaktadır. Bir bölgeye seyahat etmesinin tek nedeni tedavi veya tıbbi bir tedavi almaktadır.

Sağlık turizminin zararları göz önünde bulundurulduğunda ise ilk önce sağlık hizmetinden kaynaklanan zararlar düşünülmektedir. Termal turizm, spa-wellness ve kaplıca turizm sırasında hastaya direk etkileyecek tedaviler uygulanmasa da bile cerrahi ve ağır ilaç tedavileri gibi durumlar hastayı zararlı etkileyebilecek komplikasyon riski yüksek olan tedavi türleridir. Cerrahi işlemlerden sonra gerçekleşebilecek komplikasyonlar bazen birkaç gün içerisinde görülebileceği gibi bazen de haftalar veya aylar sonra görülebilmektedir. Bu durum gerçekleştiğinde ise sağlık hizmeti alınan ülke ile tekrar irtibata geçmek zor olabilmektedir. Ayrıca tıbbi zararlardan sonra doğan hasta haklarının (malpraktis) her ülkede geçerli bir zemini olmamasıyla beraber yaptırım gücünün de kısıtlı olması önemli bir sorunu teşkil etmektedir. Bu durumda sağlık turizmi hizmeti verilecek olan ülkede hukuk sisteminin de düzgün bir şekilde işliyor olması gerekmektedir (Buldukoğlu, 2014:27). Yabancı turistler hizmet ardından ortaya çıkan zararlar sebebiyle hakkını aramak isteğinde ulaştığı sonuç onu tatmin etmiyorsa, bu durumda o ülkenin sağlık turizmi sektörü açısından imajını olumsuz etkileyecektir.

## 2.2 Dünyada Sağlık Turizmi

Sanayileşmeyle beraber kentleşmenin de yaşanması sonucu ortaya çıkan sorunlar hem insan hem de toplum sağlığı açısından olumsuz etkiler oluşturmuştur.



Hastalığın çok olduğu sağlıksız toplumlarda işgücü ve üretim kapasitesi de azalmaktadır. Dolayısıyla doğal turizm kaynakları olan güneş, temiz hava ve şifalı termal sular, insan sağlığını korumak ve hem işgücü verimini hem de üretimi arttırmak için kullanılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2017). Son yıllarda dünyadaki sermaye finansmanı, tıbbi teknoloji ve düzenleyici rejimlerle beraber sağlık çalışanlarının ve hastaların akışında gerçekleşen küresel büyüme, sağlık hizmetlerinin yeni biçimlerini ve üretimlerini sağlamıştır. Dünya Ticaret Örgütü himayesindeki mal ve hizmetlerin serbest dolaşımı ve Ticarete Hizmet Genel Anlaşması, bölgesel ve çift taraflı ticaret anlaşmalarının kullanımı ile ilgili gelişmeleri hızlandırdığı gibi sağlık hizmetleri ticaretinin serbestleştirilmesini de hızlandırmıştır. Sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak bir hizmet endüstrisi olduğu için, ticarete açık global mallar haline gelmiştir (Lunt ve diğerleri, 2011:6).

Turizm alanı ise, insan isteklerinde ve ihtiyaçlarında artış yaşanması, gelişen teknoloji ve ulaşım imkanları gibi faktörler sebebiyle sürekli bir değişim ve gelişim halindedir. 1970’li yıllara kadar turistler tarafından yapılan gezilerin asıl amacı denize girmek, farklı ve yeni yerleri keşfetmek veya doğal güzellikleri gezmek gibi sebepleri oluştururken, özellikle 21. yüzyılla beraber insanlar, hastalıklarını o ülkenin yeraltı ve yerüstü zenginliklerinden faydalanarak tedavi edip iyileştirmek ve daha sağlıklı bir hayat sürdürmek için farklı ülkeleri tercih etmesi, sağlık turizminin doğmasına yol açmıştır (Moloğlu,2015:673). Örneğin 19. yüzyılda Avrupa’da, insanlar hastalıkları tedavi etme niteliğine sahip olduğu inanılan suları almak için kaplıca kasabalarına gitmişlerdir. 20. yüzyıl boyunca, dünyanın az gelişmiş bölgelerinden gelen zengin insanlar, daha gelişmiş tesislere ve yüksek eğitilmiş sağlık görevlilerine erişmek için gelişmiş ülkelere gitmiştir. Günümüzde ise bu durum tersine dönmüş durumdadır. Geçmişte az gelişmiş ülkelerde ki zengin hastalar gelişmiş ülkelere tedavi amaçlı giderken, son yirmi yıldır “ters yönlü küreselleşme” gerçekleşmekte ve artık hastalar tedavi amaçlı seyahatlerini gelişmiş ülkelere daha az gelişmiş ülkelere doğru gerçekleştirmektedir.

Dünya Turizm Örgütü (UNWTO)’nün yayınladığı raporda en çok turist alan ilk 10 ülke Tablo 2’de verilmiştir. Tabloya bakıldığında en çok turist alan ülkelerin

başında Fransa gelirken ardından İspanya, ABD, Çin, İtalya, Meksika, İngiltere, Türkiye, Almanya ve Tayland gelmektedir.

**Tablo 2. Seyahat ve Turizm Rekabet Endeksi, 2017**

Ülkeler	Turist Sayısı (Milyon) 2016	Turist Sayısı (Milyon) 2017	Değişim
1. Fransa	82,6	86,9	5,1
2. İspanya	75,6	81,8	8,6
3. ABD	75,6	76,9	0,7
4. Çin	59,3	60,7	2,5
5. İtalya	52,4	58,3	11,2
6. Meksika	34,9	39,3	12,0
7. İngiltere	35,8	38,7	5,1
8. Türkiye	30,3	37,6	24,1
9. Almanya	35,6	37,5	5,2
10. Tayland	32,6	35,4	8,6

Kaynak: UNWTO, [www2.unwto.org/](http://www2.unwto.org/).

Sağlık turizmi açısından bakıldığında ise ters küreselleşmeyle beraber genel olarak gelişmekte olan ülkeler medikal turizm açısından ilk sıralamalar arasına girmiş durumdadır.

**Tablo 3. Dünyada Medikal Ülkeler Sıralaması**

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

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2010:27

Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çalışmalarda yıllık hasta miktarıyla beraber ülkelerin elde ettikleri gelir açısından medikal turizm sıralaması Tablo 3'te gösterilmektedir. Tablo 3'te bulunan ülkelerin farklı nedenlerden dolayı medikal turizmde ön plana çıkmaları sıralamayı etkilemiştir. Bu nedenler arasında; Singapur, Tayland, Kostarika gibi ülkelerinin asıl gelirlerinin turizm gelirleri olması, İran, Ürdün, Brezilya, Malezya gibi ülkelerin coğrafik ve politik konum avantajları, Almanya, ABD, Güney Kore gibi ülkelerin sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve teknolojik donanımın iyi olması, Macaristan'da termal turizm ve Hindistan'da medikal turizm gibi alanlarda geçmişten gelen turizm ve sağlık turizmine önem verme politikalara sahip ülke olması, Hindistan, Malezya, Ürdün, Malta, Brezilya gibi ülkelerde yabancı sermaye girişinin olması ve yurt dışında eğitim almış doktor avantajlarını kullanmaları, Türkiye, Malezya, İsrail gibi ülkelerin ise hem coğrafi konumu hem de turizm ülkesi olması, ayrıca sağlık alanında ileri teknoloji ve kaliteli sağlık hizmeti sağlaması gibi açılardan da avantajları bir arada bulundurması olarak belirtilebilir (Topuz,2012: 39).

Sağlık turizmi dünyadaki ülkelerde artan bir ilgi uyandırdığından, hem işletmeler hem de hükümetler bu sektörlerin tanımlanması, organize edilmesi ve teşvik edilmesi ile uğraşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü sağlık turizmini termal-wellness turizm, medikal turizm ve ileri yaş turizmi olmak üzere 3 ana başlığa ayırmakta ve dünyadaki ülkeler artık bu turizm çeşitlerine göre düşük fiyatlı tıbbi muayenelerini veya ülkenin sahip olduğu doğal kaplıcaları kullanarak turist çekmeye çalışmaktadır.

### **2.2.1 Dünyada Sağlık Turizmi Çeşitleri**

Sağlık turizmi sadece hastanelere tedavi amaçlı gidilen bir turizm çeşidi olarak görülmemesi gerekmektedir. Sağlıklı yaşamı sağlayan ve sunan her türlü turizm sağlık turizmi olarak görülmekte termal ve spa-wellness, medikal ve ileri yaş turizmi olarak 3 ana başlıkta değerlendirilmektedir.

#### **2.2.1.1 Termal ve Spa-Wellness Turizm**

Termal ve spa-wellness turizm, kişisel sağlığını ve refahını korumak veya geliştirmek için eşsiz, otantik ve farklı deneyimler ya da terapiler arayan kişilerin, bu

deneyimleri proaktif bir şekilde takip etmek için farklı bir yere gitmesidir (Global Spa Summit,2011:4). Termal turizm, sağlık turizmi içerisinde değerlendirilmekte ve içeriklerinde erimiş mineral bulunan maden sularından oluşmaktadır. Bununla beraber Spa terimi, latince “Salus Per Aquam” teriminin baş harfleriyle “SPA” sözcüğünün ortaya çıkmasıyla oluşmakta ve “Suyla gelen sağlık ve iyilik” anlamını taşımaktadır. 19. yüzyılın başlarından beri Spa terimi suyun farklı şekillerde kullanılmasıyla tedavi etme anlamını taşımıştır. Wellnes teriminin anlamı ise, hem akılda hem de vücut sağlığında zindeliği ifade etmektedir. Wellnes turizminde, her türlü cilt bakımı, masaj, çamur banyosu, yosunla tedavi ve talosoterapi bulunmaktadır.

Bu turizm, dünyadaki ülkelerde artan oranda ilgi gördükçe, hem işletmeler hem de hükümetler bu sektörlerin tanımlanmasına, organize edilmesine ve teşvikine önem vermeye başlamıştır (Global Spa Summit,2011:1). Spa/wellness dernekleri, wellness turizm sektörüne daha güçlü ve lobi gücü sağlayabilmekte ve eğitim, öğretim, düzenleme, akreditasyon, kalite standartları ve pazarlamada kritik bir rol oynayabilmektedir (Global Spa Summit,2011:5). Dünyadaki gezginler ve tüketiciler arasında artan gelir, eğitim ve sofistike düzeyler, tarihsel ve kültürel temelli şifa geleneklerinden, tedavilerin arzulanmasını önemli ölçüde artırmıştır. Bu gelişimin piyasa potansiyeli, bu tür tedavileri dahil etmek için hizmet menülerini genişleten küresel ve premium marka kaplıcalar yakalamaktadır. Aynı zamanda, yüzyıllarca eski uygulamalardan türetilen geleneksel banyo yapma, iyileştirme, bitkisel ve terapatik tedavi sunan kuruluşlar, kendilerini kaplıcalar haline getirme potansiyelini de görmüş ve bazıları yeni hizmetlere, ekipmanlara, tesislere yatırım yapmanın yanı sıra onların ambiyansını da değiştirmiştir. Avrupalı banyo evleri ve saunalar, Japon onsensleri, Türk tarzı hamamlar, Hint ayurveda merkezleri ve Taylandlı masaj kuruluşları, geleneksel Batı konseptine veya kaplıcalara ait iş modeline uymamakla birlikte bunların belli bir kısmının hizmetine başlanmış ve tüketicilerin ihtiyaç ve arzularına adapte olmaya başladıkları için de spa pazarında yer almaya başlamıştır (Azaklı,2012:18).

Termal turizm, dünya genelinde önemli bir pazar konumundadır. Bu turizm, 263 adet resmi belgeli termal merkez bulunan Almanya'da önemli sektör haline

gelmiştir ve tesislerin toplam yatak kapasitesi ise 750.000'dir. Çek Cumhuriyeti ile Slovakya'da 60 adet tedavi edici termal merkezi bulunmakta olup son yıllarda çok gelişmiş tedavi edici kaplıca merkezleri kurulmuş ve bu iki ülkede senede 500.000'e yakın hastaya hizmet verilmektedir. Ayrıca, Fransa'da 104 adet termal tesis olmak üzere, İspanya'da 128 adet ve İtalya'da ise 360 dolaylarında termal tesis bulunmaktadır. Rusya'da da yılda 8 milyon turistin geldiği ve çok sayıda kür merkezi bulunduğu belirtilmektedir. Japonya'da ise 1500 adet kaplıca bulunmakta ve 100 milyon geceleme kapasitesi olan termal turizm yapılmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nin Arkansas eyaletinde 55 bin kişi için termal tesisler yapılmakta, Hawaii'de ise termal turizmi 12 aya yaymak için yeni açılmış tesislerle, termal sularından yararlanarak bu turizme ağırlık verilmeye başlanmıştır (Kültür ve Turizm Bakanlığı,2017a).

Dünya çapında termal turizm kapsamında spa ekonomisi modeli beş genel kategoriye veya kaplıcaların "tipolojilerine" ayrılmaktadır. Bunlar (Azaklı,2012:18).

- *Günlük Salon Kaplıcaları:* Eğitimli profesyoneller tarafından günlük olarak masaj, yüz bakımı, vücut bakımı vb. gibi çeşitli spa hizmetlerinin verilmesidir.
- *Sağlık Tesisleri:* Tüm konukların katıldığı tam bir spa deneyiminin sunulmasıdır. Her şey dahil programda, fitness aktiviteleri, sağlıklı yemekler, eğitim sınıfları, beslenme danışmanlığı, kilo verme programları, koruyucu veya iyileştirici tıbbi hizmetler, zihin, beden ve ruh tedavisi gibi hizmetler sunulmaktadır.
- *Otel/Tatil Tesisi Kaplıcaları:* Günlük salon kaplıcalarına benzemektedir, ancak spa tesisi bir tatil veya otel mülkiyetindedir. Diğer spa'lardan farklı olarak spa parasını kişi ödemekte ve yemekler ödemeye dahil tutulmamaktadır.
- *Tıbbi Kaplıcalar:* Lisanslı bir sağlık profesyonelinin tam zamanlı olarak bir spa tesisinin denetimi altında çalışmasıyla verilen hizmettir. Spa servislerini geleneksel veya alternatif tıbbi tedaviler ile bütünleştiren bir ortamda, kapsamlı veya sağlıklı tıbbi bakım sağlamaktadır.
- *Diğer Kaplıcalar:* Bu kategoride ise tarihsel/kültürel tabanlı kaplıcalar, tek servis kaplıcaları ve mineral kaplıcaları bulunmaktadır.

Termal-spa wellness turizmi, kayıtlarda belki en eski sağlık turizmi çeşidinden biri olarak rastlanmaktadır. Geçmişte de insanlar şifa bulmak için termal su kaynaklarının olduğu yerlere gidip ve tedavi olmuşlardır (Aydın ve diğerleri, 2011:4-5). Birçok kültürde kaplıcaların su ile ilişkili terapatik tedavilere yakından bağlı olmuştur. Bu nedenle, bazıları spa'yı, sadece iyileştiren ve rahatlatıcı bir ortamda, doktorlar veya nitelikli profesyoneller tarafından reçete edilen veya denetlenen, otantik su bazlı terapatik tedaviler sunan kuruluşlar olarak tanımlamaktadır (Azaklı,2012:18). İnsanlar, ruhsal ve bedensel rahatsızlıklarının tedavisi için buldukları yerden ayrılp değişik bölgelerde tedavi görme istediklerinden, Klimatizm, Üvalizm ve Termalizm gibi farklı turizm türlerinin de ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bunlar (Ünal ve Demirel, 2011:108);

- Klimatizm; Açık ve temiz olan havanın tedavi edici ve şifa verici etkisinden yararlanmak için, genellikle deniz kenarlarında uygulanan bir tedavi yöntemidir.
- Üvalizm; Bazı yörelere ait meyve ve sebze ürünleriyle yapılan kür (tedavi) yöntemidir. Sadece tedavi etmenin yanı sıra bu ürünlerden hoşlanana da sunulmaktadır.
- Termalizm; Kaplıca gibi şifalı olan doğal su kaynakları tedavisinin sağlık kurallarına uyularak sunulmasıdır.

Termal turizmin alanına giren diğer uygulamalar ise şu şekildedir;

- Balneoterapi; Doğal mineralli suların gün boyu belirli bir miktarlarda ve belirli bir aralıkta içilmesi ile yapılan kürlerdir (Ünal ve Demirel, 2011:108).
- Hidroterapi; Termomineral sularla yapılan yıkama ve duş gibi uygulamalardır. Tedavi, her bir bireye özel olarak düzenlenmiş ve inşa edilmiş havuzlarda gerçekleştirilmekte ve sinir, kas ve iskelet sistemiyle ilgili olan fonksiyonları tedavi etme veya geliştirme amaçlı yapılan bir havuz tedavi programıdır (Kültür ve Turizm Bakanlığı,2017b).
- Talassoterapi; Deniz suyuyla beraber diğer deniz değerlerinin de kullanılmasıyla yapılan kür uygulamalarıdır.

- Peloidoterapi; Jeolojik veya biyolojik olaylar sonucunda ortaya çıkan peloidlerin bir balneoterapi yöntemi olarak kullanılmasıdır. Halk arasında ise şifalı çamurlarla tedavi olma yöntemi olarak bilinmektedir (Kültür ve Turizm Bakanlığı,2017b).
- Speleojerapi; Mağara ortamlarından yararlanılarak tedavi etme türüdür.

### 2.2.1.2 Medikal Turizm (Tıp Turizmi)

Medikal turizm, yakın geçmişe kadar bilinmeyen bir terim olduğunu söyleyebiliriz. Gerçekten de, turizm ve hastane alanı arasındaki ilişkiyi hayal etmek zordur. Fakat daha öncede belirtildiği üzere geçmişte de, az gelişmiş tıbbi hizmetlere sahip ülkelere gelen zenginler, sağlık hizmetlerinin kalitesiyle ünlü olan Batılı ülkelere giderek tedavi olmuşlardır. Örneğin, petrol zengini Ortadoğu ülkelerinden insanlar, Birleşik Devletlere giderek tıbbi tedavi görmüş ve daha az gelişmiş olan Güneydoğu Asya ülkelerinde yaşayanlar ise, o sırada bölgesel tıbbi merkez olan Singapur'a gitmiştir. Ancak bu eğilim tersine dönmüş durumdadır. Artık günümüzde, zengin, gelişmiş ülkelere gelen vatandaşların sayısı gittikçe artmakta ve gelişmekte olan ülkelere genellikle uygun fiyat ve hazır tıbbi hizmetleri olan ülkelere tatil veya diğer turizm çeşitleri için gidilmektedir (Cohen,2008:24-25). Özellikle günümüzde, insanların tatil yapma süresi içinde daha sağlıklı olma isteğiyle, dinlenerek, egzersiz yaparak veya kaplıcalara giderek, turizm endüstrisi içerisinde "medikal turizm" olarak adlandırılacak yeni bir alanın doğmasına sebep olmuştur. Bu noktada medikal turizmin tanımını yapacak olursak; kişilerin uzun mesafede bulunan ülkelere veya bölgelere tıbbi bir tedavi alabilmek amacıyla seyahat etmesini, belki bu süreç zarfında da tatil yapmasını ifade eden bir kavramdır. Dolayısıyla turistler öncelikli olarak tıbbi tedavisini olmakta bununla birlikte turistik yerlerde dinlenme ve gezerek boş zaman değerlendirme gibi geleneksel turizm amacını da gerçekleştirmektedir (Aydın ve diğerleri,2011:5). Medikal turizm, tıbbi muayene, sağlık taraması, diş tedavisi, kalp cerrahisi, protez uydurma, kanser tedavisi, organ nakilleri ve nitelikli tıbbi müdahaleler gerektiren diğer operasyonları içermektedir (Sağlık Bakanlığı,2012). Günümüzde medikal turizm, giderek artan bir popülerlik elde edilmiştir ancak bu turizmin tanımı tüketicinin deneyimsel sürecini kapsadığı ve endüstri düzenlemesinin eksikliği gibi sebepler olduğu için, genel bir

mutabakat bulunamamıştır. Medikal turizm ile sağlık turizmi arasında tutarsız bir literatür bulunmaktadır. Çünkü tüm tıp yolcuları sağlık turisti olmakla birlikte, bütün sağlık turistleri tıbbî turist değildir (HOPE-European Hospital and Healthcare Federation,2015:4).

Medikal turizm terimi, istatistiksel raporlarda, ev sahibi ülkede tıbbi tedavi gören tüm yabancılar dahil olmak üzere, genellikle rastgele bir şekilde kullanılmaktadır. Sonuç olarak, bu uygulama yüzünden tıbbi turizmin sözde kapsamı oldukça abartılı olma eğilimindedir. İlk olarak, ülkede bulunan gurbetçiler ve diğer uzun vadeli yabancı sakinleri, istatistikte her tur için "turist" olarak sayılmaktadır. İkincisi ise, ev sahibi ülkede kaldıkları süre boyunca gelen turistlerin aldığı tıbbi tedavinin nispi önemi bakımından önemli farklılıklar göz ardı edilmektedir (Cohen,2008:25). Karışıklığı önlemek için, tıbbi tedavilerin, turistlerin motivasyonlarında ve gezilerinde ne derecede rol oynadığına bağlı olarak Cohen (2008), "tıbbi turistler" tipolojisi geliştirmiştir. Buna göre tıbbi turist tipleri 5 ana faktöre ayrılmaktadır;

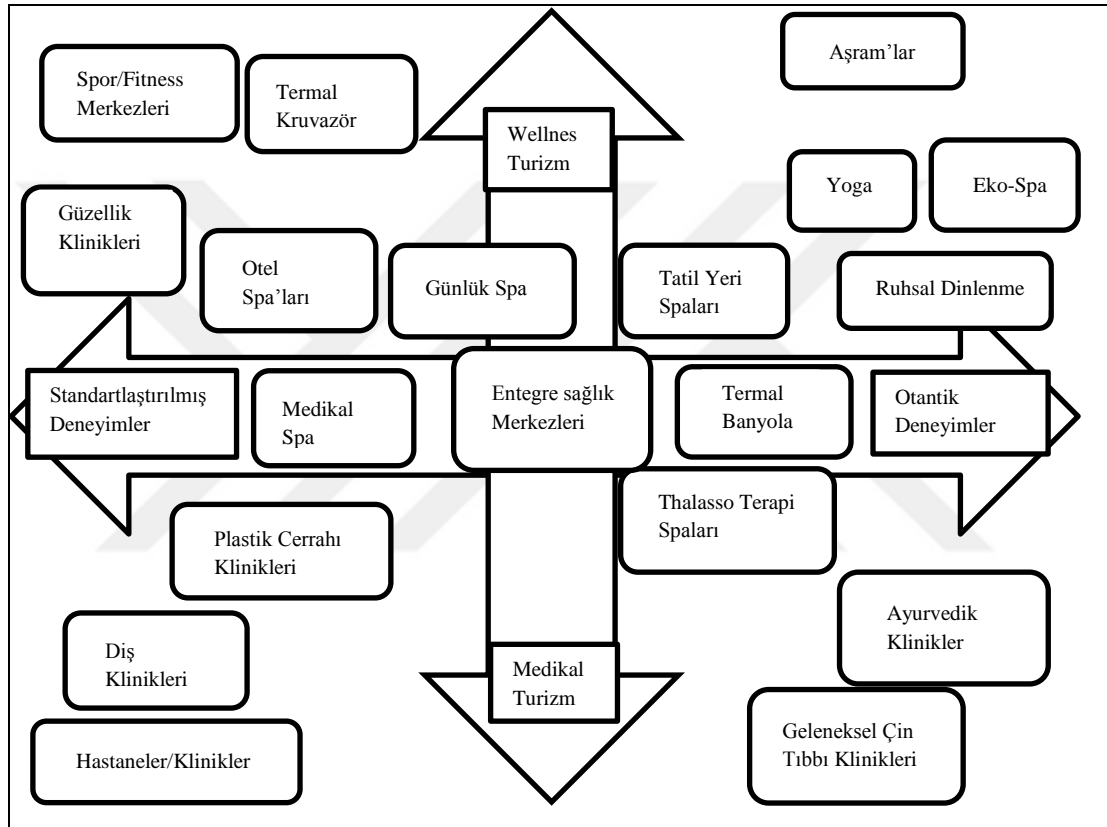
1. *Yalnızca Turist:* Gittikleri ülkede tatil yaparken sağlık hizmetlerinden herhangi birini kullanmayan bir kişi olarak tanımlanabilmektedir.
2. *Tatilde Tedavi Gören Turist:* Gidilen ülkede rastlantısal olarak meydana gelen sağlık sorunları için tıbbi tedavi gören turisti tanımlamaktadır.
3. *Tatil ve Tedavi Amaçlı Turistler:* Başka ülkeye yaptığı ziyarette hem turizm hem de tıbbi tedavi amacıyla giden turistleri kapsamaktadır.
4. *Tatil Yapan Hastalar:* Bu turistler aslında bir bölgeye tedavi amaçlı gitmektedir ancak tedavi sonrası gittikleri bölgede tatil de yapmaktadır.
5. *Yalnızca Hastalar:* Gittikleri ülkede tıbbi tedavi almak için ziyaret eden ve sunduğu tatil fırsatlarını kullanmayan kişileri kapsamaktadır.

Son yıllarda giderek önem kazanan sağlık turizminin birçok alanında, medikal turizm ve wellness turizm kavramları birlikte kullanıldığı görülmektedir. Bu iki turizm çeşidinin sağlık turizmi piyasasında oldukça önemli bir yeri bulunmaktadır. Şekil 4'de wellness ve medikal turizm sektörlerinin pazardaki dağılımı gösterilmiştir. Wellnes turizm ve sağlık turizminin bu piyasada potansiyel olarak kâr eden iki turizm çeşididir. Bununla birlikte, endüstrideki paydaşlar medikal turistler veya



wellness turistleri için bir ürün menüsü geliştirirken ve pazarlarken, fırsatları ve turist ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmaktadır. Standartlaşmış deneyimlerde daha çok insanların tıbbi alanda yani medikal tedavi aldıklarını görülürken, otantik deneyimlerde ise daha çok termal turizmi kapsayan farklı çeşitlerde insanların dinlenerek tedavi olmasını sağlayan deneyimler bulunmaktadır.

**Şekil 4. Wellness ve Medikal Turizm Sektörlerinin Pazar Dağılımı**



Kaynak: Global Spa Summit, 2011

İnsanların tedavi amacıyla başka ülkelere seyahatlerindeki hızlı artış ile, medikal turizm küçük olmasına rağmen önemli bir pazar olarak ortaya çıkmakta ve dünyada oldukça hızlı bir gelişme göstermektedir. İnsanların kendi ülkelerindeki yüksek tedavi masraflarıyla beraber tedavi olmakta ya da operasyon için uzun bekleme sürelerine katlanmayarak başka ülkeleri ziyaret etmektedir ve bu oran gittikçe artmaktadır. Tedavilerin masrafları hastaların yaşadığı ülkelere göre %30, %40 ve hatta %60'a varan maliyet tasarrufu oluşturmaktadır. Dolayısıyla bu turizmin gelişmesindeki en önemli iki etken, düşük tedavi masrafları ve bekleme sürelerinin kısa olmasıdır (Sağlık Bakanlığı,2017a).

**Tablo 4. Sağlık Hizmetleri Ücret Karşılaştırması (2009)**

	<b>Kalp By-Pass</b>	<b>Kalp Kapakçığı Yenileme</b>	<b>Kalça Protezi</b>	<b>Yüz Gerdirme</b>	<b>Diş İmplant</b>
<b>Türkiye</b>	7,500	7500	7,000	4,000	750
<b>Tayland</b>	11,000	10,000	12,000	5,000	1,700
<b>Hindistan</b>	1,000	12,000	10,000	4,800	600
<b>Meksika</b>	21,100	31,000	13,800	8,000	990
<b>ABD</b>	130,000	160,000	43,000	15,000	5,000

Kaynak: Türkiye Sağlık Vakfı, 2010:44

Günümüzde başta Güney ve Güneydoğu Asya ülkeleri medikal turizm pazarında hakim konumdadır, fakat çok sayıda ülkenin de bu pazarda payı bulunmaktadır. Dünyada bu pazardan en büyük payları bulunan ve ilk 10 da yer alan ülkeler; Tayland, Hindistan, Malezya, Almanya, Meksika, Güney Afrika, Brezilya, Kosta Rica olurken, daha sonrasında gelen ülkeler ise, Polonya, Suudi Arabistan, İsviçre, Arjantin, Birleşik Arap Emirlikleri, Türkiye, Çin, İspanya, İngiltere, Avustralya, Küba, Fransa, Panama, Filipinler, Belçika, Macaristan, İsrail, Japonya, Monako, Yeni Zelanda, Güney Kore, Tayvan, Tunus şeklindedir (Moloğlu,2015:676).

Tablo 4’de bazı ülkelerde yapılan medikal tedavilerin ücretleri verilmiştir. Tabloya göre, ABD’de sağlık ürünleri ve hizmetlerinin fiyatları genel olarak, hastanın yurtdışına seyahat edip orada tedavi görmek için harcadığı masrafların toplamından daha fazla olduğu görülmektedir. Örneğin yüz ve boyun gerdirme işlemi ABD’de yaklaşık 12,000-15,000 dolar arası değişirken benzer bir prosedürü yurtdışında yaklaşık 4,000-5,000 dolar olarak yaptırılabilir (Türkiye Sağlık

Vakfi, 2010:44). Yine ABD’de kalça operasyonları 43,000 dolar civarında yapılırken, Türkiye’de bu operasyon 7,000 dolar civarında gerçekleştirilebilmektedir.

Hindistan ise hem uygun fiyatlar sunmakta hem de yüksek kaliteli sağlık hizmetleriyle bu durumu kendisine hedef edinmiş bir ülkedir. Tablo 4’de Kalp By-Pass ameliyatları Hindistan’da 1,000 dolara yapılırken ABD’de 130,000 dolara yapıldığı görülmektedir. Dolayısıyla bazı tedavilerin fiyatları ABD’deki fiyatların onda birine denk gelebilmektedir. Bu ve bu gibi durumlar göz önünde bulundurulup medikal turizmin gerçekleşmesinin nedenleri maddelenecek olursa (Sağlık Bakanlığı,2017a);

- Ülkeler arasındaki fiyat farklılıkları,
- Ülkesindeki bekleme listesinin başka bir ülkede olmaması,
- Uluslararası standartlara, sertifikasyonlara ve akreditasyonlara sahip tesislerin olması,
- Yapılan uluslararası anlaşmalar,
- Ülkesinde kapsam dışı olan tedavileri başka bir ülkede yaptırmaması,
- Sağlıklı yaşam

Her ne kadar insanlar medikal tedavi için uygun bulduğu ülkelere gidiyor olsa da bile, gelişmekte olan ülkelerin kullandığı tıbbi müdahalelerin kalitesi, kendi ülkelerindeki kaliteyle aynı düzeyde olduğuna ikna edebilme sorunu kısıtlayıcı bir engeli oluşturmaktadır. Özellikle Hindistan’da hem tedavi sırasında hem de sonrasında hijyen koşullarının yeterli seviyede olmaması, Avrupa ülkelerinde kuşku yarattığı konusunda ciddi endişeler oluşmaktadır. Dolayısıyla medikal turizm reklamlarında kalite güvencesi, teknoloji ve yabancı ülkelere alınmış eğitim gibi referanslara özellikle önem verilmektedir. Ayrıca gelişmiş ülkelerdeki insanların bir kısmı sağlık sigortası kapsamı dışındadır. Dolayısıyla sağlık sigortası kapsamında olmayan hastalıklar, İsrail, Litvanya, Ürdün ve Polonya gibi ülkelere daha ucuz olarak tedavi edilebilmektedir, ancak hem sigorta güvencesinin olmaması hem de düşük gelirin olması yurt dışında tedavi olmaları konusunda son derece zorluk yaratmaktadır (İçöz,2009:2267-2268).

### 2.2.1.3 İleri Yaş Turizmi

İleri yaş turizmi, özellikle 65 yaş ve üstü bireylerin son 20-30 yılda yaş ortalamalarına paralel olarak bakım ve tedavilerindeki artış ile ortaya çıkmış bir sağlık turizmi çeşididir. Gezi turları, çeşitli terapiler, rehabilitasyon hizmetleri, bakım evlerinde yaşlıların bakımı, bu sağlık turizmi çeşidinin alt başlıklarını oluşturmaktadır (Aydın ve diğerleri, 2011:5).

İleri yaştaki insanlar, önemli satın alma potansiyeli olan büyük ve sürekli büyüyen bir müşteri grubunu oluşturmaktadır. Ancak yaşlılar için yapılan ticari teklifler nispeten sınırlı durumdadır. Durumun bu şekilde olmasının birçok sebebi bulunmaktadır. Bunlardan en önemlileri, genç kültürü ve bu pazarın taşıdığı belirli niteliklerdir. Genç alıcılar, pazarlama stratejilerini hedefleyen üreticileri cezbederken, yaşlıların ihtiyaçları tanınmamakta veya yok sayılmaktadır. Yaşlılar için pazar, zengin ve fakir, sağlıklı ve hasta, eğitilmiş ve eğitimsiz, fiziksel olarak aktif veya pasif, yaşlanma ve yavaş yaşlanmadan oluşacak şekilde homojen değildir. İleri yaşta olan bir tüketici de yaşı nedeniyle daha rasyonel ve tecrübeli davranmakta ve elde edilen bilgileri doğrulamak için yeterli zamana sahip olduğundan sunulan ürün hakkında birçok bilgi talep etmektedir (Śniadek,2006:103).

Dünya Turizm Örgütü'ne göre, gelecekteki 2020 yılında piyasa eğilimlerinin bazıları: yaşlı turist sayısındaki artış, aktif tatillerden tecrübeye dayalı tatillere geçiş ve taleplerin gittikçe karmaşık bir hal alıp bölümlenmesi (örneğin, güneş ve kumsal erişimine sahip balayı yerleri veya kültürel gezi) gibi durumlardan oluşacaktır. Dolayısıyla, turizm talebindeki güncel eğilimleri genel olarak aşağıdaki senaryolara göre şartlandırıldığını söyleyebiliriz (Alen ve diğerleri, 2012:140);

- Genel talebin içinde 55 yaşın üzerindeki turist bölümünün artan önemi,
- Kalite ve sofistike açılarından yüksek talep,
- Daha bölümlü pazarlar,
- Zaman eksikliği ve bol para,
- Çevresel ve sürdürülebilirlik konularında artan bilinç ve
- Daha katılımcı ve aktif tatiller, daha uzun güzergahlar ve güzergahların ayrı ayrı yönetilmesiyle gerçekleşmektedir.

Tahminlere göre, 60 yaşın üzerindeki insan sayısının dünya nüfusunun %22'sini oluşturmakta ve 2002 yılında, 60 yaş ve üstü yaklaşık 400 milyon olan sayı, 2025 yılına gelindiğinde dünyadaki tüm yaşlı insanların yüzde 70'ini temsil eden yaklaşık 840 milyona yükselecektir. Çoğu batı ülkelerinde ve birçok batılı olmayan ülkede yaşanan nüfusun yanı sıra yaşlı nüfusun sosyo-demografik ve seyahat kalıplarındaki değişiklikler, yaşlı kesimi, küresel turizm ve seyahat endüstrisi için cazip bir hedef nüfus haline getirmiştir. Bu küresel yaşlanmanın bir sonucu olarak artan bir şekilde tüm tatil harcamalarının büyük bir kısmını ileri yaştaki yolcular oluşturmaktadır. Dolayısıyla son yıllarda araştırmacılar, yaşlıların turizm endüstrisi içinde önemli bir pazar bölümünü oluşturduğunu kabul etmiştir (Adela ve diğerleri, 2017:1). Durum böyle olunca yaşlı pazarının neden göz önünde bulundurulması gerektiğini şu hususlarla maddeleyebiliriz (Śniadek,2017:103-104);

- Olağandışı bir büyüme dinamiğine sahip olan pazar şu anda 60 yaşındaki insan sayısının 670 milyondan fazla olduğu ve 2050 yılına kadar dünya genelinde 2 milyar kişiye ulaşacağı tahmin edilmektedir
- İleri yaş pazarı, boş zamanın en büyük bütçesine sahip olan pazarı oluşturmaktadır. Yapılan araştırmalar, yaşlıların gençlere göre turizm ve dinlenme için %40 oranda daha fazla vakit ayırdığını göstermektedir.
- Yaşlılar, sağlık ve fiziksel koşullardan daha fazla keyif almakta ve bu durumun devam ettirilmesini istemektedir. Dolayısıyla turizm ve dinlenme aktiviteleri özellikle bu amaca hizmet edebilmektedir.

Sonuç olarak, gelecekte ileri yaş turizmindeki artışlar göz önünde bulundurulduğunda yaşlı pazarına yönelik yapılan faaliyetlerde de artışların gerçekleşmesi mümkündür.

### **2.3 Türkiye’de Sağlık Turizmi**

Türkiye, stratejik coğrafi konumu, Avrupa, Asya, Orta Doğu, Kuzey ve Orta Afrika, Rusya'ya yakınlığı ve bu coğrafyalara erişilebilirlik ve gelişmiş sağlık sistemi ile bir cazibe merkezi olmuştur. Türkiye’de sağlık sistemi, davranış kuralları, hastane ekipmanları, teknolojik altyapı ve eğitilmiş sağlık personeli, sağlık turizmi sektöründeki en önemli hedef olarak dikkati çekmektedir. Türkiye'nin bu önemli

konumu, çeşitli fuar, kongre ve toplantılara katılımın sağlanması neticesinde uluslararası alanda daha fazla ilgi görmeye başlamıştır. Medikal (tıbbi), termal ve yaşlı turizmi çeşitleri arasında Türkiye özellikle termal turizm açısından büyük avantajlara sahip durumdadır (İştar,2016:29-30).

Türkiye, jeotermal kaynaklar açısından dünya çapında büyük bir potansiyele sahip durumdadır ve bu potansiyeli ile Avrupa'da önemli bir konumdadır (Kültür ve Turizm Bakanlığı,2017c). Jeotermal kaynak kısaca kabuk sıcaklığı demektir ve sıcak su, buhar ve bazı kimyasalları içeren gazlardan oluşur, ayrıca yerkabuğunun derinliklerinde biriken ısıdan etkilenmektedir (Azaklı,2012:98). Sıcaklıkları 20-110 °C arasında değişen ve akış hızı 2-500 lit/sn arasında değişen 1500'den fazla kaynağa sahip olan ülkemiz, kaynak zenginliği ve potansiyeli sayesinde, dünyadaki ilk yedi ülke arasında değerlendirilmektedir (Kültür ve Turizm Bakanlığı,2017c).

**Şekil 5. Türkiye Jeotermal Kaynaklar Haritası**



Kaynak: Kültür ve Turizm Bakanlığı,2017

Türkiye'deki jeotermal kaynakların dağılımı ise Şekil 5'de verilmiştir. Şekil 5'e bakıldığında sıcaklığı 25-49 °C olan kaynakların Ege bölgesinde ve Karadeniz Bölgesinin batısında daha sık, İç Anadolu ve Doğu Anadolu bölgesinde ise daha

seyrek olarak yayıldığını görmekteyiz. Bununla beraber sıcaklığı 70-100 °C olan kaynaklarında yine Ege Bölgesinde daha sık, İç Anadolu Bölgesinde Yozgat, Güneydoğu Anadolu Bölgesinde Siirt, Batman ve Van'da bulunduğunu görmekteyiz.

Ülkemizdeki yüksek mineralizasyona ve etkin tedavi edici özelliklere sahip termal su potansiyeli, doğal ve zengin kültürel değerleri ile iklimsel özelliklerinin birleşmesi, nadir bir sağlık turizmi ortamı sunmaktadır. Bu noktada Türkiye, Türk Hamamları ve geleneksel kaplıcaları ile sağlık ve termal turizmin gelişmesinde oldukça iddialı bir potansiyele sahiptir (Kültür ve Turizm Bakanlığı,2017c). Ayrıca ülkemizde uluslararası standartlarda hizmet veren 48 adet Joint Commission International (JCI) tarafından akredite edilmiş sağlık kuruluşu bulunmaktadır. Türkiye'de özel hastanelerle beraber kamu ve üniversite hastanelerinde de sağlık turizminin altyapısını güçlendirmek için çeşitli çalışmalar başlamıştır. Örneğin, ilçelerde inşa edilen Şehir Hastaneleri bu amacı kapsamaktadır (Sağlık Bakanlığı,2016). Bunlarla beraber Türkiye (Sağlık Bakanlığı,2012);

- Sağlık sektöründe iyi yetişmiş eğitimli insan gücü bulunmaktadır. İletişim konusunda yabancı dil bilen doktor ve sağlık çalışanlarıyla herhangi bir sorun yaşanmamaktadır. Sağlık turistinin her türlü sorusuna kolaylıkla cevap verilebilmektedir,
- Kuzey Avrupa ve İskandinav ülkelerinde iklim nedeniyle özellikle romatizmal hastalıkların çok olması termal turizme olan talebi de arttırmaktadır,
- Coğrafi yakınlık ve kültürel benzerlik faktörleriyle beraber ülkelerinde bulunmayan doğa ve iklim şartları da göz önüne alındığında, Ortadoğu ülkelerinde Türkiye önemli bir sağlık ve termal turizm destinasyon ülkesi olabilecek durumdadır. Ayrıca son zamanlarda Orta Doğu ülkeleri ile sağlanan vize muafiyetleri ve sınırdan geçişte sağlanan kolaylıklar bu bölgelerden yapılan seyahatleri de önemli derecede arttırmaktadır,
- Ayrıca gelişmiş ülkelerde sağlık giderlerinin yüksek olması sonucunda, sağlık hizmetlerini daha düşük maliyetli olan ülkelere temin etme eğilimi artmaktadır. Norveç, İsveç ve Danimarka'dan sonra Almanya ile Hollanda'da bulunan bazı özel sigorta kurumlarının da Türkiye'ye göndereceği

hastalarının termal tedavileri için giderlerini karşılama kararı almaları, termal turizm açısından ülkemize oldukça önemli bir pazar payını kazandırmaktadır.

Tüm bu durumlar göz önünde bulundurulduğunda Sağlık Bakanlığı'nın 2018-2023 yılları arası gelmesi beklenen hasta sayısı hedefleri belirtilmiş ve Türkiye'ye yurt dışından kamu ve özel hastanelerine tedavi için gelenlerin sayısı Tablo 5'de verilmiştir.

**Tablo 5. Yurt Dışından Tedavi Amaçlı Gelenlerin Sayısı ve Sağlık Bakanlığı Hedefleri**

<b>YIL</b>	<b>HASTA SAYISI<sup>1</sup></b>
2008	74.093
2009	91.961
2010	109.678
2011	176.000
2012	261.999
2013	300.000
<b>SAĞLIK BAKANLIĞI HEDEFLERİ</b>	<b>HASTA SAYISI</b>
2018	800.000
2019	1.000.000
2020	1.300.000
2021	1.600.000
2022	1.800.000
2023	2.000.000

Kaynak: TÜRSAB, 2014 Sağlık Turizmi Raporu.

Tablo 5'deki Sağlık Bakanlığı verilerine göre, yurt dışından özel ve kamu hastanelerine tedavi amaçlı gelenlerin sayısı 2008 yılında toplam 74 bin 93 kişi iken bu rakam aradan geçen 6 yılda 300 bin seviyesine çıkmıştır. Bu rakamlar sadece sağlık hizmeti alanlarını kapsamakta ve turistik amaçlı gelip özel hastanelerde veya sağlık merkezlerinde estetik müdahale ve saç ekimi gibi operasyonlar geçirenleri kapsamamaktadır. Bunları da ele aldığımızda bu rakam 2013 itibarıyla 480 bine

<sup>1</sup> Hasta sayısı özel kamu ve hastanelerde kayıtlı olarak gelenleri kapsamaktadır ve turistik amaçla gelip sağlık merkezlerinde ya da özel hastanelerde estetik müdahale ya da saç ekimi gibi operasyon yaptıranları kapsamamaktadır.



ulaşmaktadır. Sağlık Bakanlığı'nın 2018-2023 yılları arası gelmesi beklenen hasta sayısı hedefleri 2018 yılında 800 bin iken bu rakamın 2023 yılı için 2 milyona çıkması beklenmektedir.

### 2.3.1 Türkiye'de Sağlık Turizmi Çeşitleri

Dünyada genel itibariyle sağlık turizmi termal ve spa-wellness turizm, medikal turizm ve ileri yaş turizm şeklinde ayrılırken, Sağlık Bakanlığı Türkiye'deki turizm çeşitlerini termal ve spa-wellness turizm, medikal turizm ve ileri yaş turizm ve engelli turizm şeklinde ayırmıştır.

**Tablo 6. Sağlık Turizmi Çeşitleri**

<b>Termal ve Spa-Wellness Turizm</b>	<b>Medikal Turizm</b>	<b>İleri Yaş ve Engelli Turizm</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• SPA</li> <li>• Doğal Turizm</li> <li>• Ekoturizmi</li> <li>• Kitle Turizmi</li> <li>• Bitkisel Tedaviler</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elektif Cerrahi</li> <li>• Plastik Cerrahi</li> <li>• Diagnostik Servisler</li> <li>• Kanser Tedavisi</li> <li>• İnfertilite Tedavisi</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diyaliz</li> <li>• İlave Programlar</li> <li>• Yaşlı Bakımı Programları</li> <li>• Bağımlılık Tedavileri</li> </ul>

Kaynak: Moloğlu,2015:67

Bu sağlık çeşitlerinin kapsadığı bazı tedavi yöntemleri ise Tablo 6'da gösterilmiştir. Termal ve spa-wellness turizmde; spa, doğal turizm, ekoturizm, kitle turizmi ve bitkisel tedaviler, medikal turizmde; cerrahi, kanser ve infertilite gibi tedaviler bulunurken, yaşlı turizm de; yaşlılara yönelik bakım ve programlar bulunmaktadır.

#### 2.3.1.1 Termal Turizm

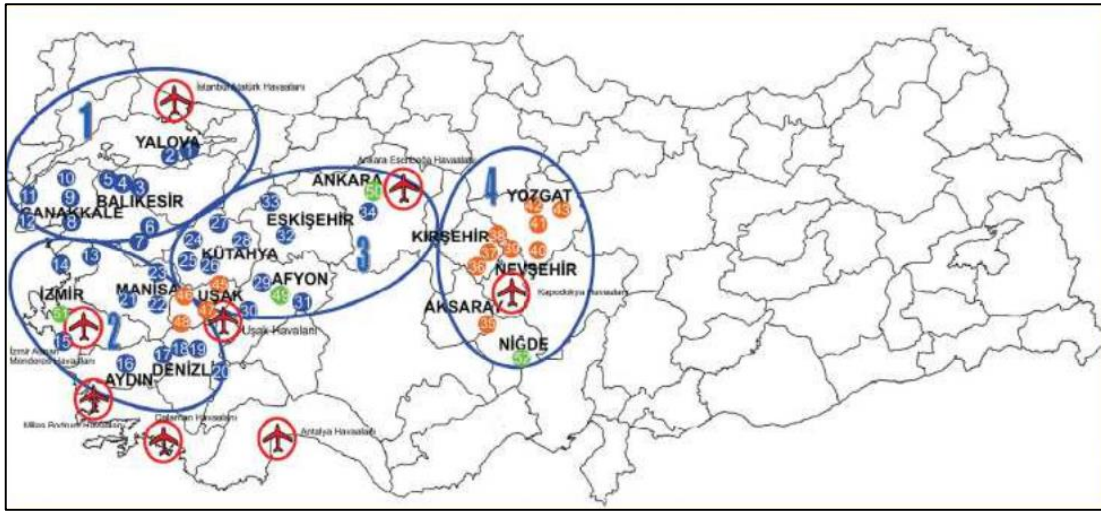
Kültür ve Turizm Bakanlığı termal turizmi tanımlarken, içme, termomineral su banyosu veya çamur banyosu gibi farklı yöntemlerle beraber iklim kürü, rehabilitasyon, fizik tedavi, egzersiz, psikoterapi, diyet gibi de destek tedavilerden oluşan kür uygulamaları olarak belirtmiştir. Bunların yanı sıra termal suların eğlence ve rekreasyon amaçlı kullanılması da bu turizmin bir türünü oluşturmaktadır. Termal turizm (Kültür ve Turizm Bakanlığı,2017e);

- 12 ay boyunca turizm imkanı,
- Tesislerde doluluk oranının yüksek olması,
- Yüksek istihdam oluşturulması,
- Diğer turizm türleri ile kolay uyum sağlanarak bölgesel dengeli turizm gelişmesinin sağlanması,
- Yaşlanan ABD ve AB nüfus yapısının oluşturduğu talepten yararlanılabilme,
- Termal tesislerde insan sağlığını tedavi edici aktivitelerin yanı sıra eğlence ve dinlenme olanaklarının da bulunması,
- Maliyetini çabuk geri ödeyen kür merkezi entegrasyonuna sahip olan tesislerin, karlı ve rekabet gücüne sahip yatırımların olmasına olanak sağlamaktadır.

Türkiye, coğrafi olarak dünyanın en önemli jeotermal kuşağı üzerinde yer almakta ve doğal termal su kaynak zenginliği ve potansiyeli açısından da önemli bir konumda bulunmaktadır ancak önemli olan bu konumunu sürdürülebilir kılmasıdır. Avrupa ülkelerinde yaş ortalaması oldukça yüksek ve sağlık harcamalarında zorunlu harcamalar artmış durumdadır. Dolayısıyla Türkiye'nin bu iklimik avantajları ve düşük fiyatlı tıp tedavileri kullanılarak termal-wellnes, medikal ve ileri yaş turizminde dünyada ilk 5 ülke arasında girmelidir. Fakat maalesef ki su kaynakları açısından dünyada zengin ülkelerden biri olan Türkiye, bu değerli kaynakları doğru bir şekilde kullanamamaktadır. İnsan kaynakları, işletme konusundaki yetersizlikler ve kaynakların tanıtımı ve reklamıyla ilgili sorunlar kaynaklarımızın tam olarak kullanılmasına engel olmaktadır. Dolayısıyla Türkiye'de yalnızca %10 civarında termal kaynak kullanılmaktadır. Yani, termal sularımızın büyük çoğunluğu boşa akmaktadır (Sağlık Bakanlığı,2017b). Bunların yanında kür parkı ile merkezi ve konaklama tesislerin hem nicelik hem de nitelik yönünden yetersiz olması ve uluslararası standartlara sahip termal kent niteliğindeki destinasyonların oluşturulamaması gibi nedenlerle de Avrupa ülkeleriyle rekabet ortamı sağlanamamıştır. Hem hizmet, hem tıbbi yönetim ve hizmetler hem de eğitilmiş ve deneyimli personel açısından eksiklerin hızla tamamlanması gerekmektedir.

Termal turizminin gelişmesi açısından Kültür ve Turizm Bakanlığı tarafından Termal Turizm Master Planı: 2007-2023 oluşturulmuştur. Bu plan kapsamında Troya (Güney Marmara), Frigya, Afrodısyia (Güney Ege) ve Orta Anadolu olmak üzere 4 bölge oluşturulmuş ve bu bölgelerde ki ana amaç termal turizm olarak belirlenmiştir.

**Şekil 6. Termal Kültür ve Turizm Koruma ve Gelişim Bölgeleri ile Termal Termal Turizm Merkezleri**



Kaynak: Kültür ve Turizm Bakanlığı Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, <http://www.ktbyatirimisletmeler.gov.tr>

Şekil 6'da Güney Marmara termal turizm kentleri bölgesi; Çanakkale, Balıkesir, Yalova, Güney Ege Bölgesi termal turizm kentleri bölgesi; Denizli, Aydın, İzmir, Manisa, Frigya Bölgesi termal turizm kentleri bölgesi; Ankara, Afyonkarahisar, Eskişehir, Uşak, Kütahya, Orta Anadolu termal turizm kentleri bölgesi; Kırşehir, Aksaray, Nevşehir, Niğde, Yozgat olarak ayrılmıştır. Bu bölgelerin, bölgesel destinasyon olarak geliştirilmesi hedeflenmiş ve bu bölgelerde sadece termal tesisler değil aynı zamanda kıyı bölgelerinde deniz kürü, golf, su sporları gibi alternatif turizm türleri de bulunmaktadır (Kültür ve Turizm Bakanlığı,2017d).

### 2.3.1.2 Medikal Turizm

Son yıllarda medikal turizm dünyada hızla yükselen bir sektör olmuş ve Türkiye bu sektörün önde gelen ülkelerinden birisi haline gelmiştir. Dolayısıyla Türkiye'ye gelen uluslararası hasta sayısı da her geçen yıl artış göstermektedir.

Dünya turizm hareketlerinde önemli paya sahip olan Türkiye, altyapı tesisleri, kaliteli sağlık hizmetleri, nitelikli insan gücü, rekabetçi fiyat avantajları ile birlikte dünya çapında tanınan kaliteli turizm yönetimi, Türk misafirperverliği, eşsiz doğal ve tarihi kaynakları ile her geçen gün medikal turizmden daha fazla pay almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Türkiye'nin yakın coğrafyasında yer alan ve sağlık sistemleri yeterince gelişmemiş olan Arnavutluk, Azerbaycan, Kazakistan ve Bosna Hersek gibi ülkelerden Türkiye'ye sağlık turizmi talebi olmaktadır. Ülkemizdeki hekimlerin mesleki donanımlarının yüksek olmasıyla beraber donanımlı hastane ve sağlık personelinin olması, bu ülkelerin medikal turizmde Türkiye'nin tercih edilmesini olumlu yönde etkilemektedir. Türkiye'nin rekabetçi fiyat uygulamalarına sahip bir ülke olması da bu durumun bir başka etmenidir (Zengingönül ve diğerleri, 2012:18-19).

Türkiye'nin medikal turizm alanında avantajlarının yanında bazı deavantajlarının da olduğunu söylemek mümkündür. Öncelikle avantajları ele alınacak olursa;

- Uygun maliyetle kaliteli hizmetin verilmesi,
- Nitelikli doktor ve hastanelerin oluşu,
- Akredite hastaneler ve doktorların uluslararası itibarının olması,
- Singapur, Tayland, Hindistan ve benzeri tıbbi seyahat yerleri ile karşılaştığımızda ABD'ye daha yakın bir ülke konumunda olması,
- Turistik yerlerin çeşitliliği sebebiyle sıkça ziyaret edilmesi,
- Dil engelinin bulunmaması, sağlık çalışanlarının İngilizceyi konuşabiliyor olması,
- Türk misafirperverliğinin dünya çapında biliniyor olması.

Ayrıca Türkiye'nin birçok bölgesinde medikal turizm ile termal turizm birlikte yürütülebilmektedir. Aslında bu durum ülkenin çok önemli bir avantajını oluşturmaktadır. Örneğin, kaplıcaların birçok hastalığı tedavi edici etkisi bu birlikteliği sağlamaktadır (İçöz,2009:2272).

Türkiye'nin medikal turizm alanındaki deavantajları ise şöyle sıralanabilir (Erdoğan ve Yılmaz,2012:1056-1057);

- Devletin verdiği destek, rakipler kadar güçlü olmamaktadır,
- Sağlık turizmi kalitesi ve bölgesi arasındaki gelişme düzeyi farklılıkları nedeniyle medikal turizm ülkenin her tarafına yayılmamıştır. Bu nedenle, bazı bölgelerin kalkınma düzeyine katkısı sınırlı kalmaktadır,
- Kaliteli insan kaynaklarının yetersizliği, medikal turizm destinasyonlarında sık görülen sorundur. Kamu sektörü, Türkiye'de insan kaynaklarıyla ilgili bazı sorunlarla da karşı karşıya kalmakta ve artan özel sağlık kuruluşları nitelikli hekimleri cezbederek kamu sağlık kuruluşlarında hekim sıkıntısına neden olmaktadır.

Bu deavantajlar da göz önünde bulundurulduğunda Türkiye'de medikal turizmin geliştirilmesi ve bu alandaki rekabette etkili olabilmesi için (Moloğlu,2015:677-678);

- Medikal turizm için hedef olarak seçilen pazarlarda, medikal turizmde Türkiye'nin üstün özelliklerini vurgulayacak tanıtım ve kampanyalar yapılmalıdır,
- Hem kamu hem de özel sektör uyum içerisinde çalışarak medikal turizmin tanıtımını sağlamasına yardımcı olmalı ve Türkiye'nin imajını güçlendirmelidir,
- Hastalar arasında iletişimi sağlamakta olan aracı kurumların hizmetleri uluslararası standartlara sahip olmalı ve sertifika aldırılarak sürekli ve etkili bir denetim sağlanmalıdır,
- Medikal turizm alanında seminerler ve kongreler olmak üzere uluslararası fuarlara katılarak, Türkiye'nin kaliteli ve düşük fiyatlı medikal turizm hizmetlerini tanıtır pazarlanması sağlanmalıdır.

Ayrıca Türkiye'de sağlık turizmi için milyarlarca dolarlık yatırımlara yapılmıştır fakat talep hem yeterli değil hem de henüz istenen seviyede değildir. Bu durumun nedeni ise sağlık turizmi için yurt dışında tanıtımlar ile reklamların az olması ve etkili bir satış ve pazarlama ağının kurulmamış olmasıdır

(İçöz,2009:2272). Her ne kadar eksiklikler olsa da sonuç olarak yaşlanan nüfuslu ülkelerden gelen sağlık hizmetleri talebinin artması, bazı ülkelerde Ulusal Sağlık Sistemleri'nde yaşanan arz eksikliği ve Türkiye'nin konumundan dolayı uluslararası seyahatte maliyetin düşük olması gibi fırsatlar medikal turizmde gelişmeler yaşatmaktadır.

### **2.3.1.3 İleri Yaş ve Engelli Turizm**

Yaşlı bakımı ve engelli turizmi de 12 ay boyunca faydalanılabilecek sağlık turizminin önemli alt dallarıdır. Medikal turizmde yaşanan gelişmeler, misafirperverliğimiz, doğal zenginliklerimiz ve termal sularımız ile hem yaşlı bakımı hem de engelli turizmi açısından günden güne dikkat çekmektedir (Buldukoğlu,2014:55-56). Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın 2017 yılındaki açıklamasına göre, Türkiye'de engelli oranı toplam nüfus içerisinde %6,9'dur. Verilen bu oranlara göre, 2 milyon 85 bin erkeğin ve 2 milyon 792 bin kadının en az bir engelinin olduğu belirtilmiştir. Bu yüzden engellilik ülkemizde önemli bir konu olarak durmaktadır. Birçok ülke yaşlı bakımı ve yaşlı sağlık turizmi için çeşitli çözümler üretmişlerdir. Zaman içerisinde bu çözümler pazarlanarak yaşlı bakım endüstrisi ve ekonomisi yaratılmıştır. Türkiye'de 2014-2018 yılları arası 10. Kalkınma Planındaki hedefler arasına yaşlı bakımını "İleri Yaş Turizmi" başlığı ile ele almıştır.

Yaşlı bakım hizmetleri sağlanırken öncelikle kişiye özel hizmet anlayışı içinde planlama yapılmalıdır. İleri yaştaki insanların, fiziksel ve ruhsal sorunları, alışkanlıkları, kültürel özellikleri ve tıbbi ihtiyaçları göz önüne bulundurulmalıdır. Dolayısıyla her yaşlının beklentisi farklı olabilmektedir. Ayrıca ileri yaştaki insanların bazı hastalıkları ya da fiziksel farklılıkları, alt uygulama alanlarının da ortaya çıkmasına neden olmuştur. Sağlık Bakanlığı yaşlı turizmini bazı alt başlıklara ayırmış ve ülkemizin olanakları göz önünde bulundurulduğunda şu başlıklar altında gruplama yapmıştır;

- Sağlıklı yaşlı bakımı
- Kronik hastalıklara sahip yaşlı bakımı
- Rehabilitasyon ve tedavi öncelikli yaşlı bakımı

- Palyatif ( Termal Dönem) yaşlı bakımı

İleri yaş turizmin yanı sıra engelli turizm de önemli bir turizm çeşidini oluşturduğu göz önünde bulundurulmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü engelliliği, “bir insanın normal olarak kabul ettiği şekilde veya bir etkinlik yapma kabiliyetindeki herhangi bir kısıt veya eksiklik” olarak tanımlamıştır. Nüfusun yaşlanması ve kronikleşen sağlık koşullarıyla birlikte gün geçtikçe engelli kişi sayısında artış gerçekleşmektedir. Dolayısıyla engelli turizm potansiyelinin dünyada önemli bir konu olduğu görülmektedir. Örneğin, sadece Avrupa’da ki engelli turizm pazarının 2008 yılında ekonomik değeri 80 milyar Avro olmuştur.

Seyahat etme ve turistik faaliyetlere erişim hakkı, engelli insanlar ve aileleri için temel bir sosyal hak olarak algılanmalıdır. Seyahat ve turizm, tüm insanların yaşam kalitesinde önemli bir faktördür. Turizm, engelli insanlar ve aileleri için de dinlenmek ve iyileşmek adına önemli bir şans olabilmektedir. Dünyadaki diğer turizm çeşitlerinin yanı sıra artık engellilerin, bakım verenlere, arkadaşlarına, akrabalarına ve yaşlılara ek olarak turizm endüstrisi içinde büyük bir potansiyel pazar bölümünü oluşturduğu yaygın bir şekilde kabul edilmektedir. Bu nedenle, engelliler dünya turizm endüstrisinde önemli bir gelişme pazarı sunmaktadır (Var ve diğerleri, 2011:599).

Bazı durumlarda engellilerin, gönülsüz olmaları turizm yapmamalarına sebep olmaktadır. Örneğin, fiziksel engellilere ilişkin yapılan bir araştırmada otel odası ortamlarının engellilere uygun olma durumu, seyahat yapmalarında ikilem ve kısıtlamalar yaşattığını göstermektedir (Tsai, 2010:513). Ama artık günümüzde turizmin temelini oluşturan ulaşım, konaklama gibi ögelerin engelli insanlar tarafından da kullanılabilir şekilde planlanıyor olması, engellilerinde turizm içinde bir potansiyel oluşturduğunu göstermektedir (Top, 2017:94-95).

İleri yaş ve engelli turizm açısından hem yaşlılar hem de engelliler için hizmet verilebilecek yerler; klinik oteller, tatil köyleri, rekreasyon (eğlen-dinlen) alanları ve bakım evleridir. Sağlık Bakanlığı, sağlık turizminde ileri yaş ve engelli popülasyonunun önemini görmüş ve Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı altında ileri

yaş ve engelli turizmi şubesi oluşturmuştur. Bu şube müdürlüğünün görevleri ise aşağıdaki gibi sıralanmıştır (Buldukoğlu,2014:54-55);

- İleri yaş ve engelli turizmi ile ilgili sağlık merkezlerini ve konaklama alanlarını sağlık turizmi hizmetleri açısından değerlendirmek,
- Yurtdışındaki vatandaşlarımız için Türkiye’de tedavi olması ve ileri yaş sürecini geçirme konusunda çalışmalar yapmak,
- İleri yaş ve engelli turizmle ilgili kurum ve kuruluşların kayıtlarını tutmak ve planlamak,
- İleri yaş ve engelli turizmi için hizmet verecek sağlık kurum/kuruluşlarının planlamasını yapmak,
- Kurum ve kuruluşlarda ileri yaş ve engelli turizmi ile ilgili koordinasyonu sağlamak,
- Mevzuat çalışmalarını yapmak,

Sonuç olarak ülkemizdeki tıp turizmi, spa&wellness ve kaplıca turizmi ile ileri yaş turizmi için çok iyi bir ortam sunmaktadır. Dolayısıyla bu durum ileri yaştaki insanların dikkatini çekmekte ve ülkemize gelmesini teşvik etmektedir.

Engellilerin de, yaşam kalitelerini yükseltmek için seyahat faaliyetlerine katılmaları teşvik edilmelidir. Örneğin Var ve diğerleri (2011)’e göre bu teşvik, sıfır faizli tatil kredisini engellilere sunarak gerçekleştirilebilir ya da toplu konut tesisleri engelliler tarafından ücretsiz veya düşük oranlarda kullanılmak üzere tahsis edilebilir. Ayrıca halk, engellilere yönelik önyargılı ve olumsuz tutumları değiştirmek amacıyla TV ve radyo programları yoluyla eğitilmelidir (Var ve diğerleri 2011:615-616). Bununla beraber engelli vatandaşlar tatile veya tedavi amaçlı başka bir ülkeye seyahat ettiğinde kaldıkları yerlerinde kendilerine uygun olması turizm açısından oldukça önem arz etmektedir.

#### **2.4 Sağlık Turizmi Planları, Destekleri Ve Teşvikleri**

Türkiye’de sağlık turizmi için yapılan yatırımlarla, sağlık turizmi alanında daha çok söz sahibi olması, daha çok turist çekmesi ve konumu itibariyle önde gelen ülkelerden biri olması amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda sağlık turizmi için planlar ve teşvikler yapılmaktadır. Kültür ve Turizm Bakanlığı tarafından Türkiye Turizm



Stratejisi 2023 ve Eylem Planı 2007-2013, Sağlık Bakanlığı tarafından 2013 ve 2017 yılları arasında Stratejik Eylem Planı ve Kalkınma Bakanlığı tarafından ise Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018 hazırlanmıştır.

Türkiye Turizm Stratejisi 2023 ve Eylem Planı 2007-2013 çalışmasında, Türkiye’de bulunan alternatif turizm potansiyellerinin tespitinin yapılması ve planlı bir şekilde bu potansiyelleri koruma-kullanma dengesi sağlanarak ülke turizmine kazandırılması için izlenecek olan stratejilerin belirlenmesi ve eylem planı haline getirilmesi amaçlanmıştır. Türkiye Turizm Stratejisi 2023’ün önemli bir bileşenini oluşturan Türkiye Turizm Stratejisi Eylem Planı 2007-2013, turizm sektörü için uzun erimli bir vizyon kazandırma amacıyla hazırlanmıştır. Dolayısıyla Türkiye Turizm Stratejisi 2023 yılı hedeflenirken Eylem Planı 2007-2013 yılı da hedeflenmektedir. Böylece uygulamaya konulacak hedefler hem ölçülebilir hem de izlenebilir olacaktır (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2007:42). Bu kapsamda Türkiye Turizm Stratejisi 2023 yılının vizyonu; sürdürülebilir bir turizm yaklaşımının benimsenmesi ve bu sayede istihdamın artırılmasıyla beraber bölgesel gelişmede de turizmin öncü bir sektör konumuna ulaştırılması ve 2023 yılına kadar Türkiye’nin, hem turist sayısı hem de turizm geliri bakımından uluslararası pazarda ilk beş ülke arasına girerek uluslararası bir marka haline gelmesi ve önemli bir varış noktası olarak sağlanmasıdır. Planlamadaki strateji ise; fiziksel düzeyde uygulanabilir, ekonomik gelişimi destekleyen hem topluma yönelik hem de sürdürülebilir bir turizm ilkesini içeren bir planlama yaklaşımının ortaya konmasıdır (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2007:3-4). Türkiye Turizm Stratejisi 2023 ve Eylem Planı 2007–2013 ana kararlarıyla beraber Termal Turizm Master Planı (2007-2023)’nin birinci aşamasında 4 bölge oluşturulmuş ve oluşturulan bu bölgelerdeki deneyimlerle birlikte çalışmanın ikinci etabında, Turizm Merkezleri ilan etmek hedeflenirken bu alanların Çevre Düzeni Planlarını yapmak suretiyle de tüm ülke çerçevesinde termal turizm potansiyeli değerlendirilmektedir (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2018).

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış Stratejik Eylem Planı 2013-2017 (Sağlık Bakanlığı, 2013)'de;

- Amaç; Türkiye'nin sağlık ve sosyal kalkınmasına ve küresel sağlığa katkıda bulunan bir araç olarak sağlık sisteminin geliştirilmesine devam edilmesidir.
- Hedef; Türkiye'de sağlık turizminin güçlendirilmesi ve sağlık turizmi ile ilgili reklamcılık yapma ve cazibe yaratmaktır.
- Hedefe Yönelik Stratejiler; Sağlık turizmi kapsamında sunulan hizmetlerin kalitesinin artırılması, sağlık turizmi hizmet kapsamını genişletmek ve sağlık turizmi yönetimini geliştirmektir.

Kalkınma Bakanlığı'nın hazırladığı olduğu Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018'nin amacı ise, Türkiye'nin dünyada yükselen bir piyasa konumuna sahip olan medikal turizm, termal turizm ve yaşlı-engelli turizm alanlarında hizmet kalitesinin yükseltilmesi ve böylece rekabet gücünün artırılmasıdır.

**Tablo 7. Türkiye'nin Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018: Programın Amacı, Hedefleri ve Performans Göstergeleri**

Gösterge	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Termal Turizm Yatak Kapasitesi</b>	42.000	50.000	60.000	75.000	90.000	100.000
<b>Termal Turizm Turist Sayısı</b>	500.000	625.000	780.000	975.000	1.250.000	1.500.000
<b>Medikal Turizm Turist Sayısı</b>	308.500	360.000	435.000	520.000	620.000	750.000
<b>Termal, Medikal ve İleri Yaş Turizminde Turizm Geliri (Milyar ABD Doları)</b>	2,75	3,40	4,45	5,85	7,60	9,35

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018, <http://www.sbb.gov.tr/>.

Onuncu Kalkınma Planı dahilinde Sağlık Turizmi Geliştirme Programı'nın performans göstergeleri ise Tablo 7'de verilmiştir. Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018 hedefleri; 2018 yılında termal turizmde 100.000 yatak kapasitesine ulaşmak ve 3 milyon dolar gelir elde etmekle beraber 1.500.000 (600.000 tedavi amaçlı) yabancı termal turiste hizmet sunulması, termal turizmde ilk 5 ülke arasında yer almak, medikal turizmde 750.000 yabancı hastanın tıbbi tedavisini yapmak ve 5,6 milyon dolar gelir elde etmek, ileri yaş turizminde 150.000 yabancı turistin ülkemizi ziyaret etmesi ve 750 milyon dolar gelir elde edilmesi amaçlanmaktadır.



**ÜÇÜNCÜ BÖLÜM**

**SAĞLIK TURİZMİNE İLİŞKİN DÜZENLEME VE**

**TEŞVİKLERİN SAĞLIK TURİZMİ GELİRLERİNE ETKİSİ:**

**MÜDAHALE ANALİZİ**

**3.1 Sağlık Turizmi Destek ve Teşvikleri**

Teşvikler genel olarak “kamu tarafından çeşitli yöntemlerle verilen maddi veya gayri maddi destek, özendirme ve yardımlar ile belirli ekonomik faaliyetlerin diğerlerine oranla daha hızlı gelişmesini sağlamak” olarak tanımlanmaktadır. Kısacası teşvikler, ekonomik açıdan devletin sağladığı hem kolaylık hem de motivasyon aracıdır. Bu uygulamalar ile yatırımların maliyetlerini düşürmek, kolaylıklar sağlamak, finansman ihtiyaçlarını hafifletmek, karlılığı arttırmak, özel sektör yatırımlarını belirli sektörlere ve yörelere kaydırmak amaçlanmaktadır (Aydoğuş ve diğerleri, 2006:3).

Türkiye’de sağlık turizmine dayalı teşvik ve destekler 1980 yılları itibariyle başlamış olup günümüzde bu sektöründe öneminin artmasıyla beraber desteklerde de artışlar yaşandığı görülmektedir. Bu tür destek ve teşvikler Türkiye’nin sağlık turizmi hedeflerinin gerçekleştirilmesi için oldukça önemli olmakla birlikte sağlık turizmi sektörünün de önünü açacaktır. Sağlık Bakanlığı, sağlık turizminin gelişmesi ve bu alanda gelen hasta sayısının artmasıyla birlikte turizm alanında yasal mevzuatlar yayınlayıp, sağlık turizminde yaşanan sorunları ve bu sorunlara ait hukuksal çözüm için takip edilmesi gereken resmi mevzuatları belirtmiştir. Ekonomi Bakanlığı ise sağlık turizmi desteklerini “Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Karar” adı altında belirterek yine bu sektör için birçok teşvik ve destek sağlamıştır.

**3.1.1 Sağlık Bakanlığı Mevzuat ve Teşvikleri**

Son yıllarda sağlık turizminin gelişmesiyle beraber Sağlık Bakanlığı sağlık turizmi alanında takip edilmesi gereken mevzuatları belirtmiştir. Sağlık turizmine destek ve teşvik verilmesi aşamasında ilgili mevzuatlar aşağıda açıklanmıştır.

### **3.1.1.1 Özel Hastaneler Yönetmeliği**

2002 tarihli olan Özel Hastaneler Yönetmeliği'nde sağlık turizminin önünün açılması hedeflenmiştir. Yönetmeliğe ek madde eklenerek geriatric tedavi merkezi, klinik konukevi ve turist sağlığını kapsayan konaklama tesislerinde kurulan sağlık kuruluşları, sağlıkla diğer kuruluşlar olarak değerlendirilmiştir. Yönetmelikteki bahsi geçen konukevleri, hastanelerin verimliliğini artırma ve medikal turizm açısından Türkiye'ye gelip uzun bir süre hastanede kalması gereken hastalar için düzenlenmiştir.

### **3.1.1.2 Kaplıcalar Yönetmeliği - Yabancı Hasta İstatistiklerinin Kayıt Altına Alınması**

Bu yönetmelikte yabancı uyruklu olan hastaların kayıtlarının düzenli bir şekilde tutulmasının sağlık turizmi açısından önemli olduğu vurgulanmıştır. Kamu ya da özel sağlık kuruluşlarında sağlık turizmi kapsamında sağlık hizmeti alan bireylerin kayıtlarının tutulması adına yabancı uyruklu hasta kayıt ve yabancı uyruklu hasta muhasebe sistemleri getirilmiştir.

### **3.1.1.3 Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik 28437 Sayılı Yönetmelik**

Yönetmeliğe 2012 yılında eklenen ek madde ile hem konaklama tesisinde hem de klinik konuk evlerinde, turistler ve sağlık turizmi için diyaliz merkezi açılabileceği belirtilmiştir. Bu kapsamda klinik konuk evinde ve konaklama tesislerinde kurulacak olan diyaliz merkezleri bir diyaliz merkezlerine bağlı olacak ve müstakil olarak açılabilecektir.

### **3.1.1.4 6322 Sayılı Kanunla Getirilen Sağlık Turizminde Gelir ve Kurumlar Vergisi İndirimi**

30 Aralık 2012 tarihli Kurumlar Vergisi Genel Tebliği'ne göre, Türkiye'de yerleşmiş olmayanlar veya iş merkezi yurtdışında olanlara Türkiye'de verilen münhasıran yurtdışında yararlanılmakta olan mühendislik, mimarlık, tıbbi raporlama, çağrı merkezi, muhasebe kaydı tutma ve veri saklama hizmeti gibi alanlarda faaliyette bulunmakta olan hizmet işletmeleri bakanlığın hem izni hem de denetimine

altında sağlık ve eğitim alanında faaliyet gösteren ve yine Türkiye’de yerleşmiş olmayanlara hizmet veren işletmelerin bu faaliyetlerinden elde ettikleri kazancın %50’si kadarını beyan edilen kurum kazancından düşürülebileceği belirtilmiştir. Ayrıca bu tebliğde Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış olması şartıyla beraber sağlık turizmiyle uğraşan işletmelerin de indirimden faydalanabileceği belirtilmiştir.

### **3.1.1.5 Gelir Vergisi Kanunu Değişikliği**

2002 tarihli 193 sayılı Gelir Vergisi Kanunu’nun 89. Maddesinde gerçekleştirilen bir değişiklik ile Bakanlığın izin ve denetimiyle eğitim ve sağlık alanında faaliyet gösterip Türkiye’de yerleşmiş olmayan bireyler için hizmet vermekte olan işletmelerin bu faaliyetlerindeki kazançlarının %50’si gelir vergisi matrahının tespitinde gelir vergisi beyannamesinde bildirilecek gelirlerden indirilmektedir.

### **3.1.2 Sağlık Bakanlığı Tarafından Planlanan Mevzuatlar**

Planlanan mevzuatlarda Türkiye’nin sağlık turizmi alanında amaç ve hedefleri belirtilmiştir.

#### **3.1.2.1 Sağlık Serbest Bölgeleri Yönetmelik Taslağı**

Kanun Hükmünde Kararname’de Türkiye’nin sağlık konusunda bölgesel açıdan cazibe merkezi haline getirilmesinin yanısıra hem yabancı sermaye hem de yüksek tıbbi teknoloji girişinin de hızlandırılması adına Sağlık Serbest Bölgeleri oluşturulmasıyla alakalı düzenleme yapılmıştır. Bakanlar Kurulu tarafından bu bölgelerinin kurulması ve yönetilmesi açısından usullerin belirleneceği hüküm altına alınmıştır. Yine bu maddede Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlık Serbest Bölgeleri’nde verilecek sağlık hizmetine ilişkin usullerin belirleneceği düzenlenmiştir.

### **3.1.2.2 Termal Kür Şehirleri, Kür Merkezleri Ve Rehabilitasyon Klinik Oteller Yönetmeliği**

Bu yönetmelikte tedavi ederken yardımcı olan doğal unsurları kullanan tesisler ve rehabilitasyon kliniklerinde hizmete sunulan sağlık hizmetlerinin organize bir düzende olmasının sağlanması için gerekli usullerin belirlenmesi hedeflenmiştir.

### **3.1.2.3 Sağlık Turizmi ve Turist Sağlığı Kapsamında Sunulacak Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönetmelik**

Bu yönetmelikte kamu ve özel sağlık kuruluşlarında Türkiye'ye uluslararası gelen turist ve hastalara sunulacak sağlık hizmetlerinin usul ve esaslarının belirlenmesi hedeflenmiştir.

### **3.1.2.4 Aracı Kurumlar ve Sağlık Turizmi Süreçleri Mevzuat Taslağı**

Bu taslakta, özel sağlık kuruluşlara veya sağlık kuruluşları için tanıtım faaliyetlerini gerçekleştiren seyahat acentesi, firma, ofis gibi aracı kurumlar tarafından sağlık turizmi kapsamında yurtdışına yapılacak olan tanıtımlarda uyulması gereken yasal yükümlülükler belirlenecektir. Hastanın evinden çıktığı andan tekrar evine gelişine kadar bütün sürecin aracı kurumlar üzerinden kontrol edilmesi planlanmaktadır.

### **3.1.2.5 Sağlık Turizmi Aracı Kurumlar Yönetmeliği**

Bu yönetmelik ile ülkemize yurtdışından gelecek olan uluslararası hastaların seyahat öncesinden her türlü hizmet seçeneklerinden haberdar olması, tedavi öncesi, tedavi sırasında ve tedavi sonrası dönemlerinde isteklerinin yerinde ve zamanında yerine getirilmesi, sorumlu kurumlar tarafından sunulacak hizmetlerin usul ve esaslarının belirlenmesi amaçlanmaktadır.

### **3.1.3 Ekonomi Bakanlığı Hizmetler Sektörü Destekleri**

2012 yılında Ekonomi Bakanlığı "Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi" adlı tebliği yayınlamış ve bu kapsamda sağlık turizmi sektöründe faaliyet gösteren kurumlar için verilen desteklerden söz etmiştir. Türkiye'de hem döviz kazandırıcı hizmet gelirlerinin artırılması hem de hizmet sektörlerinde

uluslararası alanda rekabet gücünün artırılması için tebliğden yararlanacak olanların gerçekleştirecekleri faaliyetlerinde giderlerinin belli bir kısmının karşılanması ile ilgili usul ve esasları belirlemiştir.

### **3.1.3.1 Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticareti Desteği**

Madde 1'e göre bu destekleme kararındaki amaç; Türkiye'de döviz kazandırıcı hizmet sektörlerinin uluslararası düzeyde rekabet gücünün ve hizmet gelirlerinin artırılması, Türkiye'de yerleşik şirket ve kuruluşların pazarlara açılması ve markalaşması için gerçekleştirdikleri faaliyetlerdeki giderlerin Destekleme ve Fiyat İstikrar Fonu'ndan (DFİF) karşılanmasıdır. Sağlık turizmi de bu hizmet ticareti içinde yer almakta olup yurt dışından gelen hastalara danışmanlık, rehberlik ve organizasyon hizmetleri sunan şirketleri kapsamaktadır.

Desteklenecek Faaliyetler;

Madde 5'e göre sağlık turizmi kapsamında yararlanıcılar tarafından gerçekleştirilen faaliyetler;

- a) Hizmet ve ürün tesciline ilişkin yapılan harcamalar ile yurt içinde tescil ettirilmiş olan markalarının yurt dışında tescili ve korunmasına ilişkin giderleri, %50 oranında ve yıllık en fazla 50.000 ABD Doları,
- b) Bakanlığın uygun görmüş olduğu kuruluşlardan yaptırılan pazar araştırması, sektör, ülke, uluslararası mevzuat, veri madenciliği faaliyetleri, marka odaklı raporlar veya yabancı şirket ile yabancı şirket alımlarındaki mali ve hukuki danışmanlık dahil olan danışmanlık hizmetlerine ilişkin giderleri %60 oranında ve yıllık en fazla 200.000 ABD Doları,
- c) Pazarlama, reklam ve tanıtım faaliyetleri için yapılan harcamaları %60 oranında ve yıllık en fazla 400.000 ABD Doları,
- d) Yurt dışında faaliyet gösteren şirketleri ya da şubeleri vasıtasıyla açtıkları birimlerin vergi, harç ve resim dahil olmak üzere brüt kira ve komisyon harcamaları %60 oranında ve birim başına yıllık en fazla 120.000 ABD Doları,



- e) Bakanlığın rekabet avantajını yükseltmek için uluslararası pazarlarda belirlemiş olduğu konularda firma, kuruluş veya uzmanlar tarafından alınan danışmanlık hizmetlerine ilişkin giderleri %50 oranında ve yıllık en fazla 200.000 ABD Doları olarak desteklenmektedir.

### **3.1.4 Ekonomi Bakanlığı'nın Sağlık Turizmi Sektörüne Yönelik İlave Destek Unsurları**

Ekonomi Bakanlığı yukarıda sayılan desteklerin yanı sıra sağlık turizmine yönelik ek desteklerde de bulunmuştur.

#### **3.1.4.1 Tercümanlık Hizmetleri ile Yurt Dışından Getirilen Hastaların Desteklenmesi**

Madde 6'ya göre; yurt içinde sağlık kuruluşlarının istihdam edeceği tercümanlık hizmeti veren en fazla iki personelin aylık brüt ücretleri %50 oranında karşılanması ve personel başına da yıllık olarak en fazla 25.000 ABD Doları veya tercümanlık hizmet alımında gerçekleşen giderleri %50 oranında ve yıllık en fazla 50.000 ABD Doları'na kadar karşılanmaktadır.

Madde 7'ye göre; Bakanlık ile protokol yapmakta olan havayolu şirketleri ya da özel sağlık kuruluşları tarafından hastaların tedavisi için tarifeli uçak seferi ile Türkiye'ye getirilmesi halinde, uçak veya diğer ulaşım giderleri hasta başına %50 oranında ve en fazla 1.000 ABD Doları karşılanırken, tarifersiz uçak seferleriyle Türkiye'ye getirilmesi durumunda ise hasta başına 200 ABD Doları'nı geçmemek suretiyle ulaşım giderlerinin tamamı karşılanmaktadır.

#### **3.1.4.2 Münhasıran Yurt Dışına Yönelik Olarak Yurt İçinde Gerçekleştirilen Tanıtım ve Eğitim Faaliyetlerinin Desteklenmesi**

Madde 8'e göre sağlık kuruluşları tarafından münhasıran yurt içinde düzenlenen ve yurt dışına yönelik olarak yapılan tanıtım ve pazarlama etkinliklerine yurt dışından davet edilecek olan kurum ve kuruluş temsilcilerinin davete katılımına ilişkin giderler %50 oranında ve program başına en fazla 50.000 ABD Doları olarak desteklenmiştir.

### **3.1.5 6322 Sayılı Kanunla Getirilen Sağlık Turizminde Gelir Ve Kurumlar Vergisi İndirimi**

30 Aralık 2012 tarihli Kurumlar Vergisi Genel Tebliği'ne göre, Türkiye'de yerleşmiş olmayanlar veya iş merkezi yurtdışında olanlara Türkiye'de verilen münhasıran yurtdışında yararlanılmakta olan mühendislik, mimarlık, tıbbi raporlama, çağrı merkezi, muhasebe kaydı tutma ve veri saklama hizmeti gibi alanlarda faaliyette bulunmakta olan hizmet işletmeleri bakanlığın hem izni hem de denetimine altında sağlık ve eğitim alanında faaliyet gösteren ve yine Türkiye'de yerleşmiş olmayanlara hizmet veren işletmelerin bu faaliyetlerinden elde ettikleri kazancın %50'si kadarını beyan edilen kurum kazancından düşürülebileceği belirtilmiştir. Ayrıca bu tebliğde Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış olması şartıyla beraber sağlık turizmiyle uğraşan işletmelerin de indirimden faydalanabileceği belirtilmiştir.

### **3.2 6322 Sayılı Kanunla Getirilen Sağlık Turizminde Gelir ve Kurumlar Vergisi İndiriminin Sağlık Turizmi Gelirlerine Etkisi: Müdahale Analizi**

Çalışmamızda Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık turizmine teşvik amacıyla yayımlanan 6322 sayılı kanunun sağlık turizmi gelirleri üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Bu noktada öncelikle bu konuyla alakalı yapılan diğer çalışmalara yer verilmiştir.

#### **3.2.1 Literatür Taraması**

Günümüzde neredeyse her devlet tarımda, sanayide ve diğer birçok alanda hem teşvik hem de destek politikaları uygulamaktadır. Bu teşvik, destek politikaları doğrudan para transferleri, alınan kredilere grantör olunması, düşük faizli borçlar, vergi indirimi ve ertelemeleri, ürünlerin piyasa fiyatının üzerinde satın alınması, ucuz girdi temini gibi birçok şekillerde de yapılabilmektedir (Özçam, M. 2003:1).

Türkiye'de özellikle 1980'lerden itibaren aktif dış turizmi önemli bir gelişme göstermeye başlamıştır. Sağlık turizmi, ülke ekonomisine oldukça büyük katkı sağlayan bir gelir kaynağı haline gelmiş ve bu alanında teşviklere başlanılmıştır.

Bunların yanı sıra Türkiye, dünyadaki turistler için de oldukça popüler bir turist çekim merkezi halini almıştır (Bahar, O. 2003:2).

Literatürde sağlık turizmi teşvikleri çalışmalarının az olması sebebiyle turizm teşvikleri ve etkilerinin yanı sıra bu teşvikler arasında vergi indirimi literatürü de ele alınmıştır.

Şanlıoğlu ve Özcan (2017), çalışmasında Türkiye'deki turizm sektörüne yapılan teşvikler ve bu teşviklerin turizm sektörüne olan etkileri analiz edilmiştir. Sonuç olarak, Türkiye'de yapılan teşviklerin daha çok kıyı bölgelerinde gerçekleşiyor olması ve turistik talebin de bu bölgeler üzerinde yoğunlaşiyor olmasına, turizm faaliyetlerinin ise hem diğer bölgelere hem de tüm yıla yayılması hedeflerine yeterince ulaşılmadığı belirtilmiştir. Bunun yanında ürün çeşitlendirmesiyle beraber elde edilecek gelir artışları da istenilen düzeyde gerçekleşmediği, bu noktada uygulanan turizm teşviklerinin belirli noktalarda toplanması yerine her bir alan için ayrı ayrı tespit edilmesi ve ilgili alt sektörler için daha nitelikli teşviklerin uygulamaya konulması gerektiği belirtilmiştir.

Mil (2016), çalışmasında turizm endüstrisine uygulanan teşvikleri, planlı dönem öncesi ve planlı dönem sonrasında, dokuzuncu beş yıllık kalkınma planına kadarki zaman dilimi ele alınarak tarihsel olarak değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda, Türkiye'de turizm alanında uygulanan teşviklerin, hem yatırımları geliştirmesi hem de planlı dönemde amaçlanan hedeflerin gerçekleştirilmesini sağlamak anlamında büyük faydalar sağladığını ve turizm teşviklerinin hem niteliksel hem de niceliksel anlamda kalkınma planlarında bulunan önceliklere dayanarak değişim gösterse de bile yıllar içinde değerlendirildiğinde, ülke ekonomisine önemli katkılar sağladığını bulmuştur.

Dağ ve diğerleri (2017), çalışmada bölgesel anlamda kalkınmışlık farklılıklarının giderilebilmesi için hem uygulamaya konulan bölgesel teşvik politikalarının incelenmesi hem de hangi tür teşvik sistemlerinin uygulandığının, yapılan bu uygulamalarla ise nelerin amaçlandığını ve nasıl sonuçlara ulaşıldığı araştırılmıştır. Çalışma sonucunda uygulanan bu teşviklere rağmen, devlet tarafından bölgesel dengesizlikleri gidermek için aktarılan kaynakların her daim verimli bir

şekilde kullanılmadığı ve geri kalmış bölgelerde ise yeterli olarak ekonomik canlılık kazandırmadığı, her ne kadar birçok sayıda teşvik tedbirleri uygulanmış olsa da, özel sektör yatırımlarının yeterli seviyede bölge ekonomisine kazandırılmasının mümkün olmayacağı ihtimali belirtilmiştir.

Toker (2007), çalışmasında turizm işletmelerine sağlanan teşvikler konusunu ele almıştır. Bu doğrultuda, özellikle Turizmi Teşvik Kanunu ile beraber turizm işletmelerine sağlanan diğer teşvikler de ele alınıp incelenmiştir. Çalışma sonucunda, yatırım kararlarında özellikle hibe türündeki teşviklerin oldukça etkili olduğu, fakat vergi türü teşviklerinin bu konuda fazlaca etkili olmadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Bahar (2007), çalışmasında Türkiye’de turizm sektörüne uygulanan teşvikler ve bu teşviklerin önemiyle beraber teşvik uygulamalarının da genel bir değerlendirmesinin yapılmasını amaçlamıştır. Çalışma sonucunda elde edilen bulgulara göre; 1980 sonrası küresel hareketlerin hızlanmasıyla ve Türkiye’de çıkarılan teşvik yasalarının da sağladığı büyük etkiyle beraber, Türkiye’deki tesis, yatak ve turist sayısında önemli oranlarda bir artış olduğu belirtilmiş, ancak 1983-1995 dönemleri arasında oldukça etkili kullanılan teşvik mekanizmasının, özellikle 1995 sonrasında ülke turizmini geliştirecek ölçüde ve yeterli seviyede uygulanmadığı da bu çalışma sonucunda ortaya çıkan diğer bulgular arasındadır.

Küçülaltan ve Eskin (2008), çalışmada, yatırım ve işletme aşamasında otel işletmelerinin finansman ihtiyacını karşılama noktasında devlet desteklerini ve özel nitelikli teşviklerini yürürlükteki bulunan mevzuatlar çerçevesinde incelenmiştir. Sonuç olarak ise, otel işletmelerinin hem yatırım maliyetlerinin yüksek olması hem de yatırımların geri ödeme süresi uzun olması sonucunda, teşvikler yatırım ve işletme aşamasında sektörün ivme kazanması çerçevesinde önemli bir etkiye sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Kahveci (2014), çalışmasında sağlık turizmi kapsamında Türkiye ve Alanya’nın medikal turizm potansiyelini, avantajlarını ve dezavantajlarını, teşviklerin bilinirliği ve bunların etkin kullanılıp kullanılmadığı araştırılmıştır. Araştırma sonucunda ise, hem Türkiye’nin hem de Alanya’nın medikal turizm potansiyelini iyi bir şekilde değerlendiremediğini ve maliyet avantajı konusunda

teşviklerin kazandırabileceği durumların işletmeler tarafından iyi anlaşılmadığı ve Türkiye'nin tanıtımı konusunda devlet politikalarının da yetersiz olması başlıca ulaşılan bulgular arasındadır.

Gül (2018), çalışmasında turizm sektöründe gerçekleşecek bir vergi indiriminin ekonomi genelinde yapacağı etki araştırılmıştır. Turizm Uydu Hesapları tablolarının yardımıyla beraber Girdi-Çıktı tablosu içinde ayrı bir turizm sektörü meydana getirilmiş ve Sosyal Hesaplar Matrisi içine turizm sektörünü de içeren toplulaştırılmış girdi-çıktı tablosunun yerleştirilmesi sonucunda gelir çarpan analizi yapılmış ve araştırma sonucunda, turizm sektöründe uygulanabilecek bir vergi indirimi durumu sonucunda diğer sektörlerden turizme olan mal talebinde bir artış sağladığı ve bunun sonucunda da sektörler göre farklı değerlerde de olsa üretim aktivitelerinde artışlar görüldüğü ve vergi indirimi senaryosunun açık döngü etkilerine göre de emek talebinde yüzde yarım oranında bir artış sağlandığı bulunmuştur.

Bilgiçli ve Zengin (2017), çalışmada turizm sektöründe faaliyet gösteren turizm işletmelerinin, teşvik kanunu kapsamında faydalanmış olduğu teşvikler ele alınıp incelenmiştir. İnceleme ve değerlendirme sonucunda yatırımcıların daha çok karşılıksız olan teşvikleri değerlendirme ve kullanmada daha istekli oldukları, ancak vergilendirme gibi teşviklerin yatırımcı nezdinde çok etkili olmadığı tespit edilmiştir.

Türkiye ile ilgili yapılan çalışmalar genel olarak incelendiğinde, teşviklerin sağlık turizmi sektörü açısından ve ülke ekonomisi açısından oldukça önemli olduğu ve teşviklerin daha çok kıyı bölgelerinde gerçekleşmesiyle beraber turistik talebin de bu bölgeler üzerinde yoğunlaşıyor olması ve bölgesel dengesizliklerin ortaya çıkması ile karşılaştığı vurgulanmıştır. Bu durumu etkileyen noktasının daha çok termal suların çoğunluğunun kıyı kesimlerde bulunması ve kıyı kesimlerde turizm faaliyetlerinin daha aktif olması olarak belirtebiliriz. Ayrıca Termal Turizm Master Planı'nda da Orta Anadolu Bölgesinin yanısıra yine Ege ve Marmara bölgelerinin termal turizm bölgeleri olarak ele alınmasının da etkisi olduğunu söyleyebiliriz.

### 3.2.2 Veri ve Yöntem

Çalışmada Türkiye'ye ait sağlık turizmi ve turizm verileri bazında 1998-2017 yılları arasında 19 yıllık kapsayan veriler kullanılmış ve veriler TÜİK veri tabanından elde edilmiştir.

Çalışmanın ekonometrik uygulama kısmında ise bazı birim kök testleri yapılmıştır. Birim kök kısımlarından önce ise zaman serilerini açıklamada fayda vardır. Granger ve Newbold (1986) bir zaman serisini; bir zaman parametresiyle sıralı bir gözlem dizisi olarak açıklamıştır. Zaman dizileri sürekli veya somut olarak ölçülebilmektedir (Yaffee ve Mcgee, 2000: 2-3). Günümüzde pek çok alanda zaman serisi verileriyle karşılaşılabilir. Ekonomi, politik bilimler, psikoloji, biyomedikal istatistik, sosyoloji, meteoroloji gibi pek çok bilim dalı zaman serileri verilerini analiz etmekte ve öngörülerde bulunmaktadır (Yaffee ve Mcgee, 2000:4).

Zaman serisi analizlerinde oluşturulan serilerin durağan olmaması temel sorunlardan birisini oluşturmaktadır. Serilerin durağan olmaması durumu, model için kullanılan değişkenler arasında gerçekte olmayan bir ilişkiye ulaşılmasına neden olduğundan dolayı analiz sonuçlarının güvenilir olması için bir modelin tahmininden önce modelin inşa edildiği değişkenlerin durağanlığının test edilmesi önemlidir. Modelde yer alan serilerin durağan olup olmadıkları ise literatürde yer alan çeşitli birim kök testleri ile incelenmektedir.

#### 3.2.2.1 Birim Kök Sınamasının İstatistikî Testlerle Yapılması

Zaman serilerinde durağanlığın test edilmesi için kullanılan yöntemlerin uygulamalı çalışmalarda en çok karşılaşılanları Dickey ve Fuller (1979) tarafından geliştirilen Genişletilmiş Dickey-Fuller (ADF) ve Phillips Perron (1988) tarafından geliştirilen Phillips Perron (PP) birim kök testleridir.

##### 3.2.2.1.1 Dickey-Fuller Birim Kök Testi

Dickey D.A. ve W.A.Fuller tarafından 1979'da "Journal of American Statistical Association" adlı dergide yayınlanan makaleleriyle bu yöntemin ilk kez duyurulmasıyla beraber zaman serilerinde durağanlığı test etmek üzere bir birim kök testi geliştirmişlerdir. Testin yaklaşımı, serinin durağan olmadığı yani birim kök

içerdiği boş hipotezinin, durağan olduğu birim kök içermediği alternatif hipotezine göre sınaması olarak kabul edilmektedir.

Uzun dönemde bir zaman serisinin sahip olduğu özellik, değişkenlerin bir önceki dönemde aldığı değerinin, şundaki dönemi nasıl etkilediğinin belirlenmesiyle beraber ortaya çıkarılabilmektedir. Dolayısıyla serinin geldiği süreci anlamak için, serinin her dönem için aldığı değerin daha önceki dönemlerdeki değerleriyle regresyonunun bulunması gerekmektedir. Bu sayede birim kök testi ile serilerin durağan olup olmadıkları belirlenebilmektedir (Torun, 2015: 55).

$Y_t$  değişkeninin bu dönemde aldığı değerin bir önceki dönemdeki değeri olan  $Y_{t-1}$  ile ilişkisi,  $Y_t = pY_{t-1} + u_t$  şeklinde ifade edilmektedir. Burada  $u_t$  stokastik hata terimini göstermektedir. Bu model birinci dereceden olan bir otoregresif AR(1) modelidir. Eğer regresyon hesaplanır ve katsayısı  $p = 1$  olarak bulunursa  $Y_t$  olasılıklı değişkeninin bir birim köke sahip olduğu (durağan olmadığı) ortaya çıkmaktadır. Bu durumda model şu şekli almaktadır;

$$Y_t = Y_{t-1} + u_t \quad (3.1)$$

Dickey-Fuller (DF) testinde en küçük kareler (EKK) yöntemi tahminine dayalı olarak  $\gamma=0$  hipotezi için birim kök testi uygulanmakta ve hesaplanan t istatistiğine göre karar verilmektedir. Zaman serisi analizinin test edilmesi için gerekli olan hipotez ise şu şekilde ifade edilmektedir;

$H_0 : \gamma = 0$   $Y_t$  serisi durağan değildir, seride birim kök vardır.

$H_0 : \gamma \neq 0$   $Y_t$  serisi durağandır, seride birim kök yoktur.

$H_0 : \gamma = 0$  şeklindeki sıfır hipotezinin reddilmesi, durağanlığı ve  $H_0 : \gamma \neq 0$  şeklindeki alternatif hipotezinin destekleyicisi olduğunu göstermektedir. Sıfır hipotezinin reddedilememesi durumunda ise, serinin birim kök içerdiği sonucuna ulaşılmaktadır.

Seride birim kökün olup olmadığı Dickey-Fuller Birim Kök Testi'nin yanı sıra Geliştirilmiş Dickey-Fuller (Augmented Dickey-Fuller/ADF) Testleri ile de çözümlenebilmektedir. Değişkenin gecikmeli değerlerinin eklendiği modellerde

uygulan Dickey-Fuller testine Geliştirilmiş Dickey-Fuller testi denilmektedir. Her iki testin kullanımında da  $H_0$  (sıfır hipotezi),  $Y_t$  'nin birim köke sahip olduğunu ifade etmektedir ve bu hipotez test edilmektedir. Eşitlikte bulunan katsayı anlamlı bir şekilde negatif ise sıfır hipotezi ( $H_0$ ) reddedilmektedir.

$H_0 : p = 1$  hipotezi varsayımla hesaplanan t değeri  $\tau$  (tau) istatistiği olarak ifade edilmektedir ve  $\tau$  istatistiklerinin değerlendirilmesinde bilinen t testi yapılamamaktadır. Bu sebeple  $\tau$  istatistiği MacKinnon kritik değerleri ile karşılaştırılmaktadır. Dickey ve Fuller tarafından  $\tau$  (tau) istatistiklerinin kritik değerleri, Monte Carlo benzetimleriyle tablolaştırılmıştır (Dickey ve Fuller, 1979: 427).

Yapılan hesaplamalar sonucunda  $\tau$  Dickey-Fuller test istatistiğinin mutlak değeri ( $|\tau|$ ), MacKinnon kritik eşik değerlerinin mutlak değerinden küçük olduğu sonucuna ulaşırsa,  $H_0 : \gamma = 0$  hipotezi reddedilemez ve zaman serisinin durağan olmadığı kabul edilir. Fakat tam tersine  $\tau$  Dickey-Fuller test istatistiğinin mutlak değeri ( $|\tau|$ ), MacKinnon kritik eşik değerlerinin mutlak değerinden büyük ise bu durumda  $H_0$  hipotezi reddedilir ve zaman serisinin durağan olduğu kabul edilir.

Dickey-Fuller testinde kullanılan başlıca kalıpları şunlardır:

$$\begin{aligned}\Delta Y_t &= \gamma y_{t-1} + u_t \\ \Delta Y_t &= \alpha_0 + \gamma y_{t-1} + u_t \\ \Delta Y_t &= \alpha_0 + \alpha_1 t + \gamma y_{t-1} + u_t\end{aligned}\tag{3.2}$$

(3.2)'de bulunan ilk denklem sabitsiz trendsiz, ikinci denklem sabitli trendsiz ve son denklemde sabitli trendli Dickey-Fuller denklemini ifade etmektedir. Denklemlerde bulunan  $\gamma$ , değerinin sıfıra eşit olması durumunda ( $\gamma=0$ )  $y_t$  serisi birim kök içerdiği kabul edilmektedir (Dickey ve Fuller, 1979: 427).

Birim kökün varlığının sınanması için ise iki hipotez kullanılmaktadır. Bunlar;

$$H_0 : \gamma = 0, p = 1 \quad \text{Seri durağan değildir, seride birim kök vardır.}$$

$$H_1 : \gamma < 0, p < 1 \quad \text{Seri durağandır, seride birim kök yoktur.}$$



### 3.2.2.1.2 Phillips-Perron Birim Kök Testi

ADF testi, birim kök testleri içinde en yaygın kullanılan testtir ancak buna karşılık testin içerdiği bazı eksikler bulunmakta ve bu eksiklikler yardımcı testlerle giderilmektedir. Phillips ve Peron (PP) (1988), makalelerinde birim kök testlerini geliştirmişlerdir. Bu test, değişen varyans sorunu ve hatalarda meydana gelen serisel korelasyon ile başa çıkma konusunda ADF ile farklılaşmaktadır. ADF denkleminde otokorelasyonu engellemek için gecikmeli değerlerin eklenmesinin yanı sıra Dickey-Fuller denklemini tahmin ederek t istatistiklerini de yeniden düzenlemişlerdir (Uğurlu, 2009:12).

Birinci farklar PP Testinde dahil edilmediğinden birim kök testinde aşağıdaki model kullanılmaktadır;

$$\hat{t}_\alpha = t_\alpha \left( \frac{\gamma_0}{f_0} \right)^{1/2} - \frac{T(f_0 - \gamma_0)(s_e(p))}{2f_0^{1/2}s} \quad (3.3)$$

(3.3)'de  $s_e(p)$  katsayısı standart hatasını, T gözlem sayısını, s denklemin standart hatasını,  $f_0$  sıfır frekansta artık spektrumunun tahmincisini,  $\gamma_0$  ise hata varyansının tutarlı tahmini göstermektedir. PP Testinde hipotezler ve karar kriteri DF testi ile aynıdır;

$H_0 : p = 0$  Seri durağan değildir, seride birim kök vardır.

$H_1 : p < 0$  Seri durağandır, seride birim kök yoktur.

Test istatistiğinin asimtotik dağılımı ADF testi ile aynı olması dolayısıyla test istatistiği MacKinnon kritik değerleri ile karşılaştırılmaktadır.

### 3.2.2.2 Box-Jenkins Yöntemi ARIMA Modeli

G.P.E. Box ile G.M. Jenkins'in Time Series Analysis: Forecasting and Control adlı kitabının yayımlanmasıyla beraber yeni kestirim araçları literatüre girmiştir. Metodun literatürdeki teknik olarak bilinen ismi ise ARIMA'dır. ARIMA Modeli  $Y_t$

'yi  $k$  tane açıklayıcı değişken  $X_1, X_2, \dots, X_k$  ile açıklayabilen regresyon modellerinin yanı sıra  $Y$ 'ye ait eski ya da gecikmeli değerleri ve olasılıklı hata terimleriyle açıklayabilmektedir. Bu nedenle ARIMA Modellerine bazı yazarlar tarafından teorisisiz veya kuramsız modeller de denmektedir (Torun, 2015:44).

ARIMA modeli, bağımlı değişkenin geçmiş değerlerinin ele alındığı Otoregresif Model olan AR ile cari ve gecikmeli hata terimlerinin, ağırlıklı toplamının ele alındığı Hareketli Ortalama Modeli MA ile birleşiminden oluşan ARMA modelinin, durağan olmayan süreçlere uyarlanmış halidir (Yaffee ve Mcgee, 2000: 108).

### 3.2.2.2 AR (Otoregresif) Süreci

Bağımlı değişkenin geçmişteki değerinin ele alındığı fonksiyon ile bir AR modeli oluşmakta ve beraberinde birçok zaman serisi verileri de bu süreci içermektedir. Bu durumda AR Süreci şöyle ifade edilmektedir;

$$Y_t = p_1 Y_{t-1} + p_2 Y_{t-2} + \dots + p_p Y_{t-p} + \varepsilon_t \quad (3.7)$$

Bu ifade de  $Y$ , bugünkü değeri, gecikmeli değerleri ile açıklayan bir regresyon denklemdir.  $p$  değerleri otoregresif sürecin bilinmeyen parametrelerini,  $\varepsilon_t$  değeri ise beyaz gürültü özelliğini gösteren hata terimini ifade etmektedir (Torun, 2015:15).

### 3.2.2.3 MA (Hareketli Ortalama) Süreci

Modele dahil edilen serinin gecikmeli hata teriminin şimdiki hata terimini etkilemesi durumunda ise hareketli ortalama süreci tanımlanır. MA Süreci olarak ifade edilen bu süreç şöyle ifade edilmektedir;

$$Y_t = \mu + \beta_0 \varepsilon_t + \beta_1 \varepsilon_{t-1} + \dots + \beta_q \varepsilon_{t-q} \quad (3.8)$$

Denklemden  $\mu$  sabit terimi,  $\varepsilon_t$  hata terimini,  $\beta$  terimleri ise hata terimlerinin katsayılarını ifade etmektedir. Kısaca MA, basit bir şekilde beyaz gürültü hatası terimlerinin doğrusal bir kombinasyonudur (Gujarati, 2003:839).

#### 3.2.2.2.4 ARMA (Karma Otoregresif Hareketli Ortalama) Süreci

$Y_t$ 'nin hem AR hem de MA'nın özelliklerine sahip olması ve dolayısıyla ARMA olması muhtemel bir durumdur (Gujarati, 2003:839). Bu durumda  $Y_t$  ARMA sürecine uygun olarak AR ve MA süreçleri birleştirilerek şöyle oluşturulur;

$$Y_t = \theta + p_1 Y_{t-1} + \beta_0 \varepsilon_t + \beta_1 \varepsilon_{t-1} \quad (3.9)$$

Denklemden bir AR bir de MA terimi bulunmaktadır.  $\theta$  ise sabit terimi göstermektedir.

#### 3.2.2.2.5 ARIMA (Ardışık Bağlanımlı Bütünleşik Hareketli Ortalama) Süreci

Box – Jenkins ARIMA (p, d, q) modelinin temel süreçleri; otoregresif süreci, entegre süreci ve hareketli ortalama süreci içermektedir (Yaffee ve Mcgee, 2000:108). Gerçek hayatta bulunan zaman serilerinin birçoğu, zaman içinde değişen belirli bir stokastik sürecin özelliklerini taşıması nedeniyle durağan olmamaktadır. Fakat durağan olmayan bu zaman serilerini durağanlaştırmak için serinin bir veya birden fazla farkını alarak dönüştürme işlemi gerçekleştirilebilmektedir. Böyle zaman serilerine entegre süreç adı verilmekte ve eğer bir zaman serisi durağan ise, sıfırıncı mertebeden I(0) entegre oluyor demektir. Serinin birinci farkları durağan ise I(1) birinci mertebeden entegre olmaktadır. Durağanlık için seri d. mertebeden entegre oluyor ise bu durumda d. mertebeden durağan olmakta ve I(d) şeklinde gösterilmektedir (Torun, 2015:37-38). Farkı alınan ARMA modeli artık ARMA (p,q) değil, ARIMA (p,d,q) olacaktır. Burada yer alan p terimi, otoregresif model derecesini, q terimi, hareketli ortalama model derecesini ve d terimi ise daha önce de belirtildiği gibi serinin durağan hale getirilmesi için gerekli fark alma derecesini ifade etmektedir. Dikkat edilmesi gereken en önemli nokta, Box – Jenkins metodolojisini kullanmak için bir veya daha fazla farklılıktan sonra durağan bir zaman serisine veya bir zaman serisine sahip olmamız gerektiğidir (Gujarati, 2003:840). ARIMA (p,d,q) gösteriminde eğer seriler seviye durumunda yani d=0 olduğunda, orijinal serinin zaten durağan olduğunu göstermekte ve farkının alınmasına da gerek olmadığı bilinmektedir (Torun, 2015:39). Böyle bir durumda

model ARIMA (p,0,q) şeklinde gösterilmektedir. Eğer  $d=1$  ise orijinal seri birinci derecen farkı alınarak durağan hale getirildiği anlamına geldiğinden model ARIMA(p,1,q) şeklinde, ikinci farkı alınarak durağan hale getiriliyor ise de ARIMA (p,2,q) şeklinde gösterilmektedir.

Bir ülkenin GSYİH'sı gibi bir zaman dizisine bakıldığında, bunun tamamen AR sürecini mi yoksa tamamen MA sürecini mi yoksa ARMA sürecini mi ya da ARIMA sürecini mi izlediğini anlamının yolu; p, d ve q değerlerini bilmekten geçmektedir. Box-Jenkins Yöntemi ise bu sorunun cevabını verebilmektedir. Bu durumda yöntem dört adımdan oluşmaktadır (Gujarati, 2003:840-841):

*Modelin Belirlenmesi:* Bu aşamada p, d ve q değerleri belirlenir. Bu amaçla korelasyon ve otokorelasyon fonksiyonlarından yararlanılmaktadır.

*Modelin Tahmini:* Uygun p ve q değerlerini belirledikten sonra, bir sonraki aşama modelde yer alan otoregresif ve hareketli ortalama terimlerinin parametrelerini tahmin etmektir. Bazen bu hesaplama basit en küçük kareler ile yapılabilir, ancak bazen doğrusal olmayan (parametre olarak) tahmin yöntemlerine başvurmak zorunda kalılabilmektedir. Bu hesaplama çoğunlukla istatistiksel yazılım paketleriyle gerçekleştirilmektedir.

1. *Modelin Verilerle Uyumunun Kontrolü:* Bu aşamada en önemli nokta pek çok ARIMA Modeliyle tahmin edilebilmesi mümkün olan serinin modelin verileriyle makul ölçüde iyi uyup uymadığını en iyi olan modelle tahmin edilmesinin sağlanmasıdır. Bu aşama ise pek çok tekrardan oluşan bir süreci içermektedir.
2. *Tahmin:* ARIMA modellemesinin popüler olmasının nedenlerinden biri, tahmindeki başarısıdır. Birçok durumda, bu yöntemle elde edilen tahminler, özellikle kısa vadeli tahminler için geleneksel ekonometrik modellemeden elde edilenlerden daha güvenilir olabilmektedir. Tabii ki her bir vaka kontrol edilmelidir.

### 3.2.2.3 Müdahale Analizi

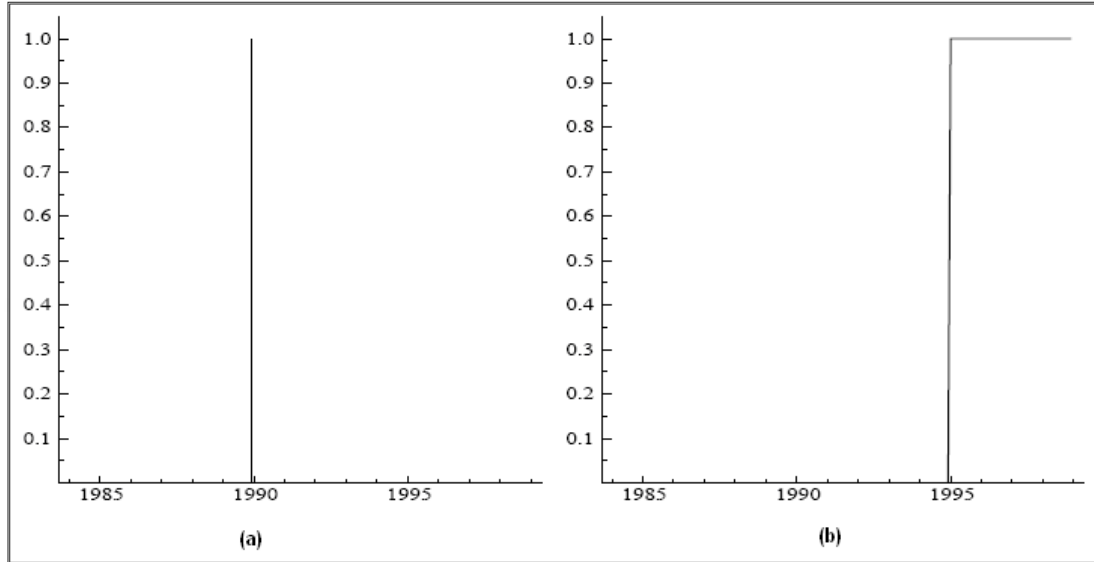
İlk kez müdahale analizi Box ve Tiao (1975) tarafından “Intervention Analysis with Applications to Economic and Environmental Problems” adlı yazılan makalede ortaya konmuştur. Bu nedenle bu yöntem Box-Tiao Yöntemi olarak da bilinmektedir. Müdahale analiz yöntemi kısaca, zaman serileri üzerindeki politik bir etkiyi analiz eden bir yaklaşımdır.

Müdahale analiz yöntemi, ortalamada gerçekleşen değişikliğin belirlenmesi ve test edilmesi için Student-t testi gibi mevcut prosedürler istatistikte çok uzun zamandır önemli bir rol oynamaktadır. Buna rağmen alışılmış t testi, ilgili olay öncesinde ve sonrasındaki gözlemler,  $\mu_1$  ve  $\mu_2$  ortalamaları etrafında hem sabit varyanslı hem de bağımsız normal dağılım gösterdiğinde geçerli olmaktadır. Fakat bununla birlikte alıntılanan örneklerde, veriler ardışık gözlemlerin genellikle seri olarak bağımlı ve çoğu zaman durağan olmadığı zaman serileri formunda da olabilmekte ve güçlü mevsimsel etkiler görülebilmektedir. Böylece, dağıtım fonksiyonunda bağımsızlığa veya özel simetriye dayanan normal parametrik veya parametrik olmayan istatistiksel prosedürler mevcut değildir. Buna göre beklenen formda değişiklik olasılığını içeren stokastik model oluşturmak için bir yaklaşım tasarlanmıştır. Bu tip bir model kurma iteratiftir olmakla beraber uygun geçici analiz kritikleri ile değişen geçici kabul görmüş modelden çıkarsamaları bulunmaktadır. Süreç tanımlama (model formu için geçici tanımlama), kurgulama ve ayırt edici kontrol aşamalarıyla ilerlemektedir (Box ve Tiao 1975:70).

Müdahale analizi, belirli varsayımlara dayanmaktadır. Giriş etkinliğinin ve çarpışma yanıtının gerçekleştiği sistem kapalı olarak kabul edilir. Serinin gürültüsünden ayrı olarak, seri üzerindeki tek dışsal etki, olayın veya müdahaleninki gibi kabul edilir. Diğer tüm şeylerin aynı kaldığı veya sisteme dışsal kaldığı varsayılır. Diziler, oldukça kararlı olduklarında en iyi analiz edilir ve müdahale olayı, tek başına etkiyi hızlandırmaktadır. Bu nedenle, gözlem altındaki sistem, incelenen belirli bir olayın etkilerinin başkalarından kolayca ayırt edilebildiği bir sistem olmalıdır. Bir başka varsayım ise, giriş olayının veya olgunun zamansal sınırlamalarının bilinmesidir. Başlangıç olayının süresi ve giriş olayının sona erme zamanı tanımlanabilir olmalıdır (Yafee ve McGee 2000:268).

Gerçekleştirilen müdahalenin etkileri müdahalenin ani (pulse) veya kademeli (step) olmasına göre farklılık göstermektedir. Bu durumun açıklaması Şekil 7'deki grafikte gösterilmiştir.

**Şekil 7. Müdahale Etkileri**



Kaynak: Sridharan ve diğerleri, 2003: 10.

İlk grafik, darbe müdahalesi, özel tatil veya grev gibi bir ay içinde tekil özel olayları yakalanması sonucunda ortaya çıkabilmektedir. Şekilde de bu tür müdahalenin etkisi anidir ve bir anda ortaya çıkabilmektedir. Şekildeki ikinci grafik ise, kademeli müdahalenin bir örneğidir. Bu müdahalede zaman serisi iki farklı kısma ayrılmakta ve bunlardan biri müdahale öncesi gözlemlerden diğeri ise müdahale sonrası gözlemlerden oluşmaktadır. Bu tür müdahalelere etkisi zamana yayılan politikalar ve regülasyonlar gösterilebilmektedir (Sridharan ve diğerleri, 2003: 9).

Müdahale öncesinde diziyi açıklayan ARIMA modeli, kararlı olmalıdır ve etki yanıt modeli regresyon fonksiyonu gibi formüle edilmektedir. Yanıt dizisini temsil eden bağımlı değişkenle beraber regresyon modelinde bir ARIMA gürültü modeli ve bir müdahale fonksiyonundan oluşan bağımsız değişkenler bulunmaktadır. Formülde yanıt değişken olan  $Y_t$ , müdahale öncesi ARIMA gürültü modeli fonksiyonuyla her bir müdahale için olan deterministik müdahale indikatörünün girdi fonksiyonunun toplamı olarak gösterilmektedir. Bu durumda bir müdahale analiz modeli şu şekildedir (Yafee ve McGee 2000:268);

$$Y_t = f(I_t) + N_t \quad (3.10)$$

Denklemden  $I_t$  politik kuklalığı temsil etmekte ve müdahaleden önceki dönemde sıfır değerini alırken, müdahaleden sonraki dönemde 1 değerini almaktadır.  $f(I_t)$   $t$  dönemindeki müdahale fonksiyonunu,  $N_t$  ise ARIMA ön müdahale modelini göstermektedir.  $t$  dönemindeki politik etkinin gösterimi ise şu şekildedir;

$$Y_t^* = Y_t - N_t = f(I_t) \quad (3.11)$$

(3.11)'de  $Y_t^*$  müdahaleden sonraki zaman serisi için ARIMA gösterimini,  $Y_t$  müdahaleden önceki zaman serisi için ARIMA gösterimini ve  $f(I_t)$  aktarım fonksiyonunu ifade etmektedir. Burada kullanılan aktarım fonksiyonunun genel tanımını şu şekildedir;

$$f(I_t) = \frac{\omega_0}{1 - \delta_1 B - \delta_2 B^2} (1 - B)^D I_{t-p} \quad (3.12)$$

(3.12)'de  $B^n$  geriye kaydırma işlemidir ve bir değişkenin  $n$  dönem gecikmesini sağlamaktadır.  $D$  ise politikanın etki durumunu ifade eden iki değerli bir değişkendir. Politik etki, bu değişkenin sıfır olması durumunda kalıcı olmaktadır, ancak bir olması durumunda politik etki kalıcı olmamaktadır.  $p$  gecikme göstergesini,  $\omega_0$  ilk sıfırdan farklı etkiyi ( $D = 0$  olduğunda ve  $D = 1$  olduğunda ve sıfıra yaklaştığında) ve  $\delta_i$  parametresi ise modelin kararlılığını göstermektedir.

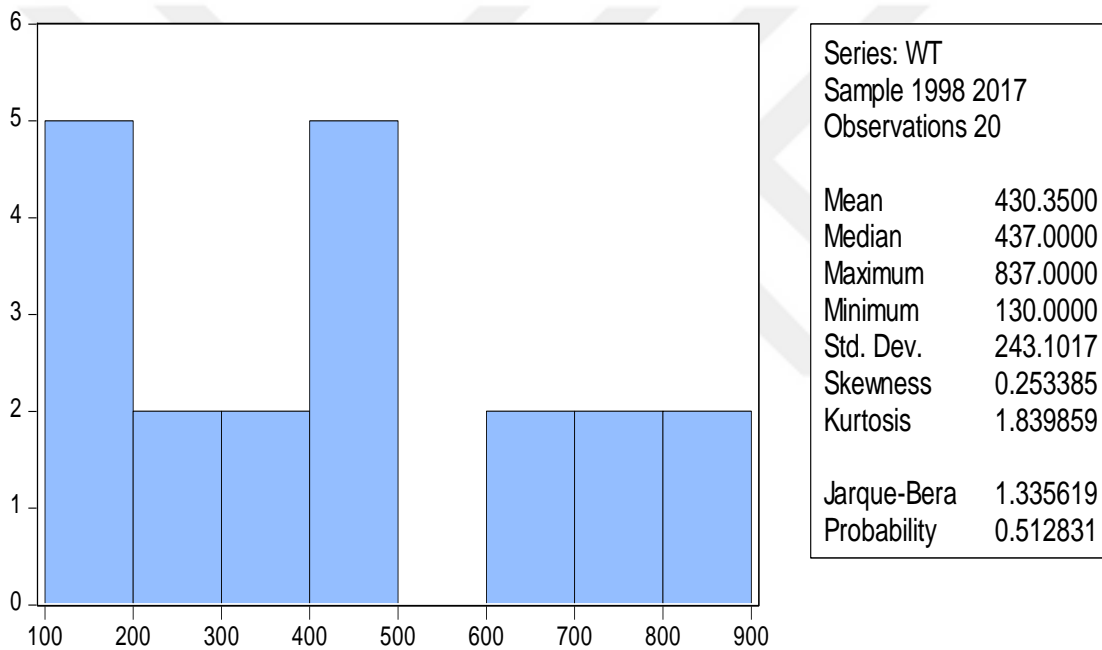
### 3.2.3 Ampirik Bulgular ve Yorumlama

Çalışmamızdaki temel amaç, Sağlık Bakanlığı tarafından 30 Aralık 2012 tarihinden çıkartılan 6322 sayılı kanunla getirilen Sağlık Turizminde Gelir ve Kurumlar Vergisi İndirimi ile 2012 yılı öncesi ve sonrasında sağlık turizmi gelirleri üzerindeki değişimin analiz edilmesidir. Analize geçiş yapmadan önce bir takım testler ile verilerin analize uygun hale getirilmesi gerekmektedir. Dolayısıyla bu noktada öncelikli olarak değişkenler ayrı ayrı bir şekilde analize uygun hale

getirilmeli ardından da ARIMA modelleri yardımıyla uygun model belirlendikten sonra müdahale analizi ile teşvik etkilerinin yorumlanması kısmına geçilecektir.

Analizimizde sağlık turizmi gelirleri serisi uygulamakta kolaylık sağlaması için wt (wellness tourism) kısaltması ile kullanılacaktır. Şekil 8’de sağ tarafta bulunan kutucukta toplam değişkenine ait olan istatistiksel bilgiler bulunmaktadır. Burada değişkene ait; ortalama (median), değişkenin 1998-2017 yılları arasında aldığı maksimum ve minimum değerleri, standart sapması, basıklık (kurtosis) ve çarpıklık (skewness) değerleri yer almaktadır.

**Şekil 8. WT Serisinin Açıklayıcı İstatistikleri**



Bu noktada ortalama değer, verilerin toplam değerinin gözlem sayısına oranıyla hesaplanmaktadır. Ortalama değer tam ortaya düşen ortanca değerdir ve 437.0000 olarak bulunmuştur. Standart sapma ise zaman serisindeki verilerin ortalama etrafındaki dağılımlarını göstermektedir ve 243.1017 olarak bulunmuştur. Çarpıklık değeri grafiksel analizlerinin sağa yada sola dayalı olup olmadığını göstermektedir. Eğer çarpıklık katsayısı pozitif ise sola çarpıklık olduğunu belirtmektedir. Bu noktada çarpıklık değeri 0.25 bulunmuş ve sola çarpıklığın olduğu tespit edilmiştir. Basıklığın pozitif değerde olması grafiği normal dağılıma göre daha dik yada sivri yapabilmektedir. Bu noktada basıklık değeri 1.83 bulunmuş ve 0’dan



büyük olmasıyla beraber grafikte genel olarak ortadaki yıllarda büyüme olduğunu tespit edilmiştir. Son olarak Jarque-Bera (Normal Dağılım) Testi yapılmıştır. Normal Dağılım Testi'nde ise hata terimlerinin norma dağılımlı olup olmadığına bakılmaktadır. Testin hipotezleri şu şekildedir;

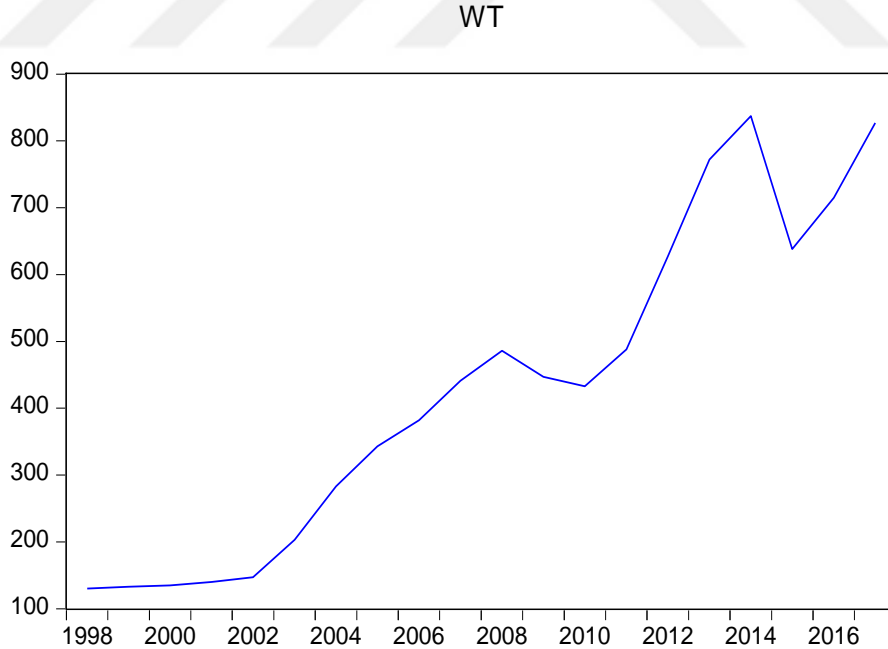
$H_0$ : hata terimleri normal dağılımlıdır.

$H_1$ : hata terimleri normal dağılımlı değildir.

Hipotezin geçerliliği açısından asıl karar verilecek değer olasılık değeridir. Şekil 8'de Jarque-Bera olasılık değerine bakıldığında 0,51 çıkmakta ve 0,05 güven aralığından büyük olduğu gözlemlenmektedir ( $0,51 > 0,05$ ). Dolayısıyla  $H_0$  hipotezi reddedilememekte ve hata terimlerinin normal bir dağılım izlediği sonucuna ulaşılmaktadır.

WT değişkeninin logaritması alınmadan önceki zaman yolu grafiği Şekil 9'da gösterilmiştir.

**Şekil 9. WT Serisinin Zaman Yolu Grafiği**

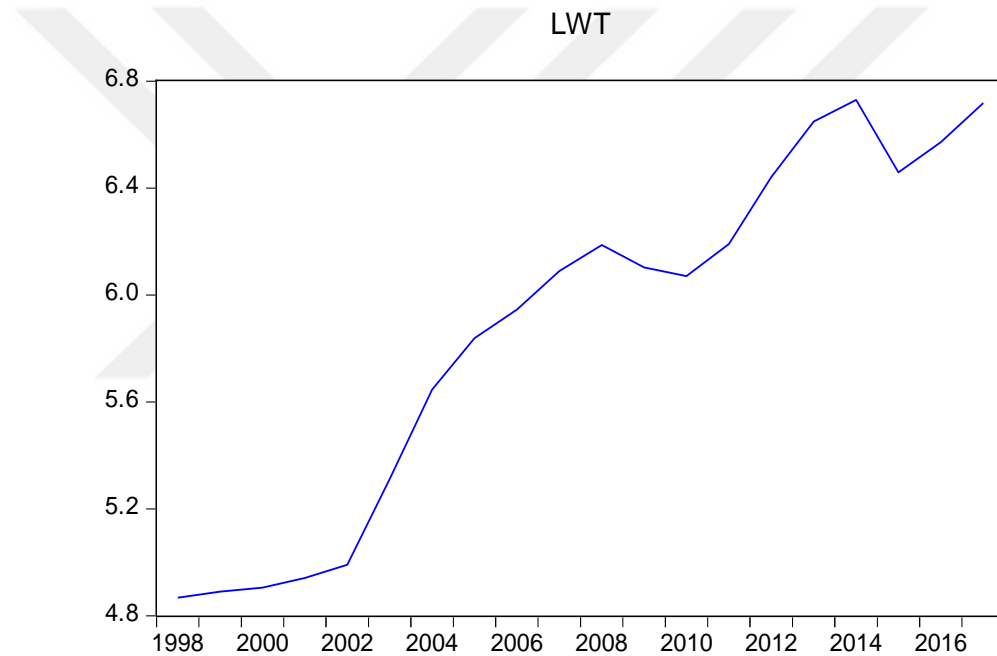


Şekil 9'daki grafiğe bakıldığında 1998-2017 yılları arasında 2003 yılı itibariyle 2008 yılına kadar artış olduğu 2010 yılında tekrar düşerek 2011 yılında artışın tekrar başladığını ve 2014-2015 yılları arası zirve yaptığını görmekteyiz. 2015 ve 2016 yılları arasında tekrar düşüş yaşandığını 2016 yılında itibaren tekrar yükseldiğini de

belirtebiliriz. Ancak genel olarak bakıldığında 1998-2017 yılları arasında seride artan bir trend olduğu gözlemlenmektedir. Bunun sebebini ise Türkiye’de gerçekleştirilen çağdaş tıbbi operasyonların gelişmiş ülkelere kıyasla daha düşük fiyatlara sahip olması olarak açıklayabiliriz. Bunun yanısıra sağlık turizmine yönelik olarak yapılan teşviklerinde hasta sayısındaki artışı sağlamasıyla beraber grafiği etkilediğini söyleyebiliriz.

Bir sonraki aşamada ise seriyi hem küçük dalgalanmalardan arındırmak hem de doğrusal hale getirmek için serinin logaritması alınmıştır.

**Şekil 10. LWT Serisinin Zaman Yolu Grafiği**

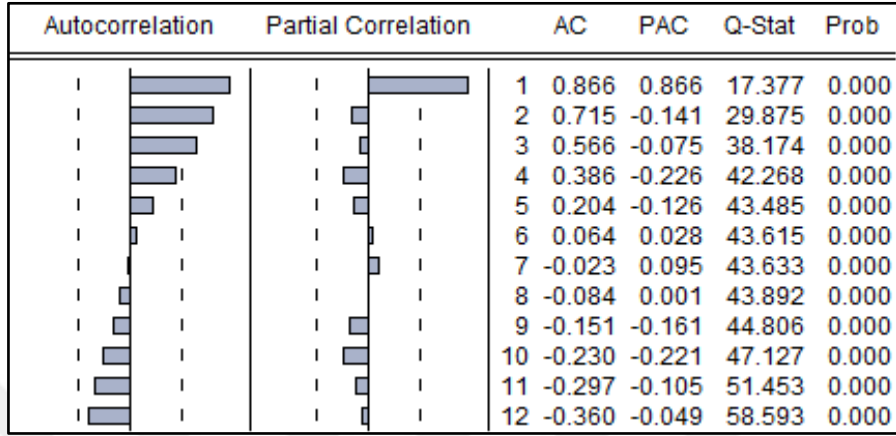


Logaritması alınan wt serisinin grafiği ise Şekil 10’da gösterilmektedir. Şekile göre seride 1998-2017 yılları arasında 2003 yılından 2009 yılına kadar artan trend gözlemlenmiştir. 2009’dan sonra azalan yönlü bir trend devam ederek 2011’de tekrardan bir yükseliş olmuştur. Yine 2014-2015 yılları arası bir düşüşün olduğu, 2016 yılından sonra yeniden yükseldiği görülmüştür. Genel olarak 1998-2017 yılları arasında artan yönlü bir trend olduğu göze çarpmaktadır.

Şekil 11’de ise lwt serisinin Kartezyen grafiğine yer verilmiştir. Grafikte otokorelasyonu belirten korelogram incelendiğinde seride otokorelasyonun varlığı

tespit edilmektedir. Bu durum ise serinin birim kök içerdiğini göstermektedir. Bu noktada öncelikli olarak lwt serisine ilişkin birim kök sınamaları yapılacaktır.

**Şekil 11. Lwt Serisinin Korelogramları**



Yaygın olarak birim kök sınamalarında Augmented Dickey-Fuller (ADF) ve Phillips-Perron (PP) birim kök testleri kullanılmaktadır. Bu testlerde bulunan sonuçlar serinin birim kök içerip içermediğini ve birim kök içeriyorsa farkları alınarak bu sorunun giderildiğini göstermektedir. İlk olarak ADF Birim Kök Testi uygulanacaktır. ADF Birim Kök Testi'nde boş ve alternatif hipotez şöyle oluşturulmaktadır:

$H_0$ : Seri durağan değildir (birim kök içermektedir).

$H_1$ : Seri durağandır (birim kök içermemektedir).

Tablo 8'de Lwt serisine ait ADF Test sonucu gösterilmektedir.

**Tablo 8. Lwt Serisinin Düzeyler Cinsinden ADF Test Sonuçları**

ADF Test İstatistiği	Mac Kinnon Kritik Değerleri			Olasılık Değeri
	%1	%5	%10	
-2.631339	-4.571559	-3.690814	-3.286909	0.2721

Tablo 8'de ADF testi sonucunda t istatistiği değeri -2.631339 bulunmakta ve %1, %5 ve %10 anlamlılık düzeylerinde Mac Kinnon kritik değerlerinden mutlak olarak küçük olmaktadır. Ayrıca olasılık değeri de 0.2721 olmakta ve 0,05 kritik değerinden büyük olduğu için  $H_0$  hipotezi reddedilememekte ve serinin durağan

olmadığı bulunmaktadır. Bu noktada serinin birinci farkı alınarak birim kök sorunu giderilmelidir.

**Tablo 9. d(lwt) Serisinin Birinci Fark ADF Test Sonuçları**

ADF Test İstatistiği	Mac Kinnon Kritik Değerleri			Olasılık Değeri
	%1	%5	%10	
-2.837846	-3.857386	-3.040391	-2.660551	0.0728

Tablo 9’da birinci dereceden farkı alınan serinin ADF testi sonucunda t istatistiği değeri -2.837846 bulunmuş ve %10 hata payı ve %90 anlamlılık düzeyi için durağan, %1 ve %5 hata payı için durağan bulunmamıştır. Ayrıca olasılık değeri 0.0728 bulunmakta ve 0,05 kritik değerinden büyük olduğu için  $H_0$  hipotezi reddedilememekte ve serinin yine durağan olmadığı bulunmaktadır. Bu noktada serinin ikinci derece farkı alınıp incelenmelidir.

**Tablo 10. d(lwt) Serisinin İkinci Fark ADF Test Sonuçları**

ADF Test İstatistiği	Mac Kinnon Kritik Değerleri			Olasılık Değeri
	%1	%5	%10	
-3.717747	-2.728252	-1.966270	-1.605026	0.0011

Tablo 10’da ikinci dereceden farkı alınan serinin ADF testi sonucunda test istatistiği -3.717747 değeri %1, %5 ve %10 anlamlılık düzeylerinde Mac Kinnon kritik değerlerinden mutlak olarak büyük bulunmaktadır. Ayrıca olasılık değeri 0.0011 bulunmakta ve 0,05 kritik değerinden küçük olduğu için  $H_0$  hipotezi reddedilmektedir. Bu noktada  $H_1$  hipotezi kabul edilerek serinin durağanlaştığı görülmektedir.

Bir diğer birim kök sınamalarında kullanılan test ise Phillips-Perron (PP) Birim Kök Testi’dir. PP Birim Kök Testi’nde kurulan boş ve alternatif hipotezler ADF birim kök testindeki hipotezler ile örtüşmektedir. Bu noktada;

$H_0$ : Seri durağan değildir (birim kök içermektedir).

$H_1$ : Seri durağandır (birim kök içermemektedir).

Bu noktada lwt serisine ait bu PP Birim Kök Testi'ne ilişkin sonuçlar ise Tablo 11'de gösterilmiştir.

**Tablo 11. Lwt Serisinin Düzeyler Cinsinden PP Test Sonuçları**

Phillips-Perron Test İstatistiği	Mac Kinnon Kritik Değerleri			Olasılık Değeri
	%1	%5	%10	
-1.424200				0.8193
	-4.532598	-3.673616	-3.277364	

Tablo 11'de gösterilen lwt serisine ait PP test istatistiği -1.424200 değeri %1, %5 ve %10 anlamlılık düzeylerinde Mac Kinnon kritik değerlerinden mutlak olarak küçük olmakta ve 0.8193 olan olasılık değeri de 0,05 kritik değerinden büyük olduğu için  $H_0$  hipotezi reddedilememekte ve seride birim kökün olduğu tespit edilmektedir. Bu noktada seri durağan olmamaktadır ve birinci dereceden farkı alınmalıdır.

**Tablo 12. d(lwt) Serisinin Birinci Fark PP Test Sonuçları**

Phillips-Perron Test İstatistiği	Mac Kinnon Kritik Değerleri			Olasılık Değeri
	%1	%5	%10	
-2.693469				0.0944
	-3.857386	-3.040391	-2.660551	

Tablo 12'de birinci dereceden farkı alınan serinin PP testi sonucunda t istatistik değeri -2.693469 bulunmuş ve %10 hata payı ve %90 anlamlılık düzeyi için durağan, %1 ve %5 hata payı için durağan bulunmamıştır. Ayrıca olasılık değeri 0.0944 bulunmakta ve 0,05 kritik değerinden büyük olduğu için  $H_0$  hipotezi yine reddedilememekte ve serinin durağan olmadığı bulunmaktadır. Bu noktada serinin ikinci derece farkı alınıp incelenmelidir.

**Tablo 13. d(lwt) Serisinin İkinci Fark PP Test Sonuçları**

Phillips-Perron Test İstatistiği	Mac Kinnon Kritik Değerleri			Olasılık Değeri
	%1	%5	%10	
-5.834745				0.0000
	-2.708094	-1.962813	-1.606129	

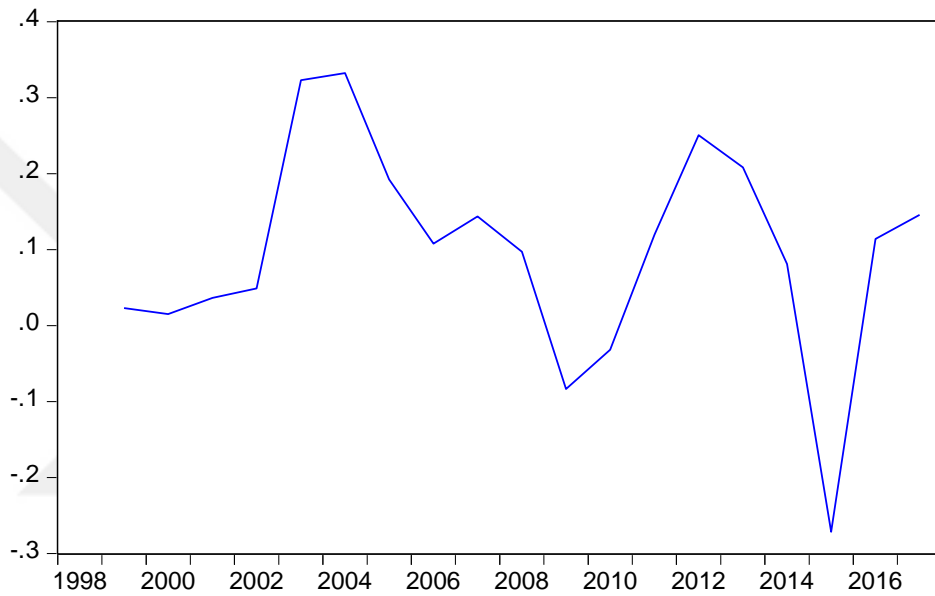
Tablo 13'te ikinci dereceden farkı alınan serinin PP testi sonucunda test istatistiği -5.834745 değeri %1, %5 ve %10 anlamlılık düzeylerinde Mac Kinnon kritik değerlerinden mutlak olarak büyük olmaktadır. Bununla beraber olasılık değeri

0.0000 bulunmakta ve 0,05 kritik değerinden küçük olduğu için  $H_0$  hipotezi reddedilmektedir. Bu noktada  $H_1$  hipotezi kabul edilerek serinin durağanlaştığı görülmektedir.

Birinci farkıyla beraber logaritması alınmış serinin grafiği Şekil 12’de gösterilmektedir.

**Şekil 12. d(lwt) Serisinin Zaman Yolu Grafiği**

DLWT



Şekil 12 incelendiğinde sağlık turizmi gelirlerinde yaşanan inişler ve çıkışlar dikkat çekmektedir. Gelirlerdeki çıkışların özellikle 2003, 2006-2007 arasında, 2010 sonrasında ve 2015-2016 yılları arasında yükselişte olduğunu, 2005, 2007 ve 2013 yılları ardından düşüşlerin başladığını görmekteyiz.

Birinci farkı ve logaritması alınmış d(lwt) serisinin kartezyen grafiği ise Şekil 13’te gösterilmektedir.

Şekil 13. d(lwt) Serisinin Korelogramları

Autocorrelation	Partial Correlation	AC	PAC	Q-Stat	Prob	
		1	0.332	0.332	2.4487	0.118
		2	-0.221	-0.372	3.5915	0.166
		3	-0.351	-0.165	6.6653	0.083
		4	-0.188	-0.081	7.6082	0.107
		5	-0.048	-0.124	7.6743	0.175
		6	-0.020	-0.128	7.6871	0.262
		7	-0.039	-0.120	7.7366	0.356
		8	0.109	0.094	8.1714	0.417
		9	0.216	0.077	10.025	0.348
		10	0.011	-0.147	10.030	0.438
		11	-0.264	-0.190	13.514	0.261
		12	-0.263	-0.100	17.471	0.133

Şekil 13'e bakıldığında daha önce yapılan birim kök testi sonuçlarını doğrulamakta olduğunu görmekteyiz. Bir sonraki aşama hem durağanlığı sağlanmış hem de birinci dereceden farkı alınmış dlwt serisinin oto korelasyonları ve kısmi otokorelasyonlarının değerlendirilmesi ve uygun ARIMA modeli belirlenmesi olacaktır.

Tablo 14. Serinin ARIMA Modeli Sonuçları

Değişken	Katsayı	Standart Hata	t-İst.	Olasılık Değeri
C	7.158534	0.610059	11.73417	0.0000
AR(1)	1.005228	2.089659	0.481049	0.6420
AR(2)	-0.165099	3.378596	-0.048866	0.9621
AR(3)	-0.268597	2.546269	-0.105486	0.9183
AR(4)	0.302892	1.134970	0.266872	0.7956
MA(1)	-0.407611	2.233059	-0.182535	0.8592
MA(2)	-0.592289	1.856826	-0.318979	0.7570

Tablo 14'e göre uygun ARIMA modelimiz AR(4) ve MA(2) yani ARIMA (4,1,2) olarak belirlenmiştir. Dolayısıyla modelimizde dört tane AR kökü iki tane MA kökü bulunmaktadır. Bu noktada analizin son aşaması olan Müdahale Analizine geçilmektedir.

**Tablo 15.Müdahalelerin Etkisi ilave Edilmiş Nihai Modelin İstatistiki Sonuçları**

Değişken	Katsayı	Standart Hata	t-İst.	Olasılık Değeri
C	6.343072	0.150442	42.16281	0.0000
D2012s	0.289588	0.097767	2.962008	0.0181
AR(1)	0.515448	0.377749	1.364526	0.2095
AR(2)	0.104728	0.382269	0.273965	0.7911
AR(3)	0.233779	0.398177	0.587125	0.5733
AR(4)	-0.145535	0.249251	-0.583889	0.5754
MA(1)	-0.016275	0.118503	-0.137341	0.8942
MA(2)	-0.983460	0.112936	-8.708111	0.0000
<hr/>				
R <sup>2</sup>	0.983368	Mean dependent var	6.121205	
Adjusted R <sup>2</sup>	0.968815	S.D. dependent var	0.497079	
S.E. of regression	0.087780	Akaike info criterion	-1.721118	
Sum squared resid	0.061642	Schwarz criterion	-1.334824	
Log likelihood	21.76894	Hannan-Quinn criter.	-1.701336	
F-statistic	67.57257	Durbin-Watson stat	1.821666	
Prob (F-statistic)	0.000002			

Belirlenmiş olan ARIMA (4,1,2) modeline sağlık turizmi gelirine teşvik amaçlı yürürlüğe giren 6322 sayılı kanunu için D2012s kuklası yaratılmıştır. Bu düzenlemelerle beraber modelin son hali Tablo 15’de verilmiştir.

Oluşturulan modelin denklemini ise şu şekildedir;

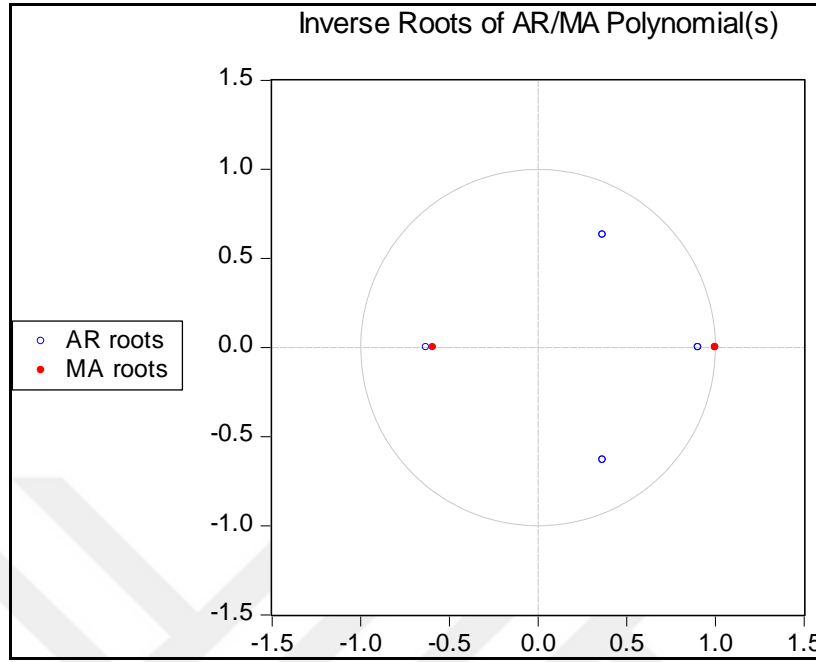
$$\text{Log}y_t = 6.343 + 0.289D2012S_t + 0.515\log y_{t-1} + 0.105\log y_{t-2} + 0.234\log y_{t-3} - 0.145\log y_{t-4} + \varepsilon_t - 0.016\varepsilon_{t-1} - 0.983\varepsilon_{t-2}$$

Tablo 15’de bulunan değerler sonucunda yorumlama yapılacak olursa; D2012s kukla değişkenine ilişkin katsayılar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. (0,0181 < 0,05) 2012 yılında yürürlüğe giren 6322 sayılı kanunun sağlık turizmi geliri üzerinde %29 oranında pozitif etkisi bulunmaktadır.

Bu noktadan sonra AR ve MA değerleri başka faktörlerin etkisini gösterdiği için modelimizin doğruluğu açısından köklerin birim çemberin içinde veya dışında olup olmadığına, modulus rakamlarının 1’den küçük olup olmadığına ve etki-tepki analizine bakılmıştır. Bunlara ilişkin sonuçlar ise sırasıyla Şekil 14, Tablo 16 ve Şekil 15’de gösterilmektedir.



**Şekil 14. ARIMA Polinomlarının Ters Köklerinin Birim Çember Gösterimi**



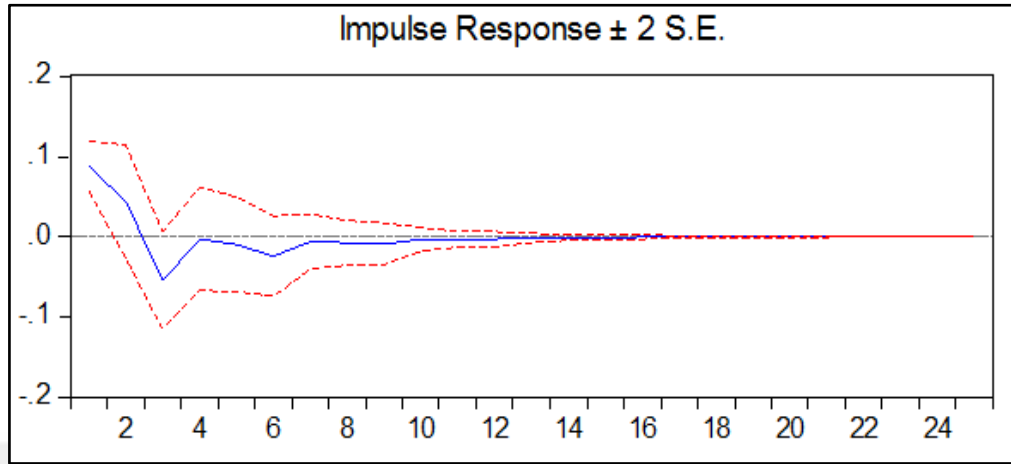
Şekil 14'e göre tüm AR ve MA köklerinin birim çemberin içinde olmasıyla beraber durağan olduğu görülmektedir. Bu durumda birim kök çemberinin dışına çıkan AR ve MA kökleri bulunmamaktadır.

**Tablo 16. ARIMA Polinomlarının Ters Köklerinin Tablo Gösterimi**

AR Root(s)	Modulus	Cycle
0.903946	0.903946	
$0.365101 \pm 0.632048i$	0.729920	6.001276
-0.628919	0.628919	
MA Root(s)	Modulus	Cycle
0.999937	0.999937	
-0.592326	0.592326	

Tablo 16'da modulus rakamları tüm kökleri için 1'den küçük rakamlar almakta olduğunu görmekteyiz. Bu durumda Şekli 14'de bulunan AR ve MA köklerinin birim çemberin içinde bulunmasını yansıtmaktadır. Birim çemberinin içinde olması 1'den küçük modulus rakamlarının olduğunu göstermektedir.

Şekil 15. ARIMA Polinomlarının Etki-Tepki Analizi Sonuçları



Şekil 15'e göre sağlık turizmi gelirleri üzerindeki 1 birimlik şokun etkisi 2,5- 3 yılda sıfırlandığı görülmektedir. Yani şokun etkisi iki yıla kadar devam etmiş, gelirler iki yıl içerisinde denge değerine geri dönmüştür. Kritik değerlerimizi gösteren kırmızı çizgiler ise 2 yılda sıfırı kesmiş, yani bu noktada şokların anlamlı etkisi 2 yıl sürmüştür.

Şekil 16'da ise otokorelasyon ve kısmi otokorelasyonların kontrolü yapılmıştır. Şekile göre değerler güven aralığının içinde bulunmaktadır. Bu noktada kritik değerler dışına çıkan bir değere rastlanmamıştır. Dolayısıyla bu sonuçlar modelin oldukça tutarlı olduğunu göstermektedir.

Şekil 16. Müdahale Analizi Yapılan LWT Serisinin Koreolagramı

Autocorrelation	Partial Correlation	AC	PAC	Q-Stat	Prob
		1 -0.068	-0.068	0.0886	
		2 -0.074	-0.079	0.2011	
		3 -0.199	-0.212	1.0779	
		4 -0.051	-0.096	1.1406	
		5 -0.038	-0.093	1.1778	
		6 0.017	-0.058	1.1858	
		7 -0.087	-0.147	1.4286	0.232
		8 -0.050	-0.128	1.5186	0.468
		9 0.079	0.010	1.7762	0.620
		10 -0.005	-0.083	1.7776	0.777
		11 -0.048	-0.124	1.9084	0.862
		12 -0.149	-0.222	3.5063	0.743

Son aşamada ise modelde otokorelasyon olup olmadığının tespitini yapmak için Breusch-Godfrey LM Testi uygulanmıştır.

Breusch-Godfrey LM Testi'nin boş ve alternatif hipotezleri ise şu şekildedir;

$H_0$ : İkinci dereceden otokorelasyon bulunmamaktadır.

$H_1$ : İkinci dereceden otokorelasyon bulunmaktadır.

**Tablo 17. Breusch-Godfrey LM Test (2)**

<b>F-Statist.</b>	<b>Prob. F (2,6)</b>
4.044301	0.0772
<b>Obs*R-squared</b>	<b>Prob. Chi-Square(2)</b>
9.098131	0.0106

Tablo 17'deki Breusch-Godfrey LM Test sonuçlarına göre boş hipotez reddedilememekte ve modelde otokorelasyon olmadığı sonucuna ulaşılmaktadır.

## SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Sağlık, dünya genelinde insanları turistik amaçlı seyahate yönelten sebeplerden birisidir. Sağlığını kaybetmiş insanların tekrar sağlığına kavuşmak istemesi ya da sağlığını uzun süreler boyunca korumak istemesi turistik faaliyetlerin gerçekleşmesine neden olmuştur. Dolayısıyla bu durumda sağlık turizminin ortaya çıkmasına sebep olmuştur.

Sağlık turizmi dünyanın en eski turizm türlerinden biridir. Antik Yunan'dan bu zamana kadar insanlar tedaviyi uzak yerlerde aramışlardır. Nitekim bu arayış günümüzde de devam etmektedir. Bu noktada Türkiye de son yıllarda sağlık turizmi kapsamında dünyadaki gözde destinasyonların arasında bulunmaktadır. Klimatik avantajlarının yanı sıra tedavi maliyetindeki avantajlar, gezme ve dinlenme fırsatıyla beraber kaliteli teknolojik altyapısı da olan Türkiye, dünya çapında tedavi arayan hastaların listesinin başında gelmektedir. Özellikle uluslararası hastalar medikal ve termal turizm gibi alanlarda Türkiye'yi tercih edebilmektedir.

Günümüzde yaşanan hızlı küresel hareketlerle beraber uluslararası turizmde değişme ve gelişmeler yaşanmış ve artık sağlık turizmi dünya genelinde ekonominin en önemli sektörü haline gelmiştir. Dolayısıyla son zamanlarda sağlık turizminin artışıyla beraber ülke ekonomisine yaptığı katkılarda göz önünde bulundurulduğunda dünya genelindeki ülkeler bu sektördeki rekabetçi güçlerini ortaya koymaya çalışmaktadır ve turizmden elde edilen gelirlerde buna paralel olarak artmaktadır. Türkiye'de bu pazardan pay almak adına sağlık turizmine yönelik birçok teşvik yapılmaktadır. Bunlardan birisi de Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan 30 Aralık 2012 tarihli "6322 Sayılı Kanunla Getirilen Sağlık Turizminde Gelir ve Kurumlar Vergisi İndirimi"dir. Buradan hareketle çalışmamızın amacı 6322 sayılı kanununun sağlık turizmi gelirlerine olan etkisinin analiz edilmesidir. Yapılan analiz sonucunda ise 2012 yılında yürürlüğe giren 6322 sayılı kanunun sağlık turizmi geliri üzerinde %29 oranında pozitif etkisi olduğuna ulaşılmıştır. Bu oran önemli bir derecede olmasıyla beraber yapılan teşviklerin de ne derece sağlık turizmini ve dolayısıyla sağlık turizminden elde edilen gelirleri de etkilediğini göstermektedir. Bu noktada teşvik ve destekler ile Sağlık Bakanlığının Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı Eylem Planı'nın gerçekleştirilmesi için katkı sağlayabilmektedir. Sağlık turizmi

konusunda faaliyet gösteren işletmeler ve uluslararası hastalar noktasında yapılan teşviklerin hem gelen hasta sayısındaki artışa hem de yurtdışında Türkiye'nin sağlık turizminin tanıtımı açısından büyük önem arz etmektedir. Türkiye'nin dünya pazarında medikal, termal ve ileri yaş turizmi alanlarındaki hizmet kalitesinin de yükseltilmesiyle beraber rekabet gücünün de artırılması hedeflenmektedir. Analiz sonucunda da anlaşılacağı gibi bu hedefler doğrultusuna uygulanan mevzuatların sağlık turizminin üzerinde olumlu yönde etkisi olabilmektedir.

Sağlık turizmi döviz kazandırıcı bir işlem olmasıyla beraber Türkiye'nin cari açığının düşürülmesine de destek olabilecek bir kaynak durumundadır. Sağlık turizminin gelişmesi ve büyümesi adına uygulanan bu teşvikler, yatırımları da arttırmakta ve dolayısıyla sağlık turizminin Türkiye'de büyümesine gelişmesine katkı sağlamaktadır. Uluslararası gelen hasta sayısındaki sürekli artışla da beraber 2023 yılında hedef olarak 2 milyon uluslararası hastayı tedavi etmek amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda Bakanlıklar tarafından uygulanan ve uygulanacak olan her türlü teşvik ve desteklerin oldukça önemli olduğunu görebilmekteyiz.

## KAYNAKÇA

- Adela, Balderas-Cejudo M., W, Leeson G. ve Elena, Urdaneta (2017). "Senior Tourism: Towards and Active and Healthy Ageing", *Journal of Gerontology & Geriatric Medicine*, 1(3), 1-3.
- Akar, Sevda (2014). "Türkiye'de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", *Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 21(1), 311-312.
- Akdur, Recep (1999). Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Avrupa Topluluğu Ülkeleri ile Kıyaslanması. Türkiye Bilimler Akademisi. Aralık. Ankara, 1-37.
- Akdur, Recep (2017). Sağlık Harcamaları. [http://www.recepakdur.com/upload/Utopya\\_sa%C4%9Fl%C4%B1k\\_harcamalar%C4%B1\\_RA.pdf](http://www.recepakdur.com/upload/Utopya_sa%C4%9Fl%C4%B1k_harcamalar%C4%B1_RA.pdf), Erişim Tarihi: 10.11.2017.
- Akın, Cemil S. (2007). Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye'de Sağlık Sektörü Ve Harcamaları, Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.
- Aktan, C.C ve Işık A. Kadir (2017b), Sağlık Alanında Devletin Değişen Rolü. Erişim Adresi:<http://www.canaktan.org/reform/saglik-reform/PDF-aktan/04%20%20devlet-rolu.pdf>, Erişim Tarihi: 27.12.2017.
- Aktan, Coşkun C. (2004). Sağlık Bakanlığı Merkez Teşkilatı Yönetim Kapasitesinin Değerlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması. (Yayınlanmamış Rapor) Ankara.
- Aktan, Coşkun C. ve Işık A. Kadir (2017a). Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Alternatif Yöntemler. <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/finansman-alternatif.pdf>, Erişim Tarihi: 27.11.2017.
- Aktan, Coşkun C. ve Işık A. Kadir (2017c). Sağlık Hizmetlerinin Sunumu ve Alternatif Yöntemler. <http://www.canaktan.org/ekonomi/saglik-degisim-caginda/pdf-aktan/sunum-alternatif.pdf>, Erişim Tarihi: 28.12.2017.
- Aktepe, Cemalettin (2013). "Sağlık Turizminde Yeni Fırsatlar ve Türkiye'de Yerleşik Sağlık İşletmelerinin Pazarlama Çabaları". *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 170-188.
- Alen, Elisa, Dominguez, Trinidad and Losada, Nieves (2012). "New Opportunities for the Tourism Market: Senior Tourism and Accessible Tourism". *Visions for Global Tourism Industry*, 139-166, Doi: 10.5772/38092.
- Aslan, Manar ve Yavuz, Meryem (2011). "Selçuk Üniversitesinde Genel Cerrahi Kliniğinde Tıbbi Hizmetlerin Kullanım Uygunluğunun Değerlendirilmesi". *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 14(2), 121-134.
- Atun, Rifat and Fitzpatrick, Susan (2005). Advancing Economic Growth: Investing In Health. Chatham House Conference. June 22–23. London:4print, 1-28.
- Aydemir, Cahit ve Baylan, Seniha (2015). "Sağlık Harcamaları Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama". *Dicle Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (13), 417-435.

- Aydın, Dursun, Aypek, Nevzat, Aktepe, Cemalettin, Şahbaz R. Pars ve Arslan, Sıddık (2011). Türkiye’de Medikal Turizmin Geleceği. <http://www.byclb.com/Files/turizm/turkiyede-medikal-turizm-gelecegi.pdf>, Erişim Tarihi: 29.11.2017.
- Aydoğuş, İsmail, Soybalı, Hasan H. ve Baytok, Ahmet (2006). “Yunanistan İle Türkiye’de Uygulanan Turizm Yatırım Teşviklerinin Karşılaştırılması”. *Afyon Kocatepe Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi*, 8(1), 1-22.
- Azıklı, Hatice S. (2012). Institutional And Spatial Aspects Of Thermal Tourism In Turkey: Nevşehir Kozaklı Thermal Tourism Center, Yüksek Lisans Tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Bahar, Ozan (2007). “Küreselleşme Sürecinde Türkiye’de Turizm Sektörüne Sağlanan Teşvikler”. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 9(1), 61-78.
- Batirel, Ömer F. (1993). Sağlık Hizmetleri Üretimi ve Finansmanı Konusunda Yaklaşımlar. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/7437>, Erişim Tarihi: 08.09.2017.
- Bayraktutan, Yusuf ve Pehlivanoglu, Ferhat (2012). “Sağlık İşletmelerinde Etkinlik Analizi: Kocaeli Örneği”. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(23),127-162.
- Bedir, Serap (2016). “Healthcare Expenditure and Economic Growth in Developing Countries”. *Journal of Advances in Economics and Business*, 4(2), 76-86.
- Bilgiçli, İsmail ve Zengin, Burhanettin (2017). Turizm İşletmelerinin Turizm Teşvik Kanunu Açısından Değerlendirilmesi. 2.Uluslararası Ekonomi Yönetimi ve Pazar Araştırmaları Kongresi, 24-25 Mart, Kocaeli.
- Box, George E.P. and Taio, George C. (1975). “Intervention Analysis with Applications to Economics and Environment Problems”. *Journal of the American Statistical Association*, 70(349),70-79.
- Cohen, Erik (2008), “Medical Tourism In Thailand”, *AU-GSB e-Journal*, 1(1), 24-37.
- Çakırer, M. Akif (2003). Sağlık Kurumları Bilgi Teknolojilerinde Dış kaynaklardan Yararlanma Yöntemi ve Hastane Yönetiminde Sağlayacağı Avantajlar. <http://kaynak.unak.org.tr/bildiri/unak03/u03-24.pdf>, Erişim Tarihi: 29.11.2017.
- Çelikkıran, Sevda (2012). Turizm Ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Niğde Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Niğde.
- Çöğürçü, İclal (2015). Sağlık Hizmetleri Piyasa Arz ve Talebi. (Editör: Burcu Güvenek). Sağlık Ekonomisi Mikro ve Makro Boyutları. Konya: Çizgi, 9-14.
- Dağ, Mehmet, Ökde Fatma, Börü, İsmail E. ve Ökde Burak (2017). “Türkiye’de Bölgesel Teşvik Uygulamalarının Karşılaştırmalı Bir Analizi”. *Social Sciences Studies Journal*, 3(5), 767-778.

- Dickey, David A. Wayne A. Fuller (1979). "Distribution of the Estimators for Autoregressive Time Series With a Unit Root", *Journal of the American Statistical Association*, 74(366), 427-431.
- Erdoğan, Seyfettin and Yılmaz, Emine (2012). Medical Tourism: An Assessment On Turkey. 10th International Conference on Knowledge. November. 1045-1060.
- Erigüç, Gülsün (2008). Sağlık Kurumlarında İnsan Kaynakları Yönetimi ve Örgütsel Davranış. Uluslararası Sağlık ve Hastane Yönetimi Kongresinde Sunulan Bildiri. 1-3 Haziran. Lefkoşa-KKTC, 81-91.
- Gibson, Jennifer L., Martin, Douglas K. and Singer, Peter A. (2005). "Evidence, Economics and Ethics: Resource Allocation in Health Services Organizations", *Healthcare Quarterly*, 8(2), 50-59.
- Global Spa Summit (2011). Wellness Tourism and Medical Tourism: Where Do Spas Fit?. [http://www.globalspaandwellnesssummit.org/images/stories/pdf/spas\\_wellness\\_medical\\_tourism\\_report\\_final.pdf](http://www.globalspaandwellnesssummit.org/images/stories/pdf/spas_wellness_medical_tourism_report_final.pdf), Erişim Adresi: 11.06.2017.
- Gölpek Karababa, Asiye (2017). "Türkiye'de Sağlık Turizminin Ekonomik Yönü". *Türk Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 58-69.
- Guindo, Lalla A., Wagner, Monika, Baltussen, Rob, Rindress, Donna, Til, Janine V., Kind, Paul and Goetghebeur, Mirelle M. (2012), "From Efficacy To Equity: Literature Review Of Decision Criteria For Resource Allocation And Healthcare Decisionmaking". *Cost Effectiveness And Resource Allocation*, 10(9),1-13.
- Gujarati, Damodar N. (2003). Basic Econometrics (4th Edition), New York:McGraw-Hill.
- Gül, Hasan (2018). "Turizm Sektöründe Vergi İndirimi ve Ekonomik Etkileri: Bir Sosyal Hesap Matris Uygulaması". *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi*, 18(37), 133-157.
- Güvercin, Ali, Mil, Halil İ. ve Tarım, Bülent (2015). "Sağlık Hizmetlerinin Finansmanı ve Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK)". *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 7(13), 80-94.
- Hacıoğlu Deniz, Müjgan ve Sümer, Kutluk K. (2016). Türkiye'de Sağlık Sektörü ve Sağlık Harcamalarının Büyüme Üzerindeki Etkisinin 2000-2014 Yılları için Analizi. International Conference on Eurasian Economies 2016. 29-31 Ağustos. Kaposvar, Macaristan. 471-478.
- Hayran, Osman (2017). Sağlıkta Temel Kavramlar. [http://www.saglikplatformu.com/saglik\\_egitimi/showquestion.asp?faq=2&fldAuto=170&page=2](http://www.saglikplatformu.com/saglik_egitimi/showquestion.asp?faq=2&fldAuto=170&page=2), Erişim Tarihi: 01.12.2017.
- HOPE-European Hospital and Healthcare Federation (2015). Medical Tourism. [http://www.hope.be/wp-content/uploads/2015/11/98\\_2015\\_HOPE-PUBLICATION\\_Medical-Tourism.pdf](http://www.hope.be/wp-content/uploads/2015/11/98_2015_HOPE-PUBLICATION_Medical-Tourism.pdf), Erişim Tarihi: 02.01.2018.
- İçöz, Onur (2009). "Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm Ve Türkiye'nin Olanakları". *Journal Of Yasar University*, 4(14), 2257-2279.



- İştar, Emel (2016). "Health Tourism In Turkey: A Study On Newspapers". *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 1(3), 26-35.
- Joint Learning Initiative (2004). Human Resources for Health Overcoming the Crisis. [http://www.who.int/hrh/documents/JLi\\_hrh\\_report.pdf](http://www.who.int/hrh/documents/JLi_hrh_report.pdf), Erişim Tarihi: 02.01.2018.
- Kahveci, Ata (2014). Dış Ticaret Kapsamında Medikal Turizm Ve Medikal Turizm Teşviklerinin Etkinliğinin İncelenmesi: Alanya Örneği. Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Kaiser Family Foundation (2009). Cost Sharing for Health Care: France, Germany and Switzerland <https://kaiserfamilyfoundation.files.wordpress.com/2013/01/7852.pdf>, Erişim Tarihi: 03.01.2018.
- Kamacı, Ahmet ve Oğan, Yener (2014). Turizm Gelirlerinin Ekonomik Büyüme Üzerine Etkileri: Panel Eşbütünleşme Ve Nedensellik Analizi. International Conference On Eurasian Economies 2014, 1007-1012.
- Karahan, Atila (2009). "Dış Kaynak Kullanımının Verimlilik Üzerine Etkisi (Hastane Yöneticileri Üzerinde Bir Araştırma)". *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 21(12), 185-199.
- Karasu, Koray (2011). "Sağlık Hizmetlerinin Örgütlenmesinde Kamu-Özel Ortaklığı". *SBF Dergisi*, 66(3), 217-262.
- Kaya, Sıdika, Yıldırım, Hüseyin, Karsavuran, Seda and Özer, Özlem (2013). Evaluation Report On Medical Tourism In Turkey 2013. Ankara: Pozitif Matbaa.
- Kızılgöl, Özlem ve Erbaykal, Erman (2008). " Türkiye’de Turizm Gelirleri İle Ekonomik Büyüme İlişkisi: Bir Nedensellik Analizi". *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(2), 351-360.
- Köktaş, Altuğ M. ve Kobal, İsmail (2013). "Sağlık Reformu Kapsamında Talep Yanlı Maliyet Paylaşımı: Türkiye Üzerine Bir Değerlendirme", *Sosyal Güvenlik Dünyası Dergisi*, (85), 18-28.
- Kurt, Serdar (2015). "Government Health Expenditures and Economic Growth: A Feder-Ram Approach for the Case of Turkey", *International Journal of Economics and Financial Issues*, 5(2), 441-447.
- Küçükaltan, Derman ve Eskin İlknur (2008). "Türkiye’deki Otel İşletmelerine Bir Finansman Modeli Olarak Teşvikler". *Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(2), 158-172.
- Kwiatkowski, Denis, Phillips, Peter C.B., Schmidt, Peter and Shin, Yongcheol (1992). "Testing the Null Hypothesis of Stationarity Against the Alternative of a Unit Root: How Sure Are We That Economic Time Series Have a Unit Root?". *Journal of Econometrics*, (54), 159-178.
- Lunt, Neil, Smith, Richard, Exworthy, Mark, Green, Stephen T., Horsfall, Daniel and Mannion, Russell (2011). Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A Scoping Review. Paris: OECD.

- Mil, Burak (2016). “ Türkiye’de Turizm Teşvik Politikalarına Kronolojik Bir Yaklaşım”. *Ekonomi, Yönetim ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1(1), 1-16.
- Moloğlu, Vedat (2015). Yükselen Bir Değer Olan Medikal Turizmin; Türkiye Ekonomisine Katkısı. International Conference On Eurasian Economies. Eylül. Kazan-Tataristan, 673-680.
- Moschuris, Socrates J. and Kondylis, Michael N. (2008). “Outsourcing In Hospitals”, *Journal Of The European Association Of Hospital Management*, 10(1), 33-37.
- Mossialos, Elias, Dixon, Anna, Figueras, Josep and Kutzin, Joe (2002), *Funding Health Care: Options For Europe*, Buckingham-Philadelphia: Open University Press, 1-309.
- Murt, Ahmet(2017). Sağlık Hizmetlerinde Talep Yönetimi. <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Konuk-Yazilar/424/Saglik-hizmetlerinde-talep-yonetimi.aspx>, Erişim Tarihi: 10.01.2018.
- Noronha, Kenya, Figueiredo, Lizia de and Andrade, Monika V. (2010). “Health And Economic Growth Among The States Of Brazil From 1991 to 2000”. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 27(2), 269-283.
- OECD (2015). Health At A Glance 2015 OECD Indicators. <https://www.health.gov.il/publicationsfiles/healthataglance2015.pdf>, Erişim Tarihi: 09.11.2017.
- Olier, Catherine (2012). The Role Of Private Sector In Healthcare: Challenging The Myths. [https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/eu\\_world/docs/ev\\_20121025\\_co04\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/eu_world/docs/ev_20121025_co04_en.pdf), Erişim Tarihi: 15.01.2018.
- Özbay, Tanju(2004). Sorunlarla Dış Kaynak Kullanımı. İstanbul: İstanbul Ticaret Odası Yayınları.
- Özçam, Mustafa (2003). Ekonomideki Teşvikler ve Türkiye’deki Durum. <http://www.spk.gov.tr/SiteApps/Yayin/YayinGoster/947>, Erişim Tarihi: 10.06.2018.
- Saraçoğlu, Sitkican ve Öztürk, Fahriye (2016). “Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talebin Belirleyicileri: Türkiye Üzerine Bir Uygulama”. *İş ve Hayat Dergisi Ekonomi Hukuk ve Sosyal Politika*, 2(4), 293-342.
- Sayım, Ferhat (2009). Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Sektörünün Piyasa Yapısı. (Editör: Ali Çoşkun ve Ahmet Akın), *Sağlık İşletmeleri Yönetim Rehberi*, Ankara: Seçkin, 5-463.
- Sayım, Ferhat (2015). “Sağlık Hizmetleri Arzını Etkileyen Faktörler”. *Akademik Arge Dergisi-Sosyal Bilimler*, 1(15), 89-98.
- Selvi, Yakup (2009). Sağlık Kuruluşlarında Tıbbi Cihaz Yönetimi. <https://arastirmax.com/en/system/files/dergiler/323/makaleler/20/63/arastirmax-saglik-kuruluslarinda-tibbi-cihaz-yonetimi.pdf>, Erişim Tarihi: 30.11.2017.
- Smith, Elizabeth, Brugha, Ruairi and Zwi, Anthony (2001). *Working With The Private Sector Providers For Better Health Care. An Introductory Guide*. London, 1-72.

- Sniadek, Joanna (2006). "Age Of Seniors - A Challenge For Tourism And Leisure Industry", *Studies In Physcial Culture And Tourism*. 13, 103-105.
- Sridharan, Sanjeev, Vujic, Suncica and Koopman, Siem J. (2003). "İntervention Time Series Analysis Of Crime Rates". *Tinbergen Institute Discussion Paper*, 40(4), 1-33.
- Şahin, İsmet (1999). "Sağlık Kurumlarında Göreceli Verimlilik Ölçümü: Sağlık Bakanlığı Hastanelerinin İllere Göre Karşılaştırmalı Verimlilik Analizi". *Amme İdaresi Dergisi*, 32(2), 123-145.
- Şanlıoğlu, Ömer ve Özcan, Enes Ö. (2017). "Türkiye’de Uygulanan Turizm Teşvik Politikaları Ve Sonuçları Üzerine Bir Değerlendirme". *Kırıkkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 7(2), 98-117.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı (2013). Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018. [http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkınma%20Planlar/Attachments/12/Onuncu\\_Kalk%C4%B1nma\\_Plan%C4%B1.pdf](http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkınma%20Planlar/Attachments/12/Onuncu_Kalk%C4%B1nma_Plan%C4%B1.pdf), Erişim Tarihi: 05.06.2018.
- T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı (2007). Türkiye Turizm Stratejisi 2023 Eylem Planı 2007-2013. <http://www.kultur.gov.tr/Eklenti/906,ttstratejisi2023pdf.pdf?0>, Erişim Tarihi: 11.09.2018.
- T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı (2017a). Dünya’da Sağlık ve Termal Turizm. <http://yigm.kulturturizm.gov.tr/TR,11478/dunyada-saglik-ve-termal-turizm.html>, Erişim Tarihi: 25.01.2018.
- T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı (2017b). Genel Tanımlar. <http://yigm.kulturturizm.gov.tr/TR,11475/genel-tanimlar.html>, Erişim Tarihi: 28.01.2018.
- T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı (2017c). Kültür ve Turizm Bakanlığının Yaklaşımı ve Hedefleri. <http://yigm.kulturturizm.gov.tr/TR,11484/kultur-ve-turizm-bakanliginin-yaklasimi-ve-hedefleri.html>, Erişim Tarihi: 10.01.2018.
- T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı (2017d). Termal Turizm Master Planı. <http://www.ktbyatirimisletmeler.gov.tr/Eklenti/21666,ttmp.pdf?0>, Erişim Tarihi: 28.01.2018.
- T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı (2017e). Türkiye’de Sağlık ve Termal Turizm. <http://yigm.kulturturizm.gov.tr/TR,11479/turkiyede-saglik-ve-termal-turizm.html>, Erişim Tarihi: 29.01.2018.
- T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı (2018). Termal Turizm Master Planı 2007-2023. <http://yigm.kulturturizm.gov.tr/TR,11481/termal-turizm-master-plani-2007-2023.html>, Erişim Tarihi: 12.08. 2018.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2010). Medikal Turizm Araştırması, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2012). Definition And Description Regarding Health Tourism. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/462,saglikturizmiingwebpdf.pdf?0>, Erişim Tarihi: 10.01.2018.

- T.C. Sağlık Bakanlığı (2016). Türkiye'de Sağlık Turizmi. <http://saglikturizmi.gov.tr/TR,175/saglik-turizmi-hakkinda.html>, Erişim Tarihi: 18.01.2018.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2017a). Sağlık Turizmi Nedir?. <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/10944,02pdf.pdf?0>, Erişim Tarihi: 18.01.2018.
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2017b). Türkiye'de Termal Sağlık Turizmi. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/10949,07pdf.pdf?0>, Erişim Tarihi: 18.01.2018.
- T.C. Sayıştay Başkanlığı (2005), Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde İlaç, Tıbbi Sarf Malzemesi Ve Tıbbi Cihaz Yönetimi. Ankara.
- Tatar, Mehtap (2011). "Sağlık Hizmetlerinin Finansman Modelleri: Sosyal Sağlık Sigortasının Türkiye'de Gelişimi". *Sosyal Güvenlik Dergisi*, 1(1), 103-133.
- Toker, Boran (2007). "Türkiye'de Turizm Sektörü Teşviklerinin Değerlendirilmesi". *Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 14(2), 81-92.
- Top, Mehmet (2017). Türkiye'de Sağlık Turizmi Uygulamaları ve Politikaları. [https://www.academia.edu/1974688/T%C3%BCrkiyede\\_Sa%C4%9Fl%C4%B1k\\_Turizmi\\_Uygulamalar%C4%B1\\_ve\\_Politikalar%C4%B1](https://www.academia.edu/1974688/T%C3%BCrkiyede_Sa%C4%9Fl%C4%B1k_Turizmi_Uygulamalar%C4%B1_ve_Politikalar%C4%B1), Erişim Tarihi: 14.01.2018.
- Topuz, Nuray (2012). Türkiye Sağlık (Medikal) Turizmi Stratejisi 2023. Uzmanlık Tezi, T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Torun, Nazlı (2015). Birim Kök Testlerinin Performanslarının Karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Tsai, Chih-Yung (2010). "The Physical Disabilities Travel Behaviors", *African Journal of Business Management*, 4(4), 512-525.
- TÜİK (2018), Turizm İstatistikleri, <http://www.tuik.gov.tr>.
- Türkiye Sağlık Vakfı (2010). Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Turizmi 2010. Ankara: Efil Yayınevi.
- TÜROFED (2018). TURİZM RAPORU. [http://www.turofed.org.tr/\\_files/\\_pdf/turofed-turizm-raporu-2018.pdf](http://www.turofed.org.tr/_files/_pdf/turofed-turizm-raporu-2018.pdf), Erişim Tarihi: 13.07.2018.
- TÜRSAB (2014). 2014 Sağlık Turizmi Raporu. [https://www.tursab.org.tr/dosya/11430/saglikturizmiraporu\\_11430\\_3841225.pdf](https://www.tursab.org.tr/dosya/11430/saglikturizmiraporu_11430_3841225.pdf), Erişim Tarihi: 13.12.2018.
- Uçar, Mehmet (2015). Turizm ve Ekonomik Büyüme Arasındaki Nedensellik İlişkisi: Karadeniz'e Kıyısı Olan Ülkeler Üzerine Bir Uygulama, Yüksek Lisans Tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Nevşehir.

- Uğurlu, Erginbay (2009). Durağanlık ve Birim Kök Sınamaları. <https://www.researchgate.net/publication/281647245/download>, Erişim Tarihi: 21.09.2018.
- Ünal, Aydın ve Demirel, Göksu (2011), “Sağlık Turizmi İşletmelerinden Yararlanan Müşterilerin Beklentilerinin Belirlenmesine Yönelik Bolu İlinde Bir Araştırma”. *Electronic Journal Of Vocational Colleges*, 1(1), 106-115.
- Ünal, Erdinç, Ateş, Metin ve İşçi, Emre (2008). Sağlık Hizmeti Talebi Ve Piyasa Aksaklıkları. <http://emreisci.blogspot.com.tr/2008/11/salik-hizmeti-talebi-ve-piyasa.html>, Erişim Tarihi: 11.01.2018.
- Var, Turgut, Yeşiltaş, Mehmet, Yaylı, Ali ve Öztürk, Yüksel (2011). “A Study on the Travel Patterns of Physically Disabled People”, *Asia Pacific Journal of Tourism Research*, 16(6), 599-618.
- Yafee, Robert A. and Mcgee Monnie (2000). Introduction to Time Series Analysis and Forecasting with Applications of SAS and SPSS, USA:Academic Press, 1-528.
- Yıldırım, Hasan H., Yıldırım, Türkan ve Erdem, Ramazan (2011). “Sağlık Hizmetleri Finansmanında Kullanıcı Katkıları: Genel Bir Bakış ve Türkiye İçin Bir Durum Değerlendirme”. *Sosyal Siyaset Konferansları Dergisi*, 61(2), 201-226.
- Yılmaz Yalçın, Ayten, Yalçın, Hakan ve Ak, Dilek (2015). Sağlık Yönetim Sistemlerinde Malzeme Yönetiminin Önemi ve ABC Analizi İle Bir Uygulama Örneği. International Symposium On Innovative Technologies In Engineering And Science 2015, Valencia-Spain, 2043-2052.
- Yiğit, Vahit ve Erdem, Ramazan (2014). “Sağlık Hizmetlerinde Etkinlik Analizi”. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 19(2), 211-236.
- Yiğit, Vahit, Tengilimoğlu, Dilaver, Kısa, Adnan and Younis, Mustafa Z.(2007). “Outsourcing and Its Implications for Hospital Organizations in Turkey”, *Journal Of Health Care Finance*, 33(4), 86-92.
- Zengingönül, Oğul, Emeç, Hamdi, İyilikçi, Dilek E. ve Bingöl, Pelin (2012). Sağlık Turizmi: İstanbul’a Yönelik Bir Değerlendirme. <http://docplayer.biz.tr/463113-Saglik-turizmi-istanbul-a-yonelik-bir-degerlendirme.html>, Erişim Tarihi: 09.01.2018.



**T. C.**  
**SELÇUK ÜNİVERSİTESİ**  
**SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ**  
**ÖZGEÇMİŞ**

Adı Soyadı:	ESRA EKİNCİ
Doğum Yeri:	AKSARAY
Doğum Tarihi:	19/11/1993
Medeni Durumu:	BEKAR
<b>Öğrenim Durumu</b>	
Derece:	Okulun Adı:
İlköğretim:	Zeliha ve Lütfi Kulluk İlköğretim Okulu (2003)
Ortaöğretim:	Zeliha ve Lütfi Kulluk İlköğretim Okulu (2007)
Lise:	Mehmet Akif Ersoy Anadolu Lisesi (2011)
Lisans.	Selçuk Üniversitesi (2016)
Yüksek Lisans.	
Becerileri:	
İlgi Alanları:	Spor yapmak, müzik dinlemek
Halen Yaptığı İş:	
İş Deneyimi: (Doldurulması isteğe bağlı)	
Aldığı Ödüller: (Doldurulması isteğe bağlı)	
Hakkımda bilgi almak için önerebileceğim şahıslar: (Doldurulması isteğe bağlı)	Selçuk Üniversitesi, İİBF Doç. Dr. Hakan ACET, Doç Dr. Burcu GÜVENEK, Doç Dr. Savaş ERDOĞAN
Tel:	05536713718
E-mail:	esra_ekinci65@hotmail.com
Adres:	Şeyhşamil mah. Dilara caddesi Açıkçalpli sokak Hatıra sitesi no 29

İmza:  
Esra EKİNCİ