



TÜRKİYE'DE SAĞLIK TURİZMİNİN EKONOMİK YÖNÜ¹

Uzman Asiye GÖLPEK KARABABA
Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Gaziantep

ÖZ: Gelişmiş ülkelerde nüfusun yaşlanması, kamu sağlık harcamalarının artması, sağlık sigorta kapsamının daralması, sağlık hizmetlerinin özelleştirilmesi, ülkeler arasında sağlık alanında önemli fiyat farklılıkları, hastaların daha ucuz sağlık hizmeti sunan ülkelere gitme eğilimi ve coğrafi yakınlık Türk sağlık turizmi için bir pazar payı yaratmıştır. Bu çalışmanın amacı, Türkiye'de sağlık turizmi pazarını oluşturan ekonomik faktörleri teknik olarak ortaya koymaktır. Coğrafi bakımdan yakın olan, yabancı turist gönderen ve sağlık harcamalarında farklı finansman modelleri uygulayan ülkelere ait veriler analiz edilmektedir. Çalışmanın sonucunda, bazı ekonomik sorunların sağlık turizminin çıkış noktası olduğu ve Türk sağlık turizmi açısından da ciddi bir pazar fırsatı yarattığı ifade edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık turizmi, sağlık ekonomisi, sağlık harcamaları, sağlık hizmetleri finansman modeli.

ECONOMICS ASPECT OF HEALTH TOURISM IN TURKEY

ABSTRACT: Aging of population in developed countries, increase in public health expenditures, reduction in health insurance coverage, privatizing health services, significant price differences between countries in health costs, patients' tendency to go to the countries which provide cheaper health services and proximity have created a market share for Turkish health tourism. This study aims to reveal the economic factors technically which constitute health tourism market share in Turkey. The data which belong to the tourist generating countries which are proximate geographically and implement different financing models in health expenditures are analyzed. In consequence of the study, it is suggested that certain economic problems are the origin of the health tourism and it creates an important market share in for Turkish health tourism.

Keywords: Health tourism, health economy, health expenditures, health financing model.

1. GİRİŞ

Günümüzde sağlıklı yaşam tarzının benimsenmeye başlanması ve ortalama ömrün uzaması, düşük doğum oranı ve nüfusun yaşlanması, kamu sağlık harcamalarının artması, buna bağlı olarak bazı sağlık harcamalarının sigorta kapsamından çıkarılması, özel sigorta sözleşmelerinin yapılması, ülkeler arasında tedavi fiyatlarının farklı olması, uzun süren ameliyat sonrası bekleme ve batı ülkelerindeki farklı sağlık modelleri sağlık turizminin çıkış noktasını oluşturan faktörler arasında yer almaktadır (Buldukoğlu, 2014).

Özellikle II. Dünya Savaşı sonrasındaki hızlı nüfus artışı, gittikçe yaşlanan nüfusun ağırlığına bırakmıştır. 2000'li yıllarda nüfusunun %17'si 65 yaşın üzerinde olan Avrupa'da bu oranın 2025 yılında %20'ye ve 2050 yılında da %50'ye ulaşacağı tahmin edilmektedir. Alım gücü çok yüksek olan 3. kuşak olarak tabir edilen 50 yaş ve üstü insanlar, sağlıkta önleyici tedavi ve zinde kalma arzusu ile sürekli artan yüksek kaliteli sağlık olanaklarına yönelik talep oluşturmaktadır (Edinsel & Adıgüzel, 2014).

Sağlıklı olma talebi, ülkelerin gelişmişlik seviyelerine bağlı olarak sağlık harcamalarına daha fazla kaynak tahsis etmesine neden olmaktadır. Nitekim 2000-2014 döneminde sağlık harcamaları ortalama %5 artmıştır (OECD, 2015). Ülkelerin zaman içerisinde gelir artışı da dikkate alındığında sağlık harcamaları için yapılan ödeneklerin rakamsal olarak daha yüksek miktarlarda olması mümkündür.

¹ Bu çalışma, "Türkiye'de sağlık turizmi: Ülkeler arası bir karşılaştırma" adlı yüksek lisans tezinden türetilmiştir.

Kişiler gelir düzeyi yükseldikçe daha kaliteli ve daha iyi hizmet beklentisi içine girmektedir. Bunun yanında gelişen teknoloji ile birlikte sağlık hizmetlerinin de her geçen gün kapsamı ve niteliği değişmekte ve maliyeti artmaktadır. Bu, artan yaşam süresi ile birlikte değerlendirildiğinde sağlık harcamalarının oranının sürekli artacağını göstermektedir (Aydın vd., 2011).

Sağlık harcamalarının artması, bazı tedavilerin sigorta kapsamı dışında tutulmasına neden olmaktadır. Bazı batı ülkelerinde kozmetik, diş ameliyatları ve estetik amaçlı operasyonların sağlık sigortası kapsamı dışında tutulması hastaların, yabancı ülkelerde ucuz tedavi arayışlarına girmesine yol açmıştır. Örneğin, Fransa gibi bazı ülkelerde, takma diş veya diş kaplama gibi kendi sigorta kurumlarının ödemediği sağlık hizmetleri bulunmaktadır (Gülmez, 2012).

Bazı tedavileri karşılanmaması hastayı, daha düşük tedavi masraflarının söz konusu olabileceği başka ülkelere yönlendirmektedir. Ülkeler arasındaki bu ücret farklılıkları, özellikle karmaşık cerrahi müdahalelerde çok önemli olmaktadır. Örneğin, ABD’de By-Pass ameliyatının fiyatı 94.000–210.000 \$ arasındayken Türkiye’de yaklaşık 12.000 \$; anjiyo 44.000–98.000 \$ arasındayken Türkiye’de 3.500 \$’dır. 2013 yılında kalbi delik olan bir çocuğun ameliyatı ABD’de 70.000 \$ iken Hindistan’da bu ameliyat yalnızca 4.400 \$. Bu durum, hasta akım yönünü de açıkça göstermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Batı ülkelerinde uzun süren ameliyat sonrası bekleme zorunlulukları, bu hastaları başka ülkelerdeki sağlık hizmetlerine yöneltmektedir. Örneğin, bir batı ülkesinde diz kapağı ameliyatı için bekleme süresi 18 ay, Hindistan’da en fazla 10 gündür (Bülbül, 2015).

Bazı batılı ülkelerde ve özellikle ABD’de sağlık hizmetlerinin kamu hizmeti olmaktan çıkıp özel sektöre devredilmesi nedeniyle sağlık harcamalarındaki artış sağlık hizmetlerinin sağlık turizmine dönüşmesinde etkili olmuştur.

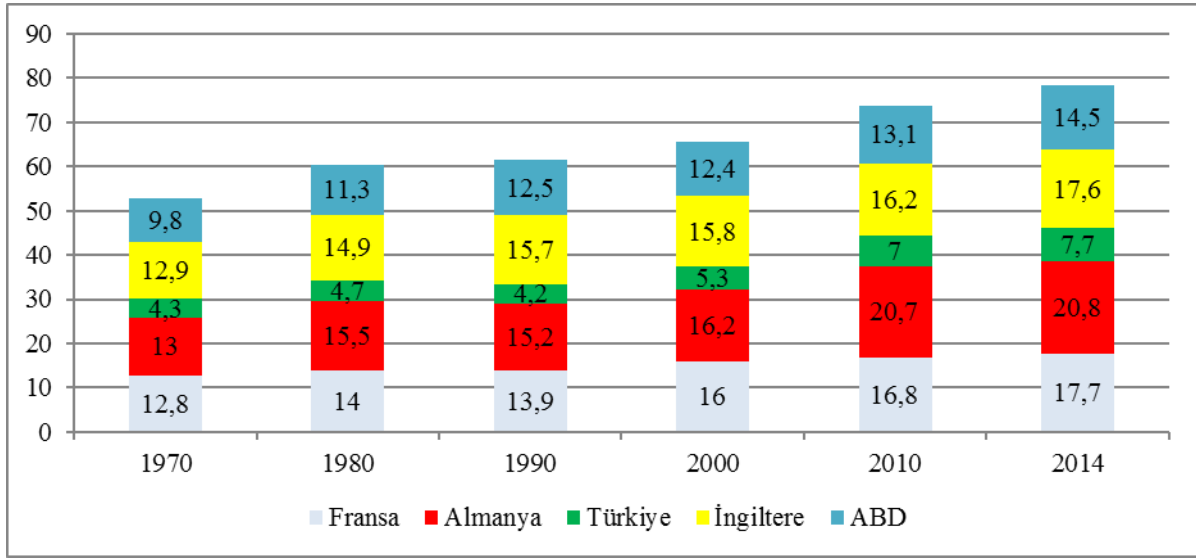
2. DÜNYADA SAĞLIK TURİZMİNİ ETKİLEYEN EKONOMİK FAKTÖRLER

Gelişmiş ülkelerde nüfusun giderek yaşlanması, kamusal sağlık harcamalarını arttırmış, buna bağlı olarak bazı masraflı sağlık hizmetleri genel sigorta kapsamından çıkarılmıştır. Bu tedavilerin sigorta kapsamından çıkarılması, harcamaların hasta tarafından karşılanmasını zorunlu hale getirmiştir. Bu zorunluluk, hastanın başka bir ülkede kendi ülkesinde bulunan sağlık hizmetinden daha ucuz tedavi olma eğilimini arttırmıştır. Özellikle özel sağlık sigortası ile ilgili alternatif imkânlar araştırılmaya başlanmıştır (Zengingönül vd., 2012).

Bununla birlikte, bazı hastalıkların kamu tarafından tedavi harcamaları karşılanırsa bile uzun bekleme süreleri hastaları, alternatif arayışlara yöneltmiştir (Boz, 2014). Alternatif sağlık hizmeti arayışında olan hastaların, gelişmekte olan ülkelere seyahat etme eğilimi artmaktadır. Bu eğilim, gelişmekte olan ülkeler için önemli bir ekonomik potansiyel oluşturmakta, sağlık turizmi sektörü üzerinde de çok ciddi anlamda katkılar sağlamaktadır (Buldukoğlu, 2014).

Gelişmiş ülkelerde ekonomik refah ile birlikte 65 yaş üstü nüfusun gezme amaçlı turizmin yerini, hastalıkların tedavilerinin yapılması, iklim ve hava şartlarından faydalanmak ve o ülkenin sağlık konusundaki teknolojilerinden yararlanarak iyileşmek amacının yer almasıyla yaşanan amaç değişikliği sağlık turizminde pazar payı oluşturmuştur (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Grafik 1’de Amerika Birleşik Devleti (ABD), İngiltere, Almanya, Fransa ve Türkiye’de 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı görülmektedir.

Grafik- 1: 1970-2014 Dönemi Bazı Ülkelerde 65 Yaş Üstü Nüfusun Oranı (%)

Kaynak: OECD (2015)

Grafik-1'de görüldüğü gibi, 1970-2014 döneminde Almanya'da 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı %13'den yaklaşık %21'e; İngiltere ve Fransa'da yaklaşık %13'den yaklaşık %18'e; ABD'de ise yaklaşık %10'dan yaklaşık %15'e yükselmiştir. Türkiye'de bu oran yaklaşık %4 artmıştır. Bu ülkelerde nüfusun ortalama %5 giderek yaşlandığı açıkça görülmektedir.

Gelişmiş ülkelerde nüfusun ortalama %5 oranında giderek yaşlanması, tedavi amaçlı sağlık harcamalarının da artmasına neden olmaktadır. Sağlık harcaması, hem toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak sağlık hizmetlerinin sunulması için yapılan tüm harcamaları, hem de sağlığın kaybolması durumunda sağlığı geri kazanmak için yapılan harcamaları kapsamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014).

Ülkelere ait sağlık harcamaları ulusal düzeyde karşılaştırılırken dünya genelinde kabul görmüş standart tanımlamalar oluşturulmuştur. Bu tanımlamaların en yaygın olanları; kişi başına sağlık harcamaları, sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasılaya (GSYİH) oranlarıdır (Kostak, 2007). Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre, bir ülkede sağlık harcamalarına ayrılan oranın o ülkenin yıllık GSYİH'nin en az %5'i olması gerekmektedir (Ateş, 2011). Bu oranın, gelişmekte olan ülkelere göre gelişmiş ülkelerde daha fazla olduğu Tablo- 1'de görülmektedir.

Tablo- 1: Bazı Ülkelere Ait Sağlık Harcamaları Verileri (\$-%)

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

Kaynak: OECD (2015)

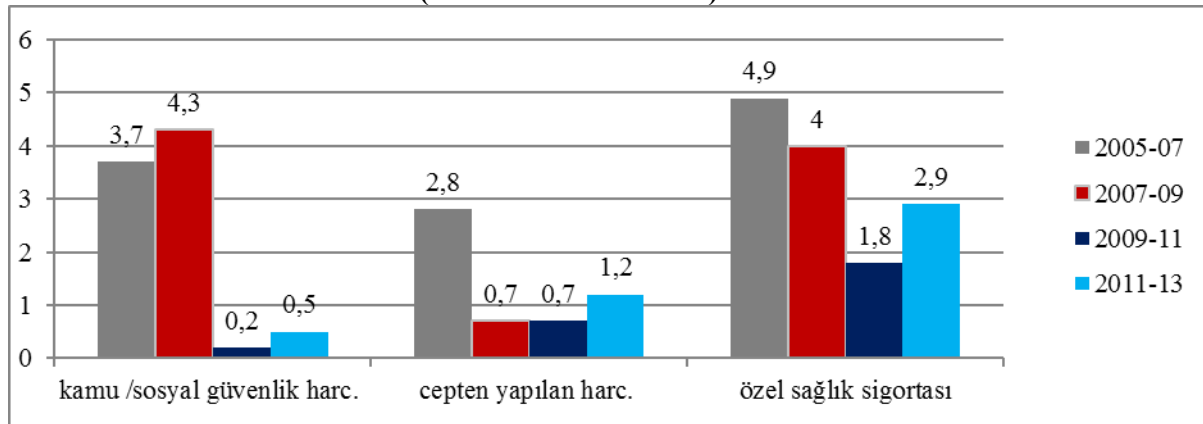
Tablo 1'de görüldüğü gibi, 2013 yılında Türkiye'de kişi başına sağlık harcaması 4.941 \$; Fransa'da 4.124 \$; Almanya'da 4.819 \$ ve ABD'de 8.713 \$'dır. Bu ülkeler Türkiye'nin yaklaşık sırasıyla dört ve sekiz katı kadar kişi başına sağlık harcaması yapmıştır.

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

Yaşlanma ile birlikte bağımlı nüfusun sağlık giderlerinin artması, bunun yanında sosyal güvenlik sistemlerinin finansmanını sağlayan çalışan nüfusun (aktif sigortalı) artışının sınırlı kalması sağlık hizmetleri maliyetlerinin artmasına neden olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014). Sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin artması ile gelişmiş ülkeler, sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve bu hizmetlerden tüm toplumun yararlandırılması amacıyla kendi koşullarına göre sağlık harcamalarının finansmanını çeşitlendirmektedir (Duman vd., 2014).

Bazı ülkelerde sağlık harcamaları ve genel sağlık sigortaları doğrudan kamu tarafından finanse edilmektedir. Toplam sağlık harcamaları finansmanında sosyal güvenlik kurumları tarafından yapılan harcama dolaylı olarak kamu tarafından karşılanmaktadır. Kamu tarafından karşılanmayan sağlık harcamaları, özel sağlık sigorta şirketleri tarafından karşılanmaktadır. Kamu ve özel sigortanın karşılamadığı tedavi masraflarını ise hasta cebinden ödemektedir. Grafik- 2’de 2005-2013 dönemi finansman türlerine göre toplam sağlık harcamalarında değişim oranları görülmektedir (OECD ortalaması).

Grafik- 2: 2005-2013 Dönemi Finansman Türüne Göre Sağlık Harcamalarında Değişim (OECD ortalaması - %)

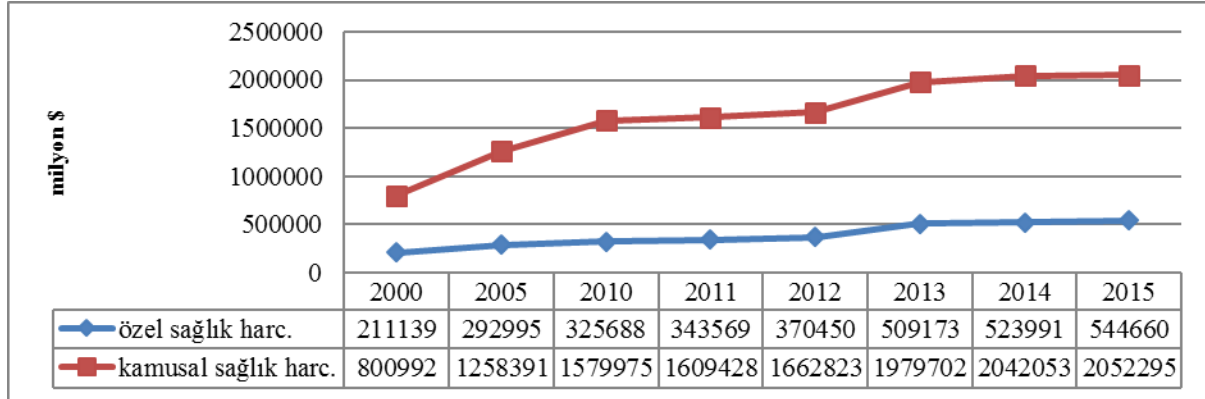


Kaynak: OECD (2015)

Grafik- 2’de görüldüğü gibi, 2005-2013 döneminde OECD ortalamasına göre kamu sağlık harcamaları azalma eğilimi göstermiştir: Bu oran, 2005-2007 döneminde yaklaşık %4; 2011-2013’de %0.5 olmuştur. Özel sağlık sigortasında değişim oranı 2005-2007’de yaklaşık %5; 2011-2013’de yaklaşık %3’dür. Bu sonuçlar, 2005-2013 dönemi süresince özel sağlık harcamalarındaki değişim oranının kamu sağlık harcamalarındaki değişim oranından daha fazla olduğunu göstermektedir.

Dünyada uygulanmakta olan sağlık sistemlerini ve finansman yapılarını a) ulusal sağlık hizmeti modeli, b) serbest pazar ekonomisi modeli ve c) sosyal sigorta modeli olmak üzere üç ana grupta toplamak mümkündür (Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

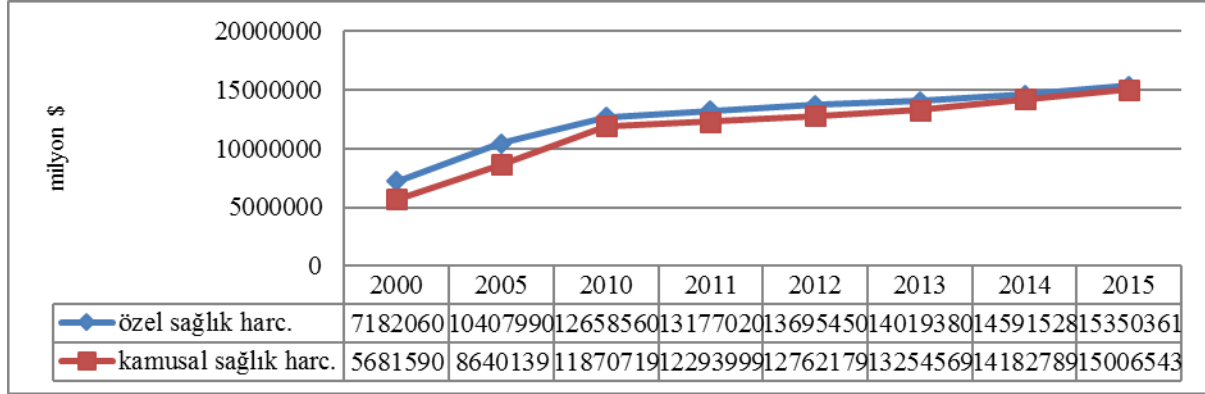
Ulusal sağlık hizmeti modeli, işi olsun veya olmasın bütün ülke nüfusunu kapsamaktadır. Vatandaş, hiçbir ödeme yapmaksızın devlet tarafından kontrol edilen tıbbi merkezlerden yararlanmaktadır. Bu şekilde halka sunulan hizmetlerin finansmanı devletin genel vergileri ile karşılanmaktadır. İngiltere, İsveç ve Kanada gibi ülkelerde bu sağlık modeli uygulanmaktadır (Çetin, 2007). Nitekim Grafik- 3’de, İngiltere’de kamusal sağlık harcamalarının özel sağlık harcamalarından daha fazla olduğu görülmektedir.

Grafik- 3: 2000-2015 Döneminde İngiltere’de Sağlık Harcamaları Verileri (milyon \$)

Kaynak: OECD (2016).

Grafik- 3’e göre, İngiltere’de 2000-2015 döneminde kişi başı sağlık harcaması (sırasıyla 1.718.6 ve 4.003.0 milyon \$), özel sağlık harcaması (sırasıyla 21.113.9 ve 54.466.0 milyon \$) ve kamu sağlık harcaması (80.099.2 ve 205.229.5 milyon \$) yaklaşık iki kat artmıştır. Bu veriler, kamu sağlık harcamalarının özel sağlık harcamalarının her yıl yaklaşık dört katı olduğunu göstermektedir.

Serbest pazar ekonomisi modelinde, ülkedeki sosyal güvenlik sistemi ile emekli ve maluller dışındaki vatandaşlara sağlık teminatı verilmemekte, geriye kalanlar ise isteğe bağlı olmak üzere özel sağlık sigortası yaptırmaktadır. Özel sağlık sigortasında, her türlü sağlık hizmeti özel sağlık kurumları tarafından verilmektedir. Devlet, kamu ile serbest piyasa işleyişinin belirli oranlarda olacak şekilde sağlık hizmetlerini vatandaşlarına ulaştırmaktadır. ABD ve İsviçre’nin başını çektiği bazı ülkelerde bu model uygulanmaktadır. Örneğin ABD’de sağlık harcamalarının finansmanında ana kaynak isteğe bağlı özel sağlık sigortaları oluşturmaktadır (Grafik- 4).

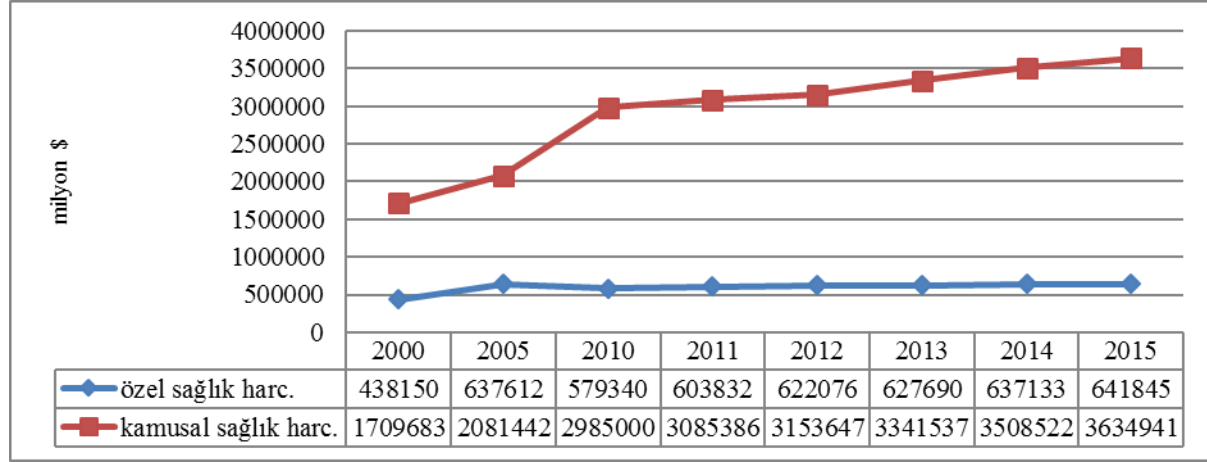
Grafik- 4: 2000-2015 Dönemi ABD’de Sağlık Harcamaları Verileri (\$-milyon)

Kaynak: OECD (2016)

Grafik- 4’e göre, 2000 yılında özel sağlık harcaması (718.206 milyon \$), kamu sağlık harcamasından (568.159 milyon \$) daha fazladır. 2015’de ise kamu sağlık harcaması (1.500.654 milyon \$), özel sağlık harcamalarına (1.535.036 milyon \$) yaklaşmış olmakla birlikte ağırlık özel sağlık harcamalarında. Sağlık harcamalarının finansmanında ana kaynağı özel sağlık sigortaları oluşturmuştur.

Sosyal sigorta modelinde ise, sağlık hizmetlerinin finansmanı özel kesim ile birlikte ağırlıklı olarak kamu kaynaklarından karşılanmaktadır. Özel sigortalar tamamlayıcı rol oynamaktadır. Bu model, Almanya, Fransa, Belçika ve Türkiye gibi ülkelerde uygulanmaktadır (Gülmez, 2012). Örneğin, Almanya’nın sağlık harcamalarına ait verileri Grafik-5’de görülmektedir.

Grafik- 5: 2000-2015 Dönemi Almanya’da Sağlık Harcamaları Verileri (\$-milyon)



Kaynak: OECD (2016)

Grafik- 5’e göre, 2000 yılında özel sağlık harcaması 43.815 milyon \$ iken, kamu sağlık harcaması 170.968 milyon \$’dır. 2015’de özel sağlık harcaması 64.184 milyon \$ iken, kamu sağlık harcaması 363.494 milyon \$’dır. Bu dönemde, kamu sağlık harcaması özel sağlık harcamasının yaklaşık dört katıdır. Sağlık harcamalarının büyük çoğunluğu kamu kaynaklarından karşılanmıştır.

Sağlık sigortası kapsamına girmeyen bir takım hizmetleri alabilmek için hastalar, sağlık sigorta kapsamında da olsa uzun bekleme listelerine maruz kalmaktadır. Ülkeler arasında özellikle karmaşık cerrahi müdahalelerde çok önemli fiyat farklılıkları söz konusudur. Bu nedenle pahalı sağlık hizmeti sunan ülkeler, sağlık hizmetinin daha ucuz olduğu ülkeler için bir pazar fırsatı oluşturmaktadır. Örneğin, bir batı ülkesinde diz kapağı ameliyatı için bekleme süresi 18 ay, Hindistan’da en fazla 10 gündür. Sadece 2013 yılında ABD’de 46 milyon kişi sağlık sigortası kapsamında değildir ve 500.000 Amerikalı sağlık turizmi amaçlı yurtdışı seyahat gerçekleştirmiştir (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2015).

Güney Amerika, Güney Doğu Asya Ülkeleri’nde tedavi ücretleri ABD’deki ücretlerden düşüktür. Hastalar ülkelerinde oldukça maliyetli olan tedavi hizmetlerini başka bir ülkede daha ucuza alabilmektedir (Tablo 2).

Tablo -2: 2011 Yılı Bazı Ülkelerde Sağlık Hizmetleri Ücretleri (\$)

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

Kaynak: Türkiye Sağlık Vakfı (2014).

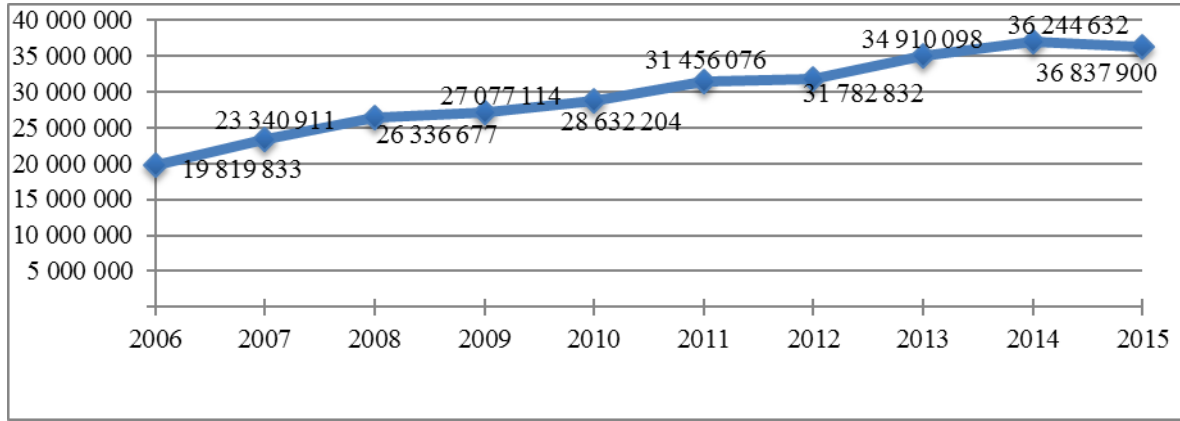
Tablo-2’de görüldüğü gibi, By-Pass için en pahalı tedavi ücreti 130.000 \$ ile ABD’de, en ucuz ücret ise 7.500 \$ ile Türkiye’dedir. Türkiye, diğer tedavi hizmetlerini de en ucuza vermektedir.

Gelişmiş ülkelerdeki bilinçlenen hastalar, sigorta kuruluşlarını ve hükümetlerini sağlık turizmi konusunda yeni arayışlara itmektedir. Bunun sonucunda da her geçen gün sağlık turizmi pazarı genişlemektedir.

3. TÜRKİYE’DE SAĞLIK TURİZMİNİ ETKİLEYEN EKONOMİK FAKTÖRLER

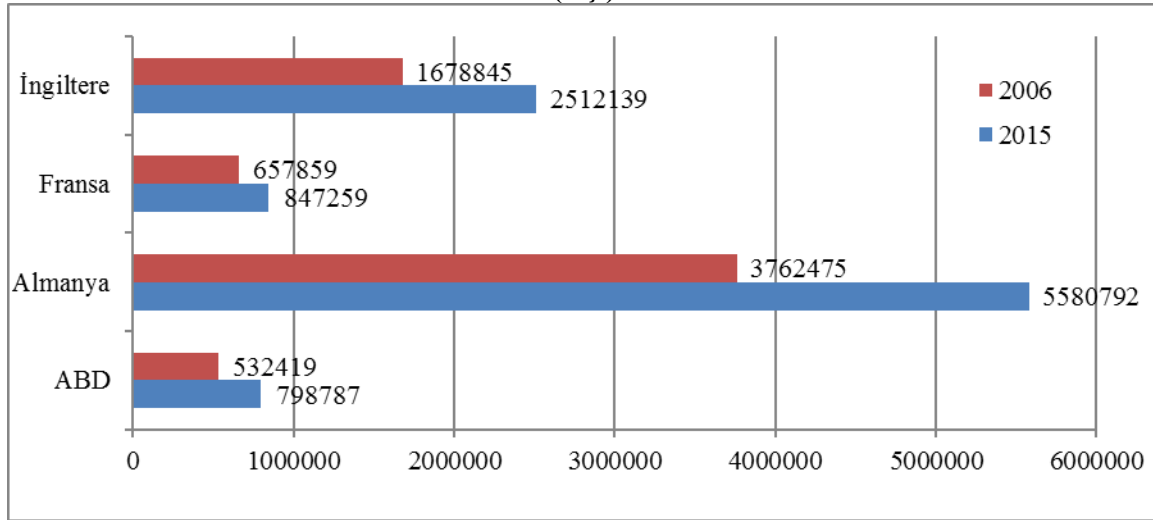
Turizmindeki amaç değişikliği ve ekonomik faktörler Türk sağlık turizmi açısından ciddi bir potansiyelin varlığı anlamına gelmektedir. Nitekim, 2006-2015 döneminde Türkiye’ye gelen yabancı ziyaretçi sayısı bunu açıkça göstermektedir: Gelen yabancı ziyaretçi sayısı, 2006’da 19.819.833 kişi; 2015’de 36.837.900 kişi ile yaklaşık iki katı kadar artmıştır (grafik- 6).

Grafik- 6: 2006-2015 Dönemi Türkiye’ye Gelen Yabancı Sayısı (kişi)



Kaynak: Kültür ve Turizm Bakanlığı (2015).

Aynı dönemde Türkiye’ye gelen yabancı ziyaretçi sayısının milliyetlerine göre dağılımına bakıldığında coğrafik yakınlığı olan ülkelerin en fazla yabancı ziyaretçi gönderen ülkeler olduğu Şekil 7’de görülmektedir. Buna göre, 2006-2015 döneminde en fazla artış Almanya ve İngiltere’den gelen yabancı sayısında olmuştur. Almanya’dan (sırasıyla 3 milyon 762 bin 475 kişi- 5 milyon 580 bin 792 kişi) ve İngiltere’den gelenlerin sayısı (sırasıyla 1 milyon 678 bin 845 kişi ve 2 milyon 512 bin 139 kişi) yaklaşık iki kat artmıştır.

Grafik- 7: 2006-2015 Dönemi Türkiye’ye Milliyetlerine Göre Gelen Yabancı Sayısı (kişi)

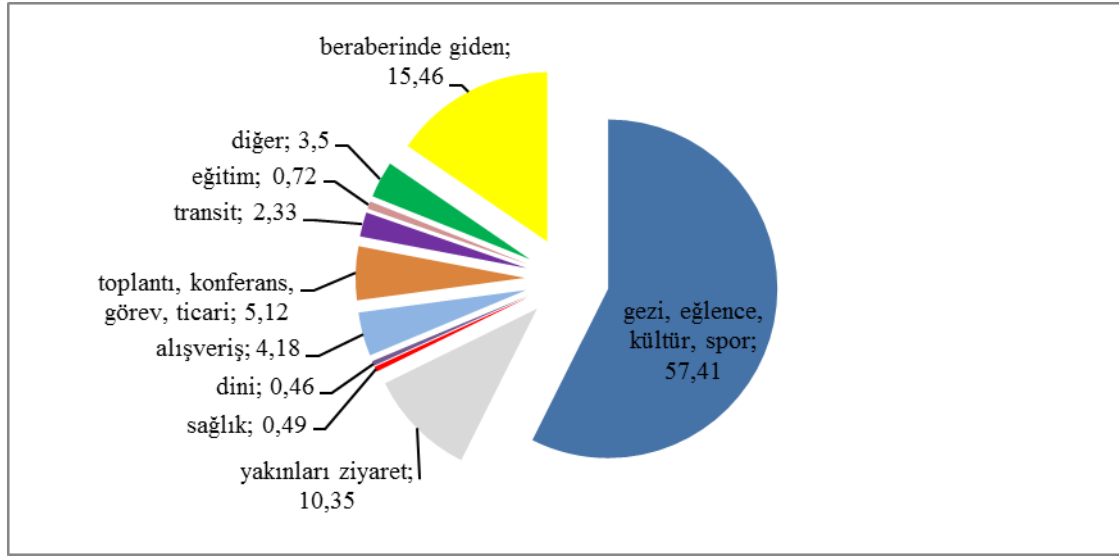
Kaynak: Kültür ve Turizm Bakanlığı (2015).

2008-2011 döneminde Türkiye’ye gelen yabancı ziyaretçilerin geliş amaçlarına göre sayısı Tablo 3’de, 2011 yılında gelenlerin de geliş amaçlarına göre oranı Grafik-8’de görülmektedir. Buna göre, 2008-2011 döneminde sağlık amacıyla gelenlerin oranı yaklaşık %41 azalmış; 2011 yılında tatil amaçlı ziyaretçilerin oranı en yüksek (%57.41); sağlık amaçlı gelenlerin oranı da (%0.49) en düşüktür. Amacı ne olursa olsun, gelen yabancı ziyaretçilerin sayısı arttıkça sağlık hizmetleri taleplerinin de artacağı söylenebilir.

Tablo 3: 2008-2011 Döneminde Türkiye’ye Amaçlarına Göre Gelen Yabancı Ziyaretçi Sayısı (kişi)

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

Kaynak: TÜİK (2012)

Grafik- 8: 2011 Yılında Türkiye'ye Gelen Yabancı Ziyaretçilerin Geliş Amaçları (%)

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2014).

2006-2015 döneminde Türkiye'nin turizm gelirleri ve sağlık turizmi gelirleri ile 2003-2016 dönemi Türkiye'nin turizm giderleri ve sağlık turizmi giderleri Tablo- 4'de görülmektedir.

Tablo- 4: 2003-2015 Dönemi Türkiye'de Turizm ve Sağlık Turizmi Gelirleri/Giderleri (milyon,bin- TL-%)

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

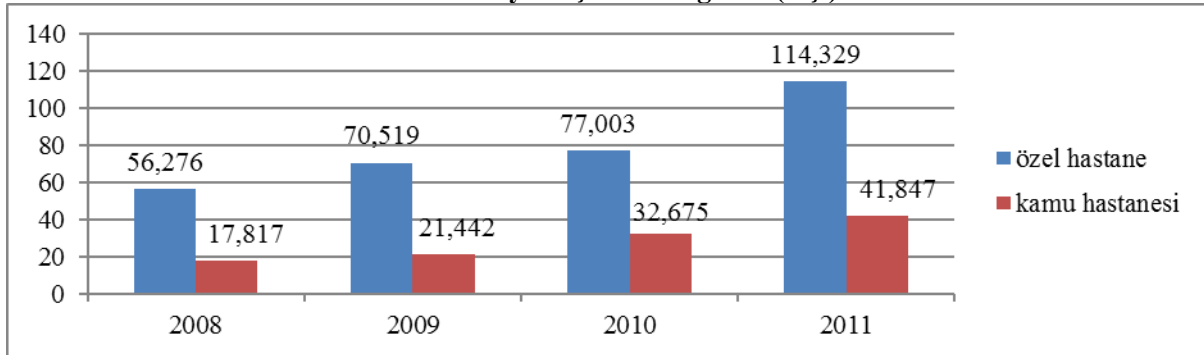
Kaynak: TÜİK (2016)

* 2015 yılı ilk üçer aylık dönem.

Tablo- 4'de göre, Türkiye'nin 2006-2015 döneminde turizm geliri 18.593.950 TL'den 31.464.777 TL'ye; sağlık turizminden elde edilen gelir 382.412 TL'den yaklaşık iki katı kadar artış göstererek 638.622 TL'ye ulaşmıştır. Sağlık turizmi gelirindeki artış, turizm gelirindeki artıştan daha fazla gerçekleşmiştir. Bu dönemde değişim oranı turizm gelirinde yaklaşık %69, sağlık turizmi gelirinde yaklaşık %67'dir. Ayrıca, bu dönemde sağlık turizminden elde edilen gelirin turizm gelirine oranı yaklaşık %5'dir. 2003-2015 döneminde turizm giderinde değişim oranı yaklaşık %13 olurken, sağlık turizmi giderinde sürekli bir azalma gerçekleşmiş ve %-4.7 ile negatif değişmiştir.

Türkiye’nin sağlık turizminden elde edilen gelirlerindeki sürekli artış, genel olarak, özel ve kamu hastaneleri sayısı ile paralellik göstermektedir (grafik- 9).

Grafik- 9: 2008-2011 Dönemi Türkiye’de Sağlık Hizmeti Alan Yabancı Ziyaretçilerin Dağılımı (kişi)



Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2014).

Grafik- 9’da görüldüğü gibi, 2008-2011 döneminde kamu ve özel hastanelerde tedavi gören sağlık turisti sayısında (sırasıyla 74.093 kişi ve 156.176 kişi) yaklaşık %52 oranında ciddi bir artış gerçekleşmiştir. 2008 yılında tedavi amacıyla gelen yabancıların %24’ü kamu hastanelerini, %76’sı özel hastaneleri tercih etmiştir. 2009’da yabancı hastaların %77’si özel hastanelerde, %23’ü devlet hastanelerinde tedavi görmüştür. 2010’da kamu hastanelerinde tedavi gören yabancı hastaların oranı %30’a yükselmiştir. 2011’de hastaların %73’ü özel hastaneleri, %27’si devlet hastanelerini tercih etmiştir.

4. SONUÇ

Turizm, ekonomik bir kararla başlayan, ekonomik ve sosyal sonuçları olan bir olaydır. Gelişmiş ülkelerde ekonomik refah ile birlikte beslenme ve sağlık alanlarında yaşanan gelişme, doğum oranlarının düşmesi gibi nedenlerle bu ülkelerde nüfus hızla yaşanmaktadır. Örneğin, 1970-2014 döneminde 65 yaş üstü nüfusun toplam nüfus içindeki oranı Almanya, İngiltere, Fransa ve ABD’de ortalama %5 oranındadır. Türkiye’de bu oran yaklaşık %4’dür. Bu ülkelerde nüfusun ortalama %5 oranında yaşanmıştır.

Yaşlanma ile birlikte bağımlı nüfusun sağlık giderlerinin artması, bunun yanında sosyal güvenlik sisteminin finansmanını sağlayan aktif sigortalı sayısının sınırlı kalması, sağlık hizmetlerinin maliyetini arttırmıştır. Bu maliyet artışı ile gelişmiş ülkeler, kendi koşullarına göre sağlık harcamalarının finansmanını çeşitlendirmiştir. Örneğin, 2005-2013 döneminde OECD ortalamasına göre kamu sağlık harcamaları azalma eğilimi görülmüştür. 2005-2007 döneminde yaklaşık %4; 2011- 2013’de %0.5; özel sağlık sigortasında 2005-2007’de yaklaşık %5; 2011-2013’de yaklaşık %3 azalmıştır. Bu sonuçlar, özel sağlık harcamalarındaki artış oranının kamu sağlık harcamalarından daha fazla olduğunu göstermektedir.

Kamusal finansmanın uygulandığı ulusal sağlık sisteminde örneğin, İngiltere’de 2000-2015 döneminde kişi başı sağlık harcaması (sırasıyla 1.718.6 ve 4.003.0 milyon \$), özel sağlık harcaması (sırasıyla 21.113.9 ve 54.466.0 milyon \$) ve kamu sağlık harcaması (80.099.2 ve 205.229.5 milyon \$) yaklaşık iki kat artmış, ağırlıklı olarak kamusal finansman söz konusu olmuştur.

Özel sigorta şirketleri tarafından harcamaların karşılandığı serbest piyasa modelinin uygulandığı örneğin, ABD’de 2000 yılında özel sağlık harcaması (718.206 milyon \$), kamu sağlık harcamasından (568.159 milyon \$) daha fazla; 2015’de kamu sağlık harcaması (1.500.654.3 milyon \$), özel sağlık harcamalarına (1.535.036.1 milyon \$) yaklaşmış olmakla birlikte ağırlık özel sağlık harcamalarında olmuştur.

Hem kamusal hem de özel sigorta şirketlerinin söz konusu olduğu sosyal sigorta modelinin uygulandığı örneğin, Almanya’da 2000 yılında özel sağlık harcaması 43.815 milyon \$ iken, kamu sağlık harcaması 170.968 milyon \$; 2015’de özel sağlık harcaması 64.184 milyon \$ iken, kamu sağlık harcaması 363.494 milyon \$ olmuştur. Bu dönemde, kamu sağlık harcaması özel sağlık harcamasının yaklaşık dört katıdır. Bu sonuçlar, gelişmiş ülkelerdeki finansman sorunları en belirgin şekilde gösterirken, tedavi amaçlı sağlık turizminin de çıkış noktasını oluşturmaktadır.

Sağlık sigortası kapsamına girmeyen bir takım hizmetleri alabilmek, sağlık sigorta kapsamında olsa da uzun bekleme listelerine maruz kalmak ve yüksek maliyetlerden kaçınmak sağlık turizmine yönelik bir talep yaratmaktadır.

Ülkeler arasından özellikle karmaşık cerrahi müdahalelerde çok önemli fiyat farklılıkları, pahalı sağlık hizmeti sunan ülkelere sağlık hizmetinin daha ucuz olduğu ülkelere bir akım oluşturmaktadır. 2011 yılı verilerine göre, By-Pass için en pahalı tedavi ücreti 130.000 \$ ile ABD’de, en ucuz ücret ise 7.500 \$ ile Türkiye’dedir. Bu durum, ülkeler için bir pazar fırsatı oluşturmaktadır. Budurum aynı zamanda, ekonomik faktörlerin Türk sağlık turizmi açısından ciddi bir potansiyel oluşturduğu anlamına da gelmektedir.

Dünya sağlık turizm hareketlerinin ağırlık noktasını Türkiye’nin coğrafik yakınlığı olduğu Avrupa kıtası oluşturmaktadır. 2006-2015 döneminde Türkiye’ye gelen yabancı ziyaretçi sayısının milliyetlerine göre dağılımına bakıldığında coğrafik yakınlığı olan ülkelerin en fazla yabancı ziyaretçi gönderdiği görülmektedir. Bu dönemde en fazla artış Almanya ve İngiltere’den gelen yabancı sayısında olmuştur. Almanya’dan gelen ziyaretçi sayısı (2006’da 3 milyon 762 bin 475 kişi ve 2015’de 5 milyon 580 bin 792 kişi) ve İngiltere’den gelenlerin sayısı (sırasıyla 1 milyon 678 bin 845 kişi ve 2 milyon 512 bin 139 kişi) yaklaşık iki kat artmıştır. Bu veriler, Türk sağlık turizmi için coğrafik yakınlığın da bir pazar yarattığını göstermektedir.

KAYNAKLAR

- Aksu, A. (2011). Turistin sağlığı. *Yeni Türkiye Dergisi*, 7(39): 56-63.
- Ateş, M. (2011). *Sağlık işletmeciliği*. İstanbul: Beta Basım A.Ş.
- Aydın, D., Aypek, N., Aktepe, C., Şahbaz, P. ve Arslan, S. (2011). *Türkiye’de medikal turizmin geleceği*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayınları.
- Bülbül, F. (2015). *Sağlık turizminin Türkiye’deki gelişimi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Buldukoğlu, S. (2014). *Sağlık turizminin Türkiye’deki yeri ve önemi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Ufuk Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Boz, M. (2014). *Turizmin gelişmesinde alternatif turizm pazarlamasının önemi*. Yayınlanmamış doktora tezi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- Çetin, R. (2007). İngiltere, Almanya ve Türkiye’de sosyal güvenlik sistemleri ve sağlık reformları.
- Duman, T., Kozak M. ve Uysal M. (2014). Turizmde ürün çeşitliliği yoluyla ürün değeri oluşturma: Türkiye’deki arz kaynakları üzerine bir inceleme. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 18(2): 206–214.
- Edinsel, S. ve Adıgüzel O. (2014). Türkiye’nin sağlık turizmi açısından son beş yıldaki dünya ülkeleri içindeki konumu ve gelişmeleri. *Çankırı Karatekin Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(2): 167-190.
- Gülmez, Z. (2012). *Türkiye’de ve dünyada sağlık turizmi ve çeşitleri: Sağlık turizminin ülkemizdeki mevcut durumu ve bazı ülkelerle kıyaslanması*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. İstanbul.
- Kostak, D. (2007). *Turizm hareketleri: Türkiye örneği üzerinden sağlık turizmi*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Kültür ve Turizm Bakanlığı (2015). Turizm istatistikleri. <http://yigm.kulturturizm.gov.tr/>
- OECD (2015). Health at a glance. <http://www.oecd.org/health/health-systems/>
- OECD (2015). Life expectancy and healthy life expectancy at age 65. <http://www.oecd.org/health/health-systems/>
- Sağlık Bakanlığı (2012). *Sağlık turizminde süreçler ve aracı kuruluşlar araştırma raporu*. Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Sağlık Bakanlığı (2014). *Türkiye’de medikal turizm araştırması raporu*. .Ankara: Sağlık Bakanlığı Yayını.
- TÜİK (2012). Haber bülteni. <http://www.tuik.gov.tr/>
- TÜİK (2016). Harcama giderlerine göre turizm giderleri raporu. <http://www.tuik.gov.tr/>
- Zengingönül, O., Emeç, H., İyilikçi, D. ve Bingöl, P. (2012). *Sağlık turizmi: İstanbul’a yönelik bir değerlendirme*. İstanbul: Ekonomistler Platformu Derneği.
- Yıldırım, H., ve Yıldırım, T. (2011). *Avrupa Birliği sağlık politikaları ve Türkiye*. Ankara: Sağlık-Sen Yayınları.

Citation Information/Kaynakça Bilgisi

Gölpek Karababa, A. (2017). Türkiye’de sağlık turizminin ekonomik yönü, *Türk Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 2(1), 58-69.