

PAPER DETAILS

TITLE: Avrasya'da Yer Alan Türk Devletlerinde Sağlık Turizmi

AUTHORS: Tuncay Kara

PAGES: 61-80

ORIGINAL PDF URL: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/3174362>



AVRASYA'DA YER ALAN TÜRK DEVLETLERİNDE SAĞLIK TURİZMİ

ARŞ. GÖR. TUNCAY KARA*

Giriş

Sanayi Devrimi ile başlayan yüksek üretime dayalı süreç, kentleşmeye ve iş yaşamına yönelik yeni sorunlarla toplumları rahatsız eder boyuta gelince; 19. yüzyılın sonunda, özü itibarıyla toplumun daha üretken kılınmasına dayalı, sağlık düzeylerinin yükseltilmesi ve mevcut risklerle baş edilmesine yönelik, iki temel finansman modeli insanoğlunun hizmetine sunulmuştur. Bu modellerden birisi Almanya kökenli Bismark (Bismarck) modeli diğeri İngiltere çıkışlı Beveric (Beveridge) modelidir. Bismark modelinde sürdürülebilirlik istihdam düzeyinin yüksek tutulmasına ve prim ödemelerine, Beveric modelinde ise vergilerden müteşekkil havuza yani vergi ödeme gücüne sahip iktisadi hareketliliğin içinde bulunan vergi mükelleflerinden oluşan bir topluma gereksinim vardır. Özetle bu iki finansman yapısının işlerliği toplumların üretkenliği ve toplum genelinde risk paylaşımı ile mümkündür. Günümüzde yerkürenin önemli bir kesiminde bu iki temel anlayışın, değişen ağırlıklarda sağlık finansman yapıları içinde yer almasıyla sağlık sistemlerinin çarkları dönmektedir.

Zaten iktisadi bir bunalım dünyada yaşanmasa dahi, hiçbir devletin sonsuz sağlık hizmetini sunabilecek boyutta bir ekonomik güce sahip olmadığı gerçeğinin

* Hacettepe Üniversitesi İİBF Sağlık İdaresi Bölümü

Ancak günümüzde büyük ekonomiler dâhil olmak üzere yerkürede yaşanan iktisadi durgunluklar ve sıkıntılar, öncelikli olarak sağlık finansman modellerindeki sürdürülebilirliğin sorgulanmasını beraberlerinde getirmişlerdir.

yadsınmadığı bir dünyada sağlık sistemlerindeki finansman modellemeleri ayrıca bir önem arz etmektedir. Ancak günümüzde büyük ekonomiler dâhil olmak üzere yerkürede yaşanan iktisadi durgunluklar ve sıkıntılar, öncelikli olarak sağlık finansman modellerindeki sürdürülebilirliğin sorgulanmasını beraberlerinde getirmişlerdir. Her devlet yurttaşlarından ihtiyaç sahiplerine gereksinim duydukları kadar sağlık hizmetini sunma sorumluluğunu düşük veya yüksek bir düzeyde muhakkak taşımaktadır. Ancak kamu eliyle sunulan sağlık hizmetlerinin niteliklerinin sorgulanır olması yanında, özellikle yaşlılıkta daha çok sağlık hizmetlerine gereksinim duyma gerçeği ve yaşlılık dönemlerindeki hastalık riskleriyle baş ederken, finansmanda arkadan yetişen kalabalık genç nüfusa göre bir yapının geliştirilmiş olması, nüfus yapılarındaki değişimle sağlığın

finansmanında sıkıntıları da beraberinde getirmiştir. Bu yaşanan sıkıntılar devletlerin ağır ağır sağlığı piyasaya bırakmaya başlamalarını, özel sağlık sigortacılığı ile özel hastanecilik yatırımlarının doğmasını netice veren başlıca etkenler arasındadır.

Sağlık alanında yatırım yapan her müteşebbisin birincil amacı müşterilerinin beklentilerine en iyi biçimde yanıt vererek pazar hâkimiyet alanını genişletmek ve nihayetinde bir kazanç elde ederek varlığını sürdürmektir. Bu bağlamda en düşük maliyete beklentileri karşılayan iyi nitelikten (kalite) ödün vermeyen hizmetin sağlanması sağlık yatırımlarında baş hedeftir. İşte bu arayış, sağlık yatırımcılarını ve sağlık sigorta şirketlerini müşterilerine daha ucuza sağlık hizmeti sunmak amacıyla gözlerini, daha ucuza sağlık hizmeti üretilen ülkelere yönelterek, küresel düzeyde insan hareketliliğine dayalı yeni bir pazarı yani sağlık turizmini doğurmuştur.

Yazında sağlık (health) turizmi ile tıp (medikal) turizmi kavramlarının birbiri yerine kullanıldığı çalışmalar mevcuttur. Bazı makale çalışmalarında, "(Blouin 2010) Sağlık turizmi, hastanın sağlık hizmeti almak için yurt dışına seyahati olup hem politika ve araştırma boyutuyla dikkatleri üzerine çekmektedir" ifadesine benzer yaklaşımlar yer almakla birlikte, "(Lunt vd.) bu konuda yorum yapanların tıp turizmi ile sağlık turizminin farklı bileşenleri vurguladıklarını" söyleyenler ile "(Carrera vd. 2006,s:447; Lunt vd.'den alıntı) sağlık turizmini bir bireyin zihinsel ve bedensel iyilik hâlinin yaşanan bölgenin dışında koruma yenileme ve geliştirme amaçlı örgütlü seyahat etmektir" biçiminde; sağlık turizmini, tıp (medikal) turizmi kapsar biçimde ele alanlar da vardır. Medikal (tıp) turizm, özü itibarıyla hasta olan kişinin yurt dışına gidip tıbbi uygulamadan yararlanıp geri dönmesidir. Ancak sağlık turizmi, turizm aşamasında ülkeye

gelenlerin sağlık gereksinimlerini karşılamakla beraber başka bir ülkede sağlığı geliştirici, koruyucu ve esenlendirici (rehabilitasyon) her türlü etkinliği ve medikal turizmi içinde barındırmaktadır. Bu kavramsal açıklamayla birlikte literatürde bu kavramların birbirinin yerine bilinçsizce kullanımının olduğunu belirtmemiz gereklidir.

Sağlık Turizminde Önemli Etmenler

Öncelikli olarak sağlık pazarının gelişimini tetikleyengörünürdeki tüm gelişmelerin arkasındaki birincil etmen, II. Dünya Savaşı'nı izleyen yıllardan itibaren insan yaşam süresinin uzamasıdır.¹ İlaç endüstrisinde, tedavi yöntemlerinde yaşanan gelişmelerle birlikte teknolojinin yaşamı kolaylaştırmasının doğal bir sonucu olarak ömrün uzaması ve beraberinde hastalık örüntüsünün süregelen (kronik) hastalıklar ağırlıklı oluşu, daha uzun yaşayan bu bireylerin sağlık hizmetlerine duydukları gereksinimleri de artırmıştır.

Ancak sağlık hizmetlerinde bu talep yükselişine karşı hizmet arzının kısıtlı olması; hizmeti sunanlar başta hekimler ile hizmet alıcıları hastalar arasında, hizmete ilişkin bilgi düzeyi farklılığı; ilaç firmalarının ve teknoloji üreten firmaların eğilimleri, sağlık sektörüne özgü olan özellikler olarak maliyetlerin yükselmesini her zaman tetiklemektedir. Ayrıca bireylerin sağlıkları için gereksinim duydukları bu hizmetlere ödemeyi kabullendikleri bedellerin, gerek bireysel değerlendirmelerin farklılığı ve gerekse gelir eşitsizlikleri gerçeği ekseninde çok geniş bir aralıkta belirlenmesi,² sağlık hizmetlerinin, piyasa ekonomisinde gözde bir konuma gelmesini sağlamıştır. Diğer yandan, başta Avrupa Birliği'nde, Kanada'da tıp hizmetlerinde bekleme sürelerinin uzunluğu, yükselen sağlık hizmetleri maliyetleri, Amerika Birleşik Devletleri'nde piyasa koşullarında çalışan sağlık sigorta şirketlerinin birçok hizmeti sigorta kapsamına almamaları³ veya daha ucuza üçüncü dünya ülkelerinden hizmet alımı yönünde geliştirdikleri stratejiler, yurt dışında sağlık hizmeti alınmasını tercih edilir kılmıştır. Gelişmekte olan ülkelerin gelişmiş ülkeleri daha yakından izlemeleri, küresel ölçekte ortak eğitim programlarının düzenlenmesi, internet aracılığıyla bilginin akıl almaz dolaşımı, gelişmekte olan ülkelerde her alanda yatırım ortaklıklarına gidilmesi aynı zamanda gelişmekte olan ülkelere bilgi aktarımını da beraberinde getirmektedir. Bu aktarım sahalarından birisi de hekimlik uygulamalarıdır. Ayrıca sağlık eğitiminin küresel ölçekte başarılı uygulamaları ve sağlıklı kalma ve sağlığı geliştirmeye yönelik bilincin toplumlarda artışı sağlık turizmi talepleri için önemli etmenler arasındadır.

Diğer taraftan refah düzeyi artan bireyler, devletler arası ilişkilerin olumlu seyri ve yüksek ulaşım teknolojileri sayesinde dünyayı gezmek ve görmek istemektedirler. İnsanoğlunun son yıllarda gerçekleştirdiği küresel ölçekteki bu

İnsanoğlunun
son yıllarda
gerçekleştirdiği
küresel ölçekteki
bu büyük
hareketlilik
ile turizm de
her geçen
yıl daha çok
gelişmektedir.

Hasta yatış günlerinin azalmasını, tedavi sürelerinin kısaltılmasını, hastanın daha az acı duymasını sağlayıcı mekanizmalar, sağlığa yatırım yapanların rekabet gücü açısından düşünmesi gereken hususlardır.

büyük hareketlilik ile turizm de her geçen yıl daha çok gelişmektedir. Cepten yapılan sağlık harcamalarının her geçen yıl OECD ülkelerinde artışı sağlık turizmi için bir diğer önemli etmendir. 2000 ve 2010 yılları arasında OECD ülkelerince satın alma paritesine göre sağlığa ayırdıkları GSYH oranlarının ve bütçe tutarlarının ortalamalarına bakıldığında ve Türkiye ve Norveç için 2007 verileri dikkate alınarak hesaplanmış olan 2009 yılı verilerine göre OECD ülkelerinde gerçekleşen cepten harcama oranı ortalama % 19.27 olup bu rakam 2010 yılı verilerinde veri sağlanamayan ülkeler için en yakın zaman dilimindeki verilerin dikkate alınması ile % 19.5 bulunmuştur. OECD ülkelerinin 2000-2009 arasında sağlığa ayırdıkları pay artış oranı, reel rakamlarla ortalama % 4.3'tür. Yalnız 2009-2010 döneminde yavaşlayarak bu oran % 2.7'ye gerilemiştir.⁴

Genelde Afrika devletleri ile yine bazı Arap devletlerinden gerçekleşen talep ise yüksek tedavi

teknolojisi temelindedir. Bu ülkelerde yurt dışından hizmet alım gücüne sahip olan bireyler yüksek tedavi teknolojilerini yurt dışından temin etmektedirler. İşte hem insanların farklı coğrafyaları ve kültürleri görme, gezme, eğlenme isteklerine hem ihtiyaç duydukları tıbbi uygulamaları yurt dışında daha ucuza fakat kaliteden ödün vermeksizin, istenen düzeyde teknoloji ile alma; ayrıca sağlık düzeylerini sağlıklı iken de yükseltme ve geliştirme isteklerine yanıt vermeyi amaçlayan sağlık turizmi bu sayılan temel etkenler eşliğinde gelişmektedir.

Sağlık Turizminde Gerçekler

Ortaya çıkış felsefesiyle sağlık turizmi rekabete dayalıdır. "(Taşar, 2010) *Rekabet; talebin ve teknolojinin özellikleriyle belirlenen siparişe etkin biçimde uyum sağlayabilmek için piyasanın güncel biçimlerini, üretim yapılarını ve organizasyon modellerini uygulama süreci olarak tanımlanabilmekte ve bu anlamıyla; mücadele şartlarını ve rakiplerin davranışlarını dikkate alan aktörler arasındaki etkileşim olarak ortaya çıkmaktadır.*" Rekabetin tanımından da anlaşılacağı üzere, yüksek rekabetin yaşandığı sağlık turizminde piyasanın güncel biçimlerini uygulama önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinde değişen teknolojiye, tedavi (sağaltım) yöntemlerine örgütsel yapınızı uyarlayamazsanız yani piyasanın güncel biçimlerini, üretim yapılarını kullanamazsanız yok olursunuz. Zira konu yalnız hastanızı memnun etmek değil, örgütünüzün yaşar kılınması için baş etmeniz gereken maliyetler ile yeni yöntemleri kullanarak rekabet ortamında

mücadele edebilmektir. Hasta yatış günlerinin azalmasını, tedavi sürelerinin kısaltılmasını, hastanın daha az acı duymasını sağlayıcı mekanizmalar, sağlığa yatırım yapanların rekabet gücü açısından düşünmesi gereken hususlardır.

“(Erkan, 1987; Taşar vd.2010’dan alıntı)

Bağımsız ekonomik birimlerin kendi ekonomik başarıları için birbirlerini karşılıklı olarak etkilemeleri ve ekonomik birimler arasındaki yarış olarak tanımlanan rekabet; yönlendirme, kaynak dağılımını gerçekleştirme ve teknolojik gelişme fonksiyonlarını beraberinde taşımaktadır. Bu fonksiyonların birlikte sağlanması durumu ise; etkin ve fonksiyonel rekabet” olarak nitelendirilmektedir. İngiltere’de uygulanmakta olan sağlık teknolojilerini değerlendirme işlemi de aslında bu tanımın yaşamsal kılınmasına uygun bir örnektir. Sağlık turizminde etkin rekabet yapabilmek için İngiltere’nin yaptığı gibi, maliyetlere katlanmanın kar getirici veya kar getirmeyici olması ortaya konarak hareket

Türk Dünyası, sağlık turizmine yönelik olarak etkin rekabetin içinde bulunmak için kaynak dağılımını planlamaya ve teknolojiye yönelik bilim adamlarına sahiptir, eksik olan teknolojik yatırımların gerçekleştirilmesidir.

edilmelidir. Türk Dünyası, sağlık turizmine yönelik olarak etkin rekabetin içinde bulunmak için kaynak dağılımını planlamaya ve teknolojiye yönelik bilim adamlarına sahiptir, eksik olan teknolojik yatırımların gerçekleştirilmesidir. Sağlık teknolojilerinin yurt dışından aktarımının gerçekleştirilmesi ve üretilen sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde Türk Devletlerinin yetkin olmaları ve çağı yakalamaları gerekliliği üzerinde durulması gereken konulardandır.

Sağlık Turizmine yatırım yapan ülkelerden olan Singapur, Malezya, Hindistan, Tayland ve Filipinler için sağlık turizmi ciddi rakamsal büyüklükte dövizin yurda akışını sağlamaktadır. “(Hazarika 2009) 1990’lardan itibaren her yıl yaklaşık % 16 büyüyen Hindistan’da sağlık turizmine ilişkin olarak 2005 yılında 150.000 hastadan 333 milyon Amerikan doları gelir elde edilmiştir ve Dünyada sağlık turizmi sektöründe dönen paranın 140 milyar dolar olacağı öngörülmektedir”

Sağlık Turizmi alanında ilk olarak başka bir ülkenin vatandaşını tedavi amaçlı ülkeye getirme Küba’da görünse de asıl iktisadi anlamda uygulamalar Singapur’da ve Malezya’da gerçekleşmiş olup bunu takiben 1990’ların sonunda Tayland ve Hindistan ile Filipinler ve 2000’li yıllarda Güney Kore harekete geçmiştir.

“(Leng 2010) Vatandaşların sağlığına yönelik sorumluluk Alma-Ata Bildirgesi ile devletlerin üzerinde olmasına karşın, son 50 yılda çok hızlı gelişme kaydeden Singapur’un tartışmalı olan sağlık politikaları, sağlık turizmi uygulamalarına ortam hazırlamıştır.” Çoğu gelişmiş ülkeler olmak üzere birçok ülkede gayrisafi yurt içi hasılda sağlık hizmetlerine

ayrılan paylar, kamusal sağlık harcamaları ihtiyaçları gidermekte yetmemekte ve cepten yapılan sağlık harcamaları artmaktadır. OECD verilerine göre 2009 yılında OECD ülkelerinde ortalama olarak % 9.5 gayrisafi yurt içi hasıla sağlığa ayrılmıştır.⁵ Bu ortalama hesabında Amerika Birleşik Devletleri gayrisafi yurt içi hasılasının % 17.6'lık kısmını ayırarak en önde gelmektedir.⁶ Verilere göre sağlık sektöründe 2009 yılında 5.5 trilyon dolar para harcanmıştır. Bu harcamalar Dünya ülkelerinin gayrisafi yurt içi hasılasının ortalama % 10.1'ini oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2004 verilerine göre sağlık harcamalarının % 80'inin OECD ülkelerinde gerçekleştiği belirtilmektedir. Bu raporda en düşük kişi başı sağlık harcaması Burundi'de 2.9 dolar miktarındadır.⁷ Bu kadar yüksek maliyetin ve harcamalar farklılıklarının olması muhakkak ki bireyleri, sigorta şirketlerini ve hatta devletleri daha ucuz sağlık hizmeti seçeneklerini aramaya itmektedir. Bu arayışların varlığına bir diğer kanıt ise 2010 yılı itibarıyla dünyadaki sağlık harcamaları için katlanılan maliyetlerin % 17.7'lik bölümü doğrudan bireylerin ceplerinden yapılmıştır.⁸ Sağlık hizmetlerine yönelik harcamaların her geçen gün artışında;

- Toplumların sağlık düzey ve bilinçlerindeki artış,
- Gelişmiş toplumlarda bulaşıcı hastalıkların yerini yıllarca sağlık hizmetine gereksinim duyulabilecek süregelen (kronik) hastalıkların alması, bu hastalıkların tedavi maliyetlerinin yüksek olması,
- Toplumların nüfus yapılarının değişmesi;
- İnsanların sağlıklarını geliştirmek için hasta olmadan sağlıklarını iyileştirici kaplıcalardan hizmet alma gibi etkinliklerde bulunmaları; yaşlılık dönemlerinde bireylerin yaşlı bakım merkezlerine taleplerinin artışı,
- Yaşlılığa özgü (geriatrik) hastalıkların tedavi süreçlerinin uzun ve maliyetlerinin yüksek olması,
- Sağlık hizmetleri çalışanlarının en yüksek bilgi ile donandıkları eğitimlerinin yüksek maliyetli oluşu ve hastanelerin yüksek teknoloji içeren kurumlar olmaları,
- 65 yaş üstü emekli nüfusun giderlerini dünya ekonomilerinin karşılamakta güçlük çekmesi, hususları etkilidir.

Sağlık Turizmi İçinde Tıp Turizminden Hizmet Alıcıların Beklentileri

Serbest piyasa ekonomisinde, sağlık hizmeti sunucuları için hastaların müşteri olarak kabulü ahlaki açıdan doğru olmasa da bu anlayış giderek yerleşmektedir. Bu bağlamda hizmetlerin arzında müşterinin, yani hastanın memnuniyeti birincil önceliktedir. Hizmet memnuniyetinde öncelik, fiyatların daha ucuz olmasında düşünülüyor ise de Amerika Birleşik Devletleri'ndeki bilimsel yayınlar, hastaların başka bir ülkede gidecekleri sağlık kuruluşunu seçerken, bu kuruluşların kalite akreditasyonlarının olup olmadığına dikkat ettiklerini göstermektedir. Gidilecek sağlık kuruluşunun seçiminde, hem ucuzluk hem de standartlarda belli seviyeyi yakalamış olması birlikte istenmektedir.

Maliyetin düşük olması ve kalite akreditasyonunu izleyen diğer olgu, tedavi gören hastaların sosyo-kültürel yönden kendilerine uygun bir ortamda bulunmak istemeleridir. Tedavi (sağaltım) sürecinde, anadillerini bilen hekimlerden ve çalışanlardan hizmet almak arzusundadırlar.

Tıp turizminde, sunulan sağlık hizmetlerinin başarısını etkileyen ve hizmet alıcılarca aranan bir diğer önemli nokta; tedavi (sağaltım) süreci sonunda özellikle ameliyatlardan sonra, iyileşme sürecini olumsuz yönde etkileyecek istenmeyen

olayların gerçekleşme olasılığının indirgenmesidir. Bu indirgemedede hastanın kendi ülkesine dönerken yapacağı uçak uçuş süresinin kısa olması özellikle istenmektedir. Çünkü kısa uçuş mesafesi olması hastanın daha erken taburcu olmasını sağlayarak, hastanelerde yatak devir hızı ile düşük maliyetleri sağlamakla birlikte, tedaviye olumsuz etki edecek olayların (komplikasyonlar) ortaya çıkma riskinin düşmesinde etkilidir. Ayrıca istenmedik tıbbi sonuçların engellenmesi ve ülkeye döndüğünde yapılacak bakımların başarılı kılınması için kendi hekimleri ile gidilen ülkenin hekimleri arasında elektronik tıp uygulamasının varlığı istenmektedir.

Hem tıp turizmi ve hem de sağlık turizminin tüm uygulamalarında müşteri olarak ele alınan bireyler, kendi kültürlerine önem verildiğini görmek, kendi mutfaklarını hastanelerin otelcilik hizmetleri bünyesinde tatmak, bunun yanında diğer kültürlerin mutfaklarını görmek istemektedirler. Bu noktaya dikkat edilmesi aynı zamanda müşteri memnuniyetini yükselterek, yurt dışında hizmetlerin pazar payının artmasını netice verecektir.

Dünyanın özellikle önde gelen ekonomilerinde sağlığa ayrılan paylara bakıldığında Amerika Birleşik Devletleri'ndeki payın 2,5 trilyon dolara yakın olması, Japonya için yarım trilyon dolara yaklaşması, Avrupa'nın büyük ekonomilerinin sağlığa 200 ila 387 milyar dolar arasında kaynak ayırmaları ve buna rağmen sağlığa ayrılan kamusal olmayan GSYH paylarının yüzdeleri ve bireylerin cepten harcamalarının oranları sağlık hizmetleri pazarının piyasa ekonomisinde nedenli büyük olduğunu göstermektedir. Bu rakamlar çoğu devletin yıllık gayrisafi yurt içi hasılasının (GSYH) üzerinde olan tutarlardır (Tablo 1).

Tablo 1. 2009 Yılında Bazı Ülkelerde Sağlığa Ayrılan Gayrisafi Yurt içi Hasıla Payları, Kişi Başına Sağlık Harcamaları, Kişi Başına Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları, Cepten Yapılan Harcamaların Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı⁹

Ülkeler	Sağlığa Ayrılan Gayrisafi Yurt içi Hasıla (Milyar A.b.d. doları) ve Bu GSYH İçinde Toplam, Kamu, Özel Yüzdeleri				Kişi Başına Düşen Toplam Sağlık Harcaması (°)	Kişi Başına Cepten Yapılan Sağlık Harcaması (°)	Şahsi Sağlık Harcamalarının Toplam Sağlık Harcamalarındaki Payı (%)
ABD	2440	17.6	8.4	9.2	7960	974	12.24
Almanya	387	11.7	9	2.7	4723	617.5	13.07
Fransa	311	11.9	9.3	2.6	4840	354	7.31
İngiltere	212	9.8	8.23	1.57	3440	339	9.85
İtalya	200	9.4	7.3	2.1	3323	652	19.62
G. Kore	58	6.9	4.0	2.9	1184	385	32.52
Japonya	479	9.5	7.81	1.59	3754	545.5	14.41
Çin	255	5.1	2.6	2.5	191	71.6	37.47
Hindistan	53	4.2	1.4	2.8	44	26.5	60.22
Rusya	69	5.6	3.55	1.95	476	143	30
Brezilya	142	8.8	3.83	4.97	734	236.8	32.26
Türkiye	42	6.7	5	1.7	575	92	16

Sosyal güvenlik sistemleri açısından sağlık hizmetlerinin yalnız kamu kaynakları ile karşılanamadığı bir gerçektir. OECD verilerine göre 2009 yılının sağlık harcamalarında OECD ülkeleri kamu payının sağlık harcamalarındaki ağırlığının % 72 iken Türkiye’de sağlığa ayrılan kamu kaynağı toplam kaynağın % 73’tür.¹⁰ Amerika, Hindistan, Brezilya, Çin, Rusya, Güney Kore ve Japonya’nın kamu ve özel payları birbiri ile karşılaştırıldığında bazen birbirine yakın bazen özel ağırlıklı, bazen ise kamu ağırlıklı harcamalarıyla biri diğerinden öne çıkmaktadır. Ülkeler istenen sağlık hizmetine erişme noktasında kaynak israfının önlenmesi ve hizmetlerin gereksiz kullanımının önüne geçmek amaçlı kamu tarafından sosyal sorumluluk temelli ödemeler konmaktadır. Bunlar muayene olurken belli katkı paylarıyla hizmetin maliyetine katılma veya eczanelerden para ödeyerek ilaç alma gibi çeşitli biçimlerde yapılan şahsi cepten harcamalardır ve bu harcamaların tutarları birçok devlette aylık maaşların üzerindedir.

Sağlık harcamaları kalemlerinin temel alınması, sağlık turizmi için yanlış bir anlayış olarak değerlendirilebilir. Çünkü sağlık turizmi yurt dışından tıp hizmetlerinin alınması yanında sıcak su kaynaklarından, masaj merkezlerinden, yaşlı bakım evleri ve emeklilikte sağlığı geliştirici bir yayla evine çıkmaya kadar geniş bir yelpazededir. Ancak kişilerin sağlığı geliştirici hizmetlerden, kaplıcalar gibi sıcak su kaynaklarından yararlanmaları, yaşlılığa yönelik hizmet evlerinden faydalanmaları yine bir biçimde sağlık seviyesinde ilerleme anlamına gelmektedir. Bu ihtiyaçların hissedilmesi ise birincil olarak ülke sağlık sistemleri ile ilgilidir. Dolayısıyla tıp hizmetlerinin toplumda sunumu ve bunların maliyetleriyle sağlık turizminin diğer olgularının ilgisi olduğundan devletlerin sağlık sistemlerindeki harcama tutarlarına bulgularda ağırlık verilmiştir.

Tablo 2. *Avrasya Coğrafyasındaki Türk Devletlerinde 2000-2009 yıllarında Sağlığa Ayrılan GSYH Payı ve Sağlık Harcama Oran ve Tutarları¹¹*

Ülkeler		2000 Yılı		2009 Yılı		
	Sağlığa Ayrılan GSYH Payı	Sağlığa Ayrılan GSYH Payında Kamusal Oran(%)	Kişi Başı Toplam, Cepten Yapılan Sağlık Harcaması(%)	Sağlığa Ayrılan GSYH Payı	Sağlığa Ayrılan GSYH Payında Kamusal Oran (%)	Kişi Başı Toplam, Cepten Yapılan Sağlık Harcaması (€)
Azerbaycan	4.7	18.5	30 - 19	5.8	23.1	283-196
Kazakistan	4.2	50.9	51 - 25	4.5	29.2	326-131
Kırgızistan	4.7	44.3	13- 6.5	6.4	53.0	57-24
Özbekistan	5.7	44.1	32 - 17	5.9	45.3	73- 32.5
Türkmenistan	4.0	79.6	45 - 9	2.5	59.2	92-37.5
	4.9	62.9	205-57	6.7	75.1	575-92

OECD ülkeleri içinde Türkiye’nin bu ölçütte, son sıralarda olduğu gerçeği ile bu tabloya bakarsak Türk devletleri ile OECD ülkeleri arasında sağlık

hizmetlerinin maliyetlerinin kamu-özel ağırlıklı karşılanma oranları arasında büyük farklar vardır. Türk devletlerinin sağlık sistemle-rinde kamunun ağırlığını gerçekleştiremedikleri, sosyal devlet anlayışlarının sağlık hizmetleri sağla-mada yetersiz olduğu gözlenmektedir. Sağlığa 2009 yılında en düşük gayrisafi yurt içi hasılayı % 2.5 pay ile Türkmenistan ayırmıştır. 2009 yılında Azerbaycan'ın 196 dolarlık ve Kazakistan'ın 131 dolarlık cepten yapılan harcama tutarları gerçekten ekonomik durumlarına göre bu ülkeler için yüksek rakamlardır. Aynı zamanda Azerbaycan için 2000 yılından 2009 yılına kadar cepten yapılan

harcamaların oransal artışına baktığımızda 10 kat artış vardır. *Bu cepten harcama miktarlarına bakarak Türk dünyasının sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik sorunları olabileceği, ilk akla gelen konudur. Ancak sağlık hizmetleri yönünden sağlık hizmetlerinin diğer devletlere göre daha düşük ücretle üretildiği ve sağlık iş gücünün maliyetinin gelişmiş ülkelere göre daha düşük olabileceği de akla gelmektedir.* Verilere nüfus yapıları ile beraber bakmak daha doğru inceleme imkânı verir. Kronik hastalıkların yoğun olduğu Batı toplumlarındaki hizmet gereksinimleriyle Türk Dünyasının hizmet gereksinimleri aynı boyutta olamaz. Günümüzün büyük ekonomilerinin nüfuslarında özellikle 65 yaş üstü nüfusu incelemek faydalı olacaktır. Çünkü genç insanlar çoğunluk itibariyle akut, geçici sağlık sorunlarına yakalanmakta olup, sağlık hizmetlerini çok fazla kullanmamaktadırlar. Buna karşın yaşlı bireyler kronik (süreğen) hastalıklara maruz kaldıkları için hem sağlık hizmetlerine daha çok gereksinim duymakta hem de tedavi (sağaltım) maliyetleri yüksek olmaktadır. Aşağıdaki tablolarda yer alan verileri incelemeden önce bir diğer önemli husus ise, 65 yaşına gelindiğinde bireylerin yaşam beklentileri ile bu yaşam beklentisinin ne kadarını sağlıklı olarak geçirecekleridir. Aradaki fark yılları boyunca bu insanların tedaviye gereksinim duyacakları bir gerçektir. Tedaviyi salt olarak ele almanın yanında bir diğer gerçek bu emekli olan bireylerin bakıma muhtaç duruma gelerek sürekli sağlık bakımına gereksinim duyabilmeleridir. Avrupa Birliği ve diğer ekonomiler bu konuda sağlıklı yaşlanma programlarına özellikle önem vermekte ve hem bireylerin kendi kendilerine yetmeleri hem de sosyal güvenlik sistemleri üzerinde yük olmamaları amaçlanmaktadır.

Kronik hastalıkların yoğun olduğu Batı toplumlarındaki hizmet gereksinimleriyle Türk Dünyasının hizmet gereksinimleri aynı boyutta olamaz.

Tablo 3. 2009 Yılında OECD, AB-27, Türkiye’de +65 Yaş Nüfusunun Toplam Nüfus İçindeki Oranı, 65 Yaş Sonrası Beklenen Yaşam Süresi, 65 Yaş üstü Beklenen Sağlıklı Yaşam Süresi ve Bu Değerlerin Farkları¹²

Ülkeler ve Birlikler	+65 Yaş Nüfusun Toplam Nüfus İçindeki Oranı		65 Yaşında Beklenen Yaşam Süresi		65 yaş üstü Beklenen Sağlıklı Yaşam Süresi		65 Yaş sonrası Sağlıklı olunmaması olası yaşam yılı	
	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın	Erkek	Kadın
AB-27	7.4	10.0	17.3	20.9	8.4	8.4	8.9	12.5
OECD	6.3	8.4	17.2	20.5	9	9.8	8.2	10.7
Türkiye	3.06	4.33	14.4	15.9	-	-	-	-

OECD ülkeleri içinde 65 yaşında en yüksek yaşam beklentisi Japon kadınlarda olup 24 yıldır. 65 yaşına gelindiğinde sağlıklı yaşam beklentisinde ise İsveç ve Norveç’te kadınlarda 14 erkeklerde 13,5 yıldır. 65 yaşından sonraki yaşam beklentisinden sağlıklı yaşam beklentisini çıkardığımızda ortalama olarak sağlık hizmetine sürekli gereksinim duyulacak AB-27 ülkelerinde erkeklerde 8,9 kadınlarda 12,5’dir. OECD ülkelerinde ise bu rakamlar erkekler için 8.2 kadınlar için 10.7’dir. Burada bu sayıların aritmetik ortalamasını almak doğru değildir. Hesaplama aritmetik ortalama yerine ağırlıklı ortalamasının alınması ve nüfus içindeki yüzdenin dikkate alınması daha doğru olacaktır. Tablo verilerine baktığımızda 65 yaş üstü nüfus içinde kadın oranının yüksekliği, kadınların daha uzun yaşam beklentisi ve sağlıksız olması, muhtemel yaşamın kadınlarda uzun olmasıdır. Bu rakamlar beraber değerlendirildiğinde Avrupa genelinde ve OECD ülkelerinde yaşlı iken sağlık hizmetlerine duyulan gereksinim daha iyi anlaşılabacaktır.

Tablo 4. Bazı OECD ülkeleri, Avrupa Birliği ve Gelecekte Güçlenmesi Beklenen Ekonomilerin Nüfus Yapılarına İlişkin Tahminler¹³

Ülkeler ve Birlikler	2010 Yıl Ortası Nüfusu (milyon)	2010 Yılı+65 Nüfusun Tüm Nüfusta Yüzdesi	2025 Yıl Ortası Nüfusu (milyon)	2050 Yıl Ortası Nüfusu (milyon)	2010 Yılında Her Yaşlıya (+65) Düşen Çalışma Çağındaki (15-64) Nüfus	2050 Yılında Her Yaşlıya (+65) Düşen Çalışma Çağındaki (15-64) Nüfus
AB	501	17	514	510	4	2
ABD	309.6	13	351.4	422.6	5	3
Japonya	127.4	23	119.3	95.2	3	1
Çin H. Cum.	1338.1	8	1476	1437	9	3
Güney Kore	48.9	11	49.1	42.3	7	2
Rusya Fed.	141.9	13	140.8	126.7	6	3
Hindistan	1188.8	5	1444.5	1748	13	5
Brezilya	193.3	7	212.4	215.3	10	3
Dünya	6892	8	8108	9485	9	4

Gelişmiş dünya ekonomileri olarak Japonya, Rusya ve Güney Kore'nin 2010 yılı itibarıyla en yaşlı oldukları görülmektedir. 2050 yılındaki her yaşlı başına düşen çalışan nüfusu açısından, Avrupa Birliği, Japonya, Güney Kore, Rusya Federasyonu ve gelişmekte olan Çin, Brezilya ve Hindistan ekonomilerinin yaşlılık olgusundan dolayı en çok olumsuz etkilenecek ülkeler olarak görülmektedir. Dikkat çeken husus Amerika'nın yaşlı nüfusunun dünya ortalamasının üstünde olmasına karşın dünyanın yaşayacağı nüfus yapısı dönüşümünün üzerinde sert olmayan bir dönüşüm yaşayacağıdır. Dünya ortalamasında 2010'dan 2050'ye her yaşlı başına çalışma çağındaki nüfus 9'dan 4'e inmesine karşılık ABD için bu rakam 5'den 3'e inmektedir.

2010 yılında Dünya ortalamasında 65 yaş üstü nüfusun % 8 olduğu hatırlanırsa Türk devletlerinin genç yapıda olduğu görülmektedir. Ancak 2050'lere yaklaşıldıkça dünya ile aynı nüfus yapısına doğru gidildiği görülmektedir.

Tablo 5. *Avrasya'da bulunan Türk devletlerinin Nüfus Yapılarına İlişkin Birleşmiş Milletlerin Öngörülleri*¹⁴

Ülkeler	2010 Yılı Nüfusu (mil.) +65 Yaş Nüfusunun Yüzdesi (%)		2020 Yılı Nüfusu (mil.) +65 Yaş Nüfusunun Yüzdesi (%)		2040 Yılı Nüfus (mil) ve +65 yaş nüfusun Yüzdesi (%)			65 Yaşında Beklenen Yaşam Beklentisi (Yıllar)			
	Nüfus	Oran	Nüfus	Oran	Nüfus		Oran	2010 Yılı	2020 Yılı	2040 Yılı	
Azerbaycan	9.18	6.6	10.23	7.1	11.27	15			14.6	15.2	16.7
Kazakistan	16.02	6.8	17.68	8.3	20.06	11.7			14.6	16.0	
Kırgızistan	5.33	4.4	6.01	4.8	7.26	9.77		13.8	14.3	14.8	
Özbekistan	27.44	4.4	30.8	5.1	34.8	11.3		13.4	15.2	15.9	17.3
Türkiye	72.8	6	80.75	8	90.3	15		15.4	16.2	17.8	
Türkmenistan	5.04	4.1	5.67	4.6	6.47	10.5		13.8	14.7	16.2	

Tablodaki bilgilerden görülen tüm Türk devletleri içinde en genç yapı Özbekistan, Türkmenistan ve Kırgızistan'dır. Ancak 2040 yılı itibarıyla bütün Türk devletleri nüfus yapıları itibarıyla birbirine benzemektedir. 2010 yılında Dünya ortalamasında 65 yaş üstü nüfusun % 8 olduğu hatırlanırsa Türk devletlerinin genç yapıda olduğu görülmektedir. Ancak 2050'lere yaklaşıldıkça dünya ile aynı nüfus yapısına doğru gidildiği görülmektedir.

Tablo 6. Altı Türk Devletinde 2010 ve 2050 Yıllarında Her Yaşlı (+65) Kişi Başına Düşen Çalışma Çağındaki Nüfus (15-64) Oranları¹⁵

Ülkeler ve Dünya	2010 Yılında Her Yaşlı (+65) İçin Düşen 15-64 Yaş Nüfusu	2050 Yılında Her Yaşlı (+65) İçin Düşen 15-64 Yaş Nüfusu
Azerbaycan	11	4
Kazakistan	10	4
Kırgızistan	10	4
Özbekistan	15	5
Türkiye	11	3
Türkmenistan	16	5
Dünya	9	4

Tabloda görüldüğü üzere dünyada 2010 yılında her +65 yaş bireye 9 çalışma çağında kişiyi varken bütün Türk devletlerinin oranları daha yüksektir. Ancak dikkat çekici olan 2050 yılı nüfus projeksiyonunda dünya ile Türk Dünyasının aynı oranda yapıya ulaşmasıdır. Bu Türk devletlerinde nüfus yapısı dönüşümünün dünya ortalama hızının üstünde olduğunu göstermektedir. Dünya 9'dan 4'e doğru seyrederken Türk dünyasında en büyük ekonomi olan Türkiye 11'lerden 3'e düşmektedir.

Avrupa Birliği 2050 yılı için GDP hesaplamaları yapmıştır. Buna göre GDP'nin paylaşımı ağırlıklı olarak Çin, ABD, Japonya, Hindistan, Avrupa Birliği arasında olmaktadır.¹⁶ Türk Devletlerine kayda değer pay düşmemesinin bilimsel bir açıklaması olması gereklidir. Türk Devletleri arasında iş birliğinin geliştirilmesi olanakları, nüfus yapıları ve coğrafi konumları stratejik öneme haizdir. Ancak Avrupa Birliğinin 2050 yılına ilişkin raporunda Japonya, ABD, Hindistan, Çin, Brezilya ve Rusya'ya yer verip Türk Dünyasını diğerleri içinde "görülmezliğe terk etmesi"¹⁷ manidardır. Zira bugünkü büyük ekonomilerin nüfuslarının ortalama olarak 4'de birinin yaşlanacağı, ortalama insan ömrünün 90'lara çıkacağı ve bu bağlamda daha çok sağlık bakımı gereksinimi olacağı, sosyal güvenlik harcamalarının artıp, nüfus içindeki çalışana bağımlı oranlarının her geçen gün artacağı ortadadır. Bu gerçeklik ile son yıllarda Türk Devletlerindeki ekonomik gelişmeler ve nüfus yapıları beraber değerlendirildiğinde Avrasya'ya haksızlık yapıldığı aşikârdır.

**Resim1.** 15-64 Yaş Arası Nüfus / +65 Nüfus oranı ile Dünya Haritası¹⁸.

Mavi: 15 ve üzeri Yeşil: 10 ila 14.9 Sarı: 5 ila 9,9 Turuncu: 5'den az

Dünya üzerinde son yıllarda sağlık turizmine yatırım yapan devletler çoğunlukla yeşil renkli olanlardır. Yani 65 yaş üzeri bir kişiye karşılık en az 15-64 yaş arası 10 bireyin olduğu devletlerdir (İran, Meksika, Hindistan, Tayland, Mısır). Dikkat edildiğinde görülecektir ki, Türk devletleri de ağırlıklı olarak bu özelliكتedir. Birleşmiş Milletler raporuna göre dünya genelinde 2050 yılında 60 yaş üzeri olan nüfusun oranı % 21 olacaktır. Avrupa İstatistik Yıllığı 2011 içinde 2009 yılı itibarıyla Avrupa'nın % 17,2'si 65 yaş ve üzerinde olduğu ve 2060 yılı itibarıyla bu oranın % 30'un üzerinde olacağı belirtilmektedir.

Ayrıca yaşlı/çalışma çağı nüfusunun azlığı sosyal güvenlik sistemleri için tehdit oluşturmakta, buna çareler aranmaktadır. Avrupa Birliği çare olarak sağlıklı yaşlanmayı ve 2020 yılı için 15-64 yaş grubunda % 75'lik istihdamı amaçlamaktadır. ABD için öngörülen senaryonun gerçekleşmesi hâlinde 2010 yılında 40 milyon olan yaşlı sayısı 89 milyona erişecektir. Ayrıca teknolojik gelişmeler eşliğinde daha uzun yaşayacak olan insanların sağlık harcamaları sosyal güvenlik harcamalarını geçecektir.

Tablo 7. 2010-2050 Yılları Arasında ABD.'de Sosyal Güvenlik Harcamaları ve Sağlık Yardımlarının Yüzde olarak GSYH. Pay Durumları¹⁹

Gösterge Değer	2010 Yılı	2030 Yılı	2050 Yılı
Sosyal Güvenlik Harcamaları	4.9	6.1	5.8
Sağlık Yardımları	3.5	6.4	8.7
Toplam	8.4	12.5	14.5

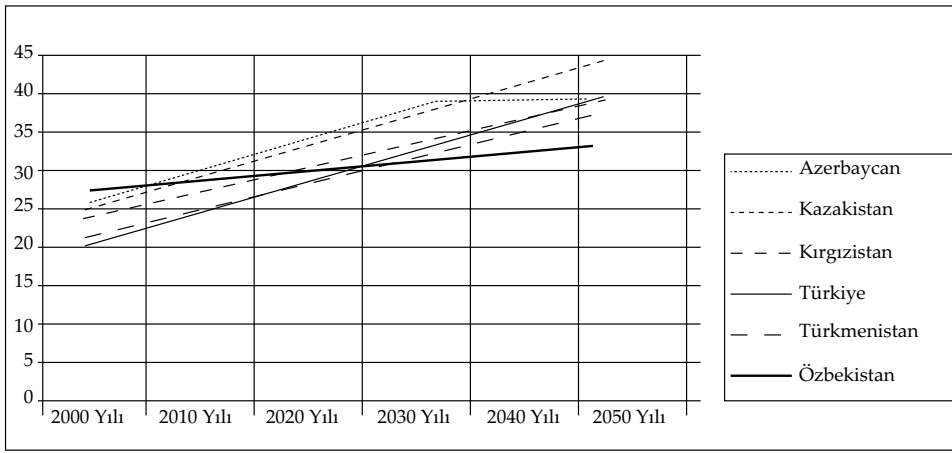
Türk Devletlerinin günümüz için genç nüfusa sahip yapıları aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 8. Avrasya Coğrafyasındaki Türk Devletlerinde 2010 Yılında 5-18 Yaş Arası Nüfus Bilgileri (1000 kişi)²⁰

Devletler	5 Yaş Altı Nüfus	18 Yaş Altı Nüfus	5-18 Yaş Nüfusu	Toplam Nüfus	5-18 Yaş Nüfus Oranı (%)
Azerbaycan	795	2432	1637	9000	21,52
Kazakistan	1641	4725	3084	16300	18,92
Kırgızistan	595	1954	1359	5300	25,64
Özbekistan	2738	9940	7202	28100	25,63
Türkiye	6413	23109	16696	73722	22,64
Türkmenistan	506	1804	1298	5200	24,96

Bu nüfus verileri dikkate alındığında eğitim öğrenim çağında Türk Devletleri nüfusunun azımsanmayacak düzeyde olduğu belirgindir. Tabloda görüldüğü üzere, Türk Devletlerinin hepsinde 2010 yılı itibarıyla 5-18 yaş arası nüfus verilmiştir ki bu nüfus 2012 itibarıyla 7-20 yaş arası nüfusa denk gelmektedir (bu yaşa özgü ölüm oranları hesaba katılmamıştır). 7 yaş ile 20 yaş arası demek ilköğretime

başlamış olanlar ile üniversite eğitime başlayanlara kadar olan geniş yelpazedeki nüfustur. Elbette bu nüfus içinde 18 yaş altında iş sahasına iş gücü olarak katılma gerçeği de vardır. Bununla birlikte, bu nüfusun önümüzdeki 40 yıllık dünya nüfus projeksiyonu dikkate alınarak, yüksek ekonomik getiri sağlayacak alanlarda eğitime yönlendirilmeleri Türk devletlerinin gelecek nesillerinin refahı için en önemli konulardan biridir. Bu alanlar içinde sağlık turizminde etkin olma yolunda ise tıp eğitimine önemli kaynak ayrılması ve hatta tıp eğitiminde dünya standartları ile yarışan Türkiye ile tıp eğitimi alanında işbirliklerinin ivedi biçimde geliştirilmesi gereklidir. 2010 yılı verilerine göre dünya nüfusunun % 70,6'lık bölümü Avrupa ve Asya kıtalarında yaşamaktadır. Bu yüksek nüfuslu coğrafyanın merkezinde yer alan Türk Devletlerinin ayrıca Amerika Birleşik Devletleri'ndeki pazarı geri planda bırakmayan stratejiyi uygulamaları yerinde olacaktır. Zira ülkeler içinde sağlığa en fazla para Amerika'da harcanmaktadır.



Grafik 1. 2000 -2050 Yıllarında Türk Devletlerinin Ortalama Yaşlarının Grafiği²¹.

Grafikte görüldüğü gibi Türk Devletlerinin içinde ortalama yaşı en çok yükselen Türkiye'dir. Burada dikkat edilmesi gereken Türk Devletlerinin yan yana bir demet görünümü vermesidir. Konumunu tek koruyan ülke olarak Kırgızistan göze çarpmaktadır.

Sonuç ve Öneriler

Günümüzün güçlü ekonomilerinin 2030 yılında ortalama beşte bir nüfuslarının 65 yaş üzerinde olacağı ve 2050 yılında bu oranların 1/3 seviyesine çıkacağı tahmin edilmektedir. Bu nüfusun yaşlılığa özgü (geriatrik) hastalıklarla mücadele etmek zorunda kalacağı bir gerçektir. Avrasya coğrafyasındaki Türk devletlerinin konumları itibarıyla bu ekonomilerin ortasında yer almaları yanı sıra şu an yetişmeye aday insan gücü mevcudiyetleri birlikte değerlendirildiğinde, bu pazara yönelik sağlık hizmeti

üretimi, yani sağlık turizmi yatırımları iktisadi anlamda tam bir fırsattır. Ancak Türk Devletlerinin karşılaşacağı bir sıkıntı şudur: Türk Devletleri gelişmiş ekonomilere göre bugün ve 2030'lar için genç olsalar da 2050 yılında nüfus yapıları büyük oranda yaşlı ekonomilere benzeyecektir. Türkiye ile Azerbaycan nüfusunda 65 yaş üstü nüfus payının 2040 yılında en yüksek olacağı öngörüsüne dayanarak, bu ülkelerde nüfusun genç kalması için doğum oranları üzerine teşvikler planlanmalıdır. Eğer bu uygun görülüyorsa ikinci bir seçenek olarak Avrupa Birliği, Kore ve Japonya'dan dersler çıkarılıp sağlıklı yaşlanmaya yönelik politikalar ivedilikle işlenmelidir. Avrupa, Japonya ve Çin'in yaşlanmasına karşılık Afrika ve Hindistan'ın nüfuslarında patlama yaşanacaktır. Bu konuda yapılmış çalışmalar dikkate alındığında geleceğin sağlık hizmetleri sunumunda merkez olabilmek için her iki politika eş zamanlı uygulanmalıdır.

Diğer bir husus, sosyal güvenlik sistemlerinin sürdürülebilirliği için 15-64 yaş arası istihdamın artırılması bir çözüm olarak göz ardı edilmemelidir. Türk Devletlerinin nüfus yapılarının içinde bulundukları coğrafya karşısında 2030'lara kadar güçlü olacağı aşikâr olup bu gerek Türk Devletlerince ve gerekse yatırımcılarca fırsata dönüştürülmelidir. *Daha sonra 2050'lere doğru dünya ortalaması ile eş değer yapıda bir nüfus yapısına dönüşüm beklenmektedir ve bu dönüşümün dünyadan daha hızlı gerçekleşmesi Türk Devletleri için sorunlar getirecektir.* Bu noktada sağlık turizmi için karar almada Türk Devletleri asla tembel davranamazlar, böyle bir lüksleri yoktur. Önümüzde 2030 yılına 18 yıllık bir süreç vardır. Bu durumu Türk Devletleri değerlendirmelidirler. Avrupa Birliği yaşlanmaya bağlı olarak sosyal güvenlik sistemlerindeki bağımlı nüfus sorununu 15-64 yaş arası nüfus içindeki istihdamını 2020 yılı için % 75'lere çekerek çözmekte görmektedir. Bu noktada Türk Devletlerinin de istihdam seviyelerini yükseltmesi için sağlık turizmine yatırım yapmaları, bilişsel düzeyi yüksek iş görenler yetiştirmeye odaklanmaları elzemdir.

İstihdam yaratma noktasında sağlık turizmi yatırımları tamamen geleceğe yönelik olup, yemek sektöründen eğlence sektörüne, danışmanlık hizmetlerinden tıp hizmetlerine, sigortacılık, reklam, tanıtım, otelcilik hizmetlerine değin birçok sektöre kaynak aktarımının sağlanacağı, istihdam olanakları sunan bir sahadır. 2012 yılından itibaren sağlık turizminde dolaşımı öngörülen 100 milyar dolarlık harcamaya Türk Devletlerinin kayıtsız kalması kabul edilemez. Zira Türk Devletlerine görece kişi başına düşen hekim sayısı daha az olan ve nüfus yapıları benzeyen ülkeler

Türk Devletleri gelişmiş ekonomilere göre bugün ve 2030'lar için genç olsalar da 2050 yılında nüfus yapıları büyük oranda yaşlı ekonomilere benzeyecektir.

Ayrıca yalnız hastaneler açısından değil turizm uygulamaları açısından yurt dışı uygulamalar incelenerek Türk Devletleri kendi kalite standartlarını dünyaya duyurmalıdırlar.

sağlık turizminden milyarlarca dolar gelir elde etmektedirler. Hatta bu gelir her yıl bir öncekinden daha yüksek tutarlarda gerçekleşmektedir. Bir diğer husus grafik 1’de görüldüğü üzere, Türk Devletleri nüfus yapıları itibariyle 2050’ye varan süreçte farklılaşmalara gidiyor olsalar da başlangıçtaki aralık çok fazla değişmemektedir. Bu durum Türk Devletlerinin kendi aralarında sağlık turizmine yönelik köklü işbirliklerini geliştirmeleri için olanak sağlamaktadır.

Asya ve Avrupa’nın en ücra bölgesinden bir Türk Devletine uçak yolculuğu en fazla 6 saat ile mümkündür. Türk Devletlerinde yapılacak olan tedavinin başarısının, uçak yolculuğunun uzunluğu ile riske girmesi pek olası görünmemektedir. Bu noktada Türk Devletleri

dünya coğrafyasının merkezinde olması yönüyle eşsizdirler. Türkiye’den 4 saatte İzlanda’ya, Kazakistan’dan 5 saat uçuş ile Tokyo’ya varmak mümkündür. Sağlık turizmine özel havayolu ağı üzerinde düşünülmeli ve havayollarınca sağlık turizmi desteklenmelidir. *Ayrıca bu uçuş sürelerinin kısalığı, yalnızca tıp turizminde değil sağlık turizminin diğer tüm ayaklarında pazarlama için Türk Devletlerini eşsiz kılan bir etmendir.*

Dünya standartlarında tıbbi uygulamalarda yetkinlik sorgulanmalıdır. Bu noktada Türkiye OECD ortalaması altındaki hekim sayısını artırırken, Batının tıp uygulamalarının diğer Türk Devletlerince de uygulanmasına katkıda bulunabilir. Türkiye JCI (Joint Commission International) akreditasyon kuruluşunca akredite edilmiş 40 hastanesi ile diğer Türk Devletleri için sağlık turizmi uygulamaları içinde örnek alınmalıdır. *Ayrıca yalnız hastaneler açısından değil turizm uygulamaları açısından yurt dışı uygulamalar incelenerek Türk Devletleri kendi kalite standartlarını dünyaya duyurmalıdırlar.*

Türk Devletleri turizm ile beraber sağlık sahasında güçlü ve zayıf yönlerini saptamalıdırlar. Ülkelerin yalnız tıp turizmi odaklı değil sağlık turizmini ilgilendiren sıcak su kaynaklarına yönelik tesislere, otellerin sağlık merkezlerinin yeterliliklerine, alternatif olarak sağlığı geliştirmeye yönelik açılacak merkezlere, fizik tedavi ve yaşlı evleri merkezlerine dair ulusal ölçekli stratejiler geliştirilmelidir. Turizm yatırımları gibi sağlık turizmi de kırılgan bir ekonomidir. Ülkede güvenlik olgusuna ilişkin sıkıntılar ülkeye gelecek kişilerin kararlarını etkileyebilir. Bu bağlamda Türk Devletleri vizyonlarını ortaya koymalıdırlar. Örneğin, Türkiye Cumhuriyetinde kaplıca turizmine ayrıca önem atfedilmektedir. Güçlü ve zayıf yönler saptanırken,

sağlık altyapısı, bina, teknoloji durumları, sahip olunan MR, tomografi, ışın sağıaltım (radyoterapi) cihazları ile hasta yatağı odaları saptanarak planlama için altyapı oluşturulmalıdır. 2010 yılında Türkiye’de sağılık eğitimi ve sağılık insan gücü durum raporunda kurumların öğrenci ve akademik personel durumunu, fiziki mekân ve kapasite ile cihaz ve donanım durumu saptanmıştır.²²

İvedi alınacak kararlar ile sağılık insan gücünün üstün nitelikli yetiştirilmesine devlet destekli yatırımlar yapılmalıdır. Zira, bir uzman doktorun yetişmesi lise sonrası ortalama 11 yıllık bir süreyi gerektirmektedir. Planlamaların eyleme derhal dönüştürülmesi gerekmektedir. Bu tarihten itibaren atılacak adımların 2030 yıllarında Türk Devletlerini sağılık turizminde cazibe ve ekonomi merkezi yapmaması olası değildir. Sağılık alanındaki teknolojik araştırmalara yatırımlar yapılarak, araştırma ve geliştirme faaliyetlerine yüksek paylar ayrılmalıdır. Teknolojik gelişme, buluşçuluk sağılanamadığı takdirde sağılık turizminin giderlerinin de yüksek olacağı göz ardı edilmemelidir. Ancak araştırma, geliştirme faaliyetleri ile daha ucuza teknoloji üretilebilir. Sağılık sektörünün en önemli girdisinin teknoloji olduğu yadsınamaz bir gerçek olduğu ve sağılık turizminin gelişmesinde baş etkenin düşük maliyete, üstün nitelikli tıbbi hizmetin sunulması olduğu gerçekliği beraber değerlendirilmelidir. Dünyada önde gelen Çin ve Fransız mutfakları yanında Türk mutfağının yer alıyor olması da Türk Devletlerini ayrıca başarılı kılacak bir etkidir.

Avrasya coğrafyası bölge olarak sahip olduğu enerji kaynakları ve yatırım olanakları yüzünden dünyada güç dengelerinin etki alanları içindedir. Ancak AB, Şanghay İşbirliği Örgütü veya Bağımsız Devletler Topluluğu gibi oluşumların coğrafyaya yapılacak yatırımlarda aslan payını alma girişimleri ile kutuplaşan bir Avrasya yerine tüm dünya ile ekonomik olarak bütünleşmiş bir Avrasya coğrafyası, *geleceğin dünyasında huzurun ve barışında teminatıdır*. Bu bakış açısıyla Kırgızistan Cumhurbaşkanı Sayın Almazbek Atambayev’in Türkiye Büyük Millet Meclisinde 12 Ocak 2012 tarihinde söyledikleri bir gerçek var ki Türk Devletleri içinde yalnız Türkiye’nin güçlü olması yeterli değildir. Avrasya coğrafyasında yer alan bütün Türk Devletlerinin güçlü olması gereklidir. İşte hem güçlü Türk devletlerinin sağılanması ve hem de dünya barış ve huzurunun teminatı için Türk Dünyasının sağılık turizmine ilişkin yapacağı tüm yatırımlar küresel ölçekte ekonomik hareketliliği de tetikleyecektir.

Türk Devletleri geleceğin dünyasında bugünün büyük ekonomilerinin nüfus yapılarının değişeceğini, Türk Dünyasının ise bu değişimi yaklaşık 20

Türk Devletleri içinde yalnız Türkiye’nin güçlü olması yeterli değildir. Avrasya coğrafyasında yer alan bütün Türk Devletlerinin güçlü olması gereklidir.

Türk Devletleri geleceğin dünyasında bugünün büyük ekonomilerinin nüfus yapılarının değişeceğini, Türk Dünyasının ise bu değişimi yaklaşık 20 yıl geriden takip etmesinin fırsata çevrilebileceğinin farkında olmalıdırlar

yıl geriden takip etmesinin fırsata çevrilebileceğinin farkında olmalıdırlar. Bu devletler tüm dünyada sağlık hizmetlerine gereksinimin ve sağlık harcamalarının maliyetlerinin artacağı gerçeğine bağlı olarak genç nüfuslarına verecekleri eğitimin ne denli önemli olduğunu hesaba katmak zorundadırlar. Buna bağlı olarak gelecekte yaşlılara verilebilecek sağlıklı yaşlanma programlarının temellerinin şimdiden oluşturulmasının gerekliliğini görmelidirler. Mustafa Kemal ATATÜRK'ün dediği gibi "Yalnız ufku görmek yetmez, ufkun arkasını da görebilmek gerekir." Türk Devletleri Avrupa'nın 2300 yılına değin yaptığı projeksiyonlara bağlı kalmayıp bu alanda kendi izlemlerinin (stratejilerinin) sağlık turizminin hangi ayağına (kaplıcalar, tıp hizmetleri, dinçleştirme) yönelik olacağını belirleyecek çalışmaları, tez elden yürütmeliler. Kendileri o günler gelip çatmadan

gerekli önlem ve tedbirleri de almalı, Türkiye'de tıp ve turizm odaklı eğitim alacak öğrenci değişim oranlarını yükseltme gibi uygulamaları başlatmalıdırlar.

1 http://www.who.int/whr/1998/media_centre/50facts/en/ (02.05.2012 tarihi erişimli) Dünya Sağlık Örgütü 1998 raporu verilerine göre 1955 yılında Dünya'nın ortalama yaşam süresi 48 yıldır. 2025 yılı itibarıyla ortalama yaşamın 73 yıl olacağı öngörülmektedir.

2 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs319/en/index1.html> (12.05.2012 tarihine erişildi) Solomon adalarında 1 dolarlık cepten yapılan sağlık harcaması varken, İsviçre'de kişi başına sağlığa yapılan cepten harcama 1787 dolardır.

3 http://www.deik.org.tr/403/SA%C4%9ELIK_TUR%C4%B0ZM%C4%B0NDE_HEDEF_2020_DE_YILLIK_10_M%C4%B0LYAR_DOLAR.html# (16.05.2012 tarih erişimli) Türkiye'de bulunan Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu sayfasında yer alan açıklamaya göre TOBB Başkanı Hisarcıklioğlu tarafından Amerika'da 120 milyon kişinin dış tedavisini kapsayan sigortalarının olmadığı bildirilmiştir.

4 <http://www.oecd.org/unitedstates/BriefingNoteUSA2012.pdf> (9 kasım 2012 tarih erişimli)

5 <http://www.oecd.org/dataoecd/46/2/38980580.pdf> ve www.oecd.org/health/healthdata adreslerine Hacettepe üniversitesinden erişilmiştir. (erişim 14.05.2012 tarihinde gerçekleşmiştir).

6 http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf (23.05.2012 tarihinde erişilmiştir.) Dünya Sağlık Örgütü 2012 raporunda yer alan verilere göre ABD'nin 2009 yılında sağlığa ayırdığı pay GSYH'nın % 17.6'lık kısmıdır. OECD verilerinde ise 17.4 GSYH payının 2009 yılında ayrıldığı belirtilmektedir.

7 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs319/en/index1.html> (10.05.2012 tarihinde erişilmiştir)

8 http://www.who.int/gho/health_financing/out_pocket_expenditure/en/ (25.05.2012 tarihinde erişilmiştir)

9 http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf (23.05.2012 tarihinde erişilmiştir.) Bu sayfadan erişilen Dünya Sağlık Örgütü'nün 2012 raporudur. 7. Bölümde yer alan sağlık finansmanı kısmında bu değerler açıkça yazmamaktadır. Tek tek her devletin sağlık için ayrılan

GSYH oranları ve bu oranlar içinde özel-kamu payları dikkate alınıp, özel harcama üzerindeki cepten harcama ağırlıkları hesaba katılarak hesaplamada ülkelerin harcadıkları dolar miktarı hesaba alınmıştır. GDP PPP kullanılmamıştır. Tüm değerler bulunduktan sonra OECD referans 2009 nüfus verileri kullanılarak toplam sağlığa ayrılan tutar belirlenmiştir. Cepten harcamaların özel GSYH içindeki payı, cepten harcamaların tutarları, toplam GSYH olarak parasal tutarlar bu biçimde hesaplanmıştır. Hesaplamalara son rakamlarda yuvarlama yapılmıştır ancak cepten harcamalardaki oranlarda bu yapılmamıştır.

10 <http://www.oecd.org/dataoecd/46/5/38980477.pdf> (erişim 07.05.2012)

11 Dünya Sağlık Örgütü 2012 yılı raporunun 7. Kısımındaki verilerden elle hesaplanmıştır. Türk devletleri ile ilgili kişi başına yapılan harcamadaki kamu kaynaklı olmayan yüzde ve bu yüzde içindeki cepten harcama ağırlığı bulunup bunun parasal tutar olarak karşılıklarını bulma yoluna gidilmiştir. Dünya Bankasının verileri ile Dünya Sağlık Örgütü verileri farklıdır. Fakat sağlık harcamaları ve bunlara ilişkin politika öneren Dünya Sağlık Örgütü olduğu için DSÖ verileri tercih edilmiştir. GSYH tutarları ve harcamalara yönelik tutarlarda gerçekleşen dolar tutarı alınmıştır. Yani kavramsal olarak GDP ppp alınmamıştır.

12 Türkiye'nin nüfusta kadın, erkek dağılımı için TÜİK verilerinden adrese dayalı nüfus kayıtları kullanılmıştır. Türkiye için 65 yaş sonrası yaşam süresi OECD istatistik verilerinden elde edilmiştir ancak +65 sağlıklı yaşam beklentisi OECD kayıtlarından bulunamamıştır. Veri bulunmayan haneler boş bırakılmıştır. Avrupa nüfus verileri eurostat'tan elde edilmiştir. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database> OECD'ye ilişkin veriler ise OECD verilerinden alınmıştır.

13 http://www.prb.org/pdf10/10wpds_eng.pdf (20.05.2012 tarihinde erişimli)

14 http://esa.un.org/unpd/wpp/P-WPP/hm/PWPP_Population-Age_65Plus.htm (11.05.2012 tarihinde erişildi)

<http://data.un.org/Data.aspx?d=SNAAMA&f=grID%3A101%3BcurrID%3AUSD%3BpcFlag%3A1> (16.05.2012 tarihinde erişildi)

http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/62executivesummary_english.pdf (24.05.2012 tarihinde erişildi)

<http://www.un.org/esa/population/publications/longrange2/WorldPop2300final.pdf> (17.05.2012 tarihinde erişildi)

15 http://www.prb.org/pdf10/10wpds_eng.pdf (20.05.2012 tarihinde erişildi)

16 http://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/global-europe-2050-summary-report_en.pdf (11.05.2012 tarihinde erişildi)

17 http://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/global-europe-2050-summary-report_en.pdf (11.05.2012 tarihinde erişildi)

18 http://www.prb.org/pdf10/10wpds_eng.pdf (20.05.2012 tarihinde erişildi)

19 http://www.prb.org/pdf10/10wpds_eng.pdf (20.05.2012 tarihinde erişildi)

20 <http://www.unicef.org/infobycountry/index.html> (14.05.2012 tarihinde erişildi <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP/countries> den tek tek devletler incelendi erişim tarihi 09.05.2012'dir. 5-18 yaş arası nüfus herhangi bir kaynaktan alınmayıp 5 yaş ve 18 yaş nüfusları bulunup farkı alındı, nüfus içindeki oranda yine elle hesaplandı.

21 http://esa.un.org/unpd/wpp/P-WPP/hm/PWPP_Population-Age_65Plus.htm (11.05.2012 tarihinde erişildi)

22 Türkiye'de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, 2010

Kaynaklar

BLOUIN Chantal (2010), Global Social Policy 10:293

- HAZARIKA Indrajit (2009), Medical tourism: its potential impact on the health workforce and health systems in India,
- LENG Chee Heng (2010) , Medical tourism and the state in Malaysia and Singapore
- LUNT Neil , SMITH Richard , EXWORTHY Mark , GREEN Stephen T., HORSFALL Daniel and MANNION Russell, Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review
- M. Okan TAŞAR, Savaş ÇEVİK; (2010)
- http://www.who.int/whr/1998/media_centre/50facts/en/
- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs319/en/index1.html>
- http://www.deik.org.tr/403/SA%C4%9ELIK_TUR%C4%B0ZM%C4%B0NDE_HEDEF_2020_DE_YILLIK_10_M%C4%B0LYAR_DOLAR.html# (16.05.2012 tarihinde erişildi)
- <http://www.oecd.org/unitedstates/BriefingNoteUSA2012.pdf> (9 kasım 2012 tarihinde erişildi)
- <http://www.oecd.org/dataoecd/46/2/38980580.pdf> (14.05.2012 tarihinde erişildi)
- www.oecd.org/health/healthdata (14.05.2012 tarihinde erişildi)
- <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP/countries>
- <http://www.oecd.org/dataoecd/46/5/38980477.pdf> (erişim 07.05.2012)
- <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database>
- http://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/global-europe-2050-summary-report_en.pdf (11.05.2012 tarihinde erişildi)
- http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf (23.05.2012 tarihinde erişildi.)
- <http://www.unicef.org/infobycountry/index.html> (14.05.2012 tarihinde erişildi)
- http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2&ENVID=adnksdb2Env&report=wa_turkiye_il_koy_sehir.RDF&p_kod=1&p_yil=2010&p_dil=1&desformat=html (TÜİK adrese dayalı kayıt sonuçları, 11.05.2012 tarihinde erişildi)
- http://www.prb.org/pdf10/10wpds_eng.pdf (20.05.2012 tarihinde erişildi)
- <http://www.oecd.org/statistics> (Hacettepe üniversitesinden 18.05.2012 tarihinde erişildi)
- www.who.int/gho/health_financing/out_pocket_expenditure/en/ (25.05.2012 tarihinde erişildi)
- <http://data.un.org/Data.aspx?d=SNAAMA&f=grID%3A101%3BcurrID%3AUSD%3BpcFlag%3A1> (16.05.2012 tarihinde erişildi)
- http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/62executivesummary_english.pdf (24.05.2012 tarihinde erişildi)
- http://esa.un.org/unpd/wpp/P-WPP/htm/PWPP_Population-Age_65Plus.htm (11.05.2012 tarihinde erişildi)
- <http://www.un.org/esa/population/publications/longrange2/WorldPop2300final.pdf> (17.05.2012 tarihinde erişildi)
- www.yok.gov.tr adresinde Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu, 2010 (05.05.2012 tarihinde erişildi)S