



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

**SAĞLIK HİZMETİ İHRACATI VE TÜRKİYE ÖRNEĞİ**

**(DOKTORA TEZİ)**

**Şule BATBAYLI**

**BURSA - 2021**





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

# **SAĞLIK HİZMETİ İHRACATI VE TÜRKİYE ÖRNEĞİ**

**(DOKTORA TEZİ)**

**Şule BATBAYLI**

**Danışman :  
Prof. Dr. Emin ERTÜRK**

**BURSA – 2021**

## Özet

<b>Yazar adı soyadı</b>	<b>Şule BATBAYLI</b>
<b>Üniversite</b>	<b>Bursa Uludağ Üniversitesi</b>
<b>Enstitü</b>	<b>Sosyal Bilimler Enstitüsü</b>
<b>Anabilim dalı</b>	<b>İktisat</b>
<b>Bilim dalı</b>	<b>İktisat</b>
<b>Tezin niteliği</b>	<i>doktora</i>
<b>Mezuniyet tarihi</b>	<i>...../...../2021</i>
<b>Tez danışmanı</b>	<b>Prof. Dr. Emin ERTÜRK</b>

### **Sağlık Hizmeti İhracatı ve Türkiye Örneği**

1990'lı yıllar ile birlikte ülkelerin dışa açılımı hızlandığı için, uluslararası hizmet ticareti ekonomide etkin şekilde, yerini almıştır. Sağlık hizmetinin uluslararası arenada bulunması, sağlık hizmetlerinin gelişmesini ve yüksek döviz girdisi sayesinde cari açığın finanse edilmesini sağlamaktadır. Bu nedenle sektör ödemeler bilançosunda yer alan bir hizmet kalemidir. Ayrıca sağlık hizmeti ihracatı diğer hizmet sektörlerinin gelişmesine yardımcı olmaktadır. Bu bağlamda söz konusu alan katma değer yaratan bir sektör olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunun dışında sağlık hizmeti ihracatının, yarattığı birçok sorun bulunmaktadır. Bu bağlamda tez çalışmamızın amacı, uluslararası iktisatta yer alan, sağlık hizmeti ihracatının temelini oluşturan sağlık hizmetinin teorik olarak anlaşılması ve sektörden doğabilecek sorunların etik çerçevede değerlendirilmesidir. Bunun yanı sıra Türkiye'deki sağlık hizmetinin, sağlık hizmeti ihracatına uygunluğu incelenmiştir. Teoride sıkça vurgulanan Türkiye'de sağlık hizmeti ihracatı gelirinin cari açığı etkileyebileceği durumu, ampirik olarak test edilmiştir. Ayrıca 2002:Q1-2019:Q4 dönemi için turizm gelirleri, hizmet giderleri ile reel döviz kuru ve ekonomik büyüme analize dahil edilmiştir. Lee-Strazicich yapısal kırılmalı birim kök testi, Vektör Otoregresyon Model ve Johansen Eşbütünleşme Testi yardımıyla elde edilen sonuçlara göre, sağlık hizmeti ihracatı cari açığı düşük bir oranda etkilemektedir. Ayrıca seriler arasında uzun dönemli bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

**Anahtar kelimeler:** Sağlık Hizmeti İhracatı, Uluslararası Hizmet Ticareti, Cari Açık, Türkiye'de Sağlık Hizmeti, Lee-Strazicich Testi, VAR Analizi, Johansen Eşbütünleşme Testi

## Abstract

<b>Name &amp; surname</b>	<b>Şule BATBAYLI</b>
<b>University</b>	<b>Bursa Uludağ University</b>
<b>Institute</b>	<b>Institute of Social Sciences</b>
<b>Field</b>	<b>Economics</b>
<b>Subfield</b>	<b>Economics</b>
<b>Degree awarded</b>	<i>PhD.</i>
<b>Date of degree awarded</b>	...../...../2021
<b>Supervisor</b>	<b>Prof. Dr. Emin ERTÜRK</b>

### Export of Health Service and the Case of Turkey

Since the opening economies of countries accelerated in the 1990s, international service trade effectively took its place in the economy. The presence of health services in the international arena has provided the development of health services and financing the current account deficit thanks to high foreign exchange inflows. Therefore, it is a service item in the balance of payments. In addition, export of health service has helped the development of other service sectors. In this context, the field in question has emerged as a sector that creates added value. Moreover, there are many problems created by the healthcare export. In this context, the aim of the thesis is to understand the health service, which is the basis of healthcare export and to evaluate the problems that may arise from the sector in an ethical framework. In addition, the suitability of health services in Turkey for healthcare export has been examined. The healthcare export income can also affect the current account deficit in Turkey has frequently emphasized in theory. In the thesis it was tested empirically. In the period 2002:Q1-2019:Q4 analysis was applied by including tourism revenues, service imports, real exchange rate and economic growth. According to the results obtained using Lee-Strazich structural break unit root test, Vector Autoregression Model and Johansen Cointegration Test, export of health services has affected the current account deficit by low rate. In addition, it has been determined that there is a long-term relationship between the series.

**Keywords:** Export of Health Services, International Service Trade, Current Account Deficit, Healthcare Services in Turkey, Lee-Strazich Test, VAR Analysis, Johansen Cointegration Test

## ÖNSÖZ

Bu tez çalışması boyunca tüm aşamalarda eşsiz tecrübelerini, bilgisini ve desteğini benden esirgemeyen saygıdeğer danışman hocam Prof. Dr. Emin ERTÜRK'e teşekkürü bir borç bilirim. Ayrıca tezin hazırlanmasında katkılarını değerlendirebildiğim saygıdeğer hocam Doç. Dr. Murat Ozan BAŞKOL'a ve tezin ampirik kısmı için zamanını ayırıp görüşlerini benden esirgemeyen saygıdeğer hocam Prof. Dr. Kadir Yasin ERYİĞİT'e teşekkürlerimi sunarım.

Her zaman yanımda olan ve manevi desteğini benden esirgemeyen ablam Filiz KORKMAZ'a teşekkürü borç bilirim. Ayrıca sabırla ve anlayışla beni destekleyen, haklarını hiçbir zaman ödeyemeyeceğim annem Elif ve babam Necati BATBAYLI'ya saygı ve şükranlarımı sunarım.

Bursa, 2021

Şule BATBAYLI

## İÇİNDEKİLER

TEZ ONAY SAYFASI.....	ii
YEMİN METNİ.....	iii
ÖZET.....	v
ABSTRACT.....	vi
ÖNSÖZ.....	vii
İÇİNDEKİLER.....	viii
TABLolar.....	xii
GRAFİKLER.....	xiv
KISALTMALAR.....	xv
GİRİŞ.....	1

## BİRİNCİ BÖLÜM

### ULUSLARARASI HİZMET TİCARETİ OLARAK SAĞLIK HİZMETİ İHRACATI: TEORİK ÇERÇEVE

1. HİZMET TİCARETİ OLARAK SAĞLIK HİZMETİ İHRACATI.....	5
1.1. Dış Ticarete Hizmet Ticaretinin Yeri ve Sağlık Hizmeti .....	6
1.1.1. Sağlık Hizmeti Tanımı ve Kapsamı.....	8
1.1.2. Sağlık Hizmetinin Ekonomik Boyutu.....	10
1.2. Dünya Ticaret Örgütü ve Hizmetler Ticareti Genel Anlaşması (GATS) .....	11
1.2.1. GATS'ın Uygulanma Şekli.....	13
1.2.2. GATS Kapsamında Sağlık Hizmetinin İşleyişi.....	14
1.3. Hizmet Ticaretinin Serbestleşmesi ve Sağlık Hizmetinin Küreselleşmesi.....	16
2. SAĞLIK HİZMETİNİN MİKRO VE MAKRO EKONOMİK BOYUTU.....	19
2.1. Sağlık Hizmetinin Mikro Ekonomik Boyutu.....	19
2.1.1. Arz ve Talep Açısından Sağlık Hizmeti Sunumu.....	20
2.1.2. Sağlık Hizmetinde Karşılaştırma Analizleri.....	21
2.1.2.1. Maliyet Etkililik Analizi.....	21
2.1.2.2. Maliyet Fayda Analizi.....	22
2.1.2.3. Maliyet Minimizasyonu Analizi .....	22

2.1.2.4. Maliyet Değer Analizi.....	23
2.1.3. Piyasa Aksaklıkları ve Piyasa Başarısızlıkları Çerçevesinde Sağlık Hizmetinin Yapısı.....	23
2.1.3.1. Kamusalılık.....	24
2.1.3.2. Dışsallık.....	25
2.1.3.3. Asimetrik Bilgi.....	25
2.2. Sağlık Hizmetinin Makro Ekonomik Boyutu.....	27
2.3. Dünyanın Sağlık Hizmetine Bakışı.....	27
3. SAĞLIK HİZMETİ İHRACATININ EKONOMİK ROLÜ.....	31
3.1. Sağlık Hizmeti İhracatının Ekonomik Perspektiften Değerlendirilmesi.....	31
3.2. Sağlık Hizmeti İhracatında Fiyatlandırma ve Teşvikler.....	33
3.3. Sağlık Hizmeti İhracatında Piyasa Fırsatları.....	33
3.4. Sağlık Hizmeti İhracatındaki Dış Ticarete Konu Olan Mallar.....	34
3.4.1. İlaç Sanayi.....	35
3.4.2. Tıbbi Cihaz Sektörü.....	35
4. İHRAÇ EDİLEBİLİR SAĞLIK HİZMETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	36
4.1. Sağlık Hizmetinin İhracatı.....	36
4.1.1. Sağlık Hizmeti İhracatında Arz ve Talep.....	37
4.2. Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticareti Kapsamında Sağlık Hizmeti İhracatı.....	40
4.2.1. Ödemeler Dengesi Açısından.....	41
4.2.2. Döviz Kuru Açısından.....	43
4.3. Sağlık Hizmeti İhracatının Gelişmesi.....	44
4.4. Sağlık Hizmeti İhracatında Belirsizlikler, Sorunlar ve Etik.....	49
4.4.1. Sağlık Hizmeti İhracatında Belirsizlikler ve Sorunlar.....	49
4.4.2. Sağlık Hizmeti İhracatının Etik Boyutu.....	53
4.4.2.1. Bilgilendirme.....	56
4.4.2.2. Fiyatlandırma.....	56
4.4.2.3. Yasallık.....	57
4.4.2.4. Mahremiyet.....	58
4.4.2.5. Eşitlik ve Erişilebilirlik.....	59
4.4.2.6. Yetkinlik.....	60



4.4.2.7. Tedavi Süreci.....	60
-----------------------------	----

## İKİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK HİZMETİ İHRACATININ TÜRKİYE’DE VE DÜNYADA UYGULAMALARI

1. DÜNYADA SAĞLIK HİZMETİ İHRACATI.....	62
2. TÜRKİYE’DE SAĞLIK HİZMETİ İHRACATI.....	65
2.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetinin Gelişimi ve Mevcut Durumu.....	66
2.2. Türkiye’de Sağlık Piyasasında Harcamalar .....	72
2.3. Onuncu ve On Birinci Kalkınma Planları.....	75
2.4. Sağlık Hizmeti İhracatı ile İlgili Diğer Mevzuatlar .....	77
2.5. Türkiye’de Sağlık Hizmeti İhracatının Uygulamaları.....	80
2.5.1. Sağlık Hizmeti İhracatı Açısından Türkiye’nin Avantajları.....	86
2.5.2. Sağlık Hizmeti İhracatı Açısından Türkiye’nin Dezavantajları.....	87
3. TÜRKİYE’NİN RAKİBİ ÜLKELERİN SAĞLIK HİZMETİ İHRACATI.....	88
3.1. Tayland.....	89
3.2. Hindistan.....	90
3.3. Malezya.....	92
3.4. Singapur.....	93
3.5. ABD.....	93
3.6. Orta Doğu Ülkeleri .....	95

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### SAĞLIK HİZMETİ İHRACATININ MAKRO EKONOMİK PERSPEKTİFTE AMPİRİK DEĞERLENDİRİLMESİ

1. LİTERATÜR TARAMASI.....	97
2. EKONOMETRİK METODOLOJİ VE VERİ SETİ... ..	101
2.1. Vektör Otoregresif (VAR) Modeli.....	101

2.1.1. Granger Nedensellik Testi.....	102
2.1.2. Etki-Tepki Fonksiyonları.....	102
2.1.3. Varyans Ayırıştırması.....	103
2.2. Koentegrasyon ve Vektör Hata Düzeltme Modeli.....	103
2.3. Johansen Eşbütünleşme Testi.....	104
2.4. Veri Seti.....	105
3. EKONOMETRİK MODEL SONUÇLARI.....	107
3.1. Lee-Strazicich Birim Kök Testi.....	108
3.2. VAR Modeli Sonuçları.....	111
3.2.1. Granger Nedensellik Testi.....	111
3.2.2. Etki-Tepki Analizi.....	113
3.2.3. Varyans Ayırıştırma Sonuçları.....	116
3.3. Johansen Eşbütünleşme Analizi.....	119
3.4. Hata Düzeltme Modeli.....	120
SONUÇ.....	123
KAYNAKÇA.....	131
ÖZGEÇMİŞ.....	148

## TABLULAR

Tablo 1. Cari Sağlık Harcamaları (%GSYH).....	29
Tablo 2. Yaşam Beklentisi.....	30
Tablo 3. Türkiye’de Sağlık Hizmeti Gelirleri ve Giderleri.....	42
Tablo 4. Türkiye’de Uluslararası Sağlık Hizmeti Ticaretindeki Değişim.....	42
Tablo 5. Almanya’nın Sağlık Hizmeti İthalat ve İhracatı. ....	43
Tablo 6. Türkiye’de Sağlık Hizmeti İhracatının Katma Değeri.....	43
Tablo 7. Sağlık Hizmeti İhraç Eden Ülkeler.....	64
Tablo 8. Sağlık Hizmeti İhracatında En Çok Takip Edilen Tedaviler.....	65
Tablo 9. Türkiye’de Sağlık Altyapısı.....	69
Tablo 10. Türkiye’de Doktor Sayısı ve Kişi Başına Dağılımı.....	71
Tablo 11. Temel Sağlık Göstergelerinin Türkiye ve Uluslararası Karşılaştırması (2019).....	72
Tablo 12. Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Yatırımları (2000-2019).....	73
Tablo 13. Sağlık Turistlerinin En Çok Talep Ettiği Sağlık Hizmetleri (2011-2012).....	81
Tablo 14. Türkiye’yi Tercih Eden Sağlık Turistlerinin Ülkesi (İlk 10 Ülke).....	82
Tablo 15. Türkiye’de Uluslararası Hasta Sayısında 2023 Hedefi.....	83
Tablo 16. Sağlık Hizmeti İhraç Eden Sağlık Tesisleri (2017).....	85
Tablo 17. Sağlık Hizmetinin 2016-2017 İhracat Rakamları.....	86
Tablo 18. Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler.....	106
Tablo 19. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Katsayısı.....	107
Tablo 20. Lee-Strazicich İki Kırılmalı Birim Kök Testi.....	110
Tablo 21. Granger Nedensellik Testi Sonuçları.....	111
Tablo 22. Gecikme Uzunluğu Kriter.....	112
Tablo 23. Sağlık Hizmeti İhracatı.....	116
Tablo 24. GSYH.....	117
Tablo 25. Hizmet Giderleri.....	117
Tablo 26. Turizm Gelirleri.....	118
Tablo 27. Reel Döviz Kur.....	118
Tablo 28. Cari Denge.....	119

Tablo 29. İz Eşbütünleşme Testi Sonuçları.....	120
Tablo 30. Uzun Dönem Sonuçları.....	121
Tablo 31. Otokorelasyon-LM Testi.....	121
Tablo 32. White Değişen Varyans Testi.....	122
Tablo 33. Kısa Dönem Sonuçları.....	122

## GRAFİKLER

Grafik 1. Dünya Ticaretinin Görünümü (2020).....	7
Grafik 2. Dünyada Mal ve Hizmet İhracatı.....	7
Grafik 3. Türkiye’de Tıbbi Ürün İmalatı ve İthalatı (Milyar TL) .....	35
Grafik 4. Türkiye’deki Sağlık Personeli Sayısı (1970-2019).....	70
Grafik 5. Toplam Sağlık Harcamalarında Kamu ve Özel Sektör Payı.....	74
Grafik 6. Türkiye’ye Gelen Sağlık Turisti Sayısı (2003-2020).....	83
Grafik 7. Karakteristik Polinomun Ters Kökleri.....	112
Grafik 8. Değişkenlere Uygulanan Şok Karşısında Sağlık Hizmeti İhracatının Tepkisi.....	114
Grafik 9. Sağlık Hizmeti İhracatına Uygulanan Şok Karşısında Diğer Değişkenlerin Tepkisi.....	115

## KISALTMALAR

### **Kısaltma      Bibliyografik Bilgi**

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACHSI	: Avustralya Sağlık Hizmetleri Standartları Konseyi
A.Ş.	: Anonim Şirket
BAE	: Birleşik Arap Emirlikleri
BDT	: Bağımsız Devletler Topluluğu
Bakınız	: Bkz.
CA	: Cari Denge (Current Account)
EVDS	: Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası Elektronik Veri Sitesi
FED	: Federal Reserve
HG	: Hizmet Giderleri (Hizmet İthalatı)
GATS	: The General Agreement on Trade in Services (Hizmetler Ticareti Genel Anlaşması)
GATT	: The General Agreement on Tariffs and Trade (Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması)
GSYH	: Gayrisafi Yurtiçi Hasıla
IMF	: International Monetary Fund
ISIC	:International Standard Industrial Classification of All Economic (Uluslararası Standart Sanayi Sınıflaması)
IUOTO	:International Union of Official Tourist Organisations (Uluslararası Resmi Turizm Organizasyonları Birliği)
JCI	: Joint Commission International
LM	: Lagrange Multiplier
LS	: Lee-Strazicich Unit Root Test
MENA	: Middle East and North Africa (Orta Doğu ve Kuzey Afrika)
OECD	: Organisation for Economic Co-operation and Development
PAHO	: Pan American Health Organization

QALY	: Quality Adjusted Life Year (Kalite Ayarlanmış Yaşam Yılları)
RDK	: Reel Efektif Döviz Kuru
SDP	: Sağlıkta Dönüşüm Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SHİ	: Sağlık Hizmeti İhracatı
SATURK	: Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu
TG	: Turist Geliri
TİM	: Türkiye İhracatçılar Meclisi
TTB	: Türk Tabipler Birliği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UN	: United Nations (Birleşmiş Milletler)
UNWTO	: World Tourism Organization (Dünya Turizm Örgütü)
USHAŞ	: Uluslararası Sağlık Hizmetleri A.Ş.
WHO	: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ))
WTO	: World Trade Organization (Dünya Ticaret Örgütü)
VAR	: Vector Autoregressive Model
VECM	: Vector Error Correction Model

## **GİRİŞ**

Sağlık hizmeti ihracatı, 1 Ocak 1995 tarihinde Dünya Ticaret Örgütü'nün (WTO), mal ticareti gibi hizmetlerin de uluslararası ticarete yer alabileceğini belirtmesi ile sektör halini almıştır. Tarihi milattan öncelere dayanmaktadır; insanların şifalı suların olduğu bölgelere seyahat etmeleri, sağlık hizmeti almak için uluslararası faaliyetlerde bulunduğu göstermektedir.

Günümüzde sağlık hizmeti ihracatı yüksek döviz girdisi sağladığı için birçok ülke bu pastadan pay almak istemektedir. Sektör özellikle gelişmekte olan ülkeler için önemli gelir kaynağı halini almıştır. Uluslararası hizmet ticareti olduğundan dolayı ödemeler bilançosunda dengeleyici rol üstlenmektedir. Kronikleşen cari açık sorunu olan ekonomiler, söz konusu sektörü bir finansman aracı olarak görmektedir. Ödemeler bilançosunda cari işlemler hesabına bağlı “Turizm ve Seyahat Hizmetleri (sağlık için seyahat ve diğer)” ile “Kişisel, Kültürel ve Eğlence Hizmetleri” kategorisinde bir hizmet geliri (gideri) olarak yer almaktadır. Ancak uluslararası ticareti yapılan bir emtia olmadığı ve hatta insan sağlığı söz konusu olduğu için ülkeler bu hizmeti serbest şekilde sunmamaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, bu hizmetin uluslararası ticaretinin yapılabilmesi için bazı ölçütler koymuştur. Bu doğrultuda bir ülkenin kendi vatandaşının sağlığını evrensel boyuta taşıması gerektiği ve ülkenin en uçta bulunan kesimine dahi sağlık hizmetini ulaştırılabiliyor olması gerektiği bilinmektedir. Bu ve benzeri şartlar sağlandığında, söz konusu hizmet yabancı hastalara sunulabilmektedir. Diğer bir ifadeyle ülkeler kendi sağlık hizmeti koşullarını iyileştirdikten sonra, sağlık hizmetinin türü olarak sağlık hizmeti ihracatı yapabilmektedir.

Sağlık hizmetinin mikro ve makroekonomik anlamda iyi anlaşılması, bu hizmeti en iyi seviyeye taşıyabilecektir. Ancak sağlık hizmeti piyasası normal piyasa şartları gibi değerlendirilememektedir. Bunun en önemli sebebi söz konusu piyasada arz ve talep dengesinin oluşmamasıdır. Sağlık hizmeti talep edenler, hizmeti alma girişiminde bulunduktan sonra üreticilere bağımlı olmaktadır. Bu piyasada tüketicinin üreticiye bağılı olmasındaki en önemli sebep asimetrik bilgi problemidir. Ayrıca bazı sağlık hizmetlerinde yaşanan teknolojik gelişme veya bir hastalığın patlak vermesi gibi durumlardan dolayı piyasada arz ile talep dengeye gelememektedir. Talebin arzı aşması ise fiyatlarda aşırı bir yükselmeye sebep olmaktadır. Bu nedenle sağlık hizmeti piyasası sürekli devlet tarafından denetim altındadır. Özellikle fiyatlarda uygulanan tavan-taban fiyat politikası sağlık hizmetini güvence altına almaktadır. Söz konusu politika sadece



ulusal değil uluslararası hastalar için de uygulanmaktadır. Ancak sadece sağlık hizmeti almak amacıyla gelen uluslararası hastaların talep ettiği tedavi yöntemleri çoğunlukla bellidir. Bu nedenle sağlık hizmeti talebini ulusal ve uluslararası anlamda etkileyen çeşitli unsurlar bulunmaktadır. Uluslararası hastaların talebini belirleyen en önemli husus sağlık hizmetinin kalitesi, etkinliği ve maliyetidir. Diğer yandan bir ülkenin sağlık hizmeti arzında yaşanan gelişme, o ülkeye olan sağlık hizmeti talebini değiştirebilmektedir. Akredite kuruluşlar etkili, verimli çalışma, kaliteli hizmet sunma, teknik donanım ve hasta güvenliğini sağlama konularında hastaneleri standart bir seviyeye taşımaktadır. Böylece güvence altına alınan sağlık hizmetinin ihracatı yapılabilmektedir. Bununla birlikte hastanın dili, dini, ırkı veya kültürü ne olursa olsun, hem kamu hem de özel kesim hastalığı teşhis ederken, kaynakları tahsis ederken ve hizmet dağılımı yaparken maliyet etkililik analizi, maliyet fayda analizi, maliyet minimizasyonu analizi ve maliyet değer analizinden yararlanmaktadır.

Bazı durumlarda hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler sağlık hizmeti ihracatını, kendi sağlık hizmeti sistemlerini dengelemek amacıyla bir fırsat olarak görmüşlerdir. Ortaya çıkabilecek fırsatlar, sağlık hizmeti sunumunu iyileştirmekte ve yönetimi geliştirmektedir. Ayrıca iki ülke arasındaki ve hasta-doktor arasındaki ilişkileri düzenleyen koordinasyon, sağlık sisteminin ilerlemesine yardımcı olmaktadır. Bu doğrultuda oluşabilecek tüm siyasi ve ekonomik sorunlara rağmen en iyi şekilde düzenlenmiş bir hizmet sunumu, fayda sağlayabilecektir. Böylece ülkelerde iyi sağlık hizmeti sistemleri ve uygulanabilir sağlık hizmeti ihracatı için zemin hazırlanmaktadır. Dolayısıyla sağlık hizmeti ihracatının sağlık hizmeti ile bağlantısı sektörün uygulanabilirliği ile ilgilidir.

Sağlık hizmeti ihracatı tanımları literatürde çeşitli şekillerde yer almaktadır. Sağlık ile turizm kavramının, tıp bilimi ile ekonomi biliminin ve sağlık ile seyahatin bir arada olması en çok vurgulanan tanımlamalardır. Sektör özellikle turizm hizmeti sektörü ile ilişkilendirilmektedir. Bunun nedeni ülkeye turizm amacıyla gelip acil sağlık hizmeti alan yabancıların olmasıdır. Diğer yandan doğrudan sağlık hizmeti almak amacıyla gelen yabancılar, sadece tıbbi hizmetten yararlandığından dolayı uluslararası hasta olarak kabul edilmektedir. Sağlık hizmeti ihracatının turizm ile ilişkilendirilmesi nedeniyle, bazı çalışmalarda sağlık turizmi, medikal turizm veya tıp turizmi kavramları birbirleri yerine kullanılmıştır. Bu tez çalışmasında medikal turizm, sağlık turizmi veya tıp turizmi kavramları, sağlık hizmet ihracatı ile aynı anlamda kullanılmıştır.

Henüz gelişme aşamasında olan sağlık hizmeti ihracatı kendi içinde birçok sorun barındırmaktadır. Bu durumda, sektörün küreselleşmesinin etkisinin olduğu gözlenmektedir. Dolayısıyla bu alanda teknik olarak var olan sorunlar ve düzeltilmesine ihtiyaç duyulan kalemlerin belirlenmesi gerekmektedir.

Çalışmada sağlık hizmeti ihracatının mikro ve makro bileşenleri incelenmiştir. Söz konusu hizmet ticaretinin önündeki belirsizlikler, sorunlar ve eksiklikler ortaya konularak, sektörün etkinliğini araştırmak amaçlanmıştır. Ayrıca Türkiye’deki sağlık hizmeti ihracatı piyasası incelenmiştir. Türkiye öncelikle sağlık hizmeti sunumunu iyileştirip daha sonra bunu küresel piyasada sunarak ihraç edilebilir hale getirme amacını gütmektedir. İlerleyen zamanlarda ise yurtdışında ticari varlık oluşturmayı hedeflemektedir. Bu bağlamda tez çalışmasının temelini, Türkiye’deki sağlık hizmeti ihracatının diğer hizmet sektörlerine ve makro ekonomik alana etkisinin araştırılması oluşturmaktadır. Türkiye’de söz konusu sektörün ekonomiye etkisi ampirik olarak analiz edilmiştir.

Bu çerçevede üç bölümden oluşan tezin birinci bölümünde, dış ticarete hizmet ticareti olarak sağlık hizmetinin yer alması anlatılmaktadır. Sağlık hizmeti ihracatının WTO tarafından yürürlüğe konan Hizmetler Ticareti Genel Anlaşması kapsamında, 1995 yılında bir uluslararası hizmet ticareti olarak nitelendiğine ve sektörün nasıl küreselleştiğine değinilmiştir. Daha sonra sağlık hizmeti ihracatının ekonomik boyutuna geçmeden önce sağlık hizmeti piyasası irdelenmiştir. Sağlık koşullarındaki eksiklik onun ticaretinin yapılmasında engel teşkil ettiği açıkça ifade edilebilir. Hem beşeri sermayenin hem de sağlık altyapısının iyileştirilmesi yurt dışına sunumda kolaylık sağlayabilmektedir. Bu bağlamda yerel ihtiyaçlar için sağlık hizmetleri maliyet etkililik analizinin iyi yapılması gerekmektedir. Böylece verimli hizmet sunumu ve kaynak tahsisi en maliyet etkili şekilde olabilecektir. Ayrıca bu bölümde sağlık hizmetinin ihracatının tanımı, uygulanabilirliği, kurallar bakımından eksiklikleri, belirsizlikleri ve problemleri incelenmiştir. Sağlığın bir insan hakkı olduğu göz önüne alındığında oluşabilecek sorunlar etik çerçevede belirlenmiştir. Etik boyuta göre bilgilendirme, fiyatlandırma, yasallık, mahremiyet, eşitlik-erişilebilirlik, yetkinlik ve tedavi süreci ilkelerinin net bir şekilde açıklanması sektörün sürdürülebilirliğini olumlu etkileyecektir.

Çalışmanın ikinci bölümünde Türkiye’de ve dünyada sağlık hizmeti ihracatının gelişimine değinilmiştir. Sağlık hizmeti, sağlık hizmeti ihracatının birinci adımı olmasına rağmen, bu durum her ülkede aynı şekilde uygulanmamaktadır. Bazı ülkeler sadece sağlık

hizmeti ihracatına önem vererek kendi vatandaşları arasında eşitsizliğe yol açmaktadır. Ancak Türkiye’de öncelik kendi vatandaşlarına verilmiştir. Bu bakımdan Türkiye’deki sağlık hizmetinin gelişimi ve sağlık hizmeti göstergeleri detaylı olarak incelenmiştir. Diğer ülkeler gibi Türkiye’nin de sektörden pay almak adına alternatif politikalar geliştirdiği ve uluslararası pazarda rekabet edebildiği belirtilmiştir.

Tez çalışmasının üçüncü ve son bölümünde Türkiye’de sağlık hizmeti ihracatının paydaş sektörlerle ve makro ekonomiye etkisi incelenmiştir. Uluslararası hizmet ihracatı olan sağlık hizmeti ihracatı en çok etkiyi cari açık üzerinde yapmaktadır. Bu bağlamda ampirik analizde sağlık hizmeti ihracatının cari denge üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Söz konusu iki değişkenle bağlantılı olan turizm hizmeti gelirleri, reel döviz kuru, hizmet ithalatı ve gayrisafı yurtiçi hasıla değişkenleri ile analiz uygulanmıştır. Bu bölümde sağlık hizmeti ihracatı ile ilgili yapılan çalışmalara yer verilmiş ve analizde kullanılan değişkenler anlatılmıştır. Lee-Strazicich yapısal kırılmalı birim kök testi, Vektör Otoregresyon Model ve Johansen Eşbütünleşme Testi ile ilgili ekonometrik metodoloji anlatıldıktan sonra analiz sonuçlarına yer verilmiştir.

## BİRİNCİ BÖLÜM

### ULUSLARARASI HİZMET TİCARETİ OLARAK SAĞLIK HİZMETİ İHRACATI: TEORİK ÇERÇEVE

#### 1. HİZMET TİCARETİ OLARAK SAĞLIK HİZMETİ İHRACATI

İhracat endüstrisi diğer sektörlerin üretkenliğini arttıran, dışsal kaynakları ifade eden ve yaparak öğrenmenin bir merkezidir. İhracat istihdamı teşvik etmekte, ücretlerde iyileşmeye yardımcı olmakta ve ekonomik büyümeye olumlu katkı yapmaktadır. Hizmet sektörünün ihracatı ise turizm, sağlık, taşımacılık, finansal hizmet, hukuk, muhasebe, sigorta, iletişim, yönetim hizmetleri, bilişim ve hizmetle ilgili diğer sektörleri içermektedir. Söz konusu sektörler, mal ihracatının büyümesine yardımcı olan hizmet ihracatları için de kullanılıp kullanılmadığı sorusunu akla getirmektedir (Eichengreen ve Gupta, 2013: 2). Ancak uluslararası hizmet ticareti nispeten sınırlıdır. Bunun temel sebebi ise, hizmet sektörünün yapısı gereği üretici ile tüketici arasında fiziksel temasın olması gerekliliğidir. Bu durum seyahati de içermektedir. Diğer yandan günümüzde teknolojinin, özellikle internetin gelişmesinden kaynaklanan maliyet avantajı ortaya çıkmıştır (Freund ve Weinhold, 2002: 236).

The General Agreement on Trade in Services (GATS) altında uluslararası sağlık hizmeti ticareti hızla artmaktadır. Anlaşma, bir taraftan gelişmekte olan ülkeler için kısıtlama politikaları getirirken diğer yandan sağlık hizmetinin liberalleşmesi bağlamında esneklik içermektedir. Gereksiz taahhütler olmadan, mevcut esneklikleri en etkili ve verimli politikalar ile uygulamak sağlık hizmeti ihracatını faydalı hale getirebilecektir (Timmermans, 2004: 453).

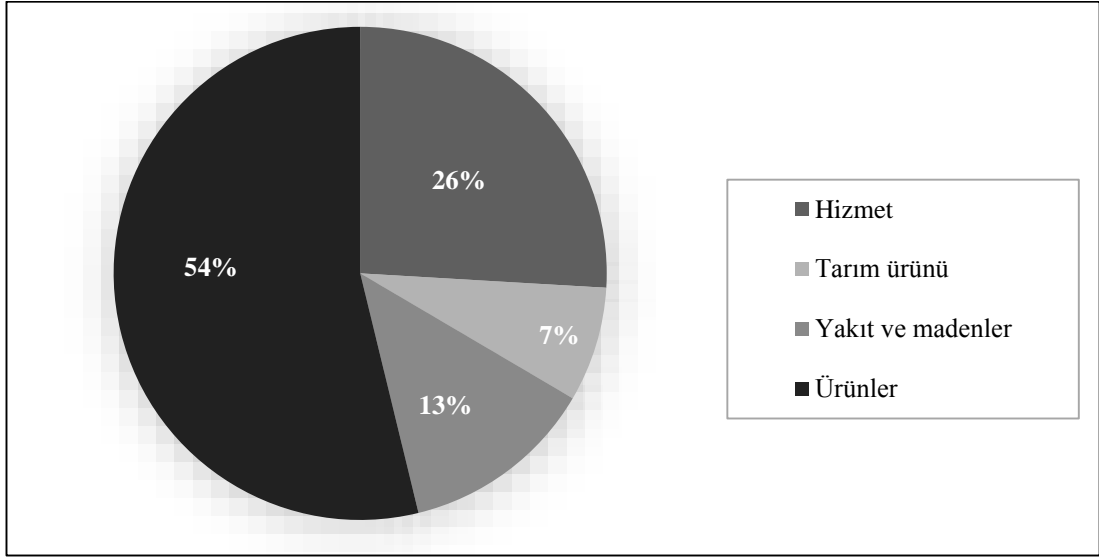
Bu bölümde sağlık hizmetinin uluslararası ticaretteki yeri, Hizmetler Ticareti Genel Anlaşması kapsamında sağlık hizmeti ihracatı, sağlık hizmetinin ödemeler bilançosundaki rolü, sağlık hizmetinin mikro ve makro ekonomik kapsamda değerlendirilmesi yapılmıştır. Daha sonra sağlık hizmeti ihracatından doğan belirsizlikler, sorunlar ve etik ilkelere değinilmiştir.

### **1.1. Dış Ticarete Hizmet Ticaretinin Yeri ve Sağlık Hizmeti**

Dünyada ticaret denildiğinde ilk olarak; otomobil, kıyafet, bilgisayar gibi ürünlerin üretimi veya petrol, bakır, kömür gibi minerallerin ve tarımsal ürünlerin ticareti akla gelmektedir. Ancak son yıllarda diğer ülkelerdeki hizmet ticareti, modern iletişim sayesinde erişilebilir hale gelmiştir. Uluslararası ticarete yeni bir form olarak ortaya çıkan hizmet ticareti, uzak bir ülkede olan hizmete ulaşmayı ifade etmektedir. Ayrıca zamanla deniz aşırı ülkelere gitmenin kolaylaşması, hizmet ticaretinin önünü açmıştır (Krugman, Obstfeld ve Melitz, 2012: 17-19). Bu bağlamda, hizmet ticareti son yıllarda küresel ticaret içinde aktif şekilde yer almaktadır (Jensen ve Kletzer, 2005: 75). Teknolojilerin gelişmesi, hizmetlerin sınır ötesine taşınmasını kolaylaştırmış ve ekonomilerde büyümeye katkı sağlamıştır. Hizmetler hem kendileri alınıp satılmakta hem de mal üretiminde girdi olarak kullanılmaktadır (WTO, 2021b). Diğer yandan hizmet çıktısı, sermaye malı çıktısı ile ilişkilidir. Örneğin, dış hekimlerinin hizmetleri, ofis ve çeşitli ekipmanlar ile sağlandığı için önceden yatırım yapılması gerekmektedir (Greenfield, 2002: 20-21). Ayrıca finans, nakliye, sigorta, iletişim ve lojistik gibi hizmetler sayesinde, ekonominin diğer sektörleri desteklenmektedir (Eurostat, 2020). Bununla birlikte, turizm, taşımacılık ve seyahat de önemli hizmet sektörleri arasındadır. Özetle, ulusal piyasanın liberalleşmesi, ekonomik performansların genişleme süreçlerine katkı sağlayacağı düşüncesi, teknolojinin ilerlemesi ve ekonomik entegrasyonların artması, uluslararası hizmet ticaretini arttırmıştır (Bobirca ve Miclaus, 2007: 1). Dolayısıyla küreselleşen dünyada, hizmet sektörü, üçüncül bir endüstri olarak yerini almıştır (Eurostat, 2020).

Grafik 1, 2019 yılında dünyada gerçekleşen uluslararası ticarete sektörlerin payını göstermektedir. Grafik 1'e göre, ilk sırada mal ticareti bulunmaktadır. Hizmet sektörü ise, tarımsal ürün ve yakıt ürünleri dış ticaret hacminin önüne geçerek, ikinci sırada yer almıştır.

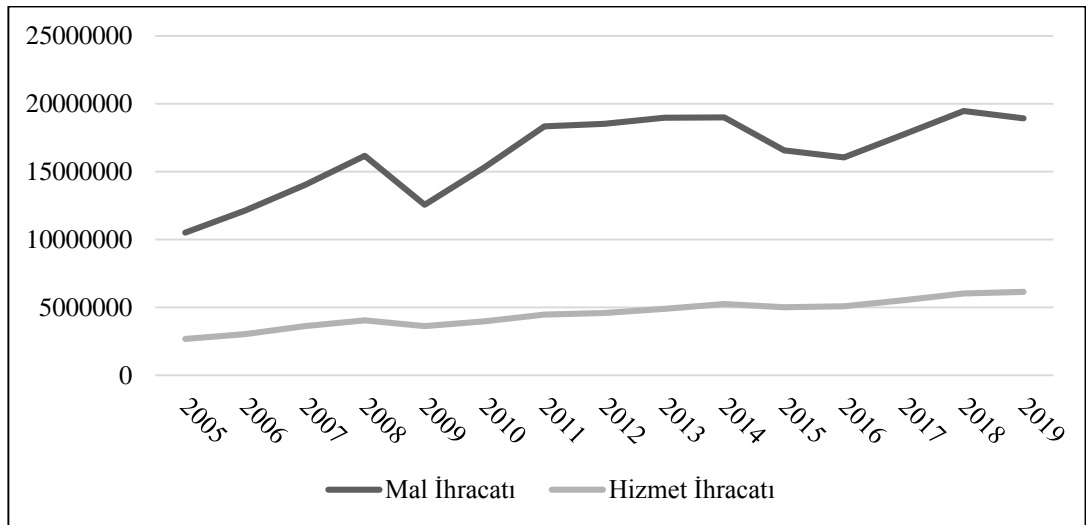
**Grafik 1. Dünya Ticaretinin Görünümü (2019)**



*Kaynak: WTO, (2021d)*

Grafik 2 ise, dünyada mal ve hizmet sektörlerinin yıllar itibari ile nasıl bir değişim sergilediğini göstermektedir. Bu doğrultuda son on beş yılda, hizmet ihracatının, az da olsa artış eğiliminde olduğu, mal ihracatının ise istikrar göstermemesine rağmen, genel olarak yükseldiği gözlenmektedir. 2005 yılından küresel kriz dönemine kadar artış gösteren mal ihracatı, 2008 döneminde nispeten azalmıştır. Sonraki dönemlerde ise, dalgalı bir seyir izlemiştir. Ayrıca Grafik 2'den küresel kriz döneminden hizmet ihracatının mal ihracatına göre daha az etkilendiği gözlenmektedir.

**Grafik 2. Dünyada Mal ve Hizmet İhracatı**



*Kaynak: WTO, (2021d)*

Öte yandan hizmet sektörünün, tüketicilerin beklentilerini karşılaması gerekmektedir. Tüketici, kızgınlık, pişmanlık, hayal kırıklığı veya hizmetten vazgeçme gibi duygusal ve davranışsal tepkiler ile piyasa memnuniyetini ortaya koymaktadır. Olumsuz bir sonuç karşısında, bazen hizmet sunucuları, hizmetlerin yenilenmesi ile telafi etmeye çalışabilirler (Sparks ve Fredline, 2007: 242). Ancak mal ve hizmet sektörleri karşılaştırıldığında; hizmet piyasasına olan talep daha farklıdır. Maliyetler burada etkili olmaktadır. Çünkü hizmet sektörü nispeten fazla sabit maliyeti bünyesinde barındırmaktadır. Ayrıca hizmet sektöründe piyasaya giriş ve çıkış, mal piyasasına göre daha zor olup, farklılıklar göstermektedir (Ariu, 2012: 15). Örneğin, son yıllarda OECD ülkelerinde sağlık harcamaları hızla artmaktadır. Bu durum ise hastaları daha uygun maliyet arayışına teşvik etmiştir. Diğer ülkelerin, özellikle gelişmekte olan ülkelerin sağlık hizmetleri dikkat çekmeye başlamıştır. Dolayısıyla sağlık hizmeti ihracatı hem uluslararası hastalar için hem de gelişmekte olan ülkeler için kazançlı hale gelmiştir (Timmermans, 2004: 454).

### ***1.1.1. Sağlık Hizmeti Tanımı ve Kapsamı***

Sağlık, 1946 yılında benimsenen Dünya Sağlık Örgütü anayasasının tanımına göre, kişilerin sadece hastalık veya sakatlık durumunun olmaması değil ayrıca beden, ruhen ve sosyal açıdan da tam bir iyilik halinde olmasıdır (WHO, 2020). “Sosyal yönden tam bir iyilik halinin olması” durumunu detaylı şekilde ifade etmek gerekirse; sağlık, sadece kişisel bir husus değildir, toplumsal yönü de mevcuttur. Bireylerin sosyal yaşantısı iyi ise birey sosyal açıdan da tam bir iyilik halindedir. Eğer kişiler iş bulamıyor ve yaşam güvenliği sağlanamıyorsa, gelir dağılımı adaletsizse, aile içinde ve toplumda huzursuzluklar baş gösterecektir. Dolayısıyla tam bir iyilik hali durumu gerçekleşmeyecektir (Kesgin ve Topuzoğlu, 2006: 47). Pan American Health Organization (PAHO) tarafından 20. yüzyılın halk sağlığı alanında başarılı olarak seçilen Marc Lalonde, Dünya Sağlık Örgütü’nün tanımını detaylandırarak, fiziksel ve biyolojik koşulların yanında psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutları da dikkate almıştır. Ona göre, sağlık konsepti dört öğeye ayrılabilir; insan biyolojisi, çevresel, yaşam şekli ve sağlık sistemi konseptidir. Politika yapımcıların bu öğelere kapsamlı ve etkili bir şekilde devam etmeleri halinde, finansal olmasa dahi, eşit analitik öneme dikkat etmeleri gerekmektedir (Lalonde, 2002: 149, 150). Söz konusu konseptler şöyle açıklanabilir;

öncelikle insan biyolojisi konsepti, organik yapı gereği meydana gelen fiziksel ve ruhsal sorunları açıklamaktadır. Kişinin çevresel bakımdan iyilik halinde olması konsepti kişinin üzerinde az hakimiyetinin olduğu ya da hiç hakimiyetinin olmadığı sosyal çevrenin boyutlarını ifade etmektedir. Yaşam tarzı konsepti, kişilerin kendi kararları ve kontrol edebildiği durumları ifade etmektedir. Çevresel ve yaşam tarzı kişilerin, alkol, tütün, uyuşturucu kullanımı veyahut bireyin uyguladığı diyet düzenini önemli derecede etkileyen ve yönlendiren durumlardır. Sağlık sistemi konsepti ise, ülke sınırları içinde sağlık hizmetlerini en verimli, en etkin, kaliteli ve kolay erişim imkanı ile düzenleyen kuruluşları ifade etmektedir. Böylece tüm bu koşullar kişinin refah seviyesini etkilemektedir. Öne sürülen düzenlemeler geniş çerçevede bakıldığında ülkeler için öncelikle hanehalkı sonra bölgesel daha sonra da ulusal düzeyde ele alınsa da, ilerleyen dönemlerde bu düzenlemeler toplumsal ve yapısal değişiklikleri dikkate almıştır (Marchildon, 2008: 387-389).

Bir ülkedeki sağlık hizmetlerinin, ihtiyaçları belirlemek ve kaynakların etkin kullanımını yönlendirmek için yeterli yetkinliğe ve yetkiye sahip kurumlar tarafından tasarlanması, organize edilmesi ve işletilmesi, sektörü sağlıklı sonuçlara ulaştırabilecektir. Bu durum sağlık uzmanlarının onayı doğrultusunda yetkili kurumlarca yapılmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde bu husustaki kurumların kapasitelerinin yetersiz oluşu beraberinde düşük-maliyet, düşük-teknolojiyi getirmektedir. Söz konusu ülkelerde özellikle daha fazla idari kapasiteye duyulan ihtiyaç büyük ölçüde ihmal edilmektedir. Ancak normal şartlarda ülkelerde sağlık hizmeti için yapılması gereken faaliyetler hem resmi hem de resmi olmayan kuruluşlar tarafından desteklenmekte ve yönlendirilmektedir. Kırsal kesimlerde mevcut olan resmi olmayan organizasyonlara örnek vermek gerekirse köy sağlık komitesi bu grupta sayılabilir. Bu kuruluşlar bazen dini organizasyonların, tarımsal faaliyetlerin, sendikaların sorunları gibi özel sorunlara çözüm bulan resmi olmayan kuruluşlar da olabilmektedir. Resmi sağlık kuruluşları ise daha iyi organize olmuş sağlık hizmeti faaliyetlerini içermektedir. Eğer bir ülkede sağlık bürokrasisi iyi işliyorsa sağlık sigortası şeması da etkin şekilde işlemektedir, acenteler de bu doğrultuda uzmanlaşmıştır, ülke sınırları içindeki kırsal kesimlerde dahi teknik denetim ve kontrol sağlanmaktadır (Golladay ve Liese, 1980: 174-175). Dolayısıyla sağlık hizmeti sistemlerinin gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde farklılık gösterdiği bilinmektedir. Bu durum en çok ülkelerin yaptıkları sağlık harcamalarından anlaşılmaktadır. Sağlık ekonomisti Fredrich Golladay; kamu sağlık harcamasının gelirle bağlantılı olduğunu, kişi başına sağlık harcamalarının oldukça düşük seviyede kaldığını,



sağlık harcamalarının koruma amaçlı olmayıp iyileştirmeye yönelik olduğunu, modern sağlık tesislerinden yerel nüfusun daha az faydalandığını, maliyetin fazla olmasından dolayı doktorlara ve sağlık kuruluşlarına yapılan ödemelerin de fazla olması, sağlıkla ilişkili beşeri sermaye, politika ve kaynakların verimli kullanılmadığını vurgulamıştır. Gelişmekte olan ülkelere yönelik bu araştırmalar, söz konusu ülkelerde sağlık hizmetindeki eksiklikleri gözler önüne sermektedir. Gelişmiş ülkelerde ise sağlık için harcamalar nispeten fazladır. Bu ülkeler sanayileşmenin yüksek getirisi ile birlikte tedavi edici sağlık hizmetlerinin yanında koruyucu hizmetlere de önem vermişlerdir. Toplumun bilinçli şekilde isteklerinin sürmesi sonucunda sağlık hizmetlerinin arzı ve tahsisi iyileşmiştir. Dolayısıyla sağlık sisteminin iyi işlediği bir ülkede, yerel nüfusa asgari düzeyde sağlık hizmeti sağlanan bir alt yapı mevcuttur (Tokgöz, 1987: 15, 19).

### ***1.1.2. Sağlık Hizmetinin Ekonomik Boyutu***

İyi bir sağlık hizmeti sunumu için yapılan yatırımlar doğrudan insana yapılan yatırımları ifade etmektedir. Ekonomik anlamda gerçekleştirilen faaliyetler de, bireysel ve toplumsal fayda sağlama amacı gütmektedir. Sağlıkta istihdam, sigorta faaliyetleri, sağlık hizmeti veren tesislerin işleyişi, ilaç ve tıbbi cihaz sanayi, sağlık harcamaları ve sağlık hizmetlerinin finansman şekilleri sağlık piyasasının temelini oluşturmaktadır. Diğer yandan sağlıkla ilişkili söz konusu unsurlar ile mal ve hizmet arzı, talebi, ticareti ve tahsisi sağlık ekonomisinin kapsamındadır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinin ekonomik manada uygulanmasındaki amaç refah seviyesini yükseltmektir (Işık, 1997: 8-9).

İktisatta mal ve hizmet piyasalarında ihtiyaçları doğrultusunda tercih yapan tüketici ve üretici “piyasa fiyatı” dengesinde buluşmaktadır. Sağlık hizmetlerinin piyasasında ise denge durumu oluşmamaktadır. Hasta (tüketici), sırasıyla doktor, sağlık tesisi ve ilaç üreticileri karşısında “mutlak bağımlı”dır (Tokgöz, 1987:14). Diğer yandan sağlık hizmeti finansmanı, kaynak tahsisi, sağlıkta kamunun rolü, sağlık hizmetlerinin düzenlenmesi, bütçe sağlanması ve denetimi gibi hususlar sağlık hizmetinin yapısını ilgilendirmektedir. Bununla birlikte sağlık hizmetleri, hem mal hem de hizmet bağlamında üretici ile tüketiciyi bir araya getiren, denetleyen bir sağlık hizmeti piyasası olarak karşımıza çıkmaktadır (Kocasoy, 2014: 5, 11).

Sağlık hizmeti ekonomik bakımdan değerlendirildiğinde, öncelikle bireyin sağlığının bozulmasından kaynaklanan hane halkı için gelir kaybı yaşanması durumu karşımıza çıkmaktadır. Sonrasında ise kişinin istihdamda bulunmamasından ötürü

ekonomiye katkısının olamaması söz konusudur. Hastalık, gelir kaybının yanı sıra maliyet olarak da sağlık hizmeti tüketenlere bir yük oluşturmaktadır. Dolayısıyla sağlığın bozulması hem hane halkı hem de kamu açısından bütçe açığı anlamına gelmektedir.

Sağlık hizmetinin ikame edilemez özelliği bulunduğu için ve birey de bu sağlık hizmetini almak zorundaysa, ortaya çıkan maliyetten kaçınılamaz. Sağlık hizmetini diğer mal ve hizmetlerden farklı kılan en önemli özellik alternatifsiz oluşudur. Ayrıca sağlık hizmeti hem bireysel hem de toplumsal yarar sağladığı için, yarı kamusal bir hizmettir.

Öz olarak, sağlık hizmetleri sosyal anlamda, ekonomik anlamda, ülkenin siyasi yapısı anlamında pek çok hususa karşılık gelmektedir. Bu nedenle etkin sunulması ve koordineli işlemesi yarar oluşturan bir özelliğe sahiptir (Loş, 2016: 36-38). Mushkin sağlık hizmetinin piyasasına vurgu yaparak medikal hizmetin kişisel bir hizmet olduğunu belirtmiştir. Her kişisel hizmet beraberinde toplumsal yarar oluşturmaktadır (Mushkin, 1958: 787).

Tüm bunlar bir ülke içinde sağlık hizmetinin kalitesinin önemli olduğunun işaretidir. Yerli hastalara kaliteli sağlık hizmeti sunulması, yabancı hastalara verilen sağlık hizmetinin de kaliteli olduğunun göstergesi olabilmektedir.

## **1.2. Dünya Ticaret Örgütü ve Hizmetler Ticareti Genel Anlaşması (GATS)**

Hizmetler, 1995 yılının Ocak ayında gerçekleştirilen Uruguay görüşmeleri neticesinde “The General Agreement on Trade in Services (GATS)” adı altında bir anlaşma ile yürürlüğe girmiştir. Uluslararası hizmete dair ilk çok taraflı ticaret anlaşması olan GATS, 1986-1994 yılları arasında gerçekleştirilen Uruguay Round’ın temel konuları arasında yer almıştır. Aslında, GATS, mal ticareti için 1947’deki “The General Agreement on Tariffs and Trade (GATT)” anlaşması ile aynıdır. Ancak GATS yapısal olarak GATT’a göre daha karmaşıktır. Söz konusu karmaşıklıktan dolayı anlaşmada esneklik sağlanmıştır. Bu bağlamda, GATS’in belirlediği hizmet sektörlerinin faaliyete geçebilmesi bazı koşullara bağlanmıştır. Burada bakılacak husus, ülkelerin gelişmişlik seviyeleridir. Buna göre, daha az veya çok çeşitli hizmet sektörleri açılacaktır. Eğer gelişmekte olan ülkelerin düzenleyici politikaları uygun değilse, bir uyumsuzluk ortaya çıkabilecektir. Bu sebeple, GATS’in kural ve disiplinleri göz önüne alınarak çok taraflı anlaşmalar her iki ülke açısından da fayda sağlayabilecektir. Dünya Ticaret Örgütü (WTO) ise, gerekli hallerde gelişmekte olan ülkelere teknik yardımda bulunacaktır (WTO, 2013).

GATS, WTO bünyesinde yer alan ve güvenilir, adil, şeffaflık ilkeleri çerçevesinde hizmeti liberalleştirmeyi hedeflemektedir. Oluşacak karmaşıklık ve dayatılacak kısıtlamalar GATS ile kaldırılmaktadır (International Trade Administration, 2021). Bunun yanı sıra genel ahlaki muhafaza etme, kamu düzenini sağlama, çevreyi koruma, aldatıcı uygulamalara engel olma ve ülkeler arasındaki sözleşmelerde yer alan hukuki prosedürlere uyulmasını sağlama GATS'nin görevleridir. GATS'ye üye olan ve farklı hizmet sektörlerinde aktif yer alan ülkeler, aslında WTO üyeleridir.

“Hükümet yetkisi dahilindeki hizmetler” ve “hava taşımacılığına ilişkin hizmetler (hava trafik hakları ve bunlarla bağlantılı hizmetler)” dışında GATS tüm hizmet sektörleri için uygulanabilmektedir (WTO, 2021c). WTO üyeleri, hizmet sektörlerini 12 temel sınıflandırma ile belirlemiştir (WTO, 2013): “Mesleki hizmetler, iletişim hizmetleri, inşaat ve ilgili mühendislik hizmetleri, dağıtım hizmetleri (toptan satış, perakendecilik, franchising), eğitim hizmetleri, çevresel hizmetler, finans hizmetleri (sigorta, bankacılık, menkul kıymet), sağlıkla ilgili ve sosyal hizmetler, turizm-seyahat hizmetleri, eğlence-kültür-spor hizmetleri, ulaşım hizmetleri (denizyolu, hava taşımacılığı, demiryolu, karayolu) ve diğer hizmetlerdir”.

Türkiye’de GATS’ın uygulanışı 1994 yılında başlamış ve şu 9 sektör için taahhütte bulunulmuştur: “Mesleki hizmetler (uzmanlık gerektiren hizmetler, bilgisayar ve ilgili hizmetler, diğer hizmetler), haberleşme hizmetleri (posta, kurya, telekominikasyon hizmetleri), müteahhitlik-mühendislik-mimarlık hizmetleri, eğitim hizmetleri (ilk-orta öğretim, yüksek öğretim hizmetleri), çevre hizmetleri (kanalizasyon, çöp kaldırılması, sağlık çevre vb. hizmetler), mali hizmetler (sigorta, bankacılık hizmetleri), sağlıkla ilgili, sosyal hizmetler-hastane hizmetleri, turizm-seyahat hizmetleri (oteller, lokantalar, seyahat acenteleri, tur operatörleri), ulaştırma hizmetleri (tüm taşımacılık)”. Türkiye 12 sektörden 9 tanesi için taahhütte bulunarak, gelişmekte olan diğer ülkelere nazaran hizmet sektöründe daha fazla yer almıştır (Erol, 2002). T.C. Ticaret Bakanlığı, 2021 yılında internet sitesinde belirttiğine göre, Türkiye ek serbestleşme için tüm hizmet sunum şekilleri ve hizmet alanlarını içeren görüşmelerin yapılmasına önem vermektedir. Bu bağlamda, yeni pazarlara giriş için olanaklar yaratılması, olası anlaşmalar sayesinde GATS’ın belirlediği kurallara ek olarak yenilerinin geliştirilmesi, gerçek kişilerin hareketliliği ilkesi önündeki engellerin kaldırılması ve iş insanlarının geçici olarak dolaşması için vize prosedürlerinin düzenlenmesi hedeflenmektedir (Ticaret Bakanlığı, 2021c).

### ***1.2.1. GATS'ın Uygulanma Şekli***

GATS, 1994 yılında WTO kapsamında Hizmet Ticareti Genel Anlaşması adı altında teorik temele oturtulmasına dayanmaktadır. Sağlık hizmeti ticareti de dahil birçok sektör belirlenmiş ve anlaşma üye ülkelerce imzalanmıştır (Bakhouya, 2017: 56). Böylece sağlık hizmeti sektörünün ihracat potansiyeli GATS tarafından genişletilmiştir (Neil ve Gordon, 2007: 546).

Hizmetlerin arzı ve tüketimi dolayısıyla işleyiş şekli teorik olarak GATS içinde 4 ana başlığa ayrılmıştır. Dolayısıyla hizmetler bu çerçevede yürütülmektedir. Genel olarak hizmetlerin işleyiş biçimi şu şekildedir (Jensen ve Kletzer, 2005: 130; UN vd., 2012: 112-113):

Mod 1, Sınır ötesi ticaret, hizmetin kendi ülkesinde değil diğer üye ülkeden alınması anlamında gelmektedir. Burada tıpkı mal ticareti gibi, üretici ve tüketici kendi ülkesinde kalır, sadece hizmet sınır ötesine teslim edilir. Daha açık bir ifadeyle, iletişim araçları ile başka ülkeden hizmet almak bu kapsamdadır. Örneğin, bir tüketiciye telefon vasıtasıyla yasalar hakkında bilgi sunabilir veya bir finansal hizmet sunucusu, sınır ötesine danışmanlık hizmeti verebilir.

Mod 2, Yurt dışında tüketim, üye ülkenin hizmeti almak için diğer üye ülkenin bölgesine gitmesini ifade etmektedir. Burada ya tüketici ya da onun mülkiyetinin yurt dışına gitmesi söz konusudur. Tüketicinin yurt dışında bulunarak hizmeti kullanmasını anlatmaktadır. Turist hareketleri veya dil eğitimi almak için başka ülkeye gidilmesi örnek verilebilir. Yurt içinde bakıldığında, Mod 1, Mod 2'ye göre takas edilebilirliğin daha iyi bir göstergesi olabilir.

Mod 3, Ticari varlık oluşturmak, bir üyenin diğer üye ülkede ticari bir varlık vasıtasıyla bulunmasını ifade etmektedir. GATS, bu işleyiş şekli ile tüketici ile üreticinin yakın bağlantı içinde olacağını kabul etmektedir. Böylece, hizmet satışından sonra ya da teslim, üretim, pazarlama ve dağıtım konularında tüketici ile sürekli bir temas halinde olunabilecektir. Mesleki ve uzmanlık gerektiren konular söz konusu mod için uygun olabilmektedir. Örneğin, yabancı bir bankanın tamamlayıcı ofisinin diğer ülkede bulunması, anayasal bir şekilde tüzel kişinin oluşturulması için yurtdışında temsilcilik açılması gibi, kısa vadeli inşaat projeleri gibi.

Doğrudan yabancı yatırımlar bu teorik mod ile ilgilidir. Bir yıldan daha kısa zaman için olan yatırımlar, doğrudan yabancı tedarikçiler bakımında cazip olmaktadır.

Mod 4, Gerçek kişilerin varlığı, bireyin ticari hizmet sunmak için kendi ülkesinden diğer üye ülkeye geçici olarak gitmesini ifade etmektedir. Sözleşmeli olarak alınan yabancı hizmet tedarikçisinin çalışanları ya da serbest meslek sahipleri, şirket içinde olan transferler veya doğrudan yabancı yerleşik şirketlerce istihdam edilen çalışanlar, sözleşmeli olarak yabancı ülkeye giren hizmet sunucuları ya da ticari varlık oluşturan kişiler tarafından sağlanan istihdam, bu işleyiş şekli ile ilgilidir.

Tüm bu modlar hizmetin yurtdışına çıkışı veya ülkeye girişini, dolayısıyla hizmetin ihracatını ve hizmetin ithalatını ifade etmektedir. A ülkesinden B ülkesine teslimat söz konusudur. GATS sadece ihracatın tüketimini uygulamaktadır. Ancak bu durum, ülkelerin ulusal politikalarını etkilemez (Bakhouya, 2017: 60).

### ***1.2.2. GATS Kapsamında Sağlık Hizmetinin İşleyişi***

GATS'nin belirlediği sektörlerden olan “sağlık ve sosyal hizmetler” sağlık hizmetlerinin uluslararası ticaretini ifade etmektedir. Nispeten gelişmekte olan ekonomilerin daha çok ilgilendiği bu alan, sağlık hizmeti sunucularının alternatifler üreterek uluslararası hastaları kendi ülkelerine çekme girişimini ifade etmektedir. Bu hizmet sayesinde halk sağlığı sistemlerinin yükü hafifler, ilave kaynaklar oluşturulur ve bilgi transferi ile diğer ülkelerdeki teknik bilgiye ulaşılabilir (WTO, 2021a).

Sağlık hizmetinin ihracatı kapsamında, sağlıkla doğrudan ilişkili olan sektörler, tıbbi ve dişçilik hizmetleri, hemşire, fizyoterapist, hastane ve diğer sağlık sunucularının hizmetleri bulunmaktadır (Bakhouya, 2017: 60).

Tanım olarak geniş kapsamlıdır; tıbbi turizm ya da sağlık turizmi, medikal hizmet almak için kendi ülkesinin dışında bir ülkeye gidilmesidir. Bununla birlikte, bu tanımlama içinde, yeni bir ilacın/tedavinin insanlar üzerinde denenmesi sonucu oluşan klinik araştırmalar; biyoteknoloji veya ilaç araştırmaları için sağlanan sözleşmeli araştırma hizmetleri; elektronik yolla başka ülkelere aktarılan tıbbi bilgilerin kullanılması; uzaktan sağlık eğitimi; hastane, sağlık yönetimi, tıbbi hukukla ilgili kurslar; alternatif sağlık eğitim programları ve sağlık sunucularının uluslararası hareketi yer almaktadır (Government of India, 2017: 21). Sağlık hizmeti ihracatı, bazen de medikal turizm yerine kullanılmaktadır (Şen, 2018).

Eğer sağlık sektörü adı altında tanımlamak gerekirse, hem ithalat hem de ihracat olarak ele aldığımızda, nihai tüketim için çok çeşitli sağlık (tıbbi) ürünleri ve sağlık hizmetlerini ifade etmektedir. Bu kapsam, yurtdışında standart tıbbi tedavi alımı ve daha

fazlasını anlatmaktadır. Hem mallara hem de hizmetlere uygulanan farklı tedarik durumları söz konusudur. Daha açık bir ifadeyle sağlık hizmeti ihracatı veya ithalatı; uluslararası bireysel sağlık hizmeti ticareti, tıbbi ürün ticareti ve uluslararası toplu sağlık hizmetleridir (OECD, 2011: 28-29).

GATS'nin modları kapsamında sağlık hizmeti ihracatı şu şekilde uygulanmaktadır (UN vd., 2012: 112, 116; Chanda, 2002: 158):

Mod 1, Sınır ötesi ticaret, bir doktor hastasına mail yoluyla tıbbi teşhis koyabilir. Başka bir ifadeyle, bir doktorun online tavsiye vermesi, sağlık hizmetinin elektronik teslimi, laboratuvar ya da klinik sonuçların sınır ötesine ulaştırılmasıdır.

Mod 2, Yurt dışında tüketim, hastanın tedavi olmak için diğer üye ülkeye gitmesidir. Ayrıca bir doktor kendi hastasının tedavi için başka ülkeye gitmesini önerebilmektedir. Hastalar, uygun maliyetli, yüksek kaliteli ya da alternatif tedaviyi satın almak için gelişmekte olan veya komşu ülkelere gitmektedir. Çünkü gelişmekte olan birçok ülke yüksek kaliteye sahip sağlık hizmeti sunma yolundadır. Ülkeler, yurt dışında tüketim şekli vasıtasıyla sağlık hizmetini ihraç etmektedir.

Mod 3, Ticari varlık oluşturmak, yurtdışında hastane açmak, sağlık hizmeti vermek gibi veya bir doktor yurt dışında kendi muayenehanesini açabilir. Ayrıca yurtdışındaki kendi yerinde çalışmak için yer değiştiren bu doktor Mod 4 kapsamına girmektedir. Hindistan, Endonezya, Nepal, Tayland ve Sri Lanka kendi ülkelerine Mod 3 ile artan şekilde doğrudan yabancı yatırım çekmektedir. Singapur ise maliyet etkili ve yüksek kalitede hizmet sunan hastaneleri (sağlık hizmeti sunan şirketleri) sayesinde, endüstrileşmiş ülkelere sağlık hizmeti organizasyonları ile anlaşmalar yapmaktadır.

Mod 4, Gerçek kişilerin varlığı, bir hastayı tedavi etmek için doktorların geçici olarak diğer üye ülkeye gitmesidir. Ancak bu durum gelişmekte olan ülkelere endüstrileşmiş ülkelere olan sağlıkçıların göçünü güdülemektedir. Yüksek maaş, nispeten daha iyi yaşam standardı ve daha iyi çalışma koşulları sağlık personelleri için cazip olmaktadır. Ülkeler bu göçü caydırmak için farklı politikalar uygulamaktadır. Örneğin, Hindistan ve Güney Afrika sağlık sunucularının mezuniyetinden sonra, istihdam edileceğini garanti etmektedir. Farklı bir şekilde ABD; İngiltere ve Kanada'dan uzmanları, Hindistan, Filipinler ve Jamaika'dan tekniker ve hemşireleri kendi ülkesine çekmek için göç politikaları uygulamaktadır.

Sağlık sunucularının hareketliliği, hem yaşlanan nüfusun sağlığa erişimi hem de ihtiyaç olan uzman personelin sağlanması bakımından önemlidir. Bununla birlikte,

dijitalleşmenin ilerlemesi ile e-sağlık ve teletıp (uzaktan alınan tıbbi hizmet) ortaya çıkmıştır. Genel olarak bakıldığında, Mod 1 diğer teorik işleyiş şekillerine göre daha az taahhüte sahiptir (WTO, 2021a).

### **1.3. Hizmet Ticaretinin Serbestleşmesi ve Sağlık Hizmetinin Küreselleşmesi**

WTO himayesinde oluşturulan, bölgesel ya da çok taraflı anlaşmalar, hizmet sektörünün büyümeye katkısını nispeten azaltmasına rağmen, hizmet ticaretindeki açıklığın ekonomik büyüme üzerine pozitif etkisinin olacağı, politika yapıcılar tarafından öngörülmektedir. Hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler için hizmet ticaretinin serbestleşmesi ekonomik fayda sağlayacaktır (Khoury ve Savvides, 2006: 277-278).

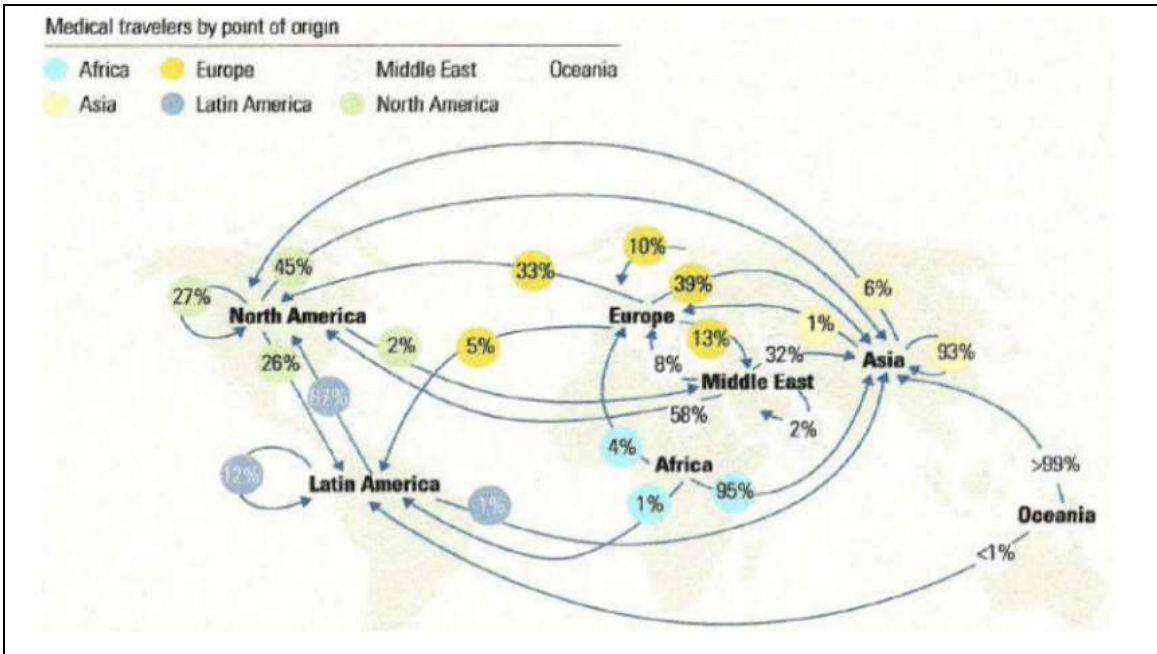
WTO görüşmelerinde, olası çıkar elde etme durumunun veya tartışmaların önüne geçilmesi, sonuçları sağlıklı hale getirebilecektir. Özellikle sağlık, eğitim ve çevre hizmetlerinde serbestleşme, bu alanlarda yatırımın artması, potansiyel fayda-maliyetlerin göz önüne alınması ve pazara girişlerin iyi analiz edilmesi, olumsuz sonuçları bertaraf edebilecektir. Diğer yandan, sağlık hizmetinin uluslararası anlamda açık olmasında potansiyel kazanımlar vardır. Bu nedenle, GATS'nin her modu için, yapısında fayda ve problemler olmasına rağmen, sağlık hizmetinin ticaretinin ve yatırımlarının serbestleşmesi ülke açısından avantaj sağlayacaktır (Chanda, 2003: 1574-1575). (Fayda ve sorunlar ikinci bölümde detaylı olarak anlatılmıştır.)

Bununla birlikte insanların, özellikle, daha maliyet etkili ve daha yüksek kaliteli tedavi arayışları, sağlık hizmeti ihracatının küreselleşmesine zemin hazırlamıştır. Bir örnekle açıklamak gerekirse; Batıdan ve Orta Doğu'dan birçok hasta Hindistan ile Tayland'ı tıbbi hizmet almak için tercih etmektedir. Hindistan ise, bu avantajını daha da arttırmak için, 2007'den beri sağlık hizmeti ithalatçısı kişilere, M-vizeleri (medikal vize) sunmaktadır. Bu uygulama uluslararası hastaların dikkatini daha fazla çekmektedir. Ayrıca Hindistan ve Umman arasında uzun yıllardır süren kültürel yakınlık ve ticaret ilişkileri, günümüzde ülkelerin karşılıklı çıkar elde etmek amacıyla uluslararası sağlık hizmeti ticaretini geliştirmelerine sebep olmuştur. Umman'ın sağlık hizmetlerinin gelişmesinde Hindistan büyük katkı sağlamıştır. Diğer yandan, bugün, Umman vatandaşları, tıbbi tedavi için Hindistan'ı seçmektedir. Tüm bunlar, ülkelerin yabancı hasta sayılarını arttırmakta ve önemli gelir sağlamalarının önünü açmaktadır (Aravindhakshan, 2010: 19-20).

Tarihi eskilere dayanan sağlık hizmeti ihracatı, uluslararası hastaların tıbbi hizmet için gelişmiş ve batılı ülkelere gitmeleri sonucu doğan, bir sektördür. Örneğin, ABD ve Almanya'daki sağlık tesisleri yüksek kalitelerinden dolayı, nispeten düşük gelirli ülkelerdeki varlıklı kişiler tarafından tercih edilmiştir. Ancak günümüzde, bu durum değişmektedir. Tıbbi hizmet alma hareketleri gelişmiş ülkelere nispeten daha az gelişmiş ülkelere kayarak, “ters yönlü küreselleşme” yaşanmasına yol açmaktadır (Temizkan 2015: 102). Bununla birlikte, bugün, hem gelişmekte olan ülkeden gelişmiş ülkeye, hem de gelişmiş ülkeden daha az gelişmiş ülkeye tıbbi seyahatler yapılmaktadır. Dolayısıyla, günümüzde geleneksel “medikal turizm modeli” değişmiştir (Gill ve Singh, 2011: 315).

Şekil 1, başka ülkeden sağlık hizmeti almanın, dünyada geldiği boyutu göstermektedir. Şekil 1'e göre hemen hemen her ülke uluslararası sağlık hizmeti ticaretinden yararlanmaktadır. Hareketliliğin büyük oranda Asya ve Amerika'ya doğru olduğu gözlenmektedir. Bazı bölgeler, hem sağlık hizmeti ihraç etmekte hem de ithal etmektedir. Şekil 1'de dikkat çeken bir başka husus ise, Avustralya'nın tamamen sağlık hizmeti ithalatçısı olduğudur.

**Şekil 1. Uluslararası Sağlık Hizmeti Ticareti Hareketliliği<sup>1</sup>**



Kaynak: Carmen ve Iuliana, (2014: 65)

<sup>1</sup> Resim teknik olarak düzeltilmediği için İngilizce alınmıştır.



WTO'ya üye olan ülkelerin büyük çoğunluğu turizm, finans ve iletişim sektörlerinde yer alırken, çok azı sağlık ve eğitim sektörlerinde faaliyet göstermektedir. GATS teorik olarak, hizmetin uygulanma biçimlerini belirtmiştir. Ancak bazı ülkeler GATS'den bağımsız şekilde, gönüllü olarak hizmet ticareti yapmaktadır. Diğer yandan, sağlık hizmetlerinin ülkeler arasında kolay erişilebilir olması, ticaretin serbestleşmesinden ileri gelmektedir. Örnekle açıklamak gerekirse; insanların kendi ülkesi dışında bulunabilmesindeki artış, sigorta şirketlerinin varlığında meydana gelen bir yükselme ve sağlık sigortalarının başka ülkelere taşınmasının kolaylaşması (GATS; “mali hizmet ve sigorta hizmeti sektörü”), diğer ülkelerdeki sağlık hizmeti ihracatını erişilebilir kılmaktadır. Bu bağlamda, sağlık hizmet ticaretinin küreselleşmesi için, öncelikle sağlık sistemlerinin net bir şekilde anlaşılması gerekmektedir. Buna bağlı olarak da politika ve anlaşmalar sektörün sürdürülebilirliğini sağlayacaktır (Smith, Chanda ve Tangcharoensathien, 2009: 593).

Sağlık hizmetlerinin globalleşmesi için, küresel çapta oturtulmuş bir sağlık hizmeti hukuku olması gerekmektedir. Bu durum, hukuk ve politika bağlamında tartışmaları güdüleyen bir konudur. Medikal turizmle birlikte artan riskler yabancı hastaları tehlikeye sokmaktadır. Örneğin, az gelişmiş ülkelerdeki üreme teknolojisi, kök hücre tedavileri veya intihar ile ilgili yasa dışı prosedürler ve hukukta oluşabilecek sorunlar, turizm destinasyonları açısından erişilebilirliği etkilemektedir. Ayrıca sağlık hizmetinin küreselleşmesi hükümetlerin ilgilendiği konular olup, politika ve etik açıdan ele alınması önem arz etmektedir. Diğer yandan, ülkelerin kendi içindeki düzenlemeleri, sağlık hizmeti sunumunda eşitlik ve ekonomik hesap verebilirliği beraberinde getirmektedir. Sağlık hizmetlerinin finansmanında, kaliteden ödün vermeden maliyet etkin şekilde, artan maliyetlerin düzenlenmesi önem arz etmektedir. Sonuçta küreselleşme doğru şekilde anlaşılırsa, ülkelerin hem potansiyeli hem de kaynak tahsisi resmi ve net olarak etik ile yönetişim çerçevesinde belirlenebilecektir (Rosenbaum, 2015: 607, 610, 612).

Neoklasik ekonomi, yabancı hastaların veya sağlık sunucularının uluslararası hareketinden dolayı sağlık hizmeti ihracatının arttığını öngörmektedir. Bu durum ev sahibi ülkede sağlık hizmeti fiyatının artmasına sebep olacaktır. Ancak artan gelirin etkisiyle bu alanda, maliyetler de yükselecektir. Öte yandan eğer sağlık sistemi politikalarında kaynak tahsisi etkili olmazsa veya kaynaklar arttırılmazsa, düşük gelirli kesim bundan olumsuz etkilenecektir. Dolayısıyla fiyat etkisinin olumsuz sonuçlarından

korunmak için sektöre kamu müdahalesi gerekmektedir. Sağlık hizmetinin küreselleşmesi bazı problemleri beraberinde getirmesine rağmen, fırsatlar da sunmaktadır; düşük ücret, beyin göçü ve altyapı koşulları gibi (Chanda, 2002: 161).

Rodrik'in belirttiği gibi, günümüzde serbest ticaretin uygulanmasındaki sorun, sürdürülebilirlik ve sosyal bakımdan daha geniş perspektifte değerlendirilmesi gerektiğidir. Çok taraflı anlaşmalar bu sebeplerden dolayı, esas hedeflerinden kayabilmektedir. Yetkililer, sosyal programları ve düzenlemeleri muhafaza etme, yerel anlamda olan sosyal müzakereleri gözden geçirme ve büyüme politikalarını takip için uygun ortam hazırlama ile piyasaya erişim için politika sahalarını genişletme yoluna gitme sorumluluklarına sahiptir. Bu durum hem varlıklı hem de fakir ülkeler için fayda sağlayacaktır. Dolayısıyla yerel hedeflere yönelik politikalar, serbest ve çok taraflı ticaretin ön koşulu olarak kabul edilmektedir (Rodrik, 2011: 222).

## **2. SAĞLIK HİZMETİNİN MİKRO VE MAKRO EKONOMİK BOYUTU**

Bir ülkede olması gereken sağlık düzeyinin ekonomik sistemleri sağlık hizmeti sistemleri tarafından değerlendirilmektedir. Ancak önemli olan öncelikle neyin ve nasıl finanse edileceğidir (Franken vd., 2016: 952). Bu bağlamda kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu için devletin ilk olarak, mikro ekonomik anlamda sistemin iyileştirmelerini üst seviyede yapması gerekmektedir. Söz konusu sağlık olması ve bunun yurt dışına sunulabiliyor seviyede olması için ilk adım yurt içindeki sağlık hizmetinin temellerinin sağlam atılması ile gerçekleşmektedir. Bu durum sağlık hizmeti ihracatı ile ilgili çalışmalarda sık sık vurgulanmaktadır (Benavides, 2002: 55; Adams ve Kinnon, 1998; Sakala, Kolster ve Fundani, 2013: 3). Daha detaylı bilgi, bu bölümde yer alan sağlık hizmeti ihracatında belirsizlikler, sorunlar ve etik başlığında anlatılmıştır.

Bu başlık altında sağlık hizmeti önce mikro bakımdan, daha sonra makro bakımdan değerlendirilmiştir.

### **2.1. Sağlık Hizmetinin Mikro Ekonomik Boyutu**

İktisat teorisinde, üretici (kamu veya özel sektör) ve tüketicinin rasyonel hareket ettikleri varsayıldığı için, karar birimleri amaçlarına optimal şekilde ilerlemektedir. Bu bağlamda, karar vericiler, kar ve fayda maksimizasyonu amacını güderler, tutarlı tavırlar sergilerler, az yerine çok olanı seçme eğilimindedirler ve kaynakların tümünden faydalanırlar. Ancak sağlık hizmetleri tam olarak diğer mal ve hizmetler gibi

düşünülememektedir, sağlık hizmetleri; faziletli bir hizmettir, ertelenemez, saklanamaz, ikame edilemez, talep belirsizdir, zorunlu bir hizmettir (talebi inelastiktir), hastalar rasyonel davranamaz ve talebin miktarını, kalitesini doktorlar belirlemektedir. Sağlık hizmetlerinin bir kısmı toplumsaldır, dışsallık özelliği barındırmaktadır, kamu müdahalesi olması gereken bir hizmet biçimidir ve asimetrik bilgi içermektedir. Bunların yanı sıra sağlık hizmetleri genellikle kâr amacı gütmeyen, sosyal bir hizmettir. Bu hizmette bilginin maliyeti yüksektir. Sağlık hizmetleri piyasa açısından değerlendirildiğinde heterojenlik barındırmakta ve piyasaya giriş kısıtları bulunmaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmetleri piyasası doğal tekel olup ölçek ekonomisi özelliği mevcuttur. Son olarak sağlık hizmeti piyasasında arz ve talep belirsiz ve dengesizdir (Kara ve Kurutkan, 2018: 3, 11-12). Bunun yanı sıra tedavinin belirli bir sürecinin olmasından dolayı sağlık hizmetinin çıktısı hemen sonuç vermeyebilir. Tüm bunlar sağlık hizmeti piyasasının normal piyasa koşullarında düşünülmesini engellemektedir (Işık, 1997: 8-15).

### ***2.1.1. Arz ve Talep Açısından Sağlık Hizmeti Sunumu***

Sağlık hizmetleri temelde, sağlık hizmetlerinin arz ve talebiyle ortaya çıkmaktadır. Buradaki talep eden (tüketici) sağlıklı olmak için tıbbi hizmete ihtiyaç duyan kişilerdir. Arz ise (üretici), medikal hizmete yardımcı beşeri sermaye, tıbbi cihaz, makine ekipman ve fiziksel sermayeyi tanımlayan sağlık yatırımdır (Kocasoy, 2014: 4-5). Bununla birlikte sağlık hizmeti yatırımları, devlet kuruluşlarının ve kâr amacı gütmeyen kuruluşların perakende ticaret haricindeki tıbbi sektörlerin yapı ve ekipman yatırımlarını da ifade etmektedir (Parker, 2009: 230).

Piyasa ekonomisinde, tercih edilen A veya B malı (hizmeti) aynı fayda seviyesini korumaktadır. Ancak sağlık hizmetlerinde aynı durumdan bahsedilememektedir. Çünkü her hastanın elde ettiği fayda seviyesi farklı olabilmektedir. Diğer yandan sağlık hizmetlerinin talebi türetilmiş taleptir. Bunun sebebi sağlıklı olmak için ortaya çıkan talebin sağlık hizmetini doğurmasıdır. Ayrıca sağlık hizmeti sunumundaki girdilerin talebi ve doktorların kararlarının etkili olması sağlık hizmetini belirlemektedir (Saraçoğlu ve Öztürk, 2016: 305-306).

Mikro iktisat teorisinde, piyasadaki arz miktarı yükseldikçe piyasa fiyatı azalmaktadır. Bu durum sağlık hizmeti piyasasında farklılık içermektedir. Örneğin bir teknolojik ilerleme sayesinde sunulan sağlık hizmeti, yüksek maliyete yol açmasına

rağmen, yüksek talep oluşmaktadır. Ayrıca sağlık hizmeti girdilerindeki gelişmenin bürokratik süreçler de dahil uzun vadede olması, arzın yükselen talebe hemen yanıt verememesi, sağlık sunucularının yetişmesindeki zamanın fazla olmasına bağlı olarak hizmetin gecikmesi ve arzın esnek olamaması yine sağlık hizmeti piyasasını diğer piyasalardan ayırmaktadır (Loş, 2016: 11-12). Öte yandan sağlık hizmetinin sunumunun yurt dışına açılabilmesi için, gerekli ve yeterli dil bilen hizmet sunucularının olması talebi karşılama konusunda önemli olduğundan dolayı, sağlık hizmeti sunumunda arzın esnekliği etkili olmaktadır (Heung, Küçükusta ve Song, 2010: 245).

Sağlık hizmetlerinde fiyat eşitliği için devlet hem doğrudan kendisi üretici olabilir hem de düzenleyici ve denetleyici rolü ile piyasada yer alabilir. Diğer yandan “talep kanunu” sağlık piyasasında karşılık bulamamaktadır. Fiyatı düşen/yükselen sağlıkla ilgili mal veya hizmetin talebi artmayabilir/azalmayabilir. Sağlık hizmetlerinde tüketici fiyat karşısında bağımlıyken, gelir esnekliği sağlık hizmetinin satın alınmasında etkili olmaktadır. Ancak gelir esnekliği, talep doyum noktasına ulaştığında azalma eğilimine girer (Loş, 2016: 12, 14).

Son olarak sağlık hizmeti piyasasının türevi konumunda olan sağlık hizmeti ihracatı açısından talep ve arzı tanımlamak gerekirse, şöyle açıklanabilmektedir; hem bedensel hem zihinsel açıdan iyi olma sebebi ile gerçekleştirilen seyahat talep, turizm ve sağlık hizmetlerini birlikte veren tesislere seyahat ise arzıdır (Boga ve Weiermair, 2011: 102). (Sağlık hizmeti ihracatı arz ve talebi detaylı olarak ilerleyen bölümlerde anlatılmıştır.)

### ***2.1.2. Sağlık Hizmetinde Karşılaştırma Analizleri***

Sağlık piyasasının yapısı gereği normal piyasa koşulları gibi üretimi ve tüketimi belirlemek mümkün olamamaktadır. Arzın yetersizliği ve talebin belirsizliği olduğundan, ülkelerin küresel anlamda ilgi çeken sağlık sistemleri inşa etmesi, kaynak tahsisi konusunda yetkin olmasını gerektirmektedir. Talepteki sistematik veya tesadüfi belirsizlikler kaynakların en verimli şekilde kullanılması gerektiğini ortaya koymaktadır (Özer ve Erkilet, 2012: 130).

#### ***2.1.2.1. Maliyet Etkililik Analizi***

Maliyet etkililik analizi sağlık hizmeti tahsisinde önemli bir yere sahiptir. Bu unsur, hem cerrahi bir müdahalenin ya da ilaçların maliyetleri hem de kazançları ile

ilgilidir. Başka bir deyişle, uygulanacak olan tedavinin hem maliyetlerinden hem de çıktı yani kazançlarından söz edilmektedir. Ekonomide kazanç kelimesi maddi açıdan ölçülen çıktıları ifade ederken buradaki etkililik kavramı uygulanan sağlık müdahalesinin ardında iyileştirilen/kurtarılan kişi/yaşam sayısı, tedavi sonucu elde edilen yaşam süresi, başarılı şekilde tedavi edilen vakalar, koruyucu önlem ve aşılama yoluyla düşürülen hasta/hastalık günü sayısı gibi durumları ifade etmektedir. Söz konusu örnekler parasal olarak değerlendirilmeyen çıktılardır. Dolayısıyla maliyet etkililik unsuru “iyi olma” ya da “tedavi etme” hedeflerine ne oranda ulaşıldığının ölçülebilmesidir. Buradaki faydanın ölçülebilirliği için gerekli değer kriteri, ölümlerle sonuçlanan veya iyileştirilen çıktılar ve sağlık müdahalesi sonucunda meydana gelen değişikliklerdir. Elde edilen bu çıktıları direk maddi olarak değerlendirmek yerine sağlık etkileri ile değerlendirilip maliyet kıyaslaması yapılmaktadır. Birim başına etkililik en az maliyetli olan sağlık müdahalesi en “maliyet etkili” sonuç olarak tanımlanmaktadır. Bu analiz genellikle ekonomik etkililik açısından tercih edilir. Sonuç olarak bu tür analizlere Maliyet Etkililik Analizi adı verilmektedir (Malhan, Öksüz ve Ersoy, 2006: 53).

#### *2.1.2.2. Maliyet Fayda Analizi*

Maliyet fayda analizi parasal olarak ölçülmektedir. Uygulamaların avantaj ve dezavantajlarını ortaya koyan normatif inceleme yöntemidir. Sağlık çıktısından elde edilen faydadan maliyetin elemine edilmesi sonucundaki toplumun net kazancıdır (Öksüz ve Malhan, 2005: 36).

Bazen gönüllü olarak veri sağlayan hastanelerden alınan fiili maliyet verileri kullanılarak gerçekleştirilen hesaplamalara da olabilmektedir (Leister ve Stausberg, 2005: 50).

#### *2.1.2.3. Maliyet Minimizasyonu Analizi*

İçeriği aynı olan iki alternatif tedavinin/ilacın karşılaştırılması sonucunda maliyeti en düşük olanı tercih edilir. Bu şekilde uygulanan analizler maliyet minimizasyonu analizidir.

Maliyet minimizasyonu analizi, maliyet etkililik yöntemine benzemektedir (Malhan, Öksüz ve Ersoy, 2006: 54).

#### *2.1.2.4. Maliyet Değer Analizi*

Maliyet değer analizi, maliyet ile sağlık çıktısını bir arada değerlendiren ekonomik analiz metodudur. Maliyet etkililiğe yardımcı olan bu yöntem klinik ve ekonomik parametrelerin bir arada değerlendirilmesidir (Balçık ve Şahin, 2013: 123).

Maliyet değer analizinde kullanılan ölçütler, kişilerin sağlık durumları, sağlık durumu tercih değerleri ve sağlık hizmetleridir. Uygulanan tedaviler sonucundaki sağlık çıktılarının birbirleri üzerindeki üstünlükleri, kaliteye göre ayarlanmış yaşam yılları (Quality Adjusted Life Year, QALY) cinsinden ifade edilir (Drummond, Aguiar ve Nixon, 2006: 457).

Yaşam süresi ile yaşam kalitesini ortaya koyan soruların ilgili kişilere yönlendirilmesi sonucunda iki ayrı veri seti oluşmaktadır. Hastalığa ait soruların cevapları 0 ile 1 arasında değerler alır. 0 “ölüm”, 1 “tam sağlıklı olma” durumuna tekabül etmektedir. Negatif katsayılar ise söz konusu kişilerin “ölümden daha kötü” veya “ölümü tercih etmeleri” anlamına gelmektedir. Bulunan sayısal değerler ve kazanılan yıllar çarpıldığında, QALY değeri bulunmuş olmaktadır. Bununla birlikte benzer şekilde hesaplanan bir yöntem de “engelliliğe ayarlanmış yaşam yılıdır (Disability Adjusted Life Years-DALY (sıfır: hastalık ve sakatlık bulunmaması, 1: ölüm))”. Yine yaşam kalitesi ve süresini değerlendirip maliyet değer analizi sonucunu ortaya koymaktadır (Balçık ve Şahin, 2013: 123-124).

Böylece maliyet değer analiz yöntemi ile sağlık çıktısı sonucunda hem yaşam süresindeki artış, hem de kişi ya da grupların yaşam kalitesinde oluşan farklılaşma değerlendirilmektedir (Weinstein, Torrance ve McGuire, 2009: 6).

Maliyetle ilgili dört ekonomik karşılaştırma analizi sağlık hizmetinin en verimli, en etkin ve en adaletli şekilde ihtiyaç duyulan alana yönlendirilmesine olanak tanımaktadır.

#### *2.1.3. Piyasa Aksaklıkları ve Piyasa Başarısızlıkları Çerçevesinde Sağlık Hizmetinin Yapısı*

Tam rekabet piyasası, alıcı ve satıcıların kendi başlarına fiyat belirleyici olamadığı, çok alıcı ve satıcının olduğu, homojen malın bulunduğu, piyasaya giriş-çıkış kısıtlamasının olmadığı ve herkesin tam bilgiye sahip olduğu bir piyasa türüdür. Bu piyasada arz ile talep dengelenirken, üretim miktarı ile fiyat en makul sınırlardadır. Ancak

tam rekabet piyasası uygulamada yaygın değildir. Bu nedenle tam rekabet piyasasının özelliklerinin bulunmadığı eksik rekabet piyasaları daha yaygındır (Ertürk, 2016a: 203).

Sağlık hizmetleri piyasası ise eksik rekabet piyasası türünde işlemektedir (Çelikay ve Gümüş, 2010: 181). Sağlık hizmeti talebi, her zaman arzından büyüktür. Dolayısıyla sağlık hizmeti arzı, sağlık hizmeti talebini karşılayamamaktadır (Stiglitz ve Rosengard, 2015: 310). Ayrıca sağlık hizmeti arzı sağlayıcıları mesleki yetkinliğe sahip olması gerektiği için, devlet gözetimindedir. Eksik rekabet piyasası olarak ilaç üreticileri, doktorlar, eczacılar gibi sağlık sunucularının, sağlık hizmeti piyasasına giriş-çıkışları kontrol edilmektedir (Loş 2016: 24). Diğer yandan hastalar ile sağlık sunucuları arasındaki asimetrik bilgi problemi çeşitli durumlar doğurmaktadır; hizmeti talep eden açısından tedavi şeklini tam bilememe veya fiyat bakımından pazarlık yapamama durumu ortaya çıkmaktadır. Üretici ile tüketici birbirini denetleyememektedir. Ayrıca sağlık sunucuları piyasada daha fazla söz hakkına sahiptir (Çelikay ve Gümüş, 2010: 181).

#### *2.1.3.1. Kamusalılık*

İktisat teorisinde kamusalılık, hem yarı kamusal malları hem de özel malları ifade etmektedir. Devletin sağladığı mal ve hizmetleri içermektedir. Örneğin, yeni doğan bebeklere ücretsiz olarak sunulan sütler kamusal mallardır. Bununla birlikte ekonomide kamunun yer alması maliyetlerde düşüşe yol açmakta ve kaynak tahsisinde nispeten etkinlik olmasını sağlamaktadır (Şener, 1996: 45, 75). Diğer yandan sağlık piyasasındaki eksik rekabet şartları verimi düşürüp, maliyeti arttırabileceği için, bu durum kamusal müdahaleyi zorunlu kılmaktadır. Bunun yanı sıra tedavi edici olmayan koruyucu sağlık hizmetlerinin etkin olamaması da devlet müdahalesini gerektirmektedir (Çelikay ve Gümüş, 2010: 181).

Sağlık hizmetinin yurt dışına açılmasında da devletin müdahalesi önemlidir. Türkiye’de sağlık hizmeti ihracatı için devlet teşvikleri ve uygulanan kısıtlamalar sunulan hizmeti güvence altına almaktadır. Örneğin sağlık hizmeti üretenlerin piyasada daha baskın olması nedeniyle, hastaların fiyat konusunda yanlış yönlendirilmemesi için, tavan ve taban fiyat politikaları uygulanmaktadır. Ayrıca sağlık hizmeti ihracatı sayesinde ülkenin küresel pazarda rekabet gücü artabilecektir. Ancak bunun makul seviyede olması yine devlet müdahalesi ile gerçekleşmektedir. Ülkelerin karşılıklı anlaşmaları da sağlık hizmetinin piyasa koşullarından zarar görmesini önleyecektir (Üstün, 2018; Tontuş, 2019: 3-4; Ticaret Bakanlığı, 2021a). (Sağlık hizmeti ihracatında Türkiye’nin uyguladığı

teşvikler ve politikalar ikinci bölümde yer alan “Türkiye’de sağlık hizmeti ihracatı” başlığında detaylı şekilde anlatılmıştır.)

### *2.1.3.2. Dışsallık*

İktisat biliminde sonucu olumlu olan pozitif (devletin yaptığı aşılama gibi) ve sonucu olumsuz olan negatif dışsallıklar mevcuttur. Bir firmanın oluşturduğu zararlı dışsallıkları (fabrikalardan çıkan zararlı gazlar vb.) olduğunda, piyasa koşullarında marjinal fayda marjinal sosyal maliyetten nispeten düşük seviyede gerçekleşecektir. Bu durumda kar maksimizasyonu için daha düşük çıktı miktarı talep edilecektir. Ancak rekabet, firmaları (burada bahsi geçen firmalar sağlık hizmeti birimlerini ve hastaneleri ifade etmektedir) oldukça düşük maliyetlerle üretim (tedavi ve cerrahi müdahale) yapmaya zorlamaktadır. Piyasa şartlarında bunu gerçekleştirmeyen işletmeler müşterilerini kaybedebilirler. Bunun sonucu iktisatta dışsallık oluşturan malların gereğinden fazla üretilmesi anlamı ortaya çıkmaktadır. Ayrıca üretilen malların üreticiler tarafından ödenmeyen sosyal maliyetleri mevcuttur (Ertürk, 2016a: 296-297).

Sağlık hizmeti piyasasında dışsallık ise, bireylerin tıbbi hizmet satın almasının doğurduğu sosyal fayda olarak tabir edilmektedir. Örneğin, çiçek hastalığı, çocuk felci ve boğmaca gibi bulaşıcı hastalıklardan korunmak için sağlık hizmetinden yararlanmak, bir bütün olarak toplum için fayda sağlamaktadır. Tüberküloz veya frengi tedavisi olan bir kişi de pozitif dışsallık yaratmış olmaktadır. Dolayısıyla hem koruyucu hem de tedavi edici sağlık hizmetleri önce bireye daha sonra topluma yarar sağlamaktadır. Ancak sağlık hizmetlerindeki bu pozitif dışsallık bireysel talebin ve piyasa fiyatının sağladığı düşük seviyedeki marjinal ve toplam faydalardır. Burada devlet (veya kar amacı gütmeyen kuruluş) piyasada rol almadıkça koruyucu sağlık hizmetleri düşük değerlendirilip, yetersiz üretilecektir (Mushkin, 1958: 787).

### *2.1.3.3. Asimetrik Bilgi*

Sağlık hizmeti piyasasındaki asimetrik bilgi sorunu, sağlık hizmeti talebi açısından ahlaki tehlike oluşturmaktadır; sağlık hizmeti piyasasında ihtiyaç olandan daha fazla tüketilmesi ile gereğinden çok talebin ortaya çıkması ve sigorta kuruluşlarının doktorların tedavi davranışlarına etki edememesidir. Tüketici kendi ödeme yapmadığı için doktorun tercihine müdahale etmemektedir. Hasta, sigorta kuruluşu ve doktor arasında asimetrik bilgidir kaynaklanan sorun ortaya çıkmaktadır (Loş, 2016: 15).



Sağlık hizmeti piyasasının yapısı gereği ortaya çıkan problemler ve bunların etkileri ile olası çözüm önerileri Şekil 2’de detaylı olarak verilmiştir (“arzın talep yaratması” ATY olarak kısaltılmıştır).

**Şekil 2. Sağlık Hizmeti Piyasasındaki Problemler ve Öneriler**

Piyasa Başarısızlıkları	Problem	Etkileri	Politikalar
Ahlaki tehlike	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sağlık hizmetlerine olan talebin marjinal maliyeti, hastalar için sıfır ya da çok düşüktür.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bireylerin talepleri artmaktadır.</li> <li>ATY, maliyetlerde ve tüketimde artışa neden olmaktadır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maliyet paylaşımı</li> <li>Vergileme</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Piyasa aktörleri arasında asimetrik bilgi vardır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sağlık hizmetleri aşırı tüketilmektedir.</li> <li>Bireysel faydaya katkı sağlanırken toplumsal refah azalmaktadır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Maliyet paylaşımı</li> <li>Vergileme</li> </ul>
Ters seçim	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bireyler ve sigorta kuruluşu arasında asimetrik bilgi vardır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ortalama risk primi kullanılması yüksek risk grubunda yer alanların sigortadan daha kapsamlı yararlanmalarına neden olmaktadır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zorunlu katkılar</li> <li>Vergileme</li> </ul>
Risk seçimi	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bireyler ve sigorta kuruluşu arasında asimetrik bilgi vardır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Özel sağlık sigortası kuruluşları, risk grubuna giren hastaları sigorta kapsamına almak istemeyecektir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zorunlu katkılar</li> <li>Vergileme</li> </ul>
Rekabetçi güçlerin etkisizliği	<ul style="list-style-type: none"> <li>Devletin piyasaya müdahalesi ya da verimliliği artıran teşviklerin kaldırılması, ileri teknolojik donanımaya yatırım yapılmaması demektir.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hizmetlerin fiyatları yüksektir. Yüksek ücretler kadar araç gereçler ve medikal ürünler de pahalıdır.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tedarikçi-satın alıcı ayırımının yapılması,</li> <li>Fiyat ve ücretlerin kontrol edilmesi,</li> <li>Hizmet başına ödeme yapılması</li> <li>Klasik sözleşmeden vazgeçilmesi</li> </ul>

*Kaynak: Bilgili ve Ecevit, (2008: 215)*

Son olarak Arrow tıbbi hizmet ile ilgili şunlara değinmektedir; sağlık hizmeti talep eden açısından tıbbi işlemler bazı endişeler doğurmaktadır, mahremiyet, yeteneklerinin kaybı ya da azalması durumu, ölüm riski, sakatlık riski veya hasta açısından yasal

olmayan süreçlerden geçilmesi gibi. Diğer yandan sağlık personellerinin mümkün olduğu kadar şeffaf olması, hasta için endişeye mahal vermemesi, doktorların tavırlarının etik olarak uygun olması asimetrik bilgi sorununa yardımcı olabilecektir (Arrow, 1963: 948-949).

## **2.2. Sağlık Hizmetinin Makro Ekonomik Boyutu**

Makro ekonomik perspektiften sağlık hizmetleri piyasası kapsamında sağlık harcamaları, sağlık çalışanlarının istihdamı, GSYH'daki artışa paralel sağlık için yapılan harcamalardaki değişim ve GSYH'ya bağlı olarak nüfusunun daha sağlıklı yaşaması (yaşam beklentisi ve ölüm oranları göstergelerindeki iyileşmeler) nedeniyle refah artışı yer almaktadır (Işık, 1997: 27).

Sağlık hizmetindeki makro ekonomik gelişme bir sonraki adım olan sağlık hizmetinin ihraç edilmesinde de yardımcı olacaktır. Bunun nedeni, sağlık hizmeti ihracatının makro perspektiften değerlendirilmesi, ödemeler bilançosundaki hizmetler dengesi kaleminde yer alan pek çok alt kalemi beslemekte ve karşılıklı olduğu içinde onlardan beslenmektedir. Sağlık hizmetinin ihraç edilmesi için yapılan yatırımlar çoğunlukla kamu tarafından güvence altına alınmıştır. Bununla birlikte özel sektör tarafından da uygulamalar gerçekleştirilmektedir. Ayrıca, çevresel koruma amaçlı yapılan çalışmalar ve yeni tesislerin oluşturulması yine sağlık hizmeti ihracatının gelişmesiyle paraleldir. Son olarak, sağlık hizmetinin ihraç edilmesinin oldukça fazla katma değer yarattığı ve GSMH'ye olumlu katkılar sağladığı söylenebilir (Temizkan, 2015: 20).

## **2.3. Dünyanın Sağlık Hizmetine Bakışı**

Her ülkede kendi kültürü, koşulu ve gelişmiş ekonomi olup olmamasından kaynaklanan farklılıklar sağlık hizmetlerinin sunumunu da etkilemektedir. Bu bağlamda incelendiğinde gelişmiş ülkeler bütçeden sağlık için fazla pay ayırmaktadır. Gelişmekte olan ülkelerde ise bu pay daha kısıtlı kalmaktadır. Bu anlamda Dünya Bankası söz konusu ülkelere sağlık hizmeti için programlar önermiştir: İl bazında veya bölge bazında sağlık hizmetleri sınıflandırılıp uygulanması olumlu sonuç doğurabilecektir, doktorların reçeteleri ile ilaç tüketimi denetim altına alınabilir, yerel anlamda sağlık sunucularına güveni arttırmak için iletişim araçlarından faydalanılabilir ve öncelikle bulaşıcı hastalıkların önlenmesi, daha sonra koruyucu sağlık hizmetlerine yönelik kaynak

tahsisinin gerçekleştirilmesi gerektiği belirtilmektedir. Ayrıca çocuklardaki aşılama dikkat edilmesi önem arz etmektedir (Tokgöz, 1987: 19).

Kriz dönemlerinde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler ayrımı yapılmadan sağlıktaki finansman konusunda sınırlamalar yapılabilmektedir. OECD raporları incelendiğinde küresel kriz döneminde ülkelerin sağlık harcamalarında kısıtlama yaptığı ve bütçelerindeki söz konusu payı düşürdüğü görülmektedir. Sağlık harcamaları alt başlığı incelendiğinde tıbbi ilaç harcamaları, sağlık personeli sayısında ve alımında azaltmaya gidildiği görülmektedir. Ayrıca sağlık kurumlarına aktarılmak üzere ayrılan ödemelerde kesinti yapılmaktadır (OECD, 2018). Sağlık harcamaları bakımından GSYH'den oldukça yüksek pay ayırdığı bilinen ABD'nin, 2008-2009 kriz döneminde GSYH'sinin büyümesindeki yavaşlama sebebi ile, söz konusu harcamada kısıtlamaya gittiği görülmüştür (Parker, 2009: 231).

Tablo 1'de G20 ülkelerine ait GSYH içinde toplam sağlık harcamalarının payı verilmiştir. Sağlığın makro ekonomik göstergelerinden olan bu değişkenin yüksek olması, ülkelerin sağlık politikalarına ne kadar önem verdiğini göstermektedir. Sağlık için en çok pay ayıran ülke ABD'dir. Bunu Fransa, Almanya, Japonya ve Kanada takip etmektedir. G20 içinde en az pay ayıran ülke ise Endonezya olarak gözlenmektedir. Gelişmekte olan ülkelere Brezilya ve Güney Afrika gelişmiş ülkelere yakın değerler olarak, yüksek payı ile dikkat çekmektedir. Türkiye'ye baktığımızda bu oran, nispeten düşük kalsa dahi istikrarlı bir görünüm sergilemektedir.

**Tablo 1. Cari Sağlık Harcamaları (%GSYH)**

	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>	<b>2018</b>	<b>2019</b>
<b>Avustralya</b>	9.323	9.201	9.205	9.285	9.334
<b>Brezilya</b>	8.870	9.204	9.423	-	-
<b>Kanada</b>	10.683	10.979	10.790	10.790	10.790
<b>Çin</b>	4.961	4.977	5.047	-	-
<b>Fransa</b>	11.466	11.501	11.401	11.294	11.186
<b>Almanya</b>	11.164	11.233	11.374	11.471	11.654
<b>Hindistan</b>	3.598	3.536	3.603	-	-
<b>Endonezya</b>	3.012	3.119	2.988	-	-
<b>İtalya</b>	8.857	8.725	8.678	8.668	8.661
<b>Japonya</b>	10.886	10.835	10.796	10.953	11.055
<b>Güney Kore</b>	6.653	6.914	7.107	7.563	8.044
<b>Meksika</b>	5.752	5.464	5.519	5.455	5.477
<b>Rusya</b>	5.296	5.290	5.359	5.316	-
<b>Güney Afrika</b>	8.201	8.096	8.113	-	-
<b>Türkiye</b>	4.139	4.314	4.211	4.162	4.376
<b>İngiltere</b>	9.904	9.867	9.825	9.997	10.254
<b>ABD</b>	16.711	17.049	17.004	16.885	16.960

*Kaynak: OECD Health Statistic, (2021)*

Tablo 2’de G20 ülkelerine ait mikro sağlık göstergelerinden olan yaşam beklentisi oranları verilmiştir. Buna göre Japonya, İtalya, Fransa, Almanya’daki yaşam beklentisinin oldukça yüksek olduğu dikkat çekmektedir. ABD’nin sağlık harcamaları G20 içinde en fazlayken, yaşam beklentisi sonuçları nispeten düşük düzeyde kalmıştır. Türkiye’de ise yaşam beklentisinin zamanla arttığı ve gelişmiş ülkelere yaklaştığı görülmektedir.

**Tablo 2. Yaşam Beklentisi**

	2014	2015	2016	2017	2018
<b>Avustralya</b>	82.40	82.50	82.50	82.60	82.80
<b>Brezilya</b>	74,8	75.00	75.30	75.50	75.70
<b>Kanada</b>	81.80	81.90	82.00	82.00	82.00
<b>Çin</b>	75.70	76.00	76.30	76.60	76.80
<b>Fransa</b>	82.80	82.40	82.70	82.70	82.80
<b>Almanya</b>	81.20	80.70	81.10	81.10	81.00
<b>Hindistan</b>	68.30	68.70	68.90	69.20	69.50
<b>Endonezya</b>	70.50	70.80	71.10	71.30	71.60
<b>İtalya</b>	83.20	82.60	83.30	83.00	83.40
<b>Japonya</b>	83.70	83.90	84.10	84.20	-
<b>Kore</b>	81.80	82.10	82.40	82.70	82.70
<b>Meksika</b>	74,8	75.00	75.20	75.40	75.00
<b>Rusya</b>	70.90	71.30	71.80	72.60	73.00
<b>Güney Afrika</b>	62.00	62.70	63.20	63.60	63.90
<b>Türkiye</b>	78.00	78.00	78.00	78.10	78.30
<b>İngiltere</b>	81.40	81.00	81.20	81.30	81.30
<b>ABD</b>	78.90	78.70	78.70	78.60	78.70

*Kaynak: OECD Health Statistic, (2021)*

Ülkeler gelir akımını çeşitlendirmek isterler ve bunun için kültürel anlamda zenginlik, risk alma, bürokratik süreçleri düzenleme gibi alanlarda etkin ve esnek olmaları gerekmektedir. Hizmet personellerini, eğitim pazarlarındaki rekabetçi yapılarını korumak ve ilerletmek için odak noktalarını mali sonuçların ötesine taşıyarak kültür, karar alma süreçleri ve yönetimlerini değiştirme bakımından gelişmeye ihtiyaçları vardır (Zilwa, 2005: 407). Bu anlamda sağlık hizmeti ihracatı iyi bir ihracat perspektifi olarak kabul edilmektedir. Çünkü ülkelerin ulusal gelirine büyük katkı sağlamaktadır. Bundan dolayı da ülke nüfusuna bakılmaksızın hükümetler büyük mali harcamalar yapmaktadır (The Economist, 2013). Ancak, söz konusu alanın istikrarı için önemli belirleyici olan sağlık hizmeti kalitesi bu pazara girişte bir engel niteliği taşımaktadır. Sağlık hizmeti kalitesini ölçmek ise oldukça zordur. Bu anlamda Dünya Sağlık Örgütü, teknik bakım kalitesinden ziyade ekonomik ve sosyal performansı ölçen kapsamlı bir gösterge önermektedir (Genel Sağlık Sistemi Performans Endeksi). Bu endeks, sağlık sistemi kalitesinin öncelikle nüfusun en savunmasız kesimlerini tedavi etme kapasitesi açısından değerlendirmektedir. Bu durumda, beş yaş altı ölüm oranı gibi tatmin edici çok kriterli

göstergelerin olmadığı basit bir gösterge oluşturur. Burada yaklaşık binde 30 ila 40 olan minimum performans seviyesinin altında olan ülkede, sağlık hizmeti ihracatı imkânı olmadığı belirtiliyor (Sakala, Kolster ve Fundani, 2013: 8). Her ülke için sağlık sistemlerindeki farklılıklar, içeriklerin çeşidi ve sosyal değerlerdeki değişiklik sağlık sistemi performansını etkilemektedir. Her düzeydeki karar vericinin sayısallaştırılabilmesi sağlık sistemi performansının belirleyicilerini net şekilde ortaya koyabilecektir. Hem bölge hem de ülke bazında değerlendirmeler ile halk sağlığındaki iyileşmeler ulusal anlamda bilgi verecektir. Ayrıca sağlık politikasının bilimsel temellere oturtulduğu konusunda uluslararası alanda ikna edici olabilecektir (Murray ve Frenk, 1999: 8).

Çoğunlukla hükümetler, kendi ülkesindeki sağlık sunucularına teşvik ve destekler vererek sübvansede edilmesine yardımcı olmaktadır. Böylece sağlık hizmeti ihracatı alanında yatırımlar artmaktadır (Leonard, 2012).

Görüldüğü üzere, bir ülkede sağlık hizmeti ne kadar iyi temellere oturtulmuş, alt yapısı sağlam ve kaliteli olursa sağlık hizmetinin ihraç edilmesi ve destinasyonların medikal turizmi açısından cazibe merkezi olması ve böylece dünyaya tanıtılması da o kadar kolay, anlaşılır ve güvenilir olacaktır. Ülkeler sağlık sistemlerinde gereken önlemleri alıp finansal ve kaynak bakımından da etkin, verimli tahsisi gerçekleştirdiklerinde WHO'nun tanımında yer alan "tam iyilik hali"ne en yakın durumda olabileceklerdir.

### **3. SAĞLIK HİZMETİ İHRACATININ EKONOMİK ROLÜ**

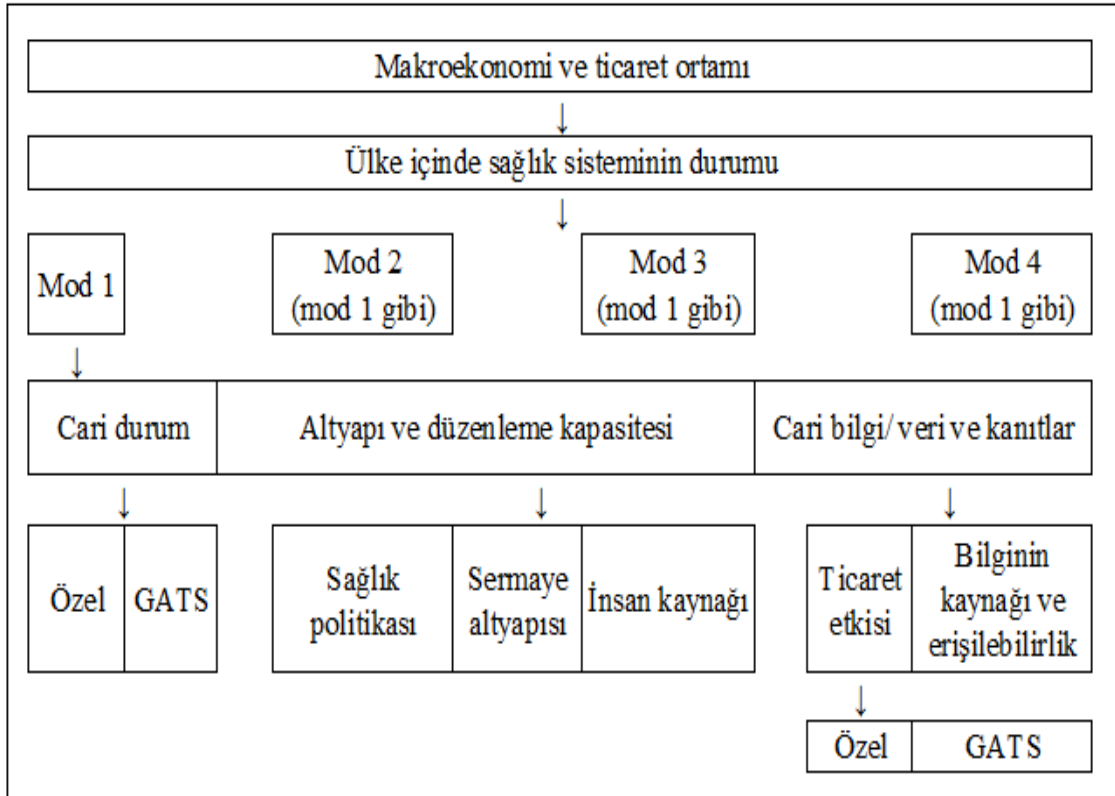
Sağlık hizmeti ihracatı kendisi uluslararası hizmet ticareti olmasının yanında emtia ticaretini de etkilemektedir. Bununla birlikte GATS sağlık hizmetinin ihracatının yapılabileceğini dört biçimde açıklamış olmasına rağmen, bazı belirsizlikler bulunmaktadır. Bu başlık altında politika yapıcılara öneriler verilip, sağlık hizmetinin ihracatı ekonomik perspektifte detaylı olarak değerlendirilmiştir.

#### **3.1. Sağlık Hizmeti İhracatının Ekonomik Perspektiften Değerlendirilmesi**

Dünyada sağlık hizmeti ihracatı ekonomik anlamda önemli olduğu için, ülkelere cazip hale gelmeye başlamıştır. Sektörün, yüksek katma değerli ürün üretme, yüksek döviz girdisi olan tıbbi hizmet sunumu, istihdam yaratma ve ekonomik büyümeye katkı sağlama potansiyeli vardır (Kılavuz ve Erkekoğlu, 2019: 56).

Chanda ve Smith, politika yapıcılar için sağlık hizmeti ihracatının uygulanmasını kolaylaştıracak, çerçeve oluşturmuşlardır. Şekil 3'e göre, Mod 1'de belirtilen işleyiş diğerleri içinde geçerlidir. Uygulamaların GATS'nin disiplinlerine uygun şekilde yürütülmesi gerektiği bilinmektedir. Şekilde belirtilen hususlar kapsamında, ilgili politikaların düzenlenmesi, karşılaştırmalı üstünlüklerin ortaya konulması, oluşacak fayda ve zararların göz önüne alınması sonuçları olumlu etkileyebilecektir. Sağlık hizmetinden doğan ticareti değerlendirip, teşvik etmek ve bunu ikili, bölgesel, uluslararası düzeyde yapmak, ekonomik, analitik ve idari soruları gündeme getirmek, sorunlara etkili çözüm bulmak sektör açısından yarar sağlayacaktır. Bu şekilde ülkelerin kendi potansiyelindeki boşluklar belirlenecektir. Ayrıca buradaki esas sorun, özel ve kamu sağlık tesisleri ticaret ve yatırımdır. Çözüm olarak, ulusal ve uluslararası verileri toplayıp, bilgi yönünden geliştirmek, ekonomik anlamda hiyerarşik bir yapıyla düzenlemek esas olmaktadır (Blouin, Drager ve Smith, 2005: 3-4).

**Şekil 3. Sağlık Hizmeti İhracatında Politika Yapıcılara Önerilen Çerçeve**



*Kaynak: Blouin, Drager ve Smith, (2005: 3)*

Şekil 3'ün ülkelere, sağlık hizmetlerini planlaması açısından yol gösterici olduğu söylenebilir.

### **3.2. Sağlık Hizmeti İhracatında Fiyatlandırma ve Teşvikler**

Türkiye'de devlet sağlık hizmeti ihracatı konusunda önceleri sadece korumacı bir tavır takınırken günümüzde bu piyasa içinde aktif olarak yer almaktadır. Çünkü, yabancı sermaye getirisi yüksektir ve devlet bu paydan fayda sağlama amacı gütmektedir. Bunun altında yatan sebepler öncelikle ekonomiktir, daha sonra devlet, denetleme, kontrol mekanizmalarını bu alanda daha etkin kullanmaktır. Bundan dolayı kamu hastanelerine yabancı hasta çekmek amaçlanmaktadır. Özel sektör, sağlık hizmeti ihracatından elde ettiği dövizü yurt dışına yeniden çıkartmaktadır. Bu durumda, fiyatlar kar amacı ile artma eğiliminde olmaktadır. Ancak, devletin sağladığı gelirler, çoğunlukla bütçede kalmaktadır. Ayrıca, T.C. Sağlık Bakanlığı, nispeten makul seviyede, taban ve tavan fiyatın aralığını önceden belirlemektedir. Buna bağlı olarak, sağlık tesisleri belirlenen fiyat tarifesindeki taban rakamların en çok 3 katına kadar çıkabileceklerdir (Dürüstkan, 2020: 286-287, 289).

Ülkeler sağlık hizmeti ihracatının gelişmesi için piyasaya birçok teşvikler sunarlar. Örneğin, Türkiye; KDV, gelir vergisi gibi vergilere muafiyet uygulamakta ve tanıtımda, pazara girişlerde kolaylık sağlamaktadır. Tayland; hammadde ve ithal malların vergisinde indirim imkanı tanımakta ve yabancı çalışanları istihdam etmek için teşvik etmektedir. Benzer şekilde Hindistan ilaç ve tıbbi teknolojide vergi muafiyeti sağlamıştır. Malezya ise bazı tıbbi alanların serbestleştirilmesini teşvik etmiştir (Dinçer, Çifçi ve Karayılan, 2016: 48-49). Bunun yanı sıra, T.C. Ticaret Bakanlığı söz konusu hizmetleri desteklemek için, döviz kazandırıcı işlemlerden alınan damga vergisinin bu kapsamda alınmayacağını belirtmiştir (Gedik, 2016: 3255).

Gerek ülkelerin kendi vatandaşı olsun gerekse de sağlık hizmeti satın almak için gelen sağlık turistleri (tıbbi turistler) olsun fiyatları ve koşulları veri kabul ederek sunulan hizmeti almaktadır. Sağlık hizmetinin detaylı şekilde anlatıldığı başlıkta sağlık hizmeti piyasasında üreticilerin piyasada yönlendirici olduğunu vurgulanmıştır.

### **3.3. Sağlık Hizmeti İhracatında Piyasa Fırsatları**

Sağlık alanında doğan ticaret fırsatları, hizmet sektöründe eşitlik, sosyal, kültürel gelişme, kalkınma konusundaki rekabetin sınırları insanların hayatlarını tehlikeye



atabileceği endişesini barındırmaktadır. ‘Doktorların göçü’ olarak da algılanan bir doktorun başka bir ülkeye gitmesi, sağlık sunucusuna tecrübe kazandırabilmektedir. Ancak buradaki süreç hastaların durumu dikkate alınarak yürütülmesi ticari fırsattan çok daha fazla önem arz ettiği unutulmamalıdır. Bunun yanı sıra rekabet amacıyla sağlığa yatırım yapılmasında aşırıya gitme yine eldeki imkanın yanlış tarafa akmasına yol açabilecektir. Devletler tarafından söz konusu ticaret teşvik edilirken, düzenleyicilerin en uygun şekilde atanması, doğabilecek rekabet fırsatını olumluya çevirebilecektir. Böylece piyasa rekabeti için evrensel sağlık hizmeti sunumu, sağlık ekonomisinde eşitlik ve hakkaniyet unsurlarının göz önüne alınmasını gerçekleştirmiş olacaktır (Adams ve Kinnon, 1998).

Bir fırsat örneği olarak üreme turizmi verilebilir; çocuk sahibi olmak için kendi ülkesinde yasal olmaması sebebiyle başka ülkeyi tercih eden bir ailenin tüm dini, kültürel değerlerinin göz önüne alınarak tedavi ortamının hazırlanması fırsat yaratmaktadır. Sağlık hizmeti ihracatındaki küreselleşme dini ve kültürel inançlar dikkate alınarak etik boyutu ile değerlendirilirse, ülkeler için bir fırsat anlamına gelebilecektir (Moghimehfar ve Nasr-Esfahani, 2011: 1433).

Tüm bunların yanı sıra, ticari mevcudiyet, sertifikalı ve nitelikli işgücü için ortak veya ticari girişimlerin düzenlemeleri önem arz etmektedir. Hastane hizmetleri tarafından yönetim sözleşmeleri ve lisanslar ticari sertifikalar olarak, iş yapılacak kişi veya kurumlardan beklenmektedir. Sağlık hizmetleri dışındaki ticari işler için yönetim şirketleri ile anlaşılmaktadır. Yeni bir sektörün oluşmasına olanak tanıyan bu durum sözleşmeler ile yan hizmet kolları oluşturmaktadır. Dış pazarlara ulaşmak için ilave yönetim, teknik ve sigortayı kapsayan “yönetim bakım” hizmetleri bulunmaktadır. Böylece, bilgi karmaşası ortadan kaldırılarak finansman tahsisi, hizmet sunumu düzenlenmiş olmaktadır (Iglehart, 1994).

### **3.4. Sağlık Hizmeti İhracatındaki Dış Ticarete Konu Olan Mallar**

Sağlık sektörü, tıp endüstrisi veya sağlık ekonomisi, insan yaşamıyla doğrudan ilgili olan, dünyanın en büyük endüstrisidir. Sağlık bakımını, fiziksel veya zihinsel bozuklukları, yaralanmaları, hastalık teşhisini, diş hekimliğini, hemşireliği, eczacılığı ve diğer sağlık sunucularını içeren ve hem mal hem de hizmet sağlayan bir sektördür (Technofunc, 2021).

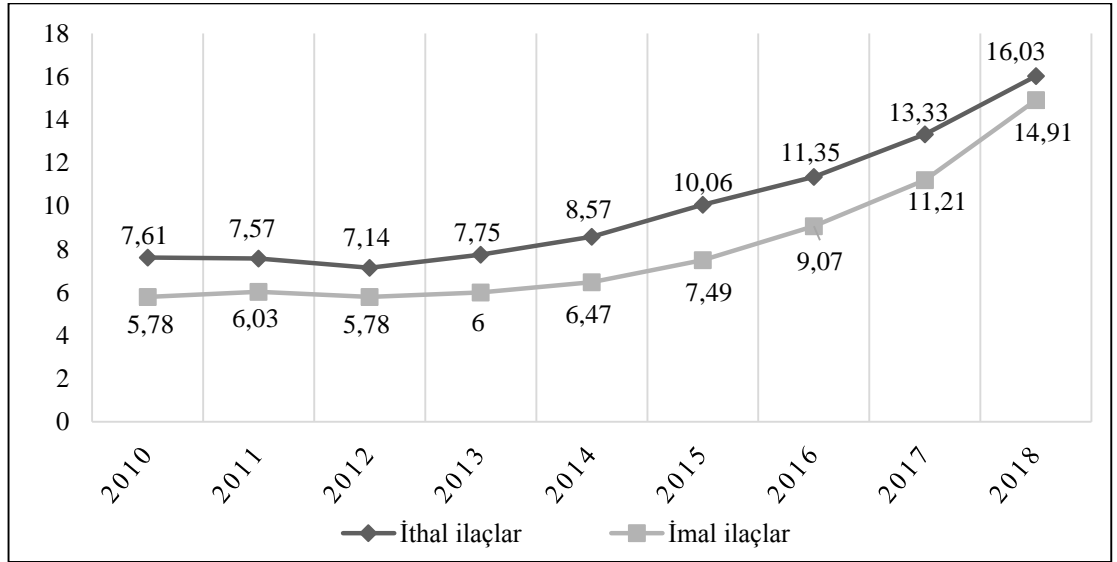
### 3.4.1. İlaç Sanayi

Tıbbi ürün endüstrisi genel olarak, AR-GE, üretim, piyasa, maliyet etkililik ve ilaç etkinliği için insanlar üzerinde deneme ile ilgilidir (Aruru ve Salmon, 2008: 47). Tıbbi ilaç piyasası ülkeler için bir fırsat niteliğindedir. Çünkü sağlık hizmeti ihracatını teşvik eden sağlık sistemleri eczacılık mesleğini güdüleyebilmektedir (Salmon, 2010: 11).

Türkiye’de 81 tıbbi ürün üretim tesisi ve 11 hammadde tesisi bulunmaktadır. Bunların bir kısmı çok uluslu şirkettir. Bu bağlamda Türkiye başta AB, MENA ve BDT ülkeleri olmak üzere 160 ülkeye ihracat yapmaktadır (İEİS, 2019a: 3).

Grafik 3’te Türkiye’nin hem ürettiği hem de ithal ettiği ilaçların zaman içindeki değişimi gösterilmiştir. Buna göre her iki gösterge de artmış olmasına rağmen, tıbbi ürün ithalatı daha fazladır.

**Grafik 3. Türkiye’de Tıbbi Ürün İmalatı ve İthalatı (Milyar TL)**



Kaynak: İEİS, (2019b)

Türkiye’nin tıbbi ürün ithalatı gerçekleştirdiği ilk üç ülke sırasıyla Almanya (%19), ABD (%13) ve İsviçre’dir (%9). Ayrıca Türkiye; Fransa, İtalya, İngiltere, Güney Kore ve İrlanda’dan tıbbi ürün ithal etmektedir (Pharma Boardroom, 2019).

### 3.4.2. Tıbbi Cihaz Sektörü

Türkiye’de hastane yatak sayısı artmakta, ancak tıbbi cihaz sektörü büyük oranda ithalata dayanmaktadır (Kılavuz ve Erkekoğlu, 2019: 56). Ekonomide, ithal girdiden

vazgeçilemiyorsa, bu fiyat artışlarına yol açacaktır. Ayrıca, söz konusu girdilerin ithalat içindeki payının büyüklüğü de fiyatlarda belirleyici olacaktır (Ertürk, 2016b: 319).

Türkiye’de tıbbi cihazlar, kamu, özel hastane, laboratuvar ve muayehaneler gibi özel sektörler aracılığı ile finanse edilmektedir (SASAM, 2017b: 72).

Türkiye tıbbi cihaz üretimi için T.C. Sağlık Bakanlığı denetiminde iyileştirmelere önem vermektedir. Bu kapsamda, tesislerde düzenleme, kalitenin üst seviyeye çıkarılması, teknoloji seviyesini düşük-ortadan yüksek düzeye çıkarılması hedeflenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2021b).

#### **4. İHRAÇ EDİLEBİLİR SAĞLIK HİZMETİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Sağlık hizmeti ihracatını geliştiren önemli etmenler bulunmaktadır. Ancak sektörün uluslararası ticarete konu olması yapısı gereği, bazı belirsizlikleri ve sorunları beraberinde getirmektedir. Ayrıca sağlık hizmetinin ticaretinin yapılması literatürde eleştirilere yol açmıştır. Bu başlık altında ihraç edilebilir sağlık hizmeti değerlendirilmiştir.

##### **4.1. Sağlık Hizmetinin İhracatı**

Sağlık hizmeti ihracatını daha iyi anlayabilmek için sağlık turizmini ve onun kapsamında olan medikal turizmi anlamak gerekmektedir. Bu hususta, literatürde sağlık hizmeti ihracatı için tek bir tanımlama bulunmamaktadır. Ancak ulusal ve uluslararası kaynaklardaki açıklamalara göre sağlık turizmi, insanların kendilerinin ve ailelerinin sağlıklı olmak maksadıyla kendi ikamet ettikleri ülkeden başka bir ülkeye seyahat etmeleri olarak tanımlanmaktadır (Ross, 2001). Bu turizmi çeşitli demografik, ekonomik ve yaşam tarzı faktörleri yönlendirmektedir (Altes, 2005: 262). Sağlık turizmi; tıp (medikal) turizmi, spa-wellness turizmini, ileri yaş turizmini kapsamaktadır. Literatürde bazı kaynaklarda tanım olarak, sağlık turizmiyle medikal turizm birbiri yerine kullanılmaktadır. Ancak medikal turizm, tıbbi ve cerrahi müdahaleleri içeren ve ameliyatları kapsayan sağlık hizmetinin ihraç veya ithal edilmesini ifade etmektedir (Cochrane, 2008: 387).

Tanıma daha geniş kapsamda bakılacak olursa bu alan bir turizm türü olarak da karşımıza çıkmaktadır. Bunun nedeni son yıllarda turizm kavramının, sadece tatil amaçlı olmayıp tedavi amaçlı olmasıdır. Bu doğrultuda artan talep ile oluşacak piyasa,

ülkelerdeki destinasyonunun memnuniyetini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, deniz aşırı ülkelere seyahati gerektiren sağlık hizmeti ihracatı, turizm endüstrisinde yüksek gelir sağlayan yeni bir niş olarak ortaya çıkmıştır (Connell, 2006: 1094). Ancak, söz konusu sektörün gelirleri, turizm gelirleri ile karşılaştırıldığında katma değeri çok daha yüksektir. Turizm reel anlamda, istihdam yaratma, diğer sektörleri etkileme, alt yapı geliştirme ve ülkedeki bölgelerarası dengesizliği ortadan kaldırma gibi özellikler barındırmaktadır. Sağlık hizmeti ihracatı da yeni bir disiplin olarak sağlık ve turizm ihtiyaçlarına çözüm sunmaktadır. Bundan dolayı dünyada bu alana yatırım artmakta ve sektör bir ekonomik güç haline gelmektedir (Temizkan, 2015: 11-15).

Eric Cohen (2008: 25, 26), sağlık turistlerini tipolojik olarak sınıflandırmıştır. Böylece, uluslararası hastalar veya turistler 5 kategoriye ayrılarak tanımlanmıştır:

- a) Sadece turistler; gidilen ülkede tıbbi bir hizmet almayan kişilerdir.
- b) Tedavi edilen turistler; tüm seyahatte yaşanan hastalık veya yaşanabilecek bir kaza sebebi ile cerrahi müdahalede bulunulan kişilerdir.
- c) Tedavi ve tatil amaçlı olan turistler; tatilde tedavi maksadı güden ziyaretçilerdir. Söz konusu kişiler başka ülkeye esas olarak tedavi maksadıyla gitmezler ancak, gidilecek olan yerin kendi rahatsızlıklarına şifa olabilecek ülkeleri tercih etmektedirler.
- d) Tatil yapan hastalar; söz konusu kişiler tedavi almak için başka ülkeye giderler ve tedavi bittiğinde bu ülkede tatil yaparlar.
- e) Sadece hastalar; söz konusu kişiler sadece sağlık hizmeti almak için başka ülkelere gitmekte olup tatil amacı gütmemektedirler.

Eric Cohen'in bu tanımlamalarına uyumlu olarak T.C. Sağlık Bakanlığı yönergelerinde uluslararası hastalar "sağlık turisti" ve "turistin sağlığı" şeklinde belirtilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2013).

#### ***4.1.1. Sağlık Hizmeti İhracatında Arz ve Talep***

Daha önceki başlıklarda sağlık hizmeti talebi ve sağlık hizmeti arzı açıklanmıştır. Bu başlık altında ise sağlık hizmeti ihracatının arz ve talep modeli anlatılacaktır.

Heung, Küçükusta ve Song (2010: 244), sağlık hizmeti ihracatında arz ve talep modelini şu şekilde açıklamıştır: Sağlık hizmeti almak isteyen turistler ülke seçerken o ülkenin sağlık hizmeti altyapısına önem vermektedir. Bu kapsamda bir ülkedeki iyi koşullarda olan hastaneler, klinikler ve sağlık tesisleri ön plana çıkmaktadır. Sağlık hizmeti ithalatçıları ülkelerin, sonra hastanelerin daha sonra ise doktorların nitelikli

olmasına önem vermektedirler. Bunun yanı sıra ekonomik, politik açıdan iyi ve seyahat işlemlerinin kolay yapılabilirdiği ülkeler tercih edilmektedir. Hastanelerin düşük maliyette ve kaliteli olması, doktorların ve sağlık sunucularının (sağlık birimindeki tüm personeller) iyi itibara sahip olması tercihlerde en dikkat çeken hususlardır. Ayrıca, Sağlık Bakanlıkları, Turizm Bakanlıkları, seyahat acenteleri, ulusal kampanyalar ile deniz aşırı ülkelere iyi tanıtım ve pazarlama stratejileri uygulamaları kendi ülkelerine olan sağlık hizmeti talebini etkilemektedir.

Başka bir sağlık hizmeti ihracatı arz ve talep tanımı şöyledir; Magablih sağlık turizmi adı altında yaptığı tanıma göre, sağlık hizmeti ihracatının talebi, hastaların sağlıklarını iyi olduğu söylenebilecek bir duruma getirmek için, en az 24 saat en çok bir yıllık vadede, sadece tedavi amacıyla kendi ülkesi dışında bir ülkeye seyahat etmesidir. Sağlık hizmeti ihracatının arzı için 1973 senesinde IUOTO tarafından yapılan tanıma göre, ülkenin doğal kaynakları vasıtasıyla düzenlenen sağlık destinasyonları sağlık turizmi arzı olarak geçmektedir (Temizkan, 2015: 15).

Sağlık hizmeti piyasasında talebin belirsiz olduğu ve arzın talebi aştığı daha önce belirtilmiştir. Bireylerin yaşam beklentisi ise sağlık harcamalarına yansımaktadır. Bu husus diğer ülkelerin dikkatini çeken bir özelliktir. Dolayısıyla, iyi bir sağlık hizmeti almak için sağlık hizmeti göstergeleri de önem arz etmektedir (Abdullah, Siddiqua ve Huque, 2017: 5-7). Ayrıca gerçekleştirilen sağlık politikaları hükümetlerin mali politikalarının sürdürülebilirliğinde de önemli rol oynamaktadır (Blazquez, Cantarero ve Pascual, 2016: 2). Ancak sağlık hizmeti ihracatı piyasasında, yabancı hastaların talep ettikleri tedavi/cerrahi müdahale çeşidi genellikle bellidir. Bu nedenle ülkeler sağlık yatırımlarını bu alanlara yapmaktadır. Gelişmekte olan ihracatçı ülkeler nezdinde, küresel sağlık hizmetleri arzı için mevcut olan veriler, ülkelerin bu alanda uluslararası rekabet edebilirliklerini net bir şekilde açıklayamayacak seviyede olduğu görülmektedir. Bu alanın sürdürülebilirliğini ortaya koyan ise sağlık hizmeti için yurt dışı talebin devamlı olmasıdır. Ülkelerin bu alana gerek fiziki sermaye ile gerekse de beşeri sermaye ile geleceğe dönük yatırım yapmaları, sağlık hizmeti ihracatının ülke ekonomisine katkısının ölçülmesi ile olabilecektir (Sakala, Kolster ve Fundani, 2013: 8). Sektörde sürdürülebilirlik için bu alan hükümet politikaları ile beslenmelidir. Hükümetlerin birinci yükümlülüğü olarak, evrensel boyuta ulaşacak şekilde yerelde sağlık hizmeti sunmaları gerektiği, görüşü kabul edilmektedir. Böylece ticaret hedefleri de yerel sağlık hizmetlerini ileri seviyeye taşımış olacaktır. Bunun yanı sıra sağlık hizmeti ticareti yapmak kendi

lkelerindeki kaynak tahsisini iyi seviyeye taşımayı gerektirmektedir. İkinci yükümlülük olarak, hem içerdeki ihtiyaın hem de dışardaki sağlık hizmeti ticareti piyasasının iyi bir Şekilde irdelenmesi gerektiği bilinmektedir. Hedef yurtdışı pazarlardaki taleplere ulaşmak ve söz konusu ihracat stratejisinin iş olanaklarından faydalanmak için Şirketlerin, zel sektörün, derneklerin ve hükümetlerin birlikte veya ayrı Şekilde faaliyetlerde bulunması önem arz etmektedir. Bu stratejilerin iyi planlanması gerektiği vurgulanmaktadır sırasıyla; “amaç ne?, sağlık hizmetinin ihraç edilmesini engelleyen i ve dış unsurlar ne?, sağlık arzının ihracatını teşvik eden ihracat politikaları ne/ ne olmalı?, dış piyasada uygun talebi/tüketiciyi bulabilmek için nasıl tanıtım yapılmalı?, tanıtım mekanizmaları ne?, konunun avantaj, dezavantaj, tehdit, fırsat, buradaki ticaret engelleri veya ticaret tehditleri biliniyor mu?”. Tüm bu soruların irdelenmesi sağlıklı sonuçlara ulaşmayı kolaylaştırabilecektir. İhracat stratejisini güçlendirmek maksadıyla lkeler Şu yolları izleyebilirler; evrensel sağlık sigortası uygulamanın doğurduğu mali açığın üstesinden gelmek, en azından azaltmak için gelen hastalardan (dış talepten) sürekli-yeni finansal kaynaklar üretmek; hastaneler dahil sağlık kuruluşlarının ve tamamlayıcı kuruluşların sağlık altyapısının, teknolojinin ve diğer becerilerinin geliştirilmesi, teslimat ve uygulamalarda eşitlik, kalite ile verimlilik standartlarının iyileştirilmesi önemlidir. Böylece sağlık hizmeti ihracatında yaşanacak gelişme ihracatçı olan ülkede ekonomik ve beşeri kalkınmaya olumlu katkıda bulunurken, ithalatçı olan ülkede de faydalar yaratmaktadır. Sonuç olarak, denizaşırı pazarlarda piyasa hakimi olabilmek için sağlık hizmeti ihracatı stratejilerini göz önüne almak yararlı olabilecektir. Bunun nedeni, sağlık hizmeti tüketicilerinin seçimi bu stratejilerden etkilenmektedir. Ayrıca hükümetlerin ihtiyaç duyulan koşul ve önermeleri iyi analiz etmesi gerekmektedir. Diğer yandan sağlık hizmeti ticaretinin yapılabilmesinin yolu yereldeki sağlık hizmetlerinin iyileşmesinden geçmektedir. İhracat stratejileri de dikkate alındığında pazara erişim kolaylaşacaktır. Sağlık hizmetlerinin çok taraflı olarak serbestleştirilmesi, ticaretteki politikaların çeşitlenmesi, devletin sübvansiyon teşvik vergi indirimi/muafiyeti uygulaması, finansal anlamda iyileşme söz konusu piyasanın önünü açabilecektir. (Benavides, 2002: 55, 57). Günümüzde bu alandaki farkındalığın artmasıyla sağlık hizmetleri artan Şekilde kreselleşmektedir (Chanda, 2011:1).

#### **4.2. Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticareti Kapsamında Sağlık Hizmeti İhracatı**

Bir ülkedeki yerli sağlık sunucuları yabancı hastalara tıbbi hizmet verdiğinde, o ülke, sağlık hizmetleri ihraç etmiş olmaktadır. Benzer şekilde, bir ülkenin kendi hastaları tedavi görmek için yurtdışına gittiğinde, o ülke (giden sağlık turistleri) sağlık hizmetlerini ithal etmiş olmaktadır. Sağlık hizmeti ihracatından elde edilen gelir, özellikle, gelişmekte olan ülkelerde yüksek döviz kazancına yol açmaktadır (Lautier, 2008: 102).

Uluslararası hizmet ticareti ülkelerin dikkatini çekmeye başladığından beri, sağlık hizmeti, gelecek vaat eden bir ihracat sektörü olmuştur. Birçok ülkenin hükümeti sağlık hizmeti ihracatını, özel hastanelerin uluslararası hasta pazarına erişimi için ve ekonomik büyüme için desteklemektedir (Johnston, Crooks ve Ormond, 2015: 2, 5).

Hizmetlerin serbestleştirilmesi, 1973-1979 dönemlerinde uygulanan Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması (GATT) ile birlikte ilk kez gündeme gelmişti. Akabinde 1986-1994 Uruguay Turu Müzakerelerinde birçok hizmet sektörü, uluslararası ticarete konu olmuştur. Bu doğrultuda, hizmet ticaretinin önündeki engellerin kaldırılması, istikrarlı ve öngörülebilir hukuki düzenlemelerin yapılması, pazara girişin kolaylaşması, etkin kaynak kullanımının gerçekleşmesi, ilgili maliyetlerin düşmesi ve bu bağlamda nitelikli hizmetin sunulması, bazı hizmet endüstrilerinde monopol piyasanın kısıtlanması ve talep edenlerin güvence altına alınması konuları ele alınmıştır. 1 Ocak 1995'te, Türkiye'nin de içinde bulunduğu 106 ülkenin onayı ile GATS yürürlüğe girmiştir (Ticaret Bakanlığı, 2019b). Türkiye Cumhuriyeti Ticaret Bakanlığı ise kendi bünyesinde, 31.01.2018 tarihinde "2015/8 sayılı Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Karar" yayınlarak, hizmet ihracatının da mal ihracatı gibi desteklenmesi gerektiği üzerinde durmuştur. Ayrıca hizmet sektörlerine markalaşma desteği ve pazara giriş desteği vereceğini belirterek, ilgili mevzuatlar yayınlamıştır (Ticaret Bakanlığı, 2020). Sağlık turizmi kapsamında, sağlık kuruluşları ve sağlık turizmi şirketlerinin destekleneceğini bildirmiştir. Bununla ilgili, tercümanlık hizmeti desteği, yurt dışından kişi ya da kurum temsilcilerinin yurt içine davet edilip eğitim vermesi durumunda harcamalara destek verilmesi, çeşitli eğitimlerin veya tanıtım-pazarlamaların desteklenmesi, yabancı hastaların ihtiyaçlarının takip edilmesi konuları yer almaktadır (Ticaret Bakanlığı, 2021b).

#### **4.2.1. Ödemeler Dengesi Açısından**

Hükümet ekonomistleri ve istatistikçiler, ödemeler dengesi hesaplarını, cari hesapları ve onun finansmanını sağlayan işlemleri ayrıntılı şekilde kayıt altına almaktadır. Yabancılardan elde edilen gelirler ödemeler dengesinde alacak, yabancılara gerçekleştirilen ödemeler ise borç olarak kaydedilir. Bu bağlamda üç uluslararası işlemden bahsedilir: Finansal varlıkların alım-satımı şeklinde olan finansal hesap, finansal olmayan varlıkların ülkeler arasındaki hareketini ifade eden sermaye hesabı ve mal ve hizmet ihracat-ithalatından doğan cari hesaptır. Cari hesap dengesi, bir ülkenin mal ve hizmetlerinin net ihracatı şeklinde ölçülmektedir (Krugman, Obstfeld ve Melitz, 2012: 306-307, 309).

Genel olarak hizmetler hem üretim hem de istihdam olarak, küresel piyasanın üçte ikisinden daha fazlasında aktif şekilde bulunmaktadır. Ödemeler bilançosu açısından değerlendirildiğinde, toplam ticaretin %25'inden fazlasına tekabül etmektedir. Bunun sebebi hizmetlerin, mal üretimindeki girdileri de oluşturmasıdır (WTO, 2021c).

Daha özeldir sağlık hizmeti, IMF'nin belirlediği ödemeler dengesi hizmet ticareti istatistiki sınıflandırmasına göre, “seyahat” ve “kişisel, kültürel ve eğlence hizmetlerinde” yer almaktadır (IMF, 2007). GATS, sağlık hizmetini, hizmet sınıflandırması kapsamında, sekizinci madde olarak “Sağlık ve Sosyal Hizmetler” adı ile yayınlamıştır. T.C. Ticaret Bakanlığı ise, hizmetlerin ödemeler dengesindeki genişletilmiş sınıflandırmasında, sağlık hizmetlerini, “Turizm ve Seyahat Hizmetleri (sağlık için seyahat ve diğer)” ile “Kişisel, Kültürel ve Eğlence Hizmetleri (teletıp sağlık hizmeti ve diğer)” kategorisine dahil etmiştir (Ticaret Bakanlığı, 2019a). GATS'nin Mod 3 kapsamında gerçekleşen doğrudan yabancı yatırımlar da ödemeler bilançosunun hizmetler hesabında yer almaktadır (UN vd., 2012: 113). Bu doğrultuda, Tablo 3 IMF'nin Ödemeler Dengesi El Kitabının beşinci baskısında belirtilen istatistikler dahilindeki sağlık hizmeti verilerini ifade etmektedir (WTO, 2021e). Buna göre, Türkiye’de zamanla tıbbi nedenlerden doğan gelirler artarken, aynı sebebin yarattığı harcamaların azaldığı gözlenmektedir. Buradaki ters hareket, net sağlık hizmeti ihracatını arttırmaktadır.



**Tablo 3. Türkiye’de Sağlık Hizmeti Gelirleri ve Giderleri<sup>2</sup>**

Milyon \$	2017	2018	2019
<b>Sağlık Hizmeti İhracatı</b>	763,00	856,00	1 013,00
<b>Sağlık Hizmeti İthalatı</b>	21,00	20,00	16,00

*Kaynak: WTO, (2021e)*

Tablo 4’te verilenlere göre, sektörden elde edilen gelirler, toplam hizmet ticaretinin içinde %1,6’lık bir paya sahiptir. Sağlık hizmeti ihracatındaki ortalama büyüme bir yılda %6 kadar artarken, sağlık hizmeti ithalatı %15 kadar azalmıştır. Dolayısıyla, Türkiye’de söz konusu sektörün ticareti, zamanla ihracat ağırlıklı olmaya başlamıştır.

**Tablo 4. Türkiye’de Uluslararası Sağlık Hizmeti Ticaretindeki Değişim**

%	Toplam Hizmetin Yüzdesi (2019)	Ortalama Büyüme	
		2018	2019
<b>Sağlık Hizmeti İhracatı</b>	1,6	12	18
<b>Sağlık Hizmeti İthalatı</b>	0,1	-5	-20

*Kaynak: WTO, (2021e)*

Türkiye’ye gelen uluslararası hastaların sayısı bakımından ilk üç ülke içinde yer alan Almanya (USHAŞ, 2021), Tablo 5’e göre sırasıyla, AB (28), Türkiye, Hindistan, İsviçre ve Fas’tan sağlık hizmeti ithal etmektedir.

<sup>2</sup> Mod 1, 2, 4 kapsamındaki tıbbi nedenlerle seyahat, konaklama, yeme-içme ve ulaşımı içeren uluslararası hizmet ihracatı ve uluslararası hizmet ithalatıdır.

**Tablo 5. Almanya'nın Sağlık Hizmeti İthalat ve İhracatı**

2018 (Milyon \$)	Sağlık Hizmeti İthalatı	Sağlık Hizmeti İhracatı
<b>AB (28)</b>	722,74	30,71
<b>Türkiye</b>	93,30	2,36
<b>Hindistan</b>	29,52	-
<b>İsviçre</b>	5,91	15,35
<b>Fas</b>	2,36	-

*Kaynak: WTO, (2021e)*

Aynı zamanda, Tablo 5'te, Almanya'nın sağlık hizmeti ihraç ettiği ülkelerin başında AB ülkeleri ile Türkiye'nin geldiği görülmektedir.

#### **4.2.2. Döviz Kuru Açısından**

Medikal turistler, sağlık hizmeti almak için seyahat eden hastalar olup, dünyada bu kişilerin sayısı, 2017 yılında, 14-16 milyon olduğu tahmin edilmektedir. Bu sayılar her yıl artmaktadır. Her ziyaret için, medikal turistlerin kişi başı maliyeti 3,800\$-6,000\$ civarındadır. Tüm tıbbi turistlerin sağladığı değer ise, her yıl yaklaşık 439 Milyar dolardır (Dalen ve Alpert, 2019: 9).

Sağlık hizmeti ihracatı gerçekleştirilirken pek çok hizmet sektörü ile koordineli olarak çalışılmaktadır. Bunlar: "Sağlık tesisleri (kamu-özel anlamda hastaneler gibi), turizm, seyahat, inşaat (yatırımlar), finans, bilişim alanları, aracı kuruluşlar, danışman, sigorta firmaları ve yardımcı firmalar" (Tontuş, 2017: 9). Bu nedenle sağlık hizmeti ihracatı katma değer yaratan bir alandır. Sektörün ortaya çıkardığı katma değer Tablo 6'da verilmiştir. Tablo 3 ile birlikte incelendiğinde Türkiye'nin elde ettiği gelirin ve sektörün yarattığı katma değerinin oldukça fazla olduğu görülmektedir.

**Tablo 6. Türkiye'de Sağlık Hizmeti İhracatının Katma Değeri<sup>3</sup>**

(Milyon \$)	2015	2016	2017
<b>Sağlık ve Sosyal Hizmet</b>	20 961	22 604	20 637

*Kaynak: WTO, (2021e)*

<sup>3</sup> ISIC Rev 4'e göre toplam sağlık aktiviteleridir.

Sağlık hizmeti ihracatından sağlanan döviz gelirleri, ülkede yatırıma ve büyümeye katkı yapmaktadır. Ayrıca uluslararası hastaları çekmek için sağlık altyapısı harcamalarında da kullanılmaktadır (Lautier, 2008: 102). Bununla birlikte Türkiye, Meksika, Brezilya ve Arjantin gibi uzun zamandır, cari açık sorunu yaşayan ekonomilerde bu sorun, finans ve döviz krizlerine yol açabilmektedir. Dolayısıyla cari açığın finansman şeklinin ve sürdürülebilirliğinin sürekli takip edilmesi önem arz etmektedir. Yapılan analizler sayesinde ise turizmle birlikte gelen döviz girdisinin Türkiye’deki cari açığın azalmasında katkı sağladığı bilinmektedir (Uslu, 2020: 40, 42, 49).

### **4.3. Sağlık Hizmeti İhracatının Gelişmesi**

Yeni bir alan mahiyetindeki sağlık hizmetinin küreselleşmesinin nedenleri altında yatan bazı hususlar bulunmaktadır. Zamanla keşfedilen bu hususlar ve eksiklikler sağlık hizmeti ihracatı piyasasını oluşturmuştur. Böylece söz konusu alanda özellikle 2000’li yıllardan sonra hızla büyüme katedilmiştir. Sağlık hizmeti ihracatının sektör haline dönüşmesine yol açan ve ülkelerin ekonomilerini büyüten sebepleri bir araya getirmek gerekirse şu şekilde sıralanabilir (Levett, 2005: 27; Borman, 2004: 251; Chen ve Wilson, 2013: 1754; Benavides, 2002: 59):

- Gelişmiş ülkelerde tedavilerin maliyetleri yüksek olabilmektedir.
- Uluslararası hava ulaşımının erişimi kolay ve nispeten karşılanabilir.
- İnternetin yaygınlaşması nedeniyle bilgi ve ulaşımın kolay erişimi sektörü mümkün kılmıştır. Bunun yanı sıra gazete, dergi gibi tanıtımlar artmıştır.
- Ülkeler karşılaştırıldığında nispeten ekonomik açıdan ve döviz kurları açısından uygun olabilmektedir.
- Sağlık hizmeti talebi ekonomik krizlerden etkilenmemektedir. Bunun sebebi, sağlık vazgeçilemez, ikame edilemez ve sağlığın ertelenemez bir yapıya sahip olmasıdır.
- Bazı ülkelerde tedavi için uzun bekleme süreleri bulunmaktadır (öncelikli cerrahi müdahaleler haricindeki tedaviler için Kanada ve İngiltere’de bekleme süreleri bir, iki yıl kadar uzayabilmektedir).
- Yasal veya kültürel kısıtlamaların olması sağlık hizmeti için başka ülke tercihinin bir sebeptir. (Örneğin, uyuşturucu gibi bağımlılıkları olan hastaların kendi ülkeleri

dışında başka yerde tedavi olmak istemeleri ve cinsiyet değişikliği gibi ameliyatlardaki yasal sınırlar.)

- Savaş sonrası doğum oranlarının yüksek olması sebebi ile o dönemdeki zengin neslin giderek yaşlanması tedavileri arttırmıştır. (Bu gerekçe, var olan eski durumu tersine çevirmiştir. Tatil amacı gütmeyen seyahatlerde Londra'daki Harley Caddesi'nde bulunan zengin dünya merkezlerinin (popüler hastanelerin bulunduğu mevkidir) varlıklı kişilerce tercih edilmesi günümüzde düşük maliyetli yerlerin tercihi durumuna dönüşmüştür.).
- Sağlık hizmeti arzında gelişmelerin yaşanması; örneğin, yeni teknolojilerin kullanıldığı ülkelere sağlık hizmeti ihracatı için talep artmaktadır.
- Sağlık uzmanı olmayan ancak uluslararası hastalar ve hastane ağları arasında aracı olan yeni şirketlerin ortaya çıkması da bu alanda büyümeyi kolaylaştırmıştır. (Tur operatörleri bu duruma örnek verilebilir. İlk paket tur uygulaması Thomas Cook tarafından İngiltere'de yapılmıştır (Tunç ve Saç, 1998: 12)).
- Altyapı bakımından sağlık sunucuları günümüzde iyi eğitim almakta ve yabancı dil bilmektedir. Diğer bir ifadeyle sağlık hizmetinde beşeri sermayenin iyi olması sağlık hizmeti ihracat talebini olumlu etkilemektedir. Bunun yanı sıra hastanelerin kapasitesi eskiye nazaran genişlemiştir.
- Tıbbi bakımın bazen kademeli olarak bazen kısmen kamusal alandan özel sektöre aktarılması yüksek miktarda ödemelere sebep olabilmektedir (ABD örnek verilebilir.) Bu nedenle sigorta şirketleri, hastalarına, turizmle bağlantılı olarak sağlık hizmeti ihracatını tavsiye etmektedir.
- Sağlık hizmeti ihracatında masraflar genellikle sosyal sigortalar tarafından değil özel sigortalar tarafından karşılanmaktadır. Bu durum ise, sağlık tesislerinin (hastane gibi) karlılık seviyesini yukarı çekmekte, sağlık sektörü için tasarruf sağlamak ve bütçede ek yük oluşturmamaktadır. (Sigortanın tedaviyi karşılaması her ülke için aynı değildir, bazen bu durum sorun haline dönüşebilmektedir.)
- Kişilerin kendi ülkelerinde bulunmayan estetik, kozmetik vb. cerrahiye yeni taleplerin doğması ve estetik dışındaki tedavilerin de kendi ülkelerinde bulunmaması halinde sağlık hizmeti ithal edilmektedir. Ayrıca GATS'ın Mod 1'de de bahsedildiği gibi elde olmayan bilgiye ulaşmak için başka ülkelere başvurulmaktadır.
- Avustralya, İngiltere gibi ülkelerde, dış tedavisi, kozmetik, estetik benzeri tedavileri sigorta karşılamamaktadır. Bu yönde de sağlık hizmeti ihracatına talep artmıştır. Dış

ile ilgili tedavilere talep ileri seviyelere ulaşmış ve dış turizmi adı altında geçmektedir.

- Bazı ülkelerde tedavilerde karşılaşılan aşılması zor prosedürler varken, tercih edilen ülke prosedürlerinde kolaylık ve teşvikler bulunması sağlık hizmeti ihracatını cazip kılmaktadır.
- Yaşlı, kronik hasta, engelli durumundaki kişiler için yeni tedavi ihtiyaçları doğmaktadır.
- Sağlık hizmeti ihraç edilirken hastalar ve onların yakınları bazen turizm açısından gelişmiş ülkeleri seçmektedir. Böylece hem tedavi olup hem gezme imkanı yakalamaktadırlar.
- Geleneksel Çin tedavisi gibi ün yapmış tedavilere olan ilgi de insanların o hizmeti satın almak için başka ülkeleri tercih etmesini teşvik etmektedir.
- Akredite edilmiş hastaneler günümüzde artmıştır.

Akreditasyonların önemi şu şekilde ifade edilebilir; büyük ve küçük sağlık hizmeti sunan kuruluşların etkili ve verimli çalışmasına, kalitelerini iyileştirmesine, hastaların tedavi takibi açısından düzenli olmasına, hasta güvenliği ve korunmasına zemin hazırlamaktadır. Böylece, ülkelerde uygulanan sağlık koşullarının performansını ölçüp, ulaşılabilir bir seviyeye getirerek standardize etmek amaçlanmaktadır (Accreditation Canada, 2011).

Akreditasyon standartlarının güvenilir, kaliteli hizmetleri ve ürünleri teşvik etmek için önem arz ettiği düşünülmektedir. Bununla birlikte, bir akreditasyon programı dahilinde hazırlanan standartlar; hastanın hastanede kalış süresinin daha aza indirilmek, hasta güvenliği için önlemlerin ve önlenebilecek olan zararın hastaya aktarımını iyileştirmektir. Dünya çapında, sağlık hizmetleri sunan kuruluşlar için standartlar hazırlayıp, geliştiren ve/veya uygulayan yetmişten fazla ulusal sağlık akreditasyon kurumu bulunmaktadır (Greenfield vd., 2012: 2, 11). Akreditasyon kurumlarının bazıları özel bazıları ise kamuya ait olup sağlık hizmeti ihracatının pazarlanmasında önemlidir. Sağlık sigortası programlarının da akreditasyon programlarına bağlılığı giderek artmıştır. Akreditasyon alabilmek için hastaneler eğitim almaktadır. Bunun yanı sıra, hastanelere bu alanda danışmanlık yapan küresel danışmanlıklar bulunmaktadır. Düşük gelirli ülkelerdeki pekçok hastanenin akreditasyona ulaşmasında engel oluşturacak şekilde yüksek maliyet barındırmaktadır. ACHSI (Avustralya Sağlık Hizmetleri Standartları

Konseyi), JCI (Joint Commission International) gibi akreditasyon programları bulunmaktadır (Whittaker, Manderson ve Cartwright, 2010: 339).

Bir ülkenin sağlık hizmeti ihraç edebilmesi için bu maddeler konusunda avantaj yakalaması gerekmektedir. Ancak burda esas olan talep unsuru olduğu için talepleri ikna edebilmek önem teşkil etmektedir. Bu durum ise iyi bir tanıtım ağı ile gerçekleştirilmektedir. Bununla birlikte ülkeler arasındaki fiyat farkı talebi oldukça etkileyen bir husus olarak karşımıza çıkmaktadır. Almanya'da yapılan bir açıklamaya göre, ülkeler arasındaki maliyet avantajı, hijyen hakkında eksik bilginin var olmasını dahi göz ardı edebilmektedir. Ayrıca ülkeler arasındaki fiyat farkının yüksek olması sebebiyle sigorta şirketleri sağlık hizmeti ihracatını teşvik etmektedir. Böylece kendi maliyetleri de düşecektir. Bunların yanı sıra ülkeler birbirlerinde olan üstün yönleri değerlendirmektedir. Örnek vermek gerekirse, Hindistan'dan Avrupa ve Kuzey Amerika'ya doktor göçü olmaktadır. Doktorlar artan tecrübelerini kullanarak, daha yüksek gelir elde etmek amacıyla başka ülkelere gidebilmektedir. Ayrıca eğitim açısından Avrupa'nın iyi olması Asya'nın doktorlarını o ülkelerde eğitilmiş şekilde istihdam etmesine yol açmaktadır. Tayland'da çalışan doktorlarının çoğunun Japonya'da eğitim almış olmasından dolayı bu alanda Japon piyasası Tayland için ön plandadır. Bu doğrultuda Tayland'daki sağlık sunucularının çoğu Japonca bilmektedir. Japonya ise GATS Mod 4 kapsamını uygulayarak kendi doktorlarını Tayland'a geçici olarak göndermektedir (Connell, 2006: 1096, 1099).

Sağlık hizmeti ihracatındaki bir başka önemli faktör ise ülke tercihindeki coğrafi yakınlıktır. Örneğin, hastaların ülke seçimi Singapur ve Malezya ise bu hastaların ikamet ettikleri yer de büyük oranla Güneydoğu Asya Ülkeleri Birliği'ne mensup ülkelerdir. Benzer durum başka ülkelerde de görülmektedir; Ürdün'ü genellikle tercih eden hastalar Orta Doğu ülkelerindedir. Türkiye'yi ağırlıklı olarak tercih eden hastaların ülkesi ise Almanya'dır. Almanya'daki Türk vatandaşlarının oluşturduğu bu kesimin tercih nedeni de yine diaspora sağlık turizmidir. Aynı sebep Amerika kıtasında da kendisini göstermiş olup Küba'yı seçen hastaların genellikle Orta Amerika ve Karayipler'den olduğu gözlenmektedir. Bunun altında yatan en önemli sebep hem kendi ülkesine yakınlık hem de diaspora nüfusedir. Yani hastalar hem tıbbi tedavi hem de aile ziyareti gerçekleştirme amacı gütmüşlerdir. Bununla birlikte ABD ve Birleşik Krallık kaliteli eğitim sundukları için yabancı ülkelerle tıp fakültelerini dünya hizmetine açmışlardır. Karşılıklı anlaşmaların doğmasına zemin hazırlayan tıp eğitimi konusundaki anlaşmalar, işbirliğine

dönüşmüştür. Böylece, gelişmekte olan ülkeler büyük oranda maliyet avantajı (düşük işgücü ve düşük hizmet maliyeti gibi) yakalamaktadır (Smith, Chanda, ve Tangcharoensathien 2009: 595; Sağlık Bakanlığı, 2017).

Görüldüğü üzere, zamandan tasarruf etmek, kaliteli tedavi alma isteği, uygun maliyet vb. etkenler vasıtasıyla “en iyi çözüm-en iyi fiyat” hedefine ulaşılacak istenmektedir. Bu durum sağlık hizmeti satın almak için deniz aşırı seyahatlerin önünü açmıştır. Daha teknik bir ifadeyle tıp bilimi ve turizm endüstrisi bir piyasada buluşup mal ve hizmet üretmektedir. Bunların yanı sıra Türkiye açısından sağlık hizmeti ihracatının gelişmesindeki en önemli neden, turizme alternatif olmasıdır. Türkiye’de turizmde düşük fiyat politikaları vasıtasıyla rekabet gücü elde etme yolu seçilmiştir. Bu durum ise düşük gelir anlamına gelmektedir. Dolayısıyla nispeten yüksek döviz girdisi oluşturan sağlık hizmetinin ihracatı artmaktadır. Ayrıca sektör turizmi kısmen mevsimsel olmaktan çıkarmaktadır (Öztürk ve Bayat, 2011: 142, 149, 152).

Sağlık hizmeti ihracatında ülkelerin dikkate aldıkları bu hususlar söz konusu alandaki yatırım, teşvik ve istihdamın boyutu için önem arz etmektedir. Öncelikle sağlık hizmetinin satın alınmasıyla ilgili mali ve fiziksel riski azaltmak için müşteriler bir tedavi yeri seçimi yaparken hizmet sağlayıcıların “özgünlüğüne” güvenmeyi tercih etmektedir (Das ve Mukherjee, 2016: 105). Dolayısıyla sağlık hizmeti ihracatında başarı öyküleri ve pazarlama stratejileri dikkat çekmektedir. Ancak, sektörün büyüklüğü hakkında anekdotlar, aracılık iddiaları ve daha sağlıklı çalışmanın yerini alan teorik varsayımlar ile ilgili veri eksikliği bulunmaktadır. Talep ve tavsiye sağlık hizmeti ihracatının gelişmesinde önemli olduğundan, bazı ülkeler ulusal verilerini olması gerekenden fazla gösterecek şekilde sunmakta, sektör analistleri dahi bu durumu göz ardı edebilmektedir (Connell, 2013: 2). Bir raporda yılda dünya üzerinde 4 milyon hastanın sağlık hizmeti satın almak için başka ülkeye gittiği belirtilmiştir (Romanow, 2002). Bir başka kaynakta kesinlik olmamakla birlikte, günümüzde 420.000 civarında yabancı hastayı ağırlayan Bumrungrad Hastanesi’nde (Bangkok, Tayland) 2005’te 55.000 Amerikalı’nın tedavi için bulunduğu tahmin edilmektedir. Ayrıca 2007 yılında toplam 750.000 Amerikalı’ya sağlık hizmeti ihraç ettiği, yine kaynaklarda belirtilmiştir. Veriler açısından tutarlı ve istikrarlı raporlamalara, bazen yeni başlanmış, bazen de yeni izin verilmiştir (Chen ve Wilson, 2013: 1753). Oysa düzenli ve net olan veriler sorunların önünde bariyer olabilecektir. Bunun sebebi küresel bakış açısının tıbbi bakış açısına entegre edildiği yurtdışından sağlık hizmeti alımı veya bulaşıcı hastalık verileri (bilgi tabanları), klinik uzmanları için

oldukça önemlidir. Daha açık bir ifadeyle, küresel hastalar ve onların tedavilerinin çıktısı hakkında bilgi elde etmek için çok daha iyi bir sistem gerekmektedir. Sağlık hizmetinin uluslararası ticaretinin yapıldığı süreçte oluşacak bulaşıcı hastalıkların vaka raporlarının ve vaka serilerinin netleşmesine ihtiyaç olmaktadır. Bunun için demografik bilgiler, verilerin sistematik ve standart bir şekilde toplanması, olması gereken prosedürler ve sonuçlar hem sağlık hizmeti ithal eden hastalar için hem de yurt dışındaki tıbbi tedavilerinden dönen hastalarla ilgilenen doktorlar için bilgilendirme aracıdır. Politika yapımcılar, sağlık hizmetlerine erişim ve satın alınabilirliği dengelemeye çalışırken tıbbi turizmin ekonomik, etik ve yasal yönlerini göz önünde bulundurma durumundadır (Chen ve Wilson, 2013: 1758).

#### **4.4. Sağlık Hizmeti İhracatında Belirsizlikler, Sorunlar ve Etik**

Sağlık hizmetlerinde küreselleşme olsa da olmasa da sektör özünde sorunlar barındırabilmektedir. Söz konusu ticaretin net etkisi, ülkelerin ulusal sağlık sistemine, düzenlemeye, denetlemeye ve hükümet politikalarına bağlıdır. Bu nedenle esas dikkate alınması gereken sorun, gerek ülke içinde gerekse küresel anlamda sağlık hizmetleri düzenlemelerinin ve küreselleşmenin bu tür sorunları daha fazla yük haline getirip getirmeyeceği ve ilave sorunlar oluşturup oluşturmayacağıdır (Chanda, 2002: 159-160). Dolayısıyla bu başlık altında sağlık hizmetindeki küreselleşmenin hangi etik sorunlara yol açtığı ve sektörde belirsiz olan durumlara değinilmiştir.

##### **4.4.1. Sağlık Hizmeti İhracatında Belirsizlikler ve Sorunlar**

Sağlık hizmeti ihracatı 1995 yılında GATS çerçevesinde netlik kazansa dahi kurallar bakımından eksiklikler, belirsizlikler ve sorunlar bulunmaktadır. Literatürde bu konu farklı açılardan ele alınmıştır. Sağlık hizmeti ihracatı için eksiklikleri ve belirsizlikleri, öncelikle sağlık hizmeti almak için gelen turistler bakımından ele alındığında karşımıza şu sorunlar çıkmaktadır (Chen ve Wilson, 2013: 1754, 1757; Turner, 2011: 4; Smith, Chanda ve Tangcharoensathien, 2009: 595):

- Sağlık sunucularının (hastane vb.) akreditasyonu belirsiz ve oldukça değişken olabilmektedir. Ayrıca sağlık hizmeti ihracatı sunan şirketlerde planlamanın iyi olmaması.
- Bilimsel kanıtlarla desteklenmeyen prosedürlerin uygulanmasına ilişkin etik endişeler.



- Yurt içi ve yurt dışındaki kurumlar arası iletişimdeki kopukluk, hastaların iyi takip edilememesi ve zayıf tıbbi kayıtlar.
- Ameliyat sonrası geç ortaya çıkan komplikasyonlar.
- Yüksek nozokomiyal enfeksiyon (hastanın hastanede yatarken kapmış olabileceği enfeksiyonlar) oranları; erken ve geç enfeksiyonlar.
- Olumsuz olayların nedenlerini ve etki değişikliğini belirleme konusunda gözetim eksikliğidir.
- Uzun mesafeli uçuşlardan kaynaklanan derin ven trombozu ya da DVT (vücutta oluşabilecek kan pıhtısı) riskinde artışın hastanın olduğu ameliyatlara ilişkilendirilebilmektedir. Ameliyat öncesi, sırası ve sonrasındaki bu sürecin iyi değerlendirilmesi sonuçları etkileyebilecektir.
- Söz konusu alanın piyasa şekline dönüşmesi sürecinde yani hastanın hareketliliği halinde geçen süreçte hastalığın bulaşıcılığına dikkat edilmelidir. Daha açık bir ifadeyle, hastalar çeşitli ilaçlara dirençli bakterilerle enfekte olabileceğinden dolayı enfeksiyon kontrol sorunları dikkate alınmalıdır. Enfeksiyonlar süreç esnasında erken veya geç görülebilmektedir. Ayrıca, bu durum kan ve/veya kan ürünleri, doku ve/veya organ nakli ile ilgili müdahaleler için gelmiş hastalar ve bağışıklığı düşük kişilerde daha yaygın olabilmektedir. Bunların göz önüne alınması gerekmektedir.
- Olumsuz sonuçlar ve/veya yanlış uygulama için sorumluluk eksikliği (malpraktis hatalarındaki yaptırımların yetersiz olmasıdır). (Tüketiciler satın aldıkları sağlık hizmetinden hayal kırıklığına uğradıklarında ve yetersiz tedavi gördüklerinde sağlık sunucularına malpraktis davaları açmaktadır (Stiglitz ve Rosengard, 2015: 372)).
- Sağlık hizmeti ihracatında sigortanın taşınabilirliği konusu bazen esas kısıtlama olarak karşımıza çıkıp, bu durum işleyişte zorluk yaratmaktadır.
- Hasta mahremiyeti ve mahremiyetine ilişkin standartların eksikliği gibi sorunlar ortaya çıkabilmektedir.

Sağlık hizmetinin ihraç edilmesi sadece bu hizmeti almak için gelen turistleri değil ülke içindeki vatandaşları da etkilemektedir. Sağlık hizmeti ihracatı, sağlık piyasasında maliyetleri yukarı çekmektedir. Bu durumda sağlık hizmeti yerel halk için ulaşılamaz boyutlara taşınabilmektedir. Sağlık hizmetinin daha varlıklı hastalara sunulması durumunda, düşük gelirli kesimin bu hizmetten mahrum olmasına yol açabilmektedir.

Ayrıca belirli prosedürler için yereldeki bağışçı veya yöneticilerin istismara konu olabilecek tavrıda olmaları sorun teşkil etmektedir. Bununla beraber yabancı hastaların bakımı için devletlerin mali desteği dolayısıyla, sağlık uzmanlarının seçimi etkilenmekte ve bu da uzman doktorların ülkede dağılımı konusunda dengesizliğe yol açabilmektedir (Chen ve Wilson, 2013: 1754).

Tüm bunlara karşı Chanda (2002: 161), öncelikle, ülke içinde sağlık sistemi ve koşullarının iyileştirilmesine vurgu yapmıştır. Gelişmekte olan ülkelerde sağlık sektörüne yapılan yatırımların yetersiz ve verimsiz olduğuna dikkat çekmiştir. Gelişmiş ülkeler de ise sağlık için gerçekleştirilen harcamaların GSYH artışı ile paralellik göstermemesine değinmiştir. GSYH içindeki sağlık harcamalarının payının artması gerektiği vurgulanmıştır. Bununla birlikte gelişmiş ülkeler, sağlık hizmetlerini sunarken bölgesel anlamda dağılımın kantitatif ve kalitatif dengesizlikleri göz önüne alması çözüm olabilecektir (Tokgöz, 1987: 15). Bazı zamanlarda ise gelişmiş ve gelişmekte olan tüm ülkeler uluslararası hastaları kendi sorumluluklarını dengelemek için bir fırsat olarak görmüşlerdir. Bu doğrultuda siyasi ve ticari zorluklarına rağmen iyi planlanmış bir girişimcilik iyi bir yönetim şekli ile gerçekleştirilmektedir. Politik ve ekonomik bağlamda ortaya çıkabilecek fırsatların, yönetimi geliştirmeye, sağlık sunucularının tedaviyi iyi uygulama şekline ve hastaları yönlendirme açısından güçlü bir koordinasyon ilişkisine dönüştürülebileceği belirtilmektedir. Böylece ülkeler tarafından halk sağlığı sistemi, sağlık hizmeti ihracatı için hazır zemin şeklini alabileceği vurgulanmaktadır. Tüm bu durumlar yöneticilerin kendi siyasi koşullarını gözden geçirmelerini, ticari şemayı anlamalarını ve yönetim ağında farklı konumlarını doğru bir biçimde dizayn etmelerini gerektirmektedir (Lunt, vd., 2015: 344). Bu bağlamda sağlık hizmeti küreselleşmeden önce yerel anlamda söz konusu hizmetin iyileştirilmesi ve düzenlenmesi gerektiği vurgulanmaktadır (Chanda, 2002: 161). Ayrıca sağlık hizmeti ihracatı, ülkeye yeni vergilendirilebilir gelir getirerek ve sağlık dışında sebepten ötürü göç etmiş olan işçileri elde tutmaya yardımcı olarak halk sağlığı sistemlerine çapraz sübvansiyon sağlama potansiyeline sahiptir. Bu potansiyel belirsizlikler doğurduğu için, hedef ülkeler arasında düzenleyici önlemler ve gözetimi gerektirmektedir. Gelişmekte olan dünyada tıbbi tedavi için seyahat eden yüksek gelirli ülkelerden hastalar, yüksek teknoloji ekipmanları, batı eğitimi almış doktorlar, bu hastaları hedefleyen yeni tesislerin yaygınlaşması ve uluslararası akreditasyon standartlarının yaygınlaşması gelişmiş alt yapı sayesinde mümkün olmuştur (Snyder ve Crooks, 2012: 3).

Belirsizlik ve sorunları ortadan kaldırmak için insan ve fiziksel kaynakların mevcudiyetini ve kalitesini iyileştirmek ilk adım olarak kabul edilmiştir. Ayrıca yerel ihtiyaçlar ve öncelikler doğrultusunda sağlık hizmetleri harcamalarını etkin bir şekilde arttırmak ve tahsis etmek önem arz etmektedir. Bunların yanı sıra altyapı ve ekonomik anlamda yapılması gerekenler şöyle sıralanabilir (Chanda, 2002: 161):

- Kentsel alanlarda yüksek arazi maliyetinin azaltılması,
- Tıbbi tesislerin kurulması için kentsel alanlarda sübvansiyonlu oranlarda arazi sağlanması,
- Hastane inşaatı ve ekipmanı için düşük faizli krediler gibi mali yardımların yapılması,
- Kurumların yükünü paylaştırarak uzmanlaşmış tesislerin maliyetlerinin rasyonelleştirmesi,
- Sağlık hizmetlerinin verimliliğini artırmak ve maliyetini düşürmek için yönetim prosedürlerinin yenilenmesi yarar sağlayabilecektir.
- Sağlık hizmetleri ticaretinden elde edilen gelir de kısmen ev içi sağlık hizmetleri sektörünü geliştirmek için kullanılabilir. Örneğin, yabancılara ait ticari hastanelerden toplanan vergiler, halk sağlığı sistemine yeniden yatırılabilir. Bununla birlikte, ülkelerin tıp alanında belirli bölümlerindeki ihtiyaçlarını değerlendirmeleri ve buna göre eğitim ve tesislere yatırım yapması gerektiği vurgulanmaktadır.

Sağlık hizmeti ihracatındaki sorunlarda, sağlık alt yapısı dışında sağlık personelleri ile ilgili sorunlar da dikkat çekmektedir. Bazı sağlık sunucuları eğer bulunduğu mevki gereği bir mevkidaş rekabeti ortamına tabi değilse kendisi de davranışlarını düzeltme eğiliminde olmayabilir. Bunun yanı sıra sosyalleşmemiş ve mevkidaş baskılarına duyarlı olmayan sağlık hizmeti sunucuları performans kayıtlarından sorumlu olabilmektedir. Sağlık sunucuları bu doğrultuda seçilmekte ve onların kaliteli bir eğitim sisteminden gelmesi önemli olmaktadır. Bununla birlikte sağlık çalışanı kamu hizmetine entegre edilmişse bu durum onun motive olmasının ve verimli hizmet sunabilmesinin önünü açmaktadır. Diğer yandan zamanında ve etkin bir şekilde ilaç ve tıbbi malzeme temin etmek ve dağıtmak sağlık hizmetinin kalitesini ortaya koymaktadır. Bu görev sağlık hizmeti sunucularının güvenilirliğini genellikle hastanın talebinin beklentisini karşılama ile ilişkilendirilmiştir. Sağlık hizmetlerinin deneyimli hale gelmesi, teknik performansın denetlenmesinde, sağlık hizmetlerinin kullanımında ve bunlara uyumun izlenmesinde önemli olmaktadır.

Sağlık hizmeti ihracatında bazen de hastalardan kaynaklanan sorunlar tedavi sürecinde aksamalara yol açmaktadır. Bu bağlamda en çok karşılaşılan durum, hastalık ve sağlık hizmetleri hakkında geleneksel inançlara sıkı sıkıya bağlı olan hastalar, onlarla ilgilenen sağlık sunucularının işini zorlaştırabilmektedir. Bu nedenle gerekli önlemleri almak çözüm olabilecektir (Golladay ve Liese, 1980: 176, 177).

#### ***4.4.2. Sağlık Hizmeti İhracatının Etik Boyutu***

Bir önceki başlıkta değinilen sağlık hizmeti ihracatındaki belirsizlik ve sorun teşkil eden hususlar beraberinde, etik sorunları ortaya çıkarmaktadır. Bu nedenle sektörün etik açıdan değerlendirilmesi önem arz etmektedir.

Gerçekleştirilen eylemlerdeki kişiler ya da gruplar veya toplumsal bir olay bilerek/bilmeyerek sürekli bir etik ilişki içindedir. Kişiler ve kurumların gerçekleştirdikleri eylemler bir değer içermektedir (Kuçuradi, 2015: 89). Sağlık hizmeti ihracatında öncelikle talep eden kişinin kararında ve davranışlarında, eylemden algıladıkları değer önemli olduğu bilinmektedir (Zeithaml, 1988: 2).

Etik değer içeren eylem ifadesi bir örnek ile açıklanırsa şu şekildedir; tez çalışmasının sorunlar kısmında ele alınan, sağlık personellerinin hastaların kültürel ve dini değerlerini bilmemesi veya önem vermemesi etik ilişkinin olumsuz bir sonucudur. Bu durumu Şii Müslümanlar üzerine yapılan bir araştırma net olarak ortaya koymaktadır: Çocuk sahibi olamayan bir aile kendi ülkesinde Asiste Üreme Teknolojileri (ART) tedavisi uygulanmadığından dolayı, bu hizmeti almak için, nitelikli hizmetin sunulduğu bir ülkeyi seçmiştir. Söz konusu hastaların dini inançlarına saygı duyularak bir tedavi ortamı hazırlanmıştır (Moghimehfar ve Nasr-Esfahani, 2011: 1433). Öte yandan inançlar, bir grubun kendi ürettikleri veya benimsedikleri ya da oluşturdukları ilkelerle yaşadıkları düzeni ifade etmektedir. Dolayısıyla, bu doğrultuda hareket etmek, diğer kişilerin hakkıdır (Kuçuradi, 2015: 109, 111).

Küresel sağlık hizmetleri uygulamasında artan farkındalık, endişeleri beraberinde getirmiştir. Söz konusu endişelerin başında, hastaların hedef ülkelere karşı etik kaygılar taşınması ve sağlık ve güvenlik hakkında bilinmezlikler gelmektedir. Diğer yandan sağlık hizmeti ihracatı, hedef ülkelerin yerli vatandaşlarının sağlık hizmetlerine erişimindeki eşitsizlikleri olumsuz hale getirebilmektedir. Ayrıca uluslararası hastalara hizmet veren kurumlar çoğunlukla özel kurumlar olduğundan ve yerel nüfusun çoğu için yüksek maliyetli olduğundan, söz konusu klinikler nispeten zengin uluslararası hastalara ve yerel vatandaşlar arasında elitlere hizmet vermektedir. Bu durum ise pek çok iktisatçı

tarafından eleştirilmektedir. Eşitsizlikleri ortadan kaldırmak maksadıyla sağlık kurumlarına verilen kamu sübvansiyonları gereğinden fazla olursa, hizmetin odak noktası yerel nüfus için önleyici bakım ve uluslararası hastalar için akut bakıma kaydırılırsa ve sağlık personelleri kamudan özel sektöre geçerlerse, mutlak anlamda, yerel nüfus için sağlık hizmetine erişim kötüleşebilir. Sonuçta sağlık hizmeti ihracatının uygulanmasında etik boyut göz ardı edilmeden faaliyetlerin devam etmesi, gerekmektedir (Snyder ve Crooks, 2012: 3).

Etik, ahlaki felsefe yoluyla ekonominin tarihsel yönünü ve gelişimini çağdaş uygulamalarla entegre ederek özgün bir analiz sunmaktadır. Ekonomi, tüm sosyal bilimler gibi, insan davranışının sadece belirli yönlerine odaklanmıştır. Sorgulamanın kapsamına sınırlar çizerek nispeten daha az bilgilendirici olmaktadır. Diğer bir ifadeyle, iktisat bilimi insan davranışının “saf” biçimlerinde büyük bir tutarlılık sergileyen yönleriyle ilgilendiğinden dolayı iktisatçılar, diğer sosyal bilimcilerden daha kapsamlı teori ve daha güçlü analizler geliştirmektedir. Ekonomistler eylemlere geniş perspektiften bakarak, insan varoluşunun karmaşık sorunlarına düzen, analitik güç ve belirli nicel cevaplar getirmektedir. Bu bağlamda, analizler Ceteris paribus’un rasyonalitesini uygulayarak, başka bir ifadeyle tutarlı bir teorimiz olmayan birçok değişkeni dışarıda bırakarak yapılmaktadır. Ancak buna sebep yaratan karmaşıklığı açıklayarak geliştirmek etik ile mümkündür (Rosenthal, 1979: 293).

Şüphesiz, ekonomik değerlendirmenin etkisinin nedenleri arasında, neye fon sağlanacağına dair karar yatmaktadır. Bu husus siyaset biliminden etiğe kadar, tüm perspektiflerden değerlendirilmektedir. Bazı durumlarda hastaların ihtiyacı, sağlık hizmetinin maliyet etkinliğinden daha önemli olmaktadır. Böyle bir durumda ekonomik perspektif daha sonraki planda kalabilmektedir. Bir siyaset bilimci, belirli hizmetlerin reddedilmesine yönelik politik desteğin eksik olduğu sonucuna varabilmektedir. Bunun yanı sıra etik kural çerçevesinde bir değerlendirme, bazı temel etik varsayımların desteklenmediğini iddia edebilmektedir. Ayrıca ortaya çıkma aralığının ve karar alma sürecinin bir değerlendirmesini içermektedir. Böylece potansiyel olarak çelişkili ve çeşitli kriterleri dengelemek ve maliyet etkinlik analizini iyi değerlendirmek bunlardandır. Ekonomik açıdan sağlık hizmeti ihracatının değerlendirilmesi sağlığın kendine has dilinin daha iyi kavranmasını sağlamaktadır (Franken, vd., 2016: 954).

Sağlık hizmeti ihracatının maliyeti, sağlık hizmeti maliyetinden daha yüksek olduğu için sektörden elde edilen gelir de daha yüksek olmaktadır (Sakala, Kolster ve Fundani, 2013: 15). Ancak bazı durumlarda, bu gelirin nasıl kullanıldığı etik açıdan sorun

oluşturabilmektedir. Bu nedenle eylemler doğrudan hükümet politikaları ile gerçekleştirilmelidir. Söz konusu dövizden elde edilen gelir ile kamu sağlık standartları iyileştirilmekte ve sağlık tesisleri inşa edilmektedir. Böylece bölge sakinleri ayırt edilebilir şekilde yarar sağlamaktadır.

Etik çerçevede ele alınan diğer hususlar ise; sağlık hizmeti ihracatı sektörünün gelişmiş dünyayla ilişkili sağlık problemlerini geliştirmekte olan dünyaya aktarma potansiyeli olmasıdır. Bunun dışında belki de sektörün karşı karşıya kaldığı en zor durum, etik dışı görülen tıbbi prosedür uygulamalarıdır. Daha açık bir ifadeyle yasa dışı organ nakli için gerçekleştirilen nakil turizmi, kök hücre turizmi ve üreme sağlığı turizmidir. Sağlık hizmetinin ihracatının yapılabilmesi için etik dışı olan faaliyetlerden kaçınılması gerekmektedir. Ayrıca yapılacak yatırımların çevresel anlamda olumsuzluk yaratması; atık maddelerin asgari düzeye indirilmesi; yerel halkın, göçmenlerin, sağlıkçıların bu alanda eğitilmesi; buradan elde edilen gelirin ülkenin tüm ekonomik tabanına yayılabilir olması gerektiği, bilinmektedir. Başka bir ifadeyle sektör, hem söz konusu alanı beslemeli hem de ekonominin başka alanlarına kaydırılabilir olmalıdır. Böylece sağlık hizmeti ihracatı sürdürülebilir hale gelecektir (Jackson ve Barber, 2015: 20-21, 24).

Kant'a göre her eylemin bir ödev gibi algılanıp, onun dürüst şekilde uygulanması gerekmektedir. Eylemlerin ödev şeklinde gerçekleştirilmesi rasyonel bir tavırdan doğmakta ve ahlaki değerler ile örtüşmektedir. İnsana göre en üst seviye olan ahlak ilkesi de akla dayanmaktadır (Yüksel, 2015: 14-15). Bu doğrultuda sağlık hizmeti ihracatı piyasasının düzeni ahlaki ilkelere odaklanmakta ve sonuçsalcılık ve deontoloji etik teorilerini içermektedir. Daha açık bir ifadeyle, bir sorunda, söz konusu konuyla ilgili tüm zorunlulukları karşılayabileceğini öneren Kantianizm (deontolojinin ihlali) ve faydacılık (sonuçsalcılık) ilkeleri, ilgili tüm tarafların eylemlerinin, onların yararına gerçekleştirilmesi gerektiğini ve alınan önlemlerin ilgili herkes için en içsel yararı üretmesi gerektiğini göstermektedir (Jackson, 2015: 22).

Bunların dışında uygulanacak normlar gerek kültürün, gerekse de sosyal herhangi bir toplumun tecrübeleri doğrultusunda oluşmuş bağlayıcı tavır çerçevesinde doğru ahlaki eylemi belirlemektedir. Başka bir ifadeyle, oluşacak olan ahlaki yükümlülükler, “birinin yapabileceği ve yapamayacağı” ve “ne yapmamalıyım”ı düzenlemektedir. Ahlaki yargılar, sosyal toplulukta adil, karşılıklı destekleyici ve düşünceli bir hayatın hakim kurallarını ifade etmektedir. Böylece, sosyal olarak kişilerarası ilişkinin kuralı ahlaki normlardan etkilenmektedir. Gerçekleştirilmesi kanunla yerine getirilebilen yasal normların aksine, ahlaki yasaların bağlayıcı olması, bu normların bir

topluluğun/toplumun büyük çoğunluğu tarafından kabul edilmesine bağlı olmaktadır. Ayrıca bunlar vicdani bir yükümlülük barındırmaktadır (Ulrich, 1997: 20).

Öz olarak uygulanacak normlar etik hedef olarak adlandırıldığında, başka insanları “iyi yaşam”a ulaştırma hedefi ve birlikte “iyi yaşam”ayı ifade etmektedir (Koçoğlu ve Avcı, 2018: 542).

Sağlık hizmeti ihraç edilirken hastaların ve sağlık sektörünün zarara uğramaması için olması gerekenin ve prosedürlerin net bir şekilde belirlenmesi önem arz etmektedir.

#### *4.4.2.1. Bilgilendirme*

Bilgilendirme yasal ve etik sürecin önemli bir adımı olarak kabul edilmektedir (Turner, 2011: 4).

Sağlık hizmeti sunumunda olası ahlak dışı durumu önlemek için hastaların bilgilendirilmesi etik kurullardandır. Sağlık hizmeti satın almak için seyahat eden yabancı hastaları tedavi hakkında bilgilendirme ve onların herhangi bir araştırma için gönüllü olup olmama konularında yetkin kişiler tarafından, aydınlatılmasını ifade etmektedir. Kişilerin haysiyetlerine zarar vermeden ve saygı duyarak, onlara uygulama öncesindeki, uygulama sırasındaki ve uygulama sonrasındaki hedefleri, yöntemleri ve olası faydaları/zararları detaylı biçimde ve tam olarak anlatmak önemlidir. Böylece süreç hastanın rızası doğrultusunda işleyebilecektir. Ancak bazı durumlarda hastalar karar veremeyecek bilinçte veya yaşta olabilirler. Böyle bir durumda aydınlatılmış/bilgilendirilmiş onam ilkesi etik bir sorun teşkil etmez (Doyal, 1997: 1107-1110).

#### *4.4.2.2. Fiyatlandırma*

Mikro iktisat kitaplarında üreticilerin farklı fiyat uygulamasına gittikleri belirtilmektedir. Bunu yapanlar bazen piyasa gücünü elinde bulunduranlar olabilmektedir. Bir oligopol, monopol piyasa ve bir kartel fiyat uygulaması farklılaştırmaya sebep olabilmektedir. Tüketicilerin talep esneklikleri de fiyat farklılıklarını etkilemektedir. Diğer yandan firma, daha düşük fiyatla satış gerçekleştirdiği ve nispeten yüksek fiyat vermeye razı olan müşterisine tekrar satış yapmayı engellemeli/kısıtlamalıdır. Bunun sebebi sadece uygun fiyatlı ürün/hizmetlerin satışının gerçekleşeceğidir. Dolayısıyla böyle bir durumda farklı fiyat uygulama politikası işlemeyecektir (Perloff, 2013: 396, 398-399).

Sağlık hizmeti piyasası monopol, oligopol ve monopolist piyasa özelliği göstermektedir. Bunun sebebi sağlık hizmeti sektöründe arz kısıtlı ve maliyet yüksektir.

Söz konusu durum ise sağlık hizmetinde yüksek fiyatlamalara yol açabilmektedir. Ancak sağlık hizmetleri ekonomik anlamda maliyet-etkin olduğu için adil bir hizmet sunumu gerçekleştirilebilmektedir (Kısa, 2015: 4). Diğer yandan sağlık hizmeti ihracatında fiyatların ülkelere göre farklılık göstermesine rağmen sağlık hizmetinin küreselleşmesi ile söz konusu pazarda fiyat rekabeti artmaktadır (Herrick, 2007: 2).

Sağlık hizmeti ihracatı fiyatlandırmasında en çok karşılaşılan etik sorunlar şöyledir: İnsanların alım gücüne bağlı olan sağlık hizmeti satın alımı, sağlığı metalaştırmaktadır. Bu durumun devlet tarafından engellenmesi gerektiği bilinmektedir. Daha açık bir ifadeyle, devlete ait hastanelerde bir vatandaşın aldığı hizmet ile yabancı bir hastanın aldığı hizmet kalitesindeki farkı fiyatlama belirlerse, sağlık hakkındaki eşitlik ilkesi bozulmuş olacaktır. Monopol olan bir firma kar amacı ile fiyatlarını nispeten daha yukarı çekip, hizmet sunumunu sadece varlıklı yabancı hastalara yönlendirmesi halinde yerel halkın sağlığının göz ardı edilmesi durumu ortaya çıkacaktır. Bu durum tam tersi olduğunda da sonuç değişmemektedir. Bununla birlikte sağlık hizmeti satın alan uluslararası hastalara asgari düzeyin de altında ödeme imkanı sunulması halinde, vergilere veya standart cerrahi müdahalelerin fiyatına yansıtma yoluyla, aradaki fiyat açığı kapatılmaktadır. Tüm bunlar, fiyatlamada etik sorunu özünde barındırmaktadır. Devlet sağlık hizmeti ihracatı için net bir fiyat tarifesi hazırlar ve kısıtları belirlerse, fiyatlamadaki etik sorun ortadan kaldırılmış olacaktır (Dürüstkan, 2020: 289). Dolayısıyla sağlık hizmeti ihracatında tek tip olan şeffaf fiyatlama politikası önem taşımaktadır (Gönenç, 2016: 1176).

#### *4.4.2.3. Yasallık*

Günümüzde sağlık hizmeti ihracatında uluslararası bir yasal düzenleme bulunmamaktadır. Oysa tüm tıbbi prosedürlerin bir risk unsuru vardır. Sağlık turistleri de bunun farkında olarak başka ülkelere gitmektedir. Yasallık içeren bir durum olması halinde uluslararası mahkemelere, sağlık hizmeti almak için gidilen ülkenin mahkemesine veya hasta kendi ülkesindeki mahkemelere başvurabilmektedir (Mirrer, 2007: 212-213). Bunun dışında seyahat esnasında yaşanabilecek rahatsızlıklar, tedaviden sonraki takibin yeterli ve düzenli olması, tedavinin tüm süreçlerinin kayıtlarının iyi şekilde tutulup transferin uygun biçimde yapılması ve tıbbi müdahalenin hatalı şekilde olması gibi durumlar sağlık turistlerinin yaşayabileceği sorunlardır. Bu nedenle uluslararası hastalar gerekli hukuki yaptırımlar için hukuki olanaklardan kolay şekilde yararlanabilmelilerdir.



Yasal düzenlemelere konu olan bir başka önemli etik husus ise organ nakli ticaretidir. Gerçeğin yerini tutacak yapay organların henüz bulunmaması, özellikle böbrek yetmezliği yaşayan hastaların sayısının fazla olması, vericilerin seviyesinin düşük olması, yasal olmayan tedavileri, doku ve organ nakillerini ortaya çıkarmıştır (Gönenç, 2016: 1179).

Bazı ülkelerde uluslararası hastalara çözüm için önerilen organ nakli paketlerinin tanıtılması, yoksul vatandaşlardan satın alınan, özellikle, böbrek sayısının artması riskini taşımaktadır. WHO'ya göre, dünyada bu konuda Kolombiya, Hindistan, Pakistan ve Filipinler ilk dört ülkedir (Turner, 2008: 391).

Buradaki sorunlara uluslararası işbirliği kapsamında hukuki ve biyo tıp etiği çerçevesinde çözüm aranması gerekmektedir. Bununla birlikte, gen analizleri, kök hücre nakilleri, kürtaç, heterolog döleme ve doğacak çocuğun cinsiyetinin belirlenmesi gibi yöntemlerin her ülkede olmayıp yasal olan ülkeye gidilmesi durumu da mümkündür. Yaşanabilecek bir mağduriyette yurt dışı ile bağlantılı şekilde sağlık hizmeti kapsamındaki kişilerin eylemleri incelenmeli ve hukuki olmayanlar tespit edilmeli, mağduriyet en iyi şekilde giderilmeli ve sağlığın metalaşmasının önüne geçilmelidir (Gönenç, 2016: 1180).

Sağlık hizmeti ihracatının etik anlamda yasal düzenlemeler ulusal ve uluslararası olarak ayrılmaktadır. Bunun sebebi sağlık sistemleri genellikle ulusal seviyede düzenlenir. Sağlık hizmetleri ve sağlık kuruluşlarının standartları, profesyonel akreditasyon, sağlıkta düşük gelirliyle yönelik düzenleme, mesleki kuruluşların rolü, kurumsal hastaneler, devlete kaynak transferleri üzerindeki kısıtlamalar ve tıbbi-yasal sorumluluk konuları bunlardan bazılarıdır. Diğer yandan sağlık hizmeti ihracatı düzenlemelerinin çoğu, yabancı hastalara kolaylık sağlamak amacıyla gerçekleştirilmekte ve GATS müzakerelerinde, ikili ve bölgesel anlaşmalarda görüşülmektedir (Whittaker, Manderson ve Cartwright, 2010: 397, 399).

Sonuç olarak kaynak tahsisini eşit şekilde yapmak, kaliteli, erişilebilir sağlık hizmeti sunmak, hastaların dışsal etki olmadan karar vermesini sağlamak ve diğer ülkelerin ahlaki değerlerine karşı anlayışlı şekilde eylemlerde bulunmak etiğe uygun yasal düzenlemelerde önem arz etmektedir (Yirik ve Ekici, 2014: 4).

#### *4.4.2.4. Mahremiyet*

Mahremiyet ilkesi hastanın güvenliği ve güvenini kazanmak amacıyla oldukça önemli olan etik ilkedir.

Sağlık hizmetlerinin sunumunda, hastanın kendisine ve tedavi sürecindeki gizliliğine gösterilen saygı, mahremiyet konusudur. Tedavinin tüm sürecinde hastanın mahcubiyetinin ve içinde bulunduğu süreç nedeniyle oluşan hassasiyetinin azaltılması için psikolojik ve fiziksel gizliliği korunmaktadır. Doktorların gizliliğe önem vermesi hasta tarafından güveni arttırmakta ve hastalar sorunlarını daha açık ifade edebilmektedir.

Hastanın özel hayatına duyulan saygı, kişilik hakkı ve haysiyetin muhafazası anlamına gelmektedir. Bununla birlikte, sağlık hizmetlerinin sunumunda mahremiyet, hastanın kişisel sağlık bilgilerini de içermektedir. Kayıtlı bilgilerin kullanımı ve saklanması gibi durumların özenle yapılması gerekmektedir (Dedeoğlu, 2019: 1891-1892).

Sağlık hizmeti alan yabancı hastalar ile ev sahibi ülkenin vatandaşları aynı haklara sahiptir. Bu nedenle elektronik ortamda saklanan yabancı hastaların kişisel verilerinin de dikkatle korunması ve mahremiyet ilkesine dikkat edilmesi önem arz etmektedir (Al-Lamki, 2011: 446).

#### *4.4.2.5. Eşitlik ve Erişilebilirlik*

Çeşitli gruplar ister aynı ülkede ister farklı ülkede yaşasın, sağlık durumları, hastalık türü, tedavi süresi ve ölüm yaş ortalaması gibi sağlık profillerinde farklılıklar olabilmektedir. Sağlıklı olma, kişilerin yaşam koşullarını etkileyebilmektedir. Bu sebeple sağlık hizmetinin adalet ve eşitlik ilkeleri göz önüne alınarak hizmetin dağılımındaki eşitliğin net çizgilerle belirlenmesi gerektiği bilinmektedir.

Burada kavramın tam olarak anlaşılması önemlidir; eşitsizlik denildiğinde etik ve ahlaki bir seviye anlaşılmaktadır. Bu bağlamda, toplumun tamamının incelenerek koşullar irdelenmeli ve haksızlığa yol açan durumlar giderilmelidir. Böylece toplumdaki sağlık farklılıkları mümkün olan en az düzeye indirilir ve herkes için sağlıkta eşit fırsatlar sağlanırsa eşitsizlik ortadan kalkacaktır. Bununla beraber erişilebilirlik kavramı, toplumdaki tüm bireylerin eşit ihtiyaçları doğrultusunda eşit kullanım hakkına sahip olmasını ifade etmektedir. Böylece herkes sağlık hizmetlerine ulaşılacaktır. Diğer yandan nispeten kaliteli olan sağlık arzının, sadece toplumun belirli bir kesimi için sunulması ve toplumun geri kalanına ise düşük kalitede hizmet sunulması bir dengesizlik ortaya çıkaracaktır. Bunların önlenmesi için tahsisin doğru yapılıp eşit erişimin sağlanması gerekmektedir (Whitehead, 2001: 11-14).

Sağlık hizmetinin ihraç edilmesinde de eşitlik ilkesi etik olarak çalışmalarda yer almaktadır. Çalışmalarda özellikle, gelişmekte olan ülkelerin bu hususta daha itinalı davranmaları gerektiği vurgulanmaktadır (Snyder ve Crooks, 2012: 4).

#### 4.4.2.6. Yetkinlik

Küresel pazarda sağlık hizmetleri, tıp biliminin iç ahlakındaki radikal değişmelere bağlıdır. Hasta-doktor ilişkisinin daha geleneksel modellerinde yer alan “zarar verme” ilkesi ile medikal ahlaki temel başlamıştır. Sağlık hizmeti ihraç edilirken sağlık sunucuları, iç normatif standartlara sahip bir uygulama olarak, hem tıp bilimine saygı duymakta hem de müşterilerin (sağlık turistlerinin) ihtiyaçlarına hizmet ettiği için kazanç elde emektedir (Turner, 2010: 461). Bu bağlamda sağlık personellerinin en akılcı şekilde hareket etmesi, onların toplumsal sorumluluğundan ileri gelmektedir. Doktorların topluma ilişkin kaynakları en akılcı şekilde kullanma yetisine sahip olması beklenmektedir. Bu ilke doğrultusunda gerçekleştirilecek eylemler, kaynakların adil, etkin, verimli ve en geniş kapsama ulaşabilecek şekilde nitelikli bir hizmet olmasına zemin hazırlayacaktır. Doğru miktar, doğru endikasyon ve en uygun ilaç tercihini yapan doktorlar alanında yetkinliğe ulaşmış olabilmektedir. Aynı zamanda sağlık sunucuları genel halk sağlığı kapsamında en yaygın rastlanan, en ölümcül olan ve istihdamı en olumsuz etkileyen durumların öncelikli olduğunun farkındadır. Ayrıca gerektiğinde doktorlar kaynak tahsisi konusunda politika yapıcıları ve erişilebilirlik konusunda kamuoyunu uyarmakla yükümlüdür. Sağlık sunucuları kendi alanında yetkin, üreticiler ve diğer hizmet sağlayıcıları kendi alanında yetkin olduğu için, yetkiler de kısıtlı olmaktadır. Daha açık bir ifadeyle, sağlık açısından birey ve toplumu olumsuz yönde etkileyen eşitsizlikler, tüm şiddet türleri, savaşlar, sağlıkla ilgili çevre sorunları, insan haklarına saldırı, olumsuz sağlık koşullarındaki barınma ihtiyaçları, öğrenim seviyesindeki düşüklük, tütün ve zararlı gıdaların satışı, iyi olmayan çalışma şartları, işsizlik sorunu ve bütçenin içinde sağlığın payı gibi konularda sağlık çalışanları uyarıcı konumdadır (TTB, 2020).

#### 4.4.2.7. Tedavi Süreci

Tedavide etik konusunun çerçevesi bazı çalışmalarda çizilmiştir. Bu doğrultuda hastayı tedavi etme süreci ile ilgili bilgilendirdikten sonra bireyin öz kararına saygı duyulmalıdır. Sağlıkta eşitlik ilkesi doğrultusunda, aynı tedaviyi alması gerekenlere aynı koşulların sağlanması gerekmektedir. Sağlık sunucuları sağlığın çıktısının faydasını,

zararını ve riskini göz önüne alıp, onların “zarar vermeme” ilkesine göre tedaviden en iyi faydayı sağlamaları gerektiği bilinmektedir. Bu bağlamda faydalar, riskler ve maliyetler açısından bölüşümde eşitliğe dikkat etmek önemlidir (Yirik ve Ekici, 2014: 4-5). Böylece sağlık hizmeti ihracatı maliyet etkili biçimde uygulanabilecektir (Swain ve Sahu, 2008: 478). Bunun yanı sıra sağlık sunucularının hastane üzerinde ticari bir söz hakkının olması (öz sermayesinin olması, hisse sahibi olması gibi) hastaları tedavi ederken adil davranma becerisini etkileyebileceği belirtilmektedir. Bu nedenle böyle bir bağlayıcı etkinin yasaklanması gerektiği hasta açısından daha adil olacağı görüşü mevcuttur (CMA Report, 2014: 11, 75).

Son olarak özellikle, sağlık turistlerine uygulanan ve yasal olmayan tedaviler (organ nakli gibi) sağlığın metalaşmasına yol açmakta ve ülkelerin çeşitli sistemlerini olumsuz etkilemektedir. Dolayısıyla sağlık sisteminde oluşacak etik sorunlar, yerel nüfusun faydalanmasını engellemektedir (Lunt ve Mannion, 2014: 3).

## İKİNCİ BÖLÜM

### SAĞLIK HİZMETİ İHRACATININ TÜRKİYE'DE VE DÜNYADA UYGULAMALARI

#### 1. DÜNYADA SAĞLIK HİZMETİ İHRACATI

Ülkelerde genellikle kişi başına düşen GSYH, sağlık ve sosyal bakım sistemleri, ölüm oranı, ülkelerin nüfusu, bu nüfusun sağlık durumu ve buna bağlı olarak ilaç talepleri, doktorların reçete yazma davranışları, ödeme koşulları (doğrudan/dolaylı ödemeler), sağlık hizmetinin fiyatları farklılık göstermektedir (Gulacsi, Orlewska ve Pentek, 2012: 529). Ayrıca sağlık bürokrasileri de farklı şekillerde yürütülmektedir. Bazı ülkelerde sağlık ile ilgili kurumlar zayıf kalabilmektedir. Genellikle gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık bakanlıklarında yöneticiler yerine sağlık uzmanları görev yapmaktadır. Profesyonelleştirilmiş bir bürokrasi ile yönetiliyor olsa dahi, kadrolama modeline dayanan sağlık sistemleri gelişme yolundaki topluluklar için yetersiz kalabilmektedir. Bununla birlikte finansal analistleri ve ekonomistleri istihdam eden sağlık bakanlığı sayısı az bulunmaktadır. Kamu hizmetinde görev yapan uzmanlar için sağlık bakanlıklarında sunulan kariyer fırsatları nadiren çekici olmaktadır. Bazı toplumlarda ise hükümetler bu alanı geliştirmek için hibe vermekte, tesis inşa etmek, istihdam sağlamakta, kapasiteyi geliştirmeye çalışmaktadır. Böylece yerelde iyileşme sağlanması hedeflenmektedir (Golladay ve Liese, 1980: 175, 180). Ancak tıbbi hizmetler, alana yönelik eğitimler ve kalite standartları için ulusal anlamda düzenleyici kuruluşlar ve normlar yetersiz kalmaktadır. Ayrıca sağlık hizmetine ilişkin eğitim kurumları standart olma eğilimindedir (Chanda, 2011: 5). Bu sebeple birçok ülke diğer ülkelerin tecrübelerinden faydalanarak fırsatları değerlendirme yolunu seçmektedir (Golladay ve Koch, 1977: 178).

Ekonomik perspektifte sağlık hizmetinin ihraç edilmesi günümüzde birçok ülke tarafından döviz kazandıran hizmet ticareti olarak uygulanmaktadır. Sağlık hizmeti ihracatını devamlı hale getirebilmek için yerel sağlık koşullarını iyileştirmek amaçlanmakta ve tıbbi eğitim bu yönde geliştirilmeye çalışılmaktadır. Bu nedenle medikal turizm şirketleri oluşturulmuştur. Tedavi öncesi, sırası ve sonrasındaki tüm süreci kapsayan ve hasta, sağlık personeli, hastanın kendi ülkesindeki ilgili kurum ve kuruluşlar, tedavi için gidilen ülkedeki ilgili kurum ve kuruluşlar arasındaki koordinasyon ilişkilerinin güçlendirilmesi hedeflenmiştir. Aynı zamanda söz konusu sektör dahilinde

gelişmiş ülkelerle kalifiye sağlık profesyonelleri için karşılıklı kabul anlaşmaları bulunmaktadır. Ayrıca bazı ülkeler kendi aralarında çift taraflı anlaşmalar yapmaktadır. Bu kapsam bazı anlaşmalarda oldukça geniş tutulmuştur. Örneğin, AB'ye üye ülkeler kendi içinde sağlığa yönelik evrensel “sosyal koruma” imkanı sunmaktadır. Bu kapsamda kamu sağlık sistemi, sağlık hizmet sunucuları tarafından reçete olarak yazılan veya ülkece onaylanan prosedürler, ilaç ve tıbbi cihazlar listesinde yer alan sağlık hizmetleri bulunmaktadır. Ayrıca toplam sağlık finansmanının bir kısmı “tamamlayıcı” özel sigorta ile karşılanmaktadır. Yasal sistem tarafından karşılanmayan dış tedavileri, alternatif tedaviler ve tercihe bağlı tedavilerin hizmetini alan yabancı hastalar bu özel sigortadan yararlanabilmektedir. Kamunun dahilindeki bu konular diğer ülkelerle ikili ilişkiler için önem arz etmektedir. Diğer yandan üye olmayan ülkelerle yapılacak anlaşmalar sigorta kapsamını, sigortanın taşınabilirliğini, uygulanabilirliğini, etkinliğini ve tedavi için seyahatin değerini karşılamadaki sınırı belirleyecektir. Hastaların harcama yaptıkları alan bu çerçeveyi belirlemektedir (Chanda, 2011: 2, 5).

Dünya çapında sağlık hizmeti ihracatında artan teknoloji, modern imkanlar, iyi sunulmuş konaklama olanakları sağlık hizmeti ihracat pazarı hacmini arttırmış, destinasyonların da çeşitlenmesine yol açmıştır. Bu perspektifte Horowitz, Rosensweig ve Jones (2007: 4) çalışmalarında sağlık hizmeti ihraç eden ülkeleri ve bu alana dahil olan tedavileri sınıflamıştır. Tablo 7 incelendiğinde sağlık hizmeti ihracatının Asya ve Avrupa kıtalarında yoğunlaştığı görülmektedir. Buna göre sektörün dünyanın dört bir yanında aktif olarak uygulandığı söylenebilir.

**Tablo 7. Sağlık Hizmeti İhraç Eden Ülkeler**

<b>Asya/Orta Doğu</b>	<b>Amerika</b>	<b>Avrupa</b>	<b>Afrika</b>	<b>Diğer</b>
Çin	Arjantin	Çek Cumhuriyeti	Güney Afrika	Avustralya
Hindistan	Brezilya	Belçika	Tunus	Barbados
İsrail	Kanada	Almanya		Küba
Ürdün	Kolombiya	Macaristan		Jamaika
Malezya	Kosta Rica	İtalya		
Singapur	Ekvador	Letonya		
Güney Kore	Meksika	Litvanya		
Filipinler	ABD	Polonya		
Tayland		Portekiz		
Türkiye		Romanya		
Birleşik Arap Emirlikleri		Rusya		
		İspanya		

*Kaynak: Horowitz, Rosensweig ve Jones, (2007: 4).*

Dünyada hastaların ve sağlık kurumlarının uyguladığı tedaviler göz önüne alındığında kalp ameliyatları, diş tedavileri ve estetik cerrahi ön plana çıkmaktadır. Tablo 8’de sağlık hizmeti ihracatında en çok takip edilen tedaviler yer almaktadır. Buna göre uluslararası hastalar birçok tıbbi hizmeti başka ülkelerden alabilmektedir.

**Tablo 8. Sağlık Hizmeti İhracatında En Çok Takip Edilen Tedaviler**

Kozmetik cerrahi	Vücut şekillendirme Yüz germe Göğüs küçültme/büyültme
Diş hekimliği	Kozmetik diş tedavisi Protez/diş rekonstrüksiyon
Kardiyoloji ve kalp cerrahisi	Koroner arter bypass Kalp kapakçığı replasmanı/rekonstrüksiyonu Perkütan koroner anjiyoplasti/stentleme Kalp yetmezliği için kök hücre tedavisi
Ortopedik ameliyatlara ve omurga ameliyatlara	Kalça protezi/yüzey yenileme Diz protezi Artroskopi / eklem rekonstrüksiyonu Laminektomi / spinal dekompresyon Disk alanı yeniden yapılandırma / disk replacement
Bariatrik cerrahi	Mide bypassı Laparoskopik ayarlanabilir mide bandı Büyük kilo kayıplarının ardından vücut şekillendirme
Üreme sistemi	Tüp bebek Histerektomi Prostatektomi / transüretal rezeksiyon Cinsiyet değiştirme prosedürleri
Organ ve doku nakli	Solid organ nakli; böbrek, hepatik Kemik iliği nakli Kök hücre tedavisi; kalp yetmezliği, nörolojik
Diğer hizmetler	Lasik göz ameliyatlara Genel tıbbi değerlendirme / checkup Çok çeşitli teşhis çalışmaları

*Kaynak: Horowitz, Rosensweig ve Jones, (2007: 5)*

Bu bölümde Türkiye'nin sağlık hizmeti ve sağlık hizmeti ihracatı detaylı şekilde anlatılmıştır. Akabinde dünyada söz konusu alanda Türkiye'nin rakibi olabilecek ülkeler hakkında bilgi verilmiştir.

## **2. TÜRKİYE'DE SAĞLIK HİZMETİ İHRACATI**

Türkiye'deki sağlık hizmetinin uluslararası hastalara sunulabilmesi için öncelikle ülkenin sağlık hizmeti durumunun incelenmesi gerekmektedir. Bu bağlamda bu başlık altında sağlık hizmetinin tarihsel gelişimi ve sağlık koşulları anlatılmıştır. Ardından Türkiye'de sağlık hizmeti ihracatı incelenmiştir.



## 2.1. Türkiye’de Sağlık Hizmetinin Gelişimi ve Mevcut Durumu

Türkiye’de sağlık politikalarının gelişimi kronolojik olarak değerlendirildiğinde şu şekildedir (Sağlık Bakanlığı, 2012: 45-57):

- 1920-1923 arası dönemde, kayıtlar düzenli şekilde tutulamamıştır. İlgili dönemde savaşın yaraları sarılmış ve mevzuatlarda geliştirmeye önem verilmiştir. Söz konusu dönemde Sağlık Bakanlığı öncelikli olarak kurulan bakanlıklardan biri olmuştur. “38 sayılı Tababet-i Adliye Kanunu (1920)” bu dönemde yürürlüğe konulmuştur.
- 1923-1946 arası dönemde, sağlık hizmetleri çeşitli gruplara ayrılmıştır. Bunlar “hükümet kuruluşları, küçük sıhhiye memurlukları, belediye ve karantina tabiplikleridir”. 86 yataklı hastane, toplamda 6.437 yatak, 554 doktor, 69 farmakolog, 4 hemşire, 560 sağlık sunucusu ve 136 doğum yaptıran kişi görev yapmaktaydı. Bu dönemde bazı kanunlar konulup uygulanmaya başlanmıştır. Ayrıca sağlık hizmetleri ile ilgili düzenleme ve yürütmeler tek kurum tarafından uygulanacağı belirtilmiştir. Koruyucu tabiplik merkezî yönetime, tedavi edici tabiplik ise yerel yönetimlere verilmiştir. Sağlıkta beşeri sermaye için tıp fakülteleri geliştirilmiş ve bu öğrencilere yönelik yurtlar kurulmuştur. Ayrıca tıp mezunlarına mecburi görev getirilmiştir. Bulaşıcı hastalıklara yönelik programlar başlatılmıştır. Bunun yanında söz konusu dönemde birçok sağlık tesisi kurulmuştur.
- 1946-1960 arasında, sağlık istihdamına ve sağlık kuruluşlarında yatırıma önem verilmiştir. Belirli bir bedel karşılığında vatandaşların sigortalanması, sigorta imkanı bulamayıp tedavi masraflarını karşılayamayanlara özel idare tarafından destek sağlanması, bir sağlık bankası oluşturulup onun finansman aracı yapılması, tıbbi ürünlerin üretiminin kontrol altında tutulması, yeni doğan bebeklere süt ve mama temin eden sanayi kuruluşlarını faaliyete geçirilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca bu dönemde mikro sağlık göstergelerinde iyileşme yaşanmıştır.
- 1960-1980 arası dönemde, sağlık hizmetleri kuruluşlarında düzenlemeler yapılmıştır. Geniş alana yayılan tek taraflı hizmet yerine daha dar alanda çok taraflı hizmet görüşü ile uygulamalar yürütülmüştür. Ayrıca sağlık personellerinin özel muayene açmasına olanak tanınmıştır.
- 1980-2002 arası dönemde, bireylerin sosyal güvenlik hakkı olduğu ve bunun devlet tarafından sağlanması ve korunması gerektiği 1982 Anayasası’nda vurgulanmıştır. 1990’lı yıllarda ise “Genel Sağlık Sigortası” adı ile sosyal güvenlik sisteminin düzenlenmesi, aile hekimliğinin hizmetinin birinci basamak hizmetleri de kapsamı,

sağlık tesislerinin kendi yönetimine izin verilmesi ve öncelikle koruyucu hizmetler olmak üzere Sağlık Bakanlığı'nın tüm sağlıkla ilgili hizmetleri takip etmesi ve düzenlenmesi hedeflenmiştir. Ancak bu hedefler uygulamada tam olarak aktif olamamıştır.

- 2003-2011 arası dönemde, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile sağlık politikalarının iyileştirilmesini amaçlamıştır. Bu çerçevede, öncelikle problemler belirlenmekte, problemlerin arkasında yatan koşullar değerlendirilmekte ve çözüm odaklı politikalar geliştirilerek uygulanmaktadır. Politikalar etik ilkeler ve bilimsel temeller doğrultusunda incelenerek sonuçlandırılmaktadır. SDP'nin temeli şudur; "sağlık doğuştan gelen bir insan hakkıdır" ve hem eşitlik hem de adalet kavramlarına dayanmaktadır. Diğer yandan sağlık hizmetlerindeki bazı durumlar programın gelişmesine zemin hazırlamıştır. Bu durumlar, fiyatlama ve yüksek olması, maliyetlerin giderek yükselmesi sonucu kamunun finansman kapasitesini aşması, vatandaşların sağlık konusunda nispeten bilinçlerinin artması ile birlikte talebin artması ve vatandaşın sağlık hizmetlerinin planlama ve yönetimini sorgulamasıdır.

SDP ile en çok vurgu yapılan hususlardan birisi de iyileştirilen sağlık hizmetlerinin ekonomiye katkısını sağlamaktır. Bu perspektifte sağlık hizmeti ihracatının geliştirilmesi hedeflenmiştir. Sağlık Bakanlığı raporunda bu durumu şöyle açıklamıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012: 395):

*"(...) Sağlık Bakanlığı; uluslararası sağlık turizminin ilgisini çekecek uluslararası tanınmayı elde etmek amacıyla uluslararası iş birliğini geliştirerek, uluslararası kalkınmayı destekleyerek ve Türk sektöründe sağlanan kalite iyileşmesini devam ettirerek bu hususta Türkiye'de ve uluslararası alanda liderlik yapma ihtiyacının farkındadır... Türkiye'de sağlık turizmini güçlendireceğiz. Sağlık turizminde Avrupa, Ortadoğu, Afrika, Orta Asya ve Rusya bölgesinin merkezi olacağız. Sağlık turizmi kapsamında elde edilen gelirlere vergi muafiyeti getirdik. Dört dilde hizmet veren yurt dışı hasta danışma hattını kurduk. Konaklama tesislerinde sağlık kuruluşu kurulup işletilmesi imkanı sağladık (...)"*

Özetle SDP'nin amacı, sağlık hizmetlerinde etkililik, verimlilik, sağlığın temininde ve finansmanında kolaylık sağlamaktır. Özellikle doktorların görevlerinde verimliliği arttırmak hedeflenmiştir. Bu doğrultuda 2004 yılında sağlık hizmeti personellerinin maaşlarına ilaveten performansa dayalı ek ödemeler getirilmiştir (Narcı, Şahin ve Yıldırım, 2015: 256).

Nihayetinde Türkiye'de sağlık hizmeti kaynakları son yıllarda büyük oranda iyileşmiştir. 1927 ile 1987 yılları arasında nüfus yaklaşık dört kat artmasına rağmen, doktor başına hasta sayısı ilgili yıllarda yaklaşık on katı kadar azalmıştır. Türkiye'deki

doktorların %67'si (2/3) devlette çalışmaktadır. Toplam doktor sayısının üçte biri sadece özel muayenehanelerde veya özel hastanelerde bulunmaktadır. Hem hükümet hem de Sosyal Sigortalar Kurumu doktorları ve diğer sağlık personellerini maaşlı olarak istihdam etmektedir. Bununla birlikte Türkiye'de doktorlar Türk Tabipler Birliği (TTB) tarafından denetlenmektedir. TTB doktor ile hasta, doktor ile diğer sağlık hizmeti sunucuları, sağlık personelleri ile hastalar arasındaki ilişkiyi, sağlık hizmetlerine erişimi, tıp eğitimi ve doktorların mesleki davranışlarını, sağlık standartlarının yükseltilmesini denetlemektedir. TTB, hem kamu hem de özel sağlık hizmetlerine erişimin dokunulmaz bir insan hakkı olduğuna ve bu erişimin sigortalıların tıp mesleğinin birincil sorumluluklarından biri olduğuna sıkı sıkıya inanmakta ve bunun tüm sağlık çalışanlarına ait sorumluluk olduğunu bildirmektedir. Gerekenin yapılabilmesi için yeterli sağlık hizmeti arzı ve yeterli finansmanın sağlanması, uygun yönetim ve halkın sağlık eğitimi gibi faktörlerin yerine getirilmesi beklenmektedir. Ayrıca tıbbi etik sorunların yaygınlaşması durumuna karşı ihtiyatlı olmak esastır (Fişek, 1989: 15-16).

Türkiye'de uygulanan sağlık hizmetinin finansman şekli ise dünya genelinde ağırlıklı olarak kullanılan yöntemlerdendir<sup>4</sup>. Bunlar genel ya da özel vergi ile karşılanan Beveridge Modeli ve prim toplama esasına dayanan Bismarck Modeli'dir. Karma sistem adıyla da bu iki sistem birlikte de uygulanabilmektedir. Ayrıca özel, cepten harcama yöntemiyle de sağlık hizmeti finansmanı gerçekleştirilmektedir (Sasam, 2017a: 4). Sağlık hizmetinin ihracatında finansman ise her ülkede farklılık göstermektedir. Bunun sebebi ikili anlaşmalardır. Diğer yandan Türkiye'deki sağlık kurumları Avrupa ve ABD'de bulunan sigorta şirketleri ile anlaşma yaparlarsa, sektörün pazar payını genişletme fırsatı olabilecektir (İçöz, 2009: 2276). Çünkü dünya çapında ortak normların bulunmaması, sağlık hizmeti ihracatı perspektifinde ikili ilişkiler geliştirmenin önemini vurgulamaktadır (Chanda, 2011: 5).

---

<sup>4</sup> “Beveridge Modeli: Sir William Beveridge tarafından sosyal güvenlik sisteminin tek elden yönetilmesi, bütün sigorta kolları için zorunlu olarak maktu tek prim alınması, milli sağlık hizmetinin kurulması, sosyal güvenliğin sadece ücretliler değil herkesi kapsaması gerektiği savunulan sigorta sistemidir. İlkeleri ise: (a) genellik ve sigorta yardımlarında teklik ilkesi (b) yönetimde birlik ilkesi (c) primlerde teklik ve vergilerle katkı sağlama ilkesi (d) sosyal güvenlik sisteminin ‘tam istihdam’ ve ‘ulusal sağlık’ politikalarıyla desteklenmesidir. Bismarck Modeli: ‘Sosyal güvenlik sistemi’ ya da ‘sigorta sistemi’ olarak adlandırılan sağlık sistemine, temelleri atan kişi Bismarck olduğu için ‘Bismarck modeli’ denmiştir. Finansmanı, zorunlu ödenen sigorta primleri ile sağlanır. Almanya bu modeli kullanan ülkeler arasındadır. Almanya sisteminin üç ana amacı vardır: Herkese eşit ulaşım olanağı sunulması, rekabet ve etkinliğin sağlanması ve bu amaçla üreticiye fiyat belirleme hakkının verilmesi, tüketiciye ve üreticiye seçme hakkının tanınması.” (Sasam, 2017a: 4).

Bunların dışında Türkiye’de sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığı, Savunma Bakanlığı, üniversiteler ve özel sektör (hastane ve muayehaneler) aracılığı ile verilmektedir (Narcı, Şahin ve Yıldırım, 2015: 256).

Sağlık hizmetinin mikro ve makro ekonomik göstergeleri ile Türkiye’nin sağlık koşulları ortaya konulabilmektedir. Bu perspektifte Tablo 9 Türkiye’nin altyapı bakımından sağlık koşullarının ne durumda olduğunu ifade etmektedir. Veriler 1970 yılından itibaren beşer yıllık olarak 2010 yılından itibaren ise yıllık olarak tabloda sunulmuştur. Buna göre, 1970 yılından itibaren Türkiye’deki toplam sağlık kurumu sayısı, toplam yatak sayısı ve 1000 kişi başına düşen yatak sayısının hemen hemen istikrarlı bir şekilde arttığı görülmektedir. Dolayısıyla Türkiye’nin sağlık alt yapısının zamanla iyileştiği söylenebilir.

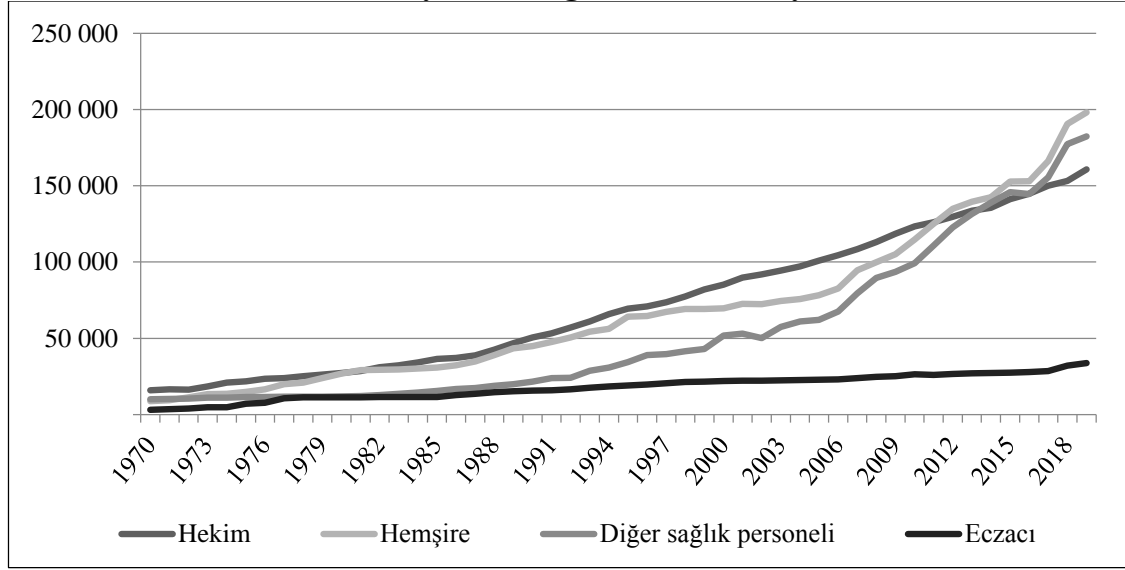
**Tablo 9. Türkiye’de Sağlık Altyapısı**

<b>Yıllar</b>	<b>Toplam sağlık kurumu sayısı</b>	<b>Toplam yatak sayısı</b>	<b>1000 kişi başına düşen yatak sayısı</b>
<b>1970</b>	743	71 486	2,02
<b>1975</b>	798	81 264	2,03
<b>1980</b>	827	99 117	2,23
<b>1985</b>	722	103 918	2,07
<b>1990</b>	857	120 738	2,19
<b>1995</b>	1 009	136 072	2,28
<b>2000</b>	10 747	134 950	2,08
<b>2005</b>	8 772	170 972	2,48
<b>2010</b>	26 993	200 239	2,72
<b>2011</b>	27 997	194 504	2,60
<b>2012</b>	29 960	200 072	2,65
<b>2013</b>	30 116	202 031	2,64
<b>2014</b>	30 176	206 836	2,66
<b>2015</b>	30 449	209 648	2,66
<b>2016</b>	32 980	217 771	2,73
<b>2017</b>	33 587	225 863	2,79
<b>2018</b>	34 559	231 913	2,83
<b>2019</b>	-	239359	2,86

*Kaynak: TÜİK, (2021a); Sağlık Bakanlığı, (2021c)*

Türkiye'nin mevcut tüm sağlık personelini ifade eden Grafik 4 incelendiğinde, istihdam edilen sağlık sunucularının sayısının yıllar itibariyle arttığı ve son yıllarda bu artışın ivme kazandığı görülmektedir. Özellikle hekim ve hemşire sayılarındaki artış dikkat çekmektedir. 1970 yılında doktor ve hemşire sayısı sırası ile 15856 ve 8796 kişiyken, 2019 yılında bu rakamlar 160810 ve 198103 kişiye ulaşmıştır.

**Grafik 4. Türkiye'deki Sağlık Personeli Sayısı (1970-2019)<sup>5</sup>**



Kaynak: TÜİK, (2021a)

Tablo 10'a göre, doktor sayısı ve buna bağlı olarak doktor başına düşen kişi sayısı 2009 yılından itibaren istikrarlı bir şekilde artmaktadır. Diğer yandan doktor sayısı artarken doktor başına düşen kişi sayısının azaldığı gözlenmektedir. Bu durumun hastaların bekleme sürelerini olumlu etkilediği söylenebilir. Ayrıca doktor başına düşen hasta müracaat sayısında artış yaşandığı görülmektedir. Bunun, Türkiye'de genel olarak hastaların bilinçlenmesinden kaynaklandığı ifade edilebilir. Dolayısıyla hasta ve doktor iletişimi yıllar itibariyle artmıştır.

<sup>5</sup> "Diğer Sağlık Personeli" grubundaki çalışanlar: Ameliyat Teknisyeni, Anestezi Teknisyeni, Biyolog, Çevre Sağlığı Teknisyeni, Çocuk Gelişimcisi, Diş Protez Teknisyeni, Diş Teknisyeni, Diyetisyen, Fizik Tedavi Teknisyeni, Fizikoterapist, Fizyoterapist, İlk ve Acil Yardım Teknisyeni, İlk ve Acil Yardım Teknikeri, Kalp Akciğer Pompa Çalışma Teknisyeni, Laboratuvar Teknikeri, Laboratuvar Teknisyeni, Odyolog, Odyometri Teknikeri, Odyometri Teknisyeni, Ortopedi Teknisyeni, Patolojik Anatomi Teknisyeni, Perfüzyonik Pompa Teknisyeni, Protez Teknisyeni, Psikolog, Röntgen Teknisyeni, Sağlık Fizikçisi, Sağlık Savaş Memuru, Sağlık Teknikeri, Sağlık Teknisyeni, Sitopatoloji, Sosyal Çalışmacı, Tıbbi Sekreter, Tıbbi Teknolog, Toplum Sağlığı Teknisyeni (TÜİK, 2021a).

**Tablo 10. Türkiye’de Doktor Sayısı ve Kişi Başına Dağılımı**

Yıllar	Doktor sayısı	Doktor başına düşen kişi sayısı	Doktor başına düşen hasta müracaat sayısı
2009	118 641	612	4 447
2010	123 447	597	4 367
2011	126 029	593	4 850
2012	129 772	583	4 791
2013	133 775	573	4 712
2014	135 616	573	4 749
2015	141 259	557	4 673
2016	144 827	551	4 735
2017	149 997	539	4 793
2018	153 128	536	5 110
2019	160 810	517	-

Kaynak: TÜİK, (2021a); Sağlık Bakanlığı, (2021c)

Gelişmekte olan ülke konumundaki Türkiye’de genç nüfus (15-65 yaş aralığı) ağırlıktadır. Bunun yanı sıra bir ülkenin sağlık durumunu ortaya koyan en önemli göstergelerden biri doğumda yaşam beklentisi göstergesidir. Bunun sebebi yaşam beklentisi göstergesinin hastalık ve ölümlülük oranlarını birlikte ele almasıdır (Mathers vd., 2003: 5). Tablo 11 incelendiğinde yaşam beklentisi göstergesinde, Türkiye’nin gelişmiş ülke gruplarına yakın ve orta üst gelir grubu ülkelerinden daha yüksek bir değere (77,7) sahip olduğu görülmektedir. Avrupa nüfusunda ileri yaş bireylerin oranı yüksek olmasına rağmen, yaşam beklentisi sonuçlarının nispeten olumlu olduğu görülmektedir. Bununla birlikte doğum esnasında (veya doğumdan sonra 1 yıl içinde) ölenlerin oranı Avrupa bölgesinde oldukça düşüktür. Türkiye söz konusu göstergede OECD ortalamasına yakın bir değere sahiptir.

**Tablo 11. Temel Sağlık Göstergelerinin Türkiye ve Uluslararası Karşılaştırması (2019)**

	Nüfus Oranı (%)		Anne Ölüm Oranı (2017) <sup>6</sup>	Doğumda Yaşam beklentisi	Bebek Ölüm Hızı <sup>7</sup>
	0-14 Yaş nüfus oranı	65 yaş ve üzeri nüfus oranı			
<b>Türkiye</b>	23,4	8,8	17	77,7	9,0
<b>Üst gelir grubu ülkeler</b>	16,5	18	14	80,0	4,9
<b>Orta üst gelir grubu ülkeler</b>	20,4	10,2	62	73,8	14,6
<b>OECD</b>	17,9	17,1	14	80,9	3,7
<b>DSÖ Avrupa Bölgesi</b>	18	16,4	13	78,3	76,1
<b>AB</b>	15,4	20,1	6	80,3	3,2
<b>Dünya</b>	28,8	8,9	204	72,6	28,2

*Kaynak: UNDP, (2020); World Bank, (2021); Sağlık Bakanlığı, (2021c)*

## 2.2. Türkiye’de Sağlık Piyasasında Harcamalar

Günümüzde toplumun bilinçlenmesi, daha iyi koşullarda yaşama arzusunu güdülemektedir. Bu nedenle sağlıklı olmak adına bütçeden ayrılan paylardaki artış kayda değer bir orana sahiptir. Diğer yandan sağlığın bir hak olması, alternatifinin olmaması ve sağlık hizmetinin vazgeçilemez olması, her geçen gün çeşitli hastalık veya tedavilerin ortaya çıkmasıyla doğan maliyet unsuru, GSYH içinde sağlık harcamalarının payını arttırmıştır. Bu bağlamda Tablo 12 Türkiye’de gerçekleşen sağlık harcamalarındaki ve yatırımlarındaki değişimi vermektedir. Hane halkı sağlık harcamaları, sağlık sigortası ödemeleri, hastane-bakım gibi ödemelerin dahil olduğu sağlık harcamaları özellikle son yıllarda artmıştır. Dikkate alınan 20 yıl boyunca nispeten istikrarlı şekilde sağlık harcamaları ve yatırımlarının gerçekleştiği söylenebilir. Bu harcamalarda kamunun payı özel sektöre göre daha fazladır. Diğer yandan GSYH içinde sağlık harcamalarının payı 2010 yılına kadar arttığı sonrasında ise nispi anlamda düşük kaldığı gözlenmektedir.

6 . 100.000 Canlı doğumdaki oranı ifade etmektedir.

7. 1.000 Canlı doğumdaki oranı ifade etmektedir.

**Tablo 12. Türkiye’de Sağlık Harcamaları ve Yatırımları (2000-2019)**

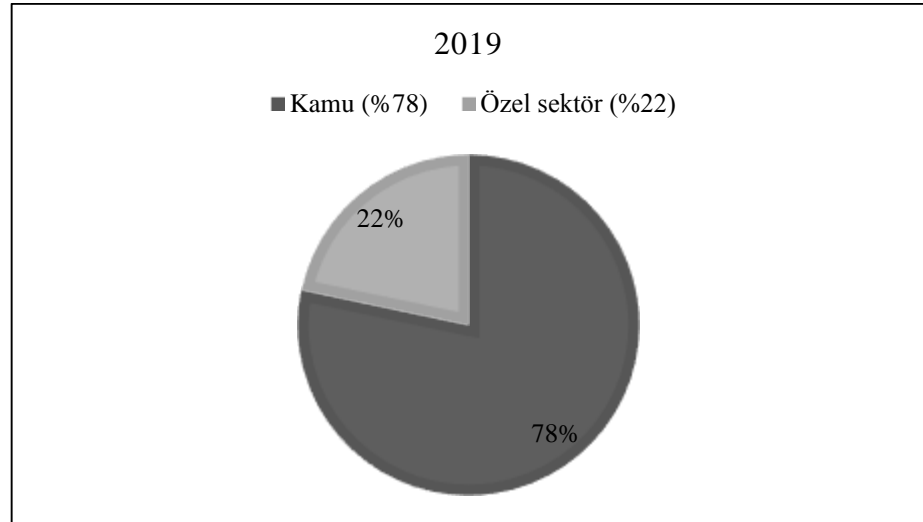
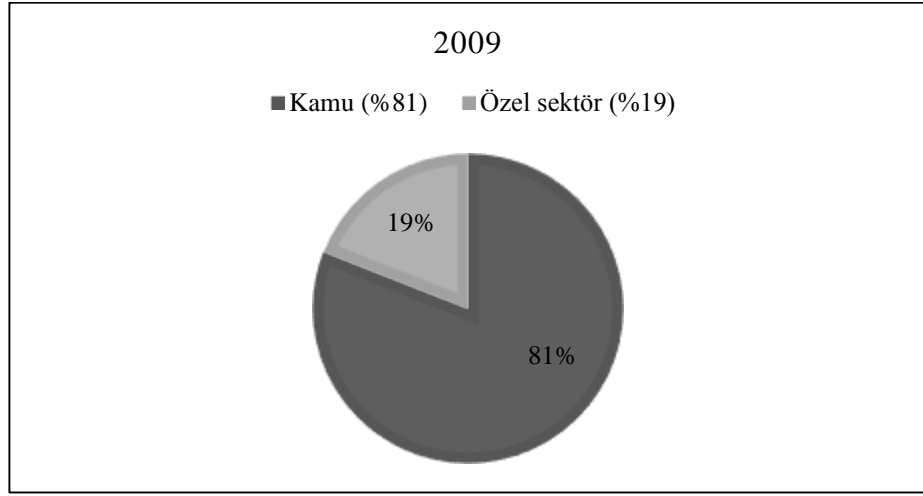
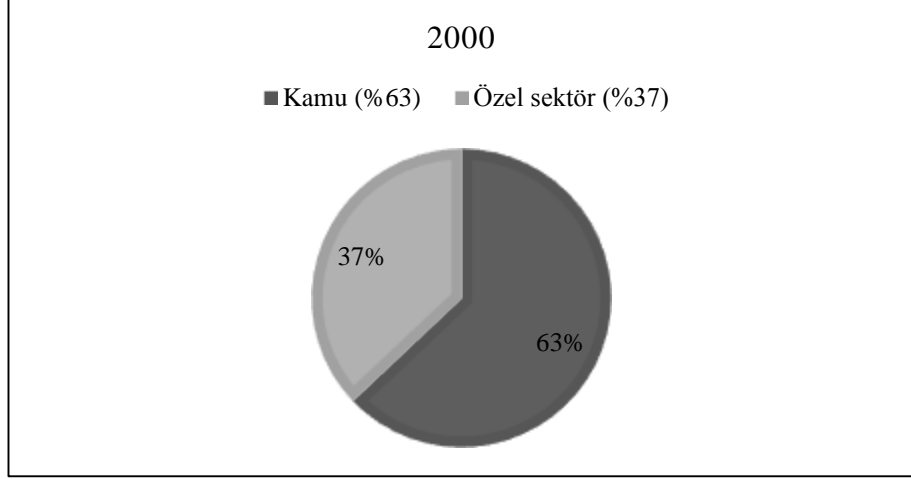
Yıllar	Toplam sağlık harcaması/ GSYH oranı (%)	Cari Sağlık Harcamaları (Milyon TL)			Sağlık Yatırımları (Milyon TL)		
		Genel toplam	Kamu	Özel sektör	Genel toplam	Kamu	Özel sektör
2000	4,8	7 888	4 865	3 023	360	325	35
2001	5,1	12 086	8 128	3 958	310	310	-
2002	5,2	18 331	12 827	5 504	443	443	-
2003	5,2	23 676	16 859	6 817	603	603	-
2004	5,2	28 616	20 519	8 098	1 405	871	534
2005	5,2	33 292	22 554	10 738	2 067	1 433	634
2006	5,6	40 949	28 194	12 755	3 120	1 922	1 198
2007	5,8	46 495	31 981	14 514	4 409	2 549	1 860
2008	5,8	52 320	38 033	14 286	5 420	4 126	1 294
2009	5,8	55 294	44 511	10 783	2 616	2 379	237
2010	5,3	58 623	45 726	12 897	3 054	2 756	299
2011	4,9	65 372	51 728	13 644	3 236	2 852	384
2012	4,7	70 288	55 648	14 640	3 901	3 137	764
2013	4,7	79 702	62 447	17 255	4 688	3 781	907
2014	4,6	88 878	68 974	19 904	5 871	4 407	1 464
2015	4,5	96 786	75 622	21 163	7 782	6 499	1 283
2016	4,6	112540	88 279	24 261	7 216	5 733	1 483
2017	4,5	130981	101786	29 195	9 666	7 958	1 709
2018	4,4	154998	119941	35 057	10 236	8 080	2 156
2019	4,7	187673	146232	41 441	13 357	10 586	2 771

Kaynak: TÜİK, (2021b)

Grafik 5’te ise cari sağlık harcamaları ve sağlık yatırım harcamaları toplamından oluşan veriler kamu ve özel sektör paylarını yansıtmaktadır. 2000, 2009 ve 2019 yılları sonuçlarının karşılaştırıldığı grafikte kamusal harcamaların oldukça yüksek olan payı dikkat çekmektedir. Özel sektörün ise 2000 yılında sağlık için ayırdığı pay fazlayken, küresel kriz sonrası dönem olan 2009 yılında nispeten düşük kalmıştır. Ancak son yıllarda özel sektörün sağlık harcamalarında artışı devam ettiği, görülmektedir.



**Grafik 5. Toplam Sağlık Harcamalarında Kamu ve Özel Sektör Payı**



*Kaynak: TÜİK, (2021b)*

Özel sektörün sağlık harcamalarındaki payının kamuya nazaran düşük olmasındaki sebep, sektörün karlılığının düşük olmasıdır. Bu nedenle yatırımlar da düşük kalmaktadır. Diğer yandan maliyetlerin yüksek olması ve özel sektörün finansman

kapasitesinin sınırlı olması nedeniyle Türkiye’de sağlık harcamalarını kamu kesimi üstlenmiştir (Kabaklarlı, 2015: 91).

Sağlık harcamalarının önemli bir kısmı ilaç harcamalarına ayrılmaktadır. Türkiye’de ilaç sanayi bakımından AR-GE ile ilgili yerel üreticilerin faaliyetleri, genellikle formülasyonu bilinen ilaçların verimini ve etkinliğini yükseltmeye yöneliktir. 2000’lerin başlarında AR-GE faaliyetlerine ağırlık verilmesinin temel sebebi olarak neoliberal çerçevede ilerleyen sağlık politikalarının ilaç pazarını etkilemesi gösterilebilir. Ayrıca 2004 yılında gerçekleştirilen “referans fiyat kontrol sistemi” ile uluslararası anlamda değer ölçülebilmesi, arz sağlayıcılarına cazip gelmiş ve karlılığı yüksek olan sektöre yatırımlar artmaya başlamıştır. 2009 yılından itibaren küresel krizin olumsuz etkilerini engellemek ve cari dengeyi sağlamak amacıyla, bu sisteme bağlı olarak, nispeten daha uygun SGK ilaç alımlarına izin verilmiştir. Ayrıca sıkılaştırıcı politikalar gerçekleştirilmiştir. Ancak 2004-2009 arası dönemde, ilaçlarda nispeten yüksek olan tavan fiyatlar, kur farkının etkisiyle, ilaç üreticilerine oldukça yüksek kar sağlamıştır. Hükümet 2008 yılından itibaren AR-GE faaliyetlerini teşvik için, proje maliyetlerinin büyük bir kısmını karşılama kararı almıştır. Bunun yanı sıra, kamu, AR-GE çalışanları için sosyal güvenlik primi desteği, bu alana daha fazla kaynak sağlama ve gelir vergisinden muaf olma gibi desteklerde bulunmuştur (Eren, 2015: 149-150).

### **2.3. Onuncu ve On Birinci Kalkınma Planları**

Türkiye’nin Onuncu ve On Birinci Kalkınma Planlarında sağlık turizmi ile ilgili açıklamalara yer verilmiştir. Özellikle Onuncu Kalkınma Planında ayrı bir başlık altında detaylı şekilde bu alanın küresel pazarda yer aldığı vurgulanmıştır. Kalkınma planlarında sağlığın geliştirilmesine, sağlıktaki gelişmelere ilave olarak sağlık turizminin geliştirilmesine de değinilmiştir. Bu bağlamda Onuncu Kalkınma Planı’nda öne çıkan hususlar şu şekilde özetlenebilir (Kalkınma Bakanlığı, 2013: 182-183):

- Medikal (tıbbi) tedavi uygulama, termal kaynak imkanı, hastaların sağlığa kavuşması adına sunulan sağlık hizmeti, sağlık turizmine bir imkan olarak karşılık gelmektedir.
- Türkiye, söz konusu alanda yükselen bir pazar potansiyeline sahiptir. Bu kapsamda tıbbi ve termal turizm ile geriatri turizmi alanlarında rekabet gücüne sahiptir.
- Termal turizm kapsamında, sağlık tesislerinde yatak kapasitesini genişletmek, uluslararası hasta ağırlama kapasitesini arttırmak ve böylece sektörden 3 milyar dolar gelir sağlanmak hedeflenmiştir. Benzer şekilde, geriatri turizmi kapsamında, yatak

kapasitesini arttırarak, yabancı hastalar yoluyla 750 milyon dolar geliri ülke ekonomisine kazandırmak amaçlanmıştır.

- Tıbbi turizm kapsamında ise, dünyadaki destinasyon sıralamasında ilk beşe girmek ve hem uluslararası hasta sayısını hem de onlardan elde edilen geliri (5,6 milyar dolar) arttırmak hedeflenmiştir.
- Yatak kapasitesi, gelen turistlerin sayısı, elde edilen turizm geliri ve tıbbi turizm için Türkiye'nin dünyada öne çıkan ülkeler arasında sayılması ülkenin performansının göstergesi olarak kabul edilmektedir.
- Sağlık turizmine ilişkin kurumsal açıdan, hukuksal açıdan, alt yapı açısından iyileştirilmek esas amaç olmuştur. Bu perspektifte, hedef ülkeleri odağa alarak sağlık hizmeti ihracatı için eylem ve stratejinin hazırlanması amaçlanmıştır. Sağlık tesislerinin sağlık turizmi için kullanımının kolaylaştırılması düşünülmüştür.
- Sağlık hizmeti ihracatı için yeni modeller ile arazi temin edilmesi ve yatırım-planlamada teşviklerin sunulması hedeflenmektedir.
- Yeni mevzuatlar ile fiyat farklılaştırmasına olanak sağlaması amaçlanmıştır.
- Sağlık hizmeti ihracatında istihdam edilenlerin sayısını arttırmak ve kalitesini iyileştirmek düşünülmüştür. Ayrıca, sağlık kurum ve kuruluşlarının altyapı ve kalitesinin iyileştirilmesi amaçlanmıştır.
- Konaklama gibi hizmetlerin erişiminin kolaylaştırılması da hedeflenenler arasındadır.
- Kamu-özel sektör işbirliği ile hedeflenen yerlerde reklamların çoğaltılması amaçlanmıştır.
- "Sağlık Bakanlığı ve Kültür Turizm Bakanlığı"nın sağlık turizmi ile ilgili yükümlü olduğu belirlenmiştir.

Benzer şekilde sektörün gelişmesi için hedefler On Birinci Kalkınma Planı'nda da devam etmiştir. Bu perspektifte, sağlık turizmi endüstrisini büyütmek amacıyla, öncü ülkelerin alana ilişkin fiyatları ve kalite standartları hakkında araştırılması ve ulaşım imkanlarında kolaylık sağlanması sektöre faydalı olabilecektir. Daha verimli hizmet ve iyi kullanılan teknolojik yapı Türkiye'nin sağlık hizmeti ihracatını arttırabileceği vurgulanmıştır. Bununla birlikte sağlık hizmeti ihracatında yatırım ve pazarlama aktiviteleri ile turizm endüstrisini mevsimsellikten ziyade yılın tüm zamanlarında gerçekleşen bir sektör haline getirmek hedeflenmiştir. Onuncu Kalkınma Planında vurgulanan alt yapının geliştirilmesi On Birinci Kalkınma Planında da öne çıkmakta ve

bu bağlamda, sektörün kapasitesini arttırıp kalitesini yükseltmek amaçlanmıştır. Ayrıca hukuki sorumluluklara önem vermek, akredite hastane sayısını arttırmak, sektörün takibini planlı şekilde yapmak, ülkenin tanıtım faaliyetlerini arttırmak ve sağlık hizmetlerini güçlendirmek hedeflenmiştir. Bunun dışında “tıbbi turizm, termal turizm ve geriatri turizmi” hizmetlerini birlikte vermek düşünülmüştür. Böylece küresel pazarda Türkiye’nin sağlık hizmeti ihracatı açısından tanınır hale gelmesi amaçlanmıştır (Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019: 8, 11, 100, 148).

#### **2.4. Sağlık Hizmeti İhracatı ile İlgili Diğer Mevzuatlar**

Türkiye’de sağlık hizmeti ihracatı için Sağlık Bakanlığı, Ticaret Bakanlığı ve ilgili diğer resmi kurumlar birçok yayın yaparak, söz konusu alanın sağlam temellere oturtulmasını amaçlamıştır. Bu kapsamda, hem kendi vatandaşlarını hem de gelen uluslararası sağlık turistlerini mağdur etmemek maksadıyla prosedürler irdelenerek kamuya açık şekilde sunulmuştur. Bu başlık altında sağlık turizmiyle ilgili temel oluşturan ve öne çıkan resmi yayınlara yer verilmiştir.

Sağlık Bakanlığı’nca yayımlanan 2011/41 sayılı genelgeye göre iki grupta sağlık hizmeti verilecek yabancı hastalar belirlenmiştir: Sağlık turizmi çatısı altında yurtdışından Türkiye’ye gelen kişiler ve turizm maksadıyla gelip, tatil sırasında oluşan sorun için acil tıbbi müdahale alan kişilerdir. Bu kapsamdaki işlemlerin çerçevesi “Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Kapsamında Sunulacak Sağlık Hizmetleri” genelgesi ile çizilmiştir. Buna göre, kurum ve kuruluşlar her gün uygulanan işlerini gerektiği gibi yürütecek, yabancı hastalara sunulan sağlık hizmetlerini de ayrı şekilde planlayacaktır. Söz konusu alanda Bakanlık uygun görürse, en çok hasta ağırlayan şehirlerde “Yurtdışı Hasta İl Koordinasyon Merkezi” ve ayrıca, kalifiye, uzman sağlık sunucuları olan, gerekli tıbbi cihazı bulunan ve otelcilik hizmetleri bakımından iyi konumda olan sağlık tesislerinde “Yurtdışı Hasta Birimi” kurulabilecektir. Gerek görülmesi haline, uygun koşulları sağlayan sağlık tesislerine tanıtım için gerekli olan finansman il sağlık müdürlükleri tarafından karşılanabilecektir. “Yurtdışı Hasta Çağrı Merkezi” adı altında 7 gün 24 saat çalışmak kaydıyla yabancı hastalara hizmet birimi oluşturulacaktır. “Yurtdışı Hasta İl Koordinasyon Merkezi” veya “Yurtdışı Hasta Birimi” olmayan şehirlerde il sağlık müdürlüklerince “sağlık turizmi il temsilcileri” görevlendirilebilir ve uluslararası hastaların işlemleri bu şekilde yürütülebilecektir. Sağlık çıktıkları sonucunda ortaya çıkan tahsilatların bir aylık miktarının %10’u, il sağlık müdürlüklerine iletilir. Hesabın yapıldığı ayı izleyen ayın 10’u en geç tarih olarak dikkate alınır. 23.07.2013 tarihinde ilan edilen

“Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Kapsamında Sunulacak Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge” sağlık turizmi ile ilgili en önemli ve kapsamlı yönerge olarak kabul edilmektedir (Zengingönül, vd., 2012: 25-26). Bu kapsamda en dikkat çeken hususlar şu şekildedir (Sağlık Bakanlığı, 2013):

- Yabancı hastaları çekmek için yapılan tanıtımlar Sağlık Bakanlığı'nın izin verdiği çerçevede olması gerekmektedir.
- İnternet üzerinden yapılan tanıtımlar birkaç farklı dilde düzenlenmelidir. Bunlar içinde İngilizce olmak zorundadır.
- Yabancı hastaların rızasına ilişkin düzenlenen formlar İngilizce yanı sıra başka dillerde de düzenlenmelidir.
- Ülkedeki tüm yabancı hastalar Türkçe bilmesede dahi 112 acil veya 184 Sabim hatlarını arayıp ilgili bilgi edinme, şikayet gibi taleplerini arz edebileceklerdir.
- “Uluslararası Hasta Destek Hattı”, “Uluslararası Hasta Koordinasyon Merkezi”, “Uluslararası Hasta Koordinasyon Birimi”, “Uluslararası Hasta Birimi”, “İl Sağlık Turizmi Birimi” kapsamında yabancı dil bilen yeterli ve tecrübeli istihdam sağlanmalıdır.
- “İl Sağlık Turizmi” 112 acil hizmetleri ile birlikte hareket etmektedir.
- Sağlık hizmeti ihracatı yapacak olan hastaneler, kendi birimlerinde ihtiyaç olan teknik donanımları hazırlamaktadırlar.

Ayrıca, Sağlık Bakanlığı 13.07.2017 tarihinde yayınladığı “Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik” adı altındaki yönetmelikte şunlara vurgu yapmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2017: 1-4):

- Aracı kuruluşlar (hasta yakınının ihtiyaçları, konaklama, ulaşım gibi konularla ilgilenen acenteler) ve sağlık hizmeti ihraç eden sağlık tesisleri (hastaneler gibi) Bakanlık tarafından yetkilendirilmişse bu hizmeti verebilmektedir. Yabancı hastalar aracı kuruluşlarla veya şahsen başvurabilirler. Şayet aracı kuruluş ile hizmete başvurulursa protokol imzalanır. Ayrıca tanıtım faaliyetlerini sadece yetkilendirilmiş kuruluşlar yapabilecektir.
- Yabancı hastanın sağlık tesisine girişinden ayrılışına kadar olan süreç ve ihtiyaçlar ile sağlık tesisi ilgilenmektedir. Bu hususta gerekli görülmesi halinde ilgili kuruluşlarla sözleşme imzalanabilecektir.
- Yabancı hastaların kaydı, bakanlık tarafından kurulan internet sitesine (“kişisel verilerin korunması kanununa göre”) yapılmaktadır.

- Yurtdışında ikamet eden ve sigortası bulunmayan Türklerin dışındaki yabancı hastalardan alınan, kamusal acil hizmet ve ambulans hizmeti bedeli, sağlık turisti ile ilk ilgilenen müdürlüğe aktarılır.
- Yabancı hastaların acil sağlık hizmeti talepleri zaman kaybetmeden karşılanmaktadır. Müdahale bittikten sonra hizmetin karşılığı tahsil edilir.
- Bedeli uluslararası hastalardan karşılanan, sağlık hizmeti alımında kullanılan tıbbi malzemelerin, laboratuvar tahlil işlemlerinin, ilaçların, röntgen filmleri sonuçlarının, dışarıdan satın alınan tıbbi ihtiyaçların, konaklama ve tercümanlık giderlerinin ayrıntılı listesi hastaların talep etmesi üzerine kendilerine verilmektedir.

Sağlık Bakanlığı, sağlık tesislerine sağlık hizmeti ihraç edebilmesi için verilen yetki belgesini prosedürlerle belirlemiştir. Bakanlıkça kabul edilmesi halinde belge verilebilmekte ve sürekli denetim yapılmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2017: 3). Bu doğrultuda, Sağlık Bakanlığı tarafından söz konusu alan için yetkilendirilen sağlık tesisleri ve aracı kurumlar 03.08.2021 tarihinde güncellenmiştir. Bu kapsamda, “kamu hastanesi, kamu üniversitesi hastanesi, kamu ağız ve diş sağlığı merkezi, özel hastane, özel ağız ve diş sağlığı polikliniği, özel laboratuvar, özel fizik tedavi ve rehabilitasyon hastanesi, özel tıp merkezi, özel poliklinik, özel kadın sağlığı ve üreme merkezi, özel genetik hastalıklar tanı merkezi, özel evde bakım merkezi, özel diyaliz merkezi, muayenehane, konaklamalı fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi, vakıf üniversitesi hastanesi” türlerini içeren toplam 1297 tane sağlık tesisi türü mevcuttur. Bunların, 168 tanesi kamuya ait olup diğerleri özel statüdedir. Ayrıca çoğu seyahat acentesi olmak üzere 234 tane yetkilendirilmiş aracı kuruluş bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2021d).

Türkiye’de Sağlık Bakanlığı dışında diğer bakanlıklar da gerekli düzenlemelerde yer almaktadır. T.C. Ekonomi Bakanlığı teşvik amacıyla, doğacak pazar araştırması, ilgili mevzuatlar, bilişim faaliyetleri ve yabancı firma alımlarına ilişkin danışmanlık hizmet giderlerini büyük oranda karşılamaktadır (Space Group, 2020).

T.C. Sağlık Bakanlığı’nın uluslararası sağlık hizmeti alanında 04/02/2019 tarihinde faaliyete geçirdiği Uluslararası Sağlık Hizmetleri A.Ş. (USHAŞ), sağlık turizmi çatısı altında 2023 yılı için hedeflenen başlıca stratejileri şu şekilde belirtmiştir (USHAŞ, 2019):

- Sağlık turizmi için hedeflenen ülkelere yönelik tanıtımın yapılması,
- Yönlendirilme ve rezervasyon işlemlerinin internet üzerinden profesyonel şekilde yürütülmesi için ortam hazırlanması,

- Sağlık turizmine yönelik tüm hizmetlerin gözden geçirilmesi,
- Sağlık turizmi işbirliği için şubelerin, sağlık tesislerinin ve “ileri tanı merkezlerinin” hedeflenen ülkelerde faaliyete geçmesi,
- Kamu sağlık tesislerinin tanıtımı yapılarak, aracılık şemasının uygulanması,
- Hem yurtdışı kamu kurumları hem de sigorta kurumları ile anlaşmaların gerçekleştirilmesi,
- Yabancı hastalara ve refakatçilere yönelik “sağlık vizesine” erişimin daha kolay olması ve bunu kullanımın artması,
- Termal turizmi sunan tesislerin sayısını çoğaltma ve “yaşlı bakım köyleri, kür merkezleri” oluşturulması hedeflenmiştir.
- Ayrıca USHAŞ’nin görevi; sağlık hizmeti ihracatına yönelik kuruluşları yetkilendirme, kontrol etme, yönlendirme, kayıtları tutma, olası şikâyet ve istatistiki verileri toplamadır.

Devletin uluslararası sağlık hizmeti sunumu gerçekleştirdiği pazarlar, 2012 yılında yayınladığı kapsamlı raporda belirtilmiştir. Söz konusu dönemde hedef bölge olarak “Avrupa, Afrika, Orta Asya, Rusya ve Orta Doğu” gösterilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2012: 433). 2019 yılında da USHAŞ tarafında hedeflenen pazarlar açıklanmıştır; “İngiltere, Almanya, Bosna Hersek, Bulgaristan, Sırbistan, Kosova, Romanya, Rusya, Ukrayna, Azerbaycan, Gürcistan, Kazakistan, Kırgızistan, Türkmenistan, Özbekistan, Afganistan, Pakistan, Irak, Katar, Kuveyt, Bahreyn, Cezayir, Fas, Cibuti, Somali, Sudan, Senegal, Moritanya ve Nijerya’dır.” (USHAŞ, 2019).

Türkiye sağlık hizmeti ihracatı pazarını genişletmeyi hedeflerken, bunu GATS’ın modlarını kullanarak uygulamaktadır (TİM, 2018: 9).

## **2.5. Türkiye’de Sağlık Hizmeti İhracatının Uygulamaları**

Türkiye’de sağlık hizmeti sunumundan faydalanan uluslararası hasta sayısı sürekli artmaktadır. Özellikle 2010 yılından bu yana artışın ivme kazandığı bilinmektedir. 2012 yılından itibaren yabancı hastaların kayıtları ve istatistiki bilgileri “Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı” tarafından tutulmaya başlanmıştır. Bu tarihe kadar sağlık hizmeti ihracatı kapsamında Türkiye’de profesyonel manada veriler bulunmamaktadır (Temizkan, 2015: 84). Günümüzde Türkiye’ye ait sağlık sektörü ile ilgili kayıtlar Sağlık Bakanlığı, USHAŞ ve TÜİK üzerinden sunulmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2021a; USHAŞ, 2021; TÜİK, 2021d).

Türkiye, hangi sağlık hizmetinde nispeten başarılı ise bunu ihraç etmesi ve hangi sağlık hizmetinde alt-üst yapı imkanlarında elverişlilik sağladı ise onda maliyet etkililik analizi yardımıyla analiz etmesi, ülkeye yararlı olacaktır (Akdu, 2009: 82).

Tablo 13'te Türkiye'ye gelen uluslararası hastaların en çok talep ettiği sağlık hizmetleri ve bir yıldaki değişimi detaylı olarak vermiştir. Bu bakımdan hem sağlık hizmeti çeşidinin hem de sunulan sağlık hizmeti miktarının arttığı görülmektedir.

**Tablo 13. Sağlık Turistlerinin En Çok Talep Ettiği Sağlık Hizmetleri (2011-2012)**

	2011		2012
Göz hastalıkları	9259	Göz hastalıkları	20822
Onkoloji	8616	İç hastalıkları	16979
Ortopedi ve travmatoloji	6390	Ortopedi ve travmatoloji	17498
Kardiyoloji	3894	Kulak burun boğaz	14300
Beyin ve sinir cerrahisi	2225	Beyin ve sinir cerrahisi	6713
Plastik cerrahi	1673	Kadın hastalıkları ve doğum	14291
Diş	1447	Genel cerrahi	10266
Diğer	23799	Diş	9908
		Deri ve zührevi hastalık	6545
		Çocuk sağlığı hastalıkları	6003
		Diğer	46137

*Kaynak: Temizkan, (2015: 86)*

Tablo 14'te Türkiye'nin sağlık hizmeti ihraç ettiği ülkeler yer almaktadır. Sağlık hizmeti almak için Almanya'dan gelen turistlerin ağırlıklı olduğu görülmektedir. Söz konusu kişileri çoğunlukla Almanya'da yaşayan Türkler oluşturmaktadır. Tablo 14'te genel olarak, gelen uluslararası hastalarının sayısının arttığı görülmektedir. Bununla birlikte 2011 ve 2012 yıllarında Türkiye'den sağlık hizmeti ithal eden ülkelerin günümüzde de benzer ülkeler olduğu bilinmektedir. USHAŞ tarafından 2020 yılında yapılan açıklamaya göre; Türkiye'de 2018 yılında, 2019 yılında ve 2020 yılında sağlık turizmi ve turistiğin sağlığı dahilinde sırasıyla; 551.748, 662.087, 388.150 (2020 yılında koronavirus hastalığı (COVID-19) nedeniyle bu rakam önceki yıllara göre daha azdır. Grafik 6'da da görülmektedir) hasta sağlık hizmeti almıştır. Uluslararası hastaların geldikleri ilk üç ülke 2018 için; Azerbaycan, Irak ve Almanya; 2019 için, Irak Azerbaycan



ve Türkmenistan'dır. Söz konusu hastalardan elde edilen gelir (sağlık-tıbbi sebeplerle gelen yabancılardan ve ikameti yurtdışında olan Türk vatandaşlardan sağlanan gelir) turizm geliri olup 2018 yılında 1 milyar 110 milyon 843 bin \$, 2019 yılında 1 milyar 65 milyon 105 bin \$ ve 2020'de ise 196 milyon 734 bin \$ değerindedir. 2018 yılında yabancı hastaların seçtikleri şehirler sırasıyla, İstanbul, Ankara, Antalya, İzmir, Erzurum ve Yalova olarak öne çıkmıştır (USHAŞ, 2021).

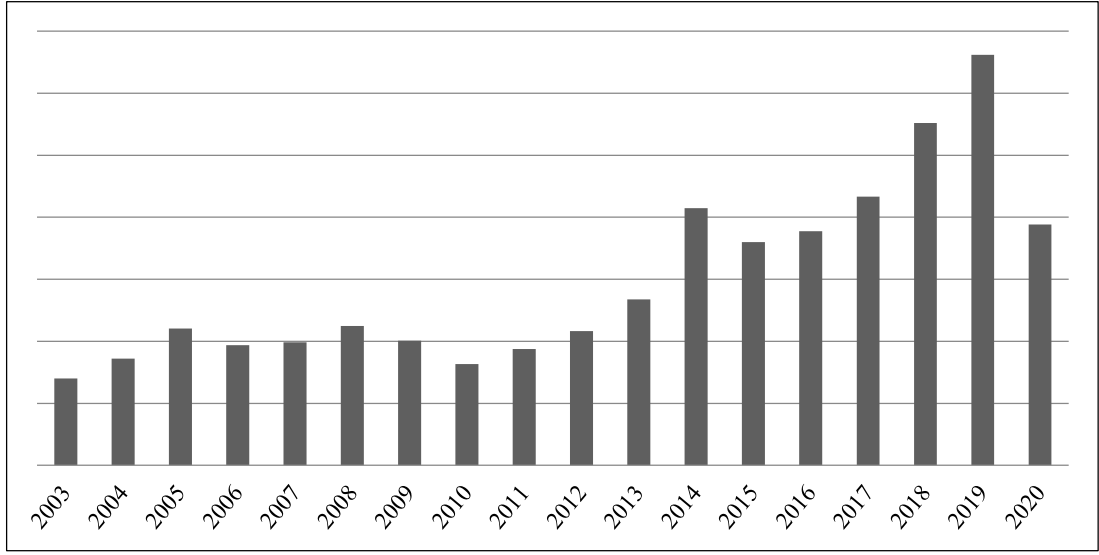
**Tablo 14. Türkiye'yi Tercih Eden Sağlık Turistlerinin Ülkesi (İlk 10 Ülke)**

	2011		2012
Almanya	5787	Libya	36534
Bulgaristan	5277	Almanya	21084
Irak	4042	Irak	15738
Romanya	3654	Azerbaycan	10888
Libya	3568	Rusya	8281
Azerbaycan	3106	İngiltere	6183
İngiltere	2541	Hollanda	5525
Hollanda	2475	Romanya	5089
Rusya	1292	Bulgaristan	4799
ABD	1171	Norveç	4388

*Kaynak: Temizkan, (2015: 87)*

Grafik 6 sağlık ve tıbbi hizmet almak amacıyla Türkiye'yi tercih edip, Magablih'in sağlık hizmeti talep eden sağlık turisti tanımına göre (Bkz.:51) bir yıldan daha az süre kalıp ülkesine geri dönen turistleri kapsamaktadır. Söz konusu rakamlarda 2008 krizi sonrasında nispeten yavaşlama olsa da son yıllarda rakamlar artış göstermektedir. 2010-2014 yılları arasında hızlı bir yükselme gerçekleşmiştir. 2015 yılında Türkiye'nin jeopolitik konumu gereği yaşanan sorunlar nedeniyle turist sayısında azalma meydana gelmiştir. Bu dönem sağlık turistleri sayısında da bir düşüşe yol açmıştır. Ancak 2015 yılından sonra söz konusu rakamların arttığı ve bu artışın 2019 yılına kadar ivme kazandığı görülmektedir. 2020 yılında ise COVID-19 pandemisi etkisiyle uluslararası hasta sayısında düşüş yaşanmıştır.

**Grafik 6. Türkiye'ye Gelen Sağlık Turisti Sayısı (2003-2020)**



*Kaynak: TÜİK, (2021c)*

Sağlık Bakanlığı Türkiye'den sağlık hizmeti almak için gelenlerin sayısını 2023 hedefi olarak yıl yıl planlamıştır. Buna göre, 2023 yılında 2 milyon yabancı hastanın Türkiye'ye gelmesi amaçlanmaktadır. Tablo 15 bu hedefleri detaylı olarak göstermektedir.

**Tablo 15. Türkiye'de Uluslararası Hasta Sayısında 2023 Hedefi**

Yıl	Sağlık Turisti Sayısı
2014	400.000
2015	500.000
2016	600.000
2017	700.000
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, (2021: 6)*

Dünya genelinde sağlık hizmetlerinin güvenlik ve kalitesine dair kalite standardını belirleyen, Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) kurumuna bağlı Joint Commission International (JCI) birimi akreditasyon hizmeti sunmaktadır. Bu kapsamda Türkiye’de 32 akredite sağlık kuruluşu bulunmaktadır. Bu sağlık tesislerinin çoğu İstanbul’dadır (JCI, 2021).

Bir önceki başlıkta sağlık turizmi için Sağlık Bakanlığı’nın yetkilendirdiği sağlık tesisleri ile ilgili bilgi bulunmaktadır. TİM tarafından 2017 ve 2018 yıllarında birer rapor sunulmuş ve burada farklı alanlarda hizmet ihracatı yapan ilk 500 firmaya yer verilmiştir. Bu kapsamda 15 tane sağlık hizmeti ihraç eden tesis bulunmaktadır. Tablo 16 söz konusu firmaları vermektedir. İlk sıralama sağlık hizmetleri sunucularını kendi içinde sıralamıştır. İkinci sıralama ise seyahat hizmetleri, telekomünikasyon ve bilişim hizmetleri, taşımacılık hizmetleri gibi diğer hizmet ticareti yapılan sektörlerin de içinde bulunduğu 500 firmaya göre söz konusu sağlık sunucularının sıralamasını vermektedir (TİM, 2018: 226). Birinci sırada yer alan Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticareti A.Ş. Türkiye’de hizmet sektöründe 22. sırada yerini almıştır. Ağırladığı hasta sayısı bakımından ikinci sıradaki Mlp Sağlık Hizmetleri A.Ş.’ye göre nispeten az hastaya hizmet veren Acıbadem, sağladığı gelir dolayısıyla ilk sıradadır (Tablo 16 ve Tablo 17 birlikte değerlendirilmiştir). Bu iki sağlık tesisinin yıllık olarak ağırladıkları hasta sayılarının oldukça yüksek olduğu görülmektedir. Tablo 16 incelendiğinde Dünya Göz Hastanesi San. ve Tic. A.Ş.’yi tercih eden hastaların sayısının da oldukça yüksek olduğu ve söz konusu hastanenin, Mlp Sağlık Hizmetleri A.Ş.’ye yakın sayıda hasta ağırladığı gözlenmektedir. Ancak göz ile ilgili tıbbi müdahalelerin fiyatının nispeten uygun oluşu, söz konusu hastaneyi hizmet ihracatçıları içinde 347. sıraya koymuştur. Buldukları şehir açısından ise sağlık tesislerinin çoğunun İstanbul’da, daha sonra Ankara’da yer aldığı görülmektedir.

**Tablo 16. Sağlık Hizmeti İhraç Eden Sağlık Tesisleri (2017)**

Sağlık Hizmetleri Sektörü Sıralaması	Tüm Sektörleri İçindeki Sıralama	Firma Adı	Şehir	Hizmet Verilen Yabancı Hasta Sayısı
1	22	Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret A.Ş.	İstanbul	30299
2	50	Mlp Sağlık Hizmetleri A.Ş. (Medical Park)	İstanbul	52493
3	83	Moment Eğitim Araştırma Sağlık Hizmetleri ve Ticaret A.Ş. (Koç Healthcare)	İstanbul	18307
4	100	Anadolu Eğitim ve Sosyal Yardım Vakfı Sağlık Tesisleri İktisadi İşletmesi	İstanbul	4317
5	132	Florence Nightingale Hastaneleri Holding A.Ş.	İstanbul	7581
6	144	Bahçeci Sağlık Hizmetleri A.Ş.	İstanbul	7600
7	165	Emsey Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Turizm Otelcilik Ticaret A.Ş.	İstanbul	4200
8	188	Antalya Yaşam Hastaneleri Özel Sağlık Hizmetleri A.Ş.	Antalya	26420
9	304	Sentez Sağlık Hizmetleri A.Ş.	İzmir	2076
10	314	Kanimed Sağlık Çözümleri A.Ş.	Ankara	3750
11	347	Dünya Göz Hastanesi Sanayi ve Ticaret A.Ş.	İstanbul	52463
12	365	Lokman Hekim Engürüsağ Sağlık Turizm Eğitim Hizmetleri ve İnşaat Taahhüt A.Ş.	Ankara	3739
13	374	Urlu Sağlık Hizmetleri ve Ticaret A.Ş.	İstanbul	10694
14	421	Metropark Özel Sağlık Hizmetleri A.Ş.	Adana	767
15	438	Tanfer Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri A.Ş.	İstanbul	256

*Kaynak: TİM, (2018: 226)*

Tablo 17’de TİM’in 2017 ve 2018 yıllarındaki her iki raporunda da yer alan sağlık hizmeti ihracatçısı firmaların sağladığı döviz geliri yer almaktadır. Buna göre en büyük katkıyı sağlayan Acıbadem Sağlık Hiz. ve Tic. A.Ş. bir yılda ortalama bir buçuk kat kadar fazla döviz girişine yol açmıştır. Benzer şekilde Mlp Sağlık Hiz. A.Ş. 2016 yılından 2017

yılına göre daha fazla gelir sağlamıştır. Tablo 17’de yer alan 9 sağlık hizmeti sunan firmanın, Antalya Yaşam Hastaneleri Özel Sağlık Hiz. A.Ş. hariç, hepsinin de elde ettiği döviz geliri bir önceki yıla göre artış göstermiştir.

**Tablo 17. Sağlık Hizmetinin 2016-2017 İhracat Rakamları**

<b>Firma Adı</b>	<b>Hizmet İhracatı (\$) (2016)</b>	<b>Hizmet İhracatı (\$) (2017)</b>
Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret A.Ş.	128.997.354	221.700.000
Mlp Sağlık Hizmetleri A.Ş. (Medical Park)	32.181.138	55.471.675
Anadolu Eğitim ve Sosyal Yardım Vakfı Sağlık Tesisleri İktisadi İşletmesi	18.606.235	22.407.025
Bahçeci Sağlık Hizmetleri A.Ş.	11.082.064	11.846.895
Emsey Sağlık Hizmetleri ve İşletmeleri Turizm Otelcilik Ticaret A.Ş.	6.321.152	9.314.645
Antalya Yaşam Hastaneleri Özel Sağlık Hizmetleri A.Ş.	6.984.257	6.911.871
Sentez Sağlık Hizmetleri A.Ş.	1.638.408	2.732.300
Urlu Sağlık Hizmetleri ve Ticaret A.Ş.	980.334	1.523.866
Metropark Özel Sağlık Hizmetleri A.Ş.	682.266	796.510

*Kaynak: TİM, (2017: 45-82); TİM, (2018: 227)*

### **2.5.1. Sağlık Hizmeti İhracatı Açısından Türkiye'nin Avantajları**

Küreselleşen dünyada sağlık hizmetinin dış ticarete açılması, ülkelerin kendi rekabet avantaj ve dezavantajlarını belirlemelerini gerektirmiştir. Bu bağlamda, Türkiye'nin sağlık hizmeti ihracatı alanındaki rekabet avantajları şu şekilde sıralanabilir (Turancı, 2019: 49; Sevim, 2019: 117-118; Öztürk ve Bayat, 2011: 150; Altın, vd., 2012: 1007):

- Hastanelerde (sağlık tesislerinde) altyapı ve üstyapının kaliteli oluşu,
- Sağlık sunucularının tecrübelerinin Avrupa'daki sağlık personellerine denk olması,
- Tıptaki uygulamaların ileri seviyede olması,
- Cerrahi müdahalelerin yanı sıra rehabilitasyon merkezlerinde sağlık hizmeti sunumu,
- Sağlık ile ilgili yeni fakülte ve bölümlerin oluşturulması,

- Gelişmiş ülkelerde ileri yaş nüfus yoğunluğu ve söz konusu ülkelerde sağlık harcamalarının devamlı yükselmesi,
- Hizmet sunumu açısından maliyetlerin az olması,
- Uluslararası anlamda nispi fiyat avantajına sahip olması,
- Önemli bir turizm destinasyonu olması ve zengin doğa kapasitesinin ve tarihi kapasitenin bulunması,
- İklim açısından uygunluk; denizlere, kumsallara, termal sulara, yaylalara, ormanlara ve ulaşım imkanına sahip olması,
- Avrupa ve Ortadoğu'ya yakınlık,
- Coğrafi konum gereği bazı ülkelerle olan kültürel yakınlık,
- Misafirperverlik açısından tanınmış olması,
- Yurtdışında ikamet eden beş milyona yakın Türk vatandaşının sağlık hizmeti için Türkiye'yi tercih etmesidir.

### ***2.5.2. Sağlık Hizmeti İhracatı Açısından Türkiye'nin Dezavantajları***

Sağlık hizmeti ihracatı için Türkiye'nin rekabet avantajlarının yanı sıra dezavantajları da bulunmaktadır. Bu bağlamda Türkiye'nin sağlık hizmeti ihracatındaki rekabet dezavantajları şöyledir (Sevim, 2019:118; Omay ve Cengiz, 2013: 429):

- Sağlık hizmeti ihracatını destekleyen kuruluş sayısının az olması,
- Sektör ile bağlantılı olan diğer sektörlerin tamamlayıcı ve destekleyici olması açısından, birbirleri ile koordine içinde olamamaları,
- Yönetim açısından bütüncül devlet politikasındaki yetersizlik,
- Siyasi istikrarsızlık nedeniyle oluşan olumsuz etkiler,
- Hizmet kayıtlarının ve hareketliliğin bir bütün içinde düzenlenememesi ve sistemsel eksiklik nedeniyle veri paylaşımının tam olamaması,
- Sağlık hizmeti ihracatı için üretime çok fazla odaklanıp, pazarlamayı geri planda bırakmak ve bundan kaynaklanan tanınma eksikliği,
- Sektörün odak noktasının "sağlık turistinden" ziyade "turistin sağlığı" olması,
- Sağlık sunucularının yabancı dil seviyelerinin düşük olması,
- Yetersiz sayıda, yabancı sigorta firmaları ile anlaşma,
- Kalifiye sağlık personelinin nüfusa göre düşük sayıda olması,
- Tıp uzmanlarının beyin göçü,

- Akredite sağlık kurumu sayısının nispeten az olması,
- Coğrafi açıdan rekabet ortamında bulunması dezavantajlar arasında sayılabilmektedir.

### **3. TÜRKİYE’NİN RAKİBİ OLAN ÜLKELERİN SAĞLIK HİZMETİ İHRACATI**

Günümüzde sağlık hizmeti ihracatında Asya kıtası ön plana çıkmaktadır. Tarihi çok eskilere dayansa dahi ekonomik katkı sağlayan bir sektör olarak tanımlanması ilk kez söz konusu bölgede gerçekleşmiştir. Asya kıtasının sağlık hizmeti ihracatına yönelmesi “yeni küresel dünyanın beklenmedik çocuğu” şeklinde ifade edilmiştir. Bunun yanı sıra, bölgedeki terörizm ve Asya krizi nedeniyle yaşanan ekonomik gerileme alanın gelişmesinde etkili olmuştur (Connell, 2006: 1094).

Sektör dünyada, önceleri geleneksel şekilde Güney’den Kuzeye (Kuzey Amerika ve Avrupa) doğru hareketlerle gerçekleşmekteydi. Güneyli hastalar, kendi ülkelerinde nitelikli personelin ve verimli sağlık hizmetinin bulunmamasından dolayı, gelişmiş ülkelere tedavi almak için seyahat etmekteydi. Ancak zamanla bu durum tersine dönerek, Kuzey’den Güney’e hasta hareketi olarak gerçekleşmiştir. Bunun sebebi, gelişmekte olan ülkelere zamanla eğitim seviyelerindeki yükselme, tedavi protokollerinin standardizasyonu, sağlık hizmeti ithal eden hastaların ücretinin kendi ülkesindeki sigortalar tarafından finanse edilmesinin kolaylaşması ve dünya pazarında tıbbi ekipmanların olmasıdır. Ayrıca gelişmekte olan ülkelerdeki hizmetlerin kalitesinin yükselmesi, gelişmiş ülkelerdeki sağlık hizmeti talebinin düşmesine yol açmıştır. Tüm bu nedenlerden ötürü sağlık hizmetlerinin pek çok ülke için küreselleştiği gözlenmektedir. Bu durum Güney ülkelerini özellikle Afrika ülkelerini daha iyi hastane ekipmanları kullanmaya ve modernize olmaya itmiştir. Diğer yandan Afrika’nın birçok ülkesindeki sağlık çalışanları, gelişmiş ülkelerdeki meslektaşları kadar nitelikli seviyeye ulaşmışlardır. Bu bağlamda Güney’den birçok uzman doktor OECD ülkelerinde çalışmaya başlamıştır. Sağlık hizmeti ihracatı her ülke için halk sağlığı göstergelerindeki iyileşmeyle paralel olarak hareket etmemektedir. Ancak Güney’deki bazı ülkelerin halk sağlığı sistemlerinin iyileşmesinden dolayı sağlık hizmetleri ithalatı azalmıştır. Bazı ülkelerin ise, medikal turizme girmesini ve net sağlık hizmetleri ihracatçısı olmasını sağlamıştır (Sakala, Kolster ve Fundani, 2013: 3).

Avrupa ise sağlık hizmeti ithalatını teşvik etmektedir. Çünkü, Avrupa’da bütçeden sağlık için yapılan harcamalar her geçen gün artmakta ve özel sigortaların kar etme oranları azalmaktadır. Ayrıca tedavilerin bazılarını sigorta karşılamamaktadır. Bu nedenle sağlık alanı için yapılacak yatırımların başka alanlara kaydırılması planlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2020).

Her bir ülkenin sağlık hizmetini ihraç etmek için kendine has nedenleri bulunmaktadır. İlk neden olarak ekonomik amaç karşımıza çıkmaktadır. Bu doğrultuda ülkeler kendi avantajlarını fırsata çevirip ve sektörde rekabet gücü elde edip dünya pazarına sunmuştur. Dünyadaki örnekleri ise şu şekildedir; “Tayland, Singapur, Kosta Rika ve Kıbrıs Rum Kesimi turizme dayalı bir ekonomileri olduğu için; Ürdün, Malezya, Brezilya ve İran hem coğrafi hem politik anlamda avantajlı olduğu için; ABD, Güney Kore, Almanya kaliteli ve donanımlı sağlık hizmetlerine sahip olduğu için; Hindistan Tıp, Macaristan Termal, İspanya Yaşlı Turizmi ile geleneksel politikalarını devam ettirdikleri için; Malezya, Ürdün, Brezilya, Hindistan ve Malta hem yurtdışında tıp eğitimi almış uzman doktor sayıları hem de yabancı sermaye girişi fazla olduğu için; Türkiye, İsrail ve Malezya ise coğrafi konum, sağlık hizmetindeki teknolojik ilerleme, sağlık hizmetinin sunumundaki etkinlik, turizm açısından cazibe merkezi olma ve maliyet avantajı açısından iyi olduğu için” sağlık hizmeti ihraç etmektedir (Tontuş, 2017: 5). Diğer yandan sağlık hizmeti ihracatını turizmle birleştirerek “medikal turizm gezileri” düzenlenmektedir. Bu anlamda Türkiye’de “Medikal Turizm Kurumu” ve Güney Afrika’da “Surgeon and Safari” gibi web seyahat acenteleri ve tur operatörlerinin sayısı gittikçe artmaktadır (Hallem ve Barth, 2011: 122).

Görüldüğü üzere, sağlık hizmeti ihraç eden ülkeler her geçen gün artmaktadır. Bu tez çalışmasında Türkiye’nin rakibi olan sağlık hizmeti ihracatı ülkelerine değinilmiştir.

### **3.1. Tayland**

Tayland’da sağlık hizmeti ihracatı 1997’deki Asya mali krizinden çıkış yolu olarak gelişme göstermiştir. Kriz etkisiyle yerel sağlık hizmeti pazarlarının daralması, özel hastaneleri yurt dışındaki pazarlara açılmaya yöneltmiştir. Böylece tıbbi hizmetlerin özelleştirilmesi yoluyla sağlık hizmeti ihracatı doğmuştur.

İlerlemiş sağlık hizmetini ve doğal tedavi (bitkisel tedaviler) yöntemlerini değerlendiren Tayland, 2003 yılında “Ulusal Sağlık Stratejisi”ni geliştirmek için resmi komite ve çalışma kurulu oluşturarak, beş yıllık bir plan düzenlemiştir. Böylece ülke, bölgesinde sağlık ve zindelik merkezi olma yolunda önemli bir gelişme göstermiştir.



Tayland'da diaspora vatandaşlarının, komşu ülkelerdeki hastaların ve diğer yabancı hastaların sayısı hızla artmaktadır (Sunanta, 2014: 15).

Tayland sağlık hizmeti ihracatında diğer Asya Kıtası ülkeleri ile karşılaştırıldığında bölgede merkez haline gelmiştir. Modern tıbbi hizmetler, rehabilitasyon ve gençleştirme bakım hizmetleri uluslararası hastalar için paket olarak sunulabilmektedir. Ayrıca ülkenin turizm potansiyeli yabancı hastaları daha fazla ülkeye çekmektedir. Ülke ekonomisine büyük oranda katkı sağlayan sektör, hızla ilerlemektedir. Ancak internet teknolojisi kullanımının az olması Tayland açısından dezavantaj olarak görülmektedir. Bu durum tanıtım, pazarlama, e-ticaret işlemleri ve teletıp faaliyetlerinin yeteri kadar yerine getirilmediğini göstermektedir (Phatthana ve Mat, 2011: 196).

Tayland'da ağırlıklı olarak kalp ameliyatları, çeşitli diş tedavileri ve nakil işlemleri gerçekleştirilmektedir. Tanınmışlık Tayland için yeni fırsatlar yeni talepler anlamına gelmektedir. Özellikle Asya'daki komşu ülkelere ve Orta Doğu pazarına yönelik sağlık hizmeti ihracatını arttırmayı hedeflemektedir (Connell, 2010: 63).

Tayland'daki Bumrungrad Hastanesi'nin tanınırlığı, dünyanın her yerinden gelebilecek nispeten varlıklı hastalara hitap etmesinden kaynaklanmaktadır. Bu yönüyle, bir hastaneden ziyade hem otel hem alışveriş merkezi gibi tanıtılmaktadır. Söz konusu tesisler hakkında, "Batı'daki gibi veya onlardan daha yüksek kalitede hizmete sahip" şeklinde tanıtımlar yapılmaktadır. Tesislerin güvenilirliği ve tercih edilmesine ilişkin uluslararası hasta ile ilgili sonuçların açık ve doğru şekilde belirtilmesi daha etkili olabilecektir (Snyder ve Crooks, 2012: 3). Diğer yandan ülke genelinde JCI akredite olan hastane sayısı 61'dir. Bu rakam ile Tayland, dünyada dördüncü sırada yer almaktadır (JCI, 2021).

### **3.2. Hindistan**

Hindistan'ın serbest ekonomiye yönelmesinden sonra, sağlık hizmeti ihraç etmeye başlamasının önünü açan gelişmeler olmuştur. Eski İngiliz sömürgesi olan Hindistan, bu konuda hala izler taşımakta ve söz konusu durum sağlık hizmeti ihracatına da yansımaktadır. İngiltere'nin önde gelen kuruluşlarından "Ulusal Sağlık Hizmeti Kuruluşu (NHS)", yer yer eleştirilere maruz kalmıştır. Örneğin, ölüm oranlarının artması ya da gelir seviyesine bakılmaksızın tüm vatandaşlarına geniş bir sağlık hizmeti sunmaları sağlık hizmeti alımında zorluklara sebep olabilmektedir. Yaşanan bu durumlar Hindistan gibi ülkelerin lehine olmuştur. Bu bağlamda Hindistan sağlık sistemlerini kademeli şekilde

yapılandırmaya ve GSYH'den büyük bir payı bu alana ayırmaya başlamıştır (The Economist, 2013).

Hindistan Asya kıtasında önemli sağlık hizmeti destinasyonudur. Zengin kültürel ve doğal güzelliğinin bulunması, dünya standartlarında sağlık hizmeti sunumu, kaliteli sağlık personellerinin oluşu, iyi seviyede yabancı dil (İngilizce) bilen doktorların olması, altyapının gelişmiş olması ve fiyat avantajına sahip olması ülkeyi sağlık turizmi bakımından cazibe merkezi haline getirmektedir. Bununla birlikte Hindistan neredeyse tüm tıp tedavilerinde birinci sınıf hizmet vermektedir. Kardiyoloji, kardiyotorasik cerrahi, eklem replasmanı, ortopedik cerrahi, diş tedavileri, çocuk cerrahisi, pediatri, psikiyatri, gastroenteroloji, oftalmoloji, organ nakli, üroloji, genel tıp ve genel cerrahi bunlardan birkaçıdır. Orta Doğu ve Afrika ülkelerinden çok fazla uluslararası hasta Hindistan'ı tercih etmektedir (Kaur, vd., 2007: 415-416).

Hindistan'da tıp, diş hekimliği ve hemşirelik alanları için uygulamalar, kurallar ve düzenlemeler merkezi ve eyalet düzeylerinde standartların tescili ile oluşturulmuştur. Başka bir ifadeyle, sağlık hizmetinin ihraç edilmesinde önem arz eden tıp uzmanlarının sertifikalandırılması, dünyada bu konuda eksiklikler devam etmesine rağmen, sınır ötesi ilişkilerde bir kriter olarak görülmektedir (Chanda, 2011: 5).

Dünyada maliyet etkinlik açısından en avantajlı olan ve en hızlı ilerleme kateden sağlık turizmi ülkesi Hindistan, 1997 yılındaki Asya Krizinden çıkış yolu olarak alternatifler geliştirmiştir. Uluslararası hastalara yüksek teknoloji hizmetini oldukça düşük maliyet ile sunmaktadır. Sağlık kurumlarının ilerlemesi ile Hindistan, "Afganistan, Bangladeş, Maldivler, Pakistan ve Birleşik Arap Emirlikleri" için sağlık hizmeti ithalat pazarı konumundadır. Bu konuda devletin katkısı oldukça fazladır. Hindistan Turizm Bakanlığı "Medikal Vize" (M-Vize) politikasını geliştirerek, hastaya ve iki refakatçisine en fazla üç yıl süreli vize verme, imkan sunmaktadır. Diğer yandan Hindistan ulaşım altyapısı ve hijyen standartları bakımından dezavantajlı konumdadır (Sevim, 2019: 71-72). Hindistan'ın 36 tane JCI akreditasyonuna sahip hastanesi bulunmaktadır (JCI, 2021).

Ülkenin bu rekabet edebilen yapısı devam ederse, Hindistan sağlık hizmeti endüstrisinde gelecek yirmi yılda önemli ölçüde yol kat ederek, 25 milyar dolar olan kapasitesini 190 milyar dolara taşıması beklenmektedir. İngilizce dilinin yaygın konuşulması, uluslararası hastalara hizmet sunan son teknoloji hastanelerin varlığı, Hindistan'ı tıp turistleri için önde gelen bir destinasyon yapmaya devam edeceği öngörülmektedir (Reddy, 2013: 27).

### 3.3. Malezya

Malezya dünyanın ilk dört medikal turizm merkezi içinde yer almaktadır. Konaklama ve bununla bağlantılı olan iş fırsatlarını geliştirerek ekonomiye büyük katkı sağlamaktadır. Böylece ülke sağlık hizmeti ihracatı sektörünün katma değer yaratan alanlarından da faydalanma amacını gütmektedir. Bununla birlikte sağlık sunucuları ve hastaneler vasıtasıyla ekonomik gelişmeyi hedeflemektedir. Ayrıca ülke kaliteli hizmet sunumuna önem vermekte ve dış beyin göçünü engellemek için sağlık personellerine yüksek maaş vermektedir (Aniza, vd., 2009: 8). Malezya'daki sağlık personellerinin yurtdışına göçünü azaltmak ile sağlık hizmeti ihracatı kapasitesini daha etkin kullanmak hedeflenmektedir (Connell, 2011: 265).

Sağlık hizmeti ihracatının gelişmesindeki önemli sebeplerden olan coğrafi yakınlık unsuru Malezya'da kendisini net bir şekilde gösterdiği söylenebilir. Söz konusu sektör, yapılan çalışmalar sonucunda kesinlik kazanarak, bölgesellik içermekte olup, ülkeler arasındaki komşuluk ilişkisi, ortak sınır, kültürel yakınlığı özünde barındırmaktadır. Bu nedenle ihracatçı ülkeler nispeten rekabet avantajı yakalayıp sağlık hizmetinin ihracatını yapabilmişlerdir. Malezya'ya gelen sağlık turistleri de çoğunlukla Müslüman ülkelerden olup, Endonezya'dan Körfez'e kadar olan ülkelerdeki hastaları kapsamaktadır (Sakala, Kolster ve Fundani, 2013: 3).

Sağlık hizmeti ihracatında en çok karşılaşılan sorunlardan olan vize sorunu Malezya'da nispeten avantaj durumundadır. Uluslararası hastalar ve refakatçi olan 4 kişi için gerekli olması durumunda vize süresi 30 günden 90 güne kadar uzatılabilmektedir. Ayrıca Ticari Araç Ruhsatlandırma Kurulu'nca verilen izinler çerçevesinde bakanlığın yetkilendirdiği hastaneler sağlık turistlerini havaalanına, hastanelere ve/veya otellere ulaşımına izin vermektedir. Böylece hükümet Malezya'da uluslararası hastalar vasıtasıyla lojistik deneyimlerinin de ileri seviyeye taşınmasına yardımcı olmaktadır.

Malezya'da uluslararası hastalara sunulan en gelişmiş tedaviler; kalp prosedürleri, kozmetik cerrahi, kanser tedavisi, ortopedik, doğurganlık tedavisi ve genel sağlık taramalarıdır. Son olarak, Malezya alternatif tıp tedavileri ile geleneksel ve ücretsiz tıp (TCM) sunmaktadır (Mun, Peramarajan ve Nuraina, 2014: 2).

Düzensiz sağlık hizmetleri ve tıbbi prosedürler ülke açısından dezavantaj olarak kabul edilmektedir. Kök hücre tedavilerinde ilerlemiş teknolojik alt yapısı ile iyi hizmet sunmasına rağmen, bu durumun yasal bir düzenlemesinin olmaması, hem risk oluşturmakta hem de ülkenin tanınırlığı açısından dezavantajlı olmasına yol açmaktadır (Gopalan, Noor ve Mohamed, 2021: 12).

### **3.4. Singapur**

Sağlık hizmeti ihracatında gözde olan Asya ülkelerinden Singapur oldukça yüksek oranda hastayı tedavi etmektedir. 2012 yılına kadar Singapur, Hindistan, Malezya hizmet kalitelerini geliştirip arttırmış ve söz konusu ülkelerin bu alanda Tayland'ın sağlık hizmeti seviyesine ulaştığı bilinmektedir. 2012 yılına kadar yapısal anlamda gelişme gösteren ülkeler, Asya pazarının sağlık hizmeti üretimini arttırmış ve elde edilen gelir 4,4 milyar dolar civarında olmuştur. Singapur, özellikle kök hücre tedavisi ve nakli gibi alanlarda yatırım yaparak yeni alanlar geliştirme yolunu seçmiştir (Chen ve Wilson, 2013: 1753). Bununla birlikte gelişmiş teşhis ve ilgili cerrahi işlemler, kardiyoloji, nöroloji, onkoloji, göz hastalıkları, organ nakli, ortopedi ve pediatri tedavilerinde yabancı hastalara hizmet vermektedir (Ebrahim ve Ganguli, 2019: 111).

Singapur, sağlık hizmeti ihraç ederken, ülkenin turistik anlamdaki cazibesinden faydalanmaktadır. Sağlık hizmetleri ihracatı ve turizm faaliyetleri arasındaki güçlü bağlantı yadsınamaz seviyededir. Uçuş ve ulaşım bağlantılarındaki kolay erişilebilirlik, ülkedeki güvenlik, istikrar ve oteller bakımından çeşitliliğin olması gibi altyapı anlamında iyi olma, ülke açısından sağlık turistlerini çekmektedir. Ayrıca bu sebeplerden ötürü Singapur'dan sağlık hizmeti ithal eden gurbetçilerde oldukça fazladır. Böylece yabancı hastalara sunulan sağlık hizmeti bakımından, uluslararası pazarda bir itibar oluşturmak istenmektedir. Ülke söz konusu rekabet avantajından sağlık hizmeti ihracatını geliştirmek için faydalanmaktadır (Sakala, Kolster ve Fundani, 2013: 3).

Singapur'da bulunan hastanelerin neredeyse tamamı sağlık hizmeti ihraç etmektedir. Kaliteli ve hijyen açısından iyi olan sağlık hizmeti sunumu ile birçok hastanesinin akreditasyon alması sağlanmıştır. ABD ve AB'ye nazaran uygun maliyet ile hizmet sunmaktadır. Ülkenin hem kamusal anlamda hem özel sektör bakımından işlevlerini yürüten ve Sağlık Bakanlığına bağlı olarak faaliyetlerini sürdüren "Singapore Medicine" birimi bulunmaktadır. Kamuya bağlı sağlık tesislerindeki yatak sayısının az oluşu ülke açısından bir dezavantajdır (Sevim, 2019: 76-77).

### **3.5. ABD**

Amerika Birleşik Devletleri sağlık hizmeti ihracatında dünya sıralamasında ilk on ülke içinde sayılmaktadır. Ülkelerin sağlık hizmetini ihraç etmesine zemin hazırlayan kısa bekleme süreleri, maliyet avantajı, pazarlama gibi unsurlar, ABD'de sektörün gelişmesine yol açan faktörler arasında sayılmamaktadır. Bunun sebebi, ABD gibi gelişmiş ülkelerde teknoloji vasıtasıyla sağlık hizmetinin ilerlemiş olması ve hizmete

duyulan güvendir. Bununla birlikte ABD’de farklı tedavi türlerinin uygulanabilmesi, uzman doktorların varlığı, sağlam temellere sahip sağlık sistemi, coğrafi konum, ileri teknolojinin kullanımı ve diaspora vatandaşları sağlık hizmeti ihracatının gelişmesini sağlamıştır. Ayrıca ABD, GATS’nin ticari varlık oluşturma biçimini kullanarak sağlık hizmetlerini uluslararası hastalara ulaştırmaktadır (Temizkan, 2015: 112).

ABD sağlık hizmeti ihracatı bakımından uzmanlaşmıştır ve dünyaya karşı bir rekabet avantajına sahiptir. Bunun sebebi kaliteli sağlık hizmeti, uzmanlaşan doktorlar, dünyaca tanınmış hastaneler ve ileri teknolojidir. Yakın geçmişte daha az gelişmiş olan ülkelerdeki varlıklı kişiler kendi ülkelerinde bulunmayan sağlık hizmetlerini almak için ABD’yi tercih ederken, günümüzde bu durum değişmiştir. Uzun bekleme süreleri, sigortaların tüm sağlık hizmetlerini karşılamaması, organ nakli gibi bazı sağlık hizmetlerinin yasal olmaması ve maliyetlerin çok yüksek olması nedeniyle Amerikalı hastalar gelişmekte olan ülkelere sağlık hizmeti almayı tercih etmektedir. Dolayısıyla ABD hem sağlık hizmeti ihracatçısı hem de sağlık hizmeti ithalatçısı konumundadır (Piazolo ve Zanca, 2011: 140-143).

ABD’nin özellikle yüksek fiyatlarla sağlık hizmeti sunmasından dolayı 2017 yılında 1.4 milyondan daha çok Amerikalı sağlık hizmeti almak için başka destinasyonlar aramıştır. Nispi anlamda, sağlık çalışanlarına daha düşük ücret verilmesi nedeniyle ve genelde sağlık çıktısının bedelinin nakit ödenmesi ile malpraktis sigorta maliyetinin düşülmesi nedeniyle azalan maliyetler, diğer ülkelerdeki sağlık hizmetini ABD’ye nazaran ucuzlatmıştır. ABD’de ve diğer ülkelerde hastanelere kabul edilme, dünyanın her yerindeki doktora erişim, ulaşım (hava yolculuğu), konaklama ve turistik bilgiler elde etme konusunda sağlık hizmetleri koordinatörleri yardımcı olmaktadır. Bu bağlamda, ABD’de 2008 yılında 63 tane tıp turizm şirketi hizmet vermiştir. Sonuç olarak, ABD’nin hem sağlık hizmeti ihracatçısı hem de ithalatçısı olduğu göz önüne alındığında, söz konusu alandaki ihracat geliri, ithalat gelirini geçmeye devam etmektedir. Başka bir ifadeyle, sağlık hizmeti ihracatından elde edilen gelir, sağlık hizmeti ihracatı tarafından kaybedilen ülkenin gelirini aşmaya devam etmektedir (Dalen ve Alpert, 2019: 9-10).

Bunların dışında Orta Amerika ülkesi Meksika ve Güney Amerika ülkesi Brezilya sağlık hizmeti ihracatında dünyada ilk 20 ülke içinde sayılmaktadır. Brezilya’da kaliteli hizmet sunumu, ilerlemiş sağlık altyapısı ve son teknoloji kullanımı ülkeyi sağlık hizmeti ihraç edebilecek konuma getirmiştir. Meksika ise coğrafi konum avantajından yararlanarak Amerikalı hastalara dış turizmi hizmeti sunmaktadır. Amerika’da dış ile ilgili müdahalelerin sigorta tarafından karşılanmaması, dış turizminin gelişmesine yol

açmıştır. Ayrıca Brezilya ve Meksika'daki hastanelerin kalitesinin yüksek olmasından dolayı, çok fazla akredite edilmiş hastane bulunmaktadır (Gifford, vd., 2013: 273-274). Öte yandan dış tedavilerinde yüksek maliyetler nedeniyle, ABD büyük oran da dezavantajlı olarak kabul edilmektedir (Piazolo ve Zanca, 2011: 144).

### **3.6. Orta Doğu Ülkeleri**

Sağlık hizmeti ihracatında en çok sesini duyuran bölge Asya olmasına rağmen, aslında dünyanın dört bir yanına yayıldığı ve ülkelerin fırsatlar yaratmak için uğraştığı çalışmalarda yer almaktadır. Bu bağlamda küreselleşmenin çok yoğun hissedildiği sağlık hizmeti ihracatı bakımından dünyada dikkat çeken bir diğer bölge Orta Doğu'dur (Chanin vd., 2015: 1147, 1152). Bölgenin birçok kesiminde uluslararası hastalara hizmet verilmektedir. Örneğin, Ürdün nispi anlamda düşük fiyat avantajı ve komşuluk ilişkisi nedeniyle Orta Doğu'da bulunan diğer ülkelere yabancı hastalara sağlık hizmeti sunmaktadır. Benzer şekilde İsrail komşuluk ilişkisi bulunan ülkelere ve Yahudi hastalara tüp bebek, doğurganlık ve yüksek riskli gebeliklerin tedavisinde hizmet vermektedir. Ülke bu alanda uzmanlaşmış ve kendisini geliştirmiştir. Orta Doğu'da sağlık hizmeti ihracatına önem veren bir başka ülke Suudi Arabistan olup, hac ziyareti için gelen ziyaretçilere ve Körfez ülkelerine dış tedavileri ve kozmetik cerrahi alanında hizmet sunmaktadır. Bunun yanı sıra Dubai, Lübnan ve Bahreyn sağlık hizmeti ithalatını sağlık hizmeti ihracatına çevirme yolunu seçmişlerdir. Orta Doğu ülkeleri uluslararası hastalara maliyet avantajı sağlayamamakta, ancak kalite avantajı sağlamaktadır. Dubai, Alman doktorları, Lübnan ise Amerika ve Avrupa'dan doktorları getirterek, yüksek kalitede hizmet sunumunu garanti etmişlerdir. Söz konusu ülkeler markalaşmaya vurgu yapmakta ve bu durumun talebi olumlu yönde etkilediği belirtilmektedir (Connell, 2006: 1095).

Orta Doğu'da sağlık hizmeti ihracatına dikkat çeken bir başka husus ise, Dubai'de kurulan Sağlık Serbest Bölgesidir (Dubai Healthcare City-DHCC). Bu şekilde Dubai; Hindistan, Doğu Afrika ve Orta Doğu pazarını hedeflemiş ve kendi ekonomisini geliştirmeyi amaçlamıştır. Hem kamu hem özel sektör yatırımları ile oluşturulan DHCC, ülkede büyük oranda istihdam yaratmış ve ülke içindeki sağlık sektörü ile rekabet etmemeye özen göstermektedir. Bu bağlamda sağlık serbest bölgesi özel sektör ağırlıklı iş kolu oluşturma düşüncesi ile hareket etmiştir. Kardiyoloji, onkoloji, diyabet, AIDS, pediatri, kanser, üroloji ve ortopediye odaklanarak modern tıbbi hizmetler sunulmaktadır (Gulfnews, 2002). DHCC, ilk sağlık serbest bölgesi olup 2006'da kurulmuştur.

Bünyesinde 2400 aktif firma, 90 sağlık tesisi, 2500 sertifikalı sağlık personeli ve 2 tane kapsamlı hastane bulunmaktadır (Sayın, Yeğinboy ve Yüksel, 2017: 306).

Bölgenin en çok uluslararası hasta ağırlayan bir başka ülkesi İran olup, yetkin sağlık personeli, uygun fiyat ve teknolojik açıdan donanımlı hastaneler ile hizmet vermektedir. İran; Ürdün, Türkiye, BAE, Suudi Arabistan, Bahreyn ve Asya ülkeleri ile bu alanda rekabet etmektedir (Jabbari, vd., 2012: 2).

## ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

### SAĞLIK HİZMETİ İHRACATININ MAKRO EKONOMİK PERSPEKTİFTE AMPİRİK DEĞERLENDİRİLMESİ

Sağlık hizmeti ihracatının hizmet ticareti içindeki önemi önceki bölümlerde yer almaktadır. Bu bölümde döviz kazandırıcı hizmet olarak sağlık hizmeti ihracatının, ülkelerde sektör haline gelmesinin, makro ekonomik açıdan nasıl bir etkisinin olduğu Türkiye özelinde ampirik olarak analiz edilmiştir.

Son yıllarda sağlık turizm ya da tıp turizmi olarak da adlandırılan cerrahi müdahaleleri içeren sağlık hizmetinin ihraç edilmesi, ülkeler açısından döviz geliri sağlayan bir sektör olarak ele alınmaktadır. Bu bağlamda ikinci bölümde değinildiği gibi, birçok ülke bu alana yatırım yapmakta ve gelir elde etmeyi hedeflemektedir. Böylece elde edilen döviz geliri ödemeler bilançosuna hizmet geliri olarak kaydedilmektedir. Ödemeler bilançosunun önemli bir hesabı olan cari dengenin finansmanına, sağlık hizmeti ihracatı gelirlerinin olumlu katkı yapacağı T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından belirtilmiştir. Çünkü cari açık, dış ekonomik faaliyetler sonucunda oluşan bir döviz açığıdır (Ertürk, 2018: 191).

Uygulanan analiz vasıtasıyla teoride cari açığın finansmanında önemli bir yere sahip olan sağlık hizmeti ihracatının, ampirik olarak da test edilmesi amaçlanmıştır. Ayrıca cari dengenin ve sağlık hizmeti ihracatının etkilendiği diğer önemli makro ekonomik değişkenler analize dahil edilerek sonuçlar değerlendirilmiştir. Bu amaçla, bölümün ilk alt başlığında, literatürde sağlık hizmeti ile ilgili yapılan çalışmalar incelenmiştir. İkinci alt başlığında Vektör Otoregresif (VAR) model ve Eşbütünleşme Analizi için teorik bilgilere yer verilmiştir. Üçüncü ve son alt başlığında ise, elde edilen bulgular ortaya konarak, değerlendirmeler yapılmıştır.

#### 1. LİTERATÜR TARAMASI

Literatürde genel olarak sağlık hizmeti ihracatı ile ilgili farklı bakış açılarıyla yapılan birçok çalışma bulunmaktadır. Temel anlamda ülkelerin sağlık koşullarını iyileştirmek ve dolayısıyla uluslararası sağlık hizmetinin önünü açmak hedeflenmektedir. Böylece ülkeler iyi konuma taşıdıkları sağlık hizmetlerini ihraç edebileceklerdir.



Bu konuda öncelikle Türkiye potansiyelini geliştirmek için yapılan çalışmalar incelendiğinde şunlara ulaşılmıştır;

Kaya (2018) çalışmasında Türkiye için sağlık hizmeti ihracatının ekonomik büyüme üzerine etkisini incelemiştir. Bunun için çeyreklik veri kullanarak (2003:Q1-2016:Q4) sağlık hizmeti ihracatı geliri, gayrisafi yurtiçi hâsıla verileri ve turizm gelirlerini ampirik analize konu etmiştir. Değişkenlerin uzun dönemde ilişkisini test etmek için öncelikle Maki eşbütünleşme testi, akabinde Toda-Yamamoto ve Hacker Hatemi-J Bootstrap nedensellik testi uygulanmıştır. Elde edilen bulgulara göre sağlık hizmeti ihracatından ve turizm gelirlerinden, GSYH değişkenine doğru nedensellik olduğu ancak, turizm gelirlerinden sağlık hizmeti ihracatına doğru ve GSYH değişkeninden turizm gelirlerine doğru nedensellik olmadığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca GSYH'dan sağlık hizmeti ihracatına doğru nedensellik olmadığı bulunmuştur. Sonuç olarak sağlık hizmeti ihracatı gelirleri ve turizm gelirleri ekonomik büyümeyi etkilemektedir.

Türkiye için yapılan bir diğer çalışmada, Korkmaz vd. (2014), sağlık turizm gelirleri, sağlık harcamaları ve turist sayısını dikkate alarak Regresyon, Frekans Analizi yapmıştır. Elde ettiği bulgular sağlık turizm gelirlerinin turist sayısından etkilendiğini ortaya koymaktadır. Ayrıca turist sayısının sağlık harcamalarına etki ettiği sonucuna ulaşmıştır. Benzer bir çalışma olan Göçer ve Aydın (2017) çalışmasında Türkiye için sağlık göstergesi olan doktor sayısı, sağlık harcamaları ve turizm hizmeti gelirlerini kullanarak, 1975-2013 yıllarını incelemiştir. Bu bağlamda Kapetanios çoklu yapısal kırılmalı birim kök analizi, Maki çoklu yapısal kırılmalı eşbütünleşme analizi ve Toda ve Yamamoto nedensellik analizi uygulanmıştır. Sonuçlara göre değişkenler arasında eşbütünleşme ilişkisi olduğu, turizm hizmeti gelirleri ile doktor sayısının birbirinin çift yönlü nedeni olduğu ve sağlık harcamalarının turizm hizmeti gelirlerinin tek yönlü nedeni olduğu bulunmuştur.

Sağlık hizmeti ihracatını farklı bir açıdan değerlendiren Dinçer, Çifçi ve Karayılan (2016) çalışmalarında Türkiye ile Tayland, Hindistan ve Malezya'nın medikal turizm faaliyetleri (yatırımları) SWOT analizi ve TOWS matrisi kullanılarak istatistiki olarak karşılaştırmıştır. Elde edilen sonuçlara göre, Türkiye'nin bu alanda güçlü potansiyeline rağmen diğer ülkelerin medikal turizm faaliyetleri incelendiğinde Türkiye'deki rekabet ortamının yoğun olduğu gözlenmiştir. Bu rekabet ortamında, kamunun desteği, sağlık kurumlarının imkanları, teknoloji takibi, ulaşım ve prosedür kolaylıkları ayrıca medikal

turizm dışında turizm potansiyelinin de güçlü olması Türkiye'nin avantajına olduğu; küresel gelişmelere geç ayak uydurulması ve olumsuz imaj gibi konularda da dezavantajı olduğu sonucuna varılmıştır.

Medikal turizmi dikkate alan Otamış ve Yüzbaşıoğlu (2015) çalışmalarında, ülkemizde medikal turizmde ön planda olan Antalya örneğini inceleyerek, SPSS ve Ucinet ile analizlerini gerçekleştirmişlerdir. Elde edilen bulgular doğrultusunda Antalya'daki medikal turizm sektöründe yaşanan büyümeye karşın, hastanelerin işbirlikçi ve yenilikçi performansları düşük bulunmuştur.

Dünya literatürü incelendiğinde ön plana çıkan çalışmalar ise şu şekildedir;

Al-Azzam (2016) çalışmasında Ürdün'e ait verileri kullanarak SPSS ve Regresyon Analizi yapmıştır. Medikal turizm ile yer, ürün, fiyat ve reklam arasında pozitif ilişki bulunmuş, böylece medikal turizmin ülke açısından avantajlı olduğu sonucuna varmıştır.

Crooks vd. (2015) çalışmalarında ise Kanada'daki vatandaşların neden medikal turizm için seyahat ettiklerini araştırmış ve belirli 22 aile hekimi ile yapılan görüşmede yerel sağlık hizmetlerinin erişimine tam ve kolay ulaşmanın zor olduğu bu sebeple sistemin güven vermediği ortaya konulmuştur. Bundan dolayı da Kanada vatandaşlarının sağlık hizmeti almak için başka ülkeleri tercih ettiği sonucuna ulaşılmıştır.

Das ve Mukherje (2016) çalışmalarında, sağlık hizmeti sunucularının, tıbbi turistleri çekmek için güvenilirliği arttırmak açısından tüketici bazlı marka değerini (CBBE) ölçmüşlerdir. Tıbbi destinasyonların CBBE'sini değerlendirmek için farkındalık, kalite algısı, marka sadakati ve özgünlük olmak üzere dört boyutun birleşimi olarak ölçek geliştirme girişimidir. Özgün marka, kalite algısı ve sadakat olmak üzere ilk üç unsur CBBE ölçekleri ile uyumludur. Bununla birlikte, tahmine dayanan çalışma, birbiriyle ilişkili birinci dereceden özelliği, yani "güven", "paranın karşılığı", "destinasyonların kalitesi", güvenilirlik ve işlem kolaylığına katkıda bulunan faktörler olarak bulunmuştur. Sonuç olarak marka özgünlüğü sağlık turistlerinin önem verdiği bir husustur.

Snyder vd. (2015) ise çalışmalarında vatandaşların kendi ülkelerindeki sağlık hizmetini alamayıp başka ülkeye gitmek zorunda olmaları durumu incelemiştir. Bu bağlamda, Moğolistan vatandaşı üzerinde anket yoluyla yaptığı çalışmalarında kişilerin tedavi amacıyla yurt dışına seyahat etmelerinin hastalar ve aileleri üzerinde maddi açıdan olumsuz etkilediği sonucuna ulaşılmıştır. Bu sonuç kaliteli hizmet sunumunun önemini ortaya koymaktadır.

Medikal turizmde karşılaşılan en önemli etik sorunlardan olan kültürel uyum sorununu Rokni, Avcı ve Park (2017) ele almıştır. Bu bağlamda Güney Kore için medikal turizmin gelişimi açısından 15 kişilik uzman grup, sağlık hizmeti sunucularının üzerinde yaptıkları çalışma sonucunda kültürel farklılıkların hasta tedavisinde önemli sorun oluşturduğu sonucuna ulaşmışlardır. Bunun için sağlık sunucularının medikal turizmi teşvik için geliştirilecek yöntemlerin yararlı olabileceği ortaya konulmuştur.

Sağlık sistemi konusunda yapılan bir başka analiz de Noree, Hanefeld ve Smith (2016)'ne ait çalışmadır. Söz konusu çalışma da Tayland sağlık sistemi üzerinde medikal turizmin nasıl etki bıraktığı, 2010 yılı için, sağlık turistlerinin en çok tercih ettiği 5 hastanedeki (bu hastaneleri tercih eden sağlık turistleri tüm sağlık turistlerinin %63'üne denk gelmektedir) 28 hizmet sunucusu ve 15 yönetici ile yapılan görüşmeler ışığında değerlendirilmiştir. Buna göre, 167.000 medikal turistini tedavi için söz konusu kuruluşlara gittiği, bu durumun ülke sağlık sistemine büyük yük olmadığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca, çalışmada sağlık hizmeti ihracatının ülke ekonomisine katkı sağladığı belirtilmektedir.

Sağlık hizmetini ihraç etmenin ülke ekonomisine olan katkısını ölçen Tang ve Lau (2017) Malezya üzerine yaptıkları çalışmalarında, önemli makro ekonomik göstergelerden olan döviz kuru, medikal turistlerin geliri, tedavi ücretleri ve medikal turistlerin en çok etkilendiği güvenlik, tıbbi ve medikal tesislerin kalitesi, insan gücü ve Sars salgını değişken olarak dikkate alınarak eşbütünleşme analizi yapılmıştır. Söz konusu değişkenlerin uzun dönemde medikal turizme olan talep davranışlarını önemli derecede etkilediği sonucuna varmışlardır. Bu bağlamda, suç oranındaki azalış, fiyatlardaki düşüş, kalitenin iyi seviyeye gelmesi Malezya'da medikal turizminin ekonomik istikrarı anlamına geleceği belirtilmiştir.

Zeren (2015) çalışmasında, Türkiye, Hindistan, Avustralya, Macaristan, Kanada ve Güney Kore'ye ait doktor sayısı ve uluslararası hasta verilerini kullanarak, Hacker ve Hatemi-J Nedensellik testini uygulamıştır. Sonuçlara göre Hindistan için sağlık sektöründen turizm hizmetlerine doğru nedensellik bulunmaktadır. Ayrıca Güney Kore için söz konusu veriler arasında çift yönlü nedensellik olduğu tespit edilmiştir.

Lee (2010) çalışmasında, 1980-2007 yıllarındaki sağlık hizmeti göstergesi olarak doktor sayısı ve turizm verilerini kullanarak Singapur için ARDL ve nedensellik analizi uygulamıştır. Bu bağlamda uzun dönemde sağlık göstergelerinden turizme doğru

nedensellik olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca sağlık hizmetlerinin turizm hizmetlerini ve dolayısıyla ekonomik büyümeyi etkilediği bulunmuştur.

Son olarak dikkat çeken bir başka çalışma ise Bhadu'ya (2011) aittir; burada sağlık hizmeti ihracatının Hindistan ekonomisinde lokomotif sektör olup olmadığı incelenmiştir. Bu bağlamda sağlık hizmeti ihracatı sektörü Hindistan için önem arz eden sektörler arasında yer aldığı sonucuna ulaşılmıştır.

## 2. EKONOMETRİK METODOLOJİ VE VERİ SETİ

### 2.1. Vektör Otoregresif (VAR) Modeli

Bir denklem sistemi olan Vektör Otoregresif Modeli (VAR) ilk olarak 1980 yılında ortaya atılmıştır (Sims, 1980: 4). Makro ekonomik değişkenler arasındaki ilişkilerle ilgili varsayımlarda doğruluğu kanıtlanmış bir yaklaşımdır. VAR modelinin matematiksel gösterimi şu şekildedir (Kumar, Leone ve Gaskins, 1995: 365):

$$\begin{bmatrix} y_{1t} \\ y_{2t} \\ \vdots \\ y_{Gt} \end{bmatrix} = \begin{bmatrix} a_1 \\ a_2 \\ \vdots \\ a_G \end{bmatrix} + \begin{bmatrix} A_{11} & A_{12} & \dots & A_{1G} \\ A_{21} & A_{22} & \vdots & A_{2G} \\ \vdots & \vdots & \vdots & \vdots \\ A_{G1} & A_{G2} & \vdots & A_{GG} \end{bmatrix} \begin{bmatrix} y_{1t-1} \\ y_{2t-1} \\ \vdots \\ y_{Gt-1} \end{bmatrix} + \begin{bmatrix} u_{1t} \\ u_{2t} \\ \vdots \\ u_{Gt} \end{bmatrix} \quad (3.1)$$

$y_{Gt}$ ; t zamanda  $y_G$ ; model değişkeninin değeri,  $A_{GG}$ ; parametre tahminleri (değişken katsayısı),  $y_{Gt-1}$ ; model değişkeninin gecikme değeri,  $u_{Gt}$ ; hata terimi ve  $a_G$ ; kesme terimidir. Denklem olarak şöyledir:

$$y_{1t} = a_1 + A_{11}y_{1t-1} + A_{12}y_{2t-1} + \dots + A_{1G}y_{Gt-1} + u_{1t} \quad (3.2)$$

Modelde tüm değişkenler endojen (içsel) olarak alınmıştır. Her bir değişkenin diğer tüm değişkenler üzerindeki etkisi aynı anda tahmin edilmektedir. Bu nedenle model, tahmin edilen denklemler sistemi aracılığıyla değişkenlerin hem doğrudan hem de dolaylı olarak katkılarına izin vermektedir (Kumar, Leone ve Gaskins, 1995: 365). Bununla birlikte, denklemin sağ tarafında endojen değişkenlerin yalnızca gecikmeli değerleri gösterildiğinde, eşzamanlılık bir problem oluşturmamaktadır. Bu nedenle turarlı bir OLS (Ordinary Least Squares) tahmin sonucu bulunabilmektedir (Poddar, Sab ve Khachatryan, 2006: 10). Diğer yandan modeldeki içsel değişkenler arasında eşzamanlılık

söz konusu ise, her değişkenin optimum gecikme uzunluğu eşit olmaktadır. Ancak VAR analizinde tüm değişkenler için p adet gecikme olması durumunda, çoklu doğrusal bağlantı sorunu olabilmekte ve yorumlamada da zorluk oluşabilmektedir. Dolayısıyla VAR analizi iktisadi yorumdan ziyade, önraporlama içermektedir (Sevüktekin ve Çınar, 2017: 498).

Granger nedensellik, etki-tepki ve varyans ayrıştırma analizleri, VAR modelini yorumlamanın 3 farklı yolu olarak kabul edilmektedir (Lütkepohl, 2005: 51).

### **2.1.1. Granger Nedensellik Testi**

İktisat teorisinde değişkenlerin birbiri ile ilişkisi onların endojen ya da ekzojen (dışsal) olduklarını ortaya koyabilmektedir. İstatistiki olarak ise Granger (1969) ve Sims (1972), nedenselliğe değinmişlerdir. Bu bağlamda, iki değişkenin karşılıklı biçimde birbirlerinin nedeni olduğu sonucuna ulaşılması halinde, bir feedback ilişki ortaya çıkacağı vurgulanmıştır. Yalnızca gecikmeli değerler ile tasarlanan modelde,  $\beta_i=0$  elde edilirse,  $H_0$  hipotezi “ $X_t, Y_t$ ’nin Granger anlamında nedeni değildir” (ya da tersi) yorumu yapılacaktır. Modelin gösterimi şöyledir (Tarı ve Bozkurt, 2006: 5):

$$\begin{aligned} Y_t &= \sum \alpha_i Y_{t-i} + \sum \beta_i X_{t-i} + u_{1t} \\ X_t &= \sum \alpha_i X_{t-i} + \sum \beta_i Y_{t-i} + u_{2t} \end{aligned} \quad (3.3)$$

Daha açık bir ifadeyle, bir zaman serisinin gecikmeli değerinin regresyondaki diğer zaman serisi için denkleme dahil olması, Granger Nedensellik testi sonucunu ortaya koymaktadır (Kutlar, 2017: 10).

### **2.1.2. Etki-Tepki Fonksiyonları**

Etki tepki analizi ve varyans ayrıştırma analizi VAR analizi sonucunda elde edilen bulguların iktisadi yorumunu kolaylaştırmak için kullanılmaktadır. VAR modelindeki durağanlaştırılmış içsel değişkenlerin hata terimindeki olası şoklara cevabı İmpulse-Response fonksiyonu ile test edilmektedir (Sevüktekin ve Çınar, 2017: 510). Diğer bir ifadeyle eğer bir değişken başka bir değişkendeki etkiye cevap veriyorsa, ikincisinin birincisi için nedensel olduğu söylenebilir (Lütkepohl, 2005: 51). VAR analizi sonucunun kalıntı veya hatalarına verilen şoklar olarak yaklaşım uygulanmaktadır (Hunter, Burke ve Canepa, 2005: 55).

### 2.1.3. Varyans Ayrıştırması

Varyans Ayrıştırması, VAR analizinin varsayımlarının yapılması üzerine kurulmuş bir testtir (Hunter, Burke ve Canepa, 2005: 65). Bir modeldeki zaman serilerinin hata varyanslarının birbirlerini açıklama payı olarak tanımlanmaktadır. Değişkenlerden birine ait şok diğerlerini açıkladığı pay kadar ilişkiyi ortaya koyuyorsa, söz konusu zaman serisinin endojen olduğu söylenmektedir (Lütkepohl, 1993: 56). Dolayısıyla VAR analizi entegre süreçlerde ampirik olarak tahmin aşamasının kolay olmasını sağlamaktadır (Neusser, 2016: 305).

### 2.2. Koentegrasyon ve Vektör Hata Düzeltme Modeli

Hata Düzeltme Modeli (Error Correction Model) sıklıkla Johansen eşbütünleşik değişkenlerin analizinde kullanılmaktadır. Uzun dönemli bir ilişki olduğunda durağan seriler üzerinden tanımlanmaktadır. Engle and Granger (1987) çalışmalarında söz konusu koentegre ilişkiyi geliştirerek, bir şok karşısında, dengeden sapmaların düzeltilmesini vurgulamaktadır (Hunter, Burke ve Canepa, 2005: 50-51). VECM gösterimi şu şekildedir (Neusser, 2016: 307):

$$\Delta Y_t = \mu + \alpha \beta' Y_{t-1} + \Gamma_1 \Delta Y_{t-1} + \dots + \Gamma_{p-1} \Delta Y_{t-p} + \varepsilon_t \quad (3.4)$$

Denklem hem  $(\alpha' \alpha)^{-1} \alpha'$  hem de  $\beta' Y_{t-1}$  çarpıldığında:

$$\beta' Y_{t-1} = (\alpha' \alpha)^{-1} \alpha' (\Delta Y_t - \mu - \sum_{j=1}^{p-1} \Gamma_j \Delta Y_{t-j} - \varepsilon_t) \quad (3.5)$$

$\alpha' \alpha$  tekil olmayan  $r \times r$  matrisi olduğunda  $\alpha$  tam bir  $r$  sütun derecesine sahiptir. Denklem sağ tarafı durağan bir süreci temsil ettiği için sol tarafı da durağan olmalıdır. Bu  $Y_t$ 'nin entegre olmasına ve potansiyel olarak  $n$  kadar değişkenin birim köke sahip olmasına rağmen,  $r$  boyutlu  $\beta' Y_{t-1}$  sürecin durağan olduğunu ifade etmektedir.  $\beta' Y_t, \mu^* = E \beta' Y_t$  sistemin etrafında dalgalandığı sabit durum veya uzun dönemli denge olarak yorumlanmaktadır. Bu nedenle  $\beta' Y_{t-1} - \mu^*$  dengeden sapmayı ifade etmektedir.  $\alpha$  matrisinin katsayısı, daha sonra dengeden sapmaların zamanla  $Y_t$ 'deki uygun değişiklikler ile düzeltileceğini vurgulamaktadır (Neusser, 2016: 307).

### 2.3. Johansen Eşbütünleşme Testi

Johansen 1988 yılında ve Johansen ve Juselius 1990 yılındaki çalışmalarında yeni bir yöntemi literatüre dahil etmişlerdir. Buna göre VAR modeli tahminine bütün değişkenleri endojen varsayarak başlanmakta ve normalleştirme yaparken değişken tercihine gerek duyulmamaktadır (Eryiğit, 2008: 70). Johansen yönteminin denklemi şu şekildedir (Çetinkaya ve Türk, 2014: 53):

$$Y_t = (\mu + \Pi) Y_{t-1} + \dots + \Pi_k Y_{t-k} + \varepsilon_t \quad (3.6)$$

$\varepsilon$  hata terimini (hata terimi hem bağımsız hem de özdeş dağılmakta, ayrıca ortalaması sıfır ve  $\Omega$  kovaryans matrisi bulunmaktadır.  $\Pi$  uzun dönem;  $\Gamma$  kısa dönem katsayı matrisidir (Eryiğit, 2008: 71)) vermektedir.  $\mu$ ,  $\Pi_1 \dots \Pi_k$  parametrelerdir.

$$\Delta Y_t = \mu + \Gamma_1(\Delta Y_{t-1}) + \dots + \Gamma_{k-1}(\Delta Y_{t-k+1}) + (\Pi Y_{t-1}) + \varepsilon_t \quad (3.7)$$

$\Delta$  denklemin farkının alındığını bildirmektedir. Seriler durağanlaştırılıp I(1) haline getirilmektedir:

$$\Gamma_1 = (I - \Pi_1 - \dots - \Pi_i) \quad (3.8)$$

$$i=1, \dots, k-1 \quad \text{ve}$$

$$\Pi = -(I - \Pi_1 - \dots - \Pi_k)$$

Katsayılar matrisi olan  $\Pi = \beta' \alpha$  uzun dönem etkisini ifade edip koentegre hipotezini formüle etmektedir. Diğer bir ifadeyle eşbütünleşik vektör sayısını ifade etmektedir. Uzun dönemde  $\beta'$  katsayıyı,  $\alpha$  katsayının ayarlanma hızını (şokları) vermektedir (Johansen ve Juselius, 1990: 169).

Uzun dönemli bilgiye ilişkin yorumlar (Çetinkaya ve Türk, 2014: 53; Kutlar, 2017: 64):

Rank ( $\Pi$ ) = 0  $\rightarrow$  katsayılar matrisinin 0 olduğu durumda, denklem geleneksel I(1)'inci dereceden VAR modeline karşılık gelmektedir. (3.7) no'lu denklemi ifade etmektedir.

Rank ( $\Pi$ ) = n  $\rightarrow$  katsayılar matrisi rankının tam olduğunu söylemekte ve Y vektör süreci durağandır.

Rank ( $\Pi$ ) = 1  $\rightarrow$  eşbütünleşik vektör sayısı birdir.

$0 < \text{Rank} (\Pi) = r < n \rightarrow$  katsayılar matrisi ( $\text{rank} (\Pi=\beta'\alpha)$ ),  $n*r$  boyutlu iki matrisin çarpımıdır. Daha açık bir ifadeyle, zaman serileri arasında uzun dönemli ilişki bulunmakta ve değişkenler eşbütünleşiktir.

#### 2.4. Veri Seti

Bu tez çalışmasının ampirik değerlendirilmesi için, yüksek döviz girdisine yol açan sağlık hizmeti ihracatı gelirleri ( $shi_t$ ), turizm gelirleri ( $tg_t$ ), gayrisafı yurtiçi hasıla ( $gsyh_t$ ), cari işlemler dengesi ( $ca_t$  (current account)), reel efektif döviz kuru ( $rdk_t$ ) ve hizmet giderleri ( $hg_t$ ) dikkate alınmıştır.  $shi_t$ ,  $tg_t$  ve  $gsyh_t$  zaman serileri TÜİK veri sitesinden,  $ca_t$ ,  $rdk_t$  ve  $hg_t$  zaman serileri ise TCMB (EVDS) veri sitelerinden elde edilmiştir. Dolar olarak alınan veriler 2002:Q1-2019:Q4 dönemi için, EViews paket programı yardımıyla analize tabi tutulmuştur.

Sağlık hizmeti ihracatı bu tez çalışmasında ilk dikkate alınan değişken olup, cari açık, turizm gelirleri ve ekonomik büyüme ile doğrudan ilgili olduğu önceki bölümlerde vurgulanmıştır.  $shi_t$ , TÜİK veri sitesinden, turizm istatistikleri, çıkış yapan ziyaretçi istatistikleri, harcama türüne göre turizm gelirleri kategorisinden elde edilmiştir.

Turizm gelirleri, sağlık hizmeti ihracat gelirlerini içerdiğinden sağlık hizmeti ihracatından arındırılmış hali ile analize dahil edilmiştir.

Nominal kurlar günlük faaliyetlerde ve finansal öngörülerde dikkate alınmaktadır. Reel kurlar ise dış ticaret ile ilgilenen yetkililerin ve politika yapıcıların kullandığı bir endekstir. Bu bağlamda, politika uygulayıcılar kararlarında reel efektif döviz kurundan yararlanmaktadır (Ertürk, 2018: 235). Dolayısıyla bu tez çalışmasında uygulanan ampirik analizde malların nispi fiyatı olan reel efektif döviz kuru iktisadi müteşebbislerin ve politika yapıcıların dikkate aldığı kur olduğu için analizde kullanılmıştır.

Son olarak, sağlık hizmeti ihracatı ülke için hizmet geliriye hizmet gideri (harcama) ülke için ithalat olarak kaydedilmektedir. Dolayısıyla, analize hizmet giderleri de dahil edilmesi sonuçları etkilemiştir.

Tezde uygulanacak modele ilişkin değişkenler (3.9) numaralı denklemdir:

$$Y'_t = (shi_t, tg_t, gsyh_t, ca_t, rdk_t, hg_t) \quad (3.9)$$



Tablo 18’de değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri yer almaktadır. Ele alınan dönem itibariyle çeyreklik bazda ortalamalar incelendiğinde sağlık hizmeti ihracatı için 138.978, turizm gelirleri için 6.058, GSYH için 1.760, cari denge için 7.931, hizmet giderleri için 4832.125 ve reel döviz kuru için 103.130 olduğu görölmektedir. Minimum ve maksimum bant aralığının en geniş olduğu değişken (sırasıyla, 5.123 ve 255.000 değerleri) GSYH serisidir. Dikkate alınan dönem içerisinde Türkiye ekonomisinin yaşadığı 2001 bankacılık krizi etkisinin kısmen devam etmesi, 2006’daki enflasyon hedefleme stratejisindeki değişim, 2008 küresel finans krizinin etkisi ve 2018 yılında yaşanan kurdaki sert dalgalanma gibi konjonktürel etkiler GSYH serisinde de dalgalanmalara sebep olmuştur. Bununla birlikte zaman serilerine ait kalıntıların normal dağılımını ortaya koyan Jarque-Bera (JB) değerleri incelendiğinde, %5 anlam düzeyine göre olasılık değerlerinin büyük olması beklenen bir durumdur (Jarque ve Bera, 1987: 164-166). Tablo 18’e göre GSYH ve reel döviz kuru değişkeni hariç diğer serilerin hata terimleri normal dağılmaktadır.

**Tablo 18. Değişkenlere İlişkin Tanımlayıcı İstatistikler**

Değişken	Ortalama	Standart Sapma	Min.	Maks.	Jarque-Bera*
$shi_t$	138.978	67.251	24.865	309.95	1.901 (0.386)
$tg_t$	6.058	3.104	1.096	13.775	4.930 (0.085)
$gsyh_t$	1.760	55.490	5.123	255.00	6.916 (0.031)
$ca_t$	7.931	5326.1	25.00	226.81	2.945 (0.229)
$hg_t$	4832.1	1881.7	1308.0	8059.0	3.948 (0.138)
$rdk_t$	103.13	13.658	62.51	127.72	6.604 (0.036)

\*Parantez içindeki değerler JB testine ait olasılık değerlerini vermektedir.

Tablo 19’da verilen değişkenler arasındaki kısmi korelasyon katsayısı, serilerin korelasyon ilişkisini vermektedir. Söz konusu matrisin katsayısı 1 ile -1 arasında değişmekte ve katsayının 1’e yaklaşması ilişkinin güçlü olduğunu ifade etmektedir. Buna göre sağlık hizmeti ihracatı ile diğer değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri

incelendiğinde sırasıyla, turizm gelirleri ile 0.556, cari denge ile 0.175, GSYH ile 0.757 ve hizmet giderleri ile 0.898'dir. Dolayısıyla sağlık hizmeti ihracatı ile en yüksek korelasyon katsayısına sahip olan değişkenler hizmet giderleri ve ekonomik büyüme serisi olduğu söylenebilir. Diğer yandan sağlık hizmeti ihracatı ile cari denge korelasyon ilişkisi pozitif olmasına rağmen, düşük bir değerdir. Sağlık hizmeti ihracatı ile reel döviz kuru arasındaki korelasyon ise negatif bir ilişki olarak görülmektedir. Turizm gelirleri ile cari açığın ve reel döviz kurunun ilişkisi negatifken, diğer değişkenlerin ilişkisi pozitif olarak gözlenmektedir. Tablo 19'da dikkat çeken bir başka husus ise reel efektif döviz kurunun, cari denge değişkeni hariç, diğerleri ile negatif korelasyona sahip olduğudur.

**Tablo 19. Değişkenler Arasındaki Korelasyon Katsayısı**

	$shi_t$	$tg_t$	$ca_t$	$gsyh_t$	$hg_t$	$rdk_t$
$shi_t$	1.000					
$tg_t$	0.556	1.000				
$ca_t$	0.175	-0.004	1.000			
$gsyh_t$	0.757	0.600	0.557	1.000		
$hg_t$	0.898	0.515	0.369	0.890	1.000	
$rdk_t$	-0.477	-0.159	0.276	-0.020	-0.393	1.000

Analize geçmeden önce değişkenlere ilişkin düzenlemeler yapılmıştır; grafiği incelenen reel döviz kuru değişkeni mevsimsellik içermediği için, söz konusu değişken hariç, diğer zaman serileri Tramo-Seat metodu ile mevsimsellikten arındırılmıştır. Ayrıca mutlak değeri alınan cari denge serisi dahil tüm değişkenler logaritmik olarak çalışılmıştır.

### 3. EKONOMETRİK MODEL SONUÇLARI

Değişkenler VAR analizi uygulanmadan önce durağanlaştırılmıştır. Daha sonra VAR analizinin üç adımı sayılan Granger Nedensellik analizi, etki-tepki analiz ve varyans ayrıştırma analizi uygulanmıştır. Akabinde Johansen Eşbütünleşme Testi ile değişkenler arasındaki uzun dönemli ilişki incelenmiştir.

### 3.1. Lee-Strazicich Birim Kök Testi

Zaman serilerinde ampirik analiz yapılırken, değişkenlerin güvenilir olması ve tutarlılık izlemesi istenen bir durumdur. Bu nedenle durağanlık sınaması uygulanmaktadır. Durağanlaştırılan değişkenlerin uzun zaman için sabit bir ortalaması olmaktadır (Nelson ve Plosser, 1982: 141). Durağanlaştırma analizi uygulanırken genellikle fark alma işlemi yapılmaktadır (Brockwell ve Davis, 2016: 254).

Lee ve Strazicich (2003), serinin durağanlığı için “yapısal kırılmalı birim kök testini” önermektedir. Zaman serisinde iki kırılmaya izin veren testin denklemi şöyledir (Lee ve Strazicich, 2004, 2003):

$$y_t = \delta' Z_t + \varepsilon_t, \varepsilon_t = \rho \varepsilon_{t-1} + u_0 \quad (3.10)$$

Ekzojen değişken vektörü olan  $Z_t = (1, t, D_{1t}, D_{2t})$  tarafından tanımlanan, Model A düzeyde iki kırılmaya izin vermektedir ( $\varepsilon_t \sim \text{iid } N(0, \sigma^2)$ ).  $t \geq T_{Bj}+1, j=1, 2$  için  $D_{jt}=1$  ve başka durumlarda 0 olmaktadır.  $T_{Bj}$  bir kırılmayı göstermektedir. Model C ise düzey ve trendde iki kırılma  $Z_t=(1, t, D_{1t}, D_{2t}, DT_{1t}, DT_{2t})$  tarafından tanımlanmaktadır.  $t \geq T_{Bj}+1, j=1, 2$  için  $DT_{jt}=t-T_{Bt}$  ve başka durumlarda 0 olmaktadır.

İki kırılmalı LS birim kök test istatistiği (LM) tahmini denklem (3.11) de belirtilmiştir:

$$\Delta y_t = \delta' \Delta Z_t + \Phi \bar{S}_{t-1} + u_t \quad (3.11)$$

Örnekleme sayısı olan  $T \rightarrow \infty$  olarak  $T_{Bj}/T \rightarrow \lambda_j, j=1, 2$ 'dir.  $LM_{\mathbb{T}} = \inf_{\lambda} \mathbb{T}(\lambda)$   $t$ -istatistiğinin ( $\mathbb{T}$ ) en düşük değeri aldığı yerde LM kırılma zamanı ortaya konmaktadır.

Lee ve Strazicich (1999) söz konusu test ile yapısal kırılmayı hem alternatif hem de boş hipoteze eklemiştir (Şen ve Şit, 2015: 6756). LM testinde temel hipotezin alternatifi “yapısal kırılmaların mevcut olması” biçiminde ise, zaman serisi yapısal kırılmalı birim kök ihtiva etmektir. Lee ve Strazicich (2003, 2004) bunu “yapısal kırılmalı durağan” olmayan alternatif hipotez şeklinde açıklamışlardır (Yıllancı, 2009: 329).

Tablo 20’de LM yapısal kırılmalı durağanlık testi sonuçları yer almaktadır. Elde edilen test istatistik değerleri kritik değerler ile karşılaştırıldığında;  $shi_t$  ve  $tg_t$

değişkenleri için hesaplanan test istatistik değeri hem model A hem de model C’de kritik değerlerden küçüktür. Dolayısıyla temel hipotez reddedilememekte ve seride birim kök olduğu görülmektedir.  $Ca_t$  değişkeninin test istatistik değeri model A için tüm kritik değerlerden küçük olmasına rağmen, model C için %1 ve %5’te kritik değerden küçük çıkmıştır.  $Gsyh_t$  ve  $hg_t$  serilerine ait test istatistik değeri model A için belirlenen kritik değerlerden küçükken, model C için %1 ve %5’te kritik değerlerden küçüktür.  $Rdk_t$  değişkeni için hesaplanan test istatistik değeri ise model C için tüm kritik değerlerden küçük olmasına karşın, model A için %1 ve %5’te kritik değerlerden küçüktür. Sonuç olarak serilerde %1 ve %5 önem seviyelerine göre  $H_0$  hipotezi reddedilememekte ve seriler kırılmalı birim kök ihtiva etmektedir. Diğer bir ifadeyle bulunan kırılma tarihlerinde, LM çift kırılmalı birim kök testine göre düzeyde Model A ve düzey ve trende kırılma Model C (%1 ve %5 için) sonucu, anlamlı bir yapısal kırılma olmamaktadır. Dolayısıyla anlamlı olmayan seriler durağan dışıdır. Tüm serilerde uyumu sağlamak amacıyla fark alma işlemi ile durağanlaştırma uygulanmıştır.

**Tablo 20. Lee-Strazicich İki Kırılmalı Birim Kök Testi**

Değişken	Model	Gecikme	Kırılma Tarihi	Test İstatistiği	Kritik Değerler*		
					%1	%5	%10
$shi_t$	A	3	2004Q1, 2017Q2	-2.74	-4.54	-3.84	-3.5
	C	3	2008Q2, 2012Q2	-4.18	-5.82	-5.28	-4.98
$ca_t$	A	1	2005Q3, 2009Q3	-3.44	-4.54	-3.84	-3.5
	C	1	2004Q3, 2017Q1	-5.12	-5.82	-5.28	-4.98
$gsyh_t$	A	2	2003Q3, 2009Q1	-2.29	-4.54	-3.84	-3.5
	C	2	2006Q4, 2014Q2	-5.20	-5.82	-5.28	-4.98
$tg_t$	A	2	2014Q2, 2015Q1	-2.10	-4.54	-3.84	-3.5
	C	2	2006Q3, 2015Q4	-4.88	-5.82	-5.28	-4.98
$hg_t$	A	3	2004Q2, 2014Q4	-3.25	-4.54	-3.84	-3.5
	C	4	2006Q3, 2015Q3	-4.99	-5.82	-5.28	-4.98
$rdk_t$	A	3	2006Q2, 2016Q3	-3.60	-4.54	-3.84	-3.5
	C	3	2007Q4, 2017Q2	-4.17	-5.82	-5.28	-4.98

\*Kritik değerler Lee ve Strazicich (1999)'den elde edilmiştir.

Tablo 20’de belirlenen kırılma tarihleri ekonomik konjonktürde yaşanan gelişmelere ve kriz dönemlerine denk gelmektedir. 2006 yılında enflasyon hedeflemesine geçilmesi ve 2008 krizinin etkisinin Türkiye’de 2009 yılında net bir şekilde hissedilmesi yapısal kırılmaya yol açtığı söylenebilir. 2013 yılında FED tarafından yapılan “genişletici para politikasına son verileceği” açıklamasına bağlı olarak, 2014 döneminde Türkiye’den hızlı bir sermaye çıkışı olmuş ve bunun etkisi uzun sürmüştür. 2017 yılında politik anlamda yaşanan gelişmeler ise hem reel sektör hem de finans sektörünü olumsuz anlamda etkilemiştir. Bu dönemde AB ile yaşanan gerilim, söz konusu bölgenin en çok ihracat yaptığımız bölge olması nedeniyle, dış ticaretimizde dengesizliğe sebep olmuştur. Dolayısıyla ekonomik büyümede istenen hedefin gerçekleşmesi zorlaşmıştır (TCMB, 2005; Öztürk ve Gövdere, 2010; Şahin ve Kalaycı, 2015; Egiad, 2017).

### 3.2. VAR Modeli Sonuçları

VAR analiz durağan seriler üzerinde çalışıldığı için, düzey hali ile birim kök içeren, serilerin farkları alınarak VAR Modeli uygulanmıştır. Modelin yorumlanması için öncelikle Granger anlamında nedenselliğe bakılmıştır. Daha sonra etki-tepki ve varyans ayrıştırma testleri incelenmiştir.

#### 3.2.1. Granger Nedensellik Testi

Granger Nedensellik Testi sonuçları, F istatistiğinin olasılık değerinin %5 anlamlılık seviyesine göre yorumlanması ile bulunmaktadır. Buna göre, test, nedensellik var mı, varsa yönü nedir, sorularına cevap vermektedir (Yılmaz, Kaya ve Akıncı, 2011: 25). Bu bağlamda zaman serilerinin Granger Nedensellik Testi sonuçları Tablo 21’de yer almaktadır. Kısa dönemde sağlık hizmeti ihracatı ile GSYH, turizm geliri ve hizmet giderleri arasında çift yönlü Granger nedensellik bulunmaktadır. Sağlık hizmeti ihracatı ile cari denge ve reel döviz kuru arasında Granger anlamında nedensellik bulunmamaktadır. Tablo 21’e göre dışsaldan içsele doğru değişkenlerin sıralaması şu şekildedir; cari denge, reel döviz kuru, turizm gelirleri, hizmet giderleri, GSYH ve sağlık hizmeti ihracatıdır.

**Tablo 21. Granger Nedensellik Testi Sonuçları**

Değişken	Yön*	Değişken
Sağlık hizmeti ihracatı	↔	GSYH
Sağlık hizmeti ihracatı	↔	Turizm geliri
Sağlık hizmeti ihracatı	↔	Hizmet gideri
Sağlık hizmeti ihracatı	X	Reel döviz kuru
Sağlık hizmeti ihracatı	X	Cari denge
GSYH	→	Turizm geliri
GSYH	→	Cari denge
GSYH	↔	Hizmet gideri
GSYH	↔	Reel döviz kuru
Turizm geliri	→	Cari denge
Turizm geliri	↔	Hizmet gideri
Turizm geliri	X	Reel döviz kuru
Cari denge	X	Hizmet gideri
Cari denge	←	Reel döviz kuru
Hizmet gideri	X	Reel döviz kuru

\*Çift yönlü nedensellik ilişkisi ↔ şeklinde gösterilirken, X nedensellik olmadığını ifade etmektedir. Diğer işaretler tek yönlü nedenselliği göstermektedir.

Granger nedensellik testine göre elde edilen sıralama VAR analizinde değişkenleri seçme sırasında kullanılmıştır. VAR analizi için gecikme uzunluğu kriteri belirleme penceresi ise Tablo 22’de yer almaktadır. Gecikme uzunluğu 1 olarak seçilmiştir.

**Tablo 22. Gecikme Uzunluğu Kriter**

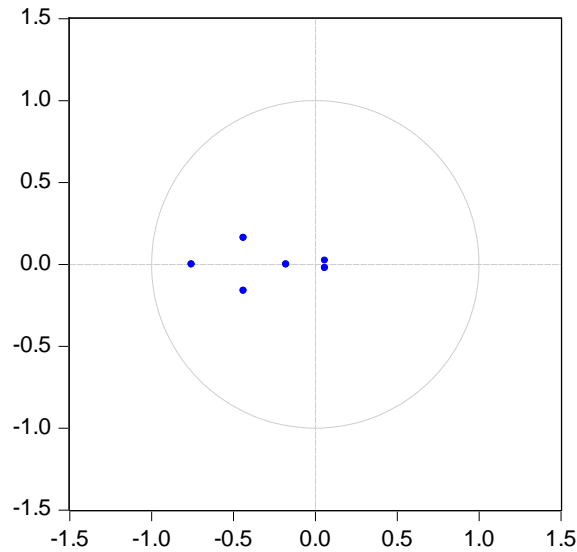
Lag	LogL	LR	FPE	AIC	SC	HQ
0	307.781	NA	0.000	-8.781	-8.184*	-8.545
1	362.790	95.015*	3.512*	-9.357*	-7.566	-8.649*
2	385.818	35.589	0.000	-8.964	-5.978	-7.784
3	411.691	35.282	0.000	-8.657	-4.477	-7.005
4	444.706	39.018	0.000	-8.567	-3.192	-6.443
5	480.213	35.507	0.000	-8.552	-1.983	-5.956

\* Kriter tarafından seçilen gecikme sayısını ifade etmektedir. LR: Ardışık değiştirilmiş LR test istatistiği (%5 düzeyinde), FPE: Son tahmin hata kriteri, AIC: Akaike bilgi kriteri, SC: Schwarz bilgi kriteri, HQ: Hannan-Quinn bilgi kriteri.

VAR analizinin durağan olup olmadığını test etmek için Ar karakteristik polinomun ters köklerine bakılmıştır. Sonuç olarak karakteristik ters köklerin birim çemberin içinde kaldığı Grafik 7’den görülmektedir. Dolayısıyla modelin durağan olduğu söylenebilmektedir.

**Grafik 7. Karakteristik Polinomun Ters Kökleri**

Inverse Roots of AR Characteristic Polynomial



Sistem durağan şekilde hareket ettiği için, sisteme gelecek olası şoklar kalıcı olmayıp, şokların etkisi geçici olacaktır.

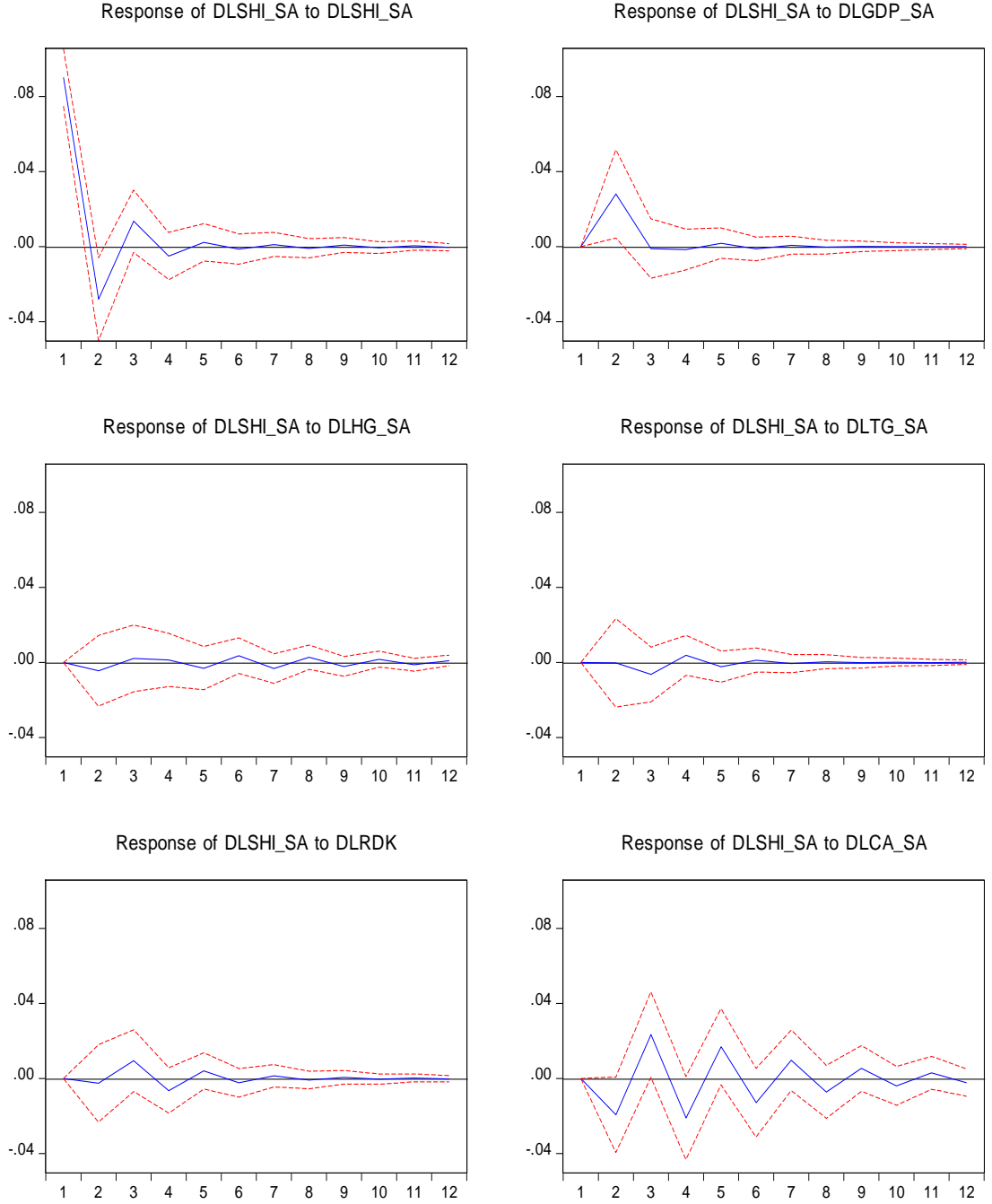
### 3.2.2. Etki-Tepki Analizi

VAR modelinde etki-tepki katsayılarını bulmak için en çok tercih edilen yöntem, Cholesky ayrıştırması yöntemidir. Söz konusu yöntem, hataları dikey hale getirerek bulunan varyans-kovaryans matrisini çapraz olarak hesaplamaktadır. Bu sebeple değişkenlerin yer değiştirilmesi etki tepki analizi sonuçlarında önemli değişmelere neden olmaktadır (Örnek, 2009: 113).

Grafik 8’de diğer değişkenlere verilen şok karşısında sağlık hizmeti ihracatının tepkisi yer almaktadır. Buna göre sağlık hizmeti ihracatına verilen 1 birimlik şok, kendisi üzerinde tepkisi, ikinci çeyrekte negatif, üçüncü çeyrekte pozitif yönde olmaktadır. Bu etki uzun sürmemekte ve beşinci çeyrekte sonra kaybolmaktadır. GSYH değişkenine uygulanan Istandart sapmalı şoka sağlık hizmeti ihracatının cevabı önce pozitif sonra negatif olmaktadır. Dördüncü çeyrekte itibaren bu tepki sıfırlanmaktadır. Hizmet giderine verilen şok karşısında  $shi_t$ ’nin tepkisi nispeten düşük kalmaktadır. Turizm gelirine uygulanan şok  $shi_t$ ’yi önce negatif yönde etkilese dahi zamanla etkinin sönümlendiği gözlenmektedir. Benzer şekilde reel döviz kuruna uygulanan şok karşısında da  $shi_t$ ’nin tepkisi nispeten az olduğu görülmektedir. Elde edilen sonuçlara göre sağlık hizmeti ihracatının en belirgin tepkisi, cari denge değişkenine şok uygulandığında gerçekleşmektedir. Söz konusu tepki iki yıldan sonra sıfıra yaklaştığı gözlenmektedir.



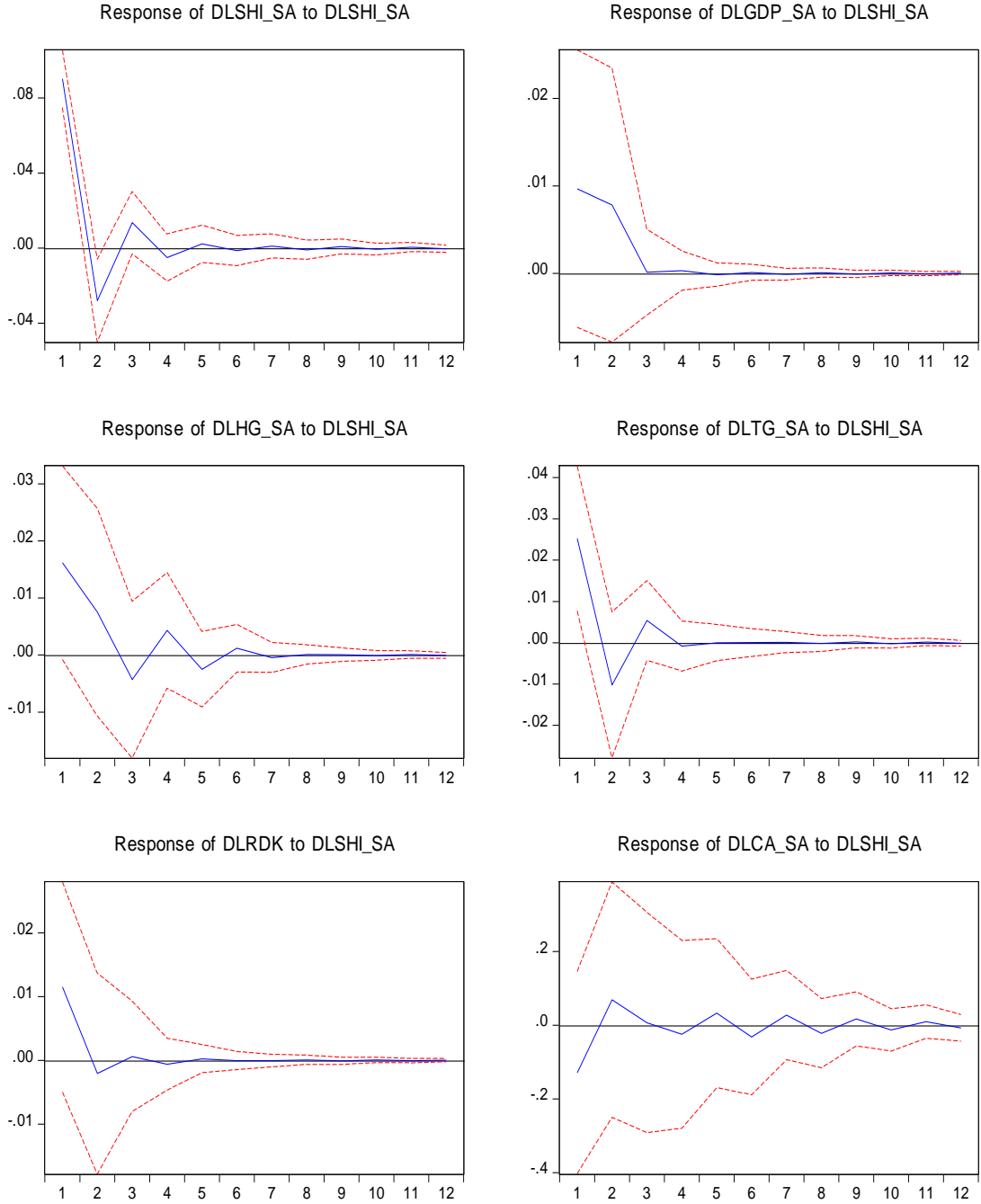
## Grafik 8. Değişkenlere Uygulanan Şok Karşısında Sağlık Hizmeti İhracatının Tepkisi



Grafik 9’da sağlık hizmeti ihracatına verilen bir birimlik şok karşısında diğer değişkenlerin verdiği tepki yer almaktadır. Sağlık hizmeti ihracatına 1 standart sapmalı şok uygulandığında GSYH’nin tepkisi ilk olarak yüksek olmaktadır. Üçüncü çeyrekte itibaren söz konusu şokun etkisi kaybolmaktadır. Hizmet giderleri ve turizm gelirlerinin bu şok karşısında tepkileri öncelikle yüksek olmakta, sonrasında dalgalı bir şekilde ilerlemektedir. Ancak turizm gelirlerine göre hizmet giderlerinin tepkisi daha uzun sürmektedir. Reel döviz kuru değişkeni ise ilk başta etkilense dahi, değişkenin verdiği

tepki kısa sürmektedir. Sağlık hizmeti ihracatına cari dengenin verdiği cevap oldukça uzun sürmekte ve şokun etkisinin sönümlenmediği gözlenmektedir.

**Grafik 9. Sağlık Hizmeti İhracatına Uygulanan Şok Karşısında Diğer Değişkenlerin Tepkisi**



Etki-tepki analizi sonuçlarına göre sağlık hizmeti ihracatı en çok cari denge değişkeninden etkilenmekte ve kendisi ise en çok cari denge ile hizmet ithalatını etkilemektedir. Teoride sağlık hizmeti ihracatı gelirlerinin cari açık finansmanında

kullanılacağı sıkça vurgulanmaktadır. Bu bağlamda incelendiğinde, sağlık hizmeti ihracatı cari denge değişkeninden oldukça etkilemektedir. Bunun dışında GSYH sağlık hizmeti ihracatını fazla etkilemekte ve hizmet giderleri de sağlık hizmeti ihracatından fazla etkilenmektedir.

### 3.2.3. Varyans Ayrıştırma Sonuçları

Varyans ayrıştırma fonksiyonu sonuçları her bir değişken için ayrı ayrı verilmiştir. Tablo 23'te diğer değişkenlerin sağlık hizmeti ihracatını ne kadar açıkladığı yer almaktadır. İlk dönemde kendisi tarafından %100 açıklandığı, 12 dönemde giderek azaldığı gözlenmektedir. GSYH, ilk dönemde sağlık hizmeti ihracatını hiç açıklamazken, sonraki dönemlerde düşük bir oranda açıklamaktadır. Hizmet giderleri ve turizm gelirleri birbirlerine yakın değerler almış ve değişkenler sağlık hizmeti ihracatını nispeten düşük pay ile açıklamaktadır. Cari denge değişkeni ise nispi anlamda yüksek oranda açıklamakta ve bu durum zamanla artmaktadır. Bunun dışında sağlık hizmeti ihracatı içinde reel döviz kurunun payı zamanla artmaktadır.

**Tablo 23. Sağlık Hizmeti İhracatı**

Dönem	S.E.	$shi_t$	$gsyh_t$	$hg_t$	$tg_t$	$rdk_t$	$ca_t$
1	0.0903	100.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
2	0.1007	88.2587	7.7852	0.1998	0.0009	0.0648	3.6907
3	0.1049	82.9707	7.1830	0.2271	0.3772	0.8704	8.3717
4	0.1074	79.3774	6.8741	0.2317	0.4832	1.1914	11.8421
5	0.1089	77.2410	6.7137	0.3064	0.5135	1.2952	13.9302
6	0.1097	76.0380	6.6204	0.4072	0.5179	1.3209	15.0957
7	0.1102	75.3702	6.5651	0.4935	0.5166	1.3247	15.7299
8	0.1105	75.0002	6.5331	0.5536	0.5150	1.3239	16.0742
9	0.1107	74.7946	6.5149	0.5913	0.5138	1.3226	16.2629
10	0.1107	74.6797	6.5046	0.6135	0.5131	1.3217	16.3675
11	0.1108	74.6152	6.4988	0.6263	0.5127	1.3211	16.4260
12	0.1108	74.5787	6.4955	0.6335	0.5125	1.3208	16.4591

Tablo 24'e göre GSYH kendisi dışında sağlık hizmeti ihracatı ve reel döviz kuru tarafından, nispi anlamda, yüksek oranda açıklanmaktadır. Turizm gelirleri, hizmet giderleri ve cari denge değişkenleri, GSYH'yi açıklamakta düşük paya sahiptir.

**Tablo 24. GSYH**

Dönem	S.E.	$shi_t$	$gsyh_t$	$hg_t$	$tg_t$	$rdk_t$	$ca_t$
1	0.0667	2.1005	97.8995	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000
2	0.0705	3.1065	93.6582	0.0220	0.9762	2.0932	0.1439
3	0.0705	3.1019	93.5147	0.0234	0.9954	2.0997	0.2650
4	0.0706	3.1011	93.4391	0.0252	0.9961	2.1054	0.3331
5	0.0706	3.1001	93.3972	0.0280	0.9959	2.1060	0.3728
6	0.0706	3.0996	93.3733	0.0304	0.9958	2.1060	0.3949
7	0.0706	3.0993	93.3598	0.0322	0.9957	2.1059	0.4071
8	0.0706	3.0992	93.3522	0.0333	0.9956	2.1058	0.4138
9	0.0706	3.0992	93.3479	0.0340	0.9956	2.1057	0.4176
10	0.0706	3.0992	93.3455	0.0344	0.9955	2.1057	0.4197
11	0.0706	3.0992	93.3441	0.0346	0.9955	2.1057	0.4209
12	0.0706	3.0992	93.3434	0.0347	0.9955	2.1057	0.4216

Tablo 25'e göre hizmet giderlerini kendisi dışında sırasıyla GSYH, sağlık hizmeti ihracatı, turizm gelirleri, cari denge ve reel döviz kuru değişkenleri yüksek oranda açıklamaktadır. Bu paylar 12 çeyreklik dönem için giderek arttığı görülmektedir.

**Tablo 25. Hizmet Giderleri**

Dönem	S.E.	$shi_t$	$gsyh_t$	$hg_t$	$tg_t$	$rdk_t$	$ca_t$
1	0.0719	5.0652	20.9134	74.0214	0.0000	0.0000	0.0000
2	0.0812	4.8230	18.1167	72.6823	2.2125	1.0209	1.1447
3	0.0851	4.6541	18.0829	68.8405	3.5288	2.5742	2.3194
4	0.0860	4.8045	18.1271	67.5962	3.6512	2.8462	2.9749
5	0.0863	4.8592	18.1417	67.1952	3.6624	2.8875	3.2540
6	0.0864	4.8699	18.1351	67.0815	3.6599	2.8900	3.3637
7	0.0864	4.8696	18.1281	67.0483	3.6580	2.8890	3.4070
8	0.0864	4.8686	18.1240	67.0367	3.6571	2.8884	3.4253
9	0.0864	4.8680	18.1219	67.0316	3.6566	2.8880	3.4338
10	0.0864	4.8678	18.1209	67.0289	3.6564	2.8879	3.4381
11	0.0864	4.8678	18.1203	67.0274	3.6563	2.8878	3.4404
12	0.0864	4.8678	18.1200	67.0266	3.6563	2.8877	3.4417

Tablo 26'ya göre turizm gelirleri değişkenini kendisi dışında sağlık hizmeti ihracatı yüksek oranda açıklamaktadır. Söz konusu oran 12 çeyreklik dönem boyunca düşük dahi olsa azaldığı görülmektedir. Ayrıca GSYH değişkeni de turizm gelirleri içinde

fazla paya sahiptir. Bunun dışında turizm gelirleri en yüksekten başlayarak, sırasıyla, hizmet giderleri, cari denge ve reel döviz kuru değişkeni tarafından açıklanmaktadır.

**Tablo 26. Turizm Gelirleri**

Dönem	S.E.	$shi_t$	$gsyh_t$	$hg_t$	$tg_t$	$rdk_t$	$ca_t$
1	0.0755	11.2137	4.8509	1.8614	82.0740	0.0000	0.0000
2	0.0797	11.7028	9.8619	4.1372	73.6686	0.2616	0.3679
3	0.0813	11.6924	9.6194	4.6915	71.3348	1.1663	1.4956
4	0.0819	11.5190	9.5415	4.6941	70.3224	1.4140	2.5089
5	0.0822	11.4261	9.5078	4.6562	69.7867	1.4822	3.1410
6	0.0824	11.3787	9.4825	4.6488	69.5046	1.4968	3.4886
7	0.0825	11.3540	9.4653	4.6560	69.3543	1.4988	3.6717
8	0.0826	11.3412	9.4548	4.6647	69.2729	1.4986	3.7678
9	0.0826	11.3347	9.4488	4.6710	69.2283	1.4981	3.8192
10	0.0826	11.3312	9.4454	4.6749	69.2036	1.4978	3.8471
11	0.0826	11.3294	9.4435	4.6770	69.1897	1.4976	3.8627
12	0.0826	11.3285	9.4424	4.6783	69.1819	1.4975	3.8714

Tablo 27'ye göre reel döviz kuru değişkeninin içinde kendisinin dışında GSYH değişkeninin payı oldukça yüksektir. Sağlık hizmeti ihracatı ile hizmet ithalatı, reel döviz kurunu birbirlerine yakın değerlerle açıklamaktadır. Turizm gelirleri ve cari dengenin payı ise oldukça düşüktür.

**Tablo 27. Reel Döviz Kuru**

Dönem	S.E.	$shi_t$	$gsyh_t$	$hg_t$	$tg_t$	$rdk_t$	$ca_t$
1	0.0693	2.7597	40.8266	2.0523	0.1321	54.2293	0.0000
2	0.0710	2.7135	41.1480	2.4109	1.0887	52.4535	0.1853
3	0.0711	2.7078	40.9680	2.4402	1.2478	52.2137	0.4224
4	0.0712	2.7103	40.9060	2.4359	1.2578	52.1288	0.5613
5	0.0712	2.7094	40.8770	2.4371	1.2584	52.0891	0.6289
6	0.0712	2.7085	40.8621	2.4404	1.2580	52.0697	0.6613
7	0.0713	2.7080	40.8543	2.4429	1.2578	52.0596	0.6774
8	0.0713	2.7078	40.8501	2.4445	1.2577	52.0543	0.6856
9	0.0713	2.7078	40.8478	2.4453	1.2576	52.0514	0.6901
10	0.0713	2.7078	40.8465	2.4458	1.2576	52.0498	0.6926
11	0.0713	2.7078	40.8458	2.4460	1.2576	52.0489	0.6940
12	0.0713	2.7078	40.8454	2.4461	1.2575	52.0484	0.6948

Tablo 28'e göre cari denge değişkeninde kendisinin payı oldukça yüksektir. GSYH ve hizmet ithalatının cari denge değişkeni içindeki payı nispeten yüksektir. Ancak 12 dönem boyunca GSYH'nin payı düşmesine rağmen, hizmet giderlerinin payı artmaktadır. Bunun dışında sağlık hizmeti ihracatı ile turizm gelirlerinin, cari denge içindeki payı düşük olduğu gözlenmektedir. Diğer yandan sağlık hizmeti ihracatının cari denge değişkeni içindeki payı dördüncü döneme kadar azalma, sonrasında ise artma eğilimindedir.

**Tablo 28. Cari Denge**

Dönem	S.E.	$shi_t$	$gsyh_t$	$hg_t$	$tg_t$	$rdk_t$	$ca_t$
1	1.1521	1.2543	9.1931	0.0463	0.5772	1.0503	87.8788
2	1.4087	1.0800	6.2636	0.9030	0.9865	1.3611	89.4058
3	1.5331	0.9138	5.6042	1.9645	1.0061	1.4968	89.0147
4	1.5952	0.8678	5.2214	2.7600	0.9480	1.4681	88.7347
5	1.6280	0.8741	5.0191	3.2433	0.9135	1.4381	88.5119
6	1.6458	0.8931	4.9115	3.5139	0.8947	1.4194	88.3673
7	1.6556	0.9100	4.8533	3.6606	0.8845	1.4091	88.2825
8	1.6611	0.9215	4.8212	3.7398	0.8789	1.4036	88.2351
9	1.6643	0.9285	4.8032	3.7828	0.8757	1.4007	88.2091
10	1.6660	0.9326	4.7930	3.8065	0.8740	1.3991	88.1949
11	1.6670	0.9348	4.7872	3.8197	0.8730	1.3983	88.1870
12	1.6676	0.9361	4.7839	3.8271	0.8724	1.3978	88.1826

Varyans ayrıştırma analizi sonuçlarına göre sağlık hizmeti ihracatı en fazla turizm geliri ve hizmet giderleri değişkenlerini açıklamaktadır. Diğer yandan sağlık hizmeti ihracatı değişkeni içinde cari denge, GSYH ve reel döviz kuru değişkenlerinin payının yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

### 3.3. Johansen Eşbütünleşme Analizi

Johansen eşbütünleşme testinden elde edilen sonuçlar Tablo 29'da yer almaktadır. En uygun model olarak model 4 seçilmiştir. Test istatistik değeri %5 kritik değerden büyük ise koentegre vektör olduğu anlamına gelmektedir. Bu bağlamda 0.05 anlamlılık seviyesinde trace (iz) testine göre bir adet koentegre vektör bulunmaktadır. Dolayısıyla değişkenler arasında uzun dönemde eşbütünleşme ilişkisi vardır.

**Tablo 29. İz Eşbütünleşme Testi Sonuçları\***

Hipotez	Özdeğer	Test istatistiği	5%	Olasılık değeri
H0: $r = 0$	0.4115	109.447	103.847	0.020
H0: $r \leq 1$	0.2876	72.858	76.972	0.098
H0: $r \leq 2$	0.2703	49.457	54.079	0.121
H0: $r \leq 3$	0.1405	27.705	35.192	0.254
H0: $r \leq 4$	0.1318	17.257	20.261	0.123
H0: $r \leq 5$	0.1030	7.5036	9.164	0.102

\*%5 anlamlılık seviyesinde iz testine göre eşbütünleşik ilişki yoktur hipotezi reddedilmiş ve alternatif hipotezler kabul edilmiştir. (H0 hipotezi red, H1 alternatif hipotezi kabul).

Denklem 3.12’de normalize edilmiş koentegre vektör denklemi bulunmaktadır. Buna göre, sağlık hizmeti ihracatını, GSYH ve turizm geliri pozitif yönde etkilerken; hizmet gideri, reel döviz kuru ve cari denge negatif yönde etkilemektedir.

$$shi_t = 2.488 + 0.002 * gsyh_t - 0.743 * hg_t + 0.014 * tg_t - 3.166 * rdk_t - 8.623 * ca_t \quad (3.12)$$

Normalizasyon işlemi uzun dönemdeki etkiyi görmeye imkan tanıdığı için sağlık hizmeti ihracatının diğer değişkenler ile ilişkisi şu şekildedir; GSYH ve turizm gelirlerindeki bir birimlik artış sağlık hizmeti ihracatını sırasıyla, 0.002 ve 0.014 birim arttırdığı bulunmuştur. Hizmet gideri, reel döviz kuru ve cari dengede oluşacak bir birimlik artış ise, sağlık hizmeti ihracatını sırasıyla, 0.743, 3.166 ve 8.623 birim azaltmaktadır.

### 3.4. Hata Düzeltme Modeli

Hata düzeltme modelinin verildiği Tablo 30’da GSYH dışındaki değişkenlere ait sonuçların negatif çıkması hata terimlerinin çalıştığını göstermektedir. Dolayısıyla uzun dönemde bir şok oluştuğunda dengeden sapmalar düzelebilmektedir.

**Tablo 30. Uzun Dönem Sonuçları\***

$shi_t (-1)$	1.000
$gsyh_t (-1)$	0.0039 (-0.0008) [-4.8919]
$hg_t (-1)$	-0.1980 (-0.2850) [ 0.0111]
$tg_t (-1)$	-0.0025 (-0.0102) [ 0.2538]
$rdk_t (-1)$	-1.8568 (-1.252) [ 1.0878]
$ca_t (-1)$	-13.670 (-2.27237) [ 6.01581]
C	0.1072

\*() standart hata, [ ] t-istatistik. %5 seviyesinde anlamlıdır. Katsayıların işareti değiştirilmiştir.

Modelin geçerli olup olmadığını kontrol ettiğimiz LM testi ve değişen varyans testleri Tablo 31 ve Tablo 32’de verilmiştir. Hata terimi otokorelasyon sorunu içermediği gözlenmektedir.

**Tablo 31. Otokorelasyon-LM Testi**

Gecikme	LM İstatistik	Olasılık değeri
1	39.366	0.321
2	35.519	0.491
3	30.160	0.742
4	55.415	0.050
5	45.580	0.131

Kalıntılar değişen varyans sorunu içermediği Tablo 32’de görülmektedir. Dolayısıyla kurulan modelin yapısal manada sorunlu olmadığı söylenebilir.



**Tablo 32. White Değişen Varyans Testi**

Kikare	Df	Olasılık değeri
281.040	294	0.696

VECM analizi sonucunda kısa dönem sonuçlarını Tablo 33’te yer almaktadır. Test istatistiği mutlak değerleri 2’den büyükse anlamlıdır. Buna göre hizmet giderlerinin, reel döviz kurunun ve cari dengenin anlamlı olduğu söylenebilir. Dengede oluşacak sapmaların hizmet giderleri için %0.002’si, reel döviz kuru için %4.120’si ve cari denge için %0.039’u bir sonraki dönemde düzeltilecektir.

**Tablo 33. Kısa Dönem Sonuçları**

	$shi_t$	$gsyh_t$	$hg_t$	$tg_t$	$rdk_t$	$ca_t$
<b>Ayarlama Katsayısı</b>	-0.039	3.354	-0.002	0.712	-4.120	-0.039
<b>Standart Hata</b>	-0.046	-35.553	-0.001	-1.301	0.000	-0.011
<b>t-istatisti</b>	[-0.855]	[ 0.094]	[-2.082]	[ 0.547]	[-2.035]	[-3.440]

Sağlık hizmeti ihracatı ile birlikte analize dahil olan değişkenlerin birbirleri ile ilişkisi uzun dönemde de devam ettiği görülmektedir. Teoride sıkça vurgulanan sağlık hizmeti ihracatının cari dengenin sürdürülebilirliğinde kullanılmasının test edildiği analizde, bu durumun, düşük bir oranla gerçekleşebileceği tespit edilmiştir.

## SONUÇ

Sağlık hizmeti ihracatı ekonomilerin alternatif gelir kaynağı araması nedeniyle ortaya çıkmıştır. 1990'lı yıllar ile birlikte yükselen bir sektör olarak küresel piyasada daha aktif şekilde yer almıştır. Mal ticaretine alternatif olarak doğan hizmet ticareti ekonomik anlamda çeşitlenmeyi sağlamaktadır. Bunun bilincinde olan gelişmiş ülkeler Uruguay görüşmelerinde söz konusu durumu dile getirmişler ve nihayetinde 1 Ocak 1995 tarihinde Dünya Ticaret Örgütü üyeleri, ilk çok taraflı anlaşma olan Hizmetler Ticareti Genel Anlaşması ile birlikte hizmet sektörlerini belirlemiştir. Bu anlamda uluslararası sağlık hizmeti, hizmet ticareti içinde önemli paya sahiptir. Sağlık hizmetinin uluslararası ticaretini yapmak isteyen ekonomiler, hem kendi aralarında anlaşmalar yaparak hem de sadece GATS'ye bağlı kalarak bu hizmeti yabancı hastalara sunmaktadır.

Dünya Ticaret Örgütü sağlık hizmetinin ihracatının veya ithalatının yapılabileceğini belirli prosedürler ile onaylarken, Dünya Sağlık Örgütü sağlık hizmetinin uluslararası ticaretinin yapılmasını bazı kriterlere bağlamıştır. Bunun nedeni bireysel sağlıkta oluşabilecek eşitsizlik sorunlarının önüne geçmektedir.

WHO'nun sağlık tanımı bireyin beden, ruhen, fiziken ve sosyal anlamda en iyi durumda olmasıdır. Bunun sağlanması için ülkelerin kendi sağlık hizmeti koşullarını yüksek bir seviyeye taşımalarına ihtiyaç duyulmaktadır. Beş yaş altı ölüm oranı, doğumda yaşam beklentisi, anne ölüm oranı ve sağlık hizmeti için gerekli alt yapı yatırımları (doktor sayısı, hemşire sayısı, hastane yatak kapasitesi, hastane sayısı vb.) olabilecek en iyi seviyede olmalıdır. WHO, bu asgari şartlar sağlandığında sağlık hizmetinin uluslararası alanda sunulabileceğini vurgulamaktadır. Diğer bir ifadeyle ülkelerde bireysel sağlık evrensel boyuta ulaştığı zaman, diğer ülkelere bu sağlık hizmetini verilebileceklerdir. Dolayısıyla sağlık hizmeti, sağlık hizmeti ihracatının birinci adımı olmaktadır. Bununla beraber bireysel sağlıktaki iyilik toplumsal sağlığı beraberinde getirdiği bilindiğine göre, toplumsal sağlığın iyi olması da diğer ülkelerin dikkatini çekmektedir. Sağlık hizmeti ihracatı çoğunlukla yabancı hastaların memnuniyeti ile ortaya çıkmaktadır. Çünkü sağlık hizmetini sunan kişilerin tanıtım yapması etik açıdan uygun olmadığı için ev sahibi ülkeden giden hastaların tavsiyeleri önem arz etmektedir. Ev sahibi ülke kendi vatandaşlarına sağlık hizmetini en iyi seviyede sunuyor ve sağlık göstergeleri olumlu sonuç veriyorsa, bu durum dünyada dikkat çeken bir sağlık hizmeti anlamına gelmektedir. Bununla birlikte sağlık hizmeti istihdamındaki beşeri sermayenin hem nitelikli olması, hem de yabancı dil bilgisine sahip olması, uluslararası alanda bir rekabet avantajı anlamına gelmektedir. Diğer yandan akreditasyon şirketleri ülkelerin

sağlık hizmeti koşullarını denetlemektedir. Belirlenen sağlık hizmeti standardına uyan hastanelerin (sağlık tesislerin) kaliteli hizmet vereceği belgelenmiş olmaktadır. Ülkedeki akredite hastane sayısının fazla olması sağlık turistlerini ikna edici bir nitelik olarak kabul edilmektedir.

Literatürde birçok çalışmada turizm sektörü ile birlikte ele alınan sağlık hizmeti ihracatı için farklı isimler bulunmaktadır. Bu nedenle öncelikle turist kavramını tam olarak bilmek, sektörün tanımını kolaylaştırabilmektedir. Turist terimi; sadece turist, tedavi edilen turistler, tedavi ve tatil amaçlı olan turistler, tatil yapan hastalar ve sadece hastalar şeklinde beş sınıfa ayrılmıştır. Sadece turist dışındaki uluslararası hastalar tedavi oldukları sağlık tesisine döviz ile ödeme yaptıkları için, ülkeye döviz girdisi sağlayan sağlık hizmeti ithalatçılarıdır. Bunun yanı sıra sadece hastalar tabiri, doğrudan uluslararası hastaları ifade etmektedir. Diğer turist tanımları ise turistin sağlığına karşılık gelmektedir. Dolayısıyla öncelikli amacı sağlık da olsa turizm de olsa uluslararası hastalar tıp biliminin etik anlayışı çerçevesinde tedavi olmakta, sağlık çıktısı sonucunda ülkeye döviz girdisi sağlamaktadır. Bu durum ise sağlık hizmeti ihracatını; hizmet sektörü, turizm sektörü, tıp bilimi, ekonomi bilimi ve seyahatler ile doğrudan ve dolaylı olarak ilgili olan bir sektör yapmaktadır.

Sağlık hizmeti ihracatını teşvik eden politika yapıcılarının yükümlülükleri olduğu bilinmektedir. Ekonomik anlamda katkı sağlaması için sektörün geliştirilmesi gerekmektedir. Burada en önemli çözüm noktası altyapının ileri seviyeye taşınmasıdır. Sektör paydaşları arasında koordinenin sağlanması, sağlık tesislerinin kurulması için uygun arazi maliyeti, hastane kurulumu için faiz oranları düşük olan krediler, araziler için sübvansiyon, sağlık tesisi kurulumundaki görev dağılımının iyi yapılması, sağlık hizmetlerinin daha verimli hale getirilmesi, sektörden elde edilen gelirin uygun alana yönlendirilmesi, sektörü geliştirmek için gerekli olan eğitimin, teknik ekipmanın sağlanması ve yasal düzenlemelerin yapılması politika yapıcılarının görevleri arasında sayılmaktadır. Özellikle sağlık hizmeti ihracatı sektörünün prosedürleri ve sorumlulukları GATS tarafından belirlenmiş olmasına rağmen, bu alanda dünyada net hukuki düzenlemeler bulunmamaktadır. Bu duruma çözüm olarak, eğer ülkeler arasındaki ikili anlaşmalar arttırılırsa, tüm sorunların ve uygulamaların net bir şekilde çerçevesi çizilmiş olacaktır. Böylece belirsizlikler ortadan kalkabilecektir. Söz konusu sektörün sürdürülebilirliği için en önemli unsurun 'güven' olduğu göz önüne alındığında, sağlık hizmetinin uluslararası anlamda talebi artarak devam edebilecektir.

Sağlık hizmeti ihracatı sektörü farklı bilim dalları ve farklı sektörler ile birlikte hareket etmesi birçok sorunu beraberinde getirmektedir. Sağlık hizmetinin yapısı gereği piyasa koşullarına ve rekabet ortamına bırakılması sorunları beraberinde getirmektedir. Bu hizmetin küreselleşmesi ile sağlık piyasasında eşitsizlik sorunu artmıştır. Pazarın büyümesi sağlık sektörü için yüksek bir tabanda, kısıtlı da olsa, bir fiyat rekabeti yaratmaktadır. Maliyeti yüksek olan alana yapılacak her yatırım, fiyatları yukarı çekebileceği için, sağlık hakkını eşitlikten uzaklaştırabilmektedir. Bu nedenle devlet tarafından uygulanan tavan fiyat politikası uluslararası hastaları koruyabilmektedir.

Sağlık hizmetinin küreselleşmesi sektörün etik açıdan irdelenmesini de gerektirmektedir. Bu doğrultuda hasta (talep eden) ve sağlık sunucularının (arz sağlayıcı) birtakım sorumlulukları bulunmaktadır. Hasta açısından fayda aranırken, onların dilinin, dininin ve kültürel değerlerinin dikkate alınması önem arz etmektedir. Doğrudan karşılıklı olarak insan davranışları ile ilerleyen tedavi süreci, kişilerin değer yargıları ile birebir örtüşmektedir. Hastanın mahremiyeti, tedaviye izin verip vermesi ve fiyat açısından uygunluk nedeniyle, talep söz konusu piyasayı etkilemektedir. Bu bağlamda sağlık hizmeti ihracatı, tüketici davranışlarını dikkate almaktadır. Benzer şekilde sağlıktaki kaynak tahsisinin doğru yapılması, piyasanın gidişatını etkilemektedir. Burada karar verme işi rasyonel çerçevede olamayabilir. Doktor tedavi sürecinde tüketicinin tavırlarını dikkate almaktadır. Bu durumda karar mercileri ve tüketici süreci yönlendirmektedir. Sonuçta sağlık hizmetinin ekonomik analizine olanak tanıyan maliyet etkililik analizi sonuçları da değişebilmektedir. Bu noktada, iktisat biliminin dışına çıkılmaktadır. Daha açık bir ifadeyle sağlık hizmetindeki karşılaştırmalı analizlerin sonuçları, sağlık hizmeti ihracatındaki etik ilkeler dikkat alındığında, hem hasta açısından hem de kurum açısından en iyi sonuca ulaşılabilir.

Sağlık hizmetinin ihraç edilmesi normlara dayanan sağlam bir çerçeveye oturtulması sektörü sürdürülebilir kılacaktır. Bununla birlikte sağlık sunucularının, hastaların ve konuya dahil tüm kişi ve kurumların söz konusu insan sağlığının bir hak olduğunu ve en iyi şekilde sunulması gerektiğini göz ardı etmemelidir. Böylece ilgili herkes için fayda sağlanmış olacaktır. Dolayısıyla sağlık hizmeti ihracatının en belirgin normları özünde sağlık hizmeti olduğu için tıbbi hizmetin sunumundan ileri gelmektedir. Bilgilendirme, fiyatlandırma, eşitlik-erişilebilirlik, mahremiyet, yetkinlik, yasallık ve tedavi sürecine uygun hizmet sunumu uluslararası hastalar açısından tüm süreci olumlu hale getirebilecektir. Ayrıca etik sorunları dikkate alarak uygulanacak bir fiyatlama, piyasanın sürdürülebilirliğine imkan tanıyacaktır. Dolayısıyla sağlık hizmetinde

kamunun rolü sağlığın daha adil dağılmasına olanak tanıdığı gibi, sağlık hizmeti ihracatında da devletin rolü sağlık turistleri ile ülke vatandaşları arasında dengeyi sağlamaktadır. Türkiye’de taban ve tavan fiyat uygulanarak yapılan fiyatlandırma, etik problem olmaktan çıkarılmıştır. Çünkü tüm cerrahi müdahaleler T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından açık bir şekilde yayınlanmaktadır. Sonuç olarak eğer sağlık hizmeti ihracatındaki etik ilkeler dikkate alınmazsa sektörde yapılan yatırımlar, gelişmeler endişelere ve eleştirilere açık hale gelebilmektedir. Yabancı hastaların diğer ülkelerin sağlık hizmetine güvenmesi ve sektörün sürdürülebilirliği için sağlık hizmeti ihracatında etik davranma, önem arz etmektedir. Konunun ehemmiyeti nedeniyle literatürde birçok çalışma sağlık hizmeti ihracatının etik boyutunu konu almıştır. Çoğunlukla vurgulanan ise sağlık koşullarının ülkelerin öncelikle kendi vatandaşları için evrensel seviyeye taşınması ve sağlık hizmeti sunumunun tam, erişilebilir olması gerektiğidir.

Uluslararası sağlık hizmet ticareti anlık ve önceden kontrol edilemeyen bir ticaret şekli olduğu için, talebin geri çekilme ihtimali yüksektir. Bu nedenle sağlık hizmeti ihraç edilmeden önce tüm koşulların en iyi şekilde sağlanması ve bunun sağlık göstergeleri ile desteklenmesi gerekmektedir. Böylece yüksek seviyede döviz girdisinin yolu açılmaktadır.

Türkiye, Meksika ve Brezilya gibi gelişmekte olan ve yüksek cari açık sorunu ile karşı karşıya kalan ekonomiler, alternatif döviz getirisi sağlayan sektörlerle ilgilenmektedir. Dünyada birçok ülke sağlık hizmetini ihraç ederken birçok ülke de sağlık hizmeti ithalatı yapma eğilimindedir. Özellikle Asya lkeleri Asya Krizinden ıkış yolu olarak başladıkları söz konusu ticarete, şuanda dünyada cazibe merkezi haline gelmiştir. Bu anlamda dünyada önemli bir rekabet ortamı bulunmaktadır. Her lke kendi koşullarına göre sektörde gelişme yolu aramaktadır. Örneğin Tayland sağlık hizmetini ihraç etmek için ülkedeki hastaneleri ve ülkenin sağlık koşullarını iyileştirirken, kendi vatandaşlarına da iyi bir sağlık hizmeti sunmaya başlamıştır. Diğer yandan Malezya gibi Müslüman lkeler, bu durumlarını rekabet avantajı haline çevirerek sağlık hizmeti ihraç etmektedir. Hindistan, ileri seviyede İngilizce bilen sağlık personelleri ve kaliteli hizmet sunumu ile dünyada rekabet avantajına sahiptir. ABD uzun yıllardır sağlık hizmetini yabancı hastalara sunmaktadır. Ancak günümüzde ülkenin yüksek maliyetleri nedeniyle sağlık hizmeti ithalatı da artmıştır. Son olarak, Orta Doğu lkeleri bu alanda gelişme yolundadır. Bölgenin en önemli avantajı Dubai’de bulunan Sağlık Serbest Bölgesi’dir. Uluslararası hastalar burada, hem konforlu dinlenme alanına hem de kaliteli sağlık hizmetine sahip olabilmektedir. Bunun dışında coğrafi konum, gelişmiş bazı ülkelerdeki bekleme

sürelerinin fazla olması, bazı tedavilerin yasal olmaması veya sigorta tarafından karşılanmaması, turizm açısından gelişmiş olma, vize sorunu olmaması, ulaşımdaki kolaylık, çevresel etkiler ve maliyet açısından uygunluk gibi önemli nedenlerden dolayı sağlık hizmeti ihracatı gelişmiştir. Buradaki maliyet unsuru en önemli sebeptir. Çünkü dünyada sağlık için yapılan harcamalar artmasına rağmen, sağlık hizmetleri oldukça maliyetli bir hizmet türüdür. Örneğin kalp ile ilgili tedavilerin fiyatı gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelere göre, dörtte bir kadardır. Bu durum sektörde tersine küreselleşmeyi ortaya çıkarmıştır. Eskiden gelişmiş ülkelere sağlık hizmeti almak için gidilirken, günümüzde gelişmekte olan ülkelere sağlık hizmeti almak için seyahat edilmektedir.

Türkiye’de sağlık hizmeti ihracatı devletin kontrolü altında yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı bu hizmetin verilebilmesi için talep eden sağlık tesislerine, hastanelere, laboratuvarlara, seyahat acentelerine, vb. yetki belgesi vermektedir. Böylece uluslararası hastalar kaliteli hizmet almakta ve tüm süreç Bakanlığın kontrolü altında olmaktadır. Diğer yandan Türkiye sağlık hizmetinin ihracatının yapılabilmesi için WHO’ya göre ön koşul olan, sağlık hizmetlerini ileri seviyeye taşıma girişimine uzun yıllardır devam etmektedir. Bu kapsamda sağlık sunucularının sayısına, eğitim düzeyine, hastane yatak kapasitesine, hastane sayısına ve eczacılıkla ilgili gelişmelere önem vermiştir. Sunulan hizmetin kalitesi sağlık göstergelerine yansımaktadır. Hem sağlık hizmeti hem de ölümlülük halini ortaya koyan ve en kapsamlı gösterge olan yaşam beklentisi göstergesine göre, Türkiye üst gelir grubundaki ülkelere yakın bir orana sahiptir. 2012 yılında yayınlanan raporda Türkiye ve dünyada uluslararası sağlık hizmetinin durumu net bir şekilde belirtilmiştir. Buna göre, Türkiye’de uluslararası hasta talebinin fazla olduğu ve hedef pazarların genişletilmesi gerektiği vurgulanmıştır. Dolayısıyla bu durum yabancı hasta memnuniyetinin fazla olduğu ve sağlık altyapısının nispeten gelişmiş olduğu anlamına gelmektedir. Tezde sürekli vurgulanan sağlık göstergelerindeki gelişmenin sağlık hizmeti ihracatına katkı yapacağı bilgisi, literatürde yer alan Korkmaz vd. (2014), Bhadu, (2011), Göçer ve Aydın’ın (2017) çalışmalarında da vurgulanmaktadır.

Sağlık hizmeti ihracatı yüksek döviz girdisi sağlayan bir sektör olduğu için ülkeler bu alana yatırım yapmakta ve sağlık hizmetlerini geliştirmeye çalışmaktadır. Küresel piyasada özellikle cari açık sorunu yaşayan gelişmekte olan ekonomiler bu hizmet sektöründe aktif şekilde rol almaktadır. Türkiye sağlık hizmeti ihraç ederek cari açığını finanse etme ve ekonomik büyümeye katkı sağlama eğilimindedir. Bu bağlamda tez çalışmasında yapılan ampirik analizde 2002:Q1-2019:Q4 dönemi için Türkiye’nin sağlık

hizmeti ihracatı geliri, turizm geliri, hizmet gideri, reel döviz kuru, cari işlemler dengesi ve ekonomik büyüme verileri kullanılarak, birbirlerini etkileyip etkilemediği ve uzun dönemli ilişki tahmin edilmiştir. Bu bağlamda öncelikle, durağanlık analizi için Lee-Strazicich yapısal kırılmalı birim kök testi uygulanmıştır. Küresel piyasada yaşanan ekonomik ve politik gelişmelerden etkilenen Türkiye’de 2004, 2006, 2009, 2014 ve 2017 tarihleri kırılma tarihleri olarak bulunmuştur. İlgili dönemlerde hem ulusal hem de uluslararası ekonomik konjonktürde krizler veya önemli gelişmeler yaşanmıştır. Bu nedenle Türkiye ekonomisi için söz konusu tarihlerde yapısal kırılmalı birim kök içerdiği gözlenmektedir. Durağanlık sınaması yapıldıktan sonra Granger Nedensellik, Etki-Tepki ve Varyans Ayrıştırma analizleri ile zaman serilerinin birbirleri üzerine etkisi incelenmiştir. VAR modeli durağanlaştırılan seriler üzerinde uygulanmıştır. Fark alma işlemi modelde örneklem kaybına ve serinin yapısının değişmesine yol açtığı için, hata düzeltme modeli uygulanması gerekmektedir. Ayrıca değişkenlerin birinci mertebede (I(1)) eşbütünleşik olduğu bulunduğundan, VAR modelinin devamı sayılan VECM ve Johansen Eşbütünleşme analizi yapılması, tezde uygulanan ampirik analizin sonuçlarını güçlendirmektedir. Uygulanan analiz sonuçları Kaya (2018) ve Zeren (2015)’in Türkiye’yi dikkate alarak yaptıkları çalışmalarla benzerdir.

Sağlık hizmeti ihracatı GSYH’nin, turizm gelirlerinin ve hizmet giderlerinin çift yönlü Granger nedeni olduğu bulunmuştur. Bu bilgi teoride sıkça vurgulanan sağlık hizmeti ihracatının ekonomik büyümeye katkı yapacağını, doğrulamaktadır. Ayrıca uluslararası hastalar sağlık hizmeti almak için siyasi, ekonomik ve gelişmişlik durumuna bakarak gidecekleri ülkeyi tercih etmektedir. Bu nedenle ekonomik büyüme de sağlık hizmeti ihracatının nedenidir. Diğer yandan turizm gelirleri cari dengenin nedeniyken sağlık hizmeti ihracatı ile Granger anlamında bir ilişki bulunamamıştır. Bunun sebebi olarak sağlık hizmeti ihracatının turizm gelirleri içinde değerlendirilmesi verilebilir. Ayrıca hizmet giderleri büyük oranda taşımacılık ve seyahat giderlerini kapsamaktadır. Bu nedenle, turist olarak ya da sağlık turisti olarak veya başka bir sebeple gerçekleştirilen ülkeden çıkışlar, bir ihtimalle, sağlık hizmeti piyasasını etkileyebileceği yorumu yapılabilir.

Etki-Tepki analizi sonuçlarına göre sağlık hizmeti ihracatı en çok cari denge, en az da ekonomik büyümeden etkilenmektedir. Cari dengede yaşanan bir şok sağlık hizmeti ihracatı üzerinde kalıcı olabilmektedir. Bunun dışında reel döviz kurunda meydana gelecek bir şokun etkisinin sağlık hizmeti ihracatında altıncı dönemden sonra kaybolduğu görülmektedir. Uluslararası hastaların büyük oranda döviz ile ödeme yaptıkları göz önüne

alındığında kurda yaşanan bir gelişmenin yabancı hastaların tercihlerini etkilediği söylenebilir. Diğer yandan Türkiye’de turistin sağlığı kapsamında yabancı hastaların sayısının çok daha fazla olduğu bilinmektedir. Bu nedenle turizm gelirlerindeki artışta yaşanacak bir olumsuzluk sağlık hizmeti ihracatını doğrudan etkilemektedir ve bu tepki uzun sürmektedir.

Öte yandan sağlık hizmeti ihracatında yaşanacak bir şok en çok cari denge değişkenini, turizm gelirlerini ve hizmet ithalatını etkilemektedir. Cari denge üzerindeki bu etki nispeten büyük olmamasına rağmen, kalıcı olmaktadır. Teoride sağlık hizmeti ihracatı cari açığın finansmanında kullanılan bir hizmet sektörüdür. Ampirik analiz de bunu kısmen doğrulamaktadır. Diğer yandan turizm gelirleri ile sağlık hizmeti ihracatının birbirini etkilediği tezin teorik kısmında vurgulanmıştır. Etki-tepki analizi sonuçlarına göre sağlık hizmeti ihracatının turizm gelirlerini etkilemesi, turizm gelirlerinin sağlık hizmeti ihracatını etkilemesinden daha fazla olduğu bulunmuştur.

Varyans ayrıştırma analizi sonuçlarına göre sağlık hizmeti ihracatı değişkeni ekonomik büyüme, turizm geliri ve hizmet giderlerini nispeten büyük oranda açıklamaktadır. Cari denge değişkeni de sağlık hizmeti ihracatını nispeten fazla açıklamaktadır. Elde edilen bu sonuç oranları çok yüksek olmamasına rağmen, teoride yer alan sağlık hizmeti ihracatı, turizm ve cari denge ilişkisi bilgisi ile örtüşmektedir.

Johansen Eşbütünleşme analizi sonuçlarına göre değişkenler arasında uzun dönemli ilişki bulunmuştur. Ekonomik büyüme ve turizm gelirleri değişkenleri sağlık hizmeti ihracatını pozitif yönde etkilemektedir. Ancak hizmet gideri, reel döviz kuru ve cari denge değişkenleri sağlık hizmeti ihracatını negatif yönde etkilemektedir. Bu durumda kurda yaşanan olumsuz bir gelişme sağlık turistlerinin ülke tercihini belirleyebileceği söylenebilir. Hata düzeltme modeli analizi sonuçlarına göre ise uzun dönemde dengeden oluşacak sapmalar düzeltilebilmiştir.

Sonuç olarak, sağlık hizmeti ihracatı ekonomik büyümeye katkı sağlamaktadır. Ayrıca turizm hizmeti sektörü ile yakından ilgilidir. Bu nedenle sağlık hizmeti piyasası, turizm hizmeti, ulaşım, konaklama, yeme-içme gibi sektörler birbirleri ile koordineli biçimde çalışırlarsa sağlık hizmetinin sunumu daha kolay ve ulaşılabilir olacaktır. Dolayısıyla sektör katma değer yaratacak ve bu durum ekonomik büyümeye, istihdama ve cari açığa olumlu yansiyabilecektir. Türkiye’nin dezavantajı olan, turistin sağlığına önem vermesi, turizm hizmetinin gelişmesi ile daha da artabilecektir. Ancak turistin sağlığının yanında ‘sağlık turistleri’ de Türkiye’yi daha fazla tercih ederlerse, yüksek döviz girişi olacaktır. Bu nedenle Türkiye’nin dezavantajlarını avantaj haline getirmek



ekonomik anlamda fayda sağlayabilecektir. Son olarak hukuki düzenlemelerin gözden geçirilmesi, yasal prosedürlerin net bir şekilde ilgili sektörlerle belirtilmesi, risklerin belirlenip önlemlerin alınması, sağlık altyapısı bakımından AR-GE yatırımlarına önem verilmesi, sektörün tanıtımının daha fazla ve etkin şekilde yapılması, sağlık sunucularının dil seviyesi ve eğitim seviyesinin ilerletilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmeti piyasasındaki gelişme sağlık göstergelerindeki ilerleme gelişmiş ülkeler ile aynı düzeye taşınırsa, Türkiye'nin tanınırlığı artabilecektir.

## KAYNAKLAR

- ABDULLAH S. M., Salina SIDDIQUA, Rumana HUQUE, "Is Health Care a Necessary or Luxury Product for Asian Countries? An Answer Using Panel Approach". *Health Economics Review*, 2017 ss. 1-12.
- ACCREDITATION CANADA, *Accreditation Canada: Access to Standards*, 2011, <https://accreditation.ca/>, (27.10.2020).
- ADAMS, Orvill; Colette KINNON, *A Public Health Perspective. In: United Nations Conference on Trade and Development and World Health Organization. International Trade in Health Services: A Development Perspective, UNCTAD/ITCD/TSB/5 WHO/TFHE/98.1*, Cenevre: WHO, 1998.
- AKDU Serap Akasya, *Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal Turizm ve Türkiye'deki Uygulamalar Üzerine Bir Araştırma; İstanbul ve Ankara Örneği*, (Yüksek Lisans Tezi), Ankara: Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 2009.
- AL-AZZAM Abdel, "A Study of the Impact of Marketing Mix for Attracting Medical Tourism in Jordan", *International Journal of Marketing Studies*, 2016, ss. 139-149.
- AL-LAMKI Lamk, "Medical Tourism: Beneficence or Maleficence?" *Sultan Qaboos University Medical Journal*, Vol.11, No.4) 2011, ss. 444-447.
- ALTES Garcia M., "The Development of Health Tourism Services", *Annals of Tourism Research*, 2005, ss. 262-266.
- ALTIN Ufuk, Gülfer BEKTAŞ, Zehra ANTEP, Arzu Gerçek İRBAN, "The International Patient's Portfolio and Marketing of Turkish Health Tourism", *Social and Behavioral Sciences* 58, 2012, ss. 1004-1007.
- ANIZA I, M AIDALINA, R NIRMALINI, Mch INGGIT, Te AJENG, "Health Tourism in Malaysia: The Strength and Weaknesses", *Jurnal of Community Health. Vol.15, No.1*, 2009, ss. 7-15.
- ARAVINDHAKSHAN Rajeev, "Globalization of Health Care and Medical Tourism - A Case Study From Oman", *www.asiabiotech.com*, Vol.14, No.1, 2010, pp. 19-22.
- ARIU Andrea, "Services Versus Goods Trade: Are they the same?" *Bank of Belgium working paper*, No.237,2012, pp. 1-32.
- ARROW Kenneth J, "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care". *The American Economic Review*. Vol:53, No:5, 1963, pp. 141-149.
- ARURU Meghana, Jack Warren SALMON, "Medical and Pharmaceutical Outsourcing to India: Ethical Considerations and Policy Implications", *Journal of Pharmaceutical Finance Economics & Policy*, 2008, pp. 43-62.
- BAKHOUYA Driss, "The General Agreement on Trade in Services (GATS) and international trade in health services", *Juridical Tribune*, 2017, pp. 54-68.
- BALÇIK Pınar Yalçın, Bayram ŞAHİN, "Sağlık Hizmetlerinde Maliyet Etkililik Analizi ve Karar Analizi", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* Vol.16, No:2, 2013, pp.121-134.

- BENAVIDES David Diaz, "Trade policies and export of health services: a development perspective", *Trade in Health Services*, WHO, 2002, pp. 53-69.
- BHADU, S.S, "Opportunities & Challenges of Medical and Health Tourism - Creating a Brand of Alternative Tourism in India", *IJMT*, Vol.19, No.2, 2011, pp. 32-41.
- BİLGİLİ Emine, Eyyup ECEVİT, "Sağlık Hizmetleri Piyasasında Asimetrik Bilgiye Bağlı Problemler ve Çözüm Önerileri", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:11, Sayı:2, 2008, pp. 201-228.
- BLAZQUEZ Carla Fernandez, David Prieto CANTARERO, Marta Saez PASCUAL, "Health Expenditure And Socio-Economic Determinants Of Life Expectancy In The OECD Asia/Pacific Area Countries" *Applied Economics*, 2016, pp. 1-9.
- BLOUIN Chantal, Nick DRAGER, Richard SMITH, "International trade in health services and the GATS: Current issues and debates", *Trade in Health Services and GATS: a Framework for Policymakers* (e-book), ed. Rupa Chanda, Richard D Smith, Washington: The World Bank Group: 2005, ss. 1-75.
- BOBIRCA Ana, MICLAUS Paul Gabriel, "A Multilevel Comparative Assessment Approach to International Services Trade Competitiveness: The Case of Romania and Bulgaria", *World Academy of Science, Engineering and Technology*, 2007, pp. 1-6.
- BOGA Tanja C, Klaus WEIERMAIR, "Branding New Services in Health Tourism", *Tourism Review*, Vol.66, ISSN.1660-5373, 2011, pp. 90-106.
- BORMAN Edwin, "Health Tourism: Where Health Care Ethics And The State Collide", *British Medical Journal*, Volume 328, 2004, pp. 60-61.
- BROCKWELL Peter J, Richard A DAVIS, *Introduction to Time Series and Forecasting, Third Edition*, USA: Springer, 2016.
- CARMEN Iordache, Ciochina IULIANA, "Medical Tourism Industry Challenges in the Context of Globalization", *Strategii Manageriale*, Vol.VII, No.2, 2014, pp. 62-70.
- CHANDA Rupa. "Trade in Health Services". *World Health Organization, Bulletin of the World Health Organization*, 2002, ss. 158-163.
- CHANDA Rupa, "General Agreement on Trade in Services: Implications for Social Policy Making". *Economic and Political Weekly*, 2003, ss. 1567-1578.
- CHANDA Rupa, "India-EU relations in health services: prospects and challenges". *Globalization and Health*, 2011, ss. 1-13.
- CHANIN Oraphan, Ploykanok KHUNCHUMNAN, Suwapas AMPHANSOOKKO, Kulteera THONGYAI, Jutamas RODNEUM, Piangpis SRIPRASERT, "Guidelines on Health Tourism Management for Middle Eastern Tourists in Phuket Province", *Procedia Computer Science*, Vol. 65, 2015, 1146-1153.
- CHEN Lin H, Mary E WILSON, "The Globalization of Healthcare: Implications of Medical Tourism for the Infectious Disease Clinician". *Emerging Infections. Invited Article*, 2013, ss. 1752-1759.

- CMA Report, *Private Healthcare Market Investigation Final Report*, England: CMA Competititon & Markets Authority, 2014.
- COCHRANE Janet, *Asian Tourism Growth and Change, First Edition*. Netherlands: Linacre House, Jordan Hill, Oxford OX2 8DP, UK, 2008.
- COHEN Erik, "Medical Tourism In Thailand", *Au-Gsb e-Journal*, Vol.1, No.1, 2008, ss. 25-37.
- CONNELL John, "Medical Tourism: Sea, sun, sand and ... surgey", *Tourism Management*, Vol.27, No.6, 2006, ss. 1093-1100.
- CONNELL John, *Medical Tourism (e-book)*, Cabi Head Office, Cambridge, USA, 2010.
- CONNELL John, "A New Inequality? Privatisation, Urban Bias, Migration And Medical Tourism", *Asia Pacific Viewpoint*, Vol. 52, No. 3, 2011, ss. 260-271.
- CONNELL John, "Contemporary Medical Tourism: Conceptualisation, Culture And Commodification". *Tourism Management*, Vol.34, 2013, ss.1-13.
- CROOKS Valorie A, Neville Li, Jeremy SNYDER, Shafik DHARAMSI, Shelly BENJAMINY, Karen J JACOB, Judy ILLES, ""You Don't Want To Lose That Trust That You've Built With This Patient...": (Dis)Trust, Medical Tourism, And The Canadian Family Physician-Patient Relationship", *BMC Family Practice*, No.25, 2015, ss. 1-7.
- ÇELİKAY Ferdi, Erdal GÜMÜŞ, "Türkiye'de Sağlık Hizmetleri ve Finansmanı", *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt 11, Sayı 1, 2010, ss. 1-11.
- ÇETİNKAYA Ahmet Turan, Emrah TÜRK, "Tasarruf ve Yatırımların Ekonomik Büyümeye Etkisi Türkiye Örneği (1975-2012)", *Kara Harp Okulu Bilim Dergisi*, Vol.24, Issue.2, 2014, ss. 45-60.
- DALEN James E, Joseph S ALPERT, "Medical Tourists: Incoming and Outgoing", *The American Journal of Medicine*, Vol: 132, Issue: 1, 2019, ss. 9-10.
- DAS Gopal, Srabanti MUKHERJEE, "A Measure of Medical Tourism Destination Brand Equity", *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, ISSN: 1750-6123, 2016, ss. 104-128.
- DEDEOĞLU Ayşegül K, "Uluslararası Sağlık Turizminde Hastanın Özel Hayatının Gizliliği ve Mahremiyetinin Korunması Hakkı", *Uluslararası Toplum Araştırmaları Dergisi*, Cilt:10, Sayı:17, 2019, ss. 1875-1910.
- DİNÇER Mithat Zeki, Merve Aydoğan ÇİFÇİ, Eyüp KARAYILAN, "Gelişmekte Olan Ülkelerde Medikal Turizm: Türkiye'nin Tayland, Malezya ve Hindistan'a Göre Potansiyelinin Değerlendirilmesi", *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Sayı: 1, 2016, ss. 34-60.
- DOYAL L, "Informed Consent In Medical Research: Journals Should Not Publish Research to Which Patients Have Not Given Fully Informed Consent–With Three Exceptions", *BJM, British Medical Journal*, 314, 1997, ss. 1107-1111.

- DRUMMOND M F, AGUIAR Ibáñez R, NIXON J, "Economic Evaluation", *Singapore Medical Journal*, 2006, ss. 456-462.
- DÜRÜSTKAN Seden, "Kamu Hastanelerinin Sağlık Turizmindeki Etik Konumu", *Türkiye Klinikleri Tıp Etiği Hukuku Tarihi Dergisi*. Vol.28, No.2, 2020, ss. 285-291.
- EBRAHİM Ahmed Husain, Subhadra GANGULI, "A Comparative Analysis of Medical Tourism Competitiveness of India, Thailand And Singapore", *Tourism: An International Interdisciplinary Journal*. Vol.67, No.2, 2019, 102-115.
- EGIAD, "2017–2018 Türkiye Ekonomisi Değerlendirmesi", *Ege Genç İş İnsanları Derneği*, 2017, <https://www.egiad.org.tr/2017-2018-turkiye-ekonomisi-degerlendirmesi/>, (10.07.2021).
- EICHENGREEN Barry, Poonam GUPTA, "The Real Exchange Rate and Export Growth, Are Services Different?", *Policy Research Working Paper*, No.6629, 2013, ss. 171-189.
- ENGLE Robert F, C W J GRANGER, "Co-integration and Error Correction: Representation, Estimation and Testing", *Econometrica*, Vol.55, No.2, 1987, ss. 251-276.
- EREN-VURAL İpek, "İlaç Sanayiinde "Fikri Mülkiyet Hakları Rejimi" ile İlgili Mücadeleler ve Devletin "Uluslararasılaşması"", *Türkiye'de Sağlık Siyaset Piyasa*, ed. G. Y. Yaşar, A. Göksel, Ö. Birler, Ankara: NotaBene Yayınları, ss. 125-172.
- EROL Pınar, "Hizmet Ticareti Genel Anlaşması GATS ve Tüm Hizmetlerin Kapitalist Çevrime Dahil Edilmesi", *MAI ve Küreselleşme Karşıtı Çalışma Grubu*, 2002, <http://www.antimai.org/gr/peodtu.htm>, (10.01.2020).
- ERTÜRK Emin, *Mikro İktisat*, Bursa: Alfa Aktüel Yayınları Alfa Akademi Ltd. Şti., 2016a.
- ERTÜRK Emin, *Uluslararası İktisat Teori ve Politika*. Bursa: Medyay Kitabevi, 2016b.
- ERTÜRK Emin, *Döviz Ekonomisi*. Bursa: Ekin Basım Yayın Dağıtım, 2018.
- ERYİĞİT Kadir Yasin, *Döviz Kuru Davranışı, Alternatif Modeller: Türkiye Örneği, (Doktora Tezi)*, Bursa, Türkiye: Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2008.
- EUROSTAT, "International Trade in Services", *Eurostat Statistics*, [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/International\\_trade\\_in\\_services](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/International_trade_in_services), 2020.
- FİŞEK Nusret, "In Turkey, New Goals for Health Care", *The Hastings Center Report*, Cilt 19, Sayı 4, 1989, ss. 15-17.
- FRANKEN Margreet, Emelie HEINTZ, Andreas Gerber GROTE, James RAFTERY, "Health Economics as Rhetoric:The Limited Impact of Health Economics on Funding Decisions in Four European Countries", *Journal Homepage: Elsevier*, Vol.19, No.8, 2016, ss. 951-956.

- FREUND Caroline, Diana WEINHOLD, "The Internet and International Trade in Services", *American Economic Review* Vol.92, No.2, 2002, ss. 236-240.
- GEDİK Gülşen, "Döviz Kazandırıcı Faaliyetlere İlişkin İşlemlerde Damga Vergisi İstisnası: Yasallık İlkesinin Yok Sayılması Bireysel Başvuru ile Sonuçlanabilir mi?" *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, Cilt 22, Sayı 3, 2016, ss. 3253-3278.
- GIFFORD Blair, Sinyoung PARK, Sharmila ANAND, Tereza GUEDES, Sukriti SACHDEVA, "The Globalization Of Health Sevices: The İmpact Of Global Medical Travel in India, Brazil and Mexico. *The Journal of Health Administration Education*, Vol.30, No.4, 2013, ss. 267-282.
- GILL Harsimran, Neha SINGH, "Exploring the Factors that Affect the Choice of Destination for Medical Tourism", *Journal of Service Science and Management*, Vol.04, No.03, 2011, ss. 315-324.
- GOLLADAY FL, CK Weser KOCH, "The New Policies for Rural Health: Institutional, Social Financial Challenges to Large-Scale Implementation", *Proceedings of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, Vol.199, No.1134, 1977, ss. 169-178.
- GOLLADAY FL, BH LIESE, "Issues in the Institutionalization and Management of Rural Health Care: Making Technology Appropriate", *Proceedings of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*, Vol.209, No.1174, 1980, ss. 173-180.
- GOPALAN Nishakanthi, Siti Nurani M NOOR, Mohd Salim MOHAMED, "The Pro-Medical Tourism Stance of Malaysia and How It Affects Stem Cell Tourism Industry", *SAGE Open*, 2021, ss. 1-15.
- GOVERNMENT of INDIA, *Export of Health Services, A Primary Survey in India*. India: The Directorate General of Commercial Intelligence and Statistics, Ministry of Commerce and Industry, 2017.
- GÖNENÇ Fulya İlçin, "Hukuki ve Etik Boyutuyla Medikal Turizm", *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi*, Cilt 22, Sayı 3, 2016, ss. 1173 - 1184.
- GÖÇER İsmet, Nur AYDIN, "Türkiye’de Sağlık Değişkenlerinin Turizm Gelirine Etkisi: Çoklu Yapısal Kırılmalı Bir Analiz", *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Vol.6, No.1, 2016, ss. 777 - 800.
- GREENFIELD David, Marjorie PAWSEY, Reece HINCHCLIFF, Max MOLDOVAN, Jeffrey BRAITHWAITE, "The Standard of Healthcare Accreditation Standards: A Review of Empirical Research Underpinning Their Development and Impact", *BMC Health Services Research*, No.329, 2012, ss. 1-14.
- GREENFIELD Harry I, "A Note on the Goods/Services Dichotomy", *The Service Industries Journal*. Vol.22, No.4, 2002, ss. 19-21.
- GULACSIL, E ORLEWSKA, M PENTEK, "Health Economics And Health Technology Assessment In Central And Eastern Europe: A Dose of Reality". *The European Journal of Health Economics*, No.13, 2012, ss. 525-531.

- GULFNEWS, *Project Plans to Lure \$2b by 2005*. Gulfnews.com, 2002, <https://gulfnews.com/>, (10.12.2020).
- HALLEM Yousra, Isabelle BARTH, "Customer-Perceived Value of Medical Tourism: An Exploratory Study — The Case of Cosmetic Surgery in Tunisia". *Journal of Hospitality and Tourism Management*, No.18, 2011, ss. 121-129.
- HEUNG Vincent C S, Deniz KÜÇÜKUSTA, Haiyan SONG, "A Conceptual Model of Medical Tourism: Implications for Future Research", *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 2010, ss. 236-251.
- HERRICK Devon M, *Medical Tourism: Global Competition in Health Care*, Texas: National Center for Policy Analysis, NCPA Policy Report No.304, 2007.
- HOROWITZ Michael D, Jeffrey A ROSENSWEIG, Christopher A JONES, "Medical Tourism: Globalization of the Healthcare Marketplace". *MedGenMed: Medscape general medicine* Vol.9(4), No.33, 2007, ss. 1-7.
- HUNTER John, Simon BURKE, Alessandra CANEPA, *Multivariate Modelling of Non-Stationary Economic Time Series*. United Kingdom: Macmillan Publishers Ltd, 2005.
- International Trade Administration, *WTO General Agreement on Trade in Services*. Trade Guide: WTO General Agreement on Trade in Services, 2021, <https://www.trade.gov/trade-guide-wto-gats>, (22.03.2021).
- IGLEHART John K, *Health Policy Report: Physicians and The Growth of Managed Care*, 1994, <https://www.nejm.org>, ss. 1167-1171.
- IMF, *Revision of the Fifth Edition of the IMF's Balance of Payments Manual, Chapter 9*. Washington: International Monetary Fund, 2007.
- İŞİK Abdülkadir, *Sağlık Ekonomisi: Finansmanı ve Ekonometrik Bir Analiz Çerçevesi*, (Doktora Tezi). İstanbul: Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 1997.
- İÇÖZ Onur, "Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm ve Türkiye'nin Olanakları", *Journal of Yaşar University*, 2009, ss. 2257-2279.
- İEİS, *Globally Available, Turkish Pharmaceutical Exporters*, Türkiye İlaç İhracatçıları, 2019a.
- İEİS, *Türkiye İlaç Sektörü 2018 Raporu*. İstanbul: İlaç Endüstrisi İşverenler Sendikası, 2019b.
- JABBARI Alireza, Bahram DELGOSHAEI, Raja MARDANI, Seid Jamaledin TABIBI, "Medical Tourism in Iran: Issues and Challenges", *Journal of Education and Health Promotion*, Vol.1, No.39, 2012, ss. 1-6.
- JACKSON Leonard A, Diana BARBER, "Ethical and Sustainable Healthcare Tourism Development: A Primer", *Tourism and Hospitality Research*, Vol.15, No.1, 2015, ss. 19-26.

- JARQUE CARLOS M, Anil K BERA, "A test for Normality of Observations and Regression Residuals", *International Statistical Review*, Vol.55, No.2, 1987, ss. 163-172.
- JCI, *JCI-Accredited Organizations*. Joint Commission International, 2021, <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/accredited-organizations/>, (05.08.2021).
- JENSEN Bradford J, Lori G KLETZER, Jared BERNSTEIN, Robert C FEENSTRA, "Tradable Services: Understanding the Scope and Impact of Services Offshoring", *Brookings Trade Forum*, *Brookings Institution Press*, 2005, ss. 75-133.
- JOHANSEN Soren, Katarina JUSELIUS, "Maximum Likelihood Estimation and Inference on Cointegration-with Applications to the Demand for Money", *Oxford Bulletin of Economics and Statistics*, Vol.52, No.2, 1990, ss. 169-210.
- JOHNSTON Rory, Valorie A CROOKS, Meghann ORMOND, "Policy Implications of Medical Tourism Development In Destination Countries: Revisiting and Revising an Existing Framework By Examining The Case of Jamaica", *Johnston et al. Globalization and Health*, 2015, ss. 1-13.
- KABAKLARLI Esra, "Sağlık Sektöründe Özelleştirme, Dünya ve Türkiye", ed. Burcu Güvenek, *Sağlık Ekonomisi Mikro ve Makro Boyutları*, Konya: Çizgi Kitabevi, 2015, ss. 91-110.
- KARA Oğuz, Nurullah KURUTKAN, *Mikro İktisadi Açından Sağlık Hizmetleri Piyasasının Analizi*. Ankara: Nobel Yayınevi, 2018.
- KAUR Jaspreet, Hari SUNDAR, Deepti VAIDYA, Sheela BHARGAVA, "Health Tourism in India Growth and Opportunities", *HealthCare & Marketing*, 2007, ss. 415-422.
- KAYA Müslüm, *Türkiye’de Sağlık Turizminin Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: 2003-2016 Dönemi*, (Yüksek Lisans Tezi), Gaziantep: Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2018.
- KESGİN Coşkun, Ahmet TOPUZOĞLU, "Sağlığın Tanımı; Başaçıkma", *Journal of Istanbul Kültür University*, 2006, ss.47-49.
- KHOURY Antoine C, Andreas SAVVIDES, "Openness in services trade and economic growth", *Economics Letters* 92, 2006, pp. 277–283.
- KILAVUZ Emine, Hatice ERKEKOĞLU, "Economic Analysis of the Medical Industry in Turkey", *Al-Farabi International Journal on Social Sciences*, Volume (3), Issue (4), 2019, ss. 56-67.
- KISA Adnan, "Sağlık Sektöründe Pazar Türleri", *Sağlık Ekonomisine Giriş*, ed. Adnan Kısa, Ankara: Uluslararası Ahmet Yesevi Türk-Kazak, Gazi Üniversitesi, 2015, ss. 1-14.
- KOCASOY Alper, *Türkiye’de Sağlık Hizmetlerine Yapılan Harcamalar ve Finansmanı*, (Yüksek Lisans Tezi), Afyonkarahisar: Afyonkocatepe Üniversitesi, 2014.



- KOÇOĞLU Cenk Murat, Muharrem AVCI, "Turizmde Küresel Etik Kodların Uygulanma Düzeyleri: Turizm Eğitimi Alan Öğrenciler Üzerinde Bir Araştırma", *Manas Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Vol.7, No.1, 2018, ss. 539-553.
- KORKMAZ Murat, Ayhan AYTAÇ, Ali Serdar YÜCEL, Bülent KILIÇ, Fikri TOKÖZ, Sefer GÜMÜŞ, "Türkiye'de Sağlık Turizmi ve Ekonomik Boyutlarının Uygulamalı Örneği", *Sağlık ve Hastane İdaresi 8. Kongresi Bildiri Kitabı*, KKTC: Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, 2014, ss. 1146-1159.
- KRUGMAN Paul R, Maurice OBSTFELD, Marc MELITZ, *International Economics Theory & Policy, Ninth Edition*, United States of America: Pearson Education, 2012.
- KUÇURADI Ioanna, *Etik*, Ankara: Türkiye Felsefe Kurumu, 2015.
- KUMAR V, Robert P LEONE, John N GASKINS, "Aggregate and Disaggregate Sector Forecasting Using Consumer Confidence Measures", *International Journal of Forecasting*, 1995, ss. 361-377.
- KUTLAR Aziz, *EViews ile Uygulamalı Çok Denklemlili Zamana Serileri, 1. Basım*, İstanbul: Umuttepe Yayınları, 2017.
- LALONDE Marc, "New Perspective on the Health of Canadians: 28 Years Later", *Rev Panam Salud Publica/Pan American Journal of Public Health* Vol.12, No.3, 2002, ss. 149-152.
- LAUTIER Marc "Export of Health Services From Developing Countries: The Case of Tunisia", *Social Science & Medicine*, 2008, ss. 101-110.
- LEE Chew Ging, "Health Care and Tourism: Evidence From Singapore", *Tourism Management*, Vol.31, No.4, 2010, ss. 486-488.
- LEE Junsoo, Mark STRAZICICH, *Minimum Lm Unit Root Test With Two Structural Breaks*, Department of Economics University of Central Florida, 1999.
- LEE Junsoo, Mark STRAZICICH, "Minimum Lm Unit Root Test With Two Structural Breaks", *Review Of Economics And Statistics*, 2003, ss. 1082-1089.
- LEE Junsoo, Mark STRAZICICH, "Minimum Lm Unit Root Test With One Structural Breaks", *Apalachian State University Working Papers*, No:04-17, 2004, ss. 1-15.
- LEISTER Jan Eric, Jürgen STAUSBERG, "Comparison of Cost Accounting Methods From Different Drg Systems And Their Effect On Health Care Quality", *Health Policy*, Vol.74, 2005, ss. 46-55.
- LEONARD Phil, "All Aboard for NHS Exports?", *HSJ for Healthcare Leaders*, 2012, <https://www.hsj.co.uk/efficiency/all-aboard-for-nhs-exports/5051519.article>, (15.08.2021).
- LEVETT Connie, "A Slice of The Action", *Sydney Morning Herald*, 2005, <https://www.smh.com.au/national/a-slice-of-the-action-20051029-gdmcco.html>, (29.11.2020).

- LOŞ Nilüfer, *Sağlık Ekonomisi Çerçevesinde Sağlık Hizmetleri ve Sağlık Harcamalarının Karşılaştırmalı Analizi: OECD Örneği*, (Doktora Tezi), İstanbul: İstanbul Üniversitesi, 2016.
- LUNT Neil, Russell MANNION, "Patient Mobility in the Global Marketplace: A Multidisciplinary Perspective", *International Journal of Health Policy and Management*, Vol.2, No.4, 2014, ss. 155-157.
- LUNT Neil, Mark EXWORTHY, Johanna HANEFELD, Richard D SMITH, "International Patients Within The NHS: A Case of Public Sector Entrepreneurialism", *Social Science & Medicine*, Vol.124, 2015, ss. 338-345.
- LUTKEPOHL Helmut, *Introduction to Multiple Time Series Analysis*, Berlin: Springer-Verlag, 1993.
- LUTKEPOHL Helmut, *New Introduction to Multiple Time Series Analysis*, Berlin: Helmut Petri, 2005.
- MALHAN Simten, Ergün ÖKSÜZ, Korkut ERSOY, "İlaç Sektörüne Farklı Bir Bakış: Farmakoekonomi", *Hastane Yönetimi*, Cilt 10, Sayı 2, 2006, ss. 51-55.
- MARCHILDON GP, "Health System of Canada", *International Encyclopedia of Public Health*, 2008, ss. 381-391.
- MATHERS Colin D, Christopher J MURRAY, Joshua A SALOMON, Ritu SADANA, Ajay TANDON, Alan D LOPEZ, Bedirhan USTUN, Somnath CHATTERJI, "Healthy Life Expectancy: Comparison of OECD Countries in 2001", *Australian and Zealand Journal of Public Health*, Vol.27, No.1, 2003, ss. 5-11.
- MIRREER Philip Singer, "Medical Malpractice Overseas: The Legal Uncertainty Surrounding Medical Tourism", *Law and Contemporary Problems*, Vol.70, No.2, 2007, ss. 211-232.
- MOGHIMEHFAR Farhad, Mohammad Hossein NASR-ESFAHANI, "Decisive Factors in Medical Tourism Destination Choice: A Case Study of Isfahan, Iran and Fertility Treatments", *Tourism Management*, Vol.32, No.6, 2011, ss. 1431-1434.
- MUN Brian Wong Kee, Velasamy PERAMARAJAN, Tengku Arshad T NURAINA, "Medical Tourism Destination SWOT Analysis: A Case Study of Malaysia, Thailand, Singapore and India", *SHS Web of Conferences 12, 01037*, 2014, ss. 1-8.
- MURRAY Christopher J, Julio FRENK, *A WHO Framework for Health System Performance Assessment*, World Health Organization, 1999, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66267>, (03.05.2021).
- MUSHKIN Selma J, "Toward a Definition of Health Economics", *Public Health Report*, Vol.73, No.9, 1958, ss. 785-793.
- NARCI Hacer Özgen, İsmet ŞAHİN, Hasan Hüseyin YILDIRIM, "Financial Catastrophe And Poverty Impacts of out of Pocket Health Payments In Turkey", *The European Journal of Health Economics*, 2015, ss. 255-270.

- NEIL Amanda, Moira GORDON, "Construction of the Australian Inpatient Export Database (AIED)". *Information Management and Technology*, 2007, ss. 546-556.
- NELSON Charles R, Charles R PLOSSER, "Trends And Random Walks In Macroeconomic Time Series: Some Evidence and Implications", *Journal of Monetary Economics*, Vol.10, No.2, 1982, ss. 139-162.
- NEUSSER Klaus, *Time Series Econometrics*, Bern, Switzerland: Springer, 2016.
- NOREE Thinakorn, Johanna HANEFELD, Richard SMITH, "Medical Tourism in Thailand: A Cross-Sectional Study", *Bulletin of the World Health Organization*, Vol.94, No.30, 2016, ss. 30-36.
- OECD, *Improving Estimates of Exports and Imports of Health Services and Goods Under the Sha Framework*, Fransa, 2011.
- OECD, *Focus on Spending OECD Health: Latest Trends*, OECD Health Statistics, 2018, <http://www.oecd.org/health/health-systems/health-spending-latest-trends-brief.pdf>, (28.08.2020).
- OECD, *Health Statistic*, 2021, <https://data.oecd.org/>, (15.08.2021).
- OMAY Esmâ Gültüvin G, Emrah CENGİZ, "Health Tourism in Turkey: Opportunities and Threats", *Mediterranean Journal of Social Sciences*, Vol.4, No.10, 2013, ss. 424-431.
- OTAMIŞ Pelin A, Nedim YÜZBAŞIOĞLU, "Medikal Turizm Kümesinin Gelişimi: Antalya Örneği", *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, Vol.13, No.1, 2015, ss. 165-185.
- ÖKSÜZ Ergün, Simten MALHAN, *Sağlığa Bağlı Yaşam Kalitesi: Kalitemetri*. Ankara: Başkent Üniversitesi Yayınları, 2005.
- ÖRNEK İbrahim, "Türkiye'de Parasal Aktarım Mekanizması Kanallarının İşleyişi", *Maliye Dergisi*, 2009, ss. 104-125.
- ÖZER Özlem, Merve ERKİLET, "Talep Analizi ve Talep Öngörüsü: Bir Özel Hastanede Uygulama", *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt:14, Sayı:3, 2012, ss. 127-142.
- ÖZTÜRK Mensure, Murat BAYAT, "Uluslararası Turizm Hareketlerinde Sağlık Turizminin Rolü ve Kalite Çalışmalarının Önemi, Bir Literatür Çalışması", *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt 1, Sayı 2, 2011, ss. 135-156.
- ÖZTÜRK Serdar, Bekir GÖVDERE, "Küresel Finansal Kriz ve Türkiye Ekonomisine Etkileri", *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Vol.15, No.1, 2010, ss. 377-397.
- PARKER Robert P, "Key Statistics for Health Care Reform", *Business Economics*, Vol.44, No.4, 2009, ss. 229-235.
- PERLOFF Jeffrey M, *Mikro Ekonomi*, çev. Ahmet Çekmek, Mehmet Şişman, Suat Yavuz, Deniz Şişman, İstanbul: Bilim Teknik Yayınevi, 2013.

- PHATTHANA Wanlapha, Nik K. N. MAT, *"The Application of Technology Acceptance Model (TAM) on Health Tourism Epurchase Intention Predictors in Thailand"*, 2010 International Conference on Business and Economics Research, Malaysia: IACSIT Press, Kuala Lumpur, Malaysia, 2011, ss. 196-199.
- PHARMA BOARDROOM, *Turkish Pharma: Imports & Exports Snapshot*, 2019, [https://pharmaboardroom.com/facts/turkish-pharma-imports-exports-snapshot/#:~:text=Pharmaceutical%20exports%20grew%20to%20a%20total%20of%20USD%20898%20million%20in%202017.&text=TL%2013.33%20billion%20\(USD%202.57,export%20destinations%20for%20Turkish%20ph](https://pharmaboardroom.com/facts/turkish-pharma-imports-exports-snapshot/#:~:text=Pharmaceutical%20exports%20grew%20to%20a%20total%20of%20USD%20898%20million%20in%202017.&text=TL%2013.33%20billion%20(USD%202.57,export%20destinations%20for%20Turkish%20ph) , (03.05.2021).
- PIAZOLO Marc, A ZANCA, "Medical Tourism-A Case Study for the USA and India, Germany and Hungary", *Acta Polytechnica Hungarica*, Vol.8, No.1, 2011, ss. 137-160.
- PODDAR Tushar, Hasmik V KHACHATRYAN, Randa SAB, "The Monetary Transmission Mechanism In Jordan", *IMF Working Paper*, WP/06/48, 2006, ss. 1-26.
- REDDY Sumanth Gopala, *Medical Tourism In India: An Exploratory Study*, (Phd Thesis), Manhattan, Kansas: KANSAS STATE UNIVERSITY, 2013.
- RODRIK Dani, *Akıllı Küreselleşme*, çev: Burcu Aksu, 1. Baskı, Ankara: Efil Yayınevi, 2011.
- ROKNI Ladan, Turgay AVCI, Sam Hun PARK, "Barriers of Developing Medical Tourism in a Destination: A Case of South Korea", *Iran Journal of Public Health*, 2017, ss. 930-937.
- ROSENBAUM Sara, "The Globalization of Health Care", *Heinonline, Tulsa Law Review* 50, No.2, 2015, ss. 607-612.
- ROSENTHAL Gerald, "Of Economists and Economics, Ceteris Paribus", *The Milbank Memorial Fund Quarterly. Health and Society*, Vol.57, No.3, 1979, ss. 291-296.
- ROSS Kim, *Health Tourism: An Overview. HSMIAI Marketing Review*, Hospitalitynet, 2001, <https://www.hospitalitynet.org/news/4010521.html> (29.11.2020).
- SAKALA Zondo, Jacob KOLSTER, Nono Matondo FUNDANI, "The Growth of International Trade in Health Services: Export Prospects in North Africa", *African Development Bank*, 2013, ss. 1-27.
- SALMON Jack Warrem, *"Globalization and Health/Medical Tourism: Implications for Pharmacy Practice"*, *Conference: Business and Health Administration Association Annual Meeting*, 2010, ss. 1-16.
- SARAÇOĞLU Sıtkıcan, Fahriye ÖZTÜRK, "Sağlık Hizmetlerine Yönelik Talebin Belirleyicileri: Türkiye Üzerine Bir Uygulama", *İş ve Hayat*, Cilt:2, Sayı:4, 2016, ss. 293-342.
- SASAM, *"Türkiye Sağlık Harcamaları Analizi"*, Ankara: Sağlık-Sen Genel Merkezi, 2017a.
- SASAM, *"Türkiye Tıbbi Cihaz Sektör Analizi"*, Ankara: SASAM Enstitüsü, 2017b.

- SAYIN Kudret Şevket, Emine Y YEĞİNBOY, İbrahim YÜKSEL, "Türkiye'de Medikal Turizm Uygulamaları: Bir Üniversite ve İzmir Sağlık Serbest Bölgesi Değerlendirmesi", *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt:32, Sayı:2, 2017, ss. 289-313.
- SEVİM Ekrem, *Medikal Turizm ve Stratejik Analiz*, 1. Basım. Ankara: Atlas Akademik Basım Yayın Dağıtım Tic. Ltd. Şti, 2019.
- SEVÜKTEKİN Mustafa, Mehmet ÇINAR, *Ekonometrik Zaman Serileri Analizi*, Bursa: Dora Basım Yayın Dağıtım Ltd. Şti, 2017.
- SIMS Christopher A, "Macroeconomics and Reality", *Econometrica*, 1980, ss. 1-48.
- SMITH Richard D, Rupa CHANDA, Viroj TANGCHAROENSATHIEN, "Trade in Health Related Services", *Lancet*, Vol.373, No.9663, 2009, ss. 593-601.
- SNYDER Jeremy, Tsogtbaatar BYAMBAA, Rory JOHNSTON, Valorie A CROOKS, Craig JANES, Melanie EWAN, "Outbound Medical Tourism From Mongolia: A Qualitative Examination of Proposed Domestic Health System and Policy Responses to This Trend", *BMC Health Services Research*, Vol.15, No.187, 2015, ss. 1-8.
- SNYDER Jeremy, Valorie A CROOKS, "New Ethical Perspectives on Medical Tourism in The Developing World", *Developing World Bioethics*, Vol.12, No.1, 2012, ss. 3-6.
- Space Group, *Sağlık Turizmi Teşvik Danışmanlığı*, <http://www.spaceecs.com/saglik-turizmi-tesvik.php>, (05.12.2020).
- SPARKS Beverley A, Elizabeth D FREDLINE, "Providing an Explanation for Service Failure: Context, Content and Customer Responses", *Journal of Hospitality & Tourism Research*, 2007, ss. 241-260.
- STIGLITZ Joseph E, Jay K ROSENGARD, *Economic of the Public Sector, Fourth Edition*, New York, London: W. W. Norton Company Ltd, 2015.
- SUNANTA Sirijit, "Thailand and the Global Intimate: Transnational Marriages, Health Tourism and Retirement Migration", *MMG Working Paper 14-02*, 2014, ss. 1-24.
- SWAIN Dindayal, Suprava SAHU, "Opportunities and Challenges of Health Tourism in India", *Conference on Tourism in India–Challenges Ahead*, 2008, ss. 475-484.
- ŞAHİN Güller, İrfan KALAYCI, "Niceliksel Gevşeme Para Politikası Üzerine Bir İnceleme: Japonya Deneyimi", *Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Vol.33, No.3, 2015, ss. 99-130.
- ŞEN Ali, Mustafa ŞİT, "Reel Döviz Kurunun Türkiye'nin Turizm Gelirleri Üzerindeki Etkisinin Ampirik Analizi", *Journal of Yasar University*, Vol.10, No.40, 2015, ss. 6752-6762.
- ŞEN Feza, *2018 Sunumları, Medikal Turizm=Sağlık Hizmeti İhracatı*, OHSAD, 2018, <https://ohsadkurultayi.org/tr/2018-SUNUMLARI.html>, (05.05.2020).
- ŞENER Orhan, *Kamu Ekonomisi, Beşinci Baskı*, Bursa: Beta Basım Yayın, 1996.

- TANG Chor F, Evan LAU, "Modelling the Demand For Inbound Medical Tourism: The case of Malaysia", *International Journal of Tourism Research*, 2017, ss. 584-593.
- TARI Recep, Hilal BOZKURT, "Türkiye'de İstikrarsız Büyümenin VAR Modelleri ile Analizi (1991.1-2004.3)", *Ekonometri ve İstatistik*, No.4, 2006, ss.12-28.
- T.C. Kalkınma Bakanlığı, *Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018*, Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Kalkınma Bakanlığı, 2013.
- TCMB, *Elektronik Veri Dağıtım Sitesi*, <https://evds2.tcmb.gov.tr/index.php?evds/serieMarket>, (25.06.2021).
- TCMB, *Enflasyon Hedeflemesi Rejiminin Genel Çerçevesi ve 2006 Yılında Para ve Kur Politikası*, Sayı: 2005-56, Ankara: Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası, 2005.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)*, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Kapsamında Sunulacak Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge*, 23.07.2013 tarihli ve 25541 Sayılı Yönerge, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik*, 13.07.2013 tarihli ve 30123 Sayılı Yönerge, 2017, <https://saglikturizmi.saglik.gov.tr/Eklenti/28811/0/saglik-turizmi-yonetmelikpdf.pdf>, (29.11.2020).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık Bakanlığı 2019 Yayını*, Sağlık Turizmi Dairesi Başkanlığı, 2020, <http://saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/belge/1-10592/turizm-ve-saglik.html>, (01.12.2020).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *İstatistik*, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Dairesi Başkanlığı, 2021a, <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/>, (04.08.2021).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu*, 2021b, <https://www.titck.gov.tr/faaliyetalanlari/tibbicihaz/tibbi-cihaz-uretim-merkezleri>, (04.08.2021).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019*. Ankara: Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, 2021c.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık Turizmi Yetki Belgesi Alan Sağlık Tesisi ve Aracı Kuruluşlar Listesi*, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2021d, <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/TR-84890/yetki-belgesi-listeleri-guncellenmistir.html>, (04.08.2021).
- T.C. Strateji ve Bütçe Başkanlığı, *On Birinci Kalkınma Planı (2019-2023)*, Ankara: Türkiye Cumhuriyeti Cumhurbaşkanlığı Strateji ve Bütçe Başkanlığı, 2019.
- T.C. Ticaret Bakanlığı, *Hizmet Ticaretine İlişkin Sınıflandırmalar*, Türkiye Cumhuriyeti Ticaret Bakanlığı, 2019a, <https://ticaret.gov.tr/hizmet-ticareti/doviz-kazandirici-hizmet-ticareti/hizmet-ticaretine-iliskin-siniflandirmalar>, (07.12.2020).

- T.C. Ticaret Bakanlığı, *Hizmet Ticaretinin Tarihsel Gelişimi*, Türkiye Cumhuriyeti Ticaret Bakanlığı, 2019b, <https://ticaret.gov.tr/hizmet-ticareti/doviz-kazandirici-hizmet-ticareti/hizmet-ticaretinin-tarihsel-gelisimi>, (07.12.2020).
- T.C. Ticaret Bakanlığı, *Destek Mevzuatı*, Türkiye Cumhuriyeti Ticaret Bakanlığı, 2020, <https://ticaret.gov.tr/hizmet-ticareti/doviz-kazandirici-hizmet-ticareti/destek-mevzuati>, (07.12.2020).
- T.C. Ticaret Bakanlığı, *Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticareti*, Türkiye Cumhuriyeti Ticaret Bakanlığı, 2021a, <https://ticaret.gov.tr/hizmet-ticareti/doviz-kazandirici-hizmet-ticareti>, (07.12.2020).
- T.C. Ticaret Bakanlığı, *Para-Kredi ve Koordinasyon Kurulundan: 2015-8 sayılı Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Karar*, Ankara, Türkiye: Türkiye Cumhuriyeti Ticaret Bakanlığı, 2021b.
- T.C. Ticaret Bakanlığı, *Teşvik ve Destekler*, 2021c, <https://www.ticaret.gov.tr>, (03.05.2021).
- TECHNOFUNC, *Healthcare Industry-Domain Knowledge*, 2021, <https://www.technofunc.com/index.php/domain-knowledge-2/healthcare-industry>, (01.04.2021).
- TEMİZKAN Saadet Pınar, *Sağlık Turizmi*, Ankara: Detay Yayıncılık, 2015.
- The Economist, "How to sell the NHS; Britain's Healthy Export", *The Economist*, 2013.
- TİM, "*Türkiye'nin 500 Büyük Hizmet İhracatçısı*", İstanbul: Türkiye İhracatçılar Meclisi, 2017.
- TİM, "*Türkiye'nin 500 Büyük Hizmet İhracatçısı*", İstanbul: Türkiye İhracatçılar Meclisi, 2018.
- TIMMERMANS Karin, "Developing Countries and Trade in Health Services: Which Way is Forward?", *International Journal of Health Services*, Vol.34, No.3, 2004, ss. 453-466.
- TOKGÖZ Erdiç, "İktisat Biliminin Yeni Uygulama Alanı: Sağlık Ekonomisi", *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, 1987, ss. 12-20.
- TONTUŞ Ömer H, "Sağlık Turizmi nedir?", *SATURK*, 2017, ss. 1-38.
- TONTUŞ Ömer H, "Sağlık Turizmi ve Küresel Rekabet Edebilirlik", *SATURK*, 2019, ss.1-11.
- TTB, *Hekimlerin Toplumsal Sorumlulukları Bildirgesi*, Türk Tabipleri Birliği, (2020), [https://www.ttb.org.tr/makale\\_goster.php?Guid=5d58cec2-9041-11ea-9b7d-6d38d16eb233](https://www.ttb.org.tr/makale_goster.php?Guid=5d58cec2-9041-11ea-9b7d-6d38d16eb233), (03.12.2020).
- TUNÇ Azize, Firuzan SAÇ, *Genel Turizm Gelişimi-Geleceği*, Ankara: Detay Yayıncılık, 1998.
- TURANCI Eda, "The Use of Instagram As a Public Relations Tool in Health Tourism", *Int Journal Of Health Manag. And Tourism Vol.4, No.1*, 2019, ss. 44-60.

- TURNER Leigh, "'Medical Tourism' Initiatives Should Exclude Commercial Organ Transplantation", *Journal of Royal Society of Medicine*, 2008, ss. 391-394.
- TURNER Leigh, "'Medical Tourism' And The Global Marketplace In Health Services: U.S. Patients, International Hospitals and The Search for Affordable Health Care", *Globalization and Medical Care*, Vol.40, No.3, 2010, ss. 443-467.
- TURNER Leigh, "Quality in Health Care And Globalization of Health Services: Accreditation And Regulatory Oversight of Medical Tourism Companies", *International Journal for Quality in Health Care*, Vol.23, No.1, 2011, ss. 1-7.
- TÜİK, *İstatistikler*, 2021a, <https://biruni.tuik.gov.tr/yayin/views/visitorPages/index.zul>, (05.08.2021).
- TÜİK, *Sağlık Harcamaları*, 2021b, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamalari-Istatistikleri-2019-33659>, (05.08.2021).
- TÜİK, *Turizm İstatistikleri*, 2021c, <https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=egitim-kultur-spor-ve-turizm-105&dil=1>, (25.06.2021).
- TÜİK, *İstatistiki Göstergeler*, Türkiye İstatistik Kurumu, 2021d, <https://www.tuik.gov.tr/>, (05.08.2021).
- TÜRSAB, *Türsab Sağlık Turizmi Raporu*. Türkiye Seyahat Acenteleri Birliği, 2021, [http://www.tursab.org.tr/dosya/12186/saglikturizmiraporu\\_12186\\_5485299.pdf](http://www.tursab.org.tr/dosya/12186/saglikturizmiraporu_12186_5485299.pdf), (05.08.2021).
- ULRICH Peter, *Integrative Economic Ethics, Foundations of a Civilized Market Economy*, Cambridge University Press, 1997.
- UN, IMF, OECD, EUROSTAT, UNWTO, WTO, UN, *Manual on Statistics of International Trade in Services 2010 (MSITS 2010)*, Geneva; Luxembourg; Madrid; New York; Paris and Washington D.C. United Nations, New York, 2012.
- UNDP, *Human Development Report 2020*. New York: The United Nations Development Programme, 2020.
- USHAŞ, *Stratejik Hedefler*, Uluslararası Sağlık Hizmetleri A.Ş., 2019, <https://www.ushas.com.tr/stratejik-hedefler/>, (03.05.2021).
- USHAŞ, *Sağlık Turizmi Verileri*, Uluslararası Sağlık Hizmetleri A.Ş., 2021, <https://www.ushas.com.tr/saglik-turizmi-verileri/#:~:text=2019%20y%C4%B1%C4%B1nda%20sa%C4%9Fl%C4%B1k%20turizmi%20ve,bin%20ABD%20Dolar%C4%B1%20tutar%C4%B1nda%20ger%C3%A7ekle%C5%9Fmi%C5%9Ftir>, (04.08.2021).
- USLU Hüseyin, "Türkiye'de Turizm Gelirlerinin Cari İşlemler Dengesi Üzerindeki Etkileri: ARDL Sınır Testi Yaklaşımı", *Ekonomi Bilimleri Dergisi*, Vol.12, No.1, 2020, ss. 38-67.
- ÜSTÜN Uygur, *Sağlık Turizmi*. Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu, (29.11.2018), <http://www.sdplatform.com/Dergi/1153/Saglik-turizmi.aspx>, (04.08.2021).



- WEINSTEIN Milton C, George TORRANCE, Alistair MCGUIRE, "QALYS: The Basics", *Value in Health*, Vol.12, 2009, ss. 5-9.
- WHITEHEAD Margaret, "Eşitlik ve Sağlık: Kavram ve İlkeler", *Türk Tabipleri Birliği*, 2001, ss. 1-30.
- WHITTAKER Andrea, Lenore MANDERSON, Elizabeth CARTWRIGHT, "Patients Without Borders: Understanding Medical Travel", *Medical Anthropology*, Vol.29, No.4, 2010, ss. 336-343.
- WHO, *What is the WHO definition of health?* World Health Organization, 2020, <https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions> , (10.10.2020).
- World Bank, *Database*, 2021, <https://databank.worldbank.org/source/world-development-indicators>, (05.07.2021).
- WTO, *The General Agreement of Trade in Services, An Introduction*, Geneve, 2013, [https://www.wto.org/english/tratop\\_e/serv\\_e/gsintr\\_e.pdf](https://www.wto.org/english/tratop_e/serv_e/gsintr_e.pdf), (05.07.2021).
- WTO, *Health and Social Services*, World Trade Organization, 2021a, [https://www.wto.org/english/tratop\\_e/serv\\_e/health\\_social\\_e/health\\_social\\_e.htm](https://www.wto.org/english/tratop_e/serv_e/health_social_e/health_social_e.htm), (10.12.2020).
- WTO, *Services Trade*, World Trade Organization, 2021b, [https://www.wto.org/english/tratop\\_e/serv\\_e/serv\\_e.htm](https://www.wto.org/english/tratop_e/serv_e/serv_e.htm), (10.12.2020).
- WTO, *The General Agreement on Trade in Services (GATS): Objectives, Coverage and Disciplines*. World Trade Organization, 2021c, [https://www.wto.org/english/tratop\\_e/serv\\_e/gatsqa\\_e.htm#3](https://www.wto.org/english/tratop_e/serv_e/gatsqa_e.htm#3) (10.12.2020).
- WTO, *Indicators*, World Trade Organization, 2021d, <https://data.wto.org/>, (03.05.2021).
- WTO, *Statistics*, World Trade Organization, 2021e, <https://i-tip.wto.org/services/default.aspx>, (03.05.2021).
- YILANCI Veli, "Yapısal Kırılmalar Altında Türkiye İçin İşsizlik Histerisinin Sınanması", *Doğuş Üniversitesi*, Vol.10, No.2, 2009, ss. 324-335.
- YILMAZ Ömer, Vedat KAYA, Merter AKINCI, "Türkiye'de Doğrudan Yabancı Yatırımlar ve Ekonomik Büyümeye Etkisi", *Atatürk Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt 25, Sayı:3-4, 2011, ss. 13-30.
- YİRİK Şevket, Remziye EKİCİ, "Medikal Turizm Kapsamında Yaşanan Genel Etik Problemler ve Bölge Pazarında Yaratmış Olduğu Olumsuzluklar (Akdeniz Bölgesi Örneği)", *15. Ulusal Turizm Kongresi*, 2014, ss. 1-15.
- YÜKSEL Mehmet, "Etik Kodlar, Ahlak ve Hukuk". *Hacettepe HFD*, 5(1), 2015, ss. 9-26.
- ZEITHAML Valarie A, "Consumer Perceptions of Price, Quality and Value: A Means-End Model and Synthesis of Evidence", *Journal of Marketing*, Vol.52, No.3, 1988, ss. 2-22.

ZENGİNGÖNÜL Oğul, Hamdi EMEÇ, Dilek E H İYİLİKÇİ, Pelin BİNGÖL, "Sağlık Turizmi: İstanbul'a Yönelik Bir Değerlendirme", *Ekonomister Platformu*. İstanbul: Türkiye Cumhuriyeti Kalkınma Bakanlığı, İstanbul Kalkınma Ajansı, 2012.

ZEREN Fatma, "A Re-Examination of The Relationship between Tourism and Healthcare", *Journal of Applied Research in Finance and Economics*, Vol.1, No.1, 2015, ss. 9-16.

ZILWA Deanna D, "Using Entrepreneurial Activities as a Means of Survival: Investigating the Processes Used by Australian Universities to Diversify Their Revenue Streams", *Higher Education*, 2005, ss. 387-411.

ÖZGEÇMİŞ			
Adı-Soyadı	Şule		BATBAYLI
Doğum Yeri/Yılı			
Bildiği Yabancı Dil	İngilizce		
Eğitim Durumu	Başlama-Bitirme Yılı	Kurum Adı	
Lise	2004	2008	Salihli Lisesi
Lisans	2009	2014	Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi
Yüksek Lisans	2015	2017	Uşak Üniversitesi
Doktora	2017	2021	Bursa Uludağ Üniversitesi
Çalıştığı Kurum (lar)	Başlama - Ayrılma Yılı	Çalışılan Kurumun Adı	
1.	2008	2008	Noğman Tekstil (Muhasebe)
2.	2014	2014	Honda Motorsiklet (Muhasebe)
3.	2015	2016	Serbest Muhasebeci Mali Müşavir
Yayımlar:	<p>BATBAYLI Şule, Başak ÖZARSLAN DOĞAN, "Ticaret Savaşlarının Ekonomik Yansımaları Üzerine Ampirik Bir Analiz: ABD-ÇİN Örneği", <i>Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi</i>, 2021, ss.17-36.</p> <p>BATBAYLI, Şule, "Turizm Sektörünün Ekonomik Konjonktürde İncelenmesi ve Türkiye'de Sektörel Uzmanlaşmanın Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Ticaret Uzmanlaşma Endeksi ve Var Analizi", <i>Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi</i>, 2021, ss.660-678.</p> <p>BATBAYLI Şule, Birol ERKAN, "Comparative Advantages And Export Similarities of The Fragile Five Economies In Global Markets", <i>The Journal of Academic Social Science</i>, 2018, ss.619-634.</p> <p>ERKAN Birol ve Şule BATBAYLI, "Foreign Trade Specialization Level of The Fragile Five Economies: Comparative Sectoral Analysis", <i>Journal of Institute of Economic Development and Social Researches</i>, 2018, ss.306-319.</p> <p>ERKAN Birol ve Şule BATBAYLI, "Karadeniz Ekonomik İşbirliği Örgütü (KEİ) Üyesi Ülkelerin Küresel Pazarlardaki Karşılaştırmalı Üstünlükleri", <i>Marmara Üniversitesi Siyasal Bilimler Dergisi</i>, 2017, ss.1-49.</p>		
Diğer:	<p>BATBAYLI, Şule ve Emin ERTÜRK, "Uluslararası Sağlık Hizmeti Ticareti ile Farmakolojik Ürün Dış Ticareti İlişkisi: Açıklanmış Karşılaştırmalı Üstünlük Analizi ve Dış Ticarete Uzmanlaşma", ICE-TEA 2021 the 7. International Conference on Economics Unpacking the Economic Impacts of COVID-19 2021, April 9-11, 2021, Türkiye Ekonomi Kurumu, Türkiye.</p> <p>BATBAYLI Şule, "Turkey and Asian Countries in Terms of Export of Health Services and Trade of International Medical and Pharmaceutical Products: Revealed Comparative Advantage Analysis", International Iğdır Conference on Social Science, 14-15 Nisan 2021, Iğdır, Turkey.</p> <p>BATBAYLI Şule, "Sağlık Hizmeti İhracatında Sektörel Uzmanlaşma: Türkiye, Meksika ve Kosta Rika Örneği", VI. Uluslararası Battalgazi Bilimsel Çalışmalar Kongresi, 8-9 Mayıs 2021, Malatya, Türkiye</p> <p>BATBAYLI Şule, "Türkiye'de Sağlık Turizminin Dış Açıklığa Etkisi: VAR Analizi", 6. Uluslararası Sosyoloji ve Ekonomi Kongresi, 15-17 Mayıs 2021, Ankara, Türkiye.</p>		
İletişim(e-posta):			
Tarih-İmza Adı-Soyadı	24/09/2021 Şule BATBAYLI		