

# Türk Devletlerinin Yeni Hamle Sahası: Sağlık Turizmi

Prof. Dr. Ahmet Burçin Yereli (Hacettepe University, Turkey)

Ph.D. Candidate Tuncay Kara (Hacettepe University, Turkey)

## Turkish States' New Field Of Attack: Health Tourism

### Abstract

The lifetime of human being has lengthened out depending on the developing medical technology and the incredible development of life conditions in accordance with the past. Subject to the lengthening lifetime, high expenditures are excessively spent for the health service in order to keep and develop their health level by both the individuals and the states that reserve high shares for health from their budgets. Through the direct flow of foreign currency into the economies of the States, the field where the easiest money transfer is performed is tourism. In the 21st century, the name of the meeting field of health sector and tourism. The Turkish States located just in the middle of the European Economic Region and the Arabian Economies and the developing Chinese Economy, will have the inarguable advantages at the field of health tourism in the years 2030 intended for being the countries whose 65+ population will reach at the 25% level of their whole populations where the health expenses of the current powerful economies are carried out by their population structures, the short distance of flight which effects the healing process of the ones getting treated, and also by their magnificent geographies. Turkish States will be able to have a say in the market of health service in the world of future providing huge economic acquisition by creating new employment areas for their young ones through health tourism. Turkish States should develop the policies to encourage their investors in order to invest on this field.

**JEL codes:** I11, L26, J14

### 1 Giriş

1950'lerden itibaren ulaşım ve iletişim olanaklarındaki baş döndürücü gelişmeler, teknolojinin ve devletler arası ilişkilerin gelişmesiyle artan mal ve hizmet dolaşimleri, ülkelerin birbirlerine artan biçimde iktisadi bağımlılıkları, devletlerin barış içinde yaşamaları, insanların gelir düzeylerinin artması gibi nice sayılabilecek etkenlerin eşliğinde, küresel ölçekte insanoğlunun hareketliliği artmıştır. Bu hareketliliğin en güzel örneği, kitlesel ölçekte en fazla hareketin görüldüğü turizm sektörüdür. Turizm, ülkelere doğrudan döviz girdisi sağlayan, yurtdışına gitmeden ihracatın yapıldığı, sıcak para akışının en kolay gerçekleştiği bir sektördür. İnsanoğlunun yeryüzünde artan hareketliliğiyle beraber diğer yaşanan gelişme ise II. Dünya savaşını izleyen yıllardan itibaren insan ömrünün uzamasıdır. Tıbbi bilgi ve teknolojinin yükselmesi, küresel ölçekte sağlık planlamalarının oluşturulması, temel sağlık hizmetleri bilincinin küresel ölçekte yerleşmesi ve halk sağlığı uygulamalarının başarı ile tatbiki, insanların sağlık düzeylerini yükseltmiştir. Daha uzun yaşayan bireylerin sağlık hizmetlerine duydukları gereksinimi artmıştır. Ancak sağlık hizmetlerinde bu talep yükselişine karşı hizmet arzının kısıtlı olması; hizmeti sunanlar hekimler ile hizmet alıcıları hastalar arasında, hizmete ilişkin bilgi düzeyi farklılığı; bu sektörde maliyetlerin yükselmesini netice vermiştir. Ayrıca bireylerin sağlıklarını için gereksinim duydukları bu hizmetlere ödemeyi kabullendikleri bedellerin, gerek bireysel değerlendirmelerin farklılığı ve gerekse gelir eşitsizlikleri gerçeği ekseninde çok geniş bir aralıkta belirlenmesi, sağlık hizmetlerinin, piyasa ekonomisinde gözde bir konuma gelmesini sağlamıştır. 1980'lerden itibaren birçok ülke ekonomisinin, pazar ekonomisine açılmasını takiben, ülkelerin sağlık sistemlerinde de dönüşümler izlenmiştir. Her ülke kendi sağlık sistemini yapılandırırken, sağlık hizmetlerine erişimde, hakkaniyet ilkesini işletmek istese de gelir dağılımlarındaki eşitsizlikler ve ülkelerin sınırlı ekonomik olanakları, sağlık hizmetlerine erişimi sınırlandırmıştır. Bu aşamada, gelişmiş ülkelerin insanlarına, üçüncü dünya ülkelerinde daha ucuza sağlık hizmeti arzı gündeme gelmiştir. A.B.'de tıp hizmetlerinde bekleme sürelerinin uzunluğu, yükselen sağlık hizmetleri maliyetleri, A.B.D.'de piyasa koşullarında çalışan, sağlık sigorta şirketlerinin birçok hizmeti sigorta kapsamına almamaları veya daha ucuza üçüncü Dünya ülkelerinden hizmet alımı yönünde geliştirdikleri stratejiler, yurtdışında sağlık hizmeti alınmasını tercih edilir kılmıştır. İşte hem insanların farklı coğrafyaları ve kültürleri görme, gezme, eğlenme isteklerine hem ihtiyaç duydukları tıbbi uygulamaları yurtdışında daha ucuza fakat aynı kaliteye alma isteklerine yanıt veren; insanların sağlık düzeylerini iyileştirme ve geliştirmeye yönelik yüksek nitelikte, düşük masrafa katlanma anlayışı eşliğinde gelişen olgu; sağlık turizmidir.

### 2 Dünyada ve Türk Devletlerindeki Sağlık turizmini etkileyecek gerçekler

Ortaya çıkış felsefesi itibariyle sağlık turizmi rekabete dayalıdır. Yüksek rekabetin yaşandığı sağlık turizminde piyasanın güncel biçimlerini uygulama önem arz etmektedir. Sağlık hizmetlerinde değişen teknolojiye, tedavi (sağaltım) yöntemlerine örgütsel yapınızı uyarlayamazsanız yani piyasanın güncel biçimlerini, üretim yapılarını kullanamazsanız yok olursunuz. Zira konu yalnız hastanınızı memnun etmek değil, örgütünüzün yaşar kılınması

İçin baş etmeniz gereken maliyetler ile yeni yöntemleri kullanarak rekabet ortamında mücadele edebilmektir. Hasta yatış günlerinin azalmasını, tedavi sürelerinin kısaltılmasını, hastanın daha az acı duymasını sağlayıcı mekanizmalar, sağlığa yatırım yapanların rekabet gücü açısından düşünmesi gereken hususlardır. Sağlık turizminde etkin rekabet yapabilmek için sağlık teknoloji değerlendirmeleri yapılmalıdır, maliyetlere katlanmanın kar getirici veya getirmeyici olması ortaya konarak hareket edilmelidir. Türk Dünyası, sağlık turizmine yönelik olarak etkin rekabetin içinde bulunmak için yönlendirme ve kaynak dağılımını planlamaya ve teknolojiye yönelik bilim adamlarına sahiptir, eksik olan teknolojik yatırımların gerçekleştirilmesidir. Sağlık teknolojilerinin yurtdışından aktarımının gerçekleştirilmesi, ve üretilen sağlık teknolojilerinin değerlendirilmesinde Türk devletlerinin yetkin olmaları ve çağı yakalamaları gerekliliği üzerinde durulması gereken konulardandır. Sağlık turizmine yatırım yapan ülkelerden olan Singapur, Malezya, Hindistan, Tayland ve Filipinler için sağlık turizmi ciddi rakamsal büyüklükte dövizin yurda akışını sağlamaktadır. “1990’lardan itibaren her yıl yaklaşık %16 büyüyen Hindistan’da sağlık turizmine ilişkin olarak 2005 yılında 150.000 hastadan 333 milyon Amerikan doları gelir elde edilmiştir ve Dünyada sağlık turizmi sektöründe dönen paranın 140 milyar dolar olacağı öngörülmektedir”(Hazarika, 2009) Sağlık Turizmi alanında ilk olarak başka bir ülkenin vatandaşını tedavi amaçlı ülkeye getirme Küba’da görünse de asıl iktisadi anlamda uygulamalar Singapur’da ve Malezya’da gerçekleşmiş olup bunu takiben 1990’ların sonunda Tayland ve Hindistan ile Filipinler ve 2000’li yıllarda Güney Kore harekete geçmiştir. Çoğu gelişmiş ülkeler olmak üzere birçok ülkede gayrisafi yurtiçi hasılda sağlık hizmetlerine ayrılan paylar, kamusal sağlık harcamaları ihtiyaçları gidermekte yetmemekte ve cepten yapılan sağlık harcamaları artmaktadır. OECD verilerine göre 2009 yılında OECD ülkelerinde ortalama olarak %9.5 gayrisafi yurtiçi hasıla sağlığa ayrılmıştır. Bu ortalama hesabında Amerika Birleşik Devletleri gayrisafi yurtiçi hasılasının %17.6’lık kısmını ayırarak en önde gelmektedir. Verilere göre sağlık sektöründe 2009 yılında 5.5 trilyon dolar para harcanmıştır. Bu harcamalar Dünya ülkelerinin gayrisafi yurtiçi Hasıllarının ortalama %10.1’ini oluşturmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü’nün 2004 verilerine göre sağlık harcamasının %80’inin OECD ülkelerinde gerçekleştiği belirtilmektedir. Bu raporda en düşük kişi başı sağlık harcaması Buruni’de 2.9 dolar miktarındadır. Bu kadar yüksek maliyetin ve harcama farklılıklarının olması muhakkak ki bireyleri, sigorta şirketlerini ve hatta devletleri daha ucuz sağlık hizmeti seçeneklerini aramaya itmektir. Bu arayışların varlığına bir diğer kanıt ise 2010 yılı itibarıyla sağlık harcamaları için katlanılan maliyetlerin %17.7’lik bölümü doğrudan bireylerin ceplerinden yapılmıştır. Sağlık hizmetlerine yönelik harcamaların her geçen gün artışında; toplumların sağlık düzey ve bilinçlerindeki artış, gelişmiş ekonomilerin toplumlarının sağlıklarını tehdit eden bulaşıcı hastalıkların yerlerini, yıllarca sağlık hizmetine gereksinim duyulabilecek süreğen (kronik) hastalıkların alması, bu hastalıkların tedavi maliyetlerinin yüksek olması, toplumların nüfus yapılarının değişmesi; +65 yaş nüfusun sosyal güvenlik ve sağlık harcamalarını karşılamakta, dünya ekonomilerinin güçlük çekmeleri, sağlık hizmetlerini en çok kullanan kesim yaş düzeyleri olarak bakıldığında 65 yaş ve üzeri insanlar, cinsiyet temelinde kadınlardır ve gelişmiş ekonomi toplumlarında 65 yaş ve üzeri nüfusun ve bu nüfus içinde kadın yüzdesinin yüksekliği vardır. Yaşlılığa özgü (geriatrik) hastalıkların tedavi süreçlerinin uzun ve maliyetlerinin yüksek olması, sağlık hizmetleri çalışanlarının en yüksek bilgi ile donandıkları eğitimlerinin yüksek maliyetli oluşu ve hastanelerin yüksek teknoloji içeren kurumlar olmaları, hususları etkilidir. Gelişmiş bazı ekonomilere ilişkin bazı sağlık harcama verileri şu şekildedir:

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

**Tablo 1.** 2009 Yılında Bazı Ülkelerde Sağlığa Ayrılan Gayrisafi Yurtiçi Hasıla Payları, Kişi Başına Sağlık Harcamaları, Kişi Başına Cepten Yapılan Sağlık Harcamaları, Cepten Yapılan Harcamaların Toplam Sağlık Harcamaları İçindeki Payı **Kaynak:** World Health Statistics, Statistics from A to Z

Dünya’nın özellikle önde gelen ekonomilerinde sağlığa ayrılan paylara bakıldığında, Amerika Birleşik Devletlerindeki GSYH sağlık payının 2,5 trilyon dolara yakın olması, Japonya için yarım trilyon dolara

yaklaşması, Avrupa'da büyük ekonomilerinin sağlığa 200 ila 387 milyar dolar arasında kaynak ayırmaları ve buna rağmen yine de hem kamusal olmayan GSYH paylarının yüzdeleri ve bireylerin cepten harcamalar yapmaları sağlık hizmetleri pazarının ne denli büyük olduğunu ve gelişmiş ekonomilerdeki kamunun yetersiz durumunu göstermektedir. Bu rakamlar çoğu devletin yıllık gayrisafi yurtiçi hasılasının(GSYH) üzerinde olan tutarlardır. Büyük ekonomilerin, kamu ve özel payları birbiri ile karşılaştırıldığında bazen birbirine yakın bazen özel ağırlıklı, bazen ise kamu ağırlıklı harcamalar olsa dahi genelde özel kaynaklı gayrisafi yurtiçi hasıla payı azımsanmayacak düzeylere gelmiştir. Cepten harcamalar Dünya'da çoğu devlette aylık maaşların üzerindedir. Avrasya'da bulunan Türk devletlerine baktığımızda:

| Ülkeler      | 2000 Yılı        |   |   | 2009 Yılı        |   |   |
|--------------|------------------|---|---|------------------|---|---|
|              | Toplam GSYH Payı | Sağlığa ayrılan GSYH içindeki kamu payı (%) | Toplam Kişi Başına Yapılan Sağlık Harcaması ve cepten yapılan harcama (dolar) | Toplam GSYH Payı | Sağlığa ayrılan GSYH içindeki kamu payı (%) | Toplam Kişi Başına Yapılan Sağlık Harcaması ve cepten yapılan harcama (dolar) |
| Azerbaycan   | 4.7              | 18.5  | 30-19   | 5.8              | 23.1  | 283-196   |
| Kazakistan   | 4.2              | 50.9  | 51- 25  | 4.5              | 59.2  | 326- 131  |
| Kırgızistan  | 4.7              | 44.3  | 13-6.5  | 6.4              | 53.0  | 57-24   |
| Özbekistan   | 5.7              | 44.1  | 32-17   | 5.9              | 45.3  | 73- 32.5  |
| Türkmenistan | 4.0              | 79.6  | 45-9  | 2.5              | 59.2  | 92-37.5   |
| Türkiye      | 4.9              | 62.9  | 205-57  | 6.7              | 75.1  | 575- 92   |

**Tablo 2.** Avrasya Coğrafyasındaki Türk Devletlerinde 2000-2009 yıllarında Sağlığa Ayrılan GSYH Payı ve Sağlık Harcama Oranları **Kaynak:** WHO 2012

Türk devletlerinin sağlık sistemlerinde kamunun ağırlığını gerçekleştiremedikleri, sosyal devlet anlayışlarının sağlık hizmetlerini sağlamada yetersiz olduğu gözlenmektedir. Sağlığa en düşük, gayrisafi yurtiçi hasılasından %2.5 pay ayıran ülke 2009 yılında Türkmenistan devletidir. 2009 yılında Azerbaycan'ın 196 dolarlık ve Kazakistan'ın 131 dolarlık cepten yapılan harcama tutarları gerçekten ekonomik durumlarına göre bu ülkelerin için yüksek rakamlardır. Aynı zamanda Azerbaycan için 2000 yılından 2009 yılına kadar cepten yapılan harcamaların oransal artışına baktığımızda 10 kat artış vardır. Bu cepten harcama miktarları Türk dünyasının sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik sorunları olabileceği, ilk akla gelen sorulardır. Ancak sağlık hizmetleri yönünden sağlık hizmetlerinin diğer devletlere göre daha düşük ücretle üretildiği ve sağlık işgücünün maliyetinin gelişmiş ülkelere göre daha düşük olabileceği akla gelmektedir. Yalnız rakamlara bakarken nüfus yapıları ile beraber bakmak daha doğru inceleme imkanı verir. Kronik hastalıkların yoğun olduğu batı toplumlarındaki hizmet gereksinimleri ile Türk Dünyasının hizmet gereksinimleri aynı boyutta olamaz. Çünkü genç insanlar çoğunluk itibarıyla akut, geçici sağlık sorunlarına yakalanmakta olup, sağlık hizmetlerini çok fazla kullanmamaktadırlar. Buna karşın yaşlı bireyler kronik (süreğen) hastalıklara maruz kaldıkları için hem sağlık hizmetlerine daha çok gereksinim duymakta hem de tedavi (sağaltım) maliyetleri yüksektir. Bir diğer husus, 65 yaşına gelindiğinde bireylerin yaşam beklentileri ile bu yaşam beklentisinin ne kadarını sağlıklı olarak geçirecekleridir. Aradaki fark yılları boyunca bu insanların tedaviye gereksinim duyacakları bir gerçektir. Tedaviyi salt olarak ele almanın yanında bir diğer gerçek bu emekli olan bireylerin bakıma muhtaç duruma gelerek sürekli sağlık bakımına gereksinim duyabilmeleridir. A.B. ve diğer ekonomiler bu konuda sağlıklı yaşlanma programlarına özellikle önem vermekte sosyal güvenlik sistemleri ile sağlık harcamalarındaki yükü hafifletmeyi amaçlamaktadırlar.

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

**Tablo 3.** 2009 Yılında OECD ,AB-27 ortalamaları ve Türkiye'nin 65 Yaş ve Üzerindeki Nüfusun Toplam Nüfus İçindeki Oranı, 65 Yaş Sonrası Beklenen Yaşam Süresi, 65 yaş üstü Beklenen Sağlıklı Yaşam Süresi ve Bu Değerlerin Farkları **Kaynak:** Eurostat, OECD

OECD ülkeleri içinde 65 yaşında en yüksek yaşam beklentisi Japon kadınlarda olup 24 yıldır. 65 yaşına gelindiğinde sağlıklı yaşam beklentisinde ise İsveç ve Norveç'te kadınlarda 14 erkeklerde 13,5 yıldır. 65 yaşından sonraki yaşam beklentisinden sağlıklı yaşam beklentisini çıkardığımızda ortalama olarak sağlık

hizmetine sürekli gereksinim duyulacak AB-27 ülkelerinde erkeklerde 8,9 kadınlarda 12,5'dir. OECD ülkelerinde ise bu rakamlar erkekler için 8.2 kadınlar için 10.7'dir. Burada bu sayıların aritmetik ortalamasını almak doğru değildir. Hesaplama aritmetik ortalama yerine ağırlıklı ortalamasının alınması ve nüfus içindeki yüzdenin dikkate alınması daha doğru olacaktır. Tablo verilerine baktığımızda 65 yaş üstü nüfus içinde kadın oranının yüksekliği, kadınların daha uzun yaşam beklentisi ve sağlıksız olması muhtemel yaşamın kadınlarda uzun olmasıdır. Bu rakamlar beraber değerlendirildiğinde Avrupa genelinde ve OECD ülkelerinde yaşlı iken sağlık hizmetlerine duyulan gereksinim daha iyi anlaşılacaktır.

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

**Tablo 4.** Bazı OECD ülkeleri, Avrupa Birliği ve Gelecekte Güçlenmesi Beklenen Ekonomilerin Nüfus Yapılarına İlişkin Tahminler; **Kaynak:** PRB

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

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

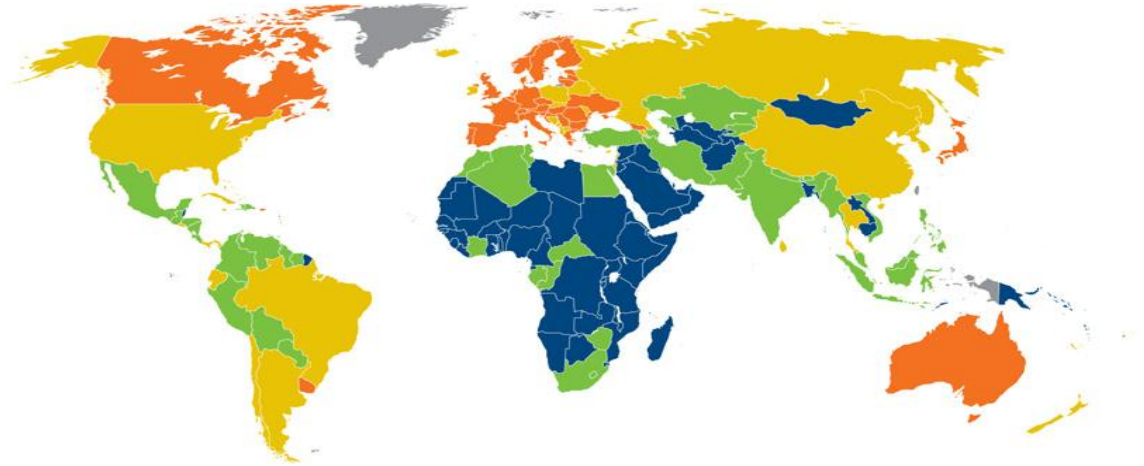
**Tablo 5.** Avrasya'da bulunan Türk devletlerinin Nüfus Yapılarına İlişkin Birleşmiş Milletlerin Öngörülleri, **Kaynak:** World Population to 2300

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

Tablo 6'da görüldüğü üzere Dünya 2010 yılı itibarıyla her yaşlı birey için 9 çalışma çağında kişiyi barındırırken bütün Türk devletlerinin oranları yüksektir. Ancak dikkat çekici olan 2050 yılı nüfus projeksiyonunda Dünya ile Türk Dünyasının aynı oranda yapıya ulaşmasıdır. Bu Türk devletlerinde nüfus yapısı dönüşümünün Dünya ortalama hızının üstünde olduğunu göstermektedir.

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

**Tablo 6.** Altı Türk Devletinde 2010 ve 2050 Yıllarında Her Yaşlı (+65) Kişi Başına Düşen Çalışma Çağındaki Nüfus (15-64) Oranları **Kaynak:** World Population 2010 Data Sheet



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

**Grafik 1.** 15-64 Yaş Arası Nüfus / +65 Nüfus ile Dünya Haritası **Kaynak:** World Population 2010 Data Sheet, PRB

Dünya üzerinde son yıllarda sağlık turizmüne yatırım yapan devletler çoğunlukla yeşil renkli olanlardır. Yani 65 yaş üzeri bir kişiye karşılık en az 15-64 yaş arası 10 bireyin olduğu devletlerdir. Türk devletleri de ağırlıklı olarak bu özelliktedir. Ayrıca yaşlı/çalışma çağı nüfusunun azlığı sosyal güvenlik sistemleri için tehdit oluşturmaktadır, buna çareler aranmaktadır. Avrupa Birliği çare olarak sağlıklı yaşlanma ve 2020 yılı için 15-64 yaş grubunda %75'lik istihdam amaçlamaktadır. Amerika Birleşik Devletleri için öngörülen senaryonun gerçekleşmesi halinde 2010 yılında 40 milyon olan yaşlı sayısı 89 milyona erişecektir. Ayrıca teknolojik gelişmeler eşliğinde daha uzun yaşayacak olan insanların sağlık harcamaları sosyal güvenlik harcamalarını geçecektir. Bu durum için aşağıdaki tablo durumun gösterimi için yeterli olacaktır.

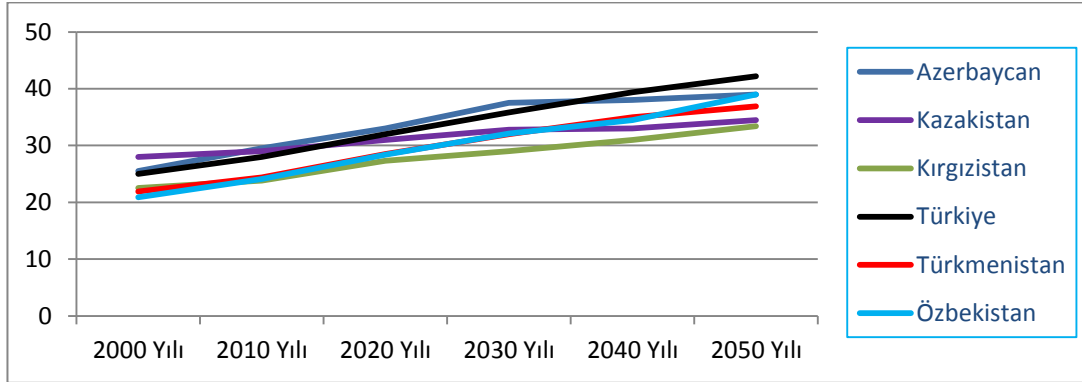
| Gösterge Değer              | 2010 Yılı  | 2030 Yılı   | 2050 Yılı   |
|-----------------------------|------------|-------------|-------------|
| Sosyal Güvenlik Harcamaları | 4.9        | 6.1         | 5.8         |
| Sağlık Yardımları           | 3.5        | 6.4         | 8.7         |
| <b>Toplam</b>               | <b>8.4</b> | <b>12.5</b> | <b>14.5</b> |

**Tablo 7.** 2010-2050 Yılları Arasında A.B.D. 'de Sosyal Güvenlik Harcamaları ve Sağlık Yardımlarının Yüzde olarak G.S.Y.H. Pay Durumları **Kaynak:** World Population 2010 Data Sheet, PRB

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

**Tablo 8.** Avrasya Coğrafyasındaki Türk Devletlerinde 2010 Yılında 5-18 Yaş Arası Nüfus Bilgileri (1000 kişi) **Kaynak:** Unicef, World Bank

Eğitim öğretim çağındaki nüfus Türk devletlerinde azımsanmayacak düzeydedir. Türk devletlerinin hepsinde 2010 yılı itibariyle 5-18 yaş arası nüfus verilmiştir ki bu nüfus 2012 itibariyle 7-20 yaş arası nüfusa denk gelmektedir ( bu yaşa özgü ölüm oranları hesaba katılmamıştır). 7 yaş ile 20 yaş arası nüfus demek ilköğretime başlamış olanlar ile üniversite eğitimine başlayanlara kadar olan geniş yelpazedeki nüfustur. Ebette bu nüfus içinde 18 yaş altında iş sahasına işgücü olarak katılma gerçeği de vardır. Bununla birlikte, bu nüfusun önümüzdeki 40 yıllık Dünya nüfus projeksiyonu dikkate alınarak, yüksek ekonomik getiri sağlayacak alanlarda eğitime yönlendirilmeleri Türk devletlerinin gelecek nesillerinin refahı için en önemli konulardan biridir. Bu alanlar içinde sağlık turizminde etkin olma yolunda ise tıp eğitimine önemli kaynak ayrılması ve hatta tıp eğitiminde dünya standartları ile yarışan Türkiye ile tıp eğitimi alanında işbirliklerinin ivedi biçimde geliştirilmesi gereklidir. 2010 yılı verilerine göre Dünya Nüfusunun %70,6'lık bölümü Avrupa ve Asya kıtalarında yaşamaktadır. Türk devletlerinin özellikle Amerika Birleşik Devletlerindeki pazarı geri planda bırakmayan stratejiyi uygulamaları yerinde olacaktır. Zira toplamda sağlığa en fazla para Amerikada harcanmaktadır.Sağlık turizmi sahasında Türk devletlerine rakip olan devletlerde 100.000 kişilik nüfus başına düşen hekim sayılarına bakıldığında Türk devletlerinin durumlarının iyi olduğu açıkça görülmektedir. Bu noktada, Türk devletlerindeki tıbbi insangücünün, sağlık turizminde tercih edilen hizmetlere yönelik yetkinlik derecesinin belirlenmesi lazımdır ve bu verilerin politika yapımcıların hizmetine sunulması gereklidir.



**Grafik 2. 2000-2050 Yıllarında Türk Devletlerinin Ortalama Yaşları** *Kaynak: UN*

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

### 3 Sonuç ve Öneriler

Uzayan insanoğlu ömrü ile sağlık harcamalarındaki muazzam artış sonucu, sosyal güvenlik sistemlerinin yetersiz kalışı günümüz gerçeklerindedir. Bu gerçek sağlık boyutu itibariyle sağlık turizmi pazarını ortaya çıkarmıştır. 2012 yılında sağlık turizminde dolaşımı öngörülen para 100 milyar Amerikan dolardır. Türk devletlerinden daha az hekime sahip olan ve nüfus yapıları benzeyen ülkeler sağlık turizminden milyarlarca dolar gelir elde etmektedirler. Hatta bu gelir her geçen yıl artmaktadır. Bu durum Türk devletlerinin harekete geçmelerini gerektirmektedir. Bir diğer husus Grafik 1.de görüldüğü üzere, Türk devletleri nüfus yapıları itibariyle 2050'ye varan süreçte farklılaşmalara gidiyor olsalar da başlangıçtaki aralık çok fazla değişmemektedir bu da Türk devletlerinin kendi aralarında sağlık turizmine yönelik köklü işbirliklerini geliştirmeleri için olanak sağlamaktadır. Günümüzün güçlü ekonomilerinin 18 yıl sonra 2030 yılında ortalama nüfuslarının 1/5'i 65 yaş üzerinde olacağı ve 2050 yılında bu oranın 1/3 seviyesine çıktığında bu nüfusun yaşlılığa özgü (geriatrik) hastalıklarla mücadele etmek zorunda kalacağı gerçeği ile Avrasya coğrafyasındaki Türk devletlerinin coğrafi konumları itibariyle bu ekonomilerin tam ortasında yer almaları ve şu an yetişmeye aday insan gücü mevcudiyetleri iktisadi anlamda fırsata çevrilmelidir. Ancak Türk devletlerinin karşılaştığı bir sıkıntı şudur; Türk devletleri gelişmiş ekonomilere göre bugün ve 2030'lar için genç olsalar da 2050 yılında nüfus yapıları büyük oranda yaşlı ekonomilere benzemektedir. Türkiye ile Azerbaycan nüfusunda 65 yaş üstü nüfus payının 2040 yılında en yüksek olacağı öngörüsüne dayanarak, bu ülkelerde nüfusun genç kalması için doğum oranları üzerine teşvikler planlanmalıdır. Eğer bu uygun görülüyorsa ikinci bir seçenek olarak Avrupa Birliği, Kore ve Japonya'dan dersler çıkarılıp sağlıklı yaşlanmaya yönelik politikalar ivedilikle işlenmelidir. Zira bugün 42 yaşında olan biri 2040 yılında 72 yaşında olacak bireylerden birisidir. Avrupa, Japonya ve Çin'in yaşlanmasına karşılık Afrika ve Hindistan'ın nüfuslarında patlama yaşanacaktır. Bu konuda yapılmış çalışmalar dikkate alındığında geleceğin sağlık hizmetleri sunumunda merkez olabilmek için her iki politika eş zamanlı uygulanmalıdır. Diğer bir husus, sosyal güvenlik sistemlerinin sürdürülebilirliği için 15-64 yaş arası istihdamın artırılması bir çözüm olarak göz ardı edilmemelidir. Türk devletlerinin nüfus yapılarının içinde buldukları coğrafya karşısında 2030'lara kadar güçlü olacağı aşikar olup bu fırsata dönüştürülmelidir. Daha sonra 2050'lere doğru dünya ortalaması ile eşdeğer yapıda bir nüfus yapısına bürünmek ve bu dönüşümün dünyadan daha hızlı

gerçekleşmesi Türk devletleri için sorunlar getirecektir. Bu noktada sağlık turizmi için karar almada Türk devletleri asla tembel davranamazlar böyle bir lüksleri yoktur. Önümüzde 2030 yılına 18 yıllık bir süreç vardır. Bu durumu Türk devletleri değerlendirmelidirler. Avrupa Birliği yaşanmaya bağlı olarak sosyal güvenlik sistemlerindeki bağımlı nüfus sorununu 15-64 yaş arası nüfus içindeki istihdamını 2020 yılı için %75'lere çekerek çözmekte görmektedir. Bu noktada Türk devletlerinin de istihdam seviyelerini yükseltmesi için sağlık turizmine yatırım yapmaları, bilişsel düzeyi yüksek iş görenler yetiştirmeye odaklanmaları elzemdir. İstihdam yaratma noktasında sağlık turizmi yatırımları tamamen geleceğe yönelik olup, yemek sektöründen, eğlence sektörüne, danışmanlık hizmetlerinden, tıp hizmetlerine, sigortacılık, reklam, tanıtım, otelcilik hizmetlerine değin birçok sektöre kaynak aktarımının sağlanacağı, istihdam olanakları sunan bir sahadır.

Asya ve Avrupa'nın en ücra bölgesinden bir Türk devletine uçak yolculuğu en fazla 6 saat ile mümkündür. Türk devletlerinde yapılacak olan tedavinin başarısının, uçak yolculuğunun uzunluğu ile riske girmesi pek olası görünmemektedir. Bu noktada Türk devletleri Dünya coğrafyasının merkezinde olması yönüyle eşsizdirler. Türkiye'den 4 saatte İzlanda'ya, Kazakistan'dan 5 saat uçuş ile Tokyo'ya varmak mümkündür. Sağlık turizmine özel havayolu ağı üzerinde düşünülmeli ve havayollarınca sağlık turizmi desteklenmelidir. Türkiye'de hekim sayısı (100.000 kişiye 153 hekim) Avrupa Birliğindeki sayının yarısının altındadır. Diğer Türk devletlerinde ise hekim sayısı yönünden sıkıntı olmamasına karşın Dünya standartlarında tıbbi uygulamalarda yetkinlik sorgulanmalıdır. Bu noktada Türkiye kendi hekim sayısını artırırken diğer yandan Avrasya coğrafyasında Batı tıbbının uygulamalarında yetkinliğin artırılmasına katkıda bulunabilecek bir ülkedir. Türkiye JCI (Joint Commission International) kuruluşunca akredite edilmiş 40 hastanesi ile diğer Türk devletleri için sağlık turizmi uygulamaları içinde örnek alınmalıdır. Ayrıca hastaneler açısından değil turizm uygulamaları açısından yurtdışı uygulamalar incelenerek Türk devletleri kendi kalite standartlarını dünyaya duyurmalıdırlar.

Türk devletleri turizm ile beraber sağlık sahasında güçlü ve zayıf yönlerini saptamalıdırlar. Geleceğe yönelik vizyonlarını ortaya koymalıdırlar. Örneğin Türkiye Cumhuriyetinde kaplıca turizmine ayrıca önem atfedilmektedir. Ayrıca güçlü ve zayıf yönler saptanırken, sağlık altyapısı, bina, teknoloji durumları, sahip olunan MR, tomografi, radyoterapi cihazları ile hasta yatağı, odaları saptanarak planlama için altyapı oluşturulmalıdır. 2010 yılında Türkiye Türkiye'de sağlık eğitimi ve sağlık insangücü durum raporunda kurumların öğrenci ve akademik personel durumunu, fiziki mekan ve kapasite ile cihaz ve donanım durumunu saptamıştır. İvedi alınacak kararlar ile sağlık insangücünün yetiştirilmesi devlet planlamalarına alınmalıdır, bir uzman doktorun yetişmesi lise sonrası ortalama 11 yıllık bir süreyi gerektirmektedir. 2012 yılında olduğumuz düşünülürse planlamaların eyleme derhal dönüştürülmesi gerekmektedir. Bu tarihten itibaren atılacak adımların 2030 yıllarında Türk devletlerini sağlık turizminde cazibe ve ekonomi merkezi yapmaması olası değildir. Sağlık alanındaki teknolojik araştırmalara yatırımlar yapılarak, araştırma ve geliştirme faaliyetlerine yüksek paylar ayrılmalıdır. Teknolojik gelişme, buluşçuluk (innovasyon) sağlanamadığı takdirde sağlık turizminin giderlerinin de yüksek olacağı gözardı edilmemelidir. Ancak araştırma, geliştirme faaliyetleri ile daha ucuza teknoloji üretilebilir. Sağlık sektörünün en önemli girdisinin teknoloji olduğu yadsınamaz bir gerçek olduğu ve sağlık turizminin gelişmesinde başat etkenin düşük maliyete, üstün nitelikli tıbbi hizmetin sunulması olduğu gerçekliği beraber değerlendirilmelidir.

Türk devletleri, geleceğin dünyasında bugünün büyük ekonomilerinin nüfus yapılarının değişeceğini, Türk dünyasında bu değişimin yaklaşık 20 yıl gecikmeli gerçekleşmesinin fırsata çevrilebileceğini, tüm dünyada sağlık hizmetlerine gereksinimin artarak ve sağlık harcamalarının maliyetlerinin yükseleceğini, genç nüfuslarına verecekleri eğitimin ne denli önemli olduğunu, geleceğe yönelik yaşlılara verilebilecek sağlıklı yaşlanma programlarının temellerinin şimdiden oluşturulmasının gerekliliğini görmelidirler. Avrupa'nın 2300 yılına değin yaptığı projeksiyonlara bağlı kalmayıp bu alanda kendi stratejilerini belirleyecek çalışmaları tez elden yürütmeli ve kendileri o günler gelip çatmadan önlem ve tedbirleri de almalıdırlar.

### Kaynakça

- 50 Facts: Global health situation and trends 1955-2025  
[http://www.who.int/whr/1998/media\\_centre/50facts/en/](http://www.who.int/whr/1998/media_centre/50facts/en/)
- Adrese kayıtlı nüfus bilgileri,  
[http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2&ENVID=adnksdb2Env&report=wa\\_turkiye\\_il\\_koy\\_sehir.RDF&p\\_kod=1&p\\_yil=2010&p\\_dil=1&desformat=html](http://rapor.tuik.gov.tr/reports/rwservlet?adnksdb2&ENVID=adnksdb2Env&report=wa_turkiye_il_koy_sehir.RDF&p_kod=1&p_yil=2010&p_dil=1&desformat=html)
- Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu, Sağlık Turizminde Hedef 2020'de Yıllık 10 Milyar Dolar,[http://www.deik.org.tr/403/SA%C4%9ELIK\\_TUR%C4%B0ZM%C4%B0NDE\\_HEDEF\\_2020\\_DE\\_YILLIK\\_10\\_M%C4%B0LYAR\\_DOLAR.html#](http://www.deik.org.tr/403/SA%C4%9ELIK_TUR%C4%B0ZM%C4%B0NDE_HEDEF_2020_DE_YILLIK_10_M%C4%B0LYAR_DOLAR.html#)
- Eurostat, <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/population/data/database>
- Global Europe 2050, [http://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/global-europe-2050-summary-report\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/research/social-sciences/pdf/global-europe-2050-summary-report_en.pdf)
- Hazarika Indrajit. (2009) , "Medical tourism: its potential impact on thehealth workforce and health systems in India", *Health Policy and Planning*,2010,25,s:245-251

- Health at a glance 2011, [www.oecd.org/health/healthdata](http://www.oecd.org/health/healthdata)
- OECD Health Data 2011 How Does United States Compare, <http://www.oecd.org/dataoecd/46/2/38980580.pdf>
- OECD, <http://www.oecd.org/dataoecd/46/5/38980477.pdf>
- PRB, [http://www.prb.org/pdf10/10wpds\\_eng.pdf](http://www.prb.org/pdf10/10wpds_eng.pdf)
- Spending on health: A global overview, <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs319/en/index1.html>
- Statistics from A to Z, <http://www.oecd.org/statistics>
- Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsangücü Durum Raporu (2010) [www.yok.gov.tr](http://www.yok.gov.tr)
- UN, Median Age of Population, [http://esa.un.org/unpd/wpp/JS-Charts/aging-median-age\\_0.htm](http://esa.un.org/unpd/wpp/JS-Charts/aging-median-age_0.htm)
- Unicef, <http://www.unicef.org/infobycountry/index.html>
- WHO 2012, World Health Report 2012, [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/EN\\_WHS2012\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf)
- Who global health expenditur database, [www.who.int/gho/health\\_financing/out\\_pocket\\_expenditure/en/](http://www.who.int/gho/health_financing/out_pocket_expenditure/en/)
- World Bank, <http://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.PCAP/countries>
- World Population 2010 Data Sheet, [http://www.prb.org/pdf10/10wpds\\_eng.pdf](http://www.prb.org/pdf10/10wpds_eng.pdf)
- World Population to 2300, <http://www.un.org/esa/population/publications/longrange2/WorldPop2300final.pdf>