

**T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**ŞEHİR HASTANELERİNİN SAĞLIK TURİZMİNE ETKİSİNİN SWOT
ANALİZİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Çiğdem ALBAYRAK

**Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı
Sağlık Yönetimi programı**

Haziran 2020

**T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**



**ŞEHİR HASTANELERİNİN SAĞLIK TURİZMİNE ETKİSİNİN SWOT
ANALİZİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Çiğdem ALBAYRAK
(Y1716.030002)**

**Sağlık Yönetimi Ana Bilim Dalı
Sağlık Yönetimi Programı**

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Abdulkadir GÜÇLÜ

Haziran 2020

ONUR SÖZÜ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Şehir Hastanelerinin Sağlık Turizmine Etkisinin Swot Analizi İle Değerlendirilmesi” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadar ki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve yararlandığım eserlerin bibliyografyada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yaparak yararlanmış olduğumu belirtir ve onurumla beyan ederim.

Çiğdem ALBAYRAK

ÖNSÖZ

Bu tez çalışmasında benden yardım ve desteğini esirgemeyen değerli danışman hocam Dr. Öğr. Üyesi Abdulkadir GÜÇLÜ' ye teşekkür ederim.

Hayatımın her aşamasında yanımda olan sevgili annem Feride DURBAK'a, canım oğullarım Selim Atahan ve Melih Efe'ye, her koşulda bana sabırla yardımcı olan biricik eşim Ahmet ALBAYRAK'a sonsuz teşekkür ederim.

Her daim hayat ışıgım olan sevgili babam Çetin DURBAK'a ithaf olunur.

Haziran 2020

Çiğdem ALBAYRAK

ŞEHİR HASTANELERİNİN SAĞLIK TURİZMİNE ETKİSİNİN SWOT ANALİZİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖZET

Şehir hastaneleri Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında planlanmıştır. Ülkemizin sağlık sektörüne çağ atlatacağı vaat edilmiştir. Şu aşamada bir kısmı tamamlanmış ve insanımıza hizmet etmekte, bir kısmının yapımı devam etmekte ve bir kısmı da planlama aşamasında toplam yirmi beş şehir hastanesinin yapımı hedeflenmiştir. Büyük yatırımlar ile gerçekleştirilmekte olan hastanelerin ülkemiz ekonomisine etkisi de büyük olmaktadır. Her ne kadar özel sektör tarafından inşa süreçleri gerçekleştiriliyor olsa da özel sektör üzerinden ülkemizin dış borcunu artırmaktadır. Sağlık sektöründe malzeme ve araç-gereç anlamında dışa bağımlılığımızın devam ettiği ve kısa ve orta vadede bunun düzelmeyeceği de görülmektedir.

Şehir hastanelerinin ülkemiz sağlık sektörüne katkılar vereceği açıktır. Ancak bu maliyetli yatırımların geri dönüşlerinin sağlanması da gerekmektedir. Şehir hastanelerinin yapımı ile Sağlık Bakanlığı sağlık turizmine odaklanmış ve bu cari dengesizliği bir nebze olsun turist eli ile gelecek döviz üzerinden kapatmaya yönelmiştir. Sağlıkta dönüşüm programında sağlık turizmi şehir hastaneleri ile birlikte ele alınmıştır. Bu, yaklaşım olarak doğru olsa da şehir hastanelerinin işletimlerinin iyileştirilmesi, turizm sektöründe bile yüksek döviz bırakan turistleri ülkemize çekememiş olan ülkemizin bu alana özel olarak politikalar geliştirmesi gerekmektedir. Bu tez çalışmasında, sağlık turizmi kavramı şehir hastaneleri ile birlikte ele alınmış ve dünyadaki örnekleri analiz edilmiştir. Sağlık sektörümüzün var olan potansiyeli ve şehir hastanelerinin işletilmesi ile kazanacağı potansiyelin barındırdığı fırsatlar ve güçlü yönleri belirlenmiştir. Bunların daha üst seviyeye nasıl çıkarılacağı tartışılmıştır. Ülkemizin sağlık turizmi için hangi eksikliklerinin olduğu, hangi tehditler ile karşı karşıya olduğu analiz edilmiştir. Burada literatüre dayalı olarak SWOT tekniği ile sonuçlar değerlendirilmiştir.

Tez sonucunda özellikle bireysel girişimciliğin yetersiz olduğu ülkemizde devletin elinin sağlık sektörünün üzerinde olması, sağlık turizminde lokomotif olması ve bu konuda özel sektöre de öncülük etmesi gerektiği ortaya çıkmıştır. Geliştirilecek politikalar ile sağlık turizmi desteklenmeli ve özel sektör yönlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler; Şehir hastaneleri, Sağlık Turizmi, Kamu-Özel Ortaklığı, SWOT Analizi



EVALUATION OF THE EFFECT OF CITY HOSPITALS ON HEALTH TOURISM BY SWOT ANALYSIS

ABSTRACT

City hospitals are planned under the Health Transformation Program. It has been promised that our country will survive the health sector. At this stage, some of them have been completed and serve to our people, some of them are under construction and some of them are planned for the construction of twenty-five city hospitals. Hospitals, which are being realized with large investments, have a great impact on the economy of our country. Although the construction processes are carried out by the private sector, it increases the external debt of our country through the private sector. It is seen that our dependency on foreign materials in the health sector in terms of materials and equipment continues and this will not improve in the short and medium term.

It is clear that city hospitals will contribute to the health sector of our country. However, return of these costly investments should be ensured. With the construction of city hospitals, the Ministry of Health focused on health tourism and tended to close this current imbalance to a certain extent with the tourist hand. In the health transformation program, health tourism was handled together with city hospitals. Although this approach is correct, our country needs to improve the operation of the city hospitals and to develop policies specifically for this area, which could not attract the tourists who leave foreign exchange even in the tourism sector.

In this thesis, the concept of health tourism is discussed together with the city hospitals and its examples are analyzed in the world. The existing potential of our health sector and the opportunities and strengths of the potential to be gained through the operation of city hospitals are determined. How to raise them to a higher level is discussed. The deficiencies of Turkey for health tourism and the threats they face are analyzed. Here, the results were evaluated with SWOT technique based on the literature.

As a result of the thesis, it was revealed that especially in our country where individual entrepreneurship is insufficient, the state should be over the health sector, be the locomotive in health tourism and lead the private sector in this regard. Health tourism should be supported with policies to be developed and private sector should be directed.

Key Words: City hospitals, Health Tourism, Public-Private Partnership, SWOT Analysis



İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT	viii
İÇİNDEKİLER	x
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xiii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	xiv
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	xv
I. GİRİŞ.....	1
II. SAĞLIK VE SAĞLIK TURİZMİ	2
A. Sağlık Kavramı	2
B. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Özellikleri	3
C. Sağlık Turizminin Kavramsal Tanımı ve Tarihsel Gelişimi.....	5
D. Sağlık Turizmi Çeşitleri.....	7
E. Tıbbi Turizm.....	7
F. Termal Turizm	8
G. Yaşlı (Geriatric) ve Engelli Turizmi.....	8
H. Sağlıklı Yaşlı Bakımı.....	9
1. Palyatif Yaşlı Bakımı	9
2. SPA&Wellness Turizmi	10
İ. Sağlık Turizminin Unsurları	11
J. Dünya’da Sağlık Turizmi ve Analizi.....	11
K. Türkiye’de Sağlık Turizmi ve Analizi	16
III. TÜRKİYE’DE ŞEHİR HASTANELERİ	24
A. Kamu-Özel Ortaklığı Genel Özellikleri.....	24

B. Kamu-Özel Ortaklığının Avantaj ve Dezavantajları	27
C. Kamu-Özel Ortaklık Tecrübesinden Alınan Dersler	28
D. Altyapıyı Modernize Etme ve Oluşturma.....	28
1. Verimlilik ve Bakım Kalitesinin Artırılması	29
2. Risk Paylaşımı	30
3. Yeniliği Teşvik Edici.....	31
E. Gelecekte Avrupa’da Sağlık Bakımı ve Kamu - Özel Ortaklıkları	31
F. Ülkemizde Kamu-Özel Ortaklıkları – Şehir Hastaneleri.....	33
G. Bazı Ülkelerde Kamu-Özel Ortaklık Uygulamaları	37
H. Bazı Ülkelerde Sağlık Sektöründe Kamu-Özel Ortaklık Uygulamaları.....	46
3.8.1. İngiltere.....	48
3.8.2. Kanada	49
3.8.3. İrlanda	50
3.8.4. Portekiz	50
3.8.5. Avustralya.....	52
3.8.6. İtalya	52
3.8.7. Polonya	53
3.8.8. Brezilya.....	53
3.8.9. Çin.....	54
İ. Değerlendirme	55
IV. GEREÇ VE YÖNTEM.....	57
A. Araştırmayla İlgili Genel Bilgiler	57
B. Araştırmanın Problemi.....	58
1. Araştırmanın Amacı	58
2. Araştırmanın Önemi	59
3. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları.....	59
4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	59

5. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri.....	59
6. Analiz Yöntemi	60
V.ŞEHİR HASTANELERİNİN SAĞLIK TURİZMİNE ETKİSİNİN SWOT ANALİZİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ.....	61
A. Türkiye.....	61
B. Hindistan.....	68
C. İran.....	71
D. Malezya.....	73
E. Tayland	74
F. Singapur.....	75
G. Değerlendirme	78
VI. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	83
VII.KAYNAKÇA.....	89
ÖZGEÇMİŞ.....	100

KISALTMALAR LİSTESİ

AB	: Avrupa Birliği
BM	: Birleşmiş Milletler
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
GSYİH	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
KÖO	: Kamu Özel Ortaklığı
MopH	: Tayland Halk Sağlığı Bakanlığı
NHS	: Ulusal Sağlık İdaresi
PFI	: Özel Finans Girişimi
SB	: Sağlık Bakanlığı
SWOT	:Strenghts-Weaknesses-Opportunities-Threats (Güçlü ve zayıf yönler, fırsatlar ve tehditler)
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu
UNWTO	: Birleşmiş Milletler Dünya Turizm Örgütü
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

ŞEKİLLER LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 1 Hizmetlerin Özellikleri	4
Şekil 2 Yıllara Göre Özel ve Kamu Hastanelerine Gelen Sağlık Turisti Sayıları	17
Şekil 3 Polikliniklere Göre Sağlık Turizmi.....	19
Şekil 4 Özel ve Kamu Sorumluluğunun Ölçeği ve Kapsamı (Roehrich vd.2014).....	26
Şekil 5 SWOT analizi sonuçları	86

ÇİZELGELER LİSTESİ

Sayfa

Çizelge 1 KÖO Avantaj ve Dezavantajları (Barlow vd. 2013:35).....	28
Çizelge 2 Türkiye'nin Sağlık Sisteminin Güçlü ve Zayıf Yanları	63
Çizelge 3 Türkiye'nin Sağlık Sisteminin Fırsatları ve Tehditleri	64
Çizelge 4 Türkiye'de Sağlık Turizminin SWOT Analizi ile Değerlendirilmesi.....	66
Çizelge 5 Hindistan'ın Sağlık Turizminin SWOT Analizi	68
Çizelge 6 İran Sağlık Sisteminin SWOT Analizi.....	71
Çizelge 7 Türkiye'nin Sağlık Turizmi Potansiyelinin SWOT Analizi ile Değerlendirilmesi.....	79
Çizelge 8 Ülkemizin Sağlık Turizminin Değerlendirilmesinde Dikkate Alınması Gereken Faktörler.....	81

I. GİRİŞ

Bu çalışmanın amacı, şehir hastanelerinin sağlık turizmine etkisini araştırmaktır. Şehir hastanelerinin ülkemizin sağlık turizmine ne gibi katkılar sunabileceği araştırılmıştır. Şehir hastaneleri büyük bir yatırım ile gerçekleştirilmiş ve yapım amaçlarından biri de ülkemizin sağlık turizmine katkı sunmaktır. Böyle büyük bir yatırımın belirlenmiş hedeflere ne kadar ulaştığı, sağlık turizmine ne kadar katkı sunduğu bu çalışmanın kapsamındadır. Sağlık turizmine daha fazla katkı sunmak için, nelerin yapılabileceği, fırsatların/imkânların neler olduğu analiz edilmiştir. Literatürde şehir hastaneleri ile ülkelerin sağlık sektörleri ilerleme kaydetmiştir. Ancak bu ilerleme ampirik olarak analiz edilmiş bir çalışma ile kanıtlanmamıştır. KÖO modeli ile gerçekleştirilen şehir hastaneleri modelin getirdiği tüm avantaj ve dezavantajları bünyesinde barındırmaktadır.

Bu çalışmada ilk olarak sağlık kavramı ve ardından sağlık turizmi kavramı açıklanmaktadır. Sağlık, bedensel ve ruhsal anlamda iyi olma hali olarak tanımlanmaktadır. Bedensel ve ruhsal iyi olma durumu, insanın turizm yönelimini de etkilemektedir. Sağlık turizmi günümüzde yoğun bir şekilde yapılmakta ve ülke ekonomilerine önemli katkı vermektedir. Sağlık turizmi özellikle ülkemizde sağlık girdilerinden dolayı yurt dışına giden döviz rezervlerinin, tekrar ekonomiye kazandırılmasına yardımcı olmaktadır. Sağlık turizmi ile ilgili tüm bileşenler verildikten sonra, ülkemizde sağlık turizmine önemli katkıları olması beklenen şehir hastaneleri ve çalışma/yönetim/işletim modeli açıklanmıştır. Tezin asıl tartışacağı konu ise şehir hastanelerinin sağlık turizmine katkı sunup sunamayacağıdır. Bunu öğrenmek için SWOT analizi tekniği ile literatürde yapılan çalışmalara odaklı fırsatlar/tehditler ve güçlü/zayıf yönleri objektif bir şekilde değerlendirilmiştir. Burada ilk olarak KÖO'nun sağlık sektöründe kullanımları analiz edilmiştir. Ardından sağlık turizmi kavramı literatür örnekleri üzerinden SWOT analizine tabi tutulmuştur. Bunun sonucunda ise şehir hastanelerinin sağlık turizmine katkı sunabileceği ancak pazarlama, reklam ve özel politikalar ile desteklenmesi gerektiği görülmüştür.

II. SAĞLIK VE SAĞLIK TURİZMİ

Sağlık, birçok etkenin bir arada olduğu ve olumlu yönde seyrettiği bir kavramı ifade etmektedir. Bu etkenler genetik altyapı, yaşam tarzı, çevresel faktörler, kültürel etkiler, sosyo-ekonomik koşullar ve tıbbi hizmetlerin edinilebilmesi olarak verilebilir.

A. Sağlık Kavramı

Sağlık, canlıların işlevsel veya metabolik verimlerinin seviyesidir. Bir insanın zihninin ve vücudunun genel durumudur. Genellikle hastalık, yaralanma veya ağrıdan uzak olmak anlamlarında kullanılır. Sosyal refah oluşturmak, bireysel özerkliği ve saygınlığı artırmak, teşvik etmek ve güvence altına almak günümüz toplumunun kilit zorluklarıdır. Günümüzün sağlık yaklaşımı, 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (WHO), tarafından sağlığın tanımının yapılması ile yerleşmiştir. Bu genel kabul görmüş tanım, “sağlığın hastalık ve halsizlikten tamamen uzak, fiziksel, zihinsel ve sosyal refah içinde olma hali” şeklindedir. Bu tanım ilk kez, fiziksel ve zihinsel sağlığa ek olarak, sosyal refaha atıfta bulunarak, genel sağlığın ayrılmaz bir parçası olduğunu vurgulaması açısından önemlidir. Çünkü modern sağlık yaklaşımı sosyal çevre ve çalışma koşullarıyla yakından ilişkilidir (WHO, 2017: 2; OECD, 2014:15).

Sağlığı operasyonel ve çalışma açısından tanımlamak, sağlığı korumak ve geliştirmek için politikalar ve programlar oluşturmak hayati öneme sahiptir. 1986 yılında Kanada'nın Ottawa kentinde düzenlenen 1. Uluslararası Sağlığı Geliştirme Konferansı'nda Ottawa Sözleşmesi kabul edilmiştir. Bu sözleşmede sağlık, insanların yaşadığı, sevdiği, çalıştığı günlük yaşam ve çevre bağlamında tanımlanmıştır. Böylece aktif ve etkileşimli sağlık anlayışı ortaya çıkmıştır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesinin amacı, bireyleri ve toplumu sağlığa yönelik aktif yaklaşımları ve sağlıklı yaşam tarzlarını benimsemeleri için motive etmektir (Carrera vd. 2006: 12). Geçen otuz yıl içerisinde, DSÖ'nün sağlık tanımı, dördüncü boyut kazanarak (ruhsal

sağlık) gittikçe daha fazla değiştirilmekte ve geliştirilmektedir. Genel olarak, ruhsal sağlık kendi içimizde ve çevreye karşı dinamik duygusal dengeye sahip olmayı ifade etmektedir.

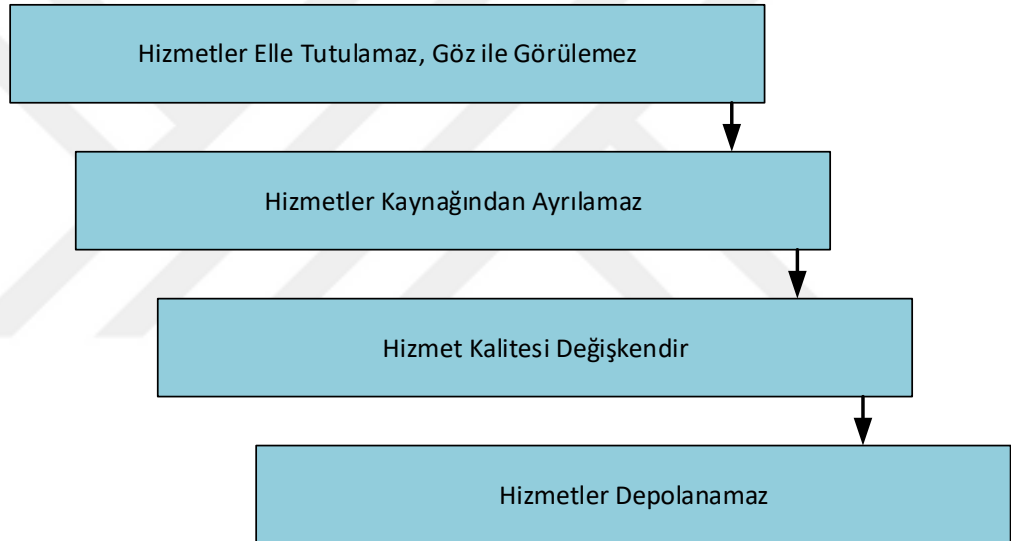
Buna ek olarak kendi yaşamımızda bir doyum ve tatmin duygusu, değerler sistemi, özgüven ve öz saygı, öz farkındalık ve huzur kavramlarından oluşmaktadır (WHO, 2017: 2).

Sağlık kavramı, kişinin bedensel ve ruhsal olarak bir bütünlük içinde iyi olma durumudur. Bunun yanı sıra sağlık kavramı; öznel ve nesnel sağlık kriterleri ile de tanımlanabilir. Bu anlamda; sağlık kavramını tam olarak vermek için sağlıklı öznel sağlık ve nesnel sağlık olarak ikiye ayırmak da mümkün olmaktadır (Bookman vd. 2007:6-7). Kişinin sağlıklı olması için, öznel ve nesnel yönden iyi olması gereklidir. Sağlıklı kişi, fiziksel ve ruhsal aktivitelerini etkin bir şekilde kullanan ve üreten, yaşama sevinci ve gücü ile dolu bireydir. Her bireyin kapasitesi ve sağlık ihtiyacı kendine özeldir. Sağlıklı olma düşüncesinin temelinde de kişilere kendi kapasitelerini artıracak fırsatlar verilerek, kişisel gelişmelerinin sağlanması bulunur. Kişilerin kendi hayatlarını denetim altına alıp, sağlıklı olmaları için kendi yükümlülüklerini üstlenmeleri de hayati öneme sahiptir. Sağlığın böylesine geniş bir çerçevede ele alınmasının nedeni, kişilerin kendi varlıklarını ortaya koyabilecekleri, kapasitelerini gerçekleştirecekleri dolu bir hayat sürmelerini sağlayacak, sağlık bakım sistemlerinin geliştirilmesi yatmaktadır. Sağlık hizmetleri insanların yaşam kalitelerini artırmakla yakından ilişkilidir ve yaşam kalitesini artırmak için insanların bir birey olarak ele alınıp güçlendirilmelerini amaçlayan hem kişisel hem de sosyal bir sorumluluktur (Crooks vd, 2010:26).

B. Sağlık Hizmetlerinin Tanımı ve Özellikleri

Sağlık hizmetleri, toplum sağlığı sorunlarını belirleme, çözümlenmemiş ihtiyaçları belirleme ve bunları çözümleyecek kaynakları belirleme, hedefleri belirleme ve planlanan eylem programlarının amacına ulaşmak için idari süreçleri projelendirme fonksiyonlarına sahiptir. Maksimum verimlilik için sağlık sistemleri, profesyoneller ve tüketicilerin tam ve eşit katılımıyla, hedeflere göre yönetim, risk yönetimi ve performans yönetimi olarak yeni yönetim yaklaşımlarına dayanmalıdır. Halkın ihtiyaçları ve sağlıklarını iyileştirmeleri için neler beklendiği hakkında yeterince bilgi

sahibi olmalıdır. Sağlık hizmetlerine ayrılan bütçenin uygun kullanımı, performans yönetimi ve klinik yönetim gibi araçlarla sağlanmalıdır. Değişen hastalık düzenleriyle başa çıkmak ve sağlığı karmaşık geribildirim sistemi ile yönetebilecek politikaları teşvik etmek için ihtiyaç duyulmaktadır. Farklı sektörler arasında koordinasyonu sağlayanlar da dâhil olmak üzere uygun mevzuatlar hazırlanmalıdır. Yetkili işgücüne yaşam boyu öğrenme kapsamında uygun yeterli eğitimi alma fırsatı verilmelidir. Uygun performans metrikleri kullanarak sürekli olarak değerlendirme yapmak hayati öneme sahiptir. Değişiklikleri izlemek ve kısıtlamaları aşmak için sağlık sektörünün içinde ve dışında önlemler alınmalıdır. Şekil 1’de verilen özellikler çoğunlukla sağlık hizmetleri için de söz konusudur (Salmon 2008:19).



Şekil 1 Hizmetlerin Özellikleri

İyi hizmet sunumu, herhangi bir sağlık sisteminin hayati bir unsurudur. Hizmet sunumu, sağlığın sosyal belirleyicileri de dâhil olmak üzere diğer faktörlerle birlikte, toplum sağlığına temel bir girdidir. Sağlık hizmetlerinin organizasyonu ve içeriği ülkeden ülkeye değişiklik gösterebilir. Ancak iyi işleyen sağlık sisteminde, hizmet sunumu aşağıdaki kilit özelliklere sahip olmalıdır (IHRC, 2017:47).

- Kapsamlılık: Önleyici, iyileştirici, palyatif ve rehabilitasyon hizmetleri ve sağlığın teşviki ve geliştirilmesi faaliyetleri dahil olmak üzere, hedef nüfusun ihtiyaçlarına uygun kapsamlı bir sağlık hizmetleri yelpazesi sunulmalıdır

- Erişilebilirlik: Hizmetler, gereksiz bir maliyet, dil, kültür veya coğrafya engeli olmadan doğrudan ve kalıcı olarak erişilebilir durumda olmalıdır. Sağlık hizmetleri, birincil bakım düzeyinde (uzman veya hastane düzeyinde değil) servis ağına rutin bir giriş noktası olan insanlara yakın olmalıdır. Sağlık hizmetleri uygun şekilde evde, toplulukta, işyerinde veya sağlık tesislerinde sağlanmalıdır (IHRC, 2017:47).
- Kapsam: Hizmet sunumu, tanımlanmış bir hedef popülasyondaki tüm kişilerin, yani hasta ve sağlıklı olan tüm gelir gruplarını ve tüm sosyal grupları kapsayacak şekilde tasarlanmalıdır.
- Süreklilik: Hizmet sunumu, bakım düzeyleri ve yaşam döngüsü boyunca bakımın sürekliliğini sağlamak için düzenlenmelidir (IHRC, 2017:48).
- Kalite: Sağlık hizmetleri yüksek kalitede olmalı, yani etkili, güvenli, hastanın ihtiyaçlarına odaklanmalı ve zamanında verilmelidir (IHRC, 2017:48).
- Kişi merkezli olma: Sağlık hizmetleri, hastalık veya finansman değil kişi odaklı düzenlenmelidir. İnsanlar kendi sağlık bakımlarında ortaktırlar.
- Koordinasyon: Yerel alan sağlık hizmeti ağları, sağlayıcı tipleri, bakım türleri, hizmet sunumu seviyeleri hem rutin hem de acil durum hazırlıklarına aktif olarak koordine edilmelidir. Hastanın birincil bakım sağlayıcısı, gerekli hizmetler arasında izlenecek şemayı kolaylaştırmalı ve diğer düzeylerde ve sağlayıcı türleriyle iş birliği içinde olmalıdır. Koordinasyon ayrıca diğer sektörlerle ve ortaklarla gerçekleşir (IHRC, 2017:48).
- Hesap verebilirlik ve verimlilik: Sağlık hizmetleri, yukarıda açıklanan temel unsurları minimum kaynak harcamasıyla elde etmek için iyi bir şekilde yönetilmelidir. Yöneticilere planlanan hedeflere ulaşmak için gerekli yetki verilmeli ve genel performans ve sonuçlardan sorumlu tutulmalıdırlar.

C. Sağlık Turizminin Kavramsal Tanımı ve Tarihsel Gelişimi

Küresel turizm sektörü, büyük ilgi çeken bir sektör olarak konumunu korumaktadır. Turizmin ulusal ve uluslararası ticaretin gelişmesinde, kültürel ve sosyal arenada ve ülkeler arasında iyi niyetlerin ve anlayışların oluşturulmasında oynadığı rol, ülkeleri bu sektöre yönlendirmiştir. Önemli bir gelir ve istihdam kaynağı olan bu alanda ülkelerin kalkınması için rekabet hızlanmış durumdadır. Dünya Turizm ve Seyahat

Konseyi (WWTC)'nin 2016 yılı raporuna göre, seyahat ve turizmin gayri safi milli hasılaya toplam katkısı %10,2 olmuştur (OECD, 2014a:35-36). Turist ve harcama sayısındaki artış, istihdamı da etkilemektedir. Ayrıca turizm genellikle istihdam yaratan bir sektör olarak kabul edilmektedir (Riley ve Szivas, 2009:11). WTTC'nin 2015 yılındaki raporuna bakıldığında, turizm sektöründe doğrudan istihdam edilen kişilerin sayısı 2014 yılında 105 milyon olmuştur (OECD, 2014b:18).

Geçtiğimiz yüzyılda, diğer ülkeler gibi, turizm de insanoğlunun ihtiyaçları, artan teknolojik olanakları ve ülkelerin gelirleri, sosyo ekonomik koşulları, dünyadaki politik ve ekonomik gelişmeler nedeniyle Türkiye için çok önemli bir gelir kaynağıdır. Yakın zamana kadar turistlerin seyahat etmesinin amacı yeni yerler ve doğal güzellikleri keşfetmek, tatil yapmak, dinlenmek, yüzmek veya tarihi yerleri ziyaret etmek olarak sıralanabilir. Günümüzde hastalıkların tedavisi, farklı ülkelerin ikliminden faydalanma, yeraltı kaynaklarından veya teknolojilerinden yararlanarak iyileşme, klasik turizm hedeflerinin yerini almıştır. Bu sorunun temel nedeni, yaşlı nüfus sayısının artması ve dünyanın bazı bölgelerinde bazı hastalıkların iyileşmesinin kolay ve hızlı olmasıdır. Bu nedenle, ülkeler sağlık turizmindeki kar paylarını arttırmada ve ülke gelirine katkıda bulunmada çok ileri gitmişlerdir (Connell, 2013:18). Literatürde başarılı bir sağlık turizminin ihtiyaçları ile ilgili bulgular vardır. İran'da yapılan bir araştırmada yazarlar, reklam ve pazarlama eksikliğini ve sigortanın kapsamlı olmamasını sağlık turizmi sektörünün en önemli zorlukları olduğunu bulmuşlardır. Diğer yandan İran'da yapılan bir çalışmada, uygun organizasyonel yapı ile sağlık turizminin gelişme gösterdiği tespit edilmiştir. Malezya'da yapılan bir çalışmada, hedef pazar belirlendikten sonra, bir sonraki adımın pazarın ihtiyaçlarına göre hazırlanmış planlar veya paketler hazırlayarak sağlık turizmine başlanabileceği önerilmiştir. Çalışmada dikkat çeken bir diğer önemli konu dil idi. Tanıtımlardan, hastanelerin web sitesine kadar her şey çok dilli olmalıdır. ABD'de sağlık turizmi için önemli olan ilk üç hizmet “yetkili doktorlar”, “yüksek kaliteli tıbbi tedavi tesisi” ve “gerektiğinde hızlı tıbbi tedavi” şeklindedir (Erdoğan, vd. 2012:22).

Sağlık turizmindeki payını artırmak isteyen ülkelerin talep yaratması gereklidir. Turizm talebi, turizm pazarının yönlendirdiği ve bireylerin satın alma gücüyle desteklenen seyahat istekliliği olarak tanımlanmaktadır. Türkiye, sağlık turizminde

ilerleme sağlamak için yabancı ziyaretçilerin ve tesislerin talebini arttırmalıdır. Türkiye, doğal tesisleri, güçlü ekonomisi, sağlık hizmetlerinin kalitesi, vatandaşlarının misafirperverliği ve insan kaynakları nedeniyle bu alanda avantajlıdır. Bu nedenle, Türkiye her yıl sağlık ve tıbbi turizm için seyahat eden turistler için daha cazip hale gelmektedir (Erdoğan, vd. 2012:23). Sağlık turizminin özü, sağlık turistinin yaşadıkları yerden sağlık amacıyla başka bir yere seyahat etmesidir. Phua, sağlık turizmini “yaşadıkları yerlerden sağlık hizmeti amacıyla başka bir yere seyahat eden kişilerin turizmi” olarak tanımlamıştır (Phua, 2010:15). Öte yandan, sağlık personeli ve doktorların tıbbi tedavi sağlamak için yaşadıkları yerden seyahat edebilmeleri için tıbbi turizm kavramı ele alınmakta ve örneğin “sınır ötesi çalışan doktorlar” bu tanımın altında yer almaktadır. Sundukları sağlık hizmeti, tıbbi turizm olarak kabul edilmektedir.

D. Sağlık Turizmi Çeşitleri

Sağlık turisti (tüketicisi) bir dizi tıbbi tedavi hizmetlerine erişim için ulusal/uluslararası sınırları aşmaktadır. Sağlık turistinin genellikle diş bakımı, kozmetik cerrahi, elektif cerrahi, doğurganlık tedavisi vb. işlemleri talep ettiği bilinmektedir.

E. Tıbbi Turizm

Tıbbi turizm, tıbbi tedavi almak için kendi ülkesinden başka bir ülkeye seyahat eden insanları ifade eder. Geçmişte, bu genellikle daha az gelişmiş ülkelerden evde uygulanamayan tedavi için oldukça gelişmiş ülkelerdeki büyük tıp merkezlerine seyahat edenlere atıfta bulunmuştur. Bununla birlikte, son yıllarda, daha düşük fiyatlı tıbbi tedaviler için gelişmekte olan ülkelere seyahat eden gelişmiş ülkelere gelenlere eşit olarak atıfta bulunabilir. Motivasyon aynı zamanda, kendi ülkelerinde bulunmayan veya ruhsatlandırılmayan tıbbi hizmetler için de olabilir. Bir ilacın ülkelerinde onaylanıp onaylanmadığı konusunda dünya genelinde tıbbi kuruluşlar (FDA, EMA vb.) arasında farklılıklar vardır. Avrupa içinde bile, terapi protokolleri Avrupa Sağlık Ajansı (EMA) tarafından onaylanabilse de bazı ülkeler aynı terapi protokolünün "maliyet etkin" olup olmadığını değerlendirmek için kendi inceleme kuruluşları ile denetler. Böylece hastalar, özellikle belirli sağlık sisteminin mali gücü

ile açıklanabilecek olan bu ilaçlara erişimde tedavi protokollerinde farklılıklar ile karşı karşıya kalırlar (Lee, 2006:9-10). Tıbbi turizm yoğun biçimde ameliyatlara (kozmetik vb.) veya benzer tedaviler için yapılmaktadır. Ancak insanlar dış turizmi veya doğurganlık turizmi için de seyahat etmektedirler. Bununla birlikte psikiyatri, alternatif tıp ve iyileştirici bakım dahil neredeyse tüm sağlık hizmet türleri mevcuttur (Pocock, 2011:16).

Türkiye'deki tıbbi tedavilerin maliyeti Batı Avrupa ülkelerine kıyasla oldukça uygundur. Bu nedenle, her yıl binlerce insan tıbbi tedavileri için Türkiye'ye gelmektedir. Türkiye özellikle saç ekimi ameliyatı için merkez haline gelmiştir. 2018'in ilk altı ayında yaklaşık 178 bin turist sağlık amacıyla Türkiye'yi ziyaret etmiştir. Bunların %67'si özel hastane, %24'ü devlet hastanesi ve %9'u üniversite hastanesini tercih etmişlerdir. Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turist Sağlığı Yönetmeliği 13 Temmuz 2017'de yürürlüğe girmiştir. Bu yönetmelik sadece tedaviye özel olarak gelen turistler için geçerlidir (Erdoğan vd. 2012:26).

F. Termal Turizm

Kaplıca turizmi, çeşitli tıbbi koşulların üstesinden gelmek için tasarlanan termal suların sağlanmasını içeren bir sağlık turizmi bileşenidir. Termal suyun termal, mekanik ve kimyasal olarak yararlı etkileri, doğal tedaviler ve ilaçlarla birlikte, iyi iklim, sosyal etkileşim ve yürüyüş, doğa yürüyüşü ve yüzme gibi sağlıklı aktiviteler bir arada olabilir. Başlıca termal terapi uygulamaları SPA banyosu, çamur (peloid) uygulaması, gaz banyosu, içme kürü, inhalasyon kürü ve deniz kürü (talasoterapi)'dür (Lunt vd., 2011:13).

G. Yaşlı (Geriatri) ve Engelli Turizmi

Özellikle 19. ve 20. yüzyıllarda, sağlık ve sosyal yaşamda büyük ivme kazanmış teknolojik ve ekonomik gelişmelere bağlı gelişmelerin bir sonucu olarak, ortalama yaşam süresinin tüm dünyada arttığı görülmektedir. Bu artışa paralel olarak, "demografik değişim" veya "demografik deprem" denebilecek ülkelerin demografik yapılarında da değişiklikler olmuştur. Geriatri, yaşlı toplumun ihtiyaç duyduğu bakımı sağlayan hizmetleri içeren bir alan olarak bilinir. Geriatrik turizm, belli yaş

ve emeklilik şirketlerinde sağlık sorunları olan insanları yakından ilgilendiren bir tür sağlık turizmidir (Lunt vd., 2011:13).

Engellilik, bedenin duyuşsal, işlevsel, zihinsel ve ruhsal olarak farklı olmasıdır. Sosyal veya yönetimsel tutum ve tercihler, yaşamın birçok alanında kısıtlamalara ve engellere neden olabilir. Engellilerin iş olanakları, seyahat etmeleri, turizm faaliyetinde bulunmaları, alışveriş etkinlikleri gibi yaşamın birçok alanında yer alması/bulması yaygın değildir. “Dünyanın en büyük azınlığı” denilen engelliler, turizm sektörü için dünyanın en büyük ve özel pazarı haline geldiği ve bu pazarın sürekli geliştiği/genişlediği söylenebilir. Farkındalık oluşturmak için çalışmalar başlatılmış ve sağlık turizminde yerini almıştır (Pocock, vd., 2011:9).

H. Sağlıklı Yaşlı Bakımı

Sağlıklı yaşlı bakımı, yaşlılar için benzersiz olan özel gereksinimlerin karşılanmasını içermektedir. Bu geniş açıklama yardımcı yaşam, yetişkin gündüz bakımı, uzun süreli bakım, huzurevlerinde, bakımevinde ve evde bakım gibi hizmetleri barındırmaktadır. Ulusal olarak bulunan çok çeşitli yaşlı bakımı nedeniyle, yaşlılar hakkındaki kültürel perspektifleri ayırt etmenin yanı sıra, herhangi bir uygulamayla sınırlı olamaz. Örneğin, Asya’daki birçok ülkede devlet tarafından kurulan yaşlı bakım hizmetleri nadiren kullanılmakta, daha ziyade genç kuşak aile üyeleri tarafından bakım olan geleneksel yöntemler tercih edilmektedir (Lunt vd., 2011:14).

1. Palyatif Yaşlı Bakımı

Palyatif bakım, yaşamı kısıtlayıcı hastalıkları olan kişiler için uzman tıbbi yardım ve hemşirelik bakımına dayanan disiplinler arası bir yaklaşımdır. Hastalığın herhangi bir aşamasında semptomlardan, ağrıdan, fiziksel strese ve zihinsel strese odaklanır. Burada amaç hem kişi hem de ailesi için yaşam kalitesini yükseltmektir. 2016 yılı itibarıyla yapılan araştırmalardan elde edilen sonuçlar, palyatif bakımın hastanın yaşam kalitesini iyileştirmedeki etkinliğini desteklemektedir.

Palyatif bakım, hekimler, hemşireler, fizyoterapistler, mesleki terapistler, konuşma dili patoloğları ve birinci basamak aile hekimi ile birlikte çalışan ve sağlık uzmanı ve diğer hastane veya bakım personeli ile birlikte çalışan diğer sağlık uzmanları

tarafından sağlanmaktadır. Her yaşta ve ciddi bir hastalıkta herhangi bir aşamada uygundur ve bakımın temel amacı olarak veya küratif tedavi ile sağlanabilir. Palyatif bakım, hastanelerde, evde, toplumda palyatif bakım programlarının bir parçası olarak ve vasıflı hemşirelik tesisleri dahil olmak üzere çeşitli ortamlarda sağlanabilir. Disiplinler arası palyatif bakım ekipleri bakım hedeflerini netleştirmek ve semptom yönetimi, psiko-sosyal ve manevi destek sağlamak için insanlarla ve aileleriyle birlikte çalışır. İlaçlar ve tedavilerin, altta yatan hastalık veya neden üzerinde iyileştirici bir etkiye sahip olmadan belirtileri hafiflettiği takdirde palyatif bir etkiye sahip olduğu söylenir. Bu, bir grip enfeksiyonu ile ilişkili ağrıyı tedavi etmek, kırık kemiklerde oluşan ağrıları azaltmak ve kemoterapinin yan etkilerinden biri olan mide bulantısı gibi semptomları tedavi etmeyi içerebilir (Phua, 2010:11).

2. SPA&Wellness Turizmi

Sağlık turisti fiziksel, psikolojik veya manevi amaçlarla faaliyetlere katılarak sağlığını ve refahını artırmak için seyahat eder. Sağlık turistleri sağlık ve yaşam kalitesini iyileştirme veya sürdürme konusunda proaktiftirler. 3,4 trilyon Amerikan dolarlık ekonomi içinde, sağlık turizminin 2013 yılı iç ve dış turizm harcamalarında 494 milyar Amerikan doları veya bir başka ifade ile ekonominin %14,6'sını oluşturduğu tahmin edilmektedir. Asya, Orta Doğu/Kuzey Afrika, Sahra Altı Afrika ve gelişmekte olan ülkelerde büyümeye bağlı olarak, sağlık turizminin önümüzdeki beş yıl içinde genel turizm sektöründen yüzde 50 daha hızlı büyümesi beklenmektedir (Lunt vd., 2011:9). Sağlık turistleri genellikle yüksek gelire sahip turistlerdir ve normal turistlerin harcamalarından ortalama yüzde 130 daha fazla harcarlar. 2013 yılında, uluslararası sağlık turistleri seyahat başına ortalama uluslararası turistlerden yüzde 59 daha fazla para harcarken; yerli sağlık turistleri normal yerli turistlerden yüzde 159 daha fazlasını harcamıştır. Yurtiçi sağlık turizmi, uluslararası seyahat eşdeğerinden önemli ölçüde büyüktür; sağlık seyahatlerinin yüzde 84'ünü ve toplam harcamaların yüzde 68'ini (veya 299 milyar dolar) kapsamaktadır. Uluslararası sağlık turizmi, sağlık seyahatlerinin yüzde 16'sını ve toplam harcamaların yüzde 32'sini (139 milyar dolarlık piyasa) temsil etmektedir (Pocock vd., 2011:27). Sağlıklı yaşam turizm piyasası, birincil ve ikincil sağlıklı yaşam turistlerinden oluşmaktadır. Birincil basamak sağlık turistleri tamamen sağlık amaçlı seyahat ederken, ikincil sağlık turistleri bir seyahatin parçası olarak sağlıklı

ilgili faaliyetlerde bulunurlar. İkincil sağlık turistleri toplam sağlık turizmi gezi ve harcamalarının önemli bir kısmını (yüzde 87) oluşturmaktadır.

İ. Sağlık Turizminin Unsurları

Sağlık turizmi birçok etkenle birlikte ele alınmalıdır. Bunlar kısaca şunlardır;

- **Yasal Durum:** Ülkemizde turizm konusunda bireysel dönemi başlatan en önemli tetikleyici araç, 1982 yılında yürürlüğe giren 2634 sayılı Turizm Teşvik Kanunu'dur.
- **Tanıtım ve Pazarlama:** Dünya, sağlık turizmi bağlamında yeniden şekillenmekte, pazar bölgeleri olarak işaretlendiği ve sunucu ülkeler tarafından pay edilmeye başlandığı günümüzde, Türkiye olarak nereye yoğunlaşacağının belirlenmesi gerekmektedir. Hedef kitlenin kimlerden oluşacağı, belirlenen hedeflere ulaşılması için tanıtım konusunda nasıl bir yöntem izleneceği gibi konular tüm paydaşlarla konuşulup ivedilikle plan yapılması ve strateji oluşturulması gerekmektedir.
- **Hizmet Kalitesi:** Hizmet kalitesi, insanların algıladıkları hizmet kalitesi beklentileri ile aldıkları hizmetin karşılaştırılması ile ortaya çıkmaktadır.
- **Fiyatlandırma:** Fiyat üzerinde durulması gerekli olan en önemli konulardan birisidir. Fiyatlandırma politikası pazar konumlanmasına bağlı olarak değişirken, işletmelerde ise bu durum yönetsel politikalara bağlı olarak değişmektedir.
- **Ulaşım:** Türkiye'nin uluslararası pazara uzak olması, sınırlarının genişliği, engebeli ve dağınık olması sebebiyle en uygun ulaşım türü hava yoludur. Ulaşım, turizm planlamasının en önemli unsurlarından bir tanesidir (Erdoğan vd., 2012:29).

J. Dünya'da Sağlık Turizmi ve Analizi

Sağlık turizminin ekonomik boyutları ticaret, hizmet, fiyat ve kalitedir. Dünya Ticaret Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü'ne göre, tıbbi hizmetler ile ticaret dört model ile tanımlanmaktadır. Bunlar;

- **Sınır ötesi sağlık hizmetlerinin tedariki;** İletişimdeki yeni teknolojiler ve yenilikler, tıbbi hizmetlerin ulusal sınırların ötesine ulaştırılmasını sağlar. Bu

hizmetler, çok sayıda hastane tarafından sağlık danışma hizmeti şeklinde verilir.

- Yurtdışındaki sağlık hizmetlerinin tüketimi; Sağlık hizmetlerinin yabancı hastalar eli ile sağlık hizmeti ihracatı anlamına geldiği, bazı makamlarca ekonomik gelişme için bir fırsat olarak görülmektedir. Bu, geleneksel ve alternatif tıp hizmetlerini geliştirmeyi, işgücü, sigorta maliyetinin ve ayrıca yerel geleneklerin düşük maliyetlerinden yararlanmayı seçen pek çok gelişmekte olan ülke için geçerlidir.
- Ticari varlık; Tıbbi nedenlerden dolayı turist akışının artması ve özel sektörün ve sağlık sigortasından sorumlu kurumların (kamu veya özel) dahil edilmesi, alıcı ülkelerde yabancı tıbbi varlığın artmasına neden olmuştur. Bu tıbbi kuruluşlardan konaklama tesislerine, danışmanlık vb. bu yatırımların piyasa serbestleşmesinin etkilerinden ziyade ikili düzenlemelerin sonucudur.
- Sağlık personelinin gerçek kişiler olarak hareketi; Temel olarak, bu durum, dünyanın farklı ülkelerindeki sağlık personelinin, yerel hastalıkları tedavi etmek için serbest dolaşımına dayanmaktadır. Bu hareketlerin çeşitliliği hem karmaşıklık hem de sözleşme niteliği bakımından kayda değerdir (gönüllü, iki taraflı/karşılıklı değişim veya ücretli değişim).

Farklı tanımlar ile ifade edilen tıbbi turizm olgusuyla ilgili son veriler hem tıbbi hem de turistik nitelikte olan bu sektörün önemini ortaya koymakta ve aynı zamanda gelecek yıllarda büyük bir büyüme potansiyeli olduğunu göstermektedir. OECD ülkeleri istatistiklerinde tıbbi turizmi sağlık hizmetleriyle ticaretin en önemli bileşeni olarak kabul eder (yani hastaların tedavi almak için sınırları aşan fiziksel hareketi). Başka bir ülkeden sipariş edilen ilaçlar veya bir ülkedeki doktordan başka bir ülkedeki bir hastaya sunulan teşhis hizmetleri gibi uzaktan sunulan hizmetler bu kapsamdadır (Ömer Tontus ve Nebioglu, 2018:16). Dünyada 2005 ve 2007 yılları arasında, küresel tıbbi turizm endüstrisi, yaklaşık 60 milyar ABD doları yıllık gelir elde etmiş, yıllık %20 büyüme göstermiştir. 2010 yılında ise sağlık turizmi gelirlerinin yaklaşık 40 milyar ABD doları olduğu görülmektedir. OECD raporlarından elde edilen rakamlar, tıbbi turizm harcamalarının büyüklüğünün, çoğu OECD ülkesi için marjinal olduğunu, ancak halen büyümekte olduğunu göstermektedir. Son beş yılda kaydedilen yıllık gelir artışı, Çek Cumhuriyeti (%28)

ve Polonya (%42) gibi ülkeler için oldukça yüksek oranlara sahiptir. En önemli küresel tıbbi turizm destinasyonları arasında Türkiye, Brezilya, Tayland, Tayvan, Hindistan, Singapur, Pakistan, Kore, Meksika, Malezya, Orta ve Doğu Avrupa'da Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Polonya, Romanya, Rusya ve Letonya sayılabilir (Bookman 2007:10-12).

Sağlık turizmi, özellikle Asya'da, sağlık turizmi kurulmasının ve desteklenmesinin birçok avantajı sayesinde büyümüştür. Gelişmekte olan ülkelerde gelişmiş ülkelerin ve iyi uzmanlaşmış hastanelerin sağlık harcamalarının artması ile sağlık turizminin büyümesi hızlanmıştır (Galloway, 2008:66-67). Güneydoğu Asya ülkelerinde başlayan sağlık turizmine olan ilgi yaygınlaşmaktadır. Tayland, Singapur ve Hindistan sağlık turizmi destinasyonlarının güzel örnekleridir. Bu ülkeler, tıp endüstrisini, tıbbi turizmi geliştirmek amacıyla ulusal bir stratejik sanayi olarak kurdular. Kendi hükümetlerinin devasa bütçe tahsisi ile tıbbi turizmi desteklemeyi planladıkları için deneyimli tıp doktorları ve iyi donanımlı tıbbi tesisler tarafından yüksek kalitede tıbbi hizmet sunabiliyorlar. Son olarak, bu güçlü yönler, 21. yüzyıl için ulusal bir stratejik sanayi olarak sağlık turizmine ulaşmak için rekreasyon, kültür ve eğlence gibi turizm faaliyetleriyle birleştirilmiştir.

Tayland, bu ülkeler arasında en güzel örneklerden biridir ve 1980'li yıllardan beri turizm endüstrisi ile birleştirilerek tıp endüstrisi geliştirilmiş ve pazarlaması yapılmıştır. Tayland hükümetinin amacı, 1990'ların sonundaki Güneydoğu Asya'daki para krizinden hemen sonra tesislerinin ve işçilerinin kullanımını en üst seviyeye çıkarmaktı. Tayland'da o zamandan beri 100'den fazla SPA ve 1000 masaj kliniği kullanılmaktadır. Tayland'da sağlık turizmi başarısının temel nedeni, turizmi kullanan ve birleştiren ve endüstriyi üstün rekabet gücü ile birleştiren devlet ve ulusal turizm kurulunun desteklediği farklılaştırılmış stratejiyle sağlık turizmi pazarlarının geliştirilmesidir (Cohen 2008:69).

Başka bir başarılı örnek olan Singapur, Singapur Turizm Kuruluşu (STB), Ekonomik Kalkınma Komitesi (EDC) ve Ticaret Geliştirme Kurumu tarafından kurulan yabancı yatırımcılara gelişmiş tıbbi sistem ve hizmetleri bilgilendirmek ve tanıtmak için karmaşık bir “ajans” olarak Singapur Tıp'ı kurmuştur. STB, ayrı bir Sağlık Departmanı işleterek operasyonda eşsizdir. STB ayrıca tıbbi sistemler ve seyahat acenteleriyle bağlantılı sağlık seyahat paketi gibi ürünlerin geliştirilmesini ve Orta

Doğu ve Avrupa'daki kraliyet ailelerine yönelik odalar gibi özel tıbbi ürünlerin işletilmesini de desteklemektedir. Tıbbi turizmi bilgilendirmek ve yabancı hastalara uygun hizmetler sunmak için, Singapur Tıp, danışmanlık süreci, tıbbi hizmet tanıtımı, Singapur'daki kamu ve özel tıbbi kuruluşlar tarafından uluslararası tıbbi hizmet, farklı bilgi hizmetleri ile uluslararası tıbbi hizmet dahil olmak üzere “Tek Durak” hizmeti vermektedir. Web sitesi hizmeti ile Singapur'daki tüm hastaneleri birbirine bağlamak için bir ağ sistemi oluşturulmuştur. Sonuç olarak, bu çaba Singapur'daki turizm gelirinin artması olarak ortaya çıkmıştır (Cohen 2008:70).

Hindistan hükümeti, sağlık turizmini kamu ve özel sektörlerle iş birliği yaparak dünyaya duyurmak için büyük çaba sarf etmiştir. Bir sağlık turizmi ürünü olarak popüler olan Ayurveda Yoga seyahat paketi, Ayurveda Yoga ve Tajmahal ziyareti birleştirilmiştir. Hindistan Turizm Bürosu (India Tourism Board), Ayurveda Yoga Merkezinin internet sitesi aracılığıyla turistleri istenen tıbbi tedavi / meditasyon programı ve turizm ürünlerini seçmeye, doğrudan katılmaya teşvik etmektedir. Buna ilave olarak, Hindistan hükümeti yabancı hastalar için turizm, ulaşım ve vize işlemlerinden sorumlu tıbbi turizm tanıtım ekibi oluşturmuştur. Malezya, sağlık vizesi kavramını getirmiş ve bu vize ile ülkeye girişlerde kalış süreleri 30 günden altı aya uzatılmıştır. Malezya hükümeti uluslararası sağlık turistleri için güven oluşturabilmek adına kendi profesyonel akreditasyon sistemini geliştirmiştir. Ayrıca, müslüman turistlerin ilgisini çekebilmek için İslami usullere uygun sağlık hizmeti sunumuna dikkat etmektedir (Galloway, 2008:72).

Brezilya hükümeti vatandaşlarının yaptıracığı estetik operasyonlara destek sağlamakta, ilgili maliyetlerin önemli kısmını üstlenmektedir. Bu sayede çok iyi yetişmiş estetik cerrahlara sahip bir sistem oluşturmuş ve dünya çapında estetik operasyonlar için merkez olmayı başarmışlardır. Brezilya 4.500 lisanslı estetik cerrahıyla dünyadaki kişi başına en çok estetik cerraha sahip ülkedir. Brezilya yakın komşuları ağırlıklı olmak üzere dünya genelinde yılda 50.000'den fazla sağlık turisti çekmektedir. Küba, kamu sağlığı alanına önemli yatırımlar yapmış ve sağlık göstergelerinde dünya çapında gelişmiş ülkelerle rekabet edebilecek iyi bir konuma ulaşmıştır (Crooks 2010:10-15).

Visa bankacılık işlemleri, tıbbi bakım için her yıl 11 milyon turistin seyahat ettiğini tahmin etmektedir. Bu, dünya nüfusunun yaklaşık binde 1-2'sidir. Sınır Ötesi

Hastalar Örgütü, tıbbi ziyaret başına yaklaşık 3.600-7.600 ABD doları harcayan 14 milyon gezgin ile sektörün 50,4-106 milyar Amerikan doları değerinde olduğunu ileri sürmektedir. Bu rakam seyahat ve/veya tıbbi olarak ilgili masrafları içerir. Tıbbi turizm Derneği, Deloitte tarafından 2008'de önerilen tahmini yıllık büyümeyi 100 milyar Amerikan doları olarak hesaplamışlardır (IHRC 2017:86-88).

IHRC tarafından 2017 yılında yapılan “Sağlık turistleri demografik bilgiler” araştırmasında, hastaların yaklaşık %27’sinin daha önce tıbbi bakım almak için yabancı bir ülkeye seyahat ettiği, turistlerin çoğunun kadın ve 45-64 yaş aralığında oldukları, %50’sinin 50.000–100.000 ABD doları arasında hane halkı gelire sahip olan kolej eğitimi almış kişilerden oluştuğu belirlenmiştir. Buna ilave olarak, hastaların %50’sinin sağlık sigortalarının olduğu, tıbbi turizmi bir seçenek olarak görmeleri için kendi ülkelerine oranla 4.900 ila 8.600 ABD doları bir tasarruf sağlamaları gerektiğini düşündükleri ve ülke tercihlerinde en önemli faktörün hasta güvenliği olduğu belirlenmiştir.

Sınırlı, parçalanmış ve genellikle güvenilmez verilerden ve sağlık turizmi ve bileşenlerinin değişken tanımlarından dolayı, sağlık turizminin büyüklüğünü ve büyümesini bir pazar olarak tahmin etmek zordur. Avrupa Birliği (AB) içinde, 2014 yılında toplam 56 milyon yurt içi ve 5,1 milyon uluslararası seyahat kaydedilmiştir. Bu seyahatlerin içinde sağlık turizminin payı %4,3’ten azdır. Yurtiçi seyahatlerin sadece %5,8’i ve tüm uluslararası seyahatlerin sadece %1,1’i sağlık turizmi seyahatleridir. Sağlık turizmi gelirleri, toplam turizm gelirlerinin %4,6’sını ve AB Gayri Safi Yurt İçi Hasıla (GSYİH)’nın %0,33’ünü temsil eden yaklaşık 47 milyar Avro’dur. Sağlık turizmi mevsimi genel turizmden farklıdır ve daha az belirgindir. Sağlık turizmi aslında bir bütün olarak turizmdeki ortalama mevsimsellik ile mücadelede yardımcı olmaktadır. AB dışından gelen sağlık turistlerinin payı %6’ya ulaşmaktadır. Bilimsel ve kamu kaynakları, AB sağlık turizminin istikrarlı bir şekilde gelişmesine işaret ederken, piyasa raporları, sağlık ve SPA turizminde orta ila güçlü bir büyüme olduğunu göstermektedir. Sağlık turizmi, AB ülkelerinde genel olarak yılda ortalama %2 büyüme göstermektedir (IHRC 2017:110-115). Fransa, Almanya, İtalya, İsveç ve Polonya sağlık turizmi kapsamında ekonomik açıdan önemli yerlerdir. Finlandiya, Bulgaristan, Almanya, İspanya ve İrlanda’nın hepsi konaklama yerlerinde görece yüksek bir sağlıklı yaşam tesisi kaynağına sahipken, en yüksek

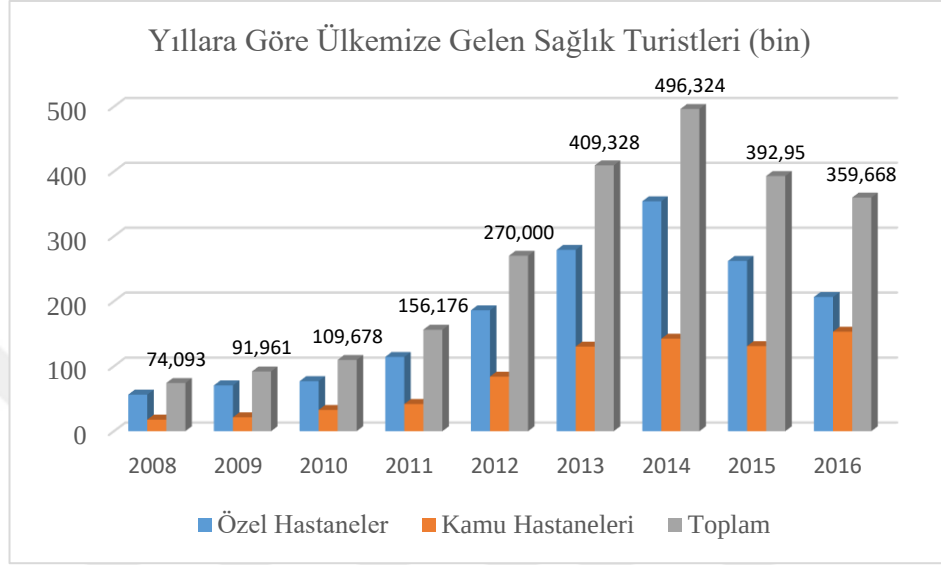
coğrafi sağlık ve sağlıklı yaşam tesisi yoğunluğu Orta ve Doğu Avrupa ile İspanya ve güney Baltık kıyılarında bulunmaktadır. Sağlık turizmi için büyük pazarları kaynak Fransa, Almanya ve İsveç'tir.

Gelişmekte olan ülkelere sağlık turizmi akışında nüfus dinamiklerinin rolü de açıklanmalıdır. Yaşlanan nüfusun toplam nüfus içindeki oranı, son yıllarda sağlık bakımında daha yüksek ortalama harcama yapılmasına neden olan büyük bir problem olmuştur. Gelişmiş ülkeler, vatandaşlarının sağlığı için daha fazla mali kaynak tahsis etmektedirler. OECD sağlık istatistiklerine göre, Kişi başı sağlık harcaması, gelişmiş ülkeler olan ABD'de 8.713, İsviçre'de 6.325, Norveç'te 5.862, Hollanda'da 5.130, Almanya'da 4.818 dolar iken gelişmekte olan Polonya'da 1.530 ve Türkiye'de 941 dolardır. Bu sonuçlara göre, gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin maliyetinin, gelişmekte olan ülkelere kıyasla oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, gelişmiş ülkelerdeki yaşlı nüfusun payı her zamanki gibi diğer ülke gruplarından daha yüksektir ve kamu harcamaları maliyetleri karşılayacak ana kaynaklardır (OECD 2014a:35-36, OECD 2014b:41-45).

K. Türkiye’de Sağlık Turizmi ve Analizi

Türkiye, büyümekte olan sağlık turizmi alanından gerek devlet desteği gerekse hizmet sunan kurumların bireysel veya sektörel çabalarıyla daha fazla pay alabilmek için çalışmaktadır. Türkiye’de sağlık turizminde uzmanlaşmış seyahat acenteleri veya tur operatörlerinin sayısında artış yaşanmaktadır. Bu alanda uzmanlaşmış profesyonel acente ve kuruluş sayısının artması yurtdışından sigorta şirketleri, kurumlar ve son tüketicilere ulaşmayı kolaylaştırarak sağlık turizm potansiyelini artıracaktır (Ömer Tontus ve Nebioglu, 2018:12). Türkiye, yaşlı ve engelli turizmi ile termal-SPA turizmi konularında doğal kaynakları sayesinde önemli fırsatları olan, aynı zamanda görece ucuz iş gücü imkânlarını da bünyesinde barındıran bir ülkedir. Hizmet verecek olan tesislerin sayı bakımından arttırılması, sunulan hizmetlerin kalite ve sayısının iyileştirilmesi, yurt dışında doğru şekilde tanıtılması ve en önemli unsurlardan biri olan sigorta anlaşmalarının yapılması ile yaşlı ve engelli turizminde büyük atılımlar gerçekleştirileceği düşünülmektedir (Ömer Tontus ve Nebioglu, 2018:14). Türkiye'ye 2015 yılına kadar gelen uluslararası hasta sayısında istikrarlı bir artış yaşanmıştır. Türkiye’de sağlık hizmeti alan uluslararası hasta sayısı 2015’te

%20 oranında azalmıştır. Özel sağlık kurumlarındaki düşüş yaklaşık %26 iken, halk sağlığı kurumlarındaki düşüş yaklaşık %8’dir. Düşüş eğilimi 2016 yılında gerilese de yine de devam etmiştir. Şekil 2’de gelen hasta sayılarını gösteren grafik verilmektedir (Ömer Tontus ve Nebioglu, 2018:15).



Şekil 2 Yıllara Göre Özel ve Kamu Hastanelerine Gelen Sağlık Turisti Sayıları

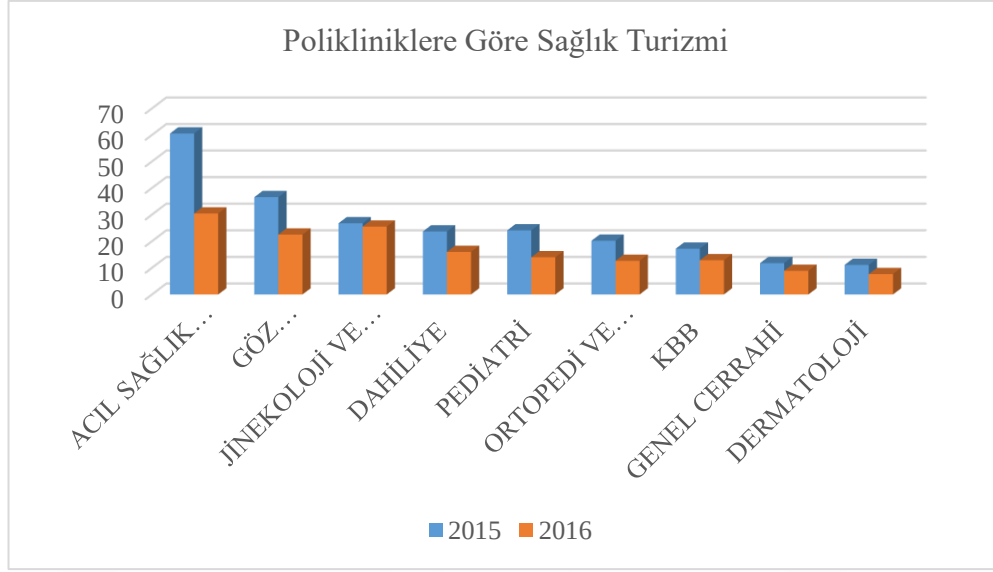
2016 yılında kamu kurumlarından sağlık hizmeti alan uluslararası hasta sayısında %16 oranında artış olmasına rağmen, aynı yıl özel sağlık kuruluşlarında uluslararası hasta sayısında %21 azalma olmuştur. Sonuç olarak, 2016 yılında toplam hasta sayısı %8 oranında azalmıştır. Ülkemizden 2015 yılında uluslararası hastaların sağlık hizmeti aldığı ilk 10 ülke arasında, 45.118 hasta ile Libya birinci sırayı alırken, 2016 yılında Almanya 21.759 hasta ile ilk sırayı almıştır. İlk 10'a giren ülkelerin özellikleri ise; 4 saat uçuş mesafesindeki, ağırlıklı olarak Müslüman nüfusu olan, büyük bir Türk nüfusuna sahip ve çok sayıda turist girişi sağlanan komşu ülkeler olmaları şeklindedir (Ömer Tontus ve Nebioglu, 2018:14).

İstanbul, 2015 yılında, Türkiye’de sağlık turistlerinin sağlık hizmeti aldığı şehirler arasında ilk sırada yer almıştır. En çok tercih edilen diğer şehirler sırasıyla Antalya, Ankara, İzmir ve Muğla’dır. 2016 yılında sırasıyla İstanbul, Ankara, Antalya, İzmir ve Muğla gelmektedir. Her iki yıl için ilk 5 varış şehri incelendiğinde; genel olarak geleneksel turizm için çekici şehirler, marka şehirler olma, sağlık

turizmi altyapısının daha iyi olması ve kolay ulaşım seçeneklerine sahip olma gibi ortak özelliklere sahiptirler. Bu şehirler aynı zamanda hem kamu hem de özel sağlık tesisleri açısından Türkiye'nin gelişmiş şehirleridir. 2016 yılında geleneksel turist sayısındaki azalma, sağlık turizmini de etkilemiştir. Bununla birlikte, ilk 5 şehir incelendiğinde, tıbbi turizm hastası sayısındaki azalma (%-21,4) turist sağlık grubundaki (% -12,1) azalmadan daha yüksek olmuştur (Ömer Tontus ve Nebioglu, 2018:16).

2015 yılında özel sağlık kuruluşlarından hizmet alan uluslararası hastaların yaklaşık %51'i turist sağlık grubunda, %49'u sağlık turisti grubunda hizmet almıştır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı kurumlarda (devlet hastaneleri) oranlar, turist sağlık grubu için %88 ve tıbbi turist grubu için %12 şeklindedir. Üniversite hastanelerindeki oranlar turist sağlık grubu için %54, tıbbi turizm grubu için %46'dır. Yaklaşık sağlık turistlerinin %73'ü özel hastaneleri tercih ederken, %24'ü üniversite hastanelerini ve %3'ü devlet hastanelerini tercih etmiştir. 2016 yılında özel sektör sağlık tesislerinde uluslararası hastalara sağlanan sağlık hizmetlerinin yaklaşık %62'si turist sağlık grubunda, %38'i sağlık turisti grubundadır. Kamu hastanesine başvuran hastaların yaklaşık %58'i turist sağlığı hizmeti, %42'si sağlık turisti hizmeti almıştır. Üniversite hastanelerinde, hastaların %46'sı turist sağlığı hizmeti ve %54'ü sağlık turisti hizmeti almıştır (Ömer Tontus ve Nebioglu, 2018:16). Burada tıbbi turist ya da sağlık turisti, sağlık hizmeti almak amacıyla seyahat eden kişileri tanımlamaktadır. Turist sağlığı kavramı ise sağlıklı bir şekilde turist olarak gezinirken herhangi bir nedenle tıbbi destek alması gereken kişileri tanımlamaktadır.

Acil sağlık kliniklerine başvuran hastaların hiçbiri tıbbi turist grubunda değil iken, dermatoloji hastalarının yaklaşık %70'i bu gruptadır. Travmatik koşullar nedeniyle turist sağlığı bağlamında önemli sayıda hasta alması beklenen ortopedi kliniğine başvuru yaklaşık iki grup için eşit bulunmuştur. 2016 yılında turist grubunda, en çok kabul gören klinikler olan kadın hastalıkları kliniği, bunu göz hastalıkları ve ortopedi ve travmatoloji klinikleri izlemiştir. Toplamda en yüksek hizmet yüzdesini sağlayan Kardiyoloji, Üroloji ve Onkoloji klinikleri (tıbbi turist + turist sağlığı), tıbbi turist grubundaki ilk 10 klinik arasındadır. Şekil 3'te 2015-2016 yılları için tıbbi turistlerin en çok hizmet aldığı poliklinikler verilmektedir (Ömer Tontus ve Nebioglu, 2018:17).



Şekil 3 Polikliniklere Göre Sağlık Turizmi

2017 Euromonitor raporunda, İstanbul'un en fazla turist alan sekizinci şehir olduğu, Antalya'nın ise dünyadaki on ikinci şehir olduğu belirtilmektedir. Bu iki kentin Türkiye'deki geleneksel turizmin en önemli destinasyonları arasında olması, sağlık turizmi açısından önemini de artırmaktadır. Benzer şekilde, aynı raporda Muğla, en fazla sayıda turist alan şehirler arasında 62. sırada yer almakta ve bu da turist sağlığı bağlamında Muğla'nın ilk 3 şehir içinde olmasını açıklamaktadır (Euromonitor 2017: 66-70).

Sağlık turizminin başarılı bir şekilde uygulanabilmesi için eğitimli insan gücü gereklidir. Ulusoy H. ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, Türkiye'de ve dünyada sağlık turizmi alanında profesyonel insan gücü yetiştiren üniversite eğitim programları araştırılmıştır. Şubat 2018 içinde kamu ve özel üniversitelerin web sayfaları müfredat içeriği, derslerin kredisi, programların süreci, eğitim ücretleri, eğitim dili gibi parametreler dikkate alınarak incelenmiştir. Çalışmada toplam 12 ülke ve 25 program incelenmiştir. Bunların üçü doktora, dokuzu yüksek lisans, 11'i lisans ve üçü ön lisans derecesindedir. Ülkemizde ise sağlık turizmi alanında tezli 3 yüksek lisans ve tezsiz 2 yüksek lisans programı bulunmaktadır. Sağlık turizminin, Türkiye'de ve dünyada katma değeri yüksek olduğu düşünülürse, bu sektörde profesyonel insan gücü yetiştirmek için program sayısının yeterli olmadığı söylenebilir (Ulusoy H., vd.,2018:10).

Aydın G. ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, sağlık turizminin pazarlanması ile ilgili ülkemiz için uygun stratejiler araştırılmıştır. SWOT analizi yapılan çalışmada devlet ve özel sektör sağlayıcılarının neler yapabilecekleri incelenmiştir. Çalışma sonucunda özel ve devlet kurumları için ayrı ayrı öneriler sunulmuştur. İnternetin daha etkin kullanımı, profesyonel sağlık turizmi çalışanlarının istihdam edilmesi, uluslararası sertifikasyonların edinilmesi vb. pazarlama stratejileri öneriler arasındadır (Aydın G., vd., 2015:7-9). Ülkemiz ile Brezilya'nın sağlık turizmi açısından karşılaştırmalı olarak ele alındığı yüksek lisans tezinde, her iki ülkenin sağlık turizmini geliştirmek için nelerin yapılabilceği, güçlü ve zayıf yönlerin tespiti ve nasıl iyileştirilebileceği araştırılmıştır. İkincil kaynaklar üzerinden yapılan çalışmada, her iki ülkenin de sağlık turizminin geliştirilebilmesi için ileri düzeyde yabancı dil bilgisi olan sağlık çalışanlarına ihtiyaç duyulduğu görülmüştür (Ana Luiza Ferrera Aydoğdu, 2016:69-74).

Ülkemizin sağlık turizmi potansiyelinin gelişmiş ülkelerdeki sağlık turizmi ile karşılaştırıldığı bir yüksek lisans tezinde, ilk olarak kapsamlı bir literatür taraması yapılmıştır. Literatürden edinilen bulgulara göre Hindistan, sağlık turizmi alanında fiyat bağlamında en avantajlı konumda olan ülkedir. Sağlık turizminden gelir elde etmede ABD en yüksek paya sahipken, ülkemiz alt sıralarda yer almaktadır (Mehmet D., 2016:75-80). Yine ülkemizin diğer ülkeler ile sağlık turizmi anlamında karşılaştırıldığı başka bir yüksek lisans tezinde ise, SWOT analizi ile ülkemizin maliyet anlamında uygun olması ve coğrafi konum olarak da tercih edildiği sonucuna varılmıştır. Özellikle Avrupa ülkeleri için ülkemiz cazip konumda yer almaktadır (Asiye, G. K., 2017:59-60).

Stephen ve arkadaşları tarafından yapılan bir araştırmada İngiltere'nin güney kıyı beldesi olan Bournemouth'ın kıyı tatil beldelerinde turizm girişimcileri için fırsatları incelenmiştir. Denizin, güneşin ve kumun doğal cazibe merkezlerinin 19. yüzyılın sonlarında kitle turizm piyasası gelişiminde önemli yeri olmuştur. Mavi bayraklı alanların yeniden keşfedilmesi ile daha büyük kıyı destinasyonları için rekabet gücü artmaktadır. Sahilin doğal özellikleri ve sağlıklı yaşam ile olan ilişkisi artık turizm girişimcileri tarafından sağlık turizmi kavramı içerisinde yeniden paketlenip pazarlanabilmektedir. Kıyı tatil beldeleri yaşlanan nüfusu çekmek için turizme bağlı olmanın getirdiği birçok doğal avantaja sahiptir. Gelecekte kıyı tatil beldelerinin

sağlık turizmi alanında daha çok rağbet göreceği ifade edilmiştir (Stephen vd., 2017:4). İstanbul'a Rus bölgesinden sağlık turizmi için gelen insanların memnuniyet düzeylerinin incelendiği bir yüksek lisans tezinde, gelen hastaların sosyo-ekonomik düzeyleri, tedavi için yurt dışına çıkış nedenleri, ülkemizi tercih etme nedenleri ayrı ayrı araştırılmıştır. Çalışmada yüz yüze anket yöntemi ile veriler toplanmıştır. Anketler, Likert ölçeğinde yapılandırılmış sorulardan oluşmaktadır. Hasta memnuniyeti anlamında gelen Rus sağlık turistlerinin memnuniyetlerinin yüksek olduğu görülmüştür. Çalışmada eksik görülen bazı konular vurgulanmış ve öneriler sunulmuştur. Bunlar; kurumlar arası koordinasyonun üst seviyeye çıkarılması, hastanelerin uluslararası akreditasyonlarının yapılması, yabancı dil konusunda gerekli eğitimlerin verilmesi şeklindedir (Assemgul, D., 2018:66-68).

Sağlık turizmi kapsamında Adana ilinin incelendiği bir yüksek lisans tezinde, iki özel hastanede toplam 292 kişi ile anket çalışması yapılmış ve sağlık çalışanlarının sağlık turizmüne bakış düzeyleri tespit edilmiştir. Araştırma sonucunda, yabancı hastalar ile kültürel problemler yaşandığı ifade edilmiştir. Ayrıca sağlık çalışanlarının yerli hastaları yabancı hastalara tercih ettikleri bulunmuştur (Sema, D., 2016:49-53). Hastanelerin sağlık turizmi kapsamında tüketici odaklı değerlendirildiği yüksek lisans çalışmasında, Samsun ilinin tıbbi turizm alanındaki potansiyeli belirlenmiş ve tüketici beklentileri dikkate alınarak hastanelerin performansları değerlendirilmiştir. Çalışmada anket yöntemi kullanılmıştır. Çalışma sonucunda hastanelerde hizmet kalitesini etkileyen faktörlerin demografik özelliklere göre değişiklik gösterdiği bulunmuştur (Yusuf Z.A., 2016:53-55).

Bu tezin konusu olan şehir hastaneleri hakkında literatürde yapılmış birkaç tez çalışması mevcuttur. Dilaver Tengilimoğlu'nun danışmanlığında yapılan bir yüksek lisans tezinde vatandaşların ve sağlık çalışanlarının şehir hastaneleri ile ilgili görüşleri alınmıştır. Ankara ilinde yapılan çalışma 2018 yılında gerçekleştirilmiştir. Anket yöntemi ile ölçülen algı seviyesinde ankete 446 sağlık çalışanı ve 440 vatandaş katılmıştır. Anket sonuçları SPSS programı ile analiz edilmiştir. Bu iki bağımsız grup arasındaki farklılıkların tespiti için T-testi ve varyans analizi yapılmıştır. Ankette sorulan 23 soru faktör analizine tabi tutulmuş ve üç faktör elde edilmiştir. Bu faktörler kendi arasında şehir hastanelerinin negatif etkileri, pozitif etkileri, sağlık turizmi ve rekabete etkileri olarak ayrılmıştır. Çalışma sonucunda

sağlık çalışanlarının vatandaşlara oranla şehir hastanelerine karşı algılarının olumsuz olduğu sonucuna varılmıştır (Taş Ö. M., 2018:72-79).

Isparta ilinde açılmış şehir hastanesinde gerçekleştirilen çalışmada, hasta memnuniyeti dört farklı boyutta ele alınmıştır. Bunlar fiziksel ortam, genel memnuniyet, çalışan memnuniyeti ve zamandır. Araştırma sonucunda şehir hastanesinde kullanılan araç gereçlerin kalitesi, muayene odalarının rahatlığı, hijyen koşullarının uygunluğu, hastanenin fiziki görünümü ve ferahlığı hastaları memnun eden faktörler olarak bulunmuştur. Diğer yandan hasta memnuniyetini olumsuz yönde etkileyen faktörler ise şehir hastanesine ulaşım sorunu, tıbbi sekreterlerin olmaması, hastane içi karışıklık/ büyüklük, hastane içi ulaşım, otopark ve kantin vb. olduğu tespit edilmiştir (Gökkaya D., 2018:61-64).

SWOT analizi, bir durumu/olguyu dört farklı yönden analiz etmek için kullanılan bir yöntemdir. Bunlar güçlü-zayıf yönler, fırsatlar-tehditler olarak verilebilir. Afyonkarahisar ilinin termal turizm açısından değerlendirildiği yüksek lisans tez çalışmasında, turizm işletme belgeli termal tesislerde çalışan personel araştırma evreni olarak belirlenmiştir. Anket yöntemi ile veriler toplanmış çeşitli istatistiksel analizler yapılmıştır. Bunun sonucunda çalışılan departmanlar bağlamında ise güçlü yönler, fırsatlar, tehditler faktörlerine göre farklılık göstermektedir (Özgen Ü., 2011:39-48). GATA'da Ordu İlaç Fabrikasının rolünün araştırıldığı bir çalışmada SWOT analizi yapılmıştır. Bunun için dört farklı anket oluşturulmuştur. SWOT analizi sonucunda kurumun iyi bir yönetime sahip olması gerektiği ve aynı zamanda stratejik bir kurum olarak görüldüğü tespit edilmiştir (Özmen P., 2014:49-55).

İzmir'de yat turizmi potansiyelinin belirlenmesi için yapılan bir yüksek lisans tez çalışmasında SWOT analizi yapılmıştır. İzmir ilindeki yat limanının işletmeciliği kapasitesi araştırılmıştır. Yat turizmi paydaşları ile yapılan çalışmada güçlü, zayıf yönler ve fırsatlar ve tehditler belirlenmiştir. İzmir ilinin yat turizmi açısından en güçlü yönleri kıyı uzunluğunun fazla olması, geleneksel Türk usulü gulet imalatlarının olması, korunmuş koyların fazla olması şeklindedir. En zayıf yönleri olarak ise devlet teşviklerinin az olması, yat kapasitelerinin az olması ve marina sayılarının az olması şeklindedir. Fırsat anlamında ise yatırımcıların yatırım yapma isteklerinin yüksek olması bulunmaktadır. Tehdit olarak ise körfezin kirli olması en önemli olumsuzluk olarak tespit edilmiştir (İldırım G., 2017:69-78).

Isparta İli Yenişarbademli İlçesinin Ekoturizm potansiyelinin belirlenmesi amacıyla yapılan bir çalışmada yine SWOT analizi kullanılmıştır. Ekoturizm faaliyetlerinin uygun olup olmadığı araştırılmıştır. 127 kişiye anket uygulanmıştır. Bunun sonucunda altyapı problemlerinin giderilmesi ve tanıtım etkinliklerinin artırılması ile Ekoturizm faaliyetlerinin yapılabileceği görülmüştür (Tatkan A., 2018:67-89).

Bu çalışmada SWOT analizi ile literatürdeki örnekler üzerinden şehir hastanelerinin sağlık turizmi potansiyeli araştırılmıştır. Sağlık turizmi kapsamında şehir hastanelerinin güçlü yönleri, zayıf yönleri, fırsatlar ve tehditler analiz edilmiştir.



III. TÜRKİYE’DE ŞEHİR HASTANELERİ

“Kamu”, merkezi ve bölgesel hükümetlerin ortak kaynaklarını, “özel” ise özel şirketler üzerinde yaklaşan özel sektörün kaynaklarını ifade eder. JICA'ya göre, KÖO “bir ülkenin kamu ve özel sektörleri arasında bir ortaklığın kurulması ve yürütülmesi yoluyla kamu hizmetlerinin ve tüm ilgili unsurların satın alınması” şeklinde tanımlanmaktadır. Dünya Ekonomik Forumu'na göre, ortaklık “ortak bir hedefi gerçekleştirmek veya ortak bir risk, sorumluluk, önlem almak üzere belirli bir gereksinimi karşılamak için çeşitli alanlardan eşit kapasitelere sahip katılımcılar arasında iş birliği yapmak için gönüllü ve iş birliğine dayalı bir anlaşmaya atıfta bulunur”. OECD'ye göre, özel sektörün genişletilmiş alanının geniş konsepti, “belirli bir gelişim görevini yerine getirmek için iki veya birden fazla kurumsal ve özel sektör ortağı arasında iş birliği” anlamına gelmektedir.

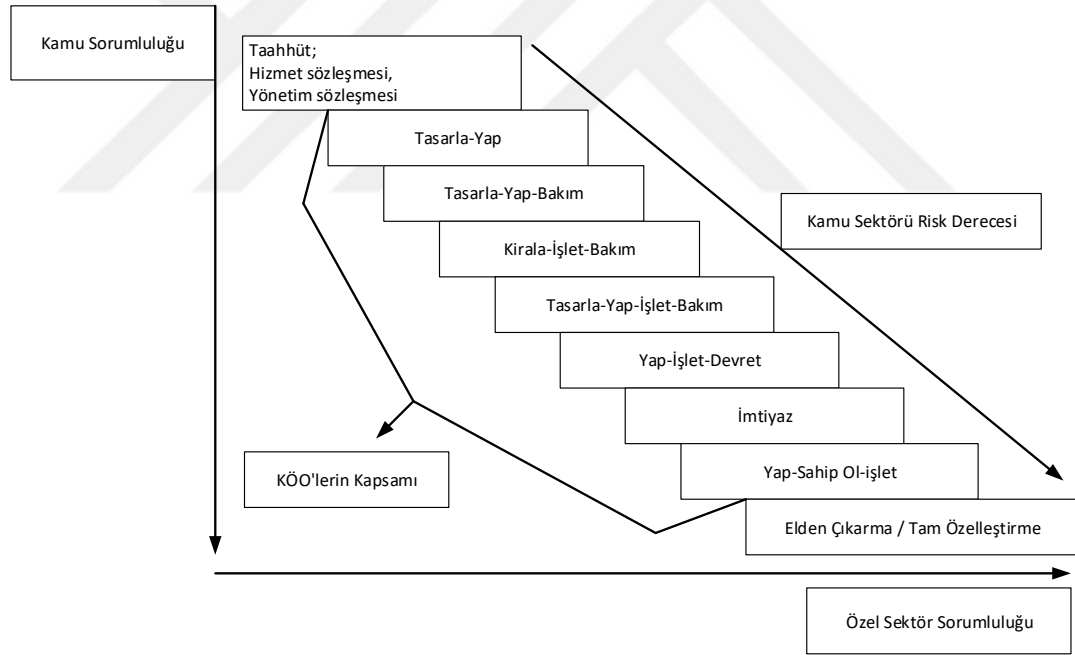
A. Kamu-Özel Ortaklığı Genel Özellikleri

Güney Kore sağlık sektöründeki yatırımlar için dış yardım iki sektöre ayrılmaktadır: kamu ve özel sektör. Serbest yardımların amacı proje tabanlı gelişimsel araştırma, kaynak arzı, stajyer eğitimi, uzman insan kaynağı ve yabancı hizmet teşkilatı sevk işletmeleri olarak kategorize edilebilir. Sivil toplum yardımı, öncelikle Kore Uluslararası İş birliği Ajansına kayıtlı sivil kuruluşlar tarafından desteklenmektedir ve bu kuruluşlar, tıbbi personel gönderilmesinden sağlık ve tıp için altyapının kurulmasına ve sağlık ve tıbbi tedavi standartlarının iyileştirilmesine kadar çeşitli alanlarda uzun vadeli projeler yürütmekten sorumludur. Kore Uluslararası İş birliği Ajansı sivil kuruluşlara destek vermeye başladığından beri, yardım işi sağlık ve tıp sektöründe sürekli artmaktadır ve bundan sonra da devam etme eğilimi görülmektedir. Avrupa ülkelerinde ve dünyadaki tüm hükümetler kamu altyapısı ve hizmetlerinin geliştirilmesinde, finansmanında ve sağlanmasında giderek daha fazla özel sektör katılımına yönelmiştir (Maynard, 1986:66; Zheng ve diğerleri, 2008:15; Mahoney ve diğerleri, 2009:19; Anderson, 2012:22).

Savunucuları, artan tedarik ve rekabet çeşitliliğini teşvik ederek bu tür ortaklıkların “optimal” maliyet ve risk dağılımında daha kaliteli altyapı ve hizmetleri güvence altına aldıklarını savunuyorlar (Kwak vd., 2009:22). Son on yılda, KÖO ile yapılan yatırımlar yaklaşık beş kat artmıştır (PWC, 2010). Sadece 2010 yılında dünya genelinde yaklaşık 4 milyar ABD doları sağlık yatırımı KÖO sözleşmesi imzalanmıştır (Carty, 2012:14-19). Bu nedenle, küresel prevalanslarına rağmen, deneysel fayda kanıtlarının karışık olduğunu düşünmek ilginçtir. Bununla birlikte, KÖO bir dizi kamu sektörü altyapısı ve hizmet sunumu için konuşlandırılmaya devam etmektedir. Birleşik Krallık'ta, hastaneler, okullar, hapisaneler, köprüler, yollar ve askeri teçhizat için 100 milyar ABD doları değerinde Özel Finans Girişimleri (ÖFG) şeklinde 600'den fazla KÖO vardır. Daha spesifik olarak, binalar, büyük teknoloji sistemleri, klinik hizmetler ve ilgili klinik olmayan bakım ve tesis yönetimi hizmetleri de dahil olmak üzere sağlık altyapısını geliştirmek için KÖO projelerinde ağırlıklı olarak Avrupa/İngiltere içerisinde keskin bir yükseliş yaşanmıştır (Barlow vd., 2013:11-15; Roehrich vd, 2013:13-16).

Kamu-özel ortaklık yaklaşımı, dış kaynak kullanımından neredeyse tümüyle özelleştirmeye kadar geniş bir yelpazede modelleri kapsamaktadır. Genel olarak, “istenen kamu politikası sonucunu ortaya çıkarmak amacıyla kamu ve özel sektör arasında risk paylaşımı ilişkisini” içerir. Temel olarak, kamu-özel ortaklıkları finansal fon oluşturma başka bir yoldur. Ülke olarak, bir hastane veya sağlık otoritesi gibi kamu kesimi işletmesi, kendi namına sermaye yatırımı yapmak için borç alabilir. Ortaklık düzenlemelerinde, özel sektör ortağı genellikle finansman düzenlemesinden sorumludur. Her iki durumda da borcun geri ödenmesi kamu kesimine düşer. Ortaklık varyasyonları, çeşitli hizmetlerin ve tesislerin sözleşmede “bir araya getirilme” derecesine göre belirlenen bir spektrum boyunca devam eder. Bir uçta “yalnızca konaklama” modeli yalnızca bina ve ilgili hizmetleri (örneğin bir hastane tesisi), ve diğer uçta bazen “yumuşak” tesis yönetimi (klinik olmayan hizmetler gibi temizlik ve yemek servisi gibi) olabilir. Bu özel finans girişi olarak bilinen modeli Birleşik Krallık'ta ve ayrıca İtalya, Fransa, İspanya, Portekiz, İsveç, Kanada ve Avustralya'da uygulamıştır. Model, büyük ölçüde altyapı için tasarım, inşaat ve finansmanı ve binanın ömrünün korunması gibi ilgili hizmetleri kapsayan entegre bir sözleşme şeklini alır. Mali yapı, devlet hastanesi otoritesi tarafından özel ortağa, genellikle otuz yıldan uzun süreli ödemelere dayanmaktadır. Portekiz'de

konaklama modelinin bir uzantısı olan Asecond modeli kullanılmıştır. İkiz “özel amaçlı araçlar” veya özel şirketleri içerir. Bunlardan biri InfraCo olarak adlandırılan binaların inşaatından ve yönetilmesinden, diğeri ise ClinCo klinik hizmetlerden sorumludur. Ana sözleşme Sağlık Bakanlığı, hastane yetkilisi ile ve otuz yıllık bir sözleşme bulunan InfraCo ile yedi veya on yıllık bir sözleşme olan ClinCo arasında yapılır. Üçüncü model, kar amacı gütmeyen özel bir işletmeye verilen, ancak Sağlık Bakanlığı veya başka bir kamu otoritesi tarafından sıkı kontrol edilen bir franchise şeklindedir. Bir franchise alan tarafından, alınan tıbbi prosedürler için finansal geri ödeme seviyeleri, sistemdeki kamu veya diğerkar amacı gütmeyen hastaneler için de aynıdır. Nüfusun herhangi bir üyesi, ilgili hastane tarafından sunulan herhangi bir sağlık hizmeti için kabul edilmelidir. Almanya, Finlandiya ve diğerkAvrupa ülkeleri bu modeli denemektedir (Roehrich vd. 2014:26-32). Şekil 4’te KÖO sözleşme türüne özel ve kamu sorumluluk ölçeğive kapsamı verilmektedir.



Şekil 4 Özel ve Kamu Sorumluluğunun Ölçeğive Kapsamı (Roehrich vd.2014)

Almanya'da, özel şirketler - özellikle, Helios Kliniken ve Rhön Klinikum - maddi stres altındaki belediye hastanelerini ve bazen üniversite hastanelerini satın alıyorlar ve bölge eyaletlerinden böyle bir franchise altında işletiyorlar. Bu şirketlerin her biri, Almanya genelinde yayılmış elliden fazla hastanenin kısmen veya tamamen sahibi ve yöneticisi durumundadır. Son olarak, kamu-özel ortaklıkları, özel bir şirketin

(franchise yoluyla) hem hastane hizmetlerini hem de coğrafi bir alan için temel özellikleri kendi tesislerinden sağladığı tam hizmet sunumunu içerebilir. KÖO kaliteyi korumak için düzenleyici görevi ile ve ödeme mekanizmalarıyla hastaları uygun bakım düzeyine (birincil veya ikincil) en ucuza yönlendirebilirler (Roehrich vd. 2014:21-29).

B. Kamu-Özel Ortaklığının Avantaj ve Dezavantajları

KÖO sağlık hizmetlerinde kullanılmasına yönelik hem destekleyici unsurlar hem de ciddi eleştirileri barındırmaktadır. Çizelge 1 genel kabul görmüş avantaj ve dezavantajları özetlemektedir. Potansiyel faydaların, sağlık hizmeti sağlayıcılarının altyapıyı yönetmek yerine klinik hizmetlere yoğunlaşmalarını ve proje sunumunda etkinliği arttırmalarını içerdiği söylenebilir. Hem hükümetler hem de sağlık kuruluşları için, kamu-özel ortaklıkları da bütçe kısıtlamaları veya diğer faktörlerin bir sonucu olarak kısıtları finanse etmek için potansiyel bir çözüm olarak görülmektedir. Ancak endişeler de vardır. Bunlardan biri, kamu-özel ortaklıklarının rekabetçi davranışları kısıtlayabilme olasılığıdır. Aktif bir kamu-özel ortaklık piyasasına sahip büyük ülkelerde bile, projeler o kadar büyük olabilir ki, bunlara yalnızca birkaç kuruluş teklif verebilir ve hizmet sürelerini uzun süre boyunca yönetebilir. İşlem maliyetleri kurulum sırasında ve sadece birkaç organizasyonun dayanabileceği tesisin işletme ömrü boyunca yüksektir. Diğer bir endişe, klinik bakım modelleri ile klinik modelleri desteklemesi gereken altyapı ve donanım arasındaki olası entegrasyon eksikliğidir. Bu da yüksek performans elde etmek için ilgili taraflar arasında teşviklerin ayarlanmasını zorlaştırmaktadır. Kamu-özel ortaklıklarının İngiltere versiyonu - Özel Finans Girişimi - binaları, belki de bazı tıbbi ekipmanı ve finanse edilen malların uzun süreli bakımını sağlayan “sadece konaklama” modelinin klasik bir örneğidir. Hükümet, borçlanma veya tahvil ihracı ile kıyaslandığında ortaya çıkan borcun yüksek maliyeti nedeniyle, yukarıdaki her iki sayımda da eleştirilmiştir. Avustralya'daki Latrobe Bölge Hastanesi gibi kamuya açık bir kamu-özel ortaklık başarısızlığı olsa da sağlık kuruluşlarının borca hizmet ederken karşılaştıkları sorunlar nedeniyle Avrupa'da hiçbir özel-özel ortaklık hastanesi iflas etmedi. Birleşik Krallık'ın özel finans girişimi hastanelerinin bir kısmı şu anda ciddi finansal stres rapor etmektedir (Barlow vd. 2013:30-42).

Çizelge 1 KÖO Avantaj ve Dezavantajları (Barlow vd. 2013:35)

Avantaj ve Dezavantaj	Kısa Açıklama
Kamu kesimi sermaye kıtlığı çözümü (+)	Kamu-özel ortaklık yatırımları finanse edilmesi zor olabilen varlıklar olabilir
Sağlık hizmeti sağlayıcıları klinik hizmetlere daha fazla konsantre olabilir (+)	Klinik olmayan hizmetler (bakım ve güvenlik gibi) özel yükleniciye bırakılmıştır
Özel sektör verimliliğini artırır (+)	Zamanında ve bütçede proje teslimi sağlanır
Yeni teknoloji ve yönetim modellerinin benimsenmesi (+) veya yeniliğin sağlanamaması (-)	Hizmet seviyelerini belirterek performansı arttırmak; çıktı özellikleri ile yenilik ve iyi tasarım
Daha yüksek işlem, izleme ve kurulum maliyetleri (-)	Karmaşık, uzun vadeli sözleşmeler ve kurumlar arası ilişkiler kurulmalı ve yönetilmelidir; Sözleşmelerin değiştirilmesi ve izlenmesi zor olduğundan, sözleşme esnekliğinin azaltılması
Klinik modeller ve altyapı tasarımı arasında entegrasyon eksikliği (-)	Altyapı ve klinik hizmetlerin sorumluluğu çoğunlukla tek bir kuruluş tarafından sağlanmadığından, teşviklerin uyumlaştırılması çok önemlidir
Uzun süreli ilişkinin yönetimi zor (-)	30 yıla kadar bir zaman dilimi boyunca geniş bir ağı (bankalar, tedarikçiler, danışmanlar dahil) yönetme ihtiyacı
Risk dağılımı (+/-)	Risklerin taraflara en iyi şekilde yönetilebilmesi. Nihai risk kamu sektörüne aittir. Uzun vadeli ve yüksek sözleşme değeri nedeniyle artan ticari riskler.

C. Kamu-Özel Ortaklık Tecrübesinden Alınan Dersler

İspanya, Finlandiya ve Almanya'dakiler gibi kapsamlı kamu-özel ortaklık modellerinin çoğu, uzun vadeli olmadığından ayrıntılı değerlendirme yapmak için yetersizdir. Bununla birlikte, Birleşik Krallık'ta konaklama ve ilgili hizmetleri kapsayan sadece konaklama ortaklıkları deneyimi, dört geniş alanda performansı tartışmak için yeterli veri sağlar. Bu dört alan sağlık hizmetleri altyapısını oluşturmak ve modernize etmek, bakımın etkinliğini ve kalitesini artırmak, inovasyonu ve performans iyileştirmesini teşvik etme riskini paylaşmak ve yenilikçiliği teşvik etmek şeklindedir (Barlow vd. 2013:39-45).

D. Altyapıyı Modernize Etme ve Oluşturma

Birleşik Krallık, sağlık hizmetlerinde kamu-özel ortaklıkları kullanımına yönelik eğilimi 1990'lı yılların ortalarında sağlık hizmetlerinde kurulan özel finans girişimi, kısmen eski moda hastane olanaklarının geleneksel kamu fonu ve tedarik

modellerinde mümkün olandan daha hızlı bir şekilde modernleştirilmesiyle başlatmıştır. 1997 ve 2009 arasında, kısmen yeni alternatif finansman kaynaklarının eksikliğinden değil, diğer seçeneklerin uygulanabilir olup olmadığına bakılmaksızın, model lehine açık bir siyasi kararla yönlendirilen 135 yeni hastane projesinin 101'i özel finans girişi yöntemi ile tamamlandı. Sağlık hizmetleri altyapısını modernize etmek için kamu-özel ortaklıkları kullanmanın diğer örnekleri, büyük hastanelerin inşa edilmesinde bu tür düzenlemelerin kullanıldığı İtalya, Fransa, İspanya ve Portekiz'den gelmektedir. Benzer şekilde Orta Avrupa ve Sovyet sonrası devletler şu ana kadar büyük projeler gerçekleştirmemiş olsalar da büyük hastane altyapısı yenileme planlarına sahiptir. Romanya radyoloji ve görüntüleme ve diyaliz klinikleri için küçük şemalar üzerinde deneyler yapmıştır. Çek hükümeti, hastane hizmetleri için kamu-özel ortaklığına ilgi duyduğunu ifade etmiştir. Polonya, birkaç kamu-özel ortaklık sağlık hizmeti programının ilkinin kabul etti. Bugüne kadarki en büyük sağlık altyapısı programı, 2010-2020 yılları arasında yaklaşık 380 milyar dolar yatırım yapılacağı iddia edilen Rusya'dadır. Özel sektörün finansmanın çoğuna katkısı beklenmekte ve bazı kamu-özel sektör hastaneleri şu anda hazırlık aşamasındadır. Ancak programda yasal sorunlarla karşı karşıya geldiği için büyük aksamalar meydana gelmiştir (Eliza vd. 2015:27-29).

1. Verimlilik ve Bakım Kalitesinin Artırılması

KÖO modeli savunucuları, bu tür ortaklıkların kullanımının altyapı sunumunun etkinliğini ve kalitesini artırdığını, çünkü ödemelerin performans veya kalite hedeflerine ulaşılmasına bağlı olduğunu savunmaktadır. Hükümetler genellikle kamu-özel sektör ortaklığının geleneksel kamu alımları seçeneklerinin elde edebileceğinden daha iyi bir değer elde edeceğini iddia etmektedir. Bu konuda İngiltere deneyimi öğreticidir. Özel finans girişi hastanelerinin çoğunun yaklaşık zamanında, bütçeye göre ve tüm şartnamelerin karşılandığına dair işaretler vardır. Bununla birlikte, bu sonuçlar dikkatli bir şekilde yorumlanmalıdır, çünkü karşılaştırma genellikle sadece sözleşme imzalandıktan sonra yapılan masraflar için yapılmıştır. KÖO söz konusu olduğunda bu sözleşmeler, proje geliştirme ve müzakere sürecindeki uzun süre nedeniyle dikkatle ele alınmalıdır (Mariateresa vd.2015:15-19).

Bir ülkenin sağlık sektörünün büyüklüğüne göre ikinci en büyük olan Portekiz'in kamu-özel ortaklık programı, kısmen, geleneksel sözleşmeler kapsamında inşa edilen kamu hastanelerinde standart performansın düşüklüğü ve maliyet aşımına ilişkin bilgiler gelmektedir. Hükümetler, rekabetçi klinik sağlayıcıları ve yeni tedarik modellerini uygulamak istemiş ve kamu-özel ortaklığından operasyonel verimlilik kazanımlarının daha sonra diğer hastanelere yayılacağını öngörmüşlerdi. Buna istinaden 2004-2008 döneminde dört yeni KÖO hastanesi projesi başlatıldı. Bu projeler arasında klinik hizmetlerin özel olarak verilmesi, binaların inşası ve yönetimi yer aldı. Bunun sonucunda, sözleşmelerin karmaşıklığı artmış ve bankaların klinik performans riskini alma konusundaki ilgileri azalmıştır. Hükümetler 2004'te başlatılan ortaklığın “ikinci dalgası” için yalnızca İngiltere tarzı konaklama amaçlı bir modele geri dönmesine neden olmuştur. Yeni hastanelerin verimlilik tasarrufu sağlayacağı Portekiz'de, bu oluşumun kanıtlanması için tam bir inşaat sonrası denetim henüz belirlenmemiştir (Eliza vd. 2015:18-21).

2. Risk Paylaşımı

Kamu-özel ortaklıklarının ardındaki temel ilke, riskin özel ve kamu kuruluşları arasında etkin bir şekilde dağıtılmasıdır. Risk, onu en iyi kontrol edebilecek veya asgari risk primini gerektiren taraflara tahsis edilmelidir. Teorik olarak, bu, maliyet verimliliği ve daha büyük başarı elde etmek için yeniliği teşvik etmelidir, çünkü risk taşıyan tarafların daha verimli bir şekilde yönetilmesi gerekir. Özel sektör ortağının inşaat veya işletme ile ilgili olup olmadığı riskini yönetmesi gerekir. Altyapı ve gelecekteki bakım bir arada “donatılmak” teorik olarak ana yükleniciye, kullanım ömrü boyunca maliyetin düşürülmesi ve performans iyileştirmeleri için teşvikler vermelidir. Daha açıklayıcı bir ifade ile, müteahhit tesisin tüm sorumluluğunu üstlenir, inşası bitince sadece müşteriye teslim edilmekle kalmaz, aynı zamanda on yıllarca kullanılır. Kamu-özel ortaklıkları altında, geleneksel olarak hastaneye ait bazı operasyonel riskler (bakım ve işletme maliyetlerinde enflasyonla ilgili olanlar) özel konsorsiyuma aktarılır. Ancak, teknik eskime, değişen düzenlemeler veya politikalar ve tanımlanamayan gelecekteki sağlık hizmeti ihtiyaçları (klinik talebin düşmesi veya kayması gibi) nedeniyle ortaya çıkan ana riskler genel olarak kamu hastanesi yetkililerine aittir. İngiltere özel finans girişimi kapsamında, risk tahsisi deneyimine dair yaygın eleştiriler, Avrupa kamu-özel ortaklıklarının çoğunluğunun, İngiltere modelini şablon olarak kullanarak geliştirildiğini göstermektedir. Bu

modelin geniş çapta değerlendirildiği ve risk transferinden özel sektöre para için iyi bir değer elde edemediği söylenmektedir (Eliza vd. 2015:19-22). İngiltere'nin yaşadığı deneyim, sağlık altyapısını inşa etmenin kaçınılmaz olarak riskler içerdiğini göstermektedir. Kamu-özel ortaklıkları, ömür boyu maliyet kontrolünün sağlanmasına yardımcı olabilir, çünkü bu genellikle sözleşmelidir ve büyük ölçüde özel sektör ortağı tarafından ele geçirilebilir. Bununla birlikte, kalite ve esnekliğe karşı bir denge vardır - sağlık bakımı uygulamaları ilerledikçe hastaneler için çok önemlidir, ancak sözleşmede belirtilmesi çok daha zordur (Roehrich vd.2015:18-20).

3. Yeniliği Teşvik Edici

Son olarak, Birleşik Krallık'ın özel finans girişimi programı, tasarım ve yapıdaki inovasyonun teşvik etmediğini göstermektedir. Program geliştirildiğinde, tüm yaşam maliyetlerine duyulan ihtiyacın binalarda inovasyonu teşvik edeceği vurgulandı. Bununla birlikte, erken dönem özel finans girişimi hastane projeleriyle ilgili araştırmalar, modelin bu sonucu elde etmediğini gösteriyor. İlk olarak, tasarım sözleşme teklifiyle aynı anda yapıldığı için, yeni fikirlerin tartışması, konsorsiyumun, proje için teklif verme sürecinin bir sonraki aşamasında projeyi kaybedeceği korkusuyla sınırlanmıştır. İkincisi, nihai risk tahsisi teklif sürecinde çok erken gerçekleştiği ve proje ilerledikçe yenilikçi düşünme olanakları sınırlanmaktadır. Bu durumda, müteahhitler garanti iş yaparak, teslim etmeyi garanti edebilecekleri tasarımlar önerdiler (Roehrich vd.2015:19-21).

E. Gelecekte Avrupa'da Sağlık Bakımı ve Kamu - Özel Ortaklıkları

Finansman gelecekteki sağlık hizmetlerinin gelişimini Avrupa'daki kamu-özel ortaklıkları hem acil mali durumların etkileri hem de gelecekteki sağlık ve sosyal ihtiyaçları karşılamadaki uzun vadeli zorluklarla şekillenecektir. Kamu harcamaları sıkışıklığı, hükümetleri sağlık sermayesi yatırımı ve seçilmiş sağlık hizmetleri için özel bir finansman yolu seçmeye yöneltebilir (Roehrich vd.2015:20-22).

Batılı ülkelerin herhangi bir yerindeki büyük altyapı projeleri için fon sağlamak pahalı ve elde edilmesi zordur. Bankalar giderek daha fazla artan riskten kendilerini korumak için daha yüksek marjlar aramaktadırlar. Uzun süreli ekonomik gerileme, yatırımcılara sağlık hizmeti için artan ve göreceli olarak istikrarlı talebin tahmin edilebilir gelirini güvence altına almak için katılımları daha fazla teşvik edebilir.

Yaşlanan toplumlarda artan emeklilik maliyetleri, bu kez finansal varlık oluşturma arzusunun perspektifinden kamu-özel ortaklık yapılarının geliştirilmesine olası dolaylı teşvik sağlayabilir. Hane halkına hizmet veren finansal kuruluşlar, özellikle emeklilik fonları, uzun vadede artan yükümlülükleri karşılayacak varlıklara ihtiyaç duyacak ve bu gelir getirici sermaye yatırımlarının birçoğu kamuya özel ortaklıklar olabilecektir. Sınırlı bir getiri sağlaması durumunda nispeten istikrarlı bir şekilde sağlanan sağlık hizmeti sermayesi yatırımı, bu varlıkların karışımının bir parçası olabilir - ve uygun bir şekilde, talep edilen hizmetlerle bir dereceye kadar ilişkilidir (Guasch vd.2008:24-28).

Avrupa sağlık hizmetlerinin kamu-özel ortaklığının geleceğini etkileyen bir diğer faktör, hükümetlerin onları bakım sunumunda daha geniş sorunları çözmenin bir yolu olarak görmeleridir. Finlandiya Tampere'deki ortopedik hizmetlerin yeni bir hastanede birleştirildiği Coxa Hastanesi yer almaktadır. Kamu-özel ortaklığı, Finlandiya'da sağlık satın alımından sorumlu belediyelerden, yerel üniversite hastanesi aracılığıyla yıllık sözleşmeleri olan özel bir şirketi içermektedir. Düzenleme, üst ve alt ekstremit eklemlerinin cerrahi olarak değiştirilmesi şeklinde hem fiziksel altyapıyı hem de klinik hizmetleri kapsar. Önemli süreç ve güvenlik iyileştirmelerinin, özellikle ameliyathaneleri hazırlama zamanını azaltma, enfeksiyon oranlarını önemli ölçüde düşürme, hastanede daha kısa süre kullanma ve operasyon revizyonları için daha az okuma yapma sonucu olduğu söyleniyor. Yerel sağlık planlama bölgesi, şimdi bu modeli, üniversite hastanesiyle ortak hizmetleri paylaşan yeni “odak hastaneleri” ile kardiyoloji ve oftalmoloji gibi diğer klinik özellikli tesisler için tanıtmaya çalışmaktadır (Roehrich vd.2013:20-24).

Sağlık hizmetleri sunmak için geniş bir kurum portföyüne sahip olmadıklarından, küçük devletler için zorluklar daha fazladır. Gerçekten de Avrupa Birliği (AB) üye ülkelerindeki politika zorlukları ve reformlar üzerine bir literatür taramasında Azzopardi-Muscat ve ark. “kapasite eksikliğinin ve küçük pazar büyüklüğünün küçük devletlerde sağlık hizmetlerinin yönetimi ve sunumunda ortak zorluklara yol açtığı” sonucuna varmıştır. Bu nedenle, sağlık hizmeti sunumunun sağlanmasını en üst düzeye çıkarmak ve sağlık sisteminin esnekliğini sağlamak için, küçük devletler, kamu hizmeti veya özel kuruluş olup olmadıklarına bakılmaksızın, sağlık hizmeti sunumuyla ilgili tüm kurumların aktif katılımını onaylamalıdır.

Dafflon ve Vaillancourt özel ve kamu hastaneleri / klinikleri arasındaki rekabetin mevcut olduğunu ve hizmetlerin koordinasyonunun zorlayıcı olduğunu savunmaktadır. Malta'nın kamu ve özel sağlık sektörlerinin değer zincirlerinin karşılaştırılması yapılmıştır. SWOT analizi, sağlık politikası yapıcılarının sağlık hizmetlerinin sunumunu en üst düzeye çıkarma arayışında daha iyi donatabilecek çeşitli güçlü yönler ve fırsatlar ortaya koymuştur. Ayrıca, analiz her iki sektördeki zayıflık alanların yanı sıra, ele alınmadıkça devletin sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini ve makroekonomik şoklara karşı dayanıklılığını tehdit edebilecek dış çevrenin mevcut tehditlerini de vurgulamıştır. Buradan iki önemli öneri ortaya çıkmıştır. Birincisi, yaşam tarzı ile ilgili hastalıklarla mücadele etmek için halk sağlığı eğitimine yatırım yapmanın yerinde olacağıdır. Etkili kampanya sağlamak için özel pazarlama ajansları kullanırken okullar, fitness ve spor kuruluşları ile tam iş birliği olmalıdır.

Bütçe kısıtlamaları ve etkisiz koordinasyon bu tür faaliyetleri kısıtlamaktadır. İkinci öneri, küçük ada devletleri ve gelişmekte olan ülkeler için oldukça faydalı görülen bir faaliyet olan medikal turizmi teşvik etmektir. Hem kamu hem de özel sektöre hizmet veren laboratuvar kapasitelerini artırmak için ek gelirler toplanabilir. Sağlık turizmi, Malta gibi küçük bir ülkede uzmanların akreditasyonu için gerekli olan spesifik tanı hacmini artırarak da katkıda bulunmalıdır. Bu durum Malta'daki halk sağlığı sektörü için faydalı olacak ve aynı zamanda yurtdışında tedavi gerektiren hasta sayısını da azaltacaktır (Buttigieg vd., 2016:2-5).

F. Ülkemizde Kamu-Özel Ortaklıkları – Şehir Hastaneleri

Sağlık sisteminin sürdürülebilirliği, nüfus artışı, yaşlanma, halkın beklentilerinin artması, kronik hastalıkların ve çoklu hastalıkların ve yeni ve kronik bulaşıcı hastalıkların görülme sıklığının artması gibi zorluklar ışığında küresel bir sorundur. Sağlık sistemindeki sürdürülebilirlikteki zorluklar arasında sağlık sistemlerinin parçalanması, insan gücü kısıtlamaları ve teknoloji geliştirmeye yapılan yatırımlar yer almaktadır ve bu, sağlık sistemlerinin taleplerini karşılamak için finansman kapasitesine baskı yapmaktadır. Kamu-özel ortaklığı olarak bilinen kamu ve özel sektörler arasındaki farklı etkileşim biçimleri ve iş birliği modları, sağlık sistemi kapasitesini ve sürdürülebilirliğini artırmak için kaynakları harekete geçirme aracı olarak giderek daha fazla çalışılmaktadır. Özel sektör, kar amacı gütmeyen

kuruluşlar ve şirketleri, kar amacı gütmeyen sivil toplum kuruluşlarını (STK) ve hayırsever hayır kuruluşlarını içermektedir. Dünya Bankası, KÖO'nı “özel tarafın önemli bir risk ve yönetim sorumluluğu üstlendiği bir kamu varlığı veya hizmeti sağlamak için özel bir şirket ile bir devlet kurumu arasında uzun vadeli bir sözleşme” olarak tanımlamaktadır. Bununla birlikte, hükümetle hükümet dışı aktörler arasındaki ilişkiyi karakterize etmek için “ortaklık” terimini kullanmak sorunludur çünkü terim ilgili aktörler için eşit bir statü ve otorite önermektedir. Bu nedenle, sağlık sektöründe, Dünya Sağlık Örgütü ortaklığı “karşılıklı olarak kabul edilen rollere dayanarak nüfus sağlığını geliştirmek ve bir araya getirmek için bir araç” olarak tanımlamaktadır. Bu tanımda, kilit ilkeler üzerinde anlaşma, her birinin kendi temel değerlerini ve kimliklerini korumalarını sağlamak için taraflar arasında bir güç dengesi sağlamak çok önemli olarak kabul edilmektedir. Küresel bağlamda, halka açık özel etkileşimlerin farklı biçimleri arasında kamu hizmetlerine ihale yapma, sorumluluk projelerini ortak düzenleyici mekanizmalarla özel olarak finanse etme gibi iş birliği şekilleri bulunmaktadır (Top ve Sungur 2019:15-20). Bunlar;

- Bir ortaklık girişiminin en az iki unsuru olması gerekir: kamu sektörü ve özel sektör.
- Bir KÖO'nun taraflarının farklı rolleri vardır; ancak tüm tarafların pazarlık yapma hakkı vardır. Ortakların herhangi birinin diğerini sözleşme imzalamaya zorlaması mümkün değildir.
- Bir KÖO ortaklar arasında uzun süreli ve istikrarlı bir ortaklığa izin verir. Taraflar basit, tek seferlik hedeflere ulaşmak için birbirlerine ihtiyaç duyabilirler.
- Riskler ve sorumluluklar kamu ve özel sektör arasında paylaşılmaktadır. Bu yapı, istenen sonuçlara ulaşmak ve faaliyetlerin sorunsuzca yürütülmesini sağlamak için önemlidir.

Günümüzde birçok hükümet KÖO modelini hem kamu hem de özel sektöre fayda sağlayan bir kazan-kazan stratejisi olarak görmektedir. Özellikle çoğu ülkeler altyapı gereksinimlerini karşılamak için KÖO modelini seçerler. KÖO, kamu sektörünün finansal sürdürülebilirliği üzerindeki baskıyı azaltmakta ve bütçenin daha verimli ve temkinli kullanılmasına olanak sağlamaktadır. Özel sektörün riskle mücadelede ve yönetmede daha başarılı olma eğiliminde olması, kamu sektörü için önemli bir

avantaj olarak görülmektedir (Top ve Sungur 2019:17-20). KÖO aşağıdaki hedeflerin gerçekleştirilmesine yardımcı olabilir:

- Genel ihtiyaçları karşılamak;
- Kalıcı, uzun vadeli ilişkiler kurmak;
- Projeler için gereken finansmanın tamamını veya önemli bir kısmını sağlamak;
- Üretken ve yenilikçi çözümler geliştirmek;
- Proje uygulama maliyetlerini azaltmak;
- Projelerin daha hızlı tamamlanmasını sağlamak;
- Hükümetlerin yönetsel işlerine odaklanmalarına yardımcı olmak;
- Karmaşık ve büyük altyapı projelerini gerçekleştirmek;
- Bazı risklerin özel sektör ortağına aktarılmasını sağlamak;
- Kamu sektörüne yeni beceriler, deneyim ve teknoloji kazandırmak.

Bununla birlikte, başarılı bir KÖO oluşturmak zor olabilir. İstenen zamanda veya kapasitede altyapı oluşturmak için gerekli özel sektör finansmanını bulmak, kamu sektörü için büyük bir zorluktur. Çoğu durumda, uygun kamu politikalarının olmaması veya sürecin yetersiz yönetimi, projelerin başarısız olmasına neden olur. Politik, ekonomik ve yasal istikrarsızlıklar ve sözleşme tasarım hataları da kamu ve özel sektör üzerinde ciddi olumsuz etki yaratabilir. Örneğin, Türkiye'nin entegre sağlık kampüsü projelerinde kullanılan Yap- Kirala Transfer et modeli, devletin kamu ve özel sektörlerin paylaşması için avantajlı olduğu düşünüldüğü halde, projenin başlangıcında herhangi bir maddi katkı sağlamadığından bazı dezavantajlara sahiptir. Hazine, her projenin satın alınmasını garanti etse de bazı sektörlerde zaten yeterli uzmanlığa sahip olmayan devlet, proje anlaşmasının sonunda ekonomik ömürlerini neredeyse tamamlamış olan fabrikaları devralmak zorunda kalmaktadır (Top ve Sungur 2019:18-21). KÖO modeline yönelik başlıca tehditler aşağıda listelenmiştir:

- Yüksek sermaye maliyeti;
- Sözleşmedeki eksiklikler;
- Uzun vadeli tahminlerde zorluklar;
- Tarafsız, spesifik bir grubun çıkarlarını korumak için gerekli olan yeterli düzenleme ve sözleşme yönetimi;

- Bir kamu bütçesini kullanma veya aşırı kullanma yetersizliği;
- Yüksek işlem maliyetleri;
- Ortak şirketlerden birinin diğer ortakların masraflarını ödemek zorunda kalacağı riski.

Günümüzde, bazı ülkeler sağlık hizmetlerinde KÖO modelini kullanma genel eğilimine direnç göstermiş olsa da çoğu ülke sağlık hizmet sunumunda KÖO'ları önemli bir araç olarak görmekte ve özel sektör sermayesine, uzmanlığına ve yenilikçi yaklaşımlara erişim yoluyla kamu hizmetlerinin kalitesinin iyileştirilmesinde önemli bir avantaj sağlamaktadır.

Türkiye'de KÖO modelinin ilk uygulaması, 1984 yılında elektrik üretimi alanında başlamıştır. 1994'ten beri bu alan yasal düzenlemelerle hızlandırılmıştır. Yap-İşlet Devret Modeli'nde (8 Haziran 1994 tarihli ve 3996 sayılı Kanun çerçevesinde uygulanmakta olan) Bazı Yatırım ve Hizmetlerin Gerçekleştirilmesi Hakkında Kanun, özel sektörün havaalanı ve tünel inşaatına katılmasını sağlamıştır. Türkiye'de 1980'lere kadar sağlık hizmeti sunmakta hiçbir KÖO yer almamıştır. Bu dönemde başka taşeronluk denenmiştir. Sağlık sektöründe KÖO uygulamaları için 7 Mayıs 1987 tarih ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu çıkarılmıştır. KÖO modelini sağlık alanında kullanan tüm projeler bu kanuna dayanmaktadır. 2000 yılına kadar Türkiye'de yürütülen herhangi bir sağlıkla ilgili proje, KÖO modelini kullanmamıştır. İlk girişim, 2005 yılında 5396.14 Sayılı Sağlık Hizmetlerine İlişkin Temel Yasa kapsamında 2005 yılında Ek-7'de yayınlanan bir maddeyle ilgilidir. Sağlık Yatırımları Genel Müdürlüğü ve Kamu Özel İşbirliği Birimi, Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin kabul edilmesinin ardından 2013 yılında kurulmuştur. Böylece sağlık sektöründe KÖO projelerine başvuru süreci kurumsal bir yapıya kavuşturulmuştur. Bu sayede bütünleşmiş sağlık kampüsleri/şehir hastaneleri oluşturmak için projeler başlatılmıştır (Top ve Sungur 2019). Türkiye'de aşağıdaki şehir hastaneleri KÖO projeleridir ve fizibilite çalışmaları devam etmektedir. KÖO, Türk sağlık sistemi içinde şehir hastaneleri kurmak için “Kiralat-Transfer Et” yaklaşımını kullanmaktadır. Bu çerçevede, devlet araziye özel sektöre tahsis eder ve üstüne inşa etme veya mevcut bir inşaatı koruma hakkı olarak tanımlanan “irtifak hakkı” verir. İnşaat için gerekli sermayeye sahip olan özel şirket, kamu tarafından belirtilen arazide bina inşa eder ve işletme hakkını kazanır. Başka bir ifade ile inşaatı tamamlanan binayı devlete

kiralayan özel sektör tarafından yapılmaktadır. Kredi vadesine göre (25 yıl), özel sektör tapuya ilk olarak bir hak sunarak ve bankaya garanti vermek için kredi alabilir. Özel sektör devlete bir bina kiraladığında onarım, güvenlik, ekipman ve yeni malzemeler için ödeme yapar. Kredinin süresi sona erdiğinde, sağlık yerleşimi devlete devredilmektedir (TTB 2011:31-35).

Genelde finansmanın yaklaşık %46'sı ulusal sermaye ve %54'ü uluslararası sermaye tarafından karşılanmaktadır. Sağlık Bakanlığı, KÖO modelini kullanarak oluşturulan projelerin gelir akışını oluşturan kira ve hizmet ödemelerini ödemeyi garanti eder. Kullanım şartları, ihale tarihinden itibaren her ödeme dönemi için enflasyon ve kur riski dikkate alınarak güncellenmektedir. Sağlık tesisi işletme döneminde, özel sektör kamu sektöründen 25 yıl boyunca sabit bir kira geliri elde etmekte; hizmet bedelleri her 5 yılda bir (başlangıçta 2016 yılında) piyasa testine tabi tutulur. Sağlık Bakanlığı, devletin 25 yıllığına özel sektöre kira ödediği döner sermaye olarak hizmet vermektedir (Top ve Sungur 2019:16).

G. Bazı Ülkelerde Kamu-Özel Ortaklık Uygulamaları

Halen, KÖO tanımı, farklı ülkeler, sektörler ve çeşitli siyasi, ekonomik ve sosyal çevre bağlamlarında KÖO'nı farklı bir şekilde kavramsallaştırıcı projelerle özgünlük ve tutarlılıktan yoksundur. Örneğin, Avrupa'da, en yaygın KÖO modeli, kaliteli hizmetlerin özel sektörden uzun vadeli olarak satın alındığı özel finans girişimidir (Roehrich ve ark., 2014:27), ancak hastanelerin inşa edilmesine yönelik sözleşmeler daha yaygındır.

Bir KÖO, kamu sektörü ve özel sektör yatırımcılarının, bir sözleşme veya kurumsal anlaşma temelinde, devlet tarafından sağlanan altyapıyı tasarlama, planlama, finanse etme, inşa etme ve işletme konusunda iş birliği yapmalarını sağlar. KÖO modeli, hastanelerden otoyollara, altyapıdan okullara hapisanelere kadar geniş bir alanda kullanılmıştır. Birleşik Krallık'ta özel olarak finanse edilen altyapı, kamu fonu altında sağlananların yerini almıştır (TTB 2011:38). Ek olarak, kamu altyapısının ilk özel finansman yoluyla sağlanmasının devletin bu tür altyapıya karşı nihai sorumluluğunu azaltmayacaktır.

Kamu altyapısının özel finansmanının kamu sektörü bütçeleri üzerindeki baskıyı azalttığı söylenebilir. Hükümetlerin büyük, bir defaya mahsus bir sermaye

harcamasını bir dizi daha küçük, yıllık harcamaya dönüştürebilmesi için bir mekanizma sağlanmıştır. Birleşik Krallık'ta, genel olarak önemli tasarruflar sağlayan ilk KÖO anlaşmaları yol projeleri ve halka açık olanlara göre yaklaşık yüzde 10 tasarruf sağlayan iki kapalı cezaevi sözleşmesi vardır (Roehrich vd.2013:28). Hollandalı kamu yönetimi uzmanları Van Ham ve Koppenjan, kurumsal bir bakış açısıyla bir KÖO'nu "ortaklaşa ürün ve hizmet geliştirdikleri ve birbirine bağlı riskleri, maliyetleri ve kaynakları paylaştığı kamu ve özel aktörler arasında bir tür dayanıklılığın iş birliği" olarak tanımlamaktadırlar. İş birliği sadece kısa vadeli sözleşmelerde yapılamaz. Her iki taraf birlikte ve her iki tarafın da dahil olduğu risklerin bir kısmını taşıması gerektiği bakımından eşit şartlarda bir ortaklık içindedir (Roehrich vd.2013).

KÖO ile elde edilecek verimlilik konusunda daha belirgin başlangıç tahminleri, Arthur Anderson ve Enterprise LSE'nin 29 işletme vakasını analizlerinde yüzde 17'lik bir maliyet tasarrufu rakamı, yüzde 7 ila 20 ampirik vakasına dayanan rakamı içermektedir. Ulusal Denetim Bürosu, yüzde 10 ile yüzde 30 arasında maliyet tasarrufu öngörmüşlerdir. Her durumda, bu ticari sözleşmelerde tasarruflar esasen kamudan özel sektöre risk transferleri hesabına bağlanmaktadır (Roehrich vd.2013:30).

Son yıllarda, sağlık sektörü dahil, KÖO projelerinin kullanımı giderek daha popüler hale gelmiştir. Dünyanın dört bir yanındaki hükümetler, aynı anda artan sağlık bakım maliyetlerini azaltma ve devlet bütçelerini azaltma yollarını aramaktadır (Blanken Dewulf, 2010:11). Çağdaş sağlık bakımındaki problemler, hükümetlerin bireysel olarak çözemedikleri kadar karmaşık olan problemlerdir. Hem kamu hem de özel sektör, uluslararası ve ülke içi politika gündemlerinde tartışılmaya devam eden, ortaya çıkmakta olan halk sağlığı sorunlarını ele alma konusundaki bireysel yetersizliklerinin farkındadır (Nishtar, 2004:16). Geleneksel halk sağlığı grupları, sınırlı finansal kaynaklar, karmaşık sosyal ve davranışsal sorunlar, ulusal sınırlar boyunca hızlı hastalık aktarımı ve azaltılmış devlet yetenekleri ile karşı karşıya kalmaktadır.

Aynı zamanda, kar amacı gütmeyen özel kuruluşlar, halk sağlığı hedeflerinin acil ve uzun vadeli hedefleri için önemini kabul etmeye ve kurumsal yükümlülüğünün bir parçası olarak daha geniş bir sosyal sorumluluk görüşünü kabul etmeye başlamıştır (Reich, 2002:13). Bu nedenle, birçok hükümet şu anda sağlık hizmetleri sağlayıcıları

(kamu sektörü), bina ve yönetim şirketleri ve finansörler (özel sektör) arasında KÖO'ları kurarak bu sorunlarla başa çıkmaktadır. Bu nedenle sağlık sektöründe KÖO'ları kaçınılmazdır. 1990'ların ikinci yarısında reform paketlerinin başlatılmasının ardından, ağ oluşturma, bütünsel yönetim ve ortaklıklar yoluyla sosyal uyumun değerlerini vurgulayan modernleşme öyküsüne kademeli bir geçiş oldu (Newman, 2004:16). Etki çeşitli seviyelerde görüldü. Küresel düzeyde, sağlık politikalarını formüle etmede ve sağlık hizmeti standartlarını belirlemede önemli bir rol oynayan Dünya Sağlık Örgütü gibi kurumlar, finansman araştırmada devlet ile piyasa arasındaki ortaklıkları memnuniyetle karşıladı ve teşvik etti (Baru ve Nundy, 2008). Ayrıca, hizmet sağlayıcılar üzerindeki artan finansal baskılarla birlikte, kamu ve özel topluluk liderleri, çok çeşitli toplum sağlığı ihtiyaçlarını karşılamamanın ve yerel sağlık hizmetlerinin tahsis edilmesini rasyonalize etmenin bir yolu olarak bu tür ortaklıklara giderek daha fazla bakıyorlardı (Bazzoli vd, 1997:265-270). Ortaya çıkan baskın mantık, mali kısıtlamaların kamu harcamalarının önceliklendirilmesini ve kısıtlanmasını gerektirdiği ve özel sektöre yönelmenin maliyet ve yatırım zorluğunu aşabileceği, verimliliği artıracığı, hizmet sunumu ve azaltılmış maliyetlerle yönetim açısından büyük ölçüde kolaylaşacağını ve hizmet kalitesi artıracığını söylemektedir (Nikolic ve Maikisch, 2006:6).

Ayrıca, temel olarak yaşanan nüfuslardan, tıbbi teknolojik gelişmelerden ve politika değişikliklerinden dolayı sağlık hizmeti sunumundaki hızlı değişim, dünyanın dört bir yanındaki hükümetlerin sağlık hizmeti maliyetlerini artırma ve devlet bütçelerini azaltma gibi sorunlarla başa çıkması anlamına geliyordu. Birçok hükümet için, sağlık hizmeti sağlayıcıları ve özel sektör arasındaki KÖO'lar, bu sorunlarla başa çıkmanın bir yolunu temsil ediyordu. Bu dinamik ortamda, kamu sektörünün rolü gelişti ve toplum sağlığını iyileştirmeyi amaçlayan toplum sağlığı planlamasında ortaklığın oluşumuna doğru doğrudan hizmet sunumundan uzaklaşarak ilerlemiştir.

Sağlık sektöründeki KÖO'ları, kamu ve özel sektörün sorumluluk ve risk derecelerine bağlı olarak çeşitli biçimlerde olabilir. Bir sözleşmede tanımlanabilecek veya farklı bir düzenleme ile tezahür ettirilebilecek ortak hedeflerin, risklerin ve ödüllerin paylaşılması ile karakterize edilirler. KÖO'ları uygun bir şekilde yapılandırıldığında ve uygulandığında, belirli maliyet ve yatırım zorluklarının ele alınmasına yardımcı olur, hizmet verimliliğinde iyileştirmeler sunar ve hizmet kalitesini artırır. Bununla birlikte, KÖO'larının yapılandırılması ve uygulanması

kolay olmayabilir, çünkü çoğu durumda mevcut en etkili veya verimli seçenek olmayabilir. Bu nedenle, başarı ve sürdürülebilirlik koşullarının dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi, böyle bir yaklaşımın maliyet ve faydalarını ve başarı olasılığını değerlendirmek için duruma göre gereklidir (Nikolic ve Maikisch, 2006:10-12).

Dünya genelinde sağlığı iyileştirme aracı olarak KÖO'larının etkinliğini değerlendirmek için bir protokol önerilmiştir. Bu protokol, Amerika Birleşik Devletleri'nin her birinden sağlıkla ilgili bir disiplinde uzmanlığa sahip dokuz uzmandan oluşan bir panel tarafından hazırlanmıştır. Protokolün sekiz temel yönü vardır:

- Kamu ve özel sektör arasındaki ilişki.
- Kamu ve özel sektör katılımcıları arasındaki ortaklığın niteliği.
- KÖO projesinin finansal düzenlemeleri.
- Hükümet politikası, ortaklık çabalarını teşvik etmek için yürürlüğe girdi.
- KÖO sonuçlarının tanımlanması ve nicelendirilmesi.
- Eşitlik konularını değerlendirme.
- Analizin potansiyel zayıflığını belirlemek.

KÖO'nın etkinliği her zaman garanti edilemez. KÖO'ları yardımcı olabilir ancak her yerde deva değillerdir (Widdus, 2001:10). Ayrıca, KÖO'larının karmaşıklığı nedeniyle, uygulama aşamasında çeşitli sorunlar ortaya çıkabilmektedir.

Kamu ve özel sektör arasındaki ortaklıklar, genellikle istenen sonuçları üretme şansına sahip yenilikçi yöntemler sunmak olarak görülmektedir. Her sektörün en çok uzmanlaştığı şeylerde katkıda bulunması ve bu becerilerin, yeteneklerin ve güçlerin birleşimi en iyi sonuçları üretme potansiyeline sahip olması önemli bir faydadır. Sağlık sektöründe KÖO'larına ilişkin temel kaygılardan biri halkın ilgisine olan etkisidir. Özel ortağın birincil amaç olarak kamuoyunun menfaatine sahip olması gerekmeyebileceğinden, bu anlaşılabilir bir durumdur.

KÖO'ları ya ekonomik çıkarları olan tamamen ticari girişimler olarak yorumlanabilir veya eylem halindeyken kamu politikası olarak görülebilir. Bu, ortaklıkların bütünlük-güvenden etik dışı, düzenleyici-politik davranışa kadar bir yelpazede herhangi bir noktada oynayabileceği anlamına gelir (Johnston ve Gudergan, 2007:14). Tipik olarak, İngiltere KÖO'ları özel sektörün tasarladığı, inşa ettiği, finanse ettiği ve/veya koruduğu bir hastanenin sağlanması için kamu ve özel

kuruluşlar arasındaki düzenlemeleri içerir (Hellowell ve Pollock, 2009:17). Özel kuruluş, hastanede sunulan hizmetlere dayanarak kamu kuruluşu tarafından geri ödeme alır. Birçok KÖO sözleşmesi 25 yıldan daha uzun bir süre için imzalanmıştır.

İtalyan sağlık sistemi Servizio Sanitario Nazionale (SSN), Avrupa'nın en büyük ikinci KÖO pazarına girdi. Bu KÖO projelerinin kapsamı, tamamen yeni hastanelerin kurulmasından, tadilat projeleri yoluyla, otoparklar ve eğitim merkezleri gibi küçük klinik olmayan varlıkların teslimine kadar değişmektedir. İtalyan SSN vergilendirilir ve tüm nüfusa sağlık hizmeti sağlar. SSN merkezi olmayan bir şirkettir ve bölgesel hükümetler sağlık hizmetlerinin finanse edilmesinden ve sağlanmasından sorumludur. Bölgesel hükümetler yerel vergilendirme yoluyla kaynaklar üretir, sağlık bütçelerini belirler ve kaynakları yerel sağlık birimlerine yönlendirir (Vecchi vd., 2010:8). 2002 yılında bir hükümet bölgesi konferansında, SSN hastanelerinin beşte birinin değiştirilmesi ve yüzde 30'unun yenilenmesi gerektiği değerlendirildi. Bu mali boşluk, KÖO'ların sağlık sektöründe değerlendirilmesi ile sağlandı. İngiltere'nin uygulamalarına paralel olarak, İtalya'nın sağlık sektöründeki KÖO'ları genellikle kamu ve özel sektörler arasındaki İngiliz standartlarına uygun düzenlemelerle yapılmıştır.

Allard ve Cheng (2009) İspanya'daki KÖO'ları araştırmış ve KÖO'ların çoğunun imtiyaz modeline sahip olduğunu ve İmtiyaz Kanunu ile Kamu İdaresi Sözleşmeleri Kanunu ile yönetildiğini ifade etmiştir. İspanya'daki tedarik süreci beş aşamadan oluşmaktadır. İlk aşama ön araştırma, fizibilite çalışmaları ve sözleşme koşullarının ilgili devlet kurumu tarafından hazırlanmasını içerir. Sonraki aşamalar, projenin teklif sahiplerine açılmasını, teklif sürecini ve teklifin verilmesini kapsar. Son aşamada, her iki ortak da son imtiyaz sözleşmesini imzalar (Allard ve Cheng, 2009:16-19).

Sağlık hizmetlerinde KÖO'ları İspanya'da muhteşem bir büyüme gösterebilirler de, başarıları hakkında makul bir değerlendirme yapmak için henüz erkendir. Çoğu hastane daha yeni faaliyete geçmiş ve bu, karşılaşılabilecek herhangi bir problemin ortaya çıkması için çok az zamanları olduğu anlamına gelmektedir. Ek olarak, sağlanan bilginin kalitesi ve hastaların memnuniyeti hakkında kamuya açık bilgi sağlayacak çok az mekanizma var gibi görünmektedir. Bu nedenle, İspanya'nın yeni sağlık hizmeti sunumunun büyük bir kısmı için KÖO'lara güvenmesinin, vatandaşları

için yüksek kalitede, uygun fiyatlı sağlık hizmeti sağlama hedefine daha da yaklaşp yaklaşmadığı konusunda sonuçlara varmak mümkün değildir.

De Costa ve Diwan (2007), Hindistan'ın en büyük illerinden birinde, özel sağlık sektörünün boyutunu ve kompozisyonunu ampirik olarak değerlendirmiştir. İldeki büyük bir özel sektör olduğu göz önüne alındığında, devletin yapıcı gözetimine doğru ilerlemesi gerektiğini savunmaktadır. Kamu kesiminin doğrudan hizmet sunumu ile koordinasyon ve düzenlemedeki yeni roller arasında bir denge bulması gerektiğini belirtmişlerdir (De Costa ve Diwan 2007:15).

Lim (2004) Singapur'da sağlık hizmeti sunumunun durumunu açıklamaktadır. Sağlık hizmeti sunumunun önemli bir bölümünün özel sektöre nasıl aktarıldığını gösteriyor. Ayrıca, Singapur'un deneyimi, sağlık hizmetlerini finanse etmek için kamu ve özel kaynaklara dokunmanın, verimlilik ve eşitlikle ilgili endişeleri dengelerken ulusal sağlık hedeflerine nasıl ulaşabileceğini gösteren KÖO'daki ilginç bir vaka çalışmasını temsil etmektedir. Bireysel devlet sorumluluğu üzerinde bireye vurgu yapan verimlilik odaklı sağlık finansmanı reformları, öz sermaye pahasına uygulanmış görünmektedir. Singapurluların kendileri, tıbbi harcamalarının bir kısmını ödemekten memnuniyet duyuyorlar (Lim 2004:17-18).

KÖO kamu ve özel sektör ortaklarının farklı hedefleri, bir KÖO'nın başarısını veya başarısızlığını değerlendirirken, proje verimliliğini mikroekonomik düzeyde değerlendirmenin gerekliliğini sorgulayan anahtar faktördür. Bir KÖO'nın başlatılmasındaki ana sebep, bir projenin geleneksel yöntemlerden ziyade KÖO ile yapılmasından kaynaklanan maliyet tasarrufudur. Bu tasarruflar, özel sektörün kamu sektörüne kıyasla daha fazla inovasyon ve verimliliğinden kaynaklanmaktadır (Grimsey ve Lewis, 2004:25-26). Özel sektör genellikle varlık tedarikinde ve hizmet sunumunda uzmanlığını, deneyimini ve yenilikçi fikirlerini / teknolojisini uygulayarak daha yüksek operasyonel verimlilik sağlar. Genel proje maliyet tasarrufu, karı maksimize ederken, mümkün olan en düşük toplam yaşam çevrimi maliyetini gözetmek suretiyle elde edilebilir (Cheung vd., 2005:22).

Büyük yatırım projelerinin hayata geçirilmesi için uygun ve etkili alternatiflerin yokluğunda, KÖO kullanımı kaçınılmaz görünüyor. Bununla birlikte, bunlara ilişkin en büyük dezavantaj, KÖO ortakları arasındaki sürekli çıkar çatışmasıdır. Tanım olarak, KÖO'ları farklı stratejiler ve operasyonel hedefleri olan yapısal olarak farklı

iki kuruluş arasında bir ortaklık içerir. Özel sektöre ait ortaklar kar marjlarını en üst düzeye çıkarmayı veya işlerinin performansını arttırmayı hedeflerken, kamu sektörüne ait ortaklar sosyal, politik ve bütçe hedeflerini optimize etmeyi amaçlar. Ortaklar arasındaki ilişkiyle ilgili en büyük risk dengesiz ortaklıklar oluşturmaktır. KÖO ortaklarının önemi göz önüne alındığında, doğru ortakların seçimi çok önemlidir. Ancak aday firmaların seçiminde hangi ölçütler kullanılmalıdır? Tek ve net bir cevap olmamasına rağmen, kamu sektörünün ortaklar için seçim sürecinin adil ve şeffaf olmasını sağlaması esastır.

McGill Üniversitesi Sağlık Merkezi, dünyadaki en büyük hastane geliştirme projeleri arasına yerleştirerek 1.579 milyar dolarlık yeniden geliştirme projesine tabi tutulmaktadır. Teşebbüsün büyüklüğü, Quebec hükümetini ve MUHC'yi kamuya özel ortaklık alımlarını yatırım yapılan doların değerini maksimize etmek için potansiyel bir araç olarak kullanmayı düşünmeye yöneltmiştir. Ocak 2006'da MUHC, bu bölgelerin her ikisinin de modellerini nasıl geliştirdiğini araştırmak için Victoria, Avustralya ve British Columbia, Kanada eyaletlerine bir temsilci gönderdi. Bu bölgeler, ortaya çıkan Quebec KÖO sürecinin kökenlerini temsil ettikleri için seçildi. KÖO, Birleşik Krallık'ta başlamış, sonra Avustralya'da kullanılmış ve sonunda Kanada'da kullanılmıştır (Roehrich vd. 2014:67).

Bugün toplumsal sorunlara yönelik çözümlerin kamu ve özel sektörlerin ortaklaşa çaba gerektirdiği açıktır. Bu gözlem aksiyomatik olsa da bu çabaların en iyi şekilde nasıl birleştirileceği devam eden tartışma konusu olmaya devam etmektedir. Bireysel toplumların karşılaştığı mevcut küresel zorluklar göz önüne alındığında, sorun daha da baskındır; en sık olanlar arasında: iklim değişikliği, başarısız devletler, terörizm, ekonomik gerileme, yoksulluk, vatandaş güvenliği, uygun fiyatlı mal ve hizmetler ve göçmenlik sayılabilir. Bu zorlukların üstesinden gelmek, sağladıkları fırsatlardan yararlanmak ve tehditleri azaltmak, genişleyen bir dizi aktörle birlikte sektörler (hükümet, iş dünyası ve gönüllü) için yeni örgütsel düzenlemeler ve taahhütler gerektirmektedir (Micaela vd. 2018:19).

KÖO'larının belediye altyapısı ve kentsel hizmetlerde uzun bir geçmişi vardır ve önemli bir literatür ile ele alınmaktadır (Grimsey ve Lewis, 2007:10-14). KÖO tanımındaki baskın bir konu, altyapı finansmanı, inşaat, işletme ve bakım ile ilgilidir. KÖO'nı "kamu ve özel ortaklar arasında riskleri, maliyetleri, faydaları paylaştığı

veya yeniden tahsis ettikleri altyapı tesislerinin planlanması / inşası ve / veya işletilmesinde yapısal bir iş birliği biçimi” olarak tanımlamaktadır.

Kostyak (2017) ortaklığı analiz etmek için kullandığı yaklaşım, bu iki kavramı kullanarak, ortaklığın ne olduğu ya da ne olmadığını kategorik olarak belirlemek yerine, ortaklığın belirli bir KÖO’nın az çok sergileyebileceği göreceli bir fenomen olarak tanıdığı farklı bir tanım geliştirmek için kullanır. Bu öğeler şunlardır: karşılıklılık ve organizasyon kimliği. Karşılıklılık, ortak bir hedefe olan bağlılığı ve ortakların ortak kontrol ve sorumluluk ruhu içinde ne ölçüde faaliyet gösterdiğini kapsar. Organizasyon kimliği, kendi özel yeterliliklerine göre belirli ortakları seçmenin gerekçesini gösterir; bunlara yatırım yapmak ve bunları sürdürmek ortaklığın katma değerinin temelini oluşturur. Daha spesifik olarak, karşılıklılık karşılıklı bağımlılık anlamına gelir ve her aktörün diğerlerine karşı hak ve sorumluluklarını gerektirir. Ortaklığa gömülmüş olmak, ortaklığın hedeflerine ve her bir ortak kuruluşun misyon ve hedeflerine uygun olma konusundaki uyumlarına yönelik ortak bir taahhüttür. Karşılıklılık, bir veya daha fazla ortağın egemenliğinin aksine, karar vermede bir dereceye kadar eşitlik anlamına gelir. Ortaklar hedeflerini, süreçlerini, sonuçlarını ve değerlendirmelerini etkileme fırsatına sahiptir (Kostyak 2017:21-25).

Organizasyon kimliği, bireysel ortak kuruluşların kendine özgü yeterlilik ve yeteneklerini tanımlar. Organizasyon kimliğinin korunması, bir organizasyonun misyonuna, temel değerlerine ve seçmenlerine tutarlı ve bağlı kaldığı ölçüdedir. İkincisi, daha geniş bir kurumsal bakış açısından, organizasyon kimliği aynı zamanda ortak kuruluşun menşei olduğu sektörü veya organizasyon türünü yansıtan özelliklerin - özellikle de karşılaştırmalı üstünlüklerin - korunmasını ifade eder. Ortaklıklar için temel itici güç, hedeflere ulaşmak için gereken temel kaynaklara erişmektir. Bu tür varlıklar, para ve malzemenin zor kaynaklarının yanı sıra, yönetsel ve teknik beceriler, bilgiler, irtibatlar ve güvenilirlik / meşruiyet gibi önemli kaynakları da gerektirebilir (Koppenjan 2015:19).

Ortakların kimliğine verilen destek ve saygı sonucunda karar almada ortak ile tam eşitliği gerçekçi olmadığı için ortaklık göreceli bir uygulama haline gelir. Bununla birlikte, bu boyutlar, sözleşmeyi (yüksek organizasyon kimliği, yüksek karşılıklılık), uzatma (düşük organizasyon kimliği, düşük karşılıklılık) gibi diğer kuruluşlar arası ilişkilerden ortaklığı (yüksek organizasyon kimliği, yüksek karşılıklılık)

karşılaştırmak için kullanılabilir (Kostyak (2017:20-22)). Bu nedenle tanımımız, ortaklığın en eksiksiz ifadesini temsil eden aşağıdaki özelliklerle sektörler arası bir iş birliğini kabul eder:

- Birlikte belirlenmiş hedefler.
- İşbirlikçi ve düşünce birliğine dayalı karar verme.
- Hiyerarşik olmayan yatay işlemler gerçekleştirme.
- Güven temelli resmi ve resmiyet dışı ilişkiler.
- Ürünler ve sonuçlar için paylaşılan sorumluluk.

Bu özelliklerde ortaklık gerekçeleri yönetim etkinliğini arttırmanın bir aracı olarak en yaygın şekilde tanıtılmıştır. Genel gerekçelere ek olarak, hükümetler ortaklığın asıl amacı ile ilgili daha spesifik nedenlerden dolayı belirli aktör türleriyle ortak olmayı seçebilirler. Bununla birlikte, bu nedenler, ortaklık hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığına ve nasıl sağlanacağına ilişkin naif beklentilere katkıda bulunan yanlış veya temsili olmayan klişeleri yansıtır olabilir.

Altyapı için kurulan KÖO'ları, limanları, otoyolları, kanalizasyon ve atık arıtma tesisleri, telekomünikasyon, elektrik enerjisi üretimi ve benzeri gibi altyapıyı finanse etmek, inşa etmek ve işletmek için hükümetleri ve özel sektörü bir araya getirir (Grimsey ve Lewis, 2007:10-12). Altyapı KÖO'ları, teknoloji ve sermaye elde etmek için hem ulusal hem de çokuluslu firmalarla ortak girişimler yapmak, çeşitli türlerde işletmek - devir sözleşmeleri (BOT'lar) kurmak ve çeşitli krediler veya güven fonları (örneğin konut kredisi) kurmak gibi çeşitli yapılar ve süreçler kullanır. Hizmet sunumunda olduğu gibi, KÖO altyapısı için performans ölçütleri ve normları, özelleştirme ve serbestleştirme ilkelerinden oluşmaktadır. Bunlar verimliliği ve kaliteyi destekleyen piyasa mekanizmaları, paranın karşılığını vurgulama ve kamu altyapısı işletme ve bakımı için sürdürülebilir kapasite yaratma şeklindedir.

ABD, Avrupa ve Birleşik Krallık'ta, bu tür ortaklıklar yerel, eyalet ve federal fonların birleşimiyle belediye, ilçe ve eyalet seviyelerinde yaygındır. Bu kategoride özel sektör tarafında doğan ortaklıkların birçoğu kurumsal sosyal sorumluluk programlarından ve çift veya üçlü alt çizgiye bağlılığından kaynaklanmaktadır. Hükümetler ve uluslararası bağış ortakları sık sık hem finans açısından hem de özel firmaları STK'larla ve/veya yerel topluluklarla eşleştirmede aracı bir rol oynamaktadır. Küresel düzeyde, KÖO'ları genellikle yoksul ülkelerde ekonomik

kalkınmaya sektöre özel katkılar için, kaynak seferberliğini hedeflemektedir (Bull ve McNeill, 2007:4-8).

H. Bazı Ülkelerde Sağlık Sektöründe Kamu-Özel Ortaklık Uygulamaları

Her ne kadar kamu-özel sektör ortaklıkları sağlık sektöründe yaygınlaşsa da etkinliklerini destekleyen kanıtlar sınırlıdır ve özel ortak tarafından sağlanan ürün veya hizmetlerin sağlığa zarar verdiği durumlarda, doğasında var olan çıkar çatışmalarının üstesinden gelmek zor olabilir. 2030 için Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nin 17. hedefi, ülkelerin “Ortak kamu, özel-kamu ve sivil toplum ortaklıklarını etkili bir şekilde teşvik etmek, ortaklıkların deneyimini ve kaynak stratejilerini geliştirmek” için aktif bir şekilde savunmaktadır (UNDP). KÖO'ları lehine yapılan tartışmalar arasında sağlığa yönelik büyük tehditlerin sadece hükümetler tarafından ele alınamayacağıdır (Cannon, 2009:27-30); KÖO'larının halk sağlığı hizmetlerinin kapasitesini, kalitesini ve erişimini zenginleştirdiği (Kraak vd., 2009:5-6); öz düzenlemeyi geliştirdiklerini (Kickbusch ve Quick., 1998: 68–74); ve son olarak, KÖO'larının daha sağlıklı tasarım ve ürün içeriğinde yeniliğe olanak sağlayan sürdürülebilir iş modellerini teşvik etmektedir (Mello vd., 2008:595–604). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesindeki iş birliği, hastalıklarla ilgili ürünler üreten ve halk sağlığı kurumlarının güvenilirliğine zarar verebilecek endüstrilere meşruiyet ve güvenilirlik kazandırmaktadır (Yach vd., 2010:74–80).

Halk sağlığı altyapısının ve hizmet sunumunun geliştirilmesi, finanse edilmesi ve sunulmasında veya ilaç, aşı ve diğer ürünlerin sağlanmasında birçok kamu-özel sektör etkileşimi kullanılırken, sağlık ile olumsuz ilişkili hükümetler ve endüstriler arasındaki anlaşmalar söz konusu olduğunda özellikle sağlığın teşviki ve geliştirilmesi alanında önemli eleştiriler ortaya çıkmıştır (Freedhoff ve Hébert, 2011:183-291). Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile hizmet sunumu arasında, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi girişimlerine sınırlı bir ticari ilgi olması bakımından önemli bir fark vardır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanların sağlıklı sağlık politikalarının benimsenmesini iyileştirmek, sağlık okuryazarlığını artırmak ve sonuçta fiziksel çevrede değişiklikler yapmak için çok çeşitli sosyal ve çevresel girişimleri kapsayan, insanların sağlıkları üzerindeki kontrolünü artırıp iyileştirmelerini sağlama süreci olarak anlaşılmaktadır. Bu faaliyetlerin bir kısmı iş

modelleri ile doğrudan çatışmaya girebilir (Hernandez-Aguado ve Zaragoza, 2016:6-12).

Moodie R. ve diğ. hükümet düzenlemeleri tarafından yönlendirilmedikçe, alkol ve işlenmiş gıda ve içecek endüstrilerinin ortaklığının güvenli veya etkili olduğuna dair bir kanıt bulunmadığını öne sürmektedir (Moodie vd., 2013:381-383). Galea ve McKee, politika yapıcılarının kamu-özel sektör ortaklıklarına katılmadan önce beş test önermiştir (Galea ve McKee, 2014:115-118). Temel dayanak, şirketin sağladığı temel ürün veya hizmet sağlığa zarar verdiğinde ortaklıklardan kaçınmak ve kamu ortağının sorumluluğu olan genel strateji çizgileri geliştirmektir. Büyük şirketler ile iş birliğinin potansiyel olarak zarar verici etkilerinin tanınması son yıllarda artmıştır. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi programlarının uygulanması için özel ortaklarla etkileşime girmeye yönelik kriterler oluşturma gereğinin ötesinde, bu ortaklıkların etkinliği hakkında bilimsel kanıt önemli bir konu haline gelmektedir. İdeal olarak değerlendirmeler, ortaklığın nüfus sağlığında gerçek ve kalıcı bir iyileşme üretip üretemeyeceğini ele almalıdır. Sağlık göstergeleri kullanarak değişikliklerin gösterilmesi zor olsa da değerlendirmeyi yapmadan önce kurulan ara göstergeler, girişimin istenen etkiye sahip olduğunu belirtmek için yararlı olabilir. Kamu-özel sektör etkileşimlerini değerlendirme gücü ve potansiyel çıkar çatışmalarının sıklığı, özellikle sağlığın teşviki ve geliştirilmesinde değerlendirmelerin azlığını açıklayabilir (Freedhoff ve Hébert, 2011:183-291). Şimdiye kadar, çeşitli değerlendirmeler sağlık hizmetleri sunumuyla ilgili kamu-özel anlaşmalarına değinmiş ya da KÖO'nun sağlık üzerindeki etkisi yerine başarılı işleyiş (süreç değerlendirmeleri) ile ilgili özelliklerini değerlendirmekle sınırlandırılmıştır (Roehrich vd., 2014:113-115; Buse ve Tanaka 2011:2-4).

KÖO'ları birçok ülkede sağlık sektöründe yapıcı reformlar yapmak için kullanılmıştır. Hem gelişmekte olan hem de gelişmemiş ülkelerde, kamu-özel sektör ortaklıkları, bir dizi sağlık alanında yenilikleri teşvik etmek ve kolaylaştırmak için yaygın olarak kullanılmaktadır. En yaygın faaliyetler genel olarak araştırma, bulaşıcı hastalıkların tedavisi için aşılar ve ilaçların keşfi, kişiselleştirilmiş tıbbın geliştirilmesi, yönetim ve altyapı büyümesi ile ilgilidir (Kwak ve ark. 2009:3-5; Reijneveld 2012:4-6; Gottwald ve ark. 2016:7-11; Karawajczyk ve ark. 2017:12-13; Granados Moreno ve ark. 2017:2-3; Sadeghi ve ark. 2016:5-6).

3.8.1. İngiltere

İngiltere, kamu hizmetleri projeleri için kamu özel ortaklıkları kavramını geliştiren dünyada ilk ülke olmuştur. Özel sektör ile ortaklık yoluyla, KÖO'ları finansal riskleri en aza indirirken, modern tesislerde verimli, uygun maliyetli ve ölçülebilir kamu hizmetlerinin sunulmasını sağlamıştır. KÖO'ları 21. yüzyıl sağlık hizmetlerinden talep edilen hizmet ve tesisleri sağlamak için yenilikçi ve girişimci yaklaşımlar sunmaktadır. Amaç güçlü ortaklıkların oluşturulmasıdır (Kosycarz vd., 2019:1-2). Dünyanın dört bir yanındaki ülkeler, kendi KÖO modellerini geliştirmek ve sağlık tesisleri ve hizmetleri sunmak için İngiltere ile birlikte çalışmaktadır. İngiltere uzmanlığını kullanarak kendi KÖO modellerini geliştiren ülkeler Kanada, İrlanda, Portekiz, Avustralya, Japonya, İsveç'tir. İngiltere'de KÖO 20 yıldan fazla deneyim, 130'dan fazla sağlık sektörü KÖO projesi ve 12 milyar sterlin sermaye değeri konularında öne çıkmaktadır. İngiltere'de KÖO kısa bir tarihinde 1991 yılında İngiltere hükümeti kamu-özel sektör ortaklıklarını başlatmıştır. 1996 yılında Norwich'te 1.000 yataklı bir hastane tasarlamak, inşa etmek ve finanse etmek ve işletmek için ilk sözleşme imzalanmıştır. 2001 yılında Norwich hastanesi belirlenen bütçeyle ve programdan 5 ay önce tamamlanmıştır. 2006 yılında İngiltere'deki en büyük KÖO hastane sözleşmesi St Bartholomew'in ve Royal London projesi için 1,1 milyar sterlin'lik anlaşma imzalanmıştır. 2012 yılında 2001'den beri tamamlanan, devam eden veya onaylanan 130'dan fazla sağlık hizmeti ile ilgili KÖO programı sayısına ulaşıldı. 2016 yılında St Bartholomew'in ve Royal London projeleri planlanan şekilde tamamlanmıştır (Kosycarz vd., 2019:1-2).

Genel olarak, İngiltere ve Avustralya gibi en fazla sözleşme imzalayan ülkelerde bile, KÖO'ları tüm sektörlerdeki tüm altyapı yatırımlarının sadece %15'ini oluşturmaktadır. Çoğu OECD ülkesinde, oran %5'ten azdır, birçoğunda hala sıfıra yakındır. Avrupa içinde, KÖO'ları %5'in biraz üzerindedir (EIB 2012). Avrupa KÖO Uzmanlık Merkezi, 2016 yılında Avrupa Pazarında (AB-28, Batı Balkanlar ve Türkiye olarak tanımlanan) her türlü KÖO işleminin toplam değerinin 12 milyar Euro'ya ulaştığını ve 2015'ten %22 oranında fazla olduğunu bildirmiştir (Kosycarz vd., 2019:1-2).

Bir kamu hastanesini devralan özel bir yatırımcı tarafından kârın maksimize edilmesinin, hastanenin ücretsiz hizmet vermesi gereken hastaları olumsuz yönde etkileyeceğine inanılmaktadır. Bu teorinin reddine bir örnek, tedavi edilen hasta

sayısının hükümet tarafından inşa edilen ve finanse edilen 12 yeni devlet hastanesinde özel bir ortağın kullanılmasından sonra %30 arttığı Brezilya'dır (Taylor ve ark. 2002:2-6). Özel bir ortak tarafından bir devlet hastanesini ele geçirmenin faydalarını gösteren bir diğer örnek, İsveç'in Stockholm şehrindeki St. Goran'ın hastanesidir. Özel ortak sadece hizmet kalitesini iyileştirmekle kalmayıp, aynı zamanda hastane de yılda 100.000 hastayı aynı kaynaklarla tedavi edebilmektedir (Hjertqvist 2000:3-4). McKee ve ark. (2006) Avustralya, İspanya ve İngiltere gibi ülkelerin deneyimlerine dayanarak, KÖO'larının oluşturduğu yeni tesislerin geleneksel sistemle üretildiklerinden daha pahalı olduklarına dikkat çekmektedir. Ama önce, genellikle zamanında inşa edilirler ve ikincisi, geleneksel yöntemle, yeni tesisler genellikle kaliteden ödün verir. McKee ve ark. (2006) 2001 yılında, İngiltere'deki KÖO projelerinin %76'sının planlanan bütçe dahilinde ve %79'unun zamanında teslim edildiğini, bununla birlikte geleneksel satın alma kullanılarak inşa edilen hastanelerin %30'unun zamanında ve %27'sinin planlanan bütçe dahilinde tamamlandığını bildirmektedir (McKee vd., 2006: 890–893).

3.8.2. Kanada

2003'ten bu yana 18 milyar doların üzerinde değere sahip 50'den fazla hastane KÖO ile ilerlemiştir ve bunlar satın alma, inşaat veya halihazırda faaliyette bulunmaktadır. Bunların çoğu Ontario'dadır, diğerleri British Columbia, Quebec ve son zamanlarda New Brunswick'te bulunmaktadır. Kanada'nın sağlık altyapısı yenileme hedefleri, KÖO modeli aracılığıyla giderek gerçekleştirilmektedir (McKee vd., 2006: 890–893).

Kanada eyalet altyapı ajansları ve hastaneleri, KÖO'larının başarılarından etkilenmektedir, çünkü zamanında projeler teslim edilmiştir, bütçede değişiklik olmamıştır, yenilik sağlanmış ve uzun vadeli maliyet kesinliği elde edilmiştir.

Kanada'daki KÖO hastaneleri klinik yenilik de sağlamaktadır ve hasta memnuniyetini de artırmaktadır. Belki de kullanılan tedarik modelinin değil, yeni tesislerin bir sonucu olmasına rağmen, birçok Kanadalı KÖO hastane tedariki, aşağıdakileri içeren daha iyi sonuçlara yol açabilecek bir dizi girdi özelliği sergilemektedir: klinik kullanıcı gruplarının planlama ve tasarıma önemli ölçüde dahil edilmesi; özel sektör teklif değerlendirmesinde klinik işlevselliğe güçlü vurgu; özel sektör istekleri arasında güçlü rekabet; uluslararası uzmanların hem hastane hem

de teklif veren tarafında hastane planlaması ve tasarımına katılımının sağlamış olmasıdır (Hjertqvist 2000:3-4).

Kanada sağlık sistemi birtakım zorluklarla karşı karşıyadır: yaşlanan nüfus, kronik hastalıklarda artış, hızla değişen tıbbi teknolojiler ve sıkı bütçeler bunlardan en önemlileridir. Akut ve uzmanlaşmış bakım hizmetlerini daha büyük, merkezi tesislerde yoğunlaştırmak, teknolojinin ve tıbbi uzmanlığın daha verimli kullanılmasını sağlar ve daha iyi bakım kalitesine yol açar. Bu zorlukların üstesinden gelmek için KÖO modelleri de gelişmelidir (Gerard vd., 2009: 1114–1120).

3.8.3. İrlanda

İrlanda'da sağlık sistemi, özel ve kamusal tedarik ve finansmanın karmaşık bir karışımını içermektedir. Sağlık bakımı finansmanı ağırlıklı olarak kamu kaynaklarından gelmektedir, ancak bireyler tarafından özel sağlık sigortası ve cepten ödemeler de önemli yer tutmaktadır. Nüfusun yaklaşık%43'ü özel sağlık sigortasına sahiptir (2016 verileri); bu, özellikle özel veya yarı özel akut hastane hizmetleri için kapsam sağlar (Mercille 2019. 2-4).

Ancak, 25 yıllık sözleşme süresi boyunca, hükümetin kümülatif yıllık ödemeleri doğrudan devlet alımlarının maliyetlerini aşma riski taşımaktadır. Ayrıca, sağlık sektöründe KÖO ile Avrupa deneyiminin gözden geçirilmesi, performansın “karışık” ve “karşılanmadığı” sonucuna vardı. İrlanda deneyiminin incelemeleri de KÖO planlarının devlete beklenenden daha pahalı olduğunu kanıtlamıştır. Özel maliyetler özel borçlanma faizlerinin devletten daha yüksek olması nedeniyle ortaya çıkmaktadır. Borçlanma faiz oranları, toplam proje maliyetlerinin bir kısmı özel şirket karları tarafından karşılanırken, devlet sigorta masraflarını, dış danışmanları, yönetim ve idare ücretlerini ödemek zorundadır Teorik olarak, bu maliyetler daha yüksek kalite ile karşılanabilir. Projeler veya verimlilik tasarrufları, ancak çok az deneysel kanıt bu iddiayı desteklemektedir (Mercille 2019. 2-4).

3.8.4. Portekiz

Sağlık hizmetlerindeki KÖO'ları tüm dünyada yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu ortaklıklar, mevcut bir hastaneyi özel olarak yönetmeyi amaçlayan basit bir franchisingden, temelde topluma bakım sağlamak için hastaneyi ve birinci basamak merkezlerini entegre etmekle karakterize edilen tüm bakım seviyelerinde tam hizmet sunumuna kadar değişebilir. Bu modellerin önemli bir özelliği, klinik hizmetlerin

kamu sektörü ve stratejik özel ortak tarafından imzalanan sözleşmeye dahil edilmesiyle ilgilidir. İngiliz özel finans girişimlerini izleyen en yaygın model, altyapının (bina dahil) ve yan hizmetlerin yönetimini özel ortağa bağlar ve bakım hizmetlerini ulusal sağlık hizmetleri çatısı altında tutar. Örneğin, Fransa, Almanya, İtalya ve tabii ki İngiltere gibi ülkeler bu tip KÖO modelini benimsemiştir. Buna karşılık, bazı Akdeniz ülkelerindeki (Portekiz ve İspanya) deneyimler, hastane KÖO sözleşmesine klinik hizmetlerin (örn. Personel, klinik cihazlar, ilaçlar) ve klinik olmayan hizmetlerin (örn. Çamaşırhane) yönetimini içermiştir (Ferreira ve Marques 2020:3-6).

Bununla birlikte, hastane KÖO sözleşmelerinin diğer sınıflandırmaları da mevcuttur. Örneğin, Avrupa Birliği sağlık hizmetlerindeki KÖO'ları basit bir konaklama modelinden (BT için muhasebe olsun veya olmasın), klinik olmayan hizmetlerin yönetimi ve bazı tıbbi cihazların temini, kurulumu ve bakımı arasında değişen sekiz farklı model kullanarak sınıflandırmıştır. Bu sınıflandırmadaki diğer modeller arasında ortak girişimler (ayrı altyapı ve klinik hizmetlerle birlikte) - Portekiz örneğinde olduğu gibi İkiz Özel Amaçlı Araç modeli - ve aynı özel kuruluş tarafından tam hizmetli ikincil bakım sağlanması - bazı Alman hastane zincirlerinde olduğu gibi (Ferreira ve Marques 2020:3-6).

Portekiz sağlık sektörü 1979 yılında kuruldu ve kendileri için talep eden tüm vatandaşlara evrensel ve ücretsiz bakım hizmetleri sunmayı amaçlamaktadır. Sağlık sistemi, olası sözleşmelerle sağlık hizmeti sağlayıcılarına (birinci basamak merkezleri, hastaneler, yerel sağlık birimleri, sürekli bakım birimleri) fon sağlayan Portekiz Sağlık Bakanlığı'nın sorumluluğundadır. Fonlar topluma vergi yoluyla tahsil edilir; bu nedenle Portekizli sağlık sistemi bir Beveridge sistemidir. Sağlık hizmeti ile yapılan kamu harcamaları GSYİH'nın önemli bir bölümünü temsil etmektedir: şu anda, GSYİH'nın yaklaşık %6'sı kamu sağlık harcamaları ile ilgilidir. 2010 yılına kadar, bu harcamaların gelişimi genellikle GSYİH büyümesinin üzerinde olumlu bir seyir izledi. Kriz döneminden sonra sağlık harcamaları, kriz öncesi döneme kıyasla hala daha düşük oranlarda nominal artışlar gözlemlemiştir. 2016 mali yılında, sağlık hizmetleri ile kamu harcamaları, kişi başına 0,61 € 'ya ulaştı ve mevcut toplam harcamaların yaklaşık %66'sına ulaştı. Buna göre, Portekiz Avrupa Birliği ve OECD'de sağlık hizmeti veren en yüksek harcama yapan ülkelerden biri olmaya devam etmektedir (Ferreira ve Marques 2020:3-6).

Sağlık hizmetleri ile yapılan harcamaların Devlet bütçesindeki ağırlığından dolayı, birbirini takip eden Portekiz hükümetleri, ikincil sağlık hizmetleri sektöründe (hastaneler) bir KÖO modeli uygulamıştır. Bu model muhafazakar Özel Finans Girişimi tabanlı İngiliz modeli ile İspanyol (Alzira) modeli arasında yer almaktadır. İlk basamak olarak bilinen Portekiz hastanesi KÖO modeli, tasarım, inşa, finanse, işletmek ve transfer - ve özel ortaklar ve kamu sektörü arasında iki uzun süreli sözleşme kullanır: biri altyapı ve bakım için faaliyetler (30 yıl süren), diğeri ise klinik yönetim ve klinik olmayan hizmetler için (10 yıl boyunca). Bu, Portekizli ve İngiliz hastane KÖO'ları arasındaki temel farktır. Portekiz modelinin altında yatan fikir, paketlenmiş altyapılardan ve klinik yönetimden kaynaklanan sinerjilerin kullanılmasıdır (Ferreira ve Marques 2020:3-6).

3.8.5. Avustralya

Avustralya'da, Batı Avustralya hükümeti, Joondalup sağlık kampında klinik ve klinik olmayan hizmetlerin tasarımı, yapımı, yönetimi ve sağlanması açısından sağlık alanında önde gelen kâr gruplarından birine 1996 yılında bir KÖO sözleşmesi imzaladı. Sözleşme, 20 yıla kadar yapısal tesislerin ve sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesini içeren Yap-Sahip Ol-İşlet-Devret modelini izledi. 1998 yılında açılan 365 yataklı hastane şu anda 379 yataklıdır. Yatakların yüzde altmışı halka açıktır ve hükümet tarafından eşdeğer bir ücret karşılığında ödenebilir. Hükümet, sermaye maliyetini telafi etmek ve sonuçta hastaneyi satın alma sürecini tamamlamak için bu 20 yıl içinde özel ortağa "erişim ücretleri" öder. İmtiyaz süresi boyunca, hastane uygulamada özel sektöre aittir, ancak hastanenin bulunduğu arazi devlete aittir. 20 yıllık sözleşmenin sonunda, bu varlıkların genel bileşenleri devlet mülkiyetine iade edilecektir. Özel sektörler (tıp merkezi ve özel hasta sektörü) 40 yıl sonra hükümete iade edilecektir. Hükümet ayrıca tüketilen her bir hizmet için yıllık para ve 135 umumi yatak için hizmetin büyüklüğünü ödemektedir (Ferreira ve Marques 2020:3-6).

3.8.6. İtalya

İtalyan sağlık sistemi Servizio Sanitario Nazionale (SSN), Avrupa'nın ikinci büyük PPP pazarına dönüştü (Osservatorio Finlombarda, 2011). Bu KÖO projelerinin kapsamı, tamamen yeni hastanelerin inşasından, yenileme projeleri yoluyla, otoparklar ve eğitim merkezleri gibi küçük klinik olmayan varlıkların teslimine kadar

değişmektedir (Osservatorio Finlombarda, 2011). İtalyan SSN'si vergi desteklidir ve tüm nüfusa sağlık bakımı sağlar. SSN ademi merkeziyetçi olup, bölgesel hükümetler sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sunumundan sorumludur. Bölgesel hükümetler, yerel vergilendirme yoluyla kaynak üretiyor, sağlık hizmetleri bütçeleri belirliyor ve kaynakları yerel sağlık birimlerine yönlendiriyorlar. 2002 yılında bir hükümet bölgeleri konferansında (Conferenza Stato Regioni), SSN hastanelerinin beşte birinin değiştirilmesi ve yüzde 30'unun yenilenmesi gerektiği değerlendirildi (Conferenza Stato Regioni, 2002). Bu mali boşluk, KÖO'larının sağlık sektörüne girmesi için arka plan oluşturmuştur. İngiltere uygulamalarına paralel olarak, İtalya'nın sağlık sektöründeki KÖO'lar tipik olarak kamu ve özel sektör arasındaki düzenlemeler İngiliz standartlarını takip eder (Osservatorio Finlombarda, 2011).

3.8.7. Polonya

Polonya'da sağlık sisteminin durumu karmaşıktır. Özel ve kamu sektörü arasında, bir hastanede özel ve kamu ortaklarının ortak hissedarlığı gibi alternatif iş birliği için çeşitli fırsatlar vardır. Bununla birlikte, kamu ödeme kurumları ile kısa vadeli sözleşmeler ve sağlık hizmetleri için çok düşük bir finansman düzeyi gibi KÖO'larının geliştirilmesi için önemli engeller bulunmaktadır. KÖO'larının Polonya pazarındaki başarısını etkileyebilecek ana faktörler şunlardır: sağlık hizmetleri için ödeme yapan ile yapılan arasında bulunan sözleşmedeki değişiklikler, istikrarlı ekonomik yapı ve yasal koşullar, uygun risk dağılımı, her iki tarafta yeterli deneyim, yetkin özel ortak ve yeterli başlangıç sermayesi şeklindedir (Kosycarz vd., 2019:1-2).

Çoğu ülke gibi Brezilya da sağlık bütçesinin büyük kısmını (sağlık harcamalarının yaklaşık yüzde 70'i) hastanelere harcamaktadır. Gayri safi yurtiçi hasılda (GSYH) sağlık harcamalarının hastane payı yüzde 8'i aşmıştır. Bu, orta gelirli bir ülke için yüksektir ve OECD'nin çok daha zengin ülkelerinin ortalamasına yakındır. Brezilya kamu harcamalarıyla ilgili kısıtlamalarla karşı karşıyadır ve hastane harcamalarının büyümesini engellemek istemektedir (Gerard vd., 2009: 1114–1120).

3.8.8. Brezilya

Brezilya'nın sağlık sistemi, kamu ve özel sektör fonlarının, yönetim ve mülkiyet düzenlemelerinin bir karışımıdır. Hükümet, harcamaların yaklaşık yüzde 45'ini; özel sigorta yüzde 25'ini ve cepten yapılan harcamalar, özellikle ilaçlar için, geri kalanı

temsil etmektedir. 1980'lerin sonunda merkezi olmayan Birleşik Sağlık Sisteminin (BSS) oluşturulmasından bu yana, belediyeler ve daha az ölçüde devlet kamu maliyesini ve dağıtım sistemini yönetmektedir. Finansman üç hükümet seviyesi arasında paylaşılır, ancak federal hükümet sağlık için kamu finansmanının yüzde 50'sine katkıda bulunur. Prensipte olarak, BSS tüm popülasyonu kapsar. Uygulamada, çoğu hasta fakirdir. Örneğin, BSS en düşük gelir dilimine sağlanan hastane bakımının yüzde 90'ını ve bir sonraki en düşük gelirde yüzde 82'sini finanse etmektedir (Gerard vd., 2009: 1114–1120).

Gelişmekte olan bir ülke için olağandışı bir durumda, hükümet hizmetlerin önemli bir kısmını özel tesislerle finanse etmektedir. Örneğin, hastanelere yapılan kamu harcamalarının yüzde 56'sı BSS ile sözleşmeli özel tesislere yönlendirilmektedir. Hastanelerin yaklaşık yüzde 38'i (yatakların yüzde 30'u) halka açıktır. Kalanlar, kâr amacı gütmeyen kuruluş (yüzde 25) ve kar amaçlı (yüzde 37) tesisler arasında bölünmüştür (Gerard vd., 2009: 1114–1120).

Ülkenin 2.600 devlet hastanesinin neredeyse tamamı doğrudan yönetiliyor ve federal, eyalet veya belediye yönetimlerinin bütçe birimleri gibi çalışmaktadır. Doğrudan yönetim olarak bilinen bu geleneksel kamu yönetim formu, tüm kamu kurumları için emek, satın alma, finansal ve bütçe süreçlerini şart koşan mevzuatta belirtilen kurallara uyar - karar alma merkezi ve neredeyse her zaman “hastanenin üstünde” olmaktadır. Sorumlu oldukları ölçüde, çoğunlukla nasıl para harcadıkları, personeli işe aldıkları ve personel ve malzemeleri nasıl yönettikleri ile ilgili kurallara uymak içindir. Brezilya kamu sektörünün tipik bir örneği olarak, doğrudan yönetilen hastaneler aşırı personelden, çarpık bir beceri karışımı ve sonuçlardan çok az sorumludur. Bu hastaneler, özellikle verimlilikle ilgili, mevcut önlemlerin çoğunda kötü performans göstermektedir (Gerard vd., 2009: 1114–1120).

3.8.9. Çin

KÖO üzerine yapılan daha önceki araştırma çalışmaları, KÖO projeleri için objektif, güvenilir ve pratik bir risk değerlendirme modelinin ve farklı taraflar arasında adil bir risk dağıtım mekanizmasının bu KÖO projelerinin başarılı bir şekilde uygulanması için çok önemli olduğunu göstermiştir. Ancak, bu araştırma alanındaki gerçek ampirik araştırma çalışmaları sınırlıdır. Çin'de KÖO projelerinin teslimi için temel riskleri belirlemeyi ve değerlendirmeyi ve özel sektör ile kamu sektörü

arasındaki uygun risk dağılımını ele almayı amaçlayan bir araştırma çalışmasının ilk aşamasını rapor edilmiştir.

Farklı risk faktörlerinin göreceli önemini incelemek ve KÖO projelerinde risk faktörlerinin farklı taraflara tahsis edilmesini analiz etmek için ampirik bir anket çalışması tasarlanmıştır. Toplam 580 kişi ile anket yapıldı ve veri analizi için toplam 105 geçerli yanıt alındı (Albert vd., 2011: 1-7). Mann-Whitney U testi, öncelikle özel ve kamu sektörleri arasında, ikincisi ise Çin'deki sanayi uygulayıcıları ve akademisyenler arasında algıda önemli fark olup olmadığını araştırmak için kullanıldı. Ampirik bulgular, Çin'deki KÖO projeleri için en önemli üç risk faktörünün (1) devlet müdahalesi; (2) hükümetin yolsuzluğu ve (3) zayıf kamu karar alma süreçleri olduğunu söylemektedir. Bu bulgular Çin hükümetinin müdahalesi ve yolsuzluğunun Çin'deki KÖO projelerinin başarısındaki en büyük engeller olabileceğini ortaya koymaktadır. Bu risklerin önemli bir nedeni, Çin'deki KÖO projeleri için verimsiz yasal ve denetleyici sistemlere bağlanabilir. 105 geçerli yanıtlar üzerinde Mann-Whitney U testi yapıldıktan sonra, ampirik bulgular, Çin'de 34 risk faktörünün özel ve kamu sektörleri arasındaki algılarının önemli ölçüde farklı olmadığını göstermektedir.

Benzer şekilde, akademisyenler ve sanayi uygulayıcıları arasında önemli bir fark bulunmamaktaydı, ancak birincisi hükümetin yolsuzluk sorununu ikincisinden daha ciddi olarak algılandı. Risk tahsisi için ampirik sonuçlar, kamu ve özel sektörün genel olarak belirlenen risklerin çoğuyla fikir birliği içinde olduğunu göstermektedir. Kamu sektörünün kabul etmeyi tercih ettiği başlıca riskler, özellikle politik, yasal ve sosyal riskler olmak üzere sistematik risk kategorisinde yer almaktadır. Özel sektör, temel riskleri sistematik risk kategorisindeki ekonomik risklerin yanı sıra, özellikle inşaat, işletme ve ilişki riskleri olmak üzere spesifik proje riski kategorisinde tutmayı tercih etmiştir. Kalan riskin, çevre riskinin iki sektör arasında paylaşılması tercih edilmektedir (Albert vd., 2011: 1-7).

İ. Değerlendirme

Yukarıdaki örnekler KÖO'nun belirli koşullar altında halk sağlığında Ar-Ge'yi desteklemek için bir araç olabileceğini göstermektedir. Özel yatırımlar ve özel kârlar arasında makul bir denge kurmak kamu ortaklarına ve araştırmacılara bağlıdır. Aynı derecede önemli olan, araştırmacılar için yeterli bağımsızlığı korumaktır. KÖO'nun

halk sağlığında kullanımı yenilikçi cözüm̈ler gerektirir. Ayrıca, halk sağlığı için risklerin izlenmesi herhangi bir KÖO'nın zorunlu bir parçası olabilir. KÖO, mevcut ekonomik krizde bile halk sağlığı araştırmaları için ek araçlar sağlayabilir. Ancak, KÖO'ndan kaynaklanan kazanç ve kayıp dengesi, halk sağlığı için kesinlikle net pozitif değildir (Parker vd., 2019:1-9).

KÖO'larının sağlık hizmetlerindeki temel özellikleri geçmişte birçok araştırmacı tarafından tartişılmıştır. Bu calışma, sağlık sektöründe KÖO'ları üzerinde devam etmekte olan tartişmalara ışıktan tutan araştırma tartişmalarına katkıda bulunmaktadır (Parker vd., 2019:1-9).

Alandaki bilim insanları arasında en yaygın görüş, KÖO cözüm̈lerinin dünya cạpında sağlık hizmetlerinde yaygınlaşmasına ve benimsenmesine rağmen, bazı unsurların dikkatli bir şekilde değerlendirilmesi gerektiğidir.

KÖO projelerinin etkililiği aşağıdaki gibi cęeřitli faktörlere bağlıdır: ortakların rolü (ve özellikle kamu sektörünün düzenleyici rolü), düzenleyici çerçeve, sözleşme düzenlemeleri ve paydaşların katılımı. KÖO'na başlamadan önce bu unsurlar dikkate alınmalıdır (Parker vd., 2019:1-9).

KÖO'nın tüm paydaşlar için yararlı olması için aşağıdakilerin yapılması önemlidir: titiz risk analizi ve optimum risk tahsisi yapmak; tasarım, inşaat, işletme ve bakımın gelişmiş entegrasyonunu sağlamak ve tüm yaşam maliyeti ve uzun vadeli performans yönetimine odaklanılmalıdır (Parker vd., 2019:1-9).

İlgili aktörlerin sayısı nedeniyle, cęeřitli paydaşların cıkarlarının dikkatle değerlendirilmesi gerekir. Kuşkusuz bunların en önemlisi kamu yararıdır. Kamu yararı bir KÖO'nın ana itici gücü mü yoksa esas olarak özel sektörün veya politikacıların cıkarları tarafından mı yönlendirilmektedir iyi belirlenmesi gerekmektedir (Parker vd., 2019:1-9).

Bir KÖO'ndaki ortaklar uzun süre birlikte calışacağından, özel ortakların seçim süreci cçok önemlidir. Potansiyel ortaklardan gelen tüm tekliflerin objektif olarak değerlendirildiği şeffaf ve adil bir seçim süreci gerekmektedir (Parker vd., 2019:1-9). Gelecekteki araştırmalar, halk sağlığı sistemi sorunlarına cözüm olarak KÖO'larının fiili etkinliği, verimliliği ve rahatlığı konusunda daha ampirik araştırmalar yapılmalıdır.

IV.GEREÇ VE YÖNTEM

A. Araştırmayla İlgili Genel Bilgiler

Bu tez çalışmasında sağlıkta dönüşüm programı kapsamında ülkemizde inşa edilmekte ve işletilmekte olan şehir hastanelerinin sağlık turizmi bağlamında SWOT analizi ile değerlendirmesi yapılmıştır. Kamu-Özel ortaklığı modeli ile işletilen şehir hastaneleri sağlık alanındaki en büyük yatırımlar arasındadır. Ülkemiz sağlık turizmine önemli katkıları olacağı düşünülen şehir hastanelerinin, dünya geneli örnekleri ile karşılaştırılması ve sağlık turizmine yapacakları katkılar en üst seviyeye çıkarılmalıdır. 2015-2016 yıllarında ülkemize gelen sağlık turistlerinin analiz edildiği çalışmada, tedavi amaçlı gelen turistlerin en yoğun olduğu dönemler Mayıs-Ekim aylarında olduğu görülmektedir. Gelen turistlerin çoğunluğu özel hastaneleri tercih etmekte (2015'te %70'i, 2016'da ise %50), ikinci tercih edilen kurumlar ise üniversite hastaneleridir (Ömer Tontus ve Nebioğlu 2018:16-17). DSÖ Avrupa Bölge Ofisi (2012), Türkiye'nin sağlık sektörünü önemli ölçüde iyileştiren, sınırlı bir sürede olumlu sonuçlar elde eden ve bu nedenle başarılı bir örnek olarak kabul edilen birkaç ülkeden biri olduğunu belirtmiştir.

Sağlık hizmetlerinin sektörel büyümesinin, sağlık turizmini teşvik edeceği görülmektedir. Ayrıca, politika yapıcılarına sağlık sektörünün hizmet sektörü ihracatı potansiyeli sağlamadaki gelişmeleriyle ilgili önemli bir mesaj göndermektedir. Birleşmiş Milletler Dünya Turizm Örgütü (UNWTO)'ne göre, Türkiye sağlık turizminde 6. sırada ve uluslararası turizm pazarında 12. sırada yer almaktadır. Ülkemize gelen turist sayısı ile gelir miktarı tutarsızdır ve ekonomik açıdan, kişi başına düşen turizm gelirin iyileştirilmesi gerekmektedir. Ayrıca, turizm türlerinin ve pazarlarının çeşitlendirilmesi ve kitle turizmini etkileyebilecek haber medyasının duyarlı olması sektörün sürdürülebilirliği için çok önemlidir. 2015 yılı itibarıyla, sağlık sorunuyla gelen turistlerin kişi başına düşen harcamaları 1773 ABD doları iken, bir bütün olarak Türkiye turizm sektörü için kişi başına 756 ABD dolarıdır. Buradan sağlık turistlerinin ne kadar fazla harcama yaptığı görülmektedir.

Sağlık sektörünün altyapı gelişiminin, gelen sağlık turizmi için hizmet kalitesi açısından kilit bir belirleyici olması beklenebilir. Başka bir ülkedeki sağlık hizmetlerine erişim sağlık turizmi pazarının büyümesi için önemli bir faktördür. Runnels ve Carrera (2012), ulusal kurumların uluslararası akreditasyonlarının, tıbbi bakımın kalitesine önemli katkıda bulunacağını ifade etmişlerdir (Runnels ve Carrera 2012:21-23). Türkiye, şu anda sayısı 49 olan en fazla JCI onaylı hastane sayısına sahip ülkeler arasındadır. Ayrıca, turizm sektöründeki ürün teklifinin çeşitlendirilmesinin önemi, Türkiye'nin küresel sağlık turizmi sektöründeki sıralamasını artırmak amacıyla, sağlık turizmi iyileştirme programı kapsamında sağlık turizmüne verilen özel bir odaklanma ile vurgulanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, kurumsal ve yasal altyapının iyileştirilmesi ve kamu ile özel sektör arasındaki iş birliğinin güçlendirilmesi gerektiği özel olarak belirtilmiştir.

B. Araştırmanın Problemi

Ülkemizde bir kısmı tamamlanmış, halen devam eden ve toplamda 25 sayısını bulacak şehir hastanesi yapımı planlanmıştır. Sağlık sektöründe dışa bağımlılığımızın üst seviyede olduğu bilinmektedir. Bu cari açığa önemli bir artışa neden olmaktadır. Bu cari açığın kısa ve orta vadede kapatılması da olası değildir. Büyük yatırımlar ile gerçekleştirilmekte olan şehir hastanelerinin bu cari açığı bir nebze olsun, sağlık turizmüne katkı vererek kapatması gerekmektedir. Bu çalışmada ülkemizdeki şehir hastanelerinin sağlık turizmüne olumlu katkı verip vermediği ve zamanla bu olumlu etkinin nasıl artırılabilirliği, literatürdeki örnekler üzerinden yapılan SWOT analizi ile değerlendirilmektedir.

1. Araştırmanın Amacı

Sağlıkta Dönüşüm Programının önemli bir aşaması olan şehir hastaneleri büyük yatırımlar ile gerçekleştirilmektedir. Böyle büyük yatırımın ülkemizin cari açığına büyük etkisi olan sağlık sektöründe, sağlık turizmüne katkısının ne kadar olabileceği ve nasıl katkı sunacağı, literatürdeki örneklerin SWOT analizi tekniği ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Şehir hastaneleri dünyadaki örnekleri (Avrupa, Uzak Doğu) yaklaşık otuz yıllık bir deneyime sahiptir. Bu deneyim/bilgi, ülkemizin bu büyük yatırımlarını yönetmek ve en yüksek faydayı sağlamak üzere analiz

edilmelidir. Bu çalışmada literatürdeki örneklerin SWOT tekniği ile analiz edilmesi amaçlanmıştır.

2. Araştırmanın Önemi

Ülkemizde yapılmış ve yapımı devam eden/planlanan şehir hastaneleri her ne kadar devlet eli ile yapılmıyor olsa bile, özel sektör üzerinden cari açığa önemli etkisi olmaktadır. Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında ülkemizin nitelikli sağlık çalışanı potansiyelinin değerlendirilmesi ve cari açığın azaltılması için sağlık turizminin geliştirilmesi hedeflenmiştir. Bu araştırmanın önemi, sağlık turizmine şehir hastanelerinin nasıl katkılar verebileceği ve varsa bu etkinin nasıl artırılabilmesinin literatür örnekleri ile değerlendirilmesi sonucunda cari açığı azaltmak ve nitelikli sağlık personelinin değerlendirilmesine katkı vereceği düşünülmektedir.

3. Araştırmanın Kapsam ve Sınırlılıkları

Bu tez çalışmasında dünyada yaklaşık otuz yıldır işletilen şehir hastanelerinin, sağlık turizmi kapsamında değerlendirilmesi ve ülkemizdeki şehir hastanelerinin işletme yaklaşımına öneriler sunulması kapsamında değerlendirilebilir. Literatür örnekleri SWOT tekniği ile analiz edilmiştir. Bu çalışma literatürün taranması ve SWOT tekniği ile değerlendirilmesi ile sınırlıdır.

4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Bu çalışmanın evreni şehir hastaneleri ile ilgili literatürün sağlık turizmi dikkate alınarak taranmasından oluşmaktadır. Bu amaçla literatürde en önemli makale veritabanı olan Bilim Ağı'nda (Web of Science) şehir hastaneleri ve arada ve (AND) operatörü ile sağlık turizmi deyimini taranmıştır. Bunun sonucunda elde edilen makaleler/bildiriler araştırmanın evrenini oluşturmaktadır. Örneklem olarak ise tarama sonucundaki makalelerin/bildirilerin özet kısımlarının okunması sonucunda ilişkisiz makalelerin/bildirilerin elenmesi ve ülkemizde yayınlamış tezlerden oluşmaktadır.

5. Araştırmanın Modeli ve Hipotezleri

Bu araştırmanın hipotezleri;

H1: Şehir hastaneleri sağlık turizmine katkı sunmaktadır ve

H2: Şehir hastaneleri cari açığı azaltmaktadır şeklindedir.

Bu tez kapsamında hipotezler test edilmiştir.

6. Analiz Yöntemi

Araştırmada elde edilen veriler SWOT tekniği ile analiz edilmiştir. Böylece şehir hastanelerinin sağlık turizmi kapsamında barındırdığı riskler, tehditler, güçlü ve zayıf yönler tespit edilebilmiştir. Bu sonuçlar politika geliştiricilere yardımcı olabilir.



V.ŞEHİR HASTANELERİNİN SAĞLIK TURİZMİNE ETKİSİNİN SWOT ANALİZİ İLE DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu çalışmada Bilim Ağı'nda literatür taraması yapıp ilişkili makaleler/bildiriler alındıktan sonra, tamamı incelenmiş ve tez ile ilgili bilgiler kaydedilmiştir. Ülkemizde YÖK (Yükseköğretim Kurumları) tez veri tabanı da taranıp tezler alındıktan sonra okunmuş ve SWOT analizi için bulgular not edilmiştir.

A. Türkiye

Tıbbi turizm, Kültür ve Turizm Bakanlığı tarafından hedeflenen en önemli 2023 turizm stratejilerinden biridir. Ayrıca, bakanlık bunu 2013-2017 stratejik planında vurgulamıştır. Hedef, en çok tercih edilen ülkeler listesinde ilk 5 içinde yer almaktır. Türkiye'de tıbbi turizmden 2023 yılı için hedeflenen gelir ise 20 milyar dolardır (Kaya vd., 2013:65-71). 2012 verilerine göre Türkiye'de tıbbi turizm açısından en çok başvuru yapılan on hastane listedeki gibidir.

- Özel Anadolu Sağlık Grubu Hastanesi
- Özel Alanya Anadolu Hastanesi
- Özel Akdeniz Hastanesi
- Medikalpark Bahçelievler Hastanesi
- Özel Acıbadem Maslak Hastanesi
- Medikalpark Göztepe Hastanesi
- Özel Bilgi Hastanesi
- Özel Dünya Göz Hastanesi Ataköy
- Medicana Ankara Hastanesi
- Özel Bayındır Hastanesi

Yurtdışına çıkmayı düşünen hastaların çıkış nedenlerinin Ehrbeck ve ark. (2008) araştırıldığı çalışmada 49.980 hasta ile görüşme yapıldıktan sonra çeşitli bulgular

belirlenmiştir. Bu bulgular şu şekilde sınıflandırılabilir (Ehrbeck vd. 2008:112-120, Baynazoğlu ve Serce, 2014:7-10);

- Daha iyi teknik tıbbi donanım,
- Tecrübe ve uzmanlık talebi,
- Daha hızlı tedavi, daha az bekleme süresi,
- Düşük maliyet,
- Daha yüksek kalite seviyesi,
- Daha fazla özen ve dikkat,
- Gizlilik.

Kliniklerden gelen 2012 verilerine göre, göz hastalıkları 20.822 hasta ile Türkiye tıbbi turizminin en üst kademesinde yer bulmaktadır. Göz hastalığı alanında fazla talebin temel nedenleri, daha gelişmiş teknik donanımın mevcut olması, daha yüksek kalite, akreditasyon ve Türkiye'de bulunan kliniklerin uluslararası sertifikalandırılmasından kaynaklanmaktadır.

Türkiye'deki sağlık turizminin güçlü yanlarını, zayıf yanlarını, fırsatlarını ve tehditlerini tanımlayan çalışmada ilgili stratejiler önerilmiş ve değerlendirilmiştir. Buna göre ülkemizin sağlık turizmi bağlamında güçlü tarafları ulaşım kolaylığı, fiyat avantajı, teknik donanımlar, tecrübeli doktorlar, servis hızı, JCI sertifikalı hastane sayısındaki artışlar, tedavi sonrası otel varlığı, sağlık turizmi ile birlikte düşünülebilecek çeşitli turizm olanaklarının varlığı, sağlık turizminin devlet eliyle destekleniyor olması sonucu çoğu bürokratik prosedürün hızlı aşıyor olması şeklindedir. Aynı çalışmada zayıf yönler ise sağlık turizmini koordine edebilecek yürütmenin yokluğu, hastalar ile doğrudan iletişim kuran eğitimli ve deneyimli danışman/personelin yokluğu, kurumlar arasındaki düşük koordinasyon, pazarlama eksikliği ve alt yapı eksiklikleri olarak tanımlanmıştır. Aynı çalışmada sağlık turizmi açısından ülkemizin önündeki fırsatları Avrupa, Ortadoğu ve Türki Cumhuriyetlerine olan coğrafi yakınlık, sağlık hizmetlerinde bilincin artırılması ve uluslararası alanda yeni tedavilerin geliştirilmesi, vize başvurusu kolaylıkları, hastalıkların artışı ve yurtdışından ülkemizdeki sağlık hizmetleri hakkında basitçe bilgi alınabilmesi (e-posta, telefon, web siteleri vb. İnternet teknolojileri) şeklindedir. Sağlık turizminin analizinde tehditler ise uluslararası pazarlardaki rekabet, küresel alandaki ekonomik

durgunluklar, savaş/terör olayları ve uluslararası ilişkiler bağlamındaki risklerdir (İmran vd. 2014:15-20).

İmran Aslan ve arkadaşları tarafından 2014 yılında yapılan çalışmada ise SWOT analizi ile ülkemiz sağlık sistemi değerlendirilmiş ve çeşitli önerilerde bulunmuşlardır. Bu çalışma sonucunda elde edilen bulgular ile sağlık sisteminin güçlü ve zayıf yönleri Çizelge 2’de verilmektedir.

Çizelge 2 Türkiye’nin Sağlık Sisteminin Güçlü ve Zayıf Yanları

Güçlü Yönler	Zayıf Yönler
Yoğun genç nüfusu sağlık personeli yetiştirmek için kullanmak	Sağlık ve ülke çapında politika eksikliği
Geleneksel yönetim ve organizasyon yapısına sahip merkezi bir yönetim	Verimli bürokratik yapı kurumsallaşma eksikliği, kaynakları tahsis edecek profesyonel yönetime sahip olmamak
Özel hastanelerdeki nitelikli iyileşmeler	Haksız performans sistemi
Ülkemizin Afrika ve bazı batı ülkelerindeki HIV ve çocuk felci gibi hastalıklar konusunda iyi konumda olması	Ülke genelindeki problemleri çözememek
Düşük seviyede alkol, sigara ve madde kullanımının olması	Ülke bütçesinin az olması
İletişim ve teknolojinin gelişiyor olması	Milletvekillerine, MSB’ye, askeri hastanelere ve Merkez Bankası personeline bazı ayrıcalıklar tanımak
Deprem vb. olaylara hızlı tepki gösteriliyor olması	Geniş bir sağlık sigortasına sahip olmamak
Genel ülke bütçesinde artan sağlık hizmetleri bütçesi	Dolandırıcılık ve kaynakları verimli kullanamama
Özellikle uzak bölgelere ve ülkenin her yerine sağlık hizmetlerinin götürülüyor olması	Bazı vatandaşların düşük gelir seviyesi
Doğal bitkiler ve gayzerler kullanarak alternatif arıtma yöntemleri	Doktorların Türkiye’nin bazı bölgelerine zorunlu olarak yerleştirilmesi, orada verimli bir şekilde çalışmaması, birkaç yıl içinde batı şehirlerine gitmesi
Tüm vatandaşların üç ana sosyal kurumunu kapsayan genel sağlık sigortası	Yeterli alt yapıya sahip olmamak
Ölümcül hastalık sayısının azaltılması	Sivillerin sağlık hizmetlerine katılımının düşük olması
Son yıllarda sağlık hizmetlerine yatırımların artması	Sağlık kaynaklarının büyük bölümünün yurt dışından edinilmesi
AB sağlık hizmetlerine uyum	Yüksek sayıda kazaların olması
Farkındalığın artması	Düşük seviyede beslenme ve hijyen
	Çalışmayan genç nüfus

Çizelge 3 Türkiye'nin Sağlık Sisteminin Güçlü ve Zayıf Yanları Devam

Bakanlık merkezinde iş yoğunluğu
Yeterli kadroya sahip olmamak, master ve doktora mezunlarını iyi değerlendirememek
Döner sermayeyi artırmak için gereksiz testler yapmak
Düşük düzeyde patent ve fikri mülkiyet hakları

Son yıllarda sağlık hizmetlerine GSYİH'dan ayrılan payda artış vardır. Ancak yine de yeterli değildir. Sağlık hizmetleri merkezi olarak Ankara'dan yönetilmektedir. Bu ülke genelinde aynı standartları sağlama anlamında önemlidir. Doktora derecesine ve yüksek lisans derecesine sahip personel, sağlık hizmetlerinde etkin bir şekilde kullanılamamaktadır. Sağlık hizmetlerinin ülkemiz açısından fırsatları ve tehditleri Çizelge 3'de verilmektedir.

Çizelge 4 Türkiye'nin Sağlık Sisteminin Fırsatları ve Tehditleri

Fırsatlar	Tehditler
AB'ye uyum sağlayarak sağlık ve finans eğitiminde olumlu gelişmelerin olması	Sağlık yönetiminde politik tahakkümün olması
İlaç ve cihazlardaki düşen fiyatlar	Uygulama değişikliklerine karşı direncin olması
Sigorta sisteminin iyileştirilmesi	Katı bürokratik sektörün olması
Yeni fonlar sağlamak ve araştırmalar yapmak	Ülke sağlık kaynaklarını akıllıca kullanmama
Ekonomik ve politik istikrar	Sağlık cihazlarında artan fiyatlandırma
İnsanlar arasında sağlık bilincinin artmış olması	Kalifiye eleman sayısının az olması
Sağlık hizmetlerinde uluslararası iş birliğinin arttırılması	Yaşam süresinin uzaması ve yaşlı nüfustaki artış
Sağlık turizminde gelişmeler	Popülasyon hareketleri ve salgın riski
Yeni meslek gruplarının ortaya çıkması	Siyasetin kısa vadeli planlar yapması
Tele tıbbın gelişmesi	Yoksulluğun artması ve yeterli gıdaya sahip olamamak
Hükümetin sağlık hizmetlerinde dönüşüm için yapılan planlamaların tutarlı olması	Küreselleşme ve küresel sıcaklık
Genç nüfustaki önemli gelişmeler	Bölgesel ve küresel ekonomik krizler
Yeni patentler için AR-GE çalışmalarının artması	Artan obezite
Genişleyen sağlık pazarı	Organizasyon yapısında parçalanma ve tutarsızlık
Bakım evlerinin artması	Zayıf sağlık bilgi sistemi

Çizelge 5 Türkiye'nin Sağlık Sisteminin Fırsatları ve Tehditleri Devam

Sağlık hizmetlerinin uluslararası hale gelmesi	Hükümetin ödemeler ve geri ödemeler üzerindeki olumsuz etkileri Sağlık hizmetlerinde uluslararası standartların yakalanmamış olması Bütçe açığını azaltma ihtiyacı Bakteri ve virüslerin ilaçlara direnç kazanmış olması
--	---

Sağlık hizmetlerinde rekabeti artırmak için sağlık yönetiminin âdemi merkeziyetçi yapısını desteklemek, kamu hastanesi yönetim yapılarını genişletmek, sağlık personeli ve hasta haklarını genişletmek zorunlu hale gelmiştir. Yerel yönetimlerin daha fazla güçlendirilmesi ve bürokrasiyi azaltmak önemlidir (Tatar vd, 2011:12-16). Bu konuda Japonya, ABD, İngiltere, Almanya ve Kanada gibi gelişmiş ülkelerle karşılaştırıldığında Türkiye geride kalmaktadır. Bu ülkeler, sağlık hizmetlerinde olgunlaşmış bir sisteme sahiptir ve yüksek kalitede hizmet sunmaktadır. Türkiye düşük sağlık bütçesine sahiptir ve ilaç-tıbbi cihazlarını ithal etmektedir. Bu ekonomik anlamda ülkemizi oldukça zor bir duruma sokmaktadır. Zira sağlık turizminden elde edilen gelirin büyük bir kısmı ithal ürünler nedeni ile yurt dışına çıkmaktadır.

Son yıllarda, Türkiye sağlık turizmi için de popüler bir ülke haline gelmektedir. Sadece gelişmiş sağlık tesisleri değil, aynı zamanda turistik avantajlar da bu popülerliğin nedenlerindendir. Sonuç olarak Türkiye, yabancı hastalar için yalnızca tıbbi turizm değil, bir bütün olarak sağlık turizmini de sunmaktadır. Başka bir deyişle, bir devlet politikası olarak, Türkiye, turizm deneyiminin gücüyle sağlık turizminde rekabetçi bir avantaj aramaktadır. Yukarıda bahsedildiği gibi, sağlık turizmi bağlamı örtük ve tartışmalıdır. Bu nedenle, ülkeler sağlık turizmi ile ilgili politikalarını yasal ve sosyo-kültürel yapılarının yanı sıra tıp bilimi ve teknolojisindeki gelişim derecelerine göre kendi düşünceleriyle değerlendirmeyi tercih etmektedir.

2011'den itibaren yasal düzenlemelere uymaya başlanmasının bir sonucu olarak sağlık turizmi bir devlet politikası haline gelmiştir. Bu sayede Bakanlık yeniden organize olmuş ve sağlık turizmini ulusal bazda düzenlemek için merkezi bir birim (Sağlık Turizmi Dairesi) kurulmuştur. Öte yandan, Türkiye, 2002'den beri sağlık

sisteminin ciddi bir şekilde yeniden yapılandırılmasından geçmiştir. Yeniden yapılanmanın amacı, sağlık sistemini daha verimli, daha etkili ve modernizasyonla geliştirme ve kalite standartlarını arttırmaktır. Son dönemlerde yapılan çalışmalar, sağlık sisteminin yeniden yapılandırılmasının olumlu sonuçlar vermeye başladığını, göstermektedir. Yüksek teknoloji standartlarına sahip olup düşük fiyatlar sunmak, Türk sağlık turizmi endüstrisi için gerçek bir rekabet avantajı sağlıyor gibi görünmektedir.

Popüler bir turizm merkezi olan Türkiye, önceki yıllarda turizm sektöründe ilk on ülke içinde yer almıştır. Türkiye'nin turistik bir destinasyon olarak popülaritesi sadece tarihi ve kültürel zenginliklerinin olmasının yanı sıra iklim ve doğal kaynaklarının olmasının bir sonucudur. Ayrıca, Türkiye son on yıllardır turizm sektörüne büyük yatırımlar yapmış ve odaklanmıştır. Turizm tüm dünyada popüler bir endüstri olarak bilinir ve ülkeler bu ticarete rekabet avantajı elde etmek için ellerinden gelenin en iyisini yapmaya çalışırlar. 2012 yılı sonuçlarını açıklayan UNWTO'nun raporuna göre, turizm aslında gelecek vaat eden bir endüstri ve küresel ticarettir. Örneğin doğrudan, dolaylı ve teşvik etkisi ile toplam küresel GSYİH'nın %9'unun kaynağını oluşturmakta; 11 iş kolunun her birini doğrudan, dolaylı ve teşvik edici etkisi vardır. Büyük bir oyuncu olarak Türkiye, turizme büyük yatırım yapmaktadır ve henüz tam anlamıyla yapılan yatırımların karşılığını alabilmiş değildir.

Sağlık Bakanlığı, turizm endüstrisinde rekabet avantajı geliştirmek ve daha fazla kazanmak için sağlık turizmini desteklemeye başlamıştır. Bakanlığa göre Türkiye'nin sağlık turizminde rekabet edebilirlik unsurları şöyledir: "Dünya standartlarında kalite, Kişisel servis, Kısa bekleme süresi, Zengin kültürel miras ve Ucuz servis" (Sağlık Bakanlığı, 2012: 27). Sağlık Bakanlığı raporuna göre, Türkiye'de Sağlık Turizmi SWOT analizi Çizelge 4'te verilmektedir.

Çizelge 6 Türkiye'de Sağlık Turizminin SWOT Analizi ile Değerlendirilmesi

Güçlü Yönler	Zayıf Yönler
Dünyada sağlık sektöründe lider bir ülke	Üretime çok fazla odaklanmak ve pazarlamanın önemini göz ardı etmek
Çok sayıda alternatif turizm fırsatına sahip olmak	Çok az sayıda kuruluş sağlık turizmini desteklemektedir
Sağlık turizminde kazandığı sağlık turizmi tecrübesi	Sağlık turizmi kapsamında kuruluşlar arasında zayıf işbirliği

Çizelge 7 Türkiye’de Sağlık Turizminin SWOT Analizi ile Değerlendirilmesi Devam

Diğer gelişmiş ülkeler ile karşılaştırıldığından nispeten maliyetlerin düşük olması	Sağlık turizminin yönetimi konusunda bütünsel bir devlet politikasının olmayışı
Gelişmiş yasal düzenlemeler ve devlet desteği.	Çok az sayıda kuruluş sağlık turizmini desteklemeye hazır
Nitelikli hizmet sektörü	Odak noktası çoğunlukla “turistin sağlığı” üzerinedir
	Bütüncül hizmet kayıtları ve mobilite eksikliği
	Verileri Sağlık Bakanlığı ile paylaşacak bilgi sistemlerinin eksikliği
Fırsatlar	Tehditler
Sağlık turizmi trendi tüm dünyada artıyor	Türk tıp uzmanlarının beyin göçü
Yurtdışındaki sağlık hizmetleri ile ilgili bilgiler, gelişmiş bilgi teknolojileri sayesinde daha kolay ve ücretsiz hale gelir	Siyasi istikrarsızlığın Türkiye'nin komşu ülkelerindeki olumsuz etkileri
Türkiye'nin uluslararası alanda farkındalığının artması	Yüksek derecede bürokrasinin olması
Sağlık hizmetlerinin ihracatı için devlet desteği	Uluslararası standartlar için yerel akreditasyon kurumlarının eksikliği
Türkiye, turizm açısından en üst sıradaki ülkeler arasında olması	Sağlık turizminde hizmet standartlarının eksikliği
Türkiye'nin jeopolitik ve sosyo-politik pozisyonu	
Sağlık turizmi için vergi ayrıcalıkları	
Üçüncü dünya ülkelerinin bazı vatandaşlarının sağlıklarına bakan yardım kuruluşları, Türkiye'nin sağlık turizmini teşvik ediyor olması	
Konuyu kapsayan gelişmiş yasal düzenlemelere devletin desteğinin artırılması	
Türkiye'nin stratejik planları arasında sağlık turizminin olması	

Sağlık Bakanlığı, Sağlık Turizmi Merkezi’ni şu bölümler altında düzenlenmiştir: Uluslararası koordinasyon, sağlık turizmi, termal turizm, spa-wellness ve yaşlı engelli turizmi (Sağlık Bakanlığı, 2012: 29). Öte yandan, yasal düzenlemeler, uluslararası iş birlikleri, devlet organları arasındaki iş birlikleri, kamu ve özel sektör kuruluşları arasındaki iş birlikleri sağlık turizmini desteklemek için oldukça büyük çaba sarf etmektedir (Erdoğan ve Yılmaz, 2012: 1055-1056)). Bir diğer önemli nokta ise, Türkiye'nin olumlu sonuçlar vermesi beklenen “dünyadaki en yüksek JCI akredite hastaneleri” sıralamasında 3. sırada yer almasıdır. Ayrıca, 60'a yakın

nitelikli tıp fakültesi eğitime sahip olmak, sadece Türk öğrencilere değil, yabancı tıp öğrencilerine de eğitim vermekte, Avrupa ile Asya arasındaki sınırda yer almakta olup, hemen hemen tüm büyük şirketlerin (Pfizer, GlaxoSmithKline gibi) bölgesel merkez ve üretim tesislerini barındırmaktadır. Bu nedenle sağlık turizmi Türkiye için umut verici bir sektör olarak görünmektedir.

B. Hindistan

Tıbbi turizm, Hindistan turizm sektöründe son yıllarda önemli pozitif ivme kazanma eğilimindedir. Sağlık, 2009 yılında yüzde 5,5'ten 2012'ye kadar yüzde 8'lik bir GSYİH harcamasıyla Hindistan'ın en ilerici ve en büyük hizmet sektörlerinden biri olarak ortaya çıkmıştır. Hindistan'ın tıbbi turizm sektörünün yıllık %30'luk bir büyüme hızına sahip olması beklenmektedir. Hindistan Marka Denkliği Vakfı (Indian Brand Equity Foundation -IBEF) Hindistan sağlık sektörünün, 2020 yılına kadar, yıllık sağlık harcamalarının yüzde 14 oranında artacağını ve 2020 yılına kadar 280 milyar ABD doları değerinde bir sektör haline gelmesinin beklendiğini öne sürmektedir. Tahminler tıbbi turizmin Bilişim Teknolojileri devriminden sonra Hindistan'daki en büyük devrim olduğunu göstermektedir. Hindistan'ın tıbbi turizminin SWOT tekniği ile analiz edildiği çalışmada güçlü-zayıf yönleri ve fırsat-tehditler tespit edilmiştir. SWOT analizi Çizelge 5'te verilmektedir.

Çizelge 8 Hindistan'ın Sağlık Turizminin SWOT Analizi

Güçlü Yönler	Zayıf Yönler
Hintli doktorlar uluslararası düzeyde en iyiler arasında kabul edilmektedir Müşterilerden elde edilen olumlu reklam En yüksek puan ile girilen tıp fakülteleri, her yıl yaklaşık 30.000 doktor ve hemşire mezun vermektedir. Bu, Hindistan'da, çeşitli sağlık hizmetleri talep eden gelen tıbbi turistleri ağırlayabilen ve karşılayabilen büyüyen bir sağlık sistemini desteklemektedir Tıbbi teknoloji, ekipman, tesisler ve altyapı uluslararası standartlarla aynı Hindistan, sömürge mirası nedeniyle, İngilizce konuşan/ortak ülkelerden gelen turistler için rahatlık sağlar	Uluslararası akreditasyona sahip hastane sayısının az olması İngilizce bilmeyen sağlık turistleri için sağlık personelinin yetersiz kalması Hindistan'da tedavi maliyeti daha az olmasına rağmen, konaklama gibi diğer maliyetler, özellikle düşük gelirli ekonomilerden gelen müşteriler için engelleyici olabilir.

Çizelge 9 Hindistan'ın Sağlık Turizminin SWOT Analizi Devam

İrk ayrımcılığının olmaması nedeniyle,
özellikle Afrika'dan gelen müşteriler
Hindistan'da rahat

Fırsatlar	Tehditler
Gelişmiş batı dünyasında tıbbi tedavi maliyetinin yüksek kalması, Hint tıbbi turizm sektörüne eşsiz bir fırsat sunmaktadır	Tayland, Singapur, Malezya, Hindistan ve Filipinler Asya sağlık turizm pazarındaki en önemli yerlerdir. Sektöre yönelik en büyük tehdit, başta Tayland ve Singapur olmak üzere komşu ülkelerden gelen rekabettir. Tayland'ı ziyaret eden sağlık turistler, öncelikle tatillerini bazı tıbbi prosedürlerle (Nuttapong Jotikasthira2010) birleştirmekle ilgilenirken, Hindistan, daha az eğlence ile ilgilenen sadece 'hastaları' alıyor.
Güney Asya ülkelerinden gelen hastalar seyahat süresinin yanı sıra kültürel bölünmenin daha az olduğu için daha olumlu bakım hizmeti buluyorlar.	İngilizce konuşamayan ülkelerden gelen turist sayısındaki artış, altyapı eksikliği ve vize sorunları Hindistan sağlık turizminin ilerlemesinde zorluk teşkil ettiğini göstermektedir.
İran, Irak ve Umman gibi Afrika kıtası ve Orta Doğu ülkeleri iyi tıbbi imkanlara sahip değil ve bu bölgelerden gelen hastalar hiçbir tür ırk ayrımcılığı gözlemlememişlerdir. Hindistan, bu bölgeden uzak trafik için en yakın, ancak uygun maliyetli ve kaliteli bakım destinasyonlarından biridir	İşlerin daha kolay hale getirilmesi amacıyla hükümet, daha hızlı ve daha kolay olan tıbbi bir vize (M vizesi) uygulamaya koydu. M vizesine gelen yabancıların, ilgili Yabancılar Bölge Kayıt Bürosu'na 14 gün içinde zorunlu olarak kayıt yaptırmaları gerekmektedir. Ayrıca Tıbbi vize maliyeti de engelleyicidir. Turist vizesinin neredeyse iki katı maliyeti vardır. Vizenin uzatılması zaman almaktadır. Yılda üç girişle sınırlandırılmış olan tıbbi vizeye yeniden giriş için en az iki ay bekleme gerekmektedir.
Çalışan iş gücünün maliyetinin düşük olması	
Batılı ülkelerdeki sigorta şirketleri, daha yüksek prim ödemesi ile kendi ülkelerinde tam koruma ve bakım sunmaktadır. Sigorta şirketleri, müşterilerin daha düşük bir primi seçebilecekleri paketler teklif ediyor, ancak ülke dışına benzer kalitede hastanelerde tedavi görmelerini sağlamak zorunda kalacaklar.	
Tedaviye/doktora ulaşmanın uzun sürmemesi.	

Hindistan'da sağlık turizm sekt6r6 hala başlangıç aşamasındadır. Sağlık turizmi sekt6r6, 6ncelikle maliyet ve kalite bakımından kendine 6zg6 avantajları nedeniyle Hindistan için y6ksek potansiyel sunmaktadır. Bununla birlikte, rekabetin artmasının ardından, doğal avantajlardan ve gelişmiş yeteneklerden tam olarak faydalanabilmek için dikkatli bir politika geliştirilmesine ihtiyaç duyulmaktadır.

Hindistan'da tıbbi turizm sekt6r6n6n SWOT analizi, uluslararası hasta bakış açısına g6re, yoga ve ayurveda gibi alternatif tedavi tesislerinin, gelişmiş 6lkelerden nispeten daha d6ř6k olan tıbbi prosed6rlerin en b6y6k g6 ve maliyet olarak ortaya çıktığını g6stermektedir. Hindistan, 46,6 milyon insanın sigortasız olduğu ABD ve İngiltere gibi gelişmiş 6lkelere kıyasla daha ucuz tedavi sunduğu için tıbbi turizm sekt6r6nde geniş fırsatlar barındırmaktadır. Y6ksek tıbbi tedavi masrafları dışında, İngiltere'deki hastalar için uzun bekleme s6releri bulunmaktadır (Starr Sere ve Fernandopulle, 2005:10-20; Aston, 2006:7-12; Milstein ve Smith, 2006a:27-29; Frederick, 2017:356-400).

Hintli hastanelerin gelişmiş 6lkelerinkine g6re altyapısı ve sağlık turistleri için 6zel koşulların sağlanması diğer g6l6 y6nlerdir. Tıbbi turistler, Hindistan sağlık sekt6r6ndeki etkin altyapılar ve teknoloji biçimindeki 6nemli fırsatlar nedeniyle Hindistan'ı tercih ettikleri bilinmektedir. Hint hastanelerinde vasıflı ve uzman işg6c6, her t6rl6 tıbbi komplikasyonun 6stesinden gelebilecek bir başka g6t6r. Hint hastanelerindeki doktorların ve cerrahların çoğu, ABD, Avrupa veya diğer gelişmiş 6lkelerdeki bazı tıbbi kurumlarda eğitim almış veya çalışmıştır. Hintli hemşireler d6nyanın en iyileri arasında sayılmaktadır.

Hindistan'daki eczane sekt6r6, Hindistan hastanelerindeki g6l6 y6nlerde sekizinci sırada yer almaktadır. Diyet hizmetleri, Hindistan'daki hastanenin sağlığın k6reselleşmesi perspektifini 6lmek için kaydedilen deneklerin, farklı 6lkelerden gelen tıbbi turistlerin taleplerine g6re gıda hizmet alanının iyileştirilmesi gerektiğini g6steren alanlardandır. Denekler tarafından sağlanan bilgilere g6re, sağlık turistlerinin yaklaşık %35'i sunulan yemeklerin kalitesinden memnun değildi. Hastaların refakatıları da bu konuya ciddi bir şekilde bakılması gerektiğini belirtmişlerdir.

Sağlık turistleri için sigorta şirketleri ile hastaneler arasında yapılan anlaşma, Hint tıbbi turizminin zayıflığı olarak ilk sırada yer almaktadır. Hindistan'daki hastanelerin

bazılarında, tıbbi turistler için tedaviyi karşılamayı zorlaştıran sigorta şirketleri ile bağlantı kurulmaktadır. Tıbbi vize kategorisi yakın zamanda Hindistan'da başlatılmış ancak hantal polis onay işlemleri nedeniyle beklenen olumlu etkiyi yaratmamıştır. Tıbbi turizm endüstrisi ile ilgili olarak sağlık hizmetlerinin küreselleşmesi tehdidi, kamu sektöründe eşitsizlik doğurmaktadır. Özel hastaneler yoğunlukla tıbbi turistlere hitap etmektedir ve kamudan özel hastanelere beyin göçüne neden olmaktadır. Hindistan'da tıbbi turizmi teşvik etmeye yönelik 2002 yılına ait Ulusal Sağlık Politikası raporuna göre üçüncül tıbbi bakım yerine birincil ve ikincil bakım için daha uygun görüldüğü tespiti yapılmıştır.

C. İran

Komşu ülkelerden İran sağlık sisteminin SWOT analizi ile değerlendirildiği çalışmada, literatür detaylı bir şekilde taranmış ve 157 tane makale okunarak analiz edilmiştir. Bunun sonucunda İran sağlık sisteminin güçlü-zayıf yönleri ve barındırdığı fırsat-tehditler Çizelge 6'da verilmiştir.

Çizelge 10 İran Sağlık Sisteminin SWOT Analizi

Güçlü Yönler	Zayıf Yönler
Cepten yapılan harcamaların azaltılması	Ödemelerdeki gecikmeler
Hastalara hastane dışında tıbbi bakım sunma	Yüksek risk gruplarındaki hassas kişilere önleme ve sağlık hizmeti sunumu eksikliği
Resmi olmayan ödemeleri azaltmak	Uzmanlaşma sürecindeki eşitsizlikler
Az gelişmiş bölgelerde fakir insanlara hizmet sunulması	Hemşirelerin tarife plan uygulamalarının gecikmesi
Az gelişmiş bölgelerin marjinalleşmesine dikkat edilmesi	Aile hekimlerinin yeterli dikkatte muayene etmemesi
Sigorta kapsamının genişletilmesi	Birinci basamak sağlık hizmetlerinde özensiz davranma
Sezaryen sayısının azaltılması	Sigorta şirketleri ve özel sektörle yetersiz iletişim
Hastanede kalma süresinin iyileştirilmesi	İlaç şirketlerine olan borçların artması
Sağlık tarifelerini gözden geçirme	Stratejik satın almaların ve finansal kaynakların dağıtılamaması
Uzman hekimlerin sayısının artması	Sağlık turizmini geliştirmek için politikanın olmaması
Acil servislerin güçlendirilmesi ve havayolu acil servislerinin kurulması	Politika süreçlerinin kanıta dayalı politika oluşturma ışığında tam olarak uygulanamaması
Yeni hastaneler açmak ve var olan ekipmanları modernize etmek	

Çizelge 11 İran Sağlık Sisteminin SWOT Analizi Devam

Maliyetleri düşürmek için bilişim teknolojilerini etkin kullanmak Özel sektörde rekabeti teşvik etmek Sağlık çalışanları için teşviklerin oluşturulması	
Fırsatlar	Tehditler
Din adamlarını sağlıkta dönüşüm programına dahil etmek Ülkenin gelişmesinde sağlığın rolüne daha fazla dikkat etmek İran parlamentosunun yasama rolü ile yeni finansman için destekleyici olması	Sağlık sisteminin ekonomik-finansal niteliğinin istikrarsızlığı Farklı sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında rekabet eksikliği Finansal borçların sigortalılarla ödenmemesi ve sigortalardan devlet hastanelerine ödemelerde gecikme Sigorta fonlarının toplulaştırılmaması Hizmet paketini yeterince artırmamak ve bazı yükümlülükleri kabul etmek Bazı paydaşların memnuniyetsizliği
GSYİH miktarının artırılması Artan gelir vergisi	
Ulusal sigorta sistemi çatısı altında farklı sigortaların birleştirilmesi Sağlık sistemi karar alma sürecini halka açma Tüm paydaşlarla daha aktif katılım sağlamak Planlayıcılar ile müzakere yapma ve muhalefeti azaltma Sağlık sisteminin verimliliğini artırmak Belirli hastalara daha fazla dikkat etmek	

SWOT analizi sağlık programları ve planlarının değerlendirilmesinde oldukça popülerdir. Gerçekten, sağlık önceliklerini bireyselleştirmek ve tüm paydaşları içeren sağlık sistemi reformlarında değişiklik önermek için etkili bir araçtır.

Mevcut analiz, İran'ın sağlık sistemi dönüşüm programının temel güçlü yönlerini, zayıf yönlerini, fırsatlarını ve tehditlerini belirlemeyi sağlamıştır. Mevcut analizlerden, İran'daki sağlık sistemi dönüşümünü, henüz yeni uygulamaya konulmuş ve henüz tam olarak uygulamaya konmamış girişimlerin birçoğu gibi, sağlık kararlarının ve politika yapıcılarının üstesinden gelmesi gereken çeşitli zorluklar ve tehditler olduğu ortaya çıkmıştır. Eleştirilerle etkileşimde bulunmak, kamuoyunu dikkate almak ve dönüşüm planını güçlendirmek projeyi daha etkili hale getirebilir ve gelecekte İran'daki sağlık sektöründe daha iyi koşullara ulaşılabileceği tahmin edilebilir.

D. Malezya

Malezya, modern özel sağlık tesisleri ve yüksek verimli tıp uzmanları tarafından tercih edilen tıbbi turizm destinasyonlarından biri olarak n kazanmıştır (Taşçı ve Görener 2016:26-30). Ülkenin 2020 tıbbi turizm hedefi, 1,9 milyon yabancı hastadan yaklaşık 3,2 milyar ABD doları gelir elde etmektir. Bu hedefe ulaşmak için Malezya hükümeti, 2009'dan bu yana Sağlık Bakanlığı bünyesinde Malezya Sağlık Seyahat Konseyi (MHTC) kurulmasını sağlamıştır.

Müslüman bir ülke olarak Malezya, Orta Doğu ve Kuzey Afrika ülkelerinden gelen tıbbi turistleri çekmek için gereken her şeye sahipken, şu anda Endonezya'dan en fazla yabancı hasta çekmektedir (Wong ve Musa 2012:21-22). MHTC, yerel ve denizaşırı tanıtım faaliyetleri (fuarlar, ağ oturumları, paketleme atölyeleri, sağlık görüşmeleri, tanıtım turları, vb.) ve tıbbi turizmi teşvik etmek için birlikte çalışarak ilgili paydaşları bir araya getirerek aktif KO'nı desteklemektedir (Top ve Sungur 2019:10-12). Malezya hükümeti, Malezya'ya giren yabancı hastalara, tıbbi turistler için vizenin gerektiğinde 30 günden 90 güne uzatıldığı tedavi için esnek bir giriş kolaylığı sağlar.

Ayrıca, eşlik eden dört kişinin de aynı vize koşullarında hastayla seyahat etmesine izin verir (Galloway, 2008:32-34). Ticari Araç Ruhsatlandırma Kurulu tarafından verilen izinler bakanlığın tanınmış hastanelerin hastaları havaalanına ve hastaneye ya da otele (Erdoğan, vd. 2012:23-24) feribotla taşımına izin vererek, Malezya'daki tıbbi turistlerin lojistik deneyimini iyileştirmeyi de başarmıştır. Malezya'da yabancı hastalar için önerilen popüler gelişmiş tedaviler arasında kalp prosedürleri, ortopedik, kanser tedavisi, doğurganlık tedavisi, kozmetik cerrahi ve genel sağlık taraması yer alır. Ek olarak Malezya, alternatif tıbbi tedaviler olarak geleneksel ve ücretsiz tıp (TCM) hizmeti de sunmaktadır. Uygun maliyet, daha az bekleme süresi, göreceli politik istikrar, asgari dil engeli ve çeşitli turizm merkezleri Malezya'ya belirgin bir karşılaştırmalı üstünlük kazandırmaktadır (Chantal, ve Siripen 2014:10-16).

Malezya'daki özel sağlık tesisleri de uluslararası akreditasyona ulaşmaya yönlendirilmektedir. Bugüne kadar, Ortak Komisyon Uluslararası (JCI) akreditasyonunu (Galloway, 2008:21-25), bunlardan on tanesinin Malezya Sağlıkta Kalite Derneği (MSQH) akreditasyonunu (Lunt, vd. 2011:25) aldığı, 13 sağlık tesisi vardır. Malezya, bölgesel tıp turizmi sahnesinde güçlü bir rakip olsa da ülkenin

Tayland ve Singapur'a kıyasla yüksek harcama yapan hastaları cezbetmediği bilinmektedir.

E. Tayland

Uluslararası turistler, Tayland misafirperverliği, egzotik plajları, eğlence olanakları ve tıbbi tedavileri için Tayland'a akın etmektedir. Aslında, Tayland tıbbi turizmi 1970'lerden bu yana başlamıştır (Rerkrujipimol, vd. 2011:29). Tayland, yaklaşık 2,53 milyon tıp turisti aldığını ve 2012'de yaklaşık 4 ila 4,6 milyar ABD doları arasında bir gelir elde ettiğini bildirmektedir (Chantal, ve Siripen 2014:32-25).

İstatistiklerin sağlık ve spa gelirlerini içerdiği bildirilmiş olsa da Tayland hala dünya çapında bir tıbbi turizm lideri olarak bilinmektedir. Tayland'daki tıbbi turistlerin çoğunluğu Japon, Amerikalı, İngiliz, Orta Doğu ve Avustralyalı iken, sağlık turizmi gelirlerinin yaklaşık %35'inin Güney Doğu Asya ülkelerinden gelen hastalardan edinildiği bilinmektedir. Tayland'a gelen tıbbi turistler genellikle ülkeye kolayca girebilirler. Girişte vize çoğu ülke için geçerlidir. Tıp turistleri, göçmen olmayan bir vize için tıbbi nedenlerle ülkede 90 gün kalmalarını sağlayan başvuruda bulunabilirler. Orta Doğu'dan gelen tıbbi turistleri cezbetmek için Tayland, 2013'ten bu yana 90 günlük vizesiz bir konaklama imkânı sunmaktadır (Frederick, 2017:402-426).

Kozmetik cerrahinin yanı sıra, diş tedavisi de Tayland'daki yabancı hastalar arasında en popüler tedavi yöntemidir (Frederick 2017:430-435). Tayland ayrıca Tayland masajı, spa, sağlık aktiviteleri ve restoratif aktiviteler de dahil olmak üzere entegre sağlıklı yaşam merkezleri ve tesisleri sunmaktadır. Tayland hastaneleri Asya'da ilk uluslararası akredite olmuş ülkeler arasındadır. Bugüne kadar, JCI tarafından Tayland'da akredite edilmiş 37 hastane var ve bunların çoğu Bangkok'ta bulunmaktadır (Rerkrujipimol, vd. 2011:12).

Tıbbi turistler Tayland'ın mükemmel hizmet deneyimini takdir ederken, çoğu Tayland'da kaldıkları süre boyunca dil engelleri ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu sorunun üstesinden gelmek için, Tayland hastaneleri çok dilli konuşan personel istihdam etmektedir (İngilizce, Arapça, Japonca, vb.). Tayland'daki doktorlar, çoğunlukla Amerika Birleşik Devletleri'nde veya Birleşik Krallıktaki eğitim kurumlarında eğitim almışlardır (Ormond, vd. 2014:21). Tarihsel olarak, Tayland tıbbi turizmi, yüksek profilli bağımsız özel hastaneler (Bumrungrad Uluslararası

Hastanesi, Bangkok Hastanesi, Samitivej Hastanesi) tarafından denizaşırı tanıtılmaktadır. Tayland Turizm Otoritesi (TAT) şu anda e-pazarlama ve medya kampanyaları ile dünya çapında farkındalık yaratarak aktif olarak Tayland sağlık hizmetlerini desteklemektedir. Ancak, son siyasi istikrarsızlık tanıtım çabalarının çoğunu azaltmıştır.

F. Singapur

Singapur, küçük bir nüfusa sahip bir şehir devletidir, dolayısıyla sağlık hizmeti finansmanının özelleştirilmesinde ve sağlık hizmeti sunumunun kurumsallaştırılmasında daha belirleyici olmasını sağlamaktadır. Singapur hükümeti 1 milyon sağlık turisti getirmeyi hedeflerken, 2012 yılında Singapur Turizm Kurulu (850.000) tarafından bildirilen istatistikler tıbbi turizm meraklıları tarafından eleştirel bir şekilde değerlendirilmiştir. IMTJ, sayıların eşlik eden aile üyeleri ve yerel gurbetçilerin dahil olduğunu savunmuş, bu nedenle Singapur'a giden gerçek tıbbi turist sayısının yalnızca yaklaşık 200.000 olduğunu, bunun %47'si Endonezya'dan ve % 12'si Malezya'dan gelmektedir (Frederick, 2017:470-475).

Malezya'ya benzer şekilde, Singapur Sağlık Bakanlığı, 2003 yılında bir devlet-sanayi ortaklığı olan Singapur Tıp'ı kurmuştur. Hedefleri tıbbi turizm endüstrisini geliştirmek ve Asya'daki öncü tıp merkezi olarak imajını güçlendirmektir (Musa, vd. 2012:9-12). Bununla birlikte, Singapur hükümeti tıbbi merkez politikasına desteğini açıkça belirtmemiştir. Aslında, tıbbi turizme verilen destek, son yıllarda, belki de tartışmalı kamuoyu görüşlerine yol açabilecek potansiyel olarak çelişen ticaret ve sağlık politikaları nedeniyle fark edilir hale gelmiştir. Singapur'un tıbbi turizm stratejileri, kaliteli tıbbi bakımı, güvenilir ve uluslararası akredite hastaneleri üzerine kuruludur.

21 JCI onaylı hastanesi ile Singapur, vatandaşlarına birinci sınıf sağlık hizmeti sunma ve tesisleri sağlamaya çalışmaktadır. Bu nedenle pazarda mevcut olan en gelişmiş teşhis ekipmanlarından bazılarına sahiptir. İngilizce yaygın olarak konuşulur, temiz ve güvenli bir ortamdır ve istikrarlı bir siyasi manzara Singapur'u turistler için çekim merkezi yapmaktadır (Chantal, ve Siripen 2014:14-18). Singapur'un yüksek kaliteli sağlık hizmetleri konusundaki konumu, bölgedeki fiyat rekabetçiliğini nihayetinde zayıflatmaktadır. Ayrıca, çoğu tıbbi turizm varış yeri tartışmalı tıbbi turizm pazarında aktif olarak kendisini tanıtmakta ve

konumlandırmakta iken, Singapur tıbbi turizm endüstrisini daha da genişletme çabalarında bir şekilde eksik kalmaktadır. Ayrıca, devlet hastanelerindeki yatak kıtlığı Singapur vatandaşları için bir sorun olmaya devam etmektedir (Musa, vd. 2012:16).

Küresel sağlık harcamalarının 2014'ten 2017'ye kadar %5,3 oranında artması ve gayri safi yurtiçi hasılda (GSYİH) ortalama %10'unun üzerinde olması tahmin edilmektedir (Lydia ve Song 2012:24). Sağlık, gelişmiş ülkeler arasında harcanan en yüksek ikinci kalem olma niteliğindedir (ABD'de GSYİH'nın %17,4'ü, Batı Avrupa'da GSYİH'nın %10,7'si). Artan tıbbi maliyetler nihayetinde gelişmekte olan ülkelere gelen insanları (ABD, İngiltere, Avustralya), özellikle de sigortaları kapsamında olmayan tedavileri (göz, diş, kozmetik ve doğurganlık tedavisi gibi) denizaşırı ülkelere tedavi talep etmektedir. ABD ile Asya sağlık turizmi destinasyonları arasında birkaç popüler tedavi maliyetinin karşılaştırılması yine de %40 ile %95 arasında bir maliyet tasarrufuna işaret etmektedir. ABD ve Avustralya'daki sigorta şirketleri tarafından sunulan tıbbi turizm sigortası poliçesi, denizaşırı ülkelere tedavi talep ederken sağlık turistlerinin de rahat hissetmelerini sağlamaktadır (Chantal, ve Siripen 2014:18-19). Uzun bekleme süreleri gerektiren tedaviler (açık kalp ameliyatı, eklem replasmanı, kanser tedavisi) veya kendi ülkelerinde bulunmayan tedaviler (organ nakli, kök hücre tedavisi) aynı zamanda yurtdışına çıkmaları için motive edici bir faktördür (Lunt, vd. 2011:44). Tıbbi seyahat kolaylaştırıcılarının ve Asya'daki ikinci ev emeklilik turizminin artan rolü, sınır ötesi sağlık hizmetleri talebindeki dalgalanmayı daha da desteklemektedir. Bu faktörler, Asya sağlık turizmi destinasyonlarından yararlanabilecekleri fırsatlar yaratmaktadır.

Postoperatif komplikasyonlar ve hastanın ikamet ettiği ülkede bakım sonrası tıp turizmi için büyük bir caydırıcılık olmaya devam etmektedir (Chantal, ve Siripen 2014:9). Bunun yanı sıra, Tayland'daki son zamanlardaki siyasi istikrarsızlık ve taşıyıcı skandalı, Malezya'daki havacılık felaketleri ve Hindistan'daki yükselen suç oranı bu ülkelerin turizm sektörünü daha da etkilemektedir. Bu ülkeler için bir tehdit olmakla birlikte, bu rakip destinasyonlardan tıbbi turistleri çekmek için başkaları için de bir fırsattır. Hindistan tıbbi vizesinin empoze edilmesi ve Singapur hükümetinin küresel olarak tıbbi turizmi daha fazla teşvik etme konusundaki ilgisinin olmaması diğer bölge oyuncularından da bir fırsat olarak görülmektedir. Tıbbi turizm

endüstrisi Asya'da gelişmeye devam ettikçe, çeşitli etik konular gündeme gelmiştir. Hindistan'da yasadışı organ ticareti bildirilirken, cinsiyet atama cerrahisi Tayland'da norm haline gelmektedir. Fırsatlar ve tehditler tüm varış yerlerine genelleştirilebilse de, bazı tehditler varış noktasına özgü olabilir (Lydia ve Song 2012:39). Sağlık turizmi son yıllarda turizm sektöründe en hızlı büyüyen alt alanlardan biri haline gelmiştir. Bu nedenle, artan sayıda ülke daha büyük bir pazar payı için rekabet etmekte ve tıbbi hizmetlerinde cazip fırsatlar sunarak artan turizmi teşvik etmektedir. Bu destinasyonlar ileri teknoloji ve cazip konaklama alanlarına yatırımlarını artırmıştır (Frederick, 2017:476). Ayrıca, sağlık hizmetleri ağırlıklı olarak bir hizmet sektörüdür ve sektörle ilgili olan ticaret sürecinin serbestleştirilmesinden etkilenmiştir. Buna göre, Dünya Ticaret Örgütü'nün ve mal ve hizmetlerin serbest dolaşımıyla ilgili Hizmet Ticareti ile İlgili Genel Anlaşmasının düzenlemeleri, sağlık hizmetlerinde ticaretin serbestleşmesini hızlandırmıştır (Lunt et al. 2011:44). Geçmişte, daha az gelişmiş ülkelere varlıklı insanlar, evde bulunmayan sağlık hizmetlerine erişmek için gelişmiş ülkelere gitmişlerdir. Her ne kadar tıbbi bakım ve refah için seyahat etmek uzun zamandır mevcut olsa da Connell (2013) gelişmiş ülkelere tıbbi tedaviler için gelişmekte olan ülkelere seyahatlerde bir artış olduğu görülmektedir. Bu nedenle, hasta trafiğinin yönü bir yönden iki yönlü olarak değişmiştir (Chen ve Flood 2013:12; Connell 2011:4; Ormond 2011:9).

Gelişmekte olan ülkelere sağlık turizmi akışında nüfus dinamikleri de belirtilmelidir. Yaşlanan bir nüfus olarak da bilinen yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranı, son yıllarda sağlık bakımında daha yüksek ortalama harcama yapılmasına neden olan büyük bir problem olmuştur. Gelişmiş ülkelere vatandaşlarının sağlığı için daha fazla mali kaynak tahsis edilmiştir. OECD Sağlık İstatistiklerine göre, ABD'de kişi başına sağlık harcaması 8713 dolar, İsviçre'de 6325 dolar, Norveç'te 5862 dolar, Hollanda'da 5130 dolar, Almanya'da 4818 dolar (gelişmiş ülkeler), Polonya'da 1530 dolar ve Türkiye'de 941 dolar (gelişmekte olan ülkeler) seviyesindedir. Veriler, gelişmiş ülkelere sağlık hizmetlerinin maliyetinin, gelişmekte olan ülkelere kıyasla oldukça yüksek olduğunu göstermektedir. Bununla birlikte, gelişmiş ülkelerdeki yaşlı nüfusun payı her zamanki gibi diğer ülke gruplarından daha yüksektir ve kamu transferleri maliyetleri karşılayacak ana kaynaklardır (Birleşmiş Milletler 2013:756-775). Yaşlı insanların gençlerden daha yüksek ortalama sağlık harcamalarına sahip olduğunu göz önüne alarak, giden sağlık turizmi veya gelen vasıflı işçi göçü

devletlerin bütçeleri açısından olumlu makroekonomik sonuçlar doğurabilir. Dünya nüfusunun artması ve gelişmiş ülkelerde sağlık standartlarının artması ve sağlık maliyetlerinin artması nedeniyle gelişmekte olan ülkelerde sağlık turizmi sektörünün kaliteli ve nispeten uygun fiyatlı yüksek vasıflı personel aracılığıyla sağlık hizmetleri sunduğunu belirtti. Bu gelişmekte olan ülkelerde dış geliri artırmış, sağlık sektöründeki iş fırsatlarını genişletmiş ve yatırımcıları sağlık sektörüne daha fazla yatırım yapmaya teşvik etmiştir.

UNWTO'ya (2016) göre, dünya çapındaki gelen seyahatlerin %27'si arkadaşları ve akrabaları ziyaret (VFR), dini nedenler ve hac ziyaretleri, sağlık tedavisi vb. Buna göre, OECD (2014a), tarihi, doğal ve kültürel mirası sağlık turizmi ile birleştirerek Türkiye'de turizm büyümesi için önemli bir potansiyel olduğunu belirtti. DSÖ Avrupa Bölge Ofisi (2012), Türkiye'nin sağlık sektörünü önemli ölçüde iyileştiren, çok sınırlı bir sürede olumlu sonuçlar elde eden ve bu nedenle başarılı bir örnek olarak kabul edilen birkaç ülkeden biri olduğunu belirtti. OECD (2014b) raporlarına göre, giderek artan sayıda modern hastanenin bulunduğu sağlık sektöründe önemli miktarda yatırım yapıldı ve bu değişiklikleri tamamlamak için Sağlıkta Dönüşüm Programı (HTP) da başlatıldı. Başka bir ülkedeki sağlık hizmetlerine erişim sağlık turizmi pazarının büyümesi için önemli bir faktördür.

G. Değerlendirme

Tez çalışmasında ilk olarak literatürde sağlık turizmi alanında önde gelen ülkeler ile ilgili yapılan SWOT analizleri değerlendirilmiş ardından diğer ülkelerin sağlık turizm potansiyellerini analiz eden çalışmalar değerlendirilmiştir. Son olarak ise ülkemizin sağlık sistemini ve sağlık turizmini analiz eden çalışmalar değerlendirilmiştir.

Türkiye, şu anda sayısı 49 olan en fazla JCI onaylı hastane sayısına sahip ülkeler arasında sayılan bir sağlık turizmi varış ülkesi olarak kabul edilmektedir. Diğer birçok ülkede olduğu gibi Türkiye'de de sektörel planları içeren kalkınma planları yapılmıştır. Mevcut kalkınma planı 2014-2018 Onuncu Kalkınma Planını almaya hak kazanmıştır ve sağlık harcamalarının artması beklenmektedir ve bu sürecin gelen tıbbi turizmi teşvik edeceği belirtilmektedir (T. Kalkınma Bakanlığı 2014:169-189). Ayrıca, turizm sektöründeki ürün teklifinin çeşitlendirilmesinin önemi, Türkiye'nin küresel sağlık turizmi sektöründeki sıralamasını artırmak amacıyla, sağlık turizmi

iyileştirme programı kapsamında sağlık turizmüne verilen özel bir odaklanma ile vurgulanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, kurumsal ve yasal altyapının iyileştirilmesi ve kamu ile özel sektör arasındaki iş birliğinin güçlendirilmesi gerektiği özel olarak belirtilmiştir. Sağlık sektöründe büyüme ile gelen sağlık turizmi arasındaki ilişkinin incelediği çalışmada, sağlık hizmetlerinin sektörel büyümesinin, gelen sağlık turizmini teşvik ettiğini göstermektedir. Ayrıca, politika yapıcılarına sağlık sektörünün hizmet sektörü ihracatı potansiyeli sağlamadaki gelişmeleriyle ilgili önemli bir mesaj göndermektedir. Çalışmanın bir başka bulgusu, Türkiye'de sağlık sektörü turist sayısından sağlık sektörü harcamalarına nedensellik olmadığıdır. UNWTO (2016) 'ya göre, Türkiye varışlarda 6. sırada ve uluslararası turizm pazarında makbuzlarda 12. sırada yer almaktadır. 2015 yılı itibarıyla, sağlık sorunuyla ilgili gelen turistlerin kişi başına düşen harcamaları 1773 ABD doları iken, bir bütün olarak Türkiye turizm sektörü için kişi başına 756 ABD dolarıdır. Bu nedenle, bu rakam politika belirleyicilerin gelecek yıllarda sağlık amaçlı gelen turist akışını teşvik etmeleri için güçlü bir motivasyondur. Sağlık sektörünün altyapı gelişiminin, gelen sağlık turizmi için hizmet kalitesi açısından kilit bir belirleyici olması beklenebilir. Türkiye'de sağlık turizmi potansiyeli ve geleceğinin analiz edildiği çalışmada daha önce yapılmış çalışmalardan elde ettiğimiz verilerin ışığında Türkiye'nin sağlık turizm potansiyelinin SWOT analizi yapılmıştır. Bu kapsamda yapılan değerlendirmeler Çizelge 7'de verilmektedir.

Çizelge 12 Türkiye'nin Sağlık Turizmi Potansiyelinin SWOT Analizi ile Değerlendirilmesi

Güçlü Yönler	Zayıf Yönler
Sağlık hizmetlerinin gelişmiş ülkelere göre nispeten ucuz olması	Sağlık turizminde hizmet standardı eksikliği
50'den fazla sağlık kurumunun JCI akreditasyonu ile dünyada ilk sıralarda yer alması	Devlet hastanelerinin sağlık turizmi sunacak alt yapıya sahip olmaması, akredite eksikliği
Coğrafi konum	Yabancı doktorların kamuda istihdamının mümkün olmaması
Vizesiz seyahat imkanlarının olması ve vize işlemlerinin oldukça kolay ve ucuz olması	Kalifiye sağlık personeli (hemşire, sağlık memuru vb.) eksikliği
Dünyanın çeşitli yerlerindeki Türklerin ve Türki Cumhuriyetlerdeki soydaşların varlığı	Uluslararası sağlık mevzuatı ve hasta hakları hakkında bilgi yetersizliği
Ülke geneline yayılmış termal kaynaklar	Yabancı dil özellikle İngilizcenin beklenen seviyede olmaması

Çizelge 13 Türkiye'nin Sağlık Turizmi Potansiyelinin SWOT Analizi ile Değerlendirilmesi Devam

Termal turizm, SPA ve wellness imkanlarının bulunması Güçlü sağlık alt yapısı ve teknolojinin varlığı Bazı branşlarda (yüz nakli, organ nakilleri vb.) dünyada ün yapmış doktorların varlığı Sağlık sektöründeki iyi yetişmiş insan gücü Sağlık personelinin dil eğitime önem verilmesi Sağlık Bakanlığı Turizm dairesinde 7/24 İngilizce, Arapça, Almanca, Fransızca ve Rusça başta olmak üzere birçok dilde sağlık turisti bilgilendirme işlemlerinin yapılması Otel zincirleri ve uluslararası ilaç firmalarının ülkemizde faaliyet göstermesi Sağlık turizmine güçlü devlet desteğinin olması Sağlık turizmi ile entegre edilebilecek çeşitli doğal, tarihi ve kültürel varlıkların olması	Liyakate dayalı bürokratik yapının olmaması Kamu ve özel sektör arasında sağlık turizmi alanında yetersiz koordinasyon olması ve yeterli iletişimin olmaması Sağlık turizmi potansiyelinin yeterince yurt dışında tanıtılmamış olması, pazarlama eksikliği Ülkemizin bazı ülkeler nezdindeki olumsuz imajı varlığı Fiyatlandırmadaki tutarsızlıklar Sağlık kurumları ve sigortaların uluslararası bağlantılarının zayıf olması Sağlık turizmi bilincinin çok düşük olması Sağlık turizmi kapsamında eğitim sisteminde yeterli eğitimlerin verilmemesi Malpraktis konusunda yasa yetersizliği Sağlık kurumları, turizm işletmeleri, pazarlama şirketleri, lojistik firmaları ve ulaşım firmaları arasındaki yok denecek kadar az olan iş birliği-ortaklık. Lojistik hizmetlerinin koordinasyonundaki yetersizlik Sağlık turizminde söz sahibi olacak hastane zinciri sayısının yetersizliği Sağlık çalışanı beyin göçü Sağlık turizmine yönelik şehirlerin azlığı
Fırsatlar	Tehditler
Dünyada yaşlı nüfusun artması Gelişmiş ülkelerde tedavilerin pahalı olması ve bekleme sürelerinin uzunluğu Coğrafi ve sosyo-politik konum Yatırımcıların sağlık turizmine yönelmesi	Sağlık turizminin küresel ekonomik dalgalanmalardan hızlı etkilenmesi Çevre ülkelerde yaşanan istikrarsızlık, terör saldırıları, iç karışıklıklar, savaşlar vb. Hasta transferlerinin havayolu ile yapılmasının zorluğu Sağlık turizmi alanındaki güçlü rakiplerin olması

Çizelge 14 Türkiye'nin Sağlık Turizmi Potansiyelinin SWOT Analizi ile Değerlendirilmesi Devam

Gelişen bilgi teknolojileri ve iletişim platformları sayesinde pazarlamanın kolaylaşması	Sağlık turistlerinin bilgilerini tutan ve ilgili paydaşlarla paylaşan bilgi/veri sistemlerinin olmaması
Ulusal ve uluslararası fonlar aracılığıyla sağlık turizminin gelişimine katkı sunulması	Sağlık alanında sık değişen mevzuat
Sağlık turizmi kapsamında çeşitli yasaların çıkmış olması	Sağlık kuruluşlarının rekabet olarak fiyatı dikkate alması, hizmet anlamında rekabete geçilememesi
Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu'nun kurulması	Uluslararası standartlara göre akreditasyon yapacak kurum eksikliği
Sağlık turizmine yönelik eğitimler ile sertifikasyonların planlanması	Yüksek ödeme yapan sağlık turistlerine yönelik pozitif ayrımcılık yapılması ve bunun getirdiği sorunlar
Sağlık turizmine yönelik kurumsal bazda vergi avantajları bulunmaktadır	
Devlet destekli tedavi alan yabancı uyruklu vatandaşların sayısının artması	
ile hasta bazlı reklamların olması	

Türkiye’de sağlık turizmi öne çıkan bir piyasa haline gelmiştir. Ülkemizin coğrafi konumu ve iklim ortamı turistlerin ilgi odağı olmasını sağlamakta; termal suların bol ve kaliteli oluşu da özellikle kaplıca turizminde tercih edilir bir ülke konumuna getirmektedir. Fiziksel altyapısının (oteller, ulaşım araçları, enerji vb.) giderek gelişmesi de önemli bir avantaj sağlamaktadır. Sunduğu düşük maliyetler ve farklı sağlık hizmeti türleri de Türkiye’de sağlık turizmini büyötmektedir. Uluslararası düzeyde akredite hastaneleri ve sağlık işletmeleri, zengin tıbbi altyapısı, kolay muayene olanakları ve kalifiye sağlık personeli Türkiye’yi pek çok ülkeden hasta çeker bir konuma getirmiştir (T.C. Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı, 2011: 16). Tezin bu aşamasında ise ülkemizin sağlık turizmi potansiyeli için dikkate alınması gereken faktörler belirlenmektedir. Bu faktörler Çizelge 8’de verilmektedir.

Çizelge 15 Ülkemizin Sağlık Turizminin Değerlendirilmesinde Dikkate Alınması Gereken Faktörler

Güçlü Yönler	Zayıf Yönler
Coğrafi konum	Bölgesel istikrarsızlıklar
Dünyanın çeşitli yerlerindeki soydaşlar	Sağlık turizmi yönetim eksikliği
Yeterli kalifiye personel	Sağlık turizminde tanıtım/pazarlama
Yüksek teknoloji kullanımı	
Devlet desteğinin olması	Sağlık turizmi bilincinin yerleşmiş olmaması

Çizelge 16 Ülkemizin Sağlık Turizminin Değerlendirilmesinde Dikkate Alınması Gereken Faktörler Devam

Uluslararası sertifikasyona sahip hastane sayısı	Sağlık personelinin yabancı dil eksikliği
Sağlık hizmetlerinin nispeten ucuz olması	Sigorta şirketlerinin uluslararası deneyim eksikliği
Diğer turizm kollarının olması	Uluslararası sağlık mevzuatını bilen yönetici eksikliği
Coğrafi konum itibarıyla sahip olunan lojistik imkânlar	Kurumlar arası koordinasyon ve iletişim eksikliği
	Yetişmiş insan gücünün göç etmesi
Fırsatlar	Tehditler
Şehir hastanelerinin yapılması	Bölgesel terör ve savaş
Gelişen bilgi teknolojileri	Ülkemizin yurt dışındaki olumsuz imajı
Bölgesinde siyasi istikrara sahip tek ülke olması	Ekonomik istikrarın sağlanamamış olması
Devlet teşvikinin olması	Sağlık turizminde uluslararası rekabet
Sağlık turizminin devlet tarafından stratejik alan olarak belirlenmesi	Sağlık turizmi paydaşlarının bir arada hareket etmemesi

Çizelge 8’de genel hatları ile verilen faktörler sağlık turizmini etkilemektedir. Bu faktörler içerisinde bazı etkenler ülke dışından etkenlerden oluşmaktadır. Bölgesel terör ve savaş sonucunda göçmenlerin ülkemize gelmesi hem ekonomik anlamda bizi etkilemekte hem de sosyolojik olarak problem oluşturmaktadır. Ülkemize karşı olumsuz imajın bir kısmı çeşitli Türkiye düşmanı gruplar tarafından desteklense de göçmenlerin verdiği olumsuz imaj da son derece önemlidir.

VI. SONUÇ VE ÖNERİLER

Sağlık turizmi kapsamında yetişmiş, uluslararası mevzuata hakim ve birden çok yabancı dile sahip nitelikli yönetici eksikliği büyük bir sorun olmaktadır. Özel sektörün özellikle sigorta şirketlerinin uluslararası akreditasyonlarının eksiklikleri de yine sağlık turistleri için önemli bir dezavantajı oluşturmaktadır. Sağlık turizmi paydaşlarının tek bir çatı altında yönetilmemesi, sektörde herkesin başına buyruk olması da önemli bir sorun olarak görülmektedir. Sağlık personelinin yabancı dil eksikliği, hasta ve yakınları ile iletişimde önemli sorunlar doğurmaktadır. İletişim teknolojilerinin gelişmesi ile tanıtım ve pazarlama faaliyetlerinin daha kolay ve ucuz olacağı söylenebilir.

2017 yılı itibarıyla açılmaya başlanan Mersin Şehir Hastanesini takiben, Yozgat, Isparta, Kayseri, Manisa, Elazığ, Eskişehir, Bursa ve Ankara Bilkent Şehir Hastaneleri faaliyet göstermeye başlamışlardır. Böylece 13,423 yeni yatak kapasitesi sektöre eklenmiştir. 2020 yılında hizmete alınması beklenen Ankara Etlik, Konya Karatay, Gaziantep, Tekirdağ, Kütahya, Kocaeli, İzmir Bayraklı ve İstanbul İkitelli şehir hastaneleri ile yatak kapasitesi 26,715'e çıkmış olacaktır.

Sağlık sisteminin dönüşümün gerçekleştirilmesi kapsamında yapımı bitmiş ve halen devam etmekte olan şehir hastaneleri ülkemizin sağlık sektörünü bir üst sınıfa çıkaracağı düşünülmektedir. Sağlık sektörüne yapılan bu büyük yatırımların sağlık turizmine olumlu yansıyacağı açıktır. Böylesi büyük yatırımların iyi yönetilmesi ve sağlık turizmi kapsamında en üst seviyede fayda sağlamasını beklemek yerinde olacaktır. Şehir hastanelerinin sağlık sektörüne getireceği faydalar dört başlık altında verilebilir.

- Yapısal Avantajlar
 - Enerji ihtiyacının doğalgaz ve biyogaz sistemlerinden elde edilmesi,
 - Geri dönüşümlü su sistemlerinin bulunması (gri su),
 - Depreme sürtünmeli sarkaç sistemi ile dayanıklı olması

- Yatak başına kapalı alanın dünya standartlarında olması,
- Araç trafiğini azaltmak için açık ve kapalı otopark sistemleri,
- Geniş alanlarda rahat dolaşmak için yürüyen merdiven ve hastane içi yeşil enerjili araçlar
- Spor merkezlerinin olması,
- Hasta yakınları için otel,
- Kreş ve gündüz bakım evlerinin olması.
- Ekonomik Avantajlar
 - Kamu arazilerinin değerlendirilmiş olması,
 - Kamu-özel ortaklığı olduğu için kamu borcunun azalması,
 - Hastaların yatış sürelerini azaltması,
 - Hastanelerde oluşan enfeksiyonları azaltmak için maliyetleri azaltmak,
 - Teknolojik uygulamaların maliyetini düşürmek.
- Tıbbi Avantajlar
 - Uygulanan tedavi çeşitlerinin ülke geneline yaygınlaşması,
 - Sağlık hizmeti kalitesinin artması,
 - Yeterli sayıda yatak kapasitesi,
 - Sağlık hizmeti sunumunda yeni yaklaşımların ve teknolojilerin kullanılması,
 - Hasta ve yakınları üzerinde olumlu psikolojik etkilerin olması,
 - Tıbbi yeniliklere ulaşımın sağlanması,
 - Hastaların nitelikli oda kullanmaları.
- İç Avantajlar
 - Sağlık çalışanları için konforlu çalışma ortamları,
 - Çalışan güvenliği, kolaylığı ve memnuniyetinin artması,
 - İş gücü ve sağlık çalışanı kalitesinin artması,
 - İşletme anlamında yüksek standartlar sağlanması.

Dünyada şehir hastaneleri yapıldıktan sonra daha çok inşaat sürecinde dikkate alınmayan ya da özenli davranılmaması sonucu çeşitli sorunlar yaşanmıştır. Bunlar bakım maliyetlerinin öngörülenden yüksek çıkması, hastanelerin tesisatlarındaki bozulmalar/tıkanmalar, hastanenin bazı yerlerinde ucuz malzeme kullanılması sonucu oluşan olumsuzluklar, hastanelerin büyük olması sebebiyle yatalak hastaların taşınmasındaki zorluklar, hastanedeki havalandırma sistemlerinin ve filtrelerin

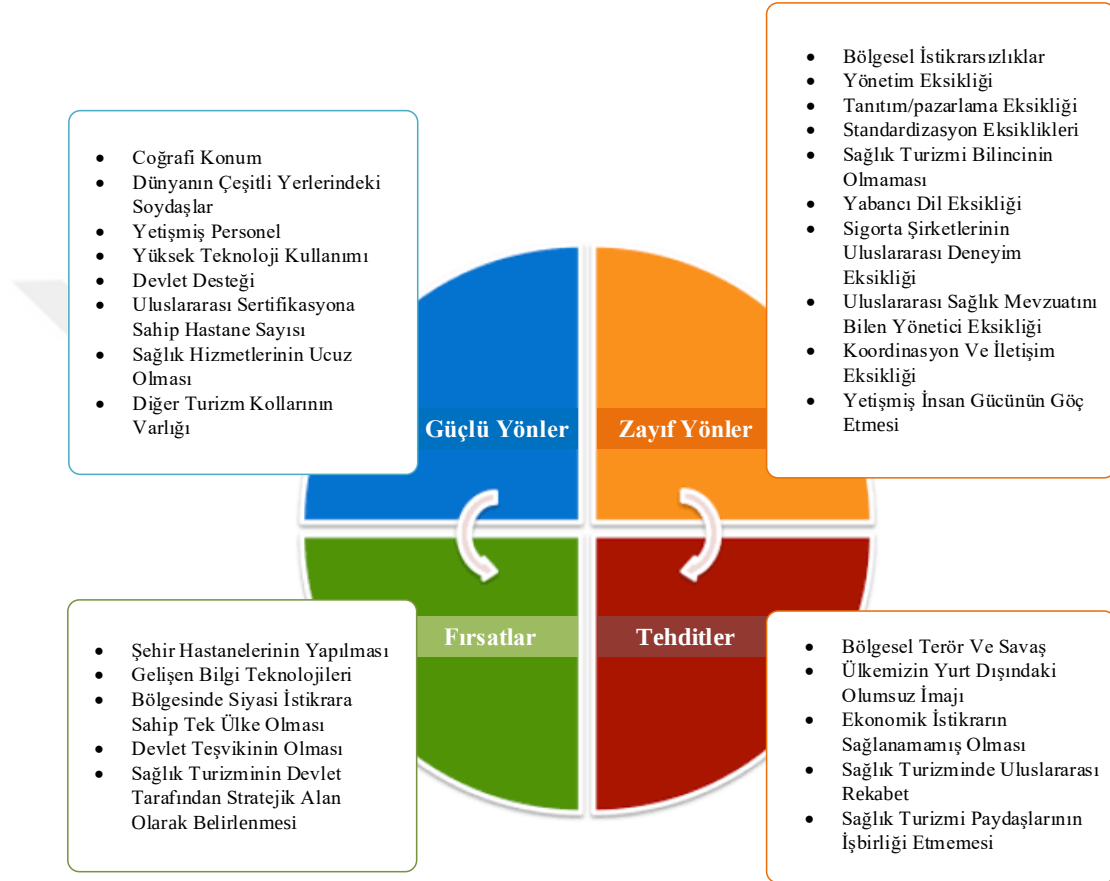
sürekli bozulması, hastanelerdeki asansörlerin sürekli olarak arıza vermesi şeklindedir.

Şehir hastanelerinin Çizelge 8’de verilen ülkemizin sağlık turizminin SWOT analizi sonucunda ortaya çıkan zayıf yönler ve tehditleri ne ölçüde gidereceği tartışılmalıdır. Şehir hastanelerinin işleme geçmesi ile birlikte sağlık turizmi paydaşları bölgesel olarak konumlanacakları ve iletişim koordinasyon kuracakları birimlere erişimleri kolaylaşacaktır. Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan Sağlık Turizmi birimi Şehir hastaneleri eli ile sağlık turistlerinin sigorta işlemlerini, vize işlemlerini daha kolay izleyebileceklerdir. Şehir hastanesi bünyesindeki sağlık turizmi birimi ile hastane düzeyinde ve zamanla vatandaş düzeyinde sağlık turizmi bilinci gelişecektir.

Beş yıldızlı otel konforu, yüksek teknoloji ve kaliteli hizmet sunması beklenen şehir hastaneleri gelen hastalar üzerinden kalıcı reklam oluşturacaktır. Kalıcı reklam sayesinde ülkemize karşı oluşan olumsuz imaj da zamanla azalacaktır. Bu aynı zamanda konforlu çalışma ortamı sağlandığı için sağlık çalışanlarının (özellikle doktor) beyin göçünü engelleyebileceği söylenebilir. Şehir hastaneleri zaman içerisinde sağlık turizminde belli bir standardizasyonu yakalayabilecektir. Şehir hastanelerinin Sağlık Bakanlığı bünyesinde sağlık turizmini yürütmesi ile kurumlar arası koordinasyon sorunu ortadan kalkacaktır. Sağlık turizminin önemli bir rekabet oluşturduğu günümüz dünyasında, şehir hastaneleri sayesinde hem ülke sağlık sektörü gelişecek hem de uluslararası rekabette ülkemizin elini güçlendirecektir. Şekil 5’te SWOT analizi sonuçları verilmektedir.

Sağlık turizminde uluslararası mevzuata hâkim nitelikli yönetici eksikliği ülkemizin önündeki önemli sorunlardan biridir. Şehir hastaneleri bünyesindeki sağlık turizmi birimlerinin önündeki en büyük engel de budur. Bunun aşılması durumunda ise pazarlama ve tanıtım faaliyetleri de daha nitelikli hale gelecektir. Ayrıca sağlık personelinin yabancı dil eksikliği her ne kadar Sağlık Bakanlığı çabaları ile giderilmeye çalışılsa da henüz istenen seviyede değildir. Birinci sınıf ameliyathanelerin ülke geneline yayılması sonucunda asistan doktorların tecrübe kazanması ve kendilerini yetiştirmelerine şehir hastaneleri katkı sağlayacaktır. Ayrıca bölgesel olarak daha fazla sayıda ve çeşitli vakaların hastanede değerlendirilmesi ile sağlık çalışanlarının bilgi ve tecrübe edinmesi ve paylaşması sonucunda ihtisaslarına olumlu katkıları olacaktır. Şehir hastanelerinin büyüklüğü ve kapasitesi göz önüne alındığında özellikle lise ve yüksekokul düzeyinde stajyer

öğrencilerin deneyim kazanmasını sağlayacaktır. Literatürde yapılan çalışmalarda Şehir hastanelerine bakış çok da olumlu değildir. Bunun nedenlerinden biri sağlık çalışanları açısından taşeronlaşmanın artacağına dair inancın olmasıdır. Sağlık ticarileşeceğini ifade eden bazı çalışmalar da ise sağlık kavramının insan hayatı için çok önemli olduğu ama şehir hastaneleri ile bu kavramın içinin boşaltılacağı ve sağlık kavramına tamamen ticari bir bakış açısının gelişeceği düşünülmektedir.



Şekil 5 SWOT analizi sonuçları

Şekil 5'te de verildiği gibi Şehir hastanelerinin Sağlık sektörüne sunacağı potansiyelin iyi değerlendirilebilmesi için sigortacılık, sağlık mevzuatı ve pazarlama yeteneklerinin üst seviyede olduğu nitelikli insan profiline ihtiyaç vardır. Bu insan kaynağının yetiştirilmesi için özellikle üniversitelere önemli görevler düşmektedir. Eğitimlerin İngilizce olarak yapılması, dünya literatürünü bilen insan kaynağının yetiştirilmesi son derece önemlidir. Ülkemizde sağlık sektöründe söz sahibi grupların/şirketlerin kurduğu üniversitelerin sadece vergi muafiyetini değil, aynı

zamanda devlet tarafından nitelikli insan yetiştirmeye yönlendirilmeleri gerekmektedir.

SWOT analizi sonucundaki bulgular ile hipotezler karşılaştırıldığında şehir hastanelerinin sağlık turizmine olumlu katkı sunacağı görülmektedir. Zira sağlık sektörüne şehir hastaneleri önemli bir ivme kazandıracaktır. Ancak şehir hastanelerinin bu potansiyelinin ortaya çıkarılabilmesi için sağlık turizminin gereklerinin yerine getirilmesi gerekmektedir. Ülkemizin sağlık sektörü neredeyse tamamen dışa bağımlıdır. Son yıllarda yerli üretimler teşvik ediliyor olsa bile yakın vadede bu cari açığın kapanacağı öngörülmemektedir. Cari açığı azaltmanın en kolay ve hızlı yolu ise sağlık turizmine yönelmektir. Sağlık turistinin getireceği döviz ile sağlık sektörü kaynaklı cari açık bir nebze olsun azalacaktır. Cumhuriyet öncesi ve sonrasında bireysel girişimcilik ülkemizde gelişen bir olgu değildir. Bireysel girişimler daha çok kısa süreli ticari ilişkiler üzerine kurulmaktadır. Bu nedenle devletin sağlık turizmi sektörünü özel sektöre bırakmamalı teşvik ve denetimlerini, politikaları ile yönlendirmelidir.

Şekil 5'te verildiği gibi bir diğer önemli sorun sağlık turizmi bilincinin ülkemizde yok denecek kadar az olmasıdır. Açıkçası sağlık turizminden önce turizm bilincinin geliştirilmesi gerekmektedir. Devlet eli ile üniversiteler bünyesinden yıllardır eğitim veren turizm ile ilişkili bölümlerin bu problemi ortadan kaldırmadığı bilinmektedir. Bu nedenle turizm bilinci ve sağlık turizmi bilincinin geliştirilmesi devlet ve özel sektör tarafından ivedilikle ele alınması gereken sektördür. Bu bilgiler ışığında öncelikli olarak aşağıdaki problemlerin aşılması gerekmektedir.

- Sağlık turizmi paydaşlarının birlikte ve örgütlü hareket etmesi için sistem geliştirme,
- Tanıtım/pazarlama için teknoloji destekli kampanyaların düzenlenmesi,
- Yurt dışı temsilciliklerde tedaviler sonrası takip işlemlerinin yapılması,
- Turizm ve sağlık turizmi bilincinin yerleştirilmesi için sistemli politikalar geliştirilmesi,
- Yabancı dil öğrenme sorununun ortadan kaldırılması,
- Uluslararası mevzuatı bilen, yeni gelişmelere hızlı uyum sağlayabilen nitelikli gençlerin yetişmesi için eğitim programlarının güncellenmesi şeklindedir.

Salgın hastalıkların yaşandığı günümüz koşullarında şehir hastaneleri sahip oldukları kapasite sayesinde sağlık sektörüne salgınlarla mücadele ederken önemli avantaj sağlamaktadır. Salgınlar ile mücadele de ülkelerin ellerindeki en önemli argüman yetişmiş sağlık çalışanlarıdır. Yüksek teknoloji kullanımı ve sağlık çalışanları için konforlu ve geniş alanların bulunması salgınlarla mücadele etmekte önemlidir. Zira salgın hastalıkların kısa süreli olmaması nedeniyle sağlık çalışanlarını psikolojik ve sağlık anlamında olumsuz etkilemektedir.

Şehir hastanelerinin açılması ile kapatılan hastaneler günümüzde yaşadığımız salgın koşullarında tekrar kullanılmıştır. Salgın sürecinde özellikle Ankara ilinde hasta ve şüphelilerin neredeyse yarısı şehir hastaneleri tarafından izlenmiş ve tedavi edilmiştir. Bu sayı İstanbul ili için geçerli değildir. Zira İstanbul'daki şehir hastaneleri ve afet hastaneleri yeni açılmıştır.

VII. KAYNAKÇA

KİTAPLAR

ALBERT, N.L. (2006). **Public Private Partnership: innovation strategies and policy alternatives**, New York, Springer.

BOOKMAN, M. Z. ve BOOKMAN, K. R. (2007). **Medical Tourism in Developing Countries**. New York, Palgrave.

BULL, B. ve MCNEİLL, D. (2007). **Development Issues in Global Governance: Public-Private Partnerships and Market Multilateralism**, CRC Press.

CARTY, A. (2012). **How to Ensure Successful PPP Procurement**. European PPP Expertise Centre, Luxembourg.

DAFFLON B, VAILLANCOURT F. (2016). **Investing in health infrastructure: how decentralization matters. Decentralization and Infrastructures in the Global Economy: From Gaps to Solutions**. Abington, New York: Routledge p. 21–48.

FREDERICK, J. D. (2017). **Medical Tourism and Wellness: Hospitality Bridging Healthcare (H2H)**, Apple Academic Press.

OECD (2014a). **Tourism trends and policies 2014**. OECD Publishing, Paris.

MAKALELER

AJMER, P. SINGH M. SATHI H.K. (2015). “Prioritization of Strengths, Weaknesses, Opportunities and Threats of Indian Medical Tourism Sector using Integrated Swot AHP Analysis”. **International Journal of Innovative Research in Science, Engineering and Technology**, Vol. 4, Issue 5, 3665-3673.

AKTAN, C. C. (2009). “Turkish Health Care Sector And SWOT Analysis of The Ministry Of Health”, **International Journal of Social Sciences And Humanity Studies**, Vol 1, No 2, 56-70.

ALBERT, P. C. CHAN, JOHN F. Y. YEUNG, CALVIN C. P. YU, SHOU QING WANG, ve YONGJIAN KE, (2011), “Empirical Study of Risk Assessment and Allocation of Public-Private Partnership Projects in China”, **Journal of Management in Engineering**, 27(3).

- ALLARD, G. ve CHENG, A. H. Y. (2009). "Public-Private Partnerships in the Spanish Health Care Sector". **European Public Private Partnership Law Review**, 2:1 pp82–8.
- ALİREZA, O. MASOUD, B. NASRİN, M. MEYSAM, B. SANAZ, H. SAMAD, A. MARIANO, M. AHAD, B. NİCOLA, L. B. (2018). "Iran's Health System Transformation Plan: A SWOT analysis", **Med J Islam Repub**, 32.39. <https://doi.org/10.14196/mjiri.32.39>
- ANDERSON, S. (2012). "Public, private, neither, both? Publicness theory and the analysis of healthcare organisations". **Soc. Sci. Med.** 74, 313e322.
- ASLAN, I. ÇINAR, O. ve ÖZEN, Ü. (2014). "Developing Strategies for the Future of Healthcare in Turkey by Benchmarking and SWOT Analysis", **Procedia - Social and Behavioral Sciences**, 150:230 – 240.
- AYDIN, G. KARAMEHMET, A. B. (2015). "Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi Pazarlama Uygulamaları ve Karşılaştırmalı Durum Analizi", **Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi**, Sayı: 16, Temmuz, ss. 1-21.
- AZZOPARDI-MUSCAT N, FUNK T, BUTTIGIEG SC, GRECH KE, BRAND H. (2016), "Policy challenges and reforms in small EU member state health systems: a narrative literature review". **Eur J Public Health** 26(6):916-922. doi: 10.1093/eurpub/ckw091.
- BARLOW, J. ROEHRICH, J.K. WRIGHT, S. (2013). "Europe sees mixed results from public private partnerships for building and managing health care facilities and services". **Health Aff.** 32 (1), 146e154.
- BARU, R. V. ve NUNDY, M. (2008). "Blurring of Boundaries: Public–Private Partnerships in Health Services in India". **Economic and Political Weekly**, 26:1 pp62–71.
- BAZZOLI, G. STEIN, J. ALEXANDER, J. A. CONRAD, D. A. SOFAER, S. & SHORTELL, S. M. (1997). "Public-Private Collaboration in Health and Human Service Delivery: Evidence from Community Partnerships". **Milbank Quarterly**, 75:4 pp533–61.
- BECKER, F. ve PATTERSON, V. (2005). "Public Private Partnerships: Balancing Financial Returns, Risks and Roles of the Partners". **Public Performance & Management Review**, 29:2 pp125–44.
- BLANKEN, A. ve DEWULF, G. P. M. R. (2010). "PPPs in Health: Static or Dynamic?". **Australian Journal of Public Administration**, 69:1 pp35–47
- BOZÇA R. KIRAÇ Ç. F. KIRAÇ R. (2017). "Health Tourism SWOT Analysis: Erzincan", **Gümüşhane University Journal of Health Sciences**, 6(3):157-163.

- BUSE K, TANAKA S. (2011), “Global public-private health partnerships: lessons learned from ten years of experience and evaluation”. **Int Dent J**.61:2– 10. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2011.00034.x>.
- BUTTIGIEG SC, SCHUETZ M AND BEZZINA F. (2016). “Value Chains of Public and Private Healthcare Services in a Small EU Island State: A SWOT Analysis”. **Front. Public Health** 4:201. doi: 10.3389/fpubh.2016.00201
- CANNON, G. (2009). Out of the box. **Public Health Nutr.** 12:732–4. <https://doi.org/10.1017/S1368980009005370>.
- CARRERA, P. M. VE BRIDGES, J. F. P. (2006). “Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism”, **Expert Review of Pharmaco Economics and Outcomes Research**, 6(4), 447-454.
- COHEN, E. (2008). “Medical Tourism in Thailand”, **AU-GSB e-journal**, 1 (1).
- CONNELL, J. (2013). “Contemporary medical tourism: conceptualisation, culture and commodification”. **Tour Manag** 34:1–13
- CHEUNG, E. CHAN, A. VE KAJEWSKI, S. (2005). “Enhancing Value for Money in PPP Projects: Findings from a Survey Conducted in Hong Kong and Australia Compared to Findings from Previous Research in the UK”. **Journal of Financial Management of Property and Construction**, 14:1 pp7–20.
- CROOKS, V. KINGSBURY, P. SNYDER, J. JOHNSTON, R. (2010). “What is known about the patient’s experience of medical tourism? A scoping review”. **MC Health Services Research** 10: 266
- DE COSTA, A. VE DĪWAN, V. (2007). “Where is the Public Health Sector? Public and Private Sector Healthcare Provision in Madhya Pradesh, India”. **Health Policy**, 84:1 pp269–76.
- ELIZA, L.Y. WONG, E. YEOH, P. CARRIE, H.K. YAM, A. W.L. CHEUNG, HONG F. (2015). “How shall we examine and learn about public-private partnerships (PPPs) in the health sector? Realist evaluation of PPPs in Hong Kong”. **Soc Sci Med**, 147:261-9. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.11.012.
- ERDOĞAN, S. VE YILMAZ, E. (2012), “Medical Tourism: An Assessment on Turkey”, **International Joint Conference of 10th International Conference on Knowledge, Economy and Management; 11th International Conference of the ASIA Chapter of the AHRD & 2nd International Conference of the MENA Chapter of the AHRD Proceedings**.
- FERREIRA, D.C. VE MARQUES, R.C. (2020). “Public-private partnerships in health care services: Do they outperform public hospitals regarding

quality and access? Evidence from Portugal”. **Socio-Economic Planning Sciences** Available online 23 January 2020, 100798

- FREEDHOFF Y, HÉBERT PC. (2011), “Partnerships between health organizations and the food industry risk derailing public health nutrition”. **CMAJ**. 183:291–2. <https://doi.org/10.1503/cmaj.110085>
- GAN, L. L. VE SONG, H. (2012) .“A SWOT Analysis of Medical Tourism: India and South Korea”. **Management Educator: Courses, Cases & Teaching eJournal**, <http://dx.doi.org/10.2139/ssrn.2194856>
- GALEA, G. MCKEE, M. (2014). “Public-private partnerships with large corporations: setting the ground rules for better health”. **Health Policy**. 115:138–40. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2014.02.003>.
- GALLOWAY, C. (2008). “Medical Tourism in Asia”. **Urban Land**, 67(2), 84-88.
- GERARD, M. FORGIA, L. VE APRIL, HARDING. (2009). “Public-Private Partnerships And Public Hospital Performance In São Paulo, Brazil”, **Health Affairs** 28, no. 4 1114–1126; 10.1377/hlthaff.28.4.1114
- GOTTWALD, M. BECKER. A. BAHR, I. MUELLER-FAHRNOW, A. (2016). “Public–private partnerships in lead discovery: overview and case studies”. **Arch Pharm** 349(9):692–697. <https://doi.org/10.1002/ardp.201600078>
- GÖKKAYA, D. İZGÜDEN, D. ERDEM, R. (2018). “Şehir Hastanesinde Hasta Memnuniyeti Araştırması: Isparta İli Örneği”, **Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi**, Cilt: 9, Sayı: 20, ss.136-148.
- GRANADOS, MORENO P, JOLY Y, KNOPPERS, B.M. (2017). “Public–private partnerships in cloud-computing services in the context of genomic research”. **Front Med** 4:3. <https://doi.org/10.3389/fmed>.
- GRIMSEY, D. VE LEWIS, M. K. (2004). “The Governance of Contractual Relationships in Public Private Partnerships”. **Journal of Corporate Citizenship**, 15:1 pp91–109.
- GUASCH, J. LAFFONT, J.-J. STRAUB, S. (2008). “Renegotiation of concession contracts in Latin America: evidence from the water and transport sectors”. **Int. J. Indust. Org.** 26, 421e442.
- GÜR, OMAI, G. E. VE CENGİZ, E. (2013), “Health Tourism in Turkey: Opportunities and Threats”, **Mediterranean Journal of Social Sciences**, Vol:4, No:10, October.
- HELLOWELL, M. VE POLLOCK, A. (2009). The Private Financing of NHS Hospitals: Politics, Policy and Practice. **Journal of the Institute of Economic Affairs**, 29:1 pp13–19.

- HERNANDEZ-AGUADO, I. ZARAGOZA, G. A. (2016), "Support of public-private partnerships in health promotion and conflicts of interest". **BMJ Open**. 6:e009342. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-009342>.
- HODGE, G. VE GREVE, C. (2007). "Public-Private Partnerships: An International Performance Review". **Public Administration Review**, 67:3 pp545–58.
- JOHNSTON, J. VE GUDERGAN, S. P. (2007). "Governance of Public-Private Partnerships: Lessons Learnt from an Australian Case?" **International Review of Administrative Sciences**, 73:4 pp569–82.
- KARAWAJCZYK, A. ORRLING, K.M. DE VLIEGER JSB, RIJNDERS T, TZALIS D. (2016). "The European Lead Factory: a blueprint for public-private partnerships in early drug discovery". **Front Med** 3:75. <https://doi.org/10.3389/fmed.2016.00075>
- KICKBUSCH, I. QUICK J. (1998), "Partnerships for health in the 21st century". **World Health Stat Q**. 51:68–74 <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9675811>.
- KIM, C. HAN, H. PARK, H. LEE, H. (2012). "The Research and development of Public Private Partnership about health and medicine. Seoul: Korea" **Foundation for International Health (KOFIH)**;p. 21e9.
- KOPPENJAN, J. (2005), "The Formation of Public-Private Partnerships. Lessons from Nine Transport Infrastructure Projects in the Netherlands". **Public Administration**, 83:1 pp135–57.
- KOSTYAK, L. SHAW, D.M. ELGER, B. ANNAHEIM, B. (2017). "A means of improving public health in low- and middle-income countries? Benefits and challenges of international public-private partnerships", **Public Health** 149:120-129
- KOSYCARZ, E.A., NOWAKOWSKA, B.A. & MIKOŁAJCZYK, M.M. (2019). "Evaluating opportunities for successful public-private partnership in the healthcare sector in Poland". **J Public Health (Berl.)** 27, 1–9. <https://doi.org/10.1007/s10389-018-0920-x>
- KRAAK VI, KUMANYIKA SK, STORY M. (2009), "The commercial marketing of healthy lifestyles to address the global child and adolescent obesity pandemic prospects, pitfalls and priorities". **Public Health Nutr**. 12:2027–36. <https://doi.org/10.1017/S1368980009990267>.
- KWAK, Y.H. CHIH, Y. IBBS, C.W. (2009). "Towards a comprehensive understanding of public private partnerships for infrastructure development". **Calif. Manag. Rev**. 51, 51e78.
- LEE, C. (2006). "Medical Tourism, an Innovative Opportunity for Entrepreneurs". **Journal of Asia Entrepreneurship and Sustainability**, 3 (1): 3.

- LEE, H. S. (2013). "A Study on the Public-Private Partnership to Global Health Issues in Korea, Osong". **Public Health Res Perspect** 4(6), 308e315 <http://dx.doi.org/10.1016/j.phrp.2013.10.003>
- LİM, M. K. (2004). "Shifting the Burden of Health Care finance: A Case Study of Public-Private Partnership in Singapore". **Health Policy**, 69:1 pp83–92.
- MAHONEY, J.T. MCGAHAN, A. PİTELİS, C. (2009). "The interdependence of private and public interests". **Organ. Sci.** 20, 1034e1052.
- MARIATERESA, T. ANDREA, C. VE MICHÈLE, M. (2015). "Public-Private Partnerships in the Health Care Sector: A systematic review of the literature". **Public Management Review**, 17:2, 236-261, DOI: 10.1080/14719037.2013.792380
- MAYNARD, A. (1986). "Public and private sector interactions: an economic perspective". **Soc. Sci. Med.** 22, 1161e1166.
- MERCİLLE, J. (2019). "The Public-Private Mix in Primary Care Development: The Case of Ireland". **International Journal of Health Services**. 1–19
- MCKEE, M. EDWARDS N, ATUN, R. (2006), "Public private partnerships for hospitals". **Bull World Health Organ** 84(11):890–896 www.who.int
- MELLO, M.M. POMERANZ, J. MORAN, P. (2008). "The interplay of public health law and industry self-regulation: the case of sugar-sweetened beverage sales in schools". **J Public Health**. 98:595–604. <https://doi.org/10.2105/AJPH>. 2006.107680.
- MICAELA, C. MANUEL, R. G. ENRIQUE B. (2019). "A comparative performance analysis of a renowned public privatepartnership for health care provision in Spain between 2003 and 2015". **Health Policy**, Volume 123, Issue 4, Pages 412-418
- MOODİE, R. STUCKLER, D. MONTEIRO, C. SHERON, N. NEAL, B. THAMARANGSI, T. (2013), "Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries". **Lancet**. 381:670–9. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62089-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62089-3).
- MUSA, G. DOSHI, K.M. WONG, T.T. (2012). "How satisfied are inbound medical tourists in Malaysia? A study on private hospitals in Kuala Lumpur". **J Travel Tour Mark** 29, 629–646.
- NEWMAN, J. (2004). "Constructing Accountability: Network Governance and Managerial Agency". **Public Policy and Administration**, 19:4 pp18–35.
- NİSHTAR, S. (2004). "Public-Private Partnerships in Health: A Global Call to Action". **Health Research Policy and Systems**, 2:1 pp5–12.

- OMER, T. H. NEBİOĞLU, S. (2018). "Turkey as a Health Tourism Destination: Reviewing of 2015-2016 Data". **J Tourism Hospit** 7: 336. doi: 10.4172/2167-0269.1000336
- ORMOND, M. HOLLIDAY, R. JONES, M. (2014). "Navigating international medical travel: A three-country study of medical travel facilitators sending patients to Malaysia". **ISA Annual Conference**, Yokohama.
- PARKER, L.A., ZARAGOZA, G.A. VE HERNÁNDEZ-AGUADO, I. (2019), "Promoting population health with public-private partnerships: Where's the evidence?". **BMC Public Health** 19, 1438. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7765-2>
- PHUA, K.L. (2010). "Cross- Border Medical Tourism: A Typology and Implications for the Public and Private Medical Care Sectors in the South-East Asian Region". **Asean Journal on Hospitality and Tourism**, Vol 7, No 2, [tp://dx.doi.org/10.5614/2Fajht.2008.7.2.03](http://dx.doi.org/10.5614/2Fajht.2008.7.2.03)
- POCOCK, N. S. VE PHUA, K. (2011), "Medical Tourism and Policy Implications for Health Systems: A Conceptual Framework from a Comparative Study of Thailand, Singapore and Malaysia", **Globalization and Health**, 7(12).
- REIJNEVELD, S, A. (2012). "Public-private partnerships in public health research: does it work and if yes, how?" **Eur J Pub Health** 22(2):165– 166. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckr187>
- RERKRUJIPIMOL, J. ASSENOV, I. (2011). "Marketing Strategies for Promoting Medical Tourism in Thailand". **Journal of Tourism Hospitality & Culinary Arts** 3, 95-105.
- RILEY, M. VE M. SZIVAS, E. (2009). "Tourism employment and poverty: Revisiting the supply curve". **Tourism Research**. 15. 10.5367/000000009788254359.
- ROEHRICH, J. K. LEWIS, M. A. GEORGE, GERARD. (2014). "Are public-private partnerships a healthy option? A systematic literature review", **Social Science & Medicine** 113,110e119
- SADEGHİ A, BARATİ O, BASTANİ P, JAFARİ DD, ETEMADİAN M (2016). "Experiences of selected countries in the use of public-private partnership in hospital services provision". **J Pak Med Assoc** 66(11): 1401–1406 www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27812056
- SALMON, J. (2008). "Emerging Trends in Outsourcing Healthcare". **Medical Tourism**. 1(7): 27–28.
- STEPHEN, J. PAGE, H. H. NICK, J. ALAN, F. ADELE, L. ANN, H. (2017), "Case study: Wellness, tourism and small business development in a UK coastal resort". **Public engagement in practice, Tourism Management** 60, 466-477.

- ŞAHİN, U. ŞAHİN, M. (2018). "Potential and Future of Health Tourism In Turkey: SWOT Analysis", **Journal of Awareness** Vol:3, 288-300.
- TAŞCI, M. E. GÖRENER, A. (2016), "Evaluating the strategies of medical tourism sector through ahp and moora in aswot framework, journal of global strategic management", **Journal of Global Strategic Management** 10(2), 15-30
- TOP, M. SUNGUR, C. (2019). "Opinions and evaluations of stakeholders in the implementation of the public-private partnership (PPP) model in integrated health campuses (city hospitals) in Turkey". **Int J Health Plann Mgmt**.34:e241–e263. <https://doi.org/10.1002/hpm.2644>
- UÇAK, H. (2016). "The relationship between the growth in the health sector and inbound health tourism: the case of Turkey". **SpringerPlus**, 5(1), 1685. doi:10.1186/s40064-016-3341-8
- ULUSOY, H. TOSUN, N. AKKUM, B. (2018). "Health Tourism Education: The Case of Turkey and The World", **Int Journal Of Health Manag. And Tourism**, 3(3), 122-132
- VECCHI, V. HELLOWELL, M. LONGO, F. (2010). "Are Italian Healthcare Organizations Paying too much for their Public-Private Partnerships?". **Public Money Management**, 30:2 pp125–32.
- VISCONTI, R.M. (2016). "Healthcare Public-Private Partnerships in Italy: Assessing Risk Sharing and Governance Issues with PESTLE and SWOT Analysis", **Corporate Ownership and Control**, Vol. 13, Issue 4.
- WONG, K.M. MUSA, G. (2012). "Medical Tourism: The Ethics, Regulation and Marketing of Health". **Mobility**, 167-186.
- WONG, K.M. VELASAMY, P. & ARSHAD, T.N. (2014). "Medical Tourism Destination SWOT Analysis: A Case Study of Malaysia, Thailand, Singapore and India". **4th International Conference on Tourism Research (4ICTR)** DOI:10.1051/shsconf/20141201037
- WIDDUS, R. (2001). "Public Private Partnerships for Health: Their main Targets, their Diversity and their Future Directions". **Bulletin of the World Health Organization**, 79:4 pp713–20.
- YACH D, FELDMAN ZA, BRADLEY DG, KHAN M. (2010), "Can the food industry help tackle the growing global burden of undernutrition?" **Am J Public Health**. 100: 974–80. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2009.174359>.
- YANG, Y. HOU, Y. WANG, Y. (2013). "On the development of public-private partnerships in transitional economies: an explanatory framework". **Public Adm. Rev.** 73, 301e310.

ZHANG, Z. WAN, D. JIA, M. & GU, L. (2009). “Prior Ties, Shared Values and Cooperation in Public–Private Partnerships”. **Management and Organization Review**, 5:3 pp353–74.

ZHENG, J. ROEHRICH, J. LEWIS, M. (2008). “The dynamics of contractual and relational governance: evidence from long-term public-private procurement arrangements”. **J. Purch. Supply Manag.** 14, 43e54.

ELEKTRONİK KAYNAKLAR

AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION. (2008). “New AMA Guidelines on Medical Tourism”. <http://www.ama-assn.org/amednews/2008/07/07/prse0707.htm>, (Erişim Tarihi: 15.04.2020)

CHANTAL, H. SIRIPEN, S. (2014). “Medical Tourism In Malaysia, Singapore And Thailand”, https://editorialexpress.com/cgi-bin/conference/download.cgi?db_name=SERC2013&paper_id=230, (Erişim Tarihi: 15.02.2020)

EIB (2012). “PPPs and their financing in Europe: recent trends and EIB involvement”. http://www.eib.org/attachments/efs/econ_note_2012_ppp_and_financing_in_europe_en.pdf, (Erişim Tarihi: 15.03.2020)

PWC. (2010). “Price water house Coopers. Build and Beyond: The (r)evolution of Healthcare PPPs”. New York, NY): PWC. <http://www.pwc.com/us/en/health-industries/publications/build-and-beyond.jhtml> (Erişim 15.10.2019).

TREASURY, H.M. (2013). “Public Private Partnerships e Signed Project List”. http://www.hm-treasury.gov.uk/ppp_pfi_stats.htm (Erişim Tarihi: 12.01.2020).

TEZLER

ANA, L. F. A., (2016), “Türkiye ve Brezilya’da Sağlık Turizmi: Bir Karşılaştırma”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

DENİZ, M. (2016), “Türkiye Sağlık Turizmi ve Seçilmiş Ülkelerle Karşılaştırılması”, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

DYUSSEMBAYEVA, A. (2018), “İstanbul’a Rus Bölgesinden Sağlık Turizmi Amacıyla Gelenlerin Memnuniyet Düzeyleri”, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Ticaret Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

İLDIRIMLI, G. (2017), “Yat Turizmi Paydaşları İle İzmir Yat Turizmine Yönelik Bir SWOT Analizi”, Yüksek Lisans Tezi, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü, Afyonkarahisar.

- KARABABA, G. A. (2017), “Türkiye’de Sağlık Turizmi: Ülkeler Arası Bir Karşılaştırma”, Yüksek Lisans Tezi, Hasan Kalyoncu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü
- PELİN, Ö. (2014), “TSK Sağlık Sisteminde MSB Ordu İlaç Fabrikasının Rolü ve Etkinliğinin SWOT Analizi İle Değerlendirilmesi”, Uzmanlık Tezi, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Askeri Tıp Fakültesi Dekanlığı Askeri Sağlık Hizmetleri Anabilim Dalı Başkanlığı.
- SEMA, D. (2016), “Sağlık Turizmi Açısından Adana İlinin İncelenmesi ve Sağlık Çalışanlarının Medikal Turizm Faaliyetlerine Bakış Açısı: Bir Hastane Örneği”, Yüksek Lisans Tezi, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü
- TAŞ, M. Ö. (2018), “Vatandaşların ve Sağlık Çalışanlarının Şehir Hastaneleri İle İlgili Görüşlerinin Belirlenmesi: Ankara İli Örneği”, Yüksek Lisans Tezi, Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- TATKAN, A. (2018), “İsparta İli Yenişarbademli İlçesinin Ekoturizm Potansiyelinin SWOT Analizi Aracılığıyla Belirlenmesi”, Yüksek Lisans Tezi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü, İzmir.
- YUSUF, Z. A. (2016), “Hastanelerin Sağlık Turizmi Kapsamında Tüketici Odaklı Yaklaşımla Değerlendirilmesi: Samsun İli Örneği”, Yüksek Lisans Tezi, Erciyes Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.

DİĞER KAYNAKLAR

- CHOİ, M. K. (2008). “The plan for Public Private Partnership of development aids in Korea. Seoul”. Korea International Cooperation Agency.
- EUROMONİTOR. (2017) “International Top City Destinations Ranking”, 2017.
- FINLOMBARDA. (2011). “IX Osservatorio Finlombarda sul Project Finance in Sanità”. Maggioli Editore, Italy.
- HJERTQVİST, J. (2000). “Swedish health-care reform: from public monopolies to market services. Materials from conference on the future of health care in Quebec”. Montreal Economic Institute, Montreal <http://www.iedm.org>
- IHRC. (2017) “2016-2017 Global Buyers Survey”.
- JAPANESE INTERNATIONAL COOPERATION AGENCY (JICA). (2006). “Study Report of PPP Project”. Tokyo: JICA.
- LUNT, R. SMITH, M. EXWORTHY, S.T. GREEN, D. HORSFALL, R. M. (2011). “Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A Scoping Review”, 1-55 (OECD, 2011)

- NİKOLİĆ, I. A. VE MAİKİSCH, H. (2006). “Public–Private Partnerships and Collaboration in the Health Sector: An Overview with Case Studies from Recent European Experience”, Washington, DC: The World Bank.
- OECD (2014b). “OECD reviews of health care quality: Turkey 2014: raising standards”. OECD Publishing, Paris
- REİCH, M. R. (2002). “Public–Private Partnerships for Public Health”, Cambridge, MA: Harvard Center for Population and Development Studies.
- TAYLOR, R. BLAİR, S. (2002). “Public policy for the private sector; options for reform through public–private partnerships”. The World Bank’s Private Sector and Infrastructure Network; Note Number 241. <http://siteresources.worldbank.org/EXTFINANCIALSECTOR/Resources/282884-1303327122200/241Taylo-010802.pdf>
- TÜRK TABİPLER BİRLİĞİ. (2011). “Sağlık Alanında Kamu-Özel Ortaklığı Sempozyumu: 6–7 May 2011”. Ankara: Türk Tabipler Birliği Yayınları.
- UNITED NATIONS DEVELOPMENT PROGRAMME (UNDP). “Goal 17 targets”. <http://www.undp.org/content/undp/en/home/sustainable-development-goals/goal-17-partnerships-for-the-goals/targets.html>. Erişim Tarihi: 23 Haziran 2020.

ÖZGEÇMİŞ

1983 yılında İstanbul’da doğdum. İlkokul, Ortaokul ve Lise öğrenimini İstanbul’da tamamladım. Üniversite eğitimini Eskişehir Anadolu Üniversitesi İşletme bölümünde başarı ile bitirdim. 2004/2016 yılları arasında İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesinde çalıştım.

