

DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE SAĞLIK TURİZMİ

Küresel Pazar Analizi ve Türkiye Değerlendirmesi

2023 – 2026 İlk Yarı Dönemi Araştırma Raporu

Not: Bu raporun hazırlanmasında yapay zekâ araçlarından faydalanılmıştır.

Mahmut Adnan AKYÜZ

Ağustos 2026

İçindekiler

Yönetici Özeti.....	3
Metodoloji ve Veri Disiplini	5
BÖLÜM 1 — DÜNYADA SAĞLIK TURİZMİ.....	6
1.1. Küresel Pazarın Genel Görünümü ve Büyüklüğü (2023 – 2026 İlk 6 Ay)	6
1.2. Ciro Açısından Lider Ülkeler: Küme Analizi	8
1.3. Sağlık Turizminin Alanları ve Alt Kırılımları	9
1.4. Nitelikli/Özellikli Tedavilerde Alan Bazında Lider Ülkeler	15
1.5. Küresel Sağlık Turizminde Yaşanan Sorunlar	18
1.6. Başarılı Ülkeleri Diğerlerinden Ayıran Unsurlar	20
1.7. Ek Başlıklar: Sektörü Yeniden Şekillendiren Üç Eğilim	21
BÖLÜM 2 — TÜRKİYE'DE SAĞLIK TURİZMİ.....	23
2.1. Türkiye'nin Küresel Pazardaki Genel Konumu (2023 – 2026 İlk Yarı)	23
2.2. Türkiye'nin Sağlık Turizmi Alanlarındaki Konumu.....	25
2.3. Nitelikli/Özellikli Tedavilerde Türkiye'nin Konumu.....	27
2.4. Türkiye'nin Sağlık Turizminde Yaşadığı Sorunlar.....	30
2.5. Türkiye'nin Marka Değeri ve Bilinirliği	33
2.6. Türkiye'nin Avantajları	34
2.7. Türkiye'nin Dezavantajları	36
2.8. Avrupa'da Türkiye Hakkında Çıkan Olumsuz Haberler ve Algı Sorunları	38
2.9. Ek Başlıklar	40
Başlıca Veri Kaynakları	43

Yönetici Özeti

Bu Raporun Tezi

Küresel sağlık turizminde rekabetin eksenini fiyattan güvene kaymıştır. Bu, bir öngörü değil, bu raporda üç bağımsız veri katmanıyla belgelenen bir tespittir: lider ülkeler rekabeti düşük fiyatla değil, hastanın kendi ülkesinden çıktığında kaybettiği koruma katmanlarını kurumsal mekanizmalarla geri vererek kazanmaktadır. Türkiye bu eksen tanımlayan unsurların neredeyse tamamına sahiptir; eksik olan tek halka, hastanın ödediği paranın ve alacağı hizmetin bağımsız bir güvenceye bağlanmasıdır. Raporun ortaya koyduğu sonuç şudur: **Türkiye'nin sağlık turizmindeki açığı bir kapasite açığı değil, bir mimari açığıdır — ve mimari açıklar sermaye açıklarından çok daha hızlı kapatılır.**

Küresel Tablo

Sektör kendi büyüklüğünü ölçemiyor. Aynı yıl için yayımlanan pazar tahminleri 34 milyar dolar ile 312 milyar dolar arasında değişmektedir. Bu, veri hatası değil tanım eksikliğidir ve başlı başına bir bulgudur: işlemlerin önemli bölümü kayıt dışı ve sigortasız kanallardan aktığı için hiçbir kurum güvenilir bir toplam üretememektedir. Trend anlatımında bu rapor tek bir tutarlı seriyi referans almakta, diğer tahminleri kaynağıyla birlikte göstermektedir.

Büyüme yavaşlarken rekabet sertleşiyor. 2023-2024 toparlanma, 2024-2025 normalleşme yıllarıydı; 2026 ise destinasyon ülkelerin devlet programlarıyla doğrudan yarıştığı rekabet döneminin başlangıcıdır. Pazar artık kendiliğinden büyüyen bir pazar değildir.

Ciro sıralaması kesin olarak yapılamaz — Hindistan resmi gelir serisi tutmamakta, Tayland ziyaret bazlı saymakta, Kore kısmi gelir yayımlamaktadır. Rapor bu nedenle "ilk 5" listesi yerine lider ülkeler kümesi sunmakta ve resmi veriyi tahminden ayırmaktadır. Liderlik iki farklı modelden doğar: hacim liderleri (çok hasta, düşük işlem bedeli) ve işlem bedeli liderleri (az hasta, yüksek bedel).

Her özellikli tedavi alanında bir teknoloji lideri ile bir maliyet lideri yan yana durmaktadır ve sağlık turizmi geliri ağırlıklı ikincisinde üretilmektedir. Türkiye, organ nakli ve bariatrik cerrahide bu ikinci grubun lider kümesindedir.

Sorunların ortak kökeni kurumsal boşluktur. Hasta ülkesinden çıktığı anda üç korumayı birden kaybeder: hukuki başvuru hakkı, sigorta teminatı ve bakım sürekliliği. Malpraktis davasının imkânsızlaşması, polişlerin elektif komplikasyonu kapsam dışı bırakması ve takibin sahipsiz kalması ayrı sorunlar değil, aynı kopukluğun üç yüzüdür. Buna tıbbi gereklilikten bağımsız ciro odaklı yaklaşımlar, mesafeye bağlı klinik riskler ve kültürel uyum sorunları eklenmektedir.

Lider ülkeler bu boşlukları düzenleyici zorlamayla kapatmıştır. Güney Kore teminatı kayıt sisteminin şartı yapmış ve devlet arabuluculuk organı kurmuş, Singapur devlet eliyle fiyat referansları yayımlamış, Malezya tek çatı ve tavan fiyat uygulamıştır. Bu kapatma piyasa dinamiğiyle kendiliğinden gerçekleşmemiştir.

Türkiye Tablosu

Hacimden değere geçiş sinyali güçlü ve tutarlıdır. Hasta sayısı 2023-2025 arasında %9,1 gerilerken gelir 3 milyar dolar bandında korunmuş, hasta başına gelir %10,6 artmıştır. 2026 ilk çeyreğinde makas keskinleşmiştir: hasta %14,7 azalırken gelir %18,4 artmış, kişi başı gelir %38,7 sıçrayarak 2.518 dolara ulaşmıştır. Bu, yüksek katma değerli vaka karmaşına geçişle tutarlı bir sinyaldir; ancak branş bazlı gelir

kırılımı yayımlanmadığından tek nedenli bir açıklama yapılamaz ve hasta sayısındaki üç yıllık gerileme ayrıca izlenmesi gereken bir risktir.

Devlet hedefinin zor kısmı işlem bedeli değil hacimdir. 2028 için 20 milyar dolar ve 6-8 milyon hasta hedeflenmektedir. Gerçekleşen 2.518 dolarlık birim gelir, hedef bandının alt ucundaki eşige fiilen ulaşıldığını göstermektedir; asıl açık hacmin 1,4 milyondan 6-8 milyona taşınmasıdır. Bu, aynı hasta profilinden daha fazlasını çekerek değil, **bugün sisteme hiç girmeyen segmenti** — yüksek bedelli, kompleks, güvence arayan hastayı — kazanarak mümkündür.

Türkiye matrisin yanlış satırında güçlüdür. Ülkenin kalıcı avantajları (coğrafya, termal kaynak, klinik kapasite, insan gücü) yüksek bedelli ve karmaşık tedaviye elverişliken, aşınmakta olan avantajı (fiyat) düşük bedelli hacim modelini beslemektedir. Bugünkü akış ağırlıkla ikinci gruptadır — yani en dayanıklı üstünlükler en az kullandıkları segmentte tutulmaktadır.

Kapasite ile akış arasındaki makas ölçülebilir. Canlı vericili nakilde dünya lideri olan Türkiye'de 2011'den bu yana nakil yapılan yabancı hasta sayısı toplam 7.915'tir — yılda ortalama 565 hasta, toplam akışın binde dördünün altı. Kardiyak cerrahide yılda 70 binin üzerinde açık kalp ameliyatı yapılmakta, ancak uluslararası hasta ayrı raporlamayı gerektirecek ağırlığa ulaşmamaktadır.

Açıkların çoğu sermaye değil karar gerektirmektedir. Bariatrik ve ortopedide şeffaf kayıt, kardiyak branşta sigorta entegrasyonu, wellness'ta model kurgusu — hiçbiri yeni hastane veya yeni cihaz gerektirmez. Buna karşılık onkolojideki teknoloji açığı (proton merkezi yok, radyoterapi cihaz yoğunluğu önerilen eşğin yarısı, ileri ilaç erişimi sınırlı) yapısaldir ve beş yılı aşan bir ufuk ister.

Marka mimarisinde tek bir halka eksiktir. HealthTürkiye portalı, yetki belgesi sistemi, zorunlu logo ve yaklaşan akreditasyon eşğiyle Türkiye, denetim altyapısı bakımından rakipleriyle rekabet edebilir düzeydedir. Ancak yetki belgesi hastaya kurumun yetkili olduğunu söyler; komplikasyonun finansmanını, dönüş sonrası bakımını veya ek seyahat maliyetini garanti etmez. Malezya, Kore ve BAE bu iki katmanı birlikte kurgulamıştır.

Zorunlu güvence askıdadır, ancak ürün yaşamaktadır. Nisan 2025'te getirilen komplikasyon sigortası zorunluluğu, Danıştay'ın Aralık 2025 tarihli kararıyla yürürlüğe girmesine günler kala durdurulmuş; gerekçe, bu tür bir zorunluluğun ancak kanunla getirilebileceğidir. Buna karşılık ürün piyasada mevcuttur ve devlet primini desteklemeye devam etmektedir. Sorun ürünün yokluğu değil, standart hale gelmemiş olmasıdır.

Marka kırılganlığı ölçülebilir bir maliyet üretmektedir. Kaynak ülke otoritelerinin resmi seyahat tavsiyelerine giren vakalar ve akademik literatürdeki görünürlük, istatistiksel komplikasyon oranından bağımsız olarak talebi, kurumsal ödeyici iştahını ve segment konumunu etkilemektedir. Bu rakamların paydası bulunmadığından risk oranı olarak okunamaz; ancak marka açısından belirleyici olan istatistik değil görünürlüktür.

Sonuç

Rapor, iki ana başlıktan tek bir sonuca varmaktadır. Küresel ölçekte kazanan ülkeler güveni kurumsallaştıranlardır; Türkiye ise güvenin tüm bileşenlerine sahip olup yalnızca finansal güvence katmanından yoksundur. Bu katman kurulduğunda üç şey aynı anda gerçekleşir: hastanın kararı kolaylaşır, ülkenin sunduğu hizmet uluslararası ödeyiciler nezdinde ölçülebilir ve karşılaştırılabilir hale gelir, tekil olumsuz vakalar ülke markasına değil sisteme yazılır.

Kaynak ülke otoritelerinin hastalara sormalarını önerdiği kontrol listesi — yetkili kurum, bağlayıcı fiyat, tanımlı komplikasyon sorumluluğu, geçerli teminat, dönüş sonrası bakım — Türkiye'nin bugün sistematik olarak sunamadığı unsurları özetlemektedir. Bu unsurların kurumsallaştırılması, Türkiye'nin 2028 hedefiyle mevcut gerçekleşmesi arasındaki beş katlık açığın kapanabileceği tek yerdir.

Metodoloji ve Veri Disiplini

Bu rapor dört ilkeyle hazırlanmıştır ve tüm bölümlerde aynı hiyerarşi uygulanmıştır:

- 1. Resmi kaynaklar esastır.** Ülke verilerinde resmi istatistik kurumları ve kamu otoriteleri (TÜİK, USHAŞ, sağlık bakanlıkları, OECD, WHO), branş verilerinde uluslararası klinik kayıt sistemleri (GODT, IFSO, ISAPS, ulusal protez kayıtları) birincil kaynak olarak kullanılmıştır.
- 2. Ticari tahminler etiketlenerek ve aralık halinde verilmiştir.** Pazar araştırma şirketlerinin rakamları hiçbir yerde resmi veriyle aynı statüde sunulmamış; kapsam farklılıkları açıkça gösterilmiş, trend anlatımı için tek bir süreklilik referansı (Global Market Insights serisi) belirlenmiştir.
- 3. Doğrulanamayan hiçbir rakam üretilmemiştir.** Kesin sıralamanın mümkün olmadığı yerlerde sıralama verilmemiş; sektör beyanları resmi ölçümden ayrıştırılarak etiketlenmiştir.
- 4. Verinin bulunmadığı yerler açıkça belirtilmiştir.** Branş bazlı sağlık turizmi cirosu, uluslararası yaşlı bakımı pazarı ve benzeri alanlarda veri yokluğu, bir eksiklik olarak gizlenmek yerine bulgu olarak raporlanmıştır.

BÖLÜM 1 — DÜNYADA SAĞLIK TURİZMİ

1.1. Küresel Pazarın Genel Görünümü ve Büyüklüğü (2023 – 2026 İlk 6 Ay)

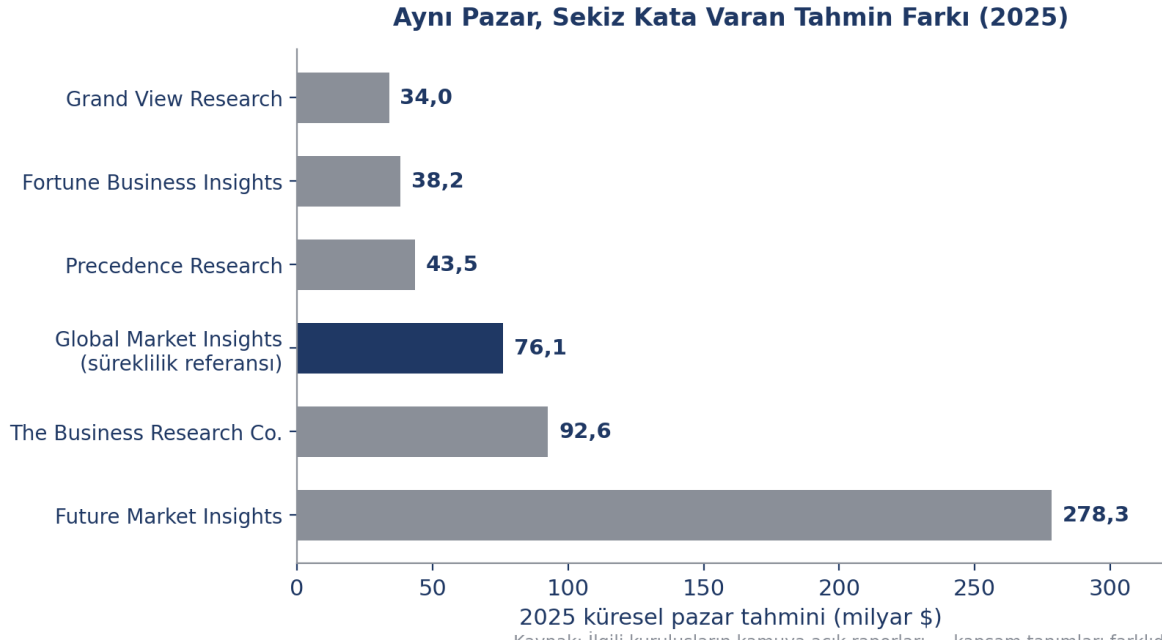
Pazarın Ölçüm Sorunu: Tek Rakam Yerine Tanımlı Aralık

Küresel sağlık turizmi pazarının büyüklüğüne ilişkin yayımlanmış rakamlar, aynı yıl için kaynaktan kaynağa sekiz-dokuz kata varan farklılık göstermektedir. Bu fark veri hatasından değil, sektörde standart bir tanımın bulunmamasından kaynaklanır: pazarı yalnızca sınır ötesi tıbbi tedavi harcaması (hastane/klinik geliri) olarak ölçen "dar tanım" 2024-2025 için 31-48 milyar dolar bandında sonuç verirken; tedaviye ek olarak konaklama, ulaşım, refakatçi harcamaları ve wellness bileşenlerini dahil eden "geniş tanım" 76 milyar dolar ile 278 milyar dolar arasına çıkmaktadır. DSÖ, OECD, UN Tourism veya IMF tarafından yayımlanmış, ülkeler arasında aynı kapsamla ölçülmüş resmi bir "küresel sağlık turizmi cirosu" serisi mevcut değildir; IMF, ülkelerin "sağlık amaçlı seyahat" tanımlarının farklılaştığını ve hasta sayısından ortalama harcamayla pazar büyüklüğü türetmenin metodolojik olarak sorunlu olduğunu açıkça belirtmektedir. Bu nedenle bu rapor tek bir pazar rakamı ilan etmek yerine, her rakamı tanımı ve kaynağıyla birlikte sunmaktadır — bu şeffaflık, dosyanın güvenilirliğinin temelidir.

Tablo 1.1-A — Kaynak Bazında Küresel Pazar Büyüklüğü Tahminleri (Milyar USD)

Kaynak	2023	2024	2025	2026 (t)	Kapsam
Fortune Business Insights	—	31,2	38,2	46,8	Dar: tedavi odaklı
Grand View Research	—	—	34,0	38,6	Dar; Türkiye %13,5 pay ile en büyük ülke
Precedence Research	—	43,5*	43,5	52,9	Dar-orta
Global Market Insights (süreklilik referansı)	52,9	66,8	76,1	84,5	Orta-geniş: tıbbi işlemler + hastane ekosistemi
The Business Research Company	—	82,7	92,6	109,3	Geniş: konaklama+seyahat dahil
Future Market Insights / Fact MR	—	107,5	278,3	312,5	En geniş: wellness dahil

* Yıl içi raporlama farkları nedeniyle yaklaşık değer. Patients Beyond Borders'ın 2023 tahmini (ziyaret başına ortalama 3.510 USD harcayan 21-22 milyon sınır ötesi hasta temelinde 63-88 milyar USD) hasta hacmi açısından ayrıca referans niteliğindedir.



Grafik 1 — Aynı yıl için kaynaklar arası tahmin farkı: sektörün tanım ve ölçüm sorunu

Trend anlatımında süreklilik gerektiğinde bu rapor Global Market Insights serisini referans almaktadır: pazar 2023'te 52,9 milyar dolardan 2024'te 66,8 milyar dolara (+%26), 2025'te 76,1 milyar dolara (+%14) yükselmiş; 2026 için 84,5 milyar dolar (+%11) öngörülmektedir. Büyüme hızının kademeli yavaşlaması, pandemi sonrası sıçramanın yerini yapısal büyümeye bıraktığını gösterir.

Trend Çizgisi: Toparlanma → Normalleşme → Rekabet Dönemi

2023-2026 dönemi üç evrede okunmalıdır. 2022-2023, pandemi çöküşünün ardından keskin toparlanma yıllarıdır; UN Tourism verilerine göre uluslararası turist varışları 2023'te 1,3 milyara dönmüş, 2024'te 1,4 milyara ulaşarak pandemi öncesi seviyeleri fiilen geri kazanmıştır. 2024-2025 normalleşme evresidir (varışlarda +%4). 2026 ise "rekabet dönemi"nin başlangıcıdır: büyüme yavaşlarken (2026 ilk çeyrekte varışlarda yalnızca +%2) destinasyon ülkeler devlet programlarıyla pazar payı için doğrudan yarışa girmiştir. Bu evre değişiminin yatırım anlamı şudur: pazar artık "kendiliğinden büyüyen" bir pazar değil, güven altyapısı, fiyat-değer dengesi, vize kolaylığı ve klinik farklılaşma üzerinden kazanılan bir pazardır.

2026 İlk Yarisının Belirleyici Gelişmeleri

Devlet programlarının yoğunlaşması. Hindistan, Şubat 2026'da açıklanan bütçesinde özel sektör ortaklığıyla beş "Bölgesel Sağlık Merkezi" kurulmasını duyurmuş; bu hamle, "Heal in India" kampanyası ve 167 ülkeye genişletilen e-tıbbi vize altyapısının üzerine inşa edilmektedir. Malezya 2026'yı resmen "Malaysia Year of Medical Tourism" ilan etmiş ve amiral gemisi hastane programıyla 2030'a kadar 12 milyar ringgit gelir hedefi koymuştur. Güney Kore, Nisan 2026'da kabul edilen yasal değişikliklerle yabancı hastalara uzaktan sağlık hizmeti sunulmasının hukuki zeminini kurmuştur. Türkiye ise 26 Nisan 2025'te yürürlüğe giren yeni Uluslararası Sağlık Turizmi Yönetmeliği ile kalite eşiğini yükseltmiş; yetki belgeli kuruluşlara 31 Aralık 2026'ya kadar TÜSKA akreditasyonu zorunluluğu getirilmiştir. Ortak desen açıktır: lider ülkeler rekabeti fiyatla değil, kurumsallaşma ve güven altyapısıyla yürütmektedir.

Jeopolitik ve ulaşım maliyeti riski. UN Tourism, Mart 2026'daki Orta Doğu krizinin ilk çeyrek uluslararası seyahatini olumsuz etkilediğini; OECD ise çatışmanın ulaştırma maliyetlerini artırdığını ve özellikle Körfez aktarmalı bağlantılara bağımlı destinasyonları etkilediğini bildirmektedir. Elektif tedavi seyahatlerinde

uçuş maliyetinin toplam paket içindeki payı yüksek olduğundan, bu risk sağlık turizmine doğrudan yansımaktadır.

Kur dinamikleri. Kur etkisi tek yönlü bir "ucuz para = çok hasta" denklemi değildir. Türkiye'de TL'nin reel değerlenmesi ve iç enflasyon, düşük fiyat odaklı oyunculara marj sıkışması yaratırken faturasını döviz cinsinden kesen kurumsal sağlayıcıları görece korumuştur. Malezya ringgiti ve Kore wonu da yıl içinde dalgalanmış, fiyat avantajının sabit bir veri olmadığını göstermiştir.

1.2. Ciro Açısından Lider Ülkeler: Küme Analizi

Neden Kesin Bir "İlk 5" Sıralaması Yapılmıyor?

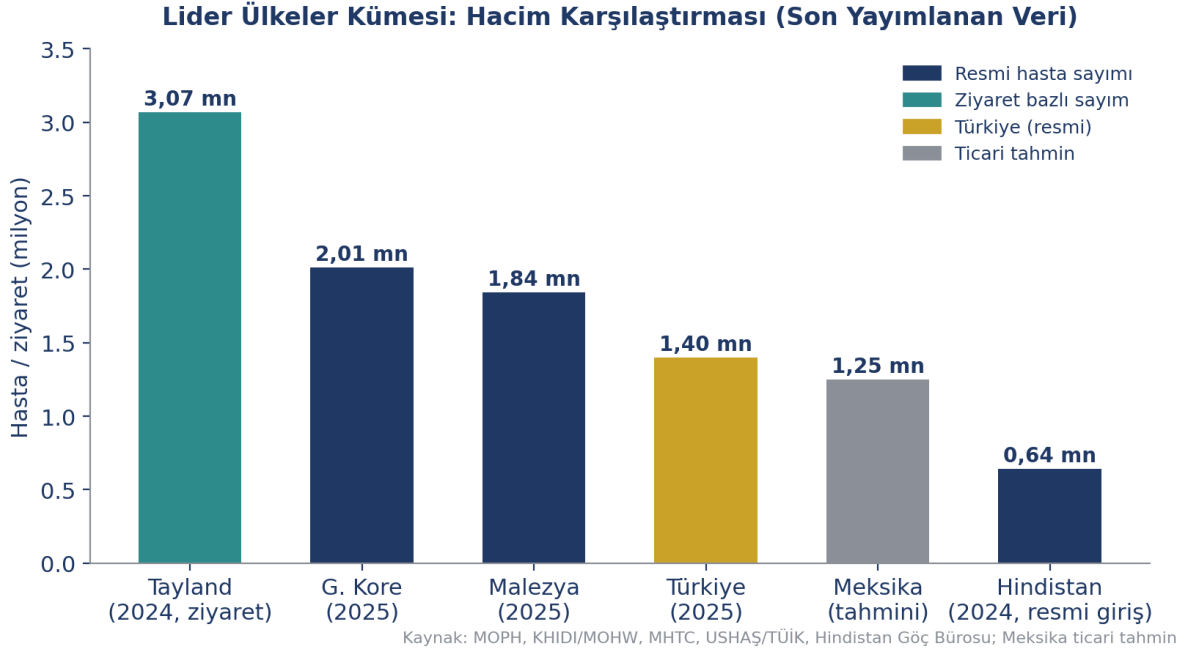
Sağlık turizminde ülkeler arası ciro sıralaması yapabilmek için tüm ülkelerin gelirlerini aynı kapsamla ölçmesi gerekir; oysa mevcut tablo bunun tam tersidir. Hindistan hükümeti, sağlık turizmi gelirini ayrı bir resmi seri olarak tutmadığını açıkça beyan etmektedir — dolaşımdaki 7-9 milyar dolarlık Hindistan rakamlarının tamamı sektör tahminidir. Tayland resmi sayımı "hasta" değil "ziyaret" esaslıdır (aynı hasta birden çok kez sayılır) ve 2023 sonrası tutarlı bir gelir serisi yayımlanmamıştır. Güney Kore'nin hasta sayısı kayıtları güçlüdür, ancak gelir tarafında yayımlanan veri yalnızca kart harcamalarını (toplam cironun bir alt kümesi) veya ekonomik etki tahminlerini kapsar. Bu koşullarda kesin bir "1-2-3-4-5" listesi yayımlamak, farklı şeyleri ölçen rakamları aynı cetvele koymak anlamına gelir ve yatırımcı incelemesinde savunulamaz. Bu rapor bunun yerine, lider ülkeleri iki eksen — resmi verisi olanlar ve tahmine dayananlar — ayırıştırarak bir "lider küme" analizi sunmaktadır. Bu tercih bir eksiklik değil, dosyanın veri disiplininin göstergesidir.

Lider Ülkeler Kümesi

Mevcut verilerle küresel sağlık turizminin ciro ve hacim yükünü taşıyan çekirdek küme şu ülkelerden oluşmaktadır: **Hindistan, Tayland, Güney Kore, Türkiye, Meksika ve Malezya**. Premium uça ABD ve Almanya (az sayıda ama çok yüksek bedelli hasta) ayrı bir kategori oluşturur.

Tablo 1.2-A — Lider Ülkeler Karşılaştırması (En Güncel Doğrulanabilir Veriler)

Ülke	Hasta/Ziyaret Hacmi	Gelir	Veri Statüsü	Ağırlıklı Alanlar
Türkiye	1.398.580 hasta (2025)	3,02 milyar \$ (2025)	Resmi (USHAŞ/TÜİK) — tam seri	Saç ekimi, estetik, diş, göz, obezite cerrahisi, onkoloji
Güney Kore	2.011.822 hasta (2025)	Kart ile medikal harcama ₩1,41 trilyon (2024); toplam ekosistem ₩12,5 trilyon (2025, ekonomik etki tahmini)	Hasta sayısı resmi (MOHW/KHIDI); gelir kısmi	Dermatoloji (%56,6-62,9), plastik cerrahi, check-up
Malezya	1,84 milyon sağlık yolcusu (2025)	RM3,34 milyar ≈ 750 milyon \$ (2025)	Resmi (MHTC) — tam seri	Fertilite/IVF, kardiyoloji, onkoloji
Hindistan	644.387 medikal amaçlı giriş (2024, resmi); sektör tahmini 7,3 milyon	Resmi seri yok ; sektör tahminleri 7,7-9,3 milyar \$	Hacim resmi (Göç Bürosu); gelir yalnız tahmin	Kardiyak cerrahi, onkoloji, organ nakli, ortopedi
Tayland	3,07 milyon ziyaret (2024)	>40 milyar THB ≈ 1,1 milyar \$ (2023, geniş kapsam); devam serisi yok	Ziyaret sayımı; gelir tek yıllık	Diş, onkoloji, kozmetik, wellness entegrasyonu
Meksika	1,2-1,3 milyon+ (ağırlıklı ABD sınır trafiği)	Ticari tahminler ~2,1 milyar \$ (2025)	Resmi seri yok	Bariatrik cerrahi, diş, estetik



Grafik 2 — Lider ülkeler kümesinde hacim karşılaştırması; renkler veri statüsünü gösterir

İki Liderlik Modeli: Hacim ve İşlem Bedeli

Veriler, liderliğin iki farklı yoldan kurulduğunu netleştirmektedir. **Hacim liderleri** çok sayıda hastayı görece düşük birim gelirle çeker: Malezya'da sağlık yolcusu başına gelir yaklaşık 400 dolar, Meksika'da sınır trafiği ağırlıklı yapıda benzer düzeydedir; Güney Kore'nin iki yılda üç katına çıkan hasta hacmi de ağırlıklı kısa süreli dermatoloji/estetik işlemlerden oluşur. **İşlem bedeli liderleri** ise daha az hastadan daha yüksek gelir üretir: Türkiye 2025'te hasta başına yaklaşık 2.160 dolar ile bu modelin en belirgin örneğidir; ABD ve Almanya çok daha yüksek birim gelirle ama küçük hacimle premium ucu tutar.

Bu ayrım statik değildir ve dönem içindeki sıralama hareketleri tam da bu ekseninde yaşanmıştır. Güney Kore, 2023'te yaklaşık 606 bin olan hasta sayısını 2024'te 1,17 milyona (+%93), 2025'te 2 milyonun üzerine (+%72) taşıyarak hacim ekseninde sektör tarihinin en hızlı yükselişini gerçekleştirmiştir. Malezya hem hacmi (+%14-15) hem birim geliri aynı anda büyüten dengeli modeliyle ayırmakta; 2026 ilk çeyreğinde gelir artışı (%23) hacim artışını (%17) yine geçmiştir. Türkiye ise ters yönde bir "nitelik geçişi" yaşamaktadır: hasta sayısı 2023 zirvesinden 2025'e yaklaşık %9 gerilerken gelir 3 milyar dolar seviyesinde korunmuş, hasta başına gelir %10,6 artmış; 2026 ilk çeyreğinde bu makas dramatik biçimde açılmıştır (hasta +%14,7, gelir +%18,4, kişi başı gelir +%38,7 ile 2.518 dolar). Bu tablo, Türkiye bölümünde (2.1) ayrıntılı işlenecektir.

Hindistan'ın konumu ayrıca not edilmelidir: resmi hacim verisi (644 bin medikal giriş) sektör söyleminden (7,3 milyon) çok uzaktır ve girişlerin yaklaşık dörtte üçü tek kaynaktan, Bangladeş'ten gelmektedir. Hindistan'ın gerçek gücü toplam ciro iddiasında değil, kardiyak cerrahi ve onkoloji gibi yüksek kompleksiteli alanlardaki fiyat-kalite konumundadır (1.4'te işlenecektir).

1.3. Sağlık Turizminin Alanları ve Alt Kırılımları

1.3.1. Tıbbi Tedaviler: Branş Bazlı Küresel Pazar Analizi

Branşa özgü "sağlık turizmi cirosu" her alanda ölçülmemektedir; bu bölümde her branş için en güvenilir mevcut veri, kapsamı belirtilerek sunulmuş, verinin bulunmadığı yerler açıkça işaretlenmiştir. Bölüm

sonundaki işlem bedeli-hacim matrisi, on bir branşı yatırım ve sigortacılık perspektifinden tek çerçevede toplar.

Estetik ve kozmetik cerrahi. Sağlık turizminin hem hacim hem ciro açısından en büyük tekil branşıdır ve elektif niteliği gereği fiyat duyarlılığı en yüksek alandır — hasta cepten ödediği için maliyet farkı destinasyon seçimini doğrudan belirler. ISAPS verilerine göre 2024'te dünya genelinde yaklaşık 38 milyon estetik işlem yapılmıştır (17,4 milyonu cerrahi); işlem hacmi dört yılda %42,5 artmıştır. Sınır ötesi kozmetik medikal turizm pazarı 2025 için 7,2-7,4 milyar dolar ölçülmekte ve %23'ün üzerinde CAGR ile büyümesi öngörülmektedir; kozmetik segment, Grand View Research'e göre 2025'te toplam sağlık turizmi pazarının %24,2'siyle en büyük tedavi tipi payıdır. Lider destinasyonlar Türkiye, Tayland, Güney Kore, Brezilya ve Meksika'dır. Cerrahi olmayan işlemlerin (botoks, dolgu, lazer) cerrahi hacmi geçmesi, tek seferlik ameliyat yerine tekrarlayan "estetik yaşam döngüsü" gelir modelinin öne çıktığını gösterir.

Diş sağlığı ve saç ekimi. Türkiye'nin küresel marka bilinirliğinin en yüksek olduğu iki "yüksek hacim + orta işlem bedeli" branşıdır. Dental turizmde doğrudan sınır ötesi pazarı ölçen seri güçlüdür: Grand View Research 2025'i 14,8 milyar dolar, 2026'yı 17,6 milyar dolar (tahmin) olarak vermekte ve %20,6 CAGR öngörmektedir; implantlar gelirin %37,4'ünü oluşturur, Asya-Pasifik %47 payla lider bölgedir. Talep tabanı yapısaldır: WHO'ya göre 3,7 milyar insan ağız-diş hastalıklarından etkilenmektedir ve diş bakımı kamu sistemlerince tıbbi bakıma göre daha az kapsandığından cepten ödeme baskısı yüksektir. Saç ekiminde küresel saç restorasyonu pazarı 2023'te 6,5 milyar dolardan 2026'da 9,9 milyar dolara (tahmin) yükselmektedir (%16,6 CAGR); FUE tekniği gelirin %70'ini oluşturur, cerrahi hastaların %84,7'si erkektir ve İstanbul, 2025'te yaklaşık 1,2 milyon operasyonla bu vertikalın fiili dünya başkentidir. ABD'li hastaların yalnızca saç+diş için yurt dışı harcaması 2025'te 1,7 milyar dolara ulaşmıştır.

Tüp bebek ve üreme sağlığı. Fertilite turizmi, yalnızca maliyetle değil regülasyon farklarıyla da beslenen nadir branşlardandır: bazı ülkelerde yasaklı/kısıtlı uygulamalar başka ülkelerde yasal olduğundan hasta akışı yapısal olarak sürekli. WHO'ya göre yetişkinlerin %17,5'i (her altı kişiden biri) yaşamının bir döneminde infertilite yaşamaktadır. Sınır ötesi fertilite turizmi pazarı 2024'te 1,6 milyar dolardan 2025'te 2,0 milyar dolara yükselmiş olup %25,1 CAGR ile branşların en hızlı büyüyenleri arasındadır; kritik bulgu, Grand View Research'ün **Türkiye'yi 2024'te dünyanın en büyük fertilite turizmi pazarı** olarak göstermesidir. 35-44 yaş grubu gelirin %42'sini oluşturur. Siklus tekrarı, ilaç, embriyoloji ve genetik tarama gibi ek gelir katmanları branşın birim ekonomisini güçlendirir.

Kalp ve damar cerrahisi. Hasta başına en yüksek gelir üreten segmentlerden biridir. WHO'ya göre kardiyovasküler hastalıklar yılda 19,8 milyon ölümle (küresel ölümlerin ~%32'si) en büyük hastalık yüküdür. Sağlık turizmi içindeki payı metodolojiye göre %8 ile %21,4 arasında raporlanır (ikincisi Precedence Research'ün 2025 ölçümüdür ve segmenti en büyük pay yapar). Akışı açıklayan şey fiyat makasının büyüklüğüdür: koroner baypas ABD'de 70.000-150.000 dolar iken Hindistan'da 4.000-8.500 dolar bandındadır; kamu sistemlerindeki elektif cerrahi bekleme süreleri (OECD ölçümlü) zaman baskısı ekler. Uluslararası model, acil vakalar değil planlı koroner değerlendirme, elektif girişimsel kardiyoloji, kapak/baypas cerrahisi ve ikinci görüş koridorlarıdır; yoğun bakım kapasitesi, komplikasyon yönetimi ve dönüş sonrası takip protokolü bu branшта pazarlama kadar belirleyicidir.

Organ nakli. Sağlık turizminin en sıkı regüle edilen ve veri şeffaflığı en düşük branşıdır. WHO-GODT kayıtlarına göre 2024'te dünya genelinde 173.727 organ nakli gerçekleşmiştir (+%2). "Transplant turizmi"nin ticari biçimleri WHO ilkeleri ve İstanbul Deklarasyonu çerçevesinde etik ihlal sayıldığından, branşa özgü bir küresel pazar rakamı yayımlanmamaktadır ve meşru sınır ötesi nakil ağırlıkla diaspora hastaları ile canlı akraba vericili vakalarla sınırlıdır. Türkiye'nin bu branştaki istisnai konumu (canlı vericili

karaciğer/böbrek naklinde dünya liderliği) 1.4 ve Türkiye bölümünde ayrıntılı işlenecektir. Yatırım dosyasında organ nakli "hacim büyütücü" olarak değil, merkezin klinik itibarını ve akreditasyon seviyesini kanıtlayan "yetkinlik göstergesi" olarak konumlandırılmalıdır.

Onkoloji. "Erişim turizminin" en net örneğidir: hastalar yalnızca fiyat için değil, ülkelerinde bulunmayan modalitelere (proton terapisi, immünoterapiler, klinik çalışmalar) ulaşmak için seyahat eder. IARC/GLOBOCAN'a göre 2022'de 20 milyon yeni kanser vakası kaydedilmiştir ve yük artmaktadır. Precedence Research 2025'te kanser tedavisini sağlık turizminin en büyük gelir payına sahip tedavi tipi olarak ölçmüştür (%13,8 CAGR); küresel onkoloji ilaç harcaması tek başına 2024'te ~252 milyar dolardır (IQVIA — bu rakam turizm cirosu değil, ekosistem ölçeği göstergesidir). Onkoloji tek işlem değil uzun tedavi yolculuğu olduğundan, uluslararası üründe "moleküler tanı + ikinci görüş + tümör konseyi + tedavi + ülkesinde devam planı" bütünü satılmalı; sigorta tasarımı da tek işlem poliçesi değil tedavi-paketi mantığıyla kurulmalıdır.

Obezite (bariatrik) cerrahisi. Yüksek işlem bedeli ve net tanımlı prosedür yapısıyla en "paketlenebilir" branşlardan biridir; sağlık turizmi içinde yaklaşık %7 pay tutar. Talep tabanı devasadır: WHO'ya göre 890 milyon yetişkin obeziteyle yaşamaktadır; IFSO küresel kayıtları yılda ~500-600 bin prosedür bildirir (ABD tek başına ~270-280 bin ile klinik hacim lideridir). Sağlık turizmi ekseninde Meksika (ABD sınırı) ve Türkiye maliyet liderleridir: ABD'de 15.000-25.000 dolar olan tüp mide, Meksika'da 4.000-7.000 dolar, Türkiye'de 3.000-5.000 euro bandındadır (bazı paketlerde yaklaşık 3.250 dolara kadar inebilmektedir). Risk notu: GLP-1 sınıfı ilaçların (Ozempic/Wegovy) cerrahi talebine orta vadeli etkisi sektörde tartışılmaktadır; 2023-2025 verilerinde net hacim düşüşü henüz doğrulanmamıştır, ancak model bu riski gözeterek cerrahiye endokrinoloji-beslenme-takip içeren "obezite merkezi" bütünlüğünde kurmalıdır.

Ortopedi ve hareket sistemi cerrahisi. Yaşlanan nüfus ve kamu bekleme listeleri nedeniyle en istikrarlı talep üreten branştır (~%10 pay). WHO'ya göre 1,71 milyar kişi kas-iskelet rahatsızlıklarıyla yaşamaktadır. İngiltere'de NHS'te 25 haftayı bulan kalça protezi kuyruğu Bangkok'ta 4 haftada planlanabilmekte; diz protezi ABD'de 35.000-50.000 dolar iken Kosta Rika'da 12.000-16.000 dolar, Hindistan'da 2.000-7.000 dolar bandındadır. Ortopedik turistin en büyük riski ameliyat sonrası bakım sürekliliği olduğundan, cerrahi + rehabilitasyon + uçuşa uygunluk protokolünü tek pakette sunan entegre model hem klinik hem sigorta tarafında rekabet avantajıdır — bu nokta, wellness/termal bölümüyle (1.3.2) doğrudan bağlantılıdır.

Göz sağlığı (refraktif cerrahi vb.). Kısa işlem süresi ve hızlı iyileşmeyle "tedavi + kısa seyahat" formatına en uygun branştır (~%10 pay). WHO'ya göre 2,2 milyar kişi görme bozukluğuna sahiptir ve katarakt cerrahisine ihtiyaç duyanların yaklaşık yarısı erişememektedir; bazı OECD ülkelerinde katarakt bekleyenlerin %70'inden fazlası üç aydan uzun beklemektedir. LASIK Türkiye'de ~1.200-1.500 dolar iken ABD'de ~2.500-2.800 dolardır. Refraktif cerrahinin yanında katarakt/premium lens cerrahisi, yaşlanan Avrupa nüfusu düşünüldüğünde büyüyen ikinci akıştır.

Kök hücre ve deneysel/yenilikçi tedaviler. Yüksek büyüme söylemi ile en yüksek regülasyon/itibar riskinin yan yana durduğu alandır. Dar tanımlı kök hücre terapisi pazarı küçük ama hızlı büyümektedir (2024: ~456 milyon dolar; %25 CAGR); ancak FDA onaylanmamış rejeneratif ürünlerin pazarlanması konusunda açık uyarılar yayımlamakta, ISSCR kanıtlanmamış uygulamalara bağlı ciddi advers olayları (körlük, paraliz, enfeksiyon) raporlamaktadır. Bu branшта "liderlik" çoğu zaman klinik üstünlükten değil regülasyon boşluğundan kaynaklanır (1.4'te işlenecektir). Entegre modelde tek savunulabilir yol, alanı etik kurul onaylı ve klinik çalışma çerçeveli uygulamalarla sınırlamaktır; standart poliçe kapsamı dışında tutulmalıdır.

Genel sağlık taraması / check-up ve ileri tanı. Küresel check-up pazarı 2024'te ~54 milyar dolar olup %6,6 CAGR ile büyümektedir; longevity/preventif sağlık trendi segmenti sağlık turizminin en hızlı büyüyen alanları arasına taşımaktadır. Stratejik değeri tekil cirosunda değil huni işlevindedir: taramada saptanan bulgular hastayı aynı kurum içinde kardiyojoloji, onkoloji, metabolik sağlık gibi yüksek bedelli branşlara yönlendirir. Tayland ve Güney Kore bu formatı kurumsallaştırmıştır; Körfez, BDT ve Avrupa'dan 40+ yaş kurumsal/varlıklı segment ana hedef kitledir.

Sentez: İşlem Bedeli – Hasta Hacmi Matrisi

Bir branşın toplam cirosu, iki değişkenin çarpımıyla oluşur: hasta başına ortalama işlem bedeli ve hasta hacmi. Aynı ciro büyüklüğüne iki farklı yoldan ulaşılabilir — az sayıda hastadan yüksek bedelle ya da çok sayıda hastadan düşük bedelle. Aşağıdaki matris, on bir branşı bu iki eksenle sınıflandırmakta ve her profilin gerektirdiği iş ve sigorta modelini özetlemektedir:

Tablo 1.3-A — İşlem Bedeli – Hasta Hacmi Matrisi

Profil	Branşlar	Model / Sigortacılık Çıkarımı
Yüksek işlem bedeli × düşük-orta hacim	Kalp-damar, onkoloji, organ nakli, ileri ortopedi	Vaka başına on binlerce dolar; anlamlı risk transferi, yüksek prim, tedavi-paketi poliçeleri; güven altyapısı belirleyici
Orta işlem bedeli × yüksek hacim	Bariatrik, IVF, estetik cerrahi (invaziv)	Vaka başına birkaç bin – on bin dolar bandı; hacim primli komplikasyon teminatı; Türkiye'nin mevcut güçlü alanı
Düşük-orta işlem bedeli × çok yüksek hacim	Saç ekimi, diş, refraktif göz	Vaka başına yüzlerce – birkaç bin dolar; mikro-poliçe / satın alma anına gömülü sigorta; dijital satışa en uygun
Huni / tekrar geliri	Check-up, ileri tanı	Düşük tekil bedel, yıllık yenilenen ürün; yüksek bedelli branşlara hasta besleme işlevi
Yüksek risk / itibar hassas	Kök hücre ve deneysel tedaviler	Yalnızca klinik çalışma çerçevesinde; standart kapsam dışı

Tablonun ortaya koyduğu yapısal desen, raporun ilerleyen bölümlerinin de zeminidir: bugünkü küresel ciro liderleri ilk satırda (yüksek işlem bedeli) kazanmakta, Türkiye ise ağırlıklı ikinci ve üçüncü satırda (hacim) kazanmaktadır. Türkiye'nin 2026 başında gözlenen kişi başı gelir sıçraması, ilk satıra doğru kayma fırsatının veriyile desteklendiğini göstermektedir — ancak o satırın giriş bileti fiyat değil, güvendir.

1.3.2. Wellness ve Termal Turizm

Pazarın büyüklüğü ve toparlanma dinamiği. Wellness, sağlık turizminin tıbbi tedavi ayağından yapısal olarak farklı çalışır: gelir tekil ve yüksek bedelli işleminden değil, kalış süresi, tekrar oranı ve misafir başına harcamadan doğar. Bu alanda sektörün fiili referans standardı Global Wellness Institute (GWI) verileridir. GWI'nin Kasım 2025'te yayımladığı ölçüme göre küresel wellness ekonomisi 2024'te bir önceki yıla göre %7,9 büyüyerek 6,8 trilyon dolara ulaşmış, 2013'ten bu yana ikiye katlanmış ve izlenen 11 alt sektörün tamamı pandemi öncesi (2019) seviyelerini aşmıştır. GWI, ekonominin 2029'a kadar yıllık %7,6 büyüyerek yaklaşık 9,8 trilyon dolara ulaşacağını öngörmektedir.

Turizm bağlantılı alt sektörler, pandemide en sert darbeyi alan grup olmalarına rağmen 2023-2024'te en hızlı büyüyenler olmuştur: wellness turizmi %13,8 (2024'te 893,9 milyar dolar), spa sektörü %14,6 (157,4 milyar dolar), termal/mineral kaynaklar %11,1 (71,7 milyar dolar). Wellness turistinin ekonomik profili dikkat çekicidir: 2024'te gerçekleşen 1,24 milyar wellness seyahati, toplam turizm seyahatlerinin %8,3'ünü oluştururken toplam turizm harcamasının %17,6'sını üretmiştir — wellness misafiri, ortalama

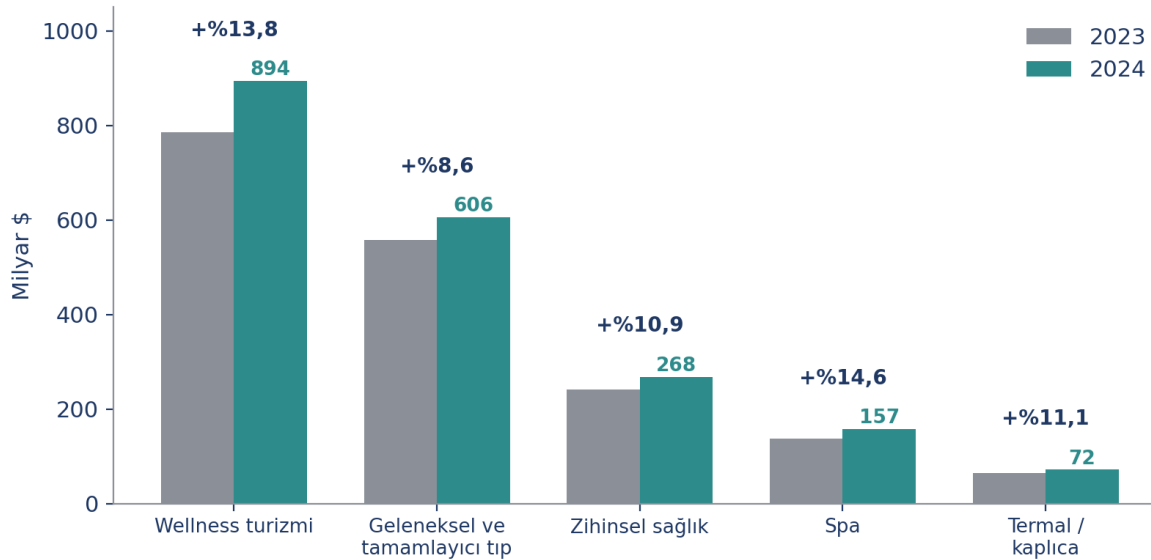
turistin iki katından fazla harcamaktadır. Harcamanın yaklaşık %27'si uluslararası seyahatten gelmektedir; bu, bir wellness/termal yatırımının gelir tabanının yaklaşık dörtte üçünün iç pazardan geleceği anlamına gelir ve fizibilitenin yalnızca yabancı misafir hacmine bağlanmaması gerektiğini gösterir.

Tablo 1.3-B — Wellness ve Termal Turizm Alt Kırımları (GWI, gerçekleşen veriler)

Alt Alan	2023 (mlr \$)	2024 (mlr \$)	Büyüme	Not
Wellness turizmi (üst çatı)	785,6	893,9	+%13,8	1,24 milyar seyahat; harcamanın ~%27'si uluslararası
Spa, detoks ve rejenerasyon	137,4	157,4	+%14,6	201.861 spa işletmesi (2019'a göre +%15 arz artışı)
Termal ve kaplıca (balneoterapi)	64,5	71,7	+%11,1	31.386 işletme; 2029'a dek yıllık ~%10 öngörü
Zihinsel sağlık / mindfulness-retreat	241,9	268,3	+%10,9	2019-2024 CAGR %12,4 ile en hızlı büyüyen ana sektörlerden
Geleneksel ve tamamlayıcı tıp	557,4	605,6	+%8,6	WHO 2025-2034 stratejisi: kanıt + regülasyon vurgusu
Fitness / spor performansı (geniş ekonomi)	1.081	1.144	+%5,8	Turizm alt kırılımı ayık ölçülüyor
Medikal wellness (hibrit)	Ayrık küresel seri yayımlanmıyor	—	—	Wellness turizmi ile preventif sağlık kesişiminde raporlanıyor

2025 ve 2026 ilk yarısı için gerçekleşmiş küresel toplamalar henüz yayımlanmamıştır (GWI bir sonraki tam ölçümünü Kasım 2026'da açıklayacaktır); tablo gerçekleşen son veri yılı olan 2024 ile sınırlı tutulmuştur.

Wellness Alt Sektörleri: Pandemi Sonrası En Hızlı Büyüyen Alanlar (GWI)



Kaynak: Global Wellness Institute, Global Wellness Economy Monitor 2025

Grafik 3 — Wellness alt sektörlerinde 2023-2024 büyümesi (GWI)

Yapısal eğilimler. Üç eğilim yatırım kurgusu açısından belirleyicidir. Birincisi, termal segmentteki büyümenin coğrafi dağılımı homojen değildir: küresel yavaşlamanın kaynağı Çin, Japonya ve Avrupa'daki durgunluktur; bu üç bölge dışarıda bırakıldığında sektör 2020'den bu yana yıllık %21 gibi güçlü bir hızla büyümektedir. İkincisi, termal su bir "tercih sebebi"nden "seçim kriteri"ne dönüşmüştür: wellness kaçamağı rezervasyonu yapanların %60'ından fazlası destinasyonda termal su terapisinin varlığını dikkate almaktadır; buna karşılık spa arzı da hızla büyüdüğünden (%15 işletme artışı) farklılaşma artık

tesis sayısı ile değil medikal içerikle sağlanmaktadır. Üçüncüsü, 2026 itibarıyla sektörün odağı "iyi hissetmek"ten healthspan/fonksiyonel uzun ömür kavramına kaymaktadır: mobilite, bilişsel kapasite, metabolik sağlık ve bağımsızlığın korunması — özellikle 50 yaş üstü tüketicide wellness, kısa süreli bakım değil uzun vadeli kapasite yatırımı olarak satın alınmaktadır. Bu kayma, wellness ile yaşlı bakımı arasındaki köprünün ta kendisidir ve 1.3.3'ün zeminini hazırlar.

Türkiye'nin bu pazardaki mevcut konumu, potansiyel-gerçekleşme makasının en çarpıcı örneğidir: ülke, resmi kaynaklarda dünyanın önde gelen jeotermal potansiyeline sahip ülkelerinden biri olarak tanımlanırken, GWI ölçümünde 2024 wellness ekonomisi büyüklüğü 73 milyar dolarla dünya 16.'sı, wellness turizmi harcaması 10,5 milyar dolarla (12,4 milyon wellness seyahati) dünya 17.'sidir. Rakamlar mutlak olarak küçük değildir ve 2023-2024 artışı (%27,3) güçlüdür; ancak GWI, Türkiye'nin dolar bazlı büyümesinin yüksek enflasyon nedeniyle ihtiyatla yorumlanması gerektiğini özellikle not etmektedir. Sorunun kaynak eksikliği değil model eksikliği olduğu tespiti, Türkiye bölümünde (2.9) ayrıntılı işlenecektir.

1.3.3. Yaşlı Bakımı ve Uzun Dönem Bakım

Demografik zorunluluk ve pazarın yapısı. Yaşlı bakımında talebin motoru turizm trendi değil, demografik zorunluluktur. Dünya genelinde 60 yaş üstü nüfusun 2030'da her altı kişiden birine ulaşması beklenmektedir; Avrupa Birliği'nde 65 yaş üstü nüfus 2025 başı itibarıyla toplam nüfusun %22'sine, yani 99 milyon kişiye ulaşmıştır. OECD verileri talebin bugün dahi arzı aştığını göstermektedir: 2023'te 31 OECD ülkesinde 65 üstü nüfusun ortalama %12'si profesyonel uzun dönem bakım hizmeti almış, LTC harcamaları OECD ortalamasında GSYH'nin %1,8'ine ulaşmıştır. Arz tarafında ise tablo daralmaktadır: 65 üstü her 1.000 kişiye düşen bakım yatağı sayısı on yılda 46'dan 41'e gerilemiş, her 100 yaşlıya düşen profesyonel bakım çalışanı sayısı 5'te sabit kalmış, Avrupa'da sektör iş gücü açığını giderek artan oranda yabancı doğumlu çalışanlarla (2014'te %14 → 2024'te %21) kapatır hale gelmiştir.

Küresel uzun dönem bakım pazarı 2025 itibarıyla yaklaşık 1,2 trilyon dolar olarak ölçülmektedir (Grand View Research; IMARC benzer büyüklükte). Ancak bu rakam yatırımcı sunumunda dikkatle çerçevelenmelidir: toplamın ezici çoğunluğu kamu finansmanlı iç pazar harcamasıdır (örneğin ABD'de gelirin %66'sı kamu kaynaklıdır). Dolayısıyla "1,2 trilyon dolarlık pazar" adreslenebilir pazar (TAM) değildir; adreslenebilir kısım özel ödeyici (self-pay/aile), özel sigorta ve sınır ötesi segmenttir. Bu ayrımı yapmamak, dosyanın veri disiplinini zedeler; yapmak ise güvenilirliği artırır.

Tablo 1.3-C — Yaşlı Bakımı Alt Kırımları (2025 baz ölçümleri)

Alt Alan	Pazar Büyüklüğü	Dinamik	Not
Uzun dönem bakım (üst çatı)	~1,2 trilyon \$ (2025)	%4,9-7,0 CAGR (kaynağa göre)	Ağırlıklı kamu finansmanlı iç pazar; TAM değil
Kurumsal/rezidansiyel bakım (nursing)	385,6 milyar \$	Hacim istikrarlı; sağlayıcıların ~%47'si kurumsal	Yatak × doluluk × bakım seviyesi ekonomisi
Assisted living	109,6 milyar \$	Yapısal büyüme	Bağımsız yaşamdan bakıma geçiş katmanı
Hospice/palyatif	180,2 milyar \$	Yüksek	Yaşam sonu kalite odaklı butik segment
Demans/Alzheimer (memory care)	42,5 milyar \$	En hızlı büyüyen segment (~%8,9 CAGR)	WHO: 57 milyon demanslı, yılda 10 milyon yeni vaka

Alt Alan	Pazar Büyüklüğü	Dinamik	Not
Evde bakım (non-medical, dar tanım)	8,7 milyar \$	Çok yüksek; hibrit modellere kayış	AB Komisyonu (Mart 2026): 23 ülke hibrit model geliştiriyor
Uluslararası emeklilik göçü	Ayrık, doğrulanabilir küresel pazar rakamı yayımlanmıyor	Vize/vergi rejimine bağlı	Rakam üretmek veri disiplinine aykırı olur

Maliyet makası ve "net maliyet" uyarısı. Sınır ötesi yaşlı bakımının ekonomik zemini güçlüdür: OECD ölçümüne göre ağır bakım ihtiyacı olan bir yaşlının profesyonel evde bakım maliyeti 22 OECD ülkesinde ortalama yaşlı medyan gelirinin %292'sine, kurumsal bakım %211'ine karşılık gelmektedir; Almanya'da bakım evinde kalan bir kişinin bakım sigortası katkısı sonrası cebinden ödediği tutar 2026 ortası itibarıyla ayda ortalama 3.300 Euro'yu aşmıştır. Ancak fizibilite açısından kritik bir uyarı gerekir: yüksek kamu sübvansiyonlu ülkelerde tüketicinin gerçek cepten maliyeti liste fiyatının çok altında olabildiğinden, "Türkiye ucuz" karşılaştırması Avrupa'daki brüt fiyatla değil, hastanın kamu desteği sonrası net maliyetiyle yapılmalıdır. Aynı şekilde, Türkiye'ye gelecek yabancı emeklinin bakım bedelinin kendi ülkesinin kamu sigortasından otomatik ödeneceği varsayımıyla model kurulamaz; ödeme grupları self-pay/aile, özel sigorta ve kurumsal/assistance anlaşmaları olarak ayrı ayrı modellenmelidir.

Retirement migration: kanıt güçlü, belirleyici faktör farklı. Uluslararası emeklilik göçü için standart bir pazar ölçümü yoktur, ancak davranışsal kanıt güçlüdür: NBER'in Portekiz çalışması, yabancı emeklilere yönelik mali teşvik düzenlemesi sonrasında AB'li emekli girişlerinin yaklaşık 30 kat arttığını ve etkinin varlıklı/egitimli emeklilerde yoğunlaştığını göstermektedir. Portekiz, İspanya ve Uruguay'ın küresel emeklilik endekslerindeki liderliği de aynı deseni doğrular: bu segmenti kazanan şey sağlık hizmeti kalitesinden önce ikamet/vize rejimi + yaşam maliyeti + dil erişilebilirliği üçlüsüdür. Türkiye için pratik sonuç nettir: bu segment hedeflenecekse tesis kalitesinden önce yasal ikamet ve dil altyapısı sorusu çözülmeli; pazarlama da müşteriye henüz bağımsızken kazanan bir yolculukla (aktif emeklilik rezidansı → preventif sağlık/wellness üyeliği → assisted living → memory care/skilled care → palyatif) kurulmalıdır. Avrupa Komisyonu'nun Mart 2026 tarihli 38 ülke incelemesinin gösterdiği yön de aynıdır: sektör tek tip "yatak ürünü"nden, aynı kampüste farklı bağımlılık seviyelerini yöneten bakım sürekliliği (continuum of care) modeline geçmektedir.

Operasyonel gerçek: darboğaz sermaye değil, personel. Küresel ölçekte sağlayıcıların %44'ü yüksek işletme maliyetlerinden, %37'si nitelikli bakıcı açığından etkilenmektedir; olgun pazarlarda dahi hemşire iş gücü baskısı belirgindir. Fizibilite modelinde personel maliyeti ve devir hızı, doluluk oranından daha kritik değişkenlerdir. Türkiye'nin bu denklemdeki avantajı — yetişmiş sağlık insan gücü, bakım kültürü ve Avrupa'ya kıyasla personel maliyeti — 2.9'da işlenecektir; Türkiye'nin kendi iç talep tabanının da hızla büyüdüğü (65+ nüfus 2025'te 9,58 milyon kişi / %11,1; 2030 öngörüsü %13,5) burada not edilmelidir: model, yabancı doluluğa bağımlı olmadan iç pazarla ayakta durabilir, uluslararası misafiri büyüme kanalı olarak ekler.

1.4. Nitelikli/Özellikli Tedavilerde Alan Bazında Lider Ülkeler

Yöntem Notu: "Lider 3 Ülke" Neyi Ölçüyor?

Hiçbir büyük ülke, "tedavi alanı × yabancı hasta sayısı × ciro" üçlü kırılımını kamuya açık ve düzenli biçimde yayımlamamaktadır; tedavi-spesifik sağlık turizmi cirosu hiçbir alanda resmi olarak ölçülmemektedir. Bu nedenle alan bazındaki liderlik, doğrulanabilir göstergeler üzerinden kurulmuştur:

uluslararası klinik kayıt sistemleri (GODT, IFSO, ulusal protez kayıtları), işlem hacimleri, fiyat karşılaştırmaları, teknoloji altyapısı ve uluslararası hasta erişim kapasitesi. Her alanda liderlik tek eksenli değildir; bu yüzden tablolar ülkeleri "hangi eksenle lider" olduklarını belirterek sıralar. Yapısal bulgu tüm alanlarda aynıdır: **her özellikli tedavi alanında bir teknoloji/klinik mükemmeliyet lideri (yüksek ciro, az yabancı hasta) ile bir maliyet/hacim lideri (yüksek yabancı hasta, %50-90 fiyat avantajı) yan yana durur** — sağlık turizmi geliri ağırlıkla ikinci grupta üretilir.

Kalp ve Damar Cerrahisi

Teknoloji ve sonuç ölçümü ekseninde lider ABD'dir: STS ulusal veri tabanı erişkin kalp cerrahisinin ~%95'ini kayıt altına alır; rekabet avantajı cihazdan değil, risk-ayarlı sonuç yönetimi altyapısından gelir. Ölçek ekseninde Çin dikkat çekicidir (2022'de 726 hastanede 263.292 kardiyovasküler operasyon — hakemli ulusal kayıt). Sağlık turizmi ekseninde ise Hindistan açık ara öndedir: koroner baypas ABD'de 70.000-150.000 dolar iken Hindistan'da 4.000-8.500 dolar bandındadır (%80-90 tasarruf); büyük özel zincirlerin yüz binlerce vakalık kardiyak cerrahi birikimi, 150'den fazla ülkeden hasta kabulü ve e-Medical Visa altyapısı bu konumu destekler.

Tablo 1.4-A — Kalp ve Damar Cerrahisinde Liderlik Eksenleri

Eksen	Ülke	Dayanak	Liderlik Nedeni
Teknoloji/sonuç	ABD	STS kaydı (~%95 kapsam); Mayo Rochester >4.000 op/yıl	Risk-ayarlı sonuç ölçümü, robotik/hibrit altyapı, kompleks vaka
Ölçek	Çin	263.292 operasyon (2022, ulusal kayıt)	İç pazar ölçeği, ulusal kardiyovasküler merkez sistemi
Sağlık turizmi/maliyet	Hindistan	CABG 4.000-8.500 \$ (ABD'nin ~%5-10'u)	Fiyat-kalite dengesi, özel zincir ölçeği, vize altyapısı

*Türkiye'nin konumu: * Avrupa'ya yakınlık, JCI ağı ve rekabetçi fiyatla bölgesel/değer segmentinde güçlü oyuncu; ayrıntı 2.3'te.

Organ Nakli

"İlk 3"ün en sağlam kurulabildiği alandır çünkü WHO bağlantılı GODT küresel kayıt sistemi vardır (2024: dünya genelinde 173.727 nakil). Mutlak hacimde sıralama resmidir: ABD (2025'te 49 binin üzerinde nakil), Çin ve Hindistan (2024: 18.911; 2025: 20.138 — Hindistan Sağlık Bakanlığı ülkeyi dünya üçüncüsü olarak teyit eder). Sistem/model ekseninde İspanya ayrı bir kategoridir: ölen vericiden bağış oranında 30 yılı aşkın süredir dünya lideridir (2024: milyon kişi başına 52,6 verici — tüm zamanların rekoru). Canlı vericili nakil ekseninde iki ülke öne çıkar: mutlak canlı verici hacminde Hindistan (2024 nakillerinin 15.500'den fazlası canlı vericiden) ve merkez bazlı klinik derinlikte Güney Kore (Asan Medical Center: 1994'ten bu yana 6.000+ ardışık canlı vericili karaciğer nakli, %98 bir yıllık sağkalım, ABO-uyumsuz ve çift-greft tekniklerinde öncülük). **Türkiye bu eksenle dünyanın en önde gelen ülkelerindendir:** karaciğer nakillerinin ~%80'i, böbrek nakillerinin ~%85'i canlı vericiden yapılmakta (yılında ~1.400 karaciğer + ~3.500 böbrek), bu oran ve vaka deneyimi ülkeyi meşru sınır ötesi nakilde (hastanın kendi canlı vericisiyle geldiği model) ayrıcalıklı kılmaktadır. Etik çerçeve bu alanda pazarlamanın önündedir: organ ticareti ve denetimsiz nakil turizmi WHO ilkeleri gereği rekabet avantajı sayılamaz; meşru model, diaspora ve canlı akraba vericili vakalarla sınırlıdır.

Tablo 1.4-B — Organ Naklinde Liderlik Eksenleri

Eksen	Ülke	Dayanak	Liderlik Nedeni
Mutlak hacim	ABD	49.000+ nakil (2025)	Donör ağı (OPTN), yoğun bakım kapasitesi, kompleks/pediyatrik vakalar
Bağış modeli	İspanya	52,6 verici/milyon (2024, dünya rekoru)	Opt-out sistemi, ONT koordinasyon modeli
Canlı verici / sağlık turizmi	Hindistan · G.Kore · Türkiye	Hindistan 15.500+ canlı nakil/yıl; Asan 6.000+ LDLT; Türkiye %80-85 canlı verici oranı	Yasal çerçeve + cerrahi deneyim; hasta kendi vericisiyle geliyor

Onkoloji

Teknoloji/klinik ekseninde ABD tartışmasızdır: MD Anderson tek başına yılda 140 binden fazla hasta tedavi etmekte ve denetlenmiş 2024 mali yılı geliri 7 milyar dolara ulaşmaktadır; ülke 45-50 proton terapi merkeziyle dünyanın en büyük altyapısına sahiptir ve 2020-2024'te 85 yeni onkoloji molekülü lansmanıyla inovasyon lideridir (Çin 84 ile hemen arkasındadır — IQVIA). Küresel onkoloji ilaç harcaması 2024'te 252, 2025'te 291 milyar dolardır. Avrupa premium ekseninde Almanya (Charité, Heidelberg; AB sınır ötesi geri ödeme ağı; BDT/Körfez hasta akışı), Asya premium ekseninde Japonya (partikül terapide dünya ikincisi) ve Singapur (bölgesel ikinci görüş üssü) konumlanır. Maliyet/erişim ekseninde Hindistan yükselmektedir: 2024'te Güney Asya'nın ilk proton merkezi Hindistan'da devreye girmiştir. Onkolojinin yapısal özelliği, tek işlem değil uzun tedavi yolculuğu olmasıdır — hasta ülkesinde bulunmayan modaliteye (proton, CAR-T, klinik çalışma) erişim için seyahat eder; bu da "erişim turizmi"ni fiyat turizminden ayırır.

Tablo 1.4-C — Onkolojide Liderlik Eksenleri

Eksen	Ülke	Dayanak	Liderlik Nedeni
Teknoloji/inovasyon	ABD	MD Anderson 7 mlr \$ gelir (FY24); 45-50 proton merkezi; 85 yeni molekül	En yeni tedavilere ilk ticari erişim, klinik araştırma ölçeği
Avrupa premium	Almanya	AB geri ödeme entegrasyonu; üniversite onkolojisi	Solid tümör cerrahi disiplini, BDT/Körfez koridoru
Asya premium / erişim	Japonya · Singapur · Hindistan	Partikül terapi; bölgesel hub; Güney Asya'nın ilk proton merkezi	Modalite erişimi + bölgesel yakınlık; Hindistan'da fiyat katmanı

Obezite (Bariatrik) Cerrahisi

Bu alanda en kritik bulgu, **klinik hacim liderliği ile sağlık turizmi liderliğinin farklı ülkeler olmasıdır**. IFSO küresel kayıt sistemine göre kayıtlı primer işlem hacminde ABD (~204 bin; ASMBS ulusal tahminiyle ~270-280 bin), Brezilya (~63-75 bin) ve Fransa (~32 bin) ilk üçtür — ancak bu ülkeler ağırlıklı kendi iç pazarlarına hizmet eder. Sağlık turizmi ekseninde liderler Meksika ve Türkiye'dir: ABD'de 15.000-25.000 dolar olan tüp mide Meksika'da (Tijuana — ABD sınırına dakikalar) 4.000-7.000 dolar, Türkiye'de 3.000-5.000 euro bandındadır. Yatırımcı sunumunda bu iki gösterge — kanıtlanmış ulusal vaka hacmi ile uluslararası hasta görünürlüğü — ayrı tutulmalıdır; Meksika'nın turizm-spesifik hacmi için güvenilir birincil kaynak bulunmadığı da not edilmelidir.

Tablo 1.4-D — Bariatrik Cerrahide Liderlik Eksenleri

Eksen	Ülke	Dayanak	Liderlik Nedeni
Klinik hacim	ABD	~204-280 bin işlem/yıl (IFSO/ASMBS)	Kayıt-akreditasyon sistemi (MBSAQIP), robotik penetrasyon
Klinik hacim 2	Brezilya	63-75 bin işlem/yıl (SBCBM/IFSO)	Yüksek cerrahi penetrasyon, olgun kayıt kültürü; ağırlıklı iç pazar
Sağlık turizmi/maliyet	Meksika · Türkiye	Tüp mide 4.000-7.000 \$ / 3.000-5.000 € (ABD'de 15-25 bin \$)	Coğrafi yakınlık (Meksika→ABD); paket model + fiyat (Türkiye→Avrupa/İngiltere)

İleri Ortopedi Vakaları

Klinik hacim ve kalite gözetimi ekseninde liderlik, protez kayıt sistemlerinin gücüyle ölçülür: ABD (AJRR — 2012-2024 arasında 4,4 milyonun üzerinde kalça/diz artroplastisi, dünyanın en büyük ulusal kaydı), Almanya (EPRD — yalnızca 2024'te 410.333 kalça/diz protezi; 2025'ten itibaren kayıt zorunlu) ve Birleşik Krallık (NJR — 4,5 milyon kümülatif işlem, dünyanın en köklü implant gözetim modeli). OECD ortalaması kalça protezinde 100.000 kişide 198, dizde 156 işlemdir ve Almanya en yüksek oranlı ülkeler arasındadır. Sağlık turizmi ekseninde Hindistan fiyat lideridir (diz protezi 2.000-7.000 dolar; ABD'de 35.000-50.000+); Türkiye premium-değer segmentinde konumlanır (ortopedi/travmatoloji USHAŞ'ın en çok tercih edilen branşları arasındadır); Almanya en üst kalite segmentini temsil eder. Alman kayıt sisteminin kendi raporundaki uyarı yatırım dersi niteliğindedir: vaka hacmi tek başına kalite göstergesi değildir — revizyon oranı, enfeksiyon, hasta bildirimli sonuçlar ve implant ömrü asıl göstergelerdir.

Kök Hücre ve Deneysel/Yenilikçi Tedaviler

Bu alanda "liderlik" klinik üstünlükten çok düzenleyici çerçeveden doğar ve iki karşıt model vardır. **Düzenlenmiş yenilikçilik modeli:** Japonya, 2014 Rejeneratif Tıp Yasası ile dünyada ilk "koşullu ve süreli onay" sistemini kurmuştur (uyarı notu: koşullu onaylı bir ürün, pazarlama sonrası etkinlik kanıtlanamayınca geri çekilmiştir — hız/kanıt dengesinin riski); ABD, FDA'nın RMAT mekanizması ve dev araştırma ekosistemiyle meşru hızlandırılmış yolu temsil eder; Güney Kore, ileri rejeneratif tedaviler için kurum lisanslama + plan onayı + uzun dönem takip içeren risk temelli bir çerçeve işletmektedir. **Regülasyon arbitrajı modeli:** Panama ve Meksika, laboratuvarı çoğaltılmış kök hücre uygulamalarına izin vererek yüksek gelirli hasta çeken bir sektör doğurmuştur (enjeksiyon başına 60.000 dolara varan fiyatlar) — ancak FDA ve ISSCR'nin ciddi advers olay uyarıları (körlük, paralizi, enfeksiyon) bu modelin klinik, etik ve itibar riskini belgeler. Rapor bu alanda hasta hacmi/ciro tablosu üretmemektedir; güvenilir veri yoktur ve üretmek yanıltıcı olur. Türkiye dahil herhangi bir ülke için sürdürülebilir tek yol, Japonya/Kore tipi düzenlenmiş çerçevedir.

1.5. Küresel Sağlık Turizminde Yaşanan Sorunlar

Sorunların Ortak Kökeni: Kurumsal Boşluk

Sektörün sorunlarının neredeyse tamamı klinik yetersizlikten değil, kurumsal boşluktan kaynaklanmaktadır. Hasta kendi ülkesinden çıktığı anda üç koruma katmanını aynı anda kaybeder: hukuki başvuru hakkı, sigorta teminatı ve bakım sürekliliği. Malpraktis davasının pratikte imkânsızlaşması, standart seyahat poliçelerinin elektif ameliyat komplikasyonlarını kapsam dışı bırakması ve taburculuk sonrası takibin hiç kimsenin sorumluluğunda olmaması — bunlar üç ayrı sorun

değil, aynı kopukluğun üç görünümüdür. Aşağıdaki başlıklar bu kopukluğun somut biçimlerini ortaya koymaktadır.

Akreditasyon ve kalite standartlarının tutarsızlığı. JCI 70'ten fazla ülkede 1.000'i aşkın kuruluşu akredite etmiştir; ancak yanı sıra Accreditation Canada, ACHSI, QHA Trent, GHA, TEMOS ve ISO paralel olarak çalışmakta, hiçbirisi faturalama, sigorta ödemesi veya ücret politikasını denetlememektedir. Hasta için sonuç şudur: birbiriyle kıyaslanamayan rozetler arasından seçim yapmak zorundadır ve akreditasyon, tedavinin klinik kalitesini gösterse bile ticari şeffaflığı garanti etmez.

Malpraktis ve sınır ötesi hukuki sorumluluk. Hasta, yabancı hekimi kendi ülkesinin mahkemesinde pratikte dava edememektedir; zaman aşımı süreleri, tazminat tavanları ve usul kuralları ülkeden ülkeye köklü biçimde değişir. Bu, sağlık turizminin en temel asimetrisidir: hasta riski üstlenir, ancak zararın tazmini için başvurabileceği işleyen bir mekanizma çoğu zaman yoktur.

Sigorta kapsamı boşlukları. Sigortacılar elektif tedavi amaçlı seyahati "gönüllü risk" saymakta, standart seyahat poliçeleri komplikasyon taleplerini reddetmektedir. Piyasada uzmanlaşmış birkaç oyuncunun sunduğu komplikasyon ürünleri (120-150 Euro prim karşılığında yatarak komplikasyon tedavisi için 2.000-5.000 Euro, genel seyahat acili için 30.000 Euro düzeyinde teminat; işlem sonrası 180 güne uzayan koruma pencereleri) mevcuttur; ancak arz son derece dar bir oyuncu grubuyla sınırlıdır. Bu, düşük talepten değil, dağıtım ve güven altyapısı eksikliğinden kaynaklanan bir pazar boşluğudur.

Komplikasyon sonrası takip ve bakım sürekliliğinin kopması. Komplikasyonların ciddi bölümü ameliyathanede değil, hasta ülkesine döndükten sonra ortaya çıkar. Teknik neden basittir: ameliyat notu, implant/lot bilgisi, ilaç listesi ve taburculuk özeti hastayla birlikte seyahat etmez. Sonuçta komplikasyon yükü, hastanın kendi ülkesinin kamu sağlık sistemine devredilir — bu da kaynak ülkelerin sağlık turizmine yönelik kurumsal itirazlarının temel gerekçesini oluşturur.

Fiyat şeffaflığı eksikliği ve sürpriz faturalar. Hastaya ülkesindeyken verilen fiyat ile yerinde ödediği tutar arasındaki fark, sektörün en yaygın şikâyet konusudur. Sorunun yapısal nedeni, fiyatın çoğu zaman önceden bağlayıcı bir tarifeyle değil, vaka başına pazarlığa dayanmasıdır.

Aracı kurum ve komisyon odaklı yönlendirme. Yönlendirme başına ödeme yapılan pazarlama şirketleri, hastayı klinik olarak en uygun merkeze değil, en yüksek komisyonu veren merkeze yönlendirme eğilimindedir. ISHRS, hekim olmayan teknisyenlerce yapılan saç ekimi uygulamaları ve bu tür aracılık modelleri konusunda açık uyarılar yayımlamaktadır. Mevzuata uyum maliyetine katlanan kayıtlı araçlar ile hiçbir yükümlülüğü olmayan sosyal medya araçları aynı pazarda rekabet etmektedir.

Tıbbi gereklilikten bağımsız, ciro odaklı yaklaşımlar. Sektörün en az konuşulan ama en ciddi sorunlarından biri, tedavi kararının klinik endikasyondan çok ticari getiriye göre şekillenmesidir: gereksiz işlemler, aşırı tedavi (overtreatment), endikasyon dışı müdahaleler ve hastanın gerçek ihtiyacı yerine ödeme gücüne göre kurgulanan tedavi planları. Bu sorun, komisyon odaklı aracılık modeliyle birleştiğinde katlanır: hastayı yola çıkaran taraf ile ameliyatı yapan taraf farklıysa ve her ikisinin geliri işlem hacmine bağlıysa, "hasta yerinde ameliyat olmaya ikna edilir." Sorunun çözümü tanım gereği yapısaldır — tedavi planının bağımsız denetimden geçmesi ve ödemenin bu denetime bağlanması dışında bir mekanizma sorunu kaynağında kesmemektedir.

Etik sorunlar. Organ nakli turizminde donör taramasının yetersizliği, organ ticareti riski ve kaynakların yerel nüfustan uluslararası hastaya kayması başlıca etik konulardır; WHO'nun 2024 tarihli WHA77.4 kararı bu alanda etik denetim, düzenleme ve yaşayan donörlerin korunmasını güçlendirmeyi

hedeflemektedir. Kök hücre alanında ise kanıtlanmamış uygulamaların kesin tedavi gibi pazarlanması, ciddi advers olaylarla sonuçlanan bir sorun alanıdır.

Enfeksiyon kontrolü ve antimikrobiyal direnç. CDC, sağlık turizmi kaynaklı riskler arasında cerrahi alan ve kan dolaşımı enfeksiyonlarını, hepatit B/C ve HIV bulaşını ve dirençli mikroorganizmaları başlıca tehlikeler olarak tanımlamaktadır. Bu risk, denetim yoğunluğu düşük tesislerde katlanmakta ve hastanın ülkesine dönüşüyle sınır ötesine taşınabilmektedir.

Veri gizliliği ve sınır ötesi sağlık verisi. Hastanın tıbbi geçmişinin ülkeler arası dolaşımı, farklı veri koruma rejimleri (GDPR/KVKK ve muadilleri) arasında yürümektedir; sorumluluk paylaşımının belirsizliği hem uyum riski hem de güven sorunu üretmektedir.

Kültürel ve dilsel uyum sorunları. Aydınlatılmış onamın hastanın anladığı dilde belgelenmemesi, hukuki geçerlilik açısından da klinik güvenlik açısından da kritik bir açıktır. Buna kültürel beklenti farklılıkları (aile katılımı, dini/kültürel hassasiyetler, mahremiyet anlayışı) ve yalnız seyahat eden hastanın psikososyal zorlukları eklenir.

Seyahat mesafesi ve süresinin klinik/pratik etkileri. Uzun uçuşlar ameliyat sonrası dönemde derin ven trombozu ve pulmoner emboli riskini artırır; iyileşme tamamlanmadan seyahate çıkma baskısı bu riski büyütür. Mesafe aynı zamanda acil komplikasyon durumunda erişilebilirliği ortadan kaldırır — Uzak Doğu destinasyonlarına on saati aşan uçuşlarla giden Avrupa, Körfez veya Afrika kaynaklı hastalarda bu, tedavi kararının kendisini etkileyen bir faktördür. Bu başlık, coğrafi yakınlığın neden bir konfor meselesi değil klinik bir değişken olduğunu göstermesi bakımından raporun Türkiye bölümüyle doğrudan bağlantılıdır.

Ölüm ve veri güvenilirliği krizi. Raporun 1.1 bölümünde ortaya konan tablo — aynı yıl için 34 milyar dolar ile 312 milyar dolar arasında değişen pazar tahminleri — başlı başına bir sektörel zafiyettir. Kendi büyüklüğünü ölçemeyen bir sektör, ne düzgün fiyatlanabilir ne de kurumsal ödeyiciler tarafından ciddiye alınabilir.

İtibar bulaşması ve destinasyon markası riski. Tek bir ülkedeki ölümlü vakalar, o ülkenin tüm sağlık turizmi markasını zedelemektedir; kaynak ülkelerin resmi seyahat tavsiyelerine giren vakalar bunun tipik örneğidir (ayrıntı 2.8'de). Kaynak ülkelerin regülasyon sıkılaştırması ve kamu sağlık sistemlerinin geri dönen hastalara ilişkin maliyet itirazları bu riski büyütmektedir.

Jeopolitik ve makroekonomik kırılganlık. Bölgesel istikrarsızlık, seyahat uyarıları ve vize kısıtlamaları, klinik kalitesi hiç değişmeyen bir destinasyonun talebini kısa sürede durdurabilmektedir; 2026 ilk çeyreğinde Orta Doğu kaynaklı seyahat kesintileri bunun güncel örneğidir. Bu, sektördeki en hızlı gerçekleşen risk türüdür.

Sürdürülebilirlik baskısı. Sağlık sektörü küresel net emisyonların %4,4'ünden (yaklaşık 2 gigaton CO2 eşdeğeri) sorumludur; İngiltere sağlık sistemi üzerinde yapılan hesaplama, karbon ayak izinin yaklaşık %10'unun personel ve hasta/refakatçi seyahatinden kaynaklandığını göstermektedir. Uzun mesafeli hasta seyahatine dayanan bir modelin bu baskıdan muaf kalması beklenmemelidir.

1.6. Başarılı Ülkeleri Diğerlerinden Ayıran Unsurlar

Bir önceki bölümün ortaya koyduğu sorunların hepsi evrenseldir; ancak bazı ülkeler bunları sistematik olarak kapatmış, bazıları kapatmamıştır. Bu bölümün bulgusu şudur: fark, klinik kaliteden çok **sorunları**

kurumsal mekanizmalarla kapatma yeteneğinden doğmaktadır. Aşağıdaki sekiz unsur, lider destinasyonların ortak paydasıdır.

Devlet destekli strateji ve tek çatı kurumsallaşma. Lider ülkelerin tamamında sektörü tek elden koordine eden, devlet bağlantılı bir kurum vardır: Malezya'da MHTC (2009, Sağlık Bakanlığı bünyesinde), Güney Kore'de KHIDI/Medical Korea, Türkiye'de USHAŞ, Suudi Arabistan'da Sağlık Sektörü Dönüşüm Programı. Bu kurumların işlevi tanıtım yapmakla sınırlı değildir; standart belirler, kayıt tutar, veri yayımlar ve markayı denetlenebilir birkaç kuruma bağlar. Malezya'nın amiral gemisi hastane programı bunun tipik örneğidir: ulusal marka, kalite çıkışı olarak seçilmiş kurumlara bağlanır ve gelir hedefi bu çıkışın üzerine kurulur.

Akreditasyon yoğunluğunun kalite sinyaline dönüştürülmesi. Tayland, akreditasyonu devlet politikası haline getirerek Kasım 2025 itibarıyla 65 JCI akreditasyonlu tesise ulaşmış ve Güneydoğu Asya'nın birincisi olmuştur; Hindistan 700'ü aşkın NABH akrediteli hastane, Türkiye ise kaynaklara göre 40-50 bandındaki JCI akrediteli kurumuyla (dünya sıralamasında ilk onda) altyapısını belgelemektedir. Ayırt edici unsur akreditasyona sahip olmak değil, onu zorunlu ve denetlenebilir kılmaktır: Güney Kore, JCI'ya ek olarak 100'ü aşkın güvenlik kriteri içeren ulusal bir üstün nitelikli kuruluş belgelendirmesi işletmektedir.

Yasal zeminin kurumsallaşması ve zorunlu sigorta. Bu, lider ülkeleri diğerlerinden en keskin ayıran unsurdur. Güney Kore, yabancı hasta çekme faaliyetini kayıt zorunluluğuna bağlamış; bu kuruluşlara mesleki sorumluluk sigortası veya tabip odası teminat havuzuna katılım şartı getirmiş; kayıtsız hasta yönlendirmesini suç haline getirmiş (üç yıla kadar hapis veya 30 milyon won para cezası) ve ihbar için ödül sistemi kurmuştur. Ayrıca uyuşmazlıkları yargı dışında çözmek üzere K-MEDI (Kore Tıbbi Uyuşmazlık Arabuluculuk ve Tahkim Kurumu) mekanizmasını devreye almıştır. Kritik nokta şudur: Kore, sigorta teminatını hastanın tercihine bırakmak yerine **kuruma zorunlu kılmıştır** — yani malpraktis riskini hastanın omzundan alıp sigortalananabilir kurumsal bir yükümlülüğe dönüştürmüştür. Bu, 1.5'te tanımlanan hukuki boşluk ve sigorta boşluğu sorunlarının aynı anda çözümüdür.

Devlet eliyle fiyat şeffaflığı. Singapur Sağlık Bakanlığı, 2018'de 222 işlemle başlattığı ücret referanslarını genişleterek yaklaşık 2.180 cerrahi işlem, 620 anestezi işlemi ve 21 hastane hizmeti için kamuya açık fiyat aralıkları yayımlamaktadır; uygulamanın özel sektör cerrah ücretlerindeki artışı yavaşlattığı raporlanmaktadır. Malezya'da tavan fiyat uygulaması ve merkez bankası düzeyinde yürüyen şeffaflık tartışması aynı yöndedir. Buradaki ders yatırım açısından belirleyicidir: fiyat şeffaflığı bir pazarlama söylemi değil, bir regülasyon aracıdır ve fiyat gizliliğine dayalı marj modellerini yapısal olarak baskı altına almaktadır.

Uzmanlaşma ve marka konumlandırması. Lider ülkeler her alanda iyi olmaya çalışmak yerine belirli alanlarda marka olmuştur: Güney Kore dermatoloji ve estetikte, Hindistan kardiyak cerrahi ve organ naklinde, Tayland diş ve wellness entegrasyonunda, Almanya onkoloji ve ileri ortopedide, Türkiye saç ekimi, estetik ve canlı vericili nakilde. Bu bilinçli daralma, pazarlama bütçesinin verimliliğini katlamaktadır.

Dijital hasta yolculuğu ve erişilebilirlik. Vize kolaylıkları doğrudan bir talep değişkenidir: Hindistan'ın 167 ülkeye açık e-tıbbi vizesi, Tayland'ın refakatçiyi de kapsayan çok girişli medikal vizesi, Malezya'nın hedef pazarlara vizesiz giriş uygulamaları hasta akışını doğrudan etkilemektedir. Buna dijital platformlar eklenmiştir: gelişmiş koordinasyon sistemleri hasta bekleme süresini günler mertebesinde saatler mertebesine indirmekte, uluslararası hasta rezervasyonlarının önemli bölümü artık dijital kanaldan yürümektedir.

Bakım sürekliliğinin ürünleştirilmesi. Kore, çok dilli destek, uyumsuzluk danışmanlığı ve yönlendirme sağlayan Medical Korea destek merkezlerini havalimanı ve şehir merkezlerinde konumlandırmıştır. Hindistan ve Malezya'da öncü hastaneler, seyahat öncesi ve sonrası teletıp konsültasyonunu paketin standart parçası haline getirmiştir. Bu, 1.5'teki takip kopukluğu sorununun operasyonel çözümüdür ve maliyetin kaynak ülkeye devrini önler.

İnsan kaynağı, akademik altyapı ve sonuç ölçümü. Üst segmentte ayrışma, sonuç verisi üretme kapasitesinden geçmektedir: ABD'de STS ulusal kaydı erişkin kalp cerrahisinin ~%95'ini, AJRR 4,4 milyondan fazla artroplasti vakasını izler; Almanya'da protez kaydı 2025'ten itibaren zorunludur; İngiltere'nin NJR'si 4,5 milyon kümülatif işlem verisiyle implant ömrü takibini mümkün kılar. Alman kayıt sisteminin kendi raporundaki uyarı, doğru göstergeyi de tanımlar: vaka hacmi tek başına kalite göstergesi değildir; revizyon oranı, enfeksiyon, hasta bildirimli sonuçlar ve risk-ayarlı komplikasyon göstergeleri asıl ölçüttür.

Coğrafi ve lojistik avantajlar. Son unsur, çoğu zaman en az konuşulan ama en az değiştirilebilir olanıdır: kaynak pazarlara mesafe. Meksika'nın ABD sınırındaki konumu bariatrik ve diş turizminde tek başına belirleyicidir; Malezya'nın komşu ASEAN pazarlarına, Singapur'un bölgesel elit hastaya yakınlığı aynı işlevi görür. 1.5'te ortaya konduğu üzere mesafe, ameliyat sonrası uçuş riski ve acil komplikasyonda erişilebilirlik nedeniyle bir konfor değil klinik değişkendir. Türkiye'nin bu unsurdaki konumu 2.6'da ayrıntılı işlenecektir.

Sentez: Ortak Payda

Sekiz unsur tek bir cümlede toplanabilir: **lider ülkeler rekabeti fiyatla değil, güvenin kurumsallaştırılmasıyla kazanmaktadır.** Kore zorunlu sigorta ve kayıtlı, Singapur devlet eliyle fiyat referansı, Malezya tek çatı ve tavan fiyatla, Tayland akreditasyon yoğunluğu ve entegre bakımla, Almanya-ABD sonuç ölçüm altyapısıyla aynı şeyi yapmaktadır: hastanın ülkesinden çıktığında kaybettiği koruma katmanlarını kurumsal mekanizmalarla geri vermek.

1.7. Ek Başlıklar: Sektörü Yeniden Şekillendiren Üç Eğilim

1.7.1. Dijitalleşme ve Yapay Zekânın Rolü

Yapay zekânın sağlık turizmindeki asıl katkısı teşhis koymak değil, **hasta ile doğru tedaviyi ve doğru merkezi eşleştirmektir.** 1.5'te tanımlanan iki sorun — iletişim bariyeri ve tıbbi gereklilikten bağımsız işlem riski — doğrudan bu eşleştirmenin insan eliyle ve çoğu zaman satış motivasyonu ile yapılmasından kaynaklanır.

Pratik karşılıkları üç başlıkta toplanır. Birincisi, seyahat öncesi yapay zekâ destekli ön değerlendirme, hastanın klinik olarak uygun olmadığı işlemleri uçak biletinden önce eleterek "gittiği yerde ameliyat edilmeye ikna edilen hasta" problemini kaynağında keser. İkincisi, büyük dil modelleri tıbbi tercümanlıkta ve onam metinlerinin hastanın kendi dilinde üretilmesinde kullanılmakta, aydınlatılmış onamın hukuki geçerliliğini güçlendirmektedir. Üçüncüsü, komplikasyon riskinin hasta bazında öngörülmesi hem klinik triyaja hem sigorta fiyatlamasına aynı veriyi besler — yani yapay zekâ, tıbbi ve aktüeryal süreçleri tek veri katmanında birleştirir.

Kritik bir sınır çizgisi vurgulanmalıdır: yapay zekâ bu modelde karar verici değil denetçidir. Uygulanabilir tek sorumlu mimari, yapay zekânın tarama, işaretleme ve tutarsızlık tespiti yaptığı, işaretlenen konularda kararın uzman hekimde kaldığı yapıdır. Güney Kore Sağlık Bakanlığı'nın Medical Korea 2026 programının

ana temasını yapay zekâ-küresel sağlık keşifi olarak belirlemesi, bu başlığın artık pilot uygulama değil devlet politikası düzeyine geçtiğini göstermektedir.

1.7.2. Jeopolitik ve Makroekonomik Etkiler

Sağlık turizmi giderek bir **hizmet ihracatı politikası** olarak ele alınmakta ve egemen sermaye sahaya inmektedir: Suudi Arabistan Vizyon 2030 kapsamında 2030'a kadar 65 milyar doları aşan sağlık yatırımı taahhüdüyle geleneksel olarak hasta gönderen bir ülkeden bölgesel merkeze dönüşmeyi hedeflemekte, Mısır devlet destekli medikal yatırım bölgesiyle rekabete girmektedir. Bu, önümüzdeki dönemde özellikle Körfez kaynaklı hasta akışına bağımlı destinasyonlar için doğrudan bir rekabet tehdididir.

Kur etkisi tek yönlü bir denklem değildir. Yerel paranın değer kaybı fiyat avantajı yaratırken iç enflasyon bu avantajı aşındırır; faturasını döviz cinsinden kesen kurumsal sağlayıcılar korunurken düşük fiyat odaklı oyuncular marj sıkışması yaşar. Ayrıca uçak bileti ve konaklama maliyetlerindeki artış, toplam paket cazibesini tedavi fiyatından bağımsız olarak düşürebilmektedir — düşük bedelli işlemlerde ulaşım maliyeti paketin belirleyici kalemine dönüşmektedir.

Risk yönü ihmal edilmemelidir: bölgesel istikrarsızlık, seyahat uyarıları ve hava sahası kapanmaları, klinik kalitesi hiç değişmeyen bir destinasyonun talebini haftalar içinde durdurabilmektedir. 2026 ilk çeyreğinde Orta Doğu kaynaklı seyahat kesintileri bunun güncel kanıtıdır. Yatırım modelinde tek kaynak pazara bağımlılık bu nedenle ayrı bir stres testi kalemi olmalıdır.

1.7.3. Sürdürülebilirlik

Sağlık sektörü küresel net emisyonların %4,4'ünden (yaklaşık 2 gigaton CO2 eşdeğeri) sorumludur ve İngiltere sağlık sistemi üzerinde yapılan ayrıntılı hesaplama, karbon ayak izinin yaklaşık %10'unun personel ile hasta/refakatçi seyahatinden kaynaklandığını göstermektedir. Uzun mesafeli hasta seyahatine dayanan bir iş modelinin bu baskıdan muaf kalması beklenmemelidir.

İki pratik sonuç öngörülmektedir. Birincisi, teletıp temelli seyahat öncesi/sonrası süreçler yalnızca klinik değil emisyon azaltıcı gerekçeyle de standart hale gelecektir. İkincisi, kurumsal ödeyiciler ve sigortacılar tedarikçi seçiminde çevresel performansı bir kriter olarak devreye alacak, akreditasyon kuruluşları bu başlığı standart setlerine ekleyecektir. Sürdürülebilirlik bu haliyle bir maliyet kalemi değil, ödeyici nezdinde erken hareket edenlere ayrıcalık sağlayacak bir farklılaşma alanıdır. Coğrafi yakınlığın bu başlıkla kesiştiği nokta ayrıca not edilmelidir: kısa mesafeli hasta akışı, aynı anda hem klinik olarak daha güvenli hem karbon açısından daha savunulabilir.

BÖLÜM 2 — TÜRKİYE'DE SAĞLIK TURİZMİ

2.1. Türkiye'nin Küresel Pazardaki Genel Konumu (2023 – 2026 İlk Yarı)

Resmi Seri ve Metodolojik Çerçeve

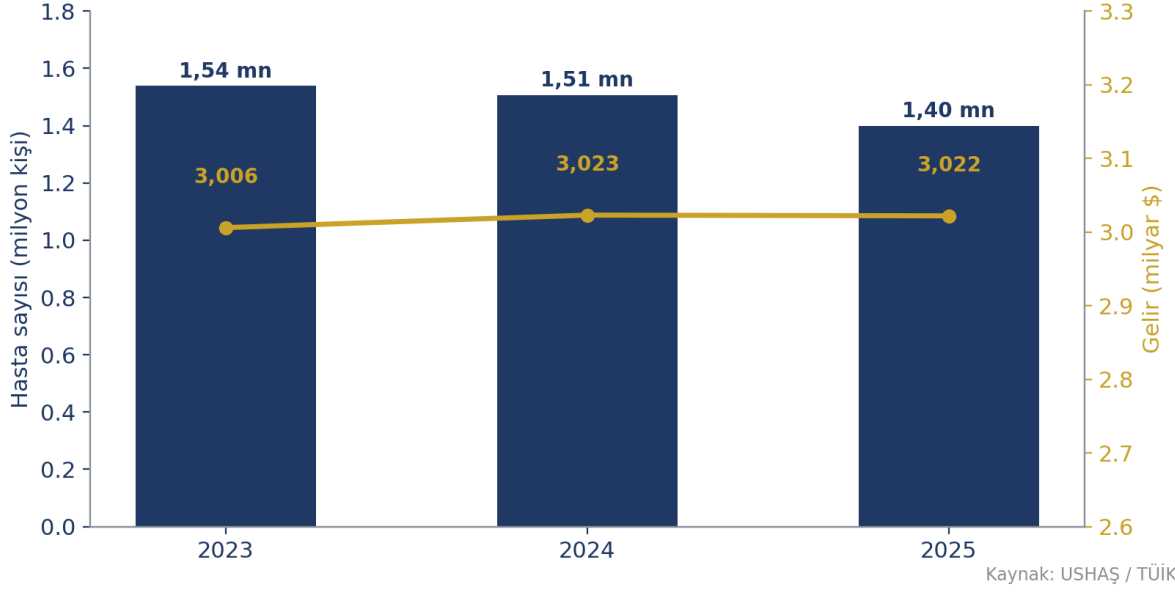
Türkiye, sağlık turizmi verilerini düzenli ve kamuya açık biçimde yayımlayan sınırlı sayıdaki ülkeden biridir — bu, birinci bölümde ortaya konan küresel ölçüm sorunu karşısında başlı başına bir avantajdır. USHAŞ'ın TÜİK kaynaklı serisine göre sağlık amacıyla Türkiye'yi ziyaret eden kişi sayısı 2023'te 1.538.643, 2024'te 1.506.442, 2025'te 1.398.580 olmuş; sağlık turizmi geliri aynı yıllarda sırasıyla 3,006, 3,023 ve 3,022 milyar dolar düzeyinde gerçekleşmiştir. 2026'nın ilk çeyreğinde 302.487 hastadan 761,5 milyon dolar gelir elde edilmiştir.

Bir metodolojik ayırım baştan netleştirilmelidir: TÜİK'in "sağlık amaçlı gelen ziyaretçi" tanımı sınır kapılarındaki çıkış anketine dayanır, yurt dışında ikamet eden Türk vatandaşlarını da kapsar ve ziyaretçinin sağlık dışı harcamalarını (konaklama, ulaşım) da gelire dahil eder; USHAŞ/Sağlık Bakanlığı kayıtları ise yetki belgeli kuruluşlarda fiilen tedavi gören uluslararası hastayı esas alır. Bu nedenle farklı kaynaklarda aynı yıl için farklı rakamlar görülebilmektedir. Bu rapor, tutarlı bir seri sunduğu için USHAŞ'ın TÜİK kaynaklı serisini esas almaktadır.

Tablo 2.1-A — Türkiye Sağlık Turizmi Serisi (2023 – 2026 Ç1)

Dönem	Hasta / Ziyaretçi	Gelir (USD)	Hasta Başına Gelir	Ana Sinyal
2023	1.538.643	3,006 milyar	1.954 \$	Baz yıl (hacim zirvesi)
2024	1.506.442	3,023 milyar	2.007 \$	Hasta -%2,1; gelir +%0,6; birim gelir +%2,7
2025	1.398.580	3,022 milyar	2.161 \$	Hasta -%7,2; gelir yatay; birim gelir +%7,7
2025 Ç1	354.457	643,4 milyon	1.815 \$	Karşılaştırma bazı
2026 Ç1	302.487	761,5 milyon	2.518 \$	Hasta -%14,7; gelir +%18,4; birim gelir +%38,7

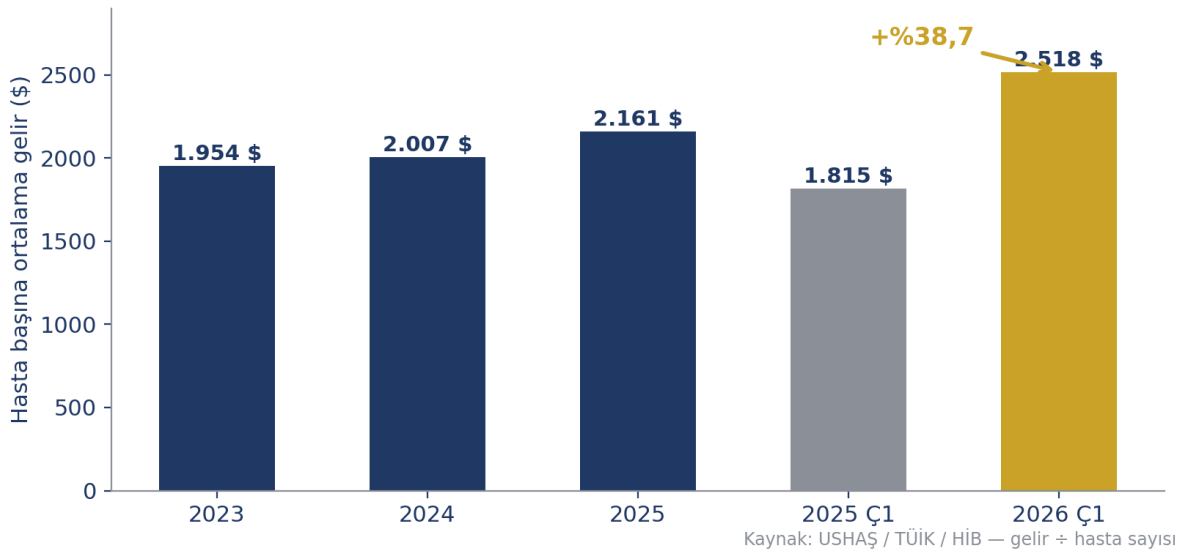
Hasta başına gelir, yayımlanan gelirin yayımlanan hasta sayısına bölünmesiyle hesaplanmış deterministik bir orandır; tahmin değildir.

Türkiye Sağlık Turizmi: Hasta Sayısı Gerilerken Gelir Korunuyor (2023-2025)

Grafik 4 — Türkiye serisi: hasta sayısı gerilerken gelirin korunması (USHAŞ/TÜİK)

Makasın Açılması: Hacimden Değere Kayış

Serinin en dikkat çekici yanı, iki eğrinin ters yönde hareket etmesidir. 2023-2025 arasında hasta sayısı %9,1 gerilerken dolar bazlı gelir korunmuş, hasta başına gelir %10,6 artmıştır. 2026 ilk çeyreğinde bu ayrışma keskinleşmiş; kişi başı gelir 1.815 dolardan 2.518 dolara yükselerek %38,7 artmıştır. TÜİK'in ikinci çeyrek verilerine dayanan derlemeler de aynı yönü doğrulamaktadır: yılın ilk yarısında sağlık amacıyla gelen ziyaretçi sayısı yıllık bazda yaklaşık %22 azalırken sağlık harcaması 1,58 milyar dolara ulaşmıştır (bu kalem, kavramsal olarak USHAŞ serisiyle birebir aynı olmadığından üzerinden kişi başı gelir hesaplanmamıştır).

Hasta Başına Gelir: 2026 İlk Çeyrekte %38,7 Sıçrama

Grafik 5 — Hasta başına gelir: üç yıllık eğilimin 2026 ilk çeyrekte hızlanması

Bu tablonun yorumunda iki uçtan da kaçınmak gerekir. Bir yandan, kişi başı gelirdeki artış tek çeyreklik bir dalgalanma değildir; üç yıllık tutarlı bir eğilimin hızlanmasıdır ve yüksek katma değerli vaka karmasına geçişle uyumludur. Öte yandan, USHAŞ/TÜİK serisinde branş veya tanı bazlı gelir kırılımı yayımlanmadığı için bu artışın doğrudan onkoloji, kalp cerrahisi veya organ naklinden geldiği iddia edilemez; aynı sonuç

fiyat artışlarından, paket kapsamının genişlemesinden, hasta coğrafyasının değişmesinden veya kur etkilerinden de kaynaklanabilir. Dolayısıyla savunulabilir ifade şudur: **yüksek katma değerli vaka karmasına geçişle tutarlı, güçlü ve süreklilik gösteren bir değer sinyali oluşmuştur.**

Aynı dürüstlikle kaydedilmesi gereken ikinci nokta, hasta sayısındaki üç yıllık gerilemenin kendisinin bir uyarı sinyali olmasıdır. Bu düşüş, hacim tabanının aşınmakta olduğuna işaret edebilir; nitekim sektör temsilcileri Türkiye'nin "ucuz destinasyon" konumunun TL'nin reel değerlenmesiyle aşındığını ve fiyat odaklı hastaların alternatif destinasyonlara kaydığını belirtmektedir. Değer artışının kalıcı bir yapısal dönüşüme mi işaret ettiği, yoksa daralan bir tabandan mı kaynaklandığı, önümüzdeki dört-altı çeyreğin verisiyle netleşecektir. Bu ayırım, yatırım kararı açısından izlenmesi gereken en kritik göstergedir.

Devlet Hedefi ve Ölçek Aritmetiği

USHAŞ, 2028 için 20 milyar dolar gelir ve 6-8 milyon hasta hedefi açıklamıştır; Sağlık Bakanlığı da aynı gelir hedefini teyit etmektedir. 2025'te gerçekleşen 3,02 milyar dolar esas alındığında bu, yaklaşık 6,6 katlık bir büyüme anlamına gelir ve mevcut trendin doğrusal devamı değildir — gelir üç yıldır 3 milyar dolar bandında yatay seyretmektedir.

Hedefin iç aritmetiği ayrıca öğreticidir: 8 milyon hastada gerekli ortalama gelir 2.500 dolar, 6 milyon hastada yaklaşık 3.333 dolardır. 2026 Ç1'de gerçekleşen 2.518 dolarlık birim gelir, hedef bandının alt ucundaki birim gelir eşiğine fiilen ulaşıldığını göstermektedir. Yani **hedefin zor kısmı işlem bedeli değil, hacmi 1,4 milyondan 6-8 milyona taşımaktır** — ki bu, mevcut hasta sayısının gerilediği bir dönemde beş katlık bir sıçrama demektir. Bu tespit, raporun ilerleyen bölümlerinin çerçevesini belirler: hedefe giden yol, aynı hasta profilinden daha fazlasını çekmekten değil, bugün sisteme hiç girmeyen hasta segmentlerini (yüksek bedelli, kompleks, güvence arayan hasta) sisteme dahil etmekten geçmektedir.

Küresel Konumlandırma ve Algı Ölçümü

Türkiye hasta hacmi bakımından dünyanın en büyük destinasyonları arasındadır; USHAŞ ülkeyi ilk beş içinde tanımlamaktadır. Ancak birinci bölümde ortaya konduğu üzere, harmonize edilmiş uluslararası bir sıralama bulunmadığından bu tür ifadeler kurumsal konumlandırma olarak okunmalıdır. Türkiye'nin 3,02 milyar dolarlık geliri, farklı kaynakların küresel pazar tahminlerine bölündüğünde %1,8 ile %8,9 arasında birbirinden çok farklı paylar üretmektedir — bu, tek bir "küresel pazar payı" rakamının neden kullanılamayacağının somut göstergesidir.

Karşılaştırmalı ölçek açısından Güney Kore'nin yükselişi not edilmelidir: 2023'te yaklaşık 606 bin olan yabancı hasta sayısı 2024'te 1,17 milyona, 2025'te 2,01 milyona çıkmıştır. Türkiye 2024'te Kore'nin önündeyken 2025'te hacim sıralamasında geride kalmıştır — ancak iki ülkenin kayıt metodolojileri özdeş olmadığından bu, kesin bir lig sıralaması değil ölçek göstergesi olarak okunmalıdır. Kore'nin büyümesinin ağırlıklı kısa süreli dermatoloji ve estetik işlemlerden gelmesi, iki ülkenin farklı stratejik yönlerde hareket ettiğini de göstermektedir.

Algı tarafında tablo daha sınırlıdır. Medical Tourism Index ölçümünde Türkiye 46 destinasyon arasında genel sıralamada 30., tesis ve hizmet kalitesi boyutunda 23., ancak güven, güvenlik algısı ve hukuki-kurumsal çerçeveyi kapsayan "destinasyon ortamı" boyutunda 35. sıradadır. Bu ayrışma raporun merkezi bulgusunun nicel yansımasıdır: **Türkiye'nin zayıflığı kliniklerinde değil, kliniklerinin etrafındaki kurumsal çerçevededir.**

2.2. Türkiye'nin Sağlık Turizmi Alanlarındaki Konumu

Birinci bölümde kurulan işlem bedeli–hasta hacmi matrisi, Türkiye'nin konumunu tek bakışta ortaya koymaktadır: ülke, matrisin ikinci ve üçüncü satırlarında (orta ve düşük-orta işlem bedeli, yüksek hacim) dünya çapında güçlüdür; birinci satırda (yüksek işlem bedeli, kompleks vaka) ise klinik kapasitesiyle orantısız biçimde zayıf temsil edilmektedir. Bu bölüm önce güçlü alanları veriyle ortaya koymakta, ardından bu asimetrinin nedenini incelemektedir.

Güçlü Alanlar: Hacim ve Paketlenebilirlik

Estetik ve plastik cerrahi, Türkiye'nin uluslararası rekabet gücünün en net ölçülebildiği alandır. ISAPS'ın 2024 küresel araştırmasına göre Türkiye'de yaklaşık 1.110.306 estetik işlem gerçekleştirilmiştir (570.478 cerrahi, 539.828 cerrahi olmayan) ve bu hacim ülkeyi dünyada ilk sıralara yerleştirmektedir. Sağlık turizmi açısından asıl anlamlı gösterge ise yabancı hasta oranıdır: dünya genelinde estetik cerrahlara başka ülkelerden gelen hasta oranı ortalama %14,3 iken Türkiye için bu oran %29,6'dır — yani dünya ortalamasının iki katı. En sık bildirilen kaynak ülkeler Almanya, Birleşik Krallık ve ABD'dir. Türkiye'nin avantajı bu veriyle birlikte "ucuz destinasyon" imajının ötesine geçmektedir: yüksek işlem hacmi ve yüksek uluslararası hasta penetrasyonu aynı anda ölçülebilmektedir.

Saç ekimi, ülkenin en görünür ihracat ürünüdür. Hizmet ihracatçıları Birliği bu alanı estetik ve diş tedavileriyle birlikte uluslararası hastaların en yoğun ilgi gösterdiği alanların başında saymakta; Uluslararası Saç Restorasyon Cerrahisi Derneği de Türkiye'yi bu alanın başlıca merkezlerinden biri olarak tanımlamaktadır. Sektör kaynakları yılda 500 binden fazla operasyon ve 1 milyar doları aşan bir ekonomi büyüklüğünden söz etmekte, fiyatların Batı ülkelerine göre %60-80 düşük olduğunu belirtmektedir. Veri disiplini açısından not: USHAŞ/TÜİK saç ekimi için ayrıştırılmış hasta sayısı veya gelir payı yayımlanmamaktadır; sıkça tekrarlanan "dünya saç ekiminin %60'ı Türkiye'de yapılıyor" türü oranların doğrulanabilir birincil kaynağı bulunmamaktadır ve bu rapor bunları kullanmamaktadır.

Diş tedavisi de benzer bir profil sergiler: yüksek pazar görünürlüğü, sınırlı resmi veri. İstanbul'da sağlık turizmi yetkisine sahip binden fazla dental klinik bulunduğu, alanın arz ölçeğini göstermektedir. 2026'da yayımlanan bir saha çalışmasında yabancı dental hastaların tercih gerekçeleri şöyle sıralanmıştır: fiyat avantajı (%94), daha kısa tedavi süresi (%86), diş hekimine güven (%82) ve randevu kolaylığı (%78). Örneklem sınırlı olduğundan ulusal pazarı temsil etmez; ancak satın alma gerekçelerini hasta düzeyinde göstermesi bakımından değerlidir.

Bu üç alanın ortak ekonomik özelliği belirleyicidir: **önceden planlanabilen, fiyatı karşılaştırılabilen, paketlenen ve kararı doğrudan tüketici tarafından verilen işlemler**. Türkiye'nin mevcut modeli — dijital pazarlama, aracı kanallar, uçuş ve konaklama dahil "her şey dahil" paketler — tam olarak bu işlem tipine göre optimize edilmiştir. Bariatrik cerrahi, tüp bebek ve refraktif göz cerrahisi de aynı mantıkla hacim üreten alanlardır. Kaynak pazar dağılımı bu tüketici odaklı modelin coğrafi genişliğini gösterir: Almanya, Birleşik Krallık, Irak, Azerbaycan, Rusya, Libya ve Körfez ülkeleri başlıca kaynak pazarlardır.

Kompleks Alanlar: Kapasite Var, Akış Sınırlı

Türkiye'nin en çarpıcı çelişkisi, teknik kapasitesinin dünya çapında lider olduğu alanlarda uluslararası hasta akışının bu kapasiteyle orantısız kalmasıdır.

Organ nakli bu çelişkinin en net örneğidir. Türkiye'de 149 organ nakli merkezi faaliyet göstermekte, yılda 5 binin üzerinde nakil gerçekleştirilmektedir; 2024'te 3.468 böbrek (3.121'i canlı vericiden) ve 1.731 karaciğer (1.543'ü canlı vericiden) nakli yapılmıştır. Canlı vericili böbrek ve karaciğer naklinde Türkiye, milyon nüfus başına oranlarda dünya liderleri arasındadır. Buna karşılık Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2011'den bu yana organ nakli yapılan yabancı uyruklu hasta sayısı toplam 7.915'tir (4.948 böbrek, 2.967

karaciğer) — yani yılda ortalama yaklaşık 565 hasta. Bu rakam yıllık 1,4 milyonluk sağlık turisti akışının binde dördünün altındadır. Dünya lideri klinik kapasite ile fiili uluslararası akış arasındaki bu makas, bölümün merkezi bulgusudur.

Onkoloji, kardiyovasküler cerrahi ve nöroşirürjide tablo daha nüanslıdır ve burada bir düzeltme gerekmektedir: bu alanların "akışın tamamen dışında" olduğu doğru değildir. Hizmet ihracatçıları Birliği, kardiyooloji ve onkolojiyi uluslararası hastaların ilgi gösterdiği branşlar arasında saymakta ve bu alanlarda çekim gücünün arttığını belirtmektedir. Doğrulanabilir sorun farklıdır: **estetik, saç ve dişteki kadar belirgin ve ölçülebilir bir uluslararası hacim hâkimiyeti bu branşlarda kamu verileriyle gösterilememektedir.** USHAŞ yabancı hastaları branşlara bölmediğinden onkoloji, kalp cerrahisi veya organ nakli için ayrı hasta sayısı, gelir veya pay yayımlanmamaktadır. Verinin ayrıştırılmamış olması dahi bir bulgudur: bu alanlar toplam hacim içinde ayrı raporlamayı gerektirecek ağırlığa henüz ulaşmamıştır.

Klinik kapasitenin varlığı ise belgelidir. Kardiyak cerrahide Türkiye Haziran 2022–Haziran 2023 döneminde 70 binin üzerinde açık kalp ameliyatı gerçekleştirmiştir; tek bir özel hastane grubu yılda 3.600 kardiyovasküler cerrahi bildirmektedir. OECD'nin karşılaştırmalı kalite göstergelerinde Türkiye'de akut miyokard enfarktüsü sonrası 30 günlük mortalite %6,0 (OECD ortalaması %6,5), inme sonrası %7,0 (OECD ortalaması %7,7) düzeyindedir — bu göstergeler doğrudan kalp cerrahisi başarısı değildir, ancak akut kardiyovasküler bakımda rekabetçi sonuçlara işaret eder.

Aynı zamanda "Türkiye'nin sistem genelinde bol kapasitesi var" iddiası da yanlış olur. OECD verilerine göre Türkiye'de bin kişiye 2,4 hekim düşerken OECD ortalaması 3,9'dur; hemşire sayısı 2,9'a karşı 9,2; hastane yatağı 3,1'e karşı 4,2; görüntüleme cihazı yoğunluğu milyon kişide 30'a karşı 51'dir. Doğru tanım şudur: **Türkiye'nin genel sistem kaynak yoğunluğu OECD ortalamasının altındadır, ancak seçili özel ve üçüncü basamak merkezlerde uluslararası düzeyde ileri kapasite geliştirilmiştir.** Sağlık turizmi bu ikinci katmanda yürümektedir.

Wellness, Termal ve Yaşlı Bakımı

Türkiye'nin bu alandaki konumu bir potansiyel–gerçekleşme makasıyla tanımlanır. Global Wellness Institute ölçümünde Türkiye'nin 2024 wellness ekonomisi 73 milyar dolarla dünya 16.'sı, wellness turizmi harcaması 10,5 milyar dolarla (yaklaşık 12,4 milyon wellness seyahati) dünya 17.'sidir; 2023-2024 artışı %27,3'tür — ancak Global Wellness Institute, dolar bazlı büyümenin yüksek enflasyon nedeniyle ihtiyatla yorumlanması gerektiğini özellikle not etmektedir.

Termal kaynak zenginliği konusunda bir düzeltme gerekmektedir. Sıkça kullanılan "dünya 7.'si" ifadesi, eski bir resmi tanıtım metnine dayanmakta ve kaynak potansiyeli metriğini yansıtmaktadır; jeotermal elektrik kurulu gücü metriğinde Türkiye 1.797 MW ile dünyada dördüncü ve Avrupa'nın en büyük üreticisidir. Aynı metriği aynı metodolojiyle doğrulayan güncel bir uluslararası sıralama tespit edilememiştir. Bu nedenle savunulabilir ifade şudur: **Türkiye resmi kaynaklarda dünyanın önde gelen jeotermal potansiyeline sahip ülkelerinden biri, Avrupa'da ise birinci olarak tanımlanmaktadır** ve ülkede binin üzerinde doğal çıkışlı jeotermal kaynak bulunmaktadır.

Asıl sorun kaynak miktarı değil, kaynağın dönüştürüldüğü iş modelidir. Mevcut yapı ağırlıklı kısa konaklamalı, havuz-hamam kullanımına dayalı, mevsimsel ve medikal entegrasyonu zayıf bir kaplıca işletmeciliğidir. Kamu kaynaklı sektör raporları da wellness tesisi ile klinik sağlık hizmetinin birlikte modellenmesinde mevzuatsal ve operasyonel sınırlamalar bulunduğunu, bütüncül hizmet modellerine ihtiyaç olduğunu tespit etmektedir. Sıcak su kaynağı tek başına bir sağlık turizmi ürünü değildir; yüksek değerli model klinik endikasyon, hekim ve fizyoterapi değerlendirmesi, rehabilitasyon protokolü,

ölçülebilir çıktı ve sigortalanabilir hizmet tanımını bir araya getirir. Bu tespit, birinci bölümde ortopedi için tanımlanan "cerrahi + rehabilitasyon + uçuşa uygunluk" paketiyle doğrudan örtüşmektedir: Türkiye'nin termal altyapısı, cerrahi turizminin ameliyat sonrası ayağını ülke içinde tutmanın en doğal aracıdır.

Yaşlı bakımı ve uzun dönem bakım, Türkiye'nin henüz sistematik biçimde girmedığı alandır. İç talep tabanı hızla büyümektedir: 65 yaş üstü nüfus 2025 itibarıyla 9,58 milyon kişiye (%11,1) ulaşmış, 2030 için %13,5 öngörülmektedir. Bu, uluslararası misafir olmadan da ayakta duracak bir talep tabanı anlamına gelir; sınır ötesi segment ise ek büyüme kanalıdır. Birinci bölümde ortaya konduğu gibi bu segmentin belirleyicisi tesis kalitesinden önce ikamet rejimi, yaşam maliyeti ve dil erişilebilirliğidir.

Asimetrisinin Nedeni: Model Uyumsuzluğu

Türkiye'nin güçlü olduğu alanlar ile zayıf kaldığı alanlar arasındaki fark, klinik kapasiteyle açıklanamaz — çünkü kapasite mevcuttur. Fark, hastanın karar verirken aradığı şeyle Türkiye modelinin sunduğu şey arasındaki uyumsuzluktan doğmaktadır.

Saç ekimi veya diş tedavisi için gelen hasta; fiyat, hız ve erişim kolaylığı arar. Türkiye'nin dijital pazarlama ve paket satışa dayalı modeli bunu üstün biçimde sunar. Buna karşılık kanser, kalp veya nakil hastası bambaşka şeyler arar: sürekli bakım, uzun dönem izlem, multidisipliner konsültasyon, komplikasyon yönetimi, hukuki güvence ve sigorta kapsamı. Tek seferlik işlem üzerine kurulu, aracı kanallardan satılan ve hasta ülkesine döndüğünde ilişkisi biten bir model bu ihtiyaçlarla yapısal olarak uyumsuz. Düşük bedelli bir işlemde hastanın göze alabildiği belirsizlikler — tazminat mekanizmasının işlemeziği, tedavinin kendi sigortası kapsamı dışında kalması, takibin coğrafi kopukluğu — hayati ve uzun süreli bir tedavide caydırıcı hale gelir.

Bu nedenle mevcut kanıtlardan çıkarılabilecek en sağlam sonuç şudur: **güven, kompleks vakaya geçişte belirleyici bir bariyerdir; ancak tek bariyer değildir.** Kamuya açık branş bazlı hasta kaybı araştırması bulunmadığından tek nedenli bir açıklama yapılamaz; 2.3'te görüleceği üzere bazı alanlarda (özellikle onkolojide) somut teknoloji ve erişim açıkları da rol oynamaktadır. Medical Tourism Index'te Türkiye'nin tesis kalitesinde 23., destinasyon ortamında 35. sırada olması, bu iki katmanlı tablonun dış ölçümlere de yansıdığını göstermektedir.

2.3. Nitelikli/Özellikli Tedavilerde Türkiye'nin Konumu

Bu bölüm, 1.4'te alan bazında belirlenen lider ülkelerle Türkiye arasındaki açığı ölçmekte ve her alan için tek bir soruyu yanıtlamaktadır: açık nerede, ne kadar büyük ve kapatılabilir mi? Ortaya çıkan tablo tek yönlü değildir. Türkiye bazı alanlarda zaten lider grubun içindedir; bazılarında hacim ekseninde önde, katma değer ekseninde geridedir; onkolojide ise açık hem büyük hem yapısalıdır.

Metodolojik not: USHAŞ ve TÜİK branş bazlı sağlık turizmi geliri veya hasta sayısı yayımlamamaktadır. Bu nedenle branş konumları, doğrulanabilir vekil göstergeler (klinik hacim, cihaz yoğunluğu, kayıt sistemleri, fiyat, akreditasyon) üzerinden değerlendirilmiştir.

Kalp ve Damar Cerrahisi

Türkiye klinik hacim tabanı bakımından lider gruba yakındır: Sağlık Bakanlığı verilerine göre Haziran 2022–Haziran 2023 döneminde 70 binin üzerinde açık kalp ameliyatı gerçekleştirilmiştir (yaklaşık %60'ı koroner baypas, %15'i kapak cerrahisi). Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Derneği, Türkiye'yi bu alanda ABD ve Almanya'nın ardından üçüncü sırada değerlendirmektedir. Açık, klinik kapasitede değil, bu

kapasitenin uluslararası hastaya dönüştürülmesindedir: Hindistan maliyet ekseninde, Tayland ve Malezya ise kurumsallaşmış uluslararası hasta paketleri ve sigorta entegrasyonu ile öndedir. Türkiye'nin kardiyak branşta ayrıştırılmış uluslararası hasta verisi bulunmamaktadır — bu, hacmin henüz ayrı raporlamayı gerektirecek düzeye ulaşmadığını düşündürür. Ayrıca kadavra başına bağımlı olan kalp nakli, Türkiye'de yapısal olarak sınırlıdır (2024'te yalnızca 43 kalp nakli) — bunun nedeni aşağıda ele alınmaktadır.

Açık: Düşük–orta. Klinik hacim mevcut; eksik olan uluslararası pazarlama, sigorta entegrasyonu ve vaka başına gelirdir. **Kapatılabilirlik:** Yüksek — hedefli kurumsal paket ve sigorta anlaşmalarıyla orta vadede.

Organ Nakli

Bu, Türkiye'nin özellikli tedaviler içinde en güçlü olduğu alandır ve 1.4'te de lider küme içinde gösterilmiştir. Canlı vericili böbrek ve karaciğer naklinde Türkiye milyon nüfus başına oranlarda dünya liderleri arasındadır; nakillerin yaklaşık %90'ı canlı vericiden gerçekleştirilmektedir. Klinik derinlik de belgelidir: tek bir üniversite merkezi, dünyadaki çapraz karaciğer nakillerinin büyük çoğunluğunu gerçekleştirmekte ve dörtlünden sekizliye uzanan çoklu çapraz nakilleri yapabilen tek merkez konumundadır.

Yapısal açık ise nettir: **ölü vericiden (kadavra) başış oranı**. Türkiye'de beyin ölümü gerçekleşen vakaların yaklaşık %23'ünde başış sağlanabilmekte, 85 milyonluk ülkede yılda yaklaşık 300 kadavra başış yapılmaktadır. Karşılaştırma çarpıcıdır: İspanya 2024'te milyon nüfus başına 52,6 ölü vericiyle dünya rekorunu kırmıştır. Bu açık yalnızca istatistiksel değildir — kalp, akciğer ve pankreas gibi yalnızca kadvradan yapılabilen nakillerde Türkiye'yi doğrudan sınırlar (2024'te 43 kalp, 18 akciğer nakli) ve 2024 sonunda 33.589 hasta nakil beklemektedir.

Açık: Eksene bağlı. Canlı vericide açık yok, lider konumda; kadavra ekseninde açık çok büyük. **Kapatılabilirlik:** Kısmi — İspanya'nın yoğun bakım temelli koordinatör modeli beş yıl üzeri bir zaman ufku gerektirir.

Onkoloji

Türkiye'nin en büyük ve en somut ölçülen açığı buradadır; ülke hiçbir ekseninde lider üç içinde değildir. Yerel hasta yükü devasadır (2022'de 240 binin üzerinde yeni vaka), ancak ileri onkoloji altyapısı lider ülkelerin belirgin biçimde gerisindedir:

- **Proton terapi:** Türkiye'de operasyonel merkez bulunmamaktadır. ABD'de yaklaşık 48, Japonya'da yaklaşık 26 partikül terapi merkezi faaliyettedir; Güney Asya'nın ilk proton merkezi dahi 2024'te Hindistan'da devreye girmiştir. Bir merkezin kurulum maliyeti 150-260 milyon dolar ve en az beş yıl olarak bildirilmektedir.
- **Radyoterapi cihaz yoğunluğu:** Türkiye milyon kişi başına yaklaşık 3,1 lineer hızlandırıcı düzeyindedir; uluslararası önerilen eşik 5-7, ABD yaklaşık 11, Almanya yaklaşık 7,7'dir.
- **İleri ilaç erişimi:** Yeni nesil immünoterapi ve hedefe yönelik ilaçların önemli bölümü geri ödeme kapsamı dışındadır veya dar endikasyonla sınırlıdır; geri ödeme sürecinin öngörülebilir bir takvime bağlanmadığı sektörçe raporlanmaktadır.
- **Hücrel tedaviler:** Ticari CAR-T ürünleri Türkiye'de piyasada değildir; akademik yerli program pilot aşamada kalmıştır.

Bu açığın anlamı stratejiktir: onkoloji, 1.3.1'de tanımlandığı üzere bir "erişim turizmi" alanıdır — hasta fiyat için değil, ülkesinde bulunmayan modaliteye ulaşmak için seyahat eder. Türkiye'nin sunamadığı şey

tam da bu modalitelerdir. Cerrahi ve kemoterapi tarafındaki kapasite güçlü olsa dahi, ileri onkoloji turizminde ABD, Almanya ve Singapur karşısında rekabet imkânı sınırlıdır.

Açık: Çok büyük ve yapısal. **Kapatılabilirlik:** Düşük–orta; yüksek sermaye ve beş yılı aşan zaman ufku gerektirir, ayrıca radyasyon onkoloğu insan kaynağı ön koşuldur.

Obezite (Bariatrik) Cerrahisi

Türkiye bu alanda sağlık turizmi ekseninde lider gruptadır — 1.4'te de Meksika ile birlikte bu konumda gösterilmiştir. Fiyat avantajı belirgindir (İngiltere'de 8.000-12.000 sterlin olan tüp mide Türkiye'de 3.000-5.000 euro bandında) ve İngiltere, Almanya ile Körfez'den yoğun hasta akışı vardır. Sektör tahminleri yılda yaklaşık 20 bin operasyona işaret etmektedir; mutlak klinik hacimde lider ABD'nin (yıllık 204-280 bin işlem) yaklaşık onda biri düzeyindedir, ancak bu ülkeler ağırlıkla iç pazara hizmet ettiğinden turizm ekseninde karşılaştırma anlamlı değildir.

Asıl açık kanıtlanabilirliktedir: Türkiye IFSO küresel kayıt sistemine sistematik vaka bildirimi yapmamaktadır ve ulusal bariatrik kayıt sistemi uluslararası düzeyde raporlanmamaktadır. Bir çalışmada bariatrik turizm merkezlerinin yalnızca %32,4'ünde uluslararası akreditasyon kanıtı bulunabilmiştir. Yani hacim vardır ama belgelenemez; bu da yüksek gelirli hastanın ve kurumsal ödeyicinin güven eşliğini karşılamayı zorlaştırır.

Açık: Küçük–orta, kalite kaydı ve akreditasyonda yoğunlaşıyor. **Kapatılabilirlik:** Yüksek — düşük sermaye gerektiren, kısa vadeli bir kazanım alanı.

İleri Ortopedi

Türkiye premium-değer ekseninde rekabetçidir ve uluslararası hasta çekmektedir. Ancak iki açık belirgindir. Birincisi işlem yoğunluğudur: OECD karşılaştırmasında Türkiye'de yüz bin kişi başına kalça protezi yaklaşık 65, diz protezi yaklaşık 109 düzeyindeyken Almanya'da bu oranlar 351 ve 268, İsviçre'de 349 ve 318'dir — yani kalça protezinde Türkiye lider ülkelerin yaklaşık beşte biri düzeyindedir. İkincisi ve sağlık turizmi açısından daha kritik olanı, **şeffaf ulusal artroplastik kayıt sisteminin yokluğudur**. Almanya'nın kayıt sistemi 2024'te tek yılda 410.333 işlemi kayda geçirmiş ve üç milyonu aşkın kümülatif veri biriktirmiştir; ABD 4,4 milyonu aşkın vakayı izlemekte, İngiltere 4,5 milyon kümülatif işlem verisiyle implant ömrü takibi yapmaktadır. Türkiye'de sosyal güvenlik altyapısı üzerinden kayıt formları mevcut olmakla birlikte, uluslararası standartta ve kamuya açık bağımsız bir yıllık rapor yayımlanmamaktadır. Revizyon oranları ve implant sağkalımı şeffaf biçimde raporlanmadığından, Avrupalı hastanın aradığı kanıt üretilmemektedir.

Açık: Orta; kayıt ve şeffaflıkta yoğunlaşıyor. **Kapatılabilirlik:** Yüksek — altyapı mevcut, iki-üç yılda şeffaf yayına geçilebilir.

Tablo 2.3-A — Konsolide Karşılaştırma: Türkiye'nin Alan Bazlı Konumu

Alan	Lider küme içinde mi?	Önde olduğu eksen	Geride olduğu eksen	Açık	3-5 yılda kapatılabilirlik
Kalp-damar cerrahisi	Kısmen (hacimde)	Klinik hacim (70.000+/yıl)	Uluslararası pazarlama, sigorta, vaka başına gelir	Düşük-orta	Yüksek
Organ nakli	Evet	Canlı verici (dünya lideri)	Kadavra başı; kalp/akciğer nakli	Eksene bağlı	Kısmi
Onkoloji	Hayır	Cerrahi/kemoterapi tabanı	Proton (sıfır), LINAK yoğunluğu, ilaç erişimi, CAR-T	Çok büyük	Düşük-orta

Alan	Lider küme içinde mi?	Önde olduğu eksen	Geride olduğu eksen	Açık	3-5 yılda kapatılabilirlik
Bariatrik cerrahi	Evet (turizm eksenini)	Fiyat, turizm hacmi	Kayıt sistemi, akreditasyon	Küçük-orta	Yüksek
İleri ortopedi	Kısmen	Premium-değer, fiyat	İşlem yoğunluğu, ulusal kayıt/şeffaflık	Orta	Yüksek

İki Kesişen Kısıt

Alan bazlı açıkların ötesinde, tümünü etkileyen iki yapısal kısıt vardır. Birincisi **insan kaynağıdır**: Türkiye'de bin kişiye 2,4 hekim düşmektedir (OECD ortalaması 3,9) ve yurt dışında çalışmak üzere iyi hal belgesi başvuruları son yıllarda yıllık üç bin bandına ulaşmıştır. Kapasite genişletmenin önündeki asıl engel sermaye değil hekimdir; bu, onkolojideki teknoloji yatırımı için de ön koşuldur (cihaz alınıp uzman bulunamaması riski sektörece açıkça dile getirilmektedir). İkincisi **fiyat avantajının erimesidir**: TL'nin reel değerlenmesi "ucuz destinasyon" konumunu aşındırmakta, sektör temsilcileri hastaların alternatif destinasyonlara kaydığını belirtmektedir. Bu iki kısıt birlikte okunduğunda, salt hacim ve fiyat üzerine kurulu bir stratejinin sürdürülemez olduğu görülmektedir.

2.4. Türkiye'nin Sağlık Turizminde Yaşadığı Sorunlar

Birinci bölümde ortaya konan küresel sorunların tamamı Türkiye için de geçerlidir. Bu bölüm, bunların Türkiye'ye özgü biçimlerini ve ülkeye has ilave sorunları ele almaktadır. Ortak payda şudur: sorunların hiçbirisi klinik yetersizlikten kaynaklanmamakta, tamamı kurumsal çerçevedeki boşluklardan doğmaktadır.

Kayıt Dışılık ve Maliyet Asimetrisi

Türkiye'nin en sık dile getirilen yapısal sorunu, hacmin önemli bir bölümünün yetkilendirme sisteminin dışından akmasıdır. Sektör temsilcileri saç ekimi alanında kayıt dışılık oranını %90-95 bandında telaffuz etmektedir. Bu rakamlar veri disiplini gereği doğru etiketlenmelidir: **resmi ölçüm değil, sektör derneği ve temsilcisi beyanlarıdır; metodolojik dayanakları sınırlıdır ve büyük ölçüde saç ekimi alt sektörüne ilişkindir**. USHAŞ, Sağlık Bakanlığı ve Hizmet İhracatçıları Birliği kayıt dışılıkla mücadeleden söz etmekle birlikte büyüklüğüne dair sayı yayımlamamaktadır; dolayısıyla "pazarın %X'i kayıt dışıdır" biçiminde ulusal bir oran mevcut kaynaklardan üretilemez.

Ancak sorunun yatırımcı ve sigortacı açısından asıl önemi, oranın kendisinde değildir. Kritik mesele **maliyet asimetrisidir**: aynı hastaya, aynı pazarda, birbirinden köklü biçimde farklı düzenleyici maliyetlerle ulaşan iki oyuncu tipi bulunmaktadır. Yetkili sağlık tesisi ve aracı kuruluş; yetki belgesi, veri entegrasyonu, reklam kuralları, akreditasyon, sözleşme ve kalite yükümlülüklerinin maliyetini taşıırken; sınır ötesinden çalışan bir sosyal medya hesabı veya müşteri yönlendirme sitesi aynı müşteriye fiilen bu maliyetlerin hiçbirini üstlenmeden erişebilmektedir. Sonuç, uyumlu oyuncunun fiyat rekabetinde dezavantajlı duruma düşmesidir. Bu, yalnızca bir denetim sorunu değil, mevzuata uyum kararının ekonomik olarak cezalandırıldığı ters bir teşvik yapısıdır — ve düzeltilmediği sürece kurumsallaşma kendi kendini finanse edemez.

Mevzuat İstikrarsızlığı: Komplikasyon Sigortası Örneği

Devletin kayıt dışılığa yanıtı, 26 Nisan 2025 tarihli Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik olmuştur. Düzenleme, 2017 tarihli metni yürürlükten kaldırmış; yetki belgesi sistemini

sıkılaştırmış, HealthTürkiye portalına kayıt zorunluluğu ve TÜSKA akreditasyonu şartı (son tarih 31 Aralık 2026) getirmiştir. Yetkisiz faaliyete idari para cezası, faaliyet durdurma ve suç duyurusu öngörülmüş; yetki belgeli bir tesisin yetkisiz aracından hizmet alması dahi kademeli yaptırıma bağlanmıştır (ilk tespitte üç ay faaliyet durdurma, tekrarında altı ay, üçüncüde yetki belgesi iptali).

Aynı yönetmeliğin en kritik hükmü, ameliyathane ortamında yapılan cerrahi ve girişimsel işlemler için komplikasyon sigortasını zorunlu kılmasıydı. Ürün, komplikasyon halinde hastanın Türkiye'ye yeniden getirilmesi, uçak bileti, konaklama, refakatçi masrafları ve revizyon ameliyatının finansal yükünü polise limitleri dahilinde karşılamak üzere tasarlanmıştı — yani 1.5'te tanımlanan takip kopukluğu ve sigorta boşluğu sorunlarının doğrudan çözümüydü.

Ancak Türk Tabipleri Birliği'nin açtığı davada Danıştay 10. Dairesi, 25 Aralık 2025 tarihli kararıyla bu hükmün yürütmesini oy çokluğuyla durdurmuştur. Gerekçe iki eksene dayanmaktadır: komplikasyon (hekim kusuru içermeyen) ile malpraktis kavramlarının hukuken farklı olması ve sigorta zorunluluğunun ancak kanunla getirilebileceği, yönetmelikle düzenlenemeyeceği (Anayasa'nın 48. maddesindeki çalışma ve teşebbüs hürriyeti). Böylece hasta güvenliğinin finansal garantisi olarak tasarlanan risk transfer mekanizması, yürürlüğe girmesine günler kala askıya alınmıştır. Esas iptal davası 2026 Ağustos itibarıyla derdesttir.

Bu tablo iki önemli sonuç doğurmaktadır. Birincisi, yatırımcı açısından somut bir **mevzuat riski** örneğidir: bir ürün kategorisinin yasal zemini idari yargı kararıyla ortadan kalkabilmektedir; dolayısıyla iş modelleri mevzuat senaryolarıyla kurgulanmalıdır. İkincisi ve daha önemlisi, bir düzeltme gerektirmektedir: **"Türkiye'de komplikasyon sigortası artık yok" demek yanlıştır.** Kalkan şey zorunlu taban katmanıdır; ürün kategorisi varlığını sürdürmekte, hatta devlet primini desteklemeye devam etmektedir. Ticaret Bakanlığı'nın hizmet ihracatı destek rejiminde komplikasyon sigortası ve mesleki sorumluluk sigortası ayrı destek kalemleri olarak yer almakta, primlerin önemli bölümü (hedef ülkelerde daha yüksek oranda) devlet tarafından karşılanmaktadır. Yani sektörün sorunu ürünün yokluğu değil, **ürünün tüm uygun vakalarda standart bir asgari güvence haline gelmemiş olmasıdır.**

Buradaki çelişki dikkat çekicidir: devlet bir yandan sigorta primini cömertçe sübvansede etmekte, diğer yandan zorunluluğun hukuki dayanağı ortadan kalkmış durumdadır. 1.6'da incelenen Güney Kore emsali tam da bu noktada anlam kazanır — Kore, teminatı hastanın veya kurumun tercihine bırakmak yerine kayıt sisteminin şartı haline getirerek düzenleyici zorlamayla kurmuştur. Türkiye'de aynı mekanizmanın kurulması, mevcut hukuki değerlendirme ışığında yönetmelik değil kanun düzeyinde bir düzenleme gerektirmektedir.

Yetkili Aracı Kuruluşların Yapısal Sıkışması

Yetkili aracı kuruluşlar iki taraftan birden baskı altındadır. Bir yandan yukarıda tanımlanan maliyet asimetrisi nedeniyle yükümlülüğü bulunmayan aktörlerle fiyat rekabetine girmek zorundadırlar. Öte yandan tedarik tarafında yapısal sorunlarla karşılaşmaktadırlar: çalışabildikleri sağlık kurumu ağının sınırlı olması, teklif fiyatlarının sürekli değişmesi, tekliflerin zamanında gelmemesi ve hastaya alternatif teklif sunmakta zorlanmaları. Bunun sonucu, hastaya verilen fiyatın bağlayıcılığının zayıflaması ve satış sürecinin öngörülemesiz hale gelmesidir. Ayrıca aracı, kendisinin yaratmadığı bir klinik olay nedeniyle kaynak pazardaki itibarını kaybedebilmektedir: hastayı yola çıkaran taraf ile tedaviyi yapan taraf farklı olduğunda, sorumluluk zinciri kopmakta ve olumsuz sonuç en görünür halkaya — çoğu zaman aracıya ve ülke markasına — yazılmaktadır.

Fiyat Şeffaflığı ve Sürpriz Fatura

Hastaya seyahat öncesi verilen fiyat ile yerinde ödediği tutar arasındaki fark, uluslararası hasta şikâyetlerinin en yaygın konularındandır. Türkiye geneli için bu sorunun yaygınlığını ölçen resmi bir veri bulunmadığından oransal bir iddiada bulunmak mümkün değildir; ancak sözleşmesel riskin gerçekliği kaynak pazarların resmi rehberlerinde açıkça yer almaktadır. Sorunun yapısal nedeni, fiyatın çoğu zaman önceden bağlayıcı bir tarifeyle değil vaka bazlı pazarlığa dayanmasıdır. Doğru performans göstergesi bu nedenle liste fiyatı değil, **ilk teklif ile taburculuk sonrası toplam hasta maliyeti arasındaki sapmadır**.

Bakım Sürekliliğinin Kopması ve Kaynak Ülkeye Maliyet Devri

Türkiye modelinin baskın kurgusu — tek seferlik işlem, kısa konaklama, hasta ülkesine döndüğünde biten ilişki — komplikasyon yönetimini yapısal olarak dışarıda bırakmaktadır. Bunun en somut sonucu, komplikasyon yükünün hastanın kendi ülkesinin sağlık sistemine devredilmesidir. Bu durum, kaynak ülkelerdeki kurumsal itirazın ve düzenleyici baskının temel gerekçesini oluşturmaktadır (ayrıntısı 2.8'de).

Paydaş Bazlı Güven Haritası

Sektördeki sorun "hasta kliniğe güvenmiyor" biçiminde tek yönlü okunamaz. Asıl mesele, beş paydaşın birbirinin riskini fiyatlayamamasıdır:

Tablo 2.4-A — Paydaş Bazlı Güven Haritası

Paydaş	Temel güven sorusu	Güvensizliğin ekonomik sonucu
Hasta	Karşımdaki kişi yetkili mi, doktorum kim, fiyat neyi kapsıyor, komplikasyonda beni kim tedavi edecek?	Aşırı fiyat hassasiyeti, son anda vazgeçme, sosyal medya yorumlarına bağlılık, kurumsal marka yerine aracının satış söylemine güven
Sağlık kurumu	Aracı doğru hastayı mı getiriyor, hastaya ne vaat etti, tahsilatım güvende mi?	Kontrol edilemeyen satış vaadi doğrudan kliniğin itibarına yazılır; komplikasyon ve iade anlaşmazlığı kurumda kalır
Yetkili aracı	Klinik verdiği fiyatı ve standardı koruyacak mı, komplikasyonda hastayı geri kabul edecek mi?	Yaratmadığı bir klinik olay nedeniyle kaynak pazardaki itibarını kaybedebilir
Sigortacı	Hangi vaka komplikasyon, hangisi malpraktis; sonuçlar karşılaştırılabilir mi?	Risk fiyatlanamazsa prim yükselir, teminat daralır veya sigortacı pazardan çekilir
Devlet	Hastayı yetkili kurum mu aldı, deneyim ölçülebiliyor mu, olumsuz vakaya ne kadar hızlı yanıt veriliyor?	Tek bir klinik olayı ülke markasına yayılır; yabancı hükümet uyarıları talebi ve kurumsal ödeyici iştahını etkiler

Bu haritanın en önemli sonucu şudur: **güven sorunu reklam bütçesiyle çözülemez**. Güven; işlem öncesi doğrulama, klinik sonuç ölçümü, finansal risk transferi ve işlem sonrası sorumluluk zincirinin aynı üründe birleşmesiyle üretilir.

Ölçüm Açığı

Son ve çoğu zaman gözden kaçan sorun, sektörün kendi performansını ölçemiyor olmasıdır. USHAŞ'ın kamuya açık serisi ziyaretçi ve gelir büyüklüğünü vermekte; ancak yatırımcının ve sigortacının risk fiyatlaması için ihtiyaç duyduğu veriler — prosedür bazında komplikasyon oranı, yeniden yatış, revizyon, şikâyet, sigorta penetrasyonu, kaynak ve aracı bazında dönüşüm kalitesi — aynı açıklıkta yayımlanmamaktadır. Bu, 2.3'te tespit edilen kanıtlanabilirlik açığının makro düzeydeki karşılığıdır: ölçülemeyen bir risk fiyatlanamaz, fiyatlanamayan bir risk sigortalanamaz, sigortalanamayan bir hizmet de kurumsal ödeyicinin gündemine giremez.

2.5. Türkiye'nin Marka Değeri ve Bilinirliği

Devletin Kurduğu Tek Çatı Vizyonu

Türkiye, 1.6'da lider ülkelerin ortak paydası olarak tanımlanan "tek çatı kurumsallaşma" unsurunda rakipleriyle karşılaştırılabilir bir altyapı kurmuştur. USHAŞ tarafından yönetilen HealthTürkiye portalı, uluslararası hastayı yalnızca yetki belgeli kuruluşlarla buluşturmayı, hasta yolculuğunu uçtan uca izlemeyi ve çok dilli destek sunmayı amaçlamaktadır. Yetki belgesinin geçerliliği portal üyeliğine bağlanmış; 2025 sonunda yürürlüğe giren tanıtım düzenlemesiyle uluslararası sağlık turizmi iletişimde HealthTürkiye logosunun kullanımı zorunlu hale getirilmiştir. Aynı düzenleme aracı kuruluşun sağlık tesisi izlenimi yaratmasını yasaklamakta ve aracılık ettiği hizmetin hangi tesis tarafından verildiğini açıklama yükümlülüğü getirmektedir.

Bu mimarinin stratejik değeri, portalın bir katalog olmaktan çıkıp **resmi doğrulama işareti**ne dönüşme potansiyelidir: başarı halinde HealthTürkiye, "bu kurum devlete göre yetkilidir, kimliği doğrulanmıştır ve belirli kalite koşullarına tabidir" anlamına gelecektir. 31 Aralık 2026 akreditasyon eşiği bu dönüşümü desteklemektedir. Marka mimarisinde bir ikilik de not edilmelidir: Sağlık Bakanlığı ve USHAŞ ekseninde HealthTürkiye hasta ve hizmet sağlayıcı altyapısına odaklanırken, Ticaret Bakanlığı hizmet ihracatı tanıtımında ayrı bir marka kullanmaktadır. Bu iki markanın birbirini tamamlaması güçlü bir "regülasyon markası + ihracat markası" yapısı üretebilir; tüketiciye örtüşen ve farklı mesajlar verilmesi halinde ise marka parçalanması riski doğar.

Bilinirlik: Ürün Markası Güçlü, Ülke Markası Dar

Türkiye'nin uluslararası bilinirliği alan bazında son derece asimetriktir. Saç ekimi, diş tedavisi ve estetik cerrahide ülke, tüketici nezdinde küresel ölçekte tanınan bir markadır — İstanbul bu vertikallerin fiili merkezi olarak anılmaktadır ve ISAPS verisindeki %29,6'lık yabancı hasta oranı (dünya ortalaması %14,3) bu bilinirliğin nicel karşılığıdır. Buna karşılık onkoloji, kardiyak cerrahi ve organ nakli gibi kompleks alanlarda Türkiye'nin uluslararası marka çağrışımı zayıftır; bu alanlarda tüketici zihnindeki referans ülkeler Almanya, ABD ve Singapur'dur.

Bu asimetrinin bir maliyeti vardır. Bir ülke belirli bir işlem tipiyle özdeşleştiğinde, o işlem tipinin taşıdığı algı ülkenin tamamına yayılır. Türkiye'nin bilinirliği ağırlıkla düşük ve orta bedelli, elektif, "tatil + tedavi" formatındaki işlemler üzerinden kurulduğundan, ülke markası kaçınılmaz olarak "erişilebilir ve hızlı" ekseninde konumlanmakta; "karmaşık vakada güvenilir" ekseninde ise henüz test edilmemiş kalmaktadır. 1.6'da incelenen uzmanlaşma stratejisi bu noktada iki taraflı bir araçtır: bilinçli daralma pazarlama verimliliğini artırır, ancak daralınan alan düşük bedelli ise ülkeyi o segmentte kilitler.

Algı ölçümleri bu tabloyu doğrulamaktadır. Medical Tourism Index'te Türkiye 46 destinasyon arasında genel sıralamada 30., tesis ve hizmet kalitesi boyutunda 23., ancak güven, güvenlik ve hukuki-kurumsal çerçeveyi ölçen destinasyon ortamı boyutunda 35. sıradadır. Ölçüm, Türkiye'nin sunduğu hizmetin kalitesiyle o hizmetin etrafındaki çerçeveye duyulan güven arasındaki farkı nicel olarak göstermektedir.

Rakip Ülkelerle Karşılaştırma: Eksik Halka

1.6'da ortaya konan sekiz unsur açısından Türkiye'nin konumu değerlendirildiğinde, tek bir alanda sistematik bir açık görülmektedir.

Tablo 2.5-A — Rakip Ülkelerin Marka + Güvence Mimarisi Karşılaştırması

Ülke	Tek çatı marka	Hasta güvence mekanizması
Malezya	MHTC (2009, Sağlık Bakanlığı bünyesinde)	Akredite hastane ağı, tavan fiyat uygulaması, uçtan uca kürasyon
Güney Kore	Medical Korea; kayıtlı hastane ve aracı listeleri kamuya açık	Kayıtlı kuruluşa zorunlu sorumluluk teminatı; K-MEDI devlet arabuluculuk organı
Tayland	Medical Hub politikası, ulusal sağlık turizmi dizini	Akreditasyon yoğunluğu; sigorta ve rehabilitasyonla bütünleşik paketler
BAE (Dubai)	Dubai Health Experience platformu	Platforma entegre medikal turizm sigortası paketleri
Hindistan	Heal in India portalı, e-tıbbi vize	Devlet portalı üzerinden uçtan uca navigasyon
Türkiye	HealthTürkiye + yetki belgesi + zorunlu logo + TÜSKA akreditasyonu	Zorunlu taban askıda; ürün mevcut ve sübvansiyonlu, ancak standart değil

Karşılaştırmanın gösterdiği sonuç nettir: Türkiye'nin yapısal açığı artık "devlet markası yok" değildir — denetim ve doğrulama altyapısı bakımından rakipleriyle rekabet edebilir düzeydedir. Açık, **markanın verdiği sözün finansal güvence ve sınır ötesi bakım sürekliliğiyle tamamlanmamış olmasıdır**. Yetki belgesi hastaya kurumun yetkili olduğunu söyler; ancak komplikasyonun finansmanını, ülkesine döndükten sonraki bakımını veya ek seyahat maliyetini garanti etmez. Malezya, Kore ve BAE bu iki katmanı birlikte kurgulamıştır; Türkiye'de ikinci katman, komplikasyon sigortası zorunluluğunun yargı kararıyla durdurulmasıyla eksik kalmıştır.

Marka Kırılganlığı: Tekil Vakanın Sistemik Etkisi

Bu eksikliğin en somut sonucu, ülke markasının tekil olumsuz vakalara karşı savunmasız kalmasıdır. Bir komplikasyon veya ölüm vakası gerçekleştiğinde, hasta finansal olarak korunmamışsa olay doğrudan ülke markasına yazılmaktadır. Oysa işleyen bir güvence katmanı, olayın etkisini sistemik olarak absorbe eder: anlatı "Türkiye'de bir hasta zarar gördü ve muhatabı yoktu" olmaktan çıkıp "bu kurumda bir komplikasyon yaşandı, hasta korundu ve tazmin edildi" haline gelir. Fark, klinik sonuçta değil, sonucun sahiplenilme biçimindedir.

Bu kırılganlığın matematiksel komplikasyon oranından bağımsız olduğu ayrıca vurgulanmalıdır. Bir kaynak ülkenin resmi seyahat tavsiyesine giren birkaç vaka, milyonlarca başarılı işlemde daha yüksek bir görünürlüğe sahip olabilmektedir; kamuoyu ve hasta davranışı her zaman doğru risk paydaşlarıyla çalışmaz. Ayrıntısı 2.8'de ele alınacak bu dinamik, sağlık turizminde klasik turizme göre çok daha ağır işler — çünkü satın alınan ürün tatil değil, kişinin fiziksel bütünlüğü ve sonrasındaki bakım güvencesidir.

Marka açısından ortaya çıkan paradoks da burada belirginleşir: HealthTürkiye tüm yetkili kuruluşları tek çatı altında topladığında, iyi vakaların olduğu kadar kötü vakaların da etkisini merkezileştirir. Ulusal logo, klinik deneyimle ve finansal güvenceyle desteklenmediği takdirde markayı korumak yerine tüm vakaları aynı çatıya bağlayan bir risk yoğunlaştırıcısına dönüşebilir.

2.6. Türkiye'nin Avantajları

Bu bölüm, Türkiye'nin doğrulanabilir yapısal üstünlüklerini ele almaktadır. Ölçüt basittir: rakip bir ülkenin sermaye veya politika kararıyla kısa sürede eşitleyemeyeceği unsurlar gerçek avantajdır; taklit edilebilenler ise geçici üstünlüktür.

Coğrafi Konum: Konfor Değil, Klinik Değişken

Türkiye'nin en az taklit edilebilir avantajı coğrafyasıdır. Cumhurbaşkanlığı Yatırım Ofisi verilerine göre ülke, Avrupa, Orta Doğu, Kuzey Afrika ve Orta Asya'da yaklaşık 1,3 milyar kişiye dört saatlik uçuş yarıçapı içinde erişim sunmaktadır. Ana kaynak pazarların önemli bölümü iki-dört saatlik uçuş mesafesindedir ve saat farkı ihmal edilebilir düzeydedir. Karşılaştırma ölçeği verir: aynı kaynak pazarlardan Uzak Doğu destinasyonlarına uçuş süresi on saati aşmaktadır.

Bu avantajın önemi, 1.5'te ortaya konduğu üzere bir konfor meselesi olmanın ötesindedir. Uzun uçuşlar ameliyat sonrası dönemde derin ven trombozu ve pulmoner emboli riskini artırır; mesafe, acil komplikasyon durumunda hastanın tedavi merkezine erişimini fiilen ortadan kaldırır. Kısa mesafe bu nedenle üç ayrı işlev görür: klinik riski düşürür, komplikasyon halinde geri dönüşü mümkün kılar ve refakatçi ile ailenin sürece katılımını kolaylaştırır. Wellness ve yaşlı bakımında ise belirleyicidir — kısa ve tekrar eden konaklamalar ancak yakın mesafede ekonomiktir, kırılgan hasta için uzun uçuş tıbben riskli olduğu gibi hiçbir aile yakınıni ziyaret edemeyeceği bir mesafeye yerleştirmez.

Coğrafi avantajı fiilen kullanılabilir kılan unsur ulaşım ağıdır. Türk Hava Yolları 130'un üzerinde ülkede 350'yi aşkın noktaya uçmakta ve "en fazla ülkeye uçan havayolu" rekorunu uzun süredir elinde tutmaktadır. Bu, hasta erişimi ve kaynak pazar çeşitliliği açısından tek başına bir altyapı avantajıdır: rakip destinasyonların çoğu, aynı kaynak pazarlara doğrudan ve sık uçuşla ulaşamamaktadır.

Gerçekleşmiş Pazar Ölçeği

Türkiye'nin talebi potansiyel değil, gerçekleşmiş bir ihracat işidir. Yıllık 1,4 milyonu aşkın uluslararası hasta ve 3 milyar doları aşan resmi gelir, kurulu bir hasta edinme makinesinin varlığını göstermektedir. Bu ölçeğin stratejik değeri şudur: yeni bir güvence veya hizmet katmanı kurulduğunda, onu ekonomik kılacak hacim baştan mevcuttur — sıfırdan talep yaratma riski taşınmaz. Buna ek olarak ülke, birinci bölümde ortaya konan küresel ölçüm sorunu karşısında düzenli ve kamuya açık veri yayımlayan sınırlı sayıdaki destinasyondan biridir; bu, kurumsal ödeyici ve sigortacı nezdinde ölçülebilir bir pazar olmak anlamına gelir.

Klinik Kapasite ve Uzmanlık Kümeleri

Türkiye'nin klinik kapasitesi, sağlık turizminin bugün kullandığı segmentin çok ötesindedir. Kardiyak cerrahide yıllık 70 binin üzerinde açık kalp ameliyatı, organ naklinde 149 merkez ve yılda 5 bini aşkın nakil, canlı vericili böbrek ve karaciğer naklinde dünya liderliği, estetik cerrahide dünyanın en yüksek işlem hacimlerinden biri — bunlar mevcut ve ölçülmüş kapasitelerdir. OECD'nin karşılaştırmalı göstergelerinde akut kardiyovasküler bakım sonuçlarının OECD ortalamasıyla rekabet edebilir düzeyde olması, bu kapasitenin klinik sonuçlarındaki karşılığını göstermektedir.

Bu avantaj doğru çerçevelenmelidir: Türkiye'nin sistem geneli kaynak yoğunluğu OECD ortalamasının altındadır (bin kişiye 2,4 hekim, OECD 3,9). Üstünlük ülke genelinde değil, seçili şehirlerde ve branşlarda ölçeklenmiş özel ve üçüncü basamak merkezlerde yoğunlaşmıştır. Sağlık turizmi zaten bu ikinci katmanda yürüdüğü için avantaj gerçektir; ancak sınırsız kapasite iddiası savunulamaz. Akreditasyon tarafında Türkiye JCI akredite kuruluş sayısı bakımından dünyanın önde gelen ülkeleri arasındadır (kaynaklara göre 40-50 bandında; İstanbul'da yoğunlaşmış). Bu güçlü bir taban olmakla birlikte Tayland'ın 65 tesisinin gerisindedir ve nüfusa oranla yoğunluk daha düşüktür — dolayısıyla hem bir avantaj hem de hedeflenebilir bir iyileştirme alanıdır.

Fiyat–Kalite Dengesi (Koşullu Avantaj)

Fiyat üstünlüğü ölçülebilir düzeydedir: bariatrik cerrahide İngiltere'de 8.000-12.000 sterlin olan işlem Türkiye'de 3.000-5.000 euro bandında; saç ekiminde Türkiye fiyatları İngiltere'nin yaklaşık üçte biri düzeyindedir. Ancak bu avantaj, diğerlerinden farklı olarak aşınmaktadır. TL'nin reel değerlenmesi ve iç maliyet artışları "ucuz destinasyon" konumunu zayıflatmakta, sektör temsilcileri fiyat odaklı hastaların alternatif destinasyonlara kaydığını belirtmektedir. 2.1'de tespit edilen hasta sayısı gerilemesi bu aşınmanın istatistiksel izidir.

Bu nedenle fiyat, sürdürülebilir bir konumlandırma eksenini olarak değil, diğer avantajları destekleyen bir unsur olarak ele alınmalıdır. Doğru okuma şudur: Türkiye'nin kalıcı üstünlüğü ucuzluk değil, **aynı klinik kaliteyi Batı Avrupa fiyatlarının altında ve kısa mesafede sunabilme** kombinasyonudur — ve bu kombinasyonun ikinci ve üçüncü unsurları kur hareketlerinden bağımsızdır.

Devlet Altyapısı ve Teşvikler

Türkiye, sektörü destekleyen kurumsal ve mali altyapıya sahiptir. Yetki belgesi sistemi, HealthTürkiye portalı, USHAŞ'ın koordinasyon işlevi ve yaklaşan TÜSKA akreditasyon eşiği, 1.6'da lider ülkelerin ortak paydası olarak tanımlanan kurumsallaşmanın Türkiye'deki karşılığıdır. Mali tarafta Ticaret Bakanlığı hizmet ihracatı destek rejimi; hasta ulaşımı, tanıtım, yurt dışı ofis, acente komisyonu ile komplikasyon ve mesleki sorumluluk sigortası primlerini kapsayan geri ödemesiz destekler sunmaktadır. Sigorta primi desteğinin varlığı özellikle dikkat çekicidir: devlet, zorunluluk hukuken askıda olmasına rağmen güvence katmanını mali olarak desteklemeye devam etmektedir. Bu, gönüllü olarak sigortalı çalışan bir oyuncu için maliyeti önemli ölçüde sübvans edilen bir farklılaşma imkânı anlamına gelir.

Termal ve Doğal Kaynaklar

Türkiye resmi kaynaklarda dünyanın önde gelen jeotermal potansiyeline sahip ülkelerinden biri, Avrupa'da ise birinci olarak tanımlanmaktadır; ülkede binin üzerinde doğal çıkışlı jeotermal kaynak bulunmaktadır. Bu, coğrafi konum gibi taklit edilemez bir varlıktır. 2.2'de ortaya konduğu üzere sorun kaynaktan değil modeldedir; ancak varlığın kendisi, cerrahi turizminin ameliyat sonrası ayağını ülke içinde tutacak ve wellness ile yaşlı bakımına açılacak altyapıyı hazır sunmaktadır.

İnsan Kaynağı ve Kültürel Yakınlık

Türkiye'nin yetişmiş sağlık insan gücü, bakım kültürü ve Avrupa'ya kıyasla belirgin biçimde düşük personel maliyeti, özellikle emek yoğun alanlarda (rehabilitasyon, uzun dönem bakım, refakat hizmetleri) yapısal bir üstünlük oluşturmaktadır — 1.3.3'te ortaya konduğu üzere bu alanların küresel darboğazı sermaye değil personeldir. Buna, Orta Doğu, Kafkasya, Balkanlar ve Türk cumhuriyetleriyle kültürel ve dilsel yakınlık eklenmektedir; bu yakınlık, 1.5'te tanımlanan kültürel uyum sorununu belirli kaynak pazarlar için baştan azaltmaktadır.

Tablo 2.6-A — Avantajların Sınıflandırılması

Avantaj	Niteliği	Sürdürülebilirlik
Coğrafi konum ve uçuş ağı	Yapısal, taklit edilemez	Kalıcı
Termal ve doğal kaynaklar	Yapısal, taklit edilemez	Kalıcı
Gerçekleşmiş pazar ölçeği	Birikimli	Korunması gerekir (hacim geriliyor)
Klinik kapasite ve uzmanlık kümeleri	Birikimli	Hekim göçü riski altında
Devlet altyapısı ve teşvikler	Politika kaynaklı	Politika değişimine bağlı

Avantaj	Niteliği	Sürdürülebilirlik
İnsan kaynağı maliyeti ve kültürel yakınlık	Yapısal	Orta-uzun vadede kısmen aşınabilir
Fiyat üstünlüğü	Konjonktürel	Aşınmakta

2.7. Türkiye'nin Dezavantajları

Bu bölüm, bir önceki bölümün simetriğidir ve aynı ölçütle kurulmuştur: hangi zayıflıklar yapısal ve uzun vadeli, hangileri politika veya iş modeli kararıyla kapatılabilir? Ayrım önemlidir, çünkü ikinci grup aynı zamanda fırsat listesidir.

Güvence Katmanının Yokluğu

Türkiye'nin en belirgin yapısal açığı, hasta güvenliğini finansal olarak garanti eden bir risk transfer mekanizmasının standart hale gelmemiş olmasıdır. 2.4'te ayrıntılandırıldığı üzere zorunlu komplikasyon sigortası getirilmiş ancak yürürlüğe girmesine günler kala yargı kararıyla durdurulmuş, esas dava derdest kalmıştır. Ürün piyasada mevcuttur ve devlet primini desteklemektedir; eksik olan, tüm uygun vakalarda asgari bir güvence tabanı oluşturmaktır. Bunun sonucu, 1.5'te tanımlanan üç küresel sorunun Türkiye'de aynı anda açık kalmasıdır: hastanın hukuki başvuru boşluğu, komplikasyonun finansal sahibinin belirsizliği ve dönüş sonrası bakımın kimsenin sorumluluğunda olmaması. Rakip ülkelerle karşılaştırmada Türkiye'yi ayırtan tek sistematik fark budur (2.5).

Mevzuat Öngörülebilirliğinin Zayıflığı

Sağlık turizmi mevzuatı 2025-2026 döneminde köklü biçimde yenilenmiş, ancak aynı dönemde önemli bir hükmü yargı kararıyla askıya alınmıştır. Yatırımcı açısından buradaki sorun düzenlemenin içeriği değil, **yasal zeminin öngörülebilirliğidir**: bir ürün kategorisinin dayanağı idari yargı kararıyla ortadan kalkabilmektedir. Ayrıca hukuki değerlendirme, sigorta zorunluluğunun yönetmelikle değil ancak kanunla getirilebileceğine işaret etmektedir — yani kalıcı çözüm için gereken düzenleme düzeyi, idarenin tek başına karar verebileceği düzeyin üzerindedir. Bu, iş modellerinin mevzuat senaryolarıyla kurgulanmasını ve tek bir düzenlemeye bağımlı olmamasını gerektirir.

Fiyat Avantajının Erimesi

2.6'da belirtildiği üzere fiyat üstünlüğü, Türkiye'nin avantajları arasında tek konjonktürel olanıdır ve aşınmaktadır. TL'nin reel değerlenmesi ile iç maliyet artışları, düşük fiyat odaklı oyunculara marj sıkışması yaratmakta; sektör temsilcileri "ucuz ülke" konumunun sonuna geldiğini ve hastaların alternatif destinasyonlara yöneldiğini belirtmektedir. 2023-2025 arasında hasta sayısının %9,1 gerilemesi bu aşınmanın istatistiksel izidir. Fiyat üzerine kurulu bir konumlandırma, kur hareketlerine karşı korumasız bir iş modeli anlamına gelir.

Kompleks Tedavilerde Uluslararası Tanınırlık ve Teknoloji Açığı

2.3'te alan bazında ölçülen açıklar burada bir dezavantaj olarak toplanmalıdır. Onkolojide tablo yapısaldir: operasyonel proton terapi merkezi bulunmamakta, radyoterapi cihaz yoğunluğu milyon kişi başına yaklaşık 3,1 ile uluslararası önerilen 5-7 eşiğinin altında kalmakta, yeni nesil ilaçların geri ödeme erişimi sınırlı ve öngörülemez seyretmekte, ticari hücresel tedaviler piyasada bulunmamaktadır. Organ naklinde canlı vericili liderliğe karşılık kadavra bağış oranı düşüktür ve bu, kalp ile akciğer nakli kapasitesini doğrudan sınırlamaktadır. İleri ortopedide işlem yoğunluğu lider ülkelerin belirgin biçimde

altındadır. Bu açıkların ortak sonucu, ülkenin yüksek bedelli "erişim turizmi" segmentinde rekabet edememesidir: hasta ülkesinde bulunmayan bir modaliteye ulaşmak için seyahat ediyorsa, Türkiye o modaliteyi çoğu zaman sunamamaktadır.

Kanıtlanabilirlik ve Ölçüm Açığı

Türkiye'nin klinik performansı ölçülmekte, ancak uluslararası standartta ve kamuya açık biçimde raporlanmamaktadır. Şeffaf ulusal artroplasti kayıt sistemi yoktur; bariatrik cerrahide uluslararası kayıt sistemine sistematik bildirim yapılmamaktadır; prosedür bazında komplikasyon, revizyon, yeniden yatış ve şikâyet verileri yayımlanmamaktadır. Bu, 2.4'te tanımlanan ölçüm açığının klinik düzeydeki karşılığıdır ve iki yönlü zarar üretir: hasta aradığı kanıtı bulamaz, sigortacı riski fiyatlayamaz. Almanya, İngiltere ve ABD'nin milyonlarca vakalık kayıt sistemleriyle karşılaştırıldığında bu, rekabet gücünü doğrudan etkileyen bir açıktır — ancak 2.3'te belirtildiği gibi kapatılması yüksek sermaye değil karar gerektirir.

Kayıt Dışılık ve Ters Teşvik Yapısı

Yetkilendirme sisteminin dışından akan hacim, mevzuata uyum kararını ekonomik olarak cezalandıran bir yapı üretmektedir (2.4). Bunun dezavantaj olarak asıl ağırlığı çift yönlüdür: bir yandan uyumlu oyuncunun rekabet gücünü zayıflatır, öte yandan sektörün en görünür olumsuz vakalarının denetim dışı alandan çıkmasına ve faturanın tüm ülkeye kesilmesine yol açar.

İnsan Kaynağı Kısıtı

Türkiye'de bin kişiye 2,4 hekim düşmektedir; OECD ortalaması 3,9'dur ve Türkiye bu göstergede OECD'nin en alt grubundadır. Hemşire sayısı (2,9'a karşı 9,2) ve hastane yatağı yoğunluğu da ortalamanın altındadır. Buna hekim göçü eklenmektedir: yurt dışında çalışmak üzere iyi hal belgesi başvuruları son yıllarda yıllık üç bin bandına ulaşmıştır. Kapasite genişletmenin önündeki asıl engel sermaye değil nitelikli insan gücüdür; bu kısıt, onkolojideki teknoloji yatırımlarının da ön koşuludur — cihaz alınıp uzman bulunamaması riski sektörece açıkça dile getirilmektedir.

Wellness ve Termalde Model Açığı

2.2'de ortaya konduğu üzere Türkiye'nin termal alandaki sorunu kaynak değil modeldir. Mevcut yapı kısa konaklamalı, mevsimsel, havuz-hamam kullanımına dayalı ve medikal entegrasyonu zayıf bir kaplıca işletmeciliğidir; wellness tesisi ile klinik hizmetin birlikte modellenmesinde mevzuatsal ve operasyonel sınırlamalar bulunduğu kamu raporlarında da tespit edilmektedir. Sonuç, dünyanın en zengin jeotermal kaynaklarından birine sahip bir ülkenin küresel wellness sıralamalarında potansiyelinin belirgin biçimde altında yer almasıdır.

Kaynak Pazar Yoğunlaşması ve Jeopolitik Kırılganlık

Türkiye'nin hasta akışı belirli kaynak pazarlara (Almanya, İngiltere, Irak, Azerbaycan, Rusya, Libya, Körfez) yoğunlaşmıştır. Bu pazarların bir kısmı siyasi ve ekonomik olarak dalgalıdır; birinde yaşanacak bir düzenleyici sıkılaştırma, seyahat uyarısı veya kriz, hacmin anlamlı bir bölümünü etkileyebilir. 1.7'de ortaya konduğu gibi bu, sektördeki en hızlı gerçekleşen risk türüdür ve Türkiye'nin bölgesel konumu bu riske maruziyeti artırmaktadır.

Tablo 2.7-A — Dezavantajların Sınıflandırılması

Dezavantaj	Niteliği	Kapatılabilirlik
Güvence katmanının standart olmaması	Yapısal ama çözümü tanımlı	Yüksek — ticari mimariyle, mevzuat beklemeden

Dezavantaj	Niteliği	Kapatılabilirlik
Kanıtlanabilirlik/ölçüm açığı	Kurumsal	Yüksek — düşük sermaye, karar meselesi
Kayıt dışılık ve ters teşvik	Kurumsal	Orta — denetim + ekonomik teşvik birlikte gerekir
Mevzuat öngörülebilirliği	Politik/hukuki	Orta — kanun düzeyi düzenleme gerektirir
Fiyat avantajının erimesi	Konjonktürel	Düşük — kontrol dışı; strateji değişimi gerektirir
Onkolojide teknoloji açığı	Yapısal	Düşük — yüksek sermaye, 5+ yıl, insan kaynağı ön koşullu
Kadavra bağış oranı	Yapısal/toplumsal	Düşük-orta — 5+ yıllık kurumsal program
İnsan kaynağı kısıtı	Yapısal	Düşük — uzun vadeli, tüm sektörü etkiler
Wellness/termalde model açığı	İş modeli	Yüksek — kaynak mevcut, model kurgusu gerekir
Kaynak pazar yoğunlaşması	Yapısal/jeopolitik	Orta — pazar çeşitlendirmesiyle

2.8. Avrupa'da Türkiye Hakkında Çıkan Olumsuz Haberler ve Algı Sorunları

Kaynak Ülke Sinyallerinin Kurumsallaşması

Türkiye hakkındaki olumsuz haberler, artık yalnızca medya düzeyinde kalan bir iletişim sorunu olmaktan çıkmış, kaynak ülkelerin resmi kanallarına girmiştir. Birleşik Krallık Dışişleri, Milletler Topluluğu ve Kalkınma Ofisi'nin güncel Türkiye seyahat tavsiyesi, 2025 yılında tıbbi işlemler sonrasında yedi İngiliz vatandaşının hayatını kaybettiğinin bilindiğini ve bazı vatandaşların komplikasyon nedeniyle ek tedavi veya ameliyata ihtiyaç duyduğunu açıkça belirtmektedir. Daha uzun döneme ilişkin resmi rakam ise Avam Kamarası kayıtlarına geçmiştir: 2019'dan itibaren yurt dışında elektif tıbbi işlemler sonrasında 28 İngiliz vatandaşı hayatını kaybetmiştir.

Akademik literatürde de benzer bir görünürlük söz konusudur. BMJ Open'da Ocak 2026'da yayımlanan bir hızlı derleme, 2011-2024 arasında İngiltere sağlık sisteminde yurt dışı elektif cerrahi komplikasyonu nedeniyle tedavi edilen 655 hastayı (385 metabolik/bariatrik, 265 estetik, 5 göz) incelemiş; her kıtadan 29 ülke bildirilmiş olmasına rağmen en sık geçen destinasyonun %61 ile Türkiye olduğunu ortaya koymuştur. Çalışma, hasta başına maliyetin 1.058 ile 19.549 sterlin arasında değiştiğini de belirtmektedir.

Zorunlu Metodolojik Uyarı

Bu rakamların doğru okunması, dosyanın analitik güvenilirliği açısından şarttır. **Hiçbiri bir risk oranı değildir ve hiçbirinden komplikasyon oranı hesaplanamaz** — çünkü paydaları yoktur: kaç İngiliz vatandaşının Türkiye'de hangi işlemi yaptırdığı bilinmemektedir. Aynı şekilde %61'lik oran, "Türkiye'de yapılan işlemlerin %61'inde komplikasyon çıkıyor" anlamına gelmez; İngiltere'de yayımlanan komplikasyon literatüründe Türkiye'nin en sık adı geçen destinasyon olduğunu gösterir ve bu, Türkiye'nin İngiliz hastalar için en yüksek hacimli destinasyon olmasının doğal bir sonucu olabilir. Çalışmanın yazarları da verilerin vaka serilerine dayandığını ve gerçek komplikasyon insidansını hesaplamaya elverişli olmadığını açıkça vurgulamaktadır; ayrıca çalışma dışı, transplantasyon ve kanser cerrahisini kapsam dışı bırakmıştır.

Bu uyarı sorunu küçültmez; aksine, sorunun asıl doğasını netleştirir. Marka açısından belirleyici olan istatistiksel gerçek değil, **görünürlüktür**. Kamuoyu ve hasta davranışı doğru risk paydasıyla çalışmaz; bir

kaynak ülkenin resmi seyahat tavsiyesine giren birkaç vaka, milyonlarca başarılı işlemten daha yüksek etkiye sahip olabilir. Sağlık turizminde bu dinamik klasik turizmden çok daha ağır işler, çünkü satın alınan ürün tatil değil kişinin fiziksel bütünlüğüdür.

Vakaların Ortak Örüntüsü

İngiliz basınında ve adli soruşturmalarda geniş yer bulan vakalar ağırlıklı estetik cerrahi (özellikle vücut şekillendirme işlemleri) ve bariatrik cerrahi ile ilişkilidir. Bu vakalarda tekrar eden unsurlar, klinik yetersizlikten çok model kurgusuna işaret etmektedir:

- İşlemden kısa süre önce indirimli ek işlem satışı yapılması
- Aydınlatılmış onamın hastanın anladığı dilde ve yeterli kapsamda alınmaması
- Hastanın kendi ülkesinde tıbbi kriterleri karşılamadığı için reddedilen bir işlemi yurt dışında yaptırabilmesi
- Kaynak ülkedeki bekleme/düşünme süresi güvencelerinin bulunmaması
- Sosyal medya üzerinden çalışan denetimsiz aracı yapıları
- Komplikasyon sonrası bakımın Türkiye'de bırakılıp yükün dönüşte kaynak ülkenin sağlık sistemine devredilmesi

Bu liste, 2.4'te tanımlanan sorunların klinik düzeydeki karşılığıdır: tek seferlik işlem, aracı odaklı satış, bağlayıcı olmayan fiyat, sahipsiz komplikasyon. Vakaların büyük çoğunluğunun denetim dışı alandan çıkması, kayıt dışılığın neden yalnızca bir vergi veya rekabet sorunu olmadığını göstermektedir.

Düzenleyici ve Kurumsal Yansımalar

Sorunun ciddiyetini gösteren asıl gelişme, kaynak ülkelerde kurumsal tepkilerin oluşmasıdır. Kaynak ülke sağlık sistemleri, geri dönen hastaların komplikasyon maliyetini üstlenmek zorunda kalmalarını gerekçe göstererek konuyu politika gündemine taşımaktadır; parlamento düzeyinde, yurt dışı kliniklerinin kaynak ülkede düzenlediği tanıtım etkinliklerinin ve reklamlarının sınırlandırılması yönünde çağrılar yapılmıştır. Kaynak ülkelerin resmi rehberleri ise hastalara tedavi ekibinin yetkinliğini, tesis standartlarını, tedavi sonrası bakımın nasıl koordine edileceğini, komplikasyon halinde ne olacağını ve sigorta kapsamını önceden doğrulamalarını tavsiye etmekte; standart seyahat sigortasının planlı elektif cerrahi ve komplikasyon giderlerini genellikle karşılamayacağı konusunda ayrıca uyarılmaktadır.

Bu son nokta özellikle dikkat çekicidir: kaynak ülke otoriteleri hastaya, Türkiye'nin bugün sistematik olarak sunmadığı üç şeyi sormasını önermektedir — bağlayıcı fiyat, tanımlı komplikasyon sorumluluğu ve geçerli sigorta kapsamı. Bir başka deyişle, olumsuz algının merkezinde tıbbi kalite değil, güvence eksikliği bulunmaktadır.

Algının Ekonomik Sonucu

Bu tablonun üç somut maliyeti vardır. Birincisi doğrudan talep etkisidir: resmi seyahat uyarıları ve medya anlatısı, özellikle fiyat dışı kriterlerle karar veren hasta segmentini caydırmaktadır. İkincisi kurumsal ödeyici etkisidir — sigortacılar ve işverenler, ülke bazlı olumsuz sinyal taşıyan destinasyonlarla sözleşme yapmakta çekingen davranır; bu, Türkiye'nin B2B kanallara açılmasını zorlaştırır. Üçüncüsü ve en kalıcı olanı segment kilitlenmesidir: "ucuz ama riskli" algısı, ülkeyi tam da çıkmaya çalıştığı düşük bedelli segmentte tutar ve 2.1'de tespit edilen değere geçiş eğilimini yavaşlatır.

Algıyla Mücadelede Neyin İşe Yaramadığı ve Neyin Yarayabileceği

İletişim temelli yaklaşımların bu sorunu çözemeyeceği açıktır; olumsuz vakalar resmi kanallara girdiğinde tanıtım bütçesiyle dengelenemez. İşe yarayabilecek olan, anlatının kaynağını değiştirmektir. Bugünkü anlatı "hasta zarar gördü ve muhatabı yoktu" biçimindedir. Güvence katmanı kurulduğunda anlatı "bir komplikasyon yaşandı, hasta korundu, tedavisi ve dönüşü finanse edildi, süreç kayıt altındaydı" haline gelir. Fark klinik sonuçta değil, sonucun sahiplenilme biçimindedir — ve bu, kaynak ülke otoritelerinin hastalara sormalarını önerdiği soruların tam olarak yanıtıdır.

İkinci unsur ayrıştırmadır. Bugün denetim dışı bir aktörün yol açtığı vaka ile akredite bir kurumun performansı aynı ülke başlığı altında toplanmaktadır. Doğrulanabilir kurum, bağlayıcı fiyat ve geçerli teminat üçlüsünü belgeleyebilen oyuncuların ayrışması, hem hastaya güvenli bir seçim imkânı verir hem de olumsuz vakanın adresini ülkeden ilgili aktöre kaydırır.

2.9. Ek Başlıklar

2.9.1. Jeopolitik Konumun Getirdiği Fırsat ve Riskler

Türkiye'nin coğrafi konumu 2.6'da bir avantaj olarak ele alınmıştı; bu başlık aynı konumun risk yüzünü değerlendirmektedir.

Fırsat tarafında iki dinamik öne çıkar. Birincisi, bölgesel istikrarsızlık yaşayan ülkelerden hasta yönelimidir: sağlık altyapısı zarar görmüş veya kapasitesi yetersiz kalan komşu coğrafyalardan Türkiye'ye yönelen akış, kaynak pazar çeşitliliğini artırmaktadır. İkincisi, Körfez ülkelerinin kendi kapasitelerini kurma sürecinde geçiş dönemi talebidir. **Risk tarafında** ise aynı coğrafya kırılganlık üretir: bölgesel çatışmalar, hava sahası kapanmaları ve seyahat uyarıları, klinik kalitesi hiç değişmeyen bir destinasyonun talebini haftalar içinde durdurabilmektedir; 2026 ilk çeyreğinde Orta Doğu kaynaklı seyahat kesintilerinin küresel turizme etkisi bunun güncel örneğidir.

Orta vadeli yapısal risk ise rekabetin kendisidir. Suudi Arabistan, Vizyon 2030 kapsamında büyük ölçekli sağlık yatırımlarıyla hasta gönderen bir ülkeden bölgesel merkeze dönüşmeyi hedeflemekte; Mısır ve Körfez ülkeleri devlet destekli programlarla aynı hasta havzasına yönelmektedir. Türkiye'nin Körfez ve Orta Doğu kaynaklı hacminin bir bölümü, önümüzdeki on yılda bu ülkelerin kendi kapasitelerine kayabilir. Bu, kaynak pazar çeşitlendirmesini bir tercih değil zorunluluk haline getirmektedir.

2.9.2. Kamu Politikası ve Teşvikler

Türkiye'nin kamu politikası mimarisi, 1.6'da lider ülkelerin ortak paydası olarak tanımlanan unsurların çoğunu içermektedir:

- **Yetkilendirme sistemi:** Sağlık tesisleri ve aracı kuruluşlar için yetki belgesi; yetkisiz faaliyete kademeli yaptırım (faaliyet durdurmadan belge iptaline)
- **Tek çatı portal:** HealthTürkiye — kayıt, izleme, çok dilli destek ve zorunlu logo kullanımı
- **Akreditasyon eşiği:** Yetki belgeli kuruluşlar için 31 Aralık 2026'ya kadar TÜSKA akreditasyonu veya ilgili sertifikasyon
- **Koordinasyon kurumu:** USHAŞ — veri yayımı, aracı yetkilendirmesi, tanıtım koordinasyonu
- **Mali destek:** Hizmet ihracatı rejimi kapsamında hasta ulaşımı, tanıtım, yurt dışı ofis, acente komisyonu ile komplikasyon ve mesleki sorumluluk sigortası primlerine geri ödemesiz destek
- **Hedef:** 2028 için 20 milyar dolar gelir ve 6-8 milyon hasta

Bu mimarinin gücü ve sınırı birlikte görülmelidir. Güç, devletin sektörü bir ihracat kalemi olarak ele alması ve kurumsallaşmayı hem düzenleme hem teşvikle desteklemesidir. Sınır ise 2.4'te ortaya

konmuştur: yapı, hastanın finansal olarak korunmasını sağlayan katmandan yoksundur ve bu katmanın kalıcı biçimde kurulması yönetmelik düzeyini aşan bir düzenleme gerektirmektedir. Ayrıca 2.1'de gösterildiği gibi 20 milyar dolar hedefi mevcut trendin doğrusal devamı değildir; ulaşılabilirliği, bugün sisteme girmeyen hasta segmentinin kazanılmasına bağlıdır. Yatırımcı açısından pratik sonuç şudur: devlet, güvence katmanını zorunlu kılamamış olsa da mali olarak desteklemekte ve altyapısını hazırlamaktadır. Bu, kamu politikasıyla çatışan değil, onunla hizalanan bir özel sektör girişiminin önünü açmaktadır.

2.9.3. Wellness ve İleri Yaş Bakımında Türkiye'nin Konumu

Bu başlık, Türkiye'nin en büyük potansiyel–gerçekleşme makasını içermektedir ve raporun ele aldığı en az doymuş alandır.

Mevcut konum. Türkiye, resmi kaynaklarda dünyanın önde gelen jeotermal potansiyeline sahip ülkelerinden biri ve Avrupa'da birinci olarak tanımlanmaktadır; ülkede binin üzerinde doğal çıkışlı jeotermal kaynak bulunmaktadır. Global Wellness Institute ölçümünde 2024 wellness ekonomisi 73 milyar dolarla dünya 16.'sı, wellness turizmi harcaması 10,5 milyar dolarla dünya 17.'sidir. Rakamlar küçük değildir; ancak kaynak zenginliğiyle karşılaştırıldığında konum potansiyelin belirgin biçimde altındadır. Sorun 2.2'de tanımlandığı üzere kaynakta değil modeldedir.

Talep tarafındaki yapısal fırsat. Avrupa'nın demografik tablosu bu alanı önümüzdeki on yılın en güçlü talep kaynağı haline getirmektedir: AB'de 65 yaş üstü nüfus toplam nüfusun %22'sine, yani 99 milyon kişiye ulaşmıştır. Bakım maliyetleri aynı hızla artmaktadır — Almanya'da bakım evinde kalan bir kişinin sigorta katkısı sonrası cepten ödediği tutar 2026 ortası itibarıyla ayda ortalama 3.300 euroyu aşmıştır. OECD ölçümleri arz tarafındaki daralmayı da göstermektedir: 65 üstü her bin kişiye düşen bakım yatağı on yılda gerilemiş, personel açığı kalıcı hale gelmiştir.

Türkiye'nin bu denklemdeki üç üstünlüğü. Birincisi coğrafyadır ve burada belirleyicidir: wellness kısa ve tekrar eden konaklamalara dayanır, bu da ancak yakın mesafede ekonomiktir; yaşlı bakımında ise uzun uçuş kırılğan hasta için tıbben riskli olduğu gibi, hiçbir aile yakınına ziyaret edemeyeceği bir mesafeye yerleştirmes. İkincisi insan kaynağıdır — 1.3.3'te ortaya konduğu üzere bu sektörün küresel darboğazı sermaye değil personeldir ve Türkiye'nin yetişmiş bakım gücü ile maliyet yapısı Avrupa karşısında yapısal bir üstünlüktür. Üçüncüsü iç talep tabanıdır: Türkiye'nin 65 yaş üstü nüfusu 2025'te 9,58 milyona (%11,1) ulaşmış olup 2030 için %13,5 öngörülmektedir — yani model, yabancı doluluğa bağımlı olmadan ayakta durabilir ve uluslararası misafiri ek büyüme kanalı olarak alabilir.

Gerçekçi kısıtlar. İki uyarı kaydedilmelidir. Birincisi, retirement migration segmentinin belirleyicisi sağlık kalitesinden önce ikamet rejimi, yaşam maliyeti ve dil erişilebilirliğidir; bu segment hedeflenecekse önce yasal ve dil altyapısı çözülmelidir. İkincisi fiyat karşılaştırması doğru yapılmalıdır: yüksek kamu sübvansiyonlu ülkelerde tüketicinin gerçek cepten maliyeti liste fiyatının çok altında olabildiğinden, karşılaştırma Avrupa'daki brüt fiyatla değil hastanın kamu desteği sonrası net maliyetiyle kurulmalıdır. Ayrıca yabancı emeklinin bakım bedelinin kendi ülkesinin kamu sigortasından otomatik ödeneceği varsayımıyla model kurulamaz; ödeme kaynakları (kendi ödemesi/aile, özel sigorta, kurumsal anlaşma) ayrı ayrı modellenmelidir.

Model önerisi. Bu veriler bir araya geldiğinde ortaya çıkan yapı, klasik kaplıca oteli veya klasik huzurevi değil, ikisinin klinik omurgayla birleştiği bütünsel bir modeldir: termal ve rehabilitasyon altyapısı cerrahi turizminin ameliyat sonrası ayağını ülke içinde tutar, aktif emeklilikten ileri bakıma uzanan katmanlı yapı misafiri bağımlılık düzeyi değiştikçe sistemde tutar ve bakım birimi termal tesisin düşük

sezon doluluğunu istikrarlı hale getirir. Bu çapraz kullanım, iki yatırımı ayrı ayrı değerlendirmekten daha yüksek getiri üretir.

Başlıca Veri Kaynakları

Rapor boyunca kullanılan veriler aşağıdaki kaynak gruplarından derlenmiş; metin içinde her veri, ait olduğu kurum ve yıl ile birlikte anılmıştır. Kaynak hiyerarşisi, yönetici özetini izleyen Metodoloji ve Veri Disiplini bölümünde açıklanmıştır.

Resmi ve Kamu Kaynakları

- TÜİK — Turizm İstatistikleri (2023, 2024, 2025 yıllık; 2026 çeyreklik bültenler)
- USHAŞ (Uluslararası Sağlık Hizmetleri A.Ş.) — Sağlık Turizmi Verileri ve sektör duyuruları (2023-2026)
- T.C. Sağlık Bakanlığı — Organ nakli ve kardiyovasküler cerrahi verileri; Uluslararası Sağlık Turizmi mevzuat süreçleri (2023-2026)
- Resmî Gazete — Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik (26 Nisan 2025) ve ilgili tebliğler
- Danıştay 10. Dairesi — Yürütmeyi durdurma kararı, komplikasyon sigortası hükmü (25 Aralık 2025)
- T.C. Ticaret Bakanlığı — Hizmet İhracatı Destekleri mevzuatı ve uygulama usulleri
- Hizmet İhracatçıları Birliği (HİB) — Sektör açıklamaları ve branş değerlendirmeleri (2024-2026)
- Cumhurbaşkanlığı Yatırım Ofisi — Sağlık hizmetleri ve yaşam bilimleri sektör yayınları
- Birleşik Krallık FCDO — Türkiye seyahat tavsiyesi, sağlık bölümü (2026 itibarıyla güncel sürüm)
- Birleşik Krallık Avam Kamarası (Hansard) — Yurt dışı elektif işlem kaynaklı vatandaş ölümlerine ilişkin yazılı kayıtlar (2025)
- OECD — Health at a Glance 2025; uzun dönem bakım istatistikleri; elektif cerrahi bekleme süreleri
- WHO — GODT küresel nakil kayıtları (2024); WHA77.4 kararı (2024); infertilite, obezite, ağız-diş sağlığı ve kanser yükü verileri; Geleneksel Tıp Stratejisi 2025-2034
- IARC/GLOBOCAN — Küresel kanser insidans verileri (2022)
- UN Tourism — World Tourism Barometer (2024-2026 sayıları)
- Avrupa Komisyonu — Uzun dönem bakım sistemleri incelemesi (Mart 2026); Eurostat demografik veriler
- İspanya ONT (Organización Nacional de Trasplantes) — 2024 yılı bağış ve nakil verileri
- Hindistan İçişleri Bakanlığı Göç Bürosu ve Sağlık Bakanlığı — Medikal vize girişleri (2024) ve NOTTO nakil verileri (2024-2025)
- Güney Kore MOHW/KHIDI — Yabancı hasta istatistikleri (2023-2025); Medical Korea program duyuruları
- Malezya MHTC — Sağlık yolcusu ve gelir verileri (2023-2026 Ç1)
- Tayland MOPH/TAT — Medikal ziyaret sayımları (2024)
- Singapur Sağlık Bakanlığı — Ücret referans yayınları
- CDC — Medical Tourism sağlık riskleri rehberi
- ABD FDA ve ISSCR — Kanıtlanmamış rejeneratif ürün uyarıları

Uluslararası Klinik Kayıt Sistemleri

- ISAPS — Global Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures (2024 verileri, 2025 yayını)
- IFSO — Global Registry Report (kayıtlı bariatrik işlem hacimleri)
- STS (Society of Thoracic Surgeons) — ABD ulusal erişkin kalp cerrahisi veri tabanı
- AJRR (American Joint Replacement Registry) — 2025 yıllık raporu (2012-2024 kümülatif verisi)
- EPRD (Endoprothesenregister Deutschland) — 2025 yıllık raporu (2024 işlem verisi)
- NJR (UK National Joint Registry) — Yıllık rapor ve kümülatif işlem verileri
- PTCOG (Particle Therapy Co-Operative Group) — Ülke bazlı partikül terapi merkezi envanteri
- IQVIA Institute — Global Oncology Trends (2025); ilaç lansman ve harcama verileri
- Çin ulusal kardiyovasküler cerrahi kayıt yayınları (2022 verisi, hakemli literatür)

Sektör ve Araştırma Kuruluşları

- Global Wellness Institute — Global Wellness Economy Monitor (Kasım 2025; 2023-2024 gerçekleşen verileri)
- Medical Tourism Association — Medical Tourism Index (Türkiye sıralamaları)
- NBER — Portekiz yabancı emekli vergi rejimi çalışması (çalışma tebliği)
- BMJ Open — Birleşik Krallık'a dönen yurt dışı elektif cerrahi komplikasyonları hızlı derlemesi (Ocak 2026)
- Patients Beyond Borders — Sınır ötesi hasta hacmi ve harcama tahminleri (2023)
- ISHRS — Saç restorasyonunda yetkisiz uygulama uyarıları
- Türk Kalp ve Damar Cerrahisi Derneği; TÜRSAB Sağlık Turizmi Komitesi; TÜSATDER — Sektör beyan ve değerlendirmeleri

Ticari Pazar Araştırmaları

Aşağıdaki kaynaklar, raporda yalnızca tahmin aralığını göstermek ve tanım farklarını belgelemek amacıyla kullanılmış; hiçbir yerde resmi veriyle aynı statüde sunulmamıştır: Global Market Insights (süreklilik referansı serisi), Grand View Research, Fortune Business Insights, Precedence Research, The Business Research Company, Future Market Insights / Fact MR, IMARC Group, Mordor Intelligence.