

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK TURİZMİ (İNTERDİSİPLİNER)
YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

**DÜNYA VE TÜRKİYE İÇİN SAĞLIK TURİZMİNİN GENEL
BİR DEĞERLENDİRİLMESİ: TÜRKİYE İÇİN BİR ZAMAN
SERİSİ ANALİZİ**

Turan BEKTAŞ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Kurtuluş BOZKURT

AYDIN-2022

KABUL VE ONAY

T.C. Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Turizmi (İnterdisipliner) Yüksek Lisans Programı öğrencisi Turan BEKTAŞ tarafından hazırlanan “Dünya ve Türkiye İçin Sağlık Turizminin Genel Bir Değerlendirilmesi: Türkiye İçin Bir Zaman Serisi Analizi” başlıklı tez, aşağıdaki jüri tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi:/...../2022

Üye (T.D.):

Üye:

Üye:

Üye:

ONAY:

Bu tez Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili maddeleri uyarınca yukarıdaki jüri tarafından uygun görülmüş ve Sağlık Bilimleri Enstitüsünün tarih ve sayılı oturumunda alınan numaralı Yönetim Kurulu kararıyla kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Süleyman AYPAK

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

Tez çalıőmamda başta anlayıőı ve ilgisi ile desteğini esirgemeyen, tecrübesiyle ve değerli bilgi birikimiyle yanımda olan saygıdeğer danışman hocam Doç. Dr. Kurtuluş BOZKURT'a, tezimin hazırlanmasında uzman gürüőlerinden faydalandığım Doç. Dr. M. Özgür Yanardağ ve Doç. Dr. Aytaç Pekmezci hocalarıma teőekkürlerimi sunarım. Ayrıca çalıőmam boyunca bana desteğini esirgemeyen sevgili eőim Esengül BAKTAŐ'a ve biricik oğlum Tuna BEKTAŞ'a teőekkürü borç bilirim.

Bu eseri, babam Hasan BEKTAŞ'ın aziz hatırasına ithaf ediyorum.

Turan BEKTAŞ

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	v
ŞEKİLLER DİZİNİ	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
ÖZET	x
ABSTRACT	xi
1. GİRİŞ.....	1
1.1. Araştırmanın Problemi.....	2
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Turizm Kavramına Genel Bir Bakış	3
2.2. Sağlık Turizmi	3
2.2.1. Sağlık Turizmi Çeşitleri.....	6
2.2.1.1. Medikal (Tıp) Turizmi.....	6
2.2.1.2. İleri Yaş ve Engelli Turizmi	18
2.2.1.3. Termal turizm ve Spa-Wellness	20
2.3. Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Turizminin Gelişimi ve Değerlendirilmesi	21
3. MATERYAL VE YÖNTEM	45
3.1. Birim Kök Kavramı ve Birim Kök Testleri.....	46
3.2. Toda-Yamamoto Nedensellik Analizi	49

4. BULGULAR	51
5. SONUÇ.....	57
KAYNAKLAR.....	61
BİLİMSEL ETİK BEYANI.....	69
ÖZ GEÇMİŞ.....	70

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ADF	: Genişletilmiş Dickey Fuller
AIC	: Akaike Bilgi Kriteri
ATT	: Acil Tıp Teknisyeni
BEBKA	: Bursa Eskişehir Bilecik Kalkınma Ajansı
BM	: Birleşmiş Milletler
BT	: Bilgisayarlı Tomografi
COVID-19	: Corona Virus Diseases-19
DD	: Doğrusal-Doğrusal
DL	: Doğrusal- Logaritmik
DS	: Dünya Sağlık Örgütü
EK	: Ekokardiografi
EUROSTAT	: Avrupa Topluluğu İstatistik Ofisi
JCI	: Joint Commission International
KTB	: Kùltür ve Turizm Bakanlığu
KBB	: Kulak Burun Boğaz
LL	: Logaritmik- Logaritmik
M.Ö	: Milattan Önce
MR	: Manyetik Rezonans
PP	: Phillips Perron
SATURK	: Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu
SB	: Sağlık Bakanlığu
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SGP	: Satın Alma Gücü Paritesi

- SPA** : Selus Per Aqua (Sudan Gelen Sağlık)
- TÜİK** : Türkiye İstatistik Kurumu
- TÜRSAB** : Türkiye Seyahat Acentaları Birliği
- OECD** : (Organisation for Economic Co-operation and Development)

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Bir milyon kişiye düşen MR cihazı sayısının uluslararası karşılaştırılması.	11
Şekil 2. MR cihazı başına düşen görüntüleme sayısının uluslararası karşılaştırılması.	11
Şekil 3. Bir milyon kişiye düşen BT cihazı sayısının uluslararası karşılaştırılmasına.....	12
Şekil 4. BT cihazı başına düşen görüntüleme sayısının uluslararası karşılaştırılması.	13
Şekil 5. Kişi başı hekime müracaat sayısının uluslararası karşılaştırılması.	13
Şekil 6. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranının 2009-2019 uluslararası karşılaştırılması, (%).	14
Şekil 7. Medikal turizm kapsamında hastaların geldiği ilk 10 ülke, 2012.	16
Şekil 8. Medikal turizm kapsamında Türkiye'ye gelen hastaların kliniklere göre dağılımı.	18
Şekil 9. Yurt dışından ikamet eden vatandaş ve yabancı turizm geliri.	27
Şekil 10. 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısının uluslararası karşılaştırılması, 2018.	28
Şekil 11. 100.000 kişiye düşen toplam diş hekimi sayısının uluslararası karşılaştırılması, 2018.	29
Şekil 12. 100.000 kişiye düşen toplam hemşire ve ebe sayısının uluslararası karşılaştırılması.....	30
Şekil 13. SGP'ye göre kişi başı cari sağlık harcamasının uluslararası karşılaştırılması, 2018.	31
Şekil 14. Dünyada en çok plastik cerrah bulunan 10 ülkenin yüzdeler gösterimi, 2013.	32
Şekil 15. JCI akreditasyonuna sahip destinasyonlar.	33
Şekil 16. Türkiye'ye gelen sağlık turisti sayısı.	39
Şekil 17. Hastanelere göre uluslararası hastaların geliş şekillerinin % dağılımı (2012).	40
Şekil 18. İncelenen değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri.	52

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1. Türkiye’de hastanelerde bulunan cihaz sayıları, 2020.	10
Tablo 2. Medikal turizm kapsamında sağlık hizmetleri ve tesisler açısından en iyi 10 ülke.	15
Tablo 3. Uluslararası Hastaların Geldiği İlk 10 Ülke, 2012.	15
Tablo 4. Uluslararası Hastaların Türkiye’de en çok tercih ettiği branşlar.	17
Tablo 5. Türkiye’de yıllara göre 65 yaş ve üstü yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki varlığı.	19
Tablo 6. Milliyete göre yıllık giriş yapan yabancı ziyaretçi sayıları (Avrupa OECD Ülkeleri).	24
Tablo 6. Milliyete göre yıllık giriş yapan yabancı ziyaretçi sayıları (Devamı)	25
Tablo 7. Yurt dışında ikamet eden vatandaş ve yabancı ziyaretçi sayısı ile yurt dışında ikamet eden vatandaş ve yabancı ziyaretçi geliri.	26
Tablo 8. Dünyada en çok plastik cerrah bulunan 10 ülke sıralaması.	32
Tablo 9. Türkiye için harcama türlerine göre turizm geliri (Bin \$).	34
Tablo 10. Türkiye’de 2002-2019 yılları arasında Hastane, yatak ve yüz bin kişi başına düşen yatak sayısı.	35
Tablo 11. Türkiye’de 2019 yılında dallara göre bazı hastane ve yatak sayısı.	36
Tablo 12. Türkiye’de yıllar itibariyle Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastanelerde çalışan hekim sayısı.	36
Tablo 13. Türkiye’de 2002-2019 yılları arasındaki Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastanelerde çalışan hemşire sayıları.	37
Tablo 14. Türkiye’de 2002-2019 yılları arasındaki Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastanelerde çalışan diğer sağlık personelleri sayısı.	38
Tablo 15. Hasta geliş şekillerine göre Türkiye’de sağlık hizmeti alan uluslararası hasta sayısı.	41

Tablo 16. Uluslararası sağlık turizmi yetki belgesi almaya hak kazanmış olan sağlık tesisleri.	41
Tablo 17. Türkiye ve bazı dünya ülkelerinde yapılan ameliyat türlerinin ortalama fiyatları (\$).	43
Tablo 18. Bazı ülkelerin tıbbi tedavi fiyatları (\$).	43
Tablo 19. Amerika ve medikal turizm alanında gelişmiş ülkeler arasında seçilmiş bazı tıbbi operasyon fiyatlarının karşılaştırılması (2015-\$).	44
Tablo 20. En uygun modelin kurulması.	51
Tablo 21. İncelenen değişkenlere ait korelasyon katsayı değerleri.	53
Tablo 22. Değerkenlerin ADF ve PP birim kök test istatistik olasılık değerleri.	54
Tablo 23. En uygun gecikme uzunluğunun belirlenmesi.	54
Tablo 24. Değerkenlere ait Toda – Yamamoto nedensellik analizi olasılık sonuçları.	55

ÖZET

DÜNYA VE TÜRKİYE İÇİN SAĞLIK TURİZMİNİN GENEL BİR DEĞERLENDİRİLMESİ: TÜRKİYE İÇİN BİR ZAMAN SERİSİ ANALİZİ

Bektaş T., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Turizmi (İnterdisipliner) Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın 2022.

Tüm dünyada, insanlar için sağlığın önemi tartışılmaz. Uzun yaşama isteğinin temel sebebi olan sağlıklı kalmak ya da sağlığını yeniden kazanmak içinse, insanlar artık kişisel ve giderek de toplumsal düzeye ulaşan seviyelerde, sürekli bir arayış içinde olmuşlardır. Hızla artan teknolojinin de sayesinde, tarihi ve doğal güzellikleri görmek, denize girmek, güneşlenmek amacıyla yapılan seyahatlere yenilerinin eklendiği görülmektedir. Sağlığını kazanmak ya da iyi olma halinin devamlılığını sağlamak amacıyla yapılan seyahatler de turizm sektöründe yer almıştır. Klasik olarak bilinen tatil amaçlı turizm hareketi son yıllarda değişime uğramıştır. Sağlık turizmi olarak yer alan bu turizm çeşidi; insanların yaşadıkları yerden başka destinasyonlara giderek, yüksek kalitede, sıra beklemeden ve düşük maliyetli, sağlık hizmeti vermeyi hedeflemektedir. Bu turizm çeşidinin son dönemde dünyada çok hızlı gelişim gösterdiği bilinmektedir. Türkiye turistik potansiyel bakımından oldukça şanslıdır. Coğrafi konumu dolayısıyla iklim çeşitliliği, doğal güzellikleri, tarihi geçmişi, şifalı yeraltı su kaynaklarının bolluğu turizm yapılabilmesi açısından Türkiye'yi zengin kılmaktadır. Hem bu yönleriyle hem de Sağlık hizmetlerinin kaliteli ve ekonomik olması yönüyle Türkiye'de sağlık turizmi pek çok ülke vatandaşı tarafından son zamanlarda tercih edilir olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Dünya'da Sağlık Turizmi, Sağlık Turizmi, Turizm, Türkiye'de Sağlık Turizmi, Zaman Serisi Analizi.

ABSTRACT

A GENERAL EVALUATION OF HEALTH TOURISM FOR THE WORLD AND TURKEY: A TIME SERIES ANALYSIS FOR TURKEY

Bektaş T., Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Turizmi (İnterdisipliner) Yüksek Lisans Programı, Yüksek Lisans Tezi, Aydın 2022.

The importance of health for people all over the world is unquestionable. In order to stay healthy or recover, which is the main reason for the desire to live longer, human beings have been in a constant search at individual and increasingly social levels. Thanks to the rapidly developing technology, it can be observed that new travels have been added to the travels made to see the historical and natural beauties, swim in the sea and sunbathe. The travels made to recover or ensure the continuity of well-being have also been involved in the tourism sector. The classical tourism movement for holiday has changed in the recent years. This type of tourism, which is called health tourism, aims to provide high quality, low-cost health services by going to destinations other than where people live. This type of tourism is known to have developed very rapidly in the world lately. Turkey is extremely lucky in terms of touristic potential. Due to its geographical location, its climate diversity, natural beauties, historical background, abundance in terms of healing underground water resources make Turkey rich in terms of tourism. Both in these aspects and in terms of health services being high quality and economic, health tourism in Turkey has been preferred by the citizens of many countries in the recent years.

Key Words: Health Tourism in the World, Health Tourism in Turkey, Health Tourism, Time Series Analysis, Tourism.

1. GİRİŞ

Boş zaman denilen kavramın ortaya çıkışı, gelişmiş ülkelerin gelirlerinin çok yüksek olması ve buna paralel çalışma sürelerinin kısa olmasından kaynaklanmaktadır. Bununla beraber ülke vatandaşlarının boş zamanlarını en iyi şekilde geçirmelerini sağlaması yani turistik ihtiyaçlarını gidermeleri kaçınılmaz olmuştur (Yirik, ve diğerleri 2015).

Günümüzde hedeflenen yerlere ulaşım farklılaşmış çok kısa zamanda uzak mesafelere gidilebilir olmuştur. Tüm dünyada ve ülkemizde de artık turizm kavramının baş aktörü olan turizm talebi kavramı farklılaşmış, teknolojinin ilerlemesiyle giderek farklılaşan turizm kavramında yeni türler ortaya çıkmıştır. Konaklama, yiyecek-içecek, eğlence gibi talepler dışında sağlık problemi olan turistler kaliteli sağlık hizmetini de talep eder olmuşlardır.

Sanayi devrimi sonrasında yaşanan kırsaldan kente göç olgusunun ve sanayileşmenin beraberinde getirmiş olduğu, başta hava kirliliği olmak üzere çevresel sorunlar, çalışma yaşamındaki stresler, küresel ve yerel ölçekte yaşanan ekonomik krizler vb. olumsuz faktörler insanların sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerdir. Dolayısıyla insan sağlığını olumsuz olarak etkileyen bu faktörler kitle turizmini de etkilemekte ve bu olumsuzluklar nedeniyle sağlığını kaybedenlerin kısmen doğanın daha az tahrip olduğu, iklim ve fiziksel özellikler noktasında görece daha iyi konumdaki turistik alanlara turistik seyahatler gerçekleştirdiği görülmektedir (Türksoy & Türksoy, 2010).

Dünya genelinde nüfusun giderek artması, yaşam kalitesinin iyileşmesi ve özellikle gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetine ulaşma maliyetlerinin yüksek olması gibi faktörler nedeniyle, gelişmiş ülke vatandaşları görece daha ucuz maliyetle sağlık hizmeti alabilecekleri ülkelere yönelmektedir (Özer & Songur, 2012).Sağlığın öneminin anlaşılması ve tanımlanır olması yeni bilinen kavram değildir.

Sağlık turizmi; hastalık durumunda sağlığın kazanılması, sağlıklı ise sağlığın korunması ve geliştirilmesi amacıyla planlı organizasyonlar yaparak tatili de kapsayan seyahatler ve konaklamalardır diye tanımlanmıştır (Daştan, 2014).

Sağlık hizmetleri için harcanan maliyetler dünya genelinde giderek artmaktadır. Bunun nedeni olarak gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun artması gösterilebilir. Nüfusun yaşlanması

sağlık ihtiyaçları ve sağlık giderlerinin payında yüksek artışlar olmasına neden olmaktadır. Bu da özellikle sosyal güvenlik ile ilgili maliyetlerin yükselmesi bu konularla ilgilenen kurumların çalışmalarını zorlamaktadır. Ülkeler bu zorlanmaya çare olarak son yıllarda sağlık turizmine büyük önem göstermektedirler. Gelişmiş ülkelerde, özel sağlık kuruluşları ve devletin sağlık kurumları, daha ucuz ve kaliteli sağlık hizmeti almak adına yakın mesafede olan, sağlık alanında ileri teknolojileri yakalamış ülkelerle paket anlaşmalar yaparak bu sorunu çözmek için adımlar atmışlardır (Güleç, 2011).

1.1.Araştırmanın Problemi

Bu çalışmanın problemi yapılan araştırmalar neticesinde; “Türkiye için Sağlık Turizmi kapsamında elde edilen turizm gelirlerinin sağlık turizmi alt yapısını belirleyen başta sağlık amaçlı gelen yabancı ve yerli turist sayısı, sağlık amaçlı yurtdışına giden vatandaş sayısı, sağlık turizm gideri, konaklama amaçlı yapılan gider, sağlık amaçlı seyahat sayısı ve sağlık amaçlı seyahat harcaması gibi değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesi” şeklinde belirlenmiştir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu çalışma, son yıllarda önemi giderek artan sağlık turizminin Dünya ve Türkiye potansiyelindeki mevcut durumunu değerlendirme amacıyla hazırlanmıştır. Bu bağlamda öncelikle sağlık turizmi hakkında kavramsal olarak genel bilgilendirmeler yapılmış, Dünya ve Türkiye ölçeğinde sağlık turizminin genel bir değerlendirmesi yapılmıştır. Son olarak ise güncel ekonomik verilerle birlikte Türkiye için 2009:1 – 2020:4 dönemini kapsayan bir zaman serisi analizi yapılmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Turizm Kavramına Genel Bir Bakış

Turizm kavramsal olarak, Öğüt vd. (2003) tarafından “İnsanların yaşadıkları yerler dışında, yerleşmeme ve kazanç elde etmeme koşuluyla dinlenmek, gezmek, eğlenmek, spor kültür ve dini görevlerini yerine getirme gibi sebeplerle kişisel ya da topluca yapılan seyahatlerdir. Gidilen yerde en az bir gece konaklamak suretiyle turizm işletmelerinin sunduğu mal ve hizmetleri istemeleri ile ortaya çıkmış olan iş ve ilişkiler bütünüdür.” Şeklinde tanımlanmaktadır.

Turizm literatürüne bakıldığında, turizm kavramı; gelir sağlayan, insanların ikamet ettikleri yerler dışına yaptıkları yolculuklar ve bu yolculuklar sırasında gittikleri yerlerde geçici süre ile konaklamaları şeklinde tanımlanmıştır. Başka bir açıklamaya göre; ülke ekonomisine döviz girdisi sağlayan, ödemeler dengesi açıklarının kapanmasında rol oynayan bir alt hizmet sektörü olarak tanımlanmıştır (Barca vd., 2013).

Turizm, tüm dünya ülke ekonomilerine çok önemli derecede gelir sağlamaktadır. Dünya nüfusunun her geçen gün giderek artması, artan ve değişen teknolojilerle ihtiyaçların değişmesi vb. gibi sebeplerle de turizm sürekli değişim içindedir.

2.2. Sağlık Turizmi

İnsanlar tedavi olmak amacıyla ikamet ettikleri yerden farklı yerlere gidip konaklama hizmeti de almaları, turizmin bir alt dalı olan sağlık turizmini ortaya çıkarmıştır. Sağlık turizminde hedeflenen, sağlığı bozulmuş kişilerin yeniden sağlığına kavuşması olduğu kadar sağlıklı olanlarında, sağlıklı hallerinin korunmasını kapsamaktadır.(Aydın, 2012)

Diğer taraftan kapsam olarak sağlık turizmi kavramını açıklamadan önce turist ve turizm sağlığı kavramlarına değinmek gerekmektedir.

Turizm sağlığı kavramına bakıldığında turizm amaçlı faaliyetlerin, yöneldiği alandaki etkilerini bütüncül olarak inceleyen kavram olarak tanımlandığı görülmektedir. Bu kapsamda

turizm sağlığı denildiğinde başta turistlerin sağlığı olmak üzere, sektörde çalışanların ve tüm toplumun sağlığının bu kapsam içerisinde yer aldığı söylenbilir.

Buna karşın turist sağlığı denildiğinde ise ilgili turizm destinasyonuna hangi sebeple gelirse gelsin turistin tüm sağlık problemlerini kapsayan ki başta temel sağlık hizmetleri olmak üzere tüm tedavi hizmetlerini ve ayrıca tüm kaza ve bulaşıcı hastalıklardan korunmayı amaçlayan önlemler anlaşılmaktadır (Tengilimoğlu vd., 2001).

Sanayi devrimi sonrasında yaşanan kırdan kente göç olgusunun ve sanayileşmenin beraberinde getirmiş olduğu, başta hava kirliliği olmak üzere çevresel sorunlar, çalışma yaşamındaki stresler, küresel ve yerel ölçekte yaşanan ekonomik krizler vb. olumsuz faktörler insanların sağlığını olumsuz etkileyen faktörlerdir. Dolayısıyla insan sağlığını olumsuz olarak etkileyen bu faktörler kitle turizmini de etkilemekte ve bu olumsuzlar nedeniyle sağlığını kaybedenlerin kısmen doğanın daha az tahrip olduğu, iklim ve fiziksel özellikler noktasında görece daha iyi konumdaki turistik alanlara turistik seyahatler gerçekleştirdiği görülmektedir (Türksoy & Türksoy, 2010).

Yakın geçmişe kadar bakıldığında turistlerin yaptıkları seyahatler denize girmek, güneşlenmek, tarihi yerleri görmek gibi sebepler olarak sayılrsa da bu gibi istekler yerini artık gidilen yerlerin yeraltı kaynaklarını, gelişmiş sağlık teknolojilerini kullanarak hastalıklardan kurtulmak ya da sağlıklı halinin korunması amacını taşımaktadır.

Turizm Bakanlığına göre ise sağlık turizmi; tedavi olmak amacıyla yapılan seyahatler şeklinde tanımlanmaktadır. Diğer bir tanıma göre ise seyahat edilen yerlere giderken oraya yerleşip yaşamak ya da çalışmak amacını taşımayıp sağlığını kazanmak, sağlıklı ise de sağlığını korumayı amaç edinerek yapılan seyahatlerdir (Ezgi ÖZKAN, 2019).

Tengilimoğlu (2013) tarafından yapılan bir diğer tanıma göre de sağlık turizmi; seyahat etmek suretiyle yaşadığı yerleşim alanı dışında konaklayarak yine yaşadığı yerleşim alanı dışında tedavi hizmetleri almak suretiyle sağlığına kavuşmayı amaçlayan insanların yaptığı turizm faaliyetleridir.

Daştan (2014)'e göre ise sağlığın daha güçlü hale getirilmesi ve devamlılığının sağlanması ve içinde tatil yapmayı amaçlayarak, seyahat, konaklama ve turizm organizasyonlarını da içerisinde barındıran faaliyetlerin bütünü sağlık turizmi olarak tanımlanmaktadır.

Uluslararası boyutta bakıldığında ise çeşitli nedenlerle başka bir ülkeye seyahat etmek yoluyla sağlık hizmeti satın alma faaliyeti sağlık turizmi olarak değerlendirilmektedir. Söz

konusu bu nedenlerin başında ise başta bu faaliyetlerde bulunan insanların vatandaşı oldukları ülkelerde söz konusu sağlık hizmetlerinin sunulmaması ya da hizmet almak için uzun süre beklemek zorunda olmaları yer almaktadır. Bir diğer yaygın neden ise sunulan söz konusu sağlık hizmetlerinin pahalı olmasıdır. Dolayısıyla insanlar görece daha ucuz olan, beklemek zorunda olmadıkları sağlık hizmetlerini başka ülkelere almayı tercih edebilmektedirler ve bu tercih sağlık amaçlı turizm hareketlerinin temel nedenlerini oluşturmaktadır.

Bu noktada sağlık turizmi kapsamında hizmet sunan ülke ve sağlık kuruluşları hasta ve hasta yakınlarının her türlü konforunu gözeterek sağlık hizmeti ve tıbbi tedavi seçenekleri sunmayı amaçlamaktadır. Bu bağlamda gerek eğitim ve refah seviyesi noktasında görece gelişmiş ülkelere göre daha yüksek olması, gerekse bu yüksek olma durumunun beraberinde getirmiş olduğu görece daha yüksek maliyetler, sağlık hizmetlerinin de gelişmiş ülkelerde daha yüksek olmasına neden olmaktadır.

Diğer taraftan da artan refah düzeyi ile birlikte gelişmiş ülkelerde ortalama yaşam süresinin uzaması, yaşlı nüfus sayısında artış, yaşlılar için yapılan sağlık harcamalarının ve giderlerinin artmasına yol açmaktadır. Gelişmiş ülkelerde yaşanan bu süreç sosyal güvenlik kurumlarının giderlerini arttırmakta ve gelişmiş ülkelerin ciddi boyutlara ulaşan sosyal güvenlik açıkları vermesine neden olmaktadır. Gelişmiş ülkeler bu sosyal güvenlik açıklarına çözüm olarak, kaliteli ve görece daha ucuz tıbbi hizmet sunan, yakın mesafedeki ülkeler ile anlaşarak sağlık hizmetlerini karşılama yoluna gitmektedir (Güleç, 2011).

(Ezgi ÖZKAN, 2019) 'a göre sağlık turizminin temel özellikleri aşağıdaki şekilde sıralanmaktadır.

- ✓ Teknik donanım gerektiren bir turizm türüdür.
- ✓ Sağlık turizmi kapsamında faaliyette bulunan kuruluşun uluslararası standartlara uygun olarak hizmet sunması gerekmektedir.
- ✓ Yanında turizmin farklı türlerini de destekleyen hasta ve yakınlarına tatil hizmeti de sunan turizm türüdür.
- ✓ Sağlık turizmi hizmetini sunan kuruluş, mutlaka hasta ile iletişimde ortak dil konuşabilen sağlık personeli bulundurması gerekmektedir.
- ✓ Sağlık turizmi yapılması planlanan hedef pazar için devlet desteğini alarak pazarlama ve tanıtım faaliyetleri yapılması gerekmektedir. Bu gibi faaliyetler de öncelikle

Ülkelerin vatandaşlarını sağlık turizmi almalarında kolaylık sağlayacak sağlık kuruluşları ve sigorta şirketleri belirlenmelidir (Ezgi ÖZKAN, 2019).

Bu zelliklerinin yanında sağlık turizmi özellikle gelişmekte olan ülkeler için önemli bir ekonomik fırsat ve döviz kaynağı olarak ta görülmektedir. Deniz, kum ve güneş ulemesi ile tanımlanan klasik turizm kavramı mevsimsel özellik arz ettiğinden, turizm faaliyetlerini kısıtlamaktadır. Buna karşın sağlık turizmi gibi klasik turizme alternatif olarak karşımıza çıkan alternatif turizm faaliyetleri, mevsimsel özelliklerden bağımsız olması itibari ile ülkeler için daha cazip hale gelmektedir. Bu bağlamda sağlık turizmi gerek mevsimsel özellik taşımaması ve sağlık sorunlarının insanlar için kaçınılmaz olması, gerekse görece daha yüksek fiyatlar ile arz edilebilme imknının olması önemini her geçen gün arttırmaktadır. Dolayısıyla önümüzdeki süreçte uluslararası standartlarda, kaliteli sağlık tesislerine, iyi yetişmiş uzman personele ve uluslararası alanda rekabetçi fiyatlara sağlık hizmetlerini sunabilecek ülkeler küresel ölçekte sağlık turizminden ciddi oranda pay alacaktır.

2.2.1. Sağlık Turizmi eşitleri

Günümüzde sağlık turizmine bakıldığında termal turizm ya da kaplıca turizmi ilk akla gelen sağlık turizmi türüdür ancak son yıllarda sağlık turizmi özellikle sağlık amaçlı hastane hizmetlerinden faydalanmak amaçıyla düzenlenen yurt dışı seyahatleri de kapsayan bir hal almıştır (Aydın, 2012). Kültür ve Turizm Bakanlığı (2012)'ye göre ise sağlık turizmi; medikal turizmi, termal turizmi (Kaplıca+ Spa wellness) ve yaşlı bakımı amaçıyla yapılan ziyaretlerle oluşan organize bir turizm hareketi olarak değerlendirilmektedir. Sağlık turizmi, turizm türlerinden olup günümüzde giderek ilgi odağı olmuş bir çeşitidir.

2.2.1.1. Medikal (Tıp) Turizmi

Kültür ve Turizm Bakanlığına (2010) göre medikal turizm; bireyin iyileştirilmesi amaçıyla bir sağlık kurumunda sunulan tüm tıbbi tedavi ve bakım faaliyetlerini kapsamaktadır.

Medikal turizm sağlık turizminin diğer adı gibi görünse de sağlık turizminin diğer adı değildir. Medikal turizm, Sağlık turizmi türlerinden biridir ama Literatürde medikal turizm,

sağlık turizmi ve turistin sağlığı bu üç kavram birbirlerinin yerine kullanılmaktadır. Ancak kişinin hangi amaçla turistik seyahati yaptığı ve prosedür basamakları bu kavramları birbirinden ayırmaktadır (Connell, 2013).

Medikal turizm alanında ülkeleri dışında sağlık almak isteyen hastaların ilk yıllardaki sebebi, kendi ülkelerinde ki yetersiz sağlık hizmetleri gösterilmekte iken günümüz de ise daha ucuz sağlık hizmeti almak amacıyla seyahat etmektedirler.

Hastaların sağlık hizmeti almada düşük maliyetli olan ülke ve sağlık kuruluşlarını seçmenin yanı sıra önemli olan diğer noktalar; ileri tıp uygulamaları, hızlı ve kaliteli tedavi yöntemlerinin uygulanması ve alanında yetişmiş uzman doktor, sağlık personellerinin bulunmasıdır. Diğer önemli sebepler ise; hizmeti alırken yabancı dil bilen personelin var olması, ülkelere yakın yerler olması, konaklama şartlarının ve sağlık hizmeti veren kuruluşlarının akredite olmasıdır (Bayar, 2019).

Bu bağlamda yukarıda da ifade edilen sebepler kapsamında medikal turizm alanında faaliyette bulunmak isteyen sağlık kuruluşları, sağlık hizmetlerinin kalite ve güvenlik gibi hususlarına odaklanan, bu noktada kalite ve güvenliği arttırmayı amaçlayan ve kar amacı gütmeyen, uluslararası bir kuruluş niteliğindeki Joint Commission International (JCI) ile akredite olma yoluna gitmektedir.

Diğer taraftan medikal turizmde önde gelen ülkeler incelendiğinde;

- ✓ Fiyat rekabeti açısından bakıldığında avantajlı ülkeler; Tayland ve Hindistan,
- ✓ Teknolojik gelişmişlik açısından bakıldığında; ABD, Almanya ve Güney Kore,
- ✓ Turizm altyapıları açısından bakıldığında Singapur, Tayland ve Kıbrıs,
- ✓ Coğrafi konumları itibariyle bakıldığında ise de Ürdün, İran, Malezya ve Brezilya önemli avantajlara sahiptir.

Türkiye'ye bakıldığında ise son yıllarda önemli gelişmeler kat ederek dünya standartlarında sağlık hizmeti verme yolunda hızla ilerlemektedir (Gürsoy ve diğerleri, 2017).

Medikal turizmin özellikleri ise aşağıdaki gibi özetlenebilir;

- ✓ Medikal turizmde teknik donanıma sahip ve bunu yapan iş gücünün olması gerekmektedir.
- ✓ Bu turizm türünde sağlık hizmetini sunan kuruluşun uluslararası standartlara uygun olması büyük önem taşımaktadır.

- ✓ Medikal turizm hizmeti sunan sağlık kuruluşunda ortak dil konuşabilen personel bulundurmak gerekmektedir.
- ✓ Hem hasta hem hasta ile birlikte refakatçilerinin de içinde bulunabileceği farklı turizm türlerinin gelişmesini sağlayan buralardan katma değer sağlayabilen bir turizm türüdür.
- ✓ Medikal turizm yapan sağlık kuruluşlarının hedef Pazar olarak gördükleri alanlar için pazarlama ve tanıtım faaliyetlerini desteklemelidir.
- ✓ Kendi lkelerinde izin verilmeyen ve illegal tıbbi uygulamalar yaptırabilmek için medikal turizm tercih etme sebebi en çarpıcı tercih edime nedenlerindedir.
- ✓ Kanada ve İngiltere uzun bekleme listeleri sebebiyle diz ve kalça protez ameliyatları için Hindistan'a giderken; Amerika'da sağlık sigortası olmayan milyonlarca insan Meksika'da daha az ödeme yaparak kaliteli sağlık hizmetine erişebilmektedir (Hastürk, 2011).

Son yıllarda sağlık alanında yapılan olumlu gelişmeler ve beraberinde sağlık turizmi kavramına verilen önemin artması, Türkiye'de sağlık sektörünün önemini arttırmıştır ve bu durum sağlık sektörüne önemli bir ivme kazandırmıştır. Bu bağlamda son beş yıl dikkate alındığında, Türkiye'de sağlık turizminden elde edilen gelirdede kayda değer bir artış yaşandığı ve turizm faaliyetleri içerisinde sağlık turizminin payının da her geçen gün arttığı söylenebilir.

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerine göre sağlık turizmi kapsamında Türkiye'ye gelen turistlerin oranı, 2018 yılı itibari ile bir önceki yıla göre yüzde 27,3 artmıştır. TÜİK verilerine bakıldığında 2018 yılında 551 bin 748 hastanı sağlık turizmi kapsamında Türkiye'yi tercih ettikleri görülmektedir. Geçmiş 20 yıllık periyotta bakıldığında, toplamda 3 milyon 172 bin 789 turist Türkiye'ye sağlık turizmi için geldiği, sadece 2019'un ilk yarısında Türkiye'ye gelen turistlerin sayısının ise 364 bin 138 kişi olduğu görülmektedir. Dolayısıyla sağlık turizmi bağlamında Türkiye'yi ziyaret eden uluslararası hastaların sayısı her geçen gün giderek artmaktadır (TÜİK, 2019).

Medikal turizmin gelişimini sağlayan etkenler;

Sağlık turizmi içinde yer alan kişilerin almak istedikleri sağlık hizmetini en az, buldukları yerlerdeki sağlık hizmeti kadar ve daha az maliyetle sağlık hizmetini talep ettikleri bilinmektedir. Dünya da medikal turizmi etkileyen pek çok sebep vardır. Bu sebepler aşağıdaki maddelerle özetlenebilmektedir (SATURK, 2019).

- ✓ **Artan cepten harcamalar:** Sağlık sigortası sağlayıcıları maliyet artışlarıyla birlikte, hastanelerin talep ettikleri tutarları kişilerle yaptıkları poliçelerle karşılayamadıklarını görmektedirler. Bu sebeple pek çok tıbbi uygulama geri ödeme sisteminden çıkarılmakta ve toptan sağlık hizmeti poliçesi yerine alınacak medikal hizmetler odaklı poliçelere dönüşmektedir. Bu durum pek çok hastalığın kapsam dışında tutulmasına neden olmaktadır. Cepten ödenen tutarların artması, daha ucuz tedavi alma seçeneklerini gündeme getirerek kişilerin ülkeleri dışında sağlık hizmeti alma istemelerini gündeme getirmektedir
- ✓ **Fiyat farklılıkları:** Medikal Turizmin gelişiminde en önemli sebeplerden biri fiyat farklılıkları denilebilir. ABD’ de Kalp By-Pass 123.000 \$ Türkiye’de ise 13.900 \$’a yapılmaktadır. Görüldüğü üzere Türkiye’ de aynı ameliyat aynı kalitede daha ucuza yapılabilmektedir. Bu durum cepten harcama yapan bireyler için ve ödeme yapan sigorta şirketleri için cazip görünmektedir
- ✓ **Bekleme listeleri:** Bazı hastalıklarda uzun bekleme listeleri, insanları alternatif başka çareler aramaya yönlendirmektedir. Örneğin; ağrılarıyla yaşamı çekilmez yapan kalçaya protezi takılması işlemi için batı ülkelerinde 15 ay beklemek gerekmektedir. Bu süre Hindistan’da 10 gün Tayland ve Türkiye’de ise kalça ameliyatı için tetkikler ve ameliyat öncesi hazırlık dahil en fazla 3 gündür.
- ✓ **Akreditasyon:** Sağlık tesislerinin uluslararası kalite sistemlerine, sertifikalar ve akreditasyonlara sahip olmak istemeleri medikal turizmin gelişmesine sebep olmaktadır (SATURK, 2019). Uluslararası hastane akreditasyonu alanında en önemlisi olarak görülen JCI akreditasyonu Türkiye’ de 47 sağlık kuruluşunda bulunmaktadır (Özcan ve diğerleri 2015).
- ✓ **Aracı kurumlar:** Sigorta şirketleri ve hastalar aracı kurumların varlığı sayesinde paket anlaşmalar yaparak, fiyat avantajı sağlamanın yanında görünmeyen masraflardan da kaçınmaktadırlar
- ✓ **Kapsam dışı tedaviler:** Batı ülkelerinin çoğunda, estetik amaçlı yapılan ameliyatlara, diş implant, kozmetik operasyonlar özel sağlık sigorta kapsamı dışında tutulması, bu gibi sağlık hizmetine ihtiyaç duyan insanları ucuz, kaliteli tedavi alacakları merkezlere yönlendirmektedir.
- ✓ **Uluslararası anlaşmalar:** Sağlık turizm alanında hizmetlerin dış kaynaklardan alınmasına en iyi örnek Japonya verilebilmektedir. Japonya emeklilerini yaşlı bakım

hizmetlerini daha ucuz alabileceği ülkelere yönlendirerek hem maliyet avantajı sağlamaktadır hem de bu alandaki gücünü başka yerlerde kullanma imkânı sağlamaktadır.

- ✓ **Yaşlı nüfus:** gelişmiş ülkelerin nüfusunun, % 20'nin 65 yaş üstünde olması ve 2050 yılında bu oranın %50'leri bulacağı tahmin edilmektedir. Yaşlı bakım için kullanılacak genç nüfusun başka alanlarda istihdam edilmesi bu alanda ihtiyaç olduğunu göstermektedir. Ülkeler, yaşlılar için bu hizmeti belirlenmiş kalite standartlarını sağlamış ülkelerle anlaşmalar yaparak gidermektedirler.
- ✓ **Sağlıklı yaşam:** yaşlanan nüfusun yanı sıra genç insanlarda sağlıklı kalmak için beden ve ruh sağlığına daha fazla önem vermektedir. İnsanların bu yeni yaşam tarzları, termal tesisler, fitness merkezleri, mental rehabilitasyon klinikleri gibi alanlara talepte artış olduğu görülmektedir..

Medikal turizmi etkileyen bu gibi sebeplerden de gördüğümüz üzere, ülkeler artık medikal turizminin yapılmasının önemini anlamışlar ve bu konuda çalışmalar yapmaktadırlar.

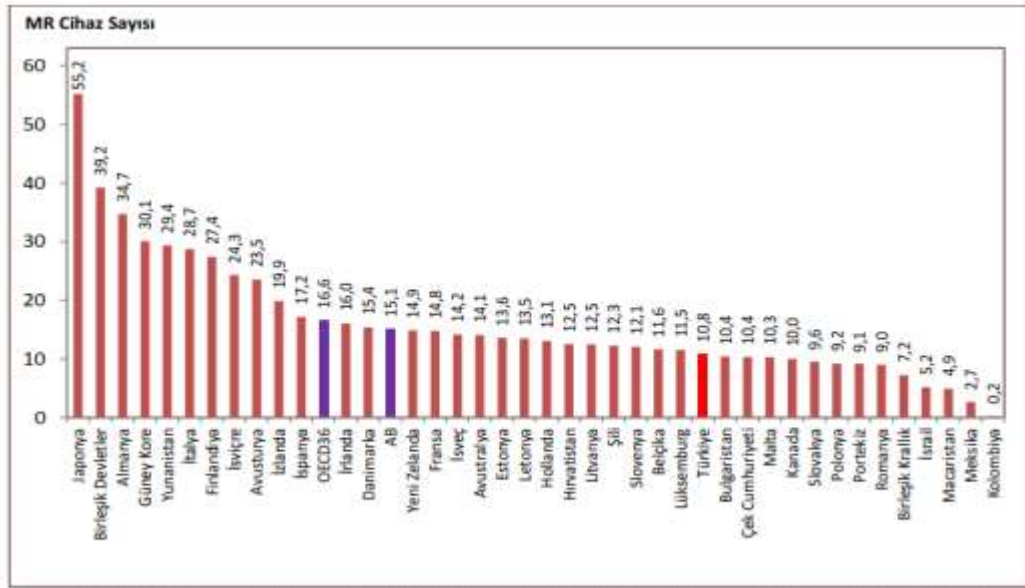
Sağlık Bakanlığının 2020 yılı verilerine göre, Tablo 1'de de görüleceği üzere, Türkiye'de bulunan Sağlık Bakanlığı, Üniversite ve Özel hastanelerde toplam; 939 MR cihazı, 1.248 BT cihazı, 6.080 Ultrason cihazı, 6.538 Doppler Ultrason, 2.823 EKO cihazı ve 982 Mamografi cihazı bulunmaktadır (Tablo 1).

Tablo 1. Türkiye'de hastanelerde bulunan cihaz sayıları, 2020.

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
MR	369	113	457	939
BT	570	144	534	1.248
Ultrason	2.555	946	2.579	6.080
Doppler Ultrason	4.286	588	1.664	6.538
EKO	1.726	311	786	2.823
Mamografi	412	75	495	982

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2021

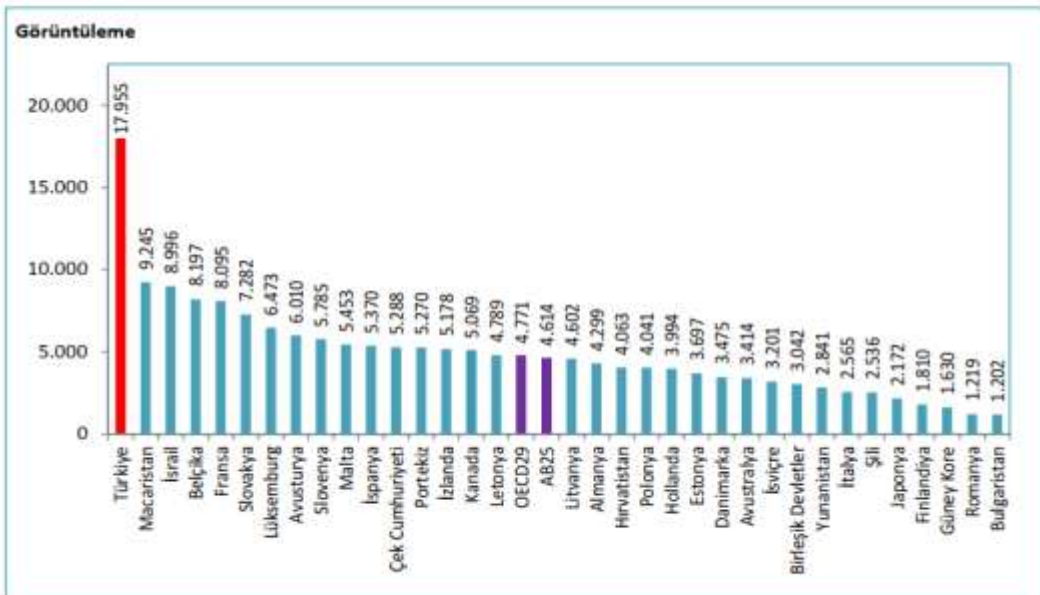
Bir Milyon Kişiyeye Düşen MR Cihazı Sayısının Uluslararası Karşılaştırılmasına bakıldığında; Japonya 55,2 MR Cihazı sayısı ile birinci sırada, Türkiye 10,8 MR Cihazı sayısı ile 15,1 MR Cihazı olan AB ortalamasının altında olduğu görülmektedir. Bir milyon kişiye düşen MR cihazı sayısının Gelişmiş ülkelerde daha fazla olduğu söylenebilir (Grafik, 1).



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, EUROSTAT Veri Tabanı, OECD Health Data 2020
 Not: Türkiye verisi 2019 yılına aittir. Ülke verileri 2018 yılına veya en yakın yıla aittir.

Şekil 1. Bir milyon kişiye düşen MR cihazı sayısının uluslararası karşılaştırılması.

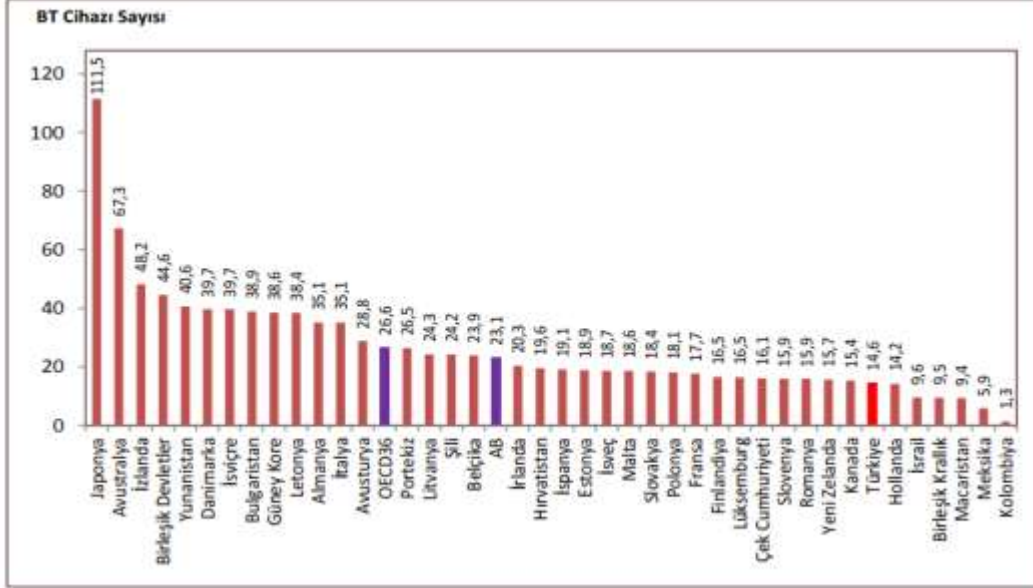
MR Cihazı Başına Düşen, Görüntüleme Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması incelendiğinde; Türkiye’de bu sayı 17.955 ile ilk sırada olup, MR Cihazı Başına Düşen Görüntüleme sayısı 4.771 olan OECD29 ve sayısı 4.614 olan AB25 ülkelerinin önünde yer aldığı görülmektedir (Şekil 2).



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, OECD Health Data 2020, EUROSTAT Veri Tabanı
 Not: Türkiye verisi 2019 yılına aittir. Ülke verileri 2018 yılına veya en yakın yıla aittir.

Şekil 2. MR cihazı başına düşen görüntüleme sayısının uluslararası karşılaştırılması.

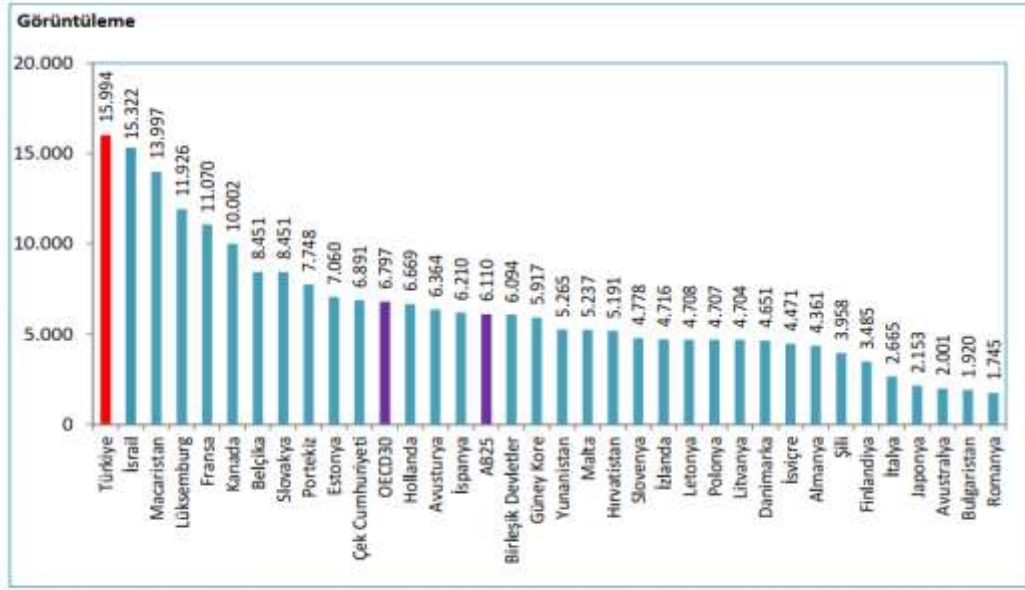
Bir Milyon Kişiyeye Düşen BT Cihazı Sayısının Uluslararası Karşılaştırılmasına bakıldığında; Japonya 111,5 BT Cihaz sayısı ile birinci sırada, Türkiye 14,6 BT Cihazı sayısı ile 23,1 BT Cihazı olan AB ortalamasının altında olduğu görülmektedir. Bir milyon kişiye düşen BT cihazı sayısının Gelişmiş ülkelerde daha fazla olduğu söylenebilir (Şekil 3).



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, EUROSTAT Veri Tabanı, OECD Health Data 2020
Not: Türkiye verisi 2019 yılına aittir. Ülke verileri 2018 yılına veya en yakın yıla aittir.

Şekil 3. Bir milyon kişiye düşen, BT cihazı sayısının, uluslararası karşılaştırılmasına.

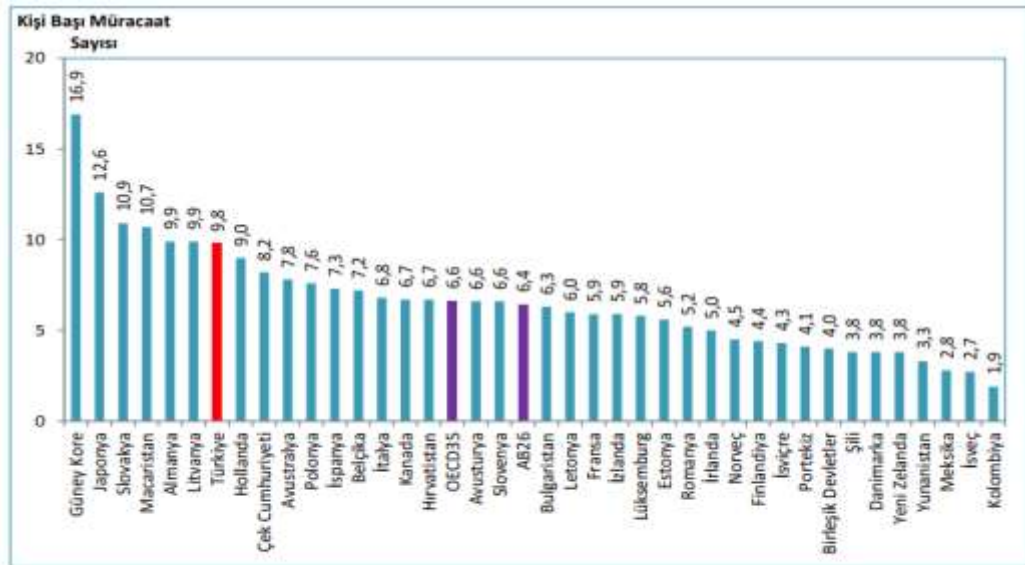
BT Cihazı Başına Düşen Görüntüleme Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması incelendiğinde; Türkiye’de bu sayı 15.994 ile ilk sırada olup, BT Cihazı Başına Düşen Görüntüleme sayısı 6.797 olan OECD30 ve sayısı 6.210 olan AB25 ülkelerinin önünde yer aldığı görülmektedir (Şekil 4).



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, EUROSTAT Veri Tabanı, OECD Health Data 2020
Not: Türkiye verisi 2019 yılına aittir. Ülke verileri 2018 yılına veya en yakın yıla aittir.

Şekil 4. BT cihazı başına düşen görüntüleme sayısının uluslararası karşılaştırılması.

EUROSTAT verilerine göre, kişi başı hekime müracaat sayısının uluslararası karşılaştırılmasına bakıldığında, Güney Kore'nin 16,9 ile ilk sırada olduğu, Türkiye'nin 9,8'lik sayı ile ilk 10 ülke arasına girmiş olup AB ve OECD ortalamasının üzerinde yer aldığı görülmektedir (Şekil 5).

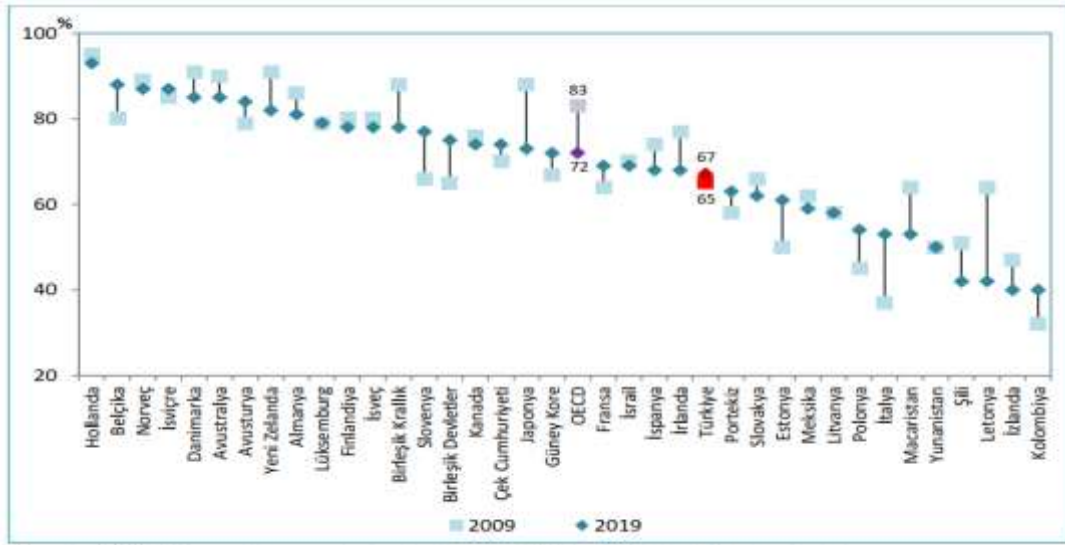


Kaynak: Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, EUROSTAT Veri Tabanı, OECD Health Data 2020

Not: Türkiye verisi 2019 yılına aittir. Ülke verileri 2018 yılına veya en yakın yıla aittir.

Şekil 5. Kişi başı hekime müracaat sayısının uluslararası karşılaştırılması.

Sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranının uluslararası karşılaştırılmasına bakıldığında; Hollanda, Belçika, Norveç, İsveç, Danimarka, Almanya ve Avustralya gibi gelişmiş ülkelerin memnuniyet oranının %80 üzerinde olduğu söylenebilir. Türkiye’de ise sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranının, %67’lik değer ile OECD ortalamasının altında olduğu görülmektedir. Türkiye’de sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranının, İtalya ve Yunanistan gibi ülkelerin sağlık hizmetleri memnuniyet oranından yüksektir (Şekil 6).



Kaynak: TÜİK Yaşam Memnuniyeti Araştırması 2019, OECD Health Data 2020

Şekil 6. Sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranının 2009-2019 uluslararası karşılaştırılması, (%).

Medikal turizm hizmetleri kapsamında, sağlık hizmetleri ve tesisler açısından en iyi ülkeler; Kanada, Singapur, Japonya İspanya, Birleşik Krallık ve Hindistan gibi ülkeler olduğu Tablo 2’de görülmektedir. Bu ülkelerin, sağlık turizmin bir türü olan medikal turizm tercihinde, daha avantajlı ülkeler oldukları söylenebilir.

Ülkelerin sağlık turizm türlerine göre, ön plana çıktıkları destinasyonların farklılaştığı görülmektedir.

Medikal turizmde; Brezilya, Hindistan, Kosta Rika, Malezya, Panama gibi ülkeler, termal turizmde; Hindistan, Malezya, Türkiye, spa/welness turizmde ise Avusturya, Bali, Çek Cumhuriyeti, Macaristan, Maldivler önde gelen ülkeler arasında yer almaktadır (Gülnaz Kantar & Işık, 2014).

Tablo 2. Medikal turizm kapsamında sağlık hizmetleri ve tesisler açısından en iyi 10 ülke.

1	Kanada	6	Dubai
2	Singapur	7	Kosta Rika
3	Japonya	8	Abu Dabi
4	İspanya	9	Hindistan
5	Birleşik Krallık	10	Pakistan

Kaynak: Shifa External Services International Patients Assistance Shifa International Hospitals Ltd.

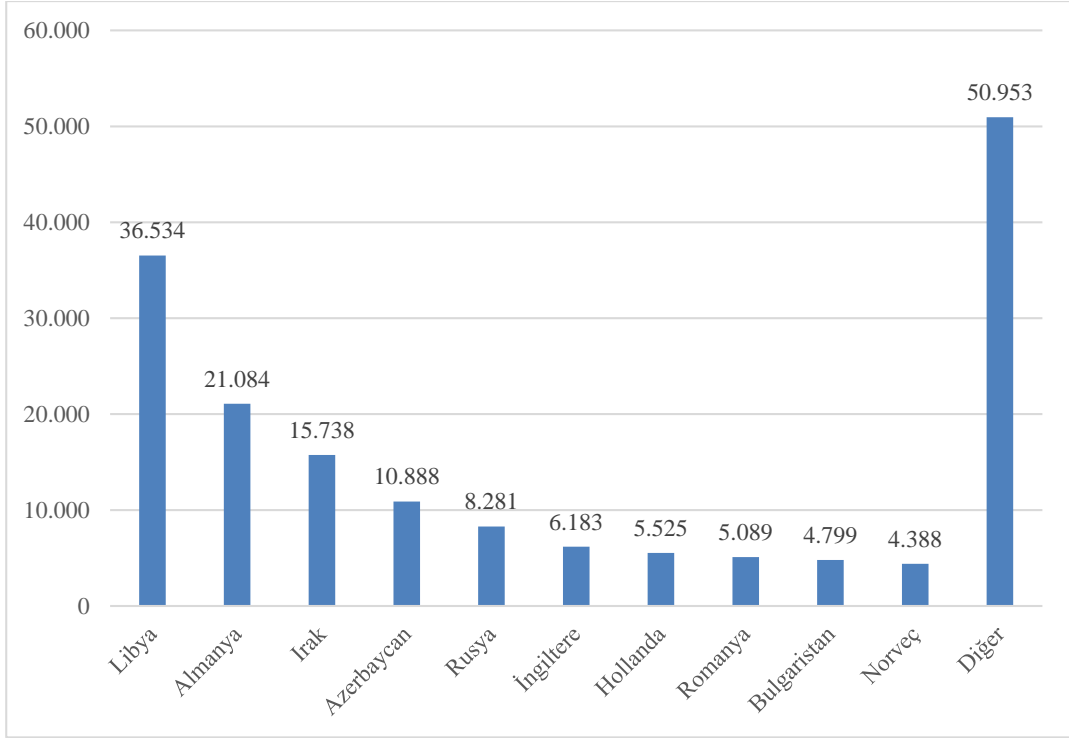
Sağlık Bakanlığı 2013 verilerine göre, Türkiye'ye Uluslararası hastaların en çok geldiği ülkeler; 43.259 hasta sayısı ile Almanya birinci sırada, 38.898 hasta ile Libya ikinci sırada, 27.604 kişi sayısı ile Rusya üçüncü sırada ve 5.511 kişi sayısı ile Bulgaristan dördüncü sırada yer alarak Tablo 3'de verilmiştir.

Tablo 3. Uluslararası Hastaların Geldiği İlk 10 Ülke, 2012.

	Ülke	Sayı
1	Almanya	43.259
2	Libya	38.898
3	Rusya	27.604
4	Irak	16.926
5	Hollanda	14.959
6	Azerbaycan	13.023
7	İngiltere	12.456
8	Romanya	5.685
9	Norveç	5.554
10	Bulgaristan	5.511

Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2013

Türkiye'ye 2012 yılında, medikal turizm kapsamında hastaların en çok geldiği ilk 10 ülke değerlendirildiğinde; 36.534 hasta sayısı ile Libya birinci sırada, 21.084 kişi ile ikinci sırada Almanya, 15.738 kişi ile Irak üçüncü sırada ve 4.388 hasta sayısı ile Norveç'in onuncu sırada yer aldığı görülmektedir. Bu 10 ülke dışında, medikal turizm kapsamında diğer ülkelere gelen hastaların sayısı da 50.953'tür (Şekil 7).



Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2013).

Şekil 7. Medikal turizm kapsamında hastaların geldiği ilk 10 ülke, 2012.

Uluslararası ülkelerden, sağlık hizmeti almak amacıyla ülkemize gelen hastaların geliş nedenlerine bakıldığında; Amerika, İngiltere, Hollanda, Almanya gibi ülkeler Türkiye'den daha pahalı ve daha uzun bekleme sırası olması nedeniyle, Türk Cumhuriyetleri ve Balkan Ülkeleri, Suriye ve Irak gibi ülkeler Sağlık çalışanı yetersizliği, tıbbi donanım eksikliği ve ülkemize yakın komşu olmaları nedeniyle Fransa, Almanya, İrlanda gibi ülkeler, sigorta kapsamına ya hiç alınmayan ya da sınırlı şekilde alınan hizmetler dış hastalıkları gibi nedenlerle ülkemize geldikleri bilinmektedir. Amerika'da ise sağlık giderlerinin yüksek olmasından dolayı, sigortasız insanlar tedavi maliyetleri düşük olan ülkelere gitmektedirler (Sülkü, 2017).

Bir kuzey Afrika ülkesi olan Libya' da 2011 yılında çıkan iç savaş sonucunda, Libya ile Türkiye arasında diplomatik açıdan olumlu gelişmeler yaşanmış ve bu gelişmeler neticesinde de çok sayıda Libya vatandaşı ücretsiz olarak Türkiye'de tedavi edilmiştir. Almanya'da yaşayan Türk vatandaşlarının medikal tedavi için ülkemizi tercih etmeleri Alman turistlerin de Türkiye'yi tercih etmelerinde önemli etken olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2013).

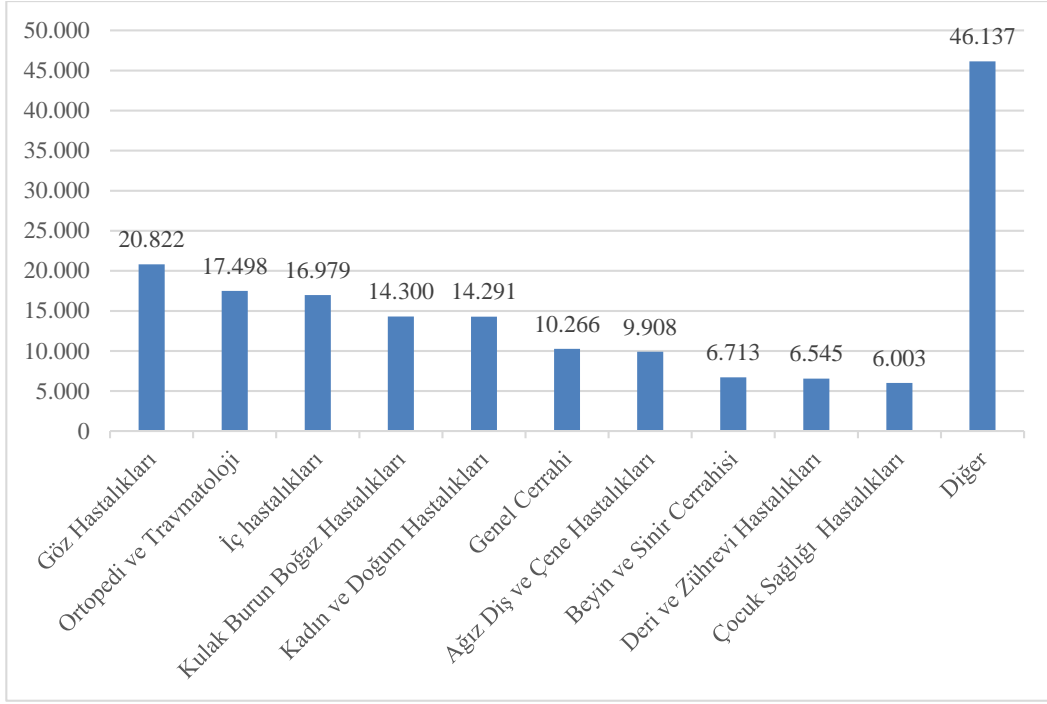
Uluslararası hastaların Türkiye’de en çok tercih ettiği sağlık alanındaki klinik branşlar; KBB, Göz Hastalıkları, Genel Cerrahi, Kadın hastalıkları, İç Hastalıkları, Diş Hekimliği, Ortopedi ve Travmatoloji gibi kliniklerin en çok tercih edildiği görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. Uluslararası Hastaların Türkiye’de en çok tercih ettiği branşlar

Kadın Hastalıklar	Göz Hastalıkları	Genel Cerrahi	Ortopedi ve Travmatoloji
İç Hastalıkları	Tıbbi Biyokimya	Diş Hekimliği	Enfeksiyon Hastalıkları
			KBB

Kaynak: USHAŞ, 2021

Sağlık Bakanlığının 2013 yılı verilerine göre Medikal turizmi kapsamında, Türkiye’ye gelen Uluslararası hastaların tedavi amaçlı en çok tercih ettikleri klinikler değerlendirildiğinde; 20.822 uluslararası hasta Göz Hastalıkları Kliniklerini, 17.498 uluslararası hasta, ortopedi ve travmatoloji, 16.979 kişi iç hastalıklarını ve bu klinikleri takiben kulak burun boğaz, kadın ve doğum hastalıkları, genel cerrahi ve ağız diş ve çene hastalıkları şeklinde en çok tercih edilen klinikler olduğu görülmektedir. Bu durum ele alındığında, medikal turizm alanında yukarıda tercih edilen kliniklerin, ön planda olduğu söylenebilir (Grafik, 8). Türkiye’deki bazı özel göz hastanelerinin ileri teknolojiye sahip oldukları, kaliteli hizmet verdikleri, akredite oldukları ve uluslararası tanıtım yaptıkları bilinmektedir (Sülkü, 2017). Türkiye’de medikal turizmin gelişmiş ülkelere göre daha çok tercih edilebilmesi için tıbbi ve sağlık kuruluşlarında, ileri teknolojiye sahip tıbbi cihazların bulundurulması, bu kuruluşların sağlık turizm alanında uluslararası akreditasyonlara sahip olması ve daha kaliteli hizmet vermeleri gerektiği söylenebilir.



Kaynak: Sağlık Bakanlığı, 2013

Şekil 8. Medikal turizm kapsamında Türkiye'ye gelen hastaların kliniklere göre dağılımı.

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kaliteli ve görece ucuz olması uluslararası rekabet avantajı yaratarak medikal turizmin gelişime imkân yaratmakta ve gelişimini hızlandırmaktadır. "Küresel Değişen Pazarda Esneklik ve Yeniden Keşif" başlığı ile 2014 yılında yayınlanan bir raporda Türkiye'nin dünya sağlık turizmi sıralamasında 7. Sırada yer aldığı görülmektedir. Raporda Türkiye'ye bakıldığında gerek kurumsallaşma gerekse kalite ve deneyim noktasında Arjantin, Brezilya, Hindistan, Malezya ve Tayland gibi ülkeler ile medikal turizm alanında önde gelen ülkeler konumunda gösterilmektedir (Kılınç, 2017).

Türkiye'nin medikal turizmdeki temel hedefi: "Hem tedavi için gelen hastaların hem de ailelerinin beden ve ruhen sağlık hizmeti almalarını, aynı zamanda da tedavi oldukları bölgede turizm potansiyelinden yararlanmalarını sağlamaktır." (Toprak ve diğerleri, 2014).

2.2.1.2. İleri Yaş ve Engelli Turizmi

Dünyada olduğu gibi ülkemizde de yaşlı nüfus denildiğinde 65 yaş üstü insanlar tanımlanmaktadır. Gelişmiş ülkelerde doğum oranının düşmesi ve yaşlılık süresinin uzaması toplam nüfus içindeki yaşlı nüfusun sayısının arttığı anlamına gelmektedir. Ülkemizde yaşlı

nüfusun son 7 yıl içinde ki verileri incelendiğinde; 2015 yılında 6 milyon 495 bin 239 kişi olan yaşlı nüfusun 2021 yılında 8 milyon 245 bin 124 kişiye yükseldiği görülmektedir. Yıllara göre toplam nüfus içindeki yaşlı nüfusun oranına bakıldığında, 2015'te bu oranın %8,2 olduğu ve 2021 yılında ise bu oranın %9,7'ye çıktığı görülmektedir (Tablo 5). TÜİK nüfus projeksiyon verilerine göre yaşlı nüfus oranının Türkiye'de 2025 yılında %11'e, 2030 yılında %12,9'a, 2040 yılında %16,3'e, 2060 yılında %22,6'ya ve 2080 yılında %25,6'ya çıkacağı öngörülmektedir (TÜİK, 2020). DSÖ ve BM verilerine göre ise 2050 yılında 65 yaş ve üstü (65+) bireylerin sayısının 2 milyara yaklaşacağı öngörülmektedir (Altındış, 2015).

Tablo 5. Türkiye'de yıllara göre 65 yaş ve üstü yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki varlığı.

	Toplam (%)	Erkek (%)	Kadın (%)	Erkek	Kadın	Toplam
2015	8,2	7,2	9,3	2.843.442	3.651.797	6.495.239
2016	8,3	7,3	9,4	2.919.392	3.732.111	6.651.503
2017	8,5	7,5	9,6	3.033.433	3.861.952	6.895.385
2018	8,8	7,7	9,8	3.170.132	4.016.072	7.186.204
2019	9,1	8,0	10,2	3.337.260	4.213.467	7.550.727
2020	9,5	8,4	10,6	3.513.892	4.439.663	7.953.555
2021	9,7	8,6	10,9	3.654.709	4.590.415	8.245.124

Kaynak: TÜİK, 2022

Dünya geneline bakıldığında yaşlı nüfus oranı bakımından ilk sıradaki ülkelerin Monako (%33,5), Japonya (%28,5) ve Almanya (%22,9) olduğu görülmektedir. Türkiye'ye bakıldığında ise yaşlı nüfus oranı bakımından Türkiye'nin 167 ülke arasında 66. Sırada yer aldığı görülmektedir (TÜİK, 2020).

Bu verilerden de görüldüğü üzere yaşlı nüfus tüm dünya da giderek artmaktadır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde özellikle gelişmiş ülkelerde yaşlılar, sıra beklemeden, uygun maliyetli, kaliteli sağlık hizmeti alabilecekleri yerlere gitmek istemektedirler. Günümüzde artık sağlık politikalarını belirlemedeki önemli faktörlere bakıldığında; yaşlı nüfus oranı, kronik hastalıklarda ki artış, bakım ve tedavi maliyetlerinin artması ve sağlık alanında çalışan insan gücünün yetersiz olması gibi nedenler sayılabilir. Bu gibi nedenlerin yanı sıra yaşlı ve engelli bireylerin, tatil ve gezme amaçlı da farklı yerlere gitmek istemeleri sağlık turizminin gelişmesindeki önemli faktörlerdendir (Altındış, 2015).

Sağlık turizminin bir dalı olan Geriatri Turizmi, 65 yaşın üzerinde olan bir veya daha fazla kronik rahatsızlığa sahip insanların bakımlarını, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini sağlamak üzere gittikleri ülkelerdeki bakım evleri, klinikler ve bu alanda ki özel merkezleri kapsamaktadır (Bayar, 2019).

Seyahat etme ve turizm faaliyetlerine katılma insanların yaşam kalitelerinin yükselmesini sağlamaktadır. Bu faaliyetler toplumdaki her birey için haklıdır. Engelli bireyin bu hakka erişiminin engellenmesi, seyahat etme özgürlüğünün kısıtlanması, sosyal bir hakkın ihlal edilmesi anlamına gelir ve eşitlik ilkesine de aykırıdır. (Tütüncü ve diğerleri 2013).

Birleşmiş Milletlerin (BM) tanımına göre (2019), bedensel veya ruhsal olarak doğuştan veya sonradan oluşan bir eksiklik sonucunda, kişisel ve sosyal yaşamlarında yapmaları gereken işleri kendi başlarına yapamayanlar engelli olarak tanımlanmaktadır (BM, 2019).

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde, sağlık hizmetlerinin çeşitlilik arz etmesi, teknolojik gelişmeler neticesinde bu alanda kullanılacak tıbbi cihazların bulunması yanında o ülkelerde farklı turistik öğelerin, destinasyonların olması, kolay ulaşım ve bununla birlikte yasal mevzuatlardaki kolaylıklar, yaşlı ve engelli bireylerin ilgisini çekmektedir (Aydemir & Kılıç, 2017).

Yaşlı ve engelli turistler, kendileri için turizm’ de planlamalar yaparak kolaylıklar sağlayan ülkelerin tercih ederek Klinik Konukevleri– Geriatri Tedavi Merkezleri – Bakım Evlerinde eğitim almış sertifikalı personel tarafından uygulanan tedavi ve rehabilitasyon hizmeti almak istemektedirler(Aydın ve diğerleri 2011).

2.2.1.3. Termal turizm ve Spa-Wellness

Yaşlı nüfusun dünya genelinde artış eğiliminde olması, kronik rahatsızlıkların ve tıbbi tedavi maliyetlerinin artması ve bu noktada doğal kaynakların daha çok tercih edilmesi vb. sebeplerle termal alanlara sahip turizm destinasyonlarına ve termal otellere yönelik talepte önemli bir artış yaşandığı görülmektedir (Sandıkçı, 2018).

Kültür ve Turizm Bakanlığı’na (2019) göre termal turizm; çamur ve termomineral su banyosu, inhalasyon ve içme vb. gibi termal tedavi yöntemlerinin yanında iklim kürü, fizik tedavi ve rehabilitasyon, egzersiz ve diyet gibi yan tedavileri içerisinde barındıran

uygulamalar ile termal suların eğlence amacıyla kullanılmasını kapsayan bir turizm türü olarak tanımlanmaktadır.

İnsanları turizme yönlendiren sebeplerden bir tanesi de şüphesiz sağlıktır. Yüzyıllar boyunca insanlar hasta iseler tedavi olmak için ya da hastalıklardan korunmak için termal sulardan faydalanmışlardır. Özellikle termal su kaynaklarının içerisinde bulunan tuzlar ve mineraller tedavi amacıyla kullanılmıştır ve halada kullanılmaktadır. Söz konusu bu termal sular tıbbi olarak ta bir tedavi yöntemi olarak kabul edilmektedir. Bu bağlamda termal turizmi sağlık turizmi kapsamında bir turizm türü olarak değerlendirilmektedir (Tuna, 2019).

Diğer taraftan termal turizm gelişmiş ülkelerde bir yaşam ve kültür biçimi olarak faaliyet göstermektedir. Özellikle bu ülkelerde işgücü verimliliğini arttıran ve aynı zamanda halk sağlığı için büyük önem arz eden bir konuma sahiptir. Termal turizm, diğer turizm türleriyle birleştirilerek bütün bir yıl geneline yayılması sağlanabilmektedir (Türksoy & Türksoy, 2010). Şifalı termal su kaynakları tarih boyunca korunmuş günümüze kadar gelmiştir. Günümüzde de geliştirilerek birer kaplıca merkezleri haline gelmiştir (Özbek, 2015).

Türkiye’de termal turizmin geçmişi incelendiğinde; tarihinin çok eskilere dayanması, sınırlarımız içindeki tarihi tesislerin çok olması ve termal sıcak su kaynağı bakımından zengin olması ile ülkemizin önemli bir potansiyele sahip olduğu söylenebilir. Ayrıca jeotermal kaynaklar bağlamından ülkemiz 1500’den fazla sayısı ile Avrupa’da birinci, dünyada ise 7.sırada bulunmaktadır. Ülkemizde bulunan bu kaynakların fiziksel ve kimyasal özellikleri, debisi ve sıcaklık açısından bakıldığında ise Avrupa’dan üstün olduğu söylenebilmektedir. Ayrıca, termal kür süresi 300 olması ile kür süresi yaklaşık 120 olan Avrupa’dan önde gelerek termalin tedavi ediciliği yönünden avantaj sağladığı söylenebilmektedir (Ezgi ÖZKAN, 2019).

2.3. Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Turizminin Gelişimi ve Değerlendirilmesi

Tarihte, kentsel yaşamın temellerini artmış kabul edilen ilk medeniyet Sümerlerdir diyebiliriz. M.Ö 4000’’ere kadar uzanan tarihsel geçmişte bu yaşam şekliyle insanlar bir araya gelerek kendi bölgelerini oluşturmuşlardır. Bu gelişmenin uzantısı olarak insanların yaşadıkları bölgeden uzaklaşıp tekrar aynı bölgeye gelmeleri turizm için alt yapı oluşturmuştur (Kozak ve diğerleri 2013). Pek çok sebeple insanlar yaşadıkları yerlerden

ayrılmak zorunda kalmışlardır. İlk çağlarda insanlar yaşamının temel kaynağı olan beslenme ihtiyacını gidermek seyahat ettikleri bilinmektedir. Bunun yanı sıra sağlık, yeni yerler görmek ve dini amaçlarla da seyahat nedenlerinin farklılaştığı söylenebilmektedir. Eski Yunan'da olimpiyatlar önemli bir seyahat sebebi olarak görülmekteydi. İnsanlar bu yarışmalara katılmak için geçtikleri yerlerde konaklayarak turizmin öncüsü olmuşlardır. Orta çağda turizmin temel kaynağı din olgusudur. Yakın çağda ise sanayi ve ulaşımda gelişmeler turizm hareketini ilerletmiştir (Altundiş, 2018).

Dünyanın ilk sağlık merkezi olarak bilinen yer Asklepios tapınakları olduğu bilinmektedir. Bu gibi tapınaklar insanların acılarını dindirmek ve hastalıklarını iyileştirmek için şifa veren kutsal yerlerdir. Demir (2013)'e (Demir, 2013)göre Olimpos'taki Zeus Sığınağı ile Delfi Tapınağı bu dönemdeki tapınaklara örnek gösterilebilir. Kapsamlı olarak sağlık turizminin temellerinden birinin de burada atıldığı söylenebilmektedir (Şengül & Bulut, 2019).

Hindistan'da M.Ö X. YY 'da yaygın olarak kullanılan bir yöntem olan ayurveda kelime olarak ' sağlıklı yaşama bilimi' anlamına gelmektedir. Hastalık belirtisi ortaya çıktıktan sonra tedavi etmek yerine ortaya çıkışını engelleyerek, sağlıklı yaşama odaklanıp fiziksel ve zihinsel olarak iyi olması diye özetlenebilir (CEYHAN & YİĞİT, 2017). Roma döneminde, savaşlarda yaralı ve yorgun düşen askerlerin iyileştiği ve zindeleştigi şifalı sular üzerine tesisler kurduğu bilinmektedir (Bulut, 2019) Şengül, H., & Bulut, A. (2019).

Bu dönemde sağlık turizmi diyebileceğimiz bu hareketlere daha sonraları hakkında değişim yaşanmış tedavi merkezleri şeklini almıştır. Roma'da ılıca olarak tanımlanan bu sıcak su banyoları birer sağlık tesisi olmakla birlikte ayrıca üst tabakadakiler ve zenginler için spor yapılan, eğlenilen, dinlenen alanlara dönüşmüş ve şairlerin hatiplerin tartışma yerleri haline gelmişlerdir (Ertuğrul, 2009).

15 ve 16 YY. 'da Avrupa ki düşük hijyen ve sağlıksız çevre, elit insanlar doğal kaplıcalar ve termal kaynaklar ile doğası elverişli deniz kıyılarına seyahat ederek, bu bölgelerde şifa bulmayı amaçlamıştır. Avrupa'da sağlık turizmi ise 16. YY.'da Roma hamamlarının keşfiyle başlamıştır. Böylece bu seyahatler ile bilinmeyen yerlerin bulunmasının yanı sıra insanların görme, gezme isteği merak duygusu nedeniyle, yapmış olduğu yolculuklar özellikle İngiliz kraliyet ailesinin desteği ile de çok meşhur olmuştur.

18. YY.'da İngiltere'de başta sanatoryumlar olmak üzere kaplıcalarda önemli artışlar yaşanmış, mineralli suların şifa amaçlı kullanımı yaygınlaşmıştır (Aksoy & Yılmaz, 2019).

Bu yüzyılda Avrupalı zenginler kaplıca tedavisi amacıyla Nil nehri kıyılarına bile gitmişlerdir (Aydın, 2012). Amerika'nın keşfinden sonra, Avrupalılar Amerikalı yerlilerinin hastalıkları iyileştirme sanatındaki ustalıklarını öğrenmişler ve onlar için gidebilecekleri sağlık amaçlı yeni duraklar olmuştur(Kozak ve diğerleri 2015). Günümüzde ise sağlık turizmi unsurlarının gelişimini 19.yüzyıldan başlatmak doğru olacaktır. Bu yüzyılda, hızlı kentleşme ve sanayileşme, çağın hastalığı tüberkülozun ortaya çıkmasına neden olmuştur. İnsanlar sağlıklarına kavuşmak için deniz ve dağ havası alabilecekleri yerlere seyahat etmişlerdir (Bilge 2010). 20 yüzyılda ise sağlık amaçlı yapılan seyahatler çeşitlenmiş, bu bağlamda, well-being ve fitness kelimelerinin birleşimi ile oluşan wellness kavramı ortaya çıkmıştır. Ruh, zihin, bedenin iyilik halini dengede tutarak, üst seviyelere taşımak anlamına gelen gelmektedir (Ergüven & Ergüven, 2012). Bu yüzyılda tıp adına bakıldığında az gelişmiş ülkelere tedavi amaçlı Avrupa ve ABD gibi gelişmiş ülkelere yapılan seyahatler yapıldığı görülmektedir (SB, 2011).

Günümüze gelindiğinde ise; ülkelerin gelir kaynaklarının önemli bileşenlerinden biri de turizmdir denilmektedir. 1970'li yıllara kadar turizm faaliyetlerinin tarihi yerleri görmek, gezmek ve deniz, kum, güneş turizmi olduğu bilinmektedir (Moloğlu, 2015). 20. YY.'da teknolojinin de gelişmesi ile birlikte sağlık alanındaki müspet gelişmeler sağlık ürünlerinin fiyatlarının artmasına yol açmış, 80'li ve 90'lı yıllarda ABD vatandaşları tedavi almak amacıyla ülke dışına yönelik seyahatler gerçekleştirmişlerdir (Akar, 2020). 21. Yüzyıldan itibaren klasik turizm olarak adlandırdığımız turizmin farklı türleri oluşmuş ve bu bağlamda insanlık tarihi kadar eski olduğu bilinen sağlık turizmi doğmuştur (Moloğlu, 2015).

Ülkemize bakıldığında ise özellikle sağlık turizmi kavramı son yıllarda önemli atılımlar gerçekleştirmiştir. Konuyla ilgili bilimsel yazın gerek içerik gerekse kapsam olarak hızlı bir şekilde gelişmektedir. Alan yazında sağlık turizminin alt bileşenlerine bakıldığında medikal turizm, ileri yaş (geriatri), termal turizm ve engelli turizmi şeklinde bir tasnif yapıldığı görülmektedir.

BEBKA (2016)'ya göre; ülkeler arasında işbirliklerinin artması, ülke vatandaşlarının ülkelerarası seyahat imkanlarının gelişmesi ve vize vb. seyahati engelleyici hususların azalması ve en önemlisi de sağlık turizmi sonucunda yaratılan gelirin ülkelerin gelirinde ciddi artışlara yol açması gibi sebeplerle , birçok ülkede sağlık turizminin geliştirilmesi ulusal bir turizm politikası hedefi haline gelmiştir.

Turizm Bakanlığı (2019) sağlık turizmi kavramını kısa bir tanımla ile tedavi amacı ile yapılan seyahatler olarak tanımlamıştır. Bayar (2019)'a göre bu aktiviteler taburcu olduktan sonraki süreçleri de içerisinde barındırmaktadır. Bu noktada Özsarı ve diğerleri (2013)'e göre sağlık turizminde hedef kitleyi, sağlık sorunları yaşayan hastalar ile ileride sağlık sorunu yaşamak istemeyen sağlıklı yaşama duyarlı kişiler oluşturmaktadır.

TÜİK verilerine göre, OECD ülkelerinden Türkiye'ye en çok giriş yapan ziyaretçi sayısının Fransa vatandaşı, ikinci sırayı İtalya vatandaşı ve son sırayı ise Macaristan vatandaşı almaktadır. Fakat 2020 yılında, dünyayı etkisi altına alan COVID-19 salgınının başlaması ile birlikte, Türkiye'ye giriş yapan yabancı ziyaretçi sayısının 2019 yılına göre ciddi oranda azalma meydana geldiği söylenebilir (Tablo 6).

Tablo 6. Milliyete göre yıllık giriş yapan yabancı ziyaretçi sayıları (Avrupa ve OECD Ülkeleri).

	2017	2018	2019	2020	2021
Fransa	9.927.582	13.074.403	15.162.487	3.571.777	7.221.277
Hollanda	578.524	731.379	875.957	311.708	621.493
Almanya	799.006	1.013.642	1.117.290	271.526	645.601
İtalya	3.584.653	4.512.360	5.027.472	1.118.932	3.085.215
İngiltere	205.788	284.195	377.011	72.619	116.806
İrlanda	1.658.715	2.254.871	2.562.064	820.709	392.746
Danimarka	50.102	71.221	96.886	26.176	36.947
Yunanistan	269.026	326.278	335.877	44.694	111.499
Portekiz	623.705	686.891	836.882	136.305	157.723
İspanya	26.727	39.948	54.130	12.893	26.379
Belçika	106.757	178.018	257.342	54.381	104.848
Norveç	419.998	511.559	557.435	138.729	339.529
İsveç	116.180	161.789	208.330	25.100	54.633
Finlandiya	289.134	384.397	444.285	93.703	192.872
Avusturya	97.112	128.860	135.192	15.003	32.809
İsviçre	287.746	353.628	401.475	112.126	284.095
Polonya	206.479	269.649	311.107	127.643	219.591
Çek Cumhuriyeti	296.120	646.365	880.839	145.908	585.076
Slovakya	126.567	228.251	311.359	15.642	89.734
Macaristan	97.967	157.003	207.108	8.648	37.963

Kaynak: TÜİK, 2021

Aşağıdaki Tablo 6'da görüldüğü üzere, Türkiye'ye ABD, Kanada, Japonya, Meksika, Letonya, Litvanya ve Bulgaristan gibi ülkelerden yıllık olarak giriş yapan ziyaretçi sayısı 2017 ve 2021 yılları itibariyle gösterilmektedir (Tablo 5).

Tablo 6. Milliyete göre yıllık giriş yapan yabancı ziyaretçi sayıları (Devamı)

		2017	2018	2019	2020	2021
Diğer Oecd Ülkeleri	A.B.D	329.257	448.327	578.074	148.937	371.759
	Kanada	81.196	108.272	139.164	34.210	72.034
	Meksika	19.632	36.737	66.557	12.775	34.705
	Japonya	49.323	81.931	103.320	19.122	7.153
	Avustralya	77.153	96.488	120.837	15.109	15.674
Diğer Avrupa Ülkeleri	Estonya	48.024	61.707	77.041	5.113	47.597
	Letonya	46.536	65.868	86.051	9.392	44.760
	Litvanya	134.264	199.371	229.704	14.194	114.227
	Romanya	423.868	641.484	763.320	269.076	496.178
	Bulgaristan	1.852.867	2.386.885	2.713.464	1.242.961	1.402.795
	Arnavutluk	103.593	125.935	134.869	49.667	89.748
	Slovenya	25.105	40.716	50.414	8.108	18.580
	Hırvatistan	23.630	44.188	56.465	16.566	29.464
	Bosna Hersek	90.378	120.480	144.445	61.651	131.347
	Kuzey Makedonya	172.851	209.519	222.862	115.483	182.045
Sırbistan	146.852	225.312	282.347	129.284	238.852	
	K.K.T.C	245.858	256.343	255.986	57.601	65.882

Kaynak: TÜİK, 2021

Sağlık turizminde hareketliliği sağlayan bir diğer hususta döviz kurlarındaki ve dolayısıyla fiyatlardaki dalgalanmalardır. Bu bağlamda sağlık turizmi faaliyetlerinde bulunan bir ülkenin para biriminin değer kaybetmesi ya da kazanması uluslararası alanda rekabet avantajını da etkilemektedir. Örneğin parası değer kazanan bir ülkede söz konusu sağlık ürünleri görece pahalılaşacağı için rekabet avantajı azalmakta, buna karşın parası değer kaybeden bir ülkede sağlık ürünlerinin fiyatı görece ucuzlayacağı için rekabet avantajı artmaktadır. Diğer taraftan özellikle bazı batı ülkelerinde yüksek maliyetleri nedeniyle sağlık sigortası kapsamı dışında bırakılan diş ameliyatları ve estetik amaçlı operasyonlar gibi uygulamalar söz konusu ülkelerde yaşayan insanların bu hizmetleri görece daha ucuz olduğu diğer ülkelere karşı rekabet avantajını arttırmaktadır (Soysal, 2017).

TÜİK verilerine göre, Türkiye'ye yurt dışında ikamet eden yabancı ziyaretçi sayısı; 2001 yılında 11.276.531 ziyaretçi, 2020 yılında ise 12.708.265 ziyaretçi gelmiştir. Aslında 2001 yılından itibaren Türkiye'ye gelen, yurtdışında ikamet eden ziyaretçi sayısı 2016 ve 2020 yılları hariç sürekli bir artış gösterdiği söylenebilir. Türkiye'de 2016 yılında meydana gelen bazı iç karışıklıklardan dolayı ve 2020 yılında itibaren tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 Pandemisi nedeniyle yurt dışında ikamet eden ziyaretçi sayısında ciddi azalmalar meydana geldiği görülmektedir. Ayrıca Türkiye'ye, 2001 yılında yurt dışında ikamet eden 2.173.596 vatandaş ziyaret ederken, 2019 yılında ise bu sayı 7 milyon civarına yükseldiği görülmektedir. Yani 2020 yılı hariç, yurt dışında ikamet eden vatandaş ziyaretçi sayısında sürekli artış yaşandığı söylenebilir (Tablo 7).

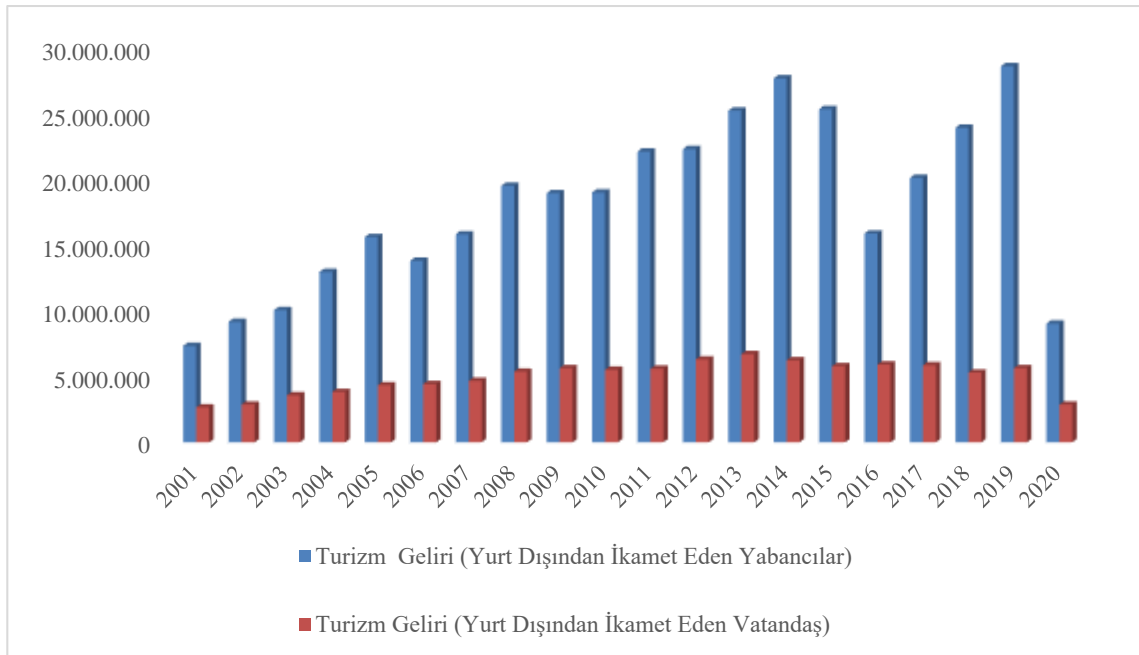
Tablo 7. Yurt dışında ikamet eden vatandaş ve yabancı ziyaretçi sayısı ile yurt dışında ikamet eden vatandaş ve yabancı ziyaretçi geliri.

Yıl	Turizm Geliri (Yabancı Ziyaretçi) (000 \$)	Turizm Geliri (Yurt Dışında İkamet Eden Vatandaş) (000 \$)	Toplam Turizm Geliri (000 \$)	Yurt Dışında İkamet Eden Yabancı Ziyaretçi Sayısı	Yurt Dışında İkamet Eden Vatandaş Ziyaretçi Sayısı	Ortalama Geceleme Sayısı (Yurt Dışında İkamet Eden Yabancılar)	Ortalama Geceleme Sayısı (Yurt Dışında İkamet Eden Vatandaşlar)
2001	7.386.246	2.680.909	10.067.155	11.276.531	2.173.596	-	-
2002	9.235.506	2.891.248	12.126.754	12.921.982	2.292.532	-	-
2003	10.141.116	3.600.411	13.741.527	13.701.419	2.600.634	8,5	23,8
2004	13.061.118	3.862.552	16.923.670	17.202.996	3.059.644	8,2	24,1
2005	15.725.813	4.374.383	20.100.196	20.522.621	3.601.880	7,9	23,9
2006	13.918.757	4.463.614	18.382.371	19.275.948	3.872.721	9,4	24,4
2007	15.936.347	4.703.850	20.640.197	23.017.081	4.197.907	8,8	24,1
2008	19.612.296	5.418.439	25.030.735	26.431.124	4.548.855	8,8	22,7
2009	19.063.702	5.690.629	24.754.331	27.347.977	4.658.172	8,9	23,9
2010	19.110.003	5.558.366	24.668.370	28.510.852	4.517.091	8,7	22,9
2011	22.222.454	5.638.484	27.860.939	31.324.528	4.826.800	9,1	22,4
2012	22.410.365	6.354.379	28.764.743	31.342.464	5.121.457	9,0	21,4
2013	25.322.291	6.760.180	32.082.471	33.827.474	5.398.752	8,6	19,7
2014	27.778.026	6.289.260	34.067.287	35.850.286	5.564.784	8,6	18,5
2015	25.438.923	5.843.074	31.281.997	35.592.160	6.025.370	8,7	17,5
2016	15.991.381	5.964.853	21.956.234	25.265.406	6.099.924	9,8	17,4
2017	20.222.971	5.908.752	26.131.723	32.079.527	6.540.819	9,6	16,9
2018	24.028.311	5.345.472	29.373.784	38.951.902	6.676.771	9,0	15,3
2019	28.704.946	5.688.271	34.393.217	44.712.970	7.147.072	8,9	15,9
2020	9.097.118	2.886.859	11.983.976	12.708.265	3.118.001	10,2	21,1

Kaynak: TÜİK, 2020

Türkiye'ye toplam turizm geliri 2001 yılında 10.1 milyar dolar civarında bulunurken, 2019 yılında bu değer yaklaşık 34.4 milyar dolara yükselmiştir. Türkiye'ye, yurt dışında ikamet eden yabancı ziyaretçilerden elde edilen gelir, yıllar itibariyle dalgalanmalar gösterse de 2016 yılı hariç, 2019 yılına kadar artış eğiliminde olduğu görülmektedir. İkametgahı yurt dışında olan vatandaşlardan elde edilen turizm geliri, 2020 yılı hariç 2001 yılından itibaren artış göstermektedir (Şekil 9).

Bilindiği üzere, diğer sektörlerden elde edilen gelir, bir ülkenin gelişimi ve kalkınması için ne kadar önemliyse, turizm sektöründen elde edilen gelir miktarının da sürekli artış göstermesi, ülke ekonomilerinin büyümesi için büyük bir önem taşımaktadır. Türkiye'ye yurt dışından ikamet eden yabancı ve vatandaş ziyaretçi sayısının daha çok gelmesi ve özendirilmesi için; gelişmiş ülkelerdeki nitelikli turizm hizmetlerinin (yeme, içme, konaklama, seyahat sağlık vb.) sunulması gerektiği söylenebilir.

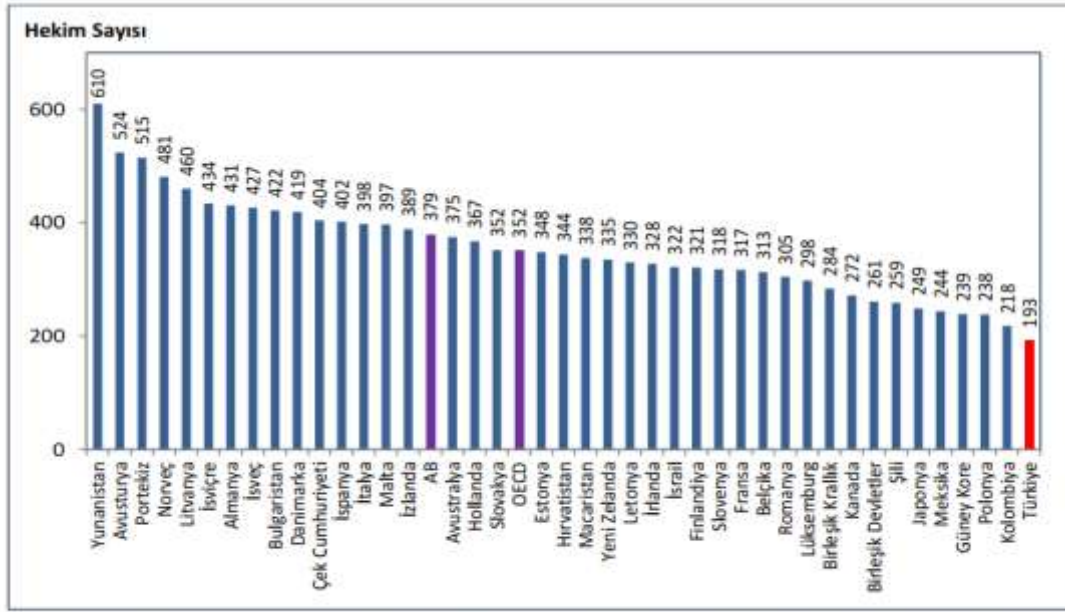


Kaynak: TÜİK, 2020

Şekil 9. Yurt dışından ikamet eden vatandaş ve yabancı turizm geliri.

Dünyada 100.000 Kişiye Düşen Toplam Hekim Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması değerlendirildiğinde, Yunanistan 610 hekim ile birinci sırada, Avusturya 524 hekim sayısı ile ikinci sırada ve Portekiz yüz bin kişi başına düşen 515 hekim sayısı ile üçüncü sırada yer almaktadır. Bu ülkeleri sıralamada takip eden ülkeler ise Norveç, İsveç, Almanya ve

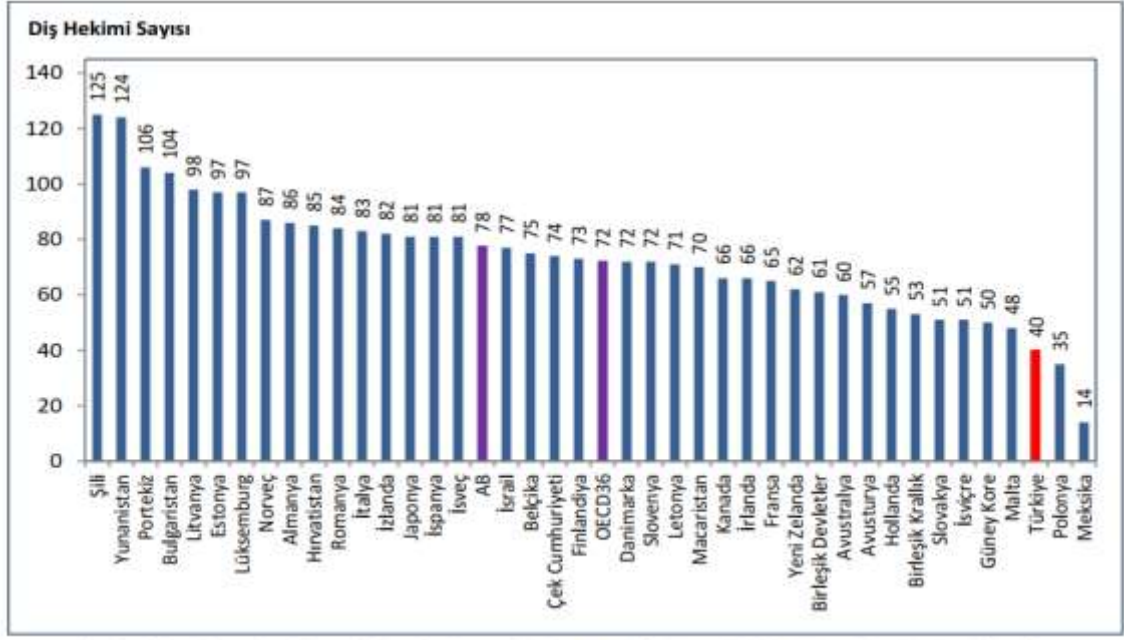
Danimarka gibi gelişmiş ülkeler olduğu görülmektedir. Türkiye’de yüz bin kişi başına düşen hekim sayısı, 193 olup AB ve OECD ortalamasının altında ve Kolombiya’dan sonra son sırada yer almaktadır. Uluslararası sağlık göstergelerinin gelişimini ve karşılaştırılmasını yansıtan yüz bin kişi başına düşen hekim sayısı, önemli bir gösterge olup kaliteli sağlık hizmetleri sunumunun olabilmesi açısından, sayının artırılması gerektiği söylenebilir (Şekil 10).



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, OECD Health Data 2020, EUROSTAT Veri Tabanı
Not: Türkiye verisi 2019 yılına aittir. Ülke verileri 2018 yılına veya en yakın yıla aittir.

Şekil 10. 100.000 kişiye düşen toplam hekim sayısının uluslararası karşılaştırılması, 2018.

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, OECD ve EUROSTAT verilerine göre, 100.000 Kişiye Düşen Toplam Dış Hekimi Sayısının Uluslararası Karşılaştırılması değerlendirildiğinde, 100.000 Kişiye Düşen Toplam; 125 dış hekimi ile Şili birinci, 124 dış hekimi sayısı ile Yunanistan ikinci ve 106 dış hekimi ile Portekiz üçüncü sırada yer almaktadır. Bu ülkeleri sıralamada takip eden; Bulgaristan, Litvanya, Estonya, Lüksemburg, Norveç, Almanya, İtalya ve İzlanda gibi ülkeler bulunmaktadır. Türkiye’de yüz bin kişi başına düşen dış hekimi sayısının uluslararası karşılaştırılmasında, AB ve OECD ortalamasının altında olduğu ve son sıralarda yer aldığı söylenebilir (Şekil 11).



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, OECD Health Data 2020, EUROSTAT Veri Tabanı
 Not: Türkiye verisi 2019 yılına aittir. Ülke verileri 2018 yılına veya en yakın yıla aittir.

Şekil 11. 100.000 kişiye düşen toplam diş hekimi sayısının uluslararası karşılaştırılması, 2018.

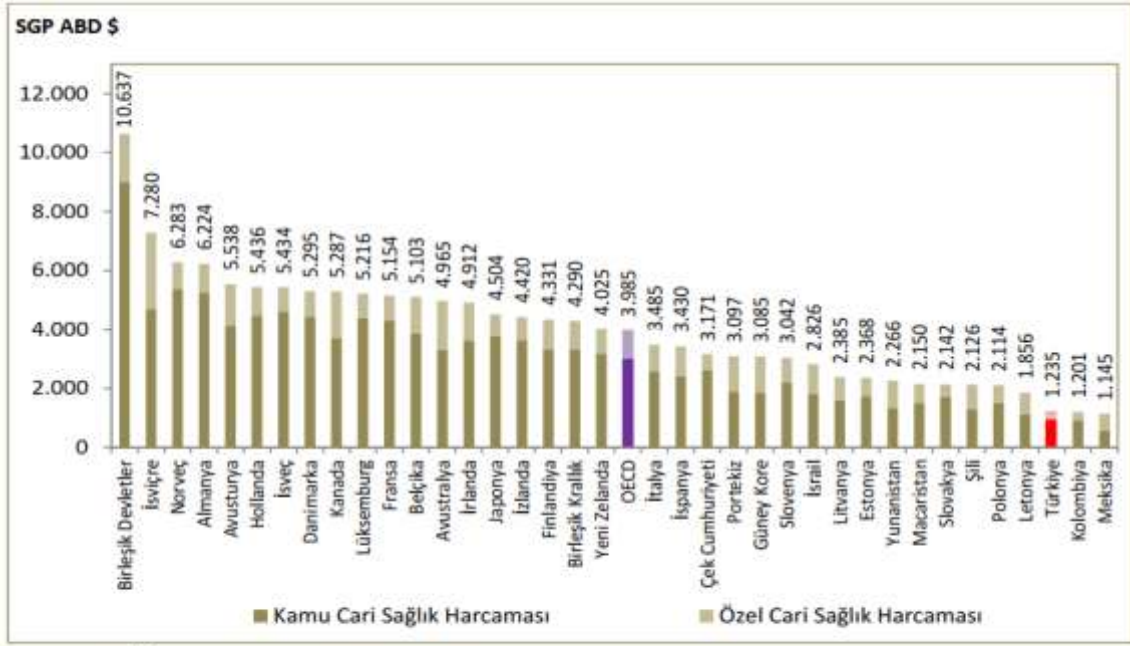
Aşağıdaki grafikte, 100.000 kişiye düşen toplam hemşire ve ebe sayısının uluslararası karşılaştırılmasına bakıldığında; yüz bin kişi başına toplam düşen 1.829 ebe ve hemşire ile Norveç ilk sırada yer almakta olup, bu ülkeyi takiben İsviçre, İzlanda, Finlandiya ve Almanya gibi gelişmiş ülkelerin yer almakta olduğu görülmektedir. Türkiye ise yüz bin kişi başına düşen toplam 306 hemşire ve ebe sayısında, AB ve OECD ortalamasının altında yer alarak, son sırada bulunmaktadır (Şekil 12).



Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, OECD Health Data 2020, EUROSTAT Veri Tabanı
 Not: Türkiye verisi 2019 yılına aittir. Ülke verileri 2018 yılına veya en yakın yıla aittir.

Şekil 12. 100.000 kişiye düşen toplam hemşire ve ebe sayısının uluslararası karşılaştırılması.

TÜİK ve OECD'ye ait veriler değerlendirildiğinde, SGP'ye (Satın Alma Gücü Paritesi) Göre Kişi Başı Cari Sağlık Harcamasının Uluslararası Karşılaştırılmasında; Birleşik Krallık, İsveç, Norveç, Almanya, Avusturya, Hollanda ve İsveç gibi ülkeler ilk sıralarda yer almaktadır. OECD ortalamasının üstündedir. Türkiye kamu ve özel cari sağlık harcamalarında Satın Alma Gücü Paritesi'ne bakılarak incelendiğinde birçok gelişmiş ülkelerin ve OECD' nin gerisinde son sıralarda olduğu görülmektedir (Şekil 13).



Kaynak: TÜİK, OECD Health Data 2020

Not: Türkiye verisi 2019 yılına aittir. Ülkelere ait veriler 2018 yılına veya en yakın yıla aittir.

Şekil 13. SGP'ye göre kişi başı cari sağlık harcamasının uluslararası karşılaştırılması, 2018.

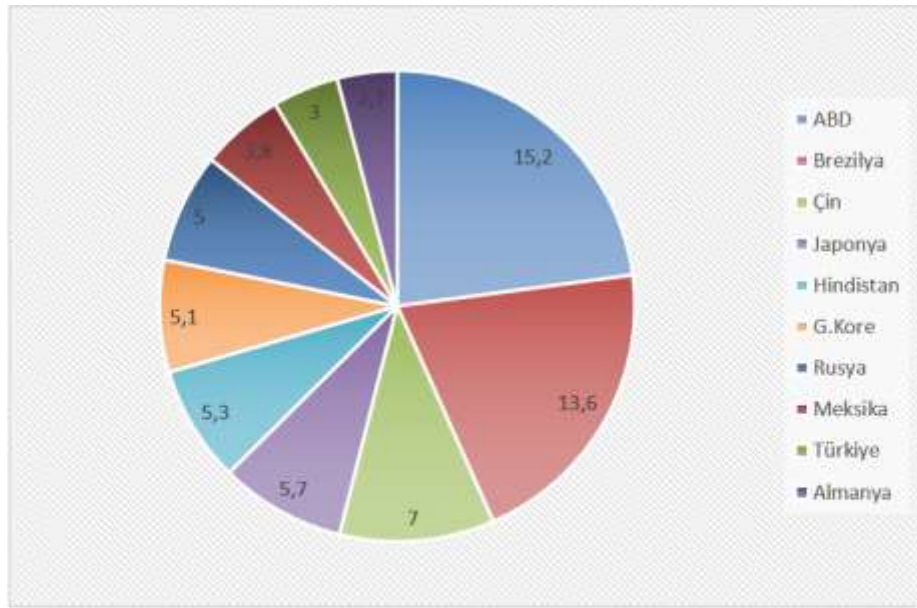
Dünyada en çok plastik cerrah bulunan 10 ülke incelendiğinde; 6.133 plastik cerrah sayısı ve %15,2'lik oran ile ABD birinci sırada, 5.473 sayısı ve %13,6'lık oran ile Brezilya ikinci sırada, 2.800 plastik cerrah sayısı ve %7'lik oran ile Çin'in üçüncü sırada yer aldığı görülmektedir. Sıralamada bu üç ülkeyi takip eden Japonya, Hindistan, G. Kore ve 1.200 sayı ile dokuzuncu sırada ise Türkiye bulunmaktadır (Şekil 14, Tablo 7).

Türkiye'ye bakıldığında başta estetik operasyonlar olmak üzere saç ekimi içinde son derece cazip bir destinasyon haline gelmiştir ve bu konuda ciddi fiyat avantajına sahiptir. Örneğin, Avrupa'da 10 bin Euro'yu, ABD'de de 30 bin doları bulan saç ekim operasyonu maliyetleri Türkiye'de 5 bin TL civarındadır. Türkiye'de bu alanda yetişmiş uzman doktor sayısının da çok olması bu alanda Türkiye'nin cazibesini arttıran önemli hususlardan bir diğeridir. Diğer taraftan Türkiye, plastik cerrahi alanında da dünyada ilk on ülke içerisinde yer almaktadır bu da Türkiye'nin cazibesini arttıran bir diğer husustur (TURSAB, 2021).

Tablo 8. Dünyada en çok plastik cerrah bulunan 10 ülke sıralaması.

Sıra	Ülke	Plastik Cerrah Sayısı	%
1	ABD	6.133	15,2
2	Brezilya	5.473	13,6
3	Çin	2.800	7
4	Japonya	2.302	5,7
5	Hindistan	2.150	5,3
6	G. Kore	2.054	5,1
7	Rusya	2.000	5
8	Meksika	1.550	3,8
9	Türkiye	1.200	3
10	Almanya	1.101	2,7

Kaynak: International Society of Aesthetic Plastic Surgery. (Veriler TURSAB 2013 Sağlık Turizm Raporundan Elde Edilmiştir)

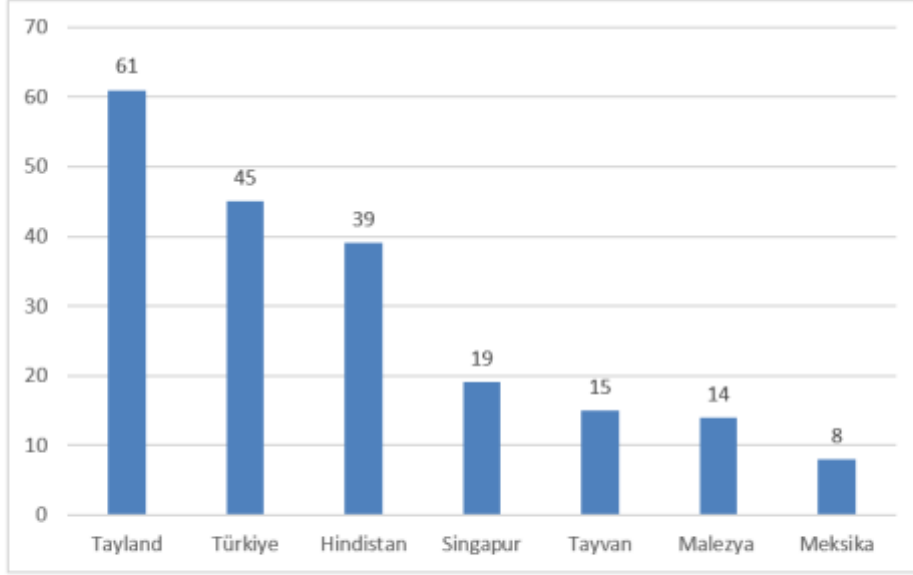


Kaynak: International Society of Aesthetic Plastic Surgery. (Veriler Tursab Sağlık Turizm Raporundan Elde Edilmiştir)

Şekil 14. Dünyada en çok plastik cerrah bulunan 10 ülkenin yüzdelik gösterimi, 2013.

Aşağıdaki grafikte görüldüğü üzere, Türkiye ve bazı ülkelere ait JCI Akreditasyona sahip ülkelere değerlendirildiğinde; 61 JCI Akreditasyon sayısı ile birinci sırada Tayland, 45 JCI Akreditasyon sayısına sahip Türkiye ikinci sırada bulunmakta olup, bu ülkeleri sıralamada Hindistan, Singapur, Malezya, Tayvan ve Meksika gibi ülkeler izlemektedir (Şekil

15). Türkiye akredite olmuş çok sayıda sağlık kuruluşu ile sağlık turizmi kapsamında yurtdışından çok sayıda hastayı kendisine çekmektedir. Türkiye'ye bu bağlamda bakıldığında 2011 yılında 156 bin kişinin tedavi amacıyla Türkiye'yi tercih ettiği görülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012).



Kaynak: Joint Commission International, 2017

Şekil 15. JCI akreditasyonuna sahip destinasyonlar.

Sağlık turizmi yapan ülkelerdeki hastanelerin akreditasyonları, hastanelerin uluslararası medikal turizme ne kadar hazır olduklarının bir göstergesidir. Hastalar planlamalarını yaparken öncelik olarak akredite olmuş hastaneleri seçmektedirler. Sağlık turizminde akreditasyon konusunda en önemli kuruluşlardan birisi de Joint Commission International (JCI)'dir (Akbolat & Deniz, 2017). Bu kapsamda Sağlık Bakanlığı (2012)'ye göre Türkiye sağlık turizmi bağlamında önemli bir potansiyele sahiptir ve bu alanda ciddi bir merkez olmaya adaydır.

TÜİK verilerine göre, Türkiye'de Turizm geliri yıllar itibariyle değerlendirildiğinde; 2002 yılında toplam turizm geliri yaklaşık 12.4 milyar dolar civarında, 2019 yılında bu değer 34.5 milyar dolar seviyesine çıktığı görülmektedir. Türkiye'deki turizm geliri, 2016 yılındaki iç karışıklık ve 2020 yılında ortaya çıkan COVID-19 pandemisi nedeniyle turizm gelirinde yaklaşık 10 milyar dolar civarında bir azalma meydana geldiği söylenebilir. Aynı şekilde Türkiye'deki harcama türlerine göre, toplam turizm geliri içinde sağlık harcamalarının payı

incelendiğinde; 2002 yılında bu pay %1,19 seviyesinde, 2021 yılına gelindiğinde ise turizm geliri içinde sağlık harcamalarının payı %4,28 oranında olduğu görülmektedir (Tablo 9). Yıllar itibariyle, harcama türlerine göre toplam turizm gelirleri içinde sağlık harcamaları payının giderek artmıştır. Bu verilere bakıldığında, sağlık turizmi alanındaki gelirin, Türkiye ekonomisine katkı sağladığı ve bu gelirin yıllar itibariyle arttığı söylenebilir.

Tablo 9. Türkiye için harcama türlerine göre turizm geliri (Bin \$).

	Kişisel Harcamalar (A)	Paket Tur Harcamaları (B)	Sağlık Harcamaları	Turizm Geliri (A+B)	Turizm Geliri İçinde Sağlık Harcamaları Payı (%)
2002	9.909.692	2.510.827	147.844	12.420.519	1,19
2003	11.078.561	2.776.307	203.703	13.854.868	1,47
2004	13.038.125	4.038.484	283.789	17.076.609	1,66
2005	14.994.517	5.327.593	343.181	20.322.110	1,69
2006	14.950.032	3.643.918	382.412	18.593.950	2,06
2007	16.886.247	4.056.253	441.677	20.942.500	2,11
2008	20.108.840	5.306.227	486.342	25.415.067	1,91
2009	19.472.432	5.592.049	447.296	25.064.481	1,78
2010	19.207.471	5.723.525	433.398	24.930.996	1,74
2011	21.803.615	6.312.078	488.443	28.115.693	1,74
2012	22.220.202	6.786.801	627.862	29.007.003	2,16
2013	24.835.356	7.473.635	772.901	32.308.991	2,39
2014	26.002.950	8.302.954	837.796	34.305.904	2,44
2015	24.788.321	6.676.456	638.622	31.464.777	2,03
2016	18.495.978	3.611.462	715.438	22.107.440	3,24
2017	21.461.603	4.822.053	827.331	26.283.656	3,15
2018	22.546.616	6.966.311	863.307	29.512.926	2,93
2019	25.355.577	9.164.755	1.065.105	34.520.332	3,09
2020	9.998.320	2.060.999	548.882	12.059.320	4,55
2021	19.679.915	4.802.417	1.048.549	24.482.332	4,28

Kaynak: TÜİK, 2021

2019 yılında elde edilen turizm gelirleri harcama kalemleri itibari ile incelendiğinde, sağlık turizmi kapsamında elde edilen gelirin azımsanmayacak noktada olduğu görülmektedir. Sağlık turizmi kapsamında dünyada en çok pay alan ülkeler ise Arjantin, Brezilya, Çek Cumhuriyeti, Çin, Hindistan, Kosta Rika, Macaristan, Meksika, Polonya, Singapur ve Ukrayna'dır (Bayar, 2019).

Türkiye’de 2002 yılında, Yüz Bin Kişi başına düşen yatak sayısı 247.7 olup bu rakam 2019 yılında 286 olmuştur (Tablo 10). Sağlık sisteminin gelişmişliğini gösteren önemli göstergelerden biri de hastane sayısı ve yatak sayısının artması olduğu bilinmektedir.

Tablo 10. Türkiye’de 2002-2019 yılları arasında Hastane, yatak ve yüz bin kişi başına düşen yatak sayısı.

	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Yüz Bin Kişi Başına Düşen Yatak
2002	1.156	164.471	247.7
2003	1.174	165.465	246.3
2004	1.217	166.707	245.1
2005	1.196	170.972	248.3
2006	1.203	174.342	250
2007	1.317	178.000	252
2008	1.350	183.183	256
2009	1.389	188.638	260
2010	1.439	200.239	272
2011	1.453	194.504	260
2012	1.483	200.072	265
2013	1.517	202.031	264
2014	1.528	206.836	266
2015	1.533	209.648	266
2016	1.510	217.771	273
2017	1.518	225.863	279
2018	1.534	231.913	283
2019	1.538	237.504	286

Kaynak: TÜİK, 2022

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü verilerine göre, Türkiye’de 2019 yılı itibariyle; 26 Göz Hastalıkları, 23 Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, 3 Onkoloji Hastanesi ve 1 Ortopedi ve Travmatoloji Hastanesi mevcuttur (Tablo 11). Türkiye’de dallarına göre mevcut bazı hastane sayısı ve yatak sayısı değerlendirildiğinde, sağlık turizm amaçlı gelen turistler, özellikle alanlarına göre hizmet veren hastaneleri tercih etmekte olduğundan, bu bağlamda Türkiye’de dallarına göre hastane sayısının çokluğu, sağlık amaçlı gelen turistlerin, Türkiye’yi tercih etmede önemli bir sebep olduğu söylenebilir.

Tablo 11. Türkiye’de 2019 yılında dallara göre bazı hastane ve yatak sayısı.

	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı
Göz Hastalıkları Hastanesi	26	341
Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi	23	3.952
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi	20	2.999
Kalp ve Damar Cerrahisi Hastanesi	4	599
Kemik Hastalıkları Hastanesi	3	436
Onkoloji Hastanesi	3	907
Ortopedi ve Travmatoloji Hastanesi	1	33

Kaynak: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

TÜİK verilerine göre Türkiye’de yıllar itibariyle toplam hekim sayısı değerlendirildiğinde; 2002 yılında 91.949 hekim, 2019 yılında ise 160.810 hekim vardır (Tablo 12). Türkiye’de yıllar itibariyle hekim sayısının artış göstermesi, insanların sağlık hizmetlerine ulaşılabilirliğini artıracak bililmektedir.

Tablo 12. Türkiye’de yıllar itibariyle Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastanelerde çalışan hekim sayısı.

	SB’de Çalışan Hekim Sayısı	Üniversite Çalışan Hekim Sayısı	Özel Hastanelerde Çalışan Hekim Sayısı	Toplam Hekim Sayısı*
2002	57.406	20.099	14.444	91.949
2003	57.939	20.624	15.903	94.466
2004	59.249	20.766	17.095	97.110
2005	60.278	21.285	19.290	100.853
2006	61.292	22.526	20.657	104.475
2007	62.231	23.029	23.142	108.402
2008	63.536	23.973	25.642	113.151
2009	66.985	24.983	26.673	118.641
2010	72.435	25.445	25.567	123.447
2011	73.382	26.388	26.259	126.029
2012	73.663	26.997	29.112	129.772
2013	75.496	28.312	29.967	133.775
2014	77.876	28.228	29.512	135.616
2015	82.589	28.810	29.860	141.259
2016	86.332	30.642	27.853	144.827
2017	90.264	30.235	29.498	149.997
2018	91.559	32.140	29.429	153.128
2019	97.145	33.750	29.915	160.810

Kaynak: TÜİK, 2022

Türkiye’de, Sağlık Bakanlığı, üniversite hastanesi ve özel hastanede çalışan hemşire sayısına bakıldığında; 2002 yılında toplam 72.393 hemşireyken, 2019 yılında ise toplam

hemşire sayısı 198. 103 olmuştur. Türkiye’de kamu ve özel hastanelerde, yıllar itibariyle hemşire sayısının arttığı görülmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir yer tutan hemşirelerin sayısında artış olması hizmetin kalitesini artıracaklarını göstermektedir (Tablo 13).

Tablo 13. Türkiye’de 2002-2019 yılları arasındaki Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastanelerde çalışan hemşire sayıları.

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite Hastanesi	Özel Hastane	Toplam
2002	54.360	8.736	9.297	72.393
2003	55.955	8.886	9.642	74.483
2004	57.055	8.912	9.786	75.753
2005	58.956	9.365	9.861	78.182
2006	62.901	9.482	10.243	82.626
2007	69.710	11.316	13.635	94.661
2008	70.022	14.153	15.735	99.910
2009	72.142	15.198	17.836	105.176
2010	77.472	15.852	21.448	114.772
2011	89.314	17.530	18.138	124.982
2012	92.118	20.287	22.501	134.906
2013	93.700	21.302	24.542	139.544
2014	94.404	22.314	25.714	142.432
2015	101.722	22.526	28.555	152.803
2016	103.507	22.650	26.795	152.952
2017	112.074	24.261	29.807	166.142
2018	126.891	29.263	34.345	190.499
2019	132.333	31.324	34.446	198.103

Kaynak: TÜİK, 2022

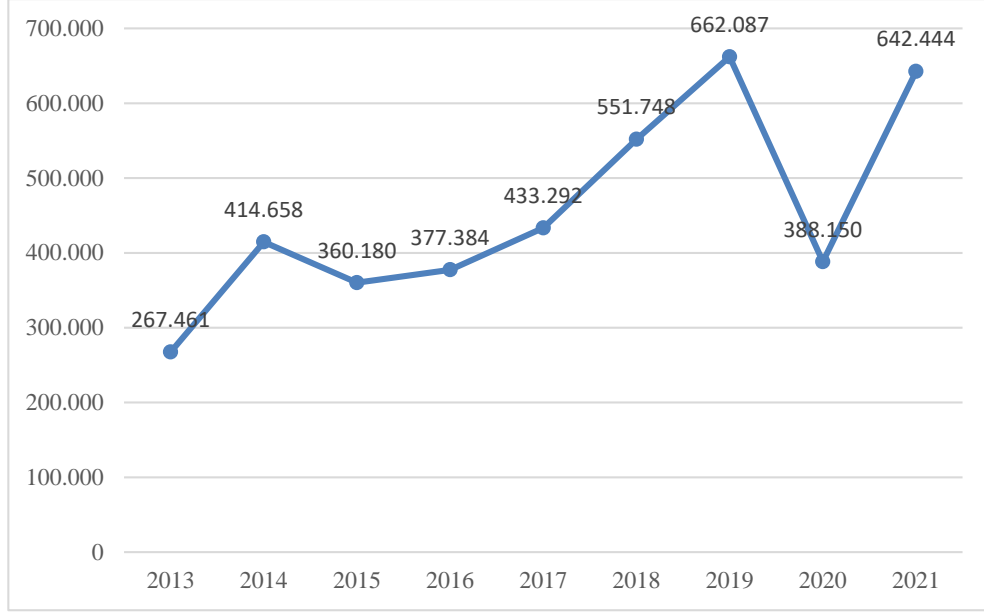
TÜİK verilerine göre Türkiye’de; sağlık bakanlığı, üniversite hastanesi ve özel hastanede çalışan diğer sağlık personeli (Radyoloji, Laboratuvar, Anestezi, Odiyometri, Tıbbi Sekreter ve ATT gibi) sayısına bakıldığında; 2002 yılında toplam 50.106 sağlık çalışanı bulunurken, 2019 yılına gelindiğinde ise bu sayı toplam 182.456’ya ulaşmıştır (Tablo 14). Türkiye’de kamu ve özel hastanelerde, yıllar itibariyle diğer sağlık personel sayısının arttığı görülmektedir. Bu bağlamda sağlık hizmetlerinin sunumunda önemli bir yer tutan diğer sağlık çalışanlarının sayısında artış olması sağlık hizmetinin kalitesini artıracaklarını göstermektedir

Tablo 14. Türkiye’de 2002-2019 yılları arasındaki Sağlık Bakanlığı, üniversite ve özel hastanelerde çalışan diğer sağlık personelleri sayısı.

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite Hastanesi	Özel Hastane	Toplam
2002	33.276	2.788	14.042	50.106
2003	39.839	2.865	14.712	57.416
2004	42.854	3.000	15.105	60.959
2005	43.443	3.084	15.508	62.035
2006	47.432	3.175	16.907	67.514
2007	57.683	4.470	17.288	79.441
2008	63.846	6.161	19.533	89.540
2009	66.192	6.351	21.007	93.550
2010	70.701	7.086	21.515	99.302
2011	82.201	7.011	21.650	110.862
2012	83.542	10.382	28.739	122.663
2013	93.555	11.093	27.004	131.652
2014	97.763	11.314	29.801	138.878
2015	102.243	11.492	32.208	145.943
2016	104.446	11.043	29.120	144.609
2017	111.193	11.990	32.234	155.417
2018	121.206	16.493	39.710	177.409
2019	124.758	17.050	40.648	182.456

Kaynak: TÜİK, 2019

USHAŞ raporuna göre Türkiye’ye gelen sağlık turist sayısı; 2013 yılında toplam 267.461 kişi, 2014 yılında 414.658 kişi ve 2019 yılında toplam 662.087 kişiye ulaşmıştır. COVID-19 salgını nedeniyle Türkiye’ye sağlık amaçlı gelen turist sayısının 388.160 kişi ile son üç yıla göre sert bir düşüş yaşandığı söylenebilir. Genel olarak 2020 yılı hariç, 2013 yılından itibaren sağlık amaçlı Türkiye’ye gelen turist sayısının artış göstermesi, Türkiye’de son yıllarda sağlık turizminin geliştiğini ve bu bağlamda gidilen ülkeler arasında hedef destinasyon olduğu söylenebilir (Grafik, 16).



Kaynak: USHAŞ, 2021

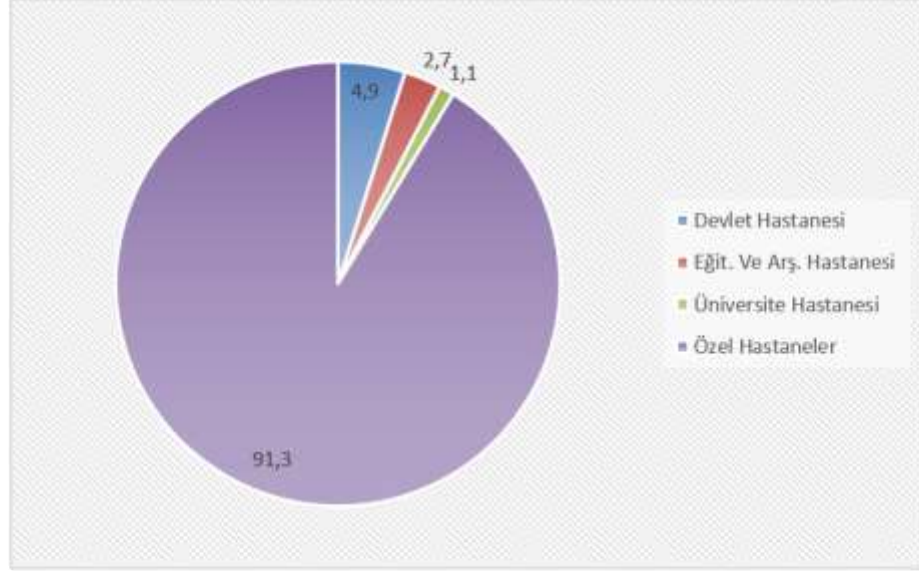
Şekil 16. Türkiye'ye gelen sağlık turisti sayısı.

SATURK (2016)'ya göre sağlık turizmi amaçlı farklı ülkelerden Türkiye'ye gelen uluslararası hastaların ülkemizi tercih etme sebepleri aşağıdaki gibi özetlenebilmektedir;

- ✓ Coğrafi komşuluk ve akrabalık bağları ile sıkı ilişkiler içinde olunan ülkeler (Rusya, Orta Asya'daki Türk Cumhuriyetleri, Balkan ülkeleri, Bulgaristan, Yunanistan, Suriye gibi).
- ✓ Türk nüfusun yoğun olduğu ülkeler (Almanya, Hollanda, Fransa gibi).
- ✓ Sağlık Hizmetlerinin yüksek maliyetli ve Türkiye'ye göre uzun bekleme sırası olan ülkeler (Amerika, İngiltere, Almanya, Hollanda ve Kanada gibi).
- ✓ Altyapı ve sağlık çalışanları yetersizliği ile gelişmekte olan komşu coğrafyadaki ülkeler (Irak, Suriye, Balkan Ülkeleri ve Türk Cumhuriyetleri gibi).
- ✓ Sağlık sigortacılığında kapsanmayan veya sınırlı kapsanan hizmetlerin olduğu ülkeler (Fransa, Almanya ve İrlanda'da kapsanmayan dış hastalıkları gibi).
- ✓ Amerika'daki yüksek maliyetlerden dolayı sigortasız olan insanların ülkemiz gibi daha uygun maliyetli ülkeleri tercih etmeleri gösterilebilir.

Türkiye'deki hastane türlerine göre, uluslararası hastalardan; %4,9'luk oranı devlet hastanelerine, %2,7'lik oranı eğitim ve araştırma hastanelerine, %1,1'lik oranı üniversite hastanelere ve %91,3'lük en yüksek oranı ise özel hastanelere gedikleri görülmektedir (Şekil

17). Özel hastanelerin, diğer hastanelere göre tercih edilebilirliğin yüksek olmasının nedeni, branşlarına göre Türkiye'nin iyi yetişmiş hekim, hemşire ve diğer sağlık personelleriyle çalışıyor olmaları söylenebilir.



Kaynak: Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013

Şekil 17. Hastanelere göre uluslararası hastaların geliş şekillerinin % dağılımı (2012).

Medikal turizm de özel hastanelerin büyük payının olduğu görölmektedir. Sağlık bakanlığı, medikal turizmde kamu hastanelerinin de payını artırmaya katkı sağlayacak olan uygulamaları devreye koymuştur ve özellikle “Sağlıkta Dönüşüm Programı” ile kamu hastanelerinin teknolojik donanımı yenilenmiş ve kapasiteleri arttırmıştır (Temizkan, 2018). Bu bağlamda Türkiye'nin sağlık turizmindeki Pazar payı her geçen gün artmaktadır.

Türkiye medikal turizm raporuna göre 2013 yılında; 169.462 kişi medikal turizm, 544 kişi ikili anlaşma ile ve 21.544 kişi SGK ile anlaşmalı olarak uluslararası hasta Türkiye'den sağlık hizmeti aldığı görölmektedir (Tablo 15). Gelen hasta sayılarından da görüldüğü üzere ikili anlaşmalar yerine, toplu şekilde kurumsal anlaşmalarla sağlık hizmeti sunumunun gerçekleşmesi, hasta sayısında artışın ve sonuç olarak da sağlık amaçlı turizm gelirinin artacağına göstergesi olabilmektedir.

Tablo 15. Hasta geliş şekillerine göre Türkiye’de sağlık hizmeti alan uluslararası hasta sayısı.

Medikal Turizm	İkili Anlaşma ile Gelen	Turistin Sağlığı	SGK ile Anlaşmalı
169.462	544	70.463	21.530

Kaynak: Türkiye Medikal Turizmi Değerlendirme Raporu 2013

Aydın ve arkadaşları (2011) tarafından hazırlanan raporuna göre; medikal turizmde hastaneleri tercih etme de hastanenin, bilinen ve başarısını kanıtlamış olması, uyguladığı fiyat tarifesinin en önemli faktör olduğu ve bu hastanelerden hizmet almış arkadaş tavsiyesi, hastaların tercih sebeplerinde ön sıralarda yer aldığını ifade edilmektedir. Böylelikle Türkiye’de tedavi olan medikal turistler dünyanın en önemli turistik mekânlarında tatil yapmanın yanı sıra yüksek kalite ve düşük maliyetli tedavi olma fırsatını elde etmektedirler.

Türkiye’de 57 aracı kuruluşun, 100 kamu sağlık tesisinin ve 22 kamu üniversite hastanesinin uluslararası sağlık turizmi yetki belgesini almaya hak kazandığı görülmektedir (Tablo 16). Medikal turizm kapsamında özellikle söz konusu kuruluşların JCI akreditasyon belgesine ile kalite standartlarını gösteren diğer belgelere sahip olması turistler açısından son derece önemlidir. Bu noktada Türkiye’nin uluslararası akredite olma durumuna bakıldığında dünyada üçüncü sırada yer aldığı görülmektedir. Sağlık Bakanlığının hazırlamış olduğu “Türkiye Medikal Turizmi Değerlendirme Raporuna (2013)” göre uluslararası akreditasyon belgesine sahip olmak önemli bir rekabet avantajı yaratmaktadır ve rapora göre uluslararası akreditasyon belgesine sahip olmak olmamaya kıyasla 10 kat fazla talep yaratmaktadır.

Tablo 16. Uluslararası sağlık turizmi yetki belgesi almaya hak kazanmış olan sağlık tesisleri.

Aracı Kuruluş	Kamu Sağlık Tesisleri	Kamu Üniversite Hastaneleri
57	100	22

Kaynak: SB, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 2019.

TÜRSAB 2013 yılı raporuna göre sağlık turizmi alanında gelişmiş bazı ülkelerin tıbbi tedavi türlerinin ortalama fiyatları incelendiğinde; By-pass, kalça protezi, kalp kapakçığı ameliyatı, diz nakli ve omurga füzyon gibi önemli ameliyat türlerinde, Hindistan’ın diğer ülkelerden daha uygun olduğu ve Hindistan’dan sonra en uygun ülkenin ise Türkiye olduğu

görülmektedir. Ameliyat türlerinin ülkeler arasındaki ortalama fiyat farklılıkları aşağıdaki Tabloda verilmiştir (Tablo 17) .

Tablo 17. Türkiye ve bazı dünya ülkelerinde yapılan ameliyat türlerinin ortalama fiyatları (\$).

	Türkiye	ABD	Almanya	Hindistan	Meksika	İspanya	Tayland
By-pass	8.500-21.000	-	-	7.500-10.500	39.000-42.000	39.000-43.000	22.500-24.500
Kalça Protezi	10.000-23.000	30.000	27.000	7.000-9.500	39.000	16.300-18.900	12.000-17.000
Kalp Kapakçığı Ameliyatı	13.750-23.000	-	-	9.500-14.000	39.000	43.000-47.500	18.500-22.000
Diz Nakli	9.000-23.000	26.000	23.000	7.000-10.000	21.000	16.000-18.500	10.500-16.500
Omurga Füzyon	7.000-23.000	-	29.000	7.500-11.500	25.000	25.000-32.500	9.700-12.500
Rahim Alınması	-	-	11.000	2.500-10.000	9.700	13.500-15.000	4.500-8.000

Kaynak: Veriler TÜRSAB Sağlık Turizmi 2013 Raporundan Alınmıştır.

Aşağıdaki Tabloda sağlık turizmi kapsamında gelişen bazı ülkelerin, belirtilen ameliyat türlerine göre tıbbi fiyat karşılaştırmaları incelendiğinde; diz naklinde G. Kore'nin, kalp kapakçığı ameliyatında Meksika'nın, Omurga füzyonda Kolombiya'nın, Diş implantı tedavisinde Vietnam'ın ve meme implantında Hindistan'ının ve katarakt ameliyatında ise Tayland'ın en yüksek fiyatlarda olduğu görülmektedir (Tablo 18).

Tablo 18. Bazı ülkelerin tıbbi tedavi fiyatları (\$).

	Kolombiya	Hindistan	Meksika	G. Kore	Tayland	Ukrayna	Vietnam
Anjiyoplasti	11.700	5.500-6.200	5.000-12.000		10.938	4.000	8.510-12.290
Kalp Baypas	11.200	7.000	15.000-35.000		17.888	12.000-22.000	
Kalp Kapakçığı Ameliyatı	20.000	11.500-8.500	10.000-35.000		21.188	6.000-8.000	
Diz Nakli	8.000	6.000-12.000	12.500	20.000	6.563-12.500	3.500-4.500	6.900-9.490
Omurga füzyon	27.000	12.000	16.000	23.000	9.500	3.000	6.800-7.160
Diş İmplant	1.500		975	1500	1.719-2.813	500-700	1.800-2.200
Meme İmplantları	5.000	7.500	4.200	5.000	1.750	3.650	3.610-5.240
Yüz Germe	5.200	7.200	6.200	6.000	2.813	4.050	2.320-3.220
Kornea (Göz Başına)	4.500	4.800	2.500		1.875	270	5.110-6.480
Katarakt Ameliyatı (Göz Başına)	2.500				5.188	800-1500	690-1.070
Liposuction	2.000	1.400	2.500	2.700	1.800	600-1.260	1.000-1.260

Kaynak: Medical Tourism Association, 2021

ABD ile medikal turizm alanında lider bazı ülkeler arasında seçilmiş tıbbi operasyonlardan kalp-bypass ve uterus çıkartılması aşağıdaki Tabloda verilmiştir. ABD ve bu ülkeler karşılaştırıldığında, Hindistan kalp-bypass ve uterus çıkartılmasında gelişmiş ve kaliteli tıbbi hizmet veren en uygun ülke konumundadır. Hindistan'dan sonra Tayland, Singapur ve Meksika gelmektedir. Aşağıdaki Tabloda medikal turizm alanında gelişmiş ülkelere ait tıbbi maliyet operasyonları değerlendirildiğinde, ABD'nin dünyada fiyatların en yüksek ülke olduğu söylenebilir. Bilindiği üzere ABD; ekonomi, finans, teknoloji ve sağlık alanında dünyada en gelişmiş ülkeler arasında yer almakta olduğu bilinmektedir. Özellikle sağlık ve tıp alanında uygulanan modern, gelişmiş ve son teknolojik tıbbi cihazlarla uygulanan en ileri cerrahi ve tedavi yöntemlerini yapmaktadırlar. ABD bu özelliği ile dünyada sağlık turizmi alanında ön planda olsa da tıbbi fiyat karşılaştırılmasında çok pahalı bir ülke olduğu söylenebilir.

Tablo 19. Amerika ve medikal turizm alanında gelişmiş ülkeler arasında seçilmiş bazı tıbbi operasyon fiyatlarının karşılaştırılması (2015-\$).

	ABD	Hindistan	Tayland	Singapur	Kosta Rika	Meksika	Güney Kore
Kalp-Bypass	130.000	9.300	11.000	16.500	24.000	22.000	34.150
Uterus (Rahim) Çıkartılması	20.000	2.300	4.500	6.000	4.000	6.000	12.700

Kaynak: www.quora.com/Why-is-medical-treatment-costly-in-India

3. MATERYAL VE YÖNTEM

Bu çalışmanın amacı, Türkiye için Sağlık Turizm Geliri (Y), sağlık amaçlı gelen yabancı turist sayısı (X1), Sağlık amaçlı gelen yurtdışında ikamet eden vatandaş sayısı (X2), Sağlık amaçlı yurtdışına giden vatandaş sayısı (X3), Sağlık turizm gideri (X4), Konaklama amaçlı yapılan gider (X5), Sağlık amaçlı seyahat sayısı (X6) ve Sağlık amaçlı seyahat harcaması (X7) değişkenlerinin aynı düzeyde durağan olup olmadığı birim kök testleri ile kontrol edildikten sonra değişkenler arasında Johansen testi ile uzun dönemli ve Granger testi ile kısa dönemli ilişki olup olmadığını araştırmaktır. Çalışmada kullanılan veriler Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) veri tabanlarından, 2009:1 – 2020:4 tarihleri için alınmış çeyreklik verilerdir.

Çalışmada önce araştırdığımız döneme ait model kurmada sağlaması gereken varsayımlar kontrol edilerek Sağlık Turizm Geliri bağımlı değişkeni için en uygun model kurulmuştur. Katsayıların ve modelin anlamlı, modelin hatasının ve hata kareler toplamının en küçük, belirlilik katsayısının 1'e en yakın, bilgi kriterinin istenilen aralıkta olup olmadığı kontrol edilmiştir.

Ayrıca modelden elde edilen hataların normal dağılıma, otokorelasyon, değişen varyans ve çoklu doğrusal bağlantı sorunu içerip içermediği kontrol edilmiştir. Bunlar incelendikten sonra en uygun modelin Logaritmik-Logaritmik olduğu görülmüştür. Bu yüzden sonraki analiz kısmında modelde yer alan anlamlı tüm değişkenlerin logaritması alınmış halleri kullanılacaktır.

İncelene serilerin grafikleri görsel olarak incelendiğinde sabit terim ile trendin olduğu görülmüş, sonra ADF (Genişletilmiş Dickey Fuller) ve PP (Phillips Perron) birim kök testleri yardımıyla serilerin durağanlık seviyeleri belirlenmiştir. Aynı dereceden durağan değişkenler arasında uzun dönemli ilişki olup olmadığını araştırmak amacıyla literatürde en çok tercih edilen Johansen eşbütünleşme testi, sonra değişkenler arasında uzun dönemli ilişki saptanmadığı için nedensellik ilişkisi olup olmadığını varsa ilişkinin yönünü incelemek için Granger nedensellik analizinden kısıtlanmamış VAR (UVAR) modeli kullanılmıştır.

3.1. Birim Kök Kavramı ve Birim Kök Testleri

Zaman serisi analizlerinde, öncelikle sağlanması gereken ilk varsayım serilerin durağan olması diğerk bir ifade ile birik kök içermemesi varsayımdır. Dolayısıyla etkin ve tutarlı tahminler yapabilmek için değışkenlerin durağan olmaması gerekmektedir.

Diğerk taraftan ilgili değışkenlere ait zaman serisinin ortalaması ile varyansı zaman içerisinde sistematik olarak değışmiyorsa, kovaryans iki dönem arasındaki uzaklığa bağılı ise söz konusu seriler için durağanlık söz konusudur (Pekmezci, 2020). Ancak zaman serilerinde çoğu zaman durağanlık varsayımı, serilerin dengeden uzaklaşmasına neden olan dışsal şoklar vb. gibi etkenler nedeniyle sağlanmayabilmektedir.

Durağan olmayan ya da durağanlık sorunu aşılammayan serilerle yapılan analizlerde sahte regresyon başta olmak üzere birçok sakınca vardır. Bu yüzden durağan olmayan zaman serileriyle yapılan analizler genelde güvenilir sonuçlar vermemektedir (Pekmezci, 2020). Bu nedenle serilerin durağanlığını inceleyen birçok teknik geliştirilmiştir (Gujarati, 2005).

Diğerk taraftan bir serinin birim kök içerip içermediğı ya da durağan olup olmadığı ilgili serinin grafiğine bakılarak anlaşılabilceğı gibi durağanlık sınaması yapan testler ile de tespit edilebilmektedir. Serinin grafiğine ve/veya otokorelasyon fonksiyonunun korelogramına bakılarak, eğer seri belirli bir ortalama etrafında dengeli bir şekilde dalgalanmıyorsa serinin durağan olmadığı sonucuna ulaşılabilir.

Diğerk taraftan iki zaman dilimi için serinin örneklem ortalamasının, varyansının ve kovaryansının aynı olması serinin durağan olduğunun göstergesidir. Zaman serilerinin durağan olması olarak ifade edilen husus, zaman içinde varyansın ve ortalamasının sabit olması ve gecikmeli iki zaman periyodundaki değışkenlerin kovaryansının değışkenler arasındaki gecikmeye bağılı olup zamana bağılı olmamasıdır (Gujarati, 2005).

$$\text{Ortalama} = E(Y_t) = \mu \quad (1)$$

$$\text{Varyans} = \text{var}(Y_t - \mu) = \delta^2 \quad (2)$$

$$\text{Kovaryans} = \chi_k = E((Y_t - \mu)(Y_{t-k} - \mu)) \quad (3)$$

Ayrıca zaman serilerinin durağan olmaması söz konusu serinin trend içerdiğini de göstermektedir. Bu durum yukarıda da ifade edilene sahte regresyon sorununa neden olacaktır. Dolayısıyla zaman serileri durağan değıllerse, stokastik ya da deterministik trend içermektedirler. Ancak seri üzerinde uzun dönemde deterministik bir trendin varlığı ile

düzensiz modellerde zaman içinde ortaya çıkan ve bir müddet sonra kayıp olan trendler birbirinden farklıdır.

Zaman serilerinde birim kök sürecini inceleyen ilk çalışma Dickey-Fuller (1979) tarafından geliştirilen birim kök testidir ve söz konusu test üç regresyon denklemi kalıbından hareketle birim kök sürecini analiz etmektedir. Söz konusu regresyon denklemi kalıpları ise aşağıdaki gibidir:

$$\Delta Y_t = \delta Y_{t-1} + u_t \quad (4)$$

$$\Delta Y_t = \beta_1 + \delta Y_{t-1} + u_t \quad (5)$$

$$\Delta Y_t = \beta_1 + \beta_2 t + \delta Y_{t-1} + u_t \quad (6)$$

4 numaralı kalıp sadece gecikmeli değerin olduğu kalıbı, 5 numaralı denklem sabit parametrenin olduğu kalıbı ve 6 numaralı kalıpta sabit parametre ile deterministik trendi içeren kalıbı ifade etmektedir. Denklemlerdeki Y_t 'nin bir gecikmeli değerine ait t istatistiği ADF test istatistiğini ifade etmektedir. Teste ait boş hipotezi $H_0: \delta = 0$ eğer $t_\delta > \tau$ şeklindedir ve bu durumda seri durağan değildir yani birim kök vardır. Testin Alternatif hipotezi ise $H_1: \delta < 0$ eğer $t_\delta < \tau$ şeklindedir ve bu durumda da seri durağandır yani seri birim köke sahip değildir. Hipotezlerdeki τ parametresi Mac Kinnon (1991) tarafından geliştirilen kritik değerleri ifade etmektedir.

Çalışmada birim kökün tespiti için ADF ve PP birim kök testleri kullanılmıştır. ADF testinde ise yukarıdaki kalıplardan hareketle aşağıdaki regresyon denklemleri tahmin edilmektedir ve gecikme uzunluğunun tespitinde de Akaike veya Schwartz bilgi kriterleri kullanılmaktadır.

$$\Delta Y_t = \delta Y_{t-1} + \sum_{j=2}^p \delta_j \Delta Y_{t-j+1} + e_t \quad (7)$$

$$\Delta Y_t = \alpha + \delta Y_{t-1} + \sum_{j=2}^p \delta_j \Delta Y_{t-j+1} + e_t \quad (8)$$

$$\Delta Y_t = \alpha + \beta_t + \delta Y_{t-1} + \sum_{j=2}^p \delta_j \Delta Y_{t-j+1} e_t \quad (9)$$

Diğer taraftan Dickey-Fuller testi hata terimlerinin istatistiki olarak bağımsız ve sabit varyansa sahip oldukları varsayımına dayanırken bu varsayımı terk eden ve hata terimlerinin istatistiki olarak bağımlı ve heterojen oldukları varsayımına dayanan PP birim kök testi ise bir diğer birim kök testidir. Bu noktada PP testi yukarıda da ifade edilen 4, 5 ve 6 numaralı denklemlerden hareketle aşağıda da gösterilen iki farklı istatistik oluşturmaktadır.

$$Z_t = \left(\frac{\hat{\sigma}^2}{\hat{\lambda}^2} \right)^{1/2} \quad (10)$$

$$Z_Y = T_{\hat{Y}} - \frac{1}{2} \frac{T^2 - SE(\hat{Y})}{\hat{\sigma}^2} (\hat{\lambda}^2 - \hat{\sigma}^2)^2 \quad (11)$$

$$\sigma^2 = \lim_{T \rightarrow \infty} T^{-1} \sum_{t=1}^T E[u_t^2] \quad (12)$$

$$\lambda^2 = \lim_{T \rightarrow \infty} \sum_{t=1}^T E[T^{-1} S_T^2] \quad (13)$$

13 numaralı denklemde ifade edilen S_T ifadesi ise $\sum_{t=1}^T u_t$ 'ye eşittir yani $S_T = \sum_{t=1}^T u_t$ 'dir.

Diğer taraftan PP test istatistikleri ADF test istatistiği ile aynı limit dağılımına sahiptir. PP testi durağan ve trend etkisi içeren zaman serileri ile tek değişkenli zaman serilerinde kullanılır. Ayrıca veri üretme sürecinin pozitif MA özelliğini göstermesi durumunda güçlüdür. Negatif MA durumunda birim kök testleri H_0 hipotezini reddetmeye eğilimlidir. Yani veri üretme süreci negatif MA içeriyorsa ADF testi, pozitif MA içeriyorsa PP testinin kullanılması önerilmektedir (Göktaş ve diğerleri 2019).

3.2. Toda-Yamamoto Nedensellik Analizi

İncelenen serilerin durağanlık seviyelerinin aynı veya farklı olup olmadığı ayrıca aralarında uzun dönemli bir ilişkinin olup olmadığına bakılmadığı durumda değişkenler aralarında kısa dönemli ilişkinin olup olmadığını kontrol etmek için kullanılan yöntemdir.

Bu yöntemde seriler arasında eş bütünleşme ve durağan olmama durumlarında ortaya çıkabilecek sorunlar söz konusu değildir. Bu yöntem değişkenlerin bütünleşme derecelerinin yanlış belirlenme sorununu minimize etmesi amacıyla değişkenlerin düzey değerleriyle oluşturulmuş VAR model yaklaşımına dayanmaktadır. Yani bu yöntemin tercih edilme sebebi ekonomik zaman serileriyle çalışmaktan kaynaklanan kısıtları minimize etmesidir (Pekmezci, 2020).

Granger nedensellik testi, serilerin aynı düzeyde durağan olduğu durumda çeşitli eş bütünleşme testleri ile uzun dönemli ilişki olup olmadığı incelenmektedir. Aralarında ilişki olduğunda VECM, ilişki olmadığına ise VAR modele dayalı nedensellik testi uygulanmaktadır (Pekmezci, 2020).

Uzun dönemli ilişkinin olup olmadığının kontrolü sırasında oluşabilecek yanlışlıktan kaçınmak için sürecin eş bütünleşme yapısına dayalı serilerin düzey değerleriyle kurulan VAR modeli tahmin edilebilmekte ve modeldeki katsayılara kısıtlar koyularak WALD hipotez sınaması yapılabilmektedir. Dolayısıyla herhangi bir ön test veya eş bütünleşme testi kullanılmaksızın yürütülebilen Toda-Yamamoto yaklaşımı, kurulan VAR modelinin en uygun gecikme uzunluğu (k) ve değişkenlerin en büyük durağanlık derecesi (d_{max}) doğru tespit edildiğinde başarılı uygulanabilmektedir (Pekmezci, 2020; Göktaş ve diğerleri 2019).

Yöntemde önce d_{max} olarak, incelenen değişkenler arasından en büyük durağanlık derecesine sahip değişkenin derecesi elde edilir. Sonra k olarak, kurulan VAR modeli için çeşitli bilgi kriterleri yardımıyla en uygun gecikme uzunluğu belirlenir. Buradan VAR modelindeki gecikme uzunluğunu serilerin en büyük durağanlık derecesi kadar arttırarak aralarındaki kısa dönemli ilişkiyi ifade eden $(k+d_{max})$ boyutunda model kurularak test gerçekleştirilir.

Toda ve Yamamoto (1995), VAR modelinde serilerin d_{max} derecesi kadar gecikme eklenerek yapılacak Wald hipotez testinin ki-kare dağılımına sahip olacağını açıklamışlardır. Bu yaklaşım veri kaybını önleyerek standart VAR modelinde serilerin durağanlık

derecelerinin hatalı belirlenmesinden doğabilecek riskleri azaltır (Mavrotas and Kelly, 2001; Pekmezci, 2020). Buradan yola çıkarak değişkenler arasında kurulan VAR modeli Eşitlik (14) ve (15)'deki gibidir.

$$Y_t = \mu + \sum_{i=1}^k \delta_i Y_{t-i} + \sum_{j=k+1}^{k+d_{max}} \delta_j Y_{t-j} + \sum_{i=1}^k \theta_i X_{t-i} + \sum_{j=k+1}^{k+d_{max}} \theta_j X_{t-j} + u_{1t} \quad (14)$$

$$X_t = \omega + \sum_{i=1}^k \lambda_i X_{t-i} + \sum_{j=k+1}^{k+d_{max}} \lambda_j X_{t-j} + \sum_{i=1}^k \pi_i Y_{t-i} + \sum_{j=k+1}^{k+d_{max}} \pi_j Y_{t-j} + u_{2t} \quad (15)$$

Burada u_{1t} ve u_{2t} ilişkisiz hata terimleridir. Burada en önemli nokta k ve d_{max} değerlerinin doğru belirlenmesi gerekmektedir. Buradaki temel düşünce VAR sisteminde yer alan gecikme sayısını, incelenen değişkenlerin maksimum bütünleşme derecesi kadar arttırmaktır.

Eğer modellerde Eşitlik 1 için $H_0: \theta_i = 0$ ile Eşitlik 2 için $H_0: \pi_i = 0$ hipotezleri α anlamlılık düzeyinde test edilir ve θ_i parametresi istatistiksel olarak anlamlı ise X_t değişkeni Y_t 'nin Granger nedenidir, aynı şekilde π_i parametresi istatistiksel olarak anlamlı ise Y_t değişkeni X_t 'nin Granger nedenidir şeklinde yorumlanır.

4. BULGULAR

Çalışmada incelediğimiz veri setimize göre bağımlı değişkenin Sağlık Turizm Geliri olacak şekilde en uygun model kurulurken doğrusal-doğrusal (DD), doğrusal-logaritmik (DL), logaritmik-doğrusal (LD) ve logaritmik-logaritmik (LL) modeller arasından Tablo 20'ye bakılarak tercih edilmiştir.

Tablo 20. En uygun modelin kurulması.

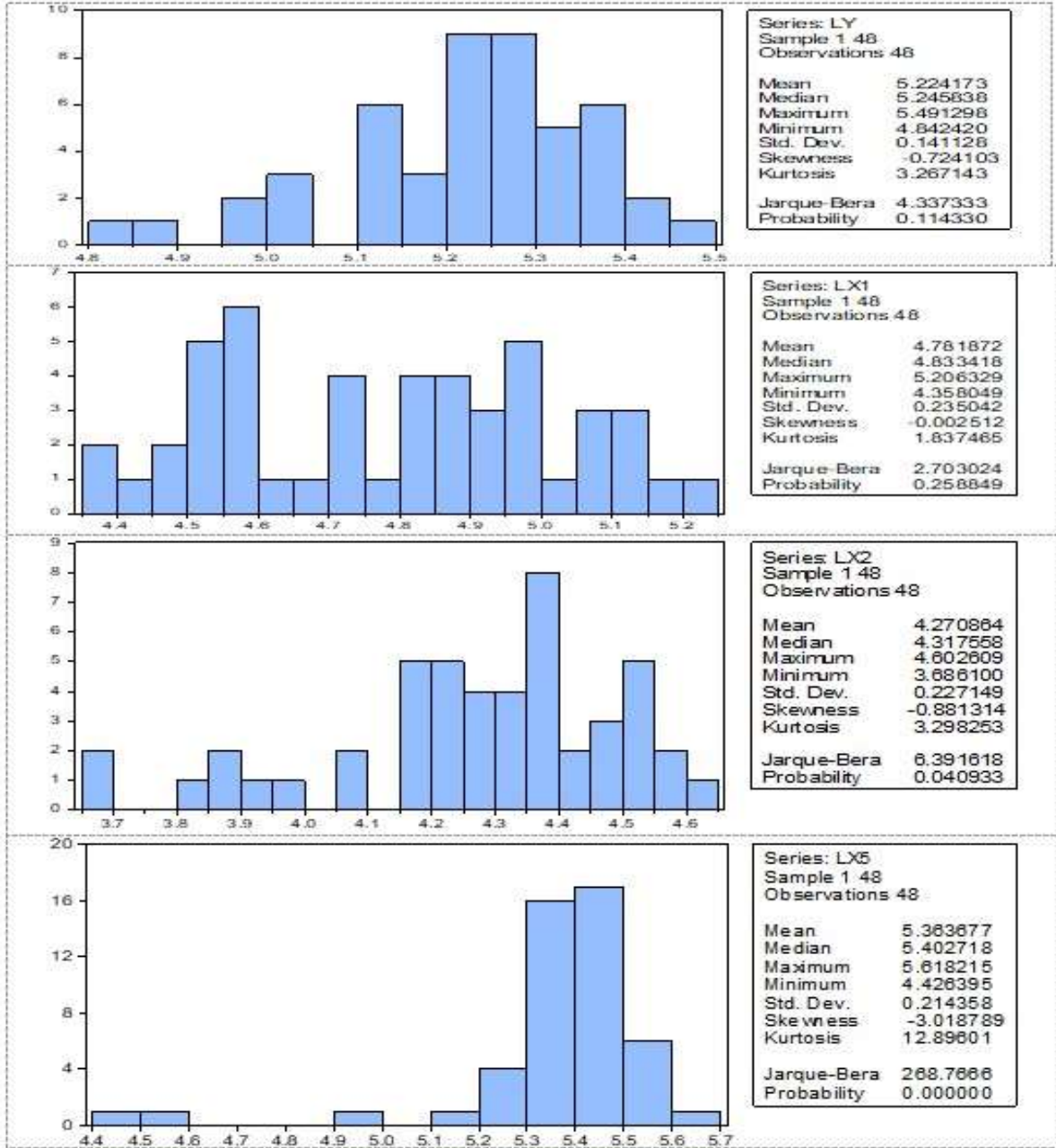
MODEL Çeşitleri	1. Aşama						2. Aşama			
	t (p)	F (p)	s(y)	R ²	HKT	AIC	LM	JB	White	VIF
DD	+3	0,00	27452	0,733	3,4*10 ¹⁰	23,34	0,002	0,702	0,239	+1
DL	+3	0,00	26038	0,765	2,9*10 ¹⁰	23,25	0,013	0,426	0,724	+3
LD	+2	0,00	0,088	0,627	0,349	-1,961	0,003	0,314	0,024	+2
LL	+3	0,00	0,077	0,725	0,258	-2,222	0,006	0,709	0,099	+3

Tablo 20 incelendiğinde Sağlık Turizm Geliri bağımlı değişkeni için Logaritmik-Doğrusal modele göre gerekli kriterleri daha iyi sağlayan Logaritmik- Logaritmik model en uygun modeldir. Katsayıların ve modelin anlamlı olduğu, modelin hatasının ve hata kareler toplamının en düşük olduğu, R² değerinin istenilen sınırlarda olduğu, AIC bilgi kriterini istenilen aralıkta olduğu, modelden elde edilen hatanın normal dağıldığı, değişen varyans ve çoklu doğrusal bağlantı sorunları içermediği görülmektedir. Ancak kurulacak modelde otokorelasyon probleminin olduğu da görülmektedir. Bu bilgiler ışığında en uygun model Eşitlik (16)'daki gibidir.

$$LY = 2,035 + 0,597LX1 - 0,134LX2 + 0,169LX5 + u_t \quad (16)$$

Kurulacak LL modelde Sağlık amaçlı yurtdışına giden vatandaş sayısı, Sağlık turizm gideri, Sağlık amaçlı seyahat sayısı ve Sağlık amaçlı seyahat harcaması değişkenlerinin katsayısı %5 anlamlılık düzeyine göre istatistiksel olarak anlamsız çıktığından dolayı analizin bundan sonraki aşamasında modelden çıkartılmıştır. Ayrıca Sağlık Turizm Geliri bağımlı değişkenini Sağlık amaçlı gelen yabancı turist sayısı ile Konaklama amaçlı yapılan gider değişkenlerin pozitif, Sağlık amaçlı gelen yurtdışında ikamet eden vatandaş sayısının negatif

yönde etkilediği görülmektedir. Modelde yer alan değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri Şekil 18’de verilmektedir.



Şekil 18. İncelenen değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri.

Şekil 18 incelendiğinde modelde yer alan tüm değişkenlerin sıfır ortalama etrafında yayılım göstermediği, LX2 ile LX5 değişkenlerinin normal dağılmadığı görülmüştür. Modelde yer alan tüm değişkenlerin çarpıklık katsayıları negatif olduğundan sola çarpık olduğu anlaşılmıştır. LX5 değişkeninin basıklık katsayısı 3’den büyük olmasından dolayı

normal dağılıma göre daha sivri uçlu ve daha kalın kuyruklara, LX1 değişkeninin basıklık katsayısının 3'den küçük olmasından dolayı normal dağılıma göre daha basık uçlu ve daha yaygın kuyruklara sahip olduğu söylenebilmektedir. Modelde incelenen değişkenler arasındaki pozitif veya negatif yönde ilişki olup olmadığını ve anlamlı olup olmadığını görmek için hesaplanan korelasyon katsayı değerleri Tablo 21'de verilmektedir.

Tablo 21. İncelenen değişkenlere ait korelasyon katsayı değerleri.

		LY	LX1	LX2
LX1	Korelasyon	0,8086		
	T	9,3225		
	t(p)	0,0000*		
LX2	Korelasyon	0,4012	0,6031	
	T	2,9705	5,1277	
	t(p)	0,0047*	0,0000*	
LX5	Korelasyon	0,0281	-0,2156	0,0675
	T	0,1901	-1,4975	0,4591
	t(p)	0,8501	0,1411	0,6483

Tablo 21 incelendiğinde sadece LX5 ile LX1 değişkenleri arasında negatif, diğer değişkenler arasında ise pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür. LX5 ile diğer değişkenler arasındaki korelasyon katsayısının anlamsız, diğer değişkenlerin kendi aralarındaki korelasyon katsayılarının anlamlı olduğu görülmüştür. Sadece LY ile LX1 arasında kuvvetli bir ilişki olduğu görülmüştür.

Modele göre değişkenlerin doğal logaritması alındıktan sonra birim kök testleri yardımıyla değişkenlerin durağanlık derecelerini belirlenmiştir. Değişkenlerin incelediğimiz döneme ait süreci grafiksel olarak incelendiğinde hepsinde sabit terim ve trend olduğu görülmüştür.

Modeldeki logaritması alınmış değişkenlerin seyri incelendikten sonra değişkenlerin hepsinde sabit terim ve trendin olduğu görülmüştür. Analiz sonucu değişkenlerin hesaplanan ADF ve PP birim kök test istatistiği değerleri Tablo 22'de verilmektedir.

Tablo 22. Değişkenlerin ADF ve PP birim kök test istatistik olasılık değerleri.

Model Cinsi	Değişkenler	ADF			PP		Durağanlık Derecesi
		Düzye	1. Fark	2. Fark	Düzye	1. Fark	
Sabit + Trend	LY	0,0028*			0,0028*		I(0) / I(0)
	LX1	0,0910	0,1139	0,0000*	0,0005*		I(2) / I(0)
	LX2	0,9206	0,0000*		0,0002*		I(1) / I(0)
	LX5	0,9136	0,0794*	0,0223*	0,9349	0,0000*	I(2) / I(1)

*: İlgili serilerin hangi seviyede durağan olduğunu göstermektedir.

Hesaplanan ADF ve PP test istatistik olasılık değerleri 0,05 değerinden küçük olduğunda “değişkenler durağan değildir” şeklinde kurulan H_0 hipotezi %5 anlamlılık düzeyinde reddedilir.

Tablo 22 incelendiğinde ADF testine göre LY düzeyde durağan I(0), LX2 birinci farkında durağan I(1) ve LX1 ile LX5 ikinci farkında I(2) durağan; PP testine göre LY, LX1, LX2 düzeyde durağan I(0) ve LX5 birinci farkında I(1) durağan olduğu görülmüştür.

Buradan incelenen değişkenlerin her iki birim kök testi sonucuna göre farklı düzeyde durağan olduğu anlaşılmıştır. Bu yüzden kurduğumuz modelde yer alan değişkenler arasında kısa dönemli ilişki olup olmadığını anlamak için Toda-Yamamoto Granger nedensellik analizinin kullanılması gerekmektedir. Bu analiz için gerekli olan incelenen değişkenlerin maksimum durağanlık derecesi ADF testine göre $d_{\max}=2$ ve ADF testine göre $d_{\max}=1$ olarak belirlenmiştir.

Durağanlık dereceleri belirlendikten sonra kurulacak VAR modeli için Akaike ve Schwarz bilgi kriteri yardımıyla en uygun gecikme uzunluğu (k) Tablo 23 yardımıyla belirlenmektedir.

Tablo 23. En uygun gecikme uzunluğunun belirlenmesi.

Lag	LR	FPE	AIC	SC	HQ
0	NA	3,98e-7	-3,385	-3,223	-3,325
1	131,392	2,85e-8	-6,027	-5,216*	-5,726*
2	33,073*	2,34e-8*	-6,244	-4,785	-5,703
3	20,422	2,63e-8	-6,176	-4,067	-5,394
4	24,234	2,44e-8	-6,346*	-3,589	-5,324

İncelediğimiz veri seti mevsimlik olduğundan maksimum gecikme uzunluğu 4 alındığında bilgi kriterleri arasından en küçük değeri veren Schwarz Bilgi Kriterine (SC) göre optimal gecikme uzunluğu 1, Akaike Bilgi Kriterine (AIC) göre optimal gecikme uzunluğu 4 bulunmuştur. Sonra otokorelasyon olup olmadığı da kontrol edildikten sonra SC kriterini belirlediği optimal gecikme uzunluğunda otokorelasyonu sorunu olduğu ancak AIC kriterini belirlediği optimal gecikme uzunluğunda otokorelasyonu sorunu olmadığı için kurulan VAR modelinin optimal gecikme uzunluğu (k) AIC kriterine göre 4 belirlenmiştir. Buradan ADF testine göre $k+d_{\max} = 6$, ADF testine göre $k+d_{\max} = 5$ boyutunda VAR model kurularak Toda – Yamamoto nedensellik analizi olasılık sonuçları Tablo 24’de verilmektedir.

Tablo 24. Değişkenlere ait Toda - Yamamoto nedensellik analizi olasılık sonuçları.

Birim Kök Testi	Bağımlı Değişken	Bağımsız Değişkenler	k	d_{\max}	Olasılık Değerleri	Nedensellik Yönü
ADF	LY	LX1	4	2	0,6133	
		LX2			0,2810	
		LX5			0,2626	
		ALL			0,4905	
	LX1	LY			0,7884	
		LX2			0,6866	
		LX5			0,2812	
		ALL			0,1674	
LX2	LY	0,0275*	LY → LX2			
	LX1	0,0492*	LX1 → LX2			
	LX5	0,1077				
	ALL	0,0431*	ALL → LX2			
LX5	LY	0,0333*	LY → LX5			
	LX1	0,0849				
	LX2	0,0104*	LX2 → LX5			
	ALL	0,0891				
PP	LY	LX1	4	1	0,1375	
		LX2			0,1502	
		LX5			0,1120	
		ALL			0,1059	
	LX1	LY			0,6968	
		LX2			0,8593	
		LX5			0,2692	
		ALL			0,2325	
LX2	LY	0,0083*	LY → LX2			
	LX1	0,0494*	LX1 → LX2			
	LX5	0,7465				
	ALL	0,0874				
LX5	LY	0,0608				
	LX1	0,2315				
	LX2	0,0311*	LX2 → LX5			
	ALL	0,1511				

*: %5 anlamlılık düzeyine göre değişkenler arasındaki kısa dönemli ilişkinin yönünü göstermektedir.

Burada hesaplanan test istatistiği olasılık değeri 0,05 değerinden küçük olduğunda “değişkenler arasında kısa dönemli ilişki yoktur” şeklinde kurulan H_0 hipotezi reddedilir. Tablo 24 incelendiğinde çalışmamızın amacı kapsamında ADF testine göre bağımlı değişken LX2 olduğunda LY, LX1 ve tüm değişkenlerin aynı anda etkilediği, bağımlı değişken LX5 olduğunda LY ve LX2 değişkenlerin etkilediği, diğer değişkenlerini birbirini aynı anda veya tek başına etkilemediği görülmüştür. Aynı şekilde PP testine göre bağımlı değişken LX2 olduğunda LY ve LX1 değişkenlerin etkilediği, bağımlı değişken LX5 olduğunda sadece LX2 değişkeninin etkilediği, diğer değişkenlerini birbirini aynı anda veya tek başına etkilemediği görülmüştür. Değişkenler arasında bulunan ilişkiler bağımsızdan bağımlıya doğru tek yönlü nedensellik ilişkileridir.

5. SONUÇ

Turizm sektörü İkinci Dünya Savaşının bitmesini takiben gerek dünyada yeniden tesis edilen huzur ortamının etkisi ile gerekse ticari ilişkilerin yeniden canlanması sonucu dünya gelirinin artmasına paralel olarak boş zaman kavramının öne çıkması ile dünya genelinde hızla gelişen bir sektör olmuştur. Bu noktada hizmet sektörünün en önemli alt sektörlerinden biri olarak önemini her geçen gün daha da arttırmaktadır.

Diğer taraftan özellikle gerek gelişmiş gerekse Türkiye gibi gelişmekte olan ülkeler için yerel ekonominin gelişmesine önemli katkılar sunan, döviz kazandırıcı bir sektör olarak ta karşımıza çıkmaktadır. Aynı zamanda sürdürülebilir kalkınmanın sağlanması noktasında önemli bir rol de oynamaktadır. Bu bağlamda özellikle döviz kazandırıcı bir sektör olması hasebiyle uluslararası arenada rekabetin en yoğun hissedildiği sektörlerden de birisidir ve söz konusu rekabet Türkiye'nin de içerisinde yer aldığı önemli destinasyon bölgelerinde her geçen gün daha da artmaktadır. Dolayısıyla söz konusu ülkelerin turizm sektörüne yönelik olarak izlemiş oldukları politikalar önemli hale gelmekte, başta sektöre yönelik yabancı sermaye yatırımlarının gelmesini cazip hale getirecek politikalar olmak üzere izlenecek teşvik, hibe ve yatırım politikaları önemini artırmaktadır.

Diğer taraftan gelişmişlik seviyelerine göre ülkelerin turizm sektöründe ulaşmayı planladığı hedeflerinde farklılık arz ettiği görülmektedir. Bu noktada gelişmiş ülkelere bakıldığında söz konusu ülkelerin turizmin gelir yaratıcı etkisinden yararlanmayı hedefledikleri, gelişmekte olan ülkelere ise doğal olarak, ekonomik dinamikleri gereği yabancı kaynağa ihtiyaç duymaları nedeniyle turizmin döviz kazandırıcı etkisinden yararlanmayı hedefledikleri görülmektedir. Gelişmekte olan ülkeleri bu hedefe yönelten en önemli ekonomik dinamiklerin başında söz konusu ülkelerin ihracat yapabilmelerinin büyük oranda ara ve yatırım malı ithalatına bağlı olmasının, dövize olan gereksinimlerini artırması ve turizm sektörünün de bu noktada en önemli döviz kazandırıcı sektör olması gelmektedir (Bozkurt ve Bahar, 2015).

Ayrıca turizm sektörü Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin yapısal sorunlarından birini oluşturan işsizlik sorununa emek-yoğun bir sektör olması nedeniyle de önemli katkılar sunmaktadır (Bahar ve Bozkurt, 2010; Bozkurt ve Bahar, 2015).

Türkiye’de turizm sektörünün gelişimine bakılacak olursa özellikle 1980 sonrası dışa açılma süreci ile uygulamaya konulan neo-liberal politikalar turizm sektörüne olan ilgiyi artırmış sektör bu dönemle birlikte önemli bir büyüme ivmesi kazanmaya başlamıştır. Bu dönemle birlikte sektöre yönelik gerek devlet gerekse özel sektör yatırımlarının hızlı bir şekilde arttığı, sektörün gerek döviz kazandırıcı gerekse istihdamı arttıran bir sektör olması nedeniyle genel ekonomi içerisindeki ağırlığının arttığı görülmektedir.

Dolayısıyla turizm sektörü, Türkiye için önemli bir döviz kaynağı olmasının yanında, yeni istihdam olanaklarının oluşturulmasına imkan sağladığı için Türkiye için kronik hale gelen işsizliğin doğal işsizlik oranı seviyelerine düşürülmesinde ve özellikle de yine kronik hale gelen ödemeler dengesi problemlerinin giderilmesinde başat bir rol üstlenmektedir ve bu nedenle de Türkiye’nin ekonomik kalkınma stratejisinde önemli bir konuma sahiptir (Bozkurt, 2016).

Diğer taraftan küresel ölçekte bakıldığında dünyada yaşanan sosyo-ekonomik, kültürel ve teknolojik gelişmelerden turizm sektörü de etkilenmiştir ve güneş-deniz-kum üçlüsü ile tanımlanan klasik turizm ya da kitle turizmi olgusu bu gelişmelerden etkilenerek günümüzde yerini alternatif turizm kavramına bırakmıştır. Alternatif turizm kavramı ise teorik olarak aslında mikro ekonomik temelde, turizm ürününün farklılaşmasının bir yansıması olarak karşımıza çıkmakta ve temelinde bu farklılaşmanın beraberinde kazancı da arttıracığı motivasyonuna dayanmaktadır. Bu bağlamda özellikle yerel kalkınmanın da itici bir gücü olarak alternatif turizm yaklaşımı her geçen gün arttırmaktadır.

Söz konusu bu alternatif turizm ürünlerinden biriside sağlık turizmidir. Sağlık turizmi ise insanların kaybolan sağlıklarına kavuşmaları ya da sağlıklı yaşamalarını desteleyecek aktiviteleri talep etmelerinin bir sonucu olarak ortaya çıkmakta ve özellikle daha uygun fiyat avantajı elde etmek amacıyla kendi ülkelerindeki sağlık imkânları yanında başka ülkelerdeki sağlık hizmetlerinden de yararlanma isteklerinin bir sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır. Söz konusu bu sağlık hizmetlerine çoğu zaman turizm sektörünün diğer alt faaliyetleri de eşlik etmektedir. Bu noktada literatürde en yalın hali ile başka bir ülkeye ya da coğrafyaya sağlık kontrolü, tedavi, medikal hizmet alımı ya da cerrahi müdahale amacı ile yapılan seyahatler sağlık turizmi olarak tanımlanmaktadır. Başka bir tanıma göre ise sağlıklı ve zinde kalmaya yönelik tüm çabalar sağlık turizmi olarak tanımlanmaktadır. Diğer taraftan ise tıbbi müdahale ve tedavi maksatlı turizm faaliyetleri ise sağlık turizminin bir alt sınıfı olan medikal turizmi ifade etmektedir (Connell, 2006).

Sağlık turizmine küresel ölçekte bakıldığında, son dönemlerde dünyada hızla gelişen turizm faaliyetleri arasında yer aldığı görülmektedir. Bu alanda özellikle yetişmiş insan gücü ve yeterli alt yapı gibi rekabetçi unsurlar nedeniyle Türkiye sektörde ve sağlık turizmi pazarında önemli bir rekabet avantajına sahiptir. Bu bağlamda Türkiye'nin bu alanda rekabet gücünü daha da arttıracak ve ön plana çıkaracak çalışmaların yapılması hem ülkenin ekonomik büyümesine ve hem de kalkınmasına önemli katkılar sunacaktır. Bu noktada özellikle yereldeki mevcut imkanların incelenmesi, kamu ki başta üniversite hastaneleri olmak üzere ve özel sağlık kuruluşlarının işbirliğini kuvvetlendirici ve bu alandaki yatırımların artmasına katkı sunacak politikaların izlenmesi, başta yerel kalkınmanın olmak üzere ülkenin kalkınma hamlesinin en önemli lokomotifini olacaktır.

Bu bağlamda bu çalışmanın temel amacı son yıllarda önemi giderek artan sağlık turizminin genel anlamda Dünya ve Türkiye potansiyelindeki mevcut durumunu değerlendirmektir. Ayrıca Türkiye özelinde de Türkiye'de sağlık turizminin yaratmış olduğu turizm geliri ile sağlık turizmini etkileyen unsurlar arasındaki ilişkiyi uygulamalı olarak incelemektir. Bu bağlamda bu çalışmada öncelikle sağlık turizmi hakkında kavramsal olarak genel bilgilendirmeler yapılmış, Dünya ve Türkiye ölçeğinde sağlık turizminin genel bir değerlendirmesi yapılmıştır. Son olarak ise sağlıklı bir şekilde ulaşılabilen güncel ekonomik verilerden hareketle Türkiye için 2009:1 – 2020:4 dönemini kapsayan bir zaman serisi analizi yapılmıştır. Çalışmada Türkiye için Sağlık Turizm Geliri (Y) bağımlı değişken olarak tanımlanmıştır. Sağlık amaçlı gelen yabancı turist sayısı (X1), sağlık amaçlı gelen yurtdışında ikamet eden vatandaş sayısı (X2), sağlık amaçlı yurtdışına giden vatandaş sayısı (X3), sağlık turizm gideri (X4), konaklama amaçlı yapılan gider (X5), sağlık amaçlı seyahat sayısı (X6) ve sağlık amaçlı seyahat harcaması (X7) değişkenleri ise bağımsız değişkenler olarak tanımlanmıştır. Sonrasında ise bağımlı değişkenimiz olan sağlık turizmi geliri ile bağımsız değişkenler arasındaki kısa dönemli ilişki Toda – Yamamoto nedensellik analizi yardımıyla incelenmiştir.

Analize başlamadan önce incelenen değişkenler arasında anlamlı bir Logaritmik-Logaritmik model kurulmuş ve analizin geri kalan kısmı için incelenen değişkenlerin doğal logaritması alınmıştır. Bu esnada sağlık amaçlı yurtdışına giden vatandaş sayısı, sağlık turizm gideri, sağlık amaçlı seyahat sayısı ve sağlık amaçlı seyahat harcaması katsayıları anlamsız çıktığından analizden çıkartılmıştır.

Değişkenlerin durağanlık dereceleri ADF ve PP birim kök testleri ile incelendiğinde değişkenlerin aynı düzeyde durağan olmadığı anlaşılmıştır. Buradan analiz için değişkenlerin

maksimum durağanlık derecesi ADF testine göre $d_{\max} = 2$ ve PP testine göre $d_{\max} = 1$ olarak belirlenmiştir.

Maksimum gecikme uzunluğu 4 alındığında analiz için Akaike bilgi kriterine göre en uygun gecikme uzunluğunun $k = 1$ olarak belirlenmiştir. Buradan değişkenler arasında farklı düzeyde durağanlık olduğundan kısa dönemli ilişki olup olmadığı incelemek için Toda-Yamamoto nedensellik analizi kullanılmıştır.

Toda-Yamamoto nedensellik analizi incelendiğinde ADF testine göre sağlık turizm geliri, sağlık amaçlı gelen yabancı turist sayısı ve bağımsız değişkenlerin topluca sağlık amaçlı gelen yurtdışında ikamet eden vatandaş sayısı bağımlı değişkenini tek yönlü etkilediği görülmüştür. Sağlık turizm geliri ve sağlık amaçlı gelen yurtdışında ikamet eden vatandaş sayısı, konaklama amaçlı yapılan gider bağımlı değişkenini tek yönlü etkilediği görülmüştür. Diğer değişkenler bağımlı değişken olduğunda hiçbir kısa dönemli etkileşim olmadığı fark edilmiştir.

Toda-Yamamoto nedensellik analizi incelendiğinde PP testine göre sağlık turizm geliri ve sağlık amaçlı gelen yabancı turist sayısı, sağlık amaçlı gelen yurtdışında ikamet eden vatandaş sayısı bağımlı değişkenini tek yönlü etkilediği görülmüştür. Sağlık amaçlı gelen yurtdışında ikamet eden vatandaş sayısı, konaklama amaçlı yapılan gider bağımlı değişkenini tek yönlü etkilediği görülmüştür. Diğer değişkenler bağımlı değişken olduğunda hiçbir kısa dönemli etkileşim olmadığı fark edilmiştir.

KAYNAKLAR

- Ak, B. ve Sevin, H. D. (2000). Turist Sağlığı ve Turist Sağlığı İmkânları Açısından Antalya Bölgesinde Bir İnceleme, *Hacettepe Üniversitesi Sağlık İdaresi Dergisi*, 5(1):89-100.
- Akar, A. (2020). *Sağlık Turizmi Kapsamında Termal Oteller ve Dış Turizm Talebinin Yapısal Analizi: Aydın İli Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimler Enstitüsü, Aydın.
- Akbolat, M., & Deniz, N. G. (2017). Türkiye’de Medikal Turizmin Gelişimi ve Bazı Ülkelerle Karşılaştırılması. *International Journal of Global Tourism Reserch*, 1(2), 128–132.
- Aksoy, C., & Yılmaz, S. (2019). Sağlık Turistlerinin Hastane Tercih Kriterleri Yönetici Görüşleri. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 1(2), 27–39. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/sarad/issue/46957/57428>.
- Altındış, M. (2015). *Termal Turizm. Anlara: Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık. Tic. Ltd. Şti*.
- Aydemir, B., & Kılıç, S. N. (2017). Dünyada ve Türkiye’de Üçüncü Yaş Turizmi. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(3). <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.11.736>
- Aydın, D., Şeker, S., Şahan, S. (2011). Kamu Hastanelerinde Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Uygulama Rehberi, <http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/dosya/1-74694/h/rehber-uygulama.pdf>.
- Aydın, O. (2012). Türkiye’de Alternatif Bir Turizm; Sağlık Turizmi. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal Ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 2012(2), 91–96. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/kmusekad/issue/10213/125512>

- Bahar, O. ve Bozkurt, K. (2010). Gelişmekte Olan Ülkelerde Turizm-Ekonomik Büyüme İlişkisi: Dinamik Panel Veri Analizi, *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 21 (2): 1-11.
- Barca, M., Akdeve, E., & Gedik Balay, İ. (2013). Türkiye Sağlık Turizm Sektörünün Analizi ve Strateji Önerileri. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5(3), 64–92.
- Bozkurt, K. ve Bahar, O. (2015). Talep Şokları: Türk Turizm Sektörü İçin Bir Analiz, *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 26 (1).
- Bozkurt, K. (2016). Türkiye'deki Turizm Sektörünün İktisadi Analizi, Türkiye Ekonomisi ve Güncel Makroekonomik Konular İçerisinde, 1. Basım, 124 -157.
- Bayar, K. (2019). *Dünyada ve Türkiye'de sağlık turizminin önemi ve gelişimi: Antalya yöresi araştırması*, Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi, Antalya.
- BEBKA, (2015). Bursa Sağlık Turizmi Master ve Eylem Planı. <https://bebka.org.tr/wp-content/uploads/2021/07/Bursa-Sag%CC%86lik-Turizmi-Master-ve-Eylem-Planı.pdf>. Erişim Tarihi: 24.09.2021.
- Şengül, H., & Bulut, A. (2019). Dünyada ve Türkiye de Sağlık Turizmi. *Journal of Business Management and Economic Research*, 3(1), 45–62. <https://doi.org/10.29226/tr1001.2019.104>
- Ceyhan, D., & Yiğit, T. T. (2017). Güncel Tamamlayıcı ve Alternatif Tıbbi Tedavilerin Sağlık Uygulamalarındaki Yeri. *Journal of Duzce University Health Sciences Institute*, 6(3), 178–189. <https://dergipark.org.tr/en/pub/duzcesbed/issue/31078/66700>.
- Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and ... surgery. *Tourism Management*, 27(6), 1093–1100. <https://doi.org/10.1016/J.TOURMAN.2005.11.005>.
- Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tourism Management*, 34, 1–13. <https://doi.org/10.1016/J.TOURMAN.2012.05.009>

- Demir, D. (2013). *Türkiye’de Medikal Turizmi Etkileyen Faktörler Üzerine Bir Çalışma*, (Tez). Toros Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ekonomisi Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Mersin, 2013.
- Dickey, D. A. And Fuller, W. A. (1979). “Distribution of the Estimators for Autoregressive Time Series With a Unit Root,” *Journal of the American Statistical Association*, 74, 42.
- Enders, W. (1995). *Applied Econometric Time Series*, John Wiley and Sons. Inc., New York, 433.
- Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (2020). 2020 Yılı Yaşlı Nüfus İstatistik Bülteni:1-25.https://aile.gov.tr/media/89041/yasli_nufus_istatistik_bulteni.pdf. ErişimTarihi:22.04.22.
- Ergüven, A.T., Ergüven, M.H. (2012). *Adım Adım Wellness. Anı Yaşa Haz Al Esen Kal*. Epsilon Yayıncılık, İstanbul.
- Daştan, İ. (2014). Türkiye’de Sağlık Turizmi: Türkiye Ve Özelinde İzmir’de Sağlık Turizminin Mevcut Durum Analizi Ve Strateji Önerileri. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 6(10), 143–163. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/makusobed/issue/19442/206806>
- Ertuğrul, A. (2009). Hamam Yapıları ve Literatürü. *Türkiye Araştırmaları Literatür Dergisi*, 13, 241–266. <https://dergipark.org.tr/en/pub/talid/issue/43449/529938>. Erişim Tarihi:21.03.2021.
- Göktaş, P.; Pekmezci, A. Ve Bozkurt, K. (2019). *Ekonometrik Serilerde Uzun Dönem Eşbütünleşme ve Kısa Dönem Nedensellik*, Gazi Kitabevi, 211s.
- Granger, C. W. J. (1969). Investigating Causal Relations by Econometric Models and Cross-spectral Methods, *Econometrica*, 37(3), 424-438.
- Gujarati, D. N. (2005). *Temel Ekonometri* (Çev.: Ümit Şenesen ve Gülay Günlük Şenesen), Literatür Yayıncılık, İstanbul, 849s.

- Güleç, D S.(2011). *Sağlık Turizmi Kapsamında (Antiaging) Sağlıklı Yaşlanma Uygulamaları ve Yaşlı Bakımı: Türkiye Değerlendirmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Gündüz, H. (2015). *Sağlık turizmi kapsamında Pamukkale termal kaynaklarının değerlendirilmesi ve Sağlık Bakanlığı belgeli otellerde müşteri memnuniyetinin belirlenmesi*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir.
- Gürsoy, Y., Akgöz, E., & Topuz, Ç. (2017). Giresun İli Sağlık Turizmi Potansiyelinin Değerlendirilmesi. *Journal of International Social Research*, 10(49), 773–785. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=obo&AN=122780628&lang=tr&site=eds-live>.
- Hastürk, Ö. (2011). *Tıbbi turizm amacı ile Ankara'ya gelen hastaların Ankara'yı tercih etme nedenlerinin ve memnuniyet durumlarının bölümünün; kamu sağlık çıkışında bir araştırma*. (Yüksek Lisans Tezi). Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- JCI, <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accreditedorganizations/?c=Turkey>, (Erişim Tarihi: 10.11.2017)
- Gülnaz Kantar, U., & Işık, U. E. (2014). Türkiye’de Sağlık Turizmi (Health Tourism in Turkey). *Sağlık Akademisyenleri Dergisi*, 1(1), 15–20.
- Kılınç, İ. (2017). Türkiye Medikal Turizm Sektöründe Hizmet Kalitesi Ve Memnuniyet Üzerine Bir Alan Araştırması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 130–130. <https://doi.org/10.21076/vizyoner.281861>.
- Kozak, M. A., Evren, S., & Çakır, O. (2013). Tarihsel Süreç İçinde Turizm Paradigması. *Anatolia: A Journal of Tourism Research*, 24(1), 7–22. <https://dergipark.org.tr/en/pub/atad/issue/16805/174577>.
- Kültür ve Turizm Bakanlığı Resmi İnternet Sitesi, <https://www.ktb.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 11.12. 2020).

- MacKinnon, J. (1991). Critical Values for Cointegration Tests. In: Engle, R. And Granger, C., Eds., Long Run Economic Relationships, Oxford University Press, Oxford, 267-276.
- Mavrotas, G. Ve Kelly, R. (2001). Old wine in new bottle: testing causality between savings and growth. The Manchester School Supplement, 97–105.
- Medical Tourism Association, (2021). (<https://www.medicaltourism.com/compare-prices>) Erişim: 07.01.2022.
- Moloğlu, V. (2015). Yükselen Bir Değer Olan Medikal Turizmin; Türkiye Ekonomisine Katkısı. *INTERNATIONAL CONFERENCE ON EURASIAN ECONOMIES*.
- <https://www.avekon.org/papers/1440.pdf>. Erişim Tarihi: 03.02.2022.
- Özbek, T. (2011). Jeotermal kaynakların sağlık ve termal turizmde değerlendirilmesi. *JEOFİZİK Bülteni*, 27–37.
- https://www.jeofizik.org.tr/resimler/ekler/01f0f79a74755e9_ek.pdf?dergi=31, Erişim:20.3.2021.
- Özcan, Z. K., Aydın, V., (2015). *Sağlık Turizmi (Teori ve Politika)*. Kocaeli: Umut Tepe Yayınları, 192-193.
- Özer, Ö., & Songur, C. (2012). Türkiye'nin Dünya Sağlık Turizmindeki Yeri ve Ekonomik Boyutu. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(7), 69–81.
- Özkan, M. E. (2019). Sağlık Turizmi Kapsamında Türkiye'nin Medikal Turizm Potansiyeline Yönelik Bir Değerlendirme. *Turizm Ekonomi ve İşletme Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 50-64.
- Özsarı, S. H.ve Karatana, Ö. (2013). Sağlık Turizmi açısından Türkiye'nin durumu. *Kartal Eğitim ve Araştırma, Hastanesi Tip Dergisi*, 24(2): 136-144.
- Pandey, K. (2015). www.quora.com/Why-is-medical-treatment-costly-in-India. www.quora.com. Erişim tarihi:22.09.2019.

- Pekmezci, A. (2020). Türkiye’de Turizm Ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişki: Toda-Yamamoto Nedensellik Yaklaşımı. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 18 (4), 317-325.
- Russell, B., Religion and Science. London, Oxford Uni. Press, (1935). <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/31907>. Erişim: 10.11.2020 saat:23:54.
- Sağlık Bakanlığı, (2013). Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu. TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı. <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/TR,1164/turkiye-medikal-turizm-degerlendirme-raporu-2013.html>. Erişim Tarihi: 17.02.2021.
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (2021). T. C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2019. <https://sbsgm.saglik.gov.tr/Eklenti/40564/0/saglik-istatistikleri-yilligi-2019pdf.pdf>. Erişim Tarihi: 15.03.2022.
- Sandıkçı M. (2018). Termal Turizm İşletmelerinde Pazarlama, In: Termal Turizm ve İşletmeciliği (1. Basım), Çelik S, Yalçın B (eds), Detay Yayıncılık, Ankara, 151-166.
- SATURK, (2016). Türkiye’nin Sağlık Turizmindeki Önemi. <https://totm.inonu.edu.tr/66ükle/files/satuk/06.pdf>. Erişim Tarihi: 15.02.2021.
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, (2019). <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/>. Erişim: 21.03.2022.
- Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, (2019). <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/Eklenti/10944/0/02pdf.pdf>. Erişim: 28.03.2022.
- Sevim, E. (2019). *Türkiye’de Medikal Turizmin Swot-Aas ile İncelenmesi*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İstanbul.
- Sevüktekin, M. ve Nargeleçekenler, M. (2010). *Ekonometrik Zaman Serileri Analizi: Eviews Uygulamalı*, Nobel Yayın Dağıtım Geliştirilmiş 3. Baskı, Ankara, 591s.

- Shifa External Services International Patients Assistance Shifa International Hospitals Ltd. (2021). Top 10 Countries for Medical Tourism in 2021. Erişim Tarih: 02.04.2022. <https://shifainternationalpatients.com/blog/medical-tourism-in-2021/>
- Soysal, A. (2017). Sayı: 2-Sayfa: 169-187 ÇATALHÖYÜK. *International Journal of Tourism and Social Research*, 2–169. www.saglik.gov.tr,
- Sülkü, S. N. (2017). Sağlık Turizminde Türkiye'nin Dünyadaki Yeri Ve Potansiyeli. *Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 3(1), 99–133. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/uiibd/issue/27470/275319>.
- Tuna, H. (2019). Bolu İlinin Termal Turizm Açısından Potansiyelinin Değerlendirilmesi. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 15(1), 117–130. <https://dergipark.org.tr/tr/pub/esad/issue/49560/532006>
- T. C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (2011). Medikal Turizm Araştırması Raporu. <https://docplayer.biz.tr/743109-T-c-saglik-bakanligi-temel-saglik-hizmetleri-genel%20mudurlugu-saglik-turizmi-birimi.html> Erişim Tarihi: 12.16.2021.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, (2012). Sağlık Turizmi El Kitabı Erişim Tarihi: 16.09.2021. <https://www.yumpu.com/tr/document/read/15671847/saglk-turizmi-el-kitab-2012>.
- Tarı, R. (2010). Ekonometri, Umuttepe Yayınları Genişletilmiş 6.Baskı, Kocaeli, 518s.
- Temizkan, S.P. (2018). *Sağlık Turizmi*. Ankara. Detay Yayıncılık.
- Tengilimoğlu, D. (2017). *Sağlık turizmi*. Ankara: Siyasal Kitap Evi.
- Tengilimoğlu, D., Sevin, D. Ve Ak. B. (2001).Türkiye'de Sağlık Turizmi ve Termal Turizmin Geliştirilmesi. IV. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, İstanbul.
- Toda, H. Y. And Yamamoto, T. (1995). Statistical inference in vector autoregressions with possibly integrated processes. *Journal of econometrics*, 66(1), 225-250.

- Toprak, L., Elsaied, H. H., & Mahmood, S. A. (2014). Turizmin Yükselen Trendi: Sağlık Turizmi Ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi Örneği. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(50). <https://doi.org/10.17755/ESOSDER.74594>.
- TÜİK. (2022). Adres Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi .<https://data.tuik.gov.tr/Kategori/GetKategori?p=Nufus-ve-Demografi-109> Erişim Tarihi: 13.02.2022
- TÜİK. (2022). Sağlık İstatistikleri. <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=149&locale=tr>. Erişim Tarihi: 13.03.2022.
- TÜİK.(2020).İstatistiklerleYaşlılar2010.<https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Istatistiklerle-Yaslilar-2020-37227>. Erişim Tarihi: 24.04.2021.
- Türksoy, A., & Türksoy, S. S. (2010). Termal Turizmin Geliştirilmesi Kapsamında Çeşme İlçesi Termal Kaynaklarının Değerlendirilmesi. *Ege Akademik Bakış*, 10, 699–725
- TÜRSAB. (2021). Son Verilerle Türkiye Turizm İstatistikleri Raporu. <https://www.tursab.org.tr/duyurular/tursab-turizm-istatistikleri-raporu-nisan>.
- USHAŞ. (2021). Sağlık Turizmi Verileri. <https://www.ushas.com.tr/saglik-turizmi-verileri/> Erişim Tarihi: 21.02.2022.
- Yardan, E.D., Dikmetaş, H., Us, N.C. ve Yabana, B. (2014). Türkiye ve Dünya'da Sağlık Turizmi. *Sağlıkta Performans ve Kalite Dergisi*, 8(2), 27-42.
- Yirik, Ş., Ekici, R., Baltacı, F. (2015). *Türkiye ve Dünyada Sağlık Turizmi (Medikal Turizm)*, Detay Yayıncılık, 1. Baskı, Ankara.
- Sonmez, P. (2012). Sağlık Turizmi: İstanbul'a Yönelik Bir Değerlendirme, Ekonomistler Platformu Derneği, *Sağlık Turizmi Rapor Pdf*. İstanbul. Erişim Tarihi: 19.03.2022.

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

BİLİMSEL ETİK BEYANI

“Dünya ve Türkiye İçin Sağlık Turizminin Genel Bir Değerlendirilmesi: Türkiye İçin Bir Zaman Serisi Analizi” başlıklı yüksek lisans tezindeki bütün bilgileri etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, tez yazım kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada, bana ait olmayan her türlü ifade ve bilginin kaynağına eksiz atıf yaptığımı bildiririm. İfade ettiklerimin aksi ortaya çıktığında ise her türlü yasal sonucu kabul ettiğimi beyan ederim.

Turan BEKTAŞ

...../...../.....,

ÖZ GEÇMİŞ

Soyadı, Adı : Turan BEKTAŞ
Uyruk : T. C.
Doğum yeri ve tarihi : Çorum, 11.11.1974
E-mail : turanb1974@gmail.com
Yabancı Dil : İngilizce

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet tarihi
Ön Lisans:	Hacettepe Üniversitesi, SHMYO, Radyoloji Bölümü	15.07.1997
Lisans:	İstanbul Üniversitesi, AUZEF, Acil Yardım ve Afet Yönetimi	27.05.2018
Y. Lisans:	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sağlık Turizmi Anabilim Dalı, Tezli Yüksek Lisans	

BURSLAR ve ÖDÜLLER

İŞ DENEYİMİ

Yıl	Yer/Kurum	Ünvan
1997	Çorum Devlet Hastanesi	Radyoloji Teknikeri
1998	Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi (Halen Çalışmaktadır)	Radyoloji Teknikeri