



Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi

2019, 2(6): 366-381.

DOI:10.26677/TR1010.2019.135

ISSN: 2667-422X Dergi web sayfası:

<https://www.sobibder.org>



ARAŞTIRMA MAKALESİ

Türkiye’de Medikal Turizmi Etkileyen Faktörlerin Analizi

Mertcan ÜNAL: Gazi Üniversitesi, Bilişim Enstitüsü, e-posta: mertcan.unal@yahoo.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6779-6902>

Doç. Dr. Cemalettin AKTEPE: Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi, Ankara, e-posta: c.aktepe@hbv.edu.tr

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5426-2530>

Öz

Dünya üzerinde gün geçtikçe önemi artan ve ekonomik anlamda ülkelere kazandırdıklarıyla daha hızlı bir şekilde gelişen turizm sektörü özellikle gelişmekte olan ülkeler için önemli bir politika haline gelmiş ve uluslararası düzeyde rekabet en üst seviyelere yükselmiştir. Sektör sadece kendi içinde değil aynı zamanda diğer sektörlerle de istihdam ve döviz girdisi sağlama özelliği ile ekonomiye büyük ölçüde destek sağlamaktadır. Çalışmanın temel amacı da bu noktadan başlayarak alternatif turizm çeşitlerinden olan medikal turizmin Türkiye’deki mevcut durumunu incelemek ve illere göre belirli kriterler çerçevesinde faktörleri analiz edip çıkan neticeye göre bu faktörlerin ne derece medikal turizmi etkilediğini ortaya çıkarmak ve bir model oluşturmaktır. Bu kapsamda medikal turizmi etkileyen 6 bağımsız faktörün Türkiye’de medikal turist sayısını etkileyip etkilemediği ve ne derecede etkilediği araştırılmıştır. Yapılan analiz sonuçlarına göre uzman hekim sayısı ve nitelikli yatak sayısı, medikal turist sayısını etkilemekte olup; uzman hekim sayısı pozitif, nitelikli yatak sayısı negatif yönde etkilemekte olduğu tespit edilmiştir.

*Bu makale yazarın yüksek lisans tez çalışmasına (Medikal Turizmi Etkileyen Faktörlerin Analizi: Türkiye Uygulaması, 2019, Gazi Üniversitesi Bilişim Enstitüsü) dayalı olarak hazırlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Turizmi, Medikal Turizm.

Makale Gönderme Tarihi: 11.03.2019

Makale Kabul Tarihi: 12.06.2019

Önerilen Atf:

Ünal, M. ve Aktepe, C. (2019). Türkiye’de Medikal Turizmi Etkileyen Faktörlerin Analizi, *Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(6):366-381.

© 2019 Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi.



RESEARCH PAPER

Analyzing the Factors of Affecting Medical Tourism in Turkey

Mertcan ÜNAL Gazi University, Informatics Institute, e-mail: mertcan.unal@yahoo.com

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6779-6902>

Associate Prof. Dr. Cemalettin AKTEPE Ankara Hacı Bayram Veli University, Faculty of Economics and Administrative Sciences, Ankara, e-mail: c.aktepe@hbv.edu.tr

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5426-2530>

Abstract

The tourism sector, which is growing rapidly and increasing in economic terms in the world, has become an important policy especially for the developing countries and the competition has risen to the highest grade on the international level. The sector provides great support to the economy not only by itself but also by providing employment and foreign exchange inputs to other sectors as well. The main objective of the study is the medical tourism in the alternative tourism, starting from this point to examine the current situation in Turkey and in accordance with certain criteria, according to the provinces to examine the factors and based on the result uncover of these factors to what extent medical tourism impact and to create a model. Six independent factors affecting medical tourism in the context of research that affects the number of medical tourists in Turkey and was investigated by the degree of influence. According to the analysis results, the number of qualified specialists and the number of qualified beds affect the number of medical tourists It was found that the number of qualified physicians is affected positive, the number of qualified beds affected the negative direction.

Keywords: Health Tourism, Medical Tourism.

Received: 11.03.2019

Accepted: 12.06.2019

Suggested Citation:

Ünal, M. and Aktepe, C. (2019). Analyzing the Factors of Affecting Medical Tourism in Turkey, *Journal of Social, Humanities and Administrative Sciences*, 2(6):366-381.

© 2019 Sosyal, Beşerî ve İdari Bilimler Dergisi.

GİRİŞ

Dünya üzerinde ülkeler vatandaşlarına verdikleri hizmetler bakımında farklılıklar göstermektedirler, bu hizmetlerin başında gelen sağlık hizmetlerinde de yapılan harcamalar her bölgede farklılık göstermektedir. Sağlık harcamaları yapılırken Ülkelerin bir kısmı sağlık harcamalarını devlet politikası kapsamında bütçelerinden karşılarken, bir kısmında ise vatandaşlar sağlık hizmeti satın alabilmek için kendi cebinden harcamak durumundadır. Bu harcama yöntemlerine göre ülkeler özel veya genel sağlık sigortası uygulamalarını sağlık politikalarında kullanmaktadırlar. Avrupa'da ve özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nde (ABD) kapsam dışı bırakılan yüksek maliyetli kimi tedaviler sebebiyle, vatandaşlar tedavi olamamalarından kaynaklı ve uzun bekleme sürelerinden dolayı hem uygun fiyatla kaliteli tedavi hizmeti alabilmek hem de farklı bölgelere seyahat edebilmek için diğer ülkelere yönelmişlerdir. Turizmin alt dallarından birisi olan sağlık turizmi ise her geçen gün yükselmekte olan ivmesiyle ülkelere yüksek gelir kazandırmaktadır. Ülkeler bu rekabette kendilerine yüksek oranda pay edinebilmek adına çeşitli çalışmalar yapmaktalar, devlet vasıtasıyla teşvikler sağlanmakta ve çeşitli sektörlerin birleşimiyle multidisipliner çalışmalar sergilenmektedir. Türkiye'de son zamanlarda sağlıkla ilgili önemli atılımlarda bulunmuş ve uluslararası sağlık piyasasında adı geçen ülkelere birisi haline gelmiştir.

SAĞLIK HİZMETLERİ

1948 DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) Tüzüğü'ne göre sağlığın tanımı; yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu olarak yapılmıştır. Ottawa Sözleşmesi ise sağlık kavramını temel insan haklarından biri olarak ele almaktadır ve huzur, yeterli ekonomik kaynak, gıda ve barınma, istikrarlı bir eko-sistem ve sürdürülebilir kaynak kullanımını içeren bazı ön şartları vurgulamaktadır. Sosyal ve ekonomik koşullar, fiziksel çevre, bireysel yaşam tarzları ve sağlık arasındaki kaçınılmaz bağlantılar bu ön şartların kabul edilmesi ile ön plana çıkmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011:1).

Sağlık hizmetlerini sınıflandırırken; hizmet sunumu etkinliğini sağlamak, anlaşılabilirliği kolaylaştırmak ve maliyet-fayda analizi yapabilmek temel amaçtır. Literatürde çoğunlukla yer aldığı üzere sağlık hizmetleri; koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığın geliştirilmesi hizmetleri olmak üzere dört başlıkta incelenmektedir (Palamutçu, 2013:9).

Toplumun ve bireylerin sağlıklarının korunması, sağlık durumlarının bozulduğu zamanda tedavilerinin yapılması, hastalıklardan tam anlamıyla kurtulamayan ve engelli duruma düşenlerin bağımlı olmadan yaşama koşuluna sahip olabilmelerinin sağlanması ve toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesi için yapılan planlı çalışmalar sağlık ekonomisi olarak nitelendirilmektedir ve ekonomi biliminin imkânlarının kullanılması kapsamında yer almaktadır (Akın, 2017:12).

Dünyada genel olarak sağlık hizmetleri, sunumu ve finansmanı bakımından üç grupta incelenmektedir. İlk grupta devlet faktörünün finansman açısından daha çok etkili olduğu ulusal sağlık sigortası modeli yer almaktadır. Bu ülkelerin bir kısmında finansman vergi gelirleri ile karşılanmakta ve genel olarak hizmet sunumu kamu çalışanları tarafından gerçekleştirilmektedir. Diğer kısmında ise finansman vergilerle karşılanırken, hizmet sunumu ise özel kesim tarafından karşılanmaktadır. İkinci grupta ise sağlık hizmeti alıcının satın alma gücüne dayanmakta, bireylerin tercihine bırakılmakta ve devlet hizmet sunumunun finansmanında kısır kalmaktadır. Serbest Pazar ekonomisinin geçerli olduğu bu ülkelerde finansman gönüllü sigortalar tarafında sunum ise özel sektör tarafından uygulanmaktadır.

Türkiye'nin de içinde bulunduğu üçüncü modelde ise sağlık sigortası çalışanların gelirlerinden kesilen primlerle ve işverenlerin katılım ile finanse edilmektedir (Kostak, 2007:110-111).

Sağlık sistemi içinde yasal düzenlemeler yaparak devletlerin, düzenleyici ve denetleyici rolü sağlık sisteminin düzenli bir şekilde çalışması için de ön planda yer almaktadır. Ülke sağlık sistemlerinin örgütlenmesinde, DSÖ temel hareket noktasının birinci basamak sağlık hizmetleri olduğunu ifade etmiştir.

Türkiye'de sağlık sistemi planlanmasında; sağlığa ilişkin yasal düzenlemelerin yapılması ve stratejilerin geliştirilmesinden sorumlu organ ve kuruluşlar; Türkiye Büyük Millet Meclisi, Sağlık Bakanlığı ve Cumhurbaşkanlığı kapsamında faaliyetlerini sürdüren Devlet Planlama Teşkilatıdır. Finansman açısından Sosyal Güvenlik Kurumu ve özel sağlık kuruluşları Türkiye'de finansman kurumları arasında yer almaktadır. Sağlık hizmetinin sunumu ve üretilmesi bakımından Sağlık Bakanlığı ve özel hastaneler bu kapsamda bulunmaktadır. Tıbbi malzeme ithal eden ve pazarlayan kişiler veya firmalar tedarikçi sıfatıyla sağlık hizmetinin üretilebilmesi ve üretilen bu hizmetin gerçekleştirilmesi için ihtiyaç duyulan kaynakları temin etmektedirler. Hem kişilerin bireysel olarak hem de toplumun sağlık durumlarının korunabilmesi, hatta yükseltilebilmesi amacıyla sunulan koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığı geliştirici hizmetlerin tamamını kapsayan hizmetin sunulmasından organlar yataklı ve yataksız kurum ve kuruluşlar sorumludur (Tatar, 2012).

ULUSLARARASI TURİZM HAREKETLERİ

Dünya Turizm Örgütü'ne (UNWTO) göre ise turizm; "sürekli kalışa dönüşmemek ve gelir getirici hiçbir uğraşta bulunmamak koşulu ile yabancıların geçici süre kalışlarından doğan olay ve ilişkilerin tümü" olarak nitelendirilmektedir (Akın, 2016:22).

Turizm farklı görüşler tarafından farklı şekillerde yorumlanmakta ve çeşitlendirilmektedir. Bunun temel sebebi ise çok kapsamlı ve birbirine yakın konulardan oluşmasıdır. Bundan dolayı turizmi kesin bir şekilde sınıflamak mümkün değildir. Genel olarak literatürde yer aldığı şekliyle turizmi seyahat amaçlarına, turist sayılarına, seyahat edilecek yere, mevsimlere, turistlerin gelir düzeylerine, ulaştırma araçlarına, turistlerin geldikleri yerlere ve kişilerin yaşlarına göre sınıflandırmak mümkündür.

Çoğunlukla ekonomik yönüyle ele alınmış toplumsal faaliyet alanlarından birisi olan turizm, ülkelere önemli ölçüde gelir getirici ve döviz kazandırıcı özelliğinden dolayı ekonomik yaklaşım yaygınlaşmıştır. Turizmin ekonomik ve toplumsal bir olay olması durumuyla birlikte ülkelerin ekonomilerine gelir getirici, istihdam artırıcı ve bunların çarpan etkisiyle paydaş sektörlerle de katma değer etkilerinin yanında olumsuz etkileri de bulunmaktadır (Kozak ve Akoğlan Kozak, 2012: 91). Dünya genelinde turizm faaliyetlerine 1,3 milyarı aşan sayıda insanın; dünyayı tanımak, eğlenmek ve dinlenmek için 1,45 trilyon dolar harcadığı bilinmektedir (World Bank [WB], 2019).

Dünya Bankası (WB) verilerine göre Dünya genelinde 1995 yılında yaklaşık 525 milyon kişinin katıldığı turizm faaliyetlerine 2017 yılında hemen hemen 1,3 milyar kişi katılmıştır. Dünya Turizm Örgütü verilerine göre ABD turizm gelirleri içinde en yüksek geliri olan ülkedir. 2015 yılında 205,4 milyar dolar ve %0,3 artışla 2016 yılında ise 205,9 milyar dolar gelir elde ABD'yi, 2016 yılı turizm gelirleri esas alındığında 60,3 milyar dolar ile İspanya ve 49,9 milyar dolar ile Tayland takip etmektedir. ABD aynı zamanda uluslararası turist sayılarında da yaklaşık 77 milyon kişi ile üçüncü sırada yer almaktadır. İspanya 68 milyon dolar ile turizm gelirleri açısından ve yaklaşık 82 milyon turist sayısı açısından ikinci sırada yer almaktadır. Fransa, turizm gelirlerinde 61 milyar dolar ile üçüncü sırada ve 87 milyon ile uluslararası turist sayısı

bakımından dünyanın en büyük varış noktası konumundadır. İtalya, turizm gelirlerinde 6. sırada (44,2 milyar dolar) ve turist sayısında beşinci sırada (58,3 milyon kişi) yer almaktadır. İngiltere ise gelen turist sayısında 8. sırada, turizm gelirlerinde ise 5. sırada yer almaktadır. (UNWTO, 2019).

Çizelge-1. Dünya’da Turist Sayısı ve Turizm Gelirleri (1995-2017)

Yıl	Turist Sayısı (milyon kişi)	Turizm Geliri (milyon \$)
1995	524,0	484,9
2000	677,4	571,0
2005	808,8	817,0
2010	956,4	1 098,7
2017	1 341,5	1 525,7

Dünya Turizm Örgütü’nün 2030 yılı için yapmış olduğu projeksiyon değerlendirmelerine göre uluslararası turist sayısının 2010 yılından 2030’a kadar yılda yaklaşık ortalama %3,3 oranında artması beklenmektedir. 1995 ile 2010 yılları arasında yıllık ortalama 28 milyon artış mevcutken, 2010 ile 2030 yılları arasında ortalama 43 milyon artış göstermesi beklenmektedir. Dünya çapında 2020 yılında uluslararası turist sayısının 1,4 milyara ulaşması beklenirken, 2030 yılında bu rakamın 1,8 milyara ulaşması beklenmektedir (UNWTO, 2011).

Türkiye’de turizm ekonomik, sosyal ve kültürel etkilerini 1940’lı yıllardan sonra fark ettirmeye başlamış, 1963 yılından 1980 yılına kadar zaman zaman gelişme eğilimi göstermiştir. 1980 sonrası dönem incelendiğinde, Türkiye’ye gelen uluslararası turist sayısının dünya ortalamasının üzerinde olması, bu dönemin bir dönüm noktası olarak kabul edilmesini sağlamaktadır. Bu dönemden sonra turizm, ekonomik, sosyal ve çevresel etkileri ile birlikte incelenmiştir. Elde edilen bu sayısal büyüklüklerin, Türkiye’nin sahip olduğu doğal ve tarihi zenginliklerin sonucu olmadığı görülmüştür. Bundan dolayı yasal düzenlemeler yapılmış, turizm teşvik kanunları çıkartılmış ve vergi ve gümrük muafiyetleri özel döviz tahsisleri verilmiştir. Bu önlemler ve teşvikler sayesinde büyük gelişmeler sağlanmış ve 1984-1990 yılları arasında turizm sektörü olarak ortalama %12,1 oranında bir büyüme göstermiştir (Çımat ve Bahar, 2003: 6).

Türkiye’ye en çok turist gönderen ülkelerin başında Almanya yer almaktadır. Almanya 2012-2016 yılları arasında ilk sırada yer alırken bu yıllar arasında gelen turist sayısı bakımından %22’lik bir düşüş görülmektedir. Rusya ise 2012-2015 yılları arasında Almanya’nın ardından ikinci sırada gelirken 2016 yılında %76’lık bir düşüş göstermiştir. Buna rağmen 2017 yılında 2016’ya göre yaklaşık 4 kat artış göstererek ilk sırada yer almıştır (Türkiye İstatistik Kurumu [TÜİK], 2019). Dünya Turizm Örgütü verilerine göre Türkiye 2017 yılında, 2016 yılına göre %24,1’lik artışla 37,6 milyon gelen turist sayısına sahip olarak dünya genelinde 8. sırada yer almaktadır (UNWTO, 2019). Türkiye’de özellikle son yıllarda uluslararası turizmin önemi giderek artmıştır. Doğal ve kültürel güzelliklerin büyük kısmı henüz iç ve dış turizme tam olarak sunulmamıştır. Türkiye buna rağmen, dünyada en çok turist ziyarette bulunduğu ilk 20 ülke arasında bulunmaktadır. Turizm kaynaklarının verimli bir şekilde kullanıldığı takdirde turizm gelirlerinin de önemli ölçüde artış göstereceği düşünülmektedir (Aydoğdu, 2016:14).

Kültür ve Turizm Bakanlığı verilerine göre 2018 yılında Türkiye’ye en çok ziyaretçi gönderen ülkelerin başında Rusya (5.964.613 kişi) gelmektedir. Rusya’yı 4.512.360 kişi ile Almanya takip etmektedir ve ardından sırasıyla Bulgaristan (2.386.885 kişi), İngiltere (2.254.871 kişi) ve Gürcistan (2.069.392 kişi) gelmektedir (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2019).

TÜİK tarafından yayınlanan verilere göre gelen turist sayısı incelendiğinde iller bakımından 2017 yılında Türkiye genelinde tüm ziyaretçilerin %33,1'ine sahip olan İstanbul (10.730.510 kişi) ilk sırada yer almaktadır. İstanbulu, Antalya (9.482.050 kişi) ve Edirne (3.165.839 kişi) takip etmektedir. 2018 yılında ise aynı sıralama ile İstanbul (13.432.990 kişi), Antalya (12.438.822) ve Edirne (3.835.131) olarak gelen turist sayısı bakımından Türkiye genelinde %21,84'lük artış görülmüştür (TÜİK, 2019).

Turizm sektörü dünyada en fazla iş imkanı sağlayan sektörlerden biridir ve dünya genelinde her 10 çalışandan biri bu sektörde istihdam edilmektedir. Turizm sektörü emek yoğun bir sektördür ve bundan dolayı da daha çok insan gücüne ihtiyaç duyulmaktadır. Bundan dolayı turizm sektörünün gelişmesi ile birlikte ülke vatandaşlarının da istihdam edilebilmeleri sağlanmaktadır ve işsizlik sorunun çözümünde de önemli bir rol oynamaktadır (UNWTO, 2019). Dünya seyahat ve turizm konseyi (WTTC) tarafından yayımlanan rapora göre Türkiye'de turizm sektöründeki doğrudan istihdamın toplam istihdam içerisindeki payı 2017 yılında %1,7, sektördeki dolaylı ve doğrudan istihdamın toplam istihdam içerisindeki payı ise %7,4'dir (World Travel and Tourism Council [WTTC], 2019). 2017 yılı verilerine göre Dünya genelinde turizm kaynaklı istihdamın toplam istihdam içerisindeki payı %9,9 iken Türkiye'de bu rakam %7,4'tür. Bu oran dikkate alındığında turizmin iktisadi anlamda istihdam sorununu kapatıcı yönde olduğu görülmektedir fakat Dünya ortalamasının gerisindedir.

SAĞLIK TURİZMİ

Dünya Turizm Örgütü'nün yapmış olduğu tanımlamaya göre sağlık turizmi; kaplıca veya diğer sağlık merkezlerine seyahat eden kişinin fiziksel iyilik halini geliştirmek amacıyla yapılan ziyaretler olarak kabul edilmektedir. Aynı zamanda sağlık turizmi, hasta bireylerin acil sağlık ihtiyacını veya seçtikleri bir sağlık hizmetini, vatandaşı oldukları ülke dışında bir ülkeden karşılamaları olarak da tanımlanabilmektedir. Hastaların 24 saatten fazla ve bir seneden az olmak kaydıyla, sağlık ihtiyaçlarını gidermek amaçlı tedavi olmak veya sağlıklarını koruma amacıyla başka bir ülkeye seyahat etmeleri olarak da tanımlanabilmektedir (Akdu, 2014:4).

Gelişmiş ülkeler sağlığın korunması, işgücü verimini ve üretimi arttırmak ve sağlık yaşam sağlamak amacıyla termal suların faydalarından, iklim ve çevre olanaklarından ve diğer turizm çeşitleri ile birlikte yararlanmaktadırlar. Sağlık turizmi de diğer turizm çeşitleri gibi alt dallara ayrılmaktadır. Tedavi metotları ve kullanılan kaynaklar bu konuda ayırt edici durum konumundadır. Sağlık turizmini şu şekilde üç başlık altında incelemek mümkündür (Çetinkaya, 2010:17):

- Medikal (Tıbbi) turizm,
- Termal (Kaplıca) turizm,
- Yaşlı ve engelli bakım turizmi.

Medikal (tıbbi) turizm; tanı, tedavi, rehabilitasyon uygulamaları ile otelcilik, acentecilik, tanıtım, çevre, ekonomi ve mimari yapı gibi açılardan birden fazla sektörün iç içe olduğu bir sağlık turizmi türüdür. Tıbbi veya cerrahi tedavi uygulamalar amacıyla kişilerin kendi ülkelerinden başka bir ülkeye seyahat etmeleri olarak da tanımlanabilmektedir. Medikal turizmi genel olarak ise cerrahi veya özel uzmanlık gerektiren tıbbi müdahaleleri içeren tedaviyi talep eden hastalara maliyet etkin özel tedavi yöntemleri sunulması amacıyla turizm endüstrisi ile yapılan iş birliği olarak tanımlamak mümkündür. Bu tedavi sürecinde hem turizm hem de sağlık sektörü birlikte etkin rol almaktadırlar (Çetinkaya, 2010:18).

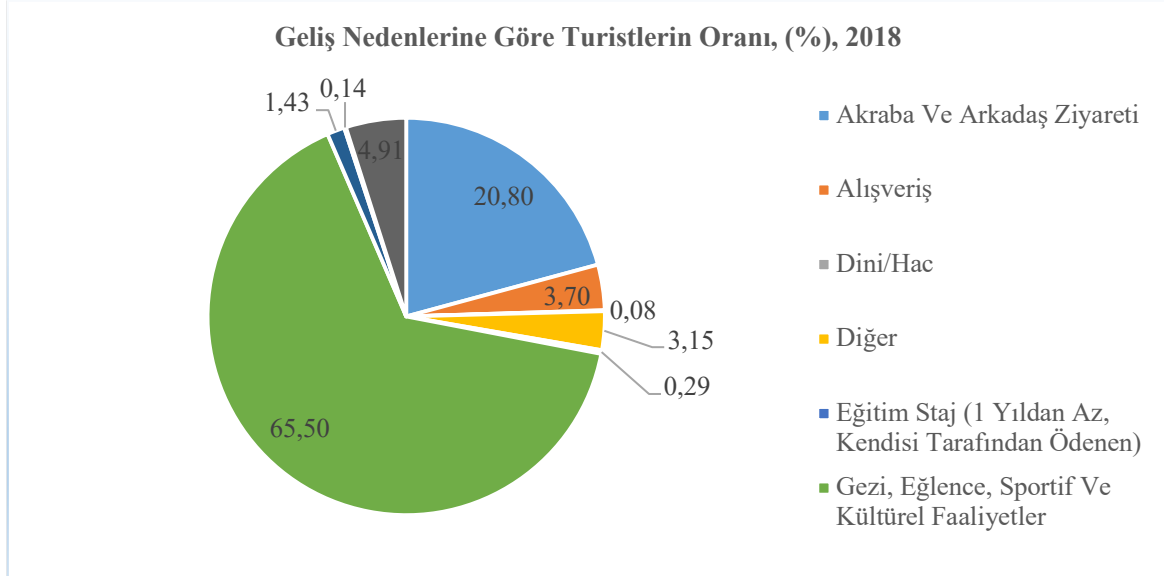
Termal (kaplıca) turizmi; kişilerin sahip oldukları bazı hastalık ve rahatsızlıkların tedavi edilmesi ve tedavi edilirken de dinlenmek ve zindelik kazanmak istemeleri ve bunun sonucunda da termal su kaynaklarının olduğu tesislere gitmeleri olarak da tanımlanabilmektedir (Ongun, 2013:47).

Yaşlı ve engelli bakım turizmi; sağlık turizmi çeşitlerinden üçüncüsü olarak nitelendirilmektedir. Yaşlı turizmi, geriatri turizmi veya üçüncü yaş turizmi olarak da nitelendirilebilmektedir. Bu turizm çeşidinde, yaşlı bireyler sağlıklarının korunması, ortaya çıkması muhtemel olan hastalıkların önlenmesi veya tanuları veya tedavileri amacıyla gerçekleştirdikleri seyahatlerdir. Gelişmiş ülkelerdeki sağlık şartlarının iyileşmesiyle birlikte yaşam süreleri uzamış ve bunun sonucunda 65 yaş ve üstü bireylerin oranı da artmıştır. Dünya genelinde sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişmeler ile birlikte 65 yaş ve üstü grubunda görülen hastalık türlerinin oranı düşmüş ve daha aktif, dinamik bir yaşlı nüfusun ortaya çıkması sağlanmıştır (Bülbül, 2015:38).

Birleşmiş Milletler verilerine göre Dünya'da 500 milyon üzerinde engelli birey bulunmaktadır. Yaşlı ve engelli hastaların tedavileri için klinik oteller, rekreasyon alanları ve bakım evlerinde tedavi hizmetleri sunulmaktadır (Gülmez, 2012:38).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre dünya genelinde sağlık harcamaları verileri incelendiğinde 2014 yılında yaklaşık 6,5 trilyon, 2015 yılında ise yaklaşık 6 trilyon dolar sağlık harcaması yapıldığı belirlenmiştir. İsviçre kişi başı 9.818 dolar ile dünyada en fazla sağlık harcaması yapan ülke olurken bunu 9.535,9 dolar ile Amerika Birleşik Devletleri takip etmektedir. Gelişmişlik düzeylerine göre gösterdikleri özen bakımından farklılık gösteren ülkeler sağlık harcamalarına GSYİH'lerinin (Gayri Safi Yurt İçi Hasıla) %2'si ile %22'si arasında pay ayırmaktadırlar (World Health Organization [WHO], 2019). OECD ülkeleri arasında GSYİH içinde sağlık harcamalarına ayrılan orana bakıldığında 2003 yılında %8 iken 2016 yılında %9'a yükselmiştir ve bu yıllar arasında en yüksek orana Amerika'nın sahip olduğu görülmektedir. Amerika 2003 yılında yaklaşık %14,5'lik bir pay ayırırken bu oran 2016 yılında %17,2'ye yükselmiştir. Türkiye'de ise 2016 yılında bu oran %4,3'tür (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2019). OECD ülkelerinde 2016 yılında sağlık harcamalarının %72'si kamu sağlık harcaması iken Türkiye'de bu oran %78'dir (Sağlık Bakanlığı, 2019).

Ekonomik açıdan turizmi nedenlerine göre incelemek gerekirse, 2008 yılında yapılan bir araştırmaya göre, yabancı turistlerin Türkiye denilince ilk olarak akıllarına %12'lik bir oranla güneş ve güneşlenmek gelmektedir. Bu araştırmaya göre turistlerin %44,5'i ilk kez Türkiye'ye gelmekte iken, ikinci kez gelenlerin oranı %22,7, üçüncü kez %11,1, dördüncü ve daha fazla kez gelenlerin oranı ise %21,7'dir. Bu araştırmaya göre Türkiye'ye gelen yabancı turistlerin geliş nedenleri %58,7 ile doğal güzellikler, %24,9 oranında ucuz olması, %21,4 kültürel zenginlik ve %16,9 oranında ise arkadaş tavsiyesi yer almaktadır. Bu turistlerin %47,7 oranında tekstil ürünleri ve %42,4 oranında hediyelik eşya aldıkları belirtilmiştir (Gülmez, 2012:42). TÜİK tarafından her yıl yayınlanan turizm istatistiklerine göre Türkiye'ye gelen turistlerin geliş nedenlerine göre ele alındığında çıkan veriler şu şekilde gösterilebilir.



Grafik 0. Geliş Nedenlerine Göre Turistlerin Oranı, 2018

Medikal turizm alanında Türkiye rekabetçi fiyat uygulamalarından dolayı önemli bir konumdadır. Amerika, Türkiye, İrlanda, Tayland, Singapur, Hindistan, İsrail ve İsviçre operasyon türlerine göre karşılaştırıldığında, bypass ameliyatlarında en avantajlı ülkenin Türkiye olduğu görülmektedir ve bypass ameliyatının fiyatı 11.375-15.000 dolar arasında değişmektedir. Omurga füzyonu operasyonlarında Türkiye 7.125 dolar ile Tayvan'ın arkasından gelmektedir. Kemik iliği transplantasyonu tedavisinde ise Hindistan ile Türkiye ilk sırayı paylaşmaktadır. Türkiye'de bu tedavinin ücreti 40.000-70.000 dolar arasında değişmektedir (Zengingönül vd., 2012: 19).

Türkiye Seyahat Acentaları Birliği (TÜRSAB) tarafından yayımlanan Sağlık Turizmi Raporu'na göre; sağlık turizminde hasta başına gelirin 2 bin dolardan başladığı, medikal turizmde ise hasta başına gelirin 12 bin dolara kadar çıktığı belirtilmektedir. Ulaşım, konaklama ve refakatçi gibi tedavi dışındaki unsurların da eklendiği varsayılırsa, sağlık turizminin ekonomik boyutunun ne kadar üst seviyelere vardığı görülmektedir. Sağlık turizmi gelirlerinin, ülke ekonomilerine katkısı açısından düşünüldüğünde, toplam gelirin %20'si seviyelerini geçmesi, sektörün ne kadar önemli bir yerde olduğunu göstermektedir (TÜRSAB, 2014).

Sağlık turizmi kapsamında seyahat edilmek istenen ülkeden beklenen hizmetlerde; sağlık kuruluşlarının kalitesi, eğitilmiş insan kaynağı ve fiyat avantajı, sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan kişiler tarafından göz önüne alınmaktadır. Güney Asya ve Güney Amerika'daki tedavi ücretleri kuzey ülkelerine göre daha uygundur ve bu nedenle bu ülkeler sağlık turizmi alanında ön plana çıkmaktadır. Dünya Turizm Örgütü'nün araştırmasına göre, 2013 yılında sağlık turizmi Dünya'da 100 milyar dolarlık bir büyüklüğe ulaşacağı ve 2017 yılına kadar sadece ABD'den 23 milyon sağlık turistinin yaklaşık 80 milyar dolarlık bir harcama yaparak denizaşırı ülkelere gideceği hesaplanmıştır.

Sağlık için yapılacak seyahat kapsamında uluslararası tesis seçiminde hastane akreditasyon standardizasyonu göstergesinin etkili olduğu söylenmektedir. Bu seçim kadar ülkelerin sağlık turizmi için hazır olma durumları ve harcadıkları çabanın ölçüsü de önemli bir gösterge olarak kabul edilmektedir. JCI kuruluşunun, bu alanda faaliyet gösteren kuruluşlar arasında en önemlisi olduğu görülmektedir. 1999 yılında kurulan JCI kuruluşunun misyonu; eğitim ve danışmanlık hizmetleri ve uluslararası akreditasyon ve sertifikasyon sunmak ve bunun sayesinde de uluslararası topluluklarda güvenlik ve bakım kalitesini sürekli olarak geliştirmektedir (Aydın ve Karamehmet Aydın, 2015: 4).

Çizelge-2. Uluslararası JCI Akreditasyonuna Sahip Sağlık Kuruluşu Sayısı, 2017-2018

Ülke	Akredite Kuruluş Sayısı (2017)	Ülke	Akredite Kuruluş Sayısı (2018)
Birleşik Arap Emirlikleri	175	Birleşik Arap Emirlikleri	192
Suudi Arabistan	110	Suudi Arabistan	102
Çin	89	Çin	98
Tayland	61	Tayland	64
Brezilya	58	Brezilya	63
Türkiye	49	Türkiye	46

JCI tarafından akredite edilen kuruluşların buldukları ülkelerin durumuna bakıldığında, yabancı çalışan sayısının fazla olduğu Birleşik Arap Emirlikleri ve Suudi Arabistan ülkelerini ilk iki sırada görmekteyiz. Bunların dışında akredite olan sağlık kuruluşu sayısına göre ilk 20 ülkeye bakıldığında; turist sayısının fazla olduğu Çin, İspanya ve İtalya gibi ülkeleri, sağlık turizmine yapmış oldukları yatırım dolayısıyla Tayland, Brezilya, Hindistan, Singapur, Tayvan ve Malezya gibi ülkeleri de görmekteyiz. Türkiye de bu ülkelerle birlikte sağlık turizmi alanında rekabet edebilecek ülkeler arasındadır.

International Healthcare Resource Center (IHRC) tarafından yapılan Medical Tourism Index (MTI) araştırma raporunda ülkelerinde medikal turizm skorları belirli koşullara göre indekslenmektedir. Bu koşullar; ülke çevresi, medikal turizm endüstrisi ile tesisler ve hizmetler olmak üzere üç ana başlıkta belirlenmektedir. Ülke çevresi başlığının etmenleri; ekonomi, güvenlik, imaj ve kültürdür. Medikal Turizm Endüstrisi başlığının etmenleri; hedef ülkenin cazibesi ve medikal turizm maliyetleridir. Son olarak tesisler ve hizmetler başlığının etmenleri; kaliteli bakım, itibar, uluslararasılaşma ile akreditasyon ve hasta deneyimidir. Bu etmenler kapsamında belirlenen başlıklar ışığında puanlanan ülkeler sıralaması şu şekildedir:

Araştırmada yer alan ülkelerin puanlarına göre en yüksek Medikal Turizm İndeksine sahip ülkeler Kanada, Birleşik Krallık ve İsrail'dir. Bölgesel olarak ise 64,48 puanla Amerika Bölgesi birinci sırada yer alırken, bunu 63,50 puanla Avrupa Bölgesi takip etmektedir ve arkasından 63,40 puanla Orta Asya ve 63,19 puanla Asya Bölgeleri takip etmektedir.

2017 yılında, Patients Beyond Borders tarafından yapılan bir çalışmaya göre 2016 yılı kapsamında tahmin olarak medikal turistler şu şekilde hesaplanmıştır (Patients Beyond Borders, 2017):

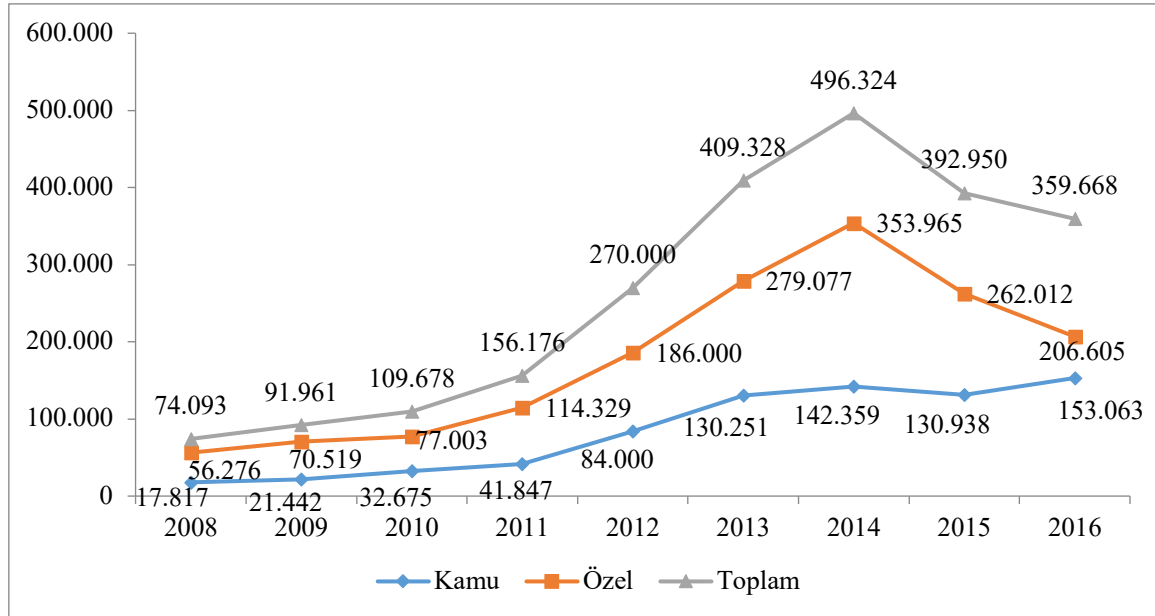
- Brezilya: 240.000
- Kosta Rika: 60.000-75.000
- Hindistan: 350.000-850.000
- Kore: 400.000-620.000
- Malezya: 940.000 (%80'den fazlası komşu Endonezya'dan gelen hastalar)
- Meksika: 1.400.000-3.000.000 (yüksek oranlı nüfus çoğunlukla belgesiz ABD kökenlilerden (çoğunlukla Kaliforniya, Arizona ve Teksas bakım için eve döndüğünden) oluşmaktadır).
- Singapur: 370.000-550.000 (%70'i komşu Endonezya'dan gelen hastalar)
- Tayvan: 370.000
- Tayland: 1.300.000-1.800.000
- Türkiye: 510.000
- Birleşik Arap Emirlikleri: 330.000
- Amerika Birleşik Devletleri: 300.000

- Diğerleri: 3.600.000-5.500.000 (Avrupa Birliği içi seyahatçiler de dahil)
- Toplam Hesaplanan 2016: 1.017.000- 15.085.000

Türkiye’de ise 2008-2014 yılları arasında gelen uluslararası hasta sayıları incelendiğinde, sürekli bir artış görülmektedir, fakat 2014 yılından başlayan bir düşüşün 2016 yılına kadar devam ettiği görülmektedir (Yıldırım vd., 2017).

Çizelge-3. Medikal Turizm İndeks Sıralaması ve İndeks Puanı

Sıra	Ülke	Puan	Sıra	Ülke	Puan	Sıra	Ülke	Puan
1.	Kanada	76,62	15.	Kosta Rika	67,67	29.	Meksika	60,70
2.	Birleşik Krallık	74,87	16.	Dominik Cumhuriyeti	67,58	30.	Türkiye	60,60
3.	İsrail	73,91	17.	Dubai	67,54	31.	Katar	60,07
4.	Singapur	73,56	18.	Jamaika	67,17	32.	Fas	59,77
5.	Hindistan	72,10	19.	Tayland	66,60	33.	Ürdün	57,02
6.	Almanya	71,90	20.	Filipinler	66,40	34.	Rusya	57,01
7.	Fransa	71,22	21.	Tayvan	66,28	35.	Umman	56,90
8.	Kore	70,16	22.	Brezilya	65,22	36.	Tunus	56,78
9.	İtalya	69,50	23.	Çin	64,78	37.	Kuveyt	52,69
10.	Kolombiya	69,48	24.	Polonya	63,79	38.	Suudi Arabistan	52,43
11.	İspanya	68,29	25.	Abu Dhabi	63,56	39.	Bahreyn	51,99
12.	Japonya	68,00	26.	Malta	62,97	40.	Lübnan	49,92
13.	Panama	67,93	27.	Güney Afrika	62,20	41.	İran	36,00
14.	Arjantin	67,67	28.	Mısır	60,92			



Grafik-1. Yıllara Göre Türkiye’ye Gelen Uluslararası Hasta Sayıları, 2008-2016

Türkiye’ye geldikleri ülke bakımından uluslararası hastalar sıralandığında 2008-2010 yılları arasında ilk iki sırayı Almanya ve Hollanda almaktadır ve bu ülkeleri bu yıllarda Fransa ve Avusturya takip etmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2010:47-49). 2011 yılında ise sağlık hizmeti almak

için Türkiye'yi tercih eden ülkeler sıralamasında Almanya ilk sırada gelmektedir ve bunu Rusya takip etmektedir (Barca, Akdeve ve Gedik Balay, 2012: 58). Uluslararası hastalar, 2012 yılında geldikleri ülkeler bakımından sıralandığında Almanya'nın ilk sırada yer aldığı görülmektedir ve Libya ile Rusya bunu takip etmektedir (Kaya vd., 2013:34). Sağlık turizmi kapsamında 2015 yılında Türkiye'yi tercih eden uluslararası hastaların geldikleri ülkeler arasında 45.118 hasta ile Libya, 2016 yılında ise 21.759 hasta ile Almanya'nın ilk sırada bulunduğu görülmektedir. İlk 10 sırada yer alan ülkelere bakıldığında; 3-4 saatlik uçuş mesafesinde yer alan, komşu, Müslüman nüfusun ağırlıkta olduğu, gurbetçi vatandaşların ağırlıkta olduğu ve genel anlamda gelen turist sayısının fazla olduğu ülkeler olduğu görülmektedir. 2015 yılında ilk 10 ülkeden gelen hastaların %52'si turistin sağlığı, %48'i de medikal turizm kapsamında gelmişlerdir. Bu yıl içerisinde en çok hasta medikal turizm ile Libya'dan gelirken, turistin sağlığı kapsamında Almanya'dan hastalar Türkiye'ye gelmişlerdir. Türkiye'ye 2016 yılında gelen uluslararası hasta sayısı bakımından ilk 10 ülkeden gelen kişilerin %60'ı turistin sağlığı, %40'ı da medikal turizm kapsamında gelmişlerdir. Bu yıl içerisinde medikal turizm bakımında en çok hasta Libya'dan, turistin sağlığı bakımından en çok hasta Almanya'dan gelmiştir (Yıldırım vd., 2017:8-9).

Uluslararası JCI Akreditasyon kuruluşu tarafından Türkiye genelinde 2018 yılı hesaplamalarına göre; İstanbul (29) en fazla akredite olan sağlık kuruluşunun bulunduğu şehirdir ve özel, kamu ve üniversite hastanelerinden özellikle akredite olan hastaneler dünyadaki en ileri teknolojiler ile donatılmışlardır. İstanbul'u sırasıyla Ankara (5), İzmir (5), Adana (3), Bursa (2), Antalya (1) ve Kocaeli (1) takip etmektedir.

MATERYAL VE YÖNTEM

Türkiye'de 2016 yılında elde edilen ve medikal turizmi etkileyen faktörler üzerinde bir uygulama yapılmıştır. Uygulamada başlangıçta altı faktör ve bir bağımlı değişken kullanılmıştır. Verilere göre bağımsız değişkenler; cihaz sayısı (cs), nitelikli yatak sayısı (nys), uzman hekim sayısı (hs), akredite sağlık tesisi sayısı (akr), kamunun sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı (ksm) ve havalimanına erişim oranıdır (air). Bağımlı değişken ise sağlık turisti (st) sayısıdır.

Araştırmada yöntem olarak; çok değişkenli doğrusal regresyon analizi, SPSS paket programı kullanılmıştır. Regresyon analizi ile aralarında sebep sonuç ilişkisi bulunan iki veya daha fazla değişken arasındaki ilişki incelenmektedir ve konuyla ilgili tahmin yapabilmek amacıyla oluşturulan ve matematiksel bir model ile belirtilen istatistiksel analizler yapılmaktadır. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında kurulan istatistiksel modelle bağımsız değişkenlerin belirli değerleri için bağımlı değişkenlerin alacağı değeri tahmin etme yöntemi olarak da tanımlanabilmektedir.

BULGULAR

Bağımlı ve bağımsız değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler şu şekildedir:

Çizelge 4 Değişkenlere Ait Tanımlayıcı İstatistikler

Değişken	Ortalama Değer ± Standart Hata	Minimum Değer	Maks. Değer
st	5.143,57±3.441,747	0	276632
hs	73,91±3,14	12,4200	184,4378
cs	14,93±0,93	6,3477	82,0799
nys	148,86±5,83	0,0000	315,1092
akr	0,60±0,38	0	29
ksm	77,47±0,81	54,5500	89,1300
air	669,86±174,61	0,0000	9874,8343

Çizelge 5 Örnekleme Ait Bütün Değişkenler İçin Çoklu Korelasyon Matrisi

	hs	cs	nys	akr	ksm	air
hs	1					
cs	0,041	1				
nys	0,407	-0,085	1			
akr	0,396	0,057	-0,064	1		
ksm	0,115	0,085	0,316	-0,213	1	
air	0,477	0,041	-0,029	0,758	0,029	1

Korelasyon matrisinde, bağımlı değişken illere göre sağlık turisti sayısı ile illere göre yüz bin kişiye düşen uzman hekim sayısı, illere göre yüz bin kişiye düşen cihaz sayısı, illere göre yüz bin kişiye düşen nitelikli yatak sayısı, illere göre akredite olan sağlık tesisi sayısı, illere göre kamunun sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı ve illere göre havalimanına erişim oranı değişkenlerinin herbiri arasındaki korelasyonu yanında, bağımsız değişkenlerin birbiriyle olan korelasyonunu da ortaya çıkarmaktadır. Bağımsız değişkenler arasındaki yüksek korelasyon, değişkenlerin benzer bilgiler sağlaması ve dolayısıyla her bir değişkenin etkisini ayırmada güçlüğe neden olacağından, bunlar arasındaki düşük korelasyon, regresyon analizi sonuçlarının daha doğru olması için tercih edilmektedir (Kanıt ve Baykan, 2004). Bu verilere göre, illere göre yüz bin kişiye düşen uzman hekim sayısı ile illere göre yüz bin kişiye düşen cihaz sayısı bağımsız değişkenleri arasında 0,041; illere göre yüz bin kişiye düşen nitelikli yatak sayısı ile illere göre yüz bin kişiye düşen cihaz sayısı bağımsız değişkenleri arasında -0,085; illere göre akredite olan sağlık tesisi sayısı ile illere göre yüz bin kişiye düşen cihaz sayısı bağımsız değişkenleri arasında 0,057; illere göre yüz bin kişiye düşen nitelikli yatak sayısı ile illere göre akredite olan sağlık tesisi sayısı bağımsız değişkenleri arasında -0,064; illere göre kamunun sağlık hizmetlerinden oranı ile illere göre yüz bin kişiye düşen cihaz sayısı bağımsız değişkenleri arasında 0,085; illere göre havalimanına erişim oranı ile illere göre yüz bin kişiye düşen cihaz sayısı bağımsız değişkenleri arasında 0,041; illere göre havalimanına erişim oranı ile illere göre yüz bin kişiye düşen nitelikli yatak sayısı bağımsız değişkenleri arasında -0,029; illere göre havalimanına erişim oranı ile kamunun sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı bağımsız değişkenleri arasında 0,029 değerlerinin mevcut olduğu ve oldukça düşük korelasyon olduğu görülmektedir. İllere göre sağlık turisti sayısı bağımlı değişkeni ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişki dikkate alındığında ise illere göre yüz bin kişiye düşen nitelikli yatak sayısı ve illere göre kamunun sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranının bağımlı değişken üzerinde negatif (ters yönlü) etkisinin olduğu, illere göre yüz bin kişiye düşen hekim sayısı, illere göre yüz bin kişiye düşen cihaz sayısı, illere göre akredite olan sağlık tesisi sayısı ve illere göre havalimanına erişim oranı değişkenlerinin ise pozitif yönde etkili olduğu söylenebilmektedir.

Araştırma kapsamında bağımlı ve bağımsız değişkenlerin normallik dereceleri ölçümü yapılmıştır ve şu sonuçlar ortaya çıkmıştır:

Çizelge 6 Değişkenlerin Normallik Testi Sonuçları-1

Değişken	Normallik değeri
hs	0,005
cs	0,000
nys	0,166
akr	0,000
ksm	0,004
air	0,000

Altı bağımsız değişkenin normallik testi sonucuna göre 5 tane değişkenin normal dağılıma sahip olmadığı hesaplanmış sadece 1 tanesinin normal dağılıma sahip olduğu görülmüştür. Değişkenlerin tamamını standardize etmek amacıyla logaritma transformasyonu uygulanmış bu aşamada matris satırlarında sıfıra karşılık gelen değerler işleme alınmamıştır. 81 ilden sadece 7 tanesinde akredite tesis bulunması yani diğer illerin bu gösterge kapsamında sıfır değeri almasından dolayı ve korelasyon değeri olarak da akredite olan sağlık tesisi sayısı göstergesi ile havalimanına erişim oranı göstergesinin 0,7-0,9 arasında olmasından dolayı aralarında güçlü ve yüksek derecede bir ilişki mevcut olması sebebiyle göstergenin analizi etkilememesi adına modelden çıkarılmasına karar verilmiştir. Standardize işleminin ardından bağımsız göstergelere ait normallik testi sonuçları şu şekildedir:

Çizelge 7 Değişkenlerin Normallik Testi Sonuçları-2

Değişken	Normallik değeri
lg_hs	0,711
lg_cs	0,075
lg_nys	0,211
lg_ksm	0,031
lg_air	0,004

Sıfır değerine sahip olan matrislerin veri setinden çıkarılmasının ardından 81 ilden 58 il verileri normallik testi sonucu hesaplaması için işleme alınmış olup logaritma dönüşümü yapılarak normallik testi uygulanmış ve sonuçları Çizelge 7’de açıklanmıştır. Bu sonuçlara göre kamunun sağlık hizmetlerine memnuniyet oranı ve havalimanına erişim oranı değişkenlerinin normal dağılıma sahip olmadığı tespit edilmiştir. Bunun ardından bu iki değişken regresyon modelinden çıkarılmıştır. Yüz bin kişiye düşen hekim sayısı, yüz bin kişiye düşen cihaz sayısı ve yüz bin kişiye düşen nitelikli yatak sayısı değişkenlerinin 81 il verilerine tekrar logaritma dönüşümü işleminin uygulanmasına karar verilmiş ve yine aynı şekilde matriste sıfır değerine sahip olan satırlar işleminden çıkarılmıştır. Değişkenlere veri setinde matriste sıfır değeri bulunmayan 66 satır değeri üzerinden normallik testi işlemi uygulanmıştır.

Çizelge 8 Değişkenlerin Normallik Testi Sonuçları-3

Değişken	Normallik değeri
lg_hs	0,970
lg_cs	0,039
lg_nys	0,351

Çizelge 8’e göre dönüştürme işlemi uygulanmış illere göre yüz bin kişiye düşen uzman hekim sayısı (lg_hs) 0,970 değeri ve dönüştürme işlemi uygulanmış illere göre yüz bin kişiye düşen nitelikli yatak sayısı (lg_nys) 0,351 değeri ile 0,05 güven aralığında normal dağılıma sahiplerdir ve regresyon modeli için uygun göstergelerdir. Bağımlı değişken olarak illere göre sağlık turisti sayısı ve bağımsız değişken olarak illere göre uzman hekim sayısı ile illere göre nitelikli yatak sayısı kullanılarak yapılan regresyon analizi ve ortaya çıkan model şu şekildedir:

Çizelge 9 Modele Dahil Olan Değişkenler, Model Özeti, Varyans Analizi ve Katsayılar Tablosu

Model	Modelde yer alan değişkenler	Modelden çıkarılan değişkenler	Metot		
1	lg_nys, lg_hs	.	Enter		
R	R2	Ayarlanmış R Kare	Tahminin Standart Hatası		
0,594	0,353	0,333	0,50145		
	Kareler Toplamı	Df	Ortalama Kare	F	Anlamlılık değeri
Regresyon	8,655	2	4,328	17,210	0,000
Artıklar	15,842	63	0,251		
Toplam	24,497	65			
	Standardize edilmemiş katsayılar	Standardize edilmiş katsayılar	t	Anlamlılık değeri	
	B	Standart Hata	Beta		
(sabit)	0,000	1,034		0,000	1,000
lg_hs	2,703	0,462	0,652	5,853	0,000
lg_nys	-0,978	0,476	-0,229	-2,054	0,044

SONUÇ

Çalışmada, illere göre sağlık turisti sayısı ile bağımsız değişkenler arasındaki çoklu korelasyon katsayısı R ile gösterilmiş olup (Çizelge 9), değeri 0,594'tür. Bu değere göre bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasındaki ilişkinin sonuç olarak orta düzeyde olduğu görülmektedir. Model genellikle içinden alındığı örnekleme uydugu gibi evrene uymadığından ayarlanmış R2 evrene uyum iyiliğinin daha iyi yansıtılması bakımından kullanılabilir. Analiz sonucunda R2 değerinin 0,353 olarak hesaplanmıştır. Bu değere göre illere göre sağlık turisti sayısındaki değişimlerin %35'i uzman hekim sayısı ve nitelikli yatak sayısı değişkenleri ile açıklanabilmektedir.

İllere göre yüz bin kişiye düşen nitelikli yatak sayısı ile illere göre sağlık turisti sayısı arasında ters ilişki olduğu görülmektedir. Nitelikli yatak sayısındaki artış, uzman hekim sayısı sabit tutulduğunda sağlık turisti sayısı üzerinde azalmaya sebep olmaktadır. İllere göre yüz bin kişiye düşen nitelikli yatak sayısı değişkeni sabitken, illere göre yüz bin kişiye düşen uzman hekim sayısı bağımsız değişkeni ile illere göre sağlık turisti sayısı bağımlı değişkeni arasındaki korelasyonun 0,652 olduğu görülmektedir. Bu da uzman hekim sayısının, sağlık turisti sayısı için en önemli parametre tahmini olduğunu göstermektedir.

Kullanılmış olan göstergeler, ulusal ve uluslararası araştırmalarda ve literatürde kullanılan ve kabul edilen göstergelerdir. Medikal turizmi etkileyen faktörler arasında ölçülebilen değerler çalışmanın analizinde kullanılmış ve nihayetinde bir sonuç oluşturulmuştur. Oluşturulan modelde, ilk başta bahsedilen altı göstergeden normal dağılıma sahip iki gösterge kullanılmıştır. Normal dağılıma sahip olmadığından analizde kullanılmayan fakat çalışmada bahsedilen göstergelerin de (illere göre yüz bin kişiye düşen cihaz sayısı, illere göre akredite olan sağlık tesisi sayısı, illere göre kamunun sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranı ve illere göre havalimanına erişim oranı) normal dağılıma sahip olduğu varsayılırsa, bu göstergeler regresyon analizi sonuçlarına göre bağımlı değişkenin (illere göre sağlık turisti sayısı) %97'sini açıklamaktadır. Normal dağılıma sahip olmayan bu göstergeler analizden hariç tutulmuş ve logaritma dönüşümü yapılan iki değişken (illere göre yüz bin kişiye düşen uzman hekim sayısı ve illere göre yüz bin kişiye düşen nitelikli yatak sayısı) kapsamında model oluşturulmuştur. Oluşturulan bu model bağımlı değişkenin %35'ini açıkladığı hesaplanmıştır. %35'lik bir açıklama çok yeterli

görülmemekle beraber, sosyal bilimlerde belirli oranda bir ilişkinin olduğunu göstermesi açısından önem arz etmektedir.

KAYNAKÇA

Çımat, A., ve Bahar, O. (2003). Turizm sektörünün Türkiye ekonomisi içindeki yeri ve önemi üzerine bir değerlendirme. *Akdeniz İ.İ.B.F. Dergisi* (6), 1-18.

Çetinkaya, T. (2010). Sağlık turizmi açısından Bursa ilinin pazarlanabilirliği konusunda sağlık çalışanlarının görüşlerinin belirlenmesi üzerine bir araştırma. Yüksek Lisans Tezi, Sakarya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Sakarya.

Akın, C. S. (2007). Sağlık ve sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi: Türkiye'de sağlık sektörü ve harcamaları. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Adana.

Akın, M. (2016). İç sağlık turizminde hastane tercihinin etkileyen faktörler üzerine bir araştırma: İstanbul örneği. Yüksek Lisans Tezi, Nişantaşı Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Akdu, U. (2014). Medikal turizmde hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakatinin değerlendirilmesi. Doktora Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.

Aydın, G., ve Karamahmet Aydın, B. (2015). Dünya'da ve Türkiye'de sağlık turizmi pazarlama uygulamaları ve karşılaştırmalı durum analizi. *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi* 16, 1-21.

Aydoğdu, A. L. (2016). Türkiye ve Brezilya'da sağlık turizmi: Bir karşılaştırma. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Bülbül, F. (2015). Sağlık turizminin Türkiye'deki gelişimi. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Barca, M., Akdeve, E. ve Gedik Balay, İ. (2012). Türkiye medikal turizm değerlendirme raporu 2012. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı.

Gülmez, Z. (2012). Türkiye'de ve Dünya'da sağlık turizmi çeşitleri: Sağlık turizminin ülkemizdeki mevcut durumu ve bazı ülkelerle kıyaslanması. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Kültür ve Turizm Bakanlığı. (2019). Kültür ve Turizm Bakanlığı. Mayıs 15, 2019 tarihinde <http://yigm.kulturturizm.gov.tr/Eklenti/62462,2018turizmgenelistatistiklerpdf.pdf?0> adresinden alındı

Kanıt, R., ve Baykan, U. N. (2004). Bina yaklaşık maliyetinin çoklu doğrusal regresyon ile belirlenmesi. *Politeknik Dergisi* 7(4), 359-367.

Kaya, S., Yıldırım, H. H., Karsavuran, S. ve Özer, Ö. (2013). Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı.

Kostak, D. (2007). Turizm hareketleri (Türkiye örneği üzerinden sağlık turizmi). Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Kozak, N. ve Akoğlan Kozak, M. (2012). Genel turizm bilgisi. Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.

OECD. (2019). Organization and Economic Cooperation and Development. Mayıs 15, 2019 tarihinde <https://data.oecd.org/> adresinden alındı.

- Ongun, B. (2013). Turizm ve sağlık turizmi (Denizli örneği). Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Palamutçu, S. (2013). Kamu ve özel sağlık işletmelerinde finansal performansın oran analizi ile ölçülmesi ve kararlaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Sağlık Bakanlığı. (2010). Medikal turizm araştırması (birinci bölüm). Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Sağlık Turizmi Birimi).
- Sağlık Bakanlığı. (2011). Sağlıkın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Sağlık Bakanlığı. (2019). Mayıs 15, 2019 tarihinde <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/13183,sy2016turkcepdf.pdf?0> adresinden alındı
- Tatar, M. (2012). Sağlık kurumları yönetimi. Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- TÜİK. (2019). Türkiye İstatistik Kurumu. Mayıs 15, 2019 tarihinde http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1072 adresinden alındı
- TÜİK. (2019). Türkiye İstatistik Kurumu. Mayıs 15, 2019 tarihinde <https://biruni.tuik.gov.tr/ilgosterge/?locale=tr> adresinden alındı
- TÜRSAB. (2014). Türkiye Seyahat Acentaları Birliği. Mayıs 15, 2019 tarihinde https://www.tursab.org.tr/haberler/tursab-saglik-turizmi-raporu_11430 adresinden alındı
- UNWTO. (2011). World Tourism Organization. Mayıs 15, 2019 tarihinde http://media.unwto.org/sites/all/files/pdf/unwto_2030_ga_2011_korea.pdf adresinden alındı
- UNWTO. (2019). World Tourism Organization. Mayıs 15, 2019 tarihinde <https://www.e-unwto.org/> adresinden alındı
- WHO. (2019). World Health Organization. Mayıs 15, 2019 tarihinde <https://www.who.int/> adresinden alındı
- World Bank. (2019). The World Bank. Mayıs 14, 2019 tarihinde <https://data.worldbank.org/> adresinden alındı
- WTTC. (2019). World Travel & Tourism Council. Mayıs 15, 2019 tarihinde <https://www.wttc.org/> adresinden alındı
- Yıldırım, H., Konca, M. A., Diktaş, H., Otuzoğlu, M., Okumuş, N. ve Gümüş, E. (2017). Türkiye Uluslararası Hasta Raporu 2015-2016. Ankara.
- Zengingönül, O., Emeç, H., İyilikçi, D. E., ve Bingöl, P. (2012). Sağlık turizmi: İstanbul'a yönelik bir değerlendirme. İstanbul.