T.C.
TRAKYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ



TÜRK TURİZM SEKTÖRÜNDE POTANSİYEL UZMANLAŞMA ALANI OLARAK MEDİKAL TURİZM VE BELİRLEYİCİLERİ

NESLİHAN YILMAZ

TEZ DANIŞMANI
DOÇ. DR. MURAT ÇİFTÇİ

EDİRNE- 2019

T.C.

TRAKYA ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

SAĞLIK YÖNETİMİ PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Neslihan YILMAZ tarafından hazırlanan **Türk Turizm Sektöründe Potansiyel Uzmanlaşma Alanı Olarak Medikal Turizm ve Belirleyicileri** Konulu **Yüksek Lisans** tezinin Sınavı, Trakya Üniversitesi Lisansüstü Eğitim-Öğretim Yönetmeliği'nin 19-20 maddeleri uyarınca **26.04.2019** günü saat **13:00** 'da yapılmış olup, yüksek lisans tezinin * Kabul Edilmesine **OYBİRLİĞİ/~~OYÇOKLUĞU~~** ile karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYELERİ	KANAAT	İMZA
Doç. Dr. Murat Güreği	Kabul Edilmesine	
prof. Dr. Mustafa Tekin	Kabul Edilmesine	
Prof. Dr. Fatma Lorcu	Kabul Edilmesine	

* Jüri üyelerinin, tezle ilgili kanaat açıklaması kısmında "Kabul Edilmesine/Reddine" seçeneklerinden birini tercih etmeleri gerekir.

T.C
YÜKSEKÖĞRETİM KURULU
ULUSAL TEZ MERKEZİ

TEZ VERİ GİRİŞ FORMU

Referans No	10246627
Yazar Adı / Soyadı	NESLİHAN YILMAZ
T.C.Kimlik No	24625937480
Telefon	5428924590
E-Posta	umutneslihan@hotmail.com
Tezin Dili	Türkçe
Tezin Özgün Adı	Türk Turizm Sektöründe Potansiyel Uzmanlaşma Alanı Olarak Medikal Turizm ve Belirleyicileri
Tezin Tercümesi	Determinants of Medical Tourism as a Potential Specialization Area in Turkish Tourism Sector.
Konu	Sağlık Kurumları Yönetimi = Health Care Management
Üniversite	Trakya Üniversitesi
Enstitü / Hastane	Sosyal Bilimler Enstitüsü
Anabilim Dalı	Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Bilim Dalı	
Tez Türü	Yüksek Lisans
Yılı	2019
Sayfa	105
Tez Danışmanları	DOÇ. DR. MURAT ÇİFTÇİ
Dizin Terimleri	Sağlık yönetimi=Health management ; Sağlık turizmi=Health tourism ; Medikal turizm=Medical tourism
Önerilen Dizin Terimleri	sağlık ekonomisi=health economics, ekonometri=econometrics

06.05.2019

İmza:.....

Tezin Adı: Türk Turizm Sektöründe Potansiyel Uzmanlaşma Alanı Olarak Medikal Turizm ve Belirleyicileri

Hazırlayan: Neslihan YILMAZ

ÖZET

Turizm sektörü çok köklü geçmişe sahip olsa da 1950'lerden bu yana ivme kazanmıştır. Sektör özellikle gelişmekte olan ülkelerin kalkınmasında önemli katkı sağlamakta ve sektörle ilişkili pek çok yan faaliyet alanının varlığı, çarpan etkisiyle yüksek istihdam artışına yol açmaktadır. Bunun yanında gelişmekte olan ülkelere ciddi döviz kaynağı oluşturmaktadır. Turizm sektörü içerisinde ise medikal turizmin ayrıcalıklı yeri vardır. Medikal turizm gelişmiş ülkelerin sağlık harcamalarını düşürürürken, gelişmekte olan ülkelerin ise döviz ihtiyaçlarını karşılamada önemli katkı sunmaktadır. Klasik turizmin aksine medikal turizmin katma değeri çok yüksektir. Medikal amaçlı gelen bir turistin destinasyonda bıraktığı tutar, klasik turizmde on turistin bıraktığı tutara eşdeğer olmaktadır. Ayrıca gelişmekte olan ülkelerin tıbbi yatırım finansmanına katkı sağladığından, sağlık sisteminde gelişimi de desteklemektedir.

Medikal turizmin ana belirleyicileri incelendiğinde; altyapıyı oluşturan sağlık personelleri, hastaneler ve yatak hacmi ön plana çıkmaktadır. Türkiye için oluşturulan ekonometrik modellerde, sağlık personeli içerisinde uzman hekimlerin medikal turizmi arttırıcı etkisi öne çıkmıştır. Sağlık kuruluşları içerisinde ise Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin medikal turizmi arttırıcı etkisi tespit edilmiştir. Buradan hareketle özel hastanelerin ve üniversite hastanelerinin medikal turist çekmeye yönelik kendi aralarında eşgüdümün olmadığı görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık yönetimi, sağlık turizmi, medikal turizm, sağlık ekonomisi, ekonometri.

Title of the thesis: Determinants of Medical Tourism as a Potential Specialization Area in Turkish Tourism Sector.

Prepared by: Neslihan YILMAZ

ABSTRACT

Tourism sector has a long history, but it has won the momentum since the 1950s. In particular, it contributes significantly to the development of developing countries.The existence of many side-related business activities related to the sector, increased employment due to multiplier effect leads the way. In addition, it creates a serious source of foreign exchange for developing countries.In the tourism sector, medical tourism has a privileged place.Health of developed countries to reduce spending and to meet the foreign exchange needs of developing countries medical tourism has an important contribution.According to classical tourism, the added value of medical tourism is higher.The amount of tourists left in the destination for medical purposes, it is equivalent to the amount left by ten tourists in classical tourism.Also in developing countries medical contributes to investment financing and supports the development of the health system.

When the main determinants of medical tourism are examined; health personnel forming the infrastructure,hospitals and bed volume come to the fore.Econometric models created for Turkey in health personnel leading physicians tourism-enhancing effect stand out.Among the health institutions, the hospitals of the Ministry of Health are tourism has been found to increase the effect. From here, private hospitals and universities hospitals are not co-ordinated among themselves to attract medical tourists seen.

Key words. Health management, health tourism, medical tourism, health economics, econometrics.

ÖNSÖZ

Dünyadaki iktisadi ve sosyal refahın artması, teknolojideki gelişmelerin tıp alanına yansıması sonucunda doğuşta beklenen yaşam süresi uzamış ve her geçen gün de uzamaya devam etmektedir. Bu süreçte insanlar daha uzun, sağlıklı ve kaliteli yaşamanın yollarını aramaktadır. Bu arayış içerisinde insanların; ülkelerinde bulunmayan, bulunsa bile uzun bekleme listeleri ya da yüksek maliyetler nedeniyle başka ülkelere tedavi olmak amacıyla gerçekleştirmiş oldukları seyahatler neticesinde ortaya çıkan sağlık turizmi son yıllarda büyüyen bir pazar haline gelmiştir. Sağlık turizminin önemli bir kolu olan medikal turizm, gelişmekte olan ülkeler için önemli bir döviz girdisi sağlamaktadır.

Türkiye medikal turizm alanında yetişmiş sağlık personeli, donanımlı hastaneleri, hizmet kalitesi ve maliyet avantajı yönünden önemli bir potansiyele sahiptir. Bu çalışmada, Türkiye'ye gelen uluslararası hastaların illere göre sayısal dağılımında etki eden belirleyicilerin, tespit edilmesine odaklanılarak bir çalışma gerçekleştirilmiştir.

Hem ders dönemimde hem tezimin başlangıcından tamamlanmasına kadar geçen sürecin her aşamasında özellikle istatistik uygulama bölümünde ilmini, tecrübesini desteğini ve emeğini esirgemeyen, her umutsuzluğa kapıldığımda yolumu aydınlatan çok değerli hocam Doç. Dr. Murat ÇİFTÇİ'ye hoşgörü, sabır ve anlayışı için sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Elbette tez çalışmamın tüm sorumluluğu yalnızca kendime aittir.

Hayatımın her döneminde sevgi ve desteklerini esirgemeyen canım annem Asiye DAŞBAŞ'a, canım babam Yunus DAŞBAŞ'a, kardeşlerime ve tez çalışmam boyunca sabrını esirgemeyen, aldığım her kararda yanımda olup, beni destekleyen değerli eşim Umut YILMAZ'a sonsuz şükranlarımı sunarım. Çalışmamı güzel kızım Doğa'ma ve biricik oğlum Deniz'e ithaf ediyorum.

Neslihan YILMAZ

Edirne- 2019

İÇİNDEKİLER

ÖZET ..... **i**

ABSTRACT ..... **ii**

ÖNSÖZ ..... **iii**

İÇİNDEKİLER ..... **iv**

TABLOLAR LİSTESİ ..... **vii**

ŞEKİLLER LİSTESİ ..... **ix**

KISALTMALAR ..... **x**

GİRİŞ **1**

BİRİNCİ BÖLÜM **4**

TURİZM, TÜRLERİ VE TARİHSEL GELİŞİMİ **4**

1.1. TURİZM VE TURİZM TÜRLERİ 4

1.1.1.Kavram Olarak Turizm 4

1.1.2. Kavram Olarak Turist 6

1.1.3. Nedenlerine Göre Turizm Türleri 7

1.2. DÜNYA'DA TURİZM SEKTÖRÜNÜN TARİHSEL GELİŞİMİ 11

1.2.1. İlk Çağlarda Turizm 11

1.2.2. Orta Çağda Turizm 12

1.2.3. Rönesans Döneminde (Yeni Çağda) Turizm 13

1.2.4. Yakın Çağda Turizm 14

1.3. TÜRK TURİZM SEKTÖRÜNÜN TARİHSEL GELİŞİMİ VE TURİZM POLİTİKALARI 16

1.3.1. Planlı Kalkınma Dönem Öncesi Türk Turizmi 16

1.3.2. Planlı Kalkınma Döneminde Türk Turizmi (1963-1980) 18

1.3.3. 1980'den Günümüze Türk Turizmi 21

İKİNCİ BÖLÜM **28**

DÜNYA'DA TEMEL SAĞLIK TURİZMİ ÇEŞİDİ OLARAK MEDİKAL TURİZM 28

2.1. SAĞLIK TURİZMİ VE TÜRLERİ 28

2.1.1. Termal (Kaplıca) Turizm 28

2.1.2. SPA ve Wellness Turizmi 30

2.1.3. Yaşlı ve Engelli Turizmi 31

2.1.4. Medikal (Tıbbi) Turizm 31

2.2. MEDİKAL (TIBBİ) TURİZMİN GENEL ÇERÇEVESİ 32

2.2.1. Medikal Turizm Talebinde Faktörler 32

2.2.2. Medikal Turizmde Öne Çıkan Tıbbi Branşlar 33

2.2.3. Medikal Turizmin Özellikleri 34

2.2.4. Medikal Turist Sınıflandırması 35

2.3. DÜNYA'DA MEDİKAL TURİZMİN GELİŞİMİ 36

2.3.1. Antik Çağdan Günümüze Medikal Turizmde Gelişmeler 37

2.3.2. Medikal Turizmde Güncel Gelişmeler 39

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM 44

TÜRK MEDİKAL TURİZMİNİN GELİŞİMİ 44

3.1. TÜRKİYE'DE MEDİKAL TURİZMİN TEMELLERİ VE UYGULANAN POLİTİKALAR 44

3.1.1. Türkiye'de Medikal Turizmin Temelleri 45

3.1.2. Medikal Turizmin Gelişimine Yönelik Uygulanan Politikalar 48

3.2. DÜNYA BÜTÜNÜ İÇERİSİNDE TÜRK MEDİKAL TURİZMİNİN YERİ VE ÖNEMİ 53

3.2.1.Medikal Turizmde Fiyat – Kalite Avantajları 54

3.2.2. Medikal Turizmde Turist Sayısı ve Gelir Düzeyleri Gelişimi 57

3.2.3. Medikal Turizmde Destinasyon Özellikli İller ve Uluslararası Hastaların Menşei 60

3.2.4. Medikal Turizmde En Çok Tercih Edilen Branşlar 63

IV. BÖLÜM 65

MEDİKAL TURİZMİN BELİRLEYİCİLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK UYGULAMA 65

4.1. Çalışmanın Amacı 65

4.2. Veri Tasarımı ve Yöntem 65

4.3. Medikal Turizm İle İlgili Yapılmış Çalışmalar 68

4.4. Bulgular 68

4.5. Tartışma 75

SONUÇ 78

KAYNAKLAR 82

EKLER 98

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1: Turist Sayısında Yaşanan Gelişim (2001-2018) 24
Tablo 2: Toplam Turizm Gelirlerinde Yaşanan Gelişim (Milyar $, 2001-2018) 25
Tablo 3: Turist Başına Düşen Gelir Düzeylerinde Yaşanan Gelişim ($, 2001-2018) 26
Tablo 4: Toplam turizm gelirlerinde, turist başına düşen gelirde, toplam turist sayısında yıllık değişim (%, 2001-2018) 27
Tablo 5: Medikal Turizmde Öne Çıkan Ülkeler 41
Tablo 6: Medikal Turizm İndeksi (MTI) 2016-2017 verileri 43
Tablo 7: 2016-2017 Yılı Medikal Turizm Ülkeler Sıralaması 43
Tablo 8: Yıllara Göre Hastane Sayısı 46
Tablo 9: Hastane Yatak Sayısı 46
Tablo 10: Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayısı 47
Tablo 11: JCI Akredite Hastane Sayısına Göre Ülkelerin Sıralaması 48
Tablo 12: Ülkelere Göre Medikal Hizmet Ücretleri $ 56
Tablo 13: 2013-2018 Yılları Arasında Sağlık Turizmi Kapsamında Türkiye'ye Gelen Kişi Sayısı, Gelirleri ve Kişi Başı Ortalama Harcamalar 58
Tablo 14: 2008-2016 Yılları Arasında Türkiye'ye Gelen Uluslararası Hastaların Sağlık Kuruluşlarına Göre Dağılımı 59
Tablo 15: 2015-2016 Yıllarında Uluslararası Hastalarca Tercih Edilen İlk 10 İl ve Geliş Türleri 60
Tablo 16: 2015-2016 Yılı Türkiye'ye Gelen İlk 10 Ülke ve Geliş Türleri 61
Tablo 17: Türkiye'ye Gelen Uluslararası Hastaların Gerekçesi ve Türkiye'nin Medikal Turizmde Hedef Ülkeleri 62
Tablo 18: 2016 Yılında Uluslararası Hastalar Tarafından En Çok Tercih Edilen İlk 10 Branş 63
Tablo 19: 2016 Yılında En Çok Tercih Edilen İlk 10 Branşın Toplam İçindeki Ağırlıkları ve Ağırlık Sıralaması 64
Tablo 20: Medikal Turist Üzerinde Belirleyici Olarak Toplam Hastane Sayısına Dair Regresyon Analizi Eviews Çıktı Özet Tablosu 69

Tablo 21: ln Medikal Turist Üzerinde Belirleyiciler (Doğrusal Regresyon Eviews Özet Tablosu) 70
Tablo 22: Medikal Turist/Nüfus Üzerinde Belirleyiciler (Doğrusal Regresyon Eviews Özet Tablosu) 73
Tablo 23: Toplu Sonuç Tablosu 74

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Dünyada Medikal Turizm Hareketine Katılan Ülkeler 39

KISALTMALAR

ABD : Amerika Birleşik Devletleri

ABMS : Amerikan Tıp Uzmanları Heyeti

AIEST : Uluslararası Turizm Uzmanları Birliği

ATAK : Akdeniz-Ege Turizm Altyapısı ve Kıyı Yönetimi

ISQua : The International Society for Quality in Health Care

JCI : Joint Commission International

KOBİ : Küçük Orta Ölçekli İşletme

M.Ö. : Milattan Önce

MTI : Medikal Turizm Endeksi

OECD : İktisadi İş birliği ve Gelişme Teşkilatı

OPEC : Petrol İhraç Eden Ülkeler Örgütü

TUROB : Türkiye Otelciler Birliği

TUSAP : Turizm Sektörü Ana Planı

TÜRSAB: Türkiye Seyahat Acenteleri Birliği

TÜSEB : Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı

UNTWO : Birleşmiş Milletler Dünya Turizm Örgütü

WHO : Dünya Sağlık Örgütü

YÖK : Yüksek Öğretim Kurumu

GİRİŞ

Dünyada her yıl milyonlarca insan çeşitli nedenlerle seyahat etmektedir. Bu seyahatler sonucunda oluşan turistik faaliyetler, tüm insanları doğrudan ya da dolaylı olarak etkilemektedir. İnsanların yaşadıkları ortamlardan farklı yerleri keşfetme istekleri sonucunda ortaya çıkan turizm, zaman içerisinde gelir düzeyinin artması, boş zamanın değerlendirilmesi, teknolojinin gelişmesi, ulaşım ve seyahat hizmetlerinin kolaylaşıp yaygınlaşmasıyla örtüşerek artış göstermiştir. Turizm sektörü zaman içerisinde üç "S"(sea, sand, sun) deniz, kum, güneş üçlemesinin dışına çıkarak alternatif turizm çeşitlerine odaklanmıştır. Turizm, bütün dünya ülkeleri için önemli bir gelir kaynağı özelliği göstermekte olup, sektörün ülke ekonomilerine önemli döviz girdisi sağlayışıyla birlikte ilave istihdam olanaklarını arttırmaktadır. Bu durum ülkeleri turistik faaliyetleri çeşitlendirmenin yollarını aramalarını desteklemekte, sektördeki mevsim uzunluğunu on iki aya uzatma çabası içerisine girmelerine neden vermektedir. Böylece turistlerin ilgi ve ihtiyaçlarını karşılayacak şekilde destinasyon çeşitlenmesine de gidilmektedir.

Dünyada 1950'li yıllardan itibaren artış gösteren turizm sektörü ile ilgili ilk akla gelen, eğlence ve dinlence amaçlı turistik faaliyetlerdir. Bu faaliyetlere iş ve konferans amaçlı turizm ile kültürel seyahatler de eklenmektedir. Özellikle son yıllarda turizm sektöründeki alt faaliyet alanları içerisinde bireylerin sağlıklarını kazanmak ya da korumak amacıyla seyahat etme eğilimlerinde yaşanan artışla birlikte görülen sağlık turizmi de eklenmiştir.

Gelişmiş ülkelerde gelişmişliğin göstergesi olarak yaşam ömrünün uzaması, ülkelerin sağlık harcamalarının artmasına ve sağlık hizmeti alımında uzun bekleme sürelerine neden olmaktadır. Artan sağlık hizmeti ihtiyacı sosyal güvenlik kurumlarının maliyetlerini arttırmakta ve bu kurumları zorlamaktadır. Sigorta şirketleri, kaliteli sağlık hizmeti alırken, sağlık hizmeti maliyetlerini düşürmek amacıyla gelişmekte olan ülkelerden sağlık hizmeti satın almaktadırlar. Bu durum

sağlık turizminin oluşmasına sebep olmuş ve yükselen bir pazar oluşumuna yol açmıştır.

Sağlık turizmi içerisinde katma değeri en yüksek olan kısım medikal (tıbbi) turizmdir. Belirtilen nedenlerle gelişmiş ülkelerde yaşanan maliyet artışlarının azaltılması için gelişmekte olan ülkelere yönelik tıbbi hizmet alım talebinde belirgin artış yaşanmaktadır. Bu durum hem çıkış yapılan kaynak ülkeler hem de destinasyonlar açısından çift taraflı avantaj oluşturmaktadır. Medikal turizm, gelişmiş ülkelerin sağlık hizmeti maliyetlerini düşürürken, gelişmekte olan ülkeler içinse tıbbi gelişmeler ile ülke ekonomisine önemli bir girdi kaynağı oluşmaktadır.

Bu çalışmanın ilk bölümünde; "Turizm, Türleri ve Tarihsel Gelişimi" genel başlığı altında üç alt başlıktan oluşmuştur. "Turizm ve turizm türleri" başlığı altında turizm ve turist kavramları incelenmiş, nedenlerine göre turizm çeşitleri açıklanmıştır. Bu bölümde ayrıca "Dünyada turizm sektörünün tarihsel gelişimi" başlığı altındaysa ilkçağlardan günümüze kadar turizmin yaşadığı gelişimin ana hatları ortaya koyulmaya çalışılmıştır. "Türk Turizm Sektörünün tarihsel gelişimi ve turizm politikaları" başlığı altındaysa cumhuriyet öncesi dönemden günümüze kadar turizmin geçirdiği değişim ve dönüşümün ana hatlarının sunumu gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın ikinci bölümü; "Dünya'da Temel Sağlık Turizmi Çeşidi Olarak Medikal Turizm" genel başlığı altında üç alt başlıktan oluşmuştur. İlk alt başlıkta sağlık turizmi ve türlerinin mevcut durumu aktarılmış, ikinci alt başlıkta medikal turizmdeki talep faktörleri branşlar, özellikleri ve medikal turist sınıflandırmaları gerçekleştirilmiştir. Üçüncü ve son alt başlıktaysa dünya genelinde medikal turizm alanında yaşanan gelişmeler, uzun dönemdeki değişimin sorgulanmasıyla ana hatları ile aktarılmıştır.

Çalışmanın üçüncü bölümü; "Türk Medikal Turizminin Gelişimi" genel başlığıyla iki alt başlıktan oluşturulmuştur. "Türkiye'de medikal turizmin temelleri ve uygulanan politikalar" başlığı altında, yeni bir çalışma alanı olan medikal turizmin ülkemizdeki gelişimi ve uygulanan politikalar aktarılmıştır. "Dünya bütünü içerisinde Türk medikal turizminin yeri ve önemi" alt başlığı altındaysa fiyat kalite

avantajları, gelen turist sayıları, medikal turizmde destinasyon özellikli iller ve öne çıkan medikal turizm branşları ile turist menşei ülkelerin incelenmesi gerçekleştirilmiştir.

Çalışmanın son bölümündeyse; "Medikal turizmin belirleyicilerinin tespitine yönelik uygulama" genel başlığı altında beş alt başlıktan oluşmaktadır. İlk alt başlıkta uygulamanın amacının aktarımı gerçekleştirilmiştir. İkinci alt başlıkta uygulamaya esas olan verilerin edinimi ile ekonometrik analiz yöntemi hakkında bilgi verilmiştir. Üçüncü alt başlık altında literatür aktarımı gerçekleştirilmiştir. Dördüncü alt başlıkta ekonometrik modelleme neticesinde elde edilen bulguların raporlanması sonrasında beşinci ve son alt başlık altında öncül çalışmalarla elde edilen bulguların karşılaştırmasına dayanan tartışmada bulunulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

TURİZM, TÜRLERİ VE TARİHSEL GELİŞİMİ

Bu bölüm üç başlık altında incelenecek olup, birinci alt başlıkta turizmin ve turistin kavramsal çerçevesi ile nedenlerine göre turizm türlerine, ikinci alt başlıkta dünyada turizm sektörünün ilk çağlardan itibaren günümüze kadar geçirmiş olduğu süreçlere ve üçüncü alt başlıkta ise Türk turizm sektörünün tarihsel gelişimi ve turizm politikalarına yer verilmiştir

1.1. TURİZM VE TURİZM TÜRLERİ

Ülke ekonomisinde önemli bir yeri olan turizm sektörü, yalnızca ekonomik büyüme ve istihdam yaratma açısından değil aynı zamanda toplumsal istikrarın ilerletilmesi, sosyal kalkınmanın sağlanması, kültürel ve ulusal mirasın korunması yönünde de bir araç olarak kullanılmaktadır (Çeken vd., 2008: 73).

1.1.1.Kavram Olarak Turizm

İnsanlık tarihinin bilinen dönemlerinde insanların her dönemde bir yerden başka bir yere gitme, seyahat etme ve eğlenme davranışları içerisinde olduğu görülmektedir. 1950'li yıllardan sonra artan bu istekler, turizm olarak nitelendirilmiştir. Turizm kavramı Latince, "tornus" kelimesinden türemiş olup bir eksen etrafında dönme hareketini ifade etmektedir. Tornus kelimesi, Latinceden kıta Avrupası dilleri olan Almanca, Fransızca ve İngilizce gibi dillere "tour" olarak geçmiştir. Turizm kelimesi, insanların ikamet ettikleri yerden başka yerleri, iş ve eğlence amacıyla gezip dairesel hareket içerisinde geri dönmelerini ifade etmektedir (Özel vd., 2014: 591). Bir başka tanımdaysa turizm; bireylerin belirli bir zaman dilimi içerisinde eğlenme, dinlenme, kültür, inanç, merak, spor, sağlıklı olma gibi sebeplerle yapmış olduğu faaliyetleri kapsamaktadır (Karataş ve Babür, 2013: 16).

Turizmin ilk tanımı 1905 yılında Guyer-Feuler tarafından ortaya atılmıştır. Guyer-Feuler'in tanımına göre Turizm, *"gittikçe artan hava değişimi ve dinlenme gereksinimleri, doğa ve sanatla beslenen göz alıcı güzellikleri tanıma isteğine, doğanın insanlara mutluluk verdiği inancına dayanan, özellikle ticaret ve sanayinin gelişmesi ve ulaşım araçlarının kusursuz hale gelmelerinin bir sonucu olarak, ulusların ve toplulukların birbirlerine daha çok yaklaşmalarına olanak veren "modern" çağa özgü bir olaydır."* (Kozak vd., 2008: 1).

Guyer-Feuler'in tanımı daha çok sosyolojik olgu içermekte ve turizmin ekonomik boyutunu içerisinde barındırmamaktadır. Turizmin ekonomik boyutunu ele alan ilk tanımsa Avusturalya'lı ekonomist Herman Von Schullar tarafından 1910 yılında yapılmıştır. Herman Von Schullar turizmi "*Başka bir yerden veya ülkeden yabancıların gelmesi ve geçici sure kalmalarıyla ilgili olarak ortaya çıkan çeşitli süreçlerin içinde ekonomik olanı en önemlisidir*" olarak tanımlamıştır (Eralp, 1983: 32). Ekonomik boyutta bir diğer tanım da, Edmund Piccard tarafından yapılmıştır. Piccard, turizm sektöründe yer alan bütün kuruluşların seyahat edenlerin kişilikleriyle ilgili sorunlardan çok, gittikleri yerlerde yapmış oldukları harcamalara ilişkin konuların araştırılması gerektiğini savunmuştur (Eralp, 1983: 32).

Uluslararası kuruluşların yaptığı tanımlar incelendiğinde, AIEST (Uluslararası Turizm Uzmanları Birliği) turizmi; "*yabancıların seyahatlerinde, geçici veya devamlı olarak gelir elde etmemek koşuluyla yapmış oldukları konaklamalarından doğan olaylar ve ilişkiler bütünü*" olarak tanımlamaktadır (Tunç ve Saç, 1998: 15).

Tanımlardan da anlaşılacağı üzere turizm konusunda uzmanlar açısından standart bir tanım yapılamamıştır. Bazı uzmanlar turizmin, ekonomik yönü ele alırken bazıları sosyolojik ve psikolojik yönü ile ele almıştır. Yapılan öncül tanımlamalardan hareketle turizmi; insanların merak, keşfetme, yeni yerler görme, sağlık, iş gibi amaçlarla ikamet ettikleri yerden başka bir ülkeye veya şehre, herhangi bir gelir elde etmek amacı gütmeden, gittiği yerde kazanmadığı parayı harcayarak tekrar kendi ikamet yerine geri dönmesi olarak tanımlanabilir.

1.1.2. Kavram Olarak Turist

Turizmin öznesi insandır ve turizm faaliyetlerine katılan bireylere turist denilmektedir. Turist; sürekli olarak yaşamını sürdürdüğü yerden en fazla on iki ay süreyle ayrılan, gittiği yerde para kazanma amacı gütmeden ve gittiği yerde para kazanmaksızın, kendi zevki için para harcayan ve sürekli yaşamını sürdürdüğü yere geri dönen kimsedir. Turist, bu geçici yer değiştirmeyi yaşamını sürdürdüğü ülke sınırları içerisinde yapıyorsa "yerli turist", yabancı bir ülkeye seyahat ediyorsa "yabancı turist" adını alır (Bayer, 1992: 5).

Turistin birçok tanımı olmasına karşılık geniş perspektifle tanımlayan Olalı (1982: 28)'ya göre turist; "*Turist tanımındaki özelliklere uygun olarak, yine turizmin tanımındaki nedenlerle belirli bir süre seyahat eden, gittiği yerde en az 24 saat kalan veya o yerin konaklama tesisinde bir gece konaklayan, finansal gücü, zamanı ve fiziksel kapasitesi sınırlı olan, rahatına düşkün, geleneklerini koruyan, vasat konfor, kesin temizlik, huzur istikrar, güven arayan ve maceraperest olmayan kişidir*".

Olalı'nın tanımından da anlaşılacağı üzere turist, gittiği ülkede konfor, temizlik, kaliteli hizmet, huzur, güven ve istikrar aramaktadır. Bu nedenle ülkede yaşanan terör olayları, ülkeler arasındaki politik anlaşmazlıklar gelen turist sayısında değişikliklere neden olmaktadır.

İnsanları turizme yönelten faktörlerse şu şekilde sıralanabilir (İçöz ve Kozak, 1998: 89-91);

1- Sağlık faktörü: İnsanları sağlıklarına kavuşmak ya da iyi bir sağlık düzeyine erişebilmek olarak etkilemektedir.
2- Merak faktörü; merak, insanları dünyanın farklı yerlerinde farklı deneyimler aramaya yöneltmektedir.
3- Spor faktörü: Spor amaçlı turizm günümüzde en hızlı gelişen faktörlerdendir. Turistler spor faaliyetlerine aktif veya seyirci olarak katılmak isteyebilirler.
4- Zevk ve eğlence isteği faktörü: Bireylerin kişisel zevklerini karşılama ihtiyacından doğmuştur.

5- Din faktörü: Din, seyahat ve turizm için önemli bir faktördür. Hac, dini ayinler, dini merkezlerin ziyaret edilmesi gibi seyahatleri içermektedir.
6- Meslek faktörü: Bürokrasi ve ekonomik gelişmeler bu alanda seyahatlerin gelişmesine neden olmuştur.
7- Tarihsel bağlar faktörü: Bu faktör insanların tarihsel bağı ve ailevi nedenlerle yapmış oldukları seyahatleri içermektedir.

1.1.3. Nedenlerine Göre Turizm Türleri

Turizm, çeşitli açılardan ayrıma tabi tutulabilmektedir. Destinasyonun ülke içi ve dışında olmasına göre iç ve dış turizm ayrımına gidilebilmektedir. Nedenlerine göre turizm türleriyse sayısal olarak oldukça fazla çeşitliliğe sahiptir. Bu çalışmada, nedenlerine göre başlıca yedi turizm türü aktarılmaktadır.

Sağlık Turizmi: Dünya Sağlık Örgütünün (WHO), 1986 yılında yapmış olduğu tanıma göre sağlık; yalnızca hastalık ve sakatlık halinin olmayışı değil, bireyin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Sağlık turizminin temelinde bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden sağlıklarına kavuşabilmeleri, kendi ülkelerinden başka bir ülkeye seyahat etmeleridir. Sağlık turizmi; bireyin ikamet ettiği ülkeden başka bir ülkeye tıbbi (organ nakli, ameliyatlar, göz ve diş tedavileri, kanser tedavileri, check up hizmetleri, estetik operasyonlar, vb.) veya tıbbi olmayan (sağlıklı yaşam, yaşlı ve engelli bakım/tedavi) hizmetleri almak için yapılan seyahat hareketleridir. Sağlık turistleri gittikleri ülkelerin doğal güzellikleri ve tatil olanaklarından faydalansalar da asıl amaçları sağlıklarını kazanmak ve/ya geliştirmek için sağlık hizmeti almaktır (Aydın ve Aydın, 2015: 2).

Deniz Turizmi: Turizm için deniz daima en çekici unsurlardan biri olmuştur. Yıllar boyunca turizm denilince ilk akla gelen deniz-kum-güneş üçlüsüdür. Günümüzde alternatif turizm türlerinin önemi artsa da deniz turizm için hala çekiciliğini korumaktadır. Türkiye'de deniz turizminde önemli bir yere sahiptir. Türkiye, turizm gelirlerinin %20'sini deniz turizminden elde etmektedir. Türkiye sahip olduğu, mavi bayraklı temiz plajları, doğası bozulmamış eşsiz güzellikteki uzun kıyıları, uygun iklimi ile deniz turizmi için elverişli bir konumdadır (Kozan vd.,

2015: 116-117). Deniz Turizmi konusunda yapılan tanımlara bakıldığında, "*denizde deniz araçları ile yapılan, turizm amaçlı meslek faaliyetleri ile, onu doğrudan destekleyen diğer meslek faaliyetleri*" olarak tanımlanmaktadır (DTO, 2018: 226). Deniz turizmi, çok çeşitli aktiviteleri de bünyesinde barındırmaktadır. Bu aktiviteler; su kayağı, günübirlik tekne gezileri, tüplü ve şnorkelli sualtı dalış eğitimleri, rüzgâr sörfü, balıkçılık gibi küçük ölçekli olabildiği gibi büyük ölçekli yat ve kurvaziyer turizmi de kapsamaktadır (Orams, 1999: 2).

Kış Turizmi: Kış turizminin merkezinde kayak sporu olması sebebiyle dağların karla kaplı olduğu zamanlarda kayak sporuna uygun eğimli alanlara yapılan seyahatleri, bu seyahatlere ilişkin konaklama tesislerini ve diğer hizmetlerden faydalanmayı içeren faaliyetlerin tümüne "kış turizmi" denilmektedir (Korgavuş, 2017: 14). Kış turizminin tanımından da anlaşılacağı gibi, dağın eğimi, yağan karın kalınlığı, karın yerde kalma süresi, bakı ve diğer coğrafi etkenlerin önemli olduğu bir turizm türüdür. Kış turizmi denilince akla ilk gelen aktivitenin kayak sporu olması nedeniyle bu turizm türü kayak yapmaya elverişli bölgelerde gelişim göstermektedir (Çakmak ve Yılmaz, 2018: 272). Kış turizminde öne çıkan en önemli ülkeler Alp Dağlarına sahip ülkelerdir. Alp Dağlarındaki otellerin ve mekanik tesislerin varlığı, bölgede kayak sporuna alt yapı oluşturmuş ve bölgede 1960'ların sonuna doğru kayak sporu gelişmeye başlamıştır. Alp Dağlarında kış turizminin gelişimindeki ana faktör, dağlık bölgelerde yaşayan insanların göçünü durdurmak amacıyla buradaki turizm potansiyelinin değerlendirilmesidir. Bu değerlendirmeyle Alp Dağları (Bölgesi); dünyada önemli bir kış turizm merkezi olmakla birlikte, dağlık bölgelerdeki insanların göçünü durdurmuş hem yöre insanına istihdam sağlamış hem de ülke ekonomisine katkı sağlamıştır (Özbay, 2018: 204-205). Türkiye'de ise kış turizminde öne çıkan en önemli kayak merkezleri, Uludağ (Bursa), Kartalkaya (Bolu), Palandöken (Erzurum), Sarıkamış (Kars) ve Erciyes (Kayseri).

Kültür Turizmi: Kültürel miras; insanlık tarihi boyunca yeryüzü parçası üzerinde var olmuş medeniyetlerin, zamanın ve doğanın tüm yıpratıcılığına karşı günümüze kadar ulaşmayı başaran eserlerdir. Bu eserler; ilgili dönemde yaşamış olan medeniyetlerin yaşam biçimleri, ananeleri, inanışları, örf ve adetleri hakkında bilgi

sahibi olunmasını sağlayan pek çok öğe barındırmaktadır (Sezer, 2017: 176). Geçmişte var olmuş medeniyetlerin günümüze kadar ulaşmış olan kültürel varlıkları, günümüz insanlarının dikkatini çekerek gerek kendi kültürlerine yakın kültürleri gerek farklı kültürleri keşfetme istekleri kültür turizminin doğmasını sağlamıştır. Kültür varlıkları dört başlıkta gruplandırılabilmektedir (Göğebakan, 2015: 51):

1- Mimari yapılar; saraylar, camiler, kışlalar, kiliseler, atölyeler, fabrikalar, sanatçılara ait konutlar, malikaneler, hamamlar vb.
2- Tarihi olayların olduğu yerler; savaş meydanları, dinsel, siyasal olayların olduğu mekânlar.
3- Sit alanları; insan eliyle yapılmış surlar, anıtlar, demiryolu, madenler, eski tarla sistemleri vb.
4- Sit alanlarından toplanmış ve bir müzede sergilenen eserlerdir.

Yayla Turizmi: Gün geçtikçe artan dünya nüfusu ve gelişen sanayileşmeyle birlikte günümüz insanı kentlere göç etmek durumunda kalmıştır. Büyük kentlerdeki nüfus artışına paralel olarak plansız yapılaşma artmış ve yeşil alanlar azalarak çevre dengesi bozulmuştur. Doğal dengenin bozulmasına bağlı olarak insanların yaşamında elzem olan hava ve su da bundan nasibini almıştır. Temiz hava ve suyun azalışı doğal hayata ulaşamayan insanlar üzerinde psikolojik ve fizyolojik etkiler meydana getirmektedir (Gülpınar vd., 2018: 350). Yayla "*Dağlık, yüksek bölgelerde, kışın hayat şartları güç olduğu için boş bırakılan, yazın havası iyi ve serin olan, hayvan otlatma veya dinlenme yeri*" anlamına gelmektedir (TDK, 2019). Dönemsel olarak kullanılmakta olan yaylalar, kent yaşamının stresinden ve yoğunluğundan uzaklaşmak isteyen, sakinlik, dinginlik arayan ve doğayla bütünleşmek ve yeni yerler keşfetmek isteyenler için alternatif bir turizm çeşididir. Türkiye'de Doğu Karadeniz yaylaları yayla turizmi için çok elverişli olup gün geçtikçe daha fazla dikkat çekmektedir (Sezer, 2015: 91).

Mağara Turizmi: Dünyanın yüzyıllardır biçimlenen yüzey şekli, atmosferik şartlar ve coğrafi farklılıklar nedeniyle birbirinden farklı özellikte ve çeşitte, oluşumlar meydana getirmiştir (Akpınar ve Sezen, 2018: 67). Tarih öncesi dönemlerden beri insanlara barınak olan, yüzey açılımları ve en az bir kişinin

sürünerek girebilmesine olanak verecek yüksekliğe ve genişliğe sahip yer altı boşluklarına "mağara" denir. Mağaralar, varoluşlarından beri yer altı güzelliklerini koruyan ve insanların istifade etmesini sağlayan nadide tabiat oluşumlarıdır. Hem görsel bir şölen oluşturan jeolojik oluşumlar (sarkıt ve dikitler) hem de birçok canlının yaşam alanı olan ekosistemlerdir (Zaman vd., 2013: 3). Mağaralar ilk olarak 17. yüzyılda Avrupa'da ibadetler için kullanılmıştır. Mağaraların görkemli doğal güzellikleri günümüz insanını cezbetmekte ve mağara turizminin gelişimini sağlamaktadır. Dünya'da turizme açılan mağara sayısında, 229 mağara ile ABD birinci, 119 mağara ile Fransa ikinci, 93 mağara ile Japonya üçüncü sıradadır. Türkiye'de yapılan araştırmalara göre 40.000 üzerinde mağara olmasına rağmen turizme açılan 33 mağara sayısı ile Türkiye 10'uncu sıradadır (Arpacı vd., 2012: 62).

İnanç Turizmi: İnanç turizmi; insanların sürekli ikamet ettiği, çalıştığı, olağan ihtiyaçlarını karşıladığı yerlerin dışında dini inancını gerçekleştirmek ve inanç-çekim merkezlerini görmek amacıyla yapmış oldukları seyahatlerin turizm olgusu içinde değerlendirilmesidir (T.C.Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2019). İnsanlar, tarih boyunca yaradılışı araştırmış ve bir dine ait olma ihtiyacı hissetmiştir. Bu nedenle dünya üzerinde birçok din inanışı bulunmaktadır. Soyut kavramlar üzerine kurulu üç büyük din olan Musevilik, Hristiyanlık ve Müslümanlık gibi tek Tanrılı dinlerde bir mekânı simgeleştirme ihtiyacı bulunmakta olup, bu dinlere mensup kişilerde kutsal mekânların ziyaret edilmesi önemli bir olgudur. Bu dinlere inanan milyonlarca insan her yıl kendi inanışlarına göre kutsal sayılan toprakları (Müslümanlar Mekke ve Medine'yi, Museviler Kudüs'ü, Hristiyanlar Kudüs ve İzmir'i) ziyaret ederek hacı olmaktadır. Tek Tanrılı inanışa sahip dinlerin dışındaki diğer dinlerde kutsallık daha geniş bir çerçeveye sahiptir. Bu dinlerde doğal döngü içindeki imgelere ağaç, güneş ve hayvanlar gibi canlılara farklı anlamlar yüklenmektedir (Özpay, 2017: 938-939). İnsanların inanışları gereğince kutsal saydıkları toprakları ve dini liderlerinin yaşadığı toprakları ziyaret etmek istemeleri, inanç turizminin doğmasına yol açmıştır (Güzel, 2010: 90). İnsanları inanç turizmine yönlendiren sebepler şu şekilde sıralanabilmektedir (Eykay vd., 2015: 61);

1- İnandığı din açısından kutsal sayılan toprakları görmek, buralarda vakit geçirmek,
2- Hac vazifesini yerine getirerek manevi doyum sağlamak,
3- Aynı dini inanışa sahip kişilerle tanışma, buluşma,
4- Dini vazifelerini yerine getirmek, dua etmek ve günahlarından arınmak.

1.2. DÜNYA'DA TURİZM SEKTÖRÜNÜN TARİHSEL GELİŞİMİ

Turizm olgusu son yüzyıllık süreçte küresel ölçekte ülkelerin sosyal ve ekonomik yaşamlarında köklü etkiye sahiptir. Ancak turistik faaliyetlerin kökenleri çok eski dönemlere ve hatta ilkçağ uygarlıklarına kadar dayandırılabilmektedir. 1950'li yıllardan itibaren tüm dünyada hızla gelişen turizm sektörünün ekonomik yönü ağır basmaktadır. 1950'li yıllardan daha önceki yıllardan itibaren turizm sektörüne önem veren ülkelerde, milli gelir, iş istihdamı, ödemeler dengesi gibi konularda pozitif etkilerin gerçekleşmesi nedeniyle pek çok ülke bu faaliyet kolunu teşvik etmiştir. Turizm sektörü özellikle az gelişmiş ülkeler için önemli bir döviz girdisi sağlamaktadır. Dünyadaki iktisadi ve sosyal refah düzeyinin artmasına paralel olarak insanların turizme yönelmesi, gelişmekte olan ülkelerin döviz ihtiyacını karşılaması için çok güçlü bir alternatif oluşturmuştur (Çakır ve Bostan, 2000: 35).

1.2.1. İlk Çağlarda Turizm

İnsanların bir yerden bir yere gitme eğilimleri ilk çağlardan bu yana var olmuş ve günümüze kadar ivme kazanarak gelmiştir. İlk çağlarda insanların seyahat etme nedenleri genellikle gıda ihtiyacının karşılamasının yanında merak ve yeni yerler keşfetme ihtiyacıdır. Çeşitli kaynaklar; seyahatlerin başlangıcını M.Ö.4000 yıllardaki Sümerlere kadar dayandırmaktadır. Paranın icadıyla birlikte ticaret gelişmiş ve alışveriş pazarları kurulmuştur. Tekerleğin icadıyla da kervanlar ve kervansaraylar kurulmuştur. Ulusların komşu uluslardan ticaret yapmak amacıyla yer değiştirmeleri günümüzdeki "seyahat" kavramının doğuşuna öncülük etmiştir. Tarihte ticareti ilk başlatanlar Sümerler, ilk gezginler de Fenikelilerdir. M.Ö. 3000'li yıllarda gezginler Mısır'a piramitleri görmek için gitmişlerdir (Kozak, 2002: 39).

Tarih boyunca insanlar farklı nedenlerle sürekli ikamet ettikleri yerlerden başka yerlere seyahat etmişlerdir. Bu seyahatler bazen ticaret, zevk, macera ve din amacı taşıdığı gibi bazen de sağlık amacı taşımıştır. Romalıların seyahatlerinin daha çok zevk, ticaret ve sağlık için olduğu ve yükselme döneminde artış olduğu bilinmektedir. Roma döneminde M.Ö. 700'lü yıllarda, olimpiyat oyunlarının başlamasıyla birlikte çevre ülkelerden olimpiyat oyunlarını izlemek için Olimpia'ya geldikleri bilinmektedir (Tunç ve Saç, 1998: 11). İlk çağlarda insanları seyahate yönelten nedenlerse şu şekilde özetlenebilir (İçöz vd, 2007: 23-24; Usta, 2009: 31):

1- **Ekonomik Nedenler**: İlk zamanlarda insanlar, yiyecek ihtiyacı için bereketli topraklara gitmiş, barınma ve korunma ihtiyacı için de daha güvenli yer arayışına girmişlerdir. Küçük toplumların kavim ve ulus haline gelmesiyle yer değiştirme hareketi de farklı nedenler barındırmaya başlamıştır. Gezgin bir ulus olan Fenikeliler, dünyanın bilinen taraflarına kara ve deniz yoluyla hareket etmiştir. Çinliler ipek yoluyla Türkistan'a oradan da Fenikelilere ve Akdeniz'e ticari mal ulaştırmış, Fenikeliler de İskandinavya'dan aldıkları amberi, Akdeniz kıyılarına götürmüşlerdir.
2- **Spora İlişkin Nedenler:** Akdeniz ülkelerinde düzenlenen olimpiyat oyunlarını izlemek için çok sayıda insan seyahat etmiştir.
3- **İnançlara İlişkin Nedenler:** Dinsel tören ve ayinlere birçok ülkeden gelen insanların katılması, dinsel seyahatleri teşvik etmiştir.
4- **Sağlığa İlişkin Nedenler:** İlk çağlarda insanlar kaplıcaları, hastalıktan kurtaran şifalı sular olarak kabul etmiş ve hasta olmamak, şifa bulmak gibi nedenlerle seyahat etmişlerdir. Bazı uygarlıklar şifalı su kaynaklarının yanında tesisler de kurmuştur.

1.2.2. Orta Çağda Turizm

Roma İmparatorluğu'nun çöküşüyle Ortaçağ'da seyahat hareketleri azalmıştır. Bu döneme damgasını vuran, insanların ticaret, spor, zevk, keşif ve sağlık için yer değişimlerinden çok dini yerlerin ziyaretleridir. Bu çağın insanlık tarihinin

karanlık çağı olması, din adamlarının halk üzerindeki baskı ve sıkı denetimleri, inanç turizmini yaygınlaştırmıştır. Bu dönemde dini açıdan kutsal sayılan yerler büyük hacı kafilelerince Mekke, Medine ve Kudüs ziyaret edilmiştir (Kozak, vd, 2014: 29).

Ortaçağ turizminde dikkat çeken önemli olaylardan biri, Marco Polo'nun Afganistan'dan geçerek Çin'e ulaşmasıdır. Marco Polo'nun Çin'e seyahati sonrasında Venedik'te yayınladığı eser, Asya'yı Avrupa'ya tanıtması açısından önem taşımaktadır (Olalı, 1986: 37). Orta çağda turizmin önemli sebeplerinden biri de lonca sisteminin doğuşuyla zanaatların teşkilatlanmasıdır. Lonca sistemiyle birlikte kaliteli ve iyi iş anlayışı doğmuştur. Kaliteli ve iyi iş anlayışına sahip olabilmesi için de zanaatkârların diğer ülkelerde yaşayan zanaatkârları ve zanaatları tanımaları ve özümsemeleriyle yetişebileceklerini gerekli kılmakta ve bu da loncalarda çalışan zanaatkârları seyahate yöneltmiştir (Olalı, 1986: 38).

1.2.3. Rönesans Döneminde (Yeni Çağda) Turizm

Yeniçağın başlangıcıyla birlikte ortaçağın baskıcı, tutucu, teokratik ve feodal yönetim anlayışına karşı tepki olarak ortaya çıkan, "yeniden doğuş" anlamı taşıyan Rönesans; bilim, sanat, din ve yönetim alanlarında yeni atılımların ortaya çıkışını simgelemektedir. Rönesans, bir yandan bilim, sanat ve din alanında değişimin kaynağı, bir yandan da Batı Dünyasını yeni yönelimlere hazırlayan bir birikimdir (Eralp, 1983: 5). Bu dönemde Turizm ile ilgili önemli gelişmeler; Portekizli denizci Vasco De Gama'nın 1492 yılında Hindistan'a ulaşması, Portekizli diğer bir denizci olan Macellan'ın 1519 yılında başlayan dünya seyahatidir. Bu seyahatler bilinmeyen yerlerin keşiflerinin yanı sıra insanların bilinmeyen yerleri merak etme, görme ve tanıma isteklerinin de temelini oluşturan önemli tarihi olaylardır (Akat, 2000: 9). İstanbul'un 1453 yılında fethedilmesinden sonra Bizans'taki bilginlerin bir kısmı Roma'ya sığınmış ve Romalılara Yunanca öğretmiştir. Eski eserlerin bilimsel anlamda incelenmesiyle Rönesans gelişmiş ve Roma'daki antik eserlere ilgi artmıştır. Buna bağlı olarak çok sayıda insan, Roma'da bulunan tarihi eserleri görmek için seyahate yönelmiş ve büyük bir turizm hareketi ortaya çıkmıştır (İçöz, ve diğerleri, 2007: 26). 15. yüzyılın başlarından itibaren

İtalya'yı ve Roma'yı görmek bütün Avrupalıların merakını cezbetmiştir. Birçok asil, burjuva sınıfı, tacirler ve bilim adamları çocuklarının İtalya'da eğitim almalarını istemiştir (Olalı, 1986: 38). Rönesans hareketi İtalya'da başlayarak birçok Avrupa ülkesine sıçramıştır. Almanya'dan İngiltere'den, İspanya'dan birçok öğrenci İtalya'ya gitmiştir.

1.2.4. Yakın Çağda Turizm

XVII. yüzyıldan başlayarak XIX. yüzyıla kadar geçen tarihsel süreçte turizm sektörü, önemli bir gelişme gösterememiş ancak sanayi devrimiyle birlikte ekonominin gelişmesi sonucunda büyük gelişme göstermiştir. XX. Yüzyılın ikinci yarısından itibarense turizm, dünya ekonomisinde hızla gelişip büyüyen önemli bir faaliyet olarak kendini göstermektedir (Albeni ve Ongun, 2005: 95). Bu çağda turizmi iki dönem halinde incelemek mümkündür.

1-Birinci Dönem (XIX. Yüzyılın Ortasından I. Dünya Savaşına Kadar Olan Dönem): Bu dönemde seyahatler, belli kişilere ve mevsimlere dayanıyordu. Genellikle asilzadeler ve zenginler Avrupa'nın ünlü şehirlerini eğlence ve tedavi için ziyaret ediyorlar ve destinasyonlarda lüks hayat yaşıyorlardı. Ülkelerinde politik mevkii elde etmek isteyen gençler, öğrenimlerini tamamladıktan sonra, doğu ve batıdaki şehirlere seyahat ederek bölge halkı hakkında bilgi toplayıp onlarla bağ kurmaya çalışıyorlardı. Bu dönemde yeni kurulan dernekler ve kulüpler üye kaydı yapabilmek için civar illere ve yabancı ülkelere seyahatler düzenliyorlardı (Öztaş ve Karabulut, 2006: 3) .

Bu dönemde turizm hareketlerindeki artışın önemli sebeplerinden biri de ulaşım alanındaki yeni keşiflerin olmasıdır. Buharlı gemilerin ve lokomotiflerin keşfi ile ulaşım kolaylaşmış bunu izleyen dönemde otomobilin icadı ve gelişimi de turizme büyük katkı sağlamıştır. Toplu seyahatler ile yolculuk giderlerinin azalması, orta gelir grubundakilerin de turizm hareketlerine katılmasını sağlamıştır (Usta, 2009: 33). Grupların seyahat etmesiyle birlikte yeni ülkeleri, yeni şehirleri ve destinasyonların kültürlerini tanımak için yapılan gezileri turizme dönüştüren ilk turizm hareketi, 1841 yılında Thomas Cook'un, 570 kişiden oluşan bir grubu at yarışı

izlemek için bir şiline, Leter'den Loughborourg'a trenle götürerek yapmış olduğu gezisidir. Thomas Cook'un yapmış olduğu bu hareket, "organize tur" kavramının ortaya çıkmasını sağlamıştır (Bayer, 1992: 11).

2-İkinci Dönem (I. Dünya Savaşından Günümüze Kadar Olan Dönem): Bu dönemde yaşanan iki dünya savaşı, turizmi de etkilemiştir. Bunlardan ilki olan I. Dünya Savaşı kısa vadede turizm sektörünü olumsuz etkilemiş olmasına rağmen teknolojide yaşanan ilerlemeler, karayolu taşımacılığını geliştirmiş ve bu durum uzun vadede turizm sektörünün gelişmesini sağlamıştır. Savaş yıllarında başlayan motorlu taşıtlar dönemi, 1920'li yıllarda, 200.000 olan motorlu araç sahibi sayısının, 1939 yılında 2 milyona ulaşmasını sağlamıştır. Motorlu araç sayısının artmasıyla birlikte ucuz ulaştırma ve turlar sayesinde turizmde de artış yaşanmıştır (Çallı, 2015: 16).

II. Dünya Savaşı sonrasında ise hava taşıtları endüstrisinde yaşanan gelişmeler sonrasında kullanılmayan askeri uçakların, sivil yolcu taşımacılığına aktarılmasıyla birlikte başlayan havayolu taşımacılığı başlamıştır. Bu gelişmeler sonrasında uluslararası turizmin gelişmesine zemin hazırlamıştır (Çallı, 2015: 16). İkinci Dünya savaşı sonrasında savaşın psikolojik etkilerinden kurtulmak için eğlenme ve yeni yerler görme isteği, bu dönemde ekonomik gelişmeler sonrasında artan refah seviyesi ve artan nüfus ile birlikte turizm hareketleri de artışa yol açmıştır. Ülkelerin demokratikleşme sürecinde halkın yönetime katılması, özgürleşmesi, ücretli tatil hakları, turizmin gelişmesini sağlamıştır (Öztaş ve Karabulut, 2006: 4). Mason (2016: 13); XIX. ve XX. yüzyılın başlarından itibaren turizme etki eden faktörlerin beş ana sebebinin olduğunu belirtmişti. Bu sebepler;

1. Sanayi devrimiyle birlikte üretimin artması ve yaşam standartlarının yükselmesi,
2. Ulaştırma teknolojisinde yaşanan gelişmeler sonrasında daha ucuz bir seyahate erişim olanağının sağlanması, XIX. yüzyılda demir yolları ve deniz yollarının gelişimi, yirminci yüzyılın ilk yarısında araba ve uçakların kullanılmaya başlanması,
3. XIX. yüzyılın sonlarına doğru ücretli yıllık izinlerin varlığı,
4. Savaş sonrasında bir zamanlar düşman olarak görülen topraklara seyahat

etme ve oradaki insanları tanıma arzusu,

5. Eğitimin artmasıyla iş seyahatlerinin varlığı ve genel olarak insanlardaki seyahat etme İsteklerinin artmasıdır.

1.3. TÜRK TURİZM SEKTÖRÜNÜN TARİHSEL GELİŞİMİ VE TURİZM POLİTİKALARI

Türkiye coğrafi konumu, iklimi, verimli toprakları zengin yer altı ve yerüstü doğal kaynakları nedeniyle tarihin her döneminde cazibe merkezi olmuştur. Bu nedenle ilk çağlardan beri birçok uygarlık Anadolu topraklarına ya göç etmiş ya da işgal etmiştir. Anadolu topraklarının çeşitli uygarlıklara ev sahipliği yapmış olması, kültürel zenginliği, tabiat güzellikleri Türkiye'nin turizm alanında önemli bir destinasyon olmasını sağlamıştır. Türk turizm sektörünün tarihsel gelişimi, planlı kalkınma dönem öncesi, planlı kalkınma dönemi ve 1980 yılından günümüze başlıkları altında incelemiş ve bu dönemlere ilişkin Türk turizm politikalarına değinilmiştir.

1.3.1. Planlı Kalkınma Dönem Öncesi Türk Turizmi

Anadolu topraklarında turizm faaliyeti olarak değerlendirebilecek hareketlilik genellikle ticaret, spor, sağlık ve dini yerlerin ziyareti amacını taşımıştır. Anadolu'da, XIII. yüzyıldan itibaren Selçuklular tarafından önemli ticaret yolları üzerinde kurulan hanlar ve kervansaraylar ticaret amacıyla yapılan seyahatlerin gelişimine hız kazandırmıştır. Osmanlı İmparatorluğu, batılı gezginler için gizemli bir çekim merkezi olmuştur. Özellikle İstanbul'da bulunan Bizans eserleri, camiler, kiliseler, medreseler ve Egede bulunan antik kent kalıntıları seyyahların ziyaret ettiği yerlerdir (Kuşluvan, 2016: 180).

Türkiye'de modern anlamda ilk turizm hareketi, XIX. yüzyıldan itibaren başlamıştır. Bu dönemdeki örnekler arasında "Kırlangıç" adlı buharlı geminin getirilmesiyle birlikte deniz taşımacılığının başlaması (Yıldız, 2008: 26), "Aya İrini" kilisesinin 1846 yılında Askeri Müzeye çevrilmesi, 25 Haziran 1844'te, Sultan Abdülmecit'in ilk defa buharlı gemiyle Marmara denizinde tura çıkarak ilk iç turizm

hareketini başlatması örnekleri verilebilir (Özdemir, 2013: 127-130). Turizme katkı sağlayan önemli gelişmeler arasında 2.383 km'lik Orient Express hattının (Viyana-İstanbul) 1888 yılında tamamlanması ile İstanbul-Bağdat ve hicaz demiryollarının hayata geçirilmesi gösterilebilir (Yücel ve Taşar, 2016: 317). İstanbul - Paris seferleriyle turistlerin gelişi, bu alanda yasal düzenleme yapılmasını gerektirmiş, turizmle ilgili ilk yasal düzenleme olarak "Seyyahine Tercümanlık Edenler Hakkında Tatbik Edilecek 190 Sayılı Nizamname", 1890 yılında yürürlüğe girmiştir. Orient Express seferlerinin artmasıyla artan konaklama ihtiyacını karşılamak için oteller de açılmıştır (Öztaş ve Karabulut, 2006: 7).

Cumhuriyetin kuruluşu sonrasında turizme dair ilk önemli gelişmeyse 29 Eylül 1923'te "Türk Seyyahin Cemiyeti"nin kuruluşudur. Bu cemiyet, 1936 yılından itibaren "Türkiye Turing ve Otomobil Kurumu"na dönüşmüştür. Bu kurum 1939 yılına kadar Türkiye'de önemli bir boşluğu doldurarak uzun yıllar teknik, kültür ve turizm alanlarındaki boşlukları doldurmuştur (Tören, 2014: 370). Bu alandaki ilk resmi gelişmeyse 25 Mayıs 1934'te yürürlüğe giren "*İktisat Bakanlığı Teşkilat ve Vazifeleri Hakkında 2450 sayılı Kanun*" olup bu kanunla turizm, kamu hizmetleri arasında sayılmıştır. Bu hizmeti yerine getirmek üzere 1937 yılına kadar "*Dış Ticaret Türk Ofisi*" ne yetki verilmiştir (Albustanlıoğlu, 2009: 6). 1950 yılında yürürlüğe giren "*5647 Sayılı Turizm Müesseseleri Teşvik Kanunu"*, Türkiye'de turizmin gelişmesini sağlamaya yönelik ilk yasal düzenleme niteliğindedir. Bu Kanun ile birlikte hangi işletmelerin "turizm müessesi" sayılacağı, hangi teşviklerden yararlanacağı, bu müesseselerin nasıl denetleneceği karar altına alınmıştır (Ünüsan ve Sezgin, 2007: 26). Turizm girişimcilerine kredi sağlamak için 1953 yılında, "*6086 sayılı Turizm Endüstrisini Teşvik Kanunu"* çıkarılmıştır. Yabancı sermayenin de turizm sektörüne katılımını sağlamak için 1954 yılında, "*6224 sayılı Yabancı Sermaye Yatırımlarını Teşvik Kanunu*" yürürlüğe girmiştir. Turizm sektörünü finanse etmek için 1955 yılında, "*Turizm Bankası*" kurulmuştur (Tunç ve Saç, 1998: 97-98). Bir diğer önemli gelişme de 1957 yılında, "*Basın Yayın ve Turizm Vekaleti"* adıyla turizm bakanlığın kurulmasıdır (Tunç ve Saç, 1998: 98). Türkiye'de turizmde planlı kalkınma öncesi dönemde kayda değer bir gelişme yaşanmamıştır. Yeni kurulan Türkiye Cumhuriyeti'nin içeride ve dışarıda çözüm bekleyen siyasi, sosyal ve

ekonomik sorunlarının oluşu bu dönemde turizme yeterince özenin gösterilememesine neden olmuştur (Gökdeniz ve Erdem, 2015: 8).

1.3.2. Planlı Kalkınma Döneminde Türk Turizmi (1963-1980)

Türkiye'de turizm alanında planlı kalkınma dönemine kadar önemli bir gelişme sağlanamamıştır. 1963 yılındaki ilk beş yıllık kalkınma planından bu yana yayınlanan tüm kalkınma planlarında turizm sektörünün ülke kalkınmasındaki önemine yer verilmiştir (Avcıkurt vd., 2009: 6). Türkiye'nin, 1963-1983 yılları arasını kapsayan dönemde, turizm politika hedefi; turizm ile ödemeler dengesine katkı sağlamak, yeni iş alanları oluşturmak, ülkenin döviz gelirlerinin arttırılmasını sağlamak ve Türk vatandaşlarının tatil olanaklarından faydalanmasını sağlamaktır. Bu dönemdeki turizm yatırımları daha çok devlet eliyle yürütülmüştür. Turizm hedeflerini gerçekleştirmek için 1965 yılında "*Turizm Tesisleri Nitelikleri Yönetmeliği*"nin çıkarılması, öncelikli turizm bölgeleri için kredilendirme yolunun açılması, ev pansiyonculuğunun gelişimine katkı sağlamak için 1972 yılında başlatılan kredi desteği ve 1973 yılında tanıtmanın temelini oluşturan basım-yayın için gerekli malzemelerin ithal edilmesinin kolaylaştırılması ile ilgili yasal ve finansal süreçlerde düzenlemeler getirilmesi sıralanabilir (ÖİKR, 2014: 8-9)

Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967): *Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı*'nda turizmin ülke ekonomisine katkı sağlayacak önemli bir faaliyet kolu olduğu ve Türkiye'nin turizmin nimetlerinden faydalanmasının bir zaruret olduğu belirtilmiştir. Turizmin geliştirilmesi ve turistin Türkiye'ye gelmesini sağlamak için öncelikli olarak konaklama yerleri, tanıtım faaliyetleri, hizmet sektörü ve hediyelik eşya sektörüne yatırım yapılmasına öncelik verilmesi gerektiği ifade edilmiştir. 1963-1967 yılları içerisinde, kaynakların sınırlı olması sebebiyle yatırımların tüm Türkiye'yi kapsayacak şekilde değil turizm ve turist çekme potansiyeli yüksek olan bölgelere (Marmara, Ege ve Antalya) yapılmasının gerektiği belirtilmiştir. Ayrıca bu planda, ülkemize gelen turistlerin ortalama 4 günlük konaklama sürelerinin 6 güne, turist başına düşen ortalama harcama tutarının 60 dolardan 100 dolara çıkarılması hedeflenmiştir (DPT, 1963).

Birinci beş yıllık kalkınma planında belirlenen hedefler, ilk üç yılda gerçekleşmiş olmasına rağmen öngörülen tedbirler uygulamada meydana gelen zorluklar neticesinde zamanında alınamamıştır. Beklenen turist sayısına ulaşılmış ancak hedeflenen gelir elde edilememiştir. Bu dönemde kamu ve özel sektör arasındaki gerekli koordinasyon sağlanamamıştır. Tanıtım, eğitim, hizmet kalitesi ve yatırımlar için verilecek kredi ve turizmi teşvik edecek mali ve hukuksal prosedürler yeterli seviyeye getirilememiştir (DPT, 1968: 593-594).

İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972): Bu planda özellikle iç turizmin geliştirilmesi ve dış turizm gelirlerinin arttırılması için yabancı turistlerin sayısının ve tüketimlerinin arttırılması hedeflenmiştir. Ayrıca turizm potansiyelinin yüksek olduğu yörelerde, kitle turizmine yönelik turistler için konaklama, ulaşım imkânlarının geliştirilmesi için kredi desteği ve hukuksal düzenlemeler yapılması amaçlanmıştır. Ayrıca turizm sektöründe yeniden yapılanma, uluslararası düzeyde rekabet edecek düzeyde fiyat politikasının belirlenmesi, turizme yönelik alt yapı ve üst yapı çalışmaları yapılması ve özel sektörün yatırımlar konusunda özendirilmesi hedeflemiştir. İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planının, Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planından farkı Türkiye'nin tanıtım faaliyetlerinin Turizm ve Tanıtma Bakanlığı'na görev olarak verilmesi, fiziksel planlara yer verilmesi ve sektörler arası iş birliğine önem verilmesi olarak sayılabilmektedir (DPT, 1968).

İkinci kalkınma planı sonunda, Türkiye'ye gelen turist sayısı %15 artış göstererek 1972 yılında 1 milyon kişiye ulaşmıştır. İkinci plan döneminde, konaklama tesisleri %14 oranında artarak 31.235 yatak sayısına ulaşılmıştır. Ancak turizm gelirleri hedefin altında kalmıştır. Bu dönemde birinci plan dâhilinde yapılan işletmeler çalıştırılmaya başlanmıştır (DPT, 1973).

Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977): Bu planda, kitle turizmi önemli bir yer tutmakta olup bunun yanında iç turizmin ve sosyal turizmin geliştirilmesi de hedefler arasında yer almıştır. Bu dönemde ilave turist sayısında %13, turizm gelirlerinde %20 turizm giderlerinde ise %13 oranında artış sağlanacağı hedeflenmiştir. Bu hedefleri gerçekleştirmek için kitle turizmine yönelik olarak yatak kapasitesinin 72.000'den 126.000'e çıkartılması için turizm yatırımlarında özel

sektörün teşvikinin sağlanacağı ifade edilmiştir. Kamunun da bu yatırımları desteklemek için havayolu, kara yolu, su tedariki ve kanalizasyon gibi alt yapı çalışmalarını yapması hedeflenmiştir. Sosyal turizm ilk defa bu planda ele alınarak toplumunda turizm faaliyetlerine katılması amaçlanmıştır. Bu planda, eğitimin amacına da vurgu yapılmış ve bu alanda yetişmiş personel ihtiyacının 27.000 olacağı öngörülmüştür (DPT, 1973: 614-621)

Üçüncü plan değerlendirildiğinde; 1973 yılında dünya genelinde yaşanan ekonomik sıkıntılar ve petrol krizi tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'yi de etkilemiş, gelen yabancı sayısı ve elde edilen gelir düzeyine ulaşılamamıştır. Ayrıca planda belirtilen yatak kapasitesine ulaşılamamış olması ve fiyat artışları, yerli turistlerin de tatillerini yurt dışında geçirmesine neden olmuştur (DPT, 1979: 429).

1978 Yılı Programı: Çeşitli nedenlerden dolayı *Dördüncü Beş Yıllık kalkınma Planın*, 1978 yılına yetiştirilememesinden dolayı bu yıla özgü hazırlanan bir plandır. Türk halkına sağlıklı dinlenme alanlarının yapılması, Türkiye'nin tarihi kültürel ve doğal zenginliklerinin değerlendirilmesi, turizmin gelişmesine yönelik *turizm sektörü ana politikası'*nın oluşturulması, organize turizm bölgelerinin belirlenmesi, kıyı yasasının çıkartılmasına yönelik çalışmaların yapılması ve Türkiye'nin tanıtımına yönelik etkin tanıtımın yapılması programın hedefleridir (Emir, 2012: 8).

Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983): Turizmden elde edilecek gelirlerin yılda %23, turizm giderlerinin %4,1 artmasıyla 468 milyon dolarlık döviz gelirinin sağlanacağı öngörülmüştür. Dönem boyunca gelecek yabancı turist sayısının 13,5 milyon, ülke dışına çıkacakların sayısınınsa 8,9 milyon kişiye çıkacağı, turizm gelirlerinin 2,5 milyar milyon dolara ulaşması, turizm giderlerininse 1 milyar dolarda kalması hedeflenmiştir. Bu dönemde belgeli tesislerdeki yatak sayısının da 55.000'den 95.000'e çıkartılması amaçlar arasındadır (DPT, 1979: 430-432).

Dördüncü Kalkınma Planı değerlendirildiğinde; 1979-1980 yıllarında ikinci petrol krizinin yaşanması sebebiyle Dünya'nın ve Türkiye'nin sıkıntıda olduğu bir

döneme denk gelmiştir. Ardından 24 Ocak kararları yürürlüğe konmuş ve %48,6 oranında TL devalüe edilmiştir. 1980 darbesinin gerçekleşmesiyle yabancı turist sayısı sadece %0,42 artabilmiştir. Turizm gelirlerindeki artış, devalüasyon sebebiyle gerçekleşebilmiştir (Demir, 2014: 113).

1.3.3. 1980'den Günümüze Türk Turizmi

Türkiye'de turizm hareketleri 1980 sonrasında büyük hız kazanmış, ülkeye gelen turist sayısında, turizm gelirlerinde ve yatak arzında büyük gelişmeler sağlanmıştır. Bu gelişmenin en önemli etkeni 24 Ocak 1980 tarihinde yürürlüğe giren "*Ekonomik İstikrar Tedbirleri"*dir. 24 Ocak Kararlarının turizm sektörüne doğrudan ve olumlu etki eden maddeleri arasında, "Kambiyo Mevzuatının Değiştirilmesi İle İlgili Karar", "Yabancı Sermaye Çerçeve Kararnamesi İle İlgili Karar", *2634 sayılı Turizm Teşvik Kanunu*" ve "Devalüasyon Kararı" yer almaktadır (Özer, 2001: 4).

1982 yılında çıkarılan "2634 sayılı Turizm Teşvik Kanunu" ile turizm yatırımları teşviki sağlanmış, yatırımlarda alt yapı yatırımlarının devlet eliyle yapılması, üst yapı yatırımlarının ise özel sektörün yapması öngörülmüştür. Mezkûr Kanun ile devletin kıt kaynaklarının daha etkin kullanımın sağlanması için yatırımların öncelikli bölgelere yönlendirilmesi sağlanmıştır. Turizm Bakanlığı, bu dönemde devlet arazilerinin tahsisini kolaylaştırıcı, tüketicilerin haklarını koruyan ve alternatif turizm türlerinin gelişmesini sağlayan bir kuruluş olarak faaliyetlerini sürdürmüştür. 1983 yılı itibariyle liberal piyasa ekonomisine geçilerek özelleştirmeler başlamış ve turistik tesislerde fiyatlandırma devletin denetiminden çıkmıştır. Bu kanun ile daha önce uygulanmayan pek çok teşvik getirilmiştir. Bu kanun kapsamında; yatırım indirimi, kamu arazilerinin yatırımcılara tahsisi, uzun dönemli ve düşük faizli kredi, vergi, harç istisnası, döviz tahsisi, teşvik primi, gümrük muafiyeti, katma değer vergisi ertelemesi, yabancı personel çalıştırılması, elektrik, su ve havagazı ücretlerinde indirim, finansman fonu turizm alanında sağlanan teşviklerden bazılarıdır (ÖİKR, 2007: 10).

1984 programında, turizmin öncelikli yerlerde geliştirilmesine özen gösterilmesi "*24 Ocak Kararları*"nın izlerini barındırmaktadır**.** Turizmde öncelikli

bölgelerin geliştirilmesine öncelik verilmesi, tur güzergâhı, turizm alanı ve turizm merkezlerinin geliştirilmesi, Türkiye'ye seyahat düzenleyen seyahat acentalarının desteklenmesi amaçlanmaktadır (Dinçer ve Çetin, 2015: 179). Beşinci Kalkınma Planında turizmden elde edilecek gelirlerin yılda yüzde %14,2 oranında artarak 540 milyon dolar döviz gelirinin sağlanacağı öngörülmüştür. Türkiye'ye gelecek yabancı turist sayısının 3 milyon ve ülke dışına çıkacak vatandaş sayısının 2 milyon 500 bin kişiye çıkması hedeflenmiştir. Türkiye'ye gelmesi beklenen turist sayısı nedeniyle mevcut yatak kapasitesine ek 38.000 yatak ile Beşinci Kalkınma Planı dönemi sonunda 100.000 yatak kapasitesine ulaşılması hedeflenmiştir (DPT, 1985: 120-121).

1990-2002 yılları arasındaki dönemde, turizmde yaşanan ivme daha da yükselmiştir. Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda turizm sektörünün gelişmesine bağlı olarak turizm gelirlerinin plan dâhilinde yılda %13,6 artarak plan sonunda 5,5 milyar dolarlık gelire ulaşılacağı, Türkiye'ye gelen turist sayısının yıllık %8,2'lik artışla 7,4 milyon kişiye çıkacağı ve 145 bin turizm belgeli yatak kapasitesinin de plan sonunda 350 bini aşacağı öngörülmüştür. Yatak doluluk oranlarının arttırılması, turizm yatırımlarının teşvik edilmesi ve tanıtım faaliyetlerine önem verilmesi, kültür ve doğa turizminin geliştirilmesi, turizm mevsiminin arttırılması plan hedeflerinde yer almıştır. Ulaştırma faaliyetlerine hız verilmesi de hedeflerden bir diğeridir (DPT, 1990). Gerçekleşmeler incelendiğinde; yurt dışından gelen turist sayısının 6,7 milyon ve turizm geliri de 4,3 milyar dolar seviyesinde kalmıştır. Yatak kapasitesinde hedefe yaklaşılarak 314 bin yataklık arza ulaşılmıştır. Turizm alanında olumlu gelişmeler yaşansa da teknik alt yapı (su tedariki, kanalizasyon, çöp toplama ve imhası, yol), yatak kapasitesi, ulaştırma (kara, hava, deniz taşımacılığı), turizm eğitimi, tanıtım ve pazarlama, tur operatörlüğü, seyahat acenteliği konularında, Akdeniz çanağında yer alan diğer ülkelerle kıyaslandığında yetersizliklerin devam ettiği görülmektedir. Alt yapı yatırımlarının finansmanına özel sektörün ve mahalli idarelerin katılımının sağlanamaması ve kamu bütçe kaynaklarının kısıtlı olması sebebiyle "Akdeniz-Ege Turizm Altyapısı ve Kıyı Yönetimi (ATAK) Projesi" program dâhilinde yürütülememiş, yat limanlarının yetersiz oluşu ve bütçe yetersizliği nedeniyle inşaatların uzun süre devam etmesi turizm sektörünü olumsuz etkilemiştir. Ayrıca turizmi on iki aya yaymak için turizmin çeşitlendirilmesinde istenilen düzeye de

gelinememiştir (DPT, 1996).

Türkiye'de rekabet gücü yüksek, verimli ve etkin bir turizm ekonomisinin geliştirilmesi, iç turizme katılan yerel halkın ve yabancı turistlerin Türk turizminden beklentilerinin karşılanması, doğal ve kültürel mirasın zenginleştirilerek devamının sağlanması yedinci kalkınma planın amaçları arasında yer almıştır. Bu planda Türkiye'ye gelen ziyaretçi sayısının 13-17 milyon kişiye çıkartılması, turizm gelirlerinin ise 8,5-11,9 milyar dolar seviyesinde gerçekleşmesi öngörülmüştür. Yatak kapasitesinin de 800 bine ve belediyeden belgeli tesislerle birlikte 1,3 milyona ulaşılması hedeflenmiştir (DPT, 1996). Yedinci Kalkınma Planı sonunda Türkiye'ye 7,5 milyon turist ziyaret etmiş ve 5,2 milyar dolar turizm geliri elde edilmiştir. Yedinci Kalkınma Planı; turizm sektöründeki gelişmenin yalnızca yatak kapasitesinin arttırılmasıyla olacağı düşüncesinin geride kaldığı ilk plan olma özelliğindedir. Bu planda dikkat çeken özellikler; alt yapı çalışmalarına ve tanıtım faaliyetlerine özel sektörün dâhil edilmesinin amaçlanmasıdır (DPT, 2000).

Türkiye 2002 yılından sonra turizm alanında yaptığı çalışmalarla dünya sıralamasında kendine iyi bir yer edinmiştir. Bu dönemde, Türkiye'deki siyasi istikrarla birlikte oluşan güven ortamı, Türkiye'nin yurt dışında fuarlara katılması, Türkiye'nin destinasyon odaklı tanıtımının yapılması, tarihi yerlerin restorasyonun yapılması ve turizme açılması, alt yapı çalışmalarının (duble yollar, hızlı tren, hava yolları) yapılması, Türk Hava Yolları uçak seferlerini arttırılması ve son dönemde sağlık turizmindeki atılımlar turizm alanında yapılan çalışmalardır (Gür, 2014: 3).

Türkiye'ye gelen turistlerin gelme nedenleri ekolojik nedenler ve Türk kültürüne olan meraktır. Türkiye'nin bozulmamış doğası, mavi bayraklı sahillerin varlığı, yemekleri, müziği, kültürel varlıkları, bayramları, aynı anda birkaç mevsimin bir arada yaşanması turistlerin dikkatini çekmektedir. Bu nedenle Türkiye'de turizmin çeşitlendirilmesi önem arz etmektedir. Türkiye, yurt dışında bu değerleri dünyaya tanıtmak için çalışmalar yapmıştır. Bunlar 2005 yılında İstanbul Büyük Şehir Belediyesi ile TUROB (Türkiye Otelciler Birliği) iş birliğinde 2005 yılında dünyanın en önemli motosiklet yarışı olan MotoGP İstanbul'da düzenlenmesi, National Geographic Dergisi 2007, Mayıs ayı sayısında Türkiye eki vermiş ve birçok

yurt dışı gazetelerinde, Türkiye'nin tanıtımı sağlanmıştır. 2009 yılında Fransa'da, 2018'de Çin'de, Türkiye yılı ilan edilmiştir. Kültür ve Turizm Bakanlığı 20 dilde Türkiye'yi tanıtan 81 eser yayınlamıştır (Erol ve Hassan, 2013: 4-5). Türkiye'nin tanıtımı için yapılan yoğun çalışmalar sonuç vermiş ve Türkiye en çok turist kabul eden ülkeler sıralamasında ilk 10 içerisinde yer almış ve Türkiye bu dönemde turizmde önde gelen ülkelerden olmuştur.

Tablo 1: Turist Sayısında Yaşanan Gelişim (2001-2018)

Yıllar	**Toplam**	**Yabancı Turist**		**Yerli Turist**	
	Milyon kişi	**Milyon kişi**	**%**	**Milyon kişi**	**%**
2001	13,5	11,3	83,8	2,2	16,2
2002	15,2	12,9	84,9	2,3	15,1
2003	16,3	13,7	84,0	2,6	16,0
2004	20,3	17,2	84,9	3,1	15,1
2005	24,1	20,5	85,1	3,6	14,9
2006	23,1	19,3	83,3	3,9	16,7
2007	27,2	23,0	84,6	4,2	15,4
2008	31,0	26,4	85,3	4,5	14,7
2009	32,0	27,3	85,4	4,7	14,6
2010	33,0	28,5	86,3	4,5	13,7
2011	36,2	31,3	86,6	4,8	13,4
2012	36,5	31,3	86,0	5,1	14,0
2013	39,2	33,8	86,2	5,4	13,8
2014	41,4	35,9	86,6	5,6	13,4
2015	41,6	35,6	85,5	6,0	14,5
2016	31,4	25,3	80,6	6,1	19,4
2017	38,6	32,1	83,1	6,5	16,9
2018	45,6	39,0	85,4	6,7	14,6

Kaynak: TÜİK, Turizm Geliri, Gideri ve Ortalama Geceleme Sayısı, **http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist** Erişim Tarihi: 01.03.2019

Türkiye'de 2000 sonrası dönemde, turistik amaçlı seyahat edenlerin sayısı 2001-2018 yılları arasında toplamda 13,5 milyon kişiden 45,6 milyon kişiye yükselmiş olup yabancı turistler bu sayısal artış 11,3 milyon kişiden 39 milyon kişiye ve yerli turistteyse 2,2 milyon kişide 6,7 milyon kişiye yükselmiştir. Yabancı turist sayısındaki artış hızı yerli turist sayısındaki artış hızından yüksektir. Yine de toplam turist sayısı içerisinde yabancı turistlerin ağırlığının %80'le %87 arasında stabil bir

bant içerisinde kaldığı görülmektedir. Yerli turistlerin ağırlığındaysa bu oran %13 ile %20 arasında dalgalanmaktadır (Tablo 1).

Turizm gelirleri açısından 2000 sonrası dönem incelendiğinde, turist sayısına göre daha düşük bir hızda artış yaşanmakla birlikte dolar cinsinden yaklaşık üç katlık artışın yaşandığı görülmektedir. Toplamda 10,5 milyar dolar düzeyindeki toplam turizm gelirleri 2018'e gelindiğinde 29,5 milyar Dolara yükselmiştir. Yabancı turistlerden elde edilen gelir 7,4 milyar Dolardan üç katın üzerinde artışla 24 milyar dolara yükselirken, yerli turistlerden elde edilen gelirlerdeki artış ise iki katın altında kalarak 2,7 milyar dolardan 5,3 milyar Dolara yükselmiştir (Tablo 2).

Tablo 2: Toplam Turizm Gelirlerinde Yaşanan Gelişim (Milyar $, 2001-2018)

Yıllar	**Toplam**	**Yabancı Turist**		**Yerli Turist**	
	Milyar $	**Milyar $**	**%**	**Milyar $**	**%**
2001	10,5	7,4	70,7	2,7	25,7
2002	12,4	9,2	74,4	2,9	23,3
2003	13,9	10,1	73,2	3,6	26,0
2004	17,1	13,1	76,5	3,9	22,6
2005	20,3	15,7	77,4	4,4	21,5
2006	18,6	13,9	74,9	4,5	24,0
2007	20,9	15,9	76,1	4,7	22,5
2008	25,4	19,6	77,2	5,4	21,3
2009	25,1	19,1	76,1	5,7	22,7
2010	24,9	19,1	76,7	5,6	22,3
2011	28,1	22,2	79,0	5,6	20,1
2012	29,0	22,4	77,3	6,4	21,9
2013	32,3	25,3	78,4	6,8	20,9
2014	34,3	27,8	81,0	6,3	18,3
2015	31,5	25,4	80,8	5,8	18,6
2016	22,1	16,0	72,3	6,0	27,0
2017	26,3	20,2	76,9	5,9	22,5
2018	29,5	24,0	81,4	5,3	18,1

Kaynak: TÜİK, Turizm Geliri, Gideri ve Ortalama Geceleme Sayısı, **http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist** Erişim Tarihi:01.03.2019

Turist başına elde edilen gelir düzeyleri incelendiğinde, 2001-2018 arasında hem yerli hem de yabancı turistler açısından belirgin bir düşüşün yaşandığı görülmektedir. Ancak yerli turistlerdeki düşüş, yabancılardaki düşüşten oldukça fazla

gerçekleşmiştir. 2001 yılında yabancı turist başına düşen ortalama gelir 655 Dolarken yerli turist için bu miktar 1233 Dolara ulaşmıştır. Dolayısıyla neredeyse bir yerli turist, iki yabancı turist düzeyinde gelir bırakmıştır. Ancak söz konusu farklılık 2018 yılına gelindiğinde büyük ölçüde kapanarak 617 Dolarlık yabancı turist başına elde edilen gelir düzeyinin yerli turistler açısından 801 Dolar olarak gerçekleştiği görülmektedir. 2001-2018 yılları arasındaki dönemde, 2001 yılındaki ortalama gelir düzeyinin 2018 yılına gelindiğinde yabancı turistlerde %94,2'sinin sağlanmasına karşılık bu oran yerli turistlerde %64,9'a kadar gerilemiş durumdadır (Tablo 3).

Tablo 3: Turist Başına Düşen Gelir Düzeylerinde Yaşanan Gelişim ($, 2001-2018)

Yıllar	Tümü		Yabancı Turist		Yerli Turist	
	$	2001=100	$	2001=100	$	2001=100
2001	777,0	100,0	655,0	100,0	1233,4	100,0
2002	816,4	105,1	714,7	109,1	1261,2	102,3
2003	849,9	109,4	740,2	113,0	1384,4	112,2
2004	842,8	108,5	759,2	115,9	1262,4	102,4
2005	842,4	108,4	766,3	117,0	1214,5	98,5
2006	803,2	103,4	722,1	110,2	1152,6	93,4
2007	769,5	99,0	692,4	105,7	1120,5	90,8
2008	820,4	105,6	742,0	113,3	1191,2	96,6
2009	783,1	100,8	697,1	106,4	1221,6	99,0
2010	754,8	97,1	670,3	102,3	1230,5	99,8
2011	777,7	100,1	709,4	108,3	1168,2	94,7
2012	795,5	102,4	715,0	109,2	1240,7	100,6
2013	823,7	106,0	748,6	114,3	1252,2	101,5
2014	828,3	106,6	774,8	118,3	1130,2	91,6
2015	756,0	97,3	714,7	109,1	969,7	78,6
2016	704,8	90,7	632,9	96,6	977,9	79,3
2017	680,6	87,6	630,4	96,2	903,4	73,2
2018	646,8	83,2	616,9	94,2	800,6	64,9

Kaynak: TÜİK, Turizm Geliri, Gideri ve Ortalama Geceleme Sayısı, http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist Erişim Tarihi: 01.03.2019

Toplam turist sayısında, elde edilen gelirde ve turist başına düşen gelirde 2001-2018 arasında yıllık bazda yaşanan değişimler incelendiğinde dalgalanmaların varlığına rağmen genel olarak istikrarlı bir büyüme performansının yaşandığı görülmektedir (Tablo 4).

Tablo 4. **Toplam turizm gelirlerinde, turist başına düşen gelirde, toplam turist sayısında yıllık değişim (%, 2001-2018)**

Yıllar	Tümü			Yabancı Turist			Yerli Turist		
	Turist Sayısında Yıllık Değişim	Toplam Turist Gelirinde Yıllık Değişim	Turist Başına Düşen Gelirde Yıllık Değişim	Turist Sayısında Yıllık Değişim	Toplam Turist Gelirinde Yıllık Değişim	Turist Başına Düşen Gelirde Yıllık Değişim	Turist Sayısında Yıllık Değişim	Toplam Turist Gelirinde Yıllık Değişim	Turist Başına Düşen Gelirde Yıllık Değişim
2002	13,1	18,8	5,1	14,6	25,0	9,1	5,5	7,8	2,3
2003	7,1	11,5	4,1	6,0	9,8	3,6	13,4	24,5	9,8
2004	24,3	23,3	-0,8	25,6	28,8	2,6	17,6	7,3	-8,8
2005	19,1	19,0	0,0	19,3	20,4	0,9	17,7	13,3	-3,8
2006	-4,0	-8,5	-4,6	-6,1	-11,5	-5,8	7,5	2,0	-5,1
2007	17,6	12,6	-4,2	19,4	14,5	-4,1	8,4	5,4	-2,8
2008	13,8	21,4	6,6	14,8	23,1	7,2	8,4	15,2	6,3
2009	3,3	-1,4	-4,5	3,5	-2,8	-6,1	2,4	5,0	2,6
2010	3,2	-0,5	-3,6	4,3	0,2	-3,8	-3,0	-2,3	0,7
2011	9,5	12,8	3,0	9,9	16,3	5,8	6,9	1,4	-5,1
2012	0,9	3,2	2,3	0,1	0,8	0,8	6,1	12,7	6,2
2013	7,6	11,4	3,5	7,9	13,0	4,7	5,4	6,4	0,9
2014	5,6	6,2	0,6	6,0	9,7	3,5	3,1	-7,0	-9,7
2015	0,5	-8,3	-8,7	-0,7	-8,4	-7,8	8,3	-7,1	-14,2
2016	-24,6	-29,7	-6,8	-29,0	-37,1	-11,4	1,2	2,1	0,8
2017	23,1	18,9	-3,4	27,0	26,5	-0,4	7,2	-0,9	-7,6
2018	18,1	12,3	-5,0	21,4	18,8	-2,1	2,1	-9,5	-11,4

Not: **Tablo 1.2.3'e dayanarak hesaplanmıştır.**

İKİNCİ BÖLÜM

DÜNYA'DA TEMEL SAĞLIK TURİZMİ ÇEŞİDİ OLARAK MEDİKAL TURİZM

Bu bölümde Dünya'da ve Türkiye'de temel sağlık turizmi çeşidi olarak medikal turizme yer verilecek olup Sağlık turizminin türleri, medikal turizmin genel çerçevesi ve medikal turizm alanında dünya genelinde yaşanan gelişmelere yer verilmiştir.

2.1. SAĞLIK TURİZMİ VE TÜRLERİ

Sağlık turizmi, tedavi olmak amacıyla kaplıcalara veya sağlık kuruluşlarına seyahat eden bireylerin fiziksel iyilik halini geliştirmek için veya diş tedavisi, organ nakli, fizik tedavi ve rehabilitasyon, cerrahi operasyonlar vb. gereksinimi olanlarla birlikte uluslararası hasta potansiyelinin kullanılarak sağlık merkezlerinin büyümesine olanak sağlayan bir turizm türüdür (Edinsel ve Adıgüzel, 2014: 170). Sağlık turizmi, sağlıklı yaşam ürünleri, uygun altyapı, tesisler ile doğal ve sağlıklı kaynaklara sahip yerlerdeki bir dizi turizm deneyimini kapsar (Pearce vd. 2010: 143). Sağlık turizmi kapsamında pek çok uygulamalar mevcut olsa da öne çıkan dört sağlık turizmi türü mevcuttur. Medikal turizm de termal turizmle birlikte sağlık turizmi içerisinde en yaygın tercih edilen kısmı oluşturmaktadır. Buna göre sağlık turizmi türleri şu şekilde sıralanabilir:

1- Termal Turizm
2- SPA Ve Wellnes Turizmi
3- Yaşlı Ve Engelli Turizmi
4- Medikal Turizm

2.1.1. Termal (Kaplıca) Turizm

Termal (Kaplıca) turizm kavramı; mineralli su banyoları, içmeler, inhalasyon ve çamur banyolarının yanında, fizik tedavi ve rehabilitasyon, diyet, egzersiz, iklim kürü gibi tedavileri içinde barındıran turizm hareketi olarak

tanımlanmaktadır (Çiçek ve Avderen, 2013: 27). Bu turizm kapsamında hizmet veren yerler, "kaplıca tedavi merkezi" ya da "termal kür merkezi" olarak isimlendirilmektedir. Kaplıca turizmi kapsamında gerçekleştirilen tedavilerse dağ veya deniz havasının şifa verici etkisinden yararlanmanın amaçlandığı klimatizm, yerel meyve-sebzelerle hazırlanan kürlerle uygulanan üvalizm ve en eski tedavi yöntemini oluşturan ılıca, kaplıca ve içmelerin tedavi amaçlı kullanımını içeren termalizmdir (Özsarı ve Karatana, 2013: 139).

Türkiye'deki termal turizm uygulamalarıysa şu şekilde sıralanabilir:

a) Kür; İyileşmeyi sağlamak için tedavi etkeninin belli miktarda, düzenli aralıklarla, belirli bir süre tekrarlanarak uygulanması ile yapılan tedavi yöntemidir.

b) Kaplıca tedavisi; Toprak, yer altı ve yerüstü kaynaklı madensel sular, gazlar, çamurlar ve iklim koşulları kullanılarak yapılan tedavi yöntemidir. Kaplıca tedavisi hastanın vücudu, içinde sıcak mineralli su, gaz veya çamur bulunan küvet, özel kabin veya havuzlara daldırılarak yapılmaktadır.

c) Balneoterapi; doğada var olan termal sular, çamurlar ve şifalı gazların tedavi olarak içilmesi, banyo yapılması ve solunması ile kür tarzında yapılan tedavi yöntemidir.

d) İnhalasyon Uygulamaları; sıcak mineralli suların damlacık haline getirilip su zerreciklerinin solunması ile yapılan tedavi yöntemidir.

e) İçme Kürleri; içilebilen doğal mineralli sular ile kaplıcalarda ya da yaşanılan yerlerde yapılan içme kürüdür.

f) Peloidterapi; jeolojik ve/veya biyolojik olaylar sonucu meydana gelen organik ve/veya inorganik maddeler olan çamurların Balneoterapi yöntemi olarak kullanılmasıdır.

g) Klimaterapi; hava sıcaklığının, nemin, rüzgâr şiddetinin ve hızının, güneş ışınları ile benzeri iklimsel faktörlerin sistemli ve doz olarak verildiği kür

yöntemidir.

h) Hidroterapi; sıcak mineralli sular ile yapılan duş, yıkama ve dökme gibi tedavi uygulamalarıdır.

ı) Talassoterapi; koruyucu ve tedavi edici olarak sıcak sular ile yapılan duş, yıkama ve dökme gibi uygulamaları kapsamaktadır.

i) Fizik tedavi ve rehabilitasyon; kaplıca tedavisinde egzersiz, masaj ve elektro terapi ve diğer yöntemlerin kullanılmasıdır.

j) Medikal tedavi; kaplıca tedavisi sırasında bireye sistemik ve lokal olarak uygulanan tedavi yöntemidir.

k) Destek uygulamalar; sağlığın koruması adına yapılan eğitimler, sağlıklı beslenme, günlük aktivitelerin düzenlenmesi, psikolojik destek ve davranış değişikliği oluşturarak sağlıklı yaşam adına farkındalık oluşturmak için yapılan uygulamalardır (Subaşı ve Toktaş, 2015: 113; Toktaş, 2015: 125, 129; Özbek, 2011: 30, 71; Özsarı ve Karatana, 2013: 139).

2.1.2. SPA ve Wellness Turizmi

"Salus per aquam" teriminin baş harflerinden oluşan SPA, sudan gelen iyilik/ sağlık anlamına gelmektedir. 19. yüzyılın başlarında suyun sıcak ve soğuk olarak içilmesi, akıtılması, püskürtülmesi, damlatılması ve duş yapılması gibi farklı şekillerde kullanılması sonucunda, insan bedeninde ferahlama iyileşme ve su yoluyla kazanılan sağlık nedeniyle tamamlayıcı tedavi olarak kullanılmaya başlanmıştır. Suyun iyileştirici özelliği eski uygarlıklar tarafından da bilinmektedir. Asya geleneklerinde maden suları ve kaplıcalarda toplumsal banyo yapma görülmektedir. Özellikle Çin, Hindistan, Kore ve Japonya'da, gevşeme ve temizlik için uzun bir banyo yapma tarihi bulunmaktadır (Özsarı ve Karatana, 2013:139).

Wellness ise "akıl, vücut, ruh ve ilişkilerde iyi ve zinde olmayı" ifade etmektedir (Özsarı ve Karatana, 2013:140). Wellness turizmi ise bireylerin kişisel

sağlığını ve esenliğini korumak için ülkelerinde mevcut olmayan özgün, otantik ve konuma dayalı iklimsel terapileri arayan aktiviteleri, proaktif bir yaklaşımla yani hastalıktan korunma, bedeni zinde tutma ve sağlıklı yaşam için başka ülkelere yapılan seyahatlerdir (Johnston vd., 2011: 105). Bir diğer tanıma göre Wellness turizmi; fiziksel sağlık, güzellik veya uzun ömür için bir arayış, bilinç veya ruhsal farkındalığın artırılması için topluluk, doğa veya ilahi gizemle bağlantı sağlayan bütünsel bir seyahat biçimidir. Bu kapsamda, insanın kendisini ruhen, bedenen ve zihnen iyi ve sağlıklı hissetmesini sağlayan her türlü masaj, küvet ve cilt bakımları, çamur ve yosun banyoları, thalasso terapi gibi doğayla ve doğal ürünlerle yapılan vücut bakımları wellness kapsamına girmektedir. Dünyada hızlı bir gelişme gösteren SPA, resort ve otel komplekslerinde yer almaya başlamışken, Türkiye'de yeni yeni gelişmeye başlayan bir sektördür (Özsarı ve Karatana, 2013: 140).

2.1.3. Yaşlı ve Engelli Turizmi

Yaşlı ve engelli turizmi; 65 yaş üstü turistler ile engelli turistlerin bakımı ve rehabilitasyonu amacıyla bakım evleri, klinik konuk evleri veya geriatri tedavi merkezlerinde eğitimli personel eliyle gerçekleştirilen uygulamalardır (Aydın vd., 2011: 6). Günümüzde sağlık alanındaki gelişmeler, büyük hız kazanan teknoloji ve ekonomik gelişmeler nedeniyle dünya nüfusu giderek yaşlanmaktadır. Özellikle Avrupa ülkelerinde doğumun azalması buna bağlı olarak yaşlı nüfusun genç nüfusa göre oranın artması, yaşlı turizminin gelişmesine neden olmaktadır. Birleşmiş Milletler ve Dünya Yaşlanma Örgütü verilerine göre şu an 600 milyon civarında olduğu belirtilen 65 yaş ve üstü bireylerin sayısının, 2050 yılında 2 milyarı bulacağı öngörülmektedir. Dolayısıyla yaşlanan dünya nüfusuna bağlı olarak yaşlı ve engelli turizmi giderek önem kazanacaktır. Tüm dünya kültürel ve sağlık turizmi kapsamında giderek gelişirken engelliler bu turizmden yeterince faydalanamamaktadır (Aydın, 2014: 17; Zengingönül vd., 2012: 13).

2.1.4. Medikal (Tıbbi) Turizm

Medikal turizm; insanların tıbbi tedavi hizmeti alabilmek için bulundukları ülkeden başka bir ülkeye yapmış oldukları seyahatlerdir. Diğer bir deyişle, bireylerin

almak istedikleri tıbbi tedavilerin, kendi ülkelerinde var olmayışı veya var olsa bile sigorta kapsamında olmayışı ya da alacakları tıbbi tedavilerin ülkelerinde yüksek maliyetlere sebep olması gibi nedenler ile bireylerin daha ucuz ve kaliteli sağlık hizmetine ulaşabilmek için başka ülkelere seyahat etmelerine medikal turizm denilmektedir (Can vd., 2014: 74).

2.2. MEDİKAL (TIBBİ) TURİZMİN GENEL ÇERÇEVESİ

Turizm faaliyetlerinde bireylerin seyahat etmekteki amaçları gidilen ülkeyi gezmek, dinlenmek, ülkenin kültürel değerlerini tanımak gibi faaliyetleri içermektedir. Medikal turizmde bu faaliyetlerin yanında sahip olduğu motivasyon sebebiyle farklı bir yapıya sahiptir. Medikal turizme katılan bireylerin öncelikli olarak ülkesinde bulamadığı kaliteli ve/ya ucuz tıbbi tedavilere ulaşma ya da alanında ün yapmış hekimlere tedavi olma amacıyla seyahat etme ihtiyacından doğan turizm hareketidir (Dinçer vd., 2016: 36). Eski zamanlarda az gelişmiş ülkelerde yaşayan gelir seviyesi yüksek bireylerin, kaliteli ve yüksek teknolojili sağlık hizmetine erişmek için gelişmiş ülkelere gitmesi şeklinde olan medikal turizm, günümüzde gelişmiş ülkelerdeki yüksek tedavi ücretleri ve uzun bekleme süreleri nedeniyle bireylerin gelişmekte olan ülkelere giderek ucuz ve kaliteli sağlık hizmeti alması şekline dönüşmüştür (Arsezen ve Yüzbaşıoğlu, 2015: 168).

2.2.1. Medikal Turizm Talebinde Faktörler

Sağlık turizmi, hasta bireylerin ve ailelerinin rahatlığını sağlamak ve onlara tıbbi seçenekler sunmayı hedeflemektedir. Gelişmiş ülkelerde, sağlık hizmet sunumu, eğitim ve refah seviyesiyle örtüşecek şekilde yüksek maliyetli olabilmektedir. Gelişmiş ülkelerde nüfusun yaşlanması, bireylerin sağlık hizmetine ihtiyacını arttırmaktadır. Artan sağlık hizmeti ihtiyacı, sosyal güvenlik kurumlarının maliyetlerini arttırmakta ve bu kurumları zorlamaktadır. Bu nedenle gelişmiş ülkelerdeki sosyal güvenlik kurumları, artan maliyet sorunlarını çözmek için kaliteli tıbbi hizmet sunan ve bulundukları ülkenin yakında yer alan ülkelerle paket anlaşmalar yapmaktadır (Toprak, vd., 2014: 43). Sağlık turizmi talebini arttıran temel nedenlerse şu şekilde sıralanabilir (Öncü Vd., 2016: 48-49);

- Bireylerin ülkesindeki sağlık hizmetlerinin pahalı olması,
- Ülkelerinde yüksek teknolojili sağlık hizmetinin ve sağlık profesyonellerinin azlığı,
- Alacakları tedavinin sigorta kapsamı dışında olması,
- Bazı hastaların tedavilerinin gizli kalmasını istemesi,
- Tedavinin ülkelerindeki yasalara göre onaylanmamış olması,
- Uzun bekleme süreleri, alternatif tedavi yöntemlerinin azlığı,
- Dünya nüfusunun giderek yaşlanması,
- Yaşlı ve engelliler ile uyuşturucu ve farklı bağımlılıkları olan bireylerin farklı ülkelerde tedavi olma istekleri,
- Bunların yanında tıp teknolojisinin gelişmesi,
- Ulaştırma hizmetlerinin ucuzlaması, internet pazarlamasıdır.

Medikal turizm hareketi her geçen gün artmaktadır. Bu artışa yol açan talep yükselişlerindeyse çeşitli etkenlerin etkisi görülmektedir. Bu etkenlerin başlıcalarını ise şu şekilde sıralamak mümkündür (ITC, 2014: 4-10):

- Maliyetlerin düşük olması,
- Kaliteli sağlık bakım hizmetinin olması,
- Bekleme süresinin kısa olması ve sağlık hizmetine kolay erişim sağlanması,
- Ucuz seyahat,
- İnternet sayesinde bilgi kaynağına kolay erişim ve tıbbi uygulamaların gelişiminin sağlaması,
- Sağlık sigortası kapsamının yetersiz kalması,
- Gelişmekte olan bazı ülkelerde sağlık bakım kalitesinin yetersiz olmasıdır.

2.2.2. Medikal Turizmde Öne Çıkan Tıbbi Branşlar

Medikal turizm, sağlık turizminin en çok hasta çeken türü olup bu turizm türünde hizmet sunucuları arasında hekim ön planda olmaktadır. Hastalar, tıbbi bakım hizmeti almada tercih ettikleri ülkelerde önce hangi hekimden tıbbi bakım ve

tedavi hizmeti alacaklarını belirlemektedirler. Hekim seçimi yapıldıktan sonra ise ikinci aşama olarak hizmet alacakları hekimin çalıştığı hastaneyi tercih etmektedirler. Medikal turizm kapsamında alınacak tıbbi bakım ve tedavi hizmetleri hemen her branştan alınsa da, bazı branşlar ön plana çıkmaktadır. Bu kapsamda medikal turizmde en çok sağlık turisti çeken branşlardan bazıları şu şekilde sıralanmaktadır (Lunt, ve diğerleri, 2010: 11):

- Estetik Cerrahi (meme, yüz, liposuction),
- Diş Hekimliği (kozmetik ve rekonstrüksiyon),
- Kardiyoloji / Kalp cerrahisi (by-pass, kapak replasmanı),
- Ortopedik cerrahi (kalça protezi, cilt soyma, diz protezi, eklem cerrahisi),
- Bariatrik cerrahi (gastrik by-pass, mide bandı),
- Doğurganlık / üreme sistemi (IVF, cinsiyet değiştirme),
- Organ, doku ve hücre nakli (organ nakli, kök hücre),
- Göz Ameliyatı,
- Teşhis ve check-up'tır.

2.2.3. Medikal Turizmin Özellikleri

Medikal turizm kapsamında seyahat eden hastalar, uluslararası hasta olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle medikal seyahatler diğer turizm seyahatlerinden farklı amaçlar taşımaktadır. Bu seyahatler incelendiğinde, hastanın sağlık hizmeti almak için başka bir ülkeye gerçekleştireceği seyahate başlamadan önce ön hazırlık yapılarak iyi bir planlamanın yapılması gerekmektedir. Bununla birlikte hastanın hastalık öyküsünün alınması (anamnez), tıbbi kayıtlarının incelenmesi, hastanın ihtiyaç duyduğu tedavinin belirlenmesi, cerrahi operasyon yapılacak hastaların operasyon sonrasında ihtiyaç duyacağı bakım ve tedavinin sağlanması, hastanın kabulünden eve dönene kadar geçen süreç içerisinde hastanın ve refakatçilerinin konaklayacağı yerin belirlenmesi, eve dönüş sürecinde devam edecek bakımın planlanması ve beklenmedik durumlarda yapılacak işlemlerin düşünülmesi gibi

özellikler ile medikal turizm, diğer turizm türlerinden ayrılmaktadır (Ergen, 2018: 35-36).

Özel bir turizm türü olan medikal turizmin özelliklerini şu şekilde sıralayabiliriz (Sayın vd., 2017: 292);

- Medikal turizm emek yoğun ve teknik donanım gerektirmektedir.
- Medikal turizmde hizmet sunucusunun uluslararası standartlarda olması,
- Kaliteli hizmet sunması önemlidir.
- Hizmet sunumunun bir parçası olan sağlık personelinin yabancı dil bilmesi gereklidir.
- Hasta ve refakatçileri için alternatif turizm çeşitlerinin gelişmesini sağlayan katma değeri yüksek bir turizm türüdür.
- Hedef pazar kitlesine yönelik devletin desteğiyle tanıtım ve pazarlamanın farklı dillerde yapılarak daha geniş kitlelere ulaşılmasının sağlanması gerekmektedir.

2.2.4. Medikal Turist Sınıflandırması

Medikal turizmde turistik faaliyette bulunacak kişi, hem turisttir hem de alacağı tıbbi tedavi ve bakım hizmeti sebebiyle hasta olarak ifade edilmektedir. Medikal turizm faaliyetini gerçekleştirecek uluslararası hastalarsa tek tip olmayıp kendi içerisinde de sınıflandırmaya tabi tutulabilmektedir. Sağlık Bakanlığı, 2013 yılında yayınlamış olduğu "*Medikal Turizmi Değerlendirme Raporu"*nda medikal turizm faaliyetinde bulunan uluslararası hastaları dört başlık altında gruplandırmıştır. Buna göre:

1- **Medikal Turist:** Sağlık taraması, diş tedavisi, kanser tedavisi, nöroşirurji, organ nakli gibi tedavileri almak üzere başka ülkeye giden bireyleri kapsamaktadır. Medikal turistlerin seyahatlerindeki ilk hedefleri tedavi olmak iken sadece tıbbi bakım ve tedavi hizmetlerinden faydalanmayla sınırlı kalmak istememekte, aynı zamanda da seçmiş oldukları ülkenin turizm faaliyetlerinden de yararlanmak istemektedirler

(Bostan ve Yalçın, 2016: 1729).

2- **Turistin Sağlığı:** İkamet ettiği ülkeden farklı bir ülkeye sağlık hizmeti almak amacı dışında başka bir amaçla turizm faaliyetine katılan bireylerin, turist olarak bulundukları yerde gelişen sağlık sorunlarından dolayı oluşan beklenmedik ihtiyaçlarının karşılanması amacıyla, turist olarak gittikleri ülkenin sağlık hizmetlerinden faydalanmalarıdır. Turistin seyahati sırasında geçirilen bir kaza, akut hastalıklar, zehirlenme, böcek sokması vb. sebeplerle acil ve plansız sağlık hizmeti alma zorunluluğu sonucunda gerçekleşmektedir (Gönenç, 2016: 1176).

3- **Sağlık Alanında İkili Anlaşma Sağlanan Ülkelerden Gelen Hastalar:** Uluslararası alanda ülkeler, kendi aralarında sağlık alanında ikili anlaşmalar yapmaktadır. Bu anlaşmalar ile bazen sağlık personeli, uzman değişimiyle bilgi ve deneyim paylaşımına gidilirken bazen de ülkelerinde tedavisi yapılamayan hastaların belli bir kontenjan dahilinde tedavisi yapılmaktadır. Örneğin Türkiye'de, Sağlık Bakanlığının Arnavutluk, K.K.T.C, Afganistan, Azerbaycan gibi bazı ülkelerle sağlık alanında ikili anlaşmaları bulunmaktadır (Güler ve Demirci, 2012: 146).

4- **Sosyal Güvenlik Kurumuyla Anlaşma Sağlanan Ülkelerden Gelen Hastalar:** Ülkeler ile sosyal güvenlik kuruluşları arasında anlaşma yapılarak karşılıklı olarak vatandaşlarının birbirlerinin sunmakta olduğu sağlık hizmetlerinden yararlanmaktadırlar. Bu kapsamda ülkeler ülke vatandaşlarına veya yurt dışında yaşayan vatandaşlarına sağlık hizmeti sunabilmektedir. Türkiye'nin Almanya, Fransa, Avusturya, K.K.T.C., Bosna Hersek, Hollanda gibi ülkelerle yapmış olduğu anlaşmalar, bu duruma örnek olarak gösterilebilir. (Kaya vd., 2013: 12).

2.3. DÜNYA'DA MEDİKAL TURİZMİN GELİŞİMİ

Hastalıkların tedavisi ve bu kapsamda oluşan meslekler, neredeyse insanlık tarihi kadar eskiye dayanan köklü geçmişe sahiptir. Tıp biliminde yaşanan gelişmelerle birlikte, hastalıklarından kurtulmayı amaçlayan hastaların, hastalık dereceleriyle ve bulundukları mekandaki olanak veya olanaksızlıkla bağlantılı olarak

coğrafi hareketlilikleri, her geçen gün artarak sürmüştür. Ulaşım olanaklarındaki ilerleme, enformasyonda (bilgi) yaşanan gelişim haberdarlığı ve bölgeler ve/ya ülkeler arasındaki sağlık hizmet sunumu kalitesini de karşılaştırma noktasında hastalara artan ölçüde değerlendirme olanağı sağlamıştır. Bu kapsamda da uzun dönemde medikal turizmde de artan bir hareketlilik süreciyle karşılaşılmaktadır.

2.3.1. Antik Çağdan Günümüze Medikal Turizmde Gelişmeler

Antik uygarlıklar hakkında bilgi edinebilmek amacıyla yapılan çalışmalardan edinilen bulgular, din ve sağlık hizmetleri arasında sıkı bir bağın olduğunu destekler niteliktedir. Antik dönemde, birçok uygarlığın termal suların ve kutsal tapınak banyolarının şifalı etkisinden yararlandığı görülmektedir. Sümerler (M.Ö. 4000), termal kaynakların yanında su akan havuzlar inşa ederek günümüzdeki termal tesislerin ilk prototiplerini oluşturmuşlardır. Tunç çağında (M.Ö.2000), günümüzde İsviçre'de St.Moritz olarak bilinen bölgedeki tepe kabileleri, demir bakımından zengin olan mineralli suda banyo yapmanın ve bu suyu içmenin şifalı olduğunun farkına varmışlardır. Medikal turizmi açısından konu ele alındığında bu kapsamdaki turistik faaliyetlerin temellerinin Antik Yunan döneminde atıldığı görülmektedir. Antik Yunanlıların, Tıp Tanrısı Asklepios onuruna inşa ettikleri tapınaklara dünyanın dört bir yanından insanlar, sağlık bulmak, hastalıklarını iyileştirmek için gelmişlerdir. Antik Çağ'a dair bir başka örnek olarak Hindistan'da ayurvedik ve yoga tıbbı yaygınlaşarak medikal turizmin gelişimine katkı sağlamıştır. Sağlık turizmi çerçevesinde kapsam genişletildiğinde de yine Roma İmparatorluğu'nda termal sıcak su banyolarının soylular arasında ün yapmaya başlamasıyla karşılaşılmaktadır. Bu tesisler, zenginler için yalnızca sağlık tesisi olarak değil ticari ve sosyal toplantı amacıyla da kullanılmıştır. Roma İmparatorluğu'nun çöküşü sonrasında da Asya kıtası, sağlık turizmi açısından ilk durak olma özelliğini devam ettirebilmiştir (Medical Tourism History, 2019).

Ortaçağ tıbbına "İslam Tıbbı" ya da "Arap Tıbbı" da denilmektedir. Bu dönemde tıbbın dili Arapçadır. İlk zamanlarda Hint, Mısır, Yunan ve İran kaynaklarından yararlanan İslam âlimleri daha sonraki dönemde tüm bilim alanlarına

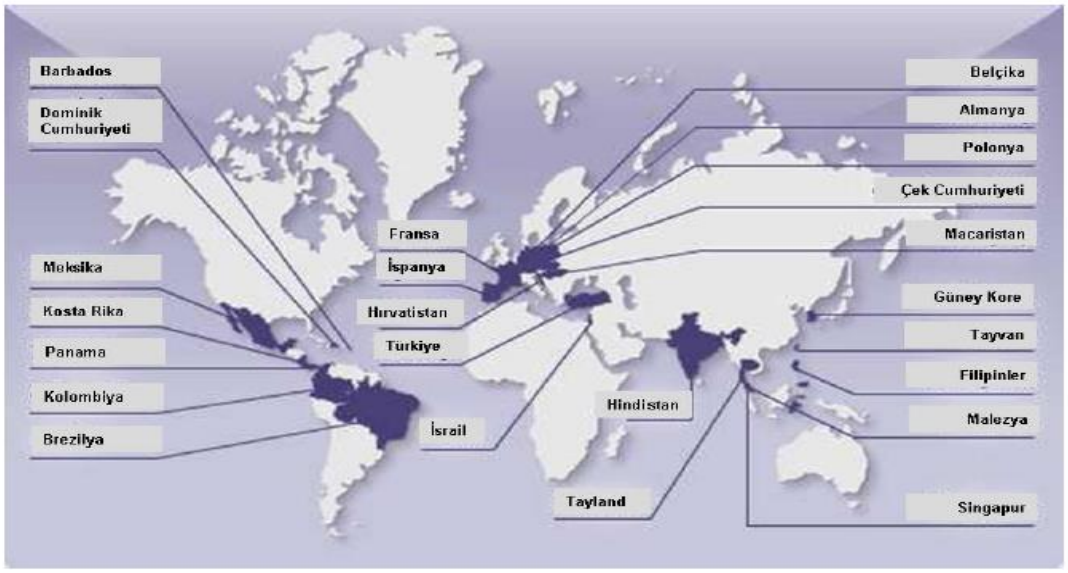
önemli katkılarda bulunarak gelişim sağlamışlardır. Bu dönemde Endülüs Emevi Devleti ilk Tıp Fakültesi Kurtaba'yı kurmuş, Avrupa'daki ayrıcalıklı kesimleri oluşturan krallar, devlet adamları Kurtaba'ya tedavi için gelmişlerdir. 1248 yılında Mısır'da Mansuri Hastanesi kurularak 8.000 kişiye hizmet verebilecek kapasiteyle tüm dünyaya hizmet vermekteye başlamıştır. Rönesans dönemi, Avrupa ve İngiltere'de sağlık turizminin oldukça geliştiği bir dönem olmuştur. Ville d'Eaux (Sular kasabası) demir yönünden zengin sıcak sularıyla Avrupa'da büyük bir üne sahip olmuştur. SPA teriminin ilk kez burada kullanıldığı tahmin edilmektedir. 1720'lerde, Avrupa'daki birçok asilzade, İngiltere'deki SPA'lar içeren Bath'e gelmeye başlamışlardır. Bath'de sağlık turizmi kapsamında kaldırımlar yapılmış ve restoranlar açılmıştır. Sağlık turizmine katkı sağlayan önemli yazarlardan birisi de Montaigne'indir. Montaigne'in SPA rehberinin yazılmasına yardımcı olduğu bilinmektedir (Türkiye Sağlık Vakfı, 2010: 13-14).

Avrupa ve Amerika Birleşik Devletleri 1900'lü yıllar boyunca hem ticari hem endüstriyel hem de sağlık hizmetlerinde dünyada lider konumuna erişmiştir. Ancak söz konusu ilk dönemler boyunca söz konusu ülkelerde sağlık turizminin sadece zengin kesime yönelik hizmet sağladığı algısı yerleşmiştir. Amerikan Tıp Uzmanları Heyeti (ABMS) 1933 yılında kurulmuş olup bu heyet tıp uzmanlığı için eğitimsel ve profesyonel politikalar oluşturmuştur. 1960'lardan sonra Hindistan, Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere'deki seçkinleri (sosyeteyi) cezbeden bir merkez haline dönüşmüştür. 1980'li ve 1990'lı yıllarda Amerikan vatandaşları tedavi masraflarının artması nedeniyle deniz aşırı ülkelere seyahat etmeye başlamışlardır. Amerika Birleşik Devletleri'nden hastaların tedavi olmak amacıyla gitmeyi tercih ettikleri sağlık tesislerinin, kendilerince belirlenmiş olan uluslararası standartlara uyup uymadığını kontrol etmek ve uymalarını sağlamak amacıyla da JCI akreditasyon kuruluşunu 1994 yılında kurmuşlardır. 1997 yılında Asya'daki ekonomik kriz sonrasında yaşanan ciddi gelir ve servet kaybı sonrasında Asya kıtasındaki ülkeler, turizme ve bunun yanında da turizmin alt dalı özelliğine de sahip olan sağlık turizmine önem vermişlerdir. Sağlık turizmine verilen önem sonucunda da Tayland, Singapur, Hindistan JCI (Joint Commission International) akreditasyon kriterleri ile gelişmiş ülkelerin meşru ve ekonomik fiyatlarıyla medikal turizm için

cazip merkezler haline gelmişlerdir. 2008 yılından sonra ABD merkezli sağlık sigorta şirketleri de acil olmayan tedaviler ve ameliyatlar için daha ekonomik olan dış kaynak kullanımına yönelmeye başlamıştır. Bundan sonraki süreçte tüm sağlık sigorta şirketleri tarafından masraflar JCI akreditasyonu koşullarını sağlayan hastaneler için karşılanmaya başlanmıştır (SATURK, 2015).

2.3.2. Medikal Turizmde Güncel Gelişmeler

Geçmişi çok eskilere dayanan sağlık turizmi, ilk zamanlarda daha çok zenginlerin kaplıca tedavisi için seyahat etmeleri iken günümüzde kendi ülkelerine kıyasla maliyeti düşük ve bekleme süresinin daha az olduğu ülkelere, sağlık hizmeti alabilmek için yapılmaktadır. Uluslararası seyahatin daha kolay ve ucuz hale gelmesi, birçok ülkenin sağlık alanında üst düzey standartlara ve teknolojiye kavuşması, kaliteli sağlık hizmetine karşın düşük maliyet ve kısalan bekleme süresi avantajı nedeniyle sağlık turizmi dünyada geniş bir alana yayılmıştır.



Şekil 1:Dünya'da Medikal Turizm Hareketine Katılan Ülkeler

Kaynak: Korkmaz vd., " Health Tourısm In Turkey And Practıcal Example Of Its Economıc Dımensıons" *IIB Internatıonal Refereed Academıc Socıal Scıences Journal*, Cilt: 5, Sayı: 15, s.234 Temmuz-Ağustos-Eylül 2014.

Dünya genelinde medikal turizm pazarına Asya kıtasının hâkim olduğu görülmektedir. Bu pazarda; Hindistan, Filipinler, Singapur, Tayland, Singapur ve daha birçok ülke medikal turizm alanında önemli bir paya sahiptir. Özellikle

Hindistan'ın düşük fiyatları nedeniyle bu pazarda önemli bir yeri vardır. Medikal turizm talebinde yoğunlaşmaysa Batı Avrupa, Kuzey Amerika ve Orta Doğu'da görülmektedir. Avrupalılar medikal turizmde daha çok Hindistan, Malezya ve Tayland destinasyonlarını seçerken, Ortadoğu pazarı İslami referansı nedeniyle Malezya'yı tercih etmektedir. Singapur ise Japonların tercih ettiği ülke iken Küba Orta Amerika pazarına yönelmiştir (Öztürk ve Bayat, 2011: 149).

Medikal Turizm bir zamanlar Bumrungrad Uluslararası Hastanesi ve Bangkok Uluslararası Hastanesi (Tayland) gibi özel hastaneler tarafından yürütülürken, şimdilerde kamu hastaneleri, kamu-özel ortaklıkları, özel hastane dernekleri, hava yolları, otel zincirleri, yatırımcılar, özel sermaye fonları ve tıbbi hizmetler iş birliği ile yürütülmektedir. Tıbbi turistler, tedaviye ve kaliteli sağlık hizmetine zamanında erişmek isteyen turistlerdir. Ayrıca sağlık turistleri, sigortalı olmayan Amerikalıları ve kendi ülkelerinde maliyeti yüksek olan sağlık hizmetini alamayan diğer kişileri de içermektedir. Gelişmekte olan ülkeler ise sağlık turizmini, ülkelerinin kalkınmasını sağlamak için ekonomik bir kaynak olarak görmektedirler. Devletlerin sağlık yardımlarını azaltması ve özelleştirmesiyle birlikte sağlık hizmeti pazarında, düşük maliyetli sağlık hizmeti arayan kişilerin sayısı daha da artacaktır (Turner, 2007: 303).

Gelişmiş ülkelerde yaşayan kişiler internet ve medyanın sağladığı imkânlar ile dünya genelinde ihtiyaç duydukları sağlık hizmetlerine ilişkin bilgilere kolaylıkla erişebilmektedir. Sağlık hizmeti hakkında bilinçlenen hastalar sigorta şirketlerini ve hükümetleri yeni arayışlara itmekte buna bağlı olarak, sağlık turizminin pazar payı genişleyerek, yatırımcıların ilgi odağı olmaktadır. Sağlık turizminde önemli bir yere sahip olan medikal turizm kapsamındaysa estetik cerrahi, diş, göz, infertilite tedavisi, kalp-damar cerrahisi, eklem protezi gibi branşlar ön çıkmakta olup bu branşlarda sağlık hizmeti arayan bireyler hem başarı oranı yüksek hem de maliyet yönünden avantajlı Güney Avrupa, Güney Asya ve Güney Amerika'da bulunan ülkelere yönelmektedirler. Bu ülkelerde yapılan tedavi ve cerrahi operasyonlar kuzey ülkelerinden daha düşük maliyetli olmaktadır (Aydın, 2012: 93). Medikal turizmde

öne çıkan ülkelerde en çok tercih edilen branşlar ve hedefindeki bölgeler tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5: Medikal Turizmde Öne Çıkan Ülkeler

Ülke	Ana Cazibe	Ana Turist Pazarı
Brezilya	Karın sıkılaştırma, meme ameliyatları, facelifts ve burun estetik cerrahi	Güney Amerika
Kosta Rika	Kozmetik cerrahi ve diş bakımı	Amerika Birleşik Devletleri
Macaristan	Kozmetik ağız ve diş sağlığı ve implantlar	Avrupa Birliği
Hindistan	Kalp ve ortopedik işlemler	Amerika Birleşik Devletleri, Avrupa Birliği, Kanada
Malezya	Özel yanık tedavisi, check-up paketleri	ASEAN (Güneydoğu Asya Uluslar Birliği), Orta Doğu
Meksika	check-up paketleri, diş temizliği, fizik tedavi ve diğer tedaviler	Amerika Birleşik Devletleri (Meksika gurbetçilerin)
Singapur	Kardiyoloji ve kalp cerrahisi, gastroenteroloji, genel cerrahi, Hepatoloji ,nöroloji, onkoloji, oftalmoloji, ortopedi ve kök hücre tedavisi	ASEAN (Güneydoğu Asya Uluslar Birliği) ve diğerleri
Kore Cumhuriyeti	Spinal ameliyatlar, kanser taramaları ve tedaviler, kozmetik cerrahi ve check-up	Amerika Birleşik Devletleri (Kore gurbetçilerin)
Tayland	Kozmetik Cerrahi	Japonya, Vietnam, Çin ve Kore Cumhuriyeti, Orta Doğu
Türkiye	Oftalmoloji	Avrupa Birliği

Kaynak: *Medical and Wellness Tourism: Lessons From Asia.*, ITC,(International Trade Centre), Geneva. 2014:7

Dünya'da son 10 yılda sağlık turizmi içerisinde yalnızca medikal turizm alanında yaklaşık 10 milyon kişi, daha kaliteli ve düşük maliyetli sağlık hizmeti alabilmek için seyahat etmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2019). Bu seyahatlerde öne çıkan birçok ülke bulunmakta olup, yapılacak tedavilerde %65-%80 arasında tasarruf sağlanabilmektedir. Dünya üzerinde pahalı tedavilerden biri olan kalp ve damar hastalıklarına bağlı olarak 16,7 milyon Avrupa vatandaşı hayatını kaybetmektedir. Hindistan, Meksika, Malezya, Tayvan, Singapur, Türkiye, Tayland ve Güney Kore kalp ve damar hastalıkları alanında dünyada önde gelen ülkelerdendir. Tedavisi pahalı olan ve ölümcül hastalıklarda ikinci sırada yer alan diğer bir hastalık da kanserdir. Kanser tedavisindeyse öne çıkan ülkeler başta Türkiye ve Singapur olmak

üzere Güney Kore, Brezilya, Kosta Rika, Hindistan, İsrail, Malezya, Meksika ve Tayvan olarak sayılabilir. Kozmetik cerrahi alanında yapılan tedaviler genellikle sigorta kapsamı dışında tutulmaktadır. İnfertilite tedavisinde İsrail, Hindistan, Malezya, Birleşik Arap Emirlikleri ve Tayland öne çıkan ülkeler arasındadır (https://www.mhealthtalk.com/medical-tourism-is-a-growing-trend/2019).

Dünya genelinde başka bir ülkeden sağlık hizmeti alacak bireyler, karar aşamasında iken tedavi olacakları alan için detaylı araştırma yapmaktadır. Araştırmalarında ülkelerin tanıtım ve dağıtım kanallarını incelemekte, sağlık turizmi alanında hizmet veren seyahat acentelerinden, yakın çevresindeki insanların tavsiye ve deneyimlerinden, sağlık hizmeti almayı düşündükleri sağlık kuruluşu hakkında medya ve internette yer alan bilgilerden faydalanmaktadırlar. Bununla birlikte gidecekleri ülkenin ekonomisine, politikalarına, yasal mevzuatlarına, ülkenin çekicilik düzeyine, hava yolu ile ulaşım imkânlarına, maliyetine, sağlık kuruluşunun akredite olup olamadığına, hasta deneyimlerine, akademik kadrosuna, doktorun uzmanlık alanına, ününe ve tavsiye edilebilirlik düzeylerine bakmaktadırlar. Bu bağlamda sağlık turizmine, arz edilebilirlik tarafından bakıldığında gidilecek ülke veya şehrin, sağlık kuruluşları, özel ve kamu hastanelerinin teknik alt yapısı ve teknolojik donanımı, pazar stratejileri, sağlık turizmi alanında sağlık bakanlığı ve paydaşlarının almış oldukları kurul kararları, yurt dışı hastalarına dönük hukuki düzenlemeleri, kıtalararası gerçekleştirilen uygulamaları, akreditasyon ve sertifikaları, iletişim için yabancı dil, internet kaynaklarının kullanımı ve ülkenin ulusal düzeyde tanıtımın yapılması tercih noktasında önem arz etmektedir (TÜROFED, 2017: 79)

Kamu ve özel sektörü içine alan tüm paydaşlar, medikal turizm alanında yatırımlar yapmaktadır. Paydaşların yapmış olduğu girişimlerin başarısını ölçmek için önceden yalnızca ekonomik katkı baz alınırken günümüzde MTI (Medikal Turizm Endeksi) dört ana kriterde (ülke, çevre-ortam medikal turizm sektörü ve tesis ve hizmet kalitesi) ve 34 alt kriterde değerlendirme yapmaktadır. MTI; sağlık turistlerinin ülke seçimlerini etkilediği gibi politika yapıcılara, hizmet sağlayıcısı sağlık personeline, sigorta şirketlerine de yol gösterici olmaktadır (Fetscherin ve

Stephano, 2015). MTI (2017)'ye göre medikal turizmde, sağlık turistleri tarafından en çok tercih edilen ülkeler tablo 6'da sunulmaktadır.

Tablo 6: Medikal Turizm İndeksi (MTI) 2016-2017 verileri

Genel Sıralama		Çevre-Ortam		Medikal Turizm Sektörü		Tesis Kalitesi Ve Hizmetler	
Kanada	76,62	Kanada	78,69	Hindistan	75,94	İsrail	81,60
İngiltere	74,87	İngiltere	77,30	Kolombiya	74,96	Almanya	77,88
İsrail	73,91	Singapur	73,26	Meksika	74,17	Hindistan	77,10
Singapur	73,56	İsrail	67,56	Kanada	74,13	Kanada	77,02
Hindistan	72,10	Almanya	67,50	Dominik Cumhuriyeti	73,85	İngiltere	76,94

Kaynak: MTI. "Medikal Tourism Indeks" *Medical Tourism Magazine.* Sayı:35 s:72, 2017 . http://www.layerstheme.com/MTM-MAG.pdf. Erişim Tarihi: 01.02.2019

MTI'ne göre ülkelerin Medikal Turizm sektörü alanında 2016 -2017 yılında almış oldukları ortalama puanlar ve sıralamaları tablo 7'de verilmiştir. Tablo 7'de 41 ülke ana ve alt kriterlere göre değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeye göre medikal turizm alanında Türkiye ülkeler sıralamasında 32 inci sırada yer almaktadır.

Tablo 7: 2016-2017 Yılı Medikal Turizm Ülkeler Sıralaması

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

Kaynak: MTI. "Medikal Tourism Indeks" *Medical Tourism Magazine*, Sayı:35 s:72, 2017. http://www.layerstheme.com/MTM-MAG.pdf. Erişim tarihi: 01.02.2019.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRK MEDİKAL TURİZMİNİN GELİŞİMİ

Bu bölümde Türk medikal turizminin gelişimi genel başlığı altında, Türkiye'de medikal turizmin temelleri ve uygulanan politikalar ile Dünya bütünü içerisinde Türk medikal turizminin yeri ve önemi alt başlıklarına yer verilerek Türkiye'deki medikal turizmin mevcut durumu aktırılmaya çalışılmıştır.

3.1. TÜRKİYE'DE MEDİKAL TURİZMİN TEMELLERİ VE UYGULANAN POLİTİKALAR

Sağlıkta dönüşüm reformlarından önce Türkiye'nin mevcut sağlık sisteminde; finansman sorunu, sağlık kurumlarının sayısının yetersizliği, koordinasyon sorunu, sosyal güvenlik ve sigorta sisteminin karmaşık ve parçalı yapıya sahip oluşu, sağlık tesislerinin nitelik ve nicelik olarak yetersizliği başlıca sorunlar arasındadır. Sağlık sunucuları nicelik ve nitelik açısından yetersiz kalırken, sağlık sisteminde yılgınlık veren bürokratik işlemler, adam kayırmacılık, hizmete erişim zorluğu, bıçak parası ve iyi bir tedavi alabilmek için hastaların hekimlerin özel muayenehanelerine gitmeye zorlanması gibi etik olmayan durumlarla da karşılaşılmıştır (Akdağ, 2012: 79-81). Sağlıkta dönüşüm programı çerçevesinde tüm sağlık kurumları tek çatı altında toplanmış, genel sağlık sigortası inşa edilerek tüm vatandaşlar kapsanmıştır. Program kapsamında pek çok alanda reform gerçekleştirilmiştir. Reformda odaklanılan konulardan bazıları; aile hekimliği, hastane ve yatak sayıları, ana çocuk sağlığı, sağlık personeli, hasta hakları, hekim seçme hakkı, koruyucu sağlık hizmetleri, bulaşıcı hastalıklarla mücadele ve ücretsiz acil sağlık hizmetleri şeklinde sıralanabilir (T.C. Sağlık Bakanlığıb, 2019: 40). Yaşanan iyileşmeler sonucunda sağlık alanında memnuniyet oranları 2016 yılı itibariyle yüzde 75,4 düzeyine yükselmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2017: 190). Sağlık alanında yaşanan kayda değer gelişmelerle birlikte medikal turizm açısından da destinasyon özelliğine dönüşümün temeli sağlanmıştır.

Türkiye'de 2004 yılında 61.842 kişi tedavi amacıyla yurtdışına giderken 2018 yılında 13.685 kişiye inmiştir (TÜİKa, 2019). Türkiye'deki medikal turizm alanındaki gelişmelere bağlı olarak yurt dışına hasta gönderen konumdan, uluslararası hasta kabul eden duruma gelinmiştir. Ancak teknik alt yapısı, hizmet kalitesi, memnuniyet oranları yükselmiş olsa da Türkiye, mevcut medikal turizm pastasından yeterli payı alamamaktadır. Bunun nedenleri şu şekilde sıralanabilir (Dökme, Parlayan ve Yağar, 2017: 308):

- Kurumların ya da kişilerin konu hakkında bilgi eksiklikleri, kadro ve bütçe yetersizliğinin olması,
- Yatırım yapacak kişilere teşvikin az olması,
- Jeotermal tesislerin kamunun elinde olması,
- Mevzuat ve yetki karmaşasının yaşanması,
- Konu hakkında eğitimin, uzman ve yardımcı personel yetersizliği,
- Mineralli suların gereksiz tüketimi, çevre kirliği,
- Üniversiteler, özel kuruluşlar, sivil toplum kuruluşları ve yetkili kamu kurumları arasında bilgi paylaşımının ve iş birliğinin yetersiz oluşu,
- Tanıtım ve pazarlamaya gereken önemin verilmemesidir.

3.1.1. Türkiye'de Medikal Turizmin Temelleri

Sağlık turizmine ilişkin ilk devlet yapılanması, 2010 yılında, Sağlık Bakanlığı tarafından T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde, Sağlık Turizmi Koordinatörlüğünün kurulmasıyla başlanmıştır. 2010 yılından önce sağlık turizmine ilişkin çalışmalar yapılmış olsa da ilk olarak sağlık ve turizm kavramının birlikte ele alındığı resmi kuruluş Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı'dır (Dinçer vd., 2016: 39). 2014-2018 yılları arasını kapsayan Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planında; medikal tedavi, termal tedavi, rehabilitasyon hizmetleri ve kişilerin kendilerini iyi hissetmek ve sağlıklarını korumak amacıyla verilen sağlık hizmetlerinin giderek artmasına paralel olarak sağlık turizminin yükselen bir pazar olmasını sağlamıştır. Türkiye'nin bu alanda yüksek potansiyeli bulunması nedeniyle rekabet gücünün arttırılması hedeflenmiştir.

Plan da Türkiye'nin medikal turizmde dünyada ilk beş destinasyon içinde yer alması, bu alanda 750 bin turiste hizmet ederek 5,6 milyar Dolar gelir elde etmesi, termal turizm kapsamında 100 bin yatak kapasitesiyle 3 milyar Dolar gelir elde etmesi ve ileri yaş turizminde 10 bin yatak kapasitesiyle 150 bin sağlık turistine hizmet vererek 750 milyon Dolar gelir elde etmeyi hedeflenmiştir (DPT, 2013:204).

Medikal turizmin özellikli bir turizm olması nedeniyle Türkiye'nin dikkat etmesi gereken önemli iki unsur; sağlık kuruluşlarının alt yapı ve üst yapı çalışmalarını tamamlanmış olması ve medikal turizm arzını karşılarken kendi vatandaşını mağdur etmemesidir. Bu nedenle ülkelerin Medikal turizm pazarına girerken öncelikle hastane alt yapısı ve teknolojik donanımını tamamlamış, yetişmiş sağlık personel sayısını arttırmış olması gereklidir.

Tablo 8: Yıllara Göre Hastane Sayısı

Yıl	Kamu	Üniversite	Özel	Diğer	Toplam
2002	774	50	271	61	1.156
2013	854	69	550	44	1.517
2014	866	69	556	37	1.528
2015	865	70	562	36	1.533
2016	876	69	565		1.510
2017	879	68	571		1.518

Kaynak: T.C.Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017*, Ankara, 2018 : 113

Tablo 8' de de görüldüğü üzere 2002 yılında toplam 1.156 hastanesi bulunan Türkiye, 2017 yılı itibariyle 1.518 hastaneye ulaşmıştır. 2002 yılından itibaren sağlık alanında yatırımlar artarak devam etmiş yeni hastaneler inşa edilmiştir.

Tablo 9: Hastane Yatak Sayısı

Yıl	Kamu	Üniversite	Özel	Diğer	Toplam
2002	107.394	26.341	12.387	18.349	164.471
2013	121.269	36.056	37.983	6.723	202.031
2014	123.690	36.670	40.509	5.967	206.836
2015	122.331	38.361	43.645	5.311	209.648
2016	132.921	37.707	47.143		217.771
2017	135.339	41.324	49.200		225.863

Kaynak: T.C.Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017,* Ankara, 2018 : 113

Tablo 9'da Türkiye'de 2002 yılında 164.471 hasta yatağı mevcut iken 2017 yılında yatak sayısının 225.863 yatağa ulaşıldığı görülmektedir. Medikal turizmde önemli bir yeri olan sağlık hizmet sunucularının yıllar itibariyle değişimi tablo'10 da verilmiştir.

Tablo 10: Yıllara Göre Sağlık Personeli Sayısı

Branş	2002	2013	2014	2015	2016	2017
Hekim	91.949	133.775	135.616	141.259	144.827	149.997
Diş Hekimi	16.371	22.295	22.996	24.834	26.674	27.889
Eczacı	22.289	27.012	27.199	27.530	27.864	28.512
Hemşire	72.393	139.544	142.432	152.803	152.952	166.142
Ebe	41.479	53.427	52.838	53.086	52.456	53.741
Diğer Sağlık Personeli	50.106	131.652	138.878	145.943	144.609	155.417
Diğer Per. ve Hizmet Alımı	83.964	290.363	303.110	311.337	321.952	339.241
Toplam	378.551	798.068	823.069	856.792	871.334	920.939

Kaynak: T.C.Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017,* Ankara, 2018: 217

Tablo 8, 9 ve 10'dan da anlaşıldığı üzere Türkiye sağlık alanında her geçen gün yeni yatırımlar yaparak hastane sayısını ve insan kaynaklarını arttırmıştır. Bu durum Türkiye'nin sahip olduğu yetişmiş uzman personeli, ileri teknolojiyle donatılmış hastane ve sağlık kurumları, medikal alt yapıyla medikal turizmde önde olabilecek ülkelerden birisi konumundadır (BEBKA, 2015: 16). 2012 Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu'na göre; Türkiye'de uluslararası hastane akreditasyonunda dünyada beş adet sistemden en önemlisi olarak görülen Joint Commission International (JCI) akreditasyonuna sahip 47 sağlık kuruluşu vardır. Bu oran dünya ölçeğinde akredite hastanelerin %10'nuna denk gelmektedir. Türkiye ile kıyaslandığında, Hindistan'da 16, Tayland'da 11, Singapur'da 16, Brezilya'da 23 ve Suudi Arabistan'da ise 33 tane JCI akreditasyonu olan hastane mevcuttur (T.C.Sağlık Bakanlığı, 2012: 29).

Tablo 11: JCI Akredite Hastane Sayısına Göre Ülkelerin Sıralaması

Sıra	Ülke Adı	JCI Akredite Hastane Sayısı	Sıra	Ülke Adı	JCI Akredite Hastane Sayısı
1	BAE	205	**11**	Japonya	28
2	Çin	110	**12**	Endonezya	28
3	Suudi Arabistan	105	**13**	Kore	26
4	Tayland	66	**14**	İtalya	23
5	Brezilya	64	**15**	Singapur	22
6	Türkiye	44	**16**	Belçika	21
7	Hindistan	38	**17**	Portekiz	15
8	İsrail	32	**18**	Katar	15
9	İspanya	29	**19**	Tayvan	14
10	İrlanda	29	**20**	Malezya	13

Kaynak: JCI, Joint Commission International, JCI onaylı Akredite Kuruluşlar, https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/ Erişim Tarihi: 18.02.2019

2019 yılında Türkiye'de JCI'a akredite hastane sayısı 44'tür (Tablo11). Sağlıkta dönüşüm programıyla birlikte temeli atılan "nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için kalite ve akreditasyon" ile Türkiye uluslararası düzeyde yerli akreditasyon çalışmalarına başlamıştır. Sağlık Bakanlığı hastane akreditasyonu için kamu, özel ve üniversite hastanelerini akredite edecek, sağlık turizmi kapsamında Türkiye'yi seçen uluslararası hastalar akredite edilmiş hastanelere yönlendirilecektir. Akredite sistemini ise TÜSEB (Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı) bünyesinde kurulan Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü yürütecektir. Türkiye akreditasyon kuruluşlarını değerlendiren ISQua (The International Society for Quality in Health Care)'ya üye olarak uluslararası düzeyde akredite kuruluş olmuştur (T.C.Sağlık Bakanlığı, 2019c). Sağlık Bakanlığı 06.11.2018 tarihi itibariyle 338 Özel, 20 Vakıf Üniversitesi, 19 Kamu Üniversitesi ve 63 Kamu Hastanesi Sağlık Turizminde yetkilendirilmiştir.

3.1.2. Medikal Turizmin Gelişimine Yönelik Uygulanan Politikalar

Sağlık Bakanlığı sağlık turizmi içerisinde özellikle katma değeri yüksek olan medikal turizmi geliştirmek için mevzuat alanında çok sayıda çalışma gerçekleştirmiştir. Gerçekleştirilen çalışmalar içerisinde medikal turizm alanında

çalışacak idari birimlerin oluşturulmasından, teşviklere, özel sağlık kuruluşlarına yönelik mevzuat oluşturulmasından çağrı merkezlerinde yabancı dilden de hizmet verilmesine kadar çok geniş bir yelpazede oluşturulmuştur (SATURKb, 2019) Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan çalışmalara ve Ekonomi Bakanlığı tarafından verilen teşvikler aşağıda belirtilmiştir;

- 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamenin 9 uncu maddesi gereğince "*Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı*" kurulmuştur.
- Sağlık turizmi alanında sorunları çözebilmek için acil haller için 112 hattında, şikâyet durumunda ise 184 hattında Almanca, İngilizce, Rusça, Arapça dillerinde tercümanlık hizmeti sunulmaktadır.
- Almanca, İngilizce, Rusça, Arapça dillerinde hizmet veren *"Yurt Dışı Hasta Çağrı Merkezi*" kurulmuştur.
- Yedi şehirde 2011 yılında yurt dışı hasta koordinasyon merkezi kurularak hastanın garanti reddi, malpraktis ve oluşacak komplikasyonlarda kriz yönetimi oluşturarak sorunları çözmeye odaklanılmıştır.
- Sağlık turizmi alanında yetkilendirilen hastanelerde "*Yurt Dışı Hasta Birimi*" kurulmuştur.
- *Sağlık Turizmi ve Turist Sağlığı Kapsamında Sunulacak Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge* ile Türkiye'ye gelen uluslararası hastalar ile turistlere, kamu ve özel sağlık kuruluşlarında sunulacak sağlık hizmetinin içeriği, esasları, tanıtım ve bilgilendirme faaliyetleri ile tercümanlık hizmetlerinin temini içeren maddelere sahiptir. Bu yönerge kapsamında sağlık bakanlığına bağlı kurum ve kuruluşlar ile devlet üniversitelerine bağlı tıp fakültelerinde fiyat tarifesi uygulama zorunluluğu getirilmiştir.
- "*Özel Hastaneler Yönetmeliği", "Tıbbi Kötü Uygulamaya İlişkin Zorunlu Mali Sorumluluk*", "Kaplıcalar Yönetmenliği, "*28437 sayılı Diyaliz Merkezleri Hakkında Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik", "Konaklama Tesisleri Bünyesinde Kurulacak Sağlık Tesisleri Konulu*

Genelge" bu alanda Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan diğer mevzuat çalışmalarıdır.

- Kurumlar vergisi kapsamında sağlanan faydalar; *6322 sayılı Kanunla Kurumlar Vergisi Kanununun* 10'uncu maddesine eklenen (ğ) bendi kapsamında Sağlık Bakanlığının izni ve denetimine tabi olarak sağlık alanında Türkiye'de ikamet etmeyen kişilere hizmet verenler bu faaliyetlerinden kazandıklarının %50'sini beyan edilen kurum kazancından indirilebileceği hüküm altına alınmıştır. Ekonomi Bakanlığı tarafından; Türkiye'de sağlık turizmini canlandırmak, sağlık alanında hizmet veren kurumlar ile sağlık turizmi şirketlerinin pazara girişini sağlamak için, yurt dışında ülkemizin tanıtımı, reklam faaliyetleri ve hasta transferi gibi faaliyetleri için teşviklerle desteklenmektedir.
- Ayrıca Ekonomi Bakanlığının 2015 yılında yayımlamış olduğu **"***2015/8 Sayılı Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Karar*"ın Uygulama Usul ve Esaslarına İlişkin Genelge ile sağlık turizmine yönelik destekler yeniden düzenlenmiştir. Bu karar ile Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış kamu, özel ve üniversite hastaneleri ile sağlık turizmi alanında faaliyet gösteren firmaların Türkiye'nin hizmet sektöründe döviz kazandırıcı rekabet gücünün arttırılması, markalaşması, dış pazara açılması için Türkiye'de yerleşik kuruluş ve şirketlerin giderlerinin destek kapsamında verilmesidir. Bu teşvikten faydalanacak olan kuruluşlar da bulunması gereken özelliklerde genelgede belirtilmiştir. Sağlık kuruluşlarının ve Sağlık Turizm şirketlerinin taşıması gereken özellikler; en az bir yabancı dilde internet sitesinin bulunması, uluslararası düzeyde hizmet sağlayacak alt yapıya sahip olmasıdır.

1. ***Tescil ve Korunma Desteği*:** sağlık kuruluşları veya sağlık turizm şirketleri ürün veya hizmetin yurtdışında tescil işlemleri, başka bir kurum ya da şirketlerce patenti alınıp alınmadığına dair yapılacak araştırma, danışmalık hizmeti için araştırma inceleme giderleri için %50 oranında ve en fazla 50.000 Dolar tutarında destek verileceği kabul edilmiştir.

2. ***Rapor ve Yurtdışı Şirket Alımına Yönelik Danışmanlık Desteği*****:** Bakanlıktan alınan ön izinle sağlık kuruluşları veya sağlık turizm şirketlerinin sektöre yönelik pazar araştırması, uluslararası mevzuat, veri izleme, değerlendirme faaliyetleri, mali ve hukuki raporlar dahil şirket veya marka odaklı raporlar için %60 oranında ve en fazla 200.000 Doları tutarında destek verileceği prensibi benimsenmiştir.

3. ***Belgelendirme Desteği*****:** Bu madde kapsam JCI akreditasyonu, Kalite Belgeleri, Sağlıkta Akreditasyon Standartları Belgesi gibi belgelere yönelik müracaat ve belge kullanım ücreti, belgelendirme tetkik gideri, zorunlu kayıt ücreti, gözetim gideri, danışmanlık, eğitim, gözetim gibi giderler için %50 oranında ve en fazla 50.000 Doları tutarı destek verilecektir. Ayrıca bu eğitim ve danışmanlık için yapılan her bir belge için 15.000 Dolarlık destek tutarı belirlenmiştir.

4. ***Reklam, Tanıtım ve Pazarlama Desteği*****:** Pazarlama ve tanıtım faaliyetlerine ilişkin katalog, broşür, dergi, gazete, fotoğraf, video kaydı, için yapılan harcamalara yönelik için %60 oranında ve en fazla 400.000 Dolarlık destek tutarı belirlenmiştir.

5. ***Yurtdışı Birim Desteği***: Yurtdışında faaliyet gösteren kuruluşların kira, vergi, harç ve komisyon giderlerine ilişkin %60 oranında ve en fazla 120.000 Dolarlık destek tutarı belirlenmiştir.

6. ***Danışmanlık Desteği*****:** Uluslararası pazarda Türkiye'nin rekabet gücünü arttırmak için yurt dışı Pazar yapısı, pazarlama stratejisi ve pazara giriş için alınacak danışmanlık giderlerine yönelik %50 oranında ve en fazla 200.000 Dolarlık destek tutarı belirlenmiştir.

7. ***Acenta Komisyon Desteği*****:** Sağlık turizmine yönelik Türkiye'ye hasta getirilmesine yönelik acentelara yapılacak olan komisyon giderlerine yönelik %50 oranında ve en fazla 100.000 Dolarlık destek tutarı belirlenmiştir.

8. ***Tercümanlık Hizmetlerinin Desteklenmesi*****:** Tercümanlık hizmetlerine ilişkin verilecek teşvik personelin yabancı dil bilgisine tecrübesine göre değerlendirilecek olup %50 oranında ve en fazla 50.000 ABD dolarlık destek tutarı belirlenmiştir.

9. ***Hasta Yol Desteği*:** Tedavi olmak için Türkiye'ye getirilen uluslararası hastaların ulaşım giderlerine yönelik %50 oranında ve en fazla 1.000 Dolarlık destek tutarı belirlenmiştir.

10. ***Münhasıran Yurtdışına Yönelik Olarak Yurtiçinde Gerçekleştirilen Tanıtım ve Eğitim Faaliyetlerinin Desteklenmesi:*** Yurt dışından Türkiye'ye davet edilen akademisyen, uzman, ilgili kurum veya kuruluşların temsilcilerine yönelik %50 oranında ve en fazla 100.000 Doları tutarında, yurt içinde gerçekleştirilecek olan tanıtım faaliyetlerine ilişkin %50 oranında ve en fazla 50.000 Dolarlık destek tutarı belirlenmiştir (Ticaret Bakanlığı, 2015).

Ekonomi Bakanlığının, sağlık turizmine ilişkin 2012 yılında yayınlamış olduğu 2012/4 No'lu "*Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Tebliğ*"ile de sektörün gelişimine yönelik çeşitli destekler belirlenmiştir. Pazara girişte, yurt dışı tanıtımda, belgelendirme ve danışmanlık hizmetlerinde ve bağlantılı diğer konularda destek kararı bu tebliğle uygulamaya geçirilmiştir. Bu destekler;

1. ***Pazara Giriş Desteği:*** Sağlık kuruluşları, sağlık turizmi şirketleri veya iş birliği kuruluşlarının ülke, sektör, yatırım veya mevzuat alanında hazırlatacakları/ satın alacakları raporlara ilişkin giderler için sağlık kuruluşları ve sağlık turizmi şirketlerinin her birimi için %60 oranında ve en fazla 100.000 Doları tutarında, iş birliği kuruluşları için %70 oranında ve en fazla 300.000 Dolarlık destek tutarı belirlenmiştir.
2. ***Yurt Dışı Tanıtım Desteği:*** yurt dışında düzenlenecek olan tanıtım, fuar, kongre, konferans, bağımsız tanıtım, danışmanlık, sponsorluk, reklam giderlerine yönelik sağlık kuruluşları ve sağlık turizmi şirketleri için %50 oranında ve en fazla 300.000 Doları tutarında, iş birliği kuruluşları için %70 oranında ve yıllık en fazla 500.000 Dolarlık destek tutarı belirlenmiştir.
3. ***Yurt Dışı Birim Desteği:*** Yurtdışında faaliyet gösteren kuruluşların kira giderleri Dört yıl boyunca karşılanacaktır. Bu madde kapsamında sağlık kuruluşları ve sağlık turizmi şirketlerinin her birimi için %60 oranında

ve en fazla 200.000 Doları tutarında, iş birliği kuruluşlarının her birimi için yurtdışında faaliyet gösteren kuruluşlar için %70 oranında ve en fazla 300.000 Dolarlık destek tutarı belirlenmiştir.

4. ***Belgelendirme Desteği***: Sağlık kuruluşlarının uluslararası teknik mevzuata uyum sağlamak ve yurt dışı pazarına girebilmek için almış oldukları sertifika, akreditasyon işlemine yönelik belge alımı yenilenmesi ve danışmanlık hizmetlerine yönelik %50 oranında ve yıllık en fazla 50.000 Dolarlık destek tutarı belirlenmiştir.
5. ***Ticaret Heyeti ve Alım Heyeti Destekleri***: Bakanlığın koordine ettiği veya iş birliği ettiği kurumların düzenlediği ticaret heyeti alım ve alım heyeti kapsamında; reklam, pazarlama gideri, organizasyon giderinin yanında her bir katılımcının konaklama ulaşım giderlerinin karşılanmasına yönelik %70 oranında ve yıllık en fazla 150.000 Dolarlık destek tutarı belirlenmiştir.
6. ***Danışmanlık Desteği***: Bakanlığın ön izin verdiği konularda sağlık kuruluşları veya sağlık turizmi şirketlerinin almış oldukları desteklere yönelik %50 oranında ve yıllık en fazla 50.000 Dolarlık destek tutarı belirlenmiştir.

Türk Hava Yolları, sağlık turizmini desteklemek amacıyla 2013 yılında aldığı bir kararla Türkiye'ye gelen sağlık turistlerine ve yanında gelen iki kişiye bilet fiyatlarında indirim uygulanmakta, 10 kg ilave bagaj hakkı ile medikal endikasyon nedeniyle rezervasyon değişikliğinde, rezervasyon cezasını kaldırmayı içeren uygulamalarda bulunmaktadır (Dinçer vd., 2016: 42).

3.2. DÜNYA BÜTÜNÜ İÇERİSİNDE TÜRK MEDİKAL TURİZMİNİN YERİ VE ÖNEMİ

Türkiye 2003, yılından itibaren "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile sağlık alanında önemli reformlar gerçekleştirmiştir. Gerçekleştirmiş olduğu reform ile sağlıkta hizmet kalitesini ve verimliliğini arttırmıştır. Reformlar sayesinde yalnızca

kamu hastaneleri değil özel hastaneler de hızla gelişmeye başlamıştır. Türkiye; modern hastaneleri, teknik alt yapısı ve deneyimiyle, alanında uzman hekimleri ve yetişmiş insan gücüyle Avrupa standartlarında hizmet veren bir ülke konumuna gelmiştir (Demir vd., 2014: 980).

Türkiye medikal turizmi için gerekli olan tüm şartlara sahiptir. Bu alanda Türkiye'nin diğer ülkelere göre rekabet üstünlüğü olarak; hastanelerin alt yapısının kalitesi, hastanelerinin ileri düzey teknolojik ekipmanlarla donatılmış olması, sağlık hizmet sunucularının eğitimlerinin Avrupa standartlarında oluşu, verilen kaliteli sağlık hizmetine rağmen düşük fiyat avantajı, Asya ve Avrupa'yı birbirine bağlayan coğrafi konumu ve uzun yıllar birçok medeniyete ev sahipliği yapmasıyla eşsiz doğal ve tarihi zenginliği, uygun iklim özellikleri ile birleşen dünyada önemli turizm destinasyonunda önde gelen ülkelerden oluşu, kaliteli turizm işletmeciliği ve Türk misafirperverliği sıralanabilir (Yıldırım ve Altunkaya, 2006: 5).

3.2.1.Medikal Turizmde Fiyat – Kalite Avantajları

Türkiye, 2018 yılında 45.628.673 milyon turisti ağırlayarak yaklaşık 30 milyar dolar gelir elde etmiş (TÜİKb, 2019) ve medikal turizm alanında da önemli gelişmeler sağlamıştır. Medikal turizmdeki gelişmelere paralel olarak son yıllarda dünyanın farklı yerlerinden birçok hasta, tedavi olmak için Türkiye'de yer alan özel sağlık kuruluşlarını tercih etmektedir. Bunun en önemli nedeni; çağdaş yöntemlerle gerçekleştirilen cerrahi operasyonların, Türkiye'de diğer ülkelere oranla daha ucuza fiyatlandırılmasıdır. Açık kalp ameliyatı, deri hastalıkları, infertilite tedavisi, tanı tedavileri, göz ameliyatları, beyin cerrahisi, jinekoloji, plastik ve estetik cerrahi, saç ektirme gibi birçok branştan tedavi hizmeti alabilmek için Türkiye'de yer alan sağlık kuruluşlarını tercih etmektedirler (İçöz, 2009: 2271). Tablo 12'de görüldüğü üzere kalp ameliyatı Amerika'da 123.000 Dolar iken Türkiye'de 13.900 Dolardır. Kalça Protezi, İsrail'de 36.000 Dolar olmasına rağmen Türkiye'de 13.900 Dolardır. Bu örnekleri hemen her branşta çoğaltmak mümkündür.

Ortadoğu ülkeleri ve Doğu Avrupa ülkeleri, pahalı bir tedavi olan kanser tedavisi için Türkiye'yi seçmektedir. Avrupa'da yalnızca beş ülkede kullanılan

"cyber knife" teknolojisi, onkoloji alanında gelişme sağlayan Türkiye'de bulunmaktadır. Kanser tedavisinde radyoterapi, kemoterapi ve diğer tedavilerin yanında Amerika'da yaygın olarak kullanılan "cyber knife" kullanılmaktadır. Türkiye'ye gelen medikal turistler, kendilerine sunulan dünya standartlarındaki sağlık hizmetlerine sıra beklemeden erişebilmektedir (Şahbaz vd, 2012: 278-279).

Türkiye'nin medikal turizmde öne çıkan ülkelerden biri olmasının nedeni yalnızca fiyat avantajı da değildir. Fiyat avantajının yanı sıra tıbbi uygulamalardaki başarı yüzdesinin Batı ülkelerine göre daha yüksek seviyede olmasıdır. Örneğin tüp bebek tedavisinde Türkiye'yi seçenlerin gelmelerindeki en büyük sebep; ilk denemede başarı şansının, Avrupa ülkelerine kıyasla daha yüksek olmasıdır. Türkiye'de başarı oranı %60 iken Almanya'da bu oran %28'dir. Avrupa'da "*Embriyo Koruma Kanunu*" gereği bir defada yalnızca üç yumurta döllenebilmekteyken Türkiye'de sınırlama bulunmamaktadır. Ayrıca, Avrupa'da tüp bebek tedavisinde üç denemeye kadar sigorta kapsamına alınmış olduğundan; Almanya, Hollanda, İtalya, Danimarka gibi Avrupa ülkelerinde yaşayan çiftler başarı oranı yüksek olan Türkiye'yi tercih etmektedirler (Dünya Gazetesi, 2008).

Tablo 12: Ülkelere Göre Medikal Hizmet Ücretleri $

Tıbbi prosedür	ABD	Kostarika	Kolombiya	Hindistan	Ürdün	G. Kore	Meksika	İsrail	Tayland	Vietnam	Malezya	Polonya	Singapur	Türkiye
Kalp Baypas	123.000	27.000	14.800	7.900	14.400	26.000	27.000	28.000	15.000		12.100	14.000	17.200	13.900
Anjiyoplasti	28.200	13.800	7.100	5.700	5.000	17.700	10.400	7.500	4.200		8.000	5.300	13.400	4.800
Kalp Vana Değiştirme	170.000	30.000	10.450	9.500	14.400	39.900	28.200	28.500	17.200		13.500	19.000	16.900	17.200
Kalça Protezi	40.364	13.600	8400	7.200	8.000	21.000	13.500	36.000	17.000	9.250	8.000	5.500	13.900	13.900
Kalça Yüzey Yenileme	28.000	13.200	10.500	9.700	9.000	19.500	12.500	20.100	13.500		12.500	9.200	16.350	10.100
Diz Protezi	35.000	12.500	7.200	6.600	9.500	17.500	12.900	25.000	14.000	8.000	7.700	8.200	16.000	10.400
Spinal Füzyon	110.000	15.700	14.500	10.300	10.000	16.900	15.400	33.500	9.500	6.150	6.000	6.200	12.800	16.800
Diş İmplantı	2500	800	1200	900	900	1.350	900	1.200	1.720		1.500	925	2.700	1.100
Diz Bandı	14.000	9.450	8.500	7.300	7.000	10.200	6.500	17.300	11.500		8.150	6.700	9.200	8.600
Gastrik Sleeve	16.500	11.500	11.200	6.000	7.500	9.950	8.900	20.000	9.900		8.400	9.400	11.500	12.900
Mide Baypası	25.000	12.900	12.200	7.000	7.500	10.900	11.500	24.000	16.800		9.900	9.750	13.700	13.800
Histerektomi	15.400	6.900	2.900	3.200	6.600	10.400	4.500	14.500	3.650		4.200	2.200	10.400	7.000
Meme İmplantları	6.400	3.500	2500	3.000	4.000	3.800	3.800	3.800	3.500	4.000	3.800	3.900	8.400	4.500
Rinoplasti	6.500	3.800	4.500	2.400	2.900	3.980	3.800	4.600	3.300	2.100	2.200	2.500	2.200	3.100
Yüz Germe	11.000	4.500	4.000	3.500	3.950	6.000	4.900	6.800	3.950	4.150	3.550	4.000	440	6.700
Liposuction	5.500	2.800	2500	2.800	1.400	2.900	3.000	2.500	2.500	3.000	2.500	1.800	2.900	3.000
Tummy Tuck	8000	5.000	3500	3.500	4.200	5.000	4.500	10.900	5.300	3.000	3.900	3.550	4.650	4.000
Lasik (İki Gözünü)	4.000	2.400	2.400	1.000	4.900	1.700	1.900	3.800	2.310	1.720	3.450	1.850	3.800	1.700
Kornea (Gözün Başına)	17.500	9.800		2.800	5.000				3.600				9.000	7.000
Katarakt Cerrahisi (Gözün Başına)	3500	1.700	1.600	1.500	2.400		2.100	3.700	1.800		3.000	750	3.250	1.600
IVF Tedavisi	12.400		5450	2.500	5.000	7.900	5.000	5.500	4.100		6.900	4.900	14.900	5.200

Kaynak: (Medical Tourism.com, 2019) https://medicaltourism.com/Forms/price-comparison Erişim Tarihi: 25.02.2019

3.2.2. Medikal Turizmde Turist Sayısı ve Gelir Düzeyleri Gelişimi

Dünya'da turizm hareketlerinde önemli bir yere sahip olan Türkiye'ye, sağlık turizmi kapsamında gelen uluslararası hastaların sayıları ve bu hizmetten elde edilen gelirler TÜİK ve Sağlık Bakanlığının verilerine göre ayrı ayrı incelenecektir.

Türkiye'ye 2003-2018 yılları arası dönemde sağlık amacıyla giriş yapan ziyaretçilerin sayısı, gelirleri ve kişi başı harcamalarına ilişkin TÜİK verilerine tablo 13'te yer verilmiştir. Buna göre Türkiye'ye 2003 yılında sağlık turizmi kapsamında toplamda 139.971 kişi gelmiş olup 203.703 milyon dolar seviyesinde gelir elde edilmiştir. 2010 yılından itibarense sağlık turizminin önemine dikkat çekilmesi ve bu alanda gerekli alt yapı çalışmalarına başlanmasıyla birlikte 2014 yılında sağlık turizmi alanında hızlı bir ivme yakalanarak sağlık amaçlı gelen turist hacmi 414.658 kişiye ve elde edilen gelir de 837,8 milyon dolara yükselmiştir.

Türkiye'de 2015 yılında, Rus uçağının Türkiye tarafından düşürülmesi sonucu yaşanan gerginlik, Suruç'ta ve Ankara'da gerçekleştirilen terör eylemleri, 2016 yılında, Gaziantep, İstanbul, Bursa ve Ankara'da gerçekleştirilen terör eylemleri ve 15 Temmuz 2016'da yaşanan hain darbe girişimi nedeniyle gelen turist sayısında da ciddi bir azalış yaşanmıştır (Dilek ve Kulakoğlu Dilek, 2017: 1098).

Yaşanan terör ve siyasal kargaşalar neticesinde 2015-2016 yılları arasında düşüş eğilimine giren sağlık turizmi, 2018 yılında tekrar kaldığı yerden hızlı bir yükseliş ivmesini yakalamıştır. Böylece sağlık amacıyla gelen turist sayısında 551.748 kişiye ulaşılmış, elde edilen gelir düzeyi ise 863,3 milyon dolara yükselmiştir. Yine de Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı kapsamında, sağlık turizmine ilişkin belirlenmiş olan hedeflere ulaşılması mümkün olamamıştır. Muhtemelen 2015-16 yıllarında yaşanan terör ve siyasal kargaşanın uluslararası camiada unutulmasıyla birlikte bu ivme daha da artarak sürecek ve beş yıllık kalkınma planında belirlenmiş olan hedeflerin de üzerine çıkılması mümkün olabilecektir.

Tablo 13: 2013-2018 Yılları Arasında Sağlık Turizmi Kapsamında Türkiye'ye Gelen Kişi Sayısı, Gelirleri ve Kişi Başı Ortalama Harcamalar

Yıllar	Toplam Sağlık ve tıbbi nedenler (1 yıldan az)	(Yabancı) Sağlık ve tıbbi nedenler (1 yıldan az)	(Yurt dışında ikamet eden vatandaş) sağlık ve tıbbi nedenler (1 yıldan az)	Sağlık Turizmi Geliri (Milyon $)	Sağlık Turizmi kişi başı ortalama harcama
2003	139 971	103 403	36 568	203 703	1,455
2004	171 994	133 722	38 272	283 789	1,650
2005	220 338	164 597	55 741	343 181	1,558
2006	193 728	153 894	39 834	382 412	1,974
2007	198 554	154 603	43 951	441 677	2,224
2008	224 654	162 484	62 170	486 342	2,165
2009	201 222	132 677	68 545	447 296	2,223
2010	163 252	115 222	48 030	433 398	2,655
2011	187 363	142 463	44 900	488 443	2,607
2012	216 229	153 520	62 709	627 862	2,904
2013	267 461	188 295	79 166	772 901	2,890
2014	414 658	328 647	86 011	837 796	2,020
2015	360 180	260 339	99 841	638 622	1,773
2016	377 384	251 809	125 574	715 438	1,896
2017	433 292	326 709	106 583	827 331	1,909
2018	551 748	437 925	113 822	863 307	1,565

Kaynak: (TÜİKc, 2019) Geliş Nedenine Göre Çıkış Yapan Ziyaretçiler, Harcama Türlerine Göre Turizm Geliri, Turizm Geliri ve Kişi Başı Ortalama Harcama 2003-2018, Türkiye İstatistik Kurumu, Erişim Tarihi: 01.03.2019

Medikal turizmde hizmet alınan sağlık kuruluşlarının mülkiyet dağılımına göre yapısı incelendiğinde, 2008 yılında kamu sağlık kuruluşlarının yaklaşık dörtte birlik payına karşılık özel sağlık kuruluşlarının dörtte üçü aşan baskınlığıyla karşılaşılmaktadır. Ancak aradan geçen dokuz yıllık süre sonunda bu dağılımda kamu sağlık kuruluşları lehine ciddi bir artışın yaşandığı dikkat çekmektedir. Böylece 2016 yılına gelindiğinde kamu sağlık kuruluşlarından hizmet alan uluslararası hastaların ağırlığı %42,5'e ulaşmış olup özel kesimin payı ise %57,5'e gerilemiştir. Bu istikrarlı değişim sonucunda da 2008 yılında yaklaşık 74 bin kişi

olarak gerçekleşen uluslararası hastaların yaklaşık 17,8 bini kamu sağlık kuruluşlarında, 56,3 bini ise özel sağlık kuruluşlarında sağlık hizmeti almışken; 2016 yılında ise sağlık hizmeti alan yaklaşık 360 bin uluslararası hastanın 153 bini kamu sağlık kuruluşlarından, 207 bini ise özel sağlık kuruluşlarından faydalanmışlardır (Tablo 14).

Tablo 14: 2008-2016 Yılları Arasında Türkiye'ye Gelen Uluslararası Hastaların Sağlık Kuruluşlarına Göre Dağılımı

	Kamu Sağlık Kuruluşları		**Özel Sağlık Kuruluşları**		**Toplam**	
Yıllar	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
2008	17.817	24,05	56.276	75,95	74.093	100,00
2009	21.442	23,32	70.519	76,68	91.961	100,00
2010	32.675	29,79	77.003	70,21	109.678	100,00
2011	41.847	26,79	114.329	73,21	156.176	100,00
2012	43.904	16,76	218.095	83,24	261.999	100,00
2013	119.572	30,63	270.772	69,37	390.344	100,00
2014	142.300	28,67	353.965	71,33	496.265	100,00
2015	130.938	33,32	262.012	66,68	392.950	100,00
2016	153.063	42,56	206.605	57,44	359.668	100,00

Kaynak: Yıldırım vd. (2017), *Türkiye Uluslararası Hasta Raporu 2015-2016.* Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Ankara

Kamu sağlık kuruluşlarının uluslararası hasta kabulünde özel sağlık kuruluşlarına göre artan ağırlıklarına karşılık, özel sağlık kuruluşlarının uluslararası hasta kabullerinde ciddi bir artışın sağlandığı da tablo 14'ten görülebilir. Kamu sağlık kuruluşlarının dokuz yılda uluslararası hasta ağırlamada 8,6 katlık artış performansı göstermeleri, kamu ağırlığının artışındaki ana etkendir. Oysa aynı dönemde özel sağlık kuruluşları da uluslararası hasta kabulünü 56,276 kişiden 206,605 kişiye taşıyarak 3,7 katlık artış başarısı göstermiş durumdadırlar.

Türkiye'deki özel sağlık kuruluşları, medikal turizmin önemini daha önceki yıllarda fark ederek bu alanda çalışmalara başlamıştır. Özellikle A sınıfı hastaneler dünya çapındaki medikal turizm fuarlarına katılmaya başlamıştır. Medikal turizmin özel ilgi gerektiren ve hasta ile sağlık kuruluşu arasında güvene dayanması nedeniyle hastaların işini kolaylaştırmak için bu kuruluşlarda "*yabancı hasta departmanları*"

oluşturulmuştur. Bu departmanlar tarafından uluslararası hastaların telefonlarına cevap verilmekte, kalacakları yer organize edilmekte, hastane işlemleri bu merkezler tarafından yapılarak kendi ülkelerine transfer süreci yine bu merkezler tarafından gerçekleştirilmektedir (Genç, 2007: 96).

3.2.3. Medikal Turizmde Destinasyon Özellikli İller ve Uluslararası Hastaların Menşei

Türkiye'de medikal turizm ve turistin sağlığı kapsamında, 2015 ve 2016 yıllarında en çok tercih edilen il İstanbul olmuştur. İstanbul, 2015'te 177 bin, 2016 yılındaysa 158 bin uluslararası hastayı ağırlamıştır. Bu sayının hacimsel büyüklüğü, Türkiye bütününde hizmet alan uluslararası hastaların sayısının 2015'te 393 bin, 2016 yılında 360 bin kişi olduğu düşünüldüğünde İstanbul'da mevcut ağırlığın ülke bütününün neredeyse yarısına ulaştığı görülmektedir. İstanbul'u Antalya ve Ankara takip etmektedir.

Tablo 15: 2015-2016 Yıllarında Uluslararası Hastalarca Tercih Edilen İlk 10 İl ve Geliş Türleri

2015 Yılı				2016 Yılı			
İller	**Medikal Turizm**	**Turistin Sağlığı**	**Toplam**	**İller**	**Medikal Turizm**	**Turistin Sağlığı**	**Toplam**
İstanbul	95.644	81.670	177.314	**İstanbul**	79.145	78.830	157.975
Antalya	6.155	41.163	47.318	**Ankara**	16.931	10.711	27.642
Ankara	19.511	7.393	26.904	**Antalya**	3.506	23.369	26.875
İzmir	6.779	12.022	18.801	**İzmir**	962	15.466	16.428
Muğla	184	16.931	17.115	**Muğla**	226	11.578	11.804
Bursa	476	4.477	4.953	**Bursa**	125	4.568	4.693
Adana	2.804	918	3.722	**Konya**	1.560	2.724	4.284
Kayseri	513	2.938	3.451	**Edirne**	1.593	1.763	3.356
Diyarbakır	2.683	35	2.718	**Eskişehir**	2.050	935	2.985
Trabzon	591	1.522	2.113	**Trabzon**	340	1900	2.240
Toplam	135.340	169.069	304.409	**Toplam**	106.438	151.844	258.282

Kaynak: Yıldırım vd (2017). *Türkiye Uluslararası Hasta Raporu 2015-2016.* Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Ankara

Tablo 15 incelendiğinde, medikal turizm ile turistin sağlığında da belirgin bir ayrışmanın olduğu görülmektedir. Turizm merkezleri konumundaki Antalya, İzmir (Çeşme), Muğla (Kuşadası) ve Bursa (Uludağ)'da turistin sağlığı kapsamında uluslararası hasta kabulünün, medikal turizm kapsamındaki hasta kabulünü yoğun şekilde aştığı dikkat çekmektedir.

Medikal turizmde ilk on destinasyon değerlendirildiğinde; İstanbul'da özel hastanelerin yoğunluğu, medikal turizm alanında ün yapmış hastanelerin varlığı, marka şehir olması ve sağlık turizmi alanındaki çalışmaları, bu kentin ilk sırada yer almasını da beraberinde getirmiştir. Diğer iller ise genel turizm alanında cazip şehirler arasında yer almaları, marka şehir olmaları gibi ortak özelliklerden dolayı uluslararası hasta çekmektedirler (Yıldırım vd, 2017: 11).

Tablo 16: 2015-2016 Yılı Türkiye'ye Gelen İlk 10 Ülke ve Geliş Türleri

2015 Yılı				**2016 Yılı**			
Ülke	**Medikal Turizm**	**Turistin Sağlığı**	**Toplam**	**Ülke**	**Medikal Turizm**	**Turistin Sağlığı**	**Toplam**
Libya	37.470	7.648	45.118	Almanya	4.863	16.896	21.759
Irak	18.993	13.632	32.625	Azerbaycan	12.318	8.496	20.814
Almanya	7.261	23.105	30.366	Irak	11.026	7.973	18.999
Azerbaycan	17.668	10.944	28.612	Libya	12.855	6.140	18.995
Rusya	4.350	11.502	15.852	Suriye	1.919	12.589	14.508
Suriye	2.419	12.587	15.006	Türkmenistan	2.684	5.944	8.628
Türkmenistan	4.166	7.941	12.107	İngiltere	1.266	6.864	8.130
İngiltere	1.543	8.128	9.671	Hollanda	1.385	5.711	7.096
Afganistan	3.169	6.094	9.263	Rusya	2.371	4.387	6.758
Hollanda	1.663	6.268	7.931	S. Arabistan	2.179	3.568	5.747
Toplam	**98.702**	**107.849**	**206.551**	**Toplam**	**52.866**	**78.568**	**131.434**

Kaynak: Yıldırım vd (2017). *Türkiye Uluslararası Hasta Raporu 2015-2016.* Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Ankara

Türkiye'ye gelen uluslararası hastaların geldikleri menşei ülkelerin belirtildiği tablo 16 incelendiğinde, 2015 yılında medikal turizmde Libya'nın başı çektiği, 2016 yılında bir önceki yılın üçte birine indiği görülmektedir. Bunun nedenleri arasında Arap baharı sonrasındaki tedavi süreçleri, kargaşa vb. olabilir. Benzer durum Irak için de geçerlidir. Bu ülkelerde turistin sağlığı kapsamında uluslararası hasta girişi de medikal turizme göre çok düşüktür. Batı ülkeleri

içerisinde dikkat çeken bir diğer ülkeyse Almanya'dır. Almanya, Türk nüfusunun yoğun yaşadığı ülkeler kategorisine girmekte olup, bu ülkede yaşayan Türk vatandaşları sağlık hizmetinin pahalı olması ve bazı tedavilerin sigorta kapsamı dışında kalması nedeniyle Türkiye'yi tercih etmektedir. Libya ise altyapı ve hekim yetersizliği nedeniyle hizmet sıkıntısı çeken gelişmekte olan ülkeler kapsamında Türkiye'den tedavi hizmeti almaktadır.

Türkiye'ye gelen uluslararası hastaların geliş gerekçelerine bakıldığında; akrabalık bağlarının yoğun oluşunun, gelinen ülkede Türk nüfusunun sayısal hacminin fazlalığının, kendi ülkelerinde hekim, altyapı ve diğer sağlık hizmet unsurlarında yaşanan yetersizliğin, kendi ülkelerinde sunulan sağlık hizmet maliyetlerinin yüksekliğinin, uzun bekleme sıralarının varlığının, sigorta kapsamında yer almayan sağlık hizmetlerinin oluşunun, özellikli hizmetlere talebin yüksekliğinin veya yaşlı nüfusun baskınlığının etkisiyle karşılaşılmaktadır. Ülkelere göre bu geliş gerekçeleri sınıflandırarak da medikal turizm pazarına dayalı ülke hedef çeşitlendirmesine gitme imkânı da mevcuttur. Tablo 17'de söz konusu ülkelere göre medikal turizm gerekçeleri ayrıştırılarak sunulmuştur.

Tablo 17: Türkiye'ye Gelen Uluslararası Hastaların Gerekçesi ve Türkiye'nin Medikal Turizmde Hedef Ülkeleri

Medikal Turizm Gerekçesi	Ülkeler
Akrabalık bağları nedeniyle sıkı ilişkilerin olduğu ülkeler	Suriye, Azerbaycan, Bulgaristan, Yunanistan,
Türk nüfusun yoğun yaşadığı ülkeler	Almanya, Fransa, Hollanda,
Altyapı ve hekim yetersizliği nedeniyle hizmet sıkıntısı çeken gelişmekte olan ülkeler	Libya, Cezayir, Irak, Balkan ülkeleri, Türkmenistan
Sağlık hizmetlerinin pahalı olduğu ülkeler	ABD, Almanya
Uzun bekleme sırası olan ülkeler	İngiltere, Hollanda, Kanada
Sigorta sistemlerinin geri ödeme kapsamına almadığı diş hastalıkları gibi hizmetlerin bulunduğu ülkeler	Fransa, İngiltere, İrlanda, Almanya
Özellikli hizmetlerin talep yoğunluğu olan ülkeler	Balkan Ülkeleri, Orta Doğu Ülkeleri
İleri yaş bireylerin nüfusa oranının yüksek olduğu ülkeler	İsveç, Norveç, Hollanda, Japonya, Finlandiya

Kaynak: SATURKa, *Türkiye Sağlığın Merkezi,* Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu, www.saturk.gov.tr, Erişim Tarihi: 08.02.2019.

3.2.4. Medikal Turizmde En Çok Tercih Edilen Branşlar

Medikal turizme en çok konu olan tıp branşı, kadın hastalıkları ve doğumdur. İnfertilite tedavisinde, Türkiye'deki yüksek başarı yüzdelerinin bunda etkili olduğunu savunmak mümkündür. İkinci sırada göz hastalıkları olup, lazerle göz tedavisinde fiyat-kalite açısından mevcut avantajlı durum, uluslararası hastalar açısından ciddi çekiciliğe sebep olmaktadır. Bu iki branşı ortopedi ve travmatoloji, iç hastalıkları, plastik, rekonstrüktif ve estetik, çocuk sağlığı ve hastalıkları, kulak burun boğaz hastalıkları, genel cerrahi ve deri ve zührevi hastalıklar takip etmektedir. Turistin sağlığı ile medikal turizmde talep edilen branşlardaki öncelik sırası, acil tıp dışında neredeyse her branşta örtüşmektedir. Ayrıca turistin sağlığı kapsamında gerçekleşen hasta kabulü, hemen her branşta medikal turizm sebebiyle hasta kabulünün üzerinde gerçekleşmektedir (Tablo 18).

Tablo 18: 2016 Yılında Uluslararası Hastalar Tarafından En Çok Tercih Edilen İlk 10 Branş

Klinik	Medikal	Turistin	Toplam
Acil tıp	-	30.429	30.429
Kadın hastalıkları ve doğum	9.944	15.561	25.505
Göz hastalıkları	7.074	15.418	22.492
İç hastalıkları	5.545	10.460	16.005
Çocuk sağlığı ve hastalıkları	4.701	9.278	13.979
Kulak burun boğaz	4.506	8.343	12.849
Ortopedi ve travmatotoji	5.655	6.994	12.649
Genel cerrahi	3.759	5.142	8.901
Deri ve zührevi hastalıkları	3.242	4.430	7.672
Plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi	5.297	2.245	7.542
Toplam	**49.723**	**108.300**	**158.023**

Kaynak: Yıldırım vd, *Türkiye Uluslararası Hasta Raporu 2015-2016,* Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Ankara, 2017: 24.

Medikal turizm ve turistin sağlığı kapsamında tedavi edilen uluslararası hastaların toplam içerisindeki ağırlıkları Tablo 19'da gösterilmiştir. Buna göre kadın hastalıkları ve doğum branşında medikal turizm kaynaklı tedavi görenlerin toplam içerisindeki ağırlığı %20 iken, turistin sağlığı kapsamında %14,4 oranındadır. Bu ağırlığın en düşük olduğu deri ve zührevi hastalıkları branşında medikal turizm

kaynaklı tedavi görenler %6,5, turistin sağlığı kapsamında ise %4,1 oranında gerçekleşmiştir.

Tablo 19: 2016 Yılında En Çok Tercih Edilen İlk 10 Branşın Toplam İçindeki Ağırlıkları ve Ağırlık Sıralaması

Klinik	**Medikal Turizm**		**Turistin Sağlığı**		**Toplam**	
	Sı	**Ağırlık (%)**	**Sır**	**Ağırlık (%)**	**Sır**	**Ağırlık**
Acil tıp		---	1	28,1	1	19,3
Kadın hastalıkları ve doğum	1	20,0	2	14,4	2	16,1
Göz hastalıkları	2	14,2	3	14,2	3	14,2
İç hastalıkları	3	11,2	5	9,7	4	10,1
Çocuk sağlığı ve hastalıkları	6	9,5	6	8,6	5	8,8
Kulak burun boğaz hastalıkları	7	9,1	7	7,7	6	8,1
Ortopedi ve travmatotoji	5	11,4	8	6,5	7	8,0
Genel cerrahi	8	7,6	8	4,7	8	5,6
Deri ve zührevi hastalıkları	9	6,5	10	4,1	9	4,9
Plastik, rekonstrüktif ve estetik cerrahi	4	10,7	9	2,1	10	4,8
Toplam		100,0		100,0		100,0

Kaynak: Yıldırım vd, *Türkiye Uluslararası Hasta Raporu 2015-2016,* Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Ankara, 2017: 24.

Türkiye'de medikal turizm alanında daha fazla sağlık turistinin geldiği düşünülmektedir. Ancak veri girişlerinin sağlıklı olmaması, kayıtların yeterli olmaması, kurumlarda sağlık turisti, medikal turist kavramları arasında kavram kargaşası yaşanması ve özel hastanelerin hasta verilerini vermek istememesi gibi nedenlerden dolayı ülkeye sağlık amacıyla giriş yapanların verilerinin sunulduğu Türkiye İstatistik Kurumu ile Sağlık Bakanlığı'nın verileri örtüşmemektedir.

IV. BÖLÜM

MEDİKAL TURİZMİN BELİRLEYİCİLERİNİN BELİRLENMESİNE YÖNELİK UYGULAMA

Bu bölümde "Medikal turizmin belirleyicilerinin belirlenmesine yönelik uygulama yapılmıştır. Uygulamanın amacı, uygulamaya esas olan verilerin edinimi ile yapılacak ekonometrik analiz yöntemi ve medikal turizm ile ilgili yapılmış çalışmalar hakkında bilgi verilecektir. Ekonometrik modelleme neticesinde elde edilen bulgular raporlanarak öncül çalışmalarla elde edilen bulguların karşılaştırmasına dayanan tartışmada bulunulmuştur.

4.1. Çalışmanın Amacı

Çalışmanın amacı, medikal turizm amaçlı gelen uluslararası hastaların illere göre sayısal dağılımında etki eden belirleyicilerin belirlenmesidir. Amaca dayalı olarak da çalışmanın sorusu;

H_0: Uluslararası hastaların (medikal turist) il tercihinde Xn etkilidir

H_1: Uluslararası hastaların (medikal turist) il tercihinde X_n etkili değildir.

4.2. Veri Tasarımı ve Yöntem

İllere göre medikal turizm kapsamında gelen uluslararası turistlerin 2013 yılında illere göre dağılımlarında 81 il içerisinde en az 1 uluslararası turistin geldiği 67 il bulunmaktadır. Medikal turizm kapsamında, 2013 yılında 67 ile gelen uluslararası hasta (medikal turist) sayısı bağımlı değişkeni oluşturmaktadır. Dolayısıyla regresyon modellemelerinde gözlem sayısı n=67'dir. Bağımsız değişkenlerse 2013 yılında 67 ilde bulunan sağlık personelleri ile sağlık kurumları ve sağlık kurumlarındaki yatak sayılarından oluşan iki bağımsız değişken grubundan her

birisinde dokuzar değişken olmak üzere on sekiz bağımsız değişkenden oluşmaktadır. Modelde bulunan bağımlı ve bağımsız değişken sayısı şu şekilde ifade edilebilir. Buna göre:

Bağımlı değişken (Y): i ilindeki uluslararası medikal turist sayısı

Bağımsız değişkenler (X):

- X_1: i ilinde 2013 yılında mevcut olan uzman hekim sayısı,
- X_2: i ilinde 2013 yılında mevcut olan pratisyen hekim sayısı,
- X_3: i ilinde 2013 yılında mevcut olan asistan hekim sayısı,
- X_4: i ilinde 2013 yılında mevcut olan toplam hekim sayısı,
- X_5: i ilinde 2013 yılında mevcut olan diş hekimi sayısı,
- X_6: i ilinde 2013 yılında mevcut olan eczacı sayısı,
- X_7: i ilinde 2013 yılında mevcut olan sağlık memuru sayısı,
- X_8: i ilinde 2013 yılında mevcut olan hemşire sayısı,
- X_9: i ilinde 2013 yılında mevcut olan ebe sayısı,
- X_{10}: i ilinde 2013 yılında mevcut olan toplam hastane sayısı,
- X_{11}: i ilinde 2013 yılında mevcut olan Sağlık Bakanlığına bağlı hastane sayısı,
- X_{12}: i ilinde 2013 yılında mevcut olan Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde yatak sayısı,
- X_{13}: i ilinde 2013 yılında mevcut olan üniversite hastanesi sayısı,
- X_{14}: i ilinde 2013 yılında mevcut olan üniversite hastanelerindeki yatak sayısı,
- X_{15}: i ilinde 2013 yılında mevcut olan özel hastane sayısı,
- X_{16}: i ilinde 2013 yılında mevcut olan özel hastanelerdeki yatak sayıs,
- X_{17}: i ilinde 2013 yılında mevcut olan diğer kamu kurum hastanesi sayısı,
- X_{18}: i ilinde 2013 yılında mevcut olan diğer kamu kurum hastanelerindeki yatak sayısı,

Çalışmanın amacı medikal turizmdeki belirleyicilerin belirlenmesi olduğundan, modellemede çoklu regresyon modellemesine gidilmesine gerek duyulmamıştır. Çünkü çalışmanın odaklandığı nokta, bağımsız değişkenlerin kendi içerisinde etki hiyerarşisinin veya bağımsız değişken setlerinin birlikte etkileri değil, etki eden değişkenlerin belirlenmesi ve etkileme yönüdür (pozitif veya negatif oluş). Bu amacın yerine getirilebilmesi için de tek değişkenli regresyon analizlerinin gerçekleştirilmesi yeterli görülmüştür. Çünkü çoklu regresyon modellemelerine gidildiğinde ilk olarak değişken sayısı arttıkça çoklu doğrusal bağlantı (VIF) sebebiyle sahte regresyon ortaya çıkma olasılığı artacaktır. İkinci olarak da adımsal regresyon "stepwise regression" süreci yürütülse dahi iki değişkenden daha fazlasıyla istatistiksel olarak anlamlı bir regresyon modeli oluşturma imkanı oluşamamaktadır.

Eğer çalışmada basit regresyon yerine Pearson korelasyon analizi tercih edilirse, elde edilecek katsayı sadece ilişki düzeyini ve yönünü verecektir. Ancak fonksiyonel "sebep-sonuç" ilişkisine dayanmadığından da medikal turizm belirleyicilerine erişmek mümkün olamayacaktır. Belirleyici tespiti için uygulanması gereken analiz farklı türleri olmasına rağmen regresyon analizidir. Buna göre on sekiz değişken için on sekiz model kurulmuştur. Modellerin istatistiksel olarak anlamlı olması ise yeterli değildir. Regresyon varsayımlarının sağlanması kapsamında sabit varyans koşulunun sağlanması ve modelde spesifikasyon "tanımlama" hatasının bulunmaması ihtiyacı mevcuttur. Dolayısıyla da sabit varyans koşulunun sağlanıp-sağlanmadığı White testiyle, spesifikasyon hatasının olup-olmadığının sınanmasıysa Ramsey-Reset testiyle sınanmıştır. Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerinde şiddeti ne olursa olsun ve yönü ne olursa olsun etkisinin varlığı, ancak istatistiksel anlamlılığın bulunması, değişen varyansın olmaması ve modelde tanımlama hatasının bulunmaması koşullarına bağlıdır. Bu koşullardan herhangi birisi sağlanamamışsa sebep-sonuç ilişkisinin varlığı veya yokluğuna dair hüküm verilememektedir (Regresyon varsayımları ve testler için bkz. Genceli, 1989; Güriş ve Çağlayan, 2000).

İstanbul gibi büyük metropollerdeki yüksek nüfus hacmi, gözlemlerde aşırı yığılmaya yol açtığından değişen varyans ve spesifikasyon hatasına da sıklıkla yol

açmaktadır. Nüfus etkisinin yol açabileceği sahte regresyon sorununun hafifletilmesindeyse logaritmik verilerle modellemeye gidilmesi ve il nüfuslarına oranlamaya gidilmesi seçeneklerinin kullanım ihtiyacı oluşmaktadır. Bu çalışmada da on sekiz bağımsız değişkenin her üç formuna (ham veri, e tabanına göre logaritmik veri, nüfusa orantılandırılmış oransal veri) dayalı modelleme süreci takip edilmiştir. Böylece on sekiz bağımsız değişkene dayanan toplam elli dört model kurularak sınamalar gerçekleştirilmiştir.

4.3. Medikal Turizm İle İlgili Yapılmış Çalışmalar

Medikal turizmle ilgili literatür incelendiğinde, ilk olarak pazarlama stratejileri, hizmet kalitesi ve uluslararası turist memnuniyetlerine dayanan anket ve mülakat uygulamalarının yoğunluğuyla karşılaşılmaktadır (Akdu, 2014; Canoğlu, 2015; Yiğit 2016; Buzcu, 2016; Öncü, 2016; Mirza, 2016; Ergen, 2018). Medikal turizmde sağlık personelinin etkisini konu alan çalışmalarda uluslararası turist görüşleri yerine Türkiye'den sağlık personeli görüşlerini içeren anket veya mülakat çalışmaları kapsamında konu analizlerinin genel olarak gerçekleştiğidir (Bostan ve Yalçın, 2016; Altsoy ve Taştan Soy, 2019). Uluslararası hastalara yönelik gerçekleştirilen uygulamaların gerçekleştirildiği çalışmalar da mevcuttur (Seyfullahoğlu, 2016; Çılgınoğlu, 2018). Sağlık kuruluşlarının medikal turizm üzerindeki etkilerini sorgulayan çalışmalar da literatürde odaklanan diğer ana konular içerisinde öne çıkmaktadır (Kılınç, 2017; Çılgınoğlu, 2018; Ertaş ve Çiftçi Kıraç, 2018; Buzcu ve Birdir, 2019).

4.4. Bulgular

İlk aşama olarak ham verilerle on sekiz ayrı tekli doğrusal regresyon modeli kurularak ekonometrik analiz gerçekleştirilmiştir. On sekiz modelin tamamında bağımsız değişkenin bağımlı değişken (medikal turizm amaçlı uluslararası turist gelişi) üzerinde pozitif yönlü istatistiksel olarak anlamlı etkisinin mevcut olduğu tespit edilmiştir. Ancak ardından gerçekleştirilen White heteroskedasite (değişen varyans) ve Ramsey-Reset "Spesifikasyon" testlerinden geçen sadece toplam hastane sayısının, medikal turizm amacıyla geliş yapan uluslararası turist sayısı üzerindeki

etkisinde sahte regresyon kurulmadığı teyit edilebilmiştir (Tablo 20).

Tablo 20: Medikal Turist Üzerinde Belirleyici Olarak Toplam Hastane Sayısına Dair Regresyon Analizi Eviews Çıktı Özet Tablosu

1. Aşama: Model Anlamlılığı	**Sabit**	**Katsayı**	-2,736
		t-ist.	-3,326
		Prob.	0,002
	Bağımsız değişken	**Katsayı**	2,507
		t-ist.	1,099
		Prob.	**0,000**
	R^2		0,650
2. Aşama: Sabit Varyans ve Tanımlama Hatasızlığı Koşulu	**White Testi**	**F-İst.**	2,623
		Prob.	**0,080**
	Ramsey-Reset Testi	**F-İst.**	1,853
		Prob.	**0,147**

On sekiz bağımsız değişkenden sadece birinde fonksiyonel ilişkinin varlığının tespit edilebilmesinin temelinde nüfus etkisinin olduğu düşünüldüğünden, nüfus etkisinin hafifletilmesi için ikinci aşama olarak ham verilerin e tabanına göre logaritmaları alınarak analiz süreci tekrarlanmıştır.

Logaritmik verilerle oluşturulan yeni modellerde on sekiz değişkenden dokuzunun bağımlı değişken üzerinde etkisi belirlenmiştir. Dokuz bağımsız değişkenin sekizi, sağlık personeli grubunda olup, sadece asistan hekim sayısının, Ramsey-Reset testi sonucunda modelde tanımlama hatasına yol açtığı sonucuyla karşılaşılmıştı. Bu sebeple de asistan hekim sayısının medikal turizm amaçlı gelen uluslararası turist sayısı üzerinde etkisinin varlığı belirlenememiştir. Diğer tüm hekim ve diğer yardımcı sağlık personel arzının, medikal turizm amaçlı gelen uluslararası turist hacminde artışa yol açtığı sonucuyla karşılaşılmıştır.

Buna karşılık sağlık kuruluşları ve yatak sayıları değişken grubunda, dokuz değişkenden birinin bağımlı değişken üzerinde anlamlı etkisinin olduğu görülmüştür. Bu değişkense Sağlık Bakanlığına bağlı hastane sayısıdır. Diğer modellerin tümünde ekonometrik modeller istatistiksel olarak anlamı sebep-sonuç ilişkisini teyit etmiş, ayrıca varyans homojenliği varsayımını da sağlamıştır. Ancak Ramsey-Reset testi sonucunda, tanımlama hatasının olduğu görüldüğünden modellerde sahte regresyon ihtimali mevcut olup, sebep-sonuç ilişkisi teyit edilememiştir. İstatistik sınama sonuçlarına ilişkin istatistik ve prob (anlamlılık) değerleri, tablo 21'de sunulmuştur.

Tablo 21: ln Medikal Turist Üzerinde Belirleyiciler (Doğrusal Regresyon Eviews Özet Tablosu)

Bağımsız Değişkenler		1. Aşama: Model Anlamlılığı							2. Aşama: Sabit Varyans ve Tanımlama Hatasızlığı				Durum
		Sabit			Bağımsız değişken			R^2	White Testi		Ramsey-Reset Testi		
		Katsayı	t-ist.	Prob.	Katsayı	t-ist.	Prob.		F-İst.	Prob.	F-İst.	Prob.	
Sağlık Personeli	Uzman Hekim	-2,863	-6,253	0,000	1,840	1,092	**0,000**	0,647	1,451	**0,242**	0,966	**0,415**	+
	Pratisyen Hekim	-3,936	-6,189	0,000	2,345	9,515	**0,000**	0,582	2,263	**0,112**	1,973	**0,127**	+
	Asistan Hekim	2,075	1,959	0,000	0,235	6,786	**0,000**	0,415	0,786	**0,460**	6,128	0,001	*
	Toplam Hekim	-3,632	-6,674	0,000	1,916	1,058	**0,000**	0,632	1,597	**0,210**	1,174	**0,327**	+
	Diş Hekimi	-2,253	-5,471	0,000	1,989	1,068	**0,000**	0,637	1,941	**0,152**	1,303	**0,281**	+
	Eczacı	-2,568	-5,523	0,000	2,000	1,012	**0,000**	0,612	1,606	**0,209**	1,836	**0,150**	+
	Sağlık Memuru	-5,365	-6,610	0,000	2,394	9,200	**0,000**	0,566	2,311	**0,107**	2,193	**0,098**	+
	Hemşire	-4,627	-6,638	0,000	2,177	9,664	**0,000**	0,590	1,587	**0,213**	1,712	**0,174**	+
	Ebe	-4,134	-5,600	0,000	2,282	8,455	**0,000**	0,524	0,786	**0,460**	2,470	**0,070**	+
Hastane ve Yatak	Toplam Hastane	-0,839	-2,362	0,021	2,478	8,457	**0,000**	0,524	0,951	**0,392**	2,759	0,050	*
	Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastane	-0,090	-0,201	0,841	2,195	5,002	**0,000**	0,278	0,115	**0,892**	2,270	**0,089**	+
	Sağlık Bak. Bağlı Hastanelerde Yatak	-4,656	-5,347	0,000	2,195	7,758	**0,000**	0,481	2,146	**0,125**	4,373	0,007	*
	Üniversite Hastaneleri	2,654	1,786	0,000	0,324	6,047	**0,000**	0,360	2,043	**0,138**	4,406	0,007	*
	Üniversite Hastanelerinde Yatak	2,125	1,903	0,000	0,196	5,996	**0,000**	0,356	1,299	**0,280**	4,164	0,009	*
	Özel Hastaneler	2,000	1,670	0,000	0,383	4,752	**0,000**	0,258	1,658	**0,199**	2,506	0,000	*
	Özel Hastanelerde Yatak	1,603	9,922	0,000	0,259	4,275	**0,000**	0,219	1,973	**0,147**	2,481	0,000	*
	Diğer Kamu Kur. Hastane	2,422	1,253	0,000	0,168	2,594	**0,012**	0,094	2,305	**0,108**	4,642	0,013	*
	Diğer Kamu Hast. Yatak	2,220	1,556	0,000	0,125	2,858	**0,006**	0,112	0,571	**0,568**	5,398	0,002	*

*****: Sınama sonucunda fonksiyonel ilişki tespit edilememiştir.

+: sınama sonucunda pozitif yönlü fonksiyonel ilişki tespit edilmiştir.

Ham veriler ile logaritmik verilerle gerçekleştirilen ekonometrik modelleme çalışmasında fonksiyonel ilişki oluşumunda nüfus etkisinin varlığı sabittir. Ham verilerle kurulan modellerde bu etki çok şiddetli olduğu için on sekiz farklı modelden sadece bir tanesinde değişen varyans sorunu ve/ya model tanımlama hatası bulunmadığından, sahte regresyon sorunuyla karşılaşılmamıştır. Diğer on yedi modelde sahte regresyon ihtimali yüksek olduğundan başarılı bir sınama gerçekleştirilememiştir.

Logaritmik verilerle kurulan modellerde de esas itibarıyla kısıtlar arasındaki (maksimum ve minimum değerler) katsal farklılık sınırlandırıldığından, veri seti düzleştirilmektedir. Dolayısıyla ekonometrik açıdan istatistiksel olarak nüfus etkisinden arındırma söz konusu olmakla birlikte iktisat teorisi açısından aslında bir arındırma işlemi yoktur. Diğer bir deyişle sağlık personeli veya hastane/yatak grubu değişkenlerinin gözlemlerdeki (67 vilayet) sayısal hacimleri, il nüfuslarının sayısal hacimlerine dayalı olarak yüksek veya düşüktür.

Eğer gözlemlerdeki nüfus etkisi sadece istatistiksel olarak değil aynı zamanda iktisat teorisi açısından da tam anlamıyla arındırılmak isteniyorsa o durumda il nüfusuna orantılandırılmalıdır. Böylece hangi ilde nüfusa göre esasen daha yüksek veya daha düşük sağlık personeli/hastane/yatak hacminin olduğu ortaya çıkabilecektir. Örnek vermek gerekirse İstanbul'da hekim sayısının çokluğuna karşılık nüfusun fazla oluşu, söz konusu hekim arzının üzerinde yoğun bir hasta baskısının oluşuna yol açacaktır. Bu da medikal turizm amaçlı gelen uluslararası hastalara hekimlerin zaman ayırmasını sınırlandırıcı bir etkiye sahiptir. Oysa nüfusa göre orantısal olarak yüksek hekim sayısının olduğu bir ilde, yerel hasta baskısı düşük olacağından, medikal turizm amaçlı gelen uluslararası hastalara daha fazla zaman ayırma imkânını sağlayacaktır. Bu durum uluslararası hasta çekme noktasında da hekimin daha istekli oluşunu beraberinde getirecektir. O halde ideal olan modellemede kullanılacak verilerin il nüfusuna orantılandırılması, hem istatistiksel olarak hem de iktisat teorisi açısından nüfus etkisini büyük ölçüde ortadan kaldırma potansiyeline sahiptir.

Yapılan modellemelerde sağlık personeli bağımsız değişken grubundan iki değişkenin, hastane ve yatak bağımsız değişken grubundansa yine iki değişkenin medikal turizm amaçlı geliş yapan uluslararası hasta hacmi üzerinde pozitif yönlü etkisi olduğu belirlenmiştir.

Sağlık personeli değişken grubunda yer alan dokuz değişkenden yardımcı sağlık personellerini oluşturan hemşire, ebe ve sağlık memuru sayısının il nüfusuna oranı ile medikal turizm amaçlı gelen uluslararası hasta sayısının il nüfusuna oranı arasında fonksiyonel ilişki tespiti yapılamamıştır. Dört tür hekim oranı ile uluslararası hasta oranı arasında ise pratisyen hekim ve asistan hekim oranlarının etkisi belirlenememiştir. Eczacı ve diş hekimi oranlarının ise istatistiksel olarak anlamlı bulunmakla birlikte hem homojen varyans hem de spesifikasyon hatası olmaması, varsayımlarının sağlanamamış olması sebebiyle yine uluslararası hasta oranları üzerinde etkisi tespit edilememiştir. Bu kapsamda sadece düşük r^2 düzeyinde ve pozitif yönlü etki, uzman hekim oranı ile muhtemelen uzman hekim ağırlığına dayalı olarak toplam hekim oranı açısından tespit edilebilmiştir.

Hastane ve yatak değişken grubunda ise Sağlık Bakanlığına bağlı hastane ve yatak oranlarının istatistiksel anlamlılığa sahip pozitif etkisi tespit edilmiştir. Özel hastaneler de dahil olmak üzere diğer hastaneler ve yataklara göre ise bu fonksiyonel ilişkinin varlığı tespit edilememiştir. Modellerle istatistik sınama sonuçlarına ilişkin istatistik ve prob (anlamlılık) değerleri, Tablo 22'de detaylandırılarak sunulmuştur.

Tablo 22: Medikal Turist/Nüfus Üzerinde Belirleyiciler (Doğrusal Regresyon Eviews Özet Tablosu)

Bağımsız Değişkenler		1. Aşama: Model Anlamlılığı							2. Aşama: Sabit Varyans ve Tanımlama Hatasızlığı				Durum
		Sabit			Bağımsız değişken			R^2	White Testi		Ramsey-Reset Testi		
		Katsayı	t-ist.	Prob.	Katsayı	t-ist.	Prob.		F-İst.	Prob.	F-İst.	Prob.	
Sağlık Personeli	**Uzman Hekim**	-0,153	-1,508	0,136	3,279	2,686	**0,009**	0,100	1,460	**0,240**	0,824	**0,486**	+
	Pratisyen Hekim	0,255	0,888	0,378	-2,690	-0,534	0,595	0,004					*
	Asistan Hekim	0,068	1,459	0,149	2,092	1,158	0,251	0,020					*
	Toplam Hekim	-0,136	-1,121	0,266	1,586	2,056	**0,044**	0,061	1,237	**0,297**	1,646	**0,188**	+
	Diş Hekimi	-0,295	-2,825	0,006	1,644	4,011	**0,000**	0,198	4,631	0,013	6,085	0,001	*
	Eczacı	-0,264	-1,988	0,051	10,964	2,862	**0,006**	0,112	4,801	0,011	6,916	0,000	*
	Sağlık Memuru	0,203	1,352	0,181	-0,493	-0,688	0,494	0,007					*
	Hemşire	0,134	0,835	0,407	-0,167	-0,201	0,841	0,001					*
	Ebe	0,205	1,671	0,100	-1,198	-0,870	0,388	0,012					*
Hastane ve Yatak	**Toplam Hastane**	0,224	2,172	0,034	-4,925	-1,253	0,215	0,024					*
	Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastane	0,238	3,399	0,001	-7,819	-2,232	**0,029**	0,071	1,502	**0,230**	1,917	**0,136**	+
	Sağlık Bak. Bağlı Hastanelerde Yatak	0,380	3,096	0,003	-1,485	-2,356	**0,022**	0,079	0,218	**0,122**	0,770	**0,515**	+
	Üniversite Hastaneleri	0,097	2,060	0,043	7,728	0,191	0,849						*
	Üniversite Hastanelerinde Yatak	0,095	2,102	0,039	0,201	0,287	0,775						*
	Özel Hastaneler	-0,093	-1,411	0,163	3,375	3,445	0,001	0,154	3,470	0,037	1,629	0,192	*
	Özel Hastanelerde Yatak	-0,083	0,064	0,199	5,060	3,412	0,001	0,152	5,469	0,006	2,130	0,105	*
	Diğer Kamu Kur. Hastane	0,119	2,767	0,007	-2,397	-0,707	0,482	0,008					*
	Diğer Kamu Hast. Yatak	0,096	2,238	0,029	1,149	0,288	0,774	0,001					*

*****: Sınama sonucunda fonksiyonel ilişki tespit edilememiştir.

+: sınama sonucunda pozitif yönlü fonksiyonel ilişki tespit edilmiştir.

Medikal turizm amacıyla gelen uluslararası hasta sayısında sağlık personeli ile hastane ve yatak arzı değişken gruplarında yer alan bağımsız değişkenlerin etkilerinin sınandığı üç aşamalı modelleme sürecinde elde edilen bulguların toplu sunumu Tablo 23'te sunulmuştur. Buna göre kurulan elli dört modelden on dördünde pozitif yönlü fonksiyonel ilişkinin varlığı belirlenebilmiştir. Belirlenen değişkenlerin yer aldığı kutucuklar koyuya boyanıp fonksiyonel ilişkinin yönü pozitif olduğu için artı işareti eklenmiş, sınama sonucunda fonksiyonel ilişki teyidinin gerçekleştirilemediği kırk değişken kutucuğundaysa belirsizlik sebebiyle yıldız işareti konulmuştur.

Tablo 23: Toplu Sonuç Tablosu

		Klasik Doğrusal Regresyon Modellemesi	**Tam logaritmik Modelleme**	**Nüfustan Arındırılmış Veri**
Sağlık Personeli	**Uzman Hekim**	*	+	+
	Pratisyen Hekim	*	+	*
	Asistan Hekim	*	*	*
	Toplam Hekim	*	+	+
	Diş Hekimi	*	+	*
	Eczacı	*	+	*
	Sağlık Memuru	*	+	*
	Hemşire	*	+	*
	Ebe	*	+	*
Hastane ve Yatak	**Toplam Hastane**	+	*	*
	Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastane	*	+	+
	Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Yatak	*	*	+
	Üniversite Hastaneleri	*	*	*
	Üniversite Hastanelerinde Yatak	*	*	*
	Özel Hastaneler	*	*	*
	Özel Hastanelerde Yatak	*	*	*
	Diğer Kamu Kurumlarında Hastane	*	*	*
	Diğer Kamu Hastanelerinde Yatak	*	*	*

4.5. Tartışma

Medikal turizmin gelişiminde çok sayıda etken mevcuttur. Reklamcılık ve pazarlama stratejileri, potansiyeli olan veya olmayan ülkelerde medikal turizmin gelişimi açısından son derece önemlidir. Rekreatif (boş zaman kullanımı) donatıların varlığı ki eğlence-dinlence-konaklama gibi faaliyetler medikal turizm için son derece önemli destekleyici unsurlar arasında yer almaktadır. Ancak medikal turizm kapsamında gelen uluslararası hastalar, geliş amaçlarını oluşturan tedavilerinde yüksek başarı elde edemezlerse, söz konusu akım geçici mahiyette olacaktır. Dolayısıyla istikrarlı bir sektörel büyümenin esas belirleyicileri, sağlık personelleri ile tıbbi işlemlerin gerçekleştirildiği sağlık kurumları ve bu kapsamda ana kurum olarak hastanelerdir. Bu çalışmada da medikal turizmde, belirleyici konumunda yer alan söz konusu iki temel varlığı oluşturan, sağlık personeli varlığı ile hastane ve yatak varlığının etkilerinin tespitine odaklanarak ekonometrik modelleme süreci gerçekleştirilmiştir.

Ağırlıklı olarak anket ve mülakat tekniklerine dayandırılarak gerçekleştirilen pek çok öncül çalışmada, hekim kalitesinin ve malpraktis sorununun medikal turist akımında büyük öneme sahip olduğu belirlenmiştir. Belirlenen bu faktörler hem sağlık personellerine yönelik gerçekleştirilen alan çalışmalarında (Bostan ve Yalçın, 2016; Altsoy ve Taştan Soy, 2019) hem de medikal turizm amacıyla ülkeye gelen uluslararası hastalara yönelik gerçekleştirilen uygulama bulgularında da açık şekilde görülmektedir (Seyfullahoğlu, 2016, Çılgınoğlu, 2018). Sağlık personelinin medikal turizm üzerindeki etkisi kapsamında gerçekleştirilen ekonometrik modellemelerde de öncül çalışmalarla örtüşen bulgular elde edilmiştir. Medikal turistlerin, 67 ile yönelişlerinde asistan hekim dışındaki sekiz tür sağlık personelinin tamamında medikal turizm hacmini arttırıcı etki, logaritmik verilerle oluşturulan modellemelerde tespit ve teyit edilmiştir. Buna göre hekim toplamının, uzman hekim ve pratisyen hekim varlıklarının, diş hekimi varlığının, tıbbi operasyon ekiplerinin vazgeçilmez unsurlarını oluşturan yardımcı sağlık personeli olarak eczacıların, hemşirelerin, ebelerin ve sağlık memurlarının hacimsel büyüklüğünün illere gelen uluslararası medikal hastaların hacimsel varlıkları üzerinde pozitif yönlü

etkisi mevcuttur. Nüfus etkisinden arındırılarak oluşturulan illerdeki sağlık personel yoğunluğunun uluslararası medikal hasta yoğunluğu üzerindeki etkisindeyse uzman hekim yoğunluğu ile hekim bütününün pozitif yönlü etkisi belirlenmiştir. Yoğunluk, aynı zamanda sektörel uzmanlaşmanın da göstergesi olduğundan kantitatif özelliği dışında kalitatif özelliği de içermektedir. Bu noktada özellikle uzman hekimlerdeki yoğunlaşmanın medikal turizm üzerindeki etkisi oldukça önemlidir. Çünkü medikal turizm kapsamında gelen uluslararası hastalar, hastanın sağlığı kapsamında tatil süreçlerinde yaşadıkları akut hastalıkların tedavisinde hekimlerden hizmet talep etmemektedirler. Söz konusu hizmet talebi, Türkiye'ye giriş öncesinde var olan sağlık sorunlarına medikal çözüm bulunmasından ileri gelmektedir. Dolayısıyla bu bulgu da hekimin ve özellikle de uzman hekimin medikal turizm açısından ne denli büyük öneme sahip olduğunu göstermesi açısından son derece değerli bir bulgu özelliği taşımaktadır.

Medikal hizmet sunucusu, sağlık personelinden sonra ikinci önemli belirleyici grubuysa hizmetin sunulacağı sağlık kurumları ve bu kurumların gelişmişlik göstergesi olarak yatak arzlarıdır. Öncül çalışmalar incelendiğinde, sağlık kurumlarındaki hizmetin ve bu kapsamda da hizmet kalitesinin medikal amaçla Türkiye'ye gelen uluslararası hastalar için son derece önemli olduğu tespiti çoğu defa yapılmış olup, önem derecesi de oldukça yüksektir (Kılıç, 2017; Çılgınoğlu, 2018, Ertaş ve Çiftçi Kıraç, 2018; Buzcu ve Birdir, 2019). Bu çalışmada elde edilen bulgular da öncül çalışmalardaki bulgularla önemli ölçüde örtüşmektedir. Çalışma kapsamında gerçekleştirilen ekonometrik modellemelerde dikkat çeken noktası ise ham verilerle yapılan uygulamalarda, illerdeki hastane bütününün medikal turizm kapsamında gelen uluslararası hasta hacminde pozitif etkiye sahip olmasına, logaritmik verilerle yapılan modellemelerdeyse sadece Sağlık Bakanlığına bağlı hastane hacminde bu etkinin tespitine karşılık özel hastaneler, üniversite hastaneleri ve diğer kamu hastanelerinde böyle bir teyidin gerçekleştirilememesidir. Yatak arzları açısındansa herhangi bir etki tespiti yapılamamıştır. Nüfustan arındırılarak gerçekleştirilen yoğunluklarda ise Sağlık Bakanlığına bağlı hastane ve yatak arzının medikal amaçlı gelen uluslararası hasta yoğunluğu üzerinde pozitif etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu noktada da kurum bazında konu ele alındığında da özel

hastane veya üniversite hastanelerinin anlamlı bir etkiye sahip olamadığı sonucuyla karşılaşılmıştır. Oysa medikal turizm kapsamında gerçekleştirilen işlemlerin büyük çoğunluğu özel hastanelerde gerçekleştirilmektedir. Buna rağmen illere göre özel hastane yoğunluğunun uluslararası hasta yoğunluğunda anlamlı etkiye sahip olmayışı dikkat çekicidir. Söz konusu bulgu, özel hastanelerde medikal turizme yönelik milli ölçekte ortak bir ilginin oluşamamasından kaynaklanması söz konusudur. Keza üniversite hastanelerinin anlamlı etkiye sahip olamayışı da bu durumu destekler niteliktedir. Oysa Sağlık Bakanlığında merkezi ölçekte planlama gerçekleştirdiğinden, hasta duyarlılığı da hacim ve il yoğunluklarına duyarlı şekilde şekillenmektedir. O halde medikal turizme ilgi düzeyi düşük geniş bir özel hastane ve üniversite hastanesi varlığının mevcut olduğu savunulabilecektir. Mevcut potansiyelin altında uluslararası hasta çekişi, bu ilgi veya ilgisizlik değişkenliğinin doğal bir sonucudur. Ancak olumlu yanı ise, medikal turizm odaklı büyük yatırımlar yapılmaksızın mevcut kapasite kullanımının oldukça yüksek düzeyde arttırılması imkanının mevcut olduğudur. Yabancı dil bilen personel istihdamında artış, reklam ve pazarlamada daha aktif olunması, kısa sürede medikal turizmde büyük ivme kazanılmasını sağlayabilecektir.

SONUÇ

Turizm sektörü özellikle gelişmekte olan ülkeler için dış ticaret açıklarının kapatılmasında, işsizliğin azaltılmasında, sermaye birikiminin sağlanmasında, tarımdan sanayi ve inşaata, finanstan ulaşıma kadar bağlantılı çok sayıda sektör ve faaliyet alanında büyüme sağlamakta ve yeni yatırımların artmasında önemli tetikleyici faaliyet alanı özelliği göstermektedir. Turizm sektörünün kendi iç çeşitliliği de, sektörün oluşturulması sonrasında alt faaliyet alanlarında çeşitlemeye gidilmesi imkânlarını sağlayan, sürekli büyüme potansiyeline sahip dinamik bir sektör özelliği göstermesine yol açmaktadır. Ancak iklim değişikliklerinden siyasal sorunlara kadar çok sayıda sosyal ve fiziksel faktörden de etkilenmesi, geçici dalgalanmaların sıklıkla yaşanmasına yol açabilmektedir. Bu sebeple de iklim değişikliği, deprem gibi doğal afetlerin veya terör gibi siyasal, sosyal kargaşaların uzun dönemli etkisinden kurtulmaya dönük, turizm alt alanlarının tespit edilerek geliştirilmesi, istikrarlı sektörel büyüme için bir ihtiyaç özelliği göstermektedir. Bu kapsamda kültür turizmi, konferans turizmi gibi alt faaliyet alanlarına genelde dikkat çekilerek turizm mevsiminin uzun döneme yayılmaya çalışılması, sıklıkla başvurulan yöntemler arasında yer almaktadır. Her ne kadar kongre ve kültür turizmi gibi konulu turizm alanlarında turist başına düşen gelir yüksek olsa da deniz-kum-güneş turizmiyle aradaki makas açıklığı yine de sınırlı kalmaktadır. Kongre turizminde süre kısa olmakta, kültür turizminde de genelde yüksek yatırım gerektirmemesi sebebiyle kuruluş maliyetleri düşük olduğundan kar marjı beş yıldızlı otellere göre oldukça yüksek olsa da ciro açısından farklılık sınırlı kalmaktadır. Bu da döviz girişi açısından ciddi bir artış sağlanmasını sınırlamaktadır. Medikal turizm de bu noktada devreye girmektedir.

Türkiye'ye gelen yabancı turistlerin gerçekleştirdikleri ortalama harcamanın 800-900 dolar civarında dalgalandığı ülkemizde, medikal turizm kapsamında gelen bir turistin yaptığı harcamalar, deniz-kum-güneş turizmi amacıyla gelen yaklaşık on turistin harcamasına ulaşmaktadır. Dolayısıyla da sağlık turizminde üçte bir ile beşte iki arasında değişen ağırlığa sahip olan medikal turizm kapsamında gelenlerin 100-150 bin kişi aralığında oldukları düşünüldüğünde, 1-1,5 milyon genel turistten elde

edilen geliri bıraktıkları sonucuna varılabilecektir. Söz konusu hacim düşünüldüğünde Türkiye'nin potansiyelinin olabildiğince altında performans sergilediği görülmektedir. Seksen bini aşan uzman hekim varlığı düşünüldüğünde, yılda hekim başına medikal turizm amaçlı gelen 1-2 uluslararası medikal turist düşüyor olduğu sonucuna ulaşılabilir. Sadece ikinci ve üçüncü basamamak sağlık hizmetlerinde, poliklinik sayısının yarım milyar civarında olduğu düşünüldüğünde, yıl içerisinde uzman hekim başına düşen ortalama poliklinik sayısının altı bini bulduğu, ayda ise beş yüz hastaya ulaşıldığı dikkat çekmektedir. Bu durumda uzman hekim başına düşen uluslararası medikal turist sayısının yılda 1-2'den ayda 1-2'ye çıkartılması, uluslararası medikal turist sayısını süratle 1,5-2 milyona taşıyacaktır. Bu hacme erişim ise 15-20 milyon deniz-kum-güneş turizmi için gelen yabancı turiste denk gelen gelir elde edilmesi anlamını taşımaktadır. Yabancı turist sayısının yıllık 25-40 milyon arasında dalgalandığı düşünüldüğünde, neredeyse mevcut hacmin yarısı kadar ilave turist ağırlama neticesinde gelir elde edimi sağlanmasıyla karşılaşılması potansiyeli oluşmaktadır. Üstelik ilave altyapı yatırımlarına dahi ihtiyaç olmaksızın, mevcut sağlık kurumlarından ve sağlık personelinden istifade edilmesiyle elde edilebilecek bir ilave gelir olanağı mevcuttur.

Tez çalışması kapsamında gerçekleştirilen ekonometrik analizler, medikal turizmde hekimin ve hekimler içerisinde de özellikle uzman hekimlerin başat aktör olduğunu göstermektedir. Sonuçta ağırlıklı olarak aile sağlığı merkezlerinde ve acil servislerde görev yapan pratisyen hekimlerin yabancı turistler için turistin sağlığı kapsamında akut tıbbi sorunların çözümünde işlevi vardır. Verilen hizmetin süresi, kapsamı ve katma değeri de düşüktür. Zaten uzman hekim varlığı ve yoğunluğunun uluslararası medikal turist hacmi ve yoğunluğunda istatistiksel olarak anlamlı ve pozitif yönlü (arttırıcı) etkiye sahip oluşunun tespiti de bu sebeptendir. O zaman medikal turizmi arttırmada kısa vadede reklam ve pazarlama stratejileri ile mevcut uzman hekim varlığının değerlendirilmesi, uzun vadede ise uzman hekim varlığının uzmanlaşmayı kolaylaştırıcı önlemlerle daha da arttırılması işlevsel görünmektedir.

Ekonometrik analizler neticesinde elde edilen bir diğer önemli bulguysa hastane ve yatak arzında sadece Sağlık Bakanlığı kapsamındakilerin medikal turizm

hacmi ve yoğunluğu üzerinde pozitif yönlü "arttırıcı" etkiye sahip olunduğunun tespitidir. Oysa medikal işlemler büyük ölçüde özel hastanelerde gerçekleşmektedir. Ancak istatistiksel olarak anlamlı etkinin ne hacim ne de yoğunluk yönünden bulunmaması, özel hastanelerde bütünsel olarak medikal turizm konusunda ortak bir strateji belirlenemediğini destekler niteliktedir. Oysa Sağlık Bakanlığında merkezi olarak planlama yapılıp, planlara uygun olarak uygulamalar tüm lokasyonlarda gerçekleştirildiğinden, medikal turizm üzerinde pozitif yönlü "arttırıcı" etkiye sahip olduğu belirlenmiştir. Bu bulgu aynı zamanda 2013 Türkiye'si için medikal turizme yönelik resmi bir destek politikasının da yürütülmekte olduğunu desteklemektedir. Üniversite hastaneleri açısından aynı etkinin tespit edilememiş olmasıysa, tıpkı özel hastanelerde olduğu gibi üniversiteler arasında da ortak bir politika oluşturulamadığını, dolayısıyla genel olarak heterojen bir yapının olduğunu göstermektedir. Hâlbuki eğitim-araştırma hastanesi olarak üçüncü basamak sağlık hizmet sunumunun bu hastanelerde gerçekleştiriliyor olması, medikal turizm açısından üniversite hastanelerinin de önemli potansiyel sahibi oluşuna yol açmaktadır. Bu kapsamda özetlemek gerekirse:

- Sağlık personeli grubu içerisinde uzman hekim varlığı ve bölgesel yoğunluğunun medikal turizmi pozitif yönde etkileme gücünün oluşundan hareketle kısa vadede mevcut uzman hekim varlığının uluslararası hasta bakımına teşvik edilmesi, uzun vadede ise pratisyenlerden uzmanlığa geçiş hızının arttırılıp, hekimlikte uzmanlaşmaya yönelinmesi, medikal turizmi arttırmada kısa, orta ve uzun vadede etkileme potansiyeline sahiptir.
- Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, medikal turizme yönelik gerçekleştirilen uygulamaların eşgüdümlü şekilde sürdürülmesi, medikal turizmi mevcut rutini içerisinde destekleyebilecektir.
- Özel hastanelerde medikal turizme yönelik istatistiksel olarak anlamlı etkinin bulunamaması, lokal düzeyde kalan bireysel veya kurumsal düzeyde medikal turizme yönelik çabaların var olduğunu desteklemektedir. O halde özel hastanelerin medikal turizme ilgisini yaygınlaştırmak, bu alandaki öncelikli hedef olmalıdır. Böylece mevcut

kapasite “yatak, personel vb” kullanımıyla uluslararası medikal turist ağırlama hacminde çok kısa sürede belirgin artış yaşanması sağlanabilecektir.

- Üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin sunulduğu üniversite hastanelerinde ise medikal turizme yönelik eşgüdüm halinde olan bir ortak politika oluşturulamadığı dikkat çekmektedir. O halde ilave yatırım yapmak gerekmeksizin mevcut potansiyeli medikal turizm hacmini arttırmada eşgüdüm sağlayacak YÖK gibi üst kuruluşlarca gerçekleştirme olanağı oldukça yüksektir.

KAYNAKLAR

Akdağ, Recep, *Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)* , T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2012.

Akdu, Uğur, *Medikal Turizmde Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Sadakatinin Değerlendirilmesi*, (Akdeniz Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Anabilim Dalı Doktora Tezi), Antalya, 2014

Akpınar Külekçi, Elif ve Işık Sezen, "Bir Ekoturizm Aktivitesi Olarak Mağara Turizmi; Erzurum İli Elmalı Mağarası Örneği" *Süleyman Demirel Üniversitesi Mimarlık Bilimleri ve Uygulamaları Dergisi,* Cilt:1, Sayı:3, s. 66-75, 2018.

Albeni, Mesut ve Utku Ongun. "Antalya Turizminin Türk Turizmi İçerisindeki Yeri ve Krizlerin Antalya Turizmi Üzerindeki Etkileri" *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt:10, Sayı: 2 s: 93-112, 2005.

Albustanlıoğlu, Tulga, *Seyahat Acenteciliği Ders Notları*, Ankara, 2009.

Altsoy, Semra ve İlknur Taştan Boz, "Medikal Turizm Alanında Faaliyet Gösteren Hastanelerdeki Mevcut Sorunlar ve Çözüm Önerileri", *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt:22, Sayı:1, s.113-134, 2019.

Arpacı, Özgür, Burhanettin Zengin, ve Orhan Batman "Karamanın Mağara Turizmi Potansiyeli ve Turizm Açısından Kullanılabilirliği" *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi,* Cilt:14, Sayı: 23 s.59-64, 2012.

Arsezen, Pelin ve Nedim Yüzbaşıoğlu "Medikal Turizm Kümesinin Gelişimi: Antalya Örneği" *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi Cilt:*13, Sayı: 1 s. 165-185, Ocak- 2015.

Aydın, Dursun, *Trabzon Sağlık Turizmi Fırsatları ve Analizi.*, Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü, Trabzon, 2014.

Aydın, Dursun, Süreyya Şeker ve Sultan Şahan, *Kamu Hastanelerinde Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Uygulama Rehberi.*, T.C.Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2011.

Aydın, Gökhan, ve Bilge Aydın, "Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Turizmi Pazarlama Uygulamaları ve Karşılaştırmalı Durum Analizi", *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, Cilt:8, Sayı:16, s.1-21, Temmuz 2015.

Aydın, Oğuz, "Türkiye'de Alternatif Bir Turizm; Sağlık Turizmi" *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi,* Cilt:14, Sayı:23, s. 91-96, 2012.

Avcıkurt, Cevdet, Ahmet Köroğlu ve Mehmet Sarıoğlan, "Türk Turizminin Türkiye Ekonomisindeki Yeri", İçinde Ed. Şenol Çavuş, Zehra Ege, Eralp Çolakoğlu, *Türk Turizm Tarihi Yapısal ve Sektörel Gelişim*, s.1-14 Detay Yayıncılık, Ankara, Nisan 2009.

Barca, Mehmet, Erdal Akdeve, İklim Gedik Balay, *Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2012*, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri. Genel Müdüdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Ankara, 2012.

Bayer, M. Zekai, *Turizme Giriş,* İşletme Fakültesi Yayın No: 253, İstanbul,1992.

BEBKA, "Bursa Sağlık Turizmi Master ve Eylem Planı" *Bursa Eskişehir Bilecik Kalkınma Ajansı,* s. 16, Bursa, 2015.

Bostan, Sedat ve Bilal Yalçın, "Sağlık Turistlerinin Medikal Destinasyon Seçimini Etkileyen Faktörler", *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, Cilt: 9, Sayı: 1 s.1729-1735, 2016.

Buzcu, Zafer, *Türkiye'de Medikal Turizm ve Özel Hastanelerde Bir Çalışma,* (Mersin Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / Sosyal Bilimler Anabilim Dalı / Turizm İşletmeciliği Bilim Dalı Doktora Tezi), Mersin, 2016.

Buzcu, Zafer ve Kemal Birdir, "Türkiye'de Medikal Turizm İncelemesi: Özel Hastanelerde Bir Çalışma", *Gaziantep University Journal of Social Sciences,* Cilt:18 Sayı:1, s.311-327, 2019.

Can, Ali , Hakan Bayraktaroğlu ve Hilmi Atalıç, "Global Perspektifle Türkiye'de Medikal Turizm Yönetimi", *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* Cilt:6, Sayı:11 s.73-81, Güz -2014.

Canoğlu, Meltem, *Türkiye'de Medikal Turizm Kapsamında Sağlık Kuruluşlarının Örgütsel Pazarlama Etkinliği ile Promosyon Stratejilerinin ve Medikal Turistlerin Motivasyonel Davranışları ile Algılarının İncelenmesi*, (Çukurova Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / İşletme Anabilim Dalı Doktora Tezi), Adana, 2015.

Çakır, Mesut, ve Aziz Bostan, "Turizm Sektörünün Ekonominin Diğer Sektörleri ile Bağlantılarının Girdi-Çıktı Analizi ile Değerlendirilmesi", *Anatolia:Turizm Araştırmaları Dergisi,* Cilt:11, Sayı: 2, s. 35-44, Eylül-Aralık. 2000.

Çakmak, Fatih ve Ömer Yılmaz, "Turizmin İktisadi Sürdürülebilirliği Açısından Kış Turizm", *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* Cilt:11, Sayı: 1 s.267-286, Haziran 2018.

Çallı, Didar Sarı, "Uluslararası Seyahatlerin Tarihi Gelişimi ve Son Seyahat Trendleri Doğrultusunda Türkiye'nin Konumu", *Turizm ve Arastırma Dergisi, Cilt:*4, Sayı: 1, s. 4-28, 2015.

Çeken, Hüseyin, Levent Ateşoğlu, Taner Dalgın ve Levent Karadağ. "Turizm Talebine Bağlı Olarak Uluslararası Turizm Hareketlerindeki Gelişmeler", *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi,* Cilt:7, Sayı:26, s: 71-85, Güz-2008.

Çılgınoğlu, Hakkı, *Uluslararası Sağlık Turizminin Ekonomik, Hukuki ve İdari Yönden Değerlendirilmesi, Türkiye'deki Hastaneler Üzerinde Örnekleme,* (Kastamonu Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / İşletme Anabilim Dalı Doktora Tezi), Kastamonu, 2018.

Çiçek, Recep ve Selçuk Avderen, "Sağlık Turizmi Açısından İç Anadolu Bölgesi'ndeki Kaplıca ve Termal Tesislerin Mevcut Yapısının ve Potansiyelinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma", *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, Cilt:15, Sayı:25, s. 25-35, 2013.

Demir, Şirvan Şen, "Beş Yıllık Kalkınma Planlarından Türkiye Turizm Stratejisi 2023'e: Turizmde Tanıtma Çalışmalarına Yönelik İçerik Analizi" *Uluslararası Avrasya Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt:5, Sayı: 15 s.101-119, 2014.

Demir, Şirvan Şen, Mahmut Demir, Çiğdem Demirci, "Medikal Turizm: Gelişimi ve Turizmin Yeri". *III. Disiplinlerarası Turizm Araştırmaları Kongresi, 03–06 Nisan 2014 Kuşadası, Aydın Bildiri Kitabı,* s.976-988, Detay Yayıncılık, Ankara, Mart 2014.

Dilek, Sebahattin Emre ve Nur Kulakoğlu Dilek, "Dünyada ve Türkiye'de Yaşanan Olayların Turizme Yansımaları: 1960'tan Günümüze Tarihsel Bir Değerlendirme" *Hitit Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt:10, Sayı: 2 s. 1083-1108, Aralık- 2017.

Dinçer, Mithat Zeki, Merve Aydoğan Çiftçi ve Eyüp Karayılan, "Gelişmekte olan Ülkelerde Medikal Turizm: Türkiye'nin Tayland, Malezya ve Hindistan'a göre Potansiyelinin Değerlendirilmesi" *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Sayı:1*, s. 34-60, Ocak-2016.

Dinçer, Mithat Zeki, ve Gürel Çetin, "Kalkınma Planlarında Turizm", içinde, ed. Derman Küçükaltan, Hüseyin Çeken ve Şefik Okan Mercan "*Değişik*

Perspektifleriyle Turizm Politikası" s.171-192, Detay Yayıncılık, Ankara, 2015.

Dökme, Sema, Mehmet Ali Parlayan ve Fedayi Yağar "Adana İlinin Medikal Turizm Potansiyelinin Değerlendirilmesi" *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi,* Cilt: 5, Sayı: 42, s.298-320, 2017.

Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Tebliğ.

DPT, *Birinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1963-1967).*, http://www3.kalkinma.gov.tr/DocObjects/View/13736/plan1.pdf
T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, s.425-429, Ankara, 1963.

DPT, *İkinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1968-1972).* http://www3.kalkinma.gov.tr/DocObjects/View/13737/plan2.pdf
T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, s.593-602. Ankara, 1968.

DPT, *Üçüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1973-1977),* *http://www3.kalkinma.gov.tr/DocObjects/View/13738/plan3.pdf*
T.C. Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, s. 614-621, Ankara 1973.

DPT, *Dördüncü Beş Yıllık Kalkınma Planı (1979-1983),* *http://www3.kalkinma.gov.tr/DocObjects/View/13739/plan4.pdf*
T.C.Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, s.409-432. Ankara,1979.

DPT, «Beşinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1985-1989), http://www3.kalkinma.gov.tr/DocObjects/View/13740/plan5.pdf
T.C.Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, s.120-121. Ankara, 1985.

DPT, *Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı (1990-1994),* http://www3.kalkinma.gov.tr/DocObjects/View/13741/plan6.pdf
T.C.Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, s. 281-282, Ankara,1990.

DPT, *Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (1996-2006).* http://www3.kalkinma.gov.tr/DocObjects/View/13742/plan7.pdf: T.C.Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, s.162-168, Ankara 1996.

DPT, *Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı (2001 - 2005)* http://www3.kalkinma.gov.tr/DocObjects/View/13743/plan8.pdf T.C.Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, s. 166-169, Ankara, 2000,

DPT. *2006 Yılı Programı.* http://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/10/2006_Y%C4%B1l%C4%B1_Program%C4%B1.pdf T.C.Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı, s.223-228, Ankara 2006.

DTO, "2017 Deniz Sektörü Raporu" İstanbul ve Marmara, Ege, Akdeniz, Karadeniz Bölgeleri Deniz Ticaret Odası, s.226, İstanbul, 2018,

Dünya Gazetesi, "Tüp Bebek Yöntemi Türkiye'de 300 Milyon Dolarlık Pazar Oldu", https://www.dunya.com/ekonomi/tup-bebek-yontemi-turkiye039de-300-milyon-dolarlik-pazar-oldu-haberi-38102 , 12 Temmuz 2008 Erişim Tarihi: 05.02.2019

Edinsel, Sercan, ve Orhan Adıgüzel, "Türkiye'nin Sağlık Turizmi Açısından Son Beş Yıldaki Dünya Ülkeleri İçindeki Konumu ve Gelişmeleri", *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* Cilt:4, Sayı: 2 s.167-190, 2014.

Emir, Gökhan, "Türk Turizminin Tarihsel Gelişimi", *Cumhuriyetten Günümüze Hükümet Programlarında Turizm(1923-2012)* içinde, yazan Gökhan Emir, Hande Uyar, Şaban Esen, s.1-22., Detay Yayıncılık, Ankara, 2012.

Eralp, Ziya. *Genel Turizm.* Ankara Üniversitesi, Basın-Yayın Yüksek Okulu Yayınları: 3, Ankara, 1983.

Ergen, Fatma Doğanay, *Türkiye'de Medikal Turizm Girişimciliği: İstanbul Örneği*, (Balıkesir Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Anabilim Dalı Doktora Tezi), Balıkesir, 2018.

Erol, Nermin ve Azize Hassan "Türkiye'ye Gelen Turist Sayısı ile Elde Edilen Turizm Gelirlerinin Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) Verilerine Göre Karşılaştırmalı Analizi", *Journal of Tourism and Gastronomy Studies,* Cilt:1, Sayı: 2 s.3-14, 2013.

Ertaş Handan ve Fatma Çiftçi Kıraç, "Sağlık Çalışanlarının Medikal Turizm Faaliyetlerine İlişkin Görüşlerinin Değerlendirilmesi", *2nd International Social and Educational Sciences Symposium,* s. 650-653. – Konya, TURKEY, 22-24 October 2018.

Eykay, İlkay, Taner Dalgın, ve Hüseyin Çeken, "İnanç Turizmi Potansiyeli Açısından Antakya'nın Değerlendirilmesi", *Journal of Life Economics (JLE),Cilt:* 2, Sayı: 2 s.59-74, 2015.

Fetscherin, Marc, ve Renée-Marie Stephano, "Perception of a Destination: Medical Tourısm Index" *Medical Tourism Magazine. com* (MedicalTourismMag.com) Sayı:33 s.32-34, 2015.

Genceli, Mehmet, *Ekonometride İstatistik Temeller*, Filiz Kitabevi, İstanbul, 1989.

Genç, Uğur, "Türkiye'de Sağlık Turizmi", *Çerçeve Dergisi,* Cilt:15, Sayı:. 43, s. 96-97, 2007.

Gökdeniz, Ayhan, ve Barış Erdem, "Turizm Politikasında Ekonomik Başarı Koşulları ve Ayvalık Örneği", *Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi,* Sayı:7 s.1-32, Haziran 2015.

Gönenç, Fulya İlçin, "Hukuki ve Etik Boyutuyla Medikal Turizm", *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi* Cilt:22, Sayı: 3, s. 1173-1184, Aralık 2016.

Güler, Kemal Güven ve Selma Demirci, *Türkiye'de Sağlık Turizmi Sektörü.* İstanbul Ticaret Odası Yayınları, İstanbul, 2012.

Gülpınar Sekban, Demet Ülkü, Makbulenur Bekar ve Cengiz Acar, "Trabzon İlinin Yayla Turizmi Potansiyelinin Değerlendirilmesi ve Farkındalık Yönünden İncelenmesi", *Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi,* Cilt: 3, Sayı: 1 s. 349-361, Bahar 2018.

Gür, Nurullah, "Yeni Türkiye'nin Yumuşak Güç Unsuru: Turizm" *Seta Perpektif,* Sayı: 58, Temmuz 2014.

Güriş, Selahattin ve Ebru Çağlayan, *Ekonometri – Temel Kavramlar*, Der Yayınları, İstanbul, 2000.

Güzel, Özlem, "Turistik Ürün Çeşitlendirmesi Kapsamında Yeni Bir Dinamik: İnanç Turizmi", *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi* Cilt:2, Sayı: 2 s. 87-100, 2010,

İçöz, Orhan, Ebru Günlü, Burcu Selin Yılmaz, Gürhan Aktaş, Osman N. Özdoğan, Zafer Öter, Devrim Yılmaz, Nilüfer Şahin, *Genel Turizm, Turizimde Temel Kavramlar ve İlkeler,* Turhan Kitabevi, Ankara, 2007.

İçöz, Orhan ve Metin Kozak, *Turizm Ekonomisi,* Turhan Kitabevi, Ankara, 1998.

ITC. *Medical and Wellness Tourism: Lessons From Asia.*, ITC,(International Trade Centre), Geneva. s.4-10, 2014.

JCI, Joint Commission International, JCI onaylı Akredite Kuruluşlar, https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/ Erişim Tarihi: 18.02.2019

Johnston, Katherine, László Puczkó, Melanie Smith ve Susie Ellis, *Wellness Tourism and Medical Tourism:Where Do Spas Fit?* Research Report: Global Spa Summıt, 2011.

Karataş, Muhammed, ve Serap Babür, "Gelişen Dünya'da Turizm Sektörünün Yeri" *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, Cilt:15, Sayı: 25 s.15-24. 2013.

Kaya, Sıdıka, Hasan Hüseyin Yıldırım, Seda Karsavuran ve Özlem Özer, *Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013,* T.C.Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Ankara, 2013.

Kılınç, İsmail, *Türkiye'de Sağlık Turizminde Rekabet Gücünü Etkileyen Faktörler Üzerine Bir Alan Araştırması,* (Süleyman Demirel Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / İktisat Anabilim Dalı / İktisat Bilim Dalı, Doktora Tezi), Isparta, 2017.

Korgavuş, Bengi, "Erzurum Palandöken'in Kış Turizmi Açısından Değerlendirilmesi", *ATA Planlama ve Tasarım Dergisi,* Cilt:1, Sayı:1 s.13-23, 2017.

Korkmaz Murat, Ayhan Aytaç, Ali Serdar Yücel, Bülent Kılıç, Fikriye Toker, Sefer Gümüş "Health Tourısm In Turkey And Practıcal Example Of Its Economıc Dımensıons" *IIB Internatıonal Refereed Academıc Socıal Scıences Journal*, Cilt: 5, Sayı: 15, s.229-246, Temmuz-Ağustos-Eylül 2014.

Kozak, Nazmi, *Genel Turizm Bilgisi,* T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2472, Eskişehir, 2002.

Kozak, Nazmi, Meryem Akoğlan Kozak ve Metin Kozak, "*Genel Turizm İlkeler-Kavramlar",* Detay Yayıncılık, Ankara, 2008.

Kozak, Nazmi, Meryem Akoğlan Kozak ve Metin Kozak, "*Genel Turizm: İlkeler – Kavramlar",* (15. Baskı), Detay Yayıncılık, Ankara, 2014.

Kozan, Gökçe Yasemin, Sami Sonat Özdemir ve Ebru Günlü, "Turizm Yazınında "Deniz Turizmi"nin Olgusal Gelişimi", *Dokuz Eylül Üniversitesi Denizcilik Fakültesi Dergisi, Cilt:* 6, Sayı: 2, s.115-129, 2015

Kuşluvan, Salih, "Türkiye'de Turizm", *Genel Turizm Bilgisi* içinde, yazan Emir Oktay, s.178-213, Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi, Eskişehir, 2016.

Lunt, Neil, Richard Smith, Mark Exworthy, Stephen T. Green, Daniel Horsfall, ve Russell Mannion. "Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A scoping review" 2010. https://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf Erişim tarihi: 01. 03. 2019

Mason, Peter, *Tourism impacts, planning and management*, Elsevier Butterworth-Heinemann, Amsterdam, 2006.

Medical Tourism History, https://www.health-tourism.com/medical-tourism/history/ Erişim tarihi:25.02.2019

Medical Tourism.com., https://medicaltourism.com/Forms/price-comparison Erişim tarihi: 25.02.2019.

Mirza, Nesibe, "İzmir Medikal Turizm Kümelenme Potansiyeli", *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt: 18, Sayı: 4, s. 743-768, 2016.

Modern Health Talk.com, https://www.mhealthtalk.com/medical-tourism-is-a-growing-trend/. Erişim Tarihi: 01.02.2019.

MTI. «Medikal Tourism Indeks.» *Medical Tourism Magazine.* Sayı:35 2017. http://www.layerstheme.com/MTM-MAG.pdf. Erişim Tarihi :01.02.2019

Olalı, Hasan. *Turizm,* Devlet Kitapları Milli Eğitim Basımevi, İstanbul, 1986.

Olalı, Hasan, *Turizm Politikası ve Planlaması,* Ege Üniversitesi İşletme Fakültesi Yayınları No:6, Ege Üniversitesi Matbaası, İzmir, 1982.

Orams, Mark. *Marine Tourism Development, İmpacts And Management.* Routledge London and New York, 1999.

ÖİKR, *Dokuzuncu Kalkınma Planı (2007-2013) Turizm Özel İhtisas Komisyonu Raporu.* T.C.Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Ankara, 2007.

ÖİKR, *Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018) Turizm Özel İhtisas Komisyonu Raporu,* T.C. Kalkınma Bakanlığı, Ankara, 2014.

Öncü, Mehmet Akif, Kahraman Çatı, ve Fuat Yalman, "Medikal Turizm Kapsamında Gelen Yabancı Hastalar ile Yerli Hastaların Memnuniyet ve sadakatlerinin Karşılaştırılması", *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt:* 7, Sayı: 14 s.45-71. 2016.

Özbay, Gülçin, "Alternatif Turizm Politikaları İçerisinde Kış Turizmi: Türkiye'ye Yönelik SWOT Analizi" *The Journal of International Lingual, Social and Educational Sciences* Cilt:4, Sayı: 2 s.203-213, Haziran 2018.

Özbek, Toros. "Jeotermal Kaynakların Sağlık ve Termal Turizmde Değerlendirilmesi" *Jeofizik Bülteni*, s.27-37, Eylül-Aralık 2011.

Özbek, Toros, "JeotermalL Kaynakların Sağlık ve Termal Turizimde Etkin Kullanımı" *Termal Turizm* içinde, ed. Mustafa Altındiş, s.57-78, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic. Ltd.Şti., İstanbul, 2015.

Özdemir, Mehmet, "Türkiye Turizminin 150'nci, Türkiye Turing Kulübü'nün 90'ncı, Turizm Bakanlığı'nın 50'nci Yılı", *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi* Cilt:24, Sayı: 1 s.126 - 140. Bahar, 2013

Özel, Bilal, Ahmet Ay, ve Mustafa Gerçeker, "Dünyada Turizm Gelişmeleri Türkiye ve Konya'ya Yansımaları," *Tarih, Kültür, sanat,Turizm ve tarım açısından Uluslararası Sarayönü Sempozyumu.* Selçuk Üniversitesi Türkiyat Araştırmaları Enstitüsü Yayınları:8, s.591-598. Konya, 24-26 Ekim 2014.

Özer, Oya, "Turizm Sektörü 1995-1999 Yılları Değerlendirmesi" İstatistik Genel Müdürlüğü Sektörel Değerlendirme Müdürlüğü, 2001.

Özpay, Gülpınar Akbulut, "Türkiye'de İnanç Turizmine Yeni Bir Örnek: Kutsal Balıklı Göl (Malatya)", *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt:* 21, Sayı:3, s.937-951, Eylül 2017.

Özsarı, Salih Haluk, ve Özlem Karatana, "Sağlık Turizmi Açısından Türkiye'nin Durumu", *J Kartal TR, Cilt:24 Sayı:2*, s.136-144, 2013.

Öztaş, Kadir, ve Tahsin Karabulut, *Turizim Ekonomisi:Genel Turizm Bilgileri.* Nobel Yayın Dağıtım, Ankara, 2006.

Öztürk, Mensure, ve Murat Bayat, "Uluslararası Turizm Hareketlerinde Sağlık Turizminin Rolü ve Kalite Çalışmalarının Önemi Bir Literatür Çalışması", *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt:1, Sayı: 2 ,s.135-156. Ocak 2011.

Pearce, Philip, Sebastian Filep, ve Glenn Ross, *Tourists, Tourism and the Good Life.* Routledge, 2010.

Resmi Gazete. «Resmi Gazete.» *Resmi Gazete.* 07 15 1930, http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/1546.pdf&main=http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/1546.pdf, Erişim Tarihi: 02.02.2019.

SATURK, *Sağlık Turizminin Tarihçesi,* http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/tyst/01.pdf , Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu, Erişim Tarihi: 22.10.2018.

SATURKa, Türkiye Sağlığın Merkezi, http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/hst/turkiyesagliginmerkezi.pdf, Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu, Erişim Tarihi: 08.02.2019.

SATURK (2018), *Sağlık Turizminde Mevzuat ve Teşvikler,* http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/tyst/11.pdf Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu, Erişim Tarihi: 22.10.2018.

Sayın, Kudret Şevket, Emine Yasemin Yeğinboy ve İbrahim Yüksel, "Türkiye'de Medikal Turizm Uygulamaları: Bir Üniversite ve İzmir Sağlık Serbest Bölgesi Değerlendirmesi", *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt:32, Sayı: 2 s.289-313, 2017

Sezer, İbrahim, "Doğu Karadeniz'de Gelişme Potansiyeli Yüksek Bir Yayla Turizm Merkezi: Kulakkaya Yaylası" *Doğu Coğrafya Dergisi, Cilt:* 20, Sayı: 34 s.89-114, 2015

Subaşı, Volkan, ve Hasan Toktaş, "Tedavi Havuzlarında Kullanılan Malzeme ve Sağlık", Bölüm 8 içinde *Termal Turizm*, ed. Mustafa Altındiş, s.107-116. Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic.Ltd.Şti., Kadıköy/ İstanbul, 2015.

Şahbaz, R. Pars , Uğur Akdu, ve Serap Akdu, "Türkiye'de Medikal Turizm Uygulamaları; İstanbul ve Ankara Örneği" *Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt:* 15, Sayı: 27 s.267-296, Haziran 2012.

T.C.Kültür ve Turizm Bakanlığı., *İnanç Turizmi*, http://yigm.kulturturizm.gov.tr/TR-10173/inanc-turizmi.html, Erişim Tarihi:10.01.2019

T.C. Sağlık Bakanlığı, *Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2017*, Ankara, 2018 https://www.saglik.gov.tr/TR,52696/saglik-istatistikleri-yilligi-2017 Erişim Tarihi:15.03.2019.

T. C. Sağlık Bakanlığıa, https://saglikturizmi.saglik.gov.tr/TR,175/saglik-turizmi-hakkinda.html. Erişim Tarihi:10. 01. 2019.

T.C. Sağlık Bakanlığıb, *Faaliyet Raporu 2018*, Ankara, 2019, *https://sgb.saglik.gov.tr/Dkmanlar/TC%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Baka*

nl%C4%B1%C4%9F%C4%B1%20Faaliyet%20Raporu%202018.pdf, Erişim Tarihi:15.02.2019.

T.C. Sağlık Bakanlığıc, "Sağlıkta Akreditasyon" https://kalite.saglik.gov.tr/TR,8789/saglikta-akreditasyon.html, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı. Erişim Tarihi:13.03.2019

TDK, *Türk Dil Kurumu,* http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&kelime=YAYLA, Erişim Tarihi: 05.01.2019

Ticaret Bakanlığı. "2015/8 Sayılı Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi hakkındaki Karar'ın Uygulama Usul Ve Kararları Hakkındaki Genelge" 2015.

Toktaş, Hasan, "Termal Suların Tedavi Edici Gücü.» içinde *Termal Turizm,* ed. Mustafa Altındiş, Bölüm. 10 ,s.125-137, Nobel Akademik Yayıncılık Eğitim Danışmanlık Tic.Ltd.Şti., İstanbul, 2015.

Toprak, Lokman, Hala Hassan Elsaied ve Samah A.Mahmood, "Turizmin Yükselen Trendi: Sağlık Turizmi ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi Örneği", *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt:* 13, Sayı: 50 s.38-57, Yaz 2014.

Tören, Emrullah, "Türkiye Turing ve Otomobil Kurumu'nun Kuruluşu ve Faaliyetleri Üzerine Bir Sözlü Tarih Araştırması", *III. Disiplinlerarası Turizm Araştırmaları Kongresi,* s.368-383, Detay Yayıncılık, Kuşadası, Aydın 2014.

Tunç, Azize, ve Firuzan Saç, *Genel Turizm Gelişimi-Geleceği,* Ankara: Detay Yayıncılık, 1998.

Turner, Leigh, "First World Health Care At Third World Prices' : Globalization, Bioethics And Medical Tourism" *BioSocieties,* Cilt: 2, Sayı 3, s. 303–325. September 2007

TÜİK, "Konularına Göre İstatistikler, İstatistiksel Tablolar ve Dinamik Sorgulama, Turizm Geliri, Gideri ve Ortalama Geceleme Sayısı", http://www.tuik.gov.tr/UstMenu.do?metod=temelist, Türkiye İstatistik Kurumu, 2019, Erişim Tarihi: 01.03.2019

TÜİKa, "Konularına Göre İstatistikler,İstatistiksel Tablolar ve Dinamik Sorgulama, Giriş Yapan Vatandaş İstatistikleri, Gidiş Nedenine Göre Giriş Yapan Vatandaşlar (Türkiye'de ikamet eden) 2004 – 2018", Türkiye İstatistik Kurumu, 2019. http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1072, Erişim Tarihi: 01.03.2019.

TÜİKb, "Geliş Nedenine Göre Çıkış Yapan Ziyaretçiler, Harcama Türlerine Göre Turizm Geliri", 2003 – 2018, http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1072 Türkiye İstatistik Kurumu, 2019, Erişim tarihi: 01.03.2019.

TÜİKc, "Konularına Göre İstatistikler, İstatistiksel Tablolar ve Dinamik Sorgulama, Geliş Nedenine Göre Çıkış Yapan Ziyaretçiler, Harcama Türlerine Göre Turizm Geliri, Turizm Geliri ve Kişi Başı Ortalama Harcama 2003-2018", http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1072, Türkiye İstatistik Kurumu, 2019, Erişim Tarihi: 01.03.2019.

Türkiye Sağlık Vakfı, *Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Turizmi 2010 Durum Analiz Raporu ve Çözüm Önerileri,* Efil Yayınevi, Ankara, 2010.

TÜROFED, *Turizm Raporu,* Akdeniz Üniversitesi Turizm Fakültesi Yayın Kurulu Türkiye Otelciler Federasyonu, Ankara,2017.

Usta, Öcal, *Turizm Genel ve Yapısal Yaklaşım,* Detay Yayıncılık, Ankara, 2009.

Ümit, Devrim, "Refugee Crisis Next Door: Turkey And The Syrian Refugees", *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi,* Cilt:3, Sayı:2, s. 1-18, 2014.

Ünüsan, Çağatay ve Mete Sezgin, *Turizm Pazarlaması,* Nüve Kültür Merkezi, İstanbul, 2007.

Yıldırım, Hasan Hüseyin,Murat Konca, Mehmet Ali Aydın, Hüsrev Diktaş, Münevver Otuzoğlu, Nurullah Okumuş, Eyüp Gümüş, *Türkiye Uluslararası Hasta Raporu 2015-2016.* T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Ankara, 2017.

Yıldırım, Hasan Hüseyin, ve Ümran Altunkaya, "Türkiye'nin Sağlık Turizmi Potansiyeli ve Güçlükler". s.1-5, Mayıs 2006

Yıldız, Arzu, "Türkiye'de Tersanelerin Tarihi ve Gemi İnşa Sanayinin Gelişimi", *Mühendis ve Makine Dergisi, Cilt:* 49, Sayı: 578, s.23-47, Mart 2008.

Yiğit, Vahit, "Kamu Hastanelerinde Medikal Turizminin Gelişimini Etkileyen Faktörler", *Vizyoner Dergisi*, Cilt: 7, Sayı:15, s. 107-119, 2016.

Yücel, M. Serhan ve M. Murat Taşar, "Demiryolunun Stratejik Önemi ve Erken Cumhuriyet Döneminde Demiryolu Siyaseti", *Vakanüvis- Uluslararası Tarih Araştırmaları Dergisi/ International Journal of Historical Researches* Cilt:1, Sayı: 1 s.293-342, Mart 2016.

Zaman, Mehmet , İbrahim Fevzi Şahin ve Salih Birinci. "Çal Mağarası (Düzköy-Trabzon) ve Çevresinin Ekoturizm Potansiyeli Açısından Önemi", *Doğu Coğrafya Dergisi, Cilt:*16, Sayı: 26, s.1-23, Ocak 2013.

Zengingönül, Oğul, Hamdi Emeç, Dilek Eser İyilikçi, ve Pelin Bingöl, *Sağlık Turizmi: İstanbul'a Yönelik Bir Araştırm,* T.C. Kalkınma Bakanlığı, İstanbul Kalkınma Ajansı, İstanbul, 2012.

EKLER

REGRESYON ANALİZİNDE KULLANILAN VERİLER

Ek-1 2013 Yılında Türkiye'ye Gelen Uluslararası Hastaların İllere Göre Sayıları

İller	İkili Anlaşmalı Ülkeler	Medikal Turizm	SGK İle Anlaşmalı Ülkeler	Turistin Sağlığı	Toplam
Antalya	0	47.649	4.498	35.020	87.167
İstanbul	154	55.985	5.170	7.533	68.842
Ankara	390	16.596	371	1.569	18.926
Kocaeli	0	13.256	98	747	14.101
İzmir	0	8.324	1.657	3.944	13.925
Muğla	0	5.430	140	7.613	13.183
Aydın	0	3.093	626	3.409	7.128
Karaman	0	213	3.849	528	4.590
Adana	0	3.459	58	514	4.031
Sakarya	0	120	2.539	834	3.493
Bursa	0	1.998	306	992	3.296
Gaziantep	0	2.198	127	439	2.764
Samsun	0	1.067	558	195	1.820
Mersin	0	819	36	812	1.667
Kayseri	0	994	113	41	1.148
Erzurum	0	905	13	155	1.073
Şanlıurfa	0	582	68	314	964
Trabzon	0	441	3	480	924
Hatay	0	746	58	81	885
Balıkesir	0	355	87	413	855
Yalova	0	625	24	203	852
Konya	0	535	27	259	821
Rize	0	214	3	598	815
Çanakkale	0	338	10	415	763
Batman	0	490	204	31	725
Eskişehir	0	413	151	73	637
Tekirdağ	0	430	19	187	636
Edirne	0	320	16	194	530
Nevşehir	0	77	4	448	529
Mardin	0	277	5	237	519
Kahramanmaraş	0	106	178	197	481
Elazığ	0	43	217	117	377
Kastamonu	0	19	2	335	356

Denizli	0	73	65	204	342
Diyarbakır	0	145	4	146	295
Ordu	0	95	27	158	280
Kars	0	88	0	171	259
Afyonkarahisar	0	152	16	65	233
Artvin	0	47	2	159	208
Manisa	0	114	6	55	175
Yozgat	0	40	75	51	166
Amasya	0	31	30	89	150
Van	0	114	1	12	127
Muş	0	0	27	88	115
Zonguldak	0	24	21	54	99
Isparta	0	55	7	34	96
Bolu	0	56	0	27	83
Iğdır	0	54	2	16	72
Kırklareli	0	25	0	42	67
Çankırı	0	47	0	2	49
Şımak	0	10	0	28	38
Çorum	0	21	4	7	32
Karabük	0	31	0	1	32
Sinop	0	3	1	25	29
Sivas	0	9	0	16	25
Kütahya	0	8	4	10	22
Osmaniye	0	12	0	9	21
Hakkari	0	4	0	16	20
Bartın	0	10	0	9	19
Ağrı	0	8	0	7	15
Niğde	0	5	0	8	13
Burdur	0	1	0	10	11
Kırşehir	0	3	0	7	10
Giresun	0	5	1	2	8
Erzincan	0	3	1	1	5
Gümüşhane	0	2	0	3	5
Kırıkkale	0	0	0	3	3
Uşak	0	2	0	0	2
Aksaray	0	1	0	0	1
Bingöl	0	0	0	1	1
Tokat	0	0	1	0	1
Bilinmeyen	0	47	0	0	47
Toplam	544	169.462	21.530	70.463	261.999

Kaynak: Kaya, Sıdıka, Hasan Hüseyin Yıldırım, Seda Karsavuran ve Özlem Özer, *Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013,* T.C.Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Ankara, 2013.

Ek-2 2013 Yılı Sağlık Personellerinin İllere Göre Sayıları

Yıl	Bölge Kodu	Bölge Adı	Uzman Hekim	Pratisyen Hekim	Asistan Hekim	Toplam Hekim	Diş Hekimi	Eczacı	Sağlık Memuru	Hemşire	Ebe
2013	TR621	Adana	2.145	1.158	521	3.824	581	724	3.610	3.631	1.404
2013	TR332	Afyonkarahisar	502	373	165	1.040	128	236	1.453	1.261	597
2013	TRA21	Ağrı	222	300	-	522	70	91	692	709	249
2013	TR712	Aksaray	203	199	-	402	73	136	738	590	292
2013	TR834	Amasya	188	191	-	379	89	122	776	729	355
2013	TR510	Ankara	9.670	2.303	4.158	16.131	2.534	2.475	12.728	13.482	3.208
2013	TR611	Antalya	2.457	1.277	512	4.246	900	1.081	4.380	3.825	1.686
2013	TR905	Artvin	88	131	-	219	41	46	457	363	199
2013	TR321	Aydın	977	635	229	1.841	295	465	1.882	1.871	974
2013	TR221	Balıkesir	839	639	35	1.513	320	464	2.043	2.135	1.345
2013	TR813	Bartın	104	125	-	229	40	65	390	342	163
2013	TRC32	Batman	299	290	-	589	57	126	811	783	254
2013	TR424	Bolu	348	155	145	648	84	114	704	711	262
2013	TR613	Burdur	142	189	-	331	73	116	651	549	401
2013	TR411	Bursa	2.417	1.300	504	4.221	757	917	3.964	5.089	1.872
2013	TR222	Çanakkale	468	260	122	850	170	186	992	1.108	622
2013	TR822	Çankırı	105	109	-	214	49	59	556	357	161
2013	TR833	Çorum	317	336	1	654	114	167	1.276	992	486
2013	TR322	Denizli	928	518	295	1.741	307	425	1.769	1.899	1.058
2013	TRC22	Diyarbakır	1.295	764	349	2.408	242	364	2.641	3.202	893
2013	TR212	Edirne	501	227	278	1.006	108	163	916	1.032	445
2013	TRB12	Elazığ	619	349	248	1.216	119	175	1.339	1.388	550

2013	TRA12	Erzincan	121	158	15	294	51	59	560	487	209
2013	TRA11	Erzurum	757	463	378	1.598	116	196	1.613	1.857	576
2013	TR412	Eskişehir	976	445	252	1.673	235	369	1.998	2.214	745
2013	TRC11	Gaziantep	1.397	875	341	2.613	291	522	2.394	2.654	920
2013	TR903	Giresun	298	258	-	556	80	149	1.196	957	537
2013	TR906	Gümüşhane	67	88	-	155	37	34	349	278	110
2013	TRB24	Hakkari	115	120	-	235	38	34	369	339	95
2013	TR631	Hatay	986	754	146	1.886	349	490	2.307	2.066	831
2013	TRA23	Iğdır	88	87	-	175	30	32	263	281	144
2013	TR612	Isparta	570	259	257	1.086	123	190	1.258	1.277	622
2013	TR100	İstanbul	15.898	4.804	5.392	26.094	5.823	5.234	13.578	20.620	5.477
2013	TR310	İzmir	5.688	2.149	1.907	9.744	1.549	1.874	7.562	8.491	2.713
2013	TR632	Kahramanmaraş	637	550	132	1.319	176	275	1.870	1.621	767
2013	TR812	Karabük	173	143	-	316	63	91	562	484	237
2013	TR522	Karaman	151	141	-	292	58	106	520	475	208
2013	TRA22	Kars	224	148	54	426	52	60	526	458	320
2013	TR821	Kastamonu	203	233	-	436	102	126	1.007	747	291
2013	TR721	Kayseri	1.290	674	528	2.492	286	480	3.167	2.820	1.002
2013	TR213	Kırklareli	240	205	-	445	109	140	639	519	327
2013	TR715	Kırşehir	143	133	-	276	45	83	688	428	262
2013	TR421	Kocaeli	1.584	787	358	2.729	463	475	2.679	3.090	1.134
2013	TR521	Konya	1.864	1.080	807	3.751	457	772	4.195	3.958	1.479
2013	TR333	Kütahya	302	296	22	620	113	177	1.130	1.069	490
2013	TR331	Manisa	1.178	808	212	2.198	309	492	2.300	2.478	1.153
2013	TRC31	Mardin	301	380	-	681	105	155	961	859	367
2013	TR622	Mersin	1.316	864	203	2.383	450	631	2.764	2.607	1.541

2013	TR323	Muğla	726	581	18	1.325	307	467	1.785	1.561	913
2013	TR714	Nevşehir	178	172	-	350	63	109	775	490	246
2013	TR713	Niğde	175	186	-	361	66	108	757	515	324
2013	TR902	Ordu	498	415	19	932	137	254	1.569	1.406	694
2013	TR633	Osmaniye	316	300	-	616	105	161	1.093	847	462
2013	TR904	Rize	198	204	76	478	77	113	639	775	316
2013	TR422	Sakarya	544	477	110	1.131	214	283	1.495	1.153	671
2013	TR831	Samsun	1.404	667	504	2.575	471	454	2.822	2.815	1.041
2013	TR823	Sinop	117	117	-	234	52	76	554	434	200
2013	TR722	Sivas	561	399	247	1.207	135	186	1.380	1.249	562
2013	TRC21	Şanlıurfa	1.041	999	135	2.175	183	371	1.896	1.792	646
2013	TRC33	Şırnak	191	295	-	486	54	62	581	521	192
2013	TR211	Tekirdağ	686	485	56	1.227	244	287	1.352	1.229	595
2013	TR901	Trabzon	873	418	442	1.733	265	311	2.258	2.396	719
2013	TR334	Uşak	236	192	-	428	87	123	753	680	533
2013	TRB21	Van	627	598	216	1.441	132	153	1.370	1.577	457
2013	TR425	Yalova	179	123	-	302	78	82	454	351	156
2013	TR723	Yozgat	291	311	25	627	69	119	1.044	857	447
2013	TR811	Zonguldak	589	346	158	1.093	126	190	1.033	1.279	483

Kaynak: TÜİK, "İstatistik Göstergeler, Bölgesel İstatistikler, Sağlık, Sağlık Personeli Sayısı, 2013", Türkiye İstatistik Kurumu, 2019.

Ek-3: 2013 Yılı Hastane ve Yatak Sayıları

Yıl	Bölge Kodu	Bölge Adı	Toplam / Kurum Sayısı	Toplam / Yatak Sayısı	Sağlık Bakanlığı / Kurum Sayısı	Sağlık Bakanlığı / Yatak Sayısı	Üniversite / Kurum Sayısı	Üniversite / Yatak Sayısı	Özel / Kurum Sayısı	Özel / Yatak Sayısı
2013	TR621	Adana	29	6.317	11	3.423	2	1.735	15	1.129
2013	TR332	Afyonkarahisar	21	1.966	17	1.442	1	337	3	187
2013	TRA21	Ağrı	11	821	8	709	-	-	2	62
2013	TR712	Aksaray	10	701	7	618	-	-	3	83
2013	TR834	Amasya	7	820	6	770	-	-	-	-
2013	TR510	Ankara	84	18.032	38	8.552	10	4.978	31	2.470
2013	TR611	Antalya	43	5.046	15	2.415	2	872	26	1.759
2013	TR905	Artvin	8	355	8	355	-	-	-	-
2013	TR321	Aydın	22	2.728	14	1.894	1	533	7	301
2013	TR221	Balıkesir	29	2.955	21	2.393	1	147	5	285
2013	TR813	Bartın	3	422	3	422	-	-	-	-
2013	TRC32	Batman	11	1.050	5	602	-	-	6	448
2013	TR424	Bolu	11	1.414	7	959	1	326	3	129
2013	TR613	Burdur	8	682	7	635	-	-	1	47
2013	TR411	Bursa	40	6.509	21	4.377	1	761	17	1.071
2013	TR222	Çanakkale	15	1.415	10	1.012	1	160	2	113
2013	TR822	Çankırı	9	439	8	361	-	-	1	78
2013	TR833	Çorum	16	1.404	14	1.283	-	-	2	121
2013	TR322	Denizli	22	2.513	13	1.448	1	679	7	356
2013	TRC22	Diyarbakır	24	4.699	14	2.418	1	1.218	8	765

2013	TR212	Edirne	10	1.927	6	835	1	942	3	150
2013	TRB12	Elazığ	13	2.907	7	1.523	1	893	4	391
2013	TRA12	Erzincan	11	644	9	516	-	-	1	78
2013	TRA11	Erzurum	24	3.586	20	1.913	1	1.188	2	185
2013	TR412	Eskişehir	19	3.487	10	1.755	2	1.156	6	411
2013	TRC11	Gaziantep	25	4.450	10	2.109	1	792	14	1.549
2013	TR903	Giresun	17	1.398	14	1.101	1	120	2	177
2013	TR906	Gümüşhane	6	334	6	334	-	-	-	-
2013	TRB24	Hakkari	4	398	3	368	-	-	-	-
2013	TR631	Hatay	22	2.739	10	1.600	1	318	10	721
2013	TRA23	Iğdır	4	296	3	260	-	-	1	36
2013	TR612	Isparta	17	1.962	10	1.214	1	463	5	253
2013	TR100	İstanbul	233	33.104	55	15.465	12	4.281	162	12.124
2013	TR310	İzmir	59	11.361	29	6.188	4	2.976	24	1.597
2013	TR632	Kahramanmaraş	19	2.181	10	1.626	1	179	8	376
2013	TR812	Karabük	6	668	4	510	-	-	2	158
2013	TR522	Karaman	5	601	3	526	-	-	2	75
2013	TRA22	Kars	7	772	5	489	1	233	-	-
2013	TR821	Kastamonu	17	1.087	15	949	-	-	2	138
2013	TR721	Kayseri	30	3.974	12	1.654	1	1.216	16	1.004
2013	TR213	Kırklareli	8	751	5	608	-	-	3	143
2013	TR715	Kırşehir	6	498	5	463	-	-	1	35
2013	TR421	Kocaeli	25	4.053	9	2.250	1	704	14	881
2013	TR521	Konya	42	6.692	25	3.606	4	2.204	12	832
2013	TR333	Kütahya	13	1.732	10	1.495	-	-	2	207
2013	TR331	Manisa	30	3.881	18	2.896	1	416	10	539

2013	TRC31	Mardin	12	968	10	830	-	-	2	138
2013	TR622	Mersin	24	3.360	12	2.210	1	407	11	743
2013	TR323	Muğla	24	1.940	11	1.267	-	-	12	623
2013	TR714	Nevşehir	6	580	4	460	-	-	2	120
2013	TR713	Niğde	7	681	6	645	-	-	1	36
2013	TR902	Ordu	17	1.905	12	1.480	-	-	5	425
2013	TR633	Osmaniye	8	944	3	670	-	-	5	274
2013	TR904	Rize	9	1.018	8	972	-	-	1	46
2013	TR422	Sakarya	19	1.690	13	1.453	-	-	6	237
2013	TR831	Samsun	29	4.074	19	2.541	1	775	8	728
2013	TR823	Sinop	7	510	7	510	-	-	-	-
2013	TR722	Sivas	21	2.445	18	1.259	1	1.061	1	95
2013	TRC21	Şanlıurfa	20	2.698	14	1.954	1	308	5	436
2013	TRC33	Şırnak	9	684	7	583	-	-	1	51
2013	TR211	Tekirdağ	21	1.873	10	1.072	1	126	9	475
2013	TR901	Trabzon	21	3.326	17	2.240	1	780	3	306
2013	TR334	Uşak	8	978	6	765	-	-	2	213
2013	TRB21	Van	16	2.442	10	1.325	1	606	4	447
2013	TR425	Yalova	6	382	3	247	-	-	3	135
2013	TR723	Yozgat	17	1.018	14	833	1	100	2	85
2013	TR811	Zonguldak	11	2.056	8	1.467	1	490	2	99

Kaynak: TÜİK, "İstatistik Göstergeler, Bölgesel İstatistikler, Sağlık, Hastane ve Yatak Sayıları, 2013", Türkiye İstatistik Kurumu, 2019.

Ek-4: 2013 yılı Nüfus Sayıları

Yıl	İller	Nüfus Sayıları
2013	Adana	2.149.260
2013	Afyonkarahisar	707.123
2013	Ağrı	551.177
2013	Aksaray	382.806
2013	Amasya	321.977
2013	Ankara	5.045.083
2013	Antalya	2.158.265
2013	Artvin	169.334
2013	Aydın	1.020.957
2013	Balıkesir	1.162.761
2013	Bartın	189.139
2013	Batman	547.581
2013	Bolu	283.496
2013	Burdur	257.267
2013	Bursa	2.740.970
2013	Çanakkale	502.328
2013	Çankırı	190.909
2013	Çorum	532.080
2013	Denizli	963.464
2013	Diyarbakır	1.607.437
2013	Edirne	398.582
2013	Elazığ	568.239
2013	Erzincan	219.996
2013	Erzurum	766.729
2013	Eskişehir	799.724
2013	Gaziantep	1.844.438
2013	Giresun	425.007
2013	Gümüşhane	141.412
2013	Hakkari	273.041
2013	Hatay	1.503.066
2013	Iğdır	190.424
2013	Isparta	417.774
2013	İstanbul	14.160.467
2013	İzmir	4.061.074
2013	Kahramanmaraş	1.075.706
2013	Karabük	230.251
2013	Karaman	237.939
2013	Kars	300.874
2013	Kastamonu	368.093

2013	Kayseri	1.295.355
2013	Kırklareli	340.559
2013	Kırşehir	223.498
2013	Kocaeli	1.676.202
2013	Konya	2.079.225
2013	Kütahya	572.059
2013	Manisa	1.359.463
2013	Mardin	779.738
2013	Mersin	1.705.774
2013	Muğla	866.665
2013	Nevşehir	285.460
2013	Niğde	343.658
2013	Ordu	731.452
2013	Osmaniye	498.981
2013	Rize	328.205
2013	Sakarya	917.373
2013	Samsun	1.261.810
2013	Sinop	204.568
2013	Sivas	623.824
2013	Şanlıurfa	1.801.980
2013	Şımak	475.255
2013	Tekirdağ	874.475
2013	Trabzon	758.237
2013	Uşak	346.508
2013	Van	1.070.113
2013	Yalova	220.122
2013	Yozgat	444.211
2013	Zonguldak	601.567

Kaynak: TÜİK, " Temel İstatistikler, Nüfus İstatistikleri, Yıllara Göre İl Nüfusları 2013", Türkiye İstatistik Kurumu, 2019.