

Nahcivan'dan Gelen Hastaların Sağlık Hizmeti Talebinin Belirleyicilerinin Sıralı Lojistik Regresyon Modeli ile Araştırılması: Erzurum İli Uygulaması

Öz: Son yıllarda hizmet sektörü içinde popüler hale gelen sağlık turizminin özellikle ekonomik açıdan önemi gün geçtikçe artmaktadır. Sağlık hizmeti alma ihtiyacı bireylerin sürekli değişen istek ve ihtiyaçları doğrultusunda şekillenmekte ve teknolojik ilerlemelerle birlikte değişim göstermektedir. Gelişmekte olan ülkelerden biri olan Türkiye'de sağlık turizmi, gelişim halindeki bir sektördür. Bu kapsamda çalışmanın amacı, sağlık hizmeti almak için Erzurum'a gelen Nahcivan uyruklu vatandaşların sağlık hizmeti talebini etkileyen faktörlerin araştırılmasıdır. Araştırmada kullanılan anketin yapıldığı dönem itibariyle Erzurum'a sağlık hizmeti almak için bireylerin yaklaşık %34'ü ilk kez, %37'si 2-4 kez ve %30'u ise 5 kez ve daha fazla gelmiştir. Çalışma, sağlık hizmeti talep sıklığını ve bu sıklığı etkileyen faktörlerin sıralı lojistik regresyon analiziyle araştırılmasına dayanmaktadır. Çalışmada yaş, iş durumu, gelir, Erzurum'daki sağlık kurumlarının tercih edilmesi, sağlık hizmetlerinin fiyatı, başvuru ve kayıt işlemlerinde geçen süre, doktor ve hemşire hizmetleri, konaklama ve hastane ücreti, Erzurum'daki sağlık hizmetlerinin ülke, kültür ve dil yakınlığı nedeniyle tercih edilmesi değişkenlerinin sağlık hizmeti talebi üzerinde etkili olduğu belirlenmiştir. Tahmin edilen model sonuçlarına göre, Erzurum'daki sağlık hizmetlerini ülkeye yakınlık nedeniyle tercih etmeyen bireylerin ülkeye yakınlık nedeniyle tercih edenlere göre ilk kez sağlık hizmeti talep etme sıklığı %17,4 daha azdır. Konaklama ücreti 151-250 ve 251-400 ₺ olan kişilerin konaklama ücreti 50 ₺ ve altındakilere göre ilk kez sağlık hizmeti talep etme sıklığı sırasıyla %13,7 ve %16,5 daha azdır. Hastane ücreti 51-150 ₺ olan kişilerin hastane ücreti 50 ₺ ve altındakilere göre ilk kez sağlık hizmeti talep etme sıklığı %13,5 daha azdır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Hizmeti, Sağlık Turizmi, Sıralı Lojistik Regresyon, Erzurum, Nahcivan.

Determinants of Health Service Demand of Patients Coming from Nakhchivan: Erzurum Application

Abstract: The importance of health tourism, which has become popular in the service sector in recent years, is increasing day by day, especially in economic terms. The need to receive health services is shaped in line with the ever-changing demands and needs of individuals and changes with technological advances. In Turkey, one of the developing countries, health tourism is a developing sector. In this context, the aim of the study is to investigate the factors affecting the health service demand of Nakhchivan citizens who come to Erzurum to receive health services. As of the period of the survey used in the research, about 34% of the individuals came to Erzurum for the first time, 37% 2-4 times, and 30% came 5 times or more to receive health services. The study is based on investigating the frequency of health service demand and the factors affecting this frequency with ordinal logistic regression analysis. In the study, it has been determined that the variables of age, job status, income, preference of health institutions in Erzurum, price of health services, time spent in application and registration procedures, doctor and nurse services, accommodation and hospital fees, preference of health services in Erzurum due to country, culture and language proximity. According to the estimated model results, individuals who do not prefer health services in Erzurum because of proximity to the country are 17.4% less likely to request health services for the first time than those who prefer them because of proximity to the country. Persons with an accommodation fee of ₺151-250 and 251-400 ₺ are 13.7% and 16.5% less likely to request healthcare services for the first time than those with an accommodation fee of ₺50 and below. Persons with a hospital fee of 51-150 ₺ are 13.5% less likely to request health services for the first time than those with a hospital fee of 50 ₺ and below.

Keywords: *Health Services, Health Tourism, Ordinal Logistic Regression, Erzurum, Nakhchivan*

I. Giriş

Sağlık insanlığın varoluşundan bu yana hayatın en önemli değeri olarak görülmektedir. Artan teknolojik gelişmeler ile çoğu hastalığa ilişkin tedavilerin gelişmesi insan ömrünün uzamasına neden olmuştur. Ayrıca sağlık alanındaki gelişmeler, uzun ömürlülüğün yanı sıra sağlığın korunması ve geliştirilmesi gerekliliğinden ötürü daha kaliteli bir yaşam beklentisinin artmasına da neden olmuştur (Nordenfelt, 2007: 4). Sıklıkla tartışılan ve gelişmeye devam eden sağlık, sadece nasıl hissettiğimiz değil, bunun yanı sıra topluma nasıl dâhil olduğumuzu da etkileyen önemli bir unsurdur (AIHW, 2008: 4). Literatürde sağlık kavramı açısından en fazla kabul gören tanım, “sadece sakatlığın ve hastalığın yokluğu değil, bireylerin fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik hali” şeklinde ifade edilmektedir. Bu tanım 1946 yılında Uluslararası Sağlık Konferansı’nda görüşülerek, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)’nün Anayasası 7 Nisan 1948 tarihinde yürürlüğe girmiştir ve sağlık tanımı değişmemiştir (WHO, 2014: 1).

Toplumlar geçmişten günümüze kadar hayatta kalabilmek için savaştadır ki gerçekleştirilen tüm faaliyetlerin ortak amacı da budur. Hayatta kalabilmeyi başaran toplumların ikinci amaçları ise sağlıklı bir şekilde yaşamın sürdürülmesidir. Sağlıklı olmak, temel bir ihtiyaçtır; onsuz diğer mal ve hizmetlerin anlamı da yoktur (Witter, 2002: 4). Bu nedenle sağlığın önemi tartışılmamakta ve vazgeçilmez bir servet olduğu kabul edilmektedir (WHO, 1981: 15). Bir ülkenin ekonomisinin güçlü olması ve ekonomik büyümesinin sağlanıp sürdürülebilir kılınması için öncelikle sağlıklı bireylerden oluşan bir topluma sahip olmasına bağlıdır. Sağlıklı bir toplumdan söz edebilmek için toplumun ihtiyaçlarını karşılayacak sağlık hizmetlerinin sunulması gerekmektedir (Akin, 2007: 28). Sağlık hakkını güvence altına almanın ilk koşulu ister kamu ister özel sektör yoluyla olsun; yeterli, sürdürülebilir ve ulaşılabilir sağlık hizmeti sunmaktır (WHO, 2000: 50).

Sağlık, bireyin tam iyilik halinde olması şeklinde tanımlanırken; sağlık hizmetleri de bu iyilik halinin korunması, bozulması halinde tedavi edilmesi ve geri dönüşü olmayan problemlerde ise bu duruma uyum sağlamasına yönelik rehabilite edici hizmetleri ifade etmektedir (Gençoğlu, 2018: 302). İnsanların en büyük hazinesi olan sağlığın elde edilmesi korunması ve sürdürülebilirliğinin sağlanması amacıyla, sağlıkla ilgili mal ve hizmet üreten bütün kurum ve kuruluşların oluşturduğu yapı genel olarak sağlık sektörüdür. Bu sektör tarafından sağlık odaklı gerçekleştirilen tüm faaliyetler ise sağlık hizmetleri olarak tanımlanmaktadır (Ersöz, 2008: 95). Genel itibariyle bu hizmet, birey ve toplumun hastalıklarını tedavi etmek amacıyla kullanılan kaynaklardır. Tedavi ve bakım hizmetlerinin dışında, toplum sağlığı için daha önemli bir konumda bulunan, insanların hasta olmalarını engellemeye yönelik birtakım faaliyetler de sağlık hizmetlerinin kapsamına girmektedir. Bu iki unsurun ötesinde sağlık hizmeti, tıbbi müdahalelerin sonrasında kimi zaman gerekli olan rehabilitasyon hizmetlerini içermektedir (Olsen, 2009: 6). Ayrıca sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis, tedavi ve rehabilitasyonu yanında, hastalıkların önlenmesi ve toplumun sağlık düzeyinin geliştirilmesi ile ilgili faaliyetleri de kapsamaktadır (Küçükmadan, 2015: 33). DSÖ tarafından temel sağlık hizmetleri, “pratik, bilimsel olarak geçerli ve sosyal olarak kabul edilebilir yöntemlerle, bir ülkenin ve toplumun karşılayabileceği bir maliyetle erişilebilir kılınan gerekli bir sağlık hizmetidir” şeklinde ifade edilmiştir (Nutbeam, 1998: 352).

Sağlık hizmetleri diğer hizmet alanlarından farklı birtakım özelliklere sahiptir. Bu özellikler hizmetin insan hayatında taşıdığı önem itibari ile farklı bir boyut taşımaktadır. Sağlık hizmetleri emeğin yoğun olduğu soyut hizmetlerdendir. Teknolojik gelişmelerin en fazla gerçekleştiği sektör sağlık hizmetleri olmasına rağmen, sağlık hizmetlerinin üretilmesi ve sunulması büyük oranda bireysel emek gücüne dayandığı için emek ağırlığını korumaktadır (Atlı & Yücel, 2018: 49). Sağlık hizmetlerini diğer mal ve hizmetlerden ayıran kendine özgü özellikleri; kamusal özellik (Saraçoğlu & Öztürk, 2014: 309), sağlık hizmetlerinin parasal

değeri daha az olan bir hizmet alanı ile ikame edilememesi (Mushkin, 1958: 786-787), asimetrik bilgi (Phelps, 2003: 2; Şenatalar, 2003: 27), insani bir hak olması (Assembly, 1948: 17), sağlığın global kamusal mal niteliği sebebiyle uluslararası tartışılan bir sorun olması (Çoban, 2009: 12), ertelenememesi ve depolanamaması (Küçükmadan, 2015: 34), dışsallık (Dewar, 2010: 37), devlet müdahalesinin gerekliliği (Çelikay & Gümüş, 2010: 193), hizmette belirsizlik (Folland, Goodman & Stano, 2007: 13), arzın talep yaratması (Hurley, 2000: 67) olarak ele alınmaktadır.

Sağlık hizmetinin temel amacı ise; toplumun sağlık çıtasının yükseltilmesi ve sağlıklı olma durumunun devamlılığı için çaba sarf edilmesi, bireylerin hastalıklardan korunması, hastaların uygun yöntemler ile tedavi edilmesi ve kimseye bağımlı olmadan kendi kendine yetecek şekilde yaşamlarının sağlanması şeklinde ifade edilmektedir. Tüm bu çabalar neticesinde, bireylerin sağlıklı geçirecekleri hayatın ve üretkenliklerinin uzatılması ve işgücü kayıplarının azaltılması, psikolojik açıdan daha iyi olmaları, yüksek morale sahip olmaları istenmekte ve sağlıklı toplumun devamlılığı hedeflenmektedir (Somunoğlu, 2012: 5).

Bir toplumun yaşanılabilirlik kalitesini yansıtan sağlığa ilişkin hastalık oranlarının azalması, yaşam kalitesinin artması, salgın hastalıkların önlenmesi gibi değerler sağlık standartlarını göstermektedir. Toplumlar sağlıklı yaşam standartlarına ulaşmak ve sürdürülebilmek için sürekli bir arayış içerisinde. İnsanlığın varoluşundan itibaren bu alanda yapılan harcamalar ve yatırımlar oldukça önem arz etmektedir. Bu yüzden daha sağlıklı ve daha kaliteli bir yaşam, toplumların önceliği olmuştur. Sağlığın yitirilmemesi, hastalıkların iyileştirilmesi ve oluşabilecek her türlü hastalığa karşı sağlık bilimi her zaman gelişime açıktır. Dolayısıyla sağlık alanında sürekli bir gelişme ve iyileşme söz konusudur. Bu nedenle farklı ülkelerde çeşitli alternatifler geliştirilmiştir. Dünyanın küresel hale gelmesiyle birlikte uluslararası alanda da sağlık alışverişleri gündeme gelmiştir. Bu alanda son yıllarda öne çıkan konulardan birisi de sağlık turizmidir (Kördeve, 2016: 52).

T.C. Sağlık Bakanlığının tanımına göre sağlık turizmi, “bireylerin hem koruyucu hem tedavi edici hem rehabilite edici hem de sağlığı geliştirici hizmetleri almak amacı ile yaşadıkları ülke dışında bir ülkeye ziyaretleridir (Tontuş, 2017: 2). Bir başka tanıma göre sağlık turizmi, sağlığın korunması ve hastalıkların iyileştirilebilmesi için bireylerin gittikleri yerde gece konaklayacak şekilde seyahat etmeleridir (Hall, 2013: 274). Reisman’a göre ise, sağlık turizmi sağlık seyahatinden ayrılmaktadır. Sağlık seyahatinde ciddi ve hayati tedavi ve ameliyatlar için ikamet ettiği yerden başka destinasyonlara giden kişiler işlerini bitirir bitirmez evlerine dönmek isteyeceklerdir. Bu nedenle bu bireylerin seyahati sağlık turizmi kapsamında ele alınmamalıdır. Sağlık turizminde ise bireyler daha az hayati önem taşıyan tedavi, koruyucu sağlık hizmeti vb. durumlar için ikamet yerlerinden başka yerlere seyahat etmekte ve aynı zamanda gittikleri destinasyonu gezme/görme eylemi içerisindeyler (Reisman, 2010: 88). Bu geniş tanımlamalardan yola çıkarak sağlık turizmi üç başlık altında sınıflandırılmaktadır. Bu başlıklar:

- Sağlık güzellik turizmi
- Tedavi turizmi
- Rehabilitasyon

olarak ele alınmaktadır (Gonzales, Brenzel & Sancho, 2001: 20).

Türkiye sağlık sektöründe elde ettiği tecrübe, gelişen teknolojisi ve sunduğu maliyet imkânlarıyla sağlık sektöründe birçok sağlık turistinin ilgisini çekmekte ve ülke ekonomisi için oldukça önem arz eden deniz-kum-güneş turizmi, kültür ve şehir turizmi gibi turizm faaliyetlerine yakın zamanda sağlık turizmini de eklemiştir (Öğüt, Yeşilyurt & Yurtseven, 2018: 65). Türkiye genç nüfus oranının yüksek ve eğitime elverişli işgücü potansiyeline sahip olması, gelişmiş insan kaynakları ve güçlenen ekonomisi sayesinde son yıllarda gittikçe artan şekilde tercih edilen bir turizm destinasyonudur. Bunun yanı sıra ülkenin sahip olduğu altyapı olanakları, rekabetçi fiyat avantajı, devlet desteği, bulunduğu coğrafi konum itibarıyla sahip

olduğu doğal ve tarihi zenginlikler, uygun iklim koşulları, sağlık hizmetlerine yapılan yatırımların artması ve sağlıkta dönüşüm programlarının olumlu sonuçlar vermesiyle Türkiye sadece turizm için değil sağlık turizmi açısından da bir cazibe merkezi haline gelmiştir. Ancak ülkenin sağlık turizminde lider ülke konumuna gelebilmesi için sadece tıp alanında değil, yaşlı sağlık bakımı ve termal sağlık turizmi gibi alanlarda da iyileştirmeler yapılması gerekmektedir (Aydın, vd., 2011: 2-4; Tontuş, 2011: 5).

2000’li yıllardan bu yana Türkiye’de yurtiçi ve yurtdışı ile yarışabilecek nitelikte sağlık kuruluşlarının sayısı ve bunun yanı sıra Avrupa standartlarıyla rekabet edebilecek düzeyde kamu destekli yatırımlar da her geçen gün artmaktadır (Tontuş & Akarcalı, 2016: 12). Sağlık turizmi son yıllarda birçok alanda olduğu gibi akademik alanda da ilgi görmeye başlamıştır. Akademik araştırmalar incelendiğinde, kendi ülkesinin durumundan yola çıkarak ucuz ve kaliteli bir sağlık hizmeti alabilmek için bir başka ülkeye seyahat eden turistler bu konudaki bilimsel çalışmaların ana kitlesini oluşturmaktadır (Aktepe, 2013: 183).

Bu sebeple araştırmadaki amaç, Nahcivan uyruklu vatandaşların “Erzurum’dan sağlık hizmetleri alma talebini etkileyen faktörleri tespit etmek, Erzurum’daki sağlık hizmetleri hakkındaki fikirlerini ve tutumlarını” ortaya çıkarmaktır. Ayrıca “sağlık hizmetleri talebini etkileyen çeşitli faktörleri sıralı lojistik regresyon analiziyle” incelemektir.

II. Literatür Taraması

Sağlık turizmi, özellikle son yıllarda yerli ve yabancı literatürde farklı kapsam ve yöntemlerle yaygın biçimde çalışılan bir konu haline gelmiştir. Bu konuya ilişkin çalışmalardan bazıları Tablo 1’de verilmiştir.

Tablo 1: Literatür Taraması

Yazar	Çalışmanın Amacı	Materyal/Metot	Sonuç
Gülmez (2012)	Türkiye’de sağlık turizmi; türleri, mevcut durumu ve dünyadaki yerinin incelenmesidir.	Çalışmalar ve verilerin yorumlanması, SWOT Analizi	Türkiye’deki sağlık turizminin avantajları belirlenmiş ve rekabet edilebilirlik düzeyi belirlenmiştir.

Topsöğüt (2019)	Sağlık turizmi kapsamında ülkenin rekabet edebilirlik düzeyini ölçmeyi amaçlamıştır.	Veri analizi tekniği	Yapılan çalışma doğrultusunda sağlık sektörü ile geleneksel turizmin içerdiği diğer alanlarla birlikte hareket edilmesi ile ülkenin sağlık turizmi sektöründe rekabet edebilirliğinin artırılabilmesine yönelik bulgular elde edilmiştir.
İçöz (2009)	Türkiye’de yeni gelişmekte olan ve dünyada da son 10-15 yıldır gelişerek yaygınlık kazanmaya başlayan medikal turizmin gelişme olanaklarını araştırmaktır.	Kuramsal değerlendirme	Türkiye dünya geneline bakıldığında sağlık turizmi ve özellikle medikal turizmde henüz gelişme aşamasındadır. Bununla birlikte Türkiye’nin, sağlık turizminde gelişme potansiyeline sahip olduğu ortaya çıkmıştır.
Ekinci (2019)	Sağlık Turizminde Gelir ve Kurumlar Vergisi İndiriminin sağlık turizmi gelirleri üzerindeki etkisini incelemektir.	Müdahale Analizi	Analiz sonuçlarına göre Gelir ve Kurumlar Vergisi İndiriminin turizm gelirine %29 oranında etki ettiği belirlenmiştir.
Albayrak (2020)	Şehir Hastanelerinin sağlık turizmi üzerindeki etkisini incelemeyi amaçlamıştır.	SWOT Analizi	Yapılan araştırma sonucunda özellikle bireysel girişimcilik konusunda ülkemizin yetersiz olduğu ortaya çıkmıştır. Bu doğrultuda ülkemizde devlet elinin sağlık sektörünün üzerinde olması, sağlık turizminde lokomotif olması ve bu konuda özel sektöre de öncülük etmesi gerektiği ortaya çıkmıştır. Geliştirilecek politikalarla sağlık turizmi desteklenmesi ve özel sektör yönlendirilmesi konusunda öneriler sunulmuştur.
Ünal ve Demirel (2011)	Türkiye’de gelişmekte olan sağlık turizmi ve özellikle termal turizm konusunda Batı Karadeniz Bölgesi’ndeki durumun incelenmesi ve bu bölge için alternatif gelir kaynağı oluşturabilecek bir turizm türü olarak sağlık turizmine katılanların beklenti ve memnuniyet düzeylerinin araştırılmasıdır.	Veri toplama tekniği olarak anket yapılmıştır.	Sağlık turizminden ağırlıklı olarak faydalanan misafirlerin erkek, 40 yaş üzeri, 1501-3000₺ aralığında aylık gelire sahip, eğitim durumu lisedir. Misafirler genel olarak işletmelerin hijyen ve fiyat düzeylerinden memnundurlar. Misafirler tesis seçiminde kendi tecrübelerinden ziyade arkadaş tavsiyelerini daha önemli bulmuşlardır.
Acar ve Turan (2016)	Sağlık çalışanlarının sağlık turizmi farkındalığının incelenmesi amaçlanmıştır.	Faktör Analizi ve MANOVA	Sağlık çalışanlarının sağlık turizmi farkındalığı demografik özellikler ve sağlık turizmi uygulamalarını değerlendirdikleri kapsam (il bazında ve hastane bazında)’a göre değişmektedir.
Çavuş ve Gönenbaba (2020)	Erzurum ilindeki hastanelerin sağlık turizmi açısından değerlendirmesi amaçlanmıştır.	Görüşme Tekniği	Araştırma sonucunda hastanelerin bazı dallarda fiziksel altyapısının oldukça yeterli olduğu ancak tamamlayıcı faktörler, personel eğitimi ve pazarlama gibi alanlarda eksiklerin mevcut olduğu tespit edilmiştir.
Kayhan (2018)	Türkiye’ye sağlık turizmi kapsamında başvuran hastaların tercihlerini etkileyen faktörlerin incelenmesi	Tanımlayıcı istatistikler ve parametrik olmayan istatistiksel analizler	Çalışma sonuçlarına göre sağlık turizmi için başvuran hastaların tercihlerini etkileyen faktörler arasında en belirgin olanlar tedavi ücretlerinin ucuzluğu, Müslüman ülke olması ve coğrafi yakınlıktır. Ayrıca anket yapılan hastaneyi en çok internetten ve arkadaş tavsiyesi ile öğrendikleri tespit edilmiştir.
Edinsel ve Adıgüzel (2014)	Türkiye’nin son beş yıldaki sağlık turizmi açısından Dünya ülkeleri içindeki konumu ve gelişmelerini incelemiştir.	Kuramsal değerlendirme	Türkiye’nin sağlık turizmi açısından güçlü bir ülke olmakla birlikte tanıtımının yetersiz olduğu düşünülmektedir. Türkiye’de termal turizm kapsamında birçok zengin kaplıca ve ılıcaların olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte mineraller açısından zengin kurlerin yapılabileceği birçok imkâna sahip olunmasına rağmen tesis imkânları ve alt yapının yetersiz olduğu ortaya çıkmıştır.
Lee (2006)	Asya ülkelerindeki sağlık turizmi faaliyetleri incelenerek, geleceği hakkında öngörülebilir bulunulması hedeflenmiştir.	Veri Analizi Tekniği	Çalışmanın sonucuna göre, sağlık turizminin yakın gelecekte daha önemli bir sektör olacağı ortaya çıkmıştır. Bunun yanı sıra Asya ülkelerindeki turizm girişimcilerine birçok fırsat sunulmaktadır.

Badulescu ve Badulescu (2014)	Medikal turizm bileşenleri incelenerek genel yapısı ve yaşanan sorunlar hakkında bilgi verilmesi hedeflenmiştir.	Veri Analizi Tekniği	Yapılan çalışmanı neticesinde, medikal turizm, turizm girişimcilerine hem sağlık hizmetleri hem de turistik hizmetler ile ilgili fırsatlar sunmaktadır. Bunun yanı sıra medikal turist alan ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin kötüleşmesi, medikal turist gönderen ülkelerdeki sağlık sistemindeki kriz, tıbbi ve turizm hizmetlerinin aşırı tüketilmesi gibi sosyal ve ekonomik sınırlar konusunda yaşanan olduğu tespit edilmiştir.
Aigbogun vd., (2013)	Malezya'da sağlık turizmini etkileyen faktörleri araştırmıştır.	Çoklu regresyon analizi ve ANOVA	Sağlık turizminin; sağlık bakanlığı politikaları, turizm bakanlığı rolleri, sınırlar ve konsolosluktaki işlemler, özel hastaneler ve diğer sağlık bakım hizmetlerinin durumu ve dernek stratejileri ve acente hizmetleri tarafından etkilendiği tespit edilmiştir.
Tang (2015)	Malezya'daki sağlık turizminin ekonomik büyümeye etkisini araştırmıştır.	Eşbütünleşme Analizi, Hata Düzeltme Modeli ve Granger nedensellik analizi	Çalışmanın sonuçlarına göre sağlık turizminin ekonomik büyüme üzerinde etkili olduğu tespit edilmiştir.
Cheah & Abdul-Rahim (2018)	Tayland, Singapur ve Malezya'da sağlık turizmi ve ekonomik büyüme arasındaki ilişkiyi incelemiştir.	Panel ARDL Yöntemi	Analiz sonuçlarına göre, değişkenler arasında kısa ve uzun dönemde istatistiki açıdan pozitif ilişki olduğu belirlenmiştir.
Kaur (2016)	Hindistan'daki medikal turizminin yapısı incelenerek gelişimine katkı sağlayacak önerilerin belirlenmesi amaçlanmıştır.	Anket çalışması	Yapılan çalışma doğrultusunda, Hindistan'da medikal turizmin gelişmesinde; hastanelerin birinci sınıf hizmet sağlamaları, düşük tedavi maliyetleri, gelişmiş alt yapı imkanları ve Hint tıbbi servis sağlayıcılarının kullandığı son teknolojinin önemli olduğu vurgulanmıştır.
Gupta & Das (2012)	Sağlık turistlerinin Hindistan sağlık turizmi üzerine görüşlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.	Görüşme tekniği	Sağlık turistleri, kolay para dönüştürme imkânı olup olmadığı, seyahat ve vize imkânları, tedavi sonrası bakım hizmeti ve refakatçinin konaklaması konularındaki endişelerini belirtmişlerdir.
İzadi vd., (2012)	İran'da sağlık turizminin mevcut durumunu ve ülkeye özgü potansiyellerini araştırmaktır.	Veri Analizi Tekniği	Araştırmanın sonucuna göre, İran, sağlık turizmi açısından potansiyellerinden faydalanılabilir bir ülke durumundadır. Bunun yanı sıra sağlık turizminin güçlü noktalarına daha fazla vurgu yapılarak tanıtımının yapılmasıyla hedef ve vizyonlarına ulaşabilir.
Smith (2015)	Baltık ülkelerindeki sağlık turizmini incelemeyi amaçlamışlardır.	Veri Analizi Tekniği	Baltık ülkelerinin sağlık turizmi kaynakları, cazibe merkezleri ve ürünlerindeki özellikleri belirlemelerine yardımcı olurken, işbirliği ve sağlık turizmi için ortak bir bölgesel markayı teşvik etmektedir.
Anvekar (2012)	Hindistan'da bir pazarlama stratejisi oluşturmak amacıyla marka imajını etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.	Tanımlayıcı istatistikler	Çalışmada doğrultusunda 70 uluslararası hasta ile görüşülmüştür. Bu görüşlere göre; Hindistan'ı tercih etmelerindeki ilk neden düşük fiyatlardaki tedavi olanaklarıdır. Bununla birlikte hastaların %76'sı kaliteli yemek ve içecek bulunmadığını ifade ederken %50'si güvenlik konusunda memnun olmadıkları tespit edilmiştir.

III. Materyal ve Metot

A. Sıralı Lojistik Regresyon Analizi

Regresyon yöntemleri, araştırmacıların bağımsız değişkenlerin bağımlı değişken üzerindeki etkisinin büyüklüğünü tahmin etmelerine olanak sağlamaktadır. Bu nedenle, bağımsız ve bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiyi çeşitli amaçlarla incelemede regresyon yöntemleri kullanılmaktadır (Albayrak, 2006: 225; Chen & Hughes, 2004: 1).

Bağımlı değişken kategorisinin ikiden fazla olması durumunda kullanılacak birçok model bulunmaktadır. Bunlardan biri de çoklu (multinomial) lojistik regresyon modelidir. Bu model, çok kategorili ve nominal yapıdaki bağımlı değişken olasılıklarını tahmin etmede kullanılan bir yöntemdir (Kalfa & Çakır, 2020: 1416). Bazı durumlarda ise çok kategorili bağımlı değişken sıralı bir yapıda olabilir. Bu durumda ikiden çok kategorili sıralı (ordinal) niteliksel değişkenin olduğu sıralı lojistik regresyon yöntemi kullanılmaktadır. Bağımlı değişkenin kategorilerinin sıralı ölçekle ölçüldüğü durumlarda uygulanan bir teknik olan bu modelde bağımlı değişken üç veya daha fazla kategoride ve doğal bir sıralamanın küçükten büyüğe doğru kodlanmış yapıda olması gerekmektedir. Sıralı logit modeli;

$$Pr(Y \leq y_j | x) = \left[\frac{\exp(a_j - x' \beta)}{1 + \exp(a_j - x' \beta)} \right] j = 1, 2, \dots, J - 1 \quad (1)$$

eşitlik (1)'deki gibi gösterilmektedir. Bu eşitlikte odds oranlarının doğal logaritması alındığında;

$$\text{logit}(\pi_j) = \log\left(\frac{\pi_j}{1 - \pi_j}\right) \quad (2)$$

$$\log = \left[\frac{Pr(Y \leq y_j | x)}{Pr(Y > y_j | x)} \right] = a_j - x' \beta \quad (3)$$

eşitlik (2) ve eşitlik (3) şeklinde yazılarak, eşitliklerdeki y_j sıralı kategorik bağımlı değişken, x' açıklayıcı değişkenlerin bir vektörü, a_j 'ler $J - 1$ tane kestiriciye karşılık gelen kesme noktaları, $a_1 \leq a_2 \leq \dots \leq a_{j-1}$; β 'lar ise $\beta = (\beta_1, \dots, \beta_k)'$ x' e karşılık gelen regresyon katsayılarının bir vektörü olmaktadır. Bu β katsayılarının bağımlı değişken kategorilerinden bağımsız, yani tüm

yığılımlı lojistiklerde k 'ıncı bağımsız değişkene ait β 'lar birbirine eşit olarak bilinmektedir. β 'ların her bir kesme noktasında eşitliği yani parametre tahminlerinin kesme noktalarına göre değişiklik göstermediği sıralı lojistik regresyonda paralel doğrular varsayımı olarak bilinmektedir (Ananth & Kleinbaum, 1997: 1324). Sıralanmış yapıdaki kategorik bağımlı değişken ile bağımsız değişken (veya değişkenler) arasındaki ilişkinin belirlenmesinde sıralı lojistik regresyon yönteminin kullanılabilir en uygun yöntem olduğu bildirilmektedir (Ayhan, 2006: 21-22).

B. Veri

Araştırmanın rnekleme erevesi Nahcivan'dan Erzurum'a sağlık hizmeti almak için gelen bireylerdir. Araştırmadaki veri seti bu örnekleme çerçevesinde yapılan anket çalışmasıyla elde edilmiştir. Çalışmada kullanılacak veri seti, Erzurum'un merkez ilçelerinden Yakutiye'de yer alan Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Atatürk Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde uygulanan bir anket yardımıyla elde edilen yatay-kesit verilerinden oluşmaktadır. Yapılan çalışmada kullanılan veri setini oluşturmak maksadıyla oluşturulan anket, 2019 yılında Nahcivan'dan Erzurum'daki sağlık hizmetlerini talep eden yaklaşık 500 kişiden 300'ne yüz yüze uygulanarak birincil veriler elde edilmiştir.

C. Araştırmada Kullanılan Değişkenler ve Tanımlamaları

Çalışmanın bağımlı değişkeni 3 kategoriden (1: İlk, 2: 2-4, 3: 5 ve üstü) oluşan Erzurum'daki sağlık hizmeti talebinin sıklığıdır. Bu değişken ordinal (sıralı) lekle ölçülmüş bir değişken olduğundan analizler sıralı lojistik regresyon modeli ile yapılmıştır. Çalışmada bu bağımlı değişkenlerle ilişkili olabileceği düşünülen bağımsız değişkenler tarif edilmiştir. Bu bağımsız değişkenlerin bazıları nominal ölçekle bazıları ordinal ölçekle ölçülmüştür. Diğer yandan, Erzurum iline gelen hastaların sağlık hizmeti hakkındaki düşüncelerini belirlemek ve bu kişilerin sağlık hizmetleri talebini etkileyen faktörleri tespit etmek amacıyla bu değişkenle ilişkili olabileceği düşünülen demografik değişkenler cinsiyet (kadın, erkek), yaş grubu (24 ve

altı, 25-34, 35-44, 45-54, 55 ve üzeri), medeni durum (bekâr, evli, boşanmış), eğitim durumu (okuryazar değil, ilkokul, ortaokul, lise, üniversite, lisansüstü), iş durumu (işsiz\iş arıyor, ev hanımı, emekli, mevsimlik işçi, çalışamaz durumda, mülk sahibi, diğer), gelir (0-250, 250-500, 500-750, 750-1000 ve 1000 ₺ ve üstü) şeklindedir. Sağlık hizmetleri hakkında yöneltilen sorulara ilişkin sağlık hizmetlerinden faydalanma şekli (sigorta, özel ödeme, diğer), sağlık kurumlarının tercih edilme sebebi (acil durum\kazalar, muayene, kontrol, checkup, ameliyat, gebelik durumu, diğer), hastaneden alınan tedavi türü (ayakta tedavi, yataklı tedavi), sağlık hizmetlerinin fiyatı (çok pahalı, pahalı, kararsız, ucuz, çok ucuz), başvuru ve kayıt işlemlerinde geçen süre, muayene ve kontrol süresi, doktor hizmeti, hemşire hizmeti ve hijyen değişkenleri, “çok kötü”, “kötü”, “kararsız”, “iyi” ve “çok iyi” şeklinde beş farklı kategoriden oluşmaktadır. Sağlık hizmetlerine ilişkin ücretlere göre uluslararası ulaşım, konaklama, ilaç ve hastane ücreti değişkenleri “50 ₺ ve altı”, “51-150 ₺”, “151-250 ₺”, “251-400” ve “401 ₺ ve üzeri” şeklindedir. Sağlık hizmetlerini tercih etme sebeplerine ilişkin ülke yakınlığından dolayı tercih, kültür ve dil yakınlığından dolayı tercih değişkenleri, “kesinlikle katılmıyor”, “katılmıyor”, “kararsız”, “katılıyor” ve “kesinlikle katılıyor” şeklinde beş farklı kategoriden oluşmaktadır.

D. Araştırma Metodolojisi

Bu çalışmada, verinin yapısı gereği bağımlı değişken olan Erzurum’a sağlık hizmeti talebinin sıklığı değişkeninin kategorileri arasında üstünlük veya doğal bir sıralama söz konusu olması sıralı lojistik regresyon yönteminin kullanılmasını gerektirmektedir. Çalışmada istatistiksel analizler STATA ve SPSS paket programları kullanılarak elde edilmiştir. Öncelikle modele alınacak bağımlı değişken ve bağımsız değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri elde edilmiştir. Sıralı lojistik regresyon modeli tahmin edilmeden önce modele alınacak olan bağımsız değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantı olup olmadığı test edilmiştir. Daha sonra sıralı lojistik regresyon analizi uygulanarak sağlık hizmeti alma talebini etkileyen faktörler tespit edilmiştir.

IV. Bulgular

A. Tanımlayıcı İstatistikler

Tablo 2'ye göre, ankete cevap veren 300 kişinin, %53'ü erkek, %24'ü 35-44 yaş aralığında, %42'si evli ve %22'si ise ilkokul mezunudur. Kişilerin %17'si iş durumunu mevsimlik işçi olarak tanımlarken, %21'i 250 ₺ ve altı aylık gelire sahip olmakla birlikte, %39'u sağlık hizmetlerinden özel ödeme yoluyla faydalanmaktadır. Ankete cevap veren kişilerin %30'u acil durum/kazalar sebebiyle Erzurum'daki sağlık hizmetlerini tercih etmekte ve %25'i ise Erzurum'daki sağlık hizmetlerinin fiyatını ucuz bulmaktadır. Kişilerin %26'sı başvuru ve kayıt işlemlerinde geçen süreyi iyi olarak değerlendirmekte ve %51'i ise hastaneden ayakta tedavi hizmeti almaktadır. Hastaların %29'u muayene ve kontrol süresini iyi olarak değerlendirirken, %26'sı doktor hizmetlerinin çok iyi ve hemşire hizmetlerinin ise iyi olduğunu düşünmekte ve kişilerin %27'si Erzurum'daki sağlık kurumlarının hijyen durumunun iyi olduğunu düşünmektedir. Ankete cevap verenlerin %24'ü 50 ₺ ve altı uluslararası ulaşım ücreti öderken, %23'ü 151-250 ₺ konaklama ücreti, %25'i 251-400 ₺ ilaç ücreti ve %23'ü ise 151-250 ₺ hastane ücreti ödemektedir. Kişilerin %47'si Erzurum'daki sağlık hizmetlerini ülkelerine yakın olması nedeniyle tercih ederken, %48'i ise Erzurum'daki sağlık hizmetlerini kültür ve dil yakınlığı nedeniyle tercih etmektedir.

Tablo 2: Tanımlayıcı İstatistikler

Değişkenler	Frekans	Yüzde (%)	Değişkenler	Frekans	Yüzde (%)
Cinsiyet			Muayene ve Kontrol Süresi		
Kadın	142	47,3	Çok kötü	48	16,0
Erkek	158	52,7	Kötü	59	19,7
Yaş			Kararsız	59	19,7
24 ve altı	50	16,7	İyi	86	28,7
25-34	64	21,3	Çok iyi	48	16,0
35-44	71	23,7	Doktor Hizmeti		
45-54	57	19,0	Çok kötü	50	16,7
55 ve üzeri	58	19,3	Kötü	52	17,3
Medeni Durum			Kararsız	56	18,7
Bekâr	91	30,3	İyi	65	21,7

Evli	125	41,7	Çok iyi	77	25,7
Boşanmış	84	28,0	Hemşire Hizmeti		
Eğitim			Çok kötü	46	15,3
Okuryazar değil	35	11,7	Kötü	52	17,3
İlkokul	67	22,3	Kararsız	55	18,3
Ortaokul	55	18,3	İyi	78	26,0
Lise	45	15,0	Çok iyi	69	23,0
Üniversite	56	18,7	Hijyen		
Yüksek lisans\Doktora	42	14,0	Çok kötü	54	18,0
İş Durumu			Kötü	46	15,3
İşsiz\İş arıyor	48	16,0	Kararsız	54	18,0
Ev hanımı	43	14,3	İyi	80	26,7
Emekli	43	14,3	Çok iyi	66	22,0
Mevsimlik İşçi	52	17,3	Uluslararası ulaşım ücreti		
Çalışamaz durumda	37	12,3	50 ₺ ve altı	71	23,7
Mülk sahibi	44	14,7	51-150 ₺	67	22,3
Diğer	33	11,0	151-250 ₺	52	17,3
Gelir			251-400 ₺	52	17,3
250 ₺* ve altı	64	21,3	401 ₺ ve üzeri	58	19,3
251-500 ₺	60	20,0	Konaklama ücreti		
501-750 ₺	59	19,7	50 ₺ ve altı	51	17,0
751-1000 ₺	63	21,0	51-150 ₺	64	21,3
1001 ₺ ve üzeri	54	18,0	151-250 ₺	70	23,3
Sağlık hizmetlerinden faydalanma şekli			251-400 ₺	56	18,7
Sigorta	91	30,3	401 ₺ ve üzeri	59	19,7
Özel ödeme	116	38,7	İlaç ücreti		
Diğer	93	31,0	50 ₺ ve altı	56	18,7
Sağlık kurumlarının tercih edilme sebebi			51-150 ₺	58	19,3
Acil Durum\Kazalar	40	30,3	151-250 ₺	64	21,3
Muayene	51	17,0	251-400 ₺	75	25,0
Kontrol	44	14,7	401 ₺ ve üzeri	47	15,7
Checkup	41	13,7	Hastane ücreti		
Ameliyat	43	14,3	50 ₺ ve altı	54	18,0
Gebelik durumu	30	10,0	51-150 ₺	48	16,0
Diğer	51	17,0	151-250 ₺	70	23,3
Sağlık hizmetlerinin fiyatı			251-400 ₺	65	21,7
Çok pahalı	56	18,7	401 ₺ ve üzeri	63	21,0
Pahalı	69	23,0	Sağlık hizmetlerinin ülke yakınlığı nedeniyle tercihi		
Kararsız	55	18,3	Kesinlikle katılmıyorum	51	17,0
Ucuz	74	24,7	Katılmıyorum	64	21,3
Çok ucuz	46	15,3	Kararsızım	40	13,3
Başvuru ve kayıt işlemlerinde geçen süre			Katılıyorum	56	18,7
Çok kötü	52	17,3	Kesinlikle katılıyorum	89	28,7

			Sağlık hizmetlerinin kültür ve dil yakınlığı nedeniyle tercihi		
Kötü	58	19,3	Kesinlikle katılmıyorum	45	15,0
Kararsız	62	20,7	Katılmıyorum	60	20,0
İyi	78	26,0	Kararsızım	53	17,7
Çok iyi	50	16,7	Katılıyorum	71	23,7
Hastaneden alınan tedavi türü			Kesinlikle katılıyorum	71	23,7
Ayakta tedavi	153	51,0			
Yataklı tedavi	147	49,0			

*n: Manat

Sıralı lojistik regresyon modellerinin kurulmasından önce sağlanması gereken varsayım paralel eğriler varsayımının sağlanmasıdır. Bu varsayıma göre belirlenen regresyon katsayılarının farklı kategoriler için değişmemesi gerekmektedir (Şerbetçi ve Özçomak, 2013: 95). Bu modele ait paralel eğriler varsayımını test eden Brant (P değeri) = 1,000 > 0.05 olduğundan %5 önem seviyesinde H_0 hipotezi reddedilemez. Bu durum, tahmin edilen regresyon katsayılarının bağımlı değişkenin her bir kategorisinde aynı olduğunu ve paralel eğriler varsayımının sağlandığını göstermektedir. Çalışmada bağımlı değişken “Erzurum’daki sağlık hizmeti talebinin sıklığı” üç kategorili olduğu için nitel değişkenli ekonometrik modellerden “Sıralı Lojistik Regresyon Modeli” kullanılmıştır.

Sıralı lojistik regresyon analizi yapılmadan önce bağımsız değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantı sorununun tespit edilmesi amacıyla, modele alınacak olan bağımsız değişkenler arasında VIF değerleri incelenmiştir. VIF (Variance Inflation Factors) değeri, 5 ve üzerinde bulunan değişkenlerin orta derecede, 10 ve üzerinde bulunanların ise yüksek derecede çoklu doğrusal bağlantı sorununa sebep olduğu belirtilmektedir (Bagheri, Habshah & Imon, 2012: 1381). Tablo 3’te görüldüğü gibi, modele alınan hiçbir bağımsız değişken 5 ya da daha fazla VIF değerine sahip değildir. Bu durum, modeldeki değişkenler arasında çoklu doğrusal bağlantı sorunun olmadığını belirtmektedir. Modele alınacak bağımsız değişkenler belirlendikten sonra sağlık hizmeti talebini etkileyen faktörlerin sıralı lojistik regresyon yöntemiyle elde edilen tahmin sonuçları Tablo 3’te verilmiştir. Kurulan modelin istatistiksel açıdan bir bütün olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Prob > chi2 = 0,002). Bu sonuçlara

göre yaş, iş durumu, gelir, Erzurum'daki sağlık kurumlarının tercih edilme sebebi, sağlık hizmetlerinin fiyatı, başvuru ve kayıt işlemlerinde geçen süre, doktor ve hemşire hizmetleri, konaklama ve hastane ücreti, Erzurum'daki sağlık hizmetlerinin ülke, kültür ve dil yakınlığı nedeniyle tercih etme durumu değişkenleri sağlık hizmeti talebi üzerinde istatistiki açıdan anlamlı etkiye sahiptir.

Tablo 3: Sıralı Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Değişkenler	β	Std. Hata	P	VIF
Cinsiyet (Ref: Kadın)				
	-0,421	0,283	0,136	1,46
Yaş (Ref: 24 ve altı)				
25-34	-0,699	0,446	0,117	2,51
35-44	-0,804	0,443	0,070	2,56
45-54	-0,295	0,423	0,486	2,15
55 ve üzeri	-0,624	0,432	0,149	2,26
Medeni Durum (Ref: Bekâr)				
Evli	0,011	0,341	0,973	1,99
Boşanmış	-0,023	0,355	0,949	1,78
Eğitim (Ref: Okuryazar Değil)				
İlkokul	0,461	0,476	0,333	3,03
Ortaokul	0,382	0,507	0,451	2,91
Lise	0,246	0,504	0,626	2,52
Üniversite	-0,032	0,492	0,948	2,77
Yüksek lisans\Doktora	-0,128	0,501	0,798	2,40
İş Durumu (Ref: İşsiz\İş arıyor)				
Ev hanımı	0,567	0,490	0,247	2,22
Emekli	0,864	0,487	0,076	2,06
Mevsimlik İşçi	0,460	0,456	0,313	2,13
Çalışamaz durumda	0,559	0,513	0,276	2,05
Mülk sahibi	0,353	0,479	0,461	2,12
Diğer	0,823	0,521	0,114	1,96
Gelir (Ref: 250 ₺ ve altı)				
251-500 ₺	0,285	0,407	0,484	2,00
501-750 ₺	-0,429	0,413	0,299	1,97
751-1000 ₺	0,040	0,409	0,923	2,06
1001 ₺ ve üzeri	0,810	0,423	0,055	2,05
Sağlık hizmetlerinden faydalanma şekli (Ref: Sigorta)				
Özel ödeme	-0,447	0,365	0,221	2,35
Diğer	-0,442	0,362	0,222	2,07
Sağlık kurumlarının tercih edilme sebebi (Ref: Diğer)				
Acil Durum\Kazalar	0,509	0,480	0,289	1,99

Muayene	-0,128	0,466	0,784	2,24
Kontrol	-0,891	0,477	0,062	2,09
Checkup	-0,815	0,471	0,083	1,94
Ameliyat	-0,456	0,471	0,333	2,12
Gebelik durumu	0,768	0,539	0,154	1,91
Sağlık hizmetlerinin fiyatı (Ref: Çok ucuz)				
Çok pahalı	0,798	0,481	0,097	2,54
Pahalı	0,990	0,447	0,027	2,55
Kararsız	0,767	0,450	0,088	2,24
Ucuz	-0,038	0,432	0,931	2,52
Başvuru ve kayıt işlemlerinde geçen süre (Ref: Çok iyi)				
Çok kötü	-0,092	0,468	0,845	2,36
Kötü	0,033	0,448	0,942	2,35
Kararsız	0,925	0,454	0,042	2,47
İyi	0,603	0,456	0,186	3,02
Hastaneden alınan tedavi türü (Ref: Ayakta tedavi)				
Yataklı tedavi	0,099	0,275	0,720	1,40
Muayene ve Kontrol Süresi (Ref: Çok iyi)				
Çok kötü	0,207	0,491	0,673	2,41
Kötü	0,000	0,443	0,999	2,31
Kararsız	0,719	0,452	0,112	2,43
İyi	0,159	0,426	0,709	2,87
Doktor Hizmeti (Ref: Çok iyi)				
Çok kötü	0,109	0,428	0,800	1,94
Kötü	0,625	0,436	0,152	2,07
Kararsız	0,597	0,418	0,153	1,98
İyi	0,641	0,385	0,095	2,02
Hemşire Hizmeti (Ref: Çok iyi)				
Çok kötü	0,281	0,464	0,544	2,06
Kötü	0,181	0,424	0,669	1,88
Kararsız	0,811	0,440	0,065	2,12
İyi	0,139	0,380	0,714	2,17
Hijyen (Ref: Çok iyi)				
Çok kötü	-0,360	0,424	0,395	1,97
Kötü	0,473	0,463	0,307	2,05
Kararsız	-0,075	0,441	0,866	2,12
İyi	-0,186	0,385	0,630	2,17
Uluslararası ulaşım ücreti (Ref: 50 ₺ ve altı)				
51-150 ₺	-0,072	0,416	0,862	2,17
151-250 ₺	0,069	0,412	0,866	1,94
251-400 ₺	0,633	0,435	0,146	1,98
401 ₺ ve üzeri	-0,268	0,420	0,523	2,04
Konaklama ücreti (Ref: 50 ₺ ve altı)				
51-150 ₺	0,298	0,450	0,507	2,53
151-250 ₺	0,730	0,444	0,100	2,64
251-400 ₺	0,890	0,476	0,062	2,37

401 ₺ ve üzeri	0,630	0,472	0,182	2,52
İlaç ücreti (Ref: 50 ₺ ve altı)				
51-150 ₺	0,298	0,445	0,503	2,25
151-250 ₺	-0,550	0,415	0,185	2,15
251-400 ₺	-0,605	0,419	0,148	2,34
401 ₺ ve üzeri	-0,260	0,473	0,583	2,08
Hastane ücreti (Ref: 50 ₺ ve altı)				
51-150 ₺	0,798	0,464	0,086	2,22
151-250 ₺	-0,296	0,414	0,474	2,38
251-400 ₺	0,002	0,404	0,995	2,17
401 ₺ ve üzeri	-0,520	0,425	0,222	2,32
Sağlık hizmetlerinin ülke yakınlığı nedeniyle tercihi (Ref: Kesinlikle katılıyorum)				
Kesinlikle katılmıyorum	0,380	0,428	0,376	1,90
Katılmıyorum	0,952	0,410	0,020	2,00
Kararsızım	0,428	0,455	0,347	1,83
Katılıyorum	0,319	0,397	0,421	1,84
Sağlık hizmetlerinin kültür ve dil yakınlığı nedeniyle tercihi (Ref: Kesinlikle katılıyorum)				
Kesinlikle katılmıyorum	-1,445	0,482	0,003	2,18
Katılmıyorum	-1,070	0,455	0,019	2,48
Kararsızım	-1,138	0,448	0,011	2,33
Katılıyorum	-0,608	0,405	0,133	2,22

Tablo 4'e göre, 35-44 yaş aralığındaki kişilerin 24 yaş ve altındakilere göre ilk kez sağlık hizmeti talep etme sıklığı %14,6 daha fazladır. Emeklilerin iş arayan kişilere göre ilk kez sağlık hizmeti talep etme sıklığı %16,2 daha azdır. Aylık geliri 1001 ₺ ve üzeri olan kişilerin aylık geliri 250 ₺ ve altı olan kişilere göre ilk kez sağlık hizmeti talep etme sıklığı %14,2 daha azdır. Kontrol ve checkup nedeniyle sağlık kurumlarını tercih eden bireylerin diğer nedenlerle sağlık kurumlarını tercih edenlere göre ilk kez sağlık hizmeti talep etme sıklığı sırasıyla %17,1 ve %15,6 daha fazladır. Erzurum'daki sağlık hizmetlerinin fiyatını çok pahalı ve pahalı bulan kişilerin sağlık hizmetlerinin fiyatını çok ucuz bulanlara göre ilk kez sağlık hizmeti talep etme sıklığı sırasıyla %15,1 ve %18,4 daha azdır. Başvuru ve kayıt işlemlerinde geçen sürenin iyi olup olmadığı konusunda kararsız olan kişilerin bu süreyi çok iyi olarak değerlendiren kişilere göre ilk kez sağlık hizmeti talep etme sıklığı %16,7 daha azdır. Doktor hizmetlerini iyi olarak değerlendiren kişilerin doktor hizmetlerini çok iyi olarak değerlendirenlere göre ilk kez sağlık hizmeti talep etme sıklığı %12,1 daha azdır. Hemşire hizmetlerinin iyi olup olmadığı konusunda

kararsız olan bireylerin hemşire hizmetlerini çok iyi olarak değerlendirenlere göre ilk kez sağlık hizmeti talep etme sıklığı %14,6 daha azdır. Konaklama ücreti 151-250 ve 251-400 ₺ olan kişilerin konaklama ücreti 50 ₺ ve altındakilere göre ilk kez sağlık hizmeti talep etme sıklığı sırasıyla %13,7 ve %16,5 daha azdır. Hastane ücreti 51-150 ₺ olan kişilerin hastane ücreti 50 ₺ ve altındakilere göre ilk kez sağlık hizmeti talep etme sıklığı %13,5 daha azdır. Erzurum'daki sağlık hizmetlerini ülkeye yakınlık nedeniyle tercih etmeyen bireylerin ülkeye yakınlık nedeniyle tercih edenlere göre ilk kez sağlık hizmeti talep etme sıklığı %17,4 daha azdır. Erzurum'daki sağlık hizmetlerini kültür ve dil yakınlığı nedeniyle tercih etmeyen bireylerin kültür ve dil yakınlığı nedeniyle tercih edenlere göre ilk kez sağlık hizmeti talep etme sıklığı %18,6 daha fazladır.

Tablo 4'e göre, 35-44 yaş aralığındaki kişilerin 24 yaş ve altındakilere göre 5 kez ve üzeri sağlık hizmeti talep etme sıklığı %13,1 daha azdır. Emeklilerin iş arayan kişilere göre 5 kez ve üzeri sağlık hizmeti talep etme sıklığı %13,2 daha fazladır. Aylık geliri 1001 ₺ ve üzeri olan kişilerin aylık geliri 250 ₺ ve altı olan kişilere göre 5 kez ve üzeri sağlık hizmeti talep etme sıklığı %13,8 daha fazladır. Kontrol ve checkup nedeniyle sağlık kurumlarını tercih eden bireylerin diğer nedenlerle sağlık kurumlarını tercih edenlere göre 5 kez ve üzeri sağlık hizmeti talep etme sıklığı sırasıyla %13 ve %12,1 daha azdır. Erzurum'daki sağlık hizmetlerinin fiyatını çok pahalı ve pahalı bulan kişilerin sağlık hizmetlerinin fiyatını çok ucuz bulanlara göre 5 kez ve üzeri sağlık hizmeti talep etme sıklığı sırasıyla %12,1 ve %15,5 daha fazladır. Konaklama ücreti 151-250 ve 251-400 ₺ olan kişilerin konaklama ücreti 50 ₺ ve altındakilere göre 5 kez ve üzeri sağlık hizmeti talep etme sıklığı sırasıyla %10,9 ve %13,6 daha fazladır. Hastane ücreti 51-150 ₺ olan kişilerin hastane ücreti 50 ₺ ve altındakilere göre 5 kez ve üzeri sağlık hizmeti talep etme sıklığı %14,2 daha fazladır. Erzurum'daki sağlık hizmetlerini ülkeye yakınlık nedeniyle tercih etmeyen bireylerin ülkeye yakınlık nedeniyle tercih edenlere göre 5 kez ve üzeri sağlık hizmeti talep etme sıklığı %15,2 daha fazladır. Erzurum'daki sağlık hizmetlerini

kültür ve dil yakınlığı nedeniyle kesinlikle tercih etmeyen, tercih etmeyen ve bu konuda kararsız olan bireylerin kültür ve dil yakınlığı nedeniyle tercih edenlere göre 5 kez ve üzeri sağlık hizmeti talep etme sıklığı sırasıyla %22,8, %17,9 ve %18,8 daha azdır.

Tablo 4: Marjinal Etkiler

Türkiye'den Sağlık Hizmeti Alma Durumu						
Değişkenler	İlk kez		2-4 kez		5 kez ve üzeri	
	dy/dx	Std. Hata	dy/dx	Std. Hata	dy/dx	Std. Hata
Cinsiyet (Ref: Kadın)	0,078	0,052	-0,012	0,009	-0,066	0,044
Yaş (Ref: 24 ve altı)						
25-34	0,126	0,078	-0,010	0,013	-0,115	0,074
35-44	0,146***	0,078	-0,015	0,014	-0,131***	0,073
45-54	0,051	0,072	0,001	0,006	-0,051	0,074
55 ve üzeri	0,111	0,076	-0,007	0,012	-0,104	0,072
Medeni Durum (Ref: Bekâr)						
Evli	-0,002	0,063	0,000	0,010	0,002	0,054
Boşanmış	0,004	0,066	-0,001	0,011	-0,004	0,055
Eğitim (Ref: Okuryazar değil)						
İlkokul	-0,085	0,088	0,011	0,016	0,074	0,074
Ortaokul	-0,071	0,094	0,010	0,017	0,060	0,079
Lise	-0,046	0,095	0,008	0,018	0,038	0,078
Üniversite	0,006	0,094	-0,001	0,021	-0,005	0,073
Yüksek lisans\Doktora	0,025	0,096	-0,006	0,024	-0,019	0,073
İş Durumu (Ref: İşsiz\İş arıyor)						
Ev hanımı	-0,109	0,093	0,027	0,024	0,082	0,071
Emekli	-0,162***	0,089	0,031	0,023	0,132***	0,075
Mevsimlik İşçi	-0,089	0,087	0,023	0,025	0,065	0,064
Çalışamaz durumda	-0,107	0,097	0,026	0,025	0,081	0,075
Mülk sahibi	-0,068	0,093	0,019	0,027	0,049	0,067
Diğer	-0,155	0,096	0,031	0,023	0,125	0,080
Gelir (Ref: 250 ₺ ve altı)						
251-500 ₺	-0,053	0,076	0,008	0,012	0,045	0,064
501-750 ₺	0,083	0,079	-0,023	0,023	-0,060	0,057
751-1000 ₺	-0,008	0,077	0,001	0,015	0,006	0,062
1001 ₺ ve üzeri	-0,142**	0,073	0,005	0,014	0,138***	0,072
Sağlık hizmetlerinden faydalanma şekli (Ref: Sigorta)						
Özel ödeme	0,082	0,066	-0,010	0,009	-0,072	0,059
Diğer	0,081	0,066	-0,010	0,010	-0,071	0,058
Sağlık kurumlarının tercih edilme sebebi (Ref: Diğer)						
Acil Durum\Kazalar	-0,086	0,080	-0,006	0,012	0,092	0,087
Muayene	0,023	0,085	-0,002	0,008	-0,021	0,078
Kontrol	0,171***	0,090	-0,041	0,027	-0,130***	0,068
Checkup	0,156***	0,088	-0,035	0,025	-0,121***	0,069
Ameliyat	0,086	0,088	-0,013	0,017	-0,072	0,074

Gebelik durumu	-0,125	0,084	-0,017	0,023	0,142	0,101
Sağlık hizmetlerinin fiyatı (Ref: Çok ucuz)						
Çok pahalı	-0,151***	0,089	0,029	0,023	0,121***	0,072
Pahalı	-0,184**	0,082	0,029	0,023	0,155**	0,067
Kararsız	-0,145***	0,084	0,029	0,023	0,116***	0,066
Ucuz	0,007	0,085	-0,003	0,029	-0,005	0,056
Başvuru ve kayıt işlemlerinde geçen süre (Ref: Çok iyi)						
Çok kötü	0,018	0,091	-0,005	0,026	-0,013	0,065
Kötü	-0,006	0,087	0,002	0,023	0,005	0,063
Kararsız	-0,167**	0,081	0,015	0,018	0,152**	0,072
İyi	-0,113	0,084	0,018	0,018	0,095	0,070
Hastaneden alınan tedavi türü (Ref: Ayakta tedavi)						
Yataklı tedavi	-0,018	0,051	0,003	0,008	0,015	0,043
Muayene ve Kontrol Süresi (Ref: Çok iyi)						
Çok kötü	-0,039	0,093	0,008	0,019	0,031	0,074
Kötü	0,000	0,085	0,000	0,020	0,000	0,064
Kararsız	-0,130	0,081	0,012	0,016	0,118	0,073
İyi	-0,030	0,081	0,006	0,018	0,024	0,063
Doktor Hizmeti (Ref: Çok iyi)						
Çok kötü	-0,021	0,083	0,006	0,023	0,015	0,060
Kötü	-0,118	0,080	0,022	0,016	0,096	0,068
Kararsız	-0,113	0,077	0,022	0,016	0,091	0,064
İyi	-0,121***	0,071	0,022	0,016	0,098***	0,059
Hemşire Hizmeti (Ref: Çok iyi)						
Çok kötü	-0,053	0,087	0,011	0,017	0,042	0,071
Kötü	-0,034	0,080	0,008	0,018	0,027	0,063
Kararsız	-0,146***	0,076	0,013	0,014	0,133***	0,072
İyi	-0,027	0,072	0,006	0,017	0,020	0,056
Hijyen (Ref: Çok iyi)						
Çok kötü	0,068	0,080	-0,014	0,018	-0,054	0,063
Kötü	-0,083	0,080	0,002	0,009	0,081	0,080
Kararsız	0,014	0,082	-0,002	0,012	-0,012	0,070
İyi	0,035	0,072	-0,006	0,012	-0,029	0,060
Uluslararası ulaşım ücreti (Ref: 50 ₺ ve altı)						
51-150 ₺	0,014	0,079	-0,003	0,015	-0,011	0,063
151-250 ₺	-0,013	0,077	0,002	0,012	0,011	0,065
251-400 ₺	-0,112	0,075	0,004	0,011	0,107	0,074
401 ₺ ve üzeri	0,051	0,080	-0,012	0,019	-0,040	0,062
Konaklama ücreti (Ref: 50 ₺ ve altı)						
51-150 ₺	-0,057	0,086	0,016	0,026	0,041	0,061
151-250 ₺	-0,137***	0,083	0,028	0,022	0,109***	0,064
251-400 ₺	-0,165***	0,086	0,029	0,022	0,136***	0,071
401 ₺ ve üzeri	-0,119	0,088	0,027	0,023	0,092	0,068
İlaç ücreti (Ref: 50 ₺ ve altı)						
51-150 ₺	-0,051	0,077	-0,002	0,006	0,053	0,079
151-250 ₺	0,103	0,077	-0,017	0,015	-0,087	0,066

251-400 ₺	0,114	0,077	-0,020	0,015	-0,094	0,066
401 ₺ ve üzeri	0,048	0,087	-0,005	0,010	-0,043	0,078
Hastane ücreti (Ref: 50 ₺ ve altı)						
51-150 ₺	-0,135***	0,076	-0,008	0,016	0,142***	0,082
151-250 ₺	0,056	0,078	-0,011	0,015	-0,046	0,064
251-400 ₺	0,000	0,075	0,000	0,010	0,000	0,065
401 ₺ ve üzeri	0,100	0,081	-0,023	0,020	-0,077	0,063
Sağlık hizmetlerinin ülke yakınlığı nedeniyle tercihi (Ref: Kesinlikle katılıyorum)						
Kesinlikle katılmıyorum	-0,073	0,081	0,018	0,019	0,055	0,063
Katılmıyorum	-0,174**	0,072	0,022	0,016	0,152**	0,066
Kararsızım	-0,082	0,086	0,019	0,019	0,063	0,068
Katılıyorum	-0,061	0,076	0,015	0,019	0,046	0,057
Sağlık hizmetlerinin kültür ve dil yakınlığı nedeniyle tercihi (Ref: Kesinlikle katılıyorum)						
Kesinlikle katılmıyorum	0,258*	0,081	-0,030	0,026	-0,228*	0,071
Katılmıyorum	0,186**	0,077	-0,007	0,018	-0,179**	0,073
Kararsızım	0,199*	0,075	-0,011	0,020	-0,188*	0,071
Katılıyorum	0,100	0,066	0,007	0,011	-0,108	0,071

*p<0,01; **p<0,05; ***p<0,10

V. Sonuç ve Öneriler

Sağlık hizmeti talebinin, sağlık sektöründe ülkeler arasındaki fiyat farklılıkları ve ulaşım kolaylıkları ile birlikte artmasına bağlı olarak sağlık turizmi de hızla büyümektedir. Sağlık turizmi kısaca kişinin sağlığını koruyup, iyileştirmesi veya rehabilite etmesi için kendi doğal sağlık alanının dışına yapılan seyahatlerdir (Morgan, 2010: 12; Smith & Puczkó, 2015: 207; de Almeida, Ribeiro & de Oliveira Santos, 2016: 213). Günümüzde sağlık turizminin bir sektör haline gelmesinde, farklı ülkelerdeki tedavi yöntemlerini ve olanaklarını izleyen, daha kaliteli hizmet almak isteyen, hastanelerdeki uzun bekleme süreleri ve artan tedavi ücretleri gibi problemlerle karşı karşıya gelmek istemeyen insanların bu konudaki farkındalıkları etkilidir. Türkiye'nin mevcut coğrafi konumu, sağlıkta dönüşüm projeleri, sağlık politikaları ve turizme ilişkin önemli gelişmeler göz önünde bulundurulduğunda sağlık turizminin ülke ekonomisine katkısı tartışılmaz bir gerçektir (Gündüz, Gündüz & Yavuz, 2019: 733). Bu bağlamda sağlık turizmi araştırılmaya değer bir konudur.

Sağlık turizmine ilişkin Nahcivan'dan Erzurum'a gelen hastaların görüşlerinin öğrenilmek istendiği bu çalışmada anket formu ile toplamda 300 kişiye ulaşılarak veriler

toplanmıştır. Bu çalışmada, sağlık hizmeti talebini etkileyen faktörler sıralı lojistik regresyon modeli ile tespit edilmiştir.

Elde edilen analiz sonuçlarına göre, sağlık hizmeti almak için Erzurum'a gelen bireylerin %34'ü ilk kez, %37'si 2-4 kez ve %30'u ise 5 kez ve daha fazla kez sağlık hizmeti almak için gelmiştir. Kurulan sıralı lojistik regresyon modelinde çoklu doğrusal bağlantı problemi olmadığı ve paralel eğriler varsayımının sağlandığı belirlenmiştir. Bu modele göre, Erzurum'daki sağlık hizmetlerini Nahcivan'dan gelen hastaların talep etmesindeki istatistiki açıdan anlamlı olduğu belirlenen temel faktörler şunlardır: Yaş, iş durumu, gelir, Erzurum'daki sağlık kurumlarının tercih edilme sebebi, sağlık hizmetlerinin fiyatı, başvuru ve kayıt işlemlerinde geçen süre, doktor ve hemşire hizmetleri, konaklama ve hastane ücreti ve Erzurum'daki sağlık hizmetlerinin ülke, kültür ve dil yakınlığı nedeniyle tercih edilmesi.

Anket sonuçlarına göre, dikkat çeken bilgiler şunlardır;

- Katılımcıların %25'i Erzurum'daki sağlık hizmetlerinin fiyatını ucuz bulmaktadır.
- Konaklama ücreti arttıkça ildeki sağlık hizmetlerine olan talep azalmaktadır.
- İldeki doktor hizmetlerinden memnuniyet düzeyi arttıkça sağlık hizmeti talebi artmaktadır.
- Gelen hastaların %47'si Erzurum'daki sağlık hizmetlerini ülkelerine yakın olması nedeniyle tercih etmektedir.
- Gelen hastaların %48'i Erzurum'daki sağlık hizmetlerini kültür ve dil yakınlığı nedeniyle tercih etmektedir.
- Gelen hastalar checkup ve kontrol amacıyla daha çok tedavi amacıyla ildeki sağlık hizmetlerini talep etmektedirler.
- Nahcivan uyrukluların gelir düzeyi arttıkça Erzurum'daki sağlık hizmetlerine olan talepleri artmaktadır.

- Erzurum'daki sağlık hizmetlerini talep edenlerin yaklaşık %30'u acil durum/kazalar sebebiyle sağlık hizmetlerini tercih etmektedir.
- Gelen hastaların %39'u sağlık hizmetlerinden özel ödeme yoluyla faydalanmaktadır.
- Gelen hastaların %51'i Erzurum'daki sağlık kuruluşlarından ayakta tedavi hizmeti almaktadır.

Elde edilen analiz sonuçları ve teorik bilgilere göre Nahcivan ile Türkiye arasındaki sağlık turizminin mevcut düzeyinin geliştirilmesi için aşağıdaki öneriler yapılabilir:

- Karabağ Zaferi sonrası Zengezur Koridoru üzerinden açılması düşünülen Nahcivan-Azerbaycan demiryolu ağı ve açılması planlanan Kars-Iğdır-Nahcivan demiryolu projesinin iki ülke sosyo-ekonomik ilişkilerini geliştireceği bilinmektedir. Bu nedenle, Doğu Anadolu Bölgesinin Iğdır veya Erzurum ilerinde Sağlık Serbest Bölgesinin kurulması hem iki ülke ilişkilerini geliştirecek hem de uzun dönemde bölgenin diğer ülkelerinden Türkiye'deki sağlık hizmetlerine olan talebi artırarak, bölgesel ve ulusal ekonomiye olumlu katkı yapacaktır.
- Sağlık serbest bölgesi kurulmasına karar verilmesi durumunda; yakınlık, iklim koşullarının uygunluğu, tren yolları bağlantısının sağlanacak olması ve üç ülke ile doğrudan sınır olması münasebetiyle Iğdır ilinde kurulması uygun olacaktır.
- Türkiye'ye bölge ülkelerinden daha fazla hasta gelmesini sağlamak için karşı ülkeler ile ortak sağlık sigortası sistemleri geliştirilebilir. Böylece hem sağlık turizmine katkı olur hem de diğer sosyo-ekonomik ilişkilerin gelişmesi sağlanmış olur.

- Gelen hastalar yakınlık, dil ve kültür birliğini önemli buldukları için Nahcivan, Azerbaycan ve diğer komşu ülkelerde bölgedeki sağlık hizmetlerinin kalitesini tanıtıcı çalışmalar yapılmalıdır.
- Zengezur koridorunun açılması ve Karabağ'da da istikrar sağlanması durumunda Türkiye-Ermenistan sınır kapılarının açılması gündeme gelecektir. Bu nedenle uzun dönemli planlamanın Ermenistan'daki yaklaşık 2,5 milyonluk nüfusun da dikkate alınarak yapılması gerekmektedir.

Kaynakça

- Acar, N., & Turan, A. (2016). Sağlık çalışanlarının sağlık turizmi farkındalığı üzerine bir araştırma: Ahi Evran Üniversitesi eğitim ve araştırma hastanesi çalışanları örneği. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 17(1), 17-36.
- Aigbogun, O., Yassin, S. N., & Shoukat, Z. (2013). A model for accelerating the growth of health care tourism in Malaysia. *Journal of Business and Economics*, 4(2), 169-179.
- Akın, C. S. (2007). *Sağlık ve sağlık harcamalarının ekonomik büyüme üzerine etkisi: Türkiye'de sağlık sektörü ve harcamaları* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Çukurova Üniversitesi.
- Aktepe, C. (2013). Sağlık turizminde yeni fırsatlar ve Türkiye'de yerleşik sağlık işletmelerinin pazarlama çabaları. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5(1), 170-188.
- Albayrak, A. S. (2006). *Uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri*. Asil Yayın Dağıtım.
- Albayrak, Ç. (2020). Şehir hastanelerinin sağlık turizmine etkisinin swot analizi ile incelenmesi [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Aydın Üniversitesi.
- Ananth, C. V., & Kleinbaum, D. G. (1997). Regression models for ordinal responses: a review of methods and applications. *International Journal of Epidemiology*, 26(6), 1323-1333.
- Anvekar, S. R. (2012). Medical tourism in India: a strategic approach towards effective branding for health care services marketing. *American Journal of Management*, 12(2/3), 108-116.
- Assembly, U. G. (1948). Universal declaration of human rights. *UN General Assembly*, 302(2), 14-25.
- Atlı Y., & Yücel, N. (2018). Sağlık kurumları, sağlık kurumlarında marka ve Elâzığ ili sağlık sektörü. *Fırat Üniversitesi Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 2(2), 45-64.
- Australian Institute of Health and Welfare. (2008). *Australia's health 2008*. AIHW.
- Aydın, D., Aktepe, C., Şahbaz, R. P., & Arslan, S. (2011). *Türkiye'de medikal turizmin geleceği*. Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi ile Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü Ortak Raporu. <https://www.byclb.com/Files/turizm/turkiyede-medikal-turizm-gelecegi.pdf>

- Ayhan, S. (2006). *Sıralı lojistik regresyon analiziyle Türkiye'deki hemşirelerin iş bırakma niyetini etkileyen faktörlerin belirlenmesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Osmangazi Üniversitesi.
- Badulescu, D., & Badulescu, A. (2014). Medical tourism: between entrepreneurship opportunities and bioethics boundaries: narrative review article. *Iranian Journal of Public Health*, 43(4), 406-415.
- Bagheri, A., Habshah, M., & Imon, R. H. M. R. (2012). A novel collinearity-influential observation diagnostic measure based on a group deletion approach. *Communications in Statistics-Simulation and Computation*, 41(8), 1379-1396.
- Cheah, C. F., & Abdul-Rahim, A. S. (2018). Relationship between health care and tourism sectors to economic growth: the case of Malaysia, Singapore and Thailand. *Pertanika J Soc Sci Hum*, 26(2), 1203-1213.
- Chen, C., & Hughes, J. (2004). Using ordinal regression model to analyze student satisfaction questionnaires. *Association for Institutional Research*, 1(May 26), 1-13.
- Çavuş, A., & Gönenbaba, İ. (2020). Erzurum'daki hastanelerin sağlık turizmi açısından değerlendirilmesi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 24(4), 1681-1693.
- Çelikay, F., & Gümüş, E. (2010). Türkiye'de sağlık hizmetleri ve finansmanı. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 11(1), 177-216.
- Çoban, H. (2009). *Sağlık ekonomisi ve Türkiye'de sağlık hizmetlerinin yeniden yapılandırılması* [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. Dokuz Eylül Üniversitesi.
- de Almeida, I. C. S., Ribeiro, H. C., & de Oliveira Santos, E. (2016). Domestic Medical Tourism: A New Look on Patients of the Public Health System and Their Companions. In V. Katsoni, & A. Stratigea (Eds.), *Tourism and culture in the age of innovation* (pp. 207-218). Springer International Publishing.
- Dewar, D. M. (2010). *Essentials of health economics*. Jones and Bartlett Publishers.
- Edinsel, S., & Adıgüzel, O. (2014). Türkiye'nin sağlık turizmi açısından son beş yıldaki dünya ülkeleri içindeki konumu ve gelişmeleri. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(2), 167-190.
- Ekinci, E. (2019). Sağlık turizmine ilişkin düzenleme ve teşviklerin sağlık turizmi gelirlerine etkisi: müdahale analizi [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Selçuk Üniversitesi.
- Ersöz, F. (2008). Türkiye ile OECD ülkelerinin sağlık düzeyleri ve sağlık harcamalarının analizi. *İstatistikçiler Dergisi: İstatistik ve Aktüerya*, 1(2), 95-104.
- Folland, S., Goodman, A. C., & Stano, M. (2007). *The economics of health and health care*. Pearson Prentice Hall.
- Gençoğlu, P. (2018). Türkiye'de illerin gelişmişlik düzeyi dikkate alınarak sağlık hizmetlerinin kümeleme analizi aracılığıyla değerlendirilmesi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, (52), 301-324.
- Gonzales, A., Brenzel, L., & Sancho, J. (2001). *Health tourism and related services: Caribbean development and international trade (Final Report)*. https://caricom.org/documents/10111-health_study.pdf
- Gupta, V., & Das, P. (2012). Medical tourism in India. *Clinics in Laboratory Medicine*, 32(2), 321-325.

- Gülmez, Z. (2012). *Türkiye’de ve Dünya’da sağlık turizmi ve çeşitleri: sağlık turizminin ülkemizdeki mevcut durumu ve bazı ülkelerle kıyaslanması* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Üniversitesi.
- Gündüz, F. F., Gündüz, S., & Yavuz, H. B. (2019). Türkiye’nin sağlık turizmi talebini etkileyen faktörlerin analizi: çekim modeli yaklaşımı. *Iğdir University Journal of Social Sciences*, (17), 717-739.
- Hall, C. M. (2013). *Medical tourism the ethics, regulation and marketing of health mobility*. Routledge.
- Hurley, J. (2000). An overview of the normative economics of the health sector. In A. J. Culyer, & J. P. Newhouse (Eds.), *Handbook of health economics* (pp. 55-110). Elsevier.
- İzadi, M., Ayoobian, A., Nasiri, T., Joneidi, N., Fazel, M., & Hosseinpouarfard, M. J. (2012). *Situation of health tourism in Iran opportunity or threat. JI Mil Med*, 14(2), 69-75.
- İçöz, O. (2009). Sağlık turizmi kapsamında medikal (tıbbi) turizm ve türkiye'nin olanakları. *Journal of Yasar University*, 4(14), 2257-2279.
- Kalfa, V. R., & Çakır, E. (2020). Öğrencilerin okudukları bölümlerinden duydukları memnuniyeti etkileyen faktörlerin sıralı lojistik regresyon analizi ile belirlenmesi. *Anemon Muş Alparslan Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 8(5), 1413-1424.
- Kaur, P. (2016). Entrepreneurship in medical tourism industry. *International Journal of Information Movement*, 1(5), 22-25.
- Kayhan, E. M. (2018). *Türkiye’ye sağlık turizmi kapsamında başvuran hastaların tercihlerini etkileyen faktörlerin incelenmesi* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. İstanbul Medipol Üniversitesi.
- Kördeve, M. K. (2016). Sağlık turizmine genel bir bakış ve Türkiye’nin sağlık turizmindeki yeri. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 2(1), 51-61.
- Küçükmadan, E. (2015). *Marka, sağlık hizmetlerinde markalaşma ve marka sadakati* [Yayımlanmış Yüksek Lisans Tezi]. Beykent Üniversitesi.
- Lee, C. (2006). Medical tourism, an innovative opportunity for entrepreneurs. *Journal Of Asia Entrepreneurship And Sustainability*, 3(1), 3-5.
- Morgan, D. (2010). The growth of medical tourism. *The OECD Observer*, (281), 12-13.
- Mushkin, J. S. (1958). Toward a definition of health economics. *Public Health Reports*, 73 (9), 785-794.
- Nordenfelt, L. (2007). Understanding the concept of health. In P. Nilsen (Ed.), *Strategies for health: An anthology* (pp. 4-15). Linköping University Electronic Press.
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349-364.
- Olsen, J. A. (2009). *Principles in health economics and policy*. Oxford University Press.
- Öğüt, K., Yeşilyurt, S., & Yurtseven, Ç. (2018). Kazakistan–Türkiye sağlık turizmi: sağlık sektörlerine bakış ve potansiyeller. *Business and Economics Research Journal*, 9(1), 57-74.
- Phelps, C. (2003) *Health economics*. Addison Wesley.

- Reisman, D. (2010). *Health tourism: social welfare through international trade*. Edward Elgar Publishing.
- Saraçoğlu, S., & Öztürk, F. (2014). Sağlık hizmetlerine yönelik talebin belirleyicileri: Türkiye üzerine bir araştırma. *İş ve Hayat Dergisi*, 2(4), 293-342.
- Smith, M. (2015). Baltic health tourism: Uniqueness and commonalities. *Scandinavian Journal of Hospitality and Tourism*, 15(4), 357-379.
- Smith, M., & Puczkó, L. (2015). More than a special interest: defining and determining the demand for health tourism. *Tourism Recreation Research*, 40(2), 205-219.
- Somunoğlu, S. (2012). Sağlık-sağlık hizmetleri ve Türk sağlık sistemi. M. Tatar (Ed.), *Sağlık kurumları yönetimi-I* (ss. 2-26). Açık Öğretim Fakültesi Yayını.
- Şenatalar, B. (2003). Sağlık ekonomisine genel bir bakış. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 25(4), 25-30.
- Şerbetçi, A., & Özçomak, M. S. (2013). Sıralı lojistik regresyon analizi ile istatistik ve ekonometri derslerinde başarıyı etkileyen faktörlerin belirlenmesi: Atatürk üniversitesi iktisadi ve idari bilimler fakültesi öğrencileri üzerine bir uygulama. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(1), 89-110.
- Tang, C. F. (2015). *Medical tourism and its implication on Malaysia's economic growth*. <https://mpira.ub.uni-muenchen.de/63365/>.
- Tontuş, H. Ö. (2011). *Sağlık turizminde Türkiye vizyonu*. <https://docplayer.biz.tr/125595506-T-c-saglik-bakanligi-saglik-turizmi-politikalari-dr-h-omer-tontus.html>
- Tontuş, H. Ö. (2017). *Sağlık Turizmi Nedir?*. <https://shgmturizmdb.saglik.gov.tr/Eklenti/10944/0/02pdf.pdf>
- Tontuş, H. Ö., & Akarcalı, S. (2016). *Tüm yönleriyle sağlık turizmi: Azerbaycan ülke raporu*. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğü. <https://docplayer.biz.tr/27453627-Saglik-turizmi-azerbaycan.html>
- Topsöğüt, M. B. (2019). *Türkiye'deki sağlık turizmi çeşitliliğini artırmak için yeni bir model önerisi: sağlıklı yaşam kampüsü (SAYKA)* [Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi]. Üsküdar Üniversitesi.
- Ünal, A., & Demirel, G. (2011). Sağlık turizmi işletmelerinden yararlanan müşterilerin beklentilerinin belirlenmesine yönelik bolu ilinde bir araştırma. *Ejovoc (Electronic Journal of Vocational Colleges)*, 1(1), 106-115.
- WHO. (1981). *Global strategy for health for all by the year 2000*. World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38893/9241800038.pdf;jsessionid=0B5FA417A882C46FF5796586E80F124E?sequence=1>
- WHO. (2000). *The world health report 2000 health systems: improving performance*. World Health Organization.
- WHO. (2014). *Basic documents* (48th ed.). World Health Organization. <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-en.pdf>
- Witter, S. (2002). Health financing in developing and transtional countries. *Centre For Health Economics University of York*, 22(4), 2-56.