

APA Biri, G. (2021). TÜRKİYE’NİN SAĞLIK TURİZMİ GELİRİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN EŞBÜTÜNLEŞME ANALİZİ. Anadolu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 22 (2), 39-58.  
DOI 10.53443/anoluibfd.907290

Araştırma Makalesi  
Başvuru Tarihi: 31.03.2021  
Kabul Tarihi: 18.06.2021

Research Article  
Date Submitted: 31.03.2021  
Date Accepted: 18.06.2021

## TÜRKİYE’NİN SAĞLIK TURİZMİ GELİRİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN EŞBÜTÜNLEŞME ANALİZİ<sup>1</sup>

Dr. Gürkan Biri<sup>2</sup>

### ÖZET

#### Anahtar Kelimeler:

- ❖ Turizm,
- ❖ Sağlık turizmi,
- ❖ Gelir,
- ❖ Yatırım,
- ❖ Eşbütünleşme analizi

Bu çalışma ile Türkiye için önemli bir döviz kaynağı olan turizm sektörünün son yıllarda öne çıkan bir türü olan sağlık turizmi gelirini etkilediği düşünülen faktörlerle ilişkisi ele alınmıştır. Sağlık turizmi alanında, hangi faktörlerin daha etkili olduğunu belirleme ve özellikle yatırımlarda kamu-özel kesim önceliklerini belirleme; hedeflenen gelir seviyesine ulaşabilme noktasında önemlidir. Çalışma sonucunda sağlık turizmi geliri üzerinde döviz kurlarının ve özel kesim sağlık yatırımlarının hem kısa hem de uzun dönemde etkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

## COINTEGRATION ANALYSIS OF FACTORS AFFECTING HEALTH TOURISM INCOME OF TURKEY

Dr. Gürkan Biri

### ABSTRACT

In this study, a type featured in recent years, the tourism sector is an important source of foreign currency for Turkey, health tourism relations with factors thought to affect the income is considered. Determining which factors are more effective in the field of health tourism and determining public-private sector priorities especially in investments; It is important in reaching the targeted income level. As a result of the study, it was concluded that exchange rates and private sector health investments are effective in both short and long term on health tourism income.

#### Keywords:

- ❖ Tourism,
- ❖ Health tourism,
- ❖ Income,
- ❖ Investment,
- ❖ Cointegration analysis

<sup>1</sup>Dr. Gürkan Biri tarafından Ankara Hacı Bayram Veli Üniversitesi Muhasebe-Finansman programında tamamlanan “Turizm Sektörünün ve Finansmanının Analizi: Sağlık Turizmi Üzerine Bir Uygulama” adlı doktora çalışmasından türetilmiştir.

<sup>2</sup> [gurkan.biri@ktb.gov.tr](mailto:gurkan.biri@ktb.gov.tr) , <https://orcid.org/0000-0002-3897-069X>

### 1. GİRİŞ

Dünya genelinde hızlı gelişen sektörler arasında yer alması ile turizm hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkeler için ilgi odağıdır. Turizm büyük bir küresel gelir ve iş üreticisi olarak, arkasından birçok sektörü de sürüklemektedir. Ekonomileri sağlıklı ve iyi çeşitlendirilmiş olan ülkelerin, turizm potansiyelleri yüksek olsa bile, öncelikli politikalarını turizm üzerine konumlandırması beklenemez. Ancak turizm potansiyeli ile her türlü ekonomik büyüklüğe sahip ülke için, önemli bir getiri kaynağı olarak hizmet edebilir (Tourism Investment: 2018:9).

Türkiye'de turizm, 2002 ve 2019 arasında yaklaşık %210 oranında bir artış gerçekleştirmesine rağmen, kişi başı ortalama harcama tutarındaki düşüklük nedeniyle; artan ziyaretçi sayısına oranla gelir, hedeflenen düzeye çıkamamıştır. Bu noktada yeni bir strateji olarak; alternatif turizm alanlarına yönelmek, turizmde son yılların önemli konu başlıklarından birisi haline gelmiştir.

Zaman zaman tıbbi turizm olarak da adlandırılan sağlık turizmi, alternatif turizm türleri arasında öne çıkmaktadır. Sağlık turizmi, turizmin bütün unsurlarından (seyahat acenteleri, havayolları, oteller vb.) faydalanmaktadır. Bir turizm türü olması nedeniyle turizm için söylenenler, sağlık turizmini de kapsamaktadır. Ancak sağlık turizmi kendisine büyük önem atfedilmesini sağlayan tipik özellikleri ile farklılıklar da göstermektedir. Diğer turizm türlerinin arasında, sağlık turizminin ayrı bir yerde konumlandırılmasının altında temel olarak, harcama potansiyelinin yüksek olması ve turizmin olumsuz yönlerinden daha az etkilenmesi gibi yarattığı pozitif farklılıklar yatmaktadır.

Her sektörde olduğu gibi sağlık turizminde de hedeflere ulaşmak için yatırım yapılması şarttır. Sağlık turizmi gelirini etkileyecek tüm faktörler, yatırımlarla ilişkilidir. Tanıtımdan kapasite artırımına, uygun tedavi masraflarından kaliteye sağlık turizmi gelirini etkileyebilecek her faktörü, geliştirmek için yatırım yapılması gereklidir. Bu yatırımlarda finansmanın özel kesim tarafından mı karşılanacağı yoksa kamu kaynakları kullanılarak mı yapılacağını belirleyerek, doğru yatırım

kompozisyonunun bulunması; sağlık turizmi gelirini doğrudan etkileyecektir.

Tartışmaları beraberinde getirirse de sağlık hizmetleri, hala kamusal bir mal kabul edildiğinden; bu alandaki kamu etkinliği, sağlık turizmi alanında devam mı ettirilmeli? Yoksa özel sektör yatırımlarında kabul gören verimlilik, dikkate alınarak; kaynaklar bu alanı mı desteklemelidir? Bu sorunun cevaplanması, sağlık turizmi pazarındaki hedeflerin gerçekleştirilmesi noktasında önemlidir.

Literatürde sağlık turizmi talebini, sağlık turistlerinin ülke ve sağlık kuruluşu seçimlerini etkileyen faktörler üzerine yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Lunt vd. yaptıkları çalışmada OECD üyesi ülke vatandaşlarının sağlık seyahatinde tercihlerini etkileyen faktörleri sırasıyla kaliteli hizmet, bekleme sürelerinin olmaması ve düşük maliyetler olarak belirlemiştir. Cohen tarafından yapılan bir çalışmada da sağlık turizmi amacıyla seyahat eden kişilerden; gelişmiş ekonomilere sahip ülke vatandaşlarının önceliğinin bekleme sürelerinin olmadığı kaliteli sağlık hizmeti sunan ülkeler olduğu, az gelişmiş ve gelişmekte olan ülke ekonomilerine sahip ülke vatandaşlarının ise maliyet ve fiziki yakınlığı öne aldığı görülmüştür. McKinsey Şirketi tarafından yapılan bir araştırmada, medikal turizm için insanların başka ülkelere seyahat etmelerindeki nedenleri arasında; teknoloji ve hizmet kalitesi öne çıkmıştır.

Türkiye özelinde de benzer çalışmalar yapılmıştır. Sevim ve Sevim hizmet kalitesinin, seçilen kurumun modernliğinin Türkiye'nin seçiminde ilk sırada yer aldığını belirtmişlerdir. Gündüz vd. çalışmasında, Türkiye'nin sağlık turizmi potansiyeli ile ülkelerin gayri safi yurt içi hasılası pozitif; kişi başına düşen gayri safi yurtiçi hasıla ve ülkeler arası uzaklık ile negatif korelasyonlu olduğunu ortaya koymuştur.

Türkiye gibi tasarrufların yatırımları karşılamaya yetmediği, kaynakların doğru kullanılmasının önemli olduğu bir ekonomide, sağlık turizminin geleceği için kaynak dağıtımının ne şekilde yapılacağı sorusuna cevap arama amacıyla, literatüre katkı sağlayan çalışmaların sonuçları da değerlendirilerek, sağlık turizmi gelirini etkileyebilecek faktörlerin, 1999-2019

yılları arasındaki yıllık verileri kullanılarak; sağlık turizmi geliri ile ilişkisi ele alınmıştır.

## 2. SAĞLIK TURİZMİ VE ÖZELLİKLERİ

Sağlık ya da tıp turizmi, insanların kendi ülkelerindeki yüksek tedavi giderleri nedeniyle yabancı ve genelde uzak ülkelere giderek bu ülkelerdeki düşük tedavi giderleri nedeni ile tıbbi tedavi ya da operasyonları bu ülkelerde gerçekleştirmeleri ile oluşan turizm hareketleri olarak tanımlanmaktadır (www.healism.com).

Uluslararası hasta taşımacılığının yanı sıra tıbbi teknolojinin, sermayenin ve düzenleyici sitemlerin de küresel bir büyüme yaşamasıyla; son 20 yıllık süreçte yeni bir tüketim ve sağlık hizmetleri üretim modeli oluşmuştur. Dünya Ticaret Örgütü'nün himayesinde mal ve hizmetlerin serbest dolaşımı, Hizmet Ticareti Genel Anlaşması ile de sağlık hizmetlerinde ticaretin serbestleştirilmesi hızlanmıştır. (Smith, 2004: 43)

Sağlık turizmi hareketleri, sağlıkla ilgili daha önceki seyahat türlerinden niceliksel ve niteliksel olarak farklıdır. Temel farklar geçmişte yaşanan hareketlerin, kitlesel hale gelmesi ve bir anlamda terse dönmeye başlamasıdır. 21. yüzyıl sağlık turizmi tarzının temel özellikleri; (Smith vd. 2009: 768-769)

- Tedavi için seyahat eden çok sayıda insan olması,
- Sağlık hizmetlerine erişmek için büyük ölçüde düşük maliyetli tedaviler, ucuz uçuşlar ve internet bilgi kaynaklarının varlığı,
- Az gelişmiş ülkelerden varlıklı insanların hareketinden, gelişmiş ülkelerdeki hastaların hareketlerine geçişin artması,
- Hem özel sektörün hem de gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerdeki ulusal hükümetlerin, sağlık turizmi potansiyelini; kazançlı bir dış gelir kaynağı olarak teşvik etmeleridir.

Sağlık turizminin kapsamı, tartışmaları da beraberinde getirmiştir. Bazı yorumcular sağlık ve medikal turizmi birleşik bir fenomen olarak görmüş, ancak farklı vurguyla ele almıştır. Carrera

ve Bridges (2006) sağlık turizmini, bireyin refahını ve bedenini korumak, geliştirmek veya iyileştirmek için; kişinin yerel çevresi dışına düzenlenen organize seyahatler olarak tanımlamıştır. Bu tanım, bireyin sağlığının tıbbi müdahale yoluyla iyileştirilmesi veya restorasyonu için yapılan organize seyahatleri de içine alır. (Rosenmöller vd., 2006)

Aksi görüşe sahip olan iddia da ise rekonstrüktif nedenler dışındaki estetik cerrahi müdahaleler, sağlık turizmi sınırlarının dışında sayılmaktadır (OECD Definition of Health Tourism, 2010: 30-31).

Sağlık turizmi ile ilgili söylenebilecek her şeyin altında; talebin nedenlerini altı başlık altında incelemek mümkündür (Hall, 2011:5-6):

1. Ekonomik maliyet boyutu; genel olarak sınır ötesi sağlık hizmetleri maliyetleri daha ucuzdur. Bu durum seyahat rotalarının belirlenmesinde en önemli etken olarak kabul edilmektedir.

2. Zaman maliyeti boyutu; tıbbi hizmetlere daha kısa sürede ulaşmak mümkündür. Özellikle uzun bekleme sürelerinden, sıra listelerinden kurtulmak isteyen hastalar, yönlerini sınırlar ötesine dönebilmektedir.

3. Ticari davranış boyutu; sağlık hizmetlerini keyifli bir şekilde almak mümkündür. Birden fazla faaliyeti bir arada yapabilme fırsatı önemli bir etken olabilmektedir. Özellikle medikal turizm noktasında, tatil ve işle bağlantılı seyahat imkânları sunulmaktadır.

4. Ticari olmayan davranış boyutu; yurtdışında yaşayan kişiler kültürel, aile ve dil sebepleri nedeniyle tıbbi tedavi hizmeti sunan ülkelere yakınlık duyabilir.

5. Düzenleyici boyut; kendi ülkelerinde yasal sınırlamalar nedeniyle, istedikleri tıbbi hizmeti bulamayan kişiler yurt dışına gidebilir. Doğurganlık tedavileri ve ötenazi bu alanda tartışmaların odağında olan konulardır.

6. İmkânsızlık; Hastaların kendi ülkelerinde maddi imkânları olsa bile sağlık hizmetinin sunulmaması nedeniyle yurt dışına

gitme sebepleri arasındadır. Örneğin kendi ülkelerinde organ bulamayan kişiler başka ülkelerde şansını deneme eğilimindedir.

Sağlık turizminin, kendine has bazı özellikleri ile diğer turizm türleri arasında ayrı bir yere konulduğu ve alternatif turizm türleri arasında ön plana çıktığı görülmektedir. Turizmin sosyal alanda kültürel deformasyona yol açtığı (Erkal, 1999;226-227), turizm yatırımlarının belirli bölgelerde yoğunlaşması nedeniyle; fiziksel çevrenin aşırı kullanımının tahrip edici etkilerinin olduğu (Karaküçük, 2016: 17-18) ve ekonomik alanda da enflasyonist baskı, enclave turizm ve mevsimsellik sorunları gibi olumsuz bazı etkilerinin olduğu kabul edilmektedir (İlkin ve Dinçer,1991;101). Sağlık turizmini ön plana çıkaran faktörler; turizmin genel özelliklerini barındırırken, olumsuz kabul edilen bu özelliklerden ya hiç etki etkilenmemesi ya da çok daha az etkilenmesidir.

Sağlık turizmi, ziyaretçilerin harcama potansiyelleri en yüksek olan turizm türüdür. Ziyaretçi harcamalarının yüksek olması; sağlık turizminin, katma değeri en yüksek turizm türü olmasını sağlamaktadır.

Turizm bir lüks tüketim olarak kabul edilirken, sağlık turizminin (lüks unsurlar barındırır da) ihtiyaç niteliğinin ağır bastığı kabul edilmektedir (UNWTO, Exploring Health Tourism 2018:15). Sağlık turizminin ihtiyaç olarak görülmesi, fiyat değişikliklerinin talep üzerindeki etkisini sınırlamakta ve talep esnekliğinin diğer turizm türlerinden daha düşük olmasına neden olmaktadır.

Talep esnekliğinin düşük olması sağlık turizminde değişkenliği azaltmakta, özellikle gelir açısından daha istikrarlı bir yapı oluşturmaktadır. Kümülatif olarak turizm gelirinin düşüş gösterdiği dönemlerde, sağlık turizmi geliri, Dünya Turizm Örgütü verilerinin gösterdiği üzere daha istikrarlı bir görüntü çizmektedir (UNWTO Tourism Barometer 2010-2019).

Klasik turizmin kaynağı doğa güzellikleri ve tarihi miras olarak kabul edildiğinden, bu kaynakları artırmak olası değildir. Kaynakların sınırlı olması ve çoğaltılamaması, klasik turizm alanında potansiyeli sınırlamaktadır. Sağlık turizminde ise

kaynakları artırmak ve potansiyeli yükseltmek mümkündür.

Klasik turizm mevsimsellikten çok etkilenmektedir. Turizm işletmeleri, "ölü sezon" olarak tabir edilen dönemlerde ya kapanmakta ya da kapasitenin çok altında çalışmaktadır. Bu durum işletmelerin açma kapama maliyetlerine katlanmalarına ya da daha büyük miktarda işletme sermayesi ihtiyacı duymalarına neden olmaktadır. Sağlık turizmi ise mevsimsellikten etkilenmemekte ve turizmin 12 aya yayılması hedefini (turizm açısından ana hedeflerden biridir) gerçekleştirme noktasında önemli bir aktör olmaktadır.

Sağlık turizmi sayılan olumlu özelliklerinin yanında, bazı olumsuzluklar yaratabilecek potansiyele de sahiptir (Lee ve Noh, 2011: 864). Sağlık turizminin öncü noktalarından olan Tayland'da, özel hastanelerde daha fazla kazanmaları nedeniyle özel sektörde çalışmayı seçen doktor ve sağlık sektörü personeli nedeniyle; kamu hastanelerinde nitelikli doktor ve sağlık personelinin eksikliği sorunu ortaya çıkarmıştır. (Cuddehe, 2009: 125). Benzer şekilde özel hastanelerin yurtdışından daha fazla ücret ödeyen yabancı hastalara öncelik vermesi, yurtiçi hastaları ihmal eden bir tavır sergilemesi sorunu ortaya çıkabilecektir. (Connell, 2006: 1095).

Sağlık turizminin kaynak ülkelere sağladığı faydalarla kaçınılmaz bir gerçek olarak görüldüğü bu süreçte; sektörün olumlu taraflarını öne çıkaran, olumsuzlukları ise yöneten bir yapının kurulması gerekmektedir. Bu konuda kural koyuculara önemli görevler düşmektedir. Kamunun riskleri dikkate alarak, bu alanda denetleyici ve düzenleyici bir aktör olarak bulunması gerekmektedir.

### 3. DÜNYA'DA SAĞLIK TURİZMİ

Uluslararası Para Fonuna (IMF) tarafından sağlıkla ilgili kişisel seyahat olarak anılan sağlık turizmi, sağlıkla ilgili nedenlerle yurt dışına seyahat eden kişiler tarafından satın alınan ürün ve hizmetleri içermektedir (IMF, 2014:26-27). Bu ürün ve hizmetlere yiyecek, konaklama ve ulaşım harcamaları da dâhil edilmektedir. Sağlık turizmi harcamaları genellikle bireyler tarafından

karşılırken, hükümetler tarafından da finanse edilebilmektedir (Lautier, 2008:102).

Bazı ülkeler yüksek hizmet kalitesiyle bazı ülkeler de düşük maliyetleri ile sağlık turizminde çekim merkezi olmaktadır. Organ nakli, kalp ameliyatı, kanser terapileri, kozmetik cerrahi, dişçilik, ortopedik cerrahiye kadar çeşitli tıbbi prosedürler; artık birçok ülkede yüksek kalitede ve uygun fiyatla sağlanabilir durumdadır (Lunt vd, 2014:33). Bu hizmetlerin bir kısmını veya tamamını sunan, önemli ölçüde maliyet avantajı sağlayan ve bu sayede sağlık turizm merkezi olarak anılan ülkeler vardır.

**Tablo 1.** Sağlık Turizmi Gelirleri ve Pazar Payı 2018

	Ülke	Sağlık Turizmi Geliri USD (2018)	Pazar Payı
1	ABD	9,825 milyar	%27,8
2	Fransa	1,85 milyar	%5,2
3	Türkiye	1,7 milyar	%4,7
4	Belçika	1,40 milyar	%3,9
5	Tayland	1,35 milyar	%3,8
6	Ürdün	1,25 milyar	%3,5
7	Kosta Rika	1,1 milyar	%3,1
8	Birleşik Krallık	0,85 milyar	%2,4
9	Macaristan	0,79 milyar	%2,1
10	Güney Kore	0,76 milyar	%2,0

**Kaynak:** European Travel Commission/UNWTO, 2018: Exploring Health Tourism

Dünya Turizm Örgütü verilerine göre ABD'nin 2018 yılında elde ettiği 10 milyar dolarlık sağlık turizmi geliri, küresel sağlık turizmi gelirlerinin %28'ini ve ülkedeki toplam turizm gelirinin %4,6'sını oluşturmuştur.

Fransa, 2018 yılında tıbbi amaçlı 1,85 milyar ABD doları harcama yapan turistler ile ikinci sırada yer alırken, bu tutar ülkedeki toplam turizm gelirlerinin %2,8'ine denk gelmektedir.

Türkiye en çok tercih edilen sağlık turizmi merkezlerinin başında yer alarak 2018 yılında 1,7

milyar ABD doları gelir ile 3.sırada yer almaktadır. Bu tutarın toplam turizm gelirleri içerisindeki payı, %6,5 olmuştur.

Türkiye, Tayland, Ürdün ve Kosta Rika da toplam sağlık turizmi gelirleri açısından en büyük ülkeler arasındadır. Bahsedilen dört ülke, Belçika ve Birleşik Krallık ile birlikte, 2018 yılında, toplam sağlık turizmi gelirlerinin yarısından fazlasını elde etmiştir (UNWTO, 2018).

Getirisi en yüksek kabul edilen turizm türü olan sağlık turizminde pazar büyüklüğü konusunda ise kaynakların tahmin yöntemlerine göre farklılıklar görülmektedir. Sınır Ötesi Hastalar Kuruluşu (Patients Beyond Borders) 2018 yılı için 45,5 milyar USD ile 72 milyar USD arası bir pazar büyüklüğü olduğunu belirtirken, Medikal Turizm Derneği (Medical Tourism Association) 100 Milyar USD'lik bir pazar büyüklüğü tahmin etmektedir. Sağlık turizmi üzerinde 15 yıla yakın bir süredir faaliyet gösteren Uluslararası Tıbbi Seyahat Dergisi (The International Medical Travel Journal) 2019 raporunda, sağlık turizmi pazarının 2018 yılında 37 milyar USD'ye ulaştığı ve 2023 yılına kadar yıllık ortalama %10'luk bir büyüme potansiyeli olduğu tahmininde bulunmaktadır.

IMF'ye göre ise sağlık turizmi ürün ve hizmetlerine yapılan uluslararası harcamalar, 2000-2018 yılları arasında nominal olarak %400 büyüyerek, 7,5 milyar dolardan 38 milyar dolara yükselmiştir. Bu büyüme ile 2000 yılında toplam turizm harcamalarının %0,6'sına karşılık gelen sağlık turizmi harcamaları, 2018 yılında harcamaların %2,4'üne ulaşmıştır. 2018 yılında sağlık turizmi hizmetlerine yapılan uluslararası harcamalar da bir önceki yıla göre, %11 civarında bir artış kaydetmiştir. (IMF Working Papers, 2018)

Kurumların tahminlerinde farklılıklar olmasına rağmen ortak kabul, sağlık turizmi pazarının önümüzdeki 5-10 yıllık süreçte, yıllık çift haneli büyüme rakamlarına sahip olacağıdır.

Sağlık turizmi pazarının diğer tarafında ABD, yine en büyük ülke konumundadır. 2018 yılında sağlık turizmi harcamalarının %20'si, ABD vatandaşları tarafından gerçekleştirilmiştir. (UNWTO, 2018).

**Tablo 2.** Sağlık Turizmi Harcamaları 2018

	Ülke	Sağlık Turizmi Harcaması USD (2018)	Payı
1	ABD	7,2 milyar	%20
2	Kuveyt	3,8 milyar	%10,5
3	Nijerya	2,2 milyar	%6,1
4	Hollanda	1,5 milyar	%4,2
5	Fransa	1,25 milyar	3,5
6	Umman	1,0 milyar	2,7
7	Kanada	1,0 milyar	2,7
8	Belçika	0,9 milyar	2,5
9	Avusturya	0,85 milyar	2,4
10	Almanya	0,80 milyar	2,3

**Kaynak:** European Travel Commission/UNWTO, 2018: Exploring Health Tourism

Kuveyt, Nijerya ve Umman'da kamu sağlık kuruluşlarındaki uzun gecikmelerin ve özel tıbbi hizmetlerin yüksek maliyetinin; artan nüfusu ve talebi karşılayacak sağlık hizmet sunumu olmaması gibi nedenlerin bir sonucu olarak önemli sağlık turizmi harcaması gerçekleşmektedir. (UNWTO, 2018)

Sağlık turizmi harcamaları noktasında az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkeler, döviz çıkışını azaltmayı hedeflemektedir. Bunu sağlayabilmek adına sağlık altyapısını güçlendirici kamusal yatırımlara gidilmekte ve özel yatırımlar teşvik edilmektedir (Horowitz vd. 2007:33)

Klasik turizm alanından daha hızlı büyüyen, potansiyeli ile önemli bir ekonomik getiri kaynağı olacağı tahmin edilen ve rekabetin giderek arttığı sağlık turizmi pazarından pay alabilmek adına; erken hareket etmek ve bu alanda yatırımlar yapmak bir gerekliliktir (Vijaya, (2010: 62).

Dünyada giderek artan sayıda ülke, sağlık turizminin ekonomilerine sağlayabileceği faydaları tanımakta ve bu alt sektöre giderek daha fazla destek vermektedir. Sağlık turizmini en iyi destekleyen ve teşvik eden politikalar, ülkenin genel turizm stratejisinin bir parçası olanlardır. Ulusal ve bölgesel hükümetlerin bu tür politikaların geliştirilmesi, yönetimi ve önceliklerin

belirlenmesinde önemli bir rolü vardır. (Zengingönül vd. 2012).

#### 4. TÜRKİYE'DE SAĞLIK TURİZMİ

Türkiye; sağlık alanında sunduğu maliyet avantajı, ileri teknoloji düzeyi ve tecrübesiyle sağlık amaçlı seyahat edenlerin de ilgisini çekmektedir. Türkiye'nin konumu, sağlık alanında yaşadığı dönüşüm ve turizm alanında elde ettiği tecrübelerin kullanılması neticesinde; önemli sağlık turizmi merkezlerinden birisi haline gelmiştir. Sağlık turizmi sağladığı katma değer, istihdam ve döviz geliri açısından Türkiye ekonomisi için önemli bir fırsat olmasının yanında; coğrafi konumu sebebiyle de Avrupa, Afrika ve Ortadoğu ülkeleri açısından avantajlı konumdadır (Edinsel ve Adıgüzel, 2014). Sağlık turizminden hedeflenen gelirin elde edebilmesi amacıyla hem rekabet edebilecek nitelikteki kamu sağlık kuruluşlarının sayısı artırılmakta, hem de devlet destekli yatırımlarla özel sağlık kuruluşlarının sayısı her geçen gün artmaktadır.

Sağlık turizmi açısından akreditasyon, önemli bir konu başlığı olmaktadır. Uluslararası seyahat eden sağlık turistlerinin öncelik verdiği konuların başında, sağlık kuruluşlarının sahip olduğu akreditasyon belgeleri yer almaktadır. Akreditasyon, sağlık turizmi ile ilgili kuralları koyan ülke ya da kuruluşun standartlarının; kalite güvencesi olarak kullanılmasını ifade etmektedir. (Tontuş, 2015:55). Hastanelerdeki akreditasyon ise sağlık hizmeti konusunda belirlenmiş olan standartlara uygunluğun bağımsız denetçiler tarafından değerlendirilmesidir (Turner, 2010). Türkiye bu alanda lider ülkelerden biri olmakta ve bu sayede neredeyse tüm ülkelerden hasta kabul etmektedir. Sağlık Bakanlığı verilerine göre Türkiye'de; 57 Aracı Kuruluş, 100 Kamu Sağlık Tesisi, 22 Kamu Üniversite Hastanesi, 20 Vakıf Üniversitesi Hastanesi ve 537 Özel Sağlık Tesisi sağlık turizmi yetki belgesi almıştır.

Sağlık turizminin Türkiye'de artan öneminin bir göstergesi olarak, hazırlanan 7., 8., 9. ve 10. kalkınma planlarında, başta sağlık turizmi olmak üzere turizmin potansiyeline atıfta bulunulmuş ve turizm dağılımını düzenlemek

üzere; sağlık turizmine önem verileceği belirtilmiştir (Edinsel ve Adıgüzel, 2014).

Sağlık turizminin geliştirilmesi, Onuncu Kalkınma Planında (2014-2018), öncelikli dönüşüm programları arasında öncelikli konu başlıklarından birisi olarak yer almıştır. Plan; uzun dönemde sağlık harcamalarında artış, sağlık teknolojilerinin daha yoğun kullanım, ilaç ve tıbbi malzeme üretimine odaklanmanın sağlık turizmini geliştirmede fırsat alanlarını da beraberinde getireceğine atıfta bulunmaktadır.

Türkiye’de, sağlık turizmine verilen tüm bu önemin sonucu olarak; 2000’li yılların başında toplam turizm geliri içerisinde %2’nin altında olan pay, son yıllarda %5-6 seviyelerine kadar çıkmış, 2003 yılında 200 milyon USD seviyesinde olan gelir; 2018 yılında 2 milyar USD seviyesini aşmıştır.

**Tablo 3.** Yıllara Göre Sağlık Turisti Sayıları ve Klasik Turizm İçerisindeki Payı

YILLAR	Sağlık Turisti Sayısı	Sağlık Turizmi Geliri	Turizm Geliri İçerisindeki Payı (%)
2019	551.748	1.698.500.000	6
2018	662.087	2.046.181.800	6,5
2017	433.292	1.534.000.000	5,1
2016	377.384	1.259.500.000	5,6
2015	360.180	904.200.000	3
2014	414.658	794.300.000	2,3
2013	267.461	747.600.000	2,3
2012	216.228	511.900.000	1,79
2011	142.464	488.400.000	1,78
2010	115.222	486.300.000	1,95
2009	132.677	447.300.000	1,78
2008	162.484	441.700.000	1,75
2007	154.603	433.400.000	2,1
2006	153.895	382.400.000	2,0
2005	164.598	343.200.000	1,68
2004	133.721	284.000.000	1,67
2003	103.404	204.000.000	1,48

**Kaynak:** ktb.gov.tr, TÜİK, SATÜRK

Tablo 1’inde gösterdiği üzere, Türkiye hem ağırladığı sağlık turisti sayısı hem de elde edilen gelir açısından lider sağlık turizmi ülkelerinden birisi olmaktadır. 2018 yılında elde edilen 2 milyar USD ile en çok sağlık turizmi geliri elde eden 3.ülke konumundadır.

Türkiye sağlık turizminde hedefini 2023 yılında, 1,5 milyon sağlık turisti ve 10 milyar USD gelir olarak belirlenmiştir. Sağlık turizminin, turizmin bütün imkanlarından yararlanması; Türkiye için talebi olumlu yönde etkileyecek potansiyele imkân vermektedir. Kültür turizmi, inanç turizmi, deniz turizmi, doğa turizmi gibi çok çeşitli turizm olanakları; Türkiye’nin hizmet kalitesinde dünya sıralamasında iyi bir konumda olması sağlık turizmi talebi için olumlu bir ortam oluşturmaktadır.

Alt sektör ile ilgili olumsuz bir durum, ulusal ölçekte sağlık turizmi hareketlerini kayıt altına alacak ve denetleyecek kapsamlı sistem ve süreçlerin; henüz kazandırılmamış olmasıdır. Bu durum politika belirlemede esas alınacak verilerin, elde edilmesinde ve kullanılmasında zorluklar ortaya çıkarmaktadır. Sağlık kuruluşları henüz, Sağlık Bakanlığı ile veri ve bilgi paylaşımında istenilen özen, hız ve iş birliği içerisinde bulunmamaktadır (Akbolat ve Deniz, 2017:129).

Sağlık turizmi alanındaki tüm olumlu hususlara rağmen Türkiye, hedeflenen seviyenin (hasta sayısı ve gelir olarak) henüz çok altında bulunmaktadır. Turizmin genelinde yaşanan durumun bir benzeri sağlık turizminde de yaşanmış ve 10 yıllık bir süreç içerisinde Türkiye’de sağlık turizmi, önemli bir ivme yakalamış ancak gelinen nokta, hedeflenenin altında kalmıştır.

Potansiyelin ortaya çıkarılması ve pazar payının artırılması amacıyla; en çok talep gören sağlık hizmetlerine uygun tesislerin kurulması veya gerekli donanım ve alt yapı şartlarını iyileştirecek yatırımların yapılması gerekmektedir. Örneğin son yıllarda onkoloji, ortopedi ve estetik gibi alanlarda tedavi görmek isteyen turistlerin ilgisinde artış olduğu görülmektedir. Sağlık turizminde bu alanlar başta olmak üzere yapılacak yatırımlar ve harcamalar hem kişi sağlığı hem de ekonomik büyüme noktasında olumlu katkılar sağlayacaktır.

## 5. LİTERATÜR TARAMASI

Literatürde klasik turizmi ve gelirini inceleyen pek çok çalışmaya bulunurken, sağlık turizmi geliri ile ilgili kısıtlı sayıda çalışmanın olduğu görülmüştür. Ancak doğrudan sağlık turizmi geliri ile ilgili olmasa da sağlık turizminin gelişmesi ve talebi üzerine yapılan çok sayıda çalışmaya rastlanılmaktadır.

Chanda'nın (2001) çalışması sağlık turizminin çok önemli boyutlarda olduğu Hindistan'daki sağlık hizmetlerinin ticari boyutunu incelemiştir. Düşük tedavi masraflarının Hindistan'ı en önemli tıbbi turizm destinasyonu haline getirdiği sonucuna ulaşmıştır.

Kim ve Ayoun (2005), çalışmalarında 1997-2001 yılları arasında turizm alt sektörlerinin oran analizi yöntemiyle finansal performanslarını karşılaştırmalı olarak incelemişlerdir. Çalışma sonucunda analizde yer verilen oranlar bağlamında konaklama, havayolu, eğlence ve restoran alt sektörlerinin finansal performanslarının farklı olduğu belirlenmiştir.

Connell (2006) çalışmasına göre, bir ülkenin sağlık turizminde tercih edilebilmesi için uygun tedavi ücretleri, erişilebilirlik, hizmet kalitesi, turizm unsuru, mahremiyet, yasal düzenlemeler (kürtaj izni gibi) etkili olmaktadır.

Bies ve Zacharia (2007) çalışması ise sağlık turizminin bir dış kaynak (outsourc) olarak kullanımı konusu üzerinedir. Tayvan'daki medikal turizm politikasının hükümet ve hastanelerin katılımıyla büyüyen bir endüstri olduğunu, bu nedenle de hükümet, tıbbi bakım sağlayıcıları ve turizm endüstrisi arasındaki iş birliğini teşvik etmek için çaba gösterilmesi gerektiği sonucuna ulaşmaktadır.

Smith ve Forgione (2007) tarafından yabancı hastaların ülke ve sağlık kuruluşu (özel veya kamu) seçimini etkileyen faktörler üzerine bir çalışma yapılmıştır. ABD'li sağlık turistleri üzerine yapılan anket çalışma sonuçlarına göre ülke seçiminde ekonomik şartlar, politik durum, sağlık politikaları öne çıkarken; sağlık kuruluşunun seçiminde tedavi maliyetleri, sağlık personeli deneyimi, tıbbi bakım kalitesi ve akreditasyon öne

çıkılmaktadır. Yine çalışma sonuçlarından yabancı hastaların özel sağlık kuruluşlarını daha çok tercih ettikleri görülmüştür.

Ehrbeck vd. (2008) sağlık turizmine aracılık eden kuruluşlarla yaptığı çalışmada, sağlık turistlerinin hangi faktörleri göz önüne alarak planlama yaptığını ortaya koymaya çalışmıştır. Çalışmaya göre tedavi maliyetlerinin düşüklüğü, sağlık hizmetlerinin teknolojisi, ulaşım giderlerinin düşük olması, pazarlama kanallarının yaygınlığı sağlık turistlerinin tercih nedenleri olarak görülmüştür.

Mckinsey Şirketi tarafından 2008 yılında yapılan bir araştırmada, medikal turizm için insanların başka ülkelere seyahat etmelerindeki nedenleri arasında; %40 en iyi teknoloji, %32 en iyi kalitede tıbbi tedavi ve medikal uygulamalar, %15 daha hızlı erişim, %9 en düşük maliyet, %4 isteğe bağlı uygulamalar için düşük maliyet faktörleri saptanmıştır.

Heung vd. (2010) Hong Kong'da sağlık turizmin gelişimini etkileyen faktörleri ele aldığı çalışması; kısıtlayıcı politikalar ve düzenlemelerin, hükümet desteğinin yetersizliğinin, tedavi maliyeti yüksekliğinin, kapasite sorunlarının ve yerel toplumun sağlık hizmeti ihtiyaçlarının bu tür turizmin gelişmesinin önündeki ana engeller olduğunu ortaya koymaktadır. Bu engelleri kaldırmak için, yeni tanıtım politikaları belirlemek, sağlık turizmi pazarında yatırımı teşvik etmek için hükümet desteği sağlamak, sağlık turizmi ürünleri geliştirmek için konaklama sektörü ve sağlık kurumlarının ortak çaba göstermeleri ve yatırımlarını artırmaları gibi çeşitli stratejiler önerilmektedir.

Gupta ve Das (2012) Hindistan sağlık turizmi üzerine, yabancı hastalar ile yüz yüze görüşme yöntemini uygulayarak yaptıkları çalışmada; ziyaretçilerin endişelerini hafifletmek için özel hizmetler gerektiğini belirlemişlerdir. Bu hizmetler içerisinde; kolay para dönüştürme imkânı, seyahat ve vize kolaylığı, tedavi sonrası bakım hizmetleri, tedavi sırasında ve sonrasında refakatçilerin konaklaması yer almaktadır. Aynı çalışmaya göre bu hizmetlerin önemi nedeniyle



sağlık turizminde özel kuruluşların fark yarattığı ve özel yatırımların artırılması gerekmektedir.

Hanefeld (2013) sağlık turistlerinin özellikle zorunlu olmayan tedavilerde (saç ekimi, estetik operasyonlar gibi) turizm ülkelerine, yüksek kaliteye ve düşük maliyetlere odaklandıkları sonuçlarına ulaşmıştır.

Güneş ve Kabadayı (2015) Türkiye'ye gelen turistlerin sayısını etkileyen faktörleri 1996-2014 dönemi için inceledikleri çalışmalarında; gelir seviyesinin ve nüfus yoğunluğunun turist sayılarını olumlu etkilediği ancak ülkeler arası mesafenin olumsuz etki yarattığı sonucuna ulaşmışlardır.

Hanefeld vd. (2015) Birleşik Krallık'a sağlık turisti olarak gelenlerin krallıktaki özel hastalardan daha karlı olduklarını, sağlık turizminin özel sağlık kuruluşları için riskler ve fırsatlar sunan bir olgu olduğunu ortaya koymuşlardır. Sağlık turizminin büyüyen bir pazar ve global anlamda sağlık sistemleri üzerinde etkileri olduğu sonucundan hareketle; bu alan daha fazla araştırma, izlemeye yatırım yapılmasını gerektirmektedir.

Koyuncu vd. (2016) 2002 ve 2015 yılları arasındaki toplam sağlık turizmi gelir verilerine ilişkin yaptıkları çalışmada hem turizm gelirinde hem de sağlık turizmi gelirinde bir yükseliş eğilimi gözlemlendiği sonucuna ulaşmışlardır. Sağlık turizmi gelirinin, turizm gelirinden oransal olarak daha fazla arttığı ve turizm geliri içerisinde önemli bir payı olduğu, Türk Hükümeti'nin sağlık turizmi konusunda 2008 yılından itibaren; altyapı başta olmak üzere önemli çaba gösterdikleri çalışmanın önemli çıkarımlarıdır.

Akbolat ve Deniz (2017), SWOT analizi ile Türkiye'nin sağlık turizmini inceledikleri çalışmada, sağlık turizmi alanında lider ülkelerden biri olmayı sağlayan güçlü yönleri; ulaşım kolaylığı, rakip bölgelerdeki siyasi istikrarsızlık ve salgın hastalık riskleri olarak göstermişlerdir. Yabancı dil bilen çalışan sayısının özellikle kamu hastanelerinde az olması ve bürokratik işlemlerin süreçleri yavaşlatması zayıflıklar olarak ortaya konulmuştur.

Sülkü (2017) sağlık turizminde Türkiye'nin yerini ve potansiyelini değerlendirdiği çalışmada, ülkemizde termal ve spa-wellness turizminin neredeyse tüm türlerinin bulunduğu tesislerin bulunduğu; fakat bu tesislerde hizmet verilen turist sayısı bakımından Avrupa ve diğer dünya ülkelerinin gerisinde yer aldığı, Sağlık Bakanlığı, turizm sektörü ve özel sağlık kuruluşlarının koordine bir şekilde gerçekleştirecekleri sağlık yatırımlarının bu noktada önemli bir gereklilik olduğunu vurgulamıştır.

Gündüz vd. (2018), 2014 yılında Türkiye' de sağlık hizmeti alan turistlere ve geldikleri ülkelere ait yatay kesit verilerini kullandıkları çalışmalarında; turistlerinin kendi ülkelerinin Gayri Safi Yurtiçi Hasıla değerlerinin Türkiye'nin sağlık turizmi potansiyeli ile pozitif yönde ilişkili olduğunu, kişi başına düşen gelirleri ve Türkiye'ye olan uzaklıklarının ise turizm potansiyeli ile negatif yönde ilişkili olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Dökme (2019), medikal turizmde hasta tercihini etkileyen faktörleri; ülke seçimi ve kurum seçimi olmak üzere iki ayrı temelde sınıflandırmıştır. Yasal düzenlemeler, ulaşım, aracı kurumlar, diğer turizm hizmetleri, siyasi ve sosyo-ekonomik durum ülke seçiminde; hizmet kalitesi, işlem ve bekleme süreleri, pazarlama, maliyet ve teknoloji faktörlerinin de kurum seçiminde dikkate alındığı sonucuna ulaşmıştır.

Sevim ve Sevim (2019) medikal turizm kapsamında Türkiye'ye gelen hastaların, bu tercihlerinde etkili olan faktörlerin incelenmesi amacıyla yüz yüze anket yöntemi kullanılarak; İstanbul'da özel bir hastanede 284 hasta ile bir çalışma gerçekleştirmiştir. Araştırma sonuçlarına göre medikal turizm tercihinde; hizmet kalitesinin, seçilen kurumun modernliğinin ve Türkiye'nin doğal güzelliklerinin yer aldığı ifadeler en yüksek ortalama ile değerlendirilmiştir.

Aksoy ve Yılmaz (2019) çalışmalarına göre kalite, uygun maliyet, sağlık alanındaki başarı ve fiziksel yakınlık; sağlık turistlerinin seçim kriterlerini oluşturmaktadır.

Buzcu ve Birdir (2019) sağlık turizminde Türkiye'nin pazar payını artırabilmesi adına etkili olacak faktörleri araştırdıkları çalışmalarında; yurt dışında etkin ve aktif tanıtım yapılması, yabancı dil bilen sağlık personel sayısının ve niteliğinin artırılması, alt yapı olanaklarını geliştirmesi ve akreditasyona önem verilmesi olarak ortaya koymuşlardır.

Literatürde sağlık turizmi talebini ve seçim kriterlerini inceleyen benzer çalışmaların sayısı oldukça fazladır. Literatür değerlendirildiğinde sağlık turizmin gelişmesinde ve varış ülkelerinin sağlık turizmi gelirleri üzerinde; tedavi maliyetlerinin, hizmet kalitesinin, altyapı çalışmalarının ve yatırımların, özel sağlık kuruluşlarının, ulaşım imkanlarının, konaklama tesisleri varlığının etkisi bulunmaktadır.

## 6. MATERYAL VE YÖNTEM

Çalışmada sağlık turizmi gelirini etkileyen faktörlerin eşbütünlük analizi ile incelenmesi yapılmıştır. Öncelikle analizi yapılacak olan veri seti tanıtılmış olup, birim kök sınamaları yapılmıştır. Değişkenler arasındaki uzun dönemli ilişkileri araştırmak için iki aşamalı Engle-Granger (1987) eşbütünlük yöntemi uygulanmıştır. Kısa dönem ilişkileri araştırmak için eşbütünlük modelinden elde edilen uzun dönem ilişkiden sapmaları dikkate alan, hata düzeltme modeli oluşturulmuştur ve modelinin geçerliliği test edilmiştir. Bulunan uzun dönem ilişkiler, kısa dönem ilişkinin analizi için gerekli modelin kurulması amaçlı belirlenmiş, ancak sonuçları yorumlanmıştır.

Çalışmada, 1999-2019 dönemine ait yıllık veriler kullanılmıştır. Sağlık turizmi geliri, sağlık harcamaları, sağlık yatırımı tutarı, turizm yatırımı tutarı, özel kesim sağlık yatırımı, kamu kesimi sağlık yatırımı, kişi başına düşen milli gelir ve döviz kuru analize dâhil edilmiştir. Veriler; Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK), Türkiye Sağlık Vakfı, Türkiye Seyahat Acenteleri Birliği (TÜRSAB), Dünya Sağlık Örgütü (WHO), Dünya Bankası (WB), Uluslararası Para Fonu (IMF), Kalkınma Bakanlığı ve Merkez Bankasından (MB) alınmıştır.

Çalışmadaki değişkenlerin önünde kullanılan L simgesi ise değişkenin logaritmasının alındığını ifade etmektedir. Değişkenlerden Sağlık turizmi geliri (STG), sağlık harcamaları (SH), sağlık yatırım tutarı (SYT), turizm yatırımı tutarı (TYT), özel kesim sağlık yatırımı tutarı (OKSYT), kamu kesimi sağlık yatırımı tutarı (KKSİYT), kişi başına düşen milli gelir (KBMG), sağlık turisti sayısı (STS) ve döviz kuru (DK) şeklinde kısaltılmıştır.

### 6.1. Birim Kök Testi

Çalışmada kullanılan değişkenlere ait birim kök testi sonuçları Tablo 2' de sunulmuştur. Değişkenlerin seviyelerine ait birim kök testi sonuçlarına göre sabitli ve trendli ADF versiyonu için sağlık turizmi geliri, sağlık turisti sayısı, sağlık harcamaları, sağlık yatırım tutarı, turizm yatırımı tutarı, özel kesim yatırım tutarı, kamu kesimi yatırım tutarı, kişi başına düşen milli gelir, döviz kuru ve sağlık turizm geliri değişkenlerinin birim kök taşıdığı görülmüştür. Değişkenlerin birinci farkına ait ADF birim kök testi sonuçlarına göre ise hem sabitli hem de sabitli ve trendli ADF versiyonlarına göre durağan olduğu, diğer bir ifadeyle birim kök içermediği görülmüştür.

Tablo 4. ADF ve PP testi sonuçları

ADF(Genişletilmiş Dickey-Fuller)			
Değişkenler		Sabit	Sabit –Trend Var
LSTG	Düze yde	-2,4355	-2,3415
LKBMG		-1,0696	-0,9053
LSTS		-0,2004	-1,7688
LOKSYT		-2,2796	-2,2809
LKKS Y T		-1,3282	-1,4627
LYT		-1,5605	-0,0393
LSH		-1,7977	-0,8311
LDK		-1,7071	-0,2597
$\Delta$ LSTG	1. Fark	-1,8924*	-2,2561
$\Delta$ LKBMG		-3,1819**	-3,7017*
$\Delta$ LSTS		-3,8421**	-3,8164**
$\Delta$ LOKSY		-5,2975***	-7,4935***
$\Delta$ LKKS Y		-3,8494**	-3,7857**
$\Delta$ LYT		-3,0815**	-3,3813*
$\Delta$ LSH		-2,8017*	-3,7658**
$\Delta$ LDK		-1,3633***	-5,2943***
PP(Philliph-Perron)			
Değişkenler		Sabit	Sabit –Trend Var
LSTG	Düze yde	-1,5987	-2,9587*
LKBMG		-1,0524	-0,9053
LSTS		-0,0593	-1,9181
LOKSY		-1,8483	-1,5989
LKKS Y		-1,3316	-1,667562
LYT		-1,5469	-0,2065
LSH		-1,7323	-1,0021
LDK		-1,7169	-2,6517
$\Delta$ LSTG	1.Fark	-4,8036***	-6,4671***
$\Delta$ LKBMG		-3,1436*	-4,8847***
$\Delta$ LSTS		-3,8143**	-3,8269**
$\Delta$ LOKSY		-3,1663**	-3,3069*
$\Delta$ LKKS Y		-4,1581***	-4,0701**
$\Delta$ LYT		-3,1095**	-3,3813*
$\Delta$ LSH		-2,7183*	-3,7600**
$\Delta$ LDK		-5,2524*	-6,5142***

**Not:** \*, \*\* ve \*\*\* sırasıyla %10, %5 ve %1 anlamlılık düzeyinde “birim kök vardır” sıfır hipotezinin reddedildiğini gösterir. Değişkenlerin başındaki D, değişkenlerin birinci farkının alındığını göstermektedir. Kritik değerler Eviews 10.0 ekonometri programı tarafından üretilmiş olup, MacKinnon değerlerine dayanmaktadır. Burada LSH, LKBMG, LSTS, LSYT, LOKSY, LKKS, LTY ve LSTG kısaltmaları sırasıyla logaritmik sağlık turizmi geliri, sağlık turisti sayısı, sağlık harcamaları, sağlık yatırım tutarı, turizm yatırımı tutarı, özel kesim yatırım tutarı, kamu kesimi yatırım tutarı, kişi başına düşen milli gelir, döviz kuru ve sağlık turizm geliri değişkenini ifade etmektedir.

Değişkenlerin seviyelerine uygulanan ADF ve PP test sonuçları değişkenlerin durağan olmadığını göstermiştir. Aynı testlerin birinci dereceden farkına uygulanması ile elde edilen sonuçlar, değişkenlerin birinci dereceden farkının durağan olduğunu göstermektedir. Bu durumda veri setinde bulunan bütün seriler I(1)'dir.

## 6.2. İki aşamalı Engle-Granger eşbütünlüğe yöntemi

Engle-Granger (1987) eşbütünlüğe analizini uygulamak için seriler aynı dereceden durağan olmalıdır. Çalışmada kullanılan serilerin hepsi ADF birim kök testi yardımıyla birinci dereceden durağan bulunmuştur. Değişkenler aynı dereceden durağan bulunduktan sonra, sağlık turizmi geliri, sağlık yatırımı tutarı, turizm yatırımı tutarı ve döviz kuru serileri arasındaki uzun dönem ilişkiler incelenmiştir. Uzun dönem denge ilişkisini gösteren eşbütünlüğe regresyon modeli, En Küçük Kareler yöntemi ile tahmin edilmektedir. Bu durumda model tahmin sonuçları şu şekildedir:

**Tablo 5.** Uzun Dönem Denge Modeli Sonuçları

Değişken	Katsayı	Std. Hata	t- İstatistiği	p değeri
C	-14,748	15,957	-0,9242	0,3736
LTY	0,1880	0,1845	1,0189	0,3283
LOKSY	0,1635**	0,0608	2,6861	0,0198
LKKS	0,0286	0,1915	0,1495	0,8836
LDK	0,6856**	0,2492	2,7507	0,0176
LSH	1,1206	1,0058	1,1141	0,2870
LKBMG	-0,3081**	1,3040	-0,4663	0,0193
LSTS	0,2792	0,2281	1,2237	0,2445
R <sup>2</sup>	0,9826			
Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	0,9725			
Regres. Std. Hatası	0,1620			
Hata Kareler Toplamı	0,3152			
F-İstatistiği	97,1662			
p-değeri(F-İstatistiği)	0,000000			
Durbin-Watson ist.	2,2919			

\*, \*\*, \*\*\*: %1, %5 ve %10'da ilgili değerin istatistiki olarak anlamlı olduğunu göstermektedir. Burada bağımlı değişken logaritmik sağlık turizm geliridir.

## 6.3. Kalıntılar birim kök testi

En Küçük Kareler yöntemiyle tahmin edilen denkleme ait kalıntıların durağan olup olmadığını test ederken aşağıdaki hipotezler kullanılır:

H<sub>0</sub>: Eşbütünlüğe Yoktur

H<sub>1</sub>: Eşbütünlüğe Var.

Kalıntıların durağan olup olmadığı ADF birim kök testiyle bulunmuştur. Buna göre ADF birim kök testinden elde edilen sonuçlar aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

**Tablo 4.**  $\hat{\epsilon}_t$  kalıntı serisi için ADF birim kök testi sonuçları

ADF(p)	-6,3006(1)
<b>Kritik Değerler</b>	
1%	-4,5715
5%	-3,6908
10%	-3,2869

Not: p gecikme sayısını belirtmektedir. Gecikme sayısı SC bilgi kriterine göre seçilmiştir. Birim kök testi yapılırken sabitli model kullanılmıştır. Kritik değerler Eviews paket ekonometri programı tarafından üretilmiş olup, MacKinnon değerlerine dayanmaktadır.

Model için hesaplanan ADF birim kök test istatistiği -6,3006 değeri, %1 anlamlılık düzeyi için -3,6908 kritik değerinden küçük olduğundan sıfır hipotezi reddedilmektedir. Bu bağlamda, sağlık turizmi geliri, kamu kesim sağlık yatırım tutarı, özel kesim sağlık yatırımı tutarı, sağlık harcamaları ve döviz kuru serileri arasında uzun dönemli bir ilişki olduğu, yani serilerin eşbütünlüğe olduğu sonucuna varılmıştır.

Model için diğer değişkenler sabitken döviz kuru, özel kesim sağlık yatırımları tutarı ve kişi başı milli gelirin; sağlık turizmi geliri ile anlamlı bir ilişkisi vardır.

- ✓ Döviz kurundaki %1'lik artış, sağlık turizm gelirini %0,68 oranında,
- ✓ Özel sağlık yatırımlarındaki %1'lik bir artış, sağlık turizm gelirini %0,16 oranında artırırken;

- ✓ Kişi başı milli gelirdeki %1'lik bir artış, sağlık turizm gelirini %0,30 oranında azaltmaktadır.
- ✓ Kamu kesimi sağlık yatırımlarının, sağlık turisti sayısının, sağlık harcamalarının ve turizm yatırımlarının; sağlık turizmi geliri üzerinde uzun dönemde bir etkisi görülmemektedir.

#### 6.4. Hata düzeltme modeli

Eğer seriler eşbütünlük ise aralarında uzun dönemli bir ilişkinin varlığından söz edildiğini söylenmektedir. Ancak kısa dönemde bu değişkenler arasında bir dengesizlik meydana gelecektir. Kısa dönemde meydana gelen dengesizlik hata düzeltme mekanizmasıyla düzeltilmektedir. Kullanılan seriler için hata düzeltme modeli, aşağıdaki şekilde yazılabilir.

$$\Delta LSTG_t = \theta_0 + \theta_1 \Delta LTY_t + \theta_2 \Delta LDK_t + \theta_3 \Delta LKKS_{Yt} + \theta_4 \Delta LOKS_{Yt} + \theta_5 \Delta LSH_t + \theta_6 \Delta LKBMG_t + \theta_7 \Delta STS_t + \lambda_2(\epsilon_t - 1) + \pi t \quad (1)$$

Söz konusu değişkenlere ait en uygun hata düzeltme modelini belirlemek için Akaike, Schwarz ve Hannan-Quinn bilgi kriterleri kullanılmış olup sonuçlar aşağıdaki tabloda özetlenmiştir.

**Tablo 6.** LSTG, LKKS<sub>Y</sub>T, LOKS<sub>Y</sub>T, LTYT, LDK, LKBMG ve LSTS serileri için uygun hata düzeltme modelini seçimi

Değişkenler	Katsayıları	t-istatistiği	Standart hata	P değeri
SABİT(C)	-0,1038	0,0666	-1,5587	0,1501
LTY	0,0623	0,1745	2,4943	0,3747
LOKS <sub>Y</sub>	0,4353**	0,0671	0,9291	0,0318
LKKS <sub>Y</sub>	0,0982	0,1073	0,9154	0,3815
LDK	0,9598***	0,2662	3,6056	0,0048
LSH	0,5564	0,8006	0,6950	0,5029
LKBMG	1,4869	1,0457	1,4218	0,1855
LSTS	0,5313**	0,2035	2,6105	0,0260
$\epsilon_{t-1}$	-0,8595***	0,2351	-4,9440	0,0006
Jarque-Bera test istatistiği / (p değeri)	1,663032 / (0,3142)			

Not: AIC (Akaike Bilgi Kriterini), SC (Schwarz Bilgi Kriterini) ve HQC (Hannan-Quinn Bilgi Kriterini) göstermektedir. Parantez içinde bulunan değerler gecikme derecesini belirtir.  $\Delta$  simgesi ise ilgili değişkenin cari değeri ile bir dönem gecikmeli değeri arasındaki farkı ifade etmektedir. Logaritmik sağlık turizmi (LSTG) bağımlı değişken olup, diğer değişkenlerden noktalı virgül ile ayrılmıştır. Bağımsız değişkenlerde birbirinden virgül ile ayrılmıştır.

Tablo incelendiğinde en uygun hata düzeltme modeli bilgi kriterlerine göre belirlenmiştir. Bilgi kriteri değeri en küçük olan hata düzeltme modeli, en uygun model olacaktır.

Burada 3 kriterinde seçtiği model gecikmeli modeldir. Sonuç olarak AIC, SC ve HQC bilgi kriterine en uygun model, aşağıdaki gibi yazılabilir.

Değişkenler arasındaki kısa dönemli ilişkileri araştırmak için hata düzeltme modeli tahmin edilmiştir. Hata düzeltme modelinde uzun dönem dengesinde meydana gelen sapmanın düzeltilebileceği söylenebilmektedir. Hata düzeltme terimi ( $\epsilon_{t-1}$ ) in katsayısı (-0,86) negatif ve istatistiksel olarak anlamlıdır. Bu katsayı, serilerin durağan dışı olmasından kaynaklanan kısa dönem sapmalarının bir sonraki dönemde dengeye gelme hızını göstermektedir. Buna göre sağlık turizmi geliri modeli için tahmin edilen parametre değeri -0,86 olarak bulunmuştur. Bir dönemde oluşacak dengesizliğin sağlık turizm geliri için %86'sı bir sonraki dönemde düzeltilerek uzun dönem dengesine yaklaşması sağlanmaktadır.

Model için kısa dönemde, sağlık turizm gelirini etkileyen faktörler arasında döviz kuru, özel kesim sağlık yatırımı tutarı ve sağlık turisti sayısı değişkenlerinin cari değeri bulunmaktadır.

✓ Özel kesim sağlık yatırımlarındaki %1'lik artış, sağlık turizm gelirinde %0,44,

✓ Döviz kurunun cari değerinde meydana gelen %1'lik bir artış sağlık turizm gelirinin cari değerinde %0,96,

✓ Sağlık turisti sayısındaki %1'lik artış sağlık turizm gelirinde %0,53 oranında bir artış meydana getirmektedir.

✓ Turizm yatırımlarının, kamu kesimi sağlık yatırımlarının, kişi başına düşen gelirin ve sağlık

harcamalarının kısa dönemde; sağlık turizmi geliri üzerinde bir etkisi görülmemektedir.

### 6.5. Hata Düzeltme Modelinin Geçerliliği

Tablo 6'da yer alan hata düzeltme modelinin tahmin edilmesinin ardından hata terimine ait testlerin yapılması ve tahmin edilen modelin durağan bir yapı gösterip göstermediğinin test edilmesi gerekmektedir. Bunun için ilk olarak Jarque-Bera normallik testi uygulanmıştır. Tablo 6'da görüldüğü üzere Jarque-Bera test istatistiği (1,663032) istatistiksel olarak anlamsızdır, (p değeri = 0,3142 > 0,10). Bu durumda "hata terimleri normal dağılmıştır" şeklinde olan sıfır hipotezi reddedilememektedir. Yani hata terimleri normal dağılmıştır. Hata düzeltme modelinin yapısal anlamda bir sorun içerip içermediğini tespit edebilmek üzere ayrıca otokorelasyon (Breusch-Godfrey Seri Korelasyon) LM ve White değişen varyans testlerinin de yapılması gerekmektedir.

**Tablo 7.** Otokorelasyon- Breusch-Godfrey Seri Korelasyon LM Testi sonuçları (LSTG, LTY, LOKSY, LKKS, LDK LSH, LKBMG, LSTS) (2 gecikme için)

LM ist. (Ki-kare)	P-değeri
1,4469	0,2290

H<sub>0</sub>: Ele Alınan 2 Gecikme Düzeyinde Seri Otokorelasyon Yoktur.

H<sub>1</sub>: Ele Alınan 1 Gecikme Düzeyinde Seri Otokorelasyon Vardır.

Breusch-Godfrey Seri Korelasyon Testi- LM bir regresyondaki hata terimleri arasında otokorelasyon olup olmadığını tespit etmek için kullanılan testtir. Tahmin edilen hata düzeltme modelindeki hata terimlerinin birbirleri ile ilişkili olup olmadıklarını belirlemek amacıyla yapılan bu test, ele alınan 2 gecikme düzeyinde otokorelasyon bulunmadığını, sıfır hipotezi p değeri (0,2290)>0,10 olduğu için reddedilememiştir. Yani hata terimleri arasında otokorelasyon yoktur.

Hata terimlerinin varyansının bütün örneklem için sabit olup olmadığını tespit

edebilmek amacıyla yapılan White Değişen Varyans Testi sonuçları ise Tablo 8 'de gösterilmektedir.

**Tablo 8.** White değişen varyans testi sonuçları (LSTG, LTY, LOKSY, LKKS, LDK LSH, LKBMG, LSTS)

Ki-Kare	s.d.	P- Değeri
10,40812	8	0,2375

H<sub>0</sub>: Varyans sabittir. (Değişen varyans yoktur)

H<sub>1</sub>: Varyans sabit değildir. (Değişen varyans vardır)

Ki-Kare değeri tahmin edilen modelde değişen varyans sorunu olmadığını başka bir ifadeyle hata teriminin varyansının tüm gözlemler için aynı olduğunu ortaya koymaktadır. Kurulan hata düzeltme modelinde ekonometrik olarak bir sorun olup olmadığını araştırmak için modelin artıkları üzerinde yapılan tanısal testlerde modelde ekonometrik olarak bir sorun bulunmamaktadır.

## SONUÇ

Sağlık turizmi geliri ile döviz kuru arasında hem kısa hem de uzun dönemde bir ilişki görülmüştür. Sonuçlara göre döviz kurunun artışı, sağlık turizmi gelirini de artırmaktadır. Sağlığa kavuşmanın daha düşük maliyetli bir yolunu bulma amacı ile seyahat edenlerin, daha az harcama ile ihtiyaçlarını karşılayabilecekleri bölgeleri seçmeleri; sağlık turizmi geliri ile döviz kuru arasında pozitif bir ilişki olması sonucunu desteklemektedir. Döviz kurları makroekonomik pek çok değişkenle bağlantılı olduğundan, sağlık turizmi açısından kur üzerinden bir strateji geliştirmek olası değildir. Bu noktada döviz kurunu tedavi maliyetleri olarak kabul etmek yanlış olmayacaktır. Tedavi maliyetlerinin düşük olması, bir ülkeyi sağlık hizmeti almak için hastaların gözünde ön sıralara taşıyabilir. Bu açıdan döviz kurları üzerinden uygulanamayacak politikalar, tedavi ücretleri üzerinden uygulanabilir.

Kamu hastanelerinde verilen hizmetler, tüm dünya da daha ucuz olmaktadır. Özel sağlık kuruluşları ise amaçları doğrultusunda, ücret politikalarını daha farklı belirlemektedir. Bu noktada beklenti devletin yabancı hasta kabul eden ve ülkeye döviz girdisi sağlayan özel sağlık kuruluşlarına destek vermesi olmaktadır. Kamu hastanelerinin yükünün fazla olması nedeniyle, sağlık turizmi alanında kamu- özel rekabetinin yaşanmaması gerektiği ve özel sektörün desteklenmesi gerektiği sıklıkla dile getirilmektedir. Turizm sektörüne verilen desteklere benzer destekler talep edilmekte (örneğin uçuş desteklerinde olduğu gibi yabancı hasta tedavi eden sağlık kuruluşlarına teşvik verilmesi), kamunun bu alanda bir rakip olarak ortaya çıkmaması istenilmektedir. Ancak burada da dikkatli bir politika izlenmesi gerekmektedir. Düşük maliyet bir avantaj olurken, uzun vadede elde edilen getirinin istenilen seviyelere çıkamamasına neden olabilecektir. Klasik turizm alanında yaşanan ve ağırlanan turist sayısına oranla gelirin düşük olması sorununun, sağlık turizminde de yaşanmamasına dikkat edilmesi gerekmektedir. Bu noktada strateji, sadece maliyet üzerinden değil; kalite ve ihtiyaçlara uygun prosedürlerin hazırlanması yönünde olmalıdır.

Sağlık turizmine ilişkin ilginç bir sonuçta kişi başına düşen milli gelir ile sağlık turizmi geliri arasında, uzun dönemde negatif bir ilişki ortaya çıkmıştır. Kısa dönemde pozitif olan ilişki, uzun dönemde negatife dönmektedir. Beklenti döviz kurlarının değer kazanmasında olduğu gibi kişi gelirinin de artması sonucu, sağlık turizmi hareketliliğinin artarak; geliri artırmıştır. Literatüre katkı yapan çalışmaların büyük çoğunluğunda, tedavi maliyetlerinin tercih açısından en önemli etkenlerden birisi olduğu görülmüştür. Ancak bu noktada sağlık turizminin genellikle ihmal edilen bir özelliği kendisini göstermektedir; sağlık amaçlı yapılan seyahatlerdeki risk unsuru. Bu unsur genellikle çalışmalarda göz ardı edilmektedir. Her ne kadar bilgi çağında yaşanılsa da tanımadığınız bir ülkeye, tanımadığınız kişilere sağlığını emanet etmek kolay verilecek bir karar değildir. Ülkelerindeki sağlık hizmetlerinin bedelini karşılayacak kadar

gelir elde edebildikçe kişiler, ülke dışına çıkmak yerine kendi ülkelerinde tedavi olmayı seçebilmektedir. Bu durum kişisel gelir ile sağlık turizmi geliri arasındaki negatif ilişkiyi açıklayabilmektedir. Buna örnek olarak gelişmiş ekonomiye sahip ülkelerinden, sağlık amaçlı yurt dışına seyahat edenlerin %30-35 arasındaki bir oranın tedavi ücretlerini, ilk tercih olarak ele aldığını ortaya koymuştur. Uzun bekleme süreleri veya ülkelerinde uygulanmayan tedavilerin varlığı; ilk sıralardaki tercih nedenleri olmaktadır. (Morgan: 2018)

Sağlık harcamalarının ise kısa veya uzun dönemde sağlık turizmi geliri üzerinde bir etkisi olmadığı sonucu ortaya çıkmıştır. Bu durum özellikle sağlık turizminde finansmanı, hastanın kendisinin karşılamasının bir sonucu olmaktadır. Sağlık turizmi amaçlı ülke dışına çıkan kişiler, harcamalarının büyük kısmını kendileri karşılamaktadır. Ancak belirli prosedürlere tabi tedaviler, kamu tarafından karşılanmaktadır. Sağlık harcamalarının büyük kısmı kamu tarafından karşılandığından, sağlık harcamaları ve sağlık turizmi geliri arasında bir ilişki bulunamaması anlamlı gelmektedir. Bu noktada sağlık turistlerine yönelik pazarlama ve yatırım stratejisini, ülkelerin vatandaşlarının yurt dışı tedavilerini kamu kaynakları ile finanse ettikleri alanlara yönlendirmek; geliri artırıcı bir hamle olacaktır.

Sağlık turisti sayısı ile sağlık turizmi geliri arasında beklenildiği gibi pozitif bir ilişki vardır. Ancak kısa dönemde görülen bu ilişki, uzun dönemde ortadan kalkmaktadır. Bu durum klasik turizmde olduğu gibi nicelikten çok niteliğe önem verilmesi gerektiğini göstermektedir. Türkiye’de kronikleşmiş hale gelen döviz kurlarının yukarı yönlü seyri, doğal olarak sağlık turistlerinin de harcama eğilimlerini azaltmakta ve uzun dönemde artan turist hareketliliğinin, gelire etkisinin ortadan kalkmasına neden olmaktadır. Bu durumun olumsuz etkisini ortadan kaldırmak için turist sayısı yerine, kişi başı harcamayı artırıcı politikalar geliştirmek gerekmektedir. Yüksek getirili sağlık hizmetlerinin sunulması, bu noktada atılması gereken ilk adımdır.

Sağlık turizmi geliri açısından asıl önemli olan, literatür taraması sonucunda da ortaya çıktığı

üzere, yatırım harcamalarının etkisidir. Gerek tedavi maliyetlerinin avantaj sağlaması gerekse de hizmet kalitesinin yükseltilmesi için sağlık turizmi alt sektöründe ki yatırımların artırılması gerekmektedir. Çalışma, turizm yatırımlarının sağlık turizmi geliri üzerinde kısa dönemde etkiye sahip olduğunu, uzun dönemde ise bir etki gösteremediğini ortaya koymuştur. Kısa dönemde turizm açısından, özellikle ulaşım ve konaklama alanında yapılan yatırımların; sağlık turizmi getirisi üzerinde etkili olması anlamlıdır. Uzun dönemdeyse sağlık turizminden beklentilerin, sadece turizm altyapısı ile çözülemeyecek olması; sağlık turizm geliri üzerindeki turizm yatırımları etkisini ortadan kaldırmaktadır. Uzun dönemde sağlık hizmetlerinin kalitesi, çeşitliliği ve güvenliği gibi faktörler ön plana çıkmaktadır.

Sağlık alanında yapılan yatırımların ise sağlık turizmi geliri üzerinde hem kısa hem de uzun dönemde etkili olduğu sonuçlardan görülmüştür. Doğrudan tüketilen hizmetin sağlık hizmetleri olması, bu sonucu anlamlı kılmaktadır. Bu noktada finansmanın kamu kesimi tarafından mı yoksa özel kesim tarafından mı karşılanmasının daha verimli sonuçlar ortaya çıkaracağı önemli olmaktadır. Sağlık turizmi ile ilgili yatırım kararları verilirken, Türkiye gibi kaynakları nispeten kıt sayılacak ülkelerin, doğru kararları vermesi etkinlik açısından önemli olacaktır. Sağlık yatırımlarının bileşenlerine bakıldığında da ise özel kesim sağlık yatırımlarının hem uzun hem de kısa dönemde pozitif bir etki yarattığı sonucuyla karşılaşmaktayız. Uluslararası hastaların tedavi amaçlı seçimlerine bakıldığında d; özel sektörün başarısını destekler sonuçlar görülmektedir. 2018 Yılında Türkiye'ye gelen yabancı hastaların, %66'sı özel hastaneleri tercih ederken; %34'ü kamu hastanelerine yönelmiştir. Bu noktada sağlık turizmi gelirini artırmaya yönelik atılacak adımların; özel sektör yatırımlarını destekleyen ve crowding-out etkisi yaratmayan türde olması gerekmektedir. Sağlık alanında yapılacak özel yatırımlara hem başlangıç hem de işletme faaliyeti süresince cazibe katacak destekler verilmelidir. Bu alanda klasik turizm alanındaki tecrübelerden yararlanılabilir.

Modellerden çıkan sonuçlar literatürdeki çalışmaların sonuçlarını destekler niteliktedir

Literatürde sıkça karşılaşılan uygun tedavi maliyetlerini döviz kuru ve kişi başına düşen gelir ile ilişkilendirmek hatalı olmayacaktır. Sağlık hizmetlerindeki kalite sağlık ve turizm alanlarındaki yatırımlarla; sağlık kuruluşlarının seçimi de yatırımların özel ve kamu kesimi arasındaki dağılım ile ilişkilendirilebilir.

Döviz kurunun yükselmesi her ne kadar ülke ekonomisi için başka sonuçlar ortaya çıkarsa da sağlık turizmi açısından tedavi maliyetlerini düşürücü bir etki yapmaktadır. Chanda'nın Hindistan özelinde, Connell'in sağlık turizminin geneli üzerinde, Smith ve Forgione'nin ABD vatandaşları üzerinde, Ehrbeck'in aracı kurumlarla yaptığı çalışmada, Aksoy ve Yılmaz'ın Türkiye özelinde yaptığı çalışmada uygun tedavi maliyetleri ön plana çıkmaktadır. Çalışma bu açıdan literatürü de desteklemektedir.

Kişi başına düşen gelirin sağlık turizmi üzerinde negatif etki yarattığı, Gündüz'ün çalışmasında da görülmüştür.

Sağlık hizmetleri kalitesinin, sağlık turizmi üzerinde doğrudan etkili olduğunu Connell, McKinsey, Dökme, Ehrbeck, Hanefeld çalışmalarında ortaya koymuşlardır. Sağlık hizmetlerinde kaliteyi ve dolayısıyla sağlık turizmi gelirini artırmak amacıyla; bu alanda yapılacak yatırımların etkili olacağı çalışma sonuçlarından görülmektedir.

Kuruluş seçiminde, özel sağlık kuruluşlarının daha çok tercih edildiği; Smith ve Forgione'nin, Gupta ve Das'ın, Hanefeld'in ve Sevim'in çalışmalarında görülmektedir. Çalışmada da özel kesim sağlık yatırımlarının, sağlık turizmi üzerinde etkisinin kamu kesiminden daha büyük olması; bu çalışmaları destekler niteliktedir.

Çalışma bu açılarından literatürdeki çalışmaları desteklemekte ve sağlık turizmi geliri üzerine az sayıda yapılan çalışmalara katkı sağlamaya çalışmaktadır.

### **ARAŞTIRMACILARIN KATKI ORANI BEYANI VE ÇIKAR ÇATIŞMASI BİLDİRİMİ**

Araştırmacılar herhangi bir çıkar çatışması bildirmemiştir.

Araştırmacılar makaleye ortak olarak katkıda bulunmuşlardır.



**KAYNAKÇA**

- AHMED G., AL AMIRI N. ve KHAN W. (2018). *Outward Medical Tourism: A Case of UAE., Theoretical Economics Letters*, 8(7): 1368-1390.
- AKBOLAT M., ve DENİZ N.G. (2017). *Türkiye’de Medikal Turizmin Gelişimi ve Bazı Ülkelerle Karşılaştırılması, Uluslararası Global Turizm Araştırmaları Dergisi*, Cilt 1, Sayı 2.
- AKSOY C. ve YILMAZ S. (2019). *Sağlık Turistlerinin Hastane Tercih Kriterleri Yönetici Görüşleri, Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, Cilt:1, Sayı:2
- ALTIN, U., BEKTAŞ, G., ANTEP, Z. İRBAN, A. (2012). *Sağlık Turizmi ve Uluslararası Hastalar İçin Türkiye Pazarı, Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3(3):157-163.
- AYPEK, N., AYDIN, D., AKTEPE, C., ŞAHBAZ, R.P., ARSLAN, S. (2011). *Türkiye’de Medikal Turizmin Geleceği, Ankara, Sağlık Bakanlığı Yayınları*.
- AYDIN O. (2012). *Türkiye’de Alternatif Bir Turizm; Sağlık Turizmi, KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 14 (23): 91-96.
- BARCA, M., AKDEVE, E., BALAY, İ.G. ve diğ. (2013). *Türkiye Sağlık Turizm Sektörünün Analizi ve Strateji Önerileri, İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5(3), ss: 64-92.
- BIES, W. ve ZACHARIA, L. (2007). *Medical Tourism: Outsourcing Surgery, Mathematical and Computer Modelling*, Volume 46, Issues 7–8.
- BUZCU Z. ve BİRDİR K. (2019). *Türkiye’de Medikal Turizm İncelemesi: Özel Hastanelerde Bir Çalışma, Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt:18, Sayı:1.
- COHEN, E. (2008). *Medical tourism in Thailand, Ausb e-Journal*. Vol:1(1):24-37.
- CONNELL, J. (2006). *Medical tourism: Sea, sun, sand and surgery, Tourism Management*, 27:1093–1100.
- CUDDEHE, M. (2009). *Patients Without Borders: The rise of Mexican medical tourism. The New Republic*.
- DICKEY, D.A. ve FULLER, W.A. (1979). *Distribution Of The Estimates For Autoregressive Time Series With A Unitroot, Journal of the American Statistical Association*, 74(366), 251-276.
- DICKEY, D.A. ve FULLER, W.A. (1981). *Likelihood Ratio Statistics For Autogressive Time Series With A Unit Root. Econometrica*, 49(4), 1057-1072.
- DÖKME S. (2019). *Medikal Turizmde Hasta Tercihini Etkileyen Faktörler, Social Sciences Studies Journal*, 5(30):825-831
- EDİNSEL, S. ve ADIGÜZEL, O. (2014). *“Türkiye’nin Sağlık Turizmi Açısından Son Beş Yıldaki Dünya Ülkeleri İçindeki Konumu ve Gelişmeleri”, Çankırı Karatekin Üniversitesi İİBF Dergisi*, 4(2): 167-190
- EHRBECK, T., GUEVARA, C. ve MANGO, P. D. (2008). *Mapping the Market for Medical Travel, The McKinsey Quarterly*.
- ENDERS, W. (1988). *ARIMA And Cointegration Tests Of PPP Under Fixed And Flexible Exchange Rates, The Review of Economics and Statistics*, 70, 505–508.
- ENDERS, W. (2004). *Applied Econometric Time Series*, John Wiley & Sons, Hoboken: New Jersey.
- ENGEL, B. (1993). *Real Exchange Rates And Relative Prices? An Empirical Investigation, Journal of Monetary Economics*, 32(1), 35-50.

- ENGLE, R. F. ve GRANGER, C.W.J. (1987). *Co-Integration And Error-Correction: Representation, Estimation And Testing*, **Econometrica**, 55(2), 251-276.
- GRANGER, C.W.J. (1969). *Investing casual relations by econometric models and cross spectral methods*, **Econometrica**, 37(3), 424-438.
- GRANGER, C.W.J. ve NEWBOLD, P. (1974). *Spurious Regression in Econometrics*, **Journal of Econometrics**, 16(1), 121-130.
- GRANGER, C.W.J. (1988). Some Recent Developments in A Concept Of Causality, **Journal of Econometrics**, 39(1), 199-211.
- GUJARATI, D. N. (1995). **Basic Econometrics**. 3.ed. McGrawHill Inc. New York.
- GUPTA V. ve DAS P. (2012). *Medical Tourism in India*, **Clinics in Laboratory Medicine**, Vol: 32(2):321-5.
- GÜNDÜZ F.F., GÜNDÜZ S., YAVUZ H.B. (2018). *Türkiye'nin Sağlık Turizmi Talebini Etkileyen Faktörlerin Analizi: Çekim Modeli Yaklaşımı*, **Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Sayı No: 17.
- HALL, C. M. (2011). *Health And Medical Tourism: Kill Or Cure For Global Public Health?* **Tourism Review**, 66 (1/2):4-15.
- HANEFELD J., HORSFALL D., LUNT N. ve SMITH R. (2013). *Medical Tourism: A Cost or Benefit to the NHS?*, **Plos One**, 8 (10), Netherlands.
- HANEFELD J., HORSFALL D., LUNT N. (2015). **Handbook On Medical Tourism And Patient Mobility**.
- HARRIS, R. (1995). **Using Cointegration Analysis In Econometric Modelling**, London: Prentice - Hall, 53.
- HEUBLE, M. (2011). The Movement of Patients Across Borders: Challenges and Opportunities for Public Health, **Bulletin World Health Organization**, 89(1), pp: 68–72.
- HEUNG, V. C. S., KÜÇÜKUSTA, D. ve SONG, H. (2010), *A Conceptual Model of Medical Tourism: Implications for Future Research*, **Journal of Travel & Tourism Marketing**, 27, 236-251.
- HOROWITZ, M. D., ROSENSWEIG, J. A. ve JONES, C. A. (2007). *Medical Tourism: Globalization of The Healthcare Marketplace*. MedGenMed, 9, 33. **IMF Working Papers**, 2014-2019
- JOHANSEN, S. (1988). *Statistical analysis of cointegration vectors*, **Journal of Economic Dynamics and Control**, 12(2-3), 231-354.
- JOHANSEN, S. (1995). **Likelihood Based Inference In Cointegrated Vector Autoregressive Models**. Oxford: Oxford University Press.
- JONES, L.E., MANUELLI, R. E. ve ROSSI, P.E. (1993). *Optimal Taxation In Models Of Endogenous Growth*, **Journal of Political Economy**, 101(3), 485-517.
- KIM, W. G., ve AYOUN, B. (2005). *Ratio Analysis for the Hospitality Industry: A Cross Sector Comparison of Financial Trends in the Lodging, Restaurant, Airline, and Amusement Sectors*, **The Journal of Hospitality Financial Management**, 13(1), 59-78.
- KOYUNCU O., GÖZLÜ M. ve ATICI K.B. (2016). *Analysis and Forecasts on The Healthcare Tourism Income Of Turkey*, **Journal of Economics Finance and Accounting**, Cilt 3, Sayı 3.
- LAUTIER, M. (2008). Export of health services from developing countries: The case of Tunisia, **Social Science & Medicine** 67(1):101-10.
- LEE, Y. J., NOH, T.J. (2011). Characteristics of a medical tourism industry: The case of South Korea. *J. Travel Tour*, 28, 856–872.
- LEE, M., HAN, H. ve LOCKYER, T. (2012). Medical Tourism—Attracting Japanese Tourists For Medical Tourism Experience, **Journal of Travel& Tourism Marketing**, Vol:29(1):69-86.

- LUNT, N., SMITH, R., EXWORTHY, M., GREEN, S.T., HORSFALL, D ve MANNION, R. (2014). "Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A Scoping Review", *OECD Better Policies For Better Lives*, <https://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf> (Erişim Tarihi: 01.08.2019)
- MACKINNON, J.G. (1991). *Critical Values For Cointegration Tests*. R. F. Engle And C. W. J. Granger.(Editörler). **Long-Run Economic Relationships: Readings in Cointegration**, Oxford University Press.
- MACREADY, N. (2007). **Developing Countries Court Medical Tourists**. *The Lancet*, 369, 1849-1850
- MASOUD, F., ALIREZA, J., MAHMOUD, K., ve ZAHRA, A. (2013). A systematic review of publications studies on medical tourism. **Journal of Education and Health Promotion**, 2(1), 51.
- MCKINSEY REPORT. (2008), **Mapping the Market for Medical Travel**.
- MCINTOSH, R. ve GUPTA, G. (1980). **Tourism: Principles, Practices, Philosophies**. Grid Inc., 3rd, ed., USA. 222-223.
- MONADJEMI, M. S., HUH, H. (1998). Private and Government Investment: A Study of Three OECD Countries, **International Economic Journal**, Vol.12, Number 2,
- MORGAN, D. (2018). *The growth of medical tourism: Health Division*, OECD Directorate for Employment, Labour and Social Affairs.
- NEWMAN, B. Y. (2006). *O.D. American Optometric Association*.
- OECD (2016), *Financing SMEs and Entrepreneurs 2016: An OECD Scoreboard*, OECD Publishing, Paris. [http://dx.doi.org/10.1787/fin\\_sme\\_ent-2016-en](http://dx.doi.org/10.1787/fin_sme_ent-2016-en)
- OSTERWALD, L. (1992). A note with quantiles of the asymptotic distribution of the maximum likelihood cointegration rank test statistics. **Oxford Bulletin of Economics and Statistics**, Sayı 54, 461-471.
- PERIĆ, J., MUJAČEVIĆ, E. and ŠIMUNIĆ, M., 2011. International Financial Institution Investments In Tourism And Hospitality, **Journal of International Business and Cultural Studies**. Volume 4.
- REISMAN, D.A., (2010). **Health Tourism. Social Welfare Through, International Trade**. Publisher: Edward Elgar.
- ROSENMOLLER, M., MCKEE, M. ve BAETEN, R. (eds.), *Patient mobility in the European Union: learning from experience*. Copenhagen: WHO (E4p).
- SEVİM, E. ve SEVİM, E. (2019). *Medikal Turizm Tercihini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi: Türkiye Örneği*, **Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi**, Sayı:22, Cilt:3.
- SEVÜKTEKİN, M. ve NARGELEÇEKENLER, M., (2010). **Ekonometrik Zaman Serisi Analizi Eviews Uygulamalı**, (Geliştirilmiş 3. Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- SMITH P.C. ve FORGIONE D. (2007). *Global Outsourcing of Healthcare: A Medical Tourism Decision Model*, **Journal of Information Technology Case and Application Research** 9(3).
- SMITH S., (1995). **Tourism Analysis A Handbook**, 2nd Edition.
- SMITH, R. D, (2004). Foreign Direct Investment And Trade In Health Services: A Review Of The Literature. **Social Science & Medicine**, 33-53.
- SMITH, R. D., LEE, K. ve DRAGER, N (2009). **Trade And Health: An Agenda For Action**. *The Lancet*, 373, 768- 773.

- SÜLKÜ S.N. (2017). *Sağlık Turizminde Türkiye'nin Dünyadaki Yeri ve Potansiyeli*, **Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi**, Cilt 3, Sayı 1.
- ŞAHBAZ P., AKDU U. ve AKDU S. (2012). *Türkiye'de Medikal Turizm Uygulamaları; İstanbul ve Ankara Örneği*, **Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi**, Cilt:15, Sayı:27.
- TAŞKIN, E., ŞENER, H. Y. (2015). *Sağlık Turizm Markası: Kütahya*, **Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi**, Sayı:36.
- TENGİLİMOĞLU D. ve BALÇIK P.Y (2009). *What Should Turkey's Marketing Strategy Be In Health Tourism, Proceedings of the Annual Meeting of the Association of Collegiate Marketing Educators*.66 – 81
- TENGİLİMOĞLU D. (2013). **Sağlık Turizmi**, Siyasal Kitapevi, Ankara.
- THE WORLD TRAVEL & TOURISM COUNCIL Reports: 2010-2019.
- THEOBALD, W. F. (1998). **Global Tourism**, 2nd Edition, Butterworth – Heinemann
- TONTUŞ, Ö. (2015). *Tüm Yönleriyle Sağlık Turizmi Ülkeler: Hollanda*
- TURNER, L. (2010). *Quality In Health Care And Globalization of Health Services: Accreditation And Regulatory Oversight Of Medical Tourism Companies*.
- UNWTO Exploring Health Tourism: 2018
- UNWTO Tourism Investment: 2018
- UNWTO Tourism Reports: 2010-2019
- VIJAYA, R. (2010), Medical Tourism: Revenue Generation or International Transfer of Healthcare Problems? **Journal of Economic Issues**, 44, 53-70
- WERTHNER, H. ve KLEIN, S., (1999). *Information Technology and Tourism - A Challenging Relationship*, 337–355.
- YALÇIN, K. (2006). *Türkiye'de Sağlık Turizminde Altyapı Oluşturulma Gereği ve Sağlık Kurumlarına Yönelik Bir Araştırma*. Ankara **Gazi Üniversitesi Yayınları**.
- YILDIZ, Z. (2011). *Turizmin Sektörünün Gelişimi ve İstihdam Üzerindeki Etkisi*, **Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi**, C.3, S.5. s.54-71
- ZENGİNGÖNÜL O., EMEÇ H., İYİLİKÇİ D.E., BİNGÇL P. (2012). *Sağlık Turizmi: İstanbul'a Yönelik Bir Değerlendirme*, **Ekonomistler Platformu**, İstanbul s.3-63.

#### İnternet Kaynakları

- [www.healism.com](http://www.healism.com) Son erişim tarihi: 20. 02.2019.
- [www.ktbayirimisletmeler.gov.tr/TR,11478/dunya-da-saglik-ve-termal-turizm.html](http://www.ktbayirimisletmeler.gov.tr/TR,11478/dunya-da-saglik-ve-termal-turizm.html), Son erişim tarihi: 18.05.2019
- [www.saglikturizmi.gov.tr](http://www.saglikturizmi.gov.tr), Son erişim tarihi: 18.07.2019.
- [www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/belge/1-10453/daire-baskanliginin-tarihcesi.html](http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/belge/1-10453/daire-baskanliginin-tarihcesi.html), Son erişim tarihi:20.08.2019.
- [www.yigm.kulturturizm.gov.tr/yazdir?10EB8D67B7CCD6383348BC53683A8184](http://www.yigm.kulturturizm.gov.tr/yazdir?10EB8D67B7CCD6383348BC53683A8184), Son erişim tarihi:21.10.2021.