



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ DOKTORA PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

**İSTANBUL İLİ HASTANELERİNE YÖNELİK
SAĞLIK TURİZMİ DIŞ TALEBİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Engin ALACAHAN

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mehmet ZELKA**

İSTANBUL-2021

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
SAĞLIK YÖNETİMİ DOKTORA PROGRAMI
DOKTORA TEZİ

**İSTANBUL İLİ HASTANELERİNE YÖNELİK
SAĞLIK TURİZMİ DIŞ TALEBİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

Engin ALACAHAN

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Mehmet ZELKA

İSTANBUL-2021

ÖZET

İSTANBUL İLİ HASTANELERİNE YÖNELİK SAĞLIK TURİZMİ DIŞ TALEBİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Çalışmanın Giriş kısmında konunun önemine değinilmiş ve çalışmada ele alınan problemler, hipotezler, çalışmanın amacı ve önemi, sınırlılıkları ve varsayımları ortaya konulmuştur.

İkinci bölümde Genel Bilgiler Başlığı altında kavramsal çerçeve ortaya konulmuştur. Bu bağlamda sağlık turizmi ve ekonomi ilişkisi irdelenmiştir. Kavramsal çerçeve kapsamında; Sağlık Turizmi, Sağlık Turizmi Çeşitleri, Sağlık Turizmi Talebi ve Analiz Yöntemleri ele alınmıştır.

Üçüncü bölümde, “Gereç ve Yöntem” başlığı altında Ekonometrik Analiz ve Metodoloji, Ekonometrik Yöntem, Çekim Modeli Yaklaşımı ve Metodoloji bilgileri verilmiştir.

Tezin uygulama bölümü olana Bulgular başlıklı dördüncü bölümünde öncelikle İstanbul ilindeki sağlık hizmetleri altyapısı değerlendirilmiştir. Bu bağlamda idari yapılanma, sağlık hizmet sunucuları, hastaneler ve sağlık insan gücü irdelenmiştir. Bu bölümde, araştırmada kullanılmak ve analizi yapılmak üzere veri setleri oluşturulmuştur. Veri Setlerinin oluşturulmasında İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Turizmi Biriminden alınan 2013-2019 dönemine ait sağlık turizmi verileri kullanılmıştır. Toplam 638.865 sağlık turistinin verisi istatistik, ekonometrik ve iktisadi boyutları ile analiz edilmiştir.

Tezin Beşinci bölümü Tartışma bölümüdür. Bu bölümde öncelikle İstatistiksel, ekonometrik ve İktisadi analizler neticesinde elde edilen bulguların genel bir değerlendirmesi yapılmış, elde edilen bulgular tartışılarak yorumlanmıştır. İstanbul’da hizmet veren hastanelerin sağlık turizmi alanında gerek uzmanlaşmış insan gücü, gerek sağlık teknolojisi gerekse uygun fiyat uygulamaları vurgulanmıştır.

Sonuç ve öneriler bölümünde bulguların ışığında, GZTF Analizi yapılmış ve sağlık turizm pazarından daha fazla pay alınması için önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Sağlık, Turizm, Sağlık Turizmi, İktisadi Talep, Talep Analizi

ABSTRACT

EVALUATION OF FOREIGN DEMAND FOR HEALTH TOURISM FOR ISTANBUL PROVINCIAL HOSPITALS

In the Introduction part of the study, the importance of the subject was mentioned and the problems, hypotheses, purpose and importance of the study, limitations and assumptions were presented.

In the second part, the conceptual framework is presented under the General Information Title. In this context, the relationship between health tourism and economy has been examined. Within the scope of the conceptual framework; Health Tourism, Types of Health Tourism, Demand for Health Tourism and Analysis Methods are discussed.

In the third chapter, under the title of “Materials and Methods”, Econometric Analysis and Methodology, Econometric Method, Gravity Model Approach and Methodology are given.

In the fourth chapter, titled Findings, which is the application part of the thesis, first of all, the health services infrastructure in Istanbul was evaluated. In this context, administrative structure, health service providers, hospitals and health manpower were examined. In this section, data sets were created to be used in the research and to be analysed. In the creation of the data sets, health tourism data for the period 2013-2019 obtained from the Health Tourism Unit of the Provincial Health Directorate were used. The data of a total of 638,865 health tourists were analysed with their statistical, econometric and economic dimensions.

The fifth section of the thesis is the Discussion section. In this section, first of all, a general evaluation of the findings obtained as a result of Statistical, econometric and economic analysis has been made, and the findings obtained are discussed and interpreted. Specialized manpower, health technology and affordable prices in the field of health tourism of the hospitals serving in Istanbul were emphasized.

In the conclusion and recommendations section, in the light of the findings, SWOT Analysis has been made and suggestions have been made to get more shares from the health tourism market.

Keywords: Health, Tourism, Health Tourism, Economic Demand, Demand Analysis

TEŞEKKÜR

Öncelikle Tez çalışmamda, desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen ve yol gösteren tez danışmanım Sn. Prof. Dr. Mehmet ZELKA ile Sn. Prof. Dr. Haydar SUR ve Sn. Doç. Dr. Güven BEKTEMÜR'e teşekkür ederim.

Tezimin hazırlanma ve verilerin temini ile bu sürecin yürütülmesine ilişkin katkılarından dolayı Sn. Şule TUYGUN, Sn. Cihan DÖLEK, Sn. Davut KÖSEOĞLU, Sn. Sevilay BEKTAŞ EVCEN, Sn. Ramazan BAYSE ve kıymetli arkadaşım Sn. Yusuf BAKTİR'a teşekkürü bir borç bilirim.

Son olarak yaşamım boyunca yanımda olan gerek akademik hayatımda gerekse tez yazım sürecinde geçirdiğim Covid-19 hastalığı sürecinde maddi manevi desteklerini benden esirgemeyen Eşim Sn. Yeliz ALACAHAN ile tezi okuyarak değerli fikirlerini beyan eden Oğlum Sn. Ahmet Emre ALACAHAN'a teşekkür ederim.

BEYAN FORMU

Bu çalışmadaki bütün bilgi ve belgeleri akademik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi, görsel, işitsel ve yazılı tüm bilgi ve sonuçları bilimsel ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu, kullandığım verilerde herhangi bir tahrifat yapmadığımı, yararlandığım kaynaklara bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunduğumu, tezimin kaynak gösterilen durumlar dışında özgün olduğunu, tarafımdan üretildiğini ve Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kılavuzuna göre yazıldığını beyan ederim.

28.05.2021

Engin ALACAHAN

İmzası

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT.....	ii
TEŞEKKÜR	iii
BEYAN FORMU.....	iv
TABLolar DİZİNİ	viii
ŞEKİLLER DİZİNİ	xi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. Sağlık Turizmi Kavramı.....	5
2.2. Sağlık Turizmi Çeşitleri	11
2.2.1. Koruyucu Ve Rehabilitasyon Edici Sağlık Turizmi	13
2.2.2. Medikal Sağlık Turizmi	19
2.3. Sağlık Turizmi Talebi	24
2.3.1. Sağlık Turizmi Piyasası.....	25
2.3.2. İktisadi Talep Ve Sağlık Turizmi Talebi.....	26
2.3.3. Sağlık Turizmi Arz Kapasitesi	37
2.4. Sağlık Turizminde Dış Talep Analizi	40
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	48
3.1. Araştırmanın Tipi	48
3.2. Araştırmanın Modeli.....	48
3.3. Araştırmanın Yeri Ve Zamanı	49
3.4. Araştırmanın Evren Ve Örneklemi	49
3.5. Veri Toplama Araçları	50
3.6. Verilerin Analizi	51

4. BULGULAR.....	54
4.1. İdari Yapılanma.....	54
4.2. Sağlık Hizmeti Sunucuları	56
4.2.1. Kamu Kuruluşları.....	56
4.2.2. Özel Sektör Kuruluşları.....	58
4.2.3. Sivil Toplum Kuruluşları	58
4.3. Hastaneler.....	59
4.3.1. Hastane Kavramı	59
4.3.2. İstanbul İlindeki Hastaneler	63
4.3.3. İstanbul İli Hastane Ve Yatak Dağılımı	66
4.4. Sağlık İnsan Gücü	68
4.4.1. Bin Kişi Başına Düşen Hekim	69
4.4.2. Bin Kişi Başına Düşen Diş Hekimi.....	69
4.4.3. Bin Kişi Başına Düşen Hemşire/ Ebe	70
4.4.4. Bin Kişi Başına Düşen Diğer Sağlık Personeli	71
4.5. İstatistiki Analiz.....	72
4.5.1. Demografik Veriler	72
4.5.2. Tanı Tedavi Dağılımları.....	76
4.5.3. Coğrafi Verilere Göre Analiz.....	82
4.5.4. Almanya	87
4.5.5. Irak	89
4.5.6. Amerika Birleşik Devletleri	92
4.5.7. İngiltere	95
4.5.8. Azerbaycan.....	97
4.5.9. Çin	100
4.6. Trend Analizi Ve Modelleme	102
4.7. Regresyon Analizi.....	105

4.7.1. Değişkenlerin Belirlenmesi.....	105
4.7.2. Hipotezler.....	110
4.7.3. Modelin Uygulanması.....	111
4.7.4. Çok Değişkenli Doğrusal Regresyon.....	111
4.7.5. Sağlık Turist Sayısı Ve Hekim Sayısı İlişkisi.....	115
4.7.6. Sağlık Turist Sayısı Ve Yatak Sayısı İlişkisi.....	116
4.8. Çekim Modeli Analizi.....	118
5. TARTIŞMA	125
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	140
KAYNAKLAR	147
EKLER	156
Ek 1: Regresyon Veri Seti.....	156
Ek 2: Çekim Modeli Veri Seti.....	175
Ek 3: Seçilmiş Ülkeler Veri Seti	179
Ek 4: Etik Kurul Kararı	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek 5: İl Sağlık Müdürlüğü Araştırma İzni	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
Ek 6: Özgeçmiş	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1: Termal Suların Özellikleri	16
Tablo 2: Estetik Medikal Turizmde En Çok Uygulanan Cerrahi İşlemler.....	23
Tablo 3: Estetik Medikal Turizmde En Çok Uygulanan Cerrahi Olmayan İşlemler	24
Tablo 4: Almanya Türkiye Zirkonyum Diş Kaplama Fiyat Karşılaştırması.....	30
Tablo 5: İstanbul İli Nüfus Verileri 2020.....	55
Tablo 6: İstanbul Sağlık Hizmeti Sunan Kurum Ve Kuruluşlar	56
Tablo 7: İstanbul’da JCI Akreditasyonu Olan Özel Hastaneler.....	65
Tablo 8: Hastane Sayıları Ve Dağılımı-İstanbul	66
Tablo 9: İstanbul Geneli Hastane Yatakları	67
Tablo 10: 2018 Yılı 1000 Kişiye Düşen Hekim Dağılımı Türkiye Ve İstanbul Karşılaştırması.....	69
Tablo 11: 2018 Yılı 1000 Kişiye Düşen Diş Hekim Dağılımı Türkiye Ve İstanbul Karşılaştırması.....	70
Tablo 12: 2018 Yılı 1000 Kişiye Düşen Hemşire/ Ebe Dağılımı Türkiye Ve İstanbul Karşılaştırması.....	71
Tablo 13: 2018 Yılı 1000 Kişiye Düşen Diğer Sağlık Personeli Dağılımı Türkiye Ve İstanbul Karşılaştırması.....	71
Tablo 14: Yıl Bazlı Sağlık Turisti Sayıları (2013-2019).....	72
Tablo 15: Cinsiyet Verileri (Mevcut Dağılımı).....	73
Tablo 16: Cinsiyet Verileri (Eşit Ağırlıklı Yeniden Dağılımı)	73
Tablo 17: İstanbul’a Gelen Sağlık Turistleri Yaş Dağılımı	75
Tablo 18: Tanı Bazlı Sağlık Turisti Dağılımı (İlk 100 Tanı)	76
Tablo 19: Kliniklere Göre Gelen Yabancı Uyruklu Hastalar.....	80
Tablo 20: Kurum Türü Bazlı Dağılım.....	81
Tablo 21: Faaliyet Türlerine Göre Kurumlar	81
Tablo 22: Ülkelere Göre Sağlık Turisti (İlk 20) İlk Yirmi Ülke.....	82
Tablo 23: Kıtalar Göre Sağlık Turisti Dağılımı	82
Tablo 24: Bölgelere Göre Sağlık Turisti Dağılımı.....	82
Tablo 25: Bölgesel Dağılım Tablosu	83
Tablo 26: Bölgelerine Göre En Çok Sağlık Turisti Gönderen İlk 3 Ülke.....	83

Tablo 27: Analiz Edilen Seçilmiş Ülkeler.....	84
Tablo 28: Ülke Analizi Değişkenler Tablosu.....	84
Tablo 29: Seçilmiş Ülkeler KBGSYİH.....	85
Tablo 30: Mesafe Ve Maliyet Tablosu.....	86
Tablo 31: Almanya Ülke Analizi	87
Tablo 32: En Çok Başvurulan İlk 10 Klinik-Almanya 2013-2019	88
Tablo 33: Irak Ülke Analizi	90
Tablo 34: En Çok Başvurulan İlk 10 Klinik-Irak 2013-2019	91
Tablo 35: Yüksek Maliyetli Nakil Ameliyatları Türkiye-ABD Karşılaştırma	93
Tablo 36: ABD Ülke Analizi	93
Tablo 37: En Çok Başvurulan İlk 10 Klinik-ABD 2013-2019	94
Tablo 38: İngiltere Ülke Analizi	96
Tablo 39: En Çok Başvurulan İlk 10 Klinik-İngiltere 2013-2019	97
Tablo 40: Azerbaycan Ülke Analizi.....	98
Tablo 41: En Çok Başvurulan İlk 10 Klinik-Azerbaycan 2013-2019.....	99
Tablo 42: Çin Ülke Analizi	101
Tablo 43: En Çok Başvurulan İlk 10 Klinik-Çin 2013-2019	102
Tablo 44: Yıl Bazlı Trend Analizi.....	103
Tablo 45: Çeyrek Bazlı Trend Analizi	104
Tablo 46: Regresyon Analizi Değişkenler Tablosu	106
Tablo 47: Çoklu Regresyon Tanımlayıcı İstatistikler	111
Tablo 48: Çoklu Regresyon Korelasyon Tablosu	112
Tablo 49: Çoklu Regresyon Modeli	112
Tablo 50: Çoklu Regresyon Model Özeti	113
Tablo 51: Çoklu Regresyon ANOVA Tablosu	113
Tablo 52: Çoklu Regresyon Katsayılar Tablosu	114
Tablo 53: Hekim Sayısı Regresyon Model Özeti.....	115
Tablo 54: Hekim Sayısı Regresyon ANOVA Tablosu	116
Tablo 55: Hekim Sayısı Regresyon Katsayılar Tablosu	116
Tablo 56: Yatak Sayısı Regresyon Model Özeti.....	117
Tablo 57: Yatak Sayısı Regresyon ANOVA Tablosu.....	117
Tablo 58: Yatak Sayısı Regresyon Katsayılar Tablosu.....	117
Tablo 59: Çekim Modeli Değişkenler Tablosu	120
Tablo 60: İstanbul'a En Çok Sağlık Turisti Gönderen Yirmi Ülke (2013-2019)	121

Tablo 61: Çekim Denklemi ANOVA Tablosu.....	122
Tablo 62: Çekim Modeli Katsayılar Tablosu.....	123
Tablo 63: Sağlık Turizmi Destinasyonları İşlem/Fiyat Karşılaştırması.....	134
Tablo 64: Türkiye Fiyat Avantajı Karşılaştırması	135
Tablo 65: 2020 Yılı İlk 10 Ülke	137
Tablo 66: 2020 Yılı İlk 10 Klinik	137
Tablo 67: 2020 Yılı İlk 10 Tanı	138



ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 1: Sağlık Turizmi Sınıflandırması	13
Şekil 2: Estetik Medikal Turizmde En Çok Uygulanan Cerrahi İşlemlerin Dağılımı	23
Şekil 3: Estetik Medikal Turizmde En Çok Uygulanan Cerrahi Olmayan İşlemlerin Dağılımı	24
Şekil 4: Temel Talep Grafiği	29
Şekil 5: Temel Arz Grafiği	37
Şekil 6: Arz Değişim Grafiği	38
Şekil 7: Sağlık Turizmi Paydaşları	40
Şekil 8: İstanbul Hastane Dağılımı	66
Şekil 9: İstanbul Geneli Yatak Sayısı Dağılımı	67
Şekil 10: İstanbul'a Gelen Sağlık Turistlerinin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı	74
Şekil 11: İstanbul Sağlık Turizmi Nüfus Piramidi	75
Şekil 12: İlk 10 Tanının Sağlık Turizmi Türlerine Göre Dağılımı	79
Şekil 13: Kurum Türü Dağılımı	81
Şekil 14: Almanya Ülke Analizi	88
Şekil 15: Irak Ülke Analizi	90
Şekil 16: ABD Ülke Analizi	93
Şekil 17: İngiltere Ülke Analizi	96
Şekil 18: Azerbaycan Ülke Analizi	98
Şekil 19: Çin Ülke Analizi	101
Şekil 20: Yıl Bazlı Trend Analizi	103
Şekil 21: Çeyrek Bazlı Trend Analizi	105
Şekil 22: 2020 Yılı Ay Bazlı Sağlık Turisti Sayısı	138

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

AB	: Avrupa Birliği Ülkeleri
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ABHA	: Avrupa Birliği Harici Avrupa Ülkeleri
AFORD	: Afrika ve Ortadoğu Ülkeleri
AIENT	: Uluslararası Turizm Uzmanları Birliği
AMERK	: Amerika Kıtası Ülkeleri
DB	: Dünya Bankası
EMT	: Estetik Medikal Turizm
ESC	: Eski Sovyet Cumhuriyetleri
GSMG	: Gayri Safi Milli Gelir
GSMH	: Gayri Safi Milli Hâsıla
GSYH	: Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla
GZFT	: Güçlü, Zayıf, Fırsat, Tehdit
IMF	: Uluslararası Para Fonu
ISAPS	: Uluslararası Estetik Plastik Cerrahi Derneği
ISQua	: The International Society for Quality in Health Care
IUOTO	: International Union of Official Travel Organizations (Uluslararası Resmi Seyahat Organizasyonları Birliği)
İYET	: İleri Yaş ve Engellilere Yönelik Sağlık Turizmi
JCI	: Joint Commission International
KHK	: Kanun Hükmünde Kararname
KRST	: Koruyucu ve Rehabilitasyon Edici Sağlık Turizmi
KST	: Koruyucu Sağlık Turizmi

MEST	: Medikal Estetik Sağlık Turizmi
MST	: Medikal (Tedavi Edici) Sağlık Turizmi
NEK	: Nominal Efektif Kur
OECD	: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
OHSAD	: Özel Hastane Sahipleri Derneği
OPEC	: Petrol İhraç Eden Ülkeler Örgütü
REK	: Reel Efektif Kur
SB	: Sağlık Bakanlığı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SUAM	: Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi
SPA	: Selus Per Aqua- Sudan Gelen Sağlık
ST	: Sağlık Turizmi
STK	: Sivil Toplum Kurumu
SWOT	: Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats
THSK	: Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
TMT	: Tıbbi Medikal Turizm
TST	: Termal Sağlık Turizmi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
TÜRSAB	: Türkiye Seyahat Acenteleri Birliği
UZOK	: Uzak Doğu ve Okyanusya Ülkeleri
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü
ZET	: Zindelik ve Esenlendirme Amaçlı Yönelik Sağlık Turizmi

1. GİRİŞ

2020 yılına girerken tüm dünyada küreselleşmenin zaferi konuşulmaktaydı. Dünya, ticaretin önündeki engellerin kaldırılması, liberal ekonomik düzenin neredeyse dünya çapında genel kabul görmesi ve batı yaşam tarzının idealize edilmesi ile karşı karşıya idi. Bilim insanları küreselleşme süreci ve küreselleşmenin çeşitli alanlarda etkileri ve yorumlanması üzerine birçok çalışma yapmaktaydılar. Tüm dünyada ulaşım ve iletişim teknolojileri gelişmiş ve insanların dünya üzerinde bir noktadan bir noktaya gitmeleri tarihte görülmemiş de kolaylaşmıştır.

1980'lerin başından itibaren serbest piyasa ekonomisi ve liberal yaklaşımların dünya genelinde etkinliğinin artması, 90'lı yıllarda sosyalist rejimlerin peşi sıra yıkılması ve 2000'li yıllardaki internet devriminden sonra dünya mal, sermaye, hizmet ve işgücünün ülkeler arasındaki serbest dolaştığı bir alana dönüşmüştür. Dünya genelinde ulaşım teknolojilerinin gelişimi beraberinde malların ve insanların serbest dolaşımını sağlamış ve küreselleşme kavramı gündeme gelmiştir. Küreselleşme birçok sektörde olduğu gibi turizm sektöründe hareketliliğin artmasına yeni turizm çeşitlerinin ortaya çıkmasına yol açmıştır.

Bu bağlamda sağlık turizminin her ne kadar geçmişi antik çağlardan beri var olsa da küreselleşme ile birlikte yeni bir anlam kazanmıştır. Geçen yüzyılın son çeyreği ile bu yüzyılın ilk çeyreğinde sağlık turizmi, başta medikal turizm olmak üzere yaygınlaşmış ve popüler bir hale gelmiştir. Sağlık turizminin, turizm karması içerisindeki payı her geçen yıl artmakta ve ülkelerin ekonomileri içinde önemli bir sektör haline gelmektedir. Konuya ilişkin yayınlara bakıldığında, günümüzde dünya üzerinde 500 milyondan fazla kişinin sağlık turizmi amaçlı (medikal, termal, yaşlı, engelli) amaçlı ülkeler arası mobilize oldukları düşünülmektedir. 2019 yılında Sağlık turizmi sektörünün dünya genelinde kayıtlı olarak 100 milyar dolarlık limiti aştığının ifade edildiği görülmektedir (Tontuş, 2019, s. 2)

Literatüre baktığımızda sağlık turizmin çok çeşitli tanımlamalarının yapıldığı görülmektedir. Bununla beraber sağlık turizmi çeşitleri ise yapılan faaliyet esas alınarak, medikal turizm, ileri yaş ve engelli turizmi ve termal sağlık turizmi şeklinde ele alınmaktadır. Yapılan uygulama esaslı olmak üzere bu sınıflamalar artabilmektedir.

Çalışmada öncelikle literatür taraması yapılarak kavramsal çerçeve ortaya konulmuş, bu bağlamda sağlık turizmi ve ekonomi ilişkisi irdelenmiştir. Kavramsal

çerçeve kapsamında; sağlık turizmi, sağlık turizmi çeşitleri, sağlık turizmi dış talebi sağlık ve sağlık turizmi piyasası açıklanmaya çalışılmıştır. Sağlık turizminde talep düzeyini belirlemeye yönelik yaklaşımlar iktisadi bağlamda değerlendirilmiştir ve son olarak talep analizi yöntemlerine yer verilmiştir.

Çalışmada, gereç ve yöntem bölümünde çalışmanın amacı, planı kapsamı, değişkenleri sınırlılıkları konusunda bilgiler verilmiştir. Verilerin değerlendirilmesi bölümünde istatistiki analiz, ekonometrik analiz, ekonometrik yöntem, çekim modeli yaklaşımı ve yöntemine ilişkin bilgiler verilmiştir.

Çalışmanın bulgular bölümünde, İstanbul'daki sağlık altyapısı değerlendirilmiştir. Bu bölümde İdari yapılanma verilmiş daha sonra öncelikle sağlık turizmin arz yönüne atıfta bulunularak İstanbul ilindeki sağlık yönetimi, sağlık kuruları ve sağlık hizmet sağlayıcıları olan hastanelere yönelik bir değerlendirme yapılmıştır. Bu bölümde son olarak emek yoğun bir alan sağlık sektöründe en önemli alanlardan biri olan personel konusunda bir değerlendirme yapılmış ve hekim, diş hekimi, hemşire, ebe ve diğer sağlık personeli bakımından İstanbul'un durumu Türkiye geneli ile karşılaştırmalı olarak ortaya konulmuştur.

Bulgular bölümünün ikinci bölümü tezin uygulama ve analiz bölümüdür. Bu bölümde araştırmada kullanılmak ve analizi yapılmak üzere veri setleri oluşturulmuştur. Veri Setlerinin oluşturulmasında İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Turizmi Biriminden alınan 2013-2019 dönemine ait sağlık turizmi verileri kullanılmıştır.

Toplamda 571.469 başvuruya ait veriler değerlendirilmiştir. Bu rakama 2020 yılına ait 67.396 müracaat eklendiğinde toplam 638.865 sağlık turistin verisi analiz edilmiştir.

Bu bölümde sağlık turisti verileri dışındaki ekonomik veriler, Dünya Bankası, IMF, ilgilerin ülkelerin merkez bankaları ve/veya ulusal bankaları, ilgili ülkelerin istatistik kurumlarına ait açık kaynaklardan sağlanmıştır.

Elde edilen veriler istatistikî, matematiksel ve ekonometrik analizlerde kullanılmak üzere düzenlenerek Regresyon Analizi Veri Seti, Çekim Modeli Veri Seti ve Seçilmiş Ülkeler Veri Seti olmak üzere üç veri seti hazırlanmıştır. İstatistikî ve yapısal analizler yapılmıştır.

İstatistikî analiz bölümünde İstanbul'a gelen sağlık turistleri öncelikle demografik açıdan analiz edilmiştir. Cinsiyet ve yaş dağılımları ortaya konulmuş ve

2013 -2019 döneminde İstanbul'a gelen sağlık turistlerine ilişkin nüfus piramidi hazırlanmıştır.

Demografik analizden sonra sağlık turizmi verileri kullanılarak İstanbul'a gelen sağlık turistlerinin tanı tedavi dağılımları ile tedavi oldukları kurumların dağılımları gösterilmiştir.

Bu bölümde son olarak İstanbul'a gelen sağlık turistlerinin geldikleri bölgeler göre bir ayırım yapılmış ve bu bölgelerden en çok sağlık turisti gönderen ülkeler¹ seçilerek mesafe ve yol maliyeti ile kişi başına düşen gayri safi milli hâsıla (KBGSMH) ve sağlık turisti sayıları kullanılarak bu verilerin karşılaştırmalı Şekilsel analizi yapılmıştır. Bu bölümde ayrıca ilgili ülkelerden gelen sağlık turistlerinin en fazla müracaat ettikleri ilk on klinik belirlenerek, bu tespit üzerinde değerlendirmelerde bulunulmuştur.

Bu bölümde yer alan yapısal analiz bölümünde öncelikle matematiksel yaklaşım kapsamın 2013-2019 dönemi için trend analizi yapılmış ve 2020-2021-2022 yılları için hem yıl bazlı hem de çeyrek bazlı olarak talep tahmininde bulunulmuştur.

Daha sonra ekonometrik yaklaşım kapsamında İstanbul'a Yönelik Sağlık Turizmi Talebi, Fiyatlar, Döviz Kurları, Uzman Hekim Sayısı ve Toplam Yatak Sayısı değişkenleri kullanılarak regresyon analizine tabii tutulmuş ve çıkan sonuçlar değerlendirilmiştir.

Bu bölümde son olarak İstanbul'a Yönelik Sağlık Turizmi Talebi, Çekim Modeli çerçevesinde analiz edilmiştir. Bilindiği üzere çekim modeli esas olarak fizik biliminde yer alan ve Isaac Newton tarafından bulunan çekim yasasının sosyal bilimlerde kullanılmasına dayanmaktadır. Çalışmanın bu bölümünde çekim yasası hipotezi sağlık turizmine uyarlanmıştır.

Çalışmanın beşinci bölümü tartışma bölümüdür. Bu bölümde öncelikle istatistikî, ekonometrik ve iktisadi analizler neticesinde elde edilen bulguların genel bir değerlendirmesi yapılmıştır. İstanbul'da hizmet veren hastanelerin sağlık turizmi alanında gerek uzmanlaşmış insan gücü, gerek sağlık teknolojisi gerekse uygun fiyat uygulamaları vurgulanmıştır.

Sonuç ve öneriler bölümünde İstanbul ilinde faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarının 2013-2019 yılları arasında sağlık turizmi açısından karşıladıkları dış

1 Afrika- Ortadoğu Bölgesinde 1. Ülke Libya'nın yerine Libya'da yaşanan iç savaş nedeniyle İstanbul'da bulunan geçici göçmenlerin durumu dikkate alınarak 2. Ülke Irak seçilmiştir.

talep çok boyutlu olarak incelenmesi sonucunda dünya üzerindeki sağlık turizm destinasyonlarına göre İstanbul'un sağlık turizm piyasasında daha çok pay alması gerektiği tespitinde bulunulmuştur. Bu çerçevede bir sağlık turizm destinasyonu olarak İstanbul'un güçlü ve zayıf yönleri değerlendirilerek, karşılaştacağı tehditler ve önündeki fırsatlar ortaya konulmuştur.



2. GENEL BİLGİLER

2.1. Sağlık Turizmi Kavramı

Sağlık turizminin kavramsal bir çerçevesini çizmek için öncelikle tanımlama üzerinde durulmalıdır. Sağlık turizmi kavramı sağlık ve turizm sözcüklerinin birlikte kullanımı ile ifade edilmektedir. Bu bağlamda öncelikle bu sözcüklerin tek başlarına ne anlam ifade ettiklerine değinmek faydalı olacaktır.

Sağlık kavramı geniş kapsamlı, zaman içerisinde değişebilen, kişiden kişiye, toplumdan topluma farklılık gösterebilen bir kavramdır. Sağlık karmaşık ve göreceli bir kavramdır. Bir bireye, bir topluluğa göre sağlıklı olan bir başkasına göre değildir. Bu anlamda sağlık görme engellilerin bir fili tanımlamasına benzer. Herkes kendi bulunduğu ve sisteme ulaştığı yere göre bir tanım getirir.²

Kavramı doğru okuyabilmek için öncelikle etimolojik köküne ve tarihsel gelişimine kısaca değinmek gerekir. Türk Dil Kurumu güncel sözlükte sağlık kavramı “*Bireyin fiziksel, sosyal ve ruhsal yönden tam bir iyilik durumunda olması, vücut esenliği, esenlik, sıhhat, afiyet*” ve “*Sağ, canlı, diri olma durumu*” olarak iki de tanımlanmıştır. Sağlık geniş kapsamlı, zaman içerisinde değişen ve gelişen, kişiden kişiye, toplumdan topluma değişkenlik gösterebilen bir kavramdır. Bir bireye, bir topluluğa göre sağlıklı olan bir başkasına göre değildir (TDK, 2018).

İlk çağ insanı için sağlık denilince daha çok kelimenin ikinci anlamı ön plana çıkmaktaydı. İnsanlar için sağ olmak, sağlam olmak ve hayatta kalmak yeterli idi. Hasta olunması durumunda tedavi olunacak kurumlar bulunmamaktaydı. Antik çağlarda ve çok tanrılı toplumlarda hastalık (sağlıklı olmama durumu) mistik güçlerin gazabı ve laneti olarak algılanır ve hastalar toplumdan dışlanırlar, çoğu zaman kaderlerine terk edilirlerdi. Eski Yunan ve Roma'da ise tıp tanrısı Asklepeion adına yapılmış tapınaklar bir nevi hastane görevi görmeye başlamışlardı. Eski Yunan'da şehir merkezlerinde bulunan bu yerlere hastalar gelir, temizlenir, uyurlar, oruç tutarlar ve görevli rahiplerden yardım isterlerdi. Sadece şehirlerde bulunan bu yerler günümüzde kullanılan poliklinik kelimesine kaynaklık yapmıştır. (Kaptanoğlu Yıldırım, 2012, s. 16)

Tarihsel süreç içerisinde bakıldığında, Eski Mısır'da, Amerika'da (Aztek, İnka), Çin'de ve dünyanın diğer birçok yerinde benzer gelişmeler yaşanmıştır.

²What is Health? www.polity.co.uk adresinden alındı

Zaman içerisinde toplumsal yapının değişmesi, inançların etkisi, savaşlar ve diğer nedenlerle sağlık kavramının içeriği de değişmiştir. Tek tanrılı dinlerde sağlık ve hastalık kavramlarını etkilemişlerdir. Hristiyanlıkta İsa peygamber şifacı niteliği ile tanınmıştır, İncil’de lepra, körlük, cilt hastalıkları gibi hastalıklara ve tedavilerine ilişkin bölümler yer almıştır.

Bu durum orta çağın sonuna dek uzun yıllar sağlık sektörünün din ve din adamlarının ağırlıklı oldukları bir yapı olmasına yol açmıştır. Bu çerçevede ilk hastanelerde kilise ve tarikatlara bağlı olarak kurulmuştur. Ancak burada amacın insanları tedavi etmek ve sağlığa kavuşturmak değil hasta ve yoksulları bir araya toplayıp toplumda görünmez kılmak olduğu unutulmamalıdır.

Daha sonraları İslam kültürünün fakire, düşküne yardımı öngören prensiplerinin toplumsal yapıya etkisinin bir yansıması olarak ekonomik kaynakları bu alana sevk eden ve vakıf olarak adlandırılan mekanizmalar ortaya çıkmıştır. Bu mekanizmalar aracılığı ile tedavi amaçlı şifahaneler kurulmuş daha sonra Selçuklu ve Osmanlı devletlerinde yaygınlaşmışlardır. İslam dünyasında İbni Sina (Batı’da Avicenna olarak tanınmıştır) gibi önemli bilim insanları yetişmiş ve modern tıbbın atası sayılabilecek El-Kanun Fi’t Tıp gibi eserler ortaya çıkmıştır. Bu kitap 16. yüzyıla kadar Fransa’da tıp kitabı olarak kullanılmıştır. (Kaptanoğlu Yıldırım, 2012, s. 17)

Ortaçağda doğuda tıp alanında özellikli hastalıkların tanımlanması ve tedavi edilmesine yönelik önemli gelişmeler yaşanırken Batı’da din adamlarının dogmatik tavırlarının etkisiyle büyü ve mistizm kaynaklı şifacı tavrı ağırlık kazanmıştır. Şehirleşmenin artması ile birlikte atık ve atıkların bertaraf edilmesi sorunu baş göstermiş ve şehirleri pislik sarmıştır. Bu durum bulaşma hastalıklarına ve çok büyük salgınlara yol açmıştır.

Ancak aydınlanma çağı sonrasında diğer alanlarda olduğu gibi tıp ve sağlık alanında önemli gelişmeler yaşanmıştır. *“Pozitif bilimlerin gelişimiyle özellikle anatomi, biyokimya, fizyoloji gibi bilim dallarının gelişiminin yanı sıra mikroskobun keşfi gibi buluşlar 17. yüzyıldan sonra tıp alanında büyük değişikliklere yol açacak bir ortamın doğmasını sağlamıştır. 19. yüzyıl süresince hastalık hakkındaki düşünceler biyomekanik yaklaşım doğrultusunda felsefe ve deneysel alandaki gelişmelerden etkilenmiştir.”* (Tekin, 2007, s. 20-25)

Descartes düşüncesinin ağırlık kazanması ile hastalıkların mikrobiyolojik kökenleri fark edilmiştir. Bu durum özellikli etiyoloji doktrinini geliştirmiştir. Bu

doktrine göre insan bedeni bir makine olarak düşünölmekte ve hastalık makinenin bir bölümünde oluşın aksaklık kabul edilmekte idi. Bu doktrin Descartesci görüş doğrultusunda, akıl ve bedeni birbirinden ayrı ele almış ancak hastalığın sosyal ve psikolojik yönünü ihmal etmiştir. 19. yüzyılın ikinci yarısında Ehrlich, Pasteur ve Koch'un çalışmaları yiyecek, hava, su ya da hayvan-böcek ısırmasıyla bedene giren, yaşayan mikroorganizmaların yaygın sağlık problemlerine neden olduğunu ortaya çıkarmıştır. Hastalıkların tanımlanmasına yönelik bu çalışmalar sağlığın tanımlanması yolundaki çalışmaları da etkilemiştir.

Son 150 yıldır sağlığın tanımlanmasına yönelik çalışmalarda artış göstermiş ve sağlık kavramı kişilerin, yaşamlarını sürdürebilmeleri, hasta olmamaları, günlük aktivitelerini yerine getirebilme yeterlilikleri, mutluluk duygusuna sahip olmaları ve iyilik halinin sağlanması gibi farklı şekillerde tanımlanmıştır.

Sağlığın tanımlanmasına yönelik çalışmalarda önemli bir ayırında sağlık kavramının resmi ve resmi olmayan bakış açısında göre tanımlanmasıdır. Resmi olmayan tanımlar kişisel yargı, gereksinim ve deneyimlerden yola çıkılarak yapılan değişkenlik gösterebilen tanımlamalar olup buradan yola çıkarak objektif bir neticeye ulaşmak mümkün değildir.

Resmi tanımlar sağlık profesyonellerince geliştirilen pozitif ve negatif olarak adlandırabileceğimiz tanımlardır. Bazı bilim insanlarına göre sağlık, pozitif bir biçimde tanımlanmaktan çok hastalığın yokluğu biçiminde negatif yönden tanımlanmıştır.

Sağlığın pozitif tanımları ise, pozitif öğelerle beraber aynı zamanda negatif unsurlarda (hastalığın yokluğu) içermektedir. Sağlığın pozitif yönden tanımlanması ile ilgili olarak genel kabul görmüş bir tanım bulunmamakta farklı görüşler dile getirilmektedir.

Robinson ve Elkan'a (1996) göre sağlık, *"kişilerin hayata katılabılme yeteneği"* olarak tanımlanırken, Bovvling'e (1992) göre ise, *"stresli durumlara karşı koyabilme, güçlü bir sosyal destek sisteminin kurulması ve korunması, toplumla bütünleşme, yüksek moral, hayattan duyulan tatmin ve psikolojik iyilik ve fiziksel uyum"* şeklinde tanımlanmaktadır. Slee ve diğerleri de (1996) sağlığın yaygın olarak *"fiziksel, ruhsal ve sosyal iyilik hali"* şeklinde tanımlandığını ve *"günlük hayatın kaynağı"* olarak görüldüğünü belirtmektedir." (Somunoğlu, 1999, s. 50-54)

Sağlığın pozitif yönden tanımlanması ile ilgili en yaygın örneği Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) tanımı oluşturmaktadır. 1948 DSÖ Tüzüğü'nde sağlığın

tanımı Şu de yapılmıştır: “*Yalnızca hastalık veya sakatlığın olmaması durumu değil, fiziksel, sosyal ve ruhsal refah durumu.*” (Nutbeam, 2011, s. 1)

DSÖ Ottawa Sözlüşmesi sağlık kavramını temel insan haklarından biri olarak ele alır ve insanların hayatlarını bir sağlıklı olarak sürdürebilmeleri için birçok ön Őart sıralar. Huzur, yeterli gıda, barınma, uygun ekolojik sistem gibi bir çok ön Őartın yanı sıra yeterli ekonomik kaynaklarda bir ön Őart kabul edilmiŐtır.

Sonuç olarak çetrefilli ve tanımlanması zor bir kavram olmakla beraber Sağlık (Hastalık) kavramına yönelik yaklaşımları Tıbbi Model, Holistik Model, İyilik Modeli ve Çevre Modeli Şeklinde dört ana model etrafında ifade edebiliriz. Tıbbi model, hastalık ve kişilerin fonksiyonlarını tam olarak yerine getirebilmeleri konularında odaklaşmaktadır.

Holistik model, kiŐiyi fiziksel, ruhsal ve sosyal sağlık yönünden bir bütün olarak ele almaktadır. İyilik modeli sübjektif değerlendirmelerle beraber normalden daha iyi olma durumuyla ilgilenmektedir. Çevre modeli ise çevreyle olan en uygun iliŐkileri tanımlamaktadır. (Somunoğlu, 1999, s. 50-54)

Bütün bu tanımlamaların her biri çok önemli ve birbirleri ile iliŐkilidir. Bu yaklaşımlar sağlık ve sağlık göstergelerinin tanımlanmasında ve ölçülmesinde ana çıkış noktasını oluşturmaktadırlar.

Sağlık turizmi kavramının bir diğer ayağı da turizm ve turist kavramlarıdır. Turizm kavramı ortaya çıkış ve yaygın kullanım açısından bakıldığında her ne kadar modern bir kavram olarak kabul edilse de kelimenin kökeni etimolojik ve tarihsel bağlamda eski Yunana kadar uzanmaktadır.

Kelimenin etimolojisine baktığımızda turizm kelimesinin köklerinin eski Sakson döneminden geldiğini tahmin edebiliriz. Bu dönemde İngiltere’de kullanılan Torn (Dönüş) sözcüğü turizm sözcüğünün kökeni olarak kabul edilmektedir. Bu sözcük Torn-us (dönüş veren) ve Torn-are (dönüş veren) anlamına gelir. Tourism kelimesinin anlamı kabaca “geri dönmek niyetiyle kalkış olarak çevrilebilir. Tarihsel süreç içerisinde 12. yüzyılda İngiltere’de daha çok köylülerin iş dönemi haricinde yaptıkları dinlenme (tatil) gezilerini anlatmak için kullanılmıştır.

Tengilimoğlu’nun İçöz’den aktardığına göre turizm kelimesinin kökenini oluşturan “tour” sözcüğü Latince dönme hareketini ifade eden “tornus” sözcüğüdür. Daha çok bir yere gidip dönmek anlamında kullanılmıştır (Güneş & Tengilimoğlu, 2013, s. 19).

Bahar ve Kozak ise “tour” sözcüğünün İngilizceye İbranice öğrenme ve araştırma anlamına gelen “torah” sözcüğünden geçtiğinin ve İbranilerin ikamet edilen yerlerin dışındaki yerleri görme eylemine “tour”, bu eylemi gerçekleştiren kişilere de “tourist” dediklerini ifade etmişlerdir (Bahar & Kozak, 2013)

Kelimenin Fransızca sözlük anlamına baktığımızda; “*zevk ve merak için gezi*” İngilizce sözlük anlamında ise “*Avrupa ülkeleri turu (Grand tour)*” ve “*zevk ve merak için gezi*” tanımlamalarını görürüz. Her iki dilde de kelimenin kökü Fransızca tour İngilizce turn Türkçe karşılığı döngü, dolaşma, dönüş anlamına gelmektedir.

Türkçede kullanılan turist kelimesi ise Fransızca touriste “*zevk ve merak için gezen kimse*” sözcüğünden alıntıdır. Yukarıda açıklandığı üzere turizm 18. yüzyılda İngiltere’ye özgü bir kurum iken, 1815’ten itibaren Fransızcada “İngiliz gezgin” anlamında kullanıma girmiştir. Günümüzde yaygın kullanımı ise Fransızcada yer alan “*zevk ve merak için gezen kimse*” anlamındadır (www.etimolojiturkce.com, 2020).

Tarihsel olarak da bilindiği üzere toplum Eski Yunanda köleler ve vatandaşlar (aristokratlar) olmak üzere ikili bir yapıya sahipti. Bu yapı içerisinde vatandaş olmanın temel gereklerinden biri bireyin “*skhole*” ye sahip olmasıydı. Skhole İngilizce “*schoole*” ve Türkçede “*okul*” kavramlarının dayandığı bir terim olup eski Yunan da bireyin kendine ayırabildiği boş zamanı ifade etmek üzere kullanılmıştır. Aristokratlar scholénin yani boş zamanların ayrıcalığına sahip olurken köleler a-scholé'nin sahibi oldular.

Romalılarda vatandaş ve vatandaş olmayanları ayırmak için bu geleneğe sadık kaldılar. Vatandaşlar, otium (boş zaman) uygulama fırsatına sahipken, köleler negtium (boş zamanların, iş dünyasının olumsuzlanması) uyguladılar.

Vatandaş Romalılar temel olarak savaş, yönetim ve ticaretle uğraşırken diğer işler vatandaş olmayanlarca yürütülmekteydi. Bu arada bolca otium’a sahip olan bazı vatandaşlar iltteratuma (sanat ve şiir vb.) ilgi göstermekteydi. Bu çerçevede vatandaşlar çeşitli aktivitelerde bulunmaktaydılar. Bu aktiviteler, genel halktan (profanum vulgus) farklı olarak atletik oyunlardan, avdan, buhar banyoları ile aktif katılım (mutatio labouris) gerektiren asilzadelere (nobilis) özgü eylemlerdi.

Romalılar Yunanlılardan esinlenerek, Kolezyumu ve Roma'daki Kaplıcaları inşa ettiler ve benzer de diğer şehirlerinde de bu uygulamaları yaygınlaştırdılar. Zaman içerisinde kent merkezleri yerine doğa içinde yerleşimler ön plana çıkmaya

başladı. Bu bağlamda Centumcellae ve Hadriana dinlence ve eğlence amaçlı kurulan ilk yerleşim yerlerindendir (Korstanje, 2007, s. 101).

Rönesans döneminde Avrupa’da (15-17.Yüzyıllar), diğer kültürlerin gelenek ve göreneklerini tanıyarak faydalı olanları kendi toplumunda uygulamak amacıyla “*hümanist yolculuk*” kavramı ve “*hümanist yolcular*” ortaya çıktı. Bu tür bir yolculuğa çıkmak isteyen kitle ağırlıklı olarak burjuvazi ve aristokrat idi. Ancak bu yolculuklar bir anlamda boş zamanların kullanımı ile ilişkili olmakta olup tam bir turizm olarak ifade edilmesi zordur.

Günümüzdeki turizm kavramına uygun ilk geziler Thomas Cook’un, seçkinler için ilk modern seyahat ve eğlence içerikli tasarladığı geziler olarak düşünülebilir. Bu süreç yaklaşık olarak 20. Yüzyılın ortalarına dek sürmüştür. 20. yüzyılın ortalarında turizm kitleselleşmesine yönelik ilk adımlar atılmıştır. 1900’de Fransa işçilerin günlük çalışma saatini 10 saate indirdi ve 1936’da iş kanunu ücretli tatiller kazanma haklarını tanıdı. 1960 civarında, yasal reformlar ve teknolojik devrimler işçilere daha fazla boş zaman tanıdı ve kitle turizmi kavramı çağdaş toplumda güçlü bir destek kazandı (Korstanje, 2007, s. 101).

18. yüzyılın ortalarında, İngiliz asilzade eğitim, arama ve kültür araştırmaları için yapılan gezilere atıfta bulunmak için “*Tour*” terimini kullanmıştır. Gerçekte, asilzadenin krallığın farklı bölgelerine yaptığı gezinin amacı, bu alanları idare etmek için yararlı olan bilgileri elde etmektir. “Grand Tour” kavramının kökleri asillerin yaptığı bu gezilere uzanmaktadır.

Turizm olayının oluşabilmesi için iki eylemin gerekliliği genel kabul görmüştür. Bunlardan birincisi seyahat etmektir. Seyahat etmek kısaca bir yerden bir yere gitmek olarak tanımlanabilir. İkinci eylem ise konaklamaktır.

Bu bağlamda yapılan tanımlara baktığımızda Walter Hunziker ve Kurt Krapf’ın turizm faaliyetini “*sürekli kalış biçimine dönmemek ve gelir sağlayan mesleki bir faaliyette bulunmamak koşuluyla yabancıların seyahatlerinden ve konaklamalarından doğan olay ve ilişkilerin tümü*” şeklinde tanımladıklarını görmekteyiz (Güneş & Tengilimoğlu, 2013, s. 19).

1980’li yıllarda Uluslararası Bilimsel Turizm Uzmanları Birliği (AIEST) “*insanların devamlı ikamet ettikleri, çalıştıkları ve her zamanki olağan gereksinimlerini karşıladıkları yerlerin dışına seyahatleri ve buralardaki, genellikle turizm işletmelerinin ürettiği mal ve hizmetleri talep ederek, geçici*

konaklamalarından doğan olaylar ve ilişkiler bütünü” olarak genel bir tanımlama yapmıştır (Güneş & Tengilimoğlu, 2013, s. 19).

Sağlık turizmi ise yeni bir olgudur. Yüzyılımızın başından bu güne kadar sağlık turizmine ilişkin yayımlanan çalışmalara baktığımız ortak yönleri bulunmakla birlikte birbirinden farklı birçok tanımlama karşımıza çıkar. Özellikle medikal turizm başta olmak üzere sağlık turizmi çeşidi olarak kabul edilen birçok alanın açık ve bütünleşmiş bir çerçevesi mevcut değildir (Padilla-Meléndez & Aguila-Obra, 2016, s. 1).

Ancak temel bir sınıflandırma yapmak ve sağlık turizmine farklı kavram ve yaklaşımları birleştiren basitleştirilmiş bir çerçeve önermek istenirse; hizmet arzına, hizmet talebine ve uygulama alanlarına bakmak gerekir. Bu bağlamda sağlık turizmini tek bir çerçevede ele almak yerine günümüzdeki temel uygulamaları dikkate alarak bir sınıflandırma yapmak daha doğru olacaktır. Günümüzde bireyler rahatsızlıklarını gidermek, rahatlamak ve dinlenmek nedeniyle sağlık turizmi faaliyetlerine katılmaktadırlar.

Bu bağlamda sağlık turizmi geleneksel bakış açısının yanı sıra sadece eğlenmek, yeni yerler ve yeni insanlar görmek değildir. Aynı zamanda şifalı su kaynaklarından ve iklimden de faydalanmak, Medikal Turizmde tedavi imkânlarına daha uyguna kavuşmak ve/veya ileri tedavi yöntemlerinden yararlanmak, ileri yaş ve engelli turizmde daha uygun koşullarda daha iyi bakım ve iyileştirme hizmeti alabilmek amaçları yapılmaktadır.

2.2. Sağlık Turizmi Çeşitleri

Genel anlamıyla bir tanım yapmak gerekirse *“insanların kendi yaşadığı yerden başka yerlere sağlık amacı ile seyahat etmeleri ve konaklamaları ile oluşan turizm faaliyetidir.”* (Temizkan & Dönüş, 2015, s. 15) İktisadi açıdan kavramı ele aldığımızda gerek arz yönlü gerekse talep yönlü olmak üzere literatürde birden çok farklı tanımlama ile karşılaşmaktayız. Talep açısından sağlık turizmi kavramını açıklamak gerekirse *“sağlık turizmi beden ve zihnin dinlendirilmesi ve iyileştirilmesi için yapılan seyahat”* (Temizkan & Dönüş, 2015) olarak tanımlanmaktadır.

Sağlık turizmde talebe vurgu yapan bir diğer yazar ise Magablih’tir. Yalçın’ın aktardığına göre Magablih sağlık turizmini *“hastaların, sağlıklarını iyileştirmek ya da en azından sağlık durumlarını bir düzene sokmak amacıyla, 24*

saatten az olmamak ve en fazla bir sene sürmek koşulu ile çalışmak ya da yaşamak gibi bir amaç güdülmeksizin başka bir ülkeye gitmesidir.” şeklinde tanımlamıştır. Suad Imram’a göre ise “tedavi olmak için geçici süre ile ister doktor tavsiyesi ile ister de kişinin kendi isteği ile başka bir ülkeye gitmesi olarak” tanımlanmaktadır (Yalçın, 2006).

Arz yönlü tanımlamaya örnek vermek gerekirse International Union of Official Travel Organizations IUOTO 1973 de yaptığı tanımlamada sağlık turizmini termal ve doğal kaynak temelli ele almış ve sağlık turizmi termal, güzel iklim ve diğer doğal kaynaklara dayanılarak sağlık tesislerinin geliştirilmesi şeklinde tanımlamıştır (Polat, 2008).

Benzer bir yaklaşımla, Goodrich&Goodrich sağlık turizmini *“bir turistik tesisin veya bölgenin mevcut kaynaklarının, sağlık hizmetleri ve tesislerinin geliştirilmesi yoluyla turistik çekiciliğinin artması”* şeklinde tanımlamıştır (Smith & Puczko, 2009, s. 39).

Son yıllarda ise dinlenme, egzersiz yapma, termal turizm gibi sağlık yönü ağır basan uygulamaların yanından daha çok tedavi ağırlıklı olarak olma girişimleri beraberinde turizm endüstrisi içerisinde medikal turizm kavramı öne çıkmaya başlamıştır. Medikal turizm sektörünün yanı sıra başta sağlık olmak üzere, ulaşım, ilaç endüstrisi ve ağırlama gibi sektörleri de olumlu etkileyerek ekonomik kalkınma ve büyümeye pozitif etki yapmaktadır.

2019 yılına gelindiğinde dünyada 20-24 milyon hastanın medikal turizm çerçevesinde sınır ötesi sağlık kurumlarına başvurması ve bu sayının hızla artış göstermesi ekonomik anlamda alanın önemini ortaya koymaktadır (Rejeb, Keogh, & Treiblmaier, 2019, s. 1).

Son yıllarda günlük dilde sıkça karşımıza çıkan bir kavram olan sağlık turizmi kavramını tanımlanmasında bilim adamları ve uzmanlar arasında net bir fikir birliği yoktur. Bir de sağlık kavramı ile ilgili bütün seyahatler için kullanılmakla birlikte temel olarak Tıbbi Sağlık ve Wellness Turizmi, SPA (Selus Per Aqua- Sudan Gelen Sağlık)ve Kaplıca Turizmi, İleri Yaş Turizmi ve Medikal Turizm olarak ayırmak yerinde olacaktır.

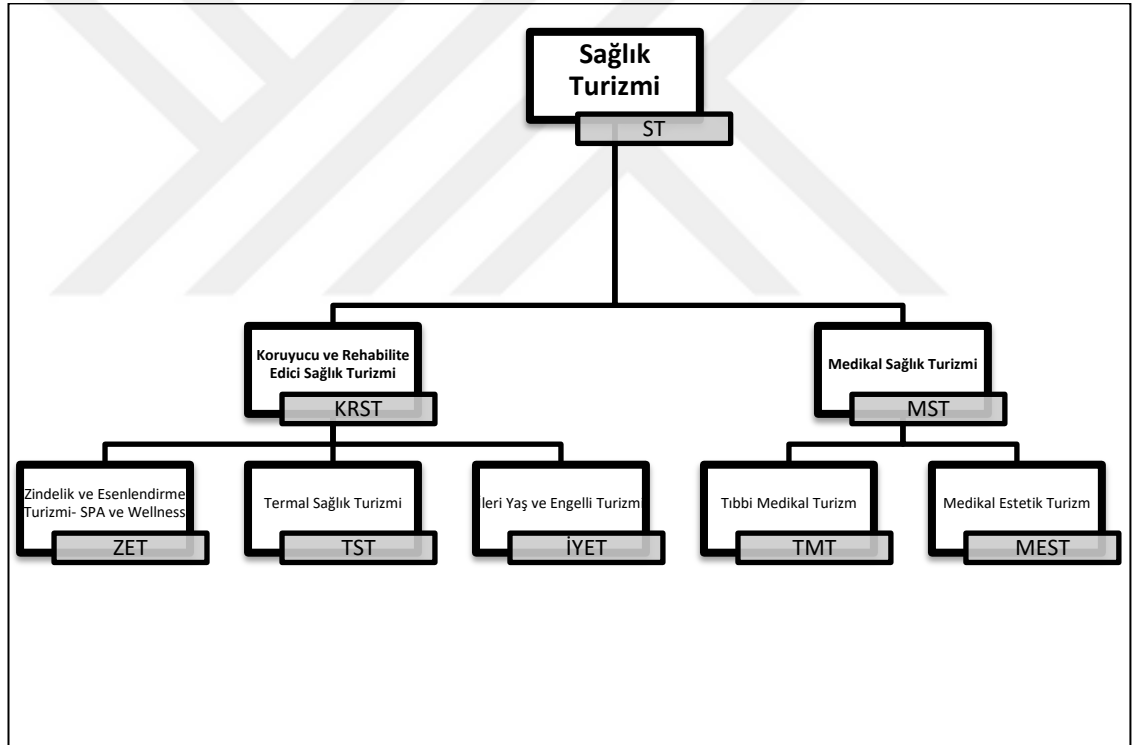
Bunların dışında kalan ve bir de tıbbi nedenlere dayalı seyahatleri ise *“tıbbi seyahat”* kavramı ile tanımlamak uygun olacaktır (Romanova, Vetitnev, & Dimanche, 2015).

Görüldüğü üzere literatürde gerek amacı gerekse hizmet sunumu yönünden ele alınarak birden çok sağlık turizmi tanımı ve sınıflandırması yapılmaktadır. Bu çalışmada çalışmanın kapsamı ve amacı çerçevesinde diğer ayrımlardan farklı olarak ve sağlığın uluslararası tanımı dikkate alınarak farklı bir yaklaşım benimsenmiştir.

Bu çalışmada sağlık turizmi öncelik genel turizm faaliyetinin bir alt kırılımı olarak ele alınmış ve akabinde Koruyucu ve Rehabilitate Edici Sağlık Turizmi (KRST) ve Medikal (Tedavi Edici) Sağlık Turizmi (MST) olarak iki ana bölüme ayrılmıştır.

Çalışmanın içeriğine uygun olarak KRST kendi içerisinde; Zindelik ve Esenlendirme Turizmi- SPA ve Wellness (ZET), Termal Sağlık Turizmi (TST) ve İleri Yaş ve Engellilere Yönelik Sağlık Turizmi (İYET) olmak üzere üçe ayrılmıştır.

Tedavi Edici (Medikal) Sağlık Turizmi-MST) ise Tıbbi Medikal Turizm (TMT) ile Medikal Estetik Turizm (MEST) olarak alt bölümlerine ayrılmıştır.



Şekil 1: Sağlık turizmi sınıflandırması³

2.2.1. Koruyucu ve rehabilite edici sağlık turizmi

Kısaca ifade etmek gerekirse sağlık turizmi; biri bütün olarak hem koruyucu sağlık hizmetlerini, hem tedavi edici sağlık hizmetlerini hem rehabilite edici sağlık hizmetlerini kapsar (Tontuş, 2019, s. 1). Bu üç ana gruptaki hizmetleri almak için

³ Bu tablo literatür ve uygulama dikkate alınarak hazırlanmıştır.

seyahat eden bireyler de sağlık turisti denir. Uygulama da sağlık turisti kavramı daha çok ülke dışına bu amaçla seyahat eden kişiler için kullanılmaktadır.

Dünya sağlık rgt 1948 de yaptığı “*sağlığın tamamen hastalık, halsizlik halinin olmaması değil; zihinsel, fiziksel ve sosyal refahın bir hali*” tanımına dünyadaki sosyal ve toplumsal yaşamdaki değişim ve gelişimi dikkate alarak ilerleyen yıllarda farklı bir yorum getirmiştir. 1990’larda yapılan sağlık tanımı “*Bir bireyin veya grubun özlemlerini gerçekleştirme, ihtiyaçları karşılama ve çevreyi değiştirme veya başa çıkma seviyesi olan sağlık yaşamın amacı değil; günlük yaşam için bir kaynaktır, fiziksel durumun yanı sıra sosyal ve kişisel durumları da etkileyen olumlu bir kavramdır.*” (WHO, 1998) şeklinde dir.

Rehabilite edici sağlık hizmetleri ise çoğu kez koruyucu ve geliştirici sağlık hizmetleri ile koordineli ve bütünleşmiş bir de sunulmaktadır. Bağımlılık tedavisini takip eden meşguliyet tedavileri, Yaşlı bakımı hizmetleri, engelliler için özel bakım ve gezi turları gibi mevcut olan bir rahatsızlık tedavisi ile eş zamanlı ve/veya rahatsızlığa müteakip belirli bir sistematik içerisinde yürütülen sağlık hizmetlerini de rehabilite edici sağlık hizmeti olarak tanımlayabiliriz. Buradan hareketle bu kapsamda sağlık hizmetlerini almak için bir seyahat faaliyeti söz konusu ise bu faaliyete Rehabilite edici sağlık hizmeti olarak adlandırabiliriz.

Bu ervede literatürde geçen sağlık turizmi uygulamalarından Zindelik ve Esenlendirme Turizmi- SPA ve Wellness (ZET)Termal Sağlık Turizm (TST) ve İleri Yaş ve Engelli Turizmi (İYET)uygulamada Koruyucu ve Rehabilite Edici Sağlık Turizminin alt branşları olarak kabul edilebilir.

Zindelik ve Esenlendirme Turizmi- SPA ve Wellness (ZET): 20. yüzyılda, ABD başta olmak üzere erken ölümleri azaltmak, toplumun genel sağlık düzeyini iyileştirmek dolayısıyla sağlık harcamalarını azaltmak amacı ile bir takım girişimler olmuştur. Bu ervede 1970’lerde ortaya çıkan önemli bir kavramda “Wellness” kavramı olmuştur. Wellness “*beden, ruh ve zihin sağlığını en st düzeye çıkartarak dengede tutma felsefesi*” olarak tanımlanabilir (Ergüven, 2015, s. 128).

Wellness sözcüğünün etimolojisine baktığımızda; ilk kez “*wealness*” şeklinde 1654 tarihli Oxford İngilizce Sözlüğünde geçtiğini görürüz. Günümüzde kullanıldığı şekliyle İngilizce “*iyi hissetme –well being*” sözcüğü ile “*formda kalma-fitness*” sözcülerinin birleşimi olarak kabul edilmektedir (Ergüven, 2015).

Kişiler sadece tedavi ve/veya rehabilitasyon amacı ile değil daha zinde bir bünyeye sahip olmak, mevcut sağlıklarını korumak ve güçlendirmek amaçları ile de seyahat ederler (Ağaoğlu, Karagöz, & Zabun, 2019).

Geçmişten bu güne bu uygulama çok defa karşımıza hava değişimi adı altında çıkmaktadır. Fiziksel ve zihinsel olarak farklı bir çevreye ve kişilerle muhatap olmanın insan üzerindeki rahatlatıcı etkisini de düşünürsek seyahat etmenin doğal olarak bireyin sağlığı üzerinde faydalı olacağını ileri sürebiliriz. Bu çerçevede var olan sağlık durumunu korumak ve geliştirmek amaçlı yapılan seyahatlerde sağlık turizmi kapsamında değerlendirilmelidir.

Örnek vermek gerekirse; “*Amerika’da fazla kilolu ve obsesif çocuklar için düzenlenen diyet ve spor temalı, uzman diyetisyen ve antrenörlerin bulunduğu kampları içeren tatil planları*” (Ağaoğlu, Karagöz, & Zabun, 2019), üçüncü yaş turizmi, gezi turları ve meşguliyet terapileri bu kapsamda değerlendirilebilir (Aydemir & Kılıç, 2017).

Bir diğer deyişle, “*İnsanların boş zamanlarında, eğlence ve spor amacı ile gönüllü katıldıkları etkinlikler*” (<https://sozluk.gov.tr/>, 2021) olarak tanımlanan ve Latince yenilenme anlamı taşıyan eğlencinlen faaliyetlerinin pek çoğu koruyucu sağlık faaliyeti olarak da değerlendirilebilir. Bu noktadan hareketle bu tür faaliyetler için yapılan seyahat ve konaklamalarda koruyucu sağlık turizmi faaliyeti olarak tanımlanmalıdır.

Termal Sağlık Turizmi (TST): İnsanlar sağlıklarını korumak ve sürdürmek için temiz hava, güneş, şifalı termal sular, iklim gibi doğal turizm kaynaklarından faydalanmaktadırlar. Koruyucu Sağlık Turizmi ve Rehabilitasyon Edici sağlık turizmi ayrı kavramlar olsa da uygulamada çoğu kez iç içe geçmekte ve birbirini tamamlamaktadır. Termalizm bu duruma en güzel örnektir.

Termalizm; kelime olarak Yunancadan türetilmiş olup bir sıcak, ılık anlamına gelmektedir. Tıbbi olarak terapi özelliğine sahip madeni su kaynaklarının değiştirilmeksizin özel tesislerde, eğitimli personel denetiminde yapılan kürlerle, çeşitli hastalıkların tedavisi amacıyla kullanılmasına yönelik faaliyetler olarak tanımlanabilir (Tuna, 2019)

Tıbbi anlamda tedavi için kullanılan termal sular doğal sıcaklıkları 20 °C’nin üzerinde olan şifalı sulardır. Litrede 1 gramın üzerinde çözünmüş mineral içeren sulardır. Daha düşük sıcaklıktaki sulara “*Minerali Su*” hem doğal sıcaklıkları 20 °C’nin üzerinde olan hem de litrelerinde 1 gramın üzerinde çözünmüş mineral

içeren sulara “*Termo-mineral Su*” (Sıcak Mineralli Sular) adı verilmektedir (Ahiler Kalkınma Ajansı).

Konuya ilişkin uluslararası literatüre baktığımızda Alman Kaplıcalar Birliği standartlarının genel kabul gördüğünü görmekteyiz. Bu standartlar çerçevesinde “doğal sıcaklıkları 20 °C’nin üzerinde olan şifalı sular termal su, litrelerinde 1 gramın üzerinde çözünmüş mineral içeren daha düşük sıcaklıktaki sulara ise mineralli su denilmektedir. Hem doğal sıcaklıkları 20 °C’nin üzerinde olan hem de litrelerinde 1 gramın üzerinde çözünmüş mineral içeren sular için “*Sıcak Mineralli su - Termomineral Su*” tanımlaması yapılmaktadır.

Bu noktada termal turizmde kullanılan Termomineral suların ve bunların iyileştirici etkisinin bulunduğu hastalıklar tablosu Türksoy&Türksoy tarafından Ülker’den aktarıldığı şekliyle Tablo 1 de verilmiştir (Türksoy & Türksoy, 2010)

Tablo 1: Termal suların özellikleri

Termal Kaynağın Özelliği	Tedavi Edici Özelliği
Sodyum Klorürlü Sular	Romatizma, deri hastalıkları, astım, bronşit, kalp, kan dolaşımı hastalıkları, bünne yorgunlukları, sinirsel yorgunluklar
Hidrokarbonatlı ve Karbonatlı Sular	Beslenme bozukluğu, böbrek ve idrar yolları, romatizmal hastalıklar
Sülfatlı Sular	Beslenme Bozukluğu, böbrek ve idrar yolları ile romatizmal hastalıklar
Demirli Sular	Kandaki demir oranının zayıflığı
Arsenli Sular	Bünyesel zayıflıklar
İyotlu Sular	Solunum yolu rahatsızlıkları, kalp, kan dolaşımı ve göz rahatsızlıkları
Kükürtlü Sular	Romatizma, deri, kadın, göz ve solunum yolu rahatsızlıkları
Radonlu Sular	Romatizmal hastalıklar, hormonal dengesizlikler, kadın hastalıkları, kalp ve kan dolaşımı rahatsızlıkları

Kaynak: (Ülker, 1998)

Türk mevzuatına baktığımızda ise bu konunun 24.07.2001 tarihli ve 24472 sayılı Resmî Gazetede (Resmi Gazete, 2001) yayımlanarak yürürlüğe giren “Kaplıcalar Yönetmeliği” ile düzenlediği görülmektedir.

Bu Yönetmeliğe göre “*Mineralli Sular: Doğal veya sondaj-galeri yoluyla yeryüzüne çıkarılan, litresinde en az 1 gram çözünmüş mineral içeren, bakteriyolojik ve kimyasal kirlenmeye uğramamış olan, fizyolojik ve tedavi edici etkinliği bilimsel olarak kanıtlanmış sular*” Termomineral Sular: “*Çıkış noktasında sıcaklığı 20°C ve üzerinde olan mineralli sular,*” “Termal Su: “*Çıkış noktasında sıcaklığı 20°C ve üzerinde olan suları*” ve Kaplıca Suları, “*Kaplıca tedavisinde kullanılan termal, mineralli ve termomineralli sular*” şeklinde birbiriyle bağlantılı bir tanımlama yoluna gidildiği görülmektedir.

Ülkemizde bol miktarda bulunan termal kaynaklardan faydalanmak üzere gelen turistlerin bir bölümü mevcut esenlik hallerini sürdürmek amacı taşırken, bir bölümü spesifik bazı hastalıklardan korunma amacı taşımaktadırlar.

Aynı de belirli bir grupta rahatsızlıklarından kaynaklı iyileştirme amacı ile bu termal tesislerden faydalanmaktadırlar. Ülkemizde Yalova ilimiz sınırları içinde bulunan ve T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından işletilen Yalova Termal Tesisleri bu anlamda hem spesifik hastalıklarda korunma, hem rehabilitasyon hem de esenlik halinin sürdürülmesi amaçlarına hitap eden dünya üzerindeki nadir işletmelerdendir.

İçerdikleri farklı mineralizasyon yapısı nedeniyle belirli hastalıklara karşı koruma, tedavi ve rehabilite edici etkisi olduğu düşünülen işletme içindeki farklı termal kaynaklar şu de kurumun resmi internet sitesinde şu de tanıtılmaktadır.

“Göz Suyu: Bu kaynak, fiziki sorunlar ve çeşitli göz hastalıklarının tedavisinde kullanılmaktadır.

Mide Suyu: Bir büvet şeklindedir. Doğrudan kaynaktan gelmektedir. İnsanlar kaynak suyunu içerek şifa aramaktadırlar. Kronik gastrit bağırsak hastalıklarına, kolit kabızlık gibi hastalıklara iyi gelmektedir. Suyun bir başka özelliği de soğutularak maden suyu gibi içilmesidir.

Astım Buharı: Su 62 - 65 derece, saniyede 35 litre olarak çıkmaktadır. Kaynaktan çıkan ve iyon yapısı incelenmiş buhar, nefes darlıkları, kan dolaşımı, astım ve solunum yolları hastalıklarına iyi gelmektedir.

Ayak Suyu: İrili ufaklı birçok kaynağın, kademeli olarak kullanılması sonucu romatizma ve kırık tedavilerinde ilerleme kaydedilmektedir. Sürekli akmakta olan bir su yolu olması ve 98 dereceyi bulan kaynakları nedeni ile dermatolojik ve patolojik hastalıklar bulaştırmamaktadır.” (www.yalovatermal.com, 2020)

Örnekte görüldüğü üzere ülkemizde çok miktarda termal kaynak bulunmaktadır. Bu termal kaynakların hangi rahatsızlardan koruduğu ve hangi hastalıkları faydalı olduğu her ne kadar uzun yıllara dayanan kullanım bilgileri ve tecrübeye dayansa da günümüzde T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından bilimsel metotlarla incelenmekte ve indüksiyonları yine bilimsel yöntemlerle tespit edilerek kullanıcıların hizmetine sunulmaktadır.

İleri Yaş ve Engelli Turizmi (İYET); Son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de gündeme gelen bir diğer önemli konu ileri yaş ve engelli turizmidir. Bu turizm türü de sunulan sağlık hizmetleri ve müşteri kitlesi bağlamında ele alındığında ağırlıklı olarak KRST kapsamında değerlendirilebilir.

Literatüre baktığımızda görece olarak yeni bir kavram olan ileri yaş turizmüne yönelik belirli bir tanımlama bulunmamaktadır. Konuya ilişkin yapılan az sayıda bilimsel çalışmaya bakıldığında bu turizm türünün genellikle belirli bir yaş grubunun üstü ve çoğunlukla aktif iş hayatını bitirmiş bireylere yönelik olduğu görülmektedir (Cankül, 2015, s. 219-220).

Yüzyılımızın başında gerek teknolojik gelişimin gerekse sosyal koşulların ve sağlık koşullarının iyileşmesi ile hastalıklarla mücadelede alınan yol kaynaklı insanlık tarihinde daha önce görülmemiş bir de insanların ortalama yaşam süreleri uzamaya başlamıştır. Teknik olarak ele alındığında bir toplumda nüfusun yaşlanması demek Nüfusun yaşlanması, *“bir nüfusun yaş yapısının değişerek, o nüfustaki çocukların ve gençlerin payının azalması ve yaşlı insanların (60 yaş üstü veya 65 yaş üstü) payının göreceli olarak artmasıdır”* (Mandıracioğlu, 2010, s. 39-45).

Bu durumun en net göstergesi günümüzde dünya genelinde yaşlı nüfus artış hızının (% 2,1), tüm yaş grupları için ortalama nüfus artış hızından (% 1,2) yüksek olmasıdır. 80 yaş üstü nüfus artış hızı ise % 4,3’tür. 1950 yılı taban alındığında 100 yıl sonra dünyadaki insan sayısının dörde katlanması beklenmektedir.

Bu durumda yapılan yansıtımlara göre 2050 yılında Japonya, Rusya, Ukrayna gibi birçok ülkenin gelecekteki nüfusu mevcut nüfuslarının altına düşerken çok daha fazla sayıda ülkede yaşlı sayısının genel nüfus içerisindeki payı artacaktır.

Mevcut duruma bakıldığında en fazla yaşlı yüzdesine sahip ülkeler Japonya, Avusturya, İspanya, Çek Cumhuriyeti, Slovenya, Yunanistan, İsveç ve İtalya’dır, en yaşlı kıta % 20 yaşlı oranı ile Avrupa’dır. Bu oranının 2050’de Avrupa kıtasında yaklaşık % 40’lara ulaşması beklenmektedir (Mandıracioğlu, 2010, s. 39-45).

Görüldüğü üzere dünya üzerinde yaşlı nüfus oranı her geçen artmaktadır. Bu durum yaşlanma olgusuyla birlikte sağlık ve destek hizmetlerinde bir talep artışına yol açmaktadır. Yaşlıların artan bakım ve sağlık harcaması faaliyetlerin sosyal güvenlik ve sigorta örgütlerini de finansal yükü azaltmak için çeşitli arayışlara yöneltmiştir. Ülke içindeki yaşlı nüfusu, yurtdışında bakım ve sağlık harcaması maliyetlerini görece düşük ülkelere turizm amaçlı yönlendirmek her geçen gün daha popüler bir uygulama haline gelmektedir.

Günümüzde birçok ülkede Yaşlılıkta gelişen hastalıkların tanı ve tedavisi, rehabilitasyonu ile beraberinde bakım hizmetlerinin sunulmasına yönelik olarak kurulan sağlık kuruluşları olan Geriatri Tedavi Merkezleri açılmaktadır. Bu tesislerde

konaklayan kişilere yönelik günübirlik ayaktan tedavi ve iyileştirme hizmeti sunulmaktadır.

Aynı de birçok ülkede %10'lara yaklaşan engelli nüfus bulunmaktadır. Engelli bireylerden oluşan bu nüfus alt yapı yoksunluğundan dolayı genel turizm hizmetlerinden faydalanmamakta ve yahut çok kısıtlı faydalanmaktadır (<http://visitturkeyforhealthcare.com>, 2020).

2.2.2. Medikal sağlık turizmi

Son yıllarda ise dinlenme, egzersiz yapma, termal turizm gibi sağlık yönü ağır basan uygulamaların yanından daha çok tedavi ağırlıklı olarak olma girişimleri beraberinde turizm endüstrisi içerisinde "medikal turizm" kavramı  ne çıkmaya başlamıştır.

Medikal turizm sektörünün yanı sıra başta sağlık olmak üzere, ulaşım, ilaç endüstrisi ve ağırlama gibi sektörleri de olumlu etkileyerek ekonomik kalkınma ve büyümeye pozitif etki yapmaktadır.

2019 yılına gelindiğinde dünyada 20-24 milyon hastanın medikal turizm çerçevesinde sınır ötesi sağlık kurumlarına başvurması ve bu sayının hızla artış göstermesi ekonomik anlamda alanın önemini ortaya koymaktadır (Rejeb, Keogh, & Treiblmaier, 2019, s. 1)

Bu bağlamda bir tanım yapmak gerekirse   Medikal turizm   genel anlamda bir sağlık turizm çeşidi olmasına karşın, sıklıkla sağlık turizmi ile eş anlamlı kullanılmaktadır. Ancak burada belirleyici temel unsur bireylerin erişmek istedikleri nihai sonuç olmalıdır.

Medikal turizmde diğer sağlık turizmi türlerinden farklı olarak tedavi olma amacı ağır basmaktadır. Bir diğer belirleyici unsurda MST kapsamında bireylere tedavi amaçlı girişimsel tıbbi işlem uygulanması durumudur.

Kısaca özetlemek gerekirse   medikal turizm ya da tıp turizmi, insanların başka bir ülkeye modern tıbbın içinde yer alan herhangi bir konuda tedavi olmak için gitmesini ifade eden bir kavramdır   ( GEME ( hracatı Geliştirme Merkezi), 2017).

Bu bağlamda medikal sağlık turizmini;

Tıbbi Medikal Turizm (TMT); hastaların tedavi görmek, sağlıklarına kavuşabilmek ve yaşamsal fonksiyonlarını sürdürmek amaçlı yaptıkları seyahat, konaklama ve sağlık harcamaları,

Estetik Medikal Turizm (EMT); hayat standartlarını yükseltmek, yaşam kalitesini arttırmak ve daha çok fiziki görünüşü iyileştirmek için yapılan; saç ekimi, göğüs estetiği, yüz estetiği vb. amaçlı seyahat, konaklama ve sağlık harcamaları; olmak üzere ikiye ayırmak doğru olacaktır.

Tıbbi Medikal Turizm (TMT) ülkemizde son yıllarda popülerliğini artırmakla birlikte dünya için yeni bir kavram değildir. İnsanlar yüzyıllar boyunca rahatsızlıklarını tedavi ettirmek için amiyane tabirle şifa bulmak için seyahat etmişlerdir. Günümüzde literatüre baktığımızda medikal turizmin öz olarak bu çerçevede tanımlandığını görmekteyiz. Harahsheh'in aktardığına göre Jallad (2002) medikal turizmi, *“Belirli vücut rahatsızlıklarının tedavisi için veya hastanelerde veya tıp merkezlerinde tıbbi gözetim altında ameliyat”* şeklinde tanımlamıştır (Harahsheh, 2002, s. 26).

Yirik'in (2014) aktardığına göre Van Sliepen medikal turizmi, *“ev dışında ikamet etmek koşulu ile boş zamanlarda tedavi amaçlı yapılan geziler”* olarak tanımlarken, Lee ve Spisto, *“tıbbi tedavi içeren seyahat”* olarak tanımlamıştır (Yirik, 2014).

Kiremit (2008) yaptığı çalışmada Medikal Turizmi *“genel olarak cerrahi veya özel uzmanlık gerektiren tıbbi müdahaleleri içeren uygulamalara ihtiyaç gösteren hastalara özel tıbbi bakım verilmesi maksadıyla turizm endüstrisi ile işbirliği yapılmasıdır.”* şeklinde tanımlamıştır (Kiremit, 2008).

Medikal turizmi sağlık turizminin diğer türlerinden ayıran en önemli özelliği de bu tanımda yatmaktadır. Medikal turizm medikal bir işlem gerektirir; ancak sağlık turisti ve turistin sağlığı olguları arasındaki farklılık burada da kendini göstermektedir. Tıbbi tedavi almak üzere seyahat etmek ve seyahat halindeyken tıbbi tedaviye ihtiyaç duymak ve medikal sağlık merkezlerini kullanmak aynı şey değildir (Johnston, 2012, s. 3)

Her medikal turizm etkinliği aynı zamanda bir sağlık turizmi aktivitesi olmasına rağmen, her sağlık turizmi etkinliği medikal turizm kapsamında olmak zorunda değildir. Medikal turizmi diğer sağlık turizmi türlerinden ayıran bir diğer özellik ise; turistlerin kendi irade ve isteklerinden çok ihtiyaçları tarafından belirlenen bir sağlık turizmi çeşidi olmasıdır. Medikal turist, kaplıca ya da Wellness turisti gibi sağlığını geliştirmek ya da dinlenmek amacından ziyade sağlık sorunları nedeniyle tıbbi müdahalelere ihtiyaç duyan kişidir (Berry ve Bendapudi 2007; Akt. Rajagopal vd. s.431). Burkett (2007, s.226-230), medikal turizm tanımına ekonomik

bir aktivite olma özelliğini ve ekonomik açıdan da bir değerlendirmesinin olabileceği gerçeğini vurgulamıştır.

Yine Yirik tarafından yapılan tanıma baktığımızda medikal turizm; tıbbi, cerrahi veya diş hekimliğinin konusu içinde yer alan herhangi bir tedavi uygulamasını elde etmek amacıyla kişilerin kendi ülkelerinden farklı bir ülkeye seyahat etmeleri olarak tanımlanabilir (Yirik, 2014).

Bilindiği üzere sağlık turizminin önemli bir alt dalı olan medikal turizmde nihai amaç kişilerin genel durumlarını ve sağlıklarını daha iyi hale getirmek varsa hastalık ve rahatsızları tedavi etmektir.

Uygulamaya baktığımızda medikal turizmin genel anlamda sağlık turizminden farklılaştığı nokta olarak, bir tedaviyi genellikle invaziv içerdiğini görürüz. Tıbbi medikal turizmim sağlık turizminden ve estetik medikal turizmden farklılaştığı nokta ise bu tedavinin estetik kaygılı olmayıp bir rahatsızlığı, hastalığı sağaltım amaçlı olmasıdır.

Kısaca, genel tıbbın konusu içinde yer alan hekimler tarafından hastanelerde gerçekleştirilen birtakım tedavi yöntemlerini almak adına medikal turistlerin kendi ülkelerinde olmayan veya bekleme zamanı uzunluğu, maliyet gibi sebeplerle erişemedikleri cerrahi ya da uzmanlık gerektiren tedavi hizmetlerini almak için yaptıkları uluslararası seyahatler medikal turizm olarak tanımlanabilir

Medikal turizm, medikal bir işlem gerektirir. Medikal tedavi almak üzere seyahat etmek ve seyahat halindeyken tıbbi tedaviye ihtiyaç duymak ve medikal sağlık merkezlerini kullanmak aynı şey değildir. Her medikal turizm etkinliği aynı zamanda bir sağlık turizmi aktivitesi olmasına rağmen, her sağlık turizmi etkinliği medikal turizm kapsamında olmak zorunda değildir. Medikal turizmi diğer sağlık turizmi türlerinden ayıran özellik; turistlerin kendi irade ve isteklerinden çok ihtiyaçları tarafından belirlenen bir sağlık turizmi çeşidi olmasıdır. Medikal turist, kaplıca ya da Wellness turisti gibi sağlığını geliştirmek ya da dinlenmek amacıyla ziyade sağlık sorunları nedeniyle tıbbi müdahalelere ihtiyaç duyan kişi olarak tanımlanmaktadır.

Medikal turizmde sağlık turistleri genelde yataklı tedavi kuruluşlarına müracaat ederek var olan hastalıklarını tedavi ettirmek istegindedirler. Bu bağlamda medikal turizmin, *“sağlık turistinin, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri almak amacıyla ülkesi dışına yaptığı seyahatler”* olarak adlandırıldığını görürüz (Pollard).

Aynı alanda bir başka tanımında “bireyi daha sağlıklı yapan seyahat türleri” şeklinde yapılmıştır (Ataman, Esen, & Vatan, 2017, s. 32).

Yaşamsal zorunlulukların yanı sıra fiziksel görünüşü iyileştirmek gibi estetik kaygılarla tıbbi cerrahi işlemler talep eden bir tüketici kitlesi bulunmaktadır. Tıbbi gereklilik olmamasına rağmen bireylerin isteğine bağlı olarak ortaya çıkan bir anlamda keyfi olarak nitelendirilebileceğimiz bu tür tıbbi (ağırlıklı olarak estetik cerrahi işlemler) işlemleri talep eden tüketicilerin yaptıkları seyahat, konaklama ve sağlık harcamaları MEST kapsamında değerlendirilmelidir.

Literatüre baktığımızda bazı çalışmalarda sağlık amaçlı tüm ulusal ve uluslararası seyahatler sağlık turizmi olarak değerlendirilirken bazı çalışmalarda ise sadece medikal turizm kapsamında değerlendirildiğini görmekteyiz (Ridderstaat, Dipendra, & DeMicco, 2019).

Konuyu bu bağlamda ele aldığımızda sağlık turizmini medikal ve turistik boyut olmak üzere iki bölümde değerlendirilebiliriz. Temel olarak bu iki bileşenin değişik oranlarda bulunması sağlık turizm türünü nasıl adlandıracacağımız noktasında açıklayıcı olacaktır.

Bu bağlamda tıbbi medikal turizm sunulan hizmette medikal hizmetlerin ağır bastığı turistik yönün ise tıbbi hizmetleri tamamlayıcı rol oynadığı bir türdür. Estetik amaçlı medikal turizmde ise tıbbi zorunluluktan ziyade bir ihtiyari bir tercih söz konusu olduğundan tıbbi hizmetle birlikte turistik hizmette sağlık turisti tercihlerinde belirleyici faktör olabilmektedir.

Medikal turizm kapsamında tüketicilere sunulan nihai ürün sağlık hizmetidir. Tıbbi medikal turizmde bu ürün ağırlıklı olarak tedavi amaçlı olup invaziv işlemleri içermektedir. Estetik medikal turizm faaliyetlerinde ise işlemleri plastik ve estetik cerrahi- invaziv işlemler ve invaziv olmayan -ameliyatsız- işlemler olarak ikiye ayırabiliriz.

Özellikle ameliyat gerektiren plastik cerrahi ve estetik uygulamalarında teknoloji kullanımı ve uzmanlaşmış doktor ve ekip bu ürünün pazarlanması için önem taşır (Temizkan & Temizkan, 2020).

1970 yılında kurulan ve her kıtadan toplamda 100'den fazla ülkede Rekonstrüktif ve estetik plastik cerrahlarının üye olduğu Uluslararası Estetik Plastik Cerrahi Derneği (ISAPS) (İSAPS), tarafından hazırlanan ve her yıl yayımlanan “ISAPS- Estetik / Kozmetik Prosedürler Uluslararası Araştırması’na göre 2019 yılında dünya genelinde 1321 estetik ve plastik cerrahisi uzmanı katılmıştır. 2019

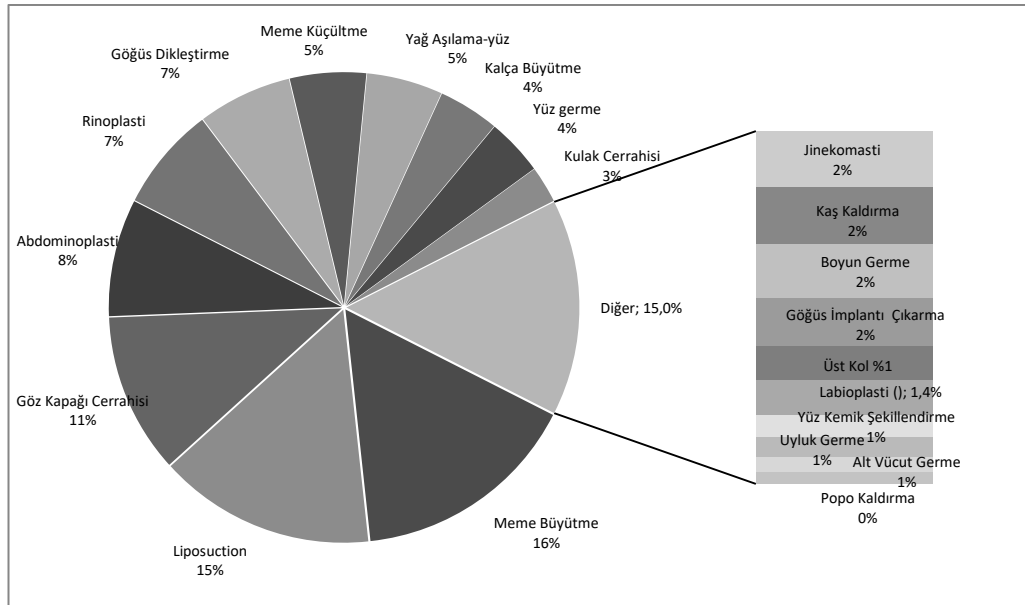
yılında en çok uygulanan estetik cerrahi işlemleri Tablo 2’de verilmiş yüzde dağılımları da Şekil 2’de gösterilmiştir (İSAPS, 2021).

Tablo 2: Estetik medikal turizmde en çok uygulanan cerrahi işlemler

	İşlem	Sayı
1	Meme Büyütme	1.795.551
2	Liposuction	1.704.786
3	Göz Kapağı Cerrahisi	1.259.839
4	Abdominoplasti	924.031
5	Rinoplasti	821.890
6	Göğüs Dikleştirme	741.284
7	Meme Küçültme	600.219
8	Yağ Aşılama-Yüz	598.823
9	Kalça Büyütme	479.451
10	Yüz Germe	448.485
11	Kulak Cerrahisi	288.905
12	Jinekomasti	273.344
13	Kaş Kaldırma	270.917
14	Boyun Germe	260.747
15	Göğüs İmplantı Çıkarma	229.680
16	Üst Kol	168.289
17	Labioplasti (Vajinal Gençleştirme Hariç)	164.667
18	Yüz Kemik lendirme	108.536
19	Uyluk Germe	93.334
20	Alt Vücut Germe	75.895
21	Popo Kaldırma	54.894
	Toplam	11.363.567

Kaynak: (İSAPS, 2021).

2019 yılında en çok uygulanan estetik cerrahi işlemleri tablo 2’de verilmiş yüzde dağılımları da Şekil 2’ de gösterilmiştir (İSAPS, 2021).



Şekil 2: Estetik medikal turizmde en çok uygulanan cerrahi işlemlerin dağılımı

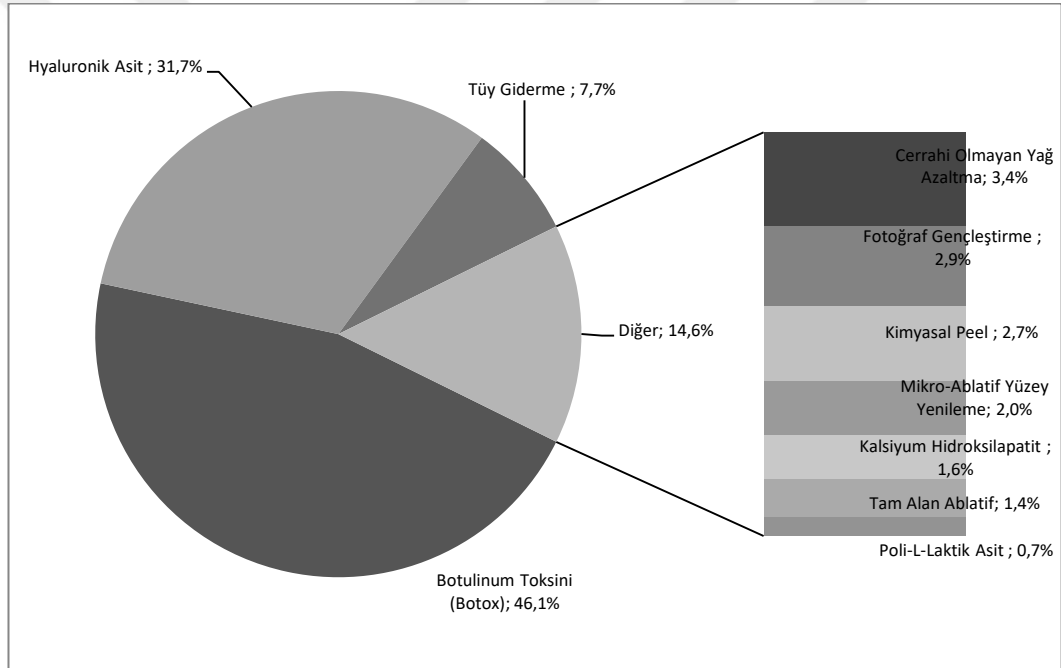
Kaynak: (İSAPS, 2021).

2019 yılında en çok uygulanan cerrahi olmayan işlemleri tablo 3’de verilmiş yüzde dağılımları da Şekil 3’ de gösterilmiştir (İSAPS, 2021).

Tablo 3. Estetik medikal turizmde en çok uygulanan cerrahi olmayan işlemler

1	Botulinum Toksini (Botox)	6271488
2	Hyaluronik Asit	4315859
3	Tüy Giderme	1042951
4	Cerrahi Olmayan Yağ Azaltma	462769
5	Fotoğraf Gençleştirme	391415
6	Kimyasal Peel	369497
7	Mikro-Ablatif Yüzey Yenileme	270759
8	Kalsiyum Hidroksilapatit	212762
9	Tam Alan Ablatif	190978
10	Poli-L-Laktik Asit	90259
	Toplam	13618737

Kaynak: (İSAPS, 2021).



Şekil 3: Estetik medikal turizmde en çok uygulanan cerrahi olmayan işlemlerin dağılımı

Kaynak: (İSAPS, 2021).

2.3. Sağlık Turizmi Talebi

Sağlık turizmi talebinin incelenmesi öncelikle talep kavramı ve iktisadi anlamda piyasa ve sağlık turizmi piyasası ele alınmıştır. Daha sonra iktisadi talep çerçevesinde sağlık turizm talebi ve özellikleri verilmiş son olarak talep analiz teknikleri bağlamında sağlık turizm talebinin ne şekilde analiz edilmesi gerektiği üzerinde durulmuştur.

2.3.1. Sağlık turizmi piyasası

Turizm piyasası, çeşitli turizm ürünlerinin arzı ve bu arzı satın almak isteyen tüketicilerin oluşturduğu talebin bir araya gelmesi ile fiyatın ortaya çıktığı, çeşitli turizm ürünlerin satıldığı ve bu satılan ürünlere turist ya da ziyaretçilerin talepte bulundukları ortamlardır. Bir diğer deyişle Turizm piyasası turizm arz ve turizm talebinin ortaya çıktığı yerler olarak da tanımlayabiliriz (Işık & Selçuk, 2020).

Sağlık turizmi piyasası genel olarak bireylere daha sağlıklı bir hayat için (tedavi, daha yüksek standartlar, iyileştirme, esenlendirme) çeşitli ürün ve hizmetlerin arz eden kişi ve kurumlar ile bunları talep eden bireylerin bir araya geldikleri piyasadır. Bir yönüyle turizm piyasalarının genel özelliklerini gösterirken bir yönüyle de sağlık piyasalarının kendine özgü özelliklerini taşırlar. Bu haliyle sağlık turizmi piyasası tıp ve iktisat bilimleri ile de temas halindedir. Bu bağlamda sağlık turizmi piyasasını mikro iktisadi ve makro iktisadi olarak yorumlamak mümkün olacaktır.

Sağlık Turizmi Piyasasının Mikro İktisadi Özellikleri

1. Sağlık turizmi bir piyasasında dünya çapında daha sağlıklı yaşamak amacı çerçevesinden (ki tedaviye yönelik hizmetler bu amaca dâhildir) hareket eden bireylerin oluşturduğu güçlü bir talep söz konusudur. Buna karşılık sektördeki yüksek karlılık oranları ve karşılaştırmalı ekonomi kapsamında yüksek gelir olasılığı yine güçlü bir arz tarafı oluşturmuştur.
2. Dünya genelinde sağlık turizmi piyasaları daha çok liberal ekonomi çerçevesinde yapılanmıştır. Yönetimsel olarak sosyalist sisteme sahip ülkeler dahi, Küba örneğinde görüldüğü üzere Sağlık Turizmi söz konusu olduğunda liberal ekonomi ilkeleri ile çalışmaya meyletmektedir.
3. Ülkemiz de dâhil olmak üzere dünya genelindeki Sağlık turizmi piyasasında Her geçen gün arz yönlü oyuncu sayısı artmakta buda piyasanın oligopol bir yapıdan tam rekabetçi bir yapıya dönüşen bir çizgi izlemesine neden olmaktadır.
4. Sağlık turizmi piyasasının en önemli özelliği diğer turizm türlerine göre ve diğer turizm türleri ile ikamesinin olmamasıdır. Organ nakli için ülkesi dışına gitmek durumunda olan bir sağlık turisti, bu seyahati başka bir turizm türüyle ikame etmez.

5. Sağlık turizminde düşük fiyat politikası talebin kısıktırılması bağlamında etkilidir.
6. Sağlık turizmi piyasası fiyatlara karşı kırılğan olduğu için arz ve talebi esnektir (Özkurt, 2007, s. 126- 127).

Sağlık Turizmi Piyasasının Makro iktisadi özellikleri

1. Sağlık turizmi sektörü, ulaşım, konaklama, bilgisayar, elektronik gibi birçok sektörü beslerken bu sektörlerce beslenmektedir. Ayrıca kaplıca vb. doğal kaynakları kullanılarak yapılan turizm faaliyetleri de bu sektör içerisinde değerlendirilir.
2. Sağlık turizminde ana yatırımcıların özel sektör ağırlıklı olmasına karşın son yıllarda kamu sektöründe ilgi duyduğu görülmektedir.
3. Sağlık turizminde sunulan ürün ve hizmetlerin belli standartlar da ve yüksek kalitede olması tercih edilirlık anlamında önemlidir.
4. Sağlık turizmi yaratacağı katma değeri yaratan bir sektördür (Özkurt, 2007, s. 126- 127).

Bu çerçevede sağlık turizmi sektörünün, sağlık hizmetleri ile turizm sektörü araçlarını bir araya getirip kullandığını söyleyebiliriz. Temel olarak bu araçları iki grupta sınıflandırabiliriz.

Birinci grupta Sağlık turizminin arz tarafını oluşturan “konaklama tesisleri, sağlık merkezleri, ulaşım yolları vb.” yer almaktadır.

İkinci grupta doğal (Kaplıca, orman vb.) ve coğrafya, sağlık ve tıp gibi çeşitli bilimlerin ya da sentez bilimlerin ışığında sağlık için hizmete sokulan doğal (kaplıca, vb.) ve beşeri ve teknik (sağlık tesisleri, sağlık araç gereçleri ve uzman sağlık personeli gibi) kaynaklardır.

2.3.2. İktisadi talep ve sağlık turizmi talebi

Talep deyince günlük dilde bir şeyi istemek aklımıza gelir. İktisat bilimi temel olarak insanların gereksinimleri ve bunların karşılanmasına ilişkin kaynaklar çerçevesinde şekillenir. Bu çerçevede ihtiyaçların varlığı talep kavramını ortaya çıkarır. Bir malın üretimi için talep temel nedendir. İktisat bilimi söz konusu olduğunda ise talep, yeterli satın alma gücü ile desteklenen, ürünü ve/veya hizmeti satın alma isteğidir (Bahar E. , 2012).

Kısaca ifade etmek gerekirse “Talep: Belirli bir sürede bir mala ve bu malın değişik fiyatlarına karşı bir tüketicinin satın almak istediği mal ve/veya hizmet miktarıdır.” (Ülgen, 2020, s. 28, 29).

Bir diğer deyişle ihtiyaçları tatmin etmek amacıyla duyulan satın alma arzusudur. Ancak her satın alma arzusunun talep değildir. Bu arzunun satın alabilme gücü ile desteklenmesi gerekir. Arzunun talep sayılabilmesi için tüketicilerin satın alma gücünün de bulunması gerekmektedir. Eğer satın alma arzusu satın alma gücü ve kabiliyeti ile desteklenmez ise sadece bir arzu olarak kalacak reel anlamda talebe dönüşmeyecektir.

Temel talep denklemi: $q_D = f(P)$

Görüldüğü üzere, bu $2 \times 2 = 4$ gibi basit bir denklem değildir. Tüketicilerin talep edeceği kesin miktarı doğru bir de tahmin eden bir denklem oluşturmak o kadar basit değil. Bunun yerine, bu denklem talep ve anahtar faktörleri arasındaki ilişkiyi vurgular.

Talep edilen miktar () beş faktörün bir fonksiyonudur - fiyat, alıcı geliri, ilgili malların fiyatı, tüketici zevkleri ve gelecekteki arz ve fiyatın tüketici beklentileri. Bu faktörler değiştikçe talep edilen miktar da değişir.

Tüketici talebini belirleyen temel unsur arz edilen malın ve/veya hizmetin fiyatı olmasına karşın, bu çoğu zaman tek başına talebi açıklayabilmek için yeterli olmamaktadır. Literatürde talebin belirlenmesinde başta fiyat olmak üzere birçok unsur yer alır (Amedeo, 2020).

Bu anlamda talep faktörünün temel belirleyicilerini:

1. Bir malın fiyatı (P_x)
2. Diğer malların fiyatları ($P_a, P_b, P_c, \dots, P_n$)
3. Tüketicinin gelir düzeyi (Y)
4. Tüketicinin zevki ve tercihleri (T)
5. Beklentiler (E)
6. Nüfus (P)
7. Faiz oranı (r)

Toplam talep için, faiz yedinci belirleyici olarak kabul edilir.

Talep Denklemi: $Q_d = f(P_x, P_{bc}, Y, T, P, E, r)$

Ekonomik faktörler bütün sektörlerde önemli olduğu gibi sağlık turizminde dönem taşıır. Bu alanda bir turizm faaliyetinin oluşması için öncelikle sunulacak ürünleri satın alma isteğinde ve kabiliyetinde bir tüketici topluluğunun olması (Talep) ve bu ürünleri arz edebilecek teknik ve beşeri altyapıya (Arz) sahip olunması gerekmektedir.

Kısaca ifade etmek talebe konu mal ve hizmetlerin turistik faaliyetlerle ilgili ve bu faaliyetlere ilişkin olduğu durumlarda turizm talebi, söz konusu olmaktadır. Bir diğer deyişle turizm talebi, “seyahat etme isteğinde bulunan ve bu isteği karşılamaya yeterli gelire sahip olan insanların sayısıdır” (Turanlı & Güneren, 2003).

Bu bağlamda sağlık turizmi talebi, çok sayıda ve farklı yapıda faktörden etkilenmektedir. Ekonomide, tüm mal ve hizmetlerin talebi genelde bir malın veya rakip/tamamlayıcı mal veya hizmetlerin fiyatına, kişilerin gelir düzeyine, tüketicilerin zevk ve tercihlerine, teknolojiye bağlı olmaktadır. Turizm talebini etkileyen faktörlerde temel olarak ekonomiyi etkileyen faktörlerdir (Bahar & Kozak, 2013, s. 110)

Ancak gerek genel anlamda turizm sektörünün gerekse sağlık sektörünün kendine özgü özellikleri çerçevesinde sağlık turizm talebinin belirlenmesinde temel talep faktörlerinin yanı sıra farklı bazı değişkenlerde temelde ekonomiyi etkileyen faktörlerin yanında etkili olmaktadır.

Netice itibarıyla “Sağlık Turizmi Talebini” “Bireylerin sağlıklarını koruma, geliştirme, tedavi ve rehabilitasyon amaçlı olarak seyahat etme isteğinde bulunması ve bu isteği karşılamaya yeterli gelire sahip olan insanların sayısı” olarak tanımlayabiliriz.

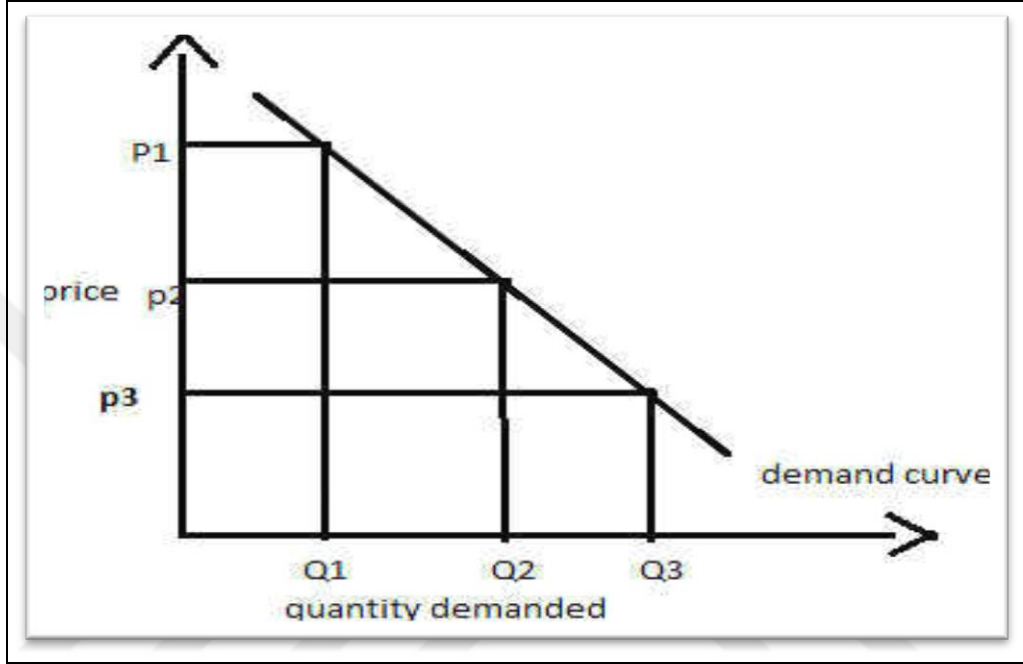
Sağlık Turizmi Talebini Belirleyen Ekonomik Faktörler ise Malın Kendi Fiyatı, Diğer Malların Fiyatları, Tüketicinin Geliri, Tüketici Zevk Ve Tercihleri, Geleceğe Yönelik Beklentiler; Tüketici Sayısı ve Faiz oranı olarak sayılabilir.

Malın Kendi Fiyatı: Eğer talep fonksiyonunu malın kendi fiyatı dışındaki diğer bağımsız değişkenleri sabit tutarak yazarsak talep fonksiyonu: $Q_D = f\{P_a\}$ şeklinde olur. Denklemden görüldüğü üzere a malının fiyatı ile talep edilen miktar arasındaki ilişki negatif (=ters) yönlüdür. Genel anlamda bu denklem “Talep Kanunu” olarak isimlendirilir (Doğan, 2020, s. 3).

Talep kanunu, aynı talep eğrisi üzerinde bir fiyat miktar bileşiminden diğerine değişimi ifade eder. Bir malın piyasa fiyatı ile satın almak istenen mal ve

hizmetlerin miktarı, fiyata bağlıdır. Talep yasası şunu ileri sürer: talep eğrileri normalde aşağı eğimlidir yani daha yüksek bir fiyat talep edilen miktarı azaltır.

İktisatta talepte artış veya azalma, talebin değişmesi anlamına gelir. Talepteki artış, sağa kayma, Talepte bir azalma sola doğru kayma oluşturur. Kısaca, fiyat yüksek olduğunda satın alınan miktar nispeten düşük olacaktır (Krugman, Wells, & Myatt, 2005).



Şekil 4: Temel talep grafiği

Kaynak: (<https://economictimes.indiatimes.com>)

Eğer Fiyat düşük ise satın alınan miktar nispeten yüksek olacaktır. Tüm diğer değişkenler sabit iken, çeşitli fiyat düzeylerinde o maldan satın alınmak istenen mal miktarlarının geometrik eğrisine talep eğrisi denir.

Talep eğrisi; bir malın fiyatındaki değişimler karşısında o maldan talep edilen miktarları gösteren, sol yukarıdan sağ aşağıya doğru negatif eğimli bir eğridir. Bütün mallarda mal fiyatının düşmesi diğer faktörleri, ceteris paribus ise talebi artırmakta; mal fiyatının yükselmesi talebi azaltmaktadır. Teknik ifade ile talep fiyatın azalan fonksiyonudur.

Turizm ve/veya sağlık turizminde fiyat talebin belirlenmesindeki en önemli faktörlerdendir. Bu alanda fiyatın düşük olması tercihleri belirleyen önemli bir unsurdur. Sağlık turizminde bu bağlamda konaklamadan ziyade tıbbi iş ve işlemlerin fiyatlarının görece olarak orijin ülkeden düşük olması önemlidir.

Fiyatın sağlık turizmi üzerinde etkisini analiz ederken nispi fiyat ve ikame fiyat kavramlarını ele almak gerekir. Nispi turizm fiyatı turistin varış yeri ülkesindeki görelî alım gücünü ifade eder. Bir diğêr deyişle turistin kendi ülkesindeki fiyatla seyahat etmeyi planladığı ülkede fiyatların karşılaştırılmasıdır.

Buna göre orijin ülkedeki fiyat düzeyinin varış yeri ülkesine göre yüksek olması turistin varış yeri ülkesindeki alım gücünü artıracaktır (Bayram, 2018, s. 23).

Sağlık turizminde Nispi fiyat aşağıdaki de formüle edilebilir.

$$\text{Nispi Fiyat Denklemi } STNP = (TÜFEDES/DKDES) / (TÜFEORJ/DKORJ)$$

Denklemin açılımını; Nispi Fiyat = (Destinasyon ülkenin tüketici fiyat endeksi/Destinasyon ülkenin döviz kuru)/(Ev sahibi ülkenin tüketici fiyat endeksi/Ev sahibi ülkenin döviz kuru)

Örnek: Aşağıdaki hesaplamaya göre diğêr bütün şartlar sabitken bir Alman vatandaşı Almanya’da 1,23 Euro harcayarak satın alacağı sağlık hizmetini karşılık Türkiye’de 1 avro harcayarak ulaşabilmektedir.

ALM ENF:1,4; 1 EURO= 8,8 TL; TÜFE TR: 15,18 kabul edersek;

$$STNP = (TÜFETR2019/DKTR) / (TÜFEALM2019/DKALM) = 1,23^4$$

Buna göre diğêr etkenler ve şartlar dikkate alınmasa bile Türkiye’deki fiyatların görelî olarak daha uygun olduğu söylenebilir.

Tablo 4: Almanya Türkiye zirkonyum diş kaplama fiyat karşılaştırması⁵

	<i>Almanya- alt çene 10 diş zirkonyum kaplama</i>	<i>Türkiye- alt çene 10 diş zirkonyum kaplama</i>	<i>Avantaj</i>	<i>Nispi fiyat çarpanı</i>
<i>Nominal fiyatlar</i>	5000 €	2490 €	201%	
<i>Nispi fiyatlar</i>	5000 €	2024 €	247%	1,23

Kaynak1: (Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası, İstatistik Genel Müdürlüğü, Ödemeler Dengesi Müdürlüğü, 2020);

Kaynak2: (implantdental.gen.tr/)

Denkleminde enflasyon ve döviz kuru olmak üzere iki unsur yer almaktadır. Uygulamaya bakıldığında diğêr turistler gibi sağlık turistlerinde gittikleri ülkenin enflasyon oranından ziyade döviz kurlarına bakarak karşılaştırma yaptıkları ve karar verdikleri görülmektedir.

4 Hesaplama da Kullanılan veriler T.C. Merkez Bankasından alınmıştır.

5 Tablodaki Fiyatlar <https://www.implantdental.gen.tr/implant-fiyatları-hesaplama.html> sitesinden alınmıştır

Bir ülkenin milli parasının değer kaybetmesi teknik olarak ülkeye gelmeye niyetli yabancıların satın alma güçlerini artıracaktır. Bu durumda talep kaymasına neden olacak ve dış talepte bir artışa yol açacaktır.

Aynı ülke vatandaşları için yurtdışında turizm ve sağlık harcamalarını maliyetleri yükselecek ve ülke içinde yurtdışına hareketlilik azalacaktır. Sağlık hizmetleri ve turizm bağlamında konuyu ele alırsak düşük kuru her ne kadar sağlık turizmi dış talebini pozitif yönde kışkırtsa da ülke vatandaşlarının mağdur olmaması için yurtdışına kıyasla eşdeğer ve/veya daha kaliteli sağlık hizmeti sunulması büyük önem taşımaktadır.

Bu durum şu de özetlenebilir. Bir ülkede kaliteli ve erişilebilir sağlık hizmeti sunumu söz konusu ise düşük kur politikası sağlık turizmi dış talebi artırır. Günün sonunda ekonomik anlamda ülke kazanır.

Kalitesiz ve yetersiz sağlık hizmeti sunumu söz konusu ise düşük kur politikası ülke vatandaşlarının yurtdışında yüksek maliyetlerle tedavi aramalarına ve ülkeden döviz çıkışına neden olmakta ve günün sonunda kaybeden ülke ekonomisi olmaktadır.

Eğer bir ülkede kaliteli ve erişilebilir sağlık hizmeti mevcut iken göreceli olarak milli parası yabancı paralara karşı değerli ise bu durumda fiyat tek başına belirleyici olmamakta kalite, teknoloji ve tedavi oranları gibi diğer unsurlar ön plana çıkmaktadır. Bu durumda ülke fiyat dışında faktörleri ön plana çıkartarak Amerika Birleşik Devletleri örneğinde görüldüğü üzere yine bir çekim merkezi olabilmektedir. Bu durumda her halükarda sağlık hizmetlerinin kaliteli, erişilebilir olması ve yüksek tedavi oranları bir ülke ekonomisi için hayati önem taşımaktadır.

Ulusal para da yaşanan değer kaybının olumlu etkilerinin yanı sıra olumsuz etkileri de bulunmaktadır. Turizm sektöründe yatırımlarda ve işletmelerde ithal mal kullanımı yüksek oranda mevcutsa, ithal malların yerli para cinsinden fiyatlarının artacağı gözlemlenmektedir. Bu durum da, turistik ürünlerin fiyatında görülecek ve beklenen talep artışını engelleyecektir.

Diğer Malların Fiyatları: Tüketicinin fiyatı düşen bir malı, fiyatı değişmeyen bir malın yerine tercih etmesi ikame etkisi olarak tanımlanmaktadır. Çünkü fiyatı düşmeyen mal, fiyatı düşen diğer mala göre nispi olarak pahalı duruma gelmektedir. Fiyatı düşen maldan daha fazla talep edilmektedir. Bu durum iki sebeple açıklanabilir

Krugman ve arkadaşları ikame malları açıklamak için maç ve konser talebini kullanmışlardır. Verilen örnekte; bir malın (konser bileti) fiyatındaki düşüş tüketicileri diğer ürünü (Maç Bileti) satın almaya daha az istekli hale getiriyorsa, bu mallar ikame mallardır. İkameler genellikle bir de benzer bir işleve sahip ce aynı amaca hizmet eden ürünlerdir. Konserler ve Maçlar, kekler ve çörekler, trenler ve otobüsler gibi. Alternatif malın fiyatında düşüş bazı tüketicilerin orijinal ürün yerine onu satın almaya yöneltir (Krugman, Wells, & Myatt, 2005, s. 61).

Sağlık Turizmi tek başına ele alındığında esasen başka turizm çeşitleriyle karşılaştırılsa da onlarla yer değiştiremez. Bu nedenle tek başına ikamesi yoktur denilebilir. Ancak piyasada uygulamalar bazında ele alındığında ürün temelli ikame etkisinden söz edilebilir. Örneğin aynı amaca (saç ekimi) yönelik birden fazla teknik (FUT Tekniği; Klasik Şerit Yöntemi ile FUE- Foliküler Ünite Ekstraksiyonu) söz konusu ise ikame etkisinden bahsedilebilir.

Her ne kadar yukarıda belirtildiği üzere bir destinasyonun kendi içerisinde teknik olarak sağlık hizmetinin ikamesi söz konusu olmasa da sağlık turizm pazarının uluslararası niteliği göz önüne alındığında aynı hizmetin alınabileceği farklı destinasyonların bir biri yerine ikamesi söz konusu olabilir.

Bu bağlamda İkame fiyat, turizm talebinin incelenmesinde kullanılabilecek bir diğer değişkendir. Görmüş ve Göçer 2010 yılında Akdeniz çevresi ülkelerin turizm talebini karşıladıkları bir çalışmada Türkiye, Yunanistan, İspanya ve Mısır için fiyat esnekliklerini (katsayılar) kullanmışlar ve neticede Mısır için birden az, Yunanistan, İspanya için birden çok esneklik katsayılarını belirlemişler, ancak ikame fiyat esnekliklerinin Türkiye'de turizmin bu alternatif destinasyonlardaki fiyat değişikliklerine çok duyarlı olmadığı sonucuna ulaşmışlardır (Görmüş & Göçer, 2010, s. 90).

Bazı pazarlarda, tüketicilerin aynı anda daha fazla pozitif fayda elde etmek için biri olmadan diğeri kullanılamayan malları satın alması ve kullanması gerekir. Literatürde tamamlayıcı mal olarak tanımlanan bu tür mallardan birinin fiyatı artarsa diğेरinin talebi düşer (Yalcin, Ofek, Koenigsberg, & Biyalogorsky, 2010, s. 1). Ya da tamamlayıcı mallardan birinin fiyatı düşerse diğेरine talep artar. Fiyatın talep üzerindeki bu etkisi talep yasasının doğal bir sonucudur.

Dolayısıyla sağlık turizmi alanındaki talepte, bu alanda tüketiciye sunulan diğेर mal ve hizmetlerinin fiyatları ile yakından ilintilidir. Bir diğेर deyişle sağlık turizmi alanında bilhassa medikal turizmde son ürün olan tedavinin fiyatı, diğेर mal

ve hizmetlerin fiyatlarından etkilenmektedir. Özellikle de tamamlayıcı mallarda bu durum daha da artmaktadır.

Örnek vermek gerekirse saç ekiminde konaklama ve tedavi hizmetleri tamamlayıcı mal niteliğindedir. Eğer konaklamaya ilişkin olarak fiyatlarda bir düşüş olursa bu ilgili destinasyonda verilen saç ekimi hizmetlerine talebin pozitif olarak etkilenmesine yol açar. Aynı de ulaşım ve tedavi hizmetleri tamamlayıcı mal niteliğindedir. Ulaşım fiyatlarında meydana gelen bir düşme sağlık turizm talebinde pozitif yönde etki yaratacaktır.

Tüketicinin Geliri: Diğer değişkenler sabitken tüketicilerin gelirlerinde meydana gelecek değişiklikler tüketicilerin talep ettikleri mal miktarının değişmesine yol açacaktır. Tüketicilerin gelir düzeylerinin artması tüketicilerin daha fazla tüketimde bulunmalarına yok açarak talep miktarlarını arttıracak, gelir düzeylerinin azalması ise daha az talepte bulunmalarına yol açacaktır (Şener, 2020, s. 56).

Harcanabilir gelir, turizm talebini düzeyde belirleyen temel koşullardan biridir. Bir ülkede kişi başına düşen reel gelirde ulusal ve uluslararası meydana gelen artış, ülke vatandaşlarının yurt içi veya yurt dışı seyahate çıkmaya eğiliminin arttığı gözlenmektedir.

Gelir faktörünü turizm talebini incelemede ele alan çalışmaların birçoğunda, verilere kolay ulaşılabilirdiği ve veriler yeterli düzeyde elde edilebildiği için reel kişi başına GSYH veya reel GSMH kullanıldığı görülmektedir (Görmüş & Göçer, 2010, s. 90).

Sağlık turizmi söz konusu olduğunda ise diğer turistik faaliyetlerde olduğu gibi konuklamanın yeri ve süresi ve satın alınacak işlemlerin belirlenmesinde turistin gelirinden ayracağı pay önemlidir (Hayta, 2008, s. 41-48).

Yaşamsal önem taşıyan sağlık sorunlarına ilişkin Tıbbi Medikal Turizm (TMT) alanında gelirden ayrılan payın oranı çok yüksek olabilirken yaşamsal önem taşımayan ve daha çok Medikal Estetik Turizm (MEST) alanında tüketici gelirinden daha sınırlı pay ayırabilmektedir.

Aynı de Tıbbi Medikal Turizm (TMT) alanında tıbbi işlemlerin dışında konaklama beslenme ve barınma gibi temel ihtiyaçlar çerçevesinde değerlendirilebilirken, Medikal Estetik Turizm (MEST) alanında konaklama ve yanı sıra diğer turizm faaliyetleri de belirleyici olabilmektedir.

Örnek olarak ülkemize saç ekimi için gelen sağlık turistlerine yönelik sunulan şehir turu hizmetleri gösterilebilir.

Netice itibarı ile gelir turizm talebine etki eden ve turizm talebini belirleyen ve tahminleme çalışmalarında sıkça kullanılan bir unsurdur.

Tüketici Zevk ve Tercihleri: Talebi belirleyen değişkenler arasında yer alan zevk ve tercihler yaşa, eğitime, cinsiyet, milliyet, din gibi birçok etkene bağlı olarak değişkenlik gösterebilmektedir (Kılıçaslan & Esen, 2019, s. 32).Sağlık hizmetinde ise alanına göre farklılık göstermekle birlikte hizmetin kaliteli sunumu ve tanıtımı tüketicinin tercihlerinde önemli bir belirleyicidir.

Turizm faaliyeti söz konusu olduğunda tanıtım potansiyel talebi etkileyebilmektedir. Turizmde tanıtım birçok amaç için yapılır. Bu amaçlar tüketicilerin ilgisini bir ülkenin ya da bir bölgenin üzerine çekmek ve bu yerler hakkında bilgi vermek şeklinde olabilir. Ayrıca tüketicilerin akıllarda bir imaj yaratmak için turistik mal ve hizmetlerin satın alınmasını kolaylaştıran sosyal, psikolojik, kültürel ve ekonomik çıkarlara yönelik etkinlik ve teknikleri kapsayan bir iletişim olayı olarak tanımlanabilir (Baran, 2010, s. 22, 23)

Bu anlamda sağlık turizmi alanında da tüketiciler tercihlerini yaparken belirli alanlarda öne çıkmış ve/veya daha iyi tanıtım yapmış olan destinasyonları tercih etmektedirler.

Örneğin Tayland ve Brezilya özellikle plastik cerrahi operasyonlarıyla öne çıkarken, Singapur, özellikle onkoloji, genel cerrahi, kardiyoloji ve organ nakli konularında öne çıkmaktadır.

Ülkemiz ise hastane fiyatlarının uygun oluşu nedeniyle en çok göz, diş, ortopedi, kardiyoloji, onkoloji, plastik cerrahi ve beyin cerrahisi için tercih edilmektedir (www.turna.com, 2020). Son yıllarda saç ekimi basta olmak üzere estetik klinik işlemlerde ön plana çıkmaktadır.

Bu çerçevede bir tüketici sağlık turizmi alanında tercihte bulunurken hangi destinasyonun hangi işlemde öne çıktığı ile ilgilenecektir. Tüketici tercihlerinin bir mala ve/veya hizmete yönelmesi o mal ve/veya hizmetin talep eğrisini sağa doğru kaydırır. Tanıtım politikaları bütün ülkelerde talebin daha da arttırılabilmesi için tartışılan bir konudur. Turizm amaçlı olarak yapılan reklam ve tanıtımda önemli olan kişilerin ve toplumun seyahat psikolojisinin iyi bilinmesi ve bunların talep oluşturmadaki hedef kitlenin etkili bir de kullanabilmesidir.

Bu konuda belirtilmesi gereken bir başka nokta da son yıllarda çoğu ülkede özel sektör kuruluşlarında da reklam ve tanıtım faaliyetlerinin kullanılmasında giderek daha fazla rol almasıdır (Bahar & Kozak, 2013, s. 34, 35)

Geleceğe Yönelik Beklentiler: Bu durum daha çok malın fiyatının artması bekleniyorsa, mala olan bu dönemdeki talep artar. Tersine malın fiyatının ileride düşmesi bekleniyorsa, tüketici beklemeyi tercih edeceğinden bu dönemde o mala olan talep azalır.

Benzer bir biçimde tüketicilerin gelirleri konusundaki beklentileri de mal ve hizmetlere olan talebi etkiler. Gelecekte gelirinin artmasını bekleyen bir tüketici bu dönemdeki mal ve hizmet talebini artırabilir (Kılıçaslan & Esen, 2019, s. 32).

Tüketicilerin talep ettikleri mal ve hizmetlerin gelecekteki durumuna ilişkin beklenti ve tahminleri o mal ve/veya hizmetin o anki talebini etkilemektedir. Gelecekte bir mal ve/veya hizmette fiyat artışı bekleniyorsa o malın o anki talebi artar.

Örneğin gelecekte plastik cerrahi için yurtdışına çıkacak bir tüketicinin ülkesinin para birimi varış yeri ülkesinin para birimine göre değer kaybetme eğiliminde ise tüketici kur nedeniyle artacak maliyetleri göz önüne alarak seyahatini öne almak isteyecektir. Aksi durumda ise seyahatini ertelemek isteyecektir.

Bu durum daha çok fiziki görünüşü iyileştirmek için yapılan; saç ekimi, göğüs estetiği, yüz estetiği vb. Estetik Medikal Turizm için mümkün iken hastaların tedavi görmek, sağlıklarına kavuşabilmek ve yaşamsal fonksiyonlarını sürdürmek amaçlı yaptıkları seyahat, konaklama ve sağlık harcamaları kapsayan Tıbbi Medikal Turizm faaliyetleri için her zaman mümkün olmamaktadır.

Tüketici Sayısı: Sağlık turizmi piyasası gibi çok sayıda tüketicinin bulunduğu piyasalarda tüketici sayısındaki değişimler talebi etkilemektedir. Genel bir değerlendirme yapılırsa piyasalardaki alıcıların belirlenmesinde orijin ülke nüfusları dikkate alınmalıdır.

Ancak küreselleşme süreçleri ve bölgesel bütünleşme gibi olgular ülke nüfusundan bağımsız olarak piyasada tüketici sayısını arttırabileceği gibi, savaşlar, doğal afetler veya siyasi problemler yine ülkenin nüfusundan bağımsız olarak tüketici sayısını etkileyebilir. Bu yüzden tüketici sayısı arttıkça talep sağa ve yukarı kayar, tüketici sayısı azaldıkça da talep aşağı ve sola kayar (Demiröz, 2020, s. 133).

Ülkelerin birbirlerine uzaklığı da diğer turizm türlerinde olduğu gibi sağlık turizminde de tüketici sayılarını etkileyen önemli bir faktördür. Uzaklık talebi iki de etkilemektedir.

Birincisi uzak ülkelerde seyahat süresinin uzunluğu konaklama ve tedavi sürecinin kısılmasına neden olurken, ikinci olarak uzun mesafeler maliyetleri

yükseltmektedir. Bu nedenle sağlık turizmine yönelik hedefleri olan ülkelerin yakın komşularını ve tarihi coğrafi hinterlandlarını dikkate almaları gerekir.

Bir diğer önemli hususta pazar ile varış yeri arasındaki mesafenin artışı uluslararası turizm pazarında da rakip olabilecek ülke sayısının da artmasına neden olmaktadır.

Netice itibarı ile toplam tüketici sayısındaki bir artış birçok malın ve/veya hizmetin talebinde bir artışa neden olacağı gibi sağlık hizmetine olan talebi de artıracaktır. Özellikle sağlık turizmi bağlamında nüfusun bileşimi de önem taşımaktadır (Karabulut, 2020, s. 19).

Örneğin; genç ve orta yaş nüfusun yoğun olduğu pazarlara nazaran yaşlı nüfusun yoğun olduğu pazarlarda Koruyucu ve Rehabilit Edici Sağlık Turizmi (KRST) kapsamında yaşlı turizmi ve geriatri merkezlerin pazarlanması daha önceliklidir.

Faiz oranı (r); Kısaca açıklamak gerekirse Faiz oranı: Paranın kullanım bedelidir. Nominal faiz oranı, bankalar tarafından açıklanan orandır. Reel faiz oranı ise nominal faiz oranının enflasyondan arındırılmış hâlidir.

Nominal faizden, reel faizi hesap etme formülü şudur: $(1 + \text{faiz yüzdesi}) / (1 + \text{enflasyon yüzdesi}) - 1 = \text{reel faiz yüzdesi}$. Sayısal bir örnek çözelim. Yıllık nominal faiz % 90; yıllık enflasyon % 70. Yıllık reel faiz $= (1 + 0.90 / 1 + 0.70) - 1 = \% 11,76$ (Cansen, 2001) .

$$\text{Reel Faiz Denklemi: } (r) = [(1 + i) / (1 + \pi)] - 1$$

Burada (i) nominal faiz oranını, (π) ise enflasyon oranını temsil etmektedir (Karabulut, 2020, s. 11).

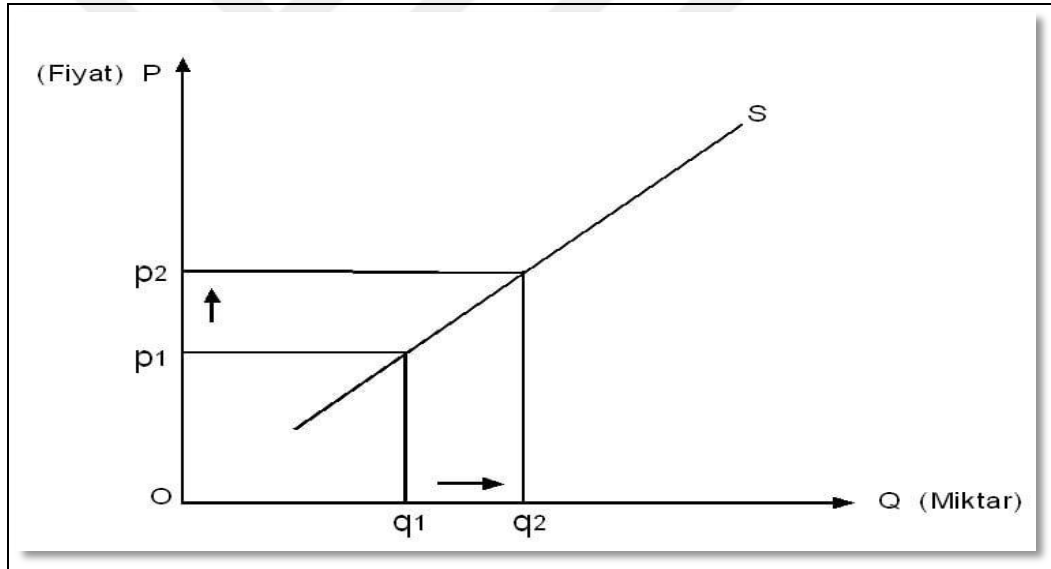
Bir ülke ekonomisinin dengede olması için mal ve/veya hizmet piyasaları ile finansal piyasalar uyumlu olmalıdır. Sağlık turizmi piyasası da dâhil olmak üzere piyasalarda sağlıklı ekonomik büyümenin sağlanması, mal ve hizmetler için fiyat düzeyi, yabancı para için döviz kuru ve yerli paranın banknot değeri olan faiz oranlarındaki artışların birbirleriyle yakın değerlerde bulunmalarını gerekli kılmaktadır (Sever & Mızrak, 2007, s. 265).

Bu çerçevede faiz oranları hem kuru hem de enflasyonu etkilemesi ile sağlık turizmi piyasasında önemlidir.

2.3.3. Sağlık turizmi arz kapasitesi

Belirli bir piyasada, belirli bir zamanda, diğer faktörler değişmemek kaydıyla, çeşitli fiyatlardan satılmak üzere piyasaya sunulan mal ve hizmet miktarına arz denir. Burada dikkat edilmesi gereken nokta, arz kavramının belirli bir fiyatta üreticinin piyasada sattığı mal miktarını değil, satmak istediği miktarı ifade etmektedir. Arz bir üretim olmakla birlikte bir satış arzudur. Bir üreticinin A ürününe olan arz miktarı temel olarak Mal ve/veya hizmetin fiyatı-PA Diğer malların fiyatları Girdi (Üretim faktörleri) fiyatları Teknoloji Beklentiler Üretici sayısı aşağıdaki etkenler tarafından belirlenir (Karabulut, 2020, s. 19):

Arz eğrisi üzerindeki hareket, arzı etkileyen diğer faktörler sabitken fiyatlardaki bir değişme nedeniyle yeni bir fiyat-miktar bileşimine geçişi ifade eder. Arz edilen miktar arttı ya da azaldı denildiğinde, arz eğrisi üzerindeki hareket anlaşılır.



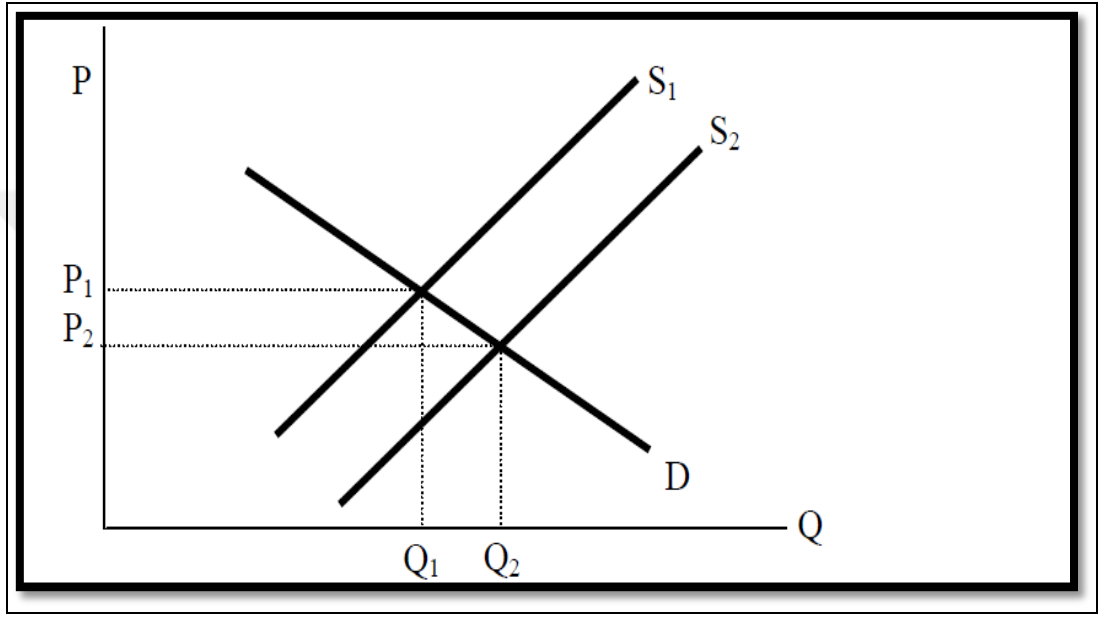
Şekil 5: Temel arz grafiği

Kaynak: (Ülgen, Genel İktisat, 2020, s. 51)

Şekil 4'de fiyattaki yükselişin arz eğrisi üzerindeki hareketi gösterilmektedir. Örneğin; Şekil 4'de görüldüğü gibi P1 fiyat düzeyinde piyasaya Q1 kadar mal arz ediliyorken, fiyatlar P2'ye yükseldiğinde Arz Kanunu gereği arz edilen miktar da Q2'ye yükselmiştir.

Sağlık turizmi piyasasında, belirli bir zamanda, diğer faktörler değişmemek kaydıyla, çeşitli fiyatlardan satılmak üzere piyasaya sürülen mal ve hizmet miktarına

arz denir. Arzdaki değişmede ise, fiyat dışında o malın arzı üzerinde etkili olan faktörlerden birinin değişmesi durumunda arz eğrisinin tümüyle yer değiştirmesi anlaşılmaktadır. Bu durum 4’de gösterilmiştir. Arzın artması, arz eğrisi B konumundayken tümüyle sağa kayarak B2 konumuna gelmesiyle olur. Bu durumda aynı fiyat düzeyinde daha fazla mal arz edilmektedir (Q_2). Arzın azalması ise arz eğrisinin B konumundayken tümüyle sola kayarak B1 konumuna gelmesidir. Bu durumda ise daha az mal arz edilmektedir (Q_1).



Şekil 6: Arz değişim grafiği

Kaynak: (TUBA)

Sağlık turizmi piyasasında temel arz yasası kapsamında arzı değiştiren faktörleri Diğer Malların Fiyatlarında Değişme, Girdi (Üretim Faktörleri) Fiyatları, Teknoloji, Beklentiler, Üretici Sayısı ve Vergi ve Teşvikler olarak sıralayabiliriz.

Diğer Malların Fiyatlarında Değişme: Herhangi bir A malının fiyatında bir değişiklik yokken, bu malın üretiminde kullanılan üretim faktörleriyle üretilebilecek malların fiyatları değiştiğinde A malının arzı da değişir. Sağlık turizminde bu olaya örnek vermek gerekirse Örneğin, zirkonyum kaplama fiyatları hızla yükselirse, hizmet sunucusu (Diş hekimi, hastane, poliklinik) daha zirkonyum kaplama yapmak isterken muadili olan seramik kaplamayı daha az satmak isteyecektir. Dolayısıyla zirkonyum kaplama arzı artarken seramik kaplama arzı düşecektir.

Girdi (Üretim Faktörleri) Fiyatları: Bir malın üretim kararı, üretim sürecinde kullanılan girdilerin maliyetine bağlıdır. Girdi fiyatlarının artması maliyetleri arttıracığından ilgili malın arzını azaltır.

Örneğin, ortopedi alanında kullanılan platin protezlerin fiyatı ile ortopedistlerin çalışma saat ücretlerinin arttığını varsayarsak daha az ameliyat yapılacaktır. Dolayısıyla arz eğrisinin sola kayması anlamına gelir.

Teknoloji: Üretim sürecinde kullanılan teknolojinin niteliği de arz miktarı üzerinde etkili olur. Genellikle teknolojik ilerlemeden dolayı maliyetlerde düşüş meydana gelir ve ilgili malın arzı artar.

Örneğin teknolojinin gelişmesi ile birlikte cerrahi işlemlerde açık müdahale yerine laparoskopik müdahaleler yaygınlaşmıştır. Bu durum bir yanda tıbbi olarak komplikasyonları azaltıp iyileşme sürecini hızlandırırken, ameliyat maliyetlerini de düşürmüştür. Netice olarak ameliyat sayılarında artış gözlenmiştir.

Beklentiler: Üreticilerin, ürettikleri ürünün fiyatının gelecekte hangi yönde değişeceği konusundaki beklentileri üretim kararlarını etkileyebilir. Bu duruma örnek saç ekimi yapan kişi ve kuruluşlardır. Yüksek kar beklentisi bu alanda çok sayıda faaliyet gösteren kuruluş açılmasına yol açmıştır.

Üretici Sayısı: Herhangi bir veri fiyatı mal arz edebilecek üretici sayısı ne kadar fazla ise piyasa arzı o kadar büyük olacaktır. Dolayısıyla üretici sayısının artması arz eğrisini sağa kaydırırken, üretici sayısının azalması arz eğrisini sola kaydırır.

Cerrahi olmayan estetik uygulamalar ile saç ekimi piyasası bu konuda örnek gösterilebilir. Üretici sayısının hızlı bir de artması arz eğrisini sağa kaydırmış ve fiyatlarda görece bir düşüş yaşanmıştır.

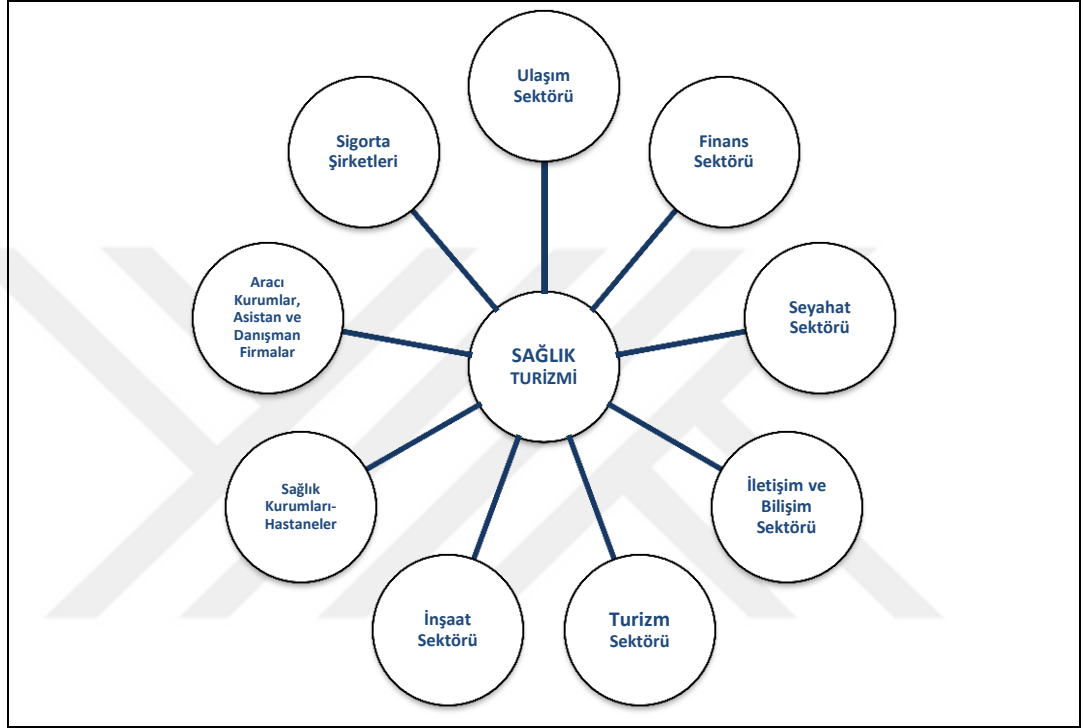
Vergi ve Teşvikler: Vergi oranlarındaki artışlar üretici açısından maliyetleri arttırarak üretimin azalmasına neden olurken, arz eğrisini sola kaydırır. Buna karşılık devlet teşviklerinin, vergi indirimi, istisna ve muafiyetlerin artması ise üreticinin maliyetlerini azaltması dolayısıyla arzı arttırarak arz eğrisini sağa kaymasına neden olur.

Sağlık turizmi alanında vergi indirimi ve devlet teşviklerinin devreye girmesi ile gerek sağlık turizmi yapan kurum sayısında gerekse aracı kurum ve kuruluş sayısında gözle görülür bir artış yaşanmıştır.

Sağlık turizmine ilişkin işletmeler denildiğinde akla sadece sağlık kurum ve kuruluşları ile aracı kurumlar gelmemelidir. Bu sektör için altyapı üreten ve tedarikçi

onlarca çeşit işletme de dikkate alınmalıdır. Bu bağlamda sağlık turizmi talebindeki artış onlarca sektörü etkileyebilmekte ve bir nevi ekonomik bir kaldıraç etkisi yaratmaktadır.

Bu çerçevede sağlık turizmi sektöründen etkilenen ve sağlık turizmi sektörünü etkileyen ve sağlık turizmi paydaşları olarak isimlendirilen sektörler '2 de yer alan diyagramda verilmiştir.



Şekil 7: Sağlık turizmi paydaşları

2.4. Sağlık Turizminde Dış Talep Analizi

Sağlık sektörü söz konusu olduğunda geleceğe dönük planlama ve yatırım kararlarında sunulan sağlık hizmetine yönelik talep ve talebin gösterdiği özellikler belirleyici olmaktadır.

Bu bağlamda talebin analiz edilmesi ve geleceğe yönelik kestirimlerde bulunulması kurumsal anlamda yöneticilere yol gösterici olacaktır. Sağlık hizmetlerine olan talep analizi sağlık hizmetini sunmak için gerekli olan kaynakların (bina, araç-gereç, insan gücü, para, zaman, teknoloji, bilgi ve tecrübe) en uygun kullanılması için büyük önem taşımaktadır (Özer & Erkilet, 2012, s. 127).

Sağlık piyasasının türev piyasası olan sağlık turizmi piyasası her ne kadar özgün bir takım özellikler gösterse de sağlık piyasalarının genel karakteristiği ile önemli ölçüde benzeşmektedir. Sağlık turizm piyasasında da talep analiz ve

kestirimler geleceğe dönük planlamanın yapılması ve mevcut kaynakların en uygun kullanımı açısından büyük önem taşımaktadır.

Sur ve Hayran'ın (1998) belirttiği gibi *“Sağlık hizmetleri piyasasındaki talep yapısı, normal piyasalardaki gibi düzenli ve kesiksiz olmaktan çok öngörülemez ve hesaplanamayacak niteliktedir; bir belirsizlik söz konusudur.”* (Sur & Hayran, 1998, s. 66)

Ancak diğer piyasalarda olduğu gibi sağlık hizmetleri piyasasında talep analizi ve öngörü için belirli değişkenlerin incelenmesi neticesinde çıkarımlarda bulunabiliriz.

Bu bağlamda literatürde belirli değişkenler daha fazla kullanılmaktadır. Sağlık hizmetleri piyasasında talebi etkileyen birçok faktör bulunsun da en çok ön plana çıkan ve inceleme konusu olan faktörleri, maliyet, fiyat, gelir, sosyal güvenlik durumu, sosyal ve demografik özellikler olarak sıralayabiliriz.

Sağlık turizmi piyasasında da varış yeri ülkenin ekonomik durumu, sağlık hizmetleri maliyeti ve sunum fiyatları, karşılıklı kur durumu ve benzeri ekonomik faktörler etkili olmaktadır. Bunun dışında ortak inanç, ortak etnisite ve sınır komşuluğu, uzaklık yakınlık unsurlarının sağlık turizmi dış talebini etkilemesi beklenmektedir.

Diğer sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de üretim faktörlerinin en uygun bir şekilde kullanılabilmesi yani sağlık hizmetleri arzının planlanabilmesi için, talebin belirlenmesi ve gelecekte ne olacağının öngörülebilmesi için bazı talep öngörü yöntemleri kullanılmaktadır.

Bunlar; Yargısal Yöntemler, Zaman Serileri Analizi, Ortalama Yöntemleri (Basit Ortalama, Hareketli Ortalama, Ağırlıklı Hareketli Ortalama), Trend Analizi, Regresyon Analizi ve En Küçük Kareler Yöntemleridir.

Tahmin kelimesinin sözlük anlamı Türk Dil Kurumu Sözlüğünde *“1. Yaklaşık olarak değerlendirme, oranlama, 2. Akla, sezgiye veya bazı verilere dayanarak olabilecek bir şeyi, bir olayı önceden kestirme, kestirim ve 3.Önceden kestirilen, düşünülen şey”* olarak ifade edilmektedir (Türk Dil Kurumu, 2020).

İnsan için gelecek belirsizdir. Bu belirsizliğin içerisinde bir şeyleri tahmin edebilmek ve bugünden hazırlanmak bireysel olarak nasıl önem taşıyorsa, gelecekte olabilecek gelişmeleri tahmin etmek işletmeler açısından da önem taşımaktadır.

Her ne kadar yapılacak tahminler tam olarak bir doğruluk garantisi vermese de belirli şartlar sağlandığında belirli gelişmelerin beklenmesi yolunda bir fikir

vermektedir. Bu bağlamda işletmeler ve sektör için talebi tahmin etmekteki amaç, öncelikle belirli şartlarda gerçekleşmesi olası olan talep düzeyini bulabilmektir.

Geleceğe dönük tahmin farklı nedenlerle yapılabilir. Turistik tahmin talebine benzer de sağlık turizmi tahmin talebi de piyasanın tamamını kapsayabileceği gibi, belirli bir bölge ve dönem için yapılabilir.

Tahminin yapılacağı dönem ve istenen doğruluk derecesi için farklı yöntemler kullanılabilmektedir. Tahminler çok kısa, kısa, orta ve uzun vadeli olarak sınıflandırılabilir.

Çok kısa, kısa, orta ve uzun dönemli tahmin işlemlerinde farklı yöntemler kullanılmaktadır.

- Çok kısa süreli tahminler: Günlük ve haftalık tahminler,
- Kısa süreli tahminler: 1 haftadan 6 aya kadar olan tahminler,
- Orta süreli tahminler: 6 aydan 5 yıllık sürelere kadar yapılan tahminler.
- Uzun süreli tahminler: 5 yıl ve daha uzun süreli olarak yapılan tahminlerdir (Sevgi Ergün, 2017, s. 472-473).

“Talebin yapılacağı tahmin ne kadar uzun olursa, tahminin doğruluk derecesi o kadar düşük olacaktır.” (Bahar E. , 2012)

Genel anlamda turizm talebi bir ekonomide ki turizm yatırımlarının belirleyici unsuru ise sağlık turizminde talep tahmini sektörde yapılacak yatırımlar ve sektörel gelişim için yaşamsal önem taşır. Bilhassa medikal sağlık turizmi alanın yapılacak yatırımları maliyetli yatırımlar olması ve yetişmiş nitelikli emek gereksinimi bu anlamda planlama ve tahminlemenin önemini artırmaktadır.

Genel olarak turizm sektörüne benzer de sağlık turizmi sektöründe de işletmelerin başarısı, gelecekteki turist talebinin tahmini ile pazarda yaşanabilecek değişimlerin öngörülmesine dayanır. Sağlık Turizmi talep tahmini de sağlık, turizm ve ekonomik veriler kullanılarak sağlık turizminin geleceğine yönelik öngörü de bulunmak olarak tanımlanabilir. Sağlık turizminde talep tahmini gerek sağlık yatırımları gerekse turizm yatırımları bağlamında önem taşır.

Turizm talep tahmini yapabilmek için kullanılabilecek geniş yelpazede yer alan çok sayıda yöntem vardır. Bu yöntemler nicel ve nitel olmak üzere iki sınıfa ayrılır. Nicel yöntemler yeterince gözleme sahipken ve piyasa yapısında bir değişim olmadığı takdirde başarılı tahminler verirken; nitel yöntemler sektördeki yeni ürün-

hizmet, yeni sunum yöntemleri, yeni piyasaların açılması gibi geleceğe yönelik yapısal değişimleri öngörmede kullanışlıdır (Bahar, Yıldırım, Işık, & Özata, 2020, s. 68).

Talep tahmininde kullanılan yöntemler ile ilgili literatür incelendiği zaman, sınıflandırmalarının farklı olması ve bu sınıflandırmalarda yer verilen yöntemlerin heterojenliği önemsenmektedir (Coşkun, 2004, s. 84).

Nicel yöntemler sayısal yöntemleri ifade etmektedir. Nitel yöntemler ise sayısal olmayan görüşlere dayalı yöntemlerdir. Genel olarak bakıldığında pek çok turistik talep tahmin yöntemi bulunmaktadır.

Nitel (Kalitatif) Yaklaşımlar; genellikle geçmişe yönelik yeterli istatistiksel verilerin mevcut olmadığı, toplanamadığı ya da sayısal yaklaşımların uygulanamadığı zamanlarda kullanılır. Turizm konusunda uzman ve deneyimli olan kişilerin bir grup oluşturarak geleceğe yönelik tahminlerde bulunması bu yöntemlerin çıkış noktası olarak gösterilebilmektedir.

Nitel yöntemler temel olarak konusunda uzman kişilerin yargı ve tecrübelerine dayanırlar. Kişisel bilgi ve yargı temelli dolayısıyla sübjektif olmasına karşın bazı durumlarda nitel yöntemlere başvurmak gerekebilir.

Bu durumlar de sıralanabilir;

- *Geçmişe yönelik yeterli verinin bulunmaması*
- *Mevcut zaman serilerinin güvenilir ya da geçerli olmaması*
- *Makro çevrenin çok hızlı bir de değişmesi*
- *Çevresel etkiler açısından büyük karışıklıklar beklenmesi*
- *Uzun dönem tahminlerine ihtiyaç duyulması”* (Yazıcıoğlu, 2010, s. 7)

Uygulamada en çok kullanılan nitel tahmin yöntemleri Delphi Yöntemi ve Senaryo Analizidir.

Delphi Yöntemi Adını Eski Yunan'da, geleceğe ilişkin kehanetlerde bulunan ünlü bir Yunanlı kâhinin yaşadığı Delphi adlı bir yerden alan bu teknik, bilimsel araştırmalarda yaklaşık elli yıldır yönetim, tıp, askeri konular ve eğitimin çeşitli alanlarında yaygın de kullanılmaktadır.

1950ler Amerikan RAND şirketinde6 çalışan Olaf Helmer ve Norman Dalkey tarafından geliştirilmiştir. Yöntemin temel amacı uzman görüşlerini

6 Türkçesi Araştırma ve Geliştirme Şirketi (İngilizce Research AND Development baş harflerinden oluşan kısaltma. 1946 yılında Project RAND ismiyle Douglas Havacılık Şirketi tarafından Amerika Birleşik Devletleri silahlı kuvvetleri için araştırma ve geliştirme yapması maksadıyla tarafından

kullanarak geleceğe yönelik tahminde bulunmaktır. Özellikle politik karar verme süreçlerinde kullanılması düşünülmüştür.

Yöntemin üç temel özelliği bulunur.

- Katılım Gizliliği
- Tepkilerin İstatistikî Ölçümü
- Kontrollü Geri Besleme (Şahin, 2001)

Kısaca; soru formları kullanarak ve kontrollü bir de görüş geri bildirimi alarak uzmanlardan konunun uzmanlarından bilgi toplamak ve toplanan bilgileri analiz edip sentezleyerek bir sonuca ulaşmak şeklinde özetlenebilir (Aşcı, 2017).

Senaryo analiz yöntemi, Delphi yöntemi gibi bir RAND Corporation ürünüdür. 1950lerde geliştirilmiştir. İlk defa bir RAND Corporation çalışanı olan Herman Kahn tarafından kullanılmıştır. Kahn 1962’de yazdığı “*Thinking About the Unthinkable*” adlı kitabında; Sovyetler Birliği ile bir nükleer savaşın çıkması ve olası sonuçları üzerinde durmuştur. Kahn ve arkadaşları en kötü senaryoların bile dikkate alınması ve her durumda alınacak tedbirleri vurgulamışlardır. (Aşcı, 2017).

Öncelikle senaryo analizini stratejik planlama için yararlı bir nitel tahmin tekniği olarak belirtmek gerekir. Ardından, literatürde açıklanan senaryo analizi için iki yöntem sınıfına genel bir bakış geliştiriyoruz.

Her iki sınıfa dayalı olarak, özellikle stratejik planlamanın ihtiyaçlarına uyan yeni bir yöntem geliştirilir.

Yöntem üç aşamaya ayrılabilir:

1. Uyumlu senaryoların belirlenmesi,
2. Senaryo olasılıklarının belirlenmesi
3. Ana senaryoların belirlenmesi (Brauers & Weber, 1988).

Bu aşamadan sonra senaryo planlamaya geçilir. Senaryo planlama süreci şu de işler;

- Senaryo Sorusu: Kuruluşun üst yönetimince doğru bir senaryo sorusu belirlenir.
- Bilgi Toplama: Uygun teknikler kullanılarak konuya ilişkin bilgi toplanır.
- Kritik Güçlerinin Tanımlanması: Kritik güçler ve aktörler tanımlanır

ABD Santa Monica’da kurulmuştur. 1948 yılında ana şirket bünyesinden ayrılmış, kâr amacı gütmeyen dünya çapında siyasi strateji ve düşünce kuruluşu olarak faaliyetlerini sürdürmüştür (https://tr.wikipedia.org/wiki/RAND_Corporation).

- Tahmin Edilebilir Elementlerin belirlenmesi: Bu bileşenler herhangi bir senaryodan bağımsız genel bileşenlerdir.
- Kritik Belirsizliklerin belirlenmesi: Kritik belirsizlikler bileşenlerle ilgili varsayımlar sorgulanarak ortaya çıkarılabilirler.
- Senaryoların Oluşturulması: Kritik belirsizlikler uçlarda yer alacak de senaryolar oluşturulur (Aplak, Köse, & Burmaoğlu, 2010). (Aydın & Aydın, 2015)

Nicel (Kantitatif) tahmin yöntemleri, iki alt grupta incelenmektedir. Bunların ilki nedensel ilişkiler üzerine tesis edilen ekonometrik yaklaşımlar iken ikincisi de verilere uygun modelleme yöntemleri olmaktadır. Ayrıca son yıllarda ortaya çıkan yapay zekâ yöntemleri de turizm talep öngörüsünde ayrı bir yaklaşım kategorisi olarak incelenmektedir.

Trend Analizi, tahminleme modelleri içinde en basit olanı trend analizidir. Özellikle işletmelerin geleceğe dönük ürün planlamasında tercih edilen bir yöntemdir. Temel mantığı daha önce gerçekleşmiş olana trendlerin gelecekte de gerçekleşme olasılığının yüksek olmasıdır. Görece daha ucuz ve kolay bir yöntem olduğundan sıkça kullanılır (Coşkun, 2004)

Öngörü yöntemleri arasında en basit ve en kullanışlı yöntemlerden birisi trend analizi yöntemidir. Trend analizinin temel mantığı geçmiş trendlerin gelecekte de devam edeceği varsayımdır. Trend analizi uzun dönemli öngörülerde sıkça kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntem, geçmişteki doğrusal ya da doğrusal olmayan trendlerin gelecekte de devam etmesi durumunda iyi sonuçlar vermektedir.

Doğrusal Trend Modeli İle Yapılan Tahmin; Doğrusal Trend Modeli ile yapılan tahminde bağımsız değişken olarak yıllar, bağımlı değişken olarak da turist sayıları alınacaktır.

Doğrusal trend modelinde olduğu gibi sabit büyüme modeli kullanılarak belirli bir dönem için tahmin modeli oluşturularak turist sayısına ilişkin tahminler yapılabilir.

Regresyon Analizi, turizm talep öngörüsünde kullanılan ekonometrik yöntemde, talep bağımlı değişken olarak kabul edilirken talep üzerinde etkili olan yabancı ülkeler için gelir, yurt içi nispi fiyat, rakip ülkelere göre nispi fiyat, döviz kuru, alışkanlıklar gibi değişkenler açıklayıcı olarak ele alınmaktadır.

Herhangi bir değişkenin (bağımlı değişken) bir veya birden fazla değişken ile (bağımsız veya açıklayıcı değişken) ilişkisinin matematiksel bir fonksiyon şeklinde ifade edilmesidir. Bu denklem yardımıyla bağımlı değişken ile bağımsız değişken(ler) arasındaki ilişkiye bağlı olan parametrelerin değerleri tahmin edilmektedir.

Bağımlı değişkene etki eden bağımsız değişkenlerin tahmin edilmesi, değişkenin üzerinde geliştirilecek plan ve politikalarda değişkenlerin hangisinin önem kazandığının belirlenmesine yardım etmektedir. Bu teknikle, hangi faktörlerde nasıl bir değişikliğin yapılacağı ilgilenilen değişkende artışın veya azalışın meydana geleceği ortaya çıkmaktadır (Orhunbilge, 2020)

Geçmişteki turizm talebine etki eden faktörlerin gelecekte de aynı de devam edeceği düşüncesi altında regresyon modeli uygulanabilir. Regresyon analizi, geçmiş dönemlerde meydana gelen genel eğilimin geleceği etkilemesidir. Ortaya çıkan eğilimin gelecekte oluşacağı düşünülen tahminlerle uyumsuzluk içermesi sadece tesadüfi dalgalanmaların sonucu olarak gösterilmektedir.

Analizde dikkat edilmesi gereken husus, eğilimin (trendin) değişmeyeceği varsayımıdır. Analiz kısa aralıklarla tahminde bulunursa başarılı olunur. Çok sayıda veri gerektirmektedir ancak turizm işletmelerinde çok sayıda veri bulunmadığından regresyon analizinin kullanılması ve analizin başarılı olması zorlaşmaktadır.

Sağlık turizminde rekabet aynı zamanda hastane formatının dışında kurumlarının da varlığını gerektirmektedir. (Topsöğüt, 2015, s. 17-25)

Çekim modeli fizik literatüründen sosyal bilimlere uyarlanan bir yöntemdir. İlk olarak Tinbergen(1962), Heckscher- Ohlin modelini açıklamada kullanmış ve ticarete konu olan malların fiyatları ile sınırların etkisi incelenmiştir.

Pöyhönen(1963) ve Linnemann(1966) yaptıkları çalışmalarda bu modelle farklı değişkenler eklemiş ve uluslararası ticaret teorisinin bu çerçevede gelişmesini sağlamışlardır (Anderson, 1979).

Son yıllara kadar çekim hipotezine yöneltelen eleştirilerinin başında, teorik eksiklik gösterilirken, Head ve Ries(2008), Grogger ve Hanson(2011) çalışmalarında özellikle doğrudan yabancı yatırımların çekim modellemesiyle hareketleri ve akışlarını ortaya koyarak tekrar çekim hipotezinin kullanılabilirliğini ortaya koymuşlardır. Isaac Newton(1687) tarafından yer çekim kanunu olarak bilinen kanun temelde çekim kuvveti; iki cismin kütleleri ile doğru, iki kütle arasındaki mesafe ile ters ilişkilendirilmektedir (Yavuz, Kabadayı, Savaş, & Doker, 2014).

Temel ilke, iki çekim merkezindeki belirleyici faktörlerin bu merkezlerin nüfusları ile iki merkez arasındaki uzaklığın olduğu varsayımına dayanmaktadır. Bu modeller regresyon modellerine benzemenin dışındaki en önemli fark turist çekme modellerinin caydırıcı bir etken olarak uzaklık faktörüne daha ağırlıklı bir de bağımlı olmasıdır.

Uygulamaya bakıldığında uzaklık kavramının bazı çekim modellerinde denklem dışı bırakıldığı da görülse de uzaklık kavramının denklemde ana unsur olarak yer alması genel kabul görmektedir. Bu durum uzaklık kavramının; taşıma maliyetleri, teslim süresi uyumlaştırma maliyetleri işlem maliyetleri ve kültürel farklılık için yaklaşık bir gösterge olmasından kaynaklıdır. Çekim modeli temel olarak eksik rekabet piyasası kavramı söz konusu olduğunda anlamlıdır (Karagöz, 2008, s. 151, 152).

Birçok modellemede uzaklık ve temel ekonomik göstergelerin yanı sıra coğrafi koşullar, tarihsel ve kültürel bağlar, dinsel ve/veya etnik aidiyet, uluslararası örgütlere üyelik vb. ek değişkenlerde modele dâhil edilerek genişletilmiş çekim modeli oluşturulabilmektedir. Ancak Çekim modeli kullanılarak yapılan çalışmalarda üçüncü tarafların etkisinin hesaba katılmaması eksi bir özellik olarak yer almaktadır (Karagöz, 2008, s. 152).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma İstanbul İli Hastanelerini kapsamaktadır. Araştırmada 2013-2020 sonrası dönemin ele alınmıştır. Çalışmada İstanbul ili hastaneleri verileri ile İstanbul iline sağlık turizmi amacıyla turist gönderen seçilmiş ülke verileri kullanılmış olup bu anlamda çalışma retrospektif nitelikte veri analizi temelli bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Modeli

Çalışmada öncelikle İstanbul İli için sağlık turizminin arz kapasitesinin değerlendirilebilmesi için sağlık altyapısı ortaya konulmaya çalışılmıştır. Bu kapsamda İstanbul ili sağlık idari yapılanması, sağlık hizmet sunucuları, hastaneler ve sağlık insan gücü analiz edilmiştir.

Hastaneler bölümünde İstanbul ilinde faaliyet gösteren Hastanelerin 2013-2019 döneminde sayısal verileri verilmiş akabinde hekim dış hekim, hemşire, ebe ve diğer sağlık çalışanları için 1000 kişi başına düşen personel sayıları hem İstanbul hem Türkiye için hesaplanarak karşılaştırmaları yapılarak yorumlanmıştır.

Çalışmada İstanbul iline 2013-2019 yılı arasında sağlık turizmi amacı ile gelen turistlere ait veriler zamana, geldikleri ülkeye, aldıkları tanılara ve yapılan işlemlere göre ayrı ayrı analiz edilmiştir. Sağlık turizmi ve temel sağlık göstergelerinden yararlanılarak veri seti oluşturulmuştur.

Araştırma İstanbul İli Hastanelerini kapsamaktadır. Araştırmada trend analizi için gerekli olan sürelerde dikkate alınarak 2013 sonrası dönem ele alınmıştır.

Örneklem üzerinde bir tahminleme yürütmek yerine ana evren verilerine ulaşma imkânı çerçevesinde ana evren verileri kullanılarak tahminleme gerçekleştirilmiştir. Çalışmada İstanbul ili hastaneleri verileri ile İstanbul iline sağlık turizmi amacıyla turist gönderen ülke verileri kullanılmıştır.

Veri analizinde ana evren esas alınarak analizler gerçekleştirilmiş, ancak ana evrenin büyüklüğü ve değişkenlerin fazlalığı göz önüne alınarak tahminleme çalışmalarında seçilmiş değişkenler kullanılmıştır.

Araştırmada elde edilen veriler farklı tekniklerle, istatistikî, ekonometrik ve iktisadi bakış açıları ile analiz edilmiştir. Analizlerde doğrusal trend modeli, regresyon modeli ve çekim modeli kullanılmıştır. İstanbul İli için sağlık turizmi dış

talebinin belirlenmesinde; doğrusal trend modeli, regresyon modeli analizlerinin yapılmış ve analiz sonuçları karşılaştırılarak İstanbul ilindeki sağlık turizmi pazarının geleceğine ilişkin bir kestirim yapılmıştır.

3.3. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma 2013 İstanbul ilinde sağlık turizmi hizmeti sunan ve verileri Yabancı Hasta Takip sisteminde kayıt altına alınan kurumlar ile İstanbul'a sağlık turisti gönderen ülkeler değerlendirilmiştir. Bu bağlamda 2013-2019 dönemi için toplamda 571.469 başvuruya ait veriler değerlendirilmiştir. Bu rakama 2020 yılına ait 67.396 müracaat eklendiğinde toplam 638.865 sağlık turizmi müracaatı analiz edilmiştir.

3.4. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Bu araştırma; İstanbul ilinde bulunan hastanelerin ve analize konu olan seçili ülkelerin sağlık ve ekonomik verilerini içermektedir. Ekonomik veriler, Dünya Bankası (DB), Uluslararası Para Fonu (IMF), ilgilerin ülkelerin Merkez Bankaları ve/veya Ulusal Bankaları, İlgili ülkelerin İstatistik Kurumlarına ait açık kaynaklardan sağlanmıştır. Ancak veriye ulaşma problemi nedeniyle ekonomik veriler ve sağlık verileri, seçilen veriler ile kısıtlanmıştır. Analize dâhil edilecek ülkeler seçilirken İstanbul iline sağlık turisti gönderen tüm ülkeler değil, temsil özelliği dikkate alınarak belirli ülkeler değerlendirmeye alınmıştır.

Çalışmanın İstatiksel analiz bölümünün 2013-2019 döneminde İstanbul'a gelen tüm sağlık turistlerine ait demografik veriler, tanı tedavi verileri analiz edilmiştir. Bu bağlamda 2013-2019 dönemi için toplamda 571.469 başvuruya ait veriler değerlendirilmiştir. Bu rakama 2020 yılına ait 67.396 müracaat eklendiğinde toplam 638.865 sağlık turistinin verisi analiz edilmiştir.

Çalışmanın devamında bölgelerini temsilen seçilen Almanya, İngiltere, Azerbaycan, Irak, Amerika Birleşik Devletleri ve Çin'e ait mesafe ve yol maliyeti ile kişi başına düşen gayri safi milli hâsıla (KBGSMH) ve sağlık turisti sayıları kullanılarak bu verilerin karşılaştırmalı analizi yapılmıştır.

Matematiksel yaklaşım kapsamında 2013-2019 döneminde İstanbul'a sağlık turisti gönderen tüm ülkeler için trend analizi yapılmış ve 2020-2021-2022 yılları için hem yıl bazlı hem de çeyrek bazlı olarak talep tahmininde bulunulmuştur.

Ekonometrik yaklaşım kapsamında İstanbul'a Yönelik Sağlık Turizmi Talebi, Fiyatlar, Döviz Kurları, Uzman Hekim Sayısı ve Toplam Yatak Sayısı değişkenleri kullanılarak regresyon analizine tabii tutulmuş ve çıkan sonuçlar değerlendirilmiştir. Bu bölümde döneminde İstanbul'a en çok sağlık turisti gönderen 20 ülkeden verilerine ulaşılan 12 ülke çalışılmıştır. Bu bağlamda Azerbaycan, Almanya, İspanya, Fransa, İngiltere, Gürcistan, Irak, İtalya, Hollanda, Romanya, Rusya ve Amerika Birleşik Devletleri için veri seti hazırlanarak analiz gerçekleştirilmiştir.

Son olarak İstanbul'a yönelik sağlık turizmi dış talebi, çekim modeli çerçevesinde analiz edilmiştir. Bu bölümde döneminde İstanbul'a en çok sağlık turisti gönderen 20 ülkenin verileri çekim modeli kapsamında analiz edilmiştir. Bu bağlamda verilerine ulaşılan ABD, Afganistan, Almanya, Azerbaycan, Bulgaristan, Fransa, Gürcistan, Hollanda, Irak, İran, İngiltere, İspanya, İtalya, Libya, Özbekistan, Romanya, Rusya, Suudi Arabistan, Türkmenistan ve Ukrayna için veri seti hazırlanarak analiz gerçekleştirilmiştir.

3.5. Veri Toplama Araçları

Çalışmada sağlık turizmin arz yönüne istinaden kullanılan veriler Sağlık Bakanlığı İstatistik Yıllıklarından ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) veri tabanından sağlanmıştır.

Analizlerde kullanılan veri setlerinin oluşturulmasında, İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Turizmi Biriminden alınan 2013-2019 dönemine ait Yabancı Hasta Kayıt Sisteminde kayıtlı sağlık turizmi verileri kullanılmıştır.

Bu bölümde sağlık turisti verileri dışındaki ekonomik veriler, Dünya Bankası, IMF, ilgilerin ülkelerin merkez bankaları ve/veya ulusal bankaları, ilgili ülkelerin istatistik kurumlarına ait açık kaynaklardan sağlanmıştır.

Çalışmada kullanılan iktisadi veriler (<https://www.imf.org>) ve (<https://data.worldbank.org>) internet sitelerinden alınmıştır. Uzaklık değişkeninin hesaplanmasında kullanılan veriler www.timeanddate.com isimli internet sitesinden alınmıştır.

3.6. Verilerin Analizi

Araştırma genel olarak İstanbul İli Hastanelerini ve İstanbul İli Hastanelerine sağlık turizmi amacıyla İstanbul'a turist gönderen ülke vatandaşlarını kapsamaktadır. Çalışma kapsamında İstanbul'a gelerek sağlık hizmeti alan turist sayısını içeren veriler Sağlık Bakanlığı yayınları ve Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) verilerinden temin edilmiştir. Hastanelere ait genel verilerin Sağlık Bakanlığı, TÜİK ve açık veri kaynaklarından, iktisadi veriler ise Dünya Bankası veri tabanından, OECD veri tabanından ve diğer açık veri kaynaklarından sağlanmıştır.

Çalışmada kullanılan seriler (İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı, seçilmiş ülkelerin ekonomik verileri, sağlık verileri, seçilmiş ülke sağlık verileri) 2013-2019 dönemini kapsamaktadır. Veriler Türkiye İstatistik Enstitüsü (TÜİK), Dünya Bankası ve Sağlık Bakanlığı verileridir.

Tezde kullanılan 2013-2019 yılları ile 2020 yılına ait İstanbul'a gelen sağlık turistlerine ait veriler çalışmaya uygun olarak dönüştürülmüştür. İstatistikî analiz bölümünde İstanbul'a gelen sağlık turistleri öncelikle demografik açıdan analiz edilmiştir. Cinsiyet ve yaş dağılımları ortaya konulmuş ve 2013 -2019 döneminde İstanbul'a gelen sağlık turistlerine ilişkin nüfus piramidi hazırlanmıştır. Bu bölümde veri bulunmaması nedeniyle sadece yaş ve cinsiyet verileri analiz edilmiştir.

Demografik analizden sonra sağlık turizmi verileri kullanılarak İstanbul'a gelen sağlık turistlerinin tanı tedavi dağılımları ile tedavi oldukları kurumların dağılımları gösterilmiştir. ICD 10 sınıflamasına göre tüm tanıların sayısal fazlalığı dikkate alınarak analizler ilk 10 tanı üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Demografik analizden sonra sağlık turizmi verileri kullanılarak İstanbul'a gelen sağlık turistlerinin tanı tedavi dağılımları ile tedavi oldukları kurumların dağılımları gösterilmiştir.

Bu bölümde son olarak İstanbul'a gelen sağlık turistlerinin geldikleri bölgeler göre bir ayırım yapılmıştır. Bu bölgelerden en çok sağlık turisti gönderen ülkeler (Afrika- Ortadoğu Bölgesinde 1. Ülke Libya'nın yerine Libya'da yaşanan iç savaş nedeniyle İstanbul'da bulunan geçici göçmenlerin durumu dikkate alınarak 2. ülke Irak seçilmiştir) seçilmiştir.

Tezde kullanılan GSMH, Milli gelir, kurlar ve diğer ekonomik veriler IMF, Dünya Bankası, Türkiye Cumhuriyeti Merkez Bankası ve incelemeye konu ülkelerin

ulusal bankaları, merkez bankaları ve istatistik kurumlarına ait açık kaynaklarda temin edilerek çalışmaya uygun de dönüştürülmüştür.

Tezde kullanılan ulaşım ücretleri, petrol fiyatları ve diğer veriler açık kaynaklardan temin edilerek teze uygun bir de düzenlenmiştir.

Elde edilen veriler istatistikî, matematiksel ve ekonometrik analizlerde kullanılmak üzere düzenlenerek “Regresyon Analizi Veri Seti”, “Çekim Modeli Veri Seti” ve “Seçilmiş Ülkeler Veri Seti” olmak üzere 3 veri seti hazırlanmıştır. İstatistikî ve yapısal analizler yapılmıştır. Oluşturulan veri setleri çalışmanın sonunda ek olarak verilmiştir

Toplam 571.469 başvuruya ait veriler değerlendirilmiştir. Bu rakama 2020 yılına ait 67.396 müracaat eklendiğinde toplam 638.865 sağlık turistin verisi analiz edilmiştir.

Mesafe ve yol maliyeti ile kişi başına düşen gayri safi milli hâsıla (KBGSMH) ve sağlık turisti sayıları kullanılarak bu verilerin karşılaştırmalı grafiksel analizi yapılmıştır.

Bu bölümde ayrıca ilgili ülkelerden gelen sağlık turistlerinin en fazla müracaat ettikleri ilk on klinik belirlenerek, bu tespit üzerinde değerlendirmelerde bulunulmuştur.

Çalışmanın devamında öncelikle matematiksel yaklaşım kapsamında 20103-2019 dönemi için trend analizi yapılmış ve 2020-2021-2022 yılları için hem yıl bazlı hem de çeyrek bazlı olarak talep tahmininde bulunulmuştur.

Daha sonra ekonometrik yaklaşım kapsamında İstanbul’a yönelik sağlık turizmi talebi, fiyatlar, döviz kurları, uzman hekim sayısı ve toplam yatak sayısı değişkenleri kullanılarak regresyon analizine tabii tutulmuş ve çıkan sonuçlar değerlendirilmiştir.

Bu bölümde son olarak çekim yasası hipotezi sağlık turizmine uyarlanmış ve İstanbul’a yönelik sağlık turizmi talebi, çekim modeli çerçevesinde analiz edilmiştir.

Çalışmada İstanbul özelinde GSYH VE KBGSYH değerleri hesaplanmadığı, hesaplansa bile sağlık turisti gönderen ülkeye göre değişmeyeceği için sağlık turisti gönderen birim olarak ülkeler ele alınmıştır. Türkiye, dolayısı ile İstanbul için (GSYH ve KBGSYH) değişkeni sağlık turisti gönderen ülkelere göre değişmediği için bu değişken modelden çıkarılmış ve İstanbul’a sağlık turisti gönderen ülkeler için hesaplanan GSYH VE KBGSYH değerleri kullanılmıştır.

Çalışmanın bu bölümünde bir diğer belirleyici değişken olarak mesafe kullanılmıştır. Sağlık turisti gönderen ülkelerin başkentlerinin (ABD için New York esas alınmıştır.) İstanbul'a uzaklıkları verilmiştir. Veriler her bir ülke başkenti için uçuş mesafesi olarak hesaplanmıştır.

Ayrıca kurulan modelde kukla değişkenlere de yer verilmiştir. İstanbul'a 2000 kilometreden yakın ülkeler (yakın) İstanbul'a 2000 kilometreden uzak ülkeler (uzak) kabul edilerek “DUMMYUZ2000” ismiyle ilk kukla değişken oluşturulmuştur. Daha sonra turistlerin geldikleri ülkeler ile dinsel yakınlık ve komşuluk faktörünün etkisini görebilmek için sırasıyla (DUMMYDİN) ve (DUMMYKOM) isimli kukla değişkenler analize dâhil edilmiştir.

Verilerin değerlendirilmesi neticesinde elde edilen bulgular Tartışma bölümünde ele alınmış, yorumlanmış ve sonuç ve öneriler bölümünde elde edilen bulguların ışığında İstanbul ilinde sağlık turizmi faaliyetlerini geliştirmek ve İstanbul ilinin dolayısıyla ülkemizin sağlık turizmi pazarında payını artırmak için önerilerde bulunulmuştur.

Çalışma kapsamında analizlerde kullanılmak ve üzere veri seti çalışması yapılmıştır. Setlerinin oluşturulmasında İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Turizmi Biriminden alınan 2013-2019 dönemine ait sağlık turizmi verileri kullanılmıştır. Toplam 571.469 başvuruya ait veriler değerlendirilmiştir. Bu rakama 2020 yılına ait 67.396 müracaat eklendiğinde toplam 638.865 sağlık turistinin verisi analiz edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. İdari Yapılanma

Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısı temel olarak 14.12.1983 tarihli ve 18251 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren 13.12.1983 tarihli ve 181 sayılı Kanun Hükmünde Kararname (KHK) ile düzenlenmiştir. 181 sayılı KHK'den sonra Sağlık Bakanlığı teşkilat yapısında geniş kapsamlı son değişiklik 2011 yılında 663 sayılı KHK ile gerçekleştirilmiştir. Ancak uygulamada yaşanan aksaklıklar nedeni ile 2017 yılında 694 sayılı KHK ile birlikte eski teşkilat yapısına dönmüştür. Son 2018 yılında çıkarılan 703 sayılı KHK ile teşkilat yapısına bugünkü hali verilmiştir (Durmuş & Durmuş, 2019, s. 219).

Sağlık Bakanlığı teşkilatı merkezi ve taşra teşkilatı olarak ikiye ayrılmaktadır. Merkezi teşkilat doğrudan Bakanlığın merkezinde yer alan ve Ankara'da bulunan yönetsel kurumlardır. Tek istisnası merkezi İstanbul'da olan Hudut ve Sahiller Sağlık Genel Müdürlüğüdür. Taşra teşkilatı ise İl ve İlçe sağlık Müdürlükleri ile bu müdürlüklerin çatısı altında bulunan birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarıdır.

İstanbul şehri geçmişi 8500 yıl öncesine uzanan hem tarihi hem de modern bir şehirdir. İstanbul ülkemizin en büyük şehridir. Türkiye'nin toplam nüfusunun yüzde 20'sine ev sahipliği yapmakta, GSYH'nin yüzde 22'sini ve vergi gelirlerinin yüzde 40'ını üretmektedir (www.istanbulkulturturizm.gov.tr, 2017).

TÜİK 2020 ADNKS sonuçlarına göre Türkiye nüfusu 31 Aralık 2020 tarihi itibarıyla bir önceki yıla göre 459 bin 365 kişi artarak 83 milyon 614 bin 362 kişiye ulaştı. Erkek nüfus 41 milyon 915 bin 985 kişi olurken, kadın nüfus 41 milyon 698 bin 377 kişi olmuştur.

Diğer bir ifadeyle toplam nüfusun %50,1'ini erkekler, %49,9'unu ise kadınlar oluşturdu. İstanbul'un nüfusu, bir önceki yıla göre 56 bin 815 kişi azalarak 15 milyon 462 bin 452 kişiye düşmüştür.

Nüfus yoğunluğu olarak tanımlanan bir kilometrekareye düşen kişi sayısı, Türkiye genelinde 2019 yılına göre 1 kişi artarak 109 kişiye yükselirken. İstanbul, kilometrekareye düşen 2 bin 976 kişi ile nüfus yoğunluğu en yüksek olan ilimizdir (TÜİK Haber Bülten, 2021).

Tablo 5: İstanbul ili nüfus verileri 2020

İstanbul İli Nüfus Verileri	
Toplam Nüfus	15.462.452
Erkek	7.750.836
Kadın	7.711.616

Kaynak: (TÜİK Haber Bülten, 2021)

İstanbul’da 39 ilçe bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı 2011 yılında ülke genelinde 29 adet sağlık hizmet bölgesi oluşturulmuş 2016 yılında bu sayı 30 a çıkarılmıştır. İstanbul ise gerek hizmet verilen nüfus gerekse diğer şartlar dikkate alınarak Anadolu Güney, Anadolu Kuzey, Bakırköy, Beyoğlu, Çekmece ve Fatih olmak üzere 6 sağlık hizmet bölgesine ayrılmıştır (Sağlık-Der, 2017).

İstanbul ilinde yapılan son değişikliklerle İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı ana hizmet birimlerine ait Sağlık Hizmetleri, Acil Sağlık Hizmetleri, Halk Sağlığı, Destek Hizmetleri, İlaç ve Tıbbi Cihaz ve Personel Hizmetleri adı altında 6 Başkanlık tesis edilmiştir. Ayrıca Kamu Hastaneleri Başkanlığı adı altında her bir sağlık bölgesinde birer adet olmak üzere 6 adet Kamu Hastaneleri Başkanlığı tesis edilmiştir. Bu Başkanlıklar ile diğer Başkanlıklar arasında hiyerarşik bir ilişki söz konusu olmayıp bu Başkanlıklarda diğer altı Başkanlık gibi doğrudan il sağlık Müdürlüklerine bağlıdır. İstanbul’da faaliyet gösteren Sağlık Bakanlığına ait hastaneler bu Başkanlıklar bünyesinde organize olmuşlardır.

İstanbul’da faaliyet gösteren Özel Hastaneler ile Üniversite Hastaneleri ise Sağlık Hizmetleri Başkanlığının izin, denetim ve gözetimi altında faaliyet göstermektedirler. Kamuya ait birinci basamak sağlık kuruluşları olan aile sağlığı merkezleri ve toplum sağlığı merkezleri ise Halk sağlığı Başkanlığına bağlı faaliyet göstermektedirler.

Yine birinci basamak sağlık kuruluşu kabul edilebilecek muayenehane, poliklinik ve benzerleri Sağlık Hizmetleri Başkanlığı izin, denetim ve gözetimine tabii iken eczane ve medikal kuruluşlar İlaç ve Tıbbi Cihaz Başkanlığı izin, denetim ve gözetimindedirler.

İl Geneli tüm acil sağlık hizmetleri Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığı tarafında koordine edilmekte ve yürütülmektedir.

4.2. Sağlık Hizmeti Sunucuları

Ülkemiz genelinde olduğu gibi İstanbul ilinde sağlık hizmet sunucusu olarak ana aktör Sağlık Bakanlığıdır. Sağlık Bakanlığının yanı sıra, üniversiteler ve özel sektörde alanda faaliyet göstermektedir. Yalnız özel sektörün ağırlığı diğer illere oranla daha yüksektir. İlimizde 2019 yılı itibarıyla 60 adet kamuya ait hastane faaliyet gösterir iken 165 adet özel sektöre ait hastane faaliyet göstermektedir.⁷

Tablo 6’da güncel bilgiler kullanılarak sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlar sıralanmıştır.

Tablo 6: İstanbul sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluşlar

Kamu Kuruluşları	Sağlık Bakanlığı
	Üniversiteler (Kamu-Vakıf)
	Belediyeler
	Diğer Kamu Kuruluşlar
Özel Kuruluşlar	Özel Hastaneler
	Özel Ayakta Tanı ve Tedavi Kurumları
	Eczane, Medikal ve Tıbbi Cihaz Tedarikçileri
	Özel Özellikli Hizmet Sunucuları (Diyaliz, ÜYTE vb.)
	Diğer Özel Sağlık Kuruluşları (İlkyardım, Ambulans vb.)
STK	Kızılay Derneği
	Yeşilay Derneği
	Diğer Vakıf ve Dernekler

4.2.1. Kamu kuruluşları

İstanbul’da sağlık hizmeti sunan kamu kuruluşlarını temel olarak Sağlık Bakanlığına ait kuruluşlar ile üniversiteler bünyesinde sağlık hizmeti sunan kuruluşlar olarak ikiye ayırabiliriz.

İstanbul’da sağlık hizmeti sunan Sağlık Bakanlığına ait kuruluşları birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşları olarak fonksiyonel bir ayrımına gidersek birinci basamakta aile sağlığı ve toplum sağlığı kuruluşları yer alırken ikinci ve üçüncü basamakta hastaneler yer almaktadır.

⁷ Veriler Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık İstatistik Modülünden (TSİM) sisteminden alınmıştır.

İlimizdeki birinci basamak sağlık hizmetleri ise neredeyse tümüyle Sağlık Bakanlığına ait aile sağlığı merkezleri ve her ilçe merkezinde olmak üzere toplam 39 toplum sağlığı merkezi tarafından yürütülmektedir. Aile sağlığı merkezleri sundukları birinci basamak muayene ve tedavi hizmetlerinin yanı sıra özellikle anne ve çocuklara yönelik olarak başta takip ve bağışıklık (aşılama) olmak üzere koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinde önemli görevleri yerine getirmektedirler.

Toplum sağlığı merkezleri doğrudan sundukları çevre sağlığı, su güvenliği, tütün ve bağımlılık yapıcı maddelerle mücadele çalışmalarının dışında sağlık yaşam merkezi, verem savaş dispanserleri, KETEM vb. bağlı birimleri ile koruyucu sağlık hizmetlerinin sunulmasında önemli rol almaktadır.

Kamu hastanelerinin 15 tanesi eğitim araştırma, 17 tanesi dal eğitim araştırma hastanesidir. Dal hastaneleri haricinde 2 tane ağız diş sağlığı hastanesi bulunmaktadır. 2019 yılında hizmete giren şehir hastaneleriyle birlikte İstanbul sadece vatandaşlarımız açısından değil bölge ülkelerinde yaşayan nüfus başta olmak üzere yurtdışı içinde sağlık alanında bir cazibe merkezi haline gelmektedir.

Ayrıca doğrudan İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı yürütülen 112 ve acil sağlık hizmetleri Sağlık Bakanlığının sunduğu önemli sağlık hizmetlerindendir. İstanbul geneline yayılan Acil yardım istasyonları 7 gün 24 saat kesintisiz acil sağlık hizmeti sunmaktadırlar. İstanbul'un kendine has şartları nedeniyle deniz ambulansı ve helikopter ambulansta bulunmaktadır (<https://istanbulism.saglik.gov.tr>).

İstanbul'da sağlık hizmeti sunan üniversiteler; kamu üniversitesi ve vakıf üniversitesi olarak ikiye ayrılmakta; vakıf üniversiteleri de özel vakıf ve devlet vakfı olarak teşekkül etmiştir. İstanbul'da devlet vakfı niteliğinde sağlık hizmeti sunan tek kuruluş Bezmialem Vakıf Üniversitesidir.

Sağlık hizmeti sunan diğer vakıf üniversiteleri özel vakıf niteliğinde olup bazı özel sağlık kuruluşları ile ortak kullanım protokolü bulunmaktadır. İstanbul'da bu çerçevede faaliyet gösteren Sağlık Bakanlığı bünyesinde 25 tanesi Sağlık Bilimleri Üniversitesi, bir tanesi Medeniyet Üniversitesi ve bir tanesi Marmara Üniversitesi ile ortak kullanım protokolü bulunan 27 eğitim araştırma hastanesi vardır. Bunun dışında İstanbul ilinde faaliyet gösteren 9 adet vakıf üniversitesinin özel hastaneler ile ortak kullanım protokolü vardır (Sağlık-Der, 2017).

İstanbul'da faaliyet gösteren Üniversite Hastaneleri idari olarak Yüksek Öğretim Kurumuna bağlı olsa da sağlık hizmeti yönünden ise Sağlık Hizmetleri Başkanlığının izin, denetim ve gözetimi altında faaliyet göstermektedirler.

4.2.2. Özel sektör kuruluşları

İstanbul'da faaliyet gösteren ayaktan tanı tedavi kuruluşları ile özel hastaneler Sağlık Hizmetleri Başkanlığının, eczaneler ile medikal malzeme ve tıbbi cihaz tedarikçileri İlaç ve Tıbbi Cihaz Başkanlığının, özel ambulans ve ilkyardım hizmetleri ise Acil Sağlık Hizmetleri Başkanlığının izin, denetim ve gözetimi altında faaliyet göstermektedirler. Sağlık hizmetleri sunumunun özel sektör ayağında birçok aktör bulunmaktadır. Bunları kısaca aşağıdaki de sıralayabiliriz (<https://istanbulism.saglik.gov.tr>).

- Özel Hastaneler
- Vakıf Üniversiteleri Sağlık Uygulama Araştırma Merkezleri (SUAM)
- Tıp Merkezleri
- Ayaktan Teşhis ve Tedavi Poliklinikleri
- Laboratuvar ve Görüntüleme Tanı Merkezleri
- Muayenehaneler
- Eczaneler
- Medikal Malzeme ve Tıbbi Cihaz Tedarikçileri
- Özel Ambulans ve İlkyardım Hizmetleri
- Evde Bakım Hizmet Sunucuları
- Özellikli Hizmet Sunucuları (Diyaliz Merkezleri vb.)

4.2.3. Sivil toplum kuruluşları

Sivil Toplum Kuruluşlarında ise Kızılay afet vb. durumlarda acil sağlık hizmeti organizasyonunda görev alırken, Yeşilay da bağımlılık yapıcı maddelerle mücadele çalışmaları kapsamında yürüttüğü faaliyetleri ile bir nevi koruyucu-önleyici sağlık hizmeti vermektedir. Bunların dışında bazı sivil toplum kuruluşları da benzer faaliyetler yürütmekle birlikte gerek kurumsal yapıları gerekse sundukları hizmetler bakımından sektörde bir ağırlıkları bulunmamaktadır.

Meslek odası olarak sektörde, Tabip Odası, Diş Tabipler Odası, Eczacılar Odası bulunmaktadır. Bunun dışında Hemşireler Derneği, Ebeler Derneği, Özel Hastane Sahipleri Derneği (OHSAD) vb. sivil toplum yapılanmaları bulunmaktadır.

4.3. Hastaneler

Bu bölümde İstanbul ilinde mevcut tüm hastanelerin 2013 ve 2019 yılları arasında sayıları ve yatak kapasiteleri hakkında bilgi verilmiştir. Öncelikle hastane teriminin kavramsal açıklaması tarihsel gelişim süreci dikkate alınarak açıklanmıştır. Akabinde İstanbul ilinde bulunan hastaneler sağlık bakanlığı, özel sektör ve üniversite bağlamında değerlendirilerek sayıları ve yatak kapasiteleri verilmiştir.

4.3.1. Hastane kavramı

Tıp tarihine göre hastane kavramına ilk defa Sümerler kullanmıştır. Arkeolojik çalışmalarda Eski Mısır, Hitit, Antik Yunan uygarlıklarında da çeşitli tıbbi kayıtlara ulaşılmıştır. Antik çağda sağlık hizmeti temel olarak din adamları vasıtası ile yürütülürken, tapınaklar bünyesinde hastaların toplu olarak barındığı yerler bulunmaktaydı (Danacı, 2010, s. 17).

Eski Yunan mitolojisinde Asklepios Yunan mitolojisinde tıp biliminin ve sağlığın tanrısı olarak bilinmektedir (<https://www.tarihlisanat.com/asklepios/>). Asklepios adına yapılan tapınaklara Asklepeion denmekteydi. Bu Asklepeionlar günümüzde bilinen hastaneleri ilkel bir şekli kabul edilebilir. Bu merkezlerden en bilineni aynı zamanda bir tıp okulu ve psikiyatri hastanesi olan Bergama Asklepeion'udur. Bu yapı içerisinde muayene odası, hasta odaları ve ameliyathane için ayrı mekânların bulunduğu tespit edilmiştir (Diren, 2018).

Ortaçağda Müslümanlar, Bağdat, Şam ve Kurtuba'da hastane olarak nitelendirilebilecek birçok yapı inşa etmişlerdi. Bu yapılarda din, dil, ırk ayrımı yapılmaksızın tüm hastalara hizmet verilmekteydi. Kayıtlar bu dönemde İslam'ın hâkim olduğu coğrafyada otuz dört hastanenin varlığını göstermektedir. 1283'te Kahire'de kurulan bir hastanede ateşli hastalıklar, yaralılar, göz hastalıkları ve kadınlar için ayrı bölümler vardı ve hastalara bir başkan tarafından yönetilen doktorlar bakmaktaydı, hem kadın hem de erkek hastabakıcılar hizmet vermektedir (Altan, 2003)

Hristiyan coğrafya da ise hastaneler kiliseler tarafından kurulmakta ve yönetilmekte idi. Daha çok manastırlar bünyesinde bulunmaktaydılar. Bu yapılar hastalara ayrılan bir bölüm, eczane ve ilaç yapımında kullanılan bitkilerin yetiştirildiği bahçelerden oluşmaktaydı (Altan, 2003).

Ortaçağ sonrası Rönesans döneminde önemli tıbbi gelişmeler yaşandı. Bu dönemin en karakteristik özelliği gözlem ve tedavinin ön plana çıkmasıdır. Bu dönemde Avrupa’da tıp eğitimi verilmeye başlanmış ve büyük hastaneler kurulmuştur (Aslan & Erdem, 2017).

17. yüzyıl sonlarına kadar klinik çalışmalar ve deneyler ön plana çıkmıştır. Hasta başı klinik inceleme ve anatomide yaşanan gelişmeler ile hastalıkların daha doğru teşhisi ve tedavisi olanaklı olmuştur.

Bu dönem branşlaşmanın başladığı bir dönemdir. 18. Yüzyılda uzmanlaşma ve branşlaşmanın yaygınlaşmasıyla Branşlaşma sonucunda çeşitli dal hastaneleri (kulak burun-boğaz, kadın hastalıkları, akıl sağlığı, salgınla mücadele, askeri vb.) kurulmuştur (Aslan & Erdem, 2017).

Her ne kadar mikroskop 17. yüzyılda bulunsay da aktif kullanımı 19. Yüzyılda olmuştur. Mikropların fark edilmesi ve hastalıklarla ilişkisi tıpta tam anlamıyla bir devrime yol açmıştır.

19. Yüzyılda mikroskobun aktif kullanımı mikropları dolayısıyla dezenfeksiyon kavramını ön plana çıkarmıştır. Bu dönemde, hastalık etkeninden uzaklaştırma, dezenfektanlar ve antiseptik, mikrobiyoloji ve aşılar, cerrahi “anestezi”, deneysel tıp, röntgen ve ışın tedavisi önemli keşif ve buluşların yaşandığı alanlar olmuştur (Sarı, et al., 2007).

Bu gelişmeler hastane kavramını da etkilemiş ve hastaneler daha karışık ve büyük yapılar olarak faaliyet göstermeye başlamışlardır.

19. yüzyılın akabinde 20. Yüzyılda tıp ve sağlık bilimlerindeki gelişmeler hızlanarak ve artarak devam etmiştir. Bu dönemde sadece yeni buluşlar değil tıbbın sosyal boyutu da öne çıkmıştır.

20. Yüzyılda önemli gelişmelerin yaşandığı alanlar aşağıda verilmiştir (Sarı, et al., 2007).

- Antibiyotikler
- Psikiyatri
- Teşhis Ve Tedavi
- Işınlr
- Transfüzyon
- Diyaliz
- Organ Transplantasyonları
- Genetik
- İmmünoloji
- Viroloji

- Kanser Tedavisi
- Patoloji
- Halk Sağlığı
- Rehabilitasyon
- Kardiyoloji
- Hipertansiyon
- Kalp Cerrahisi Ve Damar Cerrahisi
- Gastroenteroloji
- Endokrinoloji
- Oftalmoloji
- Otorinolaringoloji
- Ortopedi
- Nöroloji

Bu yüzyılda yaşanan 2 büyük Dünya Savaşı binlerce insanının hayatına mal olmuş ve çok daha fazlası geri kalan hayatlarını engelli bireyler olarak sürdürmek zorunda kalmışlardır. Ancak ironik bir de bu iki savaş sırasında ve aradaki dönemde tıp, hasta bakımı ve hastane kavramlarında yaşanan gelişme ve uygulamalar ileriki yıllarda binlerce insanın hayata tutunmasını sağlamıştır.

Bu yüzyılda yaşanan gelişmeler günümüzdeki anlamıyla hastanelerin yapılanmasını ortaya çıkarmıştır. İnsanlık tarihindeki en eski kurumsal yapılardan olan hastaneler günümüzde de önemini artarak sürdürmektedir.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) sağlığı, “sadece sakatlık ve hastalık halinin olmayışı değil, beden, ruhen ve sosyal ekonomik yönden tam bir iyilik hali” olarak tanımlamaktadır (who.int, 2009)

Bu bağlamda 1963 yılında toplanan Sağlık İstatistikleri Uzmanlar Komitesinin 8. Raporunda Hastane, “sosyal ve tıbbi organizasyonun ayrılmaz bir parçasıdır ve işlevi, hem güncel hem de önleyici hizmetlerin bulunduğu çevredeki aileye ulaşmasını sağlayan tam sağlık hizmeti sağlamaktır; hastane aynı zamanda sağlık çalışanlarının eğitimi ve biyo-sosyal araştırmalar için bir merkez” olarak tanımlanmıştır (WHO Technical Expert Committee, 1963, s. 9).

Bu çerçevede Komite bir tesisin hastane olarak kabul edilebilmesi için asgari olarak aşağıdaki beş şartı taşıması gerektiğini belirtmiştir.

1. Yataklı odalarda konaklama
2. Yirmi dört saat veya daha uzun konaklama koşulları
3. Hasta veya yaralananların kabul edilmesi için tesisler

4. Gözlem, tanı, tedavi veya rehabilitasyonun korunması için bakım veya hizmet
5. Tıbbi gözetim (WHO Technical Expert Committee, 1963, s. 10).

Devamında ise hastaneleri birden çok sağlık hizmetinin farklı kliniklerde verildiği genel hastaneler ile bir hastalığa veya hasta grubuna odaklanılan özel nitelikli hastaneler olarak ikiye ayırmıştır (WHO Technical Expert Committee, 1963, s. 10).

Sağlık Bakanlığı mevzuatı olan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği hastaneyi; “*hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlar*” olarak tanımlamıştır (Resmi Gazete, 1973).

Bu tanımlı incelediğimizde öncelikle tedavi ve tıbbi bakıma yer verildiğini görmekteyiz. Günümüzdeki uygulamalara baktığımızda bu tanımın, hastanelerin eğitim, araştırma ve toplum sağlığına yönelik fonksiyonlarını içermemesi yönüyle eksik olduğu görülmektedir.

Kapsayıcı bir hastane tanımlı yapmak gerekirse Brown’a ait “*tıbbi bir kuruluş, ekonomik bir işletme, hekim ve diğer sağlık personeline eğitim veren bir eğitim kurumu, bir araştırma ünitesi, birçok meslek mensubunun çalıştığı bir örgüt, sosyal ve toplumsal bir kurum olup sayılan bu amaçlarını gerçekleştirebilme doğrultusunda faaliyet gösteren ve hizmet veren organizasyonlar*” tanımını kullanabiliriz.

Bu bağlamda hastaneler, ekonomik, verimli ve etkili olarak her türlü sağlık hizmetinin kesintisiz üretildiği, eğitim, araştırma ve toplum sağlığı hizmetlerinin yürütüldüğü, çevreden etkilenen ve çevreyi etkileyen, karmaşık, pahalı ve kendine özgü özellikleri olan ve profesyonel yönetim gerektiren sosyal kurumlar olarak tanımlanabilir (Ağırbaş, 2019, s. 17).

21. yüzyılda teknolojik gelişmeler, bilimde ve tıpta yaşanan ilerlemeler neticesinde dünya genelinde hastane olarak faaliyet gösteren kurumların sayısında artış olmuştur. Dünyada yaşanan küreselleşme sağlık hizmetleri ve hastane hizmetlerine de yansımıştır. Günümüzde hastaneler sadece bulundukları yerleşim yerlerine değil çok daha uzak mesafelerden hastalara hizmet vermektedirler.

Bir yandan bilgi teknolojileri ve tele tıp uygulamaların yaygınlaşması ile insanlar bulundukları yerden hizmet almakta iken diğer yandan daha uygun şartlarda daha iyi sağlık hizmeti alabilmek için sağlık turizmi kapsamında çok mesafelerde bulunan hastanelere gidebilmektedirler. Özellikle sağlık turizminin yaygınlaşması ve gelir getirici uygulamalar günümüzde hastanelerin sunduğu sağlık hizmetinin yanı sıra otelcilik hizmetinin de önemini artırmıştır.

4.3.2. İstanbul ilindeki hastaneler

Bilindiği üzere ülkemizde Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin kurulması, işletilmesi ve sorumlulukları 13.01.1983 tarihli ve 17927 sayılı Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği ile düzenlenmiştir.

Sağlık Bakanlığına bağlı faaliyet gösteren hastaneler için doğrudan bir hastane tanımı yer almaz iken Yataklı Tedavi Kurumları başlığı altında “*Hasta ve yaralıların, hastalıktan şüphe edenlerin ve sağlık durumlarını kontrol ettirmek isteyenlerin, ayaktan veya yatarak müşahede, muayene, teşhis, tedavi ve rehabilite edildikleri, aynı zamanda doğum yapılan kurumlardır.*” şeklinde bir tanımlama yapılmıştır.

Mezkûr Yönetmeliğin devamında hastaneler; ilçe/belde hastanesi; gün hastanesi, genel hastaneler, özel dal hastaneleri ve eğitim ve araştırma hastaneleri olarak sınıflandırılmıştır.

Ülkemiz genelinde olduğu gibi İstanbul ilinde uygulamada gün hastanesi bulunmamaktadır. 6360 Sayılı ‘On Dört İlde Büyükşehir Belediyesi ve Yirmi Yedi İlçe Kurulması İle Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun’ ile adı geçen büyükşehirlerde sınırları il mülki sınırları olarak düzenlenmiştir (Görgün & Yörür, 2017, s. 17).

Bu çerçevede İstanbul ilinde tüm ilçeler Büyükşehir sınırlarına dâhil olmuştur. Ayrıca İstanbul’da mevcut ilçelerin nüfus hacmi düşünüldüğünde ilçe hastanesi için öngörülen nüfustan çok daha fazla olduğu görülecektir. Hâlihazırda İstanbul’da ilçe hastanesi olarak faaliyet gösteren hastane bulunmamaktadır.

İstanbul ilinde, Sağlık Bakanlığına bağlı tüm hastaneler devlet hastanesi, eğitim araştırma hastanesi veya dal hastanesi konumundadır. Dal hastaneleri haricinde iki tane ağız dış sağlığı hastanesi bulunmaktadır.

Ayrıca biri faaliyete geçmiş diğeri için çalışmaların sürdüğü iki şehir hastanesi bulunmaktadır. Yine kamu kurumu niteliğinde bulunan ve vakıf üniversitesi olmayan üniversitelerin bünyesinde 2 adet üniversite hastanesi (İstanbul Tıp Fakültesi Hastanesi ve Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi) bulunmaktadır

Kısaca ifade etmek gerekirse İstanbul’da 2020 yılı itibarı ile toplamda 236 hastane bulunmakta olup, bunun 53 tanesi sağlık bakanlığı, 16 tanesi üniversite bünyesinde hizmet verirken toplam 167 hastane özel sektör bünyesinde hizmet vermektedir. kamu hastanelerinin 15 tanesi eğitim araştırma, 17 tanesi dal eğitim araştırma hastanesidir.

2019 yılında hizmete giren şehir hastanesi birlikte, eğitim araştırma hastaneleri, dal hastaneleri ve ağız dış hastaneleri ve üniversite hastaneleri ile İstanbul’da mevcut kamu hastanelerinin sadece İstanbul’da yaşıyan kişiler için değil bölge ülkelerinde yaşıyan nüfus başta olmak üzere yurtdışı içinde sağlık turizmi alanında yüksek bir potansiyele sahiptir.

Devlete, il özel idarelerine, belediyelere, üniversitelere ve diğerk kamu tüzelkişilerine ait hastaneler hariç olmak üzere; gerçek kişiler ve özel hukuk tüzelkişilerine ait hastanelerin kurulması, işletilmesi ve sorumlulukları ise 7.03.2002 tarihli ve 24708 sayılı Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren “Özel Hastaneler Yönetmeliğı” ile düzenlenmiştir.

Özel Hastaneler Yönetmeliğine baktığımızda yayımlanan ilk halinde “*Özel hastane: Bu Yönetmelik kapsamına giren gerçek kişiler ile özel hukuk tüzel kişilerine ait olup, ayakta ve yatarak muayene, tahlil, tetkik, tıbbî müdahale, ameliyat, tıbbî bakım 1 ve diğerk tedavi hizmetleri verilen ve en az on yatak kapasitesi olan tedavi kuruluşları*” şeklinde bir tanım bulunur iken 2009 yılında bu tanım kaldırılmış yerine yeni bir tanım getirilmemiştir.

Türkiye’de özel hastanelerin gözlem yatakları hariç en az elli hasta yatağı bulunur. Özel hastane kadroları, belirlenen sağlık hizmet bölgesine göre planlanan hekim sayısı ve hizmet ihtiyacı dikkate alınarak bakanlıkça belirlenir. Özel hastaneler, dört klinisyen uzmandan az olmamak üzere faaliyete başlayabilirler (SATURK, 2020).

Özel Hastaneler son yıllarda tedavi sunumunda paylarını artırmıştır. Bu durum İstanbul için diğerk illere göre daha belirgindir. İstanbul’da özel hastanelerin bir kısmı zincir hastane niteliğindedir. Bu hastaneler teknolojik donanımları ve

profesyonel sağlık çalışanları ile sadece Türk Vatandaşlarına değil yurt dışından sağlık turizmi amacı ile gelen önemli miktarda hastaya da hizmet sunmaktadır.

Bilindiği üzere sağlık sektöründeki ilk akreditasyon kurumu 1951’de, American College of Surgeons, American College of Physicians, American Hospital Association, American Medical Association ve Canadian Medical Association’ın katılımıyla “Joint Commision on Accreditation of Hospitals” (JCAH) olarak kurulmuştur (jointcommission.org).

Ülkemizdeki zel Hastaneler alanında faaliyet gösteren kurumlardan uluslararası geçerliği olan JCI (joint commission international) akreditasyon belgesi alan sağlık kurumu sayısı 2019 itibarı ile 44 dr. Bunlarda 30 tanesi İstanbul’da bulunmaktadır (sayakademi.com).

Tablo 7: İstanbul’da JCI akreditasyonu olan özel hastaneler

	Kurum Adı
1	Acıbadem Bakırköy Hastanesi
2	Acıbadem Fulya Hastanesi
3	Acıbadem International Hastanesi
4	Acıbadem Kadıköy Hastanesi
5	Acıbadem Kozyatağı Hastanesi
6	Acıbadem Maslak Hastanesi
7	American Hastanesi
8	Bahçelievler Hastanesi - Medical Park Sağlık Grubu
9	Bayındır Hastanesi
10	ağın Göz Hastanesi
11	Dünya Göz Hastanesi
12	Emsey Hastanesi
13	Gayrettepe Florance Nightingale Hastanesi
14	Göztepe Hastanesi - Medical Park Sağlık Grubu
15	Hisar Intercontinental Hastanesi
16	İstanbul Florance Nightingale Hastanesi
17	Kadıköy Florance Nightingale Hastanesi
18	Liv Hastanesi Ulus
19	Medicana International İstanbul Hastanesi
20	Medipol Mega Hastaneler Kompleksi
21	Medistate Kovacık Hastanesi
22	Memorial Ataşehir Hastanesi
23	Memorial şişli Hastanesi
24	NPISTANBUL Nöropsikiyatri Hastanesi
25	zel Pendik Bölge Hastanesi
26	şişli Florance Nightingale Hastanesi
27	Yeditepe Üniversitesi Dış Fakültesi Hastanesi
28	Yeditepe Üniversitesi Hastanesi
29	Anadolu Tıp Merkezi
30	Türk Kızılayı - Kuzey Marmara Bölge Kan Merkezi

Kaynak: (sayakademi.com), (SATURK, 2020).

Özel Hastaneler son yıllarda tedavi sunumunda paylarını artırmıştır. Bu durum İstanbul için diğer illere göre daha belirgindir. İstanbul’da özel hastanelerin bir kısmı zincir hastane niteliğindedir.

Bu hastaneler teknolojik donanımları ve profesyonel sağlık çalışanları ile sadece Türk vatandaşlarına değil yurt dışından sağlık turizmi amacı ile gelen önemli miktarda hastaya da hizmet sunmaktadır.

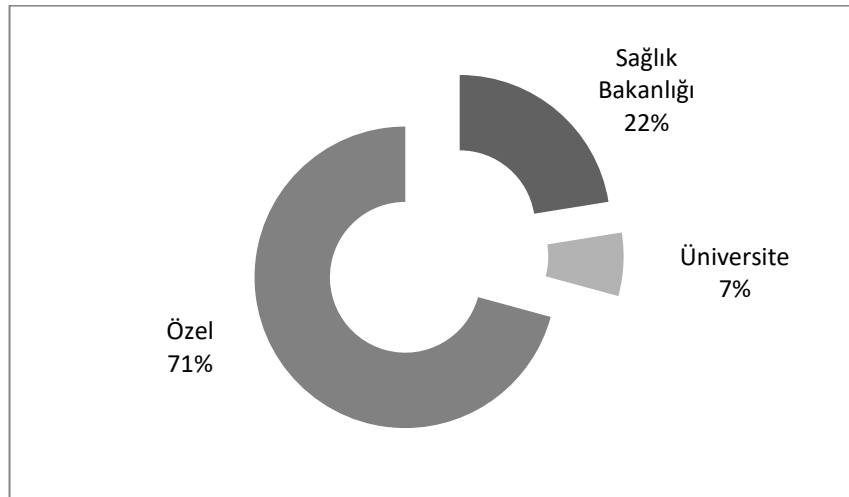
4.3.3. İstanbul ili hastane ve yatak dağılımı

Türkiye İstatistik Kurumu tarafında yapılan çalışmalar neticesinde yayımlanan sağlık istatistiklerinde yer alan verilere göre 2013- 2018 yılları arasındaki dönemde İstanbul ilinde hastane olarak faaliyet gösteren sağlık kurumlarının dönem içindeki yıl bazlı sayıları ve kurum türüne göre Sağlık Bakanlığı (SB), özel sektör ve üniversite dağılımları tablo 8 de verilmiştir.

Tablo 8: Hastane sayıları ve dağılımı-İstanbul

Yıl	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer	Toplam
2013	55	12	162	4	233
2014	57	12	163	4	236
2015	55	15	162	4	236
2016	56	16	165	1	238
2017	54	16	168	-	238
2018	53	16	167	-	236

Kaynak (TUIK, 2020)



Şekil 8: İstanbul hastane dağılımı

Kaynak (TUIK, 2020)

Görüldüğü üzere İstanbul’da hastane sayısı olarak özel sektör %71 oranında büyük bir ağırlığa sahiptir. Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin oranı ise %22 de, üniversitelere ait hastanelerin oranı ise %7 de kalmaktadır.

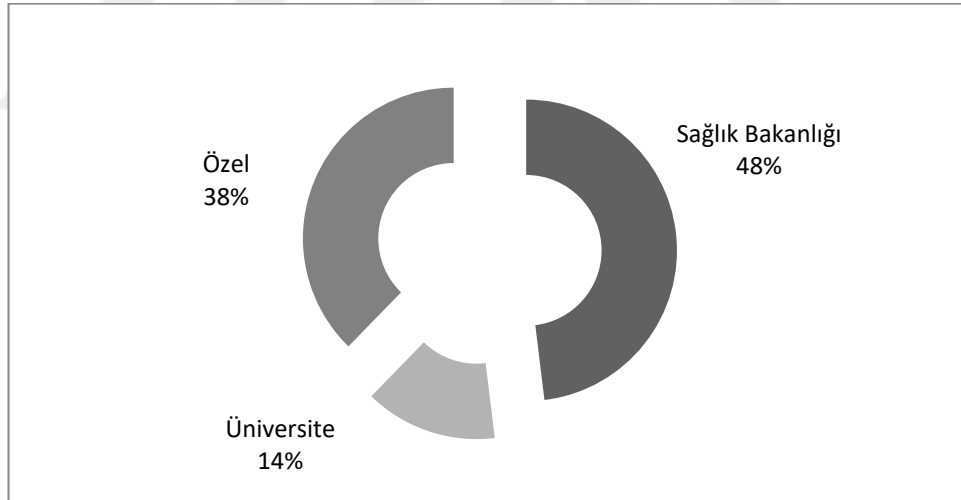
Ancak özel sektörde irili ufaklı birçok hastane bulunurken Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelere ait hastanelerin görece olarak daha büyük olan ve daha çok hastaya hizmet sunan hastaneler olduğu unutulmamalıdır.

Hastane kapasitelerinin bir olarak yatak sayısı önemli bir göstergedir. TÜİK Kaynaklarında alınan, 2013- 2018 yılları arasındaki dönemde İstanbul ilinde bulunan hastanelerdeki yatak sayısı ve dağılımı tablo 9 da verilmiştir.

Tablo 9: İstanbul geneli hastane yatakları

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Diğer	Toplam
2013	15465	4281	12124	1234	33104
2014	15760	4189	12530	1102	33581
2015	15513	4387	13181	1008	34089
2016	17268	4722	14034	100	36124
2017	17783	5423	14748	-	37954
2018	18904	5598	14826	-	39328

Kaynak (TÜİK, 2020)



Şekil 9: İstanbul geneli yatak sayısı dağılımı

Kaynak (TÜİK, 2020)

Görüldüğü üzere İstanbul’da hastane sayısı olarak özel sektör %71 oranında büyük bir ağırlığa sahiptir. Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerin oranı ise %22 de, üniversitelere ait hastanelerin oranı ise %7 de kalmaktadır. Ancak özel sektörde irili ufaklı birçok hastane bulunurken Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelere ait hastanelerin görece olarak daha büyük olan ve daha çok hastaya hizmet sunan hastaneler olduğu unutulmamalıdır.

4.4. Sağlık İnsan Gücü

Sağlık insan gücünü kısaca ifade etmek gerekirse sağlık kuruluşlarında çalışan ve sağlık hizmetlerini üreten ve sunan personelin tamamına sağlık insan gücü denir. Bu bağlamda ülkemizde yasa ile tanımlanmış 43 adet sağlık mesleği vardır ancak sağlık insan gücü denilince çoğunlukla hekimler, hemşireler, ebeler, diş hekimleri ve eczacılar akla gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü sağlık profesyoneli “asıl işi ve uğraşı toplumun sağlığını geliştirmek olan herkeştir” şeklinde yapmaktadır (Sur, 2017, s. 314).

Hastaneler, hizmet arz eden ile hizmet talep edenin sürekli aynı ortamda oldukları yapılardır. Yapı gereği hizmet sunucularıyla sağlık hizmeti tüketicilerinin (hastalarla) sürekli temas içinde olduğu bir sağlık birimidir. Bu da bireyler arasında sürekli bir temas durumunu yaratmaktadır. Bu bağlam hastanelerde verilen fiziki hizmetlerin yanı sıra çalışan kalitesi ve entelektüel sermayesinde önemini artırmaktadır (Aslan & Erdem, 2017, s. 7).

Günümüzde sağlık turizmini hizmet odaklı olarak sağlık, zindelik ve medikal turizm olarak sınıflandırdığımızda (Quintela, Costa, & Correia, 2016, s. 1-18)ve sağlığı koruma geliştirme, rehabilitasyon ve tedavi hizmetlerini bir arada düşündüğümüzde hekim hemşire ve diğer sağlık personellerinden oluşan sağlık ekibinden çok daha geniş bir yelpazede personel çeşitliliği ile karşılaşmaktayız.

Her ne kadar sunulan hizmete bağlı olarak değişik hizmet gruplarında çok farklı personeller söz konusu olsa da başta hizmet sunan kurumlar olarak hastaneler ve sunulan hizmet olarak medikal ağırlıklı hizmetler düşünüldüğünde çekirdek ekip olarak yine hekim, diş hekimi, hemşire- ebe ve diğer sağlık personeli öne çıkmaktadır.

Bir anlamda sağlık alanının da diğer personellerce verilen birçok hizmet bu çekirdek ekibin verdiği hizmetlerin üzerine ve bu temel sağlık hizmeti üzerine inşa edilmektedir.

Bir diğer deyişle her ne kadar sağlık bir ekip işi olarak tanımlansa ve temizlik personelinin, klinik şefine kadar tüm çalışanlar bu ekibin içinde kabul edilse de sağlık turizminde doğrudan hasta ile ilgilenen ve nitelikli işgücünün temel unsurları olarak kabul edebileceğimiz, hekim, diş hekimi, hemşire/ebe ve diğer sağlık personeli çekirdek ekibi oluşturmaktadır.

Bu bağlamda bu bölümde İstanbul ilinde ve Türkiye ve Türkiye genelinde kişi başına düşen Sağlık personeli verileri irdelenmiştir. Veriler Türkiye İstatistik Kurumu Kaynaklarından temin edilmiştir.

4.4.1. Bin kişi başına düşen hekim

Bu bölümde İstanbul ilinde ve Türkiye ve Türkiye genelinde 1000 kişi başına düşen hekim verileri irdelenmiştir. Hekim dağılımı kendi içerisinde pratisyen, asistan ve uzman olmak üzere 3 ayrı grupta incelenmiştir. Toplamda İstanbul genelinde 1000 kişi başına düşen hekim sayısının Türkiye geneline göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Özellikle sağlık turizmi açısından en önemli grubu teşkil eden uzman hekim oranlarına baktığımızda hekim bilhassa özel sektörde iki kata yakın bir oran karşımıza çıkmaktadır. Bu durum İstanbul ilinde sağlık turizmi yönünden ülkenin diğer illerine göre önemli bir avantaj sağlamaktadır

Tablo 10: 2018 yılı 1000 kişiye düşen hekim dağılımı Türkiye ve İstanbul karşılaştırması⁸

2018 yılı 1000 Kişiyeye Düşen Hekim Dağılımı Türkiye ve İstanbul Karşılaştırması							
Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
TR Uzman Hekim				İST Uzman Hekim			
0,53	0,18	0,31	1,01	0,56	0,19	0,59	1,34
TR Pratisyen Hekim				İST Pratisyen Hekim			
0,48	0,004	0,05	0,54	0,36	0,004	0,08	0,45
TR Asistan Hekim				İST Asistan Hekim			
0,11	0,21		0,32	0,27	0,13	0,00	0,41
TR Toplam Hekim				İST Toplam Hekim			
1,12	0,39	0,36	1,87	1,20	0,33	0,67	2,19

Kaynak (TUİK, 2020)

4.4.2. Bin kişi başına düşen diş hekimi

Bu bölümde İstanbul ilinde ve Türkiye ve Türkiye genelinde 1000 kişi başına düşen diş hekimi verileri irdelenmiştir.

Toplamda İstanbul genelinde 1000 kişi başına düşen diş hekimi sayısının Türkiye geneline göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

⁸ Bu tabloda yer alan bin kişi başına düşen değerler <https://www.tuik.gov.tr> internet sitesinden alınan değerler üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 11: 2018 yılı 1000 kişiye düşen diş hekim dağılımı Türkiye ve İstanbul karşılaştırması⁹

Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
TR Diş Hekimi				İST Diş Hekimi			
0,1	0,1	0,2	0,4	0,1	0,1	0,3	0,5

Kaynak (TUİK, 2020)

Özellikle sağlık turizmi açısından özellikli önemi bulunan diş hekim oranlarına baktığımızda özel sektörde 1/3 diş hekim bir oranı karşımıza çıkmaktadır. Bu durum İstanbul ilinde ağız diş sağlığına yönelik sağlık turizmi için potansiyel bir işgücüne işaret etmektedir.

4.4.3. Bin kişi başına düşen hemşire/ ebe

Bu bölümde İstanbul ilinde ve Türkiye ve Türkiye genelinde 1000 kişi başına düşen hemşire ve ebe verileri irdelenmiştir.

Daha önce ele alınan iki meslek grubundan farklı olarak gerek hemşire gerekse ebelerde 1000 kişi başına düşen personel sayılarında İstanbul İli Türkiye ortalamasının altında kalmaktadır.

Toplamda İstanbul genelinde 1000 kişi başına düşen ebe hemşire sayısının Türkiye geneline göre daha düşük olduğu görülmektedir. Her ne kadar toplamda fark az gözükse de kamu açısından ele alındığından 1000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayılarının Türkiye genelinden daha azdır.

Bu durumun özellikle kamu sektöründe İstanbul ili için negatif bir durum olduğu gözlenmiştir. Sağlık hizmetinin bir ekip işi olduğu dikkate alınırsa bu durumun kamu sektöründe sağlık turizmine yönelik çalışmaları sekteye uğratacağı düşünülebilir.

⁹ Bu tabloda yer alan bin kişi başına düşen değerler <https://www.tuik.gov.tr> internet sitesinden alınan değerler üzerinden hesaplanmıştır.

Tablo 12: 2018 yılı 1000 kişiye düşen hemşire/ ebe dağılımı Türkiye ve İstanbul karşılaştırması¹⁰

2018 yılı 1000 Kişiyeye Düşen Hemşire/ Ebe Dağılımı Türkiye ve İstanbul Karşılaştırması							
Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
TR Hemşire				İST hemşire			
1,55	0,36	0,42	2,32	1,30	0,24	0,75	2,29
TR Ebe				İST Ebe			
0,64	0,01	0,04	0,69	0,33	0,01	0,07	0,41

Kaynak (TUIK, 2020)

4.4.4. Bin kişi başına düşen diğer sağlık personeli

Bu bölümde İstanbul ilinde ve Türkiye ve Türkiye genelinde 1000 kişi başına düşen diğer sağlık personeli verileri irdelenmiştir

Bu meslek gruplarında da ebe/ hemşire grubuna benzer de 1000 kişi başına düşen personel sayılarında İstanbul İli Türkiye ortalamasının altında kalmaktadır. Toplamda İstanbul genelinde 1000 kişi başına düşen ebe hemşire sayısının Türkiye geneline göre daha düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 13. 2018 yılı 1000 kişiye düşen diğer sağlık personeli dağılımı Türkiye ve İstanbul karşılaştırması¹¹

2018 yılı 1000 Kişiyeye Düşen Diğer Sağlık Personeli Dağılımı Türkiye ve İstanbul Karşılaştırması							
Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
TR Diğer Sağlık Personeli				İST Diğer Sağlık Personeli			
1,48	0,20	0,48	2,16	0,77	0,20	0,85	1,82

Kaynak (TUIK, 2020)

Her ne kadar toplamda fark az gözükse de kamu açısından ele alındığından 1000 kişiye düşen diğer sağlık personeli sayılarının Türkiye genelinden az olduğu, özellikle kamu sektöründe İstanbul ili için negatif bir durum olduğu gözlenmiştir.

Sağlık hizmetinin bir ekip işi olduğu dikkate alınırsa bu durumun kamu sektöründe sağlık turizmüne yönelik çalışmaları sektöre uğrattığı düşünülebilir.

¹⁰ Bu tabloda yer alan bin kişi başına düşen değerler <https://www.tuik.gov.tr> internet sitesinden alınan değerler üzerinden hesaplanmıştır.

¹¹ Bu tabloda yer alan bin kişi başına düşen değerler <https://www.tuik.gov.tr> internet sitesinden alınan değerler üzerinden hesaplanmıştır.

4.5. İstatistiki Analiz

Çalışmanın bu bölümünde İstanbul ilinde bulunan sağlık kuruluşlarından 2013-2019 döneminde sağlık turizmi hizmeti alan 571.469 müracaata ait tüm veriler yaş, cinsiyet ve gelinen bölge/ ülke, konulan tanı ve başvuru klinikler bağlamında analiz edilmiştir.

4.5.1. Demografik veriler

Yaş, cinsiyet, etnik grup, din, meslek, eğitim, medeni hal gibi özelliklere kişinin sosyal ve demografik özellikleri denir.

Çalışmanın bu bölümünde cinsiyet ve yaş dağılımı verileri analiz edilmiştir.

Tablo 14: Yıl bazlı sağlık turisti sayıları (2013-2019)¹²

Yıl	Sayı
2013	52.467
2014	81.074
2015	96.224
2016	57.988
2017	74.770
2018	93.012
2019	115.934
Genel Toplam	571.469

İstanbul'da faaliyet gösteren sağlık kurumlarına 2013-2019 döneminde toplamda 571.469 kişi sağlık turizmi amacı ile müracaat etmiştir.

Cinsiyet Dağılımı İstanbul'da faaliyet gösteren sağlık kurumlarına sağlık turizmi amacı ile müracaat eden kişilerden 231699'ünün erkek, 205890'ının kadın olarak kaydedildiği ancak 133880 kişinin cinsiyetinin belirtilmediği tespit edilmiştir.

Bu kısım eşit ağırlıklı olarak dağıtılmış ve mevcut cinsiyet verilerine eklenmiştir.

Sonuç olarak 2013-2019 döneminde İstanbul'da bulunan sağlık kurumlarına sağlık turisti olarak müracaat eden kişileri % 53'ü erkek ve % 47'si kadın olarak tespit edilmiştir.

¹² Bu tablo Yabancı Hasta Takip Sistemi- Sağlık Turizmi verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

Tablo 15: Cinsiyet verileri (Mevcut dağılımı)¹³

Cinsiyet verileri (mevcut dağılımı)		
Cinsiyet	Sayı	%
Erkek	231.699	41%
Kadın	205.890	36%
(boş)	133.880	23%
Genel toplam	571.469	100%

Tablo 16: Cinsiyet verileri (Eşit ağırlıklı yeniden dağılımı)¹⁴

Cinsiyet Verileri (Eşit Ağırlıklı Yeniden Dağılımı)		
Cinsiyet	Sayı	%
Erkek	302.655	53%
Kadın	268.814	47 %
Genel Toplam	571.469	100%

Yaş Dağılımı ve Nüfus Piramidi Bilindiği üzere genel anlamda bir yerin nüfus özelliklerini incelemek için kullanılan önemli bir araç nüfus piramitleridir. Nüfus piramitleri bir bölgede bulunan nüfusun temel bazı özelliklerini yorumlamak için kullanılırlar.

Piramidin aldığı ele aldığı nüfusun yaş ve cinsiyet gibi temel özellikleri hakkında bir fikir verir (Kızılçaoğlu, 2005, s. 67). Genel anlamda nüfus piramitleri, ait olduğu nüfusun ekonomik analizinde kullanıldığı gibi çalışmada oluşturulan şekliyle belirli bir kitlenin analizinde de kullanılabilir.

Gerek Türkiye İstatistik Kurumu gerekse Aile, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığının çalışmalarında nüfusun fizyolojik, psikolojik ve sosyal- ekonomik faktörler dikkate alınarak üçlü bir ayrıma tabii tutulduğu görülmektedir (Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2019). (Kumtepe, 2018)

Bağımlı çağ olarak adlandırılan çocuk yaş grubu 0-14, Çalışma çağı olarak da adlandırılan genç- Orta yaş 15-64 ve yaşlı olarak tanımlanan 66 ve üstü olarak tanımlanmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütünün çalışmalarında kronolojik yaş sınıflamasının 45-59 yaş arası orta yaş, 60-74 yaş arası yaşlılık, 75-89 yaş arası ileri yaşlılık. 90 yaş ve üzeri ihtiyarlık olarak tanımladığı görülmektedir (World Health Organization, 1998).

¹³ Bu tablo Yabancı Hasta Takip Sistemi- Sağlık Turizmi verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

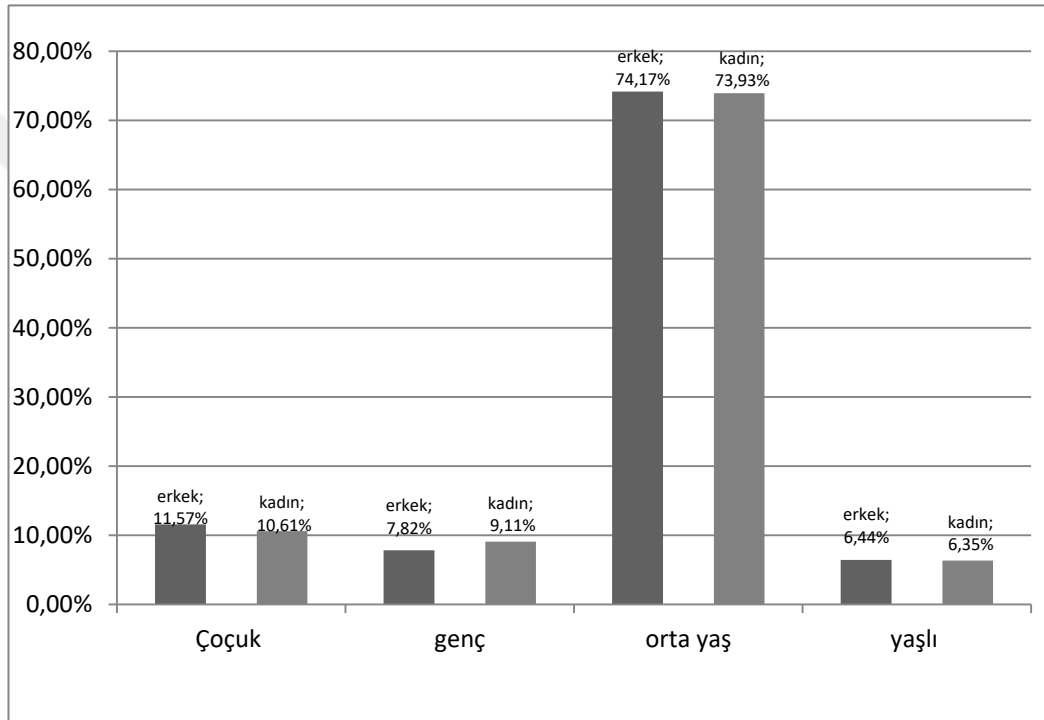
¹⁴ Bu tablo Yabancı Hasta Takip Sistemi- Sağlık Turizmi verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

Dünya sağlık örgütü tarafından daha sonraki yıllarda yayımlanan diğer raporlarda da bu tanımlamaya sadık kalındığı görülmektedir (Beard, Officer, & Cassels, 2015).

UNESCO tarafından genç yaş aralığı 15-25 yaş aralığı olarak belirlenirken Birleşmiş Milletler Örgütü (BM) 12-24 yaş aralığını genç olarak tanımlamaktadır.

Ülkemizde ise Birleşmiş Milletlerin de belirlediği gibi 12-24 yaş arası genel olarak genç yaş aralığı olarak kabul edilmektedir. . (Hacettepe Üniversitesi, 2020).

Bu bilgilerin ışığında çalışmada 0-14 yaş aralığı çocuk, 15-24 yaş aralığı genç, 25-64 yaş aralığı yetişkin (Orta yaş) 65 üstü yaşlı olarak kabul edilmiştir.



Şekil 10: İstanbul'a gelen sağlık turistlerinin yaş gruplarına göre dağılımı¹⁵

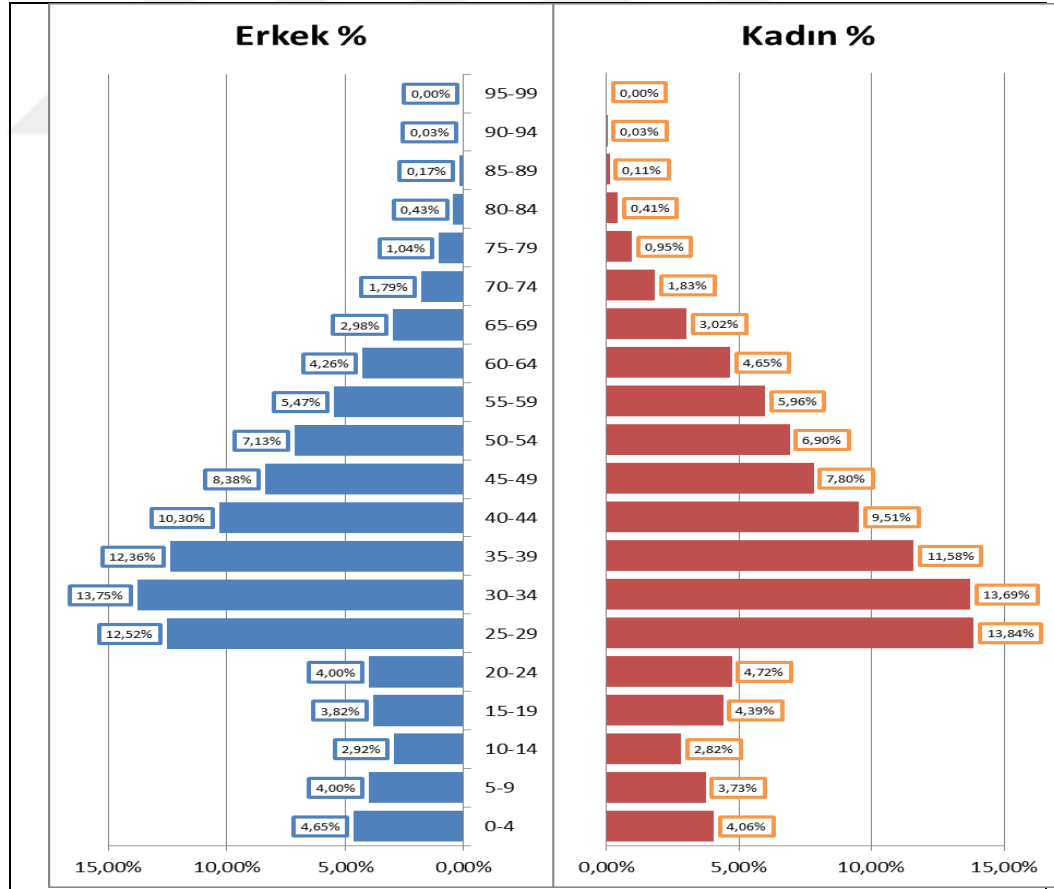
İstanbul'da faaliyet gösteren sağlık kurumlarına sağlık turizmi amacı ile müracaat eden kişilerin yaş gruplarına göre analiz edildiğinde boş değerler analiz dışı bırakılmış kalan değerler cinsiyet bazlı olarak ayrı ayrı analiz edilmiş ve yaş gruplarının cinsiyet toplamalarına oransal dağılımı yapılmıştır.

¹⁵ Bu Grafik Yabancı Hasta Takip Sistemi- Sağlık Turizmi verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

Tablo 17: İstanbul'a gelen sağlık turistleri yaş dağılımı¹⁶

Yaş Grubu	Erkek %	Yaş Grubu	Kadın %
0-4	4,65%	0-4	4,06%
5-9	4,00%	5-9	3,73%
10-14	2,92%	10-14	2,82%
15-19	3,82%	15-19	4,39%
20-24	4,00%	20-24	4,72%
25-29	12,52%	25-29	13,84%
30-34	13,75%	30-34	13,69%
35-39	12,36%	35-39	11,58%
40-44	10,30%	40-44	9,51%
45-49	8,38%	45-49	7,80%
50-54	7,13%	50-54	6,90%
55-59	5,47%	55-59	5,96%
60-64	4,26%	60-64	4,65%
65-69	2,98%	65-69	3,02%
70-74	1,79%	70-74	1,83%
75-79	1,04%	75-79	0,95%
80-84	0,43%	80-84	0,41%
85-89	0,17%	85-89	0,11%
90-94	0,03%	90-94	0,03%
95-99	0,00%	95-99	0,00%

Elde edilen veriler kullanılarak İstanbul'a 2013-2019 döneminde gelen sağlık turistlerine ait nüfus piramidi oluşturulmuştur.



Şekil 11: İstanbul sağlık turizmi nüfus piramidi¹⁷

¹⁶ Bu Tablo Yabancı Hasta Takip Sistemi- Sağlık Turizmi verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

2013-2019 döneminde İstanbul'a gelen ve sağlık turisti olarak hizmet alan nüfusa ait veriler irdelendiğinde, toplamda 571.470 kişinin sağlık turizmi hizmeti aldığı görülmektedir. 231.699'ünün erkek, 205.890'ının kadın olarak kaydedildiği ancak 133880 kişinin cinsiyetinin belirtilmediği tespit edilmiştir. Bu kısım eşit ağırlıklı olarak dağıtılmış ve mevcut cinsiyet verilerine eklenmiştir.

Sonuç olarak 2013-2019 döneminde İstanbul'da bulunan sağlık kurumlarına sağlık turisti olarak müracaat eden kişileri % 53 ü erkek ve % 47 si kadın olarak tespit edilmiştir.

2013-2019 döneminde Sağlık Turizmi amacıyla İstanbul'a gelen ve sağlık hizmeti alan nüfusa ait nüfus piramidi incelendiğinde 0-14 yaş grubunun erkeklerde %11,57 kadınlarda %10,61 olduğu görülmektedir. Genç yaş aralığının olan 15-24 yaş grubunda ise erkeklerde %7,82 kadınlarda %9,11 olduğu, orta yaş aralığı olarak da isimlendirilen 25-64 yaş grubunda erkeklerde %74,17, kadınlarda %73,93 olduğu tespit edilmiştir. Son olarak yaşlı olarak isimlendirilen 65 yaş ve üstünün gelen sağlık turistlerinin erkeklerde %6,44 kadınlarda %6,35 oranında olduğu tespit edilmiştir.

4.5.2. Tanı tedavi dağılımları

2013-2019 döneminde Sağlık Turizmi amacıyla İstanbul'a gelen ve sağlık hizmeti alan sağlık turistlerine ait en çok konulan 100 Tanı türü ve ICD sınıflamaları Tablo 18 de verilmiştir.

Tablo 18: Tanı bazlı sağlık turisti dağılımı (İlk 100 tanı)¹⁸

sn	ICD Kod	Tanı	Tanı Sayısı
1	Z41	Sağlık Durumunun Tedavisi Dışındaki Amaçlar İçin Uygulama	27.909
2	H52	Refraksiyon Ve Akomodasyon Bozuklukları	26.124
3	Z00	Yakınma Veya Bilinen Teşhisi Olmayan Kişilerin Genel Muayene	24.523
4	Z01	Yakınma Veya Bilinen Teşhisi Olmayan Kişilerin Özel Muayenesi	10.123
5	C50	Meme Malign Neoplazmı	9.306
6	N97	Kadın İnfertilitesi	7.961
7	J34	Burun Ve Nazal Sinüslerin Diğer Bozuklukları	7.521
8	L63	Alopesi Areata (Saç Kıran)	6.183
9	J06	Akut ÜSİYE, Birden Fazla Ve Tanımlanmamış Yerlerin	5.788
10	M54	Dorsalji	5.627
11	R10	Abdominal Ve Pelvik Ağrı	5.096
12	I10	Esansiyel (Primer) Hipertansiyon	5.058
13	K29	Gastrit Ve Duodenit	5.019
14	L65	Skar Yapmayan Saç Kaybı, Diğer	4.794

17 Bu Grafik Yabancı Hasta Takip Sistemi- Sağlık Turizmi verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

18 Bu Tablo Yabancı Hasta Takip Sistemi- Sağlık Turizmi verileri ile ICD 10 tanımlama kodları kullanılarak hazırlanmıştır.

Tablo 18: Tanı bazlı sağlık turisti dağılımı (İlk 100) (Devam)

sn	ICD Kod	Tanı	Tanı Sayısı
15	N76	<i>Vajen Ve Vulvanın Diğer Enflamasyonu</i>	4.508
16	Z33	<i>Gebelik Durumu</i>	4.365
17	M51	<i>İntervertebral Disk Bozuklukları, Diğer</i>	4.252
18	I25	<i>Kronik İskemik Kalp Hastalığı</i>	3.810
19	C18	<i>Kolon Malign Neoplazmı</i>	3.514
20	N46	<i>Erkek İnfertilitesi</i>	3.405
21	R07	<i>Boğaz Ve Göğüste Ağrı</i>	3.400
22	C34	<i>Bronş Ve Akciğer Malign Neoplazmı</i>	3.366
23	J02	<i>Akut Farenjit</i>	3.299
24	K02	<i>Diş Çürükleri</i>	3.084
25	Z94	<i>Organ Ve Doku Nakilleri</i>	3.033
26	M79	<i>Romatizma, Tanımlanmamış</i>	3.023
27	K21	<i>Gastro-Özofajial Reflü Hastalığı</i>	3.022
28	E11	<i>İnsülin-Bağımlı Olmayan Diyabetes Mellitus</i>	3.009
29	H35	<i>Retina Bozuklukları, Diğer</i>	2.901
30	H10	<i>Konjonktivite</i>	2.705
31	J00	<i>Akut Nazofarenjit [Nezle]</i>	2.688
32	J30	<i>Vazomotor Ve Allerjik Rinit</i>	2.611
33	M17	<i>Gonartroz [Diz Eklemine Artrozu]</i>	2.509
34	N64	<i>Memenin Diğer Bozuklukları</i>	2.482
35	E03	<i>Hipotiroidizm, Diğer</i>	2.319
36	Z34	<i>Normal Gebeliğin Gözlemi</i>	2.283
37	R69	<i>Bilinmeyen Ve Tanımlanmamış Hastalık Nedenleri</i>	2.253
38	H18	<i>Korneanın Diğer Bozuklukları</i>	2.251
39	N39	<i>Üriner Sistemin Diğer Bozuklukları</i>	2.244
40	N18	<i>Kronik Böbrek Yetmezliği</i>	2.237
41	Z04	<i>Muayene Ve Gözlem İçin Diğer Nedenler</i>	2.218
42	Z31	<i>Üreme Yöntemi</i>	2.172
43	G44	<i>Küme Baş Ağrısı Sendromu</i>	2.156
44	J03	<i>Akut Tonsillit</i>	2.142
45	J20	<i>Akut Bronşit</i>	2.141
46	E88	<i>Metabolik Bozukluklar, Diğer</i>	2.135
47	N40	<i>Benign Prostat Hiperplazisi</i>	2.097
48	C71	<i>Beyin Malign Neoplazmı</i>	2.067
49	G40	<i>Özel Epileptik Sendromlar</i>	2.016
50	R51	<i>Baş Ağrısı</i>	1.966
51	K30	<i>Dispepsi</i>	1.917
52	L30	<i>Dermatit, Diğer</i>	1.898
53	H25	<i>Senil Katarakt</i>	1.876
54	N30	<i>Sistit</i>	1.857
55	L70	<i>Akne</i>	1.851
56	D50	<i>Demir Eksikliği Anemisi</i>	1.833
57	N20	<i>Böbrek Taşı</i>	1.732
58	J45	<i>Astım</i>	1.719
59	H40	<i>Glokom</i>	1.699
60	J01	<i>Akut Sinüzit</i>	1.696
61	M25	<i>Hemartroz</i>	1.686
62	M50	<i>Servikal Disk Bozuklukları</i>	1.670
63	M75	<i>Omuz Lezyonları</i>	1.572
64	R00	<i>Kalp Atım Anormallikleri</i>	1.561
65	O26	<i>Gebelikle İlgili Diğer Durumlarda Anne Bakımı</i>	1.558
66	N92	<i>Menstrüasyonun Aşırı, Sık Ve Düzensiz Olması</i>	1.545

Tablo 18: Tanı bazlı sağlık turisti dağılımı (İlk 100) (Devam)

67	S83	Diz Eklem Ve Ligamentlerinin Çıkık, Burkulma Ve Gerilmesi	1.539
68	C61	<i>Prostat Malign Neoplazmı</i>	1.534
69	R06	<i>Solunum Anormallikleri</i>	1.525
70	H04	<i>Lakrimal Sistem Bozuklukları</i>	1.516
71	C16	<i>Kardiak Malign Neoplazm</i>	1.442
72	C20	<i>Rektum Malign Neoplazmı</i>	1.440
73	C81	<i>Hodgkin Hastalığı</i>	1.430
74	M23	<i>Dizin İç Bozukluğu</i>	1.421
75	A09	<i>Diyare Ve Gastroenterit, Enfeksiyöz Kaynaklı Olduğu Tahmin E.</i>	1.404
76	J35	<i>Tonsiller Ve Adenoidlerin Kronik Hastalıkları</i>	1.398
77	Q21	<i>Kardiak Septanın Konjenital Malformasyonları</i>	1.390
78	E04	<i>Toksik Olmayan Guatr, Diğer</i>	1.389
79	N91	<i>Menstrüasyonun Yokluğu, Azlığı Ve Seyrekliği</i>	1.382
80	B18	<i>Kronik Viral Hepatit</i>	1.380
81	K59	<i>Kabızlık</i>	1.358
82	C91	<i>Lenfoid Lösemi</i>	1.330
83	K52	<i>Enfektif Olmayan Diğer Gastroenterit Ve Kolit</i>	1.298
84	Z52	<i>Organ Ve Doku Donörleri</i>	1.295
85	E10	<i>İnsülin-Bağımlı Diyabetes Mellitus</i>	1.269
86	E78	<i>Lipoprotein Metabolizması Bozuklukları Ve Diğer Lipidemiler</i>	1.260
87	Z54	<i>İyileşme Dönemi</i>	1.251
88	F41	<i>Anksiyete Bozuklukları, Diğer</i>	1.229
89	M95	<i>Kas İskelet Sistemi Ve Bağ Dokusunun Kazanılmış Deformiteleri, Diğer</i>	1.212
90	H65	<i>Nonsüpüratif Otitis Media</i>	1.209
91	L50	<i>Ürtiker</i>	1.193
92	R05	<i>Öksürük</i>	1.188
93	L20	<i>Atopik Dermatit</i>	1.179
94	H36	<i>Retinal Bozukluklar, Başka Yerde Sınıflanmış Hastalıklarda</i>	1.171
95	H02	<i>Göz Kapağının Diğer Bozuklukları</i>	1.152
96	E66	<i>Obezite</i>	1.151
97	H26	<i>Kataraktlar, Diğer</i>	1.150
98	D64	<i>Anemi, Diğer</i>	1.131
99	R11	<i>Bulantı Ve Kusma</i>	1.131
100	C25	<i>Pankreas Malign Neoplazmı</i>	1.090
		<i>Toplam</i>	322.822

Tablo 18 de yer alan en çok rastlanılan ilk tanıya baktığımızda sırasıyla:

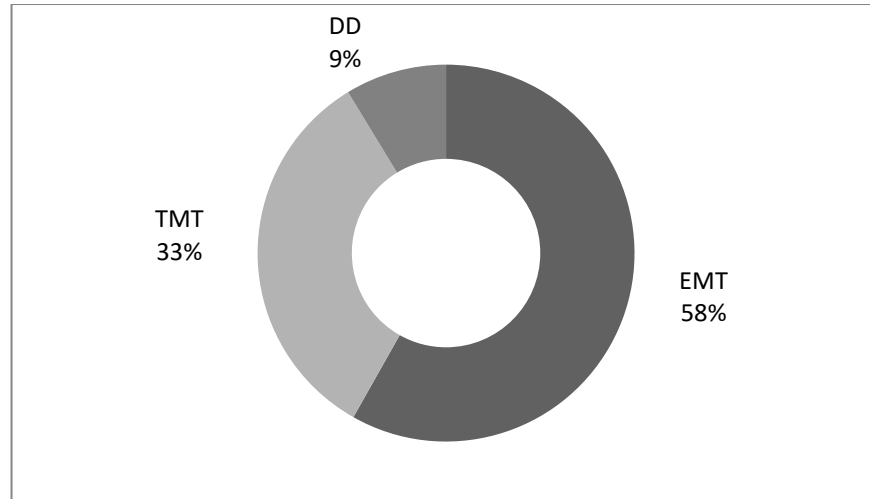
- Sağlık Durumunun Tedavisi Dışındaki Amaçlar İçin Uygulama
- Refraksiyon Ve Akomodasyon Bozuklukları
- Yakınma Veya Bilinen Teşhisi Olmayan Kişilerin Genel Muayene
- Yakınma Veya Bilinen Teşhisi Olmayan Kişilerin Özel Muayenesi
- Meme Malign Neoplazmı
- Kadın İnfertilitesi
- Burun Ve Nazal Sinüslerin Diğer Bozuklukları
- Alopesi Areata (Saç Kıran)
- Akut ÜS YE
- Dorsalji olarak sıralanmıştır.

İlk sırada estetik medikal amaçlı sağlık turizmi kapsamında değerlendirebilecek “Sağlık Durumunun Tedavisi Dışındaki Amaçlar İçin Uygulama” tanısı bulunmaktadır.

Literatür ve uygulama göz önüne alınarak ilk 10 tanı incelendiğinde; sağlık turizm türleri ile ilişkilendirecek olursak: Sağlık Durumunun Tedavisi Dışındaki Amaçlar İçin Uygulama, Yakınma Veya Bilinen Teşhisi Olmayan Kişilerin Genel ve Özel Muayenesi, Burun Ve Nazal Sinüslerin Diğer Bozuklukları ve Alopesi Areata (Saç Kırın) tanıları estetik medikal turizm kapsamında, Refraksiyon ve Akomodasyon Bozuklukları, Meme Malign Neoplazmı, Kadın İnfertilitesi, Akut ÜSYE ve Dorsalji Tıbbi Medikal Turizm kapsamında kabul edilebilir.

Ancak yine literatür ve uygulama çerçevesinde; Akut ÜSYE ve Dorsalji tanılarının ülkelerindeki iç savaş nedeniyle 2013-2019 döneminde ülkemizde bulunan ve gerekli yasal düzenlemelere yapılmadığından sağlık turisti olarak tanı ve tedavi hizmetlerine başvuran yabancılara ait olduğu düşünülmektedir.

Bu çerçevede son düzenlemeler yapıldıktan sonra ilk on tanının % 58 inin estetik amaçlı sağlık turizmi, %33 ünün tıbbi amaçlı sağlık turizmi faaliyeti olduğu ve % 9 ünün ise değerlendirme dışı tutulan Akut ÜSYE ve Dorsalji tanılarına ait olduğu görülmektedir.



Şekil 12: İlk 10 Tanının sağlık turizmi türlerine göre dağılımı¹⁹

Ağırlıklı olarak 2013-2019 döneminde Sağlık Turizmi amacıyla İstanbul’a gelen ve sağlık hizmeti alan sağlık popülasyona ait nüfus piramidi incelendiğinde 0-14 yaş grubunun erkeklerde %11,57 kadınlarda %10,61 olduğu görülmektedir.

¹⁹ Bu Grafik Yabancı Hasta Takip Sistemi- Sağlık Turizmi verileri analiz edilerek hazırlanmıştır.

Tablo 19: Kliniklere göre gelen yabancı uyruklu hastalar²⁰

sn	Klinik	Hasta Sayısı
1	Göz Hastalıkları	62.693
2	Deri Ve Zührevi Hastalıkları	45.949
3	Kadın Hastalıkları ve Doğum	45.673
4	Ortopedi Ve Travmatoloji	39.231
5	İç Hastalıkları	34.778
6	Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi	31.944
7	Tıbbi Onkoloji	28.990
8	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	28.251
9	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	27.714
10	Kardiyoloji	21.806
11	Genel Cerrahi	21.406
12	Üroloji	20.700
13	Gastroenteroloji	15.278
14	Nöroloji	14.426
15	Beyin Ve Sinir Cerrahisi	14.333
16	Acil Tıp	13.434
17	Diş Tedavi	10.291
18	Fizik Tedavi Ve Rehabilitasyon	10.124
19	Endokrinoloji Ve Metabolizma Hastalıkları	10.066
20	Göğüs Hastalıkları Ve Tüberküloz	7.102
21	Hematoloji	6.991
22	Kalp ve Damar Cerrahisi	6.861
23	Radyasyon Onkolojisi	5.641
24	Nefroloji	5.190
25	Çocuk Hematolojisi	3.468
26	Nükleer Tıp	3.307
27	Ağız Diş ve Çene Hastalıkları ve cerrahisi	3.054
28	Çocuk Nörolojisi	2.782
29	Göğüs Cerrahisi	2.725
30	Çocuk Cerrahisi	2.314
31	Çocuk Kardiyolojisi	2.160
32	Plastik Ve Rekonstrüktif Cerrahi	1.939
33	Romatoloji	1.935
34	Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları	1.908
35	Enfeksiyon Hastalıkları	1.881
36	Aile Hekimliği	1.822
37	Mikrobiyoloji Ve Klinik Mikrobiyoloji	1.496
38	Çocuk Endokrinolojik Ve Metabolizma Hastalıkları	1.448
39	Radyoloji	1.256
40	Anesteziyoloji Ve Reanimasyon	1.242
41	Diyetisyen	1.146
42	Çocuk Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları	934
43	Biyokimya Ve Klinik Biyokimya	902
44	Çocuk Onkolojisi	832
45	Çocuk Nefrolojisi	642
46	Çocuk Allerjisi	633
47	Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji	545
48	Alerjik Hastalıklar	427
49	Diş Protezi	382
50	Tıbbi Ekoloji ve Hidroklimatoloji	256

²⁰ Bu Tablo Yabancı Hasta Takip Sistemi- Sağlık Turizmi kullanılarak hazırlanmıştır.

Tablo 19: Kliniklere göre gelen yabancı uyruklu hastalar(Devam)

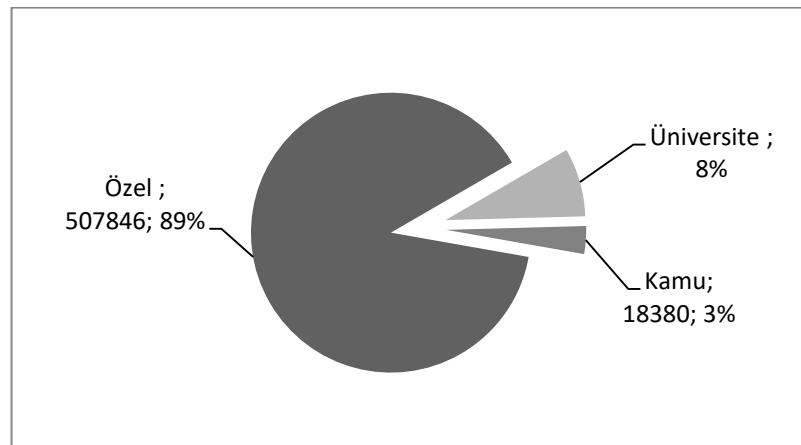
sn	Klinik	Hasta Sayısı
51	Tıbbi Genetik	189
52	Radyodiagnostik	159
53	Peridontoloji	143
54	Algoloji / Ağrı Polikliniği	109
55	Pedodonti	105
56	Sualtı Hekimliği ve Hiperbarik Tıp	100
57	Peridontoloji	72
58	Neonatoloji	66
59	Gastroenterolojik Cerrahi	54
60	Ortodonti	53
61	Patoloji	53
62	Tıbbi Patoloji	50
63	Bilinmeyen	8
	Genel Toplam	571.469

Tablo 20: Kurum türü bazlı dağılım²¹

Kurum Türü	Kurum Sayısı
Kamu	18.380
Özel	507.846
Üniversite	45.243
Genel Toplam	571.469

Tablo 21: Faaliyet türlerine göre kurumlar²²

Kurum Türü	Kurum Sayısı
Görüntüleme Merkezi	3
Kamu Hastane	58
Muayenehane	23
Optik	1
Özel Hastane	128
Poliklinik	21
Tıp Merkezi	86
Üniversite Hastanesi	11
Genel Toplam	331

**Şekil 13: Kurum türü dağılımı²³**

²¹ Bu Tablo Yabancı Hasta Takip Sistemi- Sağlık Turizmi kullanılarak hazırlanmıştır.

²² Bu Tablo Yabancı Hasta Takip Sistemi- Sağlık Turizmi kullanılarak hazırlanmıştır.

²³ Bu Grafik Yabancı Hasta Takip Sistemi- Sağlık Turizmi kullanılarak hazırlanmıştır.

4.5.3. Coğrafi verilere göre analiz

Çalışmanın bu bölümünde 2013-2019 döneminde İstanbul'a en çok sağlık turisti gönderen 20 ülke sıralanmıştır.

Tablo 22: Ülkelere göre sağlık turisti (ilk 20) ilk yirmi ülke²⁴

	Ülke	Sağlık Turisti (2013-2019)
1	Libya	120.441
2	Azerbaycan	66.059
3	Irak	65.077
4	Almanya	23.291
5	Türkmenistan	19.707
6	Bulgaristan	15.968
7	Suudi Arabistan	14.029
8	Romanya	12.811
9	Rusya Federasyonu	10.758
10	Gürcistan	10.522
11	Afganistan	9.443
12	Birleşik Devletler	9.104
13	İtalya	9.100
14	İspanya	8.938
15	Ukrayna	7.449
16	Özbekistan	7.245
17	Suriye	7.159
18	Hollanda	6.794
19	İngiltere	6.617
20	Iran	6.529
	Toplam	437.041

Tablo 23: Kıtalara göre sağlık turisti dağılımı²⁵

Kıtalar	Sağlık Turisti (2013-2019)
Avrupa	234.582
Asya	170.185
Afrika	140.763
Amerika	18.967
Okyanusya	2.060
İlk yüz hariç	4.912
Genel toplam	571.469

Tablo 24: Bölgelere göre sağlık turisti dağılımı²⁶

Bölge	Dağılım (%)
AB	18,0%
AF/ORD	34,0%
AMER	3,5%
ABHA	5,6%
ESC	35,0%
UZAK	3,9%
(Boş)	0,3%

²⁴ Bu Tablo Yabancı Hasta Takip Sistemi- Sağlık Turizmi kullanılarak hazırlanmıştır.

²⁵ Bu Tablo Yabancı Hasta Takip Sistemi- Sağlık Turizmi kullanılarak hazırlanmıştır.

²⁶ Bu Tablo Yabancı Hasta Takip Sistemi- Sağlık Turizmi analiz edilerek hazırlanmıştır.

Çalışmanın bu bölümünde öncelikle çalışılacak ülkelerin seçimi yapılmıştır. Seçim için ilk aşamada İstanbul'a gelen sağlık turistlerinin geldikleri ülkelerin bulundukları bölgelere yönelik bir ayırım yapılmıştır.

- Afrika ve Ortadoğu ülkeleri (AFORD),
- Avrupa Birliği Ülkeleri (AB),
- AB Harici Avrupa Ülkeleri (ABHA),
- Uzak Doğu ve Okyanusya Ülkeleri (UZOK),
- Kuzey ve Güney Amerika Kıtası ülkeleri (AMERK)
- Eski Sovyetler Birliği Ülkeleri (ESC)

Tablo 25: Bölgesel dağılım tablosu

	BÖLGE	Sağlık Turisti (2013-2019)
1	ESC	199.630
2	AF/ORD	193.991
3	AB	102.297
4	ABHA	31.761
5	UZOK	22.132
6	AMERK	19.931
	Diğer	17.27
	Genel Toplam	571.469

İkinci aşamada bu bölgelerden İstanbul'a 2013-2019 döneminde en çok sağlık turisti gönderen ilk üç ülke tespit edilmiştir.

Tablo 26: Bölgelerine göre en çok sağlık turisti gönderen ilk 3 ülke

Ülke	Sağlık Turisti (2013-2019)	Bölge
Almanya	23.291	Avrupa Birliği
Bulgaristan	15.968	
Romanya	12.811	
Libya	12.0441	Ortadoğu/Afrika
Irak	65.077	
Suudi Arabistan	14.029	
Birleşik Devletler	9.104	Kuzey/Güney Amerika
Amerikan Samoa	5.374	
Kanada	2.164	
İngiltere	6.617	Avrupa (AB Hariç)
Kosova Cumhuriyeti	5.180	
Makedonya	4.332	
Azerbaycan	66.059	Eski SSCB Ülkeleri
Rusya Federasyonu	10.758	
Gürcistan	10.522	
Çin	3.268	Uzak Doğu/ Okyanusya
Avustralya	1.814	
Güney Kore	1.685	
Genel Toplam	385.261	

Analiz ve karşılaştırmalar için AFORD bölgesi haricinde bu bölgelerden İstanbul'a en çok turist gönderen ülkeler analize dâhil edilmiştir. AFORD bölgesinde en çok turist gönderen ülke olarak Libya tespit edilmiştir. Ancak bu bölgenin yaşadığı iç savaş ve göç problemleri ve verilere ulaşma problemi nedeniyle analiz dışı bırakılarak bu bölgeden en çok turist gönderen Irak analize dâhil edilmiştir.

Tablo 27: Analiz edilen seçilmiş ülkeler

Ülke	Sağlık Turisti Sayısı
Azerbaycan	66.059
Irak	65.077
Almanya	23.291
Birleşik Devletler	9.104
İngiltere	6.617
Çin	3.268
Genel Toplam	180.183

Analize dâhil edilen altı ülkenin (Almanya, İngiltere, Azerbaycan, ABD, Irak ve Çin) İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı içindeki toplam payları % 32 dir.

Değişkenlerin Seçimi İstanbul'a yönelik sağlık turizmi dış talebi gelir, fiyatlar genel seviyesi ve seyahat maliyetleri gibi makroekonomik belirleyiciler kullanılarak 2013-2019 dönemi için analiz edilmiştir

Analizde, uzun uğraşlar sonucu seçilmiş ülkelerin aynı nitelikteki verilerine ulaşılmış ve veri setine giren bazı değişkenler ise, uluslararası kuruluşlar ve ilgili ülkelere ait resmi veriler kullanılarak ek hesaplamalarla oluşturulmuştur.

Tablo 28: Ülke analizi değişkenler tablosu

Değişken	Temsili Değişken	Kod	Kaynak
İstanbul'a Yönelik Sağlık Turizmi Talebi	İstanbul'a Gelen Sağlık Turisti Sayısı	ST	TUİK, Sağlık Turizm, Bilgi Sistemi
Sağlık Turisti Gönderen Ülkeleri Gelir Durumu	Kişi Başı GSYİH	KG	IMF
Seyahat Maliyetleri	Ülkelerin İstanbul'a Uzaklığı+ Ham Petrol Fiyatları	SM	Opec+ Travelmath .Com

Sağlık Turizm Talebi Genel anlamda turizm talebini temsil edecek değişkenler turist sayısı, turistlerin harcamaları, konaklama gün sayısı gibi farklı değişkenler olabilir. Genelde alanda yapışan çalışmalara bakıldığında turizm talebinin göstergesi olarak, verilere daha kolay ulaşılabilme olanağı da göz önüne alınarak turist sayısı kullanılmaktadır. (Duru, 2017, s. 78-81)

Bu çalışmada da aynı yaklaşımla 2013- 2019 yılları arasında seçilmiş ülkelerden İstanbul'a sağlık turizmi amacıyla gelen kişi sayısı değişkeni

kullanılmıştır. Sağlık turist sayısına ilişkin veriler Sağlık Turizmi Bilgi Takip Sisteminden temin edilmiştir.

Bu çalışmada, İstanbul'a gelen sağlık turisti sayısı, uluslararası turizm talebini temsilen alınan bağımlı değişken olup bu veri seti, Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi ve Turisti Sağlığı İzleme sisteminden alınmıştır. Söz konusu veriler ülkeye, bölgeye, kıtaya, müracaat edilen kliniğe ve tanıya göre ayrı ayrı sınıflanarak analize hazır hale getirilmiştir.

Yurtdışı seyahatlerinin pahalı ve genellikle lüks bir mal olarak kabul edilmesi bireylerin tüketilebilir gelirleri ile turizm taleplerinin ilişkili olabileceğini göstermektedir. Bundan dolayı gelir değişkeni turizm talebini inceleyen çalışmalarda en çok kullanılan değişken olmuş ve turizm talep fonksiyonlarında turist gönderen ülkenin geliri bağımsız değişken olarak modele dâhil edilmiştir (Duru, 2017, s. 78-81)

Gelir, turizm talebi analizlerinde en fazla kullanılan açıklayıcı değişkenlerden birisi olup, veri ulaşılabilirliği açısından kolayca bulunabilen bir değişkendir. Harcanabilir gelir, kişi başı GSYİH, kişi başı GSMH gibi sayısal türleri bu amaçla kullanılabilir. Gelirin harcanabilir kısmının ölçümünde teknik olarak yaşanan sıkıntılar nedeniyle bu tür analiz çalışmalarında genelde kişi başı GSYİH veya GSMH rakamları kullanılmaktadır. Sadece bugünkü gelir değil, geçmişteki gelir de turizm talebi üzerinde etkili olmaktadır (Lim, An Econometric Classification and Review of International Tourism Demand Models., 1997)

Literatüre baktığımızda birçok araştırmacının gelir seviyesi ile turizm talebini doğru orantılı olarak ele aldıklarını görmekteyiz. Bu bağlamda (turist gönderen ülkede) gelir yükselirse turizm hizmetlerine olan talep artacağını söyleyebiliriz (Duru, 2017, s. 78-81). Bu Çalışmada gelir değişkenini temsilen, IMF den alınan veriler kullanılmıştır. ABD \$'ı fiyatlarıyla hesaplanan kişi başı GSYİH verileri kullanılmıştır.

Tablo 29: Seçilmiş ülkeler KBGSYİH

Kişi Başı GSYİH (\$)	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Azerbaycan	7.926	7.939	5.300	3.898	4.218	4.760	4.814
Çin	7.073	7.694	8.085	8.120	8.823	9.920	10.287
Almanya	46.299	48.036	41.107	42.124	44.537	47.832	46.473
Irak	7.021	6.704	5.047	4.843	5.262	5.919	5.884
İngiltere	43.488	47.454	44.989	41.194	40.407	43.114	42.379
ABD	53.072	55.025	56.849	58.017	60.106	63.056	65.254

Kaynak: IMF (www.imf.org, 2020)

Sağlık turizmi faaliyetinin diğer turistik faaliyetlere göre görece daha pahalı olması dikkate alındığında İstanbul'a sağlık turisti gönderen ülkelerde kişi başına düşen milli gelirin artması durumunda bu ülkelere ve İstanbul'a olan sağlık turisti akımında bir artış beklenir.

1.4.2.5. Seyahat Maliyeti

Çalışmada öncelikle seçilmiş ülke başkentlerinin İstanbul'a uzaklıkları tespit edilmiştir. Akabinde ortalama bir yolcu uçağının 100 km. de 424 yakıt tükettiği kabul edilerek bu mesafelerde ne kadar yakıt tüketileceği hesaplanmıştır.

Üçüncü adım olarak uluslararası piyasada 2019 yılı Uçak yakıtı litre fiyatı (0,65 USD) kullanılarak 2019 yılı için maliyet hesaplanmıştır.

Son adımda ise uçak yakıtının ham maddesi olan ham petrol fiyatları temel alınmış ve geçmişe dönük olarak 2013 yılından itibaren tek yön yaklaşık uçuş maliyetleri hesaplanmıştır.

Tablo 30: Mesafe ve maliyet tablosu²⁷

			<i>Uçak Yakıtı Litre Fiyatı</i>	0,65
<i>Çıkış</i>	<i>Varış</i>	<i>Mesafe km</i>	100 kilometre harcanan Yakıt	424 Litre
			Tek Yön Uçuş Yakıt Maliyeti (\$)	Uçuş Süresi
<i>Bakü</i>	İstanbul	1.765	4.864,34	2 saat, 42 dk.
<i>Berlin</i>	İstanbul	1.738	4.789,93	2 saat, 40 dk.
<i>Washington</i>	İstanbul	8.417	23.197,25	10 saat, 58 dk.
<i>Londra</i>	İstanbul	2.504	6.901,02	3 saat, 37 dk.
<i>Pekin</i>	İstanbul	7.071	19.487,68	9 saat, 17 dk.
<i>Bağdat</i>	İstanbul	1.610	4.437,16	2 saat, 30 dk.

Kaynak: (<http://www.airkule.com/>, 2020), (<https://www.travelmath.com/cost>, 2020)

Bu analizde, seyahat maliyetlerini temsilen, tablo 4'de sunulmuş olan her bir ülke ile Türkiye arasındaki kuş uçuşu uzaklığın, EIA reel ham petrol fiyatlarına oranlanması suretiyle elde edilen veri seri kullanılmıştır (mesafe/ ham petrol fiyatları).

Buradaki amaç, ülkelerin Türkiye'ye olan uzaklıkları ve petrol fiyatlarını birlikte dikkate alarak ilişkilendirmektir. Mesafe sabit kaldığı için, örneğin petrol fiyatları yükseldiğinde hesaplanan azalacaktır. Normalde sadece petrol fiyatları bu değişkeni temsilen alınabilmektedir. Ancak, ilgili ülkelerin mesafelerinin bu de petrol fiyatlarıyla birlikte dikkate alınması, mesafe faktörünün turizm talebi üzerindeki etkisini modelleyebilmek açısından avantaj sağlamaktadır.

²⁷ Tabloda yer alan mesafeler, uçuş süreleri ve karayolu maliyetleri <https://www.travelmath.com> sitesinden, uçak yakıtı fiyatı, yakıt harcama bilgisi, ton fiyat bilgisi <http://www.airkule.com/> sitesinden alınmıştır. Ton fiyatı litre fiyatına dönüştürülerek hesaplamalar yapılmıştır. Hesaplamalar ortalama yolcu uçağı değerleri esas alınarak yapılmış olup uçak türüne göre farklılıklar gösterebilir.

4.5.4. Almanya

Federal bir Cumhuriyet alan Almanya'nın 2015 nüfusu 80 milyonda fazladır. Dünyanın en kalabalık 16. ülkesidir. Nüfusun yaşa göre dağılımına baktığımızda nüfusun %13'ü 15 yaş altı, nüfus %21 21 65 yaş üstüdür. Almanya'da doğumda beklenen yaşam süresi 81 yıldır. Erkeklerde 79, kadınlarda ise 83 yıldır. Kaba doğum hızı binde 8 iken, kaba ölüm hızı binde 10'dur. Beş yaş altı ölüm hızı binde 4, anne ölüm oranı ise yüz binde 6'dır (Sur & Ataç, 2016).

Sağlık hizmetleri söz konusu olduğunda Almanya gerek sağlık hizmetlerinin sunumu gerekse kalitesi olsun dünyanın önde gelen ülkelerindendir. Almanya'da birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri ve dış hekimleri tarafından sözleşmeli bir sistem (Hausarzt) çerçevesinde yürütülmektedir.

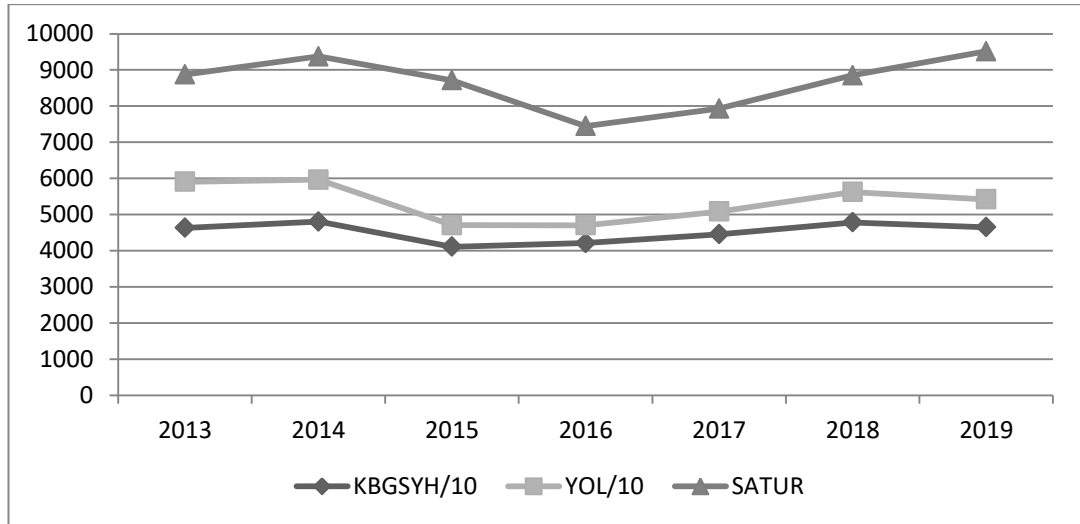
Finansman özerk yapıya sahip sigorta kuruluşlarınca -KV (Kassenärztliche Vereinigung)- sağlanır (Çevik & Yüksel, 2019) Almanya genelinde yaklaşık 2000 hastane bulunmaktadır. Sigortalı hastalardan gün başı yaklaşık 10 Euro ücret alınırken hasta sigortasız ise veya sigorta kapsamında olmayan bir durum söz konusu ise çok yüksek bir maliyetle karşı karşıya kalmaktadır.

Dış tedavisinde ise sigorta şirketleri minimum düzeyde müdahil olmakta işlemlerin büyük çoğunluğunu kapsam dışı bırakmaktadırlar. Aynı şekilde gözlük çerçevesi ve camı sigorta tarafından karşılanmamaktadır (SB THSSGM, 2020).

Almanya'da ülkemize gelen sağlık turistlerinin büyük çoğunluğu bu ülkede yaşayan Türk nüfustur. Almanya'da yaşayan Türk nüfusu Türkiye'deki birçok ilin nüfusundan fazladır. Bu grup alacağı sağlık hizmetinin kendi anavatanında kendi dilinde alması gibi teşvik edici unsurların yanı sıra sağlık hizmetlerinin görece ucuz olması nedeniyle Türkiye'de sağlık hizmeti almayı tercih etmektedirler.

Tablo 31: Almanya ülke analizi

Ülke	Yıl	Sağlık Turist Sayısı	KBGSYH	YOL MALİYETİ (\$)
Almanya	2013	2.65	46.299	12.762,92
Almanya	2014	3.409	48.036	11.602,65
Almanya	2015	4.008	41.107	5.950,08
Almanya	2016	2.742	42.124	4.917,42
Almanya	2017	2.844	44.537	6.304,38
Almanya	2018	3.227	47.832	8.405,84
Almanya	2019	4.096	46.473	7.711,78



Şekil 14: Almanya ülke analizi

2013-2019 döneminde Almanya'dan İstanbul'a yönelik sağlık turizm talebini, Almanya'daki kişi başına düşen gayri safi milli hâsıla ve Berlin – İstanbul arası seyahat maliyetleri çerçevesinde incelediğimizde sağlık turist talebinin 2015 ile 2019 yıllarında pik yaptığı 2016 yılında ise dip yaptığı görülmektedir.

Grafiği incelediğimizde sağlık turist talebinin eğrisinin eğimi ile KBGSYH eğrisinin eğiminin doğru orantılı seyahat maliyetleri eğrisinin eğiminin ters orantılı olduğu görülmektedir. Genelde KBGSMH eğrisini takip ettiği ancak 2016 yılında seyahat maliyetlerinin dip yapmasına karşın sağlık turist talebinin düştüğü görülmektedir.

2013 -2019 döneminde Almanya'dan İstanbul'a yönelik sağlık turizm talebini bu dönemde en çok müracaat edilen klinik bazında incelediğimizde ilk üç sırada Göz Hastalıkları, Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi ve Diş tedavisinin yer aldığını görmekteyiz.

Tablo 32: En çok başvurulanan ilk 10 klinik-Almanya 2013-2019

	KLİNİK	Sağlık Turisti
1	Göz Hastalıkları	7.234
2	Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi	2.698
3	Diş Tedavi	2.067
4	Kadın Hastalıkları ve Doğum	1.295
5	Deri Ve Zührevi Hastalıkları	1.278
6	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	1.113
7	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	1.011
8	İç Hastalıkları	889
9	Ortopedi Ve Travmatoloji	688
10	Acil Tıp	638

Büyük oranda saç ekimi için gele sağlık turistlerinin müracaat ettiği Deri Ve Zührevi Hastalıkları kliniği ise bu dönemde 5. Sırada yer almaktadır.

Almanya'nın gelişmiş bir sağlık sistemine sahip olduğu açıktır. Bu bağlamda Almanya'dan gelen sağlık turistlerinin müracaat ettikleri kliniklere göre değerlendirdiğimiz tedavi amaçlı tıbbi medikal turizmden ziyade ağırlıklı olarak estetik tıbbi turizm amaçlı geldikleri gözlemlenmiştir. Bu durum söz konusu işlemlerin Türkiye'de görece olarak ucuz olması ile izah edilebilir.

4.5.5. Irak

1960 ve 1970'lerde Irak' da Orta Doğu'nun en iyilerinden biri olarak kabul edilen etkin bir Ulusal Sağlık Sistemi kurmuştu. Kamusal Finansman esasına dayalı Irak Sağlık sistemi tüm vatandaşlarına ücretsiz hizmet sunmaktaydı. Irak hükümeti bildirimine göre sağlık hizmetlerine ulaşım kentte % 97, kırdan % 79' idi.

Sağlık örgütünün en üst basamağında Sağlık Bakanlığı bulunmaktaydı. her eyalette nüfusuna göre en az bir tane olmak üzere sağlık müdürlüğü, sağlık müdürlüklerine bağlı sağlık bölgeleri ve bunlara bağlı birinci basamak sağlık kurumları yer almaktaydı. Her Sağlık Müdürlüğü bölgesinde bir tane ikinci basamak hastane vardı (Saçaklıoğlu, et al., 2005).

Günümüzde Irakta Sağlık hizmetleri hastaneler, halk sağlığı klinikleri ve diğer birinci basamak sağlık merkezleri aracılığıyla verilmektedir. 2003'te yılında ülke genelinde toplam 1717 merkezi bulunmaktaydı. Bu merkezlerin yaklaşık% 50'sinde hekim bulunurken geri kalanı hemşire ve tıbbi asistanlar ile hizmet vermekteydi.

2005 yılında birinci basamak sağlık bakım merkezleri sayısı 1854'e çıkarılmıştır. Irakta Kuzey Irak bölgesi hariç toplam 156 devlet hastanesi vardır. Bu hastanelerde 32641 yatak bulunurken yatak doluluk oranı % 57,1dir. Irak'ın tamamında 105 özel hastane bulunmaktadır. Irak'ın nüfusu 2006'da 28.506.000'den 2013 de 35.095.772'ye çıkmış, kayda değer bir nüfus artışı olmuştur. Ülke genelinde 2007'de 15994 olan toplam hekim sayısı 2013'te 30913'e çıkmıştır.

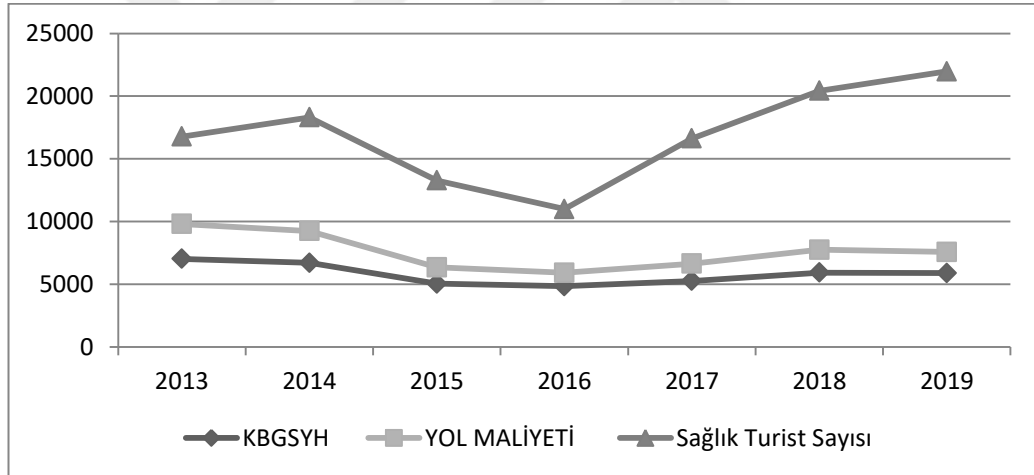
Ayrıca 2013 yılında beş yaşın altındaki çocukların 8,5'inin zayıf olduğu tahmin edilmiştir. Aynı zamanda yıllık bebek ölüm hızı 17,9 olarak tahmin edilmiş ve beş yaşın altındaki çocuklar için ölüm oranı 22,5 olmuştur. Yeni doğan kardiyopulmoner bozukluklar beş yaşın altındaki çocuklarda en sık ölüm nedeniydi.

Enfektif hepatit ve tüberküloz, 2013 yılında teşhis edilen en yaygın iki kronik enfeksiyon hastalığıdır. Serebro-vasküler bozukluklar ölümlerin en yaygın nedenleriydi (Al-Mosawi, 2020, s. 404-414).

Dünya Sağlık Örgütü'nün yaptığı tahminleme çalışmasına göre, ilaçlar ve teşhis testleri hariç olmak üzere ikinci basamak yatak ücretleri ortalama 34,93 Amerikan doları, Üçüncü basamak yatak ücretleri 47,71 Amerikan dolarıdır (WHO, 2020).

Tablo 33: Irak ülke analizi

Ülke	Yıl	Sağlık Turist Sayısı	KBGSYH	YOL MALİYETİ (\$)
Irak	2013	6.960	7.021	2.788,43
Irak	2014	9.063	6.704	2.534,94
Irak	2015	6.931	5.047	1.299,97
Irak	2016	5.080	4.843	1.074,35
Irak	2017	9.979	5.262	1.377,38
Irak	2018	12.664	5.919	1.836,5
Irak	2019	14.400	5.884	1.684,87



Şekil 15: Irak ülke analizi

2013 -2019 döneminde Irak'tan İstanbul'a yönelik sağlık turizm talebini, Irak'taki kişi başına düşen gayri safi milli hâsıla ve Bağdat – İstanbul arası seyahat maliyetleri çerçevesinde incelediğimizde sağlık turist talebinin 2019 yıllarında pik yaptığı 2016 yılında ise dip yaptığı görülmektedir.

2016 yılı sonrasında düzenli bir artış gözlemlenmektedir. Grafiği incelediğimizde sağlık turist talebinin eğrisinin eğimi ile KBGSYH eğrisinin eğiminin doğru orantılı seyahat maliyetleri eğrisinin eğiminin ters orantılı olduğu görülmektedir. Genel olarak Iraktan İstanbul'a yönelik sağlık turist talebinin

KBGSMH eğrisini ve yol maliyet eğrisi ile fazla etkileşim içerisinde bulunmadığı, dolayısı ile başka etkenlerin daha etkin olduğu düşünülmektedir.

2013 -2019 döneminde Irak'tan İstanbul'a yönelik sağlık turizm talebini bu dönemde en çok müracaat edilen klinik bazında incelediğimizde ilk üç sırada Göz Hastalıkları, Ortopedi Ve Travmatoloji ve Kardiyoloji tedavisinin yer aldığını görmekteyiz.

Tablo 34: En çok başvurulanan ilk 10 klinik-Irak 2013-2019

	KLİNİK	Sağlık Turisti
1	Göz Hastalıkları	7.926
2	Ortopedi Ve Travmatoloji	4.658
3	Kardiyoloji	4.022
4	İç Hastalıkları	4.019
5	Kadın Hastalıkları ve Doğum	3.880
6	Beyin Ve Sinir Cerrahisi	3.462
7	Üroloji	3.126
8	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	3.027
9	Deri Ve Zührevi Hastalıkları	2.886
10	Tıbbi Onkoloji	2.795

Tabloya bakıldığında, ilk sıralarda göz hastalıkları ile genel branşlar yer alırken, büyük oranda saç ekimi için gelen sağlık turistlerinin müracaat ettiği Deri ve Zührevi Hastalıkları kliniği ise bu dönemde 9. sırada yer almaktadır.

Irak'ın özellikle 1980 sonrası yaşadığı savaş durumu ve günümüzde de devam eden iç karışıklıklar nedeniyle sağlık sisteminin istenilen ölçüde gelişmediği ve ihtiyaçlara cevap veremediği düşünülmektedir. Bu durum 2013-2019 döneminde Iraktan İstanbul'a gelen sağlık turistlerinin müracaat ettikleri kliniklere bakılarak tespit edilebilir.

Şöyle ki, bu dönemde en çok müracaat edilen ilk 10 kliniğe baktığımızda 9 tanesinin tıbbi medikal turizm kapsamında değerlendirilebileceğini görmekteyiz. İleri teknoloji ve uzmanlık yoğun bir klinik olan ve periyodik bir tedavi sürecini içeren Tıbbi Onkoloji kliniğinin en çok müracaat edilen ilk 10 kliniğin içerisinde yer alması ayrıca anlamlı bulunmuştur.

Bu sıralama Irak'ta temel sağlık hizmetlerinin yeterli düzeyde olmaması, özellikle ileri uzmanlık ve teknoloji gerektiren 2. Ve 3 düzey sağlık hizmetlerine erişimde sıkıntı yaşanması ile izah edilebilir. Ayrıca Türkiye'nin komşu ülke olması ve İstanbul'un gerek ulaşım yönünden gerekse konaklama imkânları yönünden zengin alternatiflere sahip olması ile izah edilebilir.

4.5.6. Amerika Birleşik Devletleri

ABD iktisadi olarak yüksek gelirli ülkeler grubunda yer almaktadır. Ülkede ortalama yaşam süresi beklentisinde dünyanın önde gelen ülkeleri arasındadır. Anne ve çocuk ölüm oranlarında ise alt sıralardadır. Toplumda obezite oranı en yüksek ülkedir. Her ne kadar sağlık alanında dünyada en yüksek bütçeyi ayıran devlet olsa da sosyal devlet ilkesinin uygulanmaması ve sağlık hizmetlerinde ve sigorta sektöründe özel sektörün ağırlığı ve yüksek fiyat uygulamaları nedeniyle halkın sağlık hizmetlerine erişiminde ciddi problemler yaşanabilmektedir (SB THSSGM, 2020).

Sağlık ve İnsan Hizmetleri Bölümü (HHS-U.S. Department of Health & Human Services) için 2019 yılı harcamaları 1.230.614 dolar olarak gerçekleşmiştir. Bu harcamaların %53'ü Medicare, %32'si Medicaid, %8'i isteğe bağlı harcamalar, %3'ü diğer zorunlu programlar, %3'ü çocuk hakları programları ve %1'lik kısmı ise yoksulluk yardımındır.

Medicaid yoksul yetişkinler, hamileler, çocuklar, engelli ve yaşlıları kapsayan sağlık sigorta programıdır. Medicare ise engellileri ve yaşlıları sigorta kapsamına alan programdır.

2018 yılı verilerine göre Medicaid 57.819.000 kişiye sigorta hizmeti sunarken; Medicare 57.720.000 kişiye sağlık sigortası sağlamaktadır. Yaklaşık 116 milyon kişi Medicaid ve Medicare kapsamındadır (Uğurlu & Arslan, 2020).

Ülke genelinde yaklaşık 5700 hastane bulunmaktadır. Muayene ücreti 75-150 Dolar, uzman muayenesi 150-400 Dolar, basit diş dolgusu 350 Dolar, kanal tedavisi ise 500 Dolar civarındadır. Ultrason 180 Dolar'dan başlamakta, MRI ise 1.800-2.000 Dolar'a mal olmaktadır. Bademcik ameliyatı 4.000-5.000 Dolar tutabilmektedir. Benzer de, normal bir doğum 25.000-30.000 Dolar, menüsküs ameliyatı ise 15.000 Dolar civarındadır.

Hastanede bir gün kalmanın maliyeti 500 Dolar kadardır. Hastaneye kaldırılma durumundaki kişiden ya depozito yatırması, ya da sigortasının olması beklenir. Mahalli kliniklerde basit sağlık hizmetleri verilmektedir. Bu tür kliniklerde muayene ücreti 70-100 Dolar arasındadır (SB THSSGM, 2020).

2000'li yıllarda sağlık turizmi için ABD'ye giden hasta sayısı 2 kat artarken ABD den yurt dışına çıkan hasta sayısı dokuz katına çıkmıştır. Amerika'ya 2014 yılında 800.000 sağlık turisti gelmiş, 2014 yılında 1.250.000, 2016 yılında 1,4

milyon Amerikalı yurt dışına çıkmıştır. Bu sebeple Amerikalılar dış tedavileri için Meksika ve Kostarika'yı, kozmetik tedaviler için Brezilya ve Arjantin'i, kalp ameliyatları ve ortopedik operasyonlar için Hindistan ve Tayland'ı tercih etmektedir.

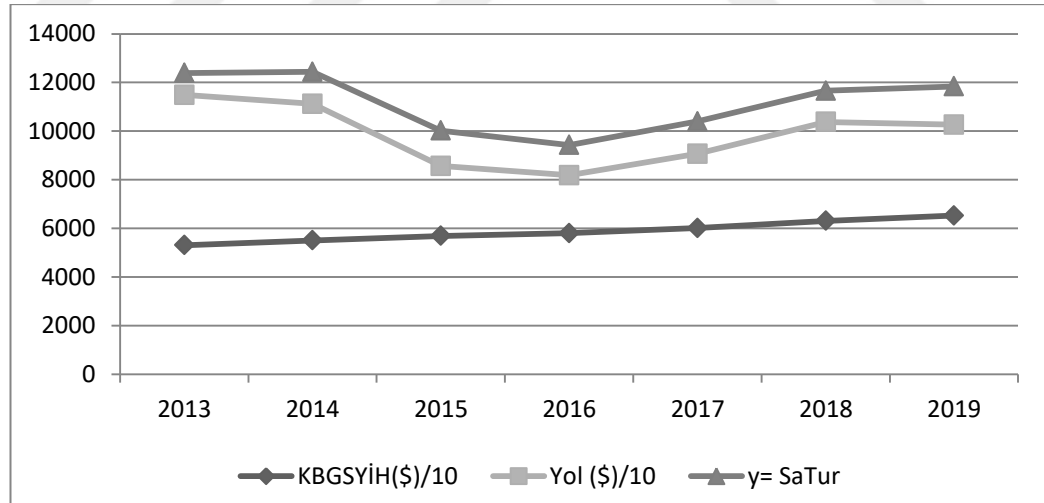
Tablo 35: Yüksek maliyetli nakil ameliyatları Türkiye-ABD karşılaştırma²⁸

İşlem	ABD*	Türkiye (sut taban TL)**	Türkiye (sut taban ABD dolar)***	Fark
İnce Bağırsak Nakli	1.281.800	121.968	17.424	74
Bağırsak Nakli	1.206.000	121.968	17.424	69
Pankreas Nakli	1.148.400	146.362	20.909	55
Böbrek Nakli	997.700	146.362	20.909	48
Karaciğer Nakli	577.100	121.968	17.424	33
Kalp Nakli	289.400	121.968	17.424	17

Kaynak: (İGEME, 2020); (SB shgmsgudb, 2020)

Tablo 36: ABD ülke analizi

Ülke	Yıl	Sağlık Turisti	KBGSYİH(\$)	Yol Maliyet (\$)
ABD	2013	903	53.072	61.809,82
ABD	2014	1.316	55.025	56.190,74
ABD	2015	1.452	56.849	28.815,76
ABD	2016	1.244	58.017	23.814,68
ABD	2017	1.329	60.106	30.531,64
ABD	2018	1.285	63.056	40.708,86
ABD	2019	1.575	65.254	37.347,58



Şekil 16: ABD ülke analizi

2013 -2019 döneminde ABD'den İstanbul'a yönelik sağlık turizm talebini ABD kişi başına düşen gayri safi milli hâsıla ve New York – İstanbul arası seyahat maliyetleri çerçevesinde incelediğimizde sağlık turist talebinin 2019 yılında pik yaptığı 2013de ise dip yaptığı görülmektedir.

²⁸ Ortalama kur 2020 için 7 Türk Lirası 1 Amerikan Doları olarak hesaplanmıştır.

Grafiği incelediğimizde sağlık turist talebinin eğrisinin eğiminin düzenli bir de yukarı yönlü, KBGSYH eğrisini eğiminin yukarı yönlü olduğu ve seyahat maliyetleri eğrisinin eğiminin ise aşağı yönlü olduğu görülmektedir. Bu durumda New York ile İstanbul arasında seyahat maliyetlerinin düşmesi durumunda sağlık turizm talebini pozitif yönde etkilenebileceğini düşündürmektedir.

Ancak gerek aradaki uzaklık gerekse Latin Amerika ve Güney Asya ve Uzakdoğu bölgesinde birçok alternatif sağlık turizmi destinasyonunun varlığı ABD den İstanbul'a gelen sağlık turist sayısının sayısal olarak çok düşük kalmasına neden olmaktadır.

Amerika Birleşik Devletlerinde geçerli sigorta/sağlık sistemi ve ücretlerin yüksekliği nedeniyle sadece 2013 yılında; yaklaşık 400.000 Amerikalı ağırlıklı olarak Latin Amerika olmak üzere ülke dışına çıktığı bilinmektedir (İGEME (İhracatı Geliştirme Merkezi), 2017).

Ülkede 47 milyondan fazla Amerikalının sağlık sigortasının olmaması ve 120 milyondan fazla Amerikalının ise dış sigortasının olmadığı (İGEME (İhracatı Geliştirme Merkezi), 2017)düşünüldüğünde, ülkemizde özellikle yüksek maliyetli ameliyatlara görece oldukça düşük fiyatları bir pazar potansiyelinin varlığına işaret etmektedir. 2013 -2019 döneminde ABD'den İstanbul'a yönelik sağlık turizm talebini bu dönemde en çok müracaat edilen klinik bazında incelediğimizde ilk üç sırada Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları, Deri Ve Zührevi Hastalıkları, İç Hastalıkları tedavisinin yer aldığını görmekteyiz.

Tablo 37: En çok başvuru alan ilk 10 klinik-ABD 2013-2019

	Klinik	Sağlık Turisti
1	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	1.491
2	Deri Ve Zührevi Hastalıkları	1.211
3	İç Hastalıkları	843
4	Göz Hastalıkları	792
5	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	717
6	Ortopedi Ve Travmatoloji	684
7	Kadın Hastalıkları Ve Doğum	662
8	Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi	494
9	Genel Cerrahi	218
10	Üroloji	201

Tabloya bakıldığında, büyük oranda saç ekimi için gele sağlık turistlerinin müracaat ettiği Deri Ve Zührevi Hastalıkları kliniği ise bu dönemde 2. sırada yer almaktadır.

Yine estetik medikal turizm kapsamında değerlendirilen Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniği yer almaktadır. İlk sırada Çocuk Sağlığı Ve

Hastalıkları kliğinin bulunması ise gerek mesafenin uzaklığı gerekse ABD de mevcut sağlık teknolojisi ve imkânları düşünöldüğünde bu hastaların İstanbul’a sağlık turisti olarak değil, turistin sağlığı kapsamında müracaat eden hastalar olabileceğini düşünörmektedir. Ayrıca gelen sağlık turisti sayısının çok az olmasının ve hatalı kayıtların bu yanılsamaya yol açtığı düşünölmektedir.

Bir diğer önemli hususta ABD de çok yüksek fiyatlara gerçekleştirilen ileri teknoloji ve uzmanlık gerektiren organ nakli, tıbbi onkoloji gibi branşların ilk 10 sıralamasına girememiş olmasıdır.

Bu durum bu alandaki potansiyel pazarın değeriendirilemediğinin bir göstergesi olarak kabul edilebilir.

4.5.7. İngiltere

Genel olarak İngiltere olarak anılsa da ÷lke (Birleşik Krallık) İngiltere, Kuzey İrlanda, İskoçya ve Galler’den oluşmaktadır. Birleşik Krallığın nüfusu yaklaşık 64,5 milyondur. Krallık içinde en kalabalık ÷lke olan İngiltere 54,7 milyon nüfusa sahiptir.

İngiltere’de birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri "Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service-NHS) tarafından ücretsiz verilir. MHS bünyesinde “mahalle doktorları” ve devlet hastaneleri (national health hospitals) bulunur. Ayrıca özel sektör tarafında işitilen özel hastanelerde (private hospitals) mevcuttur. Hastalar belirli bir sevk zincirine uymak durumundadırlar (SB THSSGM, 2020).

NHS kapsamındaki devlet hastanelerinde yatak ücretleri dâhil tüm hizmetler ücretsiz iken. Özel hastanelerin yatak ücretleri, gece başına 1500-3000 sterlin arasında olabilmektedir. Muayene ücretleri 200/250 sterlin arasında değişmektedir. İngiltere’de ücretsiz yapılmayan tek tedavi dış hastalıklarıdır (SB THSSGM, 2020).

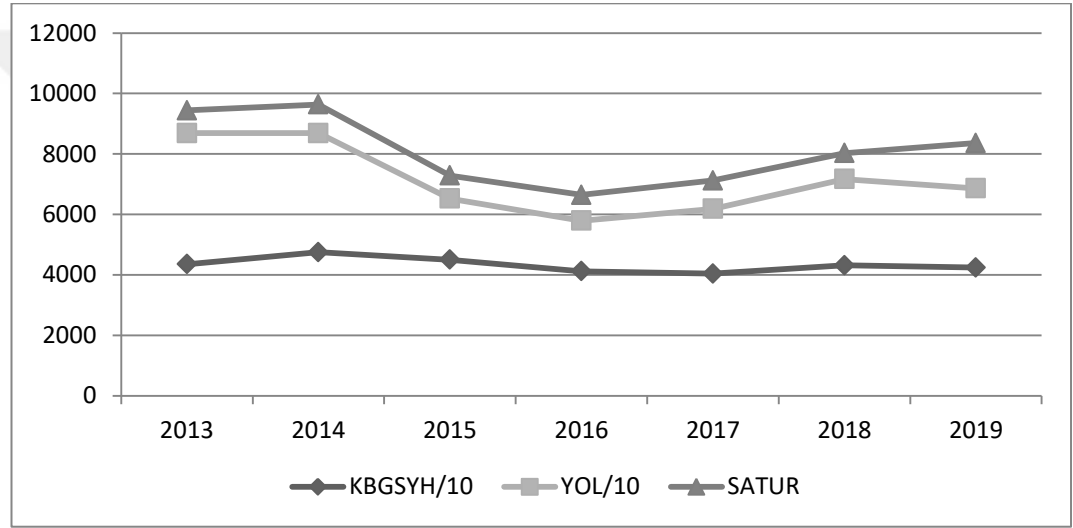
Birleşik Krallık; İngiltere, Kuzey İrlanda, İskoçya ve Galler’den oluşmaktadır. Birleşik Krallık nüfusu yaklaşık 64,5 milyondur. Krallık içinde en kalabalık ÷lke olan İngiltere 54,7 milyon nüfusa sahiptir.

Birleşik krallığın demografik özelliklere baktığımızda nüfusun %17,4 ; 0-14 yaş grubu, %17,5’i ve 65 yaş üstüdür. Doğumla beklenen yaşam süresi erkeklerde 79,1 kadınlarda 82,8 ve ÷lke ortalaması 80,7 yıldır. Kaba doğum hızı 12 / 1000 iken, kaba ölüm hızı 9,3 / 1000’dir. 5 yaş altı ölüm hızı 4 / 1000 anne ölüm oranı ise 9 /

100.000'dir. DSÖ değerlendirmesine göre, Birleşik Krallık Sağlık Sistemi ilk sıradaki sağlık sistemidir (Sur & Ataç, Sağlık sistemleri - 1: Almanya ve Birleşik Krallık, 2016).

Tablo 38: İngiltere ülke analizi

Ülke	Yıl	Sağlık Turist Sayısı	KBGSYH	Yol Maliyeti (\$)
İngiltere	2013	754	43.488	4.336,79
İngiltere	2014	948	47.454	3.942,54
İngiltere	2015	764	44.989	2.021,81
İngiltere	2016	853	41.194	1.670,92
İngiltere	2017	940	40.407	2.142,21
İngiltere	2018	857	43.114	2.856,28
İngiltere	2019	1.501	42.379	2.620,44



Şekil 17: İngiltere ülke analizi

2013 -2019 döneminde İngiltere'den İstanbul'a yönelik sağlık turizm talebini, İngiltere'deki kişi başına düşen gayri safi milli hâsıla ve Londra – İstanbul arası seyahat maliyetleri çerçevesinde incelediğimizde sağlık turist talebinin 2019 yıllarında pik yaptığı 2015 –yılında ise dip yaptığı görülmektedir.

Grafiği incelediğimizde sağlık turist talebinin eğrisinin eğimi ile KBGSYH eğrisinin eğiminin birbirine paralel kabul edilebileceği, seyahat maliyetleri eğrisinin eğiminin ise ters orantılı olduğu görülmektedir. Bu durumda Londra ile İstanbul arasında seyahat maliyetlerinin düşmesi durumunda sağlık turizm talebini pozitif yönde etkilenebileceğini söyleyebiliriz.

2013 -2019 döneminde İngiltere'den İstanbul'a yönelik sağlık turizm talebini bu dönemde en çok müracaat edilen klinik bazında incelediğimizde ilk üç

sırada Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi, Göz Hastalıkları ve Deri Ve Zührevi Hastalıkları, tedavisinin yer aldığını görmekteyiz.

Tablo 39: En çok başvuru alan ilk 10 klinik-İngiltere 2013-2019

	Klinik	Sağlık Turisti
1	Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi	1.809
2	Göz Hastalıkları	612
3	Deri Ve Zührevi Hastalıkları	477
4	Kadın Hastalıkları Ve Doğum	455
5	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	412
6	Ortopedi Ve Travmatoloji	356
7	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	355
8	İç Hastalıkları	343
9	Diş Tedavi	255
10	Genel Cerrahi	205

Tabloya bakıldığında, estetik medikal turizm kapsamında değerlendirilen branşların ilk sıraları aldığı görülmektedir. Girişimsel estetik işlemler için müracaat edilen Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi kliniği ilk sırada yer alırken, büyük oranda saç ekimi için gelen sağlık turistlerinin müracaat ettiği Deri Ve Zührevi Hastalıkları kliniği ise bu dönemde 3. sırada yer almaktadır.

Bu tabloda İngiltere’de devlet sigortası kapsamında olmayan diş Tedavi hizmetlerinin en çok müracaat edilen ilk 10 klinik içerisinde yer alması dikkat çekicidir. Bu durum diş tedavisi alanında İngiltere de potansiyel bir pazarın varlığı olarak değerlendirilebilir.

Yine estetik medikal turizm kapsamında değerlendirilen Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi kliniği yer almaktadır.

İngiltere’de kapsayıcı bir sağlık sigortası sistemi bulunması ve tıp teknolojisi dikkate alındığında, 2013-2019 döneminde bu ülkeden gelen sağlık turistlerin müracaat ettikleri kliniklere göre dağılımı mevcut durumla uyumlu değerlendirilmiştir.

4.5.8. Azerbaycan

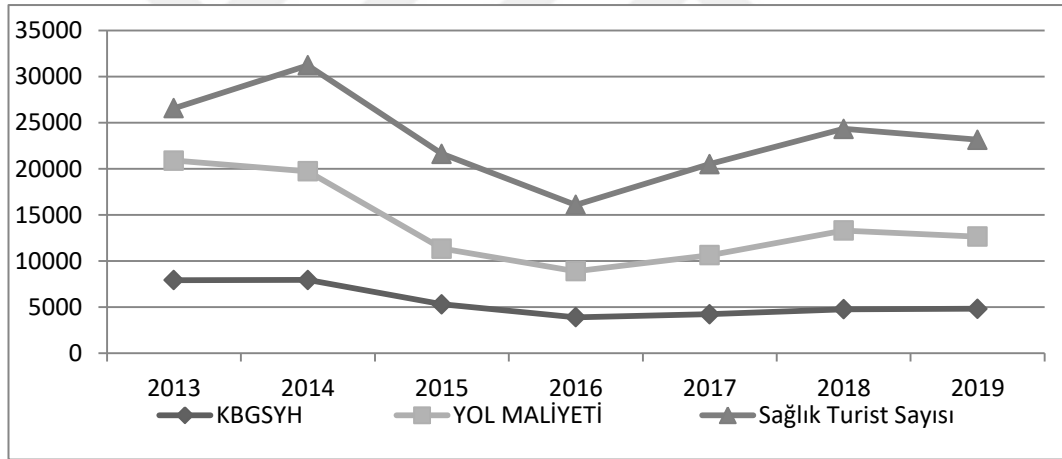
Sovyetler Birliği döneminde her bölgeye eşit oranda sağlık hizmeti ilkesi gereği Azerbaycan’da, nüfusa oranla oldukça fazla sayıda sağlık tesisi bulunmaktadır. Her ne kadar bir sevk zinciri bulunsan da hastaların birinci basamak kuruluşları atlayarak doğrudan hastanelere müracaatının önünde bir engel yoktur.

Birinci, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetleri, halk sağlığı hizmetleri doğrudan devlet tarafından sunulmaktadır. Hizmetlerin finansmanı merkezi bütçeden

aktarılmakta ve yerel yönetimlerce desteklenmektedir. Sağlık hizmetlerinin ücretsiz olması ve tüm nüfusu kapsamaktadır. İlaçlarda ve tedavi programlarında geniş çaplı devlet sübvansiyonları söz konusudur (Ünal & Tagiyev, 2016). Ayrıca az sayıda özel hastanede mevcuttur. Bu hastanelerde Muayene ücretleri 30-50 ABD Doları, Tomografi 150-200 ABD Doları, Anjiyo 600-700 ABD Doları civarındadır. Tek kişilik oda yatak ücreti 200-400 ABD Dolarıdır. Karışık tedavi ve operasyonlar için genelde Türkiye'deki sağlık kuruluşlarının tercih edilmesi tavsiye edilmektedir (SB THSSGM, 2020).

Tablo 40: Azerbaycan ülke analizi

Ülke	Yıl	Sağlık Turist Sayısı	KBGSYH	Yol Maliyeti (\$)
Azerbaycan	2013	5.673	7.926	12.961,19
Azerbaycan	2014	11.499	7.939	11.782,9
Azerbaycan	2015	10.278	5.300	6.042,51
Azerbaycan	2016	7.189	3.898	4.993,81
Azerbaycan	2017	9.882	4.218	6.402,32
Azerbaycan	2018	11.040	4.760	8.536,43
Azerbaycan	2019	10.498	4.814	7.831,59



Şekil 18: Azerbaycan ülke analizi

2013 -2019 döneminde Azerbaycan'dan İstanbul'a yönelik sağlık turizm talebini, Azerbaycan'daki kişi başına düşen gayri safi milli hâsıla ve Bakü – İstanbul arası seyahat maliyetleri çerçevesinde incelediğimizde sağlık turist talebinin 2014 ve 2018 yıllarında pik yaptığı 2013 ve 2016 yıllarında ise dip yaptığı görülmektedir.

Grafığı incelediğimizde sağlık turist talebinin eğrisinin eğiminin yukarı yönlü, KBGSYH ve seyahat maliyetleri eğrisinin eğimlerinin ise aşağı yönlü olduğu görülmektedir. 2015 yılında kestiği ve ters orantılı olduğu görülmektedir.

Bu durumda Bakü ile İstanbul arasında seyahat maliyetlerinin düşmesi durumunda sağlık turizm talebini pozitif yönde etkilenebileceğini ancak

Azerbaycan'daki KBGSYH da yaşanan değişimlerin İstanbul'a yönelik sağlık turizm talebi üzerinde fazla olmadığı şeklinde yorumlanabilir.

2013 -2019 döneminde Azerbaycan'dan İstanbul'a yönelik sağlık turizm talebini bu dönemde en çok müracaat edilen klinik bazında incelediğimizde ilk üç sırada Göz Hastalıkları, Kadın Hastalıkları ve Doğum ve iç hastalıkları klinikleri yer almaktadır.

Tablo 41: En çok başvuru alan ilk 10 klinik-Azerbaycan 2013-2019

	Klinik	Sağlık Turisti
1	Göz Hastalıkları	6.706
2	Kadın Hastalıkları ve Doğum	6.028
3	İç Hastalıkları	5.084
4	Kardiyoloji	3.951
5	Gastroenteroloji	3.781
6	Genel Cerrahi	3.289
7	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	3.181
8	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	3.176
9	Tıbbi Onkoloji	3.145
10	Üroloji	3.084

Tabloya bakıldığında, ilk sıralarda göz hastalıkları ile genel branşlar yer alırken, büyük oranda saç ekimi için gelen sağlık turistlerinin müracaat ettiği Deri Ve Zührevi Hastalıkları kliniği ile estetik medikal turizm kapsamında gelen hastaların müracaat ettiği Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi kliniğinin ilk 10 sıralamasına giremediği görölmektedir.

Bilindiği üzeri eski bir Sovyetler Birliği Cumhuriyeti olan Azerbaycan'da Sovyet döneminde izlenen sağlık politikalarının da etkisi ile 1. Basamak kuruluşlara ağırlık verilirken 2. Ve 3. Basamak kuruluşlara ağırlık verilmemiştir.

Ülkede az sayıda özel hastane bulunması, İstanbul'daki hastanelerde mevcut uzmanlık ve yüksek sağlık teknolojisi, Türkiye'de tedavi ücretlerin görece ucuz olması, İstanbul'a ulaşım ve İstanbul'da konaklama imkânları ile Türkiye ile olan inanç ve etnisite birliği bu durumu birçok Azerbaycan vatandaşının tıbbi medikal turizm kapsamında İstanbul'u tercih etmesine neden olmuştur.

İleri teknoloji ve uzmanlık yoğun bir klinik olan ve periyodik bir tedavi sürecini içeren Tıbbi Onkoloji kliniğinin en çok müracaat edilen ilk 10 kliniğin içerisinde yer alması bu bağlamda anlamlı bulunmuştur.

4.5.9. Çin

Çin dünya sıralamasında yüzölçümü bakımından 4'üncü ekonomi bakımından 6'ıncı büyük ülkedir. İdari olarak, eyaletlere, özerk bölgelere ve belediyeliklere bölünmüştür. Çin'de modern ve geleneksel tıp bir aradadır. Sistemin her noktasında geleneksel Çin Tıbbı ile karşılaşılır. Genel olarak insanların kitlesel sağlık eğitimine katılım yaygındır.

On altı yaş üzerindeki kadın nüfusunun yoğun oluşu, bu nüfusa yönelik Uzmanlaşmış Doğumevi, çocuk hastane si ve birinci basmakta hizmet veren anne ve çocuk sağlık merkezlerinin sayısının yüksek olmasına neden olmuştur.

Çin'de son yıllarda esnetilmesi kapsayıcısı bir aile planlaması ve tek çocuk politikası vardır. Bu çerçevede aşılama ve bağışıklama programlarına önem verilmektedir. Ülkede, hastaneler; kâr amacı gütmeyen kamu, kâr amaçlı özel ve kâr amacı olmayan özel hastaneler olmak üzere üçe ayrılır.

Ordu'nun kendine ait hastaneleri ve tıp okulları vardır (Sargutan, 2006).Çin'de, devlete ait şehir hastaneleri, kentsel sağlık hizmeti sunumunun bel kemiğini oluşturmaktadır. Bu hastaneler, tıbbi kriterlere göre üç seviyede sıralanmıştır ve her seviyede üç alt sınıf daha bulunmaktadır. Ülkede en iyi hastaneler Sağlık Bakanlığı tarafından yönetilir ve bu nedenle doğrudan Merkezi Hükümet tarafından finanse edilirken, 2. ve 3. düzey hastaneler İl Hükümeti ve benzeri tarafından yönetilmektedir.

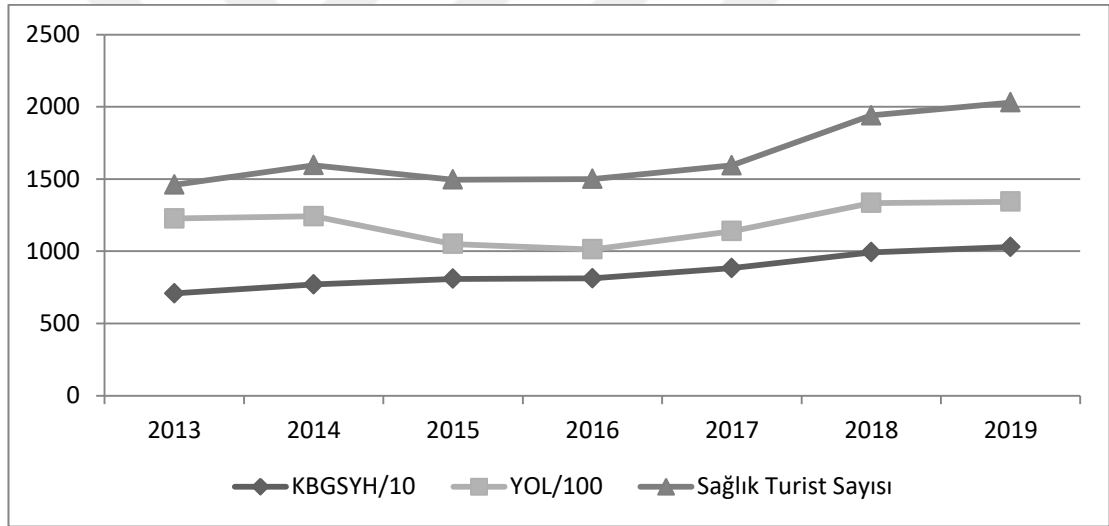
Genel olarak, hastanelerin sadece% 6'sını oluşturan nispeten az sayıda üst düzey hastane vardır ve bu oran 2. ve 3. düzey hastaneler için sırasıyla% 34 ve% 25'tir; Hastanelerin% 34'ü sigorta sisteminin dışındadır (Hougaard, Osterdal, & Yu, 2011)

Çin hastanelerinde tedavi ücreti başvuru anında peşin olarak alınmaktadır. Devlet hastanelerinin muayene ücretleri makul olmakla beraber bekleme süreleri uzun, hijyen standartları düşüktür. Özellikle ciddi hastalıklarda, tedavinin güvenilirliği konusunda tereddüt oluşabilmektedir. Hastanelerin yabancılar bölümlerinde veya 24 saat açık özel kliniklerde muayene fazla beklemeden yaptırılabilir. Bununla birlikte, muayene ve tedavi ücretleri yüksektir. Tedavi, yatak ve ilaç ücretleri hastanelerin yabancılar bölümlerinde ve özel kliniklerde devlet hastanelerine göre yüksektir. Ortalama muayene 110 Dolar civarında olup, ilaç ve tahlil gibi masraflar toplam miktarı artırmaktadır (SB THSSGM, 2020)

Hastane tabanlı olarak gelişmiş olan sağlık sisteminin, koruyucu sağlık hizmeti tabanlı bir hale getirilmesi için genel pratisyenlik uygulamaları ile güçlendirmesine yönelik çalışmalar vardır. Sevk zinciri gibi bir uygulama bulunmadığından hastanelerde yığılma yaşanmaktadır. Bütün bunlarla birlikte kaynak ve hizmet dağılımında eşitsizlik, maliyet artışları, kırsal bölgede alt yapı zayıflığı ve eşitsizliği gibi sorunları vardır (Sargutan, 2006).

Tablo 42: Çin ülke analizi

Ülke	Yıl	Sağlık Turist Sayısı	KBGSYH	Yol Maliyeti (\$)
Çin	2013	233	7073	51925,53
Çin	2014	354	7694	47205,03
Çin	2015	445	8085	24207,71
Çin	2016	488	8120	20006,37
Çin	2017	455	8823	25649,19
Çin	2018	606	9920	34198,92
Çin	2019	687	10287	31375,16



Şekil 19: Çin ülke analizi

2013 -2019 döneminde Çin'den İstanbul'a yönelik sağlık turizm talebini Çin'deki kişi başına düşen gayri safı milli hâsıla ve Pekin – İstanbul arası seyahat maliyetleri çerçevesinde incelediğimizde sağlık turist talebinin 2019 yılında pik yaptığı 2013de ise dip yaptığı görülmektedir.

Grafığı incelediğimizde sağlık turist talebinin eğrisinin eğiminin düzenli bir de yukarı yönlü, KBGSYH eğrisini eğiminin yukarı yönlü olduğu ve seyahat maliyetleri eğrisinin eğiminin ise aşağı yönlü olduğu görülmektedir. Bu durumda Pekin ile İstanbul arasında seyahat maliyetlerinin düşmesi durumunda sağlık turizm talebini pozitif yönde etkilenebileceğini, ayrıca Çin'de KBGSYH da yaşanan değişimlerin İstanbul'a yönelik sağlık turizm talebi üzerine benzer de etki ettiği

şeklinde yorumlanabilir. Ancak gerek aradaki uzaklık gerekse Uzakdoğu bölgesinde alternatiflerin olması Çin'den İstanbul'a gelen sağlık turist sayısının sayısal olarak çok düşük kalmasına neden olmaktadır. 2013 -2019 döneminde ABD'den İstanbul'a yönelik sağlık turizm talebini bu dönemde en çok müracaat edilen klinik bazında incelediğimizde ilk üç sırada Kadın Hastalıkları ve Doğum, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları ve Göz Hastalıkları kliniklerinin yer aldığını görmekteyiz.

Tablo 43: En çok başvurulanan ilk 10 klinik-Çin 2013-2019

	Klinik	Sağlık Turisti
1	Kadın Hastalıkları ve Doğum	507
2	Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	451
3	Göz Hastalıkları	400
4	İç Hastalıkları	307
5	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	222
6	Deri Ve Zührevi Hastalıkları	207
7	Ortopedi Ve Travmatoloji	199
8	Genel Cerrahi	119
9	Diş Tedavi	115
10	Acil Tıp	102

Tabloya bakıldığında, ilk dikkat çeken İstanbul'a gelen Çinli sağlık turist sayısının azlığıdır. Neredeyse hiç sağlık turisti gelmediği söylenebilir. Bu durum Çin Halk Cumhuriyetine yakın bir sağlık turizm destinasyonunun varlığı ile izah edilebilir. Bilindiği üzere küreselleşen dünyada, estetik ve güzellik anlayışında batılı normların egemen olması, farklı arayışları da beraberinde getirmiştir. Çin ve Japonya başta olmak üzere uzak doğu toplumlarında Batılı bir görünüm elde etmek için yaptırılan göz kapağı ameliyatları oldukça yaygınlaşmıştır (Gürler, 2018, s. 38). Bu bağlamda bir değerlendirme yapılırsa bu tür ameliyatların yapıldığı Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi kliniklerinin ilk 10 sıralamasına girmediği görülmektedir. Bu durum potansiyel bir pazarın varlığı olarak incelemeye değer bir konu olduğu düşünülmektedir.

4.6. Trend Analizi ve Modelleme

Çalışmanın trend analizi bölümünde 2013-2019 yıllarında İstanbul'a sağlık turizmi amacı ile gelen turist sayıları kullanılmış ve “excel data solution” programı kullanılarak gerçekleştirilen lineer trend analizi ile tahminde bulunulmuştur. Tahminleme modelleri içinde en basit olanı trend analizidir.

Özellikle işletmelerin geleceğe dönük ürün planlamasında tercih edilen bir yöntemdir. Temel mantığı daha önce gerçekleşmiş olana trendlerin gelecekte de

gerçekleşme olasılığının yüksek olmasıdır. Görece daha ucuz ve kolay bir yöntem olduğundan sıkça kullanılır (Çoşkun, 2004, s. 91,92).

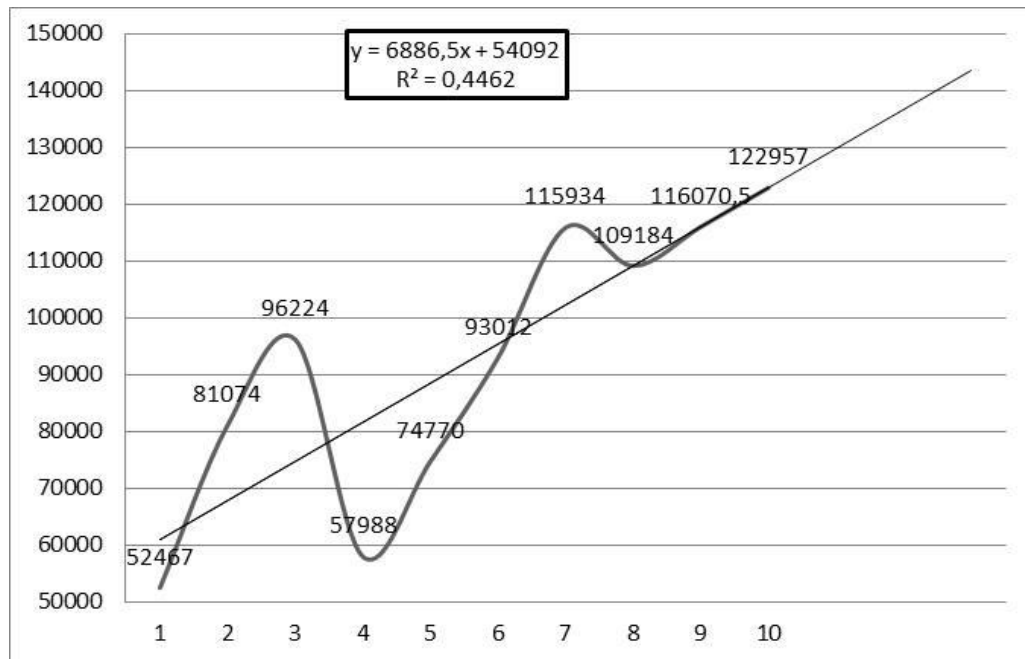
Öngörü yöntemleri arasında en basit ve en kullanışlı yöntemlerden birisi trend analizi yöntemidir. Trend analizinin temel mantığı geçmiş trendlerin gelecekte de devam edeceği varsayımıdır. Trend analizi uzun dönemli öngörülerde sıkça kullanılan bir yöntemdir.

Bu yöntem, geçmişteki doğrusal ya da doğrusal olmayan trendlerin gelecekte de devam etmesi durumunda iyi sonuçlar vermektedir.

Doğrusal Trend Modeli; Doğrusal Trend Modeli ile yapılan analizde bağımsız değişken olarak yıllar, bağımlı değişken olarak da turist sayıları alınacaktır.

Tablo 44: Yıl bazlı trend analizi

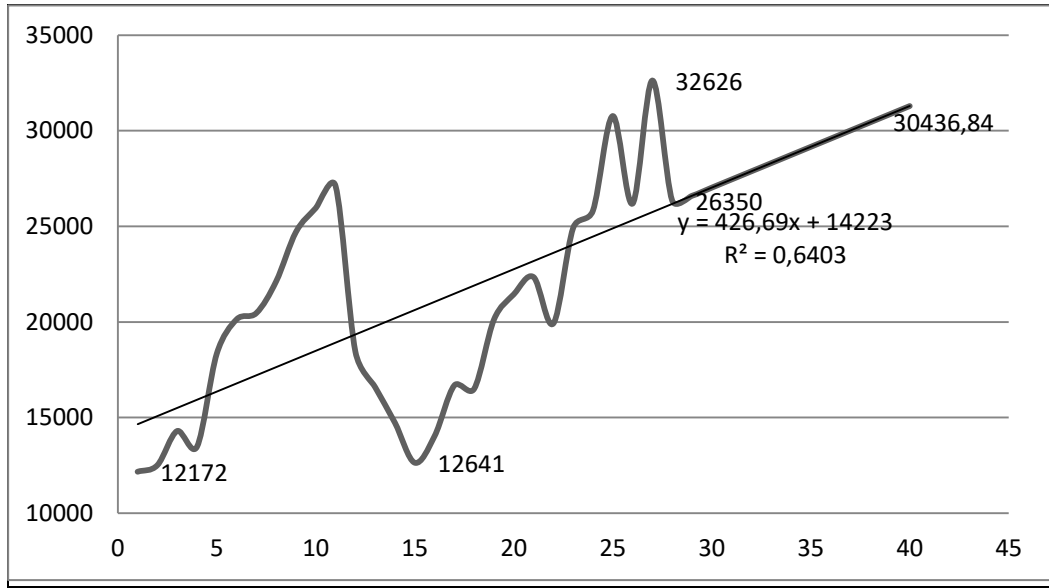
YIL (x)(Baslangıç 2013)	Gerçekleşen SAYI	Lineer Trend Turist Sayısı ($Y'=(6886,5*x)+54092$)
2013	5.2467	6.0978,5
2014	8.1074	6.7865
2015	9.6224	7.4751,5
2016	5.7988	81.638
2017	7.4770	88.524,5
2018	9.3012	95.411
2019	115.934	102.297,5
		Tahmin Değerleri
2020		109.184
2021		116.071
2022		122.957



Şekil 20: Yıl bazlı trend analizi

Tablo 45: Çeyrek bazlı trend analizi

(x)çeyrek	Yıl (başlangıç 2013)	Gerçekleşen sayı	doğrusal trend turist sayısı ($y'=(426,68 \cdot x)+14223$)
1	2013 1. çeyrek	12.172	14.649,68
2	2013 2. çeyrek	12.515	15.076,36
3	2013 3. çeyrek	14.301	15.503,04
4	2013 4. çeyrek	13.479	15.929,72
5	2014 1. çeyrek	18.347	16.356,4
6	2014 2. çeyrek	20.135	16.783,08
7	2014 3. çeyrek	20.467	17.209,76
8	2014 4. çeyrek	22.125	17.636,44
9	2015 1. çeyrek	24.708	18.063,12
10	2015 2. çeyrek	25.957	18.489,8
11	2015 3. çeyrek	27.107	18.916,48
12	2015 4. çeyrek	18.452	19.343,16
13	2016 1. çeyrek	16.588	19.769,84
14	2016 2. çeyrek	14.726	20.196,52
15	2016 3. çeyrek	12.641	20.623,2
16	2016 4. çeyrek	14.033	21.049,88
17	2017 1. çeyrek	16.688	21.476,56
18	2017 2. çeyrek	16.508	21.903,24
19	2017 3. çeyrek	20.128	22.329,92
20	2017 4. çeyrek	21.446	22.756,6
21	2018 1. çeyrek	22.348	23.183,28
22	2018 2. çeyrek	19.922	23.609,96
23	2018 3. çeyrek	24.918	24.036,64
24	2018 4. çeyrek	25.824	24.463,32
25	2019 1. çeyrek	30.769	24.890
26	2019 2. çeyrek	26.189	25.316,68
27	2019 3. çeyrek	32.626	25.743,36
28	2019 4. çeyrek	26.350	26.170,04
571.469			
Tahmin değerleri			
29	2020 1. çeyrek		26.597
30	2020 2. çeyrek		27.023
31	2020 3. çeyrek		27.450
32	2020 4. çeyrek		27.877
33	2021 1. çeyrek		28.303
34	2021 2. çeyrek		28.730
35	2021 3. çeyrek		29.157
36	2021 4. çeyrek		29.583
37	2022 1. çeyrek		30.010
38	2022 2. çeyrek		30.437
39	2022 3. çeyrek		30.863
40	2022 4. çeyrek		31.290



Şekil 21: Çeyrek bazlı trend analizi

4.7. Regresyon Analizi

Çalışmanın bu bölümün yöntem olarak ekonometrik analiz kullanılmıştır. Regresyon analizinde bağımlı değişken olarak 2013-2019 yılları arasında dış ülkelere İstanbul'a gelen ve İstanbul'da sağlık turizmi hizmeti alanların sayısı kullanılmıştır.

Bu talebi açıklamak için Türkiye'nin Tüketici fiyat endeksi (TÜFE TR), İstanbul'a en çok sağlık turisti gönderen ilk 12 ülkenin tüketici fiyat endeksi (TÜFE TGÜ), reel efektif döviz kuru, uzman hekim sayısı ve hastane yatağı sayısı açıklayıcı değişkenler olarak seçilmiş ve bu veriler kullanılarak İstanbul'a yönelik sağlık turizmi dış talebi açıklanmaya çalışılmıştır. Elde edilen veriler yorumlanıp sınıflandırılmış ve çok değişkenli doğrusal regresyon analizi yapılmış ve SPSS paket programı kullanılmıştır.

4.7.1. Değişkenlerin belirlenmesi

Bu çalışmada, İstanbul'a gelen sağlık turisti sayısı, uluslararası turizm talebini temsilen alınan bağımlı değişken olup bu veri seti, Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi ve Turisti Sağlığı İzleme sisteminden alınmıştır. Söz konusu veri seti ülkelere göre sınıflanarak analize hazır hale getirilmiştir.

Çalışmanın bu bölümünde öncelikle çalışılacak değişkenleri seçimi yapılmıştır. Seçim için ilk aşamada Bağımlı değişken olarak İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı seçilmiş, açıklayıcı değişkenler olarak reel efektif döviz kurları, uzman

hekim sayısı ve toplam yatak sayısı ve Türkiye tüketici fiyat endeksi verileri alınmıştır.

Bu veriler 2013- 2019 arası 7 yıllık dönemde aylık periyotta analiz edilmiştir. İstanbul'a gelen sağlık turisti sayıları İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Turizmi Biriminden, Uzman doktor ve yatak sayıları TÜİK ten ve reel efektif döviz Kuru ve Enflasyon verileri TCMB den alınmıştır.

Tablo 46: Regresyon analizi değişkenler tablosu

Değişken	Temsili Değişken	Kod	Kaynak
İstanbul'a Yönelik Sağlık Turizmi Talebi	İstanbul'a Gelen Sağlık Turisti Sayısı	HTOUR	TÜİK, Sağlık Turizm Bilgi Sistemi
Fiyatlar	Tüfe TR/ Tüfe TGÜ	CPITR/CPIDC	Uluslararası Kuruluşlar ve Ülke Verileri
Döviz Kurları	Reel Efektif Döviz Kuru	REK	World Bank, International Financial Statics, TC Merkez Bankası
Uzman Hekim Sayısı	Uzman Dr. Sayısı	DR	Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı
Toplam Yatak Sayısı	Hastane Yatağı	HBEDS	Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı

Turizm talebini temsil edecek değişken turist gönderen ülkeden turizm ülkesine gelen turist sayısı olabileceği gibi, bu turistlerin yaptıkları harcamalar, turistlerin turizm ülkesinde kaldıkları gece sayısı alternatif olarak kullanılabilir (F.Witt & A.Witt, 1195).

Verilerin kolay bir de ulaşılabilir olmasından dolayı yapılan çalışmaların büyük bir kısmında turizm talebi turist sayısı ile temsil edilmektedir. (Duru, 2017, s. 78-81)

Bu çalışmada da aynı yaklaşımla 2013- 2019 yılları arasında seçilmiş ülkelerden İstanbul'a sağlık turizmi amacıyla gelen kişi sayısı değişkeni bağımlı değişken olarak kullanılmıştır. Sağlık turisti sayısına ilişkin veriler, Sağlık Turizmi Bilgi Takip Sisteminden temin edilmiştir.

Açıklayıcı (Bağımsız) Değişkenler olarak bu bölümde; Türkiye'nin Tüketici fiyat endeksi (Tüfe TR), İstanbul'a en çok sağlık turisti gönderen ilk 12 ülkenin tüketici fiyat endeksi (Tüfe TGÜ), Reel Efektif Döviz Kuru, Uzman Hekim Sayısı ve hastane Yatağı sayısı kullanılmıştır.

Fiyat: Genel anlamda turizm faaliyeti söz konusu olduğunda belirlenen fiyat satın alınacak mal ve hizmetlerin fiyatları ile destinasyon ülkesine ulaşım maliyetlerinin bir bileşimidir.

Aydın, Darıcı, & Daşcı'nın Seddighi ve Shearing'den aktardığına göre turizm amacıyla bir ülkeye gidildiğinde iki tür fiyat ile karşılaşmaktadır. Bunlar “gidilen ülkedeki yaşam maliyeti yani tüketici fiyatları” ve “gidilen ülkeye seyahat fiyatı yani seyahat maliyetidir”. Bu iki tür fiyat bazen ayrı değerlendirilse de birlikte de değerlendirilebilir. (1997: 503). (Aydın, Darıcı, & Daşcı, 2015, s. 144-177)

Sağlık turizmi söz konusu olduğunda ise her ne kadar gidilecek ülkenin yaşam maliyetleri ve ulaşım maliyetleri ile birlikte satın alınacak mal ve hizmetin maliyeti etkili olmaktadır. Sağlık turizminde seyahat mesafesi, seyahat süresi, talep edilen hizmet veya ürünün türü ve niteliği fiyatın belirlenmesinde ana etkenlerdir.

Çoğu kez seyahat ve konaklama hizmetleri sağlık turizminde talep edilen ürün ve hizmetlerin yanında paket programlar içerisinde sunulmaktadır. Paket programlara dahil edilmese de sağlık turizminde destinasyon ülkesi tüketici fiyatları ve seyahat maliyetlerinin fiyatın belirlenmesin etkin olduğu öngörülmektedir.

1997 yılında Lim turizm talebinin açıklamak için yaptığı “An Econometric Classification and Review of International Tourism Demand Models- Uluslararası Turizm Talep Modellerinin Ekonometrik Sınıflandırılması ve İncelenmesi” isimli çalışmasında birçok değişkenin yanı sıra ekonomik değişkenlere yer vermiştir (Lim, An Econometric Classification and Review of International Tourism Demand Models., 1997).

Dritsakis 2004 yılında Yunanistan'daki gayri safi yurtiçi hasıla, reel efektif döviz kuru ve uluslararası turizm kazançları arasındaki ilişkiyi nedensellik analizini kullanarak incelediği “Tourism as a Long-Run Economic Growth Factor: An Empirical Investigation for Greece Using Causality Analysis- Uzun Dönem Ekonomik Büyüme Faktörü Olarak Turizm: Nedensellik Analizi Kullanarak Yunanistan İçin Ampirik Bir Araştırma” isimli çalışmasında kur, fiyatlar (enflasyon) ve ekonomik büyüklük gibi değişkenlerin turizm talebini etkilediğini ortaya koymuştur (Dritsakis, 2004).

Literatürde benzer de bir çok araştırmacının turizm talebini açıklayabilmek için gerek turist gönderen ülkenin gerekse destinasyon ülkesinin tüketici fiyatları endeksi (TÜFE), üretici fiyatları endeksi (ÜFE) vb. ekonomik verilerini kullandıklarını görmekteyiz.

Sağlık turizmi söz konusu olduğunda da aynı de ilgili ülkelerin ekonomik verileri açıklayıcı olmaktadır. Bu bağlamda sağlık turizmi faaliyeti sonucunda talep edilen ürün ve hizmetlerin fiyatı çoğu kez temel belirleyici olmaktadır.

Bu bağlamda ekonomik faktörlerin sağlık turizminde tüketici tercihlerinde belirgin faktör olduğu birçok çalışma ile de ortaya konmuştur. Dökme'nin aktardığına göre Frederick ve Gan (2015) yılında yaptıkları bir çalışma da ABD'de tüketicilerin %27'sinin maliyetleri göz önüne alarak başka bir ülkede sağlık hizmeti almak istediklerini söylemektedir (Dökme, 2019, s. 825-831).

Aynı çalışmada Mutalib ve arkadaşlarınca 2017 yılında Hindistan'da sağlık turizmi alanında yapılan 43 çalışmanın analiz edildiği ve analiz edilen çalışmaların tümünde hasta tercihlerini belirleyen temel etken olarak maliyet (fiyat) faktörünün temel etken olduğu belirtilmiştir (Dökme, 2019, s. 825-831).

Tüketiciler fiyat ulaşım maliyetleri ile birlikte satın alınacak mal ve hizmetin maliyeti etkili olmaktadır. Sağlık turizminde seyahat mesafesi, seyahat süresi, talep edilen hizmet veya ürünün türü ve niteliği fiyatın belirlenmesinde ana etkenlerdir.

Çoğu kez seyahat ve konaklama hizmetleri sağlık turizminde talep edilen ürün ve hizmetlerin yanında paket programlar içerisinde sunulmaktadır. Paket programlara dahil edilmese de sağlık turizminde destinasyon ülkesi tüketici fiyatları ve seyahat maliyetlerinin fiyatın belirlenmesin etkin olduğu öngörülmektedir.

Döviz Kurları: Her hangi bir turizm faaliyetine katılmaya karar bireyler. Bulundukları yerden bir başka destinasyona (farklı bir ülke) seyahat kararı alırken o ülkedeki fiyatlar genel düzeyi hakkında bilgi sahibi olmak isterler (Lim, 1997). Bu istek doğrultusunda ilk etapta akla gelene ve en çok kullanılan araç döviz kurlarıdır.

Bu durumu dikkate alan birçok araştırmacı turizm talebini açıklamak için yaptıkları çalışmalarında turistik mal ve hizmetlerin fiyatlarının yanı sıra döviz kurlarına da yer vermişlerdir.

Bilindiği üzere Döviz kuru; bir para biriminin diğeriyle değiş tokuş edilmesi durumunda birbirlerine oransal ifadesidir. Dünyada farklı döviz kuru sistemleri bulunmakla birlikte genel anlamda döviz kuru, farklı ülkelerdeki farklı insanların birbirleriyle ticaret yapması için kullanışlı bir araçtır diyebiliriz (Özçelik & Uslu, 2020).

Bu bağlamda Nominal efektif döviz kuru (NEK) ve Reel efektif döviz kuru (REK) ayrımı karşımız çıkmaktadır. Nominal efektif döviz kuru (NEK) *“bir kriter gözetilerek seçilmiş çift taraflı nominal kurların uygun bir ağırlıklandırma yöntemi kullanılarak elde edilmiş ortalamasıdır.”*

Reel efektif döviz kuru (REK) ise, NEK'in ülkeler arasındaki görelî fiyat veya maliyet farklarıyla düzeltilmiş halidir.

REK, ülke ekonomilerin rekabet gücü ve yapılarını yansıtmakta olup sıkça uluslararası karşılaştırmalarda bir makroekonomik gösterge olarak kullanılmaktadır (Eğilmez, 2012).

TCMB açısından; NEK ile ülkeler arası nispi fiyat farkları gösterilemediği için REK hesaplanmaktadır. Öncelikle Nominal efektif döviz kuru (NEK), Türkiye'nin dış ticaretinde önemli paya sahip ülkelerin para birimlerinden oluşan sepete göre, Türk Lirası (TL)'nin ağırlıklı ortalama değeri alınarak hesaplanmakta, bilahare NEK'deki nispi fiyat etkileri arındırılarak REK elde edilmektedir. Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası (TCMB) tarafından hesaplanan reel efektif döviz kuru endeksleri ülkemiz fiyat düzeyinin dış ticaret yaptığımız ülkelerin fiyat düzeylerine oranının ağırlıklı geometrik ortalaması alınarak hesaplanmaktadır (TCMB (Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası)).

Reel döviz kurundaki bir artışın ulusal paranın artışını ifade ettiğinden, endekste ki bir artış Türkiye'de ki fiyatların nispi olarak artışına işaret etmektedir. Bu nedenle değışkendeki bir değışimin turizm talebi ile negatif ilişkili olması beklenmektedir.

Aynı etkinin sağlık turizminde de geçerli olduğu reel efektif döviz kurundaki artışın (dolayısıyla ülkedeki sağlık turizmi mal ve hizmetlerindeki fiyatların nispi olarak artışı) sağlık turisti talebini negatif etkilemesi beklenmektedir.

Çalışmada TCMB tarafından hesaplanan ve yayımlanan Türk lirasının reel efektif kur değeri ile İstanbul'a gelen sağlık turisti sayısı arasındaki ilişki irdelenmiştir. Veriler 2013-2019 döneminde aylık dönemde incelenmiştir. Teknik olarak Türk lirasının reel efektif değeri yükseldikçe İstanbul'a sağlık turisti sayısının negatif etkilenmesi beklenmektedir.

Uzman Hekim Sayısı: Modelde yer alan değışkenlerin yanında, ekonomik faktörler arasında yer alan potansiyeli ve arz yapısını gösteren; yatak sayısı, sağlık turizm yatırımları ve ülkenin reel döviz kuru değışkenleri tek ülke verilerine dayandığından dolayı modelde kullanılamamıştır. Türkiye'nin turizm arz yapısını temsil eden bu değışkenlerin ülkenin uluslararası turizm talebine olan etkisini incelemek için model kurulmuştur. Kurulan modeldeki veri seti 2013-2019 yılları arasındaki yıllık verilerden oluşmaktadır.

Çalışmanın bu bölümünde öncelikle çalışılacak parametreler seçilmiştir. Ülkelerin seçimi yapılmıştır. Seçim için ilk aşamada İstanbul'da çalışan uzman doktor sayısı seçilmiştir. Bu göstergeye ait veriler uzman hekim sayısı olarak düzenlenen bu göstergeye ait veriler Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı'ndan temin edilmiştir.

Her ne kadar medikal anlamda sağlık turizmi bir ekip işi olarak tanımlansa da uygulanan özellikli işlemler dikkate alındığında ekibin merkezinde uzman doktor bulunması sağlık turizmi hizmeti verilebilmesi için birinci gerek şarttır. Bu nedenle analizde uzman yıllara göre uzman hekim sayısı esas alınmıştır.

Toplam Yatak Sayısı: İkinci aşamada konaklama potansiyeli de dikkate alınarak yatak sayısı seçilmiştir. Bu göstergeye ait veriler Uzman hekim sayısı olarak düzenlenen bu göstergeye ait veriler Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı'ndan temin edilmiştir.

Her ne kadar hastane yatakları, yoğun bakım yatağı, nitelikli yatak gibi ayrımlara tabii tutulsa da sağlık turizmi için İstanbul'a gelen turistlerin estetik medikal ağırlıklı olması ve genel bir dağılım göstermesi dikkate alındığında genel anlamda hastane yatak sayısının yeterli bir parametre olacağı düşünülmektedir.

4.7.2. Hipotezler

Bağımlı değişken ile bağımsız değişkenler arasında doğrusal bir ilişkinin varlığını test etmek üzere

Hi hipotezleri şu de belirlenmiştir ($i=0,1,2, \dots, n$):

H₁₀: İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile turist gönderen ülkelerin Tüketici Fiyat Endeksi ile doğrusal bir ilişki yoktur.

H₁₁: İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile turist gönderen ülkelerin Tüketici Fiyat Endeksi ile doğrusal bir ilişki vardır.

H₂₀: İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile Türkiye'nin Tüketici Fiyat Endeksi ile doğrusal bir ilişki yoktur.

H₂₁: İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile Türkiye'nin Tüketici Fiyat Endeksi ile doğrusal bir ilişki vardır.

H₃₀: İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile Türkiye'nin yıllık ortalama reel efektif döviz kuru ile doğrusal bir ilişki yoktur.

H3₁: İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile Türkiye'nin yıllık ortalama reel efektif döviz kuru ile doğrusal bir ilişki vardır.

H4₀: İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile İstanbul'da çalışan Uzman Hekim Sayısı arasında doğrusal bir ilişki yoktur.

H4₁: İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile İstanbul'da çalışan Uzman Hekim Sayısı arasında doğrusal bir ilişki vardır.

H5₀: İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile İstanbul'da toplam Hastane Yatağı Kapasitesi arasında doğrusal bir ilişki yoktur.

H5₁: İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile İstanbul'da toplam Hastane Yatağı Kapasitesi arasında doğrusal bir ilişki vardır.

4.7.3. Modelin uygulanması

Bu bölümde oluşturulan regresyon analizi veri seti kullanılarak modellemeler yapılmış ve uygulama yoluna gidilerek oluşturulan hipotezler sınanmıştır.

4.7.4. Çok değişkenli doğrusal regresyon

Çalışmanın bu kısmında bağımlı değişken olarak 2013-2019 dönemimde İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı kullanılmıştır. Açıklayıcı değişkenler olarak Türkiye'nin Tüketici fiyat endeksi, 2013-2019 döneminde İstanbul'a en çok turist gönderen ilk 20 ülkeden verilerine ulaşılan 12 ülkenin Tüketici Fiyat endeksi verileri, Türkiye'nin Reel Efektif Döviz Kuru, İstanbul'da çalışan uzman hekim sayısı ve aynı dönemde İstanbul'da mevcut hastane yatağı sayısı kullanılmıştır.

Bağımlı ve açıklayıcı değişkenler SPSS İstatistik Analiz Programı kullanılarak Çok Değişkenli Doğrusal Regresyona sokulmuştur. Analiz sonucunda aşağıda yer aşan tanımlayıcı istatistikler tespit edilmiştir.

Tablo 47: Çoklu regresyon tanımlayıcı istatistikler

	mean	std. deviation	n
HTUR	233,44	281,153	1.008
CPIDC	6,289	12,1502	1.008
CPITR	5,554	3,2797	1.008
REK	93,525	12,7146	1.008
DR	18.392,71	1.838,945	1.008
HBED	36.433,71	2.824,453	1.008

Çıkan sonuca göre, totalde 1008 değer analiz edilmiştir. Analize sokulan 12 ülkeden 2013-2019 döneminde İstanbul'a gelen aylık turist sayısı ortalama 234 dür. Bu dönemde İstanbul'a turist gönderen 12 ülkenin ortalama fiyatlar genel düzeyi 6,2 iken Türkiye'nin ortalama fiyatlar genel düzeyi 5,6 dır. 2013-2019 döneminde Türk lirasının yabancı paralar karşısında ortalama değeri yani ortalama reel efektif kur (REK) Değeri İse 93,5 dür. 2013-2019 döneminde İstanbul ilinde görev yapan uzman doktor sayısı ortalaması 18393 iken aynı dönemde ortalama yatak sayısı 36.434 olarak tespit edilmiştir.

Tablo 48: Çoklu regresyon korelasyon tablosu

		HTUR	CPIDC	CPITR	REK	DR	HBED
Pearson Correlation	HTUR	1,000	,603	-,122	-,182	,139	,166
	CPIDC	,603	1,000	-,007	-,001	,001	,004
	CPITR	-,122	-,007	1,000	,714	-,603	-,763
	REK	-,182	-,001	,714	1,000	-,826	-,905
	DR	,139	,001	-,603	-,826	1,000	,933
	HBED	,166	,004	-,763	-,905	,933	1,000

Yapılan Çoklu Doğrusal Regresyon analizi sonucunda pearson korelasyon katsayısı incelendi. Bu katsayının literatürde genel kabul değerinin 0,8 den küçük olması istenmektedir. Modelimiz incelendiğinde Hastane yatağı sayısı/HBED ve Uzman Doktor Sayısı/DR değişkenlerine ait pearson korelasyon katsayısının 0,80 den büyük olduğu görülmüş olup, oto korelasyon nedeniyle bu değişkenler modelden çıkartılarak kalan değişkenlerle analize devam edilmiştir.

Ancak; Hastane yatağı sayısı/HBED ve Uzman Doktor Sayısı/DR değişkenlerine ilişkin hipotezlerin sınanabilmesi için bu değişkenler modelden ayrı olarak bilahare tek değişkenli regresyon analizi ile incelenecektir.

Tablo 49: Çoklu regresyon modeli

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	REK, CPIDC, CPITR ^b	.	Enter
a. Dependent Variable: HTUR (Bağımlı)			
b. All requested variables entered.			

Kullanılan model enter metodu seçildi. Modelde bağımlı değişken olarak HTUR (Sağlık Turist Sayısı), bağımsız değişkenler olarak REK (Reel Efektif Kur),

CPIDC (Turist Gönderen Ülkenin Fiyatlar Genel Düzeyi), CPITR (Türkiye Fiyatlar Genel Düzeyi)

Tablo 50: Çoklu regresyon model özeti

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	,630 ^a	,397	,395	218,635

Çok değişkenli doğrusal regresyon modeli özeti aşağıdaki gibidir. Burada bağımsız değişkenimiz 1 den fazla olduğu için düzeltilmiş R-kare değerine bakmamız gerekmektedir. Burada değer %39,5 bulunmuş olup Bağımsız değişkenlerin bağımlı değişkeni açıklama oranı olarak ifade edilebilir. Bu bağlamda Sağlık Turisti sayısı değişkeni içindeki varyasyonun (çeşitliliğin) %39,5 inin açıklayıcı değişkenlere atfedilebileceğini söylemektedir.

Tablo 51: Çoklu regresyon ANOVA tablosu

ANOVA ^a						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	31607644,919	3	10535881,640	220,409	,000 ^b
	Residual	47992685,858	1004	47801,480		
	Total	79600330,777	1007			

a. Dependent Variable: HTUR

b. Predictors: (Constant), REK, CPIDC, CPITR

Bilindiği üzere (ANAlYis Of VArIance) bakıldığında 3 ya da daha çok grup arasında, belirli bir değişkene dayalı olarak farklılık olup olmadığını belirlemek amacıyla kullanılır.

ANOVA tablosunda en sonraki sig. değeri 0,05 ten küçükse karşılaştırılan grupların ortalamaları arasında anlamlı bir fark olduğuna karar verilir. Regresyon çıktısındaki ANOVA tablosu bize regresyon modelimizin genel olarak anlamlı bulunup bulunmadığını gösterir.

Burada F-değerine (220,409) ve p-değerine (sig. değeri, ,000b<0.001) bakarak regresyon modelimizin anlamlı bulunduğunu söyleyebiliriz. Yani Açıklayıcı değişkenler, Sağlık Turist Sayısı değişkeninin anlamlı bir tahmin edicisidir.

Tablo 52: Çoklu regresyon katsayılar tablosu

Coefficients ^a											
		Unstandardized		Standardized			Correlations			Collinearity	
		Coefficients		Coefficients						Statistics	
Model		B	Std. Error	Beta	t	Sig.	Zero- order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1	(Constant)	544,875	62,088		8,776	,000					
	CPIDC	13,958	,567	,603	24,615	,000	,603	,613	,603	1,000	1,000
	CPITR	2,028	3,002	,024	,676	,500	-,122	,021	,017	,490	2,042
	REK	-4,389	,774	-,198	-5,669	,000	-,182	-,176	-,139	,490	2,041
a. Dependent Variable: HTUR											

a. Dependent Variable: HTUR

Modele ait Coefficients (Katsayılar) tablosuna baktığımızda; CPIDC değişkenine ait (t) değeri 24,6 ve sig değeri 0.000 bulunmuştur. Sig. değer <0.05 olduğu için anlamlıdır.

Söz konusu tabloya bakıldığında, turist gönderen ülkenin tüketici enflasyon düzeyi (CPIDC) ile (HTOUR) turist sayısı arasında pozitif doğrusal bir ilişki olduğu, yani turist gönderen ülkenin tüketici enflasyon düzeyi dolayısıyla sağlık hizmeti fiyatları artış gösterdiğinde ile İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı arasında doğru yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Burada p-değerine (sig. değeri,000b <0.05) bakarak değişkenimizi istatistiksel olarak anlamlı bulunduğunu söyleyebiliriz.

Bu bağlamda REK Değişkenine ait; H1₁ hipotezi kabul edilmiştir.

H1₁: İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile turist gönderen ülkelerin Tüketici Fiyat Endeksi ile doğrusal bir ilişki vardır.

Modele ait Coefficients (Katsayılar) tablosuna baktığımızda; REK değişkenine ait (t) değeri -5,6 ve sig değeri 0.000 bulunmuştur. Sig. değer <0.05 olduğu için anlamlıdır. Söz konusu tabloya bakıldığında, reel efektif kur (REK) ile (HTOUR) turist sayısı arasında negatif doğrusal bir ilişki olduğu, yani Türk lirasının uluslararası piyasalarda reel değerinin yükselmesi ile İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı arasında ters yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir. Burada p-değerine (sig. değeri,000b <0.05) bakarak değişkenimizi istatistiksel olarak anlamlı bulunduğunu söyleyebiliriz

Bu bağlamda REK Değişkenine ait; H3₁ hipotezi kabul edilmiştir. (İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile Türkiye'nin yıllık ortalama reel efektif döviz kuru ile doğrusal bir ilişki vardır.)

Modele ait Coefficients (Katsayılar) tablosuna baktığımızda; CPITR değişkenine ait (t) değeri 0,7 ve sig değeri 0.5 bulunmuştur. Sig. değer >0,05 olduğu için model için anlamlı bulunmamıştır. Ancak İstanbul'a gelen sağlık turisti sayısı (HTOUR)arasında, ile (CPITR) arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki kurulamamıştır. Burada sırasıyla p-değeri (CPITR- sig. Değeri,0,5>0.05) bulunmuştur. Bu bağlamda CPITR Değişkenine ait; H2₀ hipotezi kabul edilmiştir. (İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile Türkiye'nin Tüketici Fiyat Endeksi ile doğrusal bir ilişki yoktur)

Çoklu doğrusal regresyon modelinde VIF değeri çoklu doğrusal bağlantıyı ölçmek için kullanılmakta olup kabul aralığı değeri 1 ile 10 arasında olmalıdır. Model incelendiğinde her bir değişken için VIF değeri 1 ile 10 arasında bulunduğu modelde çoklu doğrusal bağlantı yoktur. Regresyon tahmin modelimiz ise aşağıdaki de bulunmuştur.

$$\text{Regresyon Tahmini } \hat{y} = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \beta_3 X_3 + \epsilon;$$

$$\text{HTUR} = 544,875 + 13,958 * \text{CPIDC} + 2,028 * \text{CPITR} - 4,389 * \text{REK} + \epsilon$$

4.7.5. Sağlık turist sayısı ve hekim sayısı ilişkisi

Bu bölümde İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile aynı dönemde İstanbul'da görev yapan arasındaki uzman hekim sayısı arasındaki ilişki irdelenmiştir. Veriler 2013-2019 döneminde aylık dönemde incelenmiştir. Teknik olarak hekim sayısı ile İstanbul'a sağlık turisti sayısı arasında pozitif bir ilişki beklenmektedir.

Bu bağlamda 2013-2019 döneminde analize giren 12 ülkeden gelen sağlık turist sayısı ile doktor sayısı verileri SPSS İstatistik Analiz Programı kullanılarak Basit Doğrusal Regresyona sokulmuştur.

Tablo 53: Hekim sayısı regresyon model özeti

Model Summary ^b						
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics	
					R Square Change	F Change
1	,139a	,019	,018	278,568	,019	19,773

Tek değişkenli doğrusal regresyon modeli özeti aşağıdaki gibidir. Burada elde edilen R değeri %1,9 ve R-kare ise %1,8 olarak bulunmuş olup bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni açıklama oranı çok düşük bulunmuştur.

Tablo 54: Hekim sayısı regresyon ANOVA tablosu

ANOVAa						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	1534425,707	1	1534425,707	19,773	,000b
	Residual	78065905,070	1006	77600,303		
	Total	79600330,777	1007			

Regresyon çıktısındaki ANOVA tablosu bize regresyon modelimizin genel olarak anlamlı bulunup bulunmadığını gösterir. Burada F-değerine ve p-değerine (sig. değeri, 000b <0.001) bakarak regresyon modelimizin anlamlı bulunduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 55: Hekim sayısı regresyon katsayılar tablosu

Coefficientsa						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardize d Coefficients	t	Sig.
		B	Std. Error	Beta		
1	(Constant)	-156,979	88,237		-1,779	,076
	DR	,021	,005	,139	4,447	,000

Coefficients (Katsayılar) tablosuna baktığımızda; DR değişkenine ait (t) değeri 4,4 ve sig değeri 0.000 bulunmuştur. Sig. değer <0.05 olduğu için anlamlıdır.

Bu durumda, H₄₁: (İstanbul’a gelen sağlık turist sayısı ile İstanbul’da çalışan Uzman Hekim Sayısı arasında doğrusal bir ilişki vardır.) hipotezi kabul edilmekle birlikte R kare değeri çok düşük olduğu için istatistiki olarak modelin açıklama gücü yetersiz kabul edilmiştir.

4.7.6. Sağlık turist sayısı ve yatak sayısı ilişkisi

Bu bölümde İstanbul’a gelen sağlık turist sayısı ile İstanbul hastaneleri yatak kapasitesi arasındaki ilişki irdelenmiştir. Veriler 2013-2019 döneminde aylık

dönemde incelenmiştir. Teknik olarak hekim sayısı ile İstanbul'a sağlık turisti sayısı arasında pozitif bir ilişki beklenmektedir. Bu bağlamda 2013-2019 döneminde analize giren 12 ülkeden gelen sağlık turist sayısı ile olarak aynı dönemde İstanbul Hastaneleri yatak sayılarına ilişkin veriler SPSS İstatistik Analiz Programı kullanılarak Basit Doğrusal Regresyona sokulmuştur.

Tablo 56: Yatak Sayısı Regresyon Model Özeti

Model Summaryb						
Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics	
					R Square Change	F Change
1	,166a	,028	,027	277,374	,028	28,627

Tek değişkenli doğrusal regresyon modeli özeti aşağıdaki gibidir. Burada elde edilen R değeri (% 2,8) ve . R-kare ise (%2,7) olarak bulunmuş olup bağımsız değişkenin bağımlı değişkeni açıklama oranı çok düşük bulunmuştur.

Tablo 57: Yatak sayısı regresyon ANOVA tablosu

ANOVAa					
Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1					
Regression	2202452,299	1	2202452,299	28,627	,000b
Residual	77397878,477	1006	76936,261		
Total	79600330,777	1007			

Regresyon çıktısındaki ANOVA tablosu bize regresyon modelimizin genel olarak anlamlı bulunup bulunmadığını gösterir. Burada F-değerine ve p-değerine (sig. değeri, 000b <0.001) bakarak regresyon modelimizin anlamlı bulunduğunu söyleyebiliriz.

Tablo 58: Yatak sayısı regresyon katsayılar tablosu

Coefficientsa					
Model	Unstandardized Coefficients	Standardized Coefficients	t	Sig.	
	B	Std. Error	Beta		
1					
(Constant)	-369,821	113,089		-3,270	,001
HBEDS	,017	,003	,166	5,350	,000

Coefficients (Katsayılar) tablosuna baktığımızda; HBEDS değişkenine ait (t) değeri 5,3 ve sig değeri 0.000 bulunmuştur. Sig. değer <0.05 olduğu için anlamlıdır.

Bu durumda, H₅₁: (İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile İstanbul'da toplam Hastane Yatağı Kapasitesi arasında doğrusal bir ilişki vardır.) hipotezi kabul edilmekle birlikte R kare değeri çok düşük olduğu için istatistiki olarak modelin açıklama gücü yetersiz kabul edilmiştir.

4.8. Çekim Modeli Analizi

Fizik literatüründen sosyal bilimlere uyarlanan çekim hipotezi ilk olarak uluslar arası ticaret alanında kullanılmaya başlanmıştır. Yapılan ilk çalışmada Tinbergen(1962), Heckscher- Ohlin modeli kullanılmış, ticarete konu olan malların fiyatları ile sınırların etkisi incelenmiştir. Pöyhönen(1963) ve Linnemann(1966) yaptıkları çalışmalarda bu modelle farklı değişkenler eklemiş ve uluslar arası ticaret teorisinin bu çerçevede gelişmesini sağlamışlardır.

Son yıllara kadar çekim hipotezine yöneltilen eleştirilerinin başında, teorik eksiklik gösterilirken, Head ve Ries(2008), Grogger ve Hanson(2011) çalışmalarında özellikle doğrudan yabancı yatırımların çekim modellemesiyle hareketleri ve akışlarını ortaya koyarak tekrar çekim hipotezinin kullanılabilirliğini ortaya koymuşlardır. Isaac Newton(1687) tarafından yer çekim kanunu olarak bilinen kanun temelde çekim kuvveti; iki cismin kütleleri ile doğru, iki kütle arasındaki mesafe ile ters ilişkilendirilmektedir. (Anderson vd. 2001)

Bu kanun aşağıdaki denklemde modellenmiştir;

$$\text{Çekim Yasası Ana Denklem: } F_{ij} = G \cdot \frac{M_i M_j}{d_{ij}^2}$$

Burada:

F_{ij}: çekim kuvvetini,

G çekim sabiti diğer bir ifade ile yer çekimini,

M_i ve M_j ise iki kuvveti,

D: ise bu iki kuvvet arasındaki oransal mesafenin karesini ifade etmektedir.

Bu kanundan hareketle sosyal bilimlerde kullanım alanı, akımların ya da hareketlerin modellenmesi olarak belirlenmiştir. Çekim hipotezi ya da modellemesi, uluslararası iktisat alanında yerçekimini iktisat temelinde ele alınmasını sağlamaktadır.

Modelde çekim hipotezine konu olan mesafe kavramı iktisatta ki taşıma maliyetleri, ulaşım maliyetleri bir takım önemli açıklayıcı unsurları göstermektedir. Aynı zamanda uzaklık çalışmamıza da konu olan turizm talebi üzerinde de önemli bir etkisi sahip olup olmadığı yine modelde incelenmiştir. Modele ve çekim modeli yaklaşımına konu olan uzaklık kavramı aynı zamanda çalışmamız açısından kültürel farklılığında bir göstergesi olarak kabul edilmiştir.

Bu çalışmada 2013-2019 yılları arasında İstanbul'da sağlık hizmeti alan sağlık turistlerine ait yatay kesit verileri kullanılmıştır. Çekim yasasının 1 numaralı denklemi çalışmada kullanılan açıklayıcı değişkenlerin eklenmesiyle yeniden düzenlenerek aşağıdaki de elde edilmiştir.

$$ST \text{ Ana Çekim Denklemi: } SATUR_{ij} = a_0 \frac{(GSYH_i.KBGSYH_i)^a (GSYH_j.KBGSYH_j)^b}{U_{ij}^Y}$$

Bu denklemde;

$SATUR_{ij}$; İstanbul ilinde mevcut hastanelere yönelik sağlık turizm talebini açıklamak üzere 2013-2019 döneminde bu hastanelerden hizmet alan turist sayısını göstermektedir.

a_0 ; ise sabit terimi ifade etmektedir.

Modelde kullanılan açıklayıcı değişkenler;

$GSYH_i$: Sağlık turisti olarak gidilen ülkenin $GSYH$ değerini

$KBGSYH_i$: Sağlık turisti olarak gidilen ülkenin $KBGSYH$ değerini göstermektedir.

Ekonomik büyüklüğü yansıttığı herkesçe kabul edilen $GSYİH$ değeri ile birlikte çekim modelinde açıklayıcı değişken olarak ülkenin piyasa büyüklüğünü ve piyasa potansiyelini temsil eden kişi başına düşen $GSYİH$ değeri de kullanılmaktadır. Kişi başı $GSYİH$ değişkeni, ülkenin $GSYİH$ değerinin nüfusa bölünmesi ile hesaplanmaktadır (Golovka, 2009).

Çalışmada İstanbul özelinde $GSYH$ VE $KBGSYH$ değerleri hesaplanmadığı ve sağlık turisti gönderen birim olarak ülkeler ele alındığında ve ülke geneli hesaplanan $GSYH$ VE $KBGSYH$ değerleri kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan iktisadi veriler (<https://www.imf.org>) ve (<https://data.worldbank.org>) internet sitelerinden alınmıştır.

U_{ij}^Y ; Sağlık turisti gönderen ülkelerin başkentlerinin (ABD İÇİN New York esas alınmıştır.) İstanbul'a uzaklıkları verilmiştir.

Veriler her bir ülke başkenti için ayrı ayrı uçuş mesafesi olarak hesaplanmıştır. Hesaplamalarda kullanılan veriler www.timeanddate.com isimli internet sitesinden alınmıştır.

(GSYHi.KBGSYHi) değişkeni sağlık turisti gönderen ülkelere göre değişmediği için bu değişken modelden çıkarılmış ve aşağıdaki denkleme ulaşılmıştır.

$$\text{Sağlık Turizmi Modifiye Çekim Denklemi: } SATUR_{ij} = a_0 \frac{(GSYH_j.KBGSYH_j)^\beta}{U_{ij}^\gamma}$$

Çalışmada İstanbul özelinde GSYH VE KBGSYH değerleri hesaplanmadığı, hesaplanırsa bile sağlık turisti gönderen ülkeye göre değişmeyeceği için sağlık turisti gönderen birim olarak ülkeler ele alınmıştır. Türkiye, dolayısı ile İstanbul için (GSYH ve KBGSYH) değişkeni sağlık turisti gönderen ülkelere göre değişmediği için bu değişken modelden çıkarılmış ve İstanbul'a sağlık turisti gönderen ülkeler için hesaplanan GSYH VE KBGSYH değerleri kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan iktisadi veriler (<https://www.imf.org>) ve (<https://data.worldbank.org>) internet sitelerinden alınmıştır.

Çalışmanın bu bölümünde bir diğer belirleyici değişken olarak mesafe kullanılmıştır. İstanbul'a en çok sağlık turisti gönderen 20 ülkenin başkentlerinin29 İstanbul'a uzaklıkları verilmiştir. Veriler her bir ülke başkenti için ayrı ayrı uçuş mesafesi olarak hesaplanmıştır. Hesaplamalarda kullanılan veriler www.timeanddate.com isimli internet sitesinden alınmıştır.

Tablo 59: Çekim modeli değişkenler tablosu

Değişken	Kod	Kaynak
İstanbul'a Yönelik Sağlık Turizmi Talebi	ST	TUIK, Sağlık Turizm, Bilgi Sistemi
İstanbul'a Sağlık Turisti Gönderen Ülkelerin GSYH	GSYH	(https://www.imf.org) ve (https://data.worldbank.org)
İstanbul'a Sağlık Turisti Gönderen Ülkelerin KBGSYH	KBGSYH	(https://www.imf.org) ve (https://data.worldbank.org)
Uzaklık	U	www.timeanddate.com

Ayrıca model kukla değişkenlere de yer verilmiştir. Yapılan ilk analizde uzaklık parametresinin “Sig.”değeri “0,142b” > 0,05 çıkmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Bu nedenle İstanbul'a 2000 kilometreden yakın ülkeler

29(ABD İÇİN New York esas alınmıştır.)

(yakın) İstanbul'a 2000 kilometreden uzak ülkeler uzak kabul edilerek DUMMYUZ2000 ismiyle ilk kukla değişken oluşturulmuştur.

Daha sonra turistlerin geldikleri ülkeler ile dinsel yakınlık ve komşuluk faktörünün etkisini görebilmek için sırasıyla DUMMYDİN ve DUMMYKOM isimli kukla değişkenler analize dâhil edilmiştir.

Tablo 60: İstanbul'a en çok sağlık turisti gönderen yirmi ülke (2013-2019)³⁰

	Ülke	Sağlık Turisti (2013-2019)
1	Libya	120.441
2	Azerbaycan	66.059
3	Irak	65.077
4	Almanya	23.291
5	Türkmenistan	19.707
6	Bulgaristan	15.968
7	Suudi Arabistan	14.029
8	Romanya	12.811
9	Rusya Federasyonu	10.758
10	Gürcistan	10.522
11	Afganistan	9.443
12	Birleşik Devletler	9.104
13	İtalya	9.100
14	İspanya	8.938
15	Ukrayna	7.449
16	Özbekistan	7.245
17	Suriye	7.159
18	Hollanda	6.794
19	İngiltere	6.617
20	İran	6.529
	Toplam	437.041

Çalışmada İstanbul'da bulunan sağlık kurumlarına yönelik sağlık turizmi dış talebi çekim modeli çerçevesinde yatay kesit regresyon analizi ile incelenmiştir. İstanbul'a 2013-2019 döneminde toplam 549.645 sağlık turisti hizmet almıştır. Toplam 297 farklı ülkeden sağlık turisti gelmiştir.

Bu ülkelerden en çok turist gönderen ilk 20 ülkenin verileri çalışmaya dâhil edilmiştir. Bu ülkelere ait yatay kesit verileri ve zaman serisi verileri kullanılarak bir panel elde edilmiş çalışma bu panel üzerinden gerçekleştirilmiştir.

Çalışmada İstanbul'a gelen sağlık turisti talebinin göstergesi olarak 2013-2019 döneminde hizmet alan sağlık turist sayısı kullanılırken, açıklayıcı değişkenler olarak sağlık turistlerinin geldikleri ülkelerin GSYH VE KBGSHY değerleri ile sağlık turistlerinin geldikleri ülkelerin başkentlerinin İstanbul'a uzaklığı

³⁰ Bu Tablo İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Turizmi Biriminden alınan Yabancı Hasta Takip Sistemi-Sağlık Turizmi kullanılarak hazırlanmıştır.

kullanılmıştır. Çalışmada, kullanılan değişkenlerin logaritmik değerleri kullanılmıştır.

Tablo 61: Çekim denklemi ANOVA tablosu

ANOVA ^a						
	Model	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	3,924	3	1,308	9,074	,000b
	Residual	19,606	136	,144		
	Total	23,530	139			
a. Dependent Variable: logtursay						
b. Predictors: (Constant), loguz, logkbgsh, loggsh						

Model uygulamaya konulmuş ve logaritmik veriler linear regresyon modeli ile analiz edilmiştir. Analiz neticesinde elde edilen ANOVA tablosu incelendiğinde, "Sig." değeri $0.000 < 0.05$ olduğu için tek yönlü varyans analizi için olan H_0 hipotezi reddedilir. Yani " %95 güvenle, grupların ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır." denilebilir. Modelimizde "Sig."değeri ",000b" $< 0,05$ tespit edildiğinden model genel olarak anlamlıdır.

Ayrıca model Dummy değişkenlere de yer verilmiştir. Yapılan ilk analizde uzaklık parametresinin "Sig."değeri ",0,142b" $> 0,05$ çıkmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Bu nedenle İstanbul'a 2000 kilometreden yakın ülkeler (yakın) İstanbul'a 2000 kilometreden uzak ülkeler (uzak) kabul edilerek "DUMMYUZ2000" ismiyle ilk kukla değişken oluşturulmuştur. Daha sonra turistlerin geldikleri ülkeler ile dinsel yakınlık ve komşuluk faktörünün etkisini görebilmek için sırasıyla DUMMYDİN ve DUMMYKOM isimli kukla değişkenler oluşturulmuş ve analize dâhil edilmiştir.

Çekim modelinin analiz sonuçlarına göre, 2013-2019 döneminde İstanbul'da sağlık hizmeti alan sağlık turisti sayısı, sağlık turisti gönderen ülkelerin GSYH'sinden istatistiksel olarak anlamlı ve negatif yönde, KBGSYH'sından ise istatistiki açıdan anlamlı pozitif yönde etkilendiği tespit edilmiştir. Uzaklık faktörü anlamlı bulunmamıştır.

Uluslararası ticaretin çekim modeli çerçevesinde kullanılan açıklayıcı değişkenlere baktığımızda ana açıklayıcı faktörler olan ekonomik büyüklük ve ekonomik mesafenin kullanıldığını görmekteyiz. "Ekonomik büyüklüğü" ifade

etmek için en GSMH kullanılmıştır. Uluslararası ticari akımlarda kişi başı GSYH değişkeninin katsayısı sıklıkla artı yönlü çıkmaktadır

Tablo 62: Çekim modeli katsayılar tablosu

Değişkenler	ANA regresyon		D1UZAK		D2DİN		D3KOMŞU	
α_0	5,425	10,183	3,922	6,28	4,635	9,296	4,832	9,274
$\beta_1 \log(\text{GSYH}_j)$	-0,368	-4,642	-0,404	-5,291	-0,21	-2,742	-0,367	-4,9
$\beta_2 \log(\text{KBGSYH}_j)$	0,355	2,915	0,371	3,175	0,427	3,867	0,409	3,541
$\beta_3 \log(\text{Ulj})$	0,196	1,477	0,706	4,005	-0,271	-1,877	0,283	2,235
D1			0,358	4,063				
D2					0,503	5,744		
D3							0,337	4,252
R ²	0,17		0,26		0,33		0,27	
D-W	0,51		0,626		0,66		0,586	
F değeri	9,74		11,674		16,655		12,18	

Ancak az gelişmiş ülkeler için yapılan çalışmalarda bu katsayısının eksi yönlü çıktığı olmuştur. Bu durum ihracat yapan ülkenin geliri arttıkça ticari ortak olarak daha zengin ülkeleri tercih etmesi ile açıklanabilir (Golovka, 2009).

Konuyu sağlık turizmi açısından ele alırsak en büyük zorluk gelişmiş ülke vatandaşlarını sadece daha uygun maliyetle değil aynı zamanda eş düzey ve/veya daha kaliteli bir sağlık hizmeti alabileceklerini ikna edebilmektir. Gelişmiş ülkelerde yaşayan bireyler daha uygun başka ülkelere daha uygun maliyetle sağlık hizmeti alma arzusunda olsalar dahi sağlık hizmetinde ki kalite ve güvenilirlik kaygıları bu arzularının talebe dönüşmesini engellemektedir.

Bu çalışmada ekonomik büyüklüğü yansıtmak için İstanbul'a sağlık turisti gönderen ülkelerin değer olarak ABD doları cinsinden ifade edilmiş nominal GSYİH ları kullanılmıştır.

Çalışmada elde edilen sonuçlar değerlendirildiğinde İstanbul'a sağlık turisti gönderen ilk 20 ülke analiz edildiğinde bu ülkelerin GSYH ları arttıkça İstanbul'a gelen sağlık turisti sayısının azalma eğiliminde olduğu ancak KBGSYH arttıkça İstanbul'a gelen sağlık turisti sayısının artma eğilimin olduğu görülmektedir.

Bir diğer deyişle İstanbul'u sağlık turizmi amacı ile daha çok küçük ve orta düzey olarak nitelendirilebileceğimiz gelişmekte olan ülke kategorisinde bulunan ancak GSYH sına oranla KBGSH yüksek ülke vatandaşlarının tercih ettiğini söyleyebiliriz.

Kukla değişkenlerin modele etkisi incelendiğinde ise, sağlık turistlerinin kendi lkelerinin, İstanbul'a uçuş mesafesi olarak 2000 kilometreden yakın olması ile İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile anlamlı ve pozitif yönde bir ilişkisi bulunmaktadır.

Sağlık turistlerinin kendi lkelerinin Müslüman nüfus ağırlığına sahip olması ile İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile anlamlı ve pozitif yönde bir ilişkisi bulunmaktadır.

Sağlık turistlerinin kendi lkelerinin Türkiye'ye komşu olması ile İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile anlamlı ve pozitif yönde bir ilişkisi bulunmaktadır.

Ayrıca modelin normal dağılıma uygunluğu, gözlem sayısının 50 den fazla olması sebebiyle, Kolmogorov-Smirnov istatistiği ile kontrol edilmiş olup olarak $P= 0,132$ bulunduğundan, verilerin normal dağılım gösterdiğini ifade eden hipotez reddedilememiştir.

5. TARTIŞMA

Literatüre bakıldığında sağlık turizmi talebinin analizine yönelik özellikli olarak çok fazla çalışma bulunmamakla birlikte genel anlamda turizm talebinin analizine ilişkin çalışmalarda açıklayıcı unsur olarak daha çok belirleyicileri içinde en çok yer verilen makroekonomik değişkenler milli gelir, fiyatlar, taşıma maliyetleri ve döviz kurlarıdır.

Bu çalışmada da literatürde yer alan bu temel değişkenler esas alınmıştır. Çalışmanın analiz kısmı iki ana bölüm üzerine inşa edilmiştir. Birinci bölüm istatistiksel analizler ağırlıklı olup bu bölümde, 2013-2019 döneminde dış ülkelere gelip İstanbul'da sağlık turizmi hizmeti alan 571.469 vakaya ait sayısal verileri analiz edilmiştir.

Bu kısımda öncelikle demografik veriler ele alınmış ve yaş ve cinsiyet parametreleri bağlamında incelenmiştir. Demografik veriler kullanılarak 2013-2019 dönemi İstanbul'da sağlık turizmi kapsamında hizmet alanların nüfus piramidi çıkarılmıştır.

Cinsiyet dağılımı yapılırken cinsiyet bilgileri girilmeyen başvurular eşit ağırlıklı olarak dağıtılmış ve genel turist sayısına projekte edilmiştir. Sonuç olarak 2013-2019 döneminde İstanbul'da bulunan sağlık kurumlarına sağlık turisti olarak müracaat eden kişileri % 53 ü erkek ve % 47 si kadın olarak tespit edilmiştir. Bu oran İstanbul'a en çok sağlık turisti gönderen ülkeler bağlamında değerlendirilebilir.

2013-2019 döneminde Sağlık Turizmi amacıyla İstanbul'a gelen ve sağlık hizmeti alan sağlık turistlerine ilişkin nüfus piramidi incelendiğinde 0-14 yaş grubunun erkeklerde %11,57 kadınlarda %10,61 olduğu görülmektedir. Genç yaş aralığının olan 15-24 yaş grubunda ise erkeklerde %7,82 kadınlarda %9,11 olduğu, orta yaş aralığı olarak da isimlendirilen 25-64 yaş grubunda erkeklerde %74,17, kadınlarda %73,93 olduğu tespit edilmiştir. Son olarak yaşlı olarak isimlendirilen 65 yaş ve üstünün gelen sağlık turistlerinin erkeklerde %6,44 kadınlarda %6,35 oranında olduğu tespit edilmiştir.

Burada dikkat çekici bir nokta 15-24 (Genç) yaş grubu dışında kalan tüm yaş gruplarında oransal olarak erkekler daha fazla iken sadece bu grupta kadın sağlık turistlerinin fazla olmasıdır. Bu bulgu tanı ve tedavi bulguları ile birlikte değerlendirildiğinde estetik sağlık turizmine bu yaş grubundan belirli talep olduğu şeklinde yorumlanabilir.

Bir diğerk önemli husus ise yaşlı kabul edilen 65 üstü grupta sağlıkturistinin gerek erkeklerde gerekse kadınlarda sadece %6'lar civarında kalmasıdır. Bu durumda İstanbul'da yaşlılara yönelik sağlıkturizmi alanında bir açık olduğunun göstergesi olarak kabul edilebilir.

Daha sonra tanı tedavi dağılımları ve kurumsal dağımlar verilerek analizler gerçekleştirilmiştir.

En çok rastlanılan ilk tanıya baktığımızda sırasıyla:

- Sağlıkturumunun Tedavisi Dışındaki Amaçlar İçin Uygulama
- Refraksiyon Ve Akomodasyon Bozuklukları
- Yakınma Veya Bilinen Teşhisi Olmayan Kişilerin Genel Muayene
- Yakınma Veya Bilinen Teşhisi Olmayan Kişilerin Özel Muayenesi
- Meme Malign Neoplazmı
- Kadın İnfertilitesi
- Burun Ve Nazal Sinüslerin Diğer Bozuklukları
- Alopesi Areata (Saç Kıran)
- Akut ÜSYE
- Dorsalji

Olarak sıralanmıştır.

İlk sırada estetik medikal amaçlı sağlıkturizmi kapsamında değerlendirebilecek “Sağlıkturumunun Tedavisi Dışındaki Amaçlar İçin Uygulama” tanısı bulunmaktadır.

Literatür ve uygulama göz önüne alınarak ilk 10 tanı incelendiğinde; sağlıkturizm türleri ile ilişkilendirecek olursak; sağlıkturumunun tedavisi dışındaki amaçlar için uygulama, yakınma veya bilinen teşhisi olmayan kişilerin genel ve özel muayenesi, burun ve nazal sinüslerin diğer bozuklukları ve alopesi areata (saç kıran) tanıları estetik medikal turizm kapsamında, refraksiyon ve akomodasyon bozuklukları, meme malign neoplazmı, kadın infertilitesi, akut üsye ve dorsaljitıbbi medikal turizm kapsamında kabul edilebilir.

Ancak yine literatür ve uygulama çerçevesinde; akut üsye ve dorsalji tanılarının ülkelerindeki iç savaş nedeniyle 2013-2019 döneminde ülkemizde bulunan ve gerekli yasal düzenlemelere yapılmadığından sağlıkturisti olarak tanı ve tedavi hizmetlerine başvuran yabancılara ait olduğu düşünülmektedir. Bu çerçevede son düzenlemeler yapıldıktan sonra ilk on tanının % 58'inin estetik amaçlı sağlıkturizmi, %33'ünün tıbbi amaçlı sağlıkturizmi faaliyeti olduğu ve % 9'ünün ise değerlendirme dışı tutulan akut üsye ve dorsalji tanılarına ait olduğu görülmektedir.

Bu durum İstanbul'a gelen sağlık turistlerinin ağırlıklı olarak estetik amaçlı sağlık turizmi kapsamında geldiklerini göstermektedir. Akabinde İstanbul'a sağlık turisti gönderen ülkelerin coğrafi açıdan dağılımları oluşturularak incelemede bulunulmuştur.

Bu bölümde coğrafi dağılımlar gözetilerek gruplamalar oluşturulmuş ve gruplar içerisinde belirli kıstaslar çerçevesinde ülkeler seçilerek Kişi Başına Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla ve ulaşım maliyetleri ile İstanbul'a gönderdikleri sağlık turist sayısı açısından irdelenmiştir.

Öncelikle bu bölümde çalışılacak ülkelerin seçimi yapılmıştır. Seçim içim ilk aşamada İstanbul'a gelen sağlık turistlerinin geldikleri ülkelerin bulundukları bölgelere yönelik bir ayırım yapılmıştır.

- Afrika ve Ortadoğu ülkeleri (AFORD),
- Avrupa Birliği Ülkeleri (AB),
- AB Harici Avrupa Ülkeleri (ABHA),
- Uzak Doğu ve Okyanusya Ülkeleri (UZOK),
- Kuzey ve Güney Amerika Kıtası ülkeleri (AMER)
- Eski Sovyetler Birliği Ülkeleri (ESC)

İkinci aşamada bu bölgelerden İstanbul'a en çok sağlık turisti gönderen ilk üç ülke seçilmiş ve en çok sağlık turisti gönderen ülkeler analize dâhil edilmiştir. Ancak Afrika ve Ortadoğu ülkeleri (AFORD) bölgesinde Libya, ülkede yaşanan iç savaş ve göç problemleri ve verilere ulaşma problemi nedeniyle analiz dışı bırakılarak bu bölgeden en çok turist gönderen Irak analize dâhil edilmiştir.

Son olarak İstanbul'a bu ülkelerden sağlık turizmi talebini değerlendirebilmek için, sağlık turisti gönderen ülkeleri gelir durumu ve seyahat maliyetleri göz önüne alınarak bir değerlendirme yapılmaya çalışılmıştır. Seyahat maliyetlerini hesaplamak için ülkelerin İstanbul'a uzaklığı, yakıt maliyeti, uçak benzini fiyatı ve ham petrol fiyatları kullanılmıştır. İlgili ülkelerin gelir durumlarını göstermek için de, Kişi Başı GSYİH verileri kullanılmıştır.

Bu bölümde yapılan analizler neticesinde; 2013-2019 döneminde Almanya'dan İstanbul'a yönelik sağlık turist talebinin KBGSYH ile doğru orantılı seyahat maliyetleri ile ters orantılı olduğu görülmektedir. Genelde KBGSMH eğrisini takip ettiği ancak 2016 yılında seyahat maliyetlerinin dip yapmasına karşın sağlık turist talebinin düştüğü görülmektedir.

Yakın komşumuz Irak İçin yapılan analizde; Irak'tan İstanbul'a yönelik sağlık turist talebinin KBGSMH eğrisini ve yol maliyet eğrisi ile fazla etkileşim içerisinde bulunmadığı, dolayısı ile başka etkenlerin daha etkin olduğu düşünülmektedir.

Amerika kıtasını temsilen incelenen ABD'den İstanbul'a yönelik sağlık turist talebinin eğrisinin düzenli bir de yukarı yönlü, KBGSYH eğrisini eğiminin yukarı yönlü olduğu ve seyahat maliyetleri eğrisinin eğiminin ise aşağı yönlü olduğu görülmektedir. Bu durumda New York ile İstanbul arasında seyahat maliyetlerinin düşmesi durumunda sağlık turizm talebini pozitif yönde etkilenebileceğini düşündürmektedir. Ancak gerek aradaki uzaklık gerekse Latin Amerika ve Güney Asya ve Uzakdoğu bölgesinde birçok alternatif sağlık turizmi destinasyonunun varlığı ABD den İstanbul'a gelen sağlık turist sayısının sayısal olarak çok düşük kalmasına neden olmaktadır.

Amerika Birleşik Devletlerinde geçerli sigorta/sağlık sistemi ve ücretlerin yüksekliği nedeniyle sadece 2013 yılında; yaklaşık 400.000 Amerikalı ağırlıklı olarak Latin Amerika olmak üzere ülke dışına çıktığı bilinmektedir (İGEME (İhracatı Geliştirme Merkezi), 2017).

Ülkede 47 milyondan fazla Amerikalının sağlık sigortasının olmaması ve 120 milyondan fazla Amerikalının ise dış sigortasının olmadığı (İGEME (İhracatı Geliştirme Merkezi), 2017) düşünüldüğünde, ülkemizde özellikle yüksek maliyetli ameliyatların görece oldukça düşük fiyatları bir pazar potansiyelinin varlığına işaret etmektedir.

AB üyesi olmayan Avrupa ülkelerinin içinde 2013-2019 döneminde İstanbul'a sağlık turisti gönderen İngiltere'den İstanbul'a yönelik sağlık turist talebi ile KBGSYH eğrisinin birbirine paralel olduğu ve seyahat maliyetleri eğrisinin ise ters orantılı olduğu görülmektedir. Bu durumda Londra ile İstanbul arasında seyahat maliyetlerinin düşmesi durumunda sağlık turizm talebini pozitif yönde etkilenebileceğini söyleyebiliriz.

Eski Sovyet Cumhuriyetleri bölgesini temsilen analize dâhil edilen Azerbaycan'ın 2013 -2019 döneminde İstanbul'a yönelik sağlık turizm talebini incelediğimizde sağlık turist talebinin eğrisinin eğiminin yukarı yönlü, KBGSYH ve seyahat maliyetleri eğrisinin eğimlerinin ise aşağı yönlü olduğu görülmektedir. 2015 yılında kestiği ve ters orantılı olduğu görülmektedir. Bu durumda Bakü ile İstanbul arasında seyahat maliyetlerinin düşmesi durumunda sağlık turizm talebini pozitif

yönde etkilenebileceğini ancak Azerbaycan'daki KBGSYH da yaşanan değişimlerin İstanbul'a yönelik sağlık turizm talebi üzerinde fazla olmadığı şeklinde yorumlanmıştır.

Uzak Doğu ve Okyanusya ülkelerini temsilen analize dâhil edilen Çin'den sağlık turist talebinin eğrisinin eğiminin düzenli bir de yukarı yönlü, KBGSYH eğrisini eğiminin yukarı yönlü olduğu ve seyahat maliyetleri eğrisinin eğiminin ise aşağı yönlü olduğu görülmektedir.

Bu durumda Pekin ile İstanbul arasında seyahat maliyetlerinin düşmesi durumunda sağlık turizm talebini pozitif yönde etkilenebileceğini, ayrıca Çin'de KBGSYH da yaşanan değişimlerin İstanbul'a yönelik sağlık turizm talebi üzerine benzer de etki ettiği şeklinde yorumlanabilir. Ancak gerek aradaki uzaklık gerekse Uzakdoğu bölgesinde birçok alternatif sağlık turizmi destinasyonunun varlığı Çin'den İstanbul'a gelen sağlık turist sayısının sayısal olarak çok düşük kalmasına neden olmadığı düşünülmektedir.

Çalışmanın uygulama kısmının ikinci ana bileşeni yapısal analiz bileşenidir. Bu bölümde 2013-2019 döneminde İstanbul'a yönelik oluşan sağlık turizmi dış talebi üç farklı bakış açısına göre incelenmiştir. İstanbul iline yönelik sağlık turizmi dış talebi, matematiksel, ekonometrik ve iktisadi yaklaşımlara göre analiz edilmeye çalışılmıştır.

Matematiksel yaklaşımda en çok uygulanan trend analizi metodu ile 2013-2019 yılları arasında İstanbul'a yönelik sağlık turizmi dış talebi analiz edilmiş ve değişken olarak 2013-2019 döneminde İstanbul'a gelip sağlık turizmi kapsamında hizmet alan kişilerin sayısal verileri kullanılmıştır. İstanbul'da faaliyet gösteren sağlık kurumlarına 2013-2019 döneminde toplamda 571.469 kişi sağlık turizmi amacı ile müracaat etmiştir.

Bu bölümdeki çıktıları bakarsak 2013-2019 döneminde genel anlamda İstanbul'a yönelik sağlık turizmi dış talebinin artma eğiliminde olduğu görülmüştür. Yıllar içerisinde İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı artan oranda artış göstermiştir.

Yıl bazlı analizde bir büyüme modeli çerçevesinde trend analiz yapılmış ve 2020 için 109.184, 2021 için 116.071 ve 2022 için 122.957 sayıları tahmin edilmiştir.

2020, 2021 ve 2022 için yapılan çeyrek bazlı analizde ise 2020 için 109.184, 2021 için 115.773 ve 2020 için 122.600 sayıları tahmin edilmiştir.

Çalışmanın ekonometrik yaklaşım bölümünde bağımlı değişken olarak İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı seçilmiş, açıklayıcı değişkenler olarak reel efektif

döviz kurları, uzman hekim sayısı ve toplam yatak sayısı ve Türkiye ve İstanbul'a en çok sağlık turisti gönderen ilk 20 ülkeden verilerine ulaşılan 12 ülkenin tüketici fiyat endeksi verileri alınmıştır. Bu veriler 2013- 2019 arası 7 yıllık dönemde aylık periyotta analiz edilmiştir. Mali nitelikteki veriler Merkez Bankası internet sitesi ile ilgili ülkelerin merkez veya ulusal bankalarına ait veri tabanlarından alınmıştır.

Bu bölümde bağımlı değişken (Sağlık turist sayısı) ile bağımsız değişkenler arasında doğrusal bir ilişkinin varlığını test etmek üzere aşağıdaki hipotezler sınanmıştır.

Analizler sonucunda; H₁₁: (İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile turist gönderen ülkelerin Tüketici Fiyat Endeksi ile doğrusal bir ilişki vardır) ve H₃₁: (İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile Türkiye'nin yıllık ortalama reel efektif döviz kuru ile doğrusal bir ilişki vardır.) hipotezleri kabul edilmiş. H₂₁: (İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile Türkiye'nin Tüketici Fiyat Endeksi ile doğrusal bir ilişki vardır.) hipotezi reddedilerek H₂₁ (İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile Türkiye'nin Tüketici Fiyat Endeksi ile doğrusal bir ilişki yoktur.) hipotezi kabul edilmiştir.

İstatiksel olarak anlamlı bulunmasına karşın yeterince açıklayıcı olmadığı tespit edilen; H₄₁ (İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile İstanbul'da çalışan Uzman Hekim Sayısı arasında doğrusal bir ilişki vardır.) ve H₅₁ (İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile İstanbul'da toplam Hastane Yatağı Kapasitesi arasında doğrusal bir ilişki vardır.) hipotezleri sınanmış ve kabul edilmiştir.

Bu durumda; Reel Efektif Kur (REK) ile (HTOUR) turist sayısı arasında negatif doğrusal bir ilişki olduğu, yani Türk lirasının uluslararası piyasalarda reel değerinin yükselmesi ile İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı arasında ters yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Turist gönderen ülkenin tüketici enflasyon düzeyi (CPIMDC) ile (HTOUR) turist sayısı arasında pozitif doğrusal bir ilişki olduğu, yani turist gönderen ülkenin tüketici enflasyon düzeyi dolayısıyla sağlık hizmeti fiyatları artış gösterdiğinde ile İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı arasında doğru yönlü anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

Ancak İstanbul'a gelen sağlık turisti sayısı (HTOUR) arasında, hastane yatak sayısı (HBEDS) Uzman Hekim Sayısı (DR) ve Türkiye'deki tüketici fiyat endeksi ile (CPITR) arasında istatiksel anlamlı bir ilişki kurulamamıştır.

Analize giren 12 ülkenin fiyatlar genel düzeyine bakıldığında genel olarak aynı dönemde Türkiye'nin tüketici fiyatları endeksine yakın olduğu görülmektedir.

Bu durum teknik olarak İstanbul'a sağlık turisti gönderen ülkelerde fiyatlar genel düzeyi yükseldikçe görece ucuz olan Türkiye'ye dolayısıyla İstanbul'a sağlık turist talebinin pozitif yönde etkilenmesi beklenmektedir.

İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile sağlık turisti gönderen ülkelerin fiyatlar genel düzeyi arasındaki ilişkiden sonra İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile inceleme dönemimde Türkiye'deki tüketici fiyatları arasındaki ilişki sorgulanmıştır. Veriler 2013-2019 döneminde aylık dönemde incelenmiştir. Neticede İstanbul'a sağlık turisti gönderen ülkelerin fiyatlar genel düzeyi ile İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı arasında ters yönde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir.

Bu bölümde İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile Türk lirasının reel efektif kur değeri arasındaki ilişki irdelenmiştir. Veriler 2013-2019 döneminde aylık dönemde incelenmiştir. Teknik olarak Türk lirasının reel efektif değeri yükseldikçe İstanbul'a sağlık turisti sayısının negatif etkilenmesi beklenmektedir. Netice olarak Türk lirasının reel efektif değerinin yükseldikçe İstanbul'a sağlık turisti sayısının negatif etkilendiği ortaya konulmuştur.

Bu bölümde İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile aynı dönemde İstanbul'da görev yapan arasındaki uzman hekim sayısı arasındaki ilişki irdelenmiştir. Veriler 2013-2019 döneminde aylık olarak incelenmiştir.

Teknik olarak hekim sayısı ile İstanbul'a sağlık turisti sayısı arasında pozitif bir ilişki beklenmektedir. Her ne kadar bu bölümde İstanbul'da çalışan uzman hekim sayısı ile İstanbul'a sağlık turisti sayısı arasında ilişki görülse de istatistikî olarak anlamlı bulunsa da yeterince açıklayıcı bulunmamıştır.

Son olarak İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile İstanbul hastaneleri yatak kapasitesi arasındaki ilişki irdelenmiştir. Veriler 2013-2019 döneminde aylık dönemde incelenmiştir.

Teknik olarak hekim sayısı ile İstanbul'a sağlık turisti sayısı arasında pozitif bir ilişki beklenmektedir. Her ne kadar bu bölümde İstanbul'da çalışan yatak sayısı ile İstanbul'a sağlık turisti sayısı arasında ilişki görülse de istatistiki olarak anlamlı bulunsa da yeterince açıklayıcı bulunmamıştır.

Çalışmanın iktisadi yaklaşım bölümünde ise Çekim Modeli (Gravity Modal) çerçevesinde analizler gerçekleştirilmiştir. Modelde bağımlı değişken olarak kullanılan SATURij; İstanbul ilinde mevcut hastanelere yönelik sağlık turizm talebini açıklamak üzere 2013-2019 döneminde bu hastanelerden hizmet alan turist sayısını göstermektedir.

Modelde kullanılan açıklayıcı değişkenler;

- GSYHi:Sağlık turisti olarak gidilen ülkenin GSYH değerini,
- KBGSYHi: Sağlık turisti olarak gidilen ülkenin KBGSYH değerini göstermektedir.
- UijY; Sağlık turisti gönderen ülkelerin başkentlerinin (ABD İÇİN New York esas alınmıştır.) İstanbul'a uzaklıklarını göstermektedir.

Ayrıca model kukla değişkenlere de yer verilmiştir. Yapılan ilk analizde uzaklık parametresinin “Sig.”değeri “0,142b”>0,05 çıkmış ve istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Bu nedenle İstanbul'a 2000 kilometreden yakın ülkeler (yakın) İstanbul'a 2000 kilometreden uzak ülkeler (uzak) kabul edilerek DUMMYUZ2000 ismiyle ilk kukla değişken oluşturulmuştur.

Daha sonra turistlerin geldikleri ülkeler ile dinsel yakınlık ve komşuluk faktörünün etkisini görebilmek için sırasıyla DUMMYDİN ve DUMMYKOM isimli kukla değişkenler oluşturulmuştur. Çalışmanın genelinde İstanbul'a yönelik sağlık turizmi dış talebinin belirleyicileri olarak; fiyatlar genel düzeyi, kur, uzaklık, seyahat maliyeti, gelir, toplam uzman hekim sayısı, toplam hastane yatağı sayısı değişkenleri kullanılmıştır.

Türkiye'ye yönelik turizm talebinin belirleyicileri tespit edilmeye çalışılmıştır. Fiyatlar genel düzeyi ve seyahat maliyetleri ile turizm talebi arasında beklendiği gibi negatif ve güçlü, döviz kurları ile turizm talebi arasında ise pozitif ve güçlü ilişki bulunmuştur.

Bu bulgular, literatür ile uyumludur. Türkiye'ye turist gönderen ülkelerin gayrisafi yurt içi hasılları ile İstanbul'a yönelik turizm talebi arasında ise negatif bir ilişki bulunmuştur.

Bir diğer deyişle İstanbul'a sağlık turisti gönderen ilk 20 ülke analiz edildiğinde bu ülkelerin GSYH ları arttıkça İstanbul'a gelen sağlık turisti sayısının azalma eğiliminde olduğu ancak KBGSYH arttıkça İstanbul'a gelen sağlık turisti sayısının artma eğilimin olduğu görülmektedir.

Bunun nedeninin büyük ekonomilere sahip olan ülkelerin kendi içinde alternatiflerinin olmasının yanı sıra İstanbul'u tercih eden sağlık turistlerinin içerisinde yakın ve komşu ülke vatandaşlarının ağırlığıdır.

Bu ülkelerin gelişmiş ekonomilerden ziyade küçük ve orta düzey ekonomilere sahip olarak nitelendirilebileceğimiz gelişmekte olan ülke kategorisinde bulunmasıdır.

Özellikle körfez ve bazı Ortadoğu ülkeleri bu kapsamda ülkeler olup bu ülkeler ekonomik büyüklüklerine oranla vatandaşlarının kişi başına yüksek gelire sahip olduğu ülkelerdir.

Modelde kukla değişkenlerin modele etkisi incelendiğinde ise, sağlık turistlerinin kendi ülkelerinin, İstanbul'a uçuş mesafesi olarak 2000 kilometreden yakın olması ile İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile anlamlı ve pozitif yönde bir ilişkisi bulunmaktadır.

Sağlık turistlerinin kendi ülkelerinin Müslüman nüfus ağırlığına sahip olması ile İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile anlamlı ve pozitif yönde bir ilişkisi bulunmaktadır.

Sağlık turistlerinin kendi ülkelerinin Türkiye'ye komşu olması ile İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile anlamlı ve pozitif yönde bir ilişkisi bulunmaktadır.

Seddighi&Shearing yaptıkları çalışma ile bir ülkeye turizm amacıyla gidildiğinde “gidilen ülkedeki yaşam maliyeti yani tüketici fiyatları” ve “gidilen ülkeye seyahat fiyatı yani seyahat maliyet iki tür fiyat olmak üzere iki tür fiyat ile karşılaştığını belirtmişlerdir. (Aydın, Darıcı, & Daşcı, 2015, s. 144-177).

Lim&McAleer tarafından 2003 yılında yaptıkları çalışmada ise Singapur'dan Avustralya'ya gelen turizmin gelir, fiyat ve nakliye maliyeti esnekliklerini tahmin etmek üzere yaptıkları çalışmada Yeni Zelanda'nın Avustralya'ya yakınlığı göz önüne alarak Yeni Zelanda ve Avustralya'daki göreceli fiyat değişikliklerinin uluslararası seyahat talebi üzerindeki etkilerini incelemişlerdir (Lim & McAller, 2003).

Bu çalışmada da sağlık turizmi fiyatları ile asıl kastedilen sağlık turistlerin satın aldığı ya da kullandığı sağlık hizmeti ve buna ilişkin mal ve hizmetlerin fiyatlarıdır. Tablo 62'de dünyada en fazla sağlık turisti çeken 13 ülke ile Türkiye'nin sağlık turizm alanında en çok gerçekleştirilen işlemlere göre Amerikan doları bazında fiyatlar verilmiştir.

Tablo 63: Sağlık turizmi destinasyonları işlem/fiyat karşılaştırması

	Kolombiya	Kosta Rika	Hindistan	İsrail	Ürdün	Malezya	Meksika	Polonya	Singapur	G. Kore	Tayland	Vietnam	ABD	Türkiye
Anjiyoplasti	7,1	13,8	5,7	7,5	5,0	8,0	10,4	5,3	13,4	17,7	4,2	-	28,2	4,8
Kalp Bypass	14,8	27,0	7,9	28,0	14,4	12,1	27,0	14,0	17,2	26,0	15,0	-	123,0	13,9
Kalp Kapağı Değişimi	10,5	30,0	9,5	28,5	14,4	13,5	28,2	19,0	16,9	39,9	17,2	-	170,0	17,2
Kalça protezi	8,4	13,6	7,2	36,0	8,0	8,0	13,5	5,5	13,9	21,0	17,0	9,3	40,4	13,9
Kalça Yüzey Yenileme	10,5	13,2	9,7	20,1	9,0	12,5	12,5	9,2	16,4	19,5	13,5	-	28,0	10,1
Diz protezi	7,2	12,5	6,6	25,0	9,5	7,7	12,9	8,2	16,0	17,5	14,0	8,0	35,0	10,4
Spinal Füzyon	14,5	15,7	10,3	33,5	10,0	6,0	15,4	6,2	12,8	16,9	9,5	6,2	110,0	16,8
Diş implantı	1,2	0,8	0,9	1,2	1,0	1,5	0,9	0,9	2,7	1,4	1,7	-	2,5	1,1
Diz bandı	8,5	9,5	7,3	17,3	7,0	8,2	6,5	6,7	9,2	10,2	11,5	-	14,0	8,6
Tüp mide	11,2	11,5	7,3	20,0	7,5	8,4	8,9	9,4	11,5	10,0	9,9	-	16,5	12,9
Mide baypası	12,2	12,9	7,0	24,0	7,5	9,9	11,5	9,8	13,7	10,9	16,8	-	25,0	13,8
Histerektomi	2,9	6,9	3,2	14,5	6,6	4,2	4,5	2,2	10,4	10,4	3,7	-	15,4	7,0
Göğüs İmplantları	2,5	3,5	3,0	3,8	4,0	3,8	4,5	3,9	8,4	3,8	3,5	4,0	6,4	4,5
Rinoplasti	4,5	3,8	2,4	4,6	2,9	2,2	3,8	2,5	2,2	4,0	3,3	2,1	6,5	3,1
Yüz Germe	4,0	4,5	3,5	6,8	4,0	3,6	4,9	4,0	0,4	6,0	4,0	4,2	11,0	6,7
Liposuction	2,5	2,8	2,8	2,5	1,4	2,5	3,0	1,8	2,9	2,9	2,5	3,0	5,5	3,0
Karın Germe	3,5	5,0	3,5	10,9	4,2	3,9	4,5	3,6	4,7	5,0	5,3	3,0	8,0	4,0
Lasik (her iki göz)	2,4	2,4	1,0	3,8	4,9	3,5	1,9	1,9	3,8	1,7	2,3	1,7	4,0	1,7
Kornea (göz başına)	NA	9,8	2,8	NA	5,0	NA	NA	NA	9,0	NA	3,6	-	17,5	7,0
Katarakt ameliyatı (göz başına)	1,6	1,7	1,5	3,7	2,4	3,0	2,1	750,0	3,3	-	1,8	-	3,5	1,6
Tüp Bebek Tedavisi	5,5	-	2,5	5,5	5,0	6,9	5,0	4,9	14,9	7,9	4,1	-	12,4	5,2

Kaynak:(<https://www.medicaltourism.com/compare-price>, 2020)

Tablo 64: Türkiye fiyat avantajı karşılaştırması³¹

SAĞLIK TURİZMİ YAPAN ÜLKELER İŞLEM FİYATLARI/1000 USD				
İşlemler	İşlem Fiyatları		Avantaj Durumu	
	TR Hariç 13 Ülke	Türkiye	Fark	Durum
Anjiyoplasti	10,5	4,8	2,2	Avantajlı
Kalp Bypass	27,2	13,9	2,0	Avantajlı
Kalp Kapağı Değişimi	33,1	17,2	1,9	Avantajlı
Katarakt ameliyatı (göz başına)	2,9	1,6	1,8	Avantajlı
Lasik (her iki göz)	2,7	1,7	1,6	Avantajlı
Kalça Yüzey Yenileme	14,5	10,1	1,4	Avantajlı
Diz protezi	13,9	10,4	1,3	Avantajlı
Tüp Bebek Tedavisi	6,8	5,2	1,3	Avantajlı
Diş implantı	1,4	1,1	1,3	Avantajlı
Karın Germe	5,0	4,0	1,3	Avantajlı
Spinal Füzyon	20,5	16,8	1,2	Avantajlı
Kornea (göz başına)	8,0	7,0	1,1	Avantajlı
Diz bandı	9,7	8,6	1,1	Avantajlı
Kalça protezi	15,5	13,9	1,1	Avantajlı
Rinoplasti	3,4	3,1	1,1	Avantajlı
Histektomi	7,1	7,0	1,0	Eşit
Mide bypass	13,4	13,8	1,0	Eşit
Göğüs İmplantları	4,2	4,5	0,9	Dezavantajlı
Liposuction	2,8	3,0	0,9	Dezavantajlı
Tüp mide	11,0	12,9	0,9	Dezavantajlı
Yüz Germe	4,7	6,7	0,7	Dezavantajlı

Kaynak: (<https://www.medicaltourism.com/compare-price>, 2020)

Tablo 62’de Türkiye ile dünyada en fazla sağlık turisti çeken 13 ülke ve ABD de uygulanan fiyatlar esas alınarak fiyat avantajı gösterilmiştir. Tabloda da görüldüğü üzere tüm işlemler için Türkiye’deki fiyatlar ABD ye göre daha uygundur.

Tablo 63 de dünyada en fazla sağlık turisti çeken 13 ülke ortalama fiyatları ile Türkiye’deki fiyatları karşılatılmıştır. Tabloya baktığımızda liposuction, tüp mide, yüz germe, göğüs implantları ve mide baypası işlemleri hariç Türkiye’nin dolayısıyla İstanbul’un fiyat avantajına sahip olduğu görülmektedir.

Çalışmanın genelinden ayrı olarak 2020 yılında başlayan ve 2021 yılında devam eden Covid 19 Pandemisinin İstanbul’daki sağlık turizmi faaliyetleri üzerinde etkisini değerlendirmek faydalı olacaktır. Bu bağlamda tüm dünyada olduğu gibi Covid 19 Pandemisi nedeniyle alınan tedbirler, özellikle seyahat kısıtlamaları İstanbul’daki diğer turizm faaliyetlerinin yanı sıra sağlık turizmi faaliyetlerini de yavaşlatmış, hatta durma noktasına getirmiştir.

Kısaca tanımlamak gerekirse, pandemi, "dünya çapında veya çok geniş bir alanda meydana gelen, uluslararası sınırları aşan ve genellikle çok sayıda insanı etkileyen bir salgın" olarak tanımlanır (who.int, 2009). Tanıma bakarsak hastalığın

³¹ (<https://www.medicaltourism.com/compare-price>, 2020) internet sitesinden alınan veriler kullanılarak hesaplamıştır.

sınır aşar olması ve çok sayıda insanı etkilemesi vurgulanmaktadır. Buna karşın mevsimsel grip ve benzeri hastalıklar pandemi olarak kabul edilmemektedir. Tanımdan da anlaşıldığı üzere bir hastalığın pandemi kabul edilebilmesi için yeni olması ve hızlı yayılması önemlidir.

Küresel olarak yayılan ve yüksek morbidite ve mortalite insidansına sahip enfeksiyonlar son 300 yıldır “salgın” olarak tanımlanmıştır. Kelimeyi etimolojik bağlamda irdelenecek olursak (eski Yunancadan $\pi\alpha\nu$ pan tüm + $\delta\eta\mu\omicron\varsigma$ demos insanlar) kavramlarından oluştuğunu görmekteyiz (www.duzen.com.tr, 2011). Bir anlamda bir şeyin pandemi olması için herkesi kapsamaması gerekir diyebiliriz. Bu şekilde kelimenin küreselleşme kavramıyla ilintili olduğu bir gerçektir.

Pandeminin toplum düzeyindeki etkisi virüsün enfektivitesine, virülansına, toplumdaki bireylerin bağışıklık durumuna, bireyler arası temas ve toplumlar arası ulaşım özelliklerine, risk faktörlerinin varlığına, sunulan sağlık hizmetlerine ve iklime bağlı olarak değişiklik göstermektedir (Şeker, Korkut, Özer, Doğrul, & Tosun, 2020).

Bu çerçevede yaşanan sürece değinmek gerekirse; salgının başlangıcı Çin Halk Cumhuriyetinin 31 Aralık'ta nedeni bilinmeyen pnömoni vakalarını Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) bildirmesidir. Çinin Wuhan kentinde başlayan ve tüm dünyaya yayılan vakalar ve sonuçlarını dikkate alarak DSÖ 11 Mart 2020'de pandemi ilan etmiştir (Pala & Metintaş, 2020).

Çalışmada da tespit edildiği üzere 2020 ve izleyen yıllarda İstanbul açısından sağlık turizmin artan bir ivmede verimli geçeceği tahmin edilmekte idi. Ancak COVID-19 salgını tüm dünya ile birlikte İstanbul'da sağlık turizmi yapan sağlık kuruluşları için ani ve şaşırtıcı bir gelişme olmuştur.

Başta medikal turizm olmak üzere sağlık turizmi ülkemiz için önemli bir gelir kaynağıdır. İstanbul gerek gelişmiş sağlık altyapısı, gerek insan gücü gerekse sağlık hizmetleri haricinde tüketicilere sunduğu imkânlar ile bu anlamda ülkemizin en önemli kentidir.

Bilindiği üzere pandemi süresince hükümetlerin tedbir niteliğinde uyguladıkları ülkelere giriş çıkış yasakları, salgının tespit edildiği bölgelerde uygulanan karantinalar, iptali söz konusu olan uluslararası çapta spor ve sanat etkinlikleri, kongreler ve seyahat kısıtlamaları gibi turizm sektörünü doğrudan etkileyen özel önlemler birçok diğer sektörle birlikte sağlık turizmi sektörünü de vurmuştur.

Sağlık turizmi verilerine göre 01.01.2020 ve 31.12.2020 tarihleri arasında İstanbul iline sağlık turizmi amacı ile gelen yabancı uyruklu kişi sayısı 67.396 dir.

Tablo 65: 2020 Yılı ilk 10 ülke³²

	Ülke	Sayı
1	Libya	10920
2	Azerbaycan	5223
3	Irak	5196
4	Bulgaristan	2650
5	Almanya	2596
6	Romanya	2127
7	Kazakistan	1881
8	İtalya	1808
9	İngiltere	1682
10	Ukrayna	1624

2020 yılında İstanbul'a en çok sağlık turisti gönderen ülkeler sıralaması daha önceki yıllarla uyumludur.

Tablo 66: 2020 Yılı ilk 10 klinik³³

	Genel Toplam	67396
1	Deri Ve Zührevi Hastalıkları	8123
2	Tıbbi Onkoloji	5464
3	Göz Hastalıkları	5224
4	Enfeksiyon Hastalıkları	4643
5	Kadın Hastalıkları ve Doğum	4571
6	Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi	4377
7	Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	3296
8	Ortopedi Ve Travmatoloji	3160
9	İç Hastalıkları	2908
10	Genel Cerrahi	2713

2020 yılında İstanbul'a gelen sağlık turistlerin en fazla başvurduğu kliniklere baktığımızda Deri Ve Zührevi Hastalıkları kliniği ilk sırada olduğunu görmekteyiz.

³² Bu tablo İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Turizmi Biriminden alınan Yabancı Hasta Takip Sistemi- Sağlık Turizmi verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

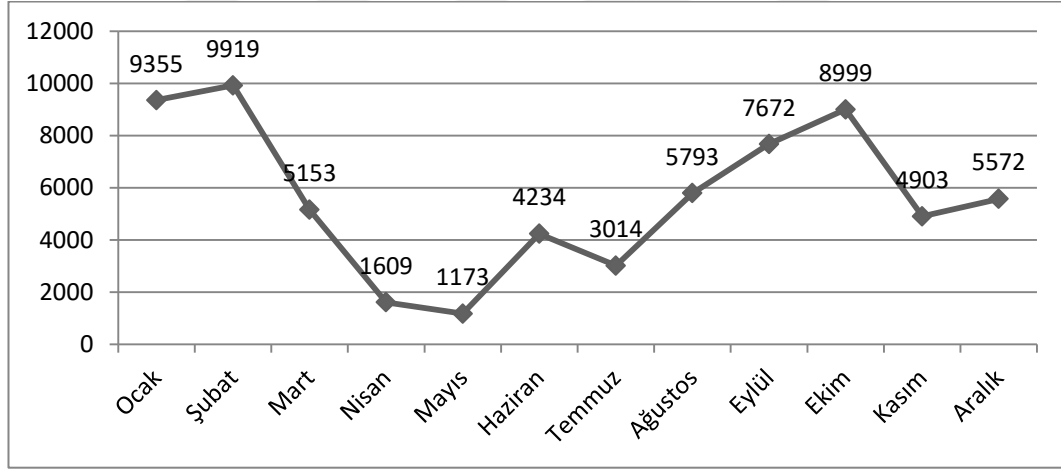
³³ Bu tablo Yabancı Hasta Takip Sistemi- Sağlık Turizmi verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

Tablo 67: 2020 Yılı ilk 10 tanı³⁴

	Genel Toplam	67396
1	Z41.0 -- Saç nakli	4474
2	Z03.9 -- Şüpheli hastalık veya durum için gözlem, tanımlanmamış	2846
3	Z00.0 -- Genel tıbbi muayene	2261
4	Z03.9-Şüpheli hastalık veya durum için gözlem, tanımlanmamış	1009
5	L65.8 -- Skar yapmayan saç kaybı, diğer tanımlanmamış	982
6	J34.2 -- Nazal septum deviasyonu	979
7	C50.9 -- Meme malign neoplazmı, tanımlanmamış	936
8	E88.1 -- Lipodistrofi, başka yerde sınıflanmamış	723
9	M95.0 -- Burnun kazanılmış deformitesi	615
10	C50 -- Meme malign neoplazmı	501

2020 yılında İstanbul'a gelen sağlık turistlerin en fazla başvurduğu tanımlara baktığımızda Saç naklinin ilk sırada olduğunu görmekteyiz.

Bu kişiler 197 farklı ülkeden gelmişlerdir. Yılın ilk ayında önceki yıllarda tespit edilen trendle uyumlu ve beklenildiği de 10.000 civarında sağlık turisti ağırlanırken Türkiye'de Covid 19 un ortaya çıkması ve dünyada ve ülkemizde pandemi ilan edilmesi ve tedbirlerin alınması ile beraber İstanbul'a gelen sağlık turisti sayısında önemli bir düşüş gözlemlenmiştir.



Şekil 22: 2020 yılı ay bazlı sağlık turisti sayısı³⁵

Ülkemiz açısından tatil amaçlı turizmde turist başına elde edilen gelir ortalamasının 650 US\$, olduğu çeşitli çalışmalarda ortaya konmuştur. Buna karşın başta medikal turizm olma üzere sağlık turizminde kişi başı ortalamanın 2500 US\$ olduğu belirtilmektedir (Sayın, Yeğinboy, & Yüksel, 2017).

Konuya ilişkin gerek TURSAB gerekse Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan ve yayımlanan çalışmalara baktığımızda sağlık turizminde turist başına harcamanın

³⁴ Bu tablo Yabancı Hasta Takip Sistemi- Sağlık Turizmi verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

³⁵ Bu Grafik İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Turizmi Biriminden alınan Yabancı Hasta Takip Sistemi- Sağlık Turizmi verileri kullanılarak hazırlanmıştır.

hasta başına özel sektörde 12.000 US\$, kamu hastanelerinde 9.000 US\$ gelir öngörüldüğünü görmekteyiz. (Top, Aslan, & Zengin, 2018). (TÜRSAB, 2014)

Sağlık Bakanlığının verilerine göre bir sağlık turistinın özel hastaneler söz konusu olduğunda ortalama 12.000 Amerikan doları, kamu hastaneleri söz konusu olduğunda ise ortalama 9.000 Amerikan doları gelir elde edildiği ön kabulünden hareketle, kamu hastaneleri (Pazar payı %3) için 31.050.000 \$ sağlık turizmi geliri beklenirken 20.511.000 \$ sağlık turizmi geliri gerçekleşmiştir.

Özel ve vakıf üniversitelerine (toplam pazar payı %97) ait sağlık kurumları için 1.338.600.000 \$ gelir beklenirken 781.404.000 \$ gelir gerçekleşmiştir. Toplamda ise 2020 yılı için İstanbul için sağlık turizm gelir beklentisi 1.369.650.000 \$ iken gerçekleşen gelir 801.915.000 \$ olmuştur.

Çalışmada gerek matematiksel gerek ekonometrik gerekse iktisadi analizler neticesinde önceki 7 yılın verilerine dayanarak 110.000 ile 120.000 arası sağlık turistinın İstanbul'u ziyaret etmesi beklenmekte iken gerçekleşen sayı 67.396 olmuştur. Ortalama 115.000 beklenen sağlık turisti esas alınarak bir hesaplama yapılırsa % 41 oranında bir küçülme tespit edilmektedir. Bir diğer deyişle pandemi bendi ile 2020 yılında İstanbul'da beklenen sağlık turist sayısının yaklaşık yarısı oranında bir gerçekleşme olmuştur.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

İstanbul ilinde faaliyet gösteren sağlık kuruluşlarının 2013-2019 yılları arasında sağlık turizmi açısından karşıladıkları dış talep çok boyutlu olarak incelenmiştir.

Çalışmada İstanbul için sağlık turizmi talebini belirleyen birçok faktör analiz edilmeye çalışılmıştır.

İstanbul iline yönelik sağlık turizmi dış talep karmasını değerlendirmek gerekirse aşağıdaki özelliklere sahip olduğu görülecektir.

- İstanbul'a yönelik sağlık turizm dış talebi ağırlıklı olarak özel sektör tarafından karşılanmaktadır. Kamu sektörünün bu alandaki Pazar payı ancak % 3'dür.
- İstanbul'a yönelik sağlık turizmi dış talebi ağırlıklı olarak estetik medikal turizm kapsamında değerlendirilebilir.
- İstanbul'a yönelik sağlık turizm dış talebi 2013-2019 yılları arasında 2016 yılı hariç düzenli bir artış eğilimi göstermiştir.
- İstanbul'a yönelik sağlık turizm dış talebi bileşenleri incelendiğinde, dış talebin total GSMH yüksek (diğer bir deyişle gelişmiş) ülkelerden ziyade GSMH düşük veya orta (diğer bir deyişle gelişmekte olan) ülkeler ağırlıklı olduğu görülmüştür.
- İstanbul'a yönelik sağlık turizm dış talebi bileşenleri incelendiğinde, dış talebin total orta düzey GSMH'lerine nazaran KBGSMH yüksek ülkeler ağırlıklı olduğu görülmüştür.
- İstanbul'a yönelik sağlık turizm dış talebi bileşenleri incelendiğinde, İstanbul'daki hastane yatak sayısının dış talep üzerinde belirleyici olmadığı görülmüştür.
- İstanbul'a yönelik sağlık turizm dış talebi bileşenleri incelendiğinde, İstanbul'daki uzman hekim sayısı dış talep üzerinde belirleyici olmadığı görülmüştür.
- İstanbul'a yönelik sağlık turizm dış talebi bileşenleri incelendiğinde sağlık hizmetleri fiyatlarının dış talebin belirlenmesinde etkili olduğu görülmüştür.

- İstanbul'a yönelik sağlık turizm dış talebi bileşenleri incelendiğinde Türk lirasının değerlenmesinin dış talebin belirlenmesinde etkili olduğu görülmüştür.
- İstanbul'a yönelik sağlık turizm dış talebi bileşenleri incelendiğinde sağlık turisti gönderen ülkelerin fiyatlar genel düzeyinin dış talebin belirlenmesinde etkili olduğu görülmüştür.
- İstanbul'a yönelik sağlık turizm dış talebi bileşenleri incelendiğinde Orijin ülke fiyatlar genel düzeyinin dış talebin belirlenmesinde etkili olduğu görülmüştür.
- İstanbul'a yönelik sağlık turizm dış talebi bileşenleri incelendiğinde Türkiye değerlenmesinin dış talebin belirlenmesinde etkili olduğu görülmüştür.
- İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile Türkiye'nin yıllık ortalama reel efektif döviz kuru ile doğrusal bir ilişki vardır.
- Sağlık turistlerinin kendi ülkelerinin, İstanbul'a uçuş mesafesi olarak 2000 kilometreden yakın olması ile İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile anlamlı ve pozitif yönde bir ilişkisi bulunmaktadır.
- Sağlık turistlerinin kendi ülkelerinin Müslüman nüfus ağırlığına sahip olması ile İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile anlamlı ve pozitif yönde bir ilişkisi bulunmaktadır.
- Sağlık turistlerinin kendi ülkelerinin Türkiye'ye komşu olması ile İstanbul'a gelen sağlık turist sayısı ile anlamlı ve pozitif yönde bir ilişkisi bulunmaktadır.

İstanbul İlinin sağlık turizmi potansiyeli üzerinde belirleyici değişkenler ve sonuçlar çerçevesinde İstanbul ili sağlık turizmi potansiyeli güçlü ve zayıf yönleri değerlendirilerek fırsat ve tehditler aşağıda sıralanmıştır.

Güçlü Yönler

- Ülke genelinde sağlık turizminin teşvik edilmesi
- Sağlık Bakanlığı bünyesinde sağlık turizmi şirketinin varlığı
- İstanbul'dan dünyanın birçok noktasına uçuş imkânı olması
- İstanbul ilinde yeni hastane yatırımlarının olması,

- İstanbul çevresinde önemli termal kaynakların bulunması (Yalova)
- Bazı ülkeler Türkiye hakkında olumlu bir izlenime sahip olması,
- İstanbul'un tarihi medeniyetler açısından zengin olması
- İstanbul'un uzman doktor ve diş hekimi sayısı açısından ülkenin geri kalanından iyi durumda olması
- Türkiye'de ve İstanbul'da sağlık işlem fiyatlarının diğer sağlık turizmi destinasyonlarından ucuz olması
- İleri düzey uzmanlık gerektiren medikal tıbbi turizm alanında yetişmiş insan gücü ve teknolojinin varlığı

Zayıf Yönler

- Sektöre bütüncül bir bakış açısına sahip olunması için gerekli mevzuat ve yasal düzenlemelerin tam anlamıyla oturmamış olması
- Türkiye'ye yönelik dış ticaret ve dolaşım engellerinin varlığı
- Kamu sektörünün sahip olduğu potansiyele karşın yeterince varlık gösterememesi
- İstanbul'un uzman doktor ve diş hekimi dışındaki sağlık personeli sayısı bakımından ülkenin geri kalanından kötü durumda olması

Tehditler

- Ülke ve bölge bazlı fiyat politikası bulunmaması,
- Sağlık turizmi faaliyetlerinde kar marjının yüksek olması nedeni bu hastalara ve bu hastalara verilen sağlık hizmetlerine odaklanılması, dolayısıyla normal vatandaşlara verilen sağlık hizmeti kalitesinde düşme riski
- Yurtdışından bulaşıcı hastalık riski
- Özellik tıbbi işlemler söz konusu olduğunda uzun süreli post op ve bakım hizmetleri söz konusu ise hastanın ülkesine erken dönmesi ve bunun sonucu oluşan komplikasyonlar

Fırsatlar

- İstanbul'a yakın termal kaynakları "termal sağlık tesisleri" olarak kullanılabilir olması,
- Başta Uzakdoğu ve güney Asya olmak üzere rakip destinasyonlara göre sağlık koşullarının görece iyiliği
- Türkiye'nin ve İstanbul'un genel turizm potansiyeli
- Başta Avrupa ülkeleri olmak üzere çok sayıda Türk vatandaşının yurt dışında varlığı
- Türk Cumhuriyetleri ile diğer birçok ülkede var olan akraba topluluklar,
- Ortadoğu ve Afrika bölgesi ülkeler ile inanç yakınlığı
- Gelişmiş ülke nüfuslarının yaşlanması
- Bazı gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetine erişimde yaşanan uzun bekleme süreleri
- Bazı gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetine erişimde yaşanan finansal problemler ve Türkiye'de daha uygun maliyetler
- Bu tespitler çerçevesinde İstanbul ilinde sağlık turizminin geliştirilmesi ve daha fazla gelir elde edilebilmesi için bazı önerilerde bulunulacaktır.
- İstanbul'un sağlık turizmi faaliyetlerini kayıt altına almak ve hizmet kalitesini izlemek, artırmak
- Kamu sektörünün sağlık turizmi pazarından daha fazla almasına yönelik girişimlerde bulunmak
- Kamu sektörünün payını artırmak için personele yönelik teşvik ve ödeme programları oluşturmak
- Kamu ve özel sektörde hizmet kalitesini izlemek ve hizmet kalitesini yükseltmek için çalışmalar yapmak
- Sağlık tesisleri dışında kullanılmayan yatakların entegre bir sistemle kullanıma kazandırılması
- Türkiye'deki diğer turizm destinasyonları ile koordine bir çalışma sistemi kurgulanması,

- Sağlık turistleri konaklama sürelerini uzatmak ve ortalama harcamalarını artırmak için diğer sektörlerle işbirliği
- Yüksek kar marjı olan tıbbi işlemler üzerine çalışılması
- Bölge ve ülke bazlı pazarlama stratejileri geliştirilmesi
- Sağlık Bakanlığı ile diğer ilgili Bakanlıkların ortak platformlarda çalışması
- Sağlık turizmi kayıtlarını düzenli ve güvenilir tutulması için ülke genelinde tüm aracı kuruluş ve sağlık kuruluşlarını kapsayacak ortak bir bilgi işlem yazılımı geliştirilmesi
- Bilgi işlem sistemleri, sosyal medya ve diğer kaynaklardan elde edilen Büyük Verinin analiz edilerek analiz sonucunda gerekli stratejiler geliştirilmesine yönelik kurumsal altyapının kurulması
- Dijital verileri değerlendirme ve sosyal medyayı izlemek önemlidir. Büyük Veriyi analiz ederek turizm trendleri, tüketici eğilimi, sektörün öncelikleri ve yeni gereklilikler vb. konularda çalışacak bir ekibin oluşturulması önemlidir.
- Özellikle üçüncü yaş turizmine yönelik faaliyetler yürütülmesi
- Üçüncü yaş turizmi çerçevesinde İstanbul ve yakın bölgelerde sağlık yaşam köyleri vb. formatların uygulamaya konması
- İleri düzey teknoloji ile donatılmış Uzmanlık Merkezlerinin kurulması
- İleri düzey teknoloji ile donatılmış Uzmanlık Merkezlerini de içinde bulunduran kapsamlı sağlık yerleşkelerinin kurulması

Bu çalışmada, genel İstanbul ili hastanelerine yönelik sağlık turizmi dış talebi analiz edilmeye çalışılmıştır. Bu çerçevede hastanelerde yapılan sağlık turizm faaliyetleri incelendiği için doğal olarak medikal faaliyetleri ön plana çıkmıştır. Bu çerçevede toplanan verilerin ışığında 2013-2019 döneminde İstanbul'a gelen sağlık turistlerinin sayısı, geldikleri bölgeler, geldikleri ülkeler, hizmet aldıkları branşlar, hizmet aldıkları sağlık kurumları, aldıkları tanılara ilişkin durum tespitleri yapılmıştır.

Bu tespitler çerçevesinde İstanbul'da sağlık turizmi faaliyetlerin ağırlıklı olarak estetik işlemler ağırlıklı olduğu ve İstanbul'da sağlık turizmi yapan kuruluşların ucuz fiyat politikaları ile öne çıktığı görülmektedir.

Bu çerçevede İstanbul'da sağlık turizmi ile iştigal eden kurum ve kuruluşların dünya çapında rekabet edebilmesi ve devamlılığını sağlayabilmesi için kısa vadeli, konjonktürel ve doğaçlama çözümler yerine uzun vadeli, inavotif ve gelecek vizyonuna sahip bir yaklaşım sergilemeleri gerekmektedir

Bilindiği üzere sağlık turizminde devletin, düzenleyici ve denetleyici rolü, teşvik edici rolü ve kamu hastaneleri ile hizmet sunucu rolü olmak üzere üç önemli rolü vardır. Bu çalışmada yapılan bir diğer önemli tespit Kamuya ait sağlık kuruluşlarının İstanbul'da sağlık turizmin %3 gibi görece düşük bir pay almasıdır. Bu oranda İstanbul İlinde özel hastanelerin ve diğer özel sağlık kuruluşlarının ülkenin diğer bölgelerine göre yoğun bulunması önemli bir faktördür.

Ancak burada unutulmaması gereken önemli bir husus İstanbul gibi yüksek yoğunluklu nüfusa sahip bir ilde kamunun sağlık kuruluşları ve kaynaklarının ne kadarının sağlık turizmine ayrılabilceğidir. Bu bağlamda vatandaşlarının sağlıklarını korumak ve hastalıkları durumunda onları tedavi etmek kamun otoritesinin öncelikli görevi olmalıdır.

Bu ilke gözetilerek ve vatandaşa verilen sağlık hizmetinin aksatılmadan Sağlık Bakanlığının uygun kurum ver kuruluşlarında sağlık turizmi hizmeti verilmesi desteklenmelidir. Özellikle üst düzey uzmanlık gerektiren ve özel sektörün yüksek başlangıç maliyetleri nedeniyle fazla yatırım yap(a)mayacağı nadir hastalıklar, karışık işlemler gerektiren operasyonlar ülkemize gelir getirmesinin yanı sıra ülkemizin imaj ve tanıtımına da katkı sağlayacaktır.

Bu çerçevede İstanbul ilinde bulunan tüm sağlık Bakanlığı hastanelerinin sağlık turizmi hizmeti vermesi yerine belirli kapasiteye sahip olan uygun donanıma ve hasta yüküne ve yatak doluluk oranlarına sahip hastanelerin bu alanda çalışması uygun olacaktır.

Bu bağlamda bu alandan elde edilen gelirin, İstanbul gibi bir büyükşehirde yaşayan ve ülkenin diğer yerleşim yerlerine göre giderleri daha fazla olan sağlık çalışanlarının ekonomik olarak desteklenmesi ve /veya özelliikli ve nitelikli sağlık hizmetine ulaşmakta zorluk yaşayan hastalara destek sağlayacak bir fona aktarılması gibi inavotif uygulamalar düşünülmelidir.

Sonuç olarak İstanbul'un hem tarihi ve kültürel kimliği, hem sahip olduğu sağlık hizmeti olanakları ile sağlık turizmi potansiyeli yüksektir. Bu anlamda doğru politikalar ve uygulamalar ile İstanbul'un bu potansiyelinin ülke ekonomisine daha fazla girdi sağlaması mümkün görülmektedir. Her ne kadar 2020 yılında pandemi

nedeniyle sađlık turizmi dıř talebinde belirli bir dūřuř yařansa da bu durumun normalleřme dōneminde sađlık turizmi alanında alternatif giriřimlerin ve būyūmenin ōnūne geēmeyeceēēi dūřūnūlmektedir.



KAYNAKLAR

- Ağaoğlu, F. O., Karagöz, N., & Zabun, S. (2019). SAĞLIK TURİZMİ UYGULAMALARI VE TÜRKİYE'YE GETİRİLERİNE İLİŞKİN BİR DEĞERLENDİRME. *S.C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Cilt 20, Sayı 2, 2019, 1-23.
- Ağırbaş, İ. (2019). *HASTANE YÖNETİMİ VE ORGANİZASYONU*. İstanbul: Siyasal Yayınevi.
- Ahiler Kalkınma Ajansı. (tarih yok). *Nevşehir Termal Turizm Raporu*. Nevşehir: Ahiler Kalkınma Ajansı.
- Al-Mosawi, A. J. (2020, 6 28). Iraq healthcare system: An update. *Lupina Online Journal of Medical Sciences (LOJMS)*, 404-411.
- Altan, A. (2003). *HASTANE YAPILARI. Yüksek Lisans Tezi*. Balıkesir: BALIKESİR ÜNİVERSİTESİ FEN BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ.
- Amedeo, K. (2020, 4 28). *five-determinants-of-demand-with-examples-and-formula*. 8 4, 2020 tarihinde <https://www.thebalance.com/five-determinants-of-demand-with-examples-and-formula-3305706> adresinden alındı
- Anderson, J. E. (1979, February). A Theoretical Foundation for Gravity Equation. *American Economic Review*.
- Aplak, H., Köse, E., & Burmaoğlu, S. (2010, 06 1). Geleceğe Yönelik Projelerin Senaryo Planlama Tekniği ile Analizi. *Savunma Bilimleri Dergisi*, 9(2).
- Aslan, S., & Erdem, R. (2017). HASTANELERİN TARİHSEL GELİŞİMİ. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 2(27), 7, 21.
- Aşçı, B. (2017, Yaz). Olasılık Yönetimi: Senaryo Analizi. *21. Yüzyılda Eğitim ve Toplum*, 6(17).
- Ataman, H., Esen, M. F., & Vatan, A. (2017, 1). MEDİKAL TURİZM KAPSAMINDA SUNULAN SAĞLIK HİZMETLERİNDE KALİTE VE HASTA GÜVENLİĞİ. *International Journal of Health Management and Strategies Research*, 28-44.
- Aydemir, B., & Kılıç, N. (2017). DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE ÜÇÜNCÜ YAŞ TURİZMİ. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(Özel Sayı 3).
- Aydın, A., Darıcı, B., & Daşcı, H. M. (2015, Ocak- Haziran). ULUSLARARASI TURİZM TALEBİNİ ETKİLEYEN EKONOMİK FAKTÖRLER: TÜRKİYE ÜZERİNE BİR UYGULAMA. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 143- 177.
- Aydın, A., Darıcı, B., & Taşcı, H. M. (2015). ULUSLARARASI TURİZM TALEBİNİ ETKİLEYEN EKONOMİK FAKTÖRLER: TÜRKİYE ÜZERİNE BİR UYGULAMA. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*(45), 143-147.
- Aydın, G., & Aydın, B. K. (2015). Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Turizmi Pazarlama Uygulamaları Ve Karşılaştırmalı Durum Analizi. *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*(16), 1-21.
- Bahar, E. (2012, 03 01). *TURİZM TALEBİ*. 2 2, 2021 tarihinde [emrebahar.blogspot.com: http://emrebahar.blogspot.com/2012/03/turizm-talebi.html](http://emrebahar.blogspot.com/2012/03/turizm-talebi.html) adresinden alındı
- Bahar, O., & Kozak, M. (2013). *TURİZM EKONOMİSİ* (1.Baskı b.). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Bahar, O., Yıldırım, S., Işık, C., & Özata, E. (2020). *TURİZM EKONOMİSİ* (1. b.). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.

- Baran, G. (2010). TURİZMDE TALEP TAHMİNİ: TÜRKİYE TURİZM TALEBİNİN ZAMAN SERİSİ ANALİZLERİ İLE TAHMİNİ. 22-23. ANKARA: T.C. KÜLTÜR VE TURİZM BAKANLIĞI YATIRIM VE İŞLETMELER GENEL MÜDÜRLÜĞÜ.
- Bayram, O. (2018). TÜRKİYE İÇİN TURİZM TALEP DENKLEMİNİN TAHMİNİ: EKONOMİK, SOSYAL VE SİYASAL ETKENLER. *Yüksek Lisans Tezi*. İZMİR: İzmir Katip Çelebi Üniversitesi.
- Beard, J., Officer, A., & Cassels, A. (2015). *World report on ageing and health-2015*. Luxembourg: World Health Organization.
- Brauers, J., & Weber, M. (1988). A new method of scenario analysis for strategic planning. *Journal Of Forecasting*, 7(1), 1-75.
- Cankül, D. (2015). Üçüncü Yaş Turizmi. S. P. Temizkan içinde, *Sağlık Turizmi* (s. 2019--239). Ankara: Detay Yayınevi.
- Cansen, E. (2001, 8 8). Faiz hesabı. *Hürriyet Gazetesi*.
- Coşkun, İ. O. (2004). Turizm politikası ve planlaması için en uygun talep öngörü yönetiminin belirlenmesi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Çevik, N. K., & Yüksel, O. (2019, 8). Türkiye, Almanya ve Hindistan Sağlık Sistemleri: Karşılaştırmalı Bir Analiz. *Balkan Journal of Social Sciences*, 8(16), 209-218.
- Çoşkun, İ. O. (2004). TURİZM POLİTİKASI VE PLANLAMASI İÇİN EN UYGUN TALEP ÖNGÖRÜ YÖNTEMİNİN BELİRLENMESİ. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Danacı, B. (2010). SAĞLIK BAKANLIĞI, ÜNİVERSİTE VE ÖZEL HASTANELERİN YATAKLI BİRİMLERİNDE GÖREV YAPAN HEMŞİRELERİN İŞ TATMİNLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI. Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Demiröz, M. D. (2020). *MİKRO İKTİSAT I*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Diren, D. (2018, Yaz). Geçmişten günümüze hastaneler. *SD- Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*(47), 66-69.
- Doğan, E. M. (2020). *Mikro İktisat* (1 b.). Samsun: 19 Mayıs Üniversitesi.
- Dökme, S. (2019, Şubat). MEDİKAL TURİZMDE HASTA TERCİHİNİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER. *Social Sciences Studies Journal*, 5(30), 825-831.
- Dritsakis, N. (2004). Tourism as a Long-Run Economic Growth Factor: An Empirical Investigation for Greece Using Causality Analysis. *Tourism Economics*, 10(3), 305-316.
- Durmuş, A., & Durmuş, M. N. (2019). SAĞLIK BAKANLIĞI TEŞKİLAT YAPISI- ORGANIZATIONAL STRUCTURE OF THE MINISTRY OF HEALTH. *ULUSLARARASI SAĞLIK YÖNETİMİ VE STRATEJİLERİ ARAŞTIRMA DERGİSİ*, 5(2), 216-229.
- Duru, Ö. (2017). Türkiye'ye Yönelik Dış Turizm Talebinin Ekonometrik Modeller İle Analizi. *Doktora Tezi*. Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Eğilmez, M. (2012, 11). www.mahfiegilmez.com. 10 10, 2021 tarihinde www.mahfiegilmez.com: <https://www.mahfiegilmez.com/2012/11/reel-efektif-doviz-kuru-endeksi-nedir.html> adresinden alındı
- Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2019). *Engelli ve Yaşlı İstatistik Bülteni*. ANKARA: Aile, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı.
- Ergüven, M. (2015). Wellness Turizmi. S. P. Temizkan içinde, *Sağlık Turizmi* (s. 128). Ankara: Detay Yayıncılık.
- F.Witt, S., & A.Witt, C. (1195). Forecasting tourism demand: A review of empirical research. *International Journal of Forecasting*, 3(11), 447-475.

- Golovka, A. (2009). Çekim Modeli: Avrasya Ülkelerinin Dış Ticareti. *EconAnadolu 2009: Anadolu Uluslararası İktisat Kongresi* (s. 1-22). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Görgün, E. K., & Yörür, N. (2017). 6360 SAYILI BÜYÜKŞEHİR KANUNU SONRASI KIRSAL ALANLARI YENİDEN DÜŞÜNMEK- İZMİR ÖRNEĞİ. *AYDIN İKTİSAT FAKÜLTESİ DERGİSİ CİLT.2 SAYI.1*, 11-27.
- Görmüş, Ş., & Göçer, İ. (2010). The Socio-Economic Determinant of Tourism Demand in Turkey: A Panel Data Approach. *International Research Journal of Finance and Economics*(55), 88-98.
- GÜNDÜZ, F. F., GÜNDÜZ, S., & YAVUZ, H. B. (2019). Türkiye'nin Sağlık Turizmi Talebini Etkileyen Faktörlerin Analizi: Çekim Modeli Yaklaşımı. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*(17), 717-739.
- Güneş, G., & Tengilimoğlu, D. (2013). Turizm Kavramı, Turizmin Tarihçesi, Ülke Ekonomilerine Katkısı ve Turizm İstatistikleri. D. Tengilimoğlu içinde, *Sağlık Turizmi* (s. 17-70). Ankara: Siyasal Kitabevi.
- Gürler, G. (2018). STETİK CERRAHİ MÜDAHALE GÖRMÜŞ BİREYLER ÜZERİNE BİR ALAN ARAŞTIRMASI. *Sosyoloji Dergisi Yıl: 2018 ISSN: 1300-5642*(38), 141-172.
- Hacettepe Üniversitesi. (2020, 12). <http://www.hugaum.hacettepe.edu.tr/>. 12 25, 2020 tarihinde <http://www.hugaum.hacettepe.edu.tr/> adresinden alındı
- Harahsheh, S. S. (2002). Curative Tourism in Jordan and its Potential Development. 26. United Kingdom: Bournemouth University.
- Hayta, A. B. (2008, Mart). TURİZM PAZARLAMASINDA TÜKETİCİ SATIN ALMA SÜRECİ VE KARŞILAŞILAN SORUNLAR. *Kastamonu Eğitim Dergisi*, 16(1), 31-48.
- Hougaard, J. L., Osterdal, L. P., & Yu, Y. (2011). The Chinese Healthcare System. *Applied Health Economics and Health Policy* , 1-13.
- <http://visitturkeyforhealthcare.com>. (2020). <http://visitturkeyforhealthcare.com/>. 7 24, 2020 tarihinde <http://visitturkeyforhealthcare.com/176-yasli-ve-engelli-turizmi.html> adresinden alındı
- <http://www.airkule.com/>. (2020). 2020 tarihinde <http://www.airkule.com/> adresinden alındı
- <https://bakuresearchinstitute.org>. (tarih yok).
- <https://data.worldbank.org/indicator/PX.REX.REER>. (tarih yok).
- <https://economictimes.indiatimes.com>. (tarih yok).
<https://economictimes.indiatimes.com/definition/law-of-demand>. 5 19, 2020 tarihinde www.economictimes.com: <https://economictimes.indiatimes.com/definition/law-of-demand> adresinden alındı
- <https://istanbulism.saglik.gov.tr>. (tarih yok). www.istanbulism.saglik.gov.tr. 06 27, 2020 tarihinde <https://istanbulism.saglik.gov.tr/> adresinden alındı
- <https://sozluk.gov.tr/>. (2021). <https://sozluk.gov.tr/>. 01 07, 2021 tarihinde <https://sozluk.gov.tr/> adresinden alındı
- https://tr.wikipedia.org/wiki/RAND_Corporation. (tarih yok).
https://tr.wikipedia.org/wiki/RAND_Corporation.
https://tr.wikipedia.org/wiki/RAND_Corporation adresinden alınmıştır
- <https://www.ceic.data.com>. (tarih yok).
- <https://www.medicaltourism.com/compare-price>. (2020).
<https://www.medicaltourism.com/compare-price>.

- <https://www.tarihlisanat.com/asklepios/>. (tarih yok). <https://www.tarihlisanat.com/asklepios/>. 2 15, 2021 tarihinde <https://www.tarihlisanat.com/asklepios/>: <https://www.tarihlisanat.com/asklepios/> adresinden alındı
- <https://www.tcmb.gov.tr>. (tarih yok).
- <https://www.travelmath.com/cost>. (2020). 11 1, 2020 tarihinde <https://www.travelmath.com/cost> adresinden alındı
- İGEME (İhracatı Geliştirme Merkezi). (2017). <https://www.igeme.com.tr/medikal-ve-termal-saglik-turizmleri-nedir>. 07 24, 2020 tarihinde <https://www.igeme.com.tr/medikal-ve-termal-saglik-turizmleri-nedir> adresinden alındı
- İGEME. (2020). <https://www.igeme.com.tr/saglik-turizminin-istisnasi-amerika/>. 12 30, 2020 tarihinde <https://www.igeme.com.tr/saglik-turizminin-istisnasi-amerika/> adresinden alındı
- implantdental.gen.tr/. (tarih yok). <https://www.implantdental.gen.tr/implant-fiyatlari-hesaplama>. implantdental.gen.tr/ adresinden alınmıştır
- İSAPS. (2021). *ISAPS INTERNATIONAL SURVEY ON AESTHETIC/COSMETIC PROCEDURES*. İSAPS.
- İSAPS. (tarih yok). <https://www.isaps.org/about-isaps/>. 12 01, 2021 tarihinde <https://www.isaps.org/about-isaps/> adresinden alındı
- İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü. (tarih yok). 02 14, 2021 tarihinde <https://istanbulism.saglik.gov.tr/Resim/286654/0/bagli-baskanliklarjpg.png> adresinden alındı
- İşık, C., & Selçuk, G. N. (2020). *Turizm Ekonomisi* (1. b.). Erzurum: Atatürk Üniversitesi.
- Johnston, R. (2012). *Examining the Role of Family Physicians in the Decision-Making Processes of Canadian Medical Tourists*. British Columbia-Canada: Simon Fraser University.
- jointcommission.org. (tarih yok). <https://www.jointcommission.org/accreditation-and-certification/state-recognition/>. 02 15, 2021 tarihinde <https://www.jointcommission.org/accreditation-and-certification/state-recognition/> adresinden alındı
- Kaptanoğlu Yıldırım, A. (2012). Sağlık Yönetimi. A. Kaptanoğlu Yıldırım içinde, *Sağlık Yönetimi* (s. 17). İstanbul: Beşir Kitabevi.
- Karabulut, K. (2020). *Sağlık Ekonomisine Giriş* (1 b.). Erzurum: Atatürk Üniversitesi.
- Karagöz, K. (2008, Güz). Türkiye'nin Turizm Potansiyeli: Çekim Modeli Yaklaşımı. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 149-156.
- Kılıçaslan, Y., & Esen, E. (2019). *İktisada Giriş* (1 b.). Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- Kiremit, A. Ş. (2008). Gazi Üniversitesi.
- Kızılcıoğlu, A. (2005, TEMMUZ). DEMOGRAFİK BİLGİLERİN YORUMLANMASI: NÜFUS PİRAMİDİ BECERİLERİNİN GELİŞTİRİLMESİNE YÖNELİK AKTİVİTE ÖRNEĞİ. *MARMARA COĞRAFYA DERGİSİ*(12), 66-75.
- Korstanje, M. (2007). The Origin and meaning of Tourism: Etymological study. *e-Review of Tourism Research (eRTR)*, 5(5), 101-107.
- Krugman, A., Wells, P., & Myatt, R. (2005). *microeconomics* (2 b.). New York: Worth Publishers.
- Kumtepe, H. (2018). *YAŞLI NÜFUSUNUN (65 +) İL VE BÖLGE YERLEŞİM YERLERİNİN ADRESE DAYALI NÜFUS KAYIT SİSTEMİ (ADNKS) VERİLERİNE GÖRE DAĞILIMLARI VE ORANLARI İLE DEMOGRAFİK DEĞERLENDİRİLMESİ*. Ankara: Aile, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı.

legatum. (tarih yok).

Lim, C. (1997). An Econometric Classification and Review of International Tourism Demand Models. *Tourism Economics*, 3(1), 69-81.

Lim, C., & McAller, M. (2003). Modelling International Travel Demand from Singapore to Australia,. *Anatolia*, 14(1), 23-43.

Mandıracioğlu, A. (2010). Dünyada ve Türkiye’de yaşlıların demografik özellikleri (Demographic characteristics of the elderly population in Turkey and the world). *Ege Tıp Dergisi / Ege Journal of Medicine*, 3(49), 39-45.

Nutbeam, D. (2011). *Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Sözlüğü* (1. Baskı b.). ANKARA: Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

OHSAD. (tarih yok). 2 14, 2021 tarihinde <https://ohsad.org>: <https://ohsad.org/saglik-bakanligi-saglik-hizmet-bolgeleri-yapilanmasi/> adresinden alındı

Orhunbilge, A. N. (2020). *Uygulamalı Regresyon ve Korelasyon Analizi*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi İşletme Fakültesi .

Özçelik, Ö., & Uslu, N. (2020). TÜRKİYE’DE REEL DÖVİZ KURU VE DIŞ TİCARET ARASINDAKİ İLİŞKİ (2003-2016). *Uluslararası Afro-Avrasya Araştırmaları Dergisi* , 5(9), 180-197.

Özer, Ö., & Erkilet, M. (2012). TALEP ANALİZİ VE TALEP ÖNGÖRÜSÜ: BİR ÖZEL HASTANEDE UYGULAMA. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi Dergisi, Cilt: 14, Sayı: 3, 14(3)*, 127-142.

Özkurt, H. (2007). Sağlık Turizmi Tahvilleri. *Maliye Dergisi y Sayı 152 y Ocak- Haziran 2007(152)*, 121-142.

Padilla-Meléndez, A., & Aguila-Obra, A. R. (2016). Health Tourism: Conceptual Framework and Insights from the Case of a Spanish Mature Destination. *Tourism & Management Studies*, 12(1), 1.

Pala, S. Ç., & Metintaş, S. (2020). Ç ESTÜDAM 2020;5(COVID-19 Özel Sayısı) 157 1. Giriş in, . *Halk Sağlığı Dergisi* , 156-168.

Polat, D. (2008). TÜRKİYE’NİN SAĞLIK TURİZMİ TANITIMINDA PERSPEKTİFLER:ALMANYA VE HİNDİSTAN ÖRNEKLERİ. ANKARA: KÜLTÜR VE TURİZM BAKANLIĞI.

Pollard, K. (tarih yok). <https://treatmentabroad.blogspot.com/2010/03/>. 01 12, 2021 tarihinde <https://treatmentabroad.blogspot.com/2010/03/>: <https://treatmentabroad.blogspot.com/2010/03/> adresinden alındı

Quintela, J. A., Costa, C., & Correia, A. (2016). HEALTH, WELLNESS AND MEDICAL TOURISM – A CONCEPTUAL APPROACH. *Enlightening Tourism. A Pathmaking Journal*, 6(1), 1-18.

Rejeb, A., Keogh, J. G., & Treiblmaier, H. (2019, January). The Impact of Blockchain on Medical Tourism. *SSRN Electronic Journal*, .

Resmi Gazete. (1973, 11 26). <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/14724.pdf>. 2 20, 2021 tarihinde <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/14724.pdf>: <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/14724.pdf> adresinden alındı

Resmi Gazete. (2001, 07 24). Kaplıcalar Yönetmeliği. *Resmi Gazete*.

Ridderstaat, J., D. S., & DeMicco, F. (2019, 03 11). The impact of major tourist markets on health tourism spending in the United States. *Journal of Destination Marketing & Management*, 270-280.

Romanova, G., Vetitnev, A., & Dimanche, F. (2015). *Health and Wellness Tourism*. Sochi, Rusya.

- Saçaklıoğlu, F., Hassoy, H., Kaynak, C., Meseri, R., Ergin, I., Soysal, A., et al. (2005). *Irakta Savaş ve Sağlık*. İstanbul: Türk Tabipler Birliği Yayınları.
- Sağlık-Der. (2017). *İstanbul Sağlık Hizmetleri Raporu*. İstanbul: Sağlık- Der.
- Sargutan, E. (2006). ÇİN SAĞLIK SİSTEMİ. E. Sargutan içinde, *Karşılaştırmalı Sağlık Sistemleri* (s. 732-758). Ankara: Nadir Kitap.
- Sarı, N., Altıntaş, A., Başağaoğlu, İ., Özaydın, Z., Doğan, H., Ülman, Y. I., et al. (2007). *Tıp Etiği ve Tıp tARİHİ*. İSTANBUL: İstanbul Üniversitesi Matbaası.
- SATURK. (2020). *Özel Hastaneler ve Özel Sağlık Kuruluşları*. 02 18, 2021 tarihinde [www.saturk.gov.tr: http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/hst/ozelrastaneler.pdf](http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/hst/ozelrastaneler.pdf) adresinden alındı
- sayakademi.com. (tarih yok). <https://sayakademi.com/turkiyede-jci-belgesi-alan-saglik-kurumlari/>.
<https://sayakademi.com/turkiyede-jci-belgesi-alan-saglik-kurumlari/>:
<https://sayakademi.com/turkiyede-jci-belgesi-alan-saglik-kurumlari/> adresinden alınmıştır
- Sayın, K. Ş., Yeğinboy, E. Y., & Yüksel, İ. (2017). Türkiye’de Medikal Turizm Uygulamaları: Bir Üniversite ve İzmir Sağlık Serbest Bölgesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 32(2), 289-313.
- SB shgmsgudb. (2020). <https://shgmsgudb.saglik.gov.tr/TR,67390/kamu-saglik-hizmetleri-fiyat-tarifesi-guncellenmistir.html.saglik.gov.tr>. 12 30, 2020 tarihinde <https://shgmsgudb.saglik.gov.tr/TR,67390/kamu-saglik-hizmetleri-fiyat-tarifesi-guncellenmistir.html>: <https://shgmsgudb.saglik.gov.tr/TR,67390/kamu-saglik-hizmetleri-fiyat-tarifesi-guncellenmistir.html> adresinden alındı
- SB THSSGM. (2020). <https://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/SaglikBilgisi/DEU>. 12 29, 2020 tarihinde <https://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/SaglikBilgisi/DEU> adresinden alındı
- Sever, E., & Mızrak, Z. (2007). DÖVİZ KURU, ENFLASYON VE FAİZ ORANI ARASINDAKİ İLİŞKİLER: TÜRKİYE UYGULAMASI. *SÜ İİBF Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 265.
- Sevgi Ergün, S. Ş. (2017, 10 5). İŞLETME TALEP TAHMİNİ ÜZERİNE LİTERATÜR ARAŞTIRMASI. *ulakbilge*, 5(10), 469-487.
- Smith, M., & Puczko, L. (2009). *Heath and Wellnes Tourism* (1. b.). New York_USA: Taylor and Francis.
- Somunoğlu, S. (1999, Sonbahar). Kavramsal Açıdan Sağlık. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt: 4, Sayı: 1 (Sonbahar 1999), 50-54.
- Sur, H. (2017). *İstanbul Sağlık Hizmetleri Raporu-SAĞLIK İNSAN GÜCÜNÜN DURUM ANALİZİ VEHEDEFLERİ*. İSTANBUL: Sağlık -DER.
- Sur, H., & Ataç, Ö. (2016). Sağlık sistemleri - 1: Almanya ve Birleşik Krallık. *Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*.
- Sur, H., & Hayran, O. (1998). *Sağlık Hizmetleri El Kitabı*. İstanbul: Yüce Yayınevi.
- Şahin, A. E. (2001). Eğitim Araştırmalarında Delphi Tekniği ve Kullanımı. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 215 -220.
- ŞAŞMAZ, M. Ü. (2019). GEÇİŞ EKONOMİLERİNDE HÜKÜMET ETKİNLİĞİ, HUKUKUN ÜSTÜNLÜĞÜ VE EKONOMİK REFAH ARASINDAKİ NEDENSELLİK İLİŞKİSİ. *S.C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 1-14.
- Şeker, M., Korkut, C., Özer, A., Doğrul, & Tosun, Z. (2020). *COVID-19 Pandemi Değerlendirme Raporu*. Ankara: TUBA- Türkiye Bilimler Akademisi.
- Şener, S. (2020). *MİKRO İKTİSAT* (1 b.). İSTANBUL: İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ AÇIK VE UZAKTAN EĞİTİM FAKÜLTESİ.

- TCMB (Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası). (tarih yok). 11 10, 2021 tarihinde <https://www.tcmb.gov.tr:https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/02713545-8428-49ab-a9d9-0f770895d513/REERMetaveri.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-02713545-8428-49ab-a9d9-0f770895d513-nrijWpb> adresinden alındı
- TDK. (2018, 11 27). <http://www.tdk.gov.tr/index>. http://www.tdk.gov.tr: http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_bts&view=bts&kategori=veritbn&kelimesec=270705 adresinden alınmıştır
- Tekin, A. (2007). SAĞLIK-HASTALIK OLGUSU VE TOPLUMSAL KÖKENLERİ (Burdur Örneği). ISPARTA.
- Temizkan, S. P., & Dönüş, Ç. (2015). Sağlık Turizmi Kavramı ve Özellikleri. S. P. TEMİZKAN (Dü.) içinde, *Sağlık Turizmi* (s. 15). Ankara: Detay Yayıncılık.
- Temizkan, S. P., & Temizkan, R. (2020). DÜNYADA VE TÜRKİYE'DE MEDİKAL TURİZM KAPSAMINDA PLASTİK VE ESTETİK CERRAHİ UYGULAMALARIN HİZMET PAZARLAMASI KARMASI PERSPEKTİFİNDEN DEĞERLENDİRİLMESİ. *Journal of Gastronomy, Hospitality and Travel*, 3(2), 284-293.
- Tontuş, Ö. (2019). SAĞLIK TURİZMİ nedir?
- Top, M., Aslan, H., & Zengin, N. (2018). Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Uygulamalarının Hasta Faturaları ve Teşhis İlişkili Gruplara Göre Maliyet Analizi. *Finans Politik & Ekonomik Yorumlar*, 9-26.
- Topsöğüt, M. B. (2015). TÜRKİYE'DEKİ SAĞLIK TURİZMİ. *Üsküdar ün sos. bil.*
- TUBA. (tarih yok). 06 27, 2020 tarihinde <https://acikders.tuba.gov.tr:https://acikders.tuba.gov.tr/> adresinden alındı
- TÜİK. (2020). <https://www.tuik.gov.tr/tr/>. 10 29, 2020 tarihinde <https://www.tuik.gov.tr/tr/> adresinden alındı
- Tuna, H. (2019). BOLU İLİNİN TERMAL TURİZM AÇISINDAN POTANSİYELİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 15(1), 117- 130.
- TURANLI, M., & GÜNEREN, E. (2003). Turizm Sektöründe Talep Tahmin Modellemesi. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Dergisi*, 2(3), 1-13.
- Turanlı, M., & Güneren, E. (2003). Turizm Sektöründe talep Tahmin Modellemesi. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Dergisi*, 3.
- TÜİK. (2020). http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095. 08 13, 2020 tarihinde http://tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 adresinden alındı
- TÜİK Haber Bülten. (2021, 02 4). Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları, 2020. *TÜİK Haber Bülten*(37210), s. 1.
- Türk Dil Kurumu. (2020). <https://sozluk.gov.tr/>. 10 20, 2020 tarihinde <https://sozluk.gov.tr/> adresinden alındı
- Türkiye Cumhuriyet Merkez Bankası, İstatistik Genel Müdürlüğü, Ödemeler Dengesi Müdürlüğü. (2020). <https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/TR/TCMB+TR/Main+Menu/Istatistikler/Doviz+Kurlari/Reel+Efektif+Doviz+Kuruu/Veri+%28Tablolar%29+--+Eylul+2020/>. 11 1, 2020 tarihinde <https://www.tcmb.gov.tr/wps/wcm/connect/TR/TCMB+TR/Main+Menu/Istatistikler/Doviz+Kurlari/Reel+Efektif+Doviz+Kuruu/Veri+%28Tablolar%29+--+Eylul+2020/> adresinden alındı
- Türksoy, A., & Türksoy, S. S. (2010). Termal Turizmin Geliştirilmesi Kapsamında Çeşme İlçesi Termal Kaynaklarının Değerlendirilmesi. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 10(2), 699-725.

- TÜRSAB. (2014). *TÜRSAB SAĞLIK TURİZMİ RAPORU*. 11 12, 2020 tarihinde http://www.tursab.org.tr/dosya/12186/saglikturizmiraporu_12186_5485299.pdf adresinden alındı
- Uğurlu, H., & Arslan, H. (2020). ABD Sağlık Sistemi ve Türkiye Sağlık Sistemi ile Karşılaştırılması. *Ahi Evran Akademik*, 1(2), 78-104.
- UNAL, M. (2019, Ekim). MEDİKAL TURİZMİ ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN ANALİZİ: TÜRKİYE UYGULAMASI. *Yüksek Lisans Tezi*. Ankara: Gazi Üniversitesi Bilişim Enstitüsü.
- Ülgen, G. (2020). *Genel İktisat*. İstanbul: İstanbul Üniversitesi.
- Ülgen, G. (2020). *İKTİSADA GİRİŞ I*. İSTANBUL: İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ.
- Ülker, İ. (1998). *Türkiye’de Sağlık Turizmi ve Kaplıca Planlaması*. Ankara: Kültür ve Turizm Bakanlığı Yayınları.
- Ünal, A., & Tagiyev, R. (2016). SAĞLIK SİSTEMİNDE DESANTRALİZASYON: TÜRKİYE VE AZERBAIJAN SAĞLIK SİSTEMLERİ ÜZERİNE BİR İNCELEME. *Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 479-497.
- WHO. (1998). *Health Promotion Glossary*. Genava: WHO.
- WHO. (2020). <https://www.who.int/choice/country/irq/cost/en/>. <https://www.who.int/choice/country/irq/cost/en/> adresinden alınmıştır
- WHO Technical Expert Committee. (1963). *WHO TECHNICAL REPORT SERIES. No. 261 EXPERT COMMITTEE ON HEALTH STATISTICS- Eighth Report*. CENEVRE: WHO.
- who.int. (2009). <https://www.who.int/bulletin/volumes/89/7/11-088815/en/#:~:text=A%20pandemic%20is%20defined%20as,are%20not%20considered%20pandemics>. 12 31, 2020 tarihinde <https://www.who.int/bulletin/volumes/89/7/11-088815/en/#:~:text=A%20pandemic%20is%20defined%20as,are%20not%20considered%20pandemics> adresinden alındı
- World Health Organization. (1998). *World Health Organization. (1998). The World health report : 1998 : Life in the 21st century : a vision for all*. CENEVRE: World Health Organization.
- www.duzen.com.tr. (2011). www.duzen.com.tr/artFiles/DomuzGribiBrosur.pdf. 12 31, 2020 tarihinde [www.duzen.com.tr ://www.duzen.com.tr/artFiles/DomuzGribiBrosur.pdf](http://www.duzen.com.tr/artFiles/DomuzGribiBrosur.pdf) adresinden alındı
- www.etimolojiturkce.com. (2020). www.etimolojiturkce.com. 06 08, 2020 tarihinde <https://www.etimolojiturkce.com/kelime/turist> adresinden alındı
- www.imf.org. (2020). *NGDPDPC@WEO/OEMDC/ADVEC/WEOWORLD*. 10 31, 2020 tarihinde <https://www.imf.org/external/datamapper/NGDPDPC@WEO/OEMDC/ADVEC/WEOWORLD> adresinden alındı
- www.turna.com. (2020). www.turna.com. 8 19, 220 tarihinde <https://www.turna.com/blog/saglik-turizminde-one-cikan-ulkeler> adresinden alındı
- www.yalovatermal.com. (2020). <http://www.yalovatermal.com/>. 07 02, 2020 tarihinde <http://www.yalovatermal.com/> adresinden alındı
- Yalcin, T., Ofek, E., Koenigsberg, O., & Biyalogorsky, E. (2010). *Complementary Goods:Creating and Sharing Value*. Columbia: Columbia Business School.
- Yalçın, P. (2006). TÜRKİYE’DE SAĞLIK TURİZMİNDE ALT YAPI OLUŞTURULMA GEREĞİ VE SAĞLIK KURUMLARINA YÖNELİK BİR ARAŞTIRMA. Ankara: Gazi Üniversitesi.
- Yavuz, S., Kabadayı, B., Savaş, N., & Doker, A. C. (2014). TÜRKİYE TURİZM TALEBİ: BİR ÇEKİM MODELİ UYGULAMASI. *Ekonomik ve Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 10(2).

- Yazıcıoğlu, N. (2010). YAPAY ZEKA İLE TALEP TAHMİNİ. *Yüksek Lisans Tezi*, 1-106. Bursa: Uludağ Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü.
- Yirik, Ş. (2014). SAĞLIK TURİZMİ ÜZERİNE ANTALYA DESTİNASYONUNDA BİR ARAŞTIRMA. *Doktora tezi*. Antalya: Akdeniz Üniversitesi.
- Yüncü, V., & Yılan, Y. (2020). COVID-19 Pandemisinin Sağlık Çalışanlarına Etkilerinin İncelenmesi: Bir Durum Analizi. *Iğdır Üniv. Sos. Bil. Dergisi*, 372-393.



EKLER

Ek 1: Regresyon Veri Seti

COUNTRY	CODE	TIME	CPIDC	CPITR	REK	DR	HOSTBED	HTOUR
FRA	1	2013-01	1,2	7,3	113,3	15898	33104	70
FRA	1	2013-02	1,0	7,0	112,7	15898	33104	65
FRA	1	2013-03	1,0	7,3	112,8	15898	33104	90
FRA	1	2013-04	0,7	6,1	113,7	15898	33104	103
FRA	1	2013-05	0,8	6,5	112,2	15898	33104	97
FRA	1	2013-06	0,9	8,3	108	15898	33104	73
FRA	1	2013-07	1,1	8,9	107,7	15898	33104	102
FRA	1	2013-08	0,9	8,2	105,7	15898	33104	101
FRA	1	2013-09	0,9	7,9	102,8	15898	33104	50
FRA	1	2013-10	0,6	7,7	104,5	15898	33104	46
FRA	1	2013-11	0,7	7,3	103,2	15898	32564	50
FRA	1	2013-12	0,7	7,4	101	15898	33104	59
FRA	1	2014-01	0,6	7,8	95,9	16438	33581	56
FRA	1	2014-02	0,9	7,9	96,7	16438	33581	54
FRA	1	2014-03	0,6	8,4	97,4	16438	33581	68
FRA	1	2014-04	0,7	9,4	103,1	16438	33581	108
FRA	1	2014-05	0,7	9,7	105,2	16438	33581	95
FRA	1	2014-06	0,5	9,2	104,6	16438	33581	67
FRA	1	2014-07	0,5	9,3	104,7	16438	33581	75
FRA	1	2014-08	0,4	9,5	104	16438	33581	93
FRA	1	2014-09	0,3	8,9	103,6	16438	33581	84
FRA	1	2014-10	0,5	9,0	104,2	16438	33581	99
FRA	1	2014-11	0,3	9,2	107,2	16438	33581	67
FRA	1	2014-12	0,1	8,2	105,8	16438	33581	75
FRA	1	2015-01	-0,4	7,2	108,8	17288	34089	65
FRA	1	2015-02	-0,3	7,5	105,8	17288	34089	64
FRA	1	2015-03	-0,1	7,6	104,7	17288	34089	74
FRA	1	2015-04	0,1	7,9	103,3	17288	34089	79
FRA	1	2015-05	0,3	8,1	101,7	17288	34089	65
FRA	1	2015-06	0,3	7,2	99,2	17288	34089	65
FRA	1	2015-07	0,2	6,8	100,5	17288	34089	56
FRA	1	2015-08	0,0	7,1	95,9	17288	34089	90
FRA	1	2015-09	0,0	7,9	91,9	17288	34089	54
FRA	1	2015-10	0,1	7,6	95,2	17288	34089	62
FRA	1	2015-11	0,0	8,1	100,2	17288	34089	52
FRA	1	2015-12	0,2	8,8	99,1	17288	34089	67
FRA	1	2016-01	0,2	9,6	100,2	19457	36124	90
FRA	1	2016-02	-0,2	8,8	101,5	19457	36124	107
FRA	1	2016-03	-0,1	7,5	102,6	19457	36124	80
FRA	1	2016-04	-0,2	6,6	103,5	19457	36124	82
FRA	1	2016-05	0,0	6,6	100,7	19457	36124	72
FRA	1	2016-06	0,2	7,6	101,9	19457	36124	55
FRA	1	2016-07	0,2	8,8	102,6	19457	36124	66
FRA	1	2016-08	0,2	8,0	101,3	19457	36124	69
FRA	1	2016-09	0,4	7,3	101,5	19457	36124	51
FRA	1	2016-10	0,4	7,2	100,1	19457	36124	91
FRA	1	2016-11	0,5	7,0	96,7	19457	36124	67
FRA	1	2016-12	0,6	8,5	93,6	19457	36124	100
FRA	1	2017-01	1,3	9,2	89	18252	37954	112
FRA	1	2017-02	1,2	1,0	90,3	18252	37954	97
FRA	1	2017-03	1,1	1,1	90,9	18252	37954	93
FRA	1	2017-04	1,2	1,2	91,7	18252	37954	71

COUNTRY	CODE	TIME	CPIDC	CPITR	REK	DR	HOSTBED	HTOUR
FRA	1	2017-05	0,8	1,2	93	18252	37954	49
FRA	1	2017-06	0,7	1,1	92,9	18252	37954	42
FRA	1	2017-07	0,7	9,8	90,7	18252	37954	63
FRA	1	2017-08	0,9	1,1	90,9	18252	37954	67
FRA	1	2017-09	1,0	1,1	91,7	18252	37954	34
FRA	1	2017-10	1,1	1,2	89,4	18252	37954	57
FRA	1	2017-11	1,2	1,3	85,6	18252	37954	62
FRA	1	2017-12	1,2	1,2	86,4	18252	37954	88
FRA	1	2018-01	1,3	1,0	87,1	20203	39328	75
FRA	1	2018-02	1,2	1,0	86,5	20203	39328	72
FRA	1	2018-03	1,6	1,0	85,1	20203	39328	78
FRA	1	2018-04	1,6	1,1	83,2	20203	39328	56
FRA	1	2018-05	2,0	1,2	79,4	20203	39328	75
FRA	1	2018-06	2,0	1,5	78,2	20203	39328	58
FRA	1	2018-07	2,3	1,6	77,1	20203	39328	71
FRA	1	2018-08	2,3	1,8	65,9	20203	39328	100
FRA	1	2018-09	2,2	2,5	62,6	20203	39328	84
FRA	1	2018-10	2,2	2,5	70,1	20203	39328	77
FRA	1	2018-11	1,9	2,2	75,8	20203	39328	61
FRA	1	2018-12	1,6	2,0	76,5	20203	39328	54
FRA	1	2019-01	1,2	2,0	75,9	21213	40901	82
FRA	1	2019-02	1,3	2,0	77,4	21213	40901	100
FRA	1	2019-03	1,1	2,0	75,3	21213	40901	76
FRA	1	2019-04	1,3	2,0	72,7	21213	40901	70
FRA	1	2019-05	0,9	1,9	69,9	21213	40901	59
FRA	1	2019-06	1,2	1,6	72,3	21213	40901	66
FRA	1	2019-07	1,1	1,7	75,1	21213	40901	98
FRA	1	2019-08	1,0	1,5	77	21213	40901	63
FRA	1	2019-09	0,9	9,3	77	21213	40901	92
FRA	1	2019-10	0,8	8,6	77,1	21213	40901	83
FRA	1	2019-11	1,0	1,1	77,6	21213	40901	100
FRA	1	2019-12	0,1	1,2	76,3	21213	40901	85
DEU	2	2013-01	1,7	7,3	113,3	15898	33104	177
DEU	2	2013-02	1,5	7,0	112,7	15898	33104	223
DEU	2	2013-03	1,4	7,3	112,8	15898	33104	294
DEU	2	2013-04	1,2	6,1	113,7	15898	33104	235
DEU	2	2013-05	1,5	6,5	112,2	15898	33104	225
DEU	2	2013-06	1,8	8,3	108	15898	33104	235
DEU	2	2013-07	1,9	8,9	107,7	15898	33104	308
DEU	2	2013-08	1,8	8,2	105,7	15898	33104	403
DEU	2	2013-09	1,8	7,9	102,8	15898	33104	248
DEU	2	2013-10	1,2	7,7	104,5	15898	33104	214
DEU	2	2013-11	1,8	7,3	103,2	15898	32564	201
DEU	2	2013-12	1,8	7,4	101	15898	33104	202
DEU	2	2014-01	1,8	7,8	95,9	16438	33581	240
DEU	2	2014-02	1,8	7,9	96,7	16438	33581	259
DEU	2	2014-03	1,8	8,4	97,4	16438	33581	311
DEU	2	2014-04	1,8	9,4	103,1	16438	33581	334
DEU	2	2014-05	0,9	9,7	105,2	16438	33581	308
DEU	2	2014-06	1,0	9,2	104,6	16438	33581	199
DEU	2	2014-07	0,8	9,3	104,7	16438	33581	238
DEU	2	2014-08	0,8	9,5	104	16438	33581	378
DEU	2	2014-09	0,8	8,9	103,6	16438	33581	283
DEU	2	2014-10	0,8	9,0	104,2	16438	33581	282
DEU	2	2014-11	0,6	9,2	107,2	16438	33581	268
DEU	2	2014-12	0,2	8,2	105,8	16438	33581	309

COUNTRY	CODE	TIME	CPIDC	CPITR	REK	DR	HOSTBED	HTOUR
DEU	2	2015-01	-0,3	7,2	108,8	17288	34089	453
DEU	2	2015-02	0,0	7,5	105,8	17288	34089	320
DEU	2	2015-03	0,2	7,6	104,7	17288	34089	314
DEU	2	2015-04	0,9	7,9	103,3	17288	34089	350
DEU	2	2015-05	1,2	8,1	101,7	17288	34089	334
DEU	2	2015-06	0,9	7,2	99,2	17288	34089	359
DEU	2	2015-07	0,8	6,8	100,5	17288	34089	333
DEU	2	2015-08	0,8	7,1	95,9	17288	34089	366
DEU	2	2015-09	0,6	7,9	91,9	17288	34089	234
DEU	2	2015-10	0,9	7,6	95,2	17288	34089	341
DEU	2	2015-11	0,2	8,1	100,2	17288	34089	270
DEU	2	2015-12	0,2	8,8	99,1	17288	34089	334
DEU	2	2016-01	0,5	9,6	100,2	19457	36124	262
DEU	2	2016-02	0,1	8,8	101,5	19457	36124	275
DEU	2	2016-03	0,3	7,5	102,6	19457	36124	394
DEU	2	2016-04	-0,1	6,6	103,5	19457	36124	295
DEU	2	2016-05	0,2	6,6	100,7	19457	36124	253
DEU	2	2016-06	0,3	7,6	101,9	19457	36124	161
DEU	2	2016-07	0,5	8,8	102,6	19457	36124	144
DEU	2	2016-08	0,4	8,0	101,3	19457	36124	218
DEU	2	2016-09	0,6	7,3	101,5	19457	36124	150
DEU	2	2016-10	0,6	7,2	100,1	19457	36124	183
DEU	2	2016-11	0,8	7,0	96,7	19457	36124	198
DEU	2	2016-12	1,5	8,5	93,6	19457	36124	209
DEU	2	2017-01	1,6	9,2	89	18252	37954	189
DEU	2	2017-02	1,9	1,0	90,3	18252	37954	213
DEU	2	2017-03	1,4	1,1	90,9	18252	37954	244
DEU	2	2017-04	1,7	1,2	91,7	18252	37954	298
DEU	2	2017-05	1,2	1,2	93	18252	37954	216
DEU	2	2017-06	1,4	1,1	92,9	18252	37954	143
DEU	2	2017-07	1,4	9,8	90,7	18252	37954	245
DEU	2	2017-08	1,6	1,1	90,9	18252	37954	265
DEU	2	2017-09	1,7	1,1	91,7	18252	37954	237
DEU	2	2017-10	1,3	1,2	89,4	18252	37954	296
DEU	2	2017-11	0,2	1,3	85,6	18252	37954	207
DEU	2	2017-12	1,4	1,2	86,4	18252	37954	291
DEU	2	2018-01	1,4	1,0	87,1	20203	39328	217
DEU	2	2018-02	1,1	1,0	86,5	20203	39328	265
DEU	2	2018-03	1,5	1,0	85,1	20203	39328	312
DEU	2	2018-04	1,3	1,1	83,2	20203	39328	227
DEU	2	2018-05	2,1	1,2	79,4	20203	39328	242
DEU	2	2018-06	1,9	1,5	78,2	20203	39328	160
DEU	2	2018-07	1,9	1,6	77,1	20203	39328	203
DEU	2	2018-08	1,9	1,8	65,9	20203	39328	206
DEU	2	2018-09	1,9	2,5	62,6	20203	39328	286
DEU	2	2018-10	2,3	2,5	70,1	20203	39328	360
DEU	2	2018-11	2,1	2,2	75,8	20203	39328	337
DEU	2	2018-12	1,6	2,0	76,5	20203	39328	412
DEU	2	2019-01	1,4	2,0	75,9	21213	40901	364
DEU	2	2019-02	1,5	2,0	77,4	21213	40901	374
DEU	2	2019-03	1,3	2,0	75,3	21213	40901	443
DEU	2	2019-04	2,0	2,0	72,7	21213	40901	372
DEU	2	2019-05	1,4	1,9	69,9	21213	40901	286
DEU	2	2019-06	1,6	1,6	72,3	21213	40901	236
DEU	2	2019-07	1,7	1,7	75,1	21213	40901	248
DEU	2	2019-08	1,4	1,5	77	21213	40901	370

COUNTRY	CODE	TIME	CPIDC	CPITR	REK	DR	HOSTBED	HTOUR
DEU	2	2019-09	1,2	9,3	77	21213	40901	370
DEU	2	2019-10	1,1	8,6	77,1	21213	40901	378
DEU	2	2019-11	1,1	1,1	77,6	21213	40901	260
DEU	2	2019-12	1,5	1,2	76,3	21213	40901	395
ITA	3	2013-01	2,2	7,3	113,3	15898	33104	36
ITA	3	2013-02	1,9	7,0	112,7	15898	33104	27
ITA	3	2013-03	1,6	7,3	112,8	15898	33104	32
ITA	3	2013-04	1,1	6,1	113,7	15898	33104	33
ITA	3	2013-05	1,1	6,5	112,2	15898	33104	38
ITA	3	2013-06	1,2	8,3	108	15898	33104	19
ITA	3	2013-07	1,2	8,9	107,7	15898	33104	12
ITA	3	2013-08	1,2	8,2	105,7	15898	33104	28
ITA	3	2013-09	0,9	7,9	102,8	15898	33104	32
ITA	3	2013-10	0,8	7,7	104,5	15898	33104	26
ITA	3	2013-11	0,7	7,3	103,2	15898	32564	28
ITA	3	2013-12	0,7	7,4	101	15898	33104	19
ITA	3	2014-01	0,7	7,8	95,9	16438	33581	25
ITA	3	2014-02	0,5	7,9	96,7	16438	33581	33
ITA	3	2014-03	0,4	8,4	97,4	16438	33581	39
ITA	3	2014-04	0,6	9,4	103,1	16438	33581	34
ITA	3	2014-05	0,5	9,7	105,2	16438	33581	51
ITA	3	2014-06	0,3	9,2	104,6	16438	33581	28
ITA	3	2014-07	0,1	9,3	104,7	16438	33581	31
ITA	3	2014-08	-0,1	9,5	104	16438	33581	33
ITA	3	2014-09	-0,2	8,9	103,6	16438	33581	37
ITA	3	2014-10	0,1	9,0	104,2	16438	33581	34
ITA	3	2014-11	0,2	9,2	107,2	16438	33581	44
ITA	3	2014-12	0,0	8,2	105,8	16438	33581	37
ITA	3	2015-01	-0,6	7,2	108,8	17288	34089	49
ITA	3	2015-02	-0,1	7,5	105,8	17288	34089	23
ITA	3	2015-03	-0,1	7,6	104,7	17288	34089	29
ITA	3	2015-04	-0,1	7,9	103,3	17288	34089	32
ITA	3	2015-05	0,1	8,1	101,7	17288	34089	34
ITA	3	2015-06	0,2	7,2	99,2	17288	34089	25
ITA	3	2015-07	0,2	6,8	100,5	17288	34089	34
ITA	3	2015-08	0,2	7,1	95,9	17288	34089	34
ITA	3	2015-09	0,2	7,9	91,9	17288	34089	24
ITA	3	2015-10	0,3	7,6	95,2	17288	34089	41
ITA	3	2015-11	0,1	8,1	100,2	17288	34089	41
ITA	3	2015-12	0,1	8,8	99,1	17288	34089	33
ITA	3	2016-01	0,3	9,6	100,2	19457	36124	35
ITA	3	2016-02	-0,3	8,8	101,5	19457	36124	42
ITA	3	2016-03	-0,2	7,5	102,6	19457	36124	48
ITA	3	2016-04	-0,5	6,6	103,5	19457	36124	39
ITA	3	2016-05	-0,3	6,6	100,7	19457	36124	37
ITA	3	2016-06	-0,4	7,6	101,9	19457	36124	18
ITA	3	2016-07	-0,1	8,8	102,6	19457	36124	12
ITA	3	2016-08	-0,1	8,0	101,3	19457	36124	14
ITA	3	2016-09	0,1	7,3	101,5	19457	36124	20
ITA	3	2016-10	-0,2	7,2	100,1	19457	36124	32
ITA	3	2016-11	0,1	7,0	96,7	19457	36124	42
ITA	3	2016-12	0,5	8,5	93,6	19457	36124	30
ITA	3	2017-01	1,0	9,2	89	18252	37954	48
ITA	3	2017-02	1,6	1,0	90,3	18252	37954	37
ITA	3	2017-03	1,4	1,1	90,9	18252	37954	52
ITA	3	2017-04	1,9	1,2	91,7	18252	37954	40

COUNTRY	CODE	TIME	CPIDC	CPITR	REK	DR	HOSTBED	HTOUR
ITA	3	2017-05	1,4	1,2	93	18252	37954	29
ITA	3	2017-06	1,2	1,1	92,9	18252	37954	25
ITA	3	2017-07	1,1	9,8	90,7	18252	37954	27
ITA	3	2017-08	1,2	1,1	90,9	18252	37954	40
ITA	3	2017-09	1,1	1,1	91,7	18252	37954	46
ITA	3	2017-10	1,0	1,2	89,4	18252	37954	350
ITA	3	2017-11	0,9	1,3	85,6	18252	37954	375
ITA	3	2017-12	0,9	1,2	86,4	18252	37954	344
ITA	3	2018-01	0,9	1,0	87,1	20203	39328	347
ITA	3	2018-02	0,5	1,0	86,5	20203	39328	372
ITA	3	2018-03	0,8	1,0	85,1	20203	39328	368
ITA	3	2018-04	0,5	1,1	83,2	20203	39328	218
ITA	3	2018-05	1,0	1,2	79,4	20203	39328	203
ITA	3	2018-06	1,3	1,5	78,2	20203	39328	95
ITA	3	2018-07	1,5	1,6	77,1	20203	39328	109
ITA	3	2018-08	1,6	1,8	65,9	20203	39328	213
ITA	3	2018-09	1,4	2,5	62,6	20203	39328	255
ITA	3	2018-10	1,6	2,5	70,1	20203	39328	233
ITA	3	2018-11	1,6	2,2	75,8	20203	39328	253
ITA	3	2018-12	1,1	2,0	76,5	20203	39328	251
ITA	3	2019-01	0,9	2,0	75,9	21213	40901	304
ITA	3	2019-02	1,0	2,0	77,4	21213	40901	299
ITA	3	2019-03	1,0	2,0	75,3	21213	40901	318
ITA	3	2019-04	1,1	2,0	72,7	21213	40901	271
ITA	3	2019-05	0,8	1,9	69,9	21213	40901	243
ITA	3	2019-06	0,7	1,6	72,3	21213	40901	128
ITA	3	2019-07	0,4	1,7	75,1	21213	40901	161
ITA	3	2019-08	0,4	1,5	77	21213	40901	241
ITA	3	2019-09	0,3	9,3	77	21213	40901	279
ITA	3	2019-10	0,2	8,6	77,1	21213	40901	360
ITA	3	2019-11	0,2	1,1	77,6	21213	40901	314
ITA	3	2019-12	0,5	1,2	76,3	21213	40901	328
NLD	4	2013-01	2,9	7,3	113,3	15898	33104	65
NLD	4	2013-02	3,0	7,0	112,7	15898	33104	55
NLD	4	2013-03	2,9	7,3	112,8	15898	33104	65
NLD	4	2013-04	2,6	6,1	113,7	15898	33104	72
NLD	4	2013-05	2,8	6,5	112,2	15898	33104	63
NLD	4	2013-06	2,9	8,3	108	15898	33104	96
NLD	4	2013-07	3,1	8,9	107,7	15898	33104	139
NLD	4	2013-08	2,8	8,2	105,7	15898	33104	184
NLD	4	2013-09	2,4	7,9	102,8	15898	33104	133
NLD	4	2013-10	1,6	7,7	104,5	15898	33104	100
NLD	4	2013-11	1,5	7,3	103,2	15898	32564	101
NLD	4	2013-12	1,7	7,4	101	15898	33104	190
NLD	4	2014-01	1,4	7,8	95,9	16438	33581	96
NLD	4	2014-02	1,1	7,9	96,7	16438	33581	132
NLD	4	2014-03	0,8	8,4	97,4	16438	33581	112
NLD	4	2014-04	1,2	9,4	103,1	16438	33581	84
NLD	4	2014-05	0,8	9,7	105,2	16438	33581	94
NLD	4	2014-06	0,9	9,2	104,6	16438	33581	70
NLD	4	2014-07	0,9	9,3	104,7	16438	33581	97
NLD	4	2014-08	1,0	9,5	104	16438	33581	130
NLD	4	2014-09	0,9	8,9	103,6	16438	33581	64
NLD	4	2014-10	1,1	9,0	104,2	16438	33581	117
NLD	4	2014-11	1,0	9,2	107,2	16438	33581	64
NLD	4	2014-12	0,7	8,2	105,8	16438	33581	132

COUNTRY	CODE	TIME	CPIDC	CPITR	REK	DR	HOSTBED	HTOUR
NLD	4	2015-01	0,0	7,2	108,8	17288	34089	107
NLD	4	2015-02	0,1	7,5	105,8	17288	34089	78
NLD	4	2015-03	0,4	7,6	104,7	17288	34089	55
NLD	4	2015-04	0,5	7,9	103,3	17288	34089	90
NLD	4	2015-05	1,1	8,1	101,7	17288	34089	74
NLD	4	2015-06	1,0	7,2	99,2	17288	34089	94
NLD	4	2015-07	0,9	6,8	100,5	17288	34089	86
NLD	4	2015-08	0,7	7,1	95,9	17288	34089	88
NLD	4	2015-09	0,5	7,9	91,9	17288	34089	50
NLD	4	2015-10	0,6	7,6	95,2	17288	34089	69
NLD	4	2015-11	0,6	8,1	100,2	17288	34089	60
NLD	4	2015-12	0,7	8,8	99,1	17288	34089	53
NLD	4	2016-01	0,6	9,6	100,2	19457	36124	67
NLD	4	2016-02	0,6	8,8	101,5	19457	36124	90
NLD	4	2016-03	0,6	7,5	102,6	19457	36124	98
NLD	4	2016-04	0,0	6,6	103,5	19457	36124	90
NLD	4	2016-05	0,0	6,6	100,7	19457	36124	69
NLD	4	2016-06	0,0	7,6	101,9	19457	36124	72
NLD	4	2016-07	-0,2	8,8	102,6	19457	36124	63
NLD	4	2016-08	0,2	8,0	101,3	19457	36124	66
NLD	4	2016-09	0,1	7,3	101,5	19457	36124	71
NLD	4	2016-10	0,4	7,2	100,1	19457	36124	46
NLD	4	2016-11	0,6	7,0	96,7	19457	36124	36
NLD	4	2016-12	1,0	8,5	93,6	19457	36124	45
NLD	4	2017-01	1,7	9,2	89	18252	37954	55
NLD	4	2017-02	1,8	1,0	90,3	18252	37954	49
NLD	4	2017-03	1,1	1,1	90,9	18252	37954	52
NLD	4	2017-04	1,6	1,2	91,7	18252	37954	58
NLD	4	2017-05	0,1	1,2	93	18252	37954	38
NLD	4	2017-06	1,1	1,1	92,9	18252	37954	48
NLD	4	2017-07	1,3	9,8	90,7	18252	37954	78
NLD	4	2017-08	1,4	1,1	90,9	18252	37954	89
NLD	4	2017-09	1,5	1,1	91,7	18252	37954	59
NLD	4	2017-10	1,3	1,2	89,4	18252	37954	54
NLD	4	2017-11	1,5	1,3	85,6	18252	37954	62
NLD	4	2017-12	1,3	1,2	86,4	18252	37954	47
NLD	4	2018-01	1,5	1,0	87,1	20203	39328	72
NLD	4	2018-02	1,2	1,0	86,5	20203	39328	85
NLD	4	2018-03	1,0	1,0	85,1	20203	39328	94
NLD	4	2018-04	1,1	1,1	83,2	20203	39328	93
NLD	4	2018-05	1,7	1,2	79,4	20203	39328	63
NLD	4	2018-06	1,7	1,5	78,2	20203	39328	64
NLD	4	2018-07	2,1	1,6	77,1	20203	39328	66
NLD	4	2018-08	2,1	1,8	65,9	20203	39328	69
NLD	4	2018-09	1,9	2,5	62,6	20203	39328	65
NLD	4	2018-10	2,1	2,5	70,1	20203	39328	70
NLD	4	2018-11	2,0	2,2	75,8	20203	39328	68
NLD	4	2018-12	2,0	2,0	76,5	20203	39328	47
NLD	4	2019-01	2,2	2,0	75,9	21213	40901	66
NLD	4	2019-02	2,6	2,0	77,4	21213	40901	94
NLD	4	2019-03	2,8	2,0	75,3	21213	40901	95
NLD	4	2019-04	2,9	2,0	72,7	21213	40901	75
NLD	4	2019-05	2,4	1,9	69,9	21213	40901	79
NLD	4	2019-06	2,7	1,6	72,3	21213	40901	105
NLD	4	2019-07	2,5	1,7	75,1	21213	40901	71
NLD	4	2019-08	2,8	1,5	77	21213	40901	67

COUNTRY	CODE	TIME	CPIDC	CPITR	REK	DR	HOSTBED	HTOUR
NLD	4	2019-09	2,6	9,3	77	21213	40901	110
NLD	4	2019-10	2,7	8,6	77,1	21213	40901	110
NLD	4	2019-11	2,6	1,1	77,6	21213	40901	84
NLD	4	2019-12	2,7	1,2	76,3	21213	40901	121
ESP	5	2013-01	2,7	7,3	113,3	15898	33104	23
ESP	5	2013-02	2,8	7,0	112,7	15898	33104	20
ESP	5	2013-03	2,4	7,3	112,8	15898	33104	21
ESP	5	2013-04	0,1	6,1	113,7	15898	33104	31
ESP	5	2013-05	1,7	6,5	112,2	15898	33104	25
ESP	5	2013-06	2,1	8,3	108	15898	33104	25
ESP	5	2013-07	1,8	8,9	107,7	15898	33104	21
ESP	5	2013-08	1,5	8,2	105,7	15898	33104	13
ESP	5	2013-09	0,3	7,9	102,8	15898	33104	21
ESP	5	2013-10	-0,1	7,7	104,5	15898	33104	22
ESP	5	2013-11	0,2	7,3	103,2	15898	32564	32
ESP	5	2013-12	0,3	7,4	101	15898	33104	12
ESP	5	2014-01	0,2	7,8	95,9	16438	33581	45
ESP	5	2014-02	0,0	7,9	96,7	16438	33581	32
ESP	5	2014-03	-0,1	8,4	97,4	16438	33581	48
ESP	5	2014-04	0,4	9,4	103,1	16438	33581	35
ESP	5	2014-05	0,2	9,7	105,2	16438	33581	35
ESP	5	2014-06	0,1	9,2	104,6	16438	33581	34
ESP	5	2014-07	-0,3	9,3	104,7	16438	33581	30
ESP	5	2014-08	-0,5	9,5	104	16438	33581	39
ESP	5	2014-09	-0,2	8,9	103,6	16438	33581	48
ESP	5	2014-10	-0,1	9,0	104,2	16438	33581	44
ESP	5	2014-11	-0,4	9,2	107,2	16438	33581	36
ESP	5	2014-12	-1,0	8,2	105,8	16438	33581	41
ESP	5	2015-01	-1,3	7,2	108,8	17288	34089	38
ESP	5	2015-02	-1,1	7,5	105,8	17288	34089	50
ESP	5	2015-03	-0,7	7,6	104,7	17288	34089	30
ESP	5	2015-04	-0,6	7,9	103,3	17288	34089	39
ESP	5	2015-05	-0,2	8,1	101,7	17288	34089	39
ESP	5	2015-06	0,1	7,2	99,2	17288	34089	37
ESP	5	2015-07	0,1	6,8	100,5	17288	34089	28
ESP	5	2015-08	-0,4	7,1	95,9	17288	34089	29
ESP	5	2015-09	-0,9	7,9	91,9	17288	34089	22
ESP	5	2015-10	-0,7	7,6	95,2	17288	34089	30
ESP	5	2015-11	-0,3	8,1	100,2	17288	34089	35
ESP	5	2015-12	0,0	8,8	99,1	17288	34089	33
ESP	5	2016-01	-0,3	9,6	100,2	19457	36124	47
ESP	5	2016-02	-0,8	8,8	101,5	19457	36124	40
ESP	5	2016-03	-0,8	7,5	102,6	19457	36124	33
ESP	5	2016-04	-1,1	6,6	103,5	19457	36124	26
ESP	5	2016-05	-1,0	6,6	100,7	19457	36124	22
ESP	5	2016-06	-0,8	7,6	101,9	19457	36124	24
ESP	5	2016-07	-0,6	8,8	102,6	19457	36124	23
ESP	5	2016-08	-0,1	8,0	101,3	19457	36124	17
ESP	5	2016-09	0,2	7,3	101,5	19457	36124	25
ESP	5	2016-10	0,7	7,2	100,1	19457	36124	52
ESP	5	2016-11	0,7	7,0	96,7	19457	36124	47
ESP	5	2016-12	1,6	8,5	93,6	19457	36124	58
ESP	5	2017-01	3,0	9,2	89	18252	37954	75
ESP	5	2017-02	3,0	1,0	90,3	18252	37954	73
ESP	5	2017-03	2,3	1,1	90,9	18252	37954	86
ESP	5	2017-04	2,6	1,2	91,7	18252	37954	86

COUNTRY	CODE	TIME	CPIDC	CPITR	REK	DR	HOSTBED	HTOUR
ESP	5	2017-05	1,9	1,2	93	18252	37954	65
ESP	5	2017-06	1,5	1,1	92,9	18252	37954	38
ESP	5	2017-07	1,5	9,8	90,7	18252	37954	68
ESP	5	2017-08	1,6	1,1	90,9	18252	37954	89
ESP	5	2017-09	1,8	1,1	91,7	18252	37954	108
ESP	5	2017-10	1,6	1,2	89,4	18252	37954	238
ESP	5	2017-11	1,7	1,3	85,6	18252	37954	218
ESP	5	2017-12	1,1	1,2	86,4	18252	37954	228
ESP	5	2018-01	0,6	1,0	87,1	20203	39328	240
ESP	5	2018-02	1,1	1,0	86,5	20203	39328	234
ESP	5	2018-03	1,2	1,0	85,1	20203	39328	335
ESP	5	2018-04	1,1	1,1	83,2	20203	39328	255
ESP	5	2018-05	2,1	1,2	79,4	20203	39328	167
ESP	5	2018-06	2,3	1,5	78,2	20203	39328	145
ESP	5	2018-07	2,2	1,6	77,1	20203	39328	148
ESP	5	2018-08	2,2	1,8	65,9	20203	39328	180
ESP	5	2018-09	2,3	2,5	62,6	20203	39328	251
ESP	5	2018-10	2,3	2,5	70,1	20203	39328	333
ESP	5	2018-11	1,7	2,2	75,8	20203	39328	360
ESP	5	2018-12	1,2	2,0	76,5	20203	39328	320
ESP	5	2019-01	1,0	2,0	75,9	21213	40901	336
ESP	5	2019-02	1,1	2,0	77,4	21213	40901	298
ESP	5	2019-03	1,3	2,0	75,3	21213	40901	294
ESP	5	2019-04	1,5	2,0	72,7	21213	40901	226
ESP	5	2019-05	0,8	1,9	69,9	21213	40901	187
ESP	5	2019-06	0,4	1,6	72,3	21213	40901	110
ESP	5	2019-07	0,5	1,7	75,1	21213	40901	236
ESP	5	2019-08	0,3	1,5	77	21213	40901	175
ESP	5	2019-09	0,1	9,3	77	21213	40901	262
ESP	5	2019-10	0,1	8,6	77,1	21213	40901	356
ESP	5	2019-11	0,4	1,1	77,6	21213	40901	375
ESP	5	2019-12	0,8	1,2	76,3	21213	40901	186
GBR	6	2013-01	2,4	7,3	113,3	15898	33104	71
GBR	6	2013-02	2,5	7,0	112,7	15898	33104	70
GBR	6	2013-03	2,5	7,3	112,8	15898	33104	52
GBR	6	2013-04	2,2	6,1	113,7	15898	33104	80
GBR	6	2013-05	2,4	6,5	112,2	15898	33104	79
GBR	6	2013-06	2,6	8,3	108	15898	33104	53
GBR	6	2013-07	2,5	8,9	107,7	15898	33104	75
GBR	6	2013-08	2,4	8,2	105,7	15898	33104	52
GBR	6	2013-09	2,4	7,9	102,8	15898	33104	59
GBR	6	2013-10	2,0	7,7	104,5	15898	33104	47
GBR	6	2013-11	1,9	7,3	103,2	15898	32564	72
GBR	6	2013-12	1,9	7,4	101	15898	33104	44
GBR	6	2014-01	1,8	7,8	95,9	16438	33581	71
GBR	6	2014-02	1,6	7,9	96,7	16438	33581	70
GBR	6	2014-03	1,5	8,4	97,4	16438	33581	84
GBR	6	2014-04	1,7	9,4	103,1	16438	33581	110
GBR	6	2014-05	1,5	9,7	105,2	16438	33581	114
GBR	6	2014-06	1,8	9,2	104,6	16438	33581	66
GBR	6	2014-07	1,6	9,3	104,7	16438	33581	55
GBR	6	2014-08	1,5	9,5	104	16438	33581	86
GBR	6	2014-09	1,3	8,9	103,6	16438	33581	69
GBR	6	2014-10	1,3	9,0	104,2	16438	33581	68
GBR	6	2014-11	1,1	9,2	107,2	16438	33581	77
GBR	6	2014-12	0,7	8,2	105,8	16438	33581	78

COUNTRY	CODE	TIME	CPIDC	CPITR	REK	DR	HOSTBED	HTOUR
GBR	6	2015-01	0,5	7,2	108,8	17288	34089	70
GBR	6	2015-02	0,4	7,5	105,8	17288	34089	64
GBR	6	2015-03	0,3	7,6	104,7	17288	34089	56
GBR	6	2015-04	0,3	7,9	103,3	17288	34089	72
GBR	6	2015-05	0,4	8,1	101,7	17288	34089	70
GBR	6	2015-06	0,3	7,2	99,2	17288	34089	76
GBR	6	2015-07	0,5	6,8	100,5	17288	34089	70
GBR	6	2015-08	0,4	7,1	95,9	17288	34089	69
GBR	6	2015-09	0,2	7,9	91,9	17288	34089	48
GBR	6	2015-10	0,2	7,6	95,2	17288	34089	61
GBR	6	2015-11	0,4	8,1	100,2	17288	34089	55
GBR	6	2015-12	0,5	8,8	99,1	17288	34089	53
GBR	6	2016-01	0,6	9,6	100,2	19457	36124	71
GBR	6	2016-02	0,6	8,8	101,5	19457	36124	82
GBR	6	2016-03	0,8	7,5	102,6	19457	36124	92
GBR	6	2016-04	0,7	6,6	103,5	19457	36124	72
GBR	6	2016-05	0,7	6,6	100,7	19457	36124	83
GBR	6	2016-06	0,8	7,6	101,9	19457	36124	75
GBR	6	2016-07	0,9	8,8	102,6	19457	36124	52
GBR	6	2016-08	1,0	8,0	101,3	19457	36124	61
GBR	6	2016-09	1,3	7,3	101,5	19457	36124	68
GBR	6	2016-10	1,3	7,2	100,1	19457	36124	84
GBR	6	2016-11	1,5	7,0	96,7	19457	36124	49
GBR	6	2016-12	1,8	8,5	93,6	19457	36124	64
GBR	6	2017-01	1,9	9,2	89	18252	37954	91
GBR	6	2017-02	2,3	1,0	90,3	18252	37954	77
GBR	6	2017-03	2,3	1,1	90,9	18252	37954	98
GBR	6	2017-04	2,6	1,2	91,7	18252	37954	100
GBR	6	2017-05	2,7	1,2	93	18252	37954	96
GBR	6	2017-06	2,6	1,1	92,9	18252	37954	64
GBR	6	2017-07	2,6	9,8	90,7	18252	37954	75
GBR	6	2017-08	2,7	1,1	90,9	18252	37954	65
GBR	6	2017-09	2,8	1,1	91,7	18252	37954	50
GBR	6	2017-10	2,8	1,2	89,4	18252	37954	69
GBR	6	2017-11	2,8	1,3	85,6	18252	37954	94
GBR	6	2017-12	2,7	1,2	86,4	18252	37954	61
GBR	6	2018-01	2,7	1,0	87,1	20203	39328	88
GBR	6	2018-02	2,5	1,0	86,5	20203	39328	87
GBR	6	2018-03	2,3	1,0	85,1	20203	39328	82
GBR	6	2018-04	2,2	1,1	83,2	20203	39328	76
GBR	6	2018-05	2,3	1,2	79,4	20203	39328	53
GBR	6	2018-06	2,3	1,5	78,2	20203	39328	78
GBR	6	2018-07	2,3	1,6	77,1	20203	39328	69
GBR	6	2018-08	2,4	1,8	65,9	20203	39328	50
GBR	6	2018-09	2,2	2,5	62,6	20203	39328	76
GBR	6	2018-10	2,2	2,5	70,1	20203	39328	62
GBR	6	2018-11	2,2	2,2	75,8	20203	39328	63
GBR	6	2018-12	2,0	2,0	76,5	20203	39328	73
GBR	6	2019-01	1,8	2,0	75,9	21213	40901	84
GBR	6	2019-02	1,8	2,0	77,4	21213	40901	87
GBR	6	2019-03	1,8	2,0	75,3	21213	40901	97
GBR	6	2019-04	2,0	2,0	72,7	21213	40901	161
GBR	6	2019-05	1,9	1,9	69,9	21213	40901	149
GBR	6	2019-06	1,9	1,6	72,3	21213	40901	121
GBR	6	2019-07	2,0	1,7	75,1	21213	40901	135
GBR	6	2019-08	1,7	1,5	77	21213	40901	127

COUNTRY	CODE	TIME	CPIDC	CPITR	REK	DR	HOSTBED	HTOUR
GBR	6	2019-09	1,7	9,3	77	21213	40901	152
GBR	6	2019-10	1,5	8,6	77,1	21213	40901	132
GBR	6	2019-11	1,5	1,1	77,6	21213	40901	112
GBR	6	2019-12	1,4	1,2	76,3	21213	40901	144
USA	7	2013-01	1,6	7,3	113,3	15898	33104	97
USA	7	2013-02	2,0	7,0	112,7	15898	33104	89
USA	7	2013-03	1,5	7,3	112,8	15898	33104	70
USA	7	2013-04	1,1	6,1	113,7	15898	33104	85
USA	7	2013-05	1,4	6,5	112,2	15898	33104	66
USA	7	2013-06	1,8	8,3	108	15898	33104	62
USA	7	2013-07	2,0	8,9	107,7	15898	33104	69
USA	7	2013-08	1,5	8,2	105,7	15898	33104	61
USA	7	2013-09	1,2	7,9	102,8	15898	33104	71
USA	7	2013-10	1,0	7,7	104,5	15898	33104	64
USA	7	2013-11	1,2	7,3	103,2	15898	32564	85
USA	7	2013-12	1,5	7,4	101	15898	33104	84
USA	7	2014-01	1,6	7,8	95,9	16438	33581	118
USA	7	2014-02	1,1	7,9	96,7	16438	33581	119
USA	7	2014-03	1,5	8,4	97,4	16438	33581	92
USA	7	2014-04	2,0	9,4	103,1	16438	33581	70
USA	7	2014-05	2,1	9,7	105,2	16438	33581	105
USA	7	2014-06	2,1	9,2	104,6	16438	33581	129
USA	7	2014-07	2,0	9,3	104,7	16438	33581	113
USA	7	2014-08	1,7	9,5	104	16438	33581	137
USA	7	2014-09	1,7	8,9	103,6	16438	33581	133
USA	7	2014-10	1,7	9,0	104,2	16438	33581	111
USA	7	2014-11	1,3	9,2	107,2	16438	33581	87
USA	7	2014-12	0,8	8,2	105,8	16438	33581	102
USA	7	2015-01	-0,1	7,2	108,8	17288	34089	147
USA	7	2015-02	0,0	7,5	105,8	17288	34089	114
USA	7	2015-03	-0,1	7,6	104,7	17288	34089	128
USA	7	2015-04	-0,2	7,9	103,3	17288	34089	136
USA	7	2015-05	0,0	8,1	101,7	17288	34089	90
USA	7	2015-06	0,1	7,2	99,2	17288	34089	134
USA	7	2015-07	0,2	6,8	100,5	17288	34089	121
USA	7	2015-08	0,2	7,1	95,9	17288	34089	105
USA	7	2015-09	0,0	7,9	91,9	17288	34089	101
USA	7	2015-10	0,2	7,6	95,2	17288	34089	131
USA	7	2015-11	0,5	8,1	100,2	17288	34089	128
USA	7	2015-12	0,7	8,8	99,1	17288	34089	117
USA	7	2016-01	1,4	9,6	100,2	19457	36124	141
USA	7	2016-02	1,0	8,8	101,5	19457	36124	185
USA	7	2016-03	0,9	7,5	102,6	19457	36124	136
USA	7	2016-04	1,1	6,6	103,5	19457	36124	97
USA	7	2016-05	1,0	6,6	100,7	19457	36124	122
USA	7	2016-06	1,0	7,6	101,9	19457	36124	122
USA	7	2016-07	0,8	8,8	102,6	19457	36124	67
USA	7	2016-08	1,1	8,0	101,3	19457	36124	112
USA	7	2016-09	1,5	7,3	101,5	19457	36124	54
USA	7	2016-10	1,6	7,2	100,1	19457	36124	81
USA	7	2016-11	1,7	7,0	96,7	19457	36124	66
USA	7	2016-12	2,1	8,5	93,6	19457	36124	61
USA	7	2017-01	2,5	9,2	89	18252	37954	74
USA	7	2017-02	2,7	1,0	90,3	18252	37954	68
USA	7	2017-03	2,4	1,1	90,9	18252	37954	92
USA	7	2017-04	2,2	1,2	91,7	18252	37954	108

COUNTRY	CODE	TIME	CPIDC	CPITR	REK	DR	HOSTBED	HTOUR
USA	7	2017-05	1,9	1,2	93	18252	37954	127
USA	7	2017-06	1,6	1,1	92,9	18252	37954	137
USA	7	2017-07	1,7	9,8	90,7	18252	37954	127
USA	7	2017-08	1,9	1,1	90,9	18252	37954	137
USA	7	2017-09	2,2	1,1	91,7	18252	37954	128
USA	7	2017-10	2,0	1,2	89,4	18252	37954	108
USA	7	2017-11	2,2	1,3	85,6	18252	37954	107
USA	7	2017-12	2,1	1,2	86,4	18252	37954	116
USA	7	2018-01	2,1	1,0	87,1	20203	39328	128
USA	7	2018-02	2,2	1,0	86,5	20203	39328	88
USA	7	2018-03	2,4	1,0	85,1	20203	39328	137
USA	7	2018-04	2,5	1,1	83,2	20203	39328	121
USA	7	2018-05	2,8	1,2	79,4	20203	39328	92
USA	7	2018-06	2,9	1,5	78,2	20203	39328	104
USA	7	2018-07	2,9	1,6	77,1	20203	39328	119
USA	7	2018-08	2,7	1,8	65,9	20203	39328	109
USA	7	2018-09	2,3	2,5	62,6	20203	39328	121
USA	7	2018-10	2,5	2,5	70,1	20203	39328	101
USA	7	2018-11	2,2	2,2	75,8	20203	39328	83
USA	7	2018-12	1,9	2,0	76,5	20203	39328	82
USA	7	2019-01	1,6	2,0	75,9	21213	40901	120
USA	7	2019-02	1,5	2,0	77,4	21213	40901	73
USA	7	2019-03	1,9	2,0	75,3	21213	40901	70
USA	7	2019-04	2,0	2,0	72,7	21213	40901	98
USA	7	2019-05	1,8	1,9	69,9	21213	40901	110
USA	7	2019-06	1,6	1,6	72,3	21213	40901	98
USA	7	2019-07	1,8	1,7	75,1	21213	40901	108
USA	7	2019-08	1,7	1,5	77	21213	40901	193
USA	7	2019-09	1,7	9,3	77	21213	40901	166
USA	7	2019-10	1,8	8,6	77,1	21213	40901	188
USA	7	2019-11	2,1	1,1	77,6	21213	40901	171
USA	7	2019-12	2,3	1,2	76,3	21213	40901	180
RUS	8	2013-01	7,1	7,3	113,3	15898	33104	107
RUS	8	2013-02	7,3	7,0	112,7	15898	33104	74
RUS	8	2013-03	7,0	7,3	112,8	15898	33104	96
RUS	8	2013-04	7,2	6,1	113,7	15898	33104	100
RUS	8	2013-05	7,4	6,5	112,2	15898	33104	113
RUS	8	2013-06	6,9	8,3	108	15898	33104	75
RUS	8	2013-07	6,5	8,9	107,7	15898	33104	97
RUS	8	2013-08	6,5	8,2	105,7	15898	33104	84
RUS	8	2013-09	6,1	7,9	102,8	15898	33104	91
RUS	8	2013-10	6,2	7,7	104,5	15898	33104	95
RUS	8	2013-11	6,5	7,3	103,2	15898	32564	114
RUS	8	2013-12	6,5	7,4	101	15898	33104	85
RUS	8	2014-01	6,0	7,8	95,9	16438	33581	133
RUS	8	2014-02	6,2	7,9	96,7	16438	33581	122
RUS	8	2014-03	6,9	8,4	97,4	16438	33581	155
RUS	8	2014-04	7,3	9,4	103,1	16438	33581	141
RUS	8	2014-05	7,6	9,7	105,2	16438	33581	159
RUS	8	2014-06	7,8	9,2	104,6	16438	33581	102
RUS	8	2014-07	7,4	9,3	104,7	16438	33581	123
RUS	8	2014-08	7,6	9,5	104	16438	33581	135
RUS	8	2014-09	8,0	8,9	103,6	16438	33581	125
RUS	8	2014-10	8,3	9,0	104,2	16438	33581	176
RUS	8	2014-11	9,1	9,2	107,2	16438	33581	135
RUS	8	2014-12	1,1	8,2	105,8	16438	33581	170

COUNTRY	CODE	TIME	CPIDC	CPITR	REK	DR	HOSTBED	HTOUR
RUS	8	2015-01	1,5	7,2	108,8	17288	34089	152
RUS	8	2015-02	1,7	7,5	105,8	17288	34089	140
RUS	8	2015-03	1,7	7,6	104,7	17288	34089	163
RUS	8	2015-04	1,6	7,9	103,3	17288	34089	161
RUS	8	2015-05	1,6	8,1	101,7	17288	34089	157
RUS	8	2015-06	1,5	7,2	99,2	17288	34089	154
RUS	8	2015-07	1,6	6,8	100,5	17288	34089	172
RUS	8	2015-08	1,6	7,1	95,9	17288	34089	116
RUS	8	2015-09	1,6	7,9	91,9	17288	34089	90
RUS	8	2015-10	1,6	7,6	95,2	17288	34089	160
RUS	8	2015-11	1,5	8,1	100,2	17288	34089	141
RUS	8	2015-12	1,3	8,8	99,1	17288	34089	135
RUS	8	2016-01	9,8	9,6	100,2	19457	36124	124
RUS	8	2016-02	8,1	8,8	101,5	19457	36124	66
RUS	8	2016-03	7,3	7,5	102,6	19457	36124	112
RUS	8	2016-04	7,2	6,6	103,5	19457	36124	108
RUS	8	2016-05	7,3	6,6	100,7	19457	36124	76
RUS	8	2016-06	7,5	7,6	101,9	19457	36124	86
RUS	8	2016-07	7,2	8,8	102,6	19457	36124	73
RUS	8	2016-08	6,8	8,0	101,3	19457	36124	49
RUS	8	2016-09	6,4	7,3	101,5	19457	36124	70
RUS	8	2016-10	6,1	7,2	100,1	19457	36124	92
RUS	8	2016-11	5,8	7,0	96,7	19457	36124	97
RUS	8	2016-12	5,4	8,5	93,6	19457	36124	75
RUS	8	2017-01	5,0	9,2	89	18252	37954	111
RUS	8	2017-02	4,6	1,0	90,3	18252	37954	104
RUS	8	2017-03	4,2	1,1	90,9	18252	37954	115
RUS	8	2017-04	4,1	1,2	91,7	18252	37954	95
RUS	8	2017-05	4,1	1,2	93	18252	37954	128
RUS	8	2017-06	4,4	1,1	92,9	18252	37954	93
RUS	8	2017-07	3,9	9,8	90,7	18252	37954	96
RUS	8	2017-08	3,3	1,1	90,9	18252	37954	97
RUS	8	2017-09	3,0	1,1	91,7	18252	37954	116
RUS	8	2017-10	2,7	1,2	89,4	18252	37954	104
RUS	8	2017-11	2,5	1,3	85,6	18252	37954	114
RUS	8	2017-12	2,5	1,2	86,4	18252	37954	119
RUS	8	2018-01	2,2	1,0	87,1	20203	39328	146
RUS	8	2018-02	2,2	1,0	86,5	20203	39328	100
RUS	8	2018-03	2,4	1,0	85,1	20203	39328	177
RUS	8	2018-04	2,4	1,1	83,2	20203	39328	117
RUS	8	2018-05	2,4	1,2	79,4	20203	39328	147
RUS	8	2018-06	2,3	1,5	78,2	20203	39328	98
RUS	8	2018-07	2,5	1,6	77,1	20203	39328	140
RUS	8	2018-08	3,1	1,8	65,9	20203	39328	119
RUS	8	2018-09	3,4	2,5	62,6	20203	39328	123
RUS	8	2018-10	3,5	2,5	70,1	20203	39328	158
RUS	8	2018-11	3,8	2,2	75,8	20203	39328	163
RUS	8	2018-12	4,3	2,0	76,5	20203	39328	138
RUS	8	2019-01	5,0	2,0	75,9	21213	40901	229
RUS	8	2019-02	5,2	2,0	77,4	21213	40901	157
RUS	8	2019-03	5,3	2,0	75,3	21213	40901	187
RUS	8	2019-04	5,2	2,0	72,7	21213	40901	263
RUS	8	2019-05	5,1	1,9	69,9	21213	40901	182
RUS	8	2019-06	4,7	1,6	72,3	21213	40901	181
RUS	8	2019-07	4,6	1,7	75,1	21213	40901	185
RUS	8	2019-08	4,3	1,5	77	21213	40901	188

COUNTRY	CODE	TIME	CPIDC	CPITR	REK	DR	HOSTBED	HTOUR
RUS	8	2019-09	4,0	9,3	77	21213	40901	237
RUS	8	2019-10	3,8	8,6	77,1	21213	40901	155
RUS	8	2019-11	3,5	1,1	77,6	21213	40901	134
RUS	8	2019-12	3,0	1,2	76,3	21213	40901	166
IRQ	9	2013-01	41,3	7,3	113,3	15898	33104	530
IRQ	9	2013-02	41,4	7,0	112,7	15898	33104	554
IRQ	9	2013-03	42,6	7,3	112,8	15898	33104	705
IRQ	9	2013-04	44,1	6,1	113,7	15898	33104	572
IRQ	9	2013-05	42,2	6,5	112,2	15898	33104	510
IRQ	9	2013-06	40,9	8,3	108	15898	33104	582
IRQ	9	2013-07	41,5	8,9	107,7	15898	33104	672
IRQ	9	2013-08	42,0	8,2	105,7	15898	33104	747
IRQ	9	2013-09	42,7	7,9	102,8	15898	33104	679
IRQ	9	2013-10	45,0	7,7	104,5	15898	33104	514
IRQ	9	2013-11	44,3	7,3	103,2	15898	32564	527
IRQ	9	2013-12	44,9	7,4	101	15898	33104	368
IRQ	9	2014-01	47,0	7,8	95,9	16438	33581	495
IRQ	9	2014-02	45,7	7,9	96,7	16438	33581	756
IRQ	9	2014-03	45,5	8,4	97,4	16438	33581	718
IRQ	9	2014-04	46,2	9,4	103,1	16438	33581	758
IRQ	9	2014-05	44,2	9,7	105,2	16438	33581	766
IRQ	9	2014-06	44,1	9,2	104,6	16438	33581	799
IRQ	9	2014-07	44,8	9,3	104,7	16438	33581	686
IRQ	9	2014-08	45,9	9,5	104	16438	33581	1026
IRQ	9	2014-09	45,7	8,9	103,6	16438	33581	1004
IRQ	9	2014-10	46,3	9,0	104,2	16438	33581	844
IRQ	9	2014-11	48,6	9,2	107,2	16438	33581	581
IRQ	9	2014-12	47,2	8,2	105,8	16438	33581	630
IRQ	9	2015-01	46,4	7,2	108,8	17288	34089	482
IRQ	9	2015-02	46,2	7,5	105,8	17288	34089	537
IRQ	9	2015-03	45,8	7,6	104,7	17288	34089	428
IRQ	9	2015-04	47,0	7,9	103,3	17288	34089	425
IRQ	9	2015-05	46,6	8,1	101,7	17288	34089	463
IRQ	9	2015-06	47,2	7,2	99,2	17288	34089	644
IRQ	9	2015-07	48,6	6,8	100,5	17288	34089	542
IRQ	9	2015-08	49,7	7,1	95,9	17288	34089	904
IRQ	9	2015-09	48,8	7,9	91,9	17288	34089	665
IRQ	9	2015-10	48,6	7,6	95,2	17288	34089	637
IRQ	9	2015-11	50,1	8,1	100,2	17288	34089	651
IRQ*	9	2015-12	50,6	8,8	99,1	17288	34089	553
IRQ	9	2016-01	48,0	9,6	100,2	19457	36124	637
IRQ	9	2016-02	49,0	8,8	101,5	19457	36124	563
IRQ	9	2016-03	42,0	7,5	102,6	19457	36124	281
IRQ	9	2016-04	41,0	6,6	103,5	19457	36124	224
IRQ	9	2016-05	38,0	6,6	100,7	19457	36124	350
IRQ	9	2016-06	35,0	7,6	101,9	19457	36124	284
IRQ	9	2016-07	36,0	8,8	102,6	19457	36124	447
IRQ	9	2016-08	44,0	8,0	101,3	19457	36124	549
IRQ	9	2016-09	46,0	7,3	101,5	19457	36124	452
IRQ	9	2016-10	43,0	7,2	100,1	19457	36124	449
IRQ	9	2016-11	36,0	7,0	96,7	19457	36124	318
IRQ	9	2016-12	38,0	8,5	93,6	19457	36124	526
IRQ	9	2017-01	39,0	9,2	89	18252	37954	561
IRQ	9	2017-02	41,0	1,0	90,3	18252	37954	768
IRQ	9	2017-03	45,0	1,1	90,9	18252	37954	799
IRQ	9	2017-04	51,0	1,2	91,7	18252	37954	837

COUNTRY	CODE	TIME	CPIDC	CPITR	REK	DR	HOSTBED	HTOUR
IRQ	9	2017-05	39,0	1,2	93	18252	37954	883
IRQ	9	2017-06	34,0	1,1	92,9	18252	37954	558
IRQ	9	2017-07	43,0	9,8	90,7	18252	37954	1156
IRQ	9	2017-08	46,0	1,1	90,9	18252	37954	1315
IRQ	9	2017-09	50,0	1,1	91,7	18252	37954	864
IRQ	9	2017-10	44,0	1,2	89,4	18252	37954	660
IRQ	9	2017-11	43,0	1,3	85,6	18252	37954	844
IRQ	9	2017-12	46,0	1,2	86,4	18252	37954	734
IRQ	9	2018-01	43,0	1,0	87,1	20203	39328	729
IRQ	9	2018-02	40,0	1,0	86,5	20203	39328	863
IRQ	9	2018-03	37,0	1,0	85,1	20203	39328	1020
IRQ	9	2018-04	37,0	1,1	83,2	20203	39328	843
IRQ	9	2018-05	46,0	1,2	79,4	20203	39328	834
IRQ	9	2018-06	52,0	1,5	78,2	20203	39328	757
IRQ	9	2018-07	59,0	1,6	77,1	20203	39328	1354
IRQ	9	2018-08	48,0	1,8	65,9	20203	39328	1259
IRQ	9	2018-09	51,0	2,5	62,6	20203	39328	1573
IRQ	9	2018-10	56,0	2,5	70,1	20203	39328	1411
IRQ	9	2018-11	51,0	2,2	75,8	20203	39328	1051
IRQ	9	2018-12	45,0	2,0	76,5	20203	39328	970
IRQ	9	2019-01	49,0	2,0	75,9	21213	40901	1002
IRQ	9	2019-02	44,0	2,0	77,4	21213	40901	1238
IRQ	9	2019-03	52,0	2,0	75,3	21213	40901	1366
IRQ	9	2019-04	44,0	2,0	72,7	21213	40901	1056
IRQ	9	2019-05	38,0	1,9	69,9	21213	40901	923
IRQ	9	2019-06	42,0	1,6	72,3	21213	40901	990
IRQ	9	2019-07	42,0	1,7	75,1	21213	40901	1944
IRQ	9	2019-08	45,0	1,5	77	21213	40901	1589
IRQ	9	2019-09	42,0	9,3	77	21213	40901	1636
IRQ	9	2019-10	48,0	8,6	77,1	21213	40901	1061
IRQ	9	2019-11	48,0	1,1	77,6	21213	40901	814
IRQ	9	2019-12	46,0	1,2	76,3	21213	40901	781
AZE	10	2013-01	0,4	7,3	113,3	15898	33104	492
AZE	10	2013-02	0,5	7,0	112,7	15898	33104	459
AZE	10	2013-03	0,4	7,3	112,8	15898	33104	523
AZE	10	2013-04	0,4	6,1	113,7	15898	33104	381
AZE	10	2013-05	0,6	6,5	112,2	15898	33104	537
AZE	10	2013-06	0,6	8,3	108	15898	33104	356
AZE	10	2013-07	0,7	8,9	107,7	15898	33104	502
AZE	10	2013-08	0,9	8,2	105,7	15898	33104	567
AZE	10	2013-09	0,9	7,9	102,8	15898	33104	492
AZE	10	2013-10	0,9	7,7	104,5	15898	33104	355
AZE	10	2013-11	1,1	7,3	103,2	15898	32564	607
AZE	10	2013-12	1,4	7,4	101	15898	33104	402
AZE	10	2014-01	1,4	7,8	95,9	16438	33581	703
AZE	10	2014-02	1,5	7,9	96,7	16438	33581	703
AZE	10	2014-03	1,7	8,4	97,4	16438	33581	880
AZE	10	2014-04	2,0	9,4	103,1	16438	33581	910
AZE	10	2014-05	2,0	9,7	105,2	16438	33581	1026
AZE	10	2014-06	2,1	9,2	104,6	16438	33581	912
AZE	10	2014-07	1,9	9,3	104,7	16438	33581	885
AZE	10	2014-08	1,8	9,5	104	16438	33581	1249
AZE	10	2014-09	1,7	8,9	103,6	16438	33581	1021
AZE	10	2014-10	1,4	9,0	104,2	16438	33581	887
AZE	10	2014-11	1,0	9,2	107,2	16438	33581	1239
AZE	10	2014-12	0,6	8,2	105,8	16438	33581	1084

COUNTRY	CODE	TIME	CPIDC	CPITR	REK	DR	HOSTBED	HTOUR
AZE	10	2015-01	0,6	7,2	108,8	17288	34089	1015
AZE	10	2015-02	4,4	7,5	105,8	17288	34089	789
AZE	10	2015-03	4,7	7,6	104,7	17288	34089	1145
AZE	10	2015-04	4,3	7,9	103,3	17288	34089	783
AZE	10	2015-05	4,4	8,1	101,7	17288	34089	829
AZE	10	2015-06	4,4	7,2	99,2	17288	34089	1079
AZE	10	2015-07	4,5	6,8	100,5	17288	34089	977
AZE	10	2015-08	4,7	7,1	95,9	17288	34089	879
AZE	10	2015-09	4,9	7,9	91,9	17288	34089	652
AZE	10	2015-10	5,0	7,6	95,2	17288	34089	751
AZE	10	2015-11	5,1	8,1	100,2	17288	34089	848
AZE	10	2015-12	8,8	8,8	99,1	17288	34089	531
AZE	10	2016-01	14,8	9,6	100,2	19457	36124	630
AZE	10	2016-02	11,0	8,8	101,5	19457	36124	591
AZE	10	2016-03	11,0	7,5	102,6	19457	36124	810
AZE	10	2016-04	11,7	6,6	103,5	19457	36124	571
AZE	10	2016-05	11,9	6,6	100,7	19457	36124	654
AZE	10	2016-06	12,2	7,6	101,9	19457	36124	537
AZE	10	2016-07	12,3	8,8	102,6	19457	36124	458
AZE	10	2016-08	13,1	8,0	101,3	19457	36124	519
AZE	10	2016-09	14,4	7,3	101,5	19457	36124	492
AZE	10	2016-10	15,3	7,2	100,1	19457	36124	638
AZE	10	2016-11	16,8	7,0	96,7	19457	36124	705
AZE	10	2016-12	15,2	8,5	93,6	19457	36124	584
AZE	10	2017-01	11,4	9,2	89	18252	37954	685
AZE	10	2017-02	12,7	1,0	90,3	18252	37954	651
AZE	10	2017-03	13,7	1,1	90,9	18252	37954	981
AZE	10	2017-04	13,6	1,2	91,7	18252	37954	741
AZE	10	2017-05	14,1	1,2	93	18252	37954	978
AZE	10	2017-06	13,6	1,1	92,9	18252	37954	699
AZE	10	2017-07	13,8	9,8	90,7	18252	37954	804
AZE	10	2017-08	13,1	1,1	90,9	18252	37954	866
AZE	10	2017-09	11,8	1,1	91,7	18252	37954	802
AZE	10	2017-10	11,1	1,2	89,4	18252	37954	906
AZE	10	2017-11	9,7	1,3	85,6	18252	37954	1037
AZE	10	2017-12	7,3	1,2	86,4	18252	37954	732
AZE	10	2018-01	4,7	1,0	87,1	20203	39328	933
AZE	10	2018-02	3,0	1,0	86,5	20203	39328	783
AZE	10	2018-03	1,5	1,0	85,1	20203	39328	961
AZE	10	2018-04	1,1	1,1	83,2	20203	39328	724
AZE	10	2018-05	0,9	1,2	79,4	20203	39328	943
AZE	10	2018-06	1,2	1,5	78,2	20203	39328	780
AZE	10	2018-07	1,0	1,6	77,1	20203	39328	909
AZE	10	2018-08	1,8	1,8	65,9	20203	39328	915
AZE	10	2018-09	1,6	2,5	62,6	20203	39328	1110
AZE	10	2018-10	1,6	2,5	70,1	20203	39328	1032
AZE	10	2018-11	1,8	2,2	75,8	20203	39328	1100
AZE	10	2018-12	1,9	2,0	76,5	20203	39328	850
AZE	10	2019-01	2,2	2,0	75,9	21213	40901	1086
AZE	10	2019-02	2,7	2,0	77,4	21213	40901	823
AZE	10	2019-03	3,0	2,0	75,3	21213	40901	1103
AZE	10	2019-04	3,2	2,0	72,7	21213	40901	882
AZE	10	2019-05	2,7	1,9	69,9	21213	40901	975
AZE	10	2019-06	2,8	1,6	72,3	21213	40901	702
AZE	10	2019-07	2,7	1,7	75,1	21213	40901	842
AZE	10	2019-08	1,9	1,5	77	21213	40901	1000

COUNTRY	CODE	TIME	CPIDC	CPITR	REK	DR	HOSTBED	HTOUR
AZE	10	2019-09	1,9	9,3	77	21213	40901	1127
AZE	10	2019-10	1,7	8,6	77,1	21213	40901	669
AZE	10	2019-11	1,6	1,1	77,6	21213	40901	690
AZE	10	2019-12	1,7	1,2	76,3	21213	40901	599
ROM	11	2013-01	12,4	7,3	113,3	15898	33104	76
ROM	11	2013-02	12,0	7,0	112,7	15898	33104	83
ROM	11	2013-03	12,0	7,3	112,8	15898	33104	69
ROM	11	2013-04	11,9	6,1	113,7	15898	33104	101
ROM	11	2013-05	11,6	6,5	112,2	15898	33104	96
ROM	11	2013-06	11,6	8,3	108	15898	33104	77
ROM	11	2013-07	12,0	8,9	107,7	15898	33104	100
ROM	11	2013-08	12,2	8,2	105,7	15898	33104	73
ROM	11	2013-09	12,8	7,9	102,8	15898	33104	77
ROM	11	2013-10	12,5	7,7	104,5	15898	33104	80
ROM	11	2013-11	12,5	7,3	103,2	15898	32564	70
ROM	11	2013-12	12,2	7,4	101	15898	33104	63
ROM	11	2014-01	11,2	7,8	95,9	16438	33581	105
ROM	11	2014-02	10,8	7,9	96,7	16438	33581	144
ROM	11	2014-03	10,8	8,4	97,4	16438	33581	169
ROM	11	2014-04	10,5	9,4	103,1	16438	33581	151
ROM	11	2014-05	10,6	9,7	105,2	16438	33581	117
ROM	11	2014-06	10,9	9,2	104,6	16438	33581	132
ROM	11	2014-07	10,9	9,3	104,7	16438	33581	97
ROM	11	2014-08	11,3	9,5	104	16438	33581	154
ROM	11	2014-09	11,1	8,9	103,6	16438	33581	184
ROM	11	2014-10	10,9	9,0	104,2	16438	33581	125
ROM	11	2014-11	11,1	9,2	107,2	16438	33581	156
ROM	11	2014-12	11,2	8,2	105,8	16438	33581	84
ROM	11	2015-01	10,8	7,2	108,8	17288	34089	86
ROM	11	2015-02	10,4	7,5	105,8	17288	34089	114
ROM	11	2015-03	10,0	7,6	104,7	17288	34089	107
ROM	11	2015-04	9,8	7,9	103,3	17288	34089	99
ROM	11	2015-05	9,3	8,1	101,7	17288	34089	98
ROM	11	2015-06	12,6	7,2	99,2	17288	34089	81
ROM	11	2015-07	12,8	6,8	100,5	17288	34089	102
ROM	11	2015-08	13,4	7,1	95,9	17288	34089	94
ROM	11	2015-09	13,1	7,9	91,9	17288	34089	62
ROM	11	2015-10	12,8	7,6	95,2	17288	34089	131
ROM	11	2015-11	12,4	8,1	100,2	17288	34089	107
ROM	11	2015-12	12,3	8,8	99,1	17288	34089	79
ROM	11	2016-01	13,2	9,6	100,2	19457	36124	83
ROM	11	2016-02	13,4	8,8	101,5	19457	36124	121
ROM	11	2016-03	13,3	7,5	102,6	19457	36124	136
ROM	11	2016-04	13,5	6,6	103,5	19457	36124	109
ROM	11	2016-05	13,2	6,6	100,7	19457	36124	134
ROM	11	2016-06	13,4	7,6	101,9	19457	36124	112
ROM	11	2016-07	13,7	8,8	102,6	19457	36124	64
ROM	11	2016-08	13,6	8,0	101,3	19457	36124	92
ROM	11	2016-09	13,7	7,3	101,5	19457	36124	113
ROM	11	2016-10	13,3	7,2	100,1	19457	36124	126
ROM	11	2016-11	13,2	7,0	96,7	19457	36124	111
ROM	11	2016-12	12,9	8,5	93,6	19457	36124	91
ROM	11	2017-01	13,1	9,2	89	18252	37954	135
ROM	11	2017-02	13,2	1,0	90,3	18252	37954	134
ROM	11	2017-03	13,1	1,1	90,9	18252	37954	193
ROM	11	2017-04	12,8	1,2	91,7	18252	37954	162

COUNTRY	CODE	TIME	CPIDC	CPITR	REK	DR	HOSTBED	HTOUR
ROM	11	2017-05	12,5	1,2	93	18252	37954	171
ROM	11	2017-06	12,5	1,1	92,9	18252	37954	146
ROM	11	2017-07	12,1	9,8	90,7	18252	37954	130
ROM	11	2017-08	12,3	1,1	90,9	18252	37954	157
ROM	11	2017-09	11,8	1,1	91,7	18252	37954	169
ROM	11	2017-10	10,4	1,2	89,4	18252	37954	204
ROM	11	2017-11	9,6	1,3	85,6	18252	37954	249
ROM	11	2017-12	9,3	1,2	86,4	18252	37954	127
ROM	11	2018-01	8,4	1,0	87,1	20203	39328	163
ROM	11	2018-02	8,1	1,0	86,5	20203	39328	223
ROM	11	2018-03	7,8	1,0	85,1	20203	39328	196
ROM	11	2018-04	7,2	1,1	83,2	20203	39328	166
ROM	11	2018-05	6,7	1,2	79,4	20203	39328	152
ROM	11	2018-06	6,7	1,5	78,2	20203	39328	155
ROM	11	2018-07	7,2	1,6	77,1	20203	39328	204
ROM	11	2018-08	6,9	1,8	65,9	20203	39328	190
ROM	11	2018-09	6,4	2,5	62,6	20203	39328	283
ROM	11	2018-10	5,8	2,5	70,1	20203	39328	300
ROM	11	2018-11	6,0	2,2	75,8	20203	39328	307
ROM	11	2018-12	5,8	2,0	76,5	20203	39328	166
ROM	11	2019-01	4,9	2,0	75,9	21213	40901	236
ROM	11	2019-02	4,1	2,0	77,4	21213	40901	318
ROM	11	2019-03	3,6	2,0	75,3	21213	40901	375
ROM	11	2019-04	3,0	2,0	72,7	21213	40901	277
ROM	11	2019-05	2,5	1,9	69,9	21213	40901	280
ROM	11	2019-06	2,8	1,6	72,3	21213	40901	280
ROM	11	2019-07	3,0	1,7	75,1	21213	40901	242
ROM	11	2019-08	2,9	1,5	77	21213	40901	318
ROM	11	2019-09	2,8	9,3	77	21213	40901	430
ROM	11	2019-10	2,4	8,6	77,1	21213	40901	194
ROM	11	2019-11	2,1	1,1	77,6	21213	40901	154
ROM	11	2019-12	1,7	1,2	76,3	21213	40901	190
GEO	12	2013-01	-1,1	7,3	113,3	15898	33104	104
GEO	12	2013-02	-1,1	7,0	112,7	15898	33104	107
GEO	12	2013-03	-1,1	7,3	112,8	15898	33104	102
GEO	12	2013-04	-1,1	6,1	113,7	15898	33104	89
GEO	12	2013-05	-0,8	6,5	112,2	15898	33104	115
GEO	12	2013-06	-0,8	8,3	108	15898	33104	97
GEO	12	2013-07	-0,8	8,9	107,7	15898	33104	136
GEO	12	2013-08	-0,8	8,2	105,7	15898	33104	99
GEO	12	2013-09	-0,9	7,9	102,8	15898	33104	92
GEO	12	2013-10	-0,9	7,7	104,5	15898	33104	96
GEO	12	2013-11	-0,8	7,3	103,2	15898	32564	141
GEO	12	2013-12	-0,5	7,4	101	15898	33104	131
GEO	12	2014-01	-0,1	7,8	95,9	16438	33581	106
GEO	12	2014-02	0,3	7,9	96,7	16438	33581	139
GEO	12	2014-03	0,8	8,4	97,4	16438	33581	198
GEO	12	2014-04	1,2	9,4	103,1	16438	33581	164
GEO	12	2014-05	1,4	9,7	105,2	16438	33581	148
GEO	12	2014-06	1,6	9,2	104,6	16438	33581	149
GEO	12	2014-07	1,8	9,3	104,7	16438	33581	127
GEO	12	2014-08	2,2	9,5	104	16438	33581	155
GEO	12	2014-09	2,7	8,9	103,6	16438	33581	125
GEO	12	2014-10	2,9	9,0	104,2	16438	33581	151
GEO	12	2014-11	3,1	9,2	107,2	16438	33581	150
GEO	12	2014-12	3,1	8,2	105,8	16438	33581	110

COUNTRY	CODE	TIME	CPIDC	CPITR	REK	DR	HOSTBED	HTOUR
GEO	12	2015-01	2,9	7,2	108,8	17288	34089	109
GEO	12	2015-02	2,8	7,5	105,8	17288	34089	161
GEO	12	2015-03	2,7	7,6	104,7	17288	34089	127
GEO	12	2015-04	2,6	7,9	103,3	17288	34089	115
GEO	12	2015-05	2,7	8,1	101,7	17288	34089	102
GEO	12	2015-06	2,9	7,2	99,2	17288	34089	151
GEO	12	2015-07	3,1	6,8	100,5	17288	34089	108
GEO	12	2015-08	3,2	7,1	95,9	17288	34089	94
GEO	12	2015-09	3,3	7,9	91,9	17288	34089	67
GEO	12	2015-10	3,5	7,6	95,2	17288	34089	124
GEO	12	2015-11	3,8	8,1	100,2	17288	34089	111
GEO	12	2015-12	4,0	8,8	99,1	17288	34089	84
GEO	12	2016-01	4,4	9,6	100,2	19457	36124	89
GEO	12	2016-02	4,7	8,8	101,5	19457	36124	108
GEO	12	2016-03	4,8	7,5	102,6	19457	36124	94
GEO	12	2016-04	4,9	6,6	103,5	19457	36124	90
GEO	12	2016-05	4,8	6,6	100,7	19457	36124	83
GEO	12	2016-06	4,5	7,6	101,9	19457	36124	90
GEO	12	2016-07	4,2	8,8	102,6	19457	36124	83
GEO	12	2016-08	3,8	8,0	101,3	19457	36124	74
GEO	12	2016-09	3,4	7,3	101,5	19457	36124	111
GEO	12	2016-10	2,9	7,2	100,1	19457	36124	100
GEO	12	2016-11	2,4	7,0	96,7	19457	36124	110
GEO	12	2016-12	2,1	8,5	93,6	19457	36124	135
GEO	12	2017-01	2,0	9,2	89	18252	37954	115
GEO	12	2017-02	2,0	1,0	90,3	18252	37954	102
GEO	12	2017-03	2,1	1,1	90,9	18252	37954	144
GEO	12	2017-04	2,4	1,2	91,7	18252	37954	124
GEO	12	2017-05	2,8	1,2	93	18252	37954	200
GEO	12	2017-06	3,2	1,1	92,9	18252	37954	141
GEO	12	2017-07	3,6	9,8	90,7	18252	37954	155
GEO	12	2017-08	4,0	1,1	90,9	18252	37954	141
GEO	12	2017-09	4,5	1,1	91,7	18252	37954	139
GEO	12	2017-10	5,1	1,2	89,4	18252	37954	130
GEO	12	2017-11	5,6	1,3	85,6	18252	37954	164
GEO	12	2017-12	6,0	1,2	86,4	18252	37954	118
GEO	12	2018-01	6,1	1,0	87,1	20203	39328	99
GEO	12	2018-02	5,8	1,0	86,5	20203	39328	85
GEO	12	2018-03	5,6	1,0	85,1	20203	39328	157
GEO	12	2018-04	5,3	1,1	83,2	20203	39328	144
GEO	12	2018-05	4,9	1,2	79,4	20203	39328	139
GEO	12	2018-06	4,5	1,5	78,2	20203	39328	128
GEO	12	2018-07	4,3	1,6	77,1	20203	39328	116
GEO	12	2018-08	4,1	1,8	65,9	20203	39328	116
GEO	12	2018-09	3,8	2,5	62,6	20203	39328	106
GEO	12	2018-10	3,4	2,5	70,1	20203	39328	122
GEO	12	2018-11	3,0	2,2	75,8	20203	39328	164
GEO	12	2018-12	2,6	2,0	76,5	20203	39328	128
GEO	12	2019-01	2,4	2,0	75,9	21213	40901	139
GEO	12	2019-02	2,4	2,0	77,4	21213	40901	157
GEO	12	2019-03	2,5	2,0	75,3	21213	40901	177
GEO	12	2019-04	2,6	2,0	72,7	21213	40901	165
GEO	12	2019-05	2,8	1,9	69,9	21213	40901	190
GEO	12	2019-06	3,0	1,6	72,3	21213	40901	126
GEO	12	2019-07	3,1	1,7	75,1	21213	40901	149
GEO	12	2019-08	3,3	1,5	77	21213	40901	179

COUNTRY	CODE	TIME	CPIDC	CPITR	REK	DR	HOSTBED	HTOUR
GEO	12	2019-09	3,6	9,3	77	21213	40901	150
GEO	12	2019-10	4,0	8,6	77,1	21213	40901	98
GEO	12	2019-11	4,4	1,1	77,6	21213	40901	148
GEO	12	2019-12	4,9	1,2	76,3	21213	40901	116



Ek 2: Çekim Modeli Veri Seti

ULKE	ID	Yıl	TURSAY	GSYİH (GDP)	KBGSHİY (PER GDP)	Uzaklık	DUMMYUZ200 0	DUMMYDİN	DUMMYKOM
Afganistan	1	2013	901	20.561.069.558	637	3.581	0	1	0
Afganistan	1	2014	1.759	20.484.885.120	614	3.581	0	1	0
Afganistan	1	2015	2.495	19.907.111.419	578	3.581	0	1	0
Afganistan	1	2016	1.313	19.362.642.267	547	3.581	0	1	0
Afganistan	1	2017	1.045	20.191.760.000	556	3.581	0	1	0
Afganistan	1	2018	938	19.484.384.937	524	3.581	0	1	0
Afganistan	1	2019	992	19.101.353.833	502	3.581	0	1	0
Almanya	2	2013	2.965	3.732.743.446.219	46.286	1.741	1	0	0
Almanya	2	2014	3.409	3.883.920.155.292	47.960	1.741	1	0	0
Almanya	2	2015	4.008	3.360.549.973.889	41.140	1.741	1	0	0
Almanya	2	2016	2.742	3.466.790.065.012	42.099	1.741	1	0	0
Almanya	2	2017	2.844	3.665.804.120.835	44.350	1.741	1	0	0
Almanya	2	2018	3.227	3.949.548.833.953	47.639	1.741	1	0	0
Almanya	2	2019	4.096	3.845.630.030.824	46.259	1.741	1	0	0
Azerbaycan	3	2013	5.673	74.164.435.946	7.876	1.760	1	1	1
Azerbaycan	3	2014	11.499	75.244.294.275	7.891	1.760	1	1	1
Azerbaycan	3	2015	10.278	53.074.370.486	5.500	1.760	1	1	1
Azerbaycan	3	2016	7.189	37.867.518.957	3.881	1.760	1	1	1
Azerbaycan	3	2017	9.882	40.865.558.912	4.147	1.760	1	1	1
Azerbaycan	3	2018	11.040	47.112.941.176	4.740	1.760	1	1	1
Azerbaycan	3	2019	10.498	48.047.647.059	4.794	1.760	1	1	1
ABD	4	2013	903	16.784.849.190.000	53.118	8.090	0	0	0
ABD	4	2014	1.316	17.521.746.534.000	55.048	8.090	0	0	0
ABD	4	2015	1.452	18.219.297.584.000	56.823	8.090	0	0	0
ABD	4	2016	1.244	18.707.188.235.000	57.928	8.090	0	0	0
ABD	4	2017	1.329	19.485.393.853.000	59.958	8.090	0	0	0
ABD	4	2018	1.285	20.529.049.174.602	62.840	8.090	0	0	0
ABD	4	2019	1.575	21.374.418.877.707	65.118	8.090	0	0	0
Bulgaristan	5	2013	962	55.591.336.862	7.652	505	1	0	1
Bulgaristan	5	2014	1.549	56.883.172.568	7.874	505	1	0	1
Bulgaristan	5	2015	1.451	50.630.703.922	7.054	505	1	0	1
Bulgaristan	5	2016	1.860	53.785.050.339	7.546	505	1	0	1
Bulgaristan	5	2017	2.747	58.950.125.036	8.331	505	1	0	1
Bulgaristan	5	2018	3.089	66.200.847.918	9.424	505	1	0	1
Bulgaristan	5	2019	4.310	67.927.179.737	9.738	505	1	0	1
Fransa	6	2013	906	2.811.077.725.704	42.593	2.260	0	0	0
Fransa	6	2014	941	2.852.165.760.630	43.011	2.260	0	0	0
Fransa	6	2015	793	2.438.207.896.252	36.638	2.260	0	0	0
Fransa	6	2016	930	2.471.285.607.082	37.037	2.260	0	0	0

ULKE	ID	Yıl	TURSAY	GSYİH (GDP)	KBGSHİY (PER GDP)	Uzaklık	DUMMYUZ200 0	DUMMYDİN	DUMMYKOM
Fransa	6	2017	835	2.595.151.045.198	38.812	2.260	0	0	0
Fransa	6	2018	861	2.787.863.958.885	41.631	2.260	0	0	0
Fransa	6	2019	974	2.715.518.274.227	40.494	2.260	0	0	0
Gürcistan	7	2013	1.309	17.189.551.521	4.624	1.325	1	0	0
Gürcistan	7	2014	1.722	17.627.003.455	4.739	1.325	1	0	0
Gürcistan	7	2015	1.353	14.953.950.557	4.014	1.325	1	0	0
Gürcistan	7	2016	1.167	15.141.758.567	4.062	1.325	1	0	0
Gürcistan	7	2017	1.673	16.242.916.916	4.357	1.325	1	0	0
Gürcistan	7	2018	1.504	17.599.700.091	4.723	1.325	1	0	0
Gürcistan	7	2019	1.794	17.743.195.770	4.769	1.325	1	0	0
Hollanda	8	2013	1.263	876.923.518.850	52.184	2.217	0	0	0
Hollanda	8	2014	1.192	890.981.311.078	52.830	2.217	0	0	0
Hollanda	8	2015	904	765.264.949.781	45.175	2.217	0	0	0
Hollanda	8	2016	813	783.528.181.705	46.008	2.217	0	0	0
Hollanda	8	2017	689	833.869.641.687	48.675	2.217	0	0	0
Hollanda	8	2018	856	914.104.847.814	53.048	2.217	0	0	0
Hollanda	8	2019	1.077	909.070.395.161	52.448	2.217	0	0	0
İngiltere	9	2013	754	2.786.022.872.707	43.445	1.613	1	0	0
İngiltere	9	2014	948	3.063.803.240.208	47.426	1.613	1	0	0
İngiltere	9	2015	764	2.928.591.002.003	44.975	1.613	1	0	0
İngiltere	9	2016	853	2.694.283.209.613	41.064	1.613	1	0	0
İngiltere	9	2017	940	2.666.229.179.958	40.361	1.613	1	0	0
İngiltere	9	2018	857	2.860.667.727.552	43.043	1.613	1	0	0
İngiltere	9	2019	1.501	2.827.113.184.696	42.300	1.613	1	0	0
Irak	10	2013	6.960	234.637.674.957	7.077	2.506	0	1	1
Irak	10	2014	9.063	234.648.370.497	6.819	2.506	0	1	1
Irak	10	2015	6.931	177.498.577.313	4.990	2.506	0	1	1
Irak	10	2016	5.080	174.878.976.034	4.777	2.506	0	1	1
Irak	10	2017	9.979	195.473.049.875	5.205	2.506	0	1	1
Irak	10	2018	12.664	224.228.010.478	5.834	2.506	0	1	1
Irak	10	2019	14.400	234.094.042.939	5.955	2.506	0	1	1
Iran	11	2013	536	460.293.149.324	6.018	2.042	0	1	1
Iran	11	2014	984	432.687.036.178	5.586	2.042	0	1	1
Iran	11	2015	951	384.951.479.697	4.904	2.042	0	1	1
Iran	11	2016	800	417.983.578.231	5.253	2.042	0	1	1
Iran	11	2017	1.035	445.345.282.123	5.520	2.042	0	1	1
Iran	11	2018	1.000	445.345.282.123	5.520	2.042		1	1
Iran	11	2019	1.223	445.345.282.123	5.520	2.042	0	1	1
İspanya	12	2013	266	1.354.757.433.213	29.060	2.746	0	0	0
İspanya	12	2014	467	1.369.398.844.600	29.462	2.746	0	0	0
İspanya	12	2015		1.195.119.269.972		2.746	0	0	0

ULKE	ID	Yıl	TURSAY	GSYİH (GDP)	KBGSHİY (PER GDP)	Uzaklık	DUMMYUZ200 0	DUMMYDİN	DUMMYKOM
			410		25.732				
İspanya	12	2016	414	1.232.076.017.362	26.505	2.746	0	0	0
İspanya	12	2017	1.372	1.312.551.705.955	28.170	2.746	0	0	0
İspanya	12	2018	2.968	1.419.735.245.005	30.338	2.746	0	0	0
İspanya	12	2019	3.041	1.394.116.310.769	29.614	2.746	0	0	0
İtalya	13	2013	330	2.141.315.327.318	35.550	1.379	1	0	0
İtalya	13	2014	426	2.159.133.919.744	35.518	1.379	1	0	0
İtalya	13	2015	399	1.835.899.237.320	30.230	1.379	1	0	0
İtalya	13	2016	369	1.875.797.463.584	30.940	1.379	1	0	0
İtalya	13	2017	1.413	1.961.796.197.354	32.407	1.379	1	0	0
İtalya	13	2018	2.917	2.085.764.300.862	34.520	1.379	1	0	0
İtalya	13	2019	3.246	2.001.244.392.042	33.190	1.379	1	0	0
Libya	14	2013	10.606	65.502.870.174	10.364	1.666	1	1	0
Libya	14	2014	19.121	41.142.722.414	6.467	1.666	1	1	0
Libya	14	2015	38.559	27.842.131.480	4.338	1.666	1	1	0
Libya	14	2016	11.276	26.197.143.268	4.035	1.666	1	1	0
Libya	14	2017	9.673	37.883.243.650	5.757	1.666	1	1	0
Libya	14	2018	12.175	52.607.888.718	7.877	1.666	1	1	0
Libya	14	2019	19.031	52.076.250.948	7.684	1.666	1	1	0
Özbekistan	15	2013	647	68.997.168.338	2.281	3.352	0	1	0
Özbekistan	15	2014	1.069	76.658.542.757	2.492	3.352	0	1	0
Özbekistan	15	2015	1.012	81.847.410.182	2.615	3.352	0	1	0
Özbekistan	15	2016	785	81.779.012.351	2.568	3.352		1	0
Özbekistan	15	2017	974	59.159.945.321	1.827	3.352	0	1	0
Özbekistan	15	2018	1.156	50.392.607.758	1.529	3.352	0	1	0
Özbekistan	15	2019	1.602	57.921.286.440	1.725	3.352	0	1	0
Romanya	16	2013	965	190.949.066.979	9.555	447	1	0	0
Romanya	16	2014	1.618	199.626.806.402	10.027	447	1	0	0
Romanya	16	2015	1.160	177.893.451.831	8.977	447	1	0	0
Romanya	16	2016	1.292	188.494.136.776	9.567	447	1	0	0
Romanya	16	2017	1.977	211.695.422.579	10.808	447	1	0	0
Romanya	16	2018	2.505	241.626.953.521	12.409	447	1	0	0
Romanya	16	2019	3.294	250.077.444.017	12.920	447	1	0	0
Rusya Federasyonu	17	2013	1.131	2.292.473.246.621	15.975	1.756	1	0	0
Rusya Federasyonu	17	2014	1.676	2.059.241.965.491	14.096	1.756	1	0	0
Rusya Federasyonu	17	2015	1.741	1.363.481.063.447	9.313	1.756	1	0	0
Rusya Federasyonu	17	2016	1.028	1.276.786.979.222	8.705	1.756	1	0	0
Rusya Federasyonu	17	2017	1.292	1.574.199.387.071	10.720	1.756	1	0	0
Rusya Federasyonu	17	2018	1.626	1.669.583.089.323	11.371	1.756	1	0	0
Rusya Federasyonu	17	2019	2.264	1.699.876.578.871	11.585	1.756	1	0	0
Suudi Arabistan	18	2013				2.452	0	1	0

ULKE	ID	Yıl	TURSAY	GSYİH (GDP)	KBGSHİY (PER GDP)	Uzaklık	DUMMYUZ200 0	DUMMYDİN	DUMMYKOM
			735	746.647.127.413	24.845				
Suudi Arabistan	18	2014	1.527	756.350.347.333	24.464	2.452	0	1	0
Suudi Arabistan	18	2015	1.091	654.269.902.880	20.628	2.452	0	1	0
Suudi Arabistan	18	2016	1.821	644.935.541.440	19.879	2.452	0	1	0
Suudi Arabistan	18	2017	2.410	688.586.133.333	20.804	2.452	0	1	0
Suudi Arabistan	18	2018	3.681	786.521.831.573	23.339	2.452	0	1	0
Suudi Arabistan	18	2019	2.764	792.966.838.162	23.140	2.452	0	1	0
Türkmenistan	19	2013	1.588	39.197.543.860	7.304	2.541	0	1	0
Türkmenistan	19	2014	3.017	43.524.210.526	7.962	2.541	0	1	0
Türkmenistan	19	2015	3.158	35.799.714.286	6.433	2.541	0	1	0
Türkmenistan	19	2016	2.387	36.180.000.000	6.390	2.541	0	1	0
Türkmenistan	19	2017	3.121	37.926.285.714	6.587	2.541	0	1	0
Türkmenistan	19	2018	2.840	40.761.142.857	6.967	2.541	0	1	0
Türkmenistan	19	2019	3.596	40.761.142.857	6.967	2.541	0	1	0
Ukrayna	20	2013	777	183.310.146.378	4.030	1.055	1	0	0
Ukrayna	20	2014	1.075	133.503.411.376	3.105	1.055	1	0	0
Ukrayna	20	2015	872	91.030.959.455	2.125	1.055	1	0	0
Ukrayna	20	2016	729	93.355.993.629	2.188	1.055	1	0	0
Ukrayna	20	2017	761	112.190.355.158	2.641	1.055	1	0	0
Ukrayna	20	2018	1.195	130.901.858.422	3.097	1.055	1	0	0
Ukrayna	20	2019	2.040	153.781.069.118	3.659	1.055	1	0	0

Ek 3: Seçilmiş Ülkeler Veri Seti

Ülke	Yıl	y= Sağlık Turisti	X1=KBGSYİH(\$)	x2=ENF.	X3=Kur	X4= Yol Maliyet (\$)
ABD	2013	903	53072	1,46	122,8	61809,82
ABD	2014	1316	55025	1,62	115,2	56190,74
ABD	2015	1452	56849	0,12	115,8	28815,76
ABD	2016	1244	58017	1,26	112,8	23814,68
ABD	2017	1329	60106	2,13	100,6	30531,64
ABD	2018	1285	63056	2,44	85,1	40708,86
ABD	2019	1575	65254	1,81	84,8	37347,58
Almanya	2013	2965	46299	1,5	122,8	12762,92
Almanya	2014	3409	48036	0,91	115,2	11602,65
Almanya	2015	4008	41107	0,51	115,8	5950,08
Almanya	2016	2742	42124	0,49	112,8	4917,42
Almanya	2017	2844	44537	1,51	100,6	6304,38
Almanya	2018	3227	47832	1,73	85,1	8405,84
Almanya	2019	4096	46473	1,45	84,8	7711,78
İngiltere	2013	754	43488	2,29	122,8	4336,79
İngiltere	2014	948	47454	1,45	115,2	3942,54
İngiltere	2015	764	44989	0,37	115,8	2021,81
İngiltere	2016	853	41194	1,01	112,8	1670,92
İngiltere	2017	940	40407	2,56	100,6	2142,21
İngiltere	2018	857	43114	2,29	85,1	2856,28
İngiltere	2019	1501	42379	1,74	84,8	2620,44
Azerbaycan	2013	5673	7926	2,42	88,5	12961,19
Azerbaycan	2014	11499	7939	1,39	85,3	11782,9
Azerbaycan	2015	10278	5300	4,01	80,9	6042,51
Azerbaycan	2016	7189	3898	12,45	83,4	4993,81
Azerbaycan	2017	9882	4218	12,94	75,3	6402,32
Azerbaycan	2018	11040	4760	2,26	65,5	8536,43
Azerbaycan	2019	10498	4814	2,61	62,2	7831,59
Çin	2013	233	7073	2,62	88,5	51925,53
Çin	2014	354	7694	1,92	85,3	47205,03
Çin	2015	445	8085	1,44	80,9	24207,71
Çin	2016	488	8120	2	83,4	20006,37
Çin	2017	455	8823	1,59	75,3	25649,19
Çin	2018	606	9920	2,07	65,5	34198,92
Çin	2019	687	10287	2,9	62,2	31375,16
Irak	2013	6960	7021	1,88	88,5	2788,43
Irak	2014	9063	6704	2,24	85,3	2534,94
Irak	2015	6931	5047	1,39	80,9	1299,97
Irak	2016	5080	4843	0,56	83,4	1074,35
Irak	2017	9979	5262	0,18	75,3	1377,38
Irak	2018	12664	5919	0,37	65,5	1836,5
Irak	2019	14400	5884	1,1	62,2	1684,87