

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİCİLİĞİ ANA BİLİM DALI

TÜRKİYE’DE SAĞLIK TURİZMİNİN EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNE ETKİSİ: 2003-2016 DÖNEMİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MÜSLÜM KAYA

**GAZİANTEP
OCAK 2018**

T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURULUŞLARI YÖNETİCİLİĞİ ANA BİLİM DALI

TÜRKİYE’DE SAĞLIK TURİZMİNİN EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNE ETKİSİ: 2003-2016 DÖNEMİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

MÜSLÜM KAYA

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Yusuf BOZGEYİK

GAZİANTEP
OCAK 2018

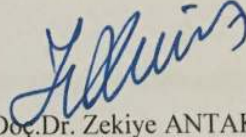
T.C.
GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI

Sağlık Turizminin Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: 2003-2016 Dönemi

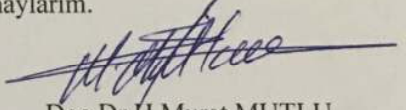
Müslüm KAYA

Tez Savunma Tarihi: 25.01.2018

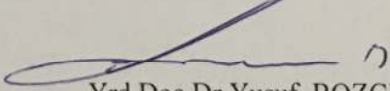
Sosyal Bilimler Enstitüsü Onayı


Doç.Dr. Zekiye ANTAKYALIOĞLU
SBE Müdürü

Bu tezin Yüksek Lisans tezi olarak gerekli şartları sağladığını onaylarım.


Doç.Dr.H.Murat MUTLU
Enstitü ABD Başkanı

Bu tez tarafımda okunmuş, kapsamı ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.


Yrd.Doç.Dr.Yusuf BOZGEYİK
Tez Danışmanı

Bu tez tarafımızca okunmuş, kapsam ve niteliği açısından bir Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

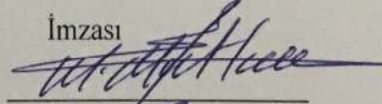
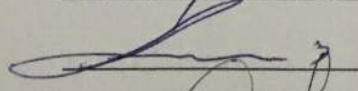
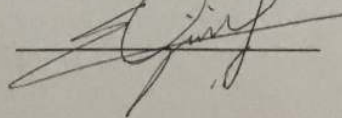
Jüri Üyeleri

Doç. Dr. H. Murat MUTLU

Yrd. Doç. Dr. Yusuf BOZGEYİK

Yrd. Doç. Dr. Eda DİNERİ

İmzası

ETİK BEYAN

Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- Tez çalışmada yararlandığım eserlerin tümüne uygun atıfta bulunarak kaynak gösterdiğimi,
- Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu,

bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

Müslüm KAYA
25.01.2018

ÖZET

TÜRKİYE’DE SAĞLIK TURİZMİNİN EKONOMİK BÜYÜME ÜZERİNE ETKİSİ: 2003-2016 DÖNEMİ

KAYA, Müslüm

Yüksek Lisans Tezi, Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği ABD

Tez Danışmanı: Yrd. Doç. Dr. Yusuf BOZGEYİK

Ocak 2018, 94 sayfa

Sağlık turizmi, insanların hem tedavi edici hem de hastalık önleyici olarak dünyanın çeşitli yerlerine gitmek amacıyla başlattığı seyahatlerden biridir. Kişilerin kendi ülkeleri dışında sağlığı koruyucu ve geliştirici çeşitli tedavilerin uygulanmasında geçici olarak başka bir ülkede konaklaması olarak da ifade edilmektedir. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelere sağlık turizmi endüstrisinin büyümesi, milli geliri artırıcı bir fırsattır. Nitekim beşeri sermayenin olduğu bir ülkede, sağlık turizminin gelişimi, hizmet sektörü içinde önemli bir istihdam sağlayıcı özelliğiyle ve ülke ekonomisine döviz girdisiyle ekonomik büyüme üzerine büyük imkân sağlayacaktır. Her yıl yaklaşık olarak 600 milyon sağlık turistinin dünya geneline sağlık hizmeti almak için kıta aşırı ülkeleri bile ziyaret ettiği ve bunun sonucunda 100 milyar doları geçen bir kâr hacmi de düşünüldüğü zaman, sağlık turizmi hizmet sektörü içindeki büyüklüğü hakkında bizlere önemli bir bilgi vermektedir. Bu çalışmada, zaman serisi analiziyle 2003-2016 yılları arası sağlık turizminin ekonomik büyüme üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu çalışmada zaman serisi analizi yöntemi kullanılmıştır. Analizler için Eviews 9.0 programından faydalanılmıştır. İlk olarak değişkenlerin zaman yolu grafikleri ve korelasyon grafikleri çizilmiştir. Daha sonra ADF ve PP birik kök testi uygulanmıştır. Durağanlığın sağlanması sonucunda uzun dönemli ilişkinin araştırılması için Maki eşbütünleşme testi uygulanmıştır. Nedenselliğin yönünü tespit etmek için Toda Yamamota ve Hacker Hatemi-J Bootstrap nedensellik testi yapılmıştır. Uygulanan ekonometrik analizlere göre, sağlık turizminin ekonomik büyüme üzerine etkisine dair elde edilen bulgular desteklenmiştir. Benzer şekilde turizm gelirlerinin de ekonomik büyümeye olan katkısı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Turizmi, Ekonomik Büyüme, Gayrisafi Yurtiçi Hâsıla, Zaman Serileri Analizi

ABSTRACT

EFFECT OF HEALH TOURISM ON ECONOMIC GROWTH IN TURKEY: 2003-2016 PERIOD

KAYA, Müslüm

Master Thesis, Department Of Administration Health Institutions

Supervisor: Assoc.Prof.Dr. Yusuf BOZGEYİK

January 2018, 94 pages

Health tourism is one of the travels people have started to go to various parts of the world. In other words, people temporarily stay in another country for the implementation of various health-care and developmental treatments outside their country. Health tourism is a sector in which human labor is intensively performed. Growth of the health tourism industry in developing countries like Turkey is an opportunity to increase national income. Indeed, in a country where human capital exists, with an important employment provider with in the service sector, The development of health tourism provides the great opportunity fore conomic growth through foreign exchange in flows to the country's economy. Every year, when about 600 million health tourist seven visit from cross continental countries to get health care around the world and consequently a profit volume of over 100 billion dollars were considered, health tourism gives us a significant amount of information about the size with in the service sector. In this study, it is aimed to examine effects of healh tourism on economic growth in Turkey between 2003-2016 period. Time series analysis method was used in this study. EvIEWS 9.0 program was utilized for analysis. Firstly, time path and correlations graphs of the variables were drawn. Then, ADF and PP unit root test was applied. As a result of ensuring stabilitiy, Maki cointegration test was applied to investigate the long-term relationship. The Toda-Yamamota and Hacker Hatemi-J Bootstrap causality tests were conducted to determine the direction of the causation. As a result, according to the econometric analyzes, effects of healh tourism on economic growth were supported. Similarly, contributions of tourism incomes on economic growth have been seen.

Keywords: Health Tourism, Economic Growth, Gross Demestic Product, Time Series Analysis

ÖNSÖZ

Bu tezi hazırlarken gerek bilgisi ve gerekse de tecrübesi ile bana sürekli yol gösteren, her konuda yardımcı olan saygıdeğer tez hocam Yrd.Doç.Dr.Yusuf BOZGEYİK'e minnettarım, bana gösterdiği sabrından dolayı teşekkür ederim.

Tezimin başlangıcından bitişine kadar benden maddi ve manevi desteklerini esirgemeyen aileme sonsuz teşekkür ederim.

Benden hiçbir zaman yardım ve desteklerini esirgemeyen yakın dostlarım Ubeydullah ATÇI, Ahmet KARATAŞ, Furkan DEMİR, Talha KILIÇ, Mücahit ŞAHİN ve Akif YÜCEDAL'a teşekkür ederim.

Müslüm KAYA

Ocak, 2018

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
ABSTRACT	ii
ÖNSÖZ	iii
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
GRAFİKLER LİSTESİ.....	viii
TABLOLAR LİSTESİ.....	ix
KISALTMALAR LİSTESİ.....	x
BİRİNCİ BÖLÜM	1
GİRİŞ	1
1.1. GİRİŞ	1
İKİNCİ BÖLÜM	7
LİTERATÜR.....	7
2.1. TURİZM KAVRAMI VE KAPSAMI.....	7
2.2. TURİZM TÜRLERİ	9
2.2.1. Sağlık Turizmi.....	9
2.2.2. Kış Turizmi	9
2.2.3. Yat Turizmi	9
2.2.4. Gençlik Turizmi	10
2.2.5. Üçüncü Yaş Turizmi.....	10
2.2.6. İnanç Turizmi	10
2.2.7. Kongre Turizmi	10
2.2.8. Dağcılık Turizmi	10
2.3. SAĞLIK TURİZMİ	11
2.4. SAĞLIK TURİZM ÇEŞİTLERİ	12
2.4.1. Termal Turizm	12
2.4.2. Medikal Turizm (Tıp Turizmi)	13
2.4.3. Yaşlı ve Engelli Turizmi.....	15

2.5. DÜNYADA SAĞLIK TURİZMİ.....	16
2.5.1. Hindistan.....	21
2.5.2. Almanya.....	21
2.5.3. ABD.....	22
2.5.4. Singapur.....	22
2.5.5. Macaristan.....	23
2.5.6. Tayland	23
2.6. TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNE GENEL BAKIŞ.....	24
2.7. TÜRKİYE'DE SAĞLIK TURİZMİ.....	27
2.7.1. Medikal Turizm.....	32
2.7.2. Termal Turizm	34
2.7.3. Yaşlı Turizm	36
2.8. TÜRKİYE'DE SAĞLIK TURİZMİNİN EKONOMİK BOYUTLARI.....	36
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	42
MATERYAL VE YÖNTEM	42
3.1. VERİ SETİ VE YÖNTEM.....	42
3.2. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ.....	43
3.3. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ.....	43
3.4. ARAŞTIRMANIN MATERYALİ.....	44
3.4.1. Dickey-Fuller (DF) ve Genişletilmiş Dickey-Fuller (ADF) Testi:	46
3.4.2. Phillips – Perron (PP) Testi:	48
3.4.3. Maki (2012) Eşbütünleşme Testi	48
3.4.4. Toda-Yamamoto(1995) Nedensellik Testi	49
3.4.5. Hacker-Hatemi-J(2006) Bootstrap Nedensellik Testi	49
3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE VARSAYIMLARI.....	50
DÖRDÜNCÜ BÖLÜM.....	51
BULGULAR VE TARTIŞMA.....	51
SONUÇ VE ÖNERİLER	62
KAYNAKLAR.....	66
ÖZGEÇMİŞ(VITAE)	75
EKLER.....	76
Ek A.1. Gsyih Birim Kök Testi Sonuçları.....	77
Ek A.2. Sağlık Turizmi Geliri Birim Kök Testi Sonuçları.....	81
Ek A.3. Turizm Geliri Birim Kök Testi Sonuçları	84
Ek B.1. Gsyih Ve Sağlık Turizmi Arasında Toda-Yamamoto Nedensellik Testi	

Sonuçları.....	88
Ek B.2. Gsyih Ve Turizm Arasındaki Toda-Yamamoto Nedensellik Testi	
Sonuçları.....	89
Ek B.3. Sağlık Turizmi Ve Turizm Arasındaki Toda-Yomamoto Nedensellik Testi Sonuçları.....	90
Ek C.1. Korelasyon Sonuçları	91
Ek D.1. Maki (2012) Eşbütünleşme Testi Tablo Değerleri.....	94



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1: Dünyada Sağlık Turizmi Trafiki Haritası.....	20
Şekil 2.2: Dünyada Sağlık Turizmi Hizmeti Veren Ülkeler Haritası.....	20
Şekil 2.3: Sağlık Turizminde Türkiye'nin Rekabetçilik Unsurları Şeması.....	31
Şekil 2.4: Türkiye'nin Termal Turizm Haritası.....	35
Şekil 4.5: Gayrisafi Yurtiçi Hasıla Zaman Yolu Grafiği.....	51
Şekil 4.6: Sağlık Turizmi Geliri Zaman Yolu Grafiği.....	52
Şekil 4.7: Turizm Geliri Zaman Yolu Grafiği.....	52
Şekil 4.8: Mevsimsellikten Arındırılmış Gayrisafi Yurtiçi Hasıla Zaman Yolu Grafiği.....	52
Şekil 4.9: Mevsimsellikten Arındırılmış Sağlık Turizm Geliri Zaman Yolu Grafiği.....	53
Şekil 4.10: Mevsimsellikten Arındırılmış Turizm Geliri Zaman Yolu Grafiği.....	53
Şekil 4.11: Gayrisafi Yurt İçi Hasıla İle Sağlık Turizmi Gelirleri Arasındaki Korelasyon İlişkisi.....	54
Şekil 4.12: Gayrisafi Yurt İçi Hasıla İle Turizm Gelirleri Arasındaki Korelasyon İlişkisi.....	55
Şekil 4.13: Turizm Gelirleri İle Sağlık Turizmi Gelirleri Arasındaki Korelasyon İlişkisi.....	55

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 2.1: Türkiye’de GSYH’nin Sektörel Gelir Dağılımı (%).....	27
Grafik 2.2: Türkiye’de Tarım, Sanayi ve Hizmet Sektörlerinin Büyüme Hızları(%).....	28
Grafik 2.3: Türkiye’de Sağlık Turizminin Turizmdeki Payı (%).....	29
Grafik 2.4: Sağlık ve Tıbbi Nedenlerle Gelen İl 10 Ülke.....	33



TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1: Dünyadaki 2000-2015 Yılları Arası Sağlık Harcamalarının GSYH'deki Yüzdelik Oran.....	17
Tablo 2.2: Dünyadaki 2000-2015 Yılları Arası Kişi Başı Sağlık Harcaması Bin(\$).....	18
Tablo 2.3: Türkiye'de 2002-2015 Yılları Arası Sağlık Personeli Sayısı.....	25
Tablo 2.4: Türkiye'de Yıllara Göre Kişi Başı ve Toplam Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının GSYH'deki Oranları.....	26
Tablo 2.5: Seçilmiş Ameliyatlar İçin Maliyet Karşılaştırılması Bin (\$).....	33
Tablo 2.6: Yıllara Göre Gelen Türk ve Yabancı Sayısı, Toplam Gelir.....	37
Tablo 2.7: Yıllara Göre Türkiye'ye Gelen Turist Sayısı, Turizm Geliri ve Ortalama Harcama.....	38
Tablo 2.8: Sağlık Turizm İle İlgili Yapılan Uygulamalar ve Sonuçları.....	40
Tablo 3.9: Zaman Serisi Analizi İçin Veri Setleri.....	45
Tablo 4.10: Değişkenler Arasındaki Korelasyon İlişkisi.....	54
Tablo 4.11: Birim Kök Testi Sonuçları.....	56
Tablo 4.12: Maki (2012) Eşbütünleşme Testi Sonuçları.....	57
Tablo 4.13: Toda-Yamamoto Nedensellik Testi Sonuçları.....	59
Tablo 4.14: Hacker&Hatemi-J(2006) Bootstrap Nedensellik Testi Sonuçları.....	59

KISALTMALAR LİSTESİ

AB: Avrupa Birliği
ABD: Amerika Birleşik Devletleri
ACHS: Australian Council On Health Care Standards
GSYİH: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
JCI: Joint Commission International
OECD: Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu
Vb: Ve Benzeri
QHA: Quantum Health Automation
WHO: World Health Organization
UNWTO: Birleşmiş Milletler Dünya Turizm Örgütü
ADF: Augmented Dickey-Fuller
PP: Philips-Perron

BİRİNCİ BÖLÜM GİRİŞ

1.1. GİRİŞ

Ekonominin üç temel bileşeninden birini oluşturan hizmet sektörü, insan emeğinin yoğun olarak yaşandığı sektörlerin başında gelmektedir. Gelişen ve gelişmekte olan ülkelere sağladığı yüksek katma değere sahip ve istihdamı artırıcı özelliğiyle hayati bir rol kazanmaktadır. Teknolojik ve haberleşme ağları bu sektöre olan talebi hızlandırmış ve bu şekilde ülkeler kendi yapılarına uygun olarak vermiş olduğu hizmet sektöründe dünya ticaret ağına katılarak rekabete girmektedir. Ülkelere sağladığı ekonomik getirisi sayesinde hizmet sektörü içinde önemli bir yere sahip olan turizm, dünyada sürekli gelişen ve değişen bir hizmet sektörüdür. Dinamik bir yapıya sahip olan turizm geçmişten günümüze doğru bir değişim göstermiş ve çeşitlenmiştir. Turizmin gelişimi ve buna bağlı olarak çeşitlenmesi ile farklı turizm dalları ortaya çıkmıştır. Bunun sonucunda turizmin önemli bir kolu olan ve dünyada hızlı gelişen hizmet sektörleri arasında sayılan sağlık turizmi olarak karşımıza çıkmaktadır.

Sağlık turizmi, insanların hem tedavi edici hem de hastalık önleyici olarak dünyanın çeşitli yerlerine gitmek amacıyla başlattığı seyahatlerden biridir. Başka bir deyişle ise kişilerin, kendi ülkeleri dışında sağlığı koruyucu ve geliştirici çeşitli tedavilerin uygulanmasında geçici olarak başka bir ülkede konaklamasıdır.

Sağlık kavramı, günümüzde ortaya çıkmış yeni bir kavram değil, bilakis tarih öncesi devirlerden günümüze kadar gelen sürece kapsamaktadır. İlk insanlar, herhangi bir hastalığa karşı deneme-yanılma yoluyla tedaviler yapmıştır. Bu deneme-yanılma metotları fayda vermiş ve bazı bitkileri hastalık tedavileri için kullanmışlardır.

İlk Çağ medeniyetlerin kurulduğu devirlere bakıldığında zaman, sağlığa verilen öneme dair birçok deliller vardır. Roma döneminde sağlıkla ilgili eserler verilmiş, Mısır döneminde papirüs kâğıtlarına tıbbi tedaviler yazılmış, Çin döneminde çeşitli

hastalık ve bunların ilaçları yazılmış, Yunan döneminde İskenderiye şehrinde bilimsel düşünceler yayılmış ve son olarak da Hint döneminde ise ilaçlar ve bazı cerrahi işlemler yer almıştır. Bilimin gelişmesiyle birlikte özellikle yazının icadı sayesinde bu devletler tıpla ilgili buldukları keşifleri yazmaya başlamış ve nesillere aktarmıştır. Kütüphane tarzı yerlerde özenle saklanan bu eserlerin korunması için önemli çabalar sarf edilmiş ve bu eserler günümüze sağlık tedavileri yönünden ışık tutmuştur. Ayrıca birçok devletin sıcak sular etrafında yapılar inşa ettiği görülmüş ve bu kaynaklardan istifade etmişlerdir. Bunun sonucunda sağlık turizmi hareketliliği yaşanmaya başlanmıştır.

Orta Çağa bakıldığında zaman, sadece astroloji, matematik, fizik gibi bilim dallarında değil aynı zamanda tıp alanında da yeni buluşlar sağlanmış ve bilim adamları yetişmiştir. Abbasi, Emevi, Selçuklu ve Osmanlı devletleri döneminde İslamın yeryüzüne yayılması ile birlikte dinin de etkisi ile yıkanma ve temizlenmeye önem verilmiş ve koruyucu sağlık hizmetleri önem kazanmıştır. Emeviler zamanında tıp ve bilimin yayılması için üniversite kurulmuştur. Abbasi devletinde Harun Reşid zamanında ilk hastane kurulmuş ve günümüz hastanelerinin temelini oluşturmuştur. Selçuklular döneminde tıp medresesi kurulmuş, Osmanlı döneminde ise çeşitli sağlık merkezleri kurulmuş ve bilim adamları yetişmiştir. Yine bu devirde birçok eser yazılmış ve İslam dünyası bu eserler sayesinde dünya uygarlıkları arasında saygın ve güçlü bir merkezi konuma gelmiştir. Bunun sonucunda Anadolu topraklarına sağlık hizmetleri alabilmek için turistik ziyaretler yapılmış ve sağlık turizm faaliyetleri gelişmeye başlamıştır. Avrupa ise bu dönemde ortaya konulan eserleri kendi dillerine çevirmiş ve bu tıbbi eserlerden faydalanarak Avrupa'yı karanlık döneminden aydınlık dönemine doğru bir sürece koymuştur.

Rönesans dönemine bakıldığında zaman, Avrupa'nın sadece edebiyat, kültür, sanat alanında değil sağlık alanında da önemli buluşlar gerçekleştirdiği bir devirdir. Özellikle İslam dünyasından çevirdikleri eserler sayesinde sağlık hizmetlerinde temel atmaya başlamış ve yeni bir uyanışın habercisi olmuştur. Fransa'da mineral bakımından zengin kaynaklar bulunmuş ve Avrupa'nın cazibe merkezi haline gelmiştir. Sağlık bakımından turistik şehirler kurulmuş ve bu bölgelere göçler sağlanmıştır. Günümüzdeki Avrupa'nın birçok sağlık hizmetleri bakımından temelini oluşturmuştur.

Rönesans dönemi sonrasında ise, dünyanın da yeni yeni keşfedilen yerlerin öğrenilmesiyle birlikte termal kaynaklar bulunmuştur. Avrupa devletlerinden

Hollanda ve İngiltere gibi devletler bu termal kaynaklarda koloniler kurmaya başlamıştır. Osmanlı'da ise İstanbul, Bursa gibi şehirler Avrupa ve Asya'nın durak yeri olmuştur.

Günümüze doğru gelindikçe ise sağlık turizmi çok gelişmiş ve dünyanın birçok ülkesinde hizmet verilmeye başlanmıştır. Artık insanlar sadece gezme, eğlenme ve yeni yerler görme dışında, sağlık turizmi kapsamında sağlık tedavileri almak istemektedir. Artan uzun yaşam, sağlıklı beslenme ve yaşlanma, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri hususunda daha duyarlı olunması gibi etkenler, insanları sağlık turizmi arayışlarına sevk etmiştir. İnsanlar sadece kendi ülkelerinde olan sağlık hizmeti imkanlarını değil aynı zamanda dünyanın herhangi bir yerinde sunulan sağlık hizmetini de araştırmaktadır. Gelişen teknolojik imkânlar, seyahat ve haberleşme ağları sayesinde sağlık turizmi faaliyetleri kolaylaşmış ve kaliteli sağlık hizmeti sunumu verilmeye başlanmıştır. Haberleşme ağları sayesinde çok kısa zaman içinde sağlık hizmeti sunumu yapan ülkelerin bilgilerine ulaşılabilmekte ve kolayca irtibat sağlanabilmektedir. Elbette bu hizmetleri insanların kendilerinin yapmaları bir o kadar da kolay değildir. Öncelikle hastanın gideceği ülkeden nasıl tedavi alacakları, tedavinin süresi, kalite ve hizmet sunumu, kendi ülkesine göre fiyat avantajları, güvenlik, mahremiyet, ve vize işlemleri gibi şüphelerin giderilmesi gereklidir. Bu konuyla ilgili birçok aracı kurum oluşmuş, dünyada verilen en iyi sağlık hizmeti arzını araştırmış ve insanların ulaşımına sunmuştur.

Sağlık turizmi zamanla kendi içinde kollara ayrılmıştır. Bu kollar; Medikal Turizm, Yaşlı Turizm ve Termal Turizm'dir. Sağlık turizm türleri incelendiği zaman, Termal turizm, yeryüzeyine yakın olarak oluşan suların, magnezyum, demir, fosfat ve mineral bakımından zengin olan sıcak kaplıcalar, ılıcalar olarak karşımıza çıkmaktadır. İnsanlar bu sağlık hizmetlerinden yılın belirli aylarında istifade etmektedir. Bu sektörde Osmanlı zamanından kalan birçok kaplıca merkezine sahip olan Macaristan öncü konumdadır. Türkiye, bu alanda zengin kaynaklara sahip olmasına rağmen, reklam ve tanıtım kampanyalarının eksikliğinden dolayı henüz istediği payı elde edememiş önemli bir pazar haline gelememiştir.

Medikal ve yaşlı turizm, tedavi edici sağlık hizmetini yani başka bir değişle ülkelerin genel olarak klinik, hastane ve rehabilitasyon hizmetlerini kapsamaktadır. İnsanların başlıca aldığı sağlık hizmeti talebine örnek vermek gerekirse, bypass ameliyatı, göz, ortopedi, diş protezi, plastik cerrahi, kısırlık, tüp bebek, saç ektirme gibi tedaviler gelmektedir. Bu kapsamda ülkelerin sunduğu sağlık hizmetinin

yetişmiş uzman profesyoneller tarafından yapılması ve ileri donanımlı teknolojik cihazların kullanımı sayesinde, sağlık hizmeti talebini etkilemesi de muhtemeldir. ABD, Singapur, Tayland, Hindistan, Almanya, Malezya ve Türkiye bu sektörde dünyanın en önde gelen sağlık hizmeti sunucularıdır. Her yıl yüzlerce hasta tedavi amaçlı bu ülkeleri ziyaret etmektedir.

Devletlerin sağlık hizmetleri sunumu, toplumun sağlık düzeyleri ve ekonomik gelişmeleriyle yakından ilgilidir. Ülkelerin gelişmişlik seviyelerine göre sağlık harcamaları, GSYİH'nın %2- %16 arası bir paya sahiptir. Bunun sonucunda sağlık turizmi, günümüzde dünyadaki önemi gitgide artan bir sektör haline gelmektedir. Büyük bir döviz kaynağı ve ülke içinde önemli bir istihdam olanağı sağlayan bir endüstriye dönüşmüştür. Ayrıca ülkelerin ekonomik gelişimine sağladığı yapısal katkılarla da kalkınmasını sağlamaktadır. Bunun yanı sıra 100 milyar doları geçen bir kr hacmine ulaşmasıyla birlikte dikkatleri üstüne çekmesini bilmiştir. Sağlık turizmi hizmeti veren devletler, bu sektrdan istediği payı maksimize etmeği arzu etmektedirler. Bu piyasadan istediği payı almak ve yeni yollar araştırmak için girişimlere başlamıştır. Bu yüzden sağlık turistlerinin özellikle üzerinde durduğu konulardan kalite ve akreditasyon faktörü gelmektedir. Bu akrediteyi yapabilecek en iyi uluslararası akreditasyon kurumları, ABD Joint Commission İnternational (JCI), İngiltere Quantum Health Automation (QHA), Australian Council On Health Care Standards (ACHS)'dır. Bu uluslararası akreditasyon kurumları sayesinde ülkelerin dünya sağlık hizmetleri sunumu hakkında aldığı onay ile güvenilir ve kaliteli sağlık hizmeti sunumu verilebilmektedir. Hastanelerini, rehabilitasyon merkezlerini, poliklinik ve laboratuvarlarını bu şekilde akredite eden kurumlar, ülkelerini bulundukları coğrafyada ve dünya devletleri arasında önemli bir cazibe merkezi haline getirmeyi hedeflemektedirler.

Türkiye'ye bakıldığı zaman sağlık turizmi gelişmekte olan bir sektör haline gelmiştir. Son 15-20 yıllık bir süreçte Türkiye bu konuda önemli atılımlar gerçekleştirmiş ve 52 tane hastanesini, uluslararası akreditasyon kurumları tarafından akredite edip hizmet sunumu vermektedir. Türkiye, Devlet Kalkınma Planlamaları ve Sağlıkta Dönüşüm Planlamalarında bu konuya geniş yer vermiş ve yeniliklere başlamıştır. Ayrıca sağlık turizmi için Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü Başkanlığı kurulmuştur. Bu kurum, gerek yurt içinde ve gerekse de yurt dışında tanıtım kampanyalarına, kongrelere ve fuarlara katılarak Türkiye'nin dünyada bilinirliğini sağlamaktadır. Türkiye, yaptığı yeniliklerle sağlık hizmetlerinin

verimliliğini ve kalitesini yükseltmiştir. Bu yenilikler sadece kamu hizmetleri ile kalmayıp özellikle özel sektör halinde gelişmiştir. Her yıl yüzlerce sağlık turisti, tedavi hizmeti almak için Türkiye'yi tercih etmektedir. Yurtdışından sağlık amaçlı gelen turistlerin birçoğu kamu hastanelerinden ziyade, özel hastaneleri tercih etmektedir. Türkiye'nin yetişmiş uzman profesyonel insan gücü, teknolojik alt yapı ile oluşturulmuş modern hastaneleri ile dünya standartlarında hizmet vermektedir.

Her yıl artan bir şekilde Türkiye'ye gelen yüzlerce hasta, göz, diş, kalp, plastik cerrahi ve saç ekimi gibi branşlarda sağlık hizmeti almaktadır. Özellikle yaşlanan nüfusu ve sağlık hizmeti sunumu pahalı olan AB ve ABD gibi ülkeler için büyük bir merkezi öneme sahip olan Türkiye avantajlı konumdadır. Sunduğu kaliteli ve ucuz sağlık hizmeti ve buna ilaven bekleme sürenin kısa olmasından dolayı önemli bir dünya aday ülkesidir. Diaspora olarak adlandırılmış olan vatandaşların kendi anavatanı olan ülkelerde sağlık hizmeti alması için yapılan yolculuklar sayesinde başta Almanya ve sonra gelen Hollanda gibi Türk vatandaşlarımızın büyük nüfuslu olduğu ülkelerden gelecek Türk kökenli vatandaşlarımız, Türkiye için de ayrı bir önem atfetmektedir. Eğer Türkiye bu potansiyeli doğru olarak kullanmasını bilirse her yıl önemli bir miktarda döviz girdisiyle, ekonomik büyüme üzerine olumlu katkılar sağlaması beklenmektedir.

Bu çalışmada, sağlık turizminin ekonomik büyüme üzerine etkisinin incelenmesi adına TÜİK veri tabanından elde ettiğimiz 2003:1-2016:4 yılları arası çeyrek dönemlik sağlık turizmi geliri ile gayrisafi yurtiçi hâsıla verileri kullanılmıştır. Ayrıca turizm gelirleri de araştırmaya dahil edilmiş olup ampirik olarak analiz edileceklerdir. Bu çalışma 4 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, sağlık turizminin eski çağlardan günümüze doğru gelişi hakkında genel bir bilgi verilmiştir.

İkinci bölümde, turizm ve sağlık turizmi kavramları, sağlık turizm çeşitleri, dünyada ve Türkiye'de sağlık turizminin ekonomik boyutları üzerinde durulmuştur. Önceki çalışmalarda yapılan uygulamalar ve sonuçları hakkında bilgi verilmiştir.

Üçüncü bölümde, materyal ve yöntem hakkında bilgi verilmiştir. Araştırmanın problemi, amacı, önemi, sınırlılıkları ve varsayımları ortaya koyulmuştur. Eviews 9.0 ekonometrik zaman serisi analizi kullanılarak, birim kök testi, korelasyon ilişkisi, Maki(2012) eşbütünleşme testi, Toda-Yamamoto(1995) nedensellik testi ve Hacker-Hatemi-J (2006) Bootstrap nedensellik testi uygulanmış sağlık turizminin ekonomik büyüme üzerine etkisi sonuçlarına yer verilmiştir.

Araştırmanın son bölümünde ise elde ettiğimiz sonuçlara göre uygulanan ekonometrik analizlerde, sağlık turizminin ekonomik büyümeye etkisine dair elde edilen bulgular desteklenmiştir. Benzer şekilde turizm gelirlerinin de ekonomik büyümeye olan katkısı ayrıca görülmüştür.



İKİNCİ BÖLÜM LİTERATÜR

Sağlık turizmi ya da başka bir deyişle tıbbi turizm, Türkiye için yeni bir kavram olarak görülmektedir. Bu alandaki çalışmalar 1990 yılından itibaren yazılmaya başlanmış ve gelişmekte olan bir hizmet sektörü haline geldiği görülmektedir. Özellikle Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelere sağlık turizm sektörü döviz girdileriyle önemli maddi kaynaklar sağladığı ve ekonomik büyümeyi pozitif yönlü olarak etkilemektedir. Bu bölümde, turizm kavramı ve kapsamı, sağlık turizmi kavramı, sağlık turizm çeşitleri, dünyadaki sağlık harcamaları, dünyada ve Türkiye’de sağlık turizminin ekonomik boyutları, dünyada sağlık turizmi sunan başlıca ülkeler ve sağlık turizmi ile yapılan ampirik çalışmalara yer verilecektir.

2.1. TURİZM KAVRAMI VE KAPSAMI

Turizm, geçmiş tarihe bakıldığında zaman zaman yeni bir kavram olmadığını görmekteyiz. İnsanlar gerek dini gerek ekonomi ve gerekse de ticari olarak başka yerlere gitme amaçlı seyahatler yapmıştır. Dünyanın yedi harikasından birisi olan Mısır piramitlerinin ziyaretleri, Eski Yunan’da dünyada bilinen Olimpiyat oyunlarının seyredilmesi, Evliya Çelebinin Seyahatnamesi gibi ziyaretler bilinen ilk turizm seyahatleridir. Buradan hareketle turizm kavramını kısaca açıklamak gerekirse; “Turizm, Latince “tournus” sözcüğünden türetilmiş olup dönme, dönüş anlamına gelmektedir. Dönmek anlamına gelen “tourner” ve “tour” kelimeleri ise Fransızca’da halen kullanılmaktadır”(Dinçer,1993:5).

Turizm günümüzde insanların yeni yerler görmek, bulunduğu yer ya da ülkeden başka yerlere gitmek, tatil ve gezi amaçlı veya kültürlerarası bir etkileşimin sonucu olarak gittiği yerin tarihi ve mimari yerlerini görme isteği olarak karşımıza çıkmaktadır.

Gerek yoğun iş hayatı ve gerekse yaşanan psikolojik bunalımlar insanları

turizm faaliyetine sevk etmiştir. Bunun sonucu olarak bazı insanlar turizmi kendileri için bir zorunluluk olarak görmüş ve yılın belirli aylarında turizm faaliyetlerine katılma gereği duymuşlardır. Turizmin günümüzdeki çağdaş şekline gelmesindeki en önemli faktör hiç şüphesiz Sanayi Devrimi'dir. İngiltere'de başlayan Sanayi Devrimi, getirdiği yeniliklerle turizm kavramını daha da genişletmiş ve yeni bir olgu olarak karşımıza çıkarmıştır. Sanayi Devrimi'nin getirdiği yeniliklere bakıldığı zaman iş olanaklarının çeşitlenmesi ile birlikte insanların refah seviyelerinin yükselmesi ve buna bağlı olarak turizm talebini satın alma gücünü ortaya çıkarmıştır. Böylece uluslararası turizm faaliyetleri yaygınlaşmış ve günümüzdeki turizm seyahatlerinin hız kazanmasına yol açmıştır. Günümüze doğru gelindikçe turizm kavramı genişlemiş ve turizm sektörüne birçok yeni turizm faaliyeti girmiştir. Kaynaklarda turizm ile ilgili birçok tanım yapılmıştır. Çokça tanımların yapılması turizmin kişiler tarafından farklı şekilde yorumlanması ve insanların turizmi algı seviyelerinin kişiden kişiye, devletten devlete değişiklik göstermesi olayı yatmaktadır.

Turizm, kendi içinde birçok özelliği vardır. Turizm sadece sosyal amaçlı yapılan bir tür etkinlik değil aynı zamanda ekonomik ve kültürel olarak da birçok özelliği mevcuttur. Olalı'ya göre turizmin özelliklerini sıralamak gerekirse; (Olalı, 1988: 21).

- Öncelikli olarak turizm insanların değişik maksatlarla belirli bir süre dahilinde seyahat ve konaklamalarını kapsamaktadır
- Turizm insanların yaşadıkları yer haricinde, sürekli olarak kalmamak üzere farklı amaç dahilinde yapılan geçici konaklama ve seyahatleri kapsamaktadır
- Turizm, liberal bir atmosfer içinde yapılan hareketler bütünüdür
- Turizm, insanların spor, sağlık, dinlenme, rehabilite olma, kültür, yeni yerler görme, din gibi nedenlerle yaptıkları konaklama ve seyahatleri içermektedir
- Turizm, bir yanda gidilen yerde 24 saati veya bir gecelemeyi aşan konaklamaların meydana getirdiği statik elemanı, diğer yandan seyahatleri kapsar
- Turizm, aynı zamanda sosyal bir olaydır
- Turizm aynı zamanda bir endüstri olup sadece konaklama ve seyahatten

ibaret değildir.

Turizmin özellikleri ile ilgili birçok madde sıralanmış ve her yapılan ziyaretin turizm olmadığı kanısını ortaya çıkarmıştır. Bu maddelere ilaveten turizm, konaklama, yeme-içme, eğlenme vb. gibi geniş bir kapsama sahip olduğu için sürekli gelişmekte ve değişmektedir. Ülkelerde yaşanan ekonomik krizler, salgın hastalıklar, savaş ve terör gibi unsurları barındıran yerlerden çok çabuk bir şekilde olumsuz olarak etkilenmektedir.

2.2. TURİZM TÜRLERİ

Turizmin birbirinden farklı birçok kolu vardır. Ülkeler bu kolları genişletmek için her yıl gayrisafi yurtiçi hâsıla(GSYİH) oranlarından önemli bir miktarda kaynaklar ayırmaktadır. Bunun sonucunda gerek yurt içinde ve gerekse de yurt dışında çeşitli tanıtımlar yaparak sahip oldukları doğa güzelliklerini, tarihi ve mimari yapılarını, sıcak denizlerini, sağlık hizmetlerini ve daha birçok turizm güzelliklerini sunmayı arzu etmektedirler. Buradan hareketle turizmin en güncel türlerine değinmek gerekirse;

2.2.1. Sağlık Turizmi

Sağlık turizmi; “kaplıca veya diğer sağlık merkezlerine seyahat eden kişinin fiziksel iyilik halini geliştirmek amacıyla yapılan ziyaretlerdir (Dünya Turizm Örgütü, 2013).

2.2.2. Kış Turizmi

Gelişen şehirler ve günlük hayatın temposundan yorulan kişiler bu ortamdan kurtulabilmek için yazın sahil beldelerine, kışın ise dağlık ve kar yağışının bol olduğu yerleri tercih etmektedirler. Bu tercih sebebi ile kış turizmi ortaya çıkmış ve giderek gelişmiştir (Bulut, 1999:16).

2.2.3. Yat Turizmi

Yat turizmi de son yıllarda büyük gelişme gösteren sektörlerden biridir. Bu turizmi cazip kılan ve gelişmesindeki en önemli faktör ise spor ve tatilin bir arada yapılabilir olmasıdır. Ülkemiz yat turizminde özellikle 1975 yılından itibaren büyük gelişmeler göstermiştir. Yat turizmi için çoğunlukla Ege ve Akdeniz sahilleri tercih edilmektedir (Bulut, 1999:17).

2.2.4. Gençlik Turizmi

Seyahat, gençlerin yeni yer ve yaşamları görüp tanımaları, kişiliklerini geliştirmelerinde ve sosyal ilişkilerini geliştirmelerinde başvuran önemli yollardan biridir. Turizm hem seyahat hem de öğrenmeyi aynı anda sağlayan önemli bir etkinliktir. Bu sebeple gençlik turizmi önemi artan bir sektör halini almıştır. Gençlik kampları vb. etkinlikler bu sektör içerisinde gösterilebilir (Turizm ve Kültür Bakanlığı-a, 2014).

2.2.5. Üçüncü Yaş Turizmi

Bakıma muhtaç yaşlıların, bakım ihtiyaçlarını giderebilme amacıyla başka - ülkelere seyahat etmelerine yaşlı turizmi denilmektedir (Çetinkaya ve Zengin, 2009:81-172).

2.2.6. İnanç Turizmi

Dini yönden önem taşıyan merkezlere yönelik turizm etkinlikleri dini turizm kapsamına girmektedir. Bu amaçla Türkiye’de Efes antik ve Hatay’da Hristiyanlarca kutsal kabul edilen St.Piyer Kilisesi’ne yönelik ziyaretler ile müslümanların Hac ziyaretleri birer dini turizm faaliyetidir (Maviş ve Akoğlan,1997:27).

2.2.7. Kongre Turizmi

Kongre turizmi, insanların devamlı olarak çalıştığı ya da konakladığı yerlerin haricinde uzmanlık isteyen meslek gruplarında, akademik alanlarda belli bir konuda öğrenim alanı oluşturmak ve bilgi-alışverişinde bulunmak için biraraya geldikleri turizm faaliyeti ve etkinliğidir (Öğüt vd., 2003).

2.2.8. Dağcılık Turizmi

Dağların temiz ve güzel havasından yararlanmak üzere insanların dağlara yönelik olarak gerçekleştirdikleri turizm türüdür. Dağ turizmi yürüyüş ve tırmanma şeklinde gerçekleştirilebilmektedir. Giderek kirlenen kentlerin yaşanmaz hale gelmesi dağ turizmi gibi insane ile doğayı yakınlaştıran turizm türlerini genişlemesine yol açmaktadır. Türkiye’de en son yıllarda üniversitelerin dağcılık kulüpleri ile başlayan dağcılık, seyahat acentaları tarafından paket turların gerçekleştirildiği bir turizm türü olarak giderek gelişmektedir (Maviş ve Akoğlan,1997:25-26).

2.3. SAĞLIK TURİZMİ

Sağlık turizmi, “genel olarak sağlığın geliştirilmesi, sağlığın korunması ve sağlığın geri kazanılması amacıyla başlayan ve sağlık hizmetleri unsurlarının yanı sıra tatil unsurlarını da kapsayan seyahatler, konaklamalar ve organizasyonlardan doğan olay ve ilişkinin bütünü” olarak tanımlamak mümkündür (Gençay, 2007; 2012:172).

Sağlık turizminin tanımı, kavramı ve işleyişi ile ilgili birçok tanım yapılmıştır. Sağlık turizmi denince kaplıcalar, termal sular vb. unsurlar ilk akla gelmektedir. Sağlık turizmi sadece termal turizm değil aynı zamanda medikal turizm olarak da sağlığı geliştirici ve koruyucu, hastane ve klinik hizmetlerinden faydalanmayı da içerir. Bunun yanı sıra sağlık turizmi seyahat etmenin dışındaki ziyaretleride kapsayan bir turizm türüdür. Sağlık Bakanlığı tarafından ise sağlık turizmi; “sağlığına kavuşmak için bir ülkeden başka bir ülkeye herhangi bir sebeple tedavi amaçlı gidilmesi” olarak ifade edilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Sağlık turizminin son zamanlardaki gelişimiyle birlikte dünyadaki yaklaşık 600 milyon sağlık turistinin yaptığı harcamalarla, 100 milyar doları aşan kâr hacmi ile dünyanın dikkatini çekmektedir. Bu harcamalar ülkelerin ekonomik yapılarına, döviz girdileriyle önemli katkı sağlamaktadır. Geçtiğimiz 10-15 yıl önce kısıtlı imkânlara sahip iken şu an küreselleşme ile birlikte insanlar sadece kendi ülkelerinin sağlık imkânları ile yetinmeyip aynı zamanda başka devletlerin de sağlık hizmetlerini araştırma gereği duymuştur. Ucuz ve kaliteli sağlık hizmeti alabilmek için kıta aşırı ülkeler bile günümüzdeki ulaşım imkânlarıyla tercih edilebilmektedir. İnsanlar genellikle medikal ve yaşlı turizmi kapsamında hastane, klinik ve rehabilitasyon hizmetlerinden faydalanırlar. Sıklıkla başvuru alan branşlardan ilk olarak göz, diş, kısırlık tedavisi, diz protezi, bypass ameliyatı, saç ektirme, tüp bebek gibi rahatsızlıklar gelmektedir. Termal turizm kapsamında ise kaplıcalar ve ılıcalar tercih edilmektedir.

Sağlık turizmi, hem ülkelere sağladığı döviz getirisi hem de ülke içinde istihdamı artırıcı yeni iş olanakları sağlaması bakımından dünya ülkeleri için cazip hale gelmektedir. Bu yüzden sağlık turizmi yatırımlarına yönelik girişimlerde bulunan devletler için büyük önem arz etmektedir. Buradan hareketle sağlık turizmin kendi içinde bazı özellikleri vardır. Aşağıdaki maddelerde sağlık turizmin özellikleri beş madde halinde özetlemiştir (Özalp, 2005:98).

- Sağlık turizminde teknik donanım ve iş gücü gerektiren bir turizm türüdür

- Sağlık turizminde, hizmeti sunan sağlık kuruluşunun uluslararası standartlara uygun hizmet sunması önem taşımaktadır
- Hasta ve refakatçileri için farklı turizm türlerinin geliştirilmesini destekleyen, katma değeri yüksek bir turizm türüdür
- Seçilmiş olan hedef pazara yönelik devlet destekli, farklı dillerde, tanıtım ve pazarlama faaliyetleri gerekmektedir
- Yapılan bu tanımlarda hedef olarak öncelikli hastaların yurt dışında hizmet almasını destekleyecek sigorta ve sağlık kuruluşları seçilmelidir.

2.4. SAĞLIK TURİZM ÇEŞİTLERİ

Turizm, dinamik ve değişken bir yapıya sahip olduğu için zamanla kendi içinde birçok kola ayrılmıştır. Buna paralel olarak sağlık turizmi de kendi içinde çeşitli kollara ayrılmıştır. Bu kolların türleri sağlık hizmeti sunumu yapan ülkelerin sunduğu hizmetle yakından ilgilidir. Bu turizm türlerine bakmak gerekirse;

- Termal(Kaplıca) Turizm
- Medikal Turizm
- Yaşlı Turizm

2.4.1. Termal Turizm

Termal turizm veya kaplıca turizmi; mineralize termal su banyosu, içme, inhalasyon, çamur banyosu gibi çeşitli türdeki yöntemlerin yanında, iklim kürü, fizik tedavi, rehabilitasyon, egzersiz, psikoterapi, diyet gibi destek tedavilerini de kapsayan turizm hareketleri olarak tanımlanır (Akat, 2000:22-23).

Başka bir deyişle termal turizm, yeryüzüne yakın olan volkanik arazilerin yer altındaki suları ısıtması ve toprakta bulunan demir, fosfat, magnezyum gibi mineral bakımından zengin olan kaynaklarda belirmesidir. İnsanlar bu kaynaklarda üstüne yapılar inşa ederek kapatmış ve kullanıma hazır hale getirmişlerdir. Mineral bakımından zengin olan bu jeotermal kaynakların kullanımı gün geçtikçe artmış ve günümüze kadar ulaşmıştır. Termal ya da kaplıca turizmi olarak da adlandırılan bu turizm şekli en eski tedavi yöntemlerinden biridir. İnsanlık var olduğundan beridir bu tedavi yöntemi kullanılmaktadır. Bu turizm türüyle ilgili birçok termal hamamlar geçmişten günümüze kadar ulaşmıştır. Başta Roma İmparatorluğu olmak üzere

Mısırlılar ve Türkler bu kaynaklardan istifade etmişlerdir. Anadolu'da ise özellikle Selçuklu ve Osmanlı devletleri bu sağlık hizmetlerinden faydalanmışlardır. En önemli termal turizm varış yerleri Almanya, İtalya, Macaristan, Çek Cumhuriyeti gibi ülkelerdir.

Günümüzde termal kaynakların kullanımı çeşitlenmiştir. Termal turizm ile birlikte çeşitli egzersizler, diyet programları, kür tedavileri, fizik tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri de eklenmiştir. Günümüzde sağlık bilincinin artması, sağlıklı yaşlanma, kendini zinde hissetme, rahatlama ve artan uzun yaşamla birlikte insanların sadece hastalandıktan sonra değil, hastalık başlamadan önce koruyucu sağlık hizmeti alma isteği doğmuştur.

2.4.2. Medikal Turizm (Tıp Turizmi)

Aydın ve Yılmaz'ın ifadesine göre medikal/tıp turizmi, turistin halini daha iyi duruma getirmek üzere yapılan tıbbi etkinlik veya işlemdir (Aydın ve Yılmaz, 2010).

Başka bir ifadeyle medikal turizm, insanların sağlık hizmeti alabilmek için bulunduğu ülkeden başka bir ülkeye yaptığı ziyaretleri kapsar. Sağlık hizmetlerine olan hassasiyetin artması, daha bilinçli bir kitlenin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Buna paralel olarak koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerine olan talepte artmıştır. Bu yüzden insanlar, koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmeti alabilmek için bulunduğu yer veya ülkesi dışına ziyaretler yaparak sağlık turizm hareketine dahil olmaktadır. Bu hareketliliğin artmasıyla birlikte medikal turizm, devletler için önem arz etmeye başlamıştır.

Medikal turizm, turizm sektörü içinde hızlıca gelişmekte olan, ayrıca sağladığı yüksek gelir ve döviz katkılarından dolayı sağlık turizminin en önemli zincirini oluşturmaktadır. Gelişmiş ülkelerde gelişmişlik ve refah seviyesinin artmasına binaen, sağlık hizmeti sunumu da pahalıdır. Bu yüzden devletler, bütün sağlık hizmeti talebini karşılayamamaktadır. Gelişmemiş ülkelerde ise ekonomik yapının sağlık hizmetlerini karşılamasındaki zorluklar, kısıtlı imkanlar ve sağlık hizmeti sunumunun zorluğu gibi sebeplerden dolayı hem kişiyi hem de devletleri medikal turizm kapsamında yeni girişimlere yöneltmiştir. Artık günümüzde var olan ulaşım imkanları sayesinde medikal turizm faaliyetleri bir hayli kolaylaşmıştır.

Küreselleşme ile birlikte iletişim ağlarının da gelişmeye başlaması, birçok kolaylığı da beraberinde getirmiştir. İnsanların yaşam standartlarının yükselmesine

paralel olarak, daha kaliteli ve ucuz sağlık hizmeti alabilmek için başka ülkelerin kapısını alabilmektedir. Özellikle 21. y.y’da insanların koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetleri hususunda daha çok bilinenmesi ile birlikte, sağlığa verilen önem artmıştır. Bunun sonucunda İnsanları ve ülkeleri medikal turizmine iten bazı sebepler olmuştur. Bu sebepleri maddeler halinde sıralamak gerekirse;

- Sağlık hizmeti sunumun pahalı olması
- Sağlık hizmeti sunacak sağlık personellerinin azlığı veya yetersizliği
- Herhangi bir sebepten dolayı alınacak olan sağlık tedavi hizmetlerinin bilinmesinin istenmemesi
- Tedavi olma ile birlikte seyahat yapma düşüncesinin de varlığı
- Daha kaliteli sağlık hizmeti alma isteği
- Sağlık hizmetleri sunumunun kalitesiz olması
- Sosyal güvenlik kurumlarının sağlık hizmetlerini karşılamada sıkıntılar çekmesi

Medikal turizm kapsamında insanların alacağı sağlık hizmeti, kendi ülkelerinde alacakları sağlık tedavileri masrafları bakımından %30-%60 arası kadar tasarruf sağlamaktadır. Buna ek olarak sağlık tedavilerinin kendi ülkesine binaen kısa olması münasebetiyle de insanlar için medikal turizm daha cazip hale gelmektedir. lkeler bununla ilgili çalışmalar başlatmış ve medikal turizm kapsamında kendi aralarında antlaşmalar yapmıştır.

lkelerde bulunan sağlık potansiyeline göre verilen sağlık hizmeti sunumu çeşitlilik arz etmektedir. Dünyada en sık medikal turizm kapsamında verilen hizmet türlerine bakmak gerekirse; ortopedi, kanser tedavisi, kalp tedavileri, nakiller, diş tedavisi, bariatrik cerrahi işlemleri, alternatif tıp, kök hücre işlemleri, estetik cerrahi, kısırlık tedavileri, rehabilitasyon ve geriatric tedavilerdir. Bu dallar medikal turizmde başlıca sunulan sağlık hizmetleridir. Bu hizmetler tıbbi müdahaleler, uzmanlık ve cerrahi girişimlere bağlı olduğu için bir hayli zor ve hayatidir. Bu yüzden medikal turizmin sunumu da profesyonel sağlık personeli tarafından yapılmaktadır. Dünyada medikal turizm olarak Asya kıtası n plandadır. Tayland, Hindistan, Singapur her yıl artan sayısıyla 2 milyona yakın hastaya hizmet vermektedir. Türkiye de bu sektörde olduğunu gerek profesyonel sağlık personeli, gerekse de ileri teknolojik sağlık imkanları ile dünya devletleri arasına girmeyi başarmıştır. İleri ki konularımız arasında bu konuya ayrıntılı olarak değinilecektir.

İnsanlar, medikal turizm kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinden faydalanmak için başka ülkelerin kapısını çalmaktadır. Almak istenen sağlık hizmeti kendi ülkeleri ile kıyaslandığı zaman bazı avantajları da beraberinde getirmektedir. Bu yüzden medikal turizmi geliştiren etkenleri sıralamak gerekirse; (www.kulturturizm.gov.tr).

- Uzun süren hasta bekleme sürelerinden kurtulmak
- Daha kaliteli ve daha kısa zamanda hizmet almak
- Yüksek sağlık teknolojilerine ulaşmak
- Sağlık hizmeti maliyetini düşürmek
- Kronik hastaların, yaşlıların ve engellilerin başka ortamlara gitmek ve tedavi olma isteklerinin oluşması
- Uyuşturucu ve farklı bağımlılıkları olan kişilerin farklı veya daha uygun ortamlarda olma istekleri
- Tedavi olmanın yanı sıra gezme ve kültür ziyaretlerinde bulunma isteği
- Kişinin hayata tutunma ve yaşam isteği

Son olarak medikal ya da tıp turizmi tanımları ve yorumlanış şekilleri ülkeden ülkeye değişebilmektedir. Turizmin en önemli kolunu oluşturan sağlık turizmi, diğer bir deyişle tıp turizmi, turizm içindeki en önemli alt kolunu oluşturmaktadır. Bunun altında yatan sebep ise bu sektörün ana faktörü insan olması yatmaktadır.

2.4.3. Yaşlı ve Engelli Turizmi

Yaşlı ve engelli turizmi, yaşlı ve engelli turistlerin bakım ve rehabilitasyonu amacıyla Klinik Konukevleri, Geriatrik Tedavi Merkezleri, Bakım Evlerinde eğitim almış sertifikalı personel tarafından yapılan uygulamalardır (Aydın ve Şeker, 2011:6).

Yaşlı turizmi genellikle 65 yaş üstü kişileri kapsayan bir turizm çeşididir. Bu yüzden bakıma ihtiyacı olan yaşlıların, sağlık ihtiyaçlarını karşılaması için yaptığı seyahat olayıdır. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en büyük problemlerinden birisi de ülkenin yaşlı nüfus sayısının artmasıdır. Yaşlı nüfusun artması, bakıma muhtaç olan bir kitlenin oluşumuna neden olmaktadır. Ölüm oranlarının azalmasına paralel olarak, doğum oranlarının da düşmesi, bu yaşlı kitle nüfusunu artırmaktadır. Hatta bazı ülkelerde bu yaşlı kitle 15 yaş altı genç nüfusla başa baş gitmektedir.

Elbette artan yaşlı nüfusun ülke ekonomisine getirdiği bazı zorluklar vardır. Kronik hastalıkların artması, sürekli tedaviye ihtiyaç duyulan bir kitlenin varlığı gibi nedenlerden dolayı ülkeleri zora sokmaktadır. Bu yaşlı kitle, ülke ekonomileri için problem teşkil etmesinin yanında, sigorta şirketlerini de zora sokmaktadır. Artan bir şekilde sağlık harcamaları, ülke ekonomisi ve büyüme için de önemli bir tehdittir. Bunun sonucu olarak hem devletleri hem de sigorta şirketlerini bu hizmeti sunan, özellikle kaliteli ve ucuzluk bakımından uygun olan Türkiye, Tayland, Macaristan, Hindistan, gibi ülkelerin sağlık hizmetlerine sevk etmektedir. Bu ülkelerle paket programlar yaparak kendi vatandaşlarını gönderen ülke sayısı her yıl artmaktadır.

2.5. DÜNYADA SAĞLIK TURİZMİ

Her yıl önemli bir oranda büyüme gösteren sağlık sektörü en çok istihdamın sağlandığı hizmet sektörlerinden biridir. İnsanlık var olduğu müddetçe bu sektöre olan yatırım ve teşviklerin devam etmesi beklenmektedir. Özellikle Sanayi Devrimin'den başlayarak meydana gelen kentleşme, hava kirliliği, hızlı nüfus artışı gibi çevre sorunları, insan sağlığını bozmakta ve verimliliği tehdit etmektedir. Bu tehdit ülkelerin sağlık harcamalarını da etkilemektedir. Buna paralel olarak, ülkelerin gelişmişlik seviyelerine göre yaptığı sağlık harcamaları da birbirinden farklılık göstermektedir.

Bir ülkenin ekonomik büyümesi ve o toplumun sağlık düzeyleri arasında yakın bir ilişki söz konusudur. Gelişmiş devletlerin ekonomileri nasıl büyüyorsa buna binaen, sağlık sektörleri de büyümektedir. Bu yüzden ekonomik büyüme, sağlık sektöründen doğrudan ya da dolaylı olarak etkilenmektedir. Günümüzde sağlık turizmi, turizm sektörü içinde hızlı bir şekilde büyüyen ve gelişen bir sektör haline gelmiş durumdadır. Sağlık turizminin sağladığı ekonomik getirisi ve istihdamı artırıcı katkılarıyla ülke ekonomilerinin önde gelen endüstrileri arasındadır. Bunun yanı sıra sağlık turizmi ülkeye yabancı döviz girdisiyle de önemli faydaları olmaktadır. Bu yüzden sağlık turizmi ülkelerin milli gelir oranlarına, ekonomik kalkınmalarına ve bütçe açığının giderilmesine önemli katkıları olmaktadır.

Aşağıdaki tablolarda dünyada ilk on ülkenin 2000-2015 yılları arası sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hâsıla oranlarındaki payı ve yaptığı kişi başı sağlık harcamalarını göstermektedir.

Tablo 2.1. Dünyadaki 2000-2015 Yılları Arası Sağlık Harcamalarının GSYİH'deki Yüzdelik Oranı (%) (OECD,2017)

Yıllar	A B D	A L M A N Y A	F R A N S A	J A P O N Y A	A V U S T R Y A	İ S V İ Ç R E	İ S V E Ç	H O L L A N D A	K A N A D A	B E L Ç İ K A
2000	12,5	9,8	9,5	7,4	9,2	9,3	7,4	7,1	8,3	7,9
2001	13,2	9,8	9,7	7,6	9,3	9,7	8,0	7,4	8,7	8,1
2002	14,0	10,1	10,0	7,7	9,4	10,1	8,4	8,0	8,9	8,3
2003	14,5	10,3	10,0	7,9	9,6	10,4	8,5	8,5	9,0	9,1
2004	14,5	10,1	10,1	7,9	9,6	10,4	8,3	8,5	9,1	9,1
2005	14,5	10,2	10,2	8,1	9,6	10,3	8,3	9,4	9,1	9,0
2006	14,7	10,1	10,1	8,1	9,5	9,8	8,2	9,3	9,2	8,9
2007	14,9	10,0	10,0	8,2	9,5	9,6	8,1	9,3	9,3	9,0
2008	15,3	10,1	10,1	8,5	9,6	9,8	8,3	9,5	9,5	9,4
2009	16,4	11,1	10,8	9,4	10,1	10,4	8,9	10,3	10,6	10,1
2010	16,4	11,0	10,7	9,5	10,1	10,5	8,5	10,4	10,6	9,9
2011	16,4	10,7	10,7	11,1	9,9	10,6	10,7	10,5	10,3	10,1
2012	16,4	10,8	10,8	11,2	10,1	11,0	10,9	10,9	10,3	10,2
2013	16,4	10,9	10,9	11,3	10,1	11,2	11,1	10,9	10,2	10,4
2014	16,6	11,0	11,1	11,4	10,3	11,4	11,2	10,9	10,0	10,4
2015	16,9	11,1	11,0	11,2	10,4	11,5	11,1	10,8	10,1	10,4

Tablo 2.2. Dünyadaki 2000-2015 Yılları Arası Kişi Başı Sağlık Harcamaları Bin(\$)
(OECD,2017)

Yıllar	A B D	A L M A N Y A	F R A N S A	J A P O N Y A	A V U S T R Y A	İ S V İ Ç R E	İ S V E Ç	H O L L A N D A	K A N A D A	B E L Ç İ K A
2000	5635	3536	3249	2330	3472	4344	2656	2895	3058	2827
2001	5934	3603	3331	2403	3531	4545	2916	3094	3219	2898
2002	6341	3687	3454	2443	3620	4706	3088	3290	3369	2994
2003	6695	3745	3478	2525	3695	4811	3188	3492	3458	3305
2004	6924	3703	3578	2602	3797	4928	3234	3577	3553	3418
2005	7092	3787	3629	2692	3826	4964	3318	4027	3619	3442
2006	7269	3875	3644	2743	3893	4906	3405	4114	3745	3469
2007	7449	3950	3680	2821	4020	4975	3458	4261	3823	3577
2008	7561	4079	3713	2906	4137	5100	3513	4418	3888	3725
2009	7778	4232	3836	3035	4178	5236	3554	4550	4168	3900
2010	7929	4358	3859	3204	4236	5371	3543	4671	4242	3901
2011	8005	4396	3917	3726	4253	5485	4543	4749	4197	3986
2012	8103	4517	3942	3858	4362	5687	4606	4850	4217	4006
2013	8157	4589	3989	3952	4352	5818	4693	4851	4227	4062
2014	8404	4684	4036	3962	4390	5971	4786	4876	4203	4097
2015	8714	4772	4027	3930	4451	6062	4906	4885	4289	4120

OECD veritabanından almış olduğumuz dünyadaki ilk on ülkenin sağlık harcamalarının GSYİH'deki oranlarına ve kişi başı yapılan sağlık harcamalarına bakıldığı zaman, yıllara göre sürekli bir artış göstermiştir. Bu artış kişisel anlamda ve genel anlamda olmak üzere birçok farklı etkene bağlıdır. Sağlık harcamalarının artmasının nedenlerini maddeler halinde sıralamak gerekirse;

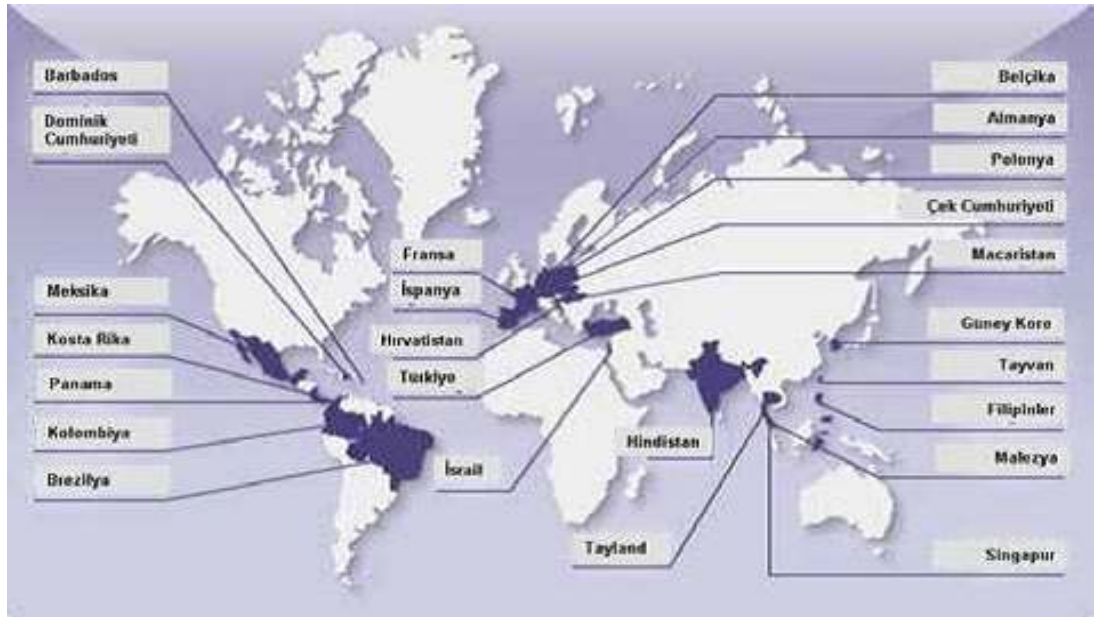
- Nüfusun yaşlanması, insan ömrünün uzaması
- Sağlık hakkında bireylerin bilgi seviyesinin artması, toplumun daha çok sağlık talebi olması
- Sağlık hizmetinde kullanılan teknolojik ilerlemelerin sağlık harcamalarını arttırması
- Kişilerin, sağlık harcamalarına ayırdığı payın artması
- GSS gibi sağlık sigorta sistemi ile sigortasız bir kitle oluşmasının engellenmesi
- Koruyucu sağlık hizmetlerinin önem kazanması ile daha bilinçli bir kitlenin varlığı
- Dünya nüfusunun giderek yaşlanmaya başlamasıyla ortaya çıkan yaşlı nüfus ve buna bağlı olarak uzun süren kronik hastalıklar

Dünya geneline baktığımız zaman sağlık turizmi hacmi 100 milyar doları geçmiş durumdadır. Bu konuyla ilgili verilere baktığımız zaman; ABD'deki sağlık turizmi harcamaları 5.5 milyar dolar, Avrupa'da 3.5 milyar Euro civarında olduğu, yaklaşık 120 yıldır sağlık turizmine hizmet veren Macaristan, Çek Cumhuriyeti ve Romanya gibi ülkelere Çek Cumhuriyeti'nin bu sektörden kazancının 1 milyar doları aştığı belirtilmektedir (Bahadır, 2011:75). Ayrıca 2017 yılına kadar sadece ABD'de 23 milyon potansiyel hastanın 79.5 milyar dolarlık bir harcama yaparak denizaşırı ülkelere sağlık turizmi amacıyla gideceği hesaplanmaktadır (Zengingönül vd., 2012:9). Sağlık turizmi hizmeti veren devletler, daha çok turist çekebilmek ve daha iyi sağlık hizmet sunucusu olmak için rekabete girmişlerdir. Günümüzde bu hizmeti sunan ABD, Tayland, Hindistan, Singapur gibi devletler bu sektörün başını çekmektedir. Sürekli çağa uygun teknolojik imkânlarla kendilerini yenilemeleri ve yurtdışındaki fuarlarda tanıtımlara önem vermeleri bunun en önemli belirleyicisidir.



Şekil 2.1. Dünya’da Sağlık Turizmi Trafik (Türkiye Sağlık Vakfı, 2010:48).

Yukarıdaki şekilde sağlık turizminde hizmet veren ülkelerin bulunduğu kıta trafiği gösterilmiştir. Okyanusya’dan, Latin Amerika’ya, Asya bölgesinden Kuzey Amerika bölgesine, Afrika’dan Asya ve Latin Amerika bölgesine, Avrupa’dan da Kuzey ve Latin Amerika bölgelerine doğru sağlık turizmi hareketi yaşanmaktadır. Her yıl milyonlarca sağlık turisti, bu kıtalara doğru sağlık hizmeti almak için sağlık turizmi faaliyetlerine dâhil olmaktadır.



Şekil 2.2. Dünya’da Sağlık Turizmi Hizmeti Veren Ülkeler Haritası (Türkiye Sağlık Vakfı, 2010:49).

Yukarıdaki şekil 2.2'ye göre harita da;

Amerika Kıtasında; A.B.D, Brezilya, Karayipler, Kolombiya, Kosta Rika, Küba, Meksika, Panama

Avrupa ve Afrika Kıtalarında; Hırvatistan, Macaristan, İspanya, Türkiye, Dubai, Ürdün, Güney Afrika

Asya Kıtasında; Hindistan, Güney Kore, Malezya, Filipinler, Singapur, Tayland sağlık turizmi alanında yabancı kabul eden ülkelerdir.

2.5.1. Hindistan

Tıbbi amaçlarla ülkeye gelen yabancı turistlerin sayısı 2016 yılında 130.000 olan sayı, 2015 yılından %50 artarak 200.000'e yükselmiştir. Bu rakamın tıbbi turistler için daha kolay vize gibi birçok yeni girişimle 2017'de iki katına çıkması beklenmektedir. Ülke sağlık turizminde %22-25'lik bir büyümeye tanık olmakta ve sağlık sektörü sağlayıcıları 2018 yılında 3 milyar dolardan 6 milyar dolara çıkmasını beklemektedir (www.ibef.org).

Dünyada, medikal turizm sektörünün önde gelen merkezi olan Hindistan, yaptığı çalışmalarla bu başarısını yıllara göre artırmasını bilmiştir. Hindistan'da 22 tane JCI (Joint Commision İnternational) tarafından onaylanmış sağlık kuruluşu vardır. Hastanelerin teknolojik olarak en iyi şekilde donatılması ve buna ilaveten resmi dillerinden biri de İngilizce olarak konuşulması münasebetiyle dünyada en çok sağlık turisti çeken ülkelerden biridir. Ülkeye sağlık turizmi kapsamında gelen hastaların başında ABD, Kanada, İngiltere gelmektedir. Bu ülkelerin sağlık hizmetleri sunumunun pahalı olmasından dolayı Hindistan'ı tercih etmektedirler.

2.5.2. Almanya

Almanya medikal turizm kapsamında her yıl ortalama 77.000-100.000 civarı turist çekmektedir. Gelen her turist kişi başı 9.000 ile 12.000 Euro arası bir harcama yapmaktadır. En çok hasta, Rusya ve Sovyet devletlerinden gelmektedir. Almanya sağlık turizminde 2015 istatistikî verilere göre 1,2 milyar Euro gelir elde etmiştir (www.imtj.com).

Almanya, sağlık turizmi kapsamında hizmet veren önemli ülkelerden biridir. İleri donanımlı sağlık teknolojisi ile her yıl önemli sayıda sağlık turistine hizmet vermektedir. Ayrıca Almanya'da yaşayan, yaklaşık olarak 5 milyon gurbetçi vatandaşımızın olması münasebetiyle Türkiye için önemli bir ülke konumundadır.

Bunun yanında yaşlanan nüfusun fazla olması ile Türkiye'deki yaşlı bakım ve tedavi hizmetleri için ayrı bir önem atfetmektedir. Eğer Türkiye bu potansiyeli doğru kullanabilirse, her yıl Türkiye ekonomisine döviz girdisiyle önemli maddi getirisi olması tahmin edilmektedir.

2.5.3. ABD

Her yıl 300.000 uluslararası hasta 'karmaşık' veya 'yüksek kesinlik' vakalarında uzmanlık mükemmeli isteyen ABD'yi ziyaret etmektedir. Çok uzmanlaşmış teknolojiler ve cerrahi uzmanlık sunmaktadır. Eşi benzeri olmayan yüksek standartlar ve titizlikle dünyanın gıpta kaynağıdır (www.patientbeyondborders.com).

Dünyada, ekonomik ve sanayi gücü olarak öncü konumda olan ABD, sağlık olanaklarıyla da dünyanın dikkatini üstüne çekmektedir. Tıp eğitimi ve tıbbi araştırmalar bakımından dünyanın en iyileri arasında sayılmaktadır. Çok iyi şekilde uzmanlaşmış sağlık profesyoneli, ileri teknoloji imkânlarıyla sağlık turizminde hizmet vermektedir. Sunduğu sağlık hizmeti sayesinde varış noktası olsa da, sağlık sunumunun pahalı olmasından dolayı çıkış noktasıdır. Bu yüzden yüzlerce milletten oluşan ABD vatandaşları, bu fiyat pahalılığından dolayı anavatanı olan kendi ülkelerini tercih etmektedir. Ayrıca ülkenin resmi dilinin İngilizce olmasından dolayı sağlık turizm faaliyetlerini bir hayli kolaylaştırmaktadır.

2.5.4. Singapur

Agresif özel-kamu bir ulusal sağlık sistemi ve planlı bir tıbbi turizm programı Singapur'u dünyanın en önde gelen sağlık seyahat hedeflerinden birisi olarak karşımıza çıkarmaktadır. Bölgesel ve uluslararası tanıtımlar sayesinde Singapur, Kuzey Amerika, AB, Endonezya, Filipinler ve Avustralya'dan gelen yaklaşık 550.000 turisti ağırlamaktadır. Kardiyovasküler, ortopedi ve spor tıbbi, onkoloji, nöroloji, üreme ve kozmetik cerrahi gibi uluslararası hastalara neredeyse her uzmanlık ve alt uzmanlık sunulmaktadır (www.patientsbeyondborders.com).

Singapur dünya sağlık turizminde önemli bir yere sahiptir. Singapur, yaptığı yeniliklerle adeta sağlık turizmini devlet politikası haline getirmiştir. Yıllara göre %20 oranında artan sağlık turist sayısı ve ekonomik getirisi bunun en önemli belirtisidir. Sağlık turizminden elde ettiği gelirin 3,5 milyar dolar olduğu varsayılmaktadır. Ayrıca ülkede bulunan sağlık merkezlerini, dünya akreditasyon

kurumları tarafından akredite etmesiyle birlikte daha kaliteli ve güvenilir sağlık hizmeti vermeye başlamıştır. İngilizcenin de ülkede sık kullanılması sağlık turizm hizmetini kolaylaştırmaktadır.

2.5.5. Macaristan

Macaristan, yüksek kaliteli doktor ve diş hekimleriyle uygun maliyetlerle kolay erişilebilir konumdadır. Sağlık turistleri genellikle İngiltere, İrlanda, Danimarka, Almanya ve İsviçre'den gelmektedir (Karakoç, 2017:90).

Macaristan Avrupa'nın en önemli varış yerlerinden biridir. Diş tedavileri ve diş cerrahisinde üst düzey standartlarda sağlık hizmeti sağlayan Macaristan, uygun fiyat tedavilerinden dolayı tercih edilmektedir. 250 milyon Euro kazanç elde ettiği varsayılmaktadır. Macaristan sunduğu sağlık hizmeti sunumun çok geçmişe dayanması, bilgi ve tecrübenin de birlikte kullanılmasından dolayı Avrupa'nın en uğrak ülkesi haline gelmektedir. Her yıl ortalama 100.000 civarı hasta çekmekte ve önemli gelirler elde etmektedir. Ayrıca Osmanlı zamanından kalan termal kaynaklar bakımından da dünyada ilk sıradadır.

2.5.6. Tayland

300'ü aşkın uzmanlık alanın temsileden tam zamanlı ve danışmanlık doktorları, ABD yönetim kurulu sertifikasına sahiptir. 61 sağlık kuruluşunu JCI kurumu tarafından akredite etmiştir (www.patientsbeyondborders.com).

Her yıl sağlık turizmi büyüyen bir hizmet sektörü olarak Tayland ekonomisi içinde payını artırmaktadır. Ortalama 500.000 üzerinde hasta çekmesiyle büyük önem sahip olan Tayland, sağlık turizmi için önemli bir varış yeridir. Her yıl 12 milyar dolar gelir elde ettiği varsayılmaktadır. Tayland, ucuz ve kaliteli sağlık hizmeti vermesine paralel olarak ülkede İngilizcenin de yaygın olarak konuşulması sağlık turizm faaliyetlerini kolaylaştırmaktadır. Ayrıca bekleme süresinin kısa olması ve sunulan sağlık hizmetlerinin sağlığa uygunluk bakımından önemli mesafeler alması avantajları arasındadır.

Yukarıda görüldüğü gibi dünyadaki en önemli sağlık turizm varış merkezleri ziyaretçi sayıları ve ekonomik katkılarıyla verilmiştir. Sağlık turizmi küreselleşme ile birlikte sürekli bir gelişim göstermektedir. Dünya devletlerinde de gördüğümüz gibi bu sektöre ayrılan ekonomik pay her geçen yıl artmaktadır. Her yıl milyarlarca hasta kendi ülkeleri dışında başka ülkelere giderek sağlık hizmeti

almaktadır. Bu da göstermektedir ki insanların sağlık hususunda bilgi ve duyarlılığın artmasıyla birlikte refah seviyesinin de yükselmesi, kendileri için en uygun şartlarda sağlık hizmeti alabilmesi için dünyanın bir ucundan diğer bir ucu mesafesine kadar gidip sağlık turizm hareketine katılmaktadır.

Sağlık turizminin dinamik ve gelişen bir sektör olmasından dolayı, günümüz küresel dünyasında sağlık turizmi rekabet edilen bir sektör haline gelmiştir. Bunların başlıca nedenlerini şöyle sıralayabiliriz (Kördeve, 2016:54-55)

- Ulaşım ve iletişimin gelişmesiyle beraber sağlıkta öncü olan ülkelere daha kolay ulaşabilmesi
- Bilinçli sağlık tüketicilerinin artışı
- Ülke ekonomisine katkısı
- Avrupa birliği kapsamında çeşitli teşviklerin verilmesi
- Uluslararası sağlık hizmeti alımının daha kolay hale gelmesi
- Tercih edilirliliğinin yüksek olması
- Önümüzdeki 10 yıl içerisinde daha fazla tercih edilir hale gelecek olması

2.6. TÜRK SAĞLIK SEKTÖRÜNE GENEL BAKIŞ

Dünyanın en iyi sağlık sistemlerinden birisine sahip olan Türkiye, sunduğu sağlık hizmetleri olarak dünyanın dikkatinin çekmektedir. Kamu hastaneleri ve özel hastanelerde yetişmiş uzman personeliyle en iyi sağlık hizmetini sunmak için önemli çabalar sarf etmektedir. Türkiye’de, 2002-2015 yılları arası sağlık sektöründe çalışan personelin dağılımlarına kısaca bakıldığında;

Tablo 2.3. Türkiye’de 2002-2015 Yılları Arası Sağlık Personeli Sayısı (TÜİK,2016)

Yıllar	Hekim	Diş Hekimi	Hemşire	Sağlık memuru	Ebe	Eczacı	Diğer sağlık personeli
2002	91. 949	16. 371	72.393	50.106	41.479	22.289	83.964
2003	94. 466	17.744	74.483	57.416	41.662	22.371	101.229
2004	97. 110	17.893	75.753	60.959	43.229	22.608	111.646
2005	100.853	18.149	78.182	62.035	43.541	22.756	131.223
2006	104.475	18.332	82.626	67.514	44.483	23.140	150.053
2007	108.402	19.278	94.661	79.441	47.175	23.977	167.585
2008	113.151	19. 959	99.910	89.540	47.673	24.778	169.763
2009	118.641	20.589	105.176	93.550	49.357	25.201	197.386
2010	123.447	21.432	114. 772	99.302	50.343	26.506	198.694
2011	126.029	21.099	124.982	110.862	51.905	26.089	209.126
2012	129.772	21.404	134.906	122.663	53.466	26.571	209.736
2013	133.775	22.295	139.544	131.652	53.427	27.012	224.618
2014	135.616	22.996	142.432	138.878	52.838	27.199	229.625
2015	141.259	24.834	152.803	145.943	53.086	27.530	241.897

Yukarıdaki tabloda TÜİK sitesinden en güncel şekilde almış olduğumuz Türkiye’deki sağlık personelinin 2002-2015 yılları arası branş bakımından dağılımını göstermektedir. Türkiye’de 2015 yılı itibariyle 141.259 hekim, 24.834 diş hekimi, 152.803 hemşire, 145.973 sağlık memuru, 53.086 ebe, 27.530 eczacı ve 241.897 diğer sağlık personeli bulunmaktadır. Her yıl artan sağlık personeli sayısı ile Türkiye, dünya standartlarında sağlık hizmeti vermektedir.

Tablo 2.4. Türkiye’de Yıllara Göre Kişi Başı Ve Toplam Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının GSYİH’deki Oranları (TÜİK ve OECD,2016)

Yıllar	Kişi Başı Sağlık Harcaması (TL)	Toplam Sağlık Harcaması Milyon(TL)	Sağlık Harcamalarının GSYİH’deki Oranları
2003	626	24.279	5.3
2004	665	30.021	5.4
2005	714	35.359	5.4
2006	793	44.069	5.8
2007	837	50.904	6
2008	830	57.740	6.1
2009	821	57.911	6.1
2010	801	61.678	5.6
2011	814	68.607	5.3
2012	804	74.189	5.2
2013	847	84.390	5.4
2014	868	94.750	5.4
2015	865	104.568	5.4

Yukarıdaki tabloda Türkiye’nin 2003-2015 yılları arası sağlık harcamalarına bakıldığında, sağlık harcamaları yıllara göre arttığı görülmektedir. Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde yeşil kart ve genel sağlık sigortası gibi sağlık hizmetlerinden faydalanma imkânları sayesinde, sigortasız bir kitlenin oluşumunu engellemiş ve bu sistemin mevcudiyeti sağlık harcamalarını da artırmıştır. Fakat bu oranlar Türkiye’yi, OECD ülkelerindeki sağlık harcamalarına henüz ulaştıramamıştır. Sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hâsıla oranlarındaki payına bakıldığında, OECD ülkeleri ile karşılaştırıldığı zaman bu oran düşük kalmaktadır. Her ne kadar bu sektöre olan yatırımlar sayesinde en yüksek oran olan 2008 ve 2009 yılları olsa da, Türkiye’nin 2008 yılındaki küresel krizden etkilenmiş olduğu ve bu oranın % 5 seviyelerine kadar indiği görülmektedir. Türkiye, 2016 yılı itibariyle 941 dolar olan kişi başı sağlık harcaması ile 34 OECD ülkesi arasında sonuncu olması da

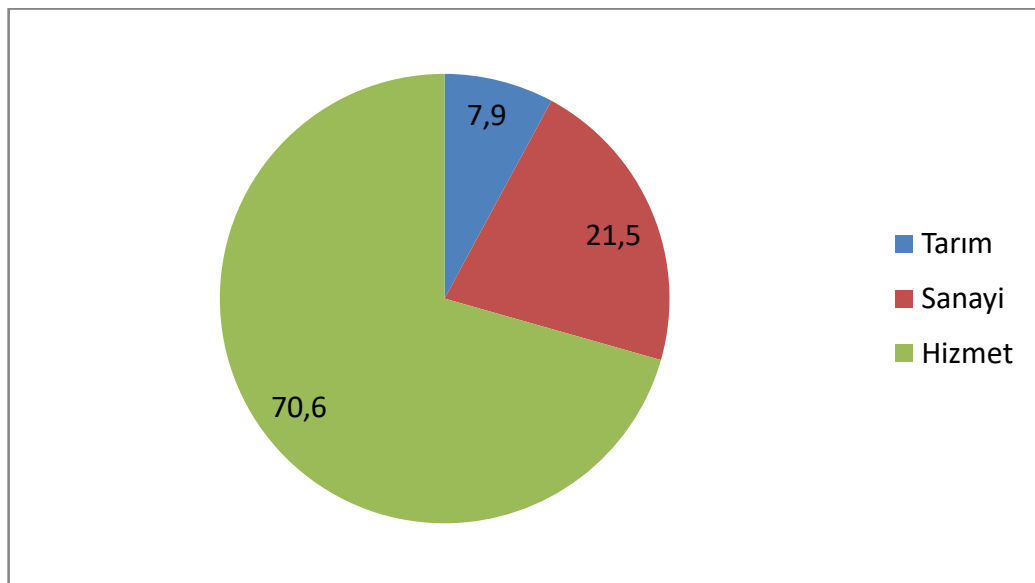
Türkiye için büyük bir kayıptır.

2.7. TÜRKİYE’DE SAĞLIK TURİZMİ

Günümüz dünyasında hizmet sektörü milli gelir ve beşeri istihdamın en önemli bölümünü oluşturmaktadır. Bu yüzden endüstri toplumlarında hizmet sektörü, milli gelirin en önemli kaynağıdır. Küreselleşme ve özelleşme bu hizmet sektörünün en önemli belirleyicisidir. Teknolojik ilerlemeler, sektörler arası rekabet ve büyüyen ekonomilerle birlikte hizmet sektörüne olan ihtiyaç daha da artmış ve bilgi çağı denen bu zamanın yeniden yorumlanmasına yol açmıştır. Ulaşım, inşaat, haberleşme, eğitim, perakende ticaret, sağlık, turizm ve bankacılık gibi dallar en önemli hizmet sektörleridir.

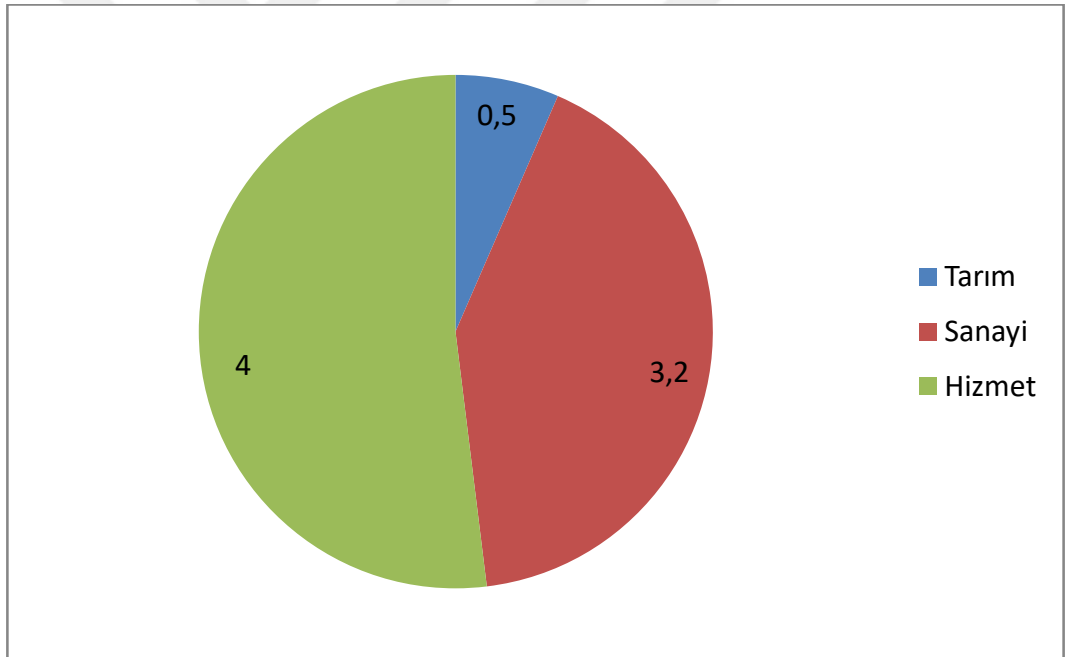
Türkiye’de gayrisafi yurtiçi hâsıla(GSYH) üç temel öğeden oluşmaktadır. Bunlar Tarım, Sanayi ve Hizmet sektörüdür. Türkiye’de bu üç sektörde yıllara göre önemli bir değişiklik meydana gelmiş ve hizmet sektörü en önemli istihdam ve gelirin sağlandığı bir sektöre dönüşmüştür. Turizm sektörü de hizmet sektörü içinde önemli bir gelir sağlayıcısıdır. Turizm 2016 yılında 31 milyon turist sayısı ve 22 milyar dolar gelir kaynağı ile hizmet sektöründe önemli bir yere sahiptir. Yine turizm sektörünün alt kolu olan sağlık turizminden ise Türkiye 2016 yılında 377 bin sağlık turisti ile 715000 dolar gelir elde etmiştir.

Grafik 2.1. Türkiye’de GSYH’nin Sektörel Gelir Dağılımı (%) (Kalkınma Bakanlığı, 2016).



Yukarıdaki grafikte Türkiye'nin GSYH'deki tarım, sanayi ve hizmet sektörlerinin gelir bakımından dağılımlarını göstermektedir. GSYH'nin, %7,9 tarım sektörü, %21,5 sanayi sektörü, %70,6 hizmet sektörü oluşturmaktadır. Türkiye'de tarım sektörünün geliri her yıl azalmaktadır. 1968 yılında %33,5 olan bu oran 1990 yılında %16,8 ve 2016 yılında bu oran %7,9'a kadar düşmüştür. Cumhuriyetin kurulduğu tarihten itibaren tarım sektörü ön planda iken, sanayi ve hizmet sektörünün gelişmesiyle birlikte tarım sektöründeki pay azalmış ve sanayi ve hizmet sektörleri zamanla önemini artırmıştır. Günümüze doğru gelindikçe hizmet sektörü küreselleşme ve teknolojik ilerlemeler sayesinde büyümüş, GSYH'deki en önemli sektör haline gelmiştir.

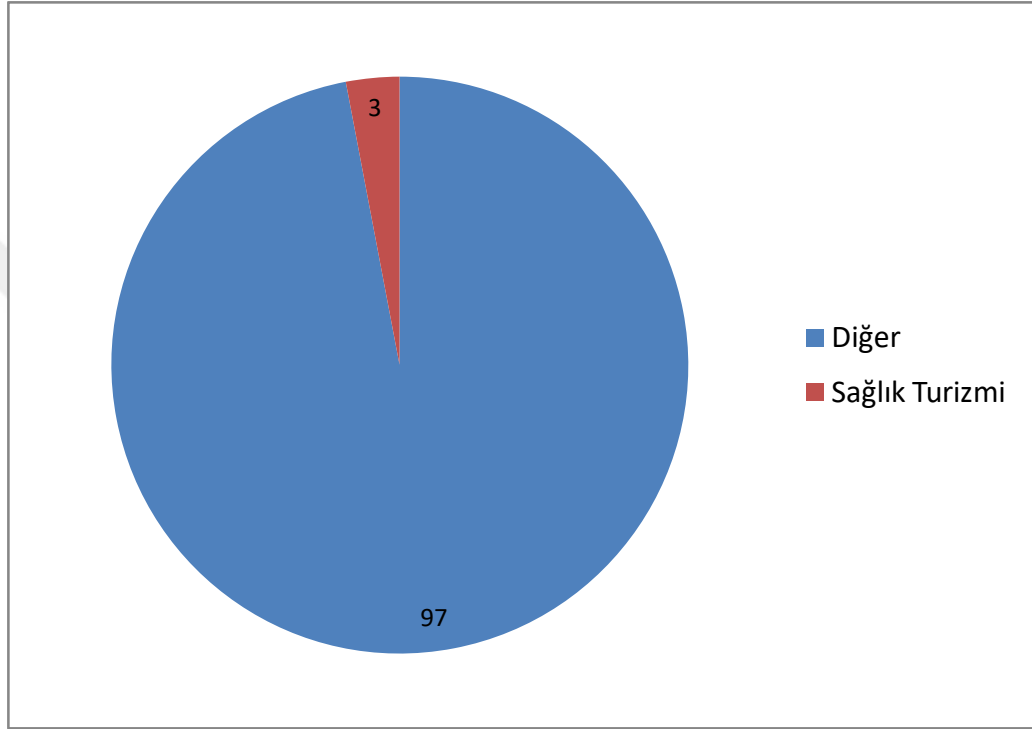
Grafik 2.2. Türkiye'de Tarım, Sanayi ve Hizmet Sektörlerinin Büyüme Hızları(%)
(Kalkınma Bakanlığı, 2016)



Yukarıdaki grafikte Türkiye'nin 2016 yılındaki GSYH'deki sektörel dağılımının büyüme hızlarını göstermektedir. Tarım sektörü %0,5 sanayi sektörü %3,2 hizmet sektörü ise %4 oranında büyüme göstermektedir. Grafikte de görüldüğü üzere en büyük büyüme oranı hizmet sektörüne aittir. Bu üç sektörde istihdamın azalmasına paralel olarak büyüme hızları da azalmıştır. Tarım sektöründeki küçülmeye bağlı olarak aktif nüfus sanayi sektörüne yönelmiştir. Daha sonra hizmet sektörünün uluslararası ticaretteki önemi artınca bu sektör hem gelişmiş hem de

gelişmekte olan ülkeler için önemli bir role sahiptir. Günümüzde hizmet sektörü Türkiye’de büyük öneme sahip olmuştur. Hizmet sektörü, Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerin dış ticaret açığı ve cari açıklarının azaltılmasında önem arz etmektedir. Özellikle hizmet sektörü içinde yer alan bacasız sanayi olarak adlandırılmış olan turizm sektörü Türkiye için büyük bir döviz kaynağı olarak görülmektedir.

Grafik 2.3. Türkiye’de Sağlık Turizminin Turizmdeki Payı (%) (TÜİK, 2016)



Yukarıdaki grafikte sağlık turizminin, turizm sektöründeki payı %3 olarak görülmüştür. Diğer faktörlerde ise paket tur anlaşmaları, yeme-içme, konaklama, ulaştırma, spor, eğitim, kültür, hediyelik eşya gibi sınıflar yer almaktadır. Burada şu ayrıntıya dikkat etmek gerekirse, sağlık turizmi yüksek katma değerli bir turizm dalı olduğu için az sayıda turist sayısı ve yüksek gelir potansiyeline sahiptir.

Türkiye’de tam anlamıyla günümüzün çağdaş değerlerine uygun sağlık turizmi anlayışı 1980’den sonra başlamıştır. Türkiye, dünyaki sağlık turizmi gelişmelerinden esinlenerek daha sonra yaptığı yapısal yeniliklerle önemli gelişmeler sağlamıştır. Ayrıca Türkiye’de uygulanan Devlet Kalkınma Planlamalarında sağlık turizmi ayrıntılı olarak ele alınmış ve önemli devlet teşvikleri sağlanmıştır. Bu sayede sağlık turizmi hizmetleri gelişmiş ve yıllara göre sağlık turisti sayısında ve gelirinde önemli artışlar olmuştur. Bundan böyle sağlık turizmi zamanla önemli hizmet sektörleri arasına girmeyi başarmıştır.

2002 yılı sonundan itibaren 58. 59. ve 60. Hükümetlerce uygulanan ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ ile sağlık hizmetleri sunumunun daha etkili, verimli ve erişilebilir olması, çağdaş düzeyde ve nitelikli hale getirilmesi için bir dizi değişiklik ve yenilik uygulamalarına geçilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı’nın temel sağlık göstergelerine olumlu etkilerinin yanı sıra, vatandaşların sağlık hizmetlerinden memnuniyet oranının artışına da katkısı olmuştur (Türkiye Sağlık Vakfı, 2010, s.49).

2011 yılında ise sağlık turizminde mevzuat değişikliği yaşanmıştır. Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların teşkilat ve görevleri hakkında KHK/663 2.10.2011 tarih ve 28103 sayılı Resmi Gazete yayımlanarak Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı’nı kurulmuştur. Bu daire başkanlığının görevi sağlık turizmi uygulamalarının geliştirilmesine yönelik düzenlemeler yapmak, ilgili kurumlarda koordinasyon sağlamaktır (Resmi Gazete, 2.10.2011).

2010-2014 stratejik eylem planı, 2023 sağlık vizyonu ve hükümet programı ile Türkiye sağlık alanında bölgesinde cazibe merkezi olması ve sağlık turizminde lider konuma olması hedeflenmektedir (Aydın vd., 2011:3).

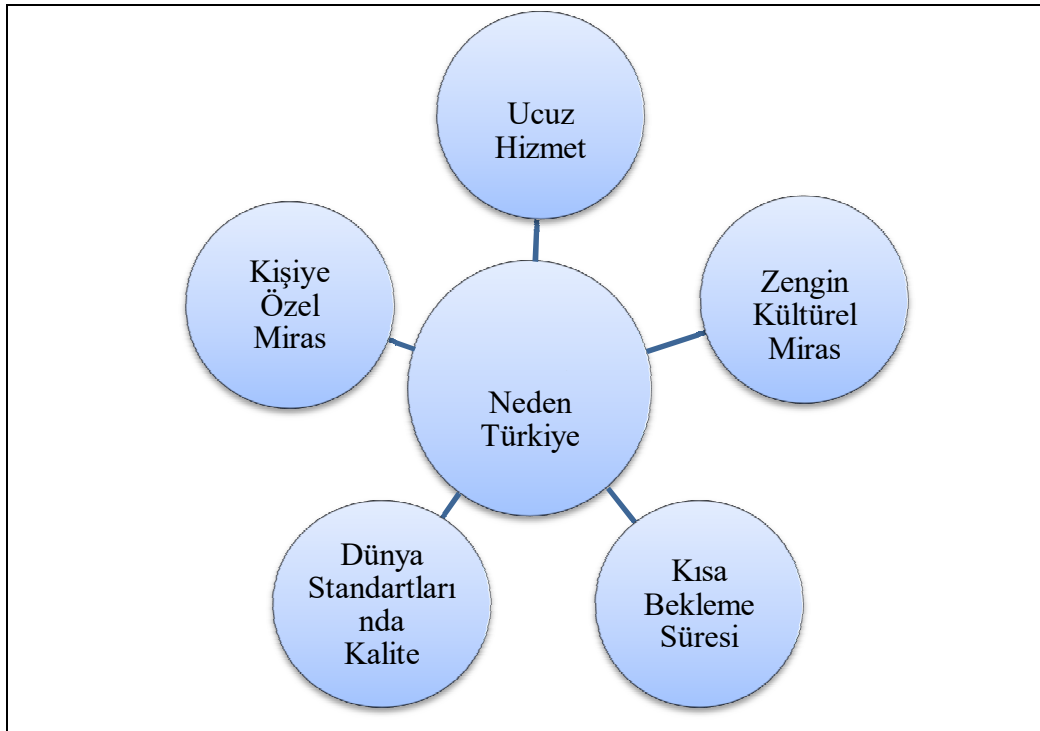
Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde sağlık turizminin sağladığı döviz getirisi yeni istihdam olanaklarına sebebiyet vermiştir. Ayrıca sağlık turizminin milli gelire katkıları sayesinde de ülke ekonomisine önemli katkılar sağlamaktadır. Türkiye, günümüzde sağlık turizmi imkânlarından en iyi şekilde faydalanmak için bu sektördeki yatırımlarını milli bir politika olarak sürdürmektedir.

Türkiye’de sağlık turizminde, dünyadaki en uygun, kaliteli ve ucuz sağlık hizmeti sunan ülkelerin başında gelmektedir. Dünya ticaret ağına bakıldığı zaman Türkiye’nin Orta Asya’da yer alması, Asya ve Avrupa kıtalarındaki ülkelere yakınlığın söz konusu olması ve bu kıtalar arasında bir köprü görevi görmesi ve bunun yanı sıra iklim koşullarının elverişli olması gibi potansiyelleri düşünüldüğü zaman sağlık turizmi için ayrı bir önem arz etmektedir. Ayrıca gelişmiş ülkelerin sağlık hizmetlerinin pahalı olması kendi ülke vatandaşlarını zora sokmasından dolayı, ister istemez kendilerine ucuz ve kaliteli sağlık hizmeti almak için Türkiye’nin kapısını çalmaktadır. Özellikle Avrupa ülkelerinde yaşayan gurbetçi vatandaşlarımızın çokluğuyla, sağlık turizmi hareketleri hız kazanmıştır. Türkiye bu avantajları doğru kullanığı takdirde, bulunduğu coğrafi konumun sağlık turizm hizmetleri için önemli bir hedef ülkesi haline gelmesi beklenmektedir.

Sağlık Turizmi, ülkemizin hizmetler ihracında önemli bir yere sahip olabilir.

Hizmetler ihracatı, ithal girdiye ihtiyaç duymadan, yani ithalatı artırmadan ihracatımızı artırarak, cari açığımızın azaltılmasına katkı sağlayacak önemli araçlardan biridir. Bu çerçevede sağlık turizmi Türkiye'nin döviz ihtiyacını karşılayarak, ödemeler bilançosu açıklarının kapatılmasında katma değeri yüksek olan bir sektördür. Özellikle, Türkiye Turizm Stratejisi – 2023 yılı kapsamında 50 milyon turist, 50 milyar \$ dış turizm gelirine ve turist başına yaklaşık 1350 \$ gelire ulaşılması arzu edilmektedir. Sağlık turizmi kapsamında bu hedefler oldukça önemlidir (Sağlık Bakanlığı, 2012:8).

Türkiye'de hizmet sektörlerinin en önemli kollarından birisi turizmdir. Her yıl artan şekilde gelen turist sayısı ve turizm geliri bu sektörün en önemli belirleyicisidir. Aynı şekilde sağlık turizmi kapsamında gelen turist sayısı ve yaptığı harcamalar ile turizm sektörünü olumlu yönde etkilmektedir. Sağlık turizmi, turizm içindeki kollarında 2002 yılında 147 bin dolar ile 11. sırada iken, 2016 yılında artan turist sayısı ve gelirleriyle 9. sıraya yükselmiştir. Sağlık turizmi kapsamında gelen turistlerin yaptığı harcama diğer turizm kollarından daha fazladır. Eğer Türkiye sağlık turizmüne gerekli önemi verirse daha az sayıda turist sayısı ile daha fazla gelir elde etmesi kaçınılmazdır.



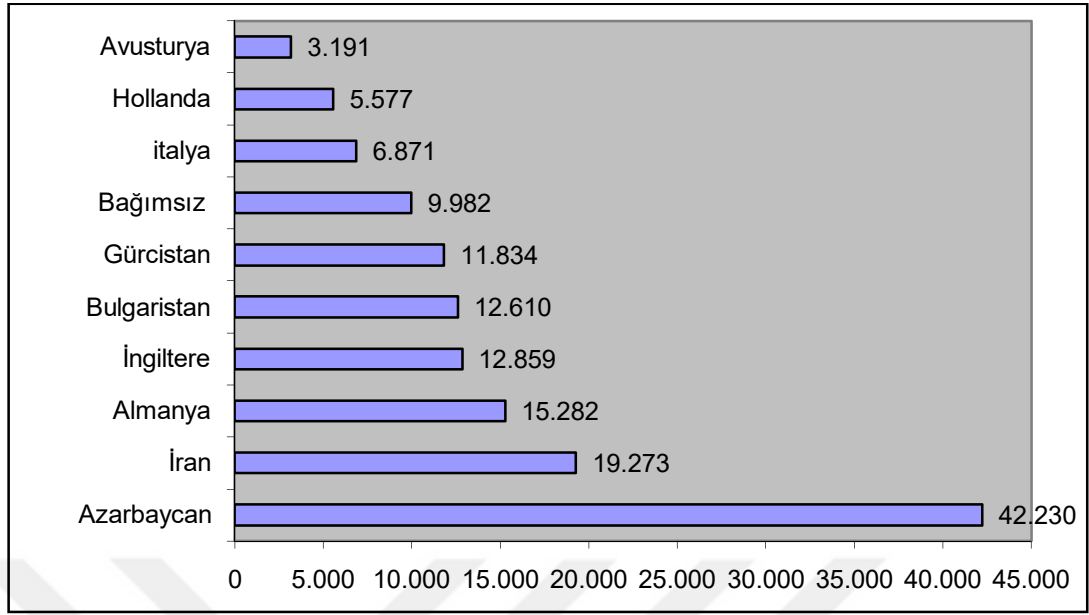
Şekil 2.3. Sağlık Turizminde Türkiye'nin Rekabetçilik Unsurları Şeması (Sağlık Bakanlığı, 2012).

Tabloda görüldüğü üzere Türkiye'nin dünya sağlık turizmi sektöründeki çekiciliği bakımından önemli özelliklere sahiptir. Türkiye bu çekiciliği doğru bir şekilde kullandığı müddetçe dünyadaki sağlık turizminin varış yerlerinden birisi olması beklenmekte ve sürekli turist sayısında bir artış olması tahmin edilmektedir. Bunun sonucunda sağlık turizminin ülkeye döviz girdileriyle sağlanacak olan kaynak sayesinde yeni istihdam alanları oluşması beklenmektedir.

2.7.1. Medikal Turizm

Medikal turizm, turizm endüstrisi içinde hızla büyümekte olup, insanların uzun mesafedeki ülkelere medikal tedavi olabilmek için seyahat etmesini ve aynı zamanda birer tatilci olabilmelerini ifade eden bir kavramdır. (G. Garcia ve M. Besinga, 2006).

Dünyada sağlık turizmi kapsamında sunulabilecek medikal turizm hizmetlerinin en uygun olduğu ülkelerden biri Türkiye'dir. Türkiye'nin gerek yetişmiş uzman personeli, gerek teknolojik imkânlarla donatılmış özel, eğitim, şehir ve üniversite hastaneleriyle günümüzün çağdaş değerlerine uygun sağlık hizmeti sunumu vermektedir. Türkiye'nin sunduğu kaliteli ve güvenli sağlık hizmetinin yanı sıra, ucuz fiyatlarla verdiği tedavi giderleri bakımından da dünyanın dikkatini çekmektedir. Buna ek olarak çok çeşitli sunduğu tedavi hizmetleriyle sağlık turisti sayısını olumlu yönde etkilemektedir. Sonuç olarak Türkiye dünyadaki uluslararası hasta potansiyeline hizmet verebilecek ender ülkeler arasındadır. Ayrıca Türkiye'nin, uluslararası akreditasyon kurumlarından JCI (Joint Commission international) tarafından akredite edilmiş hastane, laboratuvar, ayakta tedavi merkezi ve nakil aracı olma üzere 52 tane sağlık kuruluşu vardır.

Grafik 2.4. Sağlık ve Tıbbi Nedenlerle Gelen İl 10 Ülke (TÜİK, 2016)

Yukarıdaki şekilde Türkiye'ye sağlık ve tıbbi nedenlerle gelen ilk 10 ülkeyi görmekteyiz. Türkiye'nin bu ülkelerde Türk kökenli vatandaşlarının çokluğu ve Türkiye'ye coğrafik olarak yakın olması münasebetiyle bu ülkeler, sağlık turizmi almak için Türkiye'yi ziyaret etmektedir.

Tablo 2.5. Seçilmiş Ameliyatlar İçin Maliyet Karşılaştırılması Bin (\$) (Devon, 2015:11)

Ülke	Anjiyo	By-pass	Kalp kapakçığı	Kalça ameliyatı	Diz ameliyatı	Omurga	Mastektomi
Amerika	96.618	210.000	274.395	75.399	69.000	108.127	40.832
Hindistan	11.000	10.000	9.500	9.000	8.500	5.500	7.500
Tayland	13.000	12.000	10.500	12.000	10.000	7.000	6.000
Singapur	13.000	20.000	13.000	12.000	13.000	9.000	12.400
Türkiye	3.500	12.000	12.000	13.000	15.000	15.000.	9.000

Tabloda görüldüğü üzere Türkiye, dünyadaki sağlık turizmi sunan ülkeler ile karşılaştırıldığında, birçok yönden avantajlı olarak karşımıza çıkmaktadır. Dünyada en sık başvurulanan dallara bakıldığında zaman Türkiye'nin, Amerika, Hindistan, Tayland ve Singapur gibi dünya sağlık turizminin merkezi konumunda olan ülkelere nazaran daha ucuz sağlık hizmeti verdiği görülmektedir. Türkiye bu fiyat avatajı ile

yakın bir zamanda sağlık turizminde önemli bir varış hedefi olması beklenmektedir.

Son yıllarda dünyanın farklı ülkelerinden çok sayıda hasta tedavi olmak için Türkiye'deki özel sağlık kuruluşlarını tercih ettiği görülmüştür. Bunun en önemli sebebi, orijin ülkelerde çağdaş yöntemlerle gerçekleştirilen tıbbi operasyonların ülkemizde de uygun fiyatlarla yapılmasıdır. Plastik ve estetik cerrahi, saç ektirme, göz ameliyatları, tüp bebek, açık kalp ameliyatı, deri hastalıkları, check-up, kanser tedavileri, kulak burun boğaz, diyaliz, ve kalp-damar cerrahisi, jinekoloji, beyin cerrahisi, ortopedi, diş, spa, fizik tedavi rehabilitasyon, gibi hemen her dal için gelen yabancı hastalar gerek düşük maliyet, gerekse de yüksek kalite ve teknoloji standartları nedeniyle Türk sağlık kuruluşlarını tercih etmektedir (İçöz, 2009:2271). Sağlık turistlerinin Türkiye'deki sağlık hizmetlerini seçmelerinde bazı etkenler vardır. Türkiye'ye doğru hasta hareketinin nedenleri sıralamak gerekirse;

- Yakın uçuş seyahati
- Uygun maliyetler
- Yetişmiş personel
- Kaliteli ve şeffaf hizmet
- İleri tıbbi teknoloji
- Bekleme süresinin kısa olması
- Sosyal ve kültürel benzerlik
- Turizm çeşitliliği

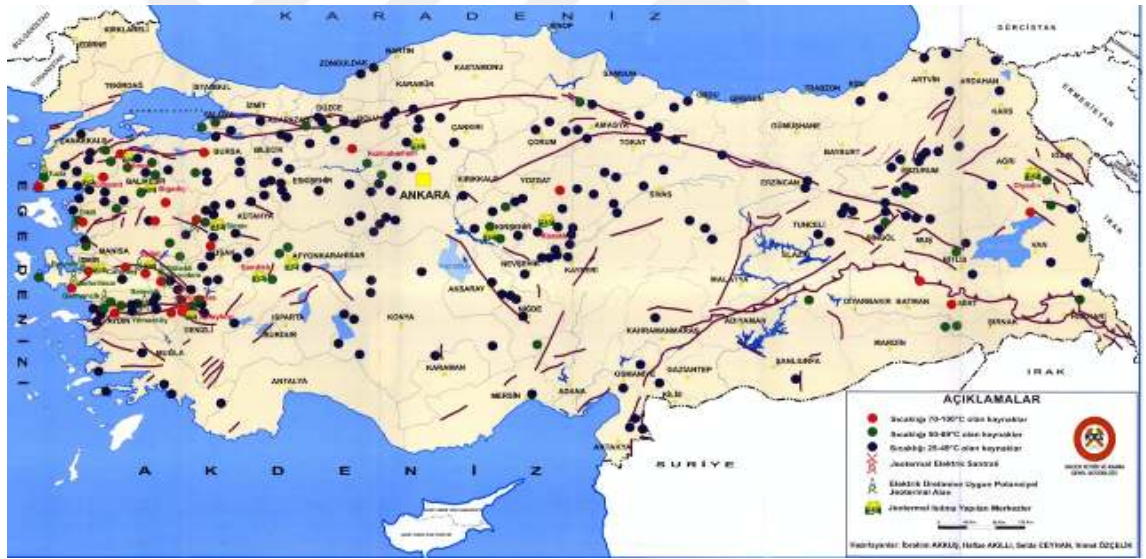
Sonuç olarak medikal turizm, Türkiye'de gelişmekte olan bir turizm türüdür. Türkiye bu turizm faaliyetinde var olduğunu ispatlamak için çalışmalara zaman kaybetmeden başlamıştır. Öncelikle Sağlık Bakanlığı tarafından kurulan Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu hizmet vermeye başlamıştır. Bu kurul ülkemizin yurtdışında, fuarlar ve kongrelerle tanıtılması için büyük çaba göstermektedir. Türkiye bu sayede gelen sağlık turisti sayısını artırıp istediği geliri elde etmeyi arzu etmektedir.

2.7.2. Termal Turizm

Diğer bir alternatif turizm türü olan termal turizm, Türkiye'nin sahip olduğu yer altı ve yer üstü kaynaklar bakımından zengin ülkeler arasındadır. Türkiye'nin jeopolitik konumuna bakıldığında zaman çok önemli bir kuşakta yer aldığı görülmektedir. Bu önemli kuşakta hem zengin su kaynaklarının bulunması ve bu

kaynakların çeşitli kimyasal ve fiziksel açıdan birçok hastalığın tedavisi için uygun olmasıdır. Bu potansiyele sahip Türkiye’de birçok il ve ilçe vardır. Bu yüzden Türkiye termal sağlık turizmi bakımından dünyadaki en önemli varış merkezlerinden biridir.

Dünya’da Termal Turizm amaçlı olarak Almanya ve Macaristan’a 10 milyon kişi, Rusya’ya 8 milyon kişi, Fransa’ya yaklaşık 700 bin, İsviçre’ye 800 bin kişi İspanya’ya 400 bin kişi, Japonya’nın ise sadece Beppu şehrine 12-13 milyon kişi termal turizm amaçlı olarak seyahat ettiği göz önünde bulundurulduğunda, ülkemiz kür parkı, kür merkezi ve konaklama tesisi bütünlüğü sağlayan tesislerin nicelik ve nitelik yönünden yetersizliği, uluslararası standartlarda termal tesislere sahip ve termal kent niteliğindeki destinasyonların oluşturulmaması nedenleriyle Dünya ve Avrupa ülkeleri ile rekabet ortamı sağlanamamıştır (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2014b ve Çetin, 2011: 901).



Şekil 2.4. Türkiye’nin Termal Turizm Haritası (www.ktbyatirimisletmeler.gov.tr).

Yukarıdaki şekilde görüldüğü üzere Türkiye, termal turizm sektöründe çok önemli bir potansiyele sahiptir. Hemen hemen ülkemizin her bölgesinde termal turizm yapılabilecek çok önemli merkezler vardır. Fakat Türkiye bu potansiyelden yeterince istifade edememektedir. Bu kaynakların tanıtımı ile ilgili tam olarak tanıtıcı bir faaliyet gerçekleşmemiştir. Bu yüzden Türkiye bu kaynakları etkin bir şekilde kullanamamanın kaybını yaşamaktadır. Türkiye’nin en önde gelen termal merkezlerine örnek vermek gerekirse (Sağlık Bakanlığı, 2012:119).

- Güney Marmara (Çanakkale, Balıkesir)
- Frigya (Afyon, Uşak)
- Güney Ege (İzmir, Manisa)
- Batı Karadeniz (Bolu, Düzce)
- Doğu Marmara (Bilecek, Kocaeli)
- Kuzey Anadolu (Amasya,Sivas)

2.7.3. Yaşlı Turizm

Yaşlılar da gençler kadar turizm faaliyetlerine katılma eğilimindedirler. Yaşlıların emeklilikten sonra zamanlarının çok olması ve ayrıca harcamaya açık, konfor ve lüksüyatı seven bir kitlenin mevcudiyeti, sağlık turizmini olumlu yönde etkilemektedir. Bu turizmin getirdiği maddi potansiyel bakımından devletlere önemli katkılar sağlamaktadır. Bu yüzden yaşlanan bu nüfus, sağlık turizmi için önemli bir fırsattır. Türkiye bu sektörde tedavi imkanlarına ilaveten istirahat ve meşguliyet alanlarının da bulunması bazı kesimi memnun etmesi beklenmektedir. Ayrıca ülkemizde son zamanlarda açılan sağlık bölümlerinden yaşlı bakımı hizmetleri gibi üniversite bölümleri bu turizmde Türkiye'ye olan ilgiyi artıracaktır. “Yaş ortalaması oldukça yüksek, sağlık harcamalarında zorunlu harcamaların arttığı Avrupa ülkeleri, bu açıdan potansiyeli yüksek bir pazar olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu potansiyelin kullanılması için iklimatik avantajlarımızın da sürece dahil olmasıyla ciddi bir ilerleme kaçınılmaz olarak değerlendirilebilir” (Aydın, 2011).

Genellikle 65 yaş üstünü kapsayan bu turizm türü, yaşlanan nüfusa tedavileri için gerekli olan sağlık hizmetlerinin temini için önemli bir turizm türüdür. Her geçen yıl dünya nüfusu yaşlanmaktadır. Bu yaşlanmanın getirdiği kronik hastalıkların sağlık harcamalarını, ülke ekonomilerini ve sigorta şirketlerini zora sokmaktadır. Bu yüzden ülkeler bu yaşlı kitleye çözüm bulma adına yeni yollar araştırmaktadır. Bazı ülkelerle sağlanan ikili antlaşmalar sayesinde devletler kendi vatandaşlarını başka ülkelere göndererek önemli tasarruflar sağlamak ve her geçen yıl ülke ekonomisine bir yük olarak görülen bu yaşlı kitleye çözüm sağlanmaktadır.

2.8. TÜRKİYE'DE SAĞLIK TURİZMİNİN EKONOMİK BOYUTLARI

Türkiye'de sağlık turizmi, turizm sektörü içinde hızlı bir şekilde büyüyen ve gelişen bir sektör haline gelmiş durumdadır. Sağlık turizmi, Türkiye'nin milli gelir oranlarına, ekonomik kalkınmalarına ve bütçe açığının giderilmesine önemli

faaydaları olmaktadır. Bu yüzden Ülkeye, yabancı döviz girdisiyle de önemli katkıları sağlamaktadır. Özellikle Türkiye gibi gelişmekte olan ülkeler için ayrı bir önem arz eden sağlık turizmi, Türkiye'nin de sahip olduğu avantajları düşünüldüğünde, geleceğin en önemli endüstrileri arasında olması beklenmektedir.

Tablo 2.6. Yıllara Göre Türkiye'ye Gelen Turist Sayısı, Turizm Geliri ve Kişi Başı Ortalama Harcama (TÜİK, 2016)

Yıllar	Gelen Turist Sayısı (Milyon)	Turizm Geliri Milyar(\$)	Ortalama Harcama (\$)
2003	16.302.053	13.854.868	850
2004	20.262.640	17.076.609	843
2005	24.124.501	20.322.111	842
2006	23.148.669	18.593.950	803
2007	27.214.988	20.942.501	770
2008	30.979.979	25.415.067	820
2009	32.006.149	25.064.481	783
2010	33.027.943	24.930.996	755
2011	36.151.328	28.115.694	778
2012	36.463.921	29.007.003	795
2013	39.226.226	32.308.991	824
2014	41.415.070	34.305.904	828
2015	41 617.530	31.464.777	756
2016	31.365.330	22.107.440	705

Tabloda görüldüğü gibi Türkiye'ye gelen turist sayısı ve turizm gelirlerinden önemli artışlar görülmektedir. Yıllara göre gelen turist sayısındaki artış Türkiye'ye yabancı döviz girdileriyle dış açığın giderilmesine ve yıl boyunca Türkiye ekonomisinin canlılığına katkı sağlamaktadır. Türkiye gibi 4 iklimin bir arada yaşandığı ve zengin kültürel ve tarihi yapısıyla, turistler için önemli bir merkezi konuma sahiptir. Bacasız sanayi olarak da adlandırılan turizm, diğer hizmet sektörlerine göre daha kolaydır. Türkiye turizm sektörüne olan yatırım ve teşviklerini milli bir politika olarak sürdürmektedir. 2015-2016 yılları arası gelen turist sayısı ve turizm gelirindeki azalmanın sebebi 24.11.2015 tarihinde Rus uçağının

düşürülmesidir.

Tablo 2.7. Yıllara Göre Sağlık Turizmi kapsamında Gelen Türk Ve Yabancı Sayısı, Toplam Gelir (TÜİK, 2016)

Yıllar	Gelen Türk	Gelen Yabancı	Toplam Gelen	Toplam Gelir Bin (\$)
2003	36.568	103.403	139.971	203.703
2004	38.272	133.722	171.994	283.789
2005	55.741	164.597	220.338	343.181
2006	39.834	153.894	193.728	382.412
2007	43.951	154.603	198.554	441.677
2008	62.170	162.484	224.654	486.342
2009	68.545	132.677	201.222	447.296
2010	48.030	115.222	163.252	433.398
2011	44.900	142.463	187.363	488.443
2012	62.709	153.520	216.229	627.862
2013	79.165	188.295	267.461	772.901
2014	86.010	328.647	414.658	837.796
2015	99.841	260.339	360.180	638.622
2016	125.574	251.809	377.384	715.438

Yukarıdaki tabloya bakıldığında, 2003-2016 yılları arası Türkiye’ye sağlık hizmeti almak için gelen Türk vatandaşlarımızın sayılarında bir artış görülmekte ve bu durum Türkiye ekonomisine önemli katkılar sağlamaktadır. Diaspora turizmi olarak adlandırmış olduğumuz kendi vatandaşlarımızın yurt dışındaki ilk durak yerleri olarak Türkiye’yi tercih etmeleri ülkemiz için büyük bir avantajdır. Ayrıca Türkiye’ye gelen yabancı vatandaşların son zamanlardaki toplamalarına bakıldığında, Türkiye’nin sağlık turizmi için önemli bir varış yeri olduğu görülmektedir. Bu sayede Türkiye sunduğu sağlık hizmetleriyle her yıl artan bir şekilde sağlık turisti

çekmektedir. 2014 yılında 328.647, 2015 yılında 360.180, 2016 yılında 377.384, civarı hasta sağlık ve tıbbi nedenlerden dolayı sağlık hizmeti almıştır. Sağlık turistlerinin aldıkları bu sağlık hizmeti kendi ülkesiyle karşılaştırıldığı zaman en az %40, %50 ve %60 oranında tasarruf sağlamaktadır. Ayrıca Türkiye'nin tarihi ve kültürel yerleri, termal kaynakları ve doğa güzellikleri bakımından zengin bir ülke konumunda olduğu için de turizm faaliyetleri çeşitlenmektedir. Gelen turistler sadece sağlık hizmeti ile kalmayıp, aynı zamanda bu zenginlikleriyle birlikte istifade etmektedir. Ayrıca tabloda sağlık turistinin yıllara göre yaptığı sağlık harcamalarında önemli artış olduğu gözlerden kaçmamaktadır. Sonuç olarak, her yıl Türkiye'yi ziyaret eden Türk ve yabancı sağlık turisti, döviz getirisi sayesinde yeni iş alanlarının açılmasına, dış açığın giderilmesine, gayrisafi yurtiçi hâsıla oranları üzerine önemli katkıları olmaktadır.

Tablo 2.8. Sağlık Turizm İle İlgili Yapılan Uygulamalar ve Sonuçları

Yazar	Metod	Ülke	Sonuç
Gümüş, Vd.(2014)	Korelasyon, Frekans Tabloları Analizi	Türkiye	Cinsiyet, milliyet hizmet tipi, ülke ve gelire göre orta ve kuvvetli düzeyli pozitif yönlü ilişki bulunmuştur.
Korkmaz Vd. (2010)	Regresyon, Frekans Analizi	Türkiye	Sağlık turizm gelirlerinin turizmci sayısından etkilendiği belirlenmiştir.
Küfeciler Vd.(2013)	Anket Metodu	Türkiye	Güvenirlilik analizi için Cronbach Alpha kat sayısı 0,8674 olarak bulunmuş ve çalışma için yeterli görülmüştür.
Al-Azzam (2016)	SPSS, Regresyon Analizi	Ürdün	Bu çalışmada medikal turizimin cazibesi ile ürün, yer, fiyat ve reklam arasında pozitif bir ilişki bulunmuştur.
Dinçer Vd, (2016)	SWOT Analizi, TOWS Matrisi	Türkiye	Türkiye'nin güçlü yönleri ortaya konulmuş ve bazı yönlerde kötü imaj sahibi olduğu değerlendirilmiştir.
Baukute(2012)	SWOT Analizi	Macaristan	Litvanyada'ki medikal turizimin fırsatlar, tehditler, güçlü ve zayıf yönleri belirtilmiştir.
Huei (2016)	SERVQUAL Ölçeği	Malezya	Marka imajının, sosyal medya, sözlü haberleşme, servis kalitesi üzerinde doğrudan etkisi olduğu görülmüştür.

Noree (2015)	Bağımsız Grup Testi, ANOVA	İngiltere	Tayland'daki medikal turizmin iç ekonomi etkileri üzerinde durulmuştur. Tıbbi turizmin önemli bir fayda sağladığı kabul edilmektedir.
Otamiş, Yüzbaşıoğlu Vd. (2014)	Spss, Ucinet	Türkiye	Antalya'daki medikal turizm sektörü büyümesine rağmen, hastanelerin yenilik ve işbirliği performansları düşük olduğu sonucuna varmışlardır.

Literatür Taraması Tarafımızdan Derlenmiştir.

Sağlık turizmi alanında birçok araştırma yapılmıştır. Yapılan ampirik çalışmalara bakıldığında genellikle nitel çalışmalar yapılmış ve çok azında nicel çalışma yapıldığı görülmüştür. Nitel çalışmalarda genellikle SWOT analizi üzerinde durulmuştur. Nicel çalışmalarda ise SPSS program kullanılmıştır. Yapılan çalışmalarda sağlık turizminin ekonomi üzerinde olumlu yönde bir katkı sağladığı sonucuna varılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

MATERYAL VE YÖNTEM

Bu bölümde kullanılan materyaller ve yöntemler hakkında gerekli açıklama verilmiştir. İlk olarak bu çalışmanın problemi açıklanmıştır. Daha sonra araştırmanın amacı ve önemi ortaya koyulmuştur. Bu araştırmada bize yol gösteren verilerin nasıl temin edildiği ve nasıl kullanılacağı, hangi yıllar ve dönemleri kapsadığı hakkında detaylı bilgi verilmiş olup daha sonra araştırmanın sınırlılıkları ve varsayımları ortaya koyulmuştur. Bu çalışmada, zaman serileri analizleri kullanılmıştır. Araştırmanın analizleri için gerekli olan Eviews 9.0 ekonometrik paket programından faydalanılmıştır.

3.1. VERİ SETİ VE YÖNTEM

Türkiye’de sağlık turizminin ekonomik büyüme üzerine etkisini araştırmak için Türkiye’nin sağlık turizm gelirleri ve ekonomik büyüme oranları verileri 2003-2016 yılları arası üçer aylık (56 gözlem) incelenmiştir. Ayrıca çalışmaya turizm gelirleri de dâhil edilmiştir Sağlık turizmi gelirleri ve ekonomik büyüme oranları Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) internet sitesi üzerinden elde edilmiştir. Bu çalışmada 2003-2016 yılları arası dönemin alınmasında, en güncel verilerin 2003 yılından itibaren var olduğu görülmüştür.

Bu araştırmada, zaman serisi analizi kullanılmıştır. Gerekli analizlerin yapılmasında Eviews 9.0 paket programından faydalanılmıştır. Değişkenlerimizin belirli dönemlerde mevsimsellik etkisi altında olduğu ve mevsimsellikten arındırıldıktan sonra serilerimizin durağan olup olmadığı ADF (Augmented Dickey-Fuller) ve PP(Philips-Perron) testi uygulanmıştır. Değişkenlerimizin uzun dönemde birlikteliğini test etmek için Maki eşbütünleşme testi yapılmıştır. Daha sonra Toda-Yamamoto ve Hacker Hatemi-J Bootstrap nedensellik testi uygulanmıştır.

Eğer bir zaman serisi durağansa ortalaması, varyansı, kovaryansı zaman

içerisinde değişmemektedir. Bir zaman serisinin ortalamasının, kovaryansının, zaman içerisinde sabit kalması zayıf durağanlık olarak tanımlanmakta olup kovaryans durağanlık veya ikinci merteben durağanlık olarak da ifade edilmektedir (Darnel, 1994:386). Durağanlık, daha iyi sonuçlar elde etmek ve istatistiksel çıkarımlar yapılabilmesi açısından çok önemlidir. Güçlü durağanlık ve zayıf durağanlık olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Zaman serileri için zayıf durağanlık önemlidir. Zaman içerisinde bileşik olasılık dağılımında herhangi bir değişiklik olmuyorsa güçlü durağanlıktır. Güçlü durağan zaman serisi, zayıf durağan serisini de ifade eder. Ama zayıf durağan zaman serisi güçlü durağan zaman serisini ifade etmez (İğde, 2010:5).

Bir zaman serisi modeli kurulurken ilk önce serilerde var olan durağanlığa bakılmalıdır. Durağanlığın mümkün olabilmesi için iki işlem yapılmaktadır. Bunlardan birincisi farkların alınmasını sağlamak ve ikincisi ise, regresyonun uygulanması veya zaman trendi dâhil edilerek deterministik trendin elenmesini sağlamaktır. Fark alma yöntemi, serileri durağanlaştırmanın temel yolunu oluşturmaktadır. Asıl seride fark alma yönteminde her gözlem arasındaki değişim dikkate alınır. $\Delta Y_t = Y_t - Y_{t-1}$ şeklinde gösterilmektedir (Uyar, 2011:140).

3.2. ARAŞTIRMANIN PROBLEMİ

Turizm, hizmetler sektörü içinde önemli bir konumdadır. Ülkelere sağladığı gelirler sayesinde dış ticaret ve cari açıkların giderilmesinde dikkate değer bir rol oynamaktadır. Bu yüzden turizm, gelişen ve gelişmekte olan ülkeler için hayati öneme sahiptir. Bu çalışmada, 2003-2016 dönemler arası sağlık turizminin ekonomik büyüme üzerine etkisinin incelenmesi ile ilgili nicel bir çalışma yapılması ve gerekli ilişkinin ortaya koyulması bu çalışmanın problemini oluşturmaktadır. Bu bağlamda 2003 yılından 2016 yılına kadar üçer aylık dönemler halinde turizm geliri, sağlık turizm geliri ve GSYH verileri kullanılmıştır.

3.3. ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Turizmin bir kolu olan sağlık turizmi giderek hızla gelişen bir sektör haline gelmekte ve sağladığı önemli maddi kaynak ve döviz getirisi ile ülke ekonomileri için büyük öneme sahip olmaktadır. Türkiye, içinde bulunduğu jeopolitik konumu, uygun iklim koşulları, kaliteli ve ucuz sağlık hizmeti sunumu sayesinde bu sektöre büyük imkân tanımaktadır. Buradan hareketle sağlık turizminin ekonomik büyüme üzerine etkisi 2003-2016 yılları arası üçer aylık dönemlik olarak bazı sorulara yanıt

aranacaktır;

- Türkiye’de incelenen dönemde sağlık turizm gelirlerinin ekonomik bŸyŸme Ÿzerine etkisi ne dŸzeydedir?
- Sağlık turizmi gelirleri ile ekonomik bŸyŸme değişkenleri arasında nedensellik ilişkisi ve ilişkinin yŸnŸ nasıldır?
- Sağlık turizmi gelirleri ve ekonomik bŸyŸme arasındaki ilişkinin yŸnŸ nasıldır?

3.4. ARAşTIRMANIN MATERYALİ

TŸrkiye’de sağlık turizminin ekonomik bŸyŸme Ÿzerinde etkisinin 2003-2016 yılları arası Ÿçer aylık dŸnemlik olarak nedensellik ilişkisinin araştırıldığı bu çalışma kapsamında kaynak tarama ve Eviews ekonomik programı kullanılmıştır. Konu ile ilgili olarak, turizm, sağlık turizmi, medikal turizm, termal turizm ve yaşlı turizmi ilgili kitap, dergi, makale, yŸksek lisans tezi, doktora tezi, TŸİK istatistikleri, Sağlık Bakanlığı verileri, internet siteleri, devlet kurumlarının yayımladığı dokŸmanlar incelenmiştir. Verileri anlamak, eğilimleri tanımlamak, doğru tahminler yapmak için de ekonometrik Eviews 9.0 paket programı aracılığıyla zaman serileri analizleri metodu kullanılmıştır.

Tablo 3.9. Zaman Serisi Analizi İçin Veri Setleri (TÜİK, 2017)

Yıl	Çeyrek	GSYH (\$)	Sağlık Turizmi ¹ Geliri (\$)	Turizm Geliri (\$)
2003	I	58456131231,44	27863,00	1261787127,77
	II	72951164180,54	31067,00	2365090134,78
	III	92012161938,73	84969,00	7367019150,40
	IV	90354761100,26	59804,00	2860969697,75
2004	I	88596497426,38	35787,00	1829172288,76
	II	94461269719,53	52409,00	3511571925,20
	III	108549412590,76	113758,00	8204202218,05
	IV	111342852365,51	81835,00	3531659997,40
2005	I	106419253220,59	47723,48	2195036095,25
	II	118600721210,95	63329,93	4218076938,77
	III	137915571165,47	128237,10	9811405022,17
	IV	136941241424,04	103891,00	4097593622,55
2006	I	120878340949,31	63111,41	2191985237,30
	II	132751288519,53	75793,11	4099848536,81
	III	144512163806,32	139687,40	8838918431,86
	IV	149692637070,73	103820,68	3463198762,56
2007	I	134245928640,70	72036,82	2425258179,22
	II	158385942487,30	89554,83	4262509801,17
	III	183537831549,43	173353,05	9844808431,72
	IV	201269562885,04	106734,88	4409923550,80
2008	I	181773080118,76	96907,81	3161506388,44
	II	197087595085,25	100493,41	5519757308,23
	III	221905714088,93	168357,24	11506482218,73
	IV	175873466557,04	120585,91	5227320834,25
2009	I	127971652821,80	76790,90	2850711450,84
	II	153378221263,61	97984,19	5076278083,02
	III	180664128597,69	134971,25	11103382920,33
	IV	184880527982,96	137550,28	6034109141,97

¹ Sağlık turizmi gelirleri çıkış yapılan ziyaretçilere anket metodu kullanılarak elde edilmiştir.

2010	I	159271919997,16	69570,75	2865050436,79
	II	181382042076,46	126766,40	5498767774,72
	III	210716250317,75	126741,48	10173986348,73
	IV	220996402188,43	110321,74	6393191944,90
2011	I	184248869998,64	91820,67	3736767684,57
	II	214980645798,24	108624,66	6599971128,15
	III	221481877276,11	155785,60	11314073736,08
	IV	210980055241,15	132215,67	6464879013,63
2012	I	185045584221,42	100917,42	3524422462,58
	II	211677279140,06	157297,58	7066015439,62
	III	235371415284,67	170237,96	11055087000,00
	IV	239028714358,03	199411,28	7361478000,00
2013	I	215976040857,23	168431,32	4648816264,75
	II	240610226391,29	199050,08	8315788690,13
	III	251144315296,17	179736,30	11579006199,41
	IV	242620019894,57	225683,12	7765380035,07
2014	I	204054019826,19	217761,13	4807836161,40
	II	230068555206,88	242500,40	8975975933,03
	III	253965079121,96	180752,92	12854372911,65
	IV	246767776334,36	196783,85	7667718840,25
2015	I	202703042987,94	166654,15	4868889892,47
	II	211237523629,20	159230,77	7733676656,14
	III	225103190554,16	126101,27	12294188526,29
	IV	222835498600,77	186637,79	6568022364,87
2016	I	191396211919,84	174128,27	4066383563,74
	II	217634350392,06	175988,85	4981317986,34
	III	225231772710,23	161953,54	8277009416,00
	IV	228482134353,87	203369,18	4782728724,08

3.4.1. Dickey-Fuller (DF) ve Genişletilmiş Dickey-Fuller (ADF) Testi:

Dickey-Fuller testi, Wayne A. Fuller(1976) tarafından ileri sürülmüş ve Wayne A. Fuller ve David A. Dickey(1979-1981) tarafından geliştirilmiştir. Bu test, serinin birim kök içerdiği sıfır hipotezine karşı, birim kök içermeyen hipotezi ifade

eder. Dickey-Fuller testi oto korelasyon sorununu ortadan kaldırmak için zaman serisi modelinin sağ tarafına bağımlı değişkeni ekler. Bu modelin karşılaştığı en büyük sorunlardan birisi, gecikme uzunluğunu belirlenmesidir. Çünkü model belirlenirken serbestlik derecesi ve oto korelasyon değerleri küçük alınmaktadır. Model seçimi yapılırken genellikle kullanılan en iyi model Akaike(AIC) ve Schwarz Bilgi Kriterleri(SBC)'dir. Seçim yapılırken en küçük değere sahip olan AIC ve SBC gecikme uzunluğu seçilmektedir. Sistemin karşılaştığı diğer bir sorun ise, zaman serisinin birden fazla köke sahip olunması durumunda istatistiksel problemlere yol açmasıdır. Eğer τ istatistiğinin hesaplanan mutlak değeri, kritik değerlerinin mutlak değerinden büyükse serinin durağan olduğunu gösteren hipotezi reddedemeyiz. Diğer yandan bu kritik değer altında ise zaman serisi durağan değildir (Gujarati,1995:719). Elde edilen τ değeri Dickey Fuller tarafından hesaplanan tablo değerleri ile karşılaştırılarak $\gamma=0$ hipotezi test edilmektedir (Enders, 1995:221).

Dickey-Fuller testinin özellikleri aşağıda maddeler halinde belirtilmiştir (Uyar, 2011:141).

- ✓ Önemlilik düzeyleri %1, %5 ve %10'dan oluşmaktadır
- ✓ Mackinnon tarafından yapılmıştır
- ✓ Monte Carlo benzetimi temel alınarak kabul red sınırları belirlenmektedir
- ✓ Dickey-Fuller mutlak istatistik değeri MacKinnon kritik mutlak değeri ise H_0 kabul edilerek serinin durağan olmadığına karar verilmektedir. Büyük olması durumunda ise H_0 hipotezi kabul edilmekte ve serinin durağan olduğuna karar verilmektedir
- ✓ Seri durağan halde değilse, durağan hale gelene kadar serinin farkları alınır.

Zaman serileri analizinde değişkenlerin ne gibi süreçlerden geçtiğini kavramak için her dönemin bir önceki dönem değerleriyle regresyonu alınmaktadır.

Y_t = Değişkenin bu dönem aldığı değeri ifade eder.

Y_{t-1} = Bir önceki dönemde değişkenin aldığı değeri ifade eder.

Aralarındaki ilişki $Y_t = \rho Y_{t-1} + u_t$ şeklinde ifade edilmektedir.

u_t stokastik hata terimini ifade eder.

Eğer $\rho=1$ ise, $Y_t = Y_{t-1} + u_t$

Bu da sistemde daha önce var olan şokların hala etkili olduğunu

göstermektedir. Bu şokların kalıcı olması, serinin durağan olmadığını ve serinin stokastik olduğunu göstermektedir (Tarı, 2014:387-388).

3.4.2. Phillips – Perron (PP) Testi:

Dickey-Fuller testinde şokların sabit varyanslı ve bağımsız olduğu düşünülmektedir. Phillips-perron testi, Dickey-Fuller testini geliştirerek şokların dağılımıyla ilgili yeni bir model oluşturdular. Phillips-perron testinin en basit şekilde gösterimi aşağıdaki gibidir.

$$Y_t = \mu + \phi_1 Y_{t-1} + \varepsilon_t$$

$$Y_t(1 - \phi_1 L) = \mu + \varepsilon_t$$

$T = 1, 2, \dots, T$, için birim kök $1/\phi_1$ bulunur. ϕ_1 İse birim kök vardır. PP testi için $T(\phi_1(-1) - 1)$ dağılımı temel oluşturur. Dickey-Fuller testlerinin yerine PP testi (Z) ile ifade edilirler. Dickey-Fuller testinde τ kullanılırdı ama PP testinde Z_α kullanılacaktır. PP testinin en basit şekildeki AR(1) formülü şu şekildedir. $Y_t = \phi_1 Y_{t-1} + \varepsilon_t$ PP testinde kullanılan formül $Z_\alpha = T(\phi_1 - 1) - CF$ şeklinde ifade edilir. CF düzeltme faktörünü ifade eder (Sevüktekin ve Çınar, 2014: 378-379).

3.4.3. Maki (2012) Eşbütünleşme Testi

Maki (2012), çok kırılmalı eşbütünleşme analizi için dört regresyon modeli geliştirmiştir;

$$y_t = \mu + \sum_{i=1}^k \mu_i D_{i,t} + \beta x_t + u_t \quad (1)$$

$$y_t = \mu + \sum_{i=1}^k \mu_i D_{i,t} + \beta x_t + \sum_{i=1}^k \beta_i x_t D_{i,t} + u_t \quad (2)$$

$$y_t = \mu + \sum_{i=1}^k \mu_i D_{i,t} + \gamma t + \beta x_t + \sum_{i=1}^k \beta_i x_t D_{i,t} + u_t \quad (3)$$

$$y_t = \mu + \sum_{i=1}^k \mu_i D_{i,t} + \gamma t + \sum_{i=1}^k \gamma_i t D_{i,t} + \beta x_t + \sum_{i=1}^k \beta_i x_t D_{i,t} + u_t \quad (4)$$

1 nolu denklemde (Model 0) sabitte değişime izin vermekte, 2 nolu denklemde (Model 1) sabit ve eğimde değişime izin vermekte, 3 nolu denklemde (Model 2) sabit ve eğimde değişime izin vermekte ve trend eklemekte ve 4 nolu denklemde (Model 3) sabit, eğim ve trendde değişime izin vermektedir.

3.4.4. Toda-Yamamoto(1995) Nedensellik Testi

Toda-Yamamoto(1995) tarafından önerilen nedensellik testi, Granger nedensellik testinin karşılaştığı bazı sorunlardan kaçınmak için uygun bir yaklaşımdır. Granger nedensellik testinin gerçekleştirilebilmesi için serilerin durağan olması ve aynı dereceden eşbütünleşik olması gerekmektedir. Ancak farklı dereceden eşbütünleşik seriler arasında da nedensellik olabileceği dikkate alınmalıdır. Toda-Yamamoto testinin avantajlarından bir tanesi durağan olmayan serilere uygulanabilmesi ve eşbütünleşme bilgisini dikkate almamasıdır (Akar, 2008:189).

Toda-Yamamoto nedensellik testi, Granger nedensellik testi temel alınarak uygulanmaktadır. Modelde yer alan serilerin maksimum bütünleşme derecesinin bilinmesi ve modelin doğru bulunması bu testin uygulanması için yeterlidir. Toda-Yamamoto nedensellik testi sonuçlarının tutarlı ve doğru olması için, gecikme uzunluğunun doğru olarak belirlenmesi ve modeldeki tüm bileşenlerin kullanılması gerekir. Toda-Yamamoto nedensellik testi aşağıdaki gibi uygulanmaktadır.

$$Y_t = \alpha + \sum_{i=1}^k \beta_i Y_{t-i} + \sum_{j=k+1}^{k+d_{\max}} \beta'_j Y_{t-j} + \sum_{i=1}^k \lambda_i X_{t-i} + \sum_{j=k+1}^{k+d_{\max}} \lambda'_j X_{t-j} + \varepsilon_{1t}$$

$$X_t = \alpha + \sum_{i=1}^k \delta_i X_{t-i} + \sum_{j=k+1}^{k+d_{\max}} \delta'_j X_{t-j} + \sum_{i=1}^k \phi_i Y_{t-i} + \sum_{j=k+1}^{k+d_{\max}} \phi'_j Y_{t-j} + \varepsilon_{2t}$$

k gecikme sayısını, $d_{\max}$, serilerin maksimum bütünleşme derecesini, $k + d_{\max}$ ise tahmini ifade etmektedir (Bağdigen ve Beşer, 2009:11).

3.4.5. Hacker-Hatemi-J(2006) Bootstrap Nedensellik Testi

Değişkenler arasındaki nedensellik sınaması yapmak için geliştirilen Bootstrap yöntemi Hacker Hatemi-j tarafından öne sürülmüştür. Bu nedensellik testi, Toda-Yamamoto nedensellik testine dayanmaktadır. Hacker-Hatemi (2006) kritik değerlerin hesaplanmasında oluşabilecek zorlukları gidermek için Bootstrap Simülasyonu yöntemini geliştirmişlerdir. Bu metod uygulamada sapmaları azaltmaktadır (Hacker-Hatemi-J, 2006:1490-1492). Toda-Yamamoto test istatistiği Ki-kare X^2 dağılımına uymadığı için Hacker-Hatemi-J Bootstrap dağılımı kullanılmaktadır. Her iki nedensellik testinin uygulanması yapılan analizin güvenilirliğini artırmaktır.

3.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI VE VARSAYIMLARI

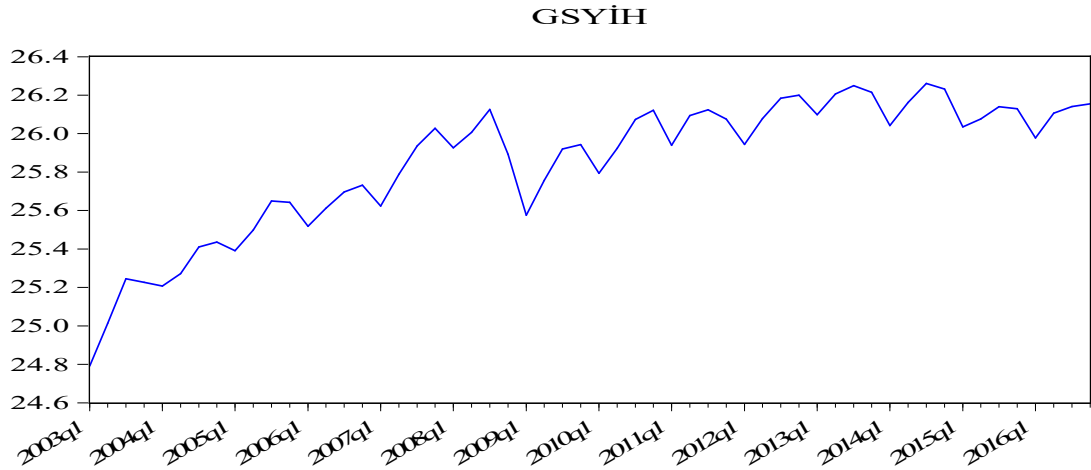
Türkiye’de sağlık turizmin ekonomik büyüme üzerine etkisi 2003-2016 dönemler arasını kapsayan bu çalışmada bazı sınırlılıklar söz konusudur. Araştırmada kullanılan verilerin 2003-2016 yılları arası üçer aylık verilerden oluşması bu çalışmanın bir sınırlılığıdır. Ayrıca araştırmanın yalnızca Türkiye’yi kapsamaması da araştırmanın bir diğer sınırlılığıdır. Türkiye’ye turizm ve sağlık turizmi kapsamında gelen yabancı ve Türk vatandaşları ve yaptığı harcamalar bağımsız değişkenler, öte yandan bağımlı değişken olan bu dönemler arasındaki gayrisafi yurtiçi hâsıla oranları da bu çalışmanın sınırlılıklarını oluşturmaktadır.

Bu çalışmada, amacına uygun verilerin toplanması, araştırmanın varsayımlarındandır. Bu araştırmada kullanılan sağlık turizm gelirleri, turizm gelirleri ve gayrisafi yurtiçi hâsıla oranlarının göstergeleri TÜİK internet sitesinden alındığından dolayı elde edilen bu verilerin güvenilir olduğu durumunun varsayımlarındandır.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

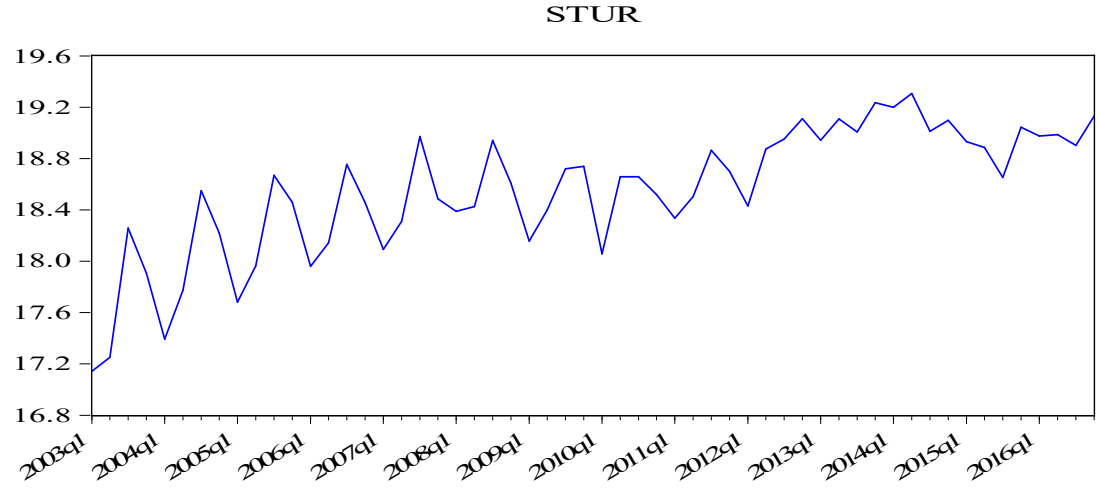
BULGULAR VE TARTIŞMA

Bu bölümde, Türkiye’deki sağlık turizminin ekonomik büyüme üzerine etkisinin analiz sonuçları yer verilmiştir. GSYİH; Gayrisafi yurtiçi hasıla, TURG; turizm geliri, STUR; sağlık turizmi geliri verileri kullanılmıştır². İlk olarak değişkenlerin zaman yolu grafikleri çizilmiştir. Daha çok, aylık ve çeyreklik dönemlerde ortaya çıkan mevsimsellik etkisi arındırıldıktan sonra değişkenlerin korelasyon ilişkisine bakılacaktır. Çalışmadaki değişkenlerin ADF(Augmented Dickey-Fuller) ve PP(Philips-Perron) birik kök testine göre birim kök içerip içermediği test edilecektir. Daha sonra değişkenler arasında uzun dönemli ilişkiyi tespit etmek için Maki eşbütünleşme testi uygulanacaktır. Son olarak nedenselliğin yönünü tespit etmek için Sur temelli Toda-Yamamoto ve Hacker-Hatemi-J(2006) Bootstrap nedensellik testi uygulanacaktır.

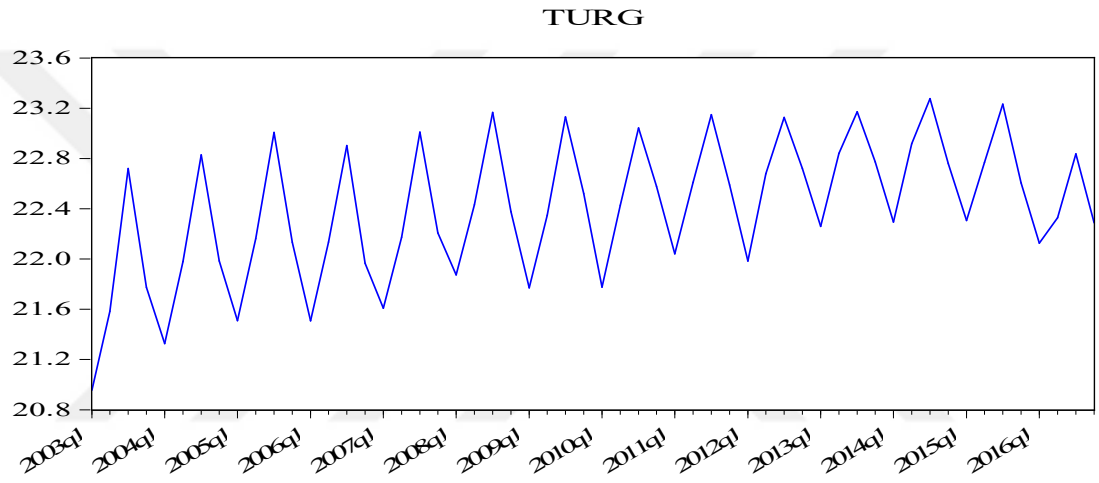


Şekil 4.5. Gayrisafi Yurtiçi Hâsıla Zaman Yolu Grafiği (\$)

² Araştırmanın bundan sonraki aşamalarında değişkenlere ait kısaltmalar üzerinden açıklama yapılacaktır.

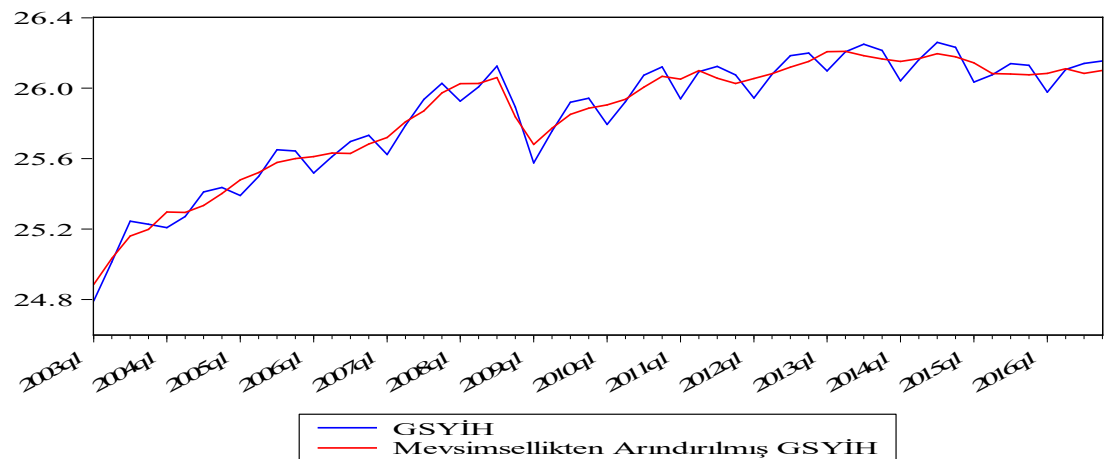


Şekil 4.6. Sağlık Turizmi Geliri Zaman Yolu Grafiği (\$)

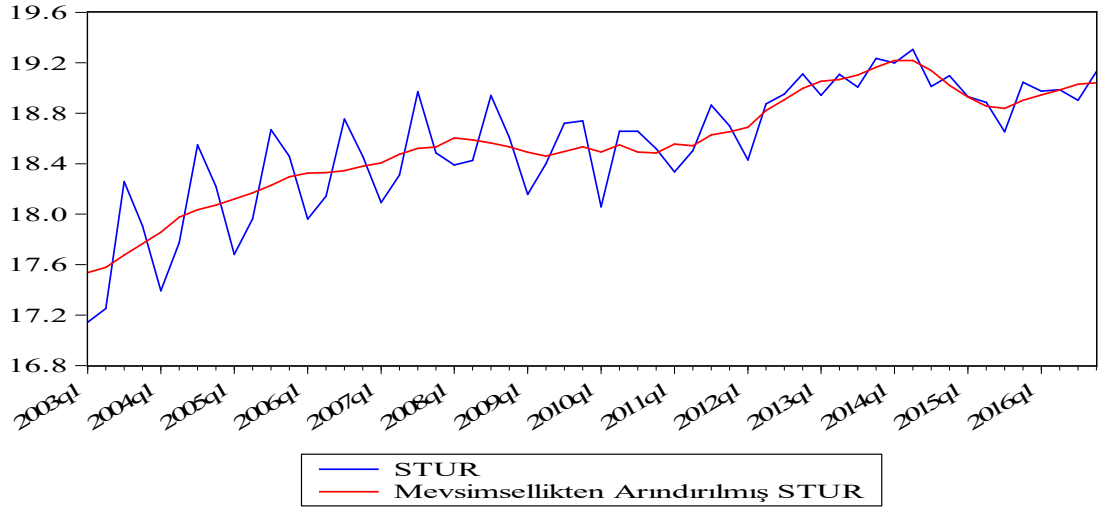


Şekil 4.7. Turizm Geliri Zaman Yolu Grafiği (\$)

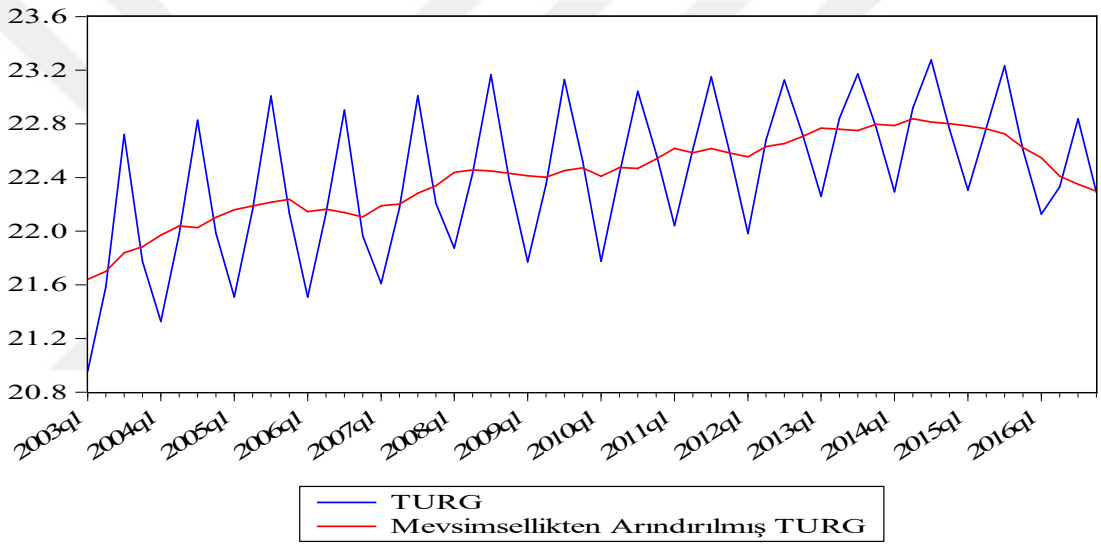
Seriler incelendiğinde mevsimsel değişimlerin görüldüğü anlaşılmaktadır. Bu doğrultuda seriler mevsimsel etkiden arındırılmış ve analizlere mevsimsellikten arındırılmış seriler üzerinden devam edilmiştir. Mevsimsellikten arındırılan serilere ait grafikler aşağıda gösterilmektedir.



Şekil 4.8. Mevsimsellikten Arındırılmış Gayrisafi Yurtiçi Hasıla Zaman Yolu Grafiği



Şekil 4.9. Mevsimsellikten Arındırılmış Sağlık Turizmi Geliri Zaman Yolu Grafiği



Şekil 4.10. Mevsimsellikten Arındırılmış Turizm Geliri Zaman Yolu Grafiği

Yukarıdaki zaman yolu grafikleri, mevsimsellikten arındırıldıktan sonra pozitif yönlü olarak artış trendine girdiği görülmektedir. Ayrıca grafikler, belli bir ortalama değere sahip olmadığı için bazı dönemlerde dalgalanma olduğu gözlerden kaçmamaktadır. 2008 yılından sonra gayrisafi yurtiçi hâsıla oranlarında önemli bir kırılma olduğu görülmektedir. Bu etki, turizm ve sağlık turizmi oranlarında da bir düşüşe neden olduğu anlaşılmaktadır.

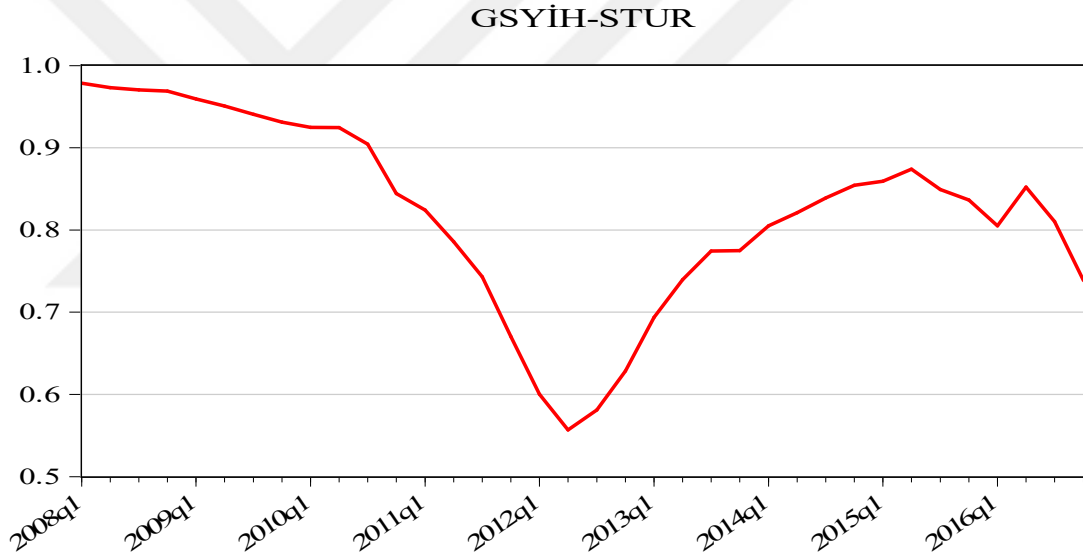
Araştırmada seriler arasındaki korelasyon ilişkisi araştırılmıştır. Yapılan korelasyon analizi sonuçları Tablo 4.10'da gösterilmektedir. Tablo 4.10'a göre GSYİH ile STUR arasında pozitif yönlü %95 seviyesinde güçlü bir korelasyon ilişkisi olduğu görülmektedir. GSYİH ile TURG arasında da pozitif yönlü %93 seviyesinde ve STUR ile TURG arasında yine pozitif yönlü %91 seviyesinde bir

korelasyon ilişkisinin olduğu anlaşılmaktadır. Korelasyon katsayıları istatistiksel olarak %1 düzeyinde anlamlıdır. Ancak tüm analiz dönemi için elde edilen korelasyon katsayısı seriler arasındaki dinamik ilişkinin göz ardı edilmesine neden olabilecektir. Söz konusu dinamik ilişkinin görülebilmesi açısından seriler arasındaki korelasyon ilişkisi 5 yıllık dönem için teker teker hesaplanmış ve elde edilen katsayılar grafik halinde şekil 4.11, şekil 4.12 ve şekil 4.13’de gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Değişkenler Arasındaki Korelasyon İlişkisi

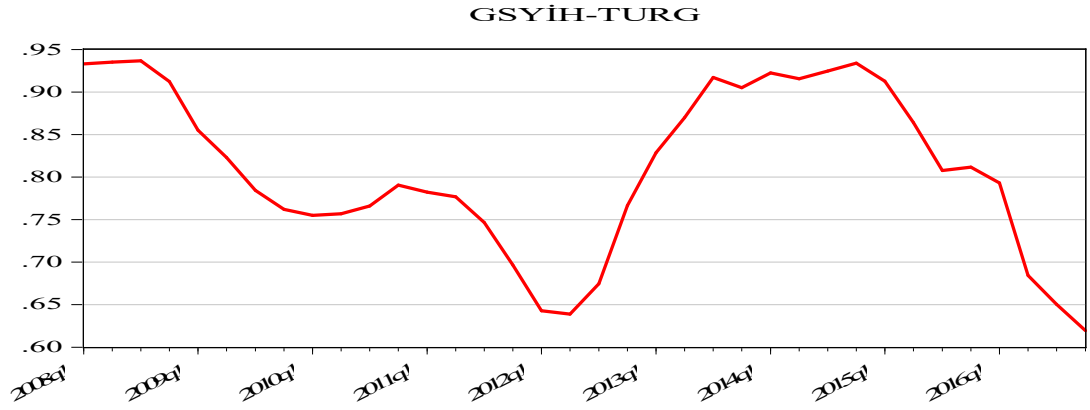
	GSYİH	STUR	TURG
GSYİH	1		
STUR	0.945***	1	
TURG	0.934***	0.912***	1

***, istatistiksel olarak %1 düzeyinde anlamlılığı temsil etmektedir.



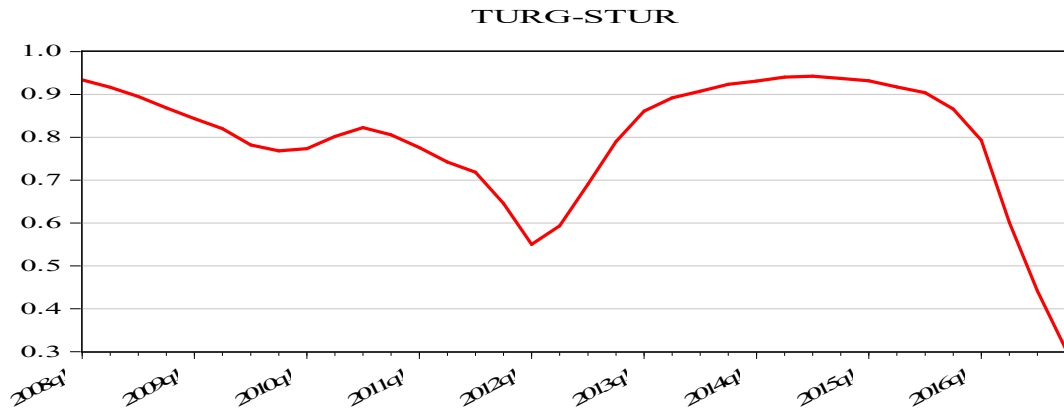
Şekil 4.11. Gayrisafi Yurtiçi Hâsıla İle Sağlık Turizmi Gelirleri Arasındaki Korelasyon İlişkisi

Yukarıdaki şekil incelendiği zaman, GSYİH ile STUR arasında korelasyon ilişkisinin varlığını ve yönünü bize göstermektedir. 5’er yıllık çeyrek veriler üzerinden iki değişkene ait doğrusal ilişkilerde GSYİH ile STUR arasında uzun dönemli bir birliktelik olduğu görülmektedir. 2003 yılından itibaren 2008 yılına kadar korelasyon ilişkisinin anlamlılık derecesi 1 seviyesine yaklaşırken yüksek ilişki görülmüş, 2008’den itibaren bu düzey 0,5 seviyelerine kadar inip orta düzeyde kalmıştır, 2012 yılından itibaren tekrar yükselme trendine girmiştir. Türkiye’nin 2008 ekonomik krizinden etkilendiği açıkça görülüp bir kırılma meydana geldiği anlaşılmaktadır.



Şekil: 4.12. Gayrisafı Yurtiçi Hâsıla İle Turizm Gelirleri Arasındaki Korelasyon İlişkisi

Yukarıdaki şekil incelendiği zaman, GSYİH ile TURG arasında korelasyon ilişkisinin varlığını ve yönünü bize göstermektedir. 5'er yıllık çeyrek veriler üzerinden iki değişkene ait doğrusal ilişkilerde GSYİH ile TURG arasında uzun dönemli bir birliktelik olduğu görülmektedir. 2003 yılından itibaren 2008 yılına kadar korelasyon ilişkisinin anlamlılık derecesi 0.95 seviyesine yaklaşırken yüksek ilişki görülmüş, 2008 yılından itibaren bu düzey 0,65 seviyelerine kadar inip orta düzeyde kalmıştır, 2012 yılından itibaren tekrar yükselme trendine girip bu ilişki tekrar 0.95 seviyelerine kadar yükseldiği görülmektedir.



Şekil 4.13. Turizm Gelirleri İle Sağlık Turizmi Gelirleri Arasındaki Korelasyon İlişkisi

Yukarıdaki şekil incelendiği zaman, TURG ile STUR arasında korelasyon ilişkisinin varlığını ve yönünü bize göstermektedir. 5'er yıllık çeyrek veriler üzerinden iki değişkene ait doğrusal ilişkilerde TURG ile STUR arasında uzun dönemli bir birliktelik olduğu görülmektedir. 2003 yılından itibaren 2008 yılına kadar korelasyon ilişkisinin anlamlılık derecesi 1 seviyesine doğru yaklaşırken

yüksek ilişki görülmüş, ilişkinin 2008'den itibaren bu trendi zayıflayarak, 0,5-0,6 seviyelerine kadar inip orta düzeyde kalmıştır, 2012 yılından itibaren tekrar yükselme trendine girmiştir. Yalnız bu yükselme trendi 2015 yılından sonra tekrar düşmeye başlamış ve 2016 yılında 0,3 seviyelerine kadar inip zayıf ilişki görülmüştür. Zaman serileri analizlerinde 2008 yılında bir kırılma olduğu görülmüştür. Ekonomik büyüme oranlarının azalmasına paralel olarak turizm ve sağlık turizmi sektörlerinde de azalma meydana gelmiştir. 2008 yılında ABD'de başlayan Mortgage Krizi bütün dünyayı etkisi altına almıştır. Türkiye de bu krizden nasibini alan ülkelerden biridir. İlk olarak finans sektöründen başlayan kriz ekonomik sıkıntılar ve yüksek işsizlik olarak karşımıza çıkmaktadır. Türkiye'de ekonomik daralma ile birlikte turizm ve sağlık turizm sektörü de bu krizden etkilenmiş olup gayrisafi yurtiçi hâsıla oranlarında düşüş meydana getirmiştir.

Durağanlığın sınanması için birim kök testi uygulanmaktadır. Serilerin durağan olup olmadığını anlamak için grafiği çizilir. Zaman yolu grafiklerinde değişkenlerimizin ortalama bir değere sahip olmadığı görülmüştür. Bu yüzden serilerin birim kök içerip içermediği ADF ve PP birim kök testleri ile test edilmiş ve sonuçlar Tablo 4.11'de özetlenmiştir. ADF ve PP göre test istatistikleri kritik değerlerden küçükse ya da mutlak değer olarak büyük ise hipotez reddedilir. Her iki testte mutlak değer olarak büyük olduğu görülmekte ve buna göre serilerin tamamı düzey değerde birim kök içermekte ve durağan olmadıkları anlaşılmaktadır. Serilerin birinci farklarında ise durağanlık koşulunu sağladıkları görülmektedir. Serilerin ilk farklarında durağanlık sağlandığı için değişkenler arasında eş bütünleşme olup olmadığı test edilebilir.

Tablo 4.11. Birim Kök Testi Sonuçları

	GSYİH	d(GSYİH)	STUR	d(STUR)	TURG	d(TURG)
ADF						
Sabitsiz	1.4028	-4.7742***	1.2823	-2.3011**	0.4389	-3.0235***
Sabitli	-2.5968*	-5.0188***	-1.7418	-3.5919***	-1.8765	-2.9557**
Trend ve Sabitli	-2.3638	-5.3084***	-2.9576	-3.6906**	0.5812	-3.7299**
PP						
Sabitsiz	2.1585	-4.7166***	2.2320	-3.2205***	0.9747	-4.9124***
Sabitli	-3.7392***	-4.9375***	-2.4938	-3.7382***	-2.7620*	-4.9962***
Trend ve Sabitli	-2.7182	-5.0906***	-2.3409	-4.0448**	-0.1494	-6.1447***

*, ** ve *** sırasıyla %10, %5 ve %1 düzeyinde anlamlılığı temsil etmektedir.

Durağanlık koşulunu sağlamak adına fark alınarak manüpile edilen serilerde uzun dönemli ilişkiler kaybolabilmektedir. Söz konusu uzun dönemli ilişkinin varlığı eşbütünleşme testleri ile görülebilmektedir. Değişkenlerin uzun dönemli birlikteliğini test etmek için Johansen(1987), Granger(1987), Eangle ve Maki(2012) gibi eş bütünleşme testi uygulanabilir. Uzun dönemli ilişkilerde de yapısal değişimler olabilmekte ve bu değişimler göz önünde bulundurulmadığı takdirde sağlıklı sonuçlar elde etmek mümkün olamamaktadır. Bu nedenle çalışmada yapısal kırılmaları dikkate alan Maki (2012) eşbütünleşme testi uygulanmıştır.

Maki eşbütünleşme testi yapısal kırılmaları dikkate aldığı için Türkiye gibi gelişen ve gelişmekte olan ülkeler için uygun bir testtir. Çünkü ekonomik ve siyasi gelişimlerin devam etmediği hatta bazı yıllarda ani şoklarla çabuk etkilendiği bilinmektedir. Buradan hareketle uygulanan Maki eşbütünleşme testi sonuçları tablo 4.12’de özetlenmiştir. Bulgular incelendiğinde GSYİH-STUR arasında model 0,1,2’de uzun dönemli bir ilişki olduğu görülmektedir. STUR-TURG arasında model 0’da, GSYİH-TURG arasında model 1’de ikili ilişkilerde ise zayıf trend ve rejimin göz ardı edildiği modellerde anlamlı bir ilişki görülmektedir.

Tablo 4.12. Maki (2012) Eşbütünleşme Testi Sonuçları

	Test İst.	Kırılma Tarihleri				
GSYİH-STUR						
Model 0	-5.51678**	2006Q1	2010Q3	2013Q3		
Model 1	-6.35472***	2006Q1	2009Q2	2011Q4		
Model 2	-5.25214*	2009Q3	2011Q1			
Model 3	-6.40580	2004Q4	2006Q3	2008Q1	2010Q1	2011Q4
STUR-TURG						
Model 0	-4.97424*	2004Q3	2007Q1	2008Q4	2012Q3	
Model 1	-4.53305	2006Q4	2015Q2			
Model 2	-5.66017	2004Q4	2007Q1	2010Q4	2013Q4	
Model 3	-5.55911	2005Q4	2008Q1	2011Q2	2013Q1	2014Q3
GSYİH-TURG						
Model 0	-4.32375	2004Q3	2006Q3	2009Q1	2012Q4	
Model 1	-5.59228*	2006Q2	2008Q3	2010Q4	2013Q3	2015Q1
Model 2	-5.02925	2005Q3	2008Q3	2013Q3	2015Q1	
Model 3	-5.00297	2004Q3	2006Q2	2008Q3	2012Q1	

*, ** ve *** sırasıyla %10, %5 ve %1 düzeyinde anlamlılığı temsil etmektedir.

Kritik değerler Maki (2012)’nin makelesinden alınmıştır.(Ek D.1.)

Yukarıdaki tabloda Maki eşbütünleşme testi sonuçlarına göre 5 taneye kadar kırılmanın olduğu durumda, seriler arasında eşbütünleşme testi uygulanabilmektedir. Burada 4 tane test modeli kullanılmıştır. Buradan hareketle; GSYİH-STUR arasında

model 0'da 2006:1, 2010:3 ve 2013:3, model 1'de 2006:1, 2009:2, 2011:4, model 2'de 2009:3, 2011:1, model 3'de ise 2004:4, 2006:3, 2008:1, 2010:1, 2011:4 yıllarında kırılmalar meydana gelmiş, model 3 dışında diğer tüm modellerde test istatistikleri kritik değerlerden büyük olduğu için eşbütünleşme ilişkisi olduğu görülmüştür. STUR-TURG arasında model 0'da 2004:3, 2007:1, 2008:4, 2012:3, model 1'de 2006:4, 2015:2, model 2'de 2004:4, 2007:1, 2010:4, 2013:4, model 3'de 2005:4, 2008:1, 2011:2, 2013:1, 2014:3 yıllarında kırılmalar meydana gelmiştir. Model 0 dışında diğer tüm modellerde test istatistikleri kritik değerlerden büyük olduğu için eşbütünleşme ilişkisi olduğu görülmüştür. GSYİH-TURG arasında model 0'da 2004:3, 2006:3, 2009:1, 2012:4, model 1'de 2006:2, 2008:3, 2010:4, 2013:3, 2015:1, model 2'de 2005:3, 2008:3, 2013:3, 2015:1, model 3'de 2004:3, 2006:2, 2008:3, 2012:1 yıllarında kırılmalar meydana gelmiş, model 1 dışında diğer tüm modellerde test istatistikleri kritik değerlerden büyük olduğu için eşbütünleşme ilişkisi olduğu görülmüştür.

Maki eşbütünleşme testi sonuçlarında görüldüğü üzere bazı dönemlerde kırılmalar meydana gelmiştir. Türkiye Devleti kurulduğundan beridir belirli dönemlerde ekonomik, bankacılık, siyasi, enflasyon ve dış kaynaklı krizlere maruz kalmış ve sürekli mücadele etmiştir. 2000-2001 yıllarında yaşanan krizler Türkiye ekonomisini ve bankacılık sektörünü derinden etkilemiştir. Bu krizin etkileri 2003-2004 yılında da etkisini sürdürmüştür. 2008 yılından itibaren başlayan Mortgage Krizi, Türkiye ekonomisini daraltmış ve ekonomik büyüme oranlarında da bir düşüşe sebebiyet vermiştir. 2010 yılında Avrupa'da yaşanan Borç Krizi, Türkiye gibi AB'ye üye olma müzakereleri devam eden ülkeler için de önemlidir. 2015 yılında düşürülen Rus uçağı hadisesi de Türkiye için dönem noktalarından biri olmuştur. Turizm gelirlerinde ciddi kayıplara sebebiyet vermiştir. Fakat Türk Devleti'nin girişimleriyle bu kriz kısa zaman içinde çözülmüştür.

Serilerin durağan olmaması ve eşbütünleşme ilişkisinin zayıflığı nedeniyle Granger nedensellik testinin uygulanması sapmalı sonuçlar doğurabilecektir. Bu nedenle durağanlık ve eşbütünleşme ilişkisinin varlığı gibi ön koşullar gerektirmeyen SUR temelli Toda-Yamamoto Nedensellik testi uygulanmıştır. Her bir değişkene uygun gecikme uzunlukları³ test edilirken Akaike information criterion(AIC) tercih edilmiş ve beşe kadar uygun gecikme uzunluğu denenmiştir. Bulgular tablo 4.13'de

³ Uygun gecikme uzunluğu modeli ek B.'de gösterilmiştir.

özetlenmiştir. Bulgulara göre STUR ile GSYİH ve TURG ile GSYİH arasında çift yönlü bir nedensellik ilişkisi görülmektedir. Başka bir ifadeyle, sağlık turizmi ve turizmdeki artışın gayrisafi yurtiçi hâsılayı etkilediği benzer şekilde gayrisafi yurtiçi hâsılada yaşanan artışın da sağlık turizmini ve turizmi etkilediği sonucuna varılmıştır. Her iki değişkenlerde çift yönlü bir nedensellik söz konusudur. STUR'dan TURG'e doğru tek yönlü bir ilişki, yani sağlık turizmindeki artış turizmi etkilerken turizmdeki artış sağlık turizmini etkilememiştir.

Tablo 4.13. Toda-Yamamoto Nedensellik Testi Sonuçları

	Uygun Gecikme Uzunluğu (AIC)	Test İstatistiği	Sonuç
STUR-GSYİH	3	11.884***	Var
GSYİH-STUR	3	6.339*	Var
STUR-TURG	5	11.159**	Var
TURG-STUR	5	2.828	Yok
GSYİH-TURG	5	10.016*	Var
TURG-GSYİH	5	25.576***	Var

*,** ve ***sırasıyla %10, %5 ve %1 düzeyinde anlamlılığı temsil etmektedir. Tüm ikili ilişkilerde maksimum eşbütünleşme derecesi 1 olarak belirlenmiştir.

Sonuçların kuvvetlendirilmesi adına kritik değerlerin bootstrap yöntemi ile elde edildiği Hacker ve Hatemi-J (2006) nedensellik testi uygulanmış ve sonuçlar Tablo 4.14'de özetlenmiştir. Sonuçlara göre STUR'dan GSYİH'ye doğru tek yönlü bir nedensellik ilişkisi, TURG'den GSYİH'ye doğru da tek yönlü bir nedensellik ilişkisi olduğu görülmektedir. Böylelikle sağlık turizminin ekonomik büyümeye etkisine dair elde edilen bulgular desteklenmiştir. Benzer şekilde turizm gelirlerinin de ekonomik büyümeye olan katkısı ayrıca görülmüştür. Toda Yamamoto nedensellik sonucu benzer şekilde Hacker-Hatemi-J nedensellik analizlerinde de görülmüştür. Her iki nedensellik analizi birbiriyle tutarlı olduğu görülmüştür.

Tablo 4.14. Hacker&Hatemi-J(2006) Bootstrap Nedensellik Testi Sonuçları

	Uygun Gecikme Uzunluğu (AIC)	Test İstatistiği	%1 Bootstrap Kritik Değer	%5 Bootstrap Kritik Değer	%10 Bootstrap Kritik Değer
STUR-GSYİH	3	9.827	12.909	8.856	6.928
GSYİH-STUR	3	5.242	13.498	8.877	6.933
STUR-TURG	5	8.258	19.731	13.18	10.587
TURG-STUR	5	2.093	20.132	13.334	10.899
GSYİH-TURG	5	7.412	17.435	12.112	9.884
TURG-GSYİH	5	18.926	18.098	12.962	10.46

Sağlık turizmi gelirleri(STUR), turizm gelirleri(TURG) ve gayrisafi yurtiçi hâsıla(GSYİH) değişkenlerine ait Hacker-Hatemi(2006) Nedensellik Analizi neticesinde test istatistiğinin 9.827, kritik değerlerin ise %1'de, %5'te ve %10'da sırasıyla, 12.909, 8.856, 6.928 olduğu test edilmiştir. Test istatistiği kritik 2 değerden büyük olduğundan dolayı temel hipotez reddedilmektedir. Bu nedenle sağlık turizmi gelirleri(STUR) değişkeninden gayrisafi yurtiçi hâsıla(GSYİH) değişkenine doğru nedensellik ilişkisi vardır. Test istatistiğinin 5.242, kritik değerlerin ise %1'de, %5'te ve %10'da sırasıyla 13.498, 8.877, 6.933 olduğu tespit edilmiştir. Test istatistiği kritik değerlerden küçük olduğundan dolayı temel hipotez reddedilmemektedir. Bu nedenle gayrisafi yurt içi hâsıla(GSYİH) değişkeninden sağlık turizmi gelirleri(STUR) değişkenine doğru nedensellik yoktur. Test istatistiğinin 8.258, kritik değerlerin ise %1'de, %5'te ve %10'da sırasıyla 19.731, 13.18, 10.587 olduğu tespit edilmiştir. Test istatistiği kritik değerlerden küçük olduğundan dolayı temel hipotez reddedilmemektedir. Bu nedenle sağlık turizmi geliri(STUR) değişkeninden, turizm gelirleri(TURG) değişkenine doğru nedensellik yoktur. Test istatistiğinin 2.093, kritik değerlerin ise %1'de, %5'te ve %10'da sırasıyla 20.132, 13.334, 10.899 olduğu tespit edilmiştir. Test istatistiği kritik değerlerden küçük olduğundan dolayı temel hipotez reddedilmemektedir. Bu nedenle turizm gelirleri(TURG) değişkeninden, sağlık turizmi gelirleri(STUR) değişkenine doğru nedensellik yoktur. Test istatistiğinin 7.412, kritik değerlerin ise %1'de, %5'te ve %10'da sırasıyla 17.435, 12.112, 9.884 olduğu tespit edilmiştir. Test istatistiği kritik değerlerden küçük olduğundan dolayı temel hipotez reddedilmemektedir. Bu nedenle gayrisafi yurt içi hâsıla(GSYİH) değişkeninden, turizm gelirleri(TURG) değişkenine doğru nedensellik yoktur. Test istatistiğinin 18.926, kritik değerlerin ise %1'de, %5'te ve %10'da sırasıyla 18.098, 12.962, 10.46 olduğu test edilmiştir. Test istatistiği kritik değerlerden büyük olduğundan dolayı temel hipotez reddedilmektedir. Bu nedenle turizm gelirleri(TURG) değişkeninden, gayrisafi yurt içi hâsıla(GSYİH) değişkenine doğru nedensellik ilişkisi vardır.

Turizm gelirleri ve sağlık turizmi gelirlerinin ekonomik büyüme üzerinde etkisinin olup olmadığını test etmek için yapılan bu çalışmada ulaşılan bulgular doğrultusunda Toda Yamamoto ve Hacker Hatemi-J Bootstrap nedensellik testine göre nedensellik söz konusudur. Bu çalışmada elde edilen bulgular önceki araştırmalarda uygulanan ekonometrik analizler ve teori ile örtüşmektedir. Turizm ve sağlık turizmi gelirlerinin ekonomik büyümeyi etkilediği sonucuna varılan bu

araştırma, önceki yapılan araştırmalar ile tutarlı sonuçlar göstermektedir. nceki araştırmalarda yapılan ampirik çalışmalara bakıldığında; Bahar ve Bozkurt (2010), Aslan (2008), Uysal, Erdoğan ve Mucuk (2004), Kasman ve Kasman (2004), Bahar (2006), etintaş ve Bektaş (2008), oban ve zcan (2013), araştırmalarını desteklemektedir.



SONUÇ VE ÖNERİLER

Türkiye’de sağlık turizminin ekonomik büyüme üzerine etkisinin nedensellik ilişkisini belirtmek için Türkiye’nin sağlık turizm gelirleri ve ekonomik büyüme oranları verileri, 2003-2016 yılları arası üçer aylık (56 gözlem) incelenmiştir. Ayrıca çalışmaya turizm gelirleri de dâhil edilmiştir Sağlık turizmi gelirleri ve ekonomik büyüme oranları Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) internet sitesi üzerinden elde edilmiştir. Analizlerde verilere ait logaritmik seriler kullanılmıştır. Serilerin logaritmik dönüşümlerinin ardından zaman yolu grafikleri verilmiştir. Serilerde mevsimsel değişimlerin görüldüğü anlaşılmış ve bu doğrultuda seriler mevsimsel etkiden arındırılmış ve analizlere mevsimsellikten arındırılmış seriler üzerinden devam edilmiştir. Serilerin zaman yolu grafikleri belli bir ortalama değere sahip olmadığı için belli dönemlerde dalgalanma olduğu görülmüştür. Mevsimsellikten arındırıldıktan sonra ise grafiğimiz pozitif yönlü olarak artış trendi göstermiştir.

Daha sonra seriler arasındaki korelasyon ilişkisi araştırılmıştır. Gayrisafi yurtiçi hasıla ile sağlık turizmi arasında pozitif yönlü %95 seviyesinde güçlü bir korelasyon ilişkisi olduğu görülmüştür. Gayrisafi yurtiçi hasıla ile turizm arasında da pozitif yönlü %93 seviyesinde ve sağlık turizmi ile turizm arasında yine pozitif yönlü %91 seviyesinde bir korelasyon ilişkisinin olduğu anlaşılmıştır. Korelasyon katsayıları istatistiksel olarak %1 düzeyinde anlamlıdır. Serilerin birim kök içerip içermediği ADF(Augmented Dicky-Fuller) ve PP(Philips-Perron) birim kök testleri ile test edilmiştir. Buna göre serilerin tamamı düzey değerde birim kök içermekte ve durağan olmadığı anlaşılmıştır. Serilerin birinci farklarında ise durağanlık koşulunu sağladıkları görülmüştür. Daha sonra çalışmada yapısal kırılmaları dikkate alan Maki (2012) eşbütünleşme testi uygulanmıştır. Gayrisafi yurtiçi hasıla ile sağlık turizmi arasında uzun dönemli bir ilişki olduğu görülmüştür. Diğer ikili ilişkilerde ise zayıf trend ve rejimin göz ardı edildiği modellerde anlamlı bir ilişki görülmüştür.

SUR temelli Toda-Yamamoto Nedensellik testi uygulanmıştır. Bulgulara göre sağlık turizmi ile gayrisafi yurtiçi hâsıla arasında çift yönlü bir nedensellik ilişkisi görülmüştür. Sağlık turizminden turizme doğru tek yönlü bir ilişki var. Gayrisafi yurtiçi hâsıla ile turizm arasında da çift yönlü bir nedensellik ilişkisi söz konusudur. Sonuçların kuvvetlendirilmesi adına kritik değerlerin Bootstrap yöntemi ile elde edildiği Hacker ve Hatemi-J (2006) nedensellik testi uygulanmıştır. Sonuçlara göre sağlık turizminden gayrisafi yurtiçi hâsılaya doğru tek yönlü bir nedensellik ilişkisi görülmüştür. Turizmden gayrisafi yurtiçi hâsılaya doğru da tek yönlü bir nedensellik ilişkisi görülmüştür. Böylelikle sağlık turizminin ekonomik büyümeye etkisine dair elde edilen bulgular desteklenmiştir. Benzer şekilde turizm gelirlerinin de ekonomik büyümeye olan katkısı ayrıca görülmüştür. Önceki konularda sağlık turizmi ile ilgili yapılan çalışmalarda sağlık turizmi ile ilgili Türkiye’de nicel bir çalışma yapılmamıştır. Yapılan nitel çalışmalarda ise sağlık turizminin ekonomik büyüme üzerine olumlu etkisi görülmüştür. Bu çalışmada da sağlık turizminin ekonomik büyüme üzerine etkisi bu çalışmada da görülmüştür.

Türkiye, sağlık turizminin gelişimi hakkında önemli yatırımlar ve teşvikler gerçekleştirmektedir. Ekonomi Bakanlığı 2017 yılından itibaren geçerli olmak üzere 2015/8 sayılı Döviz kazandırıcı Hizmet Ticaretininin Desteklenmesi Hakkında Karar sağlık turizmi teşvikleri düzenlenmiştir. Bu karar kapsamında sağlık kuruluşlarına ve sağlık turizmi şirketleri için yıllık, tescil ve koruma desteğine %50 oranında 50.000 dolar, rapor ve yurtdışı şirket alınımına yönelik danışmanlık desteğine %60 oranında 200.000 dolar, belgelendirme desteği %50 oranında belge başına 50.000 dolar, reklam, tanıtım ve pazarlama desteği %60 oranında 400.000 dolar, yurt dışı birim desteği % 60 oranında 120.000 dolar, danışmanlık desteği %50 oranında 200.000 dolar, acenta komisyon desteği %50 oranında 100.000 dolar, tercümanlık hizmetleri desteği %50 oranında personel başına yıllık 25.000 dolar, tercümanlık hizmetleri 50.000 dolar, hasta yol desteği %50 oranında hasta başı 1000 dolar, münhasıran yurt dışına yönelik olarak yurt içinde gerçekleştirilen tanıtım ve eğitim faaliyetlerinin desteklenmesi %50 oranında yıllık 50.000-100.000 dolar tutarında karşılanmaktadır (Ekonomi Bakanlığı, 2015). Ayrıca Türkiye’nin dünyada bilinirliğini sağlamak için Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında kurulan Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü önemli araştırma, inceleme ve planlama yaparak bu sektörün gelişimine hız kazandırmaktadır.

Sağlık turizmi, katma değeri yüksek ve döviz kazandırıcı olan bir hizmet

sektörüdür. 100 milyar doları geçen bir kâr hacmine ulaşan sağlık turizminden pay almak isteyen devletlerin sayısı gitgide artmaktadır. Dünyada bu sektöre olan yatırımlar milli bir politika gibi sürdürülmektedir. Hindistan, Singapur, Tayland gibi gelişmekte olan ülkelere bakıldığı zaman dış açıklarını bu sektörden karşılamakta ve bu sektör her yıl belli bir oranda büyümektedir. Türkiye gibi bütçe açığı olan ülkeler için sağlık turizmi hayati bir öneme sahiptir. Bundan dolayı gelecekte yapılacak çalışmalarda dünyada en iyi sağlık turizmi hizmeti sunumu veren Tayland, Hindistan, Singapur, Almanya, Macaristan ve ABD gibi ülkeler ile Türkiye arasında karşılaştırmalar yapılarak çalışmalar yapıp literatüre katkıda bulunulabilir. Sağlık turizminin geliştirilmesi için yöneticilere bazı tavsiyelerde bulunmak gerekirse;

- Sağlık turizmi, ekonomik getirisi yüksek olan bir katma değere sahip olduğu için GSYİH oranları üzerinde etkilidir. Bu yüzden ekonomik büyümeyi olumlu yönde etkilemesi muhtemeldir.
- Devlet Kalkınma Planlamalarında ve Sağlıkta Dönüşüm Planlamalarında sağlık turizmine verilen önem ve teşvikler artırılmalıdır.
- Sağlık turizmi arzını sunabilecek aracı kurumların sayısı hem yurt içinde hem de yurtdışında artırılmalı ve gerekli yasal işlemlerde kolaylıklar sağlanmalıdır.
- Özellikle son zamanlardaki gelişimiyle dikkatleri üstüne çeken Şehir Hastaneleri sayısı artırılmalı ve sağlık hizmetleri çeşitliliği tüm ülkeye yayılmalıdır. Bu sayede daha fazla sağlık turistine hizmet verip döviz girdileri sağlanmalıdır.
- 2023 hedefi doğrultusunda belirtilmiş olan 2 milyon sağlık turisti, 20 milyar dolar hedefi için gerekli altyapı oluşturulmalı ve hizmet kalitesi artırılmalıdır.
- Diaspora Türkleri politikası iyi değerlendirilmeli ve Türkiye'ye sağlık turisti girişleri sağlanmalıdır.
- Türkiye'nin bulunduğu coğrafya iyi değerlendirilmeli ve dünyanın en önde gelen sağlık turizmi sunan ülkelerin hizmetleri iyi araştırılıp örnek alınmalı
- Uluslararası akreditasyon kurumları tarafından hastaneler, laboratuvarlar ve klinikler daha fazla akredite edilip hizmete sunulmalıdır.

- Tedavi süresi, kalite ve hizmet sunumu, fiyat avantajları, güvenlik, mahremiyet ve vize gibi işlemler şeffaflıkla sürdürülmeli ve sağlık turistlerine sunulmalıdır.
- Türkiye için pazar payı yüksek olan ülkelerle ikili anlaşmalar yapılmalıdır.
- Sağlık turizmi milli bir politika halinde koordineli bir şekilde sürdürülmelidir.



KAYNAKLAR

- Aslan, A. (2008). Türkiye’de ekonomik büyüme ve turizm ilişkisi üzerine ekonometrik analiz. *Münich Personal Repec Archive*, 1-11.
- Akar, C. (2008). Hisse senedi fiyatlarıyla yabancı işlem hacmi arasında nedensellik: toda-yamamoto yaklaşımı. *Muhasebe ve Finansman Dergisi*, (37):185-192.
- Akat, Ö. (2000). *Pazarlama Ağırlıklı Turizm İşletmeciliği*, 3. Baskı, Ekin Kitabevi, Bursa, 22-23.
- Akaike, H. (1974). A New Look At The Statistical Model Identification. *IEEE Transactions On Automatic Contro*, 19(6):716-723.
- Aktaş, C. (2009). Türkiye’nin ihracat, ithalat ve ekonomik büyüme arasındaki nedensellik analizi. *Kocaeli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18(2): 35-47.
- Aydın D. ve Yılmaz, C. (2010). Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Sağlık Turizmi Birimi) Medikal Turizm Araştırması (Birinci Bölüm), Ekim – Aralık, Ankara, (19.07.2017).
- Aydın, D., Şeker, S. ve Şahan, S. (2011). Kamu Hastanelerinde Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Uygulama Rehberi, *Sağlık Bakanlığı*, Ankara.
- Aydın, D., Aktepe, C., Sahbaz, R.P. ve Arslan, S. (2011). Türkiye’de Medikal Turizmin Geleceği. *Sağlık Bakanlığı Yayınları*, Mart, Ankara, 1-22.
- Aydın, O. (2012). Türkiye’de alternatif bir turizm; sağlık turizmi. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 14(23): 91-96.
- Aydın, G. ve Aydın, B.K. (2015). Dünyada ve türkiye’de sağlık turizmi pazarlama uygulamaları ve karşılaştırmalı durum analizi. *İstanbul Arel Üniversitesi Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 16:1-21.
- Al-Azzam, A.F.M. (2016). A study of the impact marketing mix for attracting medikal tourism in Jordan. *International Journal of Marketing Studies*, 139-149.

- Bahadır, H. (2011). Sağlık ekonomisi ve turizmi. *Ekonomi ve Düşünce Dergisi*, 19(55):74-78.
- Bahar, O. ve Kozak, M. (2013). *Turizm Ekonomisi*. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını, Eskişehir.
- Bahar, O. ve Bozkurt, K. (2010). Gelişmekte olan ülkelerde turizm-ekonomik büyüme ilişkisi: dinamik panel veri analizi. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 21(2): 255-265.
- Bahar, O. (2006). “Turizm sektörünün türkiye’nin ekonomik büyümesi üzerindeki etkisi: var analizi yaklaşımı. Yönetim ve ekonomi: *Celal Bayar Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 13(2):137-150.
- Bagdigen, M. ve Beşer, B. (2009). Ekonomik büyüme ile kamu harcamaları arasındaki nedensellik ilişkisinin wagner tezi kapsamında bir analizi: Türkiye örneği. *Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü*, 1-17.
- Barca, M., Akdeve, E. ve Balay, İ.G. (2013). Türkiye sağlık turizm sektörünün analizi ve strateji önerileri. *İşletme Araştırma Dergileri*, Ankara, 5(3):64-92.
- Baukute, G. (2012). *Medical Tourism: The analysis of positive aspects of establishing medical tourism sector in Lithuania*. Doktora Tezi, Central European University Department of Public Policy. Budapest, Hungary.
- Baysal, D. (2016). Sağlık turizminin türkiye turizm geliri içerisindeki payı: 2000-2015. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 250-261.
- Birschel, D. (2009). Medical tourism. *Benefits Quarterly*, 25(2):67.
- Borman, E. (2004). Health Tourism: Where health care ethics and the state collide. *British Medical Journal*, 328:60–61.
- Bozgeyik, Y. (2013). *Bir İktisat Politikası Aracı Olarak Mali: Türkiye ve Diğer Seçilmiş OECD Ülkeleri Örneği*. Doktora Tezi, Kocatepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Afyon.
- Bozgeyik, Y. ve Yoloğlu, Y. (2015). Türkiye’de turizm gelirleri ile gsyh arasındaki ilişki: 2002-2014 dönemi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 8(40):627-640.
- Buldukoğlu, S. (2014). *Sağlık Turizminin Türkiye’deki Önemi ve Yeri*. Yüksek Lisans Tezi, Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Bulut, E. (1999). *Turizmin Türkiye Ekonomisindeki Yeri ve Ekonomik Etkileri*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Gaziantep, ss.16-17.

- Bülbül, F. (2015). *Sağlık Turizminin Türkiye'deki Gelişimi*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Canver, Ş. (2015). *Kamu ve Özel Hastane Çalışanlarının Sağlık Turizmine İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Cham, T.H. (2016). A study of medical tourists' behavioural intention in relation to hospital brand image and the mediating effects of perceived value and trust. Doktora tezi, *Faculty Of Accountancy and Management University Tunku Abdul Rahman*.
- Connell, J. (2006). Medical tourism: sea, sun, sand and surgery. *Tourism Management*, 27:1093-1100.
- Çetin, T. (2011). Termal turizm potansiyeli açısından kozaklı (nevşehir) kaplıcaları. *Turkish Studies*, 6(1):878-902.
- Çetinkaya, T. ve Zengin, B. (2009). *Yaşlı bakımı ve turizm*. Panel Bildiri Kitapçığı, Sakarya, s.81-172.
- Çetintaş, H. ve Bektaş, Ç. (2008). Türkiye'de turizm ve ekonomik büyüme arasındaki kısa ve uzun dönemli ilişkiler. *Anatolia: Turizm Arastirmalari Dergisi*, 19(1):37-44.
- Çoban, O. ve Özcan, C.C. (2013). Türkiye'de turizm gelirleri-ekonomik büyüme ilişkisi: nedensellik analizi 1963-2010. *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 8(1):243-262.
- Darnel, A.C. (1994). *A Dictionary Of Econometrics*. Printed And Bound In Great Britian By Hartnolls Limited, Bodmin-Cornwall, England.
- Diñçer, M.Z. (1993). *Turizm Ekonomisi ve Türkiye Ekonomisinde Turizm*. Filiz Kitabevi, İstanbul, ss.5.
- Diñçer, M.Z, Çifçi, A.M., ve Karayılan, E. (2016). Gelişmekte olan ülkelerde medikal turizm: Türkiye'nin Tayland, Malezya Ve Hindistan'a göre potansiyelinin değerlendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, İstanbul, 1:34-60.
- Edinsel, S. ve Adıgüzel, O. (2014). Türkiye'nin sağlık turizmi açısından son beş yıldaki dünya ülkeleri içindeki konumu ve gelişmeleri. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(2):167-190.
- Ekici, B.(2015). *Sağlık Turizminde Planlama-İşletmecilik-Tedavi ve Türkiye'de Durum*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

- Enders, W. (1995). *Applied Econometric Time Series*, John Wiley and Sons, Canada, 221.
- Garcia, A.G. and Besinga C.A.M. (2006). Challenges and opportunities in Philippine medical tourism industry. *The SVG Review*, June, 4(1):41-55.
- Gencay, C. (2007). *Sürdürülebilir Rekabet Avantajı Elde Etmede Turizm Sektörü*. Kazancı Hukuk Yayınevi, İstanbul, ss. 172-180.
- Genç, M.C., Değer, M.K. ve Berber, M. (2010). Beşeri sermaye, ihracat ve ekonomik büyüme: Türkiye ekonomisi üzerine nedensellik analizi. *Bilgi Ekonomisi ve Yönetimi Dergisi* 5(1):29-41.
- Gujarati, D. N. (1995). *Basic Econometrics*, Literatür Yayınları, İstanbul, ss.719.
- Gülmez, Z. (2012). *Türkiye’de ve Dünya’da Sağlık Turizmi ve Çeşitleri: Sağlık Turizminin Ülkemizdeki Mevcut Durumu ve Bazı Ülkelerle Kıyaslanması*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Hacker, R.S. ve Hatemi-J, A. (2006). Tests for causality between integrated variables using asymptotic and bootstrap distributions: theory and application. *Applied Economics*, 38(13):1489-1500.
- Herrick, Devon. (2007). Medical tourism: Global competition in health care. *National Center For Policy Analysis*, 1-40
- İçöz, O. (2009). Sağlık turizmi kapsamında medikal (tıbbi) turizm ve Türkiye’nin olanakları. *Journal Of Yasar University*, İzmir, 4(14):2271.
- İğde, E. (2010). *Yapısal Değişiklik Altında Birim Kök Testleri ve Bazı Makro İktisadi Değişkenler Üzerine Uygulamalar*. Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ekonometri Anabilim Dalı, Adana, ss.5.
- Kalkınma Bakanlığı. (2016). Genel Ekonomik Hedefler ve Yatırımlar, s.5.
- Karakoç, S.(2017). *Küresel Dünyada Sağlık Turizminin Önemi ve Türkiye’nin Durumu*. Yüksek Lisans Tezi, Nuh Naci Yazgan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kayseri, ss.90.
- Kasman, A. ve Kasman, S.K. (2004). Turizm gelirleri ve ekonomik büyüme arasındaki eşbütünleşme ve nedensellik ilişkisi. *İktisat İşletme ve Finans*, 19(220):122-131.
- Korkmaz, M., Aytaç, A., Yücel, A. S., Kılıç, B., Toker, F. ve Gümüş, S. (2014). Türkiye’de Sağlık Turizmi ve Ekonomik Boyutlarının Uygulamalı Örneği. *Sağlık ve Hastane İdaresi 8. Kongresi Bildiri Kitabı*. Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. KKTC, s.1146-1159.

- Korkmaz, M., Aytaç, A., Yücel, A.S., Kılıç, B., Toker, F. ve Gümüş, S. (2014). Sağlık pazarlaması ve uygulamaları. *Uluslararası Hakemli Pazarlama ve Pazar Araştırmaları Dergisi*, 2(1):95-109.
- Kördeve, M.K. (2016). Sağlık turizmine genel bir bakış ve türkiye'nin sağlık turizmindeki yeri. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 51-61.
- Küfeciler, L., Tengilimoğlu, D., Ekiyor, A. ve Atilla, E.A.(2014) Sağlık Turizmi Kapsamında Yabancı Hastaların Memnuniyetinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma. *Sağlık ve Hastane İdaresi 8. Kongresi Bildiri Kitabı*. Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi. KKTC, s. 1201-1215
- Lunt, N., Smith, R., Exworthy, M.T. Green,S., Horsfall, D. and Mannion, R. (2015). Medical tourism: treatments, markets and health system implications: a scoping review. University of York London, 1-55.
- Maviş, F. ve Akoğlan, M. (1997). *Genel Turizm Bilgisi*. Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayını, Eskişehir, ss.25-27.
- Maki, Daiki. (2012). Tests for cointegration allowing for an unknown number of breaks, *Economic Modelling*, 29(5):2011-2015.
- Moloğlu, V. (2015). Yükselen bir değer olan medikal turizmin; Türkiye ekonomisine Katkısı. *In international Conference on Euroasian Economies*, 673-680.
- Noree, T. (2015). *The impact of medical tourism on the domestic economy and private health system: a case study of Thailand*. Phd thesis, London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Olalı, H. (1988). *Turizm Dersleri*, İzmir, İstiklal Matbaası, ss.21.
- Barca. M., Akdeve, E. ve Balay, İ.G. (2013). Türkiye sağlık turizm sektörünün analizi ve strateji önerileri. *İşletme Araştırmaları Dergileri*, 5(3):64-92.
- Öğüt, A., Güleş, H. K. ve Çetinkaya, A.Ş. (2003). *Bilişim Teknolojileri Işığında Turizm İşletmelerinde Yönetim*: Enformatik Bir Bakış, Nobel Yayın Dağıtım.
- Öncü, M.A., Çatı, K. ve Yalman, F. (2016). Medikal turizm kapsamında gelen yabancı hastalar ile yerli hastaların memnuniyet ve sadakatlerinin karşılaştırılması. *Bartın Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 7(14):45-71.
- Özalp, G. (2005). Sağlık turizmi, *Hastane Dergisi*, Ankara, 34:90-98.
- Özer, Ö. ve Songur, C. (2012). Türkiye'nin dünya sağlık turizmindeki yeri ve ekonomik boyutu. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Burdur, 4(7):69-81.

- Özsarı, S. ve Karatana, Ö. (2013). Sağlık turizmi açısından türkiye'nin durumu. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi* 24(2):136-144.
- Öztürk, M. ve Bayat, M. (2014). Uluslararası turizm hareketlerinde sağlık turizminin rolü ve kalite çalışmalarının önemi bir literatür çalışması. *Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 1(2):135-156.
- Piazolo, M. ve Zana, N.A. (2011). Medical tourism: A case study for the USA and India, Germany and Hungary. *Acta Polytechnica Hungarica*, 8(1):137-160.
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname, Sayı: 28103 Karar Sayısı: KHK/663, *Resmi Gazete*. (23 Temmuz 2011).
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı. (2012). *Sağlık Turizmi El Kitabı*, ss.8-119.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı.(2012). Sağlık Turizmi 2012 Faaliyet Raporu, (10.08.2017).
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı. (2013). Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu, (10.08.2017).
- Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü. (2011). Medikal Turizm Faaliyet Raporu, (10.08.2017)
- Sağlık Bakanlığı, Dünya'da ve Türkiye'de Sağlık Turizmi, Durum Tespit Raporu ve Çözüm Önerileri. (2010). (08.06.2017).
- Sarp, N. ve Yiğit, Ç. (2014). *Sağlık ve Hastane İdaresi 8. Kongresi Bildiri Kitabı*. Lefke Avrupa Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi, KKTC.
- Sevüktekin, M. ve Çınar, M. (2014). *Ekonometrik Zaman Serileri Analizi*, Dora Yayıncılık 4. Baskı, Bursa, ss. 378-379.
- Singh, L. (2014). An evaluation of medical tourism in India. *African Journal Of Hospitality, Tourism And Leisure*, 3(1):1-11.
- Sügür, A. (2016). *Türkiye'nin Medikal Turizm Açısından Son Üç Yıldaki Mevcut Durumu ve Medikal Turizm Sektöründeki Ekonomik Boyutunun Geliştirilmesine Yönelik Bir Değerlendirme*. Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Spasojevic, M. ve Susic, V. (2011). Development perspectives of new destinations in medical tourism. *International Journal Of Business, Management And Social*

Sciences, 2(3):9-13.

- Şoltan, T. (2009). *Enerji Tüketimi İle Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla Arasındaki Nedensellik İlişkisinin Granger, Toda-Yamamoto ve Ardl Testleri İle İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Taş, İ. (2010). *Avrupa Birliği'nde Sağlık Turizmi Kapsamında Sınırötesi Hasta Hareketliliği*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.
- Tarı, R. (2014). *Ekonometri*. Gözden Geçirilmiş 10. Baskı, Umuttepe Yayınları, (32), ss.387-388.
- Temizkan, S. P., Çiçek, D. ve Özdemir, C. (2015). Sağlık turizmi konusunda yayınlanan makalelerin bibliyometrik profili. *International Journal Of Human Sciences*, 12(2): 394-415.
- Toda, H.Y., Yamamoto, T. (1995). Statistical inference in vector autoregression with possibly integrated processes, *Journal of Econometrics*, 66(1):225-250.
- Türkiye Sağlık Vakfı. (2010). *Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Turizmi. Durum Tespit Raporu ve Çözüm Önerileri*. Elif Yayınevi, Ankara, ss.48-49.
- Uyanık, Ü. (2014). *Zaman Serilerinde Yapısal Kırılma ve Vergi Affı Üzerine Bir Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, ss.36-37.
- Uyar, H.İ. (2011). *Türkiye'de Bireysel Emeklilik Sistemi İle Ekonomik Gelişmişlik Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, ss.140-141.
- Uysal, D., Erdoğan, S. ve Mucuk, M. (2004). Türkiye'de turizm gelirleri ile ekonomik büyüme arasındaki ilişki:1992-2003. *Sosyal Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 1(8):162-170.
- Ülker, İ. (1988). *Türkiye'de sağlık turizmi ve kaplıca planlaması*. Kültür ve Turizm Bakanlığı.
- Yalçın, P. (2006). *Türkiye'de Sağlık Turizminde Altyapı Oluşturulma Gereği ve Sağlık Kurumlarına Yönelik Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.
- Yavuz, N.Ç. (2006). Türkiye'de turizm gelirlerinin ekonomik büyümeye etkisinin testi: yapısal kırılma ve nedensellik analizi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 7(2):

162-171.

Yıldırım, H.H. (2012). Görüşme Notları, Ankara, (13.08.2012).

Yıldırım, H.H., Konca. M., Aydın, M.A., Diktaş, H., Otuzoğlu, M. ve Okumuş, N. (2017). Türkiye Uluslararası Hasta Raporu 2015-2016. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Ankara.

Yıldız, Z. ve Durgun, A. (2010). 2008 küresel ekonomik krizi ve turizm sektörü üzerine etkileri. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi* 2(1):1-15.

Zengingönül, O., Emeç, H., İyilikçi, D.E. ve Bingöl, P. (2012). Sağlık turizmi: İstanbul'a yönelik bir değerlendirme, *Ekonomistler Platformu Derneği*, İstanbul, 9.

Ekonomi Bakanlığı. (2015). Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi. <http://www.ekonomi.gov.tr>. (09.07.2017).

World Tourism Organization. (2017). <http://www2.unwto.org>. (09.07.2017).

Ulusal Tıp Kütüphanesi. (2017). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov>. (15.07.2017).

India Brand Equity Foundation .(2017). <https://www.ibef.org>. (11.05.2017).

International Medical Travel Journal.(2017). <https://www.imtj.com>, (11.05.2017).

Patients Beyond Borders.(2017). <http://patientbeyondborders.com>. (18.05.2017).

Tayland Gezi Rehberi. (2017). <http://www.taylandgezi.com>, (19.05.2017).

Turizm Bakanlığı. (2017). <http://www.ktbyatirimisletmeler.gov.tr>, 19.05.2017).

World Health Organization (2017). <http://www.who.int>, (30.06.2017).

Sağlık Bakanlığı (2012). <http://www.saglikturizmi.gov.tr>, (22.06.2017).

Kültür ve Turizm Bakanlığı. (2017a). Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü. Dunyada-Saglik ve Termal Turizm.(14.04.2017).

Kültür ve Turizm Bakanlığı .(2017b). (28.06.2017).

Sargutan, A. E.(2017). Türkiye Sağlık Sektörü, Sağlık Sistemi ve Mali Yapıları. <http://www.sargutan.com>, (17.06. 2017).

Organisation for Economic Cooperation and Development <http://stats.oecd.org>, (15.05. 2017).

Türkiye İstatistik Kurumu. (2017). Turizm İstatistikleri, <https://biruni.tuik.gov.tr>, (15.05.2017).

Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu. (2017). <http://www.sdplatform.com/> (29.06.2017).

Sağlık Turizmi. (2017). <http://www.saglikturizmi.org.tr>, (09.07.2017).

Medical Tourism Association. (2017). <http://www.medicaltourismassociation.com>,

(22.07.2017).



ÖZGEÇMİŞ

Müslüm KAYA 1991 yılında Gaziantep’te doğdu. 2012 yılında Kilis 7 Aralık Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Tıbbi Dokümantasyon ve Sekreterlik Bölümünü bitirdi. 2014 yılında Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi Kamu Yönetimi Bölümünden mezun oldu. 2016 yılında, Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Anabilim dalında yüksek lisansa başladı. International Congress Of Management, Economy And Policy(ICOMEPE) Türkiye’de Sağlık Turizminin Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: 2003-2016 Dönemi üzerine makalesi yayınlanmıştır. Müslüm KAYA iyi derecede İngilizce bilmektedir.

VITAE

Muslüm KAYA was born in Gaziantep in 1991. In 2012, He completed the Vocational High School Of Healht Services Department of Medical Documentation and Secretary, 7 December University, Kilis. In 2014, He graduated from Anadolu University Faculty of Economics Department of Public Administration. In 2016, He started master degree program in Gaziantep University Institute of Social Sciences, Director of Health Institutions. He has a puplished articles International Congress Of Management, Economy and Policy (ICOMEPE) Impact of Health Tourism on Economic Growth in Turkey: 2003-2016 period. He knows English well.



EK A.1. GSYİH BİRİM KÖK TESTİ SONUÇLARI

Augmented Dickey-Fuller Unit Root Test on LNGDP_SA

Null Hypothesis: LNGDP_SA has a unit root
Exogenous: None
Lag Length: 1 (Automatic - based on SIC, maxlag=10)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	1.402823	0.9583
Test critical values: 1% level	-2.608490	
5% level	-1.946996	
10% level	-1.612934	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Unit Root Test on LNGDP_SA

Null Hypothesis: LNGDP_SA has a unit root
Exogenous: Constant
Lag Length: 1 (Automatic - based on SIC, maxlag=10)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-2.596762	0.0999
Test critical values: 1% level	-3.557472	
5% level	-2.916566	
10% level	-2.596116	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Unit Root Test on LNGDP_SA

Null Hypothesis: LNGDP_SA has a unit root
Exogenous: Constant, Linear Trend
Lag Length: 1 (Automatic - based on SIC, maxlag=10)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-2.363795	0.3937
Test critical values: 1% level	-4.137279	
5% level	-3.495295	
10% level	-3.176618	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

EK A.1'İN DEVAMI**Phillips-Perron Unit Root Test on LNGDP_SA**

Null Hypothesis: LNGDP_SA has a unit root

Exogenous: None

Bandwidth: 2 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	2.158544	0.9920
Test critical values: 1% level	-2.607686	
5% level	-1.946878	
10% level	-1.612999	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Phillips-Perron Unit Root Test on LNGDP_SA

Null Hypothesis: LNGDP_SA has a unit root

Exogenous: Constant

Bandwidth: 2 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-3.739203	0.0060
Test critical values: 1% level	-3.555023	
5% level	-2.915522	
10% level	-2.595565	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Phillips-Perron Unit Root Test on LNGDP_SA

Null Hypothesis: LNGDP_SA has a unit root

Exogenous: Constant, Linear Trend

Bandwidth: 1 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-2.718168	0.2337
Test critical values: 1% level	-4.133838	
5% level	-3.493692	
10% level	-3.175693	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

EK A.1'İN DEVAMI**Augmented Dickey-Fuller Unit Root Test on D(LNGDP_SA)**

Null Hypothesis: D(LNGDP_SA) has a unit root
 Exogenous: None
 Lag Length: 0 (Automatic - based on SIC, maxlag=10)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-4.774214	0.0000
Test critical values: 1% level	-2.608490	
5% level	-1.946996	
10% level	-1.612934	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Unit Root Test on D(LNGDP_SA)

Null Hypothesis: D(LNGDP_SA) has a unit root
 Exogenous: Constant
 Lag Length: 0 (Automatic - based on SIC, maxlag=10)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-5.018804	0.0001
Test critical values: 1% level	-3.557472	
5% level	-2.916566	
10% level	-2.596116	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Unit Root Test on D(LNGDP_SA)

Null Hypothesis: D(LNGDP_SA) has a unit root
 Exogenous: Constant, Linear Trend
 Lag Length: 0 (Automatic - based on SIC, maxlag=10)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-5.308364	0.0003
Test critical values: 1% level	-4.137279	
5% level	-3.495295	
10% level	-3.176618	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Phillips-Perron Unit Root Test on D(LNGDP_SA)

Null Hypothesis: D(LNGDP_SA) has a unit root
 Exogenous: None
 Bandwidth: 2 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-4.716642	0.0000
Test critical values: 1% level	-2.608490	
5% level	-1.946996	
10% level	-1.612934	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

EK A.1'İN DEVAMI**Phillips-Perron Unit Root Test on D(LNGDP_SA)**

Null Hypothesis: D(LNGDP_SA) has a unit root

Exogenous: Constant

Bandwidth: 3 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-4.937504	0.0001
Test critical values: 1% level	-3.557472	
5% level	-2.916566	
10% level	-2.596116	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Phillips-Perron Unit Root Test on D(LNGDP_SA)

Null Hypothesis: D(LNGDP_SA) has a unit root

Exogenous: Constant, Linear Trend

Bandwidth: 6 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-5.090579	0.0006
Test critical values: 1% level	-4.137279	
5% level	-3.495295	
10% level	-3.176618	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

EK A.2. SAĞLIK TURİZMİ GELİRİ BİRİM KÖK TESTİ SONUÇLARI

Augmented Dickey-Fuller Unit Root Test on LNSTUR_SA

Null Hypothesis: LNSTUR_SA has a unit root
Exogenous: None
Lag Length: 9 (Automatic - based on SIC, maxlag=10)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	1.282303	0.9473
Test critical values: 1% level	-2.616203	
5% level	-1.948140	
10% level	-1.612320	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Unit Root Test on LNSTUR_SA

Null Hypothesis: LNSTUR_SA has a unit root
Exogenous: Constant
Lag Length: 8 (Automatic - based on SIC, maxlag=10)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-1.741755	0.4042
Test critical values: 1% level	-3.577723	
5% level	-2.925169	
10% level	-2.600658	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Unit Root Test on LNSTUR_SA

Null Hypothesis: LNSTUR_SA has a unit root
Exogenous: Constant, Linear Trend
Lag Length: 5 (Automatic - based on SIC, maxlag=10)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-2.957612	0.1542
Test critical values: 1% level	-4.152511	
5% level	-3.502373	
10% level	-3.180699	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Phillips-Perron Unit Root Test on LNSTUR_SA

Null Hypothesis: LNSTUR_SA has a unit root
Exogenous: None
Bandwidth: 5 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	2.231964	0.9933
Test critical values: 1% level	-2.607686	
5% level	-1.946878	
10% level	-1.612999	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

EK A.2'NİN DEVAMI**Phillips-Perron Unit Root Test on LNSTUR_SA**

Null Hypothesis: LNSTUR_SA has a unit root

Exogenous: Constant

Bandwidth: 4 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-2.493765	0.1225
Test critical values: 1% level	-3.555023	
5% level	-2.915522	
10% level	-2.595565	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Phillips-Perron Unit Root Test on LNSTUR_SA

Null Hypothesis: LNSTUR_SA has a unit root

Exogenous: Constant, Linear Trend

Bandwidth: 4 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-2.340863	0.4056
Test critical values: 1% level	-4.133838	
5% level	-3.493692	
10% level	-3.175693	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Unit Root Test on D(LNSTUR_SA)

Null Hypothesis: D(LNSTUR_SA) has a unit root

Exogenous: None

Lag Length: 4 (Automatic - based on SIC, maxlag=10)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-2.301148	0.0220
Test critical values: 1% level	-2.612033	
5% level	-1.947520	
10% level	-1.612650	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Unit Root Test on D(LNSTUR_SA)

Null Hypothesis: D(LNSTUR_SA) has a unit root

Exogenous: Constant

Lag Length: 7 (Automatic - based on SIC, maxlag=10)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-3.591864	0.0096
Test critical values: 1% level	-3.577723	
5% level	-2.925169	
10% level	-2.600658	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

EK A.2'NİN DEVAMI**Augmented Dickey-Fuller Unit Root Test on D(LNSTUR_SA)**

Null Hypothesis: D(LNSTUR_SA) has a unit root
 Exogenous: Constant, Linear Trend
 Lag Length: 7 (Automatic - based on SIC, maxlag=10)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-3.690627	0.0328
Test critical values: 1% level	-4.165756	
5% level	-3.508508	
10% level	-3.184230	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Phillips-Perron Unit Root Test on D(LNSTUR_SA)

Null Hypothesis: D(LNSTUR_SA) has a unit root
 Exogenous: None
 Bandwidth: 4 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-3.220494	0.0018
Test critical values: 1% level	-2.608490	
5% level	-1.946996	
10% level	-1.612934	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Phillips-Perron Unit Root Test on D(LNSTUR_SA)

Null Hypothesis: D(LNSTUR_SA) has a unit root
 Exogenous: Constant
 Bandwidth: 4 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-3.738199	0.0061
Test critical values: 1% level	-3.557472	
5% level	-2.916566	
10% level	-2.596116	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Phillips-Perron Unit Root Test on D(LNSTUR_SA)

Null Hypothesis: D(LNSTUR_SA) has a unit root
 Exogenous: Constant, Linear Trend
 Bandwidth: 4 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-4.044831	0.0128
Test critical values: 1% level	-4.137279	
5% level	-3.495295	
10% level	-3.176618	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

EK A.3. TURİZM GELİRİ BİRİM KÖK TESTİ SONUÇLARI

Augmented Dickey-Fuller Unit Root Test on LNTURG_SA

Null Hypothesis: LNTURG_SA has a unit root

Exogenous: None

Lag Length: 4 (Automatic - based on SIC, maxlag=10)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	0.438854	0.8052
Test critical values: 1% level	-2.611094	
5% level	-1.947381	
10% level	-1.612725	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Unit Root Test on LNTURG_SA

Null Hypothesis: LNTURG_SA has a unit root

Exogenous: Constant

Lag Length: 4 (Automatic - based on SIC, maxlag=10)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-1.876474	0.3405
Test critical values: 1% level	-3.565430	
5% level	-2.919952	
10% level	-2.597905	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Unit Root Test on LNTURG_SA

Null Hypothesis: LNTURG_SA has a unit root

Exogenous: Constant, Linear Trend

Lag Length: 0 (Automatic - based on SIC, maxlag=10)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	0.581154	0.9993
Test critical values: 1% level	-4.133838	
5% level	-3.493692	
10% level	-3.175693	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

EK A.3'ÜN DEVAMI**Phillips-Perron Unit Root Test on LNTURG_SA**

Null Hypothesis: LNTURG_SA has a unit root

Exogenous: None

Bandwidth: 5 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	0.974727	0.9107
Test critical values: 1% level	-2.607686	
5% level	-1.946878	
10% level	-1.612999	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Phillips-Perron Unit Root Test on LNTURG_SA

Null Hypothesis: LNTURG_SA has a unit root

Exogenous: Constant

Bandwidth: 5 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-2.762009	0.0704
Test critical values: 1% level	-3.555023	
5% level	-2.915522	
10% level	-2.595565	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Phillips-Perron Unit Root Test on LNTURG_SA

Null Hypothesis: LNTURG_SA has a unit root

Exogenous: Constant, Linear Trend

Bandwidth: 4 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-0.149382	0.9927
Test critical values: 1% level	-4.133838	
5% level	-3.493692	
10% level	-3.175693	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

EK A.3'ÜN DEVAMI**Augmented Dickey-Fuller Unit Root Test on D(LNTURG_SA)**

Null Hypothesis: D(LNTURG_SA) has a unit root
 Exogenous: None
 Lag Length: 3 (Automatic - based on SIC, maxlag=10)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-3.023464	0.0032
Test critical values: 1% level	-2.611094	
5% level	-1.947381	
10% level	-1.612725	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Unit Root Test on D(LNTURG_SA)

Null Hypothesis: D(LNTURG_SA) has a unit root
 Exogenous: Constant
 Lag Length: 3 (Automatic - based on SIC, maxlag=10)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-2.955684	0.0461
Test critical values: 1% level	-3.565430	
5% level	-2.919952	
10% level	-2.597905	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Augmented Dickey-Fuller Unit Root Test on D(LNTURG_SA)

Null Hypothesis: D(LNTURG_SA) has a unit root
 Exogenous: Constant, Linear Trend
 Lag Length: 3 (Automatic - based on SIC, maxlag=10)

	t-Statistic	Prob.*
Augmented Dickey-Fuller test statistic	-3.729896	0.0291
Test critical values: 1% level	-4.148465	
5% level	-3.500495	
10% level	-3.179617	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Phillips-Perron Unit Root Test on D(LNTURG_SA)

Null Hypothesis: D(LNTURG_SA) has a unit root
 Exogenous: None
 Bandwidth: 5 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-4.912419	0.0000
Test critical values: 1% level	-2.608490	
5% level	-1.946996	
10% level	-1.612934	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

EK A.3'ÜN DEVAMI**Phillips-Perron Unit Root Test on D(LNTURG_SA)**

Null Hypothesis: D(LNTURG_SA) has a unit root

Exogenous: Constant

Bandwidth: 5 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-4.996207	0.0001
Test critical values: 1% level	-3.557472	
5% level	-2.916566	
10% level	-2.596116	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

Phillips-Perron Unit Root Test on D(LNTURG_SA)

Null Hypothesis: D(LNTURG_SA) has a unit root

Exogenous: Constant, Linear Trend

Bandwidth: 4 (Newey-West automatic) using Bartlett kernel

	Adj. t-Stat	Prob.*
Phillips-Perron test statistic	-6.144699	0.0000
Test critical values: 1% level	-4.137279	
5% level	-3.495295	
10% level	-3.176618	

*MacKinnon (1996) one-sided p-values.

EK B.1. GSYİH VE SAĞLIK TURİZMİ ARASINDA TODA-YAMAMOTO NEDENSELLİK TESTİ SONUÇLARI

VAR Lag Order Selection Criteria

Endogenous variables: LNGDP_SA LNSTUR_SA

Exogenous variables: C

Sample: 2003Q1 2016Q4

Included observations: 51

Lag	LogL	LR	FPE	AIC	SC	HQ
0	26.06209	NA	0.001334	-0.943611	-0.867853	-0.914662
1	160.8086	253.6405	7.92e-06	-6.070925	-5.843651	-5.984077
2	174.1023	23.98078*	5.50e-06	-6.435384	-6.056594*	-6.290637*
3	179.2204	8.831271	5.28e-06*	-6.479232*	-5.948927	-6.276586
4	182.7460	5.806790	5.40e-06	-6.460626	-5.778805	-6.200082
5	186.9862	6.651387	5.38e-06	-6.470048	-5.636711	-6.151605

* indicates lag order selected by the criterion

LR: sequential modified LR test statistic (each test at 5% level)

FPE: Final prediction error

AIC: Akaike information criterion

SC: Schwarz information criterion

HQ: Hannan-Quinn information criterion

EK B.2. GSYİH VE TURİZM ARASINDAKİ TODA-YAMAMOTO NEDENSELLİK TESTİ SONUÇLARI

VAR Lag Order Selection Criteria

Endogenous variables: LNGDP_SA LNTURG_SA

Exogenous variables: C

Sample: 2003Q1 2016Q4

Included observations: 51

Lag	LogL	LR	FPE	AIC	SC	HQ
0	38.87748	NA	0.000807	-1.446176	-1.370418	-1.417226
1	159.5069	227.0672	8.33e-06	-6.019879	-5.792606	-5.933031
2	167.2114	13.89823	7.21e-06	-6.165152	-5.786362	-6.020405
3	173.8761	11.49999	6.51e-06	-6.269653	-5.739348	-6.067007
4	183.1715	15.30999*	5.31e-06	-6.477313	-5.795493*	-6.216770*
5	187.9445	7.487135	5.19e-06*	-6.507629*	-5.674293	-6.189187

* indicates lag order selected by the criterion

LR: sequential modified LR test statistic (each test at 5% level)

FPE: Final prediction error

AIC: Akaike information criterion

SC: Schwarz information criterion

HQ: Hannan-Quinn information criterion

EK B.3. SAĞLIK TURİZMİ VE TURİZM ARASINDAKİ TODA-YOMAMOTO NEDENSELLİK TESTİ SONUÇLARI

VAR Lag Order Selection Criteria

Endogenous variables: LNSTUR_SA LNTURG_SA

Exogenous variables: C

Sample: 2003Q1 2016Q4

Included observations: 51

Lag	LogL	LR	FPE	AIC	SC	HQ
0	18.33807	NA	0.001806	-0.640709	-0.564951	-0.611759
1	163.9256	274.0471	7.01e-06	-6.193160	-5.965886	-6.106312
2	179.4259	27.96140	4.47e-06	-6.644153	-6.265364*	-6.499407
3	185.0748	9.747124	4.20e-06	-6.708816	-6.178511	-6.506171
4	188.1935	5.136640	4.36e-06	-6.674254	-5.992433	-6.413710
5	198.8240	16.67532*	3.38e-06*	-6.934275*	-6.100938	-6.615832*

* indicates lag order selected by the criterion

LR: sequential modified LR test statistic (each test at 5% level)

FPE: Final prediction error

AIC: Akaike information criterion

SC: Schwarz information criterion

HQ: Hannan-Quinn information criterion

EK C.1. KORELÂSYON SONUÇLARI

Covariance Analysis: Ordinary			
Sample: 2003Q1 2016Q4			
Included observations: 56			
Correlation t-Statistic Probability	LNGDP_SA	LNSTUR_SA	LNTURG_SA
LNGDP_SA	1.000000 ----- -----		
LNSTUR_SA	0.944903 21.21154 0.0000	1.000000 ----- -----	
LNTURG_SA	0.933851 19.18681 0.0000	0.911801 16.31714 0.0000	1.000000 ----- -----
Wald Test: System: {%system}			
Test Statistic	Value	df	Probability
Chi-square	10.01580	5	0.0748
Null Hypothesis: C(14)=C(15)=C(16)=C(17)=C(18)=0 Null Hypothesis Summary:			
Normalized Restriction (= 0)	Value	Std. Err.	
C(14)	0.227216	0.131575	
C(15)	-0.355556	0.191345	
C(16)	0.081861	0.203061	
C(17)	0.250414	0.200267	
C(18)	-0.062841	0.195253	
Restrictions are linear in coefficients.			

EK C.1'İN DEVAMI

Wald Test:
System: {%system}

Test Statistic	Value	df	Probability
Chi-square	11.88441	3	0.0078

Null Hypothesis: C(5)=C(6)=C(7)=0
Null Hypothesis Summary:

Normalized Restriction (= 0)	Value	Std. Err.
C(5)	0.271799	0.159821
C(6)	0.045873	0.275408
C(7)	-0.613927	0.254770

Restrictions are linear in coefficients.

Wald Test:
System: {%system}

Test Statistic	Value	df	Probability
Chi-square	11.15879	5	0.0483

Null Hypothesis: C(14)=C(15)=C(16)=C(17)=C(18)=0
Null Hypothesis Summary:

Normalized Restriction (= 0)	Value	Std. Err.
C(14)	-0.139843	0.159496
C(15)	-0.023346	0.271310
C(16)	0.433548	0.262425
C(17)	-0.320584	0.268845
C(18)	0.299050	0.285174

Restrictions are linear in coefficients.

EK C.1'İN DEVAMI

Wald Test:
System: {%system}

Test Statistic	Value	df	Probability
Chi-square	25.57631	5	0.0001

Null Hypothesis: $C(7)=C(8)=C(9)=C(10)=C(11)=0$
Null Hypothesis Summary:

Normalized Restriction (= 0)	Value	Std. Err.
C(7)	0.468841	0.140357
C(8)	-0.162584	0.212327
C(9)	-0.521648	0.198514
C(10)	-0.163629	0.208699
C(11)	0.073745	0.198802

Restrictions are linear in coefficients.

Wald Test:
System: {%system}

Test Statistic	Value	df	Probability
Chi-square	2.828144	5	0.7265

Null Hypothesis: $C(7)=C(8)=C(9)=C(10)=C(11)=0$
Null Hypothesis Summary:

Normalized Restriction (= 0)	Value	Std. Err.
C(7)	-0.105192	0.132385
C(8)	0.115809	0.197846
C(9)	-0.112260	0.180293
C(10)	0.228423	0.182651
C(11)	-0.226062	0.190958

Restrictions are linear in coefficients.

EK D.1. MAKİ (2012) EŞBÜTÜNLEŞME TESTİ TABLO DEĞERLERİ

Critical values of cointegration tests with multiple breaks.

	RV = 1			RV = 2			RV = 3			RV = 4		
	1%	5%	10%	1%	5%	10%	1%	5%	10%	1%	5%	10%
<i>Model = 0</i>												
m = 1	-5.709	-4.602	-4.354	-5.541	-5.005	-4.733	-5.820	-5.341	-5.101	-6.139	-5.650	-5.386
2	-5.416	-4.893	-4.610	-5.717	-5.211	-4.957	-5.984	-5.517	-5.272	-6.303	-5.839	-5.575
3	-5.563	-5.083	-4.784	-5.943	-5.392	-5.125	-6.229	-5.704	-5.427	-6.501	-5.992	-5.714
4	-5.776	-5.230	-4.982	-6.075	-5.550	-5.297	-6.406	-5.871	-5.603	-6.640	-6.132	-5.892
5	-5.959	-5.426	-5.131	-6.296	-5.760	-5.491	-6.555	-6.038	-5.773	-6.856	-6.306	-6.039
<i>Model = 1</i>												
m = 1	-5.524	-5.038	-4.784	-5.840	-5.359	-5.117	-6.144	-5.645	-5.398	-6.361	-5.913	-5.686
2	-5.708	-5.196	-4.938	-6.011	-5.518	-5.247	-6.271	-5.796	-5.538	-6.556	-6.055	-5.805
3	-5.833	-5.373	-5.106	-6.169	-5.691	-5.408	-6.472	-5.957	-5.682	-6.741	-6.214	-5.974
4	-6.059	-5.508	-5.245	-6.329	-5.831	-5.558	-6.575	-6.086	-5.820	-6.845	-6.373	-6.096
5	-6.193	-5.699	-5.449	-6.530	-5.993	-5.722	-6.784	-6.250	-5.976	-7.053	-6.494	-6.220
<i>Model = 2</i>												
m = 1	-5.457	-4.895	-4.626	-6.020	-5.558	-5.287	-6.565	-6.035	-5.773	-7.021	-6.520	-6.242
2	-5.863	-5.363	-5.070	-6.628	-6.093	-5.833	-7.232	-6.702	-6.411	-7.756	-7.244	-6.964
3	-6.251	-5.703	-5.402	-7.031	-6.516	-6.210	-7.767	-7.155	-6.868	-8.336	-7.803	-7.481
4	-6.596	-6.011	-5.723	-7.470	-6.872	-6.563	-8.236	-7.625	-7.329	-8.895	-8.292	-8.004
5	-6.915	-6.357	-6.057	-7.839	-7.288	-6.976	-8.673	-8.110	-7.796	-9.441	-8.869	-8.541
<i>Model = 3</i>												
m = 1	-6.048	-5.541	-5.281	-6.523	-6.055	-5.795	-6.964	-6.464	-6.220	-7.400	-6.911	-6.649
2	-6.620	-6.100	-5.845	-7.153	-6.657	-6.397	-7.737	-7.201	-6.926	-8.167	-7.638	-7.381
3	-7.082	-6.524	-6.267	-7.673	-7.145	-6.873	-8.331	-7.743	-7.449	-8.865	-8.254	-7.977
4	-7.553	-7.009	-6.712	-8.217	-7.636	-7.341	-8.851	-8.269	-7.960	-9.433	-8.871	-8.574
5	-8.004	-7.414	-7.110	-8.713	-8.129	-7.811	-9.428	-8.800	-8.508	-10.08	-9.482	-9.151

