

T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**TÜRKİYE VE DÜNYADA SAĞLIK SERBEST BÖLGESİ GİRİŞİM VE
UYGULAMALARI: TARİHSEL ARKA PLAN, KAVRAMSAL ÇERÇEVE
VE TÜRKİYE İHTİYAÇ ANALİZİ**

DOKTORA TEZİ

Cemal YILMAZ

İşletme Anabilim Dalı

İşletme Doktora Programı

HAZİRAN 2023

T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**TÜRKİYE VE DÜNYADA SAĞLIK SERBEST BÖLGESİ GİRİŞİM VE
UYGULAMALARI: TARİHSEL ARKA PLAN, KAVRAMSAL ÇERÇEVE
VE TÜRKİYE İHTİYAÇ ANALİZİ**

DOKTORA TEZİ

**Cemal YILMAZ
181220004**

İşletme Anabilim Dalı

İşletme Doktora Programı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Orhan GÜVENEN

HAZİRAN 2023



T.C.
İSTANBUL GEDİK ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Doktora Tez Onay Belgesi

Enstitümüzün İşletme Doktora Programı 181220004 numaralı öğrencisi Cemal Yılmaz'ın hazırladığı “Türkiye ve Dünyada Sağlık Serbest Bölgesi Girişim ve Uygulamaları: Tarihsel Arka Plan, Kavramsal Çerçeve ve Türkiye İhtiyaç Analizi” başlıklı Doktora Tezi ile ilgili Tez Savunma Sınavı, Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği uyarınca 23/06/2023 Cuma günü saat 11.00’de yapılmış, tezin onayına OY BİRLİĞİYLE karar verilmiştir.

- 1) Başkan : Prof. Dr. Orhan GÜVENEN
- 2) Üye : Prof. Dr. Süha ATATÜRE
- 3) Üye : Doç. Dr. Ozan ÖRMECİ
- 4) Üye : Doç. Dr. Binali KILIÇ
- 5) Üye : Dr. Öğr. Üyesi Hasan Uğur ÖNCEL

YEMİN METNİ

Doktora tezi olarak sunduğum “ Türkiye ve Dñnyada Sağlık Serbest Bölgesi Girişim ve Uygulamaları: Tarihsel Arka Plan, Kavramsal Çerçeve ve Türkiye İhtiyaç Analizi ” adlı çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadarki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin bibliyografyada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurla beyan ederim (23.06.2023).

Cemal YILMAZ



Varlık nedenim, sevgi ve şefkatin timsali sevgili babama ve anneme...



ÖNSÖZ

Çalışmanın başlangıcından bitimine kadar olan süreçte akademik bilgi, birikim ve tecrübelerinden yararlanmama imkân ve fırsat veren, tecrübesi ile beni yönlendiren, bilimsel ve ahlaki değerleri ile örnek edindiğim değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Orhan GÜVENEN'e bir teşekkürden çok daha fazlasını borçluyum.

Çalışma sürecinde hiçbir konuda yardımlarını esirgemeyen, her ihtiyaç duyduğumda her zaman kendilerine ulaşıp sorularıma cevaplar alabildiğim ve eserlerinden memnuniyetle yararlandığım değerli jüri üyesi Sayın Prof. Dr. Süha ATATÜRE, Sayın Prof. Dr. Abdulvahap BAYDAŞ, Sayın Doç. Dr. Binali KILIÇ ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hasan Uğur ÖNCEL, Sayın Doç. Dr. Ozan ÖRMECİ ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi Ahmet ERKASAP hocalarıma çok teşekkür ederim.

Bilgisayar önünde tez yazımı için geçirdiğim süre esnasında sabırla bana destek olan sevgili eşime ve genç bilim yolcusu sevgili oğluma teşekkür ederim.

Tüm evlatlarıma şefkat dolu kocaman bir yürekle sevgi taşımış olan fedakâr Sevgili Babama ve Anneme sonsuz teşekkür ve takdirlerimi sunarım.

Haziran 2023

Cemal YILMAZ

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖNSÖZ.....	v
İÇİNDEKİLER.....	vi
KISALTMALAR.....	ix
ÇİZELGE LİSTESİ.....	xi
ŞEKİL LİSTESİ.....	xiv
ÖZET.....	xv
ABSTRACT	xvi
1. GİRİŞ	1
1.1 Araştırmanın Ana Problem Cümlesi	5
1.2 Araştırmanın Amacı	5
1.3 Araştırmanın Önemi	5
1.4 Araştırmanın Modeli	7
1.5 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Kapsamı	7
1.5.1 Kuramsal sınırlılıklar	7
1.5.2 Uygulamada karşılaşılan sınırlılıklar	8
1.5.3 Kapsam	8
1.6 Araştırmanın Varsayımları	9
1.7 Araştırmanın Düzeni	9
2. GENEL BİLGİLER.....	11
2.1 Sağlık: Tarihsel Arka Plan ve Kavramsal Çerçeve	11
2.1.1 Tarihsel arka plan	12
2.1.1.1 Antik Mısır medeniyetinde sağlık ve hastalıkla ilgili temel kavramlar	12
2.1.1.2 Antik Mezopotamya medeniyetlerinde sağlık ve hastalıkla ilgili temel kavramlar	20
2.1.1.3 Antik Çin medeniyetinde sağlık ve hastalıkla ilgili temel kavramlar	24
2.1.1.4 Antik İran medeniyetinde sağlık ve hastalıkla ilgili temel kavramlar	29
2.1.1.5 Antik Hint medeniyetinde sağlık ve hastalıkla ilgili temel kavramlar	32
2.1.1.6 Antik Grek, Yunan ve Roma medeniyetlerinde sağlık ve hastalıkla ilgili temel kavramlar	35
2.1.1.7 Semavi dinlerde sağlık ve hastalıkla ilgili temel kavramlar	45
2.1.2 Sağlıkta kuramsal ve kavramsal çerçeve	49
2.1.2.1 Günümüz sağlık sistemleri ve modelleri.....	51
2.1.2.2 Günümüz sağlık sistemlerinin artan sağlık harcamaları	54
2.1.2.3 Günümüz sağlık kavram ve sistemlerine yönelik eleştiriler	58
2.1.2.4 Günümüz sağlık sistemlerinde alternatif arayışları	64
2.1.2.5 Türkiye’de sağlık turizminin ortaya çıkışı	78
2.2 Serbest Bölge	85
2.2.1 Tarihsel arka plan	86
2.2.1.1 Kartaca serbest bölge uygulaması	86

2.2.1.2 Roma serbest bölge uygulaması	86
2.2.1.3 Venedik serbest bölge uygulaması	86
2.2.1.4 Ortaçağ Avrupası serbest bölge uygulamaları.....	87
2.2.1.5 Osmanlı serbest bölge uygulaması	87
2.2.2 Kuramsal ve kavramsal çerçeve	88
2.2.2.1 Terminolojide karmaşaya neden olan etmenler.....	92
2.2.2.2 Türler; serbest bölge, özel ekonomik bölge, ticari bölgeler.....	92
2.2.2.3 Serbest bölgelerin tarihsel gelişim sürecine göre sınıflandırılması	98
2.2.2.4 Serbest bölgelerin yerel ve ulusal etkileri	100
2.2.2.5 Türkiye’de serbest bölgelerin ortaya çıkışı	101
2.3 Dünya Sağlık Serbest Bölgeleri (Uygulama ve Girişimler)	109
2.3.1 Birleşik Arap Emirlikleri	110
2.3.1.1 BAE genel göstergeleri	110
2.3.1.2 BAE sağlık göstergeleri	111
2.3.1.3 Dubai sağlık kenti (DHCC).....	114
2.3.2 Çin Halk Cumhuriyeti	131
2.3.2.1 Çin genel göstergeleri	131
2.3.2.2 Çin sağlık göstergeleri	132
2.3.2.3 Lecheng umut kenti	134
2.3.3 Endonezya: Sanur Sağlık Özel Ekonomik Bölgesi (inşa sürecinde).....	144
2.3.4 Güney Kore: Cheongna Medikal Kompleksi (inşa sürecinde)	146
2.3.5 Nijerya: Lekki Medikal Özel Ekonomik Bölgesi (inşa sürecinde)	147
2.3.6 Hindistan: Frontier Mediville Medikal Ekonomik Bölgesi girişimi	149
2.3.7 Türkiye Sağlık Serbest Bölgesi girişimleri	150
3. GEREÇ VE YÖNTEM	155
3.1 Araştırma Deseni.....	157
3.1.1 Araştırma evreni ve örneklem seçim yöntemi	157
3.1.2 Veri derleme yöntemi	159
3.1.2.1 Ölçek geliştirme, pilot çalışma ve etik kurul onayı	160
3.1.2.2 Anket çalışması (15 Kasım 2022 – 15 Şubat 2023)	161
3.2 Verilerin Analizi / Testler.....	162
3.3 Geçerlik ve Güvenirlilik Analizleri.....	162
3.3.1 Geçerlik analizleri	162
3.3.1.1 Görünüş geçerliği	163
3.3.1.2 Kapsam geçerliği (content validity).....	163
3.3.1.3 Ölçüt geçerliği / uyum ve yordama (Criterion-related validity).....	164
3.3.1.4 Yapı geçerliği (construct validity)	164
3.3.2 Güvenirlilik analizleri	166
3.4 Normallik Analizleri	167
4. BULGULAR.....	170
4.1 Örneklem Grubunun Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular	170
4.2 Likert Türü Ölçekle Oluşturulan Sorulara Yönelik Betimsel İstatistikler	174
4.3 Geçerlik ve Güvenirlilik Analizi Bulguları	196
4.4 Normallik Analizi Bulguları	197
4.5 Faktör Analizi Bulguları.....	199
4.6 Parametrik Testler	205
4.6.1 T-Testi ile yapılan hipotez testleri bulguları	206
4.6.2 Tek yönlü ANOVA ile yapılan hipotez testleri bulguları.....	210
4.6.3 Korelasyon ve basit doğrusal regresyon analiz bulguları	218
5. TARTIŞMA VE SONUÇ.....	227

6. ÖNERİLER	234
6.1 Araştırmacılara öneriler	234
6.2 Kamuya Öneriler	235
6.3 Girişimcilere Öneriler.....	235
KAYNAKÇA	237
EKLER	255
ÖZGEÇMİŞ	262



KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ACLM	: American College of Lifestyle Medicine
ADNOC	: Abu Dhabi National Oil Company
CM	: Complementary Medicine
DAH	: Development Assistance for Health
DHA	: Dubai Health Authority
DHCA	: Dubai Healthcare City Authority
DHCC	: Dubai Healthcare City
DYY	: Doğrudan Yabancı Yatırım
EU	: European Union
FATF	: Financial Action Task Force
FDI	: Foreign Direct Investment
FIAS	: The Facility for Investment Climate Advisory Services
FM	: Functional Medicine
GATT	: General Agreement on Tariffs and Trade
GETAT	: Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp
GOÜ	: Gelişmekte Olan Ülkeler
GÜ	: Gelişmiş Ülkeler
GWI	: Global Wellness Institute
HIM	: Holistic Integrative Medicine
HIMC	: Hainan International Media Centre
HLM	: Halal Life Medicine
IDA	: International Development Association
ICD	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health problems
IFC	: International Finance Corporation
ILO	: International Labour Organization
IMF	: International Monetary Fund
JCI	: Joint Commission International
MOHESR	: Ministry of Higher Education and Scientific Research, UAE
MSE	: Medicine and Sanitary Equipment
MUS	: Medically Unexplained Symptoms
NAFDAC	: National Agency for Food and Drug Administration, Nigeria
NEPZA	: Nigerian Export Processing Zones Authority
NHIS	: National Health Insurance Scheme, Nigeria
NIMR	: Nigerian Institute of Medical Research, Nigeria
NMPA	: National Medical Products Administration, China
NPC	: National Population Commission Nigeria
NPHCDA	: National Primary Health Care Development Agency, Nigeria
OECD	: Organization for Economic Cooperation and Development
ÖEB	: Özel Ekonomi Bölgesi
SASEB	: Sağlık Serbest Bölgesi
SATURK	: Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu

SEZ	: Special Economic Zone
TCM	: Traditional Chinese Medicine / Geleneksel Çin Tıbbı
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
TTB	: Türk Tabipler Birliği
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNCTAD	: United Nations Conference on Trade and Development
UNIDO	: United Nations Industrial Development Organization
USHAŞ	: Uluslararası Sağlık Hizmetleri A.Ş.
WaSH	: Water Sanitation and Hygiene
WB	: World Bank
WCO	: World Customs Organization
WHO	: World Health Organization
WZFO	: World Free Zones Organization



ÇİZELGE LİSTESİ

Sayfa

Tablo 2.1: Sakikku Kataloğunun Şematik Çizelgesi	21
Tablo 2.2: Sağlık Personelinin Sektör ve Unvanlara Göre Dağılımı (2020)	54
Tablo 2.3: Türkiye ve Seçili Ülkeler Arasında MR, BT ve PET Kullanım Verileri	56
Tablo 2.4: Küresel Termal Turizm Verileri	74
Tablo 2.5: Küresel Wellness Ekonomisi	75
Tablo 2.6: Seçili Ülkelerde 65 ve Üstü Yaşlı Nüfus Oranları	77
Tablo 2.7: Türkiye'ye Gelen Sağlık Turisti Sayısı ve Elde Edilen Gelirler.....	85
Tablo 2.8: Dünya Genelinde Serbest Bölge Sayısı ve Kıtalara Göre Dağılımı.....	94
Tablo 2.9: Türkiye'de Serbest Bölgelerin Yıllara Göre Ticaret Hacmi.....	105
Tablo 2.10: Türkiye'de Serbest Bölge Ticaret Hacminin Ülkelere Göre Dağılımı.....	106
Tablo 2.11: Türkiye'de Serbest Bölgelerin Yönü İtibarıyla Ticaret Hacmi.....	107
Tablo 2.12: Türk Serbest Bölgelerinde Çalışan Sayısı ve Görev Dağılımı	107
Tablo 2.13: Emirliklerde Sektör Bazında Hastane ve Yatak Sayısı (2020)	113
Tablo 2.14: DHCC'ye Dair Yasa ve Yönetmelikler	116
Tablo 2.15: Yataklı Hizmet Sunan Hastane ve Tıp Merkezi	120
Tablo 2.16: Ayakta Tedavi Hizmeti Sunan Klinik ve Merkezler	120
Tablo 2.17: Eczaneler.....	121
Tablo 2.18: DHCC'de MOHESR Akreditasyonu Alan Yüksek Eğitim Kurumları	122
Tablo 2.19: Sağlık Çalışanlarına Yönelik Sürekli Eğitim Kurumları.....	122
Tablo 2.20: Klinik Ar-Ge Merkezleri	122
Tablo 2.21: Tanı Merkezleri ve Tıbbi Laboratuvarlar	122
Tablo 2.22: Nondiagnostik Tıbbi Laboratuvarlar	122
Tablo 2.23: Danışmanlık Şirketleri.....	122
Tablo 2.24: İK hizmeti Veren Yönetici/Eleman Temin Şirketleri (Executive Search)	122
Tablo 2.25: Etkinlik Organizasyon Şirketleri.....	123
Tablo 2.26: Lojistik ve Destek Kuruluşları	123
Tablo 2.27: Kar Amacı Gütmeyen Hayır Kurumları	123
Tablo 2.28: Otel Hizmetleri.....	123
Tablo 2.29: Sağlık Yönetim Şirketleri	123
Tablo 2.30: Özbakım ve Güzellik Merkezleri.....	123
Tablo 2.31: Gayrimenkul ve Yatırım Ortaklığı Şirketleri.....	123
Tablo 2.32: Bölge Müdürlüklerini DHCC'de Kuran Yabancı Şirketler	124
Tablo 2.33: Yiyecek-İçecek Firmaları ve Restoranlar	125
Tablo 2.34: DHCX Paylaşımli Ofiste Yer Alan Şirketler	125
Tablo 2.35: DHCC'deki Yerli Arap ve Yabancı Sağlık Çalışanları (2021).....	126
Tablo 2.36: DHCC'de Ayakta ve Yataklı Hizmet Sunan Hastanelerin Verileri (2021)	127
Tablo 2.37: DHCC'de ve Diğer Tesislerde 2021 Yılında Yapılan Ameliyatlar	128
Tablo 2.38: Ameliyatların İhtisas Dalına ve Kurumlara Göre Dağılımı.....	128

Tablo 2.39: Dubai’de Uygulanan GETAT Tür ve Verileri	130
Tablo 4.1: Örneklem Grubunun Genel Demografik Yapısı	170
Tablo 4.2: Örneklem Grubunun Mesleklerinin Cinsiyete Göre Dağılımı.....	171
Tablo 4.3: Örneklem Grubunun Çalıştığı Kurumun Bakanlık Akreditasyonuna Sahiplik Düzeyi	172
Tablo 4.4: Örneklem Grubunun Çalıştığı Kurumun Çalışan Sayısı	172
Tablo 4.5: Örneklem Grubunun Çalıştığı Kuruma Gelen Sağlık Turisti Düzeyi	173
Tablo 4.6: Örneklem Grubunun Çalıştığı Kurumun SASEB İlgi Düzeyi.....	173
Tablo 4.7: Örneklem Grubunun Sağlık Turizmi İle İlgilendiği Süreler	173
Tablo 4.8: Örneklem Grubunun SASEB Hakkındaki Bilgi Düzeyleri	174
Tablo 4.9: Örneklem Grubunun SASEB’e İhtiyaç Olup Olmadığına Yönelik Cevapları	174
Tablo 4.10: SASEB Fayda Beklenti Ölçeği (FYD)	175
Tablo 4.11: SASEB Nitelik ve Bileşen Ölçeği (NTL).....	178
Tablo 4.12: SASEB Uygun İl Ölçeği (İL).....	181
Tablo 4.13: SASEB Favori İl Ölçeği (İLF)	183
Tablo 4.14: SASEB Uygun İli Tercih Nedeni Ölçeği (İLT)	185
Tablo 4.15: SASEB Tür Ölçeği (TÜR).....	189
Tablo 4.16: SASEB Finansman Modeli Ölçeği (FİN).....	190
Tablo 4.17: SASEB Hedef Pazar Ölçeği (PZR)	193
Tablo 4.18: SASEB Olası Risk Ölçeği (RSK)	195
Tablo 4.19: Veri setinin Toplamına Yönelik Cronbach’s Alpha Güvenirlilik Analizi	196
Tablo 4.20: Alt Boyutlara İlişkin Güvenirlilik Analizi.....	196
Tablo 4.21: Normallik Analizi Bulguları	198
Tablo 4.22: KMO ve Bartlett Test Sonuçları	199
Tablo 4.23: Veri Seti Korelasyon Matrisi	199
Tablo 4.24: Toplam Açıklanan Faktör Çizelgesi.....	202
Tablo 4.25: Faktör Analizi Sonucu Ortaya Çıkan Alt Boyutlar	203
Tablo 4.26: Cinsiyet Değişkeninin SASEB’e Duyulan İhtiyaç Değişkenine Yönelik t-Testi.....	206
Tablo 4.27: Cinsiyet Değişkeninin Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre t-Testi Sonucu	207
Tablo 4.28: Cinsiyet Değişkeninin Meslek Düzeyi Değişkenine Göre t-Testi Sonucu	207
Tablo 4.29: Cinsiyet Değişkeninin Yaş Düzeyi Değişkenine Göre t-Testi Sonucu	208
Tablo 4.30: Cinsiyet Değişkeninin Sağlık Turizmi İlgi Süresi Değişkenine Göre t- Testi Sonucu	208
Tablo 4.31: Cinsiyet Değişkeninin SASEB Bilgi Düzeyi Değişkenine Göre t-Testi Sonucu.....	209
Tablo 4.32: SASEB Alt Ölçeklerinin Cinsiyete Göre Bağımsız t-Testi Sonuçları .	210
Tablo 4.33: SASEB İhtiyaç Ölçeğinin Yaş Gruplarına Göre Tek Yönlü ANOVA Test Sonucu	211
Tablo 4.34: SASEB İhtiyaç Ölçeğinin Eğitim Düzeyine Göre Tek Yönlü ANOVA Test Sonucu	212
Tablo 4.35: SASEB İhtiyaç Ölçeğinin Meslek Değişkenine Göre Tek Yönlü ANOVA Test Sonucu	213
Tablo 4.36: Yaş Değişkeni Ortalamalarının SASEB Ölçek Ortalamalarına Göre Tek Yönlü ANOVA Analiz Sonucu	214

Tablo 4.37: Eğitim Değişkeni Ortalamalarının SASEB Ölçek Ortalamalarına Göre Tek Yönlü ANOVA Analiz Sonucu	215
Tablo 4.38: Meslek Değişkeni Ortalamalarının SASEB Ölçek Ortalamalarına Göre Tek Yönlü ANOVA Analiz Sonucu	216
Tablo 4.39: Korelasyon Analizi Değerleri	218
Tablo 4.40: Sağlık Serbest Bölgesinin Sağlık Turisti Ve Sağlık Turizmi Gelirlerini Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi	219
Tablo 4.41: Sağlık Serbest Bölgesinin Türkiye'nin Dünya Sağlık Turizmi Pazarından Pay Alması Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi	220
Tablo 4.42: Sağlık Serbest Bölgesinin Türkiye'yi Sağlık Turizminde Çekim Merkezi Haline Getirir Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi.....	221
Tablo 4.43: Sağlık Serbest Bölgesinin Türkiye'ye Gelişmiş Sağlık Teknolojilerinin Transferini Artırır Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi	222
Tablo 4.44: Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye'de Sağlık Ve İltisaklı Alanlarda İstihdamın Artışına Katkı Sağlar Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi	223
Tablo 4.45: Sağlık Serbest Bölgesinin Türkiye'de Sağlık Politikalarının İyileşmesine Pozitif Yönlü Katkı Sağlar Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi	224
Tablo 4.46: Sağlık Serbest Bölgesinin Türkiye'de Sağlık Standartlarının Yükselmesine Katkı Sağlar Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi ...	225
Tablo 4.47: Sağlık Serbest Bölgesinin Türkiye'de Sağlık Kurumlarının Hizmet Kalitesinin Artmasına Katkı Sağlar Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi.....	226

ŞEKİL LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
Şekil 1.1: Araştırmanın Modeli.....	7
Şekil 2.1: Güvenen'in Sistem Teorisi.....	64
Şekil 2.2: Sistem Odaklı Sağlık Hizmetleri; Yarının Holistik Paradigması.....	68
Şekil 2.3: Genel Sistem Kümesi Etkileşimi ve Alt Küme Yapısı.....	69
Şekil 2.4: Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi Birimi İlk Organizasyon Şeması.....	79
Şekil 2.5: Serbest Bölgelerin Ülkelere Göre Oransal Dağılımı.....	94
Şekil 2.6: Serbest Bölgelerin Gelişim Çizelgesinin Bölgelere Göre Dağılımı.....	98
Şekil 2.7: Emirliklerde Emirlik Bazında Sağlık Tesisleri Dağılımı.....	113

TÜRKİYE SAĞLIK SERBEST BÖLGESİ İHTİYAÇ ANALİZİ TARİHSEL ARKA PLAN, KAVRAMSAL ÇERÇEVE VE ALAN ÇALIŞMASI

ÖZET

Sağlık Serbest Bölgeleri (SASEB) hem kavram hem uygulama yönüyle küresel yeni bir olguya işaret etmektedir. Ülkeler SASEB’i her yıl hacmi artan küresel sağlık turizmi pazarından daha çok pay almak ve sağlık turizminde çekim merkezi olmak için önemli bir araç olarak görmektedir. Türkiye’de, ilk kez 2010 yılında dönemin Sağlık Bakanı tarafından gündemine getirilen Sağlık Serbest Bölgesi geniş yankı ve heyecan uyandırmış, yasa ve mevzuat çalışmaları yapılarak hükümet programına alınmış, başta sektör temsilcileri olmak üzere çeşitli paydaşlarla uzun süren çalışmalar yapılmıştır. Bütün bunlara rağmen proje hayata geçirilememiş fakat ülke gündeminden de çıkmamıştır.

Bugüne kadar Türkiye’nin SASEB projesine ihtiyaç duyup duymadığı, projenin amacı, hedefleri, beklenen fayda, potansiyel pazarları, yerleşim yeri, türü ve finansman modeline yönelik herhangi bilimsel-analitik bir çalışma yapılmamıştır. Bu amaca yönelik olarak yapılan bu çalışmada birbirlerine çok yakın olmayan çok boyutlu ve çok faktörlü iki farklı bilim alanında yöntem sorunlarını azaltmak için Güvenen’in (2016) “Transdisipliner Bilim Yöntemi” temel alınmıştır. Üç aşamalı yapılandırılan çalışmanın birinci aşamasında iki farklı bilim alanına işaret eden sağlık ve serbest bölge olgularının tarihsel gelişim süreçleri ve günümüz kavramsal çerçeveleri çalışmayla ilgisi oranında ele alınmıştır. İkinci aşamada dünya genelinde kurulan veya girişim aşamasında olan sağlık serbest bölgeleri incelenmiştir. Üçüncü aşamada Türkiye’de Sağlık Serbest Bölgesine ihtiyaç olup olmadığına yönelik sağlık sektörü paydaşları ile bir alan çalışması yapılmış (anket), elde edilen verilerin SPSS istatistik programı yardımıyla frekans çizelgeleri çıkarılmış, geçerlik-güvenirlik testleri, normallik testleri, faktör analizi, t-testi, ANOVA, korelasyon analizi ve basit doğrusal regresyon analizleri yapılmıştır.

Analiz sonucunda örneklem grubunun çoğunluğu (%59) Türkiye’de bir Sağlık Serbest Bölgesine ihtiyaç olduğunu belirtmiştir. Yapılan regresyon analizi Türk SASEB’in Türkiye’nin sağlık turisti sayısını ve sağlık turizmi gelirlerini %44,8 oranında artıracığını ortaya çıkarmıştır. Yerleşim yeri olarak en uygun il olarak İstanbul (%89,6) öne çıkmaktadır. İstanbul’u sırasıyla İzmir (%88,4), Antalya (%87,3) ve Ankara (%83,9) takip etmektedir.

Anahtar Kelimeler: *SASEB, Sağlık Serbest Bölgesi, Medikal Özel Ekonomik Bölgesi, Hainan Lecheng Umut Kenti, Sanur Medikal SEZ, Sağlık Turisti, Yabancı Hasta*

NEEDS ANALYSIS FOR HEALTH FREE ZONE IN TURKEY HISTORICAL BACKGROUND, CONCEPTUAL FRAMEWORK AND FIELD STUDY

ABSTRACT

Free Zone for Healthcare (SASEB) points to a new global phenomenon in terms of both concept and practice. Countries see SASEB as an important tool to get a bigger share from the global health tourism market, and to become a centre of attraction in health tourism. In Turkey, the Health Free Zone, which was brought to the agenda for the first time in 2010 by the Minister of Health of the period, aroused great interest and excitement, it was included in the government program by making law and legislations, and long-term meetings and discussions were held with various stakeholders, especially sector representatives. Despite all this, the project could not be realized, but remained on the agenda of the country. However, until now, no scientific-analytical study has been conducted on whether Turkey needs a SASEB project or not, and on the purpose, objectives, expected benefits, potential markets, location, type and financial model of the project.

The aim of this study is to investigate the above-mentioned questions using Güvenen's (2016) "Transdisciplinary Science Method" to reduce methodological problems, since this study was conducted in two different multidimensional and multifactorial science fields that are not very close to each other. In the first stage, the historical development processes of health and free zone phenomena, which point to two different scientific fields, and today's conceptual frameworks are discussed in proportion to their relevance to this study. In the second stage, the health free zones established around the world or which are at the stage of initiative, were examined. In the third stage, a survey was conducted with the health sector stakeholders in order to find an answer to the question of whether there is a need for a Health Free Zone in Turkey. The data obtained in the study were subjected to validity-reliability tests, normality tests, factor analysis, t-test, ANOVA, correlation analysis and simple linear regression analyses using SPSS statistical program.

The result indicates that the majority of the group (59%) stated that there is a need for a SASEB project in Turkey. The regression analysis revealed that Turkish SASEB will increase the number of health tourists and health tourism revenues of Turkey by 44.8%. Istanbul (89.6%) stands out as the most suitable province for settlement, followed by Izmir (88.4%), Antalya (87.3%) and Ankara (83.9%), respectively.

Keywords: *Health Free Zone, Medical Special Economic Zone, Hainan Lecheng Hope City, Cheongna Medical Complex, Sanur Medical SEZ, Health Tourism.*

1. GİRİŞ

Bu çalışmanın konusunu Türkiye’de bir Sağlık Serbest Bölgesine ihtiyaç olup olmadığı sorusunun bilimsel yöntemlerle araştırılması oluşturmaktadır.

“Sağlık” ve “Serbest Bölge” olmak üzere özünde iki farklı bilim alanına ve iki farklı tarihsel gelişim sürecine yaslanan Sağlık Serbest Bölgesi (SASEB) kavram ve uygulamalarının her iki alanının kesişim noktasında küresel bir olgu olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Rennan ve Martens (2003), küreselleşmeyi milyonlarca teknolojik, kültürel, ekonomik, sosyal ve çevresel eğilimin akla gelebilecek tüm uzay-zaman ölçeklerinde etkileşimli evriminin karmaşık bir ifadesi olarak tanımlamaktadır.

Küreselleşme sürecinde özellikle 1980’li yıllardan itibaren dünya genelinde yaygınlık kazanan neo-liberal politikaların etkisiyle başta ekonomi ve sağlık olmak üzere pek çok alanda dönüşüm programları başlatılmış, uluslararası sermaye hareketliliği artmış, ülkeler arası yatırım ve işbirlikleri çoğalmış, sınır ötesi insan ziyaretleri görülmemiş boyutlara ulaşmıştır. Bu gelişmelere paralel olarak ortaya çıkan sağlık turizmi benzeri yeni küresel ürünler ve pazarlar ülkeler arasında rekabet edilecek noktalara evrilmiştir. 2000’li yıllardan itibaren dünya gündemine giren Sağlık Serbest Bölgeleri, büyük hacimlere ulaşan ve her yıl artan küresel sağlık turizmi pazarından pay almak, doğrudan yabancı yatırımları çekmek (DYY), teknoloji transferinden yararlanmak, sağlık kalite ve standartlarını yükseltmek, bilgi ve tecrübe alışverişi yapmak, uzman hekim ve sağlık personeli çekmek isteyen ülkelerin ilgilerini çekmektedir. İlk olarak Birleşik Arap Emirlikleri ve Çin, Sağlık Serbest Bölgesi projelerini hayata geçirmiş izleyen yıllarda Güney Kore, Endonezya ve Nijerya inşa süreçlerine başlamış, Türkiye ve Hindistan gibi ülkeler hızlı başlamalarına rağmen devamını getirememişlerdir.

Sağlık Serbest Bölgesi projesini hayata geçiren veya üzerinde çalışmalar yapan ülkelerin öncelikli hedefi sağlık turisti sayısını ve sağlık turizmi gelirlerini artırmak suretiyle her yıl büyüyen küresel sağlık turizmi pazarından daha çok pay almaktır. Gelişmiş sağlık teknolojileri transferi, ulusal sağlık politikalarının iyileştirilmesi,

sağlık standartlarının yükseltilmesi, ülke sağlık altyapısının geliştirilmesi, hizmet kalitesinin artırılması, sağlık personelinin bilgi ve tecrübelerinin artması ve ulusal istihdama katkı sağlaması diğer hedefleri oluşturmaktadır. Sağlık Serbest Bölgeleri maddi amaçlar yönüyle önemli iktisadi oluşumlar olmakla birlikte yenilikçi (inovatif) yapıları, Ar-Ge merkezleri, güçlü deneysel laboratuvarları, sağlık eğitim kurumları, genel hastane, tıp merkezleri, FTR, ADSM, kök hücre nakli, organ nakli, robotik cerrahi benzeri ileri teknoloji donatılarına sahip, konvansiyonel tıp¹ yönteminin haricinde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) yöntemlerinin denendiği ve uygulamaya konduğu yerler olarak tasavvur edilmektedir. Nitekim Çin SASEB’inde (Lecheng Umut Kenti)² ana karada mümkün olmayan alternatif tedavi yöntemleri denenmekte, deneysel laboratuvar ve Ar-Ge çalışmaları yapılabilmekte, yenilikçi bilimsel eğitim faaliyetleri yürütülmektedir. Dubai Sağlık Kenti de benzer şekilde iktisadi faaliyetlerin ötesinde sağlık ve ilaç hizmet ve çalışmalarının ötesine taşan faaliyetler ve disiplinler toplamından meydana gelmektedir.

Türkiye, hekim yetkinliği, kalite-maliyet dengesi, sağlık altyapısı, sağlığa erişim imkânı, gelişmiş ulaşım ağı, uluslararası JCI akredite hastaneleri, pek çok dilde iletişim imkânı yönüyle sağlık turizminde dünyada önde gelen ülkeler arasında yer almasına rağmen dünya sağlık turizmi pazarından yeterince pay alamamaktadır. Devlet tarafından “Döviz Kazandırıcı Hizmet Sektörlerinin Desteklenmesine İlişkin Kararlar” kapsamında; Tercümanlık Desteği, Hasta Yol Desteği, Ürün/Hizmet/Marka tescil-Koruma Desteği, Belgelendirme Desteği, Danışmanlık Desteği, Acente Komisyon Desteği, Bireysel Fuar Katılım Desteği, Milli Fuar Katılım Desteği, Milli Fuar Tanıtım Desteği, Reklam/Tanıtım Pazarlama Desteği, Yurtdışı Birim Desteği, Alım Heyeti/Ticaret Heyeti Desteği, Yurtiçi Tanıtım Desteği, Yurtiçi Eğitim Desteği benzeri pek çok destek ve teşvik sunulmasına rağmen tüm sağlık turizmi türevlerinde 2022 yılında Türkiye’ye gelen sağlık turisti sayısı 1 milyon 258 bin kişi, elde edilen gelir 2 milyar Dolarla sınırlı kalmaktadır (USHAŞ, 2023). Ayrıca Türkiye’nin termal doğal kaynaklarının da sağlık için yeterince kullanılmadığı görülmektedir. Türkiye’de sağlık turistlerinin tedavi için başvurdukları bölümler ağırlıklı olarak kadın hastalıkları, diş hekimliği, tıbbi biyokimya, genel cerrahi, iç hastalıkları, göğüs

1 Konvansiyonel Tıp: Batı kökenli patojen odaklı tedavi yöntemi

2 Lecheng Umut Kenti: Çin Sağlık Serbest Bölgesinin resmi ismi

hastalıkları, genel cerrahi, ortopedi- travmatoloji, kulak-burun-boğaz ve enfeksiyon hastalıkları olarak öne çıkmaktadır.

Sağlık Serbest Bölgesi projesine ihtiyaç olup olmadığı, ihtiyaç varsa Türkiye'nin sağlık altyapısı ve potansiyelinin daha gelişmesine, dünya sağlık turizmi pazarından daha çok pay almasına, sağlık kalite ve standartlarının yükselmesine, konvansiyonel tıbbın ötesinde alternatif ve tamamlayıcı tıbbi tedavi yöntemleriyle katma değer oluşturmasına ne denli katkıda bulunacağı sorularının araştırılmasına gereksinim duyulmaktadır.

Bu çalışmayla öncelikle Türkiye'de Sağlık Serbest Bölgesine ihtiyaç olup olmadığı sorunsalı araştırılmıştır. İhtiyaç kavramının tek düze tanımı bulunmamaktadır. Özellikle iktisat ve psikoloji temelli açıklanan ihtiyaç kavramı ile istekler arasında bir ayırma gidilmektedir. İhtiyaç, karşılanmaması halinde bir eksiklik ve mutsuzluk duyulan bir zorunluluk olarak tanımlanırken isteklere bu düzeyde bir önem atfedilmemektedir. Asadi-Lari vd., (2003) ihtiyaç kavramının içsel karmaşıklığından dolayı tanımının zor olduğunu, bu nedenle çok sayıda farklı tanıma sahip olmasının şaşırtıcı olmadığını belirtmektedir. Bradshaw (1972) "Sosyal İhtiyacın Taksonomisi" adlı eserinde ihtiyacı normatif ihtiyaçlar, anlamlı ihtiyaçlar, karşılaştırmalı ihtiyaçlar, istek ve arzular şeklinde sınıflandırmaktadır. Farklı bir sınıflandırmayı İbn Haldun'da da görmekteyiz. Zorlu (2020) İbn Haldun'un ihtiyaçları basit, normal ve mükemmel (lüks) olmak üzere üç sınıfta ele aldığını, bu yaklaşımın Maslow'un beşli ihtiyaç hiyerarşisinin bazı unsurları ile benzerlikler gösterse de İbn Haldun'un Maslow'da olduğu gibi bu aşamaları zorunlu aşamalar olarak görmediğini belirtmektedir. İnsanı ekonomik bir varlık (homo economicus) olarak gören neo-klasik kuram insanın ihtiyaçlarını belirlerken rasyonel düşündüğünü ve kendi yararını öncelediğini öne sürmektedir (Meyer, 2016). Buna karşın Thaler (2000) insanın gerçekte sanıldığı kadar rasyonel olmadığını, sahip olduğu ön yargılar nedeniyle çoğu zaman rasyonel karar vermekte zorlandığını belirtmektedir.

Tanımlardaki farklılıklar ihtiyacın belirlenmesini zorlaştırmaktadır. Ekonomi kuramı kıt kaynakların sınırsız isteklerin karşılanmasına yetmeyeceğini, zorunlu olarak tercihlerde bulunulması gerektiğini ve ihtiyacın belirlenebilmesi için nesnel bulgular temelinde iyi analiz edilmesi gerekliliğini savunmaktadır. Gerçek ihtiyacın ortaya çıkarılmasında dürtü, istek, güdü, isteklendirme, yaşam tarzı ve tutum gibi insanın içsel ve dışsal özelliklerini dikkate almak gerekmektedir. İhtiyaç analizinin amacı

gerçek ihtiyaçları ortaya çıkarmak olup (Arsal, 1998) bunun için çeşitli yaklaşım ve teknikler kullanılmaktadır. Farklar yaklaşımı, demokratik yaklaşım, analitik yaklaşım ve betimsel yaklaşımın yanı sıra Progel-Dacum tekniği, Delphi tekniği, gözlem, kaynak tarama, test ve anketler bunlardan bazılarıdır. Özellikle eğitim konularında ihtiyaç analizinde Delphi tekniği kullanılmakla birlikte (Atasoy vd., 2021) karmaşık sosyal örüntülerde tekniğin beklenen performansı gösteremediği görülmektedir. Bu nedenle ihtiyaç analizinde anket tekniği uygulama kolaylığı ve büyük örneklem gruplarına uygunluğu nedenleriyle sıklıkla kullanılan bir teknik olarak öne çıkmaktadır.

İhtiyaç analizi kişinin bulunduğu yer ile ulaşmak istediği yeri araştırmak için güçlü bir araç olarak görülmektedir. nce ihtiyaçlar belirlenmekte sonra ihtiyaçların öncelik sıralaması aşamasına geçilmektedir. Kaufman vd., (1993) ihtiyaç analizi yaparken hedef grubun mega (toplum, topluluk), makro (kurumlar, işletmeler) ve mikro (kişiler ve kk gruplar) olmak üzere üç düzeyden hangisine ait olduğunun belirlenmesini ve üç soruya cevap verilmesi gerektiğini belirtmektedir; birincisi hangi konumda bulunuyorsun (başlangıç noktası), ikincisi varmak istediğin yer neresi (varış noktası), ncs varış yerine ne zaman varmak ve orada ne yapmak istiyorsun. Bu soruların her nde birlikte cevaplar geliştirilmesi istenmektedir.

Kaufman ve arkadaşlarının nc maddede ifade ettikleri varış yer ve zaman unsurları Güvenen'in "*Anticipative analysis*" yöntemindeki zaman unsuru ile örtüşmektedir. Güvenen'in bilim metodolojisi özünde özellikle sosyal bilimlerin oldukça karmaşık yapılarında karar sistemlerini en iyi duruma getirecek ve alternatif maliyetleri en aza indireyecek bir yöntem olarak görülmektedir. Örneğin bir karar yapıcının " P_1 " problemini " t_1 " zaman aralığında zmek için gereksinim duyduğu yaklaşım, analiz, araştırma ve kaynak için çok büyük bir ihtimalle "1 birim maliyet" yeterli olacaktır. Hlbuki " t_1 " zaman aralığındaki zmn örneğin 5 yıl ertelenmesi halinde ise problemin yapısı ve evre koşullarının değişimi nedeniyle " P_1 " probleminin zm için muhtemelen 8 veya 10 birim maliyet gerekecektir (Güvenen, 2016).

Bu alışmayla Sağlık Serbest Bölgesine olan ihtiyaın ortaya çıkarılmasının yanı sıra Türkiye'nin sağlık turizmi hedeflerini gerçekleştirmesine yapacağı katkının içeriği, boyutu, derecesi ve zamanı çalışmada araştırılmıştır

1.1 Araştırmanın Ana Problem Cümlesi

Türkiye'nin sağlıkta ve sağlık turizminde küresel marka haline gelebilmesi için Sağlık Serbest Bölgesine (SASEB) ihtiyaç olup olmadığı bu araştırmanın ana problem cümlesini oluşturmaktadır.

İhtiyacın ortaya çıkmasıyla oluşan alt sorular şunlardır;

1. SASEB'ten beklenen faydalar nelerdir?
2. SASEB'in beklenen temel nitelik ve özellikleri nelerdir?
3. SASEB için Türkiye'de en uygun il/şehir hangisidir?
4. SASEB için uygun il değerlendirmesine etki eden faktörler nelerdir?
5. SASEB'in yapısı/türü nasıl olmalıdır (Genel, Medikal, Termal)?
6. SASEB'in finans modeli nasıl olmalıdır?
7. SASEB'in potansiyel pazarları nerelerdir?
8. SASEB'in olası riskleri nelerdir?

1.2 Araştırmanın Amacı

Araştırmanın birincil amacı; Türkiye'nin sağlıkta ve sağlık turizminde küresel marka haline gelebilmesi için Sağlık Serbest Bölgesine (SASEB) ihtiyaç olup olmadığı, ihtiyaç varsa sağlayacağı faydaları, bileşenleri, nitelikleri, yerleşim yeri, yerleşim yeri seçimini etkileyen faktörler, türü, finans modeli, potansiyel pazarları ve olası risklerini araştırarak elde edilen bilgi ve bulgularla alanyazında boşluk gidermek ve bilime katkıda bulunmaktır.

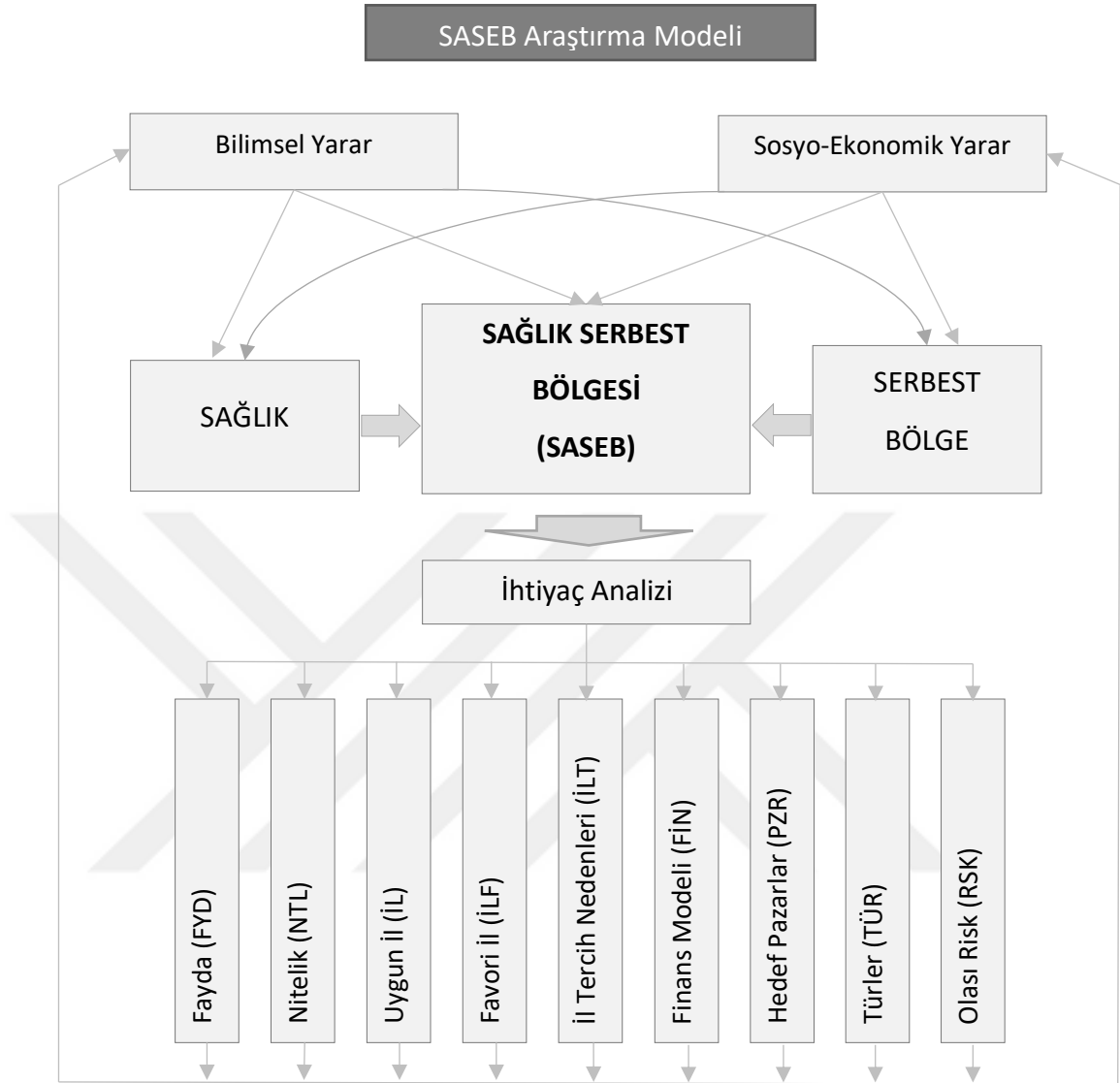
Araştırmanın ikincil amacı kanıta dayalı bilgi ve bulguların somut bilgilere dönüştürülerek Türkiye sağlık sektörünün ve iş dünyasının istifadesine sunulup sosyo-ekonomik yarar sağlamasıdır.

1.3 Araştırmanın Önemi

Araştırmanın iki ana önemi bulunmaktadır. Birincisi ulusal ve uluslararası alanyazın taramasında sağlık serbest bölgesi olgusuna yönelik herhangi bir kuramsal veya durum tespit çalışmalarına rastlanılamamıştır. Ayrıca ulusal alanyazın taramalarında

Türkiye’de yapılan tüm yüksek lisans ve doktora çalışmalarının derlendiği YÖK Tez portalı incelenmiştir. Ulakbim TR Dizin benzeri indeksli dergilerde yer alan bilimsel makale taramalarında ise sadece iki dergi makalesi tespit edilebilmiştir. Bunlardan birisi İzmir ilinin (Sayın vd., 2017) diğeri ise Bolu ilinin (Doğın vd., 2020) sağlık serbest bölgesi için uygun olabileceğine yönelik oldukça sınırlı değerlendirme yazılarından meydana gelmektedir. Araştırmanın bu yönüyle ulusal ve uluslararası alanyazında ilk bilimsel çalışma olması nedeniyle önemli bir boşluğu doldurması ve bilime katkıda bulunması beklenmektedir. Yöntem bilimciler, bir araştırmanın özgün olarak değerlendirilebilmesi için araştırma probleminin yenilik özelliğine sahip ve daha önceden üzerinde çalışılmamış olması gerektiğini belirtmektedir (Ary vd., 2018). İkincisi, 2010 yılında dönemin Sağlık Bakanı tarafından bir devlet projesi olarak gündeme getirilmesine rağmen bugüne kadar gerçekleştirilemeyen Türk SASEB projesine sektör tarafından hala ihtiyaç duyulup duyulmadığını ortaya çıkarmak, elde edilen verileri kamu ve özel sektör paydaşlarının değerlendirmesine sunarak sosyal ve toplumsal bir ihtiyacın giderilmesine katkıda bulunulmuş olacaktır. Bu nedenlerle araştırmada elde edilen veri ve ortaya çıkan bulguların yapılacak diğeri çalışmalar için kaynaksal öneme haiz olması ve ortaya konacak model önerisinin başta Türkiye sağlık sektörü olmak üzere toplumsal bir fayda sağlaması beklenmektedir.

1.4 Araştırmanın Modeli



Şekil 1.1: Araştırmanın Modeli

Kaynak: Yazar tarafından geliştirilmiştir (2023)

1.5 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Kapsamı

Araştırmada karşılaşılan sınırlılıkları kuramsal ve uygulamaya dönük olarak sınıflandırmak mümkündür (Morse, 2016).

1.5.1 Kuramsal sınırlılıklar

Sağlık Serbest Bölgeleri göreceli yeni bir olgu olması nedeniyle ulusal ve uluslararası alanda yeterli akademik çalışma ve bilimsel yayın bulmakta zorluklarla

karşılaşmış, kavram ve kuramların henüz yeterince geliştirilememiş olduğu görülmüştür.

1.5.2 Uygulamada karşılaşılan sınırlılıklar

Dünya genelinde gelişim aşamasında olan mevcut Sağlık Serbest Bölgelerine yönelik yeterli istatistiksel veriye ulaşmada sıkıntılar yaşanmıştır. Birleşik Arap Emirlikleri, Çin, Güney Kore benzeri Sağlık Serbest Bölgelerini hayata geçirmiş ülkelerden yeterli veri elde edilemediği için ülkelerin analiz ve karşılaştırmaları yapılamamıştır. Bu alanda yeni çalışmalara büyük ihtiyaç bulunmaktadır.

Aynı kısıt sorunu Türkiye’de yaşanmıştır. Türkiye Sağlık Bakanlığında konuya aşina pek çok görevli ve yetkilinin değişmesi nedeniyle Sağlık Serbest Bölgesi çalışmalarının yeni kadroların gündeminde olmaması, araştırmanın amacının yeterince anlaşılabilmesi, sağlık turizmiyle ilgili ayrıntı içeren (kısımlı) verilerin önceki dönemin aksine artık kamuya açık olmaması nedeniyle Türkiye sağlık turizmi verilerini elde etmede kısıtlarla karşılaşmıştır. Aynı şekilde anket çalışmalarında da kısıtlar yaşanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından sağlık turizmi yapmak amacıyla akreditasyon alabilen bazı kamu ve özel sektör sağlık tesislerine, telefon ve e-postalarının güncel olmayışı nedeniyle, ulaşımda zorluklarla karşılaşmıştır. Yurtdışından hasta getiren aracı kuruluşlarda da yaşanan sıkıntıların başında e-posta adres ve telefonlarının güncel olmayışı, bir kısmının akredite olduktan sonra faaliyetlerini durdurmaları, sektör değişimleri vb. sorunlar gelmektedir.

1.5.3 Kapsam

Çalışmada; sağlık hizmetleri ve serbest bölgelerin ortaya çıkış ve gelişimi tarihsel arka plan temel alınarak tımdengelim yöntemiyle incelenmiş, devamında kapsam daraltılarak günümüz Sağlık Serbest Bölgeleri olgusuna odaklanılmış, Türkiye’de bir Sağlık Serbest Bölgesine ihtiyaç olup olmadığı, varsa bu yapının temel nitelikleri, uygun iller, türleri, finansman modeli, potansiyel pazarları, olası riskleri ve Türkiye sağlık sistemine olası katkıları araştırılmıştır.

1.6 Araştırmanın Varsayımları

- Türkiye, sağlık altyapısı ve hekim yetkinliği ile sadece bölgesel değil küresel sağlık pazarında çekim merkezi olabilecek tüm bileşenlere ve potansiyele sahiptir.
- Türkiye, dünya sağlık turizmi pazarından potansiyeliyle uyumlu pay alamamaktadır. Türk SASEB'in buna önemli katkıda bulunması beklenmektedir.
- Bazı ülkeler (BAE, Çin, Güney Kore, Endonezya vb.) küresel sağlık turizmi pazarından daha fazla pay almak ve ülkelerindeki sağlık hizmetleri altyapısını geliştirmek için Sağlık Serbest Bölgeleri kurmuşlardır.

1.7 Araştırmanın Düzeni

Çalışma 7 ana bölümden meydana gelmektedir;

1. Giriş: Bu bölümde araştırmanın ana problem cümlesi, alt problem cümleleri, hipotezleri, amacı, önemi, sınırlılıkları, kapsamı ve varsayımları yer almaktadır.
2. Genel Bilgiler: Bu bölümde (i) sağlık ve (ii) serbest bölge kavramları tarihsel arka planı, kuramsal ve kavramsal çerçevesi ve (iii) Türkiye ve dünyada sağlık serbest bölgeleri girişim ve uygulamaları incelenmektedir.
3. Gereç Ve Yöntem: Bu bölümde araştırma deseni, yöntemi, evren ve örneklem seçimi, veri toplama yöntemi, geçerlik ve güvenilirlik testleri, verilerin analizi ve istatistiksel analizler yer almaktadır.
4. Bulgular: Çalışmanın özgün kısmını oluşturan bu bölümde araştırma verileri SPSS v. 23 istatistik programı ile geçerlik-güvenirlik testleri, faktör analizi, korelasyon analizi, t-Testi, tek yönlü ANOVA testi, basit doğrusal regresyon analizine tabi tutularak analiz edilmiştir. Ortaya çıkan veriler araştırmacı tarafından herhangi bir yorum yapılmadan olduğu gibi verilmiştir.
5. Tartışma ve Sonuç: Bulgular bölümünde elde edilen bulgu ve sonuçlar bu bölümde araştırmacı tarafından yorumlanmış ve anlamlandırılmıştır. Bulguların tekrarından kaçınılarak sadece yorumla yetinilmiş, varsa başka

kaynaklarda ulaşılan bulgu ve sonuçlar arasında literatür ve bulgu destekli karşılaştırmalar yapılmıştır.

6. Öneriler: Bu bölümde paydaşlara ve araştırmacılara yönelik önerilere yer verilmiştir.
7. Kaynakça: Çalışmada kullanılan çeşitli dillerdeki ulusal ve uluslararası kaynaklar kaynakça bölümünde yer almaktadır.



2. GENEL BİLGİLER

Çalışmanın konusunu oluşturan Sağlık Serbest Bölgesi (SASEB) olgusu iki temel kavram üzerinde yükselmektedir; sağlık ve serbest ekonomik bölge. Son 20 yılda ortaya çıkan SASEB olgusunun anlaşılabilmesi için her iki temel kavramın tarihsel arka planına inip günümüze kadar olan aşama ve gelişim süreçlerinin çalışma konusuyla ilintisi oranında incelenmesi önem taşımaktadır.

2.1 Sağlık: Tarihsel Arka Plan ve Kavramsal Çerçeve

Bu bölümde sağlık önce tarihi perspektiften ele alınmıştır. Önce, Yunanlılardan 2 bin yıl önce tıbbın kurucu atası olarak öne çıkan antik Mısır medeniyetinde tıbbın gelişim süreçleri, ardından sırasıyla antik Çin, İran ve Grek-Yunan-Roma medeniyetlerinde tıbbın gelişim süreçleri incelenmiştir. Sayılan tüm bu medeniyetler çok tanrılı politeist medeniyetler olduğu için her zaman doğaüstü güce sahip olduğu düşünülen tanrılardan yardım talepleri sağlık anlayış ve hastalık tedavilerinin bir parçasını oluşturmaktadır. Doğüstü güç veya güçlerden yardım talebi monoteist Yahudilik, Hristiyanlık ve İslam tarafından da iyileşmenin ve şifa bulmanın önemli bir kaynağı olarak görüldüğü için bu dinlerin kutsal kitaplarında sağlık, hastalık ve tedavi ile ilgili ayetlere de bu bölümde özet halinde yer verilmiştir.

Akabinde günümüz sağlık ve hastalık anlayışı, sağlık model ve sistemleri, sağlığın finansmanı, konvansiyonel tıp olarak bilinen Batı kökenli tıba yönelik eleştiriler, patojen odaklı yaklaşımının yetersizliklerine karşı artan oranda ilgi gören kısa adı GETAT olan ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından da desteklenen Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp yaklaşımı, neo-liberal politikaların etkisiyle küresel sağlık sistemlerinde meydana gelen dönüşümler ve bu dönüşümler sonucunda ortaya çıkan sağlık turizmi ve Sağlık Serbest Bölgesi benzeri ürün ve araçlar temelinde araştırmanın kavramsal çerçevesi oluşturulmuştur.

2.1.1 Tarihsel arka plan

Kaynaklarda avcılık ve toplayıcılığa dayanan toplumsal yapıdan daha karmaşık, toprağa yerleşik ve tarıma dayanan toplumsal yapıya geçiş dönemi olan, tarım devrimi ile karakterize edilen ve kent uygarlığını doğuran M.Ö. 8.000-5.000 dönemini kapsayan Neolitik Çağ (Atatüre, 2003) ile M.Ö. 3.000-1.000 dönemini kapsayan Bronz Çağ döneminde Asya ve Afrika kültür ve medeniyetlerinde sağlık hizmetleri çeşitli şekil ve içeriklerle uygulanmaktaydı.

Bu bölümde, geçmişten günümüze devam edegelen sağlık hizmetlerinin tarihsel arka planı çalışmayla ilintisi oranında ele alınmakta, sağlık olgusunun tarihsel başlangıç dönemleri ve antik uygarlıkların holistik sağlık sistem ve uygulamaları incelenmektedir.

2.1.1.1 Antik Mısır medeniyetinde sağlık ve hastalıkla ilgili temel kavramlar

Günümüzden 6 bin yıl önce M.Ö. 4000'lerde yazıyı bulan ve insanlık tarihinde sağlık alanında kapsamlı tıbbi uygulama ve süreçlerini yazılı hale getiren ilk uygarlık olan antik Mısır'da (M.Ö. 3300-525) modern tıbbın ilk temelleri atılmış ve hastalıkların tedavisinde oldukça ileri yöntemler kullanılmıştır. İnsan anatomisi ve cerrahi alanında gelişmiş bilgiye sahip olan Mısırlı hekimler diş, jinekoloji, sindirim sistemi ve idrar yolu bozukluklarını tedavi edebiliyor, şeker hastalığı ve kanser teşhisi yapabiliyorlardı (Metwaly vd., 2021). Mısır Eski Krallığının 3'üncü Hanedan Kralı Zoser zamanında yaşamış olan baş vezir Imhotep (M.Ö. 2780) aynı zamanda çok meşhur bir hekim olarak Mısır tıbbının gelişmesine büyük katkılarda bulunmuştur. Imhotep'ten önce öne çıkan bir başka büyük tıpcı Sekhet'enanch isimli hekimidir. Günümüzden 5 bin 500 yıl önce bir şükran ifadesi olarak kral tarafından kireçtaşı üzerine yazılan yazıttan bu becerikli hekimin Kral Sahura'nın rinoloji tedavisini³ başarıyla yaptığı anlaşılmaktadır (Cimpaen vd., 2016). M.Ö. 3500 yıllarında tedaviyi yapan Sekhet'enanch tarihte ismi kayıtlara geçen ilk hekim olarak kabul edilmektedir.

Dünya tıp tarihinde çok önemli bir yere sahip olan kadim Mısır tıbbının gizemleri bilim insanlarını şaşırtmaya devam etmektedir. Vail (2005), Mısır gizem sisteminin en önemli objesinin insanın tanrılaşması olduğunu, insan ruhunun kendi bedensel zincirlerinden özgürleşmesi halinde dünya yaşamında tanrıları görebileceği ve

3 Rinoloji: Burun ve sinus hastalıkları

ölümsüzler ile manevi birliktelik kurabileceği öğretisi üzerinde kurgulandığını belirtmektedir.

Ruhun kurtuluşu ve ebediliği üzerine büyük vurgu yapan Mısır Gizem Sistemi rahipleri ve elit bilim adamlarının geliştirdikleri tıp, felsefe, matematik, geometri, astronomi, fizik, kimya bilimlerini herkese açmayıp sınırlı bir tabakaya açtıklarını söyleyen James (2022) sisteme girebilmek için adayın *inisiasyon* ve sır saklama taahhüdüne uyması gerektiğini, sisteme yeni katılan *acemilerin* (neophyte) ölümlüler sınıfını oluşturduğunu, ruhani vizyon kazananların *entelijans* sınıfına yükseldiğini ve gerçek ruhsal bilinç kazananların *ışığın yaratıcıları ve oğulları* olarak ulaşılacak en üst mertebeye yer aldıklarını ifade etmektedir. James, kitabında Marsham Adams'ın bu üç dereceyi *İnisiasyon*, *Aydınlanma* ve *Mükemmelleşme* olarak tanımladığına işaret etmektedir.

Uzun yıllara yayılan disiplinli zihinsel ve mesleki eğitim sonucunda belirli bir mertebeye ulaşan rahip hekimler tarafından yazılan tıbbi papirüslerde pek çok hastalığın tüm ayrıntıları ile tanımlandığı, konan teşhislerin isabetliliği, tedavide kullanılan ilaç ve yöntemlerin şaşırtıcı etkinliği ve elde edilen sonuçların ayrıntılı bir şekilde kayda geçirildiği görülmektedir.

Imhotep gibi büyük ve önemli hekimler tarafından eğitilen Mısırlı hekim adayları sadece buldukları bölgede yaşayanlara değil yakın veya uzak mesafelerden gelen pek çok sağlık arayanlara (dönemin sağlık turistlerine) şifa tapınaklarında tıp hizmeti vermekteydiler. Tapınaklarda sağlık turistleri sadece tıbbi hizmet almakla kalmaz aynı zamanda doğum tanrıçaları Hathor ve Taurt gibi tıptaki her uzmanlığın tanrısına çeşitli adaklar sunar, şeytani güçlerin sebep olduğu hastalıklardan kurtulmak için muskalar yazdırırlardı. Tanrı ve tanrıçalar sadece hastalığın ortaya çıkış ve şiddetini belirlemekle kalmaz hekimlerin koyduğu teşhis ve tedavi reçetelerini de yönlendirirdi (Leake, 1952). Günümüzde dahi etkisini devam ettiren ve modern tıbbı etkileyen Horus'un Gözünün (*Wadjet*) koruyucu ve tedavi edici bir özelliğe sahip olduğuna inanılır ve eski Mısır'da büyü ve sihir tıpla iç içe geçmiş bir şekilde hastalıkların tedavisinde kullanılırdı.

Johansson (2019), bilim insanları arasında, toplumların teknolojik sınırlara ulaştığında büyü ve sihre başvurduğu yönünde genel bir kanaat bulunduğunu ama bunun genelde Mısır uygarlığı özelde ise Mısır tıbbı için geçerli olamayacağını,

dönemin gelişmiş Mısır tıbbının pek çok hastalığı iyileştirecek seviyede olmasına rağmen yine de sıklıkla büyü kullandığını belirtmektedir. Benzer şekilde ellerinde bulunan gelişmiş askeri teknolojiye rağmen Mısırlılar, düşmanlarını yenmek için büyü ve sihri askeri teknoloji ile birlikte kullanmaktaydılar. Aynı inanç sisteminin bir parçası oldukları için bir sorunun çözümünde hem büyü hem de bilimsel bilgi ve teknolojinin eş zamanlı kullanılması Mısır uygarlığına özgü bir karakteristik olarak öne çıkmaktadır (Pinch, 2006). Quirke (1992), büyüün marjinal kapalı toplumlara özgü bir durum olduğuna yönelik Avrupa önyargısını beslediği için sihir “*magic*” yerine hem iyi hem kötü kullanıma açık olan Mısır’a özgü kendi içerisinde nötr olan “*heka*” terimini kullanmayı yeğlediğini belirtmektedir. Diğer yandan Baines (2006), Mısır uygarlığının ayrılmaz bir parçası olan büyüü insanlar üzerinde (sağaltıcı) etkisi olan, hem eski hem modern zamanlarda kullanılagelen, hiçbir şekilde aşağılayıcı olarak değerlendirilemeyecek geçerli ve meşru bir olgu olarak görmektedir.

Johansson (2019) Batılı düşünce yöntemiyle eski Mısır’da uygulanan büyü, din ve tıp kavramlarını anlamının kolay olmayacağını altını çizmektedir. Holistik bakış açısıyla büyü, din ve tıbbi uygulamaları, buldukları kültür içerisinde geniş bir temele oturtup analiz etmek gerekmektedir. Diğer yandan hastalıkların teşhis ve tedavisinde Mısırlı hekimlerin günümüz bilimsel sistematik yöntemlere paralel bir yol izledikleri görülmektedir. Buna göre vakalar iyice gözlemlendikten sonra sınıflandırılmakta, teşhis, prognoz ve tedavi ile ilgili rasyonel kararlar alınmaktaydı. Bulgularını tıbbi papirüslere nakşeden eski Mısırlı hekimler insan anatomisi ile ilgili yazılı gözlemleri yapan insanlık tarihinin tespit edebildiği ilk tıpçılar olarak tarih kayıtlarına geçmişlerdir (Worth, 1989). Tıbbın atasının Grekler veya İyonyalı Hipokrat olduğu savı tarihsel bir olgu olmayıp bilimsellikten uzak, Batının romantik bir yaklaşımı olarak değerlendirilmektedir (James, 2022).

Günümüzde olduğu gibi binlerce yıl ötede antik Mısır’da hastalık ve yaralanmaların çeşitlerine göre uzmanlık alanları gelişmişti. Grek gezgin-tarihçi Herodot (M.Ö. 484-425) bu duruma işaret ederek Mısır’da her hastalığın ayrı bir hekiminin olduğunu belirtmektedir. Hekim (*swnw*), sihirbaz (*sAw*), öğretim görevlisi (*Xry-Hbt*), saf rahip (*wab*) ve Sekhmet Rahibi (*wab Shkmet*) gibi çeşitli şifacı rahip ve hekim tasnifi yer almaktadır. Yeni Krallıktan (M.Ö. 1550-1069) itibaren Deir al-Madina’da çalışan erkeklerin çeşitli şifa yöntemleri konusunda eğitildiği ve bilge kadınların da (*rxwt*)

yerel şifacılar olarak görev yaptığı kayıtlarda yer almaktadır (Ghalioungui, 1973). Büyük ihtimalle “*swnw*” hekimleri devlet tarafından çalışma kampları, ordular, mezarlıklar, kraliyet sarayları ve diğer kutsal alanlarda istihdam edilmişlerdir.

Eski Mısır’da sağlık sorunları ve hastalıkların büyük bir bölümü hakkındaki bilgiler, keşfedilen mumyalar ve insan iskeletleri üzerine yapılan tetkiklerin yanı sıra Mısırlı hekimler tarafından yazılan tıbbi papirüslerden elde edilmektedir. Her ne kadar bulunan insan kalıntıları tüm Mısır toplumunu yansıtmasa da “işçi” mezarlarına gömülenler ve “firavun” lahitlerinde bulunanların ait oldukları sosyal ve ekonomik seviye hakkında önemli bilgiler sunmaktadır. Johansson (2019) Mısır tıp papirüslerini 3 sınıfa ayırmaktadır;

1. Hastalık veya yaralanmanın tedavisinde hiçbir büyü ve sihrin kullanılmadığı sadece tıbbi rasyonel yöntemlerin kullanıldığı vakalar (*günümüz bilim odaklı konvansiyonel tıbbi yaklaşımı*),
2. Bazı büyü ve sihrin tıbbi yöntemlerle kombine halinde birlikte eş zamanlı kullanıldığı vakalar (*bilim odaklı konvansiyonel tıbbi yaklaşımın manevi güçlerle desteklenmesi*),
3. Belirli bir hastalık veya yaralanmayı tedavi etmek için kullanılmayan, sadece genel fayda gözetilerek kullanılan büyü ve sihirler.

Papirüslerde anevrizma, konjestif kalp yetmezliği ve venöz yetmezlik gibi kalp sorunları (Saba vd., 2006); hematüri, idrar retansiyonu, idrar sıklığı, enfeksiyon ve damlacık gibi üriner bozuklukları (Salem ve Eknayan, 1999); diş çürüğü, diş çekimi, apse, taş oluşumu, diş iltihaplanması, çene kemiği sorunu gibi ağız ve çene cerrahisine ilişkin (Leek, 1967) pek çok sağlık sorunu ve hastalıkların teşhis ve tedavisi yer almaktadır. Aşağıda Mısırlı hekimler tarafından yazılan ve insanlık tıp tarihinde büyük çığır açan tıbbi papirüsler kronolojik sırayla özetler halinde analiz edilmektedir.

Kahun tıp papirüsü (M.Ö. 1825)

İnsanlık tarihinde en eski tıp yazıtı olan, günümüzden takribi 3848 yıl öncesine tarihlenen ve Mısır’ın Fayyum bölgesinde 1889 yılında Flinders Petrie tarafından gün ışığına çıkarılan Kahun Papirüsü tarihte kadın hastalıkları ve doğum üzerine kayda geçmiş muayene, teşhis ve tedaviyi ayrıntılı ele alan ilk tıbbi belgedir. Papirüs

1893 yılında F Griffiths tarafından tercüme edilip “*The Petrie Papyri: Hieratic Papyri from Kahun and Gurob*” ismiyle yayınlanmıştır (Smith, 2011).

M.Ö. 1825’li yıllara ait jinekolojik hastalıklar, doğum kontrolü ve gebe kalma tekniklerini içeren 34 paragraftan meydana gelen ve cerrahi olmayan tedavilerin yer aldığı Kahun Papirüsünde her bir vaka belirli bir protokole göre ele alınır, önce semptomlar kısaca tanımlanır, daha sonra hekimin hastaya koyduğu teşhisi nasıl söylemesi gerektiği belirtilir ve son olarak ta tedavinin nasıl yapılacağı hastaya anlatılırdı (Haimov-Kochman vd., 2005). Bir vaka örneği;

1. (Muayene) “*Bir kadının gözleri göremeyecek kadar ağrır, boynun üst kısımlarında da ağrı teşhis edilir*”
2. (Hekim teşhisi) “*Kadının rahmindeki sorunlar gözlerine vurmuş*”
3. (Tedavi yöntemi) “*Kadını tütsü ve taze yağ ile tütsülemeli, kadının rahmini de tütsülemeli, kazayağı yağıyla gözlerini tedavi etmeli ve taze bir ciğer yedirmeli*”.

Hamileliği önlemek gibi çeşitli uygulamalar için eski Mısır’da ev ve insan vücudunu temizlemede kullanılan karbonat tuzu natronun timsah gübresine karıştırılarak kadın üreme organına enjekte edilmesi tavsiye edilirken gebe kalmak için tütsü, taze yağ, hurma ve arpa suyu içeren maddelerin kullanılması önerilmektedir.

Jinekolojik Kahun Papirüsünden eski Mısır’da rahimde meydana gelen sorunların tüm vücutta göz, diş, eklemler, boyun ve kafa benzeri çok sayıda hastalığın ortaya çıkmasına neden olduğuna inanıldığı görülmektedir. Smith (2011), Kahun Papirüsünde yer alan tütsü (fümigasyon) ve yağla masaj tedavilerinin daha sonraki asırlarda ortaya çıkan İyonyalı Hipokrat (M.Ö. 460-370) ve Bergamalı Galen (M.S. 129-216) tarafından da uygulandığını ve bunların bu tedavi yöntemini Mısırlılardan aldığını belirtmektedir.

Edwin Smith tıp papirüsü (M.Ö. 1600)

Günümüzden takribi 3623 yıl öncesine tarihlenen ve 62 hastalık ve cerrahi vakanın yer aldığı kıymetli tıbbi belge 1862 yılında Mısır’ın Tebe bölgesinde Edwin Smith tarafından bir antikacıdan satın alınmış, daha sonraları ise Edwin Smith ismiyle tüm tıp dünyasında meşhur olmuştur. Belgenin bu kadar meşhur olmasının nedeni tüm insanlık ve tıp tarihi boyunca cerrahi müdahaleleri içeren ilk papirüs olmasından kaynaklanmaktadır. 17 sayfadan meydana gelen papirüs baş, kol, boyun

yaralanmaları, bu yaraların tedavisi ve kanamaların durdurulması için çiğ et ve balın kullanılması benzeri pek çok tedavi yol ve yöntemini içermektedir.

Esas olarak kranial ve omurga yaralanmalarının ilgi odağı olduğu papirüs beyin cerrahisinin büyük ilgisini çeken didaktik bir travma incelemesi olarak ta değerlendirilmektedir. Antik Mısır'da hekim aynı antik Mezopotamya tıbbında (Marduk-Ea) olduğu gibi her vakada temel teşhis unsurlarını listelemekte ve ardından tedavi imkân ve ihtimali hakkında görüşünü şu 3 karardan biri şeklinde açıklamaktadır (Sanchez ve Burridge, 2007);

1. *“Tedavi edebileceğim tıbbi bir vaka var”* (Tedavisi mümkün)
2. *“ Belki tedavisini yapabileceğim tıbbi bir vaka var”* (Muhtemelen tedavi mümkün)
3. *“Tedavisi mümkün olmayan tıbbi bir vaka var”* (Tedavi mümkün değil)

Kırık ve çıkıklar, travmatik meningismus, nörolojik defisiti olmayan kafatası perforasyonu, uyuşukluk, sınırlı yüz kırıkları benzeri tedavi edilmesi olası olan vakalar 1 ve 2'inci şıklara girerken çökük kafatası parçaları, açıkta kalan beyin, enfekte kranial yaralar, kafatasında meydana gelen derin delici bıçak ve kılıç yaraları üçüncü sınıfa giren vakalardır.

Arap alfabesinde olduğu gibi sağdan sola yazılan ve hiyeratik ve dikey bir şekilde siyah ve kırmızı mürekkeple yazılan Edwin Smith Papirüsünde birkaç istisna haricinde o dönem çok yaygın olan sihirle ilgili ritüel, dua ve benzeri uygulamalara yer verilmediğinden günümüz bilim insanları tarafından en önemli ve en bilimsel papirüs olarak kabul edilmektedir (Hayırlıdağ, 2021).

Ebers tıp papirüsü (M.Ö. 1550)

Günümüzden takribi 3573 yıl öncesine tarihlenen ve 1873 yılında Mısır'ın Tebe bölgesinde Alman araştırmacı George Maurice Ebers (1837-1898) tarafından bulunan ve yaklaşık 328 farklı bitkinin kullanıldığı tıbbi belgede 876 reçete yer almaktadır. Yaklaşık 21 metre uzunluğunda 30 cm genişliğinde olan tıbbi belge o dönem Mısırlıların karşılaştıkları sağlık sorunları, bunların tedavileri, ilaç olarak kullanılan bitkisel karışımlar, dermatoloji, diş, cerrahi, jinekoloji ve helmintiyazis⁴ gibi pek çok sağlık sorunlarını içermektedir.

4 Helmintiyazis: Bağışıklık tepkisi

Kral III. Amenhotep dönemine ait adeta tıbbi ansiklopedi özelliğine sahip ayrıntılı belge içerisinde kısa bir bölüm şeklinde de olsa günümüzde depresyona benzer umutsuzluk (despondency) vakaları ve hastalıklardan kurtulmak için çeşitli mucizevi çözüm yolları da açıklanmaktadır (Subbarayappa, 2001).

Edwin Smith papirüsü ile birlikte Mısır tıbbı hakkında oldukça önemli bilgilerin yer aldığı Ebers Tıp Papirüsünü önemli kılan unsurlardan bir diğeri önerilen tedavileri uygulayan hekimin hamiş olarak düştüğü “*Bunu ben çok kullandım, gayet iyi*” veya “*Bu ilaç oldukça iyi sonuçlar veriyor*” benzeri bizzat uygulayıcı hekim tecrübelerini içermesidir. İçerdiği 876 reçeteden 12’sinde sihir ve büyüden bahsedilen Ebers papirüsünde paragraflar halinde sıralanan hastalıklar, sağlık sorunları ile muhtemel tedavi yöntemlerine ilişkin yer alan vakalardan bazıları;

Rübrik 197

“(…) Ölümcül derecede hasta olan birini muayene ederseniz, vücudu aşırı derecede hastalıkla küçülürse (veya) onu muayene ettiğinizde vücudunda organların hap gibi çıkıntı yapan kaburgalarının yüzeyi dışında hastalık bulamazsanız o zaman evinizde bunu iyice düşünün ve tedavi için gerekli olan Elephantine kan taşı, toprak, kızıl tahıl, keçiyoynuzunu yağda veya balda pişirin ve ölümcül hastalığını iyileştirmek için hazırlayın ve ona dört sabah boyunca yedinin (…)”

Rübrik 272

“(…) Bir çocuğun idrarını düzelten başka bir şey; kamış özünü tatlı birayla tamamlanana kadar ovalayın, emziren kadın tarafından bir kâse koyu sıvı halinde içilmelidir. Çocuğa yarım litrelik bir kavanozdan verilmelidir (…)”

Anatomik ve fizyolojik kavramlara sıklıkla rastlanan belgede kalp, mide sorunları, damar yolları, nabız ve kalp atışları arasındaki senkronize bağ ve diyabet hastalığı tedavisinde kullanılan bitkisel müdahale belirtilmektedir. Her ne kadar o dönem tam olarak bilinmese bile kanserle ilgili şöyle bir tarif görülmektedir:

“(…) Dokunduğumda taş gibi sert, nasır şeklinde bir damar tümörünün cerrahi yöntemlerle tedavi edilebileceğini düşünüyorum. Ameliyat sonrası yarayı fazla kanamaması için yakın (…)” (Hayırlıdağ, 2021).

Ebers Tıp Papirüsünde benzer pek çok örnek bulunmaktadır.

Hearst tıp papirüsü (M.Ö. 1550)

Günümüzden takribi 3573 yıl öncesine tarihlenen ve 1901 yılında Mısır'ın Dendera (Deir El-Ballas) bölgesinde bir köylü tarafından bulunan ve o yörede arkeolojik çalışmalar yapan Hearst'in kampına getirmesiyle keşfedilen bu papirüs 1912 yılında yayımlanmıştır. Hearst Tıp Papirüsü adıyla meşhur olan bu tıbbi belge Kahun, Edwin Smith ve Ebers Papirüslerinden birkaç cihetle ayrılmaktadır. İlk üç tıp papirüs eğitim ve araştırma amaçlı hazırlanırken Hearst Tıp Papirüsü bir başucu kitabı olarak hekimler için uygulamaya yönelik hazırlanmıştır.

Belgede temizlikle ilgili 6, diş ve kemiklerle ilgili 8, ağrılarla ilgili 7, sindirim sistemiyle ilgili 11, idrar yollarıyla ilgili 10, kafa sorunlarıyla ilgili 7, damarlarla ilgili 30, kanla ilgili 8, saç ve ciltle ilgili 13, el ve ayak parmaklarıyla ilgili 36, kemik kırıklarıyla ilgili 18, ısırıkla yaralanmayla ilgili en az 7, büyüyle ilgili 2 ve tanısı konamayan hastalıklarla ilgili 12 tedavi yer almaktadır (Leake, 1952).

Eski Mısır tıbbının dikkat çekici özelliği tavsiye edilen ilaçların belirli ölçütlere (standartlara) göre verilmesi için çıkarılan yönergelerdir. Örneğin Hearst Tıp Papirüsünde bulunan 262 başlık içerisinde 68 tanesi kullanılacak ilaçların miktarıyla ilgilidir.

Erman tıp papirüsü (M.Ö. 1550)

Günümüzden takribi 3573 yıl öncesine tarihlenen ve 1886 yılında Mısır'ın Tebe bölgesinde bulunan papirüs çocuk doğumu ve yeni doğan bakımına ilişkin tıbbi konuları içermektedir. Tıp ve büyüün birleştirildiği papirüste muskanın faydalarına da yer verilmektedir.

Berlin tıp papirüsü (M.Ö. 1350)

Günümüzden takribi 3373 yıl öncesine tarihlenen ve 20'inci yüzyıl başlarında Saqqara bölgesinde kazı çalışmaları yapan Heinrich Brugsch tarafından bulunan Berlin Tıp Papirüsü 279 satır reçeteden meydana gelmektedir. 1909 yılında yayımlanan Berlin Papirüsü doğum ve çocuk sağlığının yanı sıra kalp ve damar anatomisinin tanımını içermektedir.

London tıp papirüsü (M.Ö. 1300)

Günümüzden takribi 3323 yıl öncesine tarihlenen, tedavi, tıbbi ve/veya büyü tedavileri, cilt rahatsızlıkları, göz rahatsızlıkları, düşüklerden kaynaklı kanama ve yanıkların yer aldığı 61 reçeteden 25'inin tıbbi, 36'sının sihir ve büyü ile ilgili olan London Tıp Papirüsü 1860 yılında Mısır'ın Tebe bölgesinde bulunmuştur. Güneş tanrısı Ra'nın görselinin de olduğu belgede iki tane ilahi metin yer almaktadır. Burada yer alan tedavi yöntemlerinin çoğu muhtemelen nesiller boyunca elde edilen tıbbi tecrübelerle dayanmaktadır.

Chester Beatty tıp papirüsü (M.Ö. 1200)

Günümüzden takribi 3223 yıl öncesine tarihlenen ve 1928 yılında Batı Tebe'nin Deir Al Madina bölgesinde bulunan papirüs 8 bölüm halinde anal hastalıklarla ilgili çeşitli formüller içermektedir (Reeves, 1992). Belgede tanımlanan semptomları ishal ve artrit olmak üzere 2 ana grup altında tasnif etmek mümkündür. İshal tarif edilirken *“Kalçaların arasından akan su ciddi bir ishal ve bağırsak enfeksiyonu intibai verir”* denerek bağırsak enfeksiyonunu takiben genito-üriner semptomların eşlik ettiği artrit hastalığının oldukça karakteristik ve spesifik bir tezahürü olarak enfeksiyondan sonra çok hızlı bir şekilde ortaya çıkabilen bir hastalığın tanımı yapılmaktadır (Kwiecinski, 2014).

2.1.1.2 Antik Mezopotamya medeniyetlerinde sağlık ve hastalıkla ilgili temel kavramlar

İlk kez yazının kullanılmaya başlandığı Mısır medeniyetinde tıp alanındaki gelişmelere paralel olarak ikinci sırada yazıyı kullanmaya başlayan Mezopotamya medeniyetlerinde hem yazı hem de tıp alanında önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Bu dönemde Grekler ve Yunanlılar oldukça ilkel ve geri bir durumda bulunmaktaydılar. İdeogramlar şeklinde ortaya çıkan yazılar Mezopotamya'da ilk önce Sümerler (M.Ö. 4000-2000) tarafından daha sonra Mezopotamya medeniyetlerinden Elamlar (M.Ö. 3000-646), Akadlar (M.Ö. 2334-2154), Asurlular (M.Ö. 2025-612), Babilliler (M.Ö. 1894-539) ve Hititler (M.Ö. 1600-1178) tarafından kullanılmaktaydı. Aynı şekilde bu medeniyetlerde tıp alanında Mısır medeniyetindeki benzer önemli ve inovatif gelişmelerin yaşandığı görülmektedir.

Borchardt (2002) “İlaç Tedavisinin Başlangıcı: Eski Mezopotamya Tıbbı” başlıklı önemli kaynak eserinde medeniyetler geliştikçe insan ve evcilleştirilmiş hayvan popülasyonunda büyük artışların meydana geldiğini, bu yoğunluğun protozoa (tek hücreliler), bakteriyel ve viral hastalığa neden olan organizmaların hızla yayılmasına neden olduğunu ve söz konusu hızlı yayılmanın olumsuz etkileriyle baş edebilmek için gösterilen çabaların başta Sümerler olmak üzere Mezopotamya’da yakın ilişki içerisinde olan medeniyetlerde tıbbın gelişmesini sağladığını belirtmektedir.

Eski Mezopotamya tıbbına ilişkin yaklaşık üç bin tanı ve teşhisin yer aldığı Babil Kralı Addad’ın baş bilgini Esagil-kin-apli (M.Ö. 1068-1047) tarafından yazılan tanı-teşhis el kitabı “Sakikku” ve fizyonomi el kitabı “Alamdimmu” Mısır tıp papirüsleri gibi dönemin tıbbi gelişmesini göstermesi açısından büyük önem taşımaktadır. Her iki el kitabı toplam 40 tablet ve 3 bin kayıt içermektedir. Baş bilgin/hekim Esagil-kin-apli eserlerine “Bunlar Sakikku”nun tüm kayıtlarının adlarıdır” ibaresiyle giriş yapmakta ve “Apkallu bilgenin sırrı/hazinesi” ibaresiyle konunun bittiğini ifade etmektedir (Lenzi, 2008).

Tablo 2.1: Sakikku Kataloğunun Şematik Çizelgesi

Tablet	Satır	Kayıt sayısı	Açıklama
	1	(...)	“ Bunlar, Sakikku’nun tüm kayıtlarının adlarıdır ”
1	2	(...)	“ Rahip hekim Asipu hasta adamın evine giderken”
2	3-4	(...)	“ Şayet bir adam hasta bir adamın evine giderse”
	5	Toplam (?)	“ Rahip hekim Asipu hasta adamın evine giderken”
3	6	(...)	“ Bir hastaya yaklaşırken”
4	7	(...)	“ Şakağında basınç hissederse
5	8	(...)	“ Sağ gözü ağrırsa”
6	9	(...)	“ Burnu kızarmışsa”
7	10	(...)	“ Dili kızarmışsa”
8	11	(...)	“ Sağ kulağı kararmışsa (morarmışsa)”
9	12	(...)	“ Hastanın yüzü kızarmışsa”
10	13	(...)	“ Hastanın boynu sağa dönmüşse”
11	14	(...)	“ Sağ bileği ağrıyorsa”
12	15	(...)	“ Göğsü ağrıyorsa
13	16	(...)	“ Epigastirumu ⁵ kızarmışsa”
14	17	(...)	“ Sağ kalçası kızarmışsa”
	18-19	Toplam (?)	“ Hastaya yaklaşırken “
15	20	(...)	“ Bir günlük hasta ise ve hastalığı kötü ise “
16	21	(...)	“ Bir günlük hasta ise ve başı ağrıyorsa “

⁵ Epigastrium: Mide, duodenum, pankreas ve karaciğer sol lobunun bulunduğu karın üst orta bölgesi.

Tablo 2.1: (Devamı) Sakikku Kataloğunun Şematik Çizelgesi

Tablet	Satır	Kayıt sayısı	Açıklama
17	22	(...)	“ Hastalığının başlangıcında sürekli terliyor ve ateşler içerisinde yanyorsa ”
18	23	(...)	“ Hastanın vücudu sürekli terliyor ve soğuyorsa “
19	24	(...)	“ Hasta bir terliyor bir üşüyorsa “
20	25	(...)	“ Hasta terliyorsa “
21	26	100	“ Tüm sinirleri sağlıklıysa “
22	27	88	“ Hasta spazmlıysa, bir iki veya üç kez sabahları inlemeye devam ediyorsa “
23	28	103	“ Safra kusarsa “
24	29	137	“ Hasta bir elma isterse “
25	30	85	“ Hastanın başına lamba konursa “
	31	Toplam 860	“ Bir günlük hasta olursa “
26	32	60	“ Başına inme inerse “
27	33	60	“ Eğer biri yüzüne darbe alırsa “
28	34	60 (?)	“ Şugidimmakku ⁶ Antaşubbû'ya ⁷ dönüşürse
29	35	144	“ Lugalurra ⁸ (epilepsi) ile doğarsa
30	36	84	“ Hastaysa ve sürekli ağzını açıyorsa
	37	Toplam 408	“ Sara nöbeti semptomları ile birlikte başına inme inerse
31	38	81 (?)	“ Eğer şētu-ateşi ⁹ onun ateşini yükselttiyse ”
32	39	(...)	“ Eğer ona rüzgâr çarpmışsa ”
33	40	(...)	“ Yaranın durumu, Gula'nın ¹⁰ eli saman ¹¹ dâhil “
34	41	(...)	“ Bir erkek bir kadına karşı tahrik olursa ”
35	42	(...)	“ Erkeğin yüzü sürekli dönüyor ise ”
	43	Toplam 185	“ Eğer şētu-ateşi onun ateşini yükselttiyse ”
36	44	147/149 (?)	“ Eğer doğurgan bir kadın hamileyse ve alnının üstü yeşil-sarı ise ”
37	45	118	“ Hamile bir kadın hasta ise ”
38	46	141/149 (?)	“ Bir kadının hamilelik suyu üç gün akarsa ”
39	47	152/82	“ Doğum yapan kadında şişkinlik varsa ve geçiriyorsa ”
40	48	124	“ Bebek emziriliyor ise ”
	49	Toplam 702	“ Hamile bir kadın hasta ise ”
	50	Toplam 40 tabletten 3 bin kayıt	Sakikku serisinden

⁶ Sümer dilinde “Su.gidim.ma”, Akad dilinde “Şugidimmakku”: Cin çarpması, hayaletlerin insanı ele geçirmesi.

⁷ Babil dilinde “antaşubbû” büyük epilepsi (sara) nöbeti anlamına gelmektedir

⁸ Babil dilinde “lugalurra” bir nevi şeytan tarafından ele geçirilen bedenın epilepsi nöbetlerine girmesi

⁹ şētu-ateşi Mezopotamya’da tüberküloza verilen ad (Wilson, 2008)

¹⁰ Gula: Sağlık tanrıçası, kutsal hekim, ebe. Sümerlerden diğer Mezopotamya toplumlarına geçtiği tahmin edilmektedir. Sümer dilinde “Gu-la” büyük anlamına gelmektedir (Böck, 2013).

¹¹ Samanu: Sümer, Akad ve Babil dönemlerinde insan, hayvan ve bitkilerde görülen bir hastalık türü.

Mısır medeniyetinde olduğu gibi Mezopotamya medeniyetlerinde de hastalık ve tedavi rasyonel ve doğaüstü (tanrısal) olmak üzere düalist yaklaşımla ele alınmaktaydı. Asurlularda rasyonel yöntemlerle tedavi yapan hekim “*asu*”, tanrısal güçlerden alınarak tedavi yapan hekim-rahip “*asipu*” olarak adlandırılmaktaydı (Scurlock, 2005).

Asur hükümdarlarından Adad-Narari III (M.Ö. 810-783) yazıtlarında tanrı Aşşur'un, ülkenin kralını Asur halkına bir yaşam ve esenlik kaynağı olarak gönderdiği yer almaktadır (Grayson, 2016). Fiziksel ve psikolojik hastalıkların şeytanın beden ve ruha tasallutu veya tahakkümü olarak değerlendirildiği Babil’de kurtuluşun ancak doğaüstü güçlere sahip ve aynı zamanda tüm hastalıkların iyileştiricisi olan tanrı kral Marduk’un yardımıyla olabileceği kabul görürdü. Babil şehrinin baş tanrısı olan Marduk sağlık ve esenliği sağlama gücüne de sahip özel bir yeri olan en büyük tanrılardan biri olarak kabul edildiği için insanlar şifa aramak için kendisinden yardım dilenirdi.

Bir başka sağlık bahşedici tanrı kral Ninurta ise tanrı kral Marduk’un düşmanı Tiamat ve ordularına karşı verdiği mücadelede olduğu gibi kendisi de başta hastalıkları yayan büyük şeytansal düşmanı Asakku (Sümerce: Azag) olmak üzere başka on bir mitolojik tanrıyla savaşarak halkı hastalıklardan korumaktaydı (Dijk, 1983). Ninurta ile Asakku arasında devam eden mücadeleyi kazanan Ninurta, hastalık yayıcı Asakku’nun etkisini kırmış ve antik Babil’i tüm hastalıklardan arındırarak ülkenin Sağlık Tanrısı haline gelmiştir. Ninurta’dan feyiz alan şeytan kovucu rahipler tedavi için gelen hastaları “*Ninurta, zalim Asakku’yu def etsin*” ritüelleriyle iyileştirmeye çalışırlardı (Annus, 2021). Babil Yaradılış Destanına (*Babylonian Creation Epic*) göre Tanrı kral Ninurta’dan sonra hüküm süren Marduk krallık ve kutsal tedavi edici unvanlarını edinmiştir.

Antik dönemde Mısır’dan sonra tıbbın en çok geliştiği Mezopotamya’da hekim rahipler ilk önce hastalıkların ortaya çıkış nedenini tespit etmeye çalışırlardı. Kaza, yaralanma vb. durumlarda normal tıbbi tedavi yöntemi uygulanırken şeytan veya şeytansı ruhların müdahalesinin olduğu kanaatine varmaları halinde Marduk – Ea diyalogunu / büyüsünü sıklıkla uygularlardı (Falkenstein, 1931). Altı bileşenden meydana gelen bu yöntemle sağlık arayan hastanın sırasıyla şu aşamaları başarıyla geçtikten sonra hastalığına kavuşması beklenirdi;

1. Aşama: Sağlık sorununun nedenine bakılır, Şeytan tarafından tasalluta mı uğradığı yoksa başa gelen talihsizlikten mi (kaza) kaynaklandığı tespit edilmeye çalışılırdı.
2. Aşama: Şeytan çıkarma tanrısı Asalluhi veya Marduk'un inayeti talep edilirdi.
3. Aşama: Şeytan çıkarma tanrısı durumu bilgelik tanrısı Enki / Ea'ya ileterek birlikte istişare ederlerdi.
4. Aşama: Şeytan çıkarma tanrısı “*Ne yapacağımı bilmiyorum*” diyerek bilgelik tanrısından tavsiye isterdi.
5. Aşama: Bilgelik tanrısı “*Ben ne biliyorsam sen de biliyorsun*” diyerek şeytan çıkarma tanrısını onurlandırır ve onun bilgisini tasdik ederdi.
6. Aşama: Bilgelik tanrısı “*Şimdi hastaya git oğlum Asalluhi / Marduk !*” diyerek ona uyması için ritüeller ve talimatlar önerirdi. Tüm ritüel ve talimatların yerine getirilmesinden sonra iyileşen hasta kendisine yardım eden tanrı şifacılara teşekkür ederek evine dönerdi (Reiner, 1958).

Marduk / Ea yönteminin son halkasında ki Enki / Ea diyalogunun da hasta üzerinde bir etki yarattığı ve hastada empati duygusu meydana getirdiği görülmektedir. Plasebo etkisini ustaca kullanan Mezopotamya hekimleri (şifacıları) hastanın beklentileri doğrultusunda beynin prefrontal kısmındaki mekanizmaları tetikleyerek hastada baskıladıkları olumsuz duyguların yerine öz-düzenleme (kendi kendini iyileştirme) yeteneğini ortaya çıkarmaktaydılar. Moerman (2013), hastanın plaseboya verdiği olumlu tepkiyi “*anlamlı bir yanıt*” olarak değerlendirmektedir.

Geller (2010), Akad tıp metinlerinde de “*asu*” adlı başka bir uzmanın sorumlu olduğu şifalı otlar ve iksirlerin kullanıldığından bahsetmektedir. Gerek telkin gerekse şifalı otlarla yapılan bu tedaviler modern tıbbın da araştırma ve incelemelerine konu olmaktadır. Ayin ve ritüellerle yapılan tedavilerin plasebo etkisini inceleyen Benedetti (2011) “*Hasta'nın Beyni*” isimli kitabında bu terapilerin yarattığı plasebo etkisiyle insan beyninde bir takım mekanizmaların harekete geçerek hastanın gerçekten iyileşmesine yol açtığını ifade etmektedir.

2.1.1.3 Antik Çin medeniyetinde sağlık ve hastalıkla ilgili temel kavramlar

Tıpla ilgili çalışmaları günümüzden takribi 5 bin yıl öncesine (M.Ö. 3000'li yıllar) kadar giden Çin tıbbı, dünyada tıbbın gelişmesine önemli katkılarda bulunmuştur.

Antik Mısır'da olduğu gibi Çin'de de M.Ö. 3000 ile M.Ö. 1600'lü yıllar arasında çeşitli hanedanlar döneminde 4 önemli aşamadan geçen Çin tıbbında pek çok tıbbi yöntemler geliştirilmiş, hekim teşhis ve tedavilerine yönelik eserler tedvin edilmiştir. Bunlardan birincisi üç imparator dönemini içeren ve 2700'lü yıllara dek süren dönemdir. Efsane ve mitoloji karışımı bu dönemle ilgili yeterli bilgi bulunmamakla birlikte “Çin Tıbbının Atası” olarak bilinen, “*Materia Medica*”nın yaratıcısı Sheng Nung (M.Ö. 2737) ile hastalıkları tedavideki ustalığı ile bilinen ve en önemli tıbbi klasiklerden olan “Tıbbın Yasası” kitabının yazarı Huangdi Neijing (M.Ö. 2698-2599) bu dönemin en ünlü hekimleri olarak öne çıkmaktadır.

İkinci dönem olgularla efsanelerin iç içe geçtiği bir dönemdir. Üç imparator döneminden sonra eski Çin'in en önemli hekimi olan Bian Que'nun yaşadığı M.Ö. 500'lü yıllar Çin tıbbı için ayrı öneme sahiptir. Koruyucu tıba önemli katkıda bulunan Bian Que (M.Ö. 552-479), teşhis yöntemlerini içeren meşhur *Nanjing* isimli eserin sahibidir. Kadavralardan alınan çeşitli organları ölçüp tartan hekim Bian Que büyü ve batıl inançlara karşı mücadele yürütmüştür. Bian Que gibi Çin tıp tarihinde pek çok önemli hekim bulunmaktadır. Bunlar arasında Çin'in Hipokrat'ı olarak bilinen Zhang Zhongjiang'in istisnai bir yeri bulunmaktadır.

Zhou (Çu) hanedanlığı¹² döneminde (M.Ö. 1122-256) tıbbi bilgi ve becerilerin oldukça geliştiği ve imparatorluk hekimlerinin antik Mısır'da olduğu gibi cerrah, dişçi, veteriner gibi çeşitli uzmanlık alanlarına dağıldığı görülmektedir. Hastalar hastalık türlerine göre tasnif edilmekte, tedaviye cevap vermeyip ölenler ölüm nedenleri ile birlikte kayıt altına alınmaktaydı. Antik Çin tıbbının ulaştığı seviyeyi göstermesi bakımından kayıtlarda hastaların uzmanlık gerektiren tedavileri aldıklarına yönelik veriler bulunmaktadır (Chen, Xie, vd., 1999).

Antik Mısır, Sümer, Akkad, Babil, Elam, Hitit, İyon, Minos, Grek, Yunan benzeri tüm erken uygarlıklarda olduğu üzere Antik Çin'de de dini ve astrolojik unsurlar Zhou (Çu) Hanedanına kadar hastalıkların tedavisinde entegre bir şekilde kullanılmaya devam etmiştir. Çin tarihinin en parlak dönemlerini içeren Zhou Hanedanlığı zamanında tıptan edebiyata, sanattan felsefeye kadar pek çok alanda Çin uygarlığının en üst noktalara çıktığı görülmektedir. Nitekim *Yin* ve *Yang*

¹² Türklerle ilgili en eski bilgiler Zhou hanedanlığı dönemine ait belgelerde yer almaktadır. Bazı kaynaklar Zhouların köken olarak Türk olduklarını ve Batı Çin'den gelip tüm Çin'i hakimiyetleri altına aldıklarını belirtmektedir (Kara, 2015).

(karşıtlıklar) ilkesi her kutbun kendi içerisinde karşıtını barındırması ve görecelilik kavramının savunucusu Yaşlı Bilge Laotzu (M.Ö. 600) Çin uygarlığının en önemli temsilcisi kabul edilen ve insanlık tarihine önemli katkısı olan Konfüçyüs (M.Ö. 551-479) ve insanın doğasında esas olanın iyilik olduğunu öğreten Mensiyüs (M.Ö. 372-289) gibi pek çok bilim insanı bu dönemde yetişmiştir. Pek çok alanda fikirler serdeden ve buluşlar yapan bilim insanlarının etkileri o denli büyük olmuştur ki hayatın her alanında bunların izlerini görmek mümkündür. Çin tıbbı bu dönemde ileri görüşlü filozofların skolastik düşüncelerinin hükmü altında gelişmesini sürdürmüştür (Min, 1926).

Eski Çin tedavi yönteminde, insan anatomisinde harmoniyi sağlamak için hastaların akupunktur, akupresür, yakı veya hacamat ile tedavileri yapılır, insan vücudunda bozulan denge sonucu ortaya çıkan hastalığın teşhis ve tedavisi için koklama, dinleme, ses titreşimi ve dokunma ile tanı ve teşhis konmaya çalışılır, nabız gözlem altına alınmaktaydı. Yaşam gücü olarak ta tanımlanan vücuttaki *qi* (evrensel yaşam enerjisi) unsurunun içerik ve işlevini anlamak eski Çin tedavi felsefesinin temelini oluşturmaktaydı (Britannica, 2011). Farklı bir boyut ve kapsamda da olsa antik Mısır uygarlığında olduğu gibi Çinli hekimler, aslında bir bütün olarak evrendekine benzer bir şekilde insan vücudunu kaplayan *yin* (pasif/dişil) ve *yang* (aktif/eril) olmak üzere iki tamamlayıcı güç arasındaki dinamik dengeyi sağlayarak hastayı sağlığına kavuşturmayı amaçlardı.

Eski Çin tıbbı, Taocu felsefede olduğu gibi tüm hastalık ve sağlık sorunlarının temelinde insan ile evren arasındaki dengenin bozulmasının yattığını savunur, bunlar arasında dengenin yeniden sağlanması ile de tedavinin amacına ulaşacağını düşünürdü. Konfüçyüsçü felsefe ile birlikte binlerce yıldır Çin'de hayatın çeşitli alanlarında dönüştürücü bir etki ortaya koyan iki büyük yerel dini-felsefi sistemlerden birini oluşturan Taoculuk basitlik ve sadeliği temel alan düşünce ve inanç sistemi olarak öne çıkmaktadır (Yitik, 2011). Büyük evrenle küçük evren kabul edilen insanın beş bölgesine (kalp, karaciğer, akciğer, dalak ve böbrekler) mistisizmle karışık ayrı bir önem atfedilirdi.

Aynı antik Mısır'da olduğu gibi antik Çinli hekimler de kendilerinden sonra gelenlerin istifade edebilmesi için edindikleri bilgi ve tecrübeleri kayıt altına almışlardır. Bu eserlerin önemlileri şunlardır:

Sarı İmparatorun (M.Ö. 2695-2589) İç Kanun Kitabı¹³

Basit sorular (*Su Wen*) ve Akupunktur-moksübüsyon (*Ling Shu*) olmak üzere iki bölümden oluşan kitap *İç Kanun* kitabı olarak ta bilinmekte ve Taocu felsefeye dayanmaktadır. *Qi* enerjisinin insan bedeninde dolaşımı ile kan ve hastalıkların teşhis ve tedavisinin yer aldığı bu kitap sağlıklı bir şekilde yaşam sürebilmek için beden içinde uyumun yanı sıra beden ile dış dünya arasında da dengenin sağlanmasına ve korunmasına vurgu yaptığı görülmektedir (Ekmekçi, 2018). Sarı İmparator olarak bilinen efsanevi hükümdar Huangdi Neijing (M.Ö. 2698-2599) tarafından yazıldığı kabul edilen kitap Sarı İmparator ile bakanları arasında geçen diyalog şeklinde kaleme alınmıştır. İnsan, çevre ve evren arasındaki ilişki; anatomik yapı, yaşam ve patolojisi, hastalık semptomları ve bunların tanı ve tedavisini inceleyen kitap bilinen en eski Çin tıp yazıtı olarak kabul edilmektedir.

Kutsal Kocanın Farmakolojik Külliyatı¹⁴

Antik çağlara kadar giden Çin botanik bilgisinin kaynağı olarak Kutsal Koca Shennong isimli efsanevi bilge gösterilmektedir. 5 bin yıl önce yaşadığı söylenen Kutsal Koca, minerallerin ve diğer maddelerin tıbbi özelliklerini incelemiş, beden ve ruhun sağlığı için her türlü organik ve inorganik malzemeleri ifade eden “Bencao” kavramına geniş bir anlam kazandırmıştır. Shennong’un Bencao’su (The Bencao of Shennong) adı da verilen kavramın kelime anlamı kökler ve otlar olmakla birlikte en yaygın şekliyle tıbbi malzemeleri ifade eden önemli bir kavram haline dönüşmüştür (Berkowitz, 2005). Yüzyıllar boyunca pek çok sefer özetler halinde derlenen Shennong’un külliyatı Tao Hongjing (456-536) ve Li Shizhen (1518-1593) tarafından sistematik hale getirilmiştir.

Zor Vakaların Klasik Kitabı¹⁵

M.S. 1. Yüzyılda yazıldığı tahmin edilen bu kitap Sarı İmparatorun İç Kanun kitabında geçen çeşitli konuları ele almaktadır. Teşhis, tedavi, psikolojik ve patolojik 81 tıbbi konunun incelendiği kitap teorik tedavi önerilerinin yanı sıra damar yollarındaki açıklık mesafesinin nasıl olması gerektiği gibi zor konuları soru-cevap şeklinde irdelemektedir. Ünlü hekim Bian Que’ye atfedilen bu kitap kaynaklarda

¹³ The Yellow Emperor’s Classic of Internal Medicine

¹⁴ The Divine Husbandman’s Canon of Materia

¹⁵ The Classic of Difficult Issues / The Canon of Problems

“Nanjing” olarak ta adlandırılmaktadır. 1 ile 22’ye kadar olan kısım nabızla ilgili; 23 ile 29’ye kadar olan kısım meridyen ile ilgili; 30 ile 47’ye kadar olan kısım acil hastalıklar ile ilgili; 48 ile 61’e kadar olan kısım ağır ve ciddi hastalıklar ile ilgili; 62 ile 68’e kadar olan kısım akupunktur noktaları ile ilgili ve 69 ile 81’e kadar olan kısım iğne noktaları ve yöntemleri ile ilgili bulunmaktadır.

Soğuk Hasar Sorunlarının Tedavisi¹⁶

Antik Çin’in ünlü hekimlerinden Zhang Zhong-Jing tarafından yazılan Soğuk Hasar Sorunlarının Tedavisi isimli kitap vücutta soğuk ve rüzgâr nedeniyle meydana gelen hastalıkların deri üzerinde bulunan gözenekler vasıtasıyla vücuda girip hastalıklara sebep olduğunu açıklamaktadır (Shao vd., 2016). Kitapta yer alan birçok bitkisel formülün etkinliği günümüz moleküler biyoloji çalışmalarında da doğrulanmış olup günümüz tıbbi tedavilerinde yaygın bir şekilde kullanılmaktadır. Örneğin modern tıp ile Shan-han Lun’da yer alan formüllerin entegre kullanılması halinde şiddetli akut solunum yolu sendromu tedavisinde oldukça etkili olduğu kanıtlanmıştır (Chen vd., 2008). Baş ağrısı, boyun tutulması, titreme, ateş, nabız değişikliği gibi çeşitli semptomları içeren 13. bölümde olduğu gibi toplamda 381 bölümde sendromlar ve bunların tedavilerine yönelik tedavi reçeteleri yer almaktadır (Shao vd., 2016).

Önemli tıbbi belgelerin yanı sıra daha sonraki dönemlerde tıp ve ilaçla ilgili çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Bunlardan 1578 yılında Li Shizhen tarafından yayınlanan meşhur Bencao Gangmu (*Materia Medica*’nın Özeti) kitabında 1892 ilaç ve 11 bin civarında reçetenin yer aldığı liste önem taşımaktadır.

Çin’in özelde tıp, genelde bilime yaptığı büyük katkıların ancak Needham’ın (1900-95) kapsamlı çalışmaları sonrasında kabul görmeye başladığını belirten Low, yakın tarihlere kadar Batılı bilim tarihçilerinin bilimden sadece “Batı Bilimini” anladıklarını ve diğer ulusların ürettiği bilimi marjinalize ettiklerini ifade etmektedir (Low, 1998). Needham ve Lu’nun Çin tıbbına büyük katkısı bulunan hekimleri “Tıbbın babaları” olarak nitelendirdiğini belirten Brown (2015) Çin tıbbının gereken ilgiyi görmediği konusunda Needham ile aynı görüşü paylaşmaktadır.

Batı Tıbbı (konvansiyonel tıp) ile kısmen psikolojik kısmen fizyolojik yaklaşıma dayanan Geleneksel Çin Tıbbı (*Traditional Chinese Medicine*) arasında 15-16. Yüzyılda başlayan ilk temaslardan sonra uzun bir süre sessizliğin hâkim olduğunu,

¹⁶ Shan-han Lun / The Treatise on Cold Damage Disorders

daha sonra 1980'lerde yeniden Geleneksel Çin Tıbbının keşfedilmeye başlandığı görülmektedir (Wang ve Xiong, 2012).

Çin tıbbıyla ilgili Batıda yazılan ilk eserlerden olan ve akupunktur yöntemini içeren “*Pilgrimage of Fernam Mendez Pinto*” Portekizli Mendez tarafından 1614 yılında, “*The Secrets of Chinese Medicine*” isimli eser Çin’de görev yapan bir Fransız misyoner tarafından 1671 yılında; “*Fascination of the Beloved Foreign Political and Physical Phenomenon and Acupuncture*” Alman hekim Engelbert Kaempfer tarafından 1712 yılında; “*On Acupuncturation*” isimli eser İngiliz hekim William Coley tarafından 1802 yılında; “*Memoir on Chronic Illness, Blood-letting and Acupuncture*” isimli eser Fransız hekim Louis-Joseph Berlioz tarafından 1810 yılında yazılmıştır. Bunları daha sonra yazılan pek çok bilimsel çalışma ve araştırmalar takip etmiştir.

Antik Mısır ve Mezopotamya tıbbı kadar olmasa da antik Çin tıbbının da Batı tıbbını etkilediği bilinmektedir.

2.1.1.4 Antik İnan medeniyetinde sağlık ve hastalıkla ilgili temel kavramlar

Sarebanha vd., (2016) İnan tıbbının M.Ö. 5000’li yıllara kadar gittiğini, takip eden yüzyıllarda daha da gelişerek özellikle Ahameniş İmparatorluğu (M.Ö. 550-330) döneminde geliştirdikleri şifalı otlarla yapılan ilaçlar ve tedavi yöntemlerinin tüm dünyada tanınır hale geldiğini belirtmektedir.

İngiliz tıp tarihçisi Elgood (2010) Grek tıbbına ait olduğu iddia edilen pek çok tıbbi unsurun aslında antik İnan tıbbına ait olduğunu ve hatta 7’li sistem olarak bilinen *element, mizaç, huy, organ, ruh, güç ve işlevin* İnanlılar tarafından geliştirilip Greklere/Yunanlılara öğretildiğini, İnan tıbbının kökeninin Greklerden/Yunanlılardan daha eski olduğunu ve binlerce yıl geriye gittiğini ortaya koymaktadır.

Büyük İslam sosyoloğu İbn Haldun da eski İnanlıların (Persliler) rasyonel bilimlerde oldukça ilerlediklerini, Pers hükümdarı Darius’un, Makedonyalı İskender tarafından öldürülmesinden sonra İskender’in hükmü altına giren Kilikya’nın işgal edildiği sırada burada bulunan sayısız kitap ve bilimsel çalışmanın Greklerin eline geçtiğini bildirmektedir. Gerek Mısır’ı gerekse İnan’ı işgal eden İskender ve ordularının Mısır ve İnan’da el koydukları binlerce yıllık tıp, felsefe, astronomi, kimya, matematik, geometri alanındaki bilimsel kitapları ve belgeleri Yunanistan’a götürüldüğü ve

bunların günümüzde Yunan felsefesi, Yunan tıbbı olarak dünyaya sunulduğu artık bilimsel olarak ortaya konmuş bulunmaktadır.

Binlerce yıllık bir uygarlığa sahip olan ve çeşitli ırk, dil ve kültürü barındıran Persler tıp alanında pek çok deney yapmış, görüşler ortaya koymuş ve teoriler geliştirmiş, jeostratejik konumu itibarıyla kültür ve inançların buluşma noktası haline gelen Pers imparatorluğunda tıbbi uygulama ve tedaviler insanların yaşamlarının ayrılmaz bir parçası haline gelmiştir (Naseri ve Ardakani, 2004). İran kültürünün entegral bir parçasını oluşturan ve geniş kitlelerce asırlardır uygulanagelen geleneksel tıp adı verilen antik İran tıbbı, diğer antik medeniyetlerdeki tıp sistemleri gibi holistik bir yaklaşım içermekte ve hastalık ve sağlık sorunlarının temelinde sadece patojenik nedenlerin değil özellikle insanın ekosisteminde meydana gelen dengesizliğin yattığını savunmaktadır. Teşhis yöntemleri açısından antik Çin tıbbında olduğu gibi nabız atışına bakmayı temel alan antik İran tıbbı idrar, koklama ve dile bakma açısından farklılık göstermektedir. İran tıbbı daha çok koku alma ve idrar analizine vurgu yaparken Çin tıbbı dili gözlemlemeye odaklanmaktadır (Madineh, 2009). Antik İran tıbbında; inceleme, palpasyon (elle dokunma), perküsyon (elle vurma), sorgulama, koklama ve idrar analizi teşhisin temel yöntemlerini oluşturmaktadır (Sarebanha vd., 2016). Ahamenişlerin başkenti Persopolis’de keşfedilen ve M.Ö. 5’inci yüzyıla ait olduğu düşünülen yağ çömleri tohumlardan elde edilen yağ ve merhemlerin hastalık tedavilerinde kullanıldığını göstermektedir (Hamedi vd., 2013). Sasani döneminde (M.S. 224-651) Gundeshapour¹⁷ kentinde bir eğitim-araştırma hastanesi kurulduğu ve yerli halkın yanı sıra çevre kentlerden ve hatta başka ülkelerden gelen pek çok erken dönem sağlık turistinin burada tedavi olduğu bilinmektedir. Sasani hükümdarı I. Shapur tarafından desteklenen İranlı meşhur hekim Borzuya (M.S. 5. Yüzyıl) Hintli ve Çinli hekim ve bilim insanlarının yanı sıra dönemin en önde gelen tıp merkezlerinden Urfa’da bulunan Asurlu hekimleri de Gundeshapour’a (Irak’ın Basra kenti sınırına yakın) davet etmiş ve kenti tıbbi çekim merkezi haline getirmiştir. Jahromi ve arkadaşları (2015) kütüphanesinde yüzbinlerce kitabın bulunduğu Gundeshapour’un dünyada bugüne kadar kurulan ilk tıp üniversitesi olduğunu öne sürmektedir.

¹⁷ Çeşitli kaynaklarda Cündişapur, Jondishapur vb. çeşitli isimlerle anılmaktadır

Her ne kadar antik Mısır, Çin ve Mezopotamya uygarlıklarında olduğu gibi antik İran tıbbı ve uygulamalarına ilişkin elimizde geniş bir yazılı belge topluluğu bulunmasa da Zerdüşt inancına sahip antik İran'da yaşamış Ahameniş İmparatorluğu (M.Ö. 550-330), Part İmparatorluğu (M.Ö. 247 - M.S. 224) ve Sasani İmparatorluğu (M.S. 224-651) dönemlerinde dini gelişmenin yanı sıra bilim ve özellikle tıpta ciddi ilerlemelerin kaydedildiğine yönelik çeşitli kaynaklar bulunmaktadır (Zargarán vd., 2012).

Antik İran tıbbıyla ilgili önemli bilgiler içeren belgeler;

Avesta

Zerdüştlerin 21 bölümden (kitaptan) oluşan kutsal kitabı *Avesta*'nın Vendida bölümünde tıbbın tarihi, tıbbi uygulamalarda uyulması gereken kurallar, sağlık ve temizliğe yönelik talimatlar yer almaktadır. Belgede hekimler 3 gruba ayrılmaktalar: (i) cerrahlar, (ii) tıbbi bitkilerle çalışan hekimler ve (iii) kutsal metinlerle hastalığı iyileştiren (rahip) hekimlerdir. Bu sonuncular Zerdüşt rahipleri arasından seçilirdi. Ruhsal hastalıkları dinsel ritüeller ve telkinlerle tedavi eden rahipler tarihte ilk psikiyatrlar olarak kayda geçmiştir (Molendijk, 2016). *Avesta*'da, psikiyatr rahiplerin psikolojik rahatsızlıkları tedavi etmek için kullandıkları *haomi* bitkisinden yapılan ve dünyada bilinen ilk antidepresan olan *prahaoma* ile ilgili bilgiler yer almaktadır (Zargarán vd., 2012).

Sasani döneminde nörolojik sorunların tedavisinde telkin yöntemiyle birlikte teskin edici özelliği bulunan 1 dozu 0,6 gram olan "*mutluluk ilacı*" adı verilen antidepresan bir bileşen kullanılmaktaydı. Aşamalı olarak yapılan tedavinin birinci basamağında telkin yöntemi yer almaktaydı. Standart hale getirilen formülle hasta önce ruhen tedaviye hazır hale getirilmekteydi;

- "*Bunu yapmazsam (bunun yerine) ne yapmam gerekir?*" (1 ölçü)
- "*Yarın bugünden daha iyi olabilir*" (1 ölçü)
- "*Şimdikinden daha kötü olabilir*" (1 ölçü)
- "*Yaşananlara rağmen mutlu olmak daha iyidir*" (1 ölçü)
- "*Yaşananlara üzölmek daha kötüdür*" (1 ölçü)

Bu hazırlık aşamasında psikiyatr rahipler hastalara bunları tekrar ettirir, hastayı hastalığı konusunda bilinçlendirir ve kendi kendine telkin yöntemiyle psikolojik iyileşme mekanizmasını harekete geçirmeyi hedeflerlerdi. Tedavinin ikinci

basamağında ruhen hazır hale gelen hastaya antidepresan ilaçlı tedavi uygulanırdı. Bunlara ilaveten “*Tanrıya inanç*” vurgulu ritüeller tedavinin bir başka boyutunu oluşturmaktaydı.

Bondahesh

Sasaniler dönemine ait olan ve tüm bitkileri yağlı olanları da dahil olmak üzere 11 sınıfa ayıran *Bondahesh* tıp belgesi tıbbi bitkilerle ilgili oldukça aydınlatıcı bilgiler sunmaktadır (Hamedî vd., 2013). M.Ö. 330 yıllarına ait olduğu düşünülen, el ve yüz kremlerinin üretiminde kullanılan safran ve tıbbi bitkilerden elde edilen ve tropikal analjezikler olarak kullanılan zambak yağı özü benzeri pek çok tıbbi bitkinin sağlık için kullanıldığı görülmektedir (Gershevich, 2006).

İranlı meşhur eski hekimler Nafis İbn Avaz Kermani'nin “*Sebeb ve Semptomların Açıklaması*”; Mohammed İbn Zakaria Razi'nin “*Alhavi*”; Seyyid İsmail Curcani'nin “*Tıbbi Tedavi*”; Baha Al Doleh Razi Tarashti'nin “*Tecrübelerin özeti*” isimli yapıtları alanda yapılan önemli tıbbi çalışmalardan bazılarını oluşturmaktadır.

2.1.1.5 Antik Hint medeniyetinde sağlık ve hastalıkla ilgili temel kavramlar

Hint tıbbi ve tıbbi uygulamalarına ilişkin bilinen en eski ve en güvenilir kaynakların M.Ö. 1500'lü yıllara dayandığını aktaran Mazars (2006), Hinduizm için kutsal addedilen ve açığa çıkan bilgi anlamına gelen *Vedalar* dönemine ait (M.Ö. 1500-600) tıbbi uygulamaların Brahmanalar, Aranyakalar ve Upanişler isimli bölümlerde yer aldığını belirtmektedir.

Vedaların ilk bölümünü oluşturan *Rig Veda*, ölümsüz ve sonsuza kadar genç kalan ateş tanrısı *Agni*'nin tanrılar ile tanrılara adaklar adamak suretiyle şifa arayan hastalar arasında elçilik yaptığından bahsetmektedir. Buradan *Agni* kültürünün rahiplerinin (*Atharvan, Angira ve Bhrigu*) dinsel-büyüsel ayinleri hastaların tedavilerinde destek unsuru olarak kullandıkları anlaşılmaktadır.

Vedaların dördüncü ve son bölümünü oluşturan *Atharva Veda*, insan fizyolojisini, hastalıkları ve muhtemel tedavilerini ele alan rasyonel tıbbi içeriğe sahip bir metin olarak iç organlar, kemikler, ateş yükselmesi gibi konuları oldukça ayrıntılı olarak işlemekte, mevsimsel değişimlerin hastalıklar üzerinde olası etkilerini araştırmakta ve erken sayılabilecek bir dönemde şaşırtıcı bir şekilde kalıtsal özelliklerin hastalıklarla olan bağıntısına vurgu yapmaktadır (Subbarayappa, 2001).

Tedavilerde bitkiler ve bitkilerden yapılan ürünler Vedik hekimlerin *Materia Medica*'sının omurgasını oluşturmaktadır. *Rig Veda*, bilgili bir şifacının kullandığı otları kralı destekleyen bir orduya benzetir. Tıbbı, ruhi bir atmosfere çeken Vedik rahip-hekimler ilahiler söyleyerek, kurbanlar keserek tanrıların inayetini elde etmek suretiyle ruha hakim olup hastalıklara sebebiyet veren şeytanı bedenden çıkarma ayinleri yapmaktalar (Lochan, 2003).

Saini (2016), Vedik dönemde büyüsel-dinsel karışımla uygulanan tıp tedavi yöntemlerinin Ayurvedik dönemde sistematik, rasyonel ve gözleme dayalı bir tanı ve tedaviye dönüştüğünü, çeşitli sosyo-ekonomik kökenden gelen hekimlerin yüksek ahlaki etik ve normlara tabi olduğunu, yoğun bir eğitimden geçen hekimlerin tıbbi yetenek ve becerilerinin yanı sıra hastalarla iletişim ve toplum önünde konuşma konusunda da oldukça gelişmiş olduklarını belirtmektedir.

Hint tıbbı, başlangıçta mitolojik, doğaüstü, tanrısal unsurların ağırlıkta olduğu bir uygulama dönemi yaşadıkdan sonra geç Vedik döneminde (M.Ö. 1000-600) rasyonel düşünceye doğru bir evrim geçirmiştir. M.Ö. 6. Yüzyıl, gözleme dayalı tanı ve teşhisin yaygınlık kazanmaya başladığı, bilimsel yöntemlere geçişin temellerinin atıldığı, kavramların geliştirildiği ve Hint tıbbının sistematik ve metodik bir hale geldiği bir dönem olarak öne çıkmaktadır. “Yaşam Bilimi” olarak tanımlanan *Ayurveda* bir akım olarak gelişirken, derin bilgiye sahip kişi anlamına gelen *Vaidya* adını verdikleri kendi ayurvedik hekim kastını ortaya çıkarmıştır (Mazars, 2006).

Sağlık ve hastalık konusunda büyü ve dinsel etkilerden uzak bütünüyle rasyonel bir temele oturan Ayurveda yaklaşımında hekimin tanı ve tedavisinin gözlem ve sağlam muhakemelere dayandırıldığı ve psikolojik hastalıkların tanı ve tedavisinde de Bhuta Vidya kuramıyla psikiyatri ve demonoloji arasında bir bağ kurulduğu görülmektedir (Subbarayappa, 2001).

Deshpande (2001), Hint tıbbının gelişiminin antik Mısır, Grek, Yunan ve diğer medeniyetlerle aynı güzergâhı takip ederek önce sihir ve büyüyle başladığını daha sonra etiyojiji¹⁸ ve hastalıkların tedavisi için kuramsal bir temel sunan tıp felsefesine evirildiğini belirtmektedir. Kaynaklar Ayurveda kuramının gelişimine etki etmiş olan Sanskrit dilinde yazılmış Charaka'nın Koleksiyonu (*Charaka Samhita*) ve Sushruta'nın Koleksiyonu (*Sushriuta Samhita*) adlı tıbbi metinlere işaret etmekte

¹⁸ Etiyojiji: Nedensellik bilimi. Tıpta hastalıkların nedenini araştıran disiplin.

(Saini, 2016). İlk dönem Atharveda'da yer alan hurafe ve büyü'nün bitki tedavileri ile eş zamanlı birlikte kullanıldığı, yaklaşımda ilk değişimin Budizm öncesi dönemde Charaka'nın Koleksiyonu (*Charaka Samhita*) ve Sushruta'nın Koleksiyonu (*Sushruta Samhita*) isimli tıbbi eserlerle başladığı, dönemin evren ve insan ilişkilerinin ele alındığı ve hastalıkların ortaya çıkış nedenlerinin sorgulandığı bir dönem olduğu görülmektedir.

Bu eserlerde insan anatomisi, organların işleyişleri, organlarda meydana gelen hastalıklar ve tedavileri, tedavide kullanılması gereken ilaçlarla ilgili ayrıntılı bilgiler yer almaktadır. Antik uygarlıklarda yaygın olduğu üzere Hint uygarlığında da mevcudatta olan tüm nesnelere ruhlarının tanrı olduğu, insan vücudunda meydana gelen tüm hastalıkların ilahi kudretin irade ve müdahalesi sonucunda meydana geldiği, hastalıkların tedavisinde ve sağlığın geri kazanılmasında tanrıların her zaman şifa kudretine sahip olduğu ve rahiplerin tanrılar ile insanlar arasında irtibat sağlayarak hastalıkların şifasında yardımcı olduğu düşüncesi hâkimdi. Tanrılar üzerinde gizemli bir etkiye sahip olan rahip şifacılar (hekimler) tıbbi bilgilerinin yanı sıra tanrısal güçle desteklenmiş seçkin kişiler olarak toplum nezdinde saygı görmekte, hastalığa şifa arayan sağlık turistlerinin akınlarına uğramaktaydılar (Roy, 2001).

Rahipler ayrıca günlük yaşamın karmaşasının düşüncelerimizi akıl ve zihin seviyesinde tuttuğuna, *mantraların*¹⁹ ise düşüncelerimizi bu durumdan kurtararak zihnimizin daha sessiz ve soyut bir yüzeye girmesinde oynadıkları rol yönüyle de takdir görmekteydiler.

Zamanın bilge insanları arasında yapılan tartışma ve görüşmelerle bir bilim dalı halinde gelişen Ayurveda'nın hekimleri (*Vaidya*) diğer antik uygarlıkların tıbbında olduğu gibi holistik bir yaklaşımla sadece hastalığı değil insanı bir bütün olarak inceler, hastanın doğuştan gelen fizyolojisi, zihinsel durumu, yaş, beslenme alışkanlıkları ve mevsim gibi çevresel etkenlerini dikkatlice not ederlerdi (Lochan, 2003). Günümüz hekimleri gibi hem doğrudan algı (*pratyaksa*) hem de çıkarım (*anumana*) yapmak suretiyle kapsamlı bir inceleme yaparlardı (Gopinath, 2013). Ayrıca hastalıkların tanı ve tedavisinde diğer hekimlerin ve sağlık uzmanlarının yazılı ve sözlü deneyimleri teşhis aracı (*aptopadesa*) olarak kabul edilir, hekimin

¹⁹ Mantra: Sanskritçede “manas”= zihin, düşünce; “tra” = aracı anlamına gelmektedir. Zihin aracı

hastayı soru cevap yöntemiyle dinlemesi (*prasma*), beş duyusunu kullanarak kapsamlı bir fiziki muayene yapması (*pancendriya pariksa*) ve deney yoluyla tanısını doğrulaması (*yukti*) beklenirdi (Saini, 2016).

M.Ö. 2. yüzyıldan itibaren ayrı bir disiplin olarak gelişen ve temel eğitim tamamlandıktan sonra alınan tıp eğitimi farklı kast ve sınıflara ayrılmaktadır. Örneğin *Brahminler* tıbbi empati için öğrenirken, *Kshatriyalar* insanları güvende tutmak ve *Vaishyalar* maddi kazanç sağlamak için öğrenmektedirler. Dönemin tıp eğitiminde öne çıkan Taxila Üniversitesi'nde dersler *Ashramalar* olarak anılan hocalar tarafından verilir ve buradan mezun olan hekimler dönemin en yüksek tıp öğrencileri olarak mezun olur ve kariyerlerine başlarlardı (Lochan, 2003).

Subbarayappa (2001) dünyanın tüm eski uygarlıklarının kendi tıbbi sistemlerini geliştirdiğini, bunlar arasında Hint tıbbının hem düşünce yapısı hem de tedavi yöntemleri açısından en metodik ve en holistik (bütünsel) bir sisteme sahip olduğunu savunmaktadır.

2.1.1.6 Antik Grek, Yunan ve Roma medeniyetlerinde sağlık ve hastalıkla ilgili temel kavramlar

Birbirinin devamı olan bu üç medeniyet tek başlık altında incelenmiştir. Bugünkü Yunanistan halkının eski Greklerle ırk bakımından bir ilgisinin olmadığını belirten Erzen (1976) günümüz Yunanlılarının kilisenin etkisiyle Hristiyanlaştırılmış ve Yunanlaştırılmış Slavlar olduğunu, orta çağda Yunanistan'ı istila eden Slavların yerli halkı imha ederek ülkeye yerleştiklerini verilerle ortaya koymakta ve Rönesans'tan itibaren Grek uygarlığının cazibesine kapılan Avrupalı ve diğer ülke aydınlarının bugünkü Yunanistan halkının 2500 yıl önceki eski çağ Helenlerinin soyundan geldikleri yönünde yanlış ve romantik bir kanat oluşturduğunu ifade etmektedir.

Yapılan arkeolojik kazılarda Mısır, Mezopotamya ve Anadolu kültürlerinin en yüksek ve ileri noktaya eriştikleri dönemde Greklerin en ilkel seviyede bulunduğu, ancak yüksek ve ileri Mısır ve Mezopotamya kültürlerinden öğrendikleri bilgilerle Ege ve Antik Yunanistan'da yaşayan Greklerin ve diğer toplulukların yavaş yavaş prehistorik devirden çıkıp tarihi devirlere girmiş olduğu belirtilmektedir (James, 2022).

Batının önemli düşünürlerinden felsefeci Russell (1990) bugün Yunanlılara ait olarak bilinen pek çok şeyin binlerce yıl önceden Mısır ve Mezopotamya medeniyetlerinde

geliştirildiğini, Greklerin yazıyı geç sayılabilecek bir tarihte ancak M.Ö. 800'lü yıllarda Fenikelilerden öğrendiğini belirtmektedir. Fenikeliler ise yazıyı ticari ve kültürel ilişki içerisinde buldukları Mısır'dan almışlardır. Greklerin yazılı kaynak oluşturmaya başlamaları da ancak bu tarihten sonra mümkün olabilmiştir.

İnsanlık tarihinde M.Ö. 4000'li yıllarda ilk yazıyı bulan Mısır medeniyeti ile Greklerin yazıyı öğrenmeleri arasında 3 bin yıldan fazla bir sürenin geçmiş olması antik Yunanistan'da yaşayan ve sürekli birbirleriyle savaş halinde olan gelişmemiş toplulukların İskender'in emri altında toplanıp M.Ö. 332 yılında eski gücünü kaybetmiş olan Mısır'ı işgal etmelerine kadar geçen sürede henüz medeniyet oluşturabilecek bir yapıda olmadıklarına işaret etmektedir..

Yunanistan'da ortaya çıkan medeniyeti açıklamanın tarihte yapılabilecek en zor işlerden biri olduğunu söyleyen Bertrand Russel bir medeniyet için gereken tüm bileşenlerin binlerce yıl öncesinden Mısır ve Mezopotamya'da zaten var olduğunu, Greklerin sadece eksik kalan bazı unsurları tamamladığını, Mısırlıların ve Babillilerin matematik ve geometriyi aksiyomlar (belitler) şeklinde bildiklerini ve geliştirdiklerini, Greklerin ise Mısır ve Babillilerden öğrendikleri bu bilimlere daha da ilerlettikleri ve genel ilkelerden yola çıkarak tümdengelimsel yaklaşımı bulduklarını söylemektedir (Russell vd., 1990).

Uğurlu (1997), Grek uygarlığı ve tıbbının, Greklerin sahip oldukları ırksal özelliklerinden kaynaklı deha ve sanatın mucizevi bileşimiyle birdenbire ortaya çıktığını savunan ünlü Hipokrat yorumcusu Ch. Daremberg'in (1817-1872) büyük yanlısına içerisinde olduğunu belirtmektedir. Son dönemde G. Baisette gibi insafli bilim insanları tarafından yapılan çalışmalar Grek tıbbının büyük oranda Mısır, Hitit, İon, Minos, İran, Hint ve Mezopotamya tıbbından etkilendiğini göstermektedir. M.Ö. 9. yüzyılda doğuda Asurluların yükselişiyle birlikte Grekler (antik Yunanistan) üzerindeki doğu etkisinin arttığına, plastik eserlerde, vazolarda ve yapılan büyük tapınaklarda doğu motiflerinin açıkça görüldüğüne işaret edilmektedir (Erzen, 1969).

Freeman (2014), Grek medeniyetini Mısır Medeniyetinin yanı sıra Babil medeniyetinin de büyük oranda etkilediğini, Babilli matematikçi ve astronomlar tarafından tutulan kapsamlı kayıtların ve verilerin M.Ö. 3. yüzyılda Grek dünyasına girdiğini ve Greklerin gökteki yıldızların zaman içerisindeki hareketlerinin resimlerini çizmelerini bu şekilde öğrendiklerini belirtmektedir.

Greaves (2009) Grekler üzerinde etki eden bir diğer medeniyetin İyon medeniyeti olduğunu, Batı Anadolu’da kurulan devletin maddi ve manevi kültürün, felsefenin, bilim ve siyasi yaşamın merkezi olarak şehir devletleri şeklinde demokratik bir devlet yapısı meydana getirdiğini, Sokrat’tan çok önce antik Yunanistan’a felsefe ve düşüncede öncülük ve hocalık ettiğine işaret etmektedir.

Erzen (1969) Grek kültürünün, Avrupa ile Asya ve Afrika’nın en çok birbirine yaklaştığı ve her üç kıtadaki ırk ve kültürlerin temas noktasını oluşturan bir bölgede geliştiğini, doğunun (Persler vb.) ve güneyin akımlarının (Mısır vb.) Grek kültürünü etkileyip gelişmesini sağladığını, Greklerin doğu ve güneyden aldıkları bilim, sanat ve kültürü geliştirdiğini ve bunun onların en büyük başarısı olduğunu söylemektedir.

Grekler üzerinde en büyük etkinin şüphesiz Mısır medeniyeti tarafından yapıldığını belirten James (2022) M.Ö. 6. yüzyıla kadar tarihte Yunan Felsefesi diye herhangi bir felsefeden bahsetmenin mümkün olmadığını, böyle bir felsefenin bulunmadığını ve aynı şekilde Grek veya Yunan tıbbı diye bir tıbbın da ortada olmadığından bahsetmektedir.

Grek tıbbının gelişmesi kendiliğinden olmamış, daha önceki uygarlıklardan büyük oranda etkilenmiştir diyen Singer ve Underwood (1962) en başta Mısır ve Minos (M.Ö. 1000) uygarlığının geldiğini, Grek (Antik Yunan) tıbbının ilaç yapımı (*materia medica*), tıp etiği (*medical ethics*), cerrahi alet kullanımı, tıpta ünlü hekimlerin yüceltilip tanrısal yetenekler atfedilmesi gibi Mısırlılardan pek çok şey aldığı artık bilindiğine işaret etmektedir.

Mısır’ı ziyaret eden meşhur Grek tarihçi-yazar Herodot (M.Ö. 484-425) medeniyetin beşiği Mısır’da pek çok hekimin bulunduğunu, her hekimin sadece belirli hastalıklara baktığını, Mısırlı hekimler arasında göz, diş, kadın hastalıkları gibi uzmanlık dalları bulunduğunu belirtmektedir.

Sayılı (1966), gerek Firavun saraylarında gerekse dışarıda hekimlerin belirli bir hiyerarşiye sahip olduklarını, devlet memurları gibi örgütlendiklerini, meslekte kademeye gittiklerini ve hekim yetiştirmekle görevli ve tapınaklara bağlı “Hayat Evi” isminde çeşitli kurumların bulunduğunu, papirüslerdeki vaka ve klinik gözlemlerine dayalı verilerin bin yıl sonra Hipokrat koleksiyonunda rastlanmasının genelde Grek (Antik Yunan) özelde ise Hipokrat tıbbının çok büyük oranda Mısır tıbbından etkilendiğini ve esinlendiğini ispat ettiğini belirtmektedir.

Grek tıbbını etkileyen bir başka uygarlık Minos uygarlığıdır. Singer (1962), günümüzde de tıp simgesi olarak kullanılan yılan figürünün Grek tıbbına büyük ihtimalle Minos uygarlığından geçmiş olabileceğini ifade etmektedir. Şifa tanrısı Asklepios ile birlikte tıbbın simgesi haline gelen yılan kültürünün altın ve fildişinden yapılmış bir Minos heykelinde görülmesine dayanılarak Grek tıbbında görülen hijyen ve tıp tapınağı kültürünün de büyük olasılıkla Minos uygarlığından geçmiş olabileceği düşünülmektedir (Uğurlu, 1997).

James (2022) Mısırlıların Gizem Sisteminin uzun asırlar boyunca kraliyet yönetici ve bilim eliti, rahipler ve sınırlı sayıda seçkin bir grubun idare ve denetiminde yürütüldüğünü, bilimin merkezi olması hasebiyle Mısır'a gelen Grek, Yunan, Pers, İyonya ve diğer kavim ve uluslardan öğrencilere bu gizemlerin öğretilmediğini, özellikle geri kültür olarak kabul edilen Greklerin bu ilimleri öğrenmekten men edildiğini belirtmektedir. Bunlar içerisinde İyonyalı Thales ve öğrencisi Pisagor gibi çok sınırlı sayıda İyonyalı ve bazı Grek öğrencileri bir istisna olarak bu ağır kısıtlardan muaf tutulduğunu zikretmektedir.

Bertrand Russel "Batı Felsefesi Tarihi" başlıklı anıt eserinde Grek felsefesinin Thales (M.Ö. 626-548) ile başladığını, tüm felsefe kaynaklarının Thales'in felsefenin kurucusu olduğu konusundan ittifak halinde olduğunu, Thales'in günün 24 saat ve dairenin 360 derecelik açığa sahip olduğu bilgisini ve ay-güneş tutulmasını Babillilerden öğrendiğini ortaya koymaktadır (Russell vd., 1990).

Zeller (2014), İyonyalı Thales'in Mısır'ı çeşitli seferler ziyaret ettiğini, Mısırlı rahipler tarafından Mısır'ın Gizem Sistemine kabul edildiğini, Thales'in bu sayede Mısır'dan başta felsefe, matematik, mantık, geometri hakkında tüm yenilikleri öğrenip ülkesine döndüğünü belgelemektedir.

Thales'in öğrencisi Pisagor (M.Ö. 570-495) da, Mısırlı rahiplerle iyi ilişki içerisinde olan ve Mısır Gizem Öğretisinin üyesi olan hocası Thales'in yönlendirmesi üzerine dünyanın en büyük matematikçilerinin yaşadığı antik Mısır'a gidip önce Mısır dilini öğrendiği daha sonra sıkı bir matematik tahsili yaptığı bilinmektedir. Pisagor 20'li yaşlarda Mısır'ın büyük rahiplerinin eğitim verdiği Heliopolis, Memphis ve Tebe'de tapınaklarda pek çok alanda köklü eğitimler almakla kalmaz kendisini sevdiren büyük tapınaklardan birinin bulunduğu Tebe'de rahipliğe kabul edilen ilk yabancı kişi unvanını kazanır (*inisiyasyon*).

Pers Kralı II. Cambyses M.Ö. 525'te Mısır'ı işgal edince Pisagor'u savaş esiri olarak Babil'e götürür. Pisagor esir düşmeyi bir fırsata çevirerek Babillilerden felsefe, müzik, aritmetik, matematik ve diğer bilimleri öğrenerek M.Ö. 520'de Samos'a döner ve gerek Mısır'dan gerekse Babil'den öğrendiği müzik dâhil bilgileri ve gizem öğretisini daha da geliştirerek sayılarla tanrısal varoluşu açıklayan teoriler geliştirir.

Antik dönemin bilim yuvası Mısır'a giden sayısız Grek öğrenci arasında Demokritos da (M.Ö. 460-370) bulunmaktadır. M.Ö. 90 yılında doğan Sicilyalı tarihçi Diodorus, Demokritos'un 5 yılını Mısırlı rahiplerin eğitimi altında geçirdiğini ve eğitimini tamamladıktan sonra Meroe'nun²⁰ kutsal özellikleri üzerine bir tez yazdığını belirtmektedir.

M.Ö. 525'te Perslerin Mısır'ı işgal etmesi üzerine Mısır'ın gizemli bilgileri öğrenmenin seçkin kişilerin haricinde herkese açılması üzerine yine başta Grek öğrenciler olmak üzere diğer ırk ve ülkelerden pek çok öğrenci başta tıp, felsefe, kimya, geometri, astroloji olmak üzere Mısır'ın gizemli bilgilerini öğrenme ve prestijli Mısırlı bilgin ve rahiplerin derslerine katılma imkânı bulmuşlardır.

Bu serbest bırakılış öğrenciler tarafından memnuniyetle karşılanmış olmakla birlikte geldikleri ülkelerde hoşnutsuzluklara sebebiyet vermiştir. Zira medeniyetin beşiği Mısır'dan aldıkları o dönemin en gelişmiş yenilikçi bilgi ve öğretileri geldikleri toplumlarda tehdit olarak algılanmıştır. Başta Atina halkı ve yönetimi olmak üzere diğer Grek şehirlerinin halkları ve yöneticileri Mısırlılardan alınan felsefe, tıp, kimya, dini, astronomi, matematik benzeri bilimlere dinsizliğe yol açtığı, tanrılarına ve halkın inançlarına aykırı buldukları için sert tepki göstermiş, hala savunmaya devam edenleri halk düşmanı ilan edip ağır cezalara çarptırmışlardır (James, 2022).

Atina hükümeti Mısır Gizem Sistemine üye olan idamlık Sokrates'i şu meşhur sözlerle itham etmiştir; *“Sokrates şehir tanrılarına inanmayarak ve başka yeni tanrılar öne sürerek bir suç işlemiştir. Ayrıca gençleri yoldan çıkararak da bir suç işlemiştir.”*

Toplumları ve yöneticileri tarafından istenmeyen kişiler ilan edilen Anaxagoras (M.Ö. 500-428) mahkûm edilip sürgüne gönderilmiş, ünlü filozof Sokrates (M.Ö. 469-399) idama mahkûm edilmiş (Guardini, 2020), Plato (424-348) köle olarak

²⁰ Mısır'ın 25. Hanedanlığı döneminde öne çıkmış Nil nehrinin doğusunda yer alan bir yerleşim yeridir

satılmış ve Aristoteles (M.Ö. 384-322) suçlanıp sürgüne gönderilmiştir (Akgün, 2014).

Aristoteles ve diğer Grek bilimcileri için Mısır'ın gizemli bilimlerinden istifade etmeleri Makedonyalı Büyük İskender'in M.Ö. 332 yılında Mısır'ı işgaliyle zirveye çıkmış, Mısır kraliyet kütüphanelerinde ve tapınaklarında saklı tutulan binlerce esere erişim imkânı bulmuşlardır. Büyük İskender'in babası II. Philip'in M.Ö. 338'de Keronea savaşında Greklerin en kuvvetli iki site devleti olan Atina ve Tebai'yi yenmesinden sonra tüm bölge Makedonların hâkimiyeti altına girmiştir. Babasının ölümünden sonra başa geçen İskender hayalinde tasarladığı askeri hamlelere civardaki Trakya, Teselya, ve İliya fetihleriyle başlamış daha sonra doğunun (Perslerin) ve güneyin (Mısırlıların) göz kamaştırıcı ileri medeniyetlerinin sahip olduğu zenginliklere, maddi ve bilimsel hazinelerine yönelmiştir (Briant, 2012).

İskender ile 332 yılında Mısır'a yapılan askeri sefere katılan Aristoteles'e işgal edilen Mısır'ın tüm kütüphaneleri ve tapınaklarında saklı bulunan gizemli kitaplar ve eserler İskender'in özel emriyle açılmıştır. Bu fırsatı çok iyi değerlendiren Aristoteles Mısır'ın binlerce yıllık entelektüel mirasına konarak kısa süre içerisinde bu eserleri kendi adıyla yayınlamıştır. Bugün Aristoteles'in eseri olarak görülen onlarca eserin antik Mısır medeniyetinin binlerce yıllık bilimsel birikimi olduğu kesinlik kazanmıştır (James, 2022).

Bernal (2020), Mısır medeniyetinin birikimi üzerine konan ve günümüzde Yunan felsefesi, Yunan tıbbı, Yunan astronomisi vb. tanımlarla ifade edilen bilim dallarının aslında Greklerin Mısır'dan alıp geliştirdikleri bilimler olup Afrika (Mısır) kökenli bu bilimlerin ortaya çıkışlarının günümüz Slav asıllı Yunanlılarla ilgisinin bulunmadığını söylemektedir. Takip eden asırlarda sinonim kullanılan Grek ve Yunan tanımları bir müddet sonra yerini bütünüyle Yunan tanımına bırakmıştır. Yaşadıkları site devletleri (Atina, Tebe vb.) Makedonlar tarafından işgal edildikten sonra Yunanistan'da oluşan yeni devletler içerisinde asimile olan Grekler, Hristiyanlığın ortaya çıkışını takiben M.S. 5. yüzyıla gelindiğinde nesli tükenmiş eski bir ulus olarak tarihe geçmişlerdir (Erzen, 1969).

Batıda hala Grek/Yunanlılar günümüz Batı Medeniyetinin temelini atan kurucular olarak kabul edilirken Romalılar bu temelin üzerinde yer alan binayı inşa edip tamamlayanlar olarak kabul edilmektedir. Pioreschi (1987) Romalıların

Grek/Yunanlıları yenip yaşadıkları bölgeleri işgal etmeleri sonucunda belirli bir kültür seviyesine ulaştıklarını fakat kendilerine ait özgün bir medeniyet inşasında başarılı olamadıklarını, Romanın kendi dilini (Latince) ve kopyaladıkları Grek/Yunan kültür ve medeniyetinden edindiklerini kılıç zoruyla işgal ettikleri ülkelere dayattıklarına işaret etmektedir. Batıda Sezar'dan bu yana Latincenin ortak dil olarak kabul görmesinin iki nedeninden birisinin bu tarihsel olgu değerinin ise Atina'nın 1458'de Osmanlı idaresine girmesiyle Yunan medeniyetinin dikkatlerden çıkmış olmasına bağlanmaktadır. Russell (1990) "Batı Felsefesi Tarihi" isimli ansiklopedik eserinde üçüncü bir olgudan daha bahsetmektedir. Akdeniz deniz ticaretini ele geçirmek için Kartaca ile M.Ö. 264-146 yılları arasında yapılan kanlı savaşlardan zaferle çıkan "Kati, çalışkan, acımasız, inatçı ve aptal" Romalıların taşıdıkları Roma karakteri bir medeniyet inşası için gereken özelliklere sahip bulunmuyordu. Medeniyet inşası için savaş yeteneğinden çok daha fazlasına ihtiyaç vardı. Grek filozoflar Sokrat, Aristo ve Eflatun gibi öncü aydınlar ve filozofları yoktu kaba mizaçlı Romalıların" (Russell, Limburg ve Franken, 1990).

Aynı durum tıp ve sağlık hizmetleri için de geçerliydi. Genel kabul; Romalıların kendilerinin bir tıp sistemi ortaya koyamadığı, Mısırlıların temellerini atıp geliştirdiği, daha sonraki asırlarda tıbbi Mısırlılardan öğrenen Greklerin alıp daha ileriye taşıdıkları, Romalıların ise istila ettikleri Greklerden bunları kopyaladıkları yönündedir. Bu durumun günümüzde Amerika Birleşik Devletlerinin Avrupa tıbbını kopyalaması ve geliştirmesi ile benzerlikler gösterdiği söylenmektedir (Prioreshi, 1996).

Romalıların M.Ö. 146'da hâkimiyetleri altına aldıkları Grek/Yunanlılara bir yanda hayranlıkla bakarken diğer yanda ise başta felsefe gibi boş işlerle uğraşan insanlar olarak görmüşlerdir. Buna rağmen pragmatist bir yaklaşımla Grekler/Yunanlılar tarafından icat edilen ve keşfedilen aletleri ve ürünleri alıp daha da geliştirmekten de kaçınmamışlardır.

Çok tanrılı Grek/Yunan ve Roma tıbbının dönemin tüm diğer eski kültürlerinde olduğu gibi sihir ve din (*doğüstücü / supernaturalistic*) temelli olduğu bilinmektedir. Roma ve Grek/Yunan asıllı tanrılara hastalıklar ve zor çocuk doğumlarında sıklıkla başvurulur, dualar yapılır, adaklar adanır, yardımları karşılığında tanrılar memnun edilmeye çalışılırdı. M.Ö. 295 yılında Roma'da meydana gelen büyük salgından kurtarması için Grek/Yunan asıllı Tıp Tanrısı

Asklepios Roma'ya transfer edilmiş, Roma cumhuriyeti döneminde kutsal rahipler ve tanrılar için pek çok tapınaklar inşa edilmiş, adaklar sunulmuştur (Potter ve Wells, 1985).

Transfer işlemleri tanrılarla sınırlı kalmamış Grek/Yunanlı hekimlerde bu kervana katılarak Roma'da tıbbi hizmetler için istihdam edilmişlerdir. Pliny, M.Ö. 219 yılında Yunanistan'ın Pelepones kentinden gelip Roma'da yerleşen ve Roma senatosu tarafından masrafı kamu bütçesinden karşılanmak üzere Roma yurttaşlığı ve bir ofis verilen ilk Yunanlı hekim Archagatus'tan bahsetmektedir (Eichholz, 1954).

Archagatus'tan sonra Bitinyalı²¹ (Türkiye sınırları içerisinde) Asklepiades'in ismi öne çıkmaktadır. M.Ö. 2. Asırda Bitinya'da bir sahil kentinde doğan ve M.Ö. 91 yılında Roma'da ölen Asklepiades'in tıp eğitimini nerede aldığı bilinmemektedir. Sezar'ın (M.Ö. 100-44) yabancı hekimlere yurttaşlık ve burs vermesi üzerine pek çok Grek/Yunan hekim gibi Roma'ya transfer olan Asklepiades'in Hipokrat'tan daha yetenekli olduğu düşünülmektedir. Pontus kralı Mithridates tarafından yapılan daveti kabul etmeyerek krala ilaç ve zehirler konusunda çeşitli reçeteler gönderen Asklepiades tedavi yöntemleri arasında hidroterapi, masaj ve diyet uygulamaktaydı (Benedum, 1967).

Kaynaklar Romalıların sağlık hizmetleri alanında Mısırlıların eğittiği Grek/Yunan hekimlere oldukça muhtaç olduklarını, başarılı olanları günümüzde olduğu gibi büyük ücretler ve makamlar karşılığında transfer ettiklerini ortaya koymaktadır. Başarı düzeyleri ve uzmanlık alanları farklı olan hekimlerin sahip oldukları bilgi, tecrübe ve sanat becerisine göre ücret ve mükâfat aldıkları gibi sık rastlanan malpraktis²² vakaları sonucunda çeşitli sorunlarla da karşılaşılmaktaydı. Özellikle yaralar konusunda uzman olan bir Grek/Yunanlı cerrahın başlangıçta çok popüler olduğunu ve iyi giden tedavi uygulamalarının daha sonra çok kötüleştiğini ve işkenceye (*carنيفex*) varan bir duruma dönüştüğünü, sonuçta halkın hekimlerden ve tıp mesleğinden nefret eder bir hale geldiğinden bahsedilmektedir (Eichholz, 1954).

Grek ve Romalılarda hekimlerin her hastalık için çözüm üretmeleri mümkün olmadığı için tedavi sürecinde antik Mısır'da olduğu gibi sihir, büyü ve tanrısallık

²¹ İzmit, İstanbul Anadolu yakası, Sakarya, Düzce ve Bursa arasında kalan bölgede M.Ö. 377-64 yıllarında hüküm sürmüş bir devlet.

²² Malpraktis: Hekimlerin tedavi uygularken özensizlik veya herhangi bir nedenle sebep olduğu tıbbi uygulama hataları

yardım talebi en sık başvuru alan gözde tedavi yöntemlerinden biriydi. Ayrıca Roma toplumunda iyileştirici aile reisi (*pater familias*) olan kişiler bulunurdu. Yönettiği hane halkının sağlığından da sorumlu olan bu kişiler basit tıbbi müdahaleler yapabiliyordu.

İlk kez M.Ö. 4 binli yıllarda Mezopotamya’da Sümer medeniyetinde tedavi amaçlı kullanılmaya başlanan ve faydaları keşfedilen sular ve özellikle de sıcak (termal) suların Mezopotamya’dan Grek ve Roma medeniyetlerine de geçtiği görülmektedir. Termal su tedavilerinin etkinliğini fark eden Hipokrat, doğal bir yöntem olarak bu kaynakları da tedavi yöntemine eklemiştir. Tedavi edici özelliği nedeniyle kutsiyet atfedilen bu suların tedavi gücünü buldukları lokasyondan aldıkları ve başka yere nakledilmeleri halinde gücünü kaybedeceğine inanıldığını belirten Weisz (2016), tarihte bu yerlerin kutsal sayılmalarının temelinde bu gerçeğin bulunmuş olabileceğini değerlendirmektedir.

Sıcak suyla tedavi uygulamalarının antik Mısır ve Mezopotamya medeniyetlerinde uygulandığı bilinmekle birlikte bilimsel yaklaşımı Greklerin yaptığı söylenmektedir. 9 bölümlük eserinde sıcak suyla tedavinin ana ilkelerinden bahseden Grek bilgin Herodot (M. Ö. 484-425) ve insan doğası üzerine “*De Natura Hominis*” isimli eseri yazan Hipokrat (M. Ö. 460-370) hastalıkların tedavisinde doğal kaynakların önemine işaret etmişlerdir (Tsagkaris ve Kalachanis, 2020).

Romalıların, savaşta yaralanan askerlerin tedavisinin yanı sıra spor amacıyla da sıcak su kaynaklarını verimli kullanmak amacıyla kaynaklar üzerine mimari yapılar inşa ettikleri bilinmektedir. Bugünkü Pamukkale (Hierapolis) civarında inşa edilen hamamlar sağlık ve güzellik merkezleri olarak hizmet sunmanın yanı sıra bir şifa merkezi olarak öne çıkmaktadır (Kılınç, 2017). Özellikle deprem kuşağı üzerinde ortaya çıkan termal sulara atfedilen kutsiyet nedeniyle Grek/Yunan ve Romalılar hastalık, kaza, yaralanma nedeniyle uğradıkları fizyolojik hasarların iyileşmesi için kaplıcalara yoğun ilgi göstermekteydiler. Sağlık tanrısı Asklepios²³ onuruna inşa edilen Asklepia tapınakları ile Zeus ve Delphi tapınaklarını ziyaret edip tanrı ve tanrıçalarından sağlık ve şifa için dua edip yardım istemek tedavinin maddi olmayan boyutunu oluşturmaktaydı.

²³ Latince: Aesculapius

Bazılarında spor salonları ve ibadet yerleri bulunan kutsal tapınaklar şifa merkezleri olarak Yunanistan'ın ve tanrılarının geniş coğrafyalarda tanınmasına büyük katkıda bulunmaktaydılar. M.Ö. 5'inci asırda Hipokrat'ın (M.Ö. 460-375)²⁴ tedavilerde tanrısal müdahale beklentisini daha makul seviyelere çektiği görülmektedir. Yaşadığı dönemde çok tanrılı bir hayat anlayışının hâkim olduğu dikkate alınırsa Hipokrat'ın yerleşik düşüncenin aksine hastalıkların tedavisinde tanrılarının desteğini talep etmeyi bütünüyle dışarıda bırakması söz konusu olmamıştır. Hipokrat Yemini

“(Tanrı) Hekim Apollon, Askelopis, Hijya, Panase ve bütün tanrılar huzurunda, onları tanık tutarak ant içerim (...)” diye başlamaktadır.

Hipokrat, Grek tıbbını büyü, sihir, tanrı, tanrıça gibi mitolojik ve dinsel kavramlardan arındıramasa da hastaları ve hastalıkları gözleme dayalı nedensellik bilimi olarak ta bilinen etiyolojik modelle teşhis etmeye çalışması yönüyle önemli bir aşama kaydetmiştir. Yaşadığı toplumda hakim olan genel toplumsal kanının aksine sağlık ve hastalığın ortaya çıkışının öfke, cezalandırma nedeniyle tanrısal müdahaleler sonucunda değil önemli oranda dört vücut sıvısında (kan, balgam, sarı safra ve kara safra) meydana gelen denge veya dengesizlikler tarafından ortaya çıktığını öne süren Hipokrat, bu sıvılardan bir veya daha fazlasında meydana gelen eksilme veya artışların organlarda tıkanma veya işlev bozukluklarına yol açtığını düşünmekteydi (Jackson, 2014).

Günümüzdeki klinik tıbbın sistematik çalışmasına benzer bir çalışma olarak değerlendirilebilecek yaklaşımda hastalıkların nedenlerini anlayabilmek için insan fizyolojisinin maruz kaldığı hastalıkların yanı sıra ateş, su, hava ve toprak (beslenme) gibi çevrenin etkisinin incelenmesini gerekmektedir (Kalachanis, 2011). Hipokrat, tıpkı tıbbın ataları ve hocaları olan Mısırlı hekimlerin tıbbın temel görevinin doğanın kendi kendini iyileştirme yöntemini taklit etmek olduğu yaklaşımına benzer bir yaklaşım yapmakta ve öncülü Sümer hekimlerin uyguladığı bitki ve hidroterapi gibi doğal tedavi unsur ve yöntemlerini sıklıkla uygulamaktaydı. Çıkık ve kırık konusunda oldukça başarılı olan Hipokrat'a göre ilaçların iyileştiremediği hastalıkların tedavisinde bıçak kullanılması, bıçağın iyileştiremediği vakalarda dağlamanın kullanılması, dağlamanın iyileştiremediği vakaların ise şifa bulmaz

²⁴ Latince: Hippocrates

olarak kabul edilmesi gerekmektedir. Cerrahi girişimin gerekli olmadığı kanısı hâsıl olunca doğanın hastalığı iyileştirmesi için bekleme yöntemi uygulanırdı.

Hiçbir nesnenin tek başına olmadığını, her nesnenin bir tarihi, bir geçmişi olduğunu, her şeyin birbirlerine bağlı ve birbirinde bütünleştiğini, her parçanın hareketinin bütünü hareket ettirdiğini, doğanın da bir amacının, bir çabasının olduğunu, en küçük uçla en büyük kök arasında bir bağlantı (korelasyon) olduğunu belirten Hipokrat aynı şekilde tıbbın da sonuçta kendine özgü bir tarihe sahip olduğunu ve yeni buluşlar yapmak için önceki birikimlere dayanmak gerektiğini “Eski Tıp” (*Ancienne medecine*) adlı yapıtında izah etmiştir. Kendisinden önceki bilgi ve tecrübeleri temel alıp kendi bilgi ve bulgularını bunların üzerlerine inşa eden Hipokrat insanla evren arasında bir ilişki olduğunu belirterek doğanın tedavi edici (*natura medicatrice*) özelliğine ayrı bir önem atfetmektedir. Hipokrat’ın bu yaklaşımı tıbbın kurucu atası Mısırlı hekimlerin yaklaşımının bir devamı olarak görülmektedir.

Doğal olaylar ve afetler karşısında insanların çaresiz kalmaları, henüz adını koyamadıkları küçük mikrop ve virüslerin sebep olduğu hastalıkları açıklamada ve tedavi etmede aciziyet içerisinde bulunmaları Greklerde, tabii oldukları Mısır tıbbındaki tanrılarda (Heka, İsis, Sehkmet vb.) olduğu gibi Asclepios (Latince: Aesculapius) benzeri çeşitli sağlık tanrı kavramlarının üretilmesine neden olmuştur. Üretilen bu yapay tanrısal figürlerin hastalıkların tedavisinde bir yararı olmasa da insanlara psikolojik destek ve umut aşılama açısından anlamlı olduğu değerlendirilmektedir.

Kaynaklara göre, silsile olarak bilimler kabaca önce Mısır ve Mezopotamya medeniyetleri (Sümer, Babil, Asur, Hitit, Elam vb.) tarafından geliştirilmiş, Hitit, Pers, İyonya ve Greklerle devam etmiş, daha sonra Yunanlılar ve Romalılar tarafından devralınıp bir süre sonra ortaya çıkan medeniyetlere aktarılmıştır. Her aktarış ve geçiş döneminde bir önceki dönemin birikimleri üzerine inşa edilen ve birikimli bir süreç takip eden bilimin tek bir ırk veya medeniyete ait bir olgu olmadığı ve tek bir ırkın mucizevi özelliği olarak değerlendirilmesinin tarihsel gerçeklikle örtüşmediği görülmektedir.

2.1.1.7 Semavi dinlerde sağlık ve hastalıkla ilgili temel kavramlar

Yukarıda belirtildiği üzere çok tanrılı antik medeniyetlerde hem insanlarda hem de hekimlerde hastalıkların iyileşmesi ile tanrıların müdahalesi arasında pozitif olduğu

kadar negatif yönlü korelasyonel bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Kaynaklarda, ne kadar çok tanrıdan talepte bulunulursa o kadar çok şifaya kavuşma olasılığı olarak tanımlanacak bu yaklaşımda pek çok hastanın iyileştiğini ifade etmesi sağlık ile inanç arasında nedensellik bağımlı ortaya koymaktadır.

Aynı durum tek tanrılı Yahudilik, Hristiyanlık ve İslam kaynaklarında da görülmektedir. Yahudilik, Hristiyanlık ve İslam'ın kutsal kitaplarında insan sağlığına yönelik pek çok atıf bulunmakta, sağlık ile tanrı ilişkisinin altı çizilmekte, hastalıkları iyi edip insanlara bedensel ve ruhsal şifayı verenin tanrı olduğu vurgulanmaktadır (Tevrat: Mısır'dan Çıkış 15:26); (İncil: Luka 9:2); (Kuran: Şura 42:80).

Monoteist inanç sistemlerinde Tanrı bazen sınamak için insanlara hastalığı vermekte, sınavda başarılı olanların üzerinden hastalıkları kaldırmaktadır (Tevrat: Yeşaya 53:5)

Çalışmada, her üç monoteist dinin sağlık, hastalık ve esenlik içerisinde bir yaşam hakkında ürettiği sayısız kaynak eser bulunduğu için araştırmada sağlık ve hastalık yaklaşımları ayrıntılı incelenmeyip sadece araştırmanın ana problem sorusuyla ilintisi oranında monoteist inanç sistemlerinin kutsal kitaplarında yer alan referans ayetler ve temel yaklaşımlara işaret edilmekle yetinilmektedir.

Yahudilikte sağlık ve hastalıkla ilgili ayetler

Yahudi teolojisinde Tanrı, kullarına fizyolojik ve ruhsal hastalıklardan korunmaları için yapmaları gerekenleri öğütlemekte, buyruklarına uyulmasını istemektedir. Buyruğuna karşı gelenlere kızgın ve öfkeli bir duruş sergileyen Tanrı suçları ahirete bırakmadan mücrimleri dünyada özellikle hastalıkları tasallut etmek suretiyle cezalandıracağını ihtar etmektedir. Simundson (1982) aslında Tanrının amacının insanlığın sağlığının korunması ve geliştirilmesi olduğunu, insan hastalığa uğrasa dahi bunun bir sınav olduğunu, belirli bir süre hastalık ıstırabını çektikten sonra çilenin sona ereceğini, hastalıkların bir tür düzeltici normatif işleve sahip olduğunu söylemektedir.

Miller (1937), politeist inanç sistemlerinde tıp ile dinsel motiflerin iç içe olmasına atıfla Yahudiliğin monoteist bir din olmasına, Zebur ve Tevrat'ta sağlıkla ilgili pek çok ayet bulunmasına ve Tanrının (Yehova) kutsal kitapta evrenin yaratıcısı olarak kendisinin canların hekimi olduğunu bildirmesine rağmen Yahudilere özgü karakteristik bir tıbbın gelişmediğini söylemektedir. Aynı şekilde Kottek (2003)'de, eski Yahudi toplumlarında tıpla ilgili günümüze kadar ulaşan özgün tıbbi

kaynakların bulunmayışına işaretle, böyle bir tıbbi literatürün var olup olmadığının da bilinmediğini, eski Mısır, Mezopotamya ve daha sonra Greko-Romen tıp geleneklerinin Yahudi tıp bilgisi üzerinde büyük etki oluşturduğunu, Zebur ve Tevrat'ta yer alan sağlıkla ilgili söz konusu ayetlerin sistematik bir düzen içermeyen kesikli bilgiler olduğunu belirtmektedir.

Mısır ve Mezopotamya tababetinde olduğu gibi Yahudilerde de hastalık ve tedavinin düalist bir yaklaşımla ele alındığı görülmektedir. Her hastalık için farklı bitkisel tütsülerle büyü ve sihirler kullanılarak şeytan ve kötü ruhlar hastadan uzaklaştırılmaya çalışılmaktadır. Yahudi inancında Tanrının genellikle yoldan sapan, günah işleyen, emir ve yasaklarına aykırı davranan kişi ve kitleleri ya başkaları eliyle cezalandırdığı ya da hastalık, salgın benzeri doğrudan insan fizyolojisini ve psikolojisini derinden etkileyen müdahalelerle cezalandırdığı için tedavi de mutlaka büyü ve sihrin bulunması gerektiği inancı yaygındı (Miller, 1937).

Yazar tarafından Zebur ve Tevrat'ta hastalık ve şifa ile ilgili tespit edilebilen ayetler şunlardır: Ağıtlar 2:13; Çölde Sayım 12:10-11, 14:12; Daniel 1:15; Hezeikel 30:21, 47:12; Hoşea 5:13, 7:1, 11:3; Krallar 12:6; 20:5; 2. Krallar 1:2, 8:29, 9:15, 20:1, 20:5; Malaki 4:2; Mezmurlar 6:2, 30:2, 38:3, 38:7, 41:3, 41:4, 73:4, 90:10, 103:2-5, 144:12, 147:3; Mısır'dan Çıkış 21:19; Samuel 10:2; 2. Samuel 24:15, 24:25; Süleyman'ın Özdeyişleri 3:8, 4:22, 12:18, 13:17, 16:24, 17:22; Tarihler 10:6, 19:2, 19:3; 2. Tarihler 7:14, 21:18, 22:6, 32:24; Vaiz 3:3, Yaratılış 20:17; Yasa'nın Tekrarı 28:35; Yeremya 8:15, 10:19, 14:19, 17:14, 30:12-13, 30:15, 30:17, 33:6, 46:11, 51:9; Yeşaya 1:6, 6:10, 38:1, 53:5, 57:13, 58:8.

İncil'de sağlık ve hastalıkla ilgili ayetler

Yahudilik ve İslam'da olduğu gibi Hristiyanlıkta da Tanrı şifanın kaynağı olarak görülmektedir Tanrı, aynı zamanda insanlara ceza olarak hastalığı verendir. Hristiyanlık öğretisinde hastalıklar ile insanların irtikâp etmiş olduğu günahlar arasında bir bağ kurulur. Birçok İncil ayetinde sağlığın bozulmasının nedeni olarak Tanrıya isyan, şirk koşma gibi günahlar zikredilir. Hastaların tövbelerinin Tanrı tarafından kabul edilmesiyle hastaların kurtulduğu belirtilir (Matta, 9:1-8). Hristiyanlıkta Tanrı hasta olan insanları elçisi İsa eliyle sağlıklarına kavuşturmakta, ölüleri diriltmekte, felçli ve körleri sağlıklarına kavuşturmak suretiyle yüceliğini ve merhametini göstermektedir. Bu bağlamda İncil'deki Tanrı betimi Yahudilikteki

Tanrı betimine oranla daha sevecen, daha müşfik bir görüntü vermektedir. Hz. İsa'nın Tanrı adına pek çok hastalığı iyileştirdiği İncil ayetlerinde zikredilmektedir.

Hristiyan teolojisinde af dilenme (tövbe etme) ile sağlık arasında kurulan bağlantı mental, ruhsal, duygusal ve fiziksel sağlık arasındaki karmaşık ilişkileri ortaya koymaktadır. İnsanın fiziksel sağlığında meydana gelen rahatsızlığın kökeninde duygusal veya ruhsal yaşamında ters giden bazı şeylerin tezahürü olabileceği iddia edilmektedir (Simundson, 1982). Tanrı, tövbe edilse dahi, bazen şifa vermemektedir. Bunu bilinçli yapan Tanrı aynı Yahudilik inancında olduğu gibi kişinin iyiliğini istemekte ve kulun olgunlaşması için çektiği acılarla daha üst mertebelere ulaşmasını istemektedir.

Hristiyanlık teolojisinin tıbbı yaklaşımı zamansal farklılık ve çeşitlilik göstermektedir. Kilise babalarının ilk asırda Hristiyanlığı Greko-Romen kökenli pagan unsurların etkisine karşı korumak için takındığı tavrın ikinci asırdan itibaren değişmeye başladığı, Grek doğa bilimlerini Hristiyan teolojisi içerisine entegre ederek Greko-Romen felsefesi ile uyum sürecine girdikleri görülmektedir (Ferntgren, 2016). Erken dönem Hristiyanları, hastalığın iyileşmesinde bir yanda Tanrının desteğini ararken diğer yanda antik Mısırdan gelen tıbbın sunduğu imkânları da kullanmaktaydılar.

Yazar tarafından İncil'de hastalık ve şifa ile ilgili tespit edilebilen ayetler şunlardır: Elçilerin İşleri 3:16; İbraniler 12:12-13; Luka 5:31, 6:18-19, 9:2, 9:11; Matta 9:1-2, 9:18-22, 9:29-30, 9:35; 1. Petrus 2:24; Vahiy 22:2, Yakup 5:16, 3. Yuhanna 1:2, 4. Yuhanna 4:52.

İslam'da sağlık ve hastalıkla ilgili ayetler

İslam'ın sağlık ve hastalığa yaklaşımında kullanılan üslup Tevrat ve İncil'den farklılaşmaktadır. Tevrat'ın aksine Kur'an da tanrı öfkesini sağlık ve hastalık üzerinden yansıtmamakta, sağlığın korunması ve sürdürülebilir kılınması için takip edilecek emir ve nehiyer sıralanmaktadır.

Kur'an'da hastalık kavramı hücre ve dokulardaki işlev ve şekil bozulmalarından daha ziyade mecazi anlamıyla kullanılmaktadır. Mecazi kalp hastalığı Kur'an'ın sık vurguladığı bir durumdur. İnanç dışına çıkanlara veya söz ve eylem birliği olmayan kişilere dönük uyarı şeklinde yer verilen ayetlerde imgesel ifadelerin çokluğu dikkati çekmektedir.

Yazar tarafından Kur'an'da hastalık ve şifa ile ilgili tespit edilebilen ayetler şunlardır: A'raf 7:189, 7:190; Bakara 2:177, 2:184-185, 2:196; Fetih 48:17; Fussilet 41:44; Furkan 25:75; İsrâ 17:82; Kalem 68:42; Kasas 28:32; Müzzemmil 73:20; Nahl 16:69; Nisa 4:43, 4:102; Nur 24:61; Saffat 37:145; Şura 42:80; Taha 20:97; Tevbe 9:91; Yunus 10:57.

2.1.2 Sağlıkta kuramsal ve kavramsal çerçeve

Yukarıda sağlık ve hastalıkla ilgili verilen tarihsel arka plan bilgisinden sonra günümüzde sağlık kavramı ve tanımları aşağıda çeşitli yönleriyle ele alınmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) insan yaşamında büyük önem taşıyan sağlığı, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, zihinsel ve sosyal esenlik halinin de bulunması olarak tanımlamaktadır (WHO, 2021). DSÖ'nün bu tanımı yukarıda ayrıntılı bilgisi verilen Mısır, Mezopotamya, Çin ve İran antik medeniyetlerinin hastalık ve sağlık tanımları ile paralellik göstermektedir.

1978 Alma Ata Bildirgesi, evrensel insan hakları çerçevesinde ele aldığı sağlığı DSÖ'nün tanımına paralel fizyolojik ve sosyal açıdan tam bir esenlik hali olarak görmekte ve insanların sağlık hizmetlerine erişimindeki eşitsizliğin ve dengesizliğin dünya genelindeki artışına yönelik uyarılarda bulunmaktadır (Davletov vd., 2018).

Tek bir tanımı olmayan ve zamana, mekâna, kültüre, kişiye, topluma, inanç sistemlerine ve bilim dallarına göre değişiklik gösteren sağlık kavramı tüm insanlık tarihi boyunca en çok önemsenen kavramların başında gelmektedir.

Genetik, yaş, cinsiyet, biyolojik çevre (vektörler, bitkiler, parazitler), fiziksel çevre (iklim, atıklar, hava kirliliği, gürültü, ışınlar) ve psiko-sosyal vb. etkilerle doku ve hücrelerde meydana gelen yapısal ve işlevsel anormal değişikliklerin ortaya çıkardığı bir durum olan hastalık olgusu da aynı şekilde tek bir tanıma sahip olmaktan uzak bulunmaktadır. Biyolojik açıdan fizyolojinin tüm hücrelerinin işlevlerini en üst seviyede yerine getirebilmesi olarak tanımlanabilirken sosyolojik açıdan kişinin sosyal ve kültürel görev ve sorumluluklarını beklenen ölçütlere uygun olarak yerine getirebilmesi olarak tanımlanabilmektedir.

Sağlığı insan refahı bağlamında ele alan meşhur tıp tarihçisi Sigerist (1987), antik uygarlıkların ruh-akıl-beden temelli holistik sağlık tanımlarına benzer bir yaklaşımla

sağlıklı bireyi fizyolojik ve zihinsel olarak dengeli, fiziki ve sosyal çevresine uyum sağlama kapasitesine sahip kişi olarak tanımlamaktadır.

Sağlığı, hastalığın yokluğu (*negatif yaklaşım*) veya patolojik anormalliklerin bulunmayışı olarak tanımlamak mümkün olmakla birlikte sosyal faaliyetleri yerine getirebilmek için sahip olunan yeterlilik olarak gören “*pozitif yaklaşım*” ile de tanımlamak mümkündür (Huber vd., 2011).

Vithoukas (2017) sağlığı, organizmanın zamansal değişiklik gösteren farklı sağlık seviyelerindeki çalışmasına göre tanımlamakta ve her insanın hayatı boyunca kaç farklı seviyeden geçtiği kişiye göre değişiklik gösterdiği bilinmemekle birlikte, bilim insanları tarafından geçerliliği bilinen en kötünden en iyiye kadar ölçüğe sahip dört gruba ayrılmış on iki seviyeden bahsetmektedir.²⁵

Epistemolojik yaklaşım sağlığın en iyi tanımının bulunamayacağını, ancak uygulama yöntem ve kapsamına bağlı olarak optimal bir tanıma gidilebileceğini, sağlığın tüm olası tanımlarının tüm klinik bilimsel hedeflere ulaşmaya uygun olmadığını ve özellikle hasta ve yaşlılar için yeni sağlık tanımlarının yapılması gerektiğini belirtmektedir (Leonardi, 2018).

Sağlığın yaş, kültür ve kişisel sorumlulukla orantılı olduğu ve insanın taleplerini karşılayan sosyal, fiziksel ve zihinsel bir potansiyel ile vafedilen dinamik bir iyilik hali olduğu şeklinde tanımlar da yapılmaktadır. Bu tanıma göre sahip olunan bu potansiyelin talepleri karşılamada yetersiz kalması durumunda hastalıklar ortaya çıkmakta ve potansiyelin oranları yaşam döngüsü boyunca değişmektedir (Bircher, 2005).

Sağlığı tanımlarken istatistiksel verilerden yola çıkmayı seven iktisatçılar birey ve toplumların sağlığında ortaya çıkan farklılıkları ölçmek ve analiz etmek için *mortalite* (yaş gruplarındaki ölüm hızı), *morbidity* (hasta sayılarının sağlıklı olanlara oranı) veya sağlık statüsü gibi durumlardan elde edilen verileri kullanarak sağlığı tanımlamaktalar (Çelik, 2019).

İlk kez 1926 yılında Christian Smith tarafından kavram olarak ifade edilen Holistik (bütüncül) yaklaşımda sağlık tanımı kişinin sosyo-ekonomik, duygusal, fiziksel ve psikolojik durumunun yanı sıra çevresiyle olan ilişkisini ve bütün bunların

²⁵ En alt D Grubu olup 10, 11 ve 12. seviyeleri; en üst A Grubu olup 1, 2, ve 3. seviyeleri içermektedir.

birbirleriyle ilişki düzeyini içermektedir. De Vibe ve arkadaşları (2009) holistik yaklaşımda hastanın tedavisinde dört temel unsur ve aşamadan bahsetmektedir; 1. Hastaya yardım etmek, iyileştirmek ve rahatlatmak, 2. Kişinin kendi tedavi edici içsel güçlerini harekete geçirmek ve güçlendirmek, 3. Kişiyi bir bütün olarak almak (biyolojik, ruhsal, psikolojik ve sosyal bir varlık), 4. Olabildiğince hastalıkları önleyici tedbirlere yönelmek.

İlk kez 1966 yılında Rosenstock tarafından ortaya konan ve Becker (2004) ve arkadaşlarının çalışmalarıyla daha ileriye taşınan Sağlık İnanç Modeli (SİM) sağlığı tanımlarken sağlığın inanç, tutum ve değerlerden ayrı düşünülmemeyeceğini savunmaktadır. Duyarlılık, ciddiyet, yarar ve engel algısı SİM'in en temel değerlerini oluşturmaktadır (Gözüm ve Çapık, 2014).

Bulut ve Civaner (2016) tıbbın sağlığa, hastalığa ve insana bakışının dönemden döneme değişiklik gösterdiğini, sağlık hizmeti anlayışının da bu bakışa göre biçimlendiğini belirtmektedir.

Her ne kadar konvansiyonel Batı tıp yaklaşımını dinsel ve inançsal boyutu tedavilerden uzaklaştırdığını düşünse de günümüz modern tıp fakültelerinde kullanılmaya devam edegelen Hipokrat yemininin başlangıcında yer alan fakat günümüzde okunmayan ilk bölümünde politeist ritüeller yer almaktadır. Hipokrat yemininde önce tanrı ve tanrıçalar kutsanmakta ardından tedaviye geçilmektedir:

“Tanrı Apollon²⁶; Tanrı Asklepios²⁷; Tanrı Higiya²⁸, Tanrı Panacea²⁹ ve bütün Tanrı ve Tanrıçalar huzurunda yemin ederim ki, yeteneğim ve gücüm elverdiğince bu ant ve sözleri tutacağım (...)” diye devam etmektedir.

2.1.2.1 Günümüz sağlık sistemleri ve modelleri

Başta sanayi devrimini gerçekleştirmiş ülkelerde olmak üzere 19. Yüzyılın sonlarına doğru sağlık ve sağlık hizmetleri kavram ve tanımları tartışılmaya, kamunun sağlığın organizasyon ve finansmanındaki görev ve yükümlükleri sorgulanmaya başlanmış, bu konuda çeşitli hukuki, kültürel ve sosyo-ekonomik yaklaşım ve kuramlar geliştirilmiştir.

²⁶ Tanrı Apollon: Kâhinlik yeteneğine sahip bilge tanrı

²⁷ Tanrı Asklepios: Hastalıkları iyileştiren şifa tanrısı

²⁸ Tanrı Higiya: Temizlik tanrısı. Türkçede de kullanılan hijyen kelimesinin kökeni bu tanrı ismine dayanmaktadır.

²⁹ Tanrı Panacea: Şifa tanrısı. Asklepios'a nazaran daha küçük tanrı.

Roemer (1993), tarihsel süreç, ekonomik gelişmişlik düzeyi, siyasi veya ideolojik yapısından ayrı olarak devletlerin 5 temel sağlık göstergesine müdahale düzeyine göre bir sınıflandırmaya gitmektedir. Bunlar; Kaynaklar (İK, altyapı, ilaç, bilgi vb.), Organizasyon (kamu, özel sektör, karma vb.), Yönetim (sağlık planlaması, idare, mevzuat, denetim vb.), Ekonomik unsur (finansman türü, sosyal sigorta, özel ilave sigorta vb.) ve Hizmetin sunumu (birinci, ikinci ve üçüncü basamak hizmetler).

Tüm dünya ülkelerinin tabi olduğu tek bir sistem bulunmamakla birlikte ana hatlarıyla dört temel sistemden söz etmek mümkündür.

Kamu düzeyinde ilk kez Alman devlet adamı Bismarck tarafından 1883 yılında kendi adıyla bir sistem geliştirilmiştir. Günümüzde daha da geliştirilen ve Almanya'nın yanı sıra Fransa, Belçika, İsviçre ve Japonya'da uygulamaya konan *Bismarck Modelinde* sosyal sağlık sigorta finansmanı, işçi ve işverenlerden zorunlu olarak yapılan kesintilere dayanmaktadır (Hoctor, 2021). Kural olarak sağlık giderleri oluşturulan bu havuzdan karşılanmaktadır. Kapsam dışında kalan veya ilave talep edilen hizmetler için özel sağlık sigortaları devreye girebilmektedir.

İngiltere'de ise II. Dünya Savaşını takiben William Beveridge tarafından geliştirilen ve İngiltere, İskandinav ülkeleri, İspanya, Yeni Zelanda ve Küba gibi ülkelerde uygulamaya konan *Beveridge Modelinde* sağlık hizmetlerinin kamusal görev olarak doğrudan devlet tarafından organize edilmesi ve finanse edilmesi öngörülmektedir. İngiltere'de 1911 yılında Ulusal Sigorta Yasası yürürlüğe konmasına rağmen hedeflerin tutturulamaması ve sağlık hizmetlerinin yeterince karşılanamaması Beveridge modelinin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Model; aynı asker, polis ve yargı vb. kamu hizmeti görenlerin giderlerinin, halktan toplanan vergilerle oluşan kamu maliyesinden karşılanmasında olduğu gibi sağlık hizmetlerinin de kamu maliyesinden karşılanmasını ve sağlık tesislerinin hepsi olmasa da kahir ekseriyetinin kamuya ait olmasını savunmaktadır (Reid, 2009).

Bu iki modelin yanı sıra dünya ülkelerinin bazılarında uygulanan üçüncü ve dördüncü modeller bulunmaktadır; *Ulusal Sağlık Sigortası Modeli* adı verilen üçüncü modelde Beveridge ve Bismarck modellerinden bazı unsurların yer aldığı görülmektedir. Bu modelde yurttaşlardan alınan vergi ve kesintilerle ulusal sağlık sigorta sistemi finanse edilmektedir. Kamu yönetimi, toplanan parayla sağlık hizmetlerini özel sektör eliyle sunmakta fakat kamunun görevi denetleyici ve

düzenleyici olarak ikincil derecede devam etmektedir. Kanada, Tayvan ve Güney Kore benzeri ülkelerde uygulanan bu sistemle, hizmet alanların (hastaların) daha iyi hizmeti daha makul fiyata alabilmek için pazarlık gücünün arttığı söylenmektedir (Cuadrado vd., 2019).

Dördüncü model *Cepten Ödeme Modelidir*. Genellikle sağlık altyapısı zayıf ya da yetersiz olan ülkelerde uygulanan modelde özellikle parası olanlar tedavi ve hizmetlerden yararlanabilmektedir. Hakkaniyet ve adilliği sorgulanan bu sistemde örneğin Güney Amerika, Afrika, Hindistan ve Çin'in kırsal bölgelerinde yaşayanların büyük çoğunluğunun erişim olanağı bulamadığı sağlık hizmetlerini cepten ödeyecek imkânlara da sahip olmamaları bu ülkelerin toplum katmanları arasında sağlık hizmetlerinden yararlanmada eşitsizliklere neden olmaktadır (Arcaya vd., 2015).

Dünya ülkeleri arasında yaygın olarak uygulanan dört modelin yanı sıra Amerika Birleşik Devletlerine özgü *ABD Karma Modeli* olarak adlandırılan parçalı beşinci bir model bulunmaktadır. Savaş gazilerine Beveridge modelinde olduğu gibi tüm giderleri kamu bütçesinden karşılanan sağlık hizmetleri sunulurken çalışan kesime Bismarck modeline benzer bir model ve 65 yaş ve üstü gruba ise Beveridge ve Bismarck modellerinden alınan unsurlarla oluşan karma bir sağlık sigortası modeli uygulanmaktadır. Diğer yandan Amerikan toplumunun kabaca % 9,2'sinin (30 milyon kişi) hiçbir sağlık sigortasının bulunmadığı göz önüne alındığında ABD sağlık sigorta sisteminin sebep olduğu toplumsal eşitsizlikler ulusal kronik bir sorun olmaya devam etmektedir (Cohen vd., 2022).

Çelik (2019), ABD'de tüm yurttaşları kapsayan genel bir sağlık sigorta sistemine geçilmemesinin bilinçli bir politika olduğunu, altında özel sektörün hareket alanını daraltmama politikasının yattığını iddia etmektedir.

Türkiye'de ise karma modele yakın bir modelden söz etmek mümkündür. 2003 yılında başlattığı sağlıkta dönüşüm programıyla (SDP) sağlık sistemini 3 ana ayak üzerinde temellendiren Türkiye, birinci ayağında tüm yurttaşlar için zorunlu hale getirilen Genel Sağlık Sigortası (GSS) programı ile BAĞ-KUR, Emekli Sandığı ve SSK'yı tek sigorta şemsiyesi altına almış, ikinci ayağında birinci basamak Aile Hekimliği modelini hayata geçirmiş, üçüncü ayağında ise Sağlık Bakanlığına bağlı ikinci ve üçüncü basamak tedavi kurumlarını Kamu Hastane Birlikleri altında yeniden yapılandırma yönüne gitmiştir (Çavmak ve Çavmak, 2017).

2.1.2.2 Günümüz sağlık sistemlerinin artan sağlık harcamaları

Hangi modeli seçmiş olursa olsun bütün gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin sağlık harcamalarında her yıl büyüyen artışlar görülmektedir. Örneğin ABD’de 1970’li yıllarda GSYİH’da sağlığa ayrılan pay % 6,2 civarında iken 2021 yılında % 17,8’e çıkmış, aynı dönemde AB’nin önde gelen ülkelerinde bu oran ortalama % 5 iken 2021’de Fransa’da %11,4, Almanya’da %12,5, İngiltere’de %12,8, İsviçre’de %11,4, Norveç’te %11,3 ve Hollanda’da %11,2’lere ulaşmıştır (OECD, 2022).

Benzer artış Türkiye’de de görülmektedir; 1970’li yıllarda %2’ler civarında seyreden sağlık harcamaları 2021’de GSYİH’nın % 5’ine ulaşmış bulunmakta ve gelecek yıllarda bu oranın daha da artması öngörülmektedir (OECD, 2022).

Türkiye’de kişi başı yapılan sağlık harcamaları 2020’de 2 bin 997 lira iken 2021’de %40,3 artışla 4 bin 206 liraya yükselmiştir (TÜİK, 2022). Aynı şekilde devletin sağlık harcamaları 2020’de %26,3 artarak 198 Milyara, özel sektör harcaması %17,3 artarak 52 milyar liraya ulaşmış bulunmaktadır. Buna göre toplam sağlık harcamaları içerisinde kamunun payı yüzde 79, özel sektörün ise 21 olmuştur (TÜİK, 2020). Bu sağlık harcamaları arasında sağlık personeline ve altyapıya yapılan yatırımlar ayrı bir yekûn tutmaktadır.

Tablo 2.2: Sağlık Personelinin Sektör ve Unvanlara Göre Dağılımı (2020)

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Uzman Hekim	46.603	15.025	26.499	88.127
Pratisyen Hekim	45.291	285	4.184	49.760
Asistan Hekim	12.264	21.108	-	33.372
Toplam Hekim	104.158	36.418	30.363	171.259
Toplam Diş Hekimi	11.588	4.764	18.478	34.830
Eczacı	3.697	977	30.690	35.364
Hemşire	156.205	35.014	36.073	227.292
Ebe	55.505	901	2.634	59.040
Diğer Sağlık Personeli	140.161	19.052	46.890	206.103
Diğer Personel ve Hizmet Alımı	250.461	48.694	109.426	408.581
Toplam Personel	721.775	145.820	274.874	1.142.469

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2021)

Tabloda görüldüğü üzere Türkiye’de toplam 171 bin 259 hekim olmak üzere 1 milyon 142 bin 469 sağlık personeli bulunmaktadır. Ülke genelinde sağlık harcamalarının GSYİH’ya oranı 2020 yılında %5,0; her 1000 kişiye düşen hemşire ve ebe sayısı 3,4; her 100 kişiye düşen hekim sayısı 2,05 olarak kayıtlara geçmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2021).

2020 yılı verilerine göre Türkiye’de 41.987 yatak kapasiteli 68 üniversite hastanesi, 52.230 yatak kapasiteli 566 özel hastane ve 156.965 yatak kapasiteli 895 kamu hastanesi olmak üzere toplam 251.182 yatak kapasitesine sahip 1.534 hastane aktif hizmet sunmuştur. Hastanelerin toplam acil yatak kapasitesi 47.700’e ulaşmıştır. Yatak doluluk oranları Türkiye ortalaması %52,5, ortalama kalış süresi 4,5 gün olmuştur.

Türkiye’de 2019 yılında ölüm sayısı 435 bin 941 iken 2020 yılında %16,5 artışla 507 bin 938 olmuştur. Ölenlerin %56,0’sı erkeklerden %44,0’ü kadınlardan meydana gelmektedir. Ölüm nedenleri arasında en çok öne çıkan %36,0 ile dolaşım sistemi hastalıkları, %15,8 solunum sisteminde ortaya çıkan hastalıklar, %15,7 iyi ve kötü huylu tümörler, %4,6 endokrin, beslenme ve metabolizmayla ilgili hastalıklar, %4,4 Covid-19, %3,5 dışsal yaralanma nedenleri ve zehirlenmeler, %12,1 diğer ve %3,9 bilinmeyen hastalıklardır. %36,0 olan dolaşım sistemi hastalıklarının %41,5’ini iskemik kalp hastalığı, %23,8 diğer kalp hastalıkları ve %19,6’sı serebro-vasküler, %10,8 hipertansif hastalıklar ve %4,3 diğer dolaşım sistemi hastalıkları oluşturmaktadır. Solunum sistemi hastalıklarında ölümlere %54,8 pnömoni, %34,5 kronik alt solunum yolu hastalıkları ve %10,8’i diğer solunum sistemi hastalıkları neden olmaktadır (TÜİK, 2023).

Türkiye’de sağlık tesislerini ziyaretlerde manyetik rezonans (MR), bilgisayarlı tomografi (BT) ve pozitron emisyon tomografisi (PET) cihazlarının kullanımına ilişkin veriler aşağıda yer almaktadır. Türkiye, OECD ve AB ülkeleri ortalamaları ayrı ayrı verilerek yapılan uluslararası karşılaştırmalardan anlaşılacağı üzere Türkiye MR ve BT görüntülemesinde birinci sırada gelmektedir. MR cihaz görüntülemesinde seçili ülkeler ortalaması 6.125 iken bu sayı Türkiye’de 12.462; seçili ülkelerde 1000 kişiye düşen MR cihaz görüntüleme sayısı ortalaması 88 iken Türkiye’de 140 olarak kayıtlara geçmiştir. Aynı durum BT cihaz görüntüleme ve 1000 kişiye düşen görüntüleme sayılarında da söz konusudur; seçili ülkeler ortalaması 7.883/163 iken

Türkiye’de 18.116/270’dir. Türkiye cihaz kullanımında gelişmiş Batı ülkelerinin bazılarında iki kat, bazılarında üç kat daha fazla MR ve BT cihazı kullanılmaktadır.

Tablo 2.3: Türkiye ve Seçili Ülkeler Arasında MR, BT ve PET Kullanım Verileri

Ülke	MR görüntüleme sayısı	1000 kişiye düşen MR görüntüleme	BT görüntüleme sayısı	1000 kişiye düşen BT görüntüleme	PET görüntüleme sayısı	1000 kişiye düşen PET görüntüleme
Türkiye	12.462	140	18.116	270	2.316	4,0
Macaristan	10.101	58	15.352	186	2.540	2,3
İngiltere	9.213	128	11.791	279	9.625	6,7
Belçika	8.540	98	8.497	205	3.520	10,1
Fransa	8.004	123	10.953	199	3.819	9,5
Norveç	6.703	117	3.259	86	2.282	2,6
Kanada	6.165	62	9.872	144	2.207	3,3
Avusturya	5.918	148	6.832	196	1.818	4,9
İspanya	5.621	99	6.475	124	2.599	4,6
OECD ³⁰	5.191	78	7.056	152	2.142	4,3
AB ³¹	4.787	71	6.475	141	1.767	4,0
Hollanda	4.297	60	7.457	111	1.462	6,6
Japonya	2.172	112	2.153	231	917	3,9
Romanya	1.542	16	1.985	35	879	0,5
Bulgaristan	1.171	13	1.981	78	2.513	2,9
Ülkelerin ortalaması	6.125	88	7.883	163	2.694	4,7

Kaynak: Çizelge Eurostat (2019) verileri temel alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere Türkiye görüntüleme cihazı kullanımında üst sıralarda yer almaktadır. Almanya, Fransa, Hollanda vb. ülkelerde hastaların hastanelere sevki aile hekimleri tarafından yapılırken Türkiye’de doğrudan MHRS üzerinden hastanelerle randevu yapılması sağlık hizmetlerinde büyük oranlara varan kaynak israfı riskini beraberinde getirmektedir. Türkiye hem hastane ziyaretleri hem de cihaz kullanımında pek çok ülkenin önüne geçmiş bulunmaktadır. Bu durumun bir gelişmişlik göstergesi olarak algılanmasından ziyade sistemsal sorunların semptomları olarak değerlendirilmesi gerekmektedir.

Sağlık hizmetlerinin gittikçe özelleştirilmesinin de etkisiyle dünya genelinde son 50 yılda sağlık sektöründe kullanılan kaynak hacmine bakıldığında kaynakların her yıl bir önceki yıla kıyasla yükseliş trendi içerisinde olduğu görülmektedir. Küresel ölçekte sağlığa ayrılan kaynakların ve harcamaların artışlarında çeşitli etkiler söz

30 OECD30: OECD’ye bağlı 30 ülkenin ortalaması

31 AB24: AB’ye bağlı 24 ülkenin ortalaması

konusu olmaktadır. İktisadi, teknolojik ve sosyo-kültürel etkilerle toplumları değiştiren ve dönüştürücü bir etkiye sahip olan modernleşme beraberinde yeni yaşam tarzları getirmektedir (Atatüre, 2003). Modernizmin dayattığı hareketsiz yeni yaşam tarzlarının etkisiyle artan kronik hastalıklar, ilaç, alkol, uyuşturucu kullanımına dayalı ortaya çıkan anomaliler, kanser vakalarında görülen artışlar, az hareketin de etmen olduğu kardiyovasküler hastalıklar, kısırlık, psikolojik-psikiyatrik rahatsızlıklar ve Covid-19 gibi sürekli ortaya çıkan yeni hastalık vaka ve insidansında görülen artışlar kaynağa duyulan ihtiyacı artırmaktadır. Cutler (2002) sağlığa ayrılan kaynakların sürekli artmasına rağmen, hasta memnuniyetinin ne derece sağlanabildiği, insanların sağlık taleplerinin ve ihtiyaçlarının yeterli oranda karşılanıp karşılanamadığı konusunda çekincelerini ifade etmektedir.

Baydaş ve Ata (2021) yaşlı nüfusun genel nüfus içerisindeki payının artması, insanların gelir ve refah düzeylerinin yükselmesi sonucunda sağlık hizmetlerinde beklentilerinin yönünün değiştiğine işaret etmektedir. Hastaların daha çok kaynak kullanmaya eğilimli olması, yerel ve ulusal girdi maliyetlerinin yükselmesi, sağlık enflasyon oranlarının her zaman genel enflasyon oranlarından yüksek olması ve sağlığa erişimin kolaylaşması sonucunda daha fazla kaliteli sağlık hizmeti talep edilmesi gibi değişkenler sağlık harcamalarının artmasına etki etmektedir.

Daştan ve Çetinkaya (2015) ülkeler tarafından tercih edilen sağlık sistemleri ve sistemlerin özelliklerinin ilgili ülkenin sağlık harcamalarını olduğu gibi sağlıkla ilişkili çeşitli çıktılarını etkileyen önemli faktörler olduğunu belirtmektedirler.

Batı kökenli konvansiyonel tıbbın hastalık odaklı tek boyutlu yaklaşımına karşı artan memnuniyetsizliğe paralel olarak neo-liberal sağlık politikalarının verimlilik ve kaynak kullanımına yönelik memnuniyetsizlik ve eleştiriler de artmaktadır. Aşırı medikalizasyon, yaşlanma, hareketsiz yaşam tarzı, kaynak kullanımındaki tahsis ve üretim verimsizliği vb. çeşitli değişkenler karşısında ülkeler sağlık sistemlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak için yeni sistem ve alternatif kaynak arayışlarına yönelmektedir (Yazar vd, 2019).

Smith, Newhouse ve Freeland (2009) bir yanda tıbbi yenilikler sağlık hizmetlerinin büyümesinin önemli itici gücü olurken diğer yanda teknolojik ilerlemenin de olumlu katkısıyla bireylerin yaşam sürelerinin uzaması sağlık yatırım ve harcamalarının artmasına neden olduğunu belirtmektedir.

Güvel (2011) toplam büyüklükler cinsinden ekonomik aktiviteyi açıklayan bir disiplin olarak tanımladığı ve toplumun genelini etkileyen makroekonomik kararlar ile ülkenin sahip olduğu kaynakların hangi mal ve hizmet üretiminde kullanılacağına belirlenmesinin her zaman kolay olmadığına işaret etmektedir. “*Tahsis verimliliği*” göstergesi ile ölçülebilen kararlar makro politika yapıcılarının ne denli etkin ve maliyet-sonuç odaklı kararlar alabildiğinin bir göstergesi olması açısından da önem taşımaktadır (Liu, 2003). Bir ülkenin en nihai hedefinin toplumsal refaha hizmet edecek başta teknik ve ekonomik olmak üzere kalkınma olduğunu varsayarsak bunun gerçekleştirilmesinin sınırlı kaynakları hususunda birbiriyle yarışan çeşitli ihtiyaçların karşılanmasında yapacağı makro tercih ve alacağı kararlara bağlı olduğu görülmektedir. Her tercihin bir alternatif maliyetinin bulunduğu, bazı ihtiyaçlar karşılanırken bazılarında vazgeçilmesi gerektiği, vazgeçilen her bir tercihin bir fırsat maliyeti olarak ortaya çıktığı görülmektedir. Ekonominin temel kavramlarından “Kıtlık Yasası” ile açıklanan durum, karar vericileri eldeki sınırlı kaynakları kullanırken tercihler yapmaya zorlamaktadır. Ulusal karar vericilerin aldıkları bütçe kararlarında “*tahsis verimliliği*” ne kadar önemliyse bu kararların alt seviyedeki uygulayıcılarının kaynakları kullanmada ortaya koydukları “*üretim verimliliği*” de aynı oranda önem taşımaktadır. Bu noktada iktisat biliminin temel soruları ortaya çıkmaktadır; sağlıkta ne üretilmeli (ürün ve hizmet türü), ne kadar üretilmeli (arz-talep dengesi), nasıl üretilmeli (etkin üretim yöntemleri), nerede üretilmeli (mekân; yerel, ulusal, uluslararası) ve üretilen hizmet ve ürünler nasıl bölüşülmeli (toplumsal katmanların hizmet ve ürünlerden eşit ve adil yararlanabilmesi için ideal yöntemin belirlenmesi).

Ülkeler sağlık felsefesi ve politikası ile finansman stratejilerini belirlerken toplumun sosyo-ekonomik gelişmişlik düzeyi, kaynak kullanım verimliliği, uygulanabilirlik, adil bölüşüm, hasta davranışı, hizmet kullanım düzeyi (talep), hizmet sunum (arz) kalitesi benzeri pek çok değişkeni hesaba katmak durumunda kalmaktadır.

2.1.2.3 Günümüz sağlık kavram ve sistemlerine yönelik eleştiriler

Kavramsal eleştiriler

Özellikle son 30 yıldır konvansiyonel tıbbın hastalık odaklı yaklaşımı eleştirilmekte, günümüz çok boyutlu sağlık sorunlarının çözümünde yetersiz kalmakla itham edilmektedir. Bircher (2005) insanlığın temel sorunlarından olan sağlık sorunlarına

akılcı yaklaşımlar yapabilmek için sağlık ve hastalık gibi temel kavram ve sistemlerin yeni gelişmeler ışığında güncellenmesi gerektiğini belirtmektedir. Oldukça karmaşık ve zorlu bir alana işaret eden sağlık olgusu kavram, uygulama, içerik, şekil, sistem, sosyal ve kültürel farklılıklar nedeniyle sayısız ulusal ve uluslararası tanımlara sahip bulunmaktadır. Küresel ölçekte referans olarak alınan Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlık tanımı son yıllarda artan oranda eleştirilmekte, sağlığın sadece kuramsal yaklaşımla açıklanabilecek bir olgu olmadığı; uygulama, politika, sağlık hizmetleri gibi pek çok boyutu içerdiği gerekçesiyle tanımın sağlık sistemlerinin karşılaştığı zorlukları açıklamakta kusurlu kaldığı görüşleri öne çıkmaktadır (Saylor, 2004). DSÖ tanımı aşırı medikalizasyona neden olduğu gerekçesiyle de eleştiri almaktadır. Hastalık ve sakatlığın bulunmayışının yeterli görülmemesinin insanı fizyolojik, psikolojik ve sosyal boyutuyla tam bir iyilik halinin sağlanabileceği ütopyasına yönlendirdiği, sürekli idealize edilmiş sağlık standartlarına erişme çabasına giren insanlarda kaygıya neden olduğu ve insanları günümüzde olduğu gibi aşırı medikalizasyona müsait hale getirdiği ifade edilmektedir (Erdem ve Kaya, 2020).

Diğer yanda sağlığın medya destekli küresel bir moda dönüşüğü, ülkelerin dış politika aracı olarak kullandığı, küresel piyasalarda alınıp satılan bir meta haline geldiği, küreselleşmiş olmasına rağmen küresel genel kabul gören bir tanımının bulunmadığı, sağlıkta eşitsizliğin arttığına yönelik eleştirel teoriler geliştirilmektedir (Viens, 2019); (Koplan vd., 2009); (Çelik, 2019).

Saylor (2004) antik çağda denge temelli mental, fizyolojik ve manevi boyutlu bütüncül (holistik) bir yaklaşımla ele alınan sağlığın, Batı kaynaklı konvansiyonel tıp ve neo-liberal yaklaşımlarda hastalık belirtileriyle (semptom) mücadeleye indirgendini (redüksiyonizm), modern tıbbın mental ve manevi boyutu dışlayıcı ve sınırlayıcı patojen temelli yaklaşımının hem çok maliyetli olduğunu hem de istenen verimi vermediğini söylemektedir.

Sağlıkla ilgili sorunlar ideoloji ve sistem boyutunda da devam etmektedir. Neo-liberal yaklaşımda Adam Smith'in "Görünmez El" teorisinde olduğu gibi devlet güçlerinin düzenleyici ve denetleyici sınıra çekilip alanı piyasa mekanizmasına bırakması durumunda hem sağlık tüketicisi (talep tarafı) hem de sağlık ürün ve hizmet üreticisi (arz tarafı) en üst yararları sağlayacağı görüşü (Kennedy, 2009) büyük eleştiri almaktadır.

Viens (2019), neo-liberalizmin sağlığı arz-talep dengesi çerçevesinde alınıp satılan ve piyasa ilkeleri tarafından yönetilen ticari meta olarak gördüğünü, sosyal-refah devleti anlayışı çerçevesinde sağlık hizmetlerinin kamu tarafından sunulmasının verimli olmadığını iddia ettiğini, sağlık hizmetlerinin piyasa aktörleri (özel sektör) tarafından yapılmasının daha etkin ve verimli sonuçlar üreteceğini savunmasının gerçeği yansıtmadığını belirtmektedir.

Homedes ve Ugalde (2005), 1980'lerde Latin Amerika ülkelerinde ortaya çıkan krizi bir fırsata çeviren Uluslararası Para Fonu (IMF) ve Dünya Bankasının (WB), daha etkin olacağını öne sürerek, sağlıkta neo-liberal politikalar dayattığını ve bunun sonucunda kamunun sağlık alanından geri çekilerek alanı büyük oranda küresel sermaye gruplarının tekelindeki özel sektöre bıraktığını belirtmektedir.

Sağlıkta neo-liberal yaklaşımın yaygınlaşmasıyla hem kavramlarda bir değişim-dönüşüm görülmekte hem de geleneksel sağlık hizmet ve ürünleri yeniden tanımlanmakta ve yeniden yapılandırılmaktadır. Örneğin “*hasta*” kavramının yerini “*müşteri*” kavramı almış ve koruyucu sağlık hizmetleri yerine tedavi edici sağlık hizmetleri yaklaşımına doğru bir kayma yaşanmıştır. Latinceye dayanan “*patient*” (hasta) kelimesi etimolojik olarak insancılığı çağrıştıran acı çeken kişi anlamına gelirken onun yerine ikame edilen Latince bir kelime olan “*cilent*” (müşteri) kelimesi piyasalaştırılan bir kavram olarak öne çıkmaktadır (Alkan ve Erdem, 2020).

Sağlık alanıyla ilgili sorunları 2. Dünya Savaşı sonrasında hız kazanan küreselleşme ve neo-liberalizm ile ilintileyen pek çok araştırma bulunmaktadır. 1970'lerden bu yana devam eden neo-liberal küreselleşme politikaları etkisini sağlık üzerinde de artırmış, Uluslararası Para Fonu (IMF), Dünya Bankası (WB) ve Dünya Ticaret Örgütü (WTO) gibi önemli büyük finans kuruluşlarının da etkisiyle ulusal ve uluslararası sağlık politikaları üzerinde kısmen olumlu fakat büyük oranda olumsuz etkiler üretmiştir (De Vogli, 2011).

Küreselleşmenin kendiliğinden ve bir anda başlayan bir olgu olmadığını, bu süreci bilişim teknolojilerinin hızlandırdığını belirten Atatüre (2003) küreselleşmenin açık ekonomik bir yapı öngörerek üretilen mal ve hizmetlerle paranın karşılıklı ve çok yanlı olarak akışını ve aynı zamanda mal ve hizmet üretiminin küreselleşmesinin sermayenin tüm dünyayı bir bütün olarak görmesi anlamına geldiğine işaret etmektedir.

Sağlıkta neo-liberal politikalardan etkilenen Türkiye’de de devleti yurttaşlarının beden ve ruh sağlığı içerisinde yaşayabilmesi ve tıbbi bakım görmesi konusunda yükümlü kılan 1961 Anayasasının 49. Maddesinin yerine 1982 Anayasasının 56. Maddesi getirilerek kavram değişikliğine gidilmiş, devletin görevi ağırlıklı olarak planlama ve düzenleme düzeyine indirgenmiştir (Pala, 2007). 24 Ocak Kararları olarak bilinen ve Demirel Hükümeti tarafından 12 Kasım 1979 yılında uygulamaya konan programla Türkiye’ye giriş yapan neo-liberal politikalar, ülkede köklü değişikliklere neden olmuştur. Diğer ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de değişime uğrayan sağlık ve sağlık hizmetleri, “Sağlıkta Dönüşüm” programlarıyla piyasalaştırıldığı için eleştirilmektedir (Erdem ve Kaya, 2020).

Yöntemsel eleştiriler

Sağlık çok faktörlü ve çok boyutlu bir alana işaret etmektedir. Alanda yapılacak çalışmalarda seçilecek yöntemin isabetli olmaması durumunda karmaşık yapıların anlaşılmasında sorunların ortaya çıkması kaçınılmaz olacaktır.

Konvansiyonel tıp, hastalık tanımı ve tedavisinde moleküler biyolojiye dayanan biyomedikal modeli temel aldığı için artık günümüzde sağlık ve sağlıkla ilgili konuları anlamakta yetersiz kalmakla eleştirilmektedir. Model; hastalığın, ölçülebilir biyolojik değişkenlerin normlarından sapmalarından kaynaklandığı varsayımına dayanmakta, hastalığın sosyal, psikolojik ve davranışsal boyutlarını dikkate almamakta, indirgemeci bir yaklaşım sergileyerek kimya ve fizik dilinin biyolojik fenomenleri açıklamak için yeterli olacağını varsaymaktadır (Engel, 1977).

Mevcut teşhis yöntemlerinin yetersizliği istatistiklere de yansımaktadır. Fizyolojik hiçbir hastalıkla açıklanamayan fiziksel semptom (Medically Unexplained Symptoms, MUS) yaygınlığı % 30 ila 50 arasında değişiklik göstermektedir (Vermeir vd., 2021). Daha önce yapılan bir klinik değerlendirmesinde tıbben açıklanamayan semptomların bir kısmı çocuklukta yaşananlar, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), psikolojik kaygılar ve aksiyete ile açıklanabilirken semptomların diğer kısmı cevap beklemektedir (Edwards vd., 2010).

Açıklama bekleyen MUS belirtilerinin bu kadar yaygınlığının nedenleri arasında mevcut konvansiyonel tıbbın kullandığı Batı odaklı teşhis ve ölçüm araçlarının kültürel ve inançsal farklılıkları ihmal etmesinden kaynaklanmaktadır. Konvansiyonel tıbbın patojen odaklı teşhis ve tedavi yönteminin hastanın içerisinde

bulunduğu çevresel faktörleri yeterince dikkate almaması nedeniyle küresel meydan okumaların insan sağlığını tehdit boyutu her geçen gün arttığı ifade edilmekte ve sağlık sorunlarının ve ortaya çıkışlarının sadece insan ekosistemi ile sınırlı olmayıp hayvan popülasyonu ve hatta tüm doğada var olan organizmalar ve ekosistemleriyle ilişkili olduğuna işaret edilmektedir.

Bu eksiklikleri gidermeyi amaçlayan ve Türkçeye “Tek-Sağlık” olarak tercüme edilen, ilk kez 2003-2004 yıllarında SARS olarak bilinen şiddetli akut solunum yolu hastalığının ortaya çıkmasıyla kullanılmaya başlanan “*One-Health*” yöntemi halk sağlığının korunması ve geliştirilmesi için farklı bilim dallarının ve meslek gruplarının aynı çatı altında işbirliği yapmalarını içeren bir yöntem olarak öne çıkmaya başlamıştır (Mackenzie ve Jeggo, 2019).

Yöntemin üç temel dayanağını insan, hayvan ve bunların eko sistemleri oluşturmaktadır. SARS, kuş gribi, domuz gribi benzeri hastalıkların çoğu hayvan kaynaklı olarak ortaya çıkmaktadır. Sadece insanda patojen odaklı bir yaklaşım sorunu çözmekte yetersiz kalacağından bütüncül bir yaklaşımla tek ilaç, tek sağlık, ekosistem sağlığı, küresel sağlık ve sosyal ekolojik sistemlerde sağlık başlıklı çeşitli alt konuların aralarındaki ilişki gözetilerek ele alınması gerektiği belirtilmektedir (Min vd., 2013).

Konvansiyonel tıbbın insan, hayvan ve çevre sağlığı arasında var olan ilişkiyi kavramakta yetersiz kalması karşısında Mackenzie ve arkadaşları (2014) Tek-Sağlık kavramının öne çıkmasının gerekçelerini şöyle sıralamaktadır; (a) Önceden bilinmeyen bir patojen herhangi bir zaman diliminde ve herhangi bir yerde bir yaban hayatı kaynağından ortaya çıkabilir ve herhangi bir uyarı olmaksızın tüm toplumların sağlığını, esenliğini ve ekonomilerini tehdit edebilir; (b) Ülkelerin, uluslararası öneme sahip salgınları tespit etmek ve bunlara hızlı bir şekilde tepki vermek ve bu tür salgınlar hakkındaki bilgileri hızlı ve şeffaf bir şekilde paylaşmak için etkili bir uyarı ve yanıt sistemi geliştirmesine ve sürdürülebilir hale getirmesine ihtiyaç bulunmaktadır; (c) Çok büyük salgınlara veya pandemilere yanıt verebilmek için Tek-Sağlık temel ilkelerini kullanarak küresel işbirliği ve katılım olanaklı hale gelebilmektedir.

Tüm dünyada tıp fakültelerinde yaygın Batı kökenli tıp eğitiminin tek boyutluluktan çıkarılması ve Tek-Sağlık yönteminin tıp eğitim müfredatı içerisine entegre edilmesi

gerektiğini belirten Rabinowitz ve arkadaşları, (2017) daha ileri giderek lise eğitim müfredatına da Tek-Sağlık yönteminin eklenerek öğrencilerde erken yaşta (insandan insana-hayvandan insana-çevremizdeki organizmalardan insana geçen) bulaşıcı hastalıklar konusunda bilinç ve farkındalık oluşturulmasını savunmaktadır.

Tek-Sağlık yöntemi Güvenen'in transdisipliner bilimsel yöntemi ile büyük benzerlikler göstermektedir. Güvenen (2016), insanı doğrudan ilgilendiren sağlık ve sosyo-ekonomik benzeri oldukça yüksek karmaşıklığa sahip sorunlarla başa çıkabilmek için mevcut bilimsel yöntemlerin yetersiz kaldığını belirterek *Transdisipliner Bilim Metodolojisi* (Transdisciplinary Science Methodology); (i) karmaşık görüngü ve olgulara odaklanması, (ii) iteratif bir yaklaşımı temel alması ve (iii) çeşitli bilim ve disiplinler arasında sürekli ve entegre işbirliğini olanaklı kılması nedeniyle en uygun bilimsel yöntem olarak ifade etmektedir.

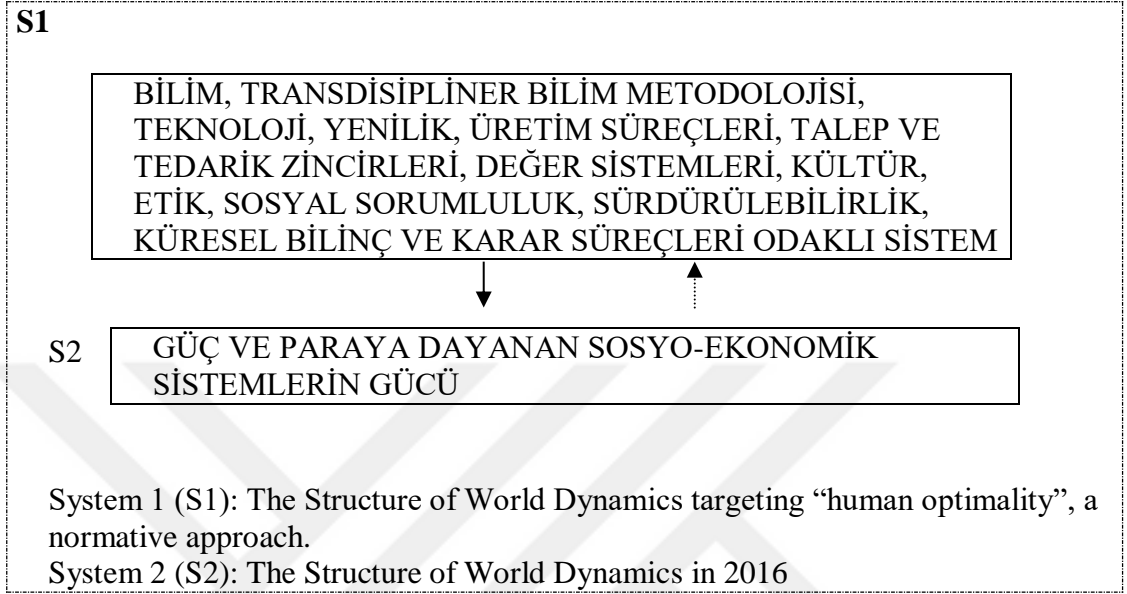
Disiplinler İçi Bilim Metodolojisi (Intradisciplinary Science Methodology) aynı bilim disiplini içerisinde araştırma ve eğitime odaklanması; *Disiplinlerarası Bilim Metodolojisinin* (Interdisciplinary Science Methodology) sadece bir disiplin ile diğer disiplin arasında bilgi alış verişini olanaklı kılması ve *Çok Disiplinli Bilim Metodolojisinin* (Multidisciplinary/Pluridisciplinary Science Methodology) bir konuya kendi çerçevesinden bakması sonucunda farklı yorumlar getirip sentezli bir sonuç ortaya koyması nedeniyle günümüz karmaşık sorunlarına bütüncül bir yaklaşım ve çözüm mümkün olamamaktadır (Güvenen, 2016b).

Karmaşıklığı yüksek sorunlarda uygulanan transdisipliner bilim yönteminin etkinliği konusunda bilim insanları arasında genel mutabakat bulunmakla birlikte yöntemin bazı zayıf yönlerine işaret eden bilim insanları da bulunmaktadır. Fuqua (2012) transdisipliner bilim yönteminde, birden fazla disiplini derinlemesine anlamak ve disiplinler arasındaki yaklaşım ve düşünceleri birleştirmek için zaman ve emek yoğun bir çalışmaya gerek duyulmasını transdisipliner yöntemin zayıf noktası olarak değerlendirmektedir.

Günümüz sağlık kavram ve sistemlerine yöneltilen önemli eleştirilerden bir diğeri sosyo-ekonomik toplum katmanları arasında sağlık hizmetlerinin paylaşımında kullanılan yöntemlerin sebep olduğu eşitsizliktir (Starfield vd.,2005).

Güvenen (2015) transdisipliner yöntemin yanı sıra 1990'lı yıllarda geliştirdiği ve sağlık hizmetlerinin adil paylaşımında da geçerli olan "*Sistem Teorisinde*" Sistem-2

(S2) olarak tanımladığı güç (ekonomik, ideolojik, siyasi, askeri vb.) ve paranın desteğiyle oluşan sosyo-ekonomik sistemler tarafından ortaya çıkması olası suiistimallerin önüne geçmek için normatif yaklaşım içeren “*insanlık optimali*” olan Sistem-1’in (S1) temel alınması gerektiği konusunda uyarıda bulunmaktadır.



Şekil 2.1: Güvenen’in Sistem Teorisi

Kaynak: Güvenen (2013) World Dynamics and some comments on socio-economic systems

Aksi takdirde günümüzde olduğu gibi Sistem-2 tarafından yönetilen bir dünya genelinde krizler, sağlık hizmetlerinin eşitsiz dağılımı, adaletsizlikler, küresel çatışmalar, savaşlar, insan ve uyuşturucu trafiği, doğal kaynakların yağmalanması, çevresel sorunlar gibi yığınla sorunla boğuşmaya devam edileceğini ve bu durumda da “*etik krizinin*” devam edeceğini belirtmektedir.

2.1.2.4 Günümüz sağlık sistemlerinde alternatif arayışları

Konvansiyonel tıp olarak bilinen günümüz Batı tıbbının felsefi kökenleri meşhur filozof, matematikçi ve bilim insanı Rene Descartes’e (1596-1650) dayanmaktadır. İnsanın önce bildiği tüm bilgilerden, rasyonel düşünce ve bilimsel yöntemlerle bunların doğruluğunu ispat edene kadar şüphe etmesine ve bilimsel yöntemlerle ispat edilemeyenlerin dışlanmasına dayanan Kartezyen felsefe ruhla ilgili konuların kiliseye bırakılmasını ve fizyolojiyle ilgili (insan bedeni) konuların bilime bırakılmasını öngörmektedir.

Descartes’in bu düalist yaklaşımı günümüz tıbbını açmaza sokmakla eleştirilmektedir. Antik medeniyetlerden bu yana yana tedavide kullanılan dinsel

unsurların Descartes felsefesi etkisiyle dışarıda bırakılması sonucunda sekülerleşme (Schmaltz, 2002) sürecine giren tıbbın 350 yıldan fazla bir aradan sonra son yıllarda başta DSÖ olmak üzere hekimlerin geleneksel ve tamamlayıcı tıbbı (GETAT) keşfetmeye başlamasıyla dinsel ve inançsal unsurlar yeniden tedavinin bir parçası olarak araştırılmaya başlanmıştır. Aşağıda DSÖ tarafından başlatılan bazı GETAT çalışmaları incelenmektedir.

Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp yaklaşımı (GETAT/T&CM)³²

DSÖ ilk kez 2002-2005 Geleneksel Tıp Stratejisi raporuyla Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbı resmi düzeyde üye devletlerin gündemine getirmiştir. Bunu 2004-2007 Tıp Stratejileri başlıklı raporu takip etmiş akabinde 2008-2013 Tıp Stratejileri başlıklı raporu gelmiştir. En son yapılan 2014-2023 raporu ise GETAT çalışmalarını farklı bir düzleme çıkarmıştır. DSÖ verilerine göre dünya nüfusunun yaklaşık %80'i ve 194 üye ülkenin 170'i geleneksel tıp uygulamalarından yararlanmakta olup ülkeler DSÖ'den geleneksel tıba bilimsellik kazandırmak için araştırma yapmasını, veri setleri oluşturmasını talep etmektedirler.

Bu talepler doğrultusunda son yıllarda artan oranda GETAT'a önem veren DSÖ, çalışmaları 7 ana başlık altında toplanmaktadır: (i) GETAT hizmetlerine artan ilgi, (ii) GETAT'ın büyüyen ekonomik önemi, (iii) GETAT'ın sahip olduğu küresel özellik, (iv) GETAT uygulama ve uygulayıcıları arasındaki farklılıkları gidermek için eğitim, akreditasyon ve düzenlemelere olan gereksinim, (v) GETAT alanında yapılan araştırma ve geliştirmelerdeki güncel ilerlemeler, (vi) GETAT fikri mülkiyet hakları ve (vii) GETAT'ın sağlık sistemlerine entegre edilmesi.

DSÖ'nün genel tanımına göre geleneksel tıp (*traditional medicine*) terimi, yerli ve farklı kültürlerin sağlığı korumak, fiziksel ve zihinsel hastalıkları önlemek, teşhis ve tedavi etmek için zaman içinde geliştirip kullandığı inanç ve deneyimlere dayalı bilgi, beceri ve uygulamaların toplamını ifade etmektedir. Bu kapsama akupunktur, ayuverda uygulamaları ve bitkisel karışımlar gibi eski uygulama ile modern ilaçlar dâhil edilmektedir (WHO, 2018).

Bazı ülkelerde alternatif ile müteradif olarak kullanılan tamamlayıcı tıp, ilgili ülkenin geleneğinin veya geleneksel tıbbının parçası olmayıp hâkim sağlık sistemiyle tam

32 T&CM: Traditional and Complementary Medicine

olarak bütünleşmemiş geniş bir sağlık hizmetleri uygulamaları topluluğunu ifade etmektedir.

DSÖ'nün geleneksel tıpla ilgili pozitif yaklaşımı, bilimsellikten uzak olduğu gerekçesiyle Türk Tabipler Birliği (TTB) tarafından sert eleştirilere maruz kalmaktadır. TTB'nin sert eleştirisi Türkiye Sağlık Bakanlığına da yönelik olmaktadır. Bunun nedeni, DSÖ vizyonu kapsamında GETAT çalışmalar yapmak üzere 2012 yılında Daire Başkanlığı kuran Bakanlığın 2014 yılında “*akupunktur, apiterapi, fitoterapi, hipnoz, homoepati, sülük uygulaması, kayropratik, kupa uygulaması, larva uygulaması, mezoterapi, proloterapi, osteopati, ozon uygulaması, refleksoloji ve müzik terapi*” olmak üzere 15 geleneksel tedavi yöntemini içeren “Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Yönetmeliğini” çıkarmasıdır. TTB, 2016 yılında İstanbul'da “Tıbbın Alternatifi Olmaz” başlığıyla düzenlediği sempozyumla Bakanlığın ve DSÖ'nün çalışmalarını reddettiğini açıklamıştır (Tütüncü ve Etiler, 2017).

Günümüze kadar DSÖ'nün çalışmaları hız kesmeden devam etmiş, dünya genelinde milyonlarca insanın hastalıklarının tedavisinde birinci basamak olarak başvurduğu yöntemin geleneksel tıp yöntemi olduğuna işaret ederek 2022 yılında Hindistan'da bilimsel amaçlı “Küresel Geleneksel Tıp Merkezini” Hint hükümetiyle ortaklaşa hayata geçirmiştir. Küresel sağlığa ve sürdürülebilir kalkınmaya optimal katkı sağlamayı amaçlayan Merkez, yapay zekadan yararlanarak geleneksel tıptaki kanıtları ve yönelimleri haritalamayı ve doğal (bitkisel) ürünleri farmakokinetik özellikler açısından tarama yapmayı planlamaktadır. Merkez bu alanda dünya genelinde bir çekim merkezi olmaya aday gözükmektedir. Çalışmaları (i) kanıt-öğrenme; (ii) veri-analitik; (iii) sürdürülebilirlik-eşitlik ve (iv) inovasyon-teknoloji olmak üzere dört ana strateji üzerine yapılandırılan Merkezin alt çalışma alanlarından birini bitkisel kökenli ilaçlar üzerine yapılacak araştırmalar oluşturmaktadır.

Zira günümüz sentetik ilaçlar ve ilaçlarda kullanılan kimyasal bileşenler bir yanda hastalığı baskımlarken diğer yanda organizmada hasarlar meydana getirmekle, sebep olduğu yan etkiler nedeniyle yeni patojenik hastalıklar ortaya çıkarmakla, bir kez vücuda girdikten sonra yalnızca zararlı bakterileri öldürmekle kalmayıp aynı zamanda vücutta homeostazi sağlayabilmek için gerekli olan yararlı mikroorganizmaları da yok etmekle eleştirilmektedir (Vithoulkas, 2017).

Holistik tıp yaklaşımı

Günümüzde kullanıldığı şekliyle “Holistik” kavramı ilk kez 1926 yılında Güney Afrikalı filozof Jan Christian Smith tarafından ortaya atılmış olmakla birlikte holistik tıbbın menşei binlerce yıl gerilere gitmektedir. Tıbbın ileri bir düzeye eriştiği antik Mısır döneminde 4-5 bin yıl önce yazılıp günümüze kadar ulaşan tıp papirüsleri bu konuda oldukça faydalı bilgiler sunmaktadır (Elgood, 2010). Çalışmanın Tarihsel Arka Plan bölümünde antik uygarlıklarda uygulanan ve günümüzde geleneksel veya tamamlayıcı tıp olarak ta tanımlanan holistik tıpla ilgili analizler yer almaktadır.

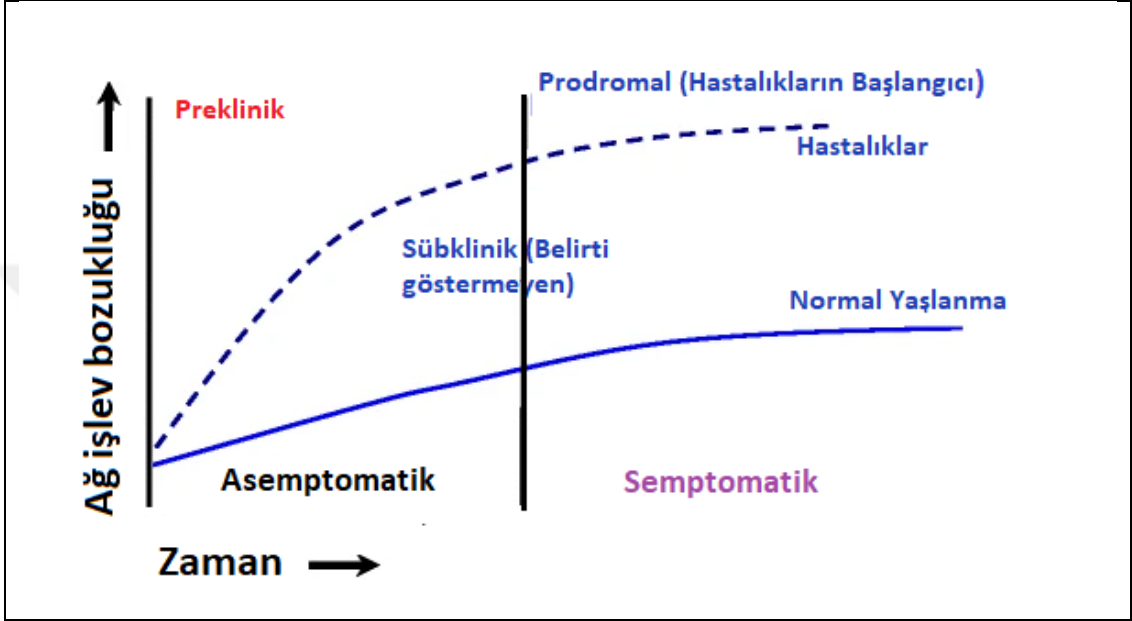
Maizes vd., (2002) çeşitli tanımları olan holistik tıbbı hasta ve hekim arasındaki ilişkiyi yeniden vurgulayan ve tamamlayıcı ve geleneksel tıbbın en iyilerini Batı kaynaklı konvansiyonel tıbbın en iyileri ile bütünleştiren tıp olarak tanımlarken, Gordon (1980) holistik tıbbı, hastaları fiziksel varlıklar olduğu kadar zihinsel, duygusal, sosyal ve ruhsal varlıklar olarak gören ve buna göre yaklaşan bir yöntem olarak tanımlamaktadır.

Ventegodt vd. (2016) kişinin fiziksel, duygusal, sosyal, ekonomik ve ruhsal ihtiyaçlarını, hastalığa tepkisini ve hastalığın öz bakım ihtiyaçlarını karşılama derecesine olan etkisini temel alan holistik tıp ve holistik sağlık hizmetlerinin Batı kaynaklı konvansiyonel tıbbın aksine bütüncül bir yaklaşım sergilediğini belirtmektedir.

Koopsen ve Young (2009) bazen eş anlamlı olarak kullanılan tamamlayıcı, alternatif ve holistik tıp kavramlarından (i) Tamamlayıcı tıp ile Batı kaynaklı konvansiyonel tıp ile birlikte kullanılan tıp, (ii) Alternatif tıp ile konvansiyonel tıbbın yerine kullanılan tıp ve (iii) Holistik tıp ile akıl-ruh ve beden sağlığını entegre eden tıbbi yaklaşımın anlaşılması gerektiğini vurgulamaktadır.

Fiandaca vd. (2017) molekül, hücre, organ, birey, aile, toplum ve doğayla birlikte bireyin içerisinde bulunduğu tüm ekosistemi içeren holistik yaklaşımın sistemsal bir bütünlüğü esas aldığını söylemektedir. Çevre, gıda, enfeksiyon benzeri dışsal (*ekstrinsik*) ve epigenetik, sinir, endokrin ve immünite benzeri içsel (*intrinsik*) etkiler sağlıkla ilintili ağlar üzerinde olumlu veya olumsuz etki göstererek bunları düzene sokabileceği gibi patobiyolojik arazların gelişmesine neden olabilmekte. Fiandaca vd., (2017) tarafından geliştirilen ve sağlıklı yaşamdan hastalığa geçişlerin sistematğine göre biyolojik ağlar sağlığı korumakla birlikte doku ve hücrelerde

yapısal ve işlevsel bozuklukların ortaya çıkış durumu, klinik öncesi aşamayla (preklinik) başlayıp sübklinik ve prodromal aşamaları geçtikten sonra hastalığın görünür hale geldiği aşamaya kadar devam etmektedir. Asemptomatik ve semptomatik geçiş dönemleri arasında bireylerin somatik değişiklikleri ve daha da önemlisi ağ işlev bozukluklarının klinik belirti ve/veya semptomlarını önceden algılaması ve anlaşılmasına gerek duyulmaktadır.



Şekil 2.2: Sistem Odaklı Sağlık Hizmetleri; Yarımın Holistik Paradigması

Kaynak: Fiandaca vd., (2017)

Cheema vd. (2016)'ne göre varlığını sürdürebilmesi için çeşitli işlevleri arasında koordineli ve zaman ayarlı etkileşim gerektiren insan fizyolojisindeki karmaşık biyolojik sistemler organizmanın homeostatik aktüatörlerini³³ değiştiren çeşitli dışsallıklardan doğrudan etkilenmektedir. Teşhis ve tedavinin başarılı olabilmesi için dışsallıkların dikkate alınması önerilmektedir.

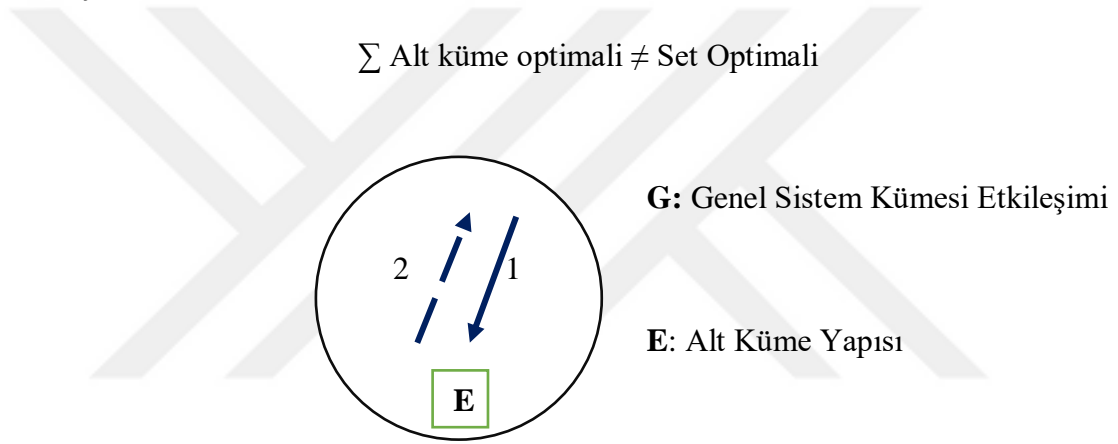
Federoff ve Gostin (2009) bu nedenle holistik sağlık yaklaşımının (sistem yaklaşımı) insan bedeninin bileşenlerinin zaman içerisinde birbirleriyle nasıl etkileşime girdiğini anlamaya odaklandığını, buna karşın redüksiyonist (indirgemeci) Batı kaynaklı konvansiyonel yaklaşımın sadece hastalık teşhis ve tedavisi ile yetinmesinin bir eksiklik olduğuna vurgu yapmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün, sağlığı, sadece hastalık ve sakatlığın olmayışı değil, aynı zamanda bedensel, zihinsel ve sosyal esenlik hali olarak tanımlaması ölçüt olarak

33 Hücrenin kendini dengelemesi

alındığı takdirde Batı kaynaklı konvansiyonel tıbbın ağırlıklı teşhis ve tedavi odaklı olması nedeniyle Güvenen'in küme teoreminde ortaya koyduğu küme optimalini sağlayamadığı görülmektedir.

Güvenen'in (2016) "Altküme Teoremi" holistik yaklaşımı bilimsel formülle açıklamaktadır. Teoreme göre bütünün parçalarının her birinin optimal düzeyde sağlıklı çalışması bütünün optimalini vermektedir. Altkümelerden (organlar, sosyal-psikolojik-mental-zihinsel hallerin her biri) herhangi birinin optimal altı çalışması durumunda bütünün/küme genelini optimale (tam esenlik haline) ulaşması mümkün olmamaktadır. İnsan bedeninin tüm organlarının ve hallerinin (alt kümeler) iyi olması insanın bedensel, ruhsal ve sosyal yönden tam bir iyilik ve esenlik haline ulaşmasının ön şartı olmaktadır.



Şekil 2.3: Genel Sistem Kümesi Etkileşimi ve Alt Küme Yapısı

Kaynak: Güvenen (2000)

Hawks (2004) mevcut konvansiyonel sağlık sisteminin genel olarak sağlığın çok boyutlu, dinamik ve işlevsel doğası ile uyum sağlamada başarısız kaldığını, fiziksel ve zihinsel sağlığa doğru uzanan bir dizi içsel ve dışsal etmenlere yeterince eğilmediğine işaret etmektedir.

Diğer yandan McKee (1988), kapitalist Batı modeli olan konvansiyonel tıbbı savunanların holistik tıp ile ilgili kritiklerinin temelsiz olduğunu, bunların analiz yöntemlerinde redüksiyonist (indirgemeci) yaklaşım sergilediklerini, holistik uygulamaların Batı tıbbı tarafından tam olarak kabul edilmemesinin nedenleri arasında holistik tıbbın Batı modeline ve model tarafından sunulan metalaştırılmış sağlık hizmetlerine karşı ağır eleştiriler getirmesinin yattığını ifade etmektedir.

Holistik sağlık yaklaşımının teoriden klinik uygulamaya geçişi, öncelikle sistem değişikliği gereksiniminin farkına varılmasını daha sonra da mevcut sağlık

çalışanlarının yeni eğitim programlarına tabi tutulmasını gerektirmektedir. Akıl, beden ve ruhun her birinin optimal işlev ve sağlığını birbirine entegre eden böyle bir program ancak transdisipliner bir yaklaşımla söz konusu olabilmektedir. Holistik yaklaşım aynı psikiyatrist George Engell'in biyopsikososyal modelinde olduğu gibi sağlık ve hastalık; psikolojik, biyolojik ve sosyal değişkenlerin karmaşık etkileşimleri sonucunda yapısallık kazanmakta ve hiç biri diğerinden ayrı sınıflandırılmamaktadır (Engel, 1977).

Fonksiyonel tıp yaklaşımı

Sağlıkta model arayışlarında sıklıkla tekrar edilen bir başka yaklaşım fonksiyonel tıp yaklaşımıdır. Jones ve Quinn (2016) fonksiyonel tıbbi hastalığın altında yatan nedenleri anlamak için asimetrik bilgi ilişkisi içerisinde olan hasta ve hekimlerin işbirliği yapmalarını öngören sistem odaklı bir yöntem olarak tanımlamaktadır. Bu yaklaşımda sadece patojenler üzerinden hastalık tanımlanmaz, hastalığın vücudun diğer organları ile olan bağlantısına bakılır, hekimler hastalarıyla daha uzun zaman geçirir, sadece semptomu değil kişiyi bütünüyle ele alır, geçmişlerini dinler, kronik hastalıkları etkileyebilecek genetik, çevresel ve yaşam tarzı değişkenleri arasındaki etkileşimlere bakar. Fonksiyonel tıp, Batı kökenli konvansiyonel tıptan daha gelişmiş, evrim basamağının üst seviyesini temsil etmektedir.

Sadece ABD'de son yüzyılda akut hastalıklardan kronik hastalıklara doğru dramatik bir geçiş görülmekte ve tüm Amerikalıların yarısından fazlasının bir veya daha fazla kronik hastalığı, 8 milyondan fazla kişinin beş veya daha fazla kronik hastalığı bulunmaktadır (Jones ve Quinn, 2016). ACLM'ye³⁴ göre ABD'de sağlık harcamalarının % 80'den fazlası önlenebilir kronik hastalıklar için tahsis edilmektedir.

Hastalığa odaklanmak yerine biyolojik sistemlere dengelerini yeniden kazandırmak suretiyle hem kaynak tasarrufu hem de bireyin sağlığını temin etmeyi amaçlayan yeni yaklaşımlar dünya genelinde yaygınlık kazanmaktadır. Örneğin Fonksiyonel tıp Türkiye'de artan tanınırlık kazanırken ABD'de oldukça yaygın ve geniş kitlelerce uygulanmaktadır (Jones ve Quinn, 2016).

Diğer yandan son yıllarda Çin, Hint, İran ve İslam geleneksel tıp uygulamaları da alan ve önem kazanmaktadır.

³⁴ American College of Lifestyle Medicine

Yenilikçi ürün ve kaynak arayışı: sağlık turizmi

Dünya genelinde artan sağlık harcamaları küresel yeni bir pazar meydana getirmiş bulunmaktadır. Sağlık turizmi olarak tanımlanan bu yeni pazar sağlık altyapısı iyi ve sağlık çalışanları yetkin olan ülkelerin odağını oluşturmaktadır. Küresel sağlık turizmi pazarından pay almak veya pazar payını artırmak isteyen ülkeler kendi sağlık sistemlerinde çeşitli güncellemelere yönelmişlerdir (Yılmaz, 2011).

Sağlık turizmi kavramını ilk kez kullanan kişi Goodrich olmuştur (Goodrich ve Goodrich, 1987). 1970 ve 80'lerde gelişen neo-liberal sağlık politikalarının etkisiyle küresel bir olgu haline gelen sağlık turizmi yurtiçi ve yurtdışında çeşitli araştırmalara konu edilmiş, pek çok tipoloji (Swarbrooke ve Horner, 2007), kavram ve tanımlamalar (Smith ve Puczkó, 2016) yapılmış; pazarlama (Baydaş, Ata ve Berdibek, 2021), sağlık ekonomisi (Çelik, 2019), kamu politikaları (Aydın, 2012), yöntem-bilim (Letunovska, Kwilinski ve Kaminska, 2020) başta olmak üzere çeşitli boyutlarıyla (Tengilimoğlu, 2020a); (Karaca, 2021); (Erdoğan-Tarakçı ve Uysal, 2020) ele alınmıştır.

Dünyada hızlı gelişen bir sektöre evrilen sağlık turizminin de dâhil olduğu turizm olgusu bilimsel açıdan ele alınan bir konu haline gelmiştir (Dinçer vd., 2007). Süreç içerisinde kapsama alanı genişleyen turizm olgusu sosyal bilimlerde yer alan birçok disiplinin araştırma konusunu oluşturmaktadır (Dalahmetoğlu ve Oktay, 2021). Odağı sağlık olan bu kavramı çevreleyen tanımlar ve sağlık turizminin kapsamı henüz netleşmemiş olmakla birlikte hem hizmet sektörünün hem de sağlık sektörünün ortasında bulunması nedeniyle her iki sektörün de kendi içindeki güçlü değişim dinamiklerinden etkilenmektedir (Gürler, 2021).

Turizm faaliyetine iştirak edenler üzerinde yapılan çeşitli araştırmalarda insanları turistik ziyaretlere teşvik eden ve yönlendiren etkiler araştırılmıştır (Dann, 1977). Ortaya koyduğu teoride itme ve çekme faktörlerini inceleyen Dann, itme faktörlerinde kişilerin egolarının rolü olduğunu, çekme faktörlerinde ise destinasyonda var olan imkânların etkin olduğunu savunmuştur. Dann'ın teorisine göre turist kaçış yapan kişidir. Bir görüşe göre; mevcut teorilerin, turizmin diğer disiplinlerle olan ilişkisini açıkladığını ancak kendi kendine yeten bir epistemolojik yapıya kavuşmadığını belirtmektedir (Gülcan, 2009).

Aynı şekilde Smith, turizm tanımlarının ilgiye bağılı olarak değişebildiğini ve gerçek, nesnel, evrensel ve bağımsız bir tanımının olmadığını ifade etmektedir (Smith, 1989). Bazı araştırmacılar turizmin henüz bir disiplin olarak teorik derinliğe ulaşmadığına işaret etmektedir (Cooper vd., 1993). Bir başka araştırmada turizme katılan kişilerin günlük yaşam etkinliklerinden kurtulmak istedikleri belirtilerek ek “Turist Farklılaşması” teorisini geliştirilmiştir (Graburn, 2004).

Sağlık turizmi alanında gerek Türkiye’de gerekse uluslararası alanyazında kavram kaymalarına işaret eden bazı araştırmacılar, sağlık turizmi kavramının bazı zamanlar tıp (medikal) turizmi bazı zamanlar SPA-Wellness ve termal turizmi için kullanıldığına işaret etmektedir (Yılmaz, 2011).

Sağlık turizmi kavramında, ilk çıktığı dönemle günümüzde geldiği nokta karşılaştırılırsa kavramın kapsam ve çerçevesinde genişlemeden söz etmek mümkündür. Daha önce sağlık ve tedavi amacıyla bulunduğu yerden başka bir yere yapılan seyahatler sağlık turizmi olarak tanımlanırken bu tanımın yeterli olmadığı ve gerçek olguyu yeterince tasvir edemediği düşüncesi gelişmeye başlamıştır. Bazı araştırmacılar, tedavi olmayı amaçlayan hastaların yanı sıra ortaya çıkabilecek hastalıkları önlemek isteyenlerin, estetik kaygısı olanların, ruhsal ve psikolojik çözüm arayanların ve hatta bütün bunları kültür gezisi kapsamında çok yönlü bir program çerçevesinde ele almak isteyenlerin yoğunlaştığı bir sektör olarak tanımlamaktalar (Ağaoğlu, Karagöz ve Zabun, 2019). Alınan sağlık hizmetinin boyutu, kapsamı, süresi gibi değişkenler tanımı etkilemektedir.

Araştırmacılar yaşam üzerinde doğrusal bir etkiye sahip olan sağlık hizmetlerinin tutarlılığı ve isabetliliğinin önemine işaret etmektedir. Hizmet kalitesini artırmak için hastaların beklentileri doğrultusunda hizmet sunmak ve beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki farkı ölçmek kişilerin memnuniyet seviyesini ortaya koymaktadır denmektedir (Yaşar, Baydaş ve Yalman, 2020).

Medikal / Tıp turizmi

Pek çok kavramda olduğu gibi Medikal Turizmin de tek genel geçer bir tanımı bulunmamaktadır. Lee ve Spisto (2007) medikal turizmi (i) *hastalık tedavisi* (kalp ameliyatı, kanser tedavisi, sağlık taraması, diş tedavisi, checkup, nöroşirurji, organ nakli) gibi nitelikli tıbbi müdahale gerektiren vakalar ve (ii) *estetik amaçlı* (liposuction, yüz gerdirme, göğüs büyütme-küçültme, saç ekimi) gibi kişiye özgü

sübjektif değerlendirmelerle ve özalgı sonucu yapılan müdahaleler şeklinde kategorize etmektedir.

Connell (2011) Medikal Turizmi, hastaların operasyon ve çeşitli invaziv (cerrahi) tedaviler için sınır ötesi yaptıkları seyahat olarak tanımlamakta ve Medikal Turizmin yükselişini post endüstriyel ekonomilerde sağlığın özelleştirilmesi, artan teknoloji bağımlılığı, sağlık imkânlarına erişimde eşitsizlik, sağlık hizmetleri ve turizmin artan küreselleşmesi, insanların fizyolojik görüntülerinde obsesyon derecesinde değişiklik yapma ve çekici görünme isteği ile açıklamaktadır.

Termal turizmi

Özel niteliklere sahip suların sağlık, eğlence ve tedavi amaçlı olarak kullanılmak üzere yapılan seyahatleri termal turizm olarak tanımlamak mümkündür.

Termal turizmin çeşitli alt kategorileri bulunmaktadır. Termo-mineral içeren suların basınç altında masaj, buhar duşları şeklinde yapılan *Hidroterapi*; Mağaraların içindeki mikro klima ortamları kullanılarak yapılan *Speleoterapi*; deniz suyu, çamuru ve yosunla yapılan *Talassoterapi*; termal gaz, su ve çamurlar ile yapılan *Balneoterapi*; organik maddeleri içeren çamurumsu maddelerle yapılan *Peloidtrapi*; açık havanın iyileştirici etkisiyle yapılan *Klimaterapi*; mineralli ve alkali suyla yapılan *İçme Kürleri*; mineralli su zerreleriyle yapılan *İnhalasyon terapisi* bunlardan bazılarıdır.

Global Wellness Institute (GWI)'nin 2015 yılında yaptığı bir araştırmaya göre dünya genelinde 109 ülkede termal/mineral içerikli sulara sahip 27.507 adet tesis tespit edilmiş olup bunların sahip oldukları ciro 51 milyar dolar ve oluşturdukları istihdam 1,4 milyon kişiye ulaşmış bulunmaktadır.

Tablo 2.4: Küresel Termal Turizm Verileri

2020 Dünya Sıralaması	Ülke	Termal Turizm Pazarı			Ortalama Yıllık Büyüme Oranı	
		Milyar Dolar (USD)			2017-2019	2019-2020
		2017	2019	2020		
1	Çin	\$ 17,5	\$ 21,03	\$ 12,32	% 9,6	% -41,4
2	Japonya	\$ 12,8	\$ 14,21	\$ 9,22	% 5,4	% -35,1
3	Almanya	\$ 7,15	\$ 7,78	\$ 5,19	% 4,3	% -33,3
4	Rusya	\$ 3,67	\$ 4,14	\$ 2,41	% 6,2	% -41,8
5	İtalya	\$ 1,72	\$ 1,79	\$ 1,01	% 2,2	% -44,0
6	Avusturya	\$ 0,96	\$ 0,99	\$ 0,66	% 1,5	% -33,3
7	ABD	\$ 0,63	\$ 0,80	\$ 0,62	% 12,8	% -23,0
8	Tayvan	\$ 0,43	\$ 0,53	\$ 0,49	% 10,8	% -7,9
9	Polonya	\$ 0,67	\$ 0,71	\$ 0,47	% 2,5	% -33,3
10	Brezilya	\$ 0,72	\$ 0,80	\$ 0,41	% 5,6	% -48,5
11	Çek Cum.	\$ 0,63	\$ 0,67	\$ 0,41	% 3,1	% -38,2
12	İspanya	\$ 0,68	\$ 0,80	\$ 0,41	% 8,3	% -49,0
13	Macaristan	\$ 0,79	\$ 0,91	\$ 0,36	% 7,3	% -60,3
14	İsviçre	\$ 0,48	\$ 0,54	\$ 0,35	% 6,1	% -34,8
15	İzlanda	\$ 0,43	\$ 0,53	\$ 0,35	% 11,1	% -34,4
16	Slovakya	\$ 0,44	\$ 0,50	\$ 0,34	% 6,8	% -33,0
17	Türkiye	\$ 0,67	\$ 0,65	\$ 0,31	% -1,5	% -52,0
18	Fransa	\$ 0,65	\$ 0,63	\$ 0,29	% -2,3	% -53,8
19	Slovenya	\$ 0,45	\$ 0,48	\$ 0,28	% 3,5	% -41,9
20	Romanya	\$ 0,33	\$ 0,50	\$ 0,26	% 23,6	% -49,0

Kaynak: GWI (2021)

Tabloda görüldüğü üzere Türkiye dünya termal turizm pazarından da hak ettiği payı alamamaktadır.

SPA-Wellness turizmi (Afiyet turizmi)

Afiyet tıbbı olarak da nitelendirilen Wellness kavramı ilk kez 1961 yılında Dr. Halbert Dun tarafından kullanılmıştır. Voigt, Brown ve Howat (2011), “Wellness Turizmi” kavramına ilişkin alanyazında bir tutarlılık bulunmadığını, “Sağlık Turizmi”, “Medikal Turizm”, “Bütünsel Turizm”, “Esenlik Turizmi” ve “Kaplıca Turizmi” kavramlarının birbirlerinin yerine kullanıldığını, hâlbuki bu kavramların çoğu zaman farklı anlam ve alanlarla ilgili olduğunu belirterek Wellness turistlerinde üçlü bir tipoloji yaparlar. Bunlar (i) Güzellik arayan SPA gezginleri, (ii) Lifestyle tatil köyü gezginleri ve (iii) Ruhsal inziva arayan gezginler.

Diğer Sağlık Turizmi türevlerinde olduğu gibi Wellness Turizminde de görüşler oldukça farklı olabilmektedir. Smith ve Kelly (2006) wellness’i beden, akıl ve ruh arasındaki bir uzlaşma ve barış olarak görürken Connell (2006) psikolojik esenliği artırmak için vücudu güzelleştirme eylemi olarak tanımlamaktadır.

Wellness konusunda sayısız yaklaşım farkına rağmen üzerinde uzlaşılan unsurlar sağlığın artık vücudun salt fiziksel iyilik halinde olması olarak tanımlanamayacağıdır. Saracci (1997), bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü'nün sağlığı “yalnızca hastalık veya sakatlığın bulunmayışı değil fiziksel, zihinsel ve sosyal yönden tam bir iyilik hali “ olarak çokça atıfta bulunulan tanımını sorunlu bulmaktadır. Bir kişinin gayet sağlıklı olabileceğini ama bu durumun kesin mutluluk getirmesinin beklenemeyeceğini, duygular, tutkular, kişisel değer yargıları, yaşamın anlamına ilişkin değerlendirmeler, varoluşsal sorunların dikkate alınması gerektiği vurgulanmaktadır. Global Wellness Institute (2021) wellness'i bütüncül bir sağlık durumuna götüren faaliyetlerin, tercihlerin ve yaşam tarzlarının çabası olarak tanımlamaktadır. Bu tanımın 2 önemli boyutundan ilkinde göre sağlık, pasif veya statik bir olgu olmayıp daha çok niyet, tercih ve eylemlerle doğrusal bir ilişkisi olan aktif uğraşı gerektirmektedir. İkincisi sağlıklı yaşam bütünsel sağlıkla bağlantılı olup fiziksel sağlığın ötesinde zihinsel, duygusal, ruhsal, sosyal ve çevresel boyutları da içermektedir.

Tablo 2.5: Küresel Wellness Ekonomisi

2020 Dünya Sıralaması	Ülke	Wellness Ekonomik Hacmi			Ortalama Yıllık Büyüme Oranı	
		Milyar Dolar (USD)			2017-2019	2019- 2020
		2017	2019	2020		
1	ABD	\$1.198,1	\$1.409,7	\$1.215,7	% 8,5	% -13,8
2	Çin	\$ 583,2	\$ 700,2	\$ 682,7	% 9,6	% -2,5
3	Japonya	\$ 288,6	\$ 323,0	\$ 303,6	% 5,8	% -6,0
4	Almanya	\$ 224,4	\$ 244,4	\$ 223,9	% 4,4	% -8,4
5	İngiltere	\$ 149,6	\$ 167,8	\$ 158,4	% 5,9	% -5,6
6	Fransa	\$ 136,9	\$ 150,5	\$ 133,1	% 4,8	% -11,6
7	Kanada	\$ 90,0	\$ 104,2	\$ 95,1	% 7,6	% -8,8
8	Güney Kore	\$ 90,0	\$ 101,8	\$ 94,1	% 6,4	% -7,5
9	İtalya	\$100,9	\$ 107,5	\$ 91,8	% 3,2	% -14,5
10	Avustralya	\$ 81,3	\$ 91,0	\$ 84,4	% 5,8	% -7,3
11	Brezilya	\$122,9	\$112,6	\$ 82,6	% -4,3	% -26,6
12	Hindistan	\$ 69,9	\$ 87,3	\$ 77,6	% 11,8	% -11,2
13	Rusya	\$ 78,6	\$ 86,8	\$ 71,4	% 5,1	% -17,7
14	İspanya	\$ 69,9	\$ 74,9	\$ 62,6	% 3,5	% -16,4
15	Meksika	\$ 52,9	\$ 60,4	\$ 46,5	% 6,8	% -23,1
16	Hollanda	\$ 36,4	\$ 40,3	\$ 41,0	% 5,2	% 1,7
17	Tayvan	\$ 36,8	\$ 39,1	\$ 38,4	% 3,0	% -1,8
18	İsviçre	\$ 39,6	\$ 44,6	\$ 38,2	% 6,2	% -14,4
19	Endonezya	\$ 34,9	\$ 40,6	\$ 36,4	% 7,9	% -10,3
20	Türkiye	\$ 39,4	\$ 39,9	\$ 34,6	% 0,6	% -13,4
TOPLAM		\$ 3.524,30	\$ 4.026,60	\$ 3.612,10	% 5,39	% -10,83

Kaynak: GWI (2021)

Tabloda görüldüğü üzere Türkiye dünya Wellness pazarından en alt düzeyde pay alabilmektedir. Diğer yandan Enstitünün 2020 verilerine göre küresel Wellness ekonomisi 4,4 trilyon dolarlık bir pazar hacmine ulaşmış bulunmaktadır. Bunun 955 milyar doları kişisel bakım ve güzellik, 946 milyar doları sağlıklı yeme-içme, 788 milyar doları fiziksel etkinlik, 413 milyar doları tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları, 131 milyar dolar zihinsel wellness, 68 milyar doları SPA sektöründe gerçekleşmiştir (Global Wellness Institute, 2021).

İleri yaş / 3. Yaş turizmi

Diğer sağlık turizmi türevlerinde olduğu gibi İleri Yaş / 3. Yaş Turizmi hakkında da çeşitli teoriler, kavramlar ve yaklaşımlar bulunmaktadır. 20. Yüzyıl başlarında ABD’de küçük bir grup bilim insanı yaşlanmayla ortaya çıkan fizyolojik ve patolojik komplikasyonların ötesinde yaşlanma olgusunu “holistik” bir yaklaşımla ele alma ihtiyacı hissetmişlerdir. Patoloji, embriyoloji, immünoloji gibi çeşitli alanlarda uzmanlaşan ve daha sonra hayatının belli bir aşamasından sonra yaşlanma olgusu ile ilgilenmeye başlayan çok yönlü bilge (âlim) Eli Metchnikoff 1903 yılında yazdığı “*İnsanın Doğası*” ve 1908 yılında yazdığı “*Yaşamın Uzatılması*” adlı çalışmalarıyla sindirim sistemindeki mikropların “*yaşlılığın hastalıklı doğasının*” oluşmasına neden olduğuna yönelik teori geliştirmiştir. Nobel ödüllü Metchnikoff’un izinden yürüyen ABD’li L. Nascher 1914 yılında yaşlı bilimi üzerine yayınladığı “*Geriatrics*” isimli çalışmasıyla yaşlanma olgusuna farklı bir boyut kazandırmıştır. Takip eden yıllarda Stanley Hall tarafından yazılan (Tayler, 1922) çığır açıcı “*Senescence*”; Birren (1959) tarafından yazılan “*Handbook of Aging and the Individual*”; anatomist Edmund Vincent Cowdry vd. (1952) tarafından derlenen “*Problems of Aging*” isimli çalışmalar yaşlanma ve yaşlılık üzerine yazılan en temel eserleri oluşturmaktadır. Yaşlanma ve Stres Teorisi, Yaşlanma ve Biyolojik Etmenler Teorisi, Nöropsikoloji ve Yaşlanma Teorileri, Bilişsel Teoriler, Geriatrik Yaklaşımlar, Kamu Politikaları ve Yaşlanma benzeri yaşlanma ve yaşlılığı ele alan oldukça fazla çalışma ve kuramlar bulunmaktadır.

Aşağıdaki tablodan anlaşılacağı üzere dünya genelinde yaşlı nüfusun genel nüfus içerisindeki oranlarında ciddi artış meydana gelmiştir. Gelişmiş ülkelerin yaşlı nüfus oranlarının gelişmekte olan/geçiş dönemi ekonomilerine göre yüksek seviyelere ulaştığı görülmektedir.

Tablo 2.6: Seçili Ülkelerde 65 ve Üstü Yaşlı Nüfus Oranları

Ülke	Nüfus (Milyon)	Yaşlı Nüfus Oranı	GSYİH (Milyar USD)	Kişi Başı Gelir USD	Doğumda Beklenen Yaşam Süresi		
					Erkek	Kadın	Fark (Yıl)
Japonya	125,8	% 28,8	\$ 5.045,1	\$ 38.903	81,6	87,7	6,1
İtalya	59,6	% 23,4	\$ 1.884,9	\$ 32.649	80,1	84,7	4,6
Almanya	83,2	% 21,9	\$ 3.843,3	\$ 44.637	79,0	83,7	4,7
Fransa	67,4	% 20,6	\$ 2.624,4	\$ 40.054	79,2	85,3	6,1
İspanya	47,4	% 19,6	\$ 1.280,5	\$ 28.197	79,7	85,1	5,4
Hollanda	17,4	% 19,6	\$ 913,1	\$ 48.800	79,8	83,1	3,3
İsviçre	8,6	% 18,7	\$ 751,9	\$ 83.700	81,1	85,2	4,1
İngiltere	67,2	% 18,6	\$ 2.709,7	\$ 40.350	78,4	82,4	2,4
Kanada	38,0	% 18,0	\$ 1.644,0	\$ 45.192	80,0	84,2	4,2
Norveç	5,38	% 17,7	\$ 362,0	\$ 67.294	81,6	84,9	3,3
ABD	329,5	% 16,9	\$20.893,8	\$ 59.886	75,5	80,2	4,7
Avustralya	25,7	% 16,3	\$ 1.359,4	\$ 55.915	80,9	85,0	4,1
G. Kore	51,8	% 15,7	\$ 1.638,3	\$ 31.601	80,3	86,3	6,0
Rusya	144,1	% 15,7	\$ 1.478,6	\$ 10.724	68,2	78,2	10,0
Çin	1.402,1	% 12,0	\$14.866,7	\$ 8.760	74,8	79,2	4,4
Brezilya	212,6	% 9,8	\$ 1.444,7	\$ 9.978	72,2	79,6	7,4
Türkiye	84,3	% 9,3	\$ 719,9	\$ 8.539	75,9	81,3	5,4
Meksika	128,9	% 7,6	\$ 1.073,9	\$ 9.343	72,2	78,0	5,8
Endonezya	273,5	% 6,7	\$ 1.059,6	\$ 3.885	69,6	74,0	4,4
Hindistan	1.380,0	% 6,6	\$ 2.660,2	\$ 1.981	68,5	71,0	2,5

Kaynak: Çizelge IMF-OECD-Dünya Bankası (2021) verileri temel alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur

Tabloda görüldüğü üzere Türkiye 65 yaş ve üstü kişilerin genel nüfus içerisindeki oranı yönüyle (%9,3) diğer ülkelerden düşük gibi görünce de oldukça hızlı yaşlanan bir nüfus yapısına sahip bulunmaktadır. Dünya genelinde ileri yaş ve engelli turizmi doğumda beklenen ortalama yaşam süresinin artması, gelirlerin yükselmesi, yaşam standartlarının artması, ulaşım ve iletişim imkânlarının gelişmesi, emeklilikle birlikte boş zamanın olması gibi etmenler nedeniyle dünya genelinde 3. Yaş pazarı olarak nitelendirilen bir pazar ortaya çıkmıştır.

Aktif yaşlanma, sağlıklı yaşlanma, sosyal katılımcı yaşlanma benzeri kavramlarla yaşlanmanın sosyal yaşamdan uzaklaşma olarak algılanmasının önüne geçilmesi ve 65 yaş ve üstü grubun daha anlamlı bir yaşam sürmeleri hedeflenmektedir. Ekonomik gücü olan bu grubu keşfeden ülkeler 3. Yaş Turizmi kapsamında altyapı yatırımlarına yönelmektedir.

2.1.2.5 Türkiye’de sağlık turizminin ortaya cıkışı

Türkiye’de 1990’lı yıllardan itibaren sınırlı bilinen sağlık turizmi 2000’li yıllardan itibaren ÷lke gündemine girmeye ve kurumların dikkatini çekmeye başlamıştır. 2005-2010 arası kamu, özel sektör ve Sivil Toplum Kuruluşlarında sağlık turizmi farkındalığının yerleşmeye başladığı dönemdir.

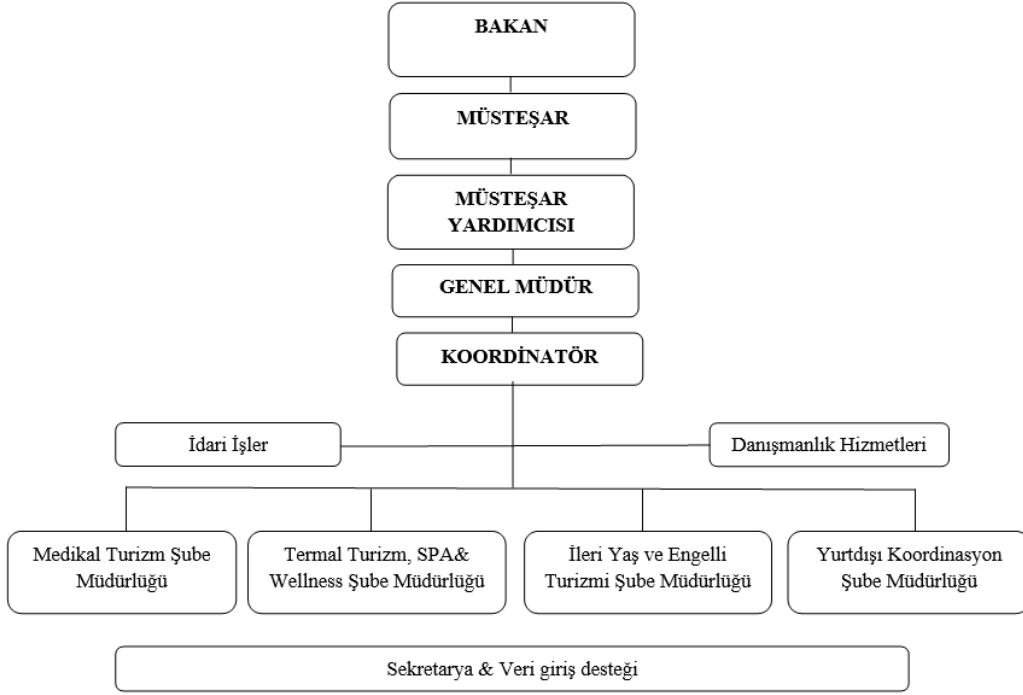
31 Mart 2010 tarih ve B100TSH000000 Sayı ile Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri bünyesinde “Sağlık Turizmi Koordinatörlüğünün” kurulması ve motivasyonlu bir ekibin görevlendirilmesi Türkiye sağlık turizmi sektöründe bir dönüm noktası teşkil etmektedir.

Bu bağlamda Türkiye’de kamu koordineli ilk planlı çalışmanın Sağlık Turizmi Koordinatörlüğünün kuruluşuyla başladığı söylenebilir. Koordinatörlük; sağlık turizmi alanında yapılan çalışmaların tek elden yürütülmesi, denetlenmesi, sağlık turizmi araştırmalarının geliştirilmesi, ÷lke genelinde sağlık turizmi programlarının uygulanması ve sağlık turizmi hizmetlerinin standardize edilmesi amacıyla 210 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile değişik 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname’nin 9. Maddesi doğrultusunda yasal bir zemine oturtulmuştur (Yılmaz, 2010).

Koordinatörlük, çalışmalarını önce Medikal Turizm, Termal Turizm, SPA- Wellness Turizmi, Yurtdışı Koordinasyon ve İleri Yaş ve Engelli Turizmi şeklinde sınıflandırmış, takip eden yıllarda sınıflandırmalarda güncellemelere giderek Yurtdışı Koordinasyon Birimini organizasyon şemasından çıkartmıştır.

Dönemin Bakanı tarafından sağlık turizmine verilen önem çerçevesinde Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’ne bağlı bir birim olarak yapılandırılmış olmasına rağmen doğrudan müsteşar ve müsteşar yardımcıları ile irtibatlı çalışmakta ve zaman zaman Bakan seviyesinde koordinasyon yürütölmekteydi.

Kurulduğu dönemde kurgulanan sağlık turizmi koordinatörlüğü organizasyon şeması aşağıda yer almaktadır:



Şekil 2.4: Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi Birimi İlk Organizasyon Şeması

Kaynak: Yılmaz (2010)

Koordinatörlüğün kuruluş görevleri arasında yer alanlar: sağlık turizmiyle ilgili mevzuat çalışmaları, sağlık turizmi hizmeti sunacak sağlık kurum ve kuruluşlarının planlamasını yapmak, bu kurumlara gerekli izinleri vermek ve sağlık hizmetleri açısından değerlendirmek, ilgili kurum ve kuruluşların kayıtlarını tutmak, planlamak, termal turizmi konusunda ilgili kaplıcaları, içme merkezleri ve iklim kür merkezlerini değerlendirmeye tabi tutmak, yaşlı ve engelli turizmde konaklama ve sağlık merkezlerini değerlendirmeye tabi tutmak, sağlık personelinin eğitimini organize etmek, sertifika vermek, Türkiye'ye tedavi amaçlı gelen hastaların kabul ölçütlerini oluşturmak, talep ve şikâyetlerini incelemek, sağlık turizminde ilgili resmi kurumlar ve Bakanlıklar arasında iletişim ve koordinasyonu sağlamak, yurtdışında yaşayan Türk vatandaşlarının Türkiye'de tedavi olma ve yaşlılıklarını geçirme konusunda ön çalışmalar yapmak, yurt içinde ve yurt dışında sağlık turizmiyle ilgili kişi, kurum ve kuruluşlardan bilgi, görgü ve teknolojik açıdan faydalanılması için çalışmalarda bulunmak.

Daha sonraki dönemlerde bu çalışmalara ekleme çıkarma yapılarak güncellenmiştir. Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü bir yanda Türkiye içerisinde sağlık turizmi çalışmalarını tek elden koordine edip gerekli yasa, mevzuat, inovatif projeler, araştırmalar, raporlar, diğer kamu kurumlarıyla eşgüdüm çalışmaları yaparken diğer

yandan da Türkiye sağlık turizmi potansiyelini yurtdişında tanıtım ve pazarlamak amacıyla pek çok etkinlik ve çalışmalar yapmıştır. 2008 ile 2018 yılları arasında 8 adet Uluslararası Sağlık Turizmi Kongreleri düzenlemiş (Atilla, 2020), Sağlık Turizmi Derneği kurdurularak kongre ve araştırma benzeri bazı faaliyetler bu dernek üzerinden yürütölmüştür.

Ulusal ve uluslararası Bakan, Bakan Yardımcıları, Müsteşarlar, Milletvekilleri, Rektörler, bilim insanları, basın, uzmanlar gibi üst düzey katılımlı geçen kongreler Türkiye’de ve uluslararası alanda Türkiye Sağlık Turizminin tanıtımında ve gündem oluşmasında çok etkin olmuştur.

Koordinatörlük tarafından organize edilen kongreler;

- o Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresi, Antalya (14-17 Mart 2008);
- o II. Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresi, Antalya (27 şubat-2 Mart 2009);
- o III. Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresi, İstanbul (03-06 Aralık 2010);
- o IV. Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresi, İstanbul (28-31 Ekim 2011);
- o V. Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresi, Ankara (18-21 Kasım 2012);
- o VI. Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresi, İstanbul (22-25 Kasım 2013);
- o VII. Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresi, İstanbul (18-21 Kasım 2015);
- o VIII. Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresi, Kuşadası Aydın (3-6 Mayıs 2018).

Bu kongrelerin yanı sıra;

- o 6 Mayıs 2011 tarihinde İstanbul’da Sağlık Turizminde Stratejik, Bölgesel Gelişmeler ve Teşvikler Sempozyumu;
- o 19-23 Nisan 2013 tarihinde İzmir’de Dünya Sağlık ve 3. Yaş Turizmi Kongresi;
- o 18-22 Ekim 2016 tarihinde Ankara’da Global Sağlık Turizmi Zirvesi ve Fuarı (Health Sumex) benzeri çeşitli farklı etkinlikler düzenlenmiştir.

Ayrıca Koordinatörlük çeşitli Ar-Ge çalışmalarını yapmış, rapor ve kitaplar yayınlamıştır. Bunlardan bazıları;

- o Medikal Turizmi Yurtdişi Araştırması (2010),
- o Sağlık Turizmi 2010 Yılı Faaliyet Raporu (2010),
- o Turizm Sağlığı El Kitabı (2011),

- Dünyadaki Sağlık Serbest Bölgelerinin Çalışması Usul ve Esaslarının Araştırılması ve Raporlanması (2011),
- Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Uygulama Rehberi (2011),
- Türkiye’de Medikal Turizmin Geleceği (2011),
- Türkiye’de Sağlık Turizmi Çalışmaları (2011),
- Türkiye’de Sağlık Turizmi Sunumu (2011),
- Sağlık Bakanlığı 2010-2014 Stratejik Eylem Planı (2012),
- Türkiye Sağlık Turizmi El Kitabı (2012),
- Sağlık Turizminde Süreçler ve Aracı Kuruluşlar Araştırma Raporu (2012),
- Yabancı Hastalara Türk Hastanelerinde Sunulacak Sağlık Hizmetleri Süreçlerinin Planlanması ve Standardize Edilmesi (2012)
- Sağlık Turizmi 2012 Faaliyet Raporudur (2013).

Sağlık turizminin, Sağlık Bakanlığının Stratejik Eylem Planına girmesi (Sağlık Bakanlığı, 2012) ve sağlık turizmi ile ilgili ilk mevzuat değişikliği (2011/14) önemli kırılma noktalarından biri olarak değerlendirmektedir. Türkiye’de Sağlık Turizmi alanında yapılan bu hızlı ve ses getirici çalışmalar Dünya Sağlık Örgütünün dikkatini çekmiş ve Örgütün yayınlarda Koordinatörlüğe yer verilmiştir (Aydın, 2012).

Bakanlığının örgütsel yapısına ilişkin değişikliklerin yer aldığı 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığının sağlık turizmine yönelik yetki ve yapılanması farklı bir boyut kazanmıştır. Kamu ve hükümetin Sağlık Turizmine ilgisi bununla da kalmamış hükümet programında da yer verilmiştir. 10. Kalkınma Planında (2014-2018) Sağlık Turizmi, Öncelikli Dönüşüm Programları Listesinde 17. sıradan öncelikli alan olarak ilan edilmiştir. Bu programla; son yıllarda sağlık alanında kaydedilen gelişmelerle birlikte Türkiye’nin sahip olduğu potansiyel değerlendirilerek medikal turizm, termal turizm ve ileri yaş ve engelli turizmi alanında hizmet kalitesinin artırılması ve küresel sağlık turizmi pazarından daha fazla pay alınması hedefleri ortaya konmuştur (Kalkınma Bakanlığı, 2013).

Sağlık turizmi çalışmaları başlangıçta Bakanlık bünyesinde kurulan Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü ve Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı tarafından yürütülürken daha sonra bu görev önce 2 Şubat 2016 yılında kurulan SATÜRK’e devredilmiş, 3 yıl sonra SATÜRK lağvedilerek yetki ve görev 04.02.2019 tarihinde kurulan kısa adı USHAŞ olan Uluslararası Sağlık Hizmetleri A.Ş. uhdesine verilmiştir.

Özel sektör yaklaşımına uygun olarak çalışan USHAŞ'ın görev kapsamına giren konular: (i) Sağlık turizmi, (ii) İlaç, cihaz ve tıbbi malzeme ihracatı, (iii) Sağlık bilgi sistemleri ve sağlık yönetimi ihracatı, (iv) Sağlık finansmanı ve kamu-özel sektör iş Birlikleri ve (v) Sağlık meslek eğitimi.

Kamu eliyle yürütülen çalışmaların özel sektör yaklaşımı ile yürütülmesinin ne denli verimli olduğu veya olacağı zaman içerisinde ortaya çıkacak veriler temelinde yapılacak analizlerle daha iyi bir değerlendirmeye tabi tutulabilecektir.

Türkiye'de son yıllarda Sağlık Turizmi alanında yapılan araştırma ve çalışma sayısında önemli artış olduğuna, sağlık turizminin geliştirilmesi konusunda Sağlık Bakanlığının önemli adımlar attığına, bu konuda birimler oluşturup yönetmelikler çıkarttığına, uluslararası kongrelerin düzenlenmesine öncülük ettiğine, üniversitelerde sağlık turizminin müfredata konduğuna işaret eden Tengilimoğlu (2020) bu çalışmaların bütüncül bir bakış açısıyla yapılmadığını belirtmektedir.

Yasa ve mevzuatlar

Türkiye'de sağlık turizmine yönelik yasa ve mevzuatlar;

- 2011 tarih ve 41 sayılı Sağlık Turizm ve Turistin Sağlığı Kapsamında Sunulacak Sağlık Hizmetleri Genelgesi (2011/25541 sayılı yönerge ile kaldırılmıştır).
- 2011 tarih ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname (49. Madde Sağlık Serbest Bölgelerinin Kurulmasına Dairdir).
- 2011 tarihli Sağlık Serbest Bölgeleri Yönetmeliği Taslağı.
- 2011 tarihli Özel Hastaneler Yönetmeliği.
- 2011 tarih ve 46233 sayılı Kaplıcalar Yönetmeliği.
- 2012 tarih ve 4 sayılı Döviz kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Tebliğ.
- 2012 tarih ve 6322 sayılı Sağlık Turizminde Gelir ve Kurumlar Vergisi İndirimi Tebliği.
- 2013 tarih ve 25541 sayılı Sağlık Turizm ve Turist sağlığı Kapsamında Sunulacak Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönerge (Bakan Onayı ile).
- 2013 tarihli Konaklama Tesisleri Bünyesinde Kurulacak Sağlık Tesisleri Genelgesi.

- 2015 tarih ve 8 sayılı Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Karar.
- 2015 tarih ve 8 sayılı Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Karar'ın Uygulama Usul ve Esasların İlişkin Genelge.
- 2017 tarih ve 301 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan Uluslararası Sağlık Turizm ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik.
- 2018 tarih ve 7146 sayılı Askerlik Kanunu İle Diğer Bazı Kanunlarda ve 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun (USHAŞ'ın kuruluş kanunu)
- Termal Kür Şehirleri, Kür Merkezleri ve Rehabilitasyon Klinik Oteller Yönetmeliği.
- Sağlık Turizmi ve Turist Sağlığı Kapsamında Sunulacak Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönetmelik.
- Aracı Kurumlar ve Sağlık Turizmi Süreçleri Mevzuat Taslağı.
- Sağlık Turizmi Aracı Kurumlar Yönetmeliği.

Türkiye istatistiksel verileri

Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemine (ADNKS) göre 2022 yılında 85 milyon 279 bin 553 kişiye ulaşan eğitimli ve yetişkin nüfusu, yetkin sağlık personeli ve sağlık altyapısı, çevre ülkelerden ulaşım kolaylığı, doğal/termal kaynakları ve stratejik konumuyla Türkiye sağlıkta bölgesel çekim merkezi olmaya aday bir ülkedir.

Maden Tetkik Arama Kurumunun verilerine göre Türkiye'de sıcaklıkları 20-110 derece arasında, debileri 2 ile 500 litre arasında olan 1500 civarında doğal kaynaklı su bulunmaktadır (Tontuş, 2012). Smith ve Puczkó (2008) Türkiye'nin sayı ve nicelik yönünden dünyada ilk yedi ülke arasında yer aldığını belirtmektedir. Sahip olduğu bu potansiyelin, elde ettiği termal turizm girdileri ile ne denli uyumlu olduğu aşağıdaki veriler temelinde değerlendirildiğinde potansiyel olarak 7. sırada olan Türkiye gelir olarak oldukça aşağıda 17. sırada bulunmaktadır. Bunun nedenleri ayrı bir araştırma konusudur.

4,5 trilyon dolarlık bir hacme ulaşan dünya wellness pazarında Türkiye'nin Wellnes ekonomik büyüklüğü 2020 yılında 34 milyar dolar civarında seyretmektedir. 2017-2019 arası döneme göre Pandeminin etkisiyle % 13,4 oranında bir gerileme meydana gelmiştir.

2022 yılı verilerine göre Türkiye’de “Konaklamalı Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmelikleri kapsamında faaliyet yürüten Sağlık Bakanlığına ait 46, üniversite hastanelerine ait 31 adet Geleneksel Tamamlayıcı ve Fonksiyonel Tıp (GETAT) uygulama merkezleri yer almaktadır. Merkezlerde Sağlık Turizmi kapsamında gelenlere ilişkin ayrıntılı veri ve bilgilere rastlanılamamıştır.

Türkiye’de bu alanda bulunmak ve dünya 3. Yaş turizminden pay almak istemekle birlikte bu konuda henüz bütüncül bir politika ve altyapı çalışmaları konusunda yeterli veri bulunmadığı için sağlıklı bir değerlendirmede bulunmak mümkün olamamaktadır.

Sağlık Bakanlığının 2023 verilerine göre sağlık turizmi yapmak üzere yetkilendirilmiş 611 hastane, 158 tıp merkezi, 1172 muayenehane ve 772 diğer tesisler (ADSM vb.) olmak üzere toplam 2713 sağlık tesisi yabancı hastalara hizmet sunmaktadır.

Türkiye’yi ilk veri yılı 2003’te 103 bin 403 yabancı ve 36 Bin 568 yurtdışında yaşayan Türk vatandaşı olmak üzere toplam 139 bin 971 kişi sağlık ve tıbbi amaçlarla ziyaret ederken 2019 yılında bu sayı 701 bin 046 olup bunun 101 bin 567’si yurtdışında yaşayan Türk vatandaşlarından meydana gelmektedir.

Pandeminin de etkisiyle 2020 yılında gelen sağlık turisti sayısında (407 bin 423) düşüş gözlenirken elde edilen gelir 1 milyar 164 bin 779 dolar olmuştur. 2021 yılında yeniden toparlanmaya başlayan sağlık turizminde sağlık turisti sayısı 670 bin 730 kişiye ulaşmıştır. 2022 yılında ikiye katlanan sağlık turisti sayısı 1 milyon 258 bin 382 kişiye, elde edilen gelir 2 milyar dolara yaklaşmıştır (USHAŞ, 2021).

2003 ile 2019 verileri karşılaştırıldığında Türkiye’ye gelen sağlık turisti sayısının katlanarak arttığı görülmektedir (%373). Aynı şekilde yurtdışında yaşayan Türk vatandaşlarının da sağlık turisti olarak sayıları oldukça hızlı artmıştır. 2003 ve 2019 karşılaştırmasında Türkiye’ye sağlık ve tıbbi amaçlarla gelenlerin sayısında %178’lik bir artış görülmektedir. 2019 verilerine göre normal bir turist ortalama 666 Dolar harcarken bir sağlık turisti ortalama 1.608 Dolar ile normal turistin 2,5 katı harcama yapmaktadır (“TÜİK,” 2021b).

Tablo 2.7: Türkiye'ye Gelen Sağlık Turisti Sayısı ve Elde Edilen Gelirler

YIL	Yabancı Hasta	Yurtdışında Yaşayan Türk Vatandaşları	TOPLAM	Elde Edilen Gelir (USD) X 1000	Kişi Başına Harcama (USD)	Genel Ziyaretçi Sayısına Oranı	Genel Turizm Gelirlerine Oranı
2003	103.403	36.568	139.971	203.703	1.455	% 0,9	% 1,47

Kaynak: TÜİK (2021)

2024 hedefleri arasında 2,5 milyon sağlık turisti ve 9,5 milyar Dolar gelir hedefleri belirlemiş olan Türkiye'nin iki yıl gibi kısa bir sürede 2022 verilerine göre 1 milyon 258 bin olan sağlık turisti sayısını 2,5 milyona, 2 milyar dolar olan sağlık turisti gelirini 9,5 milyar dolara çıkarma hedefi soru işaretlerine yol açmaktadır.

Diğer yandan özellikle İleri Yaş ve 3. Yaş Turizmi için önem taşıyan yatak sayısı bakımından Türkiye'de her bin kişiye düşen 2,9 yatak sayısı ile OECD ülkeleri arasında ortalamanın biraz altında yer almaktadır. Japonya (%12,8) ve Avustralya (%12,4) ile üst sıralarda yer almaktadır. Almanya %7,9 ve Avusturya %7,2 ile sırayı takip etmektedir ("TÜİK," 2021b).

Bu sayıları yorumlarken sağlık hizmetinden yoğun bir şekilde yararlanan yaşlı nüfusun dikkate alınması gerekmektedir. 65 yaş ve üstü nüfus oranı Japonya'da %28, Almanya'da %23 olan grubun daha çok yatak kapasitesine, daha çok sağlık personeline ve daha çok sağlık kurumuna gereksinim duyduğu dikkate alınmalıdır. Türkiye'de 65 yaş ve üstü %9,5 olan yatak kapasitesi ve sağlık personeli sayılarını bu veriler ışığında yorumlamak gerekmektedir.

Türkiye sağlık turizminin dünya sağlık turizminde sağlam bir pazar payına sahip olduğunu destekleyecek detaylandırılmış katmanlı istatistiksel verilere gereksinim bulunmaktadır.

2.2 Serbest Bölge

Bu bölümde Sağlık Serbest Bölgesinin temel kavramlarından ikincisini oluşturan "serbest bölge" kavram, tür ve uygulamaları araştırmayla ilintisi oranında incelenmiştir. Zaman ve mekân değişkenlerinin etkisi altında çeşitli şekil, içerik ve boyut alan serbest bölgelerin günümüze kadar olan gelişim aşamaları aşağıda olabildiğince kronolojik sıralamayla ele alınmış, akabinde serbest bölgelerin türleri, sınıflandırmaları, yerel ve ulusal etkileri, Türkiye'de kurulan serbest bölgeler temelinde kavramsal çerçevesi incelenmiştir.

2.2.1 Tarihsel arka plan

Serbest bölgelerin ilk kez ne zaman kurulduğuna yönelik kesin tarihi bilgiler bulunmamaktadır. İlk işaretlerinin görüldüğü yerler olarak Kuzey Afrika'da Cezayir'in Akdeniz kıyıları öne çıkmaktadır. Günümüzde ulaşılmış olduğu içerik ve işlevin ilk prototipleri olarak görülebilecek bu yerler aksi ispat edilene kadar serbest bölgelerin atası olarak görülmeye devam edecektir.

2.2.1.1 Kartaca serbest bölge uygulaması

Serbest Bölgelerin temelini oluşturan Kuzey Afrika kentlerinden Sur ve Kartaca M.Ö. 1000'li yıllarda dönemin Serbest Şehirleri olarak bir transit merkezi haline gelmişlerdir. Antik Mısır medeniyeti ile yoğun ekonomik, ticari, kültürel ve siyasi ilişki içerisinde olan başta Doğu Akdeniz olmak üzere tüm Akdeniz havzasında gemilerle ticaret yapan Fenikeli tüccarların kurduğu Kartaca ve Sur liman kentleri serbest bölgelerin ilk temellerinin atıldığı yerlerdir. Yetki alanları içerisinde bulunan yerlere yük götüren gemileri ve tüccarları kendi limanında aktarma yapmaya zorlaması nedeniyle Sur ve Kartaca limanlarının tam anlamıyla Serbest Şehir kapsamına giremeyeceği yönünde görüşler bulunmakla (Erdoğan ve Ener, 2005) birlikte genel kanaat Kartaca ve Sur'un serbest bölgelerin ilk örneklerini oluşturduğu yönündedir (Guangwen, 2003).

2.2.1.2 Roma serbest bölge uygulaması

Akdeniz havzasında Fenikeli kolonistlerin kurduğu ilk serbest liman bölgelerinden sonra diğer örneklerinin Romalılar döneminde (M.Ö. 625-M.S.476) Yunanistan'ın Delos liman kentinde kurulduğu görülmektedir. Becerikli Fenikeli tüccarların tecrübelerinden yararlanan Romalılar kurdukları serbest liman kenti ile bölgedeki ekonomik faaliyetleri farklı bir boyuta taşımışlardır. Ticaret ve hizmet faaliyetlerinin yürütüldüğü bu limanda tüccarlara çeşitli kolaylıklar ve altyapı hizmetleri sunulmaktaydı (Naydenov ve Ivanov, 2018).

2.2.1.3 Venedik serbest bölge uygulaması

Kartaca, Sur ve Delos serbest bölgelerinin devamında günümüz serbest bölgelerin öncü örneklerini Ortaçağın ilk dönemlerinde bir şehir devleti olan Venedik limanlarında görmekteyiz (McCalla, 1990). Roma İmparatorluğunda yaşanan gerileme ve çöküş sonrası feodal yapılanma ve idarelerin öne çıktığı Avrupa'da kent

ekonomisi odaklı bir yapı oluşmuştu. Kapalı bir ticaretin sürdüğü bu dönemde Avrupalılar haçlı seferleri ile tanıştığı zengin doğu uluslarıyla ticari ilişkiler geliştirmeye başlamış, İtalyan şehirleri bu süreçte önemli görevler yerine getirmiştir.

2.2.1.4 Ortaçağ Avrupası serbest bölge uygulamaları

İlk örneklerinde olduğu gibi Ortaçağ'da da serbest bölgeler genellikle kıyı kesimlerinde kurulmakta ve seçilen şehir ve limanların bütününe içermekteydi. Avrupa'da ulus devletler ortaya çıkmadan önce transit ticaretin yoğun olduğu yer ve zamanlarda serbest şehirlerin artan oranda yaygınlık kazanmaya başladığı görülmektedir (Erdoğan ve Ener, 2005). 1228 yılında Güney Fransa'nın Marsilya kentinde bir serbest ticaret bölgesi kurulurken (Vardi, 2013) 13. yüzyılın sonlarına doğru Kuzey ve Baltık Denizleri çevresinde faaliyet yürüten tüccar grupları tarafından ortak çıkarlarını korumak amacıyla Hansa Birliği adı altında bir yapılanmaya gidilmiştir. Üyelerini imtiyazlı hale getiren Birlik içerisinde öne çıkan serbest şehirler (FC) Hamburg ve Bremen önemli roller oynamışlardır.

Diğer yandan 1547 yılında İtalya'nın liman kentlerinden Livorno'da ülkenin ilk serbest limanı (FP) ortaya çıkmıştır. Bankacı Medici ailesine mensup Toskana büyük dükü, yabancı tüccarları, zanaatkârları ve gemi kaptanlarını Livorno'da yerleşmeye davet edip kenti Akdeniz'in en hareketli liman kentlerinden biri haline getirmiştir. Böylece Livorno zengin tüccar, denizci, memur ve kölelerin toplandığı bir merkez haline gelmiştir. Avrupa'da Serbest Liman sisteminin en erken ve en başarılı örneği Livorno 17. Yüzyılın sonlarına doğru yabancı ziyaretçilere yönelik konukseverliğinin yanı sıra ticareti yapılan mallar üzerinden gümrük vergilerinin kaldırılmasına ve liberal politikaların ortaya çıkmasına da öncülük etmiştir (Tazzara, 2017). Sanayi devrimi sürecinde ve sonrasında Batılı ülkelerin artan dış ticaretinin bir aracı olarak serbest bölge yapılanmalarında Fransa 1762'de Dunkerque ve 1784'te Bayonne ve Lorient'i, İngiltere 1704 yılında Cebelitarık'ı, Danimarka Altona'yı Serbest şehir ilan etmişlerdir. Avrupalıların Uzak Doğuda Singapur (1819) ve Hong Kong (1842) şehirlerinde kurdukları Serbest Bölgeler sermayenin küreselleşme sürecinde önemli kilometre taşları olarak kayda geçmiştir.

2.2.1.5 Osmanlı serbest bölge uygulaması

Osmanlılar döneminde serbest bölge kapsamında değerlendirilebilecek ilk adımların Kanuni Sultan Süleyman döneminde atıldığını görüyoruz. Sadrazam Pargalı İbrahim

Paşa ile 1534 – 1537 yıllarında İstanbul’da Fransa Elçisi olarak görev yapan Jean de La Foret arasında yapılan anlaşma çerçevesinde Fransa’ya Osmanlı Devleti içerisinde her türlü serbest ticari faaliyette bulunma imtiyazı verilmiştir. Buna göre Fransız tüccarlar kara ve deniz yoluyla mal taşıyabilecek ve yabancılardan alınan ilave vergilerden muaf tutulup Osmanlı yurttaşlarının verdiği oranda harç ve vergi ödemiş, 1673’den 1838 yılına kadar malın bedeli üzerinden % 3 gibi oldukça düşük bir harç alınmıştır (Şengezer, 1983).

Osmanlılar döneminde yapılan bir diğer serbest bölge girişimi 1856 yılında Sulina şehrinde olmuştur. Tuna nehrinin Karadeniz’e açıldığı bir yerde bulunan Sulina’yı Serbest Bölge haline getirmek bugünkü sınırları içerisinde kalan Romanya’ya nasip olmuştur. Osmanlı döneminde son olarak 1908 yılında İttihat ve Terakki Yönetimi 300 milyon franga mal olacak serbest bölge girişiminde bulunmuş fakat yüksek maliyeti karşılamakta zorlanacakları düşüncesiyle bundan vazgeçmişlerdir (Üçışık, 1998).

2.2.2 Kuramsal ve kavramsal çerçeve

Günümüzde kıtalara ve pek çok ülkeye yayılan, ülkelerin beklenti ve amaçlarına göre pek çok şekil alan Serbest Bölgelerle ilgili kavram, tanım ve terminolojide farklılıklar bulunmakta, kullanılan terminolojiler çoğu zaman karmaşaya sebep olmakta ve “Serbest Bölgeler”, “Serbest Ticaret Bölgeleri”, “Gümrüksüz Bölgeler”, “Özel Ekonomik Bölgeleri”, “İhracat İşlem Bölgeleri” vb. onlarca terim ve kelime pratikte neredeyse birbirinin yerine kullanılmaktadır (OECD, 2009). Bu durum, kullanılan terimlerde belirsizliğin yanı sıra kavramlarda ve sınıflandırmalarda da karışıklığa yol açmaktadır.

Bost (2019), kullanılan kavram ve terminolojiyle ilgili yaptığı bir durum tespit araştırmasında 160 ülkede 82 farklı terimin kullanıldığını tespit etmiş ve bu karmaşanın temelinde yatan nedenlerin; (i) ülkelerin kullandıkları terminoloji hakkında yeterli bilgiye sahip olmamaları, (ii) birçok ülkenin kendi yerel gerçeklerini daha iyi ifade ettiğini düşünerek kendi terminolojisini oluşturma ve öne çıkma arzusu, (iii) Serbest Bölge kavramının, 1970 ve 80’li yıllarda işçi hakları ve iş güvenliği benzeri konularda ortaya çıkan suiistimaller sonucunda belirli oranda itibar kaybına uğraması nedeniyle yeni terminoloji arama çabasından kaynaklandığını söylemektedir.

Kavram ve terminoloji kullanımında göreceli farklılıklar olsa da bu çalışmada dünya genelinde kabul görmüş uluslararası kurum ve kuruluşların kullandıkları kavram ve terminoloji esas alınmaktadır. Küresel belirleyici kurumların Serbest Bölgelerle ilgili kullandıkları kavram ve terminolojiler özet halinde şunlardır:

Birleşmiş Milletler Ticaret ve Kalkınma Konferansı (UNCTAD), yayınladığı 2019 Dünya Yatırım Raporunda, hükümetlerin mali ve düzenleyici teşvikler ve altyapı desteği sunarak sınai ve ticari faaliyetleri kolaylaştırdığı, coğrafi olarak sınırlandırılmış bölgeleri tanımlamada “Özel Ekonomik Bölgeler” (Special Economic Zones -SEZ) terimini kullanmaktadır. Gerekçe olarak “Özel Ekonomik Bölge” teriminin, yakın zamana kadar yaygın olarak kullanılan “Serbest Bölge” ve “İhracat İşlem Bölgesi” benzeri terimleri de içerisine alan daha kapsayıcı jenerik bir terim olması denmektedir (UNCTAD, 2019).

Başka bir tanımda Serbest Bölge teriminin ortaya çıkan yeni bölge çeşit ve türlerini (örneğin sağlık, turizm, güvenlik, ileri teknoloji ve bilim parkları vb.) ifade etmekte eksik kaldığı belirtilmektedir (Bost, 2019). Özel Ekonomik Bölge (ÖEB) teriminin 2 farklı anlamı olduğunu belirten Bost, dar anlamıyla Özel Ekonomik Bölgenin belli büyüklüğe ulaşmış Serbest Bölgeyi ifade ettiğini, geniş anlamıyla ise Birleşmiş Milletler Ticaret ve Kalkınma Konferansı raporunda amaçlandığı üzere her çeşit bölgeyi kapsayan jenerik bir terim halinde kullanılabildiğini söylemektedir.

Dünya Bankası Grubu (2017), tarihi süreç içerisinde çeşitli şekiller alan ve bulunduğu ülkelerde farklı isimlerle anılan bu bölgeleri, kiracı şirketlere altyapı ve hizmetler sağlayan, kendine özgü bir yönetimi olan, iş yapma kurallarının ülkenin diğer yerlerinden farklı olduğu, belirli bir bölge içerisinde sınırlandırılmış coğrafi alanlar olarak nitelendirmektedir.

Dünya Gümrük Organizasyonu, Serbest bölgeleri, ülkenin ekonomik büyümesine ve uluslararası pazarlara bağlanmasında taşıdığı öneme işaretleyerek, sözleşmeye taraf ülkenin ithal edilen herhangi bir malı ülkenin gümrük bölgesi dışında değerlendirip ithalat vergi ve harçlarından muaf tuttuğu özel bir alan olarak tarif etmektedir (WCO, 2021).

Dünya Serbest Bölgeler Organizasyonu’na (2018) göre Serbest Bölge, bir veya birden fazla hükümetin mal, hizmet veya her ikisiyle ilgili üretim veya ticaretini

yapmak üzere fiziki veya sanal iktisadi faaliyetlere izin verdiği, kısmen veya tamamıyla gümrük harç ve vergilerinden muaf tuttuğu bir alandır.

Avrupa Birliği; Serbest Bölgeleri, Birlik dışından gelen mallardan istenen ithalat vergisi, harçlar ve ticaret politikası önlemleri olmaksızın piyasaya sürülebildiği, Birliğin gümrük bölgesi içindeki kapalı alanlar olarak tanımlamaktadır (EU, 2021). Bu tür mallar, serbest bölgelerde geçirdikleri süre sonunda herhangi bir vergi ve harca tabi olmadan serbest dolaşıma sokulabilmekte ya da başka bir özel prosedür uygulanmak suretiyle (dâhilde işlem, geçici ithalat, nihai kullanım prosedürü vb.) yeniden ihraç edilebilmektedir.

Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) bünyesinde hükümetler arası bağımsız bir organ olan Mali Eylem Görev Gücü (FATF) Serbest Bölgeleri genel olarak bir ülkede gümrük ve vergi denetimleri konusunda özel bir statüye sahip olan, burada yer alan işletmelerin ruhsatlandırılmış ihracat ve ithalat faaliyetlerinde özel teşvik ve hibe rejimlerinin uygulandığı alanlar olarak ifade etmektedir. Uluslararası ticareti teşvik etmek için gümrüksüz avantajlar ve kolaylaştırılmış prosedürler sağlayan ayrı bir gümrük alanı olan bu bölgeler genel olarak tek bir yönetim organizasyonu tarafından yönetilmektedir (FATF, 2010).

Uluslararası Çalışma Örgütü'ne (2003) göre üretim odaklı İhracat İşlem Bölgeleri, yabancı yatırımcıları çekmek için kurulan ve ithal edilen malzemelerin tekrar ihraç edilmeden önce bir dereceye kadar işleme tabi tutulduğu özel teşvikli sınai bölgelerdir. Bu bölgeler başlangıçta sadece montaj ve basit işleme faaliyetleri yaparken bugün ileri teknoloji ve bilim bölgelerini, finans bölgelerini, lojistik merkezlerini ve hatta turizm merkezlerini içerecek şekilde evrim geçirmektedir. Fiziksel formları artık yalnızca yerleşim bölgesi türüne göre değil, aynı zamanda tek sanayi bölgelerini (Tayland'da ki Serbest Mücevher Bölgesi veya Türkiye'deki Serbest Deri Bölgesi gibi), tek mal bölgelerini (Zimbabve'deki Kahve Serbest Bölgesi gibi) içermektedir.

Türkiye Serbest Bölge Kanununda (Madde 6) ise Serbest Bölgeler şöyle tanımlanmaktadır;

“Türkiye Gümrük Bölgesinin parçaları olmakla beraber; yer ve sınırları Cumhurbaşkanınca belirlenmiş, serbest dolaşımda olmayan eşyanın herhangi bir gümrük rejimine tabi tutulmaksızın ve serbest dolaşıma sokulmaksızın, gümrük

mevzuatında öngörülen haller dışında kullanılmamak ya da tüketilmemek kaydıyla konulduğu, ithalat vergileri ile ticaret politikası önlemlerinin ve kambiyo mevzuatının uygulanması bakımından Türkiye Gümrük Bölgesi dışında olduğu kabul edilen ve serbest dolaşımdaki eşyanın bir serbest bölgeye konulması nedeniyle normal olarak eşyanın ihracına bağlı olanaklardan yararlandığı yerlerdir” (T.C. Resmi Gazete, 1985)

Buna yakın bir tanımda bulunan Türkiye Gümrük Kanununun 52. Maddesine göre serbest bölgeler, Türkiye Gümrük Bölgesinin parçaları olmakla beraber;

“a) Serbest dolaşımda olmayan eşyanın herhangi bir gümrük rejimine tabi tutulmaksızın ve serbest dolaşıma sokulmaksızın, gümrük mevzuatında öngörülen haller dışında kullanılmamak ya da tüketilmemek kaydıyla konulduğu, ithalat vergileri ile ticaret politikası önlemlerinin uygulanması bakımından, Türkiye Gümrük Bölgesi dışında kabul edilen;

b) Serbest dolaşımdaki eşyanın, bir serbest bölgeye konulması nedeniyle normal olarak eşyanın ihracına bağlı olanaklardan yararlandığı yerlerdir” (T.C. Resmi Gazete, 1999).

Her ne kadar tanımlar arasında göreceli farklılıklar bulunsa da Serbest Bölgelerin ortak karakteristik özellikleri bulunmaktadır. Dünya Bankası (2017), Serbest Ekonomik Bölgelerin 4 ana karakteristik özelliğinden bahsetmektedir:

Coğrafi Sınırlandırılmış Alanlardır: Zaman içerisinde büyümelerine eş olarak genişleme ve daha farklı alanlara yayılmaları söz konusu olabilir.

Birden Fazla Şirketi İçerir: İşlem maliyetlerini düşürmek ve hem dikey hem yatay kümelenmeler oluşturmak amacıyla başlangıçta birden fazla şirketi sınırları belirlenmiş tek bir lokasyonda bir araya getirir.

Tek Bir Yönetim Örgütü Olur: Yönetim Örgütü, Bölge içerisinde faaliyetleri koordine eder, kiracı şirketlerin gereksinim duyduğu hizmetleri sunar, şirketlerle hükümet arasında aracılık yapar.

Bir Devlet Arsa Politikası Bulunur: Devlet bu araziye Serbest Bölge için tahsis eder ve bunun için özel bir düzenleyici rejim ihdas eder.

2.2.2.1 Terminolojide karmaşaya neden olan etmenler

Serbest Bölgelerle ilgili ortaya çıkan bu denli terminolojik ve kavramsal karmaşayı belirli içsel ve dışsal etkenler temelinde, özellikle tarihsel ve politik arka plana dayanarak açıklamak mümkündür. İkinci Dünya Savaşı ve İkinci Bilim ve Teknoloji Devrimi, serbest bölgelerde meydana gelen ticari temelli ve üretim temelli yapılanmaları önemli ölçüde etkileyen iki büyük etmen olarak öne çıkmaktadır. Zamanın sürekliliği ilkesinin de unutulmaması gerekmektedir. Durağan olmayan ve sürekli değişime tabi olan canlı hayatı için geçerli olan evrim yasası serbest bölgeler için de geçerli olup serbest bölgelerin zamanın sürekliliğine göre sınıflandırılması önem taşımaktadır (Guangwen, 2003).

Doğrusal ve geri dönüşsüz bir süreç olan tarihsel gelişim yaklaşımının bir diğer özelliği bu gelişimin kendi dinamiklerini kendisinin oluşturmasıdır (Atatüre, 2003). Serbest bölgelerin her evrimsel aşaması bir önceki aşamasından doğup geliştiği için her iki aşama arasında her zaman bir geçiş (transition) dönemi vardır. Avrupa’da dar bir coğrafi bölgede birbirine yakın ülkelerde gelişen ve daha sonra tüm kıtalara yayılan, çeşitli siyasi ve iktisadi yönelime sahip pek çok ulusu kapsayan bu olgu hem komşuluk hem de hiyerarşik etkileri içeren karmaşık bir yayılma sürecine de sahip bulunmaktadır (Brown, 1981). Derinlikli tarihi kökene sahip ve geniş bir coğrafi alana yayılan serbest bölgelerle ilgili farklı kavram ve terminolojilerin üretilmesi anlaşılabilir bir durum olarak değerlendirilebilir.

Farole ve Akıncı (2011) benzeri araştırmacılar 2019 yılında Dünya Yatırım Raporu yayınlanmadan önce serbest bölgelerin kavram ve tanımlarındaki karmaşaya dikkat çekerek ülkeler tarafından ortak kabul görmüş jenerik bir kavram üretmenin önemine işaret etmişlerdir. O döneme kadar yaygın olarak kullanılmakta olan “Serbest Bölgeler” ve “İhracat İşleme Bölgeleri” terimlerini içerecek şekilde “Özel Ekonomik Bölgeler (ÖEB) / Special Economic Zones (SEZ) terimini üst şemsiye kavram ve terim olarak kullanmayı önermişlerdir (Farole, Akıncı, vd., 2011).

2.2.2.2 Türler; serbest bölge, özel ekonomik bölge, ticari bölgeler

Tarihi gelişim süreci içerisinde 20. yüzyıla gelene kadar çeşitli işlev ve şekiller alan serbest bölge ve serbest liman yapılanmaları bir yana günümüz modern tanımıyla ilk serbest bölgenin 1937 yılında Brooklyn-New York Donanma tersanesinde 92 dönüm arazi üzerinde kurulduğu görülmektedir. Çığır açıcı olarak değerlendirilen bu adım

diğer ABD limanları New Orleans, San Fransisco ve Seattle için katalizör görevi görmüş, ihracata yönelik depo, üretim, satış, hizmet işlevlerini yerine getirmiştir (World Bank Group, 2017).

ABD'den 22 yıl sonra Avrupa kıtasında kurulan ilk serbest bölge ise İrlanda'da 1959 yılında kurulan "Shannon Serbest Bölgesidir". Oldukça başarılı bir örnek olan Shannon Serbest Bölgesinin akabinde 1964 yılında Latin Amerika Ülkesi Kolombiya'da Barranquilla Serbest Bölgesi, 1965 yılında Dominik Cumhuriyetinde La Romana Serbest Bölgeleri kurulmuş akabinde Asya kıtasına doğru yayılmaya devam ederek 1965 yılında Hindistan'da Kandla Serbest Bölgesi ile Tayvan'da Kaohsiung Serbest Bölgesi, 1970 yılında Güney Kore'de Masan Serbest Bölgesi, 1971 yılında Malezya'da Sungei Way Serbest Bölgesi, 1972 yılında Filipinlerde Bataan Serbest Bölgesi ve 1973 yılında Tanjun Priok Serbest Bölgesi bu küresel zincire katılmışlardır (World Bank Group, 2017).

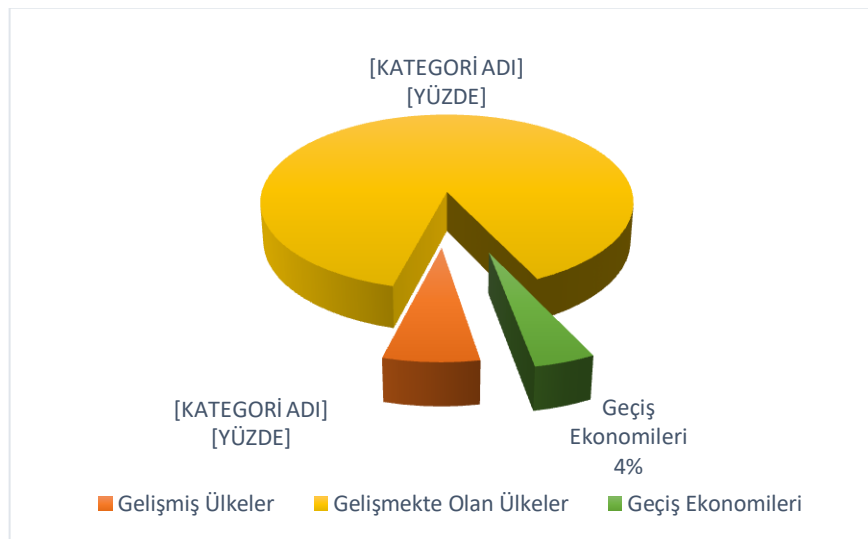
Ağırlıklı olarak küresel şirketlerin ve ihracata yönelik faaliyet yürüten şirketlerin yer aldığı serbest bölgeler küresel ticaret sisteminde önemli bir yer kaplamaktadır. Atatüre (2013) 1648 yılında Westfalya Anlaşması ile başlayan uluslararası sistemin tedrici olarak 1870'li yıllara kadar devam ettiğini ve 1870 ile 1970 arasında küresel bir sisteme dönüştüğünü, bu dönüşümün küresel şirketlerin önünü açtığını belirtmektedir. Çok Uluslu Şirketlerin teknoloji ve sermayeyi küresel dolaşıma sokarak Gelişmekte Olan Ülkelerde ki (GOÜ) ucuz işgücü, hammadde, enerji, kaynak vb. imkan ve imtiyazlardan optimum düzeyde yararlanma imkanı elde etmelerinde serbest bölgelerin işlevsel açıdan anlamı büyük görülmektedir. Sermayenin küreselleşmesi çift yönlü bir trafik olarak alınırsa bir yanda Çok Uluslu Şirketler kar optimizasyonu elde ederken diğer yanda Gelişmekte Olan Ülkeler bu sermayeden ve teknolojiden sağladıkları yararlarla ekonomik gelişmelerine katkı sağlamakta, ülkede yapılan üretim istihdama da katkıda bulunmakta ve ihracatın gelişmesine destek olmaktadır. Serbest bölge türleri 2019 verilerine göre çoğunluğu Gelişmekte Olan Ülkelerde (GOÜ) olmak üzere dünya genelinde 147 ülkede 5.383 Özel Ekonomik Bölge bulunmaktadır (Bost, 2019).

Tablo 2.8: Dünya Genelinde Serbest Bölge Sayısı ve Kıtalara Göre Dağılımı

	Serbest Bölge Sayısı	Diğer Tür Bölge Sayısı	Tüm Bölge Sayısı
DÜNYA GENELİ	2.296	3.087	5.383
Gelişmiş Ülkeler	295	79	374
ABD	191	71	262
Avrupa	85	20	105
Gelişmekte Olan Ülkeler	1.869	2.903	4.772
Afrika	215	22	237
Asya	1.196	2.850	4.046
<i>Filipinler</i>	385	143	528
<i>Çin</i>	135	2.408	2.543
<i>Malezya</i>	45	-	45
<i>Hindistan</i>	231	142	373
<i>Birleşik Arap Emirlikleri</i>	47	-	47
Okyanusya	1	2	3
Latin Amerika-Karayipler	457	29	486
<i>Kolombiya</i>	101	-	101
<i>Dominik Cumhuriyeti</i>	71	2	73
Geçiş Ekonomileri	132	105	237
<i>Rusya</i>	39	91	130

Kaynak: Bost (2019)

Tabloa görülüşü üzere gelişmiş ABD ve Avrupa ülkelerinde toplam 374 serbest bölge bulunurken Gelişmekte Olan Ülkelerde (GOÜ) 4.772 serbest bölge bulunmaktadır. Verilerden anlaşılacağı üzere serbest bölgelerin % 88'inin GOÜ'de olması bu ülkelerin ucuz işgücü ve hammaddeye sahip olmasının yanı sıra küresel şirketler için büyük pazar potansiyeline sahip olmaları ile açıklanmaktadır.

**Şekil 2.5:** Serbest Bölgelerin Ülkelere Göre Oransal Dağılımı

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur (2022)

Tabloda yer alan serbest bölgeleri tanımlamak için çeşitli yöntemler kullanılmakla birlikte OECD, Serbest Bölgelerle ilgili yaptığı tipolojide 4 ana türden bahsetmektedir:

Serbest Ticaret Bölgeleri (Free Trade Zones-FTZ): Bu yerler, ticaret, aktarma ve yeniden ihrac işlemleri için depolama, saklama ve dağıtım işlevleri gören çitle çevrili alanlar olup genellikle limanlara yakın yerlerde kurulmaktadır.

İhracat İşlem Bölgeleri (Export Processing Zones-EPZ): Öncelikle dış pazarlara ve ihracata yönelik imalat ve üretimin yapıldığı yerlerdir. Elektronik cihazlar vb. yarı mamul ürünlerin montajı ve tekstil gibi iş yoğun malların imalatı yapılarak ihrac edilir. İhracat İşlem Bölgeleri aynı zamanda ülke içine teknoloji transferi ve yenilikçi sanayi stratejilerinin gelişmesine de katkıda bulunur. Geleneksel olarak ihracat odaklı yapılanmasına rağmen bazı İhracat İşlem Bölgelerinde ihracat dışı faaliyetler de yer alır. Bu nedenle bu tür bölgelere Hibrit İhracat İşlem Bölgeleri adı verilmektedir (FATF, 2010).

İhtisas Bölgeleri (Specialized Zones): Teknoparklar, bilişim vadileri, lojistik parklar, petrokimya bölgeleri gibi belirli alanlarda uzmanlaşmış bölgelerdir. Amaçlarına uygun olarak yapılandırıldığı için sektör dışından bölgeye katılımları kısıtlayabilmektedirler.

Özel Ekonomi Bölgeleri (Special Economic Zones-SPEZ): Oldukça geniş alana yayılmış kendi başlarına bir şehir olarak değerlendirilebilecek büyüklükteki bölgelerdir. Çeşitli sanayi ve hizmet sektörünü bünyesinde barındıran hem iç hem de dış pazarlara yönelik olurlar. Vergi teşviklerinden düzenleyici teşviklere kadar bir dizi imkân sunarlar (OECD, 2009). 1980 yılında 2 bin kilometrekare alana kurulan ve kurulduğu tarihten itibaren bir başarı öyküsü olan Çin'in Shenzhen Özel Ekonomik Bölgesi, SEZ'lerin öncülü sayılır. SEZ sayesinde küçük bir balıkçı köyünden devasa boyutlarda ticaretin yapıldığı bir yere dönüşen Shenzhen bugün küresel ölçekte önemli bir finans merkezi haline gelmiştir. Gerek Doğrudan Yabancı yatırım (DYY) gerekse uluslararası ticaret bağlamında Çin'in en liberal ekonomi politikalarının uygulandığı Shenzhen-ÖEB, aralarında IBM, Sony, Toshiba ve Epson gibi Dünyanın en büyük 500 şirketinden 141'ine ev sahipliği yapmaktadır. Shenzhen Özel Ekonomi Bölgesi içerisinde 15 Serbest Ticaret Bölgesi (FTZ), 17 İhracat İşlem Bölgesi (EPZ), 5 İktisadi ve Teknolojik Gelişim Bölgeleri, 53 İleri Teknoloji

Geliştirme Bölgeleri ve 15 Sınır Ekonomik İşbirliği Alanı bulunmaktadır. Bu bölgelerin ekonomi üzerindeki etkisi çok geniş kapsamlı olmaktadır (Goldstein vd.,1998). ÖEB'lerin yerel ekonomi üzerindeki en belirgin iktisadi etkilerinden biri, bölgedeki işçilerin gelir düzeyi ve kazanç kapasitesinin yükselmesi olmuştur (Wang, 2013)

Dünya Bankası Grubu da, OECD'nin tasnifinde yer alan ilk 3 maddenin yanı sıra aşağıda yer alan bölge türlerinden bahsetmektedir (FIAS, 2008):

Serbest Girişim Bölgeleri (Free Enterprise Zones): Vergi teşvikleri ve mali hibelerle sıkıntılı kentsel veya kırsal alanların canlandırıldığı bölgelerdir. Genellikle Gelişmiş Ülkelerde bulunur.

Serbest Limanlar (Freeports): Turizm ve perakende satışlar da dâhil olmak üzere her türlü faaliyetin yürütüldüğü, yerinde ikamet edilebilen, genel olarak geniş alanları kapsayan, bir dizi teşvik ve fayda sunan bölgelerdir. Serbest Limanlar geleneksel Serbest Ticaret Bölgelerinden farklı olurlar. Bunlar sadece ihracat odaklı olmazlar. Ülkenin genel ekonomik büyümesini destekleyen bölgelerdir.

Tek Fabrika İhracat İşlem Bölgesi (Single Factory Export Processing Zone): Lokasyondan bağımsız olarak bireysel işletmelere teşvik sağlanan yerlerdir. Fabrikaların teşvik ve ayrıcalıklardan yararlanmak için belirlenmiş bir bölge içinde yer almasına gerek olmayan bölgelerdir. Daha geniş bir fayda ve daha esnek denetim imkânı sunan bu yerler gümrüklü üretim depolarına benzer. ABD'de bu yerlere alt bölgeler (*sub-zones*) adı verilir.

İhtisas Bölgeleri (Specialized Zones): Bilim-teknoloji parkları, petrokimya bölgeleri, lojistik parklar, havalimanına dayalı bölgeler ihtisas bölgeleridir.

FATF (2010) ise bunlara bir başka tür daha eklemektedir.

Dış Ticaret Bölgeleri (Foreign Trade Zones): Amerika Birleşik Devletlerinde özel olarak tahsis edilen yerlerdir. Ülkeye giriş limanı bitişiğinde kurulan ve ABD gümrük harç ve vergilerine tabi olmaksızın her türlü malın muhafaza edilebildiği yerlerdir.

Diğerleri kadar yaygın olmasalar da oluşturulan diğer serbest bölge türleri:

Serbest Bankacılık Bölgeleri (Free Banking Zones / Off-Shore Banking): Bu bölgelerde bankacılık faaliyetleri, vergi, merkez bankası tarafından şart koşulan

munzam karşılık, faiz sınırlandırması, kredi tavanı vb. kurallardan muaf olarak yerine getirilebilmektedir. Fiziki engelle ayrılmasına gerek duyulmayabileceği için buna uygun mevzuatlar yapılabilmektedir. Serbest bölge dışında yer alan kurum ve kişilere bankacılık hizmeti sunamadıkları için genellikle dış ticarete yönelik hizmet sunarlar. Kıyı Bankacılığı olarak ta adlandırılabilen Serbest Bankacılık Bölgelerinde amaç küresel piyasalarda dolaşımda olan yabancı sermayenin çekilmesi, uluslararası hisse, senet ve bankacılık iş ve hizmetlerinin pazarlanması ve uygun kredi ve faiz oranlarından yararlanılmasıdır (Akın, 2010).

Serbest Sigortacılık Bölgeleri (Free Insurance Zones): Bölgelerde ticari riskleri karşılamak üzere kurulan ve ev sahibi ülke tarafından uygulanan yasa ve mevzuatlara tabi olmaksızın sigortacılık işlemlerinin yürütüldüğü bölgelerdir.

Serbest Yatırım Bölgeleri (Free Investment Zones): Bazı ülkelerde ekonomik gelişim aynı oranda gerçekleşmemektedir. Ülkenin coğrafi bölgeleri arasındaki geri kalmışlık farkını ortadan kaldırmaya yönelik altyapı, vergi kolaylıkları, teşvikler vb. pozitif ayrımcılığın uygulandığı bölgelerdir.

Tek Sanayi Bölgeleri (Single-Industry Zones): Tek bir sektöre yönelik kurulan bölgelerdir. Tayland'da mücevher, Türkiye'de deri bölgeleri örneğinde olduğu gibi.

Serbest Noktalar (Free Points): Belirli bir coğrafi alanda bulunmasına gerek olmayan bölgelerdir. Ulusal sınırların yanında (Meksika vb.), hammadde yatakları yanında (odun, tarım ürünleri, maden ürünleri vb.), limanların yanında (deniz ürünler vb.) veya ulusal topraklar üzerinde herhangi bir yerde kurulabilirler. Burada üretilen ürünlerin genellikle %80 veya hepsinin ihraç edilmesi şartı bulunur. 2018 verilerine göre sadece Meksika'da Maquiladoras adı verilen 6181, Hindistan'da İhracat Odaklı Birim adı verilen 2000 ve ABD'de Alt Bölge adı verilen 191 Serbest Nokta bulunmaktadır (Bost, 2019).

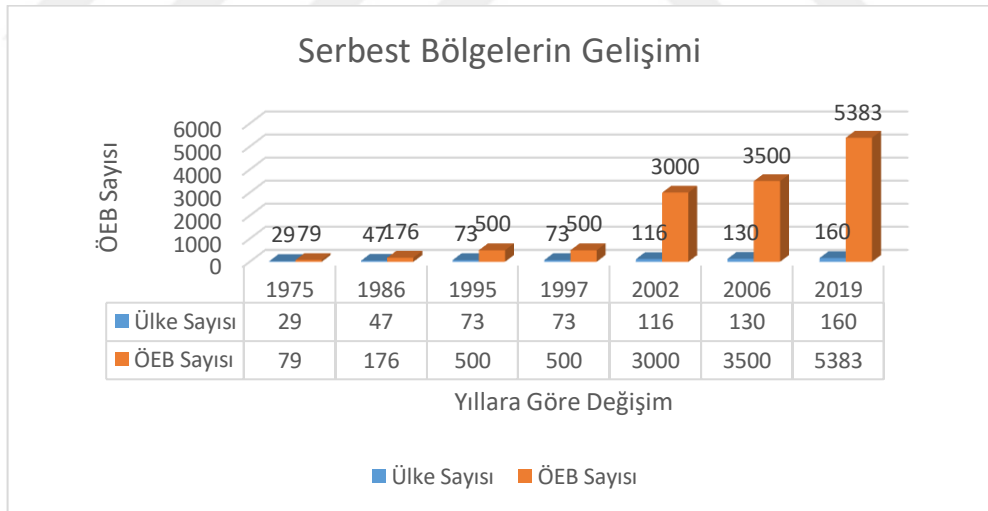
Ekolojik Sanayi Bölgeleri/Parkları (Eco-Industrial Zones or Parks): Atıkların azaltılması ve şirketlerin çevre performanslarının artması için ekolojik iyileştirmelere odaklanan bölgelerdir. Enerji ve kaynak verimliliği elde etmek için genellikle "Endüstriyel Simbiyoz" konsepti ve yeşil teknoloji kullanırlar (Zeng, 2016).

Bağlı Alanlar/Bağlı Depolar (Bonded Warehouse): Bağlı Depolar herhangi bir Serbest Bölge içerisinde yer alabilecekleri gibi mevzuatın öngördüğü kurallara uyan müstakil bir binada da bulunabilirler. Belirli oranda Serbest Ticaret Bölgesi veya

Serbest Limana benzemekle birlikte bunlardan en büyük farkı Bağlı Alanların gümrük mevzuat ve düzenlemelerine tabi tutulmalarıdır. Serbest Ticaret Bölgeleri bu yükümlülükten muaf tutulurlar (Zeng, 2016). Bu yerlerin en büyük avantajı gümrük harç ve vergilerini ödemeyi geciktirmeleri veya reeksport yapmaları halinde hiç gümrük harç ve vergisi ödememeleridir (World Bank, 2010).

Serbest Oyun Bölgeleri (Free Gambling Zones): İlki 1931 yılında ABD'nin Nevada Eyaletinde kurulan Serbest Kumar Bölgesine riski göze alabilen varlıklı insanlar gidebilirken sıradan vatandaşlar yasanın sınırlayıcı koruması altında kalmaya devam etmekteydi. Devamında New Jersey ve Atlantik City'de Nevada'da ki gibi kumar oynama bölgeleri kurulmaya devam edildi. Daha az kısıtlayıcı yasaların bulunduğu Avrupa'da ise soyluların uğrak yeri olan Almanya'nın Baden-Baden kenti ile Monte Carlo'da kurulan kumar serbest bölgeleri sıradan vatandaşların girişlerine izin verilmeyen bölgelerdir. Aynı şekilde İngiliz Kumar Kulüpleri yerel ve orta halli vatandaşların girişlerini engellemek için üyelik aidatları koymak suretiyle sadece yüksek tabakaya hizmet sunan bölgeler olarak hayata geçirilmişlerdir (Grubel, 1982).

2.2.2.3 Serbest bölgelerin tarihsel gelişim sürecine göre sınıflandırılması



Şekil 2.6: Serbest Bölgelerin Gelişim Çizelgesinin Bölgelere Göre Dağılımı

Kaynak: UNCTAD (2019)

Tabloda görüldüğü üzere dünya genelinde 160 ülkeye yayılan serbest bölgelerin sayısının özellikle 2000'li yıllardan sonra katlanarak artmaktadır.

Guangwen (2003), Serbest Bölgeleri tarihsel gelişim sürecine dayanarak 6 aşamalı (nesil) bir tasnife gitmektedir:

Birinci nesil SEB (16. Yüzyıl sonlarından 1940'lı yıllara kadar)

Tarihte bilinen ilk örneklerinden 1950'li yıllara kadar devam edegelen genellikle liman, havaalanı, ulaşım ve iletişim merkezlerine yakın yerlerde kurulan coğrafi olarak sınırlandırılmış, ticarete dayalı serbest bölge türüdür. Bugün dünyada en yaygın ve en çok bilinen tür olup Hong Kong, Singapur, Hamburg, Bremen gibi *Serbest Limanları* (FP); Barselona, Cenova, Panama gibi *Serbest Ticaret Bölgelerini* (FTZ); Bari, Roma ve Buenos Aires gibi *Antrepo Bölgelerini* (BWZ); Santos, Calcutta gibi *Serbest Geçiş Bölgelerini* ve *Antrepo Ticaret Bölgelerini* kapsamaktadır (Grubel, 1982).

İkinci ve üçüncü nesil SEB (1940'lı yılların sonundan 1970'lere kadar)

İkinci Dünya Savaşını takip eden yıllarda dünya ekonomi ve siyasetinde büyük dönüşümler yaşanırken teknolojik gelişmelerin de etkisiyle küresel sermayenin Gelişmekte Olan Ülkelerde (GOÜ) yeni pazarlara doğru açılmasında serbest bölgelerin önemi keşfedilmiştir. Bir yanda ticarete dayalı serbest ekonomik bölgeler yeniden geliştirilirken diğer yanda yeni serbest ekonomik bölge türleri ortaya çıkmıştır. Cenova, Rotterdam, Hamburg, Singapur ve Hong Kong gibi Serbest Limanlar ve Serbest Ticaret Bölgeleri yeniden yapılandırılarak uluslararası aktarma limanları ve ticaret merkezleri olma özelliklerini yeniden elde etmişlerdir (Guangwen, 2003).

Modern anlamda dünyanın ilk gümrüksüz serbest bölgesi 1947 yılında İrlanda'nın Shannon havalimanı bitişiğinde kurulan (Soulsby, 1965) ve ilk olmanın avantajlarını kullanan Shannon havalimanı ve Serbest Bölgesi önceliğini tüm Avrupa pazarına hizmet etme üzerine kurgulamış, böylece Avrupa pazarına yönelik hizmetlerin odağı haline gelmiştir (McCalla, 1990). Aynı şekilde 1947 yılında GATT'ın kurulmasıyla dünya genelinde serbest ticaret ve doğal uzantısı olarak Serbest Ekonomik Bölgelerin kurulması ivme kazanmıştır. Birleşmiş Milletler tarafından, az gelişmiş ülkelerde sanayi gelişimini desteklemek amacıyla kurulan "Birleşmiş Milletler Sınai Kalkınma Örgütü" (UNIDO) ilgili ülkelerle yoğun işbirliğine giderek pek çok serbest bölgenin kuruluşunda araştırma, fizibilite ve hatta yönetim ve organizasyon alanında önemli görevler üstlenmiştir (Ampo, 1977).

Bu dönemde ortaya çıkan bir başka gelişme; ticarete dayalı serbest bölgelerin daha ileri giderek imalat işlevini görmeye başlamasıdır. Doğu ve Güneydoğu Asya'da

Serbest Sanayi Bölgeleri ve ABD ile Meksika arasında kurulan (Maquiladoras) imalat ve üretime dayalı serbest ticaret bölgeleri örnek olarak zikredilebilir (Warr, 1989).

Dördüncü ve beşinci nesil SEB (1970’li yılların sonu ile 1980’li yılların sonu)

Dünya genelinde siyaset, ekonomi ve teknolojiye yaşanan devrimsel gelişmelerin akabinde serbest bölgeler de buna koşut değişime uğramış ve imalat ve hizmete dayalı olmaktan bilime dayalı serbest bölgelere dönüşmeye başlamıştır. Teknoparklar, Bilim Kümelenmeleri, ihtisas bölgeleri bu dönemde ortaya çıkmaya başlamıştır (Guangwen, 2003).

Altıncı nesil SEB (1990’lı yıllardan günümüze kadar)

Guangwen (2003)’e göre klasik serbest ekonomi bölgeleri, bir yanda yerel ve küresel ekonomi arasındaki bağın adım adım gelişmesi ve derinleşmesine katkı sağlarken diğer yanda kendisi de bu dönüşüm ve değişimden etkilenecek yeni şekil ve boyutlar almıştır. 1970’li yılların sonlarından itibaren, dördüncü sanayi devrimiyle birlikte dünya genelinde sınır ötesi serbest ekonomi bölgeleri ve bilime dayalı serbest ekonomi bölgeleri öne çıkmıştır. Sınır ötesi serbest ekonomi bölgeleri iki veya daha fazla ülke veya bölgenin sınırdaki ortak bir bölge belirleyerek uzun erimli makroekonomik ve siyasi hedefleri gerçekleştirmek amacıyla ekonomik, siyasi ve finansal sübvansiyonları sunduğu alanlardır. Hollanda, Belçika ve Lüksemburg arasında 1986 yılında imzalanan sınır ötesi bölgesel işbirliği anlaşması buna örnek gösterilebilir.

2.2.2.4 Serbest bölgelerin yerel ve ulusal etkileri

Özellikle yabancı yatırımcıları özendirmek için gümrük vergi ve tarifelerinde uygulanan muafiyetlerin yanı sıra arazi, lisans kolaylıkları, istihdam ve yatırım teşvik ve hizmetlerinin sunulduğu serbest bölgelerin geçmişi çok eskilere dayanmakla birlikte günümüz modern serbest bölgelerinin 1960’lı yıllarda şekillendiği ve 1980’li yıllar itibarıyla pek çok ülkede ihracatı artırmak amacıyla yaygınlık kazandığı görülmektedir (UNCTAD, 2019).

Mevcut verilerin dağınık ve bütünlükten yoksun olması nedeniyle Özel Ekonomi Bölgelerinin iktisadi kalkınmaya olan katkısını değerlendirmek ve fayda-maliyet analizini yapmak oldukça zor görülmektedir. Veriler genellikle yatırım miktarı,

ihracat ve bölgede çalışan işgücüne yönelik olup istihdamın kalitesi, süresi, maliyeti, beceri ve teknoloji transferi, mali teşviklerin ve altyapı harcamalarının verimliliği ve fırsat maliyetleri (Opportunity costs) konusunda nesnel ve objektif verilere rastlamak kolay olmamaktadır (ILO, 2003).

Serbest bölgelerin dış ticaret hedeflerinin gerçekleşmesinde hem üretici/ihracat yapan şirketlere hem de ülkeye önemli katkılar sunduğu görülmektedir. Bölge içerisine getirilen ithal ürünlere vergi ödemelerine gerek duymaksızın burada yapacakları işlem sonrası bölge dışına yapacakları ihracat ile firmaların maliyetleri düşmekte, karlılıkları artmakta ve uluslararası rekabet avantajları elde etmektedirler (Öncel ve Demirtaş, 2016).

FIAS (2008), Özel Ekonomik Bölgelerin kuruluş amacını 4 ana başlıkta toplamaktadır;

Doğrudan Yabancı Yatırım (Foreign Direct Investment) Çekmek. Geleneksel İhracat İşlem Bölgelerinden Çin’de ki büyük ölçekli Özel Ekonomik Bölgelerine varısına kadar tüm ÖEB’lerin amaçları arasında kısmen de olsa yabancı yatırım çekme bulunur.

Büyük Ölçekli İşsizliği Baskılamak. Bulunduğu her ülkede aynı büyük olumlu etkiyi gösterememe ihtimali bulunmakla birlikte ÖEB’lerin ülke istihdamına değişik oranlarda etki ettiği görülmektedir.

Kapsamlı Ekonomik Reform Stratejilerini Desteklemek. ÖEB’ler ülkenin ihracatı geliştirmesi ve çeşitlendirmesi için basit ama faydalı bir araçtır. İhracata yönelik engelleri azaltırken korumacı önlemleri de gözden uzak tutmaz. Çin, Kore ve Tayvan gibi ülkeler bu türden ÖEB’lere örnek gösterilebilir.

Yeni Politika ve Yaklaşımlar İçin Deneysel Laboratuvar. Ülkenin tamamında uygulamaya geçilmeden önce DYY, yasal düzenlemeler, toprak, işçi ve fiyat politikalarının uygulamaya konduğu ve sınındığı alanlar olması açısından da bir anlam taşırlar.

2.2.2.5 Türkiye’de serbest bölgelerin ortaya çıkışı

Batıda olduğu gibi Osmanlı İmparatorluk toprakları üzerinde Serbest Bölge yapılanmaları bulunmamakla birlikte Fransa’ya olduğu gibi Serbest Bölge imtiyazlarının verildiği ve kullanıldığı örnekler bulunmaktadır.

Çeşitli ülkelere verilen kapitülasyonlar Osmanlı İmparatorluğunu yabancı ülkelerin açık pazarı haline getirmiş ve ekonomisinin çökmesinde önemli rol oynamıştır. İç ve dış savaşlar, siyasi istikrarsızlık, ekonomik olarak dışa bağımlılık Osmanlı ekonomisini çok kırılgan yapmakla kalmamış ülke kalkınması için önem taşıyan diğer pek çok projenin iptal edilmesine neden olmuştur (Iraker, 2021).

Osmanlı sonrası kurulan Türkiye Cumhuriyeti, günümüz anlamıyla Serbest Bölge ile ilk kez 1927 yılında çıkarılan “Serbest Mıntıka Kanunu” ile tanışmıştır. 1910-1927 döneminde İstanbul sahip olduğu ticari kapasiteyi Mısır’ın Port Said, Yunanistan’ın Selanik ve Pire limanlarına kaptırması sonucu dönemin Türk Hükümeti, İstanbul Ticaret Odasına İstanbul’da bir serbest bölge Kurulması hususunda rapor hazırlatmıştır. Raporda Birinci Dünya Savaşı sonrası bölgede yer alan ticaret akımlarındaki değişimler, savaş öncesi rihtımların genişletilmesi için başlatılan çalışmalara hız verilmesi, Serbest Mıntıka kurularak istihdam yaratılması, İstanbul’un mal ve ürünler için yeni bir merkez haline getirilmesi yönünde analiz ve tavsiyeler yer almaktaydı. Yer olarak Tophane önerilmekteydi (Iraker, 2021).

Kurulan bu serbest bölge Cumhuriyet Türkiye’sinde ilk olma özelliğine sahiptir. Türk Hükümeti ile Ford Şirketi arasında 27 Kasım 1928 tarihinde yapılan anlaşmayla Ford Şirketine Tophane’deki antrepolar tahsis edilmiş, “serbest ticaret bölgesi” olarak ilan edilen bu bölgeye bir dizi vergi kolaylıkları sağlanmış, su tedarik altyapısı, özel hastane, restoran ve sosyal tesisler benzeri bir takım kolaylıklar sağlanmıştır (Kapan ve Yulu, 2018). 1929 yılında ABD’de meydana gelen büyük buhran ve savaşların etkisiyle küresel ekonomide meydana gelen dalgalanmalar sonucunda Ford’un bu girişimi 1944 yılında sona ermiştir (Kapan ve Yulu, 2018).

İstenen sonucu vermeyen 1927 Serbest Mıntıka Yasasından sonra 1946 yılında 4893 sayılı yasa ile doğuda üretilen halı, kilim ve hayvan postlarının buna tahsis edilen serbest bölgede işlendikten sonra ihraç edilmesi hedeflenmiş, bunun için Eminönü civarında bir antrepo tahsis edilmiş fakat bu girişimden de istenilen sonuç alınamamıştır. Serbest bölgelerin kurulabilmesi için gerekli kanuni çerçeveyi sunan 1953 yılında çıkarılan 6209 sayılı yasanın yürürlüğe girmesi için ilgili yönetmelik beklenmiş, ancak 3 yıl aradan sonra gecikmeli olarak 1956 yılında ilgili yönetmelik “Serbest Bölge Nizamnamesi” adı altında çıkabilmiş fakat bu yasa da istenen sonuçları verememiştir (Yayla, 2019).

Çabalar durmamış 1958 yılında Bakanlar Kurulu Tuzla’da bir Serbest Bölge kurmak için harekete geçmiş ve kararname çıkarmış ama bu adım da başarısızlıkla sonuçlanmıştır. 1980’li yıllara gelindiğinde ithal ikameci sanayileşme politikasının tıkandığı görülerek ihracata yönelik sanayileşme girişimlerine ağırlık verilmiştir (Iraker, 2021). Sanayileşmede bu politika dönüşümü sonucunda ancak Turgut Özal zamanında 1985 yılında çıkartılan 3218 sayılı Serbest Bölgeler Kanunu ile ülkede ilk serbest bölgelerin kurulması mümkün olabilmiştir.

1980’lerden sonra ihracata dayalı sanayileşme politikalarını benimseyen Türkiye’de ilk kez 1985 yılında kurulan Mersin ve Antalya serbest bölgelerinden sonra toplam 21 adet serbest bölge kurulmuştur. 1994 yılında kurulan Mardin, 2007 yılında kurulan Sakarya ve 2010 yılında kurulan Filyos Serbest Bölgelerinin istenilen verimliliği ortaya koyamaması sonucunda kapatılmasına karar verilmiş, böylece aktif serbest bölge sayısı 18’e düşmüştür (“T.C. Ticaret Bakanlığı,” 2021).

2.3 Türkiye’de SEB yasa ve mevzuatları

Dış ticaretin önemli araçlarından biri olan Serbest Bölgelerin doğrudan yabancı yatırım çekme, istihdam yaratma, teknoloji transferi vb. konularda ülke ekonomisine katkı yapması beklentisi içerisinde bulunan Türkiye Serbest Bölgelerle ilgili pek çok yasa çıkarılmış, yönetmelik ve kararnameler yayınlamıştır. Belli başlı yasa, sözleşme ve yönetmelikler şunlardır:

- “1927 Yılı 1132 Serbest Mıntıka Yasası
- 1946 Yılı 4893 Sayılı Şark Halı ve Kilimleriyle Benzerleri ve Hayvan Postları İçin Kurulacak Serbest Yer Hakkında Kanun
- 1953 Yılı 6209 Sayılı Serbest Bölge Kanunu
- 1958 Yılı Tuzla Serbest Bölge Sözleşmesi
- 1985 Yılı 3218 Sayılı Serbest Bölgeler Kanunu
- 1985 Yılı 85/9801 Sayılı Serbest Bölge Müdürlüklerinin Kuruluş, Görev, Yetki ve Çalışma Esaslarına İlişkin Bakanlar Kurulu Kararı
- 1991 Yılı 436 Sayılı Genel Müdürlüğün Başbakanlık Hazine ve Dış Ticaret Müsteşarlığına Bağlanmasına Yönelik Kanun Hükmünde Kararname
- 1994 Yılı 4059 Sayılı Hazine Müsteşarlığı ve Dış Ticaret Müsteşarlığının Ayrı Teşkilatlar Olarak Yeniden Yapılandırılmasına Dair Kanun (Serbest Bölgeler, Dış Ticaret Müsteşarlığına Bağlanmıştır)

- 1999 Yılı 4485 Sayılı Gümrük Kanunu
- 2008 Yılı 5810 Sayılı Serbest Bölgeler Kanunu ile Gümrük Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun
- 2011 Yılı 637 Sayılı Karar İle Serbest Bölgeler Ekonomi Bakanlığına Bağlanmıştır (Serbest Bölgeler, Yurtdışı yatırım ve Hizmetler Genel Müdürlüğü)
- 2017 Yılı Serbest Bölgeler Kanunu ile Bazı Kanun ve Kanun Hükmünde Kararnemelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun
- 2017 Yılı Serbest Bölgelerde Türk Lirası ile Yapılacak Ödemelere İlişkin Bakanlar Kurulu Kararı
- 2018 Yılı 1 Sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi İle Serbest Bölgelerin Yeni Kurulan Ticaret Bakanlığına Bağlanması
- 2020 Yılı İhtisas Serbest Bölgelerinde Sağlanacak Destekler Hakkında Karar
- 2021 Yılı Serbest Bölgeler Uygulama Yönetmeliği”

Bunların yanı sıra Serbest Bölgelerin işleyişleri ile ilgili pek çok yönetmelik ve kararname bulunmaktadır (“T.C. Ticaret Bakanlığı,” 2021).

Türkiye’de SEB’lerin ekonomik veri analizi

Türkiye, ihracatın ithalatı karşılamakta yetersiz kalması sonucunda sürekli cari açık veren bir ülke olarak ülkenin ödemeler dengesinde sık sık bozulmalara maruz kalmaktadır. 2019 yılında dış ticaret açığı % 29 iken 2020 yılında % 49’a çıkmıştır. Bunda ihracatın 180 milyar dolardan 169 milyara düşmesinin yanı sıra ithalatın 210 milyar dolardan 219 milyara çıkması etkili olmuştur (TÜİK, 2021a).

Uzun yıllardan beri gerek ödemeler dengesinde gerekse dış ticarete büyük açıklar veren Türkiye bu açığı kapatmak için özellikle dış borçlanmaya yönelmektedir. Teorik olarak makroekonomik bir değişken olan Serbest Bölgeler ülkenin artan döviz ihtiyacının karşılanması, ihracatın teşvik edilmesi, bilgi ve teknoloji transferi, işsizliğin azaltılması ve yeni istihdam yaratılması, doğrudan yabancı yatırımcı (DYY) çekilmesi için faydalı olarak görülmekle birlikte bu hedeflerin Türkiye için ne oranda gerçekleştiği ve istenilen yararların sağlanıp sağlanmadığı ayrı bir tartışma konusudur.

Dünya genelinde olduğu gibi Türkiye’de de doğrudan yabancı yatırımları ülkeye çekme konusunda pek çok yasa ve mevzuatlar yapılmıştır. Emek ve hammaddenin

göreceli bol ve ucuz olduğu Türkiye’de gümrük ve vergi muafiyetleri konusunda da kolaylaştırıcı bir yaklaşım bulunmasına rağmen Doğrudan Yabancı Yatırımın hacmi ve niteliği beklentileri karşılamakta yetersiz kalmaktadır.

Bölgelerin ticaret hacim ve yönleri

Ticaret Bakanlığının 2021 verilerine göre aktif 18 Serbest Bölge içerisinde Ege Serbest Bölgesi 4 milyar USD ile Türkiye genelinde en büyük ticaret hacmine sahip bulunmaktadır. Yıllara göre değişen sırayla Mersin, Avrupa, İstanbul Endüstri ve Ticaret Serbest Bölgeleri sırayı takip etmekte, Bursa sıralamada sürekli beşinci sırada yer alırken en altta Rize, Trabzon ve Denizli yer almaktadır. Bölgelerin ticaret hacimleri yıllara göre aşağıda yer almaktadır.

Tablo 2.9: Türkiye’de Serbest Bölgelerin Yıllara Göre Ticaret Hacmi

BÖLGELER	2016 (USD)	2017 (USD)	2018 (USD)	2019 (USD)
Ege Serbest Bölgesi (1987)	4.075.581	4.327.519	4.403.877	4.151.220
Mersin Serbest Bölgesi (1985)	2.856.284	2.935.266	2.962.452	2.801.862
Avrupa Serbest Bölgesi (1996)	1.972.380	2.030.141	2.309.868	2.124.837
İstanbul End. ve Tic. Serbest Böl. (1992)	2.768.535	3.096.670	2.534.746	2.077.808
Bursa Serbest Bölgesi (2002)	1.835.456	1.766.078	1.918.151	1.901.484
İstanbul Trakya Serbest Bölgesi (1990)	1.121.674	1.264.534	1.306.325	1.292.615
Adana Yumurtalık Serbest Bölgesi (1985)	602.455	814.514	1.198.761	1.166.498
Kayseri Serbest Bölgesi (1997)	752.559	853.353	948.783	968.692
Antalya Serbest Bölgesi (1985)	661.597	722.791	668.585	777.655
Kocaeli Serbest Bölgesi (2000)	482.237	586.335	577.214	755.039
İzmir Serbest Bölgesi (1997)	208.802	351.495	491.637	719.350
İstanbul İhtisas Serbest Bölgesi (1990)	1.096.455	1.135.613	1.077.543	602.503
Samsun Serbest Bölgesi (1995)	80.897	81.829	141.205	108.245
Gaziantep Serbest Bölgesi (1998)	69.575	33.245	39.388	84.749
TÜBİTAK MAM Serbest Bölgesi (2001)	63.774	65.638	69.843	67.803
Denizli Serbest Bölgesi (2000)	17.821	27.025	31.662	37.873
Trabzon Serbest Bölgesi (1991)	365.860	285.619	248.822	17.677
Rize Serbest Bölgesi (1997)	1.136	918	202	0
TOPLAM	19.033.078	20.378.583	20.929.064	19.655.910

Kaynak: T.C. Ticaret Bakanlığı (2021)

Tüm bölgelerin ticaret hacminde zirve yıl 2018’e kadar göreceli bir artış kaydedilirken 2018 itibarıyla Kayseri (1997), Antalya (1985), Kocaeli (2000), İzmir (1997), Gaziantep (1998) ve Denizli (2000) hariç diğer tüm bölgelerde düşüşler

görülmektedir. Özellikle Trabzon Serbest Bölgesinde 2016 yılından beri devam eden düşüşün 2019'da sert düşüşle en dibe vurduğu anlaşılmakta, aynı düşüş İstanbul Atatürk Havalimanında da gözlemlenmektedir. 2016 yılına oranla 2019 yılındaki düşüş % 50'lere ulaşmış bulunmaktadır. Rize Serbest Bölgesindeki düşüş en alt düzeye ulaşmış gözüküyor. Bu düşüşlerin nedeninin araştırılması ve anlaşılması önem taşımaktadır. Türkiye'de Serbest Bölgelerin ithalat ve ihracat verileri ilgili bölgenin performansının ölçümünde önemli değişkenlerden sayılmaktadır. Yukarıdaki çizelgede görüldüğü üzere Türkiye Serbest Bölgelerinin AB ülkeleri ile ticaret hacmi % 35 civarında seyretmektedir. Serbest Bölgelerin temel kuruluş amaçlarından birisi ihracatın artmasına katkıda bulunmaktadır. Türkiye Serbest Bölgelerinin bu amacı % 69,25 oranında gerçekleştirmesine rağmen bu oranın dünya ortalamasının (%80-100) altında kaldığı görülmektedir. Azımsanmayacak oranda Serbest Bölgelerden Türkiye iç pazarına çıkış görülmektedir (% 30,74).

Tablo 2.10: Türkiye'de Serbest Bölge Ticaret Hacminin Ülkelere Göre Dağılımı

Ocak – Aralık 2019 Dönemi (x 1.000 USD)				
ÜLKELER	Bölgelere Giriş	Bölgelerden Çıkış	TOPLAM	%
I. OECD ve AB Ülkeleri	3.417.034	5.478.526	8.895.561	45,26
<i>a) AB Ülkeleri (28)</i>	<i>2.660.693</i>	<i>4.352.615</i>	<i>7.013.308</i>	<i>35,68</i>
<i>b) Diğer OECD Ülkeleri</i>	<i>756.342</i>	<i>1.125.911</i>	<i>1.882.253</i>	<i>9,58</i>
II. Diğer Avrupa Ülkeleri	39.307	163.123	202.430	1,03
III. Bağımsız Devletler Topluluğu	337.319	550.325	887.643	4,52
IV. Kuzey Afrika ve Ortadoğu	603.956	1.220.605	1.824.561	9,28
V. Diğer Ülkeler	1.235.262	565.480	1.800.742	9,16
VI. Türkiye	2.665.482	3.379.491	6.044.973	30,75
TOPLAM	8.298.360	11.357.550	19.655.910	

Kaynak: T.C. Ticaret Bakanlığı (2021)

Beklentinin aksine Serbest Bölgelerden yurtiçine yönelik ticaret yurtiçinden Serbest Bölgelere olan ticarete oranla yüksek kalmaktadır. Serbest Bölgelerden yurtdışına yapılan ticaret yurtdışından bölgelere olan ticaretten yüksek olması olumlu olarak değerlendirilebilir.

Tablo 2.11: Türkiye’de Serbest Bölgelerin Yönü İtibarıyla Ticaret Hacmi

2016 – 2019 Dönemi (x 1.000 USD)				
	2016	2017	2018	2019
Yurtdışından Serbest Bölgelere	2.125.131	2.374.508	2.563.422	2.665.482
Serbest Bölgelerden Yurtdışına	3.999.450	4.073.203	3.766.310	3.379.491
Serbest Bölgelerden Yurtdışına	7.040.974	7.525.016	8.146.764	7.978.059
Yurtdışından Serbest Bölgelere	5.867.525	6.405.857	6.452.567	5.632.878
TOPLAM	19.033.080	20.378.584	20.929.063	19.655.910

Kaynak: T.C. Ticaret Bakanlığı (2021)

SEB’lerde istihdam verileri ve görev alanları

Çalışan ve istihdam sayıları açısından da Ege Serbest Bölgesi birinci, Mersin Serbest Bölgesi ikinci sırada gelmektedir. 2019 verilerine göre Türkiye Serbest Bölgelerinde 57.043 işçi, 11.235 büro personeli ve 5.936 kişi diğer alanlarda olmak üzere toplam 74.214 kişiye istihdam olanağı sunulmaktadır. Bu sayılara az da olsa yabancı çalışan dâhildir. Herhangi bir Serbest Bölgede oluşturulan istihdam sayısı ve oranı performans değerlendirmesinde önemli bir ölçüt olarak alınmaktadır.

Tablo 2.12: Türk Serbest Bölgelerinde Çalışan Sayısı ve Görev Dağılımı

Ocak – Aralık 2019 Dönemi				
Serbest Bölge Adı	İşçi	Büro Personeli	Diğer	TOPLAM
Ege Serbest Bölgesi	15.772	3.589	1.046	20.407
Mersin Serbest Bölgesi	7.918	976	2.107	11.001
Bursa Serbest Bölgesi	8.405	1.218	284	9.907
İstanbul Endüstri ve Tic. Serbest Bölgesi	4.718	641	0	5.359
Antalya Serbest Bölgesi	3.646	733	712	5.091
Kayseri Serbest Bölgesi	4.070	539	157	4.766
Avrupa Serbest Bölgesi	3.772	828	0	4.600
İzmir Serbest Bölgesi	2.948	699	197	3.844
İstanbul Trakya Serbest Bölgesi	2.268	692	34	2.994
Kocaeli Serbest Bölgesi	461	284	1.018	1.763
TÜBİTAK MAM Serbest Bölgesi	1.203	377	28	1.608
İstanbul İhtisas Serbest Bölgesi	500	462	173	1.135
Adana Yumurtalık Serbest Bölgesi	907	104	121	1.132
Samsun Serbest Bölgesi	280	30	0	310
Gaziantep Serbest Bölgesi	152	50	4	206
Trabzon Serbest Bölgesi	0	0	54	54
Denizli Serbest Bölgesi	23	9	1	33
Rize Serbest Bölgesi	0	4	0	4
TOPLAM	57.043	11235	5936	74.214

Kaynak: T.C. Ticaret Bakanlığı (2021)

Türkiye Serbest Bölgelerinde istihdam oluşumu ve çalışan verimliliği gibi değişkenlerin analizi bu araştırmanın kapsamı dışında kalmaktadır. Bu alanda Türkiye’de 18 Serbest Bölgeye yönelik çeşitli akademik çalışma ve bilimsel yayın bulunmaktadır.

SEB’lerin performans değerlendirmesine yönelik çalışmalar

Ekonominin temelinde yer alan unsur, sahip olunan kaynakların etkin ve amaca yönelik bir şekilde kullanılmasıdır. Literatürde, Serbest Bölgelerin tanım ve terminolojisinde olduğu gibi fayda-maliyet analizlerinde de çok çeşitli görüşler ortaya konmaktadır. Grubel (1982), ekonomik faaliyetlerin Serbest Bölgeler yoluyla kısmen serbestleştirilmesinin ticari faaliyetlerin genişlemesine yol açtığını ancak bunun potansiyel maliyet ve negatif dışsallıklar içerdiğini de söylemektedir.

Fayda-maliyet analizlerinde, ortaya konan hedef ve öngörülen işlevlerin de dikkate alınması önemli görülmektedir. Ticaret Bakanlığı (2021), Türkiye’de kurulan Serbest Bölgelerin amaç ve işlevini şu şekilde özetlemektedir;

- Ülkeye yabancı sermaye ve teknolojilerin getirilmesine imkân sağlayacak uygun zemin yaratılması,
- Sanayicinin ihtiyaç duyduğu bazı hammadde ve ara malların kolaylıkla, istenilen miktarda ve zaman kaybı olmadan temin edilebilmesi,
- Sağlanan teşvik ve avantajlarla düşük maliyetli mal üretimi ve ihracı,
- Türkiye dışından gelen malların transit olarak diğer ülkelere satımı,
- Yeni istihdam olanaklarının yaratılması,
- Türk ihraç ürünlerinin ihracatını kolaylaştırmak ve hızlandırmak bakımından bir basamak olması işlevlerini görmektedir.

Türkiye’de kurulan Serbest Bölgelerin ne derece bu işlevleri yerine getirdiğiyle ilgili pek çok analiz ve performans araştırmaları yapılmıştır.

Etkinlik ölçmede en kolay yöntem, tek girdi ve tek çıktı ile yapılan, çıktının girdiye bölünmesiyle elde edilen oran analizidir. Parametrik olmayan yöntemlerde doğrusal programlamaya dayanarak üretim sınır fonksiyonuna (etkinlik sınırı) olan uzaklık mesafesine göre işletmelerin etkinlikleri belirlenebilmektedir. Non-parametrik yöntemler arasında sıklıkla kullanılan ve Charnes, Cooper ve Rhodes (1978)

tarafından geliştirilen veri zarflama analizi (VZA)³⁵ yöntemidir. Buna karşın parametrik yöntemler içerisinde regresyon analizi, stokastik sınır analizi³⁶, serbest dağılım yaklaşımı³⁷ ve kalın sınır yaklaşımı³⁸ öne çıkmaktadır.

Etkinlik analizinde kullanılan bir başka yöntem ise, ortalama değerler bulunarak serbest bölgelerin yıllar itibarıyla sonuçlarının bir önceki yıl temel alınarak değişim oranlarına bakılarak karşılaştırmalarının yapılmasıdır. Ya da mevcut performans durumunun ülke ekonomik göstergeleri ile kıyaslanarak teorik ele alınmasıdır (Kokoç ve Temel Gencer, 2019).

Türkiye’de Serbest Bölgelerin etkinlik analizlerinde azımsanmayacak oranda veri zarflama analiz yöntemi (VZA) kullanılmaktadır. Bu yöntemle amaç ve hedefleri aynı olan, aynı girdileri kullanan, benzer çıktılar üreten işletmelerin performansları değerlendirilmektedir. Etkin olmayan karar birimlerine yönelik tavsiye ve iyileştirme örnekleri de sunabilen VZA statik bir analiz yöntemi olup tek bir durak noktasında veriler alınıp, analizleri yapılmaktadır. Zaman içerisindeki değişimlerin gözlemlenmesi halinde Malmquist toplam faktör verimliliği indeksi analize eklenebilir. Parametrik olmadığı için istatistiksel olarak sınanması zor olmakta ve hesaplanan etkinlik değerleri mutlak olarak değil göreceli olarak değerlemeye tabi tutulmaktadır.

Bu araştırmanın amacı Türkiye Serbest Bölgelerinin performans ölçümlerini yapmak olmayıp, performans ölçümünde kullanılan yöntemleri de içeren genel bir durum tespit ve değerlendirmesi yapmakla sınırlı bulunmaktadır. Literatürde Türkiye Serbest Bölgelerinin performans ölçüm ve değerlendirmesine yönelik ayrıntılı akademik araştırma ve bilimsel yayın bulunmaktadır (Kokoç ve Temel Gencer, 2019); (Yerenkhan, 2015); (Petekkaya, 2018); (Iraker, 2021); (Tektüfekçi, 2010).

2.3 Dünya Sağlık Serbest Bölgeleri (Uygulama ve Girişimler)

Bu bölümde dünya genelinde kurulan BAE Dubai Sağlık Kenti ve Çin Lecheng Umut Kenti ve inşa aşamasında olan Güney Kore Cheongna Medikal Kompleksi,

35 Data Envelopment Analysis Method

36 Stochastic Production Frontier Analysis

37 Distribution-Free Approach

38 Thick Frontier Approach

Endonezya Sanur SEZ ve Nijerya Lekki SEZ projelerinin yanı sıra akim kalmış Hindistan Frontier Midville ve Türkiye çeşitli SASEB girişimleri incelenmektedir.

2.3.1 Birleşik Arap Emirlikleri

2.3.1.1 BAE genel göstergeleri

Abu Dabi, Dubai, Sharjah, Ajman, Ummul-Quwain, Ras Al-Khaimah ve Fujairah olmak üzere 7 ayrı emirlikten meydana gelen Birleşik Arap Emirlikleri (BAE) uzun yıllar Osmanlı idaresinde kaldıktan sonra İngiltere'nin idaresine geçmiş ve 2 Aralık 1971 yılında İngiltere'den bağımsızlığını kazanmıştır. Arap yarımadasının güneydoğusunda yer alan, Umman ve Suudi Arabistan'a komşu BAE, 83.600 km² yüz ölçüme ve 2020 verilerine göre 9,8 milyon nüfusa sahip federatif yapıda küçük bir ülke olmasına rağmen Ortadoğu'nun ekonomik ve ticari yönden en gelişmiş üçüncü ülkesidir. 2021 verilerine göre Gayri Safi Yurtiçi Hasılası 410 milyar USD ve kişi başına düşen geliri 36 bin USD olan BAE dünyanın petrol rezervlerinin % 6'sına, gaz rezervleri açısından dünyanın yedinci büyük rezervlerine sahip bulunmaktadır.

1980'de 1 milyon civarında olan nüfus 1990'da 1,8 milyon 2000'de 3,1 milyon ve 2020'de 9,28 milyon kişiye ulaşmıştır. Nüfusun bu denli hızlı artışının nedeni çoğunluğu ucuz işgücü ülkelerinden gelen kişilerden meydana gelmektedir. Nüfusun erkek yoğunluklu olmasının (6,47 milyon erkek, 2,81 milyon kadın) nedeni çalışmak amacıyla ülkeye gelen bu göçmen işçi nüfus yapısından kaynaklanmaktadır.

Toplam nüfus içerisinde yerli BAE vatandaşları sadece %15 ile azınlık konumunda bulunmaktadır. %85'lik büyük kısmını diğer ülke vatandaşları oluşturmaktadır. Hintliler %25, Pakistanlılar %13, diğer Araplar %12, Bangladeşliler %7, Filipinliler %6, İranlılar %4, Sri Lankalılar %3 ve diğerleri (Nepalli, Çinli, Afgan, İngiliz, Kanadalı, ABD'li vs. %15 oluşturmaktadır.

1980'de % 9,4 olan nüfus artış oranınının 2020'de % 1,23'e gerilediği görülmektedir. 2040'da 65 yaş ve üstü 1 milyon 250 bin kişiye yükselmesi beklenen yaşlılarda yaşa bağlı kronik hastalık ve bakım sorunlarına yönelik politikaların geliştirilmesi konusunda çalışmalar yürütülmektedir.

Yerli Arap nüfusun azınlıkta olduğu ülkede her emirliğin içte kendine özgü yapısı ve yönetim tarzı olmakla birlikte petrol zengini Abu Dabi Emirliği her zaman Devlet

Başkanlığını elinde tutarken ikinci önemli emirlik Dubai Emirliği ise Devlet Başkanı Yardımcılığı ve Başbakanlık görevlerini deruhte etmektedir.

2.3.1.2 BAE sağlık göstergeleri

BAE, siyasi ve coğrafi dağılımına paralel olarak sağlık hizmetleri alanında da Federal ve Emirlikler düzeyinde parçalı bir organizasyon yapısına sahip bulunmaktadır. 7 Emirlik içerisinde en büyükleri olan Abu Dabi ve Dubai Emirlikleri sağlık hizmetlerinin en yoğun temerküz ettiği yerler olarak öne çıkmaktadır (Shukla ve Kulshreshtha, 2020). Kuzey Emirliklerde Federal Sağlık ve Toplum Sağlığını Koruma Bakanlığı (MOHAP), Abu Dabi Emirliğinde Abu Dabi Emirliği Sağlık Otoritesi ve Dubai Emirliğinde Dubai Emirliği Sağlık Otoritesi sağlık hizmetlerinden sorumlu makamlardır. 2014'te Sağlık Sigortası başlatılan Emirliklerde halkın tamamına yakını sigorta kapsamına alınmış bulunmaktadır.

BAE sağlık stratejik hedeflerini 6 başlıkta toplamaktadır. Bunlar;

- Hedef - Toplumun hastalıklardan korunmasını sağlayan yenilikçi ve sürdürülebilir kapsamlı bütünleşik sağlık hizmetleri sunmak.
- Hedef - Sağlık bilgi sistemlerini geliştirmek ve sağlık tesisleri altyapı yönetiminde uluslararası standartları uygulamak.
- Hedef - Kalite, tedavi, sağlık ve ilaç güvenliğine yönelik uluslararası standartlara uygun sistemler oluşturmak.
- Hedef – Sağlık sektörüne etkin bir yasal çerçeve ve yönetim altyapısıyla birlikte seçkin düzenleyici ve denetleyici hizmetler sunmak.
- Hedef - Tüm idari hizmetlerin kalite, verimlilik ve şeffaflık ölçütlerine uygun olarak sunulmasını sağlamak.
- Hedef – Kurumsal çalışma ortamında yenilik kültürünü yerleştirmek.

Stratejik hedefler doğrultusunda BAE'de sağlık hizmetleri yapılanması şu şekildedir;

Devlet Başkanlığı İşleri Bakanlığına (MOPA)³⁹ bağlı sağlık tesisleri: 2015 yılında önce 7 Emirlikten ikisi olan Umm Al Quwain ve Ras Al Khaimah ve 2017 yılında Ajman Emirliği olmak üzere 4 hastaneyle genel tedavinin yanı sıra beyin cerrahisi, kardiyovasküler cerrahi ve onkoloji benzeri ihtisas tedavi hizmetleri sunmaktadır.

³⁹ MOPA: Ministry of Presidential Affairs

İçişleri Bakanlığına bağlı sağlık tesisleri: Emniyet teşkilatlarında görevli polis ve ailelerine Bakanlığa bağlı çeşitli kliniklerde sağlık hizmetleri sunulmaktadır.

Dubai Sağlık Otoritesine (DHA)⁴⁰ bağlı sağlık tesisleri: 1972 kurulan, ülkenin en eski sağlık kurumu olan DHA, Dubai Emirliği Hükümetine bağlı uluslararası standartlara uygun çeşitli hastane ve sağlık kuruluşunda hizmet sunmaktadır. Bunlar arasında Ortadoğu'nun önde gelen hastanelerinden Al Jalila ve Latifa Hastanesi bünyesinde bulunan Talasemi ve Genetik Merkezi de yer almaktadır.

Abu Dabi Sağlık Otoritesine bağlı sağlık tesisleri: 2001 yılında Şeikh Khalifa Sağlık Kenti, Abu Dhabi Al Mafraq Hastanesi, ülkenin en ileri tüp bebek laboratuvarının bulunduğu Al Ain Tawam Hastanesi benzeri çeşitli sağlık kurumlarında hizmetler sunmaktadır.

Abu Dhabi Mubadala şirketine bağlı sağlık tesisleri: Healthpoint ve Cleveland isimli 2 genel hastane vasıtasıyla hizmet sunmaktadır.

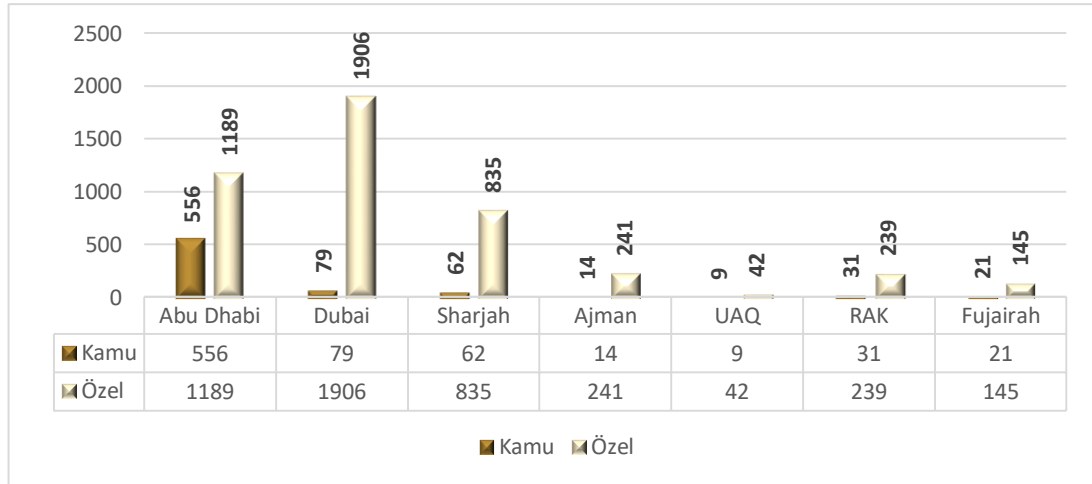
Petrol Sahalarına bağlı sağlık tesisleri: Kısa adı ADNOC⁴¹ olan Abu Dhabi çalışanlarına ve ailelerine yönelik Ruwais ve Zeyd Kentinde bulunan çeşitli hastane ve sağlık kurumlarıyla helikopter ve ambulans desteğini de içeren hizmet vermektedir.

Özel Sektöre bağlı sağlık tesisleri: Türkiye'de olduğu gibi Birleşik Arap Emirliklerinde çeşitli yabancı ve yerli özel hastane ve sağlık tesisi bulunmaktadır. İnsan Sağlığına Yönelik Mesleki Uygulamaya Dair 1975 Yılı ve 17 Sayılı Yasa, Eczacılık ve İlaç Kurumları Mesleki Uygulamalarına Dair 1983 Yıl ve 4 Sayılı Yasa ve Özel Sağlık Tesislerinin Ruhsatlandırılmasına Dair 2015 Yıl ve 4 Sayılı Yasa uyarınca çalışan özel sektör tesisleri oldukça titiz bir denetime tabi tutulmaktadır (MOH, 2020)

Sistemde hastane, tıp merkezi, sağlık merkezi, dış kliniği vb. 772 kamu ve 4597 özel olmak üzere toplam 5369 sağlık tesisi bulunmaktadır. Bu kurumların yatak sayısı 2019'da 16.872 iken 2020'de 18.005'e ulaşmıştır. Bunların 9649'u kamu hastanelerinde 8356'sı özel sektör hastanelerinde yer almakta olup kamu sektöründeki yatak doluluk oranı 2019'da % 51 olarak gerçekleşmiştir.

40 DHA: Dubai Health Authority

41 ADNOC: Abu Dhabi National Oil Company



Şekil 2.7: Emirliklerde Emirlik Bazında Sağlık Tesisleri Dağılımı

Kaynak: MOHAP (2020)

Kamu ve özel sektör toplam 5369 sağlık tesisindeki yatak sayılarının Emirlik ve sektöre göre dağılımı aşağıdaki gibidir;

Tablo 2.13: Emirliklerde Sektör Bazında Hastane ve Yatak Sayısı (2020)

Emirlik	Sektör	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı	Emirlik	Sektör	Hastane Sayısı	Yatak Sayısı
Abu Dabi	Kamu	24	4185	UAQ	Kamu	2	348
	Özel	40	3504		Özel	0	0
	<i>Toplam</i>	<i>64</i>	<i>7689</i>		<i>Toplam</i>	<i>2</i>	<i>348</i>
Dubai	Kamu	6	2336	RAK	Kamu	6	1036
	Özel	39	3592		Özel	3	84
	<i>Toplam</i>	<i>45</i>	<i>5928</i>		<i>Toplam</i>	<i>9</i>	<i>1120</i>
Sharjah	Kamu	8	1089	Fujairah	Kamu	3	381
	Özel	16	526		Özel	2	138
	<i>Toplam</i>	<i>24</i>	<i>1615</i>		<i>Toplam</i>	<i>5</i>	<i>519</i>
Ajman	Kamu	4	274	TOPLA M	Kamu	53	9649
	Özel	4	512		Özel	104	8356
	<i>Toplam</i>	<i>8</i>	<i>786</i>		GENEL TOPLAM	157	18005

Kaynak: MOHAP (2020)

Dünya genelinde yedinci ölüm nedeni olan ve 422 milyon kişinin mustarip olduğu tip 2 diyabet hastalığı Körfez Bölgesinde olduğu gibi Birleşik Arap Emirliklerinde de en sık görülen hastalık türlerinden birini oluşturmaktadır. Diyabet hastalık prevalansı %30, tip 2 diyabet prevalansı %23 olarak görülmektedir (Jelinek vd., 2017).

Diyabet hastalarında ölüm oranı % 11,80, kanserden ölüm oranı her 100 bin kişide 26,80; kardiyovasküler hastalıklarda ölüm oranı her 100 bin kişide 84'dür. Devlet ve özel sektör tarafından önemli yatırımlar yapılmasına rağmen bulaşıcı olmayan

hastalıklardan (*non-communicable diseases*) kanser Birleşik Arap Emirliklerinde üçüncü en önemli ölüm nedenleri arasında yer almaktadır (Al-Shamsi vd., 2020).

Bir diğer sık görülen rahatsızlık ise beslenme alışkanlıkları nedeniyle 5-17 yaş aralığında çocuklarda % 17,30 ile yüksek bir seviyede seyreden obezitedir.

2.3.1.3 Dubai sağlık kenti (DHCC)

Kuruluş ve gelişim tarihçesi

Dünyada ilk kurulan Sağlık Serbest Bölgesi unvanını taşıyan Dubai Sağlık Kenti 2002 yılında Devlet Başkanı Yardımcısı ve Dubai Emirliği Hâkimi görevlerini birlikte yürüten Şeyh Mohammed Bin Raşid Al Makhtoum tarafından kurulmuştur.

Federatif yapıdaki ülkenin en tanınan emirliği olan Dubai Emirliği ticaret ve finans alanında olduğu gibi sağlık alanında diğer emirliklere nazaran gelişmiş bir sağlık altyapısına sahip bulunmaktadır.

2020 verilerine göre Sağlık Bakanlığı, Dubai Sağlık Otoritesi, Özel Sektör, Dubai Serbest Bölgesine ait olmak üzere Dubai’de 48 hastane, 2570 klinik ve sağlık merkezi, 312 diş kliniğinde 10.437 hekim, 2.699 diş doktoru, 19 bin hemşire, 9 binden fazla sağlık teknikeri ve 10 binden fazla idari yönetici ve personel olmak üzere diğer sağlık personelleriyle birlikte 56 binden fazla kişiye istihdam olanakları sunulmaktadır.

Dubai Sağlık Serbest Bölgesi kurulana kadar yerli Arap sağlık turistleri yoğunlukla Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa ülkelerine sık seyahat etmekteydiler. Son 10 yılda yurtdışı yerine DHCC’de tedaviyi tercih edenlerin sayıları sürekli düşmüş en son 2020 yılında 326 olan sayı 2021’de 283 olarak kaydedilmiştir.

Yerleşim yeri ve ulaşım altyapısı

DHCC iki aşamalı bir yapılanma modeline sahip olup birinci aşaması Bur Dubai semtinde 4,1 milyon fit kare alan üzerinde sağlık, bakım, eğitim, Ar-Ge ve çeşitli hizmetlere tahsis edilmiştir. Büyük oranda yapılanması tamamlanan DHCC birinci aşamasının başarılı olması sonucunda Dubai’nin Al Jaddaf semtinde 19 milyon fit kare bir alan üzerinde yapılanmasına devam etmektedir.

Tüm dünyadan ulaşım kolaylığı sağlayan Uluslararası Dubai Havalimanı DHCC’ye oldukça yakın bir mesafede bulunmaktadır. Ülkenin sahip olduğu gelişmiş karayolu

ağı ve Dubai içerisindeki yeraltı treni ağı DHCC'ye erişim olanaklarını oldukça genişletmektedir.

Yasal çerçeve ve mevzuatlar

2002 yılında kuruluşu ilan edilen Dubai Sağlık Kenti, “2003 Yıl ve 9 Sayılı Dubai Sağlık Kenti Kuruluş Kararnamesi” ile yasal bir zemine oturtulmuştur. “2011 Yıl ve 9 Sayılı Dubai Sağlık Kenti İdaresine Dair Yasa” ile DHCC'nin idari yapısı oluşturulmakta, DHCA42 ismiyle kurulan teşkilatın görev ve yetkileri, teşkilat yapısı, mali kaynakları ve düzenleyici kuruluş olarak ruhsatlandırma süreçlerinin çerçevesi çizilmektedir.

DHCC'yi küresel bir tıp ve sağlık merkezi haline getirme ana hedefini güden yasanın alt hedefleri arasında, bölgesel ve küresel ilaç üreticilerini, araştırma laboratuvarlarını, eczaneleri, sağlık sektörü işletmelerini ve tamamlayıcı endüstrileri çekmek yer almaktadır.

Yasa ayrıca DHCA'ya kendi başına olduğu gibi diğer kuruluşlarla işbirliği içerisinde sağlık alanında her türlü ileri teknoloji üniversite, üst düzey tıp fakültesi, hemşirelik okulları benzeri eğitim kurumları ve beslenme, teşhis, tanı, araştırma merkezi ve ileri düzey fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezleri kurma, buralarda çalışanlar için uygun barınma alanları inşa etme yetkisi vermektedir.

Kendi yetki alanında faaliyet gösteren veya göstermek isteyen tüm kişi ve kuruluşların ruhsatlandırılması, denetlenmesi, ortak bir yetenek havuzu veri tabanı oluşturulması, profesyonel destek altyapısının oluşturulması, sunulan hizmetler için ücret belirleme ve tahsil etme, mülkiyeti altında olan mülklerin ve tesislerin satışı, kiralanması, ipotek edilmesi DHCA'nın yetki alanına girmektedir (*Law No. (9) of 2011 Concerning Dubai Healthcare City*). Diğer yandan yasa, DHCC'de çalışan kişi ve kurumların bölge dışında yürüttükleri operasyonlardan elde ettikleri gelirlerin vergiden muafiyetlerini, bölgede edindikleri sermaye ve kazancı dışarıya kolaylıkla transfer edebilmelerini, ruhsat sahibi kuruluşların bölge dışında geliştirilen, ithal edilen, üretilen tüm mal ve hizmetlerle ilgili gümrük vergilerinden muafiyetlerini, bölgede faaliyet gösteren kuruluşlarla ilgili özel mülkiyeti kısıtlayıcı hiçbir önleme başvurulamayacağı konularını belirlemektedir.

⁴² DHCA: Dubai Healthcare City Authority (Dubai Sağlık Kenti İdaresi)

DHCA'nın yetki alanına giren kişi ve kuruluşlar halk sağlığı, kamu güvenliği ve çevre ile ilgili mevzuatlar hariç Dubai Belediyesi ve diğer kamu kurumlarının yasa ve düzenlemelerine tabi tutulmamaktadır.

Kuruluşundan günümüze kadar DHCC veya DHCA açısından önem taşıyan yasa ve yönetmeliklerin özeti aşağıda yer almaktadır.

Tablo 2.14: DHCC'ye Dair Yasa ve Yönetmelikler

Yıl	Sayı	Yasa/Yönetmelik	Düzenleyen Makam
2002	-	DHCC Kuruluş İlanı	
2003	9	Dubai Sağlık Kenti Kuruluş Kararnamesi	Veliaht M.R. Al Mahktoum
2007	13	Dubai Sağlık Otoritesinin Kuruluşuna Dair Kanun.	Dubai Hâkimi M.R. Al Mahktoum
2011	9	Dubai Sağlık Kentine Dair Yasa. DHCC İdaresi için DHCA'nın kuruluş yasası	Dubai Hâkimi M.R. Al Mahktoum
2013	1	DHCC İdari Yönetmeliği	Dubai Hükümeti - DHCA
2013	2	DHCC Sağlık Çalışanlarına Dair Yönetmelik	Dubai Hükümeti - DHCA
2013	3	DHCC Tamamlayıcı ve Alternatif Tıp Çalışanlarına Dair Yönetmelik	Dubai Hükümeti - DHCA
2013	4	DHCC Sağlık İşletmecileri Yönetmeliği	Dubai Hükümeti - DHCA
2013	5	DHCC Eğitim Yönetmeliği	Dubai Hükümeti - DHCA
2013	6	DHCC Sayılı Araştırma Yönetmeliği	Dubai Hükümeti - DHCA
2013	7	DHCC Sağlık Veri Muhafaza Yönetmeliği	Dubai Hükümeti - DHCA
2013	8	DHCC Şirketler Yönetmeliği	Dubai Hükümeti - DHCA
2013	9	DHCC Ticari Hizmetler Lisanslandırma Yönetmeliği	Dubai Hükümeti - DHCA

Kaynak: Çizelge BAE mevzuatları incelenerek yazar tarafından oluşturulmuştur (2023)

Bu ana mevzuatın yanı sıra DHCC'de ilaç, inşaat, iş güvenliği, trafik, şirket kurma, denetim, halk sağlığı, kamu güvenliği benzeri konularda onlarca yönetmelik ve alt mevzuat bulunmaktadır.

Yönetim ve örgütsel yapısı

Dubai Sağlık Kentinin İdaresi uhdesine verilen Dubai Sağlık Kenti İdaresinin (DHCA) yönetim ve örgütsel yapısı 2011 Yıl ve 9 Sayılı Yasanın 7. Maddesinde düzenlenmektedir. Kurum organları (i) Başkan, (ii) Yönetim Kurulu ve (iii) İcra Kurulu olmak üzere 3 seviyeden meydana gelmektedir.

Yasanın 9. Maddesi, Kurumun genel denetim ve yönetiminden sorumlu Başkanın görev ve yetkilerini tanımlamaktadır;

- Kurumun genel politika, strateji ve kalkınma planlarını onaylamak;
- Kurumun düzenleyici, idari ve mali mevzuatını onaylamak;
- Kurumun amaçlarının gerçekleşmesini denetlemek, kurumun hizmet, faaliyet ve projelerini onaylamak;
- Kurumun genel bütçe taslağını ve kesin hesaplarını onaylamak;
- Kurumun hedeflerine ulaşabilmesi için gerekli tüm tesisleri kurmak;
- Yönetim Kurulu üyelerini ve İcra Komitesi Başkanını atamak;
- Komiteler oluşturmak ve görev ve yetkilerini belirlemek;
- Kurumun hedeflerine ulaşabilmesi için gerekli tüm bölümleri, kurulları, yetkilileri ve diğer organları kurmak için kararlar almak;
- Başkan, bu Kanunda öngörülen yetkilerden herhangi birini uygun gördüğü herhangi bir Yönetim Kurulu üyesine veya İcra Komitesi Başkanına devredebilir (*Law No. (9) of 2011 Concerning Dubai Healthcare City, 2011*).

Yasanın 10. Maddesi Dubai Sağlık Kenti İdaresi Yönetim Kurulunun teşkil ve çalışma usul ve esaslarını tanımlamaktadır. Buna göre;

- Kurum Başkan ve Başkan Yardımcısı ve görevlendireceği en az yedi (7) üyeden oluşan ve hakları Başkan tarafından belirlenen bir Yönetim Kurulu tarafından yönetilir. Kurul üyeliği yenilenebilir üç (3) yıllık bir dönemi içerir.
- Yönetim Kurulu, Başkan tarafından en az iki ayda bir ve lüzum görülen zamanlarda toplanır. Kurul toplantıları aralarında Başkan veya Başkan Vekilinin bulunması koşuluyla üyelerin çoğunluğunun katılması halinde geçerlilik kazanır.
- Yönetim Kurulu tüm kararlarını oy çokluğu ile alır. Oyların eşit olması durumunda Başkanın oyu belirleyicidir. Kurul kararları toplantı tutanağına geçirilir ve Başkan ve hazır bulunan üyeler tarafından imzalanır.
- Yönetim Kurulu, bu Kanunla kendisine verilen görevlerin yerine getirilmesinden ve Başkana karşı sorumludur.

Yasanın 11. Maddesi Yönetim Kurulunun görev ve yetkilerini tanımlamaktadır;

- İcra Kurulu Başkanı tarafından önerilen DHCC politikalarını, stratejik ve operasyonel planlarını, tüzüklerini, kurallarını ve düzenlemelerini incelemek ve Başkan'ın onayına sunmak;
- DHCC yıllık bütçesini, kesin hesaplarını, mali ve teşkilat yapısını onaylamak ve Başkan'ın onayına sunmak;
- DHCC'de yer alan kuruluşların tescil ve ruhsatlandırma işlemlerini, DHCA tarafından sunulan hizmetleri ve ücretlerini onaylamak ve Başkan'ın onayına sunmak;
- DHCC tarafından hedeflenen alan ve sektörlerde özel konferans ve etkinliklerin organizasyonuna nezaret etmek ve katılmak;
- DHCC girişimlerini tanımlama ve ücretlerini belirlemeye yardımcı olması için denetçiler ve uzman danışmanlar atamak;
- DHCC bünyesinde yatırım fırsatlarını belirlemek ve DHCC altyapısının oluşturulmasını denetlemek;
- DHCC yerleşkesinde Emirlik içinde ve dışında bulunan üçüncü taraflarla birlikte veya kendisi çeşitli tesis ve şirketler kurmak;
- Başkan tarafından verilen diğer görevler.

Yasanın 12. Maddesi İcra Kurulunun teşkil ve çalışma usul ve esaslarını tanımlamaktadır. Buna göre;

- Kurumun İcra Kurulu, bir İcra Kurulu Müdürü ile çeşitli sayıda idari, mali ve teknik çalışandan oluşur.
- İcra Kurulu Müdürünün maaş ve huzur hakkı Başkanın kararı ile belirlenir. Müdür, işbu Kanun kapsamında veya Başkan ve Yönetim Kurulu tarafından kendisine tevdi edilen görevlerin ifa ve icrasında doğrudan Başkana karşı sorumludur.
- Kurumun İcra Kurulu çalışanlarının atanmaları, çalışma süreleri, işten çıkarılmaları, aylıkları görevleri ve diğer hususlar Başkan tarafından bu konuda çıkarılacak özel bir yönetmelikle düzenlenir.
- Yasanın 13. Maddesi İcra Kurulu Müdürünün görev ve yetkilerini tanımlamaktadır;
- Politikalar ve stratejik ve operasyonel planlar yapıp Yönetim Kurulu'nun onayına sunmak ve bu politika ve planları gerçekleştirmek için gerekli adımları atmak;

- Kurumun faaliyet ve hizmetlerinin düzenlenmesi için gerekli idari, mali ve teknik yönetmelik ve düzenlemeleri hazırlamak ve Yönetim Kurulu'nun onayına sunmak;
- Kurumun yıllık bütçesini ve kesin hesaplarını hazırlayıp Yönetim Kurulu'nun onayına sunmak;
- Kurumun teşkilat ve idari yapısını hazırlamak ve Yönetim Kurulu'nun onayına sunmak ve Kurum faaliyetleri için gerekli kayıtların tutulması için kararlar geliştirmek;
- DHCC kuruluşları tarafından sunulan faaliyet ve hizmetleri denetlemek;
- DHCC'nin hedeflerine ulaşması amacıyla Bakanlıklar, Federal ve yerel hükümet kurumları ve idareleri ile eşgüdüm sağlamak;
- Kurumun İcra Kurulunu denetlemek;
- Kurumu üçüncü kişiler nezdinde temsil etmek ve Kurum adına her türlü sözleşme ve mutabakat zaptı imzalamak;
- Kar amacı güden veya gütmeyen her türlü kuruluşla DHCC arsa ve binalarında faaliyetlerini yürütebilmeleri için kiralama sözleşmeleri imzalamak;
- Bu konuda Kurum tarafından onaylanan düzenleme ve yönetmeliklere göre gerekli görülen teknik ve idari çalışanları atamak;
- Başkanın onayına bağlı olarak Emirlik içinde veya dışında banka hesapları açmak ve yönetmek.
- İcra Kurulu Müdürü yukarıda belirtilen yetkilerden herhangi birini Kurumunda herhangi bir çalışanına devredebilir (*Law No. (9) of 2011 Concerning Dubai Healthcare City, 2011*).

DHCC ve DHCA için temel kuralların konulduğu 2011 Yılı ve 9 Sayılı Yasadan sonraki dönemlerde pek çok düzenleme ve yönetmelik çıkarılmıştır.

Bileşenleri ve özellikleri (yer alan sağlık tesisleri)

2023 verilerine göre Dubai Sağlık Kentinde 10 hastane, 168 klinik ve sağlık merkezi, 36 rekreasyon kuruluşu ve 4425 sağlık çalışanı bulunmaktadır (DHCC, 2021). Aşağıda DHCC'de faaliyet yürüten kuruluşların ayrıntılı verileri yer almaktadır.

Tablo 2.15: Yataklı Hizmet Sunan Hastane ve Tıp Merkezi

Al Jalila Children's Specialty Hospital	Mediclinic City Hospital
American A. Cosmetic Surgery Hospit.	Asan Specialty Hospital
Clemenceau Medical Center	Barraquer Eye Hospital
Dr Sulaiman Al Habib Hospital	Hamdan Bin Rashid Cancer Hospital
Emirates Specialty Hospital	University Hospital

Kaynak: Çizelge DHCA verileri temel alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur (2023)

Tablo 2.16: Ayakta Tedavi Hizmeti Sunan Klinik ve Merkezler

Advanced Behavioral Learning	Institute for Biophysical Medicine
Aesthetica Clinic	Integrated Rheumatology-Arthritis
Almavita Medical Clinic	Italian Dental Clinic
American Heart Center	Jumeirah American Clinic
American Medical and Dental C.	Kandinsky Clinic
American Spine Center	Kids Neuro Clinic and Rehab Center
American Wellness Center	Kidsheart Medical Center
Amsa Renal Care	Korehab Clinic
Arabian Home Orthotics & Prosthet.	Kyra Care
Ayurved Clinic	La Bella Baby Spa
Ayush Medical Center	La Clinica Esthetica
Bauerfeind Mea Polyclinic	Laser Eye Care and Research Center
Beauty Concept Clinic	London Center Aesthetic Surgery
Beijing Tong Ren Gulf	Magrabi Eye Hospital Outpatient Sur.
Belgium Medical Services	Mantra Ayurveda Clinic
Bioscience Clinic	Med-el Middle East
C37 Medical Hub	Medrise medical Center
California Chiropractic-Sports Med.	Merimac Dialysis Center
Camali CLinic Child-Adult Mental H.	Mitera Clinic
Cambridge Medical Center	Monarch Health Center
Canadian Spec. Dental C. Orthod.	Moorfields Eye Hospital Dubai
Chandran Gurukkal Ayurvedi Clinic	Mueller Medical Clinic
Clinic for Cosmetic Dentistry	My Pediaclinic
Clinic for Health and Medical Care	New Me Clinic
Dentamed Clinic	New Vision Eye Center
Dentcare Center International	Novomed Centers
Digestive Health Endoscopy Consult.	Orbit Eye Center Pediatrics-Oculop.
Diversified and Integrated Sports Cl.	Orchid Reproduction & Andrology
Doctors Clinic Diagnostic Centre	Orthognathic Surgery Centre
Dr Abeer Al Kobaisi Cosmplastic Cen.	Physical Health and Healing Center
Dr Batrsa Homeopathic Clinic	Physiocare
Dr Choi's Chiropractic Clinic	Pidds 3d Living
Dr Dana Diet Center	Prc Fertility Center
Dr Elsa New Concept Clinic	Priority Wellbeing Center
Dr Fatma Al Marashi Advanced Center	Prof Al Samarra Center
Dr Helena Taylor Clinic	Proto Clinic
Dr Magid Salaheldin Medical Center	Qastarat & Dawali Clinics
Dr Majdi El Halik Pediatric Phys.Ment.	Revitalife Clinic
Dr Mariam Awatai Clinic	Revive Dental Clinic

Tablo 2.16: (Devam) Ayakta Tedavi Hizmeti Sunan Klinik ve Merkezler

Dr Najat Hazimeh Clinic	Royal Aesthetic and Medical Clinic
Dr Rami Hamed Center	Sakura medical and Dental Clinic
Dr Shyams Ayurveda Centre	Serenity Clinic Fetal Maternal Care
Dr Sobeh's Clinic	Shanghai medical Clinic
Dr Suad Lutfi Medical Center	Shrif Eye Center
Dr Tasnim Alansari Gynecology-Obst.	Silk Clinics
Dubai Dental Hospital	Sobeh's Vascular and Medical Centre
Edrees Medical Prosthetic and Orthot.	Somerset Clinic
Elite Innovation Health Services	Spinal Health Centre
Elite Plastic& Cosmetic Surgery Group	Style Age
Emirates Integra Medical and Surgery	The Carbone Clinic
Emirates Integrated Medical Center	The Diabetes and Endocrine Center
Euroclinic Doctors	The Doris Duan-young Autism Center
Europa Medical Center Dr Phippe Dep.	The French Clinic
European University College	The Lighthouse Arabia
Eye Consultants	The New England Center Children Cl.
Femiclinic Center	The Perio Clinic
Feto Maternal and Genetyx Center	The Piercing Spot
First Ivf and Day Surgery Centre	The Psychiatry and Therapy Centre
French Dental Clinic	The Speech Clinic
Genesis Perinatal Care Clinic	The Weight Care Clinic
German Clinic	Towerclinic
German heart Centre Bremen	Tunio Aesthetics
German Medical Center	Ultralask Eye Center
German Neuroscience Center	Uro Diagnostik Clinic (udc)
Glory Aetshetic Clinic	Vein Care and Surgery Center
Hasan Surgery	Veneto Clinic
Hayati Health Center	Versailles Dental Clinic
Health amd Happiness Family Chiropr.	Vienna Dental Clinic
Health Call	Vivamus
Heartfirst Medical Center	Wellness By Design
Imperial Healthcare Institute	Westminister Ortho Clinic

Kaynak: Çizelge DHCA verileri temel alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur (2023)

Tablo 2.17: Eczaneler

800 Pharmacy	Life Home Healthcare Pharm.
Al Jalila Children's Sp. Hospital Pharm.	Medicina Pharmacy
American Ac. Cosm. S. Hosp. Pharm.	Mediclinic City Hospital Pharm.
Aster Pharmacy	Nakheel Pharmacy 27
Bin Sina Pharmacy	Nakheel Pharmacy
Clemenceau Medical Center Pharm.	Orchid Reproduction and Andrology
Dr Rami Hamed Center Pharm.	Revitalife Compounding Pharmacy
Fusion Apothecary Pharm.	Barraquer Eye Hospital Pharm.
Health First Pharmacy	Pharmachoice Pharmacy

Kaynak: Çizelge DHCA verileri temel alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur (2023)

Tablo 2. 18: DHCC’de MOHESR⁴³ Akreditasyonu Alan Yüksek Eğitim Kurumları

Mohammed Bin Rashid University of Medicine and Health Science	Dubai Dental Hospital
------------------------------------------------------------------	-----------------------

Kaynak: Çizelge DHCA verileri temel alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur (2023)

Tablo 2.19: Sağlık Çalışanlarına Yönelik Sürekli Eğitim Kurumları

American Heart Association	Johnson & Johnson (Middle East)
Cti Clinical Trial and Consulting Serv.	Medvarsity Education
Eduscope International	Radicon Institute of Radiology
Global Education Development Center	Tahpi Health Planning
Institute of Medical Aesthetics	World Laparoscopy Training Institute

Kaynak: Çizelge DHCA verileri temel alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur (2023)

Tablo 2.20: Klinik Ar-Ge Merkezleri

Bioquest Solutions	Center for Clinical Health Economics
Clintec International	

Kaynak: Çizelge DHCA verileri temel alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur (2023)

Tablo 2.21: Tanı Merkezleri ve Tıbbi Laboratuvarlar

Bioscience Clinic – Middle East	Medlab Analytik Dubai
Clemenceau Medical Center	Srl Diagnostics
Dnagtx Lab	First Genomix Gene Laboratory
Igenomix	

Kaynak: Çizelge DHCA verileri temel alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur (2023)

Tablo 2.22: Nondiagnostik Tıbbi Laboratuvarlar

Cellsave Arabia	Smart Cells International Middle East
Futurecells	Medcells Lab

Kaynak: Çizelge DHCA verileri temel alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur (2023)

Tablo 2.23: Danışmanlık Şirketleri

Arcadis Consulting Middle East	Quintica Group
Arex Consultants	Tahpi
Designyoung	Eleven Ace Management Consultancy
Intersystems	Gc Presidents

Kaynak: Çizelge DHCA verileri temel alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur (2023)

Tablo 2.24: İK hizmeti Veren Yönetici/Eleman Temin Şirketleri (Executive Search)

Disengaged Hr Services	360 Medicare Personnel
Eurohealth Systems	Gravitas CO
Kinetic Business Solutions M. Eat	Gulflinks

Kaynak: Çizelge DHCA verileri temel alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur (2023)

43 MOHESR: Ministry of Higher Education and Scientific Research, UAE.

Tablo 2.25: Etkinlik Organizasyon Şirketleri

Strategia Consultancy	Gulflinks
Compass International Tours	Jadsets
Gc Presidents	Synergy and Co
Gravitas Co	

Kaynak: Çizelge DHCA verileri temel alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur (2023)

Tablo 2.26: Lojistik ve Destek Kuruluşları

Abudhabi National Hotels Compass	Operon Middle East
First Abu Dhabi Bank	Scrubs-Clogs Medical Uniforms, Acc.
Fixit Government Services	Cuizina Catering Services
Modern Healthcare Facility	

Kaynak: Çizelge DHCA verileri temel alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur (2023)

Tablo 2.27: Kar Amacı Gütmeyen Hayır Kurumları

American Heart Association	Mecomed Middle East and Africa
----------------------------	--------------------------------

Kaynak: Çizelge DHCA verileri temel alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur (2023)

Tablo 2.28: Otel Hizmetleri

Action Hotels	Residence Inn By Marriott Al Jaddaf
Marriott Hotel Jaddaf	Hyatt Regency Dubai Creek Heights

Kaynak: Çizelge DHCA verileri temel alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur (2023)

Tablo 2.29: Sağlık Yönetim Şirketleri

Fresenius Medical Care Middle East	Blue Ocean Health
Ghp Middle East	Clear Vision Healthcare Operator
Highfield Awarding Body Compliance	Clemenceau Medicine International
Nephrocare Middle East	Emirates Healthcare Development Co.
Precyso Healthcare Management	Ghp International Care
Quantmed	Life Sciences and Technology

Kaynak: Çizelge DHCA verileri temel alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur (2023)

Tablo 2.30: Özbakım ve Güzellik Merkezleri

Ayush Wellness Spa	Lucid Women
Dentelle Beauty Center and Spa	Qingbo Spa
Glowing Salon	Romeo & Juliet Beauty Lounge
La Viad Beauty Salon	

Kaynak: Çizelge DHCA verileri temel alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur (2023)

Tablo 2.31: Gayrimenkul ve Yatırım Ortaklığı Şirketleri

Eastern Star Real Estate	Aqua Properties
Fixit Government Services	Bobyann Properties
Gulf Healthcare Company	Dhcc Community Management
Mag of Life	Dubai Healthcare City
Nilona Holding	Huwar Healthcare
Al Fursan	

Kaynak: Çizelge DHCA verileri temel alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur (2023)

Tablo 2.32: Bölge Müdürlüklerini DHCC’de Kuran Yabancı Şirketler

Abbot Laboratories Gmbh	Hikma Mena
Accuracy Europe Sas	Hill-rom Middle East
Acuson Middle East	Hologic Middle East
Agfa Healthcare Middle East	Infinity Supplies
Ahmed Khalil Al Baker Medical Supp.	Jntl Consumer Health Middle East
Al Mazaya Real Estate	Johnson&Johnson
Allm Mea	Johnson&Johnson (Middle East)
Alphamed Pharmaceuticals	Lifescan Middle East
Alpharep Pharma	Lundbeck Export (Repr. Office)
Amico	Max Healthcare
Annora Pharma	Medical International
Arthrex Gmbh	Medical Solutions
Astrazeneca	Merck Sharp & Dohme Idea Middle E.
Bauerfeind Middle East	Modern Pharmaceutical
Bayan International Group	Ms Pharma
Bioelys Pharmacceuticals	Nephrocare Middle East
Biolitec	Omron Healthcare Middle East
Biomerieux Moyen Orient	Opella Healthcare International Sas
Cardinal Health Middle East	Organon Pharma
Carl Zeiss Meditec	Pharmed Healthcare
Cochlear Middle East	Qiagen Middle East and Africa
Cook Medical Middle East	Quotient Middle East and Africa
Cooper Surgical Fertility & Genomics	Sanofi Aventis Group
Cordis Middle East	Seegene Middle East
Dhr Mena	Smith & Nephew
Drager Safety Ag& Co. Kгаа	Stada Mena Scientific Office
Dragerwerk Ag&Co. Kгаа	Stereis Middle East
Eli Lilly (Suisse) Sa	Sysmex Middle East
Emcure Pharmaceuticals Mena	Tabuk Pharmaceuticals
Fourmed	The Royal College of Surgeons Irel.
Fresenius Medical Care Middle East	Thea Pharma
Fresenius-kabi Middle East	Trivitron Healthcare Africa
Galderma International Sas	Trivitron Healthcare Middle East
Glanzen	Unicare Medical Trading
Great Ormond Street Hospital for Chld	Vsy Biotehcnology Gmbh
Grifols International Sa	Wolters Kluwer Health
Hikma Emerging Markets and Asia P.	Worldcare Wellness Center

Kaynak: Çizelge DHCA verileri temel alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur (2023)

Tablo 2.33: Yiyecek-İçecek Firmaları ve Restoranlar

ADNH Compass	Cervo Cafe
Al Madina Tasty Restaurant	Cuizina Catering Services
Al Mihbash Café	Eleanor Restaurant
Caribou Coffee	Fresh Food Restaurant
Costa	Fujiya Restaurant
Delah Café	Grow Healthy Food
Dominos Pizza	Hubboba Tea Café
French Bakery	Kitopi Restaurant
Grillo The Healthier Option	Millionaire Restaurant & Lounge
Grub Shack Where The Foodies	Sophia Café
Healthier Choices	Square on Foods
Pressmans Pressed Sandwiches-Esca	Talabak Ala Nar
Salvis Café and Restaurant	The Bakery Express
The Bowl House	Vshakess By Vitallea
Trouvaille Restaurant	

Kaynak: Çizelge DHCA verileri temel alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur (2023)

DHCC Paylaşımli Ofis bünyesinde faaliyette bulunmak isteyip kendi ofis ve şirket altyapısı olmayan, sağlık alanına yönelik faaliyet yürüten yerel, ulusal ve uluslararası şirket, KOBİ, yeni başlayan ve serbest çalışanlar için profesyonel ofis altyapısı sunan DHCX44 isimli bir bina bulunmaktadır (Bina 64). Yıllık belirli bir ücret karşılığı daha az maliyetle ortak ofis, toplantı salonu, telefon, sekretarya desteğinin sunulduğu yapı üyelerine network, pazarlama benzeri çeşitli konularda desteğin yanı sıra paylaşımli ofislere ilaveten isteğe göre özel ofis imkânları da sunmaktadır (DHCX, 2023).

Tablo 2.34: DHCX Paylaşımli Ofiste Yer Alan Şirketler

Accuracy	Medica
Achs International – Middle East	Optum Health
Adecco	Organon Central East Gmbh
Andro Health Consultancy	Orkodoc Technknowledge
Anglo Arabian	Parkway Clinical Laboratories
Arvind Pal Singh Wadhwan	Resmed
Ccho Sal	Sagar Healthcare and Diagnostics
Fast Turtle	Strategia Consultancy
Genesis Pharma	Tasc Outsourcing
Imedic	Techknowledge
Life Sciences & Technology	Water Wipes
Logistics Healthcare Improvement	Wyeth Pharmaceuticals
Mecommed	

Kaynak: Çizelge DHCA verileri temel alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur (2023)

DHCC istatistiksel verileri

Çalışmada, Dubai Sağlık Serbest Bölgesinin (DHCC), Dubai Emirliğinde bulunması nedeniyle istatistiksel veri analizlerinde Dubai Emirliği Sağlık Otoritesi (DHA) verileri temel alınmaktadır. Emirlikte kamu ve özel sektör tarafından sunulan tüm sağlık hizmetleri, mevzuat, lisanslandırma, koordinasyon ve denetleme DHA tarafından yapılmaktadır.

DHCC’de görevli sağlık çalışanları

Yabancı sağlık personelini için yüksek bir çekim gücüne sahip Dubai Sağlık Serbest Bölgesinde çalışan doktor, diş doktoru, eczacı, hemşire, teknik görevliler ve idarecilerin sayısal verileri aşağıda yer almaktadır. BAE genelinde her 1000 kişiye 6,05 hemşire ve 2,82 doktor düşmektedir.

Tablo 2.35: DHCC’deki Yerli Arap ve Yabancı Sağlık Çalışanları (2021)

DHCC	Doktor	Diş Doktoru	Eczacı	Hemşire	Teknik Çalışan	İdareci vd.	Toplam
Yerli Arap Erkek	21	0	0	0	0	0	21
Yerli Arap Kadın	30	2	0	6	16	7	61
<i>Yerli Arap Toplamı</i>	<i>51</i>	<i>2</i>	<i>0</i>	<i>6</i>	<i>16</i>	<i>7</i>	<i>82</i>
Yabancı Erkek	554	43	24	180	282	1	1.084
Yabancı Kadın	292	43	53	1.355	552	2	2.297
<i>Yabancı Toplamı</i>	<i>846</i>	<i>86</i>	<i>77</i>	<i>1.535</i>	<i>834</i>	<i>3</i>	<i>3.381</i>
Genel Toplam	897	88	77	1.541	850	10	3.463

Kaynak: Çizelge DHA verileri (2021) temel alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

Verilerden anlaşılacağı üzere 2021 yılında DHCC’de görev yapanların tamamına yakını yabancılardan (%97,63) meydana gelmektedir. Yerli Arapların sağlık sektörüne ilgisinin oldukça düşük oranlarda seyrettiği görülmektedir (%2,37). Yerli Arapların Birleşik Arap Emirliklerinin toplam nüfusu içerisinde % 15’lik bir dilimi oluşturmalarına rağmen Dubai Sağlık Serbest Bölgesinde ancak %2,37 gibi düşük bir oranda temsil edilmektedirler (DHA, 2021).

Dubai genelinde sağlık sektöründe çalışan 53.751 kişinin 3.463 kişisi (%6,45) Dubai Sağlık Serbest Bölgesinde çalışmaktadır. Çalışanların çoğunluğunu dünya ortalamasında olduğu gibi kadınlar oluşturmaktadır. Dubai genelinde sağlık çalışanlarının % 65,7 olan kadın oranına yakın bir sonucu % 68,10 ile Dubai Sağlık Serbest Bölgesinde de görmekteyiz. Sağlık çalışanlarının yaş dağılımında 31-40 yaş grubu % 44,7 ile birinci sırayı alırken 41-50 yaş grubu %21,1 ile ikinci sırada yer almaktadır (DHA, 2021).

DHCC’de yataklı tedavi sunan hastane verileri

DHCC’de Ayakta ve yataklı tedavi hizmetleri sunan sağlık kurumları verilerine göre 2021 yılında 113.268 acil, 933.746 ayakta ve 66.343 yataklı tedavi hizmetleri sunulmuştur. 2023 verilerine göre DHCC’de yer alan hastane sayısı 10’a çıkmıştır.

DHCC’de yeni kurulduğu varsayılan Dubai Dış Hastanesi, Moorfield Göz Hastanesi ve Magrabi Göz Hastanesi ile ilgili veriye ulaşılamamıştır.

Tablo 2.36: DHCC’de Ayakta ve Yataklı Hizmet Sunan Hastanelerin Verileri (2021)

	Acil	Ayakta tedavi	Yataklı tedavi	Yatak kapasitesi	Evde bakım dâhil yatış gün sayısı	Ortalama kalış gün sayısı	Yatak doluluk oranı	Majör ameliyatlar	Minör ameliyatlar
Al Jalila Hastanesi	29913	54075	2680	102	16143	6	%43	1053	718
Amerikan Kozmetik Cerrahi Hst.	0	1985	696	59	2614	4	%12	103	539
Clemenceau Tıp Merkezi	1221	37877	2877	94	7559	3	%22	0	1029
Dr. Suliman Alhabib Hst.	45487	512893	31666	200	128511	4	%80	1588	2282
Emirlikler İhtisas Hst.	8029	57185	3787	76	7914	2	%29	1067	261
Mediclinic Şehir Hst.	28618	269731	24642	229	65629	3	%79	8851	4115
Barraquer Göz Hst.	0	595	5	8	0	-	%0	0	5
Toplam	113268	933746	66348	760	228370	3,66		12662	8944

Kaynak: Çizelge DHA verileri (2021) temel alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

DHCC’de yapılan ameliyatlar

2021 yılında Dubai genelinde yapılan majör ve minör toplam 173.252 ameliyatın %12,47’sinin (21.606) Dubai Sağlık Serbest Bölgesinde (DHCC) gerçekleştiği görülmektedir. Buna karşın DHCC’de görevli sağlıkçı oranıyla (%6,97) karşılaştırıldığında DHCC’nin göreceli olarak diğer sağlık kurumlarına nazaran daha yüksek bir verimlilik oranına sahip olduğu söylenebilir.

Tablo 2.37: DHCC’de ve Diğer Tesislerde 2021 Yılında Yapılan Ameliyatlar

Kurum	Minör ameliyat	Majör ameliyat	Toplam	
DHCC	Sayı	8.944	12.662	21.606
	Oran	%10,88	%13,90	%12,47
Diğer	Sayı	73.225	78.421	151.646
Tesisler	Oran	%89,12	%86,10	%87,53
Dubai Toplamı		82.169	91.083	173.252

Kaynak: Çizelge DHA verileri (2021) temel alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

Dubai genelinde hastalıkların uluslararası sınıflandırılması kodu (ICD-10)45 kapsamında 2021 yılında yapılan 173.252 majör ve minör cerrahi müdahalelerin 118.939’u (%68,6) özel sağlık tesislerinde, 32.659’u %(18,8) Dubai Sağlık Otoritesine bağlı tesislerde, 48’i (%0,03) federal sağlık tesislerinde ve 21.606’sı (%12,47) DHCC’de gerçekleştirilmiştir. Aşağıdaki tabloda DHCC’de ve diğer kamu ve özel sektör sağlık tesislerinde yapılan ameliyatların dağılımı yer almaktadır.

Tablo 2.38: Ameliyatların İhtisas Dalına ve Kurumlara Göre Dağılımı

Ameliyat türü	Dubai Toplamı	Diğer Kurumlar	DHCC	DHCC oranı
Kardiyotorasik cerrahi	4.456	4.098	358	%8,03
Sünnet	1.699	1.633	66	%3,88
Endoskopi	34	34	0	%0,00
KBB	8.252	7.443	809	%9,80
Ekstrakorporeal şok dalgası litotripsi	12	9	3	%25,00
Mide cerrahisi	36.844	27.846	8.998	%24,42
Genel cerrahi	35.540	32.864	2.676	%7,52
Nöroşirurji	1.810	1.682	128	%7,07
Doğum ve jinekoloji	22.309	20.382	1.927	%8,63
Onkoloji cerrahisi	2.552	2.310	242	%9,48
Oftalmoloji	4.576	4.450	126	%2,75
Ağız çene cerrahisi	1.300	1.228	72	%5,53
Pediyatrik cerrahi	1.032	791	241	%23,35
Estetik cerrahi	4.381	2.059	2.322	%53,00
Pulmonoloji	1.045	902	143	%13,68
Travma ve ortopedik cerrahi	17.820	16.817	1.003	%5,62
Üroloji	17.815	16.877	938	%5,26
Damar ve göğüs cerrahisi	2.692	2.491	201	%7,46
Damar cerrahisi	3.168	3.078	90	%2,84
Diğer	5.915	4.652	1.263	%21,35
TOPLAM	173.252	151.646	21.606	

Kaynak: Çizelge DHA verileri (2021) temel alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur

⁴⁵ ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

Ayakta tedavi amacıyla 2021 yılında ICD kapsamında 20 ihtisas dalında sağlık kurumlarına başvuru sayısı 11.858.999 kişidir. Bunların 2.912.624'ü (%24,6) yerli Araplar olurken 8.946.375'i (%75,4) yabancılardan meydana gelmektedir. Yerel Araplar içerisinde ayakta tedavi alan kadınlar %56,5 ile çoğunluğu oluştururken yabancılar içerisinde %51,7 ile yabancı erkekler çoğunluğu oluşturmaktadır. Nüfus payları ile sağlıktan yararlanma payları arasında farklılıklar göze çarpmaktadır. Yerli Arapların nüfus payı % 15, sağlıktan yararlanma oranı %24,6; yabancılardan nüfus payları %85, sağlıktan yararlanma oranları %75,4.

Ayakta tedavi kapsamında yapılan başvuruların %19,8'i bilinmeyen ve tanımlanmamış hastalıklar, %17,1 diğer, %9,7 kas-iskelet hastalıkları, %6,2 solunum yolu hastalıkları, %5,6 üreme sistemi hastalıkları, %5,2 endokrin beslenme ve metabolizma hastalıkları ve %5,1 sindirim sistemi hastalıkları.

Dubai Emirliğinde ayakta tedavi hizmetleri için yapılan başvuru (11.858.999) içerisinde DHCC'nin payı 1.457.659 (%12,30) civarındadır. Bu oran DHCC'de yapılan ameliyatlardan %12,47 oranına yakın bir sonucu göstermektedir.

DHCC'de Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) verileri

Dubai Emirliğinde gittikçe yaygınlık kazanan Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp (GETAT) kapsamında tedavi hizmeti alanların sayısı 2020'de 115 bin iken 2021'de %69,65 artışla 184.649 kişiye ulaşmış olup yararlananların cinsiyet dağılımında kadınlar %56,5 ile çoğunluğu oluşturmaktadır. Milliyetlere göre dağılıma göre % 16'sı yerli Araplardan, %84'ü yabancılardan meydana gelmektedir.

32 GETAT türünün uygulandığı Dubai'de Kinezyo tedavisi %33,7 ve elektro tedavisi %14,9 ile öne çıkmaktadır. Bunları bel ağrısı %6,34; Kas iskelet ve nöromusküler bozukluk tedavisi %5,40; Homöopati %5,29; Klinik Psikoloji %4,96; Akupunktur %4,83 ve Diyet ve Beslenme %4,3 ile takip etmektedir (DHA, 2021).

Tablo 2.39: Dubai’de Uygulanan GETAT Tür ve Verileri

Tedavi Türü	Yerli	Yabancı	Toplam	Oran
Akupunktur	798	8.127	8.925	%4,83
Assessment	284	1.744	2.028	%1,10
Ayurveda Terapötik Masaj	79	971	1.050	%0,57
Bel Ağrısı Tedavisi	1.018	10.687	11.705	%6,34
Bitkisel tedaviler	250	535	785	%0,43
Çin Tıbbı	0	0	0	%0
Diğer	355	3.338	3.693	%2,00
Diyet ve Beslenme	1.873	5.576	7.449	%4,03
Elektroterapi	5.346	22.105	27.451	%14,87
Eliminasyon Tedavisi	167	458	625	%0,34
Enerji Dengeleme	0	9	9	%0,005
Ergonomik düzeltme	0	0	0	%0,00
Foniyatrik Tedavisi	0	0	0	%0,00
Fonksiyonel tanı tedavisi	113	363	476	%0,26
Hidroterapi	147	1.048	1.195	%0,65
Homoepati Tedavisi	226	9.533	9.759	%5,29
Kas iskelet ve nöromusküler bozukluk tedavisi	690	9.282	9.972	%5,40
Kayropraktik	110	1.765	1.875	%1,02
Kinezyo tedavisi	12.406	49.828	62.234	%33,70
Klinik Psikoloji	1.989	7.174	9.163	%4,96
Kozmetik	388	2.874	3.262	%1,77
Kraniyosakral Tedavi	0	0	0	%0,00
Kupa tedavisi	270	563	833	%0,45
Manipülatif Tedavi	310	2.037	2.347	%1,27
Masaj Tedavisi	423	4.224	4.647	%2,52
Mesleki Tedavi	0	28	28	%0,02
Naturapatik Tıp	746	5.559	6.305	%3,41
Postür Düzeltme Tedavisi	14	40	54	%0,03
Solunum Tedavisi	0	0	0	%0,00
Spor Yaralanmaları/Ameliyat Rehabilitasyonu	25	176	201	%0,11
Tetik Nokta Tedavisi	523	1.473	1.996	%1,08
Yaralanma Sonrası Rehabilitasyon	755	5.483	6.238	%3,38
Yaşam Tarzı Değişim Danışmanlık ve Eğitimi	86	258	344	%0,19
TOPLAM	29.391	155.258	184.649	

Kaynak: Çizelge DHA verileri (2021) temel alınarak yazar tarafından oluşturulmuştur.

Değerlendirme

Dubai Sağlık Kenti dünyada ilk kurulan Sağlık Serbest Bölgesi kurulduğu tarihten günümüze çeşitli aşamalardan geçerek küresel bir çekim merkezi haline dönüşmüş

bulunmaktadır. Birinci aşamasında yer alan tüm arsa ve tesisler bütünüyle dolan DHCC ikinci aşama olarak 19 milyon fit kare alan üzerinde Wellness ağırlıklı bir genişleme projesini hayata geçirmiştir.

Dubai'nin komşusu Sharjah Emirliğinde de 2011 yılında Sharjah Sağlık Kenti ismiyle bir Sağlık Serbest Bölgesi kurulmasına rağmen DHCC ile mukayese edilecek bir seviyenin çok gerilerinde bulunmaktadır.

Dubai Sağlık Otoritesi verilerine göre 2014'de 135 bin, 2016'da 327 bin, 2018'de 337 bin ve 2020'de 500 bin olan sağlık turisti artarak 2021 yılında 630 bine ulaşmış bulunmaktadır. Covid-19 etkisine rağmen artan gelirler 2021'de toplam 730 milyon AED (takribi 200 milyon dolar) olarak kayda geçmiştir. Gelenlerin büyük kısmını Asya ülkelerinden (%38), Avrupa ülkelerinden (%24) ve diğer Körfez Arap ülkelerinden (%22) gelenler oluşturmaktadır.

2.3.2 Çin Halk Cumhuriyeti

2.3.2.1 Çin genel göstergeleri

Toplam 9,5 milyon km² yüz ölçümüyle dünyanın alan bakımından üçüncü büyük ülkesi, 1,4 milyar kişiyle nüfus bakımından 46 birinci ülkesi, Gayri Safi Yurtiçi Hâsıla bakımından ise ABD'den sonra 15 trilyon USD gelirle ikinci ülkesi olan Çin (NBS, 2022) Doğu Asya'da pasifik okyanusuna sınır karma bir sistemle yönetilen devasa bir ülkedir. 1978 yılında "Açık Kapı Politikası" ile yabancı yatırım ve teknoloji transferine yönelen Çin 1979 yılında kurulan genel ticari ve ekonomik amaçlı 4 serbest bölgeyle (Vogel, 2011) küresel sermaye ile ilk deneyimlere başlamış, buralarda elde edilen başarı ve tatmin düzeyinin yüksek olması 1984 yılında pasifik okyanusuna sınır Doğu Çin sahil şeridinde 14 şehrin 47 serbest bölge ilan edilmesiyle hem hacim genişliği hem de sektör çeşitliliği elde etmiştir.

Çok boyutlu ve çok faktörlü bir gelişim sergileyen Çin serbest bölgelerinin dayanağını oluşturan "Açık Kapı Politikası" kapsamında yapılan reformlar ve yapısal düzenlemeler ülkenin ekonomik kalkınmasının temel itici gücünü oluştururken bunun yansımaları Gayri Safi Yurt İçi Hasıla'da (GSYİH) kendisini göstermeye başlamıştır.

⁴⁶ 2020 yılı verileri.

⁴⁷ Bu şehirler alfabetik sırayla: Beihai, Dalian, Fuzhou, Guangzhou, Lianyungang, Nantong, Ningbo, Qingdao, Qinhuangdao, Shanghai, Tianjin, Yantai, Wenzhou, Zhanjiang

1990'lı yıllara kadar bazı yıllar 100 milyon kişi civarında yıllık nüfus artışı kaydederken doğum kontrol politikalarının yanı sıra yaşam tarzında meydana gelen değişimlerin de etkisiyle 2000'li yıllardan itibaren yıllık temelde 10 milyon civarında, son yıllarda ise yıllık bazda 2-3 milyon kişilik bir nüfus artışına kadar inmiştir. 1990 yılında doğum oranı % 21,91, ölüm oranı % 6,34 ve yıllık nüfus artış oranı % 14,55 iken bu oranlar 2020 yılında sırasıyla % 8,52, % 7,07 ve yıllık nüfus artış oranı % 1,45'e gerilemiştir. Doğum oranlarında bu azalışa karşın nüfusun yaşlanma oranlarında ciddi yükselişler başlamış, 65 yaş ve üstü yaşlıların oranı 1990'da nüfusun % 5,6'sını, 2000'de % 7,0'sini, 2010 yılında % 8,9'unu ve 2020'de ise % 13,5'ini meydana getirmektedir. Bu oran, mutlak sayılarla 190 milyonu aşkın bir yaşlı nüfusa karşılık gelmektedir (NBS, 2022).

Xu (2022) yaşlılığın başlangıç sınırı olarak 60 yaşını almakta ve dünyanın en hızlı yaşlanan ülkelerinden biri olan Çin'de 2020 yılı sonu itibarıyla 60 yaş ve üstü 260 milyon kişi bulunduğunu, bu sayının yıllık 10 milyon kişilik bir artışla 2025 yılında Çin nüfusunun % 35'nin 60 ve üstü yaş grubuna dâhil olacağını gösterdiğine işaret etmektedir.

Yaşlanan nüfusla birlikte artan kronik hastalıkların yanı sıra ekonominin gelişmesine ve toplum yaşam ve refah seviyesinin yükselmesine koşut değişen yaşam tarzlarının da etkisiyle sağlık hizmetlerine olan talep ve harcamalar hızla artmaktadır.

2.3.2.2 Çin sağlık göstergeleri

Çin birinci basamak sağlık sistemini güçlendirmede kayda değer bir ilerleme gerçekleştirmekle birlikte sistemde henüz giderilememiş yapısal hatalar, sağlık politikalarındaki eksikler, sağlık çalışanlarının yetersiz eğitimi, sorunlu sağlık bilişim teknolojileri, günlük klinik uygulamalara ilişkin dijital veri eksikliği, kalite ölçüm ve iyileştirme sistemlerinin düşük performansı, sigorta poliçelerinin kapsam tanımlarında görülen sorunlar ülkenin önünde çözüm bekleyen sağlık sorunları arasında yer almaktadır (Li vd., 2017).

Dünya Sağlık Örgütü'nün son kanser raporu verilerine göre Çin'de kanser vakaları hızla yükselmekte, 2022 yılında öngörülen 4 milyon 820 bin yeni kanser vakasından 3 milyon 210 bininin ölümle sonuçlanması beklenmektedir (Xia vd., 2022).

Kanserin yanı sıra artan kardiyovasküler hastalıklar, salgınlar, psikiyatrik ve psikolojik sorunlar milli bütçeden sağlık hizmetlerine ayrılan payın her yıl

yükselmeye neden olmaktadır. 1980 yılında toplam 180 bin 553 sağlık tesisine sahip Çin’de bu sayı 2020’de 1 milyon 229 bine; sağlık personeli aynı yıllarda 7,3 milyondan 13,5 milyon kişiye; sağlık harcamaları aynı yıllarda 14,3 milyar Yuan’dan (2,1 milyar USD) 7,2 trilyon Yuan’a (1 trilyon USD) çıkmıştır (NBS, 2022).

Neo-liberalizmin uygulandığı tüm ülkelerde olduğu gibi Çin Halk Cumhuriyeti sağlık sisteminde de farklı katmanlara ait sosyo-ekonomik grupların sağlık hizmetlerinden yararlanmasında eşitsizlikler ve sorunlar bulunmaktadır. Bu eşitsizliklerin kırsal bölge ve şehirlerarasında daha keskin olduğu görülmektedir. Buna, yaşlanan nüfusa paralel gelişen kronik hastalıklar ve 2016 yılında devletin genç nüfusun artmasını teşvik amacıyla 2-çocuk politikası sonucunda önümüzdeki yıllarda yeniden sayılarının artması beklenen yeni doğanların maternal ve pediatrik bakım giderleri eklendiğinde Çin’in sağlık harcaması ve politikalarında yeni arayışlara girmesi kaçınılmaz görülmektedir.

Bu bağlamda pek çok ülke gibi Çin Yönetiminin de özel sektör ile işbirliğine gittiği, kamu-özel sektör işbirliğinde ortak projeler geliştirdiği, sağlık sektöründe özel sektöre alan açtığı görülmektedir. Her ne kadar halkın büyük kısmını kapsayan kamu sigorta sistemi olmasına rağmen ilaç, tıbbi hizmetlerden yararlanma, hekim seçme gibi konularda karşılaşılan kısıtlardan dolayı özel sağlık sigorta sistemi hayata geçirilmiş, Kamu Sağlık Sigortası (KSS) ile Özel Sağlık Sigortası (ÖSS) birbirini tamamlayan unsurlar olarak değerlendirilmiş, özel sigortalar halktan büyük talep görmüştür (Choi vd., 2018). Öyle ki Devlet kamuda çalışanları da özel sigortalara katılmaya teşvik etme yönüne gitmiştir.

Çin, büyüyen hacim ve maliyet yönüyle büyüyen sağlık sektöründe yenilikçi politikalar kapsamında sağlık serbest bölgeleri girişimi başlatmıştır. 2013 yılından sonra kurulmaya başlayan Çin sağlık serbest bölgelerinin ülkede ekonomik, teknolojik, demografik, yaşam tarzı, küreselleşme ve özellikle sağlık alanında ortaya çıkan bir takım değişim, dönüşüm ve taleplere bağlı çoklu nedenlerle ortaya çıktığını görmekteyiz.

Tüm dünya genelinde olduğu gibi Çin Halk Cumhuriyetinde de ekonomik gelişmeye paralel olarak zenginleşen orta tabaka, uzayan yaşam süresi, çoğunlukla yaşa bağlı kronik hastalıkların yaygınlığı ve sağlık kavram ve beklentilerinde yükseliş

nedeniyle kaynakların verimli kullanımı ve yeni yatırımlar konusu önem kazanmaya başlamıştır (Çelik, 2019).

Diğer yandan Çin, geniş bir coğrafi alanda kalabalık bir nüfusa sahip ülke olarak 2009 yılından bu yana güvenli, kullanışlı, ucuz ve etkili bir sağlık hizmeti modeli geliştirmeye çaba göstermekte, kaynakların ve hizmetlerin kullanımında eşitliği ve verimliliği sağlamak için çeşitli politikalar üretmekte, yatırımlar yapmaktadır (Xu vd., 2018). Eyaletler arasındaki eşitsizliği ortadan kaldırmak için çeşitli çeşitli zaman dilimlerinde sağlık reformları yapılmış ve inovatif sağlık projeleri hayata geçirilmiş olmasına rağmen sağlık sektöründeki yapısal sorunlar hala devam etmektedir (Li vd., 2020). Bu sorunların yanı sıra Çin'in geliri artan orta ve üst sosyo-ekonomik grubun kaliteli sağlık hizmeti almak için başta Güney Kore ve Japonya gibi ülkelere yönelmesi sağlık ve sağlık turizmi alanında büyük potansiyele sahip Çin Hükümetini ülke içerisinde alternatif çözümler üzerinde yoğunlaşmaya itmiştir.

Teknoloji, yapay zekâ, robotik, yazılım, ulaşım, iletişim, sanayi ve ticaret dallarında 40 yıl gibi çok uzun olmayan bir zaman dilimi içerisinde ciddi ilerlemeler kaydeden ve küresel üretim üssü haline dönüşen ülke sağlık ve sağlık turizmi alanında iddia ortaya koyarak ülkenin çeşitli bölgelerinde sağlık serbest bölgeleri oluşturmaya başlamıştır.

2.3.2.3 Lecheng umut kenti

Kuruluş ve gelişim tarihçesi

Çin'in prestijli ileri teknoloji Lecheng Sağlık Serbest Bölgesi projesinden önce ilk kez Şangay'da sağlık turizmi pilot bölgesi çalışmaları başlatılmış bunu 2015-2018 yılları arasında Jiangsu Changzhou, Jiangxi Shangrao ve Shandong Qingdao Uluslararası Sağlık Turizmi Pilot Bölgeleri takip etmiştir (Yang, 2020). 2019 yılında ise Şangay İşbirliği Örgütü Üye Devletleri arasında sağlık alanında eşitsizlikleri gidermek, ortak ilaç ve ileri teknoloji tıbbi cihaz üretmek, bu alanda üye ülkelerin gereksinimlerini karşılamak, ikili ve çoklu taraf değişim ve işbirliklerini gerçekleştirmek amacıyla Güney Çin'in Guangxi Zhuang bölgesinde Fangchenggang Uluslararası Sağlık Açılım Pilot Bölgesi hayata geçirilmiştir. Fangchenggang'da tıbbi cihaz ve ilaç üretimi, Ar-Ge ve işbirliği için çeşitli teknoparklar kurulmuştur. İlaç üretim teknoparkında Çin ile Hindistan işbirliği yaparak 670 bin m2 arsa

üzerinde büyük bir ilaç üretim tesisini hayata geçirmişlerdir. Fangchenggang'da buna benzer 47 büyük projeye toplam 7,87 milyar USD yatırım yapılmıştır (2021).

Çin'in sağlık serbest bölgeleri girişimlerinin en yeni ve en gelişmiş versiyonu olarak tanımlayabileceğimiz Boao Lecheng Uluslararası Medikal Turizm Pilot Bölgesi Çin'in sağlık turizmi alanında kavram ve parametre değişikliğine yöneldiğini göstermektedir.

Lecheng'i diğer bölgelerden ayıran en önemli özellikler arasında Hainan adasının bol doğal kaynağa sahip eşsiz bir yer olmasının yanı sıra, 20 milyon metrekarelik devasa bir arsaya sahip olması, adada geçerli olmak üzere yasama özgürlüğü ve özerkliğinin verilmesi, Çin anakarasında bulunmayıp yurtdışından getirilen cihaz ve ilaçların klinik kullanımına izin verilmesi, Lecheng'e özgü özel bir politika geliştirilerek devlet tarafından desteklenen sağlık turizmi prestij projesi haline getirilmesi yer almaktadır (Shen, Qu ve Wu, 2020).

1970'li yıllarda başlayan ekonomide liberalleşme politikalarının devamı olarak 2018 yılında Çin Merkezi Yönetimi, ülkenin güneyinde bulunan ve ilk kez 1988 yılında serbest bölge ilan edilen Hainan adasını sosyalist sistem temelinde ülkenin ilk örnek serbest limanı yapmaya karar vermesiyle adada yeni bir dönemin başlangıcı ilan edilmiş oldu. 1988-2018 arasında klasik bir serbest bölge görüntüsü veren Hainan bu tarihten itibaren amaç, kavram, içerik, hacim, yönetim değişikliklerine tabi tutulmuştur.

Hainan adası finans, ekonomi gibi geleneksel sektörlerin yanı sıra Çin sağlık turizmini geliştirmesi, uluslararası standartlarda hizmet sunması, teknoloji transferine katkıda bulunması amacıyla Çin'in ilk sağlık serbest bölgesi "Boao Lecheng⁴⁸ Uluslararası Medikal Turizm Pilot Bölgesi"⁴⁹ projesine de ev sahipliği yapmaktadır. 2013 yılında resmi kuruluşu yapılan Lecheng Sağlık Serbest Bölgesi çalışmasında da 2018 yılı bir dönüm noktasını oluşturmaktadır.

Çin devlet Konseyi kararıyla Hainan adasının bütünüyle serbest bölge ilan edilmesinin yanı sıra 10 Haziran 2021 tarihli "Çin Halk Cumhuriyeti Hainan Serbest Liman Yasası" ile büyük oranda yasama özerkliğine de kavuşturularak kendi kararlarını hızlı ve etkin bir şekilde alacak şekilde getirilmiştir.

⁴⁸ Lecheng Çince "Umut Kenti" anlamına gelmektedir.

⁴⁹ Boao Lecheng International Medical Tourism Pilot Zone

Bu yasayla Hainan Adası Serbest Bölgesine oldukça geniş yetkiler verilmektedir. Örneğin bu yasanın 10. maddesine göre sadece adada uygulanmak üzere diğer ulusal yasa ve düzenlemeleri ilga etme ve farklı yasalar yapma yetkisi tanınmakta, Hainan Serbest Liman Yönetimi, yasama ve politika belirlemede yüksek özerkliğe kavuşmaktadır. Yasama ve politika belirlemede sahip olunan bu özerklik Hainan Serbest Bölgesini Çin'in tüm diğer serbest bölgelerinden ayıran en önemli özellik olarak karşımıza çıkmaktadır.

Yerleşim yeri ve ulaşım altyapısı

Çin'in en güneyinde yer alan Hainan adası, çevresindeki adacıklarla birlikte 35,400 km² bir alana sahiptir. 2020 nüfus sayımına göre 10 milyon kişinin yaşadığı Hainan 35 bin 400 km² yüzölçümüyle Çin'in en küçük eyaletini oluşturmaktadır. Bunun 20,14 km²'lik⁵⁰ kısmı sağlık serbest bölgesi projesine tahsis edilmiş, ilk aşamada 1,86 km²⁵¹ medikal turizm, 0,65⁵² km² Ar-Ge, 0,34 km²⁵³ özel rehabilitasyon ve 0,12 km²⁵⁴ Wellnes-SPA amaçlı olmak üzere toplam 2,97 km²⁵⁵ inşaat alanı olarak planlanmıştır.

Eyaletin başkenti Haikou 2 milyondan fazla nüfusuyla ada üzerindeki en büyük yerleşim yeri olurken onu ikinci büyük şehir Sanyo takip etmektedir. Tüm adanın çevresini baştanbaşa dolaşan hızlı tren ağı sayesinde ada içerisinde ulaşım oldukça kolay yapılabilmektedir. Ayrıca Haiko, Sanya ve Boao'da bulunan 3 havalimanı adanın dış dünyayla olan ulaşım ve iletişimde önemli bir işlev üstlenmektedir (Shao, 2021). Wanquan nehri kenarında yeşili bol, düşük karbonlu ekolojik bir çevrede ve uluslararası ölçütler temel alınarak dünyanın en gelişmiş sağlık serbest bölgesi haline gelmeyi amaçlayan bu projenin konumunun oldukça uygun olduğu değerlendirilmektedir.

Hainan, Çin'in ilk serbest limanı olması ve ilk sağlık serbest bölgesini bünyesinde barındırmasının yanı sıra 2002'den bu yana her yıl yapılan Boao Asya Formuna ev sahipliği yapması nedeniyle de önem taşımaktadır. Dünya genelinde üst düzey

⁵⁰ 20 milyon metrekare

⁵¹ 1 milyon 86 bin metrekare

⁵² 650 bin metrekare

⁵³ 340 bin metrekare

⁵⁴ 120 bin metrekare

⁵⁵ 2 milyon 97 bin metrekare

politikacı, iş adamı ve önemli kişilerin katılımıyla İsviçre'nin Davos kasabasında yapılan ve küresel önemli konuların konuşulduğu Dünya Ekonomik Formunun bir benzeri olan ve Asya ülkelerine yönelik, 2002 yılından bu yana 26 kurucu üyenin⁵⁶ katılımıyla yapılan “Boao Asya Formu” Hainan adasında bulunmaktadır.

Çin'in dış ticaretinin % 90'nın deniz üzerinden yapıldığı dikkate alındığında en uç güneyde yer alan Hainan adasının Hint ve Pasifik okyanusu ekseninde Çin'in en büyük Özel Ekonomik Bölgesi olarak planlanmasının stratejik bir tercih olduğu anlaşılabacaktır (Harrison vd., 2019).

Yasa ve mevzuatlar

Hainan eyaletinin 11 anahtar endüstrisinden birini oluşturan ve kısaca “Boao Umut Kenti” olarak ta adlandırılan Lecheng Sağlık Serbest Bölgesinin yer aldığı adanın hem altyapı hem de gerekli yasal düzenlemelere kavuşması için bir dizi adımlar atılmıştır. Bu çerçevede alınan kararlar ve yapılan yasal mevzuatların önem taşıyanları şunlardır;

- 28 Şubat 2013: Devlet Konseyi kararıyla, amacı Çin sağlık turizm endüstrisini geliştirmek ve uluslararası sağlık turizmi çekim merkezi haline getirmek için Çin'in Hainan adasında ilk Sağlık Serbest Bölgesinin (*Boao Lecheng*⁵⁷ *International Medical Tourism Pilot Zone*) kurulmasına karar verilmesi.
- Hainan Sağlık Serbest Bölgesinin tam teşekküllü bir sağlık cazibe merkezi haline gelmesi için Hainan Eyalet Parti Komitesi ve Eyalet Yönetimi tarafından, 21 ilgili idare ve ofisin katılımı ile Eyalet Vali Yardımcısının başkanlığında özel bir çalışma grubunun oluşturulması.
- 25 Kasım 2015: Hainan Eyalet Yönetimi tarafından yayınlanan “ 1. Etap Sahasının Tetkik ve Onayına Dair Asgari Reform Planı”. Bu reform planı kapsamında ortalama 429 gün olan proje sürecinin 58 işgününe indirilmesi.
- 29 Aralık 2015: 7 projeden meydana gelen ilk proje paketinin yapımına başlanması.
- 25 Mart 2016: Başbakan Keqiang Li'nin 1. Etap Bölgesini ziyaretiyle çalışmalarda yeni bir dönemin başlatılması.

⁵⁶ Boao Asya Formu Kurucu Üyeleri (26): Çin, Japonya, Güney Kore, Singapur, Hindistan, diğer Asya ülkeleri Avustralya. Daha sonra Yeni Zelanda, Maldivler ve İsrail'in katılımıyla 29 ülkeye ulaşmıştır.

⁵⁷ “Lecheng” Çince “Umut Kenti” anlamına gelmektedir.

- 8 Nisan 2018: Hainan Eyaleti, Boao Lecheng Uluslararası Medikal Turizm Pilot Bölgesinde 'Tıbbi Cihazların Denetlenmesi ve Yönetimine İlişkin Yönetmeliklerin' Uygulanmasının Askıya Alınmasına İlişkin Devlet Konseyi Kararı.
- 13 Nisan 2018: Çin Halk Cumhuriyeti Merkez Komitesi ve Devlet Konseyinin Hainan'ın Reform ve Açılışının Derinleştirilmesine Dair Yönergesinin ilanı edilerek Hainan adasının bütünü Serbest Bölge olarak tayin edilmesi.
- 16 Eylül 2019: Ulusal Kalkınma ve Reform Komisyonu, Ulusal Sağlık Komisyonu, Geleneksel Çin Tıbbı Ulusal İdaresi ve Ulusal Tıbbi Ürünler İdaresi tarafından ortaklaşa Boao Lecheng Sağlık Serbest Bölgesini desteklemeye yönelik bir planın yayınlanması.
- 10 Haziran 2021 tarihli “Çin Halk Cumhuriyeti Hainan Serbest Liman Yasası” ile Hainan Eyaletinin yasama özerkliğine kavuşması.

Bununla birlikte Shen, Qu ve Wu (2020), Çin'in pilot projesi Lecheng Sağlık Serbest Bölgesinde yasal risklerin ve kamu denetimlerinin yeterince araştırılmadığına işaret etmekte. 2020 yılında yaptıkları araştırmada sağlık turizmi politika ve düzenlemelerini, yasal kararları ve saha araştırmasından elde ettikleri verileri analiz eden Shen ve arkadaşları, Lecheng sağlık turizminde tespit ettikleri risklerin ağırlıklı olarak idari, sivil ve hukuki alanlarda ortaya çıktığını, bu risklerin (i) düzenleyiciler, (ii) sağlık sunucuları, (iii) aracı işletmeler (turizm operatörleri) ve (iv) sağlık turistlerinin kendileri olmak üzere 4 ana grupta doğrudan ilgili olduğunu ortaya koymuşlardır.

Vardıkları sonuçta yasadaki boşluklar nedeniyle düzenleyicilerin sağlık turizmi öncesi ve esnasında gerekli idari denetimleri iyi yapmadıklarını; sağlık sunucuları ve aracı işletmelerin eski kanunlardan yeni kanunlara geçişte boşlukların yanı sıra özel kanunlar ile genel kanunlar arasındaki çelişkili hükümleri keşfederek kötüye kullandıklarını; sağlık turistlerinin malpraktis de dâhil çeşitli konularda haklarının yeterince yasal güvenceye alınmadığını tespit etmişlerdir.

Yönetim ve örgütsel yapı

Hainan Eyalet Halk Yönetimi kararıyla⁵⁸ Ağustos 2019'de kurulan Hainan Boao Lecheng Uluslararası Medikal Turizm Pilot Bölge İdaresi (Lecheng İdaresi) doğrudan Eyalet Yönetiminin denetimi altında faaliyet gösteren kamu özellikli bir yapıdır. Kamusal özelliğine rağmen bütünüyle serbest piyasa koşullarına göre hareket edebilen Lecheng İdaresi, Hainan Serbest Bölgesinin planlama, organizasyon ve uygulama, bölgede proje geliştirme ve inşaat, işletme ve yönetim, yatırım çekme, sistem inovasyonu ve kapsamlı koordinasyon ile sorumludur.

Yakın gelecekte 25.500 doktor ve sağlık personeli ve 3 bin Ar-Ge personeli olmak üzere 28.500 civarında çalışan sayısına ulaşılması planlanan Lecheng Umut Kentinde her yıl 200 ile 300 bin civarında sağlık turisti ağırlanması, bu sayınının 400 bine, yatak sayısını 9 bin 300'ü klinik, bin 700'ü rehabilitasyon ve bin adedi Wellness-SPA olmak üzere 12 bine çıkması beklenmektedir.

Lecheng Umut Kentinin temel felsefesini yansıtan örgütsel ve işlevsel yapılanmaları;

3 temel sektör yapılanması;

- *Tıbbi Hizmetler* (genel hastane, özel hastane, süper hastane ve süper Çin tıp hastanesi),
- *Uygulamaların Sergilenmesi* (sunum merkezi, sağlık ürünlerinin gümrüksüz satışı, tıbbi donanımlarının sirkülasyonu),
- *Rehabilitasyon ve İyileşme* (Geleneksel Çin Tıbbı tedavisi, Geleneksel Çin Tıbbı yardımıyla iyileşme merkezi, uyku yönetimi, mental iyileşme);

3 türev sektör yapılanması;

- *Bilimsel Araştırma ve Eğitim* (Tıp okulu, hemşirelik okulu, çevrimiçi eğitim platformu, akıllı eğitim platformu),
- *İş ve Sergi* (farmasötik cihaz inovasyon sergisi, uluslararası tıp konferansları, klinik işbirliği konferansları, uzun süreli kalışlar için daire, otel ve ofis binası),
- *Deneyim ve Turizm* (deneyimsel turizm, sınır ötesi turizm ve Çin komünizmini tanıtıcı kırmızı turizm).

3 platform yapılanması;

⁵⁸ Hainan Provincial People's Government Notice No. 283

- Politika platformu,
- Endüstriyel ittifak platformu,
- Sermaye platformu.

Bileşenler ve özellikler (yer alan sağlık tesisleri)

Yerleşim planlaması yapılırken sektörel küme özelliklerinin dikkate alındığı ve vaziyet planında gruplamalara gidildiği görülmektedir;

Hainan Xinshengquan International Cell Therappy Hospital. Asia Stem Cell Group'un bir iştiraki olan hastane "Bin Yetenek Programı" kapsamında Avrupa ve ABD'den dönen doktorlar tarafından kurulmuştur.

Neology Stem Cell Anti-Aging Hospital (Anti-Aging Kök Hücre Hastanesi), Beauty Farm ve CITIC PE'nin bir iştirakidir. İleri tıp teknolojisi ve uzman hekimleriyle hizmet sunmaktadır.

Boao Yilling Life Care Centre. Dünyanın ilk kapsamlı üçüncü basamak sağlık kurumu olma yönünde bir iddiası bulunmaktadır.

Boao Super Hospital: 2018 yılında açılan, yüksek teknoloji, hem genel hastane hem de ihtisas olmak üzere çift özellikli, 12 ihtisas bölümü olan 150 yataklı ve 77 bin m2 kapalı alana sahip bir hastanedir.

China Stem Cell Group Affiliated Stem Cell Hospital. 2018 yılında kurulan hastane kan hastalıklarının tedavisinde uzmanlaşmış kapsamlı bir hastane olup JCI tarafından akredite hastaneler standardına göre inşa edilmiştir.

Boao World-Light Hospital. Anhui Ruida Health Industry Şirketine bağlıdır. Lecheng Umut Kentinde kurulan ilk öncü hastanelerdendir. 40 dönüm arsa üzerinde 27 bin m2 kapalı alanına ve 200 yatak kapasitesine sahiptir.

Ciming Boao International Hospital. JCI standartlarına göre inşa edilmiş tıp, hemşirelik alanında eğitim ve araştırma yapabilen bir hastanedir. Gelir düzeyi yüksek Çinli ve yabancı sağlık turistlerine yüksek kaliteli sağlık hizmetleri sunmaktadır.

Boao Evergrande International Hospital. Evergrande Sağlık Grubunun iştiraki olan ve ABD'de ki Brigham and Women's Hospital'e bağlı Çin'deki tek hastane olup 110 bin m2 kapalı alana ve 223 yatak kapasiteye sahip ileri teknoloji bir hastanedir.

Boao International Hospital (İtalyan Turin Üniversitesine bağlı): 3 bin m2 alan üzerinde genetik tıp ve rejeneratif tıp odaklı bir araştırma laboratuvarı olan, yeni tıbbi teknolojilere sahip, 500 yataklı, 65 bin m2 kapalı alana sahip bir hastanedir.

Leying Hospital. 120 yatak kapasiteli, ağırlıklı olarak kadın hastalıklarına yönelik 1,47 hektar büyüklüğünde bahçesi olan bir hastanedir.

Zhejiang Orient Gene Biotech. Biyolojik ürün testleri, Ar-Ge, invitro teşhislerde kullanılan inovatif ürünlerin dönüşüm ve uygulaması.

Shanghai Jiao Tong University (SJTU). Uluslararası tıp eğitimi vermek üzere Şangay Jiao Tong Üniversitesi tarafından Lecheng Umut Kentinde kurulan bir tıp fakültesidir.

West China Hospital. Sichuan üniversitesi, Hainan Development Holding ve Hainan Umut Kenti İdaresi işbirliğinde üniversiteye bağlı olarak hizmet sunmaktadır. Adada ikamet eden yerlilerin de istifa etmesine izin verilen ve 65 bin 600 m2 kapalı alanı olan hastanenin Hainan'da bir marka olması ileri teknoloji sağlık hizmeti sunması planlanmaktadır.

Business Living Complex (İlk Konut Projesi). Lecheng Umut Kentinde çalışan, yaşayan ve sağlık turisti olarak tedavi görenlerin kendilerinin ve yakınlarının kalabileceği 136 bin m2 kapalı alana sahip bina kompleksi.

Boao Dongyu Island Hot Spring. Çin'in doğu sahil şeridinde termal sulara sahip tek tesis fizik tedavi, sağlık, güzellik ve Wellness unsurlarını bir araya getirmektedir. 78 bin metrekare alan üzerinde metasilik asit, stronsiyum ve diğer değerli tıbbi minerale sahip, 73 derece sıcaklıkta suyu ve günlük 78 bin ton su kapasiteyle sağlık turistlerini ağırlamaktadır.

İstatistiksel veriler

2017'de 129 milyar Yuan (19 milyar USD) büyüklüğe sahip olan Çin sağlık turizmi pazarı takip eden yıllarda sürekli artış göstererek pandemiye rağmen 2021 yılında 264 milyar Yuan'a (takribi 40 milyar USD) ulaşmıştır.

2014-2018 arasında ortalama % 11,8 büyümeyle 2018'de 892 milyar USD olan Çin sağlık turizmi pazarının daha da büyümesi öngörülmektedir (Wu ve Jacobsen, 2015)

Çin genelinde artan hastalıklar ve buna koşut artan sağlık harcamaları karşısında kurulan Çin sağlık serbest bölgelerinin kendilerini ülke olgularına hazırladıkları ve buralarda tedavi gören Çinli hastaların sayılarının ve elde edilen gelirlerin arttığı görülmektedir.

Hainan Eyalet Yönetimi verilerine göre Lecheng Umut Kentinin 2021 yılında sağlık turizmi kapsamında elde ettiği gelirler bir önceki yıla göre % 83,7 artarak 1 milyar 53 milyon Yuan'a (240 milyon USD) çıkmıştır. Umut Kentinde yer alan hastane ve sağlık kuruluşlarına gelen sağlık turisti sayısı da 2020 yılına oranla % 90,57 oranında bir artışla 127 bin kişiye ulaşmıştır. Henüz Çin anakarasında bulunmayan 200'den fazla ileri teknoloji cihaz ve yurtdışı menşeli ilaçtan yararlanmak isteyen sağlık turistleri için Umut kenti önemli bir çözüm sunmaktadır.

2019 yılında 6,5 trilyon Yuan (takribi 1 trilyon USD) olan Çin'in sağlık harcamaları uluslararası ilaç firmaları için cazip bir Pazar oluşturduğu için pek çok firmanın Umut Kentinde şirket kurduğu ve ticari yapılanmaya gittiği bildirilmektedir (Shen, Qu ve Wu, 2020).

Umut Kentinde ayrıca Hainan eyaletinde ikamet edenlerin 29 Yuan (4,31 USD) ve Çin'in diğer bölgelerinde yaşayanların 39 (5,80 USD) Yuan prim karşılığı yurtiçinde henüz onaylanmamış 1 milyon Yuan'a (148 bin USD) kadar olan yabancı ilaç ve tıbbi cihazları karşılayan önemli bir sigorta hayata geçirilmiştir.

Yapım ve gelişmesi hala devam eden Umut Kentinde 81 yüksek düzey medikal sağlık hizmeti başvurusu yapılmış ve bunların 38'i medikal teknoloji değerlendirmesini geçmiş, 16 tanesi ise yapım aşamasında bulunmaktadır. Bunlara yapılan yatırımın 7,12 milyar Yuan (1,06 milyar USD)⁵⁹ olduğu tahmin edilmektedir

Değerlendirme

Daha önce Çin anakarasında kamu hastanelerinde çalışan hekimlerin özel muayene yaparak konumlarını kötüye kullanmaları nedeniyle 2005 yılında Çin Hükümetinin getirdiği özel muayene kısıtına karşın Hainan Yönetimi "paylaşılan hastane" modelini geliştirmiş Hainan dışından gelen hekimler ve sağlık ekipleri bu model kapsamında sağlık serbest bölgesindeki bir hastanede ücret karşılığında teşhis ve tedavi hizmeti verme imkânına kavuşmuştur.

⁵⁹ 26.05.2022 tarihli kur

Kullanılan hastane-sağlık tesisi altyapısı için ücret ve ödeme konusu tarafların kendi aralarında varacakları bir anlaşmayla belirlenmekte, sağlık serbest bölgesi yönetimi bu konuya müdahil olmamaktadır. Çin dışından gelen hekimler ve sağlık uzmanları da aynı şekilde belirlenen kurallar çerçevesinde Umut Kentinde her türlü tıbbi teşhis ve tedavi (ameliyat) yapabilmekteler.

Multipl skleroz gibi Çin ankarasında mümkün olmayan ya da uzun süreçler gerektiren nadir hastalıkların tedavileri de Umut Kentinde yaptırabilmekte, dışarıda daha maliyetli yapılan ameliyatlar Umut Kentinde hem zaman açısından hem maliyet açısından daha uygun gerçekleştirilebilmektedir.

Yapılan reformlar yerel tıp ve kamu sağlığı seviyesinin yükselmesine katkıda bulunmakla kalmamış uluslararası MSE üreticileri ve sağlık kurumlarının Çin'in devasa sağlık pazarına girmelerine olanak sağlamıştır. Qi ve arkadaşları (2021) bütün bu olumlu gelişmelerin yanı sıra küresel sermayeli MSE üreticilerinin yerel girişimciler için oluşturduğu tehditlere ve Çin hastanelerinden elde edilen verilerin yabancı araştırmacılar tarafından kullanımı konusunda ortaya çıkabilecek muhtemel risklere karşı dikkatli olunması gerektiğini belirtmektedir.

Eyalet Yönetimi adada yürürlükte olan tıpla ilgili yasaları ve politikaları reforma tabi tutmuş, yabancı ilaç ve sıhhi teçhizatın (MSE⁶⁰) ülkeye girişini kolaylaştıran düzenlemeler yapmış, yabancı üreticilerin tıpta gerçek zamanlı dünya veri sistemiyle (RWD)⁶¹ veri toplamasına izin vermiş, teşhis, tedavi ve bilimsel araştırma benzeri çeşitli faaliyetlerde bulunmak üzere uluslararası sağlık uzmanlarına yasal ve vize kolaylıkları getirmiştir (Qi vd., 2021).

Umut Kenti birçok yeniliklere ev sahipliği yapan bir yerdir. Örneğin yurtdışında onaylanmış ama henüz Çin ankarasında onaylanmamış yeni icat ilaç, tıbbi cihaz ve teknolojilerin de uygulamaya konabildiği bir bölgedir. Çin ankarasında başta kanser ve nadir hastalıklar için onay bekleyen 100'den fazla ilaç ve 140 tür tıbbi cihaz burada kullanıma alınmıştır. 2020'de hayata geçirilen "e-Reçete Merkezi" internet erişim tabanlı olan hastane, ilaç satış acenteleri, sağlık sigorta şirketleri, reçeteleme sistemleri, ödeme sistemleri ve ilgili ticari yapılarla interaktif işlem yapabilmektedir. Ulusal İlaç İdaresi (NMPA)⁶² kanunu kapsamına girmeyen ilaçlar, Ulusal kalkınma

⁶⁰ Medicine and sanitary equipment

⁶¹ Real World Data (RWD)

⁶² National Medical Products Administration (NMPA)

ve Refah Komisyonu ve Ticaret Bakanlığı tarafından düzenlenen kurallara uygun olmak şartıyla, herhangi bir ön onay olmaksızın e-Reçete Merkezi tarafından düzenlenebilmekte ve internet üzerinden satışına onay verilebilmektedir. NMPA özellikle 2 koşulun yerine getirilmesini istemektedir. Bunlar; (i) ilaca klinikte hastalar için kullanılmak üzere acilen gereksinim duyulması ve (ii) muadilinin Çin’de bulunmaması.

Umut Kenti, Çin anakarasından gelen yerli sağlık turistlerinin yanı sıra artan oranda Güneydoğu Asya ve Bir Kuşak Bir Yol Girişimi⁶³ kapsamındaki ülkelerden sağlık turistine hizmet sunmaktadır.

Sağlık alanında hekim, araştırmacı, yönetici, sağlık personeli benzeri uluslararası yetenekleri çekmek için “*Talent identifying*” programı uygulamaya konmuştur. Belirlenen ölçütlere uyanlara konut, araba ve çocuklarının eğitimi gibi çeşitli konularda teşvik ve destekler sunulmaktadır.

Hanian Eyaletinin uluslararası açılımı ve tanıtımı için özel olarak kurulan Hanian International Media Center (HIMC) uluslararası yetenekleri bünyesinde istihdam etmektedir. Çeşitli dillerdeki yetenekler Eyaletin Umut Kenti dâhil olmak üzere sahip olduğu tüm altyapı ve imkânları çeşitli dillerde sunmaktadır.

2.3.3 Endonezya: Sanur Sağlık Özel Ekonomik Bölgesi (inşa sürecinde)

Endonezya Bali adasında 410.260 m2 alan üzerinde ülkenin ilk sağlık serbest bölgesini kurmak için çalışmalar başlatılmıştır. 664 milyon dolarlık bir yatırım hacmi öngörülen Sanur SEZ projesi inşaat planı Ekonomi Bakanının başkanlığında toplanan Endonezya Ulusal Özel Ekonomik Bölgeleri (SEZ) Konseyi tarafından onaylanmış bulunmaktadır.

PT Hotel Indonesia Natour Şirketi ile ülke genelinde 75 hastanesi ve 143 kliniği bulunan Endonezya Ulusal Sağlık Kurumu işbirliğinde başlanılan projeye; sınırlı sağlık altyapısı olan Endonezya’dan nitelikli sağlık hizmetleri almak isteyen yurttaşların yurtdışına gitmelerine gerek olmadan istenilen nitelikte hizmeti ülke içerisinde sunulabilmesi hedeflenmektedir.

Sanur SEZ’de genel ve ihtisas hastaneleri, oteller, kongre ve sergi yerleri, etno-tıp botanik bahçesi ve ticaret merkezinin kurulması planlanmaktadır.

⁶³ Belt and Road Initiative

Sağlık Bakanlığının 76/2015 sayılı düzenlemesi ile sağlık turizmi ülkenin önemli ilgi alanları arasına girerken Bali Eyaleti Yasama Konseyinin 19uncu Genel Kurul toplantısında da 2022-2024 Bali Eyaleti Bölgesel Mekânsal Planlaması (RTWR) kapsamında projeye olan bölgesel destek sağlanmıştır.

Bali adasında 4 kümelenme merkezi kurmayı hedefleyen Endonezya Sağlık Bakanlığı birincisinde Kamu mülkiyetinde olan hastanelerin yer alacağını, ilk adım olarak kamuya ait Bali International Hospital (BIH) ile meşhur Amerikan Mayo Klinik ile işbirliği yapılacağını, Endonezyalı ve yabancı tanınmış doktorların projeye çekileceğini, belirtmektedir. 2023'ün dördüncü çeyreğinde 250 yatakla kardiyojoloji, onkolojoloji, nörolojoloji, gastroenterolojoloji, ortopedik ve tam tıbbi checkup olmak üzere 6 dalda hizmet sunmaya başlaması planlanan BIH'in 2024 yılında hizmetlerini tüm ihtisas alanlarına genişletmesi beklenmektedir (Manuaba, 2021).

İkinci kümede Sanglah hastanesi ile özel estetik kümelenmesi, üçüncü olarak Udayana üniversitesiyle biyoteknolojik kümelenmesi ve dördüncü olarak uluslararası özel sektör kuruluşlarıyla Kaplumbağa Adasında (Kura Kura Bali) özel hastaneler kurulması planlanmaktadır. Konaklama altyapısı için 4 ve 5 yıldızlı oteller inşası projenin diğer unsurlarını oluşturmaktadır.

Sanur SEZ'in planlanan tüm birimleriyle hizmete başlamasıyla 43 bin kişilik bir istihdam yaratması ve 2045 yılında 1,3 milyar dolar gelir getirmesi öngörülmektedir. Proje kapsamında yıllık ortalama % 4 ila %8 arasında Endonezyalıyı tedavi etmeyi planlayan yetkililer 2019'da 2 milyon Endonezyalının yurtdışına tedavi amacıyla gittiğini ve tedavi için 6 milyar dolar harcadığını belirtmektedirler.

23 Ocak 2023 tarihinde ülkenin önde gelen kamu ve özel sektör kuruluş ve üst düzey yetkililerinin katıldığı ortak istişare ile Sanur Sağlık Serbest Ekonomi Bölgesi Projesi Endonezya'nın geniş tabanlı destek gören ulusal bir projesi haline gelmiştir.

Bali adasının Sanur bölgesinde merkezi hükümet tarafından kurulan ve eyalet yönetimleri tarafından desteklenen projenin diğer eyaletlere doğru genişletilmesi düşünülmektedir (BaliExpat, 2022).

2.3.4 Güney Kore: Cheongna Medikal Kompleksi (inşa sürecinde)

Kısa adı IFEZ⁶⁴ olan Incheon Serbest Ekonomik Bölgesi ile Asan Tıp Merkezi Konsorsiyumu arasında 27 Aralık 2021 tarihinde başkent Seul'da imzalanan anlaşmayla Kore'nin uluslararası rekabet gücünü artırmak amacıyla ilk AMC Cheongna Medikal Kompleksinin kuruluş ilan edilmiştir.

Asan Tıp Merkezi Konsorsiyumunda; Hyundai'nin iştiraki Asan Tıp Merkezi, Hana Bank, Kore İleri Bilim ve Teknoloji Enstitüsü (KAIST)⁶⁵, HDC Hyundai İş Geliştirme Şirketi, Woomi İnşaat, DOWOO Gayrimenkul Yatırım Ortaklığı ve Actner Laboratuvarı gibi Kore'nin güçlü şirketleri yer almaktadır. 260 bin m2 alan kurulacak tıbbi kompleksin plan-proje aşamalarından sonra inşasına Eylül 2023'te başlanıp 2026'da tamamlanması ve resmi açılışının 2027 yılında yapılması planlanmaktadır (IFEZ, 2023).

Yerli ve yabancı sağlık turistlerine hizmet sunulacak projede 2 milyar dolarlık bir yatırımla ilk aşamada 800 yataklı ileri teknolojik genel maksatlı bir hastane yapımı, Ar-Ge merkezleri, gelişmiş ileri düzey akıllı eğitim kurumları, tıp ve biyo-teknik sanayiler, yaşam bilimleri parkı ve yaşlılar için özel konutlar inşası hedeflenmektedir.

Projenin ilerleyen aşamalarında özellikle yabancı hastalara yönelik ileri düzeyli teknolojik organ nakil merkezi ve kardiyovasküler merkezin yanı sıra 300 milyon dolarlık bir yatırımla sağlık alanında kullanılmak üzere ağır iyon hızlandırıcı adı verilen yeni nesil kanser tedavi tesisi kurulması planlanmaktadır. Bilgi ve tecrübenin aktarılması için simülasyon merkezinin oluşturulması da planlar arasında yer almaktadır.

Devlet tarafından 1971 yılında kurulan ulusal araştırma üniversitesi KAIST'in yanı sıra Kore mucizesinin gerçekleşmesine büyük katkıları olan ve 1966 yılında Kore Devleti ile ABD işbirliği ile kurulan Kore Bilim ve Teknoloji Enstitüsü KIST⁶⁶ projede yoğun işbirliği yapılması düşünülen bir başka kurumdur (Wong, 2022). Kore'nin önemli paydaşları işbirliği ile gerçekleşecek olan AMC Cheongna Medikal Kompleksi, yüksek zorluk seviyesine sahip karmaşık hastalıkların tedavisinin

⁶⁴ IFEZ: Incheon Free Economic Zone, Korea

⁶⁵ KAIST: Korea Advanced Institute of Science and Technology (Kore Devlet kurumu)

⁶⁶ KIST: Korea Institute of Science and Technology (Kore-ABD iştiraki)

yapılabildiği, yaşlı dostu, fütüristtik, yapay zekânın kullanıldığı bölgesel ve küresel bir çekim merkezi olma hedefini gütmektedir.

KAIST ile Harvard Tıp Fakültesine bağlı Massachusetts Genel Hastanesi (MGH)⁶⁷ işbirliğinde bölgede Ar-Ge merkezi işlevi görecek “Yaşam Bilimleri Parkı” kurulması planlanmaktadır.

AMC Cheongna Medikal Kompleksin bulunduğu yer stratejik öne sahiptir. Başkent Seul’un Incheon uluslararası havalimanı proje alanına yarım saatlik bir mesafede bulunmaktadır. Güney Kore’nin sahil kentlerinden olan Incheon deniz yoluyla gelecek sağlık turistleri için erişim kolaylığı sunmaktadır.

Henüz kuruluş aşamasında olan AMC Cheongna Medikal Kompleksine yönelik mevzuata rastlanılmamıştır. Eylül 2023’de inşasına başlanacak olan Kompleksin ilerleyen yıllarda İdari, yasal, tıbbi, ilaç benzeri pek çok alanda mevzuat çalışmasını tamamlaması beklenmektedir.

Güney Kore, SASEB çalışmalarına göreceli geç başlamış olmasına rağmen ülkenin kamu kurumlarının yanı sıra küresel ölçekli özel sektör paydaşlarının birlikte geliştirdikleri AMC Cheongna Medikal Kompleks projesine güçlü destek verdikleri görülmektedir. Projeye hem deniz hem havayolu ile ulaşımın kolay olduğu bir yere kurulması projeye artı değer katmaktadır.

2.3.5 Nijerya: Lekki Medikal Özel Ekonomik Bölgesi⁶⁸ (inşa sürecinde)

Nijerya Hükümeti; yurtdışına tedavi için yurttaşlarına ülke geneline yayılmış profesyonel sağlık hizmetleri sunmak, ilaç üretimi ve diğer tıbbi hizmetlerini geliştirmek için ihtisaslaşmış Tıbbi Özel Ekonomik Bölgeler (MSEZ)⁶⁹ inşa etmek amacıyla ulusal ve eyaletler temelinde çalışmalara başlamış bulunmaktadır.

Sağlık tesislerinin yoğun olarak bulunduğu Lagos adasının yanında yer alan Lekki Serbest Bölgesi içerisinde Lekki Medikal/Farmasötik Serbest Bölgesi adıyla kuruluş aşamasında bulunan girişimin tam teşekküllü faaliyete geçmesinin birkaç yıl alması öngörülmektedir. Yabancı sağlık kuruluşları ile görüşmeler yapan NEBZA Citizens Health Limited ve Brown Brommel Medicals isimli iki hastane yönetim şirketiyle altyapı çalışmalarına başlamış bulunmaktadır. Atılan ilk adımlardan bir diğerini yeni

⁶⁷ MGH: Massachusetts General Hospital

⁶⁸ MSEZ: Medical Special Economic Zone

⁶⁹ MSEZ: Medical Special Economic Zones

kurulan bölgede tıbbi cihaz üretimi yapmak üzere 2022 yılında Ash Biomedical Diagnostics Limited Şirketi tarafından 100 milyon dolarlık bir yatırım anlaşması oluşturmaktadır.

Lekki'de belirli bir aşamaya gelindikten sonra ülkenin Katsine ve Ilorin gibi diğer şehirlerinde bulunan serbest bölgeleri bünyesinde Medikal bölgeleri yaygınlaştırmak hedeflenmektedir.

Lekki MSEZ'den beklentiler iki yönlü olarak tanımlanmaktadır. Bir yanda ülkenin sağlık sisteminde devrim niteliğinde iyileştirmelere yol açması diğer yanda her yıl ülkeden yurtdışına tedavi amacıyla çıkan vatandaşlarının ülke dışında yaptığı 1 milyar dolardan fazla sağlık harcamalarını ülkede tutulması.

Dubai veya Çin-Hainan'da olduğundan farklı olarak Nijerya'da kısa adı NEPZA⁷⁰ olan Nijerya İhracat İşlem Bölgesi İdaresi süreci yürütmektedir. NEPZA temel değerlerini her bir kelimenin baş harfi NEPZA'nın harfleriyle örtüşen beş ana değer altında toplamıştır. Bunlar;

- *Novelty / Yenilik*: Gelişen küresel yatırım trendlerine uyum sağlamak amacıyla süreçlerin yenilenmesi;
- *Excellence / Mükemmeliyet*: Ülke kültürün yatırımcıya üstün deneyim sunması,
- *Productivity / Verimlilik*: Hizmetlerin yatırımdan azami çıktı elde edecek şekilde modernize edilmesi,
- *Zeal / Gayret*: Tutku, daha iyi bir hizmet sunmak için yetkin bir takım oluşturulması,
- *Accountability / Hesap Verebilirlik*: Tüm taahhütlerde şeffaflığın sağlanması.

NEPZA'ya bağlı 42 serbest bölgeden 18 tanesi faaliyette, 24 tanesi henüz yapım aşamasında bulunmaktadır. NEPZA tarafından yatırımcılara sunulan teşvikler;

- *Gümrüksüz ithalat*: Üretim için gereken hammadde, sermaye malları ve diğer gerekenler
- *Serbest transfer*: Şirketler tüm sermaye, kar ve temettülerin %100 yurtdışına transfer edebilir.
- *Vergi muafiyeti*: Tüm vergi, emlak vergisi, harçlardan muafiyet
- *Göçmenlik feragatnamesi*: Göçmenlere konan kısıttan muafiyet

⁷⁰ NEPZA: Nigerian Export Processing Zones Authority

- İç pazara erişim: Tüm mallar %100 iç pazara satılabilir
- Yabancı sahipliği: Yatırımların hepsi yabancılar tarafından sahiplenilebilir.
- İş yapma kolaylığı: İzin ve işletme ruhsatları için tek-gişe onayları
- Kira muafiyeti: Kamu bölgelerinde inşaatın ilk 6 ayda arsa kirasından muafiyet NEPZA tarafından çalışmaları yürütülen MSEZ adlı Nijerya Sağlık Serbest Bölgesi yeni bir girişim olarak kuruluş aşamasında bulunmaktadır. Gerek kendisine özgü müstakil ve özel yetkilerle donatılmış idari bir yapının bulunmayışı gerekse MSEZ'e özgü mevzuatın yeterince gelişmemiş olması aşılması önemli sorunlar olarak geçerliliği korumaktadır. Bir serbest bölge için büyük önem taşıyan yerli ve yabancı sağlık, eğitim, lojistik, ilaç, hizmet, Ar-Ge kuruluşlarının MSEZ'de yer almaması henüz çok erken olmakla birlikte yapının gelecekte başarısı ve sürdürülebilirliği konusunda soru işaretlerini beraberinde getirmektedir.

Dünya örneklerinin aksine NEPZE altında faaliyet gösteren 18 SEZ bünyesinde çeşitli vilayetlerde birden fazla Sağlık Serbest Bölgesinin kurulması düşüncesi yeni bir modele işaret etmektedir. Bu modelin ne denli başarılı olacağı konusunda henüz yeterli veri oluşmadığı için bir değerlendirme yapmak mümkün olmamaktadır.

2.3.6 Hindistan: Frontier Mediville Medikal Ekonomik Bölgesi⁷¹ girişimi

Dubai'den sonra dünyada Sağlık Serbest Bölgesi kurmak için yapılan öncü girişimlerden birini Hindistan'ın ilk bypass ameliyatını yapan ünlü kardiyolog Dr. KM Cherian tarafından 2009 yılında Tamil Nadu Eyaletinde bulunan "Frontier Mediville" adlı bölgede aynı isimle başlatılan proje oluşturmaktadır. Hindistan Ticaret ve Sanayi Bakanlığı tarafından Özel Ekonomik Bölge statüsü kapsamına alınan projenin tüm birimleriyle faaliyete geçmesi halinde Hindistan'a küresel bir konum kazandırması, proje kapsamında bir Biyolojik Hastane, bir Temel Medikal Bilim Parkı, bir Steril Biyomedikal Koridor, 1000 yataklı Tıp Üniversitesi ve Ar-Ge Merkezi, temel ve uygulamalı bilimler, klinik öncesi hayvan çalışmalarının yapılacağı bir merkez planlanmaktaydı.

Hem koruyucu hem tedavi edici sağlık hizmetlerinin sunulacağı bölgede temel ve uygulamalı klinik araştırmalar, biyoteknolojik ürünlerin ticarileştirilesi için çalışmalar ve farmasötik faaliyetler benzeri pek çok yenilikçi düşüncüler

⁷¹ MSEZ: Medical Special Economic Zone

bulunmaktaydı. 2015 yılında 2 milyar dolarlık bir sağlık turizmi geliri bekleyen Hindistan'ın Frontier Mediville Projesinin hayat geçmesiyle daha fazla pay alması hedeflenmekteydi (Madha vd., 2014).

Proje için gereken finansmanın bir kısmı Hindistan Devlet Bankası ve Baroda Bankası tarafından sağlanan krediler ve Rajatsthan Risk Sermayesi Fonu (%11) ve Teknoloji Geliştirme Kurulu (%16,56) tarafından alınan hisse karşılıkları ile toplam 227 milyon TL büyüklüğe ulaşmış fakat projenin devamı için yeterli olamamıştır. Projenin devamının tehlikeye girmesi üzerine bankalar verdikleri kredileri geri çağırınca proje için iflas sürecine girmesi kaçınılmaz bir hale gelmiştir.

Frontier Mediville Projesi girişimcileri, kredi borçlanması ile proje finansmanının doğru bir seçenek olmadığını, girişim sermayesi finansman yönteminin bu tür projeler için daha uygun olduğunu geç değerlendirdiklerine işaret etmekte. Hindistan'ın Ar-Ge çalışmaları için uzun vadeli finans temininde gelişmiş bir kültürünün bulunmamasını da projenin başarısız kalmasının nedenleri arasında belirten girişimciler Hindistan için önemli bir fırsatın kaçırıldığını altını çizmektedirler.

2.3.7 Türkiye Sağlık Serbest Bölgesi girişimleri

Türkiye'de Sağlık Serbest Bölgelerinin kurulmasının önünü açan 2 Kasım 2011 tarih ve 28103 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan 663 Sayılı "Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin" 49. maddesidir. Bu maddenin içerdiği hükme göre;

“(1) Bakanlık, ülkenin sağlık alanında bölgesel bir cazibe merkezi haline getirilmesi, yabancı sermaye ve yüksek tıbbî teknoloji girişinin hızlandırılması amacıyla, 6.6.1985 tarihli ve 3218 sayılı Serbest Bölgeler Kanunu hükümleri çerçevesinde, sağlık serbest bölgelerinin kurulması ve yönetilmesine ilişkin usul ve esaslar Bakanlar Kurulunca belirlenir.

(2) Serbest bölgelerde verilecek sağlık hizmetlerine ilişkin usul ve esaslar Bakanlıkça belirlenir.

(3) Serbest bölgelerde faaliyet gösteren sağlık kurum ve kuruluşlarının aylık gayrisafi hâsılatının binde beşini geçmemek üzere Bakanlar Kurulunca belirlenecek oran üzerinden hesaplanacak tutar, 3218 sayılı Kanun hükümleri çerçevesinde ilgili

serbest bölge idaresi tarafından işletmecilerinden tahsil edilerek takip eden ayın yirmisine kadar Ekonomi Bakanlığı merkez muhasebe birimi hesaplarına aktarılır ve genel bütçeye gelir kaydedilir”.

Bunun haricinde 2013 yılında Sağlık Serbest Bölgesi Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik Taslağı hazırlanmış fakat taslak nihai şekline kavuşup uygulamaya konmadan gündemden kalkmıştır. Taslak, SASEB’lerin amacının istihdamı artırmak, nitelikli yabancı sağlık profesyonellerini çekmek, ileri düzey tıbbi teknolojinin girişini hızlandırmak, Türkiye’yi sağlıkta bölgesel çekim merkezi haline getirme amacına uygun düzenlemeler içermektedir.

Ayrıca taslakta SASEB Projesinin bileşenleri, sunulacak teşvikler ve muafiyetler, Türk ve yabancı sağlık çalışanlarına ve hastalara uygulanacak kota, projede yer alacak hastane, FTR, yaşlı bakım merkezleri, yaşam köyleri benzeri tesislerle ilgili çerçeveler ve kurallar belirlenmektedir.

Bu iki mevzuat çalışmasının haricinde Sağlık Serbest Bölgelerine yönelik mevzuat çalışmalarının gelmediği görülmektedir.

Yeni ürün ve hizmet arayışları kapsamında SASEB Projesi ilk kez dönemin Sağlık Bakanı Prof. Dr. Recep Akdağ tarafından gündeme getirilmiş ve dünya örneklerinin incelenmesi amacıyla Bakanlık Temel Sağlık Hizmetleri altında kurulan Sağlık Turizmi Koordinatörlüğüne bir araştırma yaptırmıştır. Bakan ve üst düzey bürokratların değişimiyle SASEB Projesi devam etmemiş fakat gündemden de çıkmayarak özel sektör eliyle çeşitli girişimlerde bulunulmuştur.

Türkiye’de günümüze kadar özel sektör kuruluş veya kişiler tarafından yapılan çalışmalar;

Adana SASEB girişimi: Adana Ticaret Odası öncülüğünde yapılan girişimde Adana’da son yıllarda hizmet sektörünün hızla gelişmesinin Adana’yı sağlık alanında Türkiye’nin önemli bir hizmet merkezi haline getireceği belirtilerek Sağlık Bakanlığı ile görüşmeler yapılmış, Adana’nın iklim ve coğrafya ve hizmet kalitesi yönüyle SASEB için uygunluğuna işaret edilmiştir. Sağlık turizminde Adana’nın rekabet üstünlüğünden hareket eden giriş grubu istenen sonucu alamamış proje hayata geçememiştir.

Ankara SASEB girişimi: Türkiye Genç İş Adamları Derneği Ankara Şubesi tarafından başlatılan girişimde Ankara’nın sağlık potansiyeli üzerine bir rapor

hazırlanmış, raporda Ankara'nın sağlık sektöründe güçlü bir yapıya olduğu, JCI⁷² tarafından dünya genelinde akredite edilen 500 hastaneden 7'sinin Ankara'da bulunduğu işaret edilmiş, Kızılcahamam, Polatlı, Kazan, Ayaş, Beypazarı, Çamlıdere, Çubuk, Güdül ilçelerinde bulunan termal kaynakların projeye katacağı artı değer vurgulanmış ve 80'i aşkın yetkin hastane ve sağlık personeli ve 21 üniversitesi ile Ankara'nın SASEB Projesi için uygunluğu veriler temelinde ortaya konmuştur. Ankara'nın sağlıkta silikon vadisi potansiyeline sahip olduğu ve 2050 yılında 200 milyon yaşlı Avrupalıya kurulacak SASEB projesiyle Ankara'da tedavi hizmetleri sunmaya aday olan Ankara Girişimi de bir süre sonra akim kalmıştır.

Antalya SASEB girişimi: Diğer illerin aksine Antalya'da kamu kurumu İl Sağlık Müdürlüğü tarafından başlatılan “*Antalya'nın Sağlık Turizmindeki Yeri ve Sağlık Serbest Bölgesi Tanıtımı*” adlı girişimde Antalya'nın SASEB Projesini aday olduğu ve yeterli altyapı ve potansiyele sahip olduğu vurgulanmıştır. Girişime Valilik tarafından destek verilmiş, Türkiye genelinde kurulması düşünülen 3-5 SASEB'in bir tanesinin de Antalya'da kurulması için girişimlerde bulunulmasına rağmen SASEB Projesi hayata geçirilememiştir.

Bursa Ticaret ve Sanayi Odası (BTSO) ve Bursa Sağlık Turizmi Derneği (BUSAT) SASEB girişimi: BTSO ve BUSAT tarafından gündeme getirilen proje için 2014 yılında yapılan “*Sağlık Turizminde Yeni Nesil Yatırım Modeli Oluşturma ve Sağlık Serbest Bölgeleri Çalıştayı*” özel toplantıda Bursa'nın SASEB Projesi için potansiyeli ve uygunluğu ele alınmıştır. Çalıştaya Sağlık Bakanlığı, Ekonomi Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Kültür ve Turizm Bakanlığı, Bursa Büyükşehir Belediyesi ve pek çok üst düzey temsilci ve yetkili katılarak ortak bir bildirge yayınlamışlardır. Deklarasyonda SASEB, özel ekonomi bölgesi ve termal kür bölgeleri alanlarında planlama dışı yatırımların yapılması, kent dinamiklerinin sinerjisi ile meydana gelen çalışmaların kümelenmesi için model geliştirilmesi, mevcut yatırım teşviklerinin daha da artırılması, insan kaynaklarının sağlık sektörü ile uyumlu geliştirilmesi, meslek gruplarına yönelik sertifikasyon programlarının oluşturulması ve Bursa'nın sahip olduğu gelişmiş termal altyapısı ile “Termal Kür Bölgesi” ilan edilmesine yer verilmiştir. Çalışmalarına iddialı bir şekilde devam eden Bursa Girişimi, Suudi Arabistanlı bir prens ile Bursa'da 500 bin m2 alanda 1,5 milyar dolarlık yatırım konusunu görüşmüş, BTSO'nun 16 makro projesinden birini

⁷² JCI: Joint Commission International (Uluslararası Hastane Akreditasyon Kuruluşu)

oluşturan SASEB Projesi somuta yaklaşmasına rağmen ilerleyememiştir. 2015 yılında dönemin Sağlık Bakanı ile görüşüp SASEB için Bakan onayını dahi almalarına rağmen proje somut bir sonuca ilerlemeden sona ermiştir.

İzmir SASEB girişimi: Ege-Koop tarafından geliştirilen ve İzmir Ticaret Odası, Ege Serbest Bölgesi Kurucu ve İşletmecisi A.Ş. (ESBAŞ) ve İzmir İl Sağlık Müdürlüğü tarafından desteklenen SASEB Projesi için Urla yarımadasında bir yer önerilmiştir. İzmir Ticaret Odası tarafından yapılan bir açıklamada sağlıktaki ileri teknoloji ürünlerinin savunma sanayi kadar büyük önem kazanmaya başladığı belirtilerek İzmir'in iklimi, altyapısı, üniversiteleri ile sağlıkta merkez haline gelebilecek ve Türkiye'nin rekabet gücünü artıracak yeterli potansiyele sahip olduğu vurgulanmaktadır. Çeşitli zamanlarda İl Özel İdaresi, Çeşme Seferihisar ve Karaburun Kaymakamlıkları, Sağlık İl Müdürlüğü, Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğü, Gıda Tarım ve Hayvancılık İl Müdürlüğü, Orman Bölge Müdürlüğü, Kültür ve Turizm İl Müdürlüğü, Milli Emlak Müdürlüğü benzeri kuruluşlar yer almışlardır. Bunlara ilaveten dönemin Ulaştırma Denizcilik ve Haberleşme Bakanı, Sağlık Bakanı, Kültür ve Turizm Bakanı ve Kalkınma Bakanı, İzmir Valisi, İzmir Büyükşehir Belediyesi, EGİAD, İZSİAD, çeşitli hastaneler, iş adamları, parti başkanları ile görüşmeler yapıp bu kadar büyük destekler alınmış olmasına rağmen Türkiye SASEB Projesi İzmir'de gerçekleşmemiştir.

Manavgat SASEB girişimi: Manavgat Ticaret ve Sanayi Odasının (MATSO) 2014-2017 Stratejik Planı ve Manavgat 2023 Eylem Planı çalışmaları kapsamında ele alınan SASEB Projesi çalışmalarında ilçeye ağırlıklı olarak deniz-kum-güneş turizminin yaygın olduğu, Manavgat'ın 12 aya yayılacak bir turizmi potansiyeline sahip olduğu, SASEB projesinin bu amacın gerçekleştirilmesinde iyi bir araç olacağı ve ilçenin alternatif turizm türleri ile öne çıkması gerektiği vurgulanmış fakat Manavgat SASEB Projesi çalışmaları da bir süre sonra akim kalmıştır.

Mersin SASEB girişimi: Dönemin Mersin Milletvekili adaylarından birinin gündeme getirdiği girişimde il de kurulacak SASEB'in Mersin'in dünya sağlık turizminden büyük pay almasına imkân sağlayacağı, Mersin'in kozmopolit yapısı ile projeye çok uygun olduğu, projeye Çukurova bölgesinin daha aktif hale geleceği, Mersin limanına başta Ortadoğu ülkelerinden olmak üzere gemilerle sağlık turistlerinin gelebileceğine vurgu yapılmıştır. Bu girişim de diğerleri gibi akim kalmış ve sınırlı çalışmalardan öteye gidememiştir.

Yalova SASEB girişimi: Yalova Kent Konseyi tarafından 2016 yılında yapılan girişimde dönemin Yalova milletvekilleri, Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Bakan Danışmanları ile çeşitli görüşmeler yapılmış, kısa adı MARKA olan Marmara Kalkınma Ajansı ile SASEB projesinin geliştirilmesi için ön çalışmalara başlanmış fakat devamı gelmemiştir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Yöntembilimin üç temel yaklaşımı bulunmaktadır. Bunlar; (i) sözel verilere dayanan *nitel araştırma yaklaşımı*, (ii) sayısal verilere dayanan *nicel araştırma yaklaşımı* ve (iii) sayısal ve sözel verilerin kullanıldığı *karma yaklaşımdır* (Alkan vd., 2019).

Nitel yöntem sosyal yaşamdaki olguları herhangi bir dönüşüme uğratmadan derinlemesine inceleme ve açıklama hedefiyle yola çıkmaktadır. Baltacı (2017), nitel desenli olarak tasarılan araştırmanın veri toplamaya başladığı andan itibaren tümevarımcı bir yapıya gereksinim duyacağını ve sosyal olay ve olguların nitel araştırma yöntemiyle incelenmesinde tümevarımın merkezi bir konuma sahip olması gerektiğine vurgu yapmaktadır. Verilerden kavramlara ulaşma çabasında olan nitel analiz sıklıkla tümevarıma dayanan bir süreci ifade ettiğinden genellikle “*analizci tümevarım*” olarak ta adlandırılmaktadır. Esnek bir yapıda olan yöntemin araştırmacıya sınırlı sayıda örneklem grubuyla çalışırken her aşamada soruları değiştirme, güncelleme, ekleme ve çıkarma imkânı sunması olumlu olarak değerlendirilirken (Teddlie ve Yu, 2007) büyük sayılardan meydana gelen örneklem ile çalışmada zaman, işgücü, mekânsal erişim yönüyle sınırlılıklar getirmesi yöntemin zayıf yönleri olarak değerlendirilmektedir.

Nicel araştırma yöntemi ise güvenilir, hızlı, geniş ve doğru veri toplanması ve önyargıyı kısıtlı bir hale getirmesi yönüyle öne çıkmaktadır. Özellikle Likert tipi çoktan seçmeli ölçeklerde kısa sorulara verilen cevaplar genellikle net olup sayısallaştırılmaları kolay olmaktadır (South vd., 2022). Hem evrene genelleme imkânı sağlaması hem de kapalı uçlu sorularla hızlı çalışma imkânı sunması ve tekrarlanabilir olması güçlü yanlarını oluşturmaktadır. Daha somut ve keskin verilere ulaşmanın mümkün olduğu nicel tarama araştırmalarında olguya müdahale yoktur. Durum tespiti yapılarak var olanın ortaya çıkarılması amaçlanır. Araştırmaya konu olgularla ilgili sayısal verilerin derlenip matematiksel ve istatistiksel yöntemlerle değerlendirilmesi anlamına gelen nicel analiz (kantitatif analiz) olguların matematiksel ifadesini ve betimlenmesini hedefler. Bir kez araştırma çerçevesi belirlenip süreç kurgulandıktan sonra sürecin ortasında değişikliğe izin vermemekle

birlikte başlangıçta araştırmacıya soru, sayı ve içeriklerini belirleme imkânı tanımaktadır. Daha az sürede daha çok çok kişiye ulaşabilme, elde edilen veriler ve dağılımlarının sayısal ifadelerle daha net olarak yapılabilmesi olanaklı hale gelmektedir. Pozitivizmden çok etkilenen nicel araştırmalarda, nitel araştırmalardaki tümevarım yaklaşımının aksine, genellikle tündengelim yaklaşımı temel alınmaktadır. Evrenden alınan örneklem ile evrenin özelliğine hipotezler yardımıyla ulaşılmaya çalışılmaktadır (Kadioğlu Ateş ve Mazı, 2017). Nicel araştırma çalışması yapılırken evrenin özelliklerine ulaşmak için ağırlıklı olarak tarama araştırma deseni üzerinde durulmaktadır. En az iki değişken arasındaki ilişkinin araştırıldığı bu yöntem “anamlı mıdır?”, “ilişkili midir?” veya “fark var mıdır?” sorularına cevap arayan doğal bir sınırlılık içermektedir. Nicel analizlerin artı yönü verilerin ölçüm, değerlendirme ve karşılaştırmasını kolaylaştırması ve aralarında ilişki veya fark bulunup bulunmadığını anlamaya yardımcı olmasıdır. Zayıf yönleri ise katılımcılara kapalı uçlu sorularla sınırlı sayıda seçenek (örneğin 5’li Likert: “*Kesinlikle katılıyorum, Katılıyorum, Ne katılıyorum ne katılmıyorum, Katılmıyorum, Kesinlikle Katılmıyorum*”) sunması nedeniyle çok ayrıntıya girme ve olgunun meydana geliş nedeni hakkında derinlemesine bilgi vermede kısıdın bulunmasıdır.

Karma yöntemde, birbirleriyle iç içe geçmiş insan bilimlerinde, ilgilenilen olgulara yönelik araştırma soruları genellikle çok yönlü olduğu için araştırmacı sadece olgunun ne olduğu (nedensel etkiler) ile değil nasıl veya neden olduğu (nedensel mekanizmalar) ile de ilgilenmekte, birçok sosyal ve davranışsal olgu çok boyutlu doğası gereği karma yöntemlerle ele alınmaktadır (Tashakkori ve Teddlie, 2010). Creswell ve Garrett (2008) karma yöntemin her iki (nicel ve nitel) yöntemin avantajlarını kullanması nedeniyle bazı araştırmalarda tercih edildiğini belirtmektedir. Son dönem sosyal bilimler araştırmalarında başvurulan karma araştırma yönteminde bireysel veya toplumsal olgu ve problemleri açıklamada sayısal verilerden yola çıkan nicel araştırma yöntemi ile karmaşık ve birbiri ile ilişkili epistemolojik varsayımlara dayanan nitel araştırma yöntemi birbirlerinden ayrı olarak yürütülmekle birlikte, her iki yöntemle elde edilen bulgular entegre bir şekilde yorumlanmaktadır. Karma yöntemde birleştirmenin hangi boyut ve aşamada olacağını belirlenmesi önem taşımaktadır (Green, Johnson ve Adams, 2006). Alkan, Şimşek ve Armağan-Erbil (2019) karma desende; çeşitleme, bütünleyicilik, geliştirme, öncülük, genişleme, güvenilirlik, örneklendirme, doğrulama ve keşfetme

amaçlarına dikkat edilmesi gerektiğini belirtmektedir. Farklı yöntemler aracılığıyla sonuçların doğruluğunu, benzerliğini ve aralarındaki ilişkiyi bulma, farklı yöntemlerle elde edilen bulguların örneklendirilmesi ve açıklanması, bulguların yöntemler arasında etkileşime katkıda bulunması, farklı yöntemlerle elde edilen bulguların doğruluğunun diğer yöntemle güçlendirilmesi, hipotez oluştururken nitel veriler kullanılarak nicel yöntem ile test edilmesi gibi nedenler karma yöntemin sıklıkla sosyal bilimlerde tercih edilmesine neden olmaktadır (Almalki, 2016). Bununla birlikte Johnson ve Onwuegbuzie, (2004) karma yöntemi takım çalışması gerektirmesi, tek bir araştırmacı için zorlayıcı olması, pahalı ve hem yazılı hem sayısal verileri analiz etmenin emek yoğun bir çalışma gerektirmesi, paradigma sorunlarına neden olması, nitel verinin nicel veriye dönüştürülüp analiz edilmesinde sorunların ortaya çıkması nedeniyle eleştirmekte.

3.1 Araştırma Deseni

Araştırmada göreceli büyük bir örneklem grubuyla (n=518) çalışılması ve amaca daha uygun olması nedeniyle, bazı alanlarda sınırlılıklar içermesine rağmen nicel araştırma yöntemlerinden genel tarama deseni tercih edilmiştir. Geniş bir kitlenin görüşlerinin anlaşılması, ne, nerede, ne zaman, hangi sıklık ve düzeyde sorularının cevaplanması tarama araştırma deseni tercihini desteklemektedir (Walliman, 2017). Her nicel araştırmada kullanılacak genel kabul görmüş tek bir araştırma yöntemi bulunmamakta, her araştırma için araştırmacının amaçlarına en iyi hizmet edecek kendine özgü doğru yöntemin seçilmesi önem taşımaktadır.

Tarama deseninde hem ilgili değişkenin o anki durumunu tespit amacıyla *anlık tarama* hem çeşitli değişkenler arasındaki ilişki ve etkileşimi ölçmek amacıyla *ilişkisel tarama* araçları kullanılmaktadır. Değişkenler arasında ilişkinin yön ve düzeyinin incelenmesi, iki veya daha fazla sayıdaki değişken arasında birlikte değişimin varlığı, düzeyi ve bu değişimin nasıl olduğunun incelenmesi ilişkisel taramanın kapsamına girmektedir (Keskin vd., 2013).

3.1.1 Araştırma evreni ve örneklem seçim yöntemi

Araştırmanın “Genel Evrenini” tüm Türkiye sağlık sektörü, “Araştırma Evrenini” Türkiye’de sağlık alanında faaliyet yürüten sağlık tesisi sahibi/ortağı, hekim, hemşire, sağlık çalışanı (yönetici, koordinatör, birim sorumlusu vb.) sağlıkla alanıyla

ilintili akademisyen/Ar-Ge görevlisi, iş insanları, kamu görevlileri vb. birimler oluşturmaktadır. Araştırma evreni gerçek ve hazır bir evren olmakla birlikte sonsuz evren olma özelliği taşıdığı için tam sayım yapabilmeye (evren parametresi) uygun bulunmamaktadır. Dinamik bir yapıya sahip olan sağlık sektöründeki insan kaynaklarının hareketliliği ve sürekliliği de tam sayımı desteklememektedir. Çalışan sayıları, sağlık sektörüyle ilintili diğer sektörlerin insan kaynakları sayısal ve nitelik yönüyle azalan-artan oranda dönemsel değişim göstermekte, sürekli güncellenmektedir. Sektörler arası geçişkenlikler, tanımlardaki değişiklikler evrenle ilgili tam sayımı olasılıklı kılmamaktadır.

Açıklanan nedenlerle evrenin ilgilenilen özelliklerini yansıtan bir örneklem grubu oluşturma yönüne gidilmiştir. Örneklem grubunu oluştururken örneklem birimlerinin ya doğrudan sağlık alanında görev yapıyor olmasına ya da sağlık alanıyla herhangi bir nedenle iltisaklı olmasına dikkat edilmiş, örneklem istatistiğinin verilerinin evrenin parametre değeri hakkında genelleme yapılacak nitelikte olmasına dikkat edilmiştir.

Araştırma evrenini oluşturan birimler heterojen ve farklı disiplinlerden meydana gelmektedir. Evren birimleri kendi aralarında homojen özelliğe sahip tabakalara (hekim, hemşire, akademisyen vb.) ayrılmış ve ayrılan bu homojen tabakalar diğer tabakalarla heterojen bir örneklem yapısı meydana getirmiştir. Asimetrik bölünmeye sahip evrenlerde tabakalı örnekleme uygulaması bir zorunluluk olarak görülmektedir. Tabakalama amacıyla kullanılacak ölçütlere demografik özellik, meslek grubu, coğrafi yer, kurum türü vb. değişkenler örnek olarak gösterilebilir. Tabaka sayısı arttıkça tabakalar içi homojenlik artacağından tabakalar için varyanslar giderek küçülecek ve sonuçta tahminlerin güvenilirliği artacaktır (Şıklar, 2012). Tabakalı yöntem bir yanda evrenin özelliğine ulaşmak için etkin bir yol olarak görülürken diğer yanda tabakalar içi ilave bilgi sunması açısından işlevsel sonuç üretmektedir. Alanyazında genel olarak evren sayısı bilinmediği takdirde %95 güven aralığında %5 örneklem hatası için en az 333 ile 500 arasında örneklem büyüklüğü yeterli görülmektedir. Altunişik vd., (2007) örneklem hacminin belirlenmesinde $N \geq 1.000.000$ olması halinde $n=384$ alt limitini almaktadır.

Comrey ve Lee (1992) faktör analizi yapmak için 0-100 arası örneklem büyüklüğünü çok kötü, 101-200 arasını kötü, 201-300 arasını orta, 301-500 arasını iyi, 501-1000

arasını çok iyi ve 1000 üzerini mükemmel olarak değerlendirmektedir. Bazı kaynaklar örneklem büyüklüğü için en az 300 olması gerektiğini vurgulamakla beraber Tabachnick ve Fidell (2013) yüksek faktör yüklerine sahip 150 kişilik bir örneklemin dahi yeterli olacağını belirtmektedirler. Guadagnoli ve Velicer (1988) en az 4 madde veya değişkenin 0,60 ve üzeri faktör yüküne sahip olması durumunda örneklem büyüklüğünün bağımsız ve güvenilir sonuçlar verebileceğini ifade etmektedirler.

Çalışmanın örneklem grubu 518 kişiden meydana gelmektedir. Bu sayı örneklemin istenen koşulları yerine getirdiğini göstermektedir.

3.1.2 Veri derleme yöntemi

Veri derleme aşaması istatistiksel çalışmaların en önemli aşamalarından biri olarak değerlendirilmektedir. Emek yoğun ve zaman alıcı bir aşama olan bu aşamada verilerin derleneceği kaynağın (örneklem) seçimi kadar verilerin doğru araç ve yöntemle derlenmesi, farklı veri türleri için farklı istatistiksel analizler kullanılması gerekmektedir (Denzin, 2017). Verilerin doğru, kullanılabilir, faydalı, tam ve güvenilir olması, derlenen verilerin ölçüm işleminde ölçen, ölçülen ve ölçüm aracının her biri üzerinde titizlikle durulması ortaya çıkacak analiz sonuçlarını doğrudan etkilemesi açısından büyük önem taşımaktadır. Laboratuvar ortamında istenen değişkenlerin soyutlanarak deneylerin yapılabildiği doğal bilimlerin aksine değişkenin yapısına göre çok sayıda ölçen ve ölçüm yönteminin ortaya çıktığı sosyal bilimlerde ölçüm işlemi göreceli daha zor gerçekleşmektedir (Serper ve Gürsakal, 1989). Rakam, sayı ve simgelerle ifade anlamına gelen ölçüm işleminde birimlerin aranan özelliklerinin ölçülebilir, gözlemlenebilir ve sayılarla yansıtılabilir olması beklenmektedir (Altunışık vd., 2007).

Ulusal ve uluslararası alanyazın taramasında araştırmada kullanılabilecek önceden yapılmış ve denenmiş bir ölçeğe rastlanılamamıştır. Aynı şekilde yeterli bilimsel veriye de rastlanmadığı için araştırmada yer alan tüm veriler birinci elden veri derleme yöntemiyle elde edilmiştir. Birinci elden veri derleme yönteminde ağırlıklı olarak kullanılan anket, görüşme ve (mülakat) yöntemlerinden tercih anket yöntemi yönünde yapılmıştır. Thomas (1998) anketi insanların davranış, tutum, inanç değerleri ve yaşam koşullarını açıklamaya yönelik bir dizi sorudan oluşan araştırma aracı olarak tanımlamaktadır. Büyüköztürk (2005) anketlerde katılımcının

demografik özelliklerine yönelik soruları *olgusal*, anket konusuyla ilgili bilgi düzeyini belirlemeye yönelik soruları *bilgi*, anket ifadelerinde yer alanlara yönelik tutumlarını belirlemeye yönelik soruları *davranış* ve duygu ve görüşlerini belirlemeye yönelik soruları *inanç* ve *kani* soruları olmak üzere 4 sınıfa ayırmaktadır. Çalışmada yüz yüze görüşme yönteminin tercih edilmeyişinin nedenleri arasında hedeflenen örneklem grubun birim sayısının göreceli büyük olması (n=518) ve Türkiye geneline coğrafi dağınık bulunmasıdır.

3.1.2.1 Ölçek geliştirme, pilot çalışma ve etik kurul onayı

Araştırmaya özgü bir ölçek geliştirilmesi zorunluluk olarak ortaya çıkmıştır. Ölçek geliştirmede beş aşamalı bir süreç takip edilmiştir. Alanyazında bir çok araştırmacının ölçek geliştirme yöntemleri incelenmiştir (Aksu vd., 2014), (Büyüköztürk, 2005), (Yurdugül, 2005), (Yeşilyurt ve Çapraz, 2018), (Şimşek, 2014), (Bayat, 2014).

İlk aşamada kapsamlı ulusal ve uluslararası alanyazın taraması yapılmıştır. İkinci aşamada madde havuzu oluşturulmuştur. Maddelerin tasarımlarında sade ve anlaşılır olmasına özen gösterilmiştir. Üçüncü aşamada “*Kesinlikle katılıyorum*”, “*Katılıyorum*”, “*Ne katılıyorum ne katılmıyorum*”, “*Katılmıyorum*”, “*Kesinlikle katılmıyorum*” düzeylerinde 5’li Likert temel alınarak taslak ölçek oluşturulmuştur. Kapalı uçlu sorulardan meydana gelen ölçekte bir sonraki maddeye geçebilmek için her bir soruya cevap verme zorunluluğu getirilmiştir. Formun sonunda görüş ve önerilerin belirtilebileceği zorunlu olmayan bir bölüm eklenmiştir. Dijital ortamda hazırlanan formun ilk giriş kısmında çalışmanın amacı, yöntemi, verilerin sadece bilimsel amaçlı kullanılacağı yönünde bilgiler yer almıştır. Dördüncü aşamada, hazırlanan form Tez İzleme Komitesi üyeleri ile ölçek geliştirme konusunda uzmanların görüşlerine sunulmuştur. Beşinci aşamada gelen öneriler doğrultusunda yapılan düzenlemelerden sonra ölçeğin geçerlik ve güvenilirliğini sınamak için göreceli küçük bir grup üzerinde (n=54) ön deneme (pilot) uygulaması yapılmıştır. Uygulamaya katılan kişilere maddelerle ilgili anlaşılmayan veya sorun olarak algılanabilecek bir durumun olup olmadığı sorulmuştur. Verilen cevaplardan ölçeğin görünüş ve kapsam geçerliğinin kabul edilebilir düzeyde olduğu anlaşılmıştır. Katılımcılardan dijital ortamda elde edilen veriler önce Excel’e, oradan da kodlanarak SPSS v.23 programına aktarılmıştır. Yapılan geçerlik ve güvenilirlik

testlerinde $p=0,80$ ve üstünde değerler bulunmuştur. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) sonucunda 8 alt boyuta ayrılan faktörlerin toplam varyansın %82,16'sını açıkladığı görülmüştür.

Pilot çalışmadan elde edilen veri ve öneriler forma işlenmiş, onay için İstanbul Gedik Üniversitesi Etik Kuruluna sunulmuştur. Kurul 15 Eylül 2022 tarih ve 2022/8 sayılı toplantısında form üzerinde değerlendirmelerde bulunmuş, bazı uyarlamalar talep etmiştir. Kurulun talepleri doğrultusunda taslak ölçek üzerinde düzenlemeler yapılarak nihai şekliyle yeniden Kurulun onayına sunulmuştur. Kurul 09 Kasım 2022 tarih ve 2022/9 sayılı ikinci toplantısında anket formunun alt ölçekleriyle birlikte bütün halinde etik kurallara ve bilimsel ölçütlere uygun olduğuna oybirliğiyle karar vermiştir. Böylece hazırlık aşamasından nihai onay aşamasına kadar geçen 5 aylık süreçte anket formu ve alt ölçeklerinin olgunlaşma döneminde görünüş, kapsam, ölçüt, yapı geçerliliği ve güvenilirlik testleri tamamlanmıştır. Etik Kurul üyeleri ve Tez İzleme Komitesi üyeleri ile birlikte toplam 18 bilim insanı ve uzman tarafından etik kurallara ve bilimsel ölçütlere uygunluğu onaylandıktan sonra çalışmalara başlanmıştır.

3.1.2.2 Anket çalışması (15 Kasım 2022 – 15 Şubat 2023)

Yapılandırılmış sorulardan meydana gelen anket formları 15 Kasım 2022 tarihi itibarıyla dijital ortamda örneklem birimlerine gönderilmeye başlanmış, gelen cevaplar pilot çalışmada olduğu gibi doğrudan Excel programına aktarıldıktan sonra kodlanarak SPSS V.23'e yüklenmiştir. Maddi ve beşeri araçlar kullanılmak suretiyle 15 Kasım 2022 – 15 Şubat 2023 tarihleri arasında üç aylık sürede gerçekleşen anket çalışmasına katılımı öngörülen kişi sayısı ($n=384$) iken bu sayı aşılarak $n=518$ olmuştur. Örneklem sayısının tatmin edici düzeyde olması özellikle çok değişkenli analiz yöntem ve tekniklerinin kullanıldığı nicel araştırmalarda istenen bir durum olarak görülmektedir. Sayının düşük olması evreni temsil etmede bir eksiklik olarak değerlendirilebilmektedir. Diğer yandan örneklem sayısının çok fazla olması her zaman katma değer ekleyeceği anlamına gelmemektedir (Altunişik vd., 2007). Çalışmada ulaşılan 518 sayısı alanyazında iyi olarak sınıflandırılmaktadır.

Araştırmada zaman açısından veri derlemenin uygun bir zaman diliminde yapıldığı görülmektedir. Örneklem grubunu oluşturan bazı birimlere ulaşımda sorunlar

yaşanmış olmakla birlikte nihai sonuç üzerinde etkisi görülmemiştir. İncelenen özelliklerin ölçülmesinde vasıf hatası yaşanmamıştır.

3.2 Verilerin Analizi / Testler

Toplanan verilerin doğal özelliklerinin çıkarılması sürecinde betimsel istatistik yöntemi kullanılmıştır. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasında teorik olarak var olduğu değerlendirilen ilişkiler araştırılmış (ilişki araştırması), değişkenler arasında fark olup olmadığı varsa bu farkın rassal olup olmadığına yönelik karşılaştırmalar yapılmış, evren parametre değerlerine ulaşmak amacıyla tahminleme analizi uygulanmıştır. Bağımsız değişkenlerin sahip oldukları belirli değerlere göre bağımlı değişkenlerin alması olası değerlerle ilgili kestirim analizleri kullanılmıştır.

Örneklem birimlerinin nicel değişkenlerinin çeşitli ölçme düzeylerine göre dağılımları sınıflandırılmış (frekans), değer aralıkları gruplandırılmış seriler halinde verilmiştir. Sürekli nicel değişkenlerde yazılı değer kendisine en yakın olan değer alınırken kesikli nicel değişkenlerde yazılı değer alınmıştır. Derlenen verilerde eksik veri, hata ve yanlışlıklar olup olmadığına bakılmış, toplam 42.994 hücre (83 madde x 518 örneklem birimi) içerisinde yapılan incelemede eksik veriye rastlanmamıştır. Verilerin görünüş, kapsam, ölçüt ve yapı geçerliliğini kapsayan geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır (Keçeci ve Öncel, 2022).

3.3 Geçerlik ve Güvenirlik Analizleri

Bu bölümde çalışma için özgün olarak geliştirilen anket formu ve alt ölçeklerinin geçerlik ve güvenilirlik analizleri yapılmıştır. Yeni geliştirilen bir ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik testleri yapılmadan uygulama aşamasına geçilmesi elde edilecek sonuçların doğruluk derecesinin de sorgulanmasına neden olacağından bu testlerin önemi ortaya çıkmaktadır.

3.3.1 Geçerlik analizleri

Geçerlik analizlerinde kullanılan çeşitli teknikler bulunmaktadır. Çalışmada görünüş geçerliği, kapsam geçerliği ve yapı geçerliği testleri yapılmıştır.

3.3.1.1 Görünüş geçerliği

Görünüş geçerliliği bir ölçme aracının neyi ölçüyor gözüktüğü ile ilgilidir. Görünüş geçerliği aslında ilgili ölçme aracının ölçmek istediği özellikleri ölçtüğünü göstermesi anlamına gelmektedir (Öncü, 1994). Mehrens ve Lehmann (1991) bir ölçekte yer alan soru ve ifadelerin katılımcılar tarafından benzer veya aynı şekilde okunur ve anlaşılır olmasını görünüş geçerliliğin şartlarına uyulduğunun göstergesi olarak kabul etmektedir. Uygulama öncesi soruların örneklem grubun özelliklerine yakın kişilerce okunması ve görüşlerinin alınması görünüş geçerliğini sağlamada kullanılacak önemli bir yöntemdir (Toy ve Tosunoğlu, 2007).

Görünüş geçerliliği şartını yerine getirmek için taslak halinde hazırlanan çalışma ölçeği Tez İzleme Komitesi üyeleri ile dış uzmanların görüşlerine sunularak değerlendirme yapmaları istenmiştir. Alandaki diğer uzmanların yanı sıra pilot çalışmaya katılanların görüşleri doğrultusunda taslak ölçeğin görünüş geçerliliğini sağlamak için düzenlemeler yapılmış, soru sıra ve numaralandırmaları güncellenmiştir. Dijital ortamda hazırlanan ölçeğin giriş kısmında katılımcılara çalışmanın amacı, yöntemi ve süresi hakkında bilgi sunulmuştur.

3.3.1.2 Kapsam geçerliği (content validity)

Kapsam geçerliliği bir testin veya ölçeğin içermesi gereken konuları nicelik ve nitelik yönüyle içermesi ve içermesi halinde bunu ne denli yaptığı ile ilgilidir. Yurdugül, (2005) kapsam geçerlik oranlarının Lawshe (1975) tarafından geliştirildiğini ve Lawshe tekniği olarak bilinen bu yaklaşımın 6 aşamadan meydana geldiğini belirtmektedir. Bunlar; (i) Uzmanların belirlenmesi, (ii) Taslak ölçek formunun hazırlanması, (iii) Taslak hakkında uzman görüşlerinin alınması, (iv) Maddelere ilişkin kapsam geçerlik oranlarının elde edilmesi, (v) Ölçeğe ilişkin kapsam geçerlik indekslerinin elde edilmesi ve (vi) Kapsam geçerlik oranları/indeksleri ölçütlerine göre nihai formun oluşturulmasıdır. En az 5 en fazla 40 uzman görüşü aranan bu teknikte her bir madde “Madde hedeflenenin yapıyor/ölçüyor”, “Madde yapı ile ilişkili ancak gereksiz” veya “Madde hedeflenen yapıyı ölçmez” şeklinde derecelendirilmektedir (Lawshe vd, 1975)

Çalışma ölçeği geliştirilirken Lawshe tekniğine yakın bir yöntem izlenmiş, hazırlanan taslak önce 3 kişiden meydana gelen Tez İzleme Komitesine sunularak görüşleri doğrultusunda düzenlemeler yapılmıştır. Aynı şekilde İstanbul Gedik

Üniversitesi Etik Kurul üyelerine sunulmuş, Kurul üyeleri ile birlikte 20 civarında uzmanın görüş ve önerileri doğrultusunda taslak ölçek üzerinde gereken düzenlemeler yapılmıştır. Daha sonra 55 kişiyle ön uygulama yapılarak ölçeğin görünüş, kapsam ve yapı geçerlilikleri test edilmiş, aranan şartlara uygunluğu teyit edilmiştir.

3.3.1.3 Ölçüt geçerliği / uyum ve yordama (Criterion-related validity)

Ölçüt geçerliliği, ölçüm aracının ölçülmek istenen özelliği bir başka ölçüt ile mukayese ederek ne kadar başarıyla tahmin ettiğini göstermektedir. Ölçüt geçerliliğinin hesaplanmasında genellikle ölçülmek istenen özellik kavramsal olarak ilgisi bulunduğu düşünülen daha önce geliştirilmiş ve geçerliliği kanıtlanmış bir başka ölçek kullanılır. Aynı konuda uygulanan iki farklı ölçeğin arasında var olan ilişki hesaplanır. İlişkiyi ortaya çıkaran korelasyon katsayısının yüksek olması ölçeğin başarılı olarak kabul edilmesini sağlar. Genelde $r=0,00-0,30$ zayıf; $0,31-0,49$ orta; $0,50-0,69$ güçlü ve $0,70-0,100$ çok güçlü ilişki olduğu yönünde yorumlanmaktadır (Tavşancıl, 2014).

Çalışma ölçeğinin alanda ilk kez uygulanması ve daha önceden elde edilmiş ya da daha sonra yapılmış karşılaştırmaya elverişli verinin bulunmaması nedeniyle ölçüt geçerlilik (uygunluk ve yordama) testi yapılamamıştır.

3.3.1.4 Yapı geçerliği (construct validity)

Yapısal geçerlilik geniş bir kapsama alanına sahiptir. Yapısal geçerliliğinin ölçülmesinde çeşitli teknikler kullanılmaktadır. İç geçerlik (tutarlık), Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) bunlardan en yaygın kullanılanlarıdır.

Araştırmalarda dış geçerlilikten önce gelen iç geçerlilikte temel soru ölçülen değişkenin araştırma ile nedensellik (sebe-sonuç) bağına ne düzeyde sahip olduğudur. Bağımlı değişkenin bağımsız değişkenle olan ilişkisinin varlığı ve düzeyinin yüksekliği iç geçerlilik için önem taşımaktadır. İç geçerlilik üzerinde olumsuz etki ortaya çıkartabilecek örneklem oluşturma, veri toplama araçlarının seçimi, veri toplama süreci, verilerin sınıflandırılması ve düzenlenmesi ve pilot çalışma benzeri araştırma süreçlerinin her aşamasının itina ile planlanması beklenmektedir. İç tutarlılık yapısal geçerliliğin ilk ve öncelikli göstergesidir. Bir

ölçme aracının iç tutarlılığı arttıkça yapısal geçerliliği de artmaktadır. İç geçerliğin en temel göstergesi Cronbah's Alpha (α) katsayısıdır (Karagöz, 2021).

Dış geçerlilik, genelleme geçerliliği olarak ta adlandırılabilir. Araştırmada ulaşılan sonuçların evrenin özelliklerini yansıtması sağlanmadığı takdirde dış geçerlilik üzerinde örneklem (seçkisizlik ve bağımsızlık ilkesine uyumsuzluk veya yeterli sayıda örneklem sayısına ulaşamama), tepkisellik veya etkileşim benzeri unsurlardan kaynaklı olumsuz etkilerden söz etmek mümkün olabilmektedir. Bu durumda örneklemde elde edilen sonuçlar sadece örnekleme oluşturan birimler için geçerli olmakta ve evreni yansıtmamaktadır. Aralarında ters yönlü bir ilişki bulunan iç ve dış geçerlilikte iç geçerliliğin çok artması durumunda dış geçerlilik (genellenebilirlik) sorunu ortaya çıkmakta ya da tersi söz konusu olabilmektedir. Bu nedenle iç ve dış geçerlilik arasındaki dengenin gözetilmesi önem taşımaktadır.

Faktör analizi

Amacı maddelerin birbirleri ile uyumunu, birbirini tamamlamasını ve toplu halde bir bütün oluşturmasını sağlamak, değişken sayısını belirli sayıda faktöre indirmek (veri azaltma) ve değişkenler arasındaki ilişkileri kullanarak yapıyı tanımlamak (kuram geliştirme) olan faktör analizi bir ölçeğin yapı geçerliliğini ortaya çıkarmanın en etkili yollarından biri olarak kabul edilmektedir.

Yaman (2016), faktör analizini çok sayıda değişkenin arasında var olan ilişkileri bulmak amacıyla kullanılan yöntemlere verilen ad olarak tanımlamakta ve analiz temel amacının ölçeği oluşturan maddelerden birbiriyle daha yakın ilişkili olanları gruplandırarak daha sağlam bir yapı oluşturmak olduğunu belirtmektedir. Büyüköztürk (2002) faktör analizini aynı yapıyı ölçen çok sayıda değişkenden az sayıda ve tanımlanabilir nitelikte anlamlı değişkenler üreten çok değişkenli istatistiksel bir yöntem olarak tanımlamaktadır. Kleinbaum vd. (2013) faktör analizinin birbiriyle ilintisi bulunan çok sayıda değişkenin anlamlı ve birbirinden bağımsız faktörler haline gelmesinde kullanıldığını belirtmektedir.

Faktör analizinde temel amaç değişken sayısını azaltmak ve değişkenler arasında var olan ilişkisel yapıyı ortaya çıkarmaktır. Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) ve Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA) olmak üzere ikiye ayrılan faktör analizlerinden AFA sıklıkla yeni geliştirilen ölçeklerde kullanılmaktadır. Kuram geliştirmede AFA tercih edilirken belirli bir hipotezin sınanmasında DFA tercih edilmektedir.

Çalışmada AFA'nın yedi faktör⁷³ çıkartma yöntemlerinden en sık kullanılan ve her bir bileşen için en yüksek varyansı çıkarmayı hedefleyen Temel Bileşenler Analizi (TBA) (principal components) ve Doğrudan Eğik Döndürme (direct oblimin) yöntemlerinin kullanılmasının uygun olduğuna karar verilmiştir (Büyüköztürk, 2002). TBA faktörler arasında ilişki olduğu düşünüldüğü için seçilmiştir. İlişki beklenmediği zaman kullanılan Dik Döndürme Yöntemi (orthogonal döndürme) tercih edilmemiştir.

Verilerin faktör analizine uygunluk testleri

Çalışma verilerinin (maddelerin) faktör analizine uygunluğunu bulmak için aşamalı bir yöntem uygulanmıştır. Birinci aşamada korelasyon matrisi çıkarılarak maddeler arasındaki korelasyon incelenmiş, maddeler arasında anlamlı ve yeterli düzeyde ilişki bulunup bulunmadığı test edilmiştir. İkinci ve üçüncü aşamada örneklem büyüklüğünün faktör analizi için uygun olup olmadığını tespit etmek amacıyla Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) testi ve Bartlett Küresellik Testi yapılmıştır. Literatürde KMO değerleri 0,50-0,70 arası orta, 0,70-0,80 arası iyi, 0,80-0,90 arası harika ve 0,90-1,00 arası mükemmel olarak kabul edilmektedir (Büyüköztürk, 2008). Veri setimizin faktör analizine uygun olup olmadığına yönelik yapılan tüm testler verilerin koşulları yerine getirdiği göstermektedir. Yapılan faktör analizi neticesinde ortaya çıkan alt boyutlar, madde sayısı, faktör yükleri ve ortak varyans değerleri bulgular bölümünde yer almaktadır.

3.3.2 Güvenirlik analizleri

Geliştirilen ölçeğin standart hale gelebilmesi ve bilgi üretme kapasitesine erişebilmesi için geçerlik ve güvenilirlik özelliklerine sahip olması beklenmektedir. Güvenirlik, bir ölçme aracıyla aynı şartlarda tekrarlanan ölçümlerde elde edilen ölçüm sonuçlarının kararlı ve tutarlı bir şekilde aynı değerleri vermesi olarak tanımlanmaktadır (Ercan ve İsmet, 2004). Ölçme aracının ölçülmek istenen özelliği hatasız bir şekilde ölçebilme derecesi ölçme aracının güvenirliliği ile doğrudan ilişkilidir. Ölçme aracının güvenilirlik düzeyini tespit edebilmek için çeşitli yöntemler

⁷³ Faktör çıkartma yöntemleri: Temel Bileşenler Analizi (Principal components), Ağırlıklandırılmamış en küçük kareler analizi (Unweighted least squares), Genelleştirilmiş en küçük kareler analizi (Generalized least squares), Maksimum olabilirlik analizi (Maximum likelihood), Temel eksen faktör analizi (Principal axis factoring), Alfa faktör analizi (Alpha factoring) ve İmaj faktör analizi (Image factoring).

kullanılmaktadır. Bunlar içerisinde (i) Ölçek sorularının iç tutarlılığına dayanan ve Likert türü soru yapılarına uygun Cronbach Alpha yöntemi, (ii) Madde-Toplam Puan Korelasyonu ve (iii) Ayırt Edicilik (Alt %27 – Üst %27) yöntemlerinin çalışma için uygun olacağı değerlendirilmiştir.

Cronbach Alpha yönteminde 0,00-1,00 aralığında değişen bir katsayısı bulunmaktadır. Genel olarak 0,70 ve üzerindeki değerlerin elde edilmesi halinde ölçme aracının istenen güvenilirliği sağladığı kabul edilir. Genelde $\alpha < 0,5$ kabul edilemez, $0,5 \leq \alpha < 0,6$ zayıf, $0,6 \leq \alpha < 0,7$ kabul edilebilir, $0,7 \leq \alpha < 0,9$ iyi ve $\geq 0,9$ mükemmel değerler olarak bulunmaktadır. Bazı kaynaklar alt limit olarak 0,40 değerine sahip olan ölçeği de güvenilir kabul etmektedir (Kilic, 2016). Karagöz (2021) alfa değeri $0,00 \leq \alpha < 0,40$ ise ölçeğin güvenilir olmadığını, $0,40 \leq \alpha < 0,60$ ise düşük güvenilir olduğunu, $0,60 \leq \alpha < 0,80$ ise oldukça güvenilir olduğunu, $0,80 \leq \alpha < 1,00$ ise yüksek güvenilir olduğunu belirtmektedir.

Bir başka iç tutarlılığa dayalı yöntem olan Madde-Toplam Puan Korelasyon yöntemiyle her bir madde ile toplam puan arasındaki korelasyon incelenmiştir. Korelasyonun ($r=0,30$ ve üstü) pozitif yönlü ve yüksek düzeyli olması maddelerin birbirleriyle benzer davranış gösterdiğini ve ölçeğin iç tutarlılığının yüksek olduğunu göstermektedir. Bu maddelerin her birinin toplam içerisinde bir önemi olduğu için bunlar ayırt edici olarak değerlendirilmektedir. Bazı kaynaklar alt değer olarak $r < 0,20$ 'yi almasına rağmen genel uygulama $r < 0,20$ değere sahip maddelerin ölçekten dışlanması yönündedir.

Son olarak ölçeğin güvenilirliğinde “Alt %27-Üst %27 (Ayırt Edicilik) Yöntemi” uygulanarak alt ve en üst grupların toplam puan ortalamaları karşılaştırılmıştır. Aradaki fark ilişkisiz örneklem t-testi ile sınanmış, $p=0,000$ değerinin bulunup bulunmadığı incelenmiştir. Farkın $p < 0,05$ değere sahip olması ölçeğin iç güvenilirliği açısından önem taşımaktadır.

3.4 Normallik Analizleri

İstatistik çalışmalarında derlenen verilerin dağılımları büyük önem taşımaktadır. Veri setinin ortasında yer alan, tepe değeri, aritmetik ortalaması ve ortancası eşit olan, tam ortada yer alan dikey çizgi tarafından sağ (%50) ve sol (%50) olmak üzere iki eşit parçaya ayrılan, simetrik bir dağılım gösteren, çan eğrisi şeklinde olan, verileri orta

çizgi etrafında kümelenen ve sağ ve sol kuyruklara doğru frekansları azalan fakat hiçbir zaman eksene değmeyen (asimptot) dağılımlar normal dağılım olarak kabul edilir. Normal dağılım eğrisinin kuyruklarına ulaşıldığında sağ tarafta ise aritmetik ortalamanın 3 standart sapma üstüne çıkmış olur sol tarafta ise 3 standart sapma altına inilmiş olur. Normal dağılım eğrisi altında sağ (%34,13) ve sol tarafta (%34,13) yer alan verilerin toplamı (%68,26) 1 standart sapma olarak hesaplanmaktadır. İlk sapmaya ilaveten sağ %13,59 + sol %13,59 ile 2 standart sapma meydana gelir ve verilerin %95,44'ünü temsil eder. Birinci ve ikinci sapmaya ilaveten sağ %2 + sol%2,14 ile 3 standart sapma meydana gelir ve verilerin %99,72'sini içerir (deneysel kural). Tam normal dağılım aynı zamanda çarpıklık ve basıklık yönüyle 0 (sıfır) değere sahip olur ve aritmetik ortalama dağılımın merkezini, standart sapma ise yayılımını ifade eder. Standart normal bir dağılım, ortalaması 0 ve standart sapması 1 olan dağılım olup çan şeklinde bir frekans eğrisine sahiptir (Kalaycı, 2010). Birçok testin yapılabilmesi için verilerin normal olarak veya normale yakın bir dağılım göstermesi istenir. Örneğin t-testi ve ANOVA benzeri testler normal dağılıma sahip olmayan veriler üzerinde uygulanamamakta, regresyon analizleri yapılamamaktadır. Bunun yerine daha az güçlü non-parametrik Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis benzeri testlerin kullanılması gerekecekti. Zira iki grubun karşılaştırılması durumunda parametrik gruplarda t-testi yerine non-parametrik gruplarda Mann-Whitney U testi kullanılmaktadır. T-testinde ortalamadan yola çıkılırken Mann-Whitney U testinde medyan üzerinden hesaplamalar yapılmaktadır. İki'den fazla gruplarda ise parametrik gruplarda ANOVA, non-parametrik gruplarda Kruskal-Wallis testi kullanılmaktadır. Non-parametrik testler, karşılaştırılan ölçümlerin en az sıralama ölçme düzeyinde bulunması ve verilerin normal dağılım şartını yerini getirememesi halinde kullanılmaktadır. Çalışmada verilerimizin normal dağılıp dağılmadığını anlamak için dört teknik kullanılmıştır:

Çarpıklık ve basıklık değerlerinin test edilmesi: İdeal bir normal dağılımda çarpıklık ve basıklık değerlerinin 0,00 olması beklenir (simetrik biçim: ortalama=medyan=mod). Fakat özellikle sosyal bilimlerde bu değerleri yakalamak oldukça zor olmaktadır. Alanyazında bir verinin normal dağılımı göstermesi için $\pm 1,00$ arasında olması gerektiği yönünde görüşlerin yanı sıra bazı kaynaklar $\pm 2,00$ değerini norm olarak almaktadır. Genel olarak Tabachnic'in $\pm 1,5$ arasında çarpıklık

ve basıklık değer yaklaşımı yaygın bir şekilde kabul görmektedir (Tabachnick vd., 2013). Çalışmada bu yaklaşım benimsenerek $\pm 1,5$ değeri temel alınmıştır. Yapılan sınamada 9 faktörün tümünde verilerin çarpıklık ve basıklık değerleri $\pm 1,5$ aralığında bulunup bulunmadığı incelenmiştir.

Çarpıklık ve basıklık değerlerinin standart hataya bölünmesi: Bu teknikte verilerin bölme sonrası ortaya çıkan değerlerinin $\pm 1,96$ arasında olması beklenmektedir (Field, 2013). Çarpıklık ve basıklık değerlerinin standart hata değerlerine bölünmesiyle bulunan değerlerin $\pm 1,96$ değer aralığında yer alma düzeyi sınanmıştır.

Uç değerlerin test edilmesi. Histogram ile yapılan incelemede çalışmada elde edilen veriler uç değerler kuralı yönüyle sınanmıştır.

Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testlerinin uygulanması: Katılımcı sayısının 50'den az olan gruplar için genellikle Shapiro-Wilk; 50'den fazla olanlar için Kolmogorov-Smirnov testleri kullanılmaktadır. Katılımcı sayısının $n < 30$ olması halinde normallik testleri yapılmamaktadır. Sayının azlığı nedeniyle doğrudan normal dağılım yok olarak kabul edilmektedir. Her iki testte de $p > 0,05$ olan değerler normal olarak kabul edilmektedir.

4. BULGULAR

4.1 Örneklem Grubunun Demografik Özelliklerine İlişkin Bulgular

Örneklem birimlerinin toplam sayısı n=518'dir. Normallik testlerinde normal dağılımı olumsuz etkileyen 27 birimin uç değere sahip olduğu tespit edilerek bunların çıkarılmasına ve geriye kalan n=491 ile çalışmalara devam edilmesine karar verilmiştir. Örneklem grubunun cinsiyet, yaş, eğitim ve görevlerine (meslek) yönelik frekans dağılımları aşağıdaki tabloda yer almaktadır:

Tablo 4.1: Örneklem Grubunun Genel Demografik Yapısı

Cinsiyet	Frekans	Oran	Eğitim	Frekans	Oran
Kadın	328	%66,8	Lise	36	%7,3
Erkek	163	%33,2	MYO	80	%16,3
Toplam	491	%100,0	Üniversite	279	%56,8
			Yüksek Lisans	61	%12,4
Yaş	Frekans	Oran	Doktora	35	%7,1
18-25 Arası	113	%23,0	Toplam	491	%100,0
26-30 Arası	157	%32,0	Meslek	Frekans	Oran
31-35 Arası	82	%16,7	Sahibi/Ortağı	11	%2,2
36-40 Arası	48	%9,8	Başkan/Üst yönetici	8	%1,6
41-45 Arası	38	%7,7	Akademisyen	18	%3,7
46-50 arası	28	%5,7	Hekim	44	%9,0
51-55 Arası	12	%2,4	Hemşire	198	%40,3
56-60 Arası	10	%2,0	Sağlık çalışanı	158	%32,2
61-65 Arası	3	%0,6	Bakanlık Bel. İş Dünyası	54	%11,0
Toplam	491	%100,0	Toplam	491	%100,0

Yukarıdaki tablodan anlaşılacağı üzere araştırmaya katılanların büyük çoğunluğu kadınlardan meydana gelmektedir. Bunun sağlık sektörünün sahip olduğu dişil özellikten kaynaklandığı bilinmektedir. Örnekleminin cinsiyet dağılımı yönüyle uluslararası istatistiklerle uyumlu olduğu görülmektedir. Uluslararası Çalışma Örgütü ve Dünya Sağlık Örgütü tarafından Türkiye'nin de aralarında bulunduğu 189 ülkeden elde edilen verilerle yapılan bir araştırmaya göre 2020 yılında küresel sağlık sektöründe çalışanların % 67,2'sini kadınlar oluşturmaktadır (WHO vd, 2022). Tarihsel olarak kadınların çoğunluğu oluşturduğu bir sektör olan sağlık sektörü giderek daha feminize (dişil) hale gelmektedir (Urhan ve Etiler, 2011).

Aynı oranı eğitim alanında da görmekteyiz. Türkiye’de 2020-2021 döneminde sağlık ve refah bölümünde okuyan kadın öğrenci sayısı 364.377 (%74) iken erkek öğrenci sayısı 128.000 (%26) olarak kayda geçmiştir (2021 TÜİK, 2022). Örneklem grubunun eğitim düzeyinde üniversite % 56,8 ile birinci sırada yer alırken meslek yüksekokulu % 16,3 ile ikinci sırada gelmektedir. Yüksek lisans % 12,04 Doktora % 7,1 ve Lise % 7,3 ile takip etmektedir. Araştırmaya katılanların akademik eğitim düzeylerinin yüksek olduğu görülmektedir. Üniversite, yüksek lisans ve doktora eğitimi almış olanların toplam içerisindeki oranları % 76’yi bulmaktadır. Örneklem grubu içerisinde en büyük grubu oluşturan hemşirelerde de eğitim düzeyinin yüksek olduğu görülmektedir; lise %5,6, MYO %11,1, Üniversite %73,2, Yüksek Lisans %9,5 ve doktora %0,5. Hemşirelerde üniversite, yüksek lisans ve doktora eğitim düzeyine sahip olanların oranı %83,3 olarak ölçülmüştür. Lise ve Meslek Yüksek Okulu mezunu olan ve daha alt düzeyde görev yapan hemşirelerin oranı %16,7’dür. Sonuçlar araştırmaya katılan hemşirelerin ağırlıklı olarak yönetici, koordinatör, ameliyat hemşireliği, bölüm şefliği gibi üst düzey görevlerde bulduklarını ortaya koymaktadır. Diğer yandan örneklem grubunun genelinin eğitim düzeyine bakılınca yüksek lisans ve doktora erkeklerle kadınlar arasında kadınlar lehine 7,4 puanlık bir fark bulunmaktadır (%53,7/%46,3). 18-55 (%67,0) yaş aralığında yer alan kadınlar çoğunluğu oluştururken 56 ve üstü yaş grubunda erkekler lehine bir değişim gözlemlenmektedir. Sağlık sektöründe çalışan kadınların lise, meslek yüksekokulu ve üniversite lisans eğitim düzeyleri ulusal ve uluslararası verilere oldukça yakın seyretmektedir Genel olarak örneklem birimlerinin niceliğin yanı sıra nitelik yönüyle de evreni temsil etme özelliğine sahip olduğu anlaşılmaktadır.

Tablo 4.2: Örneklem Grubunun Mesleklerinin Cinsiyete Göre Dağılımı

Cinsiyet	Sahibi Ortağı	Başkan Üst yönetici	Akad.	Hekim	Hemşire	Sağlık çalışanı	Bakanlık, Bel. İş vb.	Toplam
Kadın	1	3	10	15	163	100	36	328
Erkek	10	5	8	29	35	58	18	163
Toplam	11	8	18	44	198	159	54	491

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere katılımcıların mesleklere göre dağılımında erkekler kurum sahibi/ortağı (%90,0) ve hekim olarak (%66) çoğunluğu oluştururken, kadınlar hemşire (%82,3), sağlık çalışanı (%63) ve diğer çalışan (%67) sınıfında çoğunluğu oluşturmaktadır.

Tablo 4.3: Örneklem Grubunun Çalıştığı Kurumun Bakanlık Akreditasyonuna Sahiplik Düzeyi

	Frekans	Oran %	Kümülatif %
Hayır almadı	97	19,8	19,8
Reddedildi	4	0,8	20,6
Bilmiyorum	259	52,7	73,3
Başvuru sürecinde	17	3,5	76,8
Evet aldı	114	23,2	100,0
Toplam	491	100,0	

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere katılımcıların çalıştıkları kurumun Sağlık Bakanlığı'ndan sağlık turizmi yapabilmek için akreditasyon alıp almadıkların yönelik soruya %23,2'si aldığını, %3,5'i başvuru sürecinde olduğunu belirtirken yarıdan fazlası (%52,7) bilgisi olmadığını, %19,8'i almadığını belirtmiştir. Küçük bir oran (%0,8) başvurularının reddedildiğini söylemiştir.

Tablo 4.4: Örneklem Grubunun Çalıştığı Kurumun Çalışan Sayısı

	Frekans	Oran %	Kümülatif %
Kesin sayıyı bilmiyorum	12	2,4	2,4
1-5 arası	36	7,3	9,8
6-10 arası	32	6,5	16,3
11-20 arası	50	10,2	26,5
21-50 arası	35	7,1	33,6
51-100 arası	34	6,9	40,5
101-250 arası	65	13,2	53,8
251-500 arası	46	9,4	63,1
501-1000 arası	46	9,4	72,5
1001 ve üstü	135	27,5	100,0
Toplam	491	100,0	

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere katılımcıların çalıştığı kurumların çalışan sayısı bakımından KOBİ sınıflandırmasına göre %13,9'u mikro, %17,3'ü küçük, %20,2'si orta olmak üzere toplam %51,4'lük dilimi oluşturmaktadır. 250 ile 500 çalışana sahip kurum oranı %13,2 ve 500 ile 1000 arası çalışana sahip kurum oranı %9,3 olarak bulunmuştur. 1000 ve üstü çalışana sahip kurum oranı ise %27,5'tir. Büyük ölçekli kurumlar ağırlıklı olarak kamu kurumlarından ve özel sektöre ait büyük sağlık tesislerinden meydana gelmektedir.

Tablo 4.5: Örneklem Grubunun Çalıştığı Kuruma Gelen Sağlık Turisti Düzeyi

	Frekans	Oran %	Kümülatif %
Kesinlikle gelmez	14	2,9	2,9
Gelmez	70	14,3	17,1
Bilmiyorum	58	11,8	28,9
Ara sıra gelir	236	48,1	77,0
Sürekli gelir	113	23,0	100,0
Toplam	491	100,0	

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere katılımcıların çalıştıkları kuruma sağlık turisti gelip gelmediğine yönelik soruya %23,00'ü sürekli gelir, %48,1'i ara sıra gelir cevabı vermiştir. Kurumlarına sağlık turizmi kapsamında yurtdışından yabancı hasta gelir diyen her iki grubun genel içerisindeki toplam oranı %71,1 ile oldukça yüksek çıkmaktadır. Gelmez (%14,3) ve kesinlikle gelmez (%2,9) diyenlerin toplam oranı %17,2 ile azınlık oluşturmaktadır. Sonuçlar örneklem grubunun evreni temsil özelliğine sahip olduğu varsayımını desteklemektedir.

Tablo 4.6: Örneklem Grubunun Çalıştığı Kurumun SASEB İlgi Düzeyi

	Frekans	Oran %	Kümülatif %
Kesinlikle ilgisi yok	39	7,9	7,9
İlgisi yok	61	12,4	20,4
Bilmiyorum	320	65,2	85,5
İlgisi var	54	11,0	96,5
Kesinlikle ilgisi var	17	3,5	100,0
Toplam	491	100,0	

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere katılımcıların toplam % 14,5'i çalıştığı kurumun SASEB'e ihtiyaç duyduğunu belirtirken %20,5'i ihtiyaç duymadığını belirtmiştir. Bu konuda kurumunun görüşlerini bilmediğini söyleyenlerin oranının %65,2 ile oldukça yüksek çıktığı görülmektedir.

Tablo 4.7: Örneklem Grubunun Sağlık Turizmi İle İlgilendiği Süreler

	Frekans	Oran %	Kümülatif %
İlgilenmiyorum	145	29,5	29,5
0-5 yıl arası	286	58,3	87,8
6-10 yıl arası	44	9,0	96,7
11-20 yıl arası	12	2,4	99,2
20 yıl ve üstü	4	,8	100,0
Toplam	491	100,0	

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere katılımcıların %70,5'i sağlık turizmi ile değişen sürelerle iştigal etmektedirler. 0-5 yıl arası iştigal edenlerin oranı (%58,3) yüksek çıkmaktadır. 20 yıl ve üstü iştigal edenlerin oranının sadece %0,8 gibi düşük çıkması

sağlık turizminin yeni bir olgu olarak 2000’li yıllardan itibaren ortaya çıkış süresi ile doğrusal bir ilişki göstermektedir. İlgilenmediğini söyleyenlerin oranı %29,5 olarak bulunmuştur.

Tablo 4.8: Örneklem Grubunun SASEB Hakkındaki Bilgi Düzeyleri

	Frekans	Oran %	Kümülatif %
Kesinlikle bilgim yok	198	40,3	40,3
Bilgim yok	110	22,4	62,7
Az bilgim var	91	18,5	81,3
Bilgim var	46	9,4	90,6
Çok iyi düzeyde bilgim var	46	9,4	100,0
Toplam	491	100,0	

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere Sağlık Serbest Bölgesi hakkında orta seviye ile çok bilgim var diyenlerin toplamı %37,3 iken az ilgisi ve yok denecek kadar çok az bilgim var diyenlerin oranı %62,7 olarak bulunmuştur. Veriler SASEB’in Türkiye’de yeterince bilinmediğini göstermektedir.

Tablo 4.9: Örneklem Grubunun SASEB’e İhtiyaç Olup Olmadığına Yönelik Cevapları

	Frekans	Oran %	Kümülatif %
Kesinlikle ihtiyaç yok	5	1,0	1,0
İhtiyaç yok	11	2,2	3,3
Bilmiyorum	185	37,7	40,9
İhtiyaç var	175	35,6	76,6
Kesinlikle ihtiyaç var	115	23,4	100,0
Toplam	491	100,0	

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere SASEB’e ihtiyaç var ve kesinlikle ihtiyaç var diyenlerin oranı %59 olarak tespit edilmiştir. İhtiyaç yok ve kesinlikle ihtiyaç yok diyenlerin toplam oranı %3,2’lik bir dilimi oluşturmaktadır. SASEB’e ihtiyaç olup olmadığını bilmiyorum diyenlerin oranı %37,7 olarak ölçülmüştür. Verilen cevaplardan katılımcıların çoğunluğunun (%59) Türkiye’de Sağlık Serbest Bölgesi kurulmasını istedikleri ortaya çıkmaktadır.

4.2 Likert Türü Ölçekle Oluşturulan Sorulara Yönelik Betimsel İstatistikler

Bu bölümde yer alan sorular katılımcıların Sağlık Serbest Bölgesine yönelik görüş, düşünce, tutum, algı ve eğilimlerini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Bu amaç için geliştirilen ölçekler yardımıyla elde edilen bulgular çizelge halinde verildikten sonra alt kısmında ilgili çizelgenin açıklaması yer almaktadır.

Tablo 4.10: SASEB Fayda Beklenti Ölçeği (FYD)

Türkiye’de Sağlık Serbest Bölgesi’nin kurulması halinde beklenen faydalar			Kesinlikle	Katılmıyorum	Ne katılıyorum	Ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle	Toplam
			katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum	Ne katılmıyorum	Katılıyorum	katılıyorum	
FYD 1	Sağlık turizmi sayısı ve sağlık turizmi gelirlerini artırır	Frekans	2	9	63	211	206	491	
		Oran	,4	1,8	12,8	43,0	42,0	100	
FYD 2	Türkiye dünya sağlık turizmi pazarından daha çok pay alır	Frekans	2	13	75	203	198	491	
		Oran	,4	2,6	15,3	41,3	40,3	100	
FYD 3	Sağlık turizminde uluslararası çekim merkezi olur	Frekans	1	16	84	209	181	491	
		Oran	,2	3,3	17,1	42,6	36,9	100	
FYD 4	Sağlık teknolojileri transferi artar	Frekans	2	12	69	220	188	491	
		Oran	,4	2,4	14,1	44,8	38,3	100	
FYD 5	İstihdama katkı sağlar	Frekans	2	15	50	215	209	491	
		Oran	,4	3,1	10,2	43,8	42,6	100	
FYD 6	Sağlık politikalarının iyileşmesine katkı sağlar	Frekans	5	11	87	200	188	491	
		Oran	1,0	2,2	17,7	40,7	38,3	100	
FYD 7	Sağlık standartlarının yükselmesine katkı sağlar	Frekans	3	12	66	211	199	491	
		Oran	,6	2,4	13,4	43,0	40,5	100	
FYD 8	Sağlık kurumlarının hizmet kalitesi artar	Frekans	3	21	71	199	197	491	
		Oran	,6	4,3	14,5	40,5	40,1	100	
FYD 9	Sağlık çalışanları için cazibe oluşturur	Frekans	2	18	144	172	155	491	
		Oran	,4	3,7	29,3	35,0	31,6	100	

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur (2023)

FYD1’de görüldüğü üzere “SASEB’in kurulması halinde Türkiye’nin sağlık turisti sayısı ve sağlık turizmi gelirleri artar” önermesine katılımcıların %42’si kesinlikle katılıyorum, %43’ü katılıyorum şeklinde olmak üzere %85’i olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%0,4) ve katılmıyorum (%1,8) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %2,2’dir. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %12,8’dir. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğunun (%85) SASEB ile Türkiye’nin sağlık turisti sayısı ve sağlık turizmi gelirlerinin artacağı yönünde olumlu bir kanaate sahip olduğu görülmektedir.

FYD2’de görüldüğü üzere “SASEB’in kurulması halinde Türkiye dünya sağlık turizmi pazarından daha çok pay alır” önermesine katılımcıların %40,3’ü kesinlikle katılıyorum, %41,3’ü katılıyorum şeklinde olmak üzere %81,6’sı olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%0,4) ve katılmıyorum (%2,6) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %3,1’dir. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %15,3’dir. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğunun (%81,6) SASEB ile Türkiye’nin dünya sağlık turizmi pazarından daha çok pay alacağı yönünde olumlu bir kanaate sahip olduğu görülmektedir.

FYD3’te görüldüğü üzere “SASEB’in kurulması halinde Türkiye sağlık turizminde uluslararası çekim merkezi olur” önermesine katılımcıların %36,9’u kesinlikle katılıyorum, %42,6’sı katılıyorum şeklinde olmak üzere %79,5’i olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%0,2) ve katılmıyorum (%3,3) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %3,5’dir. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %17,1’dir. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğunun (%79,5) SASEB ile Türkiye’nin dünya sağlık turizmi pazarından daha çok pay alacağı yönünde olumlu bir kanaate sahip olduğu görülmektedir.

FYD4’te görüldüğü üzere “SASEB’in kurulması halinde Türkiye’ye sağlık teknolojileri transferi artar” önermesine katılımcıların %38,3’ü kesinlikle katılıyorum, %44,8’i katılıyorum şeklinde olmak üzere %83,1’i olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%0,4) ve katılmıyorum (%2,4) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %2,9’dir. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %14,1’dir. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğunun (%83,1) SASEB ile Türkiye’ye sağlık teknolojileri transferinin artacağı yönünde olumlu bir kanaate sahip olduğu görülmektedir.

FYD5’te görüldüğü üzere “SASEB’in kurulması halinde Türkiye’de istihdama katkı sağlar” önermesine katılımcıların %42,6’sı kesinlikle katılıyorum, %43,8’i katılıyorum şeklinde olmak üzere %86,4’ü olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%0,4) ve katılmıyorum (%3,1) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %3,5’dir. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %10,2’dir. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğunun (%86,4) SASEB’in Türkiye’de istihdama katkı sağlayacağı yönünde olumlu bir kanaate sahip olduğu görülmektedir.

FYD6'da görüldüğü üzere “SASEB'in kurulması halinde Türkiye'de sağlık politikalarının iyileşmesine katkı sağlar” önermesine katılımcıların %38,3'ü kesinlikle katılıyorum, %40,7'si katılıyorum şeklinde olmak üzere %79'u olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%1,0) ve katılmıyorum (%2,2) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %3,3'dür. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %17,7'dir. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğunun (%79) SASEB'in Türkiye'de sağlık politikalarının iyileşmesine katkı sağlayacağı yönünde olumlu bir kanaate sahip olduğu görülmektedir.

FYD7'de görüldüğü üzere “SASEB'in kurulması halinde Türkiye'de sağlık standartlarının yükselmesine katkı sağlar” önermesine katılımcıların %40,5'i kesinlikle katılıyorum, %43'ü katılıyorum şeklinde olmak üzere %83,5'i olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%0,6) ve katılmıyorum (%2,4) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %3,1'dir. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %13,4'dür. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğunun (%83,5) SASEB'in Türkiye'de sağlık standartlarının yükselmesine katkı sağlayacağı yönünde olumlu bir kanaate sahip olduğu görülmektedir.

FYD8'de görüldüğü üzere “SASEB'in kurulması halinde Türkiye'de sağlık kurumlarının hizmet kalitesi artar” önermesine katılımcıların %40,1'i kesinlikle katılıyorum, %40,5'i katılıyorum şeklinde olmak üzere %80,6'sı olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%0,6) ve katılmıyorum (%4,3) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %4,9'dur. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %14,5'dir. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğunun (%80,6) SASEB'in Türkiye'de sağlık kurumlarının hizmet kalitesini artıracığı yönünde olumlu bir kanaate sahip olduğu görülmektedir.

FYD9'da görüldüğü üzere “SASEB'in kurulması halinde Türkiye'de özel ve kamudan sağlıkçıların Sağlık Serbest Bölgesinde çalışmayı seçer” önermesine katılımcıların %31,6'sı kesinlikle katılıyorum, %35'i katılıyorum şeklinde olmak üzere %66,6'sı olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%0,4) ve katılmıyorum (%3,7) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %4,1'dir. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %29,3'dür. Buna göre katılımcıların çoğunluğunun (%66,6) SASEB'in Türkiye'de özel ve kamu sektöründe çalışan sağlıkçıları kendisine çekeceğine yönelik olumlu bir kanaate sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 4.11: SASEB Nitelik ve Bileşen Ölçeği (NTL)

Türkiye’de Sağlık Serbest Bölgesi’nin kurulması halinde sahip olması gereken nitelik ve bileşenler			Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum Ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Toplam
NTL 1	Yenilikçi (inovatif) olmalı	Frekans	-	5	54	194	238	491
		Oran	-	1,0	11,0	39,5	48,5	100
NTL 2	Beden, ruh ve akıl sağlığı temelli “ Holistik ” bir felsefesi olmalı	Frekans	-	7	65	206	213	491
		Oran	-	1,4	13,2	42,0	43,4	100
NTL 3	Tamamlayıcı ve alternatif tıp hizmetleri olmalı	Frekans	2	6	50	207	226	491
		Oran	,4	1,2	10,2	42,4	46,0	100
NTL 4	Sağlık Ar-Ge merkezleri olmalı	Frekans	-	5	49	205	232	491
		Oran	-	1,0	10,0	41,8	47,3	100
NTL 5	Deneysel çalışmaların yapılacağı güçlü laboratuvarları olmalı	Frekans	-	4	51	190	246	491
		Oran	-	,8	10,4	38,7	50,1	100
NTL 6	Sağlıkla ilgili eğitim ve öğretim kurumları olmalı	Frekans	-	3	45	199	244	491
		Oran	-	,6	9,2	40,5	49,7	100
NTL 7	Genel hastane, tıp merkezi, FTR, dış vb. klinikler olmalı	Frekans	-	4	40	193	254	491
		Oran	-	,8	8,1	39,3	51,7	100
NTL 8	İhtisas kök hücre, organ nakli, kanser, robotik cerrahi vb. ileri teknolojili olmalı	Frekans	-	3	43	190	255	491
		Oran	-	,6	8,8	38,7	51,9	100
NTL 9	Termal, SPA, Wellness, anti-aging tesisleri olmalı	Frekans	1	7	55	200	228	491
		Oran	,2	1,4	11,2	40,7	46,4	100
NTL 10	Yaşlı geriatrik bakım merkezi ve aktif yaşam tesisleri olmalı	Frekans	-	2	50	190	249	491
		Oran	-	,4	10,2	38,7	50,7	100

Kaynak: Yazar tarafından hazırlanmıştır (2023)

NTL1’de görüldüğü üzere “SASEB’in özellik ve nitelik yönüyle yenilikçi (inovatif) bir Sağlık Serbest Bölgesi olmalı” önermesine katılımcıların %48,5’i kesinlikle katılıyorum, %39,5’i katılıyorum şeklinde olmak üzere %88’i olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%0,0) ve katılmıyorum (%1,0) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %1,0’dır. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %11’dir. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğunun (%88) SASEB’in yenilikçi (inovatif) bir özelliğe sahip olması gerektiği yönünde olumlu bir kanaate sahip olduğu görülmektedir.

NTL2’de görüldüğü üzere “SASEB’in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik

ve nitelik yönüyle beden, ruh ve akıl sağlığını temel alan “Holistik” bir felsefesi olmalı” önermesine katılımcıların %43,4’ü kesinlikle katılıyorum, %42’si katılıyorum şeklinde olmak üzere %85,4’ü olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%0,0) ve katılmıyorum (%1,4) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %1,4’dır. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %13,2’dir. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğunun (%85,4) SASEB’in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik ve nitelik yönüyle beden, ruh ve akıl sağlığını temel alan “Holistik” bir felsefesi olması gerektiği yönünde olumlu bir kanaate sahip olduğu görülmektedir.

NTL3’te görüldüğü üzere “SASEB’in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik ve nitelik yönüyle tamamlayıcı ve alternatif tıp hizmetleri olmalı” önermesine katılımcıların %46’sı kesinlikle katılıyorum, %42,2’si katılıyorum şeklinde olmak üzere %88,2’si olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%0,4) ve katılmıyorum (%1,2) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %1,6’dır. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %10,2’dir. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğunun (%88,2) SASEB’in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik ve nitelik yönüyle tamamlayıcı ve alternatif tıp hizmetleri sunması gerektiği yönünde olumlu bir kanaate sahip olduğu görülmektedir.

NTL4’te görüldüğü üzere “SASEB’in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik ve nitelik yönüyle sağlık Ar-Ge merkezleri olmalı” önermesine katılımcıların %47,3’ü kesinlikle katılıyorum, %41,8’i katılıyorum şeklinde olmak üzere %89,1’i olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%0,0) ve katılmıyorum (%1,0) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %1,0’dır. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %10’dır. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğunun (%89,1) SASEB’in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik ve nitelik yönüyle sağlık Ar-Ge merkezleri olması gerektiği yönünde olumlu bir kanaate sahip olduğu görülmektedir.

NTL5’te görüldüğü üzere “SASEB’in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik ve nitelik yönüyle deneysel çalışmaların yapılacağı güçlü laboratuvarları olmalı” önermesine katılımcıların %50,1’i kesinlikle katılıyorum, %38,7’i katılıyorum şeklinde olmak üzere %88,8’i olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%0,0) ve katılmıyorum (%0,8) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %0,8’dir. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %10,4’dır. Buna göre

katılımcıların büyük çoğunluğunun (%88,8) SASEB'in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik ve nitelik yönüyle deneysel çalışmaların yapılacağı güçlü laboratuvarları olması gerektiği yönünde bir kanaate sahip olduğu görülmektedir.

NTL6'da görüldüğü üzere "SASEB'in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik ve nitelik yönüyle sağlıkla ilgili eğitim ve öğretim kurumları olmalı" önermesine katılımcıların %49,7'si kesinlikle katılıyorum, %40,5'i katılıyorum şeklinde olmak üzere %90,2'si olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%0,0) ve katılmıyorum (%0,6) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %0,6'dır. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %9,2'dir. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğunun (%90,2) SASEB'in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik ve nitelik yönüyle sağlıkla ilgili eğitim ve öğretim kurumlarına sahip olması gerektiği yönünde bir kanaate sahip olduğu görülmektedir.

NTL7'de görüldüğü üzere "SASEB'in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik ve nitelik yönüyle genel hastane, tıp merkezi, FTR, dış vb. klinikleri olmalı" önermesine katılımcıların %51,7'si kesinlikle katılıyorum, %39,3'ü katılıyorum şeklinde olmak üzere %91'i olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%0,0) ve katılmıyorum (%0,8) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %0,8'dir. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %8,1'dir. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğunun (%91) SASEB'in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik ve nitelik yönüyle genel hastane, tıp merkezi, FTR, dış vb. klinikleri olması gerektiği yönünde bir kanaate sahip olduğu görülmektedir.

NTL8'de görüldüğü üzere "SASEB'in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik ve nitelik yönüyle ihtisas kök hücre, organ nakli, kanser, robotik cerrahi gibi ileri teknoloji tesisleri olmalı" önermesine katılımcıların %51,9'u kesinlikle katılıyorum, %38,7'si katılıyorum şeklinde olmak üzere %90,6'sı olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%0,0) ve katılmıyorum (%0,6) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %0,6'dır. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %8,8'dir. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğunun (%90,6) SASEB'in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik ve nitelik yönüyle ihtisas kök hücre, organ nakli, kanser, robotik cerrahi gibi ileri teknoloji tesisleri olması gerektiği yönünde bir kanaate sahip olduğu görülmektedir.

NTL9'da görüldüğü üzere "SASEB'in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik ve nitelik yönüyle termal, SPA, Wellness, anti-aging tesisleri olmalı" önermesine

katılımcıların %46,4'ü kesinlikle katılıyorum, %40,7'si katılıyorum şeklinde olmak üzere %87,1'i olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%0,2) ve katılmıyorum (%1,4) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %1,6'dır. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %11,2'dir. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğunun (%87,1) SASEB'in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik ve nitelik yönüyle termal, SPA, Wellness, anti-aging tesisleri olması gerektiği yönünde bir kanaate sahip olduğu görülmektedir.

NTL10'da görüldüğü üzere "SASEB'in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik ve nitelik yönüyle yaşlı geriatrik bakım merkezi ve aktif yaşam tesisleri olmalı" önermesine katılımcıların %50,7'si kesinlikle katılıyorum, %38,7'si katılıyorum şeklinde olmak üzere %89,4'ü olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%0,0) ve katılmıyorum (%0,4) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %0,4'dür. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %10,2'dir. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğunun (%88,4) SASEB'in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik ve nitelik yönüyle yaşlı geriatrik bakım merkezi ve aktif yaşam tesisleri olması gerektiği yönünde bir kanaate sahip olduğu görülmektedir.

Tablo 4.12: SASEB Uygun İl Ölçeği (İL)

Türkiye'de Sağlık Serbest Bölgesi'nin kurulması halinde en uygun iller			Kesinlikle	Katılmıyorum	Ne katılıyorum	Ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle	Toplam
			katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum	Ne katılmıyorum	Katılıyorum	katılmıyorum	
İL 1	Adana en uygun il	Frekans	9	40	133	163	146	491	
		Oran	1,8	8,1	27,1	33,2	29,7	100	
İL 2	Bursa en uygun il	Frekans	5	18	89	194	185	491	
		Oran	1,0	3,7	18,1	39,5	37,7	100	
İL 3	Gaziantep en uygun il	Frekans	9	28	131	175	148	491	
		Oran	1,8	5,7	26,7	35,6	30,1	100	
İL 4	Kocaeli en uygun il	Frekans	10	28	130	178	145	491	
		Oran	2,0	5,7	26,5	36,3	29,5	100	
İL 5	Samsun en uygun il	Frekans	11	32	132	167	149	491	
		Oran	2,2	6,5	26,9	34,0	30,3	100	
İL 6	Van en uygun ile	Frekans	16	32	142	157	144	491	
		Oran	3,3	6,5	28,9	32,0	29,3	100	
İL 7	Diğer iller en uygundur	Frekans	17	25	137	162	150	491	
		Oran	3,5	5,1	27,9	33,0	30,5	100	

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur (2023)

İL1’de görüldüğü üzere “Türkiye’de SASEB için Adana en uygun il olabilir mi” sorusuna katılımcıların %29,7’si kesinlikle katılıyorum, %33,2’si katılıyorum şeklinde olmak üzere %62,9’u olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%1,8) ve katılmıyorum (%8,1) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %10’dur. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %27,1’dir. Buna göre katılımcılar Adana ilinin SASEB için orta düzeyde (%62,9) uygun olduğu yönünde görüş bildirmiştir.

İL2’de görüldüğü üzere “Türkiye’de SASEB için Bursa en uygun il olabilir mi” sorusuna katılımcıların %37,7’si kesinlikle katılıyorum, %39,5’i katılıyorum şeklinde olmak üzere %77,2’si olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%1,0) ve katılmıyorum (%3,7) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %4,7’dir. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %18,1’dir. Buna göre katılımcılar Bursa ilinin SASEB için orta düzeyde (%77,2) uygun olduğu yönünde görüş bildirmiştir.

İL3’de görüldüğü üzere “Türkiye’de SASEB için Gaziantep en uygun il olabilir mi” sorusuna katılımcıların %30,1’i kesinlikle katılıyorum, %35,6’sı katılıyorum şeklinde olmak üzere %65,7’si olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%1,8) ve katılmıyorum (%5,7) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %7,5’dir. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %26,7’dir. Buna göre katılımcılar Adana ilinin SASEB için orta düzeyde (%65,7) uygun olduğu yönünde görüş bildirmiştir.

İL4’te görüldüğü üzere “Türkiye’de SASEB için Kocaeli en uygun il olabilir mi” sorusuna katılımcıların %29,5’i kesinlikle katılıyorum, %36,3’ü katılıyorum şeklinde olmak üzere %65,8’i olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%2,0) ve katılmıyorum (%5,7) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %7,7’dir. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %26,5’dir. Buna göre katılımcılar Adana ilinin SASEB için orta düzeyde (%65,8) uygun olduğu yönünde görüş bildirmiştir.

İL5’te görüldüğü üzere “Türkiye’de SASEB için Samsun en uygun il olabilir mi” sorusuna katılımcıların %30,3’ü kesinlikle katılıyorum, %34,0’ü katılıyorum şeklinde olmak üzere %64,7’si olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%2,2) ve katılmıyorum (%6,5) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı

%8,8'dir. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %26,9'dur. Buna göre katılımcılar Samsun ilinin SASEB için orta düzeyde (%64,7) uygun olduğu yönünde görüş bildirmiştir.

İL6'da görüldüğü üzere "Türkiye'de SASEB için Van en uygun il olabilir mi" sorusuna katılımcıların %29,0'u kesinlikle katılıyorum, %32,0'si katılıyorum şeklinde olmak üzere %61,3'ü olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%3,3) ve katılmıyorum (%6,5) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %9,8'dir. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %28,9'dur. Buna göre katılımcılar Van ilinin SASEB için orta düzeyde (%62,9) uygun olduğu yönünde görüş bildirmiştir.

İL7'de görüldüğü üzere "Türkiye'de SASEB için belirtilen illerin haricinde başka iller en uygun il olabilir mi" sorusuna katılımcıların %30,5'i kesinlikle katılıyorum, %33,0'ü katılıyorum şeklinde olmak üzere %63,5'i olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%3,5) ve katılmıyorum (%5,1) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %8,6'dır. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %27,9'dur. Buna göre katılımcılar diğer illerin SASEB için orta düzeyde (%63,5) uygun olduğu yönünde görüş bildirmiştir.

Tablo 4.13: SASEB Favori İl Ölçeği (İLF)

Türkiye'de Sağlık Serbest Bölgesi'nin kurulması halinde en favor i iller			Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum Ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Toplam
İL1	Ankara en favor i il	Frekans	3	17	59	187	225	491
		Oran	,6	3,5	12,0	38,1	45,8	100
İL2	Antalya en favor i il	Frekans	2	8	52	174	255	491
		Oran	,4	1,6	10,6	35,4	51,9	100
İL3	İstanbul en favor i il	Frekans	-	7	44	144	296	491
		Oran	-	1,4	9,0	29,3	60,3	100
İL4	İzmir en favor i il	Frekans	1	10	46	160	274	491
		Oran	,2	2,0	9,4	32,6	55,8	100

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur (2023)

İL1'de görüldüğü üzere "Türkiye'de SASEB için favor i dört büyük ilden Ankara en favor i il olabilir mi" sorusuna katılımcıların %45,8'i kesinlikle katılıyorum, %38,1'i katılıyorum şeklinde olmak üzere %83,9'u olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%0,6) ve katılmıyorum (%3,5) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin

toplam oranı %4,1'dir. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %12,'dir. Buna göre katılımcılar Ankara ilinin SASEB için iyi/çok iyi düzeyde (%83,9) uygun olduğu yönünde görüş bildirmiştir.

İLF2'de görüldüğü üzere "Türkiye'de SASEB için favori dört büyük ilden Antalya en favori il olabilir mi" sorusuna katılımcıların %51,9'u kesinlikle katılıyorum, %35,4'ü katılıyorum şeklinde olmak üzere %87,3'ü olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%0,4) ve katılmıyorum (%1,6) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %2,0'dır. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %10,6'dır. Buna göre katılımcılar Antalya ilinin SASEB için iyi/çok iyi düzeyde (%87,3) uygun olduğu yönünde görüş bildirmiştir.

İLF3'de görüldüğü üzere "Türkiye'de SASEB için favori dört büyük ilden İstanbul en favori il olabilir mi" sorusuna katılımcıların %60,3'ü kesinlikle katılıyorum, %29,3'ü katılıyorum şeklinde olmak üzere %89,6'sı olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%0,0) ve katılmıyorum (%1,4) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %1,4'dir. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %9'dur. Buna göre katılımcılar İstanbul ilinin SASEB için iyi/çok iyi düzeyde (%89,6) uygun olduğu yönünde görüş bildirmiştir.

İLF4'te görüldüğü üzere "Türkiye'de SASEB için favori dört büyük ilden İzmir en favori il olabilir mi" sorusuna katılımcıların %55,8'i kesinlikle katılıyorum, %32,6'sı katılıyorum şeklinde olmak üzere %88,4'ü olumlu yanıt vermiştir. Kesinlikle katılmıyorum (%0,2) ve katılmıyorum (%2,0) şeklinde olumsuz yanıt verenlerin toplam oranı %2,2'dir. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %9,4'dür. Buna göre katılımcılar İstanbul ilinin SASEB için iyi/çok iyi düzeyde (%88,4) uygun olduğu yönünde görüş bildirmiştir.

Tablo 4.14: SASEB Uygun İli Tercih Nedeni Ölçeği (İLT)

Türkiye’de Sağlık Serbest Bölgesi’nin kurulması halinde en uygun ili tercih nedenleriniz			Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum Ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Toplam
İLT	İl tercihinde konaklama	Frekans	-	3	53	189	246	491
1	değişkeni etkili oldu	Oran	-	,6	10,8	38,5	50,1	100
İLT	İl tercihinde termal kaynaklar	Frekans	3	15	115	172	186	491
2	değişkeni etkili oldu	Oran	,6	3,1	23,4	35,0	37,9	100
İLT	İl tercihinde diğer turizm	Frekans	-	7	52	188	244	491
3	imkânları değişkeni etkili oldu	Oran	-	1,4	10,6	38,3	49,7	100
İLT	İl tercihinde sosyo-kültürel	Frekans	-	3	51	189	248	491
4	altyapı değişkeni etkili oldu	Oran	-	,6	10,4	38,5	50,5	100
İLT	İl tercihinde kamu kurumları	Frekans	1	8	66	182	234	491
5	desteği değişkeni etkili oldu	Oran	,2	1,6	13,4	37,1	47,7	100
İLT	İl tercihinde bilim kurumları	Frekans	-	4	62	178	247	491
6	desteği değişkeni etkili oldu	Oran	-	,8	12,6	36,3	50,3	100
İLT	İl tercihinde iş dünyası desteği	Frekans	2	4	76	176	233	491
7	değişkeni etkili oldu	Oran	,4	,8	15,5	35,8	47,5	100
İLT	İl tercihinde nitelikli çalışan	Frekans	2	2	65	182	240	491
8	değişkeni etkili oldu	Oran	,4	,4	13,2	37,1	48,9	100
İLT	İl tercihinde yabancı yatırımcı	Frekans	1	6	57	189	238	491
9	ilgisi değişkeni etkili oldu	Oran	,2	1,2	11,6	38,5	48,5	100
İLT	İl tercihinde yerli yatırımcı	Frekans	2	5	59	184	241	491
10	ilgisi değişkeni etkili oldu	Oran	,4	1,0	12,0	37,5	49,1	100
İLT	İl tercihinde kendisinin	Frekans	15	29	91	163	193	491
11	yatırımcı olması değişkeni etkili oldu	Oran	3,1	5,9	18,5	33,2	39,3	100
İLT	İl tercihinde konum değişkeni	Frekans	-	2	36	164	289	491
12	etkili oldu	Oran	-	,4	7,3	33,4	58,9	100
İLT	İl tercihinde ulaşım değişkeni	Frekans	-	1	40	183	267	491
13	etkili oldu	Oran	-	,2	8,1	37,3	54,4	100
İLT	İl tercihinde havalimanı	Frekans	-	3	46	182	260	491
14	değişkeni etkili oldu	Oran	-	,6	9,4	37,1	53,0	100

Kaynak: Yazar tarafından hazırlanmıştır (2023)

İLT1’de görüldüğü üzere “SASEB için en uygun ili belirlerken kararları üzerinde ilin konaklama altyapı değişkeni etkili oldu” ifadesine katılımcıların %50,1’i kesinlikle katılıyorum, %38,5’i katılıyorum, %10,8’i ne katılıyorum ne katılmıyorum, %0,6’sı katılmıyorum ve %0,0’ı kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %88,6 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu katılımcıların il tercihi üzerinde konaklama değişkeninin etkili olduğu görülmüştür.

İLT2’de görüldüğü üzere “SASEB için en uygun ili belirlerken kararları üzerinde ilin termal kaynakları değişkeni etkili oldu” ifadesine katılımcıların %37,9’i kesinlikle katılıyorum, %35,0’i katılıyorum, %23,4’ü ne katılıyorum ne katılmıyorum, %3,1’i katılmıyorum ve %0,6’sı kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %72,9 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu katılımcıların il tercihi üzerinde termal kaynaklar değişkeninin etkili olduğu görülmüştür.

İLT3’de görüldüğü üzere “SASEB için en uygun ili belirlerken kararları üzerinde ilin diğer turizm imkânları değişkeni etkili oldu” ifadesine katılımcıların %49,7’si kesinlikle katılıyorum, %38,3’ü katılıyorum, %10,6’sı ne katılıyorum ne katılmıyorum, %1,4’ü katılmıyorum ve %0,0’ı kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %88 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu katılımcıların il tercihi üzerinde diğer turizm imkânları değişkeninin etkili olduğu görülmüştür.

İLT4’te görüldüğü üzere “SASEB için en uygun ili belirlerken kararları üzerinde ilin sosyo-kültürel altyapı değişkeni etkili oldu” ifadesine katılımcıların %50,5’i kesinlikle katılıyorum, %38,5’i katılıyorum, %10,4’ü ne katılıyorum ne katılmıyorum, %0,6’sı katılmıyorum ve %0,0’ı kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %89 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu katılımcıların il tercihi üzerinde sosyo-kültürel altyapı değişkeninin etkili olduğu görülmüştür.

İLT5’te görüldüğü üzere “SASEB için en uygun ili belirlerken kararları üzerinde kamu kurumları desteği değişkeni etkili oldu” ifadesine katılımcıların %47,7’si kesinlikle katılıyorum, %37,1’i katılıyorum, %13,4’ü ne katılıyorum ne katılmıyorum, %1,6’sı katılmıyorum ve %0,2’si kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %84,8 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu katılımcıların il tercihi üzerinde kamu kurumları desteği değişkeninin etkili olduğu görülmüştür.

İLT6’da görüldüğü üzere “SASEB için en uygun ili belirlerken kararları üzerinde ilin bilim kurumları desteği değişkeni etkili oldu” ifadesine katılımcıların %50,3’ü kesinlikle katılıyorum, %36,3’ü katılıyorum, %12,6’sı ne katılıyorum ne katılmıyorum, %0,8’i katılmıyorum ve %0,0’ı kesinlikle katılmıyorum şeklinde

yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %86,6 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu katılımcıların il tercihi üzerinde bilim kurumları desteği değişkeninin etkili olduğu görülmüştür.

İLT7’de görüldüğü üzere “SASEB için en uygun ili belirlerken kararları üzerinde iş dünyası desteği değişkeni etkili oldu” ifadesine katılımcıların %47,5’i kesinlikle katılıyorum, %35,8’i katılıyorum, %15,5’i ne katılıyorum ne katılmıyorum, %0,8’i katılmıyorum ve %0,4’ü kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %83,3 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu katılımcıların il tercihi üzerinde iş dünyası desteği değişkeninin etkili olduğu görülmüştür.

İLT8’de görüldüğü üzere “SASEB için en uygun ili belirlerken kararları üzerinde ilin sahip olduğu nitelikli çalışan değişkeni etkili oldu” ifadesine katılımcıların %48,9’u kesinlikle katılıyorum, %37,1’i katılıyorum, %13,2’si ne katılıyorum ne katılmıyorum, %0,4’ü katılmıyorum ve %0,4’ü kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %86 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu katılımcıların il tercihi üzerinde nitelikli çalışan değişkeninin etkili olduğu görülmüştür.

İLT9’da görüldüğü üzere “SASEB için en uygun ili belirlerken kararları üzerinde ile yabancı yatırımcı ilgisi değişkeni etkili oldu” ifadesine katılımcıların %48,5’i kesinlikle katılıyorum, %38,5’i katılıyorum, %11,6’sı ne katılıyorum ne katılmıyorum, %1,2’si katılmıyorum ve %0,2’si kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %87 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu katılımcıların il tercihi üzerinde yabancı yatırımcı ilgisi değişkeninin etkili olduğu görülmüştür.

İLT10’da görüldüğü üzere “SASEB için en uygun ili belirlerken kararları üzerinde ile yerli yatırımcı ilgisi değişkeni etkili oldu” ifadesine katılımcıların %49,1’i kesinlikle katılıyorum, %37,5’i katılıyorum, %12’si ne katılıyorum ne katılmıyorum, %1,0’i katılmıyorum ve %0,4’ü kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %86,6 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu katılımcıların il tercihi üzerinde yerli yatırımcı ilgisi değişkeninin etkili olduğu görülmüştür.

İLT11’de görüldüğü üzere “SASEB için en uygun ili belirlerken kararları üzerinde kendisinin yatırımcı olması etkili oldu” ifadesine katılımcıların %39,3’ü kesinlikle katılıyorum, %33,2’si katılıyorum, %18,5’i ne katılıyorum ne katılmıyorum, %5,9’u katılmıyorum ve %3,1’i kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %72,5 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu katılımcıların il tercihi üzerinde öz yatırımcı ilgisi değişkeninin etkili olduğu görülmüştür.

İLT12’de görüldüğü üzere “SASEB için en uygun ili belirlerken kararları üzerinde ilin konumu değişkeni etkili oldu” ifadesine katılımcıların %58,9’u kesinlikle katılıyorum, %33,4’ü katılıyorum, %7,3’ü ne katılıyorum ne katılmıyorum, %0,4’ü katılmıyorum ve %0,0’ı kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %92,3 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu katılımcıların il tercihi üzerinde ilin konum değişkeninin etkili olduğu görülmüştür.

İLT13’de görüldüğü üzere “SASEB için en uygun ili belirlerken kararları üzerinde ilin ulaşım altyapı değişkeni etkili oldu” ifadesine katılımcıların %54,4’ü kesinlikle katılıyorum, %37,3’ü katılıyorum, %8,1’i ne katılıyorum ne katılmıyorum, %0,2’si katılmıyorum ve %0,0’ı kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %91,7 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu katılımcıların il tercihi üzerinde ulaşım değişkeninin etkili olduğu görülmüştür.

İLT14’te görüldüğü üzere “SASEB için en uygun ili belirlerken kararları üzerinde ilin havalimanı değişkeni etkili oldu” ifadesine katılımcıların %53,0’ü kesinlikle katılıyorum, %37,1’i katılıyorum, %9,4’ü ne katılıyorum ne katılmıyorum, %0,6’si katılmıyorum ve %0,0’ı kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %90,1 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu katılımcıların il tercihi üzerinde havalimanı değişkeninin etkili olduğu görülmüştür.

Tablo 4.15: SASEB Tür Ölçeği (TÜR)

Türkiye’de hangi tür Sağlık Serbest Bölgesi kurulmalı			Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum Ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Toplam
TÜR 1	Medikal ihtisas Sağlık Serbest Bölgeleri kurulmalı	Frekans	3	4	64	193	227	491
		Oran	,6	,8	13,0	39,3	46,2	100
TÜR 2	Termal ihtisas Sağlık Serbest Bölgeleri kurulmalı	Frekans	3	8	57	211	212	491
		Oran	,6	1,6	11,6	43,0	43,2	100
TÜR 3	Üçüncü yaş ihtisas Sağlık Serbest Bölgeleri	Frekans	-	5	61	216	209	491
		Oran	-	1,0	12,4	44,0	42,6	100
TÜR 4	Genel tek bir Sağlık Serbest Bölgesi kurulmalıdır	Frekans	3	7	69	205	207	491
		Oran	,6	1,4	14,1	41,8	42,4	100

Kaynak: Yazar tarafından hazırlanmıştır (2023)

TÜR1’de görüldüğü üzere “Ankara, Antalya, İstanbul ve İzmir gibi şehirlerde mevcut hastanelerin kümelenip birden fazla şehirde birden fazla MEDİKAL ihtisas Sağlık Serbest Bölgeleri kurulmalıdır” ifadesine katılımcıların %46,2’si kesinlikle katılıyorum, %39,3’ü katılıyorum, %13,0’ü ne katılıyorum ne katılmıyorum, %0,8’i katılmıyorum ve %0,6’sı kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %85,5 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu katılımcıların birden fazla Medikal SASEB kurulmasına olumlu baktıkları görülmüştür.

TÜR2’de görüldüğü üzere “Afyon, Kütahya, Yalova ve Bursa gibi şehirlerde mevcut termal tesisler kümelenerek birden fazla şehirde ihtisas TERMAL Sağlık Serbest Bölgeleri kurulmalıdır” ifadesine katılımcıların %43,2’si kesinlikle katılıyorum, %43,0’ü katılıyorum, %11,6’sı ne katılıyorum ne katılmıyorum, %1,6’sı katılmıyorum ve %0,6’sı kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %86,2 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu katılımcıların birden fazla Termal SASEB kurulmasına olumlu baktıkları görülmüştür.

TÜR3’te görüldüğü üzere “Yaşlılar için müstakil Aktif Yaşam Köyleri ve Geriatrik Serbest Bakım Bölgeleri kurulmalıdır” ifadesine katılımcıların %42,6’sı kesinlikle katılıyorum, %44,0’ü katılıyorum, %12,4’ü ne katılıyorum ne katılmıyorum, %1,0’i

katılmıyorum ve %0,0'sı kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %86,6 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu katılımcıların birden fazla Üçüncü Yaş Medikal SASEB kurulmasına olumlu baktıkları görülmüştür.

TÜR4'te görüldüğü üzere “Çin ve BAE’de ki gibi Medikal, Termal, SPA, Wellness özelliklerini bir arada bulunduran kapsamlı tek bir Türkiye Sağlık Serbest Bölgesi kurulmalıdır” ifadesine katılımcıların %42,2’si kesinlikle katılıyorum, %41,8’i katılıyorum, %14,1’i ne katılıyorum ne katılmıyorum, %1,4’ü katılmıyorum ve %0,6’sı kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %84 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu katılımcıların birden tek Genel SASEB kurulmasına olumlu baktıkları görülmüştür.

Tablo 4.16: SASEB Finansman Modeli Ölçeği (FİN)

Sağlık Serbest Bölgesi Finansman Modeli			Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum Ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Toplam
FİN 1	Finansman kamu tarafından karşılanmalı	Frekans	23	59	153	136	120	491
		Oran	4,7	12,0	31,2	27,7	24,4	100
FİN 2	Finansman özel sektör tarafından karşılanmalı	Frekans	24	86	176	117	88	491
		Oran	4,9	17,5	35,8	23,8	17,9	100
FİN 3	Finansman kamu-özel sektör işbirliği ile karşılanmalı	Frekans	10	21	87	198	175	491
		Oran	2,0	4,3	17,7	40,3	35,6	100
FİN 4	Finansman halka arz ile karşılanmalı	Frekans	20	49	129	163	130	491
		Oran	4,1	10,0	26,3	33,2	26,5	100
FİN 5	Finansman yabancı kaynaklardan karşılanmalı	Frekans	13	23	109	180	166	491
		Oran	2,6	4,7	22,2	36,7	33,8	100
FİN 6	Finansman BAE ve Çin vb. SASEB’ler ile işbirliği yapılarak karşılanmalı	Frekans	22	28	128	160	153	491
		Oran	4,5	5,7	26,1	32,6	31,2	100
FİN 7	Finansman için başka kaynaklar aranmalı	Frekans	20	25	151	134	161	491
		Oran	4,1	5,1	30,8	27,3	32,8	100

Kaynak: Yazar tarafından hazırlanmıştır (2023)

FİN1’de görüldüğü üzere “Maliyet etkin çalışabilmesi için SASEB için en uygun finans yöntemi kamu tarafından finanse edilmesi” önermesine katılımcıların %24,4’ü kesinlikle katılıyorum, %27,7’si katılıyorum, %31,2’si ne katılıyorum ne

katılmıyorum, %12,0'si katılmıyorum ve %4,7'si kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %52,1 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu maliyet etkin çalışma bağımlı değişkeni ile kamu finansmanı bağımsız değişkeni arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

FİN2'de görüldüğü üzere “Maliyet etkin çalışabilmesi için SASEB için en uygun finans yöntemi özel sektör tarafından finanse edilmesi” önermesine katılımcıların %17,9'u kesinlikle katılıyorum, %23,8'i katılıyorum, %35,8'i ne katılıyorum ne katılmıyorum, %17,5'i katılmıyorum ve %4,9'u kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %41,7 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu maliyet etkin çalışma bağımlı değişkeni ile özel sektör finansmanı bağımsız değişkeni arasında pozitif yönlü ve zayıf anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

FİN3'te görüldüğü üzere “Maliyet etkin çalışabilmesi için SASEB için en uygun finans yöntemi kamu-özel sektör işbirliği ile finanse edilmesi” önermesine katılımcıların %35,6'sı kesinlikle katılıyorum, %40,3'ü katılıyorum, %17,7'si ne katılıyorum ne katılmıyorum, %4,3'ü katılmıyorum ve %2,0'u kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %75,9 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu maliyet etkin çalışma bağımlı değişkeni ile kamu-özel sektör işbirliği ile finansmanı bağımsız değişkeni arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

FİN4'te görüldüğü üzere “Maliyet etkin çalışabilmesi için SASEB için en uygun finans yöntemi halka arz yöntemiyle finanse edilmesi” önermesine katılımcıların %26,5'i kesinlikle katılıyorum, %33,2'si katılıyorum, %26,3'ü ne katılıyorum ne katılmıyorum, %10'u katılmıyorum ve %4,1'i kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %59,7 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu maliyet etkin çalışma bağımlı değişkeni ile halka arz yöntemi ile finansmanı bağımsız değişkeni arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

FİN5'de görüldüğü üzere “Maliyet etkin çalışabilmesi için SASEB için en uygun finans yöntemi yabancı kaynaklardan finanse edilmesi” önermesine katılımcıların

%33,8'i kesinlikle katılıyorum, %36,7'si katılıyorum, %22,2'si ne katılıyorum ne katılmıyorum, %4,7'si katılmıyorum ve %2,6'sı kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %70,5 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu maliyet etkin çalışma bağımlı değişkeni ile yabancı kaynak bağımsız değişkeni arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

FİN6'da görüldüğü üzere "Maliyet etkin çalışabilmesi için SASEB için en uygun finans yöntemi BAE ve Çin SASEBLERİ ile işbirliği yapması" önermesine katılımcıların %31,2'si kesinlikle katılıyorum, %32,6'sı katılıyorum, %26,1'i ne katılıyorum ne katılmıyorum, %5,7'si katılmıyorum ve %4,5'i kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %63,8 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu maliyet etkin çalışma bağımlı değişkeni ile BAE ve Çin SASEB'leri ile işbirliği bağımsız değişkeni arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

FİN7'de görüldüğü üzere "Maliyet etkin çalışabilmesi için SASEB için en uygun finans yöntemi başka kaynaklardan finansman sağlanması" önermesine katılımcıların %32,8'i kesinlikle katılıyorum, %27,3'ü katılıyorum, %30,8'i ne katılıyorum ne katılmıyorum, %5,1'i katılmıyorum ve %4,1'i kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %60,1 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu maliyet etkin çalışma bağımlı değişkeni ile başka kaynak bağımsız değişkeni arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 4.17: SASEB Hedef Pazar Ölçeği (PZR)

Sağlık Serbest Bölgesinin Potansiyel / Hedef Pazarları nereleri olmalı			Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum Ne katılmıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Toplam
PZR 1	Hedef pazarı Ortadoğu ülkeleri olmalı	Frekans	12	18	105	187	169	491
		Oran	2,4	3,7	21,4	38,1	34,4	100
PZR 2	Hedef pazarı Balkan ülkeleri olmalı	Frekans	6	13	90	223	159	491
		Oran	1,2	2,6	18,3	45,4	32,4	100
PZR 3	Hedef pazarı AB ülkeleri olmalı	Frekans	5	8	76	199	203	491
		Oran	1,0	1,6	15,5	40,5	41,3	100
PZR 4	Hedef pazarı Afrika ülkeleri olmalı	Frekans	19	36	140	170	126	491
		Oran	3,9	7,3	28,5	34,6	25,7	100
PZR 5	Hedef pazarı Karadeniz Ekonomik İşbirliği ülkeleri olmalı	Frekans	11	19	111	200	150	491
		Oran	2,2	3,9	22,6	40,7	30,5	100
PZR 6	Hedef pazarı ABD olmalı	Frekans	10	19	105	202	155	491
		Oran	2,0	3,9	21,4	41,1	31,6	100
PZR 7	Hedef pazarı Güney Amerika ülkeleri	Frekans	16	21	108	203	143	491
		Oran	3,3	4,3	22,0	41,3	29,1	100
PZR 8	Hedef pazarı diğer ülkeler olmalı	Frekans	11	19	130	176	155	491
		Oran	2,2	3,9	26,5	35,8	31,6	100

Kaynak: Yazar tarafından hazırlanmıştır (2023)

PZR1’de görüldüğü üzere “Türkiye’nin sağlık turizminde çekim merkezi olmasında Ortadoğu ülkeleri önemli bir rol oynar” önermesine katılımcıların %34,4’ü kesinlikle katılıyorum, %38,1’i katılıyorum, %21,4’ü ne katılıyorum ne katılmıyorum, %3,7’si katılmıyorum ve %2,4’ü kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %72,5 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu çekim merkezi değişkeni ile Ortadoğu ülkeleri değişkeni arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

PZR2’de görüldüğü üzere “Türkiye’nin sağlık turizminde çekim merkezi olmasında Balkan ülkeleri önemli bir rol oynar” önermesine katılımcıların %32,4’ü kesinlikle katılıyorum, %45,4’ü katılıyorum, %18,3’ü ne katılıyorum ne katılmıyorum, %2,6’sı katılmıyorum ve %1,2’si kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %77,8 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu çekim merkezi değişkeni ile balkan ülkeleri değişkeni arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

PZR3'te görüldüğü üzere “Türkiye'nin sağlık turizminde çekim merkezi olmasında AB ülkeleri önemli bir rol oynar” önermesine katılımcıların %41,3'ü kesinlikle katılıyorum, %40,5'i katılıyorum, %15,5'i ne katılıyorum ne katılmıyorum, %1,6'sı katılmıyorum ve %1,0'i kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %81,8 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu çekim merkezi değişkeni ile AB ülkeleri değişkeni arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

PZR4'te görüldüğü üzere “Türkiye'nin sağlık turizminde çekim merkezi olmasında Afrika ülkeleri önemli bir rol oynar” önermesine katılımcıların %25,7'si kesinlikle katılıyorum, %34,6'sı katılıyorum, %28,5'i ne katılıyorum ne katılmıyorum, %7,3'ü katılmıyorum ve %3,9'u kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %60,3 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu çekim merkezi değişkeni ile Afrika ülkeleri değişkeni arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

PZR5'de görüldüğü üzere “Türkiye'nin sağlık turizminde çekim merkezi olmasında Karadeniz Ekonomik İşbirliği (KEİ) ülkeleri önemli bir rol oynar” önermesine katılımcıların %30,5'i kesinlikle katılıyorum, %40,7'si katılıyorum, %22,6'sı ne katılıyorum ne katılmıyorum, %3,9'u katılmıyorum ve %2,2'si kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %71,2 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu çekim merkezi değişkeni ile KEİ ülkeleri değişkeni arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

PZR6'da görüldüğü üzere “Türkiye'nin sağlık turizminde çekim merkezi olmasında ABD önemli bir rol oynar” önermesine katılımcıların %31,6'sı kesinlikle katılıyorum, %41,1'i katılıyorum, %21,4'ü ne katılıyorum ne katılmıyorum, %3,9'u katılmıyorum ve %2,0'si kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %72,7 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu çekim merkezi değişkeni ile ABD değişkeni arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

PZR7'de görüldüğü üzere “Türkiye'nin sağlık turizminde çekim merkezi olmasında Güney Amerika ülkeleri önemli bir rol oynar” önermesine katılımcıların %29,1'i kesinlikle katılıyorum, %41,3'ü katılıyorum, %22,'si ne katılıyorum ne

katılmıyorum, %4,3'ü katılmıyorum ve %3,3'ü kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %70,4 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu çekim merkezi değişkeni ile Güney Amerika Ülkeleri değişkeni arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

PZR8'de görüldüğü üzere “Türkiye'nin sağlık turizminde çekim merkezi olmasında diğer ülkeler önemli bir rol oynar” önermesine katılımcıların %31,6'sı kesinlikle katılıyorum, %35,8'i katılıyorum, %26,5'i ne katılıyorum ne katılmıyorum, %3,9'u katılmıyorum ve %2,2'si kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %67,4 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu çekim merkezi değişkeni ile diğer ülkeler değişkeni arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.

Tablo 4.18: SASEB Olası Risk Ölçeği (RSK)

Sağlık Serbest Bölgesinin neden olabileceği muhtemel riskler			Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Ne katılıyorum ne katılmıyorum		Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum	Toplam
			Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Ne katılıyorum	Ne katılmıyorum					
RSK 1	Sağlıkta eşitsizliğe neden olabilir	Frekans	25	50	136	154	126	491			
		Oran	5,1	10,2	27,7	31,4	25,7	100			
RSK 2	Mevcut sağlık kurumlarına risk oluşturabilir	Frekans	37	63	150	132	109	491			
		Oran	7,5	12,8	30,5	26,9	22,2	100			
RSK 3	Başka olumsuzluklara neden olabilir	Frekans	31	25	135	134	166	491			
		Oran	6,3	5,1	27,5	27,3	33,8	100			

Kaynak: Yazar tarafından hazırlanmıştır (2023)

RSK1'de görüldüğü üzere “SASEB kurulması halinde Türkiye sağlık sektöründe olası eşitsizliğe sebep olabilir” önermesine katılımcıların %25,7'si kesinlikle katılıyorum, %31,4'ü katılıyorum, %27,7'si ne katılıyorum ne katılmıyorum, %10,2'si katılmıyorum ve %5,1'i kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %57,1 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu çekim SASEB ile sağlıkta eşitsizlik arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur.

RSK2'de görüldüğü üzere “SASEB Türkiye'de sağlık kurumlarına yönelik olumsuz etki eder” önermesine katılımcıların %22,2'si kesinlikle katılıyorum, %26,9'u katılıyorum, %30,5'i ne katılıyorum ne katılmıyorum, %12,8'i katılmıyorum ve

%7,5'i kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %49,1 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu SASEB ile kurumlara olumsuz etki arasında zayıf negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur.

RSK3'te görüldüğü üzere "SASEB Türkiye'de diğer olumsuzluklara neden olabilir" önermesine katılımcıların %33,8'i kesinlikle katılıyorum, %27,3'u katılıyorum, %27,5'i ne katılıyorum ne katılmıyorum, %5,1'i katılmıyorum ve %6,3'ü kesinlikle katılmıyorum şeklinde yanıtlar vermiştir. Kesinlikle katılıyorum ve katılıyorum şeklinde pozitif yönlü yanıt verenlerin toplam oranı %61,1 olarak ölçülmüş ve ölçüm sonucu SASEB ile diğer olumsuzluklar arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur.

4.3 Geçerlik ve Güvenirlik Analizi Bulguları

Tablo 4.19: Veri setinin Toplamına Yönelik Cronbach's Alpha Güvenirlik Analizi

Cronbach's Alpha	Standart Ögelere Dayalı Cronbach Alfası	Madde sayısı
,968	,972	66

Cronbach's Alpha ölçüm değeri 0,968 olarak bulunmuştur. Bu sonuç ölçeğin mükemmel düzeyde ve oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir (Karagöz, 2021).

Tablo 4.20: Alt Boyutlara İlişkin Güvenirlik Analizi

	İLT	NTL	FYD	PZR	İL	FİN	İLF	TÜR	RSK
Cronbach's Alpha	,949	,967	,961	,907	,869	,844	,882	,929	,774
Standart Ögelere Dayalı Cronbach Alfası	,954	,968	,962	,908	,869	,845	,886	,929	,773
Madde sayısı	14	10	9	8	7	7	4	4	3

Çalışmanın ölçeklerinin güvenilirlik düzeylerine yönelik yapılan analizde;

- Uygun İli Tercih Nedeni Ölçeği (İLT) ,949; Nitelikleri Tespit ölçeği (NTL) ,967; Hedef Pazarları Tespit Ölçeği (PZR) ,907; Uygun İli Tespit Ölçeği (İL) ,869; Finansman Modelini Tespit Ölçeği (FİN) ,844; Favori İl Ölçeği ,882; Tür Tespit Ölçeği (TÜR) ,929 ve Olası Risk Tespit Ölçeği ,774 olarak bulunmuştur. Tüm değerlerin aranan limit değerlerin (,60 ve üstü) çok üzerinde olması ölçeklerin güvenilirlik düzeylerinin çok yüksek olduğunu göstermektedir (Karagöz, 2021).

4.4 Normallik Analizi Bulguları

Parametrik veya non-parametrik analizlerin hangisiyle devam edilmesi gerektiğine karar verebilmek için verilerin dağılım eğilimlerini ölçmek gerekmiştir. Parametrik testlerle devam edebilmek için normal dağılım varsayımının sağlanması ön şart olarak gerekmektedir. Normla dağılım varsayımının sağlanması durumunda diğer varsayımların yerine getirilmesi gerekmektedir. Bunlardan iki kuvvetli ölçüm noktası olan çarpıklık ve basıklıktır. Çarpıklık ve basıklık ölçümleri ile varyasyon katsayısının ölçümünün istenen değerler arasında yer alması istenmektedir. Yapılan ölçümler sonucu elde edilen veriler aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tabloda görüldüğü üzere 66 maddeye ait toplam 132 çarpıklık ve basıklık ölçümlerinde hepsinin sosyal bilimlerde genel kabul gören Tabachnick normu $\pm 1,5$ sınırları içinde kaldığı ve normallik koşullarına uyduğu görülmüştür (Tabachnick vd., 2013).

Dağılımın uygunluğunu bulmak için kullanılan tekniklerden bir diğeri standart sapmanın ortalamaya oranının hesaplanmasında bulunan varyasyon katsayısı hesaplama tekniğidir (Mehmet vd., 2010). Bir veri grubundaki bütün birimlerin hesaba katılmasıyla belirlendiği için en fazla kullanılan ve en güvenilir dağılım ölçüsü olan varyans eşit aralıklı ve oranlı ölçek düzeyleri ile elde edilmiş sayısal değişkenler için kullanılmaktadır (Karagöz, 2021).

Çalışma verisini oluşturan 64 maddenin hepsine yakını sınır değer %30'un altında yer aldığı, sadece 3 maddenin sınıra çok uzak olmayan bir aralıkta yer aldığı bulunmuştur. Bu uygulanan yöntemle de verilerin normal dağılım koşullarını karşıladığı görülmüştür.

Tablo 4.21: Normallik Analizi Bulguları

	Çarpıklık	Basıklık	Ortalama	St. Sapma	Varyasyon Katsayısı		Çarpıklık	Basıklık	Ortalama	St. Sapma	Varyasyon Katsayısı
İLT1	-,791	-,178	4,3809	,69953	0,16	PZR1	-,878	,614	3,9837	,96243	0,24
İLT2	-,603	-,261	4,0652	,88746	0,22	PZR2	-,839	,901	4,0509	,84964	0,21
İLT3	-,902	,230	4,3625	,72769	0,17	PZR3	-,982	1,116	4,1955	,82959	0,20
İLT4	-,806	-,128	4,3890	,69503	0,16	PZR4	-,588	-,091	3,7088	1,04915	0,28
İLT5	-,900	,335	4,3035	,77694	0,18	PZR5	-,799	,565	3,9348	,94103	0,24
İLT6	-,803	-,249	4,3605	,73010	0,17	PZR6	-,824	,609	3,9633	,93169	0,24
İLT7	-,869	,348	4,2912	,78422	0,18	PZR7	-,876	,677	3,8880	,98233	0,25
İLT8	-,930	,662	4,3360	,74990	0,17	PZR8	-,675	,195	3,9063	,96435	0,25
İLT9	-,936	,567	4,3381	,74488	0,17	İL1	-,510	-,382	3,8086	1,01217	0,27
İLT10	-1,019	,949	4,3381	,75846	0,17	İL2	-,846	,474	4,0916	,88856	0,22
İLT11	-,955	,376	3,9980	1,04491	0,26	İL3	-,584	-,094	3,8656	,97219	0,25
İLT12	-1,058	,379	4,5071	,64953	0,14	İL4	-,606	-,024	3,8554	,97597	0,25
İLT13	-,846	-,167	4,4582	,65136	0,15	İL5	-,589	-,154	3,8371	1,00505	0,26
İLT14	-,889	,051	4,4236	,68495	0,15	İL6	-,581	-,152	3,7760	1,04330	0,28
NTL1	-,808	-,013	4,3544	,71477	0,16	İL7	-,669	,056	3,8208	1,03434	0,27
NTL2	-,696	-,161	4,2729	,74152	0,17	FİN1	-,365	-,592	3,5519	1,12252	0,32
NTL3	-1,019	1,294	4,3218	,73839	0,17	FİN2	-,085	-,693	3,3238	1,10612	0,33
NTL4	-,790	,089	4,3523	,69992	0,16	FİN3	-,960	,791	4,0326	,94273	0,23
NTL5	-,830	-,014	4,3809	,70244	0,16	FİN4	-,556	-,340	3,6802	1,09246	0,30
NTL6	-,792	-,027	4,3931	,67784	0,15	FİN5	-,829	,384	3,9430	,99222	0,25
NTL7	-,902	,299	4,4196	,67548	0,15	FİN6	-,732	,047	3,8024	1,08028	0,28
NTL8	-,862	,080	4,4196	,67548	0,15	FİN7	-,612	-,161	3,7963	1,08009	0,28
NTL9	-,917	,647	4,3177	,74291	0,17	İLF1	-1,096	1,020	4,2505	,84296	0,20
NTL10	-,775	-,249	4,3971	,68446	0,16	İLF2	-1,171	1,312	4,3686	,76968	0,18
FYD1	-,898	,807	4,2424	,77481	0,18	İLF3	-1,258	,941	4,4847	,71804	0,16
FYD2	-,828	,423	4,1853	,81583	0,19	İLF4	-1,256	1,305	4,4175	,76052	0,17
FYD3	-,682	,000	4,1263	,82086	0,20	TÜR1	-,997	1,118	4,2974	,77009	0,18
FYD4	-,830	,645	4,1813	,79137	0,19	TÜR2	-1,026	1,356	4,2648	,77404	0,18
FYD5	-1,049	1,199	4,2505	,79049	0,19	TÜR3	-,640	-,214	4,2811	,71602	0,17
FYD6	-,869	,732	4,1300	,85200	0,21	TÜR4	-,918	,923	4,2342	,78774	0,19
FYD7	-,947	,953	4,2037	,80766	0,19	RSK1	-,523	-,406	3,6232	1,12240	0,31
FYD8	-,925	,560	4,1527	,86608	0,21	RSK2	-,357	-,662	3,4338	1,18373	0,35
FYD9	-,332	-,664	3,9369	,88875	0,23	RSK3	-,733	-,120	3,7719	1,15569	0,31

4.5 Faktör Analizi Bulguları

Veri setinde 83 madde bulunmaktadır. Bunun 14 tanesi demografik maddelerdir. Geriye kalan 69 maddenin ölçümlerinde 3 tanesinin faktör analizine uygun olmadığı görülerek çıkarılmıştır. Çıkarılan bu 3 maddenin veri seti üzerinde olumsuz bir etkisi olmadığı anlaşılınca faktör analizine 66 madde devam edilmiştir.

Analiz sonucunda 9 alt boyut (faktör) bulunmuştur. Bulunan alt boyutların ölçek geliştirirken belirlenen boyutlarla büyük benzerlikler göstermiş olması ölçeğin tutarlılığını göstermesi açısından önem taşımaktadır.

Tablo 4.22: KMO ve Bartlett Test Sonuçları

Kaiser-Meyer-Olkin Örneklem Uygunluk Ölçüsü		,952
Bartlett Küresellik Testi	Ki Kare	29366,617
	Serbestlik	2145
	Sig.	,000

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere örneklem sayısının yeterli olup olmadığına yönelik yapılan KMO örneklem uygunluk testi 0,952 çıkmıştır. Literatürde 0,90-1,00 arası değerler mükemmel olarak kabul edilmektedir (Büyüköztürk, 2008). Ayrıca $p < 0,05$ sonucu istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Tablo 4.23: Veri Seti Korelasyon Matrisi

		İLT	NTL	FYD	PZR	İL	FİN	İLF	TÜR	RSK
İLT	Pearson Cor.	1								
NTL	Pearson Cor.	,595**	1							
	Sig. (2-tailed)	,000								
FYD	Pearson Cor.	,487**	,696**	1						
	Sig. (2-tailed)	,000	,000							
PZR	Pearson Cor.	,434**	,409**	,401**	1					
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000						
İL	Pearson Cor.	,370**	,341**	,345**	,443**	1				
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000					
FİN	Pearson Cor.	,458**	,394**	,439**	,527**	,451**	1			
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000				
İLF	Pearson Cor.	,562**	,504**	,422**	,403**	,521**	,341**	1		
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000			
TÜR	Pearson Cor.	,608**	,631**	,544**	,499**	,375**	,512**	,506**	1	
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		
RSK	Pearson Cor.	,195**	,278**	,445**	,312**	,267**	,418**	,153**	,220**	1
	Sig. (2-tailed)	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,001	,000	

** . Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır (2-kuyruklu). b. Listesel N=491

Ölçüm sonuçlarına göre aşağıdaki değerler bulunmuştur.

- İl Tercih Nedeni (İLT) ile Nitelik (NTL) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=0,595$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- İl Tercih Nedeni (İLT) ile Beklenen Fayda (FYD) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,487$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- İl Tercih Nedeni (İLT) ile Hedef Pazarlar (PZR) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,434$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- İl Tercih Nedeni (İLT) ile Uygun İl (İL) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,370$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- İl Tercih Nedeni (İLT) ile Finansman Modeli (FİN) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,458$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- İl Tercih Nedeni (İLT) ile Favori İl (İLF) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,562$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- İl Tercih Nedeni (İLT) ile Tür (TÜR) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,608$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- İl Tercih Nedeni (İLT) ile Olası Risk (RSK) arasında zayıf ve pozitif yönlü ($r=,195$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- Nitelik (NTL) ile Beklenen Fayda (FYD) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,696$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- Nitelik (NTL) ile Hedef Pazarlar (PZR) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,409$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- Nitelik (NTL) ile Finansman Modeli (FİN) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,394$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- Nitelik (NTL) ile Favori İl (İLF) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,504$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- Nitelik (NTL) ile Tür (TÜR) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,631$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- Nitelik (NTL) ile Olası Risk (RSK) arasında zayıf düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,278$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.

- Beklenen Fayda (FYD) ile Hedef Pazarlar (PZR) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,401$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- Beklenen Fayda (FYD) ile Uygun İl (İL) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,345$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- Beklenen Fayda (FYD) ile Finansman Modeli (FİN) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,439$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- Beklenen Fayda (FYD) ile Favori İl (İLF) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,422$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- Beklenen Fayda (FYD) ile Tür (TÜR) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,544$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- Beklenen Fayda (FYD) ile Olası Risk (RSK) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,445$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- Hedef Pazar (PZR) ile Uygun İl (İL) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,443$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- Hedef Pazar (PZR) ile Finansman Modeli (FİN) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,527$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- Hedef Pazar (PZR) ile Favori İl (İLF) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,403$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- Hedef Pazar (PZR) ile Tür (TÜR) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,499$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- Hedef Pazar (PZR) ile Olası Risk (RSK) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,312$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- Uygun İl (İL) ile Finansman Modeli (FİN) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,451$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- Uygun İl (İL) ile Favori İl (İLF) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,521$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- Uygun İl (İL) ile Tür (TÜR) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,375$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- Uygun İl (İL) ile Olası Risk (RSK) arasında zayıf düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,267$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.

- Finansman Modeli (FİN) ile Favori İl (İLF) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,341$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- Finansman Modeli (FİN) ile Tür (TÜR) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,512$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- Finansman Modeli (FİN) ile Olası Risk (RSK) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,418$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- Favori İl (İLF) ile Tür (TÜR) arasında orta düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,506$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- Favori İl (İLF) ile Olası Risk (RSK) arasında zayıf düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,153$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.
- Tür (TÜR) ile Olası Risk (RSK) arasında zayıf düzeyli ve pozitif yönlü ($r=,506$; $p<0,05$) bir ilişki bulunmuştur.

Sonuç olarak maddelerin %86'sında orta düzeyli ve pozitif yönlü ilişki bulunurken %14'ünde zayıf ve pozitif yönlü ilişkisi bulunmuştur. Değişkenler arasında bulunan değerlere ilişkin çeşitli alt ve üst değerler kullanılmaktadır. Bazı araştırmacılar 0,00-0,25 arası değerleri çok zayıf, 0,26-0,49 arasını zayıf, 0,50-0,69 arasını orta, 0,70-0,89 arasını yüksek ve 0,90-1,00 arasını çok yüksek olarak kabul etmektedirler (Kalaycı, 2010). Bazıları ise 0,49'u orta düzeyin üst sınırı olarak, 0,50 ve üstünü güçlü düzeyde ilişkinin alt limiti olarak kabul etmektedir Tavşancıl (2014).

Tablo 4.24: Toplam Açıklanan Faktör Çizelgesi

Faktör	Başlangıç Öz Değeri			Yüklenen faktörlerin karelerinin dağılımı			Faktörlerin karelerinin rotasyonu
	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	Toplam	Varyans %	Kümülatif %	Toplam
1	24,446	37,039	37,039	24,446	37,039	37,039	17,100
2	4,852	7,352	44,391	4,852	7,352	44,391	17,950
3	4,593	6,959	51,350	4,593	6,959	51,350	16,325
4	2,839	4,302	55,652	2,839	4,302	55,652	11,109
5	2,574	3,900	59,551	2,574	3,900	59,551	7,594
6	2,018	3,058	62,609	2,018	3,058	62,609	10,836
7	1,757	2,662	65,271	1,757	2,662	65,271	12,165
8	1,503	2,277	67,547	1,503	2,277	67,547	14,209
9	1,359	2,060	69,607	1,359	2,060	69,607	5,501

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere 66 maddeden meydana gelen, her birinin öz değeri (Eigenvalue) 1’den büyük olan ve toplam varyansın %69,607’sini açıklayan 9 boyut bulunmuştur. Bu çerçevede 3 madde (PZR-Türki Cumhuriyetler, İL-Aydın ve İLF-Muğla) ölçekten çıkarılarak temiz bir faktör (alt boyut) dağılımı elde edilmiştir. Bulunan bu boyutlar ölçek geliştirilirken hesaplanan alt boyutlarla büyük benzerlikler göstermektedir. SASEB Fayda Ölçeği, SASEB Nitelik Ölçeği, SASEB, İl Ölçeği, SASEB İl Tercih Ölçeği, SASEB Tür Ölçeği, SASEB, Finans Modeli Ölçeği faktör analizi bulunan alt boyutlarla aynı çıkmıştır. Faktör analizi sonucunda sadece Risk Ölçeği ve Favori İl Ölçeği ilave edilmiştir.

Tablo 4.25: Faktör Analizi Sonucu Ortaya Çıkan Alt Boyutlar

Madde no	Faktör kodu	Faktörler (Alt boyutlar)										Ortak varyans	Madde toplam puan korelasyonu
		İLT yük değeri	NTL yük değeri	FYD yük değeri	PZR yük değeri	İL yük değeri	FIN yük değeri	İLF yük değeri	TÜR yük değeri	RSK yük değeri			
MD1	İLT1	,680										,690	,615
MD2	İLT2	,730										,489	,471
MD3	İLT3	,650										,597	,598
MD4	İLT4	,804										,736	,652
MD5	İLT5	,841										,695	,614
MD6	İLT6	,897										,786	,650
MD7	İLT7	,926										,747	,619
MD8	İLT8	,911										,774	,636
MD9	İLT9	,893										,758	,633
MD10	İLT10	,835										,688	,611
MD11	İLT11	,633										,504	,504
MD12	İLT12	,494										,683	,657
MD13	İLT13	,524										,655	,611
MD14	İLT14	,613										,661	,613
MD15	NTL1		,702									,763	,709
MD16	NTL2		,764									,649	,625
MD17	NTL3		,746									,716	,676
MD18	NTL4		,818									,854	,724
MD19	NTL5		,912									,796	,676
MD20	NTL6		,893									,832	,686
MD21	NTL7		,897									,847	,704
MD22	NTL8		,902									,811	,664
MD23	NTL9		,897									,746	,652
MD24	NTL10		,917									,839	,693
MD25	FYD1			,832								,796	,678
MD26	FYD2			,870								,790	,653
MD27	FYD3			,859								,790	,661
MD28	FYD4			,828								,780	,675
MD29	FYD5			,852								,827	,672
MD30	FYD6			,919								,820	,670
MD31	FYD7			,918								,858	,691
MD32	FYD8			,886								,785	,658
MD33	FYD9			,832								,646	,575

Tablo 4.25: (Devam) Faktör Analizi Sonucu Ortaya Çıkan Alt Boyutlar

MD34	PZR1	,486		,477	,526	
MD35	PZR2	,727		,653	,550	
MD36	PZR3	,557		,620	,598	
MD37	PZR4	,740		,638	,430	
MD38	PZR5	,892		,751	,512	
MD39	PZR6	,878		,758	,535	
MD40	PZR7	,891		,786	,541	
MD41	PZR8	,703		,628	,548	
MD42	İL1	,724		,587	,442	
MD43	İL2	,601		,584	,461	
MD44	İL3	,707		,557	,435	
MD45	İL4	,648		,594	,492	
MD46	İL5	,684		,615	,473	
MD47	İL6	,783		,638	,432	
MD48	İL7	,667		,512	,425	
MD49	FİN1		,468	,376	,414	
MD50	FİN2		,546	,505	,402	
MD51	FİN3		,517	,461	,526	
MD52	FİN4		,645	,558	,457	
MD53	FİN5		,846	,690	,540	
MD54	FİN6		,850	,721	,542	
MD55	FİN7		,798	,684	,552	
MD56	İLF1		,733	,629	,521	
MD57	İLF2		,835	,751	,543	
MD58	İLF3		,761	,745	,619	
MD59	İLF4		,785	,718	,560	
MD60	TÜR1		,746	,771	,690	
MD61	TÜR2		,806	,788	,679	
MD62	TÜR3		,857	,825	,672	
MD63	TÜR4		,872	,829	,658	
MD64	RSK1			,882	,745	,327
MD65	RSK2			,892	,800	,348
MD66	RSK3			,577	,545	,414

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere analiz sonucu bulunan alt boyutlar büyük oranda başlangıçta oluşturulan anket form ve ölçek maddeleri ile uyumluluk göstermektedir. Bu durum ölçek maddelerinin oluşumunun isabetli bir süreçten geçtiğini ortaya koymaktadır. Tüm faktör yükleri 0,45'ten büyük bulunmuştur. Büyük çoğunluğu 0,70 ve üzeri yüksek değerler almıştır. Faktör analizinde faktör yük değerlerinin yüksek olması istenir. Maddelerin faktörle yüksek düzeyde ilişkili olması, maddenin aynı yapıyı ölçtüğünü göstermesi açısından önem taşımaktadır (Karagöz, 2021).

Aynı şekilde madde toplam puan korelasyon incelemesinde de her bir maddenin ölçeğin toplam maddelerinden alınan puan ile ilişki düzeyinin pozitif yönlü ve yüksek olduğu görülmektedir. Faktör yük değeri ilgili maddenin faktöre katkı oranını göstermektedir. Çalışmada bulunan yüklerin hepsinin $0,40 <$ olduğu, dolayısıyla istenen değerlere ulaşıldığı görülmektedir. Maddelerin alt boyutlara dağılımında birden fazla faktörle ilişkili olması durumunda aradaki farkın en az $0,10 <$ olması

istenir. Aksi takdirde “binişik madde” sorunu ortaya çıkmaktadır. 66 madde içerisinde hiçbir maddede “binişiklik” söz konusu olmamıştır. Sadece 5 maddenin birden fazla alt boyutta yer aldığı görülmüş fakat aradaki farkın, $10 <$ olması nedeniyle bu maddelerin çıkartılmasına gerek bulunmamıştır (Karagöz, 2021).

4.6 Parametrik Testler

Parametrik testler verilerin (i) oranlı veya aralıklı olması, (ii) verilerin normal dağılıma uyması ve (iii) grup varyanslarının homojen (eşit) olması halinde uygulanmaktadır (Kalaycı, 2010). Bu varsayımların yerine getirilmemesi durumunda non-parametrik testlerin uygulanması gerekmektedir. Çalışmada veri setinin varsayımlara uyduğu kabul edilerek bağımsız örneklem t testi, tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ve basit regresyon benzeri parametrik testler uygulanmıştır.

Parametrik bir test olan bağımsız örneklem t-testi iki bağımsız örneklem grubu arasında ortalamalar açısından anlamlı bir fark olup olmadığını bulmak için kullanılmaktadır. Çalışmada 5’li Likert ölçeği temelinde verilen cevapların kadın ve erkek iki bağımsız örneklem grubunun SASEB alt ölçek maddelerine yaklaşımlarında fark olup olmadığı incelenmiştir. Bu testin yapılabilmesi için verilerin aralıklı veya oransal ölçme düzeyine sahip olması, verilerin normal dağılıma uyması ve grup varyanslarının eşit olması beklenmektedir (Kalaycı, 2010).

Tek yönlü varyans analizi ise ikiden fazla parametrik ana kütle ortalamasının birbirine eşit olup olmadığını test etmek için kullanılmaktadır. Varyans analizinde bağımsız değişken faktör ismi verilen kategorik yapıya olurken bağımlı değişken metrik yapıdadır (Karagöz, 2021). Bu testle bir değişkene ait ölçümler birbirinden bağımsız ikiden fazla grupta ölçülerek sonuçların birbirinden anlamlı farklılık gösterip göstermediği anlaşılmaktadır. T-testine benzer olmakla birlikte ANOVA testi ikiden fazla grubun analizine izin vermeyen t-testinden ayrılmaktadır. Varyans analizlerinde temel varsayım örneklemelerin normal dağılıma sahip olması ve grup varyanslarının homojen olmasıdır. Verilerin parametrik test varsayımlarını karşılaması nedeniyle non-parametrik testlerden olan Mann Whitney U testi, Wilcoxon Sign testi, Kruskal Wallis testi ve Friedman testi çalışma dışında tutulmuştur.

Regresyon analizi ise değişkenler arasında sadece ilişki, derece ve yönü açıklayan korelasyon ile tespit edilemeyen sebep-sonuç ilişkisini bulmak için kullanılmaktadır.

4.6.1 T-Testi ile yapılan hipotez testleri bulguları

Yapılan analizlerden katılımcıların Türkiye’de Sağlık Serbest Bölgesine ihtiyaç olduğu yönünde kanaate sahip oldukları görülmektedir. Bu bölümde “ihtiyacın” çeşitli demografik değişkenlere göre farklılık gösterip göstermediğine yönelik hipotezler test edilmiş, ilgili t- testi analizleri yapılmıştır.

Hipotez 1 (t-Testi)

H_0 Örneklem grubunun Türkiye’de Sağlık Serbest Bölgesine ihtiyaç olup olmadığına yönelik yaklaşımları cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermemektedir.

Hipoteze ilişkin t-testi yapılmıştır. Analiz sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.26: Cinsiyet Değişkeninin SASEB’e Duyulan İhtiyaç Değişkenine Yönelik t-Testi

	Cinsiyet	N	X	St. Sapma	t testi	P
					t	sd
İhtiyaç değişkeni	Kadın	328	3,7774	,81416	-,169	489
	Erkek	163	3,7914	,95874		

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere örneklem grubunun cinsiyet ortalamaları ile Türkiye’de Sağlık Serbest Bölgesine ihtiyaç olup olmadığına yönelik yaklaşım ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığına ilişkin kadınların ortalamaları $X=3,7774$ ve erkeklerin ortalamaları $X=3,7914$ olarak ölçülmüştür. Yapılan analizde her iki grubun da Türkiye’de Sağlık Serbest Bölgesine ihtiyaç olduğu yönünde kanaat sahibi oldukları ve aralarında anlamlı bir farklılık bulunmadığı görülmüştür ($t(489)=-,169$; $p=,866>0,05$). Buna göre, “ H_0 : Örneklem grubunun Türkiye’de Sağlık Serbest Bölgesine ihtiyaç olup olmadığına yönelik yaklaşımları cinsiyet değişkenine göre bir farklılık göstermemektedir” adlı **hipotez kabul edilmiştir**.

Hipotez 2 (t-Testi)

H_0 Örneklem grubunun cinsiyet değişkeni ile eğitim düzeyi arasında bir fark bulunmamaktadır.

Hipoteze ilişkin t-testi yapılmıştır. Analiz sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.27: Cinsiyet Değişkeninin Eğitim Düzeyi Değişkenine Göre t-Testi Sonucu

	Cinsiyet	N	X	St. Sapma	t-Testi		
					t	sd	P
Eğitim değişkeni	Kadın	328	3,8720	,85066	-2,903	489	,004
	Erkek	163	4,1288	1,05495			

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere örneklem grubunun cinsiyet ortalamaları ile eğitim düzeyleri ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığına ilişkin olarak kadınların ortalamaları $X=3,8720$ ve erkeklerin ortalamaları $X=4,1288$ olarak ölçülmüştür. Yapılan analizde her iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($t(489)=-2,903$; $p=,004<0,05$). Erkeklerin eğitim düzeylerinin kadınlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna göre, “**H₀**: Örneklem grubunun cinsiyet değişkeni ortalamaları ile eğitim düzeyi ortalamaları arasında bir fark bulunmamaktadır” adlı **hipotez reddedilmiştir**. **H₁**: Örneklem grubunun cinsiyet değişkeni ortalamaları ile eğitim düzeyi ortalamaları arasında bir fark bulunmaktadır” adlı **hipotez kabul edilmiştir**.

Hipotez 3 (t-Testi)

H₀ Örneklem grubunun cinsiyet değişkeni ortalamaları ile meslek düzeyi ortalamaları arasında bir fark bulunmamaktadır.

Hipoteze ilişkin t-testi yapılmıştır. Analiz sonuçları aşağıda yer almaktadır

Tablo 4.28: Cinsiyet Değişkeninin Meslek Düzeyi Değişkenine Göre t-Testi Sonucu

	Cinsiyet	N	X	St. Sapma	t-Testi		
					t	sd	P
Meslek değişkeni	Kadın	328	5,3780	,95001	-3,642	489	,000
	Erkek	163	4,9632	1,56304			

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere örneklem grubunun cinsiyet ortalamaları ile meslek düzeyleri ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığına ilişkin olarak kadınların ortalamaları $X=5,3780$ ve erkeklerin ortalamaları $X=4,9632$ olarak ölçülmüştür. Yapılan analizde her iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($t(489)=-3,642$; $p=,000<0,05$). Kadınların eğitim düzeylerinin erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Buna göre, “**H₀**: Örneklem grubunun cinsiyet değişkeni ortalamaları ile meslek düzeyi ortalamaları arasında bir fark bulunmamaktadır” adlı **hipotez reddedilmiştir**. **H₁**: Örneklem grubunun cinsiyet

değişkeni ortalamaları ile meslek düzeyi ortalamaları arasında bir fark bulunmaktadır” adlı **hipotez kabul edilmiştir**.

Hipotez 4 (t-Testi)

H₀ Örneklem grubunun cinsiyet değişkeni ortalamaları ile yaş düzeyi ortalamaları arasında bir fark bulunmamaktadır.

Hipoteze ilişkin t-testi yapılmıştır. Analiz sonuçları aşağıda yer almaktadır

Tablo 4.29: Cinsiyet Değişkeninin Yaş Düzeyi Değişkenine Göre t-Testi Sonucu

	Cinsiyet	N	X	St. Sapma	t	t-Testi sd	P
Yaş değişkeni	Kadın	328	2,6524	1,66671	-4,011	489	,000
	Erkek	163	3,3374	1,99450			

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere örneklem grubunun cinsiyet ortalamaları ile meslek düzeyleri ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığına ilişkin olarak kadınların ortalamaları $X=2,6524$ ve erkeklerin ortalamaları $X=3,3374$ olarak ölçülmüştür. Yapılan analizde her iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmuştur ($t(489)=-4,011$; $p=,000<0,05$). Kadınların yaş puanlarının erkeklerden daha düşük olduğu görülmektedir. Buna göre, “**H₀**: Örneklem grubunun cinsiyet değişkeni ortalamaları ile yaş düzeyi ortalamaları arasında bir fark bulunmamaktadır” adlı **hipotez reddedilmiştir**. **H₁**: Örneklem grubunun cinsiyet değişkeni ortalamaları ile yaş düzeyi ortalamaları arasında bir fark bulunmaktadır” adlı **hipotez kabul edilmiştir**.

Hipotez 5 (t-Testi)

H₀: Örneklem grubunun cinsiyet değişkeni ortalamaları ile sağlık turizmi ile ilgilendikleri süre ortalamaları arasında bir fark bulunmamaktadır.

Hipoteze ilişkin t-testi yapılmıştır. Analiz sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.30: Cinsiyet Değişkeninin Sağlık Turizmi İlgili Süresi Değişkenine Göre t-Testi Sonucu

	Cinsiyet	N	X	St. Sapma	t	t-Testi sd	P
Sağlık turizmi değişkeni	Kadın	328	1,8445	,71479	-,989	489	,323
	Erkek	163	1,9141	,77299			

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere örneklem grubunun cinsiyet ortalamaları ile sağlık turizmiyle ilgilendikleri süre ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığına ilişkin olarak kadınların ortalamaları $X=1,8445$ ve erkeklerin ortalamaları $X=1,9141$ olarak ölçülmüştür. Yapılan analizde her iki grubun arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($t(489)=-,989$; $p=,323>0,05$). Buna göre, “**H₀**: Örneklem grubunun cinsiyet değişkeni ortalamaları ile sağlık turizmi ile ilgilendikleri süre ortalamaları arasında bir fark bulunmamaktadır” adlı **hipotez kabul edilmiştir**.

Hipotez 6 (t-Testi)

H₀ Örneklem grubunun cinsiyet değişkeni ortalamaları ile Sağlık Serbest Bölgesi hakkındaki bilgi düzeyi ortalamaları arasında bir fark bulunmamaktadır.

Hipoteze ilişkin t-testi yapılmıştır. Analiz sonuçları aşağıda yer almaktadır

Tablo 4.31: Cinsiyet Değişkeninin SASEB Bilgi Düzeyi Değişkenine Göre t-Testi Sonucu

	Cinsiyet	N	X	St. Sapma	t	t-Testi sd	P
SASEB bilgi düzeyi değişkeni	Kadın	328	2,1921	1,30267	-1,391	489	,165
	Erkek	163	2,3681	1,35609			

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere örneklem grubunun cinsiyet ortalamaları ile Sağlık Serbest Bölgesi bilgi düzeyi ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık bulunup bulunmadığına ilişkin olarak kadınların ortalamaları $X=2,1921$ ve erkeklerin ortalamaları $X=2,3681$ olarak ölçülmüştür. Yapılan analizde her iki grubun arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($t(489)=-1,391$; $p=,165>0,05$). Buna göre, “**H₀**: Örneklem grubunun cinsiyet değişkeni ortalamaları ile Sağlık Serbest Bölgesi hakkındaki bilgi düzeyi ortalamaları arasında bir fark bulunmamaktadır” adlı **hipotez kabul edilmiştir**.

İki boyutlu demografik cinsiyet değişkeninin Sağlık Serbest Bölgesi alt boyut (faktör) değişkenlerine göre t-testi sonuçları

Örneklem grubunun demografik özelliklerinden olan cinsiyet değişkeninin Sağlık Serbest Bölgesinin alt boyutları ile ilişki düzeyi ve derecesi ölçülmüş, bunlar arasında herhangi bir farklılık olup olmadığına bakılmıştır. Analiz sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.32: SASEB Alt Ölçeklerinin Cinsiyete Göre Bağımsız t-Testi Sonuçları

Faktörler	Cinsiyet	N	X	Std. Sapma	t	t-Testi sd	P
İLT	Kadın	328	4,29	,605	-1,365	489	,173
	Erkek	163	4,37	,563			
NTL	Kadın	328	4,33	,612	-1,413	489	,158
	Erkek	163	4,41	,634			
FYD	Kadın	328	4,10	,723	-2,367	489	,018
	Erkek	163	4,26	,701			
PZR	Kadın	328	3,92	,723	-1,246	489	,214
	Erkek	163	4,01	,748			
İL	Kadın	328	3,85	,727	-,462	489	,645
	Erkek	163	3,88	,772			
FİN	Kadın	328	3,71	,744	-,659	489	,510
	Erkek	163	3,76	,799			
İLF	Kadın	328	4,35	,662	-1,008	489	,314
	Erkek	163	4,42	,670			
TÜR	Kadın	328	4,24	,699	-1,122	489	,263
	Erkek	163	4,31	,676			
RSK	Kadın	328	3,59	,895	-,463	489	,644
	Erkek	163	3,63	1,073			

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere sonuçlar kadın ve erkek katılımcılar arasında FYD ölçeği haricinde anlamlı farklılıkların olmadığını göstermektedir ($t(489)=-2,367$, $p>.05$). Erkeklerin ($X=4,2652$) kadınlara ($X=4,1026$) oranla SASEB'ten bekledikleri fayda göreceli yüksek çıkmıştır.

4.6.2 Tek yönlü ANOVA ile yapılan hipotez testleri bulguları

Bu bölümde ikiden fazla alt boyutu olan değişkenlerle yapılan tek yönlü ANOVA hipotez analizleri bulguları yer almaktadır.

Hipotez 1 (ANOVA)

H_0 Örneklem grubunun Türkiye'de Sağlık Serbest Bölgesine ihtiyaç olup olmadığına yönelik yaklaşımları cinsiyet değişkenine göre bir farklılık göstermemektedir..

Yaş değişkeninin altında ikiden fazla grup yer aldığı için t testi yerine varyans ortalamalarını temel alan tek yönlü ANOVA testi uygulanmıştır. Analiz sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.33: SASEB İhtiyaç Ölçeğinin Yaş Gruplarına Göre Tek Yönlü ANOVA Test Sonucu

Yaş	N	X	SS	Varyans	KT	SD	KO	F	P
18-25 arası	113	3,7257	,84777	Grup arası	5,479	8	,685	,917	,502
26-30 arası	157	3,7325	,85020	Grup içi	360,203	482	,747		
31-35 arası	82	3,8171	,87669	Toplam	365,682	490			
36-40 arası	48	3,7500	,86295						
41-45 arası	38	4,0789	,71212						
46-50 arası	28	3,9286	,97861						
51-55 arası	12	3,6667	,88763						
56-60 arası	10	3,6000	1,26491						
61-65 arası	3	4,0000	1,00000						
Toplam	491	3,7821	,86388						

Levene istatistiği

Sd1	Sd2	Sig.
1,161	8	482 ,321

KT=Kareler toplamı
SD=Serbestlik değeri
KO=Kare ortalaması
F=ANOVA değeri
P=Anlamlılık değeri

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere varyansların, Levene istatistiğinin anlamlılık değerine ($p=,321>0,05$) uygun olduğu ve homojenlik şartını yerine getirdiği görülmektedir. Sağlık Serbest Bölgesine ihtiyaç olup olmadığını tespit etmek amacıyla ölçek ortalamaları ile yaş grupları değişkeni arasında yapılan tek yönlü ANOVA (Tukey) testinde tüm yaş gruplarının SASEB'e ihtiyaç olduğu şeklinde pozitif yönlü cevap verdikleri görülmüştür. Yaş gruplarının en küçük ortalama değeri $X=3,7257$ en büyük ortalama değeri $X=4,000$ olarak ölçülmüş ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($F=,917$; $p>0,05$). Bu durumda; $H_0 =$ SASEB'e ihtiyaç konusunda yaş grupları arasında fark yoktur hipotezi **kabul edilmiştir**

Hipotez 2 (ANOVA)

H_0 Örneklem grubunun Türkiye'de Sağlık Serbest Bölgesine ihtiyaç olup olmadığına yönelik yaklaşımları eğitim düzeyi değişkenine göre bir farklılık göstermemektedir.

Tablo 4.34: SASEB İhtiyaç Ölçeğinin Eğitim Düzeyine Göre Tek Yönlü ANOVA Test Sonucu

Eğitim	N	X	SS	Varyans	KT	SD	KO	F	P
Lise	36	4,0556	,95452	Grup arası	4,642	4	1,161	1,562	,183
MYO	80	3,8625	,80730	Grup içi	361,040	486	,743		
Üniversite	279	3,7563	,83413	Toplam	365,682	490			
Yüksek Lisans	61	3,6393	,94926						
Doktora	35	3,7714	,94202						
Toplam	491	3,7821	,86388						

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere varyansların, Levene istatistiğinin anlamlılık değerine ($p=,296>0,05$) uygun olduğu ve homojenlik şartını yerine getirdiği görülmektedir. Sağlık Serbest Bölgesine ihtiyaç olup olmadığını tespit etmek amacıyla ölçek ortalamaları ile örneklem eğitim düzeyi değişkeni ortalamaları arasında yapılan tek yönlü ANOVA (Tukey) testinde eğitim gruplarının SASEB'e ihtiyaç olduğu şeklinde pozitif yönlü cevap verdikleri görülmüştür. Eğitim düzeyi gruplarının en küçük ortalama değeri $X=3,6393$ en büyük ortalama değeri $X=4,0556$ olarak ölçülmüş ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($F=1,562$; $p>0,05$). Bu durumda; H_0 = SASEB'e ihtiyaç konusunda eğitim düzeyleri arasında fark yoktur hipotezi **kabul edilmiştir**

Hipotez 3 (ANOVA)

H_0 Örneklem grubunun Türkiye'de Sağlık Serbest Bölgesine ihtiyaç olup olmadığına yönelik yaklaşımları meslek düzeyi değişkenine göre bir farklılık göstermemektedir

Hipotez testinde; meslek değişkeninin altında ikiden fazla grup yer aldığı için t testi yerine varyans ortalamalarını temel alan tek yönlü ANOVA testi uygulanmıştır. Analiz sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 4.35: SASEB İhtiyaç Ölçeğinin Meslek Değişkenine Göre Tek Yönlü ANOVA Test Sonucu

Meslek	N	X	SS	Varyans	KT	SD	KO	F	P
Sahibi/Ortağı	11	3,5455	,93420	Grup arası	7,570	6	1,262	1,705	,118
Başkan/Üst yönetici	8	4,2500	,70711	Grup içi	358,112	484	,740		
Akademisyen	18	3,8889	,83235	Toplam	365,682	490			
Hekim	44	3,5227	1,04522		Levene istatistiği	Sd1	Sd2	Sig.	
Hemşire	198	3,7828	,85396		1,370	6	484	,225	
Sağlık çalışan	158	3,8734	,81962						
Kamu, iş dünyası vb.	54	3,6667	,84675						
Toplam	491	3,7821	,86388						

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere varyansların, Levene istatistiğinin anlamlılık değerine ($p=,225>0,05$) uygun olduğu ve homojenlik şartını yerine getirdiği görülmektedir. Sağlık Serbest Bölgesine ihtiyaç olup olmadığını tespit etmek amacıyla ölçek ortalamaları ile örneklem meslek grupları değişkeni arasında yapılan tek yönlü ANOVA (Tukey) testinde meslek gruplarının SASEB'e ihtiyaç olduğu şeklinde pozitif yönlü cevap verdikleri görülmüştür. Eğitim düzeyi gruplarının en küçük ortalama değeri $X=3,6667$ en büyük ortalama değeri $X=4,2500$ olarak ölçülmüş ve gruplar arasında anlamlı bir farklılık tespit edilmemiştir ($F=1,705$; $p>0,05$). Bu durumda; $H_0 =$ SASEB'e ihtiyaç konusunda meslek grupları arasında fark yoktur hipotezi **kabul edilmiştir**

Çok boyutlu yaş, eğitim ve meslek demografik değişkenlerinin Sağlık Serbest Bölgesi alt boyut (faktör) değişkenlerine göre tek yönlü ANOVA test sonuçları

İkiden fazla alt boyuta sahip yaş, eğitim ve meslek demografik değişkenlerinin ortalamalarının Sağlık Serbest Bölgesi alt boyut ölçekleri (İLT ölçeği, NTL ölçeği, FYD ölçeği, PZR ölçeği, İL ölçeği, FİN ölçeği, İLF ölçeği, TÜR ölçeği ve RSK ölçeği) ortalamaları ile anlamlı farklılıklar gösterip göstermediğini ortaya çıkarmak amacıyla tek yönlü varyans (ANOVA) analizi yapılmıştır. Analiz sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.36: Yaş Değişkeni Ortalamalarının SASEB Ölçek Ortalamalarına Göre Tek Yönlü ANOVA Analiz Sonucu

Yaş	Vary. Kaynağı	KT	SD	KO	F	P	N	X	SS
İLT	Gruplar Arası	2,505	8	,313	,891	,524	491	4,3251	,59236
	Grup İçi	169,431	482	,352					
	Toplam	171,936	490						
					Levene İstatist.	df1	df2	Sig.	
					,969	8	482	,459	
NTL	Gruplar Arası	3,110	8	,389	1,010	,427	491	4,3629	,62051
	Grup İçi	185,555	482	,385					
	Toplam	188,665	490						
					Levene İstatist.	df1	df2	Sig.	
					2,875	8	482	,004	
FYD	Gruplar Arası	5,593	8	,699	1,357	,213	491	4,1566	,71974
	Grup İçi	248,243	482	,515					
	Toplam	253,836	490						
					Levene İstatist.	df1	df2	Sig.	
					2,686	8	482	,007	
PZR	Gruplar Arası	9,844	8	1,231	2,346	,018	491	3,9539	,73215
	Grup İçi	252,816	482	,525					
	Toplam	262,661	490						
					Levene İstatist.	df1	df2	Sig.	
					1,262	8	482	,261	
İL	Gruplar Arası	6,059	8	,757	1,384	,201	491	3,8650	,74196
	Grup İçi	263,686	482	,547					
	Toplam	269,745	490						
					Levene İstatist.	df1	df2	Sig.	
					,883	8	482	,531	
FİN	Gruplar Arası	8,684	8	1,085	1,893	,059	491	3,7329	,76278
	Grup İçi	276,411	482	,573					
	Toplam	285,095	490						
					Levene İstatist.	df1	df2	Sig.	
					,380	8	482	,931	
İLF	Gruplar Arası	3,336	8	,417	,940	,483	491	4,3803	,66553
	Grup İçi	213,697	482	,443					
	Toplam	217,033	490						
					Levene İstatist.	df1	df2	Sig.	
					1,557	8	482	,135	
TÜR	Gruplar Arası	3,952	8	,494	1,033	,410	491	4,2693	,69189
	Grup İçi	230,614	482	,478					
	Toplam	234,566	490						
					Levene İstatist.	df1	df2	Sig.	
					1,863	8	482	,064	
RSK	Gruplar Arası	3,182	8	,398	,430	,903	491	3,6096	,95756
	Grup İçi	446,110	482	,926					
	Toplam	449,292	490						
					Levene İstatist.	df1	df2	Sig.	
					,779	8	482	,622	

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere Nitelik (NTL) ve Fayda (FYD) ölçekleri hariç diğer tüm ölçek varyanslarının Levene istatistiğinin anlamlılık değerlerine uygun olduğu ve homojenlik şartını yerine getirdiği görülmektedir (İLT: $p=,459>0,05$; PZR: $p=,261>0,05$; İL: $p=,531>0,05$; FİN: $p=,931>0,05$; İLF: $p=,135>0,05$; TÜR: $p=,064>0,05$ ve RSK: $p=,622>0,05$. Ölçeklerden Nitelik (NTL: $p=,004<0,05$) ve Fayda (FYD: $p=,007<0,05$) homojenlik şartına uymamaktadır.

Sağlık Serbest Bölgesine yönelik İl Tercih Nedeni (İLT: $F=,891$; $p=,542>0,05$), Nitelik (NTL: $F=1,010$; $p=,427>0,05$), Fayda (FYD: $F=,1,357$; $p=,213>0,05$), Potansiyel iller (İL: $F=1,384$; $p=,201>0,05$), Finans Modeli (FİN: $F=1,893$; $p=,059>0,05$), Favori İl (İLF: $F=,942$; $p=,483>0,05$), Türü (TÜR: $F=1,033$; $p=,410>0,05$) ve Olası Riskler (RSK: $F=,430$; $p=,903>0,05$) ortalamaları ile yaş değişkeni ortalamaları arasında fark olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan tek yönlü ANOVA (Tukey) testinde farklılık tespit edilmemiştir.

Pazar ölçeğinde ise (PZR: $F=1,907$; $p=0,18<0,05$) farklılık tespit edilmiştir. Farkın nedenine ilişkin yapılan Post-Hoc testinde Pazar (PZR) ortalamalarında 18-25 yaş arası ile 51-55 yaş arasında; 36-40 yaş arası ile 51-55 yaş arasında ve 46-50 yaş arası ile 51-55 yaş arasında anlamlı farklılıklar görülmüştür.

Tablo 4.37: Eğitim Değişkeni Ortalamalarının SASEB Ölçek Ortalamalarına Göre Tek Yönlü ANOVA Analiz Sonucu

Eğitim	Vary. Kaynağı	KT	SD	KO	F	P	N	X	SS
İLT	Gruplar Arası	1,223	4	,306	,871	,481	491	4,3251	,59236
	Grup İçi	170,713	486	,351					
	Toplam	171,936	490						
					Levene İstatist.	df1	df2	Sig.	
					1,260	4	486	,285	
Eğitim	Vary. Kaynağı	KT	SD	KO	F	P	N	X	SS
NTL	Gruplar Arası	,219	4	,055	,141	,967	491	4,3629	,62051
	Grup İçi	188,446	486	,388					
	Toplam	188,665	490						
					Levene İstatist.	df1	df2	Sig.	
					1,545	4	486	,188	
Eğitim	Vary. Kaynağı	KT	SD	KO	F	P	N	X	SS
FYD	Gruplar Arası	1,123	4	,281	,540	,706	491	4,1566	,71974
	Grup İçi	252,713	486	,520					
	Toplam	253,836	490						
					Levene İstatist.	df1	df2	Sig.	
					,608	4	486	,657	
Eğitim	Vary. Kaynağı	KT	SD	KO	F	P	N	X	SS
PZR	Gruplar Arası	1,604	4	,401	,747	,561	491	3,9539	,73215
	Grup İçi	261,057	486	,537					
	Toplam	262,661	490						
					Levene İstatist.	df1	df2	Sig.	
					1,584	4	486	,177	
Eğitim	Vary. Kaynağı	KT	SD	KO	F	P	N	X	SS
İL	Gruplar Arası	2,514	4	,629	1,143	,335	491	3,8650	,74196
	Grup İçi	267,231	486	,550					
	Toplam	269,745	490						
					Levene İstatist.	df1	df2	Sig.	
					,503	4	486	,734	
Eğitim	Vary. Kaynağı	KT	SD	KO	F	P	N	X	SS
FİN	Gruplar Arası	6,452	4	1,613	2,813	,025	491	3,7329	,76278
	Grup İçi	278,643	486	,573					
	Toplam	285,095	490						
					Levene İstatist.	df1	df2	Sig.	
					1,073	4	486	,369	
Eğitim	Vary. Kaynağı	KT	SD	KO	F	P	N	X	SS
İLF	Gruplar Arası	,663	4	,166	,372	,829	491	4,3803	,66553
	Grup İçi	216,370	486	,445					
	Toplam	217,033	490						
					Levene İstatist.	df1	df2	Sig.	
					1,633	4	486	,165	

Tablo 4.37: (Devamı) Eğitim Değişkeni Ortalamalarının SASEB Ölçek Ortalamalarına Göre Tek Yönlü ANOVA Analiz Sonucu

Eğitim	Vary. Kaynağı	KT	SD	KO	F	P	N	X	SS
TÜR	Gruplar Arası	3,282	4	,821	1,724	,143	491	4,2693	,69189
	Grup İçi	231,284	486	,476					
	Toplam	234,566	490						
					Levene İstatist.	df1	df2	Sig.	
					1,785	4	486	,130	
Eğitim	Vary. Kaynağı	KT	SD	KO	F	P	N	X	SS
RSK	Gruplar Arası	5,668	4	1,417	1,552	,186	491	3,6096	,95756
	Grup İçi	443,624	486	,913					
	Toplam	449,292	490						
					Levene İstatist.	df1	df2	Sig.	
					,124	4	486	,974	

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere tüm ölçek varyanslarının, Levene istatistiğinin anlamlılık değerine (İLT: $p=,285>0,05$; NTL: $p=,188>0,05$; FYD: $p=,657>0,05$; PZR: $p=,177>0,05$; İL: $p=,734>0,05$; FİN: $p=,369>0,05$; İLF: $p=,165>0,05$; TÜR: $p=,130>0,05$; RSK: $p=,974>0,05$) uygun olduğu ve homojenlik şartını yerine getirdiği görülmektedir.

Sağlık Serbest Bölgesine yönelik İl Tercih Nedeni (İLT: $F=,871$; $p>0,05$), Nitelik (NTL: $F=,141$; $p>0,05$), Fayda (FYD: $F=,540$; $p>0,05$), Pazar (PZR: $F=,747$; $p>0,05$), Yerleşim Yeri (İL: $F=1,143$; $p>0,05$), Finans Modeli (FİN: $F=2,813$ $p>0,05$), Favori İl (İLF: $F=,372$; $p>0,05$), Türü (TÜR: $F=1,724$; $p>0,05$) ve Olası Riskler (RSK: $F=1,552$; $p>0,05$) ortalamaları ile eğitim değişkeni ortalamaları arasında fark olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan tek yönlü ANOVA (Tukey) testinde herhangi bir fark tespit edilmemiştir.

Tablo 4.38: Meslek Değişkeni Ortalamalarının SASEB Ölçek Ortalamalarına Göre Tek Yönlü ANOVA Analiz Sonucu

Meslek	Vary. Kaynağı	KT	SD	KO	F	P	N	X	SS
İLT	Gruplar Arası	2,330	6	,388	1,108	,356	491	4,3251	,59236
	Grup İçi	169,606	484	,350					
	Toplam	171,936	490						
					Levene İstatist.	df1	df2	Sig.	
					1,089	6	484	,368	
Meslek	Vary. Kaynağı	KT	SD	KO	F	P	N	X	SS
NTL	Gruplar Arası	4,615	6	,769	2,023	,061	491	4,3629	,62051
	Grup İçi	184,051	484	,380					
	Toplam	188,665	490						
					Levene İstatist.	df1	df2	Sig.	
					1,957	6	484	,070	
Meslek	Vary. Kaynağı	KT	SD	KO	F	P	N	X	SS
FYD	Gruplar Arası	4,098	6	,683	1,324	,245	491	4,1566	,71974
	Grup İçi	249,738	484	,516					
	Toplam	253,836	490						
					Levene İstatist.	df1	df2	Sig.	
					1,587	6	484	,149	

Tablo 4.38: (Devamı) Meslek Değişkeni Ortalamalarının SASEB Ölçek Ortalamalarına Göre Tek Yönlü ANOVA Analiz Sonucu

Meslek	Vary. Kaynağı	KT	SD	KO	F	P	N	X	SS
PZR	Gruplar Arası	6,066	6	1,011	1,907	,078	491	3,9539	,73215
	Grup İçi	256,594	484	,530					
	Toplam	262,661	490						
					Levene İstatist.	df1	df2	Sig.	
					1,212	6	484	,299	
Meslek	Vary. Kaynağı	KT	SD	KO	F	P	N	X	SS
İL	Gruplar Arası	1,867	6	,311	,562	,760	491	3,8650	,74196
	Grup İçi	267,878	484	,553					
	Toplam	269,745	490						
					Levene İstatist.	df1	df2	Sig.	
					,729	6	484	,627	
Meslek	Vary. Kaynağı	KT	SD	KO	F	P	N	X	SS
FİN	Gruplar Arası	9,206	6	1,534	2,692	,014	491	3,7329	,76278
	Grup İçi	275,889	484	,570					
	Toplam	285,095	490						
					Levene İstatist.	df1	df2	Sig.	
					1,289	6	484	,260	
Meslek	Vary. Kaynağı	KT	SD	KO	F	P	N	X	SS
İLİF	Gruplar Arası	5,958	6	,993	2,277	,035	491	4,3803	,66553
	Grup İçi	211,075	484	,436					
	Toplam	217,033	490						
					Levene İstatist.	df1	df2	Sig.	
					1,899	6	484	,079	
Meslek	Vary. Kaynağı	KT	SD	KO	F	P	N	X	SS
TÜR	Gruplar Arası	5,926	6	,988	2,091	,053	491	4,2693	,69189
	Grup İçi	228,640	484	,472					
	Toplam	234,566	490						
					Levene İstatist.	df1	df2	Sig.	
					2,294	6	484	,034	
Meslek	Vary. Kaynağı	KT	SD	KO	F	P	N	X	SS
RSK	Gruplar Arası	5,553	6	,926	1,009	,418	491	3,6096	,95756
	Grup İçi	443,739	484	,917					
	Toplam	449,292	490						
					Levene İstatist.	df1	df2	Sig.	
					,702	6	484	,648	

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere TÜR ölçeği hariç diğer tüm ölçek varyanslarının, Levene istatistiğinin anlamlılık değerine (İLT: $p=,368>0,05$; NTL: $p=,070>0,05$; FYD: $p=,149>0,05$; PZR: $p=,299>0,05$; İL: $p=,627>0,05$; FİN: $p=,260>0,05$; İLF: $p=,079>0,05$; RSK: $p=,648>0,05$) uygun olduğu ve homojenlik şartını yerine getirdiği görülmektedir. Sadece RSK ölçeğinin $p=,034<0,05$ olduğu ve homojenlik şartına uymadığı görülmüştür. Sağlık Serbest Bölgesine yönelik İl Tercih Nedeni (İLT: $F=1,108$; $p>0,05$), Nitelik (NTL: $F=2,203$; $p>0,05$), Fayda (FYD: $F=,1,324$; $p>0,05$), Pazar (PZR: $F=1,907$; $p>0,05$), Potansiyel iller (İL: $F=,562$; $p>0,05$), Finans Modeli (FİN: $F=2,692$; $p>0,05$), Favori İl (İLF: $F=,372$; $p>0,05$), Türü (TÜR: $F=2,091$; $p>0,05$) ve Olası Riskler (RSK: $F=1,009$; $p>0,05$) ortalamaları ile meslek değişkeni ortalamaları arasında fark olup olmadığını tespit etmek amacıyla yapılan tek yönlü ANOVA (Tukey) testinde herhangi bir fark tespit edilmemiştir. Buna karşın Finans Modeli (FİN: $F=2,692$; $p=,014<0,05$) ve Favori İller (İLF: $F=2,277$; $p=,035<0,05$) ölçekleri ile meslek arasında anlamlı bir farklılık

tespit edilmiştir. Farkın nedenine ilişkin yapılan Post-Hoc testinde Finans ölçeğinde Hekim-Sağlık Favori İller ölçeğinde ise sağlık çalışanı sahibi/ortağı arasında anlamlı düzeyde bir farklılık tespit edilmiştir.

4.6.3 Korelasyon ve basit doğrusal regresyon analiz bulguları

Bu bölümde araştırmanın temel hipotezlerine yönelik korelasyon ve regresyon testleri yapılmıştır. Analiz sonucunda elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.39: Korelasyon Analizi Değerleri

	N=491	İLT	NTL	FYD	PZR	İL	FİN	İLF	TÜR	RSK
İLT	Pearson Cor.	1								
NTL	Pearson Cor.	,595**	1							
FYD	Pearson Cor.	,487**	,696**	1						
PZR	Pearson Cor.	,434**	,409**	,401**	1					
İL	Pearson Cor.	,370**	,341**	,345**	,443**	1				
FİN	Pearson Cor.	,458**	,394**	,439**	,527**	,451**	1			
İLF	Pearson Cor.	,562**	,504**	,422**	,403**	,521**	,341**	1		
TÜR	Pearson Cor.	,608**	,631**	,544**	,499**	,375**	,512**	,506**	1	
RSK	Pearson Cor.	,195**	,278**	,445**	,312**	,267**	,418**	,153**	,220**	1

** . Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır (Çift kuyruk).

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere tüm değişkenler arasında çeşitli (düşük-orta-yüksek) düzeylerde pozitif yönlü ve anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Korelasyon analizinde bağımsız (predictor) veya bağımlı (predicted) olmasına bakılmaksızın sadece değişkenler arasındaki ilişkinin varlığı, derecesi ve yönü incelenmektedir (Karagöz, 2021). Değişkenler arasında bulunan istatistiksel ilişkinin ortaya çıkış nedeni korelasyon analizleri yoluyla anlaşılamayacağından dolayı regresyon analizinin yapılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Hipotez 1 (Regresyon)

H₁ Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye'nin sağlık turisti sayısını ve sağlık turizmi gelirlerini artırır ($P > P_0$).

İki ya da daha çok değişken arasındaki ilişkinin matematiksel denklemlerle ele alındığı regresyon analizinde neden-sonuç ilişkisine cevap arandığı için hipotez testinde regresyon analizi kullanılmıştır. Analiz sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.40: Sağlık Serbest Bölgesinin Sağlık Turisti Ve Sağlık Turizmi Gelirlerini Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi

	B	St. Hata	Beta	t	Sig.	Tolerans	VIF
Sabit (constant)	2,547	,136		18,689	,000		
Sağlık Serbest Bölgesi (Bağımsız)	,448	,035	,500	12,761	,000	1,000	1,000
Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Tahminlenen Standart Hata	Durbin-Watson		
	,500 ^a	,250	,248	,67176	1,353		
Model	Kareler toplamı (KT)	Sd	Kareler ortalaması (KO)	F	P		
Regresyon Artık (Residuals)	73,490	1	73,490	162,853	,000 ^b		
Toplam	220,669	489	,451				
	294,159	490					

a. Bağımsız değişken (Predictor / Constant): Sağlık Serbest Bölgesi

b. Bağımlı değişken: Sağlık turisti sayısı ve sağlık turizmi gelirleri artar

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere Sağlık Serbest Bölgesi ile sağlık turizmi geliri ve sağlık turisti sayısının artışı arasında orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r: ,500; R²: ,250; p: ,000). Yapılan regresyon analizi kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğunu (p: ,000) ve toplam varyansın %25'ini açıkladığını ortaya koymuştur. Tolerans=1,00>0,02; VIF=1,00<10,0; Durbin-Watson=1,353<3,00 değerleri çoklu bağlantı sorunu olmadığını göstermektedir (Field, 2009). Elde edilen regresyon katsayılarına göre (β) Sağlık Serbest Bölgesi bağımsız (predictor) değişkeninde bir birimlik artışın (yani kuruluşunun) Türkiye'nin sağlık turizmi geliri ve sağlık turisti sayısında %44,8 oranında bir artışa neden olduğu görülmektedir Buna göre, "**H₁**: Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye'ye gelen sağlık turisti sayısını ve sağlık turizmi gelirlerini artırır" adlı **hipotez kabul edilmiştir (H₁: P>P₀)**

Hipotez 2 (Regresyon)

H₂ Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye'nin dünya sağlık turizmi pazarından daha çok pay almasını sağlar (H₂: P>P₀).

İki ya da daha çok değişken arasındaki ilişkinin matematiksel denklemlerle ele alındığı regresyon analizinde neden-sonuç ilişkisine cevap arandığı için hipotez testinde regresyon analizi kullanılmıştır. Analiz sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.41: Sağlık Serbest Bölgesinin Türkiye'nin Dünya Sağlık Turizmi Pazarından Pay Alması Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi

	B	St. Hata	Beta	t	Sig.	Tolerans	VIF
Sabit (constant)	2,553	,147		17,325	,000		
Sağlık Serbest Bölgesi (Bağımsız)	,432	,038	,457	11,362	,000	1,000	1,000
Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Tahminlenen Standart Hata	Durbin-Watson		
	,457 ^a	,209	,207	,72638	1,445		
Model	Kareler toplamı (KT)	Sd	Kareler ortalaması (KO)	F	P		
Regresyon	68,121	1	68,121	129,106	,000 ^b		
Artık (Residuals)	258,014	489	,528				
Toplam	326,134	490					

a. Bağımsız değişken (Predictor / Constant): Sağlık Serbest Bölgesi

b. Bağımlı değişken: Türkiye dünya sağlık turizmi pazarından daha çok pay alır

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere Sağlık Serbest Bölgesi ile dünya sağlık turizmi pazarından pay alma arasında orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r: ,457; R²: ,209; p: ,000). Yapılan regresyon analizi kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğunu (p: ,000) ve toplam varyansın %20,9'unu açıkladığını ortaya koymuştur. Tolerans=1,00>0,02; VIF=1,00<10,0; Durbin-Watson=1,353<3,00 değerleri çoklu bağlantı sorunu olmadığını göstermektedir (Field, 2009). Elde edilen regresyon katsayılarına göre (β) Sağlık Serbest Bölgesi bağımsız (predictor) değişkeninde bir birimlik artışın (yani kuruluşunun) Türkiye'nin dünya sağlık turizmi pazarından pay almasında %43,2 oranında bir artışa neden olduğu görülmektedir. Buna göre, "**H₂**: Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye'nin dünya sağlık turizmi pazarından daha çok pay almasını sağlar" adlı **hipotez kabul edilmiştir (H₂: P>P₀)**

Hipotez 3 (regresyon)

H₃ Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye'yi sağlık turizminde çekim merkezi haline getirir (H₄: P>P₀).

İki ya da daha çok değişken arasındaki ilişkinin matematiksel denklemlerle ele alındığı regresyon analizinde neden-sonuç ilişkisine cevap arandığı için hipotez testinde regresyon analizi kullanılmıştır. Analiz sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.42: Sağlık Serbest Bölgesinin Türkiye’yi Sağlık Turizminde Çekim Merkezi Haline Getirir Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi

	B	St. Hata	Beta	t	Sig.	Tolerans	VIF
Sabit (constant)	2,528	,149		16,933	,000		
Sağlık Serbest Bölgesi (Bağımsız)	,423	,038	,445	10,978	,000	1,000	1,000
Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Tahminlenen Standart Hata	Durbin-Watson		
	,445 ^a	,198	,196	,73599	1,437		
Model	Kareler toplamı (KT)	Sd	Kareler ortalaması (KO)	F	P		
Regresyon Artık (Residuals)	65,285	1	65,285	120,522	,000 ^b		
Toplam	264,886	489	,542				
	330,171	490					

a. Bağımsız değişken (Predictor / Constant): Sağlık Serbest Bölgesi

b. Bağımlı değişken: Türkiye sağlık turizminde uluslararası çekim merkezi olur

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere Sağlık Serbest Bölgesi ile Türkiye’nin sağlık turizminde çekim merkezi olması arasında orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r: ,445$; $R^2: ,198$; $p: ,000$). Yapılan regresyon analizi kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğunu ($p: ,000$) ve toplam varyansın %19,8’ini açıkladığını ortaya koymuştur. Tolerans= $1,00 > 0,02$; VIF= $1,00 < 10,0$; Durbin-Watson= $1,437 < 3,00$ değerleri çoklu bağlantı sorunu olmadığını göstermektedir (Field, 2009). Elde edilen regresyon katsayılarına göre (β) Sağlık Serbest Bölgesi bağımsız (predictor) değişkeninde bir birimlik artışın (yani kuruluşunun) Türkiye’nin sağlık turizminde çekim merkezi olmasında %42,3 oranında bir artışa neden olduğu görülmektedir. Buna göre, “**H₃**: Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye’yi sağlık turizminde çekim merkezi haline getirir” adlı **hipotez kabul edilmiştir (H₃: P>P₀)**

Hipotez 4 (regresyon)

H₄ Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye’ye gelişmiş sağlık teknolojilerinin transferini artırır (H₄: P>P₀).

İki ya da daha çok değişken arasındaki ilişkinin matematiksel denklemlerle ele alındığı regresyon analizinde neden-sonuç ilişkisine cevap arandığı için hipotez testinde regresyon analizi kullanılmıştır. Analiz sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.43: Sağlık Serbest Bölgesinin Türkiye’ye Gelişmiş Sağlık Teknolojilerinin Transferini Artırır Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi

	B	St. Hata	Beta	t	Sig.	Tolerans	VIF
Sabit (constant)	2,709	,145		18,620	,000		
Sağlık Serbest Bölgesi (Bağımsız)	,389	,037	,425	10,385	,000	1,000	1,000
Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Tahminlenen Standart Hata	Durbin-Watson		
	,425 ^a	,181	,179	,71704	1,453		
Model	Kareler toplamı (KT)	Sd	Kareler ortalaması (KO)	F	P		
Regresyon Artık (Residuals)	55,448	1	55,448	107,844	,000 ^b		
Toplam	251,420	489	,514				
	306,868	490					

a. Bağımsız değişken (Predictor / Constant): Sağlık Serbest Bölgesi

b. Bağımlı değişken: Türkiye’ye Sağlık teknolojileri transferi artar

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere Sağlık Serbest Bölgesi ile Türkiye’ye gelişmiş sağlık teknolojilerinin transferi arasında orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r: ,425$; $R^2: ,181$; $p: ,000$). Yapılan regresyon analizi kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğunu ($p: ,000$) ve toplam varyansın %18,1’ini açıkladığını ortaya koymuştur. Tolerans= $1,00 > 0,02$; VIF= $1,00 < 10,0$; Durbin-Watson= $1,453 < 3,00$ değerleri çoklu bağlantı sorunu olmadığını göstermektedir (Field, 2009). Elde edilen regresyon katsayılarına göre (β) Sağlık Serbest Bölgesi bağımsız (predictor) değişkeninde bir birimlik artışın (yani kuruluşunun) Türkiye’ye gelişmiş sağlık teknoloji transferinde %38,9 oranında bir artışa neden olduğu görülmektedir. Buna göre, “**H₄**: Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye’ye gelişmiş sağlık teknolojilerinin transferini artırır” adlı **hipotez kabul edilmiştir (H₄: P>P₀)**

Hipotez 5 (regresyon)

H₅ Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye’de sağlık ve iltisaklı alanlarda istihdamın artışına pozitif katkı sağlar (H₅: : P>P₀).

İki ya da daha çok değişken arasındaki ilişkinin matematiksel denklemlerle ele alındığı regresyon analizinde neden-sonuç ilişkisine cevap arandığı için hipotez testinde regresyon analizi kullanılmıştır. Analiz sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.44: Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye’de Sağlık Ve İltisaklı Alanlarda İstihdamın Artışına Katkı Sağlar Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi

	B	St. Hata	Beta	t	Sig.	Tolerans	VIF
Sabit (constant)	2,774	,145		19,105	,000		
Sağlık Serbest Bölgesi (Bağımsız)	,391	,037	,427	10,435	,000	1,000	1,000
Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Tahminlenen Standart Hata	Durbin-Watson		
	,427 ^a	,182	,180	,71562	1,277		
Model	Kareler toplamı (KT)	Sd	Kareler ortalaması (KO)	F	P		
Regresyon Artık (Residuals)	55,767	1	55,767	108,898	,000 ^b		
Toplam	250,420	489	,512				
	306,187	490					

a. Bağımsız değişken (Predictor / Constant): Sağlık Serbest Bölgesi

b. Bağımlı değişken: Türkiye’de sağlık ve iltisaklı alanlarda istihdama katkı sağlar

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere Sağlık Serbest Bölgesi ile Türkiye’de sağlık ve iltisaklı alanlarda istihdamın artışı arasında orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r: ,427$; $R^2: ,182$; $p: ,000$). Yapılan regresyon analizi kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğunu ($p: ,000$) ve toplam varyansın %18,2’sini açıkladığını ortaya koymuştur. Tolerans= $1,00 > 0,02$; VIF= $1,00 < 10,0$; Durbin-Watson= $1,277 < 3,00$ değerleri çoklu bağlantı sorunu olmadığını göstermektedir (Field, 2009). Elde edilen regresyon katsayılarına göre (β) Sağlık Serbest Bölgesi bağımsız (predictor) değişkeninde bir birimlik artışın (yani kuruluşunun) Türkiye’de sağlık ve iltisaklı alanlarda %39,1 oranında bir artışa neden olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, “**H₅**: Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye’de sağlık ve iltisaklı alanlarda istihdamın artışına pozitif katkı sağlar” adlı **hipotez kabul edilmiştir (H₅: P>P₀)**

Hipotez 6 (regresyon)

H₆ Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye’de sağlık politikalarının iyileşmesine pozitif yönlü katkı sağlar (H₆: P>P₀).

İki ya da daha çok değişken arasındaki ilişkinin matematiksel denklemlerle ele alındığı regresyon analizinde neden-sonuç ilişkisine cevap arandığı için hipotez testinde regresyon analizi kullanılmıştır. Analiz sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.45: Sağlık Serbest Bölgesinin Türkiye’de Sağlık Politikalarının İyileşmesine Pozitif Yönlü Katkı Sağlar Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi

	B	St. Hata	Beta	t	Sig.	Tolerans	VIF
Sabit (constant)	2,373	,153		15,549	,000		
Sağlık Serbest Bölgesi (Bağımsız)	,465	,039	,471	11,815	,000	1,000	1,000
Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Tahminlenen Standart Hata	Durbin-Watson		
	,471 ^a	,222	,220	,7522	1,547		
Model	Kareler toplamı (KT)	Sd	Kareler ortalaması (KO)	F	P		
Regresyon	78,981	1	78,981	108,898	,000 ^b		
Artık (Residuals)	276,677	489	,566				
Toplam	355,658	490					

a. Bağımsız değişken (Predictor / Constant): Sağlık Serbest Bölgesi

b. Bağımlı değişken: Türkiye’de sağlık politikalarının iyileşmesine pozitif katkı

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere Sağlık Serbest Bölgesi ile Türkiye’de sağlık politikalarının iyileşmesi arasında orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r: ,471; R²: ,222; p: ,000). Yapılan regresyon analizi kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğunu (p: ,000) ve toplam varyansın %22,2’sini açıkladığını ortaya koymuştur. Tolerans=1,00>0,02; VIF=1,00<10,0; Durbin-Watson=1,547<3,00 değerleri çoklu bağlantı sorunu olmadığını göstermektedir (Field, 2009). Elde edilen regresyon katsayılarına göre (β) Sağlık Serbest Bölgesi bağımsız (predictor) değişkeninde bir birimlik artışın (yani kuruluşunun) Türkiye’nin sağlık turizmi geliri ve sağlık turisti sayısında %46,5 oranında bir artışa neden olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, “**H₆**: Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye’de sağlık politikalarının iyileşmesine pozitif yönlü katkı sağlar” adlı **hipotez kabul edilmiştir (H₆: P>P₀)**

Hipotez 7 (regresyon)

H₇ Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye’de sağlık standartlarının yükselmesine pozitif yönlü katkı sağlar (H₇: P>P₀)

İki ya da daha çok değişken arasındaki ilişkinin matematiksel denklemlerle ele alındığı regresyon analizinde neden-sonuç ilişkisine cevap arandığı için hipotez testinde regresyon analizi kullanılmıştır. Analiz sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.46: Sağlık Serbest Bölgesinin Türkiye’de Sağlık Standartlarının Yükselmesine Katkı Sağlar Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi

	B	St. Hata	Beta	t	Sig.	Tolerans	VIF
Sabit (constant)	2,613	,146		17,839	,000		
Sağlık Serbest Bölgesi (Bağımsız)	,421	,038	,450	11,138	,000	1,000	1,000
Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Tahminlenen Standart Hata	Durbin-Watson		
	,450 ^a	,202	,201	,72207	1,423		
Model	Kareler toplamı (KT)	Sd	Kareler ortalaması (KO)	F	P		
Regresyon	64,679	1	64,679	124,054	,000 ^b		
Artık (Residuals)	254,954	489	,521				
Toplam	319,633	490					

a. Bağımsız değişken (Predictor / Constant): Sağlık Serbest Bölgesi

b. Bağımlı değişken: Türkiye’de sağlık standartlarının yükselmesine katkı sağlar

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere Sağlık Serbest Bölgesi ile Türkiye’de sağlık standartlarının yükselmesi arasında orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r: ,450; R²: ,202; p: ,000). Yapılan regresyon analizi kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğunu (p: ,000) ve toplam varyansın %20,2’sini açıkladığını ortaya koymuştur. Tolerans=1,00>0,02; VIF=1,00<10,0; Durbin-Watson=1,423<3,00 değerleri çoklu bağlantı sorunu olmadığını göstermektedir (Field, 2009). Elde edilen regresyon katsayılarına göre (β) Sağlık Serbest Bölgesi bağımsız (predictor) değişkeninde bir birimlik artışın (yani kuruluşunun) Türkiye’nin sağlık standartlarında %42,1 oranında bir artışa neden olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, “**H₇**: Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye’de sağlık standartlarının yükselmesine pozitif yönlü katkı sağlar” adlı **hipotez kabul edilmiştir (H₇: P>P₀)**

Hipotez 8 (regresyon)

H₈ Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye’de sağlık kurumlarının hizmet kalitesinin artmasına katkı sağlar (H₈: P>P₀)

İki ya da daha çok değişken arasındaki ilişkinin matematiksel denklemlerle ele alındığı regresyon analizinde neden-sonuç ilişkisine cevap arandığı için hipotez testinde regresyon analizi kullanılmıştır. Analiz sonuçları aşağıda verilmiştir.

Tablo 4.47: Sağlık Serbest Bölgesinin Türkiye’de Sağlık Kurumlarının Hizmet Kalitesinin Artmasına Katkı Sağlar Yordamasına İlişkin Regresyon Analizi

	B	St. Hata	Beta	t	Sig.	Tolerans	VIF
Sabit (constant)	2,422	,156		15,478	,000		
Sağlık Serbest Bölgesi (Bağımsız)	,458	,040	,456	11,345	,000	1,000	1,000
Model	R	R ²	Düzeltilmiş R ²	Tahminlenen Standart Hata	Durbin-Watson		
	,456 ^a	,208	,207	,77137	1,585		
Model	Kareler toplamı (KT)	Sd	Kareler ortalaması (KO)	F	P		
Regresyon	76,580	1	76,580	128,703	,000 ^b		
Artık (Residuals)	290,963	489	,595				
Toplam	367,544	490					

a. Bağımsız değişken (Predictor / Constant): Sağlık Serbest Bölgesi

b. Bağımlı değişken: Türkiye’de sağlık kurumlarının hizmet kalitesinin artmasına katkı sağlar

Yukarıdaki tabloda görüldüğü üzere Sağlık Serbest Bölgesi ile Türkiye’de sağlık kurumlarının hizmet kalitesinin artması arasında orta düzeyde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r: ,458; R²: ,208; p: ,000). Yapılan regresyon analizi kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğunu (p: ,000) ve toplam varyansın %20,8’ini açıkladığını ortaya koymuştur. Tolerans=1,00>0,02; VIF=1,00<10,0; Durbin-Watson=1,585<3,00) değerleri çoklu bağlantı sorunu olmadığını göstermektedir (Field, 2009). Elde edilen regresyon katsayılarına göre (β) Sağlık Serbest Bölgesi bağımsız (predictor) değişkeninde bir birimlik artışın (yani kuruluşunun) Türkiye’de sağlık kurumlarının hizmet kalitesinde %45,8 oranında bir artışa neden olduğu tespit edilmiştir. Buna göre, “**H₈**: Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye’de sağlık kurumlarının hizmet kalitesinin artmasına pozitif yönlü katkı sağlar” adlı **hipotez kabul edilmiştir (H₈: P>P₀)**

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Türkiye’de Sağlık Serbest Bölgesine gereksinim olup olmadığını ortaya çıkarmak amacıyla sağlık sektöründen 518 kişiyle anket çalışması yapılmış ve alanyazın için oldukça yeni sayılabilecek bulgulara ulaşılmıştır. Bulgular, bir önceki bölümde üzerinde herhangi bir yorum yapılmadan verilmiştir. Bu bölümde bulgular üzerinde yorum ve değerlendirmelerde bulunmaktadır.

Ulusal ve uluslararası alanyazında yapılan taramada aynı veya benzer konuda yapılan bir çalışmaya rastlanılmadığı için elde edilen bulguların bir başka kaynakla karşılaştırılması mümkün olamamaktadır.

Çalışmada, Türkiye’de Sağlık Serbest Bölgesine ihtiyaç olup olmadığını tespit etme amacı güden ana problem sorusuna cevap aranmıştır. Akabinde böyle bir ihtiyacın olması halinde alt problem soruları olarak Türk SASEB’in sağlayacağı fayda/katma değer, temel nitelikleri/özellikleri, yerleşim için en uygun il ve ili tercih nedenleri, olası pazarlar, finans modeli, türü ve olası riskleri neler olabilir soruları ele alınmıştır.

Çalışmaya katılan 491 kişinin büyük çoğunluğu (%59) Sağlık Serbest Bölgesine ihtiyaç olduğu yönünde görüş bildirmişlerdir. Bu oran beklentilerin üzerinde çıkmıştır. Katılımcıların çoğunluğunun SASEB’e ihtiyaç olduğu yönünde kanaat belirtmesi Türkiye’nin sağlık turizmi hedeflerini gerçekleştirmesinde SASEB’ten önemli işlevsel görev beklediklerini ortaya koymaktadır. Dönemsel iniş çıkışlar olmakla birlikte Türkiye kamu ve özel sektör olarak sağlık turizmine çok önem vermektedir. Fakat bir türlü de hak ettiği sağlık turisti sayısını ve sağlık turizmi gelirlerini tutturamamaktadır.

Onuncu Kalkınma Planında (2014-2018) önemli bir yer verilen sağlık turizmi 2018 hedefleri arasında 100 bin termal turizm yatak kapasitesi, 1,5 milyon termal turist ve 750 bin medikal turist olmak üzere 2 milyon 250 bin toplam sağlık turisti ve 9 milyar USD gelir beklentisi yer almaktaydı (Sağlık Bakanlığı, 2015). Hedef yıl 2018’de gerçekleşen ise 594 bin sağlık turisti ve 863 milyon USD gelir şeklinde olmuştur

(USHAŞ, 2021). Gelir yönüyle hedeflenenin ancak % 10'u, sağlık turisti sayısı yönüyle hedeflenenin ancak %26'sı gerçekleştirilebilmiştir. Aynı şekilde 2022 yılında 1 milyon 258 bin sağlık turisti ve 2 milyar 120 bin USD sağlık turizmi gelirine ulaşılabildiği dikkate alınca 2023 hedef yılında 2 milyon hasta ve 20 milyar USD gelir hedeflerinin gerçekleşme ihtimali oldukça düşük gözükmektedir. Sağlık sektörü paydaşlarının Sağlık Serbest Bölgesini Türkiye'nin sağlık altyapı ve potansiyeli ile uyumlu sağlık turizmi hedeflerine ulaşmasında önemli bir araç olarak değerlendirdikleri görülmüştür. Oluşturulan hipotezlere yönelik yapılan regresyon analizlerinde; H₁ Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye'nin sağlık turisti sayısını ve sağlık turizmi gelirlerini artırır hipotezinin %44,8; H₂ Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye'nin dünya sağlık turizmi pazarından daha çok pay almasını sağlar hipotezinin %43,2; H₃ Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye'yi sağlık turizminde çekim merkezi haline getirir hipotezinin %42,3; H₄ Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye'ye gelişmiş sağlık teknolojilerinin transferini artırır hipotezinin %38,9; H₅ Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye'de sağlık ve iltisaklı alanlarda istihdamın artışına pozitif katkı sağlar hipotezinin %39; H₆ Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye'de sağlık politikalarının iyileşmesine pozitif yönlü katkı sağlar hipotezinin %46,5; Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye'de sağlık standartlarının yükselmesine pozitif yönlü katkı sağlar hipotezinin %42,1 ve H₈ Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye'de sağlık kurumlarının hizmet kalitesinin artmasına katkı sağlar hipotezinin %45,8 katkı skoruyla paydaş beklentilerini desteklediği görülmektedir. Hipotez regresyon analiz sonuçları Sağlık Serbest Bölgesinin sağlık sektörüne %38,9 ile %46,5 arasında değişen oranlarda katkı sağladığını ortaya koymaktadır.

Özkurt (2007) sağlık turizminin yer aldığı sağlık sektörünü sağlıklı durumu korumaya yardım eden ürünlerin geliştirildiği bir alan olarak görmektedir. Baydaş (2022) işletmelerin ürün veya pazarlama stratejileri geliştirirken ürüne değer katan marka konusunu da çözmesi gerektiğine işaret etmekte ve markanın bir ülkenin sahip olduğu en değerli varlıklar arasında yer aldığını belirtmektedir. Sağlık sektörü Türkiye'nin güçlü olduğu alanlardan birini oluşturmaktadır. Bu alanda geliştirilecek yeni ürünlerin ülke ekonomisine yapacağı katkının katsayısının yüksek olması öngörülmektedir. Bazı araştırmacılar üründen daha ziyade markayı satmanın Türkiye gibi geçiş döneminde bulunan veya gelişmekte olan ülkeler için zenginleşmenin bir yolu olarak görülmesi gerektiğini belirtmektedirler (Baydaş, 2022).

Çalışmada Sağlık Serbest Bölgesinin özellikleri/niteliklerinin nasıl olması gerektiği alt sorulardan birini oluşturmuştur. Katılımcıların %88 gibi oldukça yüksek bir oranı Türkiye’de kurulması halinde Sağlık Serbest Bölgesinin yenilikçi (inovatif) olması gerektiğini ifade etmiştir. Klasikleşen hizmet anlayışının SASEB’te uygulanması istenmemektedir. Yoğun ilaç bileşenlerinin kullanıldığı patojen odaklı konvansiyonel tıbbın hastalığı baskıladığı ve gerçek tedaviyi ertelediği yönünde eleştiriler artmakta, antik medeniyetlerde olduğu gibi akıl, ruh ve beden üçgeninde hasta ve hastalık tanımlarına yönelim çoğalmaktadır. Bir ekosistem içerisinde yaşayan insanın redüksiyonist bir yöntemle tedavisinin mümkün olamayacağı, hücre ve dokularda meydana gelen bozulmaların ve işlev kaybının salt ilaçlarla iyileştirilemeyeceği, altta yatan sosyal, psikolojik, ekonomik nedenlerinin araştırılmasının ve anlaşılmasının tedavinin bir parçası olması gerektiğini savunan holistik yaklaşımın Türk SASEB’in temel felsefesini oluşturması istenmektedir. Vithoulkas (2021) kullanılan aşırı ve gereksiz ilaçlar nedeniyle bakteri ve mikroplarda ilaç direnci oluştuğunu, antibiyotik tedavisi uygulanan 3 bin hastayla yapılan çalışmada % 2,2’inde süper enfeksiyon görüldüğünü belirtmektedir. İlaç tedavisine yoğunlaşmanın beraberinde pek çok yan etkinin görülmesi kaçınılmaz olmaktadır.

Bu nedenle katılımcıların %85,4’ü ilaç yoğun tedavinin yerine akıl, ruh ve beden sağlığına dayanan bütüncül sağlık hizmetlerinin Türk SASEB’in başarısı için oldukça önemli olduğunu belirttikler. Ayrıca ağırlıklı kimyasal bileşenlerden sentezlenen ilaçların yerine bitkisel bileşenlerin tedavide kullanıldığı Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıbbi (GETAT) hizmetlerin Türk SASEB’te yer alması istenmektedir. Katılımcıların %88,2’si tedaviden beklenen faydanın sağlanabilmesi için GETAT uygulamalarının yaygınlık kazanması gerektiğini belirtmektedir. Dünya Sağlık Örgütü bu alanda yoğun çalışmalar yapmaktadır. Bunlar arasında “*Geleneksel Tıp Alanında Araştırma ve Eğitimin Geliştirilmesi (1977)*”, “*Tıbbi Bitkiler (1978)*”, “*Geleneksel Tıp (1987)*”, “*Geleneksel Tıp ve Modern Sağlık Hizmetleri (1989, 1991)*”, “*Geleneksel Tıp Araştırma ve Değerlendirme Metodolojileri Rehberi (2000)*”, “*Geleneksel Tıp / Alternatif Tıp ve Tamamlayıcı Tıbbın Dünyadaki Yasal Durumu (2001)*” ve “*DSÖ Geleneksel Tıp Stratejisi 2002-2005*” başlıklı çalışmalar örnek gösterilebilir (Müslümanoğlu ve Tayfun, 2019).

Katılımcıların Türk SASEB’in nitelik ve temel bileşenlerine yönelik soruya %89’dan fazlasının sağlık Ar-Ge merkezlerini belirtmesi bu alanda duyulan ihtiyacın

büyükliğini göstermektedir. Ar-Ge yatırımlarının ekonomiye katkısı tüm ülkeler tarafından kabul edilmektedir. İçsel büyüme modelinin öncüsü Romer, teknolojik yeniliklerin insan kaynakları ve sahip olunan bilgi birikimini etkin kullanan Ar-Ge çalışmaları ile gerçekleştiğinin altını çizmektedir (Romer, 1990). Korkmaz tarafından 2010 yılında yapılan çalışmada da Türkiye’de 1990-2008 arasında yapılan Ar-Ge harcamaları ve ekonomi büyüme arasındaki ilişki analiz edilmiş, Ar-Ge harcamaları ile GSYİH arasında pozitif yönlü korelasyon ortaya konmuştur. Duman ve Aydın (2018)’da çalışmalarında Türkiye’nin gelişmesi ile Ar-Ge harcamaları arasında doğrusal ilişkiyi işaret etmektedirler. Türk SASEB’in kurulması halinde sağlık alanında araştırmalar yapacak yetkin bir Ar-Ge merkez veya merkezlerinin kurulması önemsenmektedir.

Katılımcıların önemseydiği temel bileşenler arasında deneysel çalışmaların yapılacağı güçlü laboratuvarlar yer almaktadır; %88,8’i Türk SASEB için bu tür laboratuvarları ve buralarda sağlık alanında yapılacak bilimsel-deneysel çalışmaları gerekli görmektedir. Tanı koyma, daha önce konulan tanının kabul veya reddi, tedavinin fayda ve sonuçlarının izlenmesi, hastalıkların taranması, örneklerin incelenmesi vb. işlemlerin yapıldığı yerler olarak önem taşımaktadır. Laboratuvar tıbbı göreceli olarak yeni bir disiplin olarak tanımlansa da antik Mısır, Çin, Hint, İran ve Grek medeniyetlerinde idrar, salgı benzeri testlerin yapıldığı bilinmektedir (James, 2022). Deneysel çalışmaların binlerce yıl öncesinden yapıldığı antik Mısır tıp papirüslerinde ayrıntılı olarak yer almaktadır. Antik Mısır’dan Babil, İyonya ve Greklere, Greklerden Romalılara ve Araplara (Müslümanlara), Müslüman topluluklarda bir süre etkin bir gelişim sergiledikten sonra Endülüs ve Ortadoğu üzerinden Batıya doğru bir geçiş yapan tıp bilimi özellikle Rönesans’tan sonra Batı tarafından günümüz tıbbına son şekli verilmiş oldu. Günümüz tanımıyla ilk klinik laboratuvarın 1896 yılında Balitmore’daki John Hopkins Hastanesinde kurulduğu belirtilmektedir (Plebani, 2015).

Katılımcılar Türk SASEB’te sağlıkla ilgili eğitim ve öğretim kurumlarının yer alıp almaması konusunda %90,2 oranında olumlu cevap vermişlerdir. İnsan sağlığının korunması ve geliştirilmesinde sağlık çalışanlarının önemi büyüktür. Küresellik olgusunun sosyal yaşamın her alanında kendini göstermesiyle çeşitli dil, din, kültür, inanç, yaşam tarzı, sosyo-ekonomik arka plan özelliklerine sahip insanları hasta, hekim, iş partneri vb. kimlik ve görevlerle karşınıza çıkartmaktadır. Türk SASEB’te

sağlık alanında çok yönlü ve kaliteli eğitimlerin verildiği kurumlarda yetişen sağlık profesyonelleri hizmet kalitesinin artmasının yanı sıra müşteri memnuniyetinin artmasında da önemli bir görev üstlenebilecektir.

Katılımcılar Türk SASEB’te genel hastane, tıp merkezi, fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi, ağız ve diş sağlığı merkezleri benzeri temel sağlık tesislerinin olmasını %91 gibi oldukça yüksek bir oranda gerekli görmekteler. Katılımcıların tamamına yakınının sağlık sektöründe veya iltisaklı alanlarda çalışıyor olması sağlık alanında ürün ve hizmet sunabilmek ve bunları marka haline getirebilmek için sağlık altyapısının güçlü ve yeterli hacme sahip olması gerektiği yönündeki farkındalıklarını ortaya koymaktadır.

Katılımcılar Türk SASEB’te kök hücre, organ nakli, kanser, robotik cerrahi benzeri ileri teknoloji sağlık hizmetleri sunulmasını %90,6 gibi oldukça yüksek bir oranla gerekli görmektedir. Küresel sağlık turizmi pazarı bir yanda büyürken diğer yanda bu pazardan pay almak isteyen ülkelerin sayısı artmaktadır. Sağlıkta yaptıkları reform ve dönüşüm programlarıyla uluslararası hastalara açık kapı politikaları geliştirmeye ve diğer ülkelerle rekabet etmeye başlayan yeni ülkelerle klasikleşen sağlık hizmetlerinin yanı sıra katma değeri yüksek ve ihtisas gerektiren alanlara yönelmek bu açılardan önem taşımaktadır. Kuşat ve Eda (2022) yaptıkları çalışmada Türkiye sağlık turizmi sektörünün rekabet gücünün yüksek olduğu ortaya koymuşlardır. Potansiyel olarak var olan bu rekabet gücünün ileri teknoloji ihtisas sağlık ve tedavi hizmetleri ile desteklenmesinin sağlayacağı katma değer buna koşut yüksek olacaktır.

Katılımcılar termal, SPA, Wellness ve anti-aging tesislerinin büyüyen Wellness pazarından alınacak payın artmasında önemli bir etken olacağı kanaatine sahip bulunmaktadır. Katılımcıların %87’den fazlası söz konusu tesislerle sağlık turizminin rekabet gücünün artmasının yanı sıra Türkiye’nin sahip olduğu doğal kaynak ve imkânların etkin olarak ticarileştirilmesine katkı sağlayacağını belirtmektedir. MTA verilerine göre Türkiye, sıcaklıkları 20 derecenin üzerinde, debisi 2-500 lt/sn 1500’den fazla termal kaynağa sahip bulunmaktadır. Sağlık Serbest Bölgesi ile bağlantılı bir şekilde proje kapsamına alınacak doğal termal kaynaklar Türk SASEB için büyük bir pazar gücü sağlayacaktır. Pazarlama ve marka boyutu ürün başarısı için önem taşımaktadır (Baydaş, 2022). Başarı için önem taşıyan bir başka unsur

insan kaynaklarıdır. Özellikle sağlık turizmi benzeri hizmet sektörlerinde çalışanlar kuruluşlarını temsil etmektedir (Erkasap ve Özkan, 2022).

Katılımcılar yaşlılara yönelik geriatrik bakım merkezi ve aktif yaşam tesislerine yönelik ifadeye %88,4 oranında bu tesislerin gerekli olduğu şeklinde cevap vermişlerdir. TÜİK verilerin göre 2017 yılında 65 ve üstü 6 milyon 895 bin olan kişi sayısı %22,6 artarak 2022 yılında 8 milyon 451 bin kişiye ulaşmıştır. 2030 yılında bu sayının %12,9 artması beklenmektedir. Aynı artışın dünya nüfus piramidinde de sürdüğü görülmektedir. BM verilerine göre 2022 yılında 7 milyar 975 milyon olan dünya nüfusunun 783 milyona yakını (%9,8) 65 ve üstü kişilerden meydana gelmektedir. Verilerden yola çıkıldığı takdirde artan yaşlı nüfusun ulusal ve uluslararası büyük bir pazar oluşturduğu ve bu büyük pazara sunulacak sağlık hizmetlerinin ekonomik getirisinin büyük olacağı öngörülmektedir. Bazı araştırmacılar üründen daha ziyade markayı satmanın Türkiye gibi geçiş döneminde bulunan veya gelişmekte olan ülkeler için zenginleşmenin bir yolu olarak görülmektedir (Baydaş, 2022).

Katılımcılara yöneltilen Sağlık Serbest Bölgesi için en uygun il ifadesine birinci sırada %89,6 ile İstanbul, %88,4 ile İzmir, %87,3 ile Antalya ve %83,9 ile Ankara olarak cevap vermişlerdir. Buna göre İstanbul en favori il olarak öne çıkmakta, sırasıyla İzmir, Antalya ve Ankara takip etmektedir. İlk 3 ilin denizle doğrudan bağlantısı, uluslararası havalimanı, merkezi konumu, termal kaynakları, diğer turizm imkânları, gelişmiş sosyo-kültürel altyapısı, kamu-üniversite-iş dünyası desteği beklentisi, yatırımcının bu şehirlere daha kolay yatırım yapmaya yönelim göstermesi gibi değişkenler özellikle bu üç ilin tercih nedenleri arasında yer almaktadır.

Türk SASEB'in yapısal tür ve şekli nasıl olmalı ifadesine katılımcıların %85,1 ayrı Medikal ihtisas SASEB; %86,2 Termal ihtisas SASEB; %86,6 Üçüncü Yaş ihtisas SASEB ve %84 bir tane Genel SASEB kurulabilir şeklinde cevap vermişlerdir. Cevaplardan katılımcıların her 4 seçeneğe de olumlu yaklaştıkları ve esas belirleyici unsurun pragmatist yaklaşımla maliyet, pazar, yatırım benzeri değişkenlerin dikkate alınması gerektiğine işaret etmeleridir. Tüm sonuçlar hangi tür ve yapıda olursa olsun Türkiye'de bir SASEB'e ihtiyaç olduğunu ortaya koymaktadır.

Katılımcılara yöneltilen Türk SASEB'in maliyet-kalite bağlamında en etkin finans modeli ifadesine sırasıyla %75,9 kamu-özel sektör işbirliği; %70,5 doğrudan yabancı

yatırım (DYY) kaynaklarından; %63,8 Birleşik Arap Emirlikleri ve/veya Çin Sağlık Serbest Bölgeleri ile işbirliği; %60,1 alternatif kaynaklar; %59,7 halka arz yoluyla; %52,1 bütünüyle kamu tarafından ve %41,7 bütünüyle özel sektör şeklinde cevap vermişlerdir. Cevap ortalamalarından sağlık sektörünün, Türk SASEB'in finansmanının bütünüyle tek başına kamu veya tek başına özel sektörden karşılanmasına olumlu bakmadığı görülmektedir. Kamu ve özel sektöre ayrı ayrı güvensizlik olarak değerlendirilebilecek bu yaklaşım karşın kamu-özel sektör işbirliği olduğu takdirde kabul ortalamasının %75,9'a çıktığı görülmektedir. Kamu ve özel sektörün birbirini dengelemesi ve kontrol altında tutmasının istendiği gibi öngörü yürütmek mümkün gözükmemektedir. Bunun gerçek nedenlerinin bir başka çalışmayla araştırılmasında fayda görülmektedir.

Katılımcılara Türk SASEB'in potansiyel hedef pazarlarına yönelik ifadeye %81,8 Avrupa Birliği ülkeleri; %77,8 Balkan Ülkeleri; %72,7 Kuzey Amerika; %72,5 Ortadoğu Ülkeleri; %71,2 Karadeniz Ekonomik İşbirliği Ülkeleri (Rusya, Ukrayna, Azerbaycan, Ermenistan, Gürcistan vb.); %70,4 Güney Amerika ülkeleri; %67,4 diğer ülkeler ve %60,3 Afrika ülkeleri olarak cevap vermişlerdir. Ortalamalardan sağlık alanında Avrupa Birliği ile işbirliği, ürün ve hizmet pazarlanmasında ilk sırayı almaktadır. Türkiye ile AB arasında yaşanan siyasi olumsuzluk ve sorunlara rağmen ticari alanda insanların rasyonel ve pragmatist yaklaşım sergiledikleri görülmektedir.

Katılımcılar SASEB'in kurulması halinde neden olabileceği olası riskler olarak %57,1 sağlıkta olası eşitsizlik; %49,1 mevcut sağlık kuruluşları için olası olumsuzluklar ve %61,1 henüz öngöremedikleri fakat araştırılması gereken olası olumsuzluklar olabileceğini belirtmişlerdir.

Sonuç olarak Sağlık Serbest Bölgesi projesinin Türkiye sağlık sektörü paydaşları tarafından olumlu karşılandığı tespit edilmiştir. Sektör, SASEB'i Türkiye'nin hem sağlık turizmi alanında hem de sektörün bütününe faydası ve katkısı olacak bir olgu olarak değerlendirmektedir. SASEB için en uygun ilin İstanbul olduğu tüm paydaşların ortak kanaati olarak ortaya çıkmıştır. İstanbul'u az bir skor farkıyla İzmir ve Antalya takip etmektedir. Ankara dördüncü sırada yer almaktadır.

6. ÖNERİLER

Alt kümelerin kendi optimallerini sağlarken küme optimali sürecinde olmaları gerekmektedir. Gerçekleşmemesi ülke sağlık sistemini optimal altı bir sürece yönlendirme riskini getirecektir. SASEB'in uygulanış stratejisi belirleyici değişkendir. SASEB'e yönlendirilen kaynakların ülke sağlık sistemine katma değer sağlaması gerekirken alternatif maliyet yaratmaması gerekli bir koşuldur (Güvenen 2016b). SASEB'in Türkiye'de uygulanmasının, sağlık sektörünün bütününe ne düzeyde etki yapacağı, Türkiye optimali sürecinde, en belirleyici unsurdur.

Kurulması halinde SASEB, içerisinde bulunduğu ülkenin siyasi, sosyal, ekonomik, etik, çevre, insan hakları, demokrasi ve ögürlük gibi pek çok faktör ve koşullarıyla doğrudan veya dolaylı etkileşim içerisinde olacaktır. Projeye başlanmadan önce bu konuların tüm paydaşlarla demokratik, şeffaf ve denetlenebilir bir şekilde tartışılmasında fayda görülmektedir. Aksi takdirde Sistem-2 olarak nitelendirilen paranın desteğiyle oluşturulan sosyo-ekonomik sistemlerin pek çok örnekte görüldüğü üzere neden olacağı suiistimallerin ortaya çıkması kaçınılmaz olacaktır (Güvenen, 2015). Dünya genelinde etik kuralları dikkate almayan denetimsiz ulusal ve ulusüstü sosyo-ekonomik yapıların doğal kaynakları, emeği, insan haklarını, demokrasiyi, güçler ayrılığı ilkesini çığnemekten kaçınmadığı bilinmektedir. Türkiye'nin sağlık optimalinden ayrı düşünülemez Sağlık Serbest Bölgesi bu yönüyle hassas ve titiz bir çalışmayı gerektirmektedir.

6.1 Araştırmacılara öneriler

Ulusal alanda yapılan ilk çalışma olması ve muhtemelen uluslararası alanda da ilk ya da ilklerden olması nedeniyle bu çalışmada Sağlık Serbest Bölgesi hakkında ortaya çıkan bulgular temel alınarak devam çalışmalarının yapılmasında fayda görülmektedir. Sağlık Serbest Bölgesi hakkında bilimsel çalışma yapmak ya da makale yazmak isteyenlere aşağıdaki konular önerilir;

Türk SASEB'in temel felsefesi: Büyük eleştiri altında olan konvansiyonel Batılı patojenik (hastalık odaklı) tedavi yaklaşımı yerine akıl, ruh ve beden sağlığını temel

alan “holistik” sağlık ve sağlık hizmetleri yaklaşımının Türk SASEB için temel bir felsefe oluşturup oluşturmayacağı bilimsel yöntemlerle araştırılmalıdır.

Etik alışmalar: Sağlık Serbest Bölgesi bir yanda doğrudan insan yaşamı ile diğer yanda iktisadi faaliyetleri ile ilişkili olduğu için etik boyutun derinlemesine ele alınması, standartların konması, denetim mekanizmalarının oluşturulup işlevsel hale getirilmesi çeşitli boyutlarıyla araştırılmalıdır.

Olası riskler: Sağlık Serbest Bölgesi, sağlık turisti sayısı ve sağlık turizmi gelirlerinin artması, ileri teknolojilerin ülkeye transferi, sağlık politika ve standartlarının geliştirilmesi, hizmet kalitesinin artması benzeri pek çok olumlu katkılarının yanı sıra beraberinde getireceği (deneysel laboratuvarlarda yapılacak Ar-Ge çalışmalarının ve ilaç denemelerinin sınırlarının çizilmesi, sağlıkta eşitsizliklerin oluşması vb.) olası riskler yönüyle araştırılmalıdır.

Marka ve pazarlama alışmaları: Sağlık turizmi hedeflerini tutturmakta zorlanan Türkiye’de kurulması halinde Türk SASEB’in uluslararası pazar araştırmaları ile konumlandırma, markalaşma, tutunma ve pazarlama stratejileri geliştirilmelidir.

6.2 Kamuya neriler

SASEB projesini hayata geçirmiş veya inşa aşamasında olan ülkelerde olduğu gibi Türkiye’de de projenin hayata geçirilmek istenmesi halinde kamunun doğrudan projenin içerisinde merkezi bir konumda olmasına ihtiyaç bulunmaktadır. Yasal düzenleme, denetleme, teşvik ve koordinasyon konusunda ulusal ve yerel kamu otoritelerinin projede n alması önerilir.

6.3 Girişimcilere neriler

Çalışmada ortaya çıkan bulguları Türk SASEB projesini hayat geçirilmek amacıyla değerlendirmek isteyen girişimcilere 1,5-2 yıl sürmesi öngörülen ve genel çizgilerle tanımlanan aşağıdaki süreçleri takip etmeleri önerilir;

Aşama-1 (ortalama 3 ay): Girişimci ruha sahip 5-10 kişi arası bir “**Kurucu Takım**” oluşturulmalı (uzun ve yorucu bir çalışmayı sürdürebilecek niteliklere sahip farklı disiplinlerden bilgili ve tecrübeli kişiler).

Aşama-2 (ortalama 6 ay): Kurucu Takım alana çıkmadan önce kendi arasında SASEB ile ilgili temel konuları iyice tartışıp üzerinde mutabakat sağlamalı. Hazırlayacağı **Çalışma Planında** yer alacak konular: SASEB'in temel felsefesi, Temel nitelikleri/özellikleri, Beklenen fayda/ katma değer, Yerleşim yeri (İl, bölge), Olası hedef/potansiyel pazarları, Finans modeli (yatırım, yatırımcılar), Türü (Medikal, Termal, 3. Yaş, Genel, Karma), SWOT analizi, Paydaşların belirlenmesi (Kamu, özel sektör, bilim kurumları, iş dünyası vb.).

Aşama-3 (ortalama 6 ay): Kamu, özel sektör, bilim dünyası (üniversiteler/Ar-Ge merkezleri, teknoparklar), iş dünyası (TOBB, Meslek Odaları, iş adamları dernekleri, yatırımcılar) paydaşlarla görüşmelere başlanması ve Çalışma Planında yer alan amaç ve diğer unsurların anlatılması için dış irtibat ve iletişimler kurulmalı.

Aşama-4 (ortalama 6 ay): Hükümet, siyasiler, ilgili kamu kurumları ile yasa ve mevzuatlar, proje alan tahsisi, teşvikler vb. konular görüşülmeli (Türk SASEB projesinin başarılı olması kamunun proje içerisinde etkin rol alması ile mümkün olur).

KAYNAKÇA

- Ağaoğlu, F.O., Karagöz, N., Zabun, S.,** 2019. Sağlık Turizmi Uygulamaları ve Türkiye'ye Getirilerine İlişkin Bir Değerlendirme. Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilim. Derg. 20, 428–450.
- Akgün, T.,** 2014. Boethius, felsefenin tesellisi, latince'den çeviren: çiğdem dürüşken, istanbul: Kabalcı yayınevi, 2011.
- Akın, H.,** 2010. Yeni İşimiz Dış Ticaret. Elma Yayın.
- Aksu, Z., Metin, M., Konyahoğlu, A.C.,** 2014. Development of the pedagogical content knowledge scale for pre-service teachers: The validity and reliability study. Mediterr. J. Soc. Sci. 5, 1365.
- Alkan, A., Erdem, İ.,** 2020. Hasta: İnsan mı? Yoksa Müşteri mi? Hasta yok Müşteri Var Anlayışına Eleştirel Bir Yaklaşım, in: Modern Tıbbı ve Sağlık Sektörüne Eleştirel Yaklaşımlar.
- Alkan, V., Şimşek, S., Armağan-Erbil, B.,** 2019. Karma Yöntem Deseni: Öyküleyici Alanyazın İncelemesi. J. Qual. Res. Educ. 7, 1–24. <https://doi.org/10.14689/issn.2148-2624.1.7c.2s.5m>
- Almalki, S.,** 2016. Integrating Quantitative and Qualitative Data in Mixed Methods Research—Challenges and Benefits. J. Educ. Learn. 5, 288–296.
- Al-Shamsi, H., Darr, H., Abu-Gheida, I., Ansari, J., McManus, M.C., Jaafar, H., Tirmazy, S.H., Elkhoury, M., Azribi, F., Jelovac, D., others,** 2020. The State of Cancer Care in the United Arab Emirates in 2020: Challenges and Recommendations, A report by the United Arab Emirates Oncology Task Force. Gulf J. Oncolog. 1, 71–87.
- Altunışık, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S., Yıldırım, E.,** 2007. Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri. Sak. Yayın. 226.
- Ampo, J.-A.Q.,** 1977. Free Trade Zones and Industrialisation of Asia.
- Annus, A.,** 2021. The King as the Source of Public Health: An Analysis of the Marduk-Ea Incantation Structure.
- Arcaya, M.C., Arcaya, A.L., Subramanian, S.V.,** 2015. Inequalities in health: definitions, concepts, and theories. Glob. Health Action 8, 27106. <https://doi.org/10.3402/gha.v8.27106>
- Arsal, Z.,** 1998. Program geliştirme sürecinde ihtiyaç analizinin yeri ve nasıl yapıldığına ilişkin program geliştirme uzmanlarının görüşleri (Master's Thesis). Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Ary, D., Jacobs, L.C., Irvine, C.K.S., Walker, D.,** 2018. Introduction to research in education. Cengage Learning.
- Asadi-Lari, M., Packham, C., Gray, D.,** 2003. Need for redefining needs. Health Qual. Life Outcomes 1, 1–5.

- Atasoy, B., Güyer, T., Mertcan, Ü., Yüksel, A.O., Aydoğdu, Ş.,** 2021. Delphi Tekniği Kullanılarak Kritik ve Öncelikli Öğrenme Analitiği Göstergelerinin Belirlenmesi. Gazi Üniversitesi Gazi Eğitim Fakültesi Derg. 41, 697–728.
- Atatüre, S.,** 2013. Two Expansionist Era; Imperialism and Globalism, and Their Effects on Ottoman Empire and Republic of Turkey.
- Atatüre, S.,** 2003. Tarihsel Gelişim Sürecini Anlamak. Strat. Araştırmalar Derg. 65.
- Atilla, A.E.,** 2020. Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmiyle İlgili Yapılmış Araştırmalar, in: Sağlık Turizmi. Siyasal Kitabevi, pp. 439–483.
- Aydın, D.,** 2012. Dursun AYDIN - Üniversite Hastaneleri Birliği [WWW Document]. URL https://documen.site/download/dursun-aydin-niversite-hastaneleri-birlii_pdf (accessed 11.16.21).
- Baines, J.,** 2006. Display of magic in Old Kingdom Egypt. Glass Darkly Magic Dreams Prophecy Anc. Egypt 1–32.
- Baltacı, A.,** 2017. Nitel veri analizinde Miles-Huberman modeli. Ahi Evran Üniversitesi Sos. Bilim. Enstitüsü Derg. 3, 1–14.
- Bayat, B.,** 2014. Uygulamalı SosyaBilim Araştırmalarında Ölçme, Ölçekler Ve Likert" Ölçek KurmTekniği 3, 1–24.
- Baydaş, A.,** 2022. Marka Mimarisinde Ulusal ve Global Başarı Hikayeleri, Birinci Baskı. ed. Kriter Yayınevi, İstanbul.
- Baydaş, A., Ata, S.,** 2021. Sağlık Kurumlarında İlişkisel Pazarlama.
- Baydaş, A., Ata, S., Berdibek, U.,** 2021. Sağlık Kurumlarında Sosyal Medya Pazarlaması, in: Sağlık Sektöründe Uygulanan Güncel Pazarlama Yaklaşımları. Kriter Yayınevi, İstanbul, pp. 185–209.
- Benedetti, F.,** 2011. The patient’s brain: the neuroscience behind the doctor-patient relationship. Oxford University Press.
- Benedum, J.,** 1967. Die «balnea pensilia» des Asklepiades von Prusa. Gesnerus 24, 93–107.
- Berkowitz, A.,** 2005. Medicines From" The Divine Husbandman’s Canon of Materia Medica".
- Bernal, M.,** 2020. Black Athena: The Afroasiatic Roots of Classical Civilization Volume I: The Fabrication of Ancient Greece 1785-1985. Rutgers University Press.
- Bircher, J.,** 2005. Towards a Dynamic Definition of Health and Disease. Med. Health Care Philos. 8, 335–341. <https://doi.org/10.1007/s11019-005-0538-y>
- Birren, J.E.,** 1959. Handbook of aging and the individual.
- Böck, B.,** 2013. The healing goddess Gula: towards an understanding of ancient Babylonian medicine. Brill.
- Borchardt, J.K.,** 2002. The Beginnings of drug therapy: ancient mesopotamian medicine. Drug News Perspect. 15, 187–192. <https://doi.org/10.1358/dnp.2002.15.3.840015>

- Bost, F.**, 2019. Special economic zones: methodological issues and definition. *Transnatl. Corp. J.* 26.
- Boz, M., Çarman, K., Özbek, O.**, 2010. Çiftlik Gübresi Dağıtma Makinalarında Bazı Yapısal ve İşletme Özelliklerinin İş Kalitesine Etkisi. *Selcuk J. Agric. Food Sci.* 24, 40–44.
- Bradshaw, J.**, 1972. Taxonomy of social need.
- Briant, P.**, 2012. Alexander the Great and his Empire, in: *Alexander the Great and His Empire*. Princeton University Press.
- Britannica**, 2011. Traditional Chinese Medicine - Bian Qiao | Britannica [WWW Document]. URL <https://www.britannica.com/science/traditional-Chinese-medicine/Bian-Qiao> (accessed 3.21.22).
- Brown, L.A.**, 1981. *Innovation diffusion; a new perspective*. Methuen.
- Brown, M.**, 2015. *The Art of Medicine in Early China: The Ancient and Medieval Origins of a Modern Archive*. Cambridge University Press.
- Bulut, F., Civaner, M.**, 2016. Modern tıp insancıl özünü yitiriyor: Artık “Hasta yok, Hastalık var!” Modern medicine is losing its humanistic essence: “Patients no more, but diseases” is the new motto now.
- Büyüköztürk, Ş.**, 2008. Veri analizi el kitabı: İstatistik, araştırma deseni, SPSS uygulamaları ve yorum. *Baskı Pegem-Akad.* 31, 167–182.
- Büyüköztürk, Ş.**, 2005. Anket geliştirme. *Türk Eğitim Bilim. Derg.* 3, 133–151.
- Büyüköztürk, Ş.**, 2002. Faktör analizi: Temel kavramlar ve ölçek geliştirmede kullanımı. *Kuram Ve Uygulamada Eğitim Önetimi* 32, 470–483.
- Çavmak, Ş., Çavmak, D.**, 2017. Türkiye’de Sağlık Hizmetlerinin Tarihsel Gelişimi ve Sağlıkta Dönüşüm Programı. *Sağlık Önetimi Derg.* 1, 48–57.
- Çelik, Y.**, 2019. *Sağlık Ekonomisi*, 4th ed. Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Cheema, A.K., Fiandaca, M.S., Mapstone, M., Federoff, H.J.**, 2016. Systems biology: unravelling molecular complexity in health and disease, in: *The Value of Systems and Complexity Sciences for Healthcare*. Springer, pp. 21–28.
- Chen, C.-J., Michaelis, M., Hsu, H.-K., Tsai, C.-C., Yang, K.D., Wu, Y.-C., Cinatl Jr, J., Doerr, H.W.**, 2008. Toona sinensis Roem tender leaf extract inhibits SARS coronavirus replication. *J. Ethnopharmacol.* 120, 108–111.
- Chen, P., Xie, P., others**, 1999. *History and development of traditional Chinese medicine*. IOS Press.
- Choi, W.I., Shi, H., Bian, Y., Hu, H.**, 2018. Development of commercial health insurance in China: a systematic literature review. *Biomed Res. Int.* 2018.
- Cimpaen, A.M., Doroş, C., Matusz, P., Raica, M.**, 2016. Who appeared first in otolaryngology: Clinicians, Anatomists or Histologist? A questionable issue! *Res. Clin. Med.* 1.

- Cohen, R.A., Cha, A.E., Terlizzi, A.P., Martinez, M.E.**, 2022. Health insurance coverage: Early release of estimates from the National Health Interview Survey, 2021. National Center for Health Statistics. May 2022.
- Comrey, A.L., Lee, H.B.**, 1992. A First course in factor analysis, 1992nd ed. Lawrence Erlbaum Ass. Publishers, Hillsdale, New Jersey.
- Connell, J.**, 2011. Medical tourism. Cabi.
- Connell, J.**, 2006. Medical tourism: Sea, sun, sand and... surgery. *Tour. Manag.* 27, 1093–1100.
- Cooper, C., Fletcher, J., Gilbert, D., Wanhill, S.**, 1993. Patterns and characteristics of the supply of tourism. *Tour. Princ. Pract.* 80-93 Lond. Pitman Publ.
- Cowdry, E.V., others**, 1952. Problems of ageing.
- Creswell, J.W., Garrett, A.L.**, 2008. The “movement” of mixed methods research and the role of educators. *South Afr. J. Educ.* 28, 321–333.
- Cuadrado, C., Crispi, F., Libuy, M., Marchildon, G., Cid, C.**, 2019. National Health Insurance: a conceptual framework from conflicting typologies. *Health Policy* 123, 621–629.
- Cutler, D.M.**, 2002. Health care and the public sector. *Handb. Public Econ.* 4, 2143–2243.
- Dalahmetoğlu, K.B., Oktay, K.**, 2021. Turizm Teorisine Katkı Sağlayan Önemli Araştırmacıların Yaklaşımları. *J. Appl. Tour. Res.* 2, 71–86.
- Dann, G.M.S.**, 1977. Anomie, ego-enhancement and tourism. *Ann. Tour. Res.* 4, 184–194. [https://doi.org/10.1016/0160-7383\(77\)90037-8](https://doi.org/10.1016/0160-7383(77)90037-8)
- Daştan, İ., Çetinkaya, V.**, 2015. OECD Ülkeleri ve Türkiye'nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması. *SGD-Sos. Güven. Derg.* 5, 104–134.
- Davletov, K., Nurgozhin, T., McKee, M.**, 2018. Reflecting on Alma Ata 1978: forty years on. *Eur. J. Public Health.*
- de Vibe, M., Bell, E., Merrick, J., Omar, H.A., Ventegodt, S.**, 2009. Ethics and holistic healthcare practice.
- De Vogli, R.**, 2011. Neoliberal globalisation and health in a time of economic crisis. *Soc. Theory Health* 9, 311–325.
- Denzin, N.K.**, 2017. The research act: A theoretical introduction to sociological methods. Routledge.
- Deshpande, V.**, 2001. Ancient Indian Medicine and Its Spread to China. *Econ. Polit. Wkly.* 36, 1078–1081.
- DHA**, 2021. Dubai Health Statistical Yearbook.
- DHCC**, 2021. Dubai Healthcare City [WWW Document]. DHCC. URL <https://www.dhcc.ae/about> (accessed 11.14.21).
- DHCX**, 2023. Dubai Healthcare City Accelerator, <https://dhcc.ae/business/dhcx>.
- Dijk, J.J.A. van**, 1983. Lugal Ud Me-Lam-Bi Nir Gal: Le récit épique et didactique des Travaux de Ninurta, du Déluge et de la Nouvelle Création.

- Dinçer, F., Çetin, G., Demiroğlu, O., İzgi, M., Aslan, E.,** 2007. Turizmoloji Nedir? Turizmbilim Üzerine Yapılan Teorik Tartışmaları Değerlendiren Bir Analiz Çalışması. Çeşme Ulus. Tur. Sempozyumu 21–23.
- Doğan, T.G.B., Doğan, S., Doğan, B.,** 2020. İleri Yaş ve Engelli Turizmi Hedef Kitlelerine Yönelik Bolu İli Sağlık Serbest Bölgesi Tasarımı. Ank. Hacı Bayram Veli Üniversitesi Tur. Fakültesi Derg. 23, 295–311.
- Duman, K., Aydın, K.,** 2018. Türkiye’de Ar-Ge harcamaları ile GSYİH ilişkisi. Gazi İktisat Ve İşletme Derg. 4, 49–66. <https://doi.org/10.30855/gjeb.2018.4.1.005>
- Edwards, T.M., Stern, A., Clarke, D.D., Ivbijaro, G., Kasney, L.M.,** 2010. The treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary care: a review of the literature. Ment. Health Fam. Med. 7, 209.
- Eichholz, D.,** 1954. Pliny’s Natural History-Pliny: Natural History, Vol. IX: Books XXXIII–XXXV. With an English translation by H. Rackham.(Loeb Classical Library.) Pp. ix+ 421. London: Heinemann, 1952. Cloth, 15s. net. Class. Rev. 4, 136–138.
- Ekmekçi, P.E.,** 2018. 3.000 Yıl Öncesinden Günümüze Geleneksel Çin Tıbbı; Tarihi, Bugünü ve Geleceği. J Tradit Complem Med 132–140. <https://doi.org/DOI: 10.5336/jtracom.2018-63049>
- Elgood, C.,** 2010. A Medical History of Persia and the Eastern Caliphate: from the earliest times until the year AD 1932. Cambridge University Press.
- Engel, G.L.,** 1977. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 196, 129–136.
- Ercan, İ., İsmet, K.,** 2004. Ölçeklerde güvenirlik ve geçerlik. Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Derg. 30, 211–216.
- Erdem, R., Kaya, E.,** 2020. Modern Tıba Yönelik Eleştirel Kavramlar, in: Modern Tıba ve Sağlık Sektörüne Eleştirel Yaklaşımlar. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Erdoğan, E., Ener, M.,** 2005. Serbest bölgeler. Nobel Yayınları.
- Erdoğan-Tarakçı, İ., Uysal, B.,** 2020. Sağlık Turizmi, Güncel Yaklaşımlar, 1st ed. Efe Akademi, İstanbul.
- Erkasap, A., Özkan, A.H.,** 2022. A Meta-Analytic Review in the Tourism and Hospitality Literature: Antecedents of Intention to Qui. J. Tour. 8, 89–114.
- Erzen, A.,** 1976. İlkçağ Tarihinde Kıbrıs. Belleten 40, 93–116.
- Erzen, A.,** 1969. Grek Kültürü ve Yakın Şark. İstanbul Üniversitesi Tar. Derg. 171–178.
- EU,** 2021. Free zones [WWW Document]. URL https://ec.europa.eu/taxation_customs/free-zones_en (accessed 12.2.21).
- Falkenstein, A.,** 1931. Die Haupttypen der sumerischen Beschwörung: literarisch untersucht. Leipz. Semit. Stud.
- Farole, T., Akinci, G., others,** 2011. Special economic zones: Progress, emerging challenges, and future directions. World Bank Publications.

- FATF**, 2010. Money Laundering Vulnerabilities of Free Trade Zones. The Financial Action Task Force, Paris.
- Federoff, H.J., Gostin, L.O.**, 2009. Evolving from reductionism to holism: is there a future for systems medicine? *Jama* 302, 994–996.
- Ferngren, G.B.**, 2016. *Medicine and health care in early Christianity*. JHU Press.
- Fiandaca, M.S., Mapstone, M., Connors, E., Jacobson, M., Monuki, E.S., Malik, S., Macciardi, F., Federoff, H.J.**, 2017. Systems healthcare: a holistic paradigm for tomorrow. *BMC Syst. Biol.* 11, 1–17.
- FIAS**, 2008. Special Economic Zones. FIAS. URL <https://www.fias.net> (accessed 12.1.21).
- Field, A.**, 2013. *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. sage.
- Field, A.**, 2009. Logistic regression. *Discov. Stat. Using SPSS* 264, 315.
- Freeman, C.**, 2014. *Egypt, Greece, and Rome: civilizations of the ancient Mediterranean*. Oxford University Press.
- Fuqua, J.**, 2012. Toward a better understanding of the definition of transdisciplinary scientific collaboration. *Californian J. Health Promot.* 10, vi–xi.
- Geller, M.J.**, 2010. *Ancient Babylonian medicine: theory and practice*. John Wiley & Sons.
- Gershevich, I.**, 2006. *Cambridge history of Iran (Achaemenid Empire)*. Transl. Saghebfar M Tehran Iran Amirkabir Persian.
- Ghalioungui, P.**, 1973. *The house of life: Per ankh. Magic and medical science in ancient Egypt*. BM Israel.
- Global Wellness Institute**, 2021. *The Global Wellness Economy: Looking Beyond COVID*.
- Goldstein, M., others**, 1998. *The Asian financial crisis*. Washington, DC: Institute for International Economics.
- Goodrich, J.N., Goodrich, G.E.**, 1987. Health-care tourism — an exploratory study. *Tour. Manag.* 8, 217–222. [https://doi.org/10.1016/0261-5177\(87\)90053-7](https://doi.org/10.1016/0261-5177(87)90053-7)
- Gopinath, B.**, 2013. Foundational ideas of ayurveda (Chap 2). *Med. Life Sci. India* 4.
- Gordon, J.S.**, 1980. The paradigm of holistic medicine. *Health Whole Pers.* Eds Arthur C Hastings James Fadinan James Gordon Boulder Co Westview 1–27.
- Gözüm, S., Çapık, C.**, 2014. Sağlık davranışlarının geliştirilmesinde bir rehber: sağlık inanç modeli. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşire. Fakültesi Elektronik Derg.* 7, 230–237.
- Graburn, N.H.**, 2004. Secular ritual: A general theory of tourism. *Tour. Tour. Read.* 23–34.
- Grayson, A.K.**, 2016. *Assyrian rulers of the early first millennium BC I (1114-859 BC)*. University of Toronto Press.

- Green, B.N., Johnson, C.D., Adams, A.,** 2006. Writing narrative literature reviews for peer-reviewed journals: secrets of the trade. *J. Chiropr. Med.* 5, 101–117.
- Grubel, H.G.,** 1982. Towards a theory of free economic zones. *Weltwirtschaftliches Arch.* 118, 39–61. <https://doi.org/10.1007/BF02706078>
- Guadagnoli, E., Velicer, W.F.,** 1988. Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychol. Bull.* 103, 265.
- Guangwen, M.,** 2003. *The Theory and Practice of Free Economic Zones: A Case Study of Tianjin, People's Republic of China.*
- Guardini, R.,** 2020. *The death of Socrates.* Read Books Ltd.
- Gülcan, B.,** 2009. Turizmin disiplinler evrimi. *Ticaret Ve Tur. Eğitim Fakültesi Derg.* 1, 186–206.
- Gürler, G.,** 2021. Sağlık Turizminde Girişimcilik Uygulamaları, in: *Multidisipliner Yaklaşımla Sağlık Turizmi.* Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara, pp. 399–421.
- Güvel, E.A.,** 2011. *Makro ekonomi.* Karahan Kitabevi, Adana .
- Güvenen, O.,** 2016a. Bilim, bilimlararası metodoloji, matematiksel karmaşıklık ve matematiksel kaos. *Atatürk Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilim. Derg.* 30, 229–242.
- Güvenen, O.,** 2016b. Transdisciplinary Science Methodology as a Necessary Condition in Research and Education. *Transdiscipl. J. Eng. Sci.* 7. <https://doi.org/10.22545/2016/00080>
- Güvenen, O.,** 2015. 2008–2011 World Economic Crisis: New Paradigms, Science Methodology, Information Systems, and Decision Systems, in: *Human Rights and Ethics: Concepts, Methodologies, Tools, and Applications.* IGI Global, pp. 518–525.
- Haimov-Kochman, R., Sciaky-Tamir, Y., Hurwitz, A.,** 2005. Reproduction concepts and practices in ancient Egypt mirrored by modern medicine. *Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.* 123, 3–8.
- Hamedi, A., Zarshenas, M.M., Sohrabpour, M., Zargaran, A.,** 2013. Herbal medicinal oils in traditional Persian medicine. *Pharm. Biol.* 51, 1208–1218. <https://doi.org/10.3109/13880209.2013.777462>
- Harrison, M., Hong, W., Lam, S., Xiao, G.,** 2019. The promise of China's free trade zones—the case of Hainan. *Asian Educ. Dev. Stud.*
- Hawks, S.,** 2004. Spiritual wellness, holistic health, and the practice of health education. *Am. J. Health Educ.* 35, 11–18.
- Hayırlıdağ, M.,** 2021. Mısır Tıbbının Gizemi Papirüsler. *Akad. Tar. Ve Araştırmalar Derg. Fırat Üniversitesi* 68–85.
- Hoctor, T.,** 2021. Beveridge or Bismarck? Choosing the Nordic model in British healthcare policy 1997–c. 2015, in: *The Making and Circulation of Nordic Models, Ideas and Images.* Routledge, pp. 209–228.
- Homedes, N., Ugalde, A.,** 2005. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy* 71, 83–96.

- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Van Der Horst, H., Jadad, A.R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K., Loureiro, M.I., Van Der Meer, J.W., others,** 2011. How should we define health? *Bmj* 343.
- ILO,** 2003. Employment and Social Policy in Respect of Export Processing Zones (EPZs) (No. GB.286/ESP/3). Geneva.
- Iraker, B.S.,** 2021. Serbest Bölgelerin Ekonomik Etkileri: Ege Serbest Bölgesi Örneği. İzmir Demokrasi Üniversitesi, YÖK TEZ.
- Jackson, M.,** 2014. The History of Medicine: A Beginner's Guide. Simon and Schuster.
- Jahromi, M.M., Pasalar, M., Afsharypuor, S., Choopani, R., Mosaddegh, M., Kamalinejad, M., Mohagheghzadeh, A., Tamaddon, A.M., Lankarani, K.B.,** 2015. Preventive care for gastrointestinal disorders; role of herbal medicines in traditional persian medicine. *methods* 23, 25.
- James, G.J.,** 2022. Stolen legacy. General Press.
- Jelinek, H.F., Osman, W.M., Khandoker, A.H., Khalaf, K., Lee, S., Almahmeed, W., Alsafar, H.S.,** 2017. Clinical profiles, comorbidities and complications of type 2 diabetes mellitus in patients from United Arab Emirates. *BMJ Open Diabetes Res. Care* 5, e000427.
- Johansson, T.,** 2019. The significance of believing in healing : On the therapeutic value of spoken words in ancient Egyptian medical papyri.
- Johnson, R.B., Onwuegbuzie, A.J.,** 2004. Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educ. Res.* 33, 14–26.
- Jones, D.S., Quinn, S.,** 2016. Introduction to functional medicine. Gig Harb. WA Inst. Funct. Med.
- Kadioğlu Ateş, H., Mazı, M.G.,** 2017. Kitap Özeti: bilimsel araştırma yöntemleri (Şener Büyüköztürk, Ebru Kılıç Çakmak, Özcan Erkan Akgün, Şirin Karadeniz, Funda Demirel). *Eurasian Educ. Lit. J. Avrasya Eğitim Ve Lit. Derg.*
- Kalachanis, K.,** 2011. Environmental Impact on Health in the work of Hippocrates. Final Thesis Post-Grad. Program “Environment Health Capacity Build. Decis. Making” Univ. Athens Med. Sch. Greek 22–30.
- Kalaycı, Ş.,** 2010. SPSS uygulamalı çok değişkenli istatistik teknikleri, 5.baskı. ed. Asil Yayın Dağıtım, Ankara.
- Kalkınma Bakanlığı,** 2013. Onuncu kalkınma planı 2014-2018.
- Kapan, K., Yulu, A.,** 2018. İz Bırakmadan Kaybolmuş Bir Endüstri Mirası: Ford'un Otomotiv Montaj Fabrikası (1929-1944). *J. Int. Soc. Res.* 11.
- Kara, G.,** 2015. Zhou Tarihi'nin Türkler Bölümü Üzerinde Metin Çalışması. *İnsan Ve Toplum Bilim. Araştırmaları Derg.* 4, 542–562.
- Karaca, Ş. (Ed.),** 2021. Multidisipliner yaklaşımla sağlık turizmi, 1. basım. ed, Yayın Sağlık bilimler. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.
- Karagöz, Y.,** 2021. SPSS AMOS META Uygulamalı Biyoistatistik, 3. Basım. ed. Nobel Akademik Yayıncılık, Ankara.

- Kaufman, R.A., Rojas, A.M., Mayer, H.**, 1993. Needs assessment: A user's guide. Educational Technology.
- Keçeci, Ş., Öncel, H.U.**, 2022. Mesleki Sosyalleşme Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. İstanbul Kent Üniversitesi İnsan Ve Toplum Bilim. Derg. 3, 36–45.
- Kennedy, G.**, 2009. Adam Smith and the invisible hand: From metaphor to myth. Econ J. Watch 6, 239.
- Keskin, H., Baştuğ, M., Akyol, H.**, 2013. Sesli okuma ve konuşma prozodisi: ilişkisel bir çalışma. Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg. 9, 168–180.
- Kilic, S.**, 2016. Cronbach's alpha reliability coefficient. Psychiatry Behav. Sci. 6, 47.
- Kılınç, İ.**, 2017. Türkiye'de Sağlık Turizminde Rekabet Gücünü Etkileyen Faktörler Üzerine Bir Alan Araştırması. Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta.
- Kleinbaum, D.G., Kupper, L.L., Nizam, A., Rosenberg, E.S.**, 2013. Applied regression analysis and other multivariable methods. Cengage Learning.
- Kokoç, F., Temel Gencer, C.**, 2019. Türk Serbest Bölgeleri Etkinliğinin Veri Zarflama Analizi ile Belirlenmesi. Ömer Halisdemir Üniversitesi Mühendis. Bilim. Derg. <https://doi.org/10.28948/ngumuh.598059>
- Koopsen, C., Young, C.**, 2009. Integrative health: A holistic approach for health professionals. Jones & Bartlett Learning.
- Koplan, J.P., Bond, T.C., Merson, M.H., Reddy, K.S., Rodriguez, M.H., Sewankambo, N.K., Wasserheit, J.N.**, 2009. Towards a common definition of global health. The Lancet 373, 1993–1995. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60332-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60332-9)
- Kottek, S.**, 2003. Medicine in ancient Hebrew and Jewish cultures. Med. Cult. Hist. Pract. Med. Non-West. Cult. 305–324.
- Kuşat, N., Eda, E.**, 2022. Sağlık Turizmi Perspektifinden Türk Sağlık Sektörü Rekabet Gücü. Uluslar. Glob. Tur. Araştırmaları Derg. 6, 37–50.
- Kwieceński, J.**, 2014. Reactive Arthritis in Ancient Egypt: A Possible Description in Medical Papyri. J. Rheumatol. 41, 556–557. <https://doi.org/10.3899/jrheum.131099>
- Law No. (9) of 2011 Concerning Dubai Healthcare City**, 2011.
- Lawshe, C.H., others**, 1975. A quantitative approach to content validity. Pers. Psychol. 28, 563–575.
- Leake, C.D.**, 1952. The old Egyptian medical papyri. Lawrence, Kan., University of Kansas Press.
- Lee, C., Spisto, M.**, 2007. Medical tourism, the future of health services, in: Proceedings of the 12th International Conference on ISO. pp. 1–7.
- Leek, F.F.**, 1967. The practice of dentistry in ancient Egypt. J. Egypt. Archaeol. 53, 51–58.

- Lenzi, A.**, 2008. Secrecy and the gods: Secret knowledge in ancient Mesopotamia and biblical Israel. The Neo-Assyrian Text Corpus Project.
- Leonardi, F.**, 2018. The Definition of Health: Towards New Perspectives. *Int. J. Health Serv.* 48, 735–748. <https://doi.org/10.1177/0020731418782653>
- Letunovska, N.Y., Kwilinski, A., Kaminska, B.**, 2020. Scientific research in the health tourism market: a systematic literature review.
- Li, Q., Wei, J., Jiang, F., Zhou, G., Jiang, R., Chen, M., Zhang, X., Hu, W.**, 2020. Equity and efficiency of health care resource allocation in Jiangsu Province, China. *Int. J. Equity Health* 19, 211. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01320-2>
- Li, X., Lu, J., Hu, S., Cheng, K., De Maeseneer, J., Meng, Q., Mossialos, E., Xu, D.R., Yip, W., Zhang, H., others**, 2017. The primary health-care system in China. *The Lancet* 390, 2584–2594.
- Liu, X.**, 2003. Policy tools for allocative efficiency of health services. World Health Organization.
- Lochan, K.**, 2003. Medicines of Early India. Varanasi Chaukhambha Sanskrit Bhawan.
- Low, M.F.**, 1998. Beyond Joseph Needham Science, Technology, and Medicine in. *Osiris* 13, 1–8.
- Mackenzie, J.S., Jeggo, M.**, 2019. The One Health approach—Why is it so important? *Trop. Med. Infect. Dis.*
- Mackenzie, J.S., McKinnon, M., Jeggo, M.**, 2014. One Health: from concept to practice. *Confronting Emerg. Zoonoses One Health Paradigm* 163–189.
- Madha, S., Crooks, V., Labonté, R., Schram, A., Kalaivani, R., Nithya, S., Snyder, J.**, 2014. An Overview of the Medical Tourism Industry in Chennai, India-Version 1.0.
- Madineh, S.M.A.**, 2009. Avicenna’s canon of medicine and modern urology part IV: normal voiding, dysuria, and oliguria.
- Maizes, V., Schneider, C., Bell, I., Weil, A.**, 2002. Integrative medical education: development and implementation of a comprehensive curriculum at the University of Arizona. *Acad. Med.* 77, 851–860.
- Manuaba, I.B.A.P.**, 2021. Making Future of Bali: a leading destination for Medical Tourism. *Bali Tour. J.* 5, 53–57.
- Mazars, G.**, 2006. Indian medicine across the centuries. A Concise Introduction to Indian Medicine (La médecine indienne). Gopalan TK, translator. Ch. 1. Delhi Motilal Banarsidass Publ. Priv. Ltd. 1–24.
- McCalla, R.J.**, 1990. The geographical spread of free zones associated with ports. *Geoforum* 21, 121–134.
- McKee, J.**, 1988. Holistic health and the critique of Western medicine. *Soc. Sci. Med.* 26, 775–784.
- Mehrens, W., Lehmann, I.**, 1991. Measurement and evaluation in education and psychology, Holt. Rinehart Winst. Chic.

- Metwaly, A.M., Ghoneim, M.M., Eissa, Ibrahim.H., Elsehemy, I.A., Mostafa, A.E., Hegazy, M.M., Afifi, W.M., Dou, D.,** 2021. Traditional ancient Egyptian medicine: A review. *Saudi J. Biol. Sci.* 28, 5823–5832. <https://doi.org/10.1016/j.sjbs.2021.06.044>
- Meyer, M.,** 2016. Is Homo Economicus a Universal Paradigm in Economic Theory? *Ann. Econ. Finance* 17, 433–443.
- Miller, H.,** 1937. The medicine of the Ancient Jews. *Calif. West. Med.* 47, 38.
- Min, B., Allen-Scott, L.K., Buntain, B.,** 2013. Transdisciplinary research for complex One Health issues: A scoping review of key concepts. *Prev. Vet. Med.* 112, 222–229. <https://doi.org/10.1016/j.prevetmed.2013.09.010>
- Min, W.C.,** 1926. China’s Contribution to Medicine in the Past. *Ann. Med. Hist.* 8, 192–201.
- Moerman, D.E.,** 2013. Against the “placebo effect”: a personal point of view. *Complement. Ther. Med.* 21, 125–130.
- MOH,** 2020. UAE Statistical Annual Report, 2020. Ministry of Health and Prevention, UAE.
- Molendijk, A.L.,** 2016. Friedrich Max Müller and the sacred books of the East. Oxford University Press.
- Morse, J.M.,** 2016. Mixed method design: Principles and procedures. Routledge.
- Müslümanoğlu, A.Y., Tayfun, K.,** 2019. Türkiye Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Merkezleri; Eğitim ve Uygulama İnovasyonu. *J. Biotechnol. Strateg. Health Res.* 3, 1–12. <https://doi.org/doi.org/10.34084/bshr.622302>
- Naseri, M., Ardakani, M.R.S.,** 2004. The school of traditional Iranian medicine: The definition, origin and advantages. *J Int Soc Hist. Islam. Med* 3, 17–21.
- Naydenov, K., Ivanov, M.,** 2018. The Role Of Free Economic Zones For The Development Of The Regional Economy, in: 5th International Multidisciplinary Scientific Conference on Social Ciences and Arts SGEM 2018. pp. 553–560.
- NBS,** 2022. China Statistical Yearbook 2021. National Bureau of Statistics China.
- OECD,** 2022. OECD Health Statistics 2022.
- OECD,** 2009. Towards Best Practice Guidelines for the Development of Economic Zones. Marakkech.
- Öncel, A., Demirtaş, Ş.C.,** 2016. Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi [WWW Document]. URL <https://dergipark.org.tr/en/pub/oguiibf/article/298764> (accessed 11.17.21).
- Öncü, H.,** 1994. Eğitimde Ölçme ve Değerlendirme, Matser Basım San. Ve Tic Ltd Şti Ank.
- Özkurt, H.,** 2007. Sağlık turizmi tahvilleri. *Maliye Derg.* 152, 122–142.
- Pala, K.,** 2007. Türkiye için nasıl bir sağlık reformu. *Bursa Notu.*

- Petekkaya, Ş.**, 2018. Türkiye'deki Serbest Bölgelerin Veri Zarflama Analizi İle Performanslarının Değerlendirilmesi. *Bull. Econ. Theory Anal.* 3, 109–134.
- Pinch, G.**, 2006. *Magic in Ancient Egypt*, 1994. Austin U Tex. P.
- Plebani, M.**, 2015. Clinical laboratories: production industry or medical services? *Clin. Chem. Lab. Med. CCLM* 53, 995–1004. <https://doi.org/doi.org/10.1515/cclm-2014-1007>
- Potter, T.W., Wells, C.**, 1985. A Republican healing-sanctuary at Ponte di Nona near Rome and the classical tradition of votive medicine. *J. Br. Archaeol. Assoc.* 138, 23–47.
- Prioreschi, P.**, 1996. *A history of medicine: Roman medicine*. Edwin Mellen Press.
- Qi, F., Wu, Y., Wang, J., Wang, Q.**, 2021. China's Hainan Free Trade Port: Medical Laws and Policy Reform. *Front. Public Health* 9, 764977. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.764977>
- Quirke, S.**, 1992. *Ancient Egyptian Religion*. British Museum Press.
- Rabinowitz, P.M., Natterson-Horowitz, B.J., Kahn, L.H., Kock, R., Pappaioanou, M.**, 2017. Incorporating one health into medical education. *BMC Med. Educ.* 17, 1–7.
- Reeves, C.**, 1992. *Egyptian medicine*. Shire Publications Buckinghamshire.
- Reid, T.**, 2009. Four basic models of health care. *Change* 27.
- Reiner, E.**, 1958. *Şurpu: A Collection of Sumerian and Akkadian Incantations*. Arch. Für Orientforschung Beiheft.
- Rennen, W., Martens, P.**, 2003. The globalisation timeline. *Integr. Assess.* 4, 137–144.
- Roemer, M.I.**, 1993. National health systems throughout the world. *Annu. Rev. Public Health* 14, 335–353.
- Romer, P.M.**, 1990. Endogenous technological change. *J. Polit. Econ.* 98, S71–S102. <https://doi.org/10.3386/w3210>
- Roy, M.**, 2001. Vedic medicine: Some aspects. *Med. Life Sci. India New Delhi PHISPC* 39–58.
- Russell, B., Limburg, R., Franken, V.**, 1990. *Geschiedenis der westerse filosofie: in verband met politieke en sociale omstandigheden van de oudste tijden tot heden*, 13e, gew. dr. ed. Servire, Cothen.
- Saba, M.M., Ventura, H.O., Saleh, M., Mehra, M.R.**, 2006. Ancient Egyptian medicine and the concept of heart failure. *J. Card. Fail.* 12, 416–421.
- Sağlık Bakanlığı**, 2021. Sağlık İstatistikleri Yıllığı. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Sağlık Bakanlığı**, 2015. Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı Eylem Planı 2014-2018. Ankara.
- Sağlık Bakanlığı**, 2012. Sağlık Bakanlığı stratejik plan 2013-2017.
- Saini, A.**, 2016. Physicians of ancient India. *J. Fam. Med. Prim. Care* 5, 254. <https://doi.org/10.4103/2249-4863.192322>

- Salem, M.E., Eknoyan, G.,** 1999. The Kidney in Ancient Egyptian Medicine: Where Does It Stand? *Am. J. Nephrol.* 19, 140–147. <https://doi.org/10.1159/000013440>
- Sanchez, G.M., Burridge, A.L.,** 2007. Decision making in head injury management in the Edwin Smith Papyrus. *Neurosurg. Focus* 23, 1–9.
- Saracci, R.,** 1997. The World Health Organisation needs to reconsider its definition of health. *Bmj* 314, 1409.
- Sarebanha, S., Kazemi, A., Sadrolsadat, P., Xin, N.,** 2016. Comparison of traditional Chinese medicine and traditional Iranian medicine in diagnostic aspect. *Tradit. Integr. Med.* 75–78.
- Sayılı, A.,** 1966. Mısırlılarda ve Mezopotamyalılarda Matematik, Astronomi ve Tıp [Mathematics, Astronomy and Medicine in the Egyptians and Mesopotamians].
- Saylor, C.,** 2004. The circle of health: a health definition model. *J. Holist. Nurs.* 22, 97–115.
- Schmaltz, T.M.,** 2002. *Radical Cartesianism: The French Reception of Descartes.* Cambridge University Press.
- Scurlock, J.,** 2005. Ancient mesopotamian medicine. *Companion Anc. East* 302–15.
- Şengezer, İ.,** 1983. Serbest Bölgeler. İhracatı Geliştirme Merk. Ank.
- Serper, Ö., Gürsakal, N.,** 1989. Araştırma Yöntemleri, Bursa.
- Shao, F., Sui, Y., Zhou, Y., Sun, R.,** 2016. Complex network model of the Treatise on Cold Damage Disorders. *Phys. Stat. Mech. Its Appl.* 460, 152–161. <https://doi.org/10.1016/j.physa.2016.03.115>
- Shao, Y.,** 2021. Introduction to the Hainan Boao Lecheng International Medical Tourism Pilot Zone. *Mizuho China Monthly.*
- Shen, X., Qu, Y., Wu, Q.,** 2020. Assessing the Risks of China's Medical Tourism from the Legal Perspective. *Risk Manag. Healthc. Policy* 13, 2291–2299. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S271224>
- Shukla, U.N., Kulshreshtha, S.K.,** 2020. United Arab Emirates as a global medical tourism destination: An explorative study, in: *Global Developments in Healthcare and Medical Tourism.* IGI Global, pp. 277–290.
- Sigerist, H.E.,** 1987. *A history of medicine.* Oxford University Press.
- Şimşek, A.,** 2014. Anket ile ölçek arasındaki farklar nelerdir. *Alfa İstatistik Web* [Httpwww Alfaistatistik Com](http://www.alfaistatistik.com) Sitesinden 12, 2016.
- Simundson, D.J.,** 1982. Health and Healing in the Bible. *Word World* 2, 330–339.
- Singer, C., Underwood, E.A.,** 1962. *A short history of medicine.* Oxford University Press.
- Sıklar, E.,** 2012. Örneklem ve Bazı örneklem Dağılımları, in: *İstatistik I.* Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- Smith, L.,** 2011. The Kahun Gynaecological Papyrus: ancient Egyptian medicine. *J. Fam. Plann. Reprod. Health Care* 37, 54–55. <https://doi.org/10.1136/jfprhc.2010.0019>

- Smith, M., Kelly, C.,** 2006. Wellness tourism. *Tour. Recreat. Res.*
- Smith, M., Puczkó, L.,** 2008. Health and wellness tourism. Routledge.
- Smith, M.K., Puczkó, L.,** 2016. The Routledge handbook of health tourism. Taylor & Francis.
- Smith, S.,** 1989. Tourism: A geographical analysis. Harlow Longman Sci. Tech.
- Smith, S., Newhouse, J.P., Freeland, M.S.,** 2009. Income, insurance, and technology: why does health spending outpace economic growth? *Health Aff. (Millwood)* 28, 1276–1284.
- Soulsby, J.A.,** 1965. The Shannon free airport scheme: A new approach to industrial development. *Scott. Geogr. Mag.* 81, 104–114. <https://doi.org/10.1080/00369226508735963>
- South, L., Saffo, D., Vitek, O., Dunne, C., Borkin, M.A.,** 2022. Effective use of likert scales in visualization evaluations: a systematic review, in: *Computer Graphics Forum*. Wiley Online Library, pp. 43–55. <https://doi.org/doi.org/10.1111/cgf.14521>
- Starfield, B., Shi, L., Macinko, J.,** 2005. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q.* 83, 457–502.
- Subbarayappa, B.,** 2001. The roots of ancient medicine: an historical outline. *J. Biosci.-BANGALORE-* 26, 135–143.
- Subbarayappa, B.V.,** 2001. Medicine and life sciences in India. Munshirm Manoharlal Pub Pvt Limited.
- Swarbrooke, J., Horner, S.,** 2007. Consumer behaviour in tourism. Routledge.
- Tabachnick, B.G., Fidell, L.S.,** 2013. Using multivariate statistics, 6th edn Boston. Ma Pearson.
- Tabachnick, B.G., Fidell, L.S., Ullman, J.B.,** 2013. Using multivariate statistics. pearson Boston, MA.
- Tashakkori, A., Teddlie, C.,** 2010. Putting the human back in “human research methodology”: The researcher in mixed methods research. *J. Mix. Methods Res.*
- Tavşancıl, E.,** 2014. Tutumların Ölçülmesi ve SPSS ile Veri Analizi. Nobel Akademik Yayıncılık. 5. Baskı Ank.
- Tayler, J.L.,** 1922. Senescence. *Sociol. Rev.* 14, 319–322. <https://doi.org/doi.org/10.1111/j.1467-954X.1922.tb02737.x>
- Tazzara, C.,** 2017. The Free Port of Livorno and the Transformation of the Mediterranean World, The Free Port of Livorno and the Transformation of the Mediterranean World. Oxford University Press.
- T.C. Resmi Gazete,** 1999. 4458 Sayılı Gümrük Kanunu, Madde 152.
- T.C. Resmi Gazete,** 1985. 3218 Sayılı Serbest Bölgeler Kanunu.
- T.C. Ticaret Bakanlığı [WWW Document],** 2021. . <https://ticaret.gov.tr>. URL <https://ticaret.gov.tr/serbest-bolgeler> (accessed 12.9.21).
- Teddlie, C., Yu, F.,** 2007. Mixed methods sampling: A typology with examples. *J. Mix. Methods Res.* 1, 77–100.

- Tektüfekçi, F.**, 2010. İMKB'ye Kayıtlı Halka Açık Teknoloji Şirketlerinde Finansal Etkinliğin Veri Zarflama Analizi (VZA) ile Değerlendirilmesi. Dergipark.
- Tengilimoğlu, D.**, 2020a. Sağlık turizmi, 3rd ed. Siyasal Kitabevi.
- Tengilimoğlu, D.**, 2020b. Sağlık Turizmi, 3. ed. Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Thaler, R.H.**, 2000. From homo economicus to homo sapiens. J. Econ. Perspect. 14, 133–141.
- Thomas, R.M.**, 1998. Conducting educational research: A comparative view. Greenwood Publishing Group.
- Tontuş, H.Ö.**, 2012. Türkiye'de Termal Sağlık Turizmi. T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Toy, B.Y., Tosunoğlu, N.G.**, 2007. Sosyal bilimler alanındaki araştırmalarda bilimsel araştırma süreci, istatistiksel teknikler ve yapılan hatalar. Gazi Üniversitesi Ticaret Ve Tur. Eğitim Fakültesi Derg. 1–20.
- Tsagaris, C., Kalachanis, K.**, 2020. The Hippocratic account of Mental Health: Humors and Human Temperament. Ment. Health Glob. Chall. J. 3, 33–37. <https://doi.org/10.32437/mhgcj.v3i1.83>
- TÜİK**, 2023. TÜİK Ölüm ve Ölüm Nedeni İstatistikleri.
- TÜİK**, 2022. Sağlık Harcamaları İstatistikleri, 2021.
- TÜİK**, 2021a. Dış Ticaret İstatistikleri [WWW Document]. URL <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Dis-Ticaret-Istatistikleri-Haziran-2021-37418> (accessed 12.9.21).
- TÜİK**, 2021, 2022. Toplumsal Cinsiyet İstatistikleri 2021 (No. 4651). Türkiye İstatistik Kurumu, Ankara.
- TÜİK** [WWW Document], 2021b. URL <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Turizm-Istatistikleri-III.-Ceyrek:-Temmuz---Eylul,-2021-37445> (accessed 11.5.21).
- Tütüncü, S., Etiler, N.**, 2017. Tıbbın alternatifi olmaz. Geleneksel Altern. Ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları Türk Tabipleri Birliği Yayın. Ank. 303s.
- Üçışık, S.**, 1998. Türkiye'de Serbest Bölgeler. Marmara Coğrafya Derg. 243–254.
- Uğurlu, M.C.**, 1997. Hipokrat. Ank. Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecm. 50.
- UNCTAD**, 2019. World Investment Report. New York.
- Urhan, B., Etiler, N.**, 2011. Sağlık sektöründe kadın emeğinin toplumsal cinsiyet açısından analizi. Çalış. Ve Toplum 2, 191–216.
- USHAŞ**, 2021. Türkiye'nin Sağlık Turizminde 2023'de Hedefi 2 Milyon Hasta. USHAŞ. URL <https://www.ushas.com.tr/basinda-biz/turkiyenin-saglik-turizminde-2023de-hedefi-2-milyon-hasta/> (accessed 11.16.21).
- Vail, C.H.**, 2005. The Ancient Mysteries and Modern Masonry. Cosimo, Inc.
- Vardi, L.**, 2013. Review of Between Crown and Commerce: Marseille and the Early Modern Mediterranean, Junko Thérèse Takeda. J. Mod. Hist. 85, 187–189. <https://doi.org/10.1086/668736>

- Ventegodt, S., Kandel, I., Ervin, D.A., Merrick, J.,** 2016. Concepts of holistic care, in: *Health Care for People with Intellectual and Developmental Disabilities across the Lifespan*. Springer, pp. 1935–1941.
- Vermeir, P., Mariman, A., Lucza, L., Sallay, V., Weiland, A., Stegers-Jager, K.M., Vogelaers, D.,** 2021. Epidemiology and organisation of care in medically unexplained symptoms: A systematic review with a focus on cultural diversity and migrants. *Int. J. Clin. Pract.* 75, e14855.
- Viens, A.M.,** 2019. Neo-liberalism, austerity and the political determinants of health. *Health Care Anal.*
- Vithoulkas, G.,** 2021. *Sağlık ve Hastalık için Yeni Model*, 1. Baskı. ed. Mavi Delta Yayıncılık, İstanbul.
- Vithoulkas, G.,** 2017. *Homeopatinin temel ilkeleri*. Günçe Yayınları, İstanbul.
- Vogel, E.F.,** 2011. Deng Xiaoping and the transformation of China. JSTOR.
- Voigt, C., Brown, G., Howat, G.,** 2011. Wellness tourists: in search of transformation. *Tour. Rev.*
- Walliman, N.,** 2017. Qualitative data analysis, in: *Research Methods*. Routledge, pp. 148–166.
- Wang, J.,** 2013. The economic impact of special economic zones: Evidence from Chinese municipalities. *J. Dev. Econ.* 101, 133–147.
- Wang, J., Xiong, X.,** 2012. Current Situation and Perspectives of Clinical Study in Integrative Medicine in China. *Evid. Based Complement. Alternat. Med.* 2012, 1–11. <https://doi.org/10.1155/2012/268542>
- Warr, P.G.,** 1989. Export Processing Zones: The Economics of Enclave Manufacturing. *World Bank Res. Obs.* 4, 65–88. <https://doi.org/10.1093/wbro/4.1.65>
- WCO,** 2021. World Customs Organization [WWW Document]. URL <http://www.wcoomd.org/en/search.aspx?keyword=free+zone> (accessed 11.11.21).
- Weisz, G.,** 2016. Historical reflections on medical travel. *Heal. Holidays Itinerate Patients Ther. Locales Quest Health* 137.
- WFZO,** 2018. *World FZO Outlook Report-1*. World Free Zones Organization.
- WHO,** 2021. Constitution of the World Health Organization [WWW Document]. URL <https://www.who.int/about/governance/constitution> (accessed 11.16.21).
- WHO,** 2018. *Traditional, complementary and integrative medicine*.
- WHO, others,** 2022. *The gender pay gap in the health and care sector: a global analysis in the time of COVID-19*. World Health Organization.
- Wilson, J.K.,** 2008. Babil’de Hastalıklar: Örnek Metinlere Dayalı Bir İnceleme. *Tar. İncelemeleri Derg.* 23, 261–274.
- Wong, C.-Y.,** 2022. Post Industrial Catch-Up Public Research Institutions: The Cases of ITRI of Taiwan and KIST of Korea, in: *Experimental Learning*,

Inclusive Growth and Industrialised Economies in Asia: Lessons from South Korea and Taiwan. Springer, pp. 109–137.

- World Bank**, 2010. Duty and tax relief and suspension schemes for improving export competitiveness: a reference and learning toolkit (English) [WWW Document]. World Bank. URL <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail> (accessed 12.10.21).
- World Bank Group**, 2017. Special Economic Zones: An Operational Review of Their Impacts. World Bank, Washington, DC. <https://doi.org/10.1596/29054>
- Worth, E.J.**, 1989. The medical skills of ancient Egypt. *Gd. Rapids MI Watson Int.* 1–157.
- Wu, Y., Jacobsen, S.**, 2015. Healthcare Outlook China 2015. Deloitte.
- Xia, C., Dong, X., Li, H., Cao, M., Sun, D., He, S., Yang, F., Yan, X., Zhang, S., Li, N., Chen, W.**, 2022. Cancer statistics in China and United States, 2022: profiles, trends, and determinants. *Chin. Med. J. (Engl.)* 135, 584–590. <https://doi.org/10.1097/CM9.0000000000002108>
- Xu, F.**, 2022. Building China’s Eldercare Market: The Imperatives of Capital Accumulation and Social Stability. *Soc. Sci.* 11, 212. <https://doi.org/10.3390/socsci11050212>
- Xu, X., Zhou, L., Antwi, H.A., Chen, X.**, 2018. Evaluation of health resource utilization efficiency in community health centers of Jiangsu Province, China. *Hum. Resour. Health* 16, 1–12.
- Yaman, S.**, 2016. Adapting of science learning self-efficacy belief scale for middle school students: Validity and reliability study.
- Yang, C.**, 2020. Development of Aisan medical tourism and its enlightenment to China. *J China Three Gorges Univ.*
- Yaşar, M.E., Baydaş, A., Yalman, F.**, 2020. The mediating role of health literacy in the effect of health service quality on patient loyalty. *Int. J. Contemp. Econ. Adm. Sci.* 10, 131–150.
- Yayla, T.**, 2019. Türkiye’de Faaliyette Bulunan Serbest Bölgelerin Ticaret Yönünün Beklentiler ve Sonuçlar Açısından İncelenmesi. pp. 274–278.
- Yazar, H., Yılmaz, M.Z., Kayacan, Y., Yazar, F.E., Yazar, O.İ.**, 2019. Tıpta Yeni Sistemik Bakış Açılıarı; Helal Yaşam Tıbbı, Fonksiyonel Tıp, Holistik Tıp, Yaşam Tarzı Tıbbı. *Helal Yaşam Tıbbı Derg.* 1, 1–22.
- Yerenkhan, M.**, 2015. Türkiye’de serbest bölge uygulamaları ve serbest bölgelerin performanslarının veri zarflama analizi ile karşılaştırması (Master’s Thesis). Sakarya Üniversitesi.
- Yeşilyurt, S., Çapraz, C.**, 2018. Ölçek geliştirme çalışmalarında kullanılan kapsam geçerliği için bir yol haritası. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Derg.* 20, 251–264.
- Yitik**, 2011. TAOCULUK - TDV İslâm Ansiklopedisi [WWW Document]. TDV İslâm Ansiklopedisi. URL <https://islamansiklopedisi.org.tr/taoculuk> (accessed 3.21.22).

- Yılmaz, C.**, 2011. Medikal Turizm Araştırması 2011, 2011th ed. Sağlık Bakanlığı, Ankara.
- Yılmaz, C.**, 2010. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Birimi 2010 Faaliyet Raporu ve 2011 Çalışma Planı. Ankara.
- Yurdugül, H.**, 2005. Ölçek geliştirme çalışmalarında kapsam geçerliği için kapsam geçerlik indekslerinin kullanılması. XIV Ulus. Eğitim Bilim. Kongresi 1, 771–774.
- Zargaran, A., Mehdizadeh, A., Yarmohammadi, H., Mohagheghzadeh, A.**, 2012. Zoroastrian priests: ancient Persian psychiatrists. *Am. J. Psychiatry* 169, 255–255.
- Zeller, E.**, 2014. *Outlines of the history of Greek philosophy*. Routledge.
- Zeng, D.Z.**, 2016. Special economic zones: Lessons from the global experience. *PEDL Synth. Pap. Ser. 1*, 1–28.
- Zorlu, A.**, 2020. Gereksinimlerin, İhtiyaçların ve Arzuların Dönüşümü Bağlamında İbn Haldun'un İhtiyaçlar Kuramı. *Tüket. Ve Tüket. Araştırmaları Derg. J. Consum. Consum. Res.* 12, 487–528.

EKLER

EK-4 Anket Formu

15 Kasım 2022 – İstanbul

Değerli Katılımcı,

İstanbul Gedik Üniversitesi'nde, “**Sağlık Turizminde Sağlık Serbest Bölgelerini**” konu alan bilimsel bir çalışma yapıyoruz. Çalışmanın amacı, dünya örneklerini inceleyip Türkiye’de de Sağlık Serbest Bölgesine ihtiyaç olup olmadığını tespit etmektir.

Bu amaç için hazırlanan araştırmaya katılmanızı önemle rica ediyoruz. Araştırma soruları etik kurallara uygun olarak hazırlanmıştır. Gönüllülük temelinde yapılan ve 6-7 dakikanızı alacak araştırma soru ve cevapları anonim olup **sizden hiç bir şahıs ve kurum ismi veya kişi özel yaşamına dair bilgi talep edilmemektedir**. Herhangi bir zorunluluk ve sorumluluk içermeyen araştırmayı istediğiniz zaman sonlandırabilirsiniz.

Katkılarınız için şimdiden içtenlikle teşekkür ederiz.

Araştırmacı

Cemal YILMAZ

İstanbul Gedik Üniversitesi

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İşletme Yönetimi Doktora Programı

Danışman

Prof. Dr. Orhan GÜVENEN

İstanbul Gedik Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

ANKET SORULARI

Bölüm 1 – Demografik Özellikleri Ölçmeye Yönelik Ölçek ve Maddeleri

Cinsiyetiniz

Kadın Erkek
Yaşınız (Açık uçlu cevap)

Eğitiminiz

Doktora Yüksek Meslek Lise Orta
Lisans Üniversite Yüksek O.
(Lisans)

Kurumdaki Göreviniz/Mesleğiniz? (Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

Sahibi Başkan -
- Ortağı Üst yönetici Akademisyen Hekim Hemşire Sağlık Diğer
çalışanı

Kurumunuzun Bulunduğu Şehir (Açılır menü)

Kurumunuz

<input type="checkbox"/> Kamu Hastanesi / Kamu Üniversite Hastanesi
<input type="checkbox"/> Kamu Ağız Diş Sağlığı Merkezi (ADSM)
<input type="checkbox"/> Özel Hastane / Tıp Merkezi / Muayenehane / Rehabilitasyon
<input type="checkbox"/> Özel Ağız Diş Sağlığı Merkezi (ADSM)
<input type="checkbox"/> Termal / SPA / Wellness Tesisi
<input type="checkbox"/> Aracı Kuruluş (Sağlık Turisti Getiren)
<input type="checkbox"/> Kamu Kurumu (Bakanlık, Valilik, Belediye, vb.)
<input type="checkbox"/> Üniversite / Ar-Ge Merkezi
<input type="checkbox"/> İş Dünyası (TSO, İş insanları, Meslek Odaları, vb.)
<input type="checkbox"/> Diğer... (Varsa lütfen belirtiniz?)

Kurumunuzda Yaklaşık Çalışan Sayısı (Açık uçlu cevap)

Kurumunuz Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi Akreditasyon Belgesi Aldı mı?

Evet Hayır Başvuru Sürecinde Reddedildi Bilmiyorum

Kurumunuza Yurtdışından Hasta Geliyor mu?

Sürekli gelir Ara sıra gelir Gelmez Kesinlikle gelmez Bilmiyorum

Kurumunuz Kaç Yıldır Sağlık Turizmi İle İlgileniyor? (Açık uçlu cevap)

Kurumunuzun Sağlık Serbest Bölgesine (SASEB) İlgisi Var mı?

Kesinlikle var İlgisi var Bilmiyorum İlgisi yok Kesinlikle yok

Siz Kaç Yıldır Sağlık Turizmi İle İlgileniyorsunuz? (Açık uçlu cevap)

1. Sağlık Serbest Bölgesi (SASEB) Hakkındaki Bilginizi En Çok “5”, En Az “1” Olacak Şekilde Puanlayınız

5 4 3 2 1

Sizce Türkiye’de Sağlık Serbest Bölgesine (SASEB) İhtiyaç Var mı?

Kesinlikle var İhtiyaç var Bilmiyorum İhtiyaç yok Kesinlikle yok

Bu bölümden itibaren 5’li Likert türü ölçek kullanılmıştır:

- (1) Kesinlikle Katılmıyorum
- (2) Katılmıyorum
- (3) Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum
- (4) Katılıyorum
- (5) Kesinlikle Katılıyorum

Bölüm 2 - SASEB'ten Beklenen Faydaya Yönelik Ölçek ve Maddeleri

Sağlık Serbest Bölgesi (SASEB) Kurulursa Aşağıdaki İfadelere Ne Denli Katılırsınız?		1	2	3	4	5
FYD1	Sağlık turisti sayısı ve sağlık turizmi gelirleri artar					
FYD2	Dünya sağlık turizmi pazarından daha çok pay alırız					
FYD3	Sağlık turizmde uluslararası çekim merkezi olur					
FYD4	Sağlık teknolojileri transferi artar					
FYD5	İstihdama katkı sağlar					
FYD6	Sağlık politikalarının iyileşmesine katkı sağlar					
FYD7	Sağlık standartlarının yükselmesine katkı sağlar					
FYD8	Sağlık kurumlarının hizmet kalitesi artar					
RSK1	Sağlıkta eşitsizliğe sebep olabilir					
FYD9	Özel ve kamudan sağlıkçılar Sağlık Serbest Bölgesini seçer					
RSK2	Mevcut sağlık kurumlarını olumsuz etkiler					
RSK3	Diğer faydalar					

Bölüm 3- SASEB'in Niteliklerine Yönelik Ölçek ve Maddeleri

Sağlık Serbest Bölgesinde (SASEB) Olması Gereken Özelliklere Ne Denli Katılırsınız?		1	2	3	4	5
NTL1	Yenilikçi (inovatif) bir SASEB olmalı					
NTL2	Beden, ruh ve akıl sağlığını temel alan "Holistik" bir felsefesi olmalı					
NTL3	Tamamlayıcı ve alternatif tıp hizmetleri olmalı					
NTL4	Sağlık Ar-Ge merkezleri olmalı					
NTL5	Deneysel çalışmaların yapılacağı güçlü laboratuvarları olmalı					
NTL6	Sağlıkla ilgili eğitim ve öğretim kurumları olmalı					
NTL7	Genel hastane, tıp merkezi, FTR, dış vb. klinikler olmalı					
NTL8	İhtisas kök hücre, organ nakli, kanser, robotik cerrahi gibi ileri teknoloji tesisleri olmalı					
NTL9	Termal, SPA, Wellness, anti-aging tesisleri olmalı					
NTL10	Yaşlı geriatrik bakım merkezi ve aktif yaşam tesisleri olmalı					

Bölüm 4- SASEB İçin En Uygun İli Tespite Yönelik Ölçek ve Maddeleri

Sizce Sağlık Serbest Bölgesi (SASEB) İçin Türkiye’de En Uygun İller Hangileridir?		1	2	3	4	5
İL1	Adana					
İLF1	Ankara					
İLF2	Antalya					
İL2	Aydın					
İL3	Bursa					
İL4	Gaziantep					
İLF3	İstanbul					
İLF4	İzmir					
İL4	Kocaeli					
İL5	Muğla					
İL6	Samsun					
İL7	Van					
İL8	Diğer İller					

Bölüm 5 – SASEB İçin En Uygun İl Tercih Eğilimlerine Yönelik Ölçek ve Maddeleri

Yukarıda Yaptığımız “En Uygun İller” Tercihinizin Nedenleri Nelerdir?		1	2	3	4	5
İLT1	Merkezi konumda					
İLT2	Ulaşımı kolay					
İLT3	Havalimanı var					
İLT4	Hasta ve yakınları için oteller çok					
İLT5	Termal kaynakları var					
İLT6	Diğer Turizm imkânları var: doğa, deniz, güneş					
İLT7	Sosyo-kültürel altyapısı gelişmiş					
İLT8	Kamu kurumları destekler (Valilik, belediye vb.)					
İLT9	Bilimsel kurumlar destekler (Üniversite vb.)					
İLT10	İş dünyası destekler (TSO, Meslek odaları vb.)					
İLT11	İstihdam için nitelikli ve eğitilmiş nüfusa sahiptir					
İLT12	Bu şehre <u>yurtiçinden</u> SASEB için kolay yatırımcı gelir					
İLT13	Bu şehre <u>yurtdışından</u> SASEB için kolay yatırımcı gelir					
İLT14	Bu şehirde kurulursa biz de yatırımcı olarak katılırız					

Bölüm 6 – SASEB Türü Eğilimlerine Yönelik Ölçek ve Maddeleri

Aşağıda Yer Alan Sağlık Serbest Bölge Türleri Hakkındaki Görüşlere Katılır mısınız?		1	2	3	4	5
TÜR1	MEDİKAL SASEB (Ankara, Antalya, İstanbul ve İzmir gibi şehirlerde <u>mevcut</u> hastaneler kümelenip birden fazla şehirde MEDİKAL ihtisas Sağlık Serbest Bölgeleri kurulmalıdır)					
TÜR2	TERMAL SASEB (Afyon, Kütahya, Yalova ve Bursa gibi şehirlerde <u>mevcut</u> termal tesisler kümelenerek birden fazla şehirde ihtisas TERMAL Sağlık Serbest Bölgeleri kurulmalıdır)					
TÜR4	ÜÇÜNCÜ YAŞ SASEB (Yaşlılar için müstakil Aktif Yaşam Köyleri ve Geriatrik Serbest Bakım Bölgeleri kurulmalıdır)					
TÜR4	Tek GENEL SASEB (Çin ve BAE’de ki gibi Medikal, Termal, SPA, Wellness özelliklerini bir arada bulunduran kapsamlı tek bir TÜRKİYE SAĞLIK SERBEST BÖLGESİ kurulmalıdır)					

Bölüm 7 – SASEB Finans Modeli Eğilimlerine Yönelik Ölçek ve Maddeleri

Sağlık Serbest Bölgesinin (SASEB) Finansmanı Nasıl Karşılabilir?		1	2	3	4	5
FİN1	Bütünüyle kamu tarafından karşılanmalı					
FİN2	Bütünüyle özel sektör tarafından karşılanmalı					
FİN3	Kamu-Özel sektör işbirliği ile karşılanmalı					
FİN4	Halka arz edilerek finansman temin edilmeli					
FİN5	Yurtdışı Yatırım Fonlarından finans sağlanmalı					
FİN6	Çin, Güney Kore ve Dubai SASEB’leri ile ortaklık ve işbirliği yapılmalı					
FİN7	Diğer finans modelleri					

Bölüm 8 – SASEB’in Potansiyel Pazarlarına Yönelik Ölçek ve Maddeleri

Sağlık Serbest Bölgesinin (SASEB) Esas Hedef Pazarları Nereler Olmalı?		1	2	3	4	5
PZR1	Ortadoğu Ülkeleri					
PZR2	Türk Cumhuriyetleri					
PZR3	Balkan Ülkeleri					
PZR4	AB Ülkeleri					
PZR5	Afrika Ülkeleri					
PZR6	KEİ Ülkeleri (Rusya, Romanya, vb.)*					
PZR7	Kuzey Amerika					
PZR8	Güney Amerika					
PZR9	Diğer Ülkeler					

* Karadeniz Ekonomik İşbirliği Ülkeleri

Görüş, Öneri ve Sorularınızı Aşağıda Belirtebilirsiniz. Katkı ve destekleriniz için teşekkür ederiz.

.....
.....
.....

.....

BASINDA SAĞLIK SERBEST BÖLGESİ

Araştırmamıza ilişkin ayrıntılı bilgi için SAĞLIK AKTÜEL veya MEDİKAL AKADEMİ portallerinde çıkan yazıları inceleyebilirsiniz:

- <https://www.saglikaktuel.com/yazi/turkiyede-saglik-serbest-bolgesine-ihtiyac-var-mi-7220.htm>

- <https://www.medikalakademi.com.tr/turkyede-saglik-serbest-bolgesne-htyac-var-mi/>

Anket linkimizi sektörünüzdeki diğer kişi ve kuruluşlara göndererek bize yardımcı olmak ister misiniz?

<https://forms.gle/YTpwEhhfir2xetW9>

ÖZGEÇMİŞ

ÖRENİM DURUMU

- Lisans Anadolu Üniversitesi
Business Administration (İngilizce)
- Lisans ve Yüksek Lisans Amsterdam Üniversitesi
Edebiyat Fakültesi
- Doktora İstanbul Gedik Üniversitesi
İşletme Doktora Programı