



ISSN: 2146-1961

Yılmaz, C (2023). Türkiye'nin Sağlık Turizminde Küresel Marka Olması İçin Sağlık Serbest Bölgesine Olan İhtiyacın ve Etkinin Analizi, *International Journal of Eurasia Social Sciences (IJOESS)*, 14(52), 468-491.

DOI: <http://dx.doi.org/10.35826/ijoess.3339>

**Makale Türü (ArticleType):** Araştırma Makalesi

## TÜRKİYE'NİN SAĞLIK TURİZMİNDE KÜRESEL MARKA OLMASI İÇİN SAĞLIK SERBEST BÖLGESİNE OLAN İHTİYACIN VE ETKİNİN ANALİZİ<sup>1</sup>

**Cemal YILMAZ**

Doktora Öğrencisi, İstanbul Gedik Üniversitesi, İstanbul, Türkiye, [akademicya@gmail.com](mailto:akademicya@gmail.com)

ORCID: 0000-0002-6315-9372

Gönderim tarihi: 20.01.2023

Kabul tarihi: 18.05.2023

Yayın tarihi: 01.06.2023

### Öz

Sağlık Serbest Bölgesi (SASEB) küresel yeni bir olgudur. 2002 yılında Dubai Emiri tarafından kuruluşu ilan edilen Dubai Sağlık Kenti, dünyada kurulan ilk Sağlık Serbest Bölgesi olma özelliğine sahiptir. İzleyen yıllarda Çin'in Hainan adasında Lecheng Umut Kenti kurulmuş, bunu Güney Kore, Endonezya, Nijerya'da kurulan veya inşa aşamasında olan projeler takip etmiştir. Ülkeler, SASEB'i sağlık turizmi hedeflerine ulaşmada önemli bir araç olarak görmektedir. Türkiye'de 2010 yılında gündeme getirilen Türk SASEB projesi kamuoyunda yoğun ilgi görmüş ve uzun yıllar sağlık sektörünün gündeminde kalmaya devam etmiştir. Dönemin Bakan ve üst bürokratlarının değişmesiyle kamunun projeye olan ilgisinde azalma yönünde değişimler gözlenmiştir. Projeyi devam ettirmek isteyen İzmir, Bursa, İstanbul, Ankara gibi bazı şehirlerde yerel girişimler olmuş fakat bunların hiçbiri Türk SASEB projesinin gerçekleşmesi için yeterli olamamıştır. Yapılan bu çalışmayla Sağlık Serbest Bölgesine ihtiyaç olup olmadığı, böyle bir ihtiyaç varsa Türk SASEB'in nitelikleri ve beklenen faydanın içerik ve boyutu araştırılmıştır. Çalışmada araştırmacı tarafından geliştirilen anket ve ölçekler kullanılmıştır. Anketin geçerlik ve güvenilirliğini test etmek için önce 54 kişiyle pilot çalışma yapılmış, elde edilen bulgu ve öneriler çerçevesinde yapılan düzenlemeler sonrası alınan İstanbul Gedik Üniversitesi Etik Kurulu onayıyla 15 Kasım 2022-15 Şubat 2023 tarihleri arasında ana anket çalışmaları gerçekleştirilmiştir. Tabakalama yöntemiyle oluşturulan 491 kişilik örneklem grubundan elde edilen veriler SPSS v.23 istatistik programı ile t-testi, tek yönlü ANOVA, korelasyon ve regresyon analizlerine tabi tutulmuştur. Araştırmaya katılanların çoğunluğu (%59) Türkiye'de SASEB'e ihtiyaç olduğunu belirtmiştir. Regresyon analizinde, SASEB'in Türkiye'ye gelen sağlık turisti sayısını ve sağlık turizmi gelirlerini %44,8 oranında artıracığı sonucu ortaya çıkmıştır.

**Anahtar Kelimeler:** Sağlık serbest bölgesi, sağlık turizmi, medikal turizm.

<sup>1</sup> Bu makale İstanbul Gedik Üniversitesi İşletme Ana Bilim Dalında yürütülen "Türkiye ve Dünyada Sağlık Serbest Bölgesi Girişim ve Uygulamaları" başlıklı tezden üretilmiştir (This article is extracted from the PhD dissertation titled "Health Free Zone Initiatives and Implementations in Turkey and the World" conducted at Istanbul Gedik University, Department of Business Administration).

## ANALYSIS OF THE NEED AND IMPACT OF A HEALTH FREE ZONE FOR TURKEY TO BECOME A GLOBAL BRAND IN HEALTH TOURISM

### ABSTRACT

The Health Free Zone (SASEB) is a new global phenomenon. Declared by the Emir of Dubai in 2002, Dubai Health City has the distinction of being the first Health Free Zone established in the world. In the following years other SASEB projects has been implemented in China, South Korea, Indonesia, and Nigeria. Countries see SASEB as an important tool in achieving their health tourism goals. The Turkish SASEB project, which was brought to the agenda in Turkey in 2010, attracted great attention from the public and remained on the agenda of the health sector for many years. With the change of the Minister and top bureaucrats of the period, the government's interest in the project is decreased. There were local interests and initiatives in some cities such as Izmir, Bursa, Istanbul and Ankara that wanted to continue the project, but they did not succeed. The aim of this study is to investigate whether there is a need for a Health Free Zone in Turkey, and if there is such a need, the content and size of the expected benefit from Turkish SASEB project. Questionnaires and scales developed by the researcher were used in the study. In order to test the validity and reliability of the questionnaire and scales, a pilot study was conducted with 54 people. After the necessary arrangements were made on the questionnaire and scales within the framework of the findings obtained from the pilot study, the main survey studies were carried out between 15 November 2022 and 15 February 2023 with the approval of the Istanbul Gedik University Ethics Committee. The sample group (491 people) has been formed by the stratification method. The dataset is subjected to t-test, one-way ANOVA, correlation and regression analyses with SPSS v.23 statistical program. The majority of the respondents (59%) stated that there is a need for SASEB project in Turkey. In the regression analysis, it was concluded that SASEB project will increase the number of health tourists and health tourism revenues in Turkey by 44.8%.

**Key words:** Health free zone, health tourism, medical tourism.

## GİRİŞ

Sağlık Serbest Bölgesi olgusunun temel dayanağını oluşturan sağlık ve serbest bölge kavramları iki farklı disipline ve iki farklı tarihsel gelişim sürecine işaret etmektedir. Özellikle 1980’li yıllardan itibaren dünya genelinde yaygınlık kazanan neo-liberal politikaların etkisiyle Türkiye de dâhil tüm dünya ülkelerinde başta sağlık, ekonomi, eğitim ve hukuk olmak üzere pek çok alanda değişim ve dönüşüm programları hayata geçirilmiştir. Toplumsal yaşamda büyük etkileri olan bu gelişmelere koşut 2000’li yılların başında sağlıkta “sağlık turizmi” ve “Sağlık Serbest Bölgesi” benzeri yeni kavram ve ürünler ortaya çıkmıştır. Bu türden çok faktörlü ve çok disiplinli çalışmalarda transdisipliner yaklaşım öne çıkmaktadır (Güvenen, 2016).

Sağlık turizmi, her yıl katlanarak büyüyen küresel bir pazara işaret etmektedir. Dünya genelinde sağlıkta iddialı olan ülkelerin rekabet ettiği bu pazara Türkiye de erken sayılabilecek bir dönemde girmiş ve ülke genelinde kamu ve özel sektör tarafından yapılan çalışmaları koordine etmek üzere 31 Mart 2010 tarih ve B100TSH000000 sayılı ile Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde müstakil bir “Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü” kurmuştur (Yılmaz, 2010). Sağlık altyapısı ve sağlık potansiyeline uygun sağlık turizmi politikaları geliştirmek ve sağlık turizminden aldığı küresel payı artırmak amacıyla kurulan Koordinatörlük çeşitli dillerde araştırma ve yayınlar yapmış, ulusal ve uluslararası kongre ve etkinlikler düzenlemiştir. Ülke ekonomisine katkısının konvansiyonel turizme oranla çarpan etkiye sahip olduğunu fark eden Türkiye, Onuncu Kalkınma Planında (2014-2018) sağlık turizmini Öncelikli Dönüşüm Programları Listesine almış izleyen yıllarda çeşitli yasa ve yönetmelikler çıkartarak sağlık turizmini yasal bir zemine oturtmuştur (Kalkınma Bakanlığı, 2013). “Döviz Kazandırıcı Hizmet Sektörlerinin Desteklenmesine İlişkin Kararlar” kapsamında tercümanlık desteği, hasta yol desteği, ürün hizmet ve marka tescil ve koruma desteği, belgelendirme desteği, danışmanlık desteği, acente komisyon desteği, bireysel fuar katılım desteği, yurtdışı bilim desteği, alım ve ticaret heyeti desteği, yurtiçi tanıtım desteği, eğitim desteği benzeri pek çok destek ve teşvik imkânlarını uygulamaya koymuş, turizmin vergilendirilmesi boyutu da dâhil (Kızıltoprak, 2022) çeşitli alanlarda araştırma ve çalışmalar yapmıştır.

Bu teşvik ve desteklerle yetinmeyen Türkiye, sağlık turizminde küresel pazar payını artırmak, bölgesel çekim merkezi olmak, ileri teknolojileri ülkeye çekmek gibi iddialarını sürdürebilir bir temele oturtmak için, 2010 yılında önemli bir projeyi ülke gündemine getirmiştir. İlk kez 2002 yılında Dubai Emiri tarafından kuruluşu ilan edilen Dubai Sağlık Kenti (Dubai SASEB) benzeri bir yapılanmayı Türkiye’de gerçekleştirmek isteyen hükümet Sağlık Bakanlığını koordinatör Bakanlık olarak projeye görevlendirmiş, dünya örneklerinin incelenmesi için bir araştırma grubu oluşturmuş ve çeşitli illerde bilgilendirme toplantıları düzenlemiştir. Bugüne kadar Türk SASEB projesi hayata geçirilememiş olsa da ülke genelinde kamu ve özel sektör tarafından gösterilen ilgi SASEB’in Türkiye’nin sağlık turizmi hedeflerin gerçekleşmesinde oynayacağı rol ve önem keşfedilmiştir. Diğer yandan özel sektör kendi sağlık turizmi hedeflerini gerçekleştirebilmek amacıyla sağlık altyapısını güçlendirici politikalar geliştirmiş, ilave yatırımlar yapmış, yabancı hastalarla iletişimi kolaylaştırmak için çeşitli dillerde tercümanları işe almış, çok dilli ve interaktif web siteleri kurmuş, ulusal ve uluslararası kongre ve fuarlara etkin katılımlar gerçekleştirmiştir.

Bütün bu destek, teşvik, yatırım, altyapı, tanıtım çabaları ve sahip olunan avantajlara (doğa, güneş, deniz, tarih, kültür) rağmen Türkiye'nin sağlık turizmi hedeflerini tutturamadığı ve gerisinde kaldığı görülmektedir. Aşağıda Onuncu Kalkınma Planında yer alan hedefler ile gerçekleşenler arasındaki farklar verilmektedir.

**Tablo 1.** Türkiye'nin 2014-2018 Sağlık Turizmi Hedefleri

Hedeflenen sağlık turisti sayısı	Hedeflenen sağlık turizmi geliri (USD)	Gerçekleşen sağlık turisti sayısı	Gerçekleşen sağlık turizmi geliri (USD)
2.400.000	9.350.000.000	1.860.000	3.045.000.000

Kaynak: Kalkınma Bakanlığı, Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018)

Tablo 1'den anlaşılacağı üzere 2014-2018 döneminde beklenen sağlık turisti sayısı 2 milyon 400 bin ve beklenen gelir 9 milyar 350 bin USD iken gerçekleşen sağlık turisti sayısı 1 milyon 860 bin ve gerçekleşen gelir 3 milyar 45 milyon USD olmuştur. Sağlık turisti sayısı yönüyle hedeflenenin %77'si sağlık turizmi geliri yönüyle hedeflenenin %32'si gerçekleşmiş bulunmaktadır. Benzer bir sonuç hedeflenen kişi başı beklenen gelir (3.895 USD) ile gerçekleşen gelir (1.637 USD) arasında da görülmektedir. Söz konusu dönemde kişi başı beklenen gelirin ancak % 42'si gerçekleşmiş bulunmaktadır. İzleyen dönemde de beklenen ile gerçekleşen arasında farklar ortaya çıkmıştır. 2019-2022 döneminde Türkiye'ye gelen sağlık turisti sayısı ve elde edilen gelir aşağıda verilmiştir.

**Tablo 2.** Türkiye'ye Gelen Sağlık Turistlerinden Kişi Başı Elde Edilen Gelir (USD)

Yıl	Sağlık turisti sayısı	Sağlık turizmi geliri	Kişi başı gelir
2019	701.046	1.412.438	2.015 USD
2020	407.423	1.164.779	2.859 USD
2021	670.730	1.726.973	2.575 USD
2022	1.258.382	2.119.059	1.684 USD

Kaynak: USHAŞ-Uluslararası Sağlık Hizmetleri A.Ş. (2023)

Tablo 2'den anlaşılacağı üzere 2019 yılında kişi başı elde edilen gelir 2.015 USD iken 2022'de elde edilen kişi başı gelir 1.684 USD'ye düşmüştür. Bu iki yıl arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. 2022'de sağlık turisti sayısı artarken sağlık turizmi gelirleri düşmektedir. Aynı negatif yönlü ilişki 2019 ile 2020 arasında da görülmektedir. Bu kez sağlık turisti sayısı düşerken kişi başına düşen sağlık turizmi geliri artmaktadır. Verilerde görüldüğü üzere Türkiye sağlık turizminde ortaya çıkan sert iniş ve çıkışlar yapısal sorunlara işaret etmektedir. Türkiye'nin sağlık turizminde belirlediği hedeflerin gerisinde kalmasının nedenlerinin bilimsel bir yaklaşımla analiz edilmesi ve önlemlerin geliştirilmesi önem taşımaktadır. Bu kapsamda Sağlık Serbest Bölgesi benzeri yenilikçi yapılara olan ihtiyacın tespit edilerek getirecekleri faydanın bilimsel yöntemlerle ortaya konmasına gereksinim duyulmaktadır. Sağlık turizmine yönelik pek çok çalışma bulunmaktadır (Atilla, 2020; Karaca, 2021; Tengilimoğlu, 2020). Fakat Sağlık Serbest Bölgesine yönelik ulusal ve uluslararası alanyazın taramasında herhangi bir akademik çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışmayla Türkiye'de Sağlık Serbest Bölgesine ihtiyaç olup olmadığı sorusu bilimsel yöntemlerle araştırılmıştır.

### Sağlık Turizmi (Kavram, Kuram ve Türleri)

Toplumları dönüştürücü bir etkiye sahip olan modernite beraberinde yeni yaşam tarzları ve buna uygun ürünler ortaya çıkarmaktadır (Atatüre, 2003). Sağlık Serbest Bölgesinin öncülü olan sağlık turizmi de bu kapsamda değerlendirilmektedir. İlk kez kavram olarak Goodrich (1994) tarafından kullanılan sağlık turizmi kavramı önceleri sadece tıp (medikal) turizmi için kullanılırken takip eden yıllarda SPA, wellness, termal, ileri yaş turizmi benzeri çeşitli türevleri de içerisine almaya ve bilimsel çalışmalara konu olmaya başlamıştır (Dalahmetoğlu ve Oktay, 2021). Henüz gelişim aşamasında olan sağlık turizmiyle ilgili tanımlar ve kavramlar hem hizmet sektörünün hem de sağlık sektörünün ortasında bulunması nedeniyle kendi içlerindeki güçlü değişim dinamiklerinden etkilenmektedirler (Gürler, 2021). Gerek ulusal gerekse uluslararası alanyazında sağlık turizmi kavram ve kuramlarında kaymalarına işaret eden bazı araştırmacılar sağlık turizmi kavramının bazı zamanlar tıp (medikal) turizmi bazı zamanlar SPA-Wellness ve bazı zamanlar termal turizm için kullanıldığına işaret etmektedir (Yılmaz, 2010). Sağlık turizmi kavram ve türleri hakkında hem ulusal hem uluslararası alanyazında geniş ve çeşitli akademik çalışmalar bulunmaktadır (Gianfaldoni vd., 2017; Lee ve Spisto, 2007; Tengilimoğlu ve Zekioğlu, 2020; Yılmaz, 2023). Genel olarak araştırmacılar en yalın haliyle sağlık turizmini bir kişinin sağlık ve tedavi amacıyla sınır geçerek bulunduğu ülkeden başka bir ülkeye gidip orada en az 24 saat ikamet etmesi olarak tanımlanmaktadır (Somuncu, 2020). Sağlık Bakanlığı ilk çalışmalarında sağlık turizmini (i) Tıp (medikal turizmi), (ii) Termal turizmi, (iii) SPA-Wellness turizmi ve (iv) İleri yaş / 3. Yaş turizmi olmak üzere 4 ana sınıfa ayırmaktadır (Yılmaz, 2010). Daha sonraki yıllarda da pek çok araştırmacı tarafından temel alınan bu sınıflandırmada değişiklik yapılarak SPA-Wellness ve Termal turizmi birleştirilmiştir (Tontuş, 2018). Aşağıda sağlık turizminin türevleri özetlenmektedir.

#### *Medikal Turizmi*

Günümüzde medikal turizm kalp ameliyatı, kanser tedavisi, sağlık taraması, diş tedavisi vb. alanlarda hekimlerin müdahalesini gerektiren durumların yanı sıra yağ aldırma, saç ektirme, yüz gerdirme, göğüs büyütme veya küçültme benzeri estetik uzmanlarının müdahalesini gerektiren durumlar olarak belirtilmektedir (Lee ve Spisto, 2007). Bir müdahaleyi medikal turizm kapsamında tanımlamak için kişinin bulunduğu yerden başka bir yere operasyon ve çeşitli invaziv (cerrahi) uygulamalar için gitmesi gerektiğine işaret edilmektedir (Connell, 2011). Yüksek maliyetler, uzun bekleme süreleri veya daha kaliteli hizmet beklentisi insanların başka ülkelere yönelmelerine etki eden unsurlar olarak değerlendirilmektedir (Tengilimoğlu ve Zekioğlu, 2020). Medikal turizmi Yunanlılara kadar götürüp orada bırakan çalışmaların oldukça yetersiz ve yüzeysel kaldığı, sürekli birbirlerini tekrar ettikleri görülmektedir. Hâlbuki medikal turizmin kökenlerinin derin kaynaklara inildiğinde M.Ö. 4000'li yıllara kadar gittiği görülmektedir. Günümüzden 5-6 bin yıl önce de insanlar tedavi amaçlı bir yerden bir başka yere intikal etmekteydiler. Borchardt (2002) "*İlaç Tedavisinin Başlangıcı; Eski Mezopotamya Tıbbı*" isimli önemli kaynak eserinde eski Mezopotamya'da önemli bir medeniyet kuran Sümerlerin viral hastalığa neden olan organizmaların hızlı yayılması karşısında önleyici tedaviler geliştirdiklerini ve bu tedavilerde bitkisel kökenli ilaçlar kullandıklarını ortaya koymaktadır. Diğer yandan tıbbın atası olarak kabul edilen ve dönemin oldukça ileri tıp bilgisi ve tedavi aletlerine sahip olan ve tıbbı Yunanlılara öğreten antik

Mısır'da hekimler günümüze kadar gelen tıbbi papirüsler üzerine hastalık tanımlarını ve uyguladıkları tedavi yöntemlerini işlemişlerdir. Bunlar içerisinde M.Ö. 1825 yılında yazıldığı öngörülen Kahun tıp papirüsü ve M.Ö. 1600 yılına ait Edwin Smith tıp papirüsü oldukça şaşırtıcı bilgiler içermektedir (Yılmaz, 2023). 17 sayfadan meydana gelen papirüs baş, kol, boyunda meydana gelen yaralanma sonucu ortaya çıkan yara ve kanamaların tedavisi için kullanılacak preparatları ve uygulama protokollerini açıklamaktadır. Papirüsün dikkat çekici yönlerinden birisi beyin cerrahisinde takip ettikleri yöntemle kranial ve omurga yaralanmalarında uyguladıkları yöntemler.

#### *Termal Turizmi*

Antik dönemlerden bu yana kullanılan bir başka tedavi aracı termal kaynak sularıdır. Sıcak sularla tedavinin ilk kez M.Ö. 4000'li yıllarda Sümerler ve Mısırlılar tarafından keşfedildiği, üzerlerinde kurdukları tesislerle o döneme göre ileri düzey sayılabilecek tekniklerle tedavi amaçlı kullandıkları bilinmektedir (Tengilimoğlu ve Zekioglu, 2020). Türkiye gibi deprem kuşağı üzerinde bulunan ülkelerin sahip olduğu mineralli termal zenginlikler sağlık turizminde rekabet avantajı sağlayan önemli unsurlar olarak değerlendirilmektedir. MTA verilerine göre Türkiye'de 1500'ün üzerinde, debisi 2-500 lt/sn termal kaynak bulunmasına ve bu kaynakların insan sağlığı için çok faydalı olduğu bilinmesine rağmen potansiyelin yeterince ticarileştirilemediği görülmektedir. Sağlık turizminin bir türevidir olan termal turizm hakkında ulusal ve uluslararası alanyazında çeşitli çalışmalar bulunmaktadır (Gianfaldoni vd., 2017; Tontuş, 2012).

#### *SPA-Wellness Turizmi*

Afiyet tıbbi olarak da nitelendirilen kavram ilk kez 1961 yılında Halbert Dun tarafından ifade edilmiştir. Diğer sağlık turizmi türlerinde olduğu gibi SPA-wellness kavram ve tanımında çeşitli görüşler bulunmaktadır. Bazıları bunu beden, akıl ve ruh üçlüsü arasında bir uzlaşma olarak görürken bazıları da psikolojik esenliği artırmak için beden üzerinde güzelleştirme eylemleri olarak görmektedir (Connell, 2011; Smith ve Kelly, 2006). Global Wellness Institute verilerine göre 2020 yılında dünya genelinde 4,4 trilyon dolarlık bir hacme ulaşan sektörde bu miktarın 955 milyar doları kişisel bakım ve güzelleşme, 946 milyar doları sağlıklı yeme-içme, 788 milyar doları fiziksel faaliyetler, 413 milyar doları kısa adı GETAT olan geleneksel ve tamamlayıcı tıp, 131 milyar doları zihinsel faaliyetler ve 68 milyar doları SPA için harcanmaktadır (Global Wellness Institute, 2021). Türkiye'nin SPA-Wellness sektöründe de potansiyelinin gerisinde bulunduğu görülmektedir.

#### *İleri yaş / 3. Yaş turizmi*

Yükselen yaşam süreleri sayıları artan bu grubun aynı zamanda büyük bir pazar olduğunu da göstermektedir. Japonya (%28), İtalya (%23,4), Almanya (%21,9) ve Fransa (%20,6) benzeri ülkelerde toplumun beşte birinden fazla bir kesimi 65 ve üstü yaş grubuna dâhil bulunmaktadır (OECD, 2021). Türkiye'de 65 ve üstü yaş grubunun toplam nüfus içerisinde oranı 2022 itibarıyla %9,8 ile diğer ülkelere nazaran düşük görünmekle birlikte nüfusun yaşlanma hızına bakıldığında Türkiye'nin de hızlı yaşlanan ülkeler arasında yer aldığı görülmektedir. Yaşlanma ve yaşlılık üzerine yapılan pek çok çalışmada insan ömrünün son dönemlerinde artan dış destek ve bakım

ihtiyacının yeterince karşılanmaması durumunda yaşanan yoksunluk ve yaşamın anlamsızlığı duyguları ele alınmaktadır (Taylor, 1922).

### Serbest Bölge (Kavram, Kuram ve Türleri)

Sağlık Serbest Bölgesi bileşenin ikinci ayağını oluşturan serbest bölge ekonomik bir kavramdır. Yapılan bir araştırmada 160 ülkede 82 farklı tanımın kullanıldığı tespit edilmiştir. 2019 verilerine göre dünya genelinde 5.383 serbest bölge bulunmaktadır. Bunların 4.772 tanesi gelişmekte olan ülkelerde, 374 tanesi gelişmiş ülkelerde ve 237 tanesi geçiş dönemi ülkelerinde yer almaktadır (Bost, 2019). Günümüzde kıtalara ve pek çok ülkeye yayılan serbest bölgeler çeşitli isimler altında faaliyetlerini yürütmektedir. Serbest bölgeler, serbest ticaret bölgeleri, gümrüksüz bölgeler, özel ekonomik bölgeler, ihracat işleme bölgeleri benzeri onlarca tanıma sahip bulunmaktadır. OECD serbest bölgeleri 4 ana grup altında toplamaktadır. Bunlar; (i) serbest ticaret bölgeleri, (ii) ihracat işlem bölgeleri, (iii) ihtisas bölgeleri ve (iv) özel ekonomi bölgeleridir (OECD, 2009). Dünya Bankası bu sınıflandırmaya 4 farklı sınıf daha eklemiştir. Bazı araştırmacılar tarihsel gelişim süreçlerini temel alarak serbest bölgeleri 6 sınıfa ayırmaktadır. Birinci nesil SEB (1940'a kadar), İkinci ve Üçüncü nesil SEB (1940-1970), Dördüncü ve Beşinci nesil SEB (1970-1990) ve Altıncı nesil SEB (1990'dan günümüze kadar) olmak üzere sınıflandırma yapmaktadır (Guangwen, 2003). Dünya Bankası, belirli bir bölge içerisinde sınırlandırılan ve ülkenin gümrük mevzuatı dışında kendine özgü mevzuat ve çalışma yöntemi olan serbest bölgelerin tarihi süreç içerisinde çeşitli şekiller aldığı, bulunduğu her ülkede ulusal etkilerle farklı şekilde isimlendirildiğini ve kiracı şirketlere altyapı ve hizmetler sunduğunu belirtmektedir (World Bank Group, 2017). FIAS (2008) serbest bölgelerin kuruluş amacını (i) doğrudan yabancı yatırım çekmek, (ii) istihdam yaratmak, (iii) kapsamlı ekonomik reform stratejilerini desteklemek ve (iv) yeni politika ve yaklaşımlar için deneysel laboratuvar işlevi olmak üzere 4 ana başlıkta toplamaktadır.

Tarihsel arka plana bakıldığında serbest bölgelerin kökeninin Kuzey Afrika'da Kartaca ve Sur kentlerine kadar uzandığı görülecektir (Erdoğan ve Ener, 2005). İzleyen asırlarda Roma, Venedik, Marsilya-Fransa, Livorno, Dunkerq, Altona gibi bölgelerde çeşitli içerik ve amaçla kurulan serbest şehir, serbest liman ve serbest bölgeler ortaya çıkmıştır. Osmanlıda ilk serbest bölge uygulaması 16. asırda Kanuni Sultan Süleyman döneminde Sadrazam Pargalı İbrahim Paşa tarafından Fransa ile yapılan anlaşma çerçevesinde hayata geçirilmiştir. Daha sonra 1856 yılında Tuna nehrinin Karadeniz'e döküldüğü, günümüzde Romanya sınırları içerisinde kalan, Sulina şehrinde kurulumuna başlanmış ama tamamlanamadan Osmanlılar o bölgeden çekilmek zorunda kalmıştır. Osmanlı Devleti sonrası kurulan Türkiye Cumhuriyeti ilk kez 1927 yılında çıkarılan "Serbest Mıntıka Kanunu" ile serbest bölgeyle tanışmıştır. Daha sonra uzun süre gündemden düşen serbest bölgeler gerçek anlamıyla 1985 yılında Turgut Özal zamanında çıkarılan 3218 sayılı serbest bölgeler kanunu ile bir zemine oturtularak yeniden gündeme girmiştir. Günümüzde Türkiye'de 18 faal serbest bölge bulunmaktadır (T.C. Ticaret Bakanlığı, 2021).

Sağlık kavramı ile serbest bölge kavramının sentezlemesi olan Sağlık Serbest Bölgesi kavramı üzerinde henüz yeterince akademik çalışmanın bulunmadığı fakat yakın zamanda pek çok ulusal ve uluslararası çalışmanın başlaması beklenen bir alanı oluşturmaktadır.

Bu çalışmanın birincil amacı Türkiye'nin sağlıkta küresel bir marka ve çekim merkezi olabilmesi ve planladığı sağlık turisti sayısı ve sağlık turizmi gelirini elde edebilme hedeflerini gerçekleştirebilmesi için Sağlık Serbest Bölgesine (Türk SASEB) ihtiyaç duyulup duyulmadığını araştırarak alanyazında boşluk doldurmak ve bilime katkı sağlamaktır. İkincil amacı SASEB'e ihtiyaç duyulması halinde temel nitelikleri, faydaları, il/yerleşim yeri, yerleşim yeri tercih nedenleri, hedef pazarları, finansman modeli, türleri, olası risklerinin analiz edilmesidir. Ayrıca Sağlık Serbest Bölgesinin gerek Türkiye'nin sağlık turizmi hedeflerini gerçekleştirmesi gerekse Türkiye sağlık turizminde sert iniş ve çıkışların neden olduğu oynaklığın (volatile) istikrarlı bir büyümeye evrilmesi için sunacağı katkı ve etkisinin derece ve yönünün aydınlatılması çalışmanın diğer alt amaçlarını oluşturmaktadır.

### Araştırmanın Hipotezleri

- H1: Örneklem grubunun cinsiyet dağılım ortalamaları ile Dünya sağlık sektörü çalışanlarının cinsiyet ortalamaları arasında farklılık bulunmamaktadır.
- H2 Türkiye'nin sağlıkta küresel bir marka olabilmesi için Sağlık Serbest Bölgesine ihtiyaç vardır.
- H3: Örneklem grubunun Türkiye'de Sağlık Serbest Bölgesine ihtiyaç olup olmadığına yönelik yaklaşımları cinsiyet değişkenine göre bir farklılık göstermemektedir.
- H4: Sağlık Serbest Bölgesine duyulan ihtiyaç konusunda örneklem grubunun eğitim düzeyleri arasında fark yoktur.
- H5: Sağlık Serbest Bölgesine duyulan ihtiyaç konusunda örneklem grubunun meslek grupları arasında fark yoktur.
- H6: Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye'ye gelen sağlık turisti sayısını ve sağlık turizmi gelirlerini artırır.

### YÖNTEM

#### Araştırmanın Deseni

Araştırmada nicel araştırma yöntemi tercih edilmiştir. Güvenilir, hızlı ve doğru veri toplanmasını sağladığı gibi çoktan seçmeli ölçeklerle derlenen veriler net olup sayısallaştırmaları kolay olmaktadır (South vd., 2022). Daha az sürede daha çok kişiye ulaşabilme imkânı sunması nicel araştırma yöntemlerinin güçlü yanlarından bir diğeridir. Nicel araştırmalarda evrenin özelliklerine ulaşmak için ağırlıklı olarak tarama araştırma deseni tercih edilmektedir. Geniş bir kitlenin görüşlerinin anlaşılması, ne, nerede, ne zaman, hangi sıklık ve düzeyde sorularının cevaplanması tarama araştırma deseni tercihinin desteklemektedir (Walliman, 2017). En az iki değişken arasındaki ilişkinin araştırıldığı bu yöntemde anlamlılık ve ilişki yön ve derecesi incelenmektedir.

Nicel araştırma yöntemi ile çalışmaya karar verildikten sonra YÖK Ulusal Tez portalı, ULAKBİM, Google Akademik, Researchgate, Academia, JSTOR, Elsevier, Scopus benzeri ulusal ve uluslararası portallerde Sağlık Serbest Bölgesine yönelik kaynak taraması yapılmıştır. Kaynak taraması iki yönlü ve iki amaçlı yapılmıştır. Birincisi herhangi bir bilimsel çalışma yapıp yapılmadığını tespit etmek ikincisi böyle bir çalışma yapılmışsa ve çalışmada anket formu ve ölçek geliştirilmişse bunlardan yararlanmak amacı güdülmüştür. Ulusal kaynak taramasında herhangi bir veriye rastlanmamıştır. Benzer bir sonuç uluslararası kaynak taramasında da yaşanmıştır. Bunun üzerine araştırmacı tarafından amaca uygun bir ölçek geliştirme yönüne gidilmiştir.



Geliştirilen 5'li Likert ölçek önce 54 kişilik küçük bir örneklem grubuyla test edilmiş ve elde edilen bilgi, öneri ve gözlemler doğrultusunda bazı düzenlemeler yapılmıştır. Özellikle Likert 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. Esas alan çalışmalarına başlamadan önce etik onayı için İstanbul Gedik Üniversitesi Etik Kuruluna sunulan anket formu ve ölçekler üzerinde Kurulun gerekli gördüğü düzeltmeler yapıp onayı alındıktan sonra 15 Kasım 2022 tarihinde fiili anket çalışmaları başlamıştır. Anket formuna ve ölçek geliştirmeye 18 kişilik uzman ve bilim insanı katkıda bulunmuştur.

### **Araştırmanın Evreni ve Örneklemi**

Araştırmanın evrenini Türkiye'de sağlık alanında faaliyet yürüten sağlık tesisi sahibi/ortağı, hekim, hemşire, sağlık çalışanı (yönetici, koordinatör, birim sorumlusu vb.), sağlıkla alanında çalışma yapan 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 hareket sürekliliği de tam sayımı desteklememektedir. Ayrıca 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. Evreni oluşturan birimler heterojen ve farklı disiplinlerden meydana geldiği için kendi aralarında homojen özelliğe sahip tabakalara (hekim, hemşire, akademisyen vb.) ayrılmış, ayrılan bu homojen tabakalar diğer tabakalarla heterojen bir örneklem yapısı meydana getirmişlerdir. Asimetrik bölünmeye sahip evrenlerde tabakalı örnekleme uygulaması bir zorunluluk olarak görülmektedir (Alkaya, 2018). 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 örneklem 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.

### Verilerin Toplanması

Ulusal ve uluslararası alanyazın taramasında araştırma için önceden yapılmış ve denenmiş kullanılabilir bir ölçeğe rastlanılamamıştır. Aynı şekilde yeterli bilimsel veriye de rastlanamadığı 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 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 karşı tutumlarını belirlemeye yönelik soruları *davranış* ve *duygu* ve *görüşlerini* belirlemeye yönelik soruları *inanç ve kanı* soruları olmak üzere 4 sınıfa ayırmaktadır. Çalışmada yüz yüze görüşme yönteminin tercih edilmeyişinin nedenleri arasında hedeflenen örneklem grubu birim sayısının göreceli büyük olması (n=518) ve Türkiye geneline coğrafi dağılık bulunmasıdır. Ölçümleri yapmak üzere araştırma kapsamında oluşturulan anket formu ve ölçekler bütünüyle araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. İstanbul Gedik Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 09.11.2022 tarih ve E-56365223-050.01.04-2022.137548.13-392 nolu sayısıyla etik kurul izni alınmıştır.

### Verilerin Analizi

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. 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). Yapı geçerliliği kapsamında yapılan faktör analizlerinde 9 alt boyut (faktör) bulunmuştur. 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 getirdiğini göstermektedir. Veriler t-testi, tek yönlü ANOVA, basit doğrusal regresyon analizlerine tabi tutulmuş ve hipotez testleri yapılmıştır. Yapılan faktör analizi neticesinde ortaya

çıkan alt boyutlar, madde sayısı, faktör yükleri ve ortak varyans değerleri ve hipotez test sonuçları bulgular bölümünde verilmiştir.

## BULGULAR

Çalışmada analiz edilen veri setinin 14 maddesi genel profil (demografik özellikler) ve 69 maddesi 5’li Likert ölçüm düzeyinde olmak üzere toplam 83 maddesi bulunmaktadır. Bunlar içerisinde normal dağılım testinde uç değerleri oluşturan 3 madde (PZR-Türki Cumhuriyetler, İL-Aydın ve İLF-Muğla) ölçekten çıkartılmıştır. Aynı şekilde 518 katılımcıdan 27’si yapılan geçerlik ve güvenilirlik testlerinde (plot, %27 alt-üst testi, faktör analizi vb.) sınır değerlerin dışında kaldığı için veri setinden çıkartılmıştır. Çalışmada kalan 80 madde ile 491 katılımcının verileri kullanılmıştır. 5’li Likert ölçekle elde edilen veri setinin toplamına ilişkin (66 madde) yapılan Cronbach’s Alpha testinde 0,96 değeri bulunmuştur. Bu sonuç ölçeğin mükemmel düzeyde ve oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir (Karagöz, 2021; Tavakol ve Dennick, 2011). Yapı geçerliliği için yapılan faktör analizinde 9 alt boyut bulunmuş, bulunan bu boyutların anket geliştirilirken belirlenen boyutlarla aynıya yakın bir benzerlik gösterdiği görülmüştür.

**Tablo 2.** Alt boyutlara Yönelik Cronbah’s Alpha Test Sonucu

	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 Alfasi	,954	,968	,962	,908	,869	,845	,886	,929	,773
Madde sayısı	14	10	9	8	7	7	4	4	3

Tablo 3’ten anlaşılacağı üzere yapılan faktör analizi sonucunda bulunan değerler ölçeklerin oldukça güvenilir olduklarını ortaya koymaktadır. Korelasyon testinde de tüm alt boyutlar ve değişkenler arasında çeşitli düzeyde pozitif yönlü ve anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Araştırmaya katılan örneklem grubunun demografik özelliklerine ilişkin elde edilen bulgular aşağıda verilmiştir.

**Tablo 3.** Örneklem Grubu Demografik Özellikleri

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
			Doktora	35	%7,1
			Toplam	491	%100,0
Yaş	Frekans	Oran	Meslek	Frekans	Oran
18-25 Arası	113	%23,0	Sahibi/Ortağı	11	%2,2
26-30 Arası	157	%32,0	Başkan/Üst yönetici	8	%1,6
31-35 Arası	82	%16,7	Akademisyen	18	%3,7
36-40 Arası	48	%9,8	Hekim	44	%9,0
41-45 Arası	38	%7,7	Hemşire	198	%40,3
46-50 arası	28	%5,7	Sağlık çalışanı	158	%32,2
51-55 Arası	12	%2,4	Bakanlık Bel. İş Dünyası	54	%11,0
56-60 Arası	10	%2,0	Toplam	491	%100,0
61-65 Arası	3	%0,6			
Toplam	491	%100,0			

Tablo 4’den anlaşılacağı üzere örneklem grubunun çoğunluğu kadınlardan (%66,8) meydana gelmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Uluslararası Çalışma Örgütü (ILO) tarafından 2020 yılında aralarında Türkiye’nin de aralarında bulunduğu 189 ülkeden elde edilen verilere göre küresel sağlık sektörü çalışanlarının %67,2’sini kadınlar oluşturmaktadır (WHO vd, 2022). Tarihsel olarak kadın ağırlıklı olan sağlık sektörü giderek daha dişil bir hale gelmektedir (Urhan ve Etiler, 2011). Buna göre “H1: Örneklem grubunun cinsiyet dağılım ortalamaları ile Dünya sağlık sektörü çalışanlarının cinsiyet ortalamaları arasında farklılık bulunmamaktadır” adlı hipotez desteklenmektedir.

**Tablo 4.** Örneklem Grubunun Sağlık Turizmi İlgisi Süresi ile SASEB’e İhtiyaç Düzeyleri

Sağlık Turizmi İlgisi Düzeyi	Frekans	Oran	SASEB İhtiyaç Düzeyi	Frekans	Oran
İlgilenmiyorum	145	%29,5	Kesinlikle ihtiyaç yok	5	%1,0
0-5 yıl arası	286	%58,3	İhtiyaç yok	11	%2,2
6-10 yıl arası	44	%9,0	Bilmiyorum	185	%37,7
11-20 yıl arası	12	%2,4	İhtiyaç var	175	%35,6
20 yıl ve üstü	4	%0,8	Kesinlikle ihtiyaç var	115	%23,4
Toplam	491	%100,0	Toplam	491	%100,0

Tablo 5’te görüldüğü üzere örneklem grubun %70,5’i sağlık turizmi ile değişen sürelerle işte çalışmaktadır. 0-5 yıl arası işte çalışanların oranı (%58,3) yüksek çıkmaktadır. 20 yıl ve üstü işte çalışanların 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. Türkiye’nin sağlıkta küresel bir marka olabilmesi için Sağlık Serbest Bölgesine 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. Buna göre “H2: Türkiye’nin sağlıkta küresel bir marka olabilmesi için Sağlık Serbest Bölgesine ihtiyaç vardır” adlı hipotez desteklenmektedir.

**Tablo 5.** Örneklem Grubu Cinsiyet Değişkeninin İhtiyaç Değişkenine Göre T-Testi

	Cinsiyet	N	X	St. Sapma	t testi		
					t	sd	P
İhtiyaç değişkeni	Kadın	328	3,77	,814	-,169	489	,866 *
	Erkek	163	3,79	,958			

\* p>0,05

Tablo 6’dan anlaşılacağı üzere cinsiyet değişkeni (bağımsız) ile SASEB’e olan ihtiyaç (bağımlı) sorusuna verilen cevap ortalamaları arasında anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir. Kadınlar X=3,77 ve erkekler X=3,79’dur. Her iki cinsiyetin test sonuçları (t(489)=-,169; p=,866>0,05) olarak ölçülmüştür. Buna göre “H3: Örneklem grubunun Türkiye’de Sağlık Serbest Bölgesine ihtiyaç olup olmadığına yönelik yaklaşımları cinsiyet değişkenine göre farklılık göstermemektedir” adlı hipotez desteklenmektedir.



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

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 çoğunluğu (%85) SASEB ile Türkiye’nin sağlık turisti sayısı ve sağlık turizmi gelirlerinin artacağını öngörmektedir.

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 çoğunluğu (%81,6) SASEB ile Türkiye’nin dünya sağlık turizmi pazarından daha çok pay alacağını öngörmektedir.

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 çoğunluğu (%79,5) SASEB ile Türkiye’nin sağlık turizminde uluslararası çekim merkezi olacağını öngörmektedir.

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 çoğunluğu (%83,1) SASEB ile Türkiye’ye sağlık teknolojileri transferinin artacağını öngörmektedir.

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 çoğunluğu (%86,4) SASEB'in Türkiye'de istihdama katkı sağlayacağını öngörmektedir.

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 çoğunluğu (%79) SASEB'in Türkiye'de sağlık politikalarının iyileşmesine katkı sağlayacağını öngörmektedir.

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 çoğunluğu (%83,5) SASEB'in Türkiye'de sağlık standartlarının yükselmesine katkı sağlayacağını öngörmektedir.

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 çoğunluğu (%80,6) SASEB'in Türkiye'de sağlık kurumlarının hizmet kalitesinin artacağını öngörmektedir.

FYD9'da görüldüğü üzere "SASEB'in kurulması halinde Türkiye'de özel ve kamudan sağlıkçılar 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 çoğunluğu (%66,6) Türkiye'de özel ve kamu sektöründe çalışan sağlıkçıların Sağlık Serbest Bölgesinde çalışmayı seçeceğini öngörmektedir.

**Tablo 9.** SASEB Nitelik ve Bileşen Ölçeği (NTL)

Türkiye'de Sağlık Serbest Bölgesi'nin Kurulması Halinde Sahip Olması Gereken Nitelik ve Bileşenler		Frekans	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

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 çoğunluğu (%88) SASEB’in yenilikçi (inovatif) bir özelliğe sahip olması gerektiğini belirtmektedir.

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’dir. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %13,2’dir. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğu (%85,4) SASEB’in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik ve nitelik yönüyle beden, ruh ve akıl sağlığını temel alan “Holistik” bir felsefesine sahip olması gerektiğini belirtmektedir.

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’dir. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %10,2’dir. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğu (%88,2) SASEB’in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik ve nitelik yönüyle tamamlayıcı ve alternatif tıp hizmetleri sunması gerektiğini belirtmektedir.

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 çoğunluğu (%89,1) SASEB’in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik ve nitelik yönüyle sağlık Ar-Ge merkezlerine sahip olması gerektiğini belirtmektedir.

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'dir. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğu (%88,8) SASEB'in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik ve nitelik yönüyle deneysel çalışmaların yapılacağı güçlü laboratuvarlara sahip olması gerektiğini belirtmektedir.

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'dir. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %9,2'dir. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğu (%90,2) SASEB'in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik ve nitelik yönüyle sağlıkla ilgili eğitim ve öğretim kurumlarına sahip olması gerektiğini belirtmektedir.

NTL7'de görüldüğü üzere "SASEB'in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik ve nitelik yönüyle genel hastane, tıp merkezi, FTR, diş 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 çoğunluğu (%91) SASEB'in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik ve nitelik yönüyle genel hastane, tıp merkezi, FTR, diş vb. kliniklerine sahip olması gerektiğini belirtmektedir.

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'dir. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %8,8'dir. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğu (%90,6) SASEB'in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik ve nitelik yönüyle ihtisas kök hücre, organ nakli, kanser, robotik cerrahi gibi ileri teknoloji tesislerine sahip olması gerektiğini belirtmektedir.

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'dir. Ne katılıyorum ne katılmıyorum diyenlerin oranı ise %11,2'dir. Buna göre katılımcıların büyük çoğunluğu (%87,1) SASEB'in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik ve nitelik yönüyle termal, SPA, Wellness, anti-aging tesislerine sahip olması gerektiğini belirtmektedir.

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 çoğunluğu (%88,4) SASEB'in beklenen faydaları sağlayabilmesi için özellik ve nitelik yönüyle yaşlı geriatrik bakım merkezi ve aktif yaşam tesislerine sahip olması gerektiğini belirtmektedir.

**Tablo 10.** Sağlık Serbest Bölgesinin Türkiye'de Sağlık Turisti Sayısı ve Sağlık Turizmi Gelirlerini Artırmasını Yordamasına Yönelik 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 <sup>2</sup>	Düzeltilmiş R <sup>2</sup>	Tahminlenen Standart Hata	Durbin-Watson		
	,500 <sup>a</sup>	,250	,248	,671	1,353		
Model	Kareler toplamı (KT)	Sd	Kareler ortalaması (KO)	F	P		
Regresyon	73,490	1	73,490	162,853	,000 <sup>b</sup> *		
Artık (Residuals)	220,669	489	,451				
Toplam	294,159	490					

a. Bağımsız değişken (Predictor / Constant): Sağlık Serbest Bölgesi

b. Bağımlı değişken: Sağlık turisti sayısı ve sağlık turizmi gelirleri artar

\* p<0,05

Tablo 10'dan anlaşılacağı üzere Sağlık Serbest Bölgesi ile sağlık turisti sayısı ve sağlık turizmi gelirleri arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ( $r: ,500$ ;  $R^2: ,250$ ;  $p: ,000$ ). Sonuçlar regresyon analizinin kurulan regresyon modelinin anlamlı olduğu ortaya koymuştur. Ortaya çıkan bu sonuçla toplam varyansın %25'i açıklanmaktadır. Çoklu bağlantı bulunup bulunmadığına yönelik yapılan ölçümlerde Tolerans= $1,00 > 0,02$ ; VIF= $1,00 < 10,0$ ; Durbin-Watson= $1,353 < 3,00$  değerleri bulunmuştur. Bu değerler çoklu bağlantı sorunu bulunmadığını göstermektedir (Field, 2009). Bu durumda ( $\beta$ ) Sağlık Serbest Bölgesi'nin (predictor) kurulması halinde Türkiye'nin sağlık turisti sayısı ve sağlık turizmi gelirlerine %44,8 oranında bir artış sağlayacağı öngörülmektedir. Buna göre, "H6: Sağlık Serbest Bölgesi Türkiye'ye gelen sağlık turisti sayısını ve sağlık turizmi gelirlerini artırır" adlı hipotez desteklenmektedir.

## TARTIŞMA ve SONUÇ

Türkiye'de Sağlık Serbest Bölgesine gereksinim olup olmadığını ortaya çıkarmak amacıyla sağlık sektöründe anket çalışması yapılmış ve alanyazın için oldukça yeni sayılabilecek bulgulara ulaşılmıştır. Bulgular bölümünde herhangi bir yorum yapılmadan verilen sonuçlar bu bölümde yorumlanış ve değerlendirilmiştir. Fayda (FYD) ve Nitelik (NTL) ölçeklerinde ortaya çıkan bulgular ve sonuçlar literatür eşliğinde yorumlanmıştır.

Çalışmaya katılan 491 kişinin büyük çoğunluğu (%59) Sağlık Serbest Bölgesine ihtiyaç olduğu yönünde görüş bildirmişlerdir. Bu oran beklentilerin üzerinde çıkmıştır. Sonuçlardan katılımcıların Türkiye'nin sağlık turizmi hedeflerinin gerçekleşmesinde SASEB'ten önemli ve anlamlı bir katkı bekledikleri anlaşılmaktadır.

Sağlık Serbest Bölgesinin özellikleri/niteliklerinin nasıl olması gerektiğine yönelik soruya katılımcıların oldukça büyük bir kısmı (%88) SASEB'in yenilikçi (inovatif) olması gerektiği yönünde cevap vermiştir. 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'sinde 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 belirtmektedirler. Ayrıca ağırlıklı kimyasal bileşenlerden sentezlenen ilaçların yerine api terapi (Kılıç ve Güler, 2021) 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 ve akılcı ilaç kullanılması gerektiğini belirtmektedir (Yılmaztürk, 2013). Nitekim Dünya Sağlık Örgütü alternatif tıp yaklaşımına yönelik çeşitli araştırmalar ve yayınlar yapmıştır. Bunlara "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 büyüklüğünü 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 tespit etmişlerdir. 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 Batıda günümüz içerik ve şeklini almış oldu. Günümüz tanımlarıyla 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 sorusuna %90,2 oranında olumlu cevap vermişlerdir. İnsan sağlığının korunması ve geliştirilmesinde sağlık çalışanlarının katkısı önemsenmektedir. Küresellik olgusunun sosyal yaşamın her alanında kendini göstermesiyle çeşitli dil, din, kültür, inanç, yaşam tarzı, sosyo-ekonomik arka plan özelliklerine sahip insanlarla hasta, hekim, iş partneri vb. kimlik ve görevlerle karşılaşmaktadır. Türk SASEB bünyesinde kurulacak ve sağlık alanında çok yönlü ve kaliteli eğitimlerin verildiği kurumlarda yetişen sağlık profesyonelleri hizmet kalitesinin artmasının yanı sıra müşteri memnuniyetinin artmasında da önemli görevler 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 açılarından önem taşımaktadır. Kuşat ve Eda (2022) yaptıkları çalışmada Türkiye sağlık turizmi sektörünün rekabet gücünün yüksek olduğunu 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.

Katılımcıların %87'den fazlası termal, SPA, Wellness ve anti-aging tesislerinin büyüyen Wellness pazarından alınacak payın artmasında önemli bir etken olacağı, sağlık turizminde 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 geriatik bakım merkezi ve aktif yaşam tesislerine yönelik ifadeye %88,4 oranında bu tesislerin gerekli olduğu şeklinde cevap vermişlerdir. TÜİK verilerine 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. 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 görülmektedir (Baydaş, 2022).

Sonuç olarak araştırmada Türkiye sağlık sektörü paydaşlarının Sağlık Serbest Bölgesini Türkiye'nin sağlık altyapı ve potansiyeli ile uyumlu sağlık turizmi hedeflerine ulaşmasında önemli bir araç olarak gördükleri ortaya çıkmıştır. Oluşturulan hipotezlere yönelik yapılan regresyon analizlerinde Sağlık Serbest Bölgesinin Türkiye'nin sağlık turisti sayısını ve sağlık turizmi gelirlerini en az %44,8 artıracığı öngörülmektedir.

## ÖNERİLER

Çalışmada ortaya çıkan bulgu ve sonuçların bilime katkısının yanı sıra sosyo-ekonomik gelişmeye katkı sağlaması beklenmektedir. Geliştirilecek Türk SASEB projesi sadece bölgesel bir çekim merkezi olmanın ötesinde küresel bir iddia ortaya koyma potansiyeline sahip bulunmaktadır. Proje için favori iller olarak sırasıyla İstanbul, İzmir, Antalya ve Ankara öne çıkmaktadır. Havalimanı, kara ve deniz ulaşımı yönüyle İstanbul, İzmir ve Antalya ilk üçte yer almaktadır. Projenin başarılı olabilmesi kuruluş süreçlerini yönetebilecek iyi eğitilmiş ve vizyon sahibi kişilerden meydana gelen bir Kurucu Takıma büyük görevler düşmektedir. Öncelikli ele alınması gereken konular arasında Türk SASEB'in felsefesi, vizyon ve misyonu, nitelikleri, beklenen faydalar, hedef pazarları, türleri, finansman modelleri yer almaktadır. Proje paydaşları arasında mutlaka Kamunun yer alması

gerekmektedir. Zira yasa, mevzuat, teşvik, vergilendirme konularında kamuya ihtiyaç vardır. Diğer paydaşlar olarak özel sektör, üniversiteler, meslek okulları, yerli ve yabancı yatırımcılar, iş dünyası temsilcileri düşünülmelidir.

#### Etik Metni

Bu makalede dergi yazım kurallarına, yayın ilkelerine, araştırma ve yayın etiği kurallarına, dergi etik kurallarına uyulmuştur. Makale ile ilgili doğabilecek her türlü ihlallerde sorumluluk yazara aittir. Araştırma kapsamında oluşturulan anket formu ve ölçekler bütünüyle yazar tarafından geliştirilmiştir. İstanbul Gedik Üniversitesi Etik Kurulu'ndan 09.11.2022 tarih ve E-56365223-050.01.04-2022.137548.13-392 nolu sayısıyla etik kurul izni alınmıştır.

**Yazar Katkı Oranı Beyanı:** Araştırma bütünüyle yazar tarafından yürütülmüş olup katkı oranı %100'dür.

#### KAYNAKÇA

- Alkaya, A. (2018). Sonradan Tabakalama ve Tarama Yöntemi: 2008 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması Verisine Uygulanması. *Matematikte Akademik Araştırmalar*, 161.
- Altunişik, R., Coşkun, R., Bayraktaroğlu, S., ve Yildirim, E. (2007). Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri. *Sakarya Yayıncılık*, 226.
- Atatüre, S. (2003). Tarihsel Gelişim Sürecini Anlamak. *Stratejik Araştırmalar Dergisi*, 65.
- Atilla, A. E. (2020). Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Turizmiyle İlgili Yapılmış Araştırmalar. İçinde *Sağlık Turizmi* (3. bs, ss. 439-483). Siyasal Kitabevi.
- Baydaş, A. (2022). *Marka Mimarisinde Ulusal ve Global Başarı Hikâyeleri* (Birinci Baskı). Kriter Yayınevi.
- Borchardt, J. K. (2002). The Beginnings of drug therapy: Ancient Mesopotamian medicine. *Drug news and perspectives*, 15(3), 187-192. <https://doi.org/10.1358/dnp.2002.15.3.840015>
- Bost, F. (2019). Special economic zones: Methodological issues and definition. *Transnational Corporations Journal*, 26(2).
- Büyüköztürk, Ş. (2005). Anket geliştirme. *Türk Eğitim Bilimleri Dergisi*, 3(2), 133-151.
- Büyüköztürk, Ş. (2008). *Veri analizi el kitabı: İstatistik, araştırma deseni, SPSS uygulamaları ve yorum*. Baskı, Pegem-AKADEMİ, 31(37), 167-182.
- Comrey, A. L., ve Lee, H. B. (1992). *A First course in factor analysis* (1992. bs). Lawrence Erlbaum Ass. Publishers.
- Connell, J. (2011). *Medical tourism*. Cabi.
- Dalahmetoğlu, K. B., ve Oktay, K. (2021). Turizm Teorisine Katkı Sağlayan Önemli Araştırmacıların Yaklaşımları. *Journal of Applied Tourism Research*, 2(1), 71-86.
- Duman, K., ve Aydın, K. (2018). Türkiye'de Ar-Ge harcamaları ile GSYİH ilişkisi. *Gazi İktisat ve İşletme Dergisi*, 4(1), 49-66. <https://doi.org/10.30855/gjeb.2018.4.1.005>
- Erdoğan, E., ve Ener, M. (2005). *Serbest bölgeler* (C. 728). Nobel Yayınları.

- Erkasap, A., ve Özkan, A. H. (2022). A Meta-Analytic Review in the Tourism and Hospitality Literature: Antecedents of Intention to Qui. *Journal of Tourismology*, 8(1), 89-114.
- FIAS. (2008). *Special Economic Zones* (Sy 45869). The World Bank Group.
- Field, A. (2009). Logistic regression. *Discovering statistics using SPSS*, 264, 315.
- Gianfaldoni, S., Tchernev, G., Wollina, U., Rocchia, M. G., Fioranelli, M., Gianfaldoni, R., and Lotti, T. (2017). History of the baths and thermal medicine. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 5(4), 566.
- Global Wellness Institute. (2021). The Global Wellness Economy: Looking Beyond COVID.
- Goodrich, J. N. (1994). Health Tourism: *Journal of International Consumer Marketing*, 6(3-4), 227-238. [https://doi.org/10.1300/J046v06n03\\_12](https://doi.org/10.1300/J046v06n03_12)
- Guadagnoli, E., and Velicer, W. F. (1988). Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychological bulletin*, 103(2), 265.
- Guangwen, M. (2003). *The Theory and Practice of Free Economic Zones: A Case Study of Tianjin*, People's Republic of China.
- Gürler, G. (2021). *Sağlık Turizminde Girişimcilik Uygulamaları. İçinde Multidisipliner Yaklaşımla Sağlık Turizmi* (1. bs, ss. 399-421). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Güvenen, O. (2016). Transdisciplinary Science Methodology as a Necessary Condition in Research and Education. *Transdisciplinary Journal of Engineering and Science*, 7(1). <https://doi.org/10.22545/2016/00080>
- James, G. J. (2022). *Stolen legacy*. General Press.
- Kalkınma Bakanlığı. (2013). Onuncu kalkınma planı 2014-2018.
- Karaca, Ş. (Ed.). (2021). *Multidisipliner yaklaşımla sağlık turizmi* (1. basım). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Karagöz, Y. (2021). *SPSS AMOS META Uygulamalı Biyoistatistik* (3. Basım). Nobel Akademik Yayıncılık.
- Keçeci, Ş., ve Öncel, H. U. (2022). Mesleki Sosyalleşme Ölçeği: Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. *İstanbul Kent Üniversitesi İnsan ve Toplum Bilimleri Dergisi*, 3(1), 36-45.
- Kılıç, B., ve Güler, E. G. (2021). Turist Rehberlerinin Arıcılık Turizmine Yönelik Bilgi ve Algı Düzeylerinin Tavsiye Niyetine Etkisi: Türkiye Örneği. *Sosyal Bilimler Araştırma Dergisi*, 10(4), 813-823.
- Kızıltoprak, Ö. (2022). Evaluation Of Accommodation Tax And Share Of Tourism In Turkey In Terms Of Allocation Principle. *Balıkesir Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 3(1), 13-24.
- Kuşat, N., ve Eda, E. (2022). Sağlık Turizmi Perspektifinden Türk Sağlık Sektörü Rekabet Gücü. *Uluslararası Global Turizm Araştırmaları Dergisi*, 6(1), 37-50.
- Lee, C., ve Spisto, M. (2007). Medical tourism, the future of health services. *Proceedings of the 12th International Conference on ISO, 9000*, 1-7.
- Müslümanoğlu, A. Y., ve Tayfun, K. (2019). Türkiye Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Merkezleri; Eğitim ve Uygulama İnovasyonu. *Journal of Biotechnology and Strategic Health Research*, 3, 1-12. <https://doi.org/doi.org/10.34084/bshr.622302>
- OECD. (2009). Towards Best Practice Guidelines for the Development of Economic Zones.
- Özkurt, H. (2007). Sağlık turizmi tahvilleri. *Maliye Dergisi*, 152(1), 122-142.

- Plebani, M. (2015). Clinical laboratories: Production industry or medical services? *Clinical Chemistry and Laboratory Medicine (CCLM)*, 53(7), 995-1004. <https://doi.org/doi.org/10.1515/cclm-2014-1007>
- Romer, P. M. (1990). Endogenous technological change. *Journal of Political Economy*, 98(5), S71-S102. <https://doi.org/10.3386/w3210>
- Smith, M., and Kelly, C. (2006). *Wellness tourism. İçinde Tourism recreation research* (C. 31, Sayı 1, ss. 1-4). Taylor ve Francis.
- Somuncu, F. (2020). *Sektörden Bir Bakış Açısı: Sağlık Turizminde Aracı Kuruluşlar. İçinde Sağlık Turizmi* (3. Baskı, s. 423). Siyasal Kitabevi.
- South, L., Saffo, D., Vitek, O., Dunne, C., and Borkin, M. A. (2022). Effective use of likert scales in visualization evaluations: A systematic review. *Computer Graphics Forum*, 41(3), 43-55. <https://doi.org/doi.org/10.1111/cgf.14521>
- Şıklar, E. (2012). *Örnekleme ve Bazı örnekleme Dağılımları. İçinde İstatistik I* (3. bs). Anadolu Üniversitesi.
- Tabachnick, B. G., ve Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics*, 6th edn Boston. Ma: Pearson.
- Tavakol, M., and Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International journal of medical education*, 2, 53. <https://doi.org/10.5116/ijme.4dfb.8dfd>
- Tayler, J. L. (1922). Senescence. *The Sociological Review*, 14(4), 319-322. <https://doi.org/doi.org/10.1111/j.1467-954X.1922.tb02737.x>
- T.C. Ticaret Bakanlığı. (2021). <https://ticaret.gov.tr>. <https://ticaret.gov.tr/serbest-bolgeler>
- Tengilimoğlu, D. (2020). *Sağlık Turizmi* (3.). Siyasal Kitabevi.
- Tengilimoğlu, D., ve Zekioglu, A. (2020). *Dünyada ve Türkiye'de Medikal Turizm. İçinde Sağlık Turizmi* (3. Baskı, s. 99). Siyasal Kitabevi.
- Thomas, R. M. (1998). *Conducting educational research: A comparative view*. Greenwood Publishing Group.
- Tontuş, H. Ö. (2012). *Türkiye'de Termal Sağlık Turizmi*.
- Tontuş, H. Ö. (2018). Sağlık turizmi tanıtımı ve sağlık hizmetlerinin pazarlanması ilkeleri üzerine değerlendirme. *Disiplinlerarası Akademik Turizm Dergisi*, 3(1), 67-88. <https://doi.org/doi.org/10.31822/jomat.412322>
- Urhan, B., ve Etiler, N. (2011). Sağlık sektöründe kadın emeğinin toplumsal cinsiyet açısından analizi. *Çalışma ve Toplum*, 2(29), 191-216.
- Vithoukcas, G. (2021). *Sağlık ve Hastalık için Yeni Model* (1. Baskı). Mavi Delta Yayıncılık.
- Walliman, N. (2017). *Qualitative data analysis. İçinde Research Methods* (ss. 148-166). Routledge.
- WHO ve diğerleri. (2022). *The gender pay gap in the health and care sector: A global analysis in the time of COVID-19*. World Health Organization.
- World Bank Group. (2017). *Special Economic Zones: An Operational Review of Their Impacts*.
- Yılmaz, C. (2010). T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Birimi 2010 Faaliyet Raporu ve 2011 Çalışma Planı.
- Yılmaz, C. (2023). *Türkiye ve Dünyada Sağlık Serbest Bölgesi Girişim ve Uygulamaları; Tarihsel Arka Plan, Kavramsal Çerçeve ve İhtiyaç Analizi* [Yayımlanmamış Doktora Tezi]. İstanbul Gedik Üniversitesi.
- Yılmaztürk, A. (2013). Türkiye'de sağlık reformlarının tarihsel gelişimi ve sağlıkta dönüşüm programının küresel niteliğinin değerlendirilmesi. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 8(1), 176-188.