



SIVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

**2002 SONRASI OECD ÜLKELERİNDE
SAĞLIK TURİZMİ VE TÜRKİYE’NİN PAYI**

Yüksek Lisans Tezi

Onur AKDAŞ

Sivas
Ocak 2020

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ
Sosyal Bilimler Enstitüsü
Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği Ana Bilim Dalı

**2002 SONRASI OECD ÜLKELERİNDE
SAĞLIK TURİZMİ VE TÜRKİYE’NİN PAYI**

Yüksek Lisans Tezi

Onur AKDAŞ

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Selma AYDIN ÇETİNKAYA

Sivas

Ocak 2020

KABUL VE ONAY

Üniversite: : Sivas Cumhuriyet Üniversitesi
Enstitü : Sosyal Bilimler Enstitüsü
Ana Bilim Dalı : Sağlık Kuruluşları Yöneticiliği
Tezin Başlığı : 2002 Sonrası OECD Ülkelerinde Sağlık Turizmi ve Türkiye'nin Payı
Savunma Tarihi : 09.12.2019
Danışmanı : Doç. Dr. Selma Çetinkaya

Unvanı - Adı Soyadı İmza

Jüri Başkanı : Dr. Öğretim Üyesi Naim Karagöz

Üye : Doç. Dr. Selma Çetinkaya

Üye : Dr. Öğretim Üyesi Emin Barlas

Oy Birliği

Oy Çokluğu X

Onur AKDAŞ tarafından hazırlanan "2002 Sonrası OECD Ülkelerinde Sağlık Turizmi ve Türkiye'nin Payı" başlıklı tez, kabul edilmiştir.

.../.../.....

Prof. Dr. Ahmet ŞENGÖNÜL
Enstitü Müdürü

ETİK İLKELERE UYGUNLUK BEYANI

Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü bünyesinde hazırladığım bu Yüksek Lisans tezinin bizzat tarafımdan ve kendi sözcüklerimle yazılmış orijinal bir çalışma olduğunu ve bu tezde;

- 1- Çeşitli yazarların çalışmalarından faydalandığımda bu çalışmaların ilgili bölümlerini doğru ve net biçimde göstererek yazarlara açık biçimde atıfta bulunduğumu;
- 2- Yazdığım metinlerin tamamı ya da sadece bir kısmı, daha önce herhangi bir yerde yayımlanmışsa bunu da açıkça ifade ederek gösterdiğimi;
- 3- Başkalarına ait alıntılanan tüm verileri (tablo, grafik, şekil vb. de dahil olmak üzere) atıflarla belirttiğimi;
- 4- Başka yazarların kendi kelimeleriyle alıntuladığım metinlerini, tırnak içerisinde veya farklı dizerek verdiğim yine başka yazarlara ait olup fakat kendi sözcüklerimle ifade ettiğim hususları da istisnasız olarak kaynak göstererek belirttiğimi,

beyan ve bu etik ilkeleri ihlal etmiş olmam halinde bütün sonuçlarına katlanacağımı kabul ederim.

07.10/2020

Onur AKDAŞ

ÖNSÖZ

Günümüzde teknolojik imkânların artmasıyla dünya çeşitli alanlarda rekabet içerisine girmiştir. Bu bağlamda sağlık turizmi de değişen yaşam standartları içerisinde ve insanların sağlıkları konusunda alternatif çözüm yolları aramasıyla, başta OECD ülkeleri ve diğer ülkeler arasındaki rekabette ön plana çıkmaktadır. Türkiye de özellikle 2002 yılı sonrası sağlıkta dönüşüm programıyla sağlık turizmi alanındaki çalışmalarına ağırlık vermiş ve dünya sağlık turizmindeki payını her geçen gün artırmaktadır.

“2002 Sonrası OECD Ülkelerinde Sağlık Turizmi ve Türkiye'nin Payı” adlı çalışmanın yürütülmesinde ve hazırlanmasında bilgisini ve zamanını esirgemeyerek bana her türlü yardım ve desteği sağlayan değerli danışman hocam Sayın Doç. Dr. Selma AYDIN ÇETİNKAYA' ya çok teşekkür ederim.

Onur AKDAŞ

SİVAS, 2019

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
KISALTMALAR	iii
TABLO LİSTESİ	v
ŞEKİL LİSTESİ	vii
ÖZET	ix
ABSTRACT	xi
GİRİŞ	1
Hipotez	2
BİRİNCİ BÖLÜM	3
1. TURİZM KAVRAMI	3
1.1. Turizm ve Turist Kavramının Kökeni	3
1.2. Turizm ve Turist Tanımı	3
1.3. Turizmin Tarihsel Gelişimi	6
1.4 Turizm Türleri	7
1.4.1. Sağlık Turizmi	7
1.4.2. Kültür Turizmi	8
1.4.3. Av Turizmi.....	8
1.4.4. Gençlik Turizmi.....	9
1.4.5. Yayla Turizmi	9
1.4.6. İnanç Turizmi.....	10
1.4.7. Spor Turizmi.....	10
1.4.8 Su Altı Dalış	11
İKİNCİ BÖLÜM	13
2. SAĞLIK TURİZMİ	13
2.1. Sağlık Turizminin Tarihsel Gelişimi	13
2.1.1. İlkçağ ve Antik Çağda Sağlık Turizmi	13
2.1.2. Orta Çağda Sağlık Turizmi	15
2.1.3. Rönesans Dönemi ve Sonrası Sağlık Turizmi	15
2.1.4. XX. Yüzyılda Sağlık Turizmi.....	16

2.2. Sağlık Turizminin Çeşitleri	16
2.2.1. Termal/ SPA/Wellness Turizm	18
2.2.2. Medikal (Tıp) Turizm	23
2.2.3. Yaşlı ve Engelli Turizmi	27
2.3. Sağlık Turizminin Faydalı ve Olumsuz Yönleri	29
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM	33
3. 2002 SONRASI OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIK TURİZMİ VE	
TÜRKİYE’NİN PAYI.....	33
3.1. OECD Açılımı ve Kuruluş Amacı	33
3.2. OECD Ülkelerinde Sağlık Harcaması Ve Türkiye’nin Payı	34
3.3. OECD Ülkelerinde Sağlık Turizmi	41
3.3.1. OECD Ülkelerinde Termal/Spa/ Wellness Turizmi	42
3.3.2. OECD Ülkelerinde Medikal Turizm	47
3.3.3. OECD Ülkelerinde Yaşlı ve Engelli Turizmi	52
3.4. Sağlık Turizminde Türkiye’nin Payı	61
3.4.1. Türkiye’nin Termal/Spa/Wellness Turizmindeki Payı	66
3.4.2. Türkiye’nin Medikal Turizmindeki Payı	74
3.4.3. Türkiye’nin Yaşlı ve Engelli Turizmindeki Payı	79
3.5. Türkiye’nin Sağlık Turizmindeki Payının SWOT Analizi İle	
Değerlendirilmesi	84
SONUÇ.....	87
KAYNAKÇA	91
ÖZ GEÇMİŞ.....	109

KISALTMALAR

AIEST	: Uluslararası Bilimsel Turizm Örgütü
AWBZ	: Uzun Süreli Bakım Kanunu
AYDER	: Alternatif Yaşam Derneği
BAKA	: Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı
FITEC	: Uluslararası Termalizm ve Klimatizm Federasyonu
GSMH	: Gayri Safi Milli Hasıla
GSYİH	: Gayri Safi Yurt İçi Hasıla
ISO-9001	: Uluslararası Standardizasyon Örgütünün oluşturduğu bir kalite yönetim sistemi standardı
ISPA	: Uluslararası SPA Birliği
JCI	: Uluslararası Hastane/Klinik Akreditasyon Kuruluşu
KOBİ	: Küçük ve Orta Büyüklükteki İşletmeler
LAPAD	: Uzun Süreli Bakım Kanunu
OECD	: Ekonomik İş birliği ve Kalkınma Örgütü
OEEC	: Avrupa Ekonomik İş birliği Örgütü
STK	: Sivil Toplum Kuruluşu
THY	: Türk Hava Yollar
TÜRSAB	: Türkiye Seyahat Acenteleri Birliği
TÜSİAD	: Türk Sanayicileri ve İş adamları Derneği
UNWTO	: Dünya Turizm Örgütü
WHO	: Dünya Sağlık Örgütü

TABLO LİSTESİ

Tablo 1. Sağlık Turizmi Hizmetleri	17
Tablo 2. Termal Suların Mineral Yapısına Göre Tedavi Edilen Hastalıklar.....	20
Tablo 3. Medikal Turizm Faaliyetlerini Geliştiren/Kısıtlayan Etkenler	26
Tablo 4. Medikal Hastaların Ülke Seçimini Etkileyen Faktörler	27
Tablo 5. Günümüzde Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü'ne (OECD) Üye Olan Ülkeler.....	33
Tablo 6. 2002-209 Yılları Arasında OECD Ülkelerinin Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (A.B.D \$)	35
Tablo 7. 2010-2018 Yılları Arasında OECD Ülkelerinin Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (A.B.D \$)	36
Tablo 8. OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı	39
Tablo 9. Türkiye'de Sağlık Turizmine Yönelik Yapılan Teşvikler	40
Tablo 10. Bazı OECD Ülkelerinde Spa Dağılımları	46
Tablo 11. Medikal Turizmde OECD Ülkelerinin Sıralaması.....	49
Tablo 12. 2003-2013 Yılları Arasında Amerika'ya Gelen ve Giden Hastaların Ekonomiye Etkisi.....	50
Tablo 13. 2008-2012 Yılları Arasında Türkiye' de Kamu/Özel Hastaneleri Ziyaret Eden Uluslararası Hastalar	65
Tablo 14. 2003-2006 Yılları Arası Sağlık Nedeni İle Türkiye'ye Gelen Turist Sayısı.....	66
Tablo 15. Türkiye'de Termal Suların Bölgesel Dağılımı.....	67
Tablo 16. 2010 Yılında Termal Turizm Kapsamında Türkiye'ye Gelen Turistlerin Ülkelere Göre Dağılımı.....	70
Tablo 17. “Termal Turizm Kentleri Projesi” Kapsamında Belirlenen Termal Turizm Kentleri.....	71
Tablo 18. 2012 Yılında Medikal Turistlerin En Çok Geldiği Şehirler.....	78



ŞEKİL LİSTESİ

- Şekil 1.** Türkiye’de Termal Turizm Amacıyla Kullanılan Termal Kaynak Suların Şehirlere Göre Dağılımı..... 67
- Şekil 2.** 2012 yılında Türkiye’ye gelen Uluslararası Hastaların Ülkelere Göre Dağılımı 75





ÖZET

Sağlık turizmi tedavi amacıyla yapılan seyahatlerdir. OECD ülkelerinde ve Türkiye’de sağlık turizmi faaliyetlerine olan önem son dönemlerde artmaya başlamış olup çok önemli bir turizm çeşidi oluşturmuştur.

Sağlık turizmi insanlık tarihin ilk periyodlarından beri var olan ancak önemi son yıllarda daha fazla artan ve ülke ekonomilerine ciddi gelir sağlayan bir sektör haline dönüşmüştür. Sağlık hizmeti almak isteyen hastalar talep ettikleri tedavi hizmetlerinin pahalı olması, hizmet almak için uzun süre beklemeleri, personel ve alt yapı yetersizliği gibi değişik farklı ülkelere tedavi amacıyla gitmektedirler. Türkiye; iklim, kültür ve tecrübe avantajları ile sağlık hizmeti almak isteyenler için çok çekici konumdadır. Son yıllarda Türkiye’ye tedavi amaçlı gelen turist sayısında artış gözlenmiş olup Türkiye’nin bu alanda daha fazla rağbet gösterilecek bir ülke konumunda olacağı ve dünya sağlık turizmindeki payını genişleteceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık turizmi, Sağlık hizmeti, OECD ülkeleri

ABSTRACT

These are travels made by health tourism treatment. Turkey's health tourism activities in the OECD countries and the importance that recently has started to increase, it has become a very important alternative tourism range.

Health tourism has been a sector which has existed since the first periods of history but has gained importance in recent years and has been providing serious income to the national economies. The patients who want to get health care go to different countries for treatment because of the expensive treatment they demand, waiting for a long time to get service, and lack of specialist and infrastructure. Turkey; With its climate, culture and experience advantages, it is very attractive for those who want to get health services. In recent years it observed an increase in the number of tourists coming to Turkey for treatment Turkey would be in a position to display more popular in this area and is expected to expand its share of world health tourism.

Key Words: Health Tourism, Health care, OECD countries



GİRİŞ

Turizm, ülkelere ekonomik gelir sağlayan, daimî veya geçici faaliyette bulunmamak ve seyahat edilen bölgeye yerleşmemek koşuluyla bireylerin ikamet ettikleri yerin dışında bir yerde; seyahat etmek, dinlenmek, eğlenmek, tanımak maksadıyla yapılan kültürel, ekonomik ve teknik çalışmaların tamamıdır.

Türkiye’de ve OECD ülkelerinde önemli bir gelir kaynağı olan turizm, sanayinin gelişmesi, ulaşım faaliyetlerinin gelişmesi, haberleşme teknolojisinin ilerlemesi gibi birçok faktör sebebiyle sürekli bir değişim ve gelişim içerisindedir. Önceleri genellikle tatil ve gezi amacıyla yapılan turizm günümüzde sağlık turizmi olarak algılanmaya başlamış ve ülkeler arası rekabet ortamı oluşturmuştur.

Türkiye’de 2002 yılında açıklanan, 2003 yılında acil eylem planıyla başlatılan sağlıkta dönüşüm programıyla belirli bir noktaya gelen sağlık sektörü, özellikle son zamanlarda yapılan dönüşüm politikalarıyla Türkiye OECD ülkeleriyle yarışabilecek bir konuma ulaşmıştır.

Türkiye coğrafi konumu, ileri teknoloji ile donatılmış sağlık kuruluşları, bu sektörde başarılı bir şekilde eğitilen sağlık personeli ve jeotermal kaynaklarıyla sağlık turizmi bakımından önemli bir cazibe merkezidir.

Eski çağlardan bu yana var olan turizm özellikle II. Dünya savaşından sonra etkisini göstermeye başlamıştır. Bu süreçte yaşanan küreselleşme hareketi, iletişim ve ulaşım imkânlarının artması turizmin ülkeler için çok önemli bir gelir kaynağı olmasına yol açmıştır. Turizm geliştikçe çeşitliliği de artmıştır. Özellikle sağlık turizmi ülkeler açısından en fazla gelir getirenlerden biri olmuştur. Türkiye’ de, sağlık turizmi alanındaki imkân ve fırsat avantajlarını kullanarak dünya sağlık turizmine ciddi anlamda katkılar sağlayacaktır.

Bu çalışmadaki amaç, 2002 sonrası OECD ülkelerinde ve Türkiye’de sağlık turizmi alanındaki çalışmaları inceleyerek Türkiye’nin bu alandaki payını tespit etmektir.

Turizm ve sağlık turizmiyle ilgili geniş bir literatür çalışması yapılmıştır. Bu çalışmada konuyla ilgili dergi, makale, kitap, süreli yayın, araştırma projesi,

çevrimiçi yayın, doktora ve yüksek lisans tezleri, web siteleri, Sağlık Bakanlığı ve OECD tarafından yayımlanan dokümanlar gibi çeşitli kaynaklarla araştırmanın desteklenmesi sağlanmıştır. Bununla birlikte çalışmamızda; OECD ülkelerinin ve Türkiye'nin turizm ve sağlık turizmi ile ilgili sayısal verileri kullanılmıştır.

Konu üç ana bölüme ayrılarak çalışılmıştır. İlk kısımda turizmle ilgili kavramlar, turizmin tarihsel gelişimi ve turizm türleri; ikinci kısımda sağlık turizminin tarihsel gelişimi, sağlık turizminin türleri, sağlık turizminin faydaları ve olumsuz yönleri; üçüncü kısımda ise, 2002 sonrası OECD ülkelerinde ve Türkiye'de sağlık turizmi, OECD ülkelerinde sağlık harcaması ve Türkiye'nin payı, Türkiye'nin sağlık turizmindeki payının değerlendirilmesi için SWOT analizine değinilecektir.

Hipotez

- ✓ Sağlık hizmetlerinin, sağlık hizmet fiyatlandırılmalarıyla bir ilişkisi vardır.

$$H_1: S_{\text{HİZMET}} - S_{\text{FİYAT}} \neq 0$$

- ✓ Sağlık hizmetlerinin, sağlık hizmet kalitesiyle bir ilişkisi vardır.

$$H_1: S_{\text{HİZMET}} - S_{\text{KALİTE}} \neq 0$$

- ✓ Sağlık hizmetlerinin, sağlık hizmetlerini bekleme süresiyle bir ilişkisi vardır.

$$H_1: S_{\text{HİZMET}} - S_{\text{BEKLEME SÜRESİ}} \neq 0$$

- ✓ Sağlık hizmetlerinin, sağlık hizmetleri teknolojisiyle bir ilişkisi vardır.

$$H_1: S_{\text{HİZMET}} - S_{\text{TEKNOLOJİ}} \neq 0$$

BİRİNCİ BÖLÜM

1. TURİZM KAVRAMI

1.1. Turizm ve Turist Kavramının Kökeni

Turizm ve turist kelimelerinin kökeni Latince “tornus” sözcüğünden türetilmiştir. Tornus kelimesinin Latince’deki karşılığı “dönme hareketi” olarak karşımıza çıkar. İngilizcede kullanılan tour ve touring kelimeleri de “tornus” kelimesinden türetilmiştir (Güler 1990:6). Sözcük olarak “tour” dairesel bir hareketi, çeşitli amaçlarla (gezi, eğlenme, iş vb.) yapılan yer değiştirme hareketini ifade ederken, eğitsel ve kültürel özellik sergileyen yani zevk amacıyla yapılan seyahatler için ise “touring” kelimesi kullanılır (Sezgin 1995:3).

“Turist”, “turizm”, “turistik” gibi kavramların ilk defa İngilizler tarafından kullanıldığı ve turizm kelimesinin, turist kelimesinden ardından 1811’lerde ortaya çıktığı bilinmektedir. Türkçeye bu kavramlar Fransızcadan gelip yerleşmiştir. Anadilimizde turistin karşılığı seyyah, turizm karşılığı ise seyahattir (Özdemir 1992:19).

1.2. Turizm ve Turist Tanımı

Turizm olayını ilk aşamada ele aldığımızda önemli iki faktörü vardır. Bu faktörler den biri “seyahat” diğeri ise “konaklama” kavramlarıdır. İnsan yaşamındaki hareketlilik, turizm olayının zaman içinde, devamlı bir değişim sergilemesine sebep olmuştur. Turizm olayında birçok faktörün varoluşu ve buna bağlı olarak çeşitli faaliyet alanları ile olan komplike ilişkisi nedeniyle bu konunun her yönünü ele alarak anlamlı bir tanım yapılmasını güçleştirmiştir (Özdemir 1992:20).

Turizm olayını anlama ve değerlendirme amacıyla birçok çalışma yapılmıştır. Bu çalışmalar 19. yüzyılın sonuna kadar gitmektedir. Bu alanda araştırma yapan uzmanlar turizm olayına farklı yönlerden yaklaşmış ve buna bağlı olarak değişik birçok tanım ortaya çıkmıştır. Turizmin bilinen ilk tanımı, Guyer-Feuler tarafından 1905 yılında ortaya konulmuştur (Çoruh 1979:8).

Guyer-Feuler'e göre turizmin tanımı şu şekildedir;

“Gittikçe artan hava değişimi ve dinlenme gereksinimleri, doğa ve sanatla beslenen göz alıcı güzellikleri ticaret ve sanayinin gelişmesi ve ulaşım araçlarının kusursuz hale gelmelerinin bir sonucu olarak ulusların ve toplulukların birbirine daha çok yaklaşmasına olanak veren “modern” çağa özgü bir olaydır.” (Akt: Çoruh 1979:21).

Literatür incelendiğinde ise çağdaş turizm kavramı ilk defa İsviçreli ekonomistler Walter Hunziker ve Kurt Krapf tarafından İtalya'nın Palermo şehrinde yapılan bir kongre sırasında ortaya atılmıştır. Bu tanıma göre turizm, insanların sürekli yerleşmeksizin ve gelir elde etme amacı gütmeksizin, gitmiş oldukları bölgelerdeki seyahatlerinden ve kalıcı olmayan konaklamalarından doğan olayların bütünüdür şeklinde ifade edilmiştir (Holloway 1988:20).

Turizmin birçok sektörle bağlantılı olması nedeniyle genel bir tanımının yapılması zordur. Mesela ekonomistler turizmi bir “sistem” olarak algıarken, pazarlamacılara göre turizm bir “pazar” olarak algılanmaktadır. Buradan da anlaşılacağı üzere her sektör turizmi kendi açısından değerlendirmektedir. Dünya Turizm Örgütü'ne (UNWTO) göre turizmin tanımı, gidilen yerde devamlı kalmamak ve ekonomik olarak kar elde etme amacı olmaksızın, insanların belirli bir süre konaklamalarından kaynaklanan olay ve ilişkilerin toplamıdır şeklinde tanımlamıştır (Tengilimoğlu 2013:18). Türkiye'de turizmin tanımı Kültür ve Turizm Bakanlığı tarafından; bireylerin sürekli kaldıkları yer dışındaki bir bölgeye, yurt dışında 12 ayı geçmeyecek şekilde, çeşitli amaçlarla (iş, eğlenme, boş vakit değerlendirme vb.) gerçekleştirilen seyahatler şeklinde tanımlanmıştır (Soyak 2007:461).

Turizmin tanımı 1980'li yıllarda Aiest (Uluslararası Bilimsel Turizm Uzmanları Birliği) tarafından ele alınarak, bireylerin kalıcı olarak oturdukları, çalıştıkları ve her türlü ihtiyaçlarını karşıladıkları yerin dışındaki, seyahatleri ve gidilen yerde genellikle turizm işletmelerinin tarafından üretilen mal ve hizmetlerin talep edilmesi ile oluşan, sürekli olmayan konaklamalar olarak değerlendirilmiştir (Tezcan ve diğ., 2007:6).

(Akad 2000: 3)'a göre turizmin tanımı şu şekilde yapılmıştır,

“Hızlı sanayileşme ve şehirleşme içerisinde, beden ve ruh sağlığı açısından dinlenme, kendini yenileme ve zenginleştirme gereksinimini karşılayan sosyal, kültürel ve beşeri bir hizmettir.”

Turizmi genel bir ifade ile tanımlayacak olursak, insanların ikamette buldukları yerin dışında yapmış oldukları seyahatlerden ve geçici konaklamalarından oluşan faaliyetler olduğu söylenebilir (Olalı 1990:3).

Çeşitli tanımlarını incelediğimiz turizmin bu tanımlar çerçevesinde şu özelliklere sahip olduğunu görürüz (Tutar, Tutar 2004:14)

- Turizm, insanların ikamet ettikleri bölge dışarısında gelişen bir olaydır.
- Turizm olayında seyahat amacının kalıcı olmaması gerekir.
- Turizm olayında seyahat eden bireylerin gittikleri bölgede tüketici konumunda olması gerekir
- Turizmde olayında gidilen yerde iş yapmak, bir yerde çalışmak gibi kâr amacının olmaması gerekir.

Turizm hareketine katılım göstererek bu hareketi yönlendiren insan unsuru yani turist, turizmin ortaya çıkmasını sağlamıştır. Birçok tanımı yapılan turist kavramı en temel ifade olarak şu şekilde tanımlanabilir: Turizmin başkahramanı konumunda olan turist, belirli bir süre için seyahat eden, ziyaret ettiği bölgede en az bir gece kalan, zamanı ve bütçesi kısıtlı olan, geleneklerine bağlı, rahatına ve konforuna önem veren bir insandır (Özgül 2014:4). Turizm olayının öznesi olan turist bir tüketici konumundadır. Yerli ve yabancı olarak iki tür turist kavramı kullanılmaktadır. Yabancı turist, ülkeleri dışında başka bir yere seyahatte bulunan kişileri ifade ederken; yerli turist ise kendi ülkesinde seyahat eden kişileri ifade etmektedir (Gümüş, Polat 2012:7).

Turist tanımı içerisinde şu özellikler bulunmaktadır (Yağcı 2003:12)

- Turist, turizm hareketine yön veren kişidir.
- Turist, ziyaret edilen yerde sürekli yerleşme amacı olmayan ve çeşitli amaçlarla (ticari amacı olmayan) seyahat eden insandır.

- Turist, psikolojik olarak kendini iyi hissetmek amacıyla seyahati süresince tüketici konumunda sayılan, sınırlı düzeyde mali güce sahip ve zamanı sınırlı olan kişidir.
- Yaşanılan bölgeden başka bir ülkeye çalışmaya gidenler, uzun dönem eğitim nedeniyle farklı ülkelere gidenler ve transit yolcular turist kapsamına girmemektedir.
- İdari, siyasi, dini, bilimsel, spor gibi değişik alanlarda toplantılara katılmak amacıyla ziyarette bulunan kişilerde turist olarak kabul görmektedir.

1.3. Turizmin Tarihsel Gelişimi

Tarihinin her döneminde insanlar çeşitli sebeplerle, geçici olarak yer değiştirme hareketi içinde yer almıştır. İlk çağlarda turizm, bir yandan merak faktörünün etkisiyle, diğer taraftan refah seviyesinin sunduğu imkânlarla gelişme göstermiştir (Boz 2004:11).

Arkeolojik belgelerden yola çıkarak turizm tarihine göz atacak olursak, başlangıç olarak; parayı, yazıyı ve tekerleği ortaya çıkaran ve kullanan Sümerlere (M.Ö. 4000) değin dayandığı görülebilir. Finikelilerin de Sümerliler gibi ilk kâşifler olduğu söylenebilir. Gizemli yapısı ve görkemiyle piramitlerin bulunduğu Mısır, M.Ö. 3000 yıllarında ziyaretçilerin ilgisini en çok çeken ülkelerden biri olmuştur (Barutçugil, 1984:28). M.Ö. 776 yılında Antik Yunan'da gerçekleştirilen olimpiyat oyunları seyahat olanağını meydana getirmiş ve olimpiyatlara katılanlar bölgedeki kasabalarda konaklayarak turizmin öncülüğünü yapmıştır (Bayer 1992:12).

İlk çağda en çok seyahat eden uygarlığın Romalılar olduğu görülür. Romalıların eğlenme amacıyla seyahat eden ilk turistler olduğu iddia edilmektedir. Romalıların, ünlü tapınakları ve eserleri görmek için seyahat etmeleri bu iddiayı destelemektedir. Bu uygarlığın takip edilecek yolları, konaklama alanlarını ve mesafeleri işaretleyen yol haritaları yapması turizm faaliyetlerine önem arz ettiklerini işaret eder. Mısır piramitleri ve tapınakları Romalıların ziyaret etmek için en gözde mekânları olmuştur. Helenistik çağda (M.Ö. 334), sadece bir sezonda sirk, akrobasi, sihirbazlık aktivitelerini izlemek için 700.000 turistin Efes'i ziyaret etmesi, o

dönemlerde turizme gösterilen ilginin açık bir kanıtıdır (T.C Millî Eğitim Bakanlığı 2018:3-4).

Orta çağ turizm hareketlerinde, en önemli seyahat alanlarının dini yerler olduğu görülür. Dini turizm bu dönemde, Avrupa ve Ortadoğu'da etkisini göstermiştir. İnsanlık tarihi açısından aydınlatılamayan bir dönem olan Orta çağda bilhassa Avrupa'da halk üzerinde etkin güce ve yetkiye sahip olan din adamlarının ve derebeylerin halk üzerindeki baskıcı yönetimi, dini turizmi yaygınlaştıran önemli sebeplerden bir tanesidir (Kozak, 2012:39). Haçlı seferleri Orta Çağ'ın en önemli turizm olayıdır. Haçlı Seferleri, askeri ve siyasi alanlarının dışında, doğu ve batı arasında kültürel etkileşimlere olanak sağlamıştır. Orta Çağ'ın en gözde gezginlerinden biri olan Marco Polo, İran ve Afganistan'dan geçerek Çin'e gitmiş ve bu yolculukla alakalı yazmış olduğu bir kitabında doğunun gizemini, enginliklerini ve güzelliklerini ortaya koymuştur. Orta Çağ'da Anadolu da ise, Anadolu Selçuklu Devleti tarafından seyyahların konaklamaları, yeme-içmeleri için, kervansarayların yapıldığı görülmektedir. Sonrasında kervansarayların sayısı arttırılmış ve mimarisi geliştirilerek Osmanlı'da yer almıştır (Ören, Yüksel 2012:45).

Sağlık, ticaret ve din gibi değişik faktörlerin etkisiyle ve bazen de maceraperestlerin tekelinde gelişim gösteren turizm, çağımızdaki modern haline Endüstri Devrimi ile birlikte ulaşmıştır (Kozak 2012:41).

1.4 Turizm Türleri

1.4.1. Sağlık Turizmi

Sağlık turizmi, bireylerin koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici ve sağlığı geliştirici hizmetleri alabilmek amacıyla ikamette bulunduğu yerin dışında başka bir yere yapmış olduğu seyahatler şeklinde tanımlanabilir. Sağlık amacıyla uluslararası hasta potansiyelini kullanan sağlık turizmi, sağlık kuruluşlarının büyümesine ve gelişmesine imkân sağlayan önemli bir sektördür (Sağlık Bakanlığı 2018:23).

Sağlık turizmini genel bir ifade ile tanımlarsak; sağlığın geri kazanılması, geliştirilmesi ve korunması maksadıyla başlayan ve sağlık hizmetlerinin yanı sıra

tatil imkânlarını da kapsayan olay ve etkileşimler bütünü olarak tanımlanabilir (Gençay 2007:172).

Sağlık turizminin gelişmesine etki eden en önemli faktör düşük maliyettir. Sağlık hizmeti almak amacıyla gelen turistler, yüksek kalitede düşük maliyetli sağlık hizmetlerini talep etmektedir. Sağlık alanında yapılan harcamalardaki artışın genel nedenleri olarak ortalama yaşam süresinin uzaması ve teknolojik imkânlarının artması gösterilebilir (Tengilimoğlu 2013:51).

1.4.2. Kültür Turizmi

Kültür turizmi genel olarak insanların seyahatleri esnasında bulunduğu yerin kültürünü, geçmişini merak ederek o yer hakkında bilgi edinmek, tanımak ve öğrenmek amacıyla gerçekleştirmiş olduğu ziyaretleri kapsamaktadır. Ziyaret için gidilen yerdeki müzeleri, eski sanat eserlerini ve tarihi yapılarını inceleyen, gözlemleyen, değişik kültürleri tanıyan bireylerin, bilgilerini ve görgülerini arttırma amacıyla yapmış oldukları seyahatlerin tümü, kültür turizmini kapsamaktadır (Kızılırmak, Kurtuldu 2005:101).

Günümüzde insanlar kendi topraklarında önceden hüküm süren uygarlıkların izlerini ve kültürlerini görmenin yanı sıra kendi toprakları dışında yaşamış olan diğer eski uygarlıklara ve onların kültürlerine de ilgi göstermeye başlamışlardır. Eski uygarlıkların yaşamına ilişkin oluşan bu merak duygusuyla dünya genelinde turizm anlayışı değişmeye başlamış olup artık insanlar geçmiş uygarlıkların izlerini yerinde görmeyi tercih etmeye başlamıştır. Anonimleşip, her yerde görülebilen ürünlere ve mekânlara ilgi azalmakta, çekici gelmemektedir.

Kültürel turizmin geliştirilebilmesi için, doğa şartlarına bağlı kalmaksızın turizmi tüm yıla yaymak, ülke gelenek-göreneklerini yerli ve yabancı kişilere tanıtmak, korumak, geçmişe ve geleceğe sahip çıkmak ve turizme dinamizm kazandırmak gerekir (Garrod 2001:1050).

1.4.3. Av Turizmi

Eski çağlarda ilkel topluluklar yaşamlarını sürdürebilmek için avcılıkla uğraşmış ve bu uğraşı onların temel geçim kaynağını oluşturmuştur. Yani avcılığın,

insanoğlunun varoluşuyla beraber zorunlu bir uğraşı olduğunu, günümüzde ise avcılığın zorunluluktan ziyade eğlence ve spor amaçlı yapılan bir aktivite olduğu görürüz. Günümüz insanları hem kendi ülkelerindeki hem de farklı ülkelerdeki avcılık faaliyetlerine ilgi göstermiş ve bu faaliyetlere katılabilmek için gerek yurt içine gerekse yurt dışına seyahat etmeye başlamıştır (Yıldızbakan, Keleş 2012:293).

Av turizmini, avcılık faaliyeti içerisinde olan insanların ikamette buldukları yer dışındaki bir bölgeye/ülkeye avlanmak, boş vakit geçirmek ve eğlenmek amacı ile yapılan, geçici seyahat ve konaklamalardan oluşan bir turizm çeşidi olarak tanımlamamız mümkündür. İnsanların avlanmak amacıyla yaptıkları geçici seyahat ve konaklamalar gidilen ülkeye veya bölgeye ekonomik yönden önemli katkılar sağlamaktadır (Küçükaslan 2007:234).

1.4.4. Gençlik Turizmi

Gençlik turizmini, 25 yaşına kadar olan gençlerin oluşturduğu turizm hareketleri olarak değerlendirebiliriz. Günümüzde gençlerin oluşturduğu turizm faaliyetleri azımsanamayacak kadar büyük bir tüketici topluluğunu oluşturmaktadır. Gençlerin dünya turizm pazarında önemli bir payı olduğu görülmektedir. Gençler, seyahatlerinde konaklama türü olarak en fazla uygun ücretli konaklama tesislerini, kamp alanlarını ve yurtları tercih etmektedir. Gençlerin tercih ettikleri konaklama türlerine paralel olarak konaklama masrafları diğer turist gruplarına göre daha ucuz olabilmektedir. Gençler için uygun fiyatlı seyahat olanakları sağlandığı sürece bu turizm türünün gelişimi daha olumlu düzeyde ilerleyecektir. Hobi amacıyla yapılan gençlik turizmi, içerisinde macera, merak, spor gibi unsurları barındırdığı için hareketli bir turizm türünü oluşturur (Öner 1997:11).

1.4.5. Yayla Turizmi

Günümüzde şehir hayatının insanları bunaltması ile yaylalar birer cazibe merkezi haline gelmiştir. Yaylalar, günümüzde doğal ortamlarda vakit geçirmek isteyen, sessizliği ve huzurlu bir ortamı arzu eden kişilerin rağbet ettiği başlıca mekânlar olmuştur. Yaylaların kendine has doğal yapısı, insanların rutinleşen hayatlarında arzu ettikleri birbirinden farklı ve ilgi çekici güzellikleri görmelerine de

imkân sağlamıştır. Bu bağlamda klasik turizm ritüelinden sıkılan, doğayla iç içe kalmak isteyen ve yayla geleneğinin somut örneklerini görmek isteyen gezginler için yayla sahalarının turizme açılması, yaylalardaki turistik aktivitelerin canlandırılması ve ziyaretçilerin ilgi ve beğenilerine sunulması gerekmektedir.

Yayla alanlarının kendine özgü yapısı, insanların bozulmamış doğada vakit geçirme isteği, yayla kültürünü tanıma eğilimiyle “yayla turizmi” kavramı ortaya çıkmıştır (Sezer, Kılıç 2015:8-9).

1.4.6. İnanç Turizmi

İnanç turizminin ortaya çıkması (Wright 2007: 7)’a göre şu şekildedir,

“İnsanoğlu var olduğu ilk günden itibaren, bir dine ait olma ihtiyacı hissetmiştir. Bu yüzden ki, insanoğlunun dünya üzerinde var oluş tarihine bakıldığında birçok değişik din ve inanç grupları olarak ortaya çıkmaktadır. Böylece kutsal yerler insanoğlu tarafından kitlesel hareketler ile ziyaret edilmiştir. Bu hareketler sonucunda alternatif bir turizm olgusu yani “inanç turizmi” ortaya çıkmıştır.”

İnanç turizmi; kişilerin inançları doğrultusunda dini görevlerini yerine getirmek veya seyahat amacıyla dini bakımdan kutsal saydıkları yerlerde 24 saatten daha fazla vakit geçiren veya en az bir gece konaklamalarından oluşan geçici seyahatlerin ortaya çıkardığı ekonomik ve sosyal ilişkilerin tümünü kapsar (Kahraman, Usta 2006:473).

Alternatif turizmin en yaygın çeşitlerinden biri olan inanç turizmi, tarih boyunca maddi kaygı içermeyen seyahatlerinde başlangıcı olarak düşünülmektedir (Dallen, Gyan 2009:8).

1.4.7. Spor Turizmi

Spor turizmi, spora ilgi duyan ve sporla bağlantısı olan insanların ikamette buldukları yerden ayrılarak, sportif aktiviteleri izlemek ya da bu aktivitelerin içerisinde yer alabilmek için yaptıkları seyahatler olarak ifade edilmektedir (Gibson, 1998:46).

Dünya turizm hareketlerine bakıldığında, sportif seyahatlerin hızla arttığı görülür. Bunun farkına varan birçok ülke spor turizmini geliştirme ve yayma çabası içerisine girmiştir. Daha çok gelişmiş ülkelerde düzenlenen futbol, yüzme, tenis kayak, golf ve basketbol gibi sporlar ile sağlanan turizm gelirleri de oldukça fazladır. Örneğin, Dünya Kupası Futbol Karşılaşmaları ve Olimpiyat Oyunları gibi aktiviteler, kitlesel seyahat hareketine sebep olmuş ve bu organizasyonları düzenleyen ev sahibi ülkeler bu aktivitelerden oldukça yüksek miktarda turizm geliri elde etmiştir (Günlü, Şahin 2007:141-165).

1.4.8 Su Altı Dalış

Bir spor dalı alanı da olan su altı dalış, profesyonel kişiler yardımıyla ve profesyonel ekipmanlarla belirli bir eğitim sürecinden sonra dalış yapılarak su altı zenginliklerinin, batıkların vb. yeninden keşfedilmesinden meydana gelen bir turizm türü olarak ortaya çıkmaktadır. Gruplar halinde veya bireysel olarak yapılan bu turizm türü son dönemde Türkiye’de de oldukça popüler hal gelmiştir. (Turizm ve Kültür Bakanlığı, 2014b:9).



İKİNCİ BÖLÜM

2. SAĞLIK TURİZMİ

İkinci bölümde Sağlık Tarihsel Gelişimi, Sağlık Turizminin Çeşitleri, Sağlık Turizminin Faydalı Ve Olumsuz yönleri olarak 3 ana başlık altında incelenmiştir.

2.1. Sağlık Turizminin Tarihsel Gelişimi

Sağlık turizminin tarihsel gelişimi; İlkçağ Ve Antik Çağda Sağlık Turizmi, Orta Çağda Sağlık Turizmi, Rönesans Dönemi Ve Sonrası Sağlık Turizmi ve XX. Yüzyılda Sağlık Turizmi olarak 4 ana başlık altında incelenmiştir.

2.1.1. İlkçağ ve Antik Çağda Sağlık Turizmi

İnsanlar var oldukları ilk günden itibaren sağlıkla ilgili değişik sorunlarla karşılaşmış ve bu sorunlara çözüm yolları aramışlardır. Çözüm yollarına ise içinde bulunan ortamın koşullarına ve sahip olunan tıbbi bilgilere göre ulaşmışlardır (Erdemir 1994:11).

Arkeolojik veriler doğrultusunda, Sümerler tarafından M.Ö.3000'lerde yazıldığı tespit edilen kil tabletler ortaya çıkmıştır. Bu tabletlerde, o döneme ait genel tarih bilgisi ve tıp uygulamaları ile ilgili bilgilere ulaşılmıştır (Aksoy 2010:6). Kil tabletlerdeki yazılardan anlaşıldığı üzere dönemin tıp uygulayıcıları, tedavilerinde hayvansal, bitkisel ve mineral kaynaklarını birlikte kullanmışlardır (Adamson 2008:101-102).

Turizm olayına ilişkin en eski izler Mısır, Yunan ve Roma medeniyetlerinde görülmüştür. Mısır'daki en eski izler, mezar ve tapınakları görmeye gelen kişilerin değişik amaçlar doğrultusunda tapınakların duvarlarına yazdıkları yazılardır (Peden 2001:62). Yunan ve Roma medeniyetlerinde de bu gibi duvar yazılarına rastlamak mümkündür. Bu dönemde turizmin varlığına ilişkin asıl kanıtlar duvar yazılarından daha çok edebi eserlerden anlaşılmaktadır. Bu edebi eserlerden yola çıkılarak,

insanların tapınakları hangi amaçlarla (festival, ayin, sağlık vb.) ziyaret ettiklerini öğrenebilmekteyiz (Seyhan, Evcim 2012:222).

Antik çağlarda kentler doğal su kaynaklarının çevresinde kurulmuştur. Bunun nedeni olarak sıcak ve mineralli suların şifalı özellikleri olduğuna inanılmasıdır. Antik çağ insanı, bu doğal suların mineral ve radyoaktif maddeleri içermesinden dolayı hastalıklarına iyi geleceğini düşünmüş ve bu suları tedavi amacıyla kullanmak için özel kaplıcalar inşa etmişlerdir. Kaplıcaların sağlık maksatlı kullanımına dair ilk belgelere M.Ö. 1700'lü yıllarda rastlanılmıştır. Antik Yunanlılar, M.Ö. 700'lü yıllarda askerlere soğuk su banyosu yaptırmaya başlamıştır. Bununla beraber tıbbın babası olarak bilinen Hipokrates (M.Ö.400) ise öğrencilerine, çeşitli hastalıkları güneş, sıcak su ve perhizle tedavi etmeyi öğretmiştir (Ak, Cirik 2017:231).

Mitolojik kaynaklar vasıtasıyla ilk usta hekimin Kheiron olduğu bilinmektedir. Doğadaki otlar ve şifalı sularından yararlanmanın yollarını bilen ve hastalıkları tedavi eden Kheiron tedavi yöntemlerini ilk kez Yunanlıların Asklepios (sağlık tanrısı) olarak bildiği kişiye öğretmiştir. Antik Yunan da ve Roma döneminde inşa edilen hastaneler Asklepios adına tapınak olarak yapılmış olan Asklepionlardır (Görkey 1999:349).

Antik dönemde sağlık amacıyla yolculuğa çıkmak önemli bir turizm etkinliği olmuştur. Asklepios'un tapınakları mucize iyileşme efsaneleriyle hastalıklarına şifa arayan insanları kendine yöneltmiş ve dönemin başlıca tedavi merkezleri halini almışlardır. Bu tapınaklara tedavi amacıyla dışarıdan gelen çok sayıda insan, tapınakların bulunduğu yerlerin ticari açıdan gelişmesini sağlamışlardır (Seyhan, Evcim 2012:223).

Roma Dönemi'nde sağlıkla ilgili olarak akla ilk gelen yerler, hamam ve kaplıca gibi su tedavisi uygulanan bölgelerle, hastane olarak kullanılan Asklepios tapınaklarıdır. Kaplıca, hamam ve Asklepeionlarda genellikle hidroterapi, psikoterapi ve fizik tedavi yöntemleri uygulanmıştır (Baykan 2012:44).

Antik çağdan itibaren kullanılan ünlü kaplıca merkezlerinden biri olan İzmir'de yer alan Bergama Asklepion'u dönemin en gözde sağlık merkezlerinden biri olmuştur. Radyoaktif özellikleri ile bu kaplıca günümüzde de kullanılmaya devam etmektedir. Bunun dışında Bergama Asklepion'u ilk tıp okulu aynı zamanda

ilk psikiyatri merkezi olarak da kabul edilir. Dünyanın ilk hastanelerinden biri olan Bergama Asklepiyon'u yüzyıllar önce ünlü hekimleri ile su terapileri, müzik, çamur banyoları, bitkisel karışım gibi günümüzde tekrar popüler olmaya başlayan yöntemlerle hastaları tedavi etmektedir (Menekay 2009:9).

2.1.2. Orta Çağda Sağlık Turizmi

Orta Çağ Anadolu'sunda Türk devletlerinde, sağlığının korunması amacıyla temizlik ve yıkanmaya büyük bir önem verildiği, adeta bir tanrı buyruğu sayıldığı bilinen bir gerçektir. Türklerdeki su sevgisi bütün uluslara örnek olacak kadar geniş ve derindir. Oysa Türklerden önce Müslüman olan Araplar, İran'dan İspanya'ya kadar İslamiyet'i yaydıkları yerlerde kaplıcalara ilgi göstermemiştir. Nitekim dünya Termal turizm tarihinde, Roma, Türk ve Japon hamamlarından söz edildiği halde, Arap ve Müslüman hamamlarından söz edilmemektedir (Kişi 1995:133-134).

Termal kaynaklar, insanlık tarihi boyunca, sürekli olarak önem verilen bir şifa arama yöntemi olmuştur. Bazı görüşlere göre, Ortaçağ Avrupa'sında termal kaynakların, salgın hastalıklara sebep olacağı düşüncesinden ve inanca bağlı değişik nedenlerden dolayı yasaklandığı bazı dönemler dışında bu kaynaklar devamlı kullanılmıştır (Deniz 2016:314). Ortaçağ Avrupası'nda tanrı buyruğu ve bilime ters bir anlayışla pislik ve kirlilik nedeniyle hastalıklar ve toplu ölüm olayları yaşanırken, aynı dönemde Orta Asya ve Anadolu'da yaşayan Selçuklu Türkleri, İpek Yolu üzerinde, dünyanın ilk konaklama tesisleri olan "Kervansaraylar" yapmışlar ve bu konaklama tesisleri içinde, özel yıkanma mekânları "hamamlar" geliştirmişlerdir. Sağlığın korunması ve temizlik amacıyla yapılan ve kullanılan Türk hamamları daha sonra şifalı su kullanılarak Termal Türk Hamamları olarak geliştirilmişlerdir (Kişi 1995:133-134).

2.1.3. Rönesans Dönemi ve Sonrası Sağlık Turizmi

15. yüzyılda İtalya'da başlayıp 17. yüzyıla kadar süren Rönesans hareketleri Orta Çağ Avrupa'sında sanat ve kültürün yeniden doğuşuna sahne olmuştur. Rönesans Dönemi sadece sanat ve kültür alanında gelişme göstermemiş aynı zamanda sağlık alanında da gelişme gösteren bir dönem olmuştur. Fransa'da

günümüzde Sular Kasabası adı ile bilinen bir köyde, 1326 yılında keşfedilen bünyesinde zengin demir minerali tespit edilen sıcak su kaynakları ile burası Avrupa'nın en meşhur sağlık merkezi olmuştur. Adını Romalıların, "Salus Per Aquam (sudan gelen güzellik)" deyişinin kısaltmasından alan "SPA" kelimesi ilk kez bu köy için kullanılmıştır. Dönemin ünlü şahsiyetleri olan Rus Çarı I. Petro ve ünlü yazar Victor Hugo bu köye gezi düzenleyerek bölgenin tanıtımında etkili olmuşlardır.

16. yüzyılda Avrupa'nın zengin kesimi tarafından, Roma dönemine ait eski banyolar yeniden canlandırarak insanların hizmetine sunulmuştur. İçinde SPA'lar bulunan Baden Baden, Ville d'Eaux, St. Mortiz, Aachen ve Bath gibi turistik kasabalar sağlık merkezleri olarak turizm faaliyetlerini hareketlendirmiştir. Bu dönemde Avrupalılar termal su kaynaklarıyla şifa ararken, bu dönemi takip eden Osmanlı İmparatorluğunda önemli sayıda darüşşifa hizmet vermekteydi (<https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/10943,01pdf.pdf?0> Erişim:10.11.2018).

2.1.4. XX. Yüzyılda Sağlık Turizmi

20. yüzyılda, ulaşım imkânlarının artmasıyla kaplıcalara gitmek yalnız zengin kesimin şifa arama ve eğlence yeri olmaktan çıkmış, gelir düzeyi standart olan diğer kişilere de hizmet vermeye başlamıştır (Şimşek 2003:18).

Modern anlamda Türkiye'nin ilk termal turizm tesisleri, Yalova ve Gönen kaplıca merkezlerinde kurulmuştur. Bu tesisler Cumhuriyet döneminde, Atatürk'ün isteğiyle yeniden onarılarak halkın hizmetine tekrar sunulmuştur (Doğaner, 2001). Türkiye'de 1938 yılında İstanbul Üniversitesi'nde "Hidro-Klimatoloji Kürsüsü" nün açılması termal turizme olan ilginin açık bir göstergesidir (Özer 1991:38-39).

2.2. Sağlık Turizminin Çeşitleri

Sağlık turizminin kapsamı ve sınıflandırılması Sağlık Bakanlığı'nın verilerinden yola çıkılarak yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı'na göre sağlık turizmi üç alt dala ayrılır. Bunlar;

- Termal turizm/spa/wellness,

- Medikal turizm
- Yaşlı ve engelli turizmidir.

Sağlık hizmetlerin kapsamı ise tedavi, koruyucu ve rehabilite edici hizmetler olarak sunulmuştur (Erdoğan 2018:9).

Medikal turizm, tedavi edici uygulamalar kapsamında; wellness turizmi koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında; yaşlı ve engelli turizmi ise rehabilitasyon (iyileştirme) kapsamında değerlendirilmiştir. Aşağıdaki tabloda sağlık turizmi hizmetlerinin kapsamını görmekteyiz (Yalçın 2013:24).

Tablo 1. Sağlık Turizmi Hizmetleri

Tedavi Edici Hizmetler	Koruyucu Hizmetler	Rehabilitasyon Hizmetleri
Tıbbi	<u>Wellness</u> (bakım)	Onarım (iyileştirme)
✓ Kanser	✓ Bedensel, ruhsal ve zihinsel aktiviteler	✓ İleri Yaş
✓ Göz	✓ <u>Spa</u>	✓ Engelli
✓ Diş	✓ Dinlenme	✓ Bağımlılık
✓ Organ nakli	✓ Beslenme	✓ Diyaliz
✓ Fizik Tedavi	✓ Eko turizm	
✓ Kalp-Damar	✓ Tamamlayıcı uygulamalar (Masaj gibi)	
✓ Estetik		
✓ Fizik Tedavi		
✓ Medikal <u>spa</u>		
✓ Tüp bebek		

Günümüzde sağlık turizmi sektöründe ön planda olan ülkeler; Hindistan, Tayland, Singapur, ABD, Meksika, Almanya, Malezya, Güney Afrika, Brezilya Kosta Rika ve Brezilya'dır (Ünal, Demirel 2011:107).

- ✓ Medikal turizmde; Hindistan, Panama, Brezilya ve Kosta Rika öne çıkarken,
- ✓ Termal/spa/wellness turizminde; Türkiye, Almanya, Macaristan, Çek Cumhuriyeti, Malezya, Avusturya, Bali ve Maldivler öne çıkan ülkelerdir.

Tıbbi (medikal) tedavi amacıyla seyahatlerin en çok Asya Kıtasına yapıldığı görülür. Tıbbi tedavi kapsamında Asya kıtasına yılda yaklaşık 1,3 milyon turist gelmektedir. Bu sebeple Asya kıtası medikal turizmin merkezi olarak kabul edilmektedir. Termal turizm de ise Avrupa ülkeleri önemli yer tutar. Özellikle Almanya günümüzde termal turizm açısından önemli konumdadır (Özer, Songur 2012:75).

2.2.1. Termal/ SPA/Wellness Turizm

Kültür ve Turizm Bakanlığı'na göre, termal turizm;

“Termomineral su banyosu, inhalasyon, içme, çamur banyosu gibi çeşitli türdeki yöntemlerin yanında fizik tedavi, iklim kürü, rehabilitasyon, psikoterapi, egzersiz, diyet gibi destek tedavilerinin birleştirilmesi ile tedavi (yapılan kür) uygulamaları yanı sıra termal suların reaksiyon ve eğlence amaçlı kullanımı ile meydana gelen turizm türüdür” (Akt.Varol 2012:2).

Termal turizm genel olarak, belirli bir sıcaklığa sahip olan (20 dereceden fazla) ve içerisinde çeşitli mineralleri barındıran şifalı suların bulunduğu yere dinlenme, zindeleşme ve temizlenme amacıyla gerçekleştirilen seyahatler olarak tanımlanabilir (İlban vd., 2008:106). Termal turizm uygulamaların gerçekleştiği tesislere Kaplıca Tedavi Merkezi denilmektedir. Termal kaynaklar vasıtasıyla turizme katılım aşağıdaki biçimlerin doğmasına neden olmuştur (Akat 1997:23-24).

Üvalizm; meyve ve sebze kullanılarak yapılan tedavi türüdür. Tedavi için kullanılan meyve ve sebzeler yörelere özgü ürünlerdir.

Klimaterapi; temiz havanın iyileştirici özelliğinden yararlanılarak uygulanan tedavi çeşididir. Bu tedaviyi uygulayan tesisler dağ veya deniz kenarında kurulur.

Termalizm; termal su kaynaklarının tedavi amacıyla kullanılmasıdır. Termal turizm ile ilgili diğer kavramlar ise şunlardır:

Hidroterapi; suyun fiziksel özellikleri kullanılarak kurgulanan tedavi biçimidir.

Balneoterapi; doğal kaynaklar (çamur, kaplıca, temiz hava vb.) ile yapılan tedavi yöntemidir.

Talassoterapi; deniz suyu kullanılarak yapılan tedavi yöntemidir.

Speleoterapi; mağaralarda yapılan tedavilerdir.

Peloidoterapi; çamurun şifalı özelliğinin tedavi amacıyla kullanılmasıdır.

Heliterapi; güneş ışığından faydalanılarak yapılan tedavi yöntemidir (Edinsel, Adıgüzel 2014:174).

Termal su ile tedavi uygulamalarının uzun bir tarihi geçmişi vardır. Termal turizmin gelişim süreci aslında sağlık seyahatlerinin gelişim süreci anlamına da gelmektedir. M.Ö. 2000 yılında Babil dilinde hekimin anlamı “suyu tanıyan kişi”yi ifade etmekteydi (Rulle 2008:45). Termal kaynakların kullanımı sadece bir kıta ile sınırlı kalmamış binlerce yıl öncesinde Asya kıtasında, Çin, Hindistan ve Japonya'nın yanı sıra Asya Pasifik bölgesinde ve Yeni Zelanda da yerli halk tarafından da kullanılmıştır (Erfurt-Cooper, Cooper 2009:3). Bilinen en eski termal Sicilya'nın kuzeyindeki Lipari Adaları'nda bulunmuştur. Bu termal M.Ö. 18-16. yüzyılda inşa edilmiş ve yakınlardaki bir jeotermal kaynaktan suyunu almıştır (Rulle 2008:45).

Termal turizmin özellikleri aşağıdaki gibi sıralanabilir (Albayrak 2013:123);

- Termal turizm sadece hasta olan kişilere değil sağlıklı olan kişilere de hizmet sunar.
- Bir yerleşimde termal turizm faaliyetlerinin olabilmesi için termal kaynağın olması gerekir.
- Termal tesisler rutubetli, güneş görmeyen ve rüzgârlı yerlere kurulamaz.
- Termal turizm tedavi edici özelliğinin yanı sıra eğlenme ve dinlenme imkânı sunar.
- Termal turizm tüm yıla yayılabilir.
- Termal turizm bu alanda eğitim almış personeller tarafından yapılır.
- Termal turizm ekonomik getiri sağlayan bir turizm türüdür.
- Termal turizmde iyileşme sürecinin uzunluğuna bağlı kalış süreleri uzundur.
- Termal turizm kişilere alışkanlık yaratır.

Değişik türdeki hastalıkların tedavisi için termal kaynak sulardan şifa arama yöntemi yüzyıllar boyunca devam etmiş ve bir gelenek halini almıştır. Termal kaynak suların bünyesindeki çeşitli minerallerin farklı rahatsızlıkların tedavisinde kullanılmasıyla vücut eski zindeliğine ve gücüne kavuşabilmektedir (Şahin 2007:394).

Tablo 2.Termal Suların Mineral Yapısına Göre Tedavi Edilen Hastalıklar

Termal Suların Mineral Yapısı	Tedavi Edilen Hastalıklar
Demir İçeren Sular	Kandaki demir oranının düşüklüğüne bağlı rahatsızlıklar
Karbonatlı ve Hidrokarbonat İçeren Sular	Böbrek, idrar yolu, romatizma, beslenme bozukluğu rahatsızlıkları
Sodyum Klorür İçeren Sular	Astım, bronşit, kalp, deri, romatizmal rahatsızlıklar ile büyüme yorgunlukları ve sinirsel yorgunluklar
Radon İçeren Sular	Romatizmal, hormonal ve kadın hastalıkları ile kalp ve kan dolaşımı rahatsızlıkları
Arsenli Sular	Bünyesel zayıflık nedeniyle oluşan rahatsızlıklar
İyot İçeren Sular	Göz, solunum yolu, kan dolaşımı ve kalp rahatsızlıkları
Kükürt İçeren Sular	Deri, romatizma, göz, solunum yolu ile kadın hastalıkları
Sülfatlı Sular	Böbrek, idrar yolları, romatizmal hastalıklar ile beslenme bozukluğu tedavisinde kullanılır.

Kaynak: (Ülker 1988:39-45).

“FITEC” (Uluslararası Termalizm ve Klimatizm Federasyonu)’e göre bir yerin Termal kent olabilmesi için bazı özelliklere sahip olması gerekir. Bu özellikler aşağıdaki gibi sıralanabilir (Pınar 1991:19).

- Tedavi amacıyla termal suların kullanılabilmesi için analizlerinin yapılması gerekir. Bu analiz sonucuna göre termal suların kullanımına izin verilmelidir.

- Termal sular ile tedavinin uygulanabilmesi için termal su akımının yeterli seviyede olması gerekir.

- Termal kaynak bölgesinin belirlenmesi ve bu bölgenin her türlü kirlenmeye karşı korunması gerekir.

- Hastalıkların tedavisinde termal suların hangi hastalıklara ne tür etki ettiğinin belirlenmesi gerekir.

- Termal yerleşme bölgesindeki iklim özeliğinin insan sağlığına uygun olması gerekir.

- Termal yerleşme bölgesinde, tedavi uygulama alanlarının büyüklüğüne paralel olarak konaklama, eğlenme, dinlenme alanlarının yeterli büyüklükte olması ve yeterli oranda kür parkı, yeşil alan ve spor alanlarının bulunması gerekir.

- Kür ve tedavilerin doktor denetiminde yapılması gerekir.

- Tedavilerin uygulanabilmesi için kür, masaj, banyo, beden eğitimi ve çamur uygulamalarının bulunması gerekir.

- Termal merkezlerin imara uygun bir şekilde yapılması gerekir.

Yukarıdaki özelliklere sahip termal yerleşmeler “Termal Kent” (Kaplıca Kent) olarak adlandırılırken sıralanan bu özellikleri tam olarak taşımayan yerleşmelere ise “Kaplıca Kenti” denilmektedir.

Spa sözcüğü Latince bir sözcük dizisi olan Salus Per Aqua kavramının baş harflerinden türemiş olup, “su ile gelen sağlık” anlamına gelmektedir (Frost 2004:85).

Bununla birlikte, spa kavramının ismini cilt sorunlarını tedavi edici güce sahip olan birçok doğal kaynağın bulunduğu Belçika'nın Walloon ve Liege'de bulunan küçük bir kasabadan aldığına inanılmaktadır (Mak vd. 2009:185).

Spa genel anlamda şifalı sular ile yapılan terapi ve bakımları ifade eder. Su ile yapılan terapiler; duşlama, akıtma, püskürtme, damlama gibi uygulamaları kapsar. Son yıllarda uygulanan spa yalnız su terapileri ile sınırlı kalmamış; masaj, aromaterapileri, güzellik ve bakım gibi değişik uygulamaları da kapsamaktadır (Özsarı, Karatana 2013:139-140). Spa mekânlarındaki ilginç dekorlar, dinlendirici müzikler, hoş kokulu mumlardan yansıyan ışıklar ve kullanılan kozmetik ürünler, bu mekânlara gelen kişilere ruhsal ve bedensel olarak rahatlama sağlamaktadır (Çiçek, Avderen 2013:28).

Uluslararası SPA Birliği (ISPA), Spa kültürünü yedi başlık altında sınıflandırmıştır. Bunlar;

- Kulüp SPA: Kişilere, fitness ve spa gibi günlük sağlık hizmetlerini sunabilen kulüplerdir.
- Kruvaziyer (Yolcu Gemisi) SPA: yolcu gemisinde SPA hizmetlerini sağlayabilen kulüplerdir.
- Günlük SPA: SPA hizmetlerinin günlük olarak sunulduğu ve en yaygın olan SPA türüdür.
- Ziyaret/Tatil Destinasyon SPA: Kişilerin konaklamada buldukları otel ya da tesislerdeki profesyonel ekip tarafından hazırlanan spa hizmetlerinden yararlanması olarak tanımlanır.
- Medikal (Tıbbi) SPA: Wellness ve spa hizmetleriyle beraber tıbbi hizmetleri de sağlayan merkezlerdir.
- Termal (Kaplıca) SPA: Kaynağından alınan doğal mineral, termal veya deniz suyunun hidroterapi, wellness ve spa uygulamalarında kullanılmasını kapsar.
- Resort SPA: Herhangi bir tatil yeri veya otel içerisinde bulunan sağlık ünitelerinde, tecrübeli personeller tarafından uygulanan Spa ve wellness hizmetlerini kapsar (Tütüncü, Ergüven 2013:25-28).

Wellness sözcüğü, “Well Being ve fitness” kelimelerinin birleşmesinden doğmuştur. (Rančić vd., 2013:45) Wellness kavramı, kişilerin kendisini fiziksel, zihinsel, ruhsal ve ilişkisel olarak iyilik ve zinde olma halini ifade eder. Wellness; cilt bakımı, masaj, çamur banyoları, yosun banyoları, küvet bakımları, thalasso terapi ve doğal malzemelerle sağlıklı yaşam yöntemleri gibi uygulamaları içerir (Özsarı, Karatana 2013:140). Wellness sağlıklı bireylerin tercih ettiği bir turizm türüdür. Kişiler sağlıklarını koruma, bedenlen kendilerini iyi hissetme ve mevcut sağlık durumunu daha da iyileştirebilmek amacıyla wellness turizm faaliyetlerine katılım gösterir (Mueller, Kaufmann 2001:4).

2.2.2. Medikal (Tıp) Turizm

Medikal turizm, yaşanan yerdeki tıbbi tedavi ücretlerinin yüksek olması sebebiyle kişilerin, tıbbi tedavileri daha düşük ücretle karşılayan ülkelere doğru gerçekleştirdiği turizm hareketleri olarak tanımlanabilir (Acar vd, 2012:22). Bu tanımdan yola çıkılarak tıbbi tedavi maksadıyla tercih edilecek ülkelerin belirlenmesindeki en büyük etkenin “maliyet” olduğu görülür (Özsarı, Karatana 2013:140).

Medikal turizm genel olarak insanların sağlığına kavuşabilmesi için farklı ülkelerde cerrahi veya özel uzmanlık gerektiren tedavilerden yararlanma amacıyla gidilmesini ifade eder. Tıp sektörünün gelişmesine bağlı olarak ortaya çıkan Medikal turizm, farklı ülkelerde tedavi ve tatil imkânını bir arada tutan bir kavramdır. Bu bakımdan medikal turizm hareketlerinde hem sağlık sektörü hem de turizm sektörü rol oynamaktadır (Özsarı, Karatana 2013:140).

Medikal turizm geçici bir turizm hareketi olup, turist (hastanın) doktorun tavsiyesi üzerine yara iyileştirilmesi, bazı hastalıkların tedavisi ya da fiziksel rahatlama maksadıyla seyahatlerde bulunulmasını kapsamaktadır (Jallad 2000:122-123). Medikal turizmi kısaca, hastanelerle doktorlar tarafından gerçekleştirilen tedavileri almak için bireylerin çeşitli sebeplerle (maliyet, bekleme süresi vb.) erişemedikleri tedavi hizmetlerini almak için yapmış oldukları uluslararası seyahatler olarak tanımlayabiliriz (Akbolat, Deniz 2017:125).

Medikal turizm zorunlu ve keyfi amaçlar doğrultusunda gerçekleştirilen bir turizm çeşididir. Bireylerin yaşadıkları yerde gerekli tedavinin bulunmaması medikal turizmi zorunlu hale getirirken gerekli tedavinin bulunması durumunda bireylerin kendi istekleri doğrultusunda tedaviyi başka bir yerde almak istemesi ise keyfi amaçlar doğrultusunda gerçekleşir (Jones, Keith 2006:251).

Günümüzde medikal turizm hareketlerine sebep olan en önemli sağlık problemlerinin ortopedik ameliyatlara, kalp ameliyatlara, kardiyolojik rahatsızlıklar, kanser tedavileri, estetik-plastik cerrahi, göz sorunları, diş tedavileri, obezite ve kısırlık tedavileri olduğu görülür (BAKA, 2013:7). Medikal turizmde kişilerin sağlık hizmeti almalarının dışında tatil yapma amacını da gütmesi medikal turizmin “turistik” boyutunu oluştururken tedavi amacıyla cerrahi müdahaleleri gerektiren uygulamalar ise medikal turizmin “medikal” boyutunu oluşturur. Bu açıdan medikal turizmi, tıp sektörünün ve turizm sektörünün ortak ürünü olduğunu söyleyebiliriz (Gümüş, Büyük 2008:435). Tüm medikal turizm faaliyetlerinin aynı zamanda bir sağlık turizmi faaliyeti olarak değerlendirilmesine rağmen, her sağlık turizmi faaliyeti medikal turizm kapsamında değerlendirilmemektedir. Medikal turizm, bireylerin kendi isteklerinden ziyade ihtiyaçlarından kaynaklandığı için diğer sağlık turizmi çeşitlerinden ayrılır (Yırık 2014:21).

Medikal turizm hareketleri, hastaların tedavilerini daha kısa sürede tamamlayabilmesine olanak sağlar. Medikal turizme katılan uluslararası hastaların din, dil ve kültür açısından farklılıklara sahip olması ülkeleri bu konuda harekete geçirerek farklılıklar konusunda bilgi edinilmesini sağlamış ve ülkeler arasındaki bütünleşmeyi güçlendirmiştir (Kiremit 2008:27).

Medikal turizm, diğer sağlık turizmi çeşitlerine göre güven duygusunun daha fazla sorgulandığı bir turizm çeşididir (Han, Hyun 2015:22). Bu durumun sebebi, tedavi amacıyla gidilen sağlık kuruluşu ve sağlık personeli kalitesinin hastaları etkilemesinden dolayı hastaların gidecekleri sağlık kuruluşu ve personelin bu güven duygusunu aşılması gerekir. Medikal turizmde ön planda olmak isteyen sağlık kuruluşları bu güveni hastalara aşılayabilmek için bazı akreditasyon kuruluşlarından belge almaktadır. Sağlık kuruluşlarının medikal turizme uygunluğunun

değerlendirmesini yapan uluslararası akreditasyon kuruluşlarının en önemlisi ABD kökenli Joint Commi ission International (JCI) kuruluşudur (York 2008:101).

Uluslararası düzeyde sertifika ve akreditasyon belgesine sahip sağlık kurumları bulunduğu ülkeyi medikal turizm sektöründe ön plana çıkarmaktadır. Uluslararası onayı alınan bu belgelere sahip ilgili kurumlarda kalite güvencesinin sağlandığı düşünülebilir (Tütüncü vd., 2011:93).

Sağlık turizminin önemli türlerinden biri olan medikal turizmin genel özelliklerini maddeler halinde sıralayabiliriz (Altın vd., 2012:158).

- Medikal turizm ileri teknoloji ile donatılmış sağlık kuruluşları ve iş gücü gerektiren bir turizm türüdür.
- Sağlık hizmeti alınan medikal kuruluşların uluslararası düzeyde hizmet sunması medikal turizm açısından önem arz etmektedir.
- Sağlık hizmeti veren kuruluşlarda, uluslararası hastalar ile iletişimi sağlamak amacıyla ortak yabancı dil bilen personelin kesinlikle bulunması gerekmektedir.
- Medikal turizm hasta ve yakınları adına diğer turizm çeşitlerinin gelişmesini de sağlayan, katma değeri yüksek bir turizm türüdür.
- Medikal turizmde hedef olarak görülen ülkelere devletin desteği ile kendi dillerine uygun tanıtım ve pazarlama faaliyetlerinin yürütülmesi gerekir.

Tablo 3. Medikal Turizm Faaliyetlerini Geliştiren/Kısıtlayan Etkenler

Geliştiren Etkenler	Kısıtlayan Etkenler
<ul style="list-style-type: none">➤ Teknolojik imkânların artması➤ Ücret Farklılıkları➤ Para Birimi(Döviz Kuru) Farklılıkları➤ Tıbbi Tedavi için uygun turistik paket sunumu➤ Gelişmiş birçok ülkede tedavi bekleme süresinin uzun olması➤ Turizm faktörü➤ Ülkelerdeki yasak tedavi uygulamaları➤ Sigorta sektörünün destek vermesi➤ Ülkelerde bulunmayan tedavi uygulamaları➤ Seyahat acentelerinin varlığı	<ul style="list-style-type: none">➤ İkna, tanıtım ve pazarlamanın yetersizliği➤ Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının başarılı olabilmesi için sertifika ve akreditasyona sahip olması➤ Hedef ülkelere yönelik vize sorunu➤ Para girişinde yasal prosedürler➤ Sigorta şirketlerinin kısıtlayıcı maddeleri➤ Rekabet unsurunun oluşmaması➤ Sağlık kurum ve kuruluşlarının kapasite olarak yetersiz kalması

Kaynak: (Akbolat, Deniz 2017:126).

Dünyada medikal turizm sektöründen en çok pay alan ilk 10 ülke şu şekilde sıralanabilir; Hindistan, Tayland, Singapur, Güney Amerika, Malezya, Almanya, Meksika, Güney Afrika, Brezilya ve Kosta Rika'dır. Bu ülkelerin dışında medikal turizmde söz sahibi diğer önemli ülkeler ise; Polonya, Suudi Arabistan, İsviçre, Arjantin, Birleşik Arap Emirlikleri, Türkiye, Çin, İspanya, İngiltere, Avustralya, Küba, Fransa, Panama, Filipinler, Belçika, Karayipler, Macaristan, İsrail, Japonya, Monako, Yeni Zelanda, Güney Kore, Tayvan ve Tunus'tur (Moloğlu 2015:676).

Tıbbi tedavi için gelen hastaların ülke seçimlerini etkileyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler Tablo 4'de sıralanmıştır (Bristow, Yang, Lu 2011:111).

Tablo 4. Medikal Hastaların Ülke Seçimini Etkileyen Faktörler

Maliyet (Düşük fiyatla tedavi imkânı)	4.56
Doktorun Alanındaki Uzmanlığı	4.47
Medikal hizmetlerin sunumu	4.33
Ameliyat sonrası sunulan fırsatlar	3.83
Akreditasyon belgeli Hastaneler	3.73
Tedavi için gidilen ülkenin iklimsel özelliği	3.26
Medikal kuruluşların Amerikan hastaneleri ile bağlantılı olması	3.10

Tablo 4'e göre medikal hastaların ülke seçimini etkileyen en önemli faktör maliyettir. Diğer önemli faktörler ise doktorun alanındaki uzmanlığı, medikal hizmetlerin sunumu ile ameliyat sonrası sunulan fırsatlar, akredite edilen hastaneler ve medikal kuruluşların Amerikan hastaneleri ile bağlantılı olmasıdır (Bristow, Yang, Lu, 2011:111).

2.2.3. Yaşlı ve Engelli Turizmi

Yaşlı turizmi kavramı aynı zamanda 3. yaş turizmi ve geriatri turizmi olarak da ifade edilmektedir (Yıldırım 1997:77).

3. yaş turizmi genel anlamda, yaşlı bireylerin sağlık hizmeti ve bakımı için ikamet ettiği yerin dışında başka bir yerde bulunan bakım evleri, geriatrik tedavi merkezleri ve klinik konukevlerine sağlık hizmeti almak amacıyla düzenledikleri seyahatler olarak ifade edilir (Aydın vd., 2011:58)

Dünya Yaşlanma Örgütü ve Birleşmiş Milletler (BM)'in verilerine göre dünya genelinde yaklaşık 600 milyon 65 yaş ve üstü nüfusun olduğu ve bu rakamın 2050 yılında 2 milyara ulaşacağı öngörülmektedir (Baka 2013:10).

Sağlık koşullarının iyileşmesi, insan ömrünün uzaması ve hastalıkların oransal olarak azalması ile birlikte 65 yaş ve daha yukarı yaştakilerin toplumdaki oranları yükselmiş ve dinamik bir yaşlı nüfus oluşmuştur. 65 yaş ve daha yukarı yaştaki bireylerin genellikle emekli olması ve bu nedenle zamanlarının bol olması, mevsim dışı ucuz turizm olanaklarının artması gibi nedenler yaşlı turizmin ortaya çıkmasına neden olmuştur (Gülen, Demirci 2011:80).

Dünya genelinde yaşam süresinin uzaması ile ülkelerin nüfus yapısı değişmiştir. Nüfus yapısındaki bu değişim ile yaşlıların turizm faaliyetleri, sağlık turizmi açısından önemli bir potansiyel olarak görülmektedir. Nitekim birçok ülke nüfusunun yaşlanması ile yaşlı nüfusun bakımına yönelik tesis ve seyahat imkânlarını artırmışlardır (Gencay 2007:177).

Engelli kavramı sık kullanılan bir sözcük olmasına rağmen içeriği tam olarak bilinmemektedir. Engelli, özürlü ve sakat kavramları birbirleriyle özdeş gibi kullanılsa da aralarında anlam farkı bulunmaktadır (Zengin, Eryılmaz, 2013:53).

Dünya Sağlık Örgütü (WHO)'ne göre engelli turizmi şu şekilde tanımlanır (Akt: Zengin, Eryılmaz 2013:53);

“ Sağlık yalnız hastalık ve engelliliğin olmaması değil, aynı zamanda bedensel, ruhsal ve toplumsal yönden tam bir sağlıklı olma durumudur. Engellilik ise bedensel zihinsel ve ruhsal özelliklerden belirli oranda, sürekli olarak fonksiyon ve görüntü kaybına neden olan organ yokluğu veya bozukluğu sonucu kişinin normal yaşam gereklerine uymama durumudur. Bu kişiye engelli denilmektedir.”

Engelli turizmi, dünya genelinde engelli bireylerin sayıca artış göstermesi sonucu ortaya çıkmış, engelli bireylerin seyahat etme, eğlenme ve tedavi görme ihtiyaçlarını karşılamaya çalışan bir turizm türüdür (Topuz 2012:12).

Dünyadaki engelli bireylerin sayısı azımsanamayacak büyüklükte bir boyuta ulaşmıştır. Engelli bireylerin sayıca çokluğu ve turizm faaliyetlerine genellikle refakatçileri ile katılması turizm açısından için çok önemli bir pazar anlamına gelir. Bu sebeple engelli bireyler dünyanın en büyük turizm pazarlarından biri oluşturmaktadır. (Şenol, Oktay, Özmen, 2016:76).

Geriatric ve engelli turizmi, yaşlı ve engelli bireylerin bulunduğu yerde sağlık hizmeti ve bakım maliyetlerinin yüksek olmasına bağlı göreceli olarak bu gibi hizmetlerin mali açıdan daha uygun fiyat taifesi uygulayan ülkelere seyahat edilmesiyle ortaya çıkmıştır. 65 yaş ve üzeri bireylerde sık rastlanılan hastalıklar genelde bulaşıcı olmayan fakat uzun süre bakım gerektiren hastalıklardır. Uzun süre bakım gerektiren hastalıklara eklem rahatsızlıkları, kalp damar hastalıkları, kanser, diyabet ve kronik solunum yolu rahatsızlıkları örnek gösterilebilir.

Yaşlı ve engelli bireylerin hizmet ve bakımına yönelik tedaviler, rehabilitasyon hizmetleri, termal tedaviler, fizik tedavi hizmetleri, engellilere özel gezi turları, yaşlılar için bakım evlerinde uygulanan hizmetler şeklinde sunulmaktadır. Yeni açılan otellerin engelli ve yaşlı bireylere yönelik erişilebilir hizmet sunması ve personellerine bu yönde eğitim verilmesini sağlamaları bu turizm türü için büyük bir önem taşımaktadır (Baka 2013:11).

2.3. Sağlık Turizminin Faydalı ve Olumsuz Yönleri

Sağlık turizmi, sağladığı imkânlar çerçevesinde dünya genelinde önemini gün geçtikçe artırmış ve büyük bir sektör haline almıştır. Sağlık turizmi aynı zamanda ekonomik değer taşımayan, orman, dağ, termal kaynak suyu gibi doğal varlıklara ekonomik değer kazandırmış ve bu varlıkların bulunduğu ülkelere gelir sağlamıştır. Bu bakımdan sağlık turizmi hem bireylere ve hem de ülkelere birçok fayda sağlamaktadır.

Bireyler açısından sağlık turizminin faydaları aşağıdaki gibi sıralanabilir;

- Bireylerin bedensel ve zihinsel yorgunluklarını giderir,
- Yaşanılan yerde bulunmayan tedavilerin ulaşımına imkân sağlar,
- Bireyleri hayata tutundurarak yaşama isteklerini uyandırır,
- Bireyleri uzun süren hasta bekleme sıralarından kurtarır,
- Bireylere hem tedavi hem de tatil imkânı sunar (Karakoç 2017:9).

Ülkeler açısından sağlık turizminin faydaları aşağıdaki gibi sıralanabilir (Annette, Arellano 2007:37)

- Turistlerden elde edilen gelir ülkelerin ekonomik refah seviyesine artırır.
- Sağlık turizmi, gelişmiş ülkelerde tedavi masrafının yüksek olması nedeniyle turistlerin gelişmekte olan ülkelere yönelmesine olanak sağlar.
- Sağlık turizmi ülkeler arasında teknoloji ve bilgi alış-verişini koordine eder.
- Ülke içinde veya dışında stratejik ortaklık sağlamaktadır.

- Yabancı hastalara sunulan kaliteli hizmetler sayesinde kendi vatandaşlarına da kaliteli hizmet sunulmasını sağlar.
- Dünya pazarında, tıbbi ticareti arttırır.
- Ülkelerarası ilişkilerin gelişmesini sağlar.
- Ülkelerin uluslararası düzeyde sağlık hizmeti sunması, tüm dünya ülkeleri tarafından bu sağlık hizmetlerinin kabul edilmesini sağlar.
- Hastalara dünya çapında sağlık hizmeti sunulması ülkelere prestij kazandırır
- Ülkelerarası rekabet ortamı yaratarak sağlık hizmetlerinin daha kaliteli sunulmasını sağlar.
- Kamu ve özel sektör ortaklığı sağlamaktadır (Özcan 2014:123).

Sağlık turizmi sektörünün işleyişi düşünüldüğünde bu sektörü ayakta tutan birçok alt sektörlerin de olduğu görülmektedir. Bu alt sektörler otel, iletişim, ulaşım ve pazarlamadır. Sağlık turizmi bu alt sektörlerle birlikte bir bütündür ve yapısı itibariyle bu sektörlerdeki tüm değişikliklerden ve düzenlemelerden etkilenir.

Sağlık turizmini tüm alt sektörleriyle ele aldığımızda sağlamış olduğu faydaları şu şekilde sıralayabiliriz:

- Sağlık turizmi, hastaların kaliteli sağlık hizmetini alabilmek için coğrafi olarak çok uzak ülkelere gitmek yerine coğrafi açıdan dünya ülkelerine daha yakın olan diğer ülkelerdeki hastanelerden istedikleri hizmeti alabilmelerini sağlamaktadır.
- Sağlık turizmi ile hastaneler uygulamış oldukları başarılı tedavilerin ve sundukları teknolojik imkânların paylaşılmasından yarar sağlar.
- Sigorta şirketlerinin hasta memnuniyetini artırma ve uzun bekleme listelerini kısaltma gibi çalışmalar içerisinde girmesi sağlık turizmini olumlu yönde etkilemektedir (Harrant 2003:36).

Sağlık turizminde doğabilecek olumsuz y6nlerde mevcuttur. Doğabilecek bu olumsuzlukları Şu Şekilde sıralayabiliriz;

- lke dışındaki sağlık hizmetlerinin sigorta kapsamında olmaması nedeniyle hastaların hizmet bedelini kendilerinin 6demesi,
- Cerrahi girişimler sonucu ülkesine d6nen hastalarda g6rlebilecek komplikasyonlar, olası komplikasyonlar sonrası bakım ihtiyaçlarının kendi ülkesinde giderilmeye çalıŐılması,
- YanlıŐ uygulanan tedavi sonrası yerel mahkemelerin yetersiz kalması (hukuki farklılıklar)
- Ülkelerarası kültür ve dil farklılıkları (Buldukoğlu 2014:24).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

3. 2002 SONRASI OECD ÜLKELERİNDE SAĞLIK TURİZMİ VE TÜRKİYE’NİN PAYI

3.1. OECD Açılımı ve Kuruluş Amacı

İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra dağılan Avrupa’nın yeniden canlanması için 1948 yılında kurulan OEEC (Avrupa Ekonomik İşbirliği Örgütü), 1960 yılında Amerika ve Kanada’nın örgüte dahil olmasıyla uluslararası bir boyut kazanmıştır. OECD’nin kuruluş amacı dünya halklarının refahını ve ekonomik kalkınmasını sağlamaktır. Bu örgüt Marshall Planı kapsamında kurulmuştur.

Türkçe anlamı Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü olan OECD İkinci Dünya savaşı sonrası dağılan Avrupa’nın yeniden imar edilmesi amacıyla kurulan Avrupa Ekonomik İşbirliği Örgütü (OEEC)’nün mirasçısı şeklinde kurulmuştur. Günümüzde 36 üyesi bulunan OECD, Paris Sözleşmesi kapsamında 1961 yılında Fransa’nın başkenti Paris’te kurulmuştur (<http://disiliskiler.kulturturizm.gov.tr/TR-22153/ekonomik-isbirligi-ve-kalkinma-orgutu-oecd.html> Erişim: 15.01.2019) .

Tablo 5. Günümüzde Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü’ne (OECD) Üye Olan Ülkeler

Birleşik Krallık (İngiltere)	Kanada	Amerika	Estonya	Çek Cumhuriyeti
Fransa	Almanya	Yunanistan	Macaristan	Finlandiya
İzlanda	İsrail	İtalya	Japonya	İrlanda
Avustralya	Avusturya	Hollanda	Belçika	Kore
Lüksemburg	Meksika	Danimarka	Yeni Zelanda	Norveç
Polonya	Portekiz	Şili	Slovak-Cumhuriyeti	Slovenya
İspanya	İsveç	İsviçre	Türkiye	
	Letonya	Litvanya		

Kaynak: (Akar 2014:5).

3.2. OECD Ülkelerinde Sağlık Harcaması Ve Türkiye'nin Payı

Ülkelerin temel sağlık hizmetleri (sağlığı koruma, geliştirme, rehabilite etme, beslenme ve acil programlar) için kişi başına belli bir miktarda yapmış olduğu harcamalar, “sağlık harcaması” olarak tanımlanabilir. Sağlık harcamaları kamu ve özel sektör tarafından karşılanmaktadır. Sağlık harcamaları, ülkelerin sağlık sistemi hakkında bilgi edinilen önemli göstergelerden biridir (Tüylüoğlu ve Tekin, 2009:13). Sağlık harcamalarının artması, ülkeleri ekonomik açıdan olumsuz yönde etkilerken kişilerin yaşam standardını ve kalitesini olumlu yönde etkilemektedir. Dünya genelinde sağlık harcamalarının göstergeleri incelendiğinde, sağlık harcamalarının en yüksek olduğu ülkelerin OECD ülkeleri olduğu saptanmıştır. OECD ülkelerinde ortalama yaşam süresinin uzaması, sağlık bilincinin artması, teknolojik gelişmeler ve kronik rahatsızlıkların (kanser, kalp rahatsızlıkları, diyabet vb.) yaygınlaşması gibi sebeplerle sağlık harcamaları her yıl belirli oranda artmaktadır. Sağlık harcamalarındaki bu artış OECD ülkeleri üzerinde ekonomik baskı unsuru oluşturmuş ve bu baskının önüne geçebilmek için değişik birçok politika seçeneklerini gündeme getirmişlerdir (Akar 2014:311).

Ülkelerin sağlık harcamalarını değerlendirebilmek için harcamaların toplamı, kişi başına yapılan toplam sağlık harcamasının miktarını ve harcamanın kaynağının nereden karşılandığını (kamu/özel kaynak) tespit etmek gerekir. Kişi başına yapılan harcamanın yüksek olması ülkelerin gelişmişliğinin ve refah seviyesinin yüksek olduğunu gösterir (Akdur 2008:1).

Sağlık harcamaları ve ekonomik büyümeye katkısı olumlu olarak kabul görmektedir. Beslenme, temiz su, yüksel gelir bütçesi, sağlık hizmetlerine olanak sağlayan ürünlerden daha fazla yararlanma sağlamıştır. Sağlık toplumdaki bireylerin verimliliğini artıracaktır. Sağlıklı bir birey kendini geliştirmek maksadıyla eğitime daha fazla zaman ayıracak ve uzun vadede fayda sağlayacaktır. Doğumda beklenen ortalama yaşam süresinde meydana gelen artış fiziki yatırımlara olumlu yansıtacaktır. Yeni doğan ve bebek ölümlerinin azalması verimli çalışma nüfusunu çoğaltacaktır (Bingöl,Şen 2018:91).

Tablo 6. 2002-209 Yılları Arasında OECD Ülkelerinin Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (A.B.D \$)

ÜLKELER	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
A.B.D	5 326	5 736	6 094	6 443	6 807	7 161	7 403	7 682
Lüksemburg	4 249	4 412	4 777	4 881	5 150	5 085	5 431	5 724
İsviçre	4 080	4 117	4 315	4 317	4 401	4 780	5 105	5 282
Norveç	3 389	3 448	3 656	3 741	3 963	4 310	4 605	4 687
Hollanda	3 297	3 309	3 495	3 583	3 826	4 075	4 378	4 444
Almanya	3 235	3 322	3 382	3 421	3 554	3 740	3 942	4 157
Fransa	3 152	3 056	3 171	3 265	3 446	3 594	3 734	3 895
Avusturya	3 101	3 198	3 411	3 476	3 632	3 794	4 009	4 100
İzlanda	3 077	3 182	3 313	3 346	3 449	3 654	3 683	3 529
Kanada	2 758	2 913	3 121	3 292	3 497	3 718	3 862	3 964
Danimarka	2 712	2 723	2 921	3 015	3 286	3 562	3 778	4 026
İsveç	2 657	2 697	2 793	2 831	3 026	3 233	3 434	3 473
Belçika	2 644	2 899	3 039	3 045	3 131	3 249	3 472	3 678
Avusturalya	2 481	2 577	2 817	2 872	2 995	3 198	3 350	3 422
İrlanda	2 419	2 579	2 805	3 093	3 202	3 383	3 643	3 865
İtalya	2 293	2 289	2 451	2 504	2 660	2 695	2 932	2 945
Finlandiya	2 123	2 198	2 394	2 481	2 655	2 903	3 134	3 173
Japonya	2 065	2 197	2 306	2 471	2 559	2 689	2 799	2 974
Yunanistan	1 951	1 988	2 059	2 304	2 498	2 616	2 833	2 760
İngiltere	1 939	2 076	2 284	2 318	2 480	2 582	2 687	2 789
Yeni Zelanda	1 921	1 916	2 077	2 194	2 438	2 539	2 830	2 951
İspanya	1 804	2 009	2 116	2 203	2 379	2 469	2 658	2 738
Portekiz	1 792	1 876	2 035	2 135	2 186	2 253	2 386	2 457
Slovenya	1 737	1 786	1 858	1 900	1 985	2 065	2 298	2 271
İsrail	1 691	1 634	1 708	1 756	1 747	1 854	1 845	1 916
Çek Cumhuriyeti	1 268	1 394	1 464	1 523	1 559	1 660	1 823	2 054
Macaristan	1 167	1 365	1 382	1 464	1 510	1 430	1 493	1 496
Güney Kore	892	980	1 039	1 142	1 286	1 443	1 565	1 697
Slovakya	869	877	1 101	1 191	1 341	1 584	1 687	1 814
Polonya	774	782	838	835	903	1 051	1 223	1 316
Litvanya	712	817	790	886	1 010	1 159	1 347	1 326
Şili	654	708	768	812	960	1 062	1 130	1 311
Letonya	631	638	797	840	938	1 084	1 118	1 009
Estonya	625	700	814	889	945	1 137	1 292	1 311
Meksika	589	676	755	761	812	862	893	907
Türkiye	520	510	559	588	678	733	807	817

<https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

Tablo 7 . 2010-2018 Yılları Arasında OECD Ülkelerinin Kişi Başına Düşen Sağlık Harcamaları (A.B.D \$)

ÜLKELER	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
A.B.D	7 939	8 154	8 423	8 629	9 042	9 505	9 904	10 207	10 586
Lüksemburg	5 296	5 477	5 796	6 188	6 439	6 761	6 942	7 147	7 317
İsviçre	4 775	4 965	5 210	5 486	5 707	5 728	5 804	6 064	6 187
Norveç	4 412	4 558	4 734	4 948	5 142	5 291	5 550	5 848	5 986
Hollanda	3 446	4 484	4 694	4 750	4 882	5 027	5 049	5 264	5 447
Almanya	4 257	4 345	4 588	4 767	4 859	4 945	5 140	5 270	5 395
Fransa	4 160	4 170	4 315	4 456	4 536	4 674	4 774	5 025	5 299
Avusturya	4 473	4 567	4 782	4 924	4 935	4 928	5 018	5 155	5 288
İzlanda	5 623	4 831	5 207	4 759	4 809	4 821	4 874	4 941	5 070
Kanada	3 595	3 809	3 854	4 091	4 191	4 381	4 566	4 791	5 005
Danimarka	4 167	4 227	4 286	4 366	4 464	4 551	4 698	4 812	4 974
İsveç	4 048	4 168	4 306	4 557	4 642	4 676	4 844	4 931	4 965
Belçika	3 840	3 998	4 161	4 349	4 478	4 527	4 666	4 832	4 944
Avusturalya	4 049	4 207	4 373	4 302	4 251	4 302	4 471	4 631	4 915
İrlanda	3 170	3 741	3 971	4 308	4 328	4 517	4 513	4 630	4 766
İtalya	3 313	3 318	3 398	3 498	3 599	3 735	3 916	4 154	4 349
Finlandiya	3 308	3 475	3 651	3 795	3 813	3 991	4 023	4 127	4 228
Japonya	2 871	2 910	2 968	3 574	3 668	3 703	3 833	3 943	4 070
Yunanistan	3 045	3 132	3 240	3 388	3 496	3 513	3 662	3 742	3 923
İngiltere	3 103	3 098	3 111	3 089	3 075	3 129	3 264	3 376	3 428
Yeni Zelanda	2 725	2 724	2 726	2 764	2 853	3 025	3 106	3 224	3 323
İspanya	1 890	1 977	2 080	2 135	2 236	2 488	2 678	2 870	3 192
Portekiz	2 001	2 042	2 090	2 449	2 565	2 546	2 628	2 850	3 058
Slovenya	2 529	2 408	2 346	2 417	2 451	2 540	2 668	2 759	2 861
İsrail	2 318	2 377	2 431	2 495	2 499	2 574	2 683	2 801	2 859
Çek Cumhuriyeti	1 975	2 082	2 223	2 238	2 237	2 309	2 551	2 666	2 780
Macaristan	1 371	1 485	1 568	1 663	1 782	1 918	2 058	2 182	2 416
Güney Kore	2 010	1 975	2 097	2 154	2 010	2 060	2 187	2 188	2 290
Slovakya	2 618	2 307	2 168	2 091	2 042	2 100	2 198	2 207	2 238
Polonya	1 363	1 404	1 515	1 636	1 752	1 868	2 013	2 120	2 231
Litvanya	1 254	1 355	1 485	1 656	1 752	1 838	1 898	2 095	2 182
Şili	1 423	1 497	1 579	1 671	1 687	1 803	1 915	2 048	2 056
Letonya	1 666	1 756	1 767	1 822	1 864	1 892	1 965	1 996	2 047
Estonya	1 076	1 078	1 156	1 230	1 286	1 405	1 583	1 649	1 749
Türkiye	843	888	895	948	1 007	1 040	1 127	1 186	1 227
Meksika	927	940	1 004	1 028	1 004	1 075	1 066	1 105	1 138

<https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm>

Tablo 6 ve 7' de 2002-2018 yılları arasında OECD ülkelerinin kişi başı sağlık harcamaları verilmektedir. Kişi başına düşen sağlık harcamalarında Türkiye'nin yıllar içerisinde artış gösterdiği fakat OECD ülkeleri arasında alt sıralarda yer aldığı görülmektedir. Sağlık harcamalarında Türkiye ile A.B.D, Lüksemburg, Norveç gibi birçok OECD ülkeleri arasında önemli farklılıklar vardır. Bu durum ülkelerin ekonomik gelişmişliğin, sağlık sistemlerinin, finansmanındaki farklılıkların sağlık harcamalarının payını ve büyüme hızını etkileyebileceğini göstermektedir. Bu durumda Türkiye'nin de sağlık sistemlerini geliştirmeye ve genel bütçeden sağlığa olan payının artırılması gerekmektedir (Daştan, Çetinkaya 2015:113-114).

Ülkeler, bireylerin temel sağlık hizmetlerinden ve koruyucu hizmetlerden yararlanabilmesi için kişi başına belirli miktarda sağlık harcaması yapmak durumundadır. Kişi başına düşen bu miktarın tam olarak karşılanmaması, ülkede yaşayan bireylerin temel sağlık bakımı hizmetlerini alamadığını gösterir. Sağlık alanında yapılan yatırımların azlığı ya da çokluğu ülkelerin gelişmişliği ve sağlığa verdiği önemin anlaşılmasında önemli bir kıstası oluşturur (Akdur 2008:14).

Nüfus oranının yükselmesi ve ortalama yaşam süresinin uzaması nedeniyle her yıl gözle görülebilecek seviyede sağlık harcamalarının arttığı görülür. Sağlık harcamasının yüksek olduğu OECD ülkelerine bakıldığında bu artışa genelde yaşlı nüfusun sebep olduğu görülür (Mendelson, Schwartz 1993:123). Nüfus oranının yükselmesi ve yaşlı nüfusun dışında sağlık harcamalarını arttıran diğer nedenler ise;

- ✓ Adaletli bir şekilde toplumun her kesimine sunulan sağlık hizmetleri,
- ✓ Sağlık hizmetlerinin kaliteli şekilde sunulması,
- ✓ Teknolojik ilerlemeye bağlı artışlar şeklinde sıralanabilir (Mullen, Spurgeon 2000:132)

Toplumların ekonomik gelişmişlik düzeyi ile sağlık hizmetlerinin kalitesi arasında sıkı bir bağ vardır. Ekonomik olarak refah seviyesinin yüksek olduğu toplumların sağlık için ayırdığı bütçede oldukça fazladır. Bununla birlikte sağlıklı bir toplum da ekonomik gelişmeyi hızlandırmaktadır. Genelleyecek olursak ülkelerin gelişmişlik seviyesine bağlı sağlık hizmetlerine kaynak ayrılmaktadır (Ersöz 2008:96).

Dünya nüfusunun %20'sini oluşturan OECD ülkelerinde son yıllarda sağlık harcamalarından ki yüksek artış dikkati çekmektedir. OECD ülkelerinde sağlık harcamaların, ekonomik büyümeden daha fazla artması bu ülkeleri zora sokmuştur. Başta ABD olmak üzere birçok OECD ülkesi tarafından sağlık harcamasındaki bu artışın önüne geçebilmek için değişik çözüm yolları aranmış ve yaşanan bu artış ülkelerin başlıca gündem konusunu oluşturmuştur. OECD ülkelerindeki sağlık harcamalarını değerlendirebilmek için sağlık harcamalarının Gayri Safi Yurt İçi Hasılası'ndaki (GSYİH) oranların incelenmesi gerekir (Daştan, Çetinkaya 2015:110).

2016 da dünya da sağlık hizmetlerine harcanan ücret 7.5 trilyon (A.B.D \$)'dır. Bu rakam yaklaşık olarak küresel Gayri Safi Milli Hasıla' ya (GSMH) denk gelmektedir. Sağlık harcamalarına Gayri Safi Yurt İçi Hasıla' dan yaklaşık olarak % 8.2 oranında pay ayıran yüksek gelirli ülkelerdir. Düşük ve yüksek gelirli ülkelerin sağlık harcamalarına GSMH'dan ayırdıkları ortalama pay ise % 6.3' dür.

2000 ve 2016 yılları arasında küresel olarak yaklaşık % 4 oranında her yıl artış gösteren sağlık harcamaları, % 2.8 oranında yıllık büyüme gösteren küresel ekonomiden daha hızlı bir artış sergilemiştir. Sağlık harcamaları düşük ve orta gelirli ülkelerde ise yıllık % 6 veya daha hızlı bir artışla çok hızlı bir yükselme göstermektedir.

Küresel sağlık harcamalarındaki farklar eşitsiz bir şekilde devam etmektedir. Düşük ve orta gelirli ülkelerdeki sağlık harcamaları hızlı bir şekilde büyüme göstermesine rağmen yüksek ve düşük gelirli ülkelerdeki sağlık harcamaları arasındaki fark genişliğini devam ettirmektedir. 2016 yılında yüksek gelirli ülkelerde kişi başına yapılan sağlık harcamaları yaklaşık olarak 2000 ABD \$' dan daha fazla iken orta gelirli ülkelerde yaklaşık 5/1 i 400 ABD \$ düşük gelirli ülkelerde ise yaklaşık olarak 20/1 i 100 ABD \$ doları seviyesindedir (World Health Organisation:36).

Tablo 8. OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamalarının GSYİH'ya Oranı

Ülkeler	2000	2002	2005	2008	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Almanya	9.8	10.1	10.3	10.2	11.0	10.7	10.8	11.0	11.1	11.2	11.3
Avustralya	7.6	7.9	8.0	8.3	8.5	8.6	8.7	8.8	9.1	9.4	9.6
Avusturya	9.2	9.4	9.6	9.6	10.1	9.9	10.1	10.2	10.3	10.3	10.4
Belçika	7.9	8.3	9.0	9.3	9.9	10.1	10.2	10.4	10.4	10.5	10.4
Amerika	12.5	14.0	14.5	15.3	16.4	16.4	16.4	16.3	16.5	16.9	17.2
İngiltere	6.0	6.6	7.2	7.7	8.5	8.5	8.5	9.9	9.8	9.9	9.7
Çekya	5.7	6.2	6.4	6.4	6.9	7.0	7.0	7.8	7.7	7.3	7.3
Danimarka	8.1	8.7	9.1	9.5	10.4	10.2	10.3	10.2	10.3	10.3	10.4
Estonya	5.2	4.7	5.0	5.8	6.3	5.8	5.8	6.0	6.2	6.5	6.7
Finlandiya	6.8	7.4	8.0	8.1	8.9	8.9	9.3	9.5	9.5	9.4	9.3
Fransa	9.5	10.0	10.2	10.1	10.7	10.7	10.8	10.9	11.1	11.1	11.0
Hollanda	7.1	8.0	9.3	9.5	10.4	10.5	10.9	10.9	10.9	10.7	10.5
İrlanda	5.9	6.7	7.6	9.1	10.5	9.9	10.1	10.4	9.9	7.8	7.8
İspanya	6.8	6.8	7.7	8.3	9.0	9.1	9.1	9.0	9.1	9.2	9.0
İsrail	6.8	7.2	7.1	7.0	7.0	7.0	7.1	7.1	7.4	7.4	7.4
İsveç	7.4	8.4	8.3	8.3	8.5	10.7	10.9	11.1	11.1	11.0	11.0
İsviçre	9.3	10.1	10.3	9.8	10.7	10.8	11.1	11.4	11.6	12.1	12.4
İtalya	7.6	7.9	8.4	8.6	9.0	8.8	9.0	9.0	9.0	9.0	8.9

İzlanda	9.0	9.6	9.2	8.7	8.8	8.6	8.7	8.7	8.8	8.6	8.6
Japonya	7.2	7.5	7.8	8.2	9.2	10.6	10.8	10.8	10.8	10.9	10.9
Kanada	8.3	8.9	9.1	9.5	10.6	10.3	10.3	10.2	10.0	10.1	10.6
Kore	4.0	4.4	5.0	5.8	6.5	6.6	6.7	6.9	7.1	7.4	7.7
Letonya	5.4	5.8	5.9	5.6	6.1	5.6	5.4	5.4	5.5	5.8	5.7
Lüksemburg	5.9	6.7	7.2	6.5	7.0	6.1	6.6	6.5	6.3	6.0	6.3
Macaristan	6.8	7.1	8.0	7.1	7.6	7.6	7.5	7.3	7.1	7.2	7.6
Meksika	4.9	5.4	5.9	5.7	6.0	5.8	5.9	6.0	5.7	5.9	5.8
Norveç	7.7	9.0	8.3	8.0	8.9	8.8	8.8	8.9	9.3	10.0	10.5
Polonya	5.3	5.1	5.8	6.4	6.4	6.2	6.2	6.4	6.2	6.3	6.4
Portekiz	8.4	8.6	9.4	9.4	9.8	9.5	9.3	9.1	9.0	9.0	8.9
Slovakya	5.3	5.5	6.6	7.0	7.8	7.4	7.6	7.5	6.9	6.9	6.9
Slovenya	7.8	8.0	8.0	7.8	8.6	8.5	8.7	8.8	8.5	8.5	8.6
Şili	7.0	7.2	6.6	6.7	6.8	6.8	7.1	7.4	7.7	8.1	8.5
Türkiye	4.6	5.1	4.9	5.3	5.1	4.7	4.5	4.4	4.3	4.1	4.3
Yeni Zelanda	7.5	7.9	8.3	9.1	9.7	9.6	9.7	9.4	9.4	9.3	9.2
Yunanistan	7.2	8.2	9.0	9.4	9.6	9.1	8.8	8.3	7.9	8.4	8.3

Tablo 8'de görüldüğü üzere, ABD, Japonya gibi OECD ülkelerinde ve gelişmiş Avrupa ülkelerinde sağlık harcamalarına ayrılan pay GSYİH'nın %8'den fazladır. Türkiye de ise bu oranın oldukça düşük olduğu görülmektedir (Giray, Çimen 2018:156).

Türkiye sağlık turizmi konusunda OECD ülkelerinin çok gerisinde olması nedeniyle birçok kurum ve bakanlık bu alanda teşvik çalışmalarına başlamış ve bu teşvikler maddi olarak desteklenmiştir. Türkiye'deki bakanlıklara bakacak olursak;

- Kültür ve Turizm Bakanlığı sağlık sektöründeki reklam ve tanıtım faaliyetlerinde,
- Ekonomi ve Maliye Bakanlığı bu sektörde yapılan çalışmalarda teşvik ve vergi muafiyetlerinin sağlanmasında,
- Dışişleri Bakanlığı sağlık amacıyla yapılan seyahatlerde vize kolaylığının sağlanmasında,
- Sağlık Bakanlığı ise sağlık kuruluşlarının denetlenmesi, standardizasyon, garantörlük ve tanıtım gibi faaliyetlerle destek ve teşvik çalışmaları yürütmüş ve yürütmeye devam etmektedir.

Tablo 9.Türkiye’de Sağlık Turizmine Yönelik Yapılan Teşvikler

Destek Türü	Destekten Faydalananların Destek Oranı ve Destek Tutarı (\$)
Hasta Yol Desteği	Sağlık Kuruluşları %50 →Kişi Başına 1.000
Yurt Dışı Tanıtım Desteği	Sağlık Kuruluşları %50 → 300.000 Sağlık Turizmi Şirketi %50→ 300.000 İşbirliği Kuruluşu %70→ 500.000
Pazara Giriş Desteği Rapor Alımı	Sağlık Kuruluşları %60→ 100.000 Sağlık Turizmi Şirketi %60→ 100.000 İşbirliği Kuruluşu %70→ 300.000
Fuar, Kongre, Konferans Desteği	Sağlık Kuruluşları %70 Sağlık Turizmi Şirketi%70 İşbirliği Kuruluşu%70 (Kuruluş ve şirket başına yılda en fazla 10 adet etkinlik başına 15.000)
Arama Motoru Reklam Tanıtım Desteği	Sağlık Kuruluşları %50 Sağlık Hizmeti Şirketi %50 İşbirliği Kuruluşu %50 (Kuruluş ve şirket başına yıllık 100.000)
Yurt Dışı Birim Desteği (Ofis Kirası)	Sağlık Kuruluşları %60 Sağlık Hizmeti Şirketi %60→200.000

Kaynak: <http://www.satirk.gov.tr/images/pdf/mevzuat.pdf>

Tablo 9’ da bazı Bakanlıkların koordinasyonlu çalışmaları ile sağlık turizmine yapılan destekler ifade edilmişler. Bu destekler dışında OECD ülkeleri arasında sağlık sektöründe söz sahibi olabilmek amacıyla ve yabancı hasta sayısını yıllar içinde arttırma eğilimiyle bu sektörde başka çalışmalar da yapılmıştır. 2011 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde Türkiye’nin ikili anlaşma yaptığı ülkelerdeki hastalar acil durumlarda 112 numaralı çağrı merkezini arayabilmekte ve çağrı merkezinde Arapça, Rusça, İngilizce, Almanca tercümanlık imkânından faydalanmaktadırlar. Bunun dışında 2012 yılında Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı çalışmaları sonucunda Rusça, Arapça, Almanca ve İngilizce dillerinde hizmet imkânı sağlayan Yurt dışı Hasta Çağrı Merkezi kurulmuştur.

Yurtdışından hastaların uygun fiyatlarla Türkiye’ye gelmesini sağlayan “Hasta Yol Desteği Protokolü 2015 yılında THY ile Ekonomi Bakanlığı arasında imzalanmış olup günümüzde de geçerliliği devam etmektedir. Protokol gereği yurtdışından gelen hastaların uçak masraflarının %50’si karşılanıyor. Bu protokol gereği hasta başına ödenecek tutar bin doları geçmiyor

(<http://www.satirk.gov.tr/images/pdf/mevzuat.pdf>).

3.3. OECD Ülkelerinde Sağlık Turizmi

Küreselleşen dünya üzerinde sağlık; ekonomik, sosyal, kültürel ve politik açılardan önemini gün geçtikçe artırmış ve küresel pazarda yerini almıştır. Sağlık amacıyla seyahat olgusu ile ortaya çıkan sağlık turizmi ülkelerin en önemli ekonomik getirisi olarak düşünülmüş ve ülkeler arası yarış haline dönüşmüştür. Sağlık turizminin önemli türlerinden biri olan medikal turizmin bireylerin eğlenme, zevk amaçlı, boş zaman değerlendirme gibi amaçların dışında daha çok zorunlu amaçlarla yaptığı seyahatler olarak diğer turizm çeşitlerine göre daha fazla gelir sağlaması ülkeleri bu sektöre yatırım yapmaya zorlamıştır.

Bireyler sağlık amacıyla seyahat edecekleri ülkelerde çeşitli özellikler (fiyat, teknoloji, iklim vb. gibi) aramaktadır. Teknolojik yetersizlik nedeniyle gelişmemiş olan ülkelerdeki hastalar genellikle OECD ülkelerini (Amerika, Kanada, Almanya) tercih etmektedir. Amerika, Kanada ve AB ülkelerindeki hastalar ise tedavilerini

daha uygun fiyata yaptırmak için ekonomik olarak daha uygun tedavi olanakları sunan Asya ya da Latin Amerika ülkelerini seçmektedirler (Aslanova 2013:131-132).

3.3.1. OECD Ülkelerinde Termal/Spa/ Wellness Turizmi

Eski çağlardan itibaren termal sularla hastalıklara şifa arama serüveni günümüz dünyasında da etkisini her geçen gün artırarak devam etmektedir.

Bireylerin termal sulara olan ilgisini fark eden ülkeler turizm hareketlerinin gelişmeye başladığı yıllardan itibaren termal turizme yatırım yapmaya başlamışlardır. Termal turizm faaliyetlerinin 12 aya yayılabilmesi, tedavi ve konaklama süresinin uzun olması gibi ekonomik sebeplerle de ülkeler bu turizm türüne destek vermektedir. (Kozak vd. , 2015:31).

Sağlık turizmi çok kapsamlı bir konu olup, önemli bir alternatif turizm faaliyetidir. Küreselleşme süreci, sağlık sistemlerindeki bazı problemler, bireylerin sağlıkları konusunda bilinçlenmesi ve turizm sektörünün gelişmesi, ülkelerin sağlık hizmetlerinin maliyetlerini düşürmek için yeni arayışlara yönelmelerine sebep olmuştur. Bunun bir neticesi olarak da sağlık hizmetinin daha uygun fiyata ve kaliteli bir şekilde alınabilmesi için ülkelerarası hasta hareketliliği artmıştır (Çevirme 2008:9).

Dünyada termal turizm özellikle Avrupa ülkelerinde önemini gün geçtikçe arttırmaktadır (Şahin 2007:394). Öyle ki Almanya, İsviçre, İtalya, Yunanistan, Fransa, Macaristan ve Çek Cumhuriyeti gibi OECD ülkeleri termal turizme önem vermiş ve bu alanda yapmış oldukları yatırımlarla termal turizme yeni bir değer kazandırmışlardır. Turistlerin hem tedavi hem de tatil amacıyla ilgi gösterdiği termal sular, ülkelerin sunmuş olduğu alt yapı hizmetleri, termal tesisleri ve tedavi (kür) merkezleri ile başlıca sağlık merkezleri haline dönüşmüş ve alternatif turizmin başlıca seçeneklerinden biri olmuştur (Selvi 2011:97).

Termal turizm; rahatsızlıkları gidermek, sağlığı korumak, zinde kalmak ve tatil imkânı ile etkisini gün geçtikçe arttırmaktadır. Termal sular yapısındaki değişik mineraller ile birçok hastalığın tedavisinde kullanılır. Şifalı sular eklem, cilt, böbrek, idrar yolu, kalp damar, sinir sistemi ve kadın hastalıkları gibi birçok hastalığın tedavisinde kullanılmaktadır (Köroğlu 2015:133).

Birçok OECD ülkesinde tedavi edici termal sağlık merkezleri bulunmakta ve bunlar arasında Almanya, İsviçre, Fransa, İtalya, Macaristan, Çek ve Yunanistan gibi ülkelerde bu merkezler aktif olarak kullanılmaktadır (Erdoğan, Aklanoğlu 2008:85).

Bazı OECD ülkelerinde termal turizm;

Termal turizmde öne çıkan ülkelerden biri olan Almanya'nın onaylanmış 263 tane termal tesisi bulunmaktadır, bu tesislerin yatak sayıları toplamı 750 bindir. Almanya'daki Das Leuze Kaplıca ve Rekreasyon termal tesisleri de turistlerin uğrak yerlerinden biri olarak, bu tesisleri yaz aylarında günlük ortalama 8000 kişi (yıllık ortalama 3000 kişi/gün) ziyaret etmektedir (Erdoğan, Aklanoğlu 2008:85). Almanya'da termal sağlık merkezlerinde tedavi ücretlerinin büyük kısmının kamu ve sosyal sigortalar tarafından karşılanması dolayısıyla termal turizm işletmelerindeki doluluk oranlarında yıl boyunca azalma yaşanmamaktadır (Kayın 2002:5).

Münih yakınlarına yer alan Almanya'nın en fazla turist çeken kenti Bad Füssing'dir. Gelişimine 1945 yılında başlayan, 1960'lı yıllarda 730 yatak kapasitesine ulaşan Bad Füssing günümüzde beş adet kür merkezi, özel sektör tarafından yapılan yeterli sayıda otelleri, kür parkları, binicilik sporları ve konser salonları gibi ihtiyaçları karşılayabilecek düzeyde rekreasyon alanları, pek çok ziyaretçinin ilgisini çekebilecek alternatif tıp yöntemleri, hastane, klinik ve sanatoryumları ile bütüncül bir sağlık anlayışı kapsamında yılın 12 ayı hizmet veren, Avrupa'nın en büyük kaplıca kenti konumuna ulaşmıştır. Bad Füssing ziyaretçilerinin yaklaşık yüzde 70'ini kaplıca tedavisi için gelenler oluşturmaktadır (Özbek 2015:73).

Günümüzde 360 civarında termal tesise sahip olan İtalya'nın şifalı sular ile tedavi olma kültürü Roma Dönemi'nden itibaren süregelmektedir. İtalya'da termal turizm denilince akla ilk önce iki termal merkez gelmektedir. Bu merkezler;

- Terme Eugane Termal Merkezi,
- Müntecatini Terme Termal Merkezleridir.

Bu iki merkezin termal su özellikleri, kür tedavileri ve çamur banyoları gibi değişik uygulamalarıyla İtalya'nın önemli termal turizm merkezlerini oluşturmaktadır (Avcıkurt, Çeken 1998:29). İtalya'nın önemli termal merkezlerinden

biri de Padova şehrinde bulunan Abano Terme otelleridir. Abano Terme de termal faaliyet gösteren 130 tane otel bulunmaktadır ve bu otellerin birçoğunda termal havuzları, kaplıcaları, kür uygulama alanları, çamur banyoları, inhalasyon birimleri ve küvetler bulunmakta olup sunulan bu imkânlar çerçevesinde Abona Terme bir termal şehir olarak turistlerin ilgi odağı haline gelmiştir. Abona Terme (İtalya) ve Bad Füssing (Almanya) Avrupa'nın en büyük termal merkezleri olmuştur (İlker 2012:48).

Macaristan, jeotermal kaynaklar açısından oldukça avantajlı bir ülke konumundadır. Macaristan'da 1289 adet termal kaynak bulunmaktadır. Bunun yanı sıra Macaristan; belgelenmiş 133 adet medikal su kaynağına, tedavi edici özelliği ile 5 adet mağaraya, belgelenmiş 48 adet mineral su kaynağına, 4 adet tedavi edici çamur havuzuna ve 1 tane gaz banyosu alanına sahiptir. Macaristan'ın termal turizm adına en önemli kenti aynı zamanda başkenti olan Budapeşte'dir. Kent, 1930'lu yıllardan itibaren kaplıca kenti olarak kullanılan 300'e yakın termal kaynak ve 130 civarında mineral ve tedavi edici kaynak bulunmaktadır. Hamamları, halka açık havuzları, kaplıca otelleri ve yaklaşık 40 bin kişilik yatak kapasitesiyle ziyaretçilerine oldukça kapsamlı bir biçimde termal tedavi hizmeti sunmaktadır (Tengilimoğlu, Karakoç 2013:87).

Coğrafi konumu ve jeolojik yapısı nedeniyle jeotermal kaynaklar yönünden oldukça zengin olan bir başka ülke ise Yunanistan'dır. Tıp biliminin babası olarak anılan Hipokrates bölgede bulunan termal kaynakların çeşitli hastalıkları tedavi edebilecek nitelikte olduğundan bahsetmiştir. Eski Yunan, Roma, Bizans ve Osmanlı İmparatorluklarında bölgedeki şifalı sulardan yararlanılmıştır. Hidroterapinin beşiği niteliğinde olan Yunanistan'da günümüzde 82 tane tesis ziyaretçilerine hidroterapi hizmeti vermektedir (Dinçer 2018:32).

Slovakya ve Çek Cumhuriyeti'n de de termal turizme önem verilmiş ve son dönemlerde tedavi edici birçok kaplıca merkezleri kurulmuştur. Bu iki ülkede toplam 60 tane termal turizm faaliyeti gösteren tesisler bulunmakta olup yılda ortalama 500 bin hastaya sağlık hizmeti verilmektedir.

Sıcak ve şifalı su kaynakları yönünden zengin olan Japonya'nın, doğal kaynak sularının üstüne kurulan 1500 adet kaplıca tesisleri, turistlerin başlıca ziyaret

mekânlarından biri olmuştur. Japonya'nın Beppu şehrinde bulunan termal kaynak suları (1000 litre/saniye) zenginliği ile dünyanın en büyük termal yerleşmelerden biri olmuştur.

Amerika Birleşik Devletleri'nde termal sulardan turizm amacıyla yararlanılması AB ülkelerine göre yeni gelişen bir durumdur. Amerika'nın Arkansas eyaletinde 55 bin kişinin faydalanabileceği termal tesisler bulunmaktadır. Ayrıca Hawaii eyaletinde de turizmi tüm yıla yayabilmek için termal sulardan faydalanılarak ve modern tesislerin yapımına başlanılmıştır (Erdoğan, Aklanoğlu 2008:85-86).

Termal kaynaklar açısından köklü bir geçmişe sahip ülkelerden biri de Avusturya'dır. Avusturya'da son yıllarda yapılan birçok kaplıca (81), spa otel (550) ve wellness (80) merkezleri sayesinde termal turizmde Avrupa ülkeleri içerisinde Almanya'dan sonra 2.sırada yer almıştır. Termal turizmde Avusturya, Avrupa pazarının %10'unu elde etmektedir (Özdemir 2017:14). Avusturya devlet gelirinin yaklaşık 1/3 birini termal sulardan karşılamaktadır. Bu açıdan Avusturya'daki termal merkezler halka gelir sağlama bakımından büyük önem arz eder (Zengin, Eker 2016:168).

Termal sular ile tedavinin yaygınlaşması bu alanda faaliyet gösteren ülkelere ekonomik kazanç sağlamıştır. Bunun farkına varan ülkelerden biri olan İsrail'de de tedavi edici kaplıcalara yönelik çalışmalar başlamıştır. İsrail, kaplıca merkezleri olarak Ölü Deniz ve Arad Bölgesini potansiyel alanlar olarak görmektedir (Aksu, 2009:35).

Sağlıklı olmak sadece fiziksel olarak iyi olma durumu olmayıp aynı zamanda ruhsal açıdan da iyi olma durumunu kapsar. Hem fiziksel hem de ruhsal açıdan iyi olmaya çalışmak SPA ve Wellness kavramının oluşmasına neden olmuştur. Spa & Wellness uygulamaları (su terapileri) Romalılarından itibaren önemini her geçen gün artırarak günümüzde sağlık amacıyla aktif olarak uygulanmaktadır. Modern çağımızda insanlar sağlık alanındaki bilimsel ve teknolojik gelişmelere sadece zorunlu tedavilerde (tıbbi) değil, aynı zamanda "rahatlama", "kendini mutlu hissetme", "zinde kalma", "güzellik" için de ulaşmak istemektedir. Bu istekler doğrultusunda Spa & Wellness merkezleri bireylerin ilgi gösterdiği başlıca mekânları oluşturmaktadır (Başa 2009:207).

SPA Merkezlerine talepler gün geçtikçe artmaktadır. Özellikle 2007 yılında A.B.D ülkelerinde 15,699'dan fazla SPA Merkezleri işletmeciliğinin olduğu belirlenmiş ve Starbucks kahve şirketinin işletme rekorunu kırmıştır. Narsist (kendini sürekli daha güzel hale getirme) akımının en fazla görüldüğü Macaristan'da Vino Sense Spa Merkezi Avrupa'nın en ünlü üzümlerinden birine sahip ülkedir. Bu üzümleri meşhur yapan şey ise yaşlanmayı geciktirebilen bir etkiye sahip olmasıdır. Üzümlerin toplanıp şarap haline getirilip masaj salonlarında losyon olarak kullanım uygulamasında kırışıklıkları %95 olarak azaltılması bu ülkeye ciddi bir turist potansiyelinin gelmesine sebep olmaktadır (Reisman 2010:95-96).

Tablo 10.Bazı OECD Ülkelerinde Spa Dağılımları

Ülkeler	Spa Sayısı	Ülkeler	Spa Sayısı
Almanya	260	Polonya	42
Estonya	12	İzlanda	10
Finlandiya	50	İsviçre	21
Fransa	96	Slovakya	21
Yunanistan	45	İspanya	128
İtalya	300	Çek Cum.	34
Lüksemburg	1	Türkiye	100
Hollanda	4	Macaristan	32
Avusturya	81		

Kaynak: (Frost 2004:85).

Tablo 10'da görüldüğü gibi spa sayısı bakımından zengin olan ülkeler İtalya, Almanya, İspanya, Türkiye ve Fransa'dır. Bu öncü ülkeler spa turizminden daha fazla pay sahibi olabilmek için büyük bir yarış içerisine girmişlerdir (Frost 2004:85).

Wellness, ABD de ilk ortaya çıktığı zamanlardan itibaren tıp ve sağlığa hizmet amacıyla kullanılmaktadır (Nahrstedt 2010:22), Almanya'da ise, daha farklı bir yol izlemiş ve öncelikle zindelik, esenlik ve dinlenme gibi amaçlarla kişisel haz şeklinde ortaya çıkmış ve günümüzde de bu şekilde devam etmektedir (Scharnhorst 2006:20). Son yirmi yıldır uluslararası turistlerin farklı görüş ve istekleri doğrultusunda Wellness turizmi giderek Almanya'nın hedonik tüketim düşüncesi ve ABD'nin bireysel sorumluluk anlayışı arasında bir yol izlemektedir. Bireylerin

Wellness uygulamalarından istek ve beklentileri farklı olsa da ABD ve Avrupa’da Wellness’in birleşim noktası, insanı bir bütün olarak ele almalarıdır (Cohen 2008:8).

Wellness yaşam tarzında en çok turist çeken ülkelerin başında ABD, Almanya, Fransa, Avusturya ve İsveç gelmektedir. Wellness aktivitelerini kendi ülkesinde gerçekleştiren bireylerin oranına bakıldığında ise ABD, Almanya, Fransa ve Japonya öne çıkmaktadır. Dünya Wellness pazarının yaklaşık yüzde 63’ünü ABD, Almanya, Japonya, Avusturya ve Fransa oluşturmaktadır.

OECD ülkelerinde Spa ve Wellness destinasyonları alanında ABD, Almanya, Macaristan, Slovenya, Fransa, İtalya, Japonya ve İsviçre ön plana çıkmaktadır (Kasa 2013:7).

3.3.2. OECD Ülkelerinde Medikal Turizm

Modern çağımızda medikal turizm sektöründe hızlı ve köklü değişimler yaşanmaktadır. Özellikle gelişmekte olan ülkeler, ekonomik getirisi yüksek olan medikal turizm sektörüne yönelmektedirler. Medikal turizmde ön planda olan OECD ülkelerinde yaşanan birtakım sıkıntılar ve prosedürler nedeniyle bu ülkelerdeki hastalar yurtdışındaki tedavi imkânlarına yönelmiş ve özellikle gelişmekte olan ülkeler adına ciddi bir finans getirisi olmuştur (Yavuz 2010:6). Medikal turizmde yaşanan bu değişimlerin bir sonucu olarak, bu turizm türü çağımızın yükselen değeri haline gelmiştir (Kördeve 2016:52).

Sağlık turizminin özellikle de medikal turizmin gelişmesindeki en önemli faktör ülkelerarası yaşanan fiyat farklılıklarıdır. Yaşanan bu fiyat farklılıklarında özellikle cerrahi operasyonlar dikkati çekmektedir.

2003 yılında değişik ülkelerde gerçekleşen bazı cerrahi operasyonlardaki fiyat farklılıklarına bakacak olursak;

- ✓ Kalbi delik çocuğun cerrahi operasyonu Amerika’da 70.000 dolar, Hindistan da ise 4.400 dolar,
- ✓ Açık kalp ameliyatları ABD’de 150.000 dolar, İngiltere’de 70.000 dolar, Hindistan da ise 3.000-10.000 dolar arasında yapılabilmektedir.

Ülkelerdeki bu fiyat farklılıkları medikal hastaların akım yönünü değiştirmiştir (BAKA 2011:14).

Sağlık turizmin gelişmesinde bir başka önemli faktör de hastaların vatandaşı oldukları ülkelerinde tedavi ve ameliyatlara için uzun süre beklemeleridir. Örneğin, İngiltere’de diz kapağı ameliyatı için 18 ay beklenirken Hindistan için bu süre 1 hafta olmakla beraber, hasta 10 gün gibi kısa bir sürede sağlıklı bir şekilde ülkesine dönebilmektedir (Kitapçı 2014:17).

Birçok ülkede yasak olan cinsiyet değişimi ve kürtaj gibi operasyonlar da turistlerin ülke tercihini belirlemede önemli bir etkidir. Medikal turistler ötenazi uygulamasının yasal olduğu değişik ülkelere gidebilmektedir. Ötenazi konusunda son yıllarda İsviçre önemli bir konumdadır (Soysal 2017:173).

Medikal turizmde hastaların akım yönleri farklı olmakla beraber özellikle son zamanlarda akım yönü ezici bir yoğunlukta OECD ülkeleri dışındadır. Buna rağmen bazı OECD ülkelerinde medikal turizm hareketleri yoğun bir şekilde devam etmektedir. Örneğin OECD ülkelerinden biri olan Almanya’nın sağlık hizmetlerinin ithalinde 1,5 milyar dolar ile en büyük paya sahip olduğu bilinmekle beraber;

- ✓ 660 milyon dolar ile Amerika Almanya’yı,
- ✓ 618 milyon dolar ile Hollanda Amerika’yı takip etmektedir.

Sağlık hizmetlerinin ihracatında ise 2,3 milyon dolar ile Amerika başı çekmekle beraber,

- ✓ 418 milyon dolar ile Amerika’yı Çek Cumhuriyeti,
- ✓ 409 milyon dolar ile Çek Cumhuriyeti’ni Türkiye takip etmektedir.

Yukarıdaki verilerden yola çıkılarak ülkeler medikal turizm sektöründen kendilerine gelir sağlarken diğer ülkelere de yüklü miktarda para harcamaktadır.

Cerrahi, tıbbi ve dişçilik hizmeti sunan medikal turizm dünyada büyük bir pazar haline gelmiş ve ülkeler arasında büyük bir rekabet ortamı yaratmıştır. Tıp teknolojisinin gelişmesi ile dünya genelinde medikal turizmin ekonomik değeri 2011 yılı itibarıyla 78,5 Milyar USD (Amerika Doları) olarak hesaplanmıştır. Medikal turizm pazarından büyük pay alan ülkelerin çoğu ileri teknolojiye ve modern konaklama tesislerine sahiptir. Teknolojik donanım ve modern konaklama tesisleri

bakımından ABD, İsviçre, Belçika, Kanada, Almanya, İsrail, İtalya, Polonya gibi OECD ülkeleri hasta memnuniyetini karşılayabilmektedir (Can, Bayraktaroğlu, Atalıç 2014:75-76).

Tablo 11. Medikal Turizmde OECD Ülkelerinin Sıralaması

1. ABD	9. Avustralya
2. Almanya	10. Fransa
3. Meksika	11. Belçika
4. Polonya	12. Macaristan
5. İsviçre	13. İsrail
6. Türkiye	14. Japonya
7. İspanya	15. Yeni Zelanda
8. İngiltere	16. Güney Kore

Kaynak: (Özcan 2014:117).

Tablo 11'e göre OECD ülkeleri arasında medikal turizm sektöründe ilk sırada yer alan ülkenin ABD olduğu görülür. Almanya, Meksika, Polonya, İsviçre, Türkiye, İspanya, İngiltere, Avustralya ve Fransa gibi OECD ülkeleri ise medikal turizmde ilk 10 ülke arasındadır (Özcan 2014:117).

Bazı OECD ülkelerinde medikal turizm çalışmaları;

OECD ülkeleri içerisinde çeşitli sektörlerde karşılıklı dayanışma olduğu gibi sağlık alanında da bu dayanışma mevcuttur. Örneğin İtalya ve Slovenya arasında sağlık hizmetleri alanında iş birliği yapılmaktadır. İki ülke arasında;

- ✓ Alkol ve uyuşturucu bağımlılığına karşı ortak mücadele,
- ✓ Acil bakım hizmetleri kapsamında iş birliği,
- ✓ Hemodiyaliz uygulamalarında ortak çalışma,
- ✓ MR gibi yüksek maliyetli cihazların ortak alımı ve personellere yönelik yabancı dil eğitimi gibi uygulamalarda iş birliği yapılmaktadır (Spazzapan, Gatnik 2003:150-151).

Medikal turizm alanında başka bir ortak çalışma ise Norveç, Finlandiya ve İsveç arasındadır. Bu ülkeler kendi aralarında tele-tıp tekniğini uygulamaya koymuş ve bu teknikle dış hastalıklarının tanı ve tedavisini mümkün kılmışlardır. Ülkeler tele-tıp tekniğini uygulayarak hastalıkların daha kısa sürede teşhis ve tedavisine,

tedavilerdeki maliyetin düşürülmesine ve sağlık hizmeti amacıyla seyahatlerin azalmasına imkân sağlamaktadır (Öberg 2003:154-155).

Günümüzde Amerika'yı sağlık amacıyla tercih eden turist sayısı 2000 yılı öncesine göre iki katı artmış fakat Amerika'dan diğer ülkelere sağlık hizmeti almak için gidenlerin sayısı ise dokuz katına çıkmıştır.

Tablo 12.2003-2013 Yılları Arasında Amerika'ya Gelen ve Giden Hastaların Ekonomiye Etkisi

	2003	2013
Amerika'ya giden hastaların ülke ekonomisine katkısı	1,6 milyar dolar	3,3 milyar dolar
Amerika'dan diğer ülkelere giden hastaların gidilen ülkeye ekonomik katkısı	168 milyon dolar	1,4 milyar dolar

Kaynak: (Işık 2018:105-108).

Medikal turizm kapsamında Amerika'yı yılda yaklaşık 800.000 kadar uluslararası hasta ziyaret ederken 2016 yılında 1,4 milyon Amerikalının sağlık hizmeti almak için diğer ülkelere gittiği tahmin edilmektedir. Amerika'dan diğer ülkelere giden hastaların sayıca fazla olmasındaki başlıca etkenlerinden biri 47 milyondan fazla Amerikalının sağlık sigortasının olmaması ayrıca 120 milyondan fazla Amerikalının da dış sigortasının olmaması etkili olmuştur. Amerikalı hastalar değişik tedavi ve cerrahi operasyonlar için farklı ülkeleri tercih etmiştir. Amerikalı hastalar;

- ✓ Kozmetik tedavilerde Brezilya ve Arjantin'i,
- ✓ Diş tedavilerinde Kosta Rika ve Meksika'yı,
- ✓ Kalp ameliyatlarında Hindistan ve Tayland'ı,

Ortopedik operasyonlarda Tayland ve Hindistan'ı tercih etmişlerdir (Işık 2018:105-108).

Meksika ise, medikal turizm sektöründe Amerika Birleşik Devletleri ile olan coğrafi yakınlığının avantajını kullanmaktadır. Özellikle Amerika Birleşik Devletleri'nin Meksika sınır bölgesine yakın yerlerde oturan Meksika orijinli

kişilerin (hispanikler) diş tedavisi için Meksika'ya gittikleri görülmektedir. Zira Meksika'da ilaç ve diş tedavisi fiyatları Amerika Birleşik Devletleri'ne göre %40 daha ucuzdur (Kitapçı 2014:30).

Sadece 6 hastanenin JCI akreditasyonlu olmasına rağmen Meksika, son 11 yıldır medikal turizm açısından en hızlı gelişen ülkelerden biri olmuştur. Medikal turizm kapsamında Meksika'yı en çok Amerika vatandaşları ziyaret etmektedir. Meksika özellikle Ortopedi, obezite, kozmetik ve kök hücre tedavileri ile dikkat çekmektedir (Işık 2018:105-108). Ayrıca Meksika'nın medikal turizm sektörünün merkezi konumunda olan Monterrey gibi şehirlerine Amerika Birleşik Devletleri'nden haftanın 7 günü yapılan uçak seferleri de Meksika'nın sektörden aldığı payı arttırmakta ve yabancı hastaların bu ülkeyi tercih etmesine yardımcı olmaktadır (Kitapçı 2014:30).

Medikal turizm sektöründe bazı OECD ülkeleri arasındaki iş birliğine bir örnekte Macaristan'dır. Macaristan yaklaşık 16 yıl önce acil sağlık hizmetleri için bazı komşu ülkelerle (Finlandiya-İsveç-İngiltere-Norveç) iş birliği içerisine girmiştir. Yapılan iş birliğine göre komşu ülkelerin aldığı sağlık hizmeti ücretinin, Macaristan'ın fiyat tarifesine göre ödenmesine karar verilmiştir (Lengyel, Ötvös 2003:34). Bunun dışında İsveç'in Övertomea ile Finlandiya'nın Ylitornio ve bölgeleri arasında da iş birliği bulunmaktadır. İki ülke arasındaki iş birliği yalnızca yangın ve kaza gibi acil durumları kapsamakta olup her yıl hemen hemen 400 hasta farklı ülkeden sağlık bakımı almaktadır (Puontila 2003:48).

Şili'de ise, 1950'den beri medikal turistlere sağlık hizmeti sunulmaktadır. Şili'deki medikal turizm pazarı bölgesel bir yapıya sahiptir ve daha çok Bolivyalı üst ve orta düzey gelire sahip hastalar tarafından tercih edilmektedir. Medikal turistlerin Şili'yi tercih etme nedenleri arasında ülkedeki sağlık hizmetinin kalitesi gösterilebilir. Diğer bir neden ise, Şili'deki kliniklerle Bolivya'daki sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılmış ikili anlaşmaları söyleyebiliriz (Kitapçı 2014:28).

Birleşik Krallık'ta 2000-2010 yılı arasındaki medikal turizm verilerine bakacak olursak, 2000 yılında sağlık hizmeti almak için yurtdışına çıkan hasta sayısı 10.000'den az iken bu sayı 2010 yılında 63.000'e (toplam nüfusun %0,1'i) çıkmıştır.

2000-2010 yılları arasında İngiliz hastaların tercih ettiği bölge ya da ülkelerdeki yüzde oranları ise;

- Hastaların %43'ü Güney, Kuzey ve Batı Avrupa'yı,
- Hastaların %29'u Doğu ve Orta Avrupa'ya,
- Hastaların %13 Güney Asya'ya, %4 'ü ise Doğu Asya'yı tercih etmiştir.

Birleşik krallık 2000-2010 yılı arasında en çok Pakistan, İspanya, Amerika, Türkiye, Macaristan, Almanya, Belçika, Fransa, Hindistan ve Polonya'ya hasta göndermiştir. Yurtdışına sağlık problemleri sebebiyle gidenlerin nüfus özellikleri bakımından genç ve yüksek oranda kadın oldukları gözlemlenmiştir. Elde edilen verilerden yola çıkılarak bilhassa Pakistan, Hindistan, Macaristan ve Polonya'ya giden hasta sayısının 2008-2009 döneminde ivme kazandığı görülmüştür. Birleşik krallıktaki hastalar Macaristan'ı dış tedavilerinde, Polonya'yı estetik ameliyatlarda diğer ülkeleri ise daha çok kozmetik, obezite ve kısırlık tedavilerinde tercih etmiştir (<https://www.deik.org.tr/uploads/birlesik-krallik-saglik-turizmi-raporu-2015.pdf>).

Medikal turizm alanında Almanya ve Norveç arasında da iş birliği bulunmaktadır. Bu iki ülke arasındaki anlaşmaya göre Norveç bir yıl içerisinde 300 hastayı sağlık hizmeti almaları için Almanya'ya göndermektedir (Yalçın 2006:68).

3.3.3. OECD Ülkelerinde Yaşlı ve Engelli Turizmi

BM ve Dünya Sağlık Örgütü 60 yaş ve üzerini yaşlı nüfus olarak değerlendirirken Dünya Bankası ve OECD ülkeleri 65 yaş ve üzerini yaşlı nüfus olarak ele almaktadır (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 2016:10). Günümüzde 65 yaş üstü grubun en yüksek olduğu Batı Avrupa ülkelerinde yaşlılar toplam nüfusun ¼'inden fazladır. Yaşlı nüfus oranının yüksek olduğu ülkelerde yaşlı bireylerin kendi yaşlarına uygun sağlık hizmeti almak istemesi ve değişik talepleri doğrultusunda sağlık harcamaları her geçen gün artmaktadır.

Ortalama yaşam süresinin en uzun olduğu Batı Avrupa ülkelerinde yaşlıların tedavi ve bakım maliyetleri ülkeleri ekonomik olarak zorlamaya başlamıştır. Ülkeler yaşlı nüfusun sebep olduğu yüksek maliyet artışını düşürebilmek için sağlık hizmetlerinin ülke dışında yapılmasına imkân sağlayacak ve hatta destekleyici yöntemlere başvurmaktadır. OECD ülkelerinden bilhassa İsveç, Danimarka,

Finlandiya, Norveç ve Litvanya’da yaşayan yaşlı grubun daha çok bunama ve Alzheimer gibi bakımı zor ve maliyeti yüksek tedaviler için çözüm yollarını başka ülkelerde aranmaya başlamıştır (Aktepe 2013:175).

Son yıllarda ortaya çıkan ekonomik ve teknolojik gelişmeler sayesinde yaşam standartları yükselmekte ve sağlık sektöründe kullanılan teknolojiler iyileşmektedir. Yaşanan bu gelişmelere bağlı olarak insan ömrü giderek uzamaktadır. Dünya Yaşlanma Örgütü ve Birleşmiş Milletler, günümüzde 65 yaş ve üzeri nüfusun yaklaşık 600 milyon civarında olduğunu belirtmiş ayrıca bu sayının 2050’li yıllarda 2 milyarı bulabileceğini varsaymıştır (Çavdırılı 2015:109). Birleşmiş Milletler’in 2017 yılı verilerine göre OECD ülkelerinde 60 yaş ve üstü nüfusun en yüksek olduğu ülke %33,4 ile Japonya’dır. 60 yaş ve üstü nüfusta Japonya’yı İtalya (%29,4), Almanya (%28), Portekiz (%27,9) ve Finlandiya (%27,8) izlemektedir (Akdoğan, Hiçyorulmaz 2018:125).

Yaşlanma sürecinin yüksek külfeti devletleri yaşlanma konusunda yeni politika geliştirmeye iten en önemli etkenlerden biridir. Ortalama yaşam süresinin uzaması emeklilikte geçen süreyi artırırken sisteme katkı sağlayan çalışan sayısının düşmesine sebep olmaktadır. Yaşlanma bağlı sağlık harcamalarının, evde bakım ve kurumsal bakım hizmet gereksiniminin de artması beklenmektedir. 2060’a gelindiğinde OECD ülkelerinde yaşlıların bakım ve tedavi masraflarının,2006-2011ortalamasına göre %3,7 ile %7,6 arasında artması öngörülmektedir.

Günümüzde OECD ülkelerinde yaşlı nüfus oranının yükselmesi turizm için bazı avantajlar sağlamıştır. Bu bağlamda ülkeler de bu avantajlardan yararlanabilmek için çeşitli politika ve programlar geliştirmiştir (EYH 2012:2).

İspanya’da uygulanan Aktif Yaşlılık Programı ile yaşlıların sosyal hayata aktif katılımı ve ölü sezonda turizmin hareketlenmesi amaçlanmıştır. Aktif Yaşlılık Programı kapsamında düzenlenen tatiller için genelde tarihi bölgeler veya doğal alanlar değerlendirilmiştir. Ölü sezonda turizmin canlanması ülkeye gelir sağlamıştır.

OECD ülkelerinden biri olan Şili’de ise 3. yaş turizmi için Tatil Programı uygulamaya konulmuştur. Uygulanan bu tatil programına ulaşım, konaklama, tam porsiyon yemek, geziler, turlar, sağlık bakımı ve seyahat sigortası dâhil olmaktadır.

Portekiz’de toplam nüfusun 1/5’ini yaşlılar oluşturmaktadır. Yaşlı nüfus oranının yüksek olması Portekiz’de 80 yıldır faaliyet gösteren INATEL Vakfı tarafından değerlendirilmiştir. Bu spor salonları, kamp ve vakıf otellerden meydana gelen bir ağa sahip olarak 24 yıldır yaşlıların turizm etkinliğine katılımını sağlamaktadır. Bu süreç içerisinde vakfın düzenlediği programlara 65 yaş üstü 700.000 kişi katılmıştır.

Bazı OECD ülkelerinde yaşlılar için uygulanan programlar sayesinde iç turizme destek verilmiş ve ölü sezonda turizm canlandırılmıştır (Aydemir, Kılıç 2017:9).

OECD ülkelerinde yaşlı bakımı büyük ölçüde ödenen vergiler ve devlet teşvikleri tarafından finanse edilmektedir (Karakoç 2017:38).

Bazı OECD Ülkelerinde Yaşlı Finansmanları;

Almanya’nın 81,8 milyonluk nüfusunun %21’i 65 yaş ve üzerinde olup öngörülen ortalama yaş 80,8’dir. Sağlık giderleri milli gelirin %11,3’üne denk gelirken devletin uzun vadeli bakım hizmetleri giderleri %1 civarındadır. Sosyal hizmet giderleri 1995’de yürürlüğe konulan Yasal Uzun Süreli Bakım Sigortası tarafından karşılanırken sağlık giderleri Yasal Sağlık Sigortası tarafından karşılanmaya başlamıştır. Yaşlı ve çalışamayacak durumda olan engelli bireylere Uzun Süreli Bakım Sigortası kapsamında öncelikli olarak evde bakım hizmetleri sunulmaktadır.

Ekonomik yardımlar direkt olarak yaşlı bireye yapılabileceği gibi bakım hizmetlerini yerine getiren profesyonel bir ajansa da yapılabilir. Kişilerin evlerinde daha rahat bir hayat sürdürebilmeleri için fiziksel koşulların düzenlenmesi maksadıyla da verilebilmektedir.

Aile tarafından yaşlı bakımının haftalık asgari bakım süresinin yerine getirilmesi durumunda direkt olarak ekonomik yardım miktarı aileye yapılabilmektedir. Aile içerisinde yaşlı bakımını yerine getiren kişi haftalık otuz saatten az ya da hiç çalışmıyorsa sigortası Uzun Süreli Bakım Sigortası tarafından ödenecektir.

16,7 milyonluk nüfuslu Hollanda hızlı yaşlanan ülkeler arasında kendine yer bulmaktadır ve öngörülen ortalama yaş 81’dir. OECD ülkeleri arasında Hollanda

sağlık ve uzun süreli bakım hizmetlerine %3,7'lik bir oranla en çok payı ayıran ülke konumundadır. Yaşlı bakımı öncelikle devletin sorumluluğu altındadır. Hollanda'da hayatını idame ettiren tüm bireyler Uzun Süreli Bakım Sigortası (AWBZ) içerisinde yer almakta ve gerekli değerlendirmelerden geçen tüm bireyler bu hizmetten faydalanabilmektedir; fakat uygulamada bireysel olarak karşılanması güç ileri derece bakıma ihtiyaç duyulan hizmetleri içermektedir.

Ekonomik yardımlar direkt olarak bakım hizmeti için değil talep eden kişinin bütçesine destek amacıyla verilmektedir. Kişiler talep ettikleri yardımları bakımları için kullanmak koşuluyla bağımsız bir kuruma, profesyonel bakıcıya veya ailesinde bakıma yardımcı olan kişiye verilebilir.

Yaşlı bakımlarının ev şartlarında daha uzun vadeli bakımlarını gerçekleştirmek amacıyla 2015 yılından itibaren Mahalle Hasta Bakıcı Sistemi uygulanmaya başlamıştır.

9,8 milyon nüfusa sahip İsveç dünyanın en yaşlı nüfusuna sahip ülkelerden biridir. Dünya'da ortalama yaş öngörüsü en yüksek ülkelerden birisi olan İsveç'te doğuştan öngörülen ortalama yaş erkeklerde 79,9 kadınlarda ise 83,7'dir.

Yaşlı nüfusa sunulan sosyal hizmetler, devlet finansmanı ve belediye vergileri ile karşılanmaktadır. Hollanda'nın ardından %3,6'lık oranla OECD ülkeleri arasında Uzun Süreli Bakım Hizmetlerine en çok pay ayıran ülkedir. Belediyeler eşit vatandaşlık haklarına uygun olarak yaşlı bakım hizmetlerinde yaşları ilerleyen bireylerin kendi başlarına hayatlarını sürdürecektir, güvenliklerinden sorumlu olacak ve kaliteli bakım hizmetlerine erişimlerini kolaylaştıracak şekilde önemli görevler üstlenmiştir. Yaşlı bakım hizmetlerini belediyeler çoğunlukla özel sektör üzerinden yürütmektedir. Yaşlı bireyler bu hizmetlerden devlet veya özel sektörün çalıştırdığı özel bir kurumdan veya evlerinden faydalanabilmektedir. Belediyelerin kaynak oluşturma, özel bir kuruluştan veya evlerinde bakımları için yer temin etme gibi görevleri mevcuttur.

İngiltere'de nüfusun %16'lık dilimini 65 yaş ve üzeri oluşturmaktadır. Bu rakamların 2050 yılına gelindiğinde ise %25'lik bir orana yükseleceği düşünülmektedir. Sosyal yardım hizmetleri İngiltere'de çoğunlukla seçilmiş yerel yönetimlerin sorumluluğu altındadır. Belediye doktorları tarafından yapılan ihtiyaç

tespitleri ile kişilerin ihtiyaç sahibi olup olmadıkları tespit edilmektedir. Kişilerin ihtiyaçlarına göre evde destek hizmetlerinden, kurum odaklı devamlı bakıma kadar farklı bakım önerileri sunulmaktadır.

Herhangi bir gelir tespiti olmaksızın 65 yaş ve üzerinde bulunan yaşlılık ve hastalık sebebiyle kişisel bakıma ihtiyaç duyan herkese standart bir ödeme yapılmaktadır. Ek olarak azami geçim koşullarının altındaki bireylere emeklilik yardımı olarak ekstra ödeme yapılmaktadır.

63 milyon nüfusa sahip Fransa'nın 1\4'lük nüfusunu 60 yaş ve üzeri bireyler oluşturmaktadır. Bu oranın 2030'a gelindiğinde yaklaşık 1\3'lük kısmı oluşturması tahmin edilmektedir. Ortalama yaşı 82 olması beklenen Fransa AB ülkeleri arasında en yüksek ortalama yaş beklentisi olan ülkedir. 2011 yılında ülke gelirinin %11,6'lık kısmını sağlık giderlerine ayırmıştır. Yaşlı bakım giderlerinin %18 yerel yönetimler, %10 uzun süreli bakım sigortası, %40 kamu ve özel sağlık sigortası ve %33 hizmet alan bireyler tarafından finanse edilmektedir.

İspanya nüfusunun %17'sini 65 yaş ve üzeri oluşturmaktadır. 2050 yılına gelindiğinde ise nüfusun 1\3 ünden daha fazlasını yaşlı nüfusun oluşturması öngörülmektedir. İspanya'da yaşlı bakım genellikle aileler tarafından yerine getirilmektedir. Ancak İspanya'da ekonomik sebepler ve kadınların iş hayatına katılımıyla yaşlı kişilerin aile içerisindeki bakımları zorlaşmıştır İspanya'da yaşlı bakımı LAPAD (uzun süreli bakım kanunu) ile birlikte güvence altına alınmıştır (Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2016:50-62).

2014 yılında İsveç'te yaşlıların bakımın ülkeye toplam maliyeti 12,7 milyar ABD Doları olarak gerçekleşmiştir. İskandinav ülkeleri başta olmak üzere Norveç ve Danimarka yaşlılarını kendi tercihleri doğrultusunda başka ülkelere göndermektedir. Almanya bugün yaşlılarını daha ekonomik maliyetlerle sağlık bakım hizmetlerini karşılamak amacıyla Polonya'ya göndermektedir. Norveç devleti ise yaklaşık olarak 850.000 emekli ve yaşlı vatandaşını İspanya, Yunanistan, Maldivler gibi ülkelere göndermektedir (Karakoç, 2017:30-40).

OECD ülkelerinde yaşlı bakım masraflarının gelecek yıllarda önemli rakamlara ulaşacağı tahmin edildiği için bazı OECD ülkeleri koruyucu sağlık hizmetlerinin desteklenmesine yönelik politikalar geliştirmiştir. Bu politikalardan

biri bazı OECD ülkelerinin 65 yaş ve üzeri vatandaşlarını İspanya ve Fransa kıyılarına yönlendirmesiyle sağlık hizmeti almalarını sağlamasıdır. İspanya ve Fransa bu şekilde gelen yaşlı turistlerin 7-30 gün arasında değişen rehabilitasyon hizmetlerini karşılamaktadır (Metin 2012:36).

Günümüzde engelli birey sayısı 600 milyonun üzerindedir. Yani engelli bireyler dünya nüfusunun hemen hemen %10'unu oluşturmaktadır. Engelli bireylerin sayıca fazla olması ve seyahatlerine refakatçilerinin yardımıyla çıkabilmesi turizm açısından önemli bir pazarı oluşturmaktadır (Yau vd., 2004:946).

Engelsiz bireyler gibi engelli bireylerin de gibi değişik birçok aktivite (tiyatro, tatil, sinema vb.) içerisinde yer alması normal bir durumdur. Ancak istenilen hizmetlere erişim noktasında ulaşım ve konaklama olanaklarının yetersiz kalması bu gibi aktivitelere katılımı güçleştirmektedir (Mülayim, Özşahin 2010:1663).

Turizm açısından önemli bir potansiyel olarak görülen engelli bireylerin, karşılaştıkları sorunların çözümü için birçok OECD ülkesi birtakım çalışmalara başlamıştır. Engelliler için yapılan bu çalışmalarla ulaşım, konaklama ve çekim yerleri geniş oranda erişilebilir duruma gelmiştir (Huh, Singh 2007:218).

Bazı OECD ülkelerinde engelli turizmüne yönelik yapılan çalışmalar;

İngiltere'de engelli bireyler için 1995 yılında "Özürlüler Ayrımcılık Yasası" kabul edilmiştir. Bu yasa ile engelli bireylerin tatil ve konaklama yerlerinde ayrımcılığa maruz kalmamaları, hizmeti sağlayanlar tarafından gerçekleştirilmeye çalışılmıştır. 2004 yılında kabul edilen bir başka yasaya göre hizmeti sunan tesislerin engelli bireylere yönelik tüm tedbirleri almasını zorunlu kılmıştır. İngiltere tarafından yürürlüğe konulan bu yasalar ile istenilen uygulamalar turizm sektöründe başarılı bir şekilde hayata geçirilmiştir (Shaw, Coles 2004:397).

İngiltere'de bazı seyahat acenteleri sadece engelli gruba yönelik programlar düzenlemektedir. Bunun dışında engelli bireyler için özel araçlar tahsil edilmiş ve engelli bireylere uygun konaklama tesisleri yapılmıştır (Tellioglu, Şimşek 2016:556).

Yeni Zelanda'da nüfusun %18'i (52 milyon kişi) farklı seviyelerde, %12'si (32,5 milyon kişi) ileri seviyede engellidir. Yeni Zelanda'nın 2001 yılı Engellilik

Stratejisinde, engelli bireylerin sosyal hayata aktif katılımı, istihdam edilme, hayata atılımları konusunda problemlerin ortadan kaldırılması ile ilgili kararlar alınmıştır.

Access Tourism New Zealand (NZ), Yeni Zelanda da turizm pazarında tanıtıcı çalışmalar yapan, engelli bireylere turizm faaliyetleri konusunda, hangi ülkelerde hangi bölgelerde seyahat edebileceklerine dair bilgiler veren ve konuyla ilgili bölgesel turizm örgütlerine, parlamento üyelerine bilgilendirici sunumlar yapan, Yeni Zelanda da engelli turizmüne hizmet veren resmi bir organizasyondur (Baş 2012:62).

Amerika da 50 milyon civarında (nüfusun %19,3) engelli olduğu ve bu sayının 2030 yılında iki katına çıkması öngörülmektedir (Yau vd., 2004:949). Engelli sayısının ilerleyen yıllarda daha da artması düşünüldüğünden Amerika bu konuda birçok yasal düzenlemelerde bulunmuştur. Engelli turizmüne yönelik 1990 yılında ADA (The Americans with Disabilities Act) yasası kabul edilmiş ve günümüzde de bu yasa Amerika tarafından uygulanmaktadır (Malloy 2001:603). Bu yasa (ADA) ile engelli bireylerin konaklama, ulaşım, istihdam gibi hakları yasalaştırılmış ve sağlıklı bireylerle aynı haklara sahip olunmasından dolayı sosyal ayrımcılık ortadan kaldırılmıştır (Çakmak 2008:53). Bu yasaya göre konaklama tesislerindeki engelli oda sayısı, tesislerin kapasitesine göre değişmektedir.

- 25-50 odalı tesislerde 1 engelli odası,
- 151-200 odalı tesislerde 6 engelli odası,
- 401-500 odalı tesislerde 9 engelli odası,
- 501-1000 odalı tesislerde toplam yatak sayısının %2'sinin engelli bireylere ayrılması kararlaştırılmıştır (Bulgan, Çarıkçı 2015:18-19).

Amerika'nın Texas eyaletinde bulunan bazı plajlar engelli bireylere uygun hizmet sunmaktadır. Bu plajlarda engelli bireyler için ücretsiz tekerlekli sandalye bulundurulmaktadır. Ayrıca Amerika'daki müzeler ve halka açık alanlar da engelli bireylere uygun bir şekilde düzenlenmiştir (Baş 2012:56).

İsveç'te 2003 yılında yürürlüğe giren Ayrımcılığı Engelleme Yasası (Act Prohibiting Discrimination) ile İsveç'te yaşayan tüm bireylerin etnik kökenine, cinsel eğilimine ve engelli durumlarına bakılmaksızın iş hayatında ve sosyal yaşamında tüm hizmetlerden eşit şekilde yararlanılmasını garanti altına alarak, iş ve sosyal

yaşamda kişilere karşı yapılan ayrımcılığın ortadan kaldırılmasını amaçlamıştır (Karan 2009:173-181).

Hollanda’da birey doğuştan engelliye, doğumdan hemen sonra kayıt altına alınır ve ilerleyen zamanlarda bu bireylerin özgüven geliştirmesi ve sosyal hayata adapte olması bakımından el-göz koordinasyonunun geliştirilmesi açısından mesleki çalışmalara ileri seviyede yer verildiği görülmektedir. Engelli bireylere özgü mesleki eğitimler daha çok okullarda verilmektedir (Bakırcı 2011:308-309).

Kanser, verem, astım, epilepsi gibi birçok kronik hastalıklara sahip olan bireyler ve engelli bireylerin her türlü hizmet ve fırsatlardan eşit şekilde yararlanılabilmesi için Hollanda da 2003 yılında “Dezantajlı Gruplara veya Kronik Hastalara Eşit Muamele Yasası” kabul edilmiştir (Bulgan 2014:31).

Almanya’nın çeşitli eyaletlerinde görme kaybı olan bireylerin refakatçileri ile birlikte tatil yapabilmelerine olanak sağlayan tatil köyleri bulunmaktadır. Bazı seyahat acenteleri sadece engelli bireylere özgü özel geziler düzenlemektedir(Tellioğlu, Şimşek 2016:555-556). Araba kullanabilen engelli bireyler için çok uygun fiyata temin edebilecekleri bir oto galerisi oluşumu bazı kurumlar tarafından sağlanmıştır. Bir veri tabanına dayanan sistemde önceden belirlenen tarihlerde arabayla tatile gitmek isteyen engelli bireyler tatilleri için bu arabaları kullanabilmektedir (Artar, Karabacakoğlu 2003:44). Almanya’daki engelli bireylerin %42,2’si tatillerini kendi ülkelerinde ve genelde düşük sezonda (Mayıs, Eylül, Ekim) yapmaktadırlar (Baş 2012:57).

Avustralya’nın önemli turistik şehirlerinden biri olan Sidney’in kamusal alanları (caddeler, köprüler, müzeler, parklar, sinemalar vb.), ulaşım araçları, otel, restoran ve turistik mekânların, engelli bireylerin kullanımına uygun özel düzenlemeleri ile oldukça dikkat çekicidir. Avustralya’da seyahat acenteleri tarafından organize edilen geziler ve değişik aktiviteler engelli bireylerin de katılabileceği şekilde ayarlanmıştır (Karacaoğlu 2012:21).

Japonya’nın Takayama bölgesi doğal güzellikleri, tarihi yapıtları, şenlikleri, nehirleri ve köprüleriyle dünyada ün kazanmış önemli turizm şehirlerindedir. Bu turistik şehrin engelli bireylere sorun yaratacak eksikliklerin giderilmesini sağlamak amacıyla yeniden düzenleme çalışmalarına başlayan belediye teşkilatına bazı özel

şirketler maddi açıdan katkıda bulunmuşlardır. Takayama şehrindeki düzenlemelerle; yaya kaldırımları yol ile sıfırlanmış, yollara farklı renkte asfalt döşenmiş, ızgara kapakları değiştirilmiş, engellilerin yönlerini bulmasını sağlayan görsel-işitsel uyarı sistemleri kurulmuştur.

Yunanistan'ın bazı bölgelerinde (Girit, Rodos) engelli bireylerin kullanımına uygun tren istasyonlarının düzenlenmesi ve engellere yönelik otel ve konaklamaların yapılması Yunanistan'ın engelli turizmine önem verdiğini gösterir. Yunanistan'da faaliyet gösteren Hermes Derneği konaklama tesislerinin engelli bireylere uygunluğunu denetlemek için çalışmalara başlamıştır (Burak 2018:44).

Herkes için engelsiz turizm kapsamında İtalya güçlü yasalarıyla dikkat çekmektedir. İtalya'daki bölgesel kuruluşlar ve oteller turizm etkinliklerine ilişkin engelli bireylere bilgi vermektedir. 2004 yılında İtalya'da bakanlık ve organizasyonların ortak olarak yürüttüğü "Ulaşılabilir Doğal Kaynaklar Projesi" ile doğal gezi alanlarının engelli bireylere açılması konusunda çalışmalar yürütülmüştür. İtalya'da engelli ve özel ilgi isteyen rahatsızlığı olan bireyler için kendilerine uygun işletmeler bulabilecekleri tanıtıcı veri tabanlarına sahiptir (Artar, Karabacakoglu 2003:7).

İtalya'da engelli bireylerin yaşam şartlarını kolaylaştırabilecek birçok imkân sunulmuştur. Bunlar;

- İtalya'daki müzelerin, doğal güzelliklerin ve tarihi anıtların erişiminde kolaylıkların sağlanması,
- Toplu taşıma araçlarının engelli bireylerin kullanımına uygun olması,
- Uçakla seyahat eden engelli bireyler için havaalanından transfer imkânı sunulması (Öztürk 2003:3).

İspanya'da ulaşılabilir taksi ve ulaşım imkânı, engellilerle birebir ilgilenen konaklama tesisleri (Confortel Hotel zinciri) mevcuttur. 2000 yılında ulaşılabilir plajlar planı oluşturulmuştur. 84 plaj bu planı uygulamış engelli bireyler için gereken imkânları bünyesinde bulundurmıştır. İspanya ulusal müzesi, "Centro de Arte Reina Sofia", engellilere personel desteği, İspanyolca işaret dili ile anlatım, tuvalet gibi fiziksel mekânların engellilere göre düzenlenmesi gibi farklı düzenlemeleri

uygulamaktadır. Ayrıca iki saat kadar süren İspanyolca işaret dilinin kullanıldığı kültür turları da yapılmaktadır (Baş 2012:59).

İspanya engelli turizmi açısından OECD ülkeleri arasında tercih edilen önemli ülkelerden biridir. Engelli birey sayısının fazla olduğu Almanya, İtalya ve Fransa gibi OECD ülkelerinden tatillerin en çok İspanya'ya düzenlendiği saptanmıştır. Bu bakımdan İspanya'nın engelli turizmi açısından önemli bir ülke olduğunu görmekteyiz (Guerra 2003:49).

Fransa'da, Turizm ve Engelliler Derneği turizm imkânlarını her türlü engel derecesine sahip olan bireyler için ulaşılabilir kılmak konusunda çalışmalar yürütmektedir. 2007 yılı ağustos ayında Fransa'daki turizm ve engellilik konusu ile ilgili 2,385 kuruluş bulunmaktaydı. Ulaşılabilir Plajlar (Project of Accessible Beaches) Projesi ile 2005 yılında 44 plaj engelli bireylere gereken personel desteği ve teknik desteği sağlamaktadır (Baş 2012:59).

Fransa'da engelli bireylerin müzelere ve kültürel çekim merkezlerine kolaylıkla erişebilmeleri için birtakım çalışmalar yürütülmüştür. Bu çalışmalardan birine Paris'teki Bilim ve Endüstri Merkezi'nin (Cite de Science et de l'Industrie) fiziksel ve duyuşsal engelliler için uygun hale getirilmesi örnek olarak gösterilebilir (Artar, Karabacakoğu 2003:44).

3.4. Sağlık Turizminde Türkiye'nin Payı

Sağlık Bakanlığı sağlık turistlerini farklı değerlendirmektedir. Sağlık turistleri yurtdışından gelerek Türkiye'de tedavi olan tüm hastalar olarak tanımlanmaktadır. Uluslararası hastalar ise; medikal turist, turistin sağlığı, sağlık alanında ikili anlaşma yapılan ülkelerden gelen hastalar ve sosyal güvenlik kurumu kapsamında gelen hastalar olmak üzere dörde ayırarak sınıflandırmaktadır. **Medikal Turist**, genel olarak ikamet edilen yerin dışında başka bir bölge veya ülkede bulunan sağlık kuruluşlarından tıbbi tedavi hizmeti almak için seyahat eden kişi olarak ifade edilir. **Turistin Sağlığı**, genel ifade ile yabancı turistlerin tatil esnasında hastalanmaları nedeniyle gittiği yerde bulunan sağlık kuruluşlarından sağlık hizmeti almak zorunda kalınmasına denilmektedir. Medikal turizm kapsamında **İkili anlaşma kapsamında gelen hastalar**, T.C. Sağlık Bakanlığı bazı ülkelerde sağlık alanında ikili anlaşmalar

yapmaktadır. Anlaşma yapılan ülkelerden Bakanlıkça belirlenen sayıda hasta Türkiye'ye tıbbi tedavi almak için gelmektedir. Medikal turizm kapsamında Türkiye'nin ikili anlaşma yaptığı ülkeler; Azerbaycan, Sudan, Afganistan, Yemen, Arnavutluk, KKTC ve Kosova'dır. **Sosyal güvenlik kurumu kapsamında gelen hastalar**, ülkeler birbirlerinin sağlık hizmetleri imkânlarından yararlanabilmek için sosyal güvenlik kuruluşları vasıtasıyla sözleşme yapmışlardır. Bu kapsamda sağlık yardımı alma hakkı olan sözleşmeli ülkelerden gelen vatandaşlara ve yurt dışında yaşayan vatandaşlara (gurbetçiler) ihtiyaç durumunda sağlık hizmetleri sunulmakta ayrıca bu hastaların tedavi masrafları öncelikle ilgili Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından ödenmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu daha sonra sözleşme şartları gereği yardım alan hastaların sosyal güvenlik kurumlarından bu tedavi masraflarını tahsil etmektedir (Ergen 2018:47).

1990'lardan önce Türkiye'de sağlık sektörünün büyük bir bölümü kamu tarafından sağlanırken 1990'lardan sonra özel yatırımların hızla artmasıyla bu sektör yön değiştirmeye başlamıştır. Teknik donanımı yüksek, kuvvetli altyapı, başarılı personelleri, kaliteli hizmet anlayışı ve alanın da uzman doktorlarıyla özel sağlık kuruluşlarının sayısı her geçen gün artmaktadır. Yaşanan bu gelişme ile Türkiye'de mevcut sağlık hizmet anlayışı değişmiş ve hasta beklentilerinin yükselmesine yol açmıştır. Türkiye'de son yıllarda yerli ve yabancı sağlık turistlerin özel sağlık kuruluşlarına olan ilgisinin artmasına bağlı olarak özel sağlık sigorta şirketleri daha kapsamlı poliçeler hazırlamış ve sağlık kuruluşları dünyanın en gelişmiş ülkelerinde görülen son teknolojiye yatırım yapmışlardır. Sağlık kuruluşlarının yapmış olduğu bu yatırımlar sayesinde günümüzde Türkiye, sağlık sektöründe tercih edilen önemli ülkelerden biri haline gelmiştir. Bu süreçte başarılı doktorlar, tanı ve tedavide kullanılan ileri teknolojik cihazlar ve tıbbi standartların en üst noktaya çıkarılmasıyla birlikte başarılı tıbbi sonuçlar alınmaya başlanmıştır (TÜSİAD 2009:11).

Özellikle son yıllarda Türkiye'de tüm turizm çeşitlerinin arasında sağlık turizmi ve medikal turizmin gündeme geldiği görülmektedir. Sağlık Turizmini Geliştirme Konseyi (Turkish Health Care Tourism Development Council), Medikal Turizm Derneği, Türk Sanayicileri ve İşadamları Birliği (TÜSİAD), Sosyal İşler Komisyonuna bağlı faaliyet gösteren Tıp Turizmi Alt Çalışma Grubu, Türkiye Seyahat Acenteleri Birliğine (TÜRSAB) bağlı olan Sağlık Turizmi Komitesi,

Türkiye Sağlık Vakfı, Özel Hastaneler ve Sağlık Kuruluşları Derneği, Türk Sağlık Turizmi Derneği (Turkish Health Tourism Organization-TUHETO), Türk Akredite Hastaneler Derneği (Turkish Accredited Hospitals Association) vb. kuruluşlar Türkiye'yi sağlık turizmi alanında dünya çapında bir marka yapma hedef doğrultusunda çalışmalar yapmaktadır (Khafizova 2011:98).

Gelişmiş ülkelerde ortalama yaşam süresinin uzamasına bağlı olarak sağlık sektöründeki talepler ve sağlık harcamalarının payı da gün geçtikçe artmaktadır. Bu durum ülkelerin sosyal güvenlik kurumlarını ekonomik açıdan zorlamaktadır. Gelişmiş birçok ülkenin özel sigorta kurumları ve sosyal güvenlik kurumları yaşanan bu maliyet sıkıntısına bir çözüm bulabilmek için, kaliteli sağlık hizmeti sunulan ve komşu olunan ülkelerle paket anlaşmalar yaparak düşük maliyetli sağlık hizmetleri alma yoluna gitmişlerdir.

Sağlık turizmi açısından Türkiye uluslararası hastalar tarafından tercih edilen başlıca ülkelerden biri olmuştur. Türkiye'nin sağlık turizmi pazarında tercih edilmesini sağlayan birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörler;

- Stratejik konumu açısından birçok ülkeye yakın olması,
- Jeotermal kaynaklar açısından zengin olması,
- İklim ve doğal güzellikleri ile cazibe merkezi olması,
- Kaliteli sağlık hizmeti sunan özel ve üniversite hastaneleri,
- Sağlık hizmetlerinin uygun fiyata sunulması,
- Tedavi için bekleme süresinin kısa olması (Yardan, vd. 2014:61).

Sağlık turizmi amacıyla Türkiye'ye gelen yabancı hastaların geldikleri ülkeler incelendiğinde;

- Almanya, Hollanda, Fransa gibi Türk nüfusunun yoğun olduğu ülkeler,
- Sağlık kuruluşlarının altyapı eksikliği, doktor yetersizliği, yatak kapasitesinin yetersiz kalması gibi nedenlerle sağlık hizmetini kaliteli sunamayan ülkeler (Balkan Ülkeleri, Orta Asya'daki Türk Cumhuriyetleri gibi),

- Gelişmiş ülkelerde tedavilerin pahalı yapılması ve sigortaların birçok tedaviyi karşılamaması gibi nedenlerle sağlık hizmeti almak isteyen ülkeler (Amerika, İngiltere, Almanya gibi),
- Hastaların İngiltere, Kanada, Hollanda gibi ülkelerde sağlık hizmeti alabilmek için uzun süre beklemesi nedeniyle hizmet talep eden ülkeler,
- Afganistan, Yemen, Sudan gibi ikili anlaşma yapılan ülkelere gelen hastalar olarak sınıflandırılabilir (Yardan vd., 2014:34).

Son yıllarda Türkiye'yi sağlık turizmi türlerine göre talep eden gelişmiş ülkeleri sınıflandırsak;

- Termal turizm ve 3. yaş turizminde; Norveç, İsveç ve Danimarka,
- Medikal turizm de ise İngiltere ve Hollanda'dan hastaların geldiği bilinmektedir (Özer, Songur 2012:78).

Türkiye'de 2003 yılında uygulanmaya başlayan Sağlıkta Dönüşüm Programı (SDP) ile Türk sağlık sektörü yeni bir döneme girmiştir. SDP'nin bir sonucu olarak kamu ve özel sağlık kuruluşlarının sayısı ve kalitesi yükselmiş bu da Türk sağlık sektörünü, uluslararası rekabete hazır hale getirmiştir. SDP'nin uygulamaya konulmasından sonra özellikle 2003-2011 yılları arasında özel sağlık kuruluşlarının sayısında ciddi artışlar yaşanmıştır. Özel sağlık kuruluşlarının sayıca artmasına paralel olarak nitelikli sağlık personeli sayısında da artış yaşanmıştır. 2002-2011 yılı arasındaki Türkiye'deki özel sağlık kuruluşlarının sayısına bakacak olursak;

- 2002 yılında 271,
- 2011 yılında 503,
- 2014 yılında 556 tane olan özel hastaneler her geçen gün artmaya devam etmektedir (Akarcalı 2016:18-20).

Türkiye'ye gelen yabancı hastaların tedavi oldukları hastanelere bakılırsa özel sağlık kuruluşlarının kamu sağlık kuruluşlarına oranla daha fazla tercih edildiği görülmektedir.

Tablo 13. 2008-2012 Yılları Arasında Türkiye’ de Kamu/Özel Hastaneleri Ziyaret Eden Uluslararası Hastalar

YILLAR	ÖZEL	KAMU	TOPLAM
2008	17 817	36 276	74 093
2009	21 442	70 519	91 961
2010	32 675	77 003	109 678
2011	41 847	114 329	156 176
2012	43 904	218 093	261 999

Kaynak: (Sülkü, 2017:106).

Tablo 13’ e göre özel hastaneleri kamu hastanelerine göre daha fazla tercih edildiği görülmektedir. Yıllar arası değerlendirmeye göre ise hem özel hem de kamu hastanelerine başvuran yabancı hasta sayıları her geçen yıl hızlı bir şekilde artmaktadır (Sülkü, 2017:106).

Sağlık turizminde Türkiye’nin uluslararası boyut kazanmasında standardı yüksek hastanelerin dışında ulaşım sektöründe yaşanan gelişmeler de etkili olmuştur. Türkiye’nin ulaşım sektöründe önemli bir yeri olan Türk Hava Yolları şirketi 2002-2008 yılları arasında %25,2 gibi bir büyüme oranıyla uluslararası bir ağa sahip olmuştur (Akarcalı 2016:20).

Sağlık turizminde Türkiye’nin sunmuş olduğu imkân ve fırsatlar çerçevesinde turist sayısı yıllara göre artış göstermiş bu durum ise Türk ekonomisine önemli katkılar sağlamıştır. 2016 yılı hariç, sağlık turizmi sebebiyle Türkiye’ye gelen turist sayısı hızla artmaktadır (Öğüt, Yeşilyurt, Yurtseven 2018:65-66).

Tablo 14. 2003-2006 Yılları Arası Sağlık Nedeni İle Türkiye'ye Gelen Turist Sayısı

Yıllar	Turist Sayısı
2003	103,403
2004	133,722
2005	164,597
2006	153,894
2007	154,603
2008	162,484
2009	132,677
2010	115,222
2011	142,463
2012	153,520
2013	188,295
2014	228,647
2015	260,339
2016	251,809

Kaynak: (Öğüt, Yeşilyurt, Yurtseven 2018:65-66).

3.4.1. Türkiye'nin Termal/Spa/Wellness Turizmindeki Payı

Türkiye'nin önemli jeotermal kuşak üzerinde yer almasından dolayı jeotermal kaynaklar açısından oldukça zengindir, dolayısıyla kaplıca turizmi açısından önemli bir potansiyele sahiptir (Doğanay 2001:267). Termal kaynak suları açısından Türkiye zengin bir ülkedir öyle ki var olan kaynak suları ile Avrupa ülkeleri arasında birinci dünya genelinde ise ilk yedi ülke içerisinde yer almaktadır. Türkiye'de bulunan termal kaynak suların tüm özellikleri (fiziksel, kimyasal, sıcaklık, debi) Avrupa'da bulunan termal kaynak sulardan daha üstündür (Avcıkurt, Çeken 1998.34).

Türkiye'de yaklaşık 1300 civarında jeotermal kaynak suları vardır. Jeotermal kaynak suların sıcaklık ve debi özelliklerine bakacak olursak;

- Sıcaklık değerleri 20 derece ile 110 derece arasında,
- Debileri ise 2-500 lt/s arasında değişmektedir.

Türkiye’de bulunan 1300 civarındaki termal suların yalnızca 229 tanesi termal turizm amacıyla değerlendirilmektedir. Turizm amacıyla kullanılan bu termal suların bölgesel dağılımı tabloda gösterilmiştir (Aksu, Aktuğ 2011:69).

Tablo 15. Türkiye’de Termal Suların Bölgesel Dağılımı

Bölge Adı	Soğuk Sular (0-19 °C)	Ilık Sular (20-25 °C)	Sıcak Sular (36-36 °C)	Çok Sıcak Sular (46-99 °C)	Toplam
Marmara	7	8	8	30	53
Ege	5	17	28	31	81
İç Anadolu	10	10	14	17	51
Karadeniz	4	4	3	3	14
Akdeniz	1	3	2	-	6
Doğu ve G.Doğu Anadolu	4	7	8	5	24
TOPLAM	31	49	63	86	229

Tablo 15’de görüldüğü gibi termal kaynak sular açısından potansiyeli en yüksek bölgeler en başta Ege sonra Marmara ve İç Anadolu’dur. 229 adet termal su kaynağının sıcaklık değeri birbirinden farklıdır. Genel olarak hesaplama yapıldığında bu termal su kaynakların %37’sini çok sıcak sular oluşturmaktadır (Aksu, Aktuğ 2011:7).

Türkiye’de termal kaynakların yoğun olduğu bölgelerin konumları nedeniyle turistik cazibe merkezi olacağı öngörülmektedir. Öyle ki aktif olarak kullanılan termal suların birçoğu deniz kenarında birçoğu da ormanlık ve dağlık bölgelerde yer almaktadır (Doğanay 2001:267).



Şekil 1. Türkiye’de Termal Turizm Amacıyla Kullanılan Termal Kaynak Suların Şehirlere Göre Dağılımı

Termal kaynak sularının bulunduğu termal turizm şehirleri; Yalova, Balıkesir, Çanakkale (Marmara Bölgesi); Aydın, İzmir, Manisa, Denizli, Afyon, Uşak (Ege Bölgesi); Ankara, Eskişehir, Sivas, Yozgat, Kırşehir, Nevşehir ve Niğde (İç Anadolu Bölgesi) termal turizm şehirleridir (Akbulut 2010:39).

Termal turizm potansiyeli açısından dünyanın sayılı ülkeleri arasında yer alan Türkiye sahip olduğu birçok avantajı değerlendiremediğinden dolayı bu turizm türüne önem veren birçok ülkenin gerisinde kalmıştır. Türkiye'deki termal kaynak suları özellikleri bakımından Avrupa'dakilere göre her açıdan kaliteli olmasına rağmen Avrupa ülkelerinin termal turizm tesisleri son derece modern, güçlü altyapı, nitelikli personele sahip olunması gibi değişik birçok nedenlerle en çok seyahat edilen ülkeler olmuşlardır. Mesela Türkiye'de Köyceğiz'de bulunan termal tesislerde normal kür mevsimi 210 güne kadar çıkabilirken Almanya'nın hiçbir yerinde bu süre 120 günü geçememektedir (Türksoy, Türksoy 2010:48).

Termal kaynaklar yönünden zengin olan Türkiye bu kaynakların işletilmesi konusunda birçok ülkenin gerisinde kalmış ve bu kaynakların sadece %1'ini kullanabilmektedir. Toplumumuzda bir gelenek haline gelmiş olan hamam ve kaplıca kültüründen vazgeçilememesi nedeniyle bu tesisler işletilmek istenmemiştir. Bu durum ise iç turizm açısından olumlu bir durumken dış turizm açısından olumsuzluk teşkil etmektedir. Türkiye'de termal turizmin sorunları birkaç başlık altında şu şekilde özetlenebilmektedir (Özbek 1991:22-23).

- Termal suların modern olmayan tesislerde hamam kültürüne uygun bir şekilde kullanılmasına bağlı kötü imaj oluşturulmuş ve yabancı turistler açısından bu durum çekici gelmemiştir.
- Türkiye'deki termal tesislerde gerekli donanım (altyapı, cihaz, personel) eksikliği ile kür tedavilerinin uygulanamaması ülkeye gelen turistler için olumsuz bir durumdur.
- Termal turizmi uluslararası boyuta taşıyabilmek için gerekli tanıtım, reklam ve pazarlama faaliyetlerine önemin verilmemesi.

- Kurum ve kuruluşlar arasında iş birliğinin bulunmaması nedeniyle kurumlar bireysel karar alıp ona yönde çalışmalar yapmaktadır. Ayrıca bireylere termal turizmi teşvik edici bilgilerin sunulmaması.
- Türkiye’de genelde belediyeler ve özel idareler tarafından işletilen termal tesislerin sağlıklı olmayan görüntüsü, uygulama eksiklikleri ve konforsuz oluşu gibi nedenlere tercih edilmemesi.
- Termal sularla yapılan tedaviye ilişkin sosyal güvenlik sistemlerinin günlük banyo ücretini karşılaması dışında herhangi bir düzenleme içermemesi ve doktor sayısının yetersiz kalmasıyla termal sulara yönelik tedavilere hastaların yönlendirilememesi sektörün gelişimini engellemiştir. Gelişmiş ülkelerde termal sularla yapılan tedavi masraflarının büyük bir kısmını sigorta karşılamaktadır.

Termal turizme gereken önemin verilmesi, termal kaynaklar suları hakkında gerekli bilimsel araştırmalara ağırlık verilmesi ve bu araştırma sonuçlarına göre tesislerin düzenlenmesi gerekmektedir. Termal tesislerin uzman doktorlar ile tecrübeli personeller tarafından bilinçli bir şekilde uygulanabilmesi ve yurtiçi-yurtdışı tanıtımının yapılması gibi çalışmalarla Türkiye dünya termal turizm pazarında pay sahibi olabilecek bir kapasiteye ulaşabilecektir (Albayrak 2013:128).

Türkiye’deki termal kaynakların büyük kısmının denize yakın ve Akdeniz iklim kuşağı içerisinde yer alması gibi avantajlarının kullanılması ile kaplıca, güneş, deniz, kum ve iklim olanaklarının komple bir paket ürün olarak sunulması rakip ülkelere oranla büyük bir avantaj sağlayacaktır (Şenol 2016:64).

Tablo 16. 2010 Yılında Termal Turizm Kapsamında Türkiye'ye Gelen Turistlerin Ükelere Göre Dağılımı

NO	ÜLKELER	MAYIS, HAZ., TEM., AĞUS.	DİĞER AYLAR	TATİL AMAÇLI	TEDAVİ AMAÇLI	60 YAŞ ÜSTÜ	60 YAŞ ALTI	7 GÜNDEN FAZLA KALANLAR
1	ALMANYA	24.781	52.718	72.584	1.511	37.793	28.720	6.161
2	JAPONYA	23.297	20.782	40.300	3.537	15.876	22.733	2
3	RUSYA	19.226	7.218	26.018	326	5.552	16.489	6.812
4	KORE	8.023	9.112	17.035	6	10.311	6.824	8
5	ABD	6.113	5.166	9.480	168	3.287	5.831	155
6	FRANSA	5.027	2.596	6.565	780	2.309	4.513	489
7	İTALYA	4.675	2.640	6.131	706	2.614	3.999	265
8	İSPANYA	4.123	4.564	8.243	392	3.235	5.037	19
9	DİĞER ÜLKELER	35.386	27.059	49.138	15.799	15.619	36.812	80.366

(Kaynak: Kaşlı vd., 2012:64).

Gelişmiş ülkelerde sağlık giderlerinin fazla olması sebebiyle bu ülkeler hastaların sağlık hizmetlerini daha düşük maliyetli ülkelere alınmasını teşvik etmiş böylelikle de sağlık harcamalarının azaltılması hedeflenmiştir. Termal turizm kapsamında bazı OECD ülkeleri hastalarının tedavi masrafını düşürebilmek için daha düşük tedavi imkânı sunan Türkiye'ye hasta göndermektedir. Bu amaçla OECD ülkelerinden İsveç, Norveç, Danimarka, Hollanda ve Almanya'dan Türkiye'ye hastalar gelmekte olup bu hastaların tedavi masraflarını ise ülkelerinde faaliyet gösteren bazı özel sigorta şirketleri temin etmektedir (Kaşlı vd. 2012:63).

Termal turizmin Türkiye için önemini şu şekildedir (Kotan 2018:41-42)

- Termal turizm sahip olduğu yüksek potansiyel ile Türkiye'nin geri kalmış bölgelerinin kalkınması için katkı sağlayabilir.
- Termal turizm insanlara iş imkânları ve termal turizm alanında istihdam olanağı sağlar.
- Termal turizm Türkiye'de bütün bir yıla yayılarak yapılabildiği için ve diğer turizm alanları ile kolaylıkla entegre edilebildiği için ülke ekonomisine canlılık katar.

- Termal turizm insan sağlığı açısından önemlidir.
- Termal kaynakların sağlık açısından dinlendirici ve yenileyici etkiye sahip oluğu insanların iş hayatında daha verimli olmalarına olanak sağlar.
- Türkiye’de termal kaynak potansiyeli oldukça yüksektir. 1300’e yakın termal kaynak i ve dış turizmi canlı tutmaya olanak sağlayan önemli bir faktördür.

Türkiye’de termal turizmi geliştirmek ve yaymak amacıyla Kültür ve Turizm Bakanlığı bu konuyla ilgili birçok çalışma faaliyeti yürütmüştür (Sav 2016:84). Bu çalışmaların en önemlisi ‘‘Türkiye Turizm Stratejisi 2023’’ hedeflerinin belirlenmesidir. Kültür ve Turizm Bakanlığı, Türkiye Turizm Stratejisi 2023 hedefleri kapsamında Türkiye’deki; kaplıca tarihi, termal kaynaklar ve potansiyeller dikkate alınarak termal turizm sektöründe sürdürülebilir rekabet avantajı elde etmek amacıyla Türkiye’de 2007 yılında ‘‘Termal Turizm Kentleri Projesi’’ hazırlanmıştır.

Termal Turizm Kentleri Projesinde bazı bölgeler 1. Etap kapsamında yani öncelikli geliştirilecek alanlar olarak bazı bölgelerde 2. Etap yani daha sonradan geliştirilecek alanlar olarak belirlenmiştir Termal Turizm Kapsamında değerlendirilecek bölgeleri aşağdaki tabloda görmekteyiz (Aydın 2014:148).

Tablo 17. ‘‘Termal Turizm Kentleri Projesi’’ Kapsamında Belirlenen Termal Turizm Kentleri

Termal Turizm Bölgeleri (1.Etap)	şehirler
Güney Marmara Termal Turizm Bölgesi	Balıkesir, Çanakkale ve Yalova.
Güney Ege Termal Turizm Bölgesi	Aydın, Denizli, Manisa ve İzmir
Friğya Termal Turizm Bölgesi	Afyon, Ankara, Uşak, Eskişehir ve Kütahya.
Orta Anadolu Termal Turizm Kentleri Bölgesi	Aksaray, Kırşehir ve Yozgat.
Termal Turizm Bölgeleri (2.Etap)	şehirler
Kuzey Anadolu Termal Turizm Bölgesi	Amasya, Sivas, Tokat ve Erzincan.
Doğu Marmara Termal Turizm Bölgesi	Bilecik ve Kocaeli.
Batı Karadeniz Termal Turizm Bölgesi	Bolu, Düzce, Sakarya

Kaynak: (Kültür ve Turizm Bakanlığı 2018:67).

“Türkiye Turizm Stratejisi 2023” kapsamında termal turizme ilişkin hedefler aşağıdaki gibidir:

- Frigya, Afrodisya ve Troya bölgeleri termal turizm sektöründe başlıca durak noktası olacak ve etrafındaki doğal ve diğer kültürel değerler ile bütünleştirilecektir.
- Termal kaynak suların bulunduğu bölgeler düşünülerek önem sırasına göre her türlü olanağın değerlendirilmesi kapsamında çalışmalar devam ettirilecektir.
- Turizm amacıyla kullanılan termal kaynaklara ilişkin geçmiş yıllarda ilan edilen imar planları yeniden gözden geçirilecek ve bu imar planlamalarında uygulama safhasına geçilecektir.
- Termal turizm sektöründe en ön sıralarda yer alan Avrupa ülkelerinin önüne geçilecek ve termal turizm konusunda Türkiye’nin ilk sıralarda yer alması sağlanacaktır.
- Termal kaynak suların etkin bir şekilde dağılmasını sağlayabilmek için pilot bölgeler oluşturulacak ve buralarda mahalli idareler birliği ve dağıtım şirketlerinin kurulması sağlanacaktır (Kültür ve Turizm Bakanlığı 2018:67).

Termal turizmin dünya genelinde rağbet gösterilen başlıca sektörlerden biri olarak etkinliğini arttırması ve ekonomik getirisi ile ülkelere katkı sağlaması gibi nedenlerle Türkiye’de de son yıllarda bu sektöre yatırımlar yapılmış ve popüler bir hal almaya başlamıştır. Termal turizm yatırımlarının artması ile termal suların bulunduğu gelişmemiş bölgelerin tanıtılması, kalkınması ve bu bölgelere gelen yerli-yabancı turist sayısında olumlu dönüşler yaşanmıştır. Bu bağlamda yerli ve yabancı turistlerin Türk turizmindeki düşünce yapısı değişmiş böylelikle önceden tatil denilince akla sadece deniz-kum-güneş üçlüsü gelirken günümüzde termal tesisler, kaplıcalar, SPA merkezleri de akla gelmektedir. Türkiye’de termal turizmin yaygınlık kazanmasıyla genelde kıyı bölgelerde yoğunlaşan turizm hareketleri artık iç bölgelere de doğru da yoğunlaşmaya başlamıştır (Tunçsiper, Bezigân 2010:10).

12 ay boyunca yapılabilen termal turizm, etkinliği ve ekonomik getirisi ile dünyada önemli bir pazar olarak yerini almış ve Türkiye bu pazardaki payını

arttırabilmek için modern anlamda yeni termal tesislerin açılmasına imkân sağlamıştır. Bu tesisler;

- ✓ Afyon’da Korel, İkbal ve Oruçoğlu,
- ✓ Ankara’da Asya ve Patalya,
- ✓ İzmir’de Balçova,
- ✓ Denizli’de ise Colosea’dır (Özbek, Özbek 2008:108).

Günümüze bakıldığında SPA sağlık sektörü içerisinde önemli bir paya sahiptir. Geçmişten günümüze insanlar tedavi amaçlı seyahat etmiş ve bu sayı gün geçtikçe artmaktadır. Ayrıca kimyasal ilaçların oluşturduğu yan etkiler son yıllarda doğal tedavi yöntemlerinin önemini daha da artırmıştır. Özellikle termal kaynaklar çevresinde kurulan tesis ve konaklama işlemleri sundukları SPA hizmetleri ile daha popüler hale gelmiştir.

Spa oteller konusunda Macaristan, İzlanda ülkeler diğer Avrupa ülkelerine göre bir adım daha öndedir. Bunun nedeni bol sayıda termal kaynağının olmasıdır. Türkiye bu kapsamda değerlendirildiğinde özellikle İç Anadolu ve Marmara bölgesinde tesisleşme sayısı dikkat çekecek ölçüde artmaktadır.

Bunun yanı sıra Türkiye’nin jeopolitik konumu sayesinde turistleri cezp edici bir hedef haline gelmektedir (Kotan 2018:41-42).

SPA merkezleri Türkiye’de daha çok büyük şehirlere veya turistlerin fazla tercih ettiği tatil bölgelerinde hizmet vermektedir. Türkiye’de pek çok SPA merkezleri, genelde yerli veya yabancı kaynaklı olan lüks veya butik otellerin bünyesinde açılmaktadır. Fakat sektör geliştikçe şehirlerde de günlük SPA hizmeti veren “DAY SPA” lar da çoğalmaktadır. Tatil destinasyonlarında ise özel SPA resortları tercih edilmektedir. Türkiye SPA endüstrisinin son yeniliklerini yakından takip etmektedir. Kaliteli hizmet veren ISPA’dan lisanslı merkezlerde Asya’dan gelen masörler ve aromaterapi uzmanları bulunmaktadır (Kaymaz 2010:15).

Türkiye’de 2500 tane SPA ve benzeri termal tesis bulunmaktadır. Spa ve Wellness hizmeti veren otellerin sayısı ise 400 civarındadır. Spa&Wellness hizmeti sunan otellerin büyük bölümü kıyı kesimde yer alırken diğerleri ise şehir merkezlerinde bulunur.

Türkiye'nin Spa turizmindeki yıllık kazancının yaklaşık 400 milyon dolar olduğu düşünülmektedir. SPA & Wellness uygulamalarına olan talebin her geçen gün artması yatırımlara da yansımış ve yeni açılan turistik otellerin neredeyse tamamında SPA & Wellness birimi yer almaktadır.

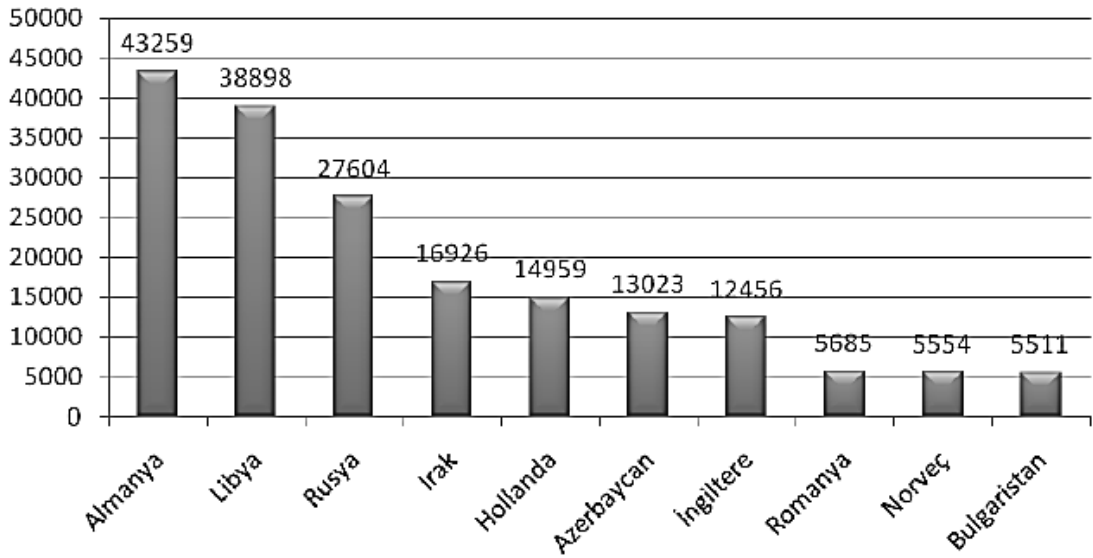
Kültürel değerler açısından Türkiye'deki insanlar Spa hizmeti sunan merkezlerde çalışmaya sıcak bakmamaktadır. Bu nedenle genelde Tayland ve Bali'den gelen kadınlar (1000 civarında) Türkiye'deki Spa merkezlerinde çalışmaktadır. Spa merkezlerinde yaşanan bu personel sıkıntısı sektörün önündeki en önemli engellerden birini oluşturmaktadır (Buldukoğlu 2014:52).

3.4.2. Türkiye'nin Medikal Turizmindeki Payı

Türkiye'de medikal turizm ile ilgili araştırmalara 19 yıl önce başlanılmıştır. Medikal turizmin geliştirilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı, Kültür ve Turizm Bakanlığı, Ekonomi Bakanlığı, Dışişleri Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı ve özel işletmeler birtakım çalışmalar yürütmüştür (Yeşil, 2018:17).

2000'li yılların başında Türkiye'de sağlık alanında yapılan çalışmalarla sağlık sektöründe köklü değişiklikler yapılmış ve bu değişikliklerle Türk vatandaşlarına sağlık hizmetleri alma kapsamında kolaylıklar ve yeni imkânlar sağlanmıştır. Türk sağlık sektörü ile ilgili birbirinden bağımsız olan SSK, BAĞ-KUR ve Emekli Sandığı kurumlarının 2006 yılında birleştirilmesiyle "Sosyal Güvenlik Kurumu" (SGK) oluşturulmuştur. Sosyal Güvenlik Kurumu ile bireyler sadece bağlı olduğu kurumların hastanelerine değil, tüm kamu hastanelerinden yararlanma imkânına sahip olmuştur. SGK ile aynı zamanda özel hastanelere devlet desteği arttırılmış bu durum ise bireylerin özel hastanelere yönelmesinde sebep olmuştur. Bireylerin özel hastanelere yönelmesi, özel ve kamu hastaneleri arasında rekabet ortamı yaratmış bu da sağlık hizmetlerinde kalitenin yükselmesine neden olmuştur. Sağlıkta Dönüşüm Programının (2003) uygulamaya konulması, Sosyal Güvenlik Kurumu'nun (2006) oluşturulması gibi sebeplerle sağlık turizmi, uluslararası seviyeye ulaşma açısından büyük ivme kazanmış olup, dünya sağlık turizmi pazarında tercih edilen önemli ülkelerden biri olmuştur (Ulusoy 2018:27).

Dünya medikal turizm pazarından fazla pay alamayan Türkiye'nin bu sektördeki önemli kaynak ülkeleri, Türk Nüfusun yoğun olduğu Almanya, Belçika, İsviçre ve Hollanda'dır. Türk nüfusunun yoğun olduğu ülkelerin sağlık kuruluşları ve doktorları, Türkiye'deki bazı özel hastaneler ile iş birliği yapmaktadır. Medikal turizm kapsamında Türkiye için önemli diğer pazarlar Müslüman Ülkeler, Orta Doğu, Rusya, Avrupa Ülkeleri ve Türk Cumhuriyetleri'dir (Tengilimoğlu 2005:21).



Şekil 2. 2012 yılında Türkiye'ye gelen Uluslararası Hastaların Ükelere Göre Dağılımı

Şekil 2'e göre, Almanya ve Libya uluslararası hastalar arasından Türkiye'ye en fazla gelen ülke vatandaşları olarak görülmektedir. Almanya'nın ilk sırada yer almasının sebebi Türk kökenli vatandaşlarımızın tedavilerini kendi memleketinde almak istemesi gösterilirken ikinci sırada olan Libya'nın ise ülkelerinde çıkan iç savaş nedeniyle hasta ve yaralı vatandaşlarını tedavi için Türkiye'ye göndermesi sebep olarak gösterilebilir (Taş 2014:93).

Türkiye'de turizm sektörü incelediğinde turistlerin en çok basta Almanya olmak üzere Avrupa ülkelerinden geldiği görülmektedir. Medikal tedaviler kapsamında Türkiye'deki özel hastanelere başvuran hastaların da en çok Avrupa ülkelerinden (%41,8) geldiği görülmektedir. Avrupa ülkelerinden Almanya, Hollanda, Belçika ve İngiltere'de hastaların tedavi için uzun süre beklemesi,

Türkiye'nin hem sağlık hem de tatil merkezi olma yönündeki önemini arttırmaktadır. Gelişmiş ülkelerde insanların seyahat etmeyi sevmesi, dergi, web siteleri ve diğer kitle iletişim araçlarının kullanılması ile diğer ülkelerdeki sağlık hizmetlerinin işleyişi hakkında bilgi sahibi olmalarının kolaylaşması gibi sebeplerle Türkiye'ye yabancı hastaların tedavi için gelmesinin yolu açılmıştır (Tengilimoğlu 2005:21).

Türkiye stratejik konumu, tarihi yapısı, doğal güzellikleri, iklimi ve sağlık kuruluşlarının altyapısı, nitelikli personelleri, profesyonel doktorları, kaliteli hizmet anlayışı, misafirperverliği, uygun tedavi olanakları, devlet destekli programları gibi güçlü yönleriyle medikal turizm sektöründe öne çıkan Hindistan, Tayland, Malezya gibi ülkelerle yarışabilecek seviyeye ulaşmış ve sektördeki payını giderek arttırmaktadır (Yeşil 2018:17).

Medikal turizm kapsamında Türkiye'de estetik operasyonlar, tüp bebek tedavisi, diş tedavileri, göz ameliyatları, kalp-damar hastalıkları gibi sağlık hizmetleri sunulmaktadır (Akdu 2009:40).

Tıbbi tedavi amacıyla Türkiye'ye gelen uluslararası hastaların tercih sebebi sıralandığında ilk sırada tedavi maliyetlerinin düşük olması gelir. Diğer sebepler ise aşağıdaki gibi sıralanabilir (Sayın, Yeğinboy, Yüksel 2017:297)

- Özel hastane ve bazı üniversite hastanelerinin modern yapısıyla yüksek kalitede hizmet vermesi ve kaliteni ispatlayan belgelere sahip olması.
- Yabancı dile hâkim, uyguladığı başarılı operasyonlar ile adını duyurmuş nitelikli doktorların bulunması.
- Tıbbi alanda teknolojik gelişmelerin takip edilmesi ile son çıkan teknolojik tıbbi malzemelerin kullanılması.
- Amerikan modelinin baz alınmasıyla oluşturulmuş tıbbi sistemlerin bulunması.
- Sağlık personellerinin kaliteli hizmet vermesi, sağlık hizmetinin uygun fiyatlarda olması ve coğrafi olarak mesafenin birçok ülkeye göre kısa olması.
- Türkiye'de turistik ve tarihi yerlerin yoğunlukta olması.

Günümüzde Türkiye'nin 52 tane JCI belgesi ile akredite edilmiş, kamu ve özel hastaneleri bulunmaktadır. Türkiye'de JCI belgeli hastanelerin yanı sıra uluslararası standardı sağlayan diğer belgelerle de akredite edilmiş birçok hastane de bulunmaktadır (Uygun, 2018:61). Türkiye'de akredite edilen sağlık kuruluşlarının en güçlü yönlerinden biri, hem kendi hastalarına hem de uluslararası hastalara yetecek kadar kapasiteye sahip olmasıdır. Hastaların tedaviler için bekleme süresinin olmaması ve yüksek vasıflı doktorların bulunması Türkiye'deki sağlık kuruluşlarının diğer güçlü yönlerini oluşturmaktadır (Stephano 2009:15).

Uluslararası standardizasyon sağlayan akreditasyon belgelerine sahip birçok sağlık kuruluşunun olması Türkiye'deki hastanelerin güvenilirliğini arttırmaktadır. Sağlık hata kabul etmeyen bir sektördür ve sağlık sektöründe hatalı bir durumun söz konusu olması medikal turizme ciddi boyutlarda zarar verebilir.

Günümüzde Türkiye'de, dünyanın en gelişmiş sağlık kuruluşlarında görülebilen tıbbi cihazlar ve tekniklerin kullanılması ile birinci sınıf hizmet sunan özel sağlık kuruluşları yer almaktadır. Birinci sınıf hizmet sunan bu sağlık kuruluşlarına kanser tedavileri, organ nakli, beyin-kalp-ortopedik cerrahiler ve göz tedavileri için uluslararası hastaların başvurmaya başladığı başlıca sağlık hizmetleri olmuştur (TÜSİAD 2009:11).

JCI tarafından akredite edilen sağlık kuruluşlarının çoğunluğu özel hastanelerdir. Türkiye'deki sağlık kuruluşlarında, özel hastanelerde %65, kamu hastanelerinde % 35,60 ve üniversite hastanelerinde %75,00 seviyelerinde yabancı dil bilen yeterli personel bulunmaktadır. Özel sağlık kuruluşlarının %35,5'i, kamu hastanelerinin %0,7'si yabancı hastalar için kurumlarında çevirmen bulundurmaktadır. Bunun dışında özel sağlık kuruluşlarının %50,4'ü, kamu hastanelerinin %32,9'u yönlendirme levhalarını uluslararası hastaların anlayacağı şekilde konumlandırmıştır. Ayrıca kamu hastanelerini, özel hastaneler ve üniversite hastanelerine göre televizyon, internet, gazete gibi birçok kitle iletişim araçları ile tanıtım ve reklam çalışmalarına daha az yer verdiği görülmüştür (Demir, 2013:20).

Tablo 18. 2012 Yılında Medikal Turistlerin En Çok Geldiği Şehirler

Şehirler	Sayı
Antalya	87167
İstanbul	68842
Ankara	18926
Kocaeli	141101
İzmir	13925
Muğla	13183
Aydın	7128
Karaman	4590
Adana	4031
Sakarya	3493

Kaynak: (Türkiye Medikal Değerlendirme Raporu 2013:172)

Medikal turizm sektörünü geliştiren en önemli etkenlerden bir tanesi iletişim teknolojileridir. Özellikle internet medikal turizm sektörünün gelişiminde önemli bir paya sahiptir. İnternet sayesinde potansiyel hastalar kendi ülkelerinden Türkiye’de ki hastaneler, tıbbi uygulamalar ve fiyatları hakkında bilgilere kolaylıkla ulaşabilmektedir. Bu anlamda özellikle de özel sağlık kurumlarının internet sitelerinin gerekli bilgi ve iletişim unsurlarını barındırması hayati önem arz etmektedir. Medikal turizmin gelişimi ve Türkiye’nin mevcut hasta potansiyelini artırabilmek için bir diğer önemli etkende medikal turizm için gelen yabancı hastalara sağlanacak vize kolaylığıdır. Bu konuda Türkiye’nin yabancı hastalara sağlayacağı vize kolaylığı Türk sağlık kurumlarının tercih edilme oranını artıracak bir faktördür (Kitapçı 2014:30).

Son yıllarda Türkiye özellikle göz, diş ve kozmetik operasyonlar için farklı ülkelere gitmek isteyen hastalar için akla ilk gelen ülkelerden biri olmuştur. Özellikle kozmetik operasyonlarda Kanada ve İngiltere’nin yüksek ücret talep etmesi ve hastalarını tedavi için uzun süre bekletmesi gibi nedenlerle bu ülkelerdeki hastalar Türkiye’yi tercih etmektedir. Doğu Avrupa ve Orta Doğu ülkelerinden gelen medikal hastalar ise Türkiye daha çok kanser tedavisi ve tüp bebek uygulaması için tercih etmektedirler.

Medikal turistlerin Türkiye'yi sadece düşük tedavi imkânlarından faydalanmak için değil aynı zamanda başarılı tedavilerin uygulanmasıyla tercih ettiğini görmekteyiz. Mesela tüp bebek uygulamalarında Türkiye'nin tercih edilmesinin sebebi bu uygulamaların ilk denemede başarılı olma olasılığının çoğu Avrupa ülkelerine oranla daha yüksek olması gösterilebilir (Tengilimoğlu 2013:87).

Uzay neşteri anlamına gelen “cyber knife” tıbbi cihazı kanser tanı ve tedavisi için kullanılmaktadır. Bu cihaz yüksek maliyeti ile her ülkede bulunmaz, Avrupa'da yalnızca beş ülkede kullanılan bu cihaz Türkiye'de de mevcuttur. Önceleri Türkiye'de kanser teşhisi konulan hastalar “cyber knife” teknolojisi için Amerika'ya gitmekteyken günümüzde uluslararası hastalar bu teknolojik hizmeti alabilmek için Türkiye'ye gelmektedir (Demirer 2010:41).

3.4.3. Türkiye'nin Yaşlı ve Engelli Turizmindeki Payı

Ülkelerde yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %10'unu geçmesi halinde ülkelerin yaşlandığı kabul edilir. Türkiye'de yaşlı nüfusun toplam nüfus içindeki oranının %10'un altında seyretmesi ile Türkiye'nin yaşlandığını söyleyemeyiz fakat her yıl yaşlı nüfusun belirli seviyelerde yükseldiği görülmekte hatta diğer yaş gruplarına göre en hızlı yükselen nüfusun yaşlı nüfusu olduğu görülür. Türkiye “demografik dönüşüm” yani doğum ve ölüm oranlarının belirli seviyeye gelmesiyle doğum ve ölüm oranlarının düştüğü bir döneme girmiştir. Bu dönem, küresel yaşlanma süreci olarak da ifade edilmektedir.

Demografik değişim sürecinde Türkiye'de sağlık giderlerinin ve emeklilik harcamalarının artması ve buna bağlı kamu tasarruf oranında da büyük düşüşlerin yaşanması beklenmektedir. Yaşlı nüfus grubunda (65 ve üzeri) yaşanan hızlı nüfus artışı, ilerleyen yıllarda sosyal güvenlik sistemleri açısından başlıca sorunlardan biri olarak gündeme gelmektedir.

Türkiye'de yaşlı nüfusun beklenilenden hızlı artması, yaşlı nüfusun toplumsal sorunlarının göz ardı edilemeyecek düzeye ulaşmasına neden olmuştur. Yaşlı birey sayısındaki artış öncelikli olarak sağlık sorunlarını gündeme getirmiştir (Şahin 2015).

Türkiye, bazı OECD ülkelerine (Kanada İspanya, Norveç, Japonya,) göre çok daha genç nüfusa sahiptir. Türkiye genel nüfus yapısı bakımından daha çok Brezilya

ve Meksika ile benzerlik göstermektedir. Daha çok genç nüfusu ile dikkat çeken Türkiye’de yaşlı nüfus oranı her geçen gün artmaktadır.

Geçmiş ve gelecek yıllarda yaşlı nüfusun değişimine bakacak olursak;

- ✓ 1960’lı yıllarda ortalama yaşam süresi kadınlar için 54, erkekler için 51 iken,
- ✓ 2030 yılında ortalama yaşam süresinin kadınlarda 79, erkeklerde ise 74 yıl olması tahmin edilmektedir (Aközer, Nuhurat, Say 2011:104).

Yaşlı turizmi açısından Türkiye’nin üstün ve zayıf yönleri bulunmaktadır. Türkiye’deki özel ve üniversite hastanelerinin akreditasyon belgesine sahip olması, teknolojik donanım ve kaliteli hizmet anlayışı bakımından ilerleme kaydetmiş olmasının dışında Türkiye kültürel zenginliği, iklimi ve coğrafi olarak Asya ve Avrupa’nın kesişme noktasında bulunması üstün yönlerini oluşturmaktadır. Türkiye’de özellikle kamu hastanelerinde sağlık personelinin yetersiz sayıda olması, yabancı dil bilen personelin sayıca az olması, yabancı hastalar için çevirmen yetersizliği, tanıtım faaliyetlerinin yetersiz kalması ve sağlık turizmdeki yasal boşluklar zayıf yönleri oluşturmaktadır.

Türkiye’de yaşlı turizmini canlandırmak amacıyla son yıllarla “yaşlı dostu şehirler” kampanyası oluşturulmuş ve bu kampanya en çok turizm işletmeleri tarafından desteklenmektedir. Türkiye’de “yaşlı dostu şehirler” kapsamında “Yaşlı Dostu Kent Amasya” örneği oluşturulmuştur (Aydemir, Kılıç 2017:8).

Türkiye’de yaşlı ve bakıma muhtaç insanlar için birçok potansiyel şehrimizin Türkiye’ye gelecek olan yabancılara bu konuda hizmet verebileceğini belirtebiliriz. Ilıman ve sıcak iklimsel özellikleriyle, Antalya ve tesisleşme açısından ciddi atılımlar yapması gereken Mersin soğuk iklimlerden gelen yaşlılara huzurevi, yaşlı bakımevi veya otelleri ile hizmet verebilecek kapasitede bulunmaktadır. Karadeniz yeşil tabiatı ile olduğu kadar astım ve bronşit gibi yaşlılıkta sık görülen hastalıkların tedavisinde yararlanılmak üzere mağara turizminde ön plana çıkmaktadır. Gümüşhane ilindeki Karaca mağarası, geriatri turizminde solunum yolları rahatsızlıklarındaki yönüyle ön plana çıkmaktadır. Bursa şehrimizde bulunan “Oylat” mağarasının özellikle Arap turistlerden ilgi gördüğü ve astım ve bronşit gibi hastalıklara iyi geldiği bilinmektedir. Bir diğer şehrimiz olan Giresun ise temiz

havası ve özellikle Şebinkarahisar Tamzara bölgesindeki tarihi yapısı ile hem dini hem geriatri turizmine kucak açmaktadır. Türkiye’de en iyi imkâna sahip şehirlerden biri olan İzmir, 300 günlük güneşi, zengin tarihi ve kültür dokusuna sahip illere yakınlığı, zeytinyağı ve sebze odaklı mutfağı ile yaşlılar tarafından tercih edilen bir ildir (Karakoç 2017:174).

Avrupa’da yaşlıların bakım maliyetleri çok yüksektir. Yaşlıların çoğu Almanya ve İskandinav ülkelerinden Türkiye’ye gelmektedir. Öncelikle ülkenin iklimik ve ılıman iklimi ile sağlık tedavilerinde, yaşlı bakım rehabilitasyon hizmetlerinin ve tedavilerinin ucuz bir fiyat ile yapılması her geçen gün daha da yaşlı Avrupalı üçüncü yaş turistini Türkiye’ye çekmektedir. Türkiye sağlık turizminde ve geriatri turizminde büyük bir potansiyele sahip sağlık sektörü her yıl %6 ila %12 arasında bir büyüme göstermektedir. Türkiye kardiyovasküler hastalıklar için 240 merkeze sahip yapısıyla ve yaşlı bakım merkezleriyle oluşabilecek acil sağlık sorunları ve bakımı için yeterli seviyede bir imkâna sahiptir (Karakoç 2017:168)

Türkiye’nin ilk Özürlüler Kanunu 5378 sayılı “Özürlüler Kanunu” olarak 7 Temmuz 2005 tarihinde yürürlüğe girmiştir. Özürlüler Kanunu ile engelli kişilerin yaşadıkları birtakım zorluklar ifade edilmiş ve sosyal yaşamda var olabilmeleri için gerekli tedbirler alınmıştır. Engelli bireylerin sosyal yaşamını kolaylaştıracak maddeler kanunda şu şekilde yer almıştır (Akt. Bulgan, Çarıkçı 2015:37):

“Kamu kurum ve kuruluşlarına ait resmi yapılar,yollar,kaldırımlar,yaya geçitleri,açık ve yeşil alanlar,spor alanları,ve benzeri sosyal ve kültürel alt yapı alanları ve umuma açık hizmet veren her türlü yapılara bu kanunun yürürlüğe girdiği tarihten itibaren sekiz yıl içinde engellilerin erişebilirliğine uygun duruma getirilme şartı konulmuştur.”

“Büyükşehir belediyeleri ve belediyeler, şehir içinde kendilerine sunulan ya da denetimlerinde olan toplu taşıma hizmetlerinin engellilerin erişebilirliğine uygun olması gereken tedbieleri almak, mevcut özel ve kamu toplu taşıma araçlarını, 2012 yılına kadar engelliler için erişebilir duruma getirmekle yükümlüdür. Ayrıca, yerel yönetimler ve valilikler, sorumlu oldukları alanları (yol, kaldırım, yaya geçitleri vb) engellilerin kullanımına uygun özelliklerde yapmak/yapırmak zorundadır.”

WHO'ya (Dünya sağlık örgütü) dünyanın %10'luk kısmını engelli bireyler oluşturmaktadır. Engelli bireylerin seyahate çıkarken yanlarında refakatçi bulundurmamak zorunda kalması engelli turizminin önemini arttırmaktadır. Türkiye'de engelli bireyleri aile ve yakınlarıyla birlikte düşünürsek turizm sektöründe 20 milyon civarında potansiyeli olduğunu söyleyebiliriz (Ünusan, Sezgin 2004:136).

2006 yılında Birleşmiş Milletler Genel Kurulu'nda kabul edilen, "Engellilerin Haklarına İlişkin Sözleşmesi" 2007 yılında Türkiye ile beraber 80 ülke tarafından imzalanmıştır. Engellilere yönelik kabul edilen bu sözleşmedeki amaç; engellilerin de sağlıklı bireyler gibi tüm hak ve özgürlüklerinden eşit şekilde faydalanmasını sağlamak ve engelli bireylere olan saygıyı kuvvetlendirmektir. Türkiye'nin de bu sözleşmeyi imzalaması engelli bireylerin sosyal yaşama daha fazla katılmaları ve kendilerine yönelik yapılması olası ayrımcılığın engellenmesi açısından çok önemli bir atılımdır. Bu sözleşmeyi imzalayan ülkelerdeki engelli bireyler yasal düzenlemelere uyulmaması durumunda Birleşmiş Milletlere hukuki olarak başvuruda bulunabilecektir (Bağcı 2017:35).

Türkiye'de engelli turizmi son yıllarda gündeme gelen bir konudur. Türkiye'de engelli bireylerin birtakım hakları olmasına rağmen uygulama konusunda başarısız olması ile toplumsal hayata yeterli ölçüde katılamamış bu bağlamda engelli bireylerin turizm aktivitelerine katılımı da istenilen seviyede olmamıştır. Gel gelelim son zamanlarda engelli bireylerin toplumsal yaşama katılımlarını artıracak çalışmaların bir sonucu olarak turizm sektöründe de bir takım gelişmeler yaşanmaktadır. Türkiye'de genelde Sakatlar Derneği ve bazı yerel yönetimler vasıtasıyla organize edilen çeşitli kamp ve gezi aktiviteleri bu turizm türünün canlandırılması yönünde olumlu girişimler olarak gösterilebilir (Zengin, Eryılmaz 2013:53).

2006 yılında TÜRSAB'a bağlı "Herkes İçin Engelsiz Turizm Komitesi" kurulmuştur. Bu komite, Türkiye'deki turizm potansiyelinin engelli bireylere sunduğu fırsatları, engelli turizmindeki sıkıntıları saptamak ve engelli turistlerin Türkiye'de "engelsiz seyahat" edebilmelerine olanak tanımak amacıyla oluşturulmuştur.

Herkes İçin Engelsiz Turizm Komitesi'nde Alternatif Yaşam Derneği gibi sivil toplum kuruluşları ve seyahat acenteleri hizmet vermektedir. Komite değişik türdeki turistik işletmelere engelsiz turizm bakış açısıyla ziyaretlerde bulunmakta ve bu ziyaretler sırasında gördüğü eksiklikleri değerlendirerek bunları bir öneri olarak işletmelere rapor olarak sunmaktadır (Eryılmaz, 2010:41).

Türkiye'de engelli bireylerin sosyal yaşama aktif katılımları sağlamak amacıyla çalışma yapan gönüllü kuruluşlar bulunmaktadır. Bu kuruluşların organize ettiği çeşitli gezilere katılım gösteren engelli bireyler gittikleri yerde turist olmanın bir gereği olarak konaklama ve turistik hizmetler talep etmektedir. Türkiye'de engelli bireyler için bu şekilde geziler organize eden gönüllü kuruluşlara en iyi örnek Alternatif Yaşam Derneği (AYDER)'dir. AYDER gönüllü kuruluşun engelliler için yapmış olduğu değişik çalışmalar ile Türkiye'de gerçekleştirmeye başlamıştır. Kâr amacı gütmeyen bu kuruluşun engellilere yönelik gezi, tatil, spor ve eğitim gibi faaliyet çalışmalarına 5 yılda 2500'den fazla engelli ve 600'den fazla yerli ve yabancı gönüllü katılmıştır (Bağcı 2017:35).

Türkiye'de; ulaşım, konaklama, tatil bölgeleri ve sosyal tesislerde engellilere yönelik düzenlemelerin yetersiz kalması ile engelli bireylerin turizme katılımı düşük olmuştur. Engelli bireyler için konaklama işletmelerine bakıldığında Türkiye'de sadece 1176 oda engelli bireylere ayrılmıştır (Çavdırılı 2015:117). En çok Antalya ilinde 605 engellilere özel oda bulunurken, Muğla'da 159, İstanbul'da ise 147 oda bulunmaktadır (Uygun 2018:23). Engelli bireyler için ayrılan odalar uzmanlar tarafından incelenmiş ve bu odaların engelli bireylerin kullanımına uygun düzeyde olmadığını açıklamıştır.

Engelli turizmi için Türkiye'nin çok ciddi alt yapı çalışmalarına ihtiyacı vardır. Son yıllarda engellilerin turizme katılma konusunun önem kazanması ve bunun için gerekli düzenlemelerin yapılmasına dikkat çekilmiş ve devlet kanalıyla düzenlemeler yapılmaya başlanmıştır. Örneğin, İzmir'e bağlı Çeşme ilçesinde yer alan Ilıca plajında yürüme engellilerin denize kadar inmesine yardımcı olacak bir iskele yapılmıştır. Bu şekilde tekerlekli iskele ile gelen engelli birey hem plaja inebilmekte hem de denize kadar tekerlekli sandalyesi ile ulaşabilmektedir (Çavdırılı 2015:117).

THY ile TÜRSAB'ın ortak yürüttüğü çalışmalar sonucu, engelli turizmini teşviğe yönelik THY ve Anadolu jet iç hat ve dış hat seferlerinde engelli yolculara indirimler sunmaya başlamıştır. Bu gibi iyileştirmeler, engelli vatandaşlarımızın hem de engelli sağlık turistlerinin daha kaliteli hizmet sunumu almalarını sağlayan uygulamalara iyi örneklerdir (Uygun 2018:23).

3.5. Türkiye'nin Sağlık Turizmindeki Payının SWOT Analizi İle Değerlendirilmesi

Ülkelerin sağlık turizmindeki payını analiz etmek için sağlık konusunda ülkedeki fırsatların, tehditlerin, güçlü ve zayıf yönlerin belirlenmesi gerekir. Türkiye'nin sağlık turizmindeki fırsat ve tehditleri, güçlü ve zayıf yönleri belirlendiğinde bu pazardan hak edilen payın alınması için neler yapılması gerektiğine yardımcı olunur.

Türkçe adı GZFT (Güçlü-Zayıf Yönler, Fırsat ve Tehditler) ya da İngilizce adı SWOT (Strengths, Weakness, Opportunities, Threats) analizi ile bu değerlendirmeyi yapmamız mümkündür (Yalçın 2006:56).

Güçlü Yönler

- ✓ Türkiye'nin sağlık turizmi sektöründe stratejik konumu (Asya ve Avrupa kıtalarını birbirine bağlar), iklim özelliği ve tarihi güzellikleri açısından avantajlı ülke konumunda olması,
- ✓ THY'nin hastalara fiyat avantajı sağlaması,
- ✓ Avrupa'daki hastalar ülke tercihinde Uzakdoğu ve Hindistan gibi uzak yerlere gitmek yerine mesafe olarak daha yakın olan Türkiye'yi tercih edebilirler (Karababa 2017:76),
- ✓ Türkiye'de genellikle özel hastane ve üniversite hastanelerinde teknik donanımın yeterli seviyede olması, kaliteli sağlık hizmeti, doktorların kalitesi ve yabancı dil bilen personelin olması gibi birçok sebeplerle Türkiye tercih edilebilecek ülke konumundadır,
- ✓ Türkiye'de tedavi masraflarının OECD ülkelerine göre uygun fiyatlarla yapılabilmesi önemli bir avantajdır (Gülmez 2012:68),

- ✓ Türkiye’de akredite olmuş hastane sayısının çokluğu Türkiye’yi cazip hale getirmiştir,
- ✓ Avrupa’da yaşayan Türk vatandaşlarının tedavi için Türkiye’yi tercih etmesi de önemli avantajlardandır (Edinsel, Adıgüzel 2014:184).

Zayıf Yönler

- ✓ Termal tesislerin olduğu yerde çevreye gereken önem verilmemesiyle kötü imaj ortamı yaratılması,
- ✓ Sağlık kuruluşları ve termal tesisler altyapı olarak turizm faaliyetleri için yetersiz kalması,
- ✓ Sağlık turizmine yönelik yatırımların istenilen seviyede olmaması,
- ✓ Reklam ve tanıtım çalışmalarının yetersiz kalması,
- ✓ Turistlerin güvenliği konusundaki yetersizlikler,
- ✓ Kamu hastanelerindeki yatak kapasitesinin ve yabancı dil bilen personelin yetersiz sayıda olması,
- ✓ Özellikle kamu hastanelerinin akreditasyon belgesi almak için çaba göstermemesi,
- ✓ Yurtdışındaki sigorta şirketleri ile olan uyumsuzluklar,
- ✓ Sağlık turizmi sektöründe gereken politikaların üretilmemesi,
- ✓ Pazarlama ağırlıklı stratejilerin yeterince geliştirilememesi,
- ✓ Bakanlıklar ve sektörler arasındaki uyumsuzluk (Özcan 2014:163).

Fırsatlar

- ✓ Uluslararası hastaların çeşitli sebeplerle sağlık hizmetlerini ulusal sınırların dışında alma isteğinin artması (küreselleşmenin etkisi),
- ✓ İnternet kullanımının yaygınlaşmasıyla tüm dünya ülkelerinin sağlık kuruluşları ve sağlık hizmetleri hakkında bilgi edinilmesinin kolaylaşması,
- ✓ Türkiye’nin küreselleşen dünyada etkisini her geçen gün arttırmasına bağlı olarak olumlu imajın oluşturulması,
- ✓ OECD ülkeleri gibi gelişmiş ülkelerde uzun bekleme süresinin Türkiye’ye göre uzun olması,

- ✓ Ekonomi Bakanlığı'nın sağlık hizmetleri konusunda birçok desteği sunması. Bu destekler; yurtdışında ofis açma, araştırma, reklam ve tanıtım desteği olarak sıralanabilir (Buldukoğlu 2014:67).

Tehditler

- ✓ Uluslararası arenada sağlık sektörünün önem kazanmasıyla bu sektördeki rekabetin ciddi şekilde artması,
- ✓ Özel sağlık kuruluşlarının önem kazanmasıyla alanında uzman birçok doktorun özel sektöre kayması,
- ✓ Küresel kriz dönemlerinde sağlık turizmi hareketlerinin olumsuz etkilenmesi,
- ✓ Türkiye'de uygulanan cerrahi operasyonlar sonrası oluşabilecek komplikasyonları hastaların kendi ülkelerinde gidermek zorunda kalması (Karakoç 2017:178),
- ✓ Sağlık hizmetlerinde belirli kriterlerin olmaması nedeniyle doğabilecek uygunsuz olayların yaratabileceği olumsuz itibar (Edinsel, Adıgüzel 2014:981).

SONUÇ

Sağlık turizmi, bireylerin sağlık hizmeti alabilmesi için yaşamını sürdürdüğü yerden başka bir yere seyahat etmesi olarak tanımlanabilir. Hastaların ikamette bulunduğu yerde sunulan tedavilerin pahalı olması, sağlık hizmeti almak için bekleme listesinin uzun olması, bazı hastalıkların sigorta kapsamında olmaması gibi sebeplerle kendilerine uygun gördükleri ülkelerden sağlık hizmeti almaktadır. Bu durum sağlık turizminin uluslararası boyutta olduğunu göstermektedir.

Sağlık turizmini Türkiye açısından ele alırsak bu sektörün son yıllarda önem kazanan bir faaliyet alanı içerisinde olduğunu görürüz. T.C. Sağlık Bakanlığı, sağlık turizmini önemli 3 alt dala ayırmıştır. Bunlar;

- ✓ Medikal (Tıbbi) Turizm
- ✓ Termal ve Spa/Wellness Turizmi
- ✓ Yaşlı ve Engelli

Medikal (tıbbi)turizm kavramı OECD ülkelerinin gündeminde yaklaşık 28 yıldır, Türkiye'nin gündeminde ise 2003 yılında uygulamaya konulan sağlıkta dönüşüm programı ile yaklaşık 16 yıldır yer alan yeni bir turizm faaliyeti olarak değerlendirilebiliriz. Medikal turizm, yeni bir kavram olmasına rağmen çeşitli sektörlerin ilgisini çekmiş ve hem Türkiye'ye hem de OECD ülkelerine ekonomik yönden yeni fırsatlar sunmuştur.

İnsanların tedavi amacıyla yaptıkları uluslararası seyahatleri kapsayan medikal turizm dünya genelinde büyük bir rağbet alanı oluşturarak turizm sektöründe önemli bir konuma gelmiştir. Medikal turizm hem ülkelere hem de hastalara ekonomik açıdan ciddi katkılar sağlar. Bunun farkına varan ülkeler medikal turizmde pay sahibi olabilmek için yarış içerisine girmiştir. Türkiye de bu yarış içerisinde yerini almış ve bu sektörde pay sahibi olabilmek için faaliyetlerde bulunmaya başlamıştır. Bu kapsamda Türkiye'nin alt yapı olanakları, ulaşım, insan gücü, ileri teknolojiye sahip tıbbi araç gereçleri gibi olanakları göz önüne alındığında, Türkiye'nin önümüzdeki yıllarda bu sektörde önemli bir yere sahip olacağı açıktır. Çalışmamızda yapılan SWOT analizi ile bu sektördeki zayıf yönlerimizi ve tehdit oluşturan unsurlarını tespit ederek ona göre hedefler belirlemek ve bu hedefleri

dünya standartlarına uygun bir şekilde yerine getirmekle medikal turizmin geliştirilmesi sağlanmalıdır.

Tedavi amacıyla uluslararası hastaların Türkiye'yi tercih etmesindeki en temel faktörün düşük tedavi masrafları olduğunu söyleyebiliriz. Özellikle OECD ülkelerinde tedavi ücretlerinin yüksek olması insanları alternatif çözüm yolları aramaya itmektedir. Türkiye'deki tedavi ücretleri OECD ülkelerine göre neredeyse yarı yarıya daha ucuzdur. Bu bakımdan uluslararası hastalar hem tedavilerini almakta hem de tatillerini yapmaktadır. Yabancı hastaların tedavi amacıyla Türkiye'yi tercih etmesindeki diğer önemli faktörler ise bazı sağlık hizmetlerinin ülkelerinde sigorta dışı olması ve tedavi için uzun bekleme listeleridir.

Türkiye'nin akredite olmuş hastaneleri, kaliteli hizmet anlayışı, tedavi bekleme süresinin kısa olması ve OECD ülkelerine göre sunmuş olduğu uygun fiyatlar gibi birçok fırsata sahip olması, medikal turizm alanında ön planda yer alan ülkelerle rekabet edebilecek bir potansiyele sahip olduğunu kanıtlar. Genel olarak değerlendirildiğinde Türkiye'nin sunmuş olduğu çeşitli imkânlar ile medikal turistleri kendine çekmesi OECD ülkeleri tarafından rakip ülke olarak görülmesine sebep olmuştur.

Türkiye medikal turizm alanında birçok avantaja sahipken bir o kadar da dezavantajlara sahiptir. Coğrafi konum olarak birçok ülkeye yakın olması, akredite olmuş hastaneler sektör için avantajken sağlık personelinin azlığı, devlet kurumlarının bu sektörde gerekli politikaları üretmemesi, mevcut yasaların yeterli olmaması ve yabancı dil bilgisine sahip yetersiz sağlık personeli ise dezavantajlarıdır.

Son yıllarda Türkiye'ye çeşitli ülkelerden gelen hastaların en çok göz tedavileri, tüp bebek, saç ekimi ve estetik operasyonlar için geldiği bilinmektedir. Bu tedavilerin haricinde kalp damar hastalıkları, kulak-burun-boğaz, açık kalp ameliyatı, diyaliz, deri hastalıkları, kanser tedavileri, diş, fizik tedavi, jinekoloji, beyin cerrahisi ve ortopedi gibi tedavilerde turist akışlarının olduğu görülür.

Tüm OECD ülkeleri ele alındığında Türkiye'nin medikal turizm alanında birçok ülkenin gerisinde kaldığı bilinmektedir. Medikal turizmden istediği payı alamayan Türkiye'nin, bu konuda en önemli kaynak ülkeleri, Almanya, Belçika,

Hollanda ve İsviçre gibi Türk nüfusunun yoğun olarak yaşadığı ülkelerdir. Bu ülkelerden Türkiye'ye hasta akışının yoğun olması nedeniyle ilgili ülkelerin sağlık kuruluşları ile Türkiye'deki bazı özel hastanelerin işbirliği içerisinde olduğu bilinmektedir. Medikal turizm kapsamında Türkiye'ye Rusya, Avrupa Ülkeleri, Orta Doğu ve Müslüman ülkelerinden de birçok hastanın geldiği gözlemlenmiştir.

Sağlık turizminin önemli türlerinden biri olan termal turizmin Türkiye açısından önemli bir potansiyele sahip olduğunu söyleyebiliriz. Türkiye'nin sağlık amacıyla termal kaynaklarını kullanması Hititler döneminden itibaren başlamıştır.

Türkiye zengin jeotermal kaynaklar üzerine kurulmuş bir ülke olarak termal kaynak açısından dünyanın sayılı ülkeleri arasındadır. Nitekim kaynak zenginliği açısından Avrupa'da birinci, dünyada ise yedinci sırada yer almaktadır. Termal kaynak açısından zengin olan Türkiye bu potansiyelini yeterince kullanmamaktadır.

Sağlık turizmi açısından Türkiye'nin termal kaynak potansiyelini yeteri kadar değerlendirememesinde birçok faktör mevcuttur. Bu faktörleri şu şekilde sıralayabiliriz;

- Termal kaynakların coğrafi olarak bazı bölgelerde yoğunlaşması,
- Termal kaynaklar üzerinde yeterince bilimsel araştırma yapılmaması ve yapılan bilimsel araştırmaların da değerlendirilmemesi,
- Termal tesislerin bakım ve temizliğine gereken önemim verilmemesi,
- Tesislerde teknolojiye dayalı hizmetlerin yetersizliği,
- Termal tesislerin altyapı eksiklikleri ve işletmelerde ortaya çıkan sorunlar,
- Tanıtım ve reklam çalışmalarının yeterince yapılmaması,
- Eğitimli sağlık personelinin yetersiz sayıda olması.

Küresel dünya üzerinde yaşlı ve bakıma muhtaç insanların sayısı her geçen gün artmaya başlamış ve buna paralel olarak gelişmiş birçok ülke için maddi bir yük oluşturmuştur. Hem Avrupa ülkelerinde hem de OECD ülkelerinde yaşlı bakımı maliyetleri çok yüksek olmasından dolayı daha uygun fiyata hizmet almak için Türkiye'ye uluslararası hastaların geldiği görülmektedir. Yaşlılarının çoğu

Türkiye'ye Almanya ve İskandinav (İsveç, Norveç, Danimarka) ülkelerinden gelmektedir.

Türkiye'nin sağlık turizmindeki payı genel olarak değerlendirildiğinde bu sektördeki potansiyelinin birçok OECD ülkesine göre yüksek olduğu görülmektedir. Ancak mevcut kaynakların yeteri kadar değerlendirilememesi, mevcut yasaların yetersizliği, sağlık personelinin azlığı, reklam ve pazarlama gibi önemli faktörlere gereken önemin verilmemesinden dolayı bu sektörde OECD ülkelerinden gerisinde kalmış ve hak ettiği payı alamamıştır.



KAYNAKÇA

- Acar Merve Demirbaş Dilek Gedik İklim ve İlter Kemal (2012). “*Alternatif Turizm Girişimi: Termal Tesis Yatırım Analizi ve Fizibilite Raporu Projesi Sonuç Raporu*”, Rekabet Araştırmalar Merkezi, Ankara.
- Adamson, Patrick (2008). “*Eski Mezopotamya’da Cerrahi*”, Çev: Gökhan Kağnıcı, Tarih Okulu, Sayı:1, 93-104.
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı (2016). “*Türkiye’de Yaşlı Bakım Hizmetlerinin Proaktif Yönü ve Mali Yükü Analizi Etüt Araştırması*”, Kasım.
- Ak İlknur ve Cirik Semra (2017). “*Mavi-Yeşil Algler (Siyanobakteriler) ve Termalizm*”, Ege Balıkçılık ve Su Bilimleri Dergisi 34(2): 227-233.
- Akar, Sevda (2014). “*Türkiye’de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*”, Yönetim ve Ekonomi Dergisi, C:21, S:1.
- Akar, Sevda (2014). *Türkiye’de Daha İyi Yaşam Endeksi: OECD Ülkeleri ile Karşılaştırma*, Journal of Life Economics, 1.
- Akarcılı, Sezer (2016). “*Tüm Yönleriyle Sağlık Turizmi: Azerbaycan Ülke Raporu*”, SATURK Yayınıdır
- Akat, Ömer (1997). “*Pazarlama Ağırlıklı Turizm İşletmeciliği*”, Ekin Kitabevi.
- Akbolat Mahmut ve Deniz Nebiye Gülçin (2017). “*Türkiye’de Medikal Turizmin Gelişimi ve Bazı Ülkelerle Karşılaştırılması*”, Uluslararası Global Turizm Araştırmaları Dergisi, Cilt:1 Sayı:2
- Akdoğan Habib ve Hiçyorulmaz Ela (2018). “*Sağlık Turizminin Turizm Faaliyetleri İçerisindeki Yeri ve Önemi*”, Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi Cilt: 4, Sayı: 2.
- Akbulut, Gülpınar (2010). “*Türkiye’de kaplıca turizmi ve sorunları*”, Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, (1), 35-54.

- Akdu, Serap (2009). “*Turizmi Kapsamında Medikal Turizm ve Türkiye’deki Uygulamalar Üzerine Bir Araştırma; İstanbul ve Ankara Örneği*”, Yüksek Lisans Tezi, G.Ü Ankara.
- Akdur, Recep (2008). “*Sağlık Harcamaları*”, *Bilim ve Ütopya Dergisi*, Cilt:14, Sayı:170.
- Aközer Mehmet Nuhurat Cenap ve Say Şebnem (2011). “*Türkiye’de Yaşlılık Dönemine İlişkin Beklentiler Araştırması*”, *Aile ve Toplum Yıl:12 Cilt:7 Sayı:27 Ekim-Kasım-Aralık*.
- Aksoy, Şahin (2010). “*Tıp Tarihi Ders Notları*”, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi. https://www.academia.edu/5605485/Tip_tarihi_gibiErişim: 07.12.2018.
- Aksu Ceren ve Aktuğ Emine (2011). “*Güney Ege Bölgesi Termal Turizm Araştırması*”, Güney Ege Kalkınma Ajansı.
- Aksu, Recep (2009). “*Ayaş (Ankara) Kaplıcalarının Termal Turizm Açısından Değerlendirilmesi*”, Yüksek Lisans Tezi, Afyonkarahisar.
- Aktepe, Cemalettin (2013). “*Sağlık Turizminde Yeni Fırsatlar ve Türkiye’de Yerleşik Sağlık İşletmelerinin Pazarlama Çabaları*”, *İşletme Araştırmaları Dergisi* 5/1 (2013), 170-188.
- Albayrak, Aslı (2013). “*Alternatif Turizm*”, Detay Yayıncılık, Ankara.
- Altın Ufuk Bektaş Gülfer Antep Zehre ve İrbani Aarzu (2012). “*Sağlık Turizmi ve Uluslararası Hastalar İçin Türkiye Pazarı*”, *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, 3 (3), 157-163.
- Annette Arellano, Ramirez (2007). “*Patients without borders: the emergence of medical tourism*”, *International Journal of Health Services* 2007; 37(1): 193-8.
- Artar Yıldız ve Karabacakoğlu Çağla (2003b). “*Türkiye’de Özürlüler Turizmi’nin Geliştirilmesine Yönelik Olarak Konaklama Tesislerindeki Altyapı Olanaklarının Araştırılması*”, Basılmamış Uzmanlık Tezi, Ankara.

- Aslanova, Kemale (2013). “Türkiye’de Sağlık Turizmi ve Sağlık Turizmi Hukuku”, Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi 2(3), ss.129-145.
- Avcıkurt Cevdet ve Çeken Hüseyin (1998). “*Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi ve Geliştirilmesi*”, Azim Basımevi, TUGEV, Yayın no: 47, İstanbul.
- Aydemir Burhan ve Kılıç Nazmiye (2017). “*Dünyada ve Türkiye’de Üçüncü Yaş Turizmi*”, Yüzüncü Yıl Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 1 (3).
- Bağcı, Ebru (2017). “*Engelli Bireylerin Turizme Katılma Motivasyonları ve Kısıtları*”, Akdeniz Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Antalya.
- BAKA (2011). “*Sağlık Turizmi Sektör Raporu*”, Şubat. <http://baka.org.tr/uploads/1303486601SAGLiK-KATALOG--TURKCE-.pdf> Erişim: 13.12.2018
- BAKA (2013). “*Sağlık Turizmi Sektör Raporu*”. <http://www.baka.org.tr/uploads/48947588121518SAGLiK-KATALOG-TURKCE-6MAYIS-3.pdf>Erişim:14.12.2018
- Bakırcı, Ramazan (2011). “Hollanda’da Görme Engellilere Verilmekte Olan Dijital Erişimli Bigi Sistemi ve Türkiye’de Durum”, ss.306-311.
- Barutçugil, İsmet (1984). “Turizm İşletmeciliği”, Uludağ Üniversitesi Basımevi.
- Baş, Merve (2012). “*Duygusal Emek-Müşteri Memnuniyeti İlişkisi: Engelli Turizm Pazarında Bir Araştırma*”, Muğla Sıtkı Koçman Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.
- Başa Apaydın, Banu (2009). “*Türk Hamam Kültürünün Spa & Wellness Mekânlarının Tasarımına Etkileri*”, Journal of World of Turks, No: 1
- Bayer, Muhsin Zekai (1992). “*Turizme Giriş*”, İstanbul İşletme Fakültesi Yayını No: 253.
- Baykan, Daniş (2012). “*Roma Dönemi Tedavi Mekanları*”, Trakya Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınları, I.Baskı, Edirne.
- Boz, Mustafa (2004). “*Turizmin Gelişmesinde Alternatif Turizm Pazarlamasının Önemi*”, Doktora Tezi, İstanbul.

- Bristow Robert Yang S ve Lu W.T (2011). “*Sustainable Medical Tourism in Costa Rica*”, Vol. 66 No.1/2 2011, pp. 107-117, Emerald Group Publishing Limited, ISSN 1660-5373.
- Buldukoğlu, Sinem (2014). “*Sağlık Turizminin Türkiye’deki Yeri ve nemi*”, Ufuk Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Bulgan, Gülay (2014). “*Engelli Turizmi: Antalya İlindeki Dört ve Beş Yıldızlı Otel İşletmelerinde Bir Araştırma*”, Süleyman Demirel Üniversitesi, Doktora Tezi.
- Bulgan Gülay ve arıkcı Hüseyin (2015). “*Engelli Turizmi: Antalya İlindeki Dört ve Beş Yıldızlı Otel İşletmelerinde Bir Araştırma*”, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt: 7, s.15-42.
- Burak, Yiğit (2018). “*Konaklama Tesislerinin Engelli Bireylere Uygunluk Açısından Değerlendirilmesi: Sivil Toplum Kuruluşlarındaki Engelli yelerin Bakış Açısı*”, S., Yüksek Lisans Tezi.
- Can Ali Bayraktaroğlu Hakan ve Atalı Hilmi (2014). “*Global Perspektifle Türkiye’de Medikal Turizm Yönetimi*”, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt:6, Sayı: 11, Aralık, s. 73-81.
- Cohen, Marc (2008). “*Spas, wellness and human evolution*”, Editör Cohen Marc ve BODEKER, Geard, Oxford, ss.3-25.
- akmak, Naci Münci (2008). “*Amerika Birleşik Devletleri’ndeki Engelli Tanımı Hakkında Bir İnceleme*” Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, Cilt: 57, Sayı:2, (51-62).
- avdırlı Zehra ve Miral Ceren (2015). “*Kültürün Turizmde şikâyet Davranışına Etkisi: Sağlık Turizminde Bir Uygulama*”, Dokuz Eylül Üniversitesi, Doktora Tezi, İzmir.
- Çevirme, Filiz (2008). “*Global ekonomik kriz sağlık turizminin önemini arttırıyor*”, Sağlık Turizmini Geliştirme Derneği Sağlık Turizmi Bülteni, 1 (6).

- Çiçek Recep ve Avderen Selçuk (2013). “Sağlık Turizmi Açısından İç Anadolu Bölgesi’ndeki Kaplıca ve Termal Tesislerin Mevcut Yapısının ve Potansiyelinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma”, KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi 15 (25): 25-35.
- Çoruh, Selahattin (1979). “Genel Turizm Bilgisi”, Güven Matbaası, Ankara.
- Dallen J.Timothy ve Gyan P.Nyaupane (2009). “Cultural Heritage and Tourism in the Developing World: A Regional Perspective”, New York: Routledge.
- Daştan İlken ve Çetinkaya Volkan (2015). “OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin Sağlık Sistemleri, Sağlık Harcamaları ve Sağlık Göstergeleri Karşılaştırması”, Sosyal Güvenlik Dergisi, Cilt: 5, Sayı: 1
- Demir, Didem (2013). “Türkiye’de Medikal Turizmi Etkileyen Faktörler Üzerine Bir Çalışma”, Toros Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Mersin.
- Demirer, Ebru (2010). “Türkiye’de Medikal Turizm ve Geliştirilmesi: Örnek Bir Araştırma”, Balıkesir Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir.
- Deniz, Mehmet (2016). *Termal Turizm Açısından Kayaağıl Termal Tesisleri*” (Uşak), Tarih Okulu Dergisi (TOD), Yıl 9, Sayı XXV, ss.311-349, Mart 2016.
- Dinçer, Elis (2018). “Bölgesel Kalkınmada Termal Turizm: Eskişehir İline Yönelik Bir İnceleme”, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir.
- Doğanay, Hayati (2001). “Türkiye Turizm Coğrafyası”, Çizgi Yayınevi, 3.Baskı, Konya.
- Doğaner, Suna (2001). “Türkiye Turizm Coğrafyası” (1.Baskı). İstanbul: Çantay Kitabevi, 2001.
- Edinsel Sercan ve Adıgüzel Orhan (2014). “Türkiye’nin Sağlık Turizmi Açısından Son Beş Yıldaki Dünya Ülkeleri İçindeki Konumu ve Gelişmeleri”, Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt 4, Sayı 2, ss. 167-190.

- Erdemir, Demirhan (1994). “*Tıp Tarihi ve Deontoloji Dersleri*”,Bursa: Uludağ Üniversitesi.
- Erdoğan Elmas ve Aklanoğlu Filiz (2008). “*Termal Turizm ve Afyon-Gazlıgöl Örneği*”, e-Journal of New World Sciences Academy, Volume: 3, Number: 1.
- Erdoğan, Mahmut (2018). “*Kamu Sağlık Politikalarında Yeni Bir Açılım Sağlık Turizmi: SDÜ Hastanelerinde Çalışan Hekimlerin Sağlık Turizmi Farkındalığı Üzerine Bir Çalışma*”, Süleyman Demirel Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Isparta.
- Erfurt-Cooper Patrica ve Cooper Malcolm (2009). “*Health and Wellness Tourism. SPAs and Hot Springs*”, Bristol, Buffalo, Toronto: Channel View Public.
- Ergen, Fatma Doğanay (2018). “*Türkiye’de Medikal Turizm Girişimciliği: İstanbul Örneği*”, Balıkesir Üniversitesi, Doktora Tezi, Balıkesir.
- Ersöz, Filiz (2008). “*Türkiye ile OECD Ülkelerinin Sağlık Düzeyleri ve Sağlık Harcamalarının Analizi*”, İstatikçiler Dergisi 2. 2008; 95-104.
- Eryılmaz, Burak (2010). “*Turizmde Engelli Pazarının Değerlendirilmesi ve Bodrum Örneği*”, Sakarya Üniversitesi Sosyal, Yüksek Lisans Tezi, Sakarya.
- EYH (2012). *Türkiye’de Yaşlıların Durumu ve Yaşlanma Ulusal Eylem Planı Uygulama Programı, Araştırma*. Ankara: EYHGM.
- Frost, Garry(2004). The Spa as a Model of an Optimal Healing Environment, “The Journal of Alternative and Complementary Medicine”, 10 (1): 85-92.
- Garrod Briand ve Alan Fyall (2001). Haritage tourism: A Qestion of Definition, *Annals of Tourism Research*, 1049-1052. Great Britain.
- Gibson, Heather (1998). “*Active Sport Tourism: Who Participates?*”, Leisure Studies, 17, (2-3), 46-170.
- Giray Filiz ve Çimen Gamze (2018). “*Sağlık Harcamalarının Düzeyini Belirleyen Faktörler: Türkiye ve OECD Ülkeleri Analizi*”, Sayıştay Dergisi Sayı:111

- Görkey, Şefik (1999). “*Asklepios Kültü ve Anadolu’dan Bazı Örnekler*”, III.Türk Tıp Tarihi Kongresi (20-23 Eylül 1993) Bildirileri, Türk Tarih Kurumu Basımevi, Ankara.
- Guerra, Luis Sánchez (2002/2003). “Tourism For All: Organising Trips For Physically Disabled Customers”, *MA European Tourism Management 2002 / 2003*, Bournemouth University -United Kingdom Höğskolan Dalarna - Sweden Hogeschool Voor Toerisme En Verkeer-Netherlands Universite De Savoie-France Universidad Rey Juan Carlos-Spain Fachhoschule Heilbronn-Germany
- Gülen Kemal Güven ve Demirci Selma (2011). “*Türkiye’de Sağlık Turizmi Sektörü*”, İstanbul Ticaret Odası Yayınları, Yayın No: 2011-39, İstanbul.
- Güler Çağatay (1990). “*Turist Sağlığı ve Hekimliği*”, Ankara.
- Gülmez Züleyha (2012). “*Türkiye’de ve Dünyada Sağlık Turizmi ve Çeşitleri: Sağlık Turizminin Ülkemizdeki Mevcut Durumu ve Bazı Ülkelerle Kıyaslanması*”, İstanbul Üniversitesi , Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Gümüş Fadime ve Büyük Özge (2008). “*Sağlık Turizminde Yeni Açılımlar: Tıp Turizmi*”, III.Balıkesir Ulusal Turizm Kongresi (17-19 Nisan, ss.433-437), Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.
- Gümüş Sefer ve Polat Nebahat (2012). “*Sağlık Turizminde Pazarlama Değişkenlerine Bir Bakış ve İstanbul Örneği*”, 1.bs. Hiperlink Yayınları, İstanbul.
- Günlü Ebru ve Şahin Nilüfer (2007). “*Turizmde Ürün Geliştirme ve Alternatif Turizm, Genel Turizm İlkeler ve Uygulamalar*”, Turhan Kitabevi, Ankara, ss.141-165.
- Han ve Hyun (2015). “*Customer retention in the medical tourism industry: Impact of quality, satisfaction, trust and price reasonableness*”, *Tourism Management*, 46, ss.20-29
- Holloway, Christoper (1988). “*The Business Of Tourism*”, 4.Ed, London: Longman Group Ltd, Essex.

- Huh Chang ve Singh A. Jonathan (2017). “Families Travelling With A Disabled Member: Analysing the Potential of an Emerging Niche Market Segment”, *Tourism and Hospitality Research*, Vol.7, No.314, s.212-229.
- Işık, Murat (2018). *A'dan Z'ye Sağlık Turizm Yönetişimi: Sağlık Turizmine Bütünleşik Bir Yaklaşım Hastane, Acente, Girişimci, Teşvikler ve Pazarlama*, Onemedit Medical in Türkiye. https://books.google.com.tr/books?id=IvIJDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=tr&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false Erişim:13.12.2018.
- İlban Mehmet Oğuzhan Köroğlu Ahmet ve Bozok Düriye (2008). “*Termal Turizm Amaçlı Seyahat Eden Turistlerde Destinasyon İmajı: Gönen Örneği*”, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 13.105-129.
- İlker, Gamze (2012). “*Türkiye’de Termal Turizme Yönelik Hizmet Veren Konaklama İşletmelerinde Pazarlama Karması Elemanları: Örnek Bir Alan Araştırması*”, Selçuk Üniversitesi, Doktora Tezi.
- Jallad, Ahmad (2000). “*Environment and Curative Tourism (in Arabic, translated by the author)*”, Alam Al Kutub, Ist edition Cairo, Egypy.
- Jones Christopher ve Keith Louis (2006). Medical tourism and reproductive outsourcing: the dawning of a new paradism for healthcare. *International Journal of Ferility and Women’s Medicine*, 51 (6), 251-261.
- Kahraman Sebahattin ve Usta Kağan (2006). “İnanç Turizmi Açısından İznik ve Bir Uygulama Çalışması”, 3.Balıkesir Ulusal Turizm Kongresi, ss.473-489.
- Karababa, Asiye Gölbeğ (2017). “*Türkiye’de Sağlık Turizmi: Ülkeler Arası Bir Karşılaştırma*”, Hasan Kalyoncu Üniversitesi , Yüksek Lisans Tezi, Gaziantep.
- Karacaoğlu, Sıla (2012). “*Bedensel Engellilerin Konaklama İşletmelerinden Beklentilerini Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma: Eskişehir Örneği*”, Yüksek Lisans Tezi, Anadolu Üniversitesi.

- Karakoç, Semih (2017). “*Küresel Dünyada Sağlık Turizminin Önemi ve Türkiye’nin Durumu*”, Nuh Naci Yazgan Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.
- Karan, Ulaş (2009). *Avrupa Birliği Ülkelerinde Ayrımcılık Yasağı ve Eşitlik Kurumları*, Mattek Ankara, Matbaacılık Basım Yayın.
- Kasa, Özlem (2013) .“*Spa ve Wellness Otelleri*”, http://www.turizmyatirimdergisi.com.tr/images/dergi/ek/ek_spa--wellness-otelleri-15ek1.pdf
- Kaşlı Mehmet Tokmak Cüneyt Arslaner Ebru Demirci Barış ve Yılmazdoğan Can (2012). “Bursa, Eskişehir, Bilecik’te Termal Turizm Sektör Raporu”, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi.
- Kayın, Önder (2002). “*Termalizm ve Türkiye, Ege Bölgesi ve İzmir’in Termal Turizmdeki Şansı*, Türkiye Turizmi Araştırma Enstitüsü, 3. Ulusal Türkiye Turizmi Sempozyumu, Kasım: 1-17, İzmir.
- Kaymaz, Menşüre .Kübra (2010). “*Günümüzde Spa Kavramı& Otellerde Yer Alan Spa Merkezlerinin İç Mekân Tasarım Analizleri*”, Selçuk Üniversitesi, Yüksek Lisan Tezi, Konya.
- Khafızova, Liliya (2011) .“*Medikal Turizmin Gelişmesinde Seyahat İşletmelerinin Önemi ve Türkiye’deki Durum*”, İstanbul Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Kızılırmak İsmail ve Kurtuldu Hüseyin (2005). “*Kültürel turizmin Önemi ve Tüketici Tercihlerinin Belirlenmesine Yönelik Bir Çalışma*”, Gazi Üniversitesi, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, S.1, Ankara.
- Kiremit, Ayşe Şebnem (2008). “*Turizm Gelişiminde Bir Alternatif Olarak Medikal Turizm: Bir Sağlık Kuruluşundan Araştırma*”, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Kişi Şule Sevinç (1995). “*Çeşme Ilıcaları*”, Uluslararası Çeşme Tarih ve Kültürü Sempozyumu, İzmir.

- Kitapçı, Okan Cem (2014). “*Türkiye’de Medikal Turizm İçin Model Önerisi*”, Marmara Üniversitesi, Doktora Tezi.
- Kotan, Nurullah (2018). “*Destinasyon Pazarlaması ve Alternatif Turistik Ürün Olarak Termal Turizmi: Erzurum İli Örneği*”, Erciyes Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Kayseri.
- Kozak Nazmi Kozak Meryem ve Kozak Metin (2015). “*Genel Turizm, İlkeler, Kavramlar*”, Detay Yayıncılık, Ankara.
- Kozak, Nazmi(2012). “*Genel Turizm Bilgisi*”, T.C Anadolu Üniversitesi Yayını No:2472, Eskişehir.
- Kördeve, Mustafa Kemal (2016). “*Sağlık Turizmine Genel Bakış ve Türkiye’nin Sağlık Turizmindeki Yeri*”, Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi 2(1), 51-61.
- Köroğlu, Özlem (2015). *Turizmin Çeşitli Kriterlere Göre Sınıflandırılması*”, Genel Turizm, Grafiker Yayınları, Ankara.
- Küçükaslan Nazife (2007). “*Özel İlgi Turizmi*”, Ekin Yayınevi, Bursa.
- Kültür ve Turizm Bakanlığı (b), www.kultur.gov.tr
- Mak Athena Wong Kevin K.F ve Chang Richard C.Y (2009). Health or Self-indulgence? The Motivations and Characteristics of Spa-goers, “*International Journal of Tourism Research*”, (11): 185-199.
- Malloy S.Elizabeth Wiolborn (2001). “*Something Borrowed, Something Blue: Why Disability Law Claims Are Different*”, Connecticut Law Review, Cilt 33, Sayı 603, (603-666).
- Mendelson Daniel ve Schwartz William (1993). *The Effects of Aging and Population Growth on Health Care Costs*”, Health Affairs, 12 (1): 119-125.
- Menekay, Serra(2009). “*Ölümün Girmesinin Yasak Olduğu, Vasiyetnamelerin Hiç Açılmadığı Şehir Asklepion-Bergama*”, Dirim Tıp Gazetesi.
- Metin, Ayhan (2012). Bakım ve Rehabilitasyon Turizmine Genel Bakış. *I. Uluslararası Katılımlı Yaşlı Bakım Modelleri ve Rehabilitasyon Turizmi*

Kongresi ve III. Geriatrik Fizyoterapi Kongresi Bildirileri İçinde. İzmir: Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Geriatri Fizyoterapistleri Derneği.

Moloğlu, Vedat (2015). “*Yükselen Bir Değer Olan Medikal Turizmin; Türkiye Ekonomisine Katkısı*”, International Conference on Eurasian Economies, Eylül, Kazan, Tataristan.

Mueller Hansruedi ve Kaufmann Eveline Lanz (2001). Wellness tourism: Market analysis of a special health tourism segment and implications for the hotel industry.

Mullen Penelope ve Spurgeon Peter (2000). Priority Setting and the Public, Oxon: Radcliffe Medical Press.

Mülayim Ali ve Özşahin Burak (2010). “*Bedensel Engellilerin Konaklama Sorunları ve Çözüm Önerileri Üzerine Bir İnceleme*”, ÖZ-VERİ Dergisi, Cilt:7, Sayı:2

Nahrstedt, Wolfgang (2010). “*Wellnesswelten*”, Lebensart, Köln

Olalı, Hasan (1990). “*Turizm Politikası ve Planlaması*”, İstanbul Üniversitesi, İşletme Fakültesi Yay., No:228, İstanbul.

Öberg, Stefan (2003). “*Examining Reconstructive Surgery by Telemedicine*”, Free Movement and Cross-Border Cooperation in Europe: The Role of Hospitals & Practical Experiences in Hospitals, Luxembourg: Entente des Hospitaux Luxembourgeois.

Öğüt Kaan Serkan Serkan ve Yurtseven Çağlar (2018). “*Kazakistan-Türkiye Sağlık Turizmi: Sağlık Sektörlerine Bakış ve Potansiyeller*”, Business and Economics Research Journal, Volume 9 Number 1, pp.57-74.

Öner, Çiğdem (1997). “*Seyahat Ticareti*” (1.basım), İstanbul, Literatür Yayınları.

Ören Kenan ve Yüksel Hasan (2012). “*Geçmişten Günümüze Çalışma Hayatı*”, HAK-İŞ Uluslararası Emek ve Toplum Dergisi, C.1, S.1, Ankara.

Özbek Dilek ve Özbek Toros (2008). “*Jeotermal Kaynakların Sağlık ve Termal Turizme Entegrasyonu*”, Haber Bülteni, 2008.

- Özbek, Toros (1991). “*Dünyada ve Türkiye’de Termal Turizmin Önemi*,” *Anatolia: Turizm ve Kültür-Sanat Dergisi Termal Turizm Özel Sayısı*, 2 (17-18), Mayıs-Haziran, 15-29.
- Özbek, Toros (2015). ‘*Jeotermal Kaynakların Sağlık ve Termal Turizmde Etkin Kullanımı*’, *Termal Turizm*, Nobel Yayınları, Ankara, ss.27-37.
- Özcan, Zişan Korkmaz (2014). “*Yeni Kamu Yönetimi Çerçevesinde Türkiye’de Sağlık Turizminin Yapısal Değerlendirilmesi: Antalya Örneği*”, SDÜ, Doktora Tezi.
- Özdemir, Mehmet (1992). “*Turizmin Türkiye’nin Sosyo-Ekonomik Yapısına Etkileri*”, Ankara.
- Özdemir, Saide Nur (2017). “*Termal Turizmde Ev Pansiyonculuğu Eğilimi: Kızılcahamam Örneği*”, Selçuk Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.
- Özer, Nurten (1991). “*Kaplıca Hekimliğinin Çağdaş Gelişimi*”, *Anatolia Dergisi Termal Turizm Özel Sayısı*, 17-18 (Mayıs-Haziran), s.35-39.
- Özer Özlem ve Songur Cuma (2012). “*Türkiye’nin Dünya Sağlık Turizmindeki Yeri ve Ekonomik Boyutu*”, Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 7, s.69-81.
- Özgül, Ayhan (2014). “*Türkiye’de Sağlık Politikaları Üzerine Bir Değerlendirme*”, Yüksek Lisans Tezi, SDÜ.
- Özsarı Salih Haluk ve Karatana Özlem (2013). “*Sağlık Turizmi Açısından Türkiye’nin Durumu*”, *J Kartal TR*, 24 (2).
- Peden, Alexander (2001). “*The graffiti of pharaonic Egypt: scope and roles of informal writings (c.3100-332 B.C.)*”, Boston:Brill.
- Pınar, İge (1991). “*Turizmde Kaplıcaların Yeri ve Önemi*”, *Turizm Dünyası Dergisi*, No:27, Aralık.
- Puontila, Helena (2003). *Cross-Border Cooperation Between Finnish Ylitornio and Sweedish Övertornea.Free Movement and Cross-Border Cooperation in*

Europe: The Role of Hospitals&Practical Experiences in Hospitals.
Luxembourg: Entente des Hospitaux Luxembourgeois.

Rančić Milica Raljić Jovanka ve Pavić Lazar (2013). Spa-Wellness Center as Part of the Hotel Facility. *Turizam*, 17 (2):45-59.

Reisman, David (2010). “*Health Tourism*”, Social Welfare Through International Trade, USA.

Rulle, Monika (2008). “*Der Gesundheitstourismus in Europa-Entwicklungs-tendenzen und Diversifikationsstrategien*”, Auflage. München: Profil Verlag GmbH.

Sav, Duygu (2016). “*Müşteri Beklentileri ve Memnuniyetinin Stratejik Planlama Açısından Değerlendirilmesi: Afyonkarahisar İlindeki Termal Turizm İşletmeleri Üzerinde Bir Araştırma*”, İstanbul Ticaret Üniversitesi, Doktora Tezi,

Sayın Kudret,Şevket Yeğinboy Emine Yasemin ve Yüksel İbrahim (2017). “*Türkiye’de Medikal Turizm Uygulamaları: Bir Üniversite ve İzmir Sağlık Serbest Bölgesi Değerlendirilmesi*”, Dokuz Eylül Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt:32, Sayı:2, Yıl:2017, ss.289-313.

Scharnhorst, Julia (2006). “*Berufsfeld Wellness. Eine Übersicht über die aktuellen Entwicklungen am Wellness-Arbeitsmarkt*”, *integra* 04/2006, 20-21.

Selvi, Murat Selim (2011). “*Sağlık Turizmi, Turistik Ürün Çeşitlendirmesi*”, Nobel Yayıncılık, Ankara.

Seyhan Barış ve Evcim Seçkin (2012). “*Antik Çağ’da Anadolu’da Turizm*”, II. Disiplinlerarası Turizm Araştırmaları Kongresi, 12-15 Nisan 2012, s.219-234, Antalya.

Sezer İbrahim ve Kılıç Murat (2015). “*Yayla Turizmi ve Rekreasyon Amacıyla Yaylalara Gelen Ziyaretçilerin Bakış Açılarının Değerlendirilmesi: Kulakkaya Yaylası Örneği*”, Uluslararası Sosyal ve Ekonomik Bilimler Dergisi 5 (2): 8-16, 2015

- Sezgin, Mustafa (1995). “*Genel Turizm (Turistik Kavramlar-Ekonomi-Pazarlama-Turizm Mevzuu*”, Ankara.
- Shaw Gareth ve Coles Tim (2004).“*Disability, Holiday Making and the Tourism Industry in the UK: A Preliminary Survey*”, Tourism Management, Cilt 25, Sayı 3.
- Soyak, Alkan (2007).“*Ulusal Yenilik Sistemi ve Kurumsal Arayışlar, Bilim ve Ütopya*”, Sayı:154.
- Soysal, Abdullah (2017).“*Sağlık Turizmi: Tehdit ve Fırsatlar Bağlamında Türkiye Açısından Bir Durum Değerlendirmesi*”, Çatalhöyük Uluslararası Turizm ve Sosyal Araştırmalar Dergisi, Sayı:2, Sayfa:169-187.
- Spazzapan Bernardo ve Gatnik Vojko (2003). “*The Cross-Border Cooperation Between Italy and Slovenia in the Gorizia – Nova Gorica Region*”, FreeMovement and Cross-Border Cooperation inEurope: The Role of Hospitals & PracticalExperiences in Hospitals, Luxembourg: Entente desHospitaux Luxembourgeois.
- Sülkü, Seher Nur (2017). “*Sağlık Turizminde Türkiye’nin Dünyadaki Yeri ve Potansiyeli*”, Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi s.99-113.
- Şahin, Hasan (2015). “*Yaşlılık Algısı ve Yaşlılara Sunulan Kurumsal Hizmetler Farkındalığı Üzerine Bir İnceleme: Erzurum İli Örneğinde*”, Atatürk Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Erzurum.
- Şahin, Fevzi (2007). “*Sağlık Turizmi Açısından Erzin İçmeleri ve Çevresel Etkileri*”, Çeşme Ulusal Turizm Sempozyumu Bildiriler Kitabı (21-23 Kasım), İzmir.
- Şenol, Fazlı (2016). “*Türkiye Turizm Coğrafyası ve Dünya Kültürel Mirası*”, Detay Yayıncılık, Ankara.
- Şenol Fazlı Oktay Kutay ve Özmen Meliha (2016). “*Engelli Turistlere Yönelik Otel Uygulamaları: Antalya Yöresi Örneği*”, Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Sayı:13.

- Şimşek, Mehmet (2003). “*Şifalı Sulara Yolculuk-Kaplıcalar-İçmeler*”, 2.Basım, İstanbul: İnkılap Kitabevi.
- Şen Ali ve Bingöl Nergis (2018) Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Örneği. *AKADEMİK YAKLAŞIMLAR DERGİSİ* Cilt:9 Sayı:1
- Taş, Demet (2014). “*Türkiye’den Medikal Turizm Kapsamında Hizmet Alan Hastaların Memnuniyetlerinin Belirlenmesi: Ankara İli Örneği*”, Atılım Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- T.C. Milli Eğitim Bakanlığı (2018). “*Konaklama ve Seyahat HİZMETLERİ; Turizm Hareketleri*”,Ankara http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller/Turizm%20Hareketleri.pdf
- T.C. Sağlık Bakanlığı (2018). <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/10944,02pdf.pdf?0> “*Sağlık Turizmi Nedir?*”Erişim: 02.12.2018
- Tellioglu Salih ve Şimşek Necati (2016). “*Dünyada ve Türkiye’de Engelli Dostu Turizm*”, Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi, Yıl:4, Sayı:33, s.552-567.
- Tengilimoğlu, Dilaver (2005). “*Sağlık Turizmi: Tedavi Amaçlı Turizm ve Termal Turizmde Sorunlar ve Çözüm Önerileri*”, Hastane Dergisi, Sayı 34, Mayıs-Haziran.
- Tengilimoğlu, Dilaver (2013). “*Sağlık Turizmi*”, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Tengilimoğlu Dilaver ve Karakoç Gülçin (2013). “*Termal Turizm ve Spa Turizmi*”, Editör: Dilaver Tengilimoğlu, *Sağlık Turizmi*, Siyasal Kitabevi, Ankara, ss. 71-97.
- Tezcan, Keramettin ve Diğerleri (2007). “*Türk Turizm Sektörü ve Vergi Uygulamaları*”, 1.Basım, Nobel kitabevi, İstanbul.
- Topuz, Nuray (2012). “*Türkiye Sağlık (medikal) Turizmi Stratejisi 2023*”, T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü, Uzmanlık Tezi, Ankara.

Tunçsiper Bedriye ve Bezirgân Muammer ((2-3), 9-113.). “*Termal Turizmin Ekonomik Etkilerinin Algılanması, Emet İlçesinde Bir Araştırma*”, Gümüşhane Üniversitesi Sosyal Bilimler Elektronik Dergisi, Say:2

Tutar Erdinç ve Tutar Filiz (2004). “*Turizm, Ekonomi, Türkiye ve OECD*”, Seçkin Yayıncılık, Ankara.

Türkiye Medikal Turizm Raporu (2013). <http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/535,turkiye-medikal-turizm-degerlendirme-raporu-2013pdf.pdf> Erişim: 18.01.2019

Türksoy Adnan ve Türksoy Selcen Seda (2010). “*Termal Turizmin Geliştirilmesi Kapsamında Çeşme İlçesi Termal Kaynaklarının Değerlendirilmesi*”, Ege Akademik Bakış, 10(1) 2010: 699-725.

TÜSİAD (2009). “*Türkiye İçin Yeni Bir Fırsat Penceresi: Tıp Turizmi*”, Görüş Belgesi.

Tütüncü Özkan ve Ergüven Mehmet Han (2013). “*Termal ve Spa Hizmetleri*”, Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2904, Ankara.

Tütüncü Özkan Kiremitçi İpek ve Çalışkan Uğur (2011). “*Sağlık Turizmi, Güvenlik ve Kalite*”, Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi, 22 (1): 91-93.

Tüylüoğlu Şevket ve Tekin Mustafa (2009). “*Gelir Düzeyi ve Sağlık Harcamalarının Beklenen Yaşama Süresi ve Bebek Ölüm Oranı Üzerindeki Etkileri*”, Ç.Ü İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, C:15, S:2.

Ulusoy, Ayşe (2018). “*Medikal Turizm ve Antalya’daki Uygulamalar Üzerine Bir Araştırma: Akdeniz Üniversitesi Hastane Örneği*”, Akdeniz Üniversitesi, Antalya.

Uygun, Meltem (2018). “*Türkiye’de Sağlık Turizmi Alanında Paydaş Analizi: Ankara’da Sosyal Ağ Analizi Yaklaşımı Uygulaması*”, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Doktora Tezi.

Ülker, İsmet (1988). “*Türkiye’de Sağlık Turizmi ve Kaplıca Planlaması*”, Kültür ve Turizm Bakanlığı Yayınları, Ankara.

- Ünal Aydın ve Demirel Göksu (2011). “Sağlık Turizmi İşletmelerinden Yararlanan Müşterilerin Beklentilerinin Belirlenmesine Yönelik Bolu İlinde Bir Araştırma”, *Electronic Journal of Vocational Colleges*, Aralık, ss. 106-115.
- Ünüsan Çağaay ve Sezgin Mete (2004). “*Turizm Pazarlaması*”, Atlas Kitabevi, Konya.
- Varol, Bekir (2012). “*Nevşehir Termal Turizm Raporu*”, Ahiler Kalkınma Ajansı, Nevşehir.
- Wright, Donald (2007). “*Religious Tourism, Leisure Group Travel Special Edition*”, February, pp:34-35
- Yağcı, Özcan (2003). “*Turizm Ekonomisi*”, Detay Yayıncılık, Ankara.
- Yalçın, Bilal (2013). “*Antalya İli Sağlık Turizmi Potansiyeli Araştırması*”, Akdeniz Üniversitesi, Doktora Tezi, Antalya.
- Yalçın, Pınar (2006). “*Türkiye’de Sağlık Turizminde Alt Yapı Oluşturulma Gereği Ve Sağlık Kurumlarına Yönelik Bir Araştırma*”, Gazi Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.
- Yardan Dikmetaş Elif Dikmetaş Hacer Us Nurcan Coşkun ve Yabana Birgül (2014). “*Türkiye ve Dünya’da Sağlık Turizmi*”, *Sağ.Perf.Kal.Derg.*, 2014;(8):27-42.
- Yau Mathew Kwai Bob Mc Kercher ve Tanya Packer (2004). “*Travelling With a Disability More Than an Access Issue*”, *Annals of Tourism Research*, Vol.31, No.4, s.946-960.
- Yavuz, Mehmet Cihan (2010). “*Sağlık Turizminde Destinasyon Yönetimi: Adana Modeli*”, Mehmet Kemal Dedeman Araştırma ve Geliştirme Proje Yarışması.
- Yeşil, Serdar (2018). “*Kamu ve Özel Hastanelerin Medikal Turizm Hizmetlerinin Değerlendirilmesi*”, Trakya Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi.
- Yıldırım, Süreyya (1997) “*Üçüncü Yaş Turizmi ve Bunun Türkiye Açısından Değerlendirilmesi*”, *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, (1-2), 77-81.

- Yıldızbakan Abdülkadir ve Keleş Hakan (2012). “*Yaban Keçisi (Capra aegagrus Erxleben 1777) Avının Mersin İli Turizm ve Ekonomisine Katkısı*”, KSÜ Doğa Bil. Der., Özel Sayı.
- Yırık, Şevket (2014). “*Sağlık Turizmi Üzerine Antalya Destinasyonunda Bir Araştırma*”, Doktora Tezi, Akdeniz Üniversitesi.
- York, Diane (2008). “*Medical Tourism: The Trend Toward Outsourcing Medical Procedures to Foreign Countries*”, Journal of Continuing Education in The Health Professions, 28 (2), ss. 99-102.
- Zengin Burhanettin ve Eker Muray (2016): “*Sakarya İli Termal Turizm Potansiyelinin Değerlendirilmesi*” Kastamonu Üniversitesi İktisada Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, Cilt:13, Sayı:3

ÖZ GEÇMİŞ

KİŞİSEL BİLGİLER

Adı Soyadı : Onur AKDAŞ
Uyruğu : T.C.
Doğum Tarihi ve Yeri : 09/08/1988-Sivas
e-posta : onurakdas58@gmail.com

EĞİTİM

Derece	Kurum	Mezuniyet Yılı
Lisans	İstanbul Üniversitesi	2011
Yüksek Lisans	Sivas Cumhuriyet Üniversitesi	Devam Ediyor

İŞ TECRÜBESİ

Tarih	Kurum	Görev
2006-	Sivas Numune Hastanesi	Radyoloji

YABANCI DİL BİLGİSİ

Yabancı Dilin Adı