

MAKÜ

BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ

T.C.

BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

TURİZM İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI

ÇOK KRİTERLİ KARAR VERME YÖNTEMLERİ İLE TÜRKİYE'NİN
SAĞLIK TURİZMİ PERFORMANSININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Gonca KAYA

YÜKSEK LİSANS

DANIŞMAN

Doç. Dr. Özlem Nilüfer KARATAŞ ARACI

BURDUR – 2024

T.C.
BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TURİZM İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI

**ÇOK KRİTERLİ KARAR VERME YÖNTEMERİ İLE TÜRKİYE’NİN SAĞLIK
TURİZMİ PERFORMANSININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

Gonca KAYA
YÜKSEK LİSANS

DANIŞMAN

Doç. Dr. Özlem Nilüfer KARATAŞ ARACI

Üye: Prof. Dr. Meltem KARAATLI

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Nurdan ORAL KARA

BURDUR – 2024

T.C.
BURDUR MEHMET AKİF ERSOY ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ETİK BEYAN

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliği'ne göre hazırlamış olduğum “**Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri İle Türkiye'nin Sağlık Turizmi Performansının Değerlendirilmesi**” adlı tezin hazırlanması sürecinde akademik ve etik kuralları ihlal etmediğimi, tezimin özgün olduğunu, başvurduğum kaynakları metin içinde, dipnotlarda ve kaynakçada eksiksiz ve bilimsel kurallara uygun olarak gösterdiğimi taahhüt ederim.

Adı Soyadı

Gonca KAYA

Tarih ve İmza

TEŞEKKÜR

Yüksek Lisans eğitiminin boyunca, ilk günden itibaren adım adım beni bu sürecin sonuna hazırlayan; kıymetli danışmanım Doç. Dr. Özlem Nilüfer KARATAŞ ARACI' ya ve lisansüstü eğitiminin boyunca desteğini esirgemeyen, süreci benim için kolaylaştıran hayat arkadaşım; eşim Ömer KAYA' ya sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca çalışmamın son haline gelmesin de yardımcı olan değerli hocam Prof. Dr. Meltem KARAATLI ve teze katkılarından dolayı Dr. Öğr. Üyesi Nurdan ORAL KARA hocama teşekkürü bir borç bilirim.

Burdur, 2024



(Kaya, Gonca, Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri İle Türkiye'nin Sağlık Turizmi Performansının Değerlendirilmesi, Yüksek Lisans Tezi, Burdur, 2024)

ÖZET

Turizm, dinlenme, eğlenme ve farklı yerler görme amacıyla gerçekleştirilen gezileri ve yer değiştirmeleri ifade etmektedir. Birçok farklı türü mevcuttur. Literatürde farklı sınıflandırmalar olsa da genellikle yapısal açıdan on farklı turizm çeşidinden bahsetmek mümkündür. Bunlar; Kış, yayla, mağara, av, kongre, golf, yat, inanç, akarsu ve sağlık turizmidir. Türkiye turizm destinasyonlarına ilgi açısından dünyada ilk 5 ülke arasında yer almaktadır. Turizm çeşitleri açısından ilgi değerlendirildiğinde ise son 20 yılda sağlık turizminin giderek artan bir öneme sahip olduğu görülmektedir. Sağlık turizmi; *“sağlığı koruma, iyileşme amaçlarıyla belirli bir süre için (genellikle 21 gün) yer değiştiren insanların doğal kaynaklara dayalı turistik bir tesise giderek kür uygulaması, konaklama, beslenme ve eğlence gereksinimlerini karşılaması sonucu doğan tüm hareketlerdir”* şeklinde tanımlanabilmektedir. Tanımdan da anlaşılacağı üzere insanlar sağlık turizmi faaliyetini gerçekleştirirken yalnızca tedavi olmamakta bununla beraber diğer turizm faaliyetlerini de yerine getirmektedirler. Bu durum göz önüne alındığında sağlık turizminin diğer turizm çeşitlerine göre katma değerinin oldukça yüksek olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Bu bağlamda sağlık turizminin önemli bir ticaret ağı oluşturması hem dünya hem de Türkiye’de ciddi bir rekabet ortamı oluşturmuş, devletlerin, turizm ve sağlık sektörlerinin ve bilim insanlarının dikkatini bu alana çekmiştir.

Bu çalışmanın amacı sağlık turizmi ile Türkiye'nin sağlık turizmi performansının ölçülebilmesi, mevcut durumunun belirlenebilmesi ve ileri hedeflerinin saptanmasını sağlamaktır. Bunun için öncelikle Türkiye'nin sağlık turizmindeki performansını belirlemek amacıyla çeşitli kriterler yapılan literatür taraması sayesinde belirtilmiştir. Daha sonra bu kriterler göz önüne alınarak 2010 ve 2022 yılları arasında Türkiye'nin sağlık turizmi performansı ortaya konulmuştur. Değerlendirmenin yapılabilmesi için “Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri”nden sıralama ve performans değerlendirme problemlerinde sıklıkla kullanılan 3 yöntem dikkate alınmıştır. Bu yöntemler ARAS, COPRAS ve TOPSIS yöntemleridir. Bu yöntemlerin uygulanması sonucunda elde edilen

sıralamalar “Borda Sayım” yöntemiyle birleştirilerek nihai sonuç elde edilmiştir. Analiz sonucuna göre Türkiye’nin sağlık turizmi alanında performansının sürekli (birkaç istisna yılı hariç) ivme gösterdiği, en iyi performansın 2022, en kötü performansın ise 2010 yılı olduğu sonucuna varılmış ve sonuç bölümünde Türkiye’nin sağlık turizmi performansı ve politikalarıyla ilgili değerlendirme ve önerilerde bulunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: *Medikal Turizm, Sağlık Turizmi, Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri*



(Kaya, Gonca, Evaluation of Turkey's Health Tourism Performance with Multi-Criteria Decision Making Methods, Master's Thesis, Burdur, 2024)

ABSTRACT

Tourism refers to sightseeing trips and relocations for the purpose of rest, entertainment and seeing different places. Many different types are available. Although it has different characteristics in the literature, it is generally possible to talk about structurally different types of tourism. These; winter, plateau, cave, hunting, congress, golf, yacht, faith, river and health tourism. It is among the top 5 countries in the world in terms of interest in tourism destinations in the country. When the interest in terms of tourism spectrum is evaluated, it can be seen that health tourism has become increasingly knowledgeable in the last 20 years. Health tourism; it can be defined as "the movements that arise as a result of health protection and improvement systems for a certain period of time (usually 21 days) where space-intensive people come to a touristic facility based on natural resources for gradual cure, accommodation, nutrition and entertainment." As can be understood from the definition, when people carry out health tourism activities, they are not only treated, but also other tourism activities are carried out. Considering this situation, it would not be wrong to say that the participation rate in health tourism is quite high compared to other types of tourism. In this context, the fact that health tourism has formed an important trade network has created a serious competitive environment both in the world and in Turkey, and has attracted the attention of states, tourism and health sector and scientists to this field.

The aim of this study is to conduct a general literature review on health tourism for Turkey, to measure Turkey's health tourism performance, determine its current situation and determine its future goals. For this purpose, various criteria were specified literature review in order to determine Turkey's performance in health tourism. Then, taking these criteria into consideration, Turkey's health tourism performance between 2010 and 2022 was revealed. In order to make the evaluation, 3 methods frequently used in ranking and performance evaluation problems from "Multi-Criteria Decision Making Methods" were taken into consideration. These methods are ARAS, COPRAS and TOPSIS methods. The final results were obtained by combining the rankings obtained as

a result of these methods with the "Broadside Counting" method. According to the results of the analysis, it was concluded that Turkey's performance in the field of health tourism showed continuous acceleration (with a few exceptions), the best performance was 2022 and the worst performance was 2010, and in the conclusion section, evaluations and suggestions were made regarding Turkey's health tourism performance and policies.

Key Words: *Medical Tourism, Health Tourism, Multi-Criteria Decision Making Methods*



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER.....	vii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	x
TABLolar DİZİNİ	xi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	xiii
GRAFİKLER.....	xiv

GİRİŞ

BİRİNCİ BÖLÜM TURİZM KAVRAMI VE TURİZM ÇEŞİTLERİ

1.1.Turizm Kavramı	3
1.2.Turizm Kavramının Tarihsel Gelişimi.....	3
1.3.Turizm Endüstrisinin Tanımı	6
1.4.Turizm Faaliyetlerini Etkileyen Faktörler	7
1.4.1. Fiziki Faktörler.....	7
1.4.2. Beşeri Faktörler.....	8
1.4.3. Psikolojik Faktörler.....	9
1.5.Turizm Çeşitleri.....	9
1.5.1. Kış Turizmi.....	10
1.5.2. Yayla Turizmi	11
1.5.3. Mağara Turizmi	12
1.5.4. Av Turizmi	13
1.5.5. Kongre Turizmi.....	14
1.5.6. Golf Turizmi	15
1.5.7. Yat Turizmi.....	15
1.5.8. İnanç Turizmi.....	16
1.5.9. Akarsu-Rafting Turizmi	17
1.5.10. Sağlık Turizmi	17

İKİNCİ BÖLÜM
SAĞLIK TURİZMİ KAVRAMI VE DÜNYA SAĞLIK TURİZMİ AÇISINDAN
TÜRKİYE’NİN YERİ

2.1. Sağlık Turizm Kavramı	19
2.2. Sağlık Turizminin Tarihsel Gelişimi	20
2.3. Sağlık Turizminin Çeşitleri	21
2.3.1. Medikal Turizm	23
2.3.2. Termal (Kaplıca)Turizmi.....	25
2.3.3. Wellness- Spa Turizmi	26
2.3.4. Engelsiz Turizmi	27
2.3.5. Yaşlı (Geriatri) Turizmi.....	28
2.4. Dünyada Sağlık Turizmi	30
2.4.1. Hindistan.....	32
2.4.2. Malezya.....	33
2.4.3. Tayland	33
2.4.4. Singapur.....	34
2.4.5. Amerika Birleşik Devletleri.....	35
2.4.6. İngiltere.....	36
2.4.7. Meksika	37
2.4.8. Türkiye	37
2.5. Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Piyasaları	39
2.6. Sağlık Turizminin Ekonomik Göstergelerle Analizi	41
2.6.1. Dünya da Sağlık Turizminin Ekonomik Boyutu	42
2.6.2. Türkiye’de Sağlık Turizminin Ekonomik Boyutu	43
2.6.3. Sağlık Turizmi Alanında Literatür Taraması.....	46

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ÇOK KRİTERLİ KARAR VERME YÖNTEMLERİ İLE TÜRKİYE’NİN
SAĞLIK TURİZMİ PERFORMANSININ DEĞERLENDİRİLMESİ

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	50
3.2. Araştırmanın Kısıtları.....	51
3.3. Araştırmanın Kapsamı.....	51
3.4. Araştırmanın Yöntemi.....	52

3.4.1. Çok Kriterli Karar Verme Kavramı.....	53
3.4.1.1. Karar Analizi ve Karar Verme Yöntemleri.....	53
3.4.1.2. Tek Kriterli Karar Verme.....	54
3.4.1.3. Karar Destek Sistemleri	54
3.4.1.4. Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri.....	55
3.4.1.4.1 ARAS Yöntemi	56
3.4.1.4.2. COPRAS Yöntemi	59
3.4.1.4.3. TOPSIS Yöntemi	60
3.4.1.4.4. Borda Sayım Yöntemi.....	64
3.5. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi	64
3.5.1 ARAS Yöntemine Ait Analizler ve Bulgular.....	67
3.5.2 COPRAS Yöntemine Ait Analizler ve Bulgular.....	70
3.5.3. TOPSIS Yöntemine Ait Analizler ve Bulgular.....	74
3.5.4. BORDA SAYIM Yöntemine Ait Analizler ve Bulgular.....	80
SONUÇ.....	80
KAYNAKÇA.....	87
ÖZGEÇMİŞ.....	100

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AHP	: Analitik Hiyerarşi Prosesi
ARAS	: Additive Ratio Assesment
COPRAS	: Complex Proportional Assessment
ÇKKV	: Çok Kriterli Karar Verme
ICIDH	: Uluslararası Yetersizlik, Özürlülük ve Engellilik Sınıflaması
KDS	: Karar Destek Sistemleri
M.Ö.	: Milattan Önce
MITI	: Milletler ile Sanayi Arası Ticaret Bakanlığı
SPA	: Sudan Gelen Sağlık
TKKV	: Tek Kriterli Karar Verme
TOPSIS	: Technique For Order Preference By Similarity To An Ideal Solution
UIA	: Uluslararası Kuruluşlar Birliği
vb	: ve benzeri
vd	: ve diğerleri
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
EUROSTAT	: Avrupa İstatistik Örgütü
SATURK	: Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1: Tarihsel Açıdan Turizm Paradigması.....	4
Tablo 2: BİST Turizm Endeksi İlk 10 Bileşen.....	7
Tablo 3. Dünyada Kış Turizmi Merkezleri	10
Tablo 4. Türkiye'de Bulunan Kış Turizmi Merkezleri ve Bu Merkezlerdeki Yatak Sayısı ve Kapasiteleri.....	11
Tablo 5. Sağlık Turizmi Tarihsel Perspektif	21
Tablo 6. Sağlık Turizmi Hizmetleri.....	23
Tablo 7. OECD Üye Olan Ülkeler.....	31
Tablo 8. 2010 Yılında Dünyada Medikal Turizm Ülkeler Sıralaması.....	31
Tablo 9. Tayland - İngiltere Fiyat Karşılaştırması.....	34
Tablo 10. Amerika Birleşik Devletleri'nde Sağlık Turizmine Etki Eden Faktörler.....	36
Tablo 11. ABD ve Meksika Fiyat Karşılaştırması.....	37
Tablo 12. 2010-2022 Yılları Arasında Türkiye'nin Turizm Gelirleri (Bin \$).....	44
Tablo 13. 2010-2022 Yılları Arasındaki Türkiye Turizm Verileri.....	65
Tablo 14. Değerlendirme Kriterleri ve Birimi.....	66
Tablo 15. Karar Matrisi.....	67
Tablo 16. ARAS Yöntemine göre Fayda Yönlü Karar Matrisi.....	68
Tablo 17. ARAS Yöntemine Göre Normalize Edilmiş Karar Matrisi.....	69
Tablo 18. ARAS Yöntemine Göre Optimallik Fonksiyonu ve Fayda Dereceleri.....	70
Tablo 19. COPRAS Yöntemine Göre Normalize Karar Matrisi.....	71
Tablo 20. COPRAS Yöntemine Göre Normalize İndekslerin Toplamı.....	72
Tablo 21. COPRAS Yöntemine Göre Karar Alternatiflerinin Göreceli Önlem Düzeylerinin Hesaplanması.....	73
Tablo 22. COPRAS Yöntemine Göre Karar Alternatiflerin Performans İndekslerinin Hesaplanması.....	74
Tablo 23. TOPSIS Yöntemine Göre Standart Karar Matrisi (Normalizasyon İşlemi) Oluşturulması.....	75
Tablo 24. TOPSIS Yöntemine Göre Standart Karar Matrisi Oluşturulması.....	76

Tablo 25. TOPSIS Yöntemine Göre Pozitif (A^*) ve Negatif İdeal (A^-) Çözüm Değerlerinin Belirlenmesi.....	77
Tablo 26. TOPSIS Yöntemine Göre Pozitif İdeal Noktalara Olan Uzaklığın Hesaplanması.....	78
Tablo 27. TOPSIS Yöntemine Göre Negatif İdeal Uzaklığın Hesaplanması.....	79
Tablo 28. TOPSIS Yöntemine Göre İdeal Çözüme Göreceli Yakınlığın Hesaplanması.....	80
Tablo 29. Borda Skorunun Belirlenmesi ve Nihai Sıralama.....	81



ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Sağlık Turizm Çeşitleri.....	22
Şekil 2. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı.....	40
Şekil 3. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesinde Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşlar	41
Şekil 4. Karar Analiz Yöntemleri	53
Şekil 5. Türkiye'nin Sağlık Sektörü Açısından GZFT Analizi.....	84



GRAFİKLER

Grafik 1. Hindistan'ı Ziyaret Eden Medikal Turist Sayısı (2013-2016).....	32
Grafik 2. Malezya'yı Ziyaret Eden Medikal Turist Sayısı (2011-2015)	33



GİRİŞ

Turizm, genellikle bireylerin sürekli yaşadıkları yer dışında tüketici olarak seyahat etmelerini, tatil, dinlenme ve eğlence gibi ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla yapılan bir hareket ve geçici konaklama sürecidir (Bayer,1993:3). Birçok türü olmakla beraber son yıllarda hem Dünya’da hem de Türkiye’de bu türler arasından ekonomik anlamda ciddi bir pay almayı başarmış “sağlık turizmi” çalışmanın konusunu oluşturmaktadır.

Tedavi olmak amacıyla gerçekleştirilen seyahatler son yıllarda oldukça popülerdir. Bu turizm türü sayesinde, bireyler sağlık hizmetinden yararlanırken tatillerini de yapma imkânı bulmuşlardır. Farklı alternatifleri de olan sağlık turizmi kapsamında faaliyet gösteren dünya da birçok ülke vardır. 2022 yılı sıralamalarına bakılacak olursa Ülkeler açısından dünyada sağlık turizmi sıralaması aşağıdaki gibidir (<https://nomadcapitalist.com>, Erişim tarihi:15.10.2023).

1. Malezya
2. Singapur
3. Tayland
4. Hindistan
5. Türkiye
6. Çek Cumhuriyeti
7. Kosta Rika
8. Panama
9. Meksika
10. Brezilya

Bu sıralama dikkate alındığında Türkiye’nin 2022 yılı itibariyle 5. sırada olduğunu ve dünya sağlık turizmi pastasından ciddi bir pay aldığını görmek mümkündür. Bu bağlamda bu çalışmanın amacı dünya sıralamasındaki Türkiye’nin yerini daha üst sıralara çıkarabilmek için çeşitli yol haritaları belirlemek, bu yol haritalarını belirlerken de yapılan doğru ve yanlış politikaları gözler önüne sermektir.

Konunun daha iyi kavranabilmesi için çalışmanın başlangıç bölümünde, turizmin kavramsal çerçevesi ele alınmış ve türlerinden kısaca bahsedilmiştir.

İkinci bölümde, çalışmanın ana konusu olan sağlık turizmi kavramı detaylı bir şekilde ele alınmıştır. Bu çerçevede, sağlık turizminin tarihsel gelişimi ve medikal turizm, termal turizm, spa turizmi, engelsiz turizm ve yaşlı turizmi gibi çeşitleri ayrı başlıklar altında incelenmiştir. Ayrıca, dünya genelindeki sağlık turizmi bağlamında Türkiye'nin konumu üzerinde durulmuştur.

Çalışmanın son bölümünde TÜİK ve Merkez Bankası'ndan alınan verilerle 2010 - 2022 yılları arasında Türkiye'nin sağlık turizmi performansı değerlendirilmiştir. Bu değerlendirmeyi yapabilmek için Çok Kriterli Karar Verme (ÇKKV) Yöntemleri'nden sıralama ve performans değerlendirme alanlarında en çok tercih edilen COPRAS, ARAS, TOPSIS yöntemleri kullanılmıştır. Sonrasında bu yöntemleri birleştirmek amacıyla BORDA SAYIM yöntemi kullanılarak Türkiye'nin sağlık turizmi performansı yıllar itibarıyla ortaya konulmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

TURİZM KAVRAMI VE TURİZM ÇEŞİTLERİ

1.1.Turizm Kavramı

Turizm kelimesi, Latince hareket etme, dönüp dolaşma anlamına gelen "tournus" kelimesinden türemiştir. Fransızca 'da ise "dönmek" anlamına gelen "tourner" ve "tour" sözcüklerinden türetilmiş olup, bu kavramlar günümüzde hala kullanılmaktadır. Tour, dairesel bir hareketi, bazı bölgelerin ziyaretini, iş ve eğlence amacıyla yapılan yer değiştirme hareketini ifade ederken "touring" ise zevk için yapılan, eğitsel ve kültürel özellik gösteren seyahatler için kullanılmaktadır (Aydın, 2012: 91).

Turizmle ilgili eylemler arttıkça ve değiştikçe bu endüstri için birçok farklı anlamlar ve sınıflandırmalar ortaya çıkmıştır (Bayer,1992:2). Turizm ile ilgili literatür incelendiğinde en çok kullanılan tanım ise, insanların kendi yaşadıkları ev ve iş yerlerinin dışındaki mekanlara seyahat etmeleri ve bu seyahatler sırasında gerçekleştirdikleri eylemlerin tümüdür. Turizm geniş bir insan aktivitesi ve tesis dizinini içermektedir. Turizm kavramı insanlar için genel olarak seyahat olarak adlandırılmakta ve kendine özgü endüstriler grubu olduğu kabul edilmektedir (Bayer,1992:2).

Turizm kavramının tanımı yapılırken seyahat kavramının rolü oldukça büyüktür. Seyahatin amacına bağlı olarak, turizmin kapsamına hangi seyahatlerin dahil edilebileceği belirlenebilir. Turizmin gerçekleştirilmesindeki önemli olan bir diğer kavram ise konaklamadır. Konaklama işletmeciliği turizm dendiğinde başlı başına önem arz etmektedir. Seyahat ve konaklama, turizm faaliyetleri için ayrılmaz bir bütündür (Küçükaslan, 2007: 6-7).

1.2.Turizm Kavramının Tarihsel Gelişimi

Turizm faaliyetleri milattan önceki dönemlere dayanmaktadır. İnsanların ticaret yapmak için buldukları yerlerden başka yerlere gittikleri bilinmektedir. Başlangıcı ticaret olan turizm faaliyetleri, daha sonra insanların merak duygusu ile seyahatlere çıkmaya başlamalarıyla farklı bir boyut kazanmaya başlamıştır. Turizmin dönüm noktalarından biri, M.Ö. 4000 yıllarında Sümerlerin tekerleği icat etmesidir. Bu durum daha uzun mesafelere gitmeyi kolaylaştırmıştır (Casson, 1994: 22).

Çin ve Hindistan'da ticari sebeplerle seyahat eden insanların var olduğu bilinmektedir. M.Ö 3000 yılında Mısır'da bulunan piramitler ve tapınaklar insanların ilgisini çekmiş ve bu amaçla seyahatlerin yapıldığı bilinmektedir. Dünya turizmi açısından diğer bir önemli dönüm noktası Yunanistan'da M.Ö 700 yıllarında olimpiyat oyunlarının başlamasıdır. Bu durum ticaret, kültür ve merak olgularının yanına spor amacıyla da seyahat etmeyi ortaya çıkarmış ve turizm kavramının çeşitlenmesi açısından önemli olmuştur (Barutçugil 1984: 238).

Ortaçağa gelindiğinde ise turizm faaliyetleri için en dikkat çekici seyahat isteği olarak; dini seyahatler karşımıza çıkmaktadır. Bunun yanında sağlık, dinlenme, yabancı ülke ve orada yaşayan insanların kültürlerini yaşam koşullarını merak etmekten dolayı geziler düzenlenmiş ve turizm faaliyetlerinin gerçekleştirildiğinden turizm tarihi araştırmalarında bahsedilmektedir (Toskay 1993: 82).

Ortaçağda en bilinen turizm faaliyetleri, çağının en tanınan gezginlerinden biri olan Marco Polo tarafından gerçekleştirilmiştir. Polo, *“İran ve Afganistan'dan sonra Pamir Yaylasına, ardından da Gobi Çölünü aşarak Çin'e gitmiş, buradan İtalya'ya geri gelmiştir. Aynı zaman diliminde yaşayan ünlü gezgin İbn-i Batuta ise, Tanca'dan Mekke'ye birçok kez gitmiştir”* (Barutçugil 1984: 29). 1492'de bilinen Portekizli denizci Vasco de Gama'nın Hindistan'a yönelik gemi seferi ve 1519'da devam eden dünya seyahatleriyle ünlü olan Portekizli denizci Magellan, insanların keşfedilmemiş yerleri görmek ve tanımak isteği ile başlayan merak olgusu çerçevesinde bu seyahatleri gerçekleştirmişlerdir (Aydın,2012: 96).

Turizm kavramının günümüzdeki tanımına en yakın açıklama, ilk olarak 1905 yılında E. Guyar Freuler tarafından yapılmıştır. Freuler, turizmi her geçen gün artan dinlenme ve hava değişimi ihtiyacı, doğal güzelliklere verilen değerlerin ve bunlardan duyulan zevkin artması, ticaretin ve endüstrinin gelişmesi, ulaştırma araçlarının mükemmelleştirilmesi sonucu olarak insan topluluklarının çeşitli ilişkiler kurmalarına dayanan, çağımızın önemli bir olayı olarak tanımlamıştır (Yalçın, 2006: 40).

Gelişmelerin beklendiği turizm sektörünün ilerleyen dönemlerde de süratle gelişen endüstrilerden biri olacağı öngörülmektedir. Bu durumun sebebi turizm sektöründe birçok farklı alanın ortaya çıkmasıyla beraber var olan klasik turistik aktivitelerin de önemli değişimler geçirmesi olarak açıklanabilir. Son zamanlarda

turizmin en göze çarpan faaliyetini oluşturan “deniz, kum, güneş” üçgeni yavaş yavaş tercih edilebilirliğini kaybetmekte, alternatif turizm modellerine yönelindiği gözlenmektedir. Özellikle sağlık turizmi, kültür ve tarih turizmi gibi turizm türleri turizm faaliyetlerini bütün bir yıl içine yayarak 4 mevsim turizm faaliyetlerinin gerçekleşeceği ve gelir getireceği öngörüsüyle sektör profesyonelleri, yatırımcılar ve devletler açısından daha fazla ilgi görmeye başlamıştır (Aydın, Kelçeoğlu, 2002: 64).

Kozak vd., (2013) yılında yayınladıkları bir çalışmada turizm paradigmasını tarihsel açıdan modern öncesi, modern ve post modern turizm olarak 3 aşamada incelemiştir. Çalışmalarında tarihsel süreci www.hongkongairport.com adlı sitede yer alan metni geliştirerek aşağıdaki tabloyu elde etmişlerdir;

Tablo 1: Tarihsel Açıdan Turizm Paradigması

Paradigma	Modern Öncesi Turizm Paradigması	Modern Turizm Paradigması	Post-Modern Turizm Paradigması
Sosyal Yapı	Sınıfsal farklılıklara dayalı sosyal yapı, kölelik, turizm bilincinin eksikliği, boş zaman ve seyahat hakkının üst sınıfa özgü olması	Orta sınıfın güçlenmesi ile sınıflar arası farkların azalması, insan ve çalışan haklarındaki gelişmeler, sosyal güvenlik sistemlerinin gelişimi, devletin sermaye sahiplerine karşı orta sınıfı yasalarla koruması	Küreselleşmenin etkisi, bireyselleşme ve farklılaşma çabaları, boş zamanın ve kendini gerçekleştirme birer toplumsal ihtiyaç olduğu sosyal yapı
Üretim Biçimleri	Standartlaşmamış, zanaatkarlığa dayalı üretim biçimleri, üst sınıfın bireysel tercihlerine göre şekillenen üretim biçimleri	Fordist üretim anlayışı, standartlaşmaya, verimliliğe, ölçek ekonomisine ve araçlara dayalı kitlesel üretim	Post-Fordist üretim anlayışı, esnek, bireye özel, tüketici odaklı ve araçlara bağımlılığın azaldığı, sürdürülebilir çevreci üretim biçimleri
Teknolojik Gelişmeler	Ulaşım imkânlarının ilk örnekleri, ilkel karayolu ve denizyolu taşımacılığının ortaya çıkışı ve gelişimi, demiryollarının temellerinin atılması	Demiryolu ve havayolu taşımacılığının gelişmesi, daha güvenli, konforlu ve ucuz kara ve deniz ulaşım araçlarının ortaya çıkışı (otomobiller, kurvaziyer gemiler), bilgi ve iletişim teknolojilerinin kitleselleşmesi	İnternet, bilgi ve iletişim sistemlerinin gelişimi, ulaşımında nitelik gelişimi (konfor, hız vb.), sanal gerçeklik
Turizm Pazarının Niteliği	Turizm pazarına üst sınıfın taleplerinin yön vermesi, üst sınıfın bireysel tercihlerine yönelik turizm arzı	Sanayileşme sonrası yoğun çalışma koşullarına bağlı olarak ortaya çıkan dinlenme ihtiyacının şekil verdiği eşitlik ve sosyal adalet ilkeleri etrafında belirlenen bireysellikten uzak kitlesel nitelik taşıyan turizm pazarı	Turizm talebinde önce kitlesel çeşitlenme daha sonra özel ilgiye dayalı bireysel değişimler, tüketicilerde çevreyi koruma bilincinin gelişmesi, mevcut gerçeklikten daha fazlasını talep etme, zaman ve mekândan bağımsız olma isteği ve kategorisizleşme
Turizm Çeşitleri ve Turistik Ürünler	İlk medeniyetlerle başlayan ticari amaçlı seyahatler, dini etkinliklere katılım amaçlı seyahatler (hac seyahatleri vb.), termal kaynaklara sağlık amaçlı seyahatler, gezginlerin bireysel macera turları	Sosyal turizmin ortaya çıkışı, dinlenme temelli deniz-kum-güneş çerçevesinde şekillenmiş kitlesel konaklama, seyahat ve aracılık hizmetleri	Otantik deneyim sunan, kişisel tercihlere dayanan, doğaya, kültüre, eğitime ve hobiyeye dayalı turizm çeşitlerinin ortaya çıkışı (çiftlik turizmi, kültürel miras turizmi, kongre turizmi, alışveriş ve kumar turizmi vb.); teknolojik gelişmeye bağlı olarak ortaya çıkan uzay çağının göstergesi olan uzay turizmi, temalı parklar, temalı oteller gibi geçmiş ve geleceğin bir arada sunulduğu üst-gerçeklikler ve sanal gerçeklikler

Kaynak: (Kozak vd., 2013: 11) www.hongkongairport.com

Tüm bu açıklamalar çerçevesinde Türkiye açısından bakılacak olursa özellikle, 80’li yıllardan sonra turizm faaliyetleri hızlı bir gelişme eğilimi gösterdiği görülmektedir. Bu yılların *başından itibaren yapılan yatırımlara ve izlenen politikalara bağlı olarak gözle görülür oranda değişim sağlamış ve her geçen gün katlanarak büyümeye devam etmektedir. Sadece ekonomik alanda değil, sosyal ve kültürel alanlarda da Türkiye dışa açılmış olup, bu dönemdeki dışa açılma politikaları turizm açısından da önemli gelişmelere öncülük etmiştir*” (Zengin, 2010: 103). Türkiye ekonomisi açısından Turizm, en geniş ve en hızlı büyüyen sektörler arasında sayılmaktadır.

1.3.Turizm Endüstrisinin Tanımı

Turizm endüstrisi, “*turistik hareketliliğe hizmet veren ekonomik faaliyetlerde ortak çıkarları bulunanların bir bütünü*” olarak tanımlanabilir (Demirkol, 2004:30). Turizmin endüstri olma nedenleri ise aşağıdaki gibi sıralanabilir (Selçuk ve Şahin, 2008:26).

- Turizmin yoğun bir endüstri olduğunu gösteren bir kriterde, turistlere sunulacak ürünlerin ve hizmetlerin oluşturulması için gereken alt ve üst yapı yatırımlarının varlığı,
- Turizm endüstrisinde de diğerlerinde olduğu gibi üretim faktörlerinin bir araya gelmesi turizmi endüstri alanı haline getirmektedir,
- Turizm alanındaki üretim birimleri ile gerekliliği turizme adapte endüstri özelliği kazandırmaktadır,
- Turizmde üretilen ve sunulan ürünler soyut ürün kategorisinde olduğu için turizm endüstrisi hizmet endüstrisi olarak sınıflandırılabilir,
- Turizm ulusal ekonomilerde kendi etki alanında endüstrileşme yolunda ülke ekonomilerini destekleyen bir yapıdadır,
- Diğer endüstrilerde olduğu gibi dolaylı etkilediği diğer bağlı olduğu sektörler de vardır.

Yukarıda sayılan nedenlerden ötürü, turizmin basit bir iş kolu olmadığı bir endüstri biçimi olduğu günümüzde daha fazla kişi tarafından kabul görmeye başlamıştır. Bu durumun en önemli kanıtlarından biri Turizm endüstrisinde yer alan şirketlerin Dünya Borsaları’nda genellikle Turizm Endüstrisi adıyla kendine ait bir endeksle yer alması gösterilebilir. Türkiye’de de Borsa İstanbul’ da Endeksler – Pay Senetleri – Turizm

Endüstrisi adıyla kendine ait bir endeksi vardır. Türkiye’de bu endekste yer alan ilk 10 şirket aşağıdaki tabloda verilmiştir;

Tablo 2: BİST Turizm Endeksi İlk 10 Bileşen (12.01.2024 Kapamış)

BİLEŞEN KODU	BİLEŞEN ADI	SEKTÖR
TABGD.E	TAB GIDA	Yiyecek Ve İçecek Hizmetleri
AYCES.E	ALTINYUNUS CESME	Konaklama
DOCO.E	DO-CO	Yiyecek Ve İçecek Hizmetleri
MAALT.E	MARMARIS ALTINYUNUS	Konaklama
MARTLE	MARTI OTEL	Konaklama
PKENT.E	PETROKENT TURIZM	Konaklama
BIGCH.E	BUYUKSEFLER BIGCHEFS	Yiyecek Ve İçecek Hizmetleri
MERIT.E	MERIT TURIZM	Konaklama
TEKTU.E	TEK-ART TURIZM	Konaklama
BYDNR.E	BAYDONER RESTORANLARI	Yiyecek Ve İçecek Hizmetleri

Kaynak: <https://borsaistanbul.com/tr/endeks-detay/246/bist-turizm>, Erişim Tarihi: 12.01.2024

1.4.Turizm Faaliyetlerini Etkileyen Faktörler

Turistik bir destinasyona ait kültürel ve fiziksel kaynakların, diğer turistik destinasyonlara üstünlük sağlayarak daha çekici olması turizm potansiyeli olarak adlandırılır. Turizm potansiyelinin oluşumu için çeşitli etkenler bulunmaktadır. Aynı zamanda, turizm potansiyeli destinasyonların fiziksel, beşeri ve psikolojik kaynaklarını belirlemede önemli bir role sahiptir. Turizm faaliyetlerini etkileyen faktörler üç ana başlık altında incelenmektedir (Ersun ve Arslan, 2011: 234).

1.4.1. Fiziki Faktörler

Turizmde fiziki faktörler; işletmenin ya da destinasyonun taşıma kapasitesi, alt ve üst yapı yatırımları ve doğal kaynakları olmak üzere üç ana başlıkta incelenmektedir (Avcı, N.2007:293).

Turizm, geniş bir sektör olup birçok farklı taşıma kapasitesini içermektedir. Bu taşıma kapasiteleri, turistleri bir yerden başka bir yere ulaştırmayı ve konforlu bir seyahat deneyimi sunmayı amaçlayan çeşitli ulaşım araçları ve hizmetleriyle ilişkilidir. Hava, deniz ve kara taşımacılığı turizmde yaygın olarak kullanılan başlıca taşıma kapasiteleridir. Turizmdeki taşıma kapasitesi, turistik bölgelerdeki tesislerin yeterliliği ve altyapı yatırımlarıyla ilgili olarak değerlendirilir. Taşıma kapasitesiyle ilgili olan bir diğer

kavran olan ekolojik taşıma kapasitesi ise turizm ile çevre arasındaki ilişkiyi ifade eder. Turistik yerlerdeki yerel halkın turistlere karşı memnuniyeti ise, toplumsal taşıma kapasitesinin bir parçasıdır ve bu kapasitenin zaman içinde değişebileceği beklenir. Ayrıca, mekânların turizmden elde ettiği kazançlar ile maliyetler arasındaki denge, ekonomik taşıma kapasitesini oluşturur. Bu faktörler, turizmin sürdürülebilir ve denge içinde gelişmesini sağlamak adına önemli parametrelerdir (Acuner, 2015: 67).

Turizm faaliyetleri bir toplumun sosyo-ekonomik anlamda güçlü bir toplum olmasına katkıda bulunmaktadır. Ancak turistik amaçla yapılan seyahatlerin artması destinasyonların yukarıda sayılan her türlü taşıma kapasitelerinin artmasına sebep olmuş ve turizm planlamasını zorunlu kılmıştır (Toylan vd., 2021: 244).

Fiziki faktörlerin ikinci ana başlığı ise alt ve üst yapı yatırımlarıdır. Bu yatırımların planlanmasıyla turizmin gelişmesi doğrudan bağlantılıdır. Ancak, turizmin bu yatırımlara etkisini ekonomik olarak tam anlamıyla tespit etmek mümkün olmayabilir. Yine de turizmin gelişmesi neticesinde altyapı yatırımlarının hız kazandığını söylemek mümkündür (Kozak, 2012: 68).

Fiziki faktörlerin üçüncü ana başlığı ise doğal kaynaklardır. Doğal kaynaklardan insanlar ilk çağlardan günümüze kadar yararlanmış ve sürekli iç içe olmuştur (Köroğlu ve Karaman, 2014: 97-98). Turizm faaliyetlerinde doğal kaynakların önemli bir yeri vardır. Yıllardır insanlar deniz, akarsu ve diğer doğal güzellikleri görmek için seyahatler yapmaktadır.

1.4.2. Beşeri Faktörler

Turizm, sadece fiziksel ve ekonomik faktörlerle değil, aynı zamanda beşeri faktörlerle de şekillenen bir endüstridir. Beşeri faktörler, turizmin hem talep hem de arz tarafını etkileyen insan kaynakları ve davranışlarını içerir. Turizmdeki beşeri faktörlerden bazıları; turistler, uygulanan politikalar, nitelikli iş gücü, yerel topluluklar, eğitim ve kültürel zenginliklerdir (Ünal, 2016: 15).

İnsanların gelir düzeyinin yükselmesi, turizm faaliyetlerine katılım için belirli bir maddi olanak sağlamalarını gerektirir. Gelir düzeylerinin artışı, bireylerin sosyo-kültürel hayatta yeni deneyimler kazanmalarına ve farklı yerleri keşfetmelerine olanak tanımıştır. Daha eski zamanlarda turizm faaliyetlerinde konaklama ve yeme içme önemli iken şimdi eğlence, macera ve yeni tecrübeler edinmede ihtiyaç haline gelmiştir (Maviş, 2002: 42).

1.4.3.Psikolojik Faktörler

Turizm faaliyetlerini etkileyen önemli faktörlerden biri de, psikolojik etmenlerdir. İnsanların sahip olduğu tutumlar ve davranışlar, diğer insanlarla kıyaslanma isteği, kendini üstün görme çabası ve moda uyum arzusu gibi psikolojik faktörler, turizm faaliyetlerine katılımlarını etkiler. Turizm politikaları oluşturulurken, bireylerin bu tür psikolojik davranışlarına dikkat edilmesi önemlidir.

Turizmde, insanlar farklı zamanlarda değişen tutumlar sergileyebilir ve davranışları çeşitlilik gösterebilir. Bu tutumlar genellikle geniş bir topluluk içinde benzer davranışlara yol açabilir. Gelecekteki turizm planlaması ve yönetimi açısından, bireylerin psikolojik eğilimleri anlamak ve bu faktörleri göz önünde bulundurmak önemlidir. Bu sayede, turizm endüstrisi, bireylerin değişen beklentilerine daha iyi yanıt verebilir ve memnuniyeti artırabilir (Usta, 2014: 26).

1.5.Turizm Çeşitleri

Turizm, eski çağlardan günümüze kadar birçok farklı motivasyon kaynağına bağlı olarak gelişim göstermiştir ki bu konu turizmin tarihçesi başlığında da ele alınmıştır. İnsanların istek ve ihtiyaçları ile teknolojik gelişmelerin etkisiyle, literatürde bir dizi farklı turizm çeşidi ortaya çıkmıştır. İlk seyahat deneyimlerinin ticaret, sağlık ve inanç temelinde ortaya çıkması, turizm hareketlerinde bireysel ihtiyaç ve motivasyonların son derece önemli olduğunu vurgulamıştır. Gelişen ekonomiler ve yoğun çalışma şartları, dinlenme ihtiyacının ortaya çıkmasına yol açmış ve bu doğrultuda deniz-kum-güneş temalı seyahatlerin dünya turizminde öne çıkmasına neden olmuştur. Bu turizm türü, kitle turizmi olarak bilinmektedir. Ancak kitle turizminin karşısına konumlandırılan özel ilgi turizmi, bazılarının göre alternatif turizm türleri arasında, insanların seyahat motivasyonlarındaki farklılaşmaya işaret etmektedir (Şengül vd., 2019: 48).

Turizm insanların seyahat etme arzusundan yola çıkarak hızla gelişmiştir. Günümüzde turizm dört mevsim yapılabilir. Yıl içinde turizm türlerinin dağılımı ile ülke genelinde turizm faaliyetleri devam etmekte ve farklı alternatif turizm türleri ortaya çıkmaktadır. Yapısal açıdan birbirinden farklı turizm faaliyetleri on başlık altında sınıflandırılmıştır. Bu tür turizm çeşitleri arasında kış turizmi, yayla turizmi, mağara turizmi, av turizmi, kongre turizmi, golf turizmi, yat turizmi, inanç turizmi, akarsu rafting turizmi ve sağlık turizmi yer almaktadır (Çontu,2006: 4).

1.5.1 Kış Turizmi

“Kış turizmi, genellikle karlı ortamlar ile dağlık bölgelerde yapılan ve kış sporları uygulamalarının ağırlıklı olarak geliştirildiği alanlar üzerinde yoğunlaşan ve genel olarak kar yağışı ile birlikte yapılabilen bir turizm türüdür” (Ülker, 1999; Gönençgil ve Güngör, 2002). Kış turizminin en önemli iklimsel kaynağı kar yağışı ve karın yerde kalma süresidir. Kış turizmi, kış sporlarına ilgi duyan, heyecan arayan, macera yaşamayı isteyen kişilerin, belirli bir yüksekliğe ve eğime sahip dağlık bölgelerde, kış mevsiminde kar örtüsünün belirli bir kalınlığa sahip olduğu alanlarda gerçekleştirdiği bir turizm türüdür (Albayrak, 2013: 150). Sadece eğlenme ve spor amaçlı değil sağlıklı yaşam içinde kış sporları tercih edilmektedir.

Ziyaretçi sayıları olarak incelendiğinde ise Avusturya, Fransa ve ABD dünyada yaklaşık olarak 50 milyondan fazla ziyaretçi ağırlamaktadır (Koşan, 2016: 36). Tablo 3’te Kış turizmi faaliyeti gösteren ülkelerin kayak merkezleri ve ziyaretçi sayıları verilmiştir.

Tablo 3. Dünyada Kış Turizmi Merkezleri

Sıralama	Ülke	Kayak Merkezi	Ziyaret Eden Kayakçı Sayısı	Sıralama	Ülke	Kayak Merkezi	Ziyaret Eden Kayakçı Sayısı
1	Japonya	547	34.432.389	11	Rusya	220	3.653.870
2	Almanya	498	14.992.000	12	Norveç	213	6.390.000
3	ABD	354	57.092.127	13	Polonya	182	5.000.000
4	Çin	350	6.880.000	14	Çekya	176	8.700.000
5	İtalya	349	28.100.000	15	Slovakya	91	5.000.000
6	Fransa	325	56.226.000	16	Finlandiya	76	2.846.000
7	Kanada	288	18.700.400	17	Ukrayna	54	1.400.000
8	Avusturya	254	53.155.600	18	Türkiye	52	1.200.000
9	İsviçre	240	26.538.264	19	Romanya	45	1.200.000
10	İsveç	228	8.070.800	20	Slovenya	44	1.357.128

Kaynak: (Aydn, 2016: 37).

Kış turizmi, Türkiye için önemi hızla artan alternatif bir turizm türüdür. Türkiye’de kayak yapmanın bir turizm türü haline gelmesi Uludağ’a düzenlenen gezilerin neticesinde başlamıştır. 1930’lu yıllarda Uludağ’da ilk kayak sporu yapılmış ve daha sonra ülke geneline yayılmıştır. Türkiye, kış turizmi alanında yüksek potansiyele sahip ve uygun bir destinasyon olma özelliğine sahiptir, ancak mevcut potansiyeli beklenildiği ölçüde değildir (İbragimov, 2001: 28). Turizm ve Kültür Bakanlığı’nın Türkiye’de kayak turizmini yaygınlaştırmak ve farklı destinasyonlara yaymak için çeşitli çalışmaları

mevcuttur. Bu çalışmalar sonucu oluşturulan ve gelişen kayak merkezleri Tablo 4’de gösterilmiştir.

Tablo 4. Türkiye’de Bulunan Kış Turizmi Merkezleri ve Bu Merkezlerdeki Yatak Sayısı ve Kapasiteleri

Kayak Merkezi	Mevcut yatak	Kapasite
Bolu Kartalkaya	1223	4750 kişi
Bolu Esentepe	155	-
Bursa Uludağ	3000	8470 kişi
Erzurum Palandöken	1800	-
Kayseri Erciyes	1147	2400 kişi
Kastamonu Ilgaz	450	1000 kişi
Ağrı Bubi Dağı	40	600 kişi
Antalya Saklıkent	14	400 kişi
Ankara Elmadağ	-	720 Kişi
Bitlis Merkez	40	710 kişi
Bingöl Yolaçtı	50	499 kişi
Gümüşhane Zigana	40	843 kişi
Kars Cibıltepe	154	800 kişi
Erzincan Bolkar	85	1200 kişi
Isparta Davraz	50	1000 kişi
Kocaeli - Kartepe	648	4650 kişi
TOPLAM	8896	

Kaynak: <https://www.tursab.org.tr/> Erişim Tarihi: 13.01.2024

1.5.2. Yayla Turizmi

Yayla turizmi, kitle turizminde yaygın olarak görülen deniz-güneş-kum gibi kalıplaşmış özelliklerden farklı bir alternatif turizm çeşididir. Bu turizm türü, insanların yaz aylarında ikamet ettikleri yerleşim yerlerinin dışında yaylalara çıkarak orada konaklamalarını ve ihtiyaçlarını karşılamalarını içermektedir. Yayla turizmi, şehir yaşantısının gürültüsünden ve stresinden uzaklaşarak dinlenme ve rahatlama imkanı sunan bir turizm türüdür ve bu nedenle büyük ilgi görmektedir (Albayrak, 2013:152).

Yayla turizmi, özellikle yoğun çalışma hayatı olan kişilerin iş ortamındaki stres, sıkıntılardan ve kalabalıktan uzaklaşmak istediğinde ortaya çıkan, insanların doğa ile iç içe olma, sessiz sakin, farklı iklim koşullarında yaşama ve doğal olarak beslenme ihtiyacını karşılamalarına olanak veren bir turizm türüdür. Sağlık açısından da bakıldığında bazı kesimler tarafından tercih edilmektedir. Yaylalar, insanların Haziran ve Ağustos ayının sonuna kadar yaşadıkları yerlerdir. Coğrafi olarak incelendiğinde, de yaylalar genellikle bahar aylarında başlayıp kış aylarına kadar devam eden mevsimlik veya dönemlik otlaklar olarak tanımlanmaktadır (Ögel, 2000: 21).

Dünyanın çeşitli bölgelerinde göçebe ve yarı göçebe yaşam tarzları uzun süredir önemini korumuştur. Göçebe kültüründen gelen Türk milleti her ne kadar yerleşik hayata geçmişse de hala bu kültürden gelen birçok geleneğini sürdürmektedir. Göçebelik kavramı, yaylacılığı da içine alan bir yaşam tarzını ifade etmektedir (Somuncu, 2005: 6). Özellikle iç turizm de önemli bir yeri olan yaylacılık faaliyetlerinden Türkiye ekonomik, sağlık ve toplumsal fayda sağlamaktadır (Uğuz,2011: 335).

1.5.3. Mağara Turizmi

Yeraltı uçurumu anlamına gelen ‘megara’ kelimesinden türeyen mağara dar bir girişi olan, dağlık alanda kayalıklarda bulunan özelliklerde yer altında bulunan doğal boşluklardır. Yeryüzü altında, dağ içinde, kaya dirseklerinde ve benzer yerlerde bulunan, doğal olarak oluşan ya da insan eliyle açılmış olan oyuklardır (Ozansoy ve Mengi, 2006: 1).

Mağaraların turizme açılması ile alternatif turizm türüne yönelik tanımlama denemeleri de yapılmıştır. Genelde mağara turizmi “*Yeryüzü altında oluşan boşlukların ziyaret edilmesi*” şeklinde tanımlanmıştır (Batman ve Eraslan, 2007: 208). Mağara turizmi, 1920 li yılların başında ekonomik ve kültürel olarak gelişmeye başlamış ve birçok mağara, görsel mağara işletmesi niteliğinde halka açılmıştır (Usta, 2008: 12).

Mağaralar, tarih boyunca vahşi hayvan barınağı, ibadet alanları ve eski zamanlarda tedavi amaçları için kullanılmıştır. İnsanlar tarafından ev olarak da kullanılan mağaralar, dünya genelinde ve Türkiye’de birçok yerde turizm amaçlı ziyaret edilmektedir. Mağara turizmi, macera ve heyecan arayan genç nüfusun bağımsız hareket etme isteğiyle ortaya çıkmış ve günümüze kadar gelmiş bir turizm çeşididir. Türkiye’de mağara sayısının fazla olması ve kültürel değerlerinin çeşitlilik göstermesi, mağara turizmi açısından Türkiye’nin önemini artırmaktadır (Turgut, 2019: 23).

Türkiye’de mağara turizmi faaliyeti veren 31 adet mağara mevcuttur. Türkiye'nin en uzun mağarası, 15 kilometreden fazla uzunluğa sahip olan Isparta'daki Pınargözü Mağarası'dır. En derin mağara ise -1429 metre ile Mersin'deki Peynirlikönü Mağarasıdır. Türkiye genelinde 30'dan fazla mağara turizme açılmış durumdadır. Bunların yanı sıra, uygun ekipman sağlanarak rehber eşliğinde sadece özel ilgi gruplarının girebileceği birçok mağara bulunmaktadır. Türkiye Çevre ve Şehircilik Bakanlığı tarafından bugüne

kadar 13 adet mağara turizmin hizmetine sunulmuştur (<https://engelsiz.ktb.gov.tr/TR-10335/magara-turizmi.html> Erişim Tarihi: 12.01.2024)

1.5.4. Av Turizmi

İnsanlık tarihinin üzerine yapılan çalışmaların tamamı, yerleşik hayata geçene kadar tüm toplulukların avcı ve toplayıcı olduğu konusunda fikir birliğine varılmıştır. Göçebe hayatı yaşayan toplumlar gerek güvenlik gerekse besin ihtiyacı için avlanmışlardır. Günümüzde ise av faaliyetleri tüketim amaçlı, beslenme amaçlı, sportif amaçlı ve sosyalleşme amaçlı olarak sürdürülmektedir (Bayer, 1992: 78).

Av turizmi, av ve vahşi yaşamı kontrol altında tutmayı, yerli ve yabancı avcılara kullanım sunmayı amaçlayan bir turistik faaliyettir. Bu kapsamda, av turizmi, bu kaynakların turizm amaçlı olarak değerlendirilerek ülke turizmine ve ulusal ekonomiye katkıda bulunmayı hedeflemektedir (Özdönmez,1996: 24). Avlanma faaliyetlerini düzenleyen işletmeler, acenteler ve benzeri organizasyonlar tarafından av meraklılarına yönelik düzenlenen av faaliyetleri av turizmi kapsamında yer almaktadır. Av turizmi içinde önemli bir konuma sahip olan avcılık, günümüz insanının alışılmış monotonluktan uzaklaşmasını sağlayarak doğaya dönüş özlemini karşılamakta ve farklı heyecanlar sunmaktadır. Bu turizm türü, doğayla iç içe olma imkanı sağlayarak katılımcılara benzersiz deneyimler sunmaktadır (Özdönmez,1996: 24).

Av Turizmi ile ilgili başka bir yaklaşım ise tüm faaliyetleri değerlendirildiğinde spor turizmi bağlamında gerçekleştirilmektedir.

Av turizmi, hem ülkeler arası hem de ülke içinde yaygın olarak gerçekleştirilen bir faaliyettir. Bu tür turizm genellikle lüks bir deneyim sunar ve katılımcılar için özel donanım ve araçlar gerektirir. Mermi seçiminden rehberin giydiği ayakkabıya, arazi taşıtıdan av turizmi için özel olarak tasarlanmış her ekipmanın teknik özelliklere sahip olması önemlidir. Av turizmi, av malzemesi satan işletmelerden marketlere, tüfek üreticilerinden av bölgesindeki yerel halka kadar geniş bir ekonomik döngü oluşturur. Bu döngü, ülke ekonomisine döviz girişi sağlayarak hem ekonomik hem de turistik açıdan olumlu etkiler yapar (Özer, 2015: 7).

Bu faaliyet, ülkedeki turizm endüstrisine canlılık kazandırırken, aynı zamanda yerel halka ekonomik fırsatlar sunar. Ancak av turizmi, hayvan severler ve çevre savunucuları arasında bazen tartışmalı bir konu olabilir. Bu nedenle, bu faaliyetin detaylı

bir şekilde anlaşılması ve tanıtılması, toplumda kabul görmesi için önemlidir. Hem turizmi destekleyen hem de çevre ve hayvan haklarına saygılı bir denge oluşturmak için bu konuda bilinçlendirme çalışmaları yapmak önemlidir (Özer, 2015: 7).

1.5.5. Kongre Turizmi

Kongre kelimesi, Latince kökenli olan “congressus” kelimesinden türetilmiştir. İnsanların beraberce toplanması ve buluşması anlamına gelmesidir. Kişilerin ikamet ettikleri veya çalıştıkları yerleşim yerlerinin dışında bilimsel alanlarda veya aynı meslek gruplarında görüşme, toplantı, bilgi alışverişi amacıyla bir araya gelen insanların konaklama faaliyetleri kongre turizmi olarak adlandırılır (Aymankuy, 2013: 4).

Uluslararası Kuruluşlar Birliği (UIA) kaynaklarına göre, 18 Temmuz 1814 - 9 Haziran 1815 tarihleri arasında yapılan Viyana Kongresi, modern anlamdaki ilk ve dünyanın en uzun uluslararası kongresi olarak tarihe geçmiştir (Aymankuy, 2013: 5).

Kongre turizminin gelişmesine katkıda bulunan diğer etken ise arz ve talep açısından incelenmektedir. Bilimsel ve teknolojik çalışmaların artması ve meslekte uzmanlaşma ihtiyacının yükselmesi kongre turizminin gelişmesine olanak sağlamıştır.

Bu nedenle, turistik merkezlerin çekiciliğinin yüksek olması, turizm pazarındaki hedef kitlenin yakınlığı ve maliyetlerin ulaşılabilir olması tercih sebebi olmaktadır. Kongreler, bilim dünyasının yeni ve güncel bilgiyi birbirleriyle ve kamuoyuyla paylaşmalarına olanak tanıdığı için akademisyenler ve öğrenciler tarafından tercih edilmektedir. Kongre turizminde bilimsel bilgi elde etme, bilgiyi ve birikimi paylaşma, belirli bir bilimsel alanın aydınlatılması, kişisel tanınma isteği, destek veya ödül kazanma, yarışma, maddi destek kazanma, bilimsel keyif alma, bilimsel donanıma sahip olma ve akademik ortamda varlığını sürdürme gibi nedenlerle tercih edilmektedir (Kutsal, 2019: 237).

İstanbul, kongre turizminde hem kongre sayısı hem de katılımcı sayısı açısından önemli bir konumda bulunmaktadır ve bu alandaki gelirlerden en büyük payı almaktadır. Bu durum, İstanbul'un turizm gelirleri içinde kongre turizmi gelirinin payının yüzde 20'ye çıkmasını öngörmektedir. Türkiye genelinde ise kongre turizminin toplam turizm gelirleri içindeki payı yüzde 7-8 düzeyindedir (Özçelik ve Sarıışık 2014: 72).

Toplantı organizatörleri için, konaklama tesislerinin kalitesi, restoranların seviyesi, ulaşımın kolay ve güvenilir olması, şehirdeki otantik değerlerin korunuyor olması, ayrıca alışveriş ve eğlence merkezlerinin varlığı ya da kalitesi büyük önem taşımaktadır. Bu faktörler, bir şehrin toplantı ve etkinlik düzenlemek için tercih edilip edilmeyeceğini belirlemede kilit rol oynamaktadır (Özçelik ve Sarıışık 2014: 72).

1.5.6. Golf Turizmi

Türkiye’de Antalya bölgesinde aktif olarak golf turizmi yapılmaktadır. Golf turizminin olduğu yerler, işletmeler genelinde sahil kenarlarında gösterişli ve lüks mekânlardır. Pahalı bir spor olan golf, Türkiye turizm gelirlerinde önemli bir payı vardır. Türkiye Golf Federasyonu’nun verilerine göre Türkiye’de 24 tesis ve bu tesislerin içinde yer alan 35 golf sahası bulunmaktadır (<https://tgf.org.tr/index.php> Erişim.Tarihi. 28.11.2021).

Golf turizm sadece sportif bir aktivite olmamakla birlikte doğa ile iç içe olma imkânı sürmektedir. Golf sadece kişiler arası rekabet, galibiyet, fiziksel egzersiz olarak adlandırmak son derece yanlıştır. Golf aynı zamanda kişilerin doğada gezinmesi, sosyalleşmesi ve dinlenmesi anlamına gelir (Başaran, 2004: 21).

Golf turistleri, tatilleri sırasında çeşitli kısa gezilere katılmakla birlikte boş zamanlarını kaliteli bir şekilde geçirmek amacıyla golf oynamaktadır. Golf turizmi, dünya genelinde turizm pazarında diğer turizm türlerine kıyasla daha fazla harcama ve daha uzun süre konaklama yapma eğilimindedir. Ayrıca, eğitim ve gelir seviyesi yüksek turistlerin tercih ettiği bir turizm türü olarak öne çıkmaktadır (Ardıç Yetiş, 2020: 119).

1.5.7. Yat Turizmi

Yat turizmi, bireylerin dinlenme ve eğlence amacıyla gerçekleştirdikleri seyahatleri kapsayan bir turizm türüdür. Bu turizm çeşidi, genellikle bir rota dahilinde farklı yöreleri ve bölgeleri keşfetmeyi içerir (Tuban, 2019: 18). Deniz ulaşımındaki gelişmelerle birlikte, deniz yolu işletmeciliği önemli bir sektör haline gelmiştir. Türkiye coğrafi konumu, iklimi, zengin tarih ve kültürü, ayrıca sayısız kıyısıyla yat turizmi açısından Akdeniz ülkeleri arasında öne çıkan bir destinasyondur (Tuban, 2019: 18).

Türkiye'nin geniş sahil şeridi, çeşitli yat güzergâhlarına ev sahipliği yapmaktadır, bu da Türkiye'yi deniz turizmi için ideal bir tercih haline getirir. Akdeniz, Ege ve

Karadeniz gibi denizlere kıyısı olan Türkiye, turistlere benzersiz deniz tatilleri sunmak için çeşitli imkanlar sağlamaktadır.

Türkiye deniz kıyılarının ve limanlarının fazla olması, yerli yat sayısının yabancı yat sayısından az olması ülke ekonomisi açısından önemli bir etkiye sahip olduğu için bu alanda çalışmalar yapılması gerektiğini göstermektedir.

Yapılan çalışmalar neticesinde yatçılık ve marina sektörü turizm sektörü içinde yer almaya devam etmelidir. Dünya da hızla gelişen bu alanda, ülke olarak da çalışmalar ve yenilikler yapmak yatırımlarını arttırmak durumundadır (Sevinç,2016: 90).

1.5.8. İnanç Turizmi

İnsanlar mensup oldukları dinler için çeşitli yerleşim mekânlarını ziyaret etmektedirler. Dini inançlar doğrultusunda ziyaret edilen ülkeler, şehir ve tapınaklar aynı zamanda bir turizm faaliyetinin de oluşmasına temel hazırlamıştır. Bu bağlamda yapılan geziler, konaklama ve seyahat etme arzusu ile turizm hareketliliği başlamasına neden olmuştur. Dünya da kutsal yerlerin turistler tarafından ziyaret edilmesinin, turizm açısından değerlendirilmesini “inanç turizmi” olarak tanımlamak mümkündür (Kaya, 1997: 6).

İnanç turizmi tarihsel olarak değerlendirildiğinde bu kapsamda ilk seyahatlerin haç amaçlı yapılan seyahatler olduğu göze çarpmaktadır (Kozak,2009:151). Doğal olarak inanç, ticari bir olgu değildir. Ancak insanların inançlarının bir sonucu olarak "hacı" olmayı arzulamaları, kutsal yerleri görmek ve manevi rahatlama amacıyla seyahat etmeleri, bu ziyaretleri turizm açısından önemli kılmaktadır (Özgüç, 2003: 84).

Türkiye, İslamiyet, Hristiyanlık ve Musevilik gibi farklı dinlere ait zenginlikleri bünyesinde barındıran bir ülkedir. İnanç turizmi açısından, 44 il d çekicilikleri ve yılda en az 250 bin kişiyi ağırlayabilme kapasitesiyle Türkiye, önemli bir varış noktasıdır. Ülkede yer alan önemli dini ve kültürel mekanlar arasında İslam kültürünü yansıtan camiler, Hristiyanlık tarihine ışık tutan kiliseler, sinagoglar ve diğer dini yapılar bulunmaktadır. Örneğin, Sultanahmet Camii, Ayasofya ve Kapadokya'daki tarihi kiliseler bu zenginliklere örnek olarak gösterilebilir (Ayaz ve Eren, 2020: 284).

1.5.9. Akarsu-Rafting Turizmi

Rafting, şişme bir bot kullanarak nehirde seyahat edilerek yapılan keyifli bir eğlence sporudur. Rafting için seçilen nehirler, akıntının hızına, suyun türbülansına, girdapların varlığına ve gücüne, ayrıca rotadaki kayaların mevcut durumuna bağlı olarak farklı zorluk seviyelerine sahiptir. Rafting doğayla etkileşimli, heyecan verici bir deneyim sunan spordur (Keleş vd., 2014: 811).

Rafting, genellikle macera turizminin bir parçası olarak kabul edilir ve fiziksel aktivite ile aşırı riski bir araya getirir. Bu spor, tehlike unsuruyla ilişkilendirilerek, katılımcılara adrenalin dolu bir deneyim sunar. "Rafting" terimi, spor için özel olarak tasarlanmış şişme botlara atfen "raft" kelimesinden gelir. Bu özel botlar, rafting için gerekli standartları karşılar ve su üzerinde güvenli ve heyecan verici bir yolculuk sağlar. Rafting, doğanın güzellikleriyle etkileşim kurmayı sevenler için unutulmaz anılar biriktiren bir aktivitedir (Keleş vd., 2014: 811).

Türkiye, zengin doğal kaynaklarıyla turizm aktiviteleri arasında öne çıkan su sporlarına ev sahipliği yapmaktadır. Özellikle rafting, kano ve nehir kayağı gibi su sporları, ülkedeki önemli akarsuların potansiyeliyle dikkat çekmektedir (Keleş vd., 2014: 811).

1.5.10. Sağlık Turizmi

Sağlık turizmi, sağlığı koruma ve iyileştirme amacıyla belirli bir süre için (genellikle 21 gün) yer değiştiren insanların, doğal kaynaklara dayalı turistik bir tesise giderek kür uygulaması, konaklama, beslenme ve eğlence gereksinimlerini karşılamak amacıyla gerçekleştirdikleri tüm hareketlerdir (Boz, 2004: 132).

Turizm türleri dinlenme, gezi ve keyif amacına yönelik olsa da, sağlık turizmi bir kısmı zorunlu ihtiyaçlardan oluşmaktadır. Sağlık turizmi hizmet sağlayıcıları, tedavi süreci sırasında veya sonrasında turistik faaliyetlerden yararlanmayı sağlar (Semanur, 2023: 5). Sağlık turizmi yapan kurumlar ve kuruluşlar, hizmet sürelerini 12 aya kadar uzatma planları yapmaktadır. Bu şekilde, sağlık turizminin sadece belirli mevsimlerde değil, yılın her ayında ülkeye turist çekmesi hedeflenmektedir. Bu girişimle birlikte, kurumlar ve kuruluşlar sağlık turistleri sayesinde doluluk oranlarını yılın her ayında yüksek tutmayı amaçlamaktadır (Aksoy, 2023: 21).

Sağlık turizm kapsamında Türkiye'yi ziyaret eden turistler genellikle estetik, kanser, obezite, tüp bebek, diş tedavileri, ortopedik ve kalp ameliyatları, organ ve kök hücre nakli gibi çeşitli tıbbi işlemlerden yararlanmaktadırlar. Ek olarak, Türkiye'yi ziyaret etme motivasyonları arasında Avrupa ülkelerine göre daha ekonomik olması, tedavinin kısa sürede tamamlanması ve bekleme sürelerinin kısalığı, sağlanan hizmetin memnuniyet verici düzeyde olması, uzman hekimlerin varlığı ve kaliteli malzemelerin kullanılması, ayrıca personelin yabancı dil bilgisine sahip olması gibi faktörler önemli rol oynamaktadır (Aksoy, 2023: 17).

Türkiye'de sunulan sağlık hizmetlerinin kapsamının genişletilmesi, teknolojik etkin bir şekilde kullanılması ve uygun fiyat politikalarının benimsenmesi gerekmektedir. Ayrıca, uluslararası düzeyde tanıtım sistemleri önemlidir. Türkiye'nin özgün kültürel özellikleri, tanıtım stratejilerinde kullanılarak destinasyonun akılda kalıcılığını artırabilir ve böylece sağlık turizmi gelirlerinin arttırılmasına katkı sağlayabilir (Eke, 2021: 2).

Çalışmanın ana konusunu oluşturması sebebiyle burada sağlık turizmi kavramına kısaca değinilmiş, ikinci bölümde ise detaylı bir şekilde incelenmiştir.

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK TURİZMİ KAVRAMI VE DÜNYA SAĞLIK TURİZMİ AÇISINDAN TÜRKİYE'NİN YERİ

2.1. Sağlık Turizmi Kavramı

Turizmin ortaya çıktığı ilk yıllarda insanlar yeni yerler keşfetme, dinlenme, serbest zamanlarını iyi değerlendirme gibi sebeplerle seyahat ederken şimdi ise tüm bu istekleriyle beraber sağlık problemlerini de gidermek adına seyahat etmeye başlayarak ve konaklayarak sağlık turizmi adı altında alternatif bir turizm türünün oluşmasına zemin hazırlamışlardır (Ergüven, 2015: 34, Gülmez, 2012: 25).

Sağlık turizminin hedef kitlesi, sağlık problemleri yaşayan kişiler ve var olan sağlığını korumayı hedefleyen kişilerden oluşmaktadır. Mevcut sağlığını korumak ve sağlık problemlerinden dolayı tedavi olmak amacıyla belirli bir süreliğine yer değiştiren insanlar, aynı zamanda turistik bir işletmeye giderek sağlık alanındaki faaliyetlere katılmak, konaklama, beslenme gibi doğal gereksinimleri karşılamak amacıyla seyahat etmektedirler (Aydın, 2012: 91). Bu nedenle amaç bir sağlık problemine çözüm aramak olsa da bu faaliyetler turizm kavramı içerisinde değerlendirilmektedir.

Dünyada sağlık hizmetlerinin artması, sağlık sistemlerindeki sorunlar, gelişmiş ülkelerdeki yüksek sağlık harcama maliyetleri, insanların kaliteli ve daha düşük maliyetli hizmet beklentisi ve ulaşım teknolojisindeki ilerlemeler gibi nedenler birçok insanı tedavi için yurt dışına gitmeye zorlamaktadır. Bu durum, dış kaynaklara yönelik talebin artmasına ve dolayısıyla sağlık turizminin yükselmesine yol açmıştır (Güleç, 2011:3). Özellikle yaşanan bu gelişmelerle son 20 yılda sağlık turizmi nedeniyle Dünya'da yer değiştiren turist sayısının günden güne artması, devletlerin bu alanda ciddi yatırımlar yapmasına ve rekabetin ortaya çıkmasına neden olmuştur. Bu rekabet hem daha kaliteli turizm hizmeti, hem daha kaliteli sağlık hizmeti hem de çeşitlendirme anlamında sağlık turizminin günden güne gelişmesine sebep olmuştur. Özellikle gelişmiş ülkeler, sadece tedavi için değil insan sağlığının korunması, sağlıklı yaşamın devamını sağlamak amacı ile de sağlık turizminin birçok alt dalından yararlanmaktadırlar (Babacan, 2023: 4). Tıbbi müdahaleler gibi profesyonel operasyonların dışında turizmcilerin maksimum kar sağlayabilecekleri kaplıca, spa ve wellness turizmi de oldukça cazip durumdadır. Sağlık

turizminin türleri ile ilgili ilerleyen bölümlerde detaylı açıklama yapılmıştır (Çimen, 2018: 103).

Tüm bu açıklamalar çerçevesinde sağlık turizmi hareketine katılan kişilerin sadece sağlıklarına kavuşmak değil aynı zaman da turizm hareketliliğine katılmak istemelerini ve turizme yönelten başlıca nedenleri aşağıdaki şekilde sıralamak mümkün olacaktır (Sağlık Turizmi El Kitabı, 2012: 65):

- Kendi yaşadıkları yerleşim yerinde alanında profesyonel sağlık personelinin olmaması,
- Sağlık hizmeti almak bunun yanında seyahat etme isteği,
- Belirlediği sağlık kurumunun kendi ülkesindeki fiyatlara göre daha uygun olması,
- Daha kaliteli sağlık hizmetlerinden yararlanma isteği,
- Özellikle yaşlı ve engelli hastaların farklı yerler görme ve bunun yanında tedavi olma istekleri,
- Kaplıcaları ve tarihi bakımından zengin olan ülkeleri merak etmeleri,
- Kişinin yaşama ve gezme isteğidir.

2.2. Sağlık Turizminin Tarihsel Gelişimi

Sağlık turizmi, son yıllarda popüler hale gelmiş bir turizm türü gibi görünse de aslında oldukça eski bir tarihe dayanmaktadır. İlk insanlar, tarihin ilk dönemlerinden itibaren şifa bulmak ve sağlık sorunlarına çare aramak amacıyla inançları doğrultusunda kutsal yerleri ziyaret etmiş ve doğal kaynaklara sahip bölgelere seyahat etmişlerdir (Sobo, 2009: 326). İlk insanlardan itibaren gerçekleştirilen sağlık amaçlı seyahatler, turizmin evrimiyle birlikte sağlık turizminin oluşumuna zemin hazırlamıştır (Yalçın, 2013: 12).

Tablo 5’de genel olarak tarihsel perspektifle sağlık turizmine bakılacak olursa, hangi sağlık turizmi faaliyetlerinin hangi zaman diliminde popüler olduğunu ve ihtiyaç duyulduğunu ve tedavi amaçlı kullanıldığını görmek mümkündür.

Tablo 5. Sağlık Turizmi Tarihsel Perspektif

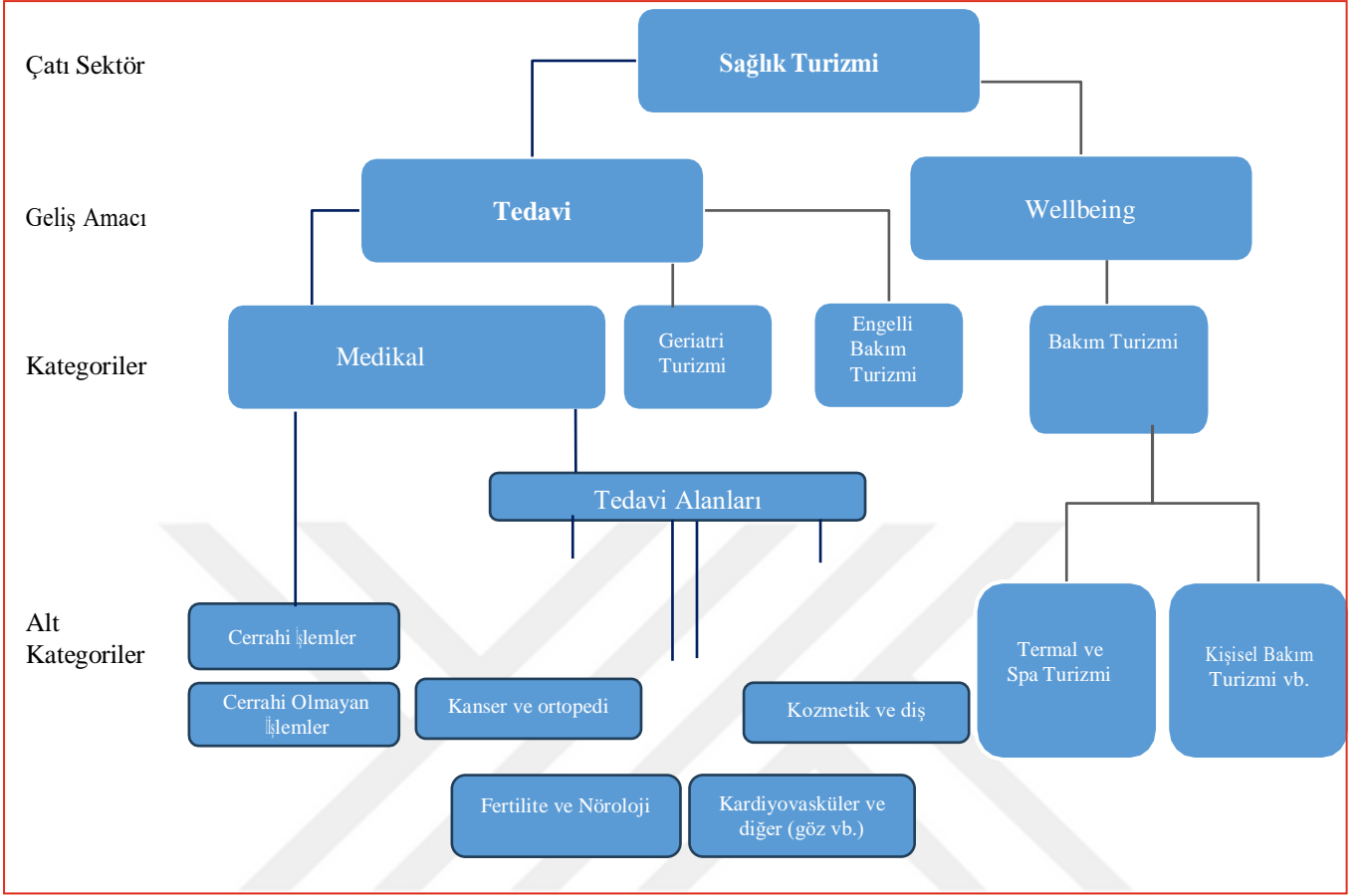
Zaman Dilimi	Öne Çıkan Sağlık Turizmi Faaliyetleri
Neolitik ve Bronz Çağ	Mineral ve Sıcak Su Seyahatleri
Orta Çağ	Termal Sular
16. Yüzyıl	Gençlik Pınarı (Fountain of Youth)
17.-18. Yüzyıl	SPA (Modern Turizm Başlangıcı)
19. Yüzyıl	Deniz ve Dağ Havası (Tüberküloz Tedavisi)
20. Yüzyıl	Deniz ve Dağ Havası (Tüberküloz Tedavisi)

Kaynak: (Yalçın, 2013: 10)

21. Yüzyılla beraber teknolojik gelişmeler, ulaşım imkanlarının artması, sağlık alanındaki yetişmiş personel sayısının, tedavi türlerinin, teknolojik alet ve edevatın artması ve insanların sadece tedavi değil sağlıklarını korumak, güzelleşmek, yaşlanmayı geciktirmek gibi nedenlerle de sağlık hizmetlerinden yararlanma isteği gibi sebeplerle hem sağlık endüstrisinde hem de buna bağlı olarak sağlık turizminde birçok gelişme ve dönüşüm yaşanmıştır. 21. Yy.'da sağlık turizminin geçirdiği dönüşümü sağlık turizmi çeşitleri başlığı altında sektörün ne kadar çeşitlendiği ve ilerlediğini görmek mümkündür (Abdullah ve Ng, 2006: 9).

2.3.Sağlık Turizminin Çeşitleri

Sağlık turizmi, koruyucu, tedavi edici, rehabilite edici veya sağlığı geliştirici hizmetler almak için seyahat eden bireylere sunulan hizmetleri kapsayan çatı bir kavramdır (Allied Market Research, TÜİK, Report Ocean, SATURK (Mülga), PwC analizi, 2021: 6). Bu çatı kavram şekil 1 de gösterildiği gibi sağlık turizmi geliş amacı, kategoriler ve alt kategoriler olarak sınıflandırılmıştır. Buna göre geliş amacına göre sağlık turizmi, tedavi ve bakım hizmetleri (wellbeing) olarak ikiye ayrılmaktadır. Bu başlıklar altında tedavi hizmetleri; medikal, geriatri ve engelli bakım turizmi, bakım hizmetleri ise termal turizm ve kişisel bakım hizmetleri olarak kategorilendirilmiştir. Bu kategorilerin alt başlıklarına bakıldığında; medikal turizmin cerrahi işlemler ve cerrahi olmayan işlemler olarak ikiye ayrıldığı görülmektedir. Tedavi alanlarının ise en çok, kanser, ortopedi, kardiyovasküler, fertilitite, diş, kozmetik, nöroloji ve göz gibi diğer alanlarda yoğunlaştığı görülmektedir.



Şekil 1. Sağlık Turizmi Çeşitleri

Kaynak: (Allied Market Research, TÜİK, Report Ocean, SATURK (Mülga), PwC analizi, 2021: 6).

Sağlık turizminin sınıflandırılması açısından Sağlık Bakanlığı verileri dikkate alınacak olursa sağlık turizmi beş alt dala ayrılmaktadır. Bunlar;

- Medikal Turizm
- Termal (Kaplıca) Turizmi
- Wellness- Spa Turizmi
- Engelsiz Turizmi
- Yaşlı (Geriatric) Turizmi

Sağlık hizmetlerin kapsamı ise tedavi edici, koruyucu ve rehabilite edici hizmetler olarak açıklamıştır (Erdoğan, 2018: 9). Medikal turizm, tedavi edici uygulamalar kapsamında; wellness turizmi koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında; yaşlı, bağımlı ve

engelli turizmi ise rehabilitasyon (iyileştirme) kapsamında değerlendirilmiştir. Tablo 6’da sağlık turizmi hizmetlerinin kapsamı verilmiştir.

Tablo 6. Sağlık Turizmi Hizmetleri

Tedavi Edici Hizmetler	Koruyucu Hizmetler	Rehabilitasyon Hizmetleri
<ul style="list-style-type: none">• Tıbbi• Kanser• Diş• Göz• Organ nakli• Fizik Tedavi• Kalp-Damar• Estetik• Medikal spa• Tüp Bebek	<ul style="list-style-type: none">• Wellness (Bakım)• Bedensel, Ruhsal ve Zihinsel Aktiviteler• Spa• Dinlenme• Beslenme• Eko Turizm• Tamamlayıcı uygulamalar(Masaj)	<ul style="list-style-type: none">• Onarım (İyileştirme)• İleri yaş• Engelli• Bağımlılık• Diyaliz

Kaynak:(Yalçın 2013: 24).

Tıbbi (medikal) tedavi amacıyla yapılan seyahatlerin en yoğun olarak Asya kıtasına yönlendiği gözlemlenmektedir. Her yıl yaklaşık 1,3 milyon turist, tıbbi tedavi amacıyla Asya kıtasını ziyaret etmektedir. Bu nedenle, Asya kıtası medikal turizminin önemli bir merkezi olarak kabul edilmektedir. Ayrıca, termal turizmde Avrupa ülkeleri öne çıkmaktadır ve özellikle Almanya, günümüzde termal turizm açısından önemli bir konuma sahiptir (Özer ve Songur, 2012: 75).

Dünyanın farklı yerleri incelendiğinde konum olarak coğrafi özelliklere ve güzelliklere sahip olan yerleşim yerleri olduğunu görmekteyiz. Bu farklılıklar göz önüne alınarak farklı güzellikteki yerleşim yerleri için uygun olan sağlık turizmi çeşidinin ön plana çıkarılması turizm ve ekonomi alanında da önemlidir. Her bölge sağlık turizminin belli alanında markalaşmalı ve kendine ait olmalıdır. Önemli olan o bölgenin sağlık turizminin hangi çeşidine daha uygun olduğu ve bununla birlikte tek olmayı amaçlaması ve markalaşmaya yönelmesidir.

Bu açıklamalar kapsamında aşağıda sağlık turizmi çeşitlerine kısaca değinilmiştir.

2.3.1. Medikal Turizm

Medikal turizm genel olarak kişilerin eski sağlıklarına kavuşmaları için farklı ülkeleri veya şehirleri tıbbi uzmanlık gerektiren tedavilerden faydalanmak için seyahat edilmesini ifade eder. Tıp sektöründeki gelişmelerin etkisiyle ortaya çıkan medikal turizm, farklı ülkelerde veya şehirlerde tedavi imkanları sunmanın yanı sıra tatil imkanını

da birleştiren bir kavramdır. Bu nedenle, medikal turizm faaliyetlerinde hem sağlık sektörü hem de turizm sektörü önemli bir rol oynamaktadır (Özsarı ve Karatana, 2013: 140).

Medikal turizm, başka bir ifade ile “hastanın çeşitli sağlık sebepleri ile uluslararası seyahat etmesidir” şeklinde tanımlanabilir (Akbolat, 2017: 125).

Medikal turizmin genel özellikleri aşağıdaki gibi sıralanabilmektedir; (Altın, 2012:158).

- Medikal turizm ileri teknoloji kullanan bir sağlık kuruluşunda gerçekleştirilen bir turizm türüdür,
- Sağlık hizmeti verilen medikal kuruluşların uluslararası düzeyde hizmet kalitesinin olması önem arz etmektedir,
- Sağlık hizmeti veren kuruluşlarda, gelen turistlerin kullandıkları dil farklı olacağı için iletişim için yabancı dil bilen personelin de hazır bulunması gerekmektedir,
- Medikal turizm diğer turizm türlerinin de tanıtılması için, değeri yüksek bir turizm türüdür,
- Medikal turizmde devletinde desteğiyle hedefledikleri ülkeler için tanıtım faaliyetlerinin düzenlenmesi gerekmektedir.

Medikal turizmde amaç sağlığa kavuşmak ve tedavi olmak olduğu için diğer turizm türlerine göre ikamesi bulunmamaktadır. Sağlığın mevsimsel farklılığı olmadığı içinde 12 ay yapılabilmektedir. Böylelikle turizm faaliyeti de tatil turizmi dışında aylara yayılabilmektedir.

Medikal turizm ile ilgili yapılan başka bir tanımlama; “kişilerin buldukları yerleşim yerlerinin tıbbi tedavi maliyetlerinin çok yüksek olması sebebiyle, tedavileri daha düşük ücretle karşılayan gelişmekte olan ülkeleri tercih etmeleri ile ortaya çıkan turizm hareketleri”dir (Acar, 2012: 22). Bu tanımlamadan da anlaşılacağı üzere tercih edilecek ülkelerin belirlenmesindeki en büyük etkenin “maliyet” olduğu görülmektedir (Özsarı, Karatana, 2013: 140). Bir diğer tercih unsuru da tedavi için gerekli uzman kadronun olmasıdır.

Türkiye’de medikal turizm kapsamında plastik cerrahi, saç ekimi, tüp bebek tedavileri, göz ve diş operasyonları, kalp ameliyatları, kalp rahatsızlıklarının tedavileri, beyin ameliyatları gibi birçok alanda tedaviler yapılabilmektedir. Türkiye’de bu tedaviler için alanında uzmanlaşmış hekimler bulunmaktadır. Turistler için son dönemlerde Türkiye tercih edilen bir merkez haline gelmiştir (İçöz, 2014: 2271).

2.3.2.Termal (Kaplıca)Turizmi

Eski çağlardan bu yana örneğin; Astekler ve Kızılderililer jeotermal kaynakların kutsal, iyileştirici ve mucizevi olduğuna inanmışlardır (Özbek ve Özbek, 2008: 102). Bu inanış günümüzde de sağlık bilimi ve turizm ile birleşmiş ve termal turizm diye sağlık turizmi içerisinde değerlendirilen bir turizm türü ortaya çıkmıştır. Özel su kaynakları olan şifalı su diye de nitelendirilen içeriğindeki minerallerden dolayı, termal su ve çamurların insan sağlığına iyi geldiği bilinmekte, talep ve tercih edilmektedir (Çontu, 2006: 31). Bir diğer tanıma göre, termal turizm doğal olarak belirli bir sıcaklığa sahip olarak yeryüzüne çıkan ve faydalı mineraller içeren şifalı suların, çamur ve buharın bulunduğu yörelerde, o bölgeye özgü iklim şartları içinde gerçekleşen turizm türüdür (İlban, 2008: 106; Öztürk ve Yazıcıoğlu, 2002: 192).

Termal turizm insanların sağlık durumlarını iyileştirmek için ya da var olan sağlıklarını korumak için tercih ettikleri turizm faaliyetleridir. Termal su kaynaklarının bulunduğu yerleşim bölgelerinde konaklama faaliyetleri içinde çalışmalar yapılmış olup büyük işletmeler kurulmuştur. Termal turizm işletmelerinin gelişmesinden dolayı insanların; dinlenme, eğlence, iş toplantıları gibi sebeplerle de tercih ettikleri görülmektedir. Türkiye’de özellikle kış aylarında yapılan turizm faaliyetlerin başında termal turizm gelmektedir (Selvi,2012: 95).

Türkiye’de yer altı sularının fazla olduğu bölgelere termal tesisler kurulmuştur. Bu bölgeleri tercih edenlerin yaş aralığına bakıldığında yaşlı turistlerin tercih ettiği romatizmal rahatsızlıklara iyi geldiği için tercih sebebi olduğu düşünülmektedir. Termal turizm gelir düzeyi yüksek olan kişilerin tercih sebebi olduğu için ciddi ölçüde turizm ekonomisine fayda sağlamaktadır. Türkiye’ de turizm faaliyetlerinde yoğunluk olarak tatil turizminden sonra termal turizm tesislerinde doluluk oranı gelmektedir (Karaaslan ve Çakarogulları, 2006: 6).

Türkiye’de kaplıca turizmi çok eski zamanlara dayanmaktadır. Eski çağlardan bu yana Anadolu’da şifalı suların yararlanıldığı hastalıklara iyi geldiği bilinmektedir. Hierapolis (Pamukkale) ve Alexandria Troas (Kestanbol) hamam kalıntıları Roma dönemine aittir. Yalova Kurşunlu hamamı ise Bizans dönemine aittir (Akbulut, 2010: 37).

Türkiye’de özelliklerine termal turizm yedi bölgeye ayrılmıştır (Özdemir,2015: 8).

- Marmara Bölgesi Termal Turizm Kentleri (Çanakkale, Balıkesir, Yalova),
- Frigya Termal Turizm Kentleri (Afyonkarahisar, Kütahya, Uşak, Eskişehir, Ankara),
- Ege Bölgesi Termal Turizm Kentleri (İzmir, Manisa, Denizli, Aydın),
- İç Anadolu Bölgesi Termal Turizm Kentleri (Yozgat, Kırşehir, Nevşehir, Niğde),
- Kuzey Bölgesi Termal Turizm Kentleri (Amasya, Sivas, Tokat, Erzincan),
- Doğu Bölgesi Termal Turizm Kentleri (Bilecik, Kocaeli),
- Karadeniz Bölgesi Termal Turizm Kentleri (Bolu, Düzce, Sakarya).

2.3.3. Wellness- Spa Turizmi

İnsanın kendisini psikolojik ve bedensel olarak iyi ve zinde hissetmesini sağlayan masaj ve bedensel bakım gibi çeşitli rahatlama tekniklerini kullanarak wellness turizmi gerçekleştirilmektedir (Özsarı ve Karatana, 2013: 139-140). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ye göre wellness; fiziksel, zihinsel ve sosyal anlamda iyi olma durumunu ifade eder. Bu kavram, mevcut bir hastalık veya sakatlık değil, ileriye dönük bakım, sağlıkta ilerleme ve iyi olma durumunu içerir (Turizm & Yatırım Dergisi, 2013: 8).

Wellness ve spa turizminde Türkiye’de son dönemlerde büyük bir artış gözlenmiştir. Türkiye’de turizm faaliyeti gösteren konaklama işletmelerinin büyük bir çoğunluğunda wellness ve spa hizmeti verilmektedir. Büyük otellerin çoğunda bulunan bu hizmetler yoğun talep görmektedir, kıyı bölgelerimiz de faaliyet gösteren işletmelerin bazılarının da otelin adıyla birlikte anılmaktadır (Durna ve Babür, 2011: 92). Beş yıldızlı otellerin çoğunda bu turizme yatırım yapılmaktadır. Türkiye’de spa turizminin getirisinin son dönemde ciddi rakamlara ulaştığı gözlenmiştir. Türkiye’de yıllık spa & wellness

sektör cirosunun yaklaşık 400 milyon dolar civarında olduğu tahmin edilmektedir (Çetinkaya, 2010:26).

Global SPA & Wellness Summit – SRI International tarafından hazırlanan bir rapora göre, dünya wellness pazarının 439 milyar dolar olduğu belirtilmektedir. Raporda, wellness turizmi pazarının sadece wellness hizmeti alan kesimlerin yaptığı harcamalar temel alınarak ölçümlendiği belirtilmiştir. Bu kapsamda bir ülkeye gelen tüm wellness turistlerinin gecekalmelerinden sağlanan kazançlar ile bir ülkede yaşayan insanların kendi ülkelerinde wellness turizmi amacıyla gecekalmesiyle oluşan yurt içi wellness turizmi harcamalarının ele alındığı ifade edilmektedir (Turizm & Yatırım Dergisi, 2013: 6 – 7).

2.3.4. Engelsiz Turizmi

DSÖ, "engelli" terimini, bedensel, zihinsel ve ruhsal özelliklerinden bir veya birkaçının belirli oranlarda kalıcı ve işlevsel olarak kullanılamaması durumu olarak tanımlar. Bu durum, görsel olarak bir veya birkaç organın kısmen veya tamamen yokluğunu içerebilir ve bu durum, bireyin normal yaşam koşullarında işlevselliği sınırlayacak düzeyde olabilir (Zengin ve Eryılmaz 2013: 53).

Avrupa İstatistik Örgütü EUROSTAT verilerine göre ise; Avrupa sınırları içerisinde 50.000.000 engelli yaşamakta ve her yıl 8.000.000 engelli buldukları ülke dışında seyahat etmektedir. 15.000.000 engelli birey ise ülke içinde seyahat etmekte, 22.000.000'u günübirlik seyahat etmektedir (Zengin ve Eryılmaz, 2013: 52).

Dünya da son zamanlarda engelli bireylere yönelik olarak yapılan çalışmalarda engelsiz turizm kavramı da ortaya atılmıştır. Engelli bireylerin diğer turistlerle aynı imkânlarla sahip olması diledikleri gibi özgürce tatillerini yapabilmeleri için çalışmalar yapılmış engelsiz turizm faaliyetlerine önem verilmiştir. Engelli bireylerinde tatilleri boyunca sıkıntısız ve problemsiz tatillerini yapabilmeleri için engelsiz turizm faaliyetleri hız kazanmıştır. *“Kişilerin bedensel ve fiziksel bazı kabiliyetlerinden mahrum olmaları durumu engel olarak adlandırılır. Her hangi sebeple oluşan bu engel durumlarından dolayı fiziksel çevre ile erişimleri güçleşmektedir. Bu olanaklar ne kadar kısıtlı ve engelli bireyler için sıkıntılı olsa da onlarda seyahat edebilmeli turizm faaliyetlerine katılabilmelidirler”* (Evliyaoğlu, 2015: 40).

Engelli bireylerinde tatil imkânlarından, fırsatlarından yararlanabilmeleri için Türkiye’de engelli tatil hizmeti verilmektedir. *“Engelli insanlar ile ilgili alınacak*

kararlarda sivil toplum örgütleri karar mekanizmalarına dâhil edilebilmelidir. Engelsiz turizm yararlanıcıları ev halkıyla birlikte turizm faaliyetlerine onurlu bir şekilde katılmaları durumunda çok daha mutlu vatandaşlar olabilirler” (Özbalcı, 2018: 61).

TÜRSAB Engelsiz Turizm Komitesi’nce Türkiye’de tespit edilen bazı problemler ve sorunlar aşağıdaki gibi sıralanabilir (TÜRSAB, AR-GE Raporu, 2008).

- Engelliler için yeterli sayıda toplu ulaşım araçları bulunmamaktadır
- Turistik alanlar ve tesisler engelli bireylere yönelik yapılmamıştır.
- Kaldırımlar engelli bireyler için uygun standartlarda yapılmamıştır.
- Sorun yaşayan engelli bireyler problemleri çözebilecek mercilere ulaşmamaktadır.
- Turizm hizmeti veren işletmelerde engelli bireylere yönelik dizayn edilmiş oda sayıları yetersizdir.

DSÖ belirlediği ve gerçekleştirdiği “Uluslararası Yetersizlik, Özürlülük ve Engellilik Sınıflamasını” (ICIDH) revize ederek günün şartlarına uyum sağlaması için 2001 yılında yeni bir sınıflandırma yapmıştır.

2.3.5. Yaşlı (Geriatri) Turizmi

Geriatri turizmi - üçüncü yaş turizmi "*50 yaş ve üstündeki insanların ikametleri, çalıştıkları ve her zamanki ihtiyaçlarını karşıladıkları yerlerin dışına yaptıkları seyahatlerden ve seyahatleri esnasında genellikle turizm işletmelerinin ürettiği mal ve hizmetleri talep ederek geçici, süreli konaklamalarından kaynaklanan ilişkiler bütünüdür*" (Yıldırım, 1997: 77).

Geriatri Turizmi için, ülkeler arası emeklilik yaşı değişkenlik gösterdiği için belirli bir yaştan söz etmek doğru değildir (Yıldırım, 1997: 77). Ancak, Birleşmiş Milletler 60 yaş üzerini yaşlı olarak kabul etmektedir oysa birçok ülke 65 yaş sınırını yaşlı kabul etmektedir. Turizm faaliyetleri kapsamında yaşlı turistlerin seyahat ve konaklamalarıyla ilgili taleplerin artmasıyla birlikte geriatri turizmi de turizm sektörü içerisinde yerini almaya başlamıştır (Özcan ve Aydın, 2015: 85).

Geriatri turizminde yaş sınırlanmasına takılmadan üç ana başlık altında incelenmektedir (Hacıoğlu ve Şahin, 2011: 19-20).

- Birinci yaş dönemi
- İkinci yaş dönemi
- Üçüncü yaş dönemi

Birinci yaş dönemi hayata hazırlık dönemi olarak adlandırılmaktadır. Öğrenme gelişme ve bilinçlenme dönemi olarak kabul edilir. İkinci yaş dönemi ise çalışma dönemidir. Çalışma hayatının devam ettiği dönem olarak nitelendirilir. Üçüncü yaş dönemi ise çalışma hayatının bittiği dinlenme zamanının geldiği yaş dönemi için ifade edilir (Hacıoğlu ve Şahin, 2011: 19-20).

Türkiye’de yapılan sağlık turizmi planlamasında son yıllarda yapılan çalışmalar arasında öncelikli konulardan bir tanesidir. “Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı” ile sağlık turizminin alt başlıkları olan “termal turizmi, medikal turizm ve yaşlı (Geriatric) turizmi” olarak incelenmektedir. Yaşlılara yönelik bakım ve rehabilitasyon hizmetleri farkıyla rekabet gücünün artırılması amaçlanmış ve 2014 yılında yapılan onuncu kalkınma planı ile, ileri yaş turizminde 150.000 yabancı turist ve 750 milyon dolar gelir hedeflenmiştir” (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2014: 3). 2019 yılında yapılan on birinci kalkınma planına göre, sağlık hizmetlerinin sunumunda disiplinler arası bir yaklaşım benimsenecek, geriatri alanında uzmanlaşmış personel sayısının artırılması ve geriatri hizmetlerin daha geniş kitlelere ulaştırılması hedeflenmektedir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2019: 154).

Üçüncü yaş turizminde Türkiye’deki hastanelerin kalite, akreditasyon ve teknoloji bakımından gelişmeler kaydettiği, ülkenin iklimi ve kültürel zenginliği, bulunduğu coğrafi konum ve bu konum sayesinde ulaşımın kolay olması avantajları arasında yer almaktadır.). “Türkiye’yi ziyaret eden yaşlı turistlerin motivasyon (tercih nedeni) sıralaması şu şekildedir: Gezi-eğlence ve kültürel faaliyetler, akraba-arkadaş ziyaretleri, sağlık-tıbbi nedenler” (Kılıçlar vd.,2017).

Hukuk alanındaki boşluklar, sağlık alanında uzman personelin yetersizliği, yabancı dil konusunda yetersizlik, özel sektör, sivil toplum kuruluşları ve devlet arasında anlaşmaların yeterli olmaması, reklam ve tanıtım yönünden zayıf kalması, Türkiye’nin turizm konusunda dezavantajları arasında yer almaktadır. (MÜSİAD, 2012

Yaşlı turistler sağlık amaçlı seyahat etmekte ve aynı zamanda diğer turizm faaliyetlerine de katılım sağlamaktadırlar. Turistlerin tercihleri genellikle paket turlar olup sağlık içerikli geziler tercih sebepleridir.

Türkiye'ye gelen yaşlı turist sayısına bakıldığında dalgalı bir seyir izlediği görülmektedir. TÜİK verilerine bakıldığında 2010-2022 yılları arasında yaşlı turistlerin toplam turist sayısına oranla çok ta az olmadığı görülmektedir.

Türkiye'deki üçüncü yaş turizminin önündeki engeller aşağıdaki gibidir:

- 1-Dil sorunları,
- 2- Yaşlılara yönelik ulaşım problemleri,
- 3-Sağlık tesisi, bakım ve rehabilitasyon konusunda eksiklik,
- 4-Yaşlılara yönelik ergonomik tesis ve ortam eksikliği,
- 5- Bilgilendirme ve reklam eksikliği,
- 6- Ekonomik ve sigorta sorunlarıdır.

2.4. Dünyada Sağlık Turizmi

Sağlık turizmi insan sağlığını tedavi etmeyi amaçlayan seyahat ve konaklama hizmetlerinin içeren turizm faaliyetleridir (Çelik, 2009: 4). Sağlık turizmi, kişilerin sağlıklarını iyileştirmeyi, var olan sağlıklarını korumak amacı ile seyahat etme arzusuyla birlikte bedenen ve zihnen dinlenme, tedavi olma gibi amaçlarla yapılmaktadır (Taş, 2010: 5, 19).

Çok eski tarihlerde dünyada az gelişmiş ülkelere daha gelişmiş ülkelere gelir düzeyi yüksek insanların sağlık problemlerinden dolayı seyahat etmişlerdir. Günümüzde ise ekonomik değişimlerden dolayı “ters yönlü küreselleşme” adı altında tersine seyahat söz konusudur. Artık kişiler sağlık için az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkeleri tercih etmekte ve seyahat etmektedir (Ekinci, 2019: 35).

Dünyada sağlık turizmi çok sayıda farklı ülkelerde hizmet vermektedir. Sağlık turizminde Asya kıtasında Hindistan, Singapur ve Malezya sağlık turizminde öne çıkan ülkelerdir. Amerika kıtasında Brezilya, Küba, Meksika ve Kosta Rika; Avrupa'da ise Polonya, Almanya, Slovenya ve Türkiye sağlık turizmi açısından önemli merkezler arasında yer almaktadır (Çimen, 2018: 107).

Dünya’da sağlık turizmi alanında OECD ülkelerinin birçoğunun öne çıktığı görülmektedir. Tablo 7’de OECD’ye üye olan ülkeler sıralanmıştır. 2014 yılında OECD ülkelerinin sağlık turizmi açısından sıralaması şu şekildedir; OECD ülkeleri arasında medikal turizm sektöründe ilk sırada yer alan ülkenin ABD’dir. Almanya, Meksika, Polonya, İsviçre, Türkiye, İspanya, İngiltere, Avustralya ve Fransa gibi OECD ülkeleri ise sağlık turizminde ilk 10 ülke arasındadır (Özcan 2014:117, aktaran: Akdaş, 2020:49)

Tablo 7. OECD Üye Ülkeler

1.Avustralya	7.Estonya	13.İzlanda	19.Litvanya	25.Polonya	31.İsviçre
2.Avusturya	8.Finlandiya	14.İrlanda	20.Lüksemburg	26.Portekiz	32.Türkiye
3.Belçika	9.Fransa	15.İtalya	21.Meksika	27.Slovakya	33.Birleşik Krallık
4.Çek Cumhuriyeti	10.Almanya	16.Japonya	22.Hollanda	28.Slovenya	34. Amerika Birleşik Devletleri
5.Çin	11.Yunanistan	17.Kore	23.Yeni Zelanda	29.İspanya	
6.Danimarka	12.Macaristan	18.Letonya	24.Norveç	30.İsveç	

Kaynak: (OECD, 2023).

Sağlık turizmi kapsamında bakıldığı zaman ise tersine turizm ile gelişmekte olan ülkeler sağlık turizm kapsamında ilk sıralarda yer almaktadır. Bunun başlıca sebebi ise gelişmekte olan ya da az gelişmiş ülkelerde sağlık turizm maliyetleri gelişmiş ülkelerdeki maliyetler arasındaki farklar olmasıdır.

Tablo 8. 2010 Yılında Dünyada Medikal Turizm Ülkeler Sıralaması

1.Hindistan	11.Polonya	21.Küba	31.Fas
2.Tayland	12.Suudi Arabistan	22.Fransa	32.Yeni Zelanda
3.Singapur	13.İsviçre	23.Panama	33.Güney Kore
4.ABD	14.Arjantin	24.Filipinler	34.Tayvan
5.Malezya	15.Birleşik Arap Emirlikleri	25.Belçika	35.Tunus
6.Almanya	16.Türkiye	26.Karayipler	
7.Meksika	17.Çin	27.Macaristan	
8.Güney Afrika	18.İspanya	28.İsrail	
9.Brezilya	19.İngiltere	29.Japonya	
10.Kosta Rika	20.Avustralya	30.Ürdün	

Kaynak: (Sağlık Bakanlığı, 2010)

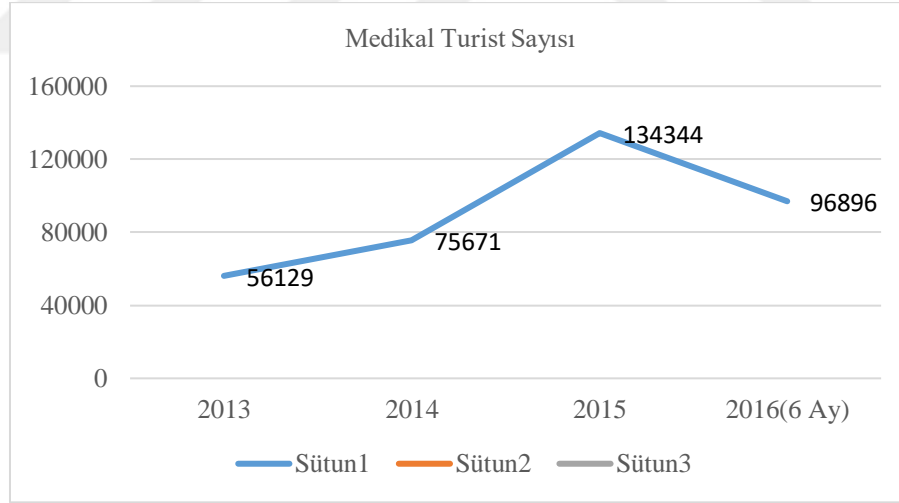
Dünya genelinde sağlık turizmi ile öne çıkan ülkeler arasında; Panama, Brezilya, Malezya, Kostarika, Hindistan; termal turizmde Hindistan, Türkiye, Malezya ve spa-wellness turizminde Macaristan, Çek Cumhuriyeti, Avusturya, Bali, Maldivler bulunmaktadır (Özer ve Songur, 2012: 70).

2.4.1. Hindistan

Dünya da sağlık turizmi kapsamında seyahatlerin başında Hindistan gelmektedir. Hindistan'da bulunan sağlık kuruluşlarının düşük maliyetli olması, kaliteli hizmet sunması, sağlık alanında teknolojik alt yapısının olması ve bekleme süresinin olmaması, tam donanımlı sağlık kuruluşlarının olması tercih nedenleri arasındadır (Tontuş, 2017: 2).

Hindistan'da sağlık sektörü iki biçimde sistematik olarak şekillenmiştir. Birincisi kamu ikincisi özel sağlık sistemidir. Hindistan'da sağlık hizmetlerini eyaletler tarafından yürütülmekte ve denetlenmektedir. Hindistan'da büyük şehirlerinde ve yerleşim yerlerinde özel sağlık kuruluşları hâkimdir, kırsal bölgelerde ise küçük kamu sağlık hizmetleri yaygındır. Bunların dışında, Hindistan'ın sağlık hizmetlerinin sistematik özelliğinin önemli bir parçası da geleneksel tıp uygulamalarıdır. Bunlar yoga, Homeopati, Siddha, Yoga, Ayurvedik Tıp ve Naturopati'dir (Tontuş, 2017: 2).

Hindistan'ın sağlık turizminde tercih sırasında ilk sırada olmasının bir diğer özelliği de kalp ameliyatları, kanser tedavileri gibi riskli sağlık problemlerinde bile başarı seviyesinin yüksek olmasıdır (Tontuş, 2017: 2).



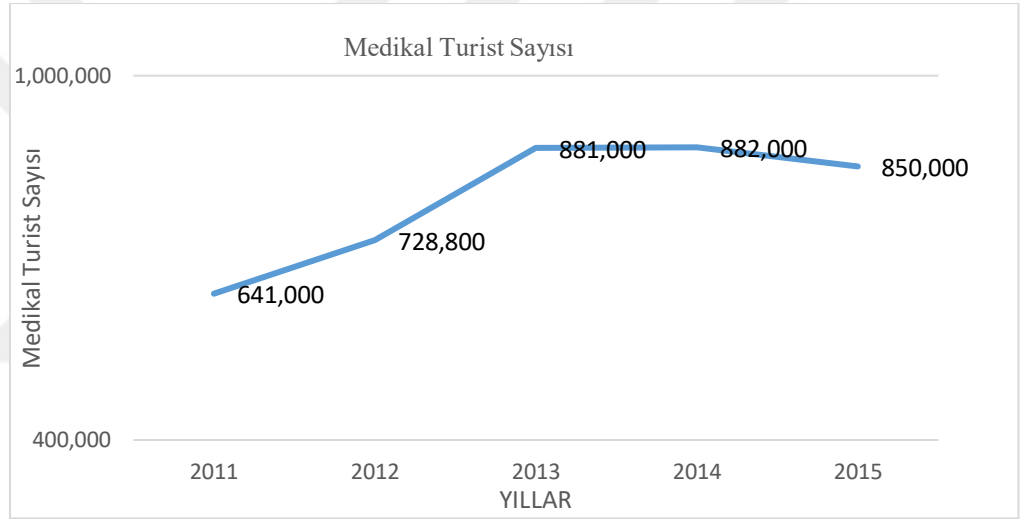
Grafik 1. Hindistan'ı Ziyaret Eden Medikal Turist Sayısı (2013-2016)

Kaynak: (Jais, 2017:3 aktarım Deniz,N.G)

2013- 2016 yılları arasında medikal turist sayısına bakıldığında turist sayısı olarak en yüksek olduğu yıl 2015 yılıdır. Yıllar içinde turist sayısında artış gözlenmiştir. Hindistan günümüzde halen medikal anlamda en büyük sağlık tesislerine sahiptir. Alternatif tıp alanında gelişmişlik göstermiş ve halen kullanılmaktadır (Akdu, 2009: 45).

2.4.2. Malezya

Malezya'yı sağlık turizmi kapsamında ziyaret eden turistlerin önemli bir çoğunluğu Endonezya'dan gelmektedir. Diğer turistler ise çevre ölkelerden gelmektedir. Ortak dil, benzer inanışların neticesinde tercih sebebi olmuştur. Fiyatların uygun olması gelen turistler için yabancı dil bilen sağlık personel sayısının fazla olması da bu konuda önemli bir etkidir. Malezya sağlık turizm alanında çok eski zamanlara dayalı çalışmaları olmamasına karşın her geçen yıl sağlık turizm faaliyeti gösteren ölkeler arasında hızla yerini almıştır. Malezya imkanları, gelişmiş hastaneleri, güvenlik standartları ile sağlık turizm de önemli bir konumdadır. Dünyada sağlık turizm faaliyeti veren ilk 10 ölkenin arasına girmeyi başarmıştır. (MHTC, 2018).



Grafik 2. Malezya'yı Ziyaret Eden Medikal Turist Sayısı (2011-2015)

Kaynak: (Jais, 2017:3aktaran.Deniz,N.G.)

2.4.3. Tayland

Tayland, 1975 yılından sonra hükümet kalkınma stratejisi ile hızlı bir ekonomik büyüme kazanmıştır. Batı ölkeleri arasında ciddi bir rekabet durumu ortaya çıkmıştır. Ülkenin turizm gelir kaynağı önemli bir ekonomi kaynağıdır. Pattaya, Phuket ve Bangkok gibi turistik bölgeleri en çok ziyaret edilen destinasyonlarıdır. Dünyada en çok talep edilen destinasyonların birisi olan Tayland, pazarlama, plan ve politikalarıyla sağlık turizmde markalaşmış ölkeler arasındadır. Sağlık turisti sayısı fazla olan ve en prestijli sağlık tesislerinin bulunduğu şehir başkentidir. “Sağlık turizmde önemli bir hastane

olan Bumrungrad Hastanesi gün içinde ortalama bin civarında uluslararası hastaya hizmet vermektedir” (Tontuş, 2017: 156)

Tablo 9. Tayland - İngiltere Fiyat Karşılaştırması

İşlem	İngiltere(USD)	Tayland(USD)
Kalça protezi	16.000	10.000
Liposcuction	6.000	3.500
Meme büyütme/küçültme	9.500	3.300
Yüz gerdirme	12.000	5.250
Abdominoplasti	9.000	4.200
Porselen kron diş tedavisi	1.000	350
Dental İmplant	3.500	1.800

Kaynak: (Tontuş, 2017:156)

Tablo 9’de 2017 yılında yapılan bir araştırmaya göre Tayland ve İngiltere arasında fiyat karşılaştırmasında, Tayland’da yapılan operasyonların maliyet olarak daha uygun olduğu görülmektedir. İngiltere de gerçekleşen operasyonların maliyet olarak daha yüksek olması sonucu hastaların Tayland’da bulunan destinasyonların daha çok tercih edilme sebebi olmuştur.

2.4.4. Singapur

Singapur Turizm Kurulu tarafından 2008 yılında yapılan çalışmalar sonucunda tedavi altına alınan “646.000 hastanın 370.000 kişininin medikal turist olduğunu, geri kalan 230.000 kişinin ise bu hastalara refakat edenlerin olduğu bildirmiştir.” Hastalara refakat edilenlerinde medikal turist adı altında sayıldığı birçok incelemede tespit edilmiştir. 2012 yılında ise ülkeyi yaklaşık olarak 200.000 turist medikal hizmetleri için ziyaret etmiştir (Doğan, 2014: 63).

Singapur 1983 yılında sağlıkla ilgili önemli gelişmelere adım atmıştır. Kentleşme ile beraber gelen temiz hava, sağlıklı yaşam alanlarının oluşturulması, yeşil alanların sayısının artırılması sağlıkla ilgili gelişmelere adım atılmasını sağlamıştır. Singapur, sağlık verileri incelendiğinde benzer ülkeler arasında iyi durumdadır. “Doğumda beklenen yaşam süresi 2019 yılı itibariyle 83,6 yıl, bebek ölüm hızı binde 1,7, anne ölüm oranı yüz binde 3’tür. Diğer göstergelere baktığımızda kaba doğum hızı binde 8.8 ve toplam doğurganlık oranı 1,14 ile ülke nüfusunun giderek yaşlandığı görülmektedir” (Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Platformu, 2020).

2.4.5. Amerika Birleşik Devletleri

Amerika Birleşik Devletleri'nin nüfusu yaklaşık olarak 328 milyon kişidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2010 verilerine göre kişi başına sağlık harcamaları yılda 8.233 dolar olarak gerçekleşmiş ve gayrisafi yurtiçi hasıladan sağlık giderleri için ayrılan pay %17,6 olarak belirlenmiştir (Tontuş, 2017: 120). Amerikan sağlık sisteminde birçok hastalık tedavisi yüksek maliyetli olduğu için sigortayı kapsamamaktadır. Bu tür hizmetlerden yararlanmak isteyen Amerikan vatandaşları yüksek prim ödeyerek sağlık sigortası yaptırmaktadır. ABD nüfusunun yaklaşık %15'lik kısmının sağlık sigortası bulunmamakta, %9'luk kısmı ise en alt düzeyden temel sağlık ihtiyaçlarını içeren sigorta kapsamındadır. Nüfusun %15'i kendi planları ile sigorta yaptırırken geri kalan ise işveren üzerinden sigortalanmış bireylerdir (Tontuş, 2017: 122).

Amerika'da kamu sigorta sisteminin olamamasından dolayı ve tedavi ücretlerinin maliyetinin yüksek olması sebebiyle kişiler sağlık turizmine yönelmektedirler. Ülkelerinde maliyetlerin yüksek olmasından kaynaklı başka ülkelere seyahat etmektedirler. Amerika'da yaşayan kişilerin sağlık turizmi kapsamında en çok tercih ettiği ülkeler; Meksika, Hindistan, Malezya, Kosta Rika, Türkiye ve Tayland gibi sağlık turizmi hizmeti sağlayan ülkelerdir (Tontuş, 2017: 121).

Amerika'dan sağlık hizmeti almak için sağlık turizmi kapsamında seyahat eden kişilerin en fazla tercih ettikleri tedaviler; ortopedik operasyonlar, kalça eklem cerrahisi ve kalp cerrahisi, diş tedaviler, kozmetik cerrahi, obezite, kanser tedavileri ve göz operasyonları ve tüp bebek tedavileridir (Tontuş, 2017: 123).

Tablo 10. Amerika Birleşik Devletleri’nde Sağlık Turizmine Etki Eden Faktörler

ABD’ ye Hasta Akışının Sebepleri	ABD Dışına Hasta Çıkışının Sebepleri
<ul style="list-style-type: none">• Akreditasyon sistemlerinin sahibi olmaları sebebiyle sektörde kural koyucu konumundadır.• Sağlık Turizminde fiyatlar ne kadar yüksek olsa da sağlık turizmi kapsamında sağlanan gelir sürekli artmaktadır.• Başka ülkelerde sağlık ofisleri veya tesisleri açması sebebiyle uluslararası boyutta bilinirlik düzeyi yüksektir.• Çoğunlukla sağlıktaki teknolojik gelişmelerin lideri konumundadır ve teknoloji gücü oldukça yüksek bir ülkedir.• Amerikan eğitim sisteminin hekimler açısından tüm dünyada saygınlık oluşturması ve donanımlı mezun bireyler oluşturması.• Amerikan sağlık kurumlarının büyük bir kısmı akreditasyon sistemleri ile akredite olmuş ve yüksek kalite standartlarında sağlık hizmetleri sunmaktadır.• Sağlık kurumlarının uluslararası alanda prestij sahibi olması ve yüksek rekabet durumu sağlık hizmeti sunum kalitesini de yükseltmektedir.	<ul style="list-style-type: none">• ABD dünyada en pahalı sağlık hizmeti sunan ülke olarak kabul edilmektedir.• Sağlık turizminde öncü olmasına rağmen sağlık turizmi yapısı ve yasal dayanağı oluşmamıştır.• Bireylerin yaşadığı ekonomik sıkıntılar daha uygun maliyetli tedavi imkanı sunan ülkelere yönlendirme yapmaktadır.• Amerika’da yaşayan sigortasız bireyler tedavi ve bakım hizmetlerinin maliyetlerini karşılamada sıkıntı çekmesine bağlı olarak daha uygun hizmet veren ülkelere yönelmektedir.• ABD, uluslararası politikada bazı zamanlarda prestij sorunu yaşamaktadır.• Sigorta şirketleri paket uygulamalarına sağlık turizmini de dahil etmektedir.• Tıbbi bakım maliyetlerinin çok yüksek olması.

Kaynak; (Tontuş, 2017).

2.4.6. İngiltere

İngiltere’de sağlık hizmetleri maliyetleri yüksek olduğu için başka ülkelere seyahat artmıştır. Tedavi amaçlı başka ülkelere seyahat eden hasta sayısı son dört yılda artmış ve ortalama 160 bin kişiye ulaşmıştır.

Sağlık turizmi kapsamında İngiliz sağlık turistlerinin Türkiye’yi seçme nedenleri (Aydın ve Şeker, 2011);

1. Tedavi ücretleri; kendi ülkelerinde tedavi maliyetlerin yüksek olması nedeniyle tercih edilmesi,

2. Uzun bekleme süreleri; Tedaviler için bazı medikal işlemlerin hemen yapılıyor olması,

3. Sigorta kapsamında olmayan işlemler; sigorta kapsamında olmayan ve maliyetleri yüksek olan tedaviler için Türkiye'nin seçilmesi

4. Geleneksel turizm olanakları; Türkiye'ye gelen yabancı turistlerin sadece geleneksel turistik aktivitelerle sınırlı kalmayıp sağlık turizmi imkanlarını da değerlendirmesi,

5. İngiltere'de yaşayan Türk vatandaşlarının kendi dillerinde hizmet sunan sağlık personelinin tercih etmesidir.

2.4.7. Meksika

Meksika coğrafi konum olarak da dünyanın en büyük yüzölçümüne sahip ülkelerinden biri, son 20 yılda sağlık turizmi kapsamında hızla büyüyen ve gelişen destinasyonlarından birisidir. Konum itibari ile yakınlığından ABD'den tedavi amaçlı sağlık turisti Meksika'yı tercih etmektedir. Meksika'nın tercih edilme sebepleri, arasında ABD'de ki sağlık sigortasının kapsamadığı tedaviler, ulaşım kolaylığı, tedavi ücretlerinin düşük olması, son teknolojinin kullanılıyor olması, yabancı dil sıkıntısının olmaması Meksika'yı tercih nedenleri arasında yer almaktadır. Sağlık turizmi için Meksika'yı tercih eden turistler en çok diş sağlığı ile ilgili tedaviler için seyahat etmektedir. Öyle ki Amerika'da bulunan kliniklerde yapılan tedaviler yaklaşık olarak iki katı maliyettedir. Kişilerin diş tedavileri için Meksika'yı tercih etmelerinden dolayı Amerika'daki diş kliniklerinin önemli bir çoğunluğu kapanmıştır (Tontuş, 2017: 41).

Tablo 11. ABD ve Meksika Fiyat Karşılaştırması

İşlem	ABD ortalaması(USD)	Meksika ortalaması (USD)
Yüz gerdirme	6.500	3.100
Meme büyütme/küçültme	14.500	3.300
Abdominoplasti	7.000	3.400
Gastrik Band uygulaması	25.000	7.800
Koroner bypass	80.000	15.500
Diz protezi	43.500	16.000

Kaynak: Sağlık Turizmi Kurulu (2017)(aktarım Dedeoğlu.B. 2021:21).

2.4.8. Türkiye

Türkiye 1970 li yıllarda sağlık turizminin de faaliyet göstermeye başlamıştır. Aynı yıllarda faaliyet göstermeye başlayan diğer ülkelere nazaran öne geçmiştir. Konumu, donanımlı hastaneleri ve Avrupa standartlarında olan teknolojiyi kullanması, uzman

kadrosu ile diğer ülkeler arasında rekabet gücünü arttırmıştır (Aktepe, 2013: 176). Dünya sağlık turizminde önemli bir konuma sahip olmasının yanı sıra zengin tarihi, doğal ve kültürel değerleriyle de öne çıkmaktadır.

Global dünyadaki değişimlerle birlikte, insanların ilgi ve isteklerinde zamanla değişimler gözlemlenmektedir. Bu değişimler, insanların sağlık turizmi tercihlerini de etkilemektedir. Gelişmiş sağlık turizmi olan ülkeler, bu değişimlere uyum sağlayarak talebi karşılamakta ve dolayısıyla bu alandan en büyük faydayı elde etmektedir. Bu doğrultuda, sağlık turizminde gelişmelerin sağlanması ve bu alana daha fazla önem verilmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu iyileştirmelerin yapılmasıyla birlikte turizm gelirlerinin artması ve bu alanda daha fazla gelir elde etme hedeflenmektedir (Edinsel ve Adıgüzel, 2014: 169).

Türkiye, özellikle son yıllarda hastanelerde kullanılan teknoloji, alanında uzman hekim kadrosu ile sağlık sisteminde ki yapılandırmayı geliştiren, tedavi için bekleme sürelerini minimuma çekmeyi hedefleyen, tedavi hizmetlerinin yanında tatil fırsatları da sunan önemli adımlar atmıştır. Türkiye, özellikle estetik cerrahi, plastik cerrahi, saç ekim, göz operasyonları, kanser tedavileri, spa, ortopedi tedavileri, tüp bebek tedavileri ve diş operasyonları gibi birçok alanda medikal turist ağırlamaktadır (Akbolat ve Deniz, 2017:125).

Türkiye'de turizm faaliyetlerine destek veren kuruluşlar arasında önemli bir rol oynayan Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı (DPT), sağlık ve turizmle ilgili yapılan destekleyici çalışmaları yürütmekteydi. Ancak, 2011 yılında DPT kapatıldı. Bunun üzerine, sağlık turizmi alanında çalışmaların yürütülmesi için Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı kuruldu. 2013 yılında da bu başkanlık genel müdürlük statüsüne yükseltildi. Daha sonra, 6 Ocak 2016 tarihinde resmi olarak Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu (SATURK) kuruldu. Sağlık kurumlarının çalışmasını, sağlık personelinin istihdamı, kamu hizmeti veren merkezlerin denetimi gibi görevleri ise Sağlık Bakanlığı yürütmektedir (Karagülle,2010: 226).

Türkiye'ye sağlıklarını korumak veya iyileştirmek amacıyla gelen yabancı turistler, geldikleri ülkelerdeki sağlık hizmetleriyle benzer çeşitlilikte hizmet almak istemektedirler. Başka bir deyişle, Türkiye'ye gelen sağlık turistleri sadece göz ameliyatı veya kozmetik işlemler için değil, geniş bir hizmet yelpazesini içeren branşlarda hizmet

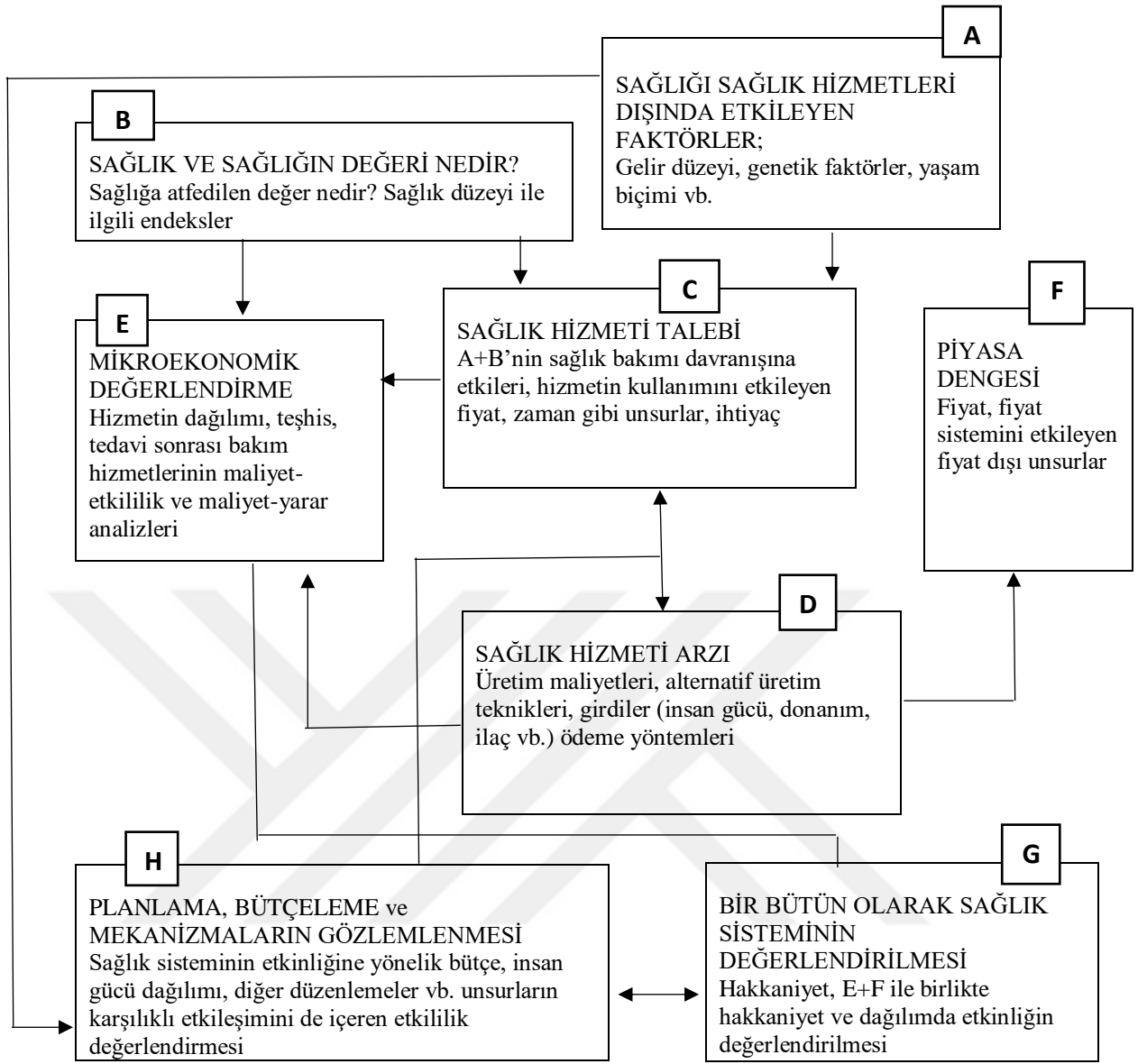
almak amacıyla gelmektedirler. Sağlık turistlerinin ilgisini çeken tıbbi işlemlerden önce, Türkiye'nin termal turizmi, geriatri turizmi, engelsiz turizmi, spa turizmi gibi çeşitli sağlık turizmi türlerine de ilgi gösteren birçok turist bulunmaktadır (Kiremit, 2008: 50). Örneğin, Danimarka, Norveç ve İsveç gibi ülkeler geriatri turizmi ve termal turizm alanlarında Türkiye'nin önemli hedef pazarları arasında yer alırken, Orta Doğu ülkeleri termal ve spa turizmi için Türkiye'yi tercih etmektedirler (Gülen ve Demirci, 2012: 134).

Türkiye'de bulunan sağlık turizm faaliyetini veren İstanbul, Ankara, Antalya gibi büyük illerimizdir. Bu illerimizde dünya standartlarında hizmet verilmektedir. Avrupa standartlarıyla yarışabilecek özel sağlık işletmelerinin sayısı hızla artmaktadır. Ayrıca, Türkiye'nin konumu itibari ile ve sağlık sektöründeki yeterliliğe sahip donanımlı hastane sayısı ve uzman kadrosu ile sağlık turizmi için Türkiye'nin önemli avantajları vardır (Türk Dil Kurumu, 2020). Türkiye sağlık turizmi ve medikal turizmde hızlı gelişme potansiyeline sahip olmasının yanında, sağlık turizminin başlatılması için bazı önlem ve uygulamalara ihtiyaç duyulmaktadır (Bulut ve Şengül,2019: 47).

Türkiye'de sağlık turizmi için yapılan çalışmalar neticesinde son yıllarda hızlı bir artış göstermiş, tedavi maliyetlerinin uygunluğu sebebi ile de turistler için tercih sebebi olmuştur. Dünyada giderek artan sağlık turizmi Türkiye içinde önemli bir gelir kaynağı olarak değerlendirilmektedir (Çabuk, 2023: 15)

2.5.Sağlık Turizmi Ekonomisi

Birçok çalışma alanında olduğu gibi sağlık alanında yapılan ekonomik çalışmaların alanlarını kesin olarak belirlemek mümkün değildir. Sağlık turizmi ekonomisi ekonomi biliminin en temel kurallarının sağlık turizmi sektörüne uyarlanması olarak tanımlanabilmektedir. Sağlık turizmi ekonomisini anlayabilmek için öncelikle sağlık ekonomisi kavramı ve kapsamının iyi anlaşılması gerekmektedir. Şekil 2 bu kapsamı göstermektedir.



Şekil 2. Sağlık Ekonomisinin Kapsamı

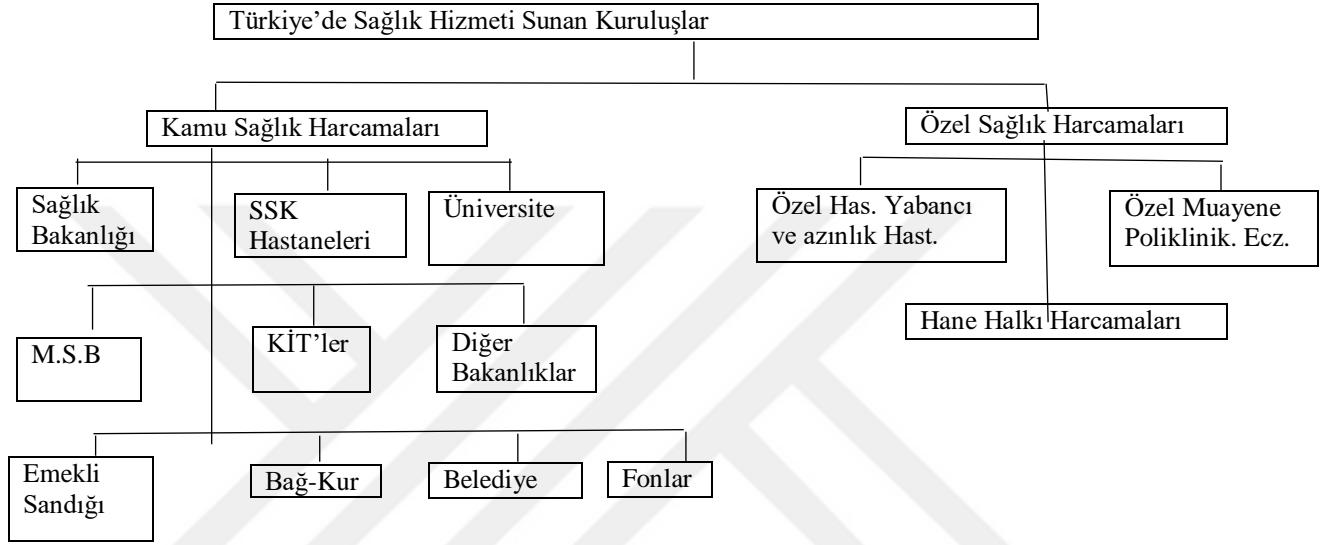
Kaynak: (Williams, 1987: 3, aktaran Şantaş, 2016: 88)

Modern tıbbın olmadığı eski zamanlarda sağlık hizmeti sadece yardımlaşmak için yapılan bir faaliyet türüydü. Tıbbın ilerlemesi ve verilen hizmetin çeşitliğinin değişmesi, kalitesinin artması aynı zamanda sağlık hizmetinin de değer kazanmasına olanak sağlamıştır. Zaman içinde sağlığın ön plana çıkmasıyla sağlık hizmetlerinden yararlanmak için insanlar arayış içine girmişler ve çeşitli kuruluşlar hizmet vermeye başlamıştır, böylelikle sağlıkla ekonomik ilişkiler birlikte hareket etmeye başlamıştır (Akın, 2007: 11).

Sağlık hizmetlerinde arz ve talep dengesi önemli bir rol oynamaktadır. Sağlık hizmetleri arzı, sağlık ekonomisinin hizmet üretim yönünü belirler. Sağlık hizmetlerinin

finansal durumunu ise ayrılan mali kaynaklar, üretim maliyetleri, piyasanın yapısı ve sağlık kavramlarını belirler (Dağlı, 2006: 15).

Türkiye'deki sağlık hizmetlerini sunan kuruluşlar şema olarak Şekil 3'de verilmiştir. Önceleri daha karmaşık yapıda olan sağlık sistemi günümüzde daha yalın ve net haldedir.



Şekil 3. Sağlıkta Dönüşüm Programı Öncesinde Sağlık Hizmeti Sunan Kuruluşlar

Kaynak: (Tokat, 1993: 11).

Bir toplumun ihtiyaçlarını ve ihtiyaçların nasıl karşılandığını gösteren, açıklayan sisteme ekonomik sistem denir. Tüm bu açıklamalar çerçevesinde sağlık turizmi ekonomisi sistemi ise; aynı tanımdan yola çıkarak kişilerin sağlıkla ilgili arz ve taleplerini karşılama ve taleplerinin gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğini ölçen mekanizmadır. “Sağlık arz ve talebinin sağlık piyasasında nasıl ve hangi şartlarda karşılandığını ve değişimin nasıl gerçekleştiğini ortaya koyan mekanizmadır” (Kılıç, 2008:17; Filiz, 2010: 29)

2.6.Sağlık Turizminin Ekonomik Göstergelerle Analizi

Türkiye 1940’lı yıllarda ekonomik, sosyal ve kültürel olarak dış pazarlara açılmaya ve özellikle turizm açısından kendisini tanıtmaya başlamıştır. 1980 ‘li yıllarda Türkiye’ye gelen turist sayısı dünya turizm destinasyonlarının ziyaretçi sayılarının çok

üzerindedir. Bu dönemden sonra Türkiye’de turizm hızla gelişmiş, ekonomik, sosyal ve kültürel yönleriyle geliştirilmeye devam etmiştir. (Çımat ve Bahar, 2003:6).

Gelişmiş ülkelerde nüfusun giderek yaşlanması ve ortalama yaşam süresinin artması sebebiyle kamusal sağlık harcamaları artmış ve genel sağlık sigortaları birçok ülkede bu harcamaların büyük bir bölümünü karşılamamaktadır. Bu tedavileri kişi kendi bütçesinden karşılamak zorundadır. Maliyetlerin ülkelerinde yüksek olmasından kaynaklı olarak kişi tedavi olmak için sağlık turizmine yönelmektedir. Bu kişiler tedavi ücretlerinin daha uygun olduğu ülkeler arayışına girmektedirler. Bu durum daha öncede bahsedildiği üzere sağlık turizminin gelişmesine zemin hazırlamaktadır (Zengingönül vd., 2012: 5).

Yaşlanma süreciyle birlikte, bağımlı nüfusun sağlık harcamalarındaki artış ve sosyal güvenlik sistemlerinin finansmanını sağlayan aktif sigortalı çalışan nüfusun sınırlı artışı, sağlık hizmetleri maliyetlerinin yükselmesine neden olmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2014). Dünya da sağlık hizmetlerinin tedavi maliyetlerinin artması ile birlikte gelişmiş ülkeler, sağlık hizmetlerinde iyileştirmeye ve maliyetleri düşürmeye yönelik çalışmalar yapmaktadır (Duman ve diğerleri, 2014: 210).

Ülkeler arasında genel sağlık turizmi harcamalarını uluslararası düzeyde karşılaştırırken, kişi başına düşen sağlık harcamaları ile sağlık harcamalarının gayri safi yurt içi hasılaya (GSYİH) oranlarını değerlendirmeleri önemlidir (Kostak, 2007: 117). DSÖ standardına göre, bir ülkede sağlık harcamalarına ayrılan oranın o ülkenin yıllık GSYİH'sının en az %5'i olması önerilmektedir (Ateş, 2011: 31).

2.6.1. Dünyada Sağlık Turizminin Ekonomik Boyutu

Sağlık turizmi oldukça eski olan bir kavramdır. Avrupa ve İngiltere’de 14. yüzyıldan buyana sağlık turizmi, tedavi amaçlı değil zindelik vermesi ve arınmak için kaplıcalar yapılmış ve kullanılmaya başlanmıştır. Zamanla termal su kaynaklarının olduğu bölgelere hamamlar inşa edilmiştir. Sağlık amacıyla şifalı olduğu inanılan suların olduğu yerlerde de hamamlar kaplıcalar kurulmuştur (Canver, 2015: 23).

Soğuk iklimlerde yaşayan insanlar 18. ve 19. Yüzyıllarda Fransa’daki spa merkezlerine seyahat etmişlerdir. İngiltere’de yaşayan insanlar ise üst solunum yolu hastalıklarının tedavisi için spa merkezlerinin bulunduğu ülkelere yönelmişlerdir (Yirik vd., 2015: 46).

20. Yüzyıla gelindiğinde ise ABD ve Avrupa ülkeleri artık sağlık turizmi adı altında seyahatlerin gerçekleştiği, tedavilerin yapıldığı kayıtlar altına alınmıştır. Yüksek teknolojinin kullanıldığı tıp alanında da gelişmelerin olduğu gözlenmiştir. Bu yıllarda sadece gelir düzeyi yüksek olan kişiler sağlık turizm kapsamında seyahat etmektedir. 1980’li yıllardan sonra tüm dünya ülkeleri artık sağlık turizmi ile tanışmış ve çeşitli faaliyetlere başlamışlardır (Yirik vd., 2015: 47). Gelişmekte olan ya da az gelişmiş ülkelerde sağlık turizmi kapsamında faaliyetlere başlamıştır. Gelişmiş ülkelerdeki maliyetlerin yüksek olmasından kaynaklı olarak az gelişmiş ülkeleri tercih etmektedirler.

Sağlık turizmini tercih edenlerin sayısı, bireylerin değişen talepleriyle birlikte artmaya devam edeceği tahmin edilmektedir. Dünya genelinde sağlık turizmi sektörünün yıllık ticari hacminin 100 milyar doların üzerinde olduğu bilinmektedir. Sağlık turizmi sektöründe her yıl yaklaşık 20 milyon kişi, farklı ülkeler arasında sağlık amaçlı seyahat etmektedir (Erkmen, 2023: 68).

Sağlık turizmi, küreselleşme ve teknolojik ilerlemelerin bir sonucu olarak giderek artan bir trend haline geldi. Sağlık turizminin dünyada yaygınlaşmasıyla birlikte, tüketimin azalması ve sağlık durumunda meydana gelmesi ve test edilmesi için ücretsiz katılımlı faaliyetlerin teşvik edilmesi gibi girişimler ortaya çıktı. Bu bağlamda internet, sağlık turizmiyle ilgili bilgi açığını kapatmak için önemli bir araç olmuştur. İnternet, sınırsız bir kullanıcı kitlesiyle iletişim kurma imkanı sunarak, sağlık hizmetleri alanında geniş çevrelere ulaşma imkanı sağlamıştır (Micheli vd., 2022: 277).

2.6.2. Türkiye’de Sağlık Turizminin Ekonomik Boyutu

Türkiye’de 2000’li yılların başında sağlık turizmi konusunda daha detaylı çalışmalar yapılmış, gereken değere kavuşmuştur. Konu ile ilgili birimler kurumlar kurulmuş ve veriler kayıt altına alınmıştır. 2010 yılında Türkiye’ye gelen medikal turist sayısı ortalama 109 bin civarındadır. Türkiye’ye yılda ortalama 30 milyon yabancı turist gelmektedir (Karakoç, 2017: 124).

2010-2022 yılları arasındaki turizm gelirleri değerlendirildiğinde, dünya genelinde turizm gelirleri artarken Türkiye için DE bu değerler giderek artmıştır. Turist sayısından ziyade elde edilen gelir ve kazanç önemli hale gelmiştir. Özellikle sağlık turizmi gibi, ortalama 2.500-3.000 dolar harcanan turizm aktivitelerine odaklanmak

gereklidir. Bu nedenle bu alandaki potansiyelin değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır (Erdoğan ve Hiçyorulmaz, 2018: 122).

Türkiye'deki yıllık sağlık alanındaki harcamalar yaklaşık olarak 7 milyar dolardır. Ülkelerin sağlık açısından değerlendirilmesi, ülkeye gelen turist sayısı veya nüfus yoğunluğu ile değil aynı zamanda yapılan sağlık harcamaları ile de belirlenir. Dünya genelinde sağlık turizmi için ayrılan ekonomik pay günümüzde büyük bir artış göstermektedir. Sağlık turizmi faaliyeti gösteren ülkelerin turizm gelirlerinin yüksek olduğu gözlenmiştir (Aydoğdu, 2015: 16)

Tablo 12. 2010-2022 Yılları Arasında Türkiye'nin Turizm Gelirleri(Bin \$)

2010	24 930 996
2011	28 115 693
2012	29 689 249
2013	33 073 502
2014	35 137 949
2015	32 492 212
2016	22 839 468
2017	27 044 542
2018	30 545 924
2019	38 930 474
2020	14 817 273
2021	30 173 587
2022	46 477 871

Kaynak:(TÜİK,2023).

TÜİK verilerine göre 2010 ve 2022 yılları arasında birkaç istisnai yıl hariç turizm gelirleri sürekli bir artış göstermiştir. 2016 ve 2017 yıllarındaki düşüşün sebebi araştırıldığında Türkiye'de yaşanan yoğun terör saldırısı ve Rusya ile ilgili siyasi sıkıntılardan dolayı yıl içinde Rusya'dan gelen turist sayısında azalma meydana gelmiş ve turizm gelirlerimizde düşüş olmuştur. 2020 yılındaki dalgalanmanın sebebi ise dünya genelinde yaşanan covid- 19 salgınından dolayı yaşanan seyahatlerin azalmasıdır.

2023 yılında Türkiye, yıllık sağlık turizmi gelirini 20 milyar dolara çıkarma hedefiyle 2 milyon uluslararası hastayı kabul etmeyi planlamaktadır. Bu doğrultuda, birçok ilde modern şehir hastanelerini faaliyete geçirerek tanınmış tedavi merkezleri, gelişmiş araştırma ve geliştirme merkezleri ile teknoloji üssü haline gelmeyi hedeflemektedir. Bu çerçevede, Türkiye'nin sağlık turizmindeki ana hedefi, bölgesinde

kaliteli ve ekonomik sağlık hizmetleri sunarak sağlık turizminde lider konuma yükselmektir (Uygun, 2023: 241). Türkiye'yi sağlık turizminde yeni başlayan vergi indirimi, yurtdişi tanıtıma finansal destek ve sağlık bakanlığının sektöru destekleyen ve denetleyen yapısı dünyada sağlık turizmi alanında lider bir konuma getirmesi beklenmektedir (Uygun, 2023:242).

Türkiye, özellikle 2003 yılından sonra "Sağlıkta Dönüşüm Programı" ile sağlık hizmetlerinde ve sağlık kuruluşlarında önemli reformlar gerçekleştirmiştir. Uluslararası kurumlarca onaylanmış sağlık tesislerinin sayısında artış, yabancı dil bilen nitelikli personel, doktor ve hemşire sayısında artışlar sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmıştır. Sağlık Bakanlığı, Ekonomi Bakanlığı ve Kültür ve Turizm Bakanlığı'nın koordineli çalışmalarıyla sağlık turizmi alanında yapısal reformlar hayata geçirilmiştir. Son yıllarda, sağlık turizmi için Türkiye'yi tercih eden turist sayısında ve sağlanan gelirlerde önemli artışlar yaşanmıştır. Türkiye'nin sağlık turizmi potansiyeli ve dinamiği dikkate alınarak, bundan sonraki süreçte de sağlık turizmi alanında reformlar yapılması ve bu alanda bir cazibe merkezi olması hedeflenmektedir (Erkmen, 2023: 66).

Türkiye'de kamu sağlık harcamaları kişi başı ve GSYİH'ya oranla, özellikle gelişmiş ölkelere kıyasla daha düşük seviyededir. Ancak, Türkiye'de sağlık harcamalarına bütçeden ayrılan payın yıllar içinde önemli ölçüde arttığına dikkat çekilmektedir. Örneğin, 1990 yılında sağlığa ayrılan bütçe payı %2,2 iken, 1995 yılında bu oran %4,1'e yükselmiştir. 2000 yılında %3,4 olan sağlık bütçesi payı, 2005 yılında %4,1'e yükselmiştir. Artış eğilimi devam etmiş ve 2010 yılında sağlığa ayrılan pay %5,5'e ulaşmıştır. Ancak, 2015 yılında bu oran %4,4'e gerilemiş, 2020 yılında ise %18,2'ye yükselmiştir. 2023 yılında sağlığa ayrılan pay %14,9 iken, 2024 yılında %19,5 olarak tahmin edilmektedir (Güneş ve Demir: 2024: 54).

2.6.3. Sağlık Turizmi Alanında Literatür Taraması

Tutar ve Kılınç (2007) çalışmalarında sağlık sektöründe ekonominin önemini vurgulamışlar ve sağlık ekonomisi kavramını açıklamayı amaçlamışlardır. Türkiye'de sağlık hizmetlerini incelemişler, hizmet kalitesini değerlendirmeye yönelik analizler yapılmış, İngiltere, ABD ve Türkiye arasındaki sağlık hizmetlerini karşılaştırılmış, Türkiye'deki sağlık sektörünün geliştirilebilmesi için öneriler sunulmuştur.

Lee ve Hung (2009) çalışmalarında Singapur'da yapılan sağlık hizmetlerinin gelişimi, ekonomik düzeyi ve turizm faaliyetleri arasındaki etkileşimleri incelemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmada nedensellik testi (Granger) kullanılmıştır. 1978-2007 yılları arasındaki değerler alınmış ve Granger testi uygulanmıştır. Araştırmada sağlık hizmetleri ve turizm arasında nedenselliğe bağlı olarak bir ilişki olduğu, gelişimlerin birbirini desteklediği ve olumlu yönde etkilediği sonucuna varılmıştır.

Tsai, Fun ve Ling (2009) çalışmalarında Tayland'ın sağlık turizm talebini ve yurt dışından gelen hastalardan elde ettiği gelirini tahmin etmeyi amaçlamıştır. Çalışmalarında Gri Tahmin Modelini kullanmışlar ve doğruluk oranı zaman serisi modelinin doğruluk oranıyla karşılaştırma yapılmıştır. Analiz sonucunda sağlık turizm talebi ve değerin artışının %97 olduğu sonucuna varılmıştır.

Özer ve Songur (2012) çalışmalarında Türkiye'nin dünya sağlık turizminde ki yerini ve ekonomik boyutunu ortaya koymayı amaçlamışlardır. 2003-2009 yılları arasındaki yurtdışına giden ve yurtdışından gelen hastaların sayısı ve harcamaları değerlendirilmiştir. Türkiye coğrafik konumu, sağlık hizmetlerinin kalitesi, özel sağlık hizmetlerinin sayısının fazla olması ve diğer ülkelerden ucuz olmasından dolayı, dünya ülkeleri arasında önemli konuma ulaştığı söylenmiştir. Sağlık turizmi bakımından dünya sağlık turizm için de konumunu koruması ve daha ileriye taşınması için önemli politikalar ve stratejilerin belirlenmesi ve kurumların birlikte hareket etmeleri gerektiği savunulmuştur.

Rai, Chakrabarty ve Sarkar (2014) çalışmalarında Hindistan'daki sağlık turizm talebinin tahmin edilmesini amaçlamıştır. 2009 – 2015 yılları arasında Hindistan'a gelen turist sayısı ve geliş nedenleri incelenmiş olup, bu yıllar içerisinde Hindistan'daki sağlık turizm talebinin belirlenmesi hedeflenmiştir. Çalışmada Zaman Serisi Modeli ve Birleştirilmiş Ardışık Bağımlı Ortalama Modeli kullanılmıştır. Talebin en çok ABD, İngiltere, Bangladeş, Sri Lanka, Almanya ve Fransa'dan gelen turistlerden oluşacağı ortaya koyulmuştur.

Cang (2014) çalışmasında üç tip turizm talep tahmin modelinin karşılaştırılması ile bireysel, doğrusal kombinasyon ve doğrusal olmayan kombinasyon modellerine göre bir analiz yapılmıştır. Çalışma da İngiltere'ye 3 aylığına gelen turistlerin verileri kullanılmıştır. Araştırmada kullanılan modellerden doğrusal olmayan kombinasyon

modelinin diğerk modellere göre daha sağlam model olduğu ve turizm tahmin çalışmalarında daha sık kullanıldığı belirtilmiştir.

Kördeve (2016) çalışmasında sağlık turizmi kavramını kapsamlı olarak ele almış ve Türkiye'nin sağlık turizmindeki yerini belirlemeyi hedeflemiştir. Türkiye'nin sağlık turizmi açısında güçlü ve zayıf yönleri belirlenmeye çalışılmıştır. Çalışmanın sonucunda Türkiye sağlık turizminin gelişmesi ve diğerk ülkelerle daha fazla anlaşma sağlanarak turit sayısının arttırılmasına yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Draghici vd.(2016) çalışmalarında sağlık turizminin turizm işlevine sahip yerel sistemlerin yapısal dinamiklerine katşını belirlemek amacıyla yapılmıştır. Çalışmada Romanya'da 2000-2012 yılları arasındaki spa hizmeti veren sektörün verileri kullanılmıştır. Ülke ekonomisine katşısı incelenmiş ve ağırlıklı bir matris oluşturulmuştur. Buna göre ekonomik katşıları ele alındığında üç ayrı kategoride açıklanmıştır. Spa hizmetlerinin üst düzey olduğu yerler, Spa hizmetinin belirsiz temel işlevselliğe bağlı olduğu yerler ve Spa hizmetinin niteliğinin düşük olduğu yerler olarak değerlendirilmiştir.

Yılmaz ve Yılmaz (2022) çalışmalarında birçok ülkede olduğu gibi Türkiye içinde önemli bir gelir kaynağı olan sağlık turizmi için dijital uygulamaların neler olduğu sağlık hizmeti veren kurumların ve sağlık hizmeti almak isteyen kişilerin arasında aracı görevi gören web sitelerinin incelenmesi hedeflenmiştir. Web sitelerinde sağlık hizmeti veren kurumların sundukları hizmet çeşitliliğinden, doktor bilgilerinden ve fiyatlandırmaya kadar tüm bilgileri sitelerinde mevcut olduğu ve dijital uygulamaların en az biriyle desteklendiği tespit edilmiştir.

Çetin'in (2022) çalışmasında Türkiye sağlık turizmi alanında önemli gelişmeler kaydetmesi ve bu sektörün hızlı bir gelişme potansiyeli olduğu belirtilmiştir. Ülke ekonomisi açısından da büyük önem arz etmektedir. 2004-2019 yılları arasında Türkiye'nin sağlık turizmi performansının en üst seviyede olduğu yıllar sırasıyla 2017, 2016 ve 2019 olarak tespit edilmiştir. Ayrıca, bu dönemde sağlık turizmi performansının en düşük olduğu yıllar ise sırasıyla 2004, 2005 ve 2006 olarak belirlenmiştir.

Kazak ve Kazak (2023) çalışmalarında sağlık turizmi Web of Science veri tabanında 2012-2023 yılları arasında yayınlanan yaklaşık 10.962 adet makalenin evrimsel sürecini belirlemek adına bibliyometrik analiz yapılmıştır. Özet kelime dahilinde

çalışmaların daha çok medikal turizm ile ilgili olduğu açıklanmıştır. Covid 19 salgınının yoğun olduğu dönemde ve 2020 yılından itibaren sağlık turizmi alanında baskın konu olarak sağlık, sağlık turizm olduğu belirtilmiştir. Sağlık turizmi sektöründeki potansiyel büyüme ülkeler için yeni politikalar üretmeye zorlamakta ve sektörün gelişmesine alan yazınlarının önemi vurgulanmaktadır.

Tutkun ve Küneç (2023) çalışmalarında sağlık turizmi gelirleri ve ekonomik büyüme ilişkisinin fourier yaklaşımı ile ampirik olarak incelenmesini yapmış ve uzun dönemli ilişkinin varlığını ortaya koyarken, sağlık turizm gelirinde yaşanan artışların ekonomik büyümeyi olumlu yönde etkilediğini göstermiştir. Elde ettikleri bulgular ışığında, sağlık turizmi alanındaki gelişmeleri dikkate alan ve bu alana yatırım yapan ülkelerin gelecekte ülke refahını artırıcı unsurlar arasında sağlık turizm gelirlerinden önemli pay alacaklarını öngörmektedir.

Çabuk (2023) çalışmasında Sağlık çalışanlarının sağlık turizmi ile ilgili kalıcılığının belirlenmesi ve tele tıpla biten sağlık turizmi ve sağlık hizmeti sunumunun perspektifliliğinin değerlendirilmesi adlı çalışmasında, Sağlık çalışanlarının yabancı dil öğrenme becerilerinin yetersiz olduğu görülmektedir, ancak bu duruma rağmen teknolojik cihazları ve uygulamaları etkin bir şekilde kullanabildikleri belirlenmiştir. Bu durum, sağlık çalışanlarının tele tıp teknolojilerine hızlı bir şekilde uyum sağlayabileceğini düşündürmektedir. Veriler ayrıca, erkek sağlık çalışanlarının sağlık turizmi konusundaki farkındalık düzeyinin kadınlara göre daha yüksek olduğunu ve genel olarak lisans mezunu sağlık çalışanlarının bu konuda daha bilinçli olduklarını göstermektedir. Ayrıca, sağlık çalışanlarının yaş ve deneyimleri arttıkça sağlık turizmi konusundaki farkındalıklarının da arttığı görülmektedir. Sağlık çalışanları, tele tıp uygulamalarının sağlık turizminde kullanılmasında herhangi bir sakınca görülmediğini açıklamıştır.

Küçükkendirci ve diğerleri (2024) çalışmalarında, bir üniversite hastanesinin Uluslararası Sağlık Turizmi Birimi'nin verilerini incelemiş ve hastaneye başvuran turistlerin profillerini geriye dönük olarak tarayarak tanımlayıcı özelliklerini belirlemektedirler. Hastaneye başvuran turist sayısının yıllar içinde özellikle yaz aylarında arttığını, ancak sağlık turizmi amacıyla başvuran hasta sayısının oldukça düşük olduğunu ortaya koymuştur. Başvuruların çoğunun Afganistan, Irak, Azerbaycan ve

Almanya gibi ÷lkelerden gelen turistler tarafından yapıldığı ve bu başvurular arasında en fazla dâhili bilimlere yönelik olduğunu belirtmişlerdir.

Tokaç ve Köse (2024) çalışmalarında “Sağlık Turizmi Perspektifinden Sağlık Hizmetleri Kalitesini incelemiş ve Sağlık Turizmi ve Turist Sağlığı Kapsamında Sunulacak Sağlık Hizmetleri Genelgesi” kapsamında yurt dışı hasta birimi kurulan Bodrum, Fethiye, Marmaris kamu hastanelerinden hizmet alan yabancı uyruklu hasta ve yakınlarının hizmet kalitesini nasıl değerlendirdikleri açıklanmaya çalışılmıştır. 611 hasta ile anket yapılmış olup sonuçlara göre hizmet kalitesini bir bütün olarak algıladıklarını, beklentilerini karşıladıkları kanısı ortaya çıkmıştır.

Öztürk (2024) çalışmasında, Antalya ve Çanakkale'deki otellerin geriatri turizmi açısından durumunu belirlemeyi hedeflemiştir. "Turizm İşletmesi Belgesi"ne sahip olan 427 otel ile iletişime geçerek, otellerin genel özelliklerini ve geriatri turizmi hizmetlerini değerlendirmiş, otellerin insan kaynaklarına, teknolojiye ve donanıma ilişkin durumları incelenmiştir. Antalya ve Çanakkale'deki otellerin geriatri turizmi konusunda yeterli düzeyde hazır olmadığı belirlenmiş ve eksikliklerin giderilerek geriatri turizmin sürdürülebilirliğinin sağlanması için önerilerde bulunulmuştur.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

ÇOK KRİTERLİ KARAR VERME YÖNTEMLERİ İLE TÜRKİYE’NİN SAĞLIK TURİZMİ PERFORMANSININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bu bölüm çalışmanın literatür taramaları ve araştırmalar sonucunda son halini aldığı uygulama bölümüdür. Bölümde öncelikle araştırmanın amacı, önemi, kapsamı, kısıtları, yöntemi hakkında detaylı bilgi verilmiştir. Ayrıca uygulamada kullanılacak olan ÇKKV yöntemlerinin açıklamalarına ve çözüm adımlarına yer verilmiştir. Son olarak uygulama sonuçları ortaya konulmuş, tartışılmış ve değerlendirmeler yapılarak öneriler sunulmuştur.

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Türkiye; coğrafi konumu, kültürel varlığı, tarihi eserleri, rekreasyon alanları, mevsimsel koşulları, modern ve insanların tüm ihtiyaçlarını karşılayacak konaklama tesisleriyle Dünya’da önemli turizm destinasyonları arasında yer almaktadır. Son yıllarda sadece deniz, kum güneş turizminin yanı sıra diğer birçok turizm çeşitlerinde de kendini geliştirmektedir. Bu alanlardan biri de sağlık turizmidir. Dünya nüfusunun artması, yaşam kalitesinin yükselmesi, birçok ülkede sağlık maliyetlerinin artması nedenleriyle; hastaların, daha ekonomik ve kaliteli iş yapan ülkelere tedavilerini yaptırmak istemesi sağlık turizmi sektörünün oluşmasına neden olmuştur. Türkiye yukarıda sayılan özelliklerin yanı sıra kaliteli hastaneleri ve bu alandaki nitelikli iş gücü ve maliyet avantajı ile sağlık turizmi alanında da önemli bir destinasyon olma hedefindedir.

Şirketler, hedeflerini ortaya koymak ve gerçekleştirmek, performanslarını ölçmek için öncelikle geçmiş durum ve mevcut durum analizi (mali analiz) yaparlar. Aynı durum ülkelerin politika ve stratejilerini belirlerken de geçerli olmalıdır. Bu yüzden Türkiye’nin sağlık turizmi ile ilgili hedeflerini belirleyebilmek bu hedefleri gerçekleştirebilmek için zayıf ve üstün yönlerini ortaya koymak gereklidir. Bu bağlamda çalışmanın amacı Türkiye’nin sağlık turizmi performansını bilimsel yöntemlerle ilk resmi politikaların ve sektörde kurumsallaşmanın başladığı yıl olan 2010 yılından günümüze kadar ortaya koymak, hem akademisyenlerin hem sektör profesyonellerinin hem de politika yapımcıların dikkatini bu konu üzerine çekerek ilerideki çalışmalar için bir yol haritası çizilebilir.

Literatür incelendiğinde sağlık turizmi performansının belirlenmesine yönelik çeşitli teorik ve tek bir ÇKKV yönteminin kullanıldığı verilerin daha kısıtlı olduğu bazı çalışmalar yer almaktadır. Ancak bu kapsamda, bu veri setiyle ve birden fazla ÇKKV yöntemi kullanarak ve sonucunda bir yol haritası öneren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu bağlamda literatüre önemli katkısının olacağı öngörülmektedir.

3.2. Araştırmanın Kısıtları

Uygulamada öncelikle Türkiye ve OECD ülkeleri ile bir karşılaştırma yapılmak üzere yola çıkılmıştır. Ancak performans analizi yapabilmek için kullanılan kriterlerin bu ülkelerde düzenli olarak tutulmadığı veya tutulsa da açık kaynaklarda kamuoyuyla paylaşılmadığı görülmüştür. Bu nedenle araştırma Türkiye ile sınırlı tutulmuştur. Araştırmanın bir diğer kısıtı ise sağlık turizmi alt dallarına ait verilerin kapsamlı tutulmamasından dolayı alt dalları ile ilgili bir çalışma yapılamamış ve genel olarak çatı sektör yani sağlık turizmi sektörünün bir analizi yapılmıştır. Bunun yanı sıra çalışmada kullanılan yöntemlerden farklı ÇKKV yöntemlerinin tercih edilmesi sonuçlarda değişikliğe sebep olabilir.

3.3. Araştırmanın Kapsamı

Uygulama da Türkiye'nin sağlık turizmindeki performansını belirlemek amacıyla 2010 ve 2022 yılları arasındaki Türkiye sağlık turizmi verileri incelenmiştir. 2010- 2022 yılları arasındaki Türkiye'ye gelen ve giden ziyaretçi sayılarını, toplam ziyaretçi sayılarını, sağlık için gelen ve giden ziyaretçi sayıları, sağlık turizmi gelir ve giderleri, toplam turizm gelir ve giderleri ile toplam yurtiçi hasıla verileri yapılan literatür taraması ve uzman görüşleri alınarak performans değerlendirmesi için kullanılmıştır. Bu kriterler orana dönüştürülmüştür. Analizde kullanılan performans kriterleri; sağlık için gelen ziyaretçi sayısının toplam ziyaretçi sayısına oranı, sağlık için giden ziyaretçi sayısının toplam ziyaretçi sayısına oranı, sağlık turizm gelirinin toplam turizm gelirinine oranı, sağlık turizm giderinin toplam turizm giderine oranı, toplam turizm giderinin gayrisafi yurtiçi hasıla oranından oluşmaktadır. Uygulamanın 2010 yılından başlatılmasının sebebi devlet açısından sağlık turizmi ile ilgili ilk resmi adımın bu sene atılması ve sağlık turizmi ile ilgili verilerin bu yıldan itibaren ayrıştırılarak düzenli bir şekilde tutulmasıdır. 2010 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde önce Sağlık Turizmi Birimi kurulmuş, 2011 yılında Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı adı altında, 2013 yılından itibaren ise genel müdürlük statüsünde faaliyetlerine devam etmektedir.

Küresel sağlık turizmi pazarının 100 milyar dolar seviyesine ulaşması, Türkiye'nin sağlık turizmi gelirinin 2019'da yaklaşık 1,1 milyar dolar seviyesine yükselmesine önemli bir katkı sağlamıştır. Bu artış, Türkiye'nin sağlık turizmi gelirlerindeki yükselişin turizm sektörü içindeki payını artırmıştır. Bu bağlamda, çalışmada Türkiye'nin sağlık turizmi performansının yıllık olarak değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Çalışmada, Türkiye'nin 2010-2022 dönemindeki sağlık turizmi performansının en iyi ve en zayıf olduğu yılları belirlemeye yönelik detaylı bir inceleme gerçekleştirilmiştir. Bu analiz, Türkiye'nin sağlık turizmi sektöründeki gelişmeleri anlama ve stratejik planlamalar için temel oluşturma amacını taşımaktadır. Bu çalışma, Türkiye'nin sağlık turizmi performansındaki değişiklikleri anlamak, sektördeki güçlü ve zayıf yönleri belirlemek ve gelecekteki yönlendirmeler için değerli bilgiler sunmak amacıyla yapılmıştır. Elde edilen bulgular, Türkiye'nin sağlık turizmi sektöründe sürdürülebilir büyümeyi destekleyebilecek stratejik adımların belirlenmesine katkıda bulunabilir (Çetin, 2022: 639).

3.4. Araştırmanın Yöntemi

Uygulamada, Türkiye'nin turizm performansının yıllar itibariyle karşılaştırılması, bu yıllar arasında performans açısından bir sıralama yapılması amaçlanmıştır. Performansın belirlenmesi için çeşitli turizm kriterleri kullanılmıştır. Bu kriterler TÜİK ve Merkez Bankası verilerinden elde edilmiştir. Uygulamada kullanılan kriterler; sağlık için gelen ziyaretçi sayısı, toplam gelen ve giden ziyaretçi sayıları, sağlık turizm geliri ve gideri, toplam turizm geliri ve gideri ile gayrisafi yurtiçi hasıladır. Bu kriterler orana dönüştürülmüştür. Analizde kullanılan kriterler; sağlık için gelen ziyaretçi sayısının toplam gelen ziyaretçi sayısına oranı, sağlık için giden ziyaretçi sayısının toplam ziyaretçi sayısına oranı, sağlık turizm gelirinin toplam turizm gelirinine oranı, sağlık turizm giderinin toplam turizm giderine oranı, toplam sağlık giderinin gayrisafi yurtiçi hasıla oranıdır.

Uygulamada ÇKKV yöntemlerinden COPRAS, ARAS, TOPSIS yöntemleri kullanılmıştır. Bu yöntemlerin sıralama ve performans değerlendirme alanında geniş bir kullanıma sahip olduğu görülmüştür. Bu yöntemler, akademik çevrelerde yaygın bir şekilde tercih edilmekte ve çok sayıda araştırma ve çalışma bu yöntemlere dayalı olarak gerçekleştirilmektedir. Yöntemlerde tüm kriterler eşit öneme sahip olduğu için ağırlıklar birbirine eşittir.

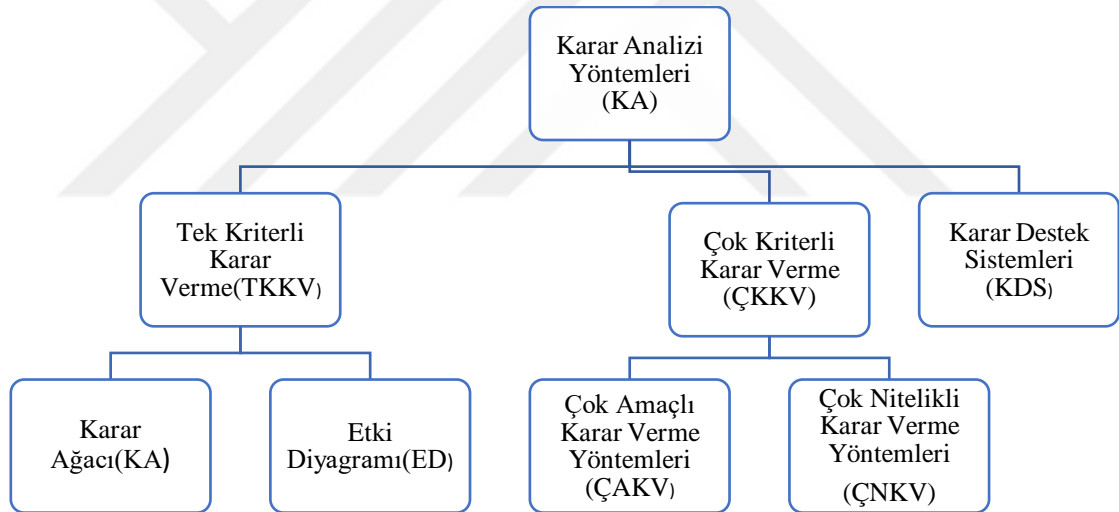
Bu başlık altında ÇKKV kavramına ve yöntemlerine kısaca değinilmiştir.

3.4.1. Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri

Literatürde, performans değerlendirme, sıralama ve seçim gibi problemlerin çözümünde sıklıkla kullanılan ÇKKV yöntemlerine bu başlık altında kısaca değinilmiştir.

3.4.1.1. Karar Analizi ve Karar Verme Yöntemleri

Karar analizi kavramını ilk defa A. Howard, "Karar Analizi: Uygulamalı Karar Teorisi" adlı makalesinde kullanmıştır. Neil (1991), karar analizini, "problemlerin çözümüne ulaşmak için yapılan bilimsel yaklaşımların çözüm alanı olduğunu ifade etmektedir." ÇKKV teknikleri ile alternatiflerin değerlendirilmesi ve sıralanması, alternatiflerin her biri ile ilişkili kriter değerlerine ve çeşitli karar vericilerin amaç ve tercihlerine dayanmaktadır (Tkach ve Simonovic, 1997: 26).



Şekil 4. Karar Analiz Yöntemleri

Kaynak: (Zhou, Ang ve Poh, 2006)

Karar analizi süreci, oluşan bir problemi formüle etmekle başlar ve tutarlı alternatiflerin oluşturulabilmesi için birinci olarak hesaplama sürecini kullanarak değerlendirilen "karar temeli" ile sonuçlanır. Karar analizi tekniklerinin kullanılması, genellikle olumlu bir sonuç elde etme olasılığını artırabilir, ancak bazı durumlarda aşırı analiz yapmak olumsuz sonuçlara neden olabilir (Langley, 1995,70).

Karar verme, literatürde genellikle "birkaç alternatif olasılık arasından bir inancın veya bir eylem tarzının seçilmesiyle sonuçlanan bilişsel süreç" olarak tanımlanır (Morsinkhof, 2014; Robbins vd., 2014). Faulin vd. (2013) yaptıkları çalışmada karar verme kavramını "bir dizi uygulanabilir eylem planı arasından seçim yapma eylemi" olarak tanımlamışlardır. Bu tanıma göre, karar verme süreci mevcut durumun değişikliği olan ya da mevcut durumu korumayı seçen birkaç anahtar bileşeni içermektedir. Bu bileşenler fizibilite, seçim ve eylemi içerir. Fizibilite, karar vericinin eylem planlarını gerçekleştirme yeteneğini gösteren önemli bir bileşendir. Seçim, mevcut olan eylem planları arasından karar verilmesini kapsar. Eylem ise karar verme durumunu ifade eder ve eylem yolları arasından seçimin pasif olması veya varsayılan olarak gerçekleşmesine izin verilmesi gerektiğini ifade eder (Faulin vd.2013).

Çalışmada problemin çözümü, diğer bir ifade ile performansın belirlenebilmesi için bir sıralama yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur. Bu ihtiyacı karşılayabilmek için ÇKKV yöntemleri kullanılmıştır. Aşağıda ÇKKV kavramının daha iyi anlaşılabilmesi için kısaca TKKV ve KDS' ye değinilmiş ve ÇKKV çalışma özelinde kullanılan yöntemler çerçevesinde açıklanmıştır.

3.4.1.2. Tek Kriterli Karar verme

Tek kriterli karar verme, karar verenlerin tek bir değer doğrultusunda karar verdiği bir süreçtir. Diğer bir deyişle, karar verici, seçim yapacağı alternatifleri tek bir kritere göre değerlendirerek karar verir. Örneğin, doğrusal programlama tekniği kullanılarak bir işletmenin faydasını maksimum seviyeye çıkarmak için maliyetleri minimumda tutma ihtiyacı, tedarikçiden her üründen ne kadar alınacağına karar verme, insan kaynakları bölümünün personel çalışma saatlerine karar verme veya bir yöneticinin yıllık bütçeyi hangi bölümlere dağıtacağına karar verme gibi durumlar bu kapsama dahildir (Ulucan, 2004).

3.4.1.3. Karar Destek Sistemleri

Karar Destek Sistemleri (KDS), genellikle literatürde bu şekilde anılan, alınacak kararlara destek olmak için giderek daha fazla kullanılan araçlardır. Bu sistemler, çok kriterli algoritmalara dayanır ve karar vericilerin yerine geçmek yerine, karar maddelerini ve bilgilerini düzenleyerek, karar sürecini net izleriyle yapılandırmak ve sistematik bir şekilde düzenlemek amacıyla tasarlanmıştır (Cavallaro, 2005).

Karar vericilerin KDS kullanımı, karar alma sürecinde yaygın bir uygulama haline gelmiştir. Geliştirilen ve kullanıcılara sunulan KDS, organizasyonların veya kurumların içinde veya dışında bulunan verilere kullanıcıların rahatlıkla erişmelerini sağlar. Bu şekilde, ihtiyaç duyulan bilgilere hızlı ve zamanında erişim, kurumlarda kararların zamanında alınmasına yardımcı olarak verimliliği artırabilir ve alınan kararların kalitesini yükseltebilir. Bilgisayar Destekli Karar Sistemlerinde (BDKS), bilgi toplama, değerlendirme ve saklama gibi unsurlarda kullanılan, yöneticilere karar verme sürecinde önemli destek sağlayan bilgisayar tabanlı bilgi sistemleridir. KDS, karar vericilere muhakeme yeteneklerini kullanma imkanı tanıyarak kendi başlarına karar alamayanları destekleyen bir yapısını benimser (Hersh, 1999: 2).

KDS, verileri, modelleri, bir yazılım programını ve kullanıcıları bir araya getirerek etkili karar verme sistemlerini oluşturur. Ayrıca, modern analitik teknikleri kullanarak karar vericilere kararlarında tavsiyelerde bulunan sistemlerdir. Bu sistemlerin amacı yönetsel hükümleri yerine koymak değil, bu hükümleri desteklemektir (Kağnıcıoğlu ve Hasgöl, 2006: 106).

KDS, bir bilgisayarda tek kullanıcı tarafından kullanılabilmesi gibi, internet desteği ile farklı birimlerdeki ya da farklı bölgelerdeki birçok kullanıcı tarafından da etkin olarak da kullanılabilir (Turban, 2005: 6).

3.4.1.4. Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri

ÇKKV, Karar vericilerin bir alt dalını oluşturan ve farklı yaklaşımları kendi içinde barındıran yöntemler bütünüdür. ÇKKV, karar sürecini kriterlere göre modelleme ve karar vericinin süreç sonunda elde edeceği faydayı en büyütecek şekilde analiz etme sürecine dayanır. Örnek olması açısından bir ev satın alma kararı sürecinde olduğunuzu düşünün. Size satın alabileceğiniz iki ev alternatifini fiyat ve evin büyüklüğü gibi iki değişkene göre değerlendirip karar vermeniz istenir. Böyle bir karar verme sorunu bir yöntem kullanmadan sadece mukayese ile maksimum faydayı sağlayacak alternatifi seçmeniz mümkündür. Ancak yüzleştığınız ev satın alma problemini gerçek hayata uyarlayacak olursak alternatif sayısının fazla olduğu ve ev satın alma sürecinde dikkat etmeniz gerek kriter sayısının çok daha fazla olacağını öngörebilirsiniz. Bu durumunda etkin bir karar vermek üzere mantıksal sınamalar yapmanız mümkün olmayacak, sezgileriniz ile karar vermeniz ise çok verimli sonuçlar elde etmenize olanak

sağlamayacaktır. Böyle bir durumda karar sürecinize destek olacak bilimsel bir karar destek sisteminden faydalanmak, karar süreci sonucunda etkin bir çıktı elde etmenizi mümkün kılacaktır (Erokutan, 2016: 45).

ÇKKV problemlerinde, karar vericilerin alternatifleri incelemesi, alternatifleri önem derecelerine göre sıralaması ve öncelikli alternatifin seçimi önemlidir. Bu tür problemlerin çözümü için geliştirilen bilimsel tekniklere ÇKKV yöntemi denir. Bu teknikler, genellikle birbiriyle çelişen birçok kriterin olduğu problemlerin çözümüne odaklanmıştır. ÇKKV teknikleri, kişisel kararlardan işletmelerin stratejik kararlarına kadar geniş bir yelpazede kullanılır. Bu teknikler, çok sayıda kriter ve alternatifin eş zamanlı değerlendirilmesini sağladığından, karmaşık problemlerin çözümünde doğru karar verme sürecini kolaylaştırabilir (Uludağ ve Doğan, 2016: 17)

ÇKKV yöntemleri yönetim, sosyal bilimler, fen bilimleri, bilişim, psikoloji gibi alanlarda karmaşıklık yapılarıdaki problemlerinin çözümüne yardımcı olmak için geliştirilmiştir. ÇKKV, yöntemi aynı anda uygulanan ve birden fazla alternatif içerisinde en iyisinin seçilmesini sağlayan yöntemdir. *‘Rasyonel bir karar verme ortamında en çok tercih edilen seçim, genellikle kısıtlar ve yönetimin amaçları doğrultusunda sınırlandırılmaktadır’* (Karaatlı vd., 2015: 215).

ÇKKV yöntemi Çok amaçlı Karar Verme (ÇAKV) ve Çok Nitelikli Karar Verme (ÇNKV) yöntemi olarak ikiye ayrılmaktadır. ÇAKV problemleri için matematiksel optimizasyon tekniklerinin kullanılması yaygındır. Ancak, ÇNKV problemlerinde özellikle de seçim problemleri söz konusu olduğunda, klasik matematiksel programlama araçları genellikle uygun değildir. Bu tür durumlarda, belirsizlik ve çeşitli faktörlerin etkileşimi gibi karmaşıklıklarla başa çıkabilen daha esnek ve bütüncü yöntemlere ihtiyaç duyulabilir

Literatürde birçok ÇKKV yöntemleri yer almaktadır. Bu çalışmada ARAS, COPRAS, TOPSIS yöntemleri ile yılların performans değerlendirmesi yapılmış ve daha sonra BORDA SAYIM yöntemi kullanılarak nihai sıralama elde edilmiştir. Bundan dolayı sadece bu yöntemler detaylı olarak açıklanmıştır.

3.4.1.4.1 ARAS Yöntemi

ÇKKV Yöntemlerine bir yaklaşım seçeneği olarak Sliogeriene, Z. Turskis ve E. K. Zavadskas tarafından literatüre sunulmuştur (Zavadskas ve Turskis, 2010:163). Bu

yöntemle karar kriterlerinin fayda değerlerinin optimum değer ile karşılaştırılması yapılmıştır (Shariati vd., 2010:127). ARAS (Toplam Oran Değerlendirmesi) yöntemi karar sürecinde kullanılan, alternatiflerin performansını çok sayıda kritere dayalı olarak analiz etmek ve sıralamak için kullanılan bir yöntemdir.

ÇKKV Yöntemi literatüründe, mevcut çözümlerin ideal pozitif ve ideal negatif çözüme olan uzaklıkları göz önüne alınır veya mevcut çözümlerin fayda fonksiyonu değerleri, ideal pozitif alternatif çözüm değeri ile karşılaştırılır. ARAS yönteminde ise araştırmaya konu olan alternatiflerin fayda fonksiyonu değerleri, araştırmacı tarafından eklenen optimal alternatife ait fayda fonksiyonu değeri ile karşılaştırılmaktadır (Zavadkas vd., 2010: 128).

ARAS yönteminin adımları aşağıdaki gibidir: (Zavadskas, vd., 2010: 426-427).

1.Adım: Karar matrisinin oluşturulması

Diğer ÇKKV yöntemlerinde olduğu gibi ARAS yönteminde de ilk olarak karar matrisi oluşturulur. Bu denklem ‘m’ tane alternatif ve ‘n’ tane değerlendirme ölçütlerinden oluşmaktadır. Hesaplama referans değerleri bilinmiyorsa farklı bir hesaplama daha yapılması gerekmektedir.

$$x = \begin{bmatrix} x_{01} & \cdots & x_{0j} & \cdots & x_{0n} \\ \vdots & \ddots & \vdots & \ddots & \vdots \\ x_{j1} & \cdots & x_{ij} & \cdots & x_{in} \\ \vdots & \ddots & \vdots & \ddots & \vdots \\ x_{m1} & \cdots & x_{mj} & \cdots & x_{mn} \end{bmatrix};$$

$$i=0,1,\dots,m \quad j=0,1,\dots,n$$

(Eşitlik 1)

X karar matrisi üzerinde, X_{ij} ; i alternatifinin j kriterinde gösterdiği performans değerini, X_{0j} ; j kriterinin optimum değerini ifade etmektedir. Eğer j kriterinin optimum değeri bilinmiyorsa, kriterin fayda veya maliyet özelliği göstermesine göre optimal değer Eşitlik (2) ve Eşitlik (3) dikkate alınarak bulunur.

Fayda ve Maliyet özelliğine göre;

$$x_{0j} = \max_i x_{ij}$$

(Eşitlik 2)

$$x_{0j} = \min_i x_{ij}$$

(Eşitlik 3)

2. Adım: Normalize karar matrisinin oluşturulması

Karar Matrisi Normalizasyonu hesaplanması, ölçekler 0-1 sayıları aralığında standart hale getirme işlemidir. Farklı ölçütlerdeki değerler hesaplanırken aynı boyutta incelenebilmektedir. Maksimum fayda için Eşitlik (4) minimum fayda için Eşitlik (5) yardımıyla hesaplanır.

$$\text{Maksimum Fayda İçin} \quad \overline{x_{ij}} = \frac{x_{ij}}{\sum_{i=0}^m x_{ij}} \quad (\text{Eşitlik 4})$$

$$\text{Minimum Fayda İçin} \quad \overline{x_{ij}} = \frac{1}{\sum_{i=0}^m \frac{1}{x_{ij}}} \quad (\text{Eşitlik 5})$$

3. Adım: Ağırlıklı normalize karar matrisinin oluşturulması

Normalize Karar Matrisinin hesaplanmasından sonra ağırlıklandırma işlemi yapılmaktadır. Kriterlere göre normalize edilmiş değerler $0 < W_{ij} < 1$ şartlarını sağlamalıdır. Ağırlıklı Normalize Karar Matrisi Eşitlik (6) yardımıyla hesaplanır.

$$x_{ij} = \overline{x_{ij}} W_{ij}; \quad (\text{Eşitlik 6})$$

4. Adım: Optimallik fonksiyonunun (S_i) hesaplanması

Ağırlıkları normalize edilen kriterler optimallik derecesi hesaplanır. Bu değer aşağıdaki formül yarımı ile hesaplanır. Formülde yer alan S_i değeri, i alternatifinin optimallik fonksiyon değeridir. S_i değerinde en büyük değer en iyiyi, en küçük değer en kötüyü ifade eder. Alternatiflere ait S_i değerlerinin S_0 optimal fonksiyon değerine oranı K_i fayda derecesini verir ve Eşitlik (7) yardımıyla hesaplanır.

$$s_i = \sum_{j=1}^n x_{ij} \quad (\text{Eşitlik 7})$$

S_i , i alternatifin optimallik fonksiyon derecesidir. Bu Hesaplardan sonra S_i değeri, S_0 optimal değerine oranlanır. S_i değerinin yüksek olması tercih edilir.

5. Adım: Fayda derecesinin hesaplanması ve nihai sıralama Eşitlik (8) yardımıyla hesaplanır.

$$K_i = \frac{s_i}{s_0}; \quad (\text{Eşitlik 8})$$

En son ise karar verme sürecinde problemin sonucu olarak objektif hesaplamalar en büyük değerden en küçük değere sıralanır.

3.4.1.4.2. COPRAS Yöntemi

"Karmaşık Oransal Değerlendirme" anlamına gelen COPRAS (Complex Proportional Assesment) adında bir yöntem geliştirmişlerdir (Zavadskas ve Kaklauskas, 1996) COPRAS yöntemi ÇKKV yöntemlerinden biridir. İşletmelerinin finansal performanslarını ölçmede, mühendislik ve yönetim alanlarında, birden fazla özellikli problemleri çözmeye ve en iyi alternatifi seçmek veya verilen çok sayıda alternatifin performans sıralanmasını belirlemek amacıyla yapılan çalışmalarda, sıklıkla kullanılan bir yöntemdir.

COPRAS Yönteminin adımları aşağıdaki gibidir: (Wang, vd., 2017:1007)

1. Adım: Karar matrisinin oluşturulması

Karar matrisi Eşitlik (9) yardımıyla hesaplanmıştır.

$$D = A \begin{pmatrix} x_{11} & x_{12} & x_{13} & x_{1n} \\ x_{21} & x_{22} & x_{23} & x_{2n} \\ x_{31} & x_{32} & x_{33} & x_{3n} \end{pmatrix}$$

(Eşitlik 9)

2. Adım: Karar matrisinin normalizasyonu

Normalleştirilmiş karar matrisinden elde edilen veriler Eşitlik (10) yardımıyla hesaplanır.

$$x_{ij} = \frac{x_{ij}}{\sum_{i=1}^m x_{ij}}, i = 1, 2, \dots, m,$$

(Eşitlik 10)

3. Adım: Normalize edilen karar matrisinin ağırlıklandırılması

Üçüncü aşama olan bu analizde bulunmuş olan kriterler fayda ve maliyet kriterleri Eşitlik (11) yardımıyla hesaplanır.

$$d_{ij} = x_{ij}^* \cdot w_j$$

(Eşitlik 11)

4. Adım: Ağırlıklandırılmış normalize indekslerin toplanması

Alternatif göreceli önem dereceleri Eşitlik (12) yardımı ile hesaplanır.

$$s_{+i} = \sum_{j=1}^k d_{+ij}$$

(Eşitlik 12)

5.Adım: Karar alternatiflerinin göreceli önem düzeylerinin hesaplanması Eşitlik (13) yardımıyla hesaplanır.

$$Q_i = s_{+i} + \frac{s_{\sum_{i=1}^m s_{-i-min}}}{s_{+i} \cdot \sum_{i=1}^m \frac{s_{-i-min}}{s_{-i}}}$$

(Eşitlik 13)

Tüm alternatiflerin önceliklerini en verimli olanla karşılaştırarak her alternatif için fayda derecesi hesaplanır. Hesaplama da en büyük değere sahip göreceli önem değeri alternatifler arasından en iyi alternatifi ifade edecektir.

6.Adım: Karar alternatiflerinin performans indekslerinin hesaplanması Eşitlik (14) yardımıyla hesaplanır.

$$P_i = \frac{Q_i}{Q_{max}}$$

(Eşitlik 14)

3.4.1.4.3. TOPSIS Yöntemi

TOPSIS bir karar verme tekniğidir ve ideal çözüme en yakın alternatifi bulmak amacına dayalı bir yaklaşımdır. Bu yöntemde seçenekler ideal çözüm benzerliğine göre derecelendirilmektedir. Bir seçenek ideal çözüme daha çok benziyorsa, derecesi daha yüksektir. İdeal çözüm, pratikte bulunmayan her yönden en iyisi olan bir çözümdür ve amaç ona yakınlaşmaya çalışmaktır. Temel olarak, bir tasarımın veya seçeneğin ideal seviyeye ve ideal olmayan seviyeye benzerliğini ölçmek için, bu tasarımın ideal ve ideal olmayan çözümden olan mesafesini göz önünde bulundurulur (Bhutia ve Phipon, 2012: 44).

ÇKKV yöntemlerinden bir tanesi olan TOPSIS yöntemi, nitel bir çevrim yapılmaksızın, direkt veri üzerinde uygulanabilmektedir (Eleren ve Karagül, 2008: 6). TOPSIS Yöntemi, ÇKKV problemlerini çözmek için kullanılan yöntemlerden biridir. Bu yöntem: kamu sektörü, sağlık, muhasebe, finans, planlama, ulaştırma, üretim, yönetim, pazarlama, eğitim ve ekonomi gibi birçok alanda kullanılmaktadır. TOPSIS Yöntemi ELECTRE adı verilen yöntemin temeli üzerine kurulmuştur. Bu iki yöntemde ilk iki aşama ortak olup daha sonra metotları farklılaşmaktadır. TOPSIS Yöntemini farklılaştıran ise her değişken ya da alternatifin kendi değerini alması ve aynı zamanda

bu alternatifler ve kriterler arasındaki farklılıklar üzerine sağlıklı ve güvenilir yorumlar yapılabilmesi ve gerçekçi sonuçlara ulaşılabilmektedir.

TOPSIS Yönteminin adımları aşağıdaki gibidir: (Yoon ve Hwang 1985: 361-370)

1.Adım: Karar matrisinin (A) oluşturulması

İlk adım karar matrisini oluşturmaktır. Karar matrisi oluşturulurken satırlar ve sütunlar farklı kavramları temsil eder. Satırlar başarıyı belirlemek için kullanılan karar noktalarını gösterirken, sütunlar sıralamak, seçmek ve son kararı hızla vermek için kullanılan değerlendirme faktörlerini gösterir. Eşitlik 15'e göre m satır karar noktalarını ve n veya sütunlar değerlendirme faktörlerini temsil etmektedir. Karar matrisi Eşitlik (15) yardımıyla hesaplanır.

$$A = \begin{pmatrix} a_{11} & a_{12} \dots & a_{1n} \\ a_{21} & a_{22} \dots & a_{2n} \\ \dots & \dots & \dots \\ a_{m1} & a_{m2} \dots & a_{mn} \end{pmatrix} \quad (\text{Eşitlik 15})$$

2.Adım: Standart karar matrisinin (R) oluşturulması

Standart karar matrisi, karar matrisinin (A) elemanlarından yararlanarak Eşitlik (16) yardımıyla hesaplanır.

$$r_{ij} = \frac{a_{ij}}{\sqrt{\sum_{k=1}^m a_{kj}^2}} \quad R_{ij} = \begin{pmatrix} r_{11} & r_{12} & r_{1n} \\ r_{21} & r_{22} & r_{2n} \\ \dots & \dots & \dots \\ r_{m1} & \dots & r_{mn} \end{pmatrix} \quad (\text{Eşitlik 16})$$

3.Adım: Ağırlıklandırılmış standart karar matrisinin (V) oluşturulması

Ağırlık standart karar matrisinin değerlendirme kriterlerine ilişkin belirlenen ağırlık değeri (W_i) ile standart karar matrisi (R) ile çarpılarak bulunur. Ağırlık Standart Karar Matrisi ise (V) olarak gösterilir. Ağırlıklandırılmış standart karar matrisi Eşitlik (17) yardımıyla hesaplanır.

$$v_{ij} = \begin{pmatrix} w_1 r_{11} & w_2 r_{12} & w_n r_{1n} \\ w_1 r_{21} & w_2 r_{22} & w_n r_{2n} \\ \dots & \dots & \dots \\ w_1 r_{m1} & \dots & w_n r_{mn} \end{pmatrix} \quad (\text{Eşitlik 17})$$

4.Adım: Pozitif ideal (A^*) ve negatif ideal (A^-) çözüm değerlerinin belirlenmesi

TOPSIS Yöntemi kullanılan değerlendirme faktörlerinin artan ve azalan eğilimde olduğunu varsaymaktadır. Pozitif ideal çözüm setinin oluşturulması için ağırlık standart karar matrisindeki değerlerin en büyükleri seçilir. Pozitif ideal kümeleri oluşturulması Eşitlik (18) yardımıyla hesaplanır.

$$A^* = \{(m_{i \text{ax} v_{ij}}/j \in J), (m_{i \text{in} v_{ij}}/j \in J')\} \quad A^* = \{v_1^*, v_2^*, \dots, v_n^*\} \quad (\text{Eşitlik 18})$$

Negatif ideal çözümlenme ise pozitif çözümlenmenin tersine ağırlık standart karar matrisindeki ağırlaştırılmış değerlerin en küçükleri seçilir ve Eşitlik (19) yardımıyla hesaplanır.

$$A^- = \{(m_{i \text{in} v_{ij}}/j \in J), (m_{i \text{ax} v_{ij}}/j \in J')\} \\ A^- = \{v_1^-, v_2^-, \dots, v_n^-\} \quad (\text{Eşitlik 19})$$

Eşitliklerde gösterilen değerler olumlu yönde ise pozitif ideal çözüm kümesinde J fayda (maksimizasyonu) olarak gösterilmektedir. Bulunan değerler olumsuz yönde ise J' zarar (Minimizasyonu) olarak gösterilmektedir. Her iki bulunana çözüm kümesi ise alternatif sayısı veya değerlendirme faktör sayısı kadardır.

5.Adım: Pozitif ve negatif ideal noktalara olan uzaklığın hesaplanması

Her bir alternatife ilişkin karşılaştırma kriteri bulunurken pozitif ve negatif ideal çözüm kümesinden uzaklıklar Euclidian uzaklık yaklaşımı ile hesaplanır. Elde edilen alternatiflerin kriterlere ilişkin sapma değerleri pozitif ideal ayırım (S_i^*) ve negatif ideal ayırım (S_i^-) ölçüsü olarak adlandırılır.

TOPSIS yönteminde her bir karar noktasına ilişkin değerlendirme faktör değerinin İdeal ve negatif ideal çözüm setinden sapmalarının bulunabilmesi için Euclidian uzaklık yaklaşımından yararlanılmaktadır. Buradan elde edilen karar noktalarına ilişkin sapma değerleri ise ideal ayırım (S_i^*) ve negatif ideal ayırım (S_i^-) ölçüsü olarak adlandırılmaktadır. İdeal ayırım (S_i^*) ölçüsünün hesaplanması Eşitlik (20) yardımıyla negatif ideal ayırım (S_i^-) ölçüsünün hesaplanması ise Eşitlik (21) yardımıyla hesaplanır.

$$s_i^* = \sqrt{\sum_{j=1}^n (v_{ij} - v_j^*)^2} \quad (\text{Eşitlik 20})$$

$$s_i^- = \sqrt{\sum_{j=1}^n (v_{ij} - v_j^-)^2} \quad (\text{Eşitlik 21})$$

Hesaplanacak değerler S_i^* ve S_i^- sayısı karar noktası değeri kadar olacaktır.

6.Adım: İdeal çözüme görelî yakınlığın hesaplanması

Her bir alternatif sayısının ideal çözüme görelî yakınlığı (C_i^*) hesaplanırken pozitif ve negatif ideal ayırım ölçülerinden faydalanılır. Negatif ideal ayırım ölçüsünün, toplam ayırım ölçüsü içindeki payı yakınlık katsayısı değerini verir.

Her bir karar noktasının ideal çözüme görelî yakınlığının (C_i^*) hesaplanmasında ideal ve negatif ideal ayırım ölçülerinden yararlanır. Burada kullanılan ölçüt, negatif ideal ayırım ölçüsünün toplam ayırım ölçüsü içindeki payıdır. İdeal çözüme görelî yakınlık değerinin hesaplanması Eşitlik (22) yardımı ile hesaplanır.

$$C_i^* = \frac{s_i^-}{s_i^- + s_i^*} \quad (\text{Eşitlik 22})$$

Formülde gösterilen C_i^* değeri $0 \leq C_i^* \leq 1$ aralığında yer alır ve C_i^* değerinin 1'e yakın olması ideal çözüme olan yakınlığını ve 0'a yakın olması ideal çözüme olan uzaklığını gösterir.

Burada C_i^* değeri $0 \leq C_i^* \leq 1$ aralığında değer alır ve $C_i^* = 1$ ilgili karar noktasının ideal çözüme, $C_i^* = 0$ ilgili karar noktasının negatif ideal çözüme mutlak yakınlığını gösterir.

3.4.1.4.4. BORDA Sayım Yöntemi

1784 yılında Jean-Charles de BORDA tarafından geliştirilen Borda Sayım yöntemi, birden çok sıralamayı tek bir sıralamaya indirgeyen bir tekniktir (Çakır ve Perçin, 2013:452). Bu yöntem, modern seçim sistemlerinin evriminde önemli bir rol oynamış olup, alternatifleri karar vericilerin bireysel tercihlerinin toplamına göre sıralamayı amaçlar (Karaatlı ve Dağ, 2018: 1439). Sosyal seçim problemlerinde, karar vericilerin alternatifleri değerlendirmelerinden kesin değerler elde etmek zordur, bu nedenle BORDA Sayım yönteminde alternatifler belli bir tercih puanına göre belirlenir (Lamboray, 2007: 5).

BORDA skoru elde etmek için, tüm sınıflardaki alternatifler için belirlenen değerler toplanır ve elde edilen BORDA skorları ile analiz sıralaması yapılır (Akyüz &

Aka, 2017:36,37). Nihai sıralama, bu değerler üzerinden elde edilir ve en yüksek BORDA skoruna sahip olan alternatif en iyi olarak kabul edilirken, en düşük skora sahip alternatif en kötü olarak değerlendirilir (Ömürbek ve Urmak Akçakaya, 2018: 261). BORDA SAYIM yöntemi Eşitlik (23) yardımıyla hesaplanır.

$$b_i = \sum_{k=1}^n (m - r_{ik}) \quad (\text{Eşitlik 23})$$

3.5. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Çalışmada 2010-2022 yılları arasında Türkiye'nin sağlık turizmi performansını belirlemek amacıyla kullanılan kriterler TÜİK ve Merkez Bankası internet sitesinde bulunan verilerden oluşturulmuş ve Tablo 13'te verilmiştir. Değerlendirme kriterinin ölçü birimleri Tablo 14'te verilmiştir. Ayrıca çalışmada tüm yöntemler için kullanılacak karar matrisi Tablo 15'de görülmektedir.

Tablo 13: 2010-2022 Yılları Arasındaki Türkiye Turizm Verileri

Yıllar	Sağlık için Gelen Ziyaretçi Sayısı	Toplam Gelen Ziyaretçi Sayısı (KİŞİ)	Sağlık İçin Giden Ziyaretçi Sayısı (KİŞİ)	Toplam Giden Ziyaretçi Sayısı (KİŞİ)	Sağlık Turizmi Geliri (BİN DOLAR)	Toplam Turizm Geliri (BİN DOLAR)	Sağlık Turizmi Gideri (BİN DOLAR)	Toplam Turizm Gideri (BİN DOLAR)	Gayrisafi Yurtiçi Hasıla (Dolar)
2010	183 070	33 027 944	20 643	6 557 235	433 398	24 930 996	35 266	5 874 520	776 967 457 764
2011	208 524	36 151 328	12 669	6 281 971	488 443	28 115 693	18 971	5 531 486	838 785 514 058
2012	240 682	36 463 821	22 531	5 802 950	627 862	29 689 249	21 399	4 593 390	880 555 912 745
2013	300 102	39 226 226	14 816	7 525 869	772 901	33 073 502	15 305	5 253 565	957 798 998 031
2014	473 896	41 415 070	11 113	7 982 264	837 796	35 137 949	18 735	5 470 481	938 934 430 071
2015	395 190	41 617 530	12 504	8 750 851	638 622	32 492 212	18 732	5 698 423	864 313 960 482
2016	400 699	31 365 330	9 297	7 891 909	715 438	22 839 468	15 821	5 049 793	869 682 954 136
2017	467 302	38 620 346	9 881	8 886 916	827 331	27 044 542	7 456	5 137 244	858 988 578 710
2018	594 851	45 628 673	13 685	8 383 432	863 307	30 545 924	22 818	4 896 310	778 476 714 088
2019	701 046	51 860 042	14 160	9 650 512	1 492 438	38 930 474	15 083	4 403 670	759 934 804 372
2020	407 423	15 826 266	3 849	2 242 864	1 164 779	14 817 273	10 683	1 104 545	720 288 811 762
2021	670 730	29 357 463	6 629	2 738 340	1 726 973	30 173 587	19 059	1 851 922	819 034 484 303
2022	1 258 382	51 369 029	9 365	7 266 773	2 119 059	46 477 871	22 193	4 276 533	905 987 824 096

Kaynak: TÜİK 2023 ve Merkez Bankası 2023 kaynaklarından geliştirilerek yazar tarafından oluşturulmuştur.

Tablo 14: Değerlendirme Kriterleri ve Birimi

Kriter Kodu	Açıklama	Birimi
K1	Sağlık için gelen ziyaretçi sayısının toplam ziyaretçi sayına oranı	%
K2	Sağlık için giden ziyaretçi sayısının toplam ziyaretçi sayısına oranı	%
K3	Sağlık turizmi gelirinin toplam turizm gelirine oranı	%
K4	Sağlık turizm giderinin toplam turizm giderine oranı	%
K5	Toplam turizm gelirinin gayrisafi yurtiçi hasılaya oranı	%

Kaynak: Yazar tarafından oluşturulmuştur.

Analizde kullanılan performans kriterleri; Tablo 14’ de verilmiştir. K1 (sağlık için gelen ziyaretçi sayısının/toplam gelen ziyaretçi sayısına oranı), K2 (sağlık için giden ziyaretçi sayısının/toplam ziyaretçi sayısına oranı), K3 (sağlık turizm gelirinin/toplam turizm gelirine oranı), K4 (sağlık turizm giderinin/toplam turizm giderine oranı), K5 (toplam sağlık giderinin /gayrisafi yurtiçi hasılaya oranıdır).

Tablo 15. Karar Matrisi

KARAR MATRİSİ					
Kriterler	K1	K2	K3	K4	K5
Yıllar/Kriter Yönü	max-fayda	min-maliyet	max-fayda	min- maliyet	max-fayda
2010	0,55429	0,31481	1,73839	0,60032	0,00321
2011	0,57681	0,20167	1,73726	0,34296	0,00335
2012	0,66006	0,38827	2,11478	0,46587	0,00337
2013	0,76505	0,19687	2,33692	0,29133	0,00345
2014	1,14426	0,13922	2,38431	0,34247	0,00374
2015	0,94958	0,14289	1,96546	0,32872	0,00376
2016	1,27752	0,11780	3,13246	0,31330	0,00263
2017	1,20999	0,11119	3,05914	0,14514	0,00315
2018	1,30368	0,16324	2,82626	0,46602	0,00392
2019	1,35180	0,14673	3,83360	0,34251	0,00512
2020	2,57435	0,17161	7,86095	0,96719	0,00206
2021	2,28470	0,24208	5,72346	1,02915	0,00368
2022	2,44969	0,12887	4,55929	0,51895	0,00513

Karar matrisi oluşturulurken kriterlerin yönleri belirlenir. Sağlık için gelen ziyaretçi sayısı/toplam ziyaretçi sayısı, sağlık turizmi geliri/toplam turizm geliri kriterleri fayda yönlü kriterler iken sağlık için giden ziyaretçi sayısı/toplam ziyaretçi sayısı, sağlık turizmi gideri/toplam turizm gideri maliyet yönlü kriterlerdir. Optimal değerler kriterlerin yönü dikkate alınarak maksimum veya minimum değerlerin belirlenmesi ile bulunmaktadır. Karar Matrisi Eşitlik (1) ve (2)'de verilen matematiksel denklemden yararlanılarak oluşturulur. Çalışmanın uygulama aşamasında yer alan tablolarda ki sayılarda karşılıklılık olmaması adına virgülden sonra beş basamağına yer verilmiştir.

3.5.1 ARAS Yöntemine Ait Analizler ve Bulgular

Tablo 15'de verilen karar matrisi Eşitlik (4) ve (5)'den yararlanılarak fayda yönlü dönüştürülmüş karar matrisi oluşturulmuş Tablo 16'da da gösterilmiştir.

Tablo 16. ARAS Yöntemine Göre Fayda Yönlü Karar Matrisi

FAYDA YÖNLÜ DÖNÜŞTÜRÜLMÜŞ KARAR MATRİSİ					
Kriterler	K1	K2	K3	K4	K5
Yıllar/Kriter Yönü	max-fayda	min-maliyet	max-fayda	min- maliyet	max-fayda
2010	0,55429	3,17649	1,73839	1,66577	0,00321
2011	0,57681	4,95854	1,73726	2,91576	0,00335
2012	0,66006	2,57554	2,11478	2,14654	0,00337
2013	0,76505	5,07956	2,33692	3,43258	0,00345
2014	1,14426	7,18282	2,38431	2,91993	0,00374
2015	0,94958	6,99844	1,96546	3,04208	0,00376
2016	1,27752	8,48866	3,13246	3,19183	0,00263
2017	1,20999	8,99394	3,05914	6,89008	0,00315
2018	1,30368	6,12600	2,82626	2,14581	0,00392
2019	1,35180	6,81533	3,83360	2,91962	0,00512
2020	2,57435	5,82713	7,86095	1,03393	0,00206
2021	2,28470	4,13085	5,72346	1,02915	0,00368
2022	2,44969	7,75950	4,55929	1,92697	0,00513
optimal değer	2,57435	8,99394	7,86095	6,89008	0,00513
	19,67612	87,10675	51,13323	42,15014	0,05171

Fayda yönlü karar matrisi sonrasında Eşitlik (6)'dan yararlanılarak Tablo 17'deki normalizasyon işlemi yapılır.

Tablo 17. ARAS Yöntemine Göre Normalize Edilmiş Karar Matrisi

NORMALİZE EDİLMİŞ KARAR MATRİSİ					
Kriterler	K1	K2	K3	K4	K5
Yıllar/Kriter	max-fayda	min-maliyet	max-fayda	min- maliyet	max-fayda
2010	0,02817	0,03647	0,03400	0,03952	0,06205
2011	0,02932	0,05693	0,03398	0,06918	0,06482
2012	0,03355	0,02957	0,04136	0,05093	0,06520
2013	0,03888	0,05831	0,04570	0,08144	0,06678
2014	0,05815	0,08246	0,04663	0,06927	0,07237
2015	0,04826	0,08034	0,03844	0,07217	0,07270
2016	0,06493	0,09745	0,06126	0,07573	0,05079
2017	0,06150	0,10325	0,05983	0,16347	0,06089
2018	0,06626	0,07033	0,05527	0,05091	0,07588
2019	0,06870	0,07824	0,07497	0,06927	0,09907
2020	0,13084	0,06690	0,15374	0,02453	0,03978
2021	0,11612	0,04742	0,11193	0,02442	0,07125
2022	0,12450	0,08908	0,08917	0,04572	0,09921
optimal değer	0,13084	0,10325	0,15374	0,16347	0,09921

Normalize edilmiş karar matrisinden sonra Eşitlik (7)'den yararlanılarak optimallik fonksiyonu ve fayda dereceleri hesaplaması yapılmış ve Tablo 18'de gösterilmiştir.

Tablo 18. ARAS Yöntemine Göre Optimallik Fonksiyonu ve Fayda Derecesi

OPTİMALLIK FONKSİYONU VE FAYDA DERCELERİ			
Yıllar	Sİ	Kİ	SIRALAMA
2010	0,20021	0,307776319	13
2011	0,25421	0,390799837	11
2012	0,22060	0,339126942	12
2013	0,29111	0,447526025	9
2014	0,32889	0,505597556	7
2015	0,31191	0,47949993	8
2016	0,35015	0,538283004	6
2017	0,44893	0,690126531	1
2018	0,26676	0,410089271	10
2019	0,39025	0,599931584	4
2020	0,41578	0,63917134	3
2021	0,37113	0,570535018	5
2022	0,44767	0,688199319	2
optimal değer	0,65050	1	

Eşitlik (8) yardımıyla de fayda derecesi değerleri hesaplanır. Son olarak da fayda derecesi değerleri büyükten küçüğe doğru sıralanır. Buna göre performansın en yüksek olduğu yılın 2017, performansın en düşük olduğu yılın ise 2010 olduğu tespit edilmiştir.

3.5.2 COPRAS Yöntemine Ait Analizler ve Bulgular

COPRAS yöntemine göre Tablo 15’de yer alan karar matrisi dikkate alınarak Eşitlik (10)’dan yararlanılarak normalize karar matrisi hesaplanmış ve Tablo 19’da verilmiştir.

Tablo 19. COPRAS Yöntemine Göre Normalize Karar Matrisi

NORMALİZE KARAR MATRİSİ					
Yıllar	K1	K3	K5	K2	K4
Kriter Yönü	maks	maks	maks	min	min
2010	0,03241	0,04017	0,06889	0,12770	0,09755
2011	0,03373	0,04015	0,07196	0,08181	0,05573
2012	0,03860	0,04887	0,07238	0,15750	0,07570
2013	0,04474	0,05400	0,07413	0,07986	0,04734
2014	0,06691	0,05510	0,08034	0,05647	0,05565
2015	0,05552	0,04542	0,08071	0,05796	0,05342
2016	0,07470	0,07239	0,05638	0,04779	0,05091
2017	0,07075	0,07070	0,06759	0,04510	0,02358
2018	0,07623	0,06531	0,08424	0,06622	0,07573
2019	0,07904	0,08859	0,10998	0,05952	0,05566
2020	0,15053	0,18166	0,04416	0,06961	0,15717
2021	0,13359	0,13227	0,07909	0,09820	0,16723
2022	0,14324	0,10536	0,11014	0,05228	0,08433

Karar problemlerinde yer alan farklı verilere sahip kriterlere ilişkin değerler normalizasyon işlemi ile (0,1) aralığında değer alacak şekilde standart bir hale getirilmelidir. Normalize İndekslerin toplamı Eşitlik (12)'den yararlanılarak hesaplanır ve Tablo 20'de verilmiştir.

Tablo 20. COPRAS Yöntemine Göre Normalize İndekslerin Toplamı

NORMALİZE İNDEKSLERİN TOPLANMASI		
Yıllar	S+i	S-i
2010	0,14147	0,22525
2011	0,14584	0,13754
2012	0,15985	0,23320
2013	0,17287	0,12720
2014	0,20235	0,11212
2015	0,18165	0,11138
2016	0,20347	0,09870
2017	0,20904	0,06869
2018	0,22578	0,14194
2019	0,27762	0,11518
2020	0,37636	0,22678
2021	0,34495	0,26543
2022	0,35874	0,13660

Fayda yönlü kriterler için ağırlıklandırılmış normalize karar matrisi değerlerin toplamı S+i değerleri elde edilir. Maliyet yönlü kriterler için ağırlıklandırılmış normalize karar matrisi değerleri toplanır ve S-i değeri bulunur. Her karar alternatifi için göreceli önem değeri Eşitlik (13)'den yararlanılarak hesaplanır. Karar alternatiflerin göreceli önem düzeyleri Tablo 21'de verilmiştir.

Tablo 21. COPRAS Yöntemine Göre Karar Alternatiflerinin Göreceli Önem Düzeylerinin Hesaplanması

KARAR ALTERNATİFLERİNİN GÖRECELİ ÖNEM DÜZEYLERİNİN HESAPLANMASI							
Yıllar	S+i	S-i	S-Min	\sum S-Min	S-Min/Si	\sum S-Min/S-i	Qi
2010	0,14147	0,22525	0,06869	2,00001	0,30495	6,70909	0,23238
2011	0,14584	0,13754			0,49942		0,29472
2012	0,15985	0,23320			0,29455		0,24766
2013	0,17287	0,12720			0,54002		0,33385
2014	0,20235	0,11212			0,61265		0,38498
2015	0,18165	0,11138			0,61672		0,36550
2016	0,20347	0,09870			0,69595		0,41093
2017	0,20904	0,06869			1,00000		0,50714
2018	0,22578	0,14194			0,48394		0,37004
2019	0,27762	0,11518			0,59637		0,45540
2020	0,37636	0,22678			0,30289		0,46665
2021	0,34495	0,26543			0,25879		0,42210
2022	0,35874	0,13660			0,50286		0,50864

Eşitlik (14)'den yararlanılarak Karar alternatiflerin performans indeksleri hesaplanması ve performans sıralaması yapılarak Tablo 22'de verilmiştir.

Tablo 22. COPRAS Yöntemine Göre Karar Alternatiflerin Performans İndekslerinin Hesaplanması

KARAR ALTERNATİFLERİNİN PERFORMANS İNDEKSLERİNİN HESAPLANMASI									
Yıllar	S+i	S-i	S-Min	$\sum S-$	S-	$\sum S-$	Qi	Pi	Sıralam
2010	0,1414	0,2252	0,0686	2,0000	0,3049	6,7090	0,2323	45,68564	13
2011	0,1458	0,1375			0,4994		0,2947	57,94214	11
2012	0,1598	0,2332			0,2945		0,2476	48,68989	12
2013	0,1728	0,1272			0,5400		0,3338	65,63559	10
2014	0,2023	0,1121			0,6126		0,3849	75,68817	7
2015	0,1816	0,1113			0,6167		0,3655	71,85708	9
2016	0,2034	0,0987			0,6959		0,4109	80,79040	6
2017	0,2090	0,0686			1,0000		0,5071	99,70531	2
2018	0,2257	0,1419			0,4839		0,3700	72,75112	8
2019	0,2776	0,1151			0,5963		0,4554	89,53244	4
2020	0,3763	0,2267			0,3028		0,4666	91,74477	3
2021	0,3449	0,2654			0,2587		0,4221	82,98462	5
2022	0,3587	0,1366			0,5028		0,5086	100,0000	1

Performans kalitesi açısından değerlendirmesine yönelik ÇKKV yöntemi olan COPRAS yöntemi kullanılarak gerçekleştirilen uygulamanın sonuçlarına göre en iyi yıl 2022, sonrasında ise 2017 yılı ikinci sırada iken 2020 yılı üçüncü sırada yer almaktadır.

3.5.3. TOPSIS Yöntemine Ait Analizler ve Bulgular

TOPSIS Yöntemi uygulamasında Tablo 15’de yer alan karar matrisi dikkate alınarak Eşitlik (16)’dan yararlanılarak normalizasyon işlemi hesaplanmış ve Tablo 23’de verilmiştir.

Tablo 23. TOPSIS Yöntemine Göre Standart Karar Matrisi (Normalizasyon İşlemi) Oluşturulması

STANDART KARAR MATRİSİNİN OLUŞTURULMASI - NORMALİZASYON İŞLEMİ					
Yıllar	K1	K3	K5	K2	K4
Kriter Yönü	maks	maks	maks	min	min
2010	0,30724	3,02200	0,00001	0,09911	0,36039
2011	0,33271	3,01808	0,00001	0,04067	0,11762
2012	0,43568	4,47229	0,00001	0,15075	0,21703
2013	0,58531	5,46119	0,00001	0,03876	0,08487
2014	1,30933	5,68491	0,00001	0,01938	0,11729
2015	0,90169	3,86304	0,00001	0,02042	0,10806
2016	1,63206	9,81233	0,00001	0,01388	0,09816
2017	1,46407	9,35835	0,00001	0,01236	0,02106
2018	1,69958	7,98774	0,00002	0,02665	0,21718
2019	1,82737	14,69648	0,00003	0,02153	0,11731
2020	6,62726	61,79460	0,00000	0,02945	0,93545
2021	5,21985	32,75799	0,00001	0,05860	1,05914
2022	6,00098	20,78709	0,00003	0,01661	0,26931
	5,32383	13,51725	0,01325	0,74038	1,92947

Normalizasyon işlemi sonrası Eşitlik (17)'den yararlanılarak standart karar matrisi hesaplanmış ve Tablo 24'te verilmiştir.

Tablo 24. TOPSIS Yöntemine Göre Standart Karar Matrisi Oluşturulması

STANDART KARAR MATRİSİ					
Yıllar	K1	K3	K5	K2	K4
Kriter Yönü	maks	maks	maks	min	min
2010	0,10411	0,12861	0,24219	0,42520	0,31113
2011	0,10834	0,12852	0,25300	0,27239	0,17775
2012	0,12398	0,15645	0,25449	0,52442	0,24145
2013	0,14370	0,17288	0,26063	0,26590	0,15099
2014	0,21493	0,17639	0,28246	0,18804	0,17750
2015	0,17836	0,14540	0,28375	0,19299	0,17037
2016	0,23996	0,23174	0,19822	0,15911	0,16238
2017	0,22728	0,22631	0,23764	0,15017	0,07522
2018	0,24488	0,20909	0,29616	0,22048	0,24153
2019	0,25392	0,28361	0,38667	0,19818	0,17751
2020	0,48355	0,58155	0,15527	0,23179	0,50127
2021	0,42915	0,42342	0,27807	0,32697	0,53338
2022	0,46014	0,33729	0,38721	0,17406	0,26896

Standart karar matrisi hesaplaması sonrası Eşitlik (18) ve (19)'dan yararlanılarak pozitif ve negatif ideal çözüm değerlendirme yapılmış ve Tablo 25'de verilmiştir.

Tablo 25. TOPSIS Yöntemine Göre Pozitif (A^*) ve Negatif İdeal (A^-) Çözüm Değerlerinin Belirlenmesi

POZİTİF (A^*) VE NEGATİF İDEAL (A^-) ÇÖZÜM DEĞERLERİNİN BELİRLENMESİ					
	K1	K3	K5	K2	K4
Kriter Yönü	maks	maks	maks	min	min
Pozitif İdeal Çözüm	0,48355	0,58155	0,38721	0,15017	0,07522
Negatif İdeal Çözüm	0,10411	0,12852	0,15527	0,52442	0,53338

Pozitif ideal ve negatif ideal çözüm değerleri belirlenirken kriterlerin fayda ya da maliyet yönlü olup olmadıkları önem arz etmektedir. Maksimum değerde olan kriterler pozitif ideal çözüme yaklaşmak mümkünken minimum düzeyde olan kriterler negatif ideal çözüme yaklaşmak mümkündür. Bu değerlendirmeden sonra pozitif ideal noktalara olan uzaklık hesaplamaları Eşitlik (20)'den yararlanılarak Tablo 26'da verilmiştir.

Tablo 26. TOPSIS Yöntemine Göre Pozitif İdeal Noktalara Olan Uzaklığın Hesaplanması

POZİTİF İDEAL NOKTALARA OLAN UZAKLIĞIN HESAPLANMASI							
Yıllar	K1	K3	K5	K2	K4	TOPLAM	Si*
Kriter Yönü	maks	maks	maks	min	min		
2010	0,14397	0,20516	0,02103	0,07564	0,05565	0,50146	0,70814
2011	0,14078	0,20523	0,01801	0,01494	0,01051	0,38948	0,62408
2012	0,12929	0,18071	0,01762	0,14006	0,02763	0,49530	0,70378
2013	0,11550	0,16701	0,01602	0,01339	0,00574	0,31766	0,56361
2014	0,07216	0,16415	0,01097	0,00143	0,01046	0,25918	0,50909
2015	0,09314	0,19022	0,01070	0,00183	0,00905	0,30495	0,55223
2016	0,05934	0,12237	0,03572	0,00008	0,00760	0,22510	0,47444
2017	0,06568	0,12619	0,02237	0,00000	0,00000	0,21424	0,46286
2018	0,05697	0,13873	0,00829	0,00494	0,02766	0,23659	0,48640
2019	0,05273	0,08877	0,00000	0,00230	0,01046	0,15427	0,39277
2020	0,00000	0,00000	0,05380	0,00666	0,18152	0,24197	0,49191
2021	0,00296	0,02501	0,01191	0,03126	0,20991	0,28105	0,53014
2022	0,00055	0,05966	0,00000	0,00057	0,03753	0,09831	0,31355

Eşitlik (21)'den yararlanılarak negatif ideal uzaklık hesaplanmış ve Tablo 27'de verilmiştir.

Tablo 27. TOPSIS Yöntemine Göre Negatif İdeal Uzaklığın Hesaplanması

NEGATİF İDEAL UZAKLIĞIN HESAPLANMASI							
Yıllar	K1	K3	K5	K2	K4	TOPLAM	Si-
Kriter Yönü	maks	maks	maks	min	min		
2010	0,00000	0,00000	0,00756	0,00984	0,04940	0,06679	0,25845
2011	0,00002	0,00000	0,00955	0,06352	0,12647	0,19956	0,44672
2012	0,00039	0,00078	0,00984	0,00000	0,08523	0,09625	0,31023
2013	0,00157	0,00197	0,01110	0,06683	0,14623	0,22769	0,47717
2014	0,01228	0,00229	0,01618	0,11315	0,12665	0,27055	0,52015
2015	0,00551	0,00029	0,01651	0,10984	0,13178	0,26392	0,51373
2016	0,01845	0,01065	0,00184	0,13345	0,13765	0,30205	0,54959
2017	0,01517	0,00956	0,00678	0,14006	0,20991	0,38149	0,61765
2018	0,01981	0,00649	0,01985	0,09238	0,08518	0,22371	0,47298
2019	0,02244	0,02405	0,05354	0,10643	0,12664	0,33311	0,57716
2020	0,14397	0,20523	0,00000	0,08563	0,00103	0,43587	0,66020
2021	0,10565	0,08696	0,01508	0,03899	0,00000	0,24667	0,49666
2022	0,12675	0,04359	0,05380	0,12275	0,06992	0,41680	0,64560

Tüm kriterlerin negatif ideal noktalarına olan uzaklıkları hesaplandıktan sonra Eşitlik (21)'den yararlanılarak ideal çözüme göreceli yakınlık hesaplaması yapılmış ve Tablo 28' de verilmiştir.

Tablo 28. TOPSIS Yöntemine Göre İdeal Çözüme Göreceli Yakınlığın Hesaplanması

İDEAL ÇÖZÜME GÖRECELİ YAKINLIĞIN HESAPLANMASI		
Yıllar	C_i^*	Sıralamalar
2010	0,26738	13
2011	0,41718	11
2012	0,30595	12
2013	0,45847	10
2014	0,50537	6
2015	0,48194	9
2016	0,53669	5
2017	0,57163	4
2018	0,49301	7
2019	0,59505	2
2020	0,57304	3
2021	0,48370	8
2022	0,67310	1

Hesaplama sonucunda çıkan değerler sıralanır, sıralamaya göre en yüksek değere sahip olan yıl 2022, ikinci yüksek değere sahip olan yıl 2019, en düşük değere sahip olan yıl ise 2010 yılı olarak bulunmuştur.

3.5.4. BORDA SAYIM Yöntemine Ait Analizler ve Bulgular

Borda Sayım yöntemini uygulamak için her bir yöntemden elde edilen sıralamalar bir toplamsal sıralama sınıfı adı altında toplanmıştır. Eşitlik (23)'den yararlanılarak hesaplamalar yapılmış Borda skorları ve nihai sıralama Tablo 29'da gösterilmektedir.

Tablo 29. Borda Skorunun Belirlenmesi ve Nihai Sıralama

YILLAR	ARAS Skor	ARAS Sıralama	COPRAS Skor	COPRAS Sıralama	TOPSIS Skor	TOPSIS Sıralama	BORDA Skor Toplamı	BORDA Sıralam a
2010	0	13	0	13	0	13	0	13
2011	2	11	2	11	2	11	6	11
2012	1	12	1	12	1	12	3	12
2013	4	9	3	10	3	10	10	10
2014	6	7	6	7	7	6	19	7
2015	5	8	4	9	4	9	13	9
2016	7	6	7	6	8	5	22	5
2017	12	1	11	2	9	4	32	2
2018	3	10	5	8	6	7	14	8
2019	9	4	9	4	11	2	29	4
2020	10	3	10	3	10	3	30	3
2021	8	5	8	5	5	8	21	6
2022	11	2	12	1	12	1	35	1

Tablodan da anlaşılacağı üzere 2022 yılı Türkiye açısından sağlık turizmi alanında en iyi 2010 yılı ise en kötü performansı gösterdiği yıl olarak karşımıza çıkmaktadır.

SONUÇ

Sağlık turizmi, bireylerin sağlık hizmetinden yararlanmak veya tedavi olmak amaçlı kendi yaşadıkları ülkelerden başka ülkelere seyahat etmesini sağlayan bir turizm faaliyetidir. Bireyler kendi yaşadıkları ülkelerde tedavi masraflarının yüksek olması, bekleme sürelerinin uzun olması gibi nedenlerle farklı alternatifleri arama çabası içerisine girmektedirler. Bazı ülkelerde bazı tedavilerin sağlık sigortası kapsamında olmaması da sağlık turizmini tercih etme sebepleri arasında değerlendirilmektedir.

Türkiye’de dünya da olduğu gibi son yıllarda sağlık turizmi konusunda oldukça aşama kaydetmiştir. Türkiye’de sağlık turizmi ile ilgili ilk düzenli faaliyetler 2005 yılından itibaren atılmış olsa da devlet düzeyinde ilk adım Sağlık Bakanlığı bünyesinde sağlık turizmi ile ilgili verilerin düzenli tutulması, standizasyonun sağlanması ve etik problemlerin önüne geçilerek bir vizyon ve strateji belirleme amacıyla Sağlık Turizmi Birimi’nin kurulmasıyla gerçekleşmiştir. Bu birim 2011 yılında Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı adı altında, 2013 yılından bu yana ise genel müdürlük statüsünde çalışmalarını sürdürmektedir. Ayrıca bu genel müdürlük kapsamında 6 Ocak 2016 tarihinde resmi olarak Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu (SATURK) kurulmuş ve sağlık turizmi alanında günümüze kadar pek çok rapor ve strateji belgesi yayınlamıştır.

Sağlık turizmi diğer turizm türlerine oranla dolaylı ve dolaysız olarak etkilediği sektörler açısından katma değeri en yüksek olan turizm çeşidi olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Bu durum içinde Türkiye’nin de olmuş olduğu birçok dünya ülkesinin gözünü bu alana yöneltmiştir. 2022 yılı sağlık turizmi verileri incelendiğinde ilk 5 sıranın; Malezya, Singapur, Tayland, Hindistan ve Türkiye olarak gerçekleştiği görülmektedir.

Sağlık turizmi farklı kaynaklarda farklı sınıflandırmalarla karşımıza çıkmaktadır. Ancak tüm bu sınıflandırmaların ortak noktası sağlık turizmini temelde 2 başlık altında incelemesidir. Bu başlıklar; tedavi amaçlı ve bakım amaçlı sağlık turizmidir. Bu başlıkların alt başlıkları değişmekle birlikte çalışmada alınan sınıflandırma medikal, termal, spa, engelsiz ve geriatri turizmi sınıflandırmasıdır. Kişisel bakım ve kozmetik ise genelde medikal turizmin içerisinde değerlendirilmektedir.

Türkiye tüm bu başlıklar itibariyle pek çok artışı olan ve bir bütün olarak sağlık turizminde dünyada lider olmaya aday bir ülkedir. Bu çerçevede Türkiye’nin sağlık turizmi potansiyelini ortaya koymak için Uluslararası literatürde SWOT analizi olarak bilinene

Türkçe literatüre ise Güçlü- Zayıf Yönler- Fırsatlar ve Tehditler olarak geçen GZFT analizinin yapılması gerekmektedir. Aşağıdaki şekilde Türkiye'nin sağlık sektörü açısından GZFT analizi yer almaktadır;



Şekil 5. Türkiye'nin Sağlık Sektörü Açısından GZFT Analizi

Kaynak: SATURK 2017, Şahin ve Şahin 2018, Kamilçelebi 2021, kaynaklarından geliştirilerek yazar tarafından oluşturulmuştur.

Çalışmada GZFT analizi kapsamında Türkiye'nin sağlık turizmi performansı ortaya konularak yıllar itibariyle bir sıralama yapılmıştır. Bu sıralamanın yapılabilmesi için

ÇKKV yöntemlerinden ARAS, COPRAS ve TOPSIS yöntemleri kullanılmış ve bu yöntemler sonucunda elde edilen sıralamalar “BORDA SAYIM” yöntemiyle birleştirilmiş ve nihai sonuç elde edilmiştir.

Tablo 29’da ARAS, COPRA VE TOPSIS yöntemlerine göre sıralamaları ve BORDA Sayım Yöntemi kullanılarak oluşturulan birleştirilmiş sıralama görülmektedir:

Bu analiz sonuçlarına göre Türkiye’nin sağlık turizmi açısından en kötü olduğu yıl 2010 yılı iken en iyi olduğu yıl 2022 yılı olarak görülmektedir. Bu sonuçlar değerlendirildiğinde şu varsayımlara ulaşmak mümkündür;

- Türkiye’nin hem resmi anlamda hem de sağlık ve turizm sektörünün ilgisinin yeni yeni bu alana kaymaya başlaması açısından 2010 yılının en kötü performansı veren yıl olarak çıkması doğal bir durumdur.
- 2010 yılını izleyen 2011, 2012 ve 2013 yıllarında ise henüz devlet bazında çalışmalar yeni yeni kendini göstermiş, bu yıllar standardizasyon çalışmaları, kapsam belirleme, tesislerin sağlık turizmine olanak sağlayacak şekilde hem alt yapı hem de üst yapı çalışmalarının gerçekleştirildiği yıllardır.
- Özellikle 2013 yılında Sağlık Bakanlığı bünyesinde kurulan Sağlık Turizmi Genel Müdürlüğü’nün yapmış olduğu çalışmalar meyvesini vermeye başlamış ve Türkiye dünya sahnesine bu alanda da çıkmaya başlamıştır. 2014 yılı genel olarak turizm istatistikleri açısından iyi geçmekle beraber sağlık turizminde de ciddi bir ivme yakalanmıştır. 2014 yılı genel sıralamada 7. Sıradadır.
- 2015 yılı sıralamada 9 olarak karşımıza çıkmaktadır. 2015 yılında tüm turizm kriterlerin de maalesef özellikle 2014 yılına göre ciddi bir düşüş görülmüş bu durum sağlık turizmi gelirlerine ve dolayısıyla performansına da yansımıştır. 2015 yılındaki bu düşüş, bölgede özellikle Ortadoğu’da yaşanan istikrarsızlıkların artışı, 2014 yılında başlayan Rusya- Ukrayna arasındaki anlaşmazlıkların yansımaları gibi nedenlerle açıklanabilir.
- 2016, 2017 ve 2018 yıllarına baktığımızda ise sıralamanın 5-2-ve 8 olarak gerçekleştiği görülmektedir. Bu sonuçları Türkiye açısından yorumlanacak olursa özellikle 2017 yılına değinmek gerekir. Bu yıllarda Türkiye’nin sağlık turizmi alanında birçok alt yapı çalışması yaptığı, bu alanda çalışan personellere yabancı dil konusunda ve sağlık turizmi konusunda eğitimlere başlandığı, çeşitli vergi istisnalarının sağlandığı, özel

sektörünün yatırım anlamında sağlık turizmine olan ilgisinin arttığı bir dönemdir. Bu sebeplerden ötürü 2017 yılı sağlık turizmi açısından çalışmada baz alınan kriterler göz önünde bulundurulduğunda en başarılı ikinci yıl olarak karşımıza çıkmıştır. 2018 yılında ise sıralama açısından bir düşüş gözlense de veriler incelendiğinde hem gelir hemde sağlık turizmi çerçevesinde ülkeye gelen turist sayısında artış olmuştur. Ancak hem ülkede enflasyonun ve döviz kurunun artmaya başlamasıyla turizm giderlerinde bir önceki yıla göre ciddi bir artış olmuş ve maalesef turizm gelirleri sıralamadaki ivmeyi destekleyecek kadar artmadığı için bu yıl bir önceki yıla göre geride kalmıştır.

- 2019 ve 2020 yılları sırasıyla 4 ve 3.'dür. Bu yıllar geçirilen COVID -19 salgını nedeniyle dikkatle incelenmesi gereken yıllardır. Bilindiği üzere bu salgın tüm dünyayı etkisi altına aldığı için pandemi adıyla anılmaktadır. Bu yıllarda dünya içe kapanmış, çeşitli seyahat kısıtlamaları getirilmiş, tüm sektörler tedarik sorunu ile karşı karşıya kalmış ve ekonomik olarak ciddi bir daralma söz konusu olmuştur. Tüm bunlara rağmen Türkiye güçlü sağlık sistemi ve bu dönemde almış olduğu önlemlerle özellikle rekabette bulunduğu ülkelere kıyasla üstünlük sağlamıştır. Turistik tesislerdeki pandemi önlemleri, ulaşım alt yapısının neredeyse sorunsuz olarak hizmetlerine devam etmesi, sağlık sisteminin aksamadan hizmetlerine devam etmesi sağlık turizminde de bu sıralamaların elde edilmesine olanak sağlamıştır.

- Sıralamaya baktığımızda 2021 yılının sıralamalarda geride kaldığı görülmektedir. Bu durum 2018 yılındaki durumla aynıdır. Hem gelirlerde hem kişi sayısında artış olmasına rağmen diğer yıllara göre giderler de ciddi bir artış söz konusudur. Bu durum genel ekonomik kriterlerle açıklansa da daha detaylı analiz yapılabilmesi için bu gider kalemlerinin detayına bakmak gerekmektedir. Ancak detay gider kalemlerine açık kaynaklardan ulaşılamamıştır.

- Analizin son en başarılı yılı olan 2022 yılı değerlendirildiğinde, Türkiye'nin tüm turizm kriterlerin de en başarılı olduğu hem turizm hem de alt kategorisi olan sağlık turizmi açısından yaptığı çalışmaların ve oluşturduğu politikaların meyvesini verdiği görülmektedir. Bu yıl, Türkiye daha önce de bahsedildiği üzere sağlık turizmi alanında dünyada ilk 5'e girmiştir.

Görüldüğü üzere sağlık turizmi Türkiye'de hem genel ekonomi açısından hem de özel de turizm açısından parlayan sektörlerden biridir. Bu bağlamda çalışma Türkiye'nin

sağlık turizmi performansını ortaya koyarken doğru ve yanlış yaptığı noktaları, politikaları genel konjonktürü de değerlendirmeye ve çalışmıştır.

Bu değerlendirme kapsamında aşağıdaki öneriler ortaya konulmuştur;

- Sağlık turizmi mevzuatının kolaylaştırılması,
- Özellikle bu alanda çalışan ebe, hemşire gibi sağlık personelinin artırılması ve mevcut personele alana özgü eğitimler verilmesi,
- Yabancı dil eğitimlerinin en üst kademe personelde en alt kademe personele doğru yaygınlaştırılması,
- Kamu hastanelerinde sağlık turizmi alt yapısının güçlendirilmesi,
- Sağlık çalışanlarının koşullarının iyileştirilerek kalifiye personelin yurtdışına çıkmasının engellenmesi,
- Merdiven altı diye tabir edilebilecek yetkisiz merkezlerin kapatılması, mevcut merkezlerin ise denetimlerinin artırılması,
- Markalaşma alanında çalışmaların artırılması,
- GSMH dan sağlık turizmindeki yatırımlara ayrılan miktarın artırılması ve hedef ülkeler ile anlaşmalar yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Literatür incelendiğinde sağlık turizmi performansının belirlenmesi ve buna yönelik yol haritalarının ortaya konulması açısından önemli bir boşluğu doldurduğu düşünülmektedir. Ayrıca bu alanda faaliyet gösteren uygulamacılara ve araştırmacılara hem analitik yöntemlerin kullanımı hem de bir kavramsal çerçeve çizmesi açısından yol gösterici olması arzulanmaktadır.

KAYNAKÇA

- Abdullah B. J. J. ve Ng K. H. (2006) "The Sky Is Falling.", *Biomed Imaging Intervention Journal, Cilt(2)*, Sayı. 29, 1-10.
- Acuner, E. (2015). Zigana Turizm Merkezi'nin Sürdürülebilir Turizm Kriterleri Çerçevesinde Yerel Destinasyon Yönetim Örgütleri Tarafından Değerlendirilmesi. *Gazi Üniversitesi Turizm Fakültesi Dergisi, Cilt(1)*, 62-93.
- Akar, S. (2014). "Türkiye'de Sağlık Harcamaları, Sağlık Harcamalarının Nisbi Fiyatı ve Ekonomik Büyüme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi", *Yönetim ve Ekonomi Dergisi, Cilt(21)*, 5.
- Akbolat, M. ve Deniz, N.G.(2017). "Türkiye'de Medikal Turizmin Gelişimi ve Bazı Ülkelerle Karşılaştırılması" *Uluslararası Global Turizm Araştırmaları Dergisi, Cilt(1)*, Sayı 2, 123-139.
- Akbulut, G. (2010). Türkiye'de Kaplıca Turizmi ve Sorunları, *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, Cilt(9)*, 35-54.
- Akın, C.S. (2007). *Sağlık ve Sağlık Harcamalarının Ekonomik Büyüme Üzerine Etkisi: Türkiye'de Sağlık Sektörü ve Harcamaları*, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 11-12.
- Aksoy, E.E. (2023). *Kuşadası'nda Faaliyette Bulunan Otel İşletmelerinde Ve Seyahat Acentelerinde Sağlık Turizmi Farkındalığı*, Adanan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 17-21.
- Aktepe, C. (2013). Sağlık Turizminde Yeni Fırsatlar ve Türkiyede Yerleşik Sağlık İşletmelerinin Pazarlama Çabaları. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 170-188.
- Akyüz, G. ve Aka, S. (2017). Çok Kriterli Karar Verme Teknikleriyle Tedarikçi Performansı Değerlendirmede Toplamsal Bir Yaklaşım. *Yönetim Ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 15-36-37
- Albayrak, A. (2013) Kış Turizmi Turistlerinin Seyahat Motivasyonları, 4. Ulusal Turizm Kongresi. Kayseri, 144- 164.
- Albayrak, A. (2013), Alternatif Turizm, Ankara: Detay Yayıncılık. ss. 198-197.
- Altın H. (2021). "Karar Verme Sürecinde Copras Yöntemi Uygulaması", *Ekonomi, İşletme ve Maliye Araştırmaları Dergisi, Cilt 3, Sayı 2*, 136-155
- Altın, U. B., Gülfer, A. Z. ve İrban, A. (2012). "Sağlık Turizmi ve Uluslararası Hastalar İçin Türkiye Pazarı", *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt(3)*, 157-163.
- Ateş, M. (2011). Sağlık işletmeciliği. İstanbul: Beta Basım A.Ş., 31-32.

- Ayaz, N. ve Eren, M. (2020). Türkiye’de İnanç Turizmi Üzerine Nitel Bir Araştırma. *Uluslararası Türk Dünyası Turizm Araştırmaları Dergisi*, 5(2), 284-300.
- Ayçin, E. ÇKKV Bilgisayar uygulamalı çözümler Kitabı Nobel yayıncılık, 2020.
- Aydın, B. (2016). *Van ve Bitlis İllerinde Kış Turizm Potansiyelinin Belirlenmesi ve Planlamaya Yönelik Öneriler*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Yüzüncü Yıl Üniversitesi.
- Aydın, D. ve Şeker, S. (2011). Kamu Hastanelerinde Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Uygulama Rehberi, <http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/dosya/1-74694/h/rehber-uygulama>.
- Aydın, O. (2012) “Türkiye’de Alternatif Bir Turizm; Sağlık Turizmi”, *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, Cilt (14), Sayı 23, 91-96.
- Aydın, S. ve Kelçeoğlu, B. (2002). “Genel Eğilimler Işığında Türkiye Turizmi Üzerine Bir Değerlendirme”, *II. Turizm Şurası Bildirileri*, 12-14 Nisan, Turizm Bakanlığı, Ankara.
- Aydoğdu, E.S. (2015). *Sağlık Turizminde Ankara’nın Marka Bir Kent Olması İçin İzlenecek Stratejiler Konusunda Yönetici Görüşlerinin Değerlendirilmesi* Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Atılım Üniversitesi, 16-17.
- Aymankuy, Y. (2013). Kongre Turizmi ve Fuar Organizasyonları. Ankara: Detay Yayıncılık
- Babacan, E. (2023). *Sağlık Profesyonellerinin Sağlık Turizmine İlişkin Algılarını Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma*. Lisans Üssü Eğitim Enstitüsü, Munzur Üniversitesi.
- Barutçugil,İ. (1984). Büyük Ölçekli Yatırım Projelerinin Yönetimi. *Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Birimler Dergisi*, Cilt(5), 237-249
- Başaran, U.(2004) “Türk Turizmine Yeni İvme Projesi; 4 Yılda 100 Golf Sahası”,*I. Uluslararası Golf Konferansı*, İstanbul, 21.
- Bayer, M. Z. (1992). Turizme giriş. İstanbul: İşletme Fakültesi.
- Bektaş Tuna. (2013) “GAIA Grafik Gösteriminin Notasyonu”, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*.
- Bhutia, P. W., & Phipon, R. (2012). Application of AHP and TOPSIS method for supplier selection problem. *IOSR Journal of Engineering*, 2(10), 43-50.
- Bona-idollo, K. ve Abdullah, M. (2020). “The future challenges of the Malaysian health care system in medical tourism” *Journal of Tourism Studies and Hospitality Researches*, 1 (1), 101-108.

- Boz, M. (2004). *Turizmin Gelişmesinde Alternatif Turizm Pazarlamasının Önemi*,132 Yayınlanmamış Doktora Tezi. Marmara Üniversitesi.
- Bulut, A. ve Şengül, H. (2019). Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Turizmi, Yönetim, *Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 3(1):45-62
- Cang, S. (2014). A comparative analysis of three types of tourism demand forecasting models: Individual, linear combination and non-linear combination. *International Journal of Tourism Research*, 16, 596-607.
- Canver, Ş.S. (2015). *Kamu ve Özel Hastane Çalışanlarının Sağlık Turizmine İlişkin Algularının Değerlendirilmesi* 22-27. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Okan Üniversitesi.
- Casson, L. (1994). *Travel in Ancient World*, The John Hopkins University Press, Baltimore, Baryland.
- Çabuk, Ş. (2023). *Sağlık Çalışanlarının Sağlık Turizmi İle İlgili Farkındalık Düzeylerinin Belirlenmesi Ve Tele Tıp Uygulamasının Sağlık Turizmi Ve Sağlık Hizmeti Sunumu Açısından Uygulanabilirliğin Değerlendirmesi* Bozyazı Örneği, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi. 14-18
- Çakır, P. ve Perçin, S. (2013). Çok Kriterli Karar Verme Teknikleriyle Lojistik Firmalarında Performans Ölçümü. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 13- 452
- Çelik Uğuz, S. (2011). “Sürdürülebilir Turizm Kapsamında Burhaniye’nin Alternatif Turizm Potansiyeli”, *Marmara Coğrafya Dergisi Sayı: 24*, Temmuz - 2011, 332-353
- Çelik, A. (2009). *Sağlık Turizmi Kapsamında Termal İşletmelerde Sağlık Hizmetleri Pazarlaması ve Algılanan Hizmet Kalitesi: Balçova Termal İşletmesinde Bir Uygulama*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi
- Çelik,S. (2023). *Sağlık Turizmi Gelirlerine Göre Türkiye’nin Durum Analizi Ve Geleceğe İlişkin Projeksiyon*.Yüksek Lisans Tezi, İzmir. İzmir Bakırçay Üniversitesi.
- Çelikkilek, Y. (2018). Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri Açıklamalı ve Karşılaştırmalı Sağlık Bilimleri Uygulamaları İle. 1. Baskı. Editör: Muhlis Özdemir, Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık.
- Çetin, O. (2022). Türkiye’nin Sağlık Turizmi Performansının TOPSIS Yöntemi ile Değerlendirilmesi (2004- 2019). *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi SBE Dergisi*, 12(1), 638-655.
- Çetinkaya, T. (2010). *Sağlık Turizmi Açısından Bursa İl’inin Pazarlana Bilirliği Konusunda Sağlık Çalışanlarının Görüşlerinin Belirlenmesi Üzerine Bir Araştırma*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sakarya Üniversitesi

- Çımat, A. ve Bahar, O. (2003), Turizm Sektörünün Türkiye Ekonomisi içindeki Yeri Ve Önemi Üzerine Değerlendirme, *Akdeniz Üniversitesi İ.İ.B.F Dergisi*, Cilt(6), 1-18.
- Çimen, H. (2018). Türk Dünyasında Sağlık Turizmi. *Karadeniz Uluslararası Bilimsel Dergi*, Sayı 40, 101-110.
- Çontu, M. (2006). *Alternatif Turizm Çeşitleri ve Kızılcahamam Termal Turizm Örneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Abant İzzet Baysal Üniversitesi.
- Dağdeviren M, Akay D, Kurt M.,(2004) *Gazi Üniversitesi. Müh. Mim. Fak. Der.* Cilt 19, No 2,
- Dağlı, G. H. (2006). *Türkiye’de Sağlık Sektörünün Yapısı*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Ankara Üniversitesi.
- Dedeoğlu, B. Z. (2021) *Sağlık Turizminin Ekonomik Boyutu: Türkiye Ve Singapur Karşılaştırması* 22. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Medipol Üniversitesi.
- Demirkol, Ş. ve Zengin B. (2004) *Turizm İşletmeleri, Değişim Yayınları*, İstanbul
- Deniz, N.G ve Akbolat, M.(2017). Türkiye’de Medikal Turizmin Gelişimi Ve Bazı Ülkelerle Karşılaştırılması, *Uluslararası Global Turizm Araştırmaları Dergisi*, 132-133.
- Doğan, O. (2014). *Antalya Medikal Turizm Kümesi’nin Tanımlanması ve Ağ Yapılarının İncelenmesi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Akdeniz Üniversitesi.
- Doğaner, S. (2001), *Türkiye Turizm Coğrafyası*, Çantay Kitabevi, İstanbul
- Drăghici, CC, Diaconu, D., Teodorescu, C., Pintili, RD ve Ciobotaru, AM (2016). Sağlık turizminin turizm işlevselliği ile bölgesel sistemlerin yapısal dinamiklerine katkısı. *Procedia Çevre Bilimleri* , 32 , 386-393.
- Duman, T.,Kozak M. ve Uysal M. (2014). Turizmde ürün çeşitliliği yoluyla ürün değeri oluşturma: Türkiye’deki arz kaynakları üzerine bir inceleme. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 18(2), 206–214.
- Durna, U. ve Babür, S. (2011). Otel İşletmelerinde Yenilik Uygulamaları, *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi*, 3 (1), 73 – 98.
- Edinsel, S. ve Adıgüzel, O. (2014). Türkiye’nin Sağlık Turizmi Açısından Son Beş Yılda Dünya Ülkeleri İçindeki Konumu Ve Gelişmeleri . *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt 4, Sayı 2, 167-190.
- Eke, İ. (2021). *Sağlık Turizmi ve Ekonomik Etkisi: Türkiye Örneği 2002-2023 Dönemi*.Yüksek Lisans Tezi. Bandırma: T.C Bandırma On Yedi Eylül Üniversitesi.

- Ekinci, E. (2019). *Sağlık Turizmine İlişkin Düzenleme ve Teşviklerin Sağlık Turizmi Gelirlerine Etkisi: Müdahale Analizi*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Selçuk Üniversitesi.
- Eleren, A. ve Karagül, M. (2008). 1986-2006 Türkiye Ekonomisinin Performans Değerlendirmesi, *Celal Bayar Üniversitesi İİBF Yönetim ve Ekonomi Dergisi*, 15(1), 1-14.
- Eraslan, E. ve Algün, O. (2005). İdeal Performans Değerlendirme Formu Tasarımında Analitik Hiyerarşi Yöntemi Yaklaşımı. *Gazi Üniversitesi Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi*, 20(1), 95-106.
- Erdoğan, H. ve Hiçyorulmaz E. (2018). Sağlık Turizminin Turizm Faaliyetleri İçerisindeki Yeri ve Önemi. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 4 (2), 122-132.
- Ergüven, M. H. (2015) "Termal ve SPA Hizmetlerinin Kapsamı", Termal ve SPA Hizmetleri, Nazmi Kozak (Ed.), Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi Yayını, Eskişehir, 18-36.
- Erkmen, M. (2023). *Türkiye'de sağlık turizminin mevcut durum analizi ve potansiyeli* Yüksek Lisans Tezi, Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi.
- Erokutan, B. (2016). "Mavi Yakalı Personel Seçiminde Çok Kriterli Karar Verme Yöntemlerinin Kullanılması ve Bir Uygulama", Yüksek Lisans Tezi, Bilecik Şeyh Edebali Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Bilecik
- Ersun, N. ve Arslan, K. (2011). Turizmde Destinasyon Seçimini Etkileyen Temel Unsurlar ve Pazarlama Stratejileri. *Marmara Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 31(2), 229-248.
- Evliyaoğlu, D.(2015). *Havalimanlarının Görme ve Bedensel Engellilerin Erişebilirliği Üzerinden Değerlendirilmesi; İstanbul Atatürk Havalimanı Örneği*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Bahçeşehir Üniversitesi.
- Güleç, D., (2011). *Sağlık Turizmi Kapsamında Antiaging (Sağlıklı Yaşlanma) Uygulamaları ve Yaşlı Bakımı: Türkiye Değerlendirmesi*. Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara.
- Gülen K.G. ve Demirci S., "Türkiye'de Sağlık Turizmi Sektörü", İstanbul Ticaret Odası, Sektörel Etütler ve Araştırmalar, İstanbul, (2012).
- Gülmez Z. (2012). *Türkiye'de Ve Dünyada Sağlık Turizmi Ve Çeşitleri: Sağlık Turizminin Ülkemizdeki Mevcut Durumu Ve Bazı Ülkelerle Kıyaslanması*, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane Ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.

- Güneş, M. ve Demir, M. (2024). Türkiye Ve Seçilmiş Oecd Ülkelerinde Kamu Sağlık Harcamalarının Gelişimi Üzerine Karşılaştırmalı Bir Değerlendirme. *Araştırma Çalışmaları Anadolu Dergisi*, 7(1), 29-71.
- H. Dinçer - A. Görener. (2011). "Analitik Hiyerarşi Süreci ve Vikor Tekniği ile Dinamik Performans Analizi: Bankacılık Sektöründe Bir Uygulama", *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(19), 110.
- Hacıoğlu, N. ve Şahin, B. (2011). Üçüncü Yaş Turizmi. N. Hacıoğlu ve C. Avcıkurt (Ed.) içinde, *Turistik Ürün Çeşitlendirmesi* (2. Basım, 17–39). Ankara: Nobel
- İbragimov, M. (2001). *Ürün çeşitlendirmesi açısından kış turizmi ve Almatı Çimbulak-Medeu örneği* (Master's thesis, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- İçöz, O. (2009). Sağlık turizmi kapsamında medikal (tıbbi) turizm ve Türkiye'nin olanakları, *Journal of YasarUniversity*, 4(14), 2257-2279
- İlban M., Köroğlu M., Bozok A. ve Bozok D. (2008). Termal Turizm Amaçlı Seyahat Eden Turistlerde Destinasyon İmajı: Gönen Örneği, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(1), ss. 105-129.
- Jais, A.S. (2017), The healthcare tourism: feasibility and future outlook for Malaysia, *Global Tourism Conference*, 19-22 Temmuz 2017,
- Kağnıcıoğlu, H. ve Hasgül, Ö. (2006). Ana Üretim Planlamasında Karar Destek Sistemlerinin Kullanılması ve Stoksuz Üretim Yapılan Bir İşletmede Uygulama,
- Karaaslan, H. Ş. ve Çakaroğulları, Ö. (2006). Eskişehir’de Jeotermal Kaynaklara Bağlı Olarak Geliştirilecek Sağlık Turizminin Kapasitesi Ve En Uygun Yerin Seçimi, Mehmet Kemal Dedeman, Araştırma Geliştirme, Proje Yarışması, Turizm Sektörü, Üçüncülük Yarışması, Ankara.
- Karaatlı, M., & Dağ, O. (2018). Türk Milli Erkek Futbol Takımına Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri İle Futbolcu Seçimi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(4), 1433-1454.
- Karaatlı, M., Ömürbek, N., Budak, İ., DAĞ, O. (2015). Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri İle Yaşanabilir İllerin Sıralanması. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*(33), 215-228.
- Karagülle, M. Z. (2008). Sağlık Turizminde Güncel Gelişmeler, Hidroterapi, SPA, Balneoterapi, Talassoterapi. *Türkiye Klinikleri Dergisi*, (28), 224-229.
- Karakoç S. (2017). Küresel Sağlık Turizmi Biyoteknoloji ve Türkiye’nin Durumu. *Kimlik Yayınları*, 124-125.
- Kazak, M. ve Kazak, G. (2023). Sağlık Turizmi Alanında Yapılan Çalışmaların Vosviewer ile Bibliyometrik Analizi, *Journal of Healthcare Management and Leadership*,(1),34-45.
- Kılıç, B. ve Kurnaz, A. (2010). Alternatif Turizm ve Ürün Çeşitliliği Oluşturmada Ekolojik Çiftlikler: Pastoral Vadi Örneği. *İşletme Araştırmaları Dergisi* (4), 39-56.

- Kılıç, E. (2008). *Türkiye’de Sağlık Sektöründe Ekonomik Gelişmişlik Düzeyi: Seçilmiş AB Ülkeleriyle Karşılaştırmalı Bir Analiz*. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Niğde Üniversitesi .
- Kılıçlar, A., Aysen, E., Küçükergin F, (2017). “Demografik Değişimlerin Turizm Türleri Üzerindeki Belirleyici Etkisi: Üçüncü Yaş Turizmi” *Gazi Üniversitesi Turizm Fakültesi Dergisi*, 2, 80-100.
- Kiremit A. Ş., "Turizmin Gelişiminde Bir Alternatif Olarak Medikal Turizm: Bir Sağlık Kuruluşunda Araştırma", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği Ana Bilim Dalı, Ankara, 2008.
- Koşan, A. (1996). Kongre Turizmi. Turizmde Seçme Makaleler (No: 37). İstanbul: TUGEY Yayını.
- Kozak, M. A., Evren, S., & Çakır, O. (2013). Tarihsel süreç içinde turizm paradigması. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, 24(1), 7-22.
- Kozak, N. (2012). Genel Turizm Bilgisi. Eskişehir Anadolu Üniversitesi Yayını.
- Kozak, N., Kozak, M., & Kozak, M. (2018). Genel Turizm İlkeler Kavramlar (20.baskı). Detay Yayıncılık. 152-157.
- Kozak, N. ve Kozak, M. (2009). Genel Turizm İlkeler-Kavramlar Gözden Geçirilmiş (8. baskı). Detay Yayıncılık.
- Kördeve, K.M. (2016). Sağlık Turizmine Genel Bir Bakış ve Türkiye ‘nin Sağlık Turizmindeki Yeri. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 2(1), 51-61
- Köroğlu, Ö. ve Karaman. (2014). Doğaya Dayalı Turizm Faaliyetlerinin Gelişiminde Toplum Temelli Doğal Kaynak Yönetiminin Önemi. *Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 16(26), 95-106.
- Kuala Terengganu, Malaysia akt. Deniz N.G ve Akbolat M. Türkiye’de Medikal Turizmin Gelişimi Ve Bazı Ülkelerle Karşılaştırılması, *Uluslararası Global Turizm Araştırmaları Dergisi*. 132-133.
- Kutsal, F. Y. (2019). Evrensel bilimin paylaşımında dergiler ve kongreler. *JARSS Anestezi Dergisi*, 27(4), 235- 244.
- Küçükaslan, N. (2007). Özel İlgi Turizmi. Ankara: Ekin Yayınevi.
- Küçükkendirci, H., Yücel, M., Durduran, Y., Okka, B., et al. (2024). Bir Tıp Fakültesi Hastanesinin Uluslararası Sağlık Turizmi Biriminin Verilerinin İncelenmesi. *Aksaray Üniversitesi Tıp Bilimleri Dergisi*, 4(3), 11-15.

- Yoon, K. ve Hwang, CL (1985). Çok özellikli karar verme yöntemiyle üretim tesisi konum analizi: Bölüm I - tek tesis stratejisi. *Uluslararası Üretim Araştırmaları Dergisi* , 23 (2), 345-359.
- Lamboray, C. (2007) “A Comparison Between the Prudent Order and the Ranking Obtained with Borda’s, Copeland’s, Slater’s and Kemeny’s Rules” *Mathematical Social Sciences*, 54(1),1-16.
- Langley, A. (1995). Between "paralysis by analysis" and "extinction by instinct". *Sloan Management Review*, 36(3), 63-76.
- Lee, C. G., & Hung, W. T. (2009). Tourism, Health and income in Singapore. *International Journal of Tourism Research*, 12, 355-359
- Maviş, F., Ahıpaşaoğlu, H. S., ve Kozak, N. (2002). Genel Turizm Bilgisi. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi Açıköğretim Fakültesi Yayınları
- MHTC. (2018). Malaysia to Generate Healthcare Revenue RM2.8b Malaysia Health Tourism Council.
- Micheli, A. P., Intrisano, C., & Calce, A. M. (2022). The Impact of Health Tourism on Companies’ Performance: A Cross Country Analysis. *WORLD ACADEMY OF SCIENCE, ENGINEERING AND TECHNOLOGY*, 16(5), 276-282.
- Morsinkhof, J. (2014). The influence of social identity theory on voting behavior in the FIFA Ballon d’Or competition.
- Neil, J. (1991). Decision analysis. American Association of Cost Engineers, SK4(1).
- OECD (2015). Health at a glance. <http://www.oecd.org/health/health-systems/>
- OECD (2015). Life expectancy and healthy life expectancy at age 65. <http://www.oecd.org/health/health-systems/>
- Ozansoy, C. ve Mengi, H. (2006). Mağarabilimi ve Mağaracılık (1. baskı).Tubitak Yayınları.
- Ögel, B. (2000). Türk Kültür Tarihine Giriş (4.baskı). T.C. Kültür Bak. Yayınlar Dairesi Başkanlığı Kültür Eserleri Dizisi Ankara.
- Ömürbek, N ve Urmak Akçakay, E. D. (2018). “FORBES 2000 Listesinde Yeralan Havacılık Sektöründeki Şirketlerin Entropi, MAUT, COPRAS ve SAW Yöntemleri ile Analizi”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(1), 257-278.

- Özbalcı, S. (2018). *Engelliler İçin Yapılacak Mimari Düzenlemelerin Dış Ticaret ve Uluslararası Turizm Üzerine Etkileri: Türkiye ve ABD Örneği*.61. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Manisa Celal Bayar Üniversitesi.
- Özbek, D. ve Özbek, T. (2008). Jeotermal Kaynakların Sağlık ve Termal Turizme Entegrasyonu, *TMMOB Jeoloji Mühendisleri Odası Haber Bülteni*, sayı 2-3, Nisan – Eylül, 99-113.
- Özcan, Z. K. ve Aydın, V. (2015). Sağlık Turizmi (Teori ve Politika) (1. Baskı). Umuttepe Yayınları, Kocaeli
- Özçelik Heper, F. ve Saruışık, M. (2014). Kongre Turizmi Açısından İstanbul İli'nin Rekabet Gücünün Analizi. *Kastamonu Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6 (4) , 61-75.
- Özdemir, Ş. (2015). Türkiye'nin Termal Sağlık Turizm Potansiyeli. Altındış, M. (Editör). Termal Turizm. (1.baskı). Ankara: Nobel Akademik Yayıncılık, 5-12.
- Özdönmez, M., İstanbullu, T., Akesen, A., Ekizoğlu, A., Ormancılık Politikası. İ.Ü. Yayın No: 3968, Orman Fakültesi Yayın No:435, ISBN:975-404-429-5, İstanbul, 1996
- Özel, A.(2018). *Çok Kriterli Karar Verme Yöntemlerinden VIKOR Yöntemi İle Konteyner Liman Yeri Seçimi*. 32-33.Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Yaşar Üniversitesi.
- Özer Ö. ve Songur C. (2012). Türkiye'nin Dünya Sağlık Turizmindeki Yeri ve Ekonomik Boyutu. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, (7), 69-81.
- Özer, O. (2015). *Av turizmi ve görsel medya: Yabancı TV'nin Türkiye'deki Yerli Turist Avcuların Tutumlarına Yönelik Etkileri*. İzmir, Yüksek Lisans Tezi.
- Özsarı, S. H. ve Karatana, Ö. (2013). Sağlık Turizmi Açısından Türkiye'nin Durumu, *J Kartal TR*, 24 (2), s. 137,
- Özsarı, S. H. ve Karatana, Ö. (2013). Sağlık Turizmi Açısından Türkiye'nin Durumu, *J Kartal TR*, 24 (2), 140-141.
- Öztürk, Ö. (2024). *Sağlık Turizmi Kapsamında Geriatri: Antalya Ve Çanakkale'deki Konaklama İşletmelerinde Bir Uygulama*. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi. Çanakkale.
- Rai, A., Chakrabarty, P., & Sarkar, A. (2014). Forecasting the demand for medical tourism in India. *Journal of Humanities and Social Science*, 19(11), 22-30
- Sağlık Bakanlığı (2010). <http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/belge/1-13992/2010-turkiye-istatistikicalismalari.html>

- Sağlık Turizmi Bülteni (2008). Sağlık Turizmi Geliştirme Derneği Yayını, Eylül-Ekim 2008, Yıl 1, Sayı 5.
- Selçuk, N. ve Şahin, T. (2008). Turizm Ekonomisi, İstanbul, Lisans yayıncılık.
- Selvi, M.S. (2002) Termal Ürün Pazarlamada Tutundurma Karması Elemanlarının Rolü. *Dokuz Eylül Üniversitesi, İ.İ.B.F. Dergisi, Cilt 17 (1), 95.*
- Shariati, S., Chamzini, A. Y., Salsani, A., and Tamosaitiene, J. (2014). Proposing a New Model for Waste Dump Site Selection: *Case Study of Ayerma. Inzinerine Ekonomika-Engineering Economics, 25(4), 410-419.*
- Siner, G. ve Torun, N. (2020). Sağlık turizminde termal turizm ve Spa-Wellness turizminin yeri ve önemi. *Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi(48), 517-533.*
- Somuncu, M. (2005). *Aladağlar: Yayıncılık ve Dağ Göçebeliği Konusunda Bir Araştırma, Gündüz Eğitim ve Yayıncılık, Ankara.*
- Şahin, U. Ö. ve Şahin, M. (2018) Türkiye’de Sağlık Turizminin Potansiyeli ve Geleceği: Swot Analizi. *Journal of Awareness, Cilt(3), 287-300*
- Şenül, S., Genç,K., Türkay,O.(2020). “Her Şeyin Turizmi Mi Turizm Çeşitlerini İsimlendirme Problemi,” *Journal of New Tourism Trends, vol. 1, no. 1, 14–21,*
- T.C. Kalkınma Bakanlığı, (2018). <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Onuncu-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-2014-2018.pdf>
- T.C. Kalkınma Bakanlığı, (2018). <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Onuncu-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-2014-2018.pdf>
- T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı Web Sitesi. <https://yigm.ktb.gov.tr/TR-10335/magara-turizmi.html> E.T. 21.02.2022
- Taş, İ. (2010). *Avrupa Birliği’nde Sağlık Turizmi Kapsamında Sınır Ötesi Hasta Hareketliliği*,18-19. Yayımlanmamış Doktora Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Tkach, R. J. & Simonovic, S. P. (1997). A new approach to multi-criteria decision making in water resources. *J. Geogr. Inf. Decis. Analysis, 1(1), 25-43.*
- Tokaç, D. ve Köse, T. (2024). Sağlık Turizmi Perspektifinden Sağlık Hizmetleri Kalitesi. *Sağlık Bilimleri Alanında Uluslararası Araştırmalar XVIII, 191.*
- Tokat, M. (1993). Sağlık Bakanlığı Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü, Türkiye’de Sağlık Sektörün Finansmanı, Ankara.
- Tontuş, H. Ö. (2017). Dünyada Sağlık Turizmi. [www.satürk.gov.tr: http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/](http://dosyamerkez.saglik.gov.tr/)

- Tontuş, H.Ö., "Türkiye'de Termal Sağlık Turizmi", Sağlık Turizm (SATURK) Kurulu, Ankara 2017
- Toskay, T. (1993). *Turizm-Turizm Olayına Genel Yaklaşım*, Der Yayınları, İstanbul
- Tsai, L. C., & Fun, L. I., & Ling, H. Y. (2009). Forecasting Thailand's medical tourism demand and revenue from foreign patients. *Journal of Grey System*, 4, 369-376
- Tuban, B. (2019). "*Bir Alternatif Turizm Türü Olarak Yamaç Paraşütü: Uçmaktadere Üzerine Bir Çalışma*". Yüksek Lisans Tezi. Tekirdağ: Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi.
- Turban, E. J. E. Aranson, T.P. Liang. (2005), *DecisionSupportand Business IntelligenceSystems*, 7 thed. ,N.J. PearsonPrenticeHall: UpperSaddleRiver, 06,
- Turgut, F. (2019). *Turizm Eğitimleri ile Spor Bilimleri Eğitimi Lisans Öğrencilerinin Spor Turizmine Yönelik Tutumlarının İncelenmesi*.23-24. Düzce Üniversitesi Örneği, (Basılmamış Yüksek Lisans Tezi), Düzce Üniversitesi.
- Turizm & Yatırım Dergisi (2013). Spa ve Wellness Otelleri. 15. Sayı Özel Eki, Ekim.
- Turizm & Yatırım Dergisi (2013). Spa ve Wellness Otelleri. 15. Sayı Özel Eki, Ekim, http://www.turizmyatirimdergisi.com.tr/images/dergi/ek/ek_spa--wellness-otelleri-15ek1.pdf [Erişim Tarihi: 21.12.2021]
- Tutar, F. ve Kılınç, N. (2007). Türkiye'nin Sağlık Sektöründeki Ekonomik Gelişmişlik Potansiyeli ve Farklı Ülke Örnekleriyle Mukayesesi. *Afyon Kocatepe Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi*, 31-54.
- Tutkun, S. ve Künc, S. (2023). Sağlık Turizmi Gelirleri Ve Ekonomik Büyüme İlişkisinin Fourier Yaklaşımı İle Ampirik Olarak İncelemesi. *İnönü Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu Dergisi*, 11(3), 1769-1791.
- Türk Dil Kurumu Turizm : <https://sozluk.gov.tr/>.
- Türkiye Golf Federasyonu (2021) <https://tgf.org.tr/index.php> Erişim Tarihi: 28.11.2021
- Türkiye Sağlık Turizmi GZFT (SWOT) Analizi, <https://www.linkedin.com/> Erişim Tarihi: 15.01.2024
- TÜRSAB Raporu, 2008. Dünyada ve Türkiye'de Engelsiz Turizm Pazarı, http://www.tursab.org.tr/engelsiz-turizm/dunyada-ve-turkiyede-engelsiz-turizmpazarı_487.html
- Ulucan A. (2004). Yöneylem Araştırması, Siyasal Kitabevi, Ankara.
- Uludağ, A. S. ve Doğan, H. (2016). Çok Kriterli Karar Verme Yöntemlerinin Karşılaştırılmasına Odaklı Bir Hizmet Kalitesi Uygulaması. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 6(2), 17-48.
- Usta, Ö. (2014). Turizm Genel ve Yapısal Yaklaşım. Ankara: Detay Yayıncılık.

- Uygun, M. (2015). Türkiye Turizm Stratejisi (2023) Vizyonunda Türkiye Sağlık Turizmi'nin Analizi. *I. Avrasya Uluslararası Turizm Kongresi: Güncel Konular, Eğilimler ve Göstergeler*.
- Uysal, M., Li, X., ve Sirakaya-Turk, E. (2009). *Push-pull Dynamics in Travel Decisions. Handbook of Hospitality Marketing Management*, 412-439
- Ünal, A. ve Demirel, G. (2011). Sağlık Turizmi İşletmelerinden Yararlanan Müşterilerin Beklentilerinin Belirlenmesine Yönelik Bolu İlinde Bir Araştırma. *Electronic Journal of Vocational Colleges*, 106-115.
- Ünal, Ç. (2016). Turizm coğrafyasında yeni bir kavram “yavaş şehirler”. *Doğu Coğrafya Dergisi*, 21(36), 13-28.
- Toylan, N. V., Tören, E., Metin, T. C., & Ergüven, M. H. (2021). Turizmin Destinasyon Üzerindeki Etkilerinin Paydaş Alguları Kapsamında Araştırılması. *Turizm Akademik Dergisi*, 8(2), 243-258.
- Wang, Z. L., You, J. X., Liu, H. C., & Wu, S. M. (2017). Failure mode and effect analysis using soft set theory and COPRAS method. *International Journal of Computational Intelligence Systems*, 10(1), 1002-1015.
- Williams, A. (1987), “Health Economics: The Cheerful Face of Dismal Science?”, A. Williams (ed.), *Health and Economics*, London: MacMillan, (1-11).
- Yalçın, B. (2013). *Antalya İli Sağlık Turizmi Potansiyeli Araştırması*. Yayınlanmamış Doktora Tezi, Akdeniz Üniversitesi.
- Yaraloğlu, K. (2010). *Karar Verme Yöntemleri*. Ankara: Detay Yayıncılık, 24-39.
- Yıldırım, S. (1997). Üçüncü Yaş Turizmi ve Bunun Türkiye Açısından Değerlendirilmesi. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, (1-2),77-81.
- Yılmaz, H. ve Yılmaz, N.(2022). Dünyada ve Türkiye’de Dijital Sağlık Turizmi Uygulamaları. *Sağlık Akademisi Dergisi*,9(1), ss,64-72
- Yirik, Ş. Ekici, R. ve Baltacı T. (2015). *Türkiye ve Dünyada Sağlık Turizmi (Medikal Turizm)*, Ankara: Detay Yayıncılık. 46-53.
- Zavadskas, E K. and Tursks, Z. (2010). “A New Additive Ratio Assessment (ARAS) Method in Multicriteria decision-making”, *Technological and Economic Development of Economy*, 16(2), 159-172.
- Zengin, B. (2010). Turizm Sektörünün Türkiye Ekonomisine Reel ve Moneter Etkileri. *Akademik İncelemeler Dergisi*, 5(1), 102-126.
- Zengingönül, O. Emeç, H., İyilikçi, D. ve Bingöl, P. (2012). Sağlık turizmi: İstanbul’a yönelik bir değerlendirme. *İstanbul: Ekonomistler Platformu Derneği*.

Zhou, P., Ang, B. W. ve Poh, K. L., (2006). Decision analysis in energy and environmental modeling: *an Update*, *Energy*, 31, 14, 2604-2622.



ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler _____ :

Adı ve Soyadı :Gonca KAYA

Eğitim Durumu _____ :

Lisans Öğrenimi :Anadolu Üniversitesi İşletme
Fakültesi/İşletme

Yüksek Lisans Öğrenimi :Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Turizm İşletmeciliği ABD (2021-)

Yabancı Dil ve Düzeyi _____ :İngilizce /Orta

İs Deneyimi _____ :Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi
Rektörlük Özel Kalem, Rektör Yardımcılığı Özel Kalem,

Bilimsel Yayınlar ve Çalışmalar _____ :