



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ



Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Sağlık Yönetimi

[Yüksek Lisans Tezi]

**TÜRKİYE VE HİNDİSTAN'IN SAĞLIK TURİZMİ FAALİYETLERİNİN
KARŞILAŞTIRILMASI**

Mehmet Berat BÜYÜKSİRİT
ORCID:0009-0003-6161-7055

Danışman
Doç. Dr. Aydan YÜCELER
ORCID:0000-0002-4322-4528

Konya – 2023



TEŞEKKÜR

Öncelikle tez konusunu seçerken isteklerimi göz önünde bulundurup bana yardımcı olan tez danışmanım Doç. Dr. Aydan YÜCELER' e teşekkürlerimi iletirim.

Pek kıymetli dedelerime, evimizin çınarı babaanneme; çocukluğumdan beri insanları incitmemeyi, dürüst ve nahif insan olmayı her zaman bizlere hatırlatan babama; iyiliğimi isteyen ve çalışmalarımnda yanımda olan kıymetli anneme; yeri gelince hocam, yeri gelince öğrencim, dostum, sırdaşım kardeşime şükranlarımı sunarım.

Hayatımın her alanında olduğu gibi yüksek lisans döneminde de tez çalışmamda da bana katlanan, desteklerini hep hissettiğim, tezi yazmak için uykusuz kaldığım gecelerde sen istirahat et ısrarlarıma kulak tıkayıp inatla benimle sabahlayan, uykusuz klinik nöbetlerimde yanımda olamayıp evde de olsa benimle uykusuz kalan huzur ve motivasyon sebebim, yol arkadaşım eşime teşekkür ederim.

Mehmet Berat BÜYÜKSİRİT

Mayıs 2023

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TEZ ONAY SAYFASI	vi
TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU	vii
BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ	viii
KISALTMALAR.....	ix
ÖZET.....	xii
ABSTRACT	xiii
1.GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Sağlık Hizmetleri.....	3
2.2. Sağlık Turizmi Kavramı, Kapsamı ve Gelişimi	4
2.2.1. Sağlık turizmi kavramı ve kapsamı	4
2.2.2. Sağlık turizminin tarihsel gelişimi	7
2.3. Sağlık Turizmi Çeşitleri	9
2.3.1. Medikal turizm	10
2.3.2. Termal ve spa – wellness turizmi	10
2.3.3. İleri yaş ve engelli turizmi.....	11
2.4. Dünya’da Sağlık Turizminin Yeri.....	12
2.5. Türkiye Sağlık Sistemi	15
2.5.1. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi.....	21
2.6. Türkiye’nin Sağlık Turizmi.....	24
2.7. Hindistan Sağlık Sistemi	30
2.7.1. Hindistan’da sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi.....	32
2.8. Hindistan’da Sağlık Turizmi	34
3.GEREÇ VE YÖNTEM	39
3.1. Araştırmanın Yöntemi.....	39
3.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi	39
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	39
3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları	39
3.5. Veri Analizi	40
4. BULGULAR	41
4.1. Türkiye SWOT Analizi	41
4.1.1. Türkiye-güçlü yönler.....	41
4.1.2. Türkiye-zayıf yönler.....	42

4.1.3. Türkiye-fırsatlar	42
4.1.4. Türkiye-tehditler.....	44
4.2. Hindistan SWOT Analizi	44
4.2.1. Hindistan-güçlü yönler.....	44
4.2.2. Hindistan-zayıf yönler.....	45
4.2.3. Hindistan-fırsatlar.....	46
4.2.4. Hindistan-tehditler.....	47
5. TARTIŞMA	47
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	51
7. KAYNAKLAR.....	53
8. EKLER.....	61
Ek-1: Etik Kurul Kararı.....	61

TEZ ONAY SAYFASI

Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Yüksek Lisans öğrencisi **MEHMET BERAT BÜYÜKSİRİT**'in “**Türkiye ve Hindistan'ın Sağlık Turizmi Faaliyetlerinin Karşılaştırılması**” başlıklı tezi tarafımızdan incelenmiş; amaç, kapsam ve kalite yönünden Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

KONYA / 31.05.2023

Tez Danışmanı	Doç. Dr. Aydan YÜCELER Necmettin Erbakan Üniversitesi N.K. Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü	İmzası
Jüri Üyesi	Doç. Dr. Özlem YILMAZ Selçuk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü	İmzası
Jüri Üyesi	Dr. Öğr. Üyesi Aysun YEŞİLTAŞ Necmettin Erbakan Üniversitesi N.K. Sağlık Bilimleri Fakültesi Sağlık Yönetimi Bölümü	İmzası

Yukarıdaki tez, Necmettin Erbakan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulunun 07/06/2023 tarih ve 13/15 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

Prof. Dr. Hasibe VURAL

Enstitü Müdürü

TEZ ÇALIŞMASI ORJİNALLİK RAPORU

Türkiye ve Hindistan'ın Sağlık Turizmi Faaliyetlerinin Karşılaştırılması başlıklı tez çalışmamın toplam **61** sayfalık kısmına ilişkin, 07.05.2023 tarihinde tez danışmanım tarafından **Turnitin** adlı intihal tespit programından aşağıda belirtilen filtrelemeler uygulanarak alınmış olan orijinallik raporuna göre, tezimin benzerlik oranı **%19** olarak belirlenmiştir.

Uygulanan filtrelemeler:

1. Tez kabul sayfası hariç
2. Tez çalışması orijinallik raporu sayfası hariç
3. Bilimsel etik beyannamesi sayfası hariç
4. Önsöz hariç
5. İçindekiler hariç
6. Simgeler ve kısaltmalar hariç
7. Materyal ve metot hariç
8. Kaynaklar hariç
9. Alıntılar dahil
10. 7 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç

Necmettin Erbakan Üniversitesi Tez Çalışması Orijinallik Raporu Uygulama Esaslarını inceledim ve tez çalışmamın, bu uygulama esaslarında belirtilen azami benzerlik oranının (%30) altında olduğunu ve intihal içermediğini; aksinin tespit edileceği muhtemel durumda doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

08.05.2023

Mehmet Berat BÜYÜKSİRİT

Doç. Dr. Aydan YÜCELER

BİLİMSEL ETİK BEYANNAMESİ

Bu tezin tamamının kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar tüm aşamalarında bilimsel etiğe ve akademik kurallara özenle riayet edildiğini, tez içindeki bütün bilgilerin etik davranış ve akademik kurallar çerçevesinde elde edilerek sunulduğunu, ayrıca tez hazırlama kurallarına uygun olarak hazırlanan bu çalışmada başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel kurallara uygun olarak atıf yapıldığını ve bu kaynakların kaynaklar listesine eklendiğini beyan ederim.

08.05.2023

Mehmet Berat BÜYÜKSİRİT



KISALTMALAR

AB: Avrupa Birliği

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ACT: Avustralya Başkent Bölgesi

GSMH: Gayri Safi Milli Hâsıla

JCI: Joint Commission International

KBB: Kulak Burun Boğaz

SSCB: Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği

SGK: Sosyal Güvenlik Kurumu

SPA: Sanitas Per Aquam/ Sudan Gelen Sağlık

SWOT: Strenghts, Weakness, Opportunities, Threats

OECD: Organization for Economic Co-operation and Development

TR: Türkiye Cumhuriyeti

TÜİK: Türkiye İstatistik Kurumu

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo No	Sayfa No
Tablo 2. 1. Sağlık turizminde sunulan sağlık hizmet kategorileri ve özellikleri	4
Tablo 2. 2. Sağlık turizminin tarihsel perspektifi	9
Tablo 2. 3. 2021 yılı Türkiye’de Sektörlere Göre Hastane Sayısı	19
Tablo 2. 4. 2021 Yılı Birinci Basamak Kurum Ve Acil Hizmet Altyapı Sayıları	20
Tablo 2. 5. 2021 Yılı Sağlık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı	20
Tablo 2. 6. Yabancı Ziyaretçi Sayısı ve Turizm Gelirinin Dağılımı	26
Tablo 2. 7. Türkiye’ye gelen hastaların geldiği ülkeler ve geliş nedenleri	28
Tablo 2. 8. Ülkelere göre turizm gelirleri dünya sıralaması	28

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil No	Sayfa No
Şekil 2. 1. Sağlık turizminin gelişim nedenleri	7
Şekil 2. 2. Türkiye Jeotermal Kaynaklar Haritası	11
Şekil 2. 3. Türkiye’deki sağlık harcamaları	18
Şekil 2. 4. Türkiye kişi başına sağlık harcaması	19
Şekil 2. 5. Sağlık turizminde Türkiye’nin tercih edilme nedenleri	27
Şekil 2. 6. 2018 yılı medikal turizm başvuru alanları	29



ÖZET

Necmettin Erbakan Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı
Sağlık Yönetimi
[Yüksek Lisans Tezi]

TÜRKİYE VE HİNDİSTAN'IN SAĞLIK TURİZMİ FAALİYETLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI Mehmet Berat BÜYÜKSİRİT

Konya-2023

Geleneksel turizmin akabinde çağımızda hızla gelişen sektörlerden biri haline gelen sağlık turizmi dünyada iletişim ve ulaşımın gelişmesi, bireylerin zamanlarını verimli geçirme arzusunun artması ve hem tatil hem de tedavi olma isteği sonucunda ortaya çıkmıştır. Sağlık turizmi sağlığın korunması ve iyileştirilmesi amacıyla belirli bir süreliğine bireylerin bulundukları yeri değiştirerek farklı sağlık hizmetleri alma olayı şeklinde ifade edilmektedir. Sağlık turizmindeki yarıya gelişmekte olan ülkelerinde dahil olması sonucu rekabet artmış, sağlık turisti çekme yarışı da hızlanmıştır. Artan turist sayısı ülkelerde yeni ekonomik kazanımlar sağlamaktadır.

Bu tez çalışmasının temel amacı Türkiye ve Hindistan ülkelerini sağlık turizmi özelinde karşılaştırmalı olarak incelemektir. Bu amaç doğrultusunda SWOT analizi yöntemi tercih edilmiştir. Çalışma sonucunda, sağlık turizmi kavramı ile medikal turizm olarak ifade edilen tabirin Türkiye ve Hindistan sağlık turizminde farklı anlamları olduğu anlaşılmaktadır. Medikal turizm denildiğinde daha geniş bir perspektif aklı gelmektedir. Uluslararası literatürde sağlık turizmi alanlarında daha fazla ilmi bilgiye yer verilmiştir. Türkiye ve Hindistan'ın sağlık sektöründe ve turizminde farklı kriterlerde başarıları, güçlü ve zayıf yönleri analiz edilerek ülkeler arasındaki farklara değinilmiş ve analiz edilmiştir. Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre Türkiye sağlık turizmi yönünden pek çok avantaja sahip olmanın yanında henüz bu alanda istenilen konuma ulaşamamıştır.

Anahtar Kelimeler: Medikal turizm, Sağlık turizmi, Türkiye ve Hindistan' da sağlık turizmi

ABSTRACT

Necmettin Erbakan University, Graduate School of Health Sciences
Department of Health Management
Health Management
[Master Thesis]

COMPARISON OF HEALTH TOURISM ACTIVITIES OF TÜRKİYE AND INDIA

Mehmet Berat BÜYÜKSİRİT

Konya-2023

Health tourism, which has become one of the rapidly developing sectors in our age after traditional tourism, has emerged as a result of the development of communication and transportation in the world, the increase in the desire of individuals to spend their time efficiently, and the desire to be both holiday and treatment. Health tourism is expressed as the event of receiving different health services by changing the place of individuals for a certain period of time in order to protect and improve health. As a result of the inclusion of developing countries in the race for health tourism, competition has increased and the race to attract health tourists has accelerated. The increasing number of tourists provides new economic gains in countries.

The main purpose of this thesis study is to comparatively examine the countries of Turkey and India in terms of health tourism. For this purpose, the SWOT analysis method was preferred. As a result of the study, it is understood that the concept of health tourism and the term medical tourism have different meanings in Turkey and India health tourism. When medical tourism is mentioned, a broader perspective comes to mind. In the international literature, more information is given in the field of health tourism. The successes, strengths, and weaknesses of Turkey and India in different criteria in the health sector and tourism are analyzed. According to the results obtained from the study, besides having many advantages in terms of health tourism, Turkey has not yet reached the desired position in this field.

Keywords: Health tourism, medical tourism, Health tourism in Turkey and India



1.GİRİŞ VE AMAÇ

Sağlık sistemlerinin önceliği hastayı iyileştirmek olup tüm fertleri kapsayan modeller olarak bilginin elde edilmesi ve uygulanmaya konulması noktasında özellikle 20. yy.'da sağlık endüstrisi ciddi manada fayda sağlamıştır. Turizm endüstrisi, ekonomik etkileri nedeniyle gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelerde olmak üzere çoğu ülke için tercih sebebi olmuştur. Turizm sektörünün çeşitlendirilmesi, dört mevsime yayılması ve kazancının artırılabilmesi amacıyla çeşitli çalışmalar yürütülmektedir (Urhan ve Etiler, 2011).

Günümüzde ülkeler sağlıkla ilgili olarak çeşitli sistem modellerini benimsemiş ve uygulamaya koymuştur. Devletin ekonomik ve sosyal durumuna göre politikalarda çeşitli tercihler olmakta ve maddi yükümlülükler toplum tarafından çeşitli metotlarla kabul görmektedir. Gelişmiş ülkeler incelendiğinde, sağlık harcamalarındaki artışın genel sebebinin yaşlı nüfusun fazla olması ve artışının nüfusun niteliğinden ötürü olduğu görülmektedir (Mendelson ve Schwartz, 1993).

Sağlıkla ilgili kuruluşlar bireylere en iyi hizmeti verme gayesiyle çalışmaktadır. Sağlık sisteminin en önemli ve ilgili kurumlarından biri olan Dünya Sağlık Örgütü sağlığı; “*beden, akıl ve sosyallik açısından iyilik hali*” olarak açıklama gereği duymuştur. Sosyal devlet anlayışının ortaya çıkmasıyla beraber sağlık hakkı, vatandaşlık hakkı ile eşit konuma getirilmiştir. Devam eden süreçte sağlık hizmetleri kurumsal bir kimlik kazanmış olup 1945 yılından sonra temel insan hakları sözleşmelerinde sosyal hakların tanımlanmasına yer verilmiştir. Türkiye’de de ulusal sağlık sistemleri diğer birçok ülkede olduğu gibi ulusal sağlık sistemlerinin kurulmasına zemin hazırlamıştır (Urhan ve Etiler, 2011).

Turizm alanı sahip olduğu ekonomik katkı potansiyeli ile özellikle gelişmekte olan ülkeler dikkate alındığında önemli bir alan olarak karşımıza çıkmaktadır. Genel olarak ülkeler ekonomik yönden etkinliği artırmak için pek çok alana başvurumaktadırlar. Bunların başında sağlık ve turizm kavramlarını birleştiren sağlık turizmi gelmektedir. İlgili literatür incelendiğinde sağlık turizminin farklı tanımlarının yer aldığı görülmektedir. Altundağ (2009), sağlık turizmini “*termal turizm ve sağlık alanlarının bir araya gelmesi ile çamur banyosu, fizik tedavi, diyet ve egzersiz gibi çeşitli uygulamaların yer aldığı bir turizm türü*” olarak ele almaktadır. Boz (2004) ise sağlık turizmini “*çeşitli sağlık sorunlarının tedavisi için belli bir süreliğine yer değiştiren bireylerin doğal kaynak temelli tedaviler için almış oldukları çeşitli hizmetlerin bütünü*” olarak ifade etmektedir. Farklı bir tanımda ise sağlık turizmi “*sağlığını*

korumak veya sağlığını kazanmak için bulunduğu bölgeden seyahat eden insanların yerine getirmiş oldukları bir turizm çeşidi” olarak tanımlanmaktadır (Kiremit, 2008).

Türkiye doğal güzellikleri, tarihsel dokusu ve jeopolitik konumu ile turizmin merkezi olma noktasında rekabetçi bir ülke konumundadır. Turizmin çeşitlendirilmesi ve sağlık turizmi gibi katma değeri yüksek sektörlerle yönelimin artması ülke ekonomisine katkı sağlamaktadır. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kalitesinin artmasından dolayı diğer ülkelerden tedavi amaçlı turistler gelmekte ve dünya sıralamasında her geçen yılda sağlık turizmi geliri yükselmektedir (Ankaya ve ark., 2018).

Türkiye Asya ve Avrupa arasında yer alan lokasyonu ve sağlık sektöründeki nitelikli insan kaynağı sebebiyle sağlık turizminde önemli bir noktaya sahiptir. Dahası Türkiye’de sağlık turizmini destekleyen birçok teşvik ve politika geliştirilmeye çalışılmaktadır. Sağlık turizminin hacminin zamanla artmasındaki en önemli sebepler; yüksek tedavi fiyatları, globalleşme ve havayolu fiyatlarının azalmasıdır (Akbolat ve Deniz, 2017).

Bu tez çalışmasının temel amacı sağlık turizmi alanında Türkiye ve Hindistan’ı karşılaştırmalı olarak incelemektir. Bu temel amaç doğrultusunda hazırlanan tez çalışması beş bölümden oluşmaktadır. İlk olarak çalışmanın genel çerçevesinin sunulduğu giriş bölümünün ardından ikinci bölümde tez konusuna ilişkin genel bilgiler ilgili literatür çerçevesinde sunulmuştur. Buna göre çalışmanın ikinci bölümünde sağlık hizmetleri, Türkiye’de sağlık hizmetleri, sağlık turizmi, sağlık turizminin gelişimi, sağlık turizmi çeşitleri, Türkiye ve Hindistan sağlık turizmi konuları detaylı bir şekilde açıklanmıştır. Çalışmanın üçüncü bölümünde araştırma yöntemine yer verilmiştir. Dördüncü bölümde ise çalışmadan elde edilen bulgular yer almaktadır. Son bölüm olan tartışma bölümünde ise araştırmadan edinilen bulgu ve sonuçlar ilgili konu çerçevesinde tartışılmıştır. Çalışmanın son bölümünde Türkiye’de sağlık turizminin geliştirilmesine yönelik neler yapılabileceği ve fırsatların neler olduğuna dair çeşitli öneriler geliştirilmiştir. Çalışma sonucunda Türkiye ve Hindistan’ın sağlık sektöründe ve sağlık turizminde farklı kriterlerde avantajlarını, dezavantajlarını, olası risk ve tehditlerini (SWOT Analizi) tespit ederek bu kriterlerin analiz edilmesi sağlanmıştır.

2. GENEL BİLGİLER

Çalışmanın bu bölümünde tez çalışmasında yer alan konular ilgili literatür çerçevesinde ele alınmıştır.

2.1. Sağlık Hizmetleri

Kişilerin ve toplumların sağlıklarını korumak ve mevcut düzeylerini geliştirmek ve daha iyi bir noktaya getirmek amacıyla yapılan görevlerin tümüne sağlık hizmetleri denilmektedir. Sağlık hizmetlerinde hastalıkların önlenmesi, teşhis edilmesi ve tedavi yapılması bütün süreci kapsamaktadır. Sağlık hizmetleri temel olarak bireylerin sağlığının muhafaza edilmesi, ihtiyaç görüldüğünde tedavi ve rehabilite edilmesi için yapılan çalışmaların bütünü şeklinde ifade edilmektedir (Yıldırım ve Kavuncubaşı, 2020).

Sağlık hizmetleri *“bireylerin ve halkların sağlıklarını muhafaza etmek, hastalandıklarında iyileştirmek, tam olarak sağlığına kavuşamayan engelli kalanların başkasına muhtaç olmadan kendi yaşamlarını devam ettirmek ve halkların sağlık seviyelerini artırmak için yaptıkları faaliyetlerin tamamına”* denilmektedir (Türk ve Ertaş, 2018). İnsan sağlığını etkileyen çeşitli etkenlerin ortadan kaldırılması ve toplumun bu faktörlerin etkilerinden muhafaza edilmesi, hastaların iyileştirilmesi, fiziksel ve ruhsal kabiliyetleri azalanların işe uygun hale getirilmesi için oluşturulan tıbbi faaliyetlerin hepsine sağlık hizmetleri denilmektedir (Yan ve ark., 2020). Tanımlardan da anlaşılacağı üzere sağlık hizmetlerinin temel gayesi, bireylerin hastalanmamalarını sağlamak, diğer bir ifadeyle onları hastalıklardan muhafaza etmektir. Odabaşı'na göre sağlık hizmetleri, bireylerin sağlığının muhafaza edilmesi, tanı, tedavi ve koruma için bireysel ve kurumsal olarak devlet ya da özel sektörün sağlamış olduğu hizmetler olarak ifade edilmektedir (Şahin ve ark., 2019). Ancak, her türlü uğraşa rağmen her bireyi her hastalıktan korumak mümkün değildir. Bazı durumlarda sağlık hizmetlerinin diğer gayesi olan hastaların iyileştirilmesi kısmı devreye girmektedir. Bilimin durağan olmadığı ve dinamik olması göz önünde bulundurularak, mevcut tekniklerle her hastalığa çare bulunmasa da tedavi yöntemleri sürekli gelişmekte ve her geçen zaman diliminde hasta kayıp sayısının düştüğü görülmektedir. Sağlık hizmetlerinin diğer amacı engelli bireylerin başkalarına muhtaç olmadan, kendi kendilerini idame edebilecek şekilde yaşamlarını sağlamak, diğer bir deyişle rehabilite etmektir (Öztek, 2006). Bunlara ek olarak sağlık hizmetlerinin diğer gayesi, bireylerin yaşam sürelerini artırmak ve halkın refah düzeyini yükseltmektir (Bankaoğlu, 2013). Sağlık hizmetlerinin temel amacı, halkın gereksinimi olan sağlık hizmetlerini, hastalara arzu ettikleri nitelikte ve vakitte mümkün olduğunca en az

maliyetle sunmaktır (Zerenler ve Adem, 2007). Sağlık hizmetleri kapsamında sunulan çeşitli hizmetler ve bu hizmetlere ilişkin özellikler aşağıda Tablo 2.1’de sunulmaktadır.

Tablo 2.1. Sağlık turizminde sunulan sağlık hizmet kategorileri ve özellikleri

	Sağlık Geliştirmeye Yönelik Hizmetler	Tedaviye Yönelik Hizmetler	Rehabilitasyon Hizmetleri
Hizmetten Faydalananlar	*Orta ve üst düzey gelir grubu *Sağlıklı bireyler *Tüm yaş grupları	*Orta ve üst düzey gelir grubu *Orta ve üzeri yaş grubu *Seyahat edebilecek kadar sağlıklı grup *Değişken sağlık riskine sahip grup	*Üst düzey gelir grubu *Özel ihtiyaçlar *Düşükten orta düzeye sahip sağlık riski *Yaşlı *Madde bağımlısı
Hizmetin Kapasite Gerekleri	*İyi bir temel sağlık hizmeti sunumu *Hastane hizmetleri için artan beklentiler	*Uzman hekim *Müdahalelerden destek tedavilerine kadar çeşitli ihtiyaçlar	*Yüksek düzeyde teknoloji Uzman hekim *Temel sağlık hizmetleri *Tıbbi tedaviden ziyade terapötik müdahaleler
Süre	*Alınan hizmet ya da hizmeti alan kişiye göre değişkenlik göstermektedir.	*Tahmin edilebilir *Takip gerektirebilir	*Daha uzun *Değişken

Kaynak: Özsarı ve Karatana (2013)

Kişilerin ve aynı zamanda toplumların sağlıklı bir şekilde yaşayabilmeleri ve devamlılığının sağlanabilmesi için sağlık hizmetlerinin doğru ve düzgün olarak verilmesi büyük önem arz etmektedir. Gelişmiş ülkelerin sağlık hizmetleri daha fazla gelişmişlik gösterirken üçüncü dünya ülkelerinin ve daha az gelişmiş ülkelerin sağlık hizmetlerinin vasat ve daha alt düzeyde olduğu görülmektedir (Turna ve ark., 2007).

2.2. Sağlık Turizmi Kavramı, Kapsamı ve Gelişimi

Sağlık ve turizm kavramlarını bir araya getiren sağlık turizmi kavramı, ulusal sınırları aşan bir sağlık üretimi ve tüketimi anlayışını kapsamaktadır. Hasta veya hasta olmayan sağlık turistlerinin dolaşımı her dönem söz konusu olmuştur. Bunun yanı sıra sağlık turizmine yönelik talep ve gelişimler küreselleşme sürecinde sürekli olarak gelişen ve yaygınlaşan teknolojiler ile sağlık alanında önemli bir pazarın gelişimini desteklemiştir. Bu gelişim ve ilerlemeler sağlık turizmine ilişkin daha fazla çalışmanın gerekliliğini de beraberinde getirmektedir.

2.2.1. Sağlık turizmi kavramı ve kapsamı

Latince ’de “*turnus*” sözcüğünden “*dönme, dönüş*” anlamına gelen turizm kelimesi birçok manaya sahiptir. Dönmek anlamına gelen “*tourner*” ve “*tour*” kelimeleri hala Fransızca’da kullanılmaktadır (Aydın, 2012). Çeşitli politikalar akabinde sağlık politikası; ticari ve sosyal

olarak üzerinde en çok durulan küresel pazar alanlarını kapsamaktadır. Serbest piyasa ekonomisi içerisinde getirisi yüksek olan bir alan olarak önemi her geçen zamanda artmaktadır. Sağlık turizmi için çok sayıda tanımlama yapılmış olsa da en yalın haliyle *“kişinin yaşadığı yerden başka yere yahut yerlere sağlıklı olma gayesiyle seyahat etmesi”* olarak tanımlanabilmektedir (Gülmez, 2012).

Sağlık turizminin ne olduğunu daha iyi anlayabilmek için öncelikle sağlık sözcüğünün tanımının yapılması gerekmektedir. 1978 yılı Almati Bildirgesi sağlığı yalnızca fiziksel rahatsızlık olarak değil fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak problemin olmaması durumu olarak tanımlamaktadır (Almati Bildirgesi, 1978). Bu çerçevede “sağlık turizmi” kavramı ise; *“sağlığın korunması ve iyileştirilmesi amacının sağlanmasına yönelik olarak belirli bir süre için yer değiştiren bireylerin, doğal kaynakları bulunan turistik bir tesiste konaklayarak kür uygulaması, beslenme, dinlenme ve eğlenme gereksinimlerini karşılamaları olayı”* olarak tanımlanabilmektedir (Leahy, 2008). Bu yönüyle de sağlık turizmi, bir bölgenin ve/veya bir ülkenin bilhassa mineral su ve iklim gibi tabii kaynaklarının sağlığın korunması ve/veya iyileştirilmesi kapsamında kullanılmasını içermektedir.

Sağlığa verilen önemin artması sonucunda sağlık hizmetlerinin rekabetçi bir hal alması ve maliyet farklarının bir yarış haline gelmesi sağlık turizmini oluşturan etmenlerdir. Özellikle plastik cerrahi alanındaki talebin günden güne artacağı düşünülmektedir. Teknoloji ve ekipman yetersizliği sebebiyle hastalar gelişmiş ülkelere yani Kuzey Amerika ve Avrupa ülkelerine gitmeyi tercih etmektedir. Gelişmiş ülke vatandaşları ise fiyat uygunluğu sebebiyle Latin Amerika veya Asya ülkelerini seçmektedir. Fiyatlar arasında ciddi farklar mevcuttur. Örneğin, sıradan bir omuz ameliyatı İngiltere’de 10000 sterline mal olurken, aynı operasyon Hindistan’da hastanede kalış süresiyle beraber 1700 sterline mal olmaktadır (Goyal, 2014). 2007 yılında Amerikan vatandaşlarından yarım milyon kişi yurtdışında tedavi olanağı ararken, Birleşik Krallık’tan 1,29 milyon kişi dış tedavisi olma gayesiyle yurtdışına çıkmıştır (Wong ve Hazley, 2020).

Güncel TÜİK verilerine göre 2020 yılı rakamlarında yaşanan pandemi sebebiyle sağlık turisti sayısında ciddi bir azalma olduğu görülmüştür. 2020 yılı verilerine göre 407 423 hasta, sağlık hizmeti almak için Türkiye’yi tercih etmiştir. Sağlık turizmi ve tıbbi sebeplerle ülkemize gelen yabancı ziyaretçilerden elde edilen turizm geliri 2020 yılı için 1 164 779 dolara gerilemiştir. 2021 yılında ise sağlık turizmi alanında 670 730 kişi ülkemizde sağlık hizmeti almıştır. Elde edilen toplam gelir 2021 yılı için 1 726 973 dolar tutarında gerçekleşmiştir. 2022

yılı içerisinde toplamda 1 258 382 kişi sağlık hizmeti almak için ülkemize gelmiştir. Buradan elde edilen toplam gelir 1 926 094 dolara yükselmiştir (USHAŞ, 2022).

Sağlık turizminin artan potansiyeli bu alanda hizmet veren işletmelere yönelik büyük yatırımların yapılmasını gerektirmektedir. Bu durum sağlık turizminde sürekli olarak artan talebin karşılanabilmesi noktasında da oldukça önemlidir. Yine bu kapsamda var olan kurum ve işletmelerin yeniden yapılanması, ulusal ve uluslararası platformlarda tanıtılması sağlık turizmi alanının gelişiminde etkili olacaktır.

Kıtalar ve ülkeler arasındaki yarış ve müşteri çekme çabası sağlık hizmetlerinin kalitesinin yükselmesine ve daha da önemli hale gelmesini de beraberinde getirmiştir. Uluslararası akreditasyon hizmetlerini sağlamak için “Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO)” kurulmuştur (Şengül ve Bulut, 2019). Mevcut kurum kar amacı gütmemekte ve kaliteli, güvenli hizmet vermeye odaklıdır. JCI akreditasyonun amaçları aşağıdaki şekildedir (Avcıl ve Uslu, 2022);

- Hastaların mutluluk beklentisi düzeyinin daha iyi olması ve korunması,
- Kalite ve hasta güvenliğinin ölçülebilir kıstaslarda olması,
- Hastalar ve çalışanlar için risk azaltıcı güvenli ortam sağlanması,
- Verimliliğin yükseltilmesi

Sağlık turizmi endüstrisinin oluşmasındaki en büyük etken hastaların çeşitli ülkelere tedavi amacıyla gitmesidir. Sağlık turizminin ülkelere büyük faydası vardır. Sağlık turizmi endüstrisinin işleyişine bakıldığında sistemin sürekliliğinin sağlanması için çeşitli alt kolların (otel, ulaşım, iletişim, pazarlama vb.) olduğu görülmektedir. Harrant (2003) sağlık turizminin alt kollarının ne denli faydalı olduğunu maddeleştirerek sıralamıştır. Ulaşım kolaylığının oluşabilmesi ve zamandan tasarruf sağlanması için uzak kıtalara gitmek yerine Avrupa’daki hastanelerden hizmet alınabilmelidir. Bilginin paylaşılmasının ne derece önemli olduğuna değinen Harrant sağlık turizmi ile hastanelerin kalitesinin artacağına altını çizmiştir. Müşteri memnuniyeti ve uzun bekleme listelerini azaltmak önemlidir. Bu noktada sigortacılar hastaları (sağlık turistlerini) farklı ülkelere yönlendirme yapmaktadır (Harrant, 2003). Geçmişten günümüze var olan sağlık turizmi olgusunun günümüz koşullarında varlığını devam ettirebilmesinin bir takım temel nedenleri bulunmaktadır (Garcia-Altes, 2005). Bu çerçevede sağlık turizmi alanının gelişiminde dört temel neden olduğu belirtilmektedir.

1. Özellikle gelişmiş ülkeler dikkate alındığında karşılaşılan yaşlanmış nüfus nedeniyle sağlık turizmi alanında verilen hizmetlere olan ilgi ve ihtiyacın ortaya çıkması,
2. Yaşam koşullarındaki değişimlerle birlikte bireylerin fiziksel, sosyal ve psikolojik sağlık durumlarıyla daha fazla ilgilenmeleri doğrultusunda sağlık hizmetleri alanında taleplerin artması,
3. Turizm alanındaki gelişmelerin sağlık turizm alanını etkileyerek bu kapsam dahilinde sunulan hizmetlerde artışın meydana gelmesi,
4. Ülkelerin mevcut sağlık sistemlerinin talep edilen hizmet potansiyelini karşılama noktasında eksiklerin ortaya çıkması.

Dört temel nedenle birlikte sağlık turizmi alanında görülen talep ve ihtiyacın ortaya çıkmasında küreselleşme başta olmak üzere ulaşımdaki gelişmeler, insan sağlığı ve çevre duyarlılığının artması ve yeni sosyal yaşam koşullarının getirmiş olduğu anlayışın etkili olduğu ifade edilmektedir (De Arellano, 2007). Bu tespitler neticesinde sağlık turizmi alanının gelişimini etkileyen nedenler; demografik, psikolojik, sosyolojik, ekonomik ve teknolojik nedenler olarak beş temel başlık altında toplanmaktadır. İlgili nedenler Şekil 2.1’ de gösterilmektedir.



Şekil 2.1. Sağlık turizminin gelişim nedenleri (De Arellano, 2007)

2.2.2. Sağlık turizminin tarihsel gelişimi

Günümüzde popüler bir kavram olan sağlık turizmi kavramı, kökleri antik Yunan, Sümer ve Mısır dönemine kadar uzanan bir sistemdir. Antik medeniyetler hakkında yapılan araştırmalar neticesinde sağlık hizmetlerinin arkeolojik kazılar sonrasında termal sulardan, kaplıcalardan ve şifalı bitkilerden faydalandığı düşünülmektedir. Yapılan araştırmalar

sonucunda en eski sağlık yerlerinin Sömerliler tarafından su kaynaklarının çevrelerinde yapıldığı gözlemlenmiştir (Dedeoğlu, 2021). Bu noktadan bakıldığında sağlık turizminin kökeninin asırlar öncesine dayandığı görölmektedir. Termal kaplıcalar inşa eden Eski Romalılar şifa bulacakları ümidiyle Antik Yunan’da ziyaretlerde bulunmuşlardır (Kördeve, 2016). Daha geniş açıdan bakıldığında ise sağlık turizmini başlatanların eski Yunan medeniyeti olduğu anlaşılmaktadır. Dünyadaki ilk sağlık merkezi olan Asklepios topraklarının eski Yunanlılar tarafından inşa edildiğı bilgisine ulaşılmaktadır. Tedavi olmak amacıyla tüm dünyadan bireyler buraya ziyarete gelmişlerdir (Dedeoğlu, 2021). Tedavi amaçlı turizm hareketliliğı ise Romalılar Dönemi’nde görölmüşür. Bu dönem kapsamında insanların hem ruhsal hem de bedensel yenilenmeyi sağlayıcı olarak hamam olgusu ortaya çıkmıştır. Bu bakış çerçevesinde dönemde Roma’da 170 hamam inşa edilmiştir. Yine Roma İmparatorluğu sınırları içerisindeki şifalı suların değerlendirilmesi amacıyla sınırlar kapsamında çeşitli termal tesisler inşa etmiştir. Bu tesisler fiziksel hastalıkların tedavisinde de kullanılmıştır (Hall, 2011). Hem Hint felsefesinde hem de Çin felsefesinde önemli bir yeri olan dini öğretilerinde ruh ve beden tek bir bütün olarak ele alınmaktadır. Bu bütünlüğün sağlanabilmesinde hem ruh hem de bedenden sağlığının önemli bir yeri vardır. Ruh ve beden sağlığının sağlanabilmesinde özellikle kutsal yerlerin ziyareti ile ruh ve beden arasında bir uyum ve dengenin sağlanabileceğı öngörölmüşür (Hopkins ve ark., 2010).

1326 yılında demir zengini sıcak su kaynaklarının keşfedildiğı Ville d’Eaux (Sular Kasabası)’ta ve “SPA” teriminin ilk defa kullanıldığı iddia edilmiştir (Özer ve Songur, 2012). Orta çağda kilisenin de etkisiyle kaplıca ve termal suların önemi kesintiye uğramış olsa da 16. yüzyıl itibariyle tekrar önem peydah olmuştur. Mevcut zaman diliminde üst tabakadaki kişiler deniz kıyıları ve SPA merkezleri gibi yerlere tedavi olmak amacıyla gitmiştir. 15. ile 17. yüzyıla kadar Avrupa’daki iyi olmayan sağlık koşulları sebebiyle varlıklı kesimi tarafından sağlıklı olabilmek amacıyla kaplıcalar, sahiller, minarelli sular yaptırılmış ve dönemin önemli sayılan tıp faköltelerinde tedavi alabilmek maksadıyla seyahatlerde bulunmuşlardır. 18. ve 19. yüzyıla gelindiğinde ise taleplerin çokluğundan ötürü kaplıcalar kurulmaya başlanmış ve termal turizm gelişmiştir (Çevik, 2018).

Ilıca adı verilen termal tedavi banyoları üst tabakadan insanların sosyal eğlence merkezleri niyetiyle tatil yapmak için gelmesidir (Ongun, 2013). Önemli bir destinasyon olmaya devam etmekte olan ılıcalar, Asya Roma İmparatorluğu ’nun çöküşünden sonra da önemini korumuştur. Selçuklu Devleti döneminde daruşşifa adı verilen merkezlere tedavi

olmak amacıyla hastalar gelmekteydi. Osmanlı zamanında ise kaplıca ve ılıca hizmetlerinden faydalanmak için seyahatler yapılmıştır (Dedeoğlu, 2021).

19. yüzyılda Avrupa'daki nüfusun büyük çoğunluğunun tüberküloz hastalığına yakalandığı düşünülmektedir. Hastalığın iyileşmesinde ve tedavisinde temiz havanın önemli rol oynamasından ötürü varlıklı hastalar için yüksek bölgelere revirler inşa edilmiştir. İsviçre lüks sanatoryumların varlığıyla ilk sırada yer almıştır. Sağlık turizminin gelişmesinde ve yayılmasında Florence Nightingale, İsviçre'deki şifalı kaynakları ziyaret ederek Türkiye'deki şifalı su merkezlerinin oluşmasına öncülük etmiştir (Dedeoğlu, 2021).

20. yüzyıl itibarıyla sağlık turizmi alanında daha farklı gelişmeler olmuş ve çeşitli sağlıklı beslenme çiftlikleri ile farklı hizmetler sunulmaya başlanmıştır. Günümüzde ise sağlık turizmi alanındaki hizmetlerin gelişiminde öncülük eden girişimin 1939 yılında Deborah ve Edmond Szekely tarafından kurulan “Rancho La Puerta Sağlık Merkezi” ismindeki sağlık merkezinin açılması ile atıldığı belirtilmektedir (Lunt ve Carrera, 2010). Tarihsel perspektifte dönemlere göre sağlık turizminin gelişimi Tablo 2.2’ de gösterilmektedir.

Tablo 2.2. Sağlık turizminin tarihsel perspektifi

Neolitik ve Bronz Çağ	Mineral ve Sıcak Su Seyahatleri
Orta Çağ	Termal Sular
16. Yüzyıl	Gençlik Pınarı (Foundation Of Youth)
17/18. Yüzyıl	Spa (Modern Turizmin Başlangıcı)
19.Yüzyıl	Deniz ve Dağ Havası (Tüberküloz Tedavisi)
20.Yüzyıl	Wellness (Estetik ve Spor Merkezleri)

Kaynak: Lunt ve Carrera (2010)

2.3. Sağlık Turizmi Çeşitleri

Dünya’da ve Türkiye’de turizm sektörünün ilerlemesiyle beraber mevsimsel turizminin yanında tüm yıla yayılan sağlık turizmi önem kazanmaktadır. Yerli ve yabancı turistlerin haberdar olabilmesi noktasında iletişim faaliyetleri büyük önem arz etmektedir. Çeşitli stratejiler ve politikalarla geniş bir alana yayılan sektörde farklı ülkelerde yaşayan turistlere ulaşılabilmesi ve verilen hizmetlerin kalitesinin anlatılabilmesi noktasında reklamcılık ve halkla ilişkiler büyük öneme sahip olabilmektedir. Yüksek maliyetler kişileri tıbbi bakım için yurtdışına gitmeye zorlamaktadır. Türkiye’nin sadece yaz ve kıyı turizmiyle sınırlı kalmaması, turizmin her mevsime yayılması açısından sağlık turizmi önemli bir turizm çeşidi olmakta ve daha çok pay ayrılması gereken bir alan haline gelmektedir. Medikal turizm, termal ve spa – wellness turizmi, ileri yaş ve engelli turizmi sağlık turizm çeşitleridir (Aydın, 2012).

2.3.1. Medikal turizm

Hastaların kendi ülkeleri dışına yaptıkları planlı seyahatlere medikal turizm adı verilmektedir. Hasta güvenliğinin sağlanması bu hususta önem arz etmekte olup ülkelerin ve kurumların güvenliği turistlerin tercih etmesinde başrol konumundadır. Bütün dünyada hızlı bir şekilde gelişmekte olan medikal turizm, kişilerin tedavi veya ameliyat olmak amacıyla kıtalar arası seyahatin hızlı artışıyla birlikte yeni bir pazar olarak ortaya çıkmıştır (İçöz, 2009). Bazı çalışmalarda sağlık yahut medikal turizm genel ve aynı gibi ifade edilmiş olsa da, sağlık hizmeti adı altında gerçekleştirilen bütün seyahatler “medikal turizm” olarak adlandırılmaktadır (Rotem ve ark., 2010).

Medikal turizm alanı hizmet talep eden hasta bireylerin ya da hasta yakınlarının alacağı tıbbi hizmetlerin yanında rahatlık sağlama noktasında da tercih edilmektedir. Bu bağlamda hem sunulan sağlık hizmetleri hem de diğer beklentilerin karşılanması noktasında bu tür hizmetler oldukça yüksek maliyetle verilmektedir. Medikal turizm alanındaki sağlık hizmetlerinin yüksek maliyeti, bu alandaki hizmet alıcılarını aynı kalitede ancak daha ucuz ve daha hızlı hizmet alabilecekleri çeşitli alternatifleri sunan ülkelere yönlendirmektedir (Sheppard ve ark., 2014).

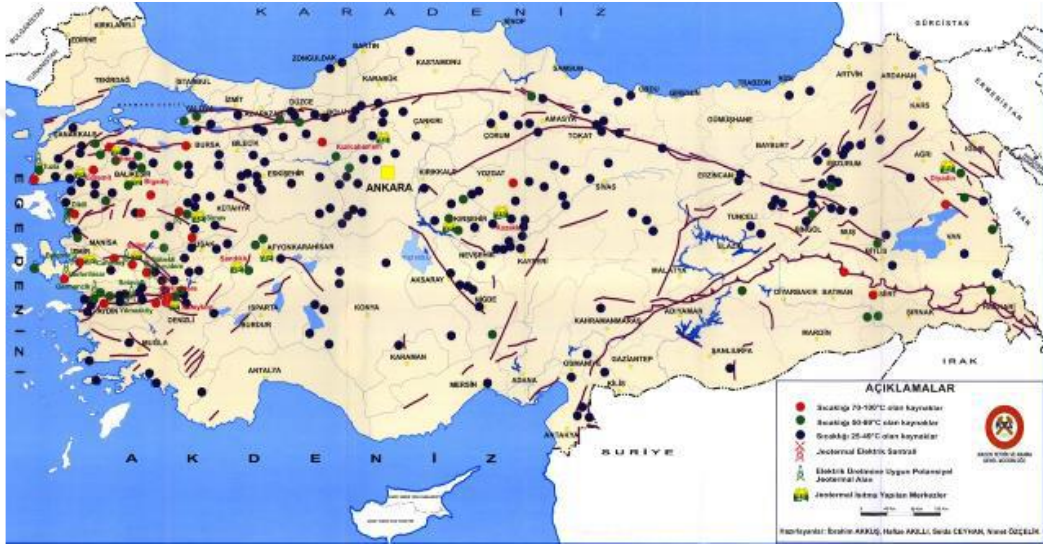
2.3.2. Termal ve spa – wellness turizmi

Latince bir ifade olan “Salus Per Aquam” sözcüklerinin baş harflerinin kısaltması ile meydana gelen “SPA” kavramı su ile gelen iyilik veya su ile gelen sağlık anlamına gelmektedir. Bu kavram ilk olarak 19.yüzyılda kullanılmıştır (Türksoy ve Türksoy, 2010). SPA; temelinde su olan bir çeşit tedavi yöntemi olmakla birlikte suyu içmek, soğuk-sıcak aktarım sağlamak, duşlama, damlatma ve püskürtme gibi farklı metotlarla uygulanan bir tedavi yöntemidir (Taş, 2012). İsminden de anlaşılacağı üzere SPA, su kullanımı yoluyla kazılan sağlık, arınma ve ferahlama şeklinde bütüncül bir tedavi yaklaşımıdır (Sandıkçı ve Özgen, 2013). Ayrıca SPA günümüzde yalnızca su kullanana bir yöntem olmanın yanında çeşitli masaj terapileri, su havuzu, güzellik ve bakım uygulamaları, aroma terapileri ve çeşitli kür tedavilerini de kullanmaktadır. Türkiye’de de bu kapsamda çeşitli sağlık hizmetleri sunan tesisler ulusal ve uluslararası sağlık turizmine katkı sağlamaktadır (İlban ve ark., 2008).

Wellness kavramı ise hem fiziksel hem ruhsal hem de zihinsel yönden zinde ve iyi olma hali şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Bireylerin kendilerini iyi ve zinde hissetmelerine yönelik

olarak uygulanan çeşitli bakımlar, masajlar, yosun ve çamur banyoları gibi bazı doğal ürünler ve yöntemler ile uygulanan yöntemler wellnes kapsamında ele alınmaktadır (Akbulut, 2010).

Türkiye doğal konumundan kaynaklı olarak sahip olduğu zengin termal kaynakları ve ılıman iklim koşulları nedeniyle Orta Doğu ve Avrupa ülkelerine olan yakın konumunun da etkisiyle önemli bir SPA- Wellness merkezi ülkesi olarak görülmektedir (İbret, 2013). Türkiye, termal kaynak zenginliği ve sahip olduğu turizm potansiyeli açısından Avrupa’da ve Dünya önemli bir konuma sahiptir (Özbek, 1991). Ülkemizde bulunan jeotermal kaynaklara ilişkin görsel Şekil 2.2’ de sunulmaktadır.



Şekil 2.2. Türkiye Jeotermal Kaynaklar Haritası (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2020)

2.3.3. İleri yaş ve engelli turizmi

Yaşlıların ve engelli bireylerin bakımlarının yapılabilmesi için işinin ehli, eğitim almış kişiler tarafından bakım evleri ve tedavi noktalarında ileri yaş ve engelli turizmi yapılmaktadır (Özer ve Songur, 2012). Sağlık turizminin temelini oluşturan yaşlı turizmi, kendi öz bakımları noktasında yardıma muhtaç olan yaşlı bireylerin gereksinimlerini karşılamak amacıyla çeşitli hizmetlerin verildiği ülkelere belirli bir süreliğine seyahat etmeleri olarak ifade edilmektedir (Aslanova, 2013; Özşarı ve Karatana, 2013). Küresel ölçekte büyük bir potansiyele sahip olan yaşlı turizminde ülkemizde de çeşitli girişimlerin yapılması yönünde faaliyetler sürdürülmektedir. Yaşlı turizmine ilişkin yapılan bu girişimlerde yaşlılık kaynaklı hastalıkların tedavilerine yönelik tanı, teşhis, rehabilitasyon ve bakım hizmetlerini sağlayan geriatri merkezleri, ileri yaş gruplarına yönelik gezi ve hobi grupları yer almaktadır (Daştan, 2014).

Yaşlı turizmüne yönelik yeni yatırımların son yıllarda artırılması sonucunda sağlık turizminin büyük potansiyelinin anlaşıldığı kabul görmüştür. Engelli bireylerin sosyal hayata katılımları son dönemlerde artış göstermektedir. Düzenlenen organizasyonlar ve etkinlikler turizm sektöründe yeni bir pay oluşturmuş, bireyler ve refakatçileri hatırı sayılır rakamlara ulaştırmıştır (Stumbo ve Pegg, 2005). Türkiye ölçeğinde düşünüldüğünde ise ülkemizde oldukça yeni olan engelli turizmi yeniden yapılandırılan yasal düzenlemelerle birlikte sosyal yaşamın içerisinde daha fazla görülen engelli bireylere yönelik çeşitli turizm etkinlikleriyle bu bireylerin sosyal katılımları desteklenmektedir (Özeren, 2019).

2.4. Dünya’da Sağlık Turizminin Yeri

Bölgelere ve ülkelerin gelişmişlik seviyelerine bağlı olarak değişen sağlık koşulları farklılık göstermektedir. Rusya gibi belirli zenginlik ve gelişmişliğe ulaşmış bir ülkede dahi sağlık hizmetleri yeterince gelişmemiş olup sınırlı imkanlar ile karşılanmaktadır. Ülkemizde son yıllarda yapılan sağlık sistemine yönelik harcamalar ve yatırımlar dünya standartlarında hizmet veren bir ülke olma noktasında ciddi manada gelişme göstermektedir (Gürsoy ve ark., 2017).

Sağlık turizmi, tüm dünyada dikkat çeken bir hal almış, yapılan araştırmalara göre 100 milyar dolarlık bir hacme ulaşmıştır. Sağlık turizmi sadece termal turizm ya da SPA (Sanitas Per Aquam) ile sınırlı kalmamış, tıp uygulamalarını da içine alarak geniş bir yelpazeye sahip olmuştur (Soysal, 2017). Yaşlı nüfusun artması sonucunda sağlık turizmüne yapılan yatırımlarda artırılmıştır (Özer ve Songur, 2012). Özellikle gelişmiş ülkelerdeki yaşlılar ekonomik açıdan refah seviyeleri yüksek olduğu için hem sağlık turizmi hem de keyfi tatil yapmak için farklı ülkelere gitmeyi tercih etmektedir (Barca ve ark., 2013).

Çin ve Hindistan’dan sonra en yüksek büyüme oranına sahip olan ülkemiz üçüncü ülke olma yolunda ilerlemektedir (www.ab.gov.tr, 2017). Ülkemiz en popüler dünyanın yedinci turizm merkezi olmakla beraber 2010 Avrupa Kültür Başkenti olarak seçilen İstanbul ise en çok ziyaret edilen dünyada yedinci şehir olmuştur. Afganistan, Pakistan ve Hindistan gibi ülkelerde ise sağlık hizmetleri ücretsiz ancak iptidai yani ilkelidir. Asya’da sağlık hizmeti sunumu içerisinde en gelişmiş ülkelerden kabul edilen ülke Hindistan’dır lakin konu kendi halkına verilen hizmet olduğunda yeteri kadar başarılı değildir (Çevik ve Yüksel, 2019). Asya kıtasında iki çeşit sağlık hizmeti bulunmaktadır. Özel sigortalar ve devlet tarafından karşılanan sağlık hizmetlerinin harmonisidir (Özdemir, 2003).

Hindistan'da devlet tarafından yönetilen hastanelere bakıldığında halka ücretsiz sağlık hizmeti verildiği görülmektedir. Yetersiz hastane hizmeti ve kişi sayısının fazlalığı durumu iyi olan Hindistan vatandaşlarını özel sigorta yaptırmak için özel hastanelere gitmesine sebebiyet vermektedir. Asya kıtasında başka bir ülke olan Çin'de ise temel sağlık hizmetleri devletin öncülüğünde karşılanmaktadır. Devlet tarafından karşılanmayan bazı durumlarda ise halk özel sağlık sigortası yaptırmaktadır. Devlet hastanelerinin muayene ücretleri erişilebilir olsa da hastanelerdeki bekleme süreleri yıpratıcı, temizlik ise sorun teşkil edecek derecede kötüdür. Riskli hastalık gruplarında, tedavinin güvenilirliği konusunda tereddüt oluşabilmektedir (Sargutan, 2005).

Muayene ve tedavi ücretlerinin hastanelerde yüksek olması 24 saat açık kliniklerin daha temiz ve hızlı olması yabancıları buradaki kurumlara yönlendirmektedir. Pekin'de yabancıların en fazla tercih ettikleri hastaneler, “*Raffles Uluslararası Klinik*”, “*SOS Klinik*”, “*Vista Klinik*”, “*United Family Hastanesi*” ve “*Çin-Japon Dostluk Hastanesi*”dir (Sağlık Bakanlığı, 2022a). Yabancıların bölümlerinde ve özel kliniklerde devlet hastanelerine nazaran tedavi, yatak ve ilaç ücretleri daha yüksektir. Ortalama muayene ücreti 110 dolar civarında olan hastanelerde ilaç ve tahlil gibi masrafların toplam miktarı artırdığı gözlenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2022a).

Endonezya, Malezya ve diğer uzak doğu ülkelerinde de durum farklı değildir. Uzakdoğu bölgesine bakıldığında özel sağlık hizmetinin en ileri olduğu ülkeler Singapur ve Tayland’dır. Geleneksel tıbbın gelişmiş olduğu ülkelerde ambulansların dahi büyük çoğunluğu tam teşekküllü değildir. Moğolistan’ın genelinde ilkel yöntemler hakim olmakla beraber Japonya, Asya kıtasının uzantısı bir ada ülkesi olarak batı gelişmişliğinde sağlık sistemine sahip bir ülkedir (Sağlık Bakanlığı, 2022a).

Devlet ve özel olmak üzere ikiye ayrılan Avustralya kıtasına gelindiğinde ise toplam 1340 hastane vardır. Bu hastanelerin 752’si devlet, 588’i özel hastane yönetimindedir. ACT eyaletinde KBB ve göz ameliyatları için ciddi bekleme süreleri olabilmektedir. Lakin öteki eyaletlere bakıldığında bu sürenin ortalama 40 gün kadar olduğu görülmektedir. Gecelik yatak ücretlerinin 1 000-1 500 dolar olduğu, tedavi ücretlerinin ise tedavinin türüne göre değişiklik gösterdiği ve ortalama 200-350 dolar bandında yer aldığı analiz edilmektedir. Ülkede sadece kendi vatandaşları ve yasal göçmenler için uygulanmakta olan Medicare sağlık sigortası mevcuttur. Diğer kişiler için özel sağlık sigortası yaptırmak veya piyasa rayicinden tedavi giderlerini karşılamak yoluna gidilmektedir. Piyasada en çok kullanılan ilaçların değeri 10-50

Avustralya Doları arasında değişmekle beraber, doktor muayene ücreti 100-150 Avustralya Dolarından başlamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2022a).

Afrika kıtasından söz etmek gerekirse belki de en trajik durum buradadır. Nüfus yoğunluğunun ve hastalık derecesinin bu denli fazla olması sağlığa yatırılacak bütçenin olmaması gibi durumlar koşulları daha da kötüleştirmektedir. Afrika kıtasına genel olarak bakıldığında kıtadaki çoğu ülkede düzenli bir sağlık sistemi yoktur. Genel olarak maddi durumu iyi olmayan kişiler devlet sigortasından yararlanmakta, varlıklı kesim ise özel sağlık sigortası tercih etmektedir. Kıta geneline bakıldığında ise devlet eliyle olmayan, misyonerler tarafından yaptırılan misyoner hastaneleri ve dış yardımlar ile gerçekleştirilmiş olan sağlık kuruluşları mevcuttur. Orta ve Güney Amerika ülkeleri sağlık sistemi ileri seviyedeki ülkeleri kapsamaktadır. Dünya Bankası'nın desteği alınarak yapılmakta olsa da kıtada kimi ülkelerin gelişmiş sosyal güvenlik sistemleri sağlık hizmetleri içerisinde sunulmaktadır. Genele bakılacak olursa, kıtadaki ülkelere sağlık hizmetleri devlet bütçesinden finanse edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2022a).

Kuzey Amerika'da ise Kanada ve ABD'nin sağlık sistemleri dünyadaki diğer kıtalara ve ülkelere göre en donanımlı ve gelişmiş sağlık sistemleridir. ABD'nin aksine Kanada'da sağlık hizmetleri devlet tarafından ayrılan bütçeyle vatandaşlara ücretsiz olarak sunulmaktadır. ABD'de sağlık hizmetlerine ulaşabilmek için ise mutlaka özel sigorta veya ileri yaşı grubu yahut ihtiyaç sahibi olmak gerekmektedir aksi takdirde tedavi masrafları devlet tarafından karşılanmamaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2022a). Kanada'da özel sağlık hizmeti sağlayan kurumlar genelde tercih edilmemektedir, bu sebepten ötürü de sayıca bir hayli azdır. ABD'de ye bakıldığında özel oluşumlar çok fazladır. Tıp biliminin ileri seviye de olduğu ABD'de tedavi ücretleri ve hastane masrafları çok yüksektir. Muayene ücreti 75-150 dolar arasındadır. Genelde basit olarak görülen ultrason ücreti 180 dolardan başlamakta, MRI (Manyetik Rezonans Görüntüleme) ise 1 800-2 000 dolar arasında ücretlendirilmektedir. Operasyonlara gelinecek olursa normal doğum 25 000-30 000 dolar, menisküs ameliyatı ise 15 000 dolar civarındadır (Sağlık Bakanlığı, 2022b).

Dünyada en etkili ve sürdürülebilir sağlık sistemlerinin sahibi olan Avrupa kıtasıdır. En gelişmiş hizmet ise İngiltere'dedir. "Ulusal Sağlık Hizmeti (National Health Service-NHS)" adı altında verilen sağlık hizmetleri mahalledeki doktorlar ve devlet hastaneleri aracılığıyla halka ücretsiz olarak verilmektedir. Ülkedeki sağlık kuruluşları devlet ve özel olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Devlet tarafından işletilen Ulusal Sağlık Hastaneleri (National Health Hospitals)

ve özel hastaneler (private hospitals) dir. Devlet hastanelerine gidebilmek için önce kayıtlı bulunulan mahalle doktoruna gidilmesi gerekmektedir. Doktorun gerekli gördüğü durumlarda hastaneye gönderim sağlanmaktadır. Hastanelerde yatak ücreti başta olmak üzere bütün tedaviler ücretsiz olmakla beraber, bazen ambulans hizmeti ücretli olabilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2022c).

Almanya'daki modele bakılacak olursa sosyal güvenlik primleri ile finanse edilmektedir. Sağlık sigortası olmadan ülkedeki hastane masrafları ve tedavi ücretleri ciddi meblağlar tutabilmektedir. Sigortalar optik konusunda katkı sağlamamaktadır. Reçete olmasına rağmen küçük bir oranda olsa katkı payı ücreti alınabilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2022d). 2009 tarihinden itibaren Almanya'da yaşam sürmekte olan herkesi kapsayan yeni bir kanun getirilmiştir. Mevcut kanuna göre, herkes sağlık sigortası yaptırmak zorundadır. Turistlerde sigorta yaptıрма mecburiyetine sahiptir. Kıtanın geri kalan yerlerine değinilecek olursa sosyal güvenlik sistemi çok iyi olmakla beraber vatandaşlar sağlık için neredeyse hiç para ödememektedir (Sağlık Bakanlığı, 2022d).

2.5. Türkiye Sağlık Sistemi

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin gelişimi incelendiğinde temel olarak Cumhuriyet öncesi ve sonrası olmak üzere iki dönem karşımıza çıkmaktadır. Cumhuriyet öncesi dönemin kökeni Selçuklulara kadar dayanmaktadır. Sağlık hizmetleri cumhuriyet dönemi öncesinde vakıflar aracılığıyla sunulmuş olup Osmanlı'nın ilk dönemlerine kadar bu sistem devam etmiştir. İmparatorluğun yükselme döneminde genel politikalarının izini sağlık ve politikada da görmekle beraber sağlık hizmetlerinin de monarşi etkisinde kaldığını, bununla beraber saraya ve orduya yönelik özel sağlık hizmetlerinin sunulduğunu görülmektedir. Cumhuriyetin kuruluşundan itibaren sağlık sektörü 1961 ve 1982 Anayasası hükümlerince kamu hizmeti olarak kabul görmüştür (Pala, 2007). İlk defa 1963 yılındaki kalkınma planında sağlık konusuna yer verilmiş ve bahsi geçmiştir (OECD, 2008).

Türkiye'deki sağlık sistemi kamu ve özel sektör ortak girişimlerden oluşmaktadır. Türkiye'de sunulan genel sağlık hizmetlerinden Sosyal Güvenlik Kurumu'na (SGK) kayıtlı tüm bireyler ücretsiz bir şekilde tıbbi tedavi olarak yararlanabilmektedir. Türkiye'de sağlık hizmetleri kamu, yarı kamu, kâr amacı gütmeyen vakıflar ve özel sektör kuruluşlarıyla yürütülmektedir. (Daştan ve Çetinkaya, 2015). Sağlık Bakanlığı'nın 2003 yılındaki açıkladığı rapora göre sağlık hizmetlerinin etkili ve uygun şekilde sunulabilmesi için organizasyonun tamamlanması hedeflenmektedir. Sağlık sisteminin finansman ve hizmet kısımlarıyla şekillenmesi, ülkelerin

siyasi, ekonomik ve sosyal yapılarının bir dalıdır. Yönetimler, bu iki ögenin düzenini oluşturabilmek için varlığını sağlamak zorundadır. Sağlık sistemini oluşturan ilkeler, sistemin hedeflerine ulaşabilmesine ve düzenin sağlanmasına yardımcı olmaktadır. Düzenin ögeleri arasında oluşabilecek bir paylaşım ve iletişim eksikliği otorite olan devlet yönetimleri tarafından giderilmektedir. Devlet idarecileri halk arasında ayırım gözetmeksizin tüm bireylerin sağlık hizmeti alabilmesi için gerekli finansmanı sağlamalı ve kullanıma sunmalıdır (Sağlık Bakanlığı, 2008).

Sağlık sistemleri, kamu yardımı sistemi, sağlık sigortası sistemi ve ulusal sağlık hizmeti sistemi olmak üzere üç başlık altında işlenmektedir. Kamu yardım sistemi, durumu yerinde olmayan kişilerin herhangi bir ödeme yapmadan kamu sağlık sisteminden yararlanması durumudur. Bu sistemde kişiler hiçbir ücret ödemez. Geliri yüksek olan kişiler belirli bir ücret karşılığında devletten değil özel kurumlardaki sigorta sisteminden yararlanmakta veya sağlık hizmetini doğrudan satın alabilmektedir. Sağlık sigortası primi ödeyerek kişiler sisteme finansal katkıda bulunmaktadır. Durumu kişinin nasıl olursa olsun sağlık sistemini devletin karşıladığı sistemi ifade eden ulusal sağlık sistemidir. Sağlık ödeme sistemine göre Türkiye’de her üç sistemin karması olan bir yapıya sahiptir. Zorunlu sigorta sisteminde çalışanlar kapsanırken, devlete bağlı kurumlarda çalışan memurlar ve işçiler ile herhangi bir yere bağlı olmayan devlet desteği alan yardım modeli uygulanmaktadır. Hiçbir güvencesi olmayan kişilere ise yeşil kart adı verilen sistem tatbik edilmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2008).

Türk toplumunun sağlık durumu son 15-20 sene içerisinde sağlık hizmetlerindeki yapılanmalar sonucunda meydana gelen iyileşmelerle beraber önemli ölçüde ilerleme kat etmiştir. Geçtiğimiz 15-20 yıl zarfında, sağlık harcamaları gelir artışıyla orantılı artış göstermiştir (OECD, 2008). 2003 yılı itibarıyla hayata geçirilen Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında sağlık hizmetlerinin yapılanması sonucunda ülkemizde kamu, yarı kamu, özel ve hayırseverler olmak üzere birçok alanda halka imkanlar sunulmaya başlanmıştır (58. Hükümet Acil Eylem Planı, 2003).

Yine 2003 yılında hayata geçirilen “Herkesin Sağlık” projesi kapsamında yapılması amaçlanan gayeler aşağıdaki şekilde sıralanmıştır (58. Hükümet Acil Eylem Planı, 2003)

- Sağlık Bakanlığınca yapılan yenililerde günün koşullarına ve günümüz sağlık sistemine uygun hareket edileceği,

- Hastanelerin (devlet hastanesi, kurum hastanesi ve sigorta hastanelerinin tek çatı altında) toplanarak birleştirilmesi,
- İdari ve mali yönden hastanelere özerklik ve yetki verilmesi,
- Genel Sağlık Sigortası sisteminin kurulması,
- Aile hekimliği sistemine geçilerek sevk zinciri sisteminin kurulması (ikinci adım),
- Anne ve çocuk sağlığına ekstra önem verilmesi,
- Özel sektörün sağlık alanına yatırım yapmasına teşviklerin yapılması

Acil eylem planının açıklanmasından kısa bir süre sonra Sağlıkta Dönüşüm Programı hazırlanmış ve dönüşüme sekiz tema eklenmiştir (Akdağ, 2008).

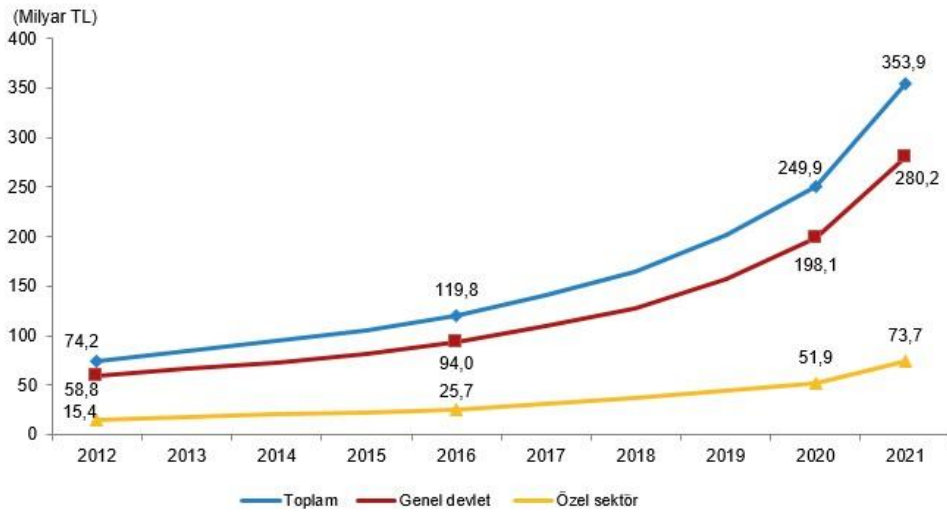
- Plan ve denetim yapan Sağlık Bakanlığı
- Genel sağlık sigortasının tek çatı altında toplanması
- Erişim kolaylığı ve samimi sağlık hizmet sistemi
- Düzenlenmiş ve güçlendirilmiş temel sağlık hizmetleri ve yeni aile hekimliği
- Sıralı ve sevkli zincir sistemi
- İdari ve mali özerkliğe sahip sağlık işletmeleri
- Bilgi ve beceriyle donanmış, yüksek motivasyonlu çalışan sağlık çalışanları
- Sistemi denetleyecek ve düzenleyecek eğitim ve bilim kurumları
- Nitelikli ve etkileyici sağlık hizmetleri için kalite ve akreditasyon çalışmaları
- Akıllı ilaç ve malzeme yönetiminde kurumsal yapılanma

Ocak ayının 2003 yılında programın uygulamaya konulmasıyla beraber Türkiye sağlık alanında yeni bir döneme girmiştir. Yeni zamanla beraber Aile Hekimliği sistemi, Genel Sağlık Sigortası gibi sağlık hizmetlerinin ulaşılabilirliği ve finansmana yönelik önemli adımlar atılmış ve uygulamaya konulmuştur. Bu programla beraber yerleşme ve finansmana yönelik değişimi hedefleyen bir program peydah olmuştur (Orhaner,2006).

Birinci Kalkınma Planında (1963-1967) sosyal güvenlik konusunda on beş yıl hedef konularak sosyal güvenliğin kurulması ve işsizlik sigortası sisteminin yürürlüğe konulması gibi hedefler amaçlanmıştır (Devlet Planlama Teşkilatı,1963). 1967 yılında taslak hazırlanmış lakin Bakanlar Kuruluna sunulamamıştır. 1969 senesinde ise meclise sunulan kanun red cevabı almıştır. Dönüşüm Programı'ndan önce sağlık hizmeti sunma görevi Sağlık Ocakları tarafından yapılmaktaydı. Mevcut sistem ile kuvvetlendirilmiş, birinci basamak sağlık hizmeti sunma hedeflenmiştir (Kasapoğlu, 2016).

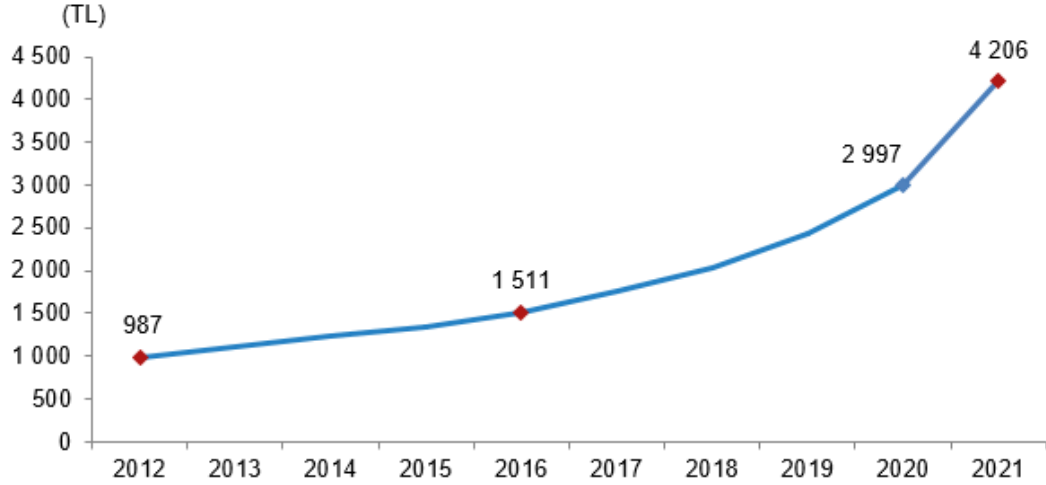
Her ülkenin sahip olduğu finansman yöntemlerini şekillendirmekte olan politik yapı, demografik özellikler, gelişmişlik düzeyi, nüfus artış hızı ve ortalama hayat beklentileri gibi faktörlerden etkilenmektedir. Mevcut rakam ülke ekonomisi içinde azımsanmayacak düzeyde olup turizmin Türkiye için önemini vurgulamaktadır. Ülkeler için önem arz eden istihdam GSYİH ve ihracattaki payın yanında sektörün önemini vurgulayan bir diğer noktadır (Aksu ve Aktuğ, 2018).

Türkiye’de toplam sağlık harcamaları 2021 yılında bir önceki yıla kıyasla %41,6 artarak 353 milyar 941 milyon TL’ye ulaşmıştır. Toplam sağlık harcamaları ise 2021 yılında 2020 yılına göre genel devlet sağlık harcamaları %41,5 artarak 280 milyar 220 milyon TL’ye yükselmiştir. Bununla birlikte özel sektör sağlık harcaması ise %42,1’lik bir artış oranı göstererek 73 milyar 721 milyon TL’ye ulaşmıştır (TÜİK, 2021).



Şekil 2.3. Türkiye’deki sağlık harcamaları (TÜİK, 2021)

Yine TÜİK (2021) verilerine göre kişi başına düşen sağlık harcaması 2020 yılında 2 bin 997 TL iken, 2021 yılında %40,3 artarak bu rakam 4 bin 206 TL’ye ulaşmıştır.



Şekil 2.4. Türkiye kişi başına sağlık harcaması (TÜİK, 2021)

Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2022) verilerine göre 2021 yılında toplamda 1547 hastane aktif olarak hizmet vermiştir. 2020 yılında Sağlık Bakanlığı hastane sayısı 900 iken bu rakam 2021 yılında 908'e, özel hastane sayısı ise 566'dan 571'e yükselmiştir. Üniversite hastane sayısı ise 68 olmuştur. İlgili veriler Tablo 2.3.' te gösterilmektedir.

Tablo 2.3. 2021 yılı Türkiye'de Sektörlere Göre Hastane Sayısı

İBBS -1	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
İstanbul	54	16	164	234
Batı Marmara	55	4	21	80
Ege	124	7	72	203
Doğu Marmara	81	4	54	139
Batı Anadolu	71	13	51	135
Akdeniz	84	8	88	180
Orta Akdeniz	78	4	22	104
Batı Karadeniz	97	3	18	118
Doğu Karadeniz	70	1	12	83
Kuzeydoğu Anadolu	50	2	4	56
Ortadoğu Anadolu	61	3	17	81
Güneydoğu Anadolu	83	3	48	134
Türkiye	908	68	571	1547

Kaynak: Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2022)

Yine aynı verilere göre aile hekimliği birimi, aile sağığı merkezi, acil yardım istasyon ve ambulans sayıları 2020 yılına göre artış göstermiştir. Sağıık Bakanlığı Sağıık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan verilere göre birinci basamak kurum ve acil hizmet altyapılarına ilişkin veriler Tablo 2.4. 'te sunulmaktadır.

Tablo 2.4. 2021 Yılı Birinci Basamak Kurum Ve Acil Hizmet Altyapı Sayıları

	2021
Aile Hekimliği Birimi	26928
Aile Sağıığı Merkezi	8057
Toplum Sağıığı Merkezi	778
Sağıık Evi	4983
Çocuk, Ergen, Kadın Ve Üreme Sağıığı Birimi (ÇEKÜS)	96
Verem Savaş Dispanseri (VSD)	173
Kanser Erken Teşhis, Tarama Ve Eğitim Merkezi (KETEM)	336
E2-E3 Entegre İlçe Devlet Hastaneleri	200
Halk Sağıığı Laboratuvarı	84
Acil Yardım İstasyonu	3170
Acil Yardım Ambulansı	5801
Kaynak: Sağıık İstatistikleri Yıllığı (2022)	

Sağıık İstatistikleri Yıllığı (2022) verilerine göre sağıık personeli sayısı 2021 yılında önceki yıla göre artmıştır. Toplam hekim sayısı 2020 yılında 171 259 iken %7,2 artış göstererek 2021 yılında 183 569 olmuştur. Toplam personel sayısı ise 2021 yılında 1 142 469'dan 1 251 922'ye yükselmiştir. Hemşire, ebe ve diğerk sağıık personelini kapsayan yardımcı sağıık personeli sayısı bir önceki yıla göre %3,6 artış göstererek 509 980 olmuştur. İlgili veriler Tablo 2.5'te gösterilmektedir.

Tablo 2.5. 2021 Yılı Sağıık Personelinin Sektörlere ve Unvanlara Göre Dağılımı

	Sağıık Bakanlığı	Üniversite	Özel	Toplam
Uzman Hekim	45.672	16.228	31.617	93.517
Pratisyen Hekim	47.216	807	5.012	53.035
Asistan Hekim	14.360	22.657	-	37.017
Toplam Hekim	107.248	39.692	36.629	183.569
Toplam Diş Hekimi	11.365	5.038	23.178	39.851
Eczacı	4.033	728	32.450	37.211
Hemşire	155.558	37.021	39.833	232.442
Ebe	54.178	925	2.805	57.908
Diğerk Sağıık Personeli	142.712	21.617	55.301	219.630
Diğerk Personel Ve Hizmet Alımı	252.626	73.338	155.347	481.311
Toplam	728.020	178.359	345.543	1.251.922
Kaynak: Sağıık İstatistikleri Yıllığı (2022)				

2.5.1. Türkiye’de sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi

İnsanlar yeryüzünde yaşamaya başladıkları ilk andan itibaren sağlığın önemini kavramış ve kendi sağlıklarını korumak için çeşitli yöntemler bulmuş ve uygulamışlardır. Sağlık, tüm dünyada önemli bir konu olmakla birlikte birçok ulus bu önemli konuda çalışmalar yapmaktadır. Ortaya koyulan sağlık hizmetleri, sağlık kavramının gelişmesine neden olmuş ve bugünkü sağlık hizmetlerinin temelini oluşturmuştur. Ülkelere göre sistemsel olarak farklılık gösterse de amaç daha iyi bir sağlık hizmetine sahip olup halkın refah seviyesini yükseltmektir.

Türkiye’de sağlık hizmeti 1961 senesinde, 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi hakkındaki yasanın öngördüğü şekliyle, kademeli hizmet olarak örgütlenmiştir (Güleş ve Özata, 2005). Türkiye’ye bakıldığında sağlık hizmetlerinin gelişiminin seyri aşağıdaki gibidir.

Türkiye Büyük Millet Meclisi’nin oluşmasından sonra 3 Mayıs 1920 yılında 3 numaralı yasayla Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı kurulmuş ve sağlık hizmetlerinin uygulanması bakanlığın vazifesi altında yer almıştır. Türkiye Büyük Millet Meclisinin ilk Sağlık Vekili Dr. Adnan Adıvar’dır. Kısa süreli çalışmayla sağlık hizmetlerinin yasalarını geliştirme, harpte yaralananların iyileştirilmesi, harp mağduru çocukların tedavi ve bakımı, iç ve dış göç kontrolü gibi hususlarla alakadar olmuştur (Aydın, 2012).

Cumhuriyet döneminin ilk Sağlık Vekili Refik Saydam’dır. Kesintisiz olmamakla beraber 25 Ekim 1937 yılına kadar 14 sene vekillik görevini yürütmüştür. Saydam, Türk sağlık hizmetlerinin ilerlemesinde etkili olan en önemli vekil olup Refik Saydam’ın sağlık anlayışının bilinmesi gerekmektedir (Fišek, 1983). Saydam’ın uygulamada benimsediğı esas nokta; koruyucu hizmetlerin ön planda tutulmasıdır. Doktorların ve Sağlık Bakanlığının esas görevi, hastaları tedavi etmekten ziyade, sağlıklı olanların durumlarının muhafaza edilmesidir. Ona göre, iyileştirici sağlık hizmetleri bakanlığın görevi olmayıp yerel idarelerin görevidir. Bakanlığın bu husustaki sorumluluğı yerel idarelere yol göstermektir. Saydam, yerel idarelere hastane işletmesi hususunda model olması maksadıyla Ankara, İstanbul, Sivas, Erzurum ve Diyarbakır’da Numune Hastaneleri kurmuştur (Öztek, 2006).

1923 senesinde sağlık uygulamaları 554 doktor, 4 hemşire, 136 doğum hemşiresi, 69 eczacı, 560 sağlık görevlisi tarafından karşılanmaktaydı. Sağlık alanında yeterli iş gücüne ulaşabilmek için tıp okuyanlara yurt açmak ve burs sağlamak yolu ile tıp fakültelerine olan alaka artırılmıştır. Doktorlara zorunlu hizmet uygulaması getirilmiştir. Çalışanlara yüksek maaş

vererek devlet, sağlık hizmetine teşvik vermeye çalışmıştır (Aydın, 2012). Saydam devrindeki örgütlenme şeklini dikey örgütlenme olarak ifade etmekte olup bu tarz örgütlenmenin tek bir hastalıkla mücadele eden örgütleri kastettiğini ifade etmiştir. Refik Saydam, sıtma, frengi ile lepra hastalıklarıyla mücadele etmek için birbirinden ayrı örgütler oluşturmuştur (Eren ve Öztekin, 1997).

Refik Saydam'dan sonra gelen kişi ise Behçet Uz'dur. 1946 senesinde Sağlık vekili olarak çalışmaya başlayan Uz, bir sağlık planı oluşturmuştur. Planın en temel özelliği, kırsal kesimde her 20 köye birinci derecede koruyucu ve iyileştirici sağlık hizmetleri veren sağlık kuruluşları oluşturmaktır. Fakat plan olduğu gibi uygulanmaya konulamamış, sağlık kuruluşlarının bazılarının yapılmasına karşın bu yerler çok da etkili olmayan küçük birer hastane olarak faaliyetlerini sürdürmüşlerdir (Fişek, 1983).

1945 senesinde Olağanüstü Sıtma Savaş Kanunu oluşturulmuş, 1949 senesindeyse şehirlerde veremle mücadele için Verem Savaş Cemiyetleri hayata geçirilmiştir. Yine 1945 senesinde oluşturulan 4792 sayılı İşçi Sigortalı Kurumu Kanunuyla, 1964 senesinde Sosyal Sigortalar Kurumu ismini alacak olan sosyal güvenlik kurumunun temelleri oluşturulmuştur (Yaşar, 2017).

Cumhuriyetin ilk senelerinde anne ve çocuk sağlığı hizmetleri hükümet doktorları ve hastaneler tarafından karşılanmaktayken 1952 senesinde Dünya Sağlık Örgütü ve UNICEF iş birliğiyle bu önemli problemin giderilmesi için bakanlığa bağlı anne ve çocuk sağlığı merkezleri oluşturulmuş ve AÇS merkez, dal ve istasyonları kurulmuştur (Eren ve Öztekin, 1997: 384). 1954 senesinde 6283 sayılı Hemşirelik Yasası oluşturulmuş ve Hemşirelik şubesi kurulmuştur (Çamlıca ve Kartal, 2021).

1955 senesiyle birlikte hastanelerde döner sermaye sistemi yürütölmeye başlanmıştır. 1960 darbesinden sonra Devlet Planlama Teşkilatı oluşturulmuş ve bu kurumun sağladığı koordinasyonla sağlık dahil olmak üzere diğer tüm sektörler yeniden düzenlenmiş ve planlı bir kalkınmaya geçiş yapılmıştır. 1961 senesinde oluşturulan 224 sayılı Sağlık Hizmetlerinin Sosyalleştirilmesi Kanununa göre sağlık giderleri devlet vasıtasıyla karşılanacak, hasta olanlar herhangi bir ücret ödemeyeceklerdir. Bununla birlikte esas örgüt hastane ve sağlık ocaklarında oluşacak ve ocaklarda hekim, ebe, hemşireler, bütün koruyucu sağlık hizmetleriyle bulundukları yerde ve ayakta iyileştirici sağlık hizmetlerini uygulayacaktır (Gediklitaş, 2012). Aynı zamanda, 1961 senesinde kişinin temel iktisadi ve toplumsal haklarını batı yasalarına göre

hazırlayan bir anayasa oluşturulmuştur. Bu durumda, yeni oluşturulan 1961 Anayasa'nın 48 ve 49. maddeleriyle sağlık ve sosyal güvenlik hizmetleri de birincil ve anayasal bir kamu vazifesi olarak kabul edilmiştir (Altay, 2007). Serbest çalışanların sosyal güvenliklerini güvence altına almak amacıyla Bağkur 1972 senesinde kurulmuştur (Altay, 2007).

Sağlık hizmetlerinin kesintisiz 24 saat sürmesi maksadıyla 1978 senesinde ve 2162 sayılı Sağlık Personelinin Tam Süre Çalışma Esasları Hakkında Yasa uygulanmaya başlanmıştır. Yasa 1980 senesinde ve 17207 sayılı Sağlık Personelinin Tazminat ve Çalışma Esasları Hakkında Yasasıyla uygulamadan kaldırılmıştır (www.saglik.gov.tr).

1980'den itibaren dünyada ve Türkiye'de neoliberal anlayış hakim olmuş ve bu anlayış sağlık sektörünü de etkilemiştir. Cumhuriyet döneminde koruyucu sağlık hizmetlerine önem verilirken bu tarihlerden sonra tedavi edici sağlık hizmetlerine daha çok önem verilmeye başlanmıştır. Kamunun yanında özel sektöre yer açılmış ve özel sektörü teşvik edici yasalarda yavaş yavaş ortaya çıkmaya başlamıştır (Altay, 2007).

1982 senesinden sonra ise sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi sonucu eksikliklerin büyük bölümünün karşılandığı görülmekte olup kabul edilen Devlet Hizmet Yükümlülüğü Hakkındaki yasayla doktor ihtiyacının büyük bir kısmı karşılanmıştır (Fişek, 1983). Yine bu zamanda 1961 Anayasa'sında olan ve sosyal devlet olmanın bir tanımı olan "insan haklarına dayalı devlet" ifadesi 1982 Anayasası kapsamında değiştirilerek yerine "insan haklarına saygılı devlet" ifadesine çevrilmiştir. Sağlık ve sosyal güvenlik hizmetlerini bir kamu görevi olarak ifade eden maddeler kaldırılarak bunun yerine, mevcut hizmetlerin kamu tarafından denetleneceği ve oluşturulacağını anlatan maddeler yer almıştır (Altay, 2007).

1990 senesinde Devlet Planlama Teşkilatı aracılığıyla Sağlık Bakanlığı master planı çalışması yapmış, 1992 yılında yapılan bu planla birlikte 1. Ulusal Sağlık Kongresi düzenlenmiştir. Kongreyle sağlık hizmetleri yeniden yapılanma sürecine girmiş, 1993 senesinde 2. Ulusal Sağlık Kongresi düzenlenmiş ve ulusal sağlık politikaları tayin edilmiştir. 1993 senesinde herhangi bir sosyal güvenceye sahip olamayan kişileri içeren yeşil kart çalışması başlatılmıştır (DPT, 1995; DPT 1996). Ancak yapılan bu çalışmalarla istenilen neticeye ulaşılamamıştır. Sağlık Bakanlığı bünyesinde olan hastanelerde Özel Sağlık Hizmetleri verilmesine ilişkin talimat, 4 Mart 2002 tarihinde uygulanmaya başlamıştır. Bakanlık hastanelerinde çalışma saatleri haricinde, isteyen hasta bireylere özel sağlık hizmetinin sunulmasıdır (Altay, 2007).

2002 seçimlerinden sonra yönetime gelen hükümet sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi için acil eylem planı içerisinde “Herkesin Sağlık” sloganıyla yeni faaliyetlere başlamışlardır. Acil eylem planının oluşturulmasından sonra ise 2003 senesinde Sağlıkta Dönüşüm Programı oluşturularak faaliyete geçirilmiştir (Öztürk ve Özata, 2010). Planda devlet toplumun sağlık düzeyini artırmayı amaçlamakla birlikte her yurttaşın iyileştirici sağlık hizmetinden önce koruyucu yani yurttaşın hastalanmasını engellemeyi amaçlamaktadır.

16.07.1945 senesinde ve 4792 sayılı yasayla İşçi Sigortaları Kurumu adıyla kurulup, 01.01.1946 yılında uygulamaya giren ve 17.07.1964 ve 506 sayılı yasayla Sosyal Sigortalar Kurumu olan, 08.06.1949 senesinde onaylanan 01.01.1950 yılında uygulamaya giren 5434 sayılı T.C. Emekli Sandığı Yasası ile hazırlanan, 02.09.1971 ve 1479 sayılı yasa ile oluşturulan Esnaf ve Sanatkarlar ve Diğer Bağımsız Çalışanlar için Sigorta Kurumu ortadan kaldırılarak kurumları tek çatı altında birleştirmek maksadıyla 20.05.2006 senesinde Sosyal Güvenlik Kurumu oluşturulmuştur (Aydın, 2012).

2011 senesinde oluşturulan 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kurumlarının Teşkilat ve Görevleri Hususundaki KHK ile Sağlık Bakanlığı ve bağlı kurumlarının örgüt, vazife, yetki ve mesuliyetleri yeniden hazırlanarak, temel sağlık hizmetlerinin uygulanması, idaresi ve denetleme vazifesi merkezde Sağlık Bakanlığı’nın bir kurumu olan Türkiye Halk Sağlık Kuruluşuna, ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmetlerinin idaresini ise merkezde Sağlık Bakanlığı’nın bir kuruluşu olan Türkiye Kamu Hastaneleri Kuruluşuna bağlanarak, ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarının, il seviyesinde Kamu Hastaneleri Birlikleri kurularak çalıştırılması temel olarak kabul edilmiştir (Altay, 2007).

2.6. Türkiye’nin Sağlık Turizmi

Konum itibarıyla dikkat çekici bir ülke sayılan Türkiye Cumhuriyeti, yarımada bir ülke olarak, topraklarının ciddi bir bölümü Anadolu’da küçük bir kısmı ise Avrupa’da yer almakta olup yüzölçümü 783 562 kilometrekaredir. Yedi ülkeye sınırı olan ülkemiz hem Avrupa hem de Ortadoğu ülkeleriyle sınır komşusudur (Deniz, 2014).

Dünyada ve Türkiye’de son zamanlarda gittikçe artan sağlık sektörüne olan talep sağlık turizminin önemini ciddi ölçüde artırmaktadır. Sağlık hizmeti alma gereksinimi bireylerin refah seviyelerinin yükselmesi sonucunda şekillenerek tıptaki teknolojik gelişmeler neticesinde bazı varyasyonlara uğramıştır.

Turizm, müşterinin sağlığını ve memnuniyetine ilk sırada yer veren, müşterinin farklılaşan ihtiyaç ve arzularına göre şekil alan durağan olmayan bir sektördür. Küreselleşmenin etkileri ile turizm ve turizmin bir alt kolu olan sağlık turizminde ülkelerin lehine yaşanan hareketlilik, Türkiye gibi sektörde yeni olan ülkelerin nasıl bir reaksiyon göstermeleri gerektiği konusunda önemlidir, bazı durumlarda aleyh gibi gözükken durumlar lehe dönüştürülebilmelidir (Yavuz, 2018). Türkiye için sağlık turizmi hakkında yorum yapılmak gerekirse gelişmekte olan bir ülkenin; gelişmekte olan bir hizmet sektörü olarak tanımlanabilmektedir. Türkiye, imkân ve olanakları ölçüsünde, sektöre yönelik stratejik hedefler belirlemiş ve etkin politikalar geliştirerek pazarda daha fazla söz sahibi olmaya başlamıştır. Bu noktada sağlık turizmi alanında ve fiyat konusunda rekabetçi bir ülkedir. Ayrıca Türkiye yüksek genç nüfus oranı ile hem vasıflı hem de eğitilebilir bir iş gücü potansiyeline sahip olması, gelişen ekonomisi, sağlık sektöründe son dönemlerde yapılan büyük yatırımlar ve “sağlıkta dönüşüm programının” olumlu getirileri ile diğer ülkelerdeki sağlık kurumlarıyla rekabet potansiyelini arttırmıştır (Tontuş, 2017).

Sağlıkta dönüşüm programı neticesinde sağlık turizmi noktasında Türkiye’den yurt dışına giden hasta sayısı çok küçük rakamlara kadar düşmüştür. Ülkemizde sağlık alanındaki gelişmelerle birlikte bu hizmetlere ulaşım sürelerinin kısılması, sigorta sistemlerinin kapsamlarının genişletilmesi ve randevu işlemlerinin hızlanması gibi gelişmeler sağlık turizmi alanını desteklemektedir (Bulut ve Şengül, 2019). Artan sağlık turizmi potansiyeli ile Türkiye’ye gelen uluslararası hasta sayısı ve bununla birlikte gelen gelir her yıl artış göstermektedir.

Tablo 2.6.’ da 1998-2018 yılları arasında yabancı ziyaretçi sayısı, turizm gelirlerinin yıllara göre dağılımı ve yıllara göre değişim oranı görülmektedir. Yıllık gelen turist sayısındaki artışa paralel olarak turizm geliri de artmış; yıllık gelen turist sayısındaki azalışa paralel olarak turizm geliri azalmıştır.

Tablo 2.6. Yabancı Ziyaretçi Sayısı ve Turizm Gelirinin Dağılımı

Yıllar	Yabancı Ziyaretçi	Yıllık Değişim (%)	Turizm Geliri (Milyon USD)	Yıllık Değişim (%)
1998	9.572.697	0,7	7,177	2,5
1999	7.487.285	-23,2	5,203	-33,4
2000	10.428.153	39,3	7,636	46,8
2001	11.618.969	11,4	10,45	36,8
2002	13.256.028	14,1	12,42	18,8
2003	13.701.419	3,4	13,854	11,5
2004	17.202.996	26,6	17,076	23,3
2005	20.522.621	19,3	20,322	19
2006	19.275.948	-6	18,593	-8,5
2007	23.017.081	19,4	20,942	12,6
2008	26.431.124	14,8	25,415	21,4
2009	27.347.977	3,5	25,064	-1,4
2010	28.510.852	4,3	24,93	-0,5
2011	31.324.528	9,9	28,116	12,7
2012	31.782.832	1,5	29,007	3,2
2013	34.910.098	9,8	32,309	11,4
2014	36.837.900	5,5	34,306	6,2
2015	36.244.632	-1,6	31,465	-8,3
2016	25.352.213	-30	22,107	-29,7
2017	32.410.034	27,8	26,284	18,8
2018	39.488.401	21,8	29,513	12,3

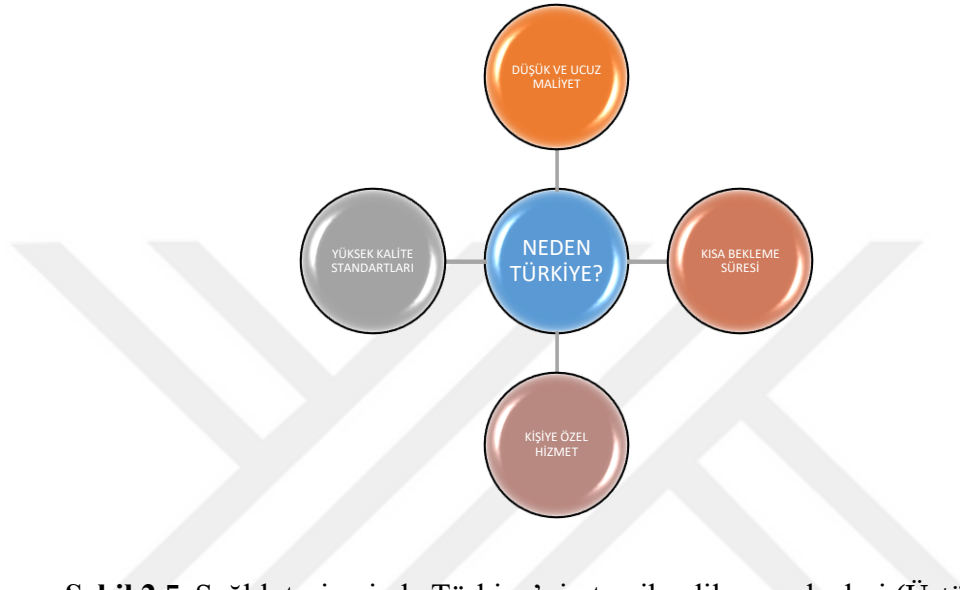
Kaynak: Türkiye Turizm Yatırımcıları Derneği (2021)

1998-2018 yılları arasında meydana gelen yabancı ziyaretçi sayısı ve turizm gelirinin dağılımında Türkiye'nin yabancı ziyaretçi sayısı ve buna bağlı turizm gelirlerinin artan bir ivme yakalamış olduğu görülmektedir (Türkiye Turizm Yatırımcıları Derneği, 2021).

Dünya genelinde sağlık turizmi alanında başarılı olarak bilinen Tayland, Hindistan, Macaristan ve Malezya gibi ülkeler ile rekabet edebilecek konumda olan Türkiye, sağlık turizmi alanında büyük bir potansiyel barındırmaktadır. En güvenilir medikal turizm şirketlerinden olan MedRetreat, 2010 yılındaki bir çalışmada sağlık turizmi alanında kaliteli hizmet açısından seyahat edilebilecek ülkeler sıralamasında Hindistan, Kuzey Afrika, Tayland, Arjantin, Malezya, Brezilya ve Türkiye gibi ülkelere yer vermiştir (Canver, 2015).

Sağlık turizmi bağlamında çeşitli tedavilerin tercihinde Türkiye'nin ön plana çıkmasında çeşitli etkenler yer almaktadır. Makul fiyat politikaları ve kaliteli hizmet, kaliteli sağlık personeli, modern tedavi teknik ve yöntemleri, yüksek teknolojik ekipmanların varlığının ülkemizin tercih edilen bir sağlık turizmi destinasyonu olmasında katkıları olduğu ifade edilebilir. Bununla birlikte yarımada ülkesi olan Türkiye doğal, yapay güzellikleri ve

kültürel zenginlikleri ile turizm açısından oldukça önemli bir konuma sahiptir. Mevcut durumu itibarıyla henüz istenilen durumda olunmamış olsa da diğer ülkelerdeki sağlık şirketleriyle anlaşmalar yapmaktadır. Önemli lokasyonu ve sağlık sektöründeki yetişmiş eğitilmiş kişileri sayesinde sağlık turizminde ülkemiz iyi bir seviyededir. Bu bağlamda Şekil 2.5'te ülkemizin sağlık turizmi alanında rekabet edebilirliğinin sağlık turizmine yansıyan nedenlerine yer verilmiştir.



Şekil 2.5. Sağlık turizminde Türkiye'nin tercih edilme nedenleri (Üstün ve Uslu, 2022)

Türkiye'nin medikal turizmin son yıllarında büyük başarı göstermesindeki esas iki sebep; özel hastanelerin medikal turizm fuarlarına katılmaya başlaması ve hastalara daha iyi ve kaliteli hizmet vermek için “*Yabancı Hasta Departmanı*” kurulmasıdır. Türkiye'nin medikal turizmde tercih edilmesinin pek çok avantajı bulunmaktadır (Akyol, 2019).

Bunlar (Akyol, 2019);

- Ülkemizdeki çoğu sağlık kurumlarının batıyla yarışabilecek seviyeye gelmiş olması,
- Ülkemizin termal kaynaklar bakımından gerçekten de zengin sayılması (Avrupa'da 1. sırada, dünyada ise 7. Sırada) olması,
- Uygun iklimi ile tarihi ve turistik uygarlıklar merkezi olması ve bu sebepten ötürü birçok önemli yere sahip olması,
- Genç ve eğitilebilir nüfusu ile ciddi bir iş gücü potansiyeline sahip olması,
- Nitelikli insan kaynakları bakımından zengin sayılması,

Ülkemize yurt dışından gelen bireylerin tercih nedenleri olarak hizmet kalitesi, donanımlı personel, modern teknolojilerin kullanımı ve uygun maliyetler başta gelmektedir. Aşağıda Tablo 2.7’de yurt dışından sağlık turizmi kapsamında gelen hastaların hangi ülkelerden hangi sebeplerden kaynaklı olarak geldiği gösterilmektedir.

Tablo 2.7. Türkiye’ye gelen hastaların geldiği ülkeler ve geliş nedenleri

	Fiyat Farklılığı	Uzun Bekleme Süresi	Tıbbi Teknolojik Yetersizlik	Sigorta Kapsamında Olmayan İşlemler	Özellikli Tedavi Seçeneklerine Olan İhtiyaç	Sosyo Kültürel Benzerlik	Geleneksel Turizm Olanakları	Sağlık Çalışanlarının İhtisas Yetersizliği	Sigorta Kapsamında Olmayan İşlemler
RUSYA			+	+			+		
İNGİLTERE	+	+		+			+		+
ABD	+						+		+
ORTA ASYA ÜLKELERİ			+	+		+	+	+	+
ORTADOĞU ÜLKELERİ			+	+		+	+	+	+
ALMANYA	+	+		+			+		

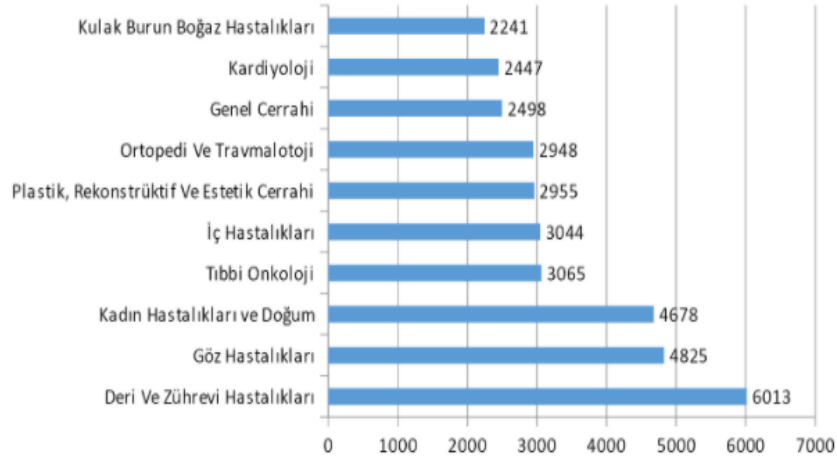
Kaynak: Tontuş (2017)

Tablo 2.8. Ülkelere göre turizm gelirleri dünya sıralaması (TÜİK)

ÜLKE	TURİZM GELİRİ (MİLYAR DOLAR)
ABD	214,5
İSPANYA	81,5
FRANSA	65,5
TAYLAND	63
İNGİLTERE	51,9
İTALYA	49,3
HİNDİSTAN	28,6
KANADA	26,4
TÜRKİYE	25,2

Kaynak: TÜİK

2018 yılının ilk 6 ayında uluslararası hastaların ülkemize gelerek tedavi olmak istediği alanlar sırasıyla Şekil 2.6.’da gösterilmiştir.



Şekil 2.6. 2018 yılı medikal turizm başvuru alanları (www.klinikiletisim.com)

Ülkemizde sağlık turizmi hizmetlerinin tek elden yönetilmesi ve düzenin sağlanabilmesi için 2010 yılında Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Sağlık Turizm Birimi inşa edilmiş ve uygulamaya konulmuştur (Albayrak ve Güçlü, 2020). Bu şekilde,

- Sağlık turizmi ile alakalı hizmetleri planlamak ile kurum ve kuruluşlarla beraber iş yapmak,
- Yurt dışından ülkemize gelen hastaların istek ve şikâyetlerini inceleyerek ve çözüm önerilerinde bulunmak,
- Gerekli durumlarda iletişim sağlayarak, kurumlara danışmak hizmeti vermek gibi birçok noktada ülkemize yurtdışından sağlık turizmi için gelen kişilere sunulan imkanlar geliştirilmektedir.

Bektaş (2022) değerlendirmesine göre ülkemiz, OECD ülkelerinin sağlık turizmi ortalamasının altında kalmış olsa da son yıllarda önemli bir destinasyon haline gelmiştir. Sağlık Bakanlığınca yapılan hizmetler sonucunda verilen hizmet kalitesinin artması, teknolojik gelişmelerin takibinin yapılması gibi durumlar ülkemizin daha iyi duruma gelmesine vesile olmaktadır.

Türkiye’deki sağlık kuruluşlarına başvuru yapan yabancı hastalara başta plastik ve estetik cerrahi olmak üzere, check-up, açık kalp ameliyatı gibi birçok sağlık hizmetinde düşük maliyet ve kaliteli tedavi imkânı sunulmaktadır (Uysal ve Şahin, 2018). Bu sebepten dolayı da ülkemiz her geçen zamanda popülaritesini artırmaktadır. 2023 yılında hedeflenen hasta sayısı 2 milyondan fazla olması gerekirken 2020 yılı mart ayında yaşanan “Çin Halk Cumhuriyeti’nin

Vuhan şehrindeki deniz ürünleri pazarı çalışanlarında 2019 tarihinde ortaya çıkan ve ‘*yeni koronavirüs (COVID-19)*’ olarak teşhis edilen” (Acar, 2020) virüs salgını sebebiyle turizm sektörü olumsuz yönde etkilenmiştir. Kişilerin ülkeleri tarafından getirilen çeşitli yasakların varlığı yahut bireylerin kişisel korkuları gibi durumlardan ötürü sağlık turizmi de etkilenmiştir. Ne yazık ki, çok sayıda kişi salgından sebep hayatını kaybetmiştir.

Türkiye’de sağlık turizminin tarihsel gelişimini kısaca özetlemek gerekirse aşağıdaki kronolojik sıralama karşımıza çıkmaktadır (Bulut ve Şengül, 2019);

- Sağlık turizmi konusu 1990- 2000 ilk defa konuşulmaya başlandı.
- Sağlık turizmi 2000 – 2005 yıllarında medya gündeminde yer aldı.
- 2005 – 2010 da sağlık turizmi farkındalığı oluştu.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü 2010 da kuruldu.
- Genelge ve yönetmelikler yayınlandı.
- Dünya Sağlık Örgütü’nün dikkat çektiği ülkemizin sağlık turizmi potansiyeli hükümet politikası haline geldi.

2.7. Hindistan Sağlık Sistemi

Dünyanın en büyük yedinci coğrafi alanı ve en yüksek ikinci nüfusuna sahip ülkesi konumunda olan Hindistan ya da resmi adıyla Hindistan Cumhuriyeti Güney Asya’da bulunan bir devlettir. Ülkenin birden fazla resmi dili vardır, bunlar; İngilizce ve Hintçe’ dir. Ayrıca 22 adet bilinen bölgesel dile sahip olmakla beraber bilinmeyen yahut kayıtlara geçmeyen de birçok dil mevcuttur. Sayıca Endonezya ve Pakistan’dan sonra en fazla Müslüman nüfusa sahip ülke konumundadır. Dünyanın en büyük on ikinci ekonomisine ve satın alma gücü paritesine sahip olan Hindistan ‘da 28 eyalet ve birlik bölgesinden oluşan parlamenter demokrasiye sahip bir cumhuriyettir. Satın alma yönündeki gücü ise bir hayli fazla olup dünyanın en ileri dördüncü satın alma gücüne sahip ülkesidir. 1991 yılından beri aktif uygulanan ekonomi inkılaplarıyla dünyanın en hızlı büyüyen ekonomilerinde başat konumdadır. Böyle bir zamana göre halen daha yoksulluk ve kötü beslenme oranları çok yüksek, okuryazarlık oranı ise bir hayli düşüktür (Singh ve ark., 2005).

Hindistan’ın sağlık sistemi uluslararası düzeydeki konumuna bakıldığında gelişmiş ülkelerin sağlık verilerine göre oldukça geridir. 1947 senesinde bağımsızlığını kazanan ülkede ilk zamanlar sağlık hizmetleri kapsayıcı bir kaliteye sahipti. Lakin zamanla sistemsel sorunlar bir hayli ilerlemiş ve böylece sağlık düzeyi gelişmemiştir. Diğer gelişmiş ülkelere göre epey

geri kalmıştır. Hindistan’da sağlık sistemi üç bölümden oluşmaktadır. Bunlar; kamu sektörü, özel sektör ve düzenli olmayan ortamda hizmet sunan enformel bir hizmet sunucu ağından meydana gelen hizmetlerdir. İlk iki kesime verilen sağlık hizmetleri yüksek kalitede tıbbi bakımın verildiği orta sınıf Hintliler ile sağlık hizmeti almak için yurtdışından gelen turistleri kapsamaktadır. Diğer kısımda ise nüfusun büyük çoğunluğuna verilen sağlık hizmetleri yer almaktadır. Sınırlı erişimin ve kalitenin düşük olduğu kısımdır. Bu bölümde bir kısım vatandaş herhangi bir hizmet dahi alamamaktadır (Maheshwari ve Kiran, 2009)

Hindistan Anayasası yaşam hakkını mutlak bir hak olarak kabul etmiştir. Sağlık hakkını ise ayırım gözetmeksizin her vatandaşına sunmayı üstlenmiştir. Hint ulusal sağlık politikasının amacına göre finansal sıkıntı olmadan halka kaliteli sağlık hizmetlerinin erişiminin kolay olması evrensel olmalıdır (Bhatia, 2016). Hindistan anayasasına göre kamu politika alanları merkez ve eyalet hükûmetleri olmak üzere ikiye bölünmektedir. Eyaletler sağlık hizmetlerini organize etmek ve halka sunmakla görevlidir (Bhatia, 2016). Hindistan’da birinci basamak olan sağlık hizmetlerini kamu üstlenmiş olup yerel yönetimler tarafından doktorlar istihdam edilmektedir. Hizmetlerden faydalanabilmek için kayda gerek yoktur. Birimlerde doktorlar dışında hemşire, ebe, eczacı ve laboratuvar teknikeri gibi sağlık çalışanlarının çoğu görev almaktadır. Hindistan sağlık sisteminde kamu kaynaklı finansman ve özel sigortalar mevcuttur. Birinci basamak sağlık hizmetleri ücretsizdir. Ancak uygulama kısmında erişim sıkıntısından ötürü çoğunlukla halk özel bakım hizmeti almaktadır ve genellikle yüksek faturalandırma ile sonuçlanır. Özel harcamalar ve özel sigorta sistemine bakıldığında çoğunlukla hizmet noktasında yapılan ödemeler mevcuttur ve sadece %5’i sağlık sigortası tarafından karşılanmaktadır (Bhatia, 2016).

Sağlık hizmetlerindeki son durum rekabet ve kar gütmekte olup giderek daha kötü bir hal almakta ve ticaret haline dönüşmektedir. Sağlık turizminde hedeflenen pazarlar önemli değişkenlik gösterebilmektedir. Hindistan’ın başarılı olmasındaki ana etken yabancı dili çok iyi olan doktorlarının fazla olmasıdır (Gülmez ve Köse, 2012). Hindistan’da son zamanlarda sağlık sisteminde ciddi aksamalar meydana gelmektedir. Nüfusun sadece %11’ini kapsayan devlet ve özel sigortası ciddi manada halkın mağdur olmasına sebebiyet vermektedir. Daha ileri ya da özel bakım alması gereken kişiler ikinci veya üçüncü basamak hastanelere sevk edilmektedir (Gülmez ve Köse, 2012).

Hindistan’ın başkenti olan Delhi’de bütün hastalıkların tedavisinde yararlanılabilecek hastane ve sağlık evleri vardır. Lakin sayıca yetersiz olan bu hastaneler haricinde geri kalan

kurumlarda malzeme ve teknik imkanlar yetersizdir. Yeni Delhi’de iki ayrı adreste faaliyet gösteren “Max Devi Health Hospital” (6-8 km), “Fortis Hospital” (18 km) Türk Büyükelçiliğine yaklaşık 15 kilometre olan “Apollo Hospital” daha temiz ve sunulan hizmetler bakımından daha yeterli hastanelerdir. Büyükelçiliğe 500 metre olan “Primus Hospital” da acil durumlarda kullanılmaktadır. Tedavi ve yatak ücretleri diğer ülkelerle mukayese edildiğinde düşük fiyatlara sahip olan hastanelerde genellikle uzman doktor muayene ücretleri 300-800 RS aralığında değişmektedir. Hindistan’da turistlere yönelik sağlık sigortası hizmeti mevcut değildir. İlaç temininde Reçeteli veya reçetesiz ilaçları eczanelerden almak mümkün olmakla beraber ilaç temininde herhangi bir sorun yaşanmamaktadır (Azhar ve Jilani, 2009).

2.7.1. Hindistan’da sağlık hizmetlerinin tarihsel gelişimi

Medikal turizm konusunda çok büyük avantaja sahip olan Hindistan’ın çok sayıda nitelikli sağlık personeline sahip olması dünya pazarında kendisine ciddi avantajlar sağlamaktadır (Akbolat ve Deniz, 2017). Medikal turizm yararlarından biri de alanında iyi olan sağlık personeline sahip olmaktır (Connell, 2006). 1947 senesinde bağımsızlığını kazanan bu ülkede ilk zamanlar sağlık hizmetleri kapsayıcı bir kaliteye sahiptir. Lakin zamanla sistemsel sorunlardan dolayı sağlık düzeyi gelişmemiş ve gelişmiş ülkelerin göstergeleri ile arasındaki fark artmıştır. Uluslararası endekste benzerine rastlanılmayacak düzeyde içten harcamalar yapılmaktadır. İyi dil bilen ve yeteri kadar donanımına sahip olan çalışanlardan ziyade Hindistan’ın tercih edilebilirliğindeki en yüksek sebep muadillerine göre daha uygun fiyatlı olmasıdır (Hazarika ve Bhuyan, 2009) tarafından yapılan çalışma da Hindistan’ı medikal turizm konusunda tehdit eden unsurları ve yapılması gerekenler ortaya konulmuştur (Hazarika ve Bhuyan, 2009).

Hindistan 1947 yılından itibaren sağlık sistemine ve buna paralel olarak sağlık hizmetlerinin geçirmiş olduğu değişimi 3 aşamada tanımlamaktadır (Çevik ve Yüksel, 2019).

- *1.Dönem (1947-1983):* İki döneme ayrılan sağlık politikasında birincisinde kimsenin ödeme yapma sorumluluğu ve zorunluluğu yoktur. İkincisi ise sağlık hizmetlerinin sağlanmasında devletin sorumlu olması durumudur.
- *2.Dönem (1983-2000):* İlk Ulusal Sağlık Politikası 1983 senesinde açıklanmıştır (National Health Policy). Kamu tarafından finanse edilen kapsamlı temel sağlık hizmetlerine erişim genişletilerek sağlık hizmet sunumunda özel sektörün teşvik edilmesi amaçlanmaktadır.

- *3.Dönem (2000 Sonrası):* Bu dönemde üç önemli değişimi sağlık sektörü görmüştür. Birincisi halk sağlığı için belirlenmiş hedefleri ele almak amacıyla özel sektörün kaynaklarının kullanımının arzusu, ikincisi sağlık sigortasının serbestleştirilmesi için sağlığın finansmanında yeni kanallar sağlama adımları, üçüncü ve son olarak ise devletin yalnızca bir tedarikçi olması amacıyla sağlık hizmetleri finansörüne dönüşmesini sağlamaktır (Çevik ve Yüksel, 2019).

Ülke de temel sağlık hizmetleri kamu tarafından sağlanmaktadır. Doktor tedariginde ise yerel yönetimlerin ön planda olduğu görülmektedir. Hizmetlerden faydalanılabilmek için kayıt gerekli olmamaktadır. Özel sektörde hizmet sadece şehir merkezleriyle sınırlı değildir. Hem kırsal hem de kentsel alanda yerlerin büyüklüklerine göre büyük yahut daha ufak hizmet vermektedir. Hindistan’da özel sektörün sahip olduğu yatak sayısında son zamanlarda artış meydana gelmektedir. Ülkenin sağlık sisteminin finans kısmı iki başlık altında toplanmaktadır. Kamu kaynaklı sigortalar ve özel sigortaların üstlendiği oluşumda vatandaşlar için kapsayıcı bir nitelik göstermektedir. Sağlık hizmetleri vergiler aracılığıyla kamu tarafından finanse edilmektedir. Ulusal Politika Belgesi’nde yoksul kesim için vergi bazlı finansman mevcuttur (Bhatia, 2016). İlk sıradaki sağlık hizmetleri ücretsiz olup bu kapsamdaki hizmetlerin bazıları için ücret ödenmesi gerekmele beraber temel ilaç listesindeki ilaçlara herhangi bir ücret ödenmemektedir (Çevik ve Yüksel, 2019). Arta kalan kısımdaki ilaçlar ise ücrete tabiidir. Sağlık hizmetleri ülkelerin kalkınmışlık düzeylerine göre farklılık göstermektedir. Toplumun ihtiyacı olan başat roldeki hizmetler, muhataplarının istediği kalitede, zamanda ve mümkün olan en düşük maliyetle sunulmalıdır aksi taktirde halk memnun olmaz.

Hindistan'ın 2020 yılında dünya Bankası'na göre nüfusu 1,38 milyar olarak kayıtlara geçmiş ve en kalabalık ikinci ülke olarak en hızlı büyüyen ekonomilerinden biri haline gelmiştir. Halk sağlığı bağlamında hem zorluklar hem de fırsatlar yaşanmakta olan ülkede ilaç ve biyoteknoloji endüstrisi için bir merkez; çocuklarda yetersiz beslenme, halk sağlığı sorunları, klinik ve hastanelerin yetersizliği, yenidoğan ve anne çocuk ölüm oranının yüksek olduğu, bulaşıcı hastalıklar içinde büyüme, trafik kazaları ve diğer sağlık sorunları ile ilgili konular başat problemleri oluşturmaktadır. Devlet ve özel sektörün büyümesi, uzman sağlık profesyonellerinin artması, eğitime destek verilmesi, özel ve kamu sektöründe sağlanan hizmet kalitesindeki noksanlıkların giderilmesi gibi yapılması gereken pek çok madde yer almaktadır (Azhar ve Jilani, 2009).

2.8. Hindistan’da Sağlık Turizmi

Sunmuş olduğu yüksek kaliteli sağlık hizmetleri ile Hindistan uluslararası sağlık turizmi pazarında önemli bir konumda yer almaktadır (Azhar ve Jilani, 2009). Sahip olduğu eğitimli ve deneyimli personel, batı tedavi tekniklerinde uygulamaları ve maliyet avantajı noktalarında uluslararası düzeyde sağlık turistlerinin yoğun bir şekilde tercih ettikleri ülkeler arasında yer almaktadır (Singh ve ark., 2005). Sağlık turizmi alanında sunmuş oldukları sağlık hizmeti kuruluşlarında personeller tarafından İngilizce dilinin kullanılması Hindistan’ın sağlık turizmi destinasyonunda etkili olmaktadır (Maheshwari ve Kiran, 2009).

Hindistan’da kamu ve özel girişimler olmak üzere sağlık sektörü ikiye ayrılmaktadır. Ülke genelinde ulusal, eyalet ve bölge olmak üzere üç aşamalı olarak yürütülse de sağlık sistemi genelde eyaletlerin kontrolü altındadır. Hindistan’da gelişmiş bölgelerde koruyucu sağlık hizmetlerinde özel sektörün payı fazlayken kırsal kesimlerde kamu sektörünün (birincil sağlık merkezleri) yetki alanı daha fazladır. Sağlık turizminin önemli bir bölümünü oluşturan geleneksel tıp uygulamaları Hindistan’da da oldukça yaygındır. Hindistan tıp ve Homeopati sistemi bu tür geleneksel yöntemlere örnek verilebilir. Geleneksel Hint tıp uygulamalarından en yaygın olanları Siddha, Homeopati, Ayurvedik Tıp, Yoga ve Naturopati’dir. Bu tür sağlık uygulamaları devlet destekli bir şekilde ülkenin sağlık turizm gelirleri açısından önemli katkılar sunmaktadır (Tontuş, 2017).

Sağlık sistemlerinin uluslararası standartlara uygunluğu ve denetimi noktasında Hindistan çeşitli akreditasyon süreçleri geçirmektedir. Uluslararası geçerlilik noktasında üst kuruluşlar JCI akreditasyonu şartı aramaktadırlar. Bu akreditasyona sahip olmadan yasal olarak çalışma hakkı elde etmek mümkün değildir (Azhar ve Jilani, 2009).

Hindistan’ı sağlık turizmi bağlamında en çok tercih eden ülkeler arasında ilk sırada ABD, Kanada ve İngiltere yer almaktadır. Hindistan’daki sağlık hizmetlerinin düzeyleri bu ülkelere oranla benzer kalitede ancak fiyat olarak üçte biri düzeyindedir. Sağlık turistlerine kolaylık sağlanması ve talep edilirliliği artırmak amacıyla özel bir vize (M-visa) oluşturulmuştur. Böylece medikal turistlerin kalış sürelerini ve resmi prosedürlerini diğer turistlerden ayırarak kolaylık sağlanmaktadır. Medikal turizm vizesine sahip olan turistlerin kalış süreleri 1 yıla kadar uzayabilmekte olup yabancı sağlık çalışanları için de ayrı bir vize belirleyerek uluslararası sağlık çalışanı istihdamını kolaylaştırıcı ve sayıca arttırmaya yönelik uygulamaları hayata geçirilmiştir (Chinai ve Goswami, 2007).

Hindistan'da sağlık turistlerine karşı ciddi derece de hizmet kalitesi mevcuttur. Kimi özel hastaneler hastayı havalimanından direkt olarak karşılayıp sağlık kuruluşuna götürmektedir. Konaklanan oda için de ücretsiz internet imkânı, özel şef ve kişiye özel yemek imkânları sunmak gibi birçok hizmet vermektedir. Buna ek olarak, yabancı hastalara kişiye özel dil bilen eleman ve sağlık hizmet paketleri sunulmaktadır. Ayrıca Hindistan'da, tedavi bekleme süresi neredeyse hiç yoktur. Bu da sağlık turistlerini ülkeye çeken en önemli unsurlardan biridir (Singh ve ark., 2005).

Hindistan'da çeşitli hastalıkların tedavisinde ileri teknolojiler kullanılmaktadır. Eğitimlerini yurtdışında tamamlamış olan sağlık personeli ile hizmet kalitesi sürekli yükseltmekte ve ülkenin talep edilirliliği artmaktadır. Ülkedeki hastaneler incelendiğinde “Apollo hastaneler grubu” kaliteli ve talep edilirliliği yüksek kuruluşlardır. Hindistan'da ucuz fiyat avantajıyla beraber bekleme süresinin olmaması ve hastanın ülkeye gelişinin ikinci gününde ameliyata alınıp tedaviye başlanması tercih edilebilirlik noktasında büyük avantaj sağlamaktadır. Hindistan'daki sağlık kuruluşları çok alanda hizmet vermesine rağmen kendi halkına karşı bu derece cömert değildir (Aydın ve Yılmaz, 2010).

Hindistan son 5 yılda yaklaşık %25-30 civarında büyüme göstererek sağlık sektöründe dünya devi haline gelmiştir, liderliğini ve başarısını her geçen yılda daha da artırmaktadır. Sunulan sağlık hizmetleri arasında bazı operasyonlar ilerlemiştir. Kardiyolojik müdahaleler, kalça ve diz protezi gibi ileri ortopedik ameliyatlar, onkolojik cerrahi gibi üst uzmanlık alanlarının öne çıktığı görülmektedir. En çok tercih edilen cerrahi işlemler arasında burun estetiği, meme cerrahisi, liposuction ve abdominoplasti operasyonları öne çıkmaktadır. Estetik amaçlı olduğu için yapılan operasyonlar çoğu ülkede sigorta sistemi tarafından karşılanmamaktadır. Bu nedenle de ülkelerin seçilmesinde fiyat çok önemli etken olmaktadır. Ücretler genel olarak ABD fiyatlarının %25'ine tekabül etmektedir. Chennai medikal turizmin başkenti olarak kabul edilmekte olup medikal turizm alanındaki başarısını 1990-2000 yılları arasındaki çoğu özel sağlık tesisi teknolojisini yenilemesine borçludur. Yönünü batıya çevirmiş ve batının yöntemlerini kendine uyarlayarak, düşük maliyetler ve hızlı bakım sağlayabilecek alt yapıyı geliştirmiştir (Mudur, 2004).

Hindistan'da sağlık turizmi için gelen hastaların hizmet aldığı popüler hastane grubu Apollo Hastaneleri Grubu, Hindistan merkezlerine hasta yönlendirmek için Katar, Umman, Kuveyt, Mauritius, Sri Lanka, Bangladeş, Gabon ve Nijerya'da da sağlık kuruluşları açmıştır. Dil konusunda şanlı olan Hindistan, resmi dillerinden birinin İngilizce olması, hekim, hemşire

ve diğerk sağlık çalışanları ile dil sorununu ortadan kaldırmaktadır, dil problemi yaşamayan hastalar kendilerini daha güvende hissetmektedir. Hastanelerin teknolojik bakımdan düzenlenmesi ve özellikle İngiltere’de alışan Hint asıllı hekimlerin çalışma şartlarının bozulması sonucunda Hindistan’a sağlık çalışanları geri dönmeye başlamıştır. Geriye dönen doktorların uluslararası deneyimlerinin olması ve dünyayı daha iyi bilmeleri hastalara güven vermekte olup önemli bir reklam unsuru olarak kullanılmıştır. Hindistan’daki sağlık personeli ve hekimlerin büyük oranda İngilizce konuşabilmesi dünyadaki diğerk hastaların ülkeyi tercih etmesi noktasında büyük avantajlarındandır. Reklamı ve halkla ilişkileri çok iyi kullanan Hindistan kendi vatandaşlarına karşı olmasa da sağlık turistlerine karşı oldukça iyi intiba bırakmaktadır. Bu noktadan Hindistan uluslararası sağlık turizmi tanıtımlarını hem yazılı hem de görsel basın aracılığı ile sürdürmekte ve tanıtım faaliyetlerinde akademisyenler tarafından geliştirilen akademik makale çalışmaları ile desteklemektedir. Bununla birlikte yaklaşık 1 milyon uluslararası sağlık turistine yönelik tedavi kapasitesi bulunan ülkede yapılan tanıtımlarda JCI akreditasyonuna sahip sağlık kuruluşları üzerinden reklam çalışmaları yapılmaktadır (Mudur, 2004).

Hindistan’da 43 sağlık tesisi güncel verilere göre JCI akrediteye uygun olarak hizmet sunmaktadır (JCL, 2022b). Dünya çapında yer alan ofisler sayesinde ülkelerine dönen hastalar hem hekimlerinin bilgilendirilmesi hem de olası tedavi sonrası komplikasyonlar için takip edilmekte ve güven tazelemektedir (Tontuş, 2015). ABD’deki tedavi ücretlerine göre % 65 ila % 90 daha uygun olması ve ileri seviye ekipmana sahip olması sayesinde Hindistan medikal turizmde en çok tercih edilen ülkelerden biri haline gelmiştir. Sağlık turistlerinin Hindistan’ı tercih etmesinde iki önemli nokta vardır. Hem sağlık hizmetlerinin kaliteli oluşu hem de fiyatların uygunluğu ve mimari yapısı ile doğa gezileri için tercih edilmektedir (Tontuş, 2015). Dahası sağlık turizmi sadece tedavi sürecinden ibaret olmamakla beraber transferlerden, otellere, tedavilere ve genellikle ameliyat sonrası paket program içeren tatilleri kapsamaktadır. Hindistan sağlık turizminin bu avantajlarının yanı sıra bazı olumsuz durumlarda söz konusudur. Hazarika (2009) yapmış olduğu çalışmada medikal turizm konusunda tehdit eden unsurları ve yapılması gerekenleri analiz etmiştir. Hindistan’da yetersizlik oluşması ve uzman sağlık profesyonellerinin azalması, kalite ve donanım sorunları gibi konulardan tehdit olarak bahsedilmektedir. Kısacası Hindistan’ın medikal turizm yatırımlarının genel probleminin kamu ile özel sektör arasındaki dengesizlik ve eşitsizlik olduğu anlaşılmaktadır. (Hazarika ve Bhuyan, 2009).

Hindistan sağlık turizmi maliyet, bakım kalitesi, seyahat kolaylığı ve dil yönünden değerlendirildiğinde çeşitli avantaj ve dezavantajlar ortaya çıkmaktadır.

- *Maliyet:* Hindistan'daki tedavi ücretlerinin Amerika Birleşik Devletleri ve Birleşik Krallık'taki tedavi ücretleriyle kıyaslandığında yaklaşık dörtte biri olduğu söylenilmektedir (Laurie Goering, The Chicago Tribune, 2008). Hindistan'da sağlık turistleri tarafından tercih edilen popüler branşlar; alternatif tıp, kemik iliği nakli, kardiyak bypass, göz ameliyatı ve kalça protezi şeklindedir (Oğuz ve Çılgınoğlu, 2021).
- *Bakım kalitesi:* 43 JCI onaylı hastaneye sahip olan Hindistan'a tedavi amacıyla giden bir kişi için en önemli husus sağlık çalışanı ve hasta kombinasyonudur. Hastanın tedavisi bittikten sonra bireylere üç seçenek sunulmaktadır. Bunlar hastanede kalınmaya devam edilmesi yahut yakındaki ücretli bir konaklama yerinde tedavinin devam edilmesi seçeneğidir. Tele tıp yönteminin gelişmiş olduğu Hindistan'da üçüncü ve yaygın seçenek olarak hastaya bu imkan da sunulmaktadır. Hindistan'ın sağlık başkenti olarak nitelendirilen Chennai şehrine her gün tahmini olarak 150 yabancı hasta gelmektedir. Chennai tek başına yurt dışından ülkeye gelen sağlık turistlerinin yüzde 45' ini, yerli sağlık turistlerinin ise yüzde 30 ila 40' ını karşılamaktadır. 12 500 hastane yatağına sahip olan şehirde sadece yarısı şehrin nüfusu tarafından kullanılabilir. Kalan kısımların ise ülkenin diğer bölgelerinden gelen hastalar tarafından kullanıldığı gözlemlenmektedir (Tontuş, 2015).
- *Seyahat kolaylığı:* Körfez ülkelerinden gelen hastaları medikal turizmine alıştırmak amacıyla Hindistan hükümeti, vize kısıtlamalarını kaldırmıştır. Diğer bazı ülkelere ise yapılan uygulamada vatandaşların tıbbi nedenlerle otuz güne kadar kalınmasına izin verilmektedir. 2016 yılında en çok tıbbi vizeyi alan vatandaşların ülkeleri; Bangladeş, Afganistan, Maldivler, Kore Cumhuriyeti ve Nijerya'dır (Tontuş, 2015).
- *Dil:* İngilizcenin ülkede resmi dil olması yabancı sağlık turistleriyle anlaşmada kolaylık sağlamaktadır. Medikal turizm şirketleri, müşterilerinin memnun kalması ve devamlı olmaları için özellikle Arapça, Rusça, İngilizce ve Bangla konuşan ülkelere gelen hastalara yardımcı olmak üzere tercümanlarla çalışmaktadır (Tontuş, 2015).



3.GEREÇ VE YÖNTEM

Tez çalışmasının bu bölümünde araştırmanın yöntemi, araştırmanın amacı ve önemi, araştırmanın evren ve örnekleme, araştırmanın sınırlılıkları, ver toplama yöntemine ayrıntılı olarak yer verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Yöntemi

Bu araştırmada betimsel araştırma modeli benimsenmiş olup tarama çalışması yapılmıştır. Tez konusuna ilişkin ilgili alan yazın detaylı bir şekilde taranmış ve kuramsal bir bütünlük çerçevesinde sunulmuştur. Uygulama kısmında ise Türkiye ve Hindistan özelinde sağlık turizmi hakkında SWOT analizi yürütülmüştür. Çalışmadan elde edilen bulgulara göre analiz sonuçlarına ve önerilere yer verilmiştir.

3.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırmada temel amaç Türkiye ve Hindistan ülkelerini sağlık turizmi özelinde karşılaştırmalı olarak incelemektir. Bu amaç doğrultusunda SWOT analizi yöntemi tercih edilmiştir. Sağlık turizmi alanında dünyada öncü bir ülke olan Hindistan ve sağlık turizmi alanında gelişmekte bir ülke olan Türkiye'nin fırsatlar, tehditler, güçlü ve zayıf yönler bakımından karşılaştırmalı olarak ele alınmasının alana yapacağı özgün katkı önemlidir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Bu araştırmanın evrenini belirli düzeylerde sağlık turizmi faaliyetleri yürüten ülkeler oluşturmaktadır. Mevcut sağlık sistemlerine göre yapılan alan yazın taraması neticesinde çeşitli ülkelerle ilgili veriler elde edilmiştir. Alan yazından elde edilen veriler ışığında belirlenen Türkiye ve Hindistan ülkeleri bu çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. Çalışmada sağlık turizmi alanında oldukça gelişmiş bir ülke olması Hindistan'ın seçilmesinde belirleyici olmuştur. Örnekleme yer alan ülkeler sağlık turizmi bağlamında fırsatlar, tehditler, güçlü ve zayıf yönler açısından değerlendirilmiştir.

3.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırmada elde edilen bulgular, ilgili alan yazın ve kaynak taraması sonucunda ulaşılan Hindistan ve Türkiye'deki sağlık turizmi bulguları ile sınırlıdır.

3.5. Veri Analizi

Küreselleşme ile birlikte artan rekabet, kaynakların azalması, ürün-yaşam döngüsünün kısılması ve işletme politikaları nedenleriyle örgütsel düzeyde stratejilerin belirlenme aşamasında çeşitli analiz tekniklerinden yararlanılmaktadır. Bu tekniklerden birisi de SWOT analizidir ve sıklıkla kullanılmaktadır. Rakip kuruluş ya da ülkelerle ilgili belirli bir alandaki fırsat, tehdit, güçlü ve zayıf yönlerin ortaya konulması amacıyla yapılmaktadır. SWOT kavramı dört İngilizce kelimenin baş harflerinden oluşmaktadır. Bunlar (Cebecioğlu, 2006);

- S: Strengths (Güçlü, üstün olunan yönlerin tespit edilmesi)
- W: Weakness (Güçsüz, zayıf olunan yönlerin tespit edilmesi)
- O: Opportunity (Sahip olunan fırsatların tespit edilmesi)
- T: Threat (Karşı karşıya olunan tehditlerin, tehlikelerin tespit edilmesi)

Temel olarak iki faydası bulunan SWOT analizi, ilk olarak güçlü ve zayıf yönlerle tehdit ve olası fırsatların ortaya çıkarılmasında faydalıdır. İkinci olarak gelecek vizyonunda bir durum analizi imkanı sağlamaktadır (Özan ve ark., 2015).

Bu tez çalışmasında veri analizi yöntemi olarak SWOT analizinin tercih edilmesindeki temel dayanak sağlık turizmini dikkate alarak güçlü ve zayıf yönler ile olası fırsat ve tehditlerin Hindistan ve Türkiye ülkeleri bağlamında karşılaştırmalı olarak incelenmesidir.

4. BULGULAR

Tez çalışmasının bu bölümünde veri analizi neticesinde elde edilen bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Türkiye SWOT Analizi

Bu bölümünde Türkiye'nin sağlık turizmi uygulamalarına yönelik SWOT analizi bulguları değerlendirilecektir.

4.1.1. Türkiye-güçlü yönler

- Tarihi güzellikleri, jeopolitik konumu ve uygun iklimi ile avantajlı bir konuma sahip olan ülkemiz, Asya ve Avrupa gibi iki kıtayı birbirine bağlayarak ülkelerin ulaşımında köprü görevi sağlamaktadır. Türkiye, Avrupalı turistler açısından mesafe konusunda diğer Uzakdoğu Ülkeleri'ne ve Hindistan'a nazaran yakın olmasından dolayı tercih edilme noktasında daha üst sıralarda yer almaktadır (Koday ve ark., 2017).
- Ülkemiz 1300 adet termal kaynağa sahiptir. Denizli İli termal su kaynakları bakımından, dünyanın en zengin bölgeleri içerisinde yer almaktadır. 2006 yılında Denizli İli Kültür ve Turizm Bakanlığı tarafından "Termal Turizm Merkezi" ilan edilmiştir (Aydemir, 2019).
- Ülkemizde sağlık sektörü devlet ve özel girişimler tarafından yürütülmektedir. Özel ve üniversite (devlet veya özel) hastanelerinin yatak kapasiteleri, teknolojik alt yapıları ve doktor kalitelerinin oldukça yüksek olması avantajdır (Sağlık Bakanlığı, 2016).
- Yeterli miktarda kişi sayısının yabancı dil bilmemesi bir dezavantaj olsa da yabancı dil bilen personel sayısı giderek yükselmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2016).
- Sağlık hizmetlerine fiyat yönünden bakıldığında Avrupa Birliği ülkelerine göre düşük olması tercih edilebilirlik yönünden önem arz etmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2016).
- Personel maliyetlerinin daha düşük olması, sunulan sağlık hizmetlerinin fiyatlarına bakıldığında daha uygundur (Sağlık Bakanlığı, 2016).
- JCI serifikasına sahip toplamda 34 sağlık kuruluşu hizmet vermektedir (Sağlık Bakanlığı, 2022a).
- Konaklama açısından bakıldığında sağlık turizmini desteklemek için yüksek kaliteye sahip otel sayısı da oldukça fazladır (Sağlık Bakanlığı, 2016).
- Sağlık hizmet sunucularında, kalite değerlendirme çalışmalarının etkin bir şekilde yürütülmesi ve kalite denetimi için çeşitli modellerin geliştirmemesi önem arz

etmektedir. Bu çalışmaları Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi (USHAŞ) ve Sağlık Bakanlığı Sağlık turizmi koordinasyon kurulu (SATURK) yürütmektedir.

4.1.2. Türkiye-zayıf yönler

- Ülkemizde sağlık personeli ve yöneticilerin Avrupa sağlık mevzuatı ve hasta hakları konusunda bilgileri yetersiz olup gelişime kapalı kişiler olmaları sebebiyle yurtdışından gelen müşteriler açısından olumsuz bir durum teşkil etmektedir (Arslan, 2018).
- Jeotermal merkez ruhsatları devlet tekelindedir (Şengül ve Bulut, 2019).
- Termal tesisler vardır lakin önemli bir kısmının turizm hizmeti sunmaya hazır değildir (Değirmenci, 2010).
- Termal turizm, turlar ve medikal turizmin birlikte sunulamaması durumu söz konusudur (Şengül ve Bulut, 2019).
- Tanıtımın yetersiz olması sebebiyle Türkiye’de sağlık turizminin olduğunu bilmeyen kişiler var olup terör olayları ülkemiz açısından bireylerde negatif bir intiba bırakmaktadır (Değirmenci, 2010).
- Bakanlıklar ve sektörler arası bilgi akışının yetersiz olması sonucu yurtdışı sigorta şirketleri ile koordinasyon güçlü bağlara sahip değildir (Değirmenci, 2010).
- Fiyatlandırmalarda aniden değişiklikler yapılmaktadır (Berenson ve ark., 2016).
- AB’ye üyeliğimiz olmadığı için hareket noktasında kısıtlı imkanlar mevcuttur (Berenson ve ark., 2016).
- Kamu hastanelerindeki bazı noksanlıklar, fiziki ve teknolojik alt yapı yetersizdir (Altsoy ve Boz, 2019).
- Tanıtım, reklam ve pazarlama faaliyetleri yetersiz ve eksiktir (Altsoy ve Boz, 2019).
- Yabancı dil bilen nitelikli personel sayısının hala daha istenilen düzeyde değildir (Altsoy ve Boz, 2019).
- Sağlık turizmi araçlarının az olmasıdır (Berenson ve ark., 2016).
- Türkiye’yi temsil edecek aracı kurum sayısı yetersizdir (Berenson ve ark., 2016).

4.1.3. Türkiye-fırsatlar

- Türk sağlık kuruluşları için bir fırsat olan Avrupa ülkelerindeki ortalama yaşam süresinin uzun olması sonucunda ortaya çıkan çeşitli hastalıklardaki artış, tedavi için bekleme süresinin uzaması ve sağlık personelinin çalışma saatlerinin ülkemize nazaran

daha kısa olması, personel yetersizliği gibi durumlar hastaları buraya gelmesi için birer fırsat niteliği göstermektedir (Çınar ve Özkaya, 2020).

- AB ülkelerinde GSMH'den sağlık alanına ayrılan bütçe gittikçe fazlalaşmaktadır. Sigorta primlerinin artması, yanlış yapılan tıbbi uygulamalar için ayrılan sigorta bedelinin yüksek olması gibi durumlar ülkeler için birer dezavantaj iken ülkemiz için fırsattır (Demirer, 2010).
- 11 Eylül saldırısı sonucunda Ortadoğu'daki varlıklı Müslüman hastalar tedavi için Amerika'yı tercih ediyorken ülkenin aldığı tedbirler ve vize alımındaki zorlaştırmalar sonucunda hastalar Yunanistan'a ve batı ülkelerine yönelmiştir (Kayhan, 2018).
- Türkiye'nin hem Müslüman bir ülke olması hem de Ortadoğu'ya yakınlığı sebebiyle bu pazardan karlı çıkacağı ve ciddi bir pay alacağı beklenmektedir (Gündüz ve ark., 2019).
- SSCB'nin (Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği) bölünmesinin ardından bağımsızlığını kazanan ülke vatandaşları, Türk Cumhuriyetleri'nde yaşayanlar ve Rus vatandaşları tedavi olmak amacıyla arayış içerisine girmişlerdir (An-Deva Sağlık Grubu, 2004). Sağlık hizmetini kaliteli sunmasına rağmen uygun fiyatlı tutması, bekleme sürelerindeki rahatlık Türkiye'nin, bu ülkelerden çok sayıda sağlık turisti gelmesini olanaklı kılmaktadır (Çınar ve Özkaya, 2020).
- Avrupa'da yaşayan Türk vatandaşların hem ülkelerine özlem duymaları hem de çalıştıkları ülkelerinin paralarının daha değerli olması ve yabancı oldukları dillerin konuşulduğu ülkeleri değil de kendi dillerinin konuşulduğu Türkiye'yi sağlık turizmi alanında tercih etmelerinde etkilidir (Çınar ve Özkaya, 2020).
- İletişim kaynaklarının, teknolojinin ve internetin geniş bir ağı yayılması ve gelişmesi etkili olmaktadır (Çınar ve Özkaya, 2020).
- Türkiye'nin sağlık turizmi alanında nitelikli hizmetler sunması tercih edilmeyi arttırmaktadır (Çınar ve Özkaya, 2020).
- Türkiye'deki sağlık kuruluşları ve hizmetler hakkında yurtdışındaki hastalar daha fazla bilgi sahibi olmakta ve güvenilirlik artmaktadır (Çınar ve Özkaya, 2020).
- Estetik, göz ve diş operasyonlarına ilişkin başarının artması sonucu talep yükselmektedir (Çınar ve Özkaya, 2020).
- Türkiye turizm sektöründe güçlü ülkeler içinde bulunmakta ve zamanla sektörde daha da güçlü bir konuma gelmektedir (Çınar ve Özkaya, 2020).
- Sağlık hizmetleri ihracatındaki destekler ve teşvikler artmaktadır (Çınar ve Özkaya, 2020).

4.1.4. Türkiye-tehditler

- Hasta hakları ve yanlış tıbbi uygulamalarda istenilen seviyeye gelinmemiş olup gerekli hassasiyet gösterilmemektedir (Tuncel, 2019).
- Tanıtım çalışmalarına yeteri kadar önem verilmemekte olup yeteri kadar pay ayrılmamaktadır (Tuncel, 2019).
- Sağlık hizmetlerinde dövizle endeksli olarak maliyet artışları mevcuttur ve yeni fiyatlar hastaya yansıtılmaktadır (Tuncel, 2019).
- Ülkemizin konumundan dolayı Ortadoğu'ya yakın olması ve her an çıkabilecek savaş tehlikesi ile Türkiye'de yaşanan terör olaylarının basına yansması sonucunda olumsuz tanıtım ve reklam haberleri yayınlanmaktadır (Tuncel, 2019).
- 2020 yılı itibariyle covid-19 salgını olumsuz etki göstermektedir (Budak ve Korkmaz, 2020).
- Koordinasyonun zayıflığı sebebiyle aynı ülke vatandaşlarına, benzer hastalık tedavilerinde farklı fiyat uygulanması söz konusudur (Dedeoğlu, 2021).
- Türkiye'de sağlık hizmeti alan bir hasta ameliyat sonrasında ortaya çıkabilecek komplikasyon dahilinde ortaya çıkabilecek problemler yaşayabilmektedir (Tuncel, 2019).
- Kıta ve segment olarak birbirine yakın (Ürdün, Birleşik Arap Emirlikleri ve İsrail gibi) ülkelerle oluşan rekabet oluşmaktadır (Tuncel, 2019).

4.2. Hindistan SWOT Analizi

Bu bölümünde Hindistan'ın sağlık turizmi uygulamalarına yönelik SWOT analizi bulguları değerlendirilecektir.

4.2.1. Hindistan-güçlü yönler

- Hindistan sağlık turizmi noktasında sunmuş olduğu yüksek kalitedeki hizmetler noktasında avantajlı konumdadır. Bu bağlamda yapılan tanıtım ve reklam çalışmaları ile ülke sağlık turizminde bir cazibe merkezi haline getirilmiştir. Ülkedeki önemli sağlık kuruluşlarının alandaki bilinirliği sağlamak adına Kuveyt, Umman, Katar, Bangladeş ve Nijerya gibi ülkelerde sağlık kuruluşları bulunmaktadır (Tontuş, 2015).
- Hindistan son dönemlerde yapılan sağlık kuruluşlarında kampüs hastane konseptini benimsemiştir. Bu yeni tarz hastanelerde tedavi sonrası rehabilitasyon hizmeti sunan merkezler ve oteller entegre edilmiştir. Ayrıca sağlık hizmeti alan hastalara talepleri

doğrultusunda tedavi süresince destek elemanları tahsis edilebilmektedir (Tontuş, 2015).

- Hindistan sahip olduğu kültürel gelenekler kapsamında alternatif tıp ve geleneksel tıp uygulamaları noktasında oldukça gelişmiş bir ülke konumundadır (Tontuş, 2015).
- Ülkede kabul edilen resmi dillerden biri olan İngilizce yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu durum doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık çalışanlarının hastalar ile kolay iletişim kurabilmeleri noktasında yardımcı olmaktadır (Tontuş, 2015).
- Marka ve reklam çalışmalarının başarılı bir şekilde uygulanması ile en iyi tedavilerin en uygun ücretle sunulan ülke vizyonu başarılı bir şekilde oluşturulmuş ve yönetilmiştir (Öztürk, 2007)
- İleri teknolojilerin kullanıldığı hastanelerde batı ülkelerinde eğitimlerini tamamlamış sağlık personelinin oluşan ekip sayılarının artırılması önemli bir avantaj sağlamaktadır (Tontuş, 2015).
- Dünyanın pek çok gelişmiş ülkesinde ileri sağlık hizmetlerine rağmen hizmet alımında ortaya çıkan artan bekleme süreleri nedeniyle yurt dışı tedavi alternatifi olarak ilk akla gelen ülke sunmuş olduğu hızlı sağlık hizmetleri ile Hindistan olmaktadır (Tontuş, 2015).
- 2022 verilerine göre Hindistan'da 43 sağlık tesisi JCI akredite olarak hizmet sağlamaktadır (Bektaş, 2022).
- Hindistan açmış olduğu uluslararası ofisler aracılığıyla tedavi sonrasında da hastaları takip etmektedir. Bu noktada göstermiş olduğu başarılı koordinasyon ile dijital ortamlarda hastalarına ilişkin verileri depolamaktadır. Tedavi sonrası süreçlerde ilgili doktorlar hastaları hakkında bilgilendirilmektedir (Tontuş, 2015).
- Hindistan'daki tıbbi tedavilerin diğer gelişmiş ülkelere göre maliyet olarak daha uygun olması ülkenin sağlık turizmi alanında tercih edilebilirliğini yükseltmektedir (Yalçın, 2013).

4.2.2. Hindistan-zayıf yönler

- Ülkedeki sağlık kuruluşları arasındaki mevcut kalite farklılıklarının varlığı ve bazı sağlık kuruluşlarında görülen uygun olmayan muamele uygulamalarının sosyal medya platformlarına yansımaları önemli bir dezavantaj oluşturmaktadır (Bhatia, 2015).

- Tüm ülke genelinde yaygın hale gelmiş bir akreditasyon standardı bulunmamaktadır. Bu durum sağlık kuruluşları tarafından açılan ofislerin kendi çıkarları yönündeki kuruluşlara hasta yönlendirmelerine neden olabilmektedir (Bhatia, 2015).
- Sağlık turistlerinin ülkeye döviz bırakmalarını teşvik etmek amacıyla sağlık hizmeti alan hastaların çeşitli turistik geziler noktasında adeta zorlanması olumsuz bir algı oluşturmaktadır. Ayrıca yapılabilecek özellikle tropikal geziler sağlık yönünden bazı hastalıkların görülmesine neden olabilmekte ve iyileşme sürecini negatif yönde etkileyebilmektedir (Bhatia, 2015).
- Ülkenin özellikle büyük şehirlerinde görülen yüksek suç oranları sağlık turistleri açısından risk teşkil etmektedir. Çeşitli suçlara karşı geliştirilen yasal düzenlemelerde uygulama noktasında aksaklıklar mevcuttur (Bhatia, 2015).
- ABD ve Avrupa çıkışlı hastalar için Hindistan'a ulaşım sürecinin çok uzun olması bir dezavantaj oluşturmaktadır. Bu durum tedavi sonrası ülkesine dönmek isteyen hastalar için çeşitli komplikasyon olasılığının artmasına sebep olmaktadır (Bhatia, 2015).
- Uygulanan güçlü tanıtım politikalarına rağmen sağlık merkezlerinin arasındaki ciddi kalite farklılıklarının olması ve hizmet noktasında özensizlik gibi problemler mevcuttur (Bhatia, 2015).

4.2.3. Hindistan-fırsatlar

- Tüm dünyada geleneksel tıp uygulamalarına yönelik ilgi ve güven artmaktadır (Adam ve ark., 2018).
- İletişim kaynaklarının, teknolojinin ve internetin geniş bir ağa yayılmakta ve kullanımı artmaktadır (Adam ve ark., 2018).
- Hindistan'daki sağlık kuruluşlarının açmış oldukları ofislerin çalışmaları neticesinde sunulan hizmetler noktasında daha fazla bilgi sahibi olunması ve güvenilirliğin artması pozitif bir eğilim oluşturmaktadır Adam ve ark., 2018 ()
- Unani, Siddha, Homeopati, Ayurvedik Tıp, Yoga ve Naturopati gibi geleneksel tıp uygulamalarındaki başarının artması sonucu talepler artmaktadır (Adam ve ark., 2018).
- Sağlık turizmi alanında devlet desteklerinin ve teşviklerinin artması söz konusudur. (Adam ve ark., 2018).
- Hindistan'ın güçlü bir özel sağlık sektörüne sahip olması sağlık turizmi alanının gelişiminde önemli bir etken oluşturmaktadır (Akbolat ve Deniz, 2017)

- Hindistan sağlık turizmi gelirleri ve yapılan kolaylıklar neticesinde son yıllarda büyük artışa sahiptir. Devlet destekli yaptırımlar, vize kolaylığı ve fiyat uygunluğu bu artışı desteklemektedir (Akbolat ve Deniz, 2018).

4.2.4. Hindistan-tehditler

- Hindistan’da sağlık turizmi belirli şehirlerde ve belirli hastanelerde yoğunlaşmaktadır (Dinçer ve ark., 2016).
- Aynı yüksek hizmet kalitesi tüm sağlık kuruluşlarında aynı düzeyde sunulmamaktadır. Bazı yanlış tıbbi uygulamalar ve kötü muamele uygulamaları sağlık turizmi açısında risk oluşturmaktadır (Dinçer ve ark., 2016).
- 2020 yılında tüm dünyada görülen Covid-19 salgını gibi pandemiler tehdit oluşturmaktadır (Budak ve Korkmaz, 2020).
- Tedavi sonrası süreçte çeşitli komplikasyonlar oluşabilmektedir (Dinçer ve ark., 2016).
- Sağlık turizmi alanında uluslararası rekabet artmaktadır (Dinçer ve ark., 2016).
- Sağlık hizmeti almak için gelen hastaların turistik geziler noktasında zorlanması olumsuz bir algı oluşumuna neden olmaktadır (Bhatia, 2015).

5. TARTIŞMA

Türkiye ve Hindistan’ın sağlık turizmi yönünden karşılaştırmalı olarak incelendiğı bu çalışmada ilgili literatür çerçevesinde elde edilen bilgiler ışığında değerlendirme yapılmıştır. Yapılan SWOT analizi neticesinde iki ülkenin sağlık turizmi uygulamaları yönünden güçlü ve zayıf oldukları noktalar ve iki ülke için sağlık turizmi alanında fırsat ve tehdit oluşturabilecek noktalar ortaya konulmuştur.

Elde edilen bulgular ışığında Türkiye’nin sağlık turizmi noktasında en güçlü yönlerinden biri olarak sahip olduğu jeopolitik konum ve uygun iklime işaret edilmektedir. (Koday ve ark., 2017). Ayrıca yine Türkiye’ de yer alan doğal termal kaynaklar sağlık turizmi noktasında ülkeyi ön plana çıkarmaktadır. Türkiye sahip olduğu fiziksel koşullar nispetinde Hindistan’ a göre daha güçlü bir yöne sahiptir

Sağlık turizmi alanının gelişiminde etkili olan bir diğer önemli unsur ise ülkelerin sahip oldukları sağlık sistemlerinin işleyişi ile ilgilidir. Bu noktada hem Türkiye hem de Hindistan gelişmiş sağlık sistemlerine sahiptir (Çevik ve Yüksel, 2019). Sağlık turizmi alanındaki girişimler hem devlet hem de özel girişimler yoluyla yürütölmektedir. Ayrıca her iki ülkede de

sağlık turizmi alanındaki hizmet ve girişimler devlet tarafından desteklenmektedir. Bu noktada her iki ülkenin de sağlık turizmi açısından güçlü bir yönü olduğu belirtilebilir. Bununla birlikte ülkelerin sahip olduğu sağlık personelinin ve sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi de sağlık turizminin gelişiminde oldukça önemlidir. Her iki ülke açısından sahip olunan kaliteli sağlık personelinin ve sunulan kaliteli hizmetlerin varlığının sağlık turizmi alanında avantaj sağladığı ifade edilebilir (Sağlık Bakanlığı, 2008).

Sağlık turizminde hizmet alan sağlık turistleri ile çeşitli iletişim sorunları ortaya çıkabilmektedir. Bu noktada Hindistan ana dil olarak yaygın bir şekilde İngilizceyi kullanmaktadır. İngilizce bilen doktor, hemşire ve diğer sağlık personelleri sağlık turistleri ile kolay iletişim sağlayabilmektedir. Bu nokta Hindistan'ın sağlık turizmi alanındaki güçlü bir yönüne işaret etmektedir (Gülmez ve Köse, 2012). Ancak bu durum Türkiye için benzer şekilde işlememektedir. İngilizce bilme oranı düşük olan Türkiye'de bu durum bir dezavantaj oluşturmaktadır (Mert, 2013).

Sağlık turizminde etkili olan bir diğer husus ise sağlık hizmetlerinin maliyetidir. Hindistan sağlık turizmi noktasında sunmuş olduğu yüksek kalitede ve düşük fiyatlı hizmetler noktasında avantajlı konumdadır (Dinçer ve ark., 2016). Bu bağlamda yapılan tanıtım ve reklam çalışmaları ile ülke sağlık turizminde bir cazibe merkezi haline getirilmiştir. Ülkedeki önemli sağlık kuruluşlarının alandaki bilinirliği sağlamak adına Kuveyt, Umman, Katar, Bangladeş ve Nijerya gibi ülkelerde sağlık kuruluşu ofisleri bulunmaktadır. Türkiye ise diğer Avrupa ülkelerine kıyasla daha uygun fiyatlı olmasının yanında Hindistan kadar uygun fiyatlı sağlık hizmetleri sunmamaktadır. Sunulan sağlık hizmetlerindeki fiyatlandırma noktasında Hindistan uygun konumdadır (Dedeoğlu, 2021).

Sağlık alanında kalite çalışmaları kapsamında uluslararası geçerliliği olan JCI sertifikası önemli bir kriter olarak karşımıza çıkmaktadır. Her iki ülkede bu sertifikaya sahip sağlık kuruluşları mevcuttur. 2022 yılının verilerine göre Türkiye'de JCI sertifikasına sahip 34 sağlık kuruluşu bulunurken, Hindistan'da toplamda 43 sağlık kuruluşu bulunmaktadır (JCI, 2022a). Bu noktada Hindistan Türkiye'ye göre güçlü bir konumdadır. Yine Hindistan son dönemlerde yapılan sağlık kuruluşlarında kampüs hastane konseptini benimsemiştir. Bu yeni tarz hastanelerde tedavi sonrası rehabilitasyon hizmeti sunan merkezler ve oteller entegre edilmiştir. Ayrıca Hindistan sahip olduğu kültürel gelenekler kapsamında alternatif tıp ve geleneksel tıp uygulamaları noktasında oldukça gelişmiş bir ülke konumundadır. Tüm bu güçlü yönlerini

reklam ve tanıtım çalışmaları ile başarılı bir şekilde uygulayan Hindistan'ın pozitif bir algı geliştirme noktasında başarılı olduğu belirtilebilir. (Akbolat ve Deniz, 2017).

Sağlık alanında dünya sıralamasında hızla yükselmekte olan Hindistan sağlık turizmi alanında Türkiye ile karşılaştırıldığında, birçok benzerlik fark edilmektedir. Genel olarak ülkemizin hala iyi bir alt yapıya sahip olması yabancı hasta çekme konusunda fayda sağlamaktadır. Türkiye'de daha dengeli bir durum söz konusuyken Hindistan'da belirli şehirlerde ve belirli hastanelerde yoğunlaşma görülmektedir (Dinçer ve ark., 2016).

Sağlık turizminde alınan sağlık hizmeti kadar alınan hizmete ilişkin bekleme süresi de etkili olmaktadır. Bu noktada Hindistan oldukça gelişmiş ve koordine bir hizmet sistemine sahiptir. Sağlık hizmeti almak isteyen hasta bireyler neredeyse hiç beklemeden istediği tedavi ve hizmeti alabilmektedir. Bununla birlikte hizmet sonrası takip sistemi ile hizmet alan hasta bireyin takip edilmesi sağlık turizminde Hindistan'daki gelişmiş sistemin etkin bir yönüne işaret etmektedir (Tontuş, 2015).

Türkiye ve Hindistan ülkeleri için sağlık turizminde güçlü yönlerin yanında zayıf kalan bazı yönler de mevcuttur. Bunlardan ilki ülkedeki sağlık kuruluşları arasındaki mevcut kalite farklılıklarının varlığıdır. Bu durum sağlık turizmi açısından her iki ülke içinde zayıf bir yön olarak nitelendirilebilir. Yine kalite farklılığının yanı sıra fiyatlandırmadaki ciddi farklılarda önemli bir noktaya işaret etmektedir (Tuncel, 2019). Yine Türkiye'de termal turizm, turlar ve medikal turizmin birlikte sunulamaması durumu söz konusudur (Şengül ve Bulut, 2019). Bu durum Hindistan için geçerli değildir. Bu noktada entegre tesisleri ile hem ileri teknoloji destekli sağlık hizmetleri hem de turistik çeşitli hizmetler sunan Hindistan alanında öncü bir ülkedir (Tontuş, 2015). Türkiye sağlık turizmi alanındaki tesisleşme ve sunulan bütüncül hizmetler noktasında zayıf bir yöne sahiptir (Soysal, 2017).

Türkiye ve Hindistan ülkelerinin özellikle büyük şehirlerinde görülen yüksek suç oranları sağlık turistleri açısından risk teşkil etmektedir (Kadioğlu ve Sümen, 2021). Çeşitli suçlara karşı geliştirilen yasal düzenlemelerde uygulama noktasında aksaklıklar mevcuttur. Bu durum her iki ülke açısından dezavantaj oluşturmaktadır (Mert, 2013).T Yine Türkiye sağlık turizmi alanındaki reklam, tanıtım ve iletişim çalışmaları yönünden de Hindistan'a göre geri planda kalmaktadır (Tontuş, 2018).

Sağlık turizmi alanında Türkiye ve Hindistan örneği üzerinden sahip olunan güçlü ve zayıf noktalarla birlikte çeşitli fırsatlar ve olası tehditler görülmektedir. İlgili sektördeki en

önemli fırsatlardan biri bilgi ve iletişim teknolojilerinde gelişmeler ve artan küreselleşmedir. Küreselleşme ile ortadan kalkan sınırlar, artan ulaşım trafiği teknolojik gelişmelerinde desteği ile giderek yaygınlaşmaktadır. Bu nokta reklam, tanıtım, iletişim ve ulaşım gibi alanlarda sağlık turizmi için çeşitli fırsatlar sunmaktadır (Mudur, 2004).

Tüm dünyada geleneksel tıp alanındaki uygulamalara olan ilgi ve güven artmaktadır. Bu konu özellikle geleneksel tıp alanında oldukça geniş bir kültür ve uygulamaya sahip olan Hindistan için önemli bir fırsat oluşturmaktadır. Hindistan’da Unani, Siddha, Homeopati, Ayurvedik Tıp, Yoga ve Naturopati gibi geleneksel tıp uygulamalarındaki başarının artması sonucu taleplerde de artışlar görülmektedir (Adam ve ark., 2018). Son yıllarda Türkiye’de de geleneksel tıp uygulamaları kamu aracılığıyla sunulmaya başlanmıştır. Geleneksel tıp uygulamaları Türkiye içinde sağlık turizmi alanında gelişim fırsatları sunmaktadır (İçöz, 2009).

Bunlarla birlikte sağlık turizmi alanında devlet desteklerinin ve teşviklerinin artması söz konusudur. Hindistan sağlık turizmi gelirleri ve yapılan kolaylıklar neticesinde son yıllarda büyük artışa göstermiştir. Devlet destekli yaptırımlar, vize kolaylığı ve fiyat uygunluğu bu artışı desteklemektedir. Devlet tarafından hem devlet hem de özel sağlık kuruluşlarının desteklenmesine yönelik geliştirilen sağlık politikaları sağlık turizminin gelişiminde her iki ülke açısından da fırsatları beraberinde getirmektedir (Akbolat ve Deniz, 2017)

Sağlık turizminde sunulan sağlık hizmetlerinde görülebilen yanlış tıbbi uygulamalar noktasında istenilen seviyeye gelinmemiş olup gerekli hassasiyet gösterilmeme ve kalite standardının tam olarak uygulamaması hem Türkiye hem de Hindistan açısından tehdit oluşturmaktadır. Yine sunulan sağlık hizmetlerinin fiyatlandırmasında dövize endeksli uygulama sebebiyle maliyetlerin artması bir diğer olumsuzluğu ortaya koymaktadır (Tuncel, 2019). Savaş ve pandemi gibi tüm dünyayı büyük ölçekte etkileyebilecek olası olumsuz koşullar yine her iki ülke içinde bir tehdit unsuru barındırmaktadır. Bunlarla birlikte artan küresel rekabet ve sağlık turizmi alanında hızla gelişen diğer rakip ülkeler Türkiye ve Hindistan sağlık turizminin gelişiminin önünde bir engel oluşturmaktadır. Yine Türkiye ölçeğinde zayıf koordinasyon, dil ve iletişim sorunları, yüksek teknolojik araç gereçlerin eksikliği ve yasal düzenlemeler sağlık turizmi alanındaki gelişimin önünde birer tehdit unsuru olarak nitelendirilebilir (Mert, 2013).

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmadan elde edilen sonuçlara göre hem Türkiye'nin hem de Hindistan'ın sağlık turizmi alanında güçlü ve zayıf yönleri sahip olduğu görülmüştür. Bunlarla birlikte her iki ülkenin sağlık turizmindeki gelişiminde yararlanabileceği olası fırsatlar ve çeşitli tehditler ortaya konulmuştur. Bu yönlerin ortaya konulması tüm dünyada büyük bir pazara sahip olan sağlık turizmi alanında bu iki ülkenin rekabet edebilmesinde etkili bulgular ortaya koymuştur.

Yapılan araştırmadan elde edilen sonuçlara göre hem Türkiye'nin hem de Hindistan'ın gelişmiş sağlık sistemlerine sahip oldukları görülmüştür. Özellikle sağlık turizmi alanındaki girişimler hem devlet hem de özel girişimler eliyle yürütülmektedir. Ayrıca her iki ülkede de sağlık turizmi alanındaki hizmet ve girişimler devlet tarafından desteklenmektedir. Bu durum her iki ülkenin de sağlık turizmi açısından güçlü ve avantajlı bir yönünü temsil etmektedir (Adam ve ark., 2018). Yapılan genel SWOT analizi neticesinde ortaya konulan güçlü ve zayıf yönler; fırsatlar ve tehditler neticesinde her iki ülke içinde sağlık turizmi alanında yapılabilecek iyileştirmeler noktasında geliştirilen öneriler şu şekildedir;

- Türkiye'de sahip olduğu sağlık turizmi alanının geliştirilmesinde etkisi olan doğal kaynaklarını daha etkin ve entegre tesislerle geliştirebilir.
- Türkiye, sahip olduğu konum ve komşu ülkeler gereği olası güvenlik sorunları bağlamında daha güvenilir bir ortam sağlamaya yönelik politikalar geliştirebilir. Bu tür güvenlik sorunları kaynaklı olarak sağlık turizmi olumsuz yönde etkilenebilmektedir.
- Türkiye, yabancı dil bilen sağlık personeli sayısını arttırabilir.
- Türkiye, sağlık turizmi alanında maliyetleri dengeleyici politikalar geliştirebilir.
- Türkiye, Hindistan örneğinde olduğu gibi sağlık turizmi alanında uluslararası ofisler açabilir.
- Türkiye, olası savaş, pandemi ve doğal felaketler bakımında sağlık turizmi alanına yönelik acil destek politikaları geliştirebilir.
- Türkiye geleneksel tedavi yöntemleri noktasında tanınırlığını artırmaya yönelik çalışabilir.
- Türkiye, sağlık turizmini destekleyecek devlet politikaları geliştirebilir.
- Türkiye, JCI sertifikasına sahip sağlık kuruluşu sayısını arttırabilir.
- Türkiye'de turistik bölgelerde yer alan otellerle entegre sağlık hizmetleri sunulabilir.

- Hindistan, sağlık turizmi y6n6nde 6lkeye karşı g6vensizlik oluşturabilecek g6venlik sorunlarının 66z6m6 i6in 6eşitli politikalar geliştirebilir.
- Hindistan, entegre sağlık tesislerinde sağlık turistlerini olumsuz y6nde etkileyebilecek turistik gezileri yeniden d6zenleyebilir.
- Hindistan, JCI sertifikasına sahip sağlık kuruluşu sayısını arttırabilir.
- Hindistan sağlık hizmetlerine ilişkin farklı kalite standartlarını d6zenleyecek politikalar geliştirebilir.
- Hindistan su6 oranlarını azaltılmasına y6nelik 6nlemler alabilir.
- Hindistan, belirli b6lgelerde toplanan sağlık turizmi hizmetlerini 6lke geneline yayacak girişimlerde bulunabilir.
- Hindistan, olası savaş, pandemi ve doğal felaketler bakımında sağlık turizmi alanına y6nelik acil destek politikaları geliştirebilir.

7. KAYNAKLAR

- Acar, Y. (2020). Yeni koronavirüs (Covid-19) salgını ve turizm faaliyetlerine etkisi. *Güncel Turizm Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 7-21.
- Adam, H. N., Kjosavik, D. J. and Shanmugaratnam, N. (2018). Adaptation trajectories and challenges in the Western Ghats: A case study of Attappady, south India. *Journal of rural studies*, 61, 1-11.
- Akbolat, M. ve Deniz, N. G. (2017). Türkiye’de medikal turizmin gelişimi ve bazı ülkelerle karşılaştırılması. *Uluslararası Global Turizm Araştırmaları Dergisi*, 1 (2), 123–139.
- Akbulut, G. (2010). Türkiye’de kaplıca turizmi ve sorunları. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 9 (1), 35 – 54.
- Akdağ, R. (2008). *Türkiye sağlıkta dönüşüm programı ilerleme raporu*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Yayını.
- Akdur, H. (2003). Ev kadınlarının ve çalışan kadınların fiziksel aktive düzeylerinin araştırılması. *İstanbul Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, 3.
- Aksu, C. ve Aktuğ, E. (2011). “Güney Ege Bölgesi termal turizm araştırması”, Güney Ege Kalkınma Ajansı, ss. 1-42
- Albayrak, Ç. ve Güçlü, A. (2020). Şehir hastanelerinin sağlık turizmine etkisinin SWOT analizi ile değerlendirilmesi. *Aydın Sağlık Dergisi*, 6(2), 139-153.
- Almati Bildirgesi (1978)
- Altay, A. (2007). Sağlık hizmetlerinin sunumunda yeni açılımlar ve Türkiye açısından değerlendirilmesi. *Sayıştay Dergisi*, (64), 33-58.
- Altsoy, S. ve BOZ, İ. T. (2019). Medikal turizm alanında faaliyet gösteren hastanelerdeki mevcut sorunlar ve çözüm önerileri. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 22(1), 113-134.
- Altundağ, H. (2009). Tüm adaylar için KPSS genel kültür-genel yetenek, coğrafya, Türkiye’nin ekonomik coğrafyası, 8. Türkiye’de Turizmi, Ankara
- An-Deva Sağlık Grubu (2004). İkinci Antalya sağlık zirvesi sonuç bildirgesi.
- Arslan, E. (2018). *Sağlık turizminde Türkiye’nin son 5 yılda dünya ülkeleri içindeki konumu ve gelişmesi* (master's thesis, Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Aslan Ö, Gün İ, Kurtuluş AS. (2018). Bütünleşik SWOT Analizi-AHP Analizi: Türkiye sağlık turizmi uygulaması, *Social Sciences Studies Journal*, 4 (23), 4716- 4730.
- Aslanova, K. (2013). Türkiye’de sağlık turizmi ve sağlık turizmi hukuku. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*. 2 (3), 129 – 145.
- Atasever, M. (2014). *Türkiye sağlık hizmetlerinin finansmanı ve sağlık harcamalarının analizi 2002-2013 dönemi*. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı.
- Avcı, S. ve Kamil Uslu (2022) JCI sağlık standartlarının akreditasyonunun Türkiye’ de uygulanmasında üniversite ve devlet hastanelerinin hizmet kalitesinin incelenmesi. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 23(1), 279-297.
- Aydemir Atay, A. (2019). Uluslararası termal sağlık turizmi potansiyelinin arttırılmasında stratejik pazarlama planlaması: Pamukkale Karahayıt termal turizm bölgesi için bir araştırma (master's thesis, Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimleri Enstitüsü)
- Aydın, N. ve Yılmaz, A. (2010). Yapılandırıcı yaklaşımın öğrencilerin üst düzey bilişsel becerilerine etkisi. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 39(39), 57-68.

- Aydın, O. (2012). Türkiye’de alternatif bir turizm; sağlık turizmi. *Karamanoğlu Mehmet Bey Üniversitesi Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, (2), 91–96.
- Azhar, G. S. and Jilani, A. Z. (2009). Future of community medicine in India, *Indian journal of community medicine: Official Publication of Indian Association of Preventive and Social Medicine*, 34 (3), 266 – 267.
- Bankaoğlu, E. (2013). Hasta memnuniyetinin kurumsal imaj üzerindeki etkisi: Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi üzerine bir araştırma. Yüksek Lisan Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya.
- Barca, M., Akdeve, E. ve Balay, İ. G. (2013). Türkiye sağlık turizm sektörünün analizi ve strateji önerileri. *İşletme araştırmaları dergisi*, 5(3), 64-92.
- Berenson, D. Correll, N., Bekris, K. E., Brock, O., Causo, A., Hauser, K., ... and Wurman, P. R. (2016). Analysis and observations from the first amazon picking challenge. *IEEE Transactions on Automation Science and Engineering*, 15(1), 172-188.
- Bhatia, M. (2015). The German health care system, International profiles of health care systems.
- Bhatia, S. (2016). Nanoparticles types, classification, characterization, fabrication methods and drug delivery applications. *natural polymer drug delivery systems: Nanoparticles, Plants, and Algae*, 33-93.
- Blümel, M. and Busse, R. (2015). The German health care system, 2015. International profiles of health care systems, 69-76.
- Boz, M. (2004). Turizmin gelişmesinde alternatif turizm pazarlamasının önemi, yayınlanmamış doktora tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Budak, F. ve Korkmaz, Ş. (2020). COVID-19 pandemi sürecine yönelik genel bir değerlendirme: Türkiye örneği. *Sosyal Araştırmalar ve Yönetim Dergisi*, (1), 62-79
- Bulut, A. ve Şengül, H. (2019). Dünyada ve Türkiye’de sağlık turizmi, *Yönetim, Ekonomi ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, 3 (1), 45-62.
- Cabi, A. (2020). Turizm türlerine profesyonel yaklaşım, 157.
- Canver, Ş. S. (2015). Kamu ve özel hastane çalışanlarının sağlık turizmine ilişkin algılarının değerlendirilmesi, yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Cebecioğlu, C. (2006). SWOT analizi ve bir işletme üzerinde uygulaması. yayınlanmamış yüksek lisans tezi. Gebze Yüksek Teknoloji Enstitüsü Sosyal Bilimler Enstitüsü. Gebze.
- Cevahir, E. (2016). *Türkiye’de sağlık sisteminin dönüşümü: toplumsal yansıma örnekleri*. İstanbul: Kibele Yayınları.
- Chinai, R. And Goswami, R. (2007). Medical visas mark growth of Indian medical tourism. *Bulletin of the World Health Organization*, 85, 164-165.
- Connell, J. (2006). Medical tourism: Sea, sun, sand and... surgery. *Tourism management*, 27(6), 1093-1100.
- Çamlıca, T. ve Akbelen Kartal, H. (2021). Hemşirelik eğitiminin tarihsel gelişimi. *Türkiye Klinikleri J Med Ethics*, 29(1), 142-7.
- Çevik, S. (2018). *Termal turizm işletmelerinde hizmet kalitesinin ölçülmesi: Güneydoğu Anadolu Bölgesi örneği* (Batman Üniversitesi).
- Çevik, N. K. ve Yüksel, O. (2019). Türkiye, Almanya ve Hindistan Sağlık Sistemleri karşılaştırmalı bir analiz. *Balkan Sosyal Bilimler Dergisi*, 8 (16), 209–218.
- Çınar, F. ve Özkaya, B. (2020). Koronavirüs (COVID-19) pandemisinin medikal turizm faaliyetlerine etkisi. *Sağlık ve Sosyal Refah Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 35-50.

- Daştan, İ. (2014). Türkiye’de sağlık turizmi: Türkiye ve özelinde İzmir’de sağlık turizminin mevcut durum analizi ve strateji önerileri. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*. 6 (10), 143 – 163.ch
- Daştan İ. ve Çetinkaya V. (2015). OECD Ülkeleri ve Türkiye’nin sağlık sistemleri, sağlık harcamaları ve sağlık göstergeleri karşılaştırması.
- De Arellano, A. B. R. (2007). patients without borders: the emergence of medical tourism. *International Journal of Health Services*. 37 (1), 193 – 198.
- Dedeoğlu, B. Z. (2021). Sağlık turizminin ekonomik boyutu: Türkiye ve Singapur karşılaştırması. İstanbul Medipol Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Değirmenci, A. İ. (2010). *Türkiye’de uygulanan yalıtım tekniklerinin araştırılmasında termal kameranın etkin biçimde kullanılması* (Doctoral dissertation, Sakarya Üniversitesi).
- Demirer, E. Ö. (2010). *Türkiye’de medikal turizm ve geliştirilmesi: örnek bir araştırma* (master's thesis, Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Deniz, N. G. (2019). Türkiye de medikal turizmin gelişimi ve bazı ülkelerle karşılaştırılması (Doctoral dissertation, Sakarya Üniversitesi)
- Deniz, T. (2014). Uluslar arası göç sorunu perspektifinde Türkiye. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 181(181), 175-204.
- Devlet Planma Teşkilatı (1963).
- Dinçer, M. Z., Aydoğan Çiğçi, M. ve Karayılan, E. (2016). Gelişmekte olan ülkelerde medikal turizm: Türkiye'nin Tayland, Malezya ve Hindistan'a göre potansiyelinin değerlendirilmesi. *Sosyal Bilimler Dergisi/Journal of Social Sciences*, 40(1).
- Doğan, B. B. ve Aslan, A. (2019). Türkiye’de sağlık turizminin mevcut durumu ve ülke ekonomisine katkıları. *Dicle Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 9 (18), 390–418.
- DPT (1995). Sosyal güvenlik özel ihtisas komisyonu raporu. Yayın No:2420 ÖİK:479, Ankara.
- DPT (1996). Türkiye’de Sosyal Güvenlik Kurumlarının sorunları ve çözüm önerileri, Ankara
- Eren N. ve Öztekin Z.A.(1997). Halk sağlığının gelişmesi, Ed. Bertan M., Güler Ç., Halk Sağlığı Temel Bilgiler Kitabından, Ankara.
- Fişek N.H.” Halk sağlığına giriş”; Hacettepe Üniversitesi-Dünya Sağlık Örgütü Hizmet Araştırma ve Araştırmacı Yetiştirme Merkezi Yayını No:2 Çağ Matbaası Ankara,1983
- Garcia-Altes, A. (2005). The development of health tourism services. *Annals of Tourism Research*. 32 (1), 262 – 266.
- Gediktaş Bozkurt, E. (2012). *Sağlık çalışanlarının hastane, hasta, kalite, hasta güvenliği ve riske bakış açısının metafor analizi ile değerlendirilmesi* (Doctoral dissertation, DEÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü).
- Goering, L. (2008). Chicago tribune. Retrieved January, 15, 2014.
- Goyal, A. (2014). Innovations in services marketing and management: Strategies for Emerging.
- Güleş, H.K. ve Özata, M. (2005), Sağlık Bilişim Sistemleri, Nobel Yayınevi, Ankara
- Gülmez, Z. ve Köse, K. A. (2012). Türkiye’de ve Dünya’da sağlık turizmi ve çeşitleri: sağlık turizminin ülkemizdeki mevcut durumu ve bazı ülkelerle kıyaslanması.
- Gündüz F. veYavuz, H. B. (2019). Türkiye’nin sağlık turizmi talebini etkileyen faktörlerin analizi: Çekim modeli yaklaşımı. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, (17), 717-740.

- Gürsoy Y., Akgöz E., Topuz Ç. (2017). Giresun İli sağlık turizmi potansiyelinin değerlendirilmesi, *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*.
- Hall, C. M. (2011). Health and medical tourism: kill or cure for global public health?. *Tourism Review*. 66 (1/2), 4 – 15.
- Harrant, P., (2003). Hospital cooperation in border regions in Europe presentation of the results of hope study, free movement and cross-border cooperation in Europe: The Role of Hospitals and Practical Experiences in Hospitals, Luxembourg: Entente des Hospitaux Luxembourgeois.
- Hazarika, L. K., Bhuyan, M. and Hazarika, B. N. (2009). Insect pests of tea and their management. *Annual Review of Entomology*, 54, 267-284
- Hopkins, L., Labonté, R., Runnels, V. and Packer, C. (2010). Medical tourism today: What is the state of existing knowledge?, *Journal of Public Health Policy*. 31, 185 – 198.
- İbret, B. Ü. (2013). Türkiye’de yeni gelişen bir termal turizm merkezi: Çavundur Kaplıcası. *Atatürk Üniversitesi Kazım Karabekir Eğitim Fakültesi Doğu Coğrafya Dergisi*. 18, 135 – 164.
- İçöz, O. (2009). Sağlık turizmi kapsamında medikal (tıbbi) turizm ve Türkiye’nin olanakları. *Journal Of Yasar University*, 4(14).
- İlban, M. O., Köroğlu, A. ve Bozok, D. (2008). Termal turizm amaçlı seyahat eden turistlerde destinasyon imajı: Gönen örneği. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*. 13, 105 – 129.
- JCL-Joint Commission International (2022a) [https://www.jointcommissioninternational.org/who-we-are/accredited-organizations/#sort=%40aoname%20ascendingf:@aocountry=\[Turkey\]](https://www.jointcommissioninternational.org/who-we-are/accredited-organizations/#sort=%40aoname%20ascendingf:@aocountry=[Turkey])
- JCL-Joint Commission International (2022b) [https://www.jointcommissioninternational.org/who-we-are/accredited-organizations/#sort=%40aoname%20ascendingf:@aocountry=\[India\]](https://www.jointcommissioninternational.org/who-we-are/accredited-organizations/#sort=%40aoname%20ascendingf:@aocountry=[India])
- Kadioğlu, Y. ve Sümen, H. (2021). Türkiye’de sağlık turizmi kapsamında medikal turizm ve ekonomi yönü: İstanbul örneği.
- Kasapoğlu, A. (2016). Türkiye’de sağlık hizmetlerinin dönüşümü. *Sosyoloji Araştırmaları Dergisi*, 19(2), 131-174.
- Kayhan, E. M. (2018). *Türkiye’ye sağlık turizmi kapsamında başvuran hastaların tercihlerini etkileyen faktörlerin incelenmesi*(master's thesis, İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü)
- Kiremit, A. Ş. (2008). Turizmin gelişiminde bir alternatif olarak medikal turizm: bir sağlık kuruluşunda araştırma, yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
- Koday, Z., Koday, S. ve Kaymaz, Ç. K. (2017). Dünyadaki bazı önemli boğazlar ile kanalların coğrafi özellikleri ve jeopolitik önemleri. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 21(3), 879-940.
- Kördeve, M. K. (N.D.). Sağlık turizmine genel bir bakış ve Türkiye’nin sağlık turizmindeki yeri. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 2(1).
- Leahy, A. L. (2008). Medical tourism: the impact of travel to foreign countries for healthcare. *Surgeon*. 6 (5), 260–261.
- Lunt, N. ve Carrera, P. (2010). medical tourism: assessing the evidence on treatment abroad. *Maturitas*. 66 (1), 27–32.
- Maheshwari, S., ve Kiran, V. S. (2009). Cardiac care for the economically challenged: What are the options?. *Annals of Pediatric Cardiology*, 2(1), 91.

- Mendelson, D. ve Schwartz, W. (1993). The effects of aging and population growth on health care costs. *Health Affairs*, 12(1), 119–125.
- Mert, G. (2013). Sağlık turizmi ve uygulanabilirliği . International Anatolia Academic Online Journal Social Sciences Journal , 1 (1) , 103-126 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/en/pub/iaaoj/issue/36917/422373>
- Mudur, G. (2004). Hospitals in India woo foreign patients, *British Medical Journal*, 328 (7452), 1338.
- OECD (2019). Elderly population. <https://data.oecd.org/pop/elderly-population.htm>,
- Oğuz, Ç. A. M. ve Çılgınoğlu, H. Sağlık turizmi kapsamında medikal turizmde öne çıkan sağlık uygulamaları. *Oğuzhan Sosyal Bilimler Dergisi*, 3(2), 197-216.
- Ongun, B. (2013). Turizm ve sağlık turizmi (Denizli örneği). Sosyal Bilimler Enstitüsü.
- Orhaner E. (2006). Türkiye’de sağlık hizmetleri finansmanı ve genel sağlık sigortası.
- Öcal T. (2011). Niğde’de planlanan termal turizm kaynaklarına bir örnek: Nargöl. *Marmara Coğrafya Dergisi*. 24, 287 – 311.
- Özan, M. B., Polat, H., Gündüzalp, S. ve Yaraş, Z. (2015). Eğitim kurumlarında SWOT analizi. *Turkish Journal of Educational Studies*, 2(1), 1-28.
- Özbek T. (1991). Dünya’da ve Türkiye’de termal turizmin önemi.
- Özdemir, O. (2003). Sağlık reformu sürecinde türkiye ve avrupada birinci basamak sağlık hizmetlerinin değerlendirilmesi.
- Özer, Ö. ve Songur, C. (2012). Türkiye’nin dünya sağlık turizmindeki yeri ve ekonomik boyutu. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4(7), 69–81.
- Özeren, M. (2019). *Turizm paydaşlarının bakış açılarıyla engelli turizmi: Konya örneği*, (Necmettin Erbakan Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Özsarı, S. H. ve Karatana, Ö. (2013). Sağlık Turizmi Açısından Türkiye’nin Durumu. *Journal of Kartal Training and Research Hospital/Kartal Eğitim ve Arastırma Hastanesi Tıp Dergisi*, 24(2).
- Öztekin, Z. (2006). Sağlıkta dönüşüm ve aile hekimliği. *Toplum Hekimliği Bülteni*, 25 (2), 1–6.
- Öztürk, H. (2007). *Sağlık hizmetlerinin pazarlanmasında markanın önemi* (Doctoral dissertation, Marmara Üniversitesi)
- Öztürk, Y. E. And Özata, M. (2010). Hastanelerde dış kaynak kullanımı. *Eğitim Akademi Yayınları, Konya*.
- Rotem, E., Loinger, A., Ronin, I., Levin-Reisman, I., Gabay, C., Shores, N., Biham, O. and Balaban, N. Q. (2010). Regulation of phenotypic variability by a threshold-based mechanism underlies bacterial persistence. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 107(28), 12541–12546.
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı (2016): <https://saglikturizmi.saglik.gov.tr/TR,184/tarihcemiz.html>
- Sağlık Bakanlığı. (2008). Türkiye sağlıkta dönüşüm programı değerlendirme raporu
- Sağlık Bakanlığı, (2016). Türkiye güçlü yönler
- Sağlık Bakanlığı. (2022a). Ülkenin sağlık koşulları.
- Sağlık Bakanlığı. (2022b). Amerika Birleşik Devletleri.
- Sağlık Bakanlığı. (2022c). <https://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/SaglikBilgisi/GB>.
- Sağlık Bakanlığı. (2022d). <https://www.seyahatsagligi.gov.tr/Site/SaglikBilgisi/DEU>.
- Sağlık İstatistikleri Yıllığı (2022)
58. Hükümet Acil Eylem Planı, 2003

- Sandıkçı, M. ve Özgen, Ü. (2013). Afyonkarahisar İlinin termal turizm açısından SWOT analizi ile değerlendirilmesi. *Uşak Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 6 (3), 51 – 79.
- Sargutan, E. (2005). Karşılaştırmalı sağlık sistemleri yaklaşımı kavram, metot ve uygulamalar. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8 (1), 81–111.
- Sheppard, C. E., Lester, E. L. W., Karmali, S., De Gara, C. ve Birch, D. W. (2014). The Cost of Bariatric Medical Tourism on the Canadian Healthcare System. *The American Journal of Surgery*, 207, 743 – 747.
- Singh, S.P. and Ghosh, M. (2005). A review on phytoremediation of heavy metals and utilization of it's by products. *Asian J Energy Environ*, 6(4), 18.
- Soysal A. (2017). Sağlık turizmi: tehdit ve fırsatlar bağlamında Türkiye açısından bir durum değerlendirmesi.
- Stumbo, N. J. ve Pegg, S. (2005). Travelers and tourists with disabilities: a matter of priorities and loyalties. *Tourism Review International*, 8(3), 195–209.
- Şahin, O., Odabaşı, O., Aliyev, T. ve Tatar, B. (2019). Risk factors of medication-related osteonecrosis of the jaw: a retrospective study in a Turkish subpopulation. *Journal of the Korean Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 45 (2), 108–115.
- Şahin, Ö. U. ve Şahin, M. (2018). Türkiye'de sağlık turizminin potansiyeli ve geleceği: SWOT analizi. *Journal of Awareness*, 3(5), 287-300.
- Şengül, H. ve Bulut, A. (2019). Sağlık turizmi çerçevesinde Türkiye’de termal turizm; bir SWOT analizi çalışması. *Estüdam Halk Sağlığı Dergisi*, 4 (1), 55–70.
- T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü Resmi İnternet Sitesi. <http://yigm.kulturturizm.gov.tr/TR,11479/turkiyede-saglik-ve-termal-turizm.html>. Kültür ve Turizm Bakanlığı: <https://yigm.ktb.gov.tr/TR-9874/av-turizmi.html>
- Taş, B. (2012). Afyonkarahisar İlinde termal turizmin gelişimi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Fen – Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 26, 139 – 152.
- Tontuş, H.Ö.(2015). Tüm yönleriyle sağlık turizmi ülkeler.
- Tontuş, H. Ö. (2017). Asya / Güney Asya / Hindistan, *Sağlık Turizm (SATURK) Kurulu*, Ankara.
- Tontuş H.Ö. (2018). Sağlık turizmi tanıtımı ve sağlık hizmetlerinin pazarlanması ilkeleri üzerine değerlendirme.
- Tuncel, N. G. (2019). *Hasta hakları ile çalışan hakları içerisinde hekim haklarının birbirini etkileyen faktörlerinin tıp etiği açısından analizi: hekim görüşler*.
- Turna, B., Umul, M., Demiryoguran, S., Altay, B. ve Nazli, O. (2007). How do increasing stone surface area and stone configuration affect overall outcome of percutaneous nephrolithotomy? *Journal of Endourology*, 21(1), 34–43.
- TÜİK, http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1072
- TÜİK, <https://biruni.tuik.gov.tr/medas/?kn=74&locale=tr>
- TÜİK: (2019).Yıllık gayrisafi yurt içi hasıla, <https://tuikweb.tuik.gov.tr/pre-haberbultenleri.do?id=33671>
- TÜİK (2021). Sağlık harcamaları istatistikleri, <https://data.tuik.gov.tr/Bulten/Index?p=Saglik-Harcamaları-Istatistikleri-2021-45728>
- Türk, M. ve Ertaş, F. C. (2018). Bulanık zamana dayalı faaliyet tabanlı maliyet sistemi: bir hastane uygulaması. *Journal of Accounting and Taxation Studies (JATS)*.
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2013). Türkiye medikal turizm değerlendirme raporu, Ankara.

- Türkiye Turizm Yatırımcıları Derneği (2021). Yabancı ziyaretçi sayısı ve turizm gelirinin yıllara göre dağılımı, <http://ttyd.org.tr/>
- Türksoy, A. ve Türksoy, S. S. (2010). Termal turizmin geliştirilmesi kapsamında çeşme ilçesi termal kaynaklarının değerlendirilmesi. *Ege Akademik Bakış Dergisi*, 10 (2), 701 – 726.
- Uğurluoğlu, Ö. ve Çelik, Y. (2005). Sağlık sistemleri performans ölçümü, önemi ve dünya sağlık örgütü yaklaşımı. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi*, 8(1), 3–29.
- Urhan, B. ve Etiler, N. (2011). Sağlık sektöründe kadın emeğinin toplumsal cinsiyet açısından analizi. *Çalışma ve Toplum*, 2(29), 191–215.
- USHAŞ (2022). Sağlık turizmi verileri. <https://www.ushas.com.tr/saglik-turizmi-verileri/>
- Ünal Ankaya, F. , Yazıcı, K. , Balık, G. ve Gülgün Aslan, B. (2018). Dünyada ve türkiye’de ekoturizm, sosyal-kültürel ve ekonomik katkıları . *Ulusal Çevre Bilimleri Araştırma Dergisi* , 1 (2) , 69-72 . Retrieved from <https://dergipark.org.tr/tr/pub/ucbad/issue/38487/446933>
- Üstün, U. ve Uslu, Y. D. (2022). Türkiye’nin sağlık turizminde tercih edilme nedenleri üzerine bir çalışma: medikal turizm endeksi. *Avrupa Bilim ve Teknoloji Dergisi*, (33), 344-353.
- Wellness Industry Statistics and Facts, Global Wellness Institute: <https://globalwellnessinstitute.org/press-room/statistics-and-facts>
- Wellness: Well-Being: Esenlik, Sağlık ve Doğal Terapiler Derneği: <http://www.saglikterapi.org/wellness>
- Wong, B. K. M. and Hazley, S. A. S. (2020). The future of health tourism in the industrial revolution 4.0 era. *Journal of Tourism Futures*.
- World Tourism Organization (UNWTO), <https://www.e-unwto.org/doi/pdf/10.18111/9789284421152>
- www.ab.gov.tr
- Yalçın, B. (2013). Antalya İli sağlık turizmi potansiyeli araştırması. Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı Doktora Tezi.
- Yan, C., Zhu, P., Jia, H., Du, Z., Zhu, J., Orenstein, R., Cheng, H., Wu, N., Dirican, M. ve Zhang, X. (2020). Garnet-rich composite solid electrolytes for dendrite-free, high-rate, solid-state lithium-metal batteries. *Energy Storage Materials*, 26, 448–456.
- Yaşar S. (2017) İşçi Sigortaları Kurumunun kuruluşu, Sosyal Güvenlik Dergisi Cilt 7, Sayı 2.
- Yat Limanları”, Kültür ve Turizm Bakanlığı: <https://yigm.ktb.gov.tr/TR-11527/yat-limanlari.html>
- Yavuz, M. C. (2018). *Türkiye’de sağlık turizmi hizmetleri algısının hasta ve müşteri memnuniyeti üzerine etkisi: İç Anadolu Bölgesi Örneği* (master's thesis, İstanbul Gelişim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Yıldırım, Y. ve Kavuncubaşı, Ş. (2020). The evaluation of health service quality that elderly foreign residents receive in Türkiye and their own countries: the case of Alanya. *International Journal of Early Childhood Special Education (INT-JECSE)*, 29 (5), 935.
- Yılmazdoğan, O. C. ve Temizkan, S. P. (2014). Otel internet sitelerinde engelli bireylerin ihtiyaçlarına yönelik bilgilerin varlığı üzerine bir araştırma, *Gazi Üniversitesi Turizm Fakültesi Dergisi*, 2, 159-172.
- Zerenler, M. ve Adem, Ö. (2007). Sağlık sektöründe algılanan hizmet kalitesi ve hastane tercih nedenleri araştırması: Konya Örneği. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 18, 501–519.



8. EKLER

Ek-1: Etik Kurul Kararı



T.C.
NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü

Sayı : E-12866609-300-145201

21.01.2022

Konu : Mehmet Berat
BÜYÜKSİRİT (Tez
ProjeÖnerisi)

SAĞLIK BİL. ENST. SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Enstitü Yönetim Kurulumuzun 19.01.2022 tarih ve 02/11 sayılı karar sureti
aşağıya çıkarılmıştır. Bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Karar No: 11. Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı öğretim üyelerinden Doç. Dr. Aydan YÜCELER'in danışmanlığını yürüttüğü 198412011009 numaralı yüksek lisans öğrencisi Mehmet Berat BÜYÜKSİRİT'in “**Türkiye ve Hindistan’ın Sağlık Turizmi Faaliyetlerinin Karşılaştırılması**” başlıklı tez proje önerisinin uygun olduğuna, danışman öğretim üyesi ve öğrenciye bildirilmesine,

Oy birliği ile karar verildi.

Prof. Dr. K.Esra
NURULLAHOĞLU ATALIK
Enstitü Müdürü

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu : 0IHL-LHVM-0050 Belge Doğrulama Adresi : <https://ebysorgu.erbakan.edu.tr>Adres:

Meram Tıp Fakültesi Dekanlığı Morfoloji Binası, 42080, Meram / KONYA

Bilgi İçin :Hakan GÜMÜŞCAN

Telefon No : 0 332 223 7954
e-Posta :

Fax No : 0 332 223 7952
İnternet Adresi :
<http://www.erbakan.edu.tr>

Bilgisayar İşletmeni
Telefon No:0 332 223 7954

