

T.C.

OKAN ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ

**KAMU VE ÖZEL HASTANE ÇALIŞANLARININ
SAĞLIK TURİZMİNE İLİŞKİN ALGILARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Şebnem Sevtap CANVER

DANIŞMANI

Yrd. Doç. Dr. Erdiñ ÜNAL

İSTANBUL – 2015

T.C.
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK YÖNETİMİ ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS BİTİRME TEZİ

KAMU VE ÖZEL HASTANE ÇALIŞANLARININ
SAĞLIK TURİZMİNE İLİŞKİN ALGILARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ

Şebnem Sevtap CANVER
122009551

DANIŞMANI
Yrd. Doç. Dr. Erdinç ÜNAL

İSTANBUL – 2015

T.C
OKAN ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ



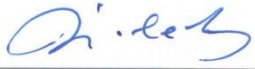
Y Ü K S E K L İ S A N S
T E Z O N A Y I

ÖĞRENCİNİN

Adı ve Soyadı : Şebnem Sevtap Canver Öğrenci No : 122009551
Anabilim/Bilim Dalı : Sağlık Yönetimi Tez Savunma Tarihi : 05.11.2015
Danışman : Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal Tez Savunma Saati : 12.00

Tez Konusu : "Kamu ve Özel Hastane Çalışanlarının Sağlık Turizmine İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi"

TEZ SAVUNMA SINAVI, Lisansüstü Öğretim Yönetmeliği'nin 33.Maddesi uyarınca yapılmış, sorulan sorulara alınan cevaplar sonunda adayın tezinin Kabulü 'ne OYBİRLİĞİ / OYÇOKLUĞUYLA karar verilmiştir.

JÜRİ ÜYESİ	KARAR	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Erdinç Ünal	Kabul	
Prof. Dr. Mithat Kıyak	Kabul	
Prof. Dr. Dilek Öztürk	Kabul	

YEDEK JÜRİ ÜYESİ	KARAR	İMZA
Yrd. Doç. Dr. Onur Yazar		

ÖZET

Sağlık turizmi ülke ekonomisine ve refahına katkı sağlayabilecek önemli bir hizmet ihracıdır. Son yıllarda Türkiye’de de gelişme gösteren sağlık turizmi gerek kamu gerekse özel hastaneler için giderek daha da önemli bir gelir kaynağı ve hizmet alanı olmaktadır. Bu çalışmada sağlık turizmi hizmeti veren kamu ve özel hastane çalışanlarının algı yaklaşım ve düşüncelerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Araştırma evrenini sağlık turizminde hizmet veren iki özel ve kamu hastaneleri birliklerine bağlı iki kamu hastanesinde çalışan toplam 1643 doktor ve hemşireden oluşmaktadır. %95 güven aralığı ile örneklem büyüklüğü 312 olarak belirlenmiştir. Çalışanlara ve hastane yöneticilerine yönelik olarak hazırlanan anketlerden elde edilen veriler SPSS 20 paket programına aktarılarak analiz edilmiştir. Betimleyici istatistikler verildikten sonra karşılaştırmalı analiz için Pearson Chi-Square ve Fisher’s Exact Testi kullanılmıştır.

Katılımcı doktor ve hemşirelerin algı ve düşüncelerine göre hizmet sunumundaki en önemli sorunlar; yabancı dil bilen personelin azlığı ve buna bağlı olarak yabancı hasta ve hasta yakınları ile yaşanan iletişim problemleri, hastanelerinin fiziki alt yapıları (hasta odaları ve bekleme odaları vb.), teknolojik donanımları ve otelcilik hizmetlerinin yetersiz olması olarak sıralanmaktadır. Bu hastanelerin yöneticileri de sorunları benzer olarak tanımlamaktadır. Sağlık turizmi ile ilgili verilen kurum içi eğitim alma durumu ile çalışılan hastane türü arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Ancak iletişim teknikleri, yabancı dil, hasta hakları vb konular da hizmet içi eğitim alan özel hastane çalışanlarından personelin yabancı hastaların tedavi süreçlerinde hasta ve hasta yakınlarıyla iletişimde sorun yaşamadıkları görülürken; kamu hastanesi personelinin daha fazla sorun yaşadıkları tespit edilmiştir. Sağlık turizmi hizmeti veren personelin yabancı dil eğitiminin artırılmasının yaşanan iletişim sorununu azaltacağı düşünülmektedir. İstanbul’da sadece sağlık turizmi hizmeti verecek bir kamu hastanesinin fizibilite araştırmasının yapılması bir öneri olarak ortaya çıkmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık turizmi ve sağlık çalışanları, Sağlık turizminde Özel ve Kamu Hastanesi,

ABSTRACT

THE EVALUATION OF HEALTH TOURISM RELATED PERCEPTION OF PUBLIC AND PRIVATE HOSPITAL EMPLOYEES

The health tourism is a significant service export for the national economy and also could contribute to the prosperity. The health tourism improvement in Turkey in recent years is becoming even more important an income source and service area for either the public or the private hospitals. In this study has aimed to investigation the perception, the approach and the thinking of employees' which provide the health tourism in public and private hospitals.

The population of the investigation has consisted of over-all 1643 doctor and nurse who provide the health tourism in two private hospitals and two public hospitals which affiliated with Public Hospitals Association. The confidence interval has been %95 and the sample size has been 312 determined. The obtained data from the prepared questionnaires as for employees and hospital managers have been analyzed by SPSS 20 software. After given the descriptive statistics the Pearson Chi-Square and the Fisher's Exact Tests have been used for the comparative analysis.

According to the participant doctor and nurses perception and thinking the most significant problems in service providing are aligned as lack of employees who knows foreign languages and accordingly encountered the communication problems with patient and their relatives, the physical infrastructure of the hospitals – patient rooms and waiting rooms etc.-, inadequately technological equipment and the services of the hotel management. Also the hospital managers have described the problems as similar. There was no occurred significant relation between the situation of taking the in-company training regarding to the health tourism and the type of the worked hospital. Merely it was obtained that the private hospital employees have no encountered communication problems during the treatment of patients and patient's relatives when the employees have taken the in-service training issue like communication skills, foreign language, patient rights etc.; it was detected that the employees of the public hospital encountered much more problems. Contemplated that the encountered communication problem would be reduced when the foreign language education increase of the employees who health tourism service provides. The emerging proposal was a feasibility study for a public hospital just for health tourism service providing in Istanbul.

Keywords: Health tourism and health workers, private and public hospitals in health tourism,

ÖNSÖZ

Türkiye’de Sağlık turizmi sunumunda hizmet veren kamu ve özel hastanelerde çalışan personelin sağlık turizmine ilişkin algılarına yönelik hazırlanan bu çalışma da akademik olarak bana desteklerini esirgemeyen Prof. Dr. Yıldır Atakurt ve Yrd. Doç. Dr. Gülzade Uysal’a her seferinde bana başka bir bakış açısı sunan bana yol gösteren ve sonuca ulaşmamda büyük emeği olan danışmanım Yrd. Doç. Dr. Erdiñ Ünal’a,

Manevi desteklerini hiçbir zaman esirgemeyen aileme ve merhum babam H. Zeki Canver’e sonsuz teşekkür ederim.



BEYAN

Bu çalışmanın, kendi tez çalışmam olduğunu, tezde kullanılan bilgileri etik kurallar içinde elde ettiğimi, daha önce üretilmiş olan ve yararlandığım bütün bilgi, fikir ve yorumları akademik kurallar içinde kullandığım ve kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

şebnem Sevtap Canver



İÇİNDEKİLER

ÖZET	ii
ABSTRACT.....	I
ÖNSÖZ	II
BEYAN	III
TABLolar	VI
ŞEKİLLER	XIII
HARİTALAR	XV
KISALTMALAR.....	XVI
1. GİRİŞ	i
2. SAĞLIK TURİZMİ	2
2.1. SAĞLIK TURİZMİ	2
2.2. Sağlık Turizmi Çeşitleri	4
2.2.1. Termal turizm, spa ve wellnes.....	5
2.2.1.1 Termal turizm	5
2.2.1.2. Spa ve wellness turizmi	9
2.2.2. İleri yaş ve engelli turizmi	11
2.2.3. Medikal turizm	12
2.3. SAĞLIK TURİZMİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ.....	14
2.3.1 Günümüz Dünyasında sağlık turizmi.....	17
2.3.2. Avrupa Birliği'nde sağlık turizmi.....	22
2.3.3. Amerika ve diğer ülkelerde sağlık turizmi	28
2.4. Sağlık Turizmi Katılımcılarının Özellikleri	39
2.4.1. Sağlık Turizminin Özellikleri.....	40
2.4.2. Sağlık Turizminin Yararları ve Olumsuz Yönleri	41
2.5. Türkiye'de sağlık turizmi.....	42
2.5.1. Türkiye'de Tedavi Amaçlı Sağlık Turizmi Kapasitesi	44
2.5.2. Türkiye'ye sağlık turizmi için gelenlere ait istatistikî veriler	46
2.5.3. Sağlık Turizminde Türkiye'nin Avantaj ve Dezavantajları	49
2.5.3.1 Türkiye'nin Sağlık Turizminde Avantajları.....	49
2.5.3.2. Türkiye'nin Sağlık Turizminde Dezavantajları	49
2.5.4. Türkiye'de Sağlık Turizminin Swot analizi	49

2.5.5. Sağlık Serbest Bölgeleri, Kamu Hastaneleri ve Özel Hastaneler	51
2.5.6. Türkiye’de Sağlık Turizminde Yaralan İş Gücünün Niteliği	52
3. GEREÇ VE YÖNTEM	55
4. BULGULAR	58
5. TARTIŞMA	143
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	149
KAYNAKÇA.....	154
EKLER.....	162



TABLolar

Tablo 1: Sağlık Turizmi .	4
Tablo 2: Termal Turizm Tesisleri	9
Tablo 3: Bazı Ülkelerde Bulunan Engelli Sayısı,	12
Tablo 4: Medikal Turizmde Öne Çıkan Tedaviler	13
Tablo 5: Sağlık Turizmi Yapan Ülkeler	18
Tablo 6: Sağlık Turizmde Öne Çıkan Ülkelerin Yıllık Hasta Sayılarına ve Elde Ettikleri Gelire Göre Sıralanması	19
Tablo 7: Bazı Dünya Ülkelerinin Sağlık Turizmi Yapısı	21
Tablo 8: Medikal İşlem Fiyat Karşılaştırması (Panama & ABD)	32
Tablo 9: Medikal İşlem Fiyat Karşılaştırması (Hindistan & ABD)	35
Tablo 10: Medikal İşlem Fiyat Karşılaştırması (Ürdün & ABD)	37
Tablo 11: Sağlık Hizmet Kategorilerinin Özellikleri	40
Tablo 12: Medikal Turizmde Ülkeler Arası Fiyat Karşılaştırması	43
Tablo 13: Hastanelerin Kurumlara Göre Dağılımı, 2014	45
Tablo 14: Yıllar İtibariyle Türkiye’de Sağlık Hizmeti Alan Yabancı Hastaların Sayı Dağılımı	47
Tablo 15: Ülkelere Göre Sağlık Turisti Sayısının Dağılımı 2011	48
Tablo 16: Yabancı Hasta Sayısı 2010-2012 İstatistikleri ve 2023 Hedefi	48
Tablo 17: Yıllara Göre Hekim Sayıları,	53
Tablo 18: Yıllara Göre Hemşire Ve Ebe Sayıları	53
Tablo 19: 2013 Yılı Kamu Ve Özel Sektör Personel Sayıları	53
Tablo 20: Araştırma Örneklem Dağılımı	57
Tablo 21: Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri	58
Tablo 22: Katılımcıların Yabancı Dil Seviyesi Dağılımı	61
Tablo 23: Katılımcıların Meslekte Geçirdikleri Süre Dağılımı	64
Tablo 24: Katılımcıların Hastanede Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı	65
Tablo 25: Aylık Ücret Gelirine Göre Dağılımı	66
Tablo 26: Katılımcıların Sağlık Turizmi Kapsamında Hizmet Vermelerinden Dolayı Ücretlerinin Yükseldiğini Düşünme Durumu	67
Tablo 27: Katılımcıların Yabancı Dil Bilgisinden Dolayı Ayrı Bir Ücrete Tabi Olma Dağılımları	68
Tablo 28: Katılımcıların Sağlık Turizmi İle İlgili Hizmet İçi Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı	69
Tablo 29: Ankete Katılan Katılımcıların Aldıkları Eğitimlere Göre Dağılımları..	70
Tablo 30: Katılımcıların Yabancı Hastalarla Olan İletişimde Sorun Yaşama Dağılımı	75
Tablo 31: Katılımcıların Yabancı Hastaların Yakınları İle Olan İletişimde Sorun Yaşama Dağılımı	76
Tablo 32: Katılımcıların Yabancı Hastaların Kültürlerinden Kaynaklanan Davranışlarından Dolayı İle Sorun Yaşama Dağılımı	77
Tablo 33: Katılımcıların Yabancı Hastalara Sunulan Yemekler Konusunda Sorun Yaşama Dağılımı	78

Tablo 34: Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanenin Fiziki Olanaklarıyla İlgili Sorun Yaşama Dağılımı.....	79
Tablo 35: Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastaların Hastane Kurallarına Uyması Konusunda Sorun Yaşama Dağılımı	80
Tablo 36: Katılımcıların Yabancı Hastalara Sunulan Tıbbi Hizmetin Uygulanmasıyla İlgili Sorun Yaşama Dağılımı	81
Tablo 37: Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından İlave Tedavi Ve İşlemler İle İlgili Sorun Yaşama Dağılımı.....	82
Tablo 38: Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Tedavi Sonucunu İzlemeyle İle İlgili Sorun Yaşama Dağılımı	83
Tablo 39: Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Tedavi Maliyetleri İle İlgili Sorun Yaşama Dağılımı.....	84
Tablo 40: Katılımcıların, Hastanelerinin Yabancı Hastalar Tarafından Tercihinde Tedavi Maliyetlerinin Düşük Olması Dağılımı	85
Tablo 41: Katılımcıların Hastanelerini Tercihinde Yüksek Standartta Sağlık Hizmeti Vermesinin Etken Olma Dağılımı.....	86
Tablo 42: Katılımcıların Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihinde Coğrafi Açıdan Kendi Ülkesine Yakın Olması Dağılımı.....	87
Tablo 43: Katılımcıların Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihinde Konaklama Ve Ulaşım Konularında Ucuz Ülke Olması Dağılımı	88
Tablo 44: Katılımcıların Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihinde Türkiye'nin Turistik Özelliklerinin Fazla Olmasının Etken Olma Dağılımı	89
Tablo 45: Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Hizmeti Etkili Ve Hızlı Vermesinin Etken Olma Dağılımı	90
Tablo 46: Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Hastanenin Teknik Donanımının Etken Olma Dağılımı.....	91
Tablo 47: Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Hastanenin Hekim Kadrosunun Etken Olma Dağılımı	92
Tablo 48: Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Hastanenin Uluslararası Standartları Uygulamasının Etken Olma Dağılımı	93
Tablo 49: Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Aracı Kuruluşların Yönlendirmesinin Etken Olma Dağılımı	94
Tablo 50: Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Kalite Akreditasyon Belgesinin Etkisinin Olma Dağılımı.....	95
Tablo 51: Katılımcıların Hastanelerinde Uygulanan Sağlık Turizmi Dolayısıyla Yerel Hastaların Sağlık Hizmetine Erişimlerinin Olumsuz Etkilenme Dağılımı ...	96
Tablo 52: Sağlık Turizmi Kapsamında Hizmet Verilmesi Dolayısıyla Ücret Gelirinin Yükselmesi Ve Cinsiyet Arasındaki İlişkisi	97
Tablo 53: Sağlık Turizmi Kapsamında Hizmet Verilmesi Dolayısıyla Ücret Gelirinin Yükselmesi Ve Eğitim Durumu Arasındaki İlişkisi	97
Tablo 54: Sağlık Turizmi Kapsamında Hizmet Verilmesi Dolayısıyla Ücret Gelirinin Yükselmesi Ve Meslek Arasındaki İlişkisi	97
Tablo 55: Sağlık Turizmi Kapsamında Hizmet Verilmesi Dolayısıyla Ücret Gelirinin Yükselmesi Ve Çalışılan Hastane Türü Arasındaki İlişki.....	98

Tablo 56: Sağlık Turizmi Kapsamında Hizmet Verilmesi Dolayısıyla Ücret Gelirinin Yükselmesi Ve İngilizce Dil Bilgisi Arasındaki İlişki.....	98
Tablo 57: Sağlık Turizmi Kapsamında Hizmet Verilmesi Dolayısıyla Ücret Gelirinin Yükselmesi Ve Almanca Dil Bilgisi Arasındaki İlişki.....	99
Tablo 58: Sağlık Turizmi Kapsamında Hizmet Verilmesi Dolayısıyla Ücret Gelirinin Yükselmesi Ve Aylık Ücret Gelir Dilimi Arasındaki İlişki	99
Tablo 59: Sağlık Turizmindeki Önemi Açısından Yabancı Dil Bilgisinden Dolayı Ayrı Bir Ücrete Tabi Olma Ve Eğitim Durumu Arasındaki İlişki.....	99
Tablo 60: Sağlık Turizmindeki Önemi Açısından Yabancı Dil Bilgisinden Dolayı Ayrı Bir Ücrete Tabi Olma Ve Meslek Arasındaki İlişki.....	100
Tablo 61: Sağlık Turizmindeki Önemi Açısından Yabancı Dil Bilgisinden Dolayı Ayrı Bir Ücrete Tabi Olma Ve Çalışılan Hastane Türü Arasındaki İlişki.....	100
Tablo 62: Sağlık Turizmindeki Önemi Açısından Yabancı Dil Bilgisinden Dolayı Ayrı Bir Ücrete Tabi Olma Ve İngilizce Dil Bilgisi Arasındaki İlişki.....	100
Tablo 63: Sağlık Turizmindeki Önemi Açısından Yabancı Dil Bilgisinden Dolayı Ayrı Bir Ücrete Tabi Olma Durumu Ve Almanca Dil Bilgisi Arasındaki İlişki... 	101
Tablo 64: Sağlık Turizmindeki Önemi Açısından Yabancı Dil Bilgisinden Dolayı Ayrı Bir Ücrete Tabi Olma Ve Arapça Dil Bilgisi Arasındaki İlişki	101
Tablo 65: Kurum Tarafından Sağlık Turizmi İle İlgili Eğitim Alma Ve Çalıştığı Kurum Arasındaki İlişki	102
Tablo 66: Kurum Tarafından Sağlık Turizmi İle İlgili Eğitim Alma Ve Meslek Arasındaki İlişki	102
Tablo 67: Kurum Tarafından Sağlık Turizmi İle İlgili Eğitim Alma Ve Yabancı Hastalar İle İletişimde Sorun Yaşama Arasındaki İlişki	102
Tablo 68: Kurum Tarafından Sağlık Turizmi İle İlgili Eğitim Alma Ve Yabancı Hasta Yakınları İle İletişimde Sorun Yaşama Arasındaki İlişki.....	103
Tablo 69: Kurum Tarafından Sağlık Turizmi İle İlgili Eğitim Alma Ve Yabancı Hastaların Kültürlerinden Kaynaklanan Davranışlarından Dolayı Sorun Yaşamaları Arasındaki İlişki.....	103
Tablo 70: Kurum Tarafından Sağlık Turizmi İle İlgili Eğitim Alma Ve Hastanede Hastalara Sunulan Yemekler Konusunda Sorun Yaşamaları Arasındaki İlişki.....	104
Tablo 71: Kurum Tarafından Sağlık Turizmi İle İlgili Eğitim Alma Ve Hastanenin Fiziki Olanaklarıyla İlgili Sorun Yaşamaları Arasındaki İlişki.....	104
Tablo 72: Kurum Tarafından Sağlık Turizmi İle İlgili Eğitim Alma Ve Hastane Kurallarına Uyuma Konusunda Sorun Yaşamaları Arasındaki İlişki.....	104
Tablo 73: Kurum Tarafından Sağlık Turizmi İle İlgili Eğitim Alma Ve Hastalara Sunulan Tıbbi Hizmetin Uygulanmasıyla İlgili Sorun Yaşamaları Arasındaki İlişki	105
Tablo 74: Kurum Tarafından Sağlık Turizmi İle İlgili Eğitim Alma Ve İleri Tedavi Ve İşlemler İle İlgili Sorun Yaşamaları Arasındaki İlişki	105
Tablo 75: Kurum Tarafından Sağlık Turizmi İle İlgili Eğitim Alma Ve Tedavi Sonucunu İzleme İle İlgili Sorun Yaşamaları Arasındaki İlişki.....	106

Tablo 76: Kurum Tarafından Sağlık Turizmi İle İlgili Eğitim Alma Ve Tedavi Maliyetleri İle İlgili Sorun Yaşamaları Arasındaki İlişki	106
Tablo 77: İletişim Teknikleri Konusunda Eğitim Alma Ve Yabancı Hastalar İle İletişimde Sorun Yaşama Arasındaki İlişki.....	107
Tablo 78: İletişim Teknikleri Konusunda Eğitim Alma İle Yabancı Hasta Yakınları İle İletişimde Sorun Yaşama Arasındaki İlişki.....	107
Tablo 79: İletişim Teknikleri Konusunda Eğitim Alma İle Yabancı Hastaların Kültürlerinden Kaynaklı Davranışlarından Sorun Yaşama Arasındaki İlişki	108
Tablo 80: Hasta Hakları Konusunda Eğitim Alma Ve Yabancı Hastalar İle İletişimde Sorun Yaşama İlişkisi	108
Tablo 81: Hasta Hakları Konusunda Eğitim Alma Ve Yabancı Hastaların Yakınları İle İletişimde Sorun Yaşama İlişkisi	109
Tablo 82: Hasta Hakları Konusunda Eğitim Alma İle Yabancı Hastaların Kültürlerinden Kaynaklı Davranışlarından Sorun Yaşama Arasındaki İlişki	109
Tablo 83: Hasta Hakları Konusunda Eğitim Alma Ve Yabancı Hastalara Sunulan Tıbbi Hizmetin Uygulanmasında Sorun Yaşama Arasındaki İlişki	109
Tablo 84: Hasta Hakları Konusunda Eğitim Alma Ve İleri Tedavi Ve İşlemler İle İlgili Sorun Yaşama Arasındaki İlişki (N=312).....	110
Tablo 85: Hasta Hakları Konusunda Eğitim Alma Ve Tedavi Sonucunu İzleme İle İlgili Sorun Yaşama Arasındaki İlişki (N=312).....	110
Tablo 86: Cinsiyet Ve Yabancı Hasta İle İletişimde Sorun Yaşama Arasındaki İlişki.....	111
Tablo 87: Cinsiyet İle Yabancı Hastaların Yakınları İle İletişimde Sorun Yaşama Arasındaki İlişki.....	111
Tablo 88: Cinsiyet İle Yabancı Hastaların Kültürlerinden Kaynaklanan Davranışlarından Dolayı Sorun Yaşama Arasındaki İlişki (N=312)	111
Tablo 89: Eğitim Ve Yabancı Hasta İle İletişimde Sorun Yaşama Arasındaki İlişki	112
Tablo 90: Eğitimin Ve Yabancı Hastaların Yakınları İle İletişimde Sorun Yaşama Arasındaki İlişki.....	112
Tablo 91: Eğitim Ve Yabancı Hastaların Kültürlerinden Kaynaklanan Davranışlarından Dolayı Sorun Yaşama Arasındaki İlişki	112
Tablo 92: Meslek İle Yabancı Hasta İle İletişimde Sorun Yaşama Arasındaki İlişki	113
Tablo 93: Meslek Ve Yabancı Hastaların Yakınları İle İletişimde Sorun Yaşama Arasındaki İlişki.....	113
Tablo 94: Meslek Ve Yabancı Hastaların Kültürlerinden Kaynaklanan Davranışlarından Dolayı Sorun Yaşama Arasındaki İlişki	113
Tablo 95: Çalışılan Hastanenin Türü Ve Yabancı Hasta İle İletişimde Sorun Yaşama Arasındaki İlişki.....	114
Tablo 96: Çalışılan Hastanenin Türü Ve Yabancı Hastaların Yakınları İle İletişimde Sorun Yaşama Arasındaki İlişki.....	114
Tablo 97: Çalışılan Hastane Türü Ve Yabancı Hastaların Kültürlerinden Kaynaklanan Davranışlarından Dolayı Sorun Yaşama Arasındaki İlişki	115

Tablo 98: İngilizce Dil Bilgisi Ve Yabancı Hasta İle İletişimde Sorun Yaşama Arasındaki İlişki.....	115
Tablo 99: Almanca Dil Bilgisi Ve Yabancı Hasta İle İletişimde Sorun Yaşama Arasındaki İlişki.....	115
Tablo 100: Arapça Dil Bilgisi İle Yabancı Hasta İle İletişimde Sorun Yaşama Arasındaki İlişki.....	116
Tablo 101: İngilizce Dil Bilgisi İle Yabancı Hasta Yakını İle İletişimde Sorun Yaşama Arasındaki İlişki.....	116
Tablo 102: Almanca Dil Bilgisi İle Yabancı Hasta Yakını İletişimde Sorun Yaşama Arasındaki İlişki.....	116
Tablo 103: Arapça Dil Bilgisi İle Yabancı Hasta Yakını İletişimde Sorun Yaşama Arasındaki İlişki.....	117
Tablo 104: Diğer Dil Bilgisi İle Yabancı Hasta Yakınları İle İletişimde Sorun Yaşama Arasındaki İlişki.....	117
Tablo 105: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Tedavi Maliyetlerinin Düşük Olması İle Cinsiyet Arasındaki İlişki.....	117
Tablo 106: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Tedavi Maliyetlerinin Düşük Olması İle Eğitim Arasındaki İlişki	118
Tablo 107: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Tedavi Maliyetlerinin Düşük Olması İle Meslek Arasındaki İlişki.....	118
Tablo 108: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Tedavi Maliyetlerinin Düşük Olması İle Çalışılan Hastane Türü Arasındaki İlişki	118
Tablo 109: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Yüksek Standartta Sağlık Hizmeti Verilmesi İle Cinsiyet Arasındaki İlişki.....	119
Tablo 110: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Yüksek Standartta Sağlık Hizmeti Ve Eğitim Durumu Arasındaki İlişki.....	119
Tablo 111: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Yüksek Standartta Sağlık Hizmeti Vermesi Ve Meslek Arasındaki İlişki	119
Tablo 112: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Yüksek Standartta Sağlık Hizmeti Vermesi İle Çalışılan Kurum Arasındaki İlişki.....	120
Tablo 113: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Coğrafik Açıdan Kendi Ülkelerine Yakın Olması İle Eğitim Arasındaki İlişki.....	120
Tablo 114: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Yüksek Standartta Sağlık Hizmeti Vermesi İle Meslek Arasındaki İlişki.....	120
Tablo 115: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Coğrafik Açıdan Kendi Ülkesine Yakın Olması İle Cinsiyet Arasındaki İlişki	121
Tablo 116: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Coğrafik Açıdan Yakın Olması İle Çalışılan Hastane Türü Arasındaki İlişki.....	121
Tablo 117: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Konaklama Ve Ulaşım Konularında Ucuz Ülke Olmasıyla Cinsiyet Arasındaki İlişki.....	121
Tablo 118: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Konaklama Ve Ulaşım Konularında Ucuz Ülke Olmasıyla Çalışılan Hastane Türü Arasındaki İlişki.....	122
Tablo 119: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Ülkemizin Turistik Özelliklerinin Fazla Olmasıyla Cinsiyet Arasındaki İlişki	122

Tablo 120: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Ülkemizin Turistlik Özelliklerinin Fazla Olmasıyla Çalışılan Hastane Türü Arasındaki İlişki	122
Tablo 121: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Ülkemizin Turistlik Özelliklerinin Fazla Olması Ve Meslek Arasındaki İlişki.....	123
Tablo 122: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihinde Ülkemizin Turistlik Özelliklerinin Fazla Olması İle Eğitim Arasındaki İlişki.....	123
Tablo 123: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Hizmet Verme Süresinin Kısa Olması Etkili Ve Hızlı Hizmet Olması Ve Cinsiyet Arasındaki İlişki	124
Tablo 124: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Hizmet Verme Süresinin Kısa Olması Etkili Ve Hızlı Hizmet Olması Ve Eğitim Arasındaki İlişki	124
Tablo 125: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Hizmet Verme Süresinin Kısa Olması Etkili Ve Hızlı Hizmet Olması Ve Meslek Arasındaki İlişki	124
Tablo 126: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Hizmet Verme Süresinin Kısa Olması Etkili Ve Hızlı Hizmet Olması Çalışılan Hastane Türü Arasındaki İlişki.....	125
Tablo 127: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Hastanenin Teknik Donanımı İle Cinsiyet Arasındaki İlişki	125
Tablo 128: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Hastanenin Teknik Donanımı İle Eğitim Arasındaki İlişki.....	126
Tablo 129: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Hastanenin Teknik Donanımı İle Meslek Arasındaki İlişki	126
Tablo 130: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Hastanenin Teknik Donanımı Ve Çalışılan Hastane Türü Arasındaki İlişki	126
Tablo 131: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Hastanenin Hekim Kadrosu Ve Cinsiyet Arasındaki İlişki	127
Tablo 132: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Hastanenin Hekim Kadrosu Ve Eğitim Arasındaki İlişki.....	127
Tablo 133: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Hastanenin Hekim Kadrosu Ve Meslek Arasındaki İlişki.....	127
Tablo 134: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Hastanenin Hekim Kadrosu Ve Çalışılan Hastane Türü Arasındaki İlişki	128
Tablo 135: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Hastanenin Uluslararası Standartlarını Uygulanması Ve Cinsiyet Arasındaki İlişki	128
Tablo 136: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Hastanenin Uluslararası Standartlarını Uygulanması Ve Eğitim Arasındaki İlişki	128
Tablo 137: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Hastanenin Uluslararası Standartlarını Uygulanması Ve Meslek Arasındaki İlişki.....	129
Tablo 138: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Hastanenin Uluslararası Standartlarını Uygulanması Ve Çalışılan Hastane Türü Arasındaki İlişki.....	129

Tablo 139: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Aracı Kuruluşların Yönlendirmesi Ve Cinsiyet Arasındaki İlişki.....	130
Tablo 140: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Aracı Kurumların Yönlendirmesi Ve Eğitim Arasındaki İlişki	130
Tablo 141: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Aracı Kurumların Yönlendirmesi Ve Meslek Arasındaki İlişki.....	130
Tablo 142: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Aracı Kurumların Yönlendirmesi Ve Çalışılan Hastane Türü Arasındaki İlişki.....	131
Tablo 143: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Kalite Akreditasyon Belgesinin Etkisi Ve Cinsiyet Arasındaki İlişki	131
Tablo 144: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Kalite Akreditasyon Belgesinin Etkisi Ve Eğitim Arasındaki İlişki.....	131
Tablo 145: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Kalite Akreditasyon Belgesinin Etkisi Ve Meslek Arasındaki İlişki	132
Tablo 146: Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihlerinde Kalite Akreditasyon Belgesinin Etkisi Ve Çalışılan Hastane Türü Arasındaki İlişki	132
Tablo 147: Sağlık Turizmi Kapsamında Hizmet Verilmesi Dolayısıyla Yerel Hastaların Sağlık Hizmetine Erişiminin Olumsuz Etkilenmesi Düşüncesi Ve Cinsiyet Arasındaki İlişki.....	132
Tablo 148: Sağlık Turizmi Kapsamında Hizmet Verilmesi Dolayısıyla Yerel Hastaların Sağlık Hizmetine Erişiminin Olumsuz Etkilenmesi Düşüncesi Ve Meslek Arasındaki İlişki	133
Tablo 149: Sağlık Turizmi Kapsamında Hizmet Verilmesi Dolayısıyla Yerel Hastaların Sağlık Hizmetine Erişiminin Olumsuz Etkilenmesi Düşüncesi Ve Çalışılan Hastane Türü Arasındaki İlişki.....	133
Tablo 150: Sağlık Turizmi Kapsamında Hizmet Verilmesi Dolayısıyla Yerel Hastaların Sağlık Hizmetine Erişiminin Olumsuz Etkilenmesi Düşüncesi Ve Eğitim Arasındaki İlişki	134

ŞEKİLLER

Şekil 1: Medikal Turizmin Geçmişi, Şimdisi Ve Geleceği.....	16
Şekil 2: Jci Kurumuna Üye Kuruluşların Ülke Dağılımları	20
Şekil 3: Türkiye’de JCI Akreditasyonuna Sahip Hastanelerin İllere Göre Dağılımı	44
Şekil 4: Türkiye’nin Sağlık Turizmi Açısından Swot Analizi.....	50
Şekil 5: Katılımcıların Cinsiyetlerine Göre Dağılımı	58
Şekil 6: Katılımcıların Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı.....	59
Şekil 7: Katılımcıların Mesleklerine Göre Dağılımı	59
Şekil 8: Katılımcıların Çalıştıkları Hastane Türüne Göre Dağılımı	60
Şekil 9: Katılımcıların İngilizce Dil Seviyesine Göre Dağılımı	62
Şekil 10: Katılımcıların Almanca Dil Seviyesine Göre Dağılımı	62
Şekil 11: Katılımcıların Arapça Dil Seviyesine Göre Dağılımı.....	63
Şekil 12 : Katılımcıların Diğer Dil Seviyesine Göre Dağılımı	63
Şekil 13: Katılımcıların Meslekte Geçirdikleri Süreye Göre Dağılımı	64
Şekil 14: Katılımcıların Hastanede Çalışma Sürelerine Göre Dağılımı	65
Şekil 15: Katılımcıların Aylık Ücret Dilimine Göre Dağılımı.....	66
Şekil 16: Katılımcıların Sağlık Turizmi Kapsamında Hizmet Vermesinden Dolayı Ücret Artışı Düşüncesine Göre Dağılımı	67
Şekil 17: Katılımcıların Yabancı Dil Bilgisinden Dolayı Ayrı Bir Ücrete Tabi Olma Dağılımı.....	68
Şekil 18: Katılımcıların Sağlık Turizmi İle İlgili Hizmet İçi Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı	69
Şekil 19: Katılımcıların İletişim Teknikleri Eğitimi Alma Durumlarına Göre Dağılımı.....	71
Şekil 20: Katılımcıların Hastaya Sunulacak Sağlık Hizmetleri Eğitimi Alma Durumlarına Göre Dağılımı	71
Şekil 21: Katılımcıların Hasta Hakları Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı	72
Şekil 22: Katılımcıların Hastanenin Sunduğu Olanaklar Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı	72
Şekil 23: Katılımcıların Yabancı Dil Eğitimi Alma Durumlarına Göre Dağılımı ..	73
Şekil 24: Katılımcıların Hasta Yakınına Sunulan Hizmetler Hakkında Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı	73
Şekil 25. Katılımcıların Hastaya Sunulan Sağlık Hizmetleri Dışında Faydalanabileceği Diğer Hizmetler Konusunda Eğitim Alma Durumlarına Göre Dağılımı.....	74
Şekil 26: Katılımcıların Yabancı Hastalarla Olan İletişimde Sorun Yaşama Dağılımı.....	75
Şekil 27: Katılımcıların Yabancı Hastaların Yakınları İle Olan İletişimde Sorun Yaşama Dağılımı	76
Şekil 28: Katılımcıların Yabancı Hastaların Kültürlerinden Kaynaklanan Davranışlarından Dolayı İle Sorun Yaşama Dağılımı.....	77

Şekil 29: Katılımcıların Yabancı Hastalara Sunulan Yemekler Konusunda Sorun Yaşama Dağılımı	78
Şekil 30: Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanenin Fiziki Olanaklarıyla İlgili Sorun Yaşama Dağılımı.....	79
Şekil 31: Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastaların Hastane Kurallarına Uyması Konusunda Sorun Yaşama Dağılımı	80
Şekil 32: Katılımcıların Yabancı Hastalara Sunulan Tıbbi Hizmetin Uygulanmasıyla İlgili Sorun Yaşama Dağılımı	81
Şekil 33: Katılımcıların Yabancı Hastalara Uygulanan İlave Tedavi Ve İşlemler İle İlgili Sorun Yaşama Dağılımı.....	82
Şekil 34: Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Tedavi Sonucunu İzlemeyle İle İlgili Sorun Yaşama Dağılımı	83
Şekil 35: Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Tedavi Maliyetleri İle İlgili Sorun Yaşama Dağılımları.....	84
Şekil 36: Katılımcıların Hastanelerini Tercihinde Yabancı Hastalar Açısından Tercihinde Tedavi Maliyetlerinin Düşük Olması Dağılımı.....	85
Şekil 37: Katılımcıların Hastanelerini Tercihinde Yüksek Standartta Sağlık Hizmeti Vermesinin Etken Olma Dağılımı.....	86
Şekil 38: Katılımcıların Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihinde Coğrafi Açısından Kendi Ülkesine Yakın Olması Dağılımı.....	87
Şekil 39: Katılımcıların Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihinde Konaklama Ve Ulaşım Konularında Ucuz Ülke Olması Dağılımı	88
Şekil 40: Katılımcıların Yabancı Hastaların Hastanelerini Tercihinde Ülkemizin Turistik Özelliklerinin Fazla Olmasının Etken Olma Dağılımı	89
Şekil 41	90
Şekil 42: Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Hastanenin Teknik Donanımının Etken Olma Dağılımı.....	91
Şekil 43: Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Hastanenin Hekim Kadrosunun Etken Olma Dağılımı	92
Şekil 44: Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Hastanenin Uluslararası Standartları Uygulamasının Etken Olma Dağılımı	93
Şekil 45: Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Aracı Kuruluşların Yönlendirmesinin Etken Olma Dağılımı	94
Şekil 46: Katılımcıların Yabancı Hastalar Açısından Hastanelerini Tercihinde Kalite Akreditasyon Belgesinin Etkisinin Olma Dağılımı.....	95
Şekil 47: Katılımcıların Hastanelerinde Uygulanan Sağlık Turizmi Dolayısıyla Yerel Hastaların Sağlık Hizmetine Erişimlerinin Olumsuz Etkilenme Dağılımı ...	96

HARİTALAR

Harita 1: Türkiye Jeotermal Kaynakları	7
Harita 2: Dünya’ Da Sağlık Turizmi İle Uğraşan Ülkeler Haritası(45)	18
Harita 3: Dünya’ Da Sağlık Turizmi Trafığı.....	30
Harita 4: Dünya’ Da Sağlık Turizmi İle İlgilenen Ülkeler Haritası.....	31



KISALTMALAR

AB Avrupa Birliği

OECD Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü

JCI Joint Commission International

NHS National Health Service



1. GİRİŞ

İnsanoğlu yüzyıllardır sağlık arayışında bulunmuş bunun için yaşadıkları bölgelerden sağlık hizmetinden yararlanacakları bölgelere seyahatler düzenlemişlerdir. Antik dönemlerde tapınakların kaplıca bölgelerinin yakınlarında kurulmasıyla medeniyeler arasındaki inanç temelli seyahatler yerini sağlık amaçlı seyahatlere bırakmaya başlamıştır.

Günümüzde ise gerek tatil amaçlı gerekse inanç turizmi dışında sağlık hizmetine ihtiyacı bulunan bireylerin bu hizmetten yararlanabilmek için ikamet ettikleri ülkelerin dışında konaklamalarını sağlayan sağlık turizmi; turizm sektörü içinde önemli bir konuma gelmiştir. Sağlık turizmi açısından hizmet sunmakta olan birçok ülke sağlık kuruluşlarındaki güvenlik ve bakım standartlarını arttırarak kaliteli sağlık hizmetini uluslararası boyuta taşımıştır. Almanya, Küba vb. ülkelerin yanı sıra Tayland gibi uzak doğu ülkeleri özellikle cinsiyet değiştirme operasyonlarında sağlık turizmi alanında en çok tanınır ülkeler arasına girmiştir.

Sağlık turizmi ülke ekonomisine ve refahına katkı sağlayan spesifik bir turizm dalıdır. Ekonomik yönden kalkınmayı amaçlayan ülkeler sosyal politikalar ve yıllık hedefler ile sağlık turizminden daha fazla pay almayı hedeflemişlerdir. Sağlık turizmi turizm ve sağlık sektörleri dışında kalan sigortacılık, bankacılık gibi hizmet ihracının bir kalemini oluşturmaktadır. Sağlık hizmeti talebinin çok yoğun olması, talep edilen sağlık hizmetine hızlı ve kaliteli ulaşım sağlayan ülkeler sağlık turizminden pay almayı hedeflemiştir.

Türkiye’de ise sağlık turizmi; kaplıcalar gibi sıcak su merkezlerine yapılan seyahatlerin sağlık amaçlı kullanımıyla başlamıştır. Kaplıca ve turistik bölgelerdeki otellerin spa ve wellness hizmetleri ile başlayan kaplıca turizmi; Özel hastanelerin uluslararası hastalara geldikleri ülkelere nazaran daha ucuz ve kaliteli medikal hizmet vermesiyle farklı bir boyut kazanmıştır.

Özel hastanelerin sağlık turizmi kapsamında hizmet vermeye başlamasıyla kamu hastaneleri de bu alanda hizmet vermek üzere çalışmalarına başlamıştır. 2003 yılında başlatılmış olan “Sağlıkta Dönüşüm” programı ile kamu hastaneleri alt yapı

çalışmalarına başlamıştır. Bu çerçevede Kültür ve Turizm Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlık Turizmi koordinatörlüğü kurulmuştur.

Son yıllarda gelişmiş ülkelerde sunulan kaliteli sağlık hizmetleriyle rekabet edebilecek seviyeye ulaşan Türkiye’de sağlık turizmi açısından dünyanın dört bir yanından hasta kabul etmeye başlamıştır. Önceleri özel hastanelerde başlatılan yabancı hastalara sunulan sağlık hizmetleri “Sağlıkta Dönüşüm Programı” çerçevesinde kamu hastanelerinde de verilmeye başlanmıştır.

Araştırmanın literatür kısmında sağlık turizmi, çeşitleri, katılımcılarının özellikleri verilmişken sağlık turizmi hizmeti veren ülkeler Avrupa Birliğinde, dünyada ve diğer ülkeler olarak üç ana grupta toplanarak verilmiştir. En son bölümde ise Türkiye’de sağlık turizmi ayrıntı olarak verilmiştir. Literatür kısmından sonra uygulama bölümüne geçilmiştir.

2. SAĞLIK TURİZMİ

2.1. SAĞLIK TURİZMİ

Sağlık turizmi dünyada olduğu gibi Türkiye’de de son yıllarda hızla gelişmektedir. Sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireylere hizmet sunmayı amaçlayan sağlık turizmi günümüzde turizm sektörü içerisinde önemli yer edinmeye başlamıştır. Diğer turizm çeşitlerine göre yılın her döneminde yapılabilmesi sağlık turizminin en önemli özelliklerindedir. Sağlık turizminde doğal sağlık tedavileri ve genel turizm hizmetleri birlikte sunulmaktadır.

Sağlık turizmi tedavi amaçlı olarak kaplıca veya diğer sağlık merkezlerine seyahat eden kişinin fiziksel iyilik halini geliştirmek amacıyla veya estetik cerrahi operasyonlar, organ nakli, diş tedavisi fizik tedavi, rehabilitasyon vb. gereksinimi olanlarla birlikte uluslararası hasta potansiyelini kullanarak sağlık kuruluşlarının büyümesine olanak sağlayan turizm türüdür(1).

Sağlık turizmi, insanların devamlı ikamet ettikleri yerlerden sağlık problemlerini ortadan kaldırmak ve tedavi olmak amacıyla bu hizmetleri sunan yerlere yaptıkları seyahatler ve gittikleri yerlerdeki sağlık tesislerinden geçici olarak yararlanmaları sürecinde ortaya çıkan olaylar ve ilişkiler bütünü şeklinde tanımlanabilir(2).

“Sağlık turisti ise, öncelikle-yaşadığı yerde bulamadığı-sağlığını dışarıda arayan kişi demektir; o nedenle bu kişide ağır basan turist kimliğidir. Sağlık turisti; sağlık hizmetlerinin yanı sıra boş zaman, eğlence, spor ve eğitim gibi faaliyetler yoluyla ev ve iş meşguliyetlerini ortadan kaldırmak üzere, eski sağlıklarını korumak ya da mevcut sağlık sorunlarını ortadan kaldıracak ürün ve hizmetleri satın alır” (3).

Hasta ve hasta yakınlarının tedavi süreçlerinde rahatlıklarını sağlamayı hedefleyen sağlık turizmi gelişmiş ülkelerdeki eğitim ve refah seviyesine paralel olarak sağlanan tıbbi hizmetin yüksek olarak sunulmasına neden olmaktadır. Gelişmiş ülkelerdeki yaşlı nüfusun artmasından dolayı bireylerin sağlık ihtiyaçları ve giderleri gittikçe artmaktadır. Yükselen giderler karşısında zorlanan sağlık kurumları maliyetleri düşürmek amacıyla tıp teknolojileri gelişmiş ve kaliteli hizmet sunan ülkelerde bulunan sosyal güvenlik kurumları ve özel sigorta kurumlarının hazırladığı tedavi paketlerinin içerdiği anlaşmalar yaptıkları görülmektedir(4).

Sağlık turizmini; Dünya nüfusunun artması, yaşam kalitesinin yükselmesi, çeşitli ülkelerde sağlık maliyetlerinin artması sebebiyle, tedavilerin daha kaliteli ve ekonomik ve kaliteli iş yapan ülkeler ortaya çıkmış ve sağlık turizmi sektörünün oluşmasına neden olmuştur. Dünyadaki yaşlı nüfusunun artması da sektörü tetiklemiştir (5)

i. Sağlık turizminin gelişmesinin sebepleri;

- ✓ Yaşadıkları ülkelerde tedavi olabilmek için oluşan uzun bekleme listeleri,
- ✓ Kaliteli ve hızlı hizmet alma isteği,
- ✓ Daha gelişmiş sağlık teknolojilerine ulaşmak,
- ✓ Tedavi almak üzere gidilen ülkedeki sağlık hizmet maliyetinin düşük olması,
- ✓ Uyuşturucu veya farklı bağımlılıkları olan kişilerin farklı veya daha uygun ortamlarda tedavi olma istekleri,
- ✓ Tedavi sürecinde diğer turistik faaliyetlere katılma isteği.

Yukarıda sayılan sebeplere ek olarak; iklim koşullarının bulunulan ülkede olumsuz olması ve iyileşmek için sıcak iklimi olan bir ülkede yaşanmasının gerekmesi gibi sebepler sağlık turizminin gelişmesinde ve büyümesinde önemli bir yer tutmaktadır (6).

ii. Sağlık turizmine katılanların tercihlerini etkileyen faktörler;

- ✓ Alınan sağlık hizmetin ödenebilirliği,
- ✓ Sağlık hizmetine kolay erişebilir olması,
- ✓ Verilen sağlık hizmetin ihtiyaca uygunluğu,
- ✓ Tedavi ve bakım kalitesi,
- ✓ Turizm unsuru,
- ✓ Mahremiyet ve diğer yararları sıralanabilir (7).

2.2. Sağlık Turizmi Çeşitleri

Sağlık turizmi medikal turizm, yaşlı turizmi, termal/SPA turizmi ve engelli turizmi olarak dört ana başlık altında toplanır (8).

Katılanların ihtiyaç ve beklentileri, tedavi şekilleri ve kullanılan kaynakların çeşitlerine göre bu başlıkları Gonzales, Brenzel ve Sancho üç ana başlık altına indirgemıştır.

Bunlar;

- 1- Sağlığı geliştirmeye yönelik hizmetleri içeren kaplıca, bitkisel tedavi, masaj vb.
- 2- Tedaviye yönelik hizmetleri içeren estetik ameliyat, kalp ameliyatı, göz ameliyatı, kanser tedavisi vb.
- 3- Rehabilitasyon hizmetlerini içeren diyaliz, bağımlılık programı, yaşlı bakım programları gibi(9)

Tablo 1: Sağlık Turizmi (10).

Sağlık – Güzellik	Tedavi(Medikal)	Rehabilitasyon
SPA	Elektif Cerrahi	Dializ
Doğal turizm	Plastik Cerrahi	İlave Programlar
Ekoturizm	Eklem Replasmanı	Yaşlı Bakım Programları
Kitle Turizmi	Kardiyotorasik Servisler	Bağımlılık Tedavileri
Bitkisel Tedaviler	Diagnostik Servisler	Termal Tedaviler
Tamamlayıcı Tedaviler	Kanser Tedavisi	
Termal Tedaviler	İnfertilite Tedavisi	

Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizm Daire Başkanlığı'nın yapmış olduğu sınıflandırma Türkiye'de daha çok kabul görmüştür. Sağlık Turizm Daire Başkanlığı termal turizm ve spa wellness turizmini birlikte ele almıştır. İleri yaş ve engelli turizmi kategorilerini de birleştirerek sağlık turizmi üç ana başlık altında toplanmaktadır(11).

- Termal Turizm, Spa ve Wellnes
- İleri Yaş ve Engelli Turizmi,
- Medikal Turizm.

2.2.1.Termal turizm, spa ve wellnes

2.2.1.1 Termal turizm

İnsanların bozulan sağlıklarını tedavi etmek, sağlıklı olanların sağlıklarını korumak ve bu yolla yaşam sũrelerini uzatarak kaliteli bir yaşam istemeleri nedeniyle girmiş oldukları arayışlar sonucunda, termal suların ˆnemini kavramaları ve termal merkezlerde kurulu işletmelere gitmeye başlamalarıyla sağlık turizmin ˆnemli dallarından biri olan termalizm ortaya ˆıkmıřtır (12).

Termal turizm veya kaplıca turizmi; mineralize termal su banyosu, iˆme, inhalasyon, ˆamur banyosu gibi ˆeřitli tũrdeki yˆntemlerin yanında, iklim kũrũ, fizik tedavi, rehabilitasyon, egzersiz, psikoterapi, diyet gibi destek tedavilerini de kapsayan turizm hareketi olarak tanımlanır (13).

Maden suyunun yeryũzũne ˆıktıđı kaynağa kaynarca, maden sularından yararlanmak üzere kaynarcaların ˆevresinde kurulan tesislere de genel olarak kaplıca ya da ılıca denilmektedir. Kaplıca sularından banyo ve iˆme kũrleriyle yararlanılmaktadır. İˆme kũrũ olarak yararlanan kaplıcalara iˆmece de denilmektedir (14).

Kaplıca teriminin kˆkeni kaynarcanın ˆzerine hamam yapılması nedeniyle tũretilen “kaplı ılıca” terimidir (15). Demir ve potasyum gibi mineraller yˆnũnden son derece zengin olan termal ˆamurları Kleopatra'nın ˆok sık kullandığı bilinmekte Roma ve Bizans imparatorluğunun da bˆlgeye ˆnem verdiği yapılan kazı ve araştırmalardan ortaya ˆıkan eserlerle anlaşılmaktadır (16).

Termomineralli kaplıca suyu ve ˆamurlarının uygulanması yˆntemleri belli aralıklarla tekrarlanan dış uyarılarla organizmanın kendi gũçlerinin harekete geˆirilmesi temeline dayanır. Termomineralli kaplıca suyu ve ˆamurlarının fiziksel, kimyasal, termik etkilerinin rolũ vardır (17).

Mineralli kaplıca sularını banyolar gibi dış uygulamalar ve mineralli suların iˆilmesi, solunması ya da ağız burun boğaz yıkamaları gibi iˆ uygulamaları yolları kullanılarak tedavi planlamaları yapılmaktadır (18).

Kaplıca kũrlerini ˆok farklı Őekillerde sınıflandırmak mũmkündür. Bu sınıflandırma kũrũn yapılış Őekline gˆredir; “aˆık (serbest) kaplıca kũrũ” iˆin pansiyon veya otellerde kalan ve ayaktan kaplıca kũr merkezine gelip kaplıca uygulamaları alan

kişiler söz konusudur. “Kapalı kaplıca kürü” ise hastane koşullarında kaplıca kür kliniklerinde yatan hastalara kaplıca tedavisi uygulanması şeklindedir(19).

Kaplıcanın etkinliği suyun sıcaklığı, içerdiği kimyasal maddeler, kaynağın çıktığı bölgede bulunan organizmaların dışında havanın sıcaklığı ve nem oranı gibi faktörlerle ilgilidir (20).

Kaplıcalarda sunulan hizmetleri üç ana başlık altında toplayabiliriz. Bunlar;

“Klimatizm; açık ve temiz havanın şifa verici etkisinden yararlanmak için, dağ istasyonlarında ve deniz kenarlarında uygulanan bir tedavi yöntemidir.

Üvalizm; bazı yörelerin belli başlı ürünü olan meyve ve sebzelerle yapılan kür (tedavi) yöntemi ya da bu ürünlerin kullanımının, bundan hoşlananlara sunulmasıdır.

Termalizm; kaplıca, ılıca, içmeler gibi şifalı doğal su kaynaklarının sağlık kurallarına uygun bir biçimde tedavi aracı olarak kullanılmasıdır (21).”

Termalizm kavramını biraz daha açacak olursak; kaplıca, ılıca, içme gibi şifalı doğal su kaynaklarından sağlık kurallarına uygun olarak yararlanarak bu kaynakların bir tedavi aracı olarak kullanılmasına denir. Termalizmin, en eski tedavi ve güzellik yöntemlerinden biri olduğu bilinmektedir (22).

Termal turizmde sunulan hizmetler ise kendi içinde alt bölümler ayrılmaktadır. Bunun sonucunda ise termal turizmle ilgili diğer kavramları ise (17);

“Balneoterapi; Termomineral sular, peloidler ve gazlar gibi doğal tedavi unsurlarının banyo, içme ve inhalasyon (soluma) yöntemleri ile kür tarzında tedavi amaçlı kullanılmasıdır.

Talassoterapi; Koruyucu ve tedavi edici ve/veya kür amaçlı olarak tıbbi gözetim ve denetim altında, deniz suyu iklimi ve unsurlarının kür tarzında uygulandığı bir tedavi sistemidir.

Hidroterapi; Termomineral sular ile yapılan yıkama, duş ve dökme gibi uygulamalardır. Ayrıca, her birey için özel olarak düzenlenen ve ideal olarak amaca uygun inşa edilmiş havuzlarda gerçekleştirilen, sinir-kas-iskelet sistemiyle ilgili fonksiyonları geliştirme-iyileştirme amaçlı bir havuz tedavi programı olarak da tanımlanmaktadır.

Speleojerapi; Mağara ortamından yararlanılarak yapılan tedavi türü.

Peloidoterapi; Doğal, jeolojik ve/veya biyolojik olaylar sonucu oluşan organik ve/veya inorganik maddeler olan peloidlerin bir balneoterapi yöntemi olarak kullanılmasıdır. Halk arasında şifalı çamurların tedavi amaçlı kullanılması olarak bilinmektedir.

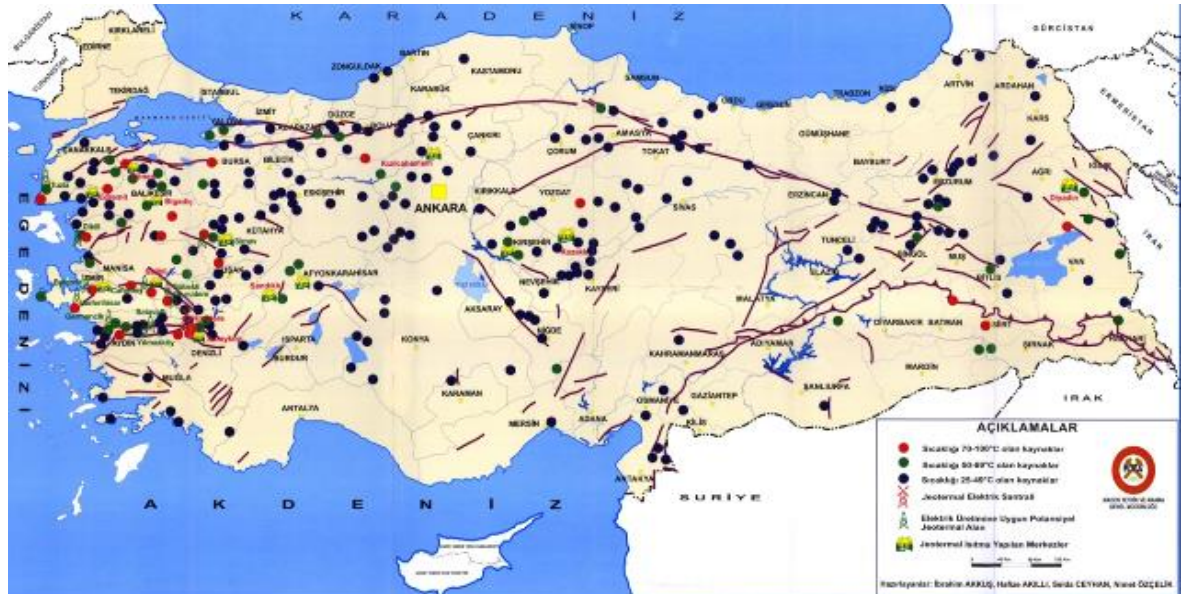
Klimaterapi; Hava sıcaklığı, nem, rüzgar şiddeti ve hızı, güneş ışınmı ve benzeri iklimsel faktörlerin sistematik ve dozlanmış kür tarzında uygulanmasıdır.

Helioterapi: Güneş ışığı ile yapılan kür uygulamalarıdır.”

Sağlık turizmi içinde önemli bir paya sahip olan termal turizm veya kaplıca turizmi; mineralize termal su banyosu, içme, inhalasyon (solunum yoluyla kür), çamur banyosu gibi çeşitli türlerdeki yöntemlerin yanında, iklim kürü, fizik tedavi, rehabilitasyon, mekanoterapi, egzersiz, psikoterapi, diyet gibi destek tedavilerin birleştirilmesi ile yapılan kür(tedavi) uygulamaları için oluşan turizm hareketi olarak tanımlanır. Bu uygulamaların yapıldığı tesislere ise Termal Kür Merkezi veya Kaplıca Tedavi Merkezi denilmektedir (23).

Jeotermal kaynakları açısından zenginliği ve varolan potansiyeli açısından Türkiye dünyada ilk yedi ülke arasında yer almaktadır. Türkiye'nin termal suları, hem debi ve sıcaklıkları hem de çeşitli fiziksel ve kimyasal özellikleri ile Avrupa'daki termal sulara göre daha üstün nitelikler taşımaktadır. Bu üstünlük ise Türkiye'yi termal sular açısından Avrupa'da birinci sıraya almaktadır. Termal sularımız doğal çıkışı ve bol su verimli, eriyik maden değeri yüksek, kükürt, radon ve tuz bakımından zengindir (18).

Harita 1: Türkiye jeotermal kaynakları



Kaynak:(25)

Harital'de görüldüğü gibi Türkiye jeotermal kaynaklar bakımından çok zengindir. Türkiye'de çok eski çağlardan beri, emsalsiz doğa ve iklimi ve zengin kültürü ve nihayet geleneksel kaplıca ve Türk Hamamıyla sınırlı olan termal tesisler son

yıllarda yerini birçok modern ünitelerden oluşan kaliteli ve çok yönlü tesislere bırakmıştır. Bu durum ise termal turizmin gelişimi için bir potansiyel oluşturmuştur (21).

Deniz kıyısında bulunan termal kaynaklar turizm çeşitliliği açısından önemli avantajlar sağlamaktadır. Ayrıca dağcılık ve ormanlık bölgelerinde bulunan termal kaynaklar ise çevre ve doğa kullanımı dolayısıyla farklı çekici unsurlara sahiptir (15).

Kaplıca kaynaklarından yararlanmak suretiyle oluşturulan kaplıca etkinliklerinin ülke ekonomisine katkısı büyüktür. Kaplıca tedavisi insanlarda belirli alışkanlıklar oluşturur ve her yıl tedavisinin tekrarlanmasına yol açar. Böylece ülke turizmi açısından hem sürekli bir gelir sağlanmış olur, hem de turizm mevsimlik olmaktan kurtarılmış olur. Sağlık turizmi işletmelerinin, sağlık gelirleri ile konaklama gelirleri yaklaşık yarı yarıyadır. Konaklamaya gelenler genellikle sağlık hizmetlerini de talep edeceklerinden gelirleri yükselecektir. Sağlık turizmi yatırımları, genellikle emek-yoğun olarak değerlendirilmektedir. Sağlık personeli ve diğer vasıflı personel açısından istihdam avantajı sağlamaktadır (26).

Termal turizmin sağladığı olanaklardan bazıları da şunlardır (27):

- ✓ Tesislerde yüksek doluluk oranına ulaşılması,
- ✓ İnsan sağlığını iyileştirici etkisinin yanında zindelik, eğlence ve dinlenme olanağı sağlaması.
- ✓ Kür merkezleri entegrasyonuna sahip tesislerin maliyetini çabuk geri ödeyen, karlı ve rekabet gücü yüksek yatırımlar olması.

Türkiye’de termal turizm daha yaygın olarak güzelleşmek, daha sağlıklı olmak, stresten uzaklaşmak, bedeni ve akli dinlendirmek için kullanılmaktadır. Kültür ve Turizm Bakanlığı tarafından hazırlanan Termal Turizm Master Planı’na göre Kısa Dönem Hedefi olarak 50.000 yatak kapasitesi belirlenmiştir. 2007-2010 yılları arasında turizm belgeli ve belediye belgeli olmak üzere tesis sayısı 78’den 100’e, yatak kapasitesi ise 17.767’den 29.727’e ulaşmıştır. Kültür ve Turizm Bakanlığında termal amacına yönelik olarak (Sağlık Bakanlığınca kür merkezi uygun görülen) turizm yatırım belgesi almış 15 tesisin yatak sayısı 7.447, turizm işletme belgesi almış 50 tesisin yatak sayısı ise 15.796’dır. Yaklaşık olarak 6.174 yatak kapasiteli 35 tesis ise yerel idare tarafından belgelendirilmiştir(28).

Tablo 2: Termal Turizm Tesisleri(29)

Termal Turizm Tesisleri	2006		2010	
	Tesis Sayısı	Yatak Kapasitesi	Tesis Sayısı	Yatak Kapasitesi
Turizm İşletme Belgeli	37	9.736	50	15.796
Turizm Yatırım Belgeli	8	2.438	15	7.757
Belediye Belgeli	33	5.593	35	6.174
Toplam	78	17.767	100	29.727

2.2.1.2. Spa ve wellness turizmi

Latince “ SALUS PER AQUAM” kelimelerinin baş harflerinden oluşan ve “Sudan gelen sağlık” anlamına gelen ve Romalılardan günümüze kadar uygulanan su terapileri SPA olarak adlandırılmaktadır. Termal turizm ile yakın hizmetler sunan SPA merkezleri de termal turizm işletmeleri gibi termal su kaplıcaları ve balneoloji tesisleri üzerine kurulurlar. Su ile iyileşme, suyun kullanımından gelen sağlık, suyun sıcak veya soğuk olarak farklı biçimlerde (akıtma, damlama, duşlama, püskürtme) uygulanması ile kazanılan dinlenme ve ferahlama duygularının edinildiği bütüncü terapi anlamında kullanılmaktadır (30).

Sağlığı, zindeliği, estetik ve güzelliği, iyileşmeyi su ve suyun iyileştirici gücüyle kazanma anlamlarının yanı sıra SPA, bireye bedensel ve ruhsal açıdan iyileştirme ya da terapi hizmeti sunmayı amaçlayan merkez anlamına da gelmektedir (31).

SPA turizmi, mineral ya da termal havuzlar, buhar odaları ve saunalar gibi su bazlı tedavileri vücudun sağlığı ve dinlenmesi için kullanılan turizm türüdür (31).

SPA merkezlerinde kullanılan müzikler, kokulu mumlar, ışık sistemleri, kullanılan dekorlar bu hizmetten yararlanmak isteyen müşterilere hem ruhsal hem de bedensel olarak rahatlatıcı bir etki sağlamaktadır (30).

Sağlıkla ilgili araçları konaklama ile entegre eden Spa turizminde her türlü su, çamur uygulaması yanı sıra masaj, cilt bakımı, yosun banyoları, küvet bakımları ve thalasso terapiyi içermektedir (32).

Uluslararası SPA Birliği yedi başlık altında toplamış olduğu sınıflama ve tanımlar yapmış olmasına rağmen verilen çeşitlerden bazıları, SPA konseptine uygunlukları ve gerçek SPA tanımına uyumları açısından tartışılmaya ağıktır.

“1. Kulüp Spa: Günlük sunulan paket SPA programlarının da yapılabildiği Fitness gibi sağlık hizmetlerini sunan kulplerdir

2. Yolcu Gemisi-Cruise Spa: Wellness hizmetleri yanında Spa menüsü de bulunan kulüpler olup profesyonel tedaviler, kişisel egzersiz ve terapi programlarının yolcu gemisinde sunulmaktadır.

3. Günlük Spa (Day Spa): En yaygın Spa türü olup günlük Spa hizmetleri sunulmaktadır.

4. Ziyaret/Tatil Destinasyon Spa: Fiziksel sağlık ve eğitim amaçlı profesyonelce yönetilen hizmet programları ile yerinde konaklama yapılması yoluyla sağlığın iyileştirilmesine yönelik hizmetler sunulmaktadır.

5. Sağlık/Medikal/Tıbbi Spa: Geniş kapsamlı sağlık ve wellness bakımlarını, geleneksel Spa hizmetleri ile birlikte alternatif ve modern tedavi hizmetlerinin verildiği merkez olup sağlık personeli tarafından verilen uygulamaları da kapsar.

6. Termal/Mineral/Kaplıca Spa: Kaynağından alınarak kullanılan doğal mineral, termal veya deniz suyu ile yapılan wellness - spa hizmetlerini ve hidrotterapi uygulamalarını kapsar.

7. Tatil/Dinlenme Yeri/Otel/Resort Spa: Bir tatil yeri veya otel içinde yerleşik şekilde profesyonelce yönetilen spa hizmetlerinin, sağlık ve iyileştirme ünitelerinde spa mutfağı menü seçeneklerinin günlük veya daha uzun süreli sunulması olup wellness ve fitness hizmetlerinin de sunulmasını kapsar” (33).

Wellness kelimesi ise kişinin rahatsızlığı olmadan da bir SPA veya sağlık merkezinde herhangi bir gözetim altında takip edilmeden; kişinin rahatlaması, dinlenmesi ve günlük gerginliklerini atması amacı ile yaptığı tatil ve tedavidir (34). Başka bir değişle SPA sudan gelen iyilik, sağlık anlamını taşırken Wellness vücut sağlığının yanı sıra akıl sağlığında da zindeliği sağlamayı hedeflemektedir. Wellness turizmi; her türlü masaj, çamur banyoları, yosun tedavileri, cilt bakımı ve talassoterapiyi kapsamaktadır (35). Spa ve Wellness turizminde genelde hizmetler birbirlerine çok benzemektedir. Spa ya da Wellness hizmetinden yararlanan kişiler için bu deneyim sonucunda;

- ✓ Meditasyon gibi yöntemlerle stres yönetiminin sonucunda rahatlama duygusu
- ✓ Enerji kazanma, gençleşme gibi etkilerinin olduğu yenilenme
- ✓ Mutluluğun vermiş olduğu keyif elde edilmelidir.

2.2.2. İleri yaş ve engelli turizmi

Türkiye’de olduğu gibi Dünya’da da sosyal, ekonomik, tıbbi, bilimsel ve teknolojik gelişmeler sonucunda yaşlı nüfusu artmaya devam etmektedir. Yaşam süresi uzayan ve 65 yaş üstü bireylerin emeklilik dönemlerinde olmaları boş zamanlarının bol olması yanı sıra emekli maaşlarının buldukları ülkelerde sağlık hizmetlerinden yeterli seviyede yararlanmalarını engellemektedir.

İleri yaş turizmi bireylerin bu ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla ortaya çıkan bir turizm türü olmuştur. İleri yaş turizminin sunumunda klinik oteller, rekreasyon alanları, bakım evleri v.b yerler başlıca hizmet yerleridir. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı dört ana başlıkta verilen hizmeti tanımlamıştır.

- İleri yaş turizmi (gezi turları, meşguliyet terapileri)
- Yaşlı bakımı hizmetleri (bakım evlerinde veya rehabilitasyon hizmetleri)
- Klinik otelde rehabilitasyon hizmetleri
- Engelliler için özel bakım ve gezi turları (36)

“Ülkemizin iklimi, coğrafyası, misafirperverliği, bölgesel yakınlığı ve turizm potansiyeli ile Avrupalı yaşlılara özellikle 65-75 yaşları arasındaki (sağlıklı olan) yaşlılara belli projeler çerçevesinde daha güzel ve daha ekonomik bakım hizmeti ve yaşlı tatil köyleri sunulabilir. Böyle bir proje Avrupa’nın yaşlılarına daha ekonomik ve müreffeh bir hizmet, ülkemiz içinde büyük bir sağlık turizmi geliri olacaktır. Batı ülkeleri engelli ve yaşlı turizminde çok ciddi bir pazardır.”

Gelişmiş ülkeler başta olmak üzere yıllardır ihmal edilen engelli bireylerin yaşam kalitelerini yükseltmek için etkili yasal düzenlemeler hayata geçirmeye başlamıştır. Hareket özgürlüğüne kavuşan engelli bireyler mobil hale gelmiş, çeşitli ekonomik ve sosyal olanaklara kavuşarak daha fazla seyahat etmeye başlamışlardır. Bugün dünyada 600 milyondan fazla insan fiziki ya da zihinsel bir engel ile yaşıyor. Hareket zorluğu yaşayan hamile kadınlar ve 65 yaş üzeri nüfus göz önüne alındığında bu rakam 130 milyon kişiye ulaşmaktadır. Dünyanın bu en büyük azınlığı, turizm endüstrisi için de “özel bir pazar” anlamına gelmektedir (37).

Türkiye'deki engellilerin toplam nüfusa oranı ise % 12 civarında. Bir diğer ifadeyle ülkemizde 9 milyon civarında engelli insan bulunmaktadır (38).

Tablo 3: Bazı ülkelerde bulunan engelli sayısı, TÜİK 2012 (38)

Ülke	Toplam Nüfus	Engelli Oranı	Engelli Sayısı
Türkiye	73.722.000 ¹¹	% 12	8.846.640
İngiltere	61.838.154 ¹²	% 13	8.038.960
Avusturya	8.364.095 ¹³	% 20,9	1.748.095
İsveç	9.302.123 ¹⁴	% 12,1	1.125.556
Norveç	4.827.038 ¹⁵	% 17	820.596

Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı kapsamında; Türkiye'nin dünyada yükselen pazar konumunda olduğu medikal turizm, termal turizm ve ileri yaş-engelli turizmi alanlarındaki hizmet kalitesinin yükseltilerek rekabet gücünün artırılması amaçlanmaktadır. Onuncu Kalkınma Planımızda (2014-2018) Sağlık Turizmi program hedeflerinde İleri Yaş Turizmi için aşağıdaki hedefler belirlenmiştir.

- İleri yaş turizminde 10 bin yatak kapasitesi oluşturulması
- İleri yaş turizminde 150.000 yabancı turistini ülkemizi ziyaret etmesi
- İleri yaş turizminde 750 milyon dolar gelir elde edilmesi (39).

2.2.3. Medikal turizm

Medikal Turizm kendi bulunduğu ülke sınırlarının dışında sağlık hizmeti arayan insanlara, sağlık hizmeti ve seyahatin birleştirilmesiyle sunulan, cazip ve heyecan verici bir deneyim olarak tanımlanabilir. Medikal seyahat edenleri yurtdışında tedavi aramaya iten nedenleri; gelişmiş ülkelerde pahalı sağlık hizmetleri, tedavi hizmetleri için uzun bekleme süreleri, anavatanda medikal altyapı eksikliği, kapsam dışı sigorta vb. şeklinde sıralayabiliriz (40).

Medikal turizm "düşük maliyetli, uzun bekleme süreleri ya da kişinin kendi ülkesinde mevcut olmayan hizmetleri alabilmek için sınır ötesi sağlık imkânından yararlanabilme" anlamına gelir. Medikal turizm destinasyonlarda hekimlerin önemli bir kısmı, sanayileşmiş ülkelerde lisansüstü eğitim almış, yeterli sertifikaya sahip (veya eşdeğeri) ve onların eğitimlerini tamamlamış doktorlardan oluşmaktadır. Medikal

turistler, halen kozmetik cerrahi, dental işlemler, yardımcı üreme teknolojisi, oftalmolojik bakım, ortopedik cerrahi, kalp cerrahisi, organ ve hücre nakli, cinsiyet değiştirme işlemleri gibi işlemler için uzak ülkelere seyahat etmektedirler (41)

Tablo 4: Medikal Turizmde Öne Çıkan Tedaviler (42)

Kozmetik Cerrahi	Estetik cerrahi meme büyütme / mastopeksi / meme küçültme Facelift / Blefaroplasti - Liposuction / vücut şekillendirme
Organ ve Doku Nakli	Solid organ transplantasyonu - Böbrek – Karaciğer, Kemik iliği transplantasyonu - Kök hücre tedavisi - Kalp yetmezliği - Nörolojik hastalıklar
Diş Hekimliği	Kozmetik diş hekimliği - Diş onarım / protez
Kardiyoloji ve Kalp Cerrahisi	Koroner arter bypass - Kalp kapak replasmanı / yeniden - Perkütan koroner anjiyoplasti / stent - Kalp yetmezliği için kök hücre tedavisi
Göz	Lasik göz ameliyatı
Ortopedi ve Omurga Cerrahisi	Kalça cerrahisi / yenileme - Diz protezi - Artroskopi / eklem rekonstrüksiyonunda - Laminektomi / spinal dekompresyon - Disk alanı imar / disk değiştirme
Obezite	Gastrik bypass - Laparoskopik ayarlanabilir gastrik bantlama (Lap-Band; Inamed / Allergan, Inc, Irvine, California) - Vücut büyük kilo kaybı sonra konturlama
İnfertilite	In vitro fertilizasyon - Histerektomi - Prostatektomi / transüretral rezeksiyon - Cinsiyet değiştirme işlemleri

2.3. SAĞLIK TURİZMİNİN TARİHSEL GELİŞİMİ

Antik çağda din ile sağlık arasında sıkı bir bağ olduğu kaplıcaların ve kutsal tapınak banyolarının şifa kaynağı olarak kullanıldığı görülmektedir. Sümerler (M.Ö. 4000) sıcak kaynakların etrafında bilinen en eski su akan havuzlar içeren tapınaklardan oluşan sağlık tesislerini inşa etti. Tunç devrinde (M.Ö. 2000) demir bakımından zengin mineral kaynaklarında banyo yapmanın ve bu suyu içmenin sağlığa olan faydalarının farkına varan kabilelere ait tunç kapları bulunmuştur. Günümüzde İsviçrede St. Moritz olarak bilinen bölgede tunç devrinde yaşayan tepe kabilelerine ait tunç kaplarının aynalarına Fransa ve Almanya'da da rastlanması bu medeniyetler arasında yapılan sağlık yolculuğu ihtimalini göstermektedir (5).

Arkeolojik kazılarla milattan önce ve sonrasında Anadolu ve Antik Yunan medeniyetlerinden elde edilen kalıntılarda suyu şifa kaynağı olarak kullanıldığı sonucuna ulaşılmıştır. Yunan mitolojilerinde yer alan Apollo'nun oğlu sağlık ve hekimlik tanrısı olarak kabul edilen "Asklepios" adına yaptırılmış olan ve bugün Bergama'da bulunan bir mabet bulunmaktadır. Bu mabet tapınaktan çok su ile tedavi için kullanılan bir hastane niteliğindedir. Dinsel nitelikte yapılan tedavi oruç ve banyo esasına dayanmaktaydı. Mabette tedavi yöntemlerinden olan banyolar için küvetler, hastaların banyo sonrası yeryüzüne çıkmadan kaldıkları odalara gidebilecekleri yeraltı tüneli, hamamlar, tiyatro ve hastaların konaklamaları için yapılar bulunmaktadır. Tedavisi biten hasta kendi hastalığının ve tedavisinin öykülendiği tabletleri tapınaktan çıkarken para ile birlikte bırakırdı. Bu tabletler tapınağın duvarına asılarak benzer hastalıklar ile gelen hastalara güven sağlardı. Meme kanserine kadar birçok hastalığın anlatıldığı bu tabletlerden birçoğu günümüze ulaşmıştır (45).

Dünyanın ilk sağlık merkezi olarak kabul edilen Asklepios tapınakları dışında M.Ö.300 yıllarında Yunan bölgesinde tedavi amaçlı başka tapınaklar da yapıldı. Bu tapınakların içerisinde en ünlü olan Epidaurus'tur. Asklepios tapınağından farklı olarak spor salonu, yılan çiftliği, düşler tapınağı gibi hizmetlerin verilmesiydi. Bu dönemde tedavi hizmeti sunan diğer tapınaklar ise Olimpos'taki Zeus Sığınağı ve Delfi Tapınakları'dır (44).

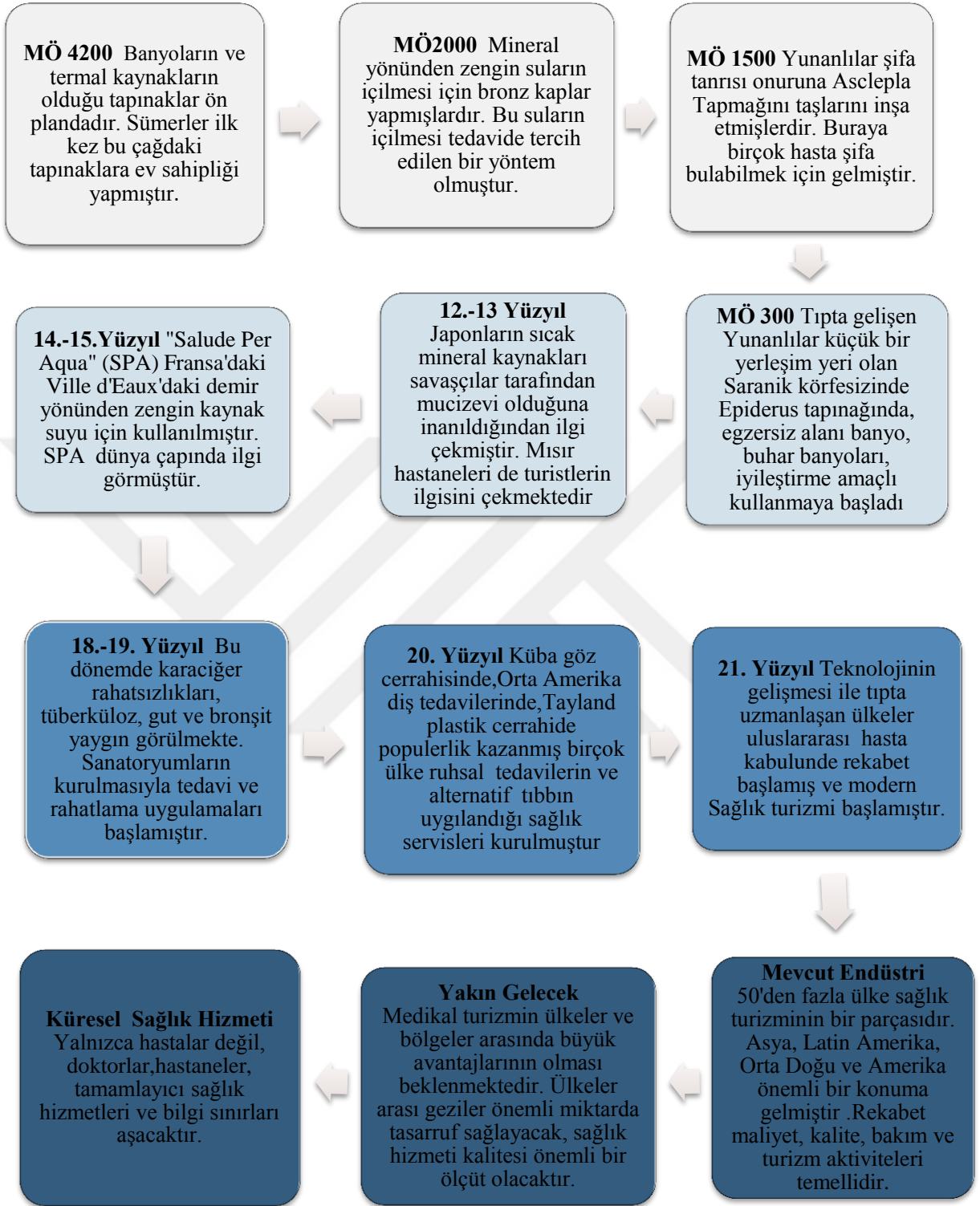
Doğu ve Uzakdoğuda ise yoga ve ayurvedik tıbbın yaygınlaşmasıyla alternatif tedavi yöntemlerinden yararlanmak için Hindistan sağlık turizminde hizmet sunmaktaydı.

Roma İmparatorluğu'nun yükselişe geçişiyle birlikte soylular arasında ün kazanan "ılıca" adı verilen sıcak su banyoları ve kaynakları ortaya çıktı. Zaman içerisinde bu tedavi yöntemi sağlık hizmeti veren sağlık tesisinden ziyade zenginler ve üst tabaka için ticari ve sosyal toplantı merkezleri haline geldi. Orta çağa geldiğimizde ise tapınakların yerini klinik tedaviler sunan hastaneler almaya başladı. Bu dönemde sağlık turizmi için Asya birinci durak olmaya devam etti. Onsen adı verilen mineral kaynakların tedavi edici özellikleri nedeniyle Japonya, savaşçı kavimlerin savaş sonrası tedavileri için tercih nedeni olmuştur. 1248 yılında Kahire'de açılmış olan zamanın en gelişmiş ve en büyük hastanesi olan Mansuri Hastanesi din ve ırk gözetmeksizin verdiği hizmet ile Mısır bu dönemde sağlık turizmi kapsamında hizmet vermiştir (45).

Rönesans dönemi ile 14. yüzyıldan itibaren Avrupa ve İngiltere'de Sağlık turizmi tedaviden daha ziyade zindelik sağlama amacıyla kaplıcaların kullanımıyla devam etmiştir. 18. yüzyıllarda özellikle Avrupa aristokrasisi tarafından Roma hamamlarının yeniden keşfedilmesiyle; termal suların şifalı etkilerinden yararlanılmış, termal suların bulunduğu yöreler tedavinin yanı sıra rahatlama amaçlı olarak sosyal aktivite merkezi durumuna gelmiştir. İngiltere'nin Bath kentindeki Spa merkezleri buna örnek verilebilir (46).

Orta Asya'da ise İslamiyet'ten önce sağlık ve tıp, Türklerin dinsel inançları doğrultusunda kendine özgüdür. Türklerde hekimler dinsel-büyüsel tedaviler yapanlar ve ilaç gibi maddeler ile tedavi yapanlar olarak ikiye ayrılırdı. İslamiyetten sonra ise Emevi, Abbasi, Selçuklu ve Osmanlı Dönemlerinde temizliğe önem verilmiştir. Endülüs Emevileri tıpta ve ilimde ilerlemiş ve Kurtuba'da Avrupa'nın ilk tıp fakültesini kurmuşlardır. Avrupa bölgesinde tedaviye ihtiyaç duyan devlet adamları, asiller Kurtuba'ya gelirlerdi. Selçuklular döneminde ise hizmet veren darüşşifalara tedavi görmek için gelindiği bilinmektedir. Osmanlı imparatorluğu döneminde verilen diğer sağlık hizmetleri yanı sıra kaplıca ve ılıca tedavileri için bu dönemde de tedavi amaçlı seyahatler yapılmıştır (46).

Şekil 1: Medikal turizmin geçmişi, şimdisi ve geleceği. (47)



2.3.1 Günümüz Dünyasında sağlık turizmi

Sağlık turizmi, 1990'lı yılların ortalarından itibaren ülkeler arasında oluşan ciddi rekabet ortamı ve küreselleşmenin etkisiyle çok rağbet gören alternatif turizm çeşitlerinden biri olarak önem kazanmıştır (48). Sağlık Turizmi dünya da 100 milyar dolarlık bir hacim ile önde gelen bir alternatif turizm çeşitlerinden biri olmuştur (55).

Termal turizm genel olarak rehabilitasyon hizmetlerini kapsar iken; kardiyovasküler cerrahi, radyoterapi, “cyberknife”, “gammaknife” gibi ileri tedavi yöntemleri; böbrek, karaciğer ve kalp gibi transplantasyon cerrahisi; tüp bebek intravaginal fertilizasyon (IVF) gibi infertilite uygulamaları; saç ekimi, yüz germe ve burun estetiği gibi plastik ve rekonstrüktif cerrahiler, göz, diş, diyaliz tedavileri vb. ilk akla gelen medikal turizm nedenleridir (56).

Sağlık ve termal turizmdeki gelişmelere paralel olarak dünyada çok sayıda tesis açılmakta; mevcut tesislerde de köklü değişikliklere gidilmektedir. Bu düzenlemeler sadece hızla artan yaşlı nüfus için değil, aynı zamanda tedavi olmak ya da tıp teknolojisinin getirdiği yeniliklerden faydalanmak isteyen genel nüfusa da hitap etmektedir (55).

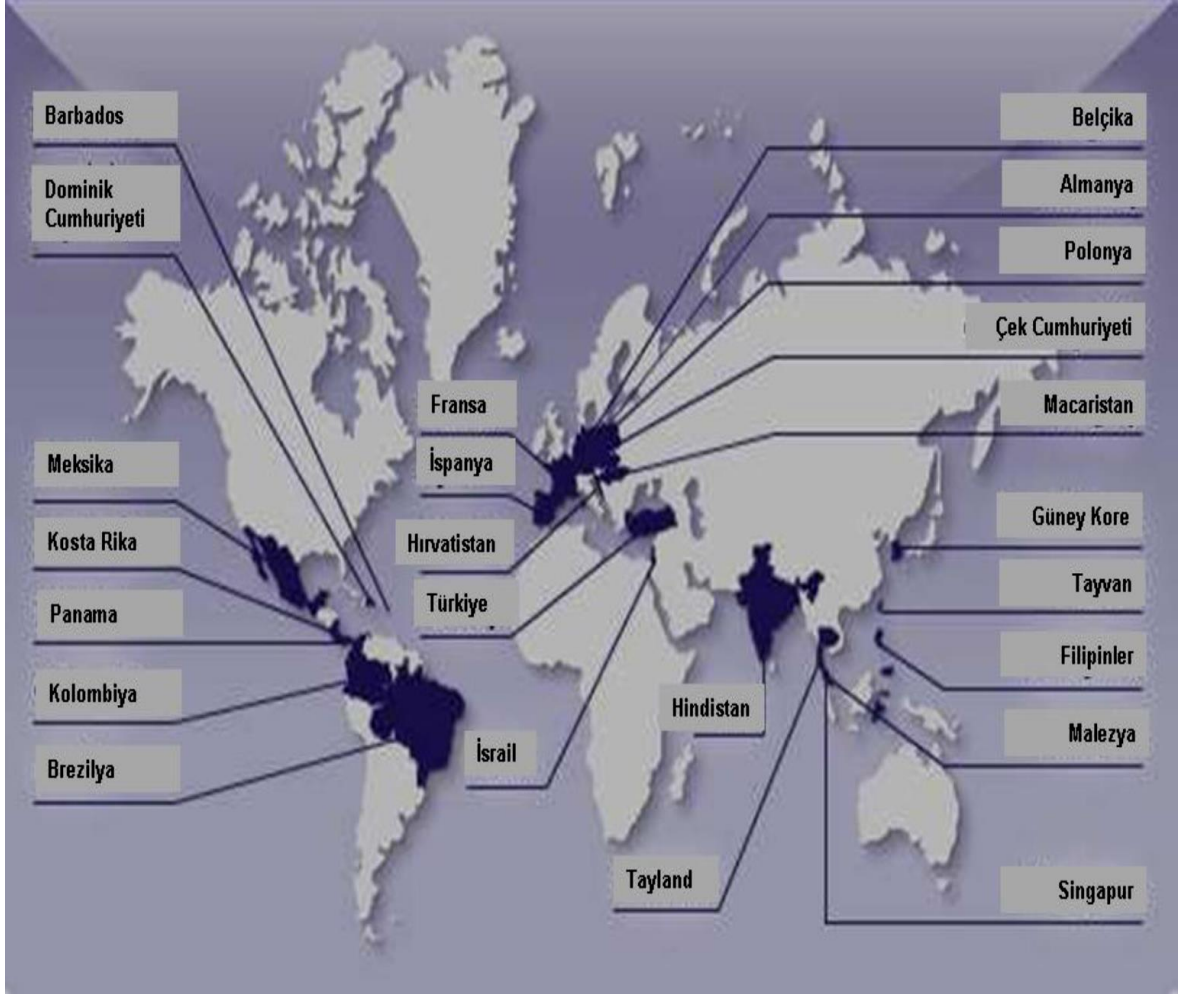
Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlıkta dış kaynak kullanımı 2008 yılında sağlık hizmeti veren kurum ve sigorta şirketlerinin üyelerine acil olmayan sağlık hizmetleri ve ameliyatları başka ülkelerde yaptırma imkânı sunulmuştur (54).

Günümüzde sağlık turizmi alanında dünyada birçok ülke hizmet vermeye başlamıştır. Amerika'da yayınlanmakta olan Medscape tıp dergisi tarafından 2007 yılında yapılan bir araştırmada küresel bazda sağlık turizminde faaliyette bulunan ülkeler Asya/Orta Doğu, Amerika, Avrupa, Afrika ve Diğer olmak üzere beş grup altında toplanmıştır (51).

Tablo 5: Sağlık turizmi yapan ülkeler (51 nolu kaynaktan alınmıştır.)

Asya/Orta Doğu	Amerika	Avrupa	Afrika	Diğer
Çin	Arjantin	Belçika	Güney Afrika	Avusturalya
Hindistan	Brezilya	Çek Cumhuriyeti	Tunus	Barbados
İsrail	Kanada	Almanya		Küba
Ürdün	Kolombiya	Macaristan		Jamaika
Malezya	Kostarika	İtalya		
Singapur	Ekvador	Letonya		
Filipinler	Meksika	Litvanya		
Tayvan	ABD	Polonya		
Türkiye		Portekiz		
Birleşik Arap Emirlikleri		Romanya		
		Rusya		
		İspanya		

Harita 2: Dünya’ da sağlık turizmi ile uğraşan ülkeler haritası(45)



Birleşik Arap Emirliği'ne danışmanlık yapan Dr Prem Jagyasi tarafından Sağlık turizmi alanında yapılan araştırma sonucunda 35 ülke öne çıkmıştır. Yıllık hasta sayıları ve elde ettikleri gelir açısından bu ülkelerin sıralanması şu şekildedir.

Tablo 6: Sağlık Turizminde öne çıkan ülkelerin yıllık hasta sayılarına ve elde ettikleri gelire göre sıralanması. (52)

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

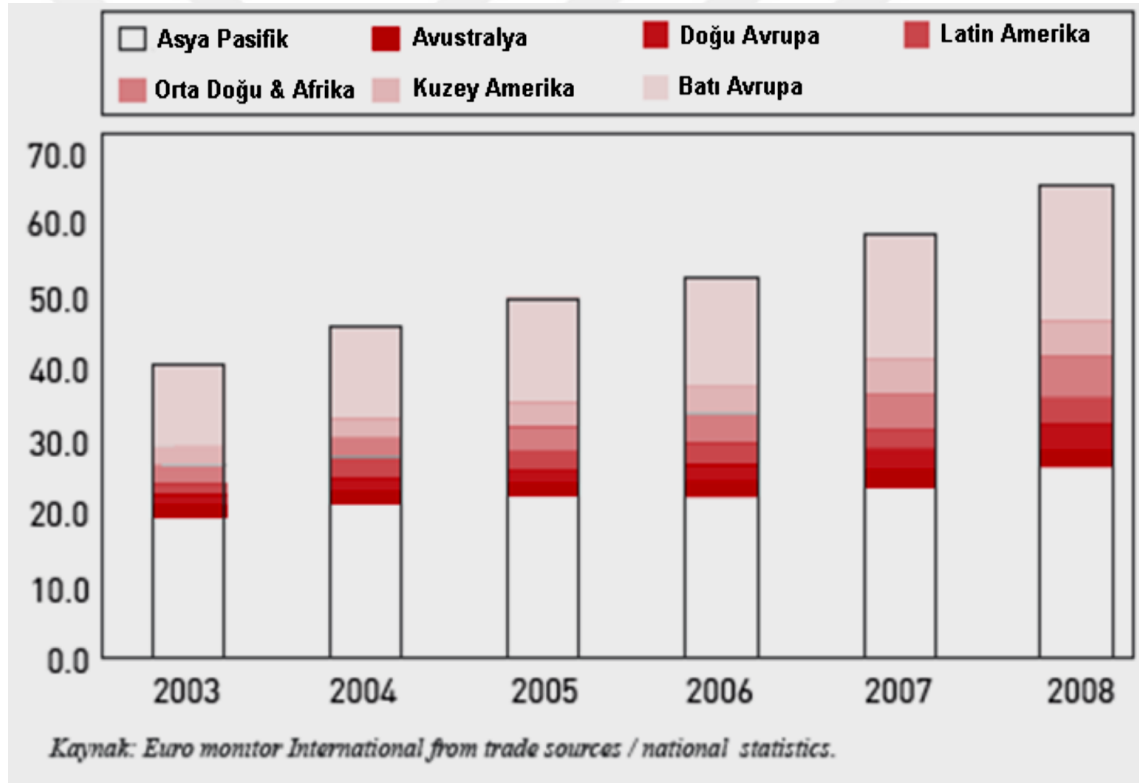
Dünya da sağlık turizmi destinasyonlarının seçiminde her ne kadar kültürel yakınlık ve mesafe faktörleri ön planda olsa da diğer bir önemli nokta ise medikal uzmanlaşmadır. Bazı bölgeler ve buralarda kurulan hizmet sunucuları bir takım hastalıkların tedavisinde uzman konumda buldukları için tercih edilmektedir.

Iordache, Ciochina ve Roxana 2012 yılında medikal turizm destinasyonları ve uzmanlık alanlarına göre en iyi ilk onu aşağıdaki şekilde belirlemiştir (53);

Sağlık turizmi alanında en çok tercih edilen ülkeler; Hindistan, Küba, Kostarika, Tayland, Singapur, Kolombiya ve Malezya olmasından dolayı sağlık turizminin ana bölgesi Asya'dır. 1997 Singapur, daha sonraları girdiği bu pazarda Tayland ve Malezya ile rekabet edebilmek için fiyatları bu ülkelerin aşağısına çekmiş ve hava alanlarına tıbbi turizm alternatifleri ile ilgili bilgi standları yerleştirmiştir(48).

1994 yılından itibaren Joint Commission Internationale (JCI) Akreditasyon Kuruluşunun Amerika Birleşik Devletleri'nde kurulmasıyla; uluslararası alanda geçerliliği ile sayıları hızla artan hastanelerin uluslararası standartlara uyup uymadıklarını kontrol edilmeye başlanmıştır. Dünyadaki sağlık merkezleri ve hastaneler 80 ülkede faaliyet gösteren Joint Commission International (JCI) kurumuna akredite olma çabası içindedir. Bu kuruma üye sağlık kuruluşları daha güvenilir olarak kabul edilmektedir. Akreditasyonlarını tamamlayan hastaneler hastalara güven vererek dünyanın her tarafından hasta kabul etmeye başladılar (49). 2010 yılı itibarıyla 44 ülkede 344 kuruluş bu kuruma akredite olmuştur. Türkiye'den ise 39 hastane JCI onaylıdır (44).

Şekil 2: JCI Kurumuna üye kuruluşların ülke dağılımları (2)



Şekli inceleyecek olursak JCI'ya 2003 yılından 2008 yılına kadar üye olan kuruluşların çoğunluğunu Batı Avrupa ve Kuzey Amerika'da olduğu görülmektedirken en az üye kuruluşları ise Avustralya'da yer almaktadır (2).

Tablo 7’de bazı dünya ülkelerinin sağlık turizmi yapısı gösterilmiştir (50).

Tablo 7: Bazı dünya ülkelerinin sağlık turizmi yapısı

Ülke	2003 Yılında Tedavi Olan Yabancı Turist Sayısı	Geldikleri Ülke Kazanılan	Kazanılan Para (1.000.000)	Güçlü Yönleri
TAYLAND	600.000	Amerika İngiltere	\$ 470	Estetik Ameliyatlar Organ Nakli Diş Tedavisi
ÜRDÜN	126.000	Ortadoğu	\$ 600	Organ Nakli Kısırlık Tedavisi Kardiyoloji
HİNDİSTAN	100.000	Ortadoğu Bangladeş İngiltere Gelişmekte Olan Ülkeler	Veri Yok	Kardiyoloji Ortopedi
MALEZYA	85.000	Amerika Japonya Gelişmekte Olan Ülkeler	\$ 40	Estetik Cerrahi
GÜNEY AFRİKA	50.000	İngiltere Amerika	İngiltere Amerika	Estetik Cerrahi Diş Tedavisi
KÜBA	Mevcut Değil	Latin Amerika	\$ 25	Gece Körlüğü Estetik Cerrahi

Tablo 7’e bakacak olursak cinsiyet değiştirme operasyonlarının diğer ülkelere nazaran daha uygun olmasından dolayı Tayland estetik ameliyat alanında tanınır hale gelmiştir. 2003 yılında sağlık turizmi kapsamında tedavi gören hastalara bakacak olursak 600 bin hasta ile Tayland ilk sırayı almıştır. Sağlık turizmi kapsamında en çok turist veren ülkelerin arasında İngiltere ve Amerika görülmektedir (50).

2.3.2. Avrupa Birliği'nde sağlık turizmi

İngiltere'nin öncülüğünde 1947 yılında "Birleşik Avrupa Hareketi" ile hükümetler arasında işbirliği hedeflenmiştir. Marshall Planı ile Avrupa'nın ekonomik açıdan kalkınması hedeflenmiştir. 1948 yılında Marshall Planının koordine edilmesi için Avrupa Ekonomik İşbirliği Örgütü (OEEC) kuruldu (57).

1957 yılında işgücü ile mal ve hizmetlerin serbest dolaşımına dayanan bir ekonomik bir birlik oluşturmak üzere altı kurucu ülke (Belçika, Almanya, Fransa, İtalya, Lüksemburg ve Hollanda) arasında Roma Anlaşması imzalanarak Avrupa Ekonomik Topluluğu kurulmuştur. 1958 yılında Roma anlaşmasının yürürlüğe girmesiyle Avrupa toplulukları Adalet Divanı, Parlamenterler Asamblesi ortak kurum kabul edildi. "Avrupa Birliği" yıllar içinde yeni katılımlarıyla günümüzde 28 ülkeye ulaşmıştır (57).

Doğu bloğunu yıkılmasıyla Avrupa Birliği üyeliğine katılan Polonya, Romanya, Bulgaristan, Macaristan ve Doğu Almanya yabancı hastalara sağlık hizmeti sunmaya başlamıştır. Diğer batılı ülkelere göre ucuz iş gücü ve kaliteli hizmet avantajını ile sağlık turizminden pay almaya başlamışlardır. Doğu Bloğu ülkelerinden Macaristan medikal turizm alanında sadece diş tedavisi hizmeti ile yılda iki milyar dolar düzeyinde gelir sağladı. Avrupa Birliği ülkelerinden Belçika ise estetik cerrahisi ve obezite tedavisinde diğer Avrupa ülkelerinin elde ettiği gelire göre önemli bir paya sahip konumundadır (50).

1980'li yıllarda Avrupa Birliği üye ülkelerin merkezi otoriteleri ve sigorta kuruluşları kendi ülkelerinde sunulan sağlık hizmetinin başarılı olduğunu düşündükleri için yurt dışında tedavi alınmasının başarısızlık kanıtı olarak görmekteydiler. Bu durumda ihtiyaç duyulan bütün hizmetlerin bir ülke sınırları içerisinde verildiği kanaatinde oldukları için yurt dışında tedavi konusunda isteksiz tavırlar sergilemekteydi. 1990'larda mal ve hizmetlerin serbest dolaşımını engellerinin kaldırılma çalışmalarının başlatıldığı "Avrupa 1992" adlı proje ile ülkeler arasında hasta hareketliliği konusunda değişimler başladı (58). Avrupa Birliği ülkeleri arasında ortak bir sağlık politikaları ve sistemi olmamakla birlikte her ülkenin sunmakta olduğu sağlık hizmeti kendi ülkelerinde uygulanmakta olan sağlık politikalarına ve sağlık hizmeti alma hakkına uygun olarak yürütölmektedir. Sağlık hizmetlerini genel vergilerle ya da sağlık sigortaları ile finanse eden AB ülkeleri makro düzeydeki sağlık politikalarını

Dünya Sağlık Örgütü ile birlikte tespit etmektedirler (59). Avrupa ülkelerinde yaşayan nüfusun gittikçe yaşlanması sağlık hizmetinden yararlanma beklentilerini yükseltmiş; verilen kaliteli sağlık hizmeti sunumuna bağlı olarak da pahalı olması sağlık harcamalarını altından kalkınmaz bir yük haline dönüştürmektedir.

Sağlık finansındaki oluşun sıkıntıyı azaltmak için sağlık hizmeti alma ihtiyacı bulunan Avrupa ülkelerinin; sigorta kapsamı dışında kalan hizmetlerde daha ucuz ama kaliteden taviz vermeyen, bekleme süresi kısa olan hizmet sunucularına ihtiyaçları bulunmaktadır. Kaliteli ve sağlık hizmetine hızlı ve kısa sürede ulaşma ihtiyacı ise Türkiye'yi ucuz sağlık hizmeti almaya aday haline gelmektedir (60). Avrupa Birliği'nin "Sınır Ötesi Sağlık Hizmetlerinde Hasta Hakları" na ilişkin 2011/24/EU sayılı Direktifi, 4 Nisan 2011 tarihli Avrupa Birliği Resmi Gazetesi'nde yayımlanarak; Avrupa Birliği üyesi bir ülkenin vatandaşının sağlık hizmetini diğer bir ülkeden tedarik edebilmesi imkânı tanınmıştır. Alınan bu karar ile hasta transferindeki hukuki engel kaldırılmıştır (61).

Sınır ötesi hasta hareketliliğini geliştirebilmek için sadece yenilikçi bir yaklaşım yeterli olmamaktadır. Liderlik ve sorumluluk üstlenilerek sınırların kaldırılması gerektirmektedir. AB direktifi ile tanınan sağlık hizmeti alma hakkına bağlı olarak yapılan düzenlemeye göre;

"AB'ne üye ülkelerde yaşayıp başka üye ülkede çalışan kişiler, AB'ne üye ülkelerde yaşayıp, aslen orali olmayan emekli kişiler, tatil, iş gibi nedenlerle geçici olarak başka üye ülkede olan kişiler ve özel olarak sağlık hizmeti almak için sınır ötesine giden kişiler farklı ülkenin sağlık hizmetlerinden yararlanabilmektedir. Bu düzenlemeye esneklik ve şeffaflık katmak amacı ile çeşitli değişiklikler yapılmaktadır. Bu değişikliklerden biri, hastaya bir üye ülkede tıbbi açıdan kabul edilebilir bir sürede muayene verilemiyorsa, gerekli hizmeti en kısa zamanda sağlayacak hastaneye gitmesine izin verecek bir birim oluşturulmasıdır. Bir diğer değişiklik, Avrupa Sigorta Kartı sistemidir. Bu kart ile hastaların hizmete daha çabuk ulaşması, hastaneler ve sigorta şirketlerinin de daha çabuk ve güvenilir hizmet vermesi amaçlanmaktadır. Ayrıca farklı bir ülkeden alınan sağlık bakım hizmet bedelinin geri ödemesi için de birçok ulusal düzenleme yapılmaktadır. Çünkü yurt dışından sağlık hizmeti alan hastanın, o ülkede yaşayıp aynı sağlık hizmetini alan hastadan daha fazla geri ödeme almaması gerekmektedir." (58).

Avrupa Birliği üye ülkeleri arasında sınır ötesi hasta hareketliliğini artırmak için 2001 yılından itibaren bir komisyon oluşturarak "Interreg" adı verilen çalışmalara başlamışlardır. Birinci Interreg programı ile başışıklama sistemleri düşük olan

Belçika’da yaşayan hastaların Tourcoing’den, böbrek yetmezliği yaşayan Fransız hastaların ise Mouscron’dan hizmet almaları sağlanırken; programın ikincisinde ise uzun süreli tedavi gerektiren ürolojik hastalıkları olan hastaların diğer ülkelerden hizmet alması desteklenmiştir. Fransa’dan ve Belçika’dan bu dönemde tedavi amaçlı olarak yurt dışına çıkışlar artmıştır. İkinci Interreg programı döneminde Fransa ve Belçika arasında acil bakım hizmetlerin verilmesi için ikili anlaşma yapılmıştır. Her iki Interreg programının halkın sağlığı üzerinde pozitif bir etkisi olmuş; bu etki sağlık bakım profesyonelleri ve yöneticileri tarafından fark edilmiştir (62).

2001 yılında 3 ülke 3 dil ve 3 ulusal hukuk sistemini içerdiği için AB’ni temsil edeceği düşünülen Belçika, Almanya ve Hollanda’nın tarafları olduğu EMR(The Euregion Meuse-Rhine) projesi başlatıldı. Anlaşmanın tarafları olan ülkelerde bulunan hastaneler arasında çeşitli anlaşmalar ile bekleme sürelerini azaltmaya, eğitim kapasitelerinin artırılması ve araştırma yönlerinin güçlendirilmesi ve teknolojiye ilerlemeler hedeflenmiştir. EMR bölgesinde farklı ülkelerdeki hastanelerden sağlık hizmeti alan hasta sayısı kısa sürede artmıştır (66).

2002 yılında yine Fransa ve Belçika’nın tarafı olduğu ve aralarına Lüksemburg’un da katıldığı, temel amacı sınır ötesi hasta hareketliliğini arttırmak ve belirlenen ülke sınırları içindeki nüfusun sağlığını geliştirmek, hastaların kaliteli sağlık bakımına kolay ulaşımını sağlamak ve ülkeler arasında işbirliğini artırmak amacı ile 3. Interreg programı çerçevesinde 6 yıllık bir pilot çalışma yürütülmeye başlanmıştır (67).

Sağlık turizmini arttırmaya yönelik diğer çalışmalardan biri de 2003 yılında Macaristan’ın sınır komşularından İsveç, Norveç, Finlandiya ve İngiltere ile yapmış olduğu acil sağlık hizmetlerinin alımı konusunda iki anlamalardır. Yapılan anlaşmalar ile sağlık hizmetinin faturalandırmasında Macaristan’ın fiyat tarifesinin uygulanması kararlaştırılmıştır. Sadece kaza, yangın gibi acil durumları kapsayan Finlandiya’nın Ylitornio ve İsveç’in Övertornea bölgeleri arasında bir işbirliği bulunmaktadır. Bu kapsamda her yıl yaklaşık 400 hasta diğer ülkelerden sağlık hizmeti almaktadır. İsveç, Norveç ve Finlandiya arasında tele tıp yöntemine dayalı dış hastalıkları teşhis ve tedavisi için yapılan bir çalışma ile farklı ülkelerden uzmanlara hızlı ulaşım sağlanmıştır. Tele tıp yöntemi ile düşük maliyet ve tedavi amaçlı seyahatleri azaltmıştır. Bu proje ile dış tedavilerinde mevcut uygulanan metotların farklı ülkelerin uzmanları ile değerlendirilerek yeni metotların geliştirilmesine, tele tıp yöntemini

kullanarak ameliyat yapmak ve tecrübe ve tedavi metotlarını paylaşmak hedeflenmiştir (62).

Sağlık turizminde Almanya sağlık hizmetlerinin kalitesi ve teknolojik donanımın iyi olması ve termal turizmde ise Macaristan Avrupa Birliği ülkeleri arasında ön plana çıkmıştır (76).

i. İtalya

İtalya, Slovenya, Gorizia ve Nova Gorica bölgeleri arasında verilecek sağlık hizmetlerinin sadece acil bakım hizmeti değil bağımlılıklara(alkol, uyuşturucu vb.) karşı ortak mücadele, ülkeler arasında ortak hemodiyaliz hizmeti bulunmaktadır. Ayrıca personele yönelik dil kursları ve MR gibi cihazlar için ortak alım yapılmaktadır(63).

Avrupa Birliği yasalarına göre tedavi için kendi ülkelerinde bekleme süreleri tıbbi açıdan uzun ise üye ülke hastaları, diğer üye ülkelere kendi ülkelerindeki fiyat ile hizmet alabilmektedirler. Avrupa Birliği'ne bağlı ülkelerdeki hastalar yüksek maliyetli ya da yetersiz tedavilerden dolayı kalça çıkığı olan hastalar, kalp hastalıkları, akciğer ameliyatları ve kısırlık gibi alanlarda başka ülkelere sağlık hizmeti almaya yönlendirmektedir (64).

ii. Belçika

Belçika, OECD 2012 yılı "Sağlığa Bakış" raporu istatistiklerine göre, Belçika nüfusunun %99'u, kamu sağlık sigorta kapsamı içerisindedir. Federal Sağlık Hizmetleri Bilgi Merkezi KCE'nin 2012 raporuna göre; ülke vatandaşlarının %90'nı verilen sağlık hizmetinden memnundur. Bu nedenle Belçikalı hastalar kendi ülkelerinde planlı tedavilerini sürdürmektedirler. Belçika komşu AB ülkelere nazaran düşük tedavi masrafları, gelişmiş sağlık teknolojilerinin olması, sekonder enfeksiyon riskinin düşüklüğü, coğrafi konumu ve tedavi için bekleme sürelerinin kısa olması, atıl kapasitelerinin olması nedeniyle sağlık turizmi ihracatından pay almaktadır(65). Konum avantajının yanı sıra, Belçika'daki sağlık sisteminin, özellikle ABD, İngiltere ve İrlanda'ya nazaran %40-%50 daha düşük maliyetli olması da Belçika'ya sağlık turizminde avantaj sağlamaktadır. Hizmet önceliğini kendi hastalarına vermekle birlikte Belçika'ya tedavi amaçlı gelen hastaların ülkelerini sıralayacak olursak en başta sınır

komşu olan Hollanda(%60) gelmektedir. Sonra sırasıyla Fransa(%17), Lüksemburg (%6), İtalya (%5), İngiltere (%4) ve Almanya (%4) gelmektedir (61).

iii. Almanya

Almanya'nın gelişmiş teknolojik donanım, tıp alanındaki uzmanlaşması ve sunduğu yüksek kalitede hizmet dolayısıyla dünya çapında olumlu bir imajının olması ülkenin en büyük referansı olmuştur. Zengin yeraltı kaynaklarının olmasından dolayı daha ağırlıklı olarak termal turizmde faaliyet göstermektedir. Toplamda 750 bin yatak kapasitesi olan 263 adet resmi belgeli kür uygulamalarının yapıldığı merkezi bulunan Almanya'da 2005 yılında Kür merkezleri yönetmeliği yürürlüğe girmiştir. Termal turizmin içerisinde yer alan spa ve wellness turizmi çerçevesinde bu merkezler hem sağlıklı bireylerin sağlıklarını geliştirebilmeleri için kullanılabilirdiği gibi hem de hasta, yaşlı ve sakat bireylerin de kullanımına uygundur. Bu açıdan termal turizmde önemli bir güce sahiptir. Özellikle "kür tıbbı" konusunda uzmanlaşan dünyaca ünlü hekimleri mevcuttur (68). Almanya doktor teşhisi ve raporu olması şartıyla, kaplıca tedavilerinin hem özel hem de kamu sağlık sigorta şirketleri tarafından tam veya kısmen karşılandığı ülkelerden biridir(69).

Termal turizm dışında Almanya teknolojik donanımı, kaliteli personeli ve bekleme süresi daha kısayken İrlanda, İngiltere ve İskandinavya ülkelerinde bekleme süreleri 1 yılı aşabilmektedir. Kalça çıkığı, kalp ameliyatı ve kanser tedavisi için yurt dışından bu ülkeye gelen hastaların iki hafta içerisinde muayeneleri yapıp, tedavilerine başlanabilmektedir.

İkili anlaşmalar sonucunda Norveç yılda 300 kamu hastasını rutin olarak Almanya'ya tedaviye göndermektedir. Almanya, İrlanda, İngiltere, İsveç ve Danimarka ile de bu tip anlaşmalar yapmayı planlamaktadır (70).

iii. Macaristan

Termal turizmde gelişmiş ülkelerden biri olarak bilinen diğer bir Avrupa Birliği ülkesidir. 2011 yılı Ocak ayında duyurulan "Yeni Szechenyi Planı" kapsamında AB fonları aracılığıyla 2011-2013 yılları arasında sağlık turizmi desteklenecek sektörlerin arasına girmiştir.

80'den fazlası Budapeşte'de olmak üzere birçok şehirde tedavi edici "Sağlık merkezi" bulunmaktadır. Yaklaşık 150 noktada hizmet veren termal havuzlardan 36

âdeti sertifikalı sağlık merkezlerinde bulunmaktadır. “Dünyanın Spa Başkenti” olarak anılan Budapeşte ve Macaristan’da bulunan diğer termal merkezler Japonya, İzlanda, İtalya ve Fransa ile ciddi rekabet halindedir. 2008 yılında, ülkenin sadece bu alanda elde ettiği gelir 147 milyon avro civarındadır. Öte yandan, sağlık turizminden elde edilen gelir toplamda 368 milyon avro olarak belirtilmektedir. Tedavi amaçlı gelen hastaların yanı sıra kendini daha iyi hissetmek için gelenlerin sayısı da azımsanmayacak kadar çoktur. Her yıl binlerce hastaya sistem hastalıklarından, akciğer ve kadın doğum hastalıklarına kadar geniş yelpazede hizmet verilmektedir (70).

Termal turizmin yanı sıra Avrupa’da en ucuz dişçilik hizmetinin bulunmasından dolayı Macaristan’da “diş turizmi” de önemli yer tutmaktadır. Özellikle Almanya ve İngiltere’den birçok hasta tedavi için Macaristan’ı tercih etmektedir (71).

iv. Yunanistan

Çok eski çağlardan beri kaplıcaların tedavi edici özellikleri kullanılmaktadır. Yunanistan kaplıca ile tedavi yönteminin çıktığı ülke olduğu kabul edilmektedir. Ülkede merkezlerin çoğu deniz kenarları boyunca görülmektedir(69).

Yunanistan ve Macaristan’a göre daha yeni olmasına karşın Çek Cumhuriyeti ve Slovakya gelişmiş tedavi edici kaplıcalar kurarak senede 500 bine yakın hastaya tedavi hizmeti verilmektedir. Doktor raporu olması koşuluyla tedavi masraflarının tamamı veya bir kısmı sigorta şirketleri tarafından karşılanmaktadır. Çek Cumhuriyetinin bu sektörden kazancının 1 milyar doları aştığı bilinmektedir(45,69)

v. Polonya

Medikal turizmde çok çekici olan bir diğer Avrupa Birliği ülkesidir. Avrupalı Sigorta şirketlerinin gerek giderlerini azaltmak amacıyla gerekse yüksek maliyetleri olan hizmetleri ödeyememelerinden dolayı kısmen dişle ilgili kısmen bazı tıbbi prosedürler için Polonya avantajlı bir konumdadır. Almanya’da dişle ilgili bir işlemin fiyatı Doğu’dakinin yaklaşık dört katı olmasından dolayı sigorta şirketlerinin neden yurt dışından hizmet almak için anlaşmalar yaptığı anlaşılır hale gelmektedir. Özellikle diş bakımı konusunda ön plana çıkan Polonya’da sağlık turizmi kapsamında İngilizce, Almanca ve Fransızca hizmet veren özel klinik sayıları gün geçtikçe artmaktadır. Ülkede yapılan Sağlık turizminin tanıtımı sırasında Avrupa Birliği üyesi olma avantajını kullanarak ortak dolaşım ve tedavi hakkını ön plana çıkartarak Batı Avrupalı hastaları

çekmeyi planlamaktadır. Almanya'dan ve diğer batı Avrupa ülkelerinden her geçen gün artan sayıda ziyaretçi plastik cerrahi, diş ve tüp bebek için Polonya'ya (ve diğer yeni AB üyesi Macaristan ile Slovakya'ya) daha az paralar ödemek için seyahat etmektedir (68).

vi. İngiltere

İngiltere devlet sağlık sigorta kurumuna (NHS-National Health Service) bağlı yüz binlerce hasta sağlık sektöründe uzun yıllardır ciddi sıkıntılar çekmeye başlamıştır. Birçok muayene, tetkik veya ameliyat için çok uzun süre bekleme süreleri verilmeye başlanmıştır. Bu şekilde beklemek istemeyen hastalar ya masraflarını kendileri karşılayarak özel hastanelerde bu servisleri almaya ya da yurtdışında bu servisleri alacakları başka imkânları aramaya başlamıştır. 90'ların ortalarından itibaren yurtdışına hasta göndermektedir. Önceleri maddi durumu güçlü ve üst sınıf insanlar medikal servisler almak için dünyanın çeşitli yerlerindeki doktorlar ve hastanelere gitmekteydiler fakat bu durum İngiltere'deki sağlık sisteminde yaşanan sorunlar ile beraber değişmiştir. İngiltere'de şu anki rakamlara göre yılda 50.000 kişi yurtdışında tıbbi hizmet almaktadır. Dünyanın çeşitli ülkelerinden yaklaşık 400 medikal kurum ve kuruluş kendini İngiltere pazarında tanıtmaktadır ve hasta çekmeye çalışmaktadır. Bunların birçoğu devlet destekli tanıtım projeleridir (72).

2.3.3. Amerika ve diğer ülkelerde sağlık turizmi

Sağlık hizmetlerinde birçok ülkenin teknolojilerini geliştirmesi, yüksek standartlarda hizmet sağlarken maliyet avantajı sağlaması, tedavi olabilmek için uluslararası seyahatin daha kolay ve ekonomik hale gelmesi buna bağlı olarak da bekleme sürelerinin kısaltması dünyanın geniş bir bölgesine sağlık turizminin yayılmasını sağlamıştır. Sağlık turizminin ilk başladığı yıllarda daha az gelişmiş ülkelerde yaşayan, sınır ötesi seyahat ve tedaviyi karşılayabilecek maddi gücü olan hastalar sağlık hizmetleri sunumunda gelişmiş olan ülkelere (örn. Amerika Birleşik Devletleri, Almanya) seyahat ederlerken son yıllarda ise hasta trafiğinin yönü değişmiştir. Gelişmiş batı ülkelerinde (örn. Amerika Birleşik Devletleri, AB ülkeleri gibi) yaşayan ve sağlık hizmetlerine ulaşmakta sıkıntı yaşayan hastalar tedavi amaçlı olarak yeni destinasyonlara seyahatler yapmaya başlamışlardır (73).

Uzun seyahatler göze alınarak deniz aşırı ülkelere tedavi amaçlı yapılan sağlık turizminde özellikle medikal, diş ve cerrahi operasyonlar ön plana çıkmıştır. Asya ülkelerinden Hindistan, Malezya ve Tayland'ın sağlık turizmi kapsamında ilk sıralarda olmasının altındaki sebeplerden sağlık hizmetlerinin kaliteli fakat maliyetlerinin Avrupa ülkelerine oranla düşük olması, ihtiyaç duyulan tedaviyi bekleme süresi olmadan verilmesi bulunmaktadır(74). Bu nedenlere sağlık hizmeti vermeye aday olan Asya ülkelerinin müşterilerine konforlu uçuşların sağlanması gibi turizm hizmetlerinin sağlanması da eklenebilir (74) .

Sağlık turizmi amacıyla seyahat planlamalarını yaparlarken hastaların tercihlerini yaş, cinsiyet ve sosyo-demorafik özelliklerinin etkilerken buldukları statülere göre risk algılamaları değişmektedir. Bu endişeleri, sadece alacakları sağlık hizmetinin kalitesi ile ilgili olmayıp gidecekleri ülkelerin turistik yerleriyle de ilgilidir (75).

Günümüzde sağlık turizmi açısından en popüler destinasyonlar; Hindistan, Tayland, Singapur, Filipinler, Küba, Kolombiya, Kostarika, Macaristan, İsrail, Ürdün, Güney Afrika gibi ülkelerdir (73).

Sağlık turizminde dünya ülkelerinden bazılarının ön plana çıkmalarına ilişkin birçok farklı nedenler olduğu kabul edilmektedir. Bu nedenleri sıralayacak olursak;

- ✓ Singapur, Tayland, Kostarika vb. ülkelerin asıl gelirlerinin turizm gelirleri olması
- ✓ Ürdün, İran, Malezya, Brezilya vb. ülkelerin coğrafik ve politik konum avantajları
- ✓ ABD, Güney Kore vb. ülkelerin sağlık hizmetlerinin kalitesi ve teknolojik donanımın iyi olması
- ✓ Hindistan medikal turizm gibi ülkelerin geçmişten gelen turizm ve sağlık turizmine önem verme politikalara sahip olması,
- ✓ Ürdün, Hindistan, Malezya, Brezilya, Malta gibi ülkelerde yabancı sermaye girişi ve yurt dışında eğitim görmüş doktor avantajlarını kullanmaları
- ✓ Türkiye, Malezya, İsrail'in coğrafi konum, turizm ülkesi olması, sağlıkta ileri teknoloji, kaliteli sağlık hizmeti sunumu, ekonomik fiyat gibi birçok açıdan avantajları bir arada bulundurması (76).

Hindistan, Singapur, Tayland ve Filipinler uzak doğu pazarında üstünlüğü almış durumdadır. Ortadoğu’da İsrail ve Ürdün sağlık turizminden pay alırken Avrupa pazarında ise Macaristan, Belçika ve Almanya bulunmaktadır. Türkiye ise uluslararası pazarlarda oluşturduğu yeni stratejiler ve politikalar sayesinde özellikle Orta doğu ve Avrupa pazarı için yeni bir cazibe merkezi haline gelmiştir (75).

Harita 4: Dünya’ da Sağlık Turizmi ile İlgilenen Ülkeler Haritası



i. Panama

Amerika Birleşik Devletleri’ne coğrafik açıdan yakın olmasından dolayı ve kültürel etkileşimin yoğun olması nedeniyle “Amerikan”laşmış bir yapıya sahip olan Panama’da yaşam standartlarını sağlamada maliyetleri daha düşüktür. Bu özelliğinin yanı sıra Coğrafi ve psikolojik yakınlık, kalite düzeyi yüksek sağlık-tedavi hizmetleri, ABD eğitimli ve sertifikalı insan kaynakları ve çekici doğal güzelliğiyle sağlık turizmi alanında Kanada ve ABD’den ziyaretçi çekmektedir(77).

Sağlık hizmeti veren işletmeler, yapılan uygulamalar, doktor ve yardımcı personelin eğitim kalitesi ABD ile paralellik göstermesine karşın Panama da JCI tarafından akredite edilmiş bir hastane bulunmamaktadır(77).

Cerrahi (Estetik, Ortopedik, Obezite vb.), diş, kısırlık, göz, kanser tedavilerinde öne çıkan Panama'da Kök hücre tedavilerinde de uygulamalar yapılmaktadır. Sağlık hizmeti sunumunda görevli olan personelin iyi düzeyde İngilizce konuşması iletişim sorununu ortadan kaldırmaktadır. Aynı zamanda ülkede kullanılan para biriminin ABD ile aynı olması ve verilen tedavi hizmetinin maliyetinin daha düşük olması dolayısıyla ödemede sorun yaşanmamaktadır. Yanlış tedavi ve hekimler yasal sorumluluk konusunda kendi eylemlerinden sorumlu tutulsalar da uygulanan yanlış tedavinin açacağı zararı Panama yüklenmemektedir (77).

2007 yılında Nip&Tuck Medical Tourism Panama ile ABD'deki eş değer medikal işlemlerin yaklaşık fiyatları, fikir vermesi açısından, karşılaştırılmış ve aşağıdaki verilere ulaşılmıştır.

Tablo 8: Medikal İşlem Fiyat Karşılaştırması (Panama & ABD) Kaynak: 79

	ABD(x1000 \$)	Panama (x 1000 \$)	Ortalama Tasarruf (%)
Medikal İşlemler			
Anjiyoplasti ve Stent Uygulaması	19-21	10-15	25-47
Kalp Pili Uygulaması	4-6	1,5-2,3	50-60
Laparoskopik Fıtık Uygulaması	6-8	3,5-4,5	40-50
Laparoskopik Gastric Bypass Uygulaması	24-26	14-16	35-40
Kalça Eklemi Uygulaması	19-21	11-13	35-40
Artroskopi	9-11	14-6	45-55
Diz Eklemi Uygulaması	19-21	11-13	35-40
Bel Fıtığı	19-21	6-7	65-70
Karpal Tunnel Sendromu Uygulaması	6-8	2,5-3,5	55-60
Kalp Pili Uygulaması	4-6	1,5-2,3	50-60
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi			
Boyun Germe	10-12	2-3	75-80
Meme Büyütme/Küçültme Estetiği	5,5-8 3,	1-4,5	40-45
Meme Kaldırma	5-6	3-4	35-40
Liposuction	4-6,5	2,5-4,4	30-35
Burun Estetiği	4-6	1,5-2,5	55-65
Kalça Dikleştirme ve Biçimlendirme	5-6	3,5-4,5	25-30
Kimyasal Soyma	0,9-1,1	0,45-0,55	45-55

	ABD(x1000 \$)	Panama (x 1000 \$)	Ortalama Tasarruf (%)
Kadın Hastalıkları ve Doğum			
Aşılama Tedavisi	1-2	0,8-0,9	20-55
Vücut Dışı Döllenme-Tüp Bebek	9-18	4-6	55-70
Vücut Dışı Döllenme + Yumurta Donasyonu	16-20	7-9	50-55
Göz Tedavileri			
Katarakt Ameliyatı	5,5-6,5	2-3	50-60
Excimer Laser	4,5-5,5	1,5-2,5	55-60
Glokom Ameliyatı	5,5-6,5	1,5-2,5	60-75
İntraoküler Lens İmplantı ile Excimer Laser	5,5-6,5	2-3	50-60
Göz Kapağı Estetiği	4-5,5	1,5-2,5	60-65
Genel ve Estetik Diş Tedavileri			
Kanal Tedavisi	0,9-1,1	0,25-0,35	70-75
Porselen Kaplama	1-2	0,45-0,55	55-75
Porselen Lamina	1-2	0,45-0,55	55-75
Kompozit Lamina	0,6-0,75	0,15-0,25	45-70
Diş İmplantı	2-2,5	0,9-1,1	55-60
Periodontal Cerrahi	1-2	0,45-0,55	55-75
Periodontal Plastik Cerrahi	1-2	0,45-0,55	55-75
Periodontal Rejeneratif İşlemler	1,2-1,6	0,5-0,6	55-65

Sağlık sigortası olmayan Amerikalıların yakın medikal turizm destinasyonları için sağlık hizmeti arayışlarına cevap veren Panama'da medikal turizm amacıyla giriş çıkış yapanlardan vize istenmemektedir.

Gün geçtikçe yaşlanan Amerikalılar medikal turizm kapsamında sunulan hizmetlerden düşük maliyetle yararlanabildikleri için emekliliklerini kendi ülkelerine yakın ülkelerde geçirmeyi planlamaktadırlar (70)

Medikal turizmde hem doğal güzellikleri hem de kaliteli sağlık hizmeti sunan Kostarika özellikle organ nakli konusunda uzmanlaşmıştır. Diş tedavileri ve estetik ameliyatlar için tercih edilen ülkede medikal turizmin geliştirilmesi için check-up, diş tedavisi ve güzel bir tatili içeren paket başka ülkelerdekini üçte bir fiyatına sunulmaktadır (70)

ii. Hindistan

Hindistan günümüzde sağlık turizmi pastasında en çok payı almaktadır. Ülkede 1983 yılında 150 yataklı bir hastane ile sağlık turizmine adım atan ve uluslararası alanda sağlık hizmeti veren Apollo 2009 yılında 44 hastanede 10.000 yatak kapasitesine ulaşmıştır(79).

Hindistan her yıl yaklaşık 150.000 medikal turist almaktadır. Hindistan sağlık sektöründe her yıl %30'luk bir büyüme olduğu kaydedilmekte ve 2012 yılında yıllık sağlık turizm gelirinun 1,2 milyar pound olması beklenmektedir. Hindistan'ın sağlık turizminde diğer ülkelere göre daha popüler olmasının temel nedeni bu turizm potansiyelini daha önce görmeleri, düşük maliyetle çalışmaları ve iyi tanıtım yapmalarıdır. Şirketlere yönelik sağlık kontrolü paketlerinden komplike kalp ameliyatlarına kadar geniş bir yelpazede sağlık turizminde medikal hizmet sunulmaktadır. Bu hizmetleri kendi ülkelerinde verilmekte olan hizmetin maliyeti kıyaslandığında %40 ila %80 arasında daha az ödemektedir. Hindistan'ın eski bir İngiliz sömürgesi olması da İngiliz halkı tarafından tercih edilmesinde daha olumlu etkisi olurken Asya ve Afrika bölgelerinden de sağlık hizmetlerinin yüksek kaliteli, medikal altyapılarının akredite, sağlık personelinin batı eğitilmiş ve kalifiye olmasının medikal turistleri kendine çekmesinde olumlu bir etkisi vardır (51,71).

Hindistan'da verilen sağlık hizmetleri yerel akreditasyon standartları gereğince "Hindistan Sağlık Hizmetleri Federasyonu", "Hindistan Medikal Turizm Konseyi" ve "Hindistan Sağlık Bakanlığı" tarafından denetlenmektedir. Ülkede bulunan 16 sağlık kuruluşu JCI akreditasyonunu yaptırmıştır. Sağlık turizminde kamu hastaneleri de hizmet vermesine rağmen ülkeye gelen medikal turistlerin %60 ı özel hastanelerden hizmet almaktadır. Hindistan'daki doktorlar tüm tıbbi müdahaleleri ve edimlerinden dolayı kanunen sorumludur. Hindistan'da yanlış tedavi vakaları, tüketici mahkemeleri ve hakem heyetleri tarafından ele alınmaktadır (70).

Tablo 9: Medikal İşlem Fiyat Karşılaştırması (Hindistan & ABD) (79)

	ABD (x 1000 \$)	Hindistan (x 1000 \$)	Ortalama Tasarruf (%)
Medikal İşlemler			
Anjiyoplasti	55-57	10-12	78-81
Spinal Cerrahi	60-62	7-8	85-88
Kalp Bypassı	120-130	9-11	91-95
Kalp Kapakçığı Değişimi	150-160	9-10	94-96
Laparoskopik Gastric Bypass	28-30	10-12	60-64
Kalça Eklemi Uygulaması	41-43	8-10	76-80
Meme Alma Ameliyatı	39-41	7-8	80-82
Diz Eklemi Uygulaması	38-40	8-9	87-88
Kemik İliği Nakli	240-260	68-70	72-73
Karaciğer Nakli	290-310	68-70	75-77
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi			
Yüz Germe	7-9	4-5	42-44
Meme Düzeltme	5-8	3-4,5	40-44
Meme Küçültme	4-6	2-3	48-50
Tüm Liposuction	4-6,5	2-3,5	46-50
Burun Estetiği	5,5-6,5	1,5-2,5	61-72
Kalça Biçimlendirme	8-10	4-5	50-52
Göz Tedavileri			
Katarakt Ameliyatı	1,5-2,5	1-1,5	33-40
Genel ve Estetik Diş Tedavileri			
Kanal Tedavisi	0,9-1,1	0,1-0,15	83-85
Porselen Kaplama	1-2	0,08-0,1	87-90
Porselen Metal Köprü	1-1,8	0,25-0,35	75-81
Diş İmplantı	2,5-3,5	0,5-0,8	77-80

Gelişmiş sağlık teknolojilerini modern hastaneler ve sağlık işletmelerinde sunan Hindistan'ın bu tüm olumlu özelliklere karşın bölgenin gelişmiş ülke standartlarında

olmaması, yerel halkın kültürel özellikleri sağlık hizmeti almak için ülkeye gelen turistleri olumsuz etkilemektedir (77).

iii. Uzakdoğu Asya Ülkeleri

• Tayland

1970'lerde cinsiyet değişimi operasyonları ile sağlık turizminde önemli yeri bulunan Asya ülkelerindedir. Daha sonraları Ülke de medikal turizm hareketlerinde estetik cerrahiye yönelim artmıştır. Estetik cerrahi ameliyatları dışında Tayland'a, kalp ameliyatları ve sonrasında gerekli olan bakım, enfeksiyon hastalıkları ve tedavileri katarakt, diş tedavileri gibi tedaviler için hasta gitmektedir. 2007 yılında 600 bin yabancı Tayland'da tedavi gördü. Bunun 440 bini Bumrungrad hastanesinden hizmet aldı. JCI akreditasyonu olan hastane sayısı sadece üçtür. Tıbbi araştırmalara, uluslararası sempozyum, kongre ve toplantılara sadece doktorların değil sağlık alanında hizmet sunan eczacı, dişçi ve teknik elemanların katılımlarının medikal ve sağlık turizmi alanında ülkeyi ön plana çıkarttığı düşünülmektedir.(50).

• Singapur

2006 yılında toplam 410 bin yabancı hastaya hizmet verilen Singapur hükümetinin hedefi 2012 yılında bu rakamı 1 milyona çıkartmaktı. Ülkede JCI akreditasyonu olan hastane sayısı 13'dür. Singapur sağlık turizmi için uluslararası hasta servisi profesyonelleri ile çalışmaktadır. Uluslararası hastalara tıbbi randevu, yolculuk düzenlemeleri, konaklama ve havaalanı-otel-havaalanı arasındaki transferleri limuzin ile sağlama gibi hizmetleri sağlamaktadırlar (50).

• Malezya

2007 yılında 350 bin yabancı bu ülkede tedavi gördü. 5 hastanenin JCI akreditasyonu mevcuttur.

iv. Ürdün

Sağlık turizmi alanında, bölgesinde iddialıdır. En büyük payı, çevresindeki Arap ülkelerinden almaktadır. Küba; Tıpta dünyanın en ileri ülkelerinden biridir. Buna rağmen Amerikan ambargosu nedeniyle ABD pazarından gerektiği gibi yararlanamamaktadır. 2006 yılında sadece 20 bin kişi tedavi amacıyla ülkeye gitmiştir.

1970'lerden bu yana Orta Asya sağlık endüstrisinde Ürdün önde gelen ve Dünya Bankası tarafından sağlık turizmi alanında bölgenin en popüler ve dünya çapında besinci losyonu olduğu bilinmektedir. 60 özel sağlık kuruluşundan sadece 4 tanesi sağlık sektöründe uluslararası akreditasyonda altın standart olarak benimsenen ABD bazlı JCI akreditasyona sahiptir. 2000 yılından sonra, medikal turizm tanıtımları özellikle Ortadoğu'da yaşayan hastalara yönelik yapılmaktadır. Medikal Turizm kapsamında özellikle kalp, beyin ve göz hastalıkları alanında yılda yaklaşık 100.000 Arap ülkesi vatandaşını tedavi etmektedir. Ürdün'de sunulan sağlık hizmetinin fiyatı Amerika ve İngiltere'ye göre çok düşüktür. Yurt dışından ülkeye gelen hastaların %30'u Yemen'den, %20-25'i Libya'dan, %20'si Sudan'dan gelmektedir. Ülkeye ayrıca Tunus, Cezayir, Irak ve Filistin'den de hasta gelmektedir (44,50).

Ürdün'de Medikal Turizm amaçlı ülkeye gelen hastalara yardımcı olmak, resmi işlemleri kolaylaştırılarak; işlemleri tamamlanan hastaların ücretsiz olarak hizmet alacakları kurumlara taşınma hizmetlerini sağlamak üzere "Ürdün Medikal Turizm Anonim Şirketi (Jordan Medikal Tourism Corporation)" adıyla bir kurumsal yapı oluşturulmuştur. Ürdün'e hava, deniz, kara yoluyla ulaşımın ve vize işlemlerinin kolay olması, medikal tedavi maliyetlerinin düşüklüğü, son teknolojinin kullanılması, yüksek yetenekli hekimlerinin varlığı, dil engellerinin olmaması ve çeşitli tatil seçeneklerinin olması Ürdün'ü avantajlı bir medikal turizm destinasyonu yapmaktadır (77).

Tablo 10: Medikal İşlem Fiyat Karşılaştırması (Ürdün & ABD) (77)

	ABD (x 1000 \$)	Ürdün(x 1000 \$)	Ortalama Tasarruf(%)
Medikal İşlemler			
Anjiyoplasti ve Stent Uygulaması	19-21	4-6	70-80
Kalp Pili Uygulaması	4-6	2-3	50
Spinal Cerrahi	60-62	15-16	70-75
Kalça Eklemi Uygulaması	19-21	4-6	70-80
Diz Eklemi Uygulaması	19-21	4-6	70-80
Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi			
Boyun Germe	10-12	3-4	65-70
Yüz Germe	10-12	3-4	65-70
Meme Büyütme/Küçültme Estetiği	5,5-8	3-4	45-50

	ABD (x 1000 \$)	Ürdün(x 1000 \$)	Ortalama Tasarruf(%)
Meme Kaldırma	5-6	3-4	30-40
Liposuction	4-6,5	2,5-4	35-45
Burun Estetiği	4-6	1,5-2,5	55-65
Kalça Dikleştirme ve Biçimlendirme	5-6	3,5-4,5	25-30
Kadın Hastalıkları ve Doğum			
Vücut Dışı Dölllenme-Tüp Bebek	9-18	5-6	45-65
Vücut Dışı Dölllenme + Yumurta Donasyonu	16-20	8-10	50
Genel ve Estetik Diş Tedavileri			
Kanal Tedavisi	0,9-1,1	0,2-0,3	70-80
Porselen Kaplama	1-2	0,4-0,5	60-75
Porselen Lamina	1-2	0,4-0,5	60-75
Kompozit Lamina	0,6-0,75	0,15-0,25	65-75
Diş implantı	2,5-3,5	1-1,2	35-40
Diş Beyazlatma	0,9-1,2	0,3-0,4	60-70
Altın Kaplama	0,8-0,85	0,4-0,45	45-50

v. Dubai

11 Eylül Terör saldırısından sonra Ortadoğudaki Müslümanların ABD ve Avrupa'ya gidişleri ve ilişkileri her alanda azaldığı ve zorlaştığı gibi sağlık hizmeti alımı da olumsuz yönde etkilenmiştir. Artık Ortadoğudaki Müslümanlar ABD ve Avrupa'ya eskisi gibi rahat gidememektedirler. Yabancı hastalara yönelik çift yönlü bir politika benimseyen Amerikan sağlık sektörü bir yandan kendi ülkesine sağlık turistini çekerken diğer yandan da başka ülkelerde sağlık altyapıları kurmak suretiyle tedavi ve hizmetleri hastanın ayağına götürmektedir (80).

Bu duruma en iyi örnek Dubai'dir. Dubai'de 11 Eylül sonrasında yurtdışına çıkmak için vize almakta zorlanan Arap turistlere hizmet vermek, emlak sektörünü canlandırmak ve sağlık turizmini teşvik etmek amacıyla 2006 yılında faaliyete geçen Dubai Sağlık Bakım Şehri (DHCC) kurulmuştur. Dubai Sağlık Bakım Şehri dünyada kurulan ilk ve en büyük sağlık serbest bölgesi olması itibarıyla önemli bir konuma sahiptir. Bünyesinde 90 klinik ve 2 bin 500 lisanslı sağlık çalışanı, tam teşekküllü iki

hastane barındırmaktadır. Öte yandan verilen sağlık hizmetinin pahalı olması ve kalifiye eleman gelmemesi nedeniyle tam anlamda bir cazibe bölgesi haline gelmemiştir. Bahreyn ve Lübnan gibi Orta Doğu ülkeleri Dubai gibi medikal turizmi tersine çevirerek kendi medikal turizm endüstrilerini yaratmışlardır(6).

2.4. Sağlık Turizmi Katılımcılarının Özellikleri

Sağlık turizminin hedef kitlesi, sağlığı bozulmuş olan insanlar ile sağlığını korumaya duyarlı olan insanlar şeklinde tanımlarsak; bu kapsamda sağlık turizmi katılımcıları genellikle hastalar ve hastanın ailesi ve yakınlarıyla, sağlığına önem veren ve sağlığını korumak için bu turizm faaliyetlerine katılan kişilerdir (72).

Hızla gelişen turizm sektöründe kendisine sunulan temel hizmetler ile yetinmeyen turistlerin talepleri arasına sağlık hizmetlerinin de eklenmiştir. Bu hizmeti alacakları yerlerin güvenli olmasını tercih eden turistler gerek koruyucu sağlık hizmetleri gerekse tedavi edici sağlık hizmetleri açısından yetersiz ve riskli gördükleri yerler ne kadar ilginç ve ne kadar güzel olursa olsun gitmekten kaçınmaktadırlar (72).

Cohen'e göre (81) sağlık turizmi pazarı açısından turistler ya da ziyaretçiler 5 temel kategoride gruplandırılabilir.

- 1) **Yalnızca turist:** Ziyaret ettikleri ülkede herhangi bir tıp hizmetinden yararlanmayan turistler ya da ziyaretçilerdir.
- 2) **Tatilde hastalanıp tedavi edilen turist:** Seyahati sırasındaki rahatsızlanma ya da kaza nedeni ile tıp hizmeti ve tedavi alan turistlerdir.
- 3) **Tatil ve tedavi amaçlı turistler:** Bu turistler ziyaret ettikleri ülke ya da bölgeye tam anlamı ile tıbbi nedenlerle gitmezler. Ancak ziyaret ettikleri bölgede bazı rahatsızlıkları için tedavi olanakları olması tercih nedenidir. Diğer bir deyimle tatilde tedavi amaçlı turistlerdir.
- 4) **Tatil yapan hastalar:** Bu ziyaretçiler esasen bir bölgeye tedavi amaçlı giderler, ancak iyileştikten sonra ya da tedavi sonrası gittikleri bölgede tatil de yapan ziyaretçilerdir.
- 5) **Yalnızca hastalar:** Bu gruptaki medikal turistlerin bir bölgeye gidiş amaçları yalnızca o bölgede tedavi olmak ya da operasyon geçirmektir. Tatil gibi bir amaçları yoktur.

Sağlık turizm 'inde sunulan hizmet kategorilerine göre sağlık turizmi yapanları sınıflandıracak olursak üzerinde tablo 11 deki gibi katılımcıların özelliklerini sıralamak mümkündür.

Tablo 11: Sağlık hizmet kategorilerinin özellikleri (82)

	Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Hizmetler	Tedaviye Yönelik Hizmetler	Rehabilitasyon Hizmetleri
Hizmetten Faydalananlar	Orta ve Üst düzey gelir grubu Sağlıklı Düşük Sağlık Riski olanlar Bütün Yaş Gruplarında	Orta ve üst düzey gelir grubu Seyahat edebilecek kadar sağlıklı Özel ameliyatlar veya çeşitli tıbbi ihtiyaçlar Değişken sağlık riski Orta ve üzeri yaş grubu	Üst düzey gelir grubu Özel İhtiyaçlar Düşükten orta düzeye doğru sağlık riski Yaşlı Madde bağımlısı
Sağlık Hizmetlerinin Kapasite Gereklere	İyi bir temel sağlık hizmetleri kapsamı Hastane hizmetleri için artan bir beklenti	Uzman hekim Müdahalelerden destek tedavilere kadar çeşitli ihtiyaçlar Yüksek düzeyde teknoloji	Uzman hekim Temel sağlık hizmetleri Tıbbi tedaviden ziyade terapötik müdahaleler
Süre	Değişken (Hizmeti alana ve aldığı hizmete göre değişiyor)	Tahmin edilebilir Daha kısa Takip gerektirebilir	Daha uzun Değişken (Hizmeti alana ve aldığı hizmete göre değişiyor)

2.4.1. Sağlık Turizminin Özellikleri

Sağlık turizmi günümüzde ruhsal ve bedensel iyilik hallerinin devamlılığına önem veren bireylerin taleplerini karşılayabilmek için devamlı gelişim halindedir. Bununla birlikte sağlık turizminin genel özelliklerini sıralayacak olursak:

“1- Sağlık turizmi teknik donanım ve iş gücü gerektiren bir turizm türüdür.

2- Sağlık turizminde, hizmeti sunan sağlık kuruluşunun uluslararası standartlara uygun hizmet sunması önem taşımaktadır.

3-Hizmet sunan sağlık kuruluşunda, ortak yabancı dili bilen personelin mutlaka olması gerekmektedir.

4-Hasta ve refakatçileri için farklı turizm türlerinin geliştirilmesini destekleyen, katma değeri yüksek bir turizm türüdür.

5-Seçilmiş olan hedef pazara yönelik devlet destekli, farklı dillerde, tanıtım ve pazarlama faaliyetleri gerekmektedir. Yapılan bu tanıtımlarda hedef olarak öncelikle hastalarının yurt dışında hizmet almasını destekleyecek sigorta ve sağlık kuruluşları seçilmelidir” (83).

2.4.2. Sağlık Turizminin Yararları ve Olumsuz Yönleri

Sağlık turizmi ülkelerin ekonomik refahına katkıda bulunurken; gelişmekte olan ülkeler için gelişmiş ülkelerle rekabetinde maliyet avantajı dolayısıyla üstünlükler sağlamaktadır. Sağlık turizmi kapsamında hasta kabul eden ya da gönderen ülkeler arasındaki bilgi paylaşımını artırması ve stratejik ortaklıkların gelişmesini sağlamaktadır. Ülkeler arasında teknoloji ve bilgi transferine katkı sağlaması, yabancı hastalara uluslararası rekabet nedeniyle sunulan fırsatların kendi ülkelerindeki hastalara da daha iyi hizmet sunulmasına yol açması gibi daha somut yararları da ek olarak gösterilebilir. Sağlık hizmeti sunumunda sosyal ve kültürel deneyimlerin paylaşılması, ülkeler arasındaki ilişkilerin gelişmesine katkı sağlaması, sağlık bakım hizmetini iyi sunarak imajını güçlendirerek rekabet avantajı sağlaması ve hasta memnuniyet seviyesinin artması ise soyut yararları arasında sıralanmaktadır (84).

Sağlık turizminin faydalarını Harrant (86) Avrupa Birliğine bağlı ülkeler açısından dört ana başlıkta toplamaktadır:

- 1- Sağlık turizmi hastaların doğru ve kaliteli bakım hizmetini bulmak için uzun mesafeler gitmesi yerine Avrupa Birliği içindeki hastanelerden istedikleri hizmeti alabilmelerini sağlamaktadır.
- 2- Sağlık turizmi ile hastaneler daha yüksek kalitede sağlık bakım hizmeti sağlamak için deneyimlerin, iyi uygulamaların ve donanımların paylaşılmasından fayda sağlamaktadır.
- 3- Sigorta şirketleri ise müşteri memnuniyetini artırmak ve bekleme listelerini azaltmak için sağlık turizmi ile ek bir hizmet sağlamış olmaktadır.
- 4- Bir bütün olarak tüm sağlık sistemi düşünüldüğünde sağlık turizmi hem hizmet alımlarında dublikasyonları önlemekte, hem de maliyetlerin, kaynakların ve hizmetlerin paylaşılması yolu ile ekonomiye katkı sağlamaktadır.

Coheur (86) ise sağlık turizminin faydalarını üç başlık altında toplamıştır.

- 1- Sağlık turizmi olası bekleme süreleri ve hizmete ulaşım mesafesini kısaltıp, sağlık hizmetinin ulaşılabilirliğini artırmaktadır.
- 2- Sağlık turizmi, hastaların bölgesel, dinsel, kültürel farklılıklar konusunda daha iyi bilgi edinmesini sağlayarak ülkeler arasında bütünleşmeyi güçlendirmektedir.
- 3- Ülkeler arasında hasta hareketliliği ile bilgi alışverişi artacağından, hastane personelinin deneyim ve eğitiminin gelişmesine katkı sağlamaktadır.

Sağlık turizminin sağlamış olduğu birçok yararının yanı sıra olumsuz yönleri de bulunmaktadır. Bunlar;

- 1) Yurt dışından alınan sağlık hizmetlerinin karşılığını bazı hükümetler ve sağlık sigortaları ödemediğinden hastalar aldıkları hizmetin bedelini cepten ödemektedir.
- 2) Sağlık turizmi çerçevesinde alınan sağlık hizmetinden birkaç gün sonra hastalar genelde ülkelerine dönmektedirler.
- 3) Operasyondan ortaya çıkan yan etki, komplikasyon veya ameliyat sonrası bakım ihtiyacı, hastanın kendi ülkesinde giderilmektedir.
- 4) Yanlış tedavi durumunda birçok ülkenin malpraktis konusunda yeterli yasası olmadığından yerel mahkemelerden yeterince yardım alınamamaktadır (85).

2.5.Türkiye’de sağlık turizmi

Türkiye, Hindistan, Malezya, Tayland, Macaristan gibi Dünyanın sağlık turizmi alanındaki en başarılı ülkeleri olarak kabul edilen bu ülkeler ile rekabet etmeye başlamıştır. Amerika ve Kanada’da tedaviye ihtiyaç duyan hastalara güvenli, ekonomik ve bekleme süreleri olmadan hizmet almaları açısından tıbbi hizmet seçenekleri sunan ve medikal turizm şirketleri içinde en güvenilir olduğu kabul edilen MedRetreat, 2010 yılında hem kaliteli tıp hizmeti hem de egzotik yerler alınabilecek yerlerden Hindistan, Tayland, Malezya, Brezilya, Arjantin, Kuzey Afrika gibi ülkelerin arasına Türkiye’yi de almıştır (88).

Sağlık turizmi alanında hizmet sunan bu ülkelerin arasında başarılı seçilmelerinde uluslararası medikal turizm sektörü içerisinde en kurumsal, en deneyimli ve yüksek kalitede hizmet sağlayıcıları olarak gösterilmeleri en önemli faktörlerdendir (88).

Türkiye doğal kaynakları ve bu kaynakların üzerine kurulmuş olan tesislerin kaliteli hizmet sunmaya başlaması Termal Turizmi ve SPA –Wellness turizmi gibi sağlık turizmi açısından önemli bir merkez haline dönüştürmektedir(88).

Gelişmiş ülkelerde çağdaş yöntemlerle gerçekleştirilen tıbbi operasyonlar ülkemizde uygun fiyatlarla uygulanırken gerek düşük maliyet, gerekse yüksek kalite ve teknoloji standartları nedeniyle sağlık hizmeti ihtiyacı bulunan yabancı hastaların son

yıllarda özel sağlık kuruluşlarını tercihinin en önemli etkenidir (89). Türkiye’de sağlık turizmi çeşitlerinde hizmet veren kurumlar altyapılarını ilerletmiş ve geliştirmişlerdir. Son 8 yılda sağlık kuruluşları ve kamu ve özel hastaneler gelişmiş fiziki ortamlarının yanı sıra yetişmiş doktor ve diğer sağlık personeli açısından da ileri ülkeler seviyesine ulaşarak bazı alanlarda Sağlık Turizm’inde önemli bir yer sahibi olmuştur(87).

Tablo 12’de medikal turizm kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinde Türkiye ile medikal turizm hizmeti sunan Amerika, Tayland, Singapur, Hindistan, İsviçre, İrlanda ve İsviçre arasında operasyon türlerine göre fiyat karşılaştırması yapılmıştır. Türkiye bypass ameliyatları kategorisinde 11.375-15.000 Dolar ile en uygun fiyatlı operasyon yapanlar rasındayken; omurga füzyonu operasyonlarında 7.125 Dolar ile Tayvan’ın ardından en cazip ülke konumundadır. 40.000-70.000 Dolar fiyat aralığında yapılan Kemik iliği transplantasyonunda ise Hindistan ile ilk sırayı paylaşmaktadır(91).

Tablo 12: Medikal Turizmde ülkeler arası fiyat karşılaştırması (91)

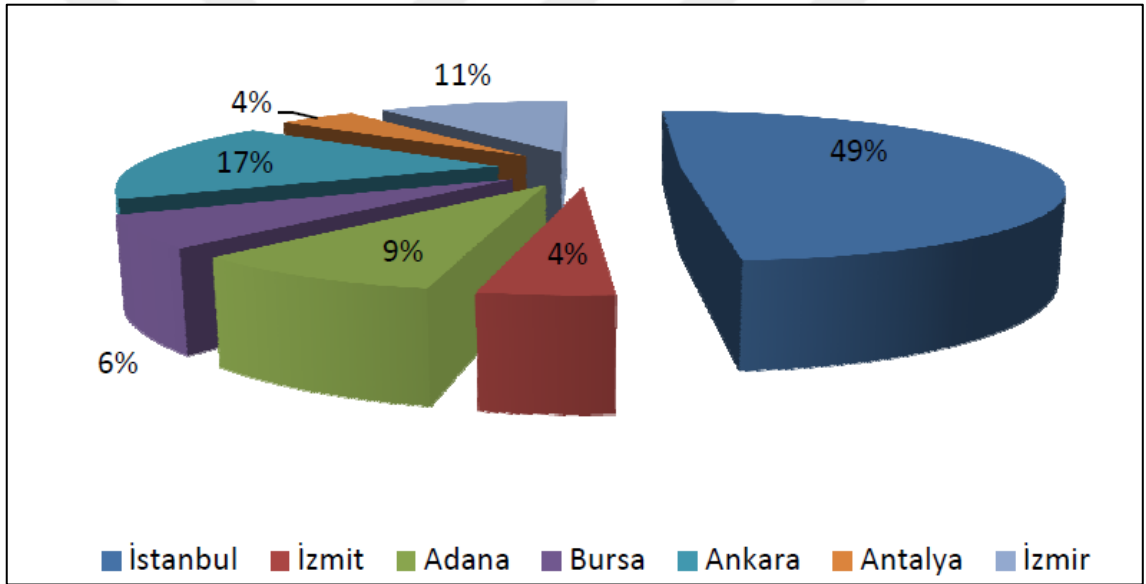
	Kroner Arter Bypass Ameliyatı	Kalp Kapağı Değişimi	Kalça Operasyonu	Diz Replasmanı	Omurga Füzyonu	Yağ Aldırma Operasyonu
ABD	129.750\$	58.250\$	45.000\$	40.000\$	62.000\$	9.000\$
Türkiye	11.375-15.00 \$	16.950\$	10.750\$	11.200\$	7.125\$	3.335\$
Almanya	17.335\$	N/A	11.644\$	11.781\$	13.500-15.00\$	4.376\$
Tayvan	18.900\$	27.500\$	7500\$	8.000\$	5.900\$	4.000\$
Singapur	30.000-33.000\$	12.500\$	10.725\$	9.000\$	9.000\$	3.000\$
İngiltere	27.770\$	25.000\$	15.840\$	20.600\$	32.400\$	4.950\$

Türkiye’de sağlık alanında özel sektörün yapmış olduğu yatırımlar 1980’li yılların ikinci yarısından itibaren başlamıştır 2000’li yıllara gelindiğinde ise sağlık yatırımlarının neredeyse %70’i özel sektör tarafından karşılanmaya başlanmıştır. Sağlık sektöründe özel sektörün yatırımlarının artması bir yandan sağlık sektöründe sağlık

personeli sayısının ve verilen hizmet kalitesinin artmasına neden olmuştur. Özel sektör vermiş olduğu hizmet için kalite belgelendirme çalışmalarına hız vermiştir.

Akredite Hastaneler Derneği'nin 2015 yılı itibarıyla yayınladığı verilere göre Türkiye'de Uluslararası hastane akreditasyonu alanında dünya da benimsenmiş olan 5 sistemden en önemlisi kabul edilen Joint Commission International (JCI) akreditasyon belgesine sahip toplam 43 sağlık kuruluşu bulunmaktadır. Bu verilere göre 38'i hastane, 3'ü klinik laboratuvar, 1'i ayakta tedavi ve sonuncusu da tıbbi nakil sağlık kuruluşu akreditedir. Türkiye'de olan sağlık kuruluşu sayısı Dünyada JCI belgesine sahip sağlık kuruluşlarının %10'una denk gelmektedir. Türkiye'de akredite olan kuruluşların yaklaşık yarısı İstanbul'da olduğu görülmektedir (92).

Şekil 3: Türkiye'de JCI akreditasyonuna sahip hastanelerin illere göre dağılımı (92)



Plastik ve estetik cerrahi, saç ektirme, göz ameliyatları, kalp-damar cerrahisi, tüp bebek, açık kalp ameliyatı gibi operasyonların yanı sıra Türkiye'de verilen diğer sağlık hizmetleri ise deri hastalıkları, checkup, kanser tedavileri, kulak burun boğaz, diyaliz ve jinekoloji, beyin cerrahisi, ortopedi, dis, spa, fizik tedavi ve rehabilitasyondur (89).

2.5.1. Türkiye'de Tedavi Amaçlı Sağlık Turizmi Kapasitesi

2014 yılına ait Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu tarafından yayımlanan İstatistik Yıllığı'na göre, Türkiye'de toplam bin 493 hastane bulunuyor. Bu sayının 874'ü Sağlık Bakanlığı bünyesinde iken, 550 özel hastane ve 69 üniversite hastanesi hizmet veriyor. Üniversite ve özel hastane sayısı 2013 yılıyla karşılaştırıldığında

değişmediği halde Bakanlığa ait 20 yeni hastanenin eklendiği görülüyor. Bakanlığa ait hastaneler; toplam hastane sayısının yüzde 58'ini, özel hastanelerin ise yüzde 37'sini oluşturduğu görülmektedir. Nitelikli yatak oranına bakacak olursak; yatak sayısının % 52'si kamu ve % 29'u ise özel hastanelere aittir (93). En fazla hastaneye sahip olan İstanbul'da 52'si Sağlık Bakanlığına bağlı, 190 hastane bulunmaktadır. Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerinin en yoğun olduğu ilk 5 il ise sırasıyla İstanbul (51), Ankara (34), İzmir (25), Bursa (21), Konya (21) ve Balıkesir (20)'dir. Bakanlığın hastanelerindeki toplam 132 bin 623 yatağın büyük bölümü de yine bu illerde yoğunlaşmıştır. Sağlık Bakanlığı hastanelerinin İstanbul'da 18 bin 375, Ankara'da 9 bin 944, İzmir'de 6 bin 788, Bursa'da 4 bin 597, Adana'da 3 bin 552, Konya'da ise 3 bin 490 yatağı bulunuyor (94).

Tablo 13: Hastanelerin kurumlara göre dağılımı, 2014 (95)

Kurum Türü	Kurum		Yatak		Nitelikli Yatak			Onbin Kişiye Düşen Yatak Sayısı
	Sayısı	Yüzdesi %	Sayısı	Yüzdesi %	Sayısı	Yüzdesi %	Dağılımı %	
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu	701	47	121.940	61	50.051	45	51,3	
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu	173	11	1.763	1	479	27	0,51	
Sağlık Bakanlığı	874	58	123.703	62	50.530	45	52,0	16
Toplam								
Üniversite	69	5	36.616	18	18.651	59	19,0	5
Özel	550	37	39.782	20	28.388	71	29,0	5
Toplam	1.493	100	200.101	100	97.569	57	100	26

* Nitelikli Yatak Sayısı Yüzdesi Hesaplanırken Yoğun Bakım Yatakları Dâhil edilmemiştir.

Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumunun 2015 Yılı Performans Raporuna göre 627 Devlet Hastanesi, 75 Eğitim ve Araştırma Hastanesi, 6 Ağız ve Diş Hastalıkları Hastanesi ve 134 Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi olmak üzere toplam 842 kamu hastanesi bulunmaktadır. 17 ildeki 40 kamu hastanesi sağlık turizmine açılarak yabancı vatandaşlara da hizmet eder duruma getirilmiştir. Kamu Hastaneler birliklerine bağlı olmak üzere Ankara'da 7, İstanbul 6, Samsun, Bursa ve Antalya'da 3'er Gaziantep ve

Muğla'da 2'ser olmak üzere Kastamonu, İzmir, İznik, Kayseri, Mersin, Van, Hatay, İskenderun ve Erzurum'da ise birer hastane ile sağlık turizmi hizmeti verilmeye başlanmıştır (96).

Sağlık turizmi kapsamında toplam 228 özel hastane tedavi sunumunda önemli bir paya sahip olmuştur. Bu özel hastanelerden Acıbadem, Memorial, Universal, Hayat, Hospitalium, Avicenna, Lokman Hekim ve Anadolu hastaneleri zincir hastane büyüklüğüne ulaşmıştır. Özel hastaneler irili ufaklı olarak ülke geneline yayılmakla birlikte ağırlıklı olarak büyük kentlerde yoğunlaşmıştır. Özel hastaneler son teknolojik gelişmeleri izleyerek hastaların bu imkânlardan yararlanmasını sağlamıştır. Sadece Türk vatandaşlarına değil yabancı hastalara da hizmet sunarak sağlık turizminin ayrılmaz bir parçası olmuşlardır.

Sağlık turizmi hizmeti veren özel hastaneleri il bazında sıralayacak olursak ilk sırayı İstanbul almaktadır. Özel hastane sayısını sırasıyla İzmir (17) ve Ankara (16) takip etmektedir. İstanbul'un tarihi özellikleri, alışveriş imkânı, eğlence hayatının çeşitliliği gibi pek çok özelliği de, tedavi amaçlı sağlık turizmi için Türkiye'nin en önemli destinasyonu durumundadır. Antalya da, mevcut hastanelerinin yanında diğer turistik özellikleri ile birlikte, tedavi amaçlı sağlık turizmi açısından ikinci; turistik tesis arz kapasitesi bakımından önemli destinasyondur. Sağlık turizmi için Antalya bölgesine yapılacak olan tedavi amaçlı yatırımlar ile turizmde mevsimselliğin yarattığı atıl kapasite ve istihdamı değerlendirme açısından önem taşımaktadır. Ayrıca, Antalya eğlenceye ve alışverişe eğilimli Rus turistler açısından oldukça önemli bir destinasyon olmasının yanında sağlık turizmi açısından da Rus pazarı açısından önem arz etmektedir (97).

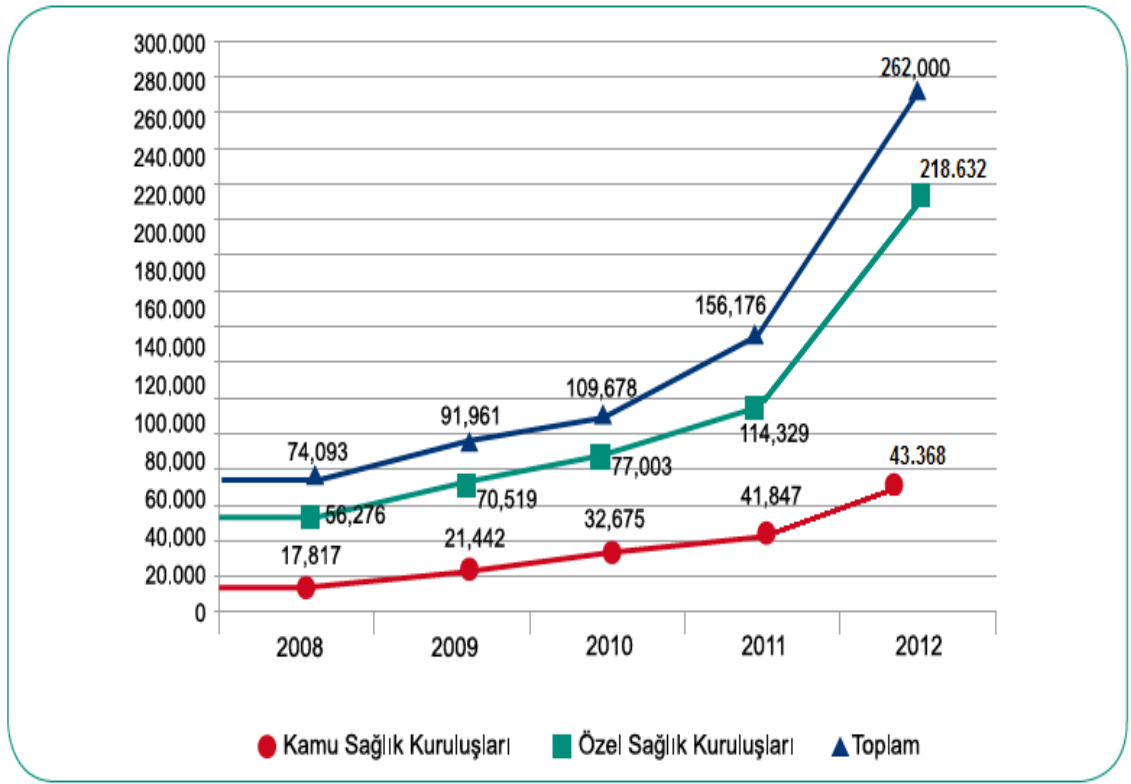
2.5.2. Türkiye'ye sağlık turizmi için gelenlere ait istatistikî veriler

Son 10 yılda sağlık hizmeti sunan farklı merkezler arayışına giren yabancı hastalar için alternatif oluşturan Türkiye başta coğrafik olarak kendisine yakın olan Orta Asya, Orta Doğu, Afrika ülkeleri ve birçok Avrupa ülkelerinden hatta ABD'den binlerce hastaya hizmet sunmaktadır (98).

Tablo 15 de görüldüğü gibi 2008 yılında sağlık turizminde 74.093 bin yabancı hastaya hizmet sunulmuşken bu rakam 2012 yılında 262.000 bine çıkmıştır (98).

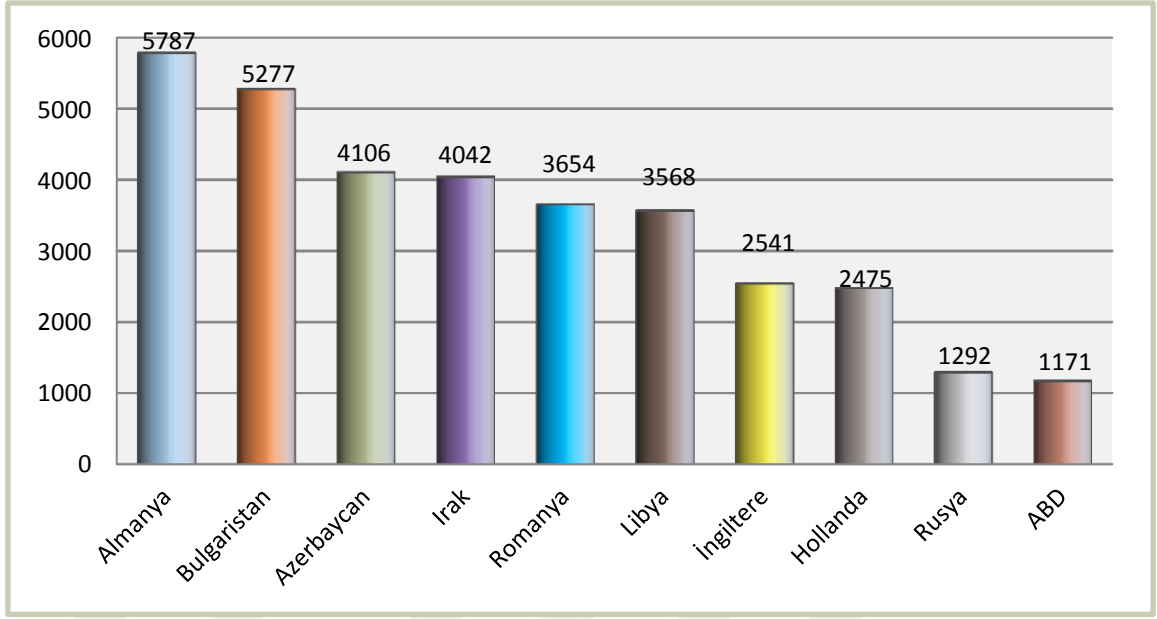
2009 yılında Türkiye'ye gelen yabancı uyruklu hastaların %6'sı kamu hastanelerini tercih ederken geriye kalan %96'sı ise özel hastanelerden sağlık hizmeti almışlardır. 2010 yılında kamu hastanelerinden yararlanan yabancı uyruklu hastaların oranı %8 e yükselmiştir. 2009 yılında Türkiye'de sağlık hizmeti alan yabancı uyruklu hastaların % 70'i Almanya, Hollanda, Fransa, Türk Cumhuriyetleri, Avusturya ülkelerinden ve Orta Doğu bölgesinden gelmiştir. Sağlık hizmetinden yararlanmak için Türkiye'yi tercih eden yabancı uyruklu hastalara Irak, Suriye, Sudan, Belçika da eklenmiştir (99).

Tablo 14: Yıllar itibariyle Türkiye'de sağlık hizmeti alan yabancı hastaların sayı dağılımı

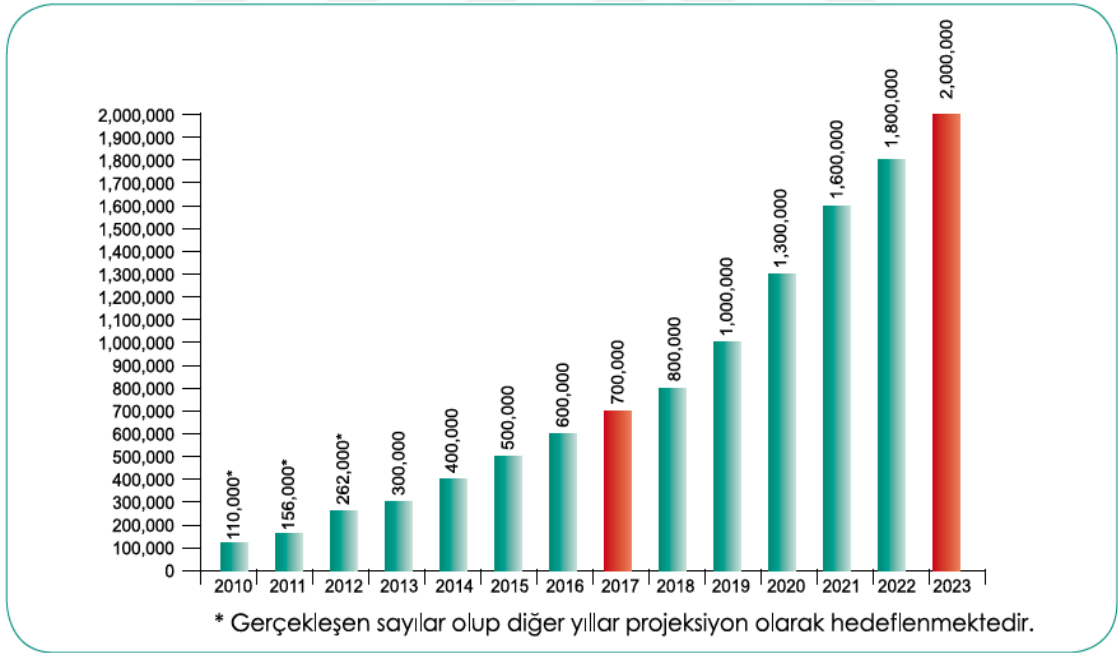


2011 yılında Sağlık turizmi çerçevesinde ülkemize gelen sağlık turistlerinin sıralamasında ilk ona bakacak olursak birinci sırada 5787 hasta ile Almanya'nın olduğunu görebiliriz. Türkiye'nin sınır komşusu olan Bulgaristan, Azerbaycan, Irak ise sıralamada Almanya'nın gerisinde kalmaktadır (98). Irak ve Libya'daki iç kargaşa ve savaş yüzünden bu ülkelerden Türkiye'ye tedavi amaçlı hasta seyahatlerini arttırmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın 2023 yılı sağlık turizmi hedeflerinde ise 2.000.000 sağlık turistinin Türkiye'ye gelmesi beklenmektedir (Tablo 16).

Tablo 15: Ülkelere göre sağlık turisti sayısının dağılımı 2011 (ilk 10 ülke)



Tablo 16: Yabancı hasta sayısı 2010-2012 istatistikleri ve 2023 hedefi



2.5.3. Sağlık Turizminde Türkiye'nin Avantaj ve Dezavantajları

2007 yılında Bies ve Zacharia (81) sağlık turizmi alanında yapmış oldukları çalışma sonucunda sunulan sağlık hizmetin kalitesi, hizmete erişimin kolaylığı ve maliyetlerinin yanı sıra medikal turizmde hizmet sunulmaya başlamasıyla yerel sağlık hizmetleri sistemine etkisi gibi ölçütlere ulaşmıştır. Bu ölçütler ise sağlık turizminin avantaj ve dezavantajlarını oluşturmaktadır(81).

2.5.3.1 Türkiye'nin Sağlık Turizminde Avantajları

- Yüksek kaliteli teknik donanımları ve altyapılı hastaneler,
- Batı standartlarında eğitim almış ve hizmet veren,
- Düşük maliyet,
- Coğrafi konum ve iklim koşulları
- Doğal ve tarihi turizm çekicilikleri
- Kaliteli hizmet sunan turizm tesisleri ve yabancı dil bilen kalifiye personel.
- Medikal ve sağlık turizmi kapsamında diğer turizm türleri ile ortak tur programlarının yapılabilme olanakları (89).

2.5.3.2. Türkiye'nin Sağlık Turizminde Dezavantajları

Sağlık turizmi açısından Türkiye'nin eksik ve geliştirilmesi gereken yönlerine bakacak olursak;

- Sağlık turizmi kapsamında kuruluşların yeni hizmet vermeye başlamalarına bağlı olarak kuruluşlar arasında organize olamama,
- Medikal turizm alanında yetişmiş kalifiye elaman az olması,
- Medikal turizm kapsamında seyahat ve tedavi hizmeti alınacak olan kuruluş arasındaki işlemleri üstlenecek aracı kuruluşların olmaması,
- Yurtdışında tanıtım ve pazarlama faaliyetlerinin yetersiz olması,
- Sağlık turizmi hizmeti sunan kurumların web sayfalarındaki yetersiz tanıtım ve bilgilendirmeler (89).

2.5.4. Türkiye'de Sağlık Turizminin Swot analizi

Türkiye bulunmuş olduğu coğrafi konumu toplumsal sistem benzerliği ve seküler demokratik bir devlet yapısından dolayı Avrupa ülkelerine daha yakındır. Sağlık hizmeti almak isteyen Avrupalı hastaların Türkiye'yi seçmelerinde rekabetçi

fiyatlandırma politikasının yanı sıra hizmet veren hekimlerin mesleki donanımlarının üst düzeyde olması etkindir. Bir diğer önemli etken ise sağlık turizmi kapsamında hizmet veren hastanelerin son teknoloji ile donatılmış olmasıdır.

Türkiye'nin sağlık turizmi açısından SWOT analizini yapacak olacak olursak,

Şekil 4: Türkiye'nin sağlık turizmi açısından SWOT analizi (97)

<p>GÜÇLÜ YÖNLER</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ilıman bir iklimi olması ve Asya ve Avrupa ülkelerini bağlayan coğrafik konumu ✓ Özel ve üniversite hastanelerinin yatak kapasiteleri, fiziki ve teknolojik alt yapıları ve hekim kaliteleri ✓ Yabancı dil bilen sağlık personelinin artması ✓ Sunula sağlık hizmetinin rakip ülkelere göre daha düşük fiyatlı olması ✓ Turizm ülkesi olmasından dolayı sağlık turizmini destekleyen kaliteli konaklama fırsatlarının yüksek olması ✓ AB ülkelerinin Türkiye'ye bakış açılarının olumlu yönde değişmesi ✓ Tedavi amaçlı gelen hastalar nekehat dönemlerinde turistik faaliyetlerden yararlanabilmektedir. 	<p>ZAYIF YÖNLER</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sağlık turizminde hizmet veren kurum personeli ve sağlık personelinin hasta hakları ve Avrupa sağlık mevzuatı konusunda yetersiz bilgisi ✓ Yetersiz tanıtım ve Pazarlama faaliyetleri ✓ Yurtdışı sigorta şirketleri ile koordinasyon ve anlaşmaların zayıf olması ✓ Türkiye'de hastanelerin çok azı akredite olmuştur. ✓ Bakanlıklar ve sektörler arası koordinasyon yetersizdir. ✓ Özellikle kamu hastanelerinin fiziki ve teknolojik altyapıları yetersizdir.
<p>FIRSATLAR</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Türkiye'ye yakın ülkelerde ortalama yaşam sürelerinin yükselmiş olması ✓ Kronik rahatsızlıklar ve hasta sayısındaki yükselme ✓ Tedavi olabilmek için buldukları ülkelerdeki uzun bekleme listeleri ✓ Tedavi maliyetlerinin ülkelere oranla daha düşük olması 	<p>TEHLİKELER</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hatalı hekim uygulamaları ve hasta hakları konularında yeterli hassasiyetin gösterilmemesi ✓ Rakip ülkelerin tanıtım ve pazarlama faaliyetleri ✓ Maliyet artışları ve bu artışların hastaya yansıtılması ✓ Kamu ve özel hastaneler arasındaki fiyatlandırma politikaları ve yapılan hatalar ✓ Yaşanan terör olaylarının Avrupa basınında yer alması sonucuna yabancı hastanın güvenlik korkusu vb.

2.5.5. Sağlık Serbest Bölgeleri, Kamu Hastaneleri ve Özel Hastaneler

2002 yılında başlatılan Sağlıkta Dönüşüm Programı ve 2013-2017 yılları stratejik planında Türkiye'nin ekonomik ve sosyal kalkınmasına ve küresel sağlığa katkı aracı olarak sağlık sistemini geliştirme hedeflerinin arasında yer alan sağlık turizminin geliştirilmesi bulunmaktadır. Sağlık turizmini geliştirmek için serbest sağlık bölgelerinin kurulmasına karar verilerek; sağlık alanında bölgesel cazibe merkezi olmak hedeflenmektedir. 06/06/1985 tarihli ve 3218 sayılı Serbest Bölgeler Kanunu ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşların Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 49'uncu maddesi gereğince Türkiye'de sağlık serbest bölgelerin kurulmasının önü açılmıştır. Sağlık serbest bölgelerinin kurulmasıyla yabancı sermayenin ve gelişmiş tıbbi teknolojinin girişinin hızlandıracağı düşünülmektedir. Ayrıca, sağlık turizmi açısından örnek bir konsept oluşturularak Bölgesinde sağlık alanında cazibe merkezi haline getireceği düşünülmektedir (100).

2012 yılında dönemin Sağlık Bakanı Recep Akdağ Serbest Sağlık Bölgelerinin kurulmasını yurtdışından gelen misafirlere sağlık hizmeti sunmak için oluşturacaklarını belirtirken; kurulacak olan sağlık serbest bölgelerinde yatırımcılara vergi indirimi yapıldığını ve tanıtım desteği gibi avantajlar sunulduğunu belirtmiştir. Türkiye'nin sağlık sisteminin doğasında var olan kaliteli ve ucuz hizmet, bu sağlık serbest bölgeleriyle ya da sağlık turizmine verilen diğer teşviklerle biraz daha cazip hale getirilmesi hedeflendiğini ifade etmiştir(101).

Türkiye'de kurulacak olan Sağlık Serbest Bölgeleri genel çerçevesi içinde belirtilen unsurlar şunlardır (100);

- ❖ Türkçe bilmeyen yabancı hekim ve hemşire çalıştırılabilir,
- ❖ Konsültan yabancı hekimin kısa süreli çalıştırılmalı (Çalışma izin belgesiz çalışabilir),
- ❖ SGK ile anlaşma yapılmayacak,
- ❖ Acil Sağlık Hizmetleri serbest bölge dışına verilmeyecek,
- ❖ %85 oranında yabancı hasta bakılması öngörülmektedir,
- ❖ Planlamada çok esnek davranılmalı (hekim, cihaz, yatak, fiziki şartlar),
- ❖ Yabancı dilde tanıtım ve reklam yurtdışına yönelik yapılacak,

- ❖ Mali sorumluluk sigortası ve malpraktis Türkiye 'deki mevzuat geçerli olacak,
- ❖ SSB çok geniş alanda ve az sayıda olmalı,
- ❖ Uluslararası havaalanına yakın, ulaşım kolay olmalı

11 Eylül saldırılarından sonra tedavi ihtiyacı duyan Arapların Amerika ve Avrupa'ya sağlık hizmeti almak için dahi girişleri zorlaşmıştır. Bu durumu lehine çevirmek isteyen Dubai 2002 yılında çalışmalara başlayarak 2006 yılında faaliyet göstermeye başlayarak dünya da kurulan ilk sağlık serbest bölgesi olmuştur. Birleşik Arap Emirliklerine sağlık yatırımları ve sağlık insan kaynağını bölgeye çekmek isteyen Dubai'de serbest sağlık bölgesi için ortalama 1,8 milyar harcanmıştır. Bünyesinde 2 tam teşekküllü Hastane, 90 klinik ve 2500 lisanslı Sağlık çalışanı mevcuttur. 2006-2011 yılları arasında 330 bin ameliyat gerçekleştirilmiştir(103)

Dubai sağlık serbest bölgesinde istenilen düzeyde yatırımcıya ulaşılamaması, sunulan sağlık hizmetinin pahalı olması bölgeye beklenen talebin oluşması engellemiştir. Sağlık serbest bölgesinde çalışması beklenen kalifiye insan kaynağının gelmemesinden dolayı kısmen sağlık alanında cazibe merkezi haline gelmiş, emlak sektöründe ciddi gelirler elde edilirken temelde üniversite ve Ar-Ge merkezlerinin kurulamamıştır. I. Fazı olan medikal turizmde istedikleri başarıyı elde edemeyen Dubai sağlık serbest bölgesinin II. Fazı olan wellness bölümüne hiç başlanmamıştır(103).

Türkiye dışında İran, Umman, Suudi Arabistan, Brezilya, Panama, Kosta Rika ve Meksika da ise sağlık serbest bölgesi kurma düşüncesi bulunmaktadır(103).

2.5.6. Türkiye'de Sağlık Turizminde Yaralan İş Gücünün Niteliği

Sağlık turizminde hizmet veren insan kaynağını gruplandırmak istersek birinci grubu kendi ülkesi dışından bir ülkede tedavi görmek isteyen hasta ile ilk iletişimi sağlayan idari süreçleri yöneten personel oluştururken; ikinci grubu ise sağlık hizmetinde tedavi sürecini yürütecek olan doktor ve hemşireler oluşturmaktadır.

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan 2013 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı'nda sağlık personeli sayısı yıllara göre belirtilmiştir. Tablo17'den anlaşılacağı gibi hekim sayısı 2002 yılından itibaren 2013 yılına kadar %76'lık bir artış göstermektedir. Tablo18' te görüleceği gibi Hemşire ve Ebe sayılarında ise artış oranı % 66'dır.

Tablo 17: Yıllara göre hekim sayıları, (102)

	2002	2009	2010	2011	2012	2013
Uzman Hekim	22.187	27.527	31.527	32.623	34.069	35.081
Pratisyen Hekim	29.030	30.417	33.229	33.523	32.457	32.601
Asistan Hekim	6.189	9.031	7.679	7.236	7.137	7.814
Toplam	57.406	66.985	72.435	73.382	73.663	75.496

Tablo 18: Yıllara göre hemşire ve ebe sayıları, (103)

	2002	2009	2010	2011	2012	2013
Hemşire	54.360	72.142	77.472	89.314	92.118	93.700
Ebe	39.473	44.468	45.515	46.944	48.409	48.694
Toplam	93.833	116.610	122.987	136.258	140.527	142.394

2013 yılı hekim ve hemşire sayılarına bakacak olursak; kamuda görev yapan hekim sayısının toplamının yaklaşık %38'i özel hastanede hekimlik yapmaktadır. Hemşire ve ebe sayılarına bakacak olursak kamuda görev yapan hemşire ve ebe sayılarının toplamına göre yaklaşık %16'sı özel hastanede kadrosunda görev yapmaktadır.

Tablo 19: 2013 yılı kamu ve özel sektör personel sayıları (102)

	Kamu	Özel	Diğer (Üniversite vs)	Toplam
Uzman Hekim	35.081	22.735	16.070	73.886
Pratisyen Hekim	32.601	5.731	240	38.572
Asistan Hekim	7.814	0	13.503	21.317
Hemşire	93.700	21.302	24.003	139.544
Ebe	48.694	788	856	53.427
Toplam	217.890	50.556	54.672	326.746

Özel hastanelerin kapsadığı personel sayısı önemlidir. Türkiye’de sağlık turizminin büyük bir kısmı (%98) özel hastaneler tarafından karşılanmaktadır. Kamu hastaneleri bu alanda hizmet vermek üzere henüz hazırlık aşamasındadır. Bakanlık bu amaçla yeni düzenlemeler yapmak ve personelin yabancı hastalar ile iletişimde yaşamış olduğu özellikle dil sorununa yönelik olarak çalışmalara başlatılmıştır. Bölgesel kalkınma ajansları ve kamu hastaneler birliğine bağlı İstanbul Kuzey Anadolu Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği’nce sağlık turizmi konusunda çalışmalara başlanarak konu ile ilgili dergi çıkartmaya başlamışlardır.

Sağlık Bakanlığı 2011 yılında Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü bünyesinde 112’ye ve SABİM hattına gelen yabancı dildeki çağrılara yanıt vermektedir. Kamu ve Özel hastanelerde hizmet alan yabancı hastalarla, Türk sağlık personeli ile yabancı hasta veya yakını arasında 7/24 tercümanlık vermek üzere Uluslararası Hasta Destek Birimini kurdu. Bu birim 2011 yılında bünyesinde 6 tercüman ile Almanca, Arapça, İngilizce ve Rusça dillerinde hizmet vermeye başladı. 2013 yılında ise gelen çağrı sayısının artması ve dünyanın her yanından gelen turistlere tercüme ihtiyacının artmasıyla tercüman sayısı 18’e yükseltilmiştir. Fransızca ve Farsça’nın eklenmesi ile hizmet verilen dil sayısı 6’ ya çıkmıştır(104).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu araştırmanın amacı İstanbul'da sağlık turizmi kapsamında hizmet veren hastanelerde çalışan doktor ve hemşirelerin sağlık turizmine ilişkin durum ve algılarının incelenmesidir.

Araştırma kesitsel betimleyici tiptedir. Araştırmanın evreni İstanbul da sağlık turizmi hizmeti veren başlıca 2 kamu 2' de özel hastane olmak üzere toplamda 4 hastanede görev yapan doktor ve hemşirelerden oluşmaktadır. Kamu hastaneleri İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliğine bağlı iki eğitim ve araştırma hastaneleri arasından seçilmiştir. Özel hastane kapsamında sağlık turizminde önemli yerleri olan biri Avrupa yakasında diğeri Anadolu yakasında olmak üzere iki hastane seçilmiştir. Alınan izinler ve yapılan araştırma protokolleri gereği hastane isimleri çalışma içinde kullanılamamıştır. Belirlenen hastanelerde çalışan doktor ve hemşire sayısı toplamı olan 1643 kişi evreni oluşturmaktadır.

Araştırma verileri için anket yöntemi kullanılacaktır. Anketler Şubat 2015 ila Ağustos 2015 tarihleri arasında, hesaplanan örneklem sayısına göre dağıtılacak ve geri bildirimler araştırmacı tarafından bizzat toplanacaktır. Anket Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Aysun Şebnem Kiremitçi (2008) ve Balıkesir Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Ebru Özkan Demirer (2010) tarafından yapılan sağlık turizmi ile ilgili yüksek lisans araştırmalarında kullanılan anketlerden yararlanılarak oluşturulmuştur. Anket iki bölümden oluşmaktadır. Birinci bölüm çalışanların kişisel ve demografik özelliklerinden oluşmaktadır. İkinci bölüm ise kurumlarının ve kendilerinin durumlarına ilişkin algılarına ilişkin sorulardan oluşmaktadır. Soruların hazırlanmasında bu iki anket temel alınmış; gerek duyulmayan sorular çıkarılmış ve mevcut duruma, güncel bilgilere ve araştırmanın amacına yönelik sorular eklenmiştir. Ayrıca hastaneler hakkında bilgi almak üzere belirlenen 4 hastanenin yöneticilerine yönelik 27 soruluk bir anket düzenlenmiştir.

Sayısı belli olan evrenden hareketle aşağıda yer alan formül ile örneklem hesaplaması yapılmıştır.

$$n = \frac{Nt^2pq}{d^2(N-1)+t^2pq}$$

N= 1643 (Evrendeki birey sayısı)

$p = 0.50$ (İncelenecek olayın görülüş sıklığı, olasılığı)

$q = 0.50$ (İncelenecek olayın görülmeyiş sıklığı, $1-p$)

$t = 1.96$ (Belirli serbestlik derecesinde ve saptanan yanılma düzeyinde t tablosunda bulunan teorik değer)

$d = 0.05$ (Olayın görülüş sıklığına göre yapılmak istenen sapma)

Örnekleme büyüklüğü %95 güven aralığında %5 hata payı göre yukarıda yer alan formülle hesaplanmış ve n =örnekleme sayısı 312 bulunmuştur.

Her bir hastaneden örnekleme dâhil edilecek çalışan sayısını hesaplamak için tabakalı örnekleme yöntemi kullanılmıştır. Tabaka aralığı $312/1643 = 0.189$ 'dur.

Birinci özel hastane için yapılan tabakalı örnekleme yöntemi ile hastanede çalışan;

110 Doktordan $110 \times 0.189 = 21$ örnekleme alınacak doktor sayısına,

282 Hemşireden $282 \times 0.189 = 54$ örnekleme alınacak hemşire sayısına ulaşılmış, böylece bu hastaneden toplamda 75 çalışan örnekleme dâhil edilmiştir.

İkinci özel hastane için yapılan tabakalı örnekleme yöntemi ile;

54 Doktordan $54 \times 0.189 = 10$ örnekleme alınacak doktor sayısına,

65 Hemşireden $65 \times 0.189 = 13$ örnekleme alınacak hemşire sayısına ulaşılmış, böylece bu hastaneden toplamda 23 çalışan örnekleme dâhil edilmiştir.

Birinci kamu hastanesi için yapılan tabakalı örnekleme yöntemi ile;

288 Doktordan $288 \times 0.189 = 55$ örnekleme alınacak doktor sayısına,

224 Hemşireden $224 \times 0.189 = 42$ örnekleme alınacak hemşire sayısına ulaşılmış, böylece bu hastaneden toplamda 97 çalışan örnekleme dahil edilmiştir.

İkinci kamu hastanesi için yapılan tabakalı örnekleme yöntemi ile;

254 Doktordan $254 \times 0.189 = 48$ örnekleme alınacak doktor sayısına,

366 Hemşireden $366 \times 0.189 = 69$ örnekleme alınacak hemşire sayısına ulaşılmış, böylece bu hastaneden toplamda 117 çalışan örnekleme dâhil edilmiştir. Örneklem toplamı olan 312 kişiye ulaşılmıştır.

Tablo 20: Araştırma örnekleme dağılımı

HASTANE TÜRÜ	DOKTOR	HEMŞİRE	TOPLAM
Kamu Hastanesi 1	55	42	97
Kamu Hastanesi 2	48	69	117
Özel Hastane 1	21	54	75
Özel Hastane 2	10	13	23
TOPLAM	134	178	312

Anketlerden elde edilecek veriler SPSS 20 paket programına aktararak analiz edilecektir. Betimleyici istatistikler verildikten sonra (frekans, yüzde ortalama ve standart sapma vb) karşılaştırmalı analiz için Pearson Chi-Square ve Fisher's Exact Testi kullanılacaktır.

Araştırmanın genel amacına yönelik olarak aşağıdaki sorulara yanıt aramaktadır;

- ✓ Doktor ve hemşirelerin sağlık turizmi kapsamında kurumlarından hizmet içi eğitim alıp almadıkları,
- ✓ Doktor ve hemşirelerin sağlık turizmi kapsamında ek ücret alıp almadıkları,
- ✓ Doktor ve hemşirelerin sağlık turizmi hizmetinde karşılaştıkları olası sorunlu durumlar ve sıklıkları,
- ✓ Doktor ve hemşirelerin, yabancı hastaların sağlık turizmi kapsamında hastanelerini tercih etme nedenlerine yönelik algıları,
- ✓ Doktor ve hemşirelerin algılarına göre sağlık turizmi kapsamında hizmet verilirken yerel hastaların sağlık hizmetine erişimlerinde aksaklık yaşayıp yaşamadıkları,
- ✓ Sağlık turizmi kapsamında çalışanların karşılaştıkları güçlük ve sorunlara karşı önerileri

4. BULGULAR

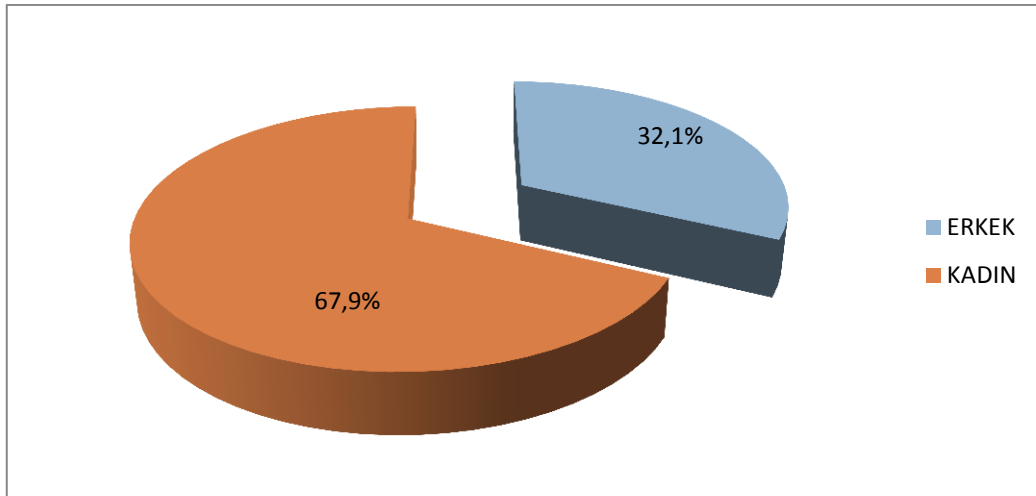
Araştırmaya katılanların demografik özellikleri cinsiyet, eğitim durumu, meslek ve hastane türü olmak üzere 4 temel özelliği Tablo 21’de özetlenmiştir.

Tablo 21: Katılımcıların Tanıtıcı Özellikleri (n=312)

		n	%
Cinsiyet	Erkek	100	32,1
	Kadın	212	67,9
Toplam		312	100
Eğitim Durumu	Lise	47	15,1
	Ön lisans	28	9,0
	Lisans	116	37,2
	Lisansüstü	121	38,8
Toplam		312	100
Meslek	Doktor	134	42,9
	Hemşire	178	57,1
Toplam		312	100
Hastane Türü	Kamu	207	66,3
	Özel	105	33,7
Toplam		312	100

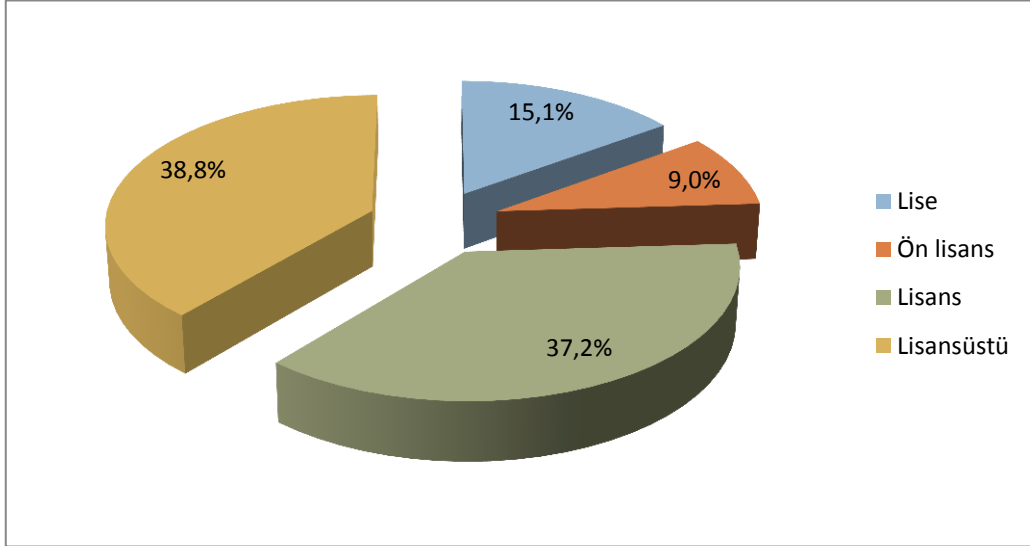
Katılımcıların, % 32,1’i % 67,9’unun kadın olduğu görülmektedir.

Şekil 5: Katılımcıların cinsiyetlerine göre dağılımı



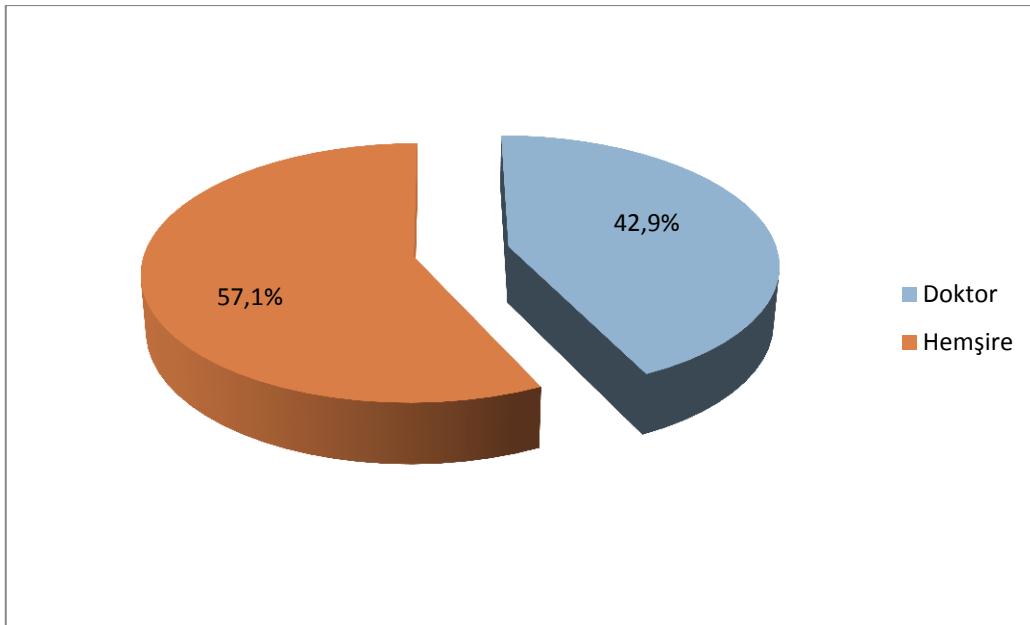
Eğitim değişkenine gre dağılımlı incelendiğinde %15,1'i lise, %9'u n lisans, %37,2'isi lisans ve 38,8'inin ise lisansst mezunu olduğu grlmektedir.

şekil 6: Katılımcıların Eğitim Dzeyine Gre Dağılımlı



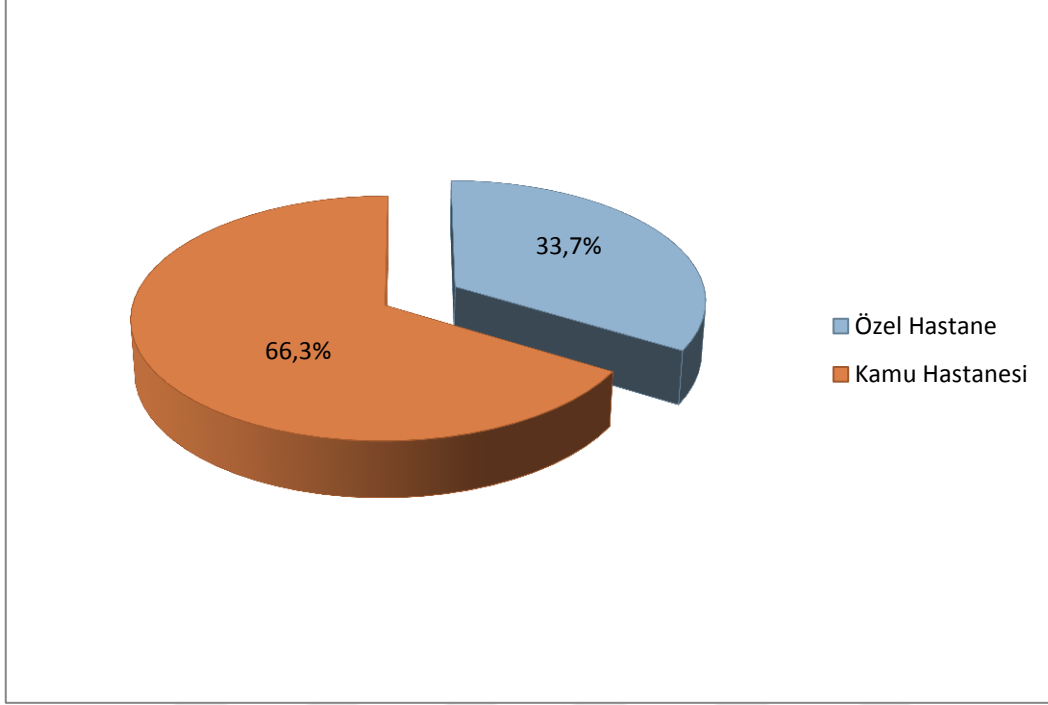
Meslek değişkenine gre dağılımlı incelendiğinde, % 42,9'unun doktor, % 57,1'inin hemşire olduğu grlmektedir.

şekil 7: Katılımcıların Mesleklerine Gre Dağılımlı



Çalışılan hastane türüne değişkenine göre dağılımı incelendiğinde % 66,3'ünün kamu hastanesi personeli, %33,7'nin ise özel hastane personeli olduğu görülmektedir.

Şekil 8: Katılımcıların Çalıştıkları Hastane Türüne Göre Dağılımı



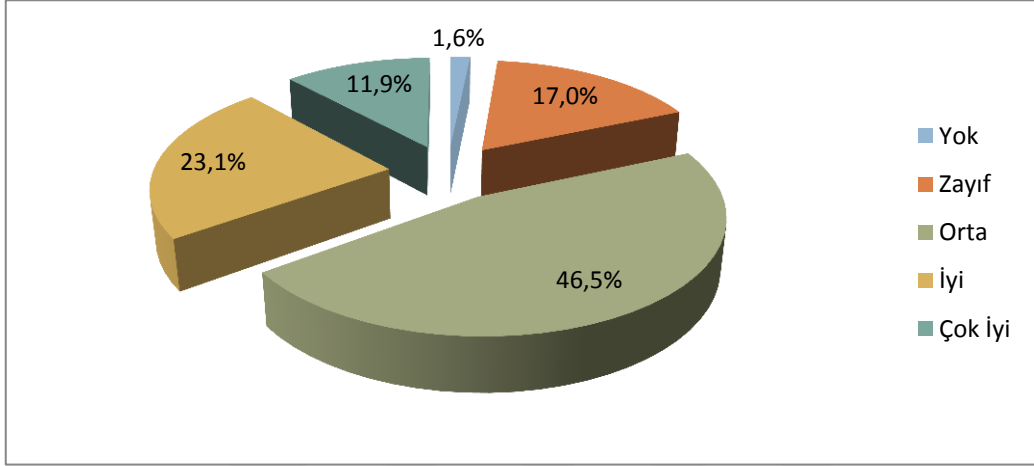
Katılımcıların, yabancı dil bilgileri ve seviyeleri Tablo 22’de özetlenmiştir.

Tablo 22: Katılımcıların yabancı dil seviyesi dağılımı

		n	%
İngilizce	Yok	5	1,6
	Zayıf	53	17,0
	Orta	145	46,5
	İyi	72	23,1
	Çok iyi	37	11,9
Toplam		312	100
		n	%
Almanca	Yok	252	80,8
	Zayıf	40	12,8
	Orta	4	1,3
	İyi	10	3,2
	Çok iyi	6	1,9
Toplam		312	100
Arapça	Yok	285	91,3
	Zayıf	20	6,4
	Orta	3	1,0
	İyi	1	0,3
	Çok iyi	3	1,0
Toplam		312	100
Diğer Dil Bilgisi	Yok	297	95,2
	Zayıf	2	,6
	Orta	9	2,9
	İyi	1	,3
	Çok iyi	3	1,0
Toplam		312	100

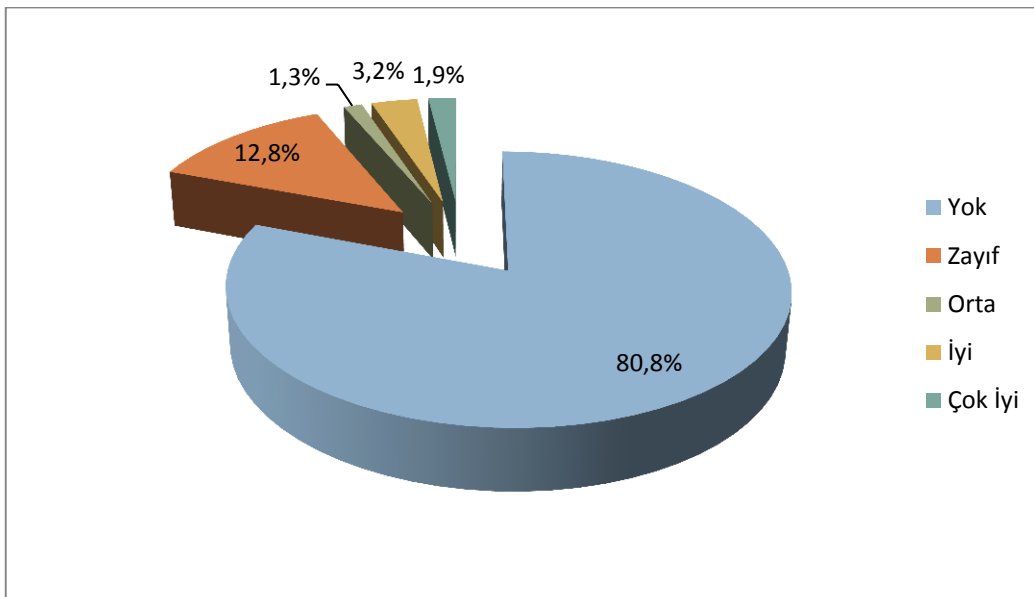
Yabancı dil seviyesi değişkenine göre İngilizce dil seviyesi dağılımı incelendiğinde, katılımcıların %1,6'sinin İngilizce bilmediği cevabını verdiği % 17'sinin İngilizce dil bilgisinin zayıf olduğu cevabını verdiği, % 46,5'inin orta, %23,1'inin iyi ve %11,9'unun ise çok iyi düzeyde bildiği cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 9: Katılımcıların İngilizce dil seviyesine göre dağılımı



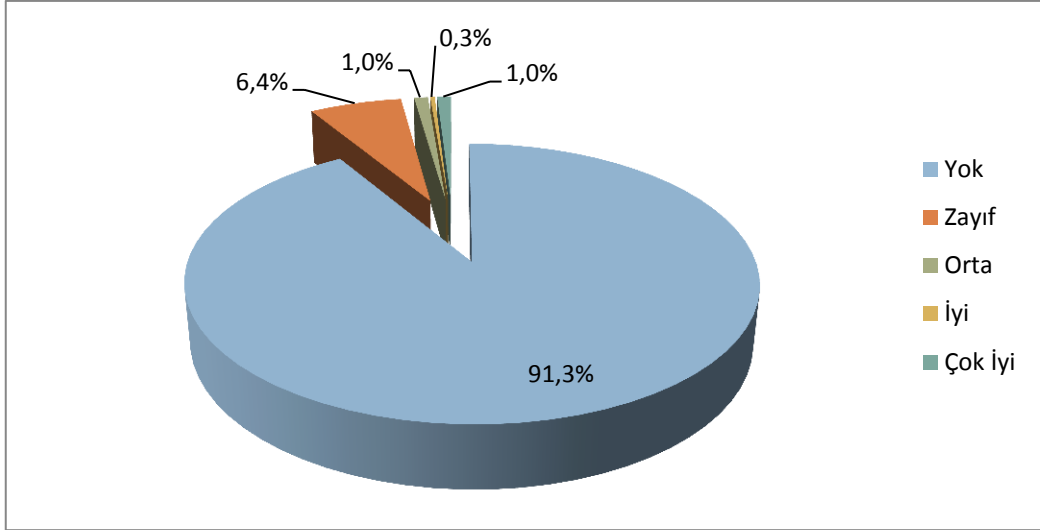
Almanca dil seviyesi dağılımı incelendiğinde, katılımcıların % 80,8'inin Almanca bilmediği cevabını verdiği; % 12,8'inin Almanca dil bilgisinin zayıf olduğu cevabını verdiği, % 1,3'ü orta, %3,2'sinin iyi ve % 1,9' unun ise çok iyi düzeyde bildiği cevabını verdikleri görülmektedir.

Şekil 10: Katılımcıların Almanca dil seviyesine göre dağılımı



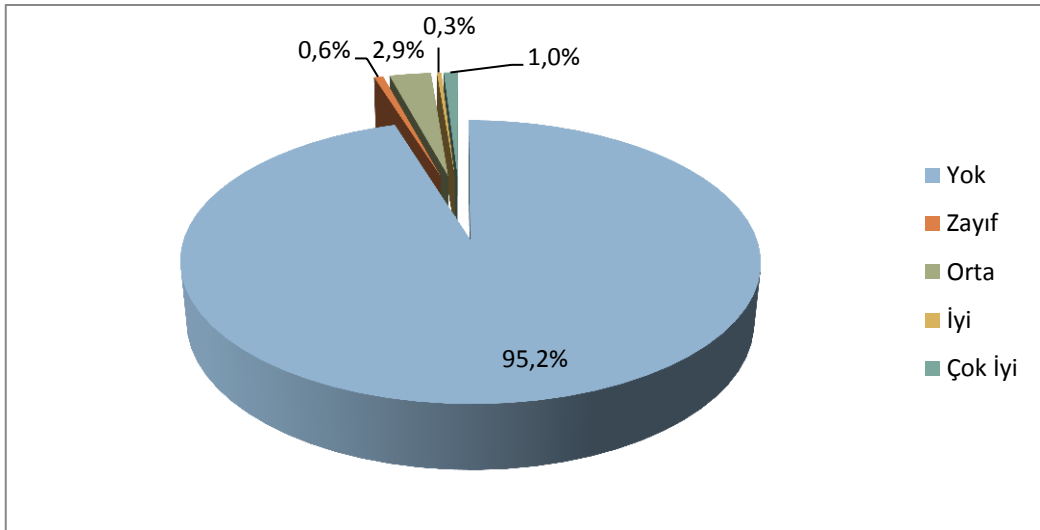
Arapça dil seviyesi dağılımı incelendiğinde, katılımcıların % 91,3'ünün Arapça bilmediği cevabını verdiği; % 6,4'ünün Arapça dil bilgisinin zayıf olduğu cevabını verdiği, % 1,0'ının orta, % 0,3'ünün iyi ve % 1,0'ünün ise çok iyi düzeyde bildiği cevabını verdikleri görülmektedir

Şekil 11: Katılımcıların Arapça dil seviyesine göre dağılımı



Diğer dil seviyesi dağılımı incelendiğinde, katılımcıların % 95,2'sinin diğer yabancı dillerden birini bilmediği cevabını verdiği; % 0,6'sının diğer dil bilgisinin zayıf olduğu cevabını verdiği, % 2,9'unun orta, % 0,3'ünün iyi ve % 1,0'ünün ise çok iyi düzeyde bildiği cevaplarını verdikleri görülmektedir.

Şekil 12 : Katılımcıların Diğer dil seviyesine göre dağılımı



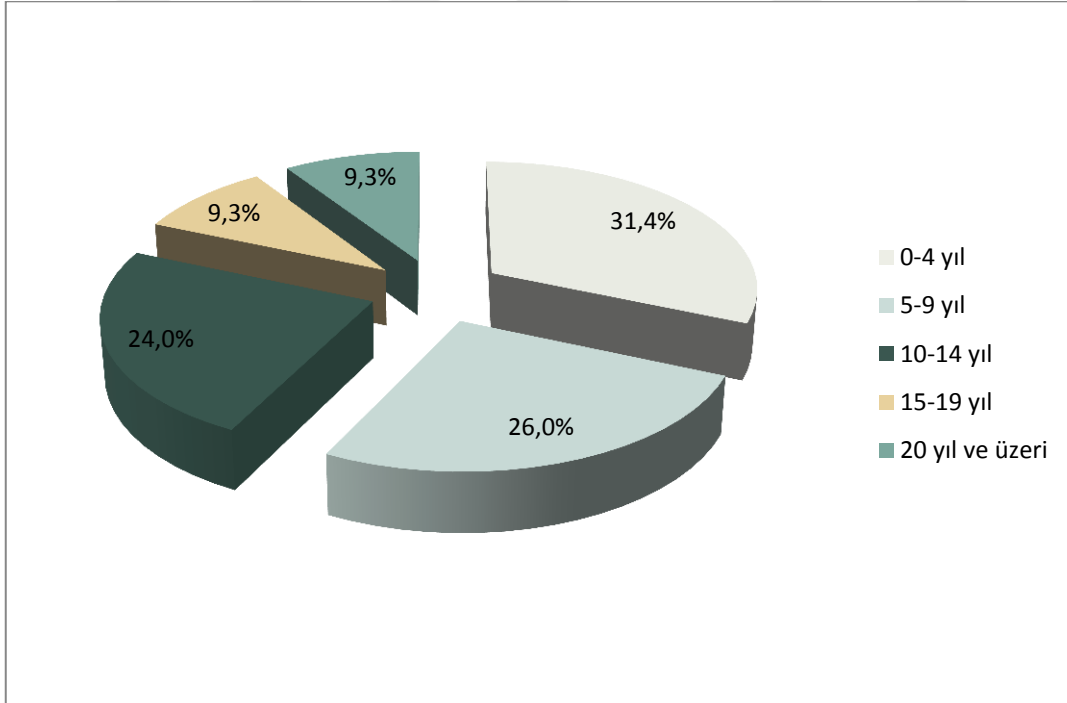
Katılımcıların, meslekte geçirdikleri süre Tablo 23’de özetlenmiştir.

Tablo 23: Katılımcıların meslekte geçirdikleri süre dağılımı

	n	%
0-4 yıl	98	31,4
5-9 yıl	81	26
10-14 yıl	75	24
15-19 yıl	29	9,3
20 yıl ve üzerinde	29	9,3
Toplam	312	100,0

Katılımcıların, %31,4’ünün mesleğinde 0-4 yıl arasında çalıştığı cevabını verdiği, %26’sının 5-9 yıl arasında çalıştığı cevabını verdiği, %24’ünün 10-14 yıl arasında çalıştığı cevabını verdiği, % 9,3’ ünün 15-19 yıl arasında çalıştığı cevabını verdiği, % 9,3 ünün ise 20 yıl ve üzerinde çalıştığı cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 13: Katılımcıların meslekte geçirdikleri süreye göre dağılımı



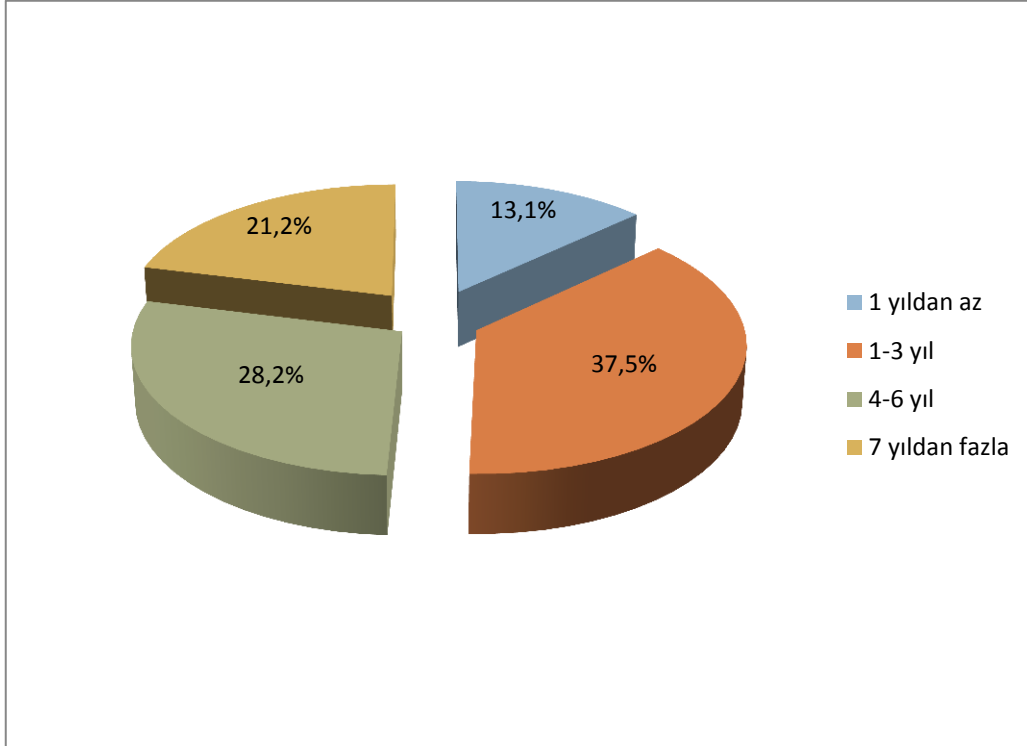
Katılımcılar, buldukları hastanedeki çalışma süresi Tablo 24’te özetlenmiştir.

Tablo 24: Katılımcıların hastanede çalışma sürelerine göre dağılımı

	n	%
1 yıldan az	41	13,1
1- 3 yıl	117	37,5
4-6 yıl	88	28,2
7 yıldan fazla	66	21,2
Toplam	312	100,0

Hastanedeki çalışma süresi değişkenine göre dağılımı incelendiğinde, katılımcıların %13,1’i anket yapılan hastanede 1 yıldan az bir süredir çalıştığı cevabını verdiği , %37,5’i 1-3 yıl süreyle, %28,2’si 4-6 yıl süreyle, %21,2’si ise 7 yıldan fazla bir süredir çalıştığı cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 14: Katılımcıların hastanede çalışma sürelerine göre dağılımı



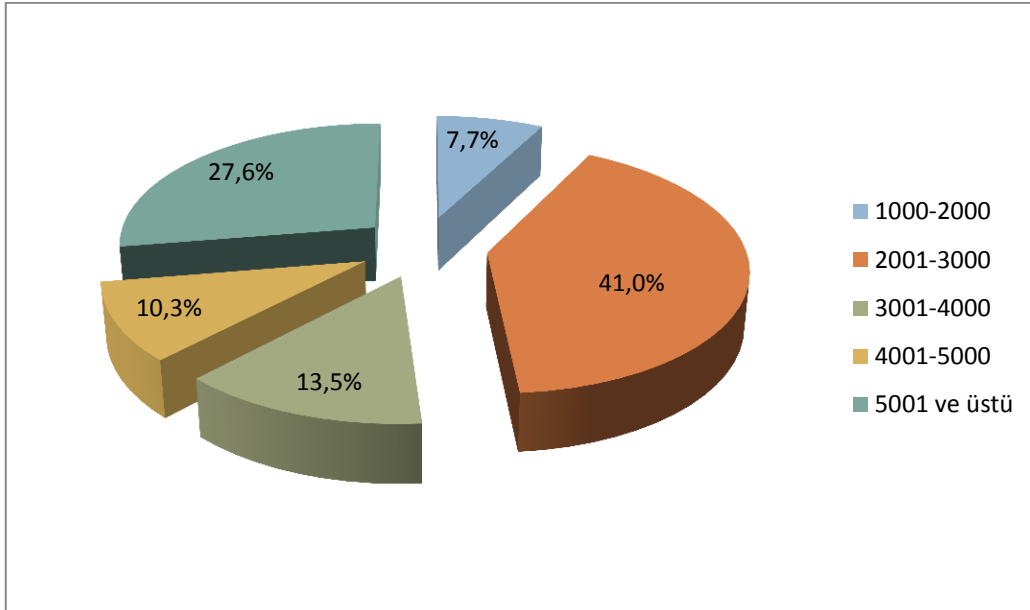
Katılımcıların aylık ücret dilimi dağılımı Tablo 25’te özetlenmiştir.

Tablo 25: Aylık ücret gelirin e göre dağılımı

	n	%
1000-2000	24	7,7
2001-3000	128	41
3001-4000	42	13,5
4001-5000	32	10,3
5001 ve üstü	86	27,6
Toplam	312	100,0

Aylık ücret geliri değişkenine göre dağılımı incelendiğinde, katılımcıların %7,7’si 1000-2000 TL arasında ücret aldığı cevabını verdiği, %41’i 2001-3000 TL arasında,%13,5’i 3001-4000 TL arasında,% 10,3’ü 4001-5000 TL ve %27,6 sının aylık ücret diliminin 5001 ve üstünde olduğu ücret aldığı cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 15: Katılımcıların aylık ücret dilimine göre dağılımı



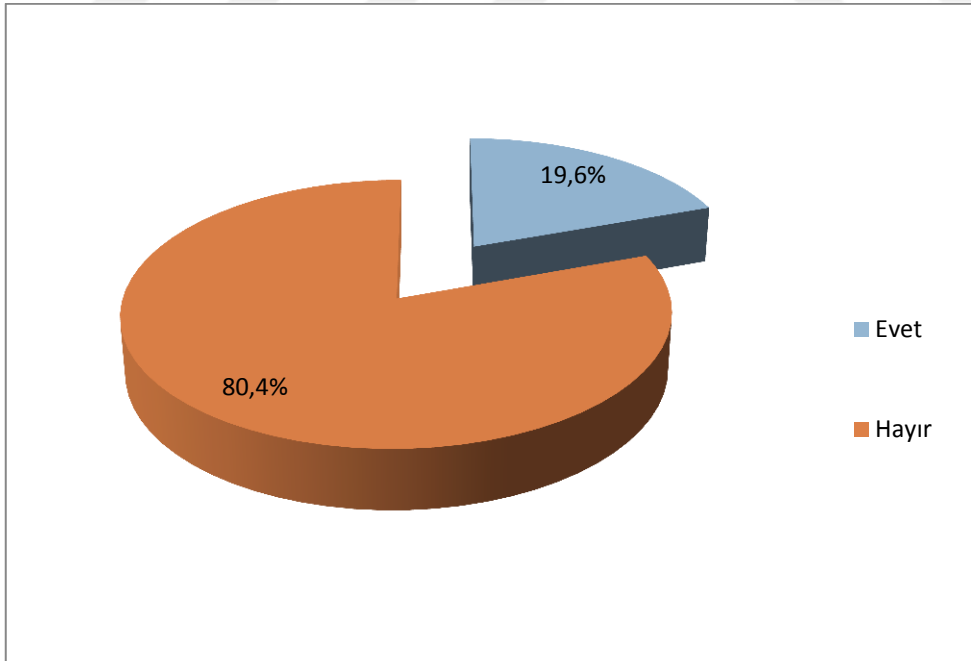
Katılımcıların sağlık turizmi kapsamında hizmet vermelerinden dolayı ücretlerinin yükselmesi durumuna verdikleri cevaplar Tablo 26'de özetlenmiştir.

Tablo 26: Katılımcıların sağlık turizmi kapsamında hizmet vermelerinden dolayı ücretlerinin yükseldiğini düşünme durumu

	n	%
Evet	61	19,6
Hayır	251	80,4
Toplam	312	100,0

Sağlık turizmi kapsamında hizmet vermelerinden dolayı ücretlerinin yükselmesi dağılımı incelendiğinde; % 19,6'sı sağlık turizmi kapsamında hizmet vermesi dolayısıyla aylık ücretlerinin yükseldiği cevabını verdiği, % 80,4'ünün ise aylık ücretlerinde yükselme olmadığı cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 16: Katılımcıların Sağlık turizmi kapsamında hizmet vermesinden dolayı ücret artışı düşüncesine göre dağılımı



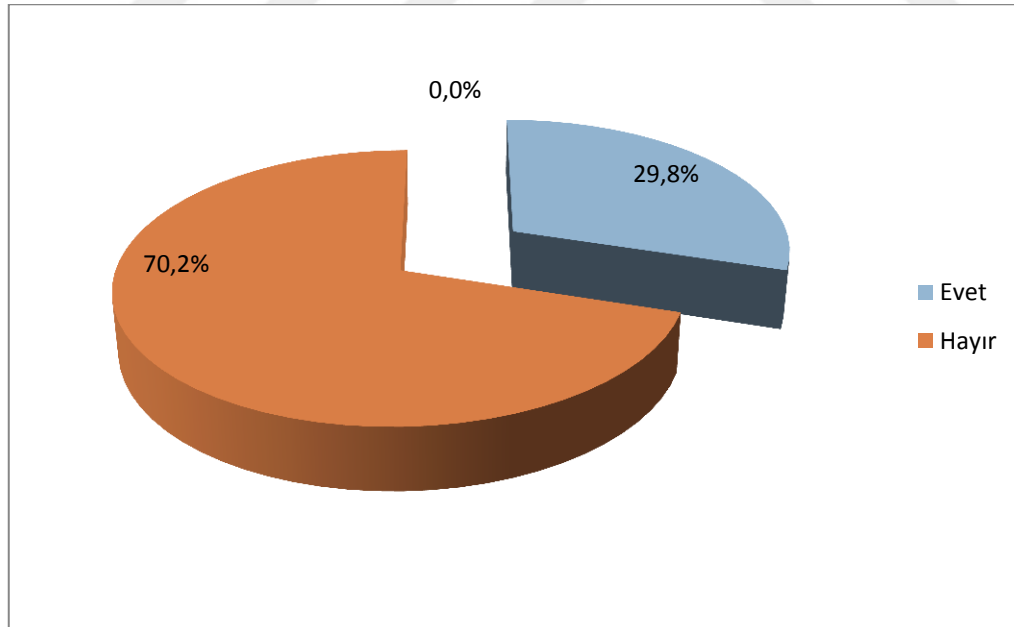
Katılımcıların yabancı dil bilgisinden dolayı ayrı bir ücrete tabi olma sorusuna verdikleri cevaplar Tablo 27’de özetlenmiştir.

Tablo 27: Katılımcıların yabancı dil bilgisinden dolayı ayrı bir ücrete tabi olma dağılımları

	n	%
Evet	93	29,8
Hayır	219	70,2
Toplam	312	100,0

Yabancı dil bilgisinden dolayı ayrı bir ücrete tabi olma dağılımları incelendiğinde; katılımcıların % 29,8’i yabancı dil bilgisinden dolayı ayrı bir ücrete tabi olduğunu düşündüğü cevabını verdiği, % 70,2’si ise ayrı bir ücrete tabi olmadığını düşünmekte olduğu cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 17: Katılımcıların yabancı dil bilgisinden dolayı ayrı bir ücrete tabi olma dağılımı



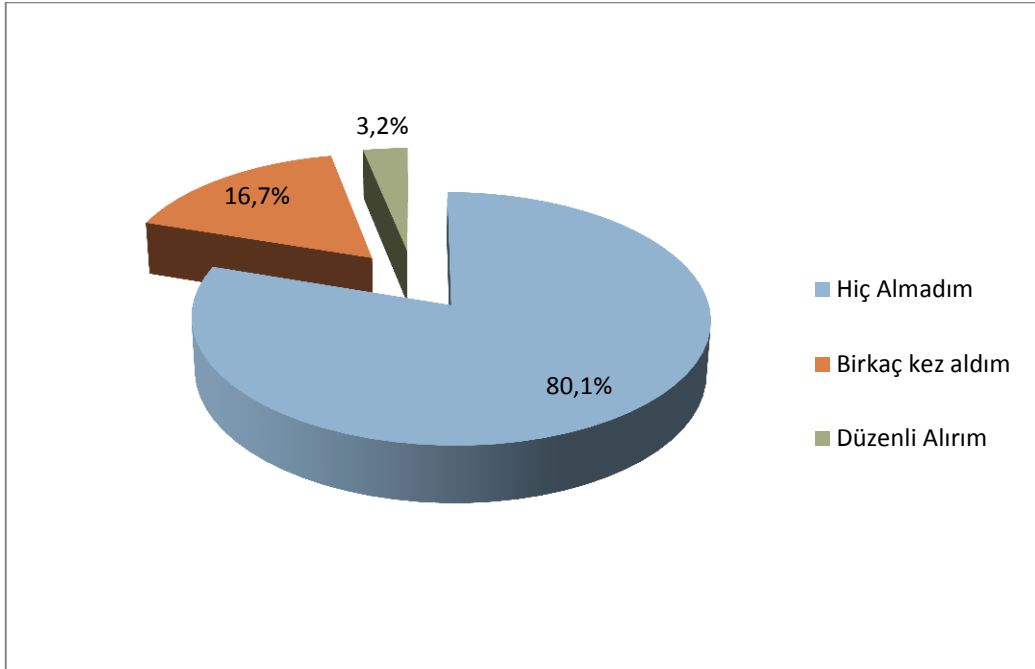
Katılımcıların hizmet içi eğitim alma dağılımları Tablo 28’de özetlenmiştir.

Tablo 28: Katılımcıların Sağlık Turizmi ile ilgili hizmet içi eğitim alma durumlarına göre dağılımı

	n	%
Hiç almadım	250	80,1
Birkaç kez	52	16,7
Düzenli olarak alırım	10	3,2
Toplam	312	100,0

Sağlık turizmi ile ilgili hizmet içi eğitim alma durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; katılımcıların % 80,1’inin eğitim almadığı cevabını verdiği, %16,7’sinin birkaç kez eğitim aldım cevabını verdiği ve %3,2’sinin ise düzenli hizmet içi eğitim aldım cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 18: Katılımcıların Sağlık Turizmi ile ilgili hizmet içi eğitim alma durumlarına göre dağılımı



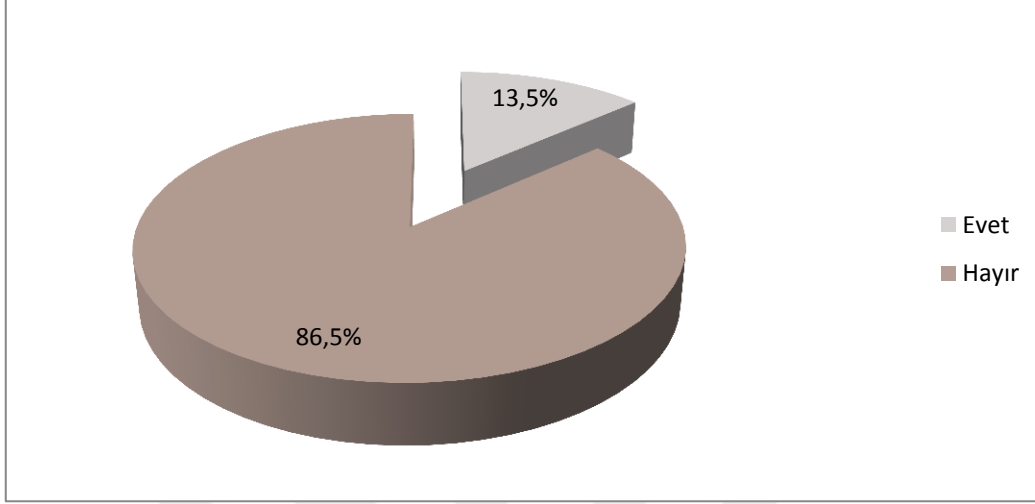
Ankete katılarak Sağlık Turizmi kapsamında eğitim aldıklarını söyleyen katılımcıların aldıkları eğitimler ile ilgili verdikleri cevapları Tablo 29’da özetlenmiştir.

Tablo 29: Ankete katılan katılımcıların aldıkları eğitimlere göre dağılımları

		n	%
İletişim Teknikleri Eğitimi Aldınız mı?	Evet	42	13,5
	Hayır	270	86,5
Toplam		312	100,0
Hastaya Sunulacak Sağlık Hizmetleri Eğitimi Aldınız mı?	Evet	42	13,5
	Hayır	270	86,5
Toplam		312	100,0
Hasta Hakları Konusunda Eğitim Aldınız mı?	Evet	44	14,1
	Hayır	268	85,9
Toplam		312	100,0
Hastanenin Sunduğu Olanaklar hakkında Eğitim Aldınız mı?	Evet	22	7,1
	Hayır	290	92,9
Toplam		312	100,0
Yabancı Dil Eğitimi Aldınız mı?	Evet	8	2,6
	Hayır	304	97,4
Toplam		312	100,0
		n	%
Hastaya sunulan sağlık hizmetleri dışında faydalanabileceği diğer hizmetler konusunda eğitim aldınız mı?	Evet	5	1,6
	Hayır	307	98,4
Toplam		312	100,0
Hasta Yakınına Sunulan Hizmetler Hakkında Eğitim Aldınız mı?	Evet	15	4,8
	Hayır	297	95,2
Toplam		312	100,0

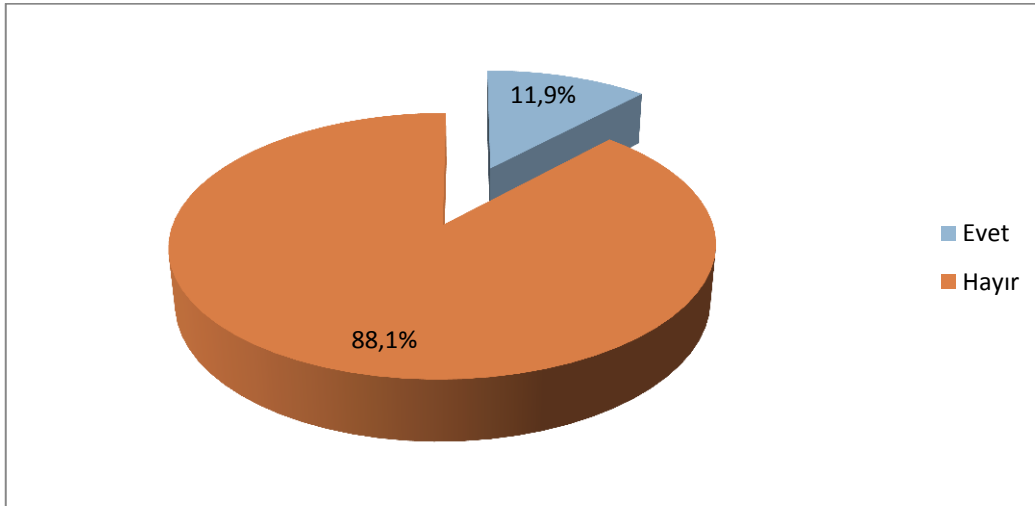
Katılımcıların, iletişim teknikleri eğitimi almalarına göre dağılımları incelendiğinde, % 13,5'inin iletişim teknikleri eğitimi aldım cevabını verdiği, % 86,5'inin ise eğitim almadım cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 19: Katılımcıların iletişim teknikleri eğitimi alma durumlarına göre dağılımı



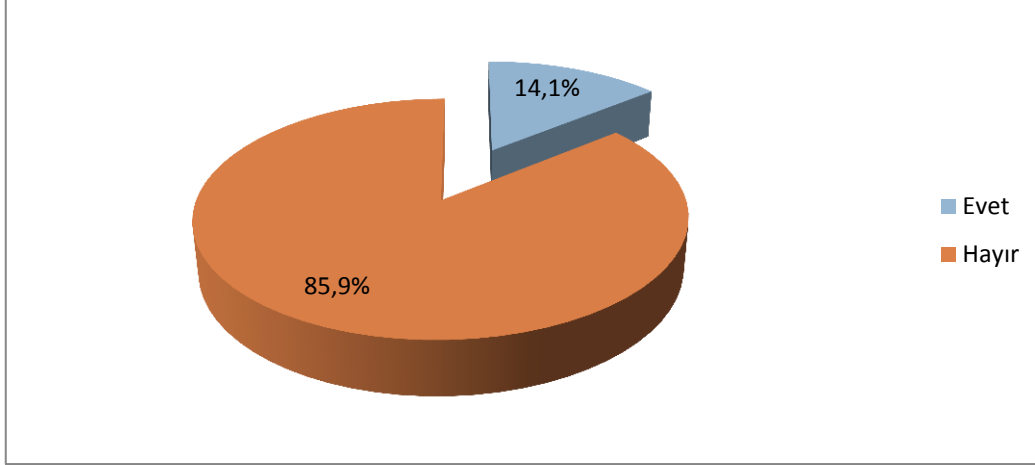
Katılımcıların, hastaya sunulacak sağlık hizmetleri eğitim almalarına göre dağılımları incelendiğinde; % 11,9'unun hastaya sunulacak olan sağlık hizmetleri konusunda eğitim aldım cevabını verdiği, % 88,1'inin ise eğitim almadım cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 20: Katılımcıların hastaya sunulacak sağlık hizmetleri eğitimi alma durumlarına göre dağılımı



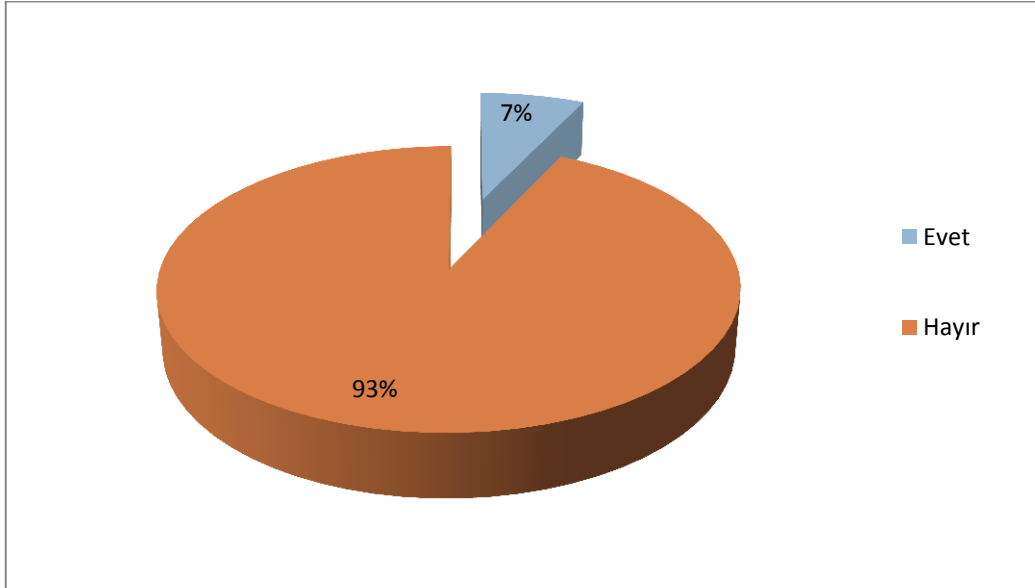
Katılımcıların, hasta hakları konusunda eğitimi almalarına göre dağılımları incelendiğinde; % 14,1'inin hasta hakları konusunda eğitim aldım cevabını verdiği, % 85,8'unun ise eğitim almadım cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 21: Katılımcıların hasta hakları konusunda eğitim alma durumlarına göre dağılımı



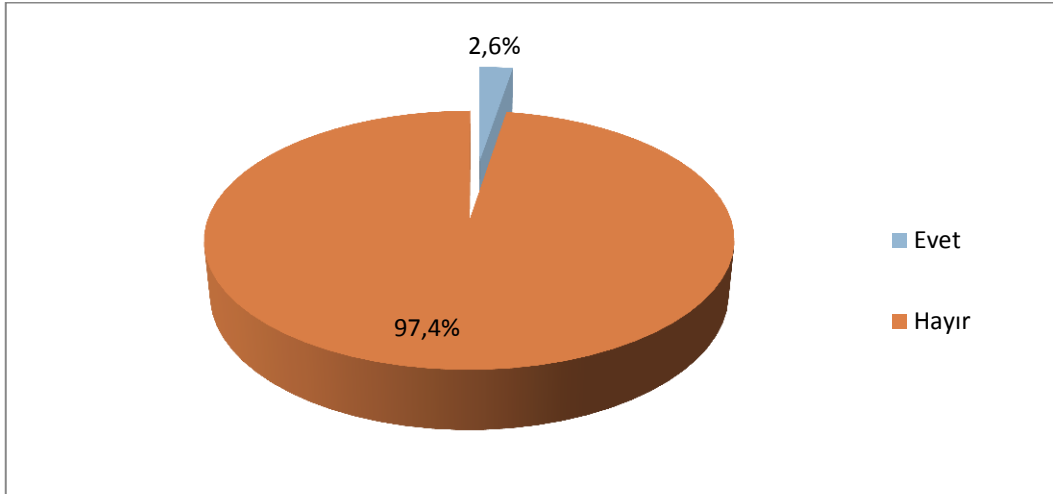
Katılımcıların, hastanenin sunduğu olanaklar konusunda eğitimi almalarına göre dağılımları incelendiğinde; %7,1'inin hastanenin sunduğu olanaklar konusunda eğitim aldım cevabını verdiği, %92,3'ünün ise eğitim almadım cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 22: Katılımcıların hastanenin sunduğu olanaklar konusunda eğitim alma durumlarına göre dağılımı



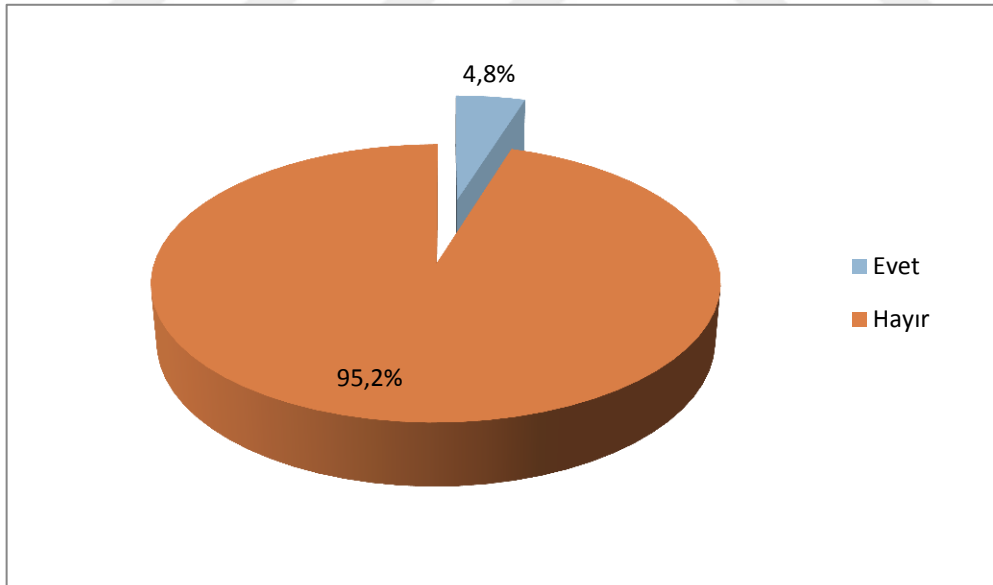
Katılımcıların, yabancı dil eğitimi almalarına göre dağılımları incelendiğinde; %2,6' sının yabancı dil eğitimi aldım cevabını verdiği, %97,4' ünün ise eğitim almadım cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 23: Katılımcıların yabancı dil eğitimi alma durumlarına göre dağılımı



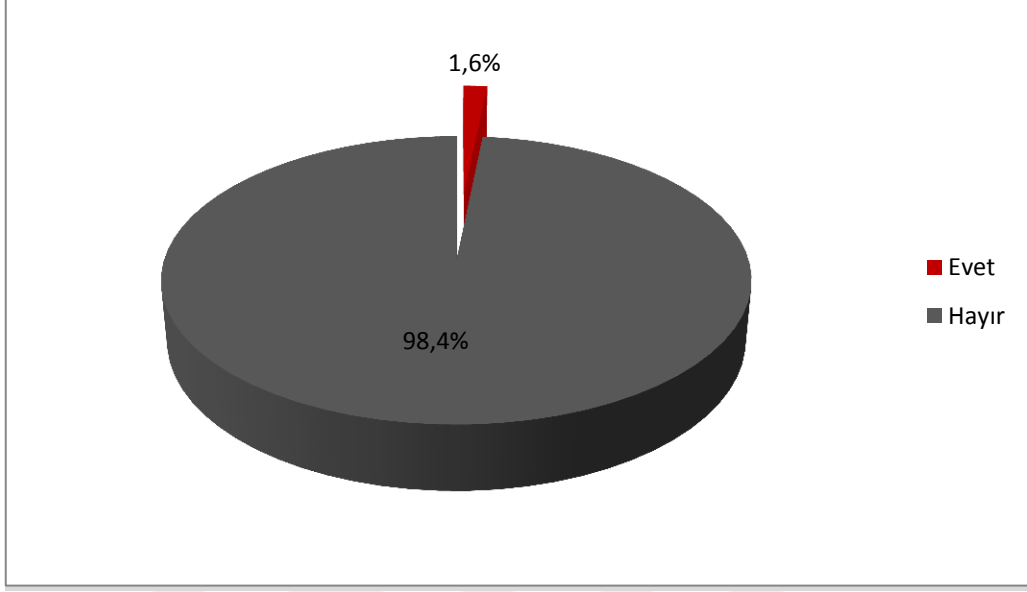
Katılımcıların, hasta yakınına sunulan hizmetler hakkında eğitimi almalarına göre dağılımları incelendiğinde; % 2,6' sının hasta yakınına sunulan hizmetler hakkında eğitim aldım cevabını verdiği, % 97,4' ünün ise eğitim almadım cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 24: Katılımcıların hasta yakınına sunulan hizmetler hakkında eğitim alma durumlarına göre dağılımı



Katılımcıların, hastaya sunulan sağlık hizmetleri dışında faydalanabileceği diğer hizmetler konusunda (boş vakitlerinde nereleri gezip göreceği, nerelerden alışveriş yapabileceği veya hangi aktivitelere katılabileceği vb.) eğitimi almalarına göre dağılımları incelendiğinde; % 1,6' sının eğitim aldım cevabını verdiği, % 98,4' ünün ise eğitim almadım cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 25. Katılımcıların hastaya sunulan sağlık hizmetleri dışında faydalanabileceği diğer hizmetler konusunda eğitim alma durumlarına göre dağılımı



Yabancı hastalarla karşılaştıkları sorunlara ilişkin değerlendirmeler yapılırken yaşanan sorunlar ile ilgili görüşler “Hiç sorun yaşamadım”, “Bazen sorun yaşadım”, “Sıkça sorun yaşadım” ve “ Hemen her zaman sorun yaşadım” şeklinde ifadelere karşılık geldiğine dikkat edilerek değerlendirilmiştir.

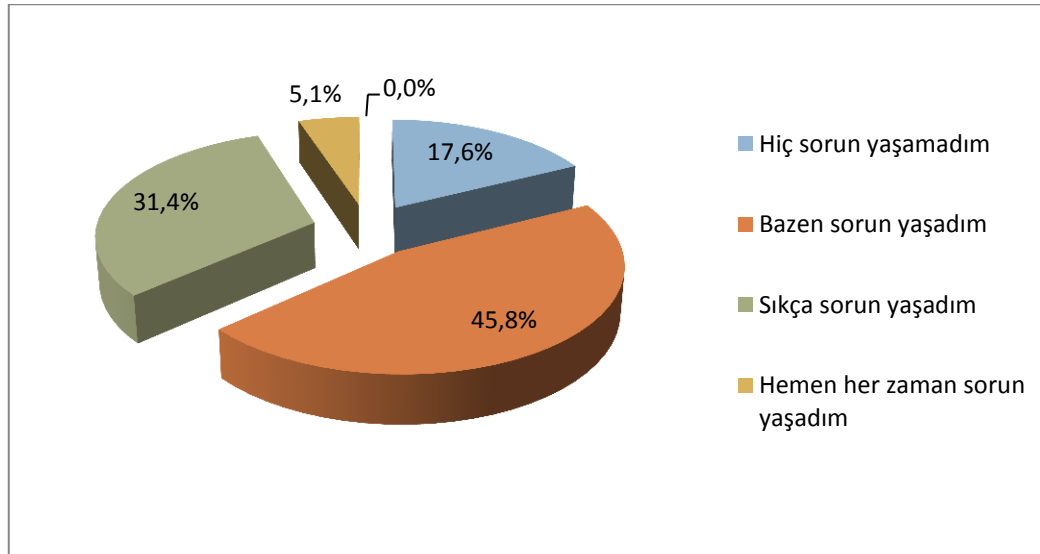
Katılımcıların yabancı hastalarla olan iletişimde sorun yaşama dağılımları Tablo 30’da özetlenmiştir.

Tablo 30: Katılımcıların yabancı hastalarla olan iletişimde sorun yaşama dağılımı

	n	%
Hiç sorun yaşamadım	55	17,6
Bazen sorun yaşadım	143	45,8
Sıkça sorun yaşadım	98	31,4
Hemen her zaman sorun yaşadım	16	5,1
Toplam	312	100,0

Yabancı hastalarla olan iletişimde sorun yaşama durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; katılımcıların; % 17,6’sının hiç sorun yaşamadım cevabını verdiği, %45,8’inin bazen sorun yaşadım cevabını verdiği, %31,4’ünün sıkça sorun yaşadım cevabını verdiği ve %5,1’inin ise hemen her zaman sorun yaşadığı cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 26: Katılımcıların yabancı hastalarla olan iletişimde sorun yaşama dağılımı



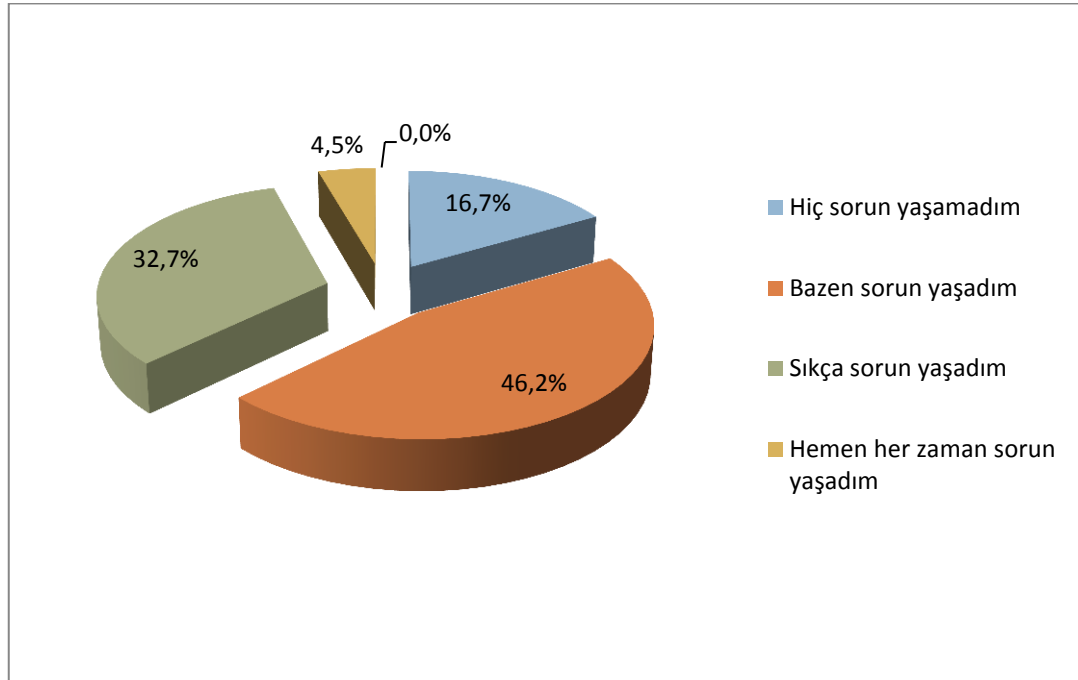
Katılımcıların yabancı hastaların yakınlarıyla olan iletişimde sorun yaşama durumları Tablo 31’de özetlenmiştir.

Tablo 31: Katılımcıların yabancı hastaların yakınları ile olan iletişimde sorun yaşama dağılımı

	n	%
Hiç sorun yaşamadım	52	16,7
Bazen sorun yaşadım	144	46,2
Sıkça sorun yaşadım	102	32,7
Hemen her zaman sorun yaşadım	14	4,5
Toplam	312	100,0

Yabancı hastaların yakınlarıyla olan iletişimde sorun yaşama durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; %16,7’sinin hiç sorun yaşamadım cevabını verdiği, %46,2’sinin bazen sorun yaşadım cevabını verdiği, %32,7’sinin sıkça sorun yaşadım cevabını verdiği ve % 4,5’inin ise hemen her zaman sorun yaşadım cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 27: Katılımcıların yabancı hastaların yakınları ile olan iletişimde sorun yaşama dağılımı



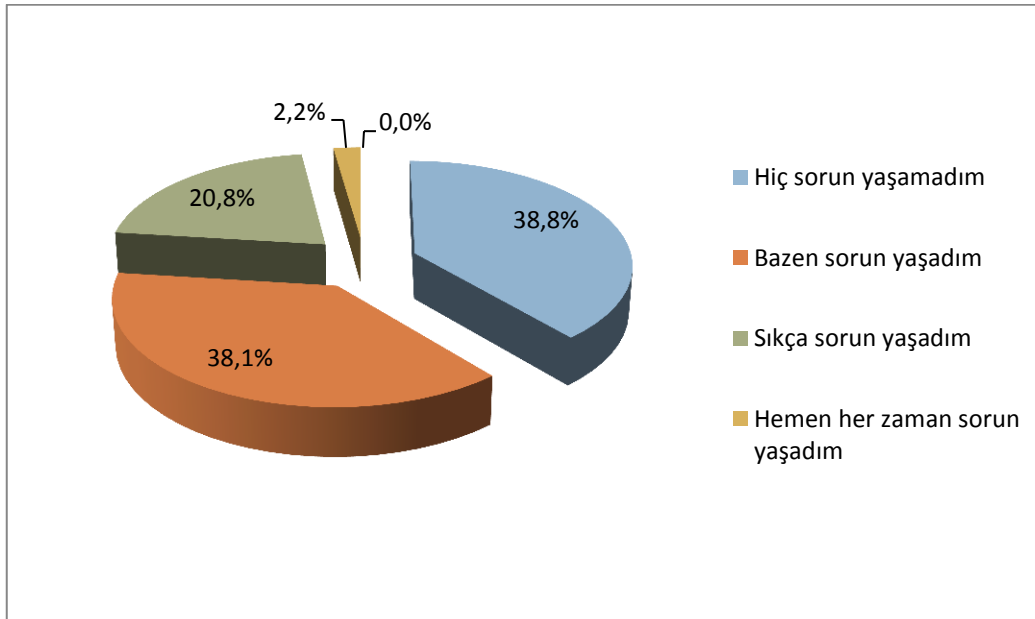
Katılımcıların yabancı hastaların yakınlarıyla olan iletişimde sorun yaşama dağılımı Tablo 32’de özetlenmiştir.

Tablo 32: Katılımcıların yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklanan davranışlarından dolayı ile sorun yaşama dağılımı

	n	%
Hiç sorun yaşamadım	121	38,8
Bazen sorun yaşadım	119	38,1
Sıkça sorun yaşadım	65	20,8
Hemen her zaman sorun yaşadım	7	2,2
Toplam	312	100,0

Yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklanan davranışlardan dolayı sorun yaşama durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; katılımcıların; % 38,8’inin hiç sorun yaşamadım cevabını verdiği, %38,1’i bazen sorun yaşadım cevabını verdiği, %20,8’inin sıkça sorun yaşadım cevabını verdiği ve % 2,2’sinin ise hemen her zaman sorun yaşadım cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 28: Katılımcıların yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklanan davranışlarından dolayı ile sorun yaşama dağılımı



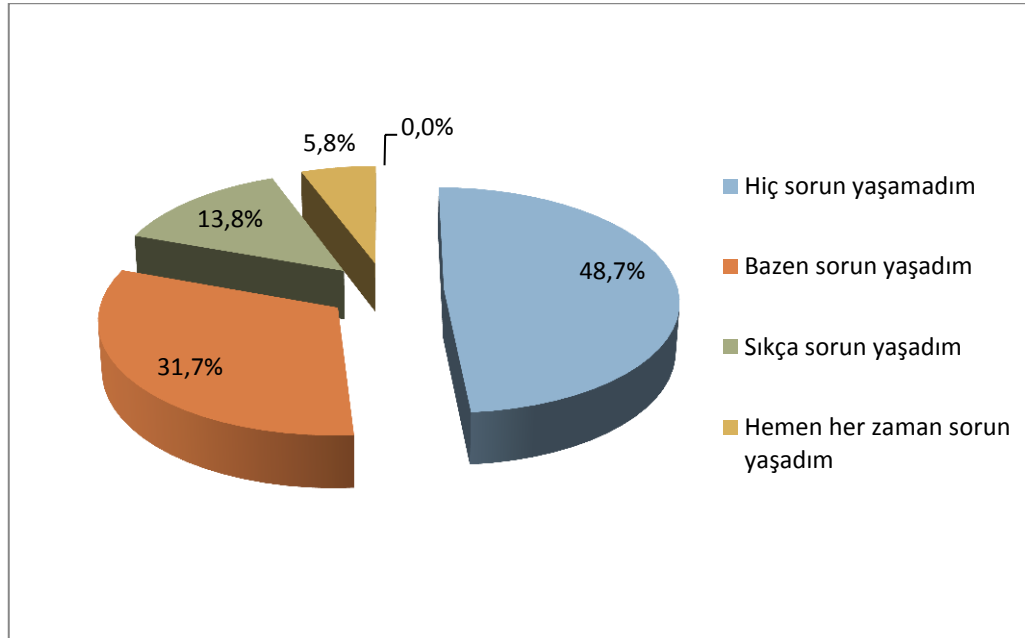
Katılımcıların yabancı hastalara sunulan yemekler konusunda sorun yaşama dağılımları Tablo 33'te özetlenmiştir.

Tablo 33: Katılımcıların yabancı hastalara sunulan yemekler konusunda sorun yaşama dağılımı

	n	%
Hiç sorun yaşamadım	152	48,7
Bazen sorun yaşadım	99	31,7
Sıkça sorun yaşadım	43	13,8
Hemen her zaman sorun yaşadım	18	5,8
Toplam	312	100,0

Yabancı hastalara sunulan yemekler konusunda sorun yaşama durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; katılımcıların %48,7'sinin hiç sorun yaşamadım cevabını verdiği, %31,7' sinin bazen sorun yaşadım cevabını verdiği, % 13,8'inin sıkça sorun yaşadım cevabını verdiği ve % 5,8'nin ise hemen her zaman sorun yaşadım cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 29: Katılımcıların yabancı hastalara sunulan yemekler konusunda sorun yaşama dağılımı



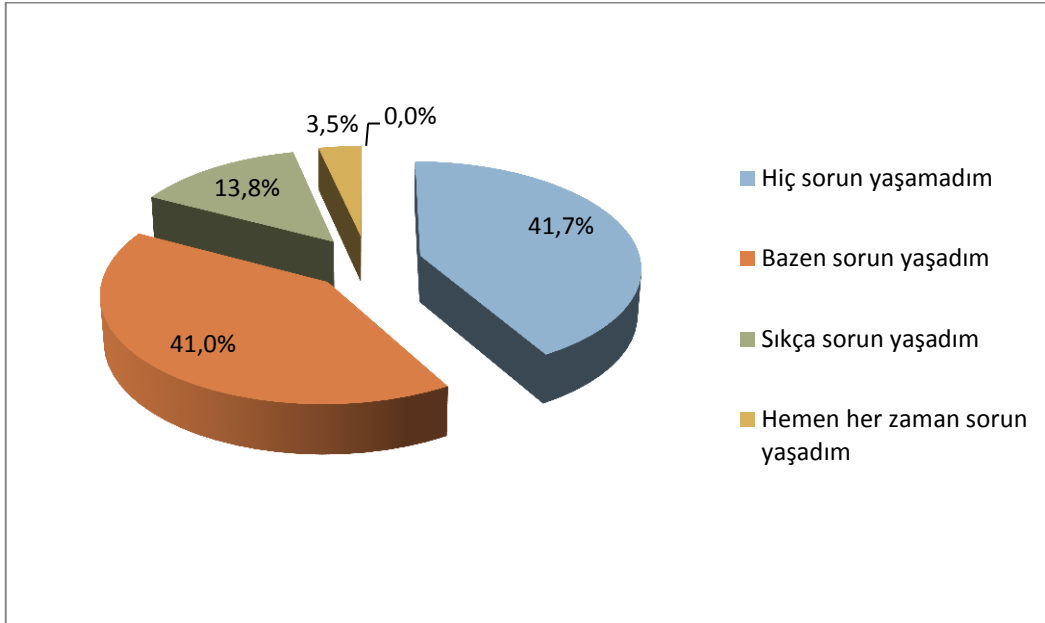
Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanenin fiziki olanaklarıyla ilgili sorun yaşama dağılımları Tablo 34’de özetlenmiştir.

Tablo 34: Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanenin fiziki olanaklarıyla ilgili sorun yaşama dağılımı

	n	%
Hiç sorun yaşamadım	130	41,7
Bazen sorun yaşadım	128	41,0
Sıkça sorun yaşadım	43	13,8
Hemen her zaman sorun yaşadım	11	3,5
Toplam	312	100,0

Yabancı hastalar açısından hastanenin fiziki olanaklarıyla ilgili sorun yaşama durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; katılımcıların %41,7’si hiç sorun yaşamadım cevabını verdiği, % 41’ inin bazen sorun yaşadım cevabını verdiği, % 13,8’inin sıkça sorun yaşadım cevabını verdiği ve % 3,5’nin ise hemen her zaman sorun yaşadım cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 30: Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanenin fiziki olanaklarıyla ilgili sorun yaşama dağılımı



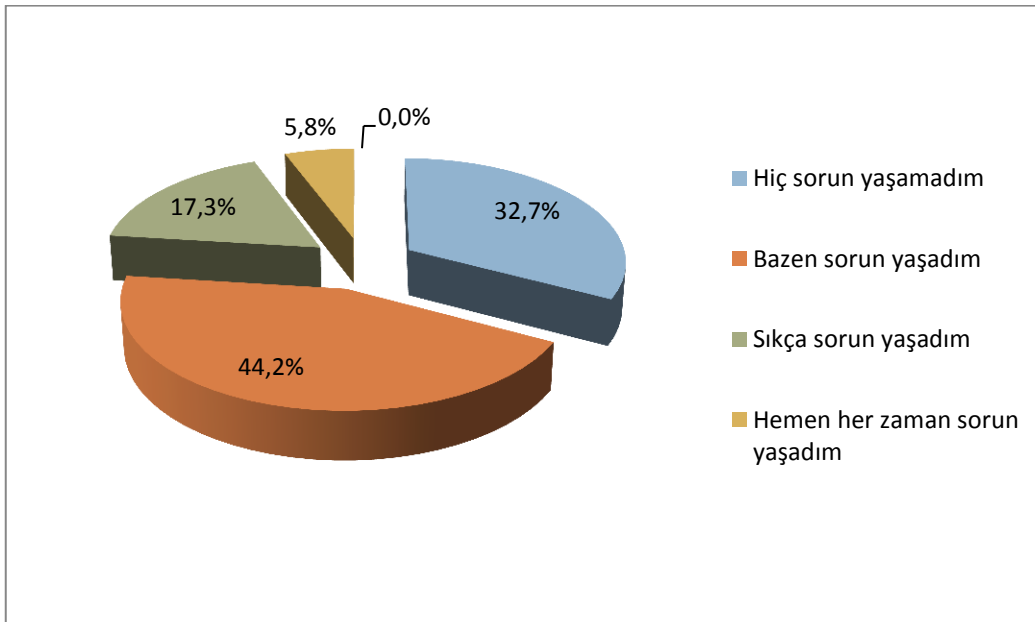
Katılımcıların yabancı hastaların hastane kurallarına uyması konusunda sorun yaşama dağılımı Tablo 35’te özetlenmiştir.

Tablo 35: Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastaların hastane kurallarına uyması konusunda sorun yaşama dağılımı

	n	%
Hiç sorun yaşamadım	102	32,7
Bazen sorun yaşadım	138	44,2
Sıkça sorun yaşadım	54	17,3
Hemen her zaman sorun yaşadım	18	5,8
Toplam	312	100,0

Yabancı hastalar açısından hastaların hastanenin kurallarına uyma konusunda sorun yaşama durumlarına göre dağılımları incelendiğinde; katılımcıların % 32,7’sinin hiç sorun yaşamadım cevabını verdiği, % 44,2’sinin bazen sorun yaşadım cevabını verdiği, % 17,3’nün sıkça sorun yaşadım cevabını verdiği ve % 5,8’inin ise hemen her zaman sorun yaşadım cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 31: Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastaların hastane kurallarına uyması konusunda sorun yaşama dağılımı



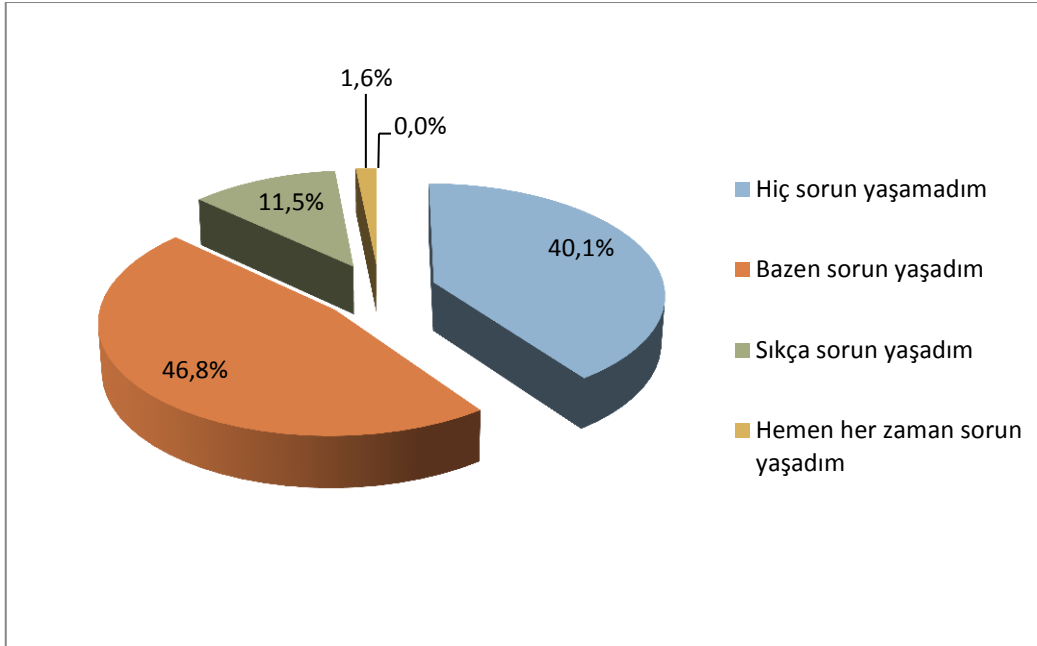
Katılımcıların yabancı hastalara sunulan tıbbi hizmetin uygulanmasıyla ilgili sorun yaşama dağılımı Tablo 36’da özetlenmiştir.

Tablo 36: Katılımcıların yabancı hastalara sunulan tıbbi hizmetin uygulanmasıyla ilgili sorun yaşama dağılımı

	n	%
Hiç sorun yaşamadım	125	40,1
Bazen sorun yaşadım	146	46,8
Sıkça sorun yaşadım	36	11,5
Hemen her zaman sorun yaşadım	5	1,6
Toplam	312	100,0

Yabancı hastalara sunulan tıbbi hizmetin uygulanması konusunda sorun yaşama durumları dağılımları incelendiğinde; katılımcıların % 40,1’inin hiç sorun yaşamadım cevabını verdiği, % 46,8’inin bazen sorun yaşadım cevabını verdiği, % 11,5’inin sıkça sorun yaşadım cevabını verdiği ve % 1,6’sının ise hemen her zaman sorun yaşadım cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 32: Katılımcıların yabancı hastalara sunulan tıbbi hizmetin uygulanmasıyla ilgili sorun yaşama dağılımı



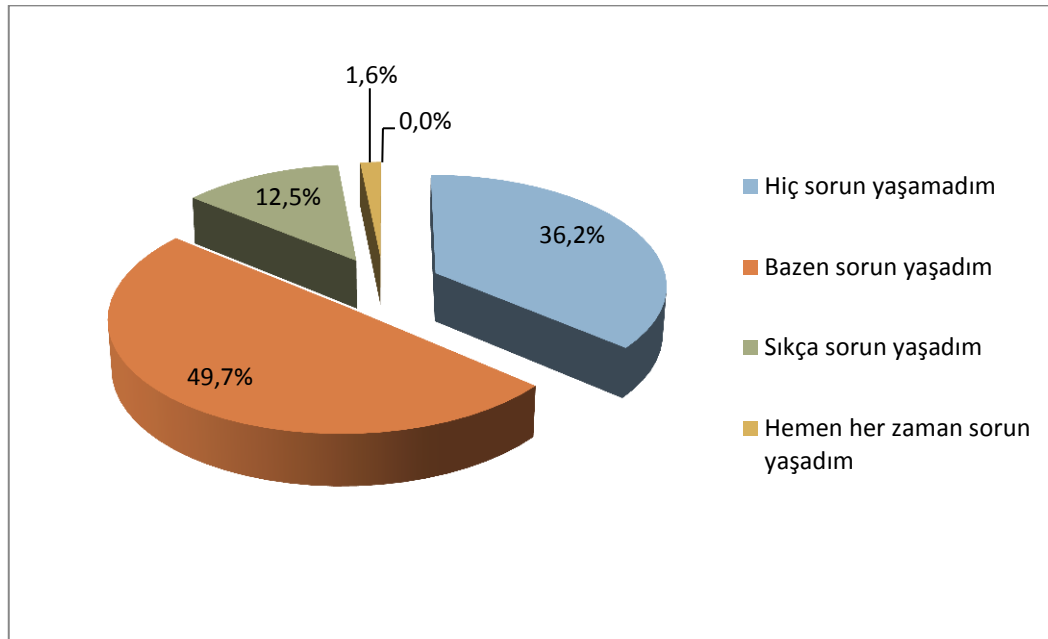
Katılımcıların yabancı hastalar açısından ilave tedavi ve işlemler ile ilgili sorun yaşama dağılımı Tablo 37’de özetlenmiştir.

Tablo 37: Katılımcıların yabancı hastalar açısından ilave tedavi ve işlemler ile ilgili sorun yaşama dağılımı

	n	%
Hiç sorun yaşamadım	113	36,2
Bazen sorun yaşadım	155	49,7
Sıkça sorun yaşadım	39	12,5
Hemen her zaman sorun yaşadım	5	1,6
Toplam	312	100,0

Yabancı hastalara uygulanan ilave tedavi ve işlemler ile ilgili sorun yaşama durumları dağılımları incelendiğinde; katılımcıların %36,2’sinin hiç sorun yaşamadım cevabını verdiği, % 49,7’sini bazen sorun yaşadım cevabını verdiği, % 12,5’inin sıkça sorun yaşadım cevabını verdiği ve % 1,6’sının ise hemen her zaman sorun yaşadım cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 33: Katılımcıların yabancı hastalara uygulanan ilave tedavi ve işlemler ile ilgili sorun yaşama dağılımı



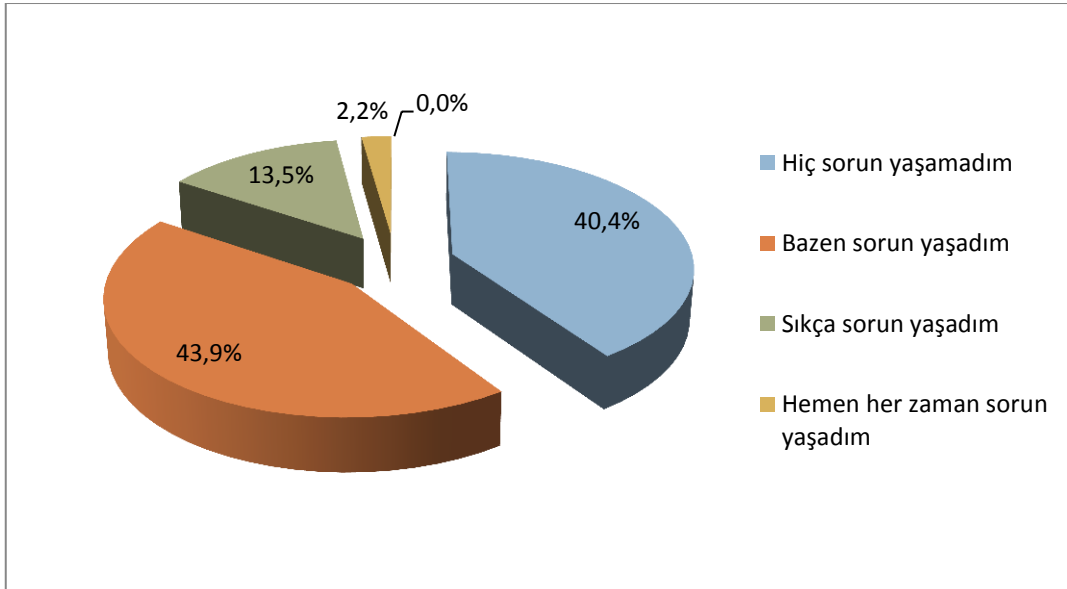
Katılımcıların yabancı hastalar açısından tedavi sonucunu izleme ile ilgili sorun yaşama dağılımı Tablo 38’de özetlenmiştir.

Tablo 38: Katılımcıların yabancı hastalar açısından tedavi sonucunu izlemeyle ilgili sorun yaşama dağılımı

	n	%
Hiç sorun yaşamadım	126	40,4
Bazen sorun yaşadım	137	43,9
Sıkça sorun yaşadım	42	13,5
Hemen her zaman sorun yaşadım	7	2,2
Toplam	312	100,0

Yabancı hastalar açısından tedavi sonucunu izleme ile ilgili sorun yaşama durumları dağılımları incelendiğinde; katılımcıların; %40,4’ ünün hiç sorun yaşamadım cevabını verdiği, % 43,9’ unun bazen sorun yaşadım cevabını verdiği, % 13,5’inin sıkça sorun yaşadım cevabını verdiği ve % 2,2’sinin ise hemen her zaman sorun yaşadım cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 34: Katılımcıların yabancı hastalar açısından tedavi sonucunu izlemeyle ilgili sorun yaşama dağılımı



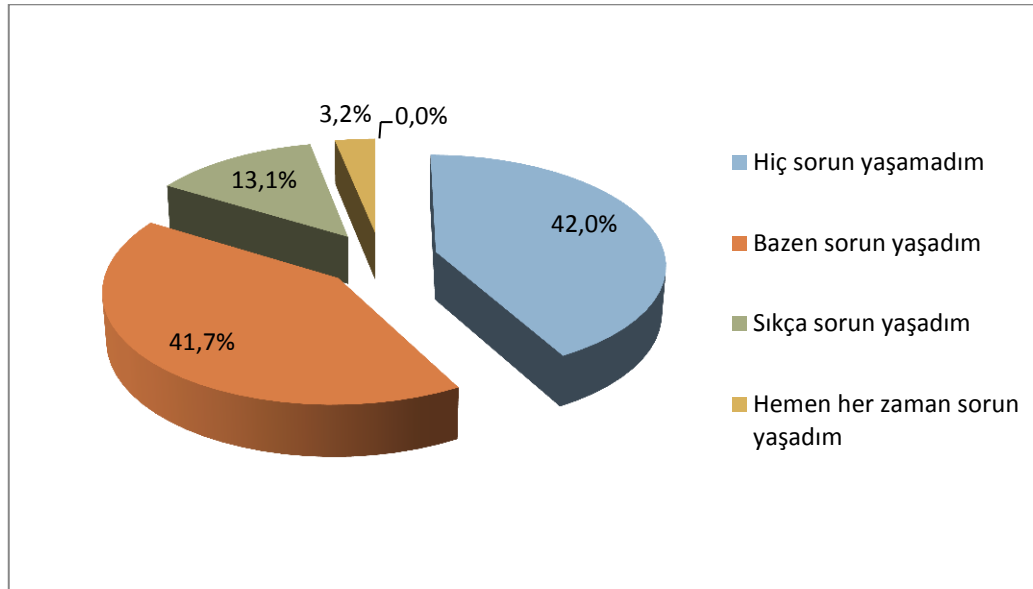
Katılımcıların yabancı hastalar açısından tedavi sonucunu izleme ile ilgili sorun yaşama dağılımı Tablo 39’da özetlenmiştir.

Tablo 39: Katılımcıların yabancı hastalar açısından tedavi maliyetleri ile ilgili sorun yaşama dağılımı

	n	%
Hiç sorun yaşamadım	131	42,0
Bazen sorun yaşadım	130	41,7
Sıkça sorun yaşadım	41	13,1
Hemen her zaman sorun yaşadım	10	3,2
Toplam	312	100,0

Yabancı hastalar açısından tedavi maliyetleri ile ilgili sorun yaşama durumları dağılımları incelendiğinde; katılımcıların; % 42,0’ının hiç sorun yaşamadım cevabını verdiği, % 41,7’ sinin bazen sorun yaşadım cevabını verdiği, % 13,1’inin sıkça sorun yaşadım cevabını verdiği ve % 3,2 ’sinin ise hemen her zaman sorun yaşadım cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 35: Katılımcıların yabancı hastalar açısından tedavi maliyetleri ile ilgili sorun yaşama dağılımları



Katılımcıların yabancı hastaların hastanelerini tercihi ile ilgili değerlendirmeler yapılırken tercihlerini etkileyen faktörlerin “Hiç etken değil”, “Çok az etken”, “Oldukça büyük etken” ve “Son derece büyük etken” şeklinde ifadeler karşılık geldiğine dikkat edilerek değerlendirilmiştir.

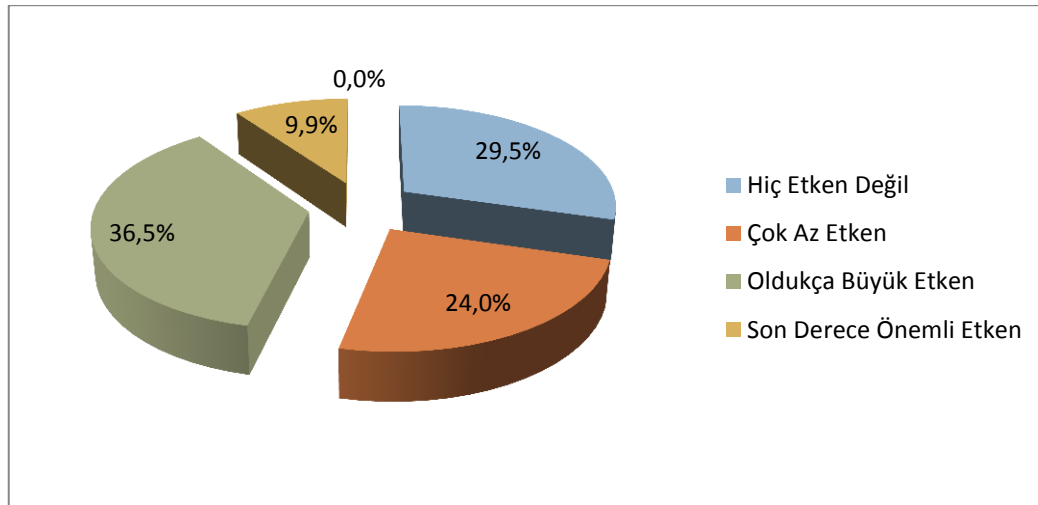
Katılımcıların hastanelerini tercihinde yabancı hastalar açısından tercihinde tedavi maliyetlerinin düşük olmasının etken olması dağılımı Tablo 40’da özetlenmiştir.

Tablo 40: Katılımcıların, hastanelerinin yabancı hastalar tarafından tercihinde tedavi maliyetlerinin düşük olması dağılımı

	n	%
Hiç etken değil	92	29,5
Çok az etken	75	24,0
Oldukça büyük etken	114	36,5
Son derece önemli etken	31	9,9
Toplam	312	100,0

Yabancı hastaların hastanelerini tercihinde tedavi maliyetlerinin düşük olmasının etken olması dağılımı incelendiğinde; katılımcıların % 29,5’inin hiç etken değil cevabını verdiği, % 24’ü çok az etken cevabını verdiği, % 36,5’inin oldukça büyük etken cevabını verdiği ve % 9,9’unun ise son derece önemli etken cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 36: Katılımcıların, hastanelerinin yabancı hastalar tarafından tercihinde tedavi maliyetlerinin düşük olması dağılımı



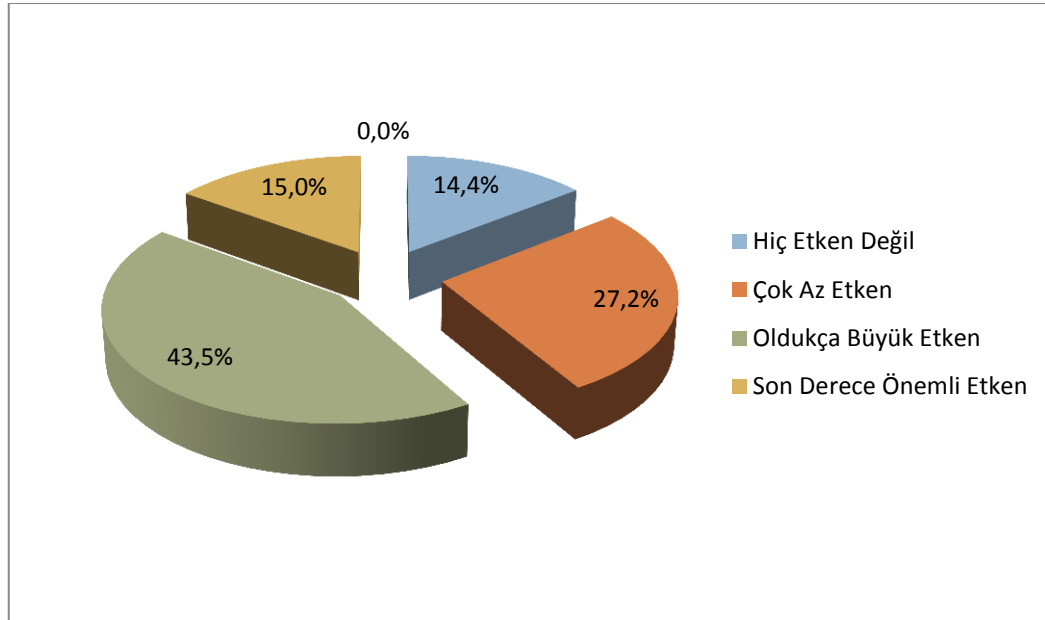
Katılımcıların hastanelerini tercihinde yabancı hastalar açısından tercihinde yüksek standartta hizmet vermesinin etken olma dağılımı Tablo 41’de özetlenmiştir.

Tablo 41: Katılımcıların hastanelerini tercihinde yüksek standartta sağlık hizmeti vermesinin etken olma dağılımı

	n	%
Hiç etken değil	45	14,4
Çok az etken	85	27,2
Oldukça büyük etken	136	43,4
Son derece önemli etken	47	15,1
Toplam	312	100,0

Yabancı hastaların hastanelerini tercihinde yüksek standartta hizmet vermesi durumunun etken olması dağılımı incelendiğinde; katılımcıların % 14,4’ünün hiç etken değil cevabını verdiği, % 27,2’sinin çok az etken cevabını verdiği, % 43,6’sının oldukça büyük etken cevabını verdiği ve % 15,1’inin ise son derece önemli etken cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 37: Katılımcıların hastanelerini tercihinde yüksek standartta sağlık hizmeti vermesinin etken olma dağılımı



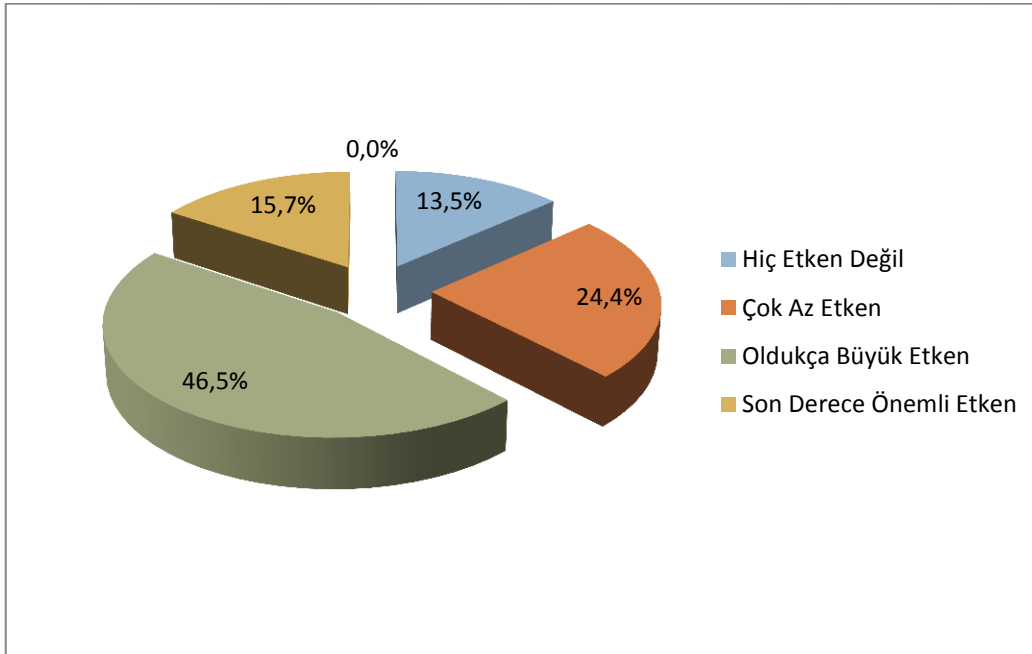
Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde coğrafik açıdan kendi ülkesine yakın olmasının etken olması dağılımı Tablo 42’ de özetlenmiştir.

Tablo 42: Katılımcıların yabancı hastaların hastanelerini tercihinde coğrafi açıdan kendi ülkesine yakın olması dağılımı

	n	%
Hiç etken değil	42	13,5
Çok az etken	76	24,4
Oldukça büyük etken	145	46,5
Son derece önemli etken	49	15,7
Toplam	312	100,0

Yabancı hastaların hastanelerini tercihinde coğrafi açıdan kendi ülkelerine yakın olması durumunun etken olması dağılımı incelendiğinde; katılımcıların % 13,6’sının hiç etken değil cevabını verdiği, % 24,4’ ünün çok az etken cevabını verdiği, % 46,5’inin oldukça büyük etken cevabını verdiği ve % 15,7’inin ise son derece önemli etken cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 38: Katılımcıların yabancı hastaların hastanelerini tercihinde coğrafi açıdan kendi ülkesine yakın olması dağılımı



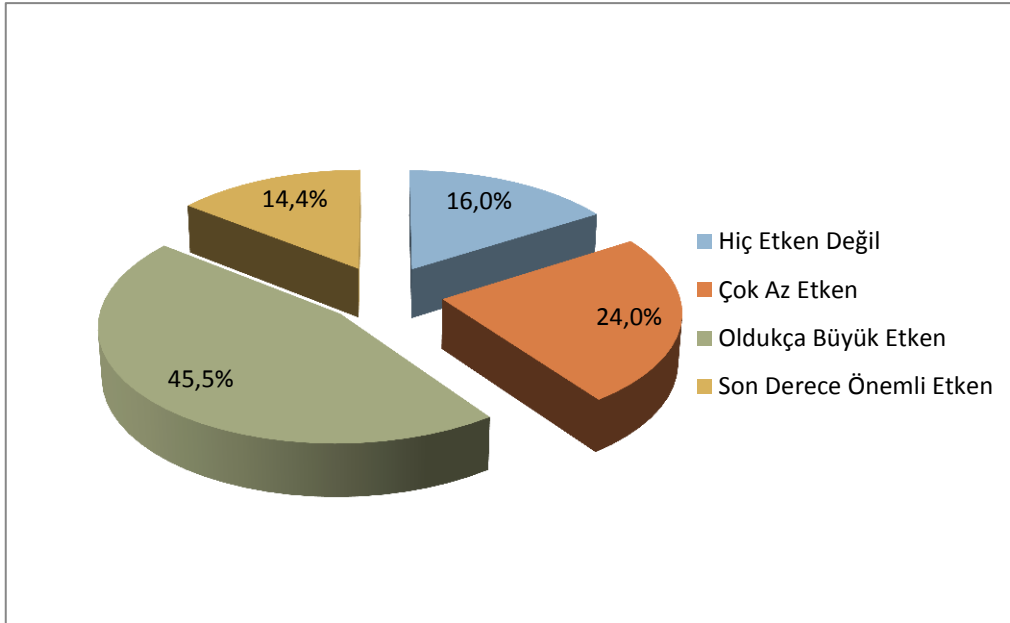
Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde coğrafik açıdan kendi ülkesine yakın olmasının etken olma dağılımı Tablo 43’ de özetlenmiştir.

Tablo 43: Katılımcıların yabancı hastaların hastanelerini tercihinde konaklama ve ulaşım konularında ucuz ülke olması dağılımı

	n	%
Hiç etken değil	50	16,0
Çok az etken	75	24,0
Oldukça büyük etken	142	45,5
Son derece önemli etken	45	14,4
Toplam	312	100,0

Yabancı hastaların hastanelerini tercihinde konaklama ve ulaşım konularında ucuz olması durumunun etken olması dağılımı incelendiğinde; katılımcıların % 16’sının hiç etken değil cevabını verdiği, % 24’ ünün çok az etken cevabını verdiği, % 45,5’inin oldukça büyük etken cevabını verdiği ve % 14,4’ünün ise son derece önemli etken cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 39: Katılımcıların yabancı hastaların hastanelerini tercihinde konaklama ve ulaşım konularında ucuz ülke olması dağılımı



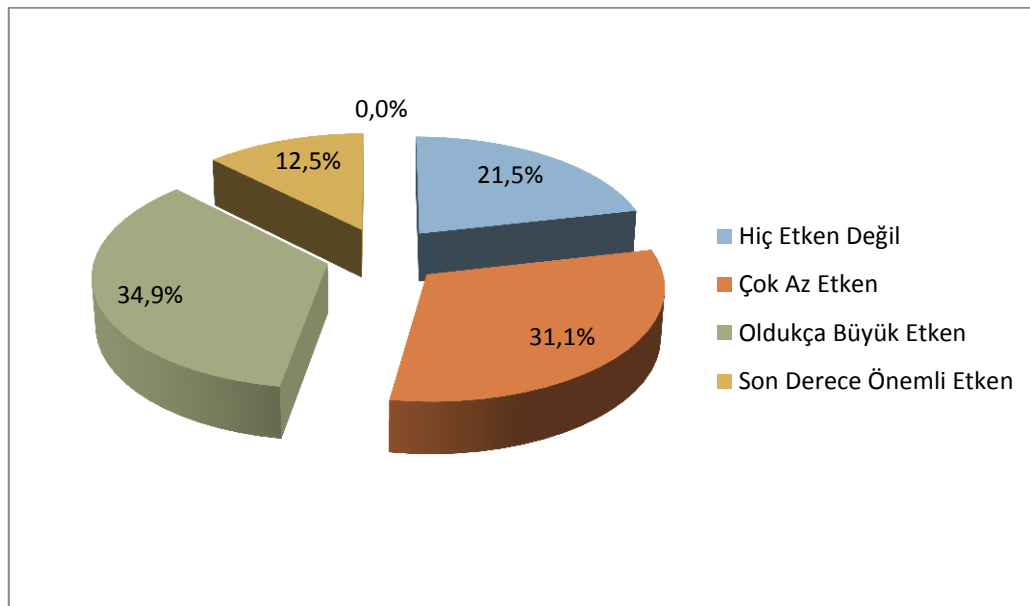
Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde ülkemizin turistik özelliklerinin fazla olmasının etken olma dağılımı Tablo 44’te özetlenmiştir.

Tablo 44: Katılımcıların yabancı hastaların hastanelerini tercihinde Türkiye’nin turistik özelliklerinin fazla olmasının etken olma dağılımı

	n	%
Hiç etken değil	67	21,5
Çok az etken	97	31,1
Oldukça büyük etken	109	34,9
Son derece önemli etken	39	12,5
Toplam	312	100,0

Yabancı hastaların hastanelerini tercihinde Türkiye’nin turistik özelliklerinin fazla olması durumunun etken olma dağılımı incelendiğinde; katılımcıların %21,5’inin hiç etken değil cevabını verdiği, %31,1’ inin çok az etken cevabını verdiği, %34,9’unun oldukça büyük etken cevabını verdiği ve % 12,5’inin ise Son derece önemli etken cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 40: Katılımcıların yabancı hastaların hastanelerini tercihinde Türkiye’nin turistik özelliklerinin fazla olmasının etken olma dağılımı



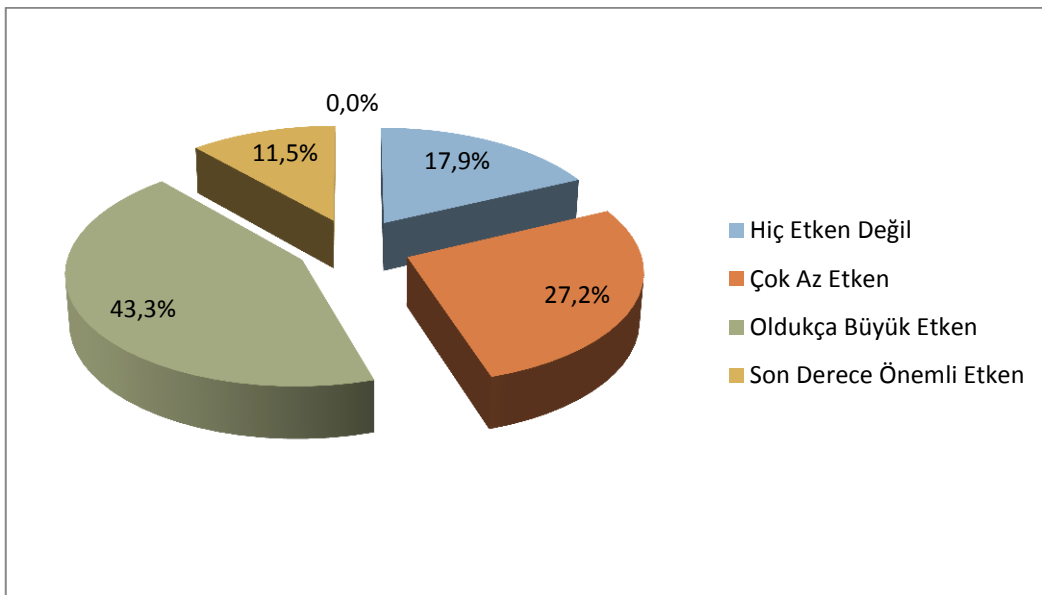
Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde hizmeti verme süresinin kısa etkili ve hızlı hizmet vermesinin etken olma dağılımı Tablo 45'te özetlenmiştir.

Tablo 45: Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde hizmeti etkili ve hızlı vermesinin etken olma dağılımı

	n	%
Hiç etken değil	56	17,9
Çok az etken	85	27,2
Oldukça büyük etken	135	43,3
Son derece önemli etken	36	11,5
Toplam	312	100,0

Yabancı hastaların hastanelerini tercihinde hizmeti verme süresinin kısa etkili ve hızlı hizmet vermesinin etken olma dağılımı incelendiğinde; katılımcıların % 17,9'unun hiç etken değil cevabını verdiği, % 27,2' sinin çok az etken cevabını verdiği, % 43,3' ünün oldukça büyük etken cevabını verdiği ve % 11,5'inin ise son derece önemli etken cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 41 : Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde hizmet verme etkili ve hızlı hizmet vermesinin etken olma dağılımı



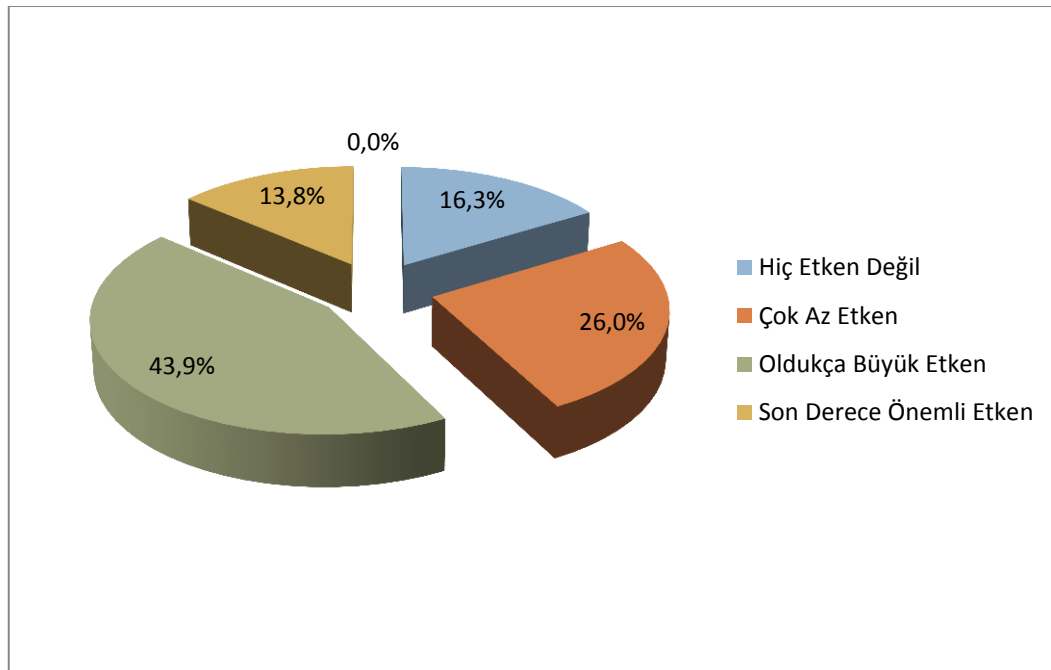
Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde hastanenin teknik donanımının etken olma dağılımı Tablo 46’da özetlenmiştir.

Tablo 46: Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde hastanenin teknik donanımının etken olma dağılımı

	n	%
Hiç etken değil	51	16,3
Çok az etken	81	26,0
Oldukça büyük etken	137	43,9
Son derece önemli etken	43	13,8
Toplam	312	100,0

Yabancı hastaların hastanelerini tercihinde hastanenin teknik donanımının etken olma dağılımı incelendiğinde; katılımcıların % 16,3’ünün hiç etken değil cevabını verdiği, % 26’ının çok az etken cevabını verdiği, % 43,9’unun oldukça büyük etken cevabını verdiği ve % 13,8’inin ise son derece önemli etken cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 42: Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde hastanenin teknik donanımının etken olma dağılımı



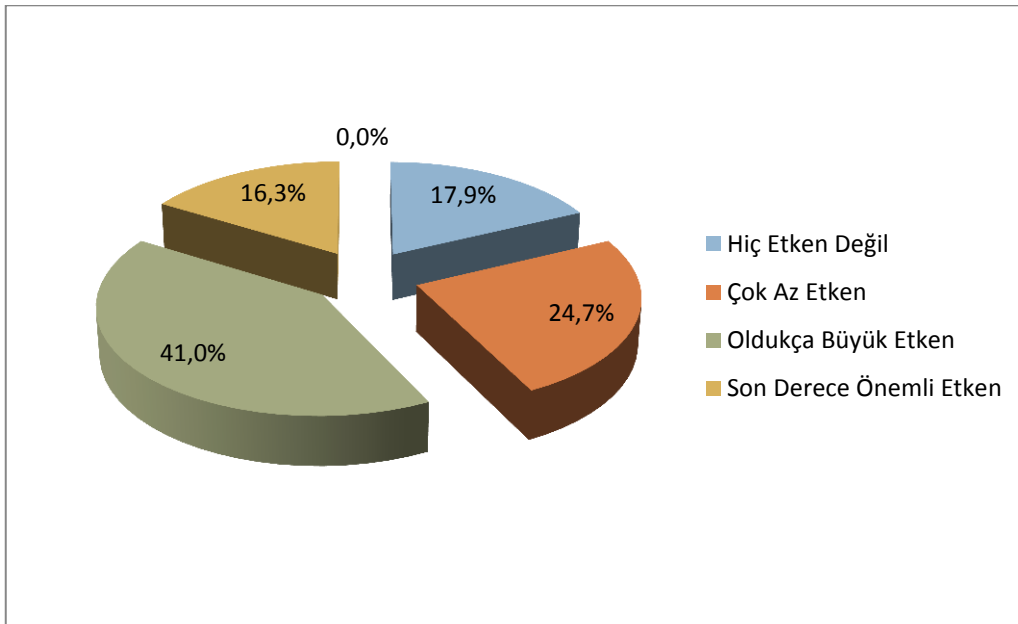
Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde hastanenin hekim kadrosunun etken olma dağılımı Tablo 47’de özetlenmiştir.

Tablo 47: Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde hastanenin hekim kadrosunun etken olma dağılımı

	n	%
Hiç etken değil	56	17,9
Çok az etken	77	24,7
Oldukça büyük etken	128	41,0
Son derece önemli etken	51	16,3
Toplam	312	100,0

Yabancı hastaların hastanelerini tercihinde hastanenin hekim kadrosunun etken olma dağılımı incelendiğinde; katılımcıların %17,9’unun hiç etken değil cevabını verdiği, % 24,7’sinin çok az etken cevabını verdiği, % 41’inin oldukça büyük etken cevabını verdiği ve % 16,3’ünün ise son derece önemli etken cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 43: Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde hastanenin hekim kadrosunun etken olma dağılımı



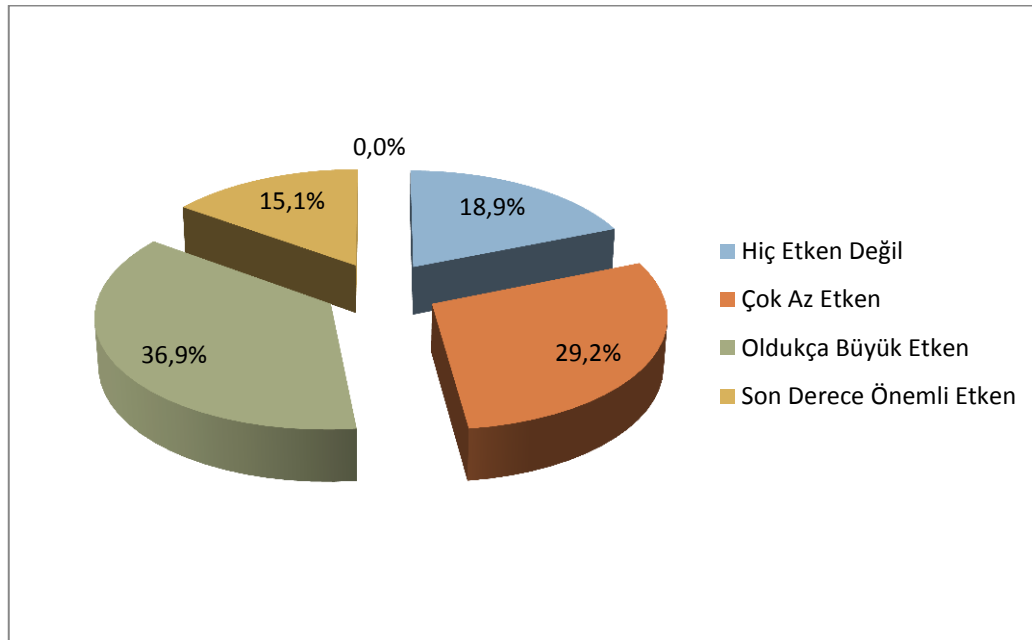
Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde hastanenin uluslararası standartları uygulamasının etken olma dağılımı Tablo 48’de özetlenmiştir.

Tablo 48: Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde hastanenin uluslararası standartları uygulamasının etken olma dağılımı

	n	%
Hiç etken değil	59	18,9
Çok az etken	91	29,2
Oldukça büyük etken	115	36,9
Son derece önemli etken	47	15,1
Bilgi vermeyenler	8	2,6
Toplam	312	100,0

Yabancı hastaların hastanelerini tercihinde hastanenin uluslararası standartları uygulamasının etken olma dağılımı incelendiğinde; katılımcıların % 18,9’unun hiç etken değil cevabını verdiği, % 24,7’sinin çok az etken cevabını verdiği, % 41’inin oldukça büyük etken cevabını verdiği ve % 16,3’ünün ise son derece önemli etken cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 44: Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde hastanenin uluslararası standartları uygulamasının etken olma dağılımı



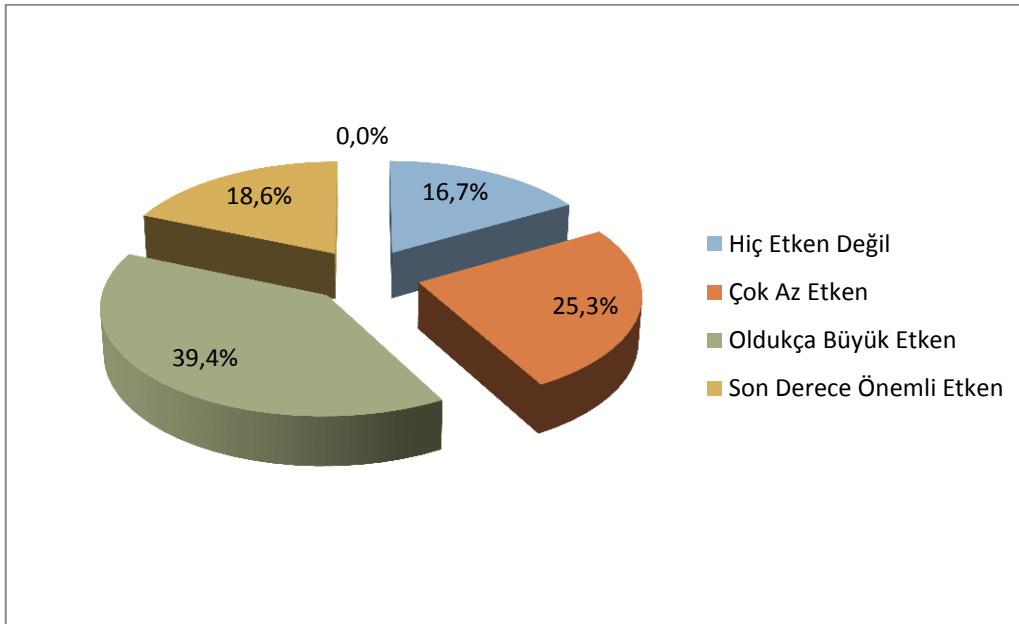
Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde aracı kuruluşların yönlendirmesinin etken olma dağılımı Tablo 49’da özetlenmiştir.

Tablo 49: Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde aracı kuruluşların yönlendirmesinin etken olma dağılımı

	n	%
Hiç etken değil	52	16,7
Çok az etken	79	25,3
Oldukça büyük etken	123	39,4
Son derece önemli etken	58	18,6
Toplam	312	100,0

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde aracı kuruluşların yönlendirmesinin etken olma durumu incelendiğinde; katılımcıların % 16,7’sinin hiç etkili olmadığı cevabını verdiği, % 25,3’ünün çok az etkili olduğu cevabını verdiği, % 39,4’ünün oldukça büyük etkili olduğu cevabını verdiği ve % 18,6’sının ise son derece önemli etkili olduğu cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 45: Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde aracı kuruluşların yönlendirmesinin etken olma dağılımı



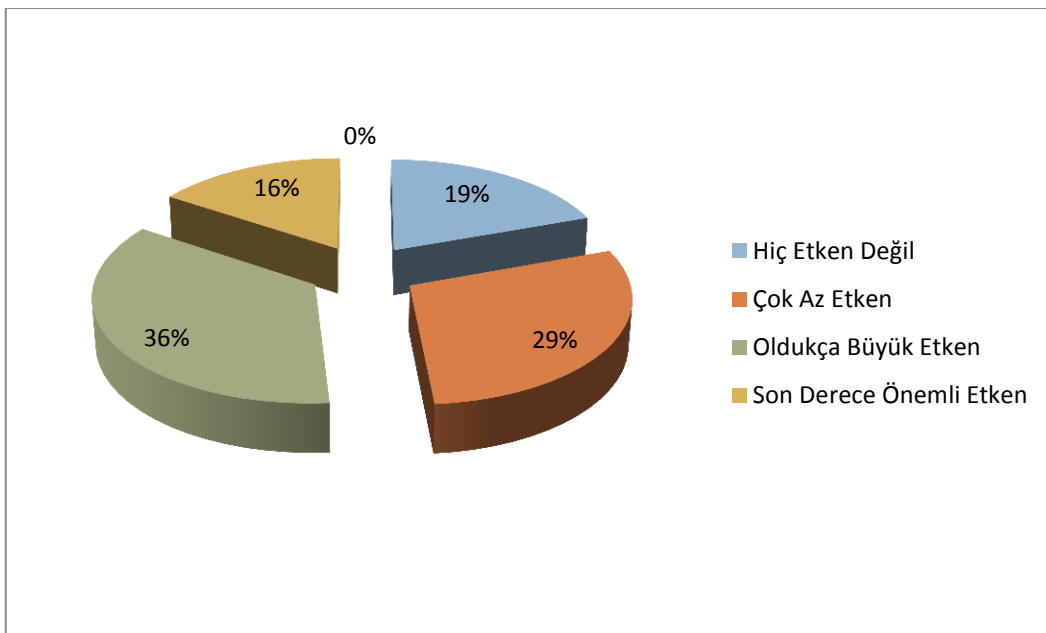
Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde kalite akreditasyon belgesinin etkisinin olma dağılımı Tablo 50’de özetlenmiştir

Tablo 50: Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde kalite akreditasyon belgesinin etkisinin olma dağılımı

	n	%
Hiç etken değil	61	19,0
Çok az etken	91	29,2
Oldukça büyük etken	111	35,6
Son derece önemli etken	49	15,7
Toplam	312	100,0

Yabancı hastaların hastanelerini tercihinde kalite akreditasyon belgesinin etkisinin dağılımı incelendiğinde; katılımcıların % 19’ unun Hiç etken değil cevabını verdiği, % 29,2’sinin Çok az etken cevabını verdiği, % 35,6’sının Oldukça büyük etken cevabını verdiği ve % 15,7’sinin ise Son derece önemli etken cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 46: Katılımcıların yabancı hastalar açısından hastanelerini tercihinde kalite akreditasyon belgesinin etkisinin olma dağılımı



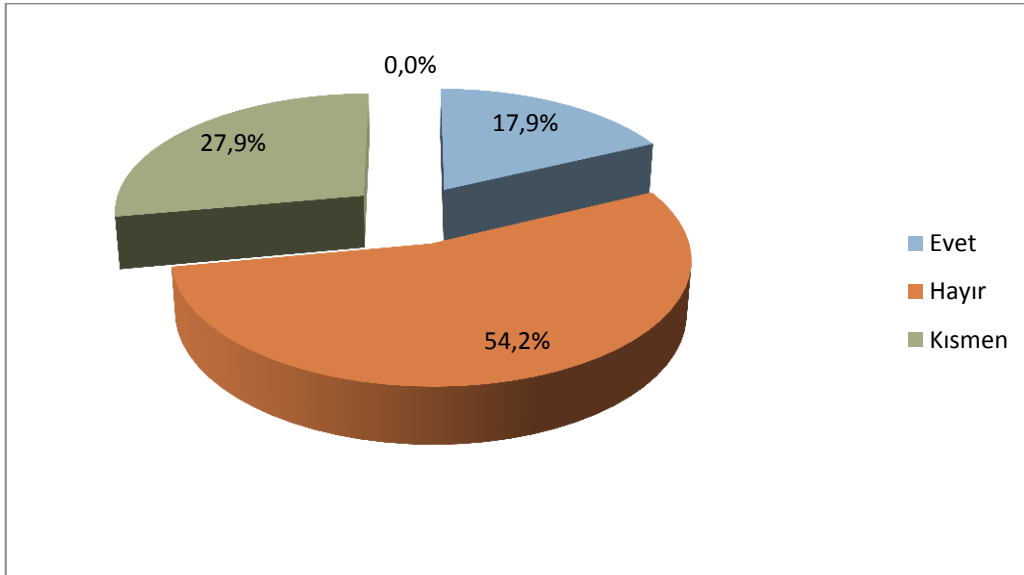
Katılımcıların hastanelerinde uygulanan sağlık turizmi dolayısıyla yerel hastaların sağlık hizmetine erişimlerinin olumsuz etkilenme dağılımı Tablo 51’de özetlenmiştir

Tablo 51: Katılımcıların hastanelerinde uygulanan sağlık turizmi dolayısıyla yerel hastaların sağlık hizmetine erişimlerinin olumsuz etkilenme dağılımı

	n	%
Evet	56	17,9
Hayır	169	54,2
Kısmen	87	27,9
Toplam	312	100,0

Hastanelerinde uygulanan sağlık turizmi dolayısıyla yerel hastaların sağlık hizmetine erişimlerinin olumsuz etkilenme düşüncelerine göre dağılımı incelendiğinde; katılımcıların %17,9’unun evet, %54,2’sinin hayır ve 27,9’unun kısmen cevabını verdiği görülmektedir.

Şekil 47: Katılımcıların hastanelerinde uygulanan sağlık turizmi dolayısıyla yerel hastaların sağlık hizmetine erişimlerinin olumsuz etkilenme dağılımı



Sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesinin ücret gelirini yükseltmesi durumu ile cinsiyet arasındaki ilişki Tablo 52’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 52: Sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla ücret gelirinin yükselmesi ve cinsiyet arasındaki ilişkisi (n=312)

	Evet n(%)	Hayır n(%)	Toplam	x²	p
Erkek	26 (%26)	74 (%74)	100 (%100)	3,891	0,049
Kadın	35 (%16,5)	177 (%83,5)	212 (%100)		
Toplam	61	251	312		

Sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla ücretin yükselmesine etkisi ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Erkekler kadınlara göre daha yüksek oranda sağlık turizmi kapsamında hizmet vermeleri dolayısıyla ücretlerinin arttığını düşünmektedir.

Sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesinin ücret gelirini yükseltmesi durumu ve eğitim durumu arasındaki ilişki Tablo 53’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 53: Sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla ücret gelirinin yükselmesi ve eğitim durumu arasındaki ilişkisi(n=312)

	Evet n(%)	Hayır n(%)	Toplam	x²	p
Önlisans ve altı	15 (%20)	60 (%80)	75 (%100)	0,013	0,910
Lisans/ Lisansüstü	46 (%19,4)	191 (%80,6)	237 (%100)		
Toplam	61	251	312		

Sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla ücretin yükselmesi ve eğitim durumu arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesinin ücret gelirini yükseltmesi durumu ve meslek arasındaki ilişki Tablo 54’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 54: Sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla ücret gelirinin yükselmesi ve meslek arasındaki ilişkisi (n=312)

	Evet n(%)	Hayır n(%)	Toplam	x²	p
Doktor	26 (%19,4)	108 (%80,6)	134 (%100)	0,003	0,954
Hemşire	35 (%19,7)	143 (%80,3)	178 (%100)		
Toplam	61	251	312		

Sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla ücretin yükselmesine etkisi ve meslek arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesinin ücret gelirini yükseltmesi durumu ve çalışılan hastane türü arasındaki ilişki Tablo 55’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 55: Sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla ücret gelirinin yükselmesi ve çalışılan hastane türü arasındaki ilişki (n=312)

	Evet n(%)	Hayır n(%)	Toplam	χ^2	p
Özel Hastane	35 (%33,3)	70 (%66,7)	105 (%100)	19,112	0,000
Kamu Hastanesi	26 (%12,6)	181(%87,4)	207 (%100)		
Toplam	61	251	312		

Sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla ücretin yükselmesi ve çalışılan hastanenin türü arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Özel hastanelerde çalışanlar kamu hastanelerinde çalışanlara göre daha yüksek oranda, sağlık turizmi kapsamında hizmet vermeleri dolayısıyla ücretlerinin arttığını düşünmektedirler.

Sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesinin ücret gelirini yükseltmesi durumu ile İngilizce dil bilgisi arasındaki ilişki Tablo 56’da karşılaştırılmıştır.

Tablo 56: Sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla ücret gelirinin yükselmesi ve İngilizce dil bilgisi arasındaki ilişki (n=312)

	Evet n(%)	Hayır n(%)	Toplam	χ^2	p
Zayıf ve Orta Seviye	34 (%16,7)	169 (%83,3)	203 (%100)	2,902	0,088
İyi ve Çok İyi Seviye	27 (%24,8)	82 (%75,2)	109 (%100)		
Toplam	61	251	312		

Sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla ücretin yükselmesi ve İngilizce dil bilgisi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesinin ücret gelirini yükseltmesi durumu ile Almanca dil bilgisi arasındaki ilişki Tablo 57’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 57: Sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla ücret gelirinin yükselmesi ve Almanca dil bilgisi arasındaki ilişki (n=312)

	Evet n(%)	Hayır n(%)	Toplam	x²	p
Zayıf ve Orta Seviye	58 (%19,6)	238 (%80,4)	296 (%100)	0,007	0,934
İyi ve Çok İyi Seviye	3 (%18,8)	13 (%81,2)	16 (%100)		
Toplam	61	251	312		

Sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla ücretin yükselmesi ve Almanca dil bilgisi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur (p >0,05).

Sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesinin ücret gelirini yükseltmesi durumu ve aylık ücret geliri arasındaki ilişki Tablo 58’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 58: Sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla ücret gelirinin yükselmesi ve Aylık ücret gelir dilimi arasındaki ilişki (n=312)

	Evet n(%)	Hayır n(%)	Toplam	x²	p
1000-2000	5 (%20,8)	19 (%79,2)	24 (%100)	9,776	0,021
2001-3000	29 (%22,7)	99 (%77,3)	128 (%100)		
3001 ve üstü	59 (%37,0)	101 (%63,0)	160 (%100)		
Toplam	93	219	312		

Aylık ücret geliri ve Sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla ücretin yükselmesi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur (p < 0,05). 3001 ve üstü maaş alanlar sağlık turizmi kapsamında hizmet vermelerinden dolayı maaşlarının yükseldiğini düşünmektedir.

Sağlık turizmindeki önemi açısından yabancı dil bilgisinden dolayı ayrı bir ücrete tabi olma durumu ve eğitim durumu arasındaki ilişki Tablo 59’da karşılaştırılmıştır.

Tablo 59: Sağlık turizmindeki önemi açısından yabancı dil bilgisinden dolayı ayrı bir ücrete tabi olma ve eğitim durumu arasındaki ilişki (n=312)

	Evet n(%)	Hayır n(%)	Toplam	x²	p
Önlisans ve altı	18 (%24,0)	57 (%76,0)	75 (%100)	0,207	0,131
Lisans\Lisansüstü	75 (%31,6)	162 (%68,4)	237 (%100)		
Toplam	93	219	312		

Eğitim durumu ve yabancı dil bilgisinden dolayı ayrı bir ücrete tabi olma arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur (p >0,05).

Sağlık turizmindeki önemi açısından yabancı dil bilgisinden dolayı ayrı bir ücrete tabi olma ve meslek arasındaki ilişki Tablo 60’da karşılaştırılmıştır.

Tablo 60: Sağlık turizmindeki önemi açısından yabancı dil bilgisinden dolayı ayrı bir ücrete tabi olma ve meslek arasındaki ilişki (n=312)

	Evet n(%)	Hayır n(%)	Toplam	x²	p
Doktor	48 (%35,8)	86 (%64,2)	134 (%100)	4,059	0,44
Hemşire	45 (%25,3)	133 (%74,7)	178 (%100)		
Toplam	93	219	312		

Sağlık turizmindeki önemi açısından yabancı dil bilgisinden dolayı ücretin yükselmesi ve meslek arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Doktorlar hemşirelere göre daha yüksek oranda yabancı dil bilgisinden dolayı ayrı bir ücrete tabi olduklarını düşünmektedirler.

Sağlık turizmindeki önemi açısından yabancı dil bilgisinden dolayı ayrı bir ücrete tabi olma ve çalışılan hastane türü arasındaki ilişki Tablo 61’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 61: Sağlık turizmindeki önemi açısından yabancı dil bilgisinden dolayı ayrı bir ücrete tabi olma ve çalışılan hastane türü arasındaki ilişki (n=312)

	Evet n(%)	Hayır n(%)	Toplam	x²	p
Özel Hastane	35 (%33,3)	70 (%66,7)	105 (%100)	,940	0,332
Kamu Hastanesi	58 (%28,0)	149 (%72,0)	207 (%100)		
Toplam	93	219	312		

Sağlık turizmindeki önemi açısından yabancı dil bilgisinden dolayı ücretin yükselmesi ve çalışılan hastanenin türünün arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Sağlık turizmindeki önemi açısından yabancı dil bilgisinden dolayı ayrı bir ücrete tabi olma ve İngilizce dil bilgisi arasındaki ilişki Tablo 62’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 62: Sağlık turizmindeki önemi açısından yabancı dil bilgisinden dolayı ayrı bir ücrete tabi olma ve İngilizce dil bilgisi arasındaki ilişki (n=312)

	Evet n(%)	Hayır n(%)	Toplam	x²	p
Zayıf ve Orta Seviye	55 (%27,1)	148 (%72,9)	203(%100)	2,046	0,153
İyi ve Çok İyi Seviye	38 (%34,9)	71 (%65,1)	109(%100)		
Toplam	93	219	312		

Sağlık turizmindeki önemi açısından yabancı dil bilgisinden dolayı ücretin yükselmesi ve İngilizce dil bilgisinin arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Sağlık turizmindeki önemi açısından yabancı dil bilgisinden dolayı ayrı bir ücrete tabi olma ve Almanca dil bilgisi arasındaki ilişki Tablo 63’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 63: Sağlık turizmindeki önemi açısından yabancı dil bilgisinden dolayı ayrı bir ücrete tabi olma durumu ve Almanca dil bilgisi arasındaki ilişki (n=312)

	Evet n(%)	Hayır n(%)	Toplam	x²	p
Zayıf ve Orta Seviye	87(%29,4)	209 (%70,6)	296 (%100)	0,477	0,490
İyi ve Çok İyi Seviye	6 (%37,5)	10 (%62,5)	16 (%100)		
Toplam	93	219	312		

Sağlık turizmindeki önemi açısından yabancı dil bilgisinden dolayı ücretin yükselmesi ve Almanca dil bilgisi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Sağlık turizmindeki önemi açısından yabancı dil bilgisinden dolayı ayrı bir ücrete tabi olma ve Arapça dil bilgisi arasındaki ilişki Tablo 64’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 64: Sağlık turizmindeki önemi açısından yabancı dil bilgisinden dolayı ayrı bir ücrete tabi olma ve Arapça dil bilgisi arasındaki ilişki (n=312)

	Evet n(%)	Hayır n(%)	Toplam	x²	p
Zayıf ve Orta Seviye	90(%29,2)	218 (%70,8)	308(%100)	3,955	0,047
İyi ve Çok İyi Seviye	3 (%75)	1 (%25,0)	4 (%100)		
Toplam	93	219	312		

Sağlık turizmindeki önemi açısından yabancı dil bilgisinden dolayı ücretin yükselmesi ve Arapça dil bilgisinin arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Arapça dil bilgisi orta ve daha az seviyede olanlar, Arapça dil bilgisi iyi ve çok iyi seviyede olanlar göre daha yüksek oranda yabancı dil bilgisinden dolayı ayrı bir ücrete tabi olduklarını düşünmektedir.

Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve çalışılan kurum arasındaki ilişki Tablo 65'te karşılaştırılmıştır.

Tablo 65: Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve çalıştığı kurum arasındaki ilişki (n=312)

	Özel Hastane n(%)	Kamu Hastanesi n(%)	Toplam	x²	p
Eğitim Aldım	22 (%35,5)	40 (%64,5)	62(%100)	0,116	0,733
Eğitim Almadım	83 (%33,2)	167 (%66,8)	250(%100)		
Toplam	105	207	312		

Çalışılan hastane türü ve kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alması arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur (p >0,05).

Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve meslek arasındaki ilişki Tablo 66'da karşılaştırılmıştır.

Tablo 66: Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve meslek arasındaki ilişki (n=312)

	Doktor n(%)	Hemşire n(%)	Toplam	x²	p
Eğitim Aldım	22 (%35,5)	40 (%64,5)	62 (%100)	1,760	0,185
Eğitim Almadım	112 (%44,8)	138 (%55,2)	250(%100)		
Toplam	134	178	312		

Meslek ve kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alması arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur (p >0,05).

Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve yabancı hastalar ile olan iletişimde sorun yaşama ilişkisi Tablo 67'de karşılaştırılmıştır.

Tablo 67: Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve yabancı hastalar ile iletişimde sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	x²	p
Eğitim Aldım	14 (%22,6)	48 (%77,4)	62(%100)	6,501	0,011
Eğitim Almadım	100 (%40,0)	150 (%60,0)	250(%100)		
Toplam	114	198	312		

Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve yabancı hastalar ile olan iletişimde sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur (p < 0,05).

Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alanlar almayanlara gre daha düşük oranda hasta ile olan iletişimde sorun yaşamaktadır.

Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve yabancı hasta yakınları ile olan iletişimde sorun yaşama ilişkisi Tablo 68’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 68: Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve yabancı hasta yakınları ile iletişimde sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	x²	p
Eğitim Aldım	14 (%22,6)	48 (%77,4)	62(%100)	7,061	0,008
Eğitim Almadım	102 (%40,8)	148 (%59,2)	250 (%100)		
Toplam	116	196	312		

Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve yabancı hastaların yakınları ile olan iletişimde sorun yaşamaya arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur(p < 0,05). Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alanlar almayanlara gre daha düşük oranda hasta yakınları ile iletişimde sorun yaşamaktadır.

Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklanan davranışlardan dolayı sorun yaşama ilişkisi Tablo 69’da karşılaştırılmıştır.

Tablo 69: Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklanan davranışlarından dolayı sorun yaşamaları arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	x²	p
Eğitim Aldım	5 (%8,1)	57 (%91,9)	62(%100)	9,824	0,002
Eğitim Almadım	67 (%26,8)	183 (%73,2)	250(%100)		
Toplam	72	240	312		

Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklanan davranışlardan dolayı sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur (p < 0,05). Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alanlar almayanlara gre daha düşük oranda hastaların kültürlerinden kaynaklanan davranışlarından kaynaklı sorun yaşamamaktadır.

Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve hastanede hastalara sunulan yemekler konusunda sorun yaşama ilişkisi Tablo 70’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 70: Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve hastanede hastalara sunulan yemekler konusunda sorun yaşamaları arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	x ²	p
Eğitim Aldım	16 (%25,8)	46 (%74,2)	62(%100)	1,925	0,165
Eğitim Almadım	45 (%18,0)	205 (%82,0)	250(%100)		
Toplam	61	251	312		

Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve hastanelerde hastalara sunulan yemekler konusunda sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur (p >0,05).

Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve hastanenin fiziki olanakları konusunda sorun yaşama ilişkisi Tablo 71’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 71: Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve hastanenin fiziki olanaklarıyla ilgili sorun yaşamaları arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	x ²	p
Eğitim Aldım	8 (%12,9)	54 (%87,1)	62(%100)	1,049	0,306
Eğitim Almadım	46 (%18,4)	204 (%81,6)	250(%100)		
Toplam	54	258	312		

Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve hastanenin fiziki olanakları konusunda sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur (p >0,05).

Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve hastane kurallarına uyma konusunda sorun yaşama ilişkisi Tablo 72’ de karşılaştırılmıştır.

Tablo 72: Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve yabancı hastaların hastane kurallarına uyma konusunda sorun yaşamaları arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	x ²	p
Eğitim Aldım	11 (%17,7)	51 (%82,3)	62(%100)	1,241	0,265
Eğitim Almadım	61 (%24,4)	189 (%75,6)	250(%100)		
Toplam	72	240	312		

Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve hastane kurallarına uyma konusunda sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur($p > 0,05$).

Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve hastalara sunulan tıbbi hizmetin uygulanmasıyla ilgili konusunda sorun yaşama ilişkisi Tablo 73'te karşılaştırılmıştır.

Tablo 73: Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve hastalara sunulan tıbbi hizmetin uygulanmasıyla ilgili sorun yaşamaları arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	χ^2	p
Eğitim Aldım	1 (%1,6)	61 (%98,4)	62(%100)	9,009	0,003
Eğitim Almadım	40 (%16,0)	210 (%84,0)	250(%100)		
Toplam	41	271	312		

Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve hastalara sunulan tıbbi hizmetin uygulanmasıyla ilgili sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alanlar eğitim almayanlara gre daha dşuk oranda sunulan tıbbi hizmetin uygulanmasıyla ilgili sorun yaşamaktadır.

Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve ileri tedavi ve işlemler ile ilgili konusunda sorun yaşama ilişkisi Tablo 74'de karşılaştırılmıştır.

Tablo 74: Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve ileri tedavi ve işlemler ile ilgili sorun yaşamaları arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	χ^2	p
Eğitim Aldım	1 (%1,7)	61 (%98,3)	62(%100)	9,964	0,002
Eğitim Almadım	43 (%17,2)	207 (%82,8)	250(%100)		
Toplam	44	268	312		

Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve ileri tedavi ve işlemler ile ilgili sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alanlar eğitim almayanlar gre daha dşuk oranda ileri tedavi ve işlemlerde sorun yaşamaktadır.

Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma tedavi sonucunu izleme ile ilgili sorun yaşama ilişkisi Tablo 75’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 75: Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve tedavi sonucunu izleme ile ilgili sorun yaşamaları arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	x²	p
Eğitim Aldım	3 (%6,1)	46 (%93,9)	49(%100)	6,901	0,009
Eğitim Almadım	59 (%22,4)	204 (%77,6)	263(%100)		
Toplam	49	263	312		

Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve tedavi sonucunu izleme ile ilgili sorun yaşamaya etkisi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alanlar eğitim almayanlara gore daha dusuk oranda hastaların tedavi sonuclarını izlemede sorun yaşamaktadır.

Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve tedavi maliyetleri ile ilgili konusunda sorun yaşama ilişkisi Tablo 76’ da karşılaştırılmıştır.

Tablo 76: Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve tedavi maliyetleri ile ilgili sorun yaşamaları arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	x²	p
Eğitim Aldım	2 (%3,2)	60 (%96,8)	62 (%100)	9,741	0,002
Eğitim Almadım	49 (%19,6)	201 (%80,4)	250 (%100)		
Toplam	51	261	312		

Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alma ve tedavi maliyetleri ile ilgili sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Kurum tarafından sağlık turizmi ile ilgili eğitim alanlar eğitim almayanlara gore daha dusuk oranda hastaların tedavi maliyetleri ile ilgili sorun yaşamaktadır.

Sağlık turizmi ile ilgili kurumları tarafından iletişim teknikleri ile ilgili hizmet ici eğitim alanlardan yabancı hastalar ile yaşamış oldukları sorunlara yonelik olan karşılaştırmalar aşağıda verilmiştir.

İletişim teknikleri konusunda eğitim alma ve yabancı hastalar ile iletişimde sorun yaşama ilişkisi Tablo 77’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 77: İletişim teknikleri konusunda eğitim alma ve yabancı hastalar ile iletişimde sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	x²	p
Eğitim Aldım	8 (%19,0)	34 (%81,0)	42(%100)	6,403	0,011
Eğitim Almadım	106 (%39,3)	164 (%60,7)	270(%100)		
Toplam	114	198	312		

İletişim teknikleri konusunda eğitim alma ve yabancı hastalar ile iletişimde sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). İletişim konusunda eğitim alanlar eğitim almayanlara göre daha düşük oranda hasta ile iletişimde daha yüksek oranda sorun yaşamaktadır.

İletişim teknikleri konusunda eğitim alma ve yabancı hasta yakınları ile iletişimde sorun yaşama ilişkisi Tablo 78’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 78: İletişim teknikleri konusunda eğitim alma ile yabancı hasta yakınları ile iletişimde sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	x²	p
Eğitim Aldım	7 (%16,7)	35 (%83,3)	42(%100)	8,744	0,003
Eğitim Almadım	109 (%40,4)	161 (%59,6)	270(%100)		
Toplam	116	196	312		

Yabancı hastalar ile iletişimde sorun yaşamaya ve iletişim teknikleri konusunda eğitim alma arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). İletişim teknikleri eğitimi alanlar almayanlara göre daha düşük oranda hasta yakınları ile iletişimde sorun yaşamaktadır.

İletişim teknikleri konusunda eğitim alma ve yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklı davranışlarından kaynaklı sorun yaşama ilişkisi Tablo 79’da karşılaştırılmıştır.

Tablo 79: İletişim teknikleri konusunda eğitim alma ile yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklı davranışlarından sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	χ^2	p
Eğitim Aldım	1 (%2,4)	41 (%97,6)	42(%100)	11,711	0,001
Eğitim Almadım	71 (%26,3)	199 (%73,7)	270(%100)		
Toplam	72	240	312		

Yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklı davranışlarından dolayı sorun yaşamaya etkisi ve iletişim teknikleri konusunda eğitim alma arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). İletişim teknikleri eğitimi alanlar eğitim almayanlara göre daha düşük oranda hastaların kültürel davranışlarından kaynaklı sorun yaşamaktadır.

Hasta hakları konusunda eğitim alma ve yabancı hastalar ile iletişimde sorun yaşama ilişkisi Tablo 80’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 80: Hasta hakları konusunda eğitim alma ve yabancı hastalar ile iletişimde sorun yaşama ilişkisi (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	χ^2	p
Eğitim Aldım	10 (%22,7)	34 (%77,3)	44(%100)	4,214	0,040
Eğitim Almadım	104 (%38,8)	164 (%61,2)	268(%100)		
Toplam	114	198	312		

Hasta hakları konusunda eğitim alma ve yabancı hastalar ile iletişimde sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Hasta hakları konusunda eğitim alanlar eğitim almayanlara göre daha düşük oranda yabancı hastalar ile iletişimde sorun yaşamaktadır.

Hasta hakları konusunda eğitim alma ve yabancı hastaların yakınları ile iletişimde sorun yaşama ilişkisi Tablo 81’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 81: Hasta hakları konusunda eğitim alma ve yabancı hastaların yakınları ile iletişimde sorun yaşama ilişkisi (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	χ^2	p
Eğitim Aldım	12 (%27,3)	32 (%72,7)	44(%100)	2,152	0,142
Eğitim Almadım	104 (%38,8)	164 (%61,2)	268(%100)		
Toplam	116	196	312		

Hasta hakları konusunda eğitim alma ve yabancı hastalar ile iletişimde sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p >0,05$).

Hasta hakları konusunda eğitim alma ve yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklı davranışlarından kaynaklı sorun yaşama ilişkisi Tablo 82’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 82: Hasta hakları konusunda eğitim alma ile yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklı davranışlarından sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	χ^2	p
Eğitim Aldım	3 (%6,8)	41 (%93,2)	44 (%100)	7,628	0,006
Eğitim Almadım	69 (%25,7)	199 (%74,3)	268(%100)		
Toplam	72	240	312		

Hasta hakları konusunda eğitim alma ve yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklı davranışlarından dolayı sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Hasta hakları konusunda eğitim alanlar almayanlara göre daha düşük oranda yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklı sorun yaşamaktadır.

Hasta hakları konusunda eğitim alma ve yabancı hastalara sunulan tıbbi hizmetin uygulanmasında sorun yaşama ilişkisi Tablo 83’te karşılaştırılmıştır.

Tablo 83: Hasta hakları konusunda eğitim alma ve yabancı hastalara sunulan tıbbi hizmetin uygulanmasında sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	χ^2	p
Eğitim Aldım	1 (%2,3)	43 (%97,7)	44 (%100)	5,301	0,021
Eğitim Almadım	40 (%14,9)	228 (%74,3)	268 (%100)		
Toplam	41	271	312		

Hasta hakları konusunda eğitim alma ve yabancı hastalara sunulan tıbbi hizmetin uygulanmasında sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur

($p < 0,05$). Hasta hakları konusunda eğitim alanlar eğitim almayanlara göre daha düşük oranda yabancı hastalara sunulan tıbbi hizmetin uygulanmasında sorun yaşamaktadır.

Hasta hakları konusunda eğitim alma ve ileri tedavi ve işlemler ile ilgili sorun yaşama ilişkisi Tablo 84'de karşılaştırılmıştır.

Tablo 84: Hasta hakları konusunda eğitim alma ve ileri tedavi ve işlemler ile ilgili sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	χ^2	p
Eğitim Aldım	1 (%2,3)	43 (%97,7)	44 (%100)	5,918	0,015
Eğitim Almadım	43 (%16)	225 (%84,0)	268 (%100)		
Toplam	44	268	312		

Hasta hakları konusunda eğitim alma ve ileri tedavi ve işlemler ile ilgili sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Hasta hakları konusunda eğitim alanlar eğitim almayanlara göre daha düşük oranda yabancı hastalara sunulan ileri tedavi ve işlemler ile ilgili sorun yaşamaktadır.

Hasta hakları konusunda eğitim alma ve tedavi sonucunu izleme ile ilgili sorun yaşama ilişkisi Tablo 85'de karşılaştırılmıştır.

Tablo 85: Hasta hakları konusunda eğitim alma ve tedavi sonucunu izleme ile ilgili sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	χ^2	p
Eğitim Aldım	1 (%2,3)	43 (%97,7)	44(%100)	6,981	0,008
Eğitim Almadım	48 (%17,9)	220 (%82,1)	268(%100)		
Toplam	49	263	312		

Hasta hakları konusunda eğitim alma ve tedavi sonucunu izlemede sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Hasta hakları konusunda eğitim alanlar eğitim almayanlara göre daha düşük oranda yabancı yabancı hastalara sunulan tedavi sonucunu izleme ile ilgili sorun yaşamaktadır.

Cinsiyet ve yabancı hasta ile iletişimde sorun yaşama ilişkisi Tablo 86’da karşılaştırılmıştır.

Tablo 86: Cinsiyet ve yabancı hasta ile iletişimde sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	χ^2	p
Erkek	22 (%22,0)	78 (%78,0)	100(%100)	13,415	0,000
Kadın	92 (%43,4)	120 (%56,6)	212(%100)		
Toplam	114	198	312		

Cinsiyet ve yabancı hastalar ile iletişimde sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Yabancı hastalar ile iletişimde erkekler kadınlara göre daha düşük oranda sorun yaşamaktadır.

Cinsiyet ve yabancı hastaların yakınları ile iletişimde sorun yaşama ilişkisi Tablo 87’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 87: Cinsiyet ile yabancı hastaların yakınları ile iletişimde sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	χ^2	p
Erkek	27 (%27,0)	73 (%73,0)	100 (%100)	6,529	0,011
Kadın	89 (%42,0)	123 (%58,0)	212 (%100)		
Toplam	114	198	312		

Cinsiyet ve yabancı hastaların yakınları ile iletişimde sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p<0,05$). Yabancı hastaların yakınları ile iletişimde erkekler kadınlara göre daha düşük oranda sorun yaşamaktadır.

Cinsiyet ve yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklanan davranışlarından dolayı sorun yaşama ilişkisi Tablo 88’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 88: Cinsiyet ile yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklanan davranışlarından dolayı sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	χ^2	p
Erkek	12 (%12,0)	88 (%88,0)	100 (%100)	10,172	0,001
Kadın	60 (%28,3)	152 (%71,7)	212 (%100)		
Toplam	72	240	312		

Cinsiyet ve yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklanan davranışlarından dolayı sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$).

Erkekler kadınlara göre daha düşük oranda hastaların kültürel davranışlarından kaynaklı sorun yaşamaktadır.

Eğitim seviyesi ve yabancı hasta ve iletişimde sorun yaşama ilişkisi Tablo 89’da karşılaştırılmıştır.

Tablo 89: Eğitim seviyesi ve yabancı hasta ile iletişimde sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	x²	p
Önlisans ve altı	37 (%49,3)	38 (%50,7)	75 (%100)	6,971	0,008
Lisans/Lisansüstü	77 (%32,5)	160 (%67,5)	237(%100)		
Toplam	114	198	312		

Eğitim seviyesi ve yabancı hastalar ile iletişimde sorun yaşama arasında ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Eğitim düzeyi lisans ve üstünde olanlar eğitim düzeyi ön lisans ve altında olan gruba göre daha düşük oranda sorun yaşamaktadır.

Eğitim seviyesi ve yabancı hastaların yakınları ile iletişimde sorun yaşama ilişkisi Tablo 90’da karşılaştırılmıştır.

Tablo 90: Eğitim seviyesi ve yabancı hastaların yakınları ile iletişimde sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	x²	p
Önlisans ve altı	35 (%46,7)	40 (%53,3)	75(%100)	3,805	0,051
Lisans/Lisansüstü	81 (%34,2)	156 (%65,8)	237(%100)		
Toplam	116	196	312		

Eğitim seviyesi ve yabancı hastaların yakınları ile sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Eğitim seviyesi ve yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklanan davranışlarından dolayı sorun yaşama ilişkisi Tablo 91’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 91: Eğitim seviyesi ve yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklanan davranışlarından dolayı sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	x²	p
Önlisans ve altı	15 (%20,0)	60 (%80,0)	75(%100)	0,527	0,468
Lisans/Lisansüstü	57 (%24,1)	156 (%75,9)	237(%100)		
Toplam	72	240	312		

Eğitim ve yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklanan davranışlarından dolayı sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Meslek ve yabancı hasta ile iletişimde sorun yaşama ilişkisi Tablo 92’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 92: Meslek ile yabancı hasta ile iletişimde sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	x²	p
Doktor	39 (%29,1)	95 (%70,9)	134 (%100)	5,598	0,018
Hemşire	75 (%42,1)	103 (%57,9)	178 (%100)		
Toplam	72	240	312		

Meslek ve yabancı hastalar ile iletişimde sorun yaşama arasında ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Doktorlar yabancı hastalar ile iletişimde hemşirelere göre daha düşük oranda sorun yaşamaktadır.

Meslek ve yabancı hastaların yakınları ile iletişimde sorun yaşama ilişkisi Tablo 93’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 93: Meslek ve yabancı hastaların yakınları ile iletişimde sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	x²	p
Doktor	40 (%29,9)	94 (%70,1)	134 (%100)	5,401	0,020
Hemşire	76 (%42,7)	102 (%57,3)	178 (%100)		
Toplam	116	196	312		

Meslek ve yabancı hastaların yakınları ile iletişimde sorun yaşama arasında ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Doktorlar hemşirelere göre daha düşük oranda yabancı hastaların yakınları ile iletişimde sorun yaşamaktadır.

Meslek ve yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklanan davranışlarından dolayı sorun yaşama ilişkisi Tablo 94’te karşılaştırılmıştır.

Tablo 94: Meslek ve yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklanan davranışlarından dolayı sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	x²	p
Doktor	30 (%41,7)	104 (%43,3)	134 (%100)	0,063	0,802
Hemşire	42 (%58,3)	136 (%56,7)	178 (%100)		
Toplam	72	240	312		

Meslek ve yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklanan davranışlarından dolayı sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Çalışılan hastanenin türü ve yabancı hasta ile iletişimde sorun yaşama ilişkisi Tablo 95’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 95: Çalışılan hastanenin türü ve yabancı hasta ile iletişimde sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	χ^2	p
Özel Hastane	26 (%24,8)	79(%75,2)	105(%100)	9,466	0,002
Kamu Hastanesi	88 (%42,5)	119 (%57,5)	207(%100)		
Toplam	114	198	312		

Çalışılan hastane türü ve yabancı hastalar ile iletişimde sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Özel hastanede çalışanlar hasta ile iletişimde kamu hastanesinde çalışanlara göre daha düşük oranda sorun yaşamaktadır.

Çalışılan hastanenin türü ve yabancı hastaların yakınları ile iletişimde sorun yaşama ilişkisi Tablo 96’da karşılaştırılmıştır.

Tablo 96: Çalışılan hastanenin türü ve yabancı hastaların yakınları ile iletişimde sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	χ^2	p
Özel Hastane	23 (%21,9)	82 (%78,1)	105 (%100)	15,809	0,000
Kamu Hastanesi	93 (%44,9)	114 (%55,1)	207(%100)		
Toplam	116	198	312		

Çalışılan hastane türü ve yabancı hastaların yakınları ile iletişimde sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Özel hastanede çalışanlar kamu hastanesinde çalışanlara göre daha düşük oranda yabancı hasta yakını ile iletişimde sorun yaşamaktadır.

Çalışılan hastane türünün ve yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklanan davranışlarından dolayı sorun yaşama ilişkisi Tablo 97’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 97: Çalışılan hastane türü ve yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklanan davranışlarından dolayı sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	x ²	p
Özel Hastane	17 (%16,2)	88 (%83,8)	105(%100)	4,228	0,040
Kamu Hastanesi	55 (%26,6)	152 (%73,4)	207(%100)		
Toplam	116	198	312		

Çalışılan hastanenin türü ve yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklanan davranışlarından dolayı sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Özel hastanede çalışanlar kamu hastanesinde çalışanlara göre daha düşük oranda yabancı hastaların kültürlerinden kaynaklı davranışlarından dolayı sorun yaşamaktadır.

İngilizce dil bilgisi ve yabancı hasta ile iletişimde sorun yaşama ilişkisi Tablo 98’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 98: İngilizce dil bilgisi ve yabancı hasta ile iletişimde sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	x ²	p
Zayıf ve Orta Seviye	86 (%42,3)	117 (%57,7)	203(%100)	8,506	0,004
İyi ve Çok İyi Seviye	28 (%25,7)	81 (%74,3)	109(%100)		
Toplam	114	198	312		

İngilizce dil bilgisi ve yabancı hastalar ile iletişimde sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). İngilizce dil seviyesi iyi ve üstünde olanlar İngilizce dil bilgisi orta veya daha düşük olanlara göre hasta ile iletişimde daha düşük oranda sorun yaşamaktadır.

Almanca dil bilgisi ve yabancı hasta ile iletişimde sorun yaşama ilişkisi Tablo 99’da karşılaştırılmıştır.

Tablo 99: Almanca dil bilgisi ve yabancı hasta ile iletişimde sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	x ²	p
Zayıf ve Orta Seviye	112 (%37,8)	184 (%62,2)	296(%100)	4,203	0,040
İyi ve Çok İyi Seviye	2 (%1,8)	14 (98,2)	16 (%100)		
Toplam	16	296	312		

Almanca dil bilgisi ve yabancı hastalar ile iletişimde sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Almanca dil bilgisi iyi ve çok iyi

olanlar Almanca bilgisi orta veya daha düşük olanlara göre daha düşük oranda sorun yaşamaktadır.

Arapça dil bilgisi ve yabancı hasta ile iletişimde sorun yaşama ilişkisi Tablo 100’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 100: Arapça dil bilgisi ile yabancı hasta ile iletişimde sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	x²	p
Zayıf ve Orta Seviye	114 (%37,0)	194 (%63,0)	308(%100)	2,333	0,301
İyi ve Çok İyi Seviye	0 (%0)	4 (%100)	4 (%100)		
Toplam	114	198	312		

Arapça dil bilgisi ve yabancı hastalar ile iletişimde sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur (**p > 0,05**).

İngilizce dil bilgisi ve yabancı hasta yakını ile iletişimde sorun yaşama ilişkisi Tablo 101’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 101: İngilizce dil bilgisi ile yabancı hasta yakını ile iletişimde sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	x²	p
Zayıf ve Orta Seviye	84 (%41,4)	119 (%58,6)	203(%100)	4,388	0,036
İyi ve Çok İyi Seviye	32 (%29,4)	77 (%70,6)	109(%100)		
Toplam	116	196	312		

İngilizce dil bilgisi ve yabancı hasta yakınları ile iletişimde sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur (**p < 0,05**). İngilizce dil bilgisi iyi ve üstünde olanlar İngilizce dil bilgisi daha az olanlara göre daha düşük oranda hasta yakını ile iletişimde sorun yaşamaktadır.

Almanca dil bilgisi ve yabancı hasta yakını ile iletişimde sorun yaşama ilişkisi Tablo 102’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 102: Almanca dil bilgisi ile yabancı hasta yakını iletişimde sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	x²	p
Zayıf ve Orta Seviye	114 (%38,5)	182 (%61,5)	296(%100)	4,388	0,036
İyi ve Çok İyi Seviye	2 (%1,7)	14 (98,3)	16 (%100)		
Toplam	116	196	312		

Almanca dil bilgisi ve yabancı hasta yakınları ile iletişimde sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Almanca dil bilgisi iyi ve çok iyi seviyede olanlar zayıf ve orta seviyede olanlara göre daha düşük oranda hasta yakını ile iletişimde sorun yaşamaktadır.

Arapça dil bilgisi ve yabancı hasta yakını ile iletişimde sorun yaşama ilişkisi Tablo 103’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 103: Arapça dil bilgisi ile yabancı hasta yakını iletişimde sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	x^2	p
Zayıf ve Orta Seviye	192 (%97,0)	4 (%2,0)	196(%100)		0,301
İyi ve Çok İyi Seviye	116 (%100)	0 (%0)	116(%100)		
Toplam	308	4	312		

Arapça dil bilgisi ve yabancı hasta yakınları ile iletişimde sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Diğer dil bilgisi ve yabancı hasta yakınları ile iletişimde sorun yaşama ilişkisi Tablo 104’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 104: Diğer dil bilgisi ile yabancı hasta yakınları ile iletişimde sorun yaşama arasındaki ilişki (n=312)

	Sorun yaşadım n(%)	Sorun yaşamadım n(%)	Toplam	x^2	p
Zayıf ve Orta Seviye	193 (%97,0)	3 (%3,0)	196(%100)		1,000
İyi ve Çok İyi Seviye	115 (%100)	1 (%0)	116(%100)		
Toplam	304	4	312		

Diğer yabancı dil bilgisi ve yabancı hasta yakınları ile iletişimde sorun yaşama arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde tedavi maliyetinin düşük olması ve cinsiyet Tablo 105’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 105: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde tedavi maliyetlerinin düşük olması ile cinsiyet arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x^2	p
Erkek	44 (%44,0)	56 (%56,0)	100 (%100)	0,362	0,547
Kadın	101 (%47,6)	111 (%52,4)	212 (%100)		
Toplam	145	167	312		

Cinsiyet ve yabancı hastaların hastanelerini tercihinde tedavi maliyetlerinin düşük olması arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde tedavi maliyetinin düşük olması ile eğitim seviyesi Tablo 106'da karşılaştırılmıştır.

Tablo 106: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde tedavi maliyetlerinin düşük olması ile eğitim seviyesi arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	χ^2	p
Önlisans ve altı	23 (%30,7)	52 (%69,3)	75 (%100)	9,918	0,002
Lisans/Lisansüstü	122 (%51,5)	115 (%48,5)	237 (%100)		
Toplam	145	167	312		

Eğitim seviyesi ve yabancı hastaların hastanelerini tercihinde tedavi maliyetlerinin düşük olması arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Eğitim seviyesi ön lisans ve altında olanlar yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde tedavi maliyetlerinin düşük olması etken olarak görmektedir.

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde tedavi maliyetinin düşük olması ile meslek Tablo 107'de karşılaştırılmıştır.

Tablo 107: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde tedavi maliyetlerinin düşük olması ile meslek arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	χ^2	p
Doktor	77 (%57,5)	57 (%42,5)	134 (%100)	11,401	0,001
Hemşire	122 (%38,2)	115 (%61,8)	178 (%100)		
Toplam	145	167	312		

Meslek ve yabancı hastaların hastanelerini tercihinde tedavi maliyetlerinin düşük olmasına etkisi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Hemşireler doktora göre daha yüksek oranda yabancı hastaların hastanelerini tercihinde tedavi maliyetlerinin düşük olmasını etken olmadığını düşünmektedir.

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde tedavi maliyetinin düşük olması ile çalışılan hastane türü Tablo 108'de karşılaştırılmıştır.

Tablo 108: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde tedavi maliyetlerinin düşük olması ile çalışılan hastane türü arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	χ^2	p
Özel Hastane	41 (%39,0)	64 (%61,0)	105(%100)	3,509	0,061
Kamu Hastanesi	104 (%51,0)	103 (%49,0)	207(%100)		
Toplam	145	167	312		

Çalışılan hastanenin türü ve yabancı hastaların hastanelerini tercihinde tedavi maliyetlerinin düşük olmasına etkisi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($p>0,05$).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde yüksek standartta sağlık hizmeti verilmesi ve cinsiyet Tablo 109'da karşılaştırılmıştır.

Tablo 109: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde yüksek standartta sağlık hizmeti verilmesi ile cinsiyet arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Erkek	54 (%54,0)	46 (%46,0)	100(%100)	1,314	0,252
Kadın	129 (%61,0)	83 (%39,0)	212 (%100)		
Toplam	183	129	312		

Cinsiyet ve yabancı hastaların hastanelerini tercihinde yüksek standartta sağlık hizmeti verilmesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde yüksek standartta sağlık hizmeti ile eğitim seviyesi Tablo 110'da karşılaştırılmıştır.

Tablo 110: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde yüksek standartta sağlık hizmeti ve eğitim durumu arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Önlisans ve altı	39 (%52,0)	36 (%48,0)	75 (%100)	1,803	0,179
Lisans/Lisansüstü	144 (%60,8)	93 (%39,2)	237(%100)		
Toplam	183	129	312		

Eğitim ve yabancı hastaların hastanelerini tercihinde yüksek standartta sağlık hizmeti verilmesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde yüksek standartta sağlık hizmeti vermesi ve meslek Tablo 111'de karşılaştırılmıştır.

Tablo 111: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde yüksek standartta sağlık hizmeti vermesi ve meslek arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Doktor	78 (%58,2)	56 (%41,8)	134 (%100)	0,019	0,890
Hemşire	105 (%59,0)	73 (%41,0)	178 (%100)		
Toplam	183	129	312		

Meslek ve yabancı hastaların hastanelerini tercihinde yüksek standartta sağlık hizmeti vermesi arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde yüksek standartta sağlık hizmeti vermesi ve çalışılan hastanenin türü Tablo 112’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 112: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde yüksek standartta sağlık hizmeti vermesi ile çalışılan kurum arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	χ^2	p
Özel Hastane	83 (%79,0)	22 (%21,0)	105 (%100)	27,142	0,000
Kamu Hastanesi	100 (%48,3)	107 (%51,7)	207 (%100)		
Toplam	183	129	312		

Çalışılan hastanenin türü ve yabancı hastaların hastanelerini tercihinde yüksek standartta sağlık hizmeti vermesine etkisi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Özel hastane çalışanları kamu hastanesinde çalışanlara göre daha yüksek oranda hastanelerini tercihlerinde yüksek standartta sağlık hizmeti verilmesini etken olarak görmektedir.

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde coğrafik açıdan kendi ülkelerine yakın olması ile eğitim seviyesi Tablo 113’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 113: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde coğrafik açıdan kendi ülkelerine yakın olması ile eğitim seviyesi arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	χ^2	p
Önlisans ve altı	46 (%61,3)	29 (%38,7)	75 (%100)	0,030	0,862
Lisans/Lisansüstü	148 (%62,4)	89 (%37,6)	237(%100)		
Toplam	183	129	312		

Eğitim seviyesi ve yabancı hastaların hastanelerini tercihinde coğrafik açıdan kendi ülkesine yakın olması arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde coğrafik açıdan kendi ülkelerine yakın olması ve meslek Tablo 114’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 114: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde yüksek standartta sağlık hizmeti vermesi ile meslek arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	χ^2	p
Doktor	90 (%67,2)	44 (%38,2)	134(%100)	2,482	0,115
Hemşire	104 (%62,4)	74 (%37,6)	178 (%100)		
Toplam	183	118	312		

Meslek ve yabancı hastaların hastanelerini tercihinde coğrafik açıdan kendi ülkesine yakın olması arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde coğrafik açıdan kendi ülkelerine yakın olması ve cinsiyet Tablo 115’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 115: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde coğrafik açıdan kendi ülkesine yakın olması ile cinsiyet arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Erkek	56 (%56,0)	44 (%44,0)	100 (%100)	2,390	0,122
Kadın	138 (%65,1)	74 (%34,9)	212 (%100)		
Toplam	194	118	312		

Cinsiyet ve yabancı hastaların hastanelerini tercihinde coğrafik açıdan kendi ülkesine yakın olması arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde coğrafik açıdan kendi ülkelerine yakın olması ve çalışılan hastane türü Tablo 116’da karşılaştırılmıştır.

Tablo 116: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde coğrafik açıdan yakın olması ile çalışılan hastane türü arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Özel Hastane	36 (%34,3)	69 (%65,7)	105 (%100)	0,841	0,359
Kamu Hastanesi	82 (%39,6)	125 (%60,4)	207 (%100)		
Toplam	118	194	312		

Çalışılan hastane türü ve yabancı hastaların hastanelerini tercihinde coğrafik açıdan kendi ülkelerine yakın olması arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde konaklama ve ulaşım konularında ucuz ülke olması ve cinsiyet Tablo 117’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 117: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde konaklama ve ulaşım konularında ucuz ülke olmasıyla cinsiyet arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Erkek	46 (%59,9)	54 (%40,1)	100 (%100)	11,903	0,001
Kadın	141 (%71,1)	71 (%62,7)	212 (%100)		
Toplam	187	125	312		

Cinsiyet ve yabancı hastaların hastanelerini tercihinde konaklama ve ulaşım konularında ucuz ülke olması arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p <$

0,05). Kadınlar erkeklere oranla daha yüksek oranda hastanelerini tercihlerinde konaklama ve ulaşım konularında ucuz ülke olmasının etken olarak görmektedir.

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde konaklama ve ulaşım konularında ucuz ülke olması ve cinsiyet Tablo 118’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 118: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde konaklama ve ulaşım konularında ucuz ülke olmasıyla çalışılan hastane türü arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Özel Hastane	69 (%65,7)	36 (%34,3)	105 (%100)	2,201	0,138
Kamu Hastanesi	118 (%57,0)	89 (%43,0)	207 (%100)		
Toplam	187	125	312		

Çalışılan hastane türü ve yabancı hastaların hastanelerini tercihinde konaklama ve ulaşım konularında ucuz ülke olması ile arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur (p > 0,05).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde ülkemizin turistik özelliklerinin fazla olmasıyla cinsiyet Tablo 119’da karşılaştırılmıştır.

Tablo 119: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde ülkemizin turistik özelliklerinin fazla olmasıyla cinsiyet arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Erkek	39 (%39,0)	61 (%61,0)	100 (%100)	4,200	0,040
Kadın	109 (%51,4)	103 (%48,6)	212 (%100)		
Toplam	148	164	312		

Cinsiyet ve yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde ülkemizin turistik özelliklerinin fazla olması ile arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur (p < 0,05). Kadınlar erkeklere göre daha yüksek oranda hastanelerini tercihlerinde ülkemizin turistik özelliklerinin fazla olmasını etken olarak görmektedir.

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde ülkemizin turistik özelliklerinin fazla olmasıyla çalışılan hastanenin türü Tablo 120’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 120: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde ülkemizin turistik özelliklerinin fazla olmasıyla çalışılan hastane türü arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Özel Hastane	57 (%54,3)	48 (%45,7)	105 (%100)	2,978	0,084
Kamu Hastanesi	91 (%44,0)	116 (%56,0)	207 (%100)		
Toplam	148	164	312		

Çalışılan hastane türü ve yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde ülkemizin turistik özelliklerinin fazla olması arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde ülkemizin turistik özelliklerinin fazla olması ve meslek Tablo 121’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 121: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde ülkemizin turistik özelliklerinin fazla olması ve meslek arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	χ^2	p
Doktor	57 (%42,5)	77 (%57,5)	134 (%100)	2,260	0,133
Hemşire	91 (%51,1)	87 (%48,9)	178 (%100)		
Toplam	148	164	312		

Meslek ve yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde ülkemizin turistik özelliklerinin fazla olması arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Ülkemizin turistik özelliklerinin fazla olması ve eğitim seviyesi Tablo 122’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 122: Yabancı hastaların hastanelerini tercihinde ülkemizin turistik özelliklerinin fazla olması ile eğitim seviyesi arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	χ^2	p
Önlisans ve altı	48 (%64,0)	27 (%36,0)	75(%100)	10,864	0,001
Lisans/Lisansüstü	100 (%42,2)	137 (%57,8)	237(%100)		
Toplam	148	164	312		

Eğitim seviyesi ve yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde ülkemizin turistik özelliklerinin fazla olması arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Eğitim seviyesi ön lisans ve altında olanlar daha yüksek oranda yabancı hastaların hastanelerini tercihinde ülkemizin turistik özelliklerinin fazla olmasını etken olarak görmektedir.

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hizmet verme süresinin kısa olması etkili ve hızlı hizmet olması düşüncesi ve cinsiyet Tablo 123’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 123: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hizmet verme süresinin kısa olması etkili ve hızlı hizmet olması ve cinsiyet arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Erkek	51 (%54,8)	49 (%45,2)	100 (%100)	0,861	0,353
Kadın	120 (%56,6)	93 (%43,4)	212 (%100)		
Toplam	171	141	312		

Cinsiyet ve yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hizmet verme süresinin kısa olması etkili ve hızlı hizmet olması arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hizmet verme süresinin kısa olması etkili ve hızlı hizmet olması düşüncesi ile eğitim seviyesi Tablo 124'te karşılaştırılmıştır.

Tablo 124: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hizmet verme süresinin kısa olması etkili ve hızlı hizmet olması ve eğitim seviyesi arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Önlisans ve altı	45(%60)	30 (%40)	75 (%100)	1,075	0,300
Lisans/Lisansüstü	126 (%53,2)	111 (%46,8)	237(%100)		
Toplam	171	141	312		

Eğitim ve yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hizmet verme süresinin kısa olması etkili ve hızlı hizmet olması arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hizmet verme süresinin kısa olması etkili ve hızlı hizmet olması ve meslek Tablo 125'de karşılaştırılmıştır.

Tablo 125: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hizmet verme süresinin kısa olması etkili ve hızlı hizmet olması ve meslek arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Doktor	82 (%61,2)	52 (%38,8)	134 (%100)	3,868	0,049
Hemşire	89 (%50,0)	89 (%50,0)	178 (%100)		
Toplam	171	141	312		

Meslek ve yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hizmet verme süresinin kısa olması etkili ve hızlı hizmet olması arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Doktorlar hemşirelere göre daha yüksek oranda hizmet verme

süresinin kısa olması etkili ve hızlı hizmet olmasının hastane tercihlerinde etken olduğunu düşünmektedir.

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hizmet verme süresinin kısa olması etkili ve hızlı hizmet olması düşüncesi ile çalışılan hastane türü arasındaki ilişki Tablo 126’da karşılaştırılmıştır.

Tablo 126: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hizmet verme süresinin kısa olması etkili ve hızlı hizmet olması çalışılan hastane türü arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Özel Hastane	77 (%57,3)	28 (%47,5)	105 (%100)	21,929	0,000
Kamu Hastanesi	94 (%45,4)	113 (%54,6)	207(%100)		
Toplam	171	141	312		

Çalışılan hastane türü ve yabancı hastaların hastanelerini hizmet verme süresinin kısa olması etkili ve hızlı hizmet olması arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Özel hastanede çalışanlar kamu hastanelerinde çalışanlara göre daha yüksek oranda hizmet verme süresinin kısa olması etkili ve hızlı hizmet olmasının hastane tercihlerinde etken olduğunu düşünmektedir.

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin teknik donanımı ve cinsiyet Tablo 127’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 127: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin teknik donanımı ile cinsiyet arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Erkek	56 (%56,0)	44 (%44,0)	100 (%100)	0,113	0,736
Kadın	123 (%58,0)	89 (%42,0)	212 (%100)		
Toplam	179	133	312		

Cinsiyet ve yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin teknik donanımı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde teknik donanımı ile eğitim durumu Tablo 128’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 128: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin teknik donanımı ile eğitim arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Önlisans ve altı	41 (%54,7)	34 (%45,3)	75 (%100)	1,075	0,300
Lisans/Lisansüstü	139 (%58,6)	98 (%41,4)	237(%100)		
Toplam	180	132	312		

Yabancı hastaların hastanelerini hastanenin teknik donanımı ile eğitim arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin teknik donanımı ile meslek Tablo 129’da karşılaştırılmıştır.

Tablo 129: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin teknik donanımı ile meslek arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Doktor	84 (%62,7)	50 (%37,3)	134(%100)	2,400	0,121
Hemşire	96 (%53,9)	82 (%46,1)	178 (%100)		
Toplam	180	132	312		

Meslek ve yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde teknik donanımı arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin teknik donanımı ile çalışılan hastane türü arasındaki ilişki Tablo 130’da karşılaştırılmıştır.

Tablo 130: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin teknik donanımı ve çalışılan hastane türü arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Özel Hastane	84 (%60,6)	21 (%44,4)	105(%100)	32,266	0,000
Kamu Hastanesi	96 (%46,4)	111 (%53,6)	207(%100)		
Toplam	171	141	312		

Çalışılan hastane türü ve yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin teknik donanımı arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Özel hastanede çalışanlar kamu hastanesinde çalışanlara göre daha yüksek oranda teknik donanımın hastane tercihlerinde etken olduğunu düşünmektedir.

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin hekim kadrosu ile cinsiyet Tablo 131’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 131: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin hekim kadrosu ve cinsiyet arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Erkek	56 (%56,0)	44 (%44,0)	100 (%100)	0,173	0,678
Kadın	124 (%58,5)	88 (%41,5)	212 (%100)		
Toplam	180	132	312		

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin hekim kadrosu ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur (p > 0,05).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin hekim kadrosu ile eğitim durumu Tablo 132’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 132: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin hekim kadrosu ve eğitim arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Önlisan ve altı	46 (%61,3)	29 (%38,7)	75 (%100)	0,634	0,426
Lisans/Lisansüstü	133(%56,1)	104 (%43,9)	237(%100)		
Toplam	179	133	312		

Eğitim ve yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin hekim kadrosu arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur (p > 0,05).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin hekim kadrosu ve meslek Tablo 133’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 133: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin hekim kadrosu ve meslek arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Doktor	74(%55,2)	60 (%44,8)	134 (%100)	0,443	0,506
Hemşire	105 (%59,0)	73 (%41,0)	178 (%100)		
Toplam	179	133	312		

Meslek ve yabancı hastaların hastanelerini hastanenin hekim kadrosu ile arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur (p > 0,05).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin hekim kadrosu ve çalışılan hastane türü arasındaki ilişki Tablo 134’te karşılaştırılmıştır.

Tablo 134: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin hekim kadrosu ve çalışılan hastane türü arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Özel Hastane	89 (%84,8)	16 (%15,2)	105(%100)	48,547	0,000
Kamu Hastanesi	90 (%43,5)	117 (%56,5)	207(%100)		
Toplam	179	133	312		

Çalışılan hastane türü ve yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin hekim kadrosu ile arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Özel hastanede çalışanlar kamu hastanesinde çalışanlara göre daha yüksek oranda hekim kadrosunun hastane tercihlerinde etken olduğunu düşünmektedir.

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin uluslararası standartlarını uygulanması ve cinsiyet Tablo 135’ de karşılaştırılmıştır.

Tablo 135: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin uluslararası standartlarını uygulanması ve cinsiyet arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Erkek	52 (%52,0)	48 (%48,0)	100 (%100)	0,000	0,985
Kadın	110 (%51,9)	102 (%48,1)	212 (%100)		
Toplam	162	150	312		

Cinsiyet ve yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin uluslararası standartlarını uygulanması arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin uluslararası standartlarını uygulanması ve eğitim durumu Tablo 136’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 136: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin uluslararası standartlarını uygulanması ve eğitim arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Önlisans ve altı	40 (%53,3)	35 (%46,7)	75(%100)	0,079	0,779
Lisans/Lisansüstü	122(%51,5)	115 (%48,5)	237(%100)		
Toplam	162	150	312		

Eğitim ve yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin uluslararası standartlarını uygulanması arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin uluslararası standartlarını uygulanması ve meslek Tablo 137’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 137: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin uluslararası standartlarını uygulanması ve meslek arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	χ^2	p
Doktor	68 (%50,7)	66 (%49,3)	134(%100)	0,130	0,718
Hemşire	94 (%52,8)	84 (%47,2)	178(%100)		
Toplam	162	150	312		

Meslek ve yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin uluslararası standartlarını uygulanması arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin uluslararası standartlarını uygulanması ve çalışılan hastane türü arasındaki ilişki Tablo 138’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 138: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin uluslararası standartlarını uygulanması ve çalışılan hastane türü arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	χ^2	p
Özel Hastane	81 (%77,1)	24 (%22,9)	105(%100)	40,324	0,000
Kamu Hastanesi	81 (%39,1)	126 (%60,9)	207(%100)		
Toplam	162	150	312		

Çalışılan hastane türü ve yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde hastanenin uluslararası standartlarını uygulaması arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Özel hastanede çalışanlar kamu hastanesinde çalışanlara göre daha yüksek oranda hastanenin uluslararası standartları uygulamasının hastane tercihlerinde etken olduğunu düşünmektedir.

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde aracı kurumların yönlendirmesi ve cinsiyet Tablo 139’ da karşılaştırılmıştır.

Tablo 139: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde aracı kuruluşların yönlendirmesi ve cinsiyet arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Erkek	52 (%52,0)	48 (%48,0)	100 (%100)	2,184	0,139
Kadın	129 (%60,8)	83 (%39,2)	212 (%100)		
Toplam	181	131	312		

Cinsiyet ve yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde aracı kurumların yönlendirmesi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde aracı kuruluşların yönlendirmesi ve eğitim durumu Tablo 140’da karşılaştırılmıştır.

Tablo 140: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde aracı kurumların yönlendirmesi ve eğitim arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Önlisans ve altı	47 (%62,7)	28 (%37,3)	75 (%100)	0,079	0,779
Lisans/Lisansüstü	134 (%56,5)	103 (%43,5)	237(%100)		
Toplam	181	131	312		

Eğitim ve yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde aracı kurumların yönlendirmesi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde aracı kuruluşların yönlendirmesi ve meslek Tablo 141’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 141: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde aracı kurumların yönlendirmesi ve meslek arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Doktor	84 (%62,7)	50 (%37,3)	134(%100)	2,106	0,147
Hemşire	97 (%54,5)	81(%45,5)	178 (%100)		
Toplam	181	131	312		

Meslek ve yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde aracı kurumların yönlendirmesi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde aracı kuruluşların yönlendirmesi ve çalışılan hastane Tablo 142’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 142: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde aracı kurumların yönlendirmesi ve çalışılan hastane türü arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Özel Hastane	70 (%60,9)	35 (%44,1)	105 (%100)	4,866	0,026
Kamu Hastanesi	111 (%53,6)	96 (%46,4)	207(%100)		
Toplam	162	150	312		

Çalışılan hastane türü ve yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde aracı kurumların yönlendirmesi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur (p < 0,05). Özel hastanede çalışanlar kamu hastanesinde çalışanlara göre daha yüksek oranda aracı kurumların yönlendirmesinin etken olduğunu düşünmektedirler.

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde kalite akreditasyon belgesinin etkisi ve cinsiyet Tablo 143’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 143: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde kalite akreditasyon belgesinin etkisi ve cinsiyet arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Erkek	44 (%51,4)	56 (%48,6)	100 (%100)	3,272	0,070
Kadın	116 (%55,0)	96 (%45,0)	212 (%100)		
Toplam	181	131	312		

Cinsiyet ve yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde kalite akreditasyon belgesinin etkisi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur (p > 0,05).

Yabancı hastaların hastanelerini kalite akreditasyon belgesinin etkisi ile eğitim durumu Tablo 144’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 144: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde kalite akreditasyon belgesinin etkisi ve eğitim arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Önlisans ve altı	45 (%60,0)	30 (%40,0)	75 (%100)	2,895	0,089
Lisans/Lisansüstü	115 (%48,7)	122 (%51,3)	237(%100)		
Toplam	160	131	312		

Eğitim ve yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde kalite akreditasyon belgesinin etkisi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur (p > 0,05).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde kalite akreditasyon belgesinin etkisi ile meslek Tablo 145'te karşılaştırılmıştır.

Tablo 145: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde kalite akreditasyon belgesinin etkisi ve meslek arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Doktor	72 (%53,7)	62 (%46,3)	134(%100)	0,492	0,483
Hemşire	88 (%49,7)	90 (%50,3)	178 (%100)		
Toplam	160	152	312		

Meslek ve yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde kalite akreditasyon belgesinin etkisi ile arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde kalite akreditasyon belgesinin etkisi ve çalışılan hastane türü Tablo 146'da karşılaştırılmıştır.

Tablo 146: Yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde kalite akreditasyon belgesinin etkisi ve çalışılan hastane türü arasındaki ilişki (n=312)

	Etken n(%)	Etken değil n(%)	Toplam	x²	p
Özel Hastane	70 (%66,7)	35 (%33,3)	105(%100)	14,700	0,000
Kamu Hastanesi	90 (%53,6)	117 (%56,3)	207(%100)		
Toplam	160	152	312		

Çalışılan hastane türü ve yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde kalite akreditasyon belgesinin etkisi arasında anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur ($p < 0,05$). Özel hastanede çalışanlar kamu hastanesinde çalışanlara göre daha yüksek oranda yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde kalite akreditasyon belgesinin etken olduğunu düşünmektedir.

Sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla yerel hastaların sağlık hizmetine erişiminin olumsuz etkilenmesi düşüncesi ve cinsiyet Tablo 147'de karşılaştırılmıştır.

Tablo 147: Sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla yerel hastaların sağlık hizmetine erişiminin olumsuz etkilenmesi düşüncesi ve cinsiyet arasındaki ilişki (n=312)

	Evet n (%)	Hayır n (%)	Kısmen n (%)	Toplam	x²	p
Erkek	16(%16,0)	58 (%58,0)	26 (%26,0)	100(%100)	0,898	0,638
Kadın	40(%18,9)	111(%52,4)	61 (%28,8)	212(%100)		
Toplam	56	169	87	312		

Cinsiyet ve sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla yerel hastaların sağlık hizmetine erişiminin olumsuz etkilenmesi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla yerel hastaların sağlık hizmetine erişiminin olumsuz etkilenmesi dűřüncesi ile meslek Tablo 148’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 148: Sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla yerel hastaların sağlık hizmetine erişiminin olumsuz etkilenmesi dűřüncesi ve meslek arasındaki ilişki (n=312)

	Evet n (%)	Hayır n (%)	Kısmen n (%)	Toplam	χ^2	p
Doktor	23(%17,2)	82 (%61,2)	29 (%21,6)	134(%100)	5,505	0,064
Hemşire	33 (%18,5)	87 (%48,9)	58 (%32,6)	178(%100)		
Toplam	56	169	87	312		

Meslek ve sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla yerel hastaların sağlık hizmetine erişiminin olumsuz etkilenmesi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Sađlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla yerel hastaların sađlık hizmetine eriřiminin olumsuz etkilenmesi dűřüncesi ve çalıřılan hastane tűrű Tablo 149’da karřılařtırılmıřtır.

Tablo 149: Sađlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla yerel hastaların sađlık hizmetine eriřiminin olumsuz etkilenmesi dűřüncesi ve çalıřılan hastane tűrű arasındaki iliřki (n=312)

	Evet n (%)	Hayır n (%)	Kısmen n(%)	Toplam	χ^2	p
Özel Hastane	17 (%16,2)	54(%51,4)	34 (%32,4)	105(%100)	1,639	0,441
Kamu Hastanesi	39(%18,8)	115 (%55,6)	53 (%25,6)	207(%100)		
Toplam	56	169	87	312		

Çalışılan hastane tűrű ve sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla yerel hastaların sağlık hizmetine erişiminin olumsuz etkilenmesi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur ($p > 0,05$).

Sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla yerel hastaların sağlık hizmetine erişiminin olumsuz etkilenmesi düşüncesi ile eğitim Tablo 150’de karşılaştırılmıştır.

Tablo 150: Sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla yerel hastaların sağlık hizmetine erişiminin olumsuz etkilenmesi düşüncesi ve eğitim arasındaki ilişki (n=312)

	Evet n (%)	Hayır n (%)	Kısmen n(%)	Toplam	x²	p
Önlisans ve altı	16 (%21,3)	36(%48,0)	23 (%30,7)	75(%100)	1,597	0,450
Lisans/Lisansüstü	40 (%21,3)	133(%56,1)	64 (%27,0)	237(%100)		
Toplam	56	169	87	312		

Eğitim ve sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla yerel hastaların sağlık hizmetine erişiminin olumsuz etkilenmesi arasında anlamlı bir ilişkinin olmadığı bulunmuştur (p > 0,05).

“Rakip ülkeler değerlendirildiğinde Türkiye’nin avantaj olarak gördüğünüz rekabet unsurları nelerdir ?” sorusuna verilen cevaplar şöyledir;

Özel ve kamu hastanelerinde çalışanlar Türkiye’nin avantajı olarak en çok “ucuz” ve “kaliteli sağlık hizmeti verilmesi olduğunu” belirtmişlerdir. Türkiye’nin diğer sağlık turizmi yapan ülkelere arasında avantaj olarak görülen unsurlarını ise “Coğrafi ve kültürel yakınlık”, “Alanlarında uzman doktor ve sağlık personelinin olması”, “Modern teknolojik cihazların tedavide kullanılması”, “Ülkemizin turistik özelliklerinin çok olması” şeklinde belirtmişlerdir.

“Rakip ülkeler değerlendirildiğinde Türkiye’nin dezavantaj olarak gördüğünüz rekabet unsurları nelerdir? ” sorusuna verilen cevaplar şöyledir;

Özel ve kamu hastanelerinde çalışanlar Türkiye’nin dezavantajlarının en başında “yetersiz yabancı dil bilen personel” olduğu belirtilmiştir. Türkiye’nin diğer dezavantaj unsurlarına gelince; “ fiziki alan yetersizliği, tanıtım ve pazarlama eksikliği, otelcilik hizmetlerinin yetersiz olması” olarak sıralanmıştır. Yabancı hastalara sunulan “otelcilik hizmetlerinin yetersiz olması” geliştirilmesi gereken unsurlar olarak görülmektedir. Uluslararası alanda Türkiye de yaşanan” terör ve terör olayları” imajının güvensiz ülke imajına döndürmesi önemli bir dezavantaj unsuru olarak görülmektedir. “Hastanelerin ulusal ve uluslararası kalite standartlarını uygulamaması”, “personele verilen maaşın az olması”, “uzun ve yoğun mesailerin olması” da olumsuz görülen unsurlardandır.

“Kurumunuzun avantaj olarak gördüğünüz rekabet unsurları nelerdir?”

sorusuna verilen cevaplar şöyledir;

Özel ve kamu hastanelerinde çalışanlar kurumlarının avantajlı olarak gördükleri rekabet unsurlarının başında “kaliteli ucuz sağlık hizmeti vermeleri” gelmektedir. “Kadrolarında alanlarında uzman ve tanınmış doktorların olması” da diğer bir unsur olarak belirtilmiştir. Hastanelerinin konumlarının “ulaşılabilirlik açısından kolay olması” da başka bir avantaj unsuru olarak görülmektedir.

Özel hastane çalışanları hastanelerinin sahip olduğu “akreditasyon belgelerinin olmasını” avantaj olarak görmektedirler. “Kadrolu tercümanlarının bulunması” hasta ile iletişimde sorun yaşama durumunu en aza indirmiştir.

“Kurumunuzun dezavantaj olarak gördüğünüz rekabet unsurları nelerdir?” sorusuna verilen cevaplar şöyledir;

Özel ve kamu hastanelerinde çalışanlar kurumlarının dezavantaj unsuru olarak “hasta yakınlarının konaklama sorunları”, “fiziki alanda hasta odaları ve bekleme odalarının az olması” ve” personel yetersizliği” en önemli unsurlardandır. Personele verilen “hizmet içi eğitimlerin az olması”, “yabancı dil bilen personelin eksikliği” dolayısıyla tercüman ihtiyacının olması da kurumlarının dezavantajlı unsurları arasındadır.

“Yabancı uyruklu hastalar ile en çok karşılaşılan sorunlar nelerdir?”

verilen cevaplar şöyledir;

Özel ve kamu hastanelerinde çalışanlar karşılaştıkları sorun olarak “iletişimde dil sorunu”, “Kültürel farklılıklardan oluşan davranışlardan kaynaklı yaşanan problemleri” ve “ tercüman azlığı” da bir başka sorun olarak görülmektedir. “Hizmet içi eğitimin az olması” hasta ile iletişimde personel arasında sorunlar yaşanmasına neden olmaktadır. “Fiziki alt yapının yetersizliği” verilen sağlık hizmetinin kalitesini düşürmektedir.

Çalışmanın hastane yöneticileriyle yapılan görüşmelerde elde edilen bulgulara bakacak olursak;

Çalışmada geçen **kamu hastanesi 1**'in hastane yöneticisiyle yapılan mülakatta elde edilen bulgular;

Kamu hastanesi 1; 300 yatak kapasitesi ve 600 çalışanı ile Arapça, İngilizce ve son zamanlarda ise Kürtçe dillerinde hizmet vermektedir. Bu dillerin dışında ihtiyaç duyulduğunda Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü bünyesinde kurulmuş olan Uluslararası Hasta Destek Biriminden destek alınmaktadır. Uluslararası hastalara hizmet verebilmek için Sağlık Turizmi Birimi oluşturulmuştur. Ayrıca sağlık bakımında yer alan ve yabancı dil bilen yardımcı sağlık personel sayısı 2'dir. Hastanelerinde yabancı dil bilgisi veya sağlık turizmi kapsamında hizmet vermelerinden dolayı ayrı bir ücret politikası uygulanmadığı belirtilmiştir.

2011-2013 yılları arasında tedavi verdikleri yabancı hasta sayılarına bakacak olursak; 2011 yılında 73 hasta, 2012 yılında 187 ve 2013 yılında ise 182 hasta hastanelerinde tedavi görmüştür.

Hastanelerine sağlık hizmeti almak üzere başvuran yabancı hastaların geldiği ülkeleri sıralayacak olursak; en çok hasta gelen ülke olarak Gürcistan'ın birinci sırada olduğu görülmektedir. Gürcistan'ı Özbekistan, Türkmenistan, ABD takip etmektedir. Romanya, Portekiz ve Polonya'dan da hastalar kurumlarında sağlık turizmi kapsamında hizmet almışlardır.

Benzer tedaviler için ortalama yatış süreleri yerli hastalarda 2-3 gün iken yabancı hastalarda bu süre 3-5 güne kadar uzamaktadır.

Yurtdışından gelen hastaların hastanelerini tercih etmelerinde Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan ikili anlaşmalar büyük etkenken rakip ülkelere göre tercih edilme sebepleri arasında en başta geleni, kurumlarında özellikle cerrahi uygulamalarının hastanelerinde uygulanması görülmektedir.

Kamu hastanesi olmalarından dolayı tanıtımlarının Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastaneler Birliği ve Sağlık Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından yapılmakta olup yurtdışında yapılan sağlık turizmi fuarlarında stand açtıkları belirtilmiştir.

Rakip ülkeler değerlendirildiğinde lokasyon, sağlık hizmetine kolay erişilebilirliği, sağlık hizmetinde kullanılan tıbbi cihazlara yatırım yapılması, teknolojik açıdan yüksek ve gelişmiş seviyede hizmet verilmesi ve sağlık hizmeti veren diğer ülkeler arasında saygın bir yerinin olması Türkiye'nin güçlü avantaj unsurları olarak görülmektedir. Kurumlarının içinde sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi yerine sadece sağlık turizmi açısından faaliyet gösteren özel yapıda hastanelerin kurulması gerekliliğini ise rakip ülkelere göre dezavantaj olduğu belirtilmiştir. Kurumlarına başvuran hasta sayısının yüksek olmasına rağmen yatak sayısının kısıtlı olması rakip kurumlarına göre dezavantajlı oldukları unsurlar olarak belirtilmiştir.

Yabancı hastalar ile karşılaşılan en büyük sorun olarak iletişim olduğu söylenirken diğer önemli bir sorunun da hastaların ödeme güçlükleri olduğu belirtilmiştir.

Çalışmada geçen **kamu hastanesi 2**'nin hastane yöneticisiyle yapılan mülakatta elde edilen bulgular;

Kamu hastanesi 2; 462 yatak kapasitesi ve 800 çalışanı ile Arapça ve İngilizce dillerinde hizmet vermektedir. Bu dillerin dışında ihtiyaç duyulduğunda Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü bünyesinde kurulmuş olan Uluslararası Hasta Destek Biriminden destek alınmaktadır. Uluslararası hastalara hizmet verebilmek için Sağlık Turizmi Birimi oluşturulmuştur. Hastanelerinde görevli sağlık sınıfı (doktor, hemşire, sağlık teknisyeni) ve diğer personelin 504'ü yabancı dil bilmektedir. Hastanelerinde yabancı dil bilgisinden dolayı ayrı bir ücret alma politikası uygulanırken sağlık turizmi kapsamında hizmet vermelerinden dolayı ayrı bir ücret politikası uygulanmadığı belirtilmiştir.

2005 yılından beri Türk Standartlar Enstitüsü tarafından verilen kalite belgelerinin olduğu belirtilmiştir.

2011-2015 yılları arasında tedavi verdikleri yabancı hasta sayılarına bakalım olursak; 2011 yılında 43 hasta, 2012 yılında 187, 2013 yılında 175 hasta, 2014 yılında 293 hasta ve 2015 yılının ilk 6 ayında ise 162 hasta hastanelerinde tedavi görmüştür.

Hastanelerine sağlık hizmeti almak üzere başvuran yabancı hastaların geldiği ülkeleri sıralayacak olursak; en çok hasta gelen ülke olarak Azerbaycan'ın birinci sırada

olduğu görülmektedir. Azerbaycan'ın yanı sıra Türkmenistan ve Irak'tan gelen yabancı hastalar kurumlarında sağlık turizmi kapsamında hizmet almışlardır.

Benzer tedaviler için ortalama yatış süreleri yerli hastalar da 4-5 gün iken yabancı hastalarda bu süre 7-8 güne kadar uzamaktadır.

Yurtdışından gelen hastaların hastanelerini tercih etmelerinde Sağlık Bakanlığı tarafından uygulanan ikili anlaşmalar büyük etken iken rakip ülkelere göre Türkiye'nin tercih edilme sebepleri değerlendirildiğinde kurumlarında kalp cerrahisinde başarılı uygulamalarının olması ve alanda isim yapmaları olduğunu belirtmektedirler.

Yabancı hastaların hastanelerine gelmesi için aracı kuruluşlarla çalışılmadığını belirtirlerken hastanelerinde tedavi gören hastaların olumlu tavsiyeleri ile hasta akışı sürdürülmektedir.

Kamu hastanesi olmalarından dolayı tanıtımlarının Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastaneler Birliği ve Sağlığı Geliştirme Daire Başkanlığı tarafından yapılmakta olup yurtdışında yapılan sağlık turizmi fuarlarında hastane tanıtımlarının yapıldığı standlar açılarak yapıldığı belirtilmiştir.

Rakip lkeler değerlendirildiğinde sağlık hizmetine kolay erişilebilirliği ve sunulan sağlık hizmetinin maliyetinin düşük olması Türkiye'nin güçlü avantaj unsurları olarak görülmektedir. Sunulan sağlık hizmetinin iyi olmasına rağmen otelcilik hizmetlerinin yetersiz olması rakip ülkelere göre Türkiye'nin dezavantajlı olduğu unsurlardan olduğunu belirtmişlerdir. Kurumlarına başvuran hasta sayısının yüksek olmasına rağmen hizmet sunumundaki personel yetersizliği rakip kurumlarına göre dezavantajlı oldukları unsurlar olarak belirtilmiştir.

Yabancı hastalar ile karşılaşılan en büyük sorun olarak iletişim olduğu söylenirken diğer önemli sorunlarında da hastaların ödeme güçlükleri ve verilen sağlık hizmeti sonrasında medikal takiplerinin yapılamaması olduğu belirtilmiştir. Karşılaşılan sorunların tespitinde anketler kullanılmaktadır.

Türkiye'de sağlık turizminin geliştirilmesi için Kamunun yurtdışında temsilcilikler açması ve bu temsilcilikler de sağlık danışmanlığı yapılarak hasta akışının sağlanması gerektiği dile getirilmektedir.

Çalışmada geçen **özel hastane 1**'nin hastane yöneticisiyle yapılan mülakatta elde edilen bulgular;

Özel hastane 1; 250 yatak kapasitesi ve 110 çalışanı ile İngilizce, Fransızca ve Arapça dillerinde hizmet vermektedir. Uluslararası hastalara hizmet verebilmek için “Yurtdışı Hasta Birimi” oluşturulmuştur. Hastanelerinde görevli sağlık sınıfından (doktor, hemşire, sağlık teknisyeni) 90 ve diğer personelden 10’u yabancı dil bilmektedir. Hastanelerinde yabancı dil bilgisi ve sağlık turizmi kapsamında hizmet vermelerinden dolayı kısmen ayrı bir ücret politikası uygulanmakta olduğu belirtilmiştir.

2008 yılından beri kalite uygulamalarının devam etmekte olduğu ve ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemleri ve uluslararası JCI belgelerinin olduğu belirtilmiştir.

2010-2013 yılları arasında tedavi verdikleri yabancı hasta sayılarına bakacak olursak; 2010 yılında 1780 hasta, 2011 yılında 2800, 2012 yılında 6800 hasta ve 2013 yılında 5200 hasta hastanelerinde tedavi görmüştür.

Hastanelerine sağlık hizmeti almak üzere başvuran yabancı hastaların geldiği ülkeleri sıralayacak olursak; en çok hasta gelen ülke olarak Libya’nın birinci sırada olduğu görülmektedir. Sağlık turisti gelen diğer ülkeler sıralamasında Irak ve Türkiye Cumhuriyetler gelirken; Rusya ve Romanya’dan gelen yabancı hastalarda kurumlarında sağlık turizmi kapsamında hizmet almışlardır.

Benzer tedaviler için ortalama yatış süreleri yerli hastalar da 4 gün iken yabancı hastalarda bu süre 5 gündür.

Yurtdışından gelen hastaların hastanelerini tercih etmelerindeki nedenleri; tüm branşlarda hizmet verilmesi, özel uzmanlık gerektiren alanlarda başarılı olmaları ve sundukları sağlık hizmetinde teknolojik yatırımların devamlılığının olması olarak belirtmişlerdir. Sağlık turizmi kapsamında hasta devamlılığını sağlayabilmek için yurtdışında kurmuş oldukları acentaların dışında yabancı acentelerle de anlaşmalar yapıldığı belirtilmiştir. AXA PP ve Ahmea gibi yabancı sigorta şirketleri ile anlaşmalarının olduğunu dile getirmişlerdir.

Sunulan sağlık hizmeti dışında yurt dışından gelen hastalara şehir turu ve gezi hizmetleri sunulmaktadır.

Rakip ülkeler değerlendirildiğinde sunulan sağlık hizmetinin maliyetinin düşük ve kaliteli olması Türkiye'nin güçlü avantaj unsurları olarak görülmektedir. Sağlık turizmi için özel hastanelere devlet teşviki katkısının olması, sağlık turizminin ülkemizde yeni uygulanmaya başlamasından dolayı oluşturulmuş belirli standartlarının olmaması, denetim yapılmaması ve komisyoncular Türkiye'nin sağlık turizmi açısından dezavantaj unsurlarından olarak görülmektedir. Rakip kurumlar arasında kurumlarının avantaj olarak gördükleri unsurlarına bakacak olursak; vermiş oldukları hizmet potansiyeli ve piyasanın kaliteli sağlık turizmi hizmeti veren kurumlara olan ihtiyacını en önemlileri arasındadır. Kendi kurumlarında dezavantaj olarak sağlık turizmi kapsamında hizmet verebilecek kalifiye elaman azlığı ve kamu hastanelerinde belirlemiş olduğu standart fiyat politikalarının uygulamakta oldukları fiyat politikalarının altında kalması görülmektedir.

Yabancı hastalar ile karşılaşılan en büyük sorun olarak sağlık hizmeti almak isteyen yabancı hastaların beklentilerinin doğru anlaşılması olarak gösterilirken otelcilik hizmetleri ve sunulan hizmetin sınırları da diğer etkenler olarak belirtilmiştir.

Sağlık turizmi ile ilgili yasa ve mevzuattan dolayı yaşadıkları en büyük sorun olarak devlet teşviklerinin daha somut kurallara bağlanmaması ve sağlık turizmi bu hizmeti verenler için uygulama ve/veya yaptırımları içeren yasal sınırlılıkların belirsiz olması belirtilmiştir.

Çalışmada geçen **özel hastane 2**'nin hastane yöneticisiyle yapılan mülakatta elde edilen bulgular;

Özel hastane 2; 48 yatak kapasitesi ve 95 çalışanı ile bünyelerinde bulundurdukları 12 tercüman ile İngilizce, Rusça, Arapça ve Almanca dillerinde hizmet vermektedir. Uluslararası hastalara hizmet verebilmek için Sağlık Turizmi Birimi oluşturulmuştur. Hastanelerinde görevli sağlık sınıfından (doktor, hemşire, sağlık teknisyeni) ve diğer personelin 47'si yabancı dil bilmektedir. Hastanelerinde yabancı dil bilgisi ve sağlık turizmi kapsamında hizmet vermelerinden dolayı kısmen ayrı bir ücret politikası uygulanmadığı belirtilmiştir.

2011 yılından beri ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemleri, Sağlık Bakanlığının vermiş olduğu SKS ve göz hastalıkları uzmanlığında geçerli olmak üzere TÜV'den belgelerinin olduğu belirtilmiştir.

2010-2013 yılları arasında tedavi verdikleri yabancı hasta sayılarına bakacak olursak; 2010 yılında 1207 hasta, 2011 yılında 1033, 2012 yılında 1272 hasta ve 2013 yılında 1819 hasta hastanelerinde tedavi görmüştür.

Hastanelerine sağlık hizmeti almak üzere başvuran yabancı hastaların geldiği ülkeleri sıralayacak olursak; en çok hasta gelen ülke olarak Almanya'nın birinci sırada olduğu görülmektedir. Sağlık turisti gelen diğer ülkeler sıralamasında Hollanda, Arap ülkeleri, Libya gelirken; Rusya, Azerbaycan ve Özbekistan'dan gelen yabancı hastalar kurumlarında sağlık turizmi kapsamında hizmet almışlardır.

Benzer tedaviler için ortalama yatış süreleri yerli hastalar da 3 gün iken yabancı hastalarda bu süre 2-5 gündür.

Yurtdışından gelen hastaların hastanelerini tercih etme nedenleri olarak diğer ülkelerden daha uygun fiyatla aynı kalitede sağlık hizmeti sunmaları yanı sıra yurt dışında sigorta kapsamı dışında kalan hastalığı bulunan hastalara daha düşük maliyetle tedavi imkânı sağlamaları olduğu belirtilmiştir. Hastanelerinde yapılmakta olan laser uygulamaları için yabancı hastalar ile irtibatta aracı kuruluşlarla çalışılırken; diğer sağlık hizmetleri alanlarında ise yabancı sağlık şirketleri ile anlaşmalarının olduğu belirtilmiştir.

Hastanelerin tanıtımında yurtdışındaki yabancı acenteler ile çalışmakta olduklarını belirtilmiştir. Ayrıca yurtdışında televizyon yoluyla pazarlama faaliyetleri ile hasta direkt olarak hastanelerine ulaşmakta olduğunu belirtmişlerdir. Sosyal medya araçlarını aktif olarak kullandıklarını internette de vermiş oldukları reklamların ve yurt dışında oluşturdukları tanıtım ve satış ofisleri hasta akışının sağlandığını dile getirmişlerdir.

Göz hastalıkları alanında sağlık turizmi kapsamında gelen hastalar için ayrı bir birim oluşturulmuştur. Göz hastalıklarında yapılan laser uygulamaları için oluşturulan hizmet birimi ile Libya'dan gelen hastalara yönelik ayrı bir birim oluşturulmuştur.

Sunulan sağlık hizmeti dışında yurt dışından gelen hastalara otel hizmeti, havaalanı ve hastane arasında ulaşım hizmeti sunulmaktadır.

Rakip ülkeler değerlendirildiğinde sağlık hizmetine kolay erişilebilirliği ve sunulan sağlık hizmetinin maliyetinin düşük ve kaliteli olması Türkiye'nin avantaj

unsurları olarak görülmektedir. Türkiye'nin dezavantaj unsurları olarak Sağlık Bakanlığı ve resmi kurumlar ile sürekli sevk anlaşmalarının yapılma zorunluluğunun sistemi yavaşlatması olarak görülmektedir. Kendi kurumlarında dezavantaj olarak yetersiz pazarlama faaliyetleri ve sürekli her iş için resmi anlaşmaların yapılması olarak görülmektedir.

Yabancı hastalar ile karşılaşılan en büyük sorun olarak tercümanlar dışında yabancı dil konusunda yaşanan iletişim zorluğu olduğu belirtilmiştir. Karşılaşılan sorunların tespitinde anketler kullanılmaktadır.

Sağlık turizmi ile ilgili yasa ve mevzuattan dolayı yaşadıkları en büyük sorun olarak mevzuatın resmi anlaşmalara uygun yapıda olmamasının dışında Sağlık Bakanlığı ve Turizm Bakanlığı'nın ülkeler bazında katkı sağlaması gerekir.

Türkiye'de sağlık turizminin geliştirilmesi için Sağlık Bakanlığı ve Turizm Bakanlıklarının koordineli çalışması gerektiği belirtilmiştir. Kurum ve kuruluşların dış ülkedeki denk kurumlar ile doğrudan anlaşma yapabilmeleri için imkân sağlanması gerektiği ifade edilmiştir.

5. TARTIŞMA

Ülkemizde sağlık turizmi ile ilgili araştırmalar daha çok belirli bir ilin sağlık turizmi kapsamında daha çok hasta çekmesi için yapılması gerekenler üzerine olan çalışmalardan ibarettir. Literatür incelendiğinde sağlık turizmi kapsamında hizmet veren sağlık personel arasında yapılan çalışmaların çok kısıtlı olduğu görülmüştür. Bu çalışmada özel ve kamu hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelerin sağlık turizmine ilişkin algıları; çalıştıkları kurum, demografik özellikler, eğitim durumları ile karşılaştırılmıştır. Bu bölümde, ortaya çıkan bulgular literatürde yer alan daha önce yapılmış olan benzer çalışmalar ile karşılaştırılarak yorumlanacaktır.

Katılımcıların %33,7'si özel hastane çalışanı, % 66,3'ü kamu hastanesi çalışanı olmak üzere toplam 312 kişi araştırmaya katılmıştır. Katılımcıların (%42,9) 134'ü doktor, (57,1) 178'i ise hemşiredir. Araştırmaya katılanların %32,1'i erkek ve % 67,9 u ise kadın personelden oluşmaktadır. Çalışmaya katılanların %15,1'i lise, %9'u ön lisans, %37,2'si lisans ve 38,8'ini ise lisansüstü mezunudur.

Araştırmaya katılanların genel profilleri incelendiğinde; katılımcıların çoğunun kamu hastanesi çalışanı, kadın, lisans ve lisansüstü eğitim aldığı ve en fazla 3 yıldır aynı hastanede görev yapmakta olduğu bulunmuştur. Ülkemizdeki nüfusun genç olması ve hastanelerde çalışan kadın personel sayısının çokluğu ile özel hastane personeline göre kamu hastanelerinde çalışan personelin daha yüksek olması beklenen bir durumdur. Çalışmanın hastanede yapılması ve katılımcıların doktor ve hemşirelerden oluşmasından dolayı eğitim düzeyinin lisans ve lisansüstü olması beklenen bir durum olması sebebiyle homojen bir yapıdadır.

Sağlık turizmi ile ilgili çalışmalar incelendiğinde; 2008 yılında Aysun Şebnem Kiremitçi'nin (51) bir sağlık kuruluşunda yaptığı çalışma (Anadolu Sağlık Merkezi'de yapılan araştırmanın örneklem sayısı 150) ve 2010 yılında Ebru Özkan Demirer'in(63) (Dünyagöz Hastaneler Grubu'nda yapılan araştırmanın örneklem sayısı 20) bir sağlık kuruluşunda yaptığı çalışma personele yöneltilen yabancı hastalar ile sorun yaşama durumlarına ait elde ettiği bulgular ile bu çalışma karşılaştırılacaktır.

Ebru Özkan Demirer 2010 yılında yapmış olduğu çalışmaya katılanların %90'ının hizmet içi eğitim aldığını tespit etmiştir. Aysun Şebnem Kiremitçi ise 2008 yılında yapmış olduğu çalışmaya katılanların toplamda %39'unun düzenli ya da birkaç

kez eğitim aldığını tespit etmiştir(51,63). Bu çalışma da ise katılımcıların toplamda %19,9'unun düzenli ya da birkaç kez eğitim aldığı tespit edilmiştir. Çalışmaya katılan doktorların % 16,4'ü ve hemşirelerin % 22,5'i sağlık turizmi ile ilgili olarak hizmet içi eğitim almışlardır.

Bu çalışmanın amaçları doğrultusunda aranan sorulardan biri olan yabancı dil bilen kamu ve özel hastane çalışanlarının sağlık turizmi kapsamında hizmet vermelerinden dolayı maaşlarında yükselme olup olmadığıdır. Yapılan araştırma sonucunda kamu ve özel hastanede çalışan doktor ve hemşireler sağlık turizmi kapsamında hizmet verilirken yabancı dil bilgisinin önemi dolayısıyla ayrı bir ücrete tabi olmadıklarını düşünmektedir. Çalışma kapsamında hastane yöneticileri ile yapılan mülakatlarda ise kamu hastanelerinde yabancı dil bilgilerinden dolayı ayrı bir ücret politikası uygulanmadığı belirtilmiştir. Özel hastane yöneticileri ise hastanelerinde yabancı dil bilen personele ayrı bir ücret politikası uygulandığını belirtmiştir. Elde edilen bulguları inceleyecek olursak; Doktorlar hemşirelere göre daha yüksek oranda yabancı dil bilgisinden dolayı ayrı bir ücrete tabi olduklarını düşünmektedirler. Özel hastanelerde çalışan doktor ve hemşireler kamu hastanelerinde çalışan doktor ve hemşirelere göre daha yüksek oranda yabancı dil bilgisinden dolayı ayrı bir ücrete tabi olduklarını düşünmektedirler.

Özel ve kamu hastanelerinde çalışan sağlık personeli sağlık turizmi kapsamında hizmet vermelerinden dolayı ayrı bir ücrete tabi olarak maaşlarını yükseltmediğini düşünürlerken; Özel hastanelerde çalışanlar kamu hastanelerinde çalışanlara göre daha yüksek oranda, sağlık turizmi kapsamında hizmet vermeleri dolayısıyla maaşlarının arttığını düşünmektedirler. Cinsiyete göre baktığımızda ise kadınlar sağlık turizmi kapsamında hizmet vermelerinden dolayı maaşlarında bir artış olmadığını düşünmektedirler. Doktor ve hemşirelerin sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla ücretin yükselmesine etkisinin olmadığı görülmüştür.

Aysun Şebnem Kiremitçi ve Ebru Özkan Demirer'in yapmış oldukları çalışmada personelin yabancı hasta ile olan iletişimde çok az sorun yaşadığı tespit edilirken; bu çalışmada ise personelin yabancı hasta ile olan iletişimde sorun yaşadığı tespit edilmiştir(51,63). Kurum tarafından sağlık turizmi hakkında eğitim alma ve yabancı hasta iletişimde sorun yaşama arasında ilişki olduğu bulunmuştur. Kurum tarafından verilen sağlık turizmi eğitimi alan personelin yabancı hasta ile iletişimde

daha düşük oranda sorun yaşadığı görülmektedir. Yabancı hasta ile olan iletişimde daha çok sorun yaşayanların kamu hastanesi çalışanları ve hemşireler olduğu görülmektedir. Hemşirelerin yabancı hastaların tedavi süreçlerinde hasta ile daha çok iletişimde olmalarından ve yabancı dil bilgisi düzeylerinden dolayı doktorlara göre daha fazla sorun yaşadıkları düşünülmektedir.

Aysun Şebnem Kiremitçi ve Ebru Özkan Demirer'in yapmış oldukları çalışmada ve bu çalışmanın bulgularında da personel yabancı hastalara sunulan yemekler konusunda sorun yaşamadıkları tespit edilmiştir (51,63).

Aysun Şebnem Kiremitçi(51) yapmış olduğu çalışmada personelin hasta yakını ile olan iletişimde” çok az sorun yaşadığı” bulgusuna ulaşmıştır. Ebru Özkan Demirer'in(63) yapmış olduğu çalışmada ise personelin hasta yakını ile olan iletişimde “çok az sorun yaşadığı” ve “hiç sorun yaşamadığı” bulgularına ulaşmıştır. Bu çalışmada ise kamu hastanelerinde çalışan personelin yabancı hastaların yakınları ile olan iletişimlerinde sorun yaşadıkları tespit edilmiştir. Özel hastanelerde çalışan personel hasta yakını ile olan iletişimde daha az sorunla karşılaşırken kamu hastanelerinde çalışan personelin daha çok sorun yaşadığı görülmektedir. Özel hastane yöneticileri ile yapılan görüşmeler sonucunda yabancı dil bilen personelin ve bünyelerinde istihdam ettirmiş oldukları tercümanların hastanelerinde yabancı hasta ya da yakınları ile iletişimde personellerine destek olduğu anlaşılmaktadır.

Yapılmış olan her iki çalışmada personelin “Hastaların kültürel davranışları ile ilgili olarak sorun yaşama” durumlarına verdikleri cevaplara ait bulgular “çok az sorun yaşadığı” ve “hiç sorun yaşamadığı” olarak bulunmuştur. Bu çalışmada ise hastaların kültürel davranışlarından kaynaklanan sorunlarla hem kamu hem de özel hastane çalışanlarının karşılaştığı tespit edilmiştir. Kamu hastanelerinde çalışan personelin daha çok “Hastaların kültürel davranışlarından kaynaklı sorun yaşadığı” görülmektedir.

Ebru Özkan Demirer'in yapmış olduğu çalışmada yabancı hastaların araştırma yapılan hastaneyi tercihlerini sıralamasının başında “Hastanenin teknik donanımı ve hastanenin uluslararası standartları” olduğunu belirtirken ve “yüksek standartta sağlık hizmeti verilmesi”, “Türkiye'nin ucuz ülke olması” ve “hastanenin hekim kadrosu” ise diğer tercih nedenleri arasında olduğu sonucuna ulaşmıştır. Yabancı hastaların hastanelerinin tercih etmelerindeki diğer sebepleri ise “Türkiye'nin turistik özelliklerinin fazla olması”, “tedavi maliyetlerinin kendi ülkesine göre düşük olması”,

“hijyen ve hizmet verme süresinin kısa olması” konularının çok yakından takip ettiği sonucuna ulaşılmıştır. “Coğrafi açıdan kendi ülkesine yakın olması” ve “aracı kuruluşların yönlendirmesi” konularının ise dikkat çekmekle birlikte hastane seçimine yön verecek kadar önemli bir faktör olarak görmediği sonucuna varılmıştır (63).

Bu çalışmada ise yabancı hastaların araştırma yapılan hastaneyi tercihlerini sağlık hizmeti ve sağlık hizmeti dışı olarak ayırabiliriz. Sağlık hizmeti dışında tercih nedenleri; “(%66) ülkemizin turistik özelliklerinin fazla olması”, “(%64,7) aracı kuruluşların yönlendirmesi”, “(% 62,2) coğrafi açıdan kendi ülkelerine yakın olması”, “(%59,9) konaklama ve ulaşım konularında ucuz olması”, “(%44,5) tedavi maliyetlerinin kendi ülkesine göre düşük olması” olarak sıralanmaktadır.

Sağlık hizmeti açısından tercih nedenlerini sıralayacak olursak; “(57,7) hastanenin teknik donanımı” hastane tercihlerinde önemli iken “(%57,3) hekim kadrosu” ve “(%57,3) hastanenin uluslararası standartları uygulaması” ise hastane tercihlerinde yakın etkiye sahip olduğu görülmüştür. “(%55,5) yüksek standartta hizmet vermesi”, “(% 54,8) kısa etkili ve hızlı hizmet olması”, “(%51,7) kalite akreditasyon belgesinin etkisi” dikkat çekmekle birlikte hastane seçimine yön verecek kadar önemli bir faktör olarak görmediği sonucuna varılmıştır.

Yabancı hastaların çalışma yapılan hastaneleri tercihlerinde “tedavi maliyetlerinin düşük olması” ile çalışılan hastane türü incelendiğinde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Çalışan personelin eğitim seviyesi yükseldikçe “tedavi maliyetlerinin düşük olması” hastanelerinin tercihinde etken olarak görülmektedir. Çalışmaya katılanların %53’ü tedavi maliyetlerinin hastane tercihlerinde etkisinin olduğu düşüncesindedir. Ayrıca çalışmaya katılan personel dışında **özel hastane 2**’nin yöneticisi hastanelerinin tercih edilmesinde diğer ülkelerden daha uygun fiyatla aynı kalitede sağlık hizmeti sunmaları olduğunu belirtmiştir. Meslek ile tedavi maliyetlerinin etkili olması arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir. Çalışmaya katılan doktorların hemşirelere göre yabancı hastaların hastane tercihlerinde “tedavi maliyetlerinin düşük olmasını” etken olarak gördükleri sonucuna ulaşılmıştır.

Özel ve kamu hastanelerinin yabancı hastalar tarafından tercihlerinde “yüksek standartta hizmet vermesi” unsurunu değerlendirecek olursak; çalışılan hastane türü ile tercih edilme arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Özel hastane çalışanları kamu

hastanesinde çalışanlara göre daha yüksek oranda hastanelerini tercihlerinde yüksek standartta sağlık hizmeti verilmesini etken olarak görmektedir.

Yabancı hastaların hastanelerini tercihinde” konaklama ve ulaşım konularında ucuz ülke olması” ve “ülkeminin turistik özelliklerinin fazla olması” faktörlerinde ise istatistiksel olarak anlamlı ilişki cinsiyet ile bulunmuştur. Bu durumda çalışmaya katılanlardan kadınlar erkeklere göre daha yüksek oranda bu iki unsuru hastane tercihlerinde etken olduğu düşüncesinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Eğitim seviyesi yükselmesine bağlı olarak “ülkeminin turistik özelliklerinin fazla olması” faktörünün yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde etken olduğu görülmektedir.

Yabancı hastaların hastanelerini tercihinde hizmet verme süresinin “kısa olması etkili ve hızlı hizmet olması” faktörünün hizmet sunumunda bulunan doktor ve hemşireler açısından incelediğimizde aralarında anlamlı bir ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Doktorlar hemşirelere göre daha yüksek oranda hizmet verme süresinin kısa olması etkili ve hızlı hizmet olmasının hastane tercihlerinde etken olduğunu düşünmektedir. Kısa etkili ve hızlı hizmet verme açısından özel hastane çalışanları hastanelerinin tercih edilmesinin de önemli bir etken olduğu düşüncesinde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Kamu hastanelerine oranla özel hastanelerde daha yüksek oranda sağlık turizmi hizmeti verilmektedir. Bu tercihi etkileyen en büyük faktörün benzer tedaviler için ortalama yatış sürelerinin olduğu düşünülmektedir. Hastaneleri yöneticileri ile yapılan mülakatta benzer tedaviler için ortalama yatış bu süresinin kamu hastanelerinde 3-8 gün; özel hastanelerde ise yapılan bu sürenin 2-5 ara arasında değiştiği sonucuna ulaşılmıştır.

Hastanenin “teknik donanımı” ve “hekim kadrosu” yabancı hastaların hastanelerini tercihlerinde etkenliği ile çalışılan hastane arasında ilişkinin olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Özel hastanede çalışanlar kamu hastanesinde çalışanlara göre daha yüksek oranda tercihe teknik donanımı” ve “hekim kadrosu” nun etken olduğunu düşünmektedir. **Özel hastane 1**’in hastane yöneticisi hastanelerinin tercih edilmesinde özel uzmanlık gerektiren alanlarda hizmet sunumunda hekim kadrosunun alanlarında başarılı kişilerden oluşması ve teknolojik yatırımların devamlılığının olması olarak belirtmiştir. **Kamu hastanesi 2**’nin hastane yöneticisi ise en iyi kalp cerrahlarının başarılı uygulamalarının hastanelerini tercihleri için etken olduğunu belirtmiştir.

Hastane tercihinde “uluslararası standartlarını uygulaması” ise özel hastanede çalışanlar tarafından etken olarak görülmektedir.

Bu çalışmaya katılan doktor ve hemşireler ile sağlık turizmi kapsamında hizmet verilmesi dolayısıyla yerel hastaların sağlık hizmetine erişimde olumsuz etkilenmesi arasında %95 geçerlilik düzeyinde anlamlı bir ilişki yoktur. %93,6 düzeyinde aralarında ilişki olduğu görülmektedir. Doktor ve hemşirelerin verdikleri cevaplara bakacak olursak; çalışmaya katılan 169 hemşireden 33’ü yerel hastaların sağlık hizmetine erişiminin olumsuz etkilendiği, 87’si yerel hastaların sağlık hizmetine erişiminin olumsuz etkilenmediği düşüncesindeyken 58’i ise kısmen etkilendiği görüşünde olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Çalışmaya katılan 143 doktordan 23’ü yerel hastaların sağlık hizmetine erişiminin olumsuz etkilendiği, 82’si yerel hastaların sağlık hizmetine erişiminin olumsuz etkilenmediği düşüncesindeyken 26’sı ise kısmen etkilendiği görüşünde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma ile Türkiye’de son yıllarda gelişmekte olan sağlık turizmine ilişkin özel ve kamu hastanelerinde çalışan sağlık personelinin (doktor ve hemşireler) düşünce ve algılarının incelenmesi amacıyla yapılmıştır.

Sağlık turizmi hizmeti veren hastanelerdeki doktor ve hemşireleri kapsayan bu araştırmanın sonuçları aşağıda sıralanmaktadır:

- ✓ Katılımcıların, %15,1’i lise, %9’u ön lisans, %37,2’si lisans ve 38,8’ini ise lisansüstü mezunu olduğu görülmektedir.
- ✓ Katılımcıların, % 42,9’unun doktor, % 57,1’inin hemşire olduğu görülmektedir.
- ✓ Katılımcıların büyük çoğunluğunun mesleklerinde 14 yıl ve altında süreyle (%90,7) çalıştıkları ve anket yapılan hastanedeki çalışma sürelerinin ise 4 yıl ve üzerinde (49,4) yoğunlaştığı görülmektedir.
- ✓ Katılımcıların, %7,7’sinin 1000-2000 TL arasında ücret aldığı, %41’i 2001-3000 TL arasında,%13,5’i 3001-4000 TL arasında,% 10,3’ü 4001-5000 TL ve %27,6 sının aylık ücret diliminin 5001 ve üstünde olduğu ücret aldığı görülmektedir.
- ✓ Katılımcıların, % 29,8’inin yabancı dil bilgisinden dolayı ayrı bir ücrete tabi olduğunu düşündüğü, % 70,2’sinin ise ayrı bir ücrete tabi olmadığını düşündüğü görülmektedir.
- ✓ Katılımcıların, İngilizce dil seviyesi dağılımı incelendiğinde, %1,6’sinin İngilizce bilmediği, % 17’sinin İngilizce dil bilgisinin zayıf, % 46,5’inin orta, %23,1’inin iyi ve %11,9’unun ise çok iyi düzeyde bildiği görülmektedir.
- ✓ Katılımcıların, Almanca dil seviyesi dağılımı incelendiğinde, % 80,8’inin Almanca bilmediği; % 12,8’inin Almanca dil bilgisinin zayıf, % 1,3’ü orta, %3,2’sinin iyi ve % 1,9’ unun ise çok iyi düzeyde bildiği görülmektedir.
- ✓ Katılımcıların, Arapça dil seviyesi dağılımı incelendiğinde, katılımcıların % 91,3’ünün Arapça bilmediği; % 6,4’ünün Arapça dil bilgisinin zayıf, % 1,0’ının orta, % 0,3’ünün iyi ve % 1,0’ inin ise çok iyi düzeyde bildiği görülmektedir
- ✓ Katılımcıların, Diğer dil seviyesi dağılımı incelendiğinde, katılımcıların % 95,2’sinin Diğer yabancı dillerden birini bilmediği; % 0,6’sının Diğer dil bilgisinin zayıf, % 2,9’unun orta, % 0,3’ünün iyi ve % 1,0’ inin ise çok iyi düzeyde bildiği görülmektedir.

- ✓ Katılımcıların, % 80,1'inin sağlık turizmiyle ilgili herhangi bir eğitim almadığı, %16,7'sinin birkaç kez eğitim aldığı ve %3,2'sinin ise düzenli hizmet içi eğitim aldığı görülmektedir.
- ✓ Katılımcıların, % 13,5'inin iletişim teknikleri eğitimi aldığı, % 86,5'inin ise eğitim almadığı görülmektedir.
- ✓ Katılımcıların, % 11,9'unun sağlık turizmi hastasına sunulacak olan sağlık hizmetleri konusunda eğitim aldığı, % 88,1'inin ise eğitim almadığı görülmektedir.
- ✓ Katılımcıların, % 14,1'inin hasta hakları konusunda eğitim aldığı, % 85,8'unun ise eğitim almadığı görülmektedir.
- ✓ Katılımcıların, %7,1'inin sağlık turizmi ile ilgili sağlık turizmi hastasına hastanenin sunduğu olanaklar konusunda hizmet içi eğitim aldığı, % 92,3'ünün ise eğitim almadığı görülmektedir.
- ✓ Katılımcıların, % 2,6' sının kurum tarafından yabancı dil eğitimi aldığı, % 97,4' ünün ise eğitim almadığı görülmektedir.
- ✓ Katılımcıların,% 2,6' sının hasta yakınına sunulan hizmetler hakkında eğitim aldığı, % 97,4' ünün ise eğitim almadığı görülmektedir.
- ✓ Katılımcıların, %17,9'u sağlık turizmi dolayısıyla yerel hastaların sağlık hizmetine erişimlerinin olumsuz etkilendiği, 27,9'unun kısmen etkilendiği ve %54,2'sinin olumsuz etkilenmediği görüşünde olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Katılımcıların büyük çoğunluğunun eğitim seviyesinin lisans ve lisansüstü düzeyde (%75,4) olduğu görülmektedir. Eğitim seviyesi yüksek olanlar yabancı hastalar ile iletişimde daha düşük oranda sorun yaşamaktadır. Eğitim seviyesi ve yabancı hasta yakını ile olan iletişimde sorun yaşamada lisans ve lisansüstü eğitim seviyesine sahip olan katılımcıların daha düşük oranda sorun yaşadığı görülmektedir, ancak yapılan karşılaştırmalı analizde bu farklılığın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur.

Hastane tercihlerini etkileyen faktörlere bakıldığında ise tedavi maliyetlerinin düşük olması ve ülkemizin turistik özelliklerinin fazla olması ile katılımcıların eğitim seviyesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Eğitim seviyesi lisans ve lisansüstü düzeyde olan katılımcılar hastanelerinin tercihlerinde uygulanan tedavi maliyetlerinin düşük olmasını etken olarak görürlerken; ön lisans ve altında eğitim seviyesinde olan katılımcılar ise ülkemizin turistik özelliklerinin fazla olmasını daha yüksek oranda etken olarak görmektedirler.

Yabancı dil bilgisinin sağlık turizmi kapsamında hizmet vermelerinden dolayı ayrı bir ücrete tabi olduklarını düşünmeyenlerin çoğunlukta olduğu (%70,1) görülmektedir. Yabancı dil bilgisinden dolayı ayrı bir ücrete tabi olduklarını düşünme durumu doktorlar arasında daha yüksektir (%35,9). Gerek kamu gerekse özel hastane yöneticileri ile yüz yüze yapılan mülakatta ise yabancı dil bilen personelin bu bilgilerinden dolayı ayrı bir ücrete tabi olduğu yargısı mevcuttur.

İstanbul'da sağlık turizmi hizmeti veren özel ve kamu hastanelerinde karşılaşılan en önemli sorunun iletişim olduğu, yabancı dil bilgisi yetersizliğinden kaynaklandığı görülmektedir. Yabancı hasta veya hasta yakınları ile gerek iletişimde gerekse kültürel farklılıklardan kaynaklı olarak daha çok sorun yaşayanların kadın ve hemşire personel olduğu görülmektedir. Yabancı hasta ve hasta yakınları ile iletişimde sorun yaşama durumunda bakım sürecinde daha yoğun hizmet veren personelin yabancı dil bilgisinin yetersiz olması da büyük etken olduğu görülmektedir.

İngilizceyi iyi ve çok iyi düzeyde bilenler yaklaşık %35, Almancayı iyi ve çok iyi düzeyde bilenler ise yaklaşık %5'i dir. Arapça ve diğer yabancı dilleri ise iyi ve çok iyi düzeyde bilenler ise yaklaşık %1,03'tür. Katılımcıların yarısından fazlasının yabancı dil bilgisinin az olmasına rağmen kurum tarafından yabancı dil eğitimi aldığını belirten personel sayısı ise yaklaşık %3'tür. Mevcut yabancı dil sorununu bünyelerinde çalıştırdıkları tercümanlar ile çözülmeye çalışıldığı hastane yöneticileri tarafından ifade edilmiştir. Hastanelerde görevlendirilen tercüman azlığı sorunu ise iletişimde yaşanan sorunun bir başka yönüdür.

Yabancı hastaların tedavi hizmeti almaya geldikleri ülkelerden farklı kültür yapılarının olması ve hastane kurallarına uyma ile ilgili sorun yaşandığı gözlemlenmiştir.

Personelin Türkiye'nin ve kurumlarını sağlık turizmi açısından değerlendirdiklerinde, sağlık turizmi hizmetinde bulunan özel ve kamu hastanelerinin fiziki alt yapıları ve teknolojik donanımlarının yetersiz olduğu yönünde görüş bildirmişlerdir. Çalışma yapılan kamu hastanesi 1'in yöneticisi tarafından, fiziki alan yetersizliğinin çok önemli bir sorun olduğunu ve bu sorunun çözülmesi için, sadece sağlık turizmi kapsamında hizmet verecek kamu hastanelerinin olması gerektiği belirtilmiştir. Araştırmaya katılan doktor ve hemşireler kurumlarında dezavantaj unsuru olarak fiziki alan (hasta odaları ve bekleme odaları vb.) yetersizliğini belirtmişlerdir.

Katılımcıların fiziki alan yetersizliğinin sağlık hizmetinin kalitesini düşürdüğü görüşünde oldukları görülmüştür.

Kamu hastanesi 1'in yöneticisi tarafından coğrafik olarak Türkiye'nin birçok ülkeye yakın olmasının sağlık turizmi açısından avantaj olduğu belirtilmiştir. Yabancı hastaların hastane tercihlerine coğrafik açıdan kendi ülkesine yakın olması hastane tercihinde etken olacağı beklenirken yapılan karşılaştırma sonucunda istatistiksel olarak anlamsız bulunmuştur. Alanlarında uzman doktor ve sağlık personelinin olması yabancı turistlerin sağlık turizmi açısından Türkiye'yi tercih etmeleri için önemli bir etken olduğu düşünülürken; yaşanan "terör ve terör eylemleri" ise katılımcılar tarafından Türkiye'nin imajını uluslararası alanda "güvensiz ülke" olarak görülmesine neden olduğunu görüşünde olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcılar tarafından Sağlık turizmi kapsamında Türkiye'de hizmet vermeye başlayan sağlık kurumlarında otelcilik hizmetlerinin yetersiz olarak görülmektedir.

Sağlık turizminde hastane tercihlerini etkileyen faktörlerle ilgili algının çalışılan hastane ile olan ilişkisinde ise özel hastane çalışanları daha çok teknik donanım, hekim kadrosu, yüksek standartta kısa ve etkili verilen hizmet ile aracı kuruluşların yönlendirmesi, uluslararası standartların ve kalite belgelerini etken olarak görmektedir.

Sağlık turizmi ile ilgili verilen iletişim teknikleri, hasta hakları vb konularında hizmet içi eğitim alan personelin yabancı hastaların tedavi süreçlerinde sorun yaşamadıkları görülmektedir.

Türkiye'nin sağlık turizmi açısından doğu ile batı arasında köprü niteliğinde olması ve sağlık hizmetine ihtiyaç duyan yabancı hastaların kendi ülkelerine coğrafi ve kültürel yakınlığının olması, kendi ülkelerinde sunulan sağlık hizmetine göre tedavi maliyetlerinin ülkemizde daha düşük olması, ihtiyaç duyulan sağlık hizmetine erişilebilirliğinin hızlı, tedavi süresinin kısa ve kaliteli olması, sağlık hizmeti sunan personelin kalifiye ve kullanılan cihazların modern teknolojiye olması Türkiye'nin üstünlükleri arasındadır.

Elde edilen sonuçlara bağlı olarak önerilerimiz aşağıdaki gibidir:

- 1) Hizmet sunumunda rol oynayan sağlık personeline verilen hizmet içi eğitimlerin artırılması gerekmektedir. Hizmet içi eğitimlerin düzenli hale getirilmesi,

personelin sağlık hizmeti sunumu sırasında daha az sorun ile karşılaşmasını sağlayacaktır.

- 2) Hasta ve hasta yakını ile iletişimde en çok temas içinde bulunan hemşirelerin yabancı dil becerilerinin geliştirilmesi, sorun yaşama durumunu en aza indirgeyecektir.
- 3) Sağlık turizmi kapsamında yeni hizmet vermeye başlayan kurumların hizmet verilen dillerde hastane kuralları ve işleyişini açıklayıcı broşur ya da levhaların hazırlanması yararlı olacaktır.
- 4) Sadece sağlık turizmi kapsamında hizmet verecek kamu hastanesi fikrinin fizibilitesi araştırılmalıdır.
- 5) Sağlık turizmi kapsamında hizmet veren özel hastane yöneticileri; devlet teşviklerinin daha somut kurallara bağlanması ve sağlık turizmi hizmeti verenler için yasal sınırlılıkların belirlenmesinin olumlu sonuçları olacağını düşünmektedir.
- 6) Hastane yöneticileriyle yapılan mülakata göre; yurtdişında temsilcilik ve tanıtım ofislerinin açılması, yabancı sigorta şirketleri ve sağlık kurumları ile anlaşmalar yapılması, yurtdişına yayın yapan kanallara tanıtıcı ve bilgilendirici reklamların verilmesi, yurtdişında yapılan sağlık turizmi fuarlarında stantların açılması gibi tanıtım faaliyetlerine ağırlık verilmesinin gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

KAYNAKÇA

- 1 Sağlık ve Termal Turizm Tanımı <http://www.ktbyatirimisletmeler.gov.tr/TR,11492/saglik-ve-termal-turizmi-tanimi.html> Erişim 08.06.2014
- 2 Gülmez Z. *Türkiye’de ve Dünya’da sağlık turizmi ve çeşitleri: sağlık turizminin ülkemizdeki mevcut durumu ve bazı ülkelerle kıyaslanması* (tez) İstanbul Üniversitesi, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı yüksek lisans tezi;2012
- 3 Özkurt H. “Sağlık turizmi tahvilleri” *Maliye Dergisi*,2007,152,122-142
- 4 Göçmen ZG. *Turizm Çeşitlendirmesi Kapsamında İzmir’de Termal Turizmin Tedavi Amaçlı Kullanımı ve Ekonomik Değeri* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir. (2008).
- 5 Metin B. “ Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Turizmi”- 2010 Durum Tespit Raporu ve Çözüm Önerileri
<http://www.ozelhastaneler.org.tr/images/Documents/sanal%20k%C3%BCt%C3%BCphane/D%C3%9CNYA%E2%80%99%20DA%20VE%20T%C3%9CRK%C4%B0YE%E2%80%99%20DE%20SA%C4%9ELIK%20TUR%C4%B0ZM%C4%B0-2010.pdf>
Erişim tarihi 09.07.2014
- 6 Aslanova K, “Türkiye’de sağlık turizmi ve sağlık hukuku” *AVRASYA Uluslararası Araştırmalar Dergisi*,2013,2;131-143
- 7 Yılmaz C, Medikal Turizm Araştırması Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010,<http://tuyev.org/yayinlarimiz/SB.pdf>, (Erişim Tarihi:19.07.2013)
- 8 Kaya S., Yıldırım HH, Karsavuran S., ve Özer Ö, Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013 www.saglikturizmi.org.tr/yonetim/templates/addons/ckfinder/userfiles/TMTD_2013_raporu.pdf(Erişim Tarihi:19.07.2014)
- 9 Gonzales A, Brenzel L., Sancho J., “Health Tourism and Related Services” Caribbean Development and International Trade, Final Report. 2001.
- 1 Sağlık Turizmi -Anthony Gonzales, Logan Brenzel, "Health Tourism and Related Services:Caribbean, Development and International Trade", Final Report, 2001, (<http://www.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2009/03451.pdf/21.01.2011>)
- 11 Sağlık Turizmi Çeşitleri, <http://saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/belge/1-10451/saglik-turizmi-cesitleri.html>(Erişim Tarihi:21.02.214)
- 12 Usta,Ö. Genel Turizm, Anadolu Matbaacılık, 2002, s.51. İzmir
- 13 Akat Ö . *Pazarlama Ağırlıklı Turizm İşletmeciliği*, 3. Baskı, Motif Matbaa,Bursa, 2000.23-24
- 14 Termal Nedir? <http://www.termalTEDAVITESISLERI.com/event/termal-nedir> Erişim tarihi 24.04.2014

- 15 Kaplıca Nedir? <http://yoncalikaplicalari.org/pgKaplica.aspx> Erişim tarihi 24.04.2014
- 16 Kaplıca Sularının Uygulama Metotları <http://www.kaplicazamani.com/haber.asp?durum=dt&icr=6> Erişim tarihi 24.04.2014
- 17 Termal Turizm Kavramları <http://www.ktbyatirimisletmeler.gov.tr/TR,10392/saglik-ve-termal-turizm.html>
- 18 Turizm Çeşitleri <http://www.ktbyatirimisletmeler.gov.tr/TR,11479/turkiyede-saglik-ve-termal-turizm.html>
- 19 Karagülle MZ.,Söyleşi:Kaplıca ve Türkiye’de Kaplıcalar Üzerine http://www.saglikpaneli.com/content_mobile.asp?content_id=2302&connection_id=81&connection_table=1&content_type= Erişim Tarihi: 16.04.2014
- 20 Şifalı su http://www.ayasicmeceleri.com/htmldocs/sifali_su/icmece/ayas/sifali_suyun_faydalari.html Erişim Tarihi 17.05.2014
- 21 Oyuryüz ŞZ. , Gürel A. “Humik Maddelerin Sağlık Sektöründe Kullanımı Ve Girişimcilik Faaliyetleri” SAÜ Fen Edebiyat Dergisi (2012-1) 351-361
- 22 Kılıçkaya, Ş. *Beş Yıldızlı Termal Otel İşletmesi Yöneticilerinin Otel Hizmetlerine Yönelik Değerlendirmeleri: Afyonkarahisar Örneği* Afyon Kocatepe Üniversitesi, Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi;2010
- 23 Özbek, T. Dünya’da ve Türkiye’ de Termal Turizmin Önemi. *Turizm Çevre ve Kültür Dergisi*, 1991. 2; 17-18
- 24 Türkiye’de Sağlık ve Termal Turizm <http://www.ktbyatirimisletmeler.gov.tr/TR,11479/turkiyede-saglik-ve-termal-turizm.html> Erişim Tarihi 24.04.2014
- 25 Yalçın B., *Antalya ili Sağlık Turizmi Potansiyeli Araştırması* Akdeniz Üniversitesi, İşletme Anabilim dalı Doktora Tezi;2013
- 26 Avcıkurt, C., Çeken, H, Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi ve Geliştirilmesi, Azim Basımevi, TUGEV, yayın no: 47, İstanbul, 1998: 34
- 27 Avderen, S. *İç Anadolu Bölgesi’ndeki Kaplıca ve Termal Tesislerin Türk Sağlık Turizmi İçindeki Yeri* Niğde Üniversitesi, Üretim Yönetimi ve Pazarlama Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi;2011
- 28 <http://www.ktbyatirimisletmeler.gov.tr/TR,11479/turkiyede-saglik-ve-termal-turizm.html> Erişim Tarihi 14.04.2014
- 29 Kültür ve Turizm Bakanlığı <http://www.ktbyatirimisletmeler.gov.tr> Erişim Tarihi 14.04.2014
- 30 Çiçek R., Avderen S, Sağlık Turizmi Açısından İç Anadolu Bölgesi’ndeki Kaplıca ve Termal Tesislerin Mevcut Yapısının ve Potansiyelinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma, *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi* 2013,15 (24): 25-35,
- 31 SPA Ayçeman, N. SPA: Salus Per Aquam www.saglikterapi.org/spa-salus-per-aquam/ Erişim 25.01.2015

32 Karakoç, G. “Termal Turizm ve Spa Turizmi”, Tengilimoğlu D. *Sağlık Turizmi*, Siyasal Kitapevi, Ankara,2013:65-89

33 Spa Hakkında Bilmek İstedığınız Her Şey <http://webarsiv.hurriyet.com.tr/2004/05/17/460598.asp> Erişim Tarihi 25.01.2015

34 SPA (Salus Per Aquam) Nedir? <http://www.estespa.com/spa.asp> Erişim 20.1.2015

35 Harahsheh S, “Curative Tourism in Jordan and its Potential Development”, Thesis for the fulfillment of Ma in European Tourism Management, Bournemouth University, United Kingdom, 2002

36 Güzel Şahin, G.,Tuzlukaya Ş., “Turizm Türleri ve Turizm Politikaları, Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi” Tengilimoğlu, D. 2013:62

37 İleri Yaş Ve Engelli Turizmi <http://www.sb.gov.tr/TR/belge/1-10558/ileri-yas-ve-engelli-turizmi.html> Erişim tarihi 26.09.2014

38 Dr. D. Aydın “Sağlık Turizminin Neresindeyiz?” *SD Sağlık Düşüncesi ve Tıp Kültürü Dergisi*,2009,10

39 Engelli sayıları Tük 2012 verileri

40 Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı Eylem Planı <http://www.kalkinma.gov.tr/Documents/Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Turizminin%20Geli%C5%9Ftirilmesi%20Program%C4%B1%20Eylem%20Plan%C4%B1.pdf> Erişim 01.03.2014

41 Çelik, A. *Sağlık Turizmi Kapsamında Termal İşletmelerde Sağlık Hizmetleri Pazarlaması Ve Algılanan Hizmet Kalitesi: Balçova Termal İşletmesinde Bir Uygulama* Dokuz Eylül Üniversitesi, İşletme Ana Bilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi;2009

42 Carrera P, Bridges M, John FP (2006), “Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism”, Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research. 6(4):447-454.

43 Medikal Turizmde Öne Çıkan Tedaviler <http://tuyev.org.tr/yayinlarimiz/SB.pdf> Erişim Tarihi 08.09.2014

44 Metin, B. “ Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Turizmi”-2010 Durum Tespit Raporu Ve Cozum Onerileri

<http://www.ozelhastaneler.org.tr/images/Documents/sanal%20k%C3%BCt%C3%BCphane/D%C3%9CNYA%E2%80%99%20DA%20VE%20T%C3%9CRK%C4%B0YE%E2%80%99%20DE%20SA%C4%9ELIK%20TUR%C4%B0ZM%C4%B0-2010.pdf> erişim 09.07.2014

45 Sağlık Tanrısı “Asklepios” <http://www.e-kutuphane.teb.org.tr/pdf/eczaciodasiyayinlari/adeob-kas04/7.pdf> Erişim Tarihi 22.04.2015

- 46 Türksoy, A ve Türsoy, S.S. (2010). Termal Turizmin Geliştirilmesi Kapsamında Çeşme İlçesi Termal Kaynaklarının Değerlendirilmesi, Ege Akademik Bakış, 10(1):699-725
- 47 Medical Turizm Research& Survey Report by Dr Prem Jagyasi
<http://cdn1.drprem.com/wp-content/uploads/2012/04/Medical-Tourism-Past-Present-Trends1.jpg>
- 48 Connell, J. (2006). Medical Tourism: Sea, Sun, Sandand. Surgery. Tourism Management, 27, 1093-1100
- 49 Alternatif Turizm Girişimi: Termal Tesis Yatırım Analizi ve Fizibilite Raporu Projesi 2012
- 50 Kiremit AŞ., *Turizmin Gelişiminde Alternatif olarak Medikal Turizm: Bir Sağlık Kuruluşunda Araştırma*, GÜ, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, YYLT, Ankara, 2008
- 51Sağlık turizmi yapılan ülkeler
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2234298/table/T1/> Erişim Tarihi
30.06.2015
- 52 Sağlık Turizminde öne çıkan ülkelerin yıllık hasta sayılarına ve elde ettikleri gelire göre sıralanması. (<http://www.drprem.com>)
- [53 Kamber, SS. Bir Turistik Ürün Çeşidi Olarak Medikal Turizm ve Hizmet Yeterliliği Üzerine Bir Araştırma\(Tez\) Balıkesir Üniversitesi Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Anabilimdalı Yüksek Lisans Tezi., Balıkesir :2014](#)
- 54 Sağlık Turizmi www.health-tourism.com/medicaltourism/history/ Erişim Tarihi
28.01.2014
- 55 Güzel Şahin G., Tuzlukaya Ş. “Turizm Türleri ve Turizm Politikaları, Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi” Tengilimoğlu D. Sağlık Turizmi, Siyasal Kitapevi, Ankara,2013:47-57
- 56 Altın U., Bektaş G., Antep Z.,İrban A. Sağlık Turizmi ve Uluslar arası Hastalar İçin Türkiye Pazarı Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt 3 Sayı 3 Temmuz 2012
- 57 Avrupa Birliği Kronolijisi, <http://www.abgs.gov.tr/index.php?p=46219&l=1>

58 Hamilton, Geert-Jan. (2003). Free Movement and Cross – Border Cooperation in Europe: The Role of Hospitals. Free Movement and Cross-Border Cooperation in Europe: The Role of Hospitals & Practical Experiences in Hospitals. Luxembourg: Entente des Hospitaux Luxembourgeois

59 Varlık, M. Sağlık Hizmeti Politikalarının Belirlemesi ve Planlanmasında Gerekli Olan İlkeler ve Yeni Yaklaşımlar, DTP Nisan 2010

60 Avrupa da Sağlık Turizmi, Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Turizmi - 2010 Durum Tespit Raporu ve Çözüm Önerileri)

61 Sağlık Turizmi Araştırması, Brüksel Müşavirliği 2013
http://www.ekonomi.gov.tr/portal/content/conn/UCM/uuid/dDocName:EK-159042;jsessionid=W44iEVqTLymEHId8yzLB2JeVrAM5PkBKmlF3fqE_hE6Z5hIFUkbX!-183002649

62 Özkan Demirler, E. *Türkiye’de Medikal Turizm ve Geliştirilmesi: Örnek Bir Araştırma* Balıkesir Üniversitesi, Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi, 2010

63 Spazzapan, B., V. Gatnik. (2003). The Cross-Border Cooperation Between Italy and Slovenia in the Gorizia – Nova Gorica Region. Free Movement and Cross-Border Cooperation in Europe: The Role of Hospitals & Practical Experiences in Hospitals. Luxembourg: Entente des Hospitaux Luxembourgeois 2003: 150-151

64 Baraner, H. *Sağlık Turizmi Pazarlama Araştırması*. Almanya 2006

65 Sağlık Turizmi Potansiyel Tespit Çalışması Ülke Raporu;
http://www.ekonomi.gov.tr/portal/content/conn/UCM/uuid/dDocName:EK-159041;jsessionid=W44iEVqTLymEHId8yzLB2JeVrAM5PkBKmlF3fqE_hE6Z5hIFUkbX!-183002649

66 Schweres, J. Cross-Border Health Care in the Euregion Meuse- Rhine, Pilot for Europe. Free Movement and Cross- Border Cooperation in Europe: The Role of Hospitals & Practical Experiences in Hospitals. Luxembourg: Entente des Hospitaux 2003: 42

67 Dehaye, J C. Interreg III Projects: French-Belgian Health Observatory (O.F.B.S.) Wallonia Lorraine Luxembourg EEIG Luxlorsan. Free Movement and Cross-Border Cooperation in Europe: The Role of Hospitals & Practical Experiences in Hospitals. Luxembourg: Entente des Hospitaux Luxembourgeois 2003-90-91.

68 Karakış Ö. Dünyada Sağlık Turizmine Genel Bakış Global Pazar ve Rekabet
<http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/dosya/1-93724/h/ozlem-karakis.pdf> Erişim 03.11.2014

- 69 Gülen, K G., Demirci, S. “Türkiye’de Sağlık Turizmi Sektörü” Sektörel Etütler ve Araştırmalar İstanbul Ticaret Odası Yayınları 2011-39 Erişim Tarihi 20.11.2014
- 70 Yıldırım, H.H *Avrupa Birliği Sağlık Politikaları ve Avrupa Birliği’ne Üye ve Aday Ülke Sağlık Sistemlerinin Karşılaştırmalı Teknik Verimlilik Analizi: Veri Zarflama Analizine Dayalı Bir Uygulama*. Yayınlanmamış Bilim Uzmanlığı Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara 2004
- 71 T.C. Budapeşte Büyükelçiliği Ticaret Müşavirliği Macaristan’da Sağlık Turizmi, Film, Bilişim ve Eğitim Sektörlerine Yönelik Uygulanmakta Olan Yardımlar <http://www.ekonomi.gov.tr/portal/content/conn/UCM/uuid/dDocName:EK-159538;jsessionid=-DErs20I1KQ4B-XwUOYn3xv74Ro3DYUbACIZg3B6cisBZ26PqBPw!-183002649>
- 72 Akdu, SA. *Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal Turizm Ve Türkiye’deki Uygulamalar Üzerine Bir Araştırma; İstanbul Ve Ankara Örneği* Gazi Üniversitesi Turizm İşletmeciliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi Ankara;2010
- 73 Topuz, N. *Türkiye’de Sağlık (Medikal) Turizmi Stratejisi 2023* Uzmanlık Tezi, T.C. Kültür Bakanlığı Yatırım ve İşletmeler Müdürlüğü, Ankara 2012
- 74 Laing, J. , Weiler B, *Mind, Body and Spirit: Health and Wellness Tourism in Asia*, Asian Tourism: Growth and Change Elsevier Publishing, 2008:379-389
- 75 Aktepe, C. “Sağlık turizminde yeni fırsatlar ve Türkiye’de yerleşik sağlık işletmelerinin pazarlama çabaları” *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 2013, 5/1:170-188)
- 76 Aydın, D., 2010 Yılı Faaliyet Raporu ve 2011 Çalışma Planı, T.C. Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2010
- 77 Kılınç E. *Medikal Sağlık Turizminin Stratejik Planlaması: Isparta Örneği (Tez)* Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisat Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi), 2013
- 78 Doç. Dr. M.C. Yavuz, *Dünya Sağlık Turizmi ve Destinasyonu*, 2011
- 79 MAİNİ Anil K., 2009, Apollo Hastaneler Grubu İş Geliştirme Md., " II.Uluslar arası Sağlık Turizmi Kongresi Sunumu", Antalya
- 80 Aydın D. , Yılmaz C., *Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Sağlık Turizmi Birimi) Medikal Turizm Araştırması (Birinci Bölüm)* Ankara, Ekim – Aralık 2010.
- 81 İçöz O, Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm ve Türkiye’nin Olanakları, *Journal of Yasar University*, 2009, 4(13):2257-2279
- 82 Sağlık Turizmi -Anthony Gonzales, Logan Brenzel, "Health Tourism and Related Services: Caribbean, Development and International Trade", Final Report, 2001, (<http://www.iadb.org/intal/intalcdi/PE/2009/03451.pdf/21.O1.2011>)
- 83 ÖZALP, G., “Sağlık Turizmi” *Hastane Dergisi*, Sayı: 7, Ankara, 2005

- 84 Erdur E. *Kamu Hastanelerinin Medikal Turizm Hizmetlerinin Değerlendirmesi Konusunda Bir Araştırma* (Tez) Beykent Üniversitesi, İşletme Yönetimi Anabilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi),2013
- 85 Özsarı SH., Karatana Ö. “Sağlık Turizmi Açısından Türkiye’nin Durumu” 2013;24(2)136-144
- 86 Yalçın P. *Türkiye’de Sağlık Turizminde Alt Yapı Oluşturulma Gereği ve Sağlık Kurumlarına Yönelik Bir Araştırma*(Tez) Gazi Üniversitesi, İşletme Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi),2006
- 87 Medikal Turizm Araştırması(Birinci Bölüm)Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2010 <http://www.tuyev.org.tr/yayinlarimiz/SB.pdf>
- 88 Connell, J., Medical Tourism CABI Press, Oxford, 2010
- 89 Çetinkaya T. *Sağlık Turizmi Açısından Bursa İlinin Pazarlanabilirliği Konusunda Sağlık Çalışanlarının Görüşlerinin Belirlenmesi Üzerine Bir Araştırma*(Tez) Sakarya Üniversitesi, Turizm İşletmeciliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans Tezi),2010
- 90 Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu, Sağlık Turizmi İş Konseyi (SAİK), Turkey: Your Partner in Healtycare 2011, İstanbul 2011, s 14
- 91 Medikal Turizmde ülkeler arası fiyat karşılaştırması DEİK İstatistiği <http://www.healthinturkey.org/en-EN/Price.aspx> Erişim tarihi 31.03.2014
- 92 Zengingönül O., Emeç H., İyilikçi DE., Bingöl P, Sağlık Turizmi: İstanbul’a Yönelik Bir Değerlendirme *Ekonomistler Platformu* İstanbul 2012
- 93 Ersoy İ., *Muayene sayısı yüzde 7, ameliyat sayısı yüzde 1 arttı* Medimagazin 06.09.2015 <http://www.medimagazin.com.tr/hekim/genel/tr-muayene-sayisi-yuzde-7-ameliyat-sayisi-yuzde-1-artti-2-12-65942.html> Erişim tarihi 06.09.2015
- 94 Türkiye’de 355’i özel 1191 hastane var <http://www.saglikplatformu.com/haberler/Ayrinti.asp?HaberNo=3747>
- 95 Hastanelerin kurumlara göre dağılımı <http://www.medimagazin.com.tr/templates/default/ckfinder/userfiles/images/3%282%29.jpg>
- 96 http://www.turkiyesaglikturizmirehberi.com/ozel_hastaneler/?s=1
- 97 Kostak, D. *Turizm Hareketleri (Türkiye Örneği Üzerinden Sağlık Turizmi)* (Tez) Marmara Üniversitesi Uluslararası İktisat Bilim Dalı Yüksek Lisans Tezi İstanbul;2007
- 98 <http://www.saglik.gov.tr/TR/belge/1-24204/turkce-saglik-turizmi-ozet-bilgi-2013.html>

99 Aydın D. “Sağlık Turizmi Türkiye’de En Hızlı Gelişen Hizmet Sektörüdür”
<http://visitturkeyforhealthcare.com/uploads/9229096-saglik-turizmi-makale-dr-dursun-aydin-agustos-2012.pdf> Erişim Tarihi 12.05.2014

100 Akdağ R, Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı Değerlendirme Raporu (2003-2011)
<http://sbu.saglik.gov.tr/Ekutuphane/kitaplar/SDPturk.pdf>

101 <http://www.medimagazin.com.tr/hekim/saglik-bak/tr-akdag-saglik-serbest-bolgeleri-olusturacagiz-2-13-47664.html> Erişim tarihi 06.09.2015

102 Sağlık Bakanlığı, Türkiye 2013 yılı Sağlık İstatistikleri Yıllığı
<http://www.saglik.gov.tr/TR/dosya/1-97020/h/saglik-istatistik-yilligi-2013.pdf>

103 T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı 20-11-2012-Ankara *Sağlık Serbest Bölgesi (SSB) Çalışması*
[http://astd.org.tr/uploads/files/dursun_aydin\(1\).pdf](http://astd.org.tr/uploads/files/dursun_aydin(1).pdf) Erişim tarihi 06.09.2015

104 Sağlık Bakanlığı Uluslararası Hasta Birimi
www.saglikturizmi.gov.tr/admin/content_img/general/big_images/albl.pdf

8 Türkiye’de Sağlık Turizmi <http://www.saglikturizmi.org.tr/tr/saglik-turizmi/genel-bilgi> Erişim tarihi 22.05.2014

EKLER

ANKET FORMU

Bu anket Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Bölümü öğrencisi Şebnem Sevtap Canver'in ' **Kamu ve Özel Hastane Çalışanlarının Sağlık Turizmine İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi** ' adlı tez çalışması için yapılmaktadır. Anketin amacı Sağlık Turizminde hizmet sunan doktor ve hemşirelerin algılarının karşılaştırmaktır. Destekleriniz için teşekkür ederiz.

ÇALIŞANLARA SORULAN ANKET SORU FORMU

1. Cinsiyetiniz?

- Erkek Kadın

2. Eğitim Durumunuz?

- Lise Ön Lisans Lisans Lisansüstü

3. Mesleğiniz?

- Doktor Hemşire

4. Çalıştığınız hastanenin türü nedir?

- Özel Hastane Kamu Hastanesi

5. Bildiğiniz Yabancı Dil ve düzeyiniz?(Birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

	Zayıf	Orta	İyi	Çok İyi
İngilizce				
Almanca				
Arapça				
Diğer (Lütfen Belirtiniz)				

6. Meslekteki yılınız?

- 0-4 5-9 10-14 15-19 20 ve üzeri

7. Hastanede çalıştığınız süre?

- 1 yıldan az 1-3 yıl 4-6 yıl 7 yıldan fazla

8. Aylık ücret gelir diliminiz?

- 1000-2000 2001-3000 3001-4000 4001-5000 5001 ve üstü

9. Sağlık Turizmi kapsamında hizmet vermeniz dolayısıyla ücret gelirinizin yükseldiğini düşünüyor musunuz?

- Evet Hayır Kısmen

10. Yabancı dil bilginiz varsa, sağlık turizmindeki önemi dolayısıyla ayrı bir ücret uygulamasına tabi olduğunuzu düşünüyor musunuz?

- Evet Hayır Kısmen

12. Kurumunuz tarafından Sağlık Turizmi ile ilgili hizmet içi eğitim aldınız mı?

- Hiç almadım Birkaç kez Düzenli olarak alırım

13. Yukarıdaki Soruya cevabınız evet ise aşağıda yer alan konuların hangilerinde bu eğitimi aldınız? (Birden fazla şıkkı işaretleyebilirsiniz)

- İletişim teknikleri Hastaya sunulacak sağlık hizmetleri Hastanın hakları
 Hastanenin sunduğu olanaklar Yabancı dil eğitimi Hasta yakınına sunulan hizmetler
 Hastaya sunulan sağlık hizmetleri dışında faydalanabileceği diğer hizmetler konusunda (boş vakitlerinde nereleri gezip göreceği, nerelerden alışveriş yapabileceği veya hangi aktivitelere katılabileceği v.b)

14. Aşağıdaki sorulara **yabancı hastalarınızı** düşünerek cevap veriniz.

Durumlar	Hiç sorun yaşamadım	Bazen sorun yaşadım	Sıkça sorun yaşadım	Hemen her zaman sorun yaşadım
Hasta ile olan iletişimde				
Hasta yakınları ile olan iletişimde				
Hastaların kültürlerinden kaynaklanan davranışlarından				
Hastanede hastalara sunulan yemekler konusunda				
Hastanenin fiziki olanaklarıyla ilgili				
Hastane kurallarına uyma konusunda				
Sunulan tıbbi hizmetin uygulanmasıyla ilgili				
İlave tedavi ve işlemler ile ilgili				
Tedavi sonucunu izleme				
Tedavi maliyetleri ile ilgili				

15. Aşağıda yer alan önermelerle ilgili düşüncenizi “**yabancı hastaların**” ve hastanenizi tercih etme nedenlerini göz önünde tutarak belirtiniz.

Durumlar	Hiç etken değil	Çok az etken	Oldukça büyük etken	Son derece önemli etken
Tedavi maliyetinin düşük olması				
Yüksek standartta sağlık hizmeti				
Coğrafi açıdan kendi ülkesine yakın olması				

Konaklama ve ulaşım konularında ucuz ülke olması				
Ülkemizin turistik özelliklerinin fazla olması				
Hizmet verme süresinin kısa olması etkili ve hızlı hizmet olması				
Hastanenin teknik donanımı				
Hastanenin hekim kadrosu				
Hastanenin uluslararası standartlarını uygulanması				
Aracı kuruluşların Yönlendirmesi				
Kalite akreditasyon belgesinin etkisi				

16. Sağlık turizmi dolayısıyla yerel hastaların sağlık hizmetine erişiminin olumsuz etkilendiğini düşünüyor musunuz ?

Evet Hayır Kısmen

17. Rakip ülkeler değerlendirildiğinde Türkiye'nin avantaj olarak gördüğünüz rekabet unsurları nelerdir?

18. Rakip ülkeler değerlendirildiğinde Türkiye'nin dezavantajlı olduğu ve geliştirilmesi gereken unsurları nelerdir?

19. Kurumunuzun sağlık turizmi için avantajlı olarak gördüğünüz rekabet unsurları nelerdir?

20. Kurumunuzun sağlık turizmi için dezavantajlı olduğu ve geliştirilmesi gereken unsurları nelerdir?

21. Yabancı uyruklu hastalarla en çok karşılaştığınız güçlük ve sorunlar nelerdir ?

YÜZYÜZE MÜLAKAT SIRASINDA HASTANE YÖNETİCİSİNE YÖNELTİLECEK BİLGİLENDİRME SORULAR

1. Çalıştığınız hastanenin türü nedir?

Özel Hastane Kamu Hastanesi

2. Hastanenin fiili yatak kapasitesi ve sağlık personeli kadrosu

Yatak kapasitesi: Sağlık personeli kadrosu:

3. Hastanenizde sağlık turizmi kapsamında hizmet verilebilen diller?

4. Hastanenizde görevli Sağlık sınıfından (Doktor, hemşire, sağlık teknisyeni) ve diğer personeller arasında yabancı dil bilen personel sayısı nedir ?

5. Sağlık bakımında yer alan ve yabancı dil bilen yardımcı personel (Hizmetli, Hostes v.b.) sayısı nedir?

6. Hastanenize tedavi olmak amacı ile gelen/gelecek yabancı uyruklu hastalarla iletişim ile görevlendirilmiş ayrı bir birim veya yeterli personel var mı?

Evet Hayır

7. Yıllara göre hastanenize başvuran yabancı hasta sayıları?

Yıllar	Hasta sayısı
2010	
2011	
2012	
2013	

8. Hastanenize başvuran yabancı hastaların geldiği ülkelere göre dağılımını en çoktan en aza doğru sıralayınız.

En çok Çok Orta

Az En Az

9. Yerli ve yabancı hastalarınızın ortalama yatış gün süreleri nelerdir?

Yerli: Yabancı:

10. Hastanenizde yabancı müşterilerinize sunulan başlıca tedavi paketlerinin birim maliyetleri nelerdir?

Tedavi Paketleri	Ortalama Maliyetler
By-pass Ameliyatı	
Göz Operasyonu	
Tüp Bebek Uygulamaları	
Diş Tedavileri	
Estetik uygulamaları	
Diğer.....	

11. Kurumunuzda çalışan sağlık personeline yabancı dil bildiği için farklı bir ücret uygulamanız var mıdır?

Evet Hayır Kısmen

12. Sağlık turizmi kapsamında hizmet veren personel için farklı bir ücret uygulaması var mıdır?

Evet Hayır Kısmen

13. Sadece Sağlık Turizmi kapsamında gelen hastalar için ayrı hizmet birimleriniz var mıdır? Varsa hangi birimlerdir?

14. Hastanenizde yabancı hastalarınıza sunulan sağlık paketi uygulaması içerisinde sağlık hizmetleri dışında sunulan diğer hizmetler nelerdir (Golf, spa, şehir turu, turistik amaçlı gezi vb.) ?

15. Hastanenizin sahip olduğu kalite belgeleri hangileridir? Kaç yıldan beri kalite uygulamaları sürmektedir?

17. Yabancı hastaların hastanenizi tercih etme sebepleri nelerdir?

18. Hastanenizin anlaşmalı olduğu yabancı sigorta şirketleri var mıdır? Varsa isimleri nelerdir?

19. Hastaneniz yurtdışında hangi aracı kuruluşlarla çalışıyor?

Yabancı acentalar
 Kendi acentaları
 Sigorta şirketleri
 Diğer (Lütfen belirtiniz

20. Rakip ülkeler değerlendirildiğinde Türkiye'nin avantaj olarak gördüğünüz rekabet unsurları nelerdir?

Maliyeti düşük
Kaliteli Vb.

21. Rakip ülkeler değerlendirildiğinde Türkiye'nin dezavantajlı olduğu ve geliştirilmesi gereken unsurları nelerdir?

22. Rakip ülkeler değerlendirildiğinde kurumunuzun avantaj olarak gördüğünüz rekabet unsurları nelerdir?

23. Rakip ülkeler değerlendirildiğinde kurumunuzun dezavantajlı olduğu ve geliştirilmesi gereken unsurları nelerdir?

24. Hastanenizde yabancı hastalara yönelik hangi tanıtım faaliyetlerine ağırlık veriliyor?

() Ulusal tanıtım filmleri
() İnternet Reklamları
() Yurt dışında oluşturduğumuz tanıtım ve satış ofislerimiz vasıtasıyla
() Diğer (Lütfen belirtiniz.....)

25. Yabancı uyruklu hastalarla en çok karşılaştığınız güçlük ve sorunlar nelerdir? Bu sorunları hangi yöntemlerle tespit ediyorsunuz? (Şikayet, Anket, vb.)

26. Sağlık Turizmi ile ilgili yasa veya mevzuattan kaynaklanan sorunlarınız varsa nelerdir?

27. Türkiye'de Sağlık Turizmin geliştirilmesi konusunda önerileriniz varsa lütfen belirtiniz

Evrak Tarihi ve Sayısı: 13.03.2015-8946



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU
İstanbul İli Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği



Sayı : 77517973-770-
Konu : Şebnem Sevtap CANVER'in Araştırma
Başvurusu Hk.

OKAN ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ
Avni Dilligil Sokak No:18 (Profilo Avm Karşısı) Mecidiyeköy/Şişli/İstanbul

İlgi : 12/02/2015 tarih ve 399-55 sayılı yazımız.

İlgi sayılı yazı ile tarafımıza başvuruda bulunduğunuz Sağlık Yönetimi Yüksek Lisans Programı Öğrenciniz Şebnem Sevtap CANVER'in "Kamu ve Özel Hastane Çalışanlarının Sağlık Turizmüne İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi" adlı araştırmasını Genel Sekreterliğimize bağlı Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Dr.Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yürütmesine dair talebiniz Genel Sekreterliğimizce uygun görülmüştür.

Bilgilerinize arz ederim.

Op.Dr. Yavuz BAŞTUĞ
Genel Sekreter a.
İdari Hizmetler Başkam

E-5 Karayolu Üzeri 34752 / Ataşehir / İstanbul
Telefon: 0216 578 78 78 Dahili: 77 67 Faks: 0216 578 78 21
e-Posta: nurayhvo@gmail.com
Evrak Doğrulamak İçin : <http://212.156.51.42:805/enVision/Dogrula/NN3YDCP>

Ayrıntılı bilgi için irtibat: Nuray HACİVELİOĞLU



Bu belge, 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre Güvenli Elektronik İmza ile imzalanmıştır.

Sayfa 1 / 1

Okan Üniversitesi
Etik Kurulu
"Kurul Kararları"
Toplantı Tarihi: 17.12.2014
Toplantıya Katılanlar:

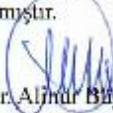
Prof. Dr. Alınur Büyükaksoy	(Başkan)
Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen	(Üye)
Prof. Dr. Mithat Kıyak	(Üye)
Prof. Dr. Serap Keskin Kızıroğlu	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkcı	(Üye)
Yrd. Doç. Dr. Uğur Cevdet Panayircı	(Üye)

Okan Üniversitesi Etik Kurulu 17.12.2014 tarihinde Prof. Dr. Alınur Büyükaksoy'un Başkanlığında toplandı ve çoğunluk mevcut olduğundan gündeme geçildi.

25-Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinden **Sevta CANVER**'in "**Kamu ve Özel Hastane Çalışanlarının Sağlık Turizmine İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi**" başlıklı çalışması için başvurusunun görüşülmesi,

Yapılan görüşmeler sonucunda;

Karar 25. Üniversitemiz Sağlık Bilimleri Enstitüsü – Sağlık Yönetimi Bölümü öğrencilerinden **Sevta CANVER**'in "**Kamu ve Özel Hastane Çalışanlarının Sağlık Turizmine İlişkin Algılarının Değerlendirilmesi**" başlıklı çalışması için başvuru talebi uygun görülüp oy birliği ile onaylanmıştır.


Prof. Dr. Alınur Büyükaksoy
(Başkan)

Prof. Dr. Dilek Şirvanlı Özen
(Üye)

Prof. Dr. Mithat Kıyak
(Üye)

Prof. Dr. Serap Keskin Kızıroğlu
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Nevin Karaaslan Balıkcı
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Güliz Muğan
(Üye)

Yrd. Doç. Dr. Uğur Cevdet Panayircı
(Üye)

ASLI GİBİDİR



JCI AKREDİTASYONU ALMIŞ ORGANİZASYONLAR - TÜRKİYE

		SAĞLIK KURULUŞU ADI	PROGRAM ADI
1	1	Yeditepe Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi	Ayakta
2	1	Acıbadem Adana Hastanesi	Hastane
3	2	Acıbadem Bakırköy Hastanesi	Hastane
4	3	Acıbadem Kadıköy Hastanesi	Hastane
5	4	Acıbadem Fulya Hastanesi	Hastane
6	5	Acıbadem Kozyatağı Hastanesi	Hastane
7	6	Acıbadem Maslak Hastanesi	Hastane
8	7	Amerikan Hastanesi	Hastane
9	8	Anadolu Sağlık Merkezi	Hastane
10	9	Ankara Güven Hastanesi	Hastane
11	10	Bayındır Hastanesi	Hastane
12	11	Bornova Şifa Hastanesi - Şifa Üniversitesi	Hastane
13	12	BSK Metropark Hastanesi	Hastane
14	13	Dünya Göz Hastanesi	Hastane
15	14	Florence Nigthingale Gayrettepe Hastanesi	Hastane
16	15	Florence Nigthingale Kadıköy Hastanesi	Hastane
17	16	Florence Nigthingale Şişli Hastanesi	Hastane
18	17	Hacettepe Üniversitesi Yetişkin Hastanesi	Hastane
19	18	Hisar Intercontinental Hastanesi	Hastane
20	19	HRS Ankara Kadın Hastalıkları Doğum Hastanesi	Hastane
21	20	International Hopital	Hastane
22	21	İzmir Kent Hastanesi	Hastane
23	22	Konak Hastanesi - Kocaeli	Hastane
24	23	Medical Park Antalya Hastanesi	Hastane
25	24	Medical Park Bahçelievler Hastanesi	Hastane
26	25	Medical Park Göztepe Hastanesi	Hastane
27	26	Medicana Ankara Hastanesi	Hastane
28	27	Medicana Bahçelievler Hastanesi	Hastane
29	28	Medicana Çamlıca Hastanesi	Hastane

30	29	Medicana İstanbul Hastanesi	Hastane
31	30	Memorial Antalya Hastanesi	Hastane
32	31	Memorial Ataşehir Hastanesi	Hastane
33	32	Memorial Şişli Hastanesi	Hastane
34	33	NP İstanbul Neuropsychiatry Hastanesi	Hastane
35	34	Ortopedia Hastanesi	Hastane
36	35	Pendik Bölge Hastanesi	Hastane
37	36	Sema Hastanesi - Fatih Hastanesi	Hastane
38	37	TOBB ETU Hastanesi	Hastane
39	38	Yeditepe Üniversitesi Hastanesi	Hastane
40	1	Ç.Ü. Tıp Fakültesi Laboratuvarı	Klinik Laboratuvar
41	2	Türk Kızılayı Ege Bölge Kan Merkezi	Klinik Laboratuvar
42	3	Türk Kızılayı Orta Anadolu Bölge Kan Merkezi	Klinik Laboratuvar
43	1	Medline	Tıbbi Nakil
		Toplam Akredite Sağlık Kuruluşu Sayısı	43
		Akredite Hastane Sayısı	38
		Akredite Klinik Lab. Sayısı	3
		Akredite Ayakta Tedavi Sayısı	1
		Akredite Tıbbi Nakil Sayısı	1

Özgeçmiş

Kişisel Bilgiler

Adı	Şebnem Sevtap	Soyadı	Canver
Doğ.Yeri	Almanya/Köln	Doğ.Tar.	13.07.1978
Uyruğu	T.C.	TC Kim No	
Email	scanver@msn.com	Tel	

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora		
Yük.Lis.	Okan Üniversitesi	2015
Lisans	Anadolu Ün.	2002
Lise	Halit Armay Lisesi	1995

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	Görevi	Kurum	Süre (Yıl - Yıl)
1.	Enstitü Sekreteri	Okan Ün.	2012-
2.	Fakülte Sekreteri	Okan Ün.	2009-2012
3.	Bölüm Sekreteri	Yeditepe Ün.	2001-2008

Yabancı Dilleri	Okuduğunu Anlama*	Konuşma*	Yazma*	KPDS/ÜD S Puanı	(Diğer) Puanı
İngilizce	İyi	Orta	Orta		

*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

Bilgisayar Bilgisi

Program	Kullanma becerisi
Ofis (Word, Excel, Power Point)	Çok iyi
Windows XP, Vista	Çok iyi

Yayınları/Tebliğleri Sertifikaları/Ödülleri

Özel İlgi Alanları (Hobileri): Kitap okumak, Scuba Diving (3* bröve)