

**T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANA BİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI**

**TÜRKİYE'DEN MEDİKAL TURİZM KAPSAMINDA HİZMET
ALAN HASTALARIN MEMNUNİYETLERİNİN BELİRLENMESİ:
ANKARA İLİ ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Demet TAŞ**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU**

Ankara-2014

**T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
İŞLETME ANA BİLİM DALI
SAĞLIK KURUMLARI İŞLETMECİLİĞİ BİLİM DALI**

**TÜRKİYE'DEN MEDİKAL TURİZM KAPSAMINDA HİZMET
ALAN HASTALARIN MEMNUNİYETLERİNİN BELİRLENMESİ:
ANKARA İLİ ÖRNEĞİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

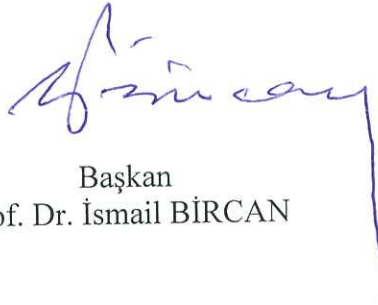
**Hazırlayan
Demet TAŞ**

**Tez Danışmanı
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU**

Ankara-2014

T.C.
ATILIM ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

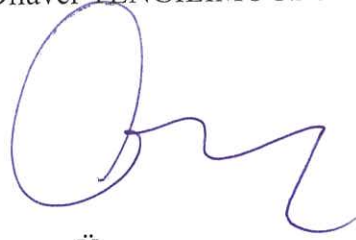
*Demet TAŞ tarafından hazırlanan "Türkiye'den Medikal Turizm Kapsamında Hizmet alan Hastaların Memnuniyetlerinin Belirlenmesi: Ankara İli Örneği" başlıklı bu çalışma 21/05/2014 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda **Oy birliği** ile başarılı bulunarak jürimiz tarafından İşletme Anabilim Dalı Sağlık Kurumları İşletmeciliği Bilim Dalında Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.*



Başkan
Prof. Dr. İsmail BİRCAN



Danışman
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU



Üye
Yrd. Doç. Dr. Gonca GÜZEL ŞAHİN

ÖNSÖZ

Araştırma boyunca danışmanlığımı sürdüren ve hiçbir yardımını esirgemeyen tez danışmanım Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU'na,

Çalışmalarım sırasında bana her türlü kolaylığı sağlayan hastane yöneticilerime ve mesai arkadaşşıma,

Çalışmalarım boyunca her türlü bilgi ve yardımlarını esirgemeyen arkadaşlarım Zeynep GÜNEY, Nail GÜNEY ve Necati KOCAKOÇ'a,

Yaşamım süresince büyük fedakârlık yaparak her zaman yanımda olan, yardımlarını asla esirgemeyen, desteklerini hep hissettiren biricik aileme bütün kalbimle teşekkür eder, sonsuz sevgilerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
İÇİNDEKİLER.....	ii
KISALTMALAR.....	vi
ŞEKİLLER DİZİNİ.....	vii
TABLolar DİZİNİ.....	viii
GİRİŞ.....	1
SAĞLIK TURİZMİ VE MEDİKAL TURİZM	4
1.1 SAĞLIK TURİZM	4
1.1.1 Sağlık Turizmin Tanımı	4
1.1.2 Sağlık Turizminin Temel Sebepleri	7
1.1.3 Sağlık Turizminin Tarihçesi ve Gelişimi	8
1.1.3.1 Antik Çağ	8
1.1.3.2 Orta Çağ	9
1.1.3.3 Rönesans Dönemi.....	10
1.1.3.4 Rönesans Sonrası Dönem.....	10
1.1.3.5 Emevi ve Selçuklu Dönemi.....	11
1.1.3.6 1900-1997 Arası Dönem	11
1.1.3.7 1997 ve Sonrası	13
1.1.4 Sağlık Turizmini Geliştiren Etkenler	13
1.1.5 Sağlık Turizminin Özellikleri	15
1.1.6 Sağlık Turizminin Faydaları	17
1.1.7 Sağlık Turizminin Ülke İçin Riskleri.....	19
1.1.8 Sağlık Turizminin Önündeki Engeller	20
1.1.9 Sağlık Turizminde Paydaşlar	21
1.1.10 Sağlık Turizm Çeşitleri	23
1.1.10.1 Medikal Turizm	23
1.1.10.2 Termal ve SPA-Welness Turizmi.....	23
1.1.10.3 İleri Yaş ve Engelli Turizmi	29

1.1.11	Dünyada Sağlık Turizmi	32
1.1.11.1	Avrupa Bölgesinde Sağlık Turizmi	33
1.1.11.2	Orta Asya ve Ortadoğu Bölgesi'nde Sağlık Turizmi.....	37
1.1.11.3	Latin Amerika ve Karayipler Bölgesinde Sağlık Turizmi	38
1.1.11.4	Diğer Ülkeler	39
1.1.12	Türkiye'de Sağlık Turizmi	40
1.1.12.1	Türkiye'de Uluslararası Hasta Sınıflandırması.....	45
1.1.12.2	Türkiye'de Sağlık Turizminin Geliştirilmesi.....	46
1.2	MEDİKAL TURİZM	47
1.2.1	Medikal Turizmin Tarihi ve Gelişimi	49
1.2.2	Medikal Turizmi Geliştiren ve Kısıtlayan Etkenler	52
1.2.2.1	Geliştiren etkenler	52
1.2.2.2	Kısıtlayan Etkenler	54
1.2.3	Medikal Turizmin Geleceği	55
1.2.4	Dünyada Medikal Turizm	56
1.2.4.1	Dünyada Öne Çıkan Ülkeler	57
1.2.5	Türkiye'de Medikal Turizm.....	61
1.2.5.1	Türkiye'de Medikal Turizminin Gelişimi	73
1.2.5.2	Medikal Turizmde Türkiye'nin Rakipleri	74
1.2.5.3	Medikal Turizm Açısından Türkiye'nin SWOT Analizi	74
1.2.5.4	Türkiye'de Medikal Turizmde Devletin Rolü.....	77
	MÜŞTERİ	79
1.3	MÜŞTERİNİN TANIMI.....	79
1.4	MÜŞTERİ TÜRLERİ.....	79
1.4.1	Müşteri Tatmini.....	80
1.5	MÜŞTERİ SADAKATI	81
1.6	MÜŞTERİ İHTİYAÇLARI VE BEKLENTİLERİ	81
1.7	MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ.....	82
1.7.1	Müşteri Memnuniyetinin Dikkate Alınmasının Sebepleri	84
1.7.2	Müşteri Memnuniyet Kanunları	85
1.7.3	Müşteri Memnuniyetinin Ölçümü ve Yöntemleri.....	86

1.8	SAĞLIK SEKTÖRÜNDE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ	87
1.8.1	Sağlıkta Hasta / Müşteri Memnuniyetinin Önemi	88
1.8.2	Hasta (Müşteri) Memnuniyetini Etkileyen Faktörler.....	89
1.9	YAPILAN ARAŞTIRMALAR.....	94
1.9.1	Türkiye’de Sağlık Turizmi, Medikal Turizm ve Müşteri Memnuniyetiyle İlgili Yapılmış Araştırmalar	94
1.9.2	Dünyada Sağlık Turizmi, Medikal Turizm ve Müşteri Memnuniyetiyle İlgili Yapılmış Araştırmalar.....	101
TÜRKİYE’DEN MEDİKAL TURİZM KAPSAMINDA HİZMET ALAN HASTALARIN MEMNUNİYET DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ: ANKARA İLİ ÖRNEĞİ.....		106
1.10	ARAŞTIRMANIN KONUSU.....	106
1.11	ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ.....	107
1.12	ARAŞTIRMA PROBLEMİNİN BELİRLENMESİ	107
1.13	ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ	108
1.14	ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ	108
1.15	ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI.....	109
1.16	ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	109
1.17	ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ	110
1.18	ARAŞTIRMANIN VERİ ANALİZİ.....	111
1.19	BULGULAR VE TARTIŞMA	112
1.19.1	Türkiye’de Medikal Turizm Kapsamında Hizmet Alan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi İçin Düzenlenen Anket Sorularının Güvenilirlik Analizi	112
1.19.2	Katılımcılara Ait Demografik Özellikler	113
1.19.3	Frekans Dağılımları.....	114
1.19.4	Hipotezler İle İlgili Bulgular	128
SONUÇLAR VE ÖNERİLER		150
1.20	SONUÇLAR	150
1.21	ÖNERİLER	154
KAYNAKÇA.....		157
EK-1 ANKET FORMU		162
ÖZET.....		167

ABSTRACT..... 168

GCPRIS

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ABMS	: Amerikan Tıp Uzmanları Heyeti
BAKA	: Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı
DPT	: Devlet Planlama Teşkilatı
EMR	: The Euregion Meuse-Rhine
GSMH	: Gayri Safi Milli Hâsıla
ISO	: Uluslararası Standardizasyon Örgütü
JCI	: Joint Commission International (Sağlık Hizmetleri organizasyonlarını akredite eden kuruluş)
KKTC	: Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SPA	: Salus Per Aqua (Su ile sağlık ya da sudan gelen sağlık)
SSCB	: Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği
STK	: Sivil Toplum Kuruluşu
SWOT	: Strenghts (Güçlü), Weakness (Zayıf), Opportunities (Fırsatlar), Threats (Tehditler)

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Türkiye'ye 2012 yılında gelen yabancı hastaların aylara göre dağılımı.....	41
Şekil 2. Türkiye'yi 2012 yılında gelen medikal turizm hastalarının ilk 10 ile göre dağılımı	62
Şekil 3. Türkiye'ye 2012 yılında gelen medikal turizm hastalarının aylara göre dağılımı	63
Şekil 4. Türkiye'yi 2012 yılında gelen medikal turizm hastalarının ilk 10 ülkeye göre dağılımı	64
Şekil 5. Medikal turizm kapsamında 2012 yılında gelen hastaların Türkiye genelinde tercih ettikleri ilk 10 kliniğe göre dağılımı (Kaynak: Medikal Turizm Değerlendirme Raporu, 2013).....	65
Şekil 6. Yıllara göre Türkiye'de sağlık hizmeti alan medikal turizm hastalarının dağılımı (Kaynak: Medikal Turizm Değerlendirme Raporu, 2013: 24)	66
Şekil 7. Türkiye'ye 2012 yılında sağlık hizmeti almaya gelen yabancı hastaların tercih ettikleri hastaneler ve hasta sayıları yüzdeler dağılımı (Kaynak: Medikal Turizm Değerlendirme Raporu, 2013: 26).....	68
Şekil 8. Medikal turizm kapsamında gelen hastaların Türkiye genelinde tercih ettikleri ilk 10 özel hastaneye göre dağılımı (Kaynak: Medikal Turizm Değerlendirme Raporu, 2013: 28).....	69
Şekil 9. Medikal turizm kapsamında gelen hastaların Türkiye genelinde tercih ettikleri ilk 10 kamu hastanesine göre dağılımı(Kaynak: Medikal Turizm Değerlendirme Raporu, 2013).....	70
Şekil 10. Türkiye'ye 2013 yılında ikili anlaşma kapsamında gelen hastaların dağılımı	72

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Sağlık Bakanlığı'nın 2013-2017 Stratejik Eylem Planı.....	47
Tablo 2. Türkiye'ye 2012 yılında sağlık hizmeti almaya gelen yabancı hastaların tercih ettikleri hastaneler ve hasta sayıları dağılımı	68
Tablo 3. Türkiye'ye İkili Anlaşmalar kapsamında gelen hasta sayıları dağılımı	71
Tablo 4. Medikal Turizm kapsamında 2012 yılında Türkiye'ye gelen hastaların, kamu ve özel sektör gelir tahminleri	72
Tablo 5. Sağlık Turizmi ve Müşteri memnuniyetiyle ilgili yapılmış tezler(https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/SearchTez)	98
Tablo 6. Anketin güvenilirlik testi	112
Tablo 7. Katılımcılara ait demografik özellikler dağılımı	113
Tablo 8. Ankete katılanların hastaneye ilk başvuru durum dağılımları	114
Tablo 9. Ankete katılanlara hastane kurallarını ve haklarını anlatan anadilde broşür verilme dağılımları	115
Tablo 10. Ankete katılanlara hastanede danışman görevlendirilme durumları dağılımı	115
Tablo 11. Ankete katılanların yatış için bekleme süresi memnuniyet dağılımı	115
Tablo 12. Ankete katılanların sekreterin ilgi ve alakası memnuniyet dağılımı	116
Tablo 13. Ankete katılanların hastane kuralları hakkında bilgilendirilme memnuniyet dağılımı	116
Tablo 14. Ankete katılanların hasta odası ve çevresinin sessizliği memnuniyet dağılımı	116
Tablo 15. Ankete katılanların hasta odası ve servis temizliği memnuniyet dağılımı	117
Tablo 16. Ankete katılanların hasta tuvalet ve banyo temizliği memnuniyet dağılımı	117
Tablo 17. Ankete katılanların hasta odasındaki eşyaların çalışması memnuniyet dağılımı	117
Tablo 18. Ankete katılanların hastane yemeklerinin lezzeti ve sıcaklığı memnuniyet dağılımı	118
Tablo 19. Ankete katılanların hastane yemeklerinin damak tadına uygunluğu, çeşitliliği memnuniyet dağılımı	118
Tablo 20. Ankete katılanların hekimlerin ilgi ve nezaket memnuniyet dağılımı.....	119
Tablo 21. Ankete katılanların tedavi eden hekime karşı güven duygusu dağılımı ..	119
Tablo 22. Ankete katılanların hekimler tarafından hastalığı ve tedavi hakkında bilgilendirilme memnuniyet dağılımı.....	119
Tablo 23. Ankete katılanların hemşirelerin ilgi ve nezaketi memnuniyet dağılımı .	120
Tablo 24. Ankete katılanların tedaviye yardımcı olan hemşirelere karşı güven duygusu dağılımı	120

Tablo 25. Ankete katılanların hemşirelerin tedavilerinde yardımcı oldukları konularda bilgilendirilme memnuniyet dağılımı.....	120
Tablo 26. Ankete katılanların temizlik personelinin ilgi ve nezaketi memnuniyet dağılımı	121
Tablo 27. Ankete katılanların idari personelin ilgi ve nezaketi memnuniyet dağılımı	121
Tablo 28. Ankete katılanların muayene sırasında mahremiyetlerinin sağlanması memnuniyet dağılımı	122
Tablo 29. Ankete katılanların yakınlarının tedavi eden hekimle görüşebilme memnuniyet dağılımı	122
Tablo 30. Ankete katılanların hekim ve hemşirelerin çağrularına yanıt verme memnuniyet dağılımı	122
Tablo 31. Ankete katılanların tedavi sonrasında yapılması gerekenler hakkında bilgilendirilme memnuniyet dağılımı.....	123
Tablo 32. Ankete katılanların tedavi sonrasında karşılaşılabileceği sorunlar hakkında bilgilendirilme memnuniyet dağılımı.....	123
Tablo 33. Ankete katılanların genel olarak aldıkları tedavi bakım memnuniyet dağılımı	124
Tablo 34. Ankete katılanların hastane güvenilirliği memnuniyet dağılımı.....	124
Tablo 35. Ankete katılanların hastane ve personel kalitesi memnuniyet dağılımı ..	124
Tablo 36. Ankete katılanların hastane temizliği memnuniyet dağılımı	125
Tablo 37. Ankete katılanların hastaneyi tekrar tercih etme durumları dağılımı	125
Tablo 38. Ankete katılanların hastaneyi başkalarına tavsiye etme durumları dağılımı	125
Tablo 39. Ankete katılanların Türkiye'yi tekrar tercih etme durumları dağılımı	126
Tablo 40. Ankete katılanların Türkiye'yi başkalarına tavsiye etme durumları dağılımı	126
Tablo 41. Ankete katılanların Türkiye'yi seçme nedenleri dağılımları	126
Tablo 42. Ankete katılanların hastaneyi seçme nedenleri dağılımları	127
Tablo 43. Ankete katılanların ülke ve hastane seçiminde tanıtım faaliyetlerinin etkisinin dağılımı.....	127
Tablo 44. Ankete katılanların sağlık alanındaki anlaşmaların ülkelerarası ilişkileri etkili olma durum dağılımı.....	127
Tablo 45. Yabancı hastaların yaş durumu, hasta memnuniyet düzeyleri dağılımı ..	128
Tablo 46. Yabancı hastaların yaş durumu, memnuniyet düzeylerinin toplam ortalama ve toplam standart sapma değerlerinin dağılımı	129
Tablo 47. Yabancı hastaların cinsiyet durumu, hasta memnuniyet düzeyleri dağılımı	130
Tablo 48. Yabancı hastaların medeni durumu, hasta memnuniyet düzeyleri dağılımı	132

Tablo 49. Yabancı hastaların hastane giderlerini karşılama durumu, hasta memnuniyet düzeyleri dağılımı.....	134
Tablo 50. Yabancı hastaların hastane giderlerini karşılama durumu, memnuniyet düzeylerinin toplam ortalama ve toplam standart sapma değerlerinin dağılımı	135
Tablo 51. Yabancı hastaların eğitim durumu, hasta memnuniyet düzeyleri dağılımı	137
Tablo 52. Yabancı hastaların eğitim durumu, memnuniyet düzeylerinin toplam ortalama ve toplam standart sapma değerlerinin dağılımı	138
Tablo 53. Yabancı hastaların uyruğu, hasta memnuniyet düzeyleri dağılımı.....	139
Tablo 54. Yabancı hastaların eğitim durumu, memnuniyet düzeylerinin toplam ortalama ve toplam standart sapma değerlerinin dağılımı	140
Tablo 55. Yabancı hastaların mesleği, hasta memnuniyet düzeyleri dağılımı.....	141
Tablo 56. Yabancı hastaların meslek durumu, memnuniyet düzeylerinin toplam ortalama ve toplam standart sapma değerlerinin dağılımı	142
Tablo 57. Yabancı hastaların ilk başvurusu, hasta memnuniyet düzeyleri dağılımı	144
Tablo 58. Tanıtım faaliyetlerinin etkisi, hasta memnuniyet düzeyleri dağılımı	146
Tablo 59. Yapılan anlaşmaların ülkelerarasına etkisi, hasta memnuniyet düzeyleri dağılımı	148

GİRİŞ

Tarihin her anında, çeşitli sebeplerle turizm çalışmalarını ortaya koyan insanoğlu, ekonomik gelişim ve zenginleşmesine ilişkin olarak, turizm etkinliklerine ayırdığı payı da bir arada geliştirmektedir. İnsanları ülkelerarası turizm faaliyetlerine yönlendiren sebeplerden biri de hiç kuşkusuz sağlıktır. Sağlık amaçlı yapılan ülkelerarası seyahatler günümüzün etkin konusunu oluştursa da bu durumun temelleri çok önceki dönemlere dayanmaktadır.

Sağlık hizmetleri kâinatın ve tüm beşeriyetin eşit olarak alması gereken kutsi bir haktır. Sağlık hizmetlerinde en önemli husus, insanlığa en kaliteli hizmeti vermek ve sağlığına kavuşmalarını sağlamaktır. İnsanoğlu, en değerli varlığı olan sağlığına kavuşmak için sağlık hizmetlerini en üst düzeyde, kaliteli, en kısa sürede ve maddi açıdan da en düşük maliyetle almak için hep araştırma yapmış ve uygun olan diğer ülkelerden almıştır.

Sağlık turizmi, bir ülkeden diğer ülkeye herhangi bir sebeple sağlık hizmeti almak amacıyla gidilmesi olarak tanımlanır. Diğer bir anlamda, insanların sağlıklarına kavuşmak için yaptıkları seyahatler, sağlık turizmi olarak değerlendirilir (Medikal Turizm Araştırması, 2011: 9)

Sağlık turizmini de içine alan sağlıkta dönüşüm, ülkelerin politik, tarihsel, sosyal, mali, istihdam ve sosyal güvenlik gibi alanlarından ayrı ele alınamayacak kadar bir arada olan stratejik mevzuların başında gelmektedir. Sağlık alanındaki dönüşümün ana ögesinden biri olan sağlık turizmi, sanılanın tersine fazlaca alanla iç içedir.

Alternatif turizm çeşitlerinden biri olan sağlık turizminin, dünya ülkelerine getirisi 100 milyar dolar civarındadır. Son zamanlarda sağlık hizmetlerinde çeşitlilik artmış ve standartları daha fazla gelişim göstermiştir. Bu nedenle sağlık sektöründe daha kalifiyeli ve daha ucuz maliyetli hizmet arayışları başlamış, bu da sağlık turizmine yönelik seyahatleri arttırmıştır. Dünyada sağlık turizmi; medikal turizm,

termal turizm – spa&wellness turizm ve yaşı bakımı – engelli turizmi gibi alanlarda çeşitlenmektedir.

Sağlık turizminin bir alt dalı olarak değerlendirilen ve bazı çalışmalarda “tıp turizmi” olarak adlandırılan medikal turizm, insanların kendi ülkelerindeki yüksek tedavi giderleri veya uygulanacak tedavinin olmayışı nedeniyle uzak ülkelere, tıbbi tedavi alabilmek veya operasyon geçirmek için seyahat etmesini ifade eder. Günümüzde medikal turizm, global olmasının yanı sıra sürekli ivme kazanan bir sektördür. Türkiye’de medikal turizm sektöründe dünya ülkeleri arasında öne çıkan ülkelerden biridir. Dünyadaki varlığına ve gelişme sürecine bakıldığında, gelecek yıllarda önemli düzeyde global bir rekabet ortamının oluşacağı düşünülmektedir.

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de çok hızlı bir değişim süreci yaşanmakta, gelişen teknoloji ile birlikte insanların hizmetlere olan talepleri her alanda çok büyük bir artış göstermektedir. Hizmetlere duyulan gereksinim, hizmetin kaliteli olmasını da beraberinde getirmiştir. Hayat standardının yükselmesi müşterilerin mal ve hizmetlerden beklentilerinin artmasına sebep olmakta, müşteriler hizmetlerin en iyisini almak ve memnun olmak istemektedirler. Hangi sektörde olursa olsun müşterilerin önemi ve değerinin arttığı tartışmasız bir gerçektir. Bu nedenle müşterilerin neler istediklerini doğru belirlemek, memnuniyetlerini ölçmek ve değerlendirmek müşteri ile olan ilişkilerin başarısı ve devamı için son derece önemlidir.

Bu araştırma üç ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; öncelikle sağlık turizminin tanımı, tarihi, gelişimi, geliştiren etkenleri, özellikleri, faydaları, olumsuz yönleri, ülke için riskleri, önündeki engelleri, çeşitleri, dünyadaki ve Türkiye’deki uygulamalar hakkında bilgiler verilmiş, daha sonra sağlık turizminin bir alt dalı olan medikal turizmin tanımı, tarihi, gelişimi, geliştiren ve kısıtlayan etkenleri, dünyadaki ve Türkiye’deki durumları ile ilgili bilgilere yer verilmiştir.

İkinci bölümde ise; müşteri ve müşteri memnuniyetiyle ilgili kavramlar açıklanmış ve sonrasında sağlık hizmeti veren kuruluşlarda müşteri ve müşteri

memnuniyetinden bahsedilmiş, müşteri memnuniyetini etkileyen faktörleri ele alınmıştır.

Üçüncü bölümde ise; Türkiye'ye yurt dışından gelen hastaların Türkiye'deki hastanelerde aldıkları tedaviler ile ilgili memnuniyet düzeyleri değerlendirilmiştir.

Sonuç bölümünde ise; araştırmada elde edilen bulgular dikkate alınarak, Türkiye'de medikal turizmin var olan durumu ve sorunları ele alınarak çeşitli çözüm önerilerinde bulunulmuş ve medikal turizmin geleceğine ışık tutması ve yönlendirmesi amacıyla daha sonraki yapılacak araştırmalara rehberlik etmesi düşünülmüştür.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK TURİZMİ VE MEDİKAL TURİZM

1.1 SAĞLIK TURİZM

1.1.1 Sağlık Turizmin Tanımı

Turizm, küresel dünya ekonomisinin en dinamik sektörüdür ve döviz gelirlerinin en önemli kaynaklarından birini oluşturmaktadır. Günümüzde turizmin yarattığı ekonomik, sosyal, kültürel ve politik etkiler, ülke ekonomilerinde ve özellikle uluslararası ekonomik ve politik ilişkilerde önemli sonuçlar doğurmaktadır (Anonim, 2011: 16). Dinamik ve değişken bir yapıda olduğu göz önünde bulundurulduğunda turizm çeşitleri sürekli değişecek ve yenilenecektir. Turizm çeşitlerini; alternatif turizm, kültür turizmi, kongre turizmi, macera turizmi, golf turizmi, spor turizmi, eko turizm ve sağlık turizmi oluşturmaktadır.

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde sanayileşmenin ve kentleşmenin sonucu çevre ve hava kirliliği, mevsim koşullarının değişikliği, stres gibi sorunları ortaya çıkmıştır. Bu olumsuz etkenlerin yanında dünyada yaşanan ekonomik kriz sonrası yoğunlaşan iş ve hayat şartları, bireylerin sağlığını olumsuz yönde etkilemektedir. Bu bağlamda gelişmiş veya gelişmekte olan ülkenin bireyleri sağlıklarını yeniden kavuşacakları veya zinde olacakları, tabiatı, iklimi, çevresel ve fiziksel özellikleri bozulmamış ülkelere seyahat etmektedirler (Türksoy, 2010: 700). İşte tam bu noktada devreye sağlık turizmi girmektedir.

Sağlık turizmi, hangi açıdan ve neresinden bakılırsa bakılsın önünde durulamayacak ve durulmaması gereken bir gelişme olarak karışımıza çıkmaktadır. Dünya ülkeleri arasında yapılan anlaşmalar, ortaklıklar ve işbirlikleri insanların ülkelerarası seyahat etmelerinin yolunu açmış, sağlık turizminin de gelişiminin hızlanmasını sağlamıştır. Sağlık turizminin ciddi boyutlarda ülke kazanımlarında artışlar yaşatması, gezi, kültür ve tatil gibi diğer turizm türlerinden daha fazla gelir

elde edilmiş olması pek çok ülkenin sağlık turizm konusunda ciddi girişimlerde bulunmasına ve ülke politikası olarak kabul etmesine sebep olmuştur (www.tuyev.org.tr).

Sağlık turizmi, bir tarafta doğal kaynaklara, diğer tarafta seyahat eden insanlar ile ekonomik kaynaklara dayanan önemli bir turizm koludur. Sağlık turizmi, ikamet edilen yerden başka bir ülkeye herhangi bir sebeple sağlık hizmeti almak için yapılan planlı seyahate denir (www.saglikturizmi.org.tr).

Sağlık turizmi tedavi amaçlı 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(<http://www.ktbyatirimisletmeler.gov.tr/TR,11492/saglik-ve-termal-turizmi-tanimi.html>).

Sağlık turizmi; seyahat etmek sureti ile ikamet ettiği yerleşimin dışında konaklayarak sağlığını korumayı veya yeniden kazanmayı amaçlayan insanların gerçekleştirdiği turizm çeşididir (Kiremit, 2008: 4).

Bir başka tanıma göre sağlık turizmi “sağlığı koruma, iyileşme amaçlarıyla belirli bir süre için (genellikle 21 gün) yer değiştiren insanların doğal kaynaklara dayalı turistik bir tesise giderek kür uygulaması, konaklama, beslenme ve eğlence gereksinimlerini karşılaması sonucu doğan hareketlerdir (Boz, 2004: 132).

Çeşitli tanımları olmakla birlikte Sağlık Turizmi kısaca bireyin sağlık hizmeti almak amacıyla başka bir yere gitmesi olarak tanımlanmaktadır. Bu tanımda; sağlık hizmeti alımının boyutu, zira bir günlük dahi olsa ya da yalnız küçük bir ameliyat veya yalnız kaplıca ziyareti dahi olsa geniş anlamıyla sağlık turizmi kapsamına girmektedir (Aydın, 2010: 17).

Dünya nüfusunun ve ortalama yaşam süresinin artması, yaşam standartlarının yükselmesi, ABD, AB gibi gelişmiş ülkelerde sağlık maliyetlerinin yükselmesi gibi nedenlerle insanlar, daha ekonomik ve kaliteli tedavi hizmeti veren ülkelere tercih etmişler ve bu durumlar sağlık turizm sektörünü oluşturmuştur. Dünyada yaşlı nüfusun giderek artması da sektörü genişleten başka bir sebeptir.

Sağlık turizminden hizmet alma ihtiyacı açısından ele aldığımızda çeşitli ziyaretçi profilleri ile karşılaşmak mümkündür. Fakat, Cohen (2006: 87); sağlık turizm sektörüne olan talep açısından turistleri (ziyaretçileri) 5 şekilde sınıflandırmıştır. Bunlar;

- ☞ **Yalnızca turist:** Ziyaret amaçlı geldikleri ülkede herhangi bir şekilde medikal (tıp) hizmet almayan turistler ya da ziyaretçilerdir.
- ☞ **Tatilde tedavi edilen turist:** Seyahat esnasında gerçekleşen rahatsızlık veya yaralanma nedeni ile sağlık hizmeti alan turistlerdir.
- ☞ **Tatil ve tedavi amaçlı turistler:** Bu turistler ziyaret amaçlı geldikleri ülkeye tam olarak sağlık hizmeti almak nedeni ile gitmezler. Ziyaret ettikleri yerde bazı rahatsızlıkların gideriliyor olmasını tercih ederler yani hem tatil yapar hem de tedavi için gelirler.
- ☞ **Tatil yapan hastalar:** Bu ziyaretçiler ise ilk başta tedavi amaçlı gelirler. Tedavi bittikten sonra ise gittikleri yerde tatil yapan ziyaretçilerdir.
- ☞ **Yalnızca hastalar:** Bu gruptaki medikal turistlerin amacı tatil yapmak olmamakta, yalnızca o bölgede tedavi olmak, iyileşmek ve/veya operasyon geçirmektir.

Gonzales, Brenzel ve Sancho (2001: 20) ise sağlık turizm alanında verilen hizmetleri üç ana başlıkta açıklamaktadırlar;

1. Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Hizmetler (Kaplıca, bitkisel tedavi, masaj vb.)
 - a. Sağlık Turizmi
 - b. Otel Hizmetleri
 - c. Ulaşım Sistemleri

- d. İletişim Sistemleri
 - e. Pazarlama
 - f. Turizm Endüstrisi
 - g. Yönetim Altyapı Eğitim
 - h. Sağlık Hizmeti Sunanlar
 - i. Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi
 - j. Sınır Ötesi Ticaret
 - k. Yabancıların Doğrudan Yatırımları
 - l. İnsanların Doğal Hareketleri
 - m. Uluslararası Akreditasyon
 - n. Sağlık Sigortası
 - o. Sorumluluk Sigortası
 - p. Uluslararası Tur Operatörleri
2. Tedaviye Yönelik Hizmetler (Estetik ameliyat, kalp ameliyatı, göz ameliyatı, kanser tedavisi vb.)
 3. Rehabilitasyon Hizmetleri (Diyaliz, bağımlılık programı, yaşlı bakım programı gibi)

1.1.2 Sağlık Turizminin Temel Sebepleri

Sağlık turizminin meydana gelmesinin ve gelişmesinin temel sebepleri Sağlık Turizm Derneği'nin yapılan araştırmalar sonucunda edindiği bilgilere göre; (<http://www.saglikturizmi.org.tr/en/health-tourism/general-information>)

- ✓ Bireylerin tedavileriyle birlikte tatil yapma istekleri,
- ✓ Bireylerin yaşamış oldukları ülkede sağlık hizmet maliyetlerinin yüksek olması,
- ✓ Bireylerin kendi ülkelerindeki sağlık hizmetlerine oranla daha kaliteli hizmet almak istemeleri,
- ✓ Bireylerin tedavilerinin (estetik cerrahisi, infertilite tedavisi vb.) herhangi bir sebepten dolayı kendi ülkelerinde duyulmasını istememeleri,
- ✓ Bireylerin yaşama tutunma ve yaşama istekleri,

- ✓ Uyuşturucu veya bağımlılıkları olan bireylerin başka ortamlarda ve daha uygun şartlarda olmak istemeleri,
- ✓ Bireylerin gelmiş oldukları ülkede, teknolojinin ve çalışanların profesyonelliğinin az olması ya da yok olması,
- ✓ Bireylerin termal turizm imkânlarının daha fazla olduğu ülkelerde tatil yapma talepleri,
- ✓ Yaşlı insanların, engellilerin ve kronik rahatsızlıkları olan hastaların farklı ortamlara gidip orada tedavi olma istekleri,
- ✓ Bireylerin yaşamış oldukları ülkede iklimin ve coğrafyanın tatile imkân vermemesinden dolayı yapılan seyahatler (tabiat, kültür, tarihi mekânlar, yaylalar gibi)

1.1.3 Sağlık Turizminin Tarihçesi ve Gelişimi

İnsanoğlu her daim sağlığına dikkat etmek zorundadır. Çünkü insanoğlu sağlıklı olduğu müddetçe verimli bir şekilde çalışabilmektedir. Bu nedenle ilk yüzyıllardan bu tarafa insanlar, çağımız iyileştirme metotlarının bulunmadığı o dönemlerde tabiat ve tabii olaylar karşısında bîçare kalmışlar, sağlıklarına kavuşmak, ağrılarından, sızılarından kurtulmak için kendilerine çare aramışlar ve o dönemdeki olanaklardan faydalanma yollarını bulmuşlardır. Bu yollardan birçoğu günümüz tıp bilimi içine dahil edilmiş, turizme has faaliyetleriyle önemli bir hal almıştır (Sağlık Bakanlığı Medikal Faaliyet Raporu, 2011: 7).

Türkiye Sağlık Vakfı'nın hazırlamış olduğu "Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Turizm" adlı çalışmasından yararlanılarak sağlık turizminin tarihi ve gelişimi aşağıda açıklanmıştır (Türkiye Sağlık Vakfı, 2010: 12-16).

1.1.3.1 Antik Çağ

Antik uygarlıklar ile ilgili yapılan araştırmalar neticesinde, sağlık hizmetlerle dini faaliyetler arasında sıkı bir bağ olduğu tespit edilmiştir. Bu medeniyetlerde kaplıcalardan ve tapınaklardaki banyolardan şifa elde edildiği görülmüştür. İlk sağlık

kompleksi *Sümerler* (M.Ö. 4000) tarafından sıcak su kaynağının etrafında yüksek bir tepede kurulmuştur.

Tunç devrinde (M.Ö. 2000), günümüzde İsviçre’de St. Moritz olarak bilinen yerin çevresindeki yüksek dağlarda, demir bakımından zengin termal sular bulunmuştur ve kabileler tedavi amaçlı bu sulardan faydalanmıştır. Bu kabilelerin suyu içmede kullandıkları tunç kapların aynıları Fransa ve Almanya’da da bulunmuştur. Bu durum medeniyetler arasında bir sağlık yolculuğunun olabileceğini göstermektedir.

Eski Yunanlar, kapsamlı olarak sağlık turizmi ağının temellerini atan ilk medeniyettir. İnanışlarına göre “Sağlık Tanrısı” olarak tanıdıkları “Asclepius” adına Asclepia tepesinde büyük bir sağlık merkezi kurmuşlardır. Dünya ülkelerinden bazı insanlar rahatsızlıklarına çare bulmak adına bu tapınaklara gitmişlerdir. Milattan önce 300’lü yıllarda Yunan bölgesinde şifa sunmak için başka tapınaklar yapıldı. En ünlü olan Epidaurus’tur. Burada düşler tapınağı, yılan çiftliği, spor salonu ve termal banyo hizmetleri sunulmuştur.

Hindistan’da 5000 yıl öncesinde, yoga ve ayurvedik gibi uygulamaların yaygınlaşmasıyla sağlık turizmi yavaş yavaş gelişmiş, bu alternatif tedavi yöntemlerinden fayda görmek isteyenler Hindistan’ı tercih etmişlerdir.

Roma, dünyanın büyük bir gücü olmaya başladığı dönemlerde, sıcak su banyoları ve sıcak su kaynakları ortaya çıkmıştır. Bu kaynaklar dünyanın önde gelen soyluları arasında ün kazanmıştır. Buralara gelen soylular hem sağlıklarına kavuşmakta hem de ticari ve sosyal toplantılarını burada gerçekleştirmişlerdir.

1.1.3.2 Orta Çağ

Japonya’da “Onsen” adı verdikleri termal sular iyileştirici özelliğinden dolayı popüler olmuştur. Savaşçı kabileler, yaralarını iyileştirmek, kaybettikleri güçlerini toplamak, acılarını dindirmek için bu sulardan faydalanmışlardır.

Çok eski İslam kültürlerinde, yerli ve yabancı hastaları tedavi etmek amaçlı bir sistem kurulmuştur.1248’de, Kahire’de kurulan Mansuri Hastanesi o dönemde dünyanın en gelişmiş ve en büyük hastanesidir. 8000 kişiye hizmet verebilecek kapasitesiyle din ve ırk fark etmeksizin bütün dünyaya hizmet vermiştir.

1.1.3.3 Rönesans Dönemi

14. ve 17. yüzyıllar arasında Rönesans dönemi Avrupa ve İngiltere’de sanat ve kültürün yeniden doğduğu ve geliştiği bir dönem olmakla kalmamış, aynı zamanda da sağlık turizminin gelişim gösterdiği bir dönem olmuştur. Rönesans döneminde kaplıcalara önem verildiği, balneoloji ve balneoterapi bilimlerinin bu dönemde ortaya çıktığı bazı kaynaklarda belirtilmiştir.

1326 yılında Ville d’Eaux yani Sular Kasabası’nda demir yönünden zengin sıcak su kaynakları keşfedilmiş, Avrupa ülkelerinde ünlenmiştir. “SPA” kelimesi ilk kez burada kullanıldığı iddia edilmektedir.

16. yüzyılda banyoları ve SPA’ları olan Ville d’Eaux, St. Mortiz, Baden,Wiesbaden, Bath, Karlsbaden, Aachen,Aix Les Baines gibi kasabalar yeniden ön plana çıkmış ve Avrupa’nın üst zengin tabakası buralara akın etmiştir.

1.1.3.4 Rönesans Sonrası Dönem

Rönesans döneminden sonra Batı ülkelerinde teknik, sosyal, mali ve tıp alanında süratli bir biçimde yenilenme ve ilerleme dönemine girilmiştir. Ardı ardına gelen keşiflerin ve teknik atılımların günlük yaşamda gerçekleştirilir hale gelmesi ve ortaya çıkan hastalıklarla savaşılmaması pek çok tıbbi uygulamaların önünü açmıştır. Gelişmekte olan, daha az gelişmiş veya gelişmemiş ülkelere, kendi ülkelerine oranla daha gelişmiş ülkelere tedavi imkânlarından faydalanmak amacıyla yapılan seyahatler bir seçimden daha çok bir mecburiyetten ortaya çıkmıştır.

Yeni Dünya'nın keşfi, Avrupa ülkelerinde sağlık sorunları olan bireyler için yeni bir durak oluşturmuştur. İngiltere ve Hollanda kolonistler 1600'lü yıllarda mineral su kaynaklarının yakınlarına ahşap kabinler inşa etmişlerdir.

1.1.3.5 Emevi ve Selçuklu Dönemi

Müslümanlıktan önce, Orta Asya'da bulunan Türklerin hayat şekli ve dini inanışları yönünde sağlık ve tıp mevzuları kendine has bir konuma sahip olmuştur. İslam dininin ortak zemin oluşturması nedeniyle temizliğe önem verilmiştir. Koruyucu sağlık hizmetlerin yaygınlaştırılıp, sağlıkta odaklanma uygulamaları ön planda tutulmuştur. "Seyahat edin sıhhat bulun" hadisi özellikle sağlık turizmine vurgu yapan anlayışı ortaya koymaktadır.

Endülüs Emevi Devleti (765-1031); Kurtuba'da Avrupa'daki ilk büyük ve mükemmel bir tıp fakültesi kurmuştur. Avrupa kralları ve devlet adamları, tedavi için Kurtuba'ya gelmişler, gördükleri medeniyete, güzel ahlâka ve misafirperverliğe hayran kalmışlardır.

Selçuklular döneminde, sık açılan darüşşifalara, uzman hekimler, cerrahlar, göz mütehassısları ile birlikte hemşire ve hastabakıcıların tayin edildiği tıp tarihçilerince belirtilmektedir (Terzioğlu, 1970: 128).

1.1.3.6 1900-1997 Arası Dönem

1900'lü yılların başında Avrupa ve Amerika birçok alanda öne çıktığı gibi sağlık alanında da tam bir merkez konumuna gelmiştir. Ancak sundukları sağlık hizmetlerinden fiyatların çok yüksek olması sebebiyle zenginler faydalanabilmiştir. Tropik iklimin iyileştirici etkisi ön plana çıkarılmış, tedavi amacıyla tropik iklime sahip olan bölgelere seyahat başlamıştır. Daha sonraları turizm, kıyı turizmine dönüşmüş ve sadece zenginlerin ulaşabildiği değil, geliri orta halli çalışanların da yararlandığı bir hareket haline dönüşmüştür (Gilbert, 1954: 15).

Amerika heyetlerini tek bir çatı altında birleştirmek için, 1933 yılında Amerikan Tıp Uzmanları Heyeti'ni (ABMS) kurdu. ABMS, eğitsel ve profesyonel politikalar yaparak dünya genelindeki standartların esasını oluşturdu. Avrupa'da ise 1958'de Avrupa Tıp Uzmanları Birliği (UEMS) tüm Avrupa'daki tıbbi bölümleri bir şemsiye altında toplamak ve ortak bir bakış açısı sağlamak amacıyla kuruldu (Türkiye'de Medikal Turizmi Değerlendirme Raporu, 2012: 21).

1960'lı yıllarda eski çağlarda kullanılan yoga ve ayurveda tedavilerine olan ilgi tekrar arttı ve dünyada ilgi çekici bir hal aldı. Amerika ve İngiltere'nin zengin cemiyetini etkileyen çiçek çocuğu (flower child) akımı ilerleyerek Hindistan'ı sağlık turistleri için önemli bir merkez haline getirdi (Türkiye'de Medikal Turizmi Değerlendirme Raporu, 2012: 21).

Tayland, 1970'li yıllarda cinsiyet değişimi mevzusunda ün yapmış ve daha sonraki süreçte ise kendini estetik operasyonlarda uzmanlaştırmaya başlamıştır. Tayland'da yerli hastalar, ekonomik krizden sonra, yükselen fiyatları ödeyemez duruma geldiğinde 1998 yılında Malezya bu gruba katılmıştır.

1980 ve 1990'lı yıllarda ABD ve Avrupa'da tedavi masraflarının hızla artmasıyla hastalar, denizaşırı ülkelerde tedavi görmeye başlamışlar. Bu dönemde, Orta Amerika (diş tedavisi) ve Küba'ya (göz, kalp ve kozmetik ameliyatları) ciddi sayıda sağlık turisti seyahat etmiştir.

Sağlık turizmi pastasından pay almak isteyen ülkelerde, çok sayıda hastane açılmaya başladı. Ancak bu hastanelerin güvenilirliği ve standartlara uygun olup olmadıkları tartışılırdı. Bu sebeple, hastanelerin uluslararası koşullara uyup uymadıklarını kontrol etmek ve bu konuda çalışmalarda bulunmak için JCI Akreditasyon Kuruluşu kuruldu.

1.1.3.7 1997 ve Sonrası

1997 yılında Asya'da meydana gelen ekonomik kriz nedeniyle paranın değerinin düşmesiyle ülke yetkilileri çözümü turizme verilen önemi artırmakta buldular. Bu nedenle sağlık turizmini geliştirmek amacıyla reklam eylemlerine başladılar. Kısa bir süre sonra çabaları sonuç veren Tayland, batılı ülkelere kıyasla uygun olan ücretleriyle plastik cerrahi açısından bir merkez haline geldi. İlerleyen yıllar, Sağlık Turizmi Dünyada ve Türkiye'de bölümlerinde açıklanacaktır.

1.1.4 Sağlık Turizmini Geliştiren Etkenler

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Müdürlüğü Sağlık Turizm Birimi'nin hazırladığı 2010 Faaliyet Raporu'nda hastaları, kendi ülkeleri dışında başka bir ülkede sağlık hizmeti almaya motive eden etkenler şöyle sıralanmaktadır (2010 Faaliyet Raporu ve 2011 Çalışma Planı, 2010: 14);

1) Mali Sebepler;

a. Demografik gelişmeler ve bakım maliyetlerinin artması:

- i. Özellikle batı ülkelerinde sağlık ve yaşlı bakım hizmetlerinin çok pahalı olması sağlık hizmetlerin maliyetlerini yükseltmektedir.
- ii. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde yaşlı nüfusu artmaktadır.
- iii. Kronik hastalıkların insidansı artmaktadır.
- iv. Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde obezite çok önemli problem olmakta ve artmaktadır.
- v. Sağlık hizmetine ulaşma talebi artmaktadır.
- vi. Hattı bekleme listeleri uzamaktadır.

b. Sağlık sigortaları açısından:

- i. Daha çok kar yapmak istemektedirler.
- ii. Daha ucuza hizmet alınabileceğini görmüşlerdir.

- iii. Sigortalıları memnun etmek ve kaçırmamak için sağlık turizmine yönelme zorunlulukları olmuştur.
 - c. Sağlık hizmeti alan kişilerin gelirlerinin düşmesi açısından:
 - i. Küresel krizler ile bu konu daha da önemli olmuştur. Özellikle batı ülkelerinde son yıllarda yaşanan ekonomik krizler ile kamu ve özel sektörde çalışanların ücretleri ya dondurulmuş ya da düşürülmüştür.
 - ii. Herkes her alanda tasarrufa yönelmiştir.
 - iii. Daha ucuz ve kaliteli sağlık hizmetine talep artmıştır.
- 2) Sağlık Hizmetine Erişim ve Bilgilenmenin Artmasına Bağlı Sebepler;
- a. Bilgi çağı ile insanların sağlık konusunda bilgi düzeyi artmıştır.
 - b. Toplum bilinçli bir tüketici olmuştur.
 - c. Sosyal hakların seviyesi yükselmiştir.
 - d. Çağımızda iletişim ve haberleşme çok yüksek bir seviyeye gelmiştir.
 - e. Ulaşım ve seyahat çok kolaylaşmış ve ucuzlamıştır.
- 3) Kalifiye Eleman Eksikliğine Bağlı Sebepler;
- a. Sağlık elemanlarının kalitesi ve sunumundaki düşüş, daha kaliteli sağlık elemanı ve sunulan işletme ve bölgelere yönelmeyi sağlamıştır.
 - b. Gelişmiş batı ülkelerinde sağlık hizmetine olan talep artmış bunun sonucu olarak bekleme listeleri ortaya çıkmıştır.
 - c. Gelişmemiş ülkelerde kalifiye sağlık elemanı ve yüksek sağlık teknolojisinin yokluğu sonucu kalifiye sağlık hizmeti sunumu minimuma inmiştir.
 - d. Sağlık personeli ve yüksek sağlık teknolojisi dünyada belli bölgelerde yoğunlaşmıştır.
- 4) Diğer Sebepler;
- a. Medya sağlık turizmini hep gündemde tutarak sağlık turizmine olan ilgiyi arttırmıştır.

- b. Sağlık turizmi sonucu ortaya çıkan sektör temsilcileri (seyahat acentesi, danışma firmaları, havayolları, özel hastaneler vb.) sektörün gelişmesine etki etmektedir.
- c. Tıbbi donanım üreten medikal sektör ve ilaç firmalar belli bölgelerde büyük sağlık kuruluşlarından daha çok kar elde etmektedirler. Sağlıkta hızla gelişen ileri teknoloji sağlık turizminin vazgeçilmez bir paydaşıdır.
- d. Gelişmiş ülkelerde eğitim görmüş doktorların tekrar kendi ülkelerine dönmesidir.

Türkiye Sağlık Vakfı ve Sağlık Turizmi Derneği'nin birlikte hazırladığı çalışmada ise aşağıdaki gibi belirtilmektedir (Türkiye Sağlık Vakfı, 2010: 12);

- Uzun süren hasta bekleme listelerinden kurtulmak,
- Daha kaliteli ve daha kısa zamanda hizmet almak,
- Yüksek sağlık teknolojilerine ulaşmak,
- Sağlık hizmeti maliyetini düşürmek,
- Kronik hastaların, yaşlıların ve engellilerin başka ortamlara gitme ve tedavi olma isteklerinin oluşması,
- Uyuşturucu ve farklı bağımlılıkları olan kişilerin farklı veya daha uygun ortamlarda olma istekleri,
- Tedavi olmanın yani sıra gezme ve kültür ziyaretlerinde bulunma isteği,
- Kişinin hayata tutunma ve yaşam isteği.

1.1.5 Sağlık Turizminin Özellikleri

İnsan sağlığının her şeyden öncelikli olmasından dolayı sağlık turizmi, hem turizm, hem tıp hem de ekonomi gibi birçok bilimle karşılıklı olarak bağlantı halindedir. Bu bağlantı sağlık turizminin daha da gelişmesini sağlayacak bir durum olmakla birlikte sağlık turizm sektörüne mikro ve makro iktisadi açıdan sınıflandırılacak özellikler kazandırmıştır (Özkurt, 2007: 127).

Mikro iktisadi özellikleri:

- ★ Sağlık turizmi bir piyasadır ve liberal iktisadın ilkeleriyle çalışmaya daha eğilimlidir. Güçlü bir arz ve talebin konusudur. Sağlığına gerekli özen ve önemi gösteren bireyler bu alanda ciddi bir talep potansiyelini oluşturmaktadır. Bu durum arz cephesine de ne kadar yatırım ve üretim yapacağı yönünde gerekli sinyali vermektedir.
- ★ Sağlık turizmi piyasası, Türkiye’de oligopolistik bir yapıdan tam rekabetçi bir yapıya doğru bir gelişim çizgisindedir. Çünkü bu piyasada hizmet veren çok sayıda işletme ve bu piyasadan hizmet satın alan çok sayıda müşteri yer almaya başlamıştır. Hizmetin üretiminde ve pazarlanmasında fiyat düşüşü ile kalite artışı gerçekleştikçe bundan sağlık turistlerinin büyük faydalar elde edeceği ortadadır.
- ★ Sağlık turizmi, başka turizm çeşitleriyle karşılaştırılsa da onlarla yer değiştiremez; o nedenle ikamesi yoktur. Sağlık turizmi sanayisinin anahtarı, onun maliyet etkisi ile turizmin tüm çekiciliklerinin bir biresimidir ki, bu zaten temel bir pazarlama unsurudur.
- ★ Sağlık turizmi piyasasına sunulan ürün ve hizmetler piyasa fiyatlara karşı kırılğan olduğu için arz ve talebi esnektir.

Makro iktisadi özellikleri:

- ★ Sağlık turizmi sektörü, hizmetler sektörü ana başlığı altında toplanan pek çok alt sektörü (madencilik, otelcilik, lokantacılık, vb) beslerken, onlar tarafından da beslenmektedir. Dolayısıyla sektörel faaliyet alanları çeşitlenmekte ve genişlemektedir.
- ★ Sağlık turizmine yönelik yapılan yatırımlar (genellikle) kamusal güvencelere ve özel sektör girişimlerine dayanmaktadır.
- ★ Sağlık turizminin yaygınlaşması, büyük ölçüde çevre temizliğine ilişkin bilinç ve çabaların arttırılmasına ve ayrıca yeni şifalı su yörelerinin keşfedilmesine ve oralarda yeni termal tesislerin kurulmasına bağlıdır.

- ★ Bütün bunların sonucu olarak, sağlık turizmi yaratacağı katma değerler ve GSMH'ye yapacağı katkılar ölçüsünde büyüyen bir sektör niteliğinde olacaktır.

Sağlık turizminin özellikleri göre şöyle açıklanmaktadır (Özalp, 2005: 98);

- Sağlık turizmi teknik donanım ve iş gücü gerektiren bir turizm türüdür.
- Sağlık turizminde, hizmeti sunan sağlık kuruluşunun uluslararası standartlara uygun hizmet sunması önem taşımaktadır.
- Hizmet sunan sağlık kuruluşunda, ortak yabancı dili bilen personelin mutlaka olması gerekmektedir.
- Hasta ve refakatçileri için farklı turizm türlerinin geliştirilmesini destekleyen, katma değeri yüksek bir turizm türüdür.
- Seçilmiş olan hedef pazara yönelik devlet destekli, farklı dillerde, tanıtım ve pazarlama faaliyetleri gerekmektedir. Yapılan bu tanıtımlarda hedef olarak öncelikle hastaların yurt dışında hizmet almasını destekleyecek sigorta ve sağlık kuruluşları seçilmelidir.

1.1.6 Sağlık Turizminin Faydaları

Sağlık turizminin ülkelere sağladığı faydalar somut faydalar ve soyut faydalar olarak iki ana başlıkta incelenmektedir (Yalçın, 2006: 40-41);

- a) Sağlık Turizminin Somut Faydaları:
 - a. Yabancı turistlerden kaynaklanan gelirler ülkelerin ekonomik refahına katkı sağlamaktadır.
 - b. Sağlık turizmi, gelişmekte olan ülkelere, fiyat tarifelerinde gelişmiş ülkelere karşı maliyet avantajı sağlamaktadır.
 - c. Ülkeler arasındaki bilgi paylaşımını arttırmaktadır.
 - d. Ülke içinde veya dışında stratejik ortaklık sağlamaktadır.
 - e. Ülkeler arasında teknoloji ve bilgi transferi sağlamaktadır.

- f. Yabancı hastalara sunulan fırsatlar, kendi ülkelerindeki hastalara da daha iyi hizmet sunulmasını sağlamaktadır.
 - g. Global pazarlama ve tıbbi ticareti sağlamaktadır.
- b) Sağlık Turizminin Soyut Faydaları:
- a. Ülkelerin global sağlık bakım sunucusu olarak uluslararası kabulünü sağlamaktadır.
 - b. Sosyal ve kültürel deneyimlerin paylaşılmasını sağlamaktadır.
 - c. Uluslararası ilişkilerin gelişmesine katkı sağlamaktadır.
 - d. Ülkelere dünya düzeyinde sağlık bakım hizmeti sunduğu imajını kazandırmaktadır.
 - e. Rekabet avantajı sağlamaktadır.
 - f. Hastane destek hizmetler arasında daha iyi koordinasyon sağlamaktadır.
 - g. Kamu ve özel sektör ortaklığı sağlamaktadır.
 - h. Hasta memnuniyetini artırmaktadır.

Sağlık turizminin faydaları bir başka kaynağa göre şöyle açıklanmaktadır;

(http://www.saglikturizmiplatform.com/Saglik_Turizmi.asp);

- Katma değeri en yüksek turizm çeşididir.
- Ülkelerin ve kentlerin tanıtımına katkısı vardır.
- Yeni ve çeşitli mesleklerde istihdam alanları sağlamaktadır.
- Ülke ekonomisine girdisi diğer turizm çeşitlerine göre çok yüksektir.
- Sağlık Turizmi bacasız fabrikadır.
- İstihdamın niteliğini artırmaktadır.
- Ülkenin cari açığının kapatılmasında bir kalemdir.
- Kış, doğa, inanç, kültür vb. turizmi çeşitleri ile sinerji oluşturacak alternatif bir turizm alanıdır.
- Sağlık nedeniyle tercih edilen bir ülke olmak ülkenin uluslararası prestiji açısından oldukça önemlidir.

Yukarıda sayılan tüm bu faydalarının yanında sağlık turizminin bazı olumsuz yönleri de bulunmaktadır. Bunlar;

- a) Hükümet ve bazı sağlık sigortaları yurt dışından alınan hizmetleri ödememektedir. Yani hastalar aldıkları hizmetin bedelini cepten ödemek zorunda kalmaktadırlar.
- b) Yurt dışında sunulan sağlık hizmeti sonrasında ortaya çıkan yan etki, komplikasyon veya ameliyat sonrası bakım ihtiyacı, hastanın ameliyattan birkaç gün sonra kendi ülkesine dönmesinden dolayı kendi ülkesinde giderilmek zorundadır.
- c) Birçok ülkenin malpraktis konusunda yeterli yasası bulunmamaktadır. Bu nedenle yanlış bir tedavi olması durumunda yerel mahkemelerden yeteri kadar yardım alınmamaktadır.

1.1.7 Sağlık Turizminin Ülke İçin Riskleri

Sağlık turizmi aynı anda hem çok yararlı hem de zararlı bir turizm çeşididir. Bir yandan ülkede mali, politik, istihdam gücünün artırılmasında ve sağlıkta alt yapının gelişiminde sağlayacağı katkı, bir yandan da ülke içerisinde meydana gelebilecek bir takım istikrarsızlıklara sebebiyet vermesi mevzubahis olabilmektedir.

Özel hastane ve diğer sağlık kuruluşlarının doktor ve diğer sağlık personellerine kamudan daha fazla ücret vermeleri nedeniyle devlet kurumlarında sağlık personeli sorunu ortaya çıkabilmektedir.

Başka bir yönden bakıldığında özel hastanelerin ülke vatandaşlarına oranla daha yüksek ücret ödeyen yabancı hastalara öncelik vermesi günümüzde yaşanan bir süreçtir. Kapasite fazlalığı ortaya çıkarak yatakların boşalmasından sonra yerli hastalara yer verilmekte, yabancı hastalardan sonra tedavileri yapılmaktadır. Böyle bir uygulama ülke içerisinde sosyal huzursuzlukların çıkmasına sebep olabilir.

Bu risklere rağmen sağlık turizmi durdurulamayan bir hadise olarak önümüze çıkmaktadır. Bu nedenle öncül girişimler atılarak tüm bu risklerin hesaba alındığı, özel sektör hissedarlarıyla durumun karşılıklı olarak danışıldığı, yerli ve yabancı hastalara sağlık hizmetinin verilmesinde bir muadelenin sağlandığı, muhtemel risklerin olabildiğince indirildiği bir prosedür geliştirme yönüne gidilmelidir. Bu konuda risk almak, önüne geçilemez bu küresel gelişmeye dair hiçbir şey yapmadan kendi başına bir gidiş yolu izlemesine müsaade etmekten daha iyidir.

1.1.8 Sağlık Turizminin Önündeki Engeller

Sağlık sistemlerinin ülkeler arasında farklılık göstermesi hastaların farklı bir ülkeden sağlık hizmeti almasını engelleyebilmektedir. Sağlık turizminin önünde bulunan engellerin bazılarını Lengyel ve Ötvös (2003: 81) şöyle sıralamaktadır;

- Ülkeler arasında politik, ekonomik, sosyal, teknolojik, kültürel ve dinsel farklılıklar bulunmaktadır.
- Ülkelerin ulusal sağlık bakım sistemlerinin hastaları tatmin etmelerinde farklılıklar bulunmaktadır.
- Ülkeler arasında dil farklılıkları bulunmaktadır.
- Ülkeler arasındaki iletişimde sorunlar yaşanmaktadır.
- Sağlık bakım teknolojileri ve malzemelerinde ülkeler arasında önemli farklılıklar bulunmaktadır.

Gonzales, Brenzel ve Sancho (2001: 25-28)'nin yaptığı çalışmaya göre ise yukarıda sayılan engeller dışında sağlık turizminin önünde bulunan engeller şunlardır;

- Sağlık hizmetinin doğası gereği hastalar bilmedikleri bir çevreden sağlık hizmeti almak istememektedirler. Sağlık turizminin önündeki en büyük engel duygusal güvenlik ihtiyacıdır. Hasta insan, arkadaşlarının ve ailesinin yanında olmasını istemektedir.

- Yasalar ve düzenlemeler kişilerin başka ülkelerden sağlık hizmeti almasını engelleyebilmektedir. Ülkelerin sağlık politikaları hakkında yeterli ve güvenilir bilgiye sahip olmamak, hastaları mağdur edebilmektedir.
- Sağlık sigortalarının birçoğu, acil durumlar dışındaki tedavileri karşılamamaktadır.
- Başka bir ülkeden hizmet almak yerine hasta kendi ülkesinde uzak başka bir şehirden hizmet almayı tercih edebilmektedir.

Bu engellerin ortadan kaldırılıp sağlık turizminin geliştirilmesi için atılması gereken 5 adımı Lengyel ve Ötvös (2003: 81) şöyle sıralamaktadır;

- ✓ Öncelikle sağlık turizmi yerel olarak yapılmalıdır.
- ✓ Yabancı hasta kabul edecek hastaneler ve sağlık kuruluşları kalite belgesi almalıdır.
- ✓ Ülkeler arası iletişim kuvvetlendirilmelidir.
- ✓ Hastaneler arasında ortak bir bilgi ağı oluşturulmalıdır.
- ✓ AB standartlarına uygun hastalık tedavi yönergesi oluşturulup yaygınlaştırılmalıdır.

1.1.9 Sağlık Turizminde Paydaşlar

Sağlık turizm paydaşları; hizmet sunumundaki paydaşlar, resmi paydaşlar, diğer paydaşlar ve hedef hizmet sunucuları olmak üzere 4 başlık altında aşağıda gösterilecektir (Türkiye Sağlık Vakfı, 2010: 57);

1. Sağlık Turizmi Hizmet Sunumunda Paydaşlar
 - a) Sağlık Kurum ve Kuruluşları
 - b) Seyahat Acenteleri
 - c) Turizm Sektörü
 - d) Aracı ve Danışman Firmalar

- e) Ulaşım Sektörü
 - f) İletişim ve Bilişim Sektörü
 - g) İnşaat Sektörü (yeni yatırımlar)
2. Sağlık Turizminde Resmi Paydaşlar
- a) Başbakanlık Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı
 - b) Başbakanlık Dış Ticaret Müsteşarlığı
 - c) Sağlık Bakanlığı
 - d) Kültür ve Turizm Bakanlığı
 - e) Dışişleri Bakanlığı
 - f) Milli Eğitim Bakanlığı
 - g) Bayındırlık ve İskân Bakanlığı
 - h) Ulaştırma Bakanlığı
 - i) Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
 - j) Enerji ve Tabii Kaynaklar Bakanlığı
3. Sağlık Turizminde Diğer Paydaşlar
- a) Sağlık profesyonelleri (doktorlar)
 - b) Yardımcı sağlık personelleri (hemşire, sağlık memuru, tekniker v.b)
 - c) Finans kuruluşları
 - d) Yatırımcılar
 - e) Diğer hizmet sunucuları (memur, tercüman, hasta bakıcı vb)
4. Hedef Hizmet Sunucuları
- a) Özel (Vakıf) Hastaneler
 - b) Üniversite Hastaneleri
 - c) Hastane Birlikleri (gelecekte)
 - d) Sağlık Kampusları (gelecekte)
 - e) Turizm Sektörü
 - f) Medikal Sektör (tıbbi donanım, teçhizat)

1.1.10 Sağlık Turizm Çeşitleri

1.1.10.1 Medikal Turizm

Medikal turizm, insanların başka ülkelere ve/veya bölgelere tıbbi bir hizmet alabilmek için seyahat etmesini ifade eder. Mütihazsıs cerrahiye ve diğer iyileştirme yöntemlerine gereksinim duyan hastaların turizm etkinliklerinin bir bölümünü de içerek şekilde düzenlenen özel tıbbi tedaviler olarak ifade edilen medikal turizm, doktorların ön safhada yer aldığı sağlık turizmi çeşitlerinden biridir. Özellikle son zamanlarda, insanların tatil boyunca dinlenmesi, spor yapması, kaplıcalara gitmesi gibi daha sağlıklı olma teşebbüsleri, beraberinde turizm pazarında "medikal turizm" adında yeni ve farklı bir alanın ortaya çıkmasını sağlamıştır.

Medikal turizm ilerleyen kısımlarda ayrıntılı bir şekilde açıklanacak olsa da medikal turizmde ön plana çıkan alanlar; başta göz olmak üzere, estetik operasyonlar, küçük cerrahi müdahaleler, dental müdahaleye dönük operasyonlar, onkoloji, ortopedi, kardioloji ve beyin cerrahisi gibi alanlardır (Aydın, 2011: 5).

1.1.10.2 Termal ve SPA-Welness Turizmi

1.1.10.2.1 Termal Turizm

Termal turizmin tanımı; "term" sözcüğü Latince "sıcak" anlamına gelen "thermos" sözcüğünden gelmektedir. Romalılar zamanında önceleri halk banyoları anlamında kullanılan term sözcüğü daha sonraları, su alınan yer anlamında kullanılmaya başlanmıştır. Doğal sıcak sular için thermal-(termal), suların sıcaklık özelliğini belirtmek için thermique (termik), doğal sıcak su kaynaklarının incelenmesi ve sağlık amacıyla yararlanılması amacıyla düzenlenmesine ise, thermalizme (termalizm) denmektedir (Bayer, 1997: 8).

Erdoğan ve Aklanoğlu (2008: 84), doğal kaynaklar temelinde gelişme gösteren termal turizmin, doğal olarak belirli sıcaklıkta yeryüzüne çıkan ve yararlı mineralleri içeren şifalı su, çamur ve buharın bulunduğu yörelerde, o coğrafi çevreye özgü iklim şartlarında gerçekleşen bir turizm türü olduğunu ve bugün sağlıklı yaşam ve insan sağlığına önem veren ülkelerin turizm yaklaşımlarında önemli bir yere sahip olduğunu belirtmişlerdir.

Kültür ve Turizm Bakanlığı'nın yapmış olduğu tanımlamaya göre, termal turizm; termomineral su banyosu, içme, inhalasyon, çamur banyosu gibi çeşitli yöntemlerle beraber iklim kürü, fizik tedavi, rehabilitasyon, egzersiz, psikoterapi, diyet gibi destek tedavilerin birleştirilmesi ile yapılan kür (tedavi) uygulamaları yanı sıra termal suların eğlence ve rekreasyon amaçlı kullanım ile meydana gelen turizm türüdür (02.10.2012).

Türkçede sıcak sulara ve yeryüzünde ulaştığı yerlere "ılıca" denir. Ilıcalar, amaca uygun bir şekilde tesis ve hamam haline getirilerek "kapalı ılıca" diye söylenir olmuş, sonradan da "kaplıca" sözcüğü halini almıştır. Türkler Anadolu'ya geldiklerinde "çerge" (buhar banyosu) geleneğini, Roma banyosu ile birleştirerek "Türk Hamamı"nı ortaya çıkarmışlardır. Termal su bulunan bölgelerde ise, suyu havuzlarda da kullanarak "Türk Kaplıca Hamamı" tarzını meydana getirmişlerdir. Böylelikle, hem sağlık hem de temizlik amacıyla kaplıcaları kullanmışlardır. Kaplıca geleneği, Türkiye'nin zengin sıcak su kaynakları sayesinde kuvvetli bir gerçek olarak varlığını çağımızda da sürdürmektedir. Kaplıcaların sağlığı koruma, geliştirme, tedavi edici ve rehabilitasyon amaçlı çağdaş bir biçimde kullanımı; Türkiye'de dahil olmak üzere, başta Avrupa, Asya, Afrika ve Güney Amerika'da son on yılda giderek kuvvetlenen ve genişleyen bir vaziyettir (Karagülle, 2008:3).

Sosyo-kültürel çevre olanakları ve termal suların şifa özellikleriyle birlikte doktor denetiminde diğer destek tedavilerden de yararlanarak; dinlenme, rekreasyon, eğlence, spor vs. hizmetlerin yanında; sağlık durumlarını korumak, zinde kalmak veya hastalıklarını tedavi ve rehabilite etmek isteyen kişiler termal tesislerden

yararlanmaktadır. Arz ve talebe göre oluşan bu faaliyetler, termal turizmi oluşturmaktadır.

Termal turizmin sağladığı en önemli avantajlar (Kostak, 2007:23);

- ★ Turizmin mevsimsellik özelliğini ortadan kaldırması,
- ★ Turistik açıdan gelişme potansiyeline sahip bölgeler için fırsat yaratması,
- ★ Konaklama işletmelerinde yüksek doluluk oranları sağlaması,
- ★ İstihdam yaratması,
- ★ Turizmin çeşitlendirilerek farklı hedef pazarlara girilebilmesidir.

Türkiye'deki uygulanan termal turizm uygulamalarını şu şekilde sıralayabiliriz (Sağlık Turizm Rehberi, 2009: 6);

- a. **Kür:** Tedavi faktörünün belli miktarda ve belirli aralıklarla tekrar edilerek verilmesi ile uygulanan tedavi yöntemidir.
- b. **Kaplıca Tedavisi:** Toprak, yer altı ve deniz kaynaklı mineralli sular, gazlar, peloidler (çamurlar) ve mevsimsel faktörler gibi tabii tedavi yöntemlerinin bölgedeki iklim imkânları ve ihtiyaç duyulan diğer tedaviler ile kür tarzında uygulanan bir tedavi şeklidir.
- c. **Balneoterapi:** Termomineral sular, peloidler ve gazlar gibi tabii tedavi yöntemlerinin banyo, içme ve inhalasyon (soluma) yöntemleri ile kür tarzında tedavi amaçlı kullanılmasıdır.
- d. **İnhalasyon Uygulamaları:** Termomineral su tanecikleri ile yapılan soluma uygulamalarıdır.
- e. **İçme Kürleri:** Mineral sular ile kaplıcalarda yapılan içme kürleridir.
- f. **Peloidterapi:** Doğal, jeolojik ve/veya biyolojik olaylar sonucu oluşan organik ve/veya inorganik maddeler olan peloidlerin bir Balneoterapi yöntemi olarak kullanılmasıdır.
- g. **Klimaterapi:** Hava sıcaklığı, rutubet, rüzgâr şiddeti ve hızı, güneş ısı ve benzeri mevsimsel etkenlerin düzenli ve doz haline getirilerek kür tarzında kullanılmasıdır.

- h. Talassoterapi:** Termomineral sular ile yapılan banyo, yıkama ve dökme gibi yöntemlerdir. Ayrıca, herkes için özel ve amaca uygun şekilde düzenlenmiş havuzlarda gerçekleştirilen, sinir-kas-iskelet sistemiyle ilgili işlevleri geliştirme ve rehabilite etme amaçlı bir havuz tedavisi programı olarak da bilinir.
- i. Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon:** Kaplıca tedavisinde kullanılan elektroterapi, egzersiz tedavileri, masaj ve diğer yöntemlerdir.
- j. Medikal Tedavi:** Kaplıca tedavisi sırasında hastaya bölgesel veya düzenli olarak uygulanan ilaçlı tedavi yöntemidir.
- k. Destek Uygulamalar:** Yapılan tedavi yöntemlerinin yanı sıra destek olarak verilen sağlık eğitimi, günlük yaşam aktiviteleri, diyet programı, davranış değiştirme eğitimleri ve ruhsal destek yöntemleridir.

Kültür ve Turizm Bakanlığı'ndan termal amaçlı (Sağlık Bakanlığı'nca kür merkezi olarak değerlendirilen) turizm yatırım belgesi almış 15 tesisin yatak sayısı 7.447, turizm işletme belgesi almış 50 tesisin yatak sayısı ise 15.796'dır. Yerel idareler tarafından belgelendirilen 35 tesisin ise yaklaşık olarak 6174 yatak kapasitesi vardır(<http://www.ktbyatirimisletmeler.gov.tr/TR,11479/turkiyede-saglik-ve-termal-turizm.html>).

Kültür ve Turizm Bakanlığı Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü 2012 yılı verilerine göre, geçen yılsonuna kadar 33 ilde toplam 79 Termal turizm merkezi bulunuyordu. 20 Ocak 2013 tarihli Resmi Gazete'de yayımlanan Bakanlar Kurulu Kararı ile Türkiye'deki Termal turizm merkezi sayısı 82'ye yükseldi. Termal turizm merkezine sahip Kütahya (9), merkez sayısı en fazla olan il konumunda bulunuyor. Kütahya'dan sonra en fazla merkeze sahip iller, Balıkesir (8), İzmir (6), Manisa (5) ve Denizli (5) olarak sıralandı. Diğer termal turizm merkezi bulunan iller şöyle; Afyonkarahisar (4), Çanakkale (4), Yozgat (4), Ankara (3), Erzurum (3), Sivas (3), Aydın (2), Bursa (2), Eskişehir (2), Sakarya (2), Samsun (2), Uşak (2), Yalova (2), Amasya (1), Ağrı (1), Bingöl (1), Bolu (1), Diyarbakır (1), Kocaeli (1), Konya (1), Nevşehir (1), Niğde (1), Osmaniye (1), Rize (1), Tokat (1). Merkezlerden 7'si ise Yozgat-Kırşehir, Aydın-Denizli, Denizli-Burdur, İzmir-Manisa, Kırşehir-Ankara-

Aksaray, Niğde-Aksaray, Elazığ-Tunceli illerinin sınırlarında kaldığı için birlikte Termal turizm merkezi ilan edildi (<http://www.haberler.com/turkiye-nin-termal-turizm-merkezleri-4307356-haberi/>).

Dünyada termal turizm alanında ön plana çıkan ülkeler Almanya, Macaristan, Rusya, Fransa, İsviçre, İspanya, Japonya, Çek Cumhuriyet, Slovakya ve ABD olarak sıralanabilmektedir. Bu ülkeler kaplıca turizmi açısından markalaşmış destinasyonlardır. Nitekim kaplıca turizmi amaçlı olarak senede Almanya ve Macaristan'a 10 milyon kişi, Rusya'ya 8 milyon kişi, Fransa'ya yaklaşık 1 milyon ve İsviçre'ye 800 bin kişi gitmektedir (Akbulut, 2010: 36).

1.1.10.2.2 SPA-Wellness Turizm

“SPA” kelimesi Latince “Salus Per Aqua”, su ile sağlık ya da suyun kullanımından gelen sağlık anlamına gelmektedir. Kelime anlamından daha büyük alanı içine alan SPA günümüzde sadece su ve çamur terapilerini değil sıcak su havuzu, güzellik ve bakım, çeşitli masaj terapileri ve aromaterapileri gibi sağlık kür hizmetleri veren kuruluşlara verilen bir isim olmakla birlikte su ile iyileşme, suyun sıcak, soğuk ve farklı biçimlerdeki akıtılması, damlatılması, duşlama, püskürtme gibi uygulamaları ile sağlanan dinlenme ve rahatlama duygularının hissedildiği tamamlayıcı terapi olarak adlandırılmaktadır (<http://www.ktbyatirimisletmeler.gov.tr/TR,11513/spa-wellness-tanimi-ve-uygulama-alanlari.html>).

Wellness kelimesi ise akıl, beden, ruh ve ilişkilerde iyi ve canlı olmayı ifade eder. Bu bağlamda bireyin kendisini ruhsal, bedensel, zihinsel ve ilişkisel olarak iyi hissetmesine yarayan masaj, küvet bakımı, cilt bakımı, yosun ve çamur banyoları, thalasso terapi gibi doğal ürünlerle yapılan vücut bakımları Wellness'in içine girmektedir(http://www.saglikturizmiplatformu.com/SPA_Wellness_Turizmi.asp).

Dünyada ve Türkiye’de “SPA & Wellness” merkezleri uluslararası standartlardaki otel zincirlerinde bulunmaktadır. Son yıllarda oldukça popüler olan “SPA & Wellness Turizmi”ne yönelik Türkiye’deki otel işletmeleri de modern donanımlı ve hizmet kalitesi yüksek yatırımlarla dikkat çekmektedirler.

Uluslararası SPA Birliği’ne göre SPA’lar yedi kategoriye ayrılmıştır. Bunlar (Sağlık Turizmi Rehberi, 2009: 75-76);

- a. **Klüp SPA:** Fitness gibi sağlık hizmetlerini sunan klüplerdir. Ayrıca günlük kullanıma bağlı SPA hizmetleri de sunulmaktadır.
- b. **Kruvaziyer SPA:** Bir kruvaziyer gemide wellness hizmetlerinin yanı sıra SPA menüsünü de içeren kulüp olmakla birlikte profesyonel tedaviler, kişisel idman çalışmaları ve salon hizmetleri gibi kişisel isteğe bağlı şekilde sunulmaktadır.
- c. **Günlük SPA:** En yaygın SPA türüdür. Verilen hizmetler en kaliteli bir şekilde profesyonelce sunulmaktadır.
- d. **Destinasyon SPA:** Fiziksel sağlık ve eğitim amaçlı profesyonelce yönetilen hizmet programları ile yerinde konaklama yapılması yoluyla yaşam şeklinin gelişimi ve sağlığın artırılmasına yönelik hizmetler sunulmaktadır.
- e. **Medispa (Tıbbi SPA):** Amacı öncelikle geniş kapsamlı sağlık ve wellness bakımlarını, geleneksel SPA hizmetleri ve tamamlayıcı tedavilerin bütünleştirildiği bir ortamda sağlamak olup tıbbi SPA profesyonelleri tarafından verilen uygulamaları da kapsar.
- f. **Mineral Kaplıca SPA:** Kaynağından alınarak kullanılan doğal mineral, termal veya deniz suyu ile yapılan wellness - SPA hizmetlerini ve hidroterapi uygulamalarını kapsar.
- g. **Resort Otel 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.

1.1.10.3 İleri Yaş ve Engelli Turizmi

İleri yaş, büyüklüğü ve emeklilik sonrası aktif yaşam, doğumda beklenen yaşam süresinin uzaması, zaman esnekliği ve mali refahın artması ve gelişme potansiyelinin yüksek oluşundan dolayı çekici bir pazar durumundadır. Son yıllarda dünyada hızla artan yaşlı nüfus ve pek çok sosyal ve yasal düzenleme ile yaşam standartlarının yükseltilmeye çalışıldığı engelli grup, turizm sektörünün de ilgi odağı haline gelmiştir. Pazar ve hizmet özelliklerinin diğer gruplara göre farklılık gösterdiği yaşlı ve engelli turizmi bu bölümde anlatılacaktır.

1.1.10.3.1 İleri Yaş Turizmi

Özellikle 65 yaş ve üzeri insanların, son 15–30 yılda artış gösteren yaş ortalamalarına bağlı olarak tedavilerini içine alan sağlık turizminin türlerinden biridir. Bilhassa batıdaki gelişmiş ülkelerde, II. Dünya Savaşı sonrasında yaşanan hızlı nüfus artışının yerini, doğum oranının düşmesi ve yaşlı nüfusun her geçen gün artmasına bırakmıştır. Aile yapılarının değişmesi, ekonomik gelirlerinin yükselmesi ve boş zamanlarının çok olması gibi yaşlı nüfusa özel olguların dikkat çekmesiyle birlikte ileri yaş turizmi oluşmuş ve önem kazanmaya başlamıştır.

Sağlık Bakanlığı'nın elde ettiği verilere göre; yaşlı bireylerin turizm potansiyeli, sağlık turizmi girişimcileri için önemli bir fırsattır. Malum günümüzde dünyadaki bireyler gittikçe yaşlanmakta ve özellikle gelişmiş devletlerde ortalama insan yaşam süresi tıbbın gelişmesiyle uzamaktadır. “2050 yılında dünya nüfusunun % 21'i, 60 yaş ve üzeri kişiler olacaktır.” (http://egetipdergisi.com.tr/pdf/pdf_EGE_460.pdf). Yaşanan bu gelişme, ileri yaştaki insanların çeşitli sağlık amaçlı giderlerini ve çeşitli tedavi süreçlerini yanında getirmektedir. İleri yaş grubunun tatil seçimi, daha çok sıcak ülkeler ve sağlık turizmi hizmetleri veren bölgelere ve/veya ülkelere doğru olmuştur.

Yaşlı turizmi genel olarak; ileri yaş turizmi, klinik otel rehabilitasyon merkezleri, yaşlı bakım evleri ve engelli bakım hizmetleri şeklinde sınıflandırılabilir. Hizmet yerleri bakım evleri, klinik oteller, tatil köyleri, gezi turları, rekreasyon alanları, meşguliyet terapileri ve rehabilitasyon merkezleridir (Türkiye Sağlık Vakfı, 2010: 41).

Yaşlıların çoğunun aynı zamanda kronik hasta olmaları, daha çok harcama yapan turist grubu olmaları ve Türkiye’de tedavi imkânlarıyla beraber dinlenme ve meşguliyet alanları yaratılması önemli bir kesimi mutlu edecektir. Türkiye’nin genç nüfusunun, bu grubun bakımında eğitilerek istihdam yaratılması da önemli bir kazanım olacaktır. Üniversitelerde yaşlıların bakımı için eğitim programları açılması ve ileriye yatırımlar yapılması yabancı yaşlıların Türkiye’ye ilgisini arttıracaktır (<http://www.ozelhastaneler.org.tr/images/Documents/Dunyada-ve-Turkiyede-Saglik-Turizm-2010.pdf>).

Türkiye nüfusu, 2012 yılı sonu itibariyle bir önceki yıla oranla binde 12 artarak, 75 milyon 627 bin 384 kişiye yükseldi. 2011 yılında 29,7 olan ortalama yaş, 2012 yılında önceki yıla göre artış göstererek 30,1 oldu. 15-64 yaş grubunda bulunan çalışma çağındaki nüfusun oranı 2011 yılına göre 0,2 puan artarak yüzde 67,6 (51 milyon 88 bin 202 kişi) olarak gerçekleşti. 0-14 yaş grubundaki nüfusun oranı ise yüzde 24,9'a (18 milyon 857 bin 179 kişi) gerilerken, 65 ve daha yukarı yaştaki nüfusun oranı da yüzde 7,5'e (5 milyon 682 bin 3 kişi) yükseldi (www.tuik.gov.tr).

Yaşlı nüfusun toplam nüfusa göre artışı sürekli devam etmektedir. Bu durum sadece Türkiye’de yaşanmamakta; bilhassa Japonya ve Monaco gibi dünyanın en yaşlı nüfusuna sahip ülkelerinde görülmektedir. Japonya ve Monaco’yu Almanya ve İtalya %21, Yunanistan, İsveç, Portekiz ve Bulgaristan %19 ile takip etmektedir (http://www.prb.org/pdf12/2012-population-data-sheet_eng.pdf).

1.1.10.3.2 Engelli Turizmi

Engelliler denince; görme, işitme ve tekerlekli sandalye kullanan insanlar gibi birkaç grup ilk akla gelmektedir. Ancak sağlık problemleri, bireysel ve bölgesel faktörlerin etkisiyle meydana gelen engellilik durumları büyük ölçüde çeşitlilik gösterir (Öngör, 2013: 9)

Eski zamanlarda engelli insanların engelsiz insanlar gibi çalışma alanında faaliyet göstermesi, tatil, turizm ve seyahat programlarına katılması, alışveriş yapması, boş zaman uğraşları gibi yaşamın birçok alanında yer alabileceği fikri çok az kitle tarafından kabul görmüştür. Ancak bu insanların diğer insanlar gibi eğlenmeye, farklı yerler görmeye, tatil yapmaya, gezmeye vb. ihtiyaçları olduğu gözden kaçmaktadır. Engelli insanların yaşamın her alanında diğer insanlar gibi varlığının sağlanması, ülkenin uygar toplum olduğunun çok önemli bir göstergesi olarak kabul edilir.

Dünya ülkelerinde özel hizmet-donanım gerektiren insanlara ve engelli insanlara yönelik konaklama imkânları oldukça sınırlıdır. Tekerlekli sandalyeye imkan sağlayan odaların sayısı çok azdır. Bu sebeplerden dolayı az sayıda engelli insanlar, onlara kolaylık sağlayacak tesisler aramaktadır. Ancak tam anlamıyla donanımlı tesisler bulunmadığından bazı engelli bireyler, tesisin zemin kısmında yer alan standart bir odaya veya birkaç merdiven basamak altında yer alan odaya razı olabilmektedir. Bazen de birkaç gece ortaya çıkabilecek sorunlar göz ardı edilebilmektedir (Artar, 2003: 1-3)

Türkiye İstatistik Kurumu'na göre; Türkiye'deki engelli nüfusu % 12,9'dur. Bir başka deyişle Türkiye'deki engelli ve özürlü insan nüfusu 9 milyon civarındadır. Bazı ülkelerin engelli sayısına bakılınca ilgili pazarın ne kadar geniş olduğu daha iyi anlaşılabilir (http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/dosya/1-72730/h)

En son 2011 yılında yayınlanan Dünya Engellilik Raporu'na göre; Dünya nüfusunun yaklaşık %15'i yani 1 milyardan fazla insan, bir tür engellilik veya

özürlülük ile yaşamını sürdürmektedir. Küresel Sağlık Yükü çalışmasında, 0-14 yaş arası çocuk engelliliğinin ise, 95 milyon civarında bulunmakta bunun 13 milyonu ise “şiddetli engellilik” olarak belirtilmektedir. 15 yaş ve sonrası bireylerde engellilik durumu ile yaşayan kişi sayısını Dünya Sağlık Araştırması (World Health Survey) %15,6 yani 785 milyon belirtirken, Küresel Hastalık Yükü (Global Burden of Disease) çalışması bu sayıyı yaklaşık %19,2 yani 975 milyon olarak belirtmektedir. Dünya Sağlık Araştırması; bu kişiler arasından %2,2 yani 10 milyon kişinin fonksiyonlarını icra etme konusunda çok ciddi sıkıntılar yaşadığını varsaymaktayken, Küresel Hastalık Yükü; şiddetli depresyon veya körlük gibi durumlara eşit gelen engellilik kategorisi olan “şiddetli engellilik” yaşayan kişi sayısını %3,8 yani 190 milyon olarak varsaymaktadır (Dünya Engellilik Raporu, 2011: 2).

Türkiye’de yaşayan engellilerin seyahat etme alışkanlıklarına ilişkin herhangi bir veri bulunamamıştır. Ancak, Milli Prodüktivite Merkezi tarafından Antalya, Muğla, Aydın, İzmir ve İstanbul’da yapılan bir araştırmaya göre; oteller, odalarının sadece %1’ini engelliler için tahsis etmektedir. Aynı araştırmada, otellerin %31’i işletmelerinde engellilere yönelik düzenlemelerin olmadığı belirtilmektedir. Bu oranlar gösteriyor ki engelliler ulaşım sorununu aşabilseler de konaklama tesislerinde önemli sorunlarla karşılaşmaktadırlar (www.tsd.org.tr).

1.1.11 Dünyada Sağlık Turizmi

Sağlık turizmi, dünyada süratle gelişme gösteren evrenselleşmenin bulgularından olduğu düşünülebilir. İnsanoğlu, sağlık problemlerini çözümlerlerken sadece kendi ülkelerindeki doktorları veya ücretleri değil, en iyi çözüm ve en iyi ücreti düşünerek yola çıkmaktadırlar. Dünyadaki evrenselleşme süreci, ülkenin sağlık sisteminde yaşanan sorunlar (uzun süren bekleme listeleri, yüksek maliyetler, verilen hizmetlerde kalite sorunları vb.), hizmet alan müşterilerin bilinçlenmesi ve AB gibi etkenlerin bir sonucu olarak süratle büyüyen bir sektör olan sağlık turizmi, genel manada hem tatil hem de tedavi öğelerini içeren bir kavramdır.

1.1.11.1 Avrupa Bölgesinde Sağlık Turizmi

AB ülkelerinde, ortak bir sağlık sistemi bulunmamaktadır. Sağlık konusunda her ülkenin kendine özgü yasaları, hakları ve koşulları vardır. Çoğunlukla sağlık hizmetlerinin finansı, genel vergilerle veya sağlık sigortalarıyla sağlanmaktadır. Avrupa ülkelerinde yurt dışı sağlık hizmetleri; turistin sağlığı ve sağlık turizmi olarak iki ana başlıkta ele alınır (Varlık, 2010).

Avrupa'daki ülkelerde sağlık hizmetleri hem çok kaliteli ve hem de oldukça pahalıdır. Toplumun ortalama yaşam süresi uzun ve sağlık hizmetine olan ihtiyaçları fazladır. Bu nedenle hükümet sağlık bütçesine ayırdığı payı artırırken, özel sigorta sisteminin karlılık oranı düşmektedir. Özel sigortalar durum böyle olunca yeni plasmanlar yapmamakta ya da daha karlı alanlara (gıda, tekstil, savunma sanayi, iletişim vb) yatırım yapmaktadırlar. Bu durumda pahalıya sağlık hizmeti almak zorunda kalan sigortalılar; daha ucuz ama kaliteli ve yatış bekleme süresi kısa olan sağlık hizmeti veren işletmelere ihtiyaç duyar. Sonuçta Avrupa, ülke dışından daha ucuza sağlık hizmeti almaya aday haline gelmiştir.

Ülkeler arasındaki hasta hareketliliği 1990'larda başlar. "Avrupa 1992" projesi hizmet alımında ve eşyaların dolaşımında mihenk taşı olmuştur (Hamilton, 2003: 104).

AB ülkelerinde hastaların başka bir AB ülkesinden hizmet alması yasal açıdan mümkündür. Avrupa düzenlemesine 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
- *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. 26 Haziran 2002 tarihinde yapılan Sağlık Konseyi'nde sağlık bakanları AB ülkeleri arasında tedavi amaçlı hasta hareketliliği ve sağlık bakım gelişimi ile ilgili üst düzey düşünme süreci başlatmışlardır (Hamilton, 2003: 105-107).

Coheur (2003: 101-102) makro ve mikro açıdan Avrupa Birliği ülkelerinde sağlık turizminde yaşanan zorluklar ve engeller şu şekilde özetlemektedir:

Makro Açıdan:

- a) Yasal zemin ve tarihsel süreç
- b) Sosyal sigortaların paydaş halini alması, ekonomik katkısı
- c) Toplum sağlığı alanındaki yasalar,
- d) Her ne kadar ulusal düzeyde ya da ikili anlaşmalarla çeşitli düzenlemeler olsa da 1981'den bu yana köklü değişikliklerin olmaması.

Mikro Açıdan:

- a) Kullanılan dil farklılığı,
- b) Doktorlar arasında yaşanan ücret dengesizliği, ücretin coğrafi bölgeler arasında orantısız dağılımı
- c) Protokollerdeki eşitsizlik
- d) Hasta bakımının sürekliliğinin yönetilmesi gerekliliği,
- e) Tıbbi güvenilirliğe ve hasta haklarına gereken önemin verilmemesi,
- f) Hastane enfeksiyonları,
- g) Hasta için ortaya çıkan ek finansal yük.

Avrupa Birliği'nde sağlık amaçlı sınır ötesi hareketlilik; dil sorunu, ödeme sistemlerindeki farklılık, yönetsel farklılıklar ve uluslararası yasaların uyumsuzluğu gibi nedenlerle tam olarak gerçekleştirilememektedir. Avrupa Birliği ülkeleri

arasında tedavi amaçlı sağlık turizminin etkili bir şekilde gerçekleşmesi için yapılması gerekenleri Harrant (2003: 37) şöyle sıralamaktadır:

- ❖ Üye ülkeler arasında sağlık alanında ikili anlaşmalar geliştirilmelidir.
- ❖ Tedavi amaçlı sağlık turizmine karşı olan ülkelere bunun sebepleri öğrenilmeli ve sorun olarak gördükleri şeyler için çözüm önerileri istenmelidir.
- ❖ Avrupa Birliği ülkelerinde sınır ötesi tedavi amaçlı hareketliliğin artırılması ve hastaneler arasında bilgi akışının daha iyi sağlanması için network kurulmalıdır.
- ❖ Avrupa Birliği içinde deneyimin, uzmanlığın ve maliyetli hizmetlerin paylaşımı sağlanarak ekonomik zorluklar aşılanmalıdır.

Avrupa Birliği Ülkeleri arasında hasta hareketliliğini geliştirmek için çeşitli pilot çalışmalar da yapılmıştır. Avrupa Komisyonu, sınır ötesi hasta hareketliliğinin geliştirilmesi için Interreg adı verilen çalışmalar yapmaktadır. Bu çalışmanın ilkinde Belçika'da bağışıklama sistemi düşük olan hastaların Tourcoing'den, Fransa'da böbrek yetmezliği olan hastaların ise Mouscron'dan hizmet alabilmeleri sağlanmıştır (Lewalle, 2003: 126).

2001 yılında yapılan EMR (The Euregion Meuse-Rhine) adındaki bir proje, Belçika, Almanya ve Hollanda'da 3,7 milyon kişiyi kapsayan, 3 ülke, 3 dil, 3 ulusal hukuk sistemini içeren bir bölgede gerçekleştirilmiştir. Bu bölgede hastaneler arasında çeşitli anlaşmalar imzalanarak bekleme listeleri sorunu çözülmeye, eğitim kapasiteleri arttırılmaya, araştırma yönleri güçlendirilmeye ve teknolojiler güncellenmeye çalışılmıştır (Scheres, 2003: 42).

Sağlık turizmini arttırmaya yönelik bir diğer çalışma 2003 yılında Macaristan'da başlatılmıştır. Macaristan, komşu ülkeleri olan İsveç, Norveç, Finlandiya ve İngiltere ile acil sağlık hizmetlerinin alımı konusunda ikili anlaşmalar yapmıştır (Lengyel ve Ötvös, 2003: 81). Ayrıca Finlandiya'nın Ylitornio ve İsveç'in

Övertornea bölgeleri arasında sadece kaza, yangın gibi acil durumları kapsayan bir işbirliği bulunmaktadır (Puontila, 2003: 132-133).

İtalya, Slovenya, Gorizia ve Nova Gorica bölgeleri arasında birçok alanda olduğu gibi sağlık alanında da işbirliği bulunmaktadır. Bu bölgede, acil bakım hizmetlerinde işbirliği yapılmakta, uyuşturucu ve alkol bağımlılığına karşı ortak mücadele edilmekte, ülkeler arasında hemodiyaliz hizmeti ortak verilmekte, personele yönelik dil kursları verilmekte ve MR gibi cihazlar için ortak alım yapılmaktadır (Spazzapan ve Gatnik, 2003: 150-151).

Avrupa Birliği ülkeleri arasında sağlık turizmini geliştirmeye yönelik yapılan bir diğer çalışma, İsveç, Norveç ve Finlandiya arasında teletıp yöntemine dayalı dış hastalıkları teşhis ve tedavisi için yapılmıştır. Bu projenin üç amacı bulunmaktadır; dış tedavisinde mevcut metotların farklı ülkelere uzmanlarla birlikte değerlendirilip birlikte yeni metotlar geliştirmek, teletıp tekniğini kullanarak ameliyat yapmak ve bilgi, düşünce ve tedavi metotlarını paylaşmaktır (Öberg, 2003: 154-155).

Avrupa Birliği'nde özellikle kalça çıkığı, kalp, akciğer ameliyatları ve kısırlık tedavisi gibi alanlarda, kendi ülkelerindeki uzun bekleme süreleri, kötü ya da pahalı tedaviler, hastaları başka bir ülkeden sağlık hizmeti almaya zorlamaktadır. Avrupa Birliği yasalarına göre eğer bir tedavi için bekleme süresi tıbbi açıdan uzun ise üye ülke hastaları, başka bir üye ülkeden, kendi ülkelerindeki fiyat ile hizmet alabilmektedirler.

Avrupa ülkesi olan Belçika'nın, zengin Avrupa ülkelerine yakın olması ve hizmet vermek için atıl kapasitelerinin olması, ülkeyi sağlık turizmi alanında öne çıkartmaktadır. Belçika hizmet önceliğini kendi hastalarına vermekle birlikte Almanya, Hollanda ve İngiltere'den gelen hastalara da bakmaktadır (<http://dislobel.org/uk/pages/news/janfeb02.htm>).

Bulgaristan'da sağlık turizmi; kaplıca, tedavi ve güzellik amaçlı olarak gerekleŖmektedir. Ülkede, coğrafi Ŗekiller ve kaplıca turizmi kaynaŖtırıcı bir bünyeye sahiptir. Özellikle son zamanlarda turistlerin favorisidir. Ŗıfalı suları; özellikle kemik hastalıklarına, bel rahatsızlıklarına ve sinir sistemi sorunlarına iyi gelir. Almanya, Avusturya gibi ülkelerden özellikle 50 yaŖ üzeri kiŖiler gelmektedir (<http://www.bulgaristanvize.net/bulgaristanda-turizm/saglik-turizmi.html>).

İrlanda, İngiltere ve İskandinavya lkelerinde çoğu zaman 1 yıldan fazla olan bekleme sürelerine karŖı Almanya'da bekleme süreleri nispeten azdır. Nitelikli personel, donanımlı bakım merkezleri ve teknolojik alt yapısı hızlı tedavi sürecini oluŖturan etmenlerdir. Almanya'ya kalça çıkığı, kalp ameliyatı ve kanser tedavisi için yurt dıŖından gelen hastaların iki hafta içerisinde muayeneleri yapılıp, tedavilerine baŖlanmaktadır. Norveç ve Almanya arasındaki ikili grŖmeler sonucu, Norveç yılda 300 kamu hastasını rutin olarak Almanya'ya tedaviye göndermektedir (Yalçın, 2006: 68).

1.1.11.2 Orta Asya ve Ortadoğu Bölgesi'nde Sağlık Turizmi

11 Eylül 2001 tarihinde Amerika'da gerekleŖen Terörist Saldırısı'ndan sonra Orta Doğu'da yaŖayan Müslümanların ABD'ye ve Avrupa ülkelerine giriŖ ıkıŖları ve ülkelerarası bağların her anlamda azaldığı ve gleŖtiđi gibi sağlık hizmeti alımını da fazlasıyla olumsuz yönde etkilemiŖtir. Ortadoğu lkelerinde yaŖayanlar tedavi olmak için artık Müslüman ülkelere ynelmiŖlerdir.

İran'da sundukları sağlık bakım hizmetlerinin ücretleri dŖktr. Türkiye'de 18.000 dolar, İngiltere'de 40.000 dolar olan açık kalp ameliyatı, İran'da 10.000 dolara yapılabilir. Müslümanlar, göz hastalıkları, sa ekimi, kısırlık tedavisi gibi hastalıklar için İran'ı tercih etmeye baŖlamıŖlardır. (http://www.iranian.ws/iran_news/publish/article_3426.shtml).

Lübnan, Avrupa ile Ortadoğu arasında yer alır. Tabiat güzelliklerinin yanında kaliteli sağlık bakım hizmetinin ülkeyi, Ortadoğu'nun sağlık merkezi haline

getireceği düşünülmektedir. Ülke özellikle kardioloji alanında ilerlemiştir. Gelen hastalara tedavi süreciyle birlikte tatil fırsatları da sunulur. Böylelikle hasta hem tedavisini yüksek kalite ve standartlarda alırken hem de tatil yapmış olmaktadır (<http://www.asiatraveltips.com/travelnews04/112Healthcare.shtml>).

Ürdün'de 2000 yılından sonra, özellikle Ortadoğu'da yaşayan hastalara yönelik sağlık turizmi tanıtımları yapılmaktadır. Ürdün'deki doktorlar özellikle kalp, beyin ve göz hastalıkları alanında yılda yaklaşık 100.000 Arap ülkesi vatandaşını tedavi etmektedir. Ürdün'ün öne çıkan yönü fiyatıdır. Ücretlendirme İngiltere ve ABD'ye göre çok düşüktür. Ülkeye gelen sağlık turistinin çoğunluğu komşularından oluşur. Turistlerin %30'u Yemenli, %20-25'i Libyalı, %20'si ise Sudanlıdır. Ülkeye ayrıca Tunus, Cezayir, Irak ve Filistin'den de hasta gelmektedir (<http://www.jordanembassyus.org/03052002007.htm>).

1.1.11.3 Latin Amerika ve Karayipler Bölgesinde Sağlık Turizmi

Karayipler'de yurt dışından gelen hastalara sunulan hizmetler estetik ameliyatlara, kardioloji, göz ameliyatlara, kanser tedavileri başlıca yaşlı bakım hizmetleridir. Ayrıca Karayipler'in turistik değeri, tabiatı, nitelikli sağlık personelleri ve uzman doktorları, dünya standartlarında konaklama merkezleri ve düşük maliyet bu ülkeyi sağlık turizminde bir adım öne çıkartır (Gonzales, Brenzel, Sancho, 2001: 20-28).

Sağlık turizminde yükselen trend Küba'dır. Tedavi amaçlı Küba'ya giden turist sayısı her yıl %20 artmaktadır. Öne çıkan tedavi alanları göz hastalıkları, parkinson tedavisi, alkol ve bağımlılık yaratan maddelerin nörolojik rahatsızlıkların, beslenme bozukluklarının tedavisi için gitmektedir (Yalçın. 2006: 76).

Kolombiya'nın sağlık turizm merkezi başkenti Bogota'dır. Başkentinde öne çıkan temel tedavi alanı göz hastalıklarıdır. Bunun dışında kalp damar cerrahisi, plastik cerrahi, doğum, kanser tedavisi ve organ nakli ülkenin diğer tedavi

alanlarıdır. Ülkeye gelen turistlerin büyük bir çoğunluğu Panama, Ekvator ve Venezüella'dır. (Yalçın. 2006: 77).

Kostarika doğal güzelliklerinin yanında sunduğu kaliteli sağlık hizmetleri için de ziyaret edilmektedir. Kostarika, özellikle organ nakli konusunda uzman bir ekibe sahiptir ayrıca diş tedavileri ve estetik ameliyatlar için de tercih edilmektedir. Check-up, diş tedavisi ve güzel bir tatili içeren paket başka ülkelerdekine göre üçte bir fiyatına sunulduğundan, sağlık turizmi amaçlı daha çok hastanın ülkeye gelmesi için çalışmalar yapılmaktadır (Yalçın, 2006: 78).

Amerika kıtasında öne çıkan bir diğer ülke Arjantin'dir. Arjantin, sağlık turizm hareketlerini sağlık turistlerinin profiline göre düzenlemektedir. Ülkenin temel hedef turist kitlesi, Avrupalı ve ABD vatandaşlarıdır. Sağlık hizmet imkânlarının yanında hastalara turistik ve kültürel gezi imkanı sunulur(<http://www.prweb.com/releases/2004/8/prweb146698.html>)

1.1.11.4 Diğer Ülkeler

Hawaii'nin sağlık turizminde öne çıkan tedavileri kaplıcaları, diyet programları ve check-up uygulamalarıdır. Ülkenin sağlık turizm politikasında turistlerin profili etkili olmuştur. Ülkeye tedavi amaçlı gelen kişilerini büyük bir çoğunluğunu üst gelir grubuna mensup Asyalılar oluşturur.

Japonya, sağlık turizmine yeni bir açılım getirmiştir. "Mental Sağlık İçin Turizm" başlıklı programıyla kişilere postmodern bir tedavi uygular. Büyük şehirlerin kalabalığından, iş yoğunluğundan, stersinden uzaklaşmak isteyen kişileri rehabilite eder. bu yaklaşım sağlık turizmine yeni bir boyut kazandırır. Bedensel tedaviyi zihinsel yorgunluğu giderici bakış açısıyla tamamlar. Japonya'ya mental tedavi amaçlı olarak giden turistlerin 1996'dan 2006'ya iki katına çıkmıştır. (http://www.saglikturizmi.org.tr/BULTEN/bulten_5.pdf).Şehir yaşamının zorluğu, iş hayatının giriftliği ve zihinsel yorgunluğun üst seviyelere çıktığı günümüzde bu sayı daha da artmıştır.

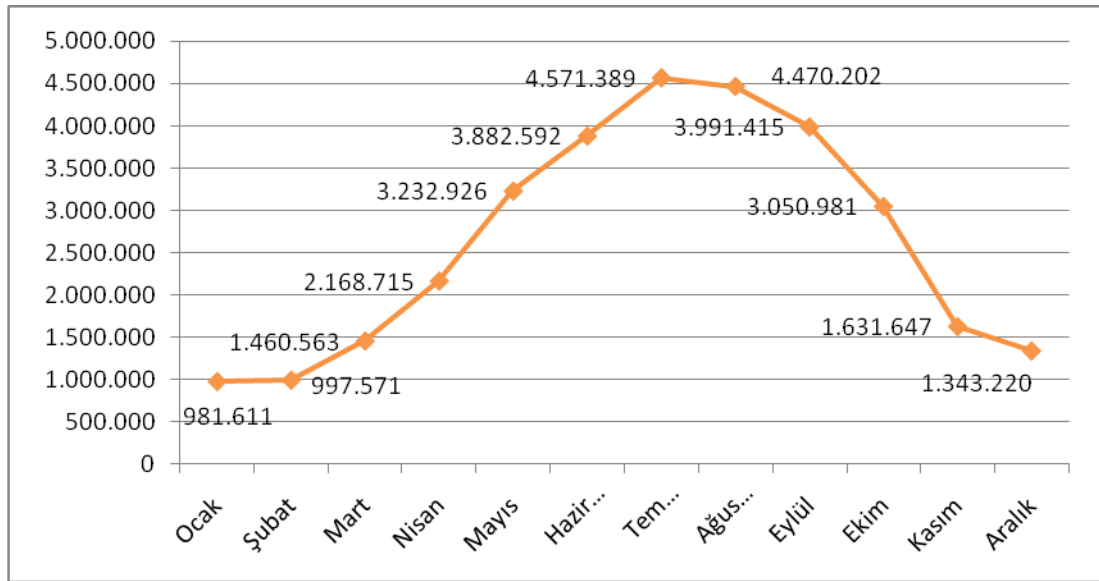
Mısır'da özellikle deri hastalıkları üzerine gelişmiş hastaneler bulunmaktadır. Mısır ülkesindeki doğal kaynakları tedavi sürecinde aktif olarak kullanır. Romatizma hastalıkları, sedef tedavisi için Siva Ovası, RasSudr; Kızıl Deniz'deki Safaga, Asvan bölgeleri dünyaca bilinir. SPA ve Wellness hizmeti veren tesis sayısı hızla artar. Bu hizmetler Mısır'ın tarihi içinde önemli bir tedavi şeklidir. Bir Gelenek halini alan uygulamalar sağlık turizmini canlandırmada katkı sağlar (<http://www.touexpi.com/tr-eg/news.html~nid=27658>).

Sonuç olarak ülkelerin hepsinde az ya da çok sağlık turizmi yapılmakta veya düzenlemeler gerçekleştirilmektedir. Turizm üzerine bu denli düşülmesindeki ana neden döviz girişinin sağlanması ve ülke ekonomisine katkıda bulunmasıdır.

1.1.12 Türkiye'de Sağlık Turizmi

Türkiye coğrafik, jeopolitik ve stratejik konumu itibari ile Avrupa ve Asya gibi önemli iki kıta arasındaki geçiş noktadır. Türkiye sahip olduğu doğal güzellikleri, kaplıcaları, dört mevsim yaşanan iklimi, son teknolojiye sahip donanımlı sağlık kuruluşları, sektörde eğitilmiş ve çalıştığı alanda yetişmiş insan gücü ile sağlık turizmi yönünden bir çekim merkezidir. Hem kültür ve tarihi zenginliği, hem de sağlık alanındaki gelişmişlik seviyesi ile bölgesel bir güç haline gelmiştir. Türkiye'nin potansiyeli kapsamında, sağlık yaşam tesisleri, yaşlı bakım merkezleri, klinik konukevleri ve rehabilitasyon tedavi merkezleri gibi yatırımlar yapılmakta ve sayıları her geçen gün artırılmaktadır.

Türkiye'yi, sadece Avrupa bölgesi değil dünya ülkeleri yeni sağlık ortağı ve yükselen medikal turizm merkezi olarak tanıyor. Türkiye her kıtadan yaklaşık 100 farklı ülkeden sürekli ve düzenli turist çeken bir ülke haline gelmiştir. 2013 Ocak-Ekim döneminde 31 milyon 757bin 624 yabancı turist sayısına ulaşan Türkiye, en son teknoloji kullanan ve fiyat üstünlüğü sağlayan sağlık merkezleri ile sağlık turizmini sunmaktadır. 2012 yılında Türkiye'ye turist olarak gelenlerin aylara göre dağılımı aşağıdaki grafikte gösterilmiştir;



Şekil 1. Türkiye'ye 2012 yılında gelen yabancı hastaların aylara göre dağılımı (Kaynak: Medikal Turizm Değerlendirme Raporu, 2013: 65)

Kuzey Avrupa ve İskandinav ülkelerinde iklimin genelde soğuk olması nedeniyle, bilhassa romatizmal hastalıklar yoğun olarak görülmekte ve termal turizme olan talep daha fazla olmaktadır. İklim, ücret, güvenilirlik ve erişim açısından göreceli üstünlüklere sahip olan Türkiye; medikal turizm, termal turizm (spa&wellness ve kaplıca), ileri yaş ve engelli turizmi açısından fevkalade üstünlüğe sahip bir pozisyonda olup herkese hitap edebilecek özelliklere sahiptir. Sahip olduğu medikal turizm, termal turizm ve spa&wellness kaynaklarını beş yıldızlı otellerle birleştirerek, sağlık hizmeti almak için gelen yabancılara kaliteli ve düşük fiyat turizm paketleri sunmaktadır.

İlaveten, coğrafi yakınlık, memleketlerinde mevcut olmayan tabiat ve iklim koşulları ve kültürel benzerlik etkenleri sebebiyle Türkiye, Ortadoğu ülkelerinde kayda değer bir sağlık ve termal turizm destinasyon ülkesi olabilecek pozisyonundadır. Orta Doğu ülkeleri ile son yıllarda gerçekleşen vize muafıllıkları, ülke sınırlarında sağlanan kolaylıklar ve diğer siyasi-kültürel ilişkiler ile bu ülkelere gerçekleştirilen seyahatlerde büyükçe artışlar görülmektedir.

İleri seviyedeki ülkelerde sağlık harcamalarının fazla olması nedeniyle tedavi hizmetleri giderlerini azaltmaya yönelik olarak, sağlık hizmetlerinin daha ucuza

başka ülkelerden karşılanması eğilimi artış göstermektedir. İsveç, Norveç ve Danimarka'dan sonra Almanya ve Hollanda'daki bazı özel sigorta şirketleri, termal tedavi almak için Türkiye'ye göndereceği hastalarının masraflarını karşılama kararı almışlardır. Bu durum Türkiye'de termal turizm açısından önemli bir pazar payı oluşturmaktadır.

Burada ifade edilmesi gereken konulardan biri de Türk turizminin çeşitlendirilmesi gerekliliğidir. Türkiye deniz-kum-güneş üçgeninden sıyrılarak alternatif turizm kanallarını bulma ve geliştirme sürecinde sağlık turizmi, turizm işletmelerinin ve tesislerinin de kısmen yararlanabileceği, talebin düşük olduğu aylarda turizm sezonunun uzatılmasına katkı yapacaktır.

Başka bir yönden bakıldığında, sağlık turizminin diğer turizm çeşitlerine göre önemli bir üstünlüğü de ülkeye kazandırdığı katma değer, diğer turizm çeşitlerine göre ortalama olarak 25 kat daha fazla getiriye sahip olmasıdır. Bu etkili rakam, ilerleyen zamanlarda bu sahadaki yarışında habercisidir.

Türkiye'de sağlık turizmi denildiğinde üç kuruluş öne çıkmaktadır; Başbakanlık DPT, Turizm Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı'dır. Görev dağılımları incelendiğinde sağlık ve turizm alanının planlanmasında ana sorumlu birim Başbakanlık DPT'dir. Kültür ve Turizm Bakanlığı konaklama ve seyahat faaliyetlerinin yürüten ve denetleyen kurumdur. Sağlık Bakanlığı ise sağlık kurumlarının kurulması, teftiş edilmesi, nitelikli sağlık personellerinin yetiştirilmesi, istihdamın oluşturulması ve hizmet kalitesinin normlara uygun olarak yürütülmesi sağlar. Sağlık turizminin gelişimi görüleceği üzere bakanlıkların ve DPT'nin koordinasyonu üzerine konuşlanır.

Türkiye'de sağlık turizminin amacı, gerek rehabilitasyona gereksinim duyanların, gerekse diğer hastaların istedik şartlarda tedavilerini sürdürmek, onları iyileştirmektir (Tengilimoğlu, 2005). Bu çerçevede sağlık turizminin Türkiye için birçok avantajı bulunmaktadır. Bu getiriler 2011 yılında Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı (BAKA) tarafından aşağıda belirtilmektedir (İçöz, 2009: 2274);

- ★ Hastanelerin alt yapıları ve donanımlarının kaliteli olması,
- ★ Hekimlerin eğitim durumlarının ve tecrübelerinin batı ülkeleri seviyelerinde olması,
- ★ Uluslararası JCI Kuruluşuna üye 42 hastane ile dünyada 2. sırada olması,
- ★ Hizmet maliyetinin düşük olması, (Örneğin yurt dışında 250 Euro olan bir MR, Türkiye’deki hastanelerde sadece 50 Euro’dur.)
- ★ Coğrafi konum, doğal ve tarihi turizm faktörleri ve uzun süreli seyahat engeli oluşturmayan iklim şartlarına sahip olması,
- ★ Personelinin yabancı dil bilmesi,
- ★ Doğal kaynak suları, şifalı bitkiler, kaplıcalarıyla doğal tedavi olanağı,
- ★ Sahip olduğu termal kaynaklar,
- ★ Sağlık turizmini diğer turizm alanlarıyla bütünleştirebilecek imkânlardır.

Türkiye’nin var olan bu avantajlarını desteklemek üzere, Sağlık Bakanlığı bünyesinde sağlık kuruluşlarına yönelik tedavi amaçlı sağlık turizminin geliştirilmesi amacıyla 31 Mart 2010 tarihinde, B100TSH000000 sayılı kararla “Sağlık Turizmi Birimi” kurulmuştur. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Sağlık Turizmi Birimi Faaliyet Raporu’na göre (2010: 21) birim; Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri bünyesinde hizmet verir. Birim; sağlık turizmini ortak çatıda toplaması, sağlık turizmine yönelik standartların belirlenmesi, akreditasyon faaliyetlerinin yürütülmesi, hedeflere uygun politikaların belirlenmesi ve yürütülmesi işlemlerini üstlenmiştir.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi Dairesi Başkanlığı bünyesinde yurt dışından gelen yabancılar için 7 gün 24 saat sürekli hizmette olan “444 47 28” nolu hatta 6 dilde (Almanca, Arapça, İngilizce, Farsça, Fransızca ve Rusça), acil durumlarda “112” ve şikâyet durumlarında “184” nolu hatlardan tercümanlık hizmetleri vermektedir.

Sağlık turizmi ve turistlerin sağlığı özel sektörlerin yoğunlaştığı bir konu olsa da kamu kurum ve kuruluşları bu turizm sektöründe yer almaya başlamıştır. Özellikle Sağlıkta Dönüşüm Programı’ndan sonra Türkiye’de sağlık sektöründe, sağlık

sisteminin kalitesi ve verimliliği yükseltilmiştir. Devlet hastaneleri finansal anlamda daha bağımsız bir yapıya sahip olmuştur. Bu durum kamu hastanelerinde hizmetin daha kaliteli ve gelişmiş teknoloji ile sunulmasını sağlamıştır. Ayrıca yabancı hasta sayıları her geçen gün artmaktadır.

Türkiye’de sağlık turizminin gelişmesi için yapılan birçok yatırımlara rağmen, gerçekleşen talep istenilen düzeyde değildir. Bunun sebebi ise reklamların az olması ve etkileyici satış-pazarlama stratejisinin geliştirilmemiş olmasındandır. Gerekli reklam faaliyetleriyle pazarlama ağı kurulacak, yeni pazarlara ulaşılabilecektir. Ayrıca termal-spa&wellness ve ileri yaş-engelli turizmde arzulanan pay alınacaktır.

Tengilimoğlu (2005: 93) Türkiye’de sağlık turizminin yeterince gelişmemesini şöyle açıklar:

- Sorumluluk taşıyan üst birimler arasında koordinasyon eksikliği,
- Nitelikli personel azlığı, bütçeden ayrılan payın yetersizliği
- Jeotermal merkez ruhsatlarının devlet tekelinde olması,
- Yatırımcılara yönelik teşviklerin yetersizliği,
- Mevzuat ve yetki karmaşası,
- Eğitim, uzman personel ve yardımcı eleman eksikliği,
- Sağlık turizmine hizmet veren tesislerle akreditasyon ve standardizasyon eksikliği
- Bürokratik işlemlerdeki yavaşlık (tedavi yönetmelikleri vb.)
- Termomineral suların tüketimi, onlardan yeterince faydalanılamaması
- Paydaşlar (STK, üniversite vb.) arasında senkronizasyon eksikliği
- Ürünlerin sağlık turizmine adapte edilememesi
- Reklam çalışmalarındaki eksikliklerdir.

Türkiye’de sağlık turizminin hak ettiği değeri kazanması için, ülke kalkınmasına sağlık alanında hizmet etmek, konu ile ilgili ulusal ve uluslararası sektör ve talepte bulunan kişiyi veya kuruluşu buluşturmak, sistemli bir şekilde bilgi

ve bilginin kaynağına erişimi sağlamak gibi amaçlar bulunmaktadır. Bu amaçlara ulaşma yönünde; sağlık turizmi hizmeti veren kurum ve kuruluşların işleyişinin ve standardizasyonunun belirlenmesi, yurt içi ve yurt dışı araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin yapılması gibi çalışmalar durmadan devam etmektedir.

1.1.12.1 Türkiye’de Uluslararası Hasta Sınıflandırması

Sağlık Bakanlığı’na göre hasta sınıflandırması şu şekildedir (Türkiye’de Medikal Turizm Değerlendirme Raporu, 2013: 23);

- ✓ **Medikal Turizmde Hizmet Alan Hastalar:** Medikal turizm uygulamalarından (sağlık taraması, kalp tedavisi ve ameliyatı, diş tedavisi, protez takılması, kanser tedavileri vb.) yararlanmak için gelen yabancı hastalardır.
- ✓ **Turistin Sağlığı Kapsamında Hizmet Alan Hastalar:** Ülkeye seyahat etme ve gezme amaçlı gelen yani turizm etkinlikleri için gelen turistlerin, etkinlikleri boyunca sağlık sorunuyla karşılaşarak hastanelere, tedavi merkezlerine, kliniklere başvurup sağlık hizmeti almalarıdır.
- ✓ **Sağlık Alanında İkili Anlaşmalı Ülkelerden Gelen Hastalar:** Türkiye’de çeşitli ülkelerle çeşitli alanlarda iki taraflı anlaşmalar yapılmıştır. Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin çeşitli ülkelerle iki taraflı sunulmasını sağlayan anlaşmalar imzalamıştır. Anlaşmanın imzalandığı ülkeler, Afganistan, Kıbrıs, Sudan, Yemen, Arnavutluk, Azerbaycan ve Kosova’dır. Bu ülkelerden belirlenen sayıda hastalar gelmekte ve protokol kapsamında kamu hastanelerinde veya üniversite hastanelerinde tedavisi yapılmaktadır. İlk aşamada hastaya dair bilgiler T.C. Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler Birimi’ne gelir, sonrasında Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Sağlık Turizm Birimi’ne iletilir. Bu birim, ilgili hastanelere hastaya dair bilgileri sistem yoluyla yollar ve hastanelerden ilk olumlu yanıtı veren hastaneye hasta kabul edilir. Ülke elçiliğinden gelen bilgiler doğrultusunda hasta havaalanından karşılanır ve

hastaneye teslim edilir. Kabul olunan hastanede hastanın tedavisi gerçekleştirilir.

- ✓ **Sosyal Güvenlik Kurumuyla Anlaşmalı Ülkelerden Gelen Hastalar:** Türkiye'nin Sosyal Güvenlik Sözleşmesi kapsamında anlaşma yaptığı ülkeler 2013 verilerine göre; Romanya, Fransa, Hollanda, Avusturya, Bosna Hersek, Almanya, Makedonya, Belçika, Kıbrıs, Arnavutluk, Lüksemburg, Azerbaycan, Hırvatistan ve Çek Cumhuriyeti'dir. SGK güvencesi olup anlaşma kapsamındaki ülke vatandaşlarına ve yurt dışında yaşayan gurbetçi vatandaşlara sağlık hizmeti verilmektedir.

1.1.12.2 Türkiye'de Sağlık Turizminin Geliştirilmesi

Sağlık turizminin geliştirilmesi için hasta, hastane, tedavi merkezi, sigorta şirketi ve strateji geliştirenlerde talep isteği oluşturmak gerekmektedir. Önemli olan bölgesel ya da bireysel talep isteği değil, dünya çapında bir isteklilik oluşturmaktır. Bu isteklilik oluşturulduktan sonra da sağlık hizmetlerinin geliştirilmesi ve hizmeti gerçekleştiren personellerin eğitilmesi gerekmektedir (Jarlegand, 2003: 52-55). Türkiye'de sağlık turizminin geliştirilmesi için hükümet tarafından yapılan planlar şöyledir;

1.1.12.2.1 Stratejik Eylem Planı (2013-2017)

Sağlık Bakanlığı'nın 2013–2017 Stratejik Eylem Planı'nda “Hedef 4.5 - Türkiye'de sağlık turizmini güçlendirmek” olarak belirttiği bazı gelişmelerden de kısaca bahsetmek gerekirse (<http://www.saglikturizmi.gov.tr/duyuru/31-2013-2017-stratejik-eylem-plani.html>);

Tablo 1. Sağlık Bakanlığı'nın 2013-2017 Stratejik Eylem Planı

AMAÇ 4	Türkiye'nin ekonomik ve sosyal kalkınmasına ve küresel sağlığa katkı aracı olarak sağlık sistemini güçlendirmek.
HEDEF 4, 5	Türkiye'de sağlık turizmini güçlendirmek.
Hedefe Yönelik Stratejiler	
4. 5. 1.	Sağlık turizmi kapsamında tanıtım yapmak ve cazibe oluşturmak,
4. 5. 2.	Sağlık turizmi kapsamında verilen hizmet sunumunun kalitesini iyileştirmek,
4. 5. 3.	Sağlık turizmi hizmet kapsamını genişletmek,
4. 5. 4.	Sağlık turizmi yönetimini iyileştirmek.

Kaynak: <http://www.saglikturizmi.gov.tr/duyuru/31-2013-2017-stratejik-eylem-plan.html>

1.1.12.2 Türkiye Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018)

Programın Amacı ve Kapsamı: Tıbbi tedavinin alınması, termal kaynakların kullanılması, rehabilitasyon hizmetlerinin ve kişilerin kendilerini iyi ve sağlıklı hissetmesini sağlayan hizmetlerin giderek artmasına paralel olarak sağlık turizmi, ülkemizin potansiyeli dikkate alındığında önemli bir fırsat sunmaktadır. Bu programla, Türkiye'nin dünyada yükselen pazar konumunda olduğu medikal turizm, termal turizm ve ileri yaş-engelli turizmi alanlarındaki hizmet kalitesinin yükseltilerek rekabet gücünün artırılması amaçlanmaktadır(http://www.dpt.gov.tr/DocObjects/view/15089/Onuncu_Kalkinma_Planı.pdf).

1.2 MEDİKAL TURİZM

Günümüzde birbirinden farklı birçok turizm çeşidinden söz edilmektedir. İnsanların ihtiyaçları arttıkça seyahat nedenleri ve buna paralel olarak turizm çeşitleri de farklılık göstermektedir. Bu yüzden insanların seyahat etme nedenlerine yönelik çeşitli etkenlerin olduğu kabul edilmektedir. Bazı kişilere göre seyahat kelimesi; günlük rutin işlerden uzaklaşma, bazılarının göre dinlenme fırsatı, bazılarının göre ise yeni bir kültür ile tanışma fırsatı gibi farklı anlamlar taşımaktadır (Mugomba and C.Danell, 2007: 1).

2000'lerin başından itibaren turizm kavramı, anlam genişlemesi yaşamıştır. Dinlenme, güneş, rahatlama, eğlence ve kaplıca gibi kelimelerin yanına tedavi amaçlı geziler de eklenmiştir. Connel'in (2006: 1093) bu yeni seyahat türünü 'Medikal Turizmi' olarak adlandırır. Bu kavrama göre turist kavramı hoş vakit geçirme faaliyetlerinden ziyade 'hasta' kimliğindedir.

Sağlık Turizmi gerek Türkiye'de gerekse uluslararası alanda pek çok şekilde tanımlanmakta, çoğu zaman sağlık turizmi ile medikal turizm eş anlamlı olarak kullanılmaktadır. Medikal turizmin uluslararası düzlemde tek bir tanımı bulunmamasıyla birlikte genel kabul gören yaklaşımlara göre medikal turizm, turist için iyilik halinin gelişmesi için yapılan tıbbi işlem ya da etkinliktir (Tram, 2006).

Uluslararası medikal seyahat kavramı, sadece kaliteli sağlık hizmetiyle sınırlı kalmayıp tekrar ülkeye dönmeden kontrollü gözetimlerle iyileşmeyi de bünyesinde barındırmaktadır. Bu kapsamda, medikal turizm, uzmanlaşmış cerrahi ve diğer tedavi şekillerine ihtiyaç duyan hastalar için turizm sanayisiyle işbirliği içinde düzenlenen özel tıbbi tedavilerdir. Bu sebeple, medikal turizm sürecinde paydaşlar yalnızca klasik manada akla gelen turistik hizmet sağlayan otel, etkinlik sorumluları gibi kişiler değildir. Turistin veya hastanın tedavi göreceği kurum (üniversite hastaneler, devlet hastaneleri veya özel hastaneler) yöneticileri, doktorlar vb. muhataplar arasındadır.

Sağlık ve turizm hizmetlerinin tümünün hastanın ilk anından son anına kadar eş zamanlı olarak yürütülmesi gerekmektedir. Pasaport, vize, uçak bileti ve nakil işlemlerinin düzenlenmesi, doktora ulaşılması, ameliyat tarihinin, hastanede geçirilecek günlerinin ve taburcu edilme hizmetlerinin onaylanması ve yürütülmesi için hastane ve tur operatörlerinin koordineli çalışmaları gerekmektedir (Chacko, 2006: 123).

Medikal turizmin yapıldığı ülkenin vatandaşlarının üzerinde potansiyel bir etki icra etmektedir. Hem yurtdışından medikal turist çekmek için hizmetlerinin daha teknolojik ve kaliteli bir şekilde sunmaya çalışır, hem de sağlık tedavi ve hizmetlerini

almaya gelen yabancı hastalardan elde edilen gelirlerle, bu ülke vatandaşlarına daha erişilebilir olmasını sağlayabilir.

1.2.1 Medikal Turizmin Tarihi ve Gelişimi

Medikal turizmin tarihi ve gelişme süreci Türkiye Sağlık Vakfı'nın 2010 yılında hazırladığı "Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Turizm" adlı çalışmasından ve Sağlık Bakanlığı'nın "Türkiye Medikal Turizmi Değerlendirme Raporu 2012" raporundan yararlanılarak açıklanmaya çalışılmıştır (Türkiye Sağlık Vakfı, 2012: 12-16)(Sağlık Bakanlığı, 2012: 19-21)

Eski medeniyetlerde insanların sağlık için bazen bilinçsizde olsa sağlık turizm faaliyetleri gerçekleştirdikleri ve bu faaliyetlerin çoğunun da "su, ılıca, kaplıca" gibi termal turizm etkinlikleri olduğu birçok araştırmada yer almaktadır.

Selçuklular döneminde, yoğun olarak açılan darüşşifalara, ihtisas sahibi hekimler, cerrahlar, göz mütehasısları ile birlikte hemşire ve hastabakıcıların tayin edildiği tıp tarihçilerince belirtilmektedir (Terzioğlu 1970: 128). Türklerin Anadolu'ya gelmeden önceki yaşamlarında Şam'da, Musul'da ve Halep'te çeşitli isimler altında yaptırılan hastaneler vardır. Büyük Selçuklular döneminde klasik tıp anlayışı yaygınlaşmıştır. 1308'de kurulan Anadolu Beylikleri, Selçuklu tesislerini benimseyip yaşattıkları gibi, bunlara cüzzamhaneler ve körhaneler gibi sağlık tesisleri ile kaplıcalar, imarethaneler (aşevleri) ve sosyal yardım müesseseleri açmak suretiyle yenilerini de eklemiştir.

Birçok Müslüman medeniyet yabancılara da hizmet veren sağlık merkezleri kurdu. 1248 yılında Kahire 'de zamanının en gelişmiş ve en büyük hastanesi olan "Mansuri Hastanesi" kuruldu. Hastane 8000 kişiye hizmet verebilecek kapasitesiyle din ve ırk fark etmeksizin bütün dünyaya hizmet veriyordu.

Avrupa'da 17. yüzyılda varlıklı kişiler, özel hastanelere tedavi olmak için gitmişlerdir. 18. yüzyılda kaplıcalara gitmenin halk arasında yaygınlaşması, sağlık

turizmi hareketlerinin başlangıcı olarak kabul edilebilir. Smyth (2005) kaplıca turizminin başlangıcının 18. Yüzyıl olduğunu ifade eder. 19. yüzyıldan itibaren ise uzaklık kavramı dikkate alınmaksızın kaplıcalara yönelik seyahatlerin olduğunu açıklar. 18.-19. yüzyılda karaciğer rahatsızlıkları, tüberküloz, gut ve bronşit yaygın hastalıklardı. Sanatoryumlar, hastanelerin ilkelleridir ve birçok insan tedavi için buralara gitmiştir. Avrupalılar ve Amerikalılar dünyanın uzak köşelerine verem gibi hastalıklara çare bulmak amacıyla gitmeye devam etmişlerdir.

Osmanlı İmparatorluğu, hastane, imarethane, içme suları, besin maddelerinin kontrolü, kanalizasyon ve ölü gömülmesi gibi birçok sağlık konularıyla ilgilenmişlerdir. Osmanlı dönemine ait kaynaklarda; Osmanlı saraylarında ve haremlerde hastalara bakan hekimlerden, yardımcı olarak da ebe ve hemşirelerden söz edilmektedir. Ayrıca Anadolu'da aşıcı kadınların yer yer dolaşarak küçük çocuklara çiçek aşısı yaptıkları da belirtilmektedir.

20. yüzyılda Küba göz cerrahisinde, Orta Amerika diş tedavilerinde, Tayland plastik cerrahide popülerlik kazanmıştır. Birçok ülke ruhsal tedavilerin ve alternatif tıbbın uygulandığı sağlık servisleri geliştirmişlerdir.

Cumhuriyet döneminde kaplıcaların gelişimi için su analizlerinin yapılması, su (balneoterapi) ve çamur tedavisinin (peloidoterapi) sağlık açısından iyileştirici özelliklerinin deneylerle saptanması, hidrojeolojik etütlerinin yapılması gerekmiş, Atatürk'ün isteğiyle 1938 yılında İstanbul Tıp Fakültesi'nde kurulan "Hidro-Klimatoloji kürsüsü" (Tıbbi Ekoloji ve Hidro-Klimatoloji), kaplıca hekimliğinin Türkiye'de temelini oluşturmuştur. İstanbul Tıp Fakültesi, Turizm ve Tanıtma Bakanlığı'nın desteğiyle 1972-1976 yılları arasında maden sularının fiziksel ve kimyasal analizlerini yapmış, sağlık açısından önemi, ulaşım, konaklama olanaklarını etüt etmiş ve yayınlamıştır.

21. yüzyılda ise, teknolojinin artık önemli bir kısıtlama olmamasıyla birlikte tıpta uzmanlaşmış ve uluslararası hastaları kabul etmede rekabet başlamıştır. Bu durum modern medikal turizminin doğuşu olarak kabul edilir.

Medikal Turizm bir yandan hızla gelişim sürecinde ilerlerken diğer yandan da karşısına çıkan sorun ve riskleri iyi analiz etmek ve bunlara uygun politikalar geliştirmek durumundadır. Bu risk ve sorunların başında şunlar gelmektedir;

- Sorumlu ve sorgulanabilir bilgiye erişimde yaşanan sıkıntılar,
- Tecrübesiz veya yeterli tecrübeye sahip olmayan ya da sektörün ne olup ne olmadığını iyi anlamayan kişilerin ve yeni oyuncuların medikal turizm trenine atlamaları,
- Ameliyat öncesi ve sonrası bakım düzenlemelerinin yapılmayışı,
- Sağlık turisti çeken ülkedeki yasa ve mevzuatın karmaşık veya bu yeni olguya uygun olmaması,
- Devlet organları tarafından yeterince destek verilmemesi,
- Hastaların yurtdışında tedavi hususunda tüm artı ve eksiler konusunda doğru bir şekilde bilgilendirilmemeleri,
- Dil ve diğer iletişim sıkıntıları,
- Kültürler arası yanlış anlama ve yanlış anlaşmalar,
- Hastane ve sağlık sunucularının uluslararası kabul gören standartlara uymada zorlanmaları,
- Medikal turizme yönelik isteksizlik,
- Diğer gerekçeler.

Medikal turizminin, hizmet talep edenler açısından dezavantajları şöyle sıralanmıştır;

- a) **Mesleki hata davaları;** teşhiste ve/veya tedavi sırasında oluşabilecek bir takım komplikasyonlar karşısında oluşan zarar, sigorta kurumlarınca kapsam dışında bırakılabileceği gibi, hukuki zeminde hak arama gayretleri de sıkıntılı süreçlere neden olabilir.
- b) **Sigorta kapsam değişiklikleri;** hastalar gidilecek destinasyon ve uygulanacak tıbbi prosedüre göre, kendi sigorta kapsamlarını tekrar sorgulamalıdır.

- c) **Postoperatif tedaviler;** pek çok tıbbi müdahale devamında rutin kontrolleri ve tamamlayıcı tedavileri gerektirir. Bu durum tedavinin yarım kalmasına ya da bölgedeki hizmete başvurmayı zorunlu kılabilir.
- d) **Tek başına seyahatin zorlukları;** tedavi amaçlı seyahatlerin en az iki kişi olarak planlanması hasta açısından bir konfor sağlayacağı gibi ilave maliyet anlamına gelmektedir.
- e) **En uygun tedavi yolunu bulmakta zorluk;** internet gibi teknolojileri kullanarak dolaylı yollardan doktorlarla görüşebilmektedirler.

1.2.2 Medikal Turizmi Geliştiren ve Kısıtlayan Etkenler

Dünya genelinde medikal turizmi geliştiren ve engelleyen/kısıtlayan birçok etken olmuştur. Bu etkenleri İçöz'e göre ayrı ayrı aşağıdaki şekilde incelemek mümkündür (İçöz, 2009: 2265);

1.2.2.1 Geliştiren etkenler

- a) **Fiyat Farklılıkları:** Sağlık turizminde en önemli faktör, ülkeler arasındaki ücretlendirmedir. Örneğin tam teçhizatlı bir hastanede yapılacak açık kalp ameliyatı İngiltere'deki maliyeti 70000, Amerika Birleşik Devletleri'nde 150000 iken bu fiyat Hindistan'da 3000 ile 10000 dolar arasında değişir.
- b) **Döviz Kuru Farklılıkları:** Döviz kurundaki değişimler sağlık turizmi için gideceği yeri belirleyen hastaların/turistlerin güzergâh veya ülke değiştirmelerine neden olabilmektedir.
- c) **Teknolojik Gelişmeler:** Teknolojik aletler bilgi almada en sık kullanılan araçlardır. Hastalar/turistler gideceği ülkenin, sağlık kurumunun, kurumun imkanlarının ve teknolojik alt yapısını online olarak takip edebilir. Bu işlem ücret mukayesesi, aynı hizmeti sunan farklı kurumları görebilme imkânı tanır.
- d) **Turistik Paket Sunumu:** Sağlık turizminde ülkelerin veya illerin önemli bir tercih sebebi, turistik imkânların genişliğidir. Hasta/turist tedavinin yanında güzel vakit geçirme ihtiyacı duyar.

- e) **Bekleme Süresinin Uzun Olması:** Sağlık aciliyet ve öncelik gerektirir. Gerek yurt içi gerekse yurt dışı medikal turizmde hastanın kısa sürede tedaviye başlaması, tedavi sürecindeki ivedilik destinasyon seçimini doğrudan etkiler.
- f) **Sigorta Sektörlerinin Katılımı:** Sigorta şirketleri özellikle Batı ülkelerinde sağlık turizminin önemli paydaşdır. Üyelerine, refakatçilerine uluslararası imkânlar sunar. Bu uygulamalar ülkemize yönelik medikal turizmin canlanmasında ve büyümesinde primer öneme sahiptir.
- g) **Mahremiyet:** Estetik, madde bağımlılığı, cinsiyet değişimi gibi tedaviler veya ameliyatlara şahsa özeldir. Gizlilik gerektirir. Bu sebeple birçok hasta sağlık turizmine yönelir.
- h) **Turizm Unsuru:** Sağlık turizmini tercih eden kişiler sadece tedavi amacını taşımaz. Destinasyonda turistik paketlerin, eğlencelerin olmasına önem verir. Sağlık turizmi, klasik manada akla gelen turizmi destekler.
- i) **Ülkedeki Yasaklar:** Ötenazi, kürtaaj ya da cinsiyet değişimi gibi bazı uygulamalar belirli ülkelerde resmi olarak yasaklanmıştır. Bu uygulamalardan faydalanmak isteyen kişiler, sağlık turizmine ihtiyaç duyar. Özellikle ötenazi uygulamasına izin veren İsviçre, sağlık turizminde önemli bir uğrak yeridir.
- j) **Ulus Ötesi Emeklilik:** Dünya nüfusu giderek yaşlanmaktadır. Gelişmiş ülkelerdeki önemli bir sorun haline almıştır. Bu kişileri bakımı ve tedavisi sağlık turizminde bir kapı aralamıştır. Özellikle Connel'in (2006: 5) dile getirdiği husustan en çok yararlanan ülkelerden biri Kenya'dır. Kenya, yaşlıların uzun bir süre ülkelerinde kalmalarına izin verir. Ülkemiz ise Kuzey Avrupa ülkelerinden turist alır.
- k) **Ülkede Olmayan Tedavi:** Ülkelerin sağlık hizmetlerinde olmayan veya henüz yeterli seviyeye ulaşamamış hastalıkların tedavisi farklı bir ülkede devam edebilir. Tedaviler maddi imkânı olan kişiler için sıklıkla başvuru bir durumdur. Bazı durumlarda ise devlet hastanının farklı bir ülkeye gitmesine izin verir. Son yıllarda kanser alanında ciddi iyileşmelere imkân veren kök hücre yöntemi kayda değer sağlık turizmini tetikler.
- l) **Seyahat Firmaları:** Turizm sektörünün can damarı, seyahat acenteleridir. Kişileri yönlendirmede önemli işlevlere sahiptir. Hastalara yönelik olarak hazırlanan paketler (uçak biletinin sağlanması, konaklamanın karşılanması,

ameliyat giderlerinin ödenmesi vb.) destinasyona etkin rol oynar. Amerika Birleşik Devletleri'nde kalp damar operasyonu 250000 dolara iken Hindistan'da 50000 dolara mal olur.

- m) Akredite Kuruluşlar:** Akreditasyon, sağlık kuruluşlarının gelişmişliğinin göstergesidir. Sağlık turizmini kullanacak kişiler için ise destinasyonun akredite olması önemli bir güvendir. Suudi Arabistan, Birleşik rap Emirlikleri, Brezilya, İspanya ve ülkemizin de içinde olduğu ülkelerdeki yaklaşık 200 sağlık kurumu/kuruluşu Amerika Birleşik Devletleri'ndeki Uluslararası Birleşik Komisyon tarafından akredite edilmiştir. Bu onay, sağlık kurumu/kuruluşu için etikettir.
- n) Dış Kaynaklardan Faydalanma:** Devletler bazen hizmet sunmak yerine satın almaya gidebilir. Japonya yaşlı vatandaşlarının bakımını ve tedavisini üstlenmek yerine bu hizmeti daha ucuza mal eden Tayvan'a verir.

1.2.2.2 Kısıtlayan Etkenler

Sağlık turizminde engellerden biri ikna sorunudur. Hindistan gibi gelişmekte olan bir ülkenin operasyon veya tedavi sürecindeki standartların gelişmiş ülkelerdekiyle eşdeğer olduğu konusunda şüpheler vardır. Bu doğrultuda bu tür tedavilerin bazen daha pahalıya mal olabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle de medikal turizmle ilgili tanıtımlarda öncelikle teknoloji, kalite güvencesi ve yabancı ülkelerde alınmış eğitim gibi referanslara öncelik verilmelidir.

Farklı bir ülkeye yönelik sağlık turizminde en etkili araç sigorta şirketleridir. ABD gibi gelişmiş bir ülkede yaklaşık 45 milyon sigortasız işçi bulunmaktadır. Bu sayı, sigorta şirketlerinin devrede olmaksızın sağlık turizmini gösterir. Tedavi giderleri az olsa bile kişilerin kendi imkânlarıyla yurt dışına sağlık turizmine yönelmesi düşük bir ihtimaldir.

Sağlık turizmini geliştirici etkenlerin yanında olumsuz etkileyen faktörlerde mevcuttur. Chanda (2001: 70) bu maddeleri şöyle sıralamıştır:

- Destinasyona yönelik vize sorunu
- Sağlık kurum veya kuruluşlarına dayatılan lisans ve akreditasyon
- Para girişinde ekonomik kurallar
- Sigorta şirketlerinin sınırlayıcı maddeleri
- Alt yapıya ait sorunlar (sağlık kurumunun/kuruluşunun kapasitesi vb).
- Rekabet

Sağlık turizmini geliştirici ve engelleyici maddeler karşılaştırıldığında olumlu başlıkların çok daha fazla olduğu görülür. Sağlık turizminde önemli bir destinasyon olma hedefi, faydalı ve gelir getiricidir.

1.2.3 Medikal Turizmin Geleceği

Sağlık turizmi sağlığa verilen önemin artması, yaşlanan dünya nüfusu, maliyet girdisi ve rekabetten ötürü hızlı bir artış eğilimindedir. Özellikle estetik ameliyatlara yoğun ilgi vardır. Yine kalp ameliyatlari halen dünyada sağlık turizmine yön verecek alan olarak görülür.

Medikal turizm, bazı kaynaklarda sağlık turizminin alt dalı olarak verilir. Bazı kaynaklarda ise tıp turizmi adıyla anılır. Başlıklar ve değerlendirmeler her ne olursa olsun geleceğe dair ortak görüş, sağlığın yön vereceği turizmin önem kazanacağıdır.

Medikal turizm bir gelişmişlik göstergesidir. Ülkeler arasında evrensel bir rekabete neden olur. Bu yarış, ülkelerin yatırımlarında da etkili olur. Örneğin Filipinler ihtiyaçları karşılayabilmek için yeni bir hava alanını hizmete sokmuştur. Sağlık hizmetinin verileceği hastanede/kuruluştta İngilizce bilen personele ağırlık vermiştir. Dubai, Orta Doğu'daki medikal turizmdeki payını artırabilmek için "Sağlık Kenti" adı altında bir merkez inşa etmiştir. Hindistan ise Kuveyt, Nijerya ve Sri Lanka gibi medikal turizm yoluyla hasta alabileceği ülkelerle ikili anlaşmalar yapmıştır.

Bu işlemler ve rekabet, sağlık hizmetlerinin devingen yapısını gösterir. Hastalar, tedavi alabileceği en nitelikli hastaya yönelmektedir. Tedavi merkezi yerel alandan çıkmış evrensel bir nitelik kazanmıştır. Bu nedenle Connel'in (2006: 6) de ifade ettiği üzere medikal turizm gelişen dünyanı rekabetçi pazarıdır.

1.2.4 Dünyada Medikal Turizm

Dünyada medikal turizmin gelişimi, ülkelere göre farklılık sergilemiş ve insan ihtiyaçlarına göre farklı şekillerde gerçekleştirilmiştir. Gidilen bölgelere göre tedavi masrafları, hastaların geldikleri ülkeye göre %50, %70 hatta bazı durumlarda %80'e varan maliyet indirimleri sağlamaktadır. Bu turizmin gelişmesinde en önemli etken; düşük tedavi giderleri, bu ülkelerdeki gelişen tıp teknolojisi, ucuz ulaştırma giderleri ve internet pazarlaması gibi etkenlerdir (Connel, 2006:1).

Öte yandan, medikal turizmle ilgili neredeyse tüm tanıtımlarda operasyon ve turizm arasındaki bağ vurgulanmaktadır. Fakat iyileşme süreci sonunda hastaların klasik manada düşünülen turizme ne kadar yönlendikleri etraflıca incelenmelidir. Lewet (2005: 27) hastaların tedavi ve iyileşme safhalarında özellikle otellerin gelir elde edeceğini aktarır.

Medikal turizmin sorgusu günümüzde sıkça yapılmaktadır. Özellikle ABD gibi gelişmiş ülkeler medikal turizmi uygulayıcılar, hasta ve diğer paydaşlar açısından ele almıştır. Yurt dışında vatandaşlarına sunulan tedaviler ve hizmetlerin güvenilirliği konusunda özel birimler oluşturmuştur.

Sağlık turizmini vitrine koyan mali bir gelişme sağlık hizmetinin kamu tekeline çıkarılmasıdır. Batı Avrupa ülkeleri, Amerika Birleşik Devletleri sağlık hizmetini özel sektöre devretmiştir. Bu gelişme uluslararası düzeyde ciddi bir rekabet havasının oluşmasını sağlamıştır.

Medikal turizm endüstrisi ve sağlık kuruluşları gibi diğer alanlarla bütünleşmiştir. Artık turizm şirketleri tedavileri, operasyonları içeren paket

programlar hazırlamaktadır. Japonya'daki tur operatörleri Tsunami faciasından zarar gören kişilere yönelik estetik ameliyatları içeren paketler hazırlamıştır.

1.2.4.1 Dünyada Öne Çıkan Ülkeler

1.2.4.1.1 Hindistan

Başkenti Yeni Delhi olan Hindistan'ın yönetim şekli Cumhuriyet'tir. Nüfusu yaklaşık 1 milyar 200 bin olan bu ülkenin resmi dili Hinduca'dır (<http://tr.wikipedia.org/wiki/Hindistan>).

Günümüzde medikal turizmin destinasyon merkezi olarak kabul edilen Hindistan'da, sadece Turizm Bakanlığı değil, hükümet, özel sektör, tur operatörleri, seyahat acenteleri ve oteller de sağlık turizmini, gelişmenin önemli bir adımı olarak görmektedir. Teknolojisini yenileyen Hindistan, batıdaki gibi gelişmiş tıbbi yöntemleri kendisine uyarlamış, düşük maliyet ve hızlı işleyen tedavi ile hizmet sunmaktadır. Ayrıca modern tıbbı ek olarak ayurveda gibi geleneksel tıp turizmi de yapılmaktadır (<http://www.expresstravelandtourism.com/200309/lookin01.shtml>).

Bununla birlikte, hastanelerin düzenli hale getirilmesi ve hizmet veren personellerin maaşlarında artış yaşanması beyin göçünü tersine çevirmiştir. Uluslar arası tecrübelerini memleketlerinde kullanan doktorlar, turistlerin memnuniyetini artırmada önemli bir veridir.

Son bir kaç yıl içinde Hindistan dünyanın pek çok ülkesinden sağlık turisti almıştır. Yurt dışından tedavi amaçlı gelen bu turistlerin aldıkları tedaviler ağırlıklı olarak; kalp ve nörolojik hastalıklara, kansere, çocuk hastalıklarına ve organ nakline yöneliktir.

Hastaları esas çeken ise düşük ücretli tedavi sunumudur. Örneğin bypass ameliyatının fiyatı Hindistan'da 9.300 lira iken, Amerika'da 130.000 lira kadardır.

Hindistan'a en fazla hasta Pakistan, Srilanka ve Budapeşte'den gelmektedir. Bu ülkeleri Afrika ve körfez ülkeleri takip etmektedir. Son yıllarda özellikle İngiltere, Amerika ve bazı AB ülkelerinden gelen hasta sayısında artış gözlenmiştir (Medhekar, 2013: 211).

Hindistan'da tur operatörleri sağlık turizmine önem vermekte, hastaların sadece seyahat, konaklama gibi düzenlemelerini yapmakla kalmayıp doktor randevularını da ayarlamaktadır. Hastaneler ise hastalarına, hastanede iyi hizmet vermekle kalmamakta, hastayı havaalanından alıp, havaalanına bırakmakta, hastaların kalacakları yerleri ayarlamakta ve aldıkları tedavi sonrası durumlarını kontrol etmektedir. Hastaların tedavi için Hindistan'ı seçmesinin tek sebebi kaliteli sağlık bakım hizmeti değil, ülkenin gezilmeye değer egzotik, ilginç ve turistik alanlarının da çok olmasıdır.

2005 yılında Hindistan'da kalp ameliyatı, organ nakli, plastik cerrahi gibi uzun tedaviler için gelen hastalara yönelik "Tıbbi Vize" uygulaması başlatılmıştır. Bu uygulamadan önce hastalar, turist vizesi ile ülkeye girip ve en fazla 6 ay kalmaktaydılar. Tıbbi vize ile 1 yıla kadar kalabilmekte ve gerekirse 1 yılda kalma süresini uzatabilmektedir. Tedavi için üçüncü yıla ihtiyaç duyulur ise üst düzey onay gerekmektedir. Tıbbi vizenin kurallarına göre hastanın kan bağı olan iki yakını da hastayla birlikte Hindistan'a gidebilmektedir (Akdu, 2009: 46).

1.2.4.1.2 Tayland

Resmi adı Tayland Krallığı olan ülkenin başkenti Bangkok olup, Parlamenter Demokrasi/Meşrutiyet ile yönetilmektedir. Nüfusu yaklaşık 67 milyon olan ülkenin resmi dili Tayca'dır (<http://tr.wikipedia.org/wiki/Tayland>).

Tayland, Asya'nın ortasında yer aldığından, Asya'nın sağlık turizmi merkezi olarak adlandırılmaktadır. Tayland'a uluslararası akredite olmuş bir hastane başta olmak üzere hastanelere yurt dışından, enfeksiyon hastalıkları ve tedavileri, kalp

ameliyatları ve sonrasında gerekli olan bakım, estetik cerrahi, diş tedavileri, katarakt gibi tedaviler için hasta gitmektedir.

Taylandlı doktor, eczacı, dişçi ve teknik elemanlar; tıbbi araştırmalara, uluslararası sempozyum ve kongrelere katılmakta, bu durumda Tayland'ı sağlık turizminde ön plana çıkarttığı düşünülmektedir. Tayland'a yurt dışından giden hastalar, Avrupa ve Amerika'dan %50-80 daha düşük fiyata ameliyat olmakta, tıbbi açıdan iyi hizmet almakta, yatış sırası beklemeden 48 saat içinde tedavi olmakta, kendi dillerinden anlayan sağlık personelleri bulunmakta ve kendi kültürlerine uygun yemek gibi özel hizmetler de verilmektedir.

Taylandlı doktorların pek çoğu ABD ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerde meslek eğitimlerini tamamlamış, buralardan diplomalarını almış ve hastalarına İngilizce hizmet sunma konusunda epey mesafe kat etmiş bulunmaktalar. Tayland'da JCI akredite olmuş ve bazıları da ISO 9001:200 belgelerini almış Bumrungrad Hastaneleri adında beş yıldızlı otel görünümünde, yılda toplam 800.000 hastasının 200.000'i elli farklı ülkeden gelen yabancılardan oluşan büyük bir hastane bulunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 46).

1.2.4.1.3 Malezya

Başkenti Kuala Lumpur olan Malezya'nın yönetim şekli Federal Parlamenter Demokrasi ve Monarşi'dir. Nüfusu yaklaşık 28 milyon 250 bin olan bu ülkenin resmi dili Bahasa Malay'dır (<http://tr.wikipedia.org/wiki/Malezya>).

Malezya hükümeti, 2000 yılından itibaren ülkeye döviz sağladığı için sağlık turizmini desteklemektedir. Sağlık turizmini geliştirmeye yönelik kalkınma planları oluşturulmuştur. Gelecek hastaların bürokratik işlemlerle vakit kaybetmemeleri ve olumsuz tutum geliştirmemeleri için medikal turizmin paydaşlar arasında toplantılar düzenlemiş, sonuca yönelik olarak kararlar almıştır. Vize alma, gümrük, protokoller

gibi işlemleri devreye sokmuştur. Ayrıca Aydın ve Yılmaz'ın (2010) aktardığı üzere sağlık turizmini tanıtıcı reklam kampanyalarının desteklemiştir.

Hastanelerdeki İslam dinine uygun yiyecekler ve uygulamalar hastaların Malezya'yı tercih etmesinin sebeplerinden biri belki de en önemlisidir. Malezya'ya hastalar, Birleşik Arap Emirlikleri, Kuveyt, Bahreyn, Bangladeş, Avustralya, AB ülkeleri, Singapur ve Japonya'dan gelmektedirler. Bu ülkede sağlık hizmet bedelinin daha düşük olması ve bekleme sürelerinin kısa olması ülkeye sağlık turizmi pazarından büyük pay alacağını düşündürmektedir.

1.2.4.1.4 Singapur

Başkenti Singapur olan ülkenin resmi adı Singapur Cumhuriyeti'dir. Yönetim şekli Cumhuriyet olup İngilizce, Malayca ve Mandarin Çincesi yaygın diller arasındadır. 5 milyon 076 bin civarında nüfusa sahiptir. Alan itibarıyla küçük bir toprak parçasına sahip olmasına rağmen ülke, sağlık alanında oldukça ileri bir konuma ulaşmış ve Asya'da en iyi sağlık sistemini kurmayı başarmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2011: 48).

Singapur'un yıllık sağlık turisti ortalaması 150.000'dir. Bu sayının büyük bir kısmını Kuveyt, Bahreyn, Suudi Arabistan gibi komşuları oluşturur. Bununla birlikte ABD ve İngiltere gibi gelişmiş ülkelerin vatandaşları da Singapur'u tercih eder. Singapur'un tercih nedeni sterilizasyondaki yüksek kalitedir (Aydın ve Yılmaz, 2010).

1.2.4.1.5 Amerika Birleşik Devletleri

Federal eyaletlerden meydana gelen ABD'nin başkenti Washington'dur. Yönetim şekli Federal Cumhuriyeti olan ülkenin nüfusu 318 milyon 892 bin civarındadır (<http://www.census.gov/popclock/>). Resmi dili İngilizce'dir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde, 2009 yılında sağlık turizmi sektöründe ciddi artışlar olduğu, ülke halkına ve ekonomisine önemli katkılar sağladığı yapılan araştırmalar sonucu ortaya çıkmıştır.

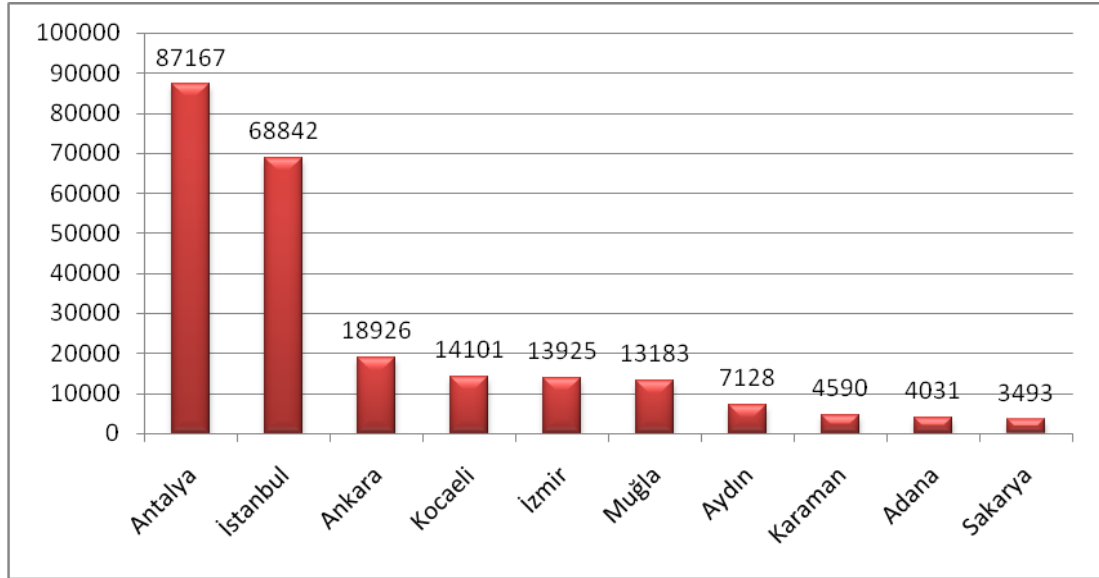
ABD hükümeti yurt dışından gelen sağlık turizminden faydalananlara yönelik iki taraflı bir politika benimser. Hem yurt dışından ülkeye hasta gelmesini teşvik ederken hem de sağlık altyapısını bir Pazar haline getirmiştir. Teknolojik altyapısını kuracağı sağlık kurumları/kuruluşlarıyla protokoller imzalamıştır. Yaklaşık 45 milyon sigortasız işçiye sahip ABD, tedavi hizmeti için Hindistan ve Singapur'a yönlendirir. Yine akreditasyon uygulamasıyla dünyada kendi standartlarını oturtur.

1.2.5 Türkiye'de Medikal Turizm

Medikal turizm, henüz tüm dünyada yeni olduğu gibi, Türkiye için de yeni bir kavram ve yeni bir çalışma alanıdır. Son zamanlarda en çok konuşulan turizm türü olan medikal turizm, sektörün tüm paydaşlarının dikkatini çekmekte ve yeni fırsatlar sunmaktadır. Türkiye medikal turizminde bir ülkenin başarılı olabilmesi için gerekli şartların birçoğunu taşımaktadır.

Türkiye, turizm çeşitliliği anlamında; tarihsel, dinsel, alışveriş, spor, iş olanakları, eğlence, tatil, sağlık gibi birçok turizm birleşenini yaygın olarak hizmete dönüştürmüş ve bu alanların birçoğunda da dünyada bir marka değeri oluşturmuştur. Günümüzde en çok turist çeken ülkeler arasında 7. sırada olunması tesadüf değildir.

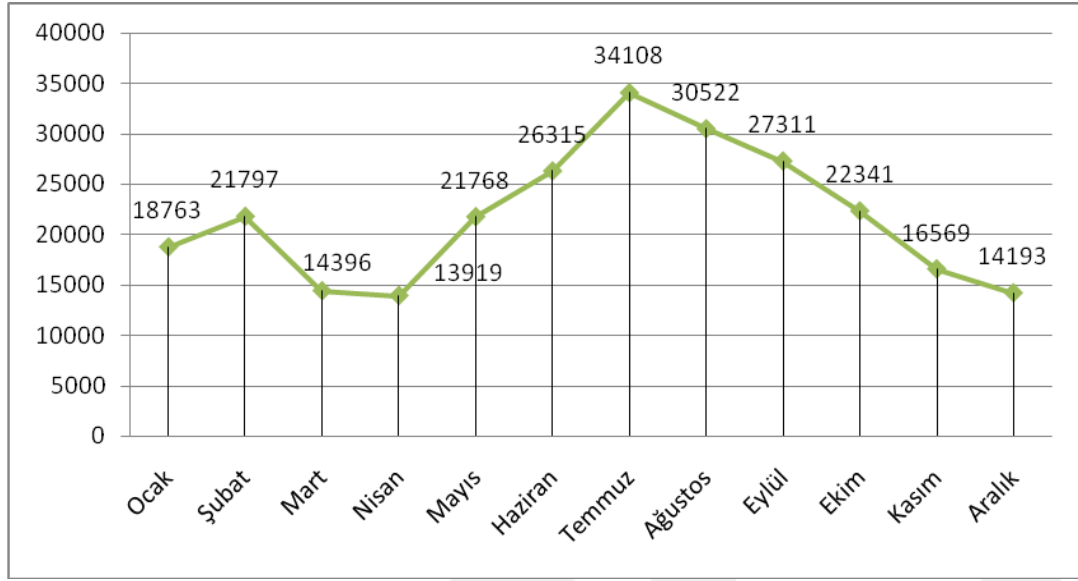
Türkiye'nin dünya coğrafyasındaki yeri, var olan turizm potansiyelinin sağlık hizmetlerine yansması, hastanelerin dünya standartlarındaki teknolojik donanımı, doktor ve insan kaynağı kalitesi, fiyatların gelişmiş ülkelere nazaran rekabet gücü vermesi, Türkiye'nin Avrupa'da 1. dünya genelinde ise en büyük 7. jeotermal kaynaklara sahip olması ve Avrupa'da yaşayan ve sağlık hizmetini Türkiye'de almayı tercih eden Türk vatandaşlarının varlığı Türkiye'nin avantajları olarak sayılabilir (Genç, 2007: 96).



Şekil 2. Türkiye'yi 2012 yılında gelen medikal turizm hastalarının ilk 10 ile göre dağılımı (Kaynak: Medikal Turizm Değerlendirme Raporu, 2013: 33)

Şekil 2'de görüldüğü gibi, medikal turizm hastalarının 2012 yılında en çok ziyaret ettikleri ilk 10 ilden birincisi olan Antalya, genel turist açısından da en fazla tercih edilen ildir. Antalya'yı İstanbul, Ankara, Kocaeli, İzmir takip etmekteyken Adana'nın bu sıralama içerisinde olma sebebi, Acıbadem Hastanesi'nin olmasıdır. Sakarya ili ise, çok fazla sayıda mülteci bulunmasından kaynaklanmaktadır.

Türkiye, dört mevsimi yaşayan bir ülkede olduğundan hastalara güneşli sıcak bir iklimde iyileşme ve her bütçeye uygun fiyatlarla tedavi, konaklama ve tatil yapma fırsatı sunmaktadır.

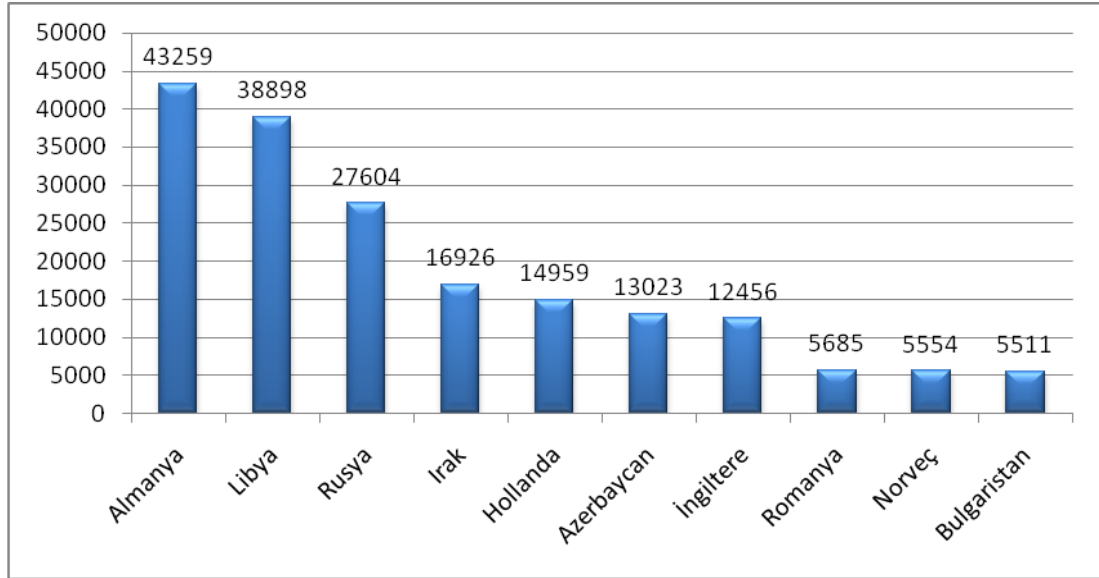


Şekil 3. Türkiye'ye 2012 yılında gelen medikal turizm hastalarının aylara göre dağılımı (Kaynak: Medikal Turizm Değerlendirme Raporu, 2013: 64)

Şekil 3'te görüldüğü gibi, medikal turizm hastalarının yaz aylarında geldiği görülmüştür. En fazla Temmuz ayında başvurdukları görülen medikal turizm hastası, en az Nisan ayında gelmiştir.

Mevcut durumda Türkiye az da olsa dünya medikal turizm pastasından bir pay almaktadır. Bu anlamda Genç'e göre (2007: 97) ülkemize gelen hastaların ülkelere göre sınıflandırması şu şekildedir:

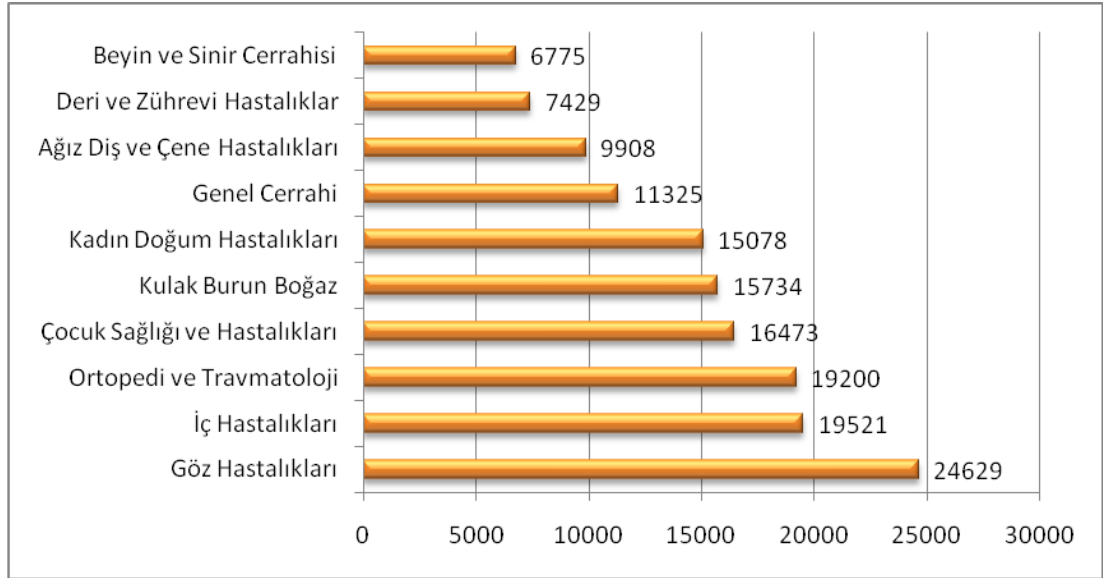
- Türk nüfusunun ağırlıkta olduğu ülkeler (Hollanda, Belçika, Almanya vb.)
- Sağlık sistemi gelişmekte ülkeler (Türk Cumhuriyetleri, Orta Doğu ülkeleri vb.)
- Sigorta sistemlerinde açıklık bulunan veya maddi imkânların daha pahalı olduğu ülkeler (Almanya, ABD vb.)
- Tedavi olmak için bekleme sırası olan ülkeler (Kanada, Hollanda vb.)



Şekil 4. Türkiye'yi 2012 yılında gelen medikal turizm hastalarının ilk 10 ülkeye göre dağılımı (Kaynak: Medikal Turizm Değerlendirme Raporu, 2013: 52)

Şekil 4'te görüldüğü gibi, ilk sırayı Almanya alırken ikinci sırada Libya bulunmaktadır. Almanya'nın ilk sırada yer almasının nedeni, gurbetçilerin fazla olması ve tedavilerini anavatanlarında yapılmasını tercih etmeleridir.

Son yıllarda dünyanın çeşitli ülkelerinden çok sayıda hasta, tedavi olmak için Türkiye'deki sağlık kuruluşlarını tercih etmektedir. Bunun en önemli nedeni, son zamanların en gelişmiş yöntemleri ile gerçekleştirilen tıbbi operasyon ve işlemlerin gerek yüksek kalite, gerekse düşük maliyet ve teknoloji ile yapılmasıdır. Saç ekimi ve estetik operasyonlar, göz tedavileri, tüp bebek uygulamaları medikal turistlerin Türkiye'yi tercih ettikleri tedavilerde ilk 3 sırayı oluşturmaktadır. Bunların dışında; spa, açık kalp ameliyatı, kulak burun boğaz, deri hastalıkları, checkup, diyaliz, kanser tedavileri, kalp damar cerrahisi, diş, jinekoloji, beyin cerrahisi, ortopedi ve fizik tedavi rehabilitasyon gibi tedaviler bulunmaktadır.



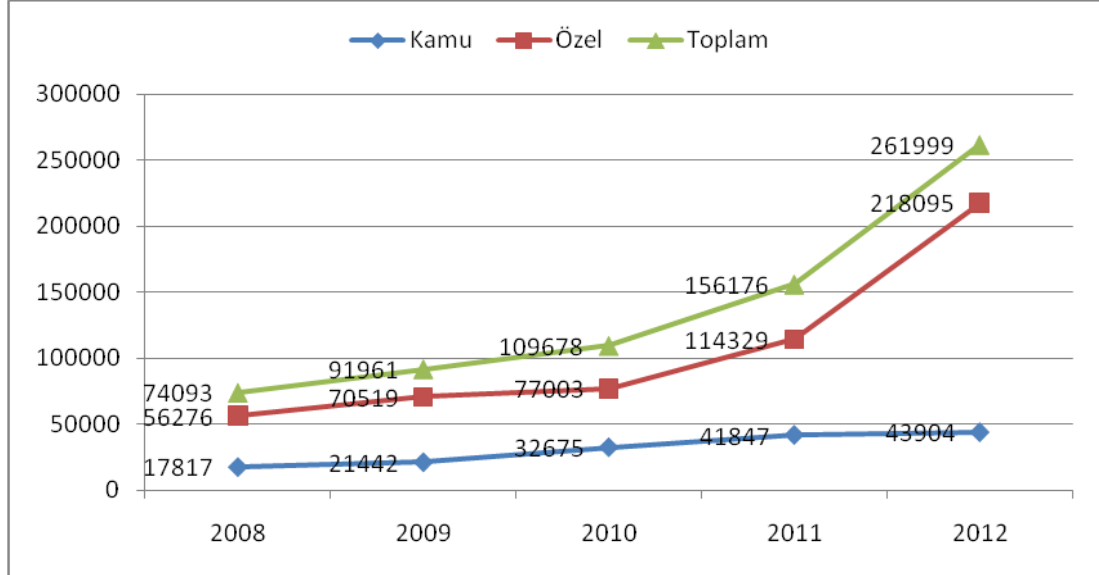
Şekil 5. Medikal turizm kapsamında 2012 yılında gelen hastaların Türkiye genelinde tercih ettikleri ilk 10 kliniğe göre dağılımı (Kaynak: Medikal Turizm Değerlendirme Raporu, 2013)

Şekil 5’te görüldüğü gibi, medikal turizm kapsamında gelen hastaların (alt birimler dahil edilmeden) kliniklere göre dağılımının ilk sırasını Göz Hastalıkları almaktadır. 19.521 kişi ile ikinci sırada Ortopedi ve Travmatoloji yer almaktadır.

ABD, Almanya gibi ülkelerde devlet güvencesinin yerini özel sigortalar almıştır. Sigorta şirketleri de belirli hastalıklara poliçe kapsamında yer vermez. İngiltere, Hollanda gibi gelişmiş ülkelerde ise tedaviye başlama süresi uzundur. Randevu sistemiyle çalışan sağlık kurumları, hastalara uzun zaman aralıkları tanır. Bu nedenler medikal turizmde ülkemizi destinasyon merkezi haline getirir. Ülke içinde hasta hastanenin tercih edileceği ise hastanenin bilinirliği, tedavi masrafı, tedavi olan hastaların olumlu referansları gibi sebepler belirler. Genel olarak düşünüldüğünde ülkemizin bir sağlık merkezi haline gelmesinde etkin olan maddeler şunlardır:

- Ülkemizdeki sağlık sektörünün gelişmişliği
- Tedavi masraflarındaki düşük maliyet
- İklim şartlarının elverişliliği
- Tedavi öncesinde veya bitiminde tatil imkânlarının zenginliği
- Tedavide bekleme süresinin olmaması

- Sağlık kurum ve kuruluşlarındaki teknolojik alt yapı ve kurumsallık.



Şekil 6. Yıllara göre Türkiye'de sağlık hizmeti alan medikal turizm hastalarının dağılımı (Kaynak: Medikal Turizm Değerlendirme Raporu, 2013: 24)

Şekil 6'da görüldüğü üzere Türkiye'ye medikal turizm için gelen hastaların sayısında özellikle 2010 yılından sonra artış olmuş ve ivme kazanarak devam etmiştir. Bu artış, Türkiye'de medikal turizmin iyi olduğunu ve daha da iyileşeceğini göstergesidir. Ayrıca şekil 6'da göze çarpan başka bir durum ise, özel işletmelerin kamu hastanelerinden daha çok yabancı hasta potansiyeline sahip olduğudur.

Başta İngiltere ve Almanya olmak üzere, Belçika, Hollanda, Rusya ve İsrail'den dış problemleri için gelen turistler, hem tedavi olmakta hem tatil yapmaktadırlar. Avrupa'da implant tedavisinin fiyatı 2500-3000 Euro iken, Türkiye'de yaklaşık 1000 Euro olması, Türkiye'yi cazibe merkezi haline getirmiştir. Bu kapsamda implant ve porselen protez uygulamaları için de Türkiye'deki laboratuvarlar tercih edilmekte ve birçok ülke dışı ilgili tedavi malzemelerini de Türkiye'den karşılamaktadır.

Türkiye'nin tercih edilmesindeki tek sebep Avrupa ülkelerinden daha ucuz olması değildir. Örneğin tüp bebek tedavisi için gelme nedenlerinden biri,

Türkiye’de ilk denemede başarılı olma oranının Avrupa ülkelerinden daha yüksek olmasıdır. Ortadoğu ülkeleri ve Doğu Avrupa’dan gelen yabancı hastalar ise; tüp bebek tedavisinin yanı sıra kanser tedavisi için de Türkiye’yi tercih etmektedir (Kurşun, 2007). Avrupa’da sadece beş ülkede kullanılan cihazlardan biri (cyber knife-uzay neşteri teknolojisi), kanser araştırmaları ve tedavisi konusunda önemli ilerleme kaydeden Türkiye’de bulunmaktadır.

Medikal turizminin önem kazanmasıyla birlikte estetik operasyonlar için de Türkiye tercih edilen ülkeleri arasındadır. Özellikle kadınlar tarafından göğüs, karın ve burun ameliyatları, erkekler de ise özellikle saç ekimi için oldukça yoğun talep almaktadır. Avrupalılar kadar Araplar da Türkiye’yi estetik operasyonlar için tercih etmeye başlamıştır. Son dönemde özellikle Arap ülkelerinde şişmanlık büyük problem haline gelmiş olup yapılan operasyonlarla ideal kilosuna kavuşanlar görülmektedir. Türkiye’de birçok hastane, bünyesinde bu konuyla ilgili bölümler oluşturmaktadır.

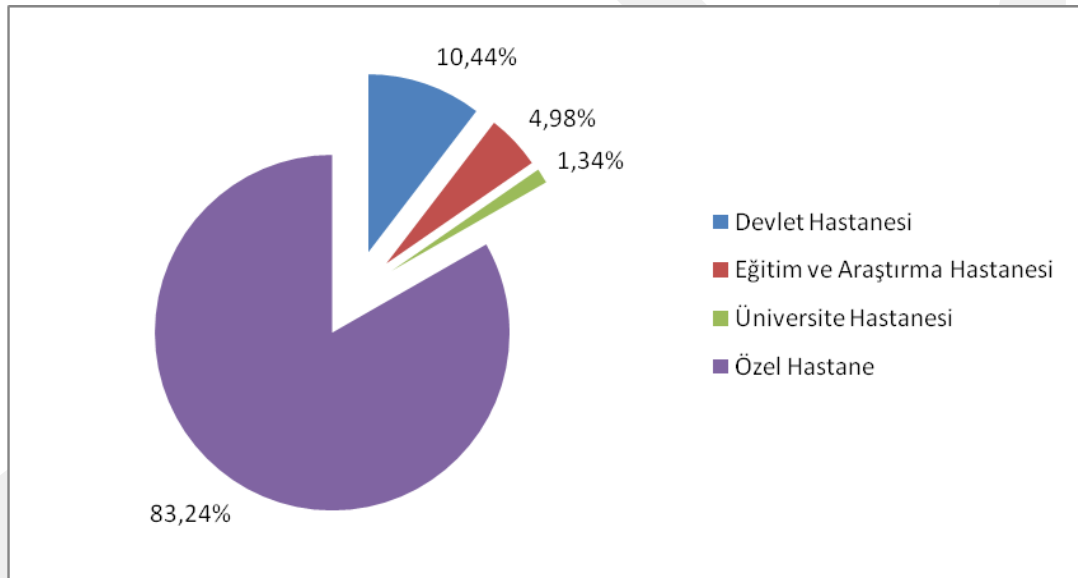
Türkiye’nin önemli avantajı medikal turizmin birçok bölgede termal turizmi ile birlikte yürütülebilmesidir. Özellikle kaplıcaların birçok hastalığı tedavi edici etkisi bu birlikteliği kolaylaştırmaktadır. Sağlık turizminin her geçen gün büyümesi bu alandaki yatırımları hızlandırmıştır. Beş yıldızlı otellerin çoğunda bulunan SPA merkezleri ve termal tesisler de yabancıların Türkiye’yi tercih etmesini sağlayan önemli sebepler arasında yer almaktadır.

2012 yılı verilerine göre Türkiye’ye yurt dışından gelip sağlık hizmeti almak isteyen yabancı hastalar toplamda 899 sağlık hizmeti kuruluşunu seçmişlerdir. Bu kuruluşlardan 308’i devlet hastanesi, 66’sı eğitim ve araştırma hastanesi, 26’sı üniversite hastanesi ve 499’u ise özel hastanelerdir. Bu bilgiler aşağıdaki tabloya çıkarılmıştır;

Tablo 2. Türkiye'ye 2012 yılında sağlık hizmeti almaya gelen yabancı hastaların tercih ettikleri hastaneler ve hasta sayıları dağılımı

	Hastane Sayısı	Hasta Sayısı
Devlet Hastanesi	308	27355
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	66	13042
Üniversite Hastanesi	26	3507
Özel Hastane	499	218095
TOPLAM	899	261999

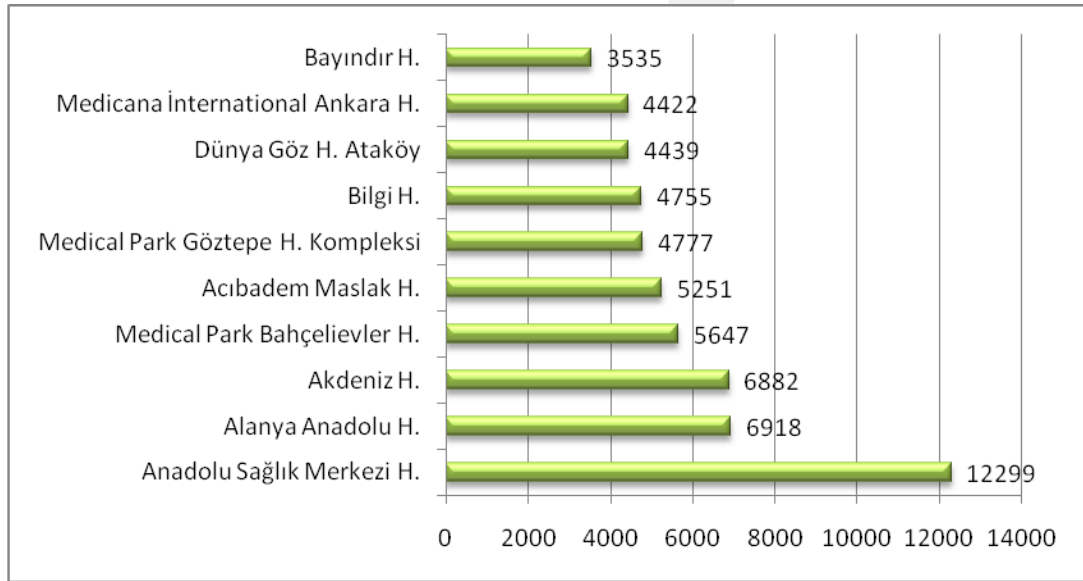
(Kaynak: Medikal Turizm Değerlendirme Raporu, 2013: 25)



Şekil 7. Türkiye'ye 2012 yılında sağlık hizmeti almaya gelen yabancı hastaların tercih ettikleri hastaneler ve hasta sayıları yüzdeler dağılımı (Kaynak: Medikal Turizm Değerlendirme Raporu, 2013: 26)

Türkiye'de medikal turizm son yıllarda özel hastanelerin bu konuya el atması ile hareketlenmiştir. A sınıfı özel hastaneler başta olmak üzere birçok hastane, dünya çapındaki medikal turizm fuarlarına katılmaya başlamış ve hastalara daha iyi hizmet vermek adına kendi bünyelerinde “Yabancı Hasta Departmanları” kurmuştur. Medikal turizm özel ilgi gerektiren ve güven esasına dayanan bir kavram olduğu için bu departmanların kurulması, gelen hastaların hastaneye girişinden taburcu olduğu aşamaya kadar her türlü sorunlarını çözerek hastaların işini oldukça kolaylaştırmıştır. Yabancı Hasta Departmanlarının faaliyete geçmesi, yabancı hastaların ülkemize

gelirken sahip olduğu çekinceleri kısmen azaltmış ve ilk adımı daha kolay atmalarını sağlamıştır (Genç, 2007; 97). Çalışmaları yalnızca uluslararası hasta hizmetleri gibi birimler oluşturmakla sınırlı kalmayan bu hastaneler, aynı zamanda hastane içi işletme ve işletmelerinin yabancı hastalara göre düzenlenmesi, yabancı dil bilen personel istihdamı ve tercümanlık desteğine kadar her türlü alt yapı çalışmalarını yapmaya başlamıştır.



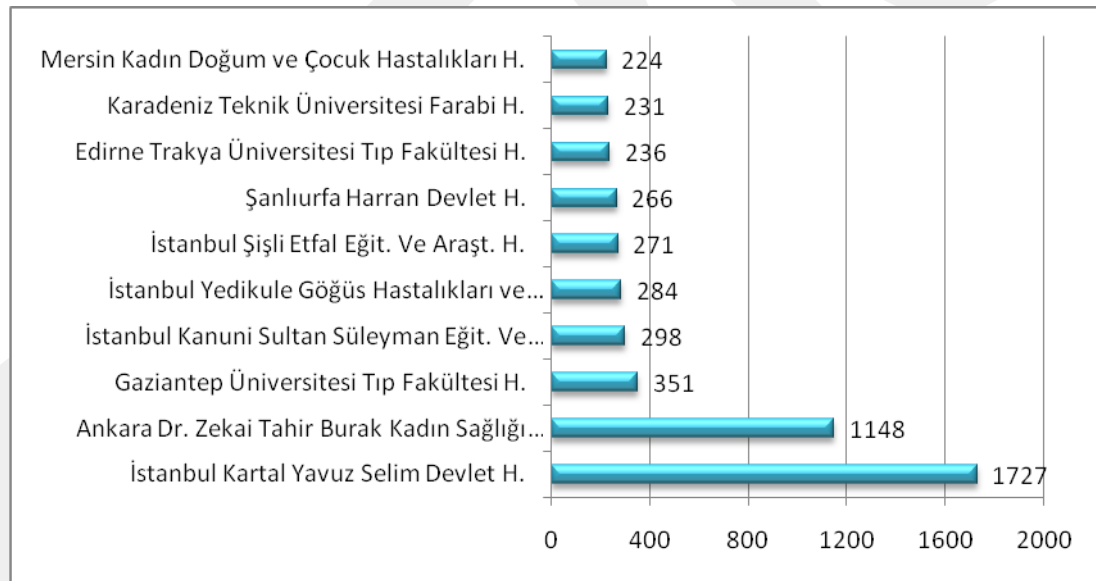
Şekil 8. Medikal turizm kapsamında gelen hastaların Türkiye genelinde tercih ettikleri ilk 10 özel hastaneye göre dağılımı (Kaynak: Medikal Turizm Değerlendirme Raporu, 2013: 28)

Şekil 8’de görüldüğü gibi, ilk sırayı Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi, ikinci sırayı ise Alanya Anadolu Hastanesi yer almaktadır. Şekle bakıldığında genel anlamda, yabancı hastaların turizm açısından yoğun olarak tercih ettikleri Antalya, İstanbul ve Ankara’daki hastaneleri seçtikleri görülmüştür.

Ayrıca özel hastaneler dışında, çeşitli şirketler veya girişimciler de sağlık turizminde faaliyette bulunmaya başlamıştır. Örneğin, Sağlık Turizm Derneği her yıl, 100’e yakın farklı ülkeden yabancı ve yerli kişinin katılım sağladığı, gelişmelerin, sorunların ve çözümlerin dile getirildiği Uluslararası Sağlık Turizm Kongresi düzenlemektedir. Bu konuda önemli gelişmelerden bir diğeri de, Kayseri’de bir özel Göz Merkezi ile ICC-T Ajans’ta yaşanmıştır. Örneğin ilgili sağlık kurumunun ve tatil acentesinin ortak düzenlediği paket program hastalara 4–8 bin Euro aralığında

bir rakama lasik operasyonunu, akabinde de beş gün sürecek bir tatil imkânı sunar. 5 günlük tatil planı hastalara kayak, tarihi ve kültürel mekânlara gezi fırsatları verir. Bu kombinasyon medikal turizm ile klasik manadaki turizmin birbirini nasıl desteklediğini gösterir.

Medikal turizmde lokomotif rolünü seyahat şirketleri sunar. Bu veri, medikal turizmin özel sektörün öncülüğünde olduğunu gösterir. Özel sektör yatırımlarının ülkenin belirli bölümlerinde gerçekleşmesi, “acile başvuran yabancı uyruklu hasta” olarak artan girişlerin varlığı ve devletin “sosyal devlet” olması, Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastane, poliklinik, hekim, teçhizat ve diğer unsurlarıyla zaten devletin bu alanda hizmet sunucu olarak da bulunmasını zorunlu kılan önemli nedenlerdir.



Şekil 9. Medikal turizm kapsamında gelen hastaların Türkiye genelinde tercih ettikleri ilk 10 kamu hastanesine göre dağılımı(Kaynak: Medikal Turizm Değerlendirme Raporu, 2013)

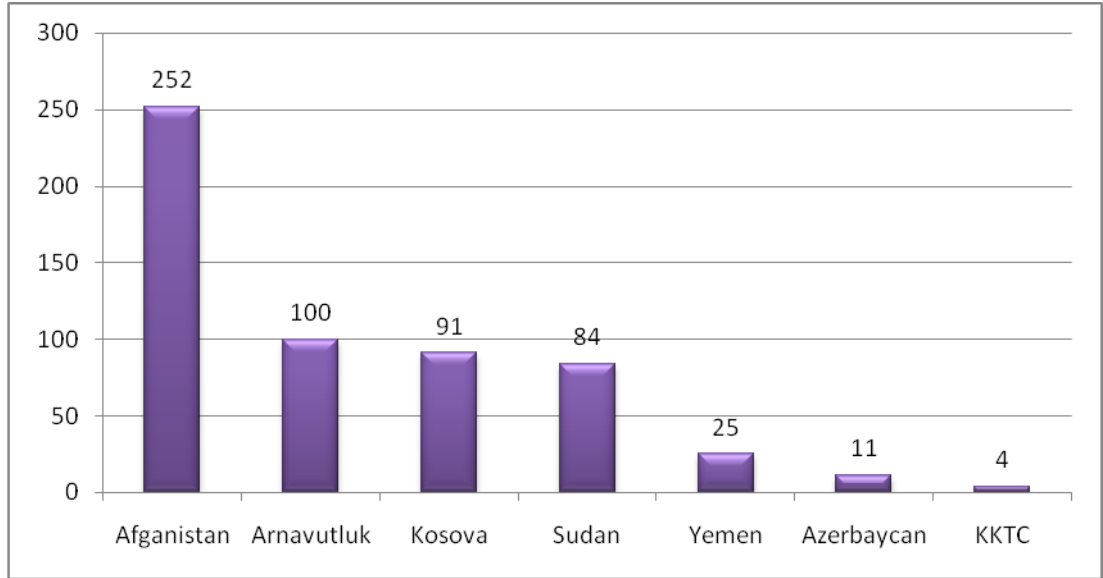
Şekil 9’da görüldüğü gibi, Türkiye genelinde tercih edilen ilk 10 kamu hastanelerinden; en fazla tercih edilen ve devlet hastanesinde de ilk sırayı alan İstanbul Kartal Yavuz Selim Devlet Hastanesi’dir. İkinci sırayı alan ve eğitim ve araştırma hastanesinde ilk sırayı alan Ankara Dr. Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, üçüncü sırayı ise üniversite hastanesinde ilk sırayı alan Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi yer almaktadır.

Kamu hastanelerine toplam başvuru içinde yabancı hasta başvuruları dikkate alınmayacak kadar küçük bir oranda olsa da artış eğilimindedir. Bu artış Türkiye'nin küresel anlamda artan önemini vurgulamakta birlikte kamuda sunulan sağlık teknolojik ve hekimsel hizmet kalitesindeki artışın önemli bir payı vardır. Diğer taraftan çeşitli ikili ve çok taraflı uluslararası anlaşmalar yapılmış, buna bağlı olarak da kamu hastanelerinde hasta kabul edilmektedir. Sağlık İşbirliği Anlaşmaları çerçevesinde, ülkelerinde tedavileri mümkün olmayan hastalar her yıl belli bir kontenjan dahilinde ülkemizde ücretsiz olarak tedavi edilmektedirler. 27 Aralık 2013 tarihi itibarıyla elde edilen verilen aşağıdaki gibidir;

Tablo 3. Türkiye'ye İkili Anlaşmalar kapsamında gelen hasta sayıları dağılımı

ÜLKELER	Sayı	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Afganistan	250	-	-	-	-	-	-	43	100	100	195	137	200	201	252
Arnavutluk	100	130	108	79	87	100	100	55	100	100	100	100	100	100	100
Azerbaycan	20	5	5	10	6	13	8	13	10	10	15	20	18	7	11
KKTC	150	5	17	4	7	16	17	45	105	13	57	49	69	18	4
Kosova	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	95	100	91
Sudan	100	-	-	-	-	-	-	-	-	-	24	78	88	100	84
Yemen	25	-	-	-	22	-	2	1	-	-	-	25	25	25	25
TOPLAM	745	140	130	93	123	129	127	157	315	553	319	409	595	551	567

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler ve AB Genel Müdürlüğü Sağlık Turizm Birimi



Şekil 10. Türkiye'ye 2013 yılında ikili anlaşma kapsamında gelen hastaların dağılımı
(Kaynak: Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler ve AB Genel Müdürlüğü Sağlık Turizm Birimi)

Kişi başına düşen yabancı hastadan elde edilen gelirin, yerli hastaya göre karlılığı daha yüksektir. Bu fark, aynı hizmeti veren bir sağlık kuruluşu için daha karlı ve etkin bir sağlık hizmeti sunumu demektir. Türkiye açısından medikal turizm için gelenlerin kişi başına harcama ortalaması 6750 dolar olduğu ve tatil turizmi ortalamasının da 650 dolar olduğu düşünüldüğünde medikal pazarın ne kadar önemli olduğu kolayca anlaşılacaktır.

Tablo 4. Medikal Turizm kapsamında 2012 yılında Türkiye'ye gelen hastaların, kamu ve özel sektör gelir tahminleri

		2012 YILI		
		Hasta Sayısı	Hasta Başına Gelir USD	Toplam Gelir USD
Medikal Turizm	Kamu	14.766	9.000	132.894.000
	Özel	154.696	12.000	1.856.352.000
Turistin Sağlığı	Kamu	22.491	2.000	44.982.000
	Özel	47.972	4.000	191.888.000
TOPLAM		239.925		2.226.116.000

(Kaynak: Medikal Turizm Değerlendirme Raporu, 2013: 77)

Medikal turizm alanında dünyadaki artan talep ve bu talebin yarattığı ekonomik hacmin yanında Türkiye mevcut potansiyelini artırmak suretiyle bu pazardan aldığı payın üstüne çıkma isteğindedir. Bu anlamda özel sektör yatırımlarının ve ilgisinin yanı sıra kamu kaynaklı sağlık birimlerinin de belirli bir düzeyde sektöre desteği gerekmektedir.

1.2.5.1 Türkiye’de Medikal Turizminin Gelişimi

Dünyadaki turizm gelirleri arasında Türkiye, ilk onda yer alır. Birleşmiş Milletler'e bağlı Dünya Turizm Örgütü'nün (DTÖ) verilerine göre ülkemiz 2012 yılında 6. Sıradadır. Bu sıralamadaki önemli başarılarından biri İngiltere'nin geride bırakılmasıdır. Ülkemizdeki turizmin gelişmesine önemli katkıda bulunan başlıklardan biri de sağlık turizmidir. Sağlık turizmini daha da ileri götürecek alt yapının hazırlanması, modern hastanelerin inşa edilmesi, donanımlı ve yabancı dile hâkim personelin yetiştirilmesi, termal kaynakların turizme yönelik olarak düzenlenmesi bu alanda önemlidir.

Ülkemizin artan turizm potansiyeli ve sağlık turizmindeki payı, hastanelerin gelişiminin zorunlu kılmıştır. Birçok özel sağlık kurumu/kuruluşu hizmet kalitesini ispatlamış, marka akreditasyon kuruluşlarınca onaylanmıştır. Turizm bakanlığının verilerine göre halen 17 hastane, 3 laboratuvar, birer nakil aracı ve tedavi merkezini barındıran toplamda 42 sağlık kuruluşu akreditedir. Nicelik değer itibarıyla dünya ikincisidir. Akreditasyon sağlık kuruluşları için güvencenin ve markalaşmanın anahtarıdır. Kuruluşlar, yılda iki kez denetlenerek akreditasyonlarını devam ettirirler. Sürekliliğe ait tüm yetki ve sorumluluk Sağlık Bakanlığı'na aittir. (<http://www.saglikturizmi.gov.tr/19-jci-akredite-hastaneleri.html>).

Türkiye, sağlık turizmindeki yerini sağlamlaştıran verilerden biri nitelikli doktor ve sağlık personelidir. En az bir yabancı dili akıcı şekilde konuşabilen, bilgilerini güncelleyen doktor sayısı ülkemizin yüz akıdır. Sağlık turistinin memnuniyetini belirleyen faktörlerin başında da sağlıklı iletişim gelmektedir.

Sorunlarını doğru ve hızlı şekilde anlayabilen, tedavi sürecini rahatlıkla aktarabilen doktor ve personel, sağlık turizminin can damarıdır.

Mevcut imkânlar ve nitelikli sağlık çalışanına karşın dünyadaki sağlık turizminden Türkiye'nin yeteri kadar pay alamadığı iddia edilebilir. Dünyadaki genel turizm verilerinde altıncı, Avrupa içinde ise dördüncü sırada olan Türkiye'nin sağlık turizmindeki sıralaması geridir. Bunun başlıca nedenleri, sağlık turizminin eğlence turizmi kadar önem verilmemesi, reklam çalışmalarının istendik oranda olmayışıdır.

1.2.5.2 Medikal Turizmde Türkiye'nin Rakipleri

Sağlık turizminde önemli kalemlerden biri bireysel başvurulardır. Göz ve diş tedavileri, saç ekimi ve estetik Türkiye'nin en fazla sağlık turisti aldığı kısımlardır. Fakat bu alandaki zorluk rekabetin seviyesidir. Belçika, Letonya, Norveç gibi ülkeler coğrafi yakınlığı kullanarak öne çekme mücadelesi içindedir. Belçika, İngiltere'ye yakınlığı sebebiyle hastalarının çoğu İngilizlerden oluşmaktadır. Özsoy'a göre (2007) Güney Kıbrıs, Çek Cumhuriyeti ve Bulgaristan Türkiye'nin pazardaki diğer rakipleridir.

Avrupa ülkelerinin yanı sıra uzak doğu ülkeleri de sağlık turizminin getirilerin keşfetmiştir. Malezya, Singapur ve Hindistan Türkiye'nin rekabet halinden olduğu başlıca ülkelerdir. Hindistan, Malezya ve Singapur gibi ülkeler 1990'lardan beri bu endüstri içerisindeki kârlı programlarını sürdürmektedirler.

1.2.5.3 Medikal Turizm Açısından Türkiye'nin SWOT Analizi

Türkiye, coğrafi konumunun yanında, Müslüman bir ülke olması, AB'ye giriş sürecinde bir takım reformları çok hızlı gerçekleştirmesi, bu süreçte uluslararası arenada tanınırlığının artması sonucu, sağlık turizminde bir çıkış trendi yakalamıştır. Ancak, Türkiye'nin sağlık turizmi pazarındaki güçlü ve zayıf yönleri, çevresel tehditler ve fırsatlar iyi bilindiğinde, bu çıkış trendinin sürdürülmesi ya da ivme kazandırılması mümkün olacaktır (Sağlık Bakanlığı, 2012: 61-62).

Güçlü Yönler

- ☞ Türkiye, matematiksel konumu ve iklim koşullarıyla avantajlıdır. Asya ile Avrupa'nın kesişim noktasındadır. Avrupalılar için uzaklık açısından tercih edilebilir bir yerdir. Bu yönüyle Uzakdoğu ülkeleri ve Hindistan'a tercih nedenidir.
- ☞ Türkiye'de üniversite ve özel hastanelerdeki hekim ve yardımcı sağlık personellerinin kaliteleri, teknolojik ve fiziksel alt yapısı dünya standartlarındadır. Ayrıca sağlık kurum ve kuruluşlarında görev yapan personelin yabancı dile hâkimiyeti giderek artmamaktadır.
- ☞ Türkiye'nin öne çıkan yönlerinden biri mali yönüdür. Avrupa Birliği ülkelerine kıyasla ücretler daha düşüktür. Ülkelerin para birimleri fark, düşük personel gideri Türkiye'nin kaliteli hizmete karşın düşük ücret talep etmesinin sebebidir. Ayrıca sağlık turizmini desteklemek için kaliteli otel sayısı da oldukça yüksektir.
- ☞ Avrupa Birliği ülkeleriyle Türkiye arasında vize kolaylığı hastaların ülkeye girişinde bürokratik kolaylık sağlar. Bu uygulamalar bakış açısının da olumlu yönde değişmesine yardımcı olur (Tengilimoğlu, 2005).
- ☞ Sağlık turizmini desteklemek için kaliteli otel sayısı fazladır.
- ☞ İklim ve tarihi zenginlikler yönünden avantajlı bir konuma sahiptir.
- ☞ Hastalar daha iyi hizmet almak için seyahat etmeye isteklidir.
- ☞ İnsanlar sağlıklı yaşamın gerekliliği konusunda bilinçlidir.

Zayıf Yönler

- ☞ Türkiye'de sağlık çalışanları ve yöneticileri sağlık turizm ve hasta hakları konusundaki bilgileri yeterli seviyede değildir.
- ☞ Reklamın nitelik ve nicelik yönünden yetersizliği, sağlık turizminden faydalanacak kişilerin destinasyonunda Türkiye'nin olmamasına sebep olur.

- ☞ Üç bakanlığın bir arada yürüttüğü sağlık turizminde, birimler ve bakanlıklar arası koordinasyon kopuk ve yetersizdir. Ayrıca yurtdışı bağlantılı şirketlerle de bağlantı hala tam olarak kurulmuş değildir.
- ☞ Sağlık konusunda olumlu referans oluşturabilecek sağlık turistine ihtiyaç vardır.
- ☞ Sağlık turizminin dinamosu sigorta şirketleridir. Resmi veya özel düzeyde bu şirketlerle ilişkiler beklendik düzeyin ötesindedir.
- ☞ Akreditasyon, yurt dışından gelen hasta için ciddiye alınan bir referanstır. Hasta yönlendirmelerine, destinasyona ve kurumsal imaja doğrudan etki eder. Türkiye'deki sağlık kuruluşlarının çok azı akreditedir.
- ☞ Sağlık turizmi hepsinden öte bir turizm stratejisi gerektirir. Turizm konusunda donanımlı, temsil ve ikna gücü yüksek nitelikli yöneticilerin sayısı azdır.
- ☞ Pazarlama politikalarına ve araştırmalarına yeterli derecede önem verilmediğinden, ücretlendirmede hatalı işlemler bulunmaktadır.
- ☞ Kamu hastanelerinin fiziki ve teknik altyapıları yetersizdir (Ataç, 2005: 12).

Fırsatlar

- ★ Avrupa gibi gelişmiş ülkelerde ortalama yaşam süresinin ve kronik hastalık sayılarının artmış olması, sağlık çalışanlarının mesai saatlerinin az olması, tedavi olmak için beklenen sürenin uzun olması, personel yetersizliği, çalışanların ücreti ve mali giderlerin fazla olması gibi durumlar Türk sağlık kuruluşları için bir fırsat olarak düşünülebilir.
- ★ Sigorta primlerinin ve yanlış uygulanan tıbbi işlemler için verilen sigorta bedellerinin yüksek olması, tedavi maliyetini fazlalaştırmaktadır. Bu durumda Avrupa Birliği ülkelerinde GSMH'da sağlık alanına ayrılan payı artırmaktadır (Tengilimoğlu, 2005).
- ★ Amerika'da 11 Eylül'de yaşanan saldırı sonrasında Ortadoğu'daki zengin kesim, tedavi için Amerika yerine Yunanistan ve Batı ülkelerini tercih etmeye

başlamıştır (An- Deva Sağlık Grubu, 2004). Bu durum Türkiye'ye gelebilecek hasta potansiyelini artırabilecek bir fırsat olarak nitelendirilebilir.

- ★ Günümüzde Avrupa ülkelerinde, zamanında çeşitli sebeplerle Türkiye'den göç etmiş yaklaşık 6 milyon Türk vatandaşı bulunmaktadır. Gurbetçiler orada sunulan sağlık hizmetlerinden yararlanmak yerine; kendi dillerinde ve kültürlerinde hizmet sunan sağlık çalışanlarından faydalanmak istemektedirler (Ataç, 2005: 13).

Tehditler

- Dünyanın titizlikle üstünde durduğu, insan ve hasta hakları konularında gerekli duyarlılık gösterilmemektedir.
- Sağlık turizm konusunda gelişim gösteren ve gelişmek isteyen ülkelerin yaptığı reklam çalışmaları daha ilgi çekici olmaktadır.
- Sağlık hizmetlerinde maliyet artışları görülmektedir.
- Politik-siyasi krizler ve yanlış fiyatlandırma politikaları yaşanmaktadır.
- Ortadoğu ülkelerinde meydana gelebilecek savaş durumları, Türkiye'deki terör olayları ve bunların dünya medyasında gösterilmesi negatif tanıtımlara sebep olmaktadır.
- Ülkede gerçekleşen doğal afetler ve bulaşıcı hastalıklar dışarıdan tedavi için gelecek bireyler için sorun haline gelmektedir (Tengilimoğlu, 2005).

1.2.5.4 Türkiye'de Medikal Turizmde Devletin Rolü

Kamu sektörünün toplam sağlık turizmi içindeki payı 2008'de %6 iken, bu oran 2010 yılında %8 dolayında gerçekleşmiştir. Bu artış sağlık Bakanlığı'na bağlı kurum ve kuruluşlarının bu yönde büyüme hedeflerinden ziyade, kamuda sunulan sağlık hizmet kalitesinin artışı sonucunda gerçekleşmiştir. Söz konusu bu artışın devam edeceği gerçeği karşısında yeni mevzuatlar, yeni standartlar ve yeni yaklaşımların varlığı kaçınılmaz bir ihtiyaçtır. Amacı ne olursa olsun, gelen yabancı ziyaretçilerin sayısı arttıkça, sağlık hizmetlerine olan talepler de artacaktır. Kamu

hastanelerinin bu artan talebe kayıtsız kalamayacağı / kalmaması gerektiği de bir gerçektir.

Diğer yandan yabancı hastaların varlığı ve sayılarının artışı kamu hastanelerindeki kapasite oranlarının da daha etkin ve verimli kullanılmasına neden olacak, bu durumda birimlerin rekabetçi yapısına katkı sağlayacaktır.

Bununla beraber kamu sektörü gerek özel sektörün karlılık ve verimlilik gibi kabul edilebilir gerekçelerle yatırım yapmadığı veya hizmet veremediği alanlarda, hizmet vermekle mesuldür ve hizmetlerin devamlılığı esastır. Sınır kapısı olan her ilde, yabancı girişleri ve konaklamaları olan diğer illerde kamu hastane ve sağlık birimleri, sağlık hizmetini veren tek birim olmaktadır. Kamu hastanelerinin veya sağlık kuruluşlarının “sosyal devlet” anlayışı içinde bu tür karlılık odaklı yaklaşımı takip etmesi beklenemez. Aynı şekilde büyük bir coğrafya olan Türkiye’nin her yerinde, her şehrinde aynı sağlık hizmetini, aynı standartlarda vermesi de özel sektörden beklenemez. Hâlbuki yapılan çalışmada 81 vilayetin hepsinde az veya çok yabancıya sunulan sağlık hizmetine rastlanmaktadır.

İlerleyen süreçte Türkiye’nin sağlık turizminde önemli bir cazibe merkezi olması hedeflenmektedir. Bu amaçla hareket edildiğinde talep edilen noktalarda turistlere yönelik sağlık hizmetlerini kurumsallaştırması, kalitesinin artırılması, kamu hizmetlerinin yeterli ve yetkin olması zorunluluktur. Bunu sağlamak için şimdiden gerekli önlemlerin alınması ve yatırımların gerçekleştirilmesi sağlanmalıdır.

İKİNCİ BÖLÜM

MÜŞTERİ

1.3 MÜŞTERİNİN TANIMI

Günümüzün rekabet şartları, müşterilerin önemini giderek arttırmıştır. Hatta işletme açısından müşteri, aktiflerin en değerlilerinden birisi olmuştur. Müşterisi olmayan işletme için ciro ve kar söz konusu olamaz.

Müşteri; pazarlama, satış, üretim, hizmet, lojistik ve karlılık gibi kavramların merkezidir. Müşteri kavramı ilk olarak 20. yy. başlarında ilk olarak ve sektörlerin bu kavramın gerekliliğine inanmaları ise 100 yılı aşkın bir süreyi almıştır.

En basit anlamıyla müşteri, “Bir ürün veya hizmeti satın alıp kullanan kişi ya da kurumdur. Toplam kalite yönetimi felsefesinden yola çıkarak müşteri kavramı 2 ye ayrılır(<http://www.isletmeyonetimi.net/etiket/ic-ve-dis-musteri/>);

- İç müşteri, üretim sürecinde ürüne katkıda bulunan her bölüm diğer departmanların müşterisidir.
- Dış müşteri ise işletmenin ürettiği ürünleri satın alan esas müşteridir.

1.4 MÜŞTERİ TÜRLERİ

Bazı firmalar çok kaliteli üretim yapıp, etkili hizmet sunarlar; fakat müşterilerini iyi tanımadıklarından istedikleri kâr marjına ulaşamazlar. Bu nedenle, müşteri gözünde bir farklılık oluşturabilmek ve bağlılık yaratabilmek için öncelikle müşterileri çok iyi tanımak ve anlamak gerekir (Doğan ve Erdoğan, 2010: 13);

- Mevcut müşteri:** İşletmenin hâlihazırda tutundurma sağlanmış müşterisidir.
- Muhtemel müşteri:** İşletmenin ürününü ya da hizmetini almaya potansiyeli olan müşterisidir.

- c) **Eski müşteri:** İşletmenin daha önce müşterisi olmuş ama şu anda işletmeden faydalanmayan müşterisidir.
- d) **Yeni müşteri:** İşletmenin sağladığı ürün ya da hizmetten ilk kez yararlanan müşterisidir.
- e) **Hedef müşteri:** Bir işletmenin sahip olmak istediği hedef kitle müşterisidir.

1.4.1 Müşteri Tatmini

Müşteri mutluluğunda “tatmin” en önemli kavramlardan biridir. Tatmin; müşterilerin belirlenmiş ya da belirlenmemiş bütün dileklerinin, ihtiyaçlarının ve beklentilerinin karşılanmasıdır. Müşteri tatmini, müşterinin bir mal ya da hizmeti kullanmaktan doğacak artılara, müşterinin katlanmaktan kurtulduğu külfetlere, mal ya da hizmetten beklediği performansa bağlı bir fonksiyondur ve müşterinin mal veya hizmeti satın almadan önceki beklentileri ile satın aldıktan sonra elde ettikleri arasındaki seviye yeterlik olarak ifade edilir. Tatmin kavramı, müşterinin ürün ya da hizmetin tümüyle ilgili bir memnuniyet hissetmesi ve doyum sağlamasına ilişkin bütüncül ve duygulara ilişkin bir algılamadır (Gök, 2006: 20).

Müşteri tatmininde malın ve hizmetin kalitesini belirleyen etkenler aşağıda belirtilmiştir (Coşar, 2006: 24);

1. Başarım
2. İnanılrlık
3. Dayanıklılık
4. Uygunluk
5. Hizmet Alabilme
6. Özellikler
7. Estetik
8. Ün

1.5 MÜŞTERİ SADAKATI

Müşterinin bir seçim hakkı olduğunda, aynı markayı satın alma ya da her zamanki sıklıkla aynı mağazayı tercih etme eğilimi ve eylemine müşteri sadakati denmektedir (Odabaşı, 2000: 17). Müşteri sadakatini, durumsal etkilerin ve pazarlama çabalarının terk etme davranışına neden olabilen bir potansiyele sahip olmasına karşın, seçilen bir ürün veya hizmeti devamlı olarak gelecekte de tekrar satın almak ya da yeniden müşterisi olmak için yoğun bir şekilde tutulan söz veya taahhüt olarak tanımlamaktadır (Morganosky-Cude, 2002: 5).

1.6 MÜŞTERİ İHTİYAÇLARI VE BEKLENTİLERİ

İşletmeler için müşteri memnuniyetinin sağlanmasında, müşteri ihtiyaç ve beklentilerinin bilinmesi memnuniyet noktasının temeli haline gelmiştir. İşletmenin neyi planlandığından çok müşterinin ne istediğinin bilinmesi amaç haline gelmiştir. Bu sebeple müşterilerle sürekli iletişimde olup onların ihtiyaçları ve beklentileri anlaşılmalıdır. Müşterilerin ihtiyaçları; güvenlik, saygınlık ve adalettir. Müşterilerin genellikle ortak beklentileri de şu şekildedir (Coşar, 2006: 12);

- Önemslenme, kendisine önemli biri olduğu hissini verilmesi,
- Ayrıntılar konusunda duyarlı olunması,
- Sunulan hizmetin izlenmesi,
- Kendisine kişisel ilgi gösterilmesi,
- Açıklık ve dürüstlikle yaklaşılması,
- Seçenek sunulması,
- Ürün ve arıza hakkında teknik açıklama yapılması,
- Temiz işçilik sunulması,
- Hizmet garantisinin verilmesi.

1.7 MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ

Müşteri, tutum ve davranışlardan etkilenilen kişi veya kurum olarak tanımlanırken, müşteri memnuniyeti ise müşterinin bir mal veya hizmet alacağına karar vermesinden itibaren o kararla ilgili malı veya hizmeti araştırması, bulması, satın alması, kullanması, tamiri, bakımı ve tüketmesi süreçlerinde yaşadığı olaylar ve elde ettiği faydalar ile beklentilerini karşılaştırması sonucunda ulaştığı doyum olarak tanımlanabilir (Bostan v.d. 2005: 187).

Müşterilerin verilen hizmet sonucunda memnun olmaları işletmeler açısından çok önemlidir. Memnun olan müşteriler işletmeyle olan ilişkileri sürdürmeye devam edecek, böylece firma mevcut müşterisini elinde tutacak, yeni müşteri elde etmek için yüksek maliyetlere katlanmak zorunda kalmadan daha fazla kar elde edecektir. İşletmelerin varlıklarını sürdürebilmeleri, müşterilerini memnun edebilmelerine bağlıdır.

Müşteriler, sunulan hizmetten memnun kalmadıklarında rakip firmaları tercih edebilir ve yaşadıkları memnuniyetsizliklerini çevreleriyle paylaşarak firmanın müşterilerini kaybetmesine neden olabilirler. Bu nedenle, sunulan hizmetlerin müşteriler tarafından nasıl algılandığının, ne derecede memnun kalındığının, müşteri memnuniyetinde hangi faktörlerin daha önemli olduğunun bilinmesi gerekmektedir ve bu faktörler üzerinde durularak memnuniyetsizliğin ortaya çıktığı hizmetlerde iyileştirme yollarına girmek zorunluluk haline gelmektedir.

İşletmecilikte müşteri memnuniyeti son derece önemlidir. Müşteri memnuniyetine önem vermeyen herhangi bir işletme büyüme gösteremez, gelişemez. Yeni mal veya hizmet üretiminin yapılmasının amacı, müşterinin tüketimdeki sürekliliğini sağlamaktır. Bu sürekliliğin sağlanması, müşterinin memnun olması ile mümkündür. Bu sebeple ticari işletmeler, müşteri memnuniyetine yönelik önemli stratejiler geliştirmelidir. Diğer taraftan, günümüzde çoğunlukla uygulanan serbest pazar ekonomisinde, ürünlerin ortak özellikleri ve vasıfları birbirine çok yakındır. Bundan dolayı ürünlerin özelliklerinde çok önemli ayrımlar tespit etmek çoğu zaman

zordur. Durum böyle olunca, müşteri memnuniyetinin en üst seviyede tutulması, rakip işletmelere göre fark oluşturmada daha hayati bir faktör haline geliyor.

Müşteri memnuniyetinin öğelerini aşağıdaki gibi sıralayabiliriz;

- Ürünün kalitesi,
- Ürünün fiyatı,
- Ürünün bulunabilirliği,
- Ürüne ulaşılabilirlik,
- Güvenilirlik,
- Sürat,
- Satış sonrası verilen servis hizmetleri,
- Müşterinin ihtiyacı,
- Güler yüzlülük.

İşletmeler yukarıda belirtilen her bir müşteri memnuniyeti unsurları ile ilgili çok ciddi araştırmalar ve harcamalar yapmaktadır. Bu harcamaları göz önüne alan ve sistematik bir biçimde müşteri memnuniyetini sağlayan işletmeler, rekabet içinde olduğu diğer işletmelere oranla önemli avantaj sağlamaktadır. Müşteri memnuniyet unsurları, birbirleri içinde ayrı ayrı önem taşımaktadır ve herhangi birinin diğerine üstünlüğü bulunmamaktadır. Bu nedenle müşteri memnuniyetini oluşturmak için bütün bu unsurlar tek tek ele alınmalı ve en iyi şekilde sistemli hale getirilmelidir. Aksi halde yapılan bütün çalışmalar eksik kalacaktır ve gelişme sağlanamayacaktır.

Müşteri memnuniyetini oluşturmayı hedef kabul etmek ve bunu başarmak, uzun süreçte örgütsel başarının yakalanmasında kilit nokta haline gelmektedir. Günümüz koşullarında pazarlama alanında başarıyı elde etmenin iki temel anahtarı vardır. Bunlardan birincisi müşterilere kaliteli hizmet sunmak, ikincisi ise müşterinin aldığı mal veya hizmetten sağladığı memnuniyeti en üst seviyeye çıkarmaktır (Kotler, 2000). Dünyada gerçekleştirilen üretim piyasasında hizmet kavramının önemli hale gelmesi ve müşteri memnuniyeti olgusunun müşterinin kuruma olan

bağlılığı üzerindeki tesirinin anlaşılması üzerine, işletmelerin hizmet kalitelerini geliştirmek hususunda hamlelerde bulunmasına sebep olmaktadır.

İşletme için müşteri memnuniyetini sağlamak, sadık müşteriler elde etmek ve onların sürdürülebilirliğini sağlamak çok aşamalı ve zor bir süreçtir. Örneğin; araştırma yapmak, bunların sonuçlarını elde etmek ve analiz etmek, müşterilerle iletişim kanalları oluşturmak, var olan kanalları geliştirmek, müşteriye önemsemek gibi. Ancak, insanüstü gayretler göstermeden, müşteriyle iletişim içerisinde olmak bile mevcut olan müşterilerin memnuniyet düzeyini gözle görülür bir biçimde arttıracaktır.

Türkiye’de her esnaf dükkânına “Müşteri velinimetimizdir” levhası asar. Bu tabir, müşteri memnuniyetine verilen önemi yansıtan bir yol göstericidir. Müşteri memnuniyetinin oluşturma kriterleri şu şekilde belirtilmektedir (www.cio-club.net);

- ❖ Ürün veya hizmet kalitesinin müşterinin beklentisine uygun olması,
- ❖ Ürün veya hizmet fiyatının makul ve kalite ile bir denge içinde olması,
- ❖ Ürünün veya hizmetin bulunurluğunun veya ulaşımının kolay olması,
- ❖ Ürün veya hizmet faydasının müşteri beklentisine uygun olması,
- ❖ Ürünün veya hizmetin satışı sonrası hizmetinin güvenilir ve devamlı olması.

1.7.1 Müşteri Memnuniyetinin Dikkate Alınmasının Sebepleri

Dünya üzerinde hızla artan rekabete bağlı olarak müşteriye sürekli ekonomik, kaliteli, kişisel mal ve hizmetler sunulması, müşteri sadakatinin ciddi biçimde azalmasına yol açmış; müşteriye elde tutmak isteyen şirketler kar marjlarını azaltmışlardır. Karlılığı arttırmanın tek yolu, birebir pazarlama ile müşteri sadakatini arttırmak ve müşteri memnuniyetini her daim sağlamaya çalışmaktır. Müşteri memnuniyetinin işletmeler tarafından dikkate alınma sebepleri aşağıda bahsedilmiştir (www.tr.sgs.com);

- Müşterilerin sadece %4'ü şikâyetlerini dile getirir, geriye kalan %96'lık kısımdan ise bilgi alınamaz. Şikâyetçi olan müşterilerin şikâyetlerine çözüm sunulursa işletmeden hizmet almaya devam ederler.
- Memnun olmayan müşteri, bu durumu 10 kişiye anlatır. Anlatılanların %13'ü de bu sorunu en az 20 kişiye daha anlatır. İşletme ilgili yaşanan bu memnuniyetsizlik bu şekilde yayılır.
- Yeni müşteri elde etmenin bedeli, var olan müşterileri elde tutma bedelinin 5-6 katı kadar fazladır.
- Müşteri hizmetlerinde “onlar kuralı” uygulanır. Onlar kuralı; her yeni müşteri elde etmenin maliyeti 10.000 TL ise, her yeni müşteri kaybetmek on saniye ve bu sorunun çözümü ise on yıl sürer.

1.7.2 Müşteri Memnuniyet Kanunları

Her işletme için müşteri memnuniyeti çok büyük önem arz etmektedir. Müşteri memnuniyetini sağlamak için bazı kanun gibi kurallar vardır (<http://www.turktelekom.com.tr/tt/portal/MusteriHizmetleri/Mutlak-Musteri-Memnuniyeti>);

- ✓ Müşteri işletmenin varoluşun temeli olarak görülmelidir.
- ✓ Müşterilerin ihtiyaçlarını anlamalı ve doğru çözümler sunulmalıdır.
- ✓ Müşterilerin yaşamını, yenilikçi ve yaratıcı ürün ve hizmetlerle daha kolay hale getirilmelidir.
- ✓ Müşterilere zamanında bilgi vermek ve doğru kişiye yönlendirmek müşteri memnuniyeti ilkelerinin önceliklerinden biri olmalıdır.
- ✓ Verilen sözlerin tutulacağına dair taahhüt verilmelidir ve tutulmayacak sözler verilmemelidir.
- ✓ Müşterilerin görüşlerini, önerilerini ve şikâyetlerini birer hediye olarak görmeli, en mükemmel ürün ve hizmetleri sunmak için müşteriler ilham olmalıdır.

1.7.3 Müşteri Memnuniyetinin Ölçümü ve Yöntemleri

Müşteri memnuniyetini ölçmekteki başlıca amaç, müşterilerin nelerin değişmesini istediklerine ilişkin bilgi toplamak ya da bir işletmenin bu istekleri ne kadar anlayıp müşterilerine nasıl bir hizmet sunmakta olduğunu değerlendirmektir. Ayrıca sadık müşterilerinin sayısını ve mevcut müşterilerinin bağlılığını arttırmaktır. Müşteri memnuniyetini sağlayabilmek adına gerçekleştirilen yatırımlar, ilk başlarda külfet gibi görünse de aslında kazanılmış müşteriler, işletme için birer ücretsiz tanıtım faaliyetidir.

Müşteri memnuniyeti ölçüm yöntemleri şöyledir (Tokuçoğlu, 2005: 5);

- a. Anket: Birincil veri toplama yöntemlerinden biridir. Anket yönteminde veri, cevaplayıcılardan anket formları kullanılarak toplanır, çeşitli araçlardan yararlanılır. Müşteri memnuniyet anketlerinin amaçları şunlardır;
 - Memnuniyeti kapsamlı olarak ölçmek,
 - Şikayet davranışlarını belirlemek,
 - Müşteriler tarafından beklenen değeri belirlemek,
 - Hizmet açısının önemini belirlemek,
 - Karşılanamayan beklentilerin nedenlerini belirlemek,
 - Müşteri bağımlılığının boyutlarını ölçmek,
 - Hizmet açısı performansını değerlendirmek,
 - Hizmet açısı beklentilerini belirlemek.
- b. Müşteri şikâyetleri: Müşterilerin ürün ya da hizmetler hakkında bildirdiği şikâyetler işletmenin iyileşmesi için önemli fırsatlar yaratır. Şikâyetini bildirmeden firmanın ürün ya da hizmetini kullanmaktan vazgeçen müşteri firma önemli bir kayıptır.

Müşteri memnuniyetinin ölçümünde anket ve müşteri şikâyetlerinden yararlanmanın yanı sıra, işletmenin bir takım göstergelerden yararlanarak müşteri memnuniyeti hakkında fikir sahibi olmaları mümkündür.

c. Dahili ölçümler:

- Karlılık,
- Yeni satışların oranı,
- Yıllık kaybedilen müşteri sayısı,
- Müşteri elde tutma oranı,
- Her müşterinin kuruluş ile iş yapma süresi,
- Her müşterinin sektörde ortalama iş yapma süresi,
- Diğer müşterilerden referans sayısı.

1.8 SAĞLIK SEKTÖRÜNDE MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ

Sağlık hizmetleri, hastalıkların teşhis edilmesi, tedavisinin yapılması ve rehabilitasyonunun sağlanması ile birlikte, hastalıkların önlenmesi, toplumun ve kişilerin sağlık seviyesinin daha ileri seviyeye getirilmesi ile ilgili çalışmaların bütünüdür (Kavuncubaşı, 2001: 34). Sağlık hizmeti sunan kurum ve işletmelerin ana fonksiyonu olan hastanın bakımı, tüm insanların mutlaka alacağı hizmet türüdür. Bu sebeple sağlık hizmeti veren kuruluşlar, dünyanın her yerinden, her yaş, cinsiyet, kültür ve dinden kişiye hizmet götüren kuruluşlardır.

Sağlık hizmeti satın alan kişiler yani hastalar, sağlık hizmeti veren kuruluşların müşterisidir. Aynı şekilde hastanın tedavisi süresince yanında refakat eden kişiler de bu manada o kuruluşun müşterisidir. Hizmet, bir kurum adına satın alınıyor ise o kurumda satın alınan o kuruluşun müşterisidir.

Sağlık kuruluşlarının ana işlevinden biri olan müşteri memnuniyeti, genel manada “müşterilerin beklentilerinin karşılanması veya bu istek ve beklentiler doğrultusunda hizmet vermek” olarak tanımlanır. Buradan da anlaşılacağı gibi

müşteri memnuniyetinde iki faktör rol oynamaktadır. Bunlardan birinci etken, müşteri beklentileridir. Müşteri beklentileri; sağlık kuruluşlarında görmek istedikleri bilimsel, yönetsel ve davranışsal özelliklerdir. Müşterilerin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitimi, sosyo kültürel özellikleri, sağlık hizmeti alımları ve sağlık kuruluşlarıyla ilgili geçmişlerine göre farklılık göstermektedir (Kavuncubaşı, 2000: 292). İkinci etken ise, müşterilerin aldıkları hizmetlerle ilgili algıdır. Algılar, hizmet ve hizmetin üretimiyle ilgili fikirleri temel alınarak değerlendirilmektedir. Algılama, müşterilerin demografik şartlarına ve sağlık kuruluşlarıyla ilgili geçmişlerine göre farklılık göstermektedir. Bireyler sağlık hizmetlerinden yararlanırken de verilen hizmeti değerlendirir, doyum veya doyumсузлук yaşar hatta tekrar aynı kuruluşu seçip seçmeme kararını da bu duruma göre verirler (Timur, 2002: 131).

Ayrıca bilinenin aksine ücret konusu önemli bir gösterge olarak düşünülse de sunulan hizmetlerin başarısı (tıbbi bilimler, kullanılan gelişmiş teknoloji ve tıbbi müdahaleler) hasta memnuniyetini belirleyen unsurlar olarak ön plana çıkmaktadır.

1.8.1 Sağlıkta Hasta / Müşteri Memnuniyetinin Önemi

Sağlıkta müşteri memnuniyeti, son zamanlarda önemli bir konu haline gelmiştir. Sağlık kuruluşlarının memnun etmesi gereken geniş ve karmaşık bir müşteri kitlesi vardır. Önceden, sağlık alanında müşteri denildiğinde sadece hasta kitlesi akla gelirken, şimdi ise “sağlık hizmetlerinin sağlanması sürecinde yer alan tüm kişi, personel ve kuruluşlar” olarak kabul edilir (Çakıl, 2007: 141). Tüketici olarak satın almaya ve doyumluk veren ürünü sürekli kullanmaya karar vermede etken olan tatmin duygusu, hasta olan bireylerde sağlık hizmetini tekrar alma isteğini yaşanan deneyimlerdeki memnuniyet etkilemektedir. Fakat hizmetlerde ürünlere nazaran farklı özellikler bulunmaktadır. Örneğin; bir eşyayı kullanıp deneyerek beklentiye uyup uymadığına ilişkin karar verilebilir. Hizmetlerde ise, özellikle sağlık hizmetlerinde ise böyle bir deneme yanılma, değerlendirme olanağı bulunmamaktadır. Deneyim hizmet alınıp kullandıktan sonra elde edilmektedir. Ayrıca sağlık sektöründe hastaların bu alanda ihtisalarının bulunmaması da

değerlendirmelerini, daha çok kurumdaki personellerin yaklaşımı, muayene ve yatak bekleme süresi, hijyenik ortam gibi teknik olmayan faktörlerle yapmalarına neden olur (Odabaşı, 2004: 141). Sağlık hizmetlerinde hasta memnuniyetinin önemi şu şekilde özetlenebilir (Özer ve Çakıl, 2007: 141);

- Sağlık bakım hizmetlerinin yapısı, süreci ve çıktısı hakkında müşterilerin memnuniyet düzeyleri faydalı enformasyon verir. Hasta memnuniyeti ölçüm sonuçları, örgüte bir ayna görevi yaparak kendilerini değerlendirme olanağı sağlar.
- Sağlık kuruluşlarının üstünlük veya zayıflığını ortaya koymalarına katkı sağlar.
- Verilen hizmetin kalitesinin ölçülmesi ve değerlendirilmesi, ekonomik maliyetlerin düşürülmesi ve rekabet etme avantajı sağlaması açısından önemlidir.
- Hizmetlerden memnun olan hastaların doktor ve diğer sağlık personelinin önerilerine hassasiyetle uydukları bilinmektedir. Doktorlarından memnun olan annelerin memnun olmayanlara göre daha yüksek oranda doktor isteklerine uyduğu tespit edilmiştir.
- Aldığı sağlık hizmetinden memnun bir şekilde ayrılan müşteri, olası bir sonraki ihtiyacında yine aynı yeri tercih edecektir.
- Aldığı bakımdan tahmin olmayan hastalar, hastane hizmetlerine ilişkin deneyimlerini tatmin olanlara göre daha çok başkalarıyla paylaşmaktadır.

1.8.2 Hasta (Müşteri) Memnuniyetini Etkileyen Faktörler

Yapılan araştırmalar aşağıda verilen faktörlerin hasta memnuniyetini önemli derecede etkilediğini ortaya koymaktadır (Büber ve Başer, 2012: 266-268);

- a) **Personelle Hasta Etkileşimi:** Sağlık hizmeti bir ekip hizmetidir. Kaliteli sağlık hizmeti sunumu, hastanedeki bütün görevlilere aittir. Hizmet verilen bir bölümde veya grubun herhangi birinde aksaklık veya düzensizlik varsa,

müşteriler bu aksaklıkları algılamada sorun yaşamakta, diğer alanları ve hastanenin genel görünüşünü etkilemektedir (Yanık, 2000: 64). Teknoloji ne kadar ilerlese ilerlesin, var olan işgücü yeterli değilse hizmet kalitesi yüksek olmayacaktır. Hizmet sunumunda emeği geçen bütün personellerin hastaların veya müşterilerin hastaneye dair düşüncelerinde ve hizmet memnuniyetlerinde oldukça etkililerdir. Sağlık görevlisinin karakteristik nitelikleri hastaya olan tutum ve davranışlarını etkilemektedir. Hastalara gösterilen, ilgi, şefkat, anlayış, nezaket, personellerin bilgi ve becerilerinin yansıtılma şekilleri hastaların daha rahat olmasını sağlar. Bu faydalı tutum ve davranışlar hastaların kendi tedavilerinde daha istekli olmalarını etkilemektedir (Özer-Çakıl, 2007: 142).

- b) Doktor Davranışı:** Bu etken hasta memnuniyeti yanında hizmetin etkililiğini de artırmaktadır. Hastalar, doktorların uzmanlık bilgisinden daha çok verdikleri hizmetin kalitesini değerlendirirler. Örneğin; hastaları dinleme, onlara karşı duyarlı olma, yeterli miktarda vakit ayırma, durumları hakkında bilgilendirme, nezaket ve hürmet etme gibi davranışlarını göz önünde bulundururlar. Hasta ile doktor arasında pozitif ilişki kurulması halinde hastalar doktorların söylediklerine tamamen uymakta ve tedavilerine sektirmeden devam etmektedirler (Kısa, 2007: 277-284).
- c) Hemşire Hasta Etkileşimi:** Sağlık hizmetlerinde hemşirenin ana görevi, hastalık durumunda iyileştirmeye yönelik rol ve sorumluluklarının tümünde hasta/sağlıklı bireyle etkileşim içerisinde olmak ve onlara yardımda bulunmaktır. Bu yardım, sıhhatli bireyin yaşamını sağlıklı şekilde sürdürmesi, hasta olan bireyin de yeniden sağlığına kavuşması için ihtiyaç olan bütün faaliyetleri içerir.
- d) Bilgilendirme:** Hasta ve yakınlarının, hastanın tedavi öncesinde, tedavi sırasında ve tedavi sonrasında durumu hakkında doktorlar tarafından bilgilendirilmesi, hastaların sağlık problemlerini daha iyi bir şekilde karşılamalarına yardımcı olmaktadır. Hasta, var olan durumunu, yaşananların neden olduğunu, kaç gün hastanede tedavi göreceğini ve hangi tedaviyi alacağını merak etmekte doktorundan bu bilgileri almayı istemektedir. Bu isteklerin karşılanması durumunda hastanın memnun

kalacağı veya karşılanmaması durumunda memnuniyetsizliğin yaşanıp hastanın tekrar aynı kuruluşu seçmeyeceği yapılan anket ve araştırmalarda tespit edilmiştir.

- e) **Beslenme Hizmetleri:** Hastaların memnuniyetlerini belirleyen etmenleri saptamak için hastalara önceden uygulanmış anket ve çalışmalarda, beslenme hizmetlerinin önemli bir husus olduğu belirlenmiştir. Hastaların memnuniyetini, yemeğin sunuş biçiminden yemek hizmetini sunan kişiye kadar etkilediği belirlenmiştir. Hastalara göre yemeğin kalitesi, sunumdan geçmektedir (Kısa, 2007: 277-284).
- f) **Fiziksel ve Çevresel Koşullar:** Hastanenin içsel ve dışsal fiziki koşulları, hastaların dikkatini çeken ve çok özen gösterdikleri hususlardan birisidir. Hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarını karşılayamayacak düzeydeki oda şartları, bakımsız olan ve çalışmayan eşyalar, hijyenik olmayan ortamlar ve düşünülemeyen fiziki koşullar hasta şikayetlerinin yanı sıra memnuniyetsizliklerini meydana getirmektedir.
- g) **Bürokrasi:** Hastaların memnuniyet durumunu etkileyen farklı noktalardan birisi de hastanedeki bürokrasinin sebep olduğu uzun bekleme süreleri ve bunun neticesinde yaşanan zaman kayıplarıdır. Hastaneler için hastaların hastaneye başvuruları, teşhisin konma ve tedavi süreçleri, yatış ve çıkış işlemlerinden kaynaklanan gereksiz bürokratik işlemler sorun haline dönüşebilmektedir. Hastaların ve hastanelerin bürokrasi yüzünden oluşan zaman kaybından kötü etkilendikleri aşikârdır.
- h) **Güven:** Müşteriye vaat edilen hizmetin gerçekleştirilmesi, verilen sözlerin tutulması hem sağlık kuruluşunun güvenilirliği hem de hizmetin kalitesi açısından büyük önem taşımaktadır.

Hizmet sektörünün dünya ekonomisindeki payı artmıştır. Tüm dünya ülkelerinde ortalama yaşam süresinin artmasıyla sağlık sektörü daha da önemli hale gelmiştir. Sağlık sektörünün daimi olarak teknoloji ve ekonomi açıdan gelişim içerisinde olması, verilen hizmetin kalitesini etkilemektedir. Sağlık sektörünün sürekli teknolojik ilerleme ve ekonomik büyüme içinde olması, verilen hizmetin kalitesinin önemini artırmaktadır. Her türlü sektörde faaliyet gösteren işletmelerde

müşteri odaklı pazarlamacılık benimsenmeye başlamıştır. Bu nedenle Türkiye’de sağlık alanında hizmet veren işletmeler farklı yatırımlarda bulunarak hizmet standartlarını yükseltmeyi hedef edinmişlerdir. Birçok sağlık kurumları, ISO standart belgelerini alarak sağlık sektörü içerisinde kendilerini kanıtlamak istemişlerdir. Ancak, sadece yüzeysel girişim içerisinde olmak hizmet kalitesini arttırıcı bir sonuç vermeyecektir. Müşterinin memnuniyetini kazanmak amaçlı girişimlerde bulunurken müşterilerin kalite algılamaları da sürekli olarak ölçülmelidir.

Sağlık hizmetlerinde ana hedef, kitlelerin ihtiyaç duyduğu farklı nitelikteki sağlık hizmetlerinin beklenen kalitede, istenilen zamanda ve olabildiğince en düşük maliyetle sunmaktır. Ancak devamlı gelişen teknoloji, sürekli artan maliyetler, geniş kitlelere yayılan iyi bakım talepleri ve artan hasta şikâyetleri sağlık hizmetlerini daha karmaşık hale getirmiştir. Türkiye’deki sağlık alanındaki işletmelerin sayıları her geçen gün artmış olsa da artan nüfusa göre yeterli olmamaktadır. Ayrıca toplumda refah düzeyi ve gelir standartlarının artması da hastalanan bireylerin daha kaliteli hizmet alma istek ve beklentisi içerisinde olmasına sebebiyet vermektedir (Zerenler ve Öğüt, 2007).

Ayrıca sağlık hizmetlerinde hastaların, hizmet sunumu sırasında ve/veya sonrasında teknik becerileri değerlendirme aşamasında zorlukla karşılaşmaktadır. Bunun en önemli nedeni, teknik beceriler hakkında yeterince bilgi sahibi olunmamasıdır. Bu gereklilikler ise, hizmet memnuniyetinin ölçümünü de beraberinde getirmektedir. Hasta memnuniyeti, satın alma niyeti ve hasta sadakati üzerinde önemli etkileri bulunduğu için birçok araştırmaya konu olmuştur.

Sağlık hizmetlerini sunan birey ya da işletmeler için hasta memnuniyetinin olumlu sonuçları (kâr oranında artış, hastalarla kurulan iyi bir iletişim, sadık hasta ve hastanın doktor tarafından tavsiyelere uyma eğilimi vb.) dikkate alındığında kâr amacı güden kuruluşlar açısından son derece önem taşıdığı görülmektedir (Bendall-Lyon ve Povers, 2004). Dolayısıyla memnun olmuş bir hasta, sağlık problemlerinin getirdiği bazı durumlara uyum sağlama konusunda daha açık tutum gösterirler. Buna

istinaden sunulan hizmet için düşünülebiyecek olumsuz etkiyi ortadan kaldıracabilir veya en az seviyeye düşürebilir.

Medikal turizmde ise; hasta/müşteri ile doğrudan iletişimde bulunan çalışanların tutumları, işletme yönetiminin bu konudaki tutumu ve hasta/müşteri sorunları ve şikâyetleriyle ilgilenme düzeyleri gibi değişkenler müşteri memnuniyetini önemli ölçüde etkilemektedir. Medikal turizmin yaygınlaşması, gelişmesi, eskisi kadar pahalı olmaması, ulaşımın kolaylaşması, ülkelerarasındaki rekabet düzeyi arttığı gibi sağlık kuruluşları arasındaki rekabetin de artması, hastaların sosyo ekonomik düzeylerinin iyileşmesi, yaşam süresinin artması, sağlık sigortası olan kişilerin farklı alanlardaki sağlık kurumlarından hizmet alabilmesi, teknolojinin gelişmesi vb. durumların ortaya çıkması, sağlık sektöründe hizmet satın alan bireylerin beklentilerini en yüksek seviyeye çıkarmıştır.

Medikal turizm işletmelerinde müşterilerin istek, ihtiyaç ve beklentilerinin belirlenmesi, bunların karşılanması sonucu oluşacak memnuniyet ve sadakat gerek işletmelerin kârlılıklarını artıracak, gerekse ülke ekonomisine katkı sağlayacak, ayrıca iç ve dış turizmin yıl boyu canlı kalmasına fırsat vererek istihdama olumlu etki sağlayacaktır. Artan küresel rekabette Türkiye'nin medikal turizmden daha fazla pay alabilmesi için, medikal turizm işletmelerinin yapısı, işleyişi, müşteri beklenti-memnuniyet düzeyleri ve şikâyetleri konuları araştırılması gereken konular olarak görülmektedir.

İşletmeler hangi sektörde faaliyet gösteriyor olursa olsun, ekonomik kazanç sağlaması açısından tüm işletmelerde müşteri memnuniyeti önemlidir. Müşteri memnuniyeti sayesinde işletmeler hem vefalı müşteriler kazanır hem de ücretsiz bir biçimde geniş kitleler üzerinde kamuoyu oluştururlar.

Ürün piyasasında müşteriler, öncelikle bir ürünü almaya karar verirler, ücretini öderler ve tükenene kadar o üründen yarar sağlarlar. Hizmet piyasasında ise, öncelikle de sağlık sektöründe hasta/müşteriler satın aldıkları hizmet karşılığında, sağlıklarına kavuşmayı beklemektedirler. Bu nedenle hasta/müşterilerin isteklerinin,

beklentilerinin, memnun oldukları durumların ve şikâyetlerinin ayrıntılı bir şekilde dikkate alınması birinci planda olmalıdır(Sandıkçı, 2008: 78-79).

Sağlık hizmetlerinde memnuniyetin sağlanması için; acil serviste hakiki aciliyet durumlarını içeren bakımın sunulması, bir cerrahi girişim ve/veya tedavi için bekleme sürelerinin kısaltılması, klinik uygulamalarda oluşan ikilemlerin minimum seviyeye indirilmesi, eksik olan veya optimum kullanılmayan klinik uygulamaların tavsiye edilmesi, en son kabul edilen bilimsel gerçeklerin uygulanması ve ilerleyen teknolojiden yararlanılması, sağlık hizmeti veren personellerle hasta ilişkilerinin güçlendirilmesi, yenilikçi ve yaratıcılığın benimsenmesi, toplumun sağlığının iyileştirilmesi ile ilgili düzenlemeler yapılmalıdır.

1.9 YAPILAN ARAŞTIRMALAR

Sağlık turizmi ve özellikle de medikal turizm, 1990'lı yıllarda ortaya çıkmış ve bugüne kadar oldukça kayda değer gelişmeler göstermiştir. Konuya ilişkin akademik çalışmalar, (çeşitli kongreler, kitaplar, tezler ve makaleler) özellikle son 6-7 yılda yoğunlaşmıştır. Bu bölümde dünyada ve Türkiye’de “Sağlık Turizmi”, “Medikal Turizm” ve “Müşteri Memnuniyeti” kavramları ile ilgili yapılmış araştırmalardan örnekler sunulacaktır (Tengilimoğlu, 2013: 243-259)

1.9.1 Türkiye’de Sağlık Turizmi, Medikal Turizm ve Müşteri Memnuniyetiyle İlgili Yapılmış Araştırmalar

Günümüzde gelişmekte olan “Sağlık Turizmi” ile ilgili henüz çok fazla sayıda olmasa da, çeşitli araştırmalara konu olmuştur. Konuyla ilgili olarak bu bölümde, düzenlenen kongreler, yazılmış kitap, makaleler ve tezler, bülten ve dergiler içerik olarak incelenerek ele alınmıştır.

Öncelikle Türkiye’de Sağlık Turizmi Derneği tarafından 2008- 2013 yılları arasında altı tane Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresi düzenlenmiştir. Dünya sağlık

turizmi temsilcilerini bir araya getiren bu kongreler, Türkiye’de sağlık turizminin gelişmesi ve ilgili bağlantıların kurulması açısından oldukça büyük önem taşımaktadır. Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresi’nin sonuncusu olan ve bu yıl 22-25 Kasım tarihleri arasında İstanbul’da düzenlenmiştir. Kongreye 3 yabancı bakan, çok sayıda bakan yardımcısı, müsteşar, müsteşar yardımcısı gibi devlet yetkililerinin yanı sıra, 200’ye yakın yabancı ve 400’e yakın yerli katılımcı katılmıştır. 60 Türk konuşmacı ve 17 yabancı konuşmacı ile birlikte 8 oturum yapılmıştır. Bu oturumlarda 2023 Türkiye vizyonunda sağlık turizmi, organ nakli, Amerikan sağlık turizminin metodolojisi, dünyadaki örnek uygulamalar, sağlık turizmi destinasyonları ve inovasyonları, Türkiye’nin hedef pazarları ve stratejileri, sağlık turizminde kurumsal müşteriler, Türkiye’nin termal zenginliği, sağlık turizminde devletin rolü, başka ülke uygulamaları, markalaşma ve sosyal pazarlama, aracı kurumlar ve kuruluşlardan oluşan konular ele alınmış ve çok yönlü anlaşma ve işbirliğine varılmıştır (www.saglikturizmi.org.tr).

Ayrıca 7-9 Ekim 2010 tarihleri arasında Kuveyt’te Birinci Uluslararası Medikal Turizm Kongre ve Fuarı düzenlenmiş, 2. Medikal Turizm ve Sağlık Turizmi Kongresi de Moskova’ da 16-19 Mart 2011 tarihinde yapılmıştır. İstanbul’da 6 Mayıs 2011 tarihinde Sağlık Turizminde Stratejik, Bölgesel Gelişmeler ve Teşvikler Sempozyumu düzenlenmiştir. 19-23 Nisan 2013 tarihleri arasında Dünya Sağlık ve 3. Yaş Turizmi Kongresi de İzmir’de yapılmıştır. Son olarak ise 14-16 Kasım 2013 tarihinde Antalya’da 5. Uluslararası Sağlık Turizmi Fuarı açılmıştır.

Düzenlenen kongre, fuar ve sempozyumların yanı sıra, ülkemizde sağlık turizmiyle ilgili Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış çeşitli araştırmalar da bulunmaktadır. Bu araştırmalardan bir tanesi, Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Birimi tarafından Ekim-Aralık 2010 tarihleri arasında “Medikal Turizm Araştırması” yayınlanmıştır. Kasım 2011 tarihinde Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü, “Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Uygulama Rehberi” adı altında bir rehber yayınlanmıştır. Ayrıca Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Projesi Genel Koordinatörlüğü tarafından “Turizm Sağlığı Eğitimi Kitabı”, 2011 yılında

yayınlanmıştır. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan bir başka çalışma ise, 2012 yılında, “Türkiye Sağlık Turizmi El Kitabı” isimli kitaptır. 2013 yılında Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı tarafından hazırlanmış olan “Sağlık Turizmi 2012 Faaliyet Raporu” yayınlanmıştır.

Türkiye’de Sağlık Turizmiyle ilgili olarak yapılan bir başka çalışma ise, Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi ile Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü işbirliği içerisinde gerçekleştirilen 2011 yılında yapılan “Türkiye’de Medikal Turizmin Geleceği” isimli araştırmadır. Ülkemizde büyük bir potansiyele sahip olduğuna inanılan medikal turizmin son üç yıldaki gelişmesini ortaya koymak hedeflenmiştir. Bu çalışma, konuya yapılmış, Sağlık Bakanlığının ilgili biriminin elde ettiği verilere dayalı olarak yapılan ilk çalışma olması nedeniyle önem taşımaktadır.

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü bölümü, yukarıda sözü geçen yayının yanı sıra, konuyla ilgili olarak çeşitli çalışmalar yaparak web sayfasında bu çalışmalara ilişkin dokümanları sunmuştur. Bu çalışmalar, “Kamunun Yabancı Hastalara Sağlık Hizmet Sunumundaki Rolü Nelerdir?”, “Türkiye’de Sağlık Turizmi Çalışmaları 2011”, “Türkiye’de Sağlık Turizmi Sunumu 2011”, “Sağlık Turizmi Politikaları Sunumu”, Sağlık Bakanlığı 2010-2014 Stratejik Eylem Planı”, Sağlık Turizmi Yurtdışı Araştırması 2010” ve “2010 Yılı Faaliyet Raporu” dur (www.saglik.gov.tr).

Sağlık Bakanlığı’na ait son çalışma ise; Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizm Daire Başkanlığı tarafından 2013 yılında yayınlanan “Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013” rapordur. Bu raporda Türkiye’deki medikal turizmden bahsedilmiş ve 2012 yılına ait veriler uluslararası hasta sınıflamalarına, özel- kamu hastanelerine, gelen yabancı hastaların ülkelerine, başvurduğu kliniklere göre ayrılarak sunulmuştur.

Ayrıca Türkiye’de, konuyla ilgili çeşitli araştırmalar yapan bir “Sağlık Turizmi Derneği” bulunmaktadır. Bu dernek, 2009 yılında “Sağlık Turizmi

Rehberi”ni yayınlamıştır. Söz konusu dernek tarafından, 2010 yılında, “Dünya’da ve Türkiye’de Sağlık Turizmi, Durum Tespit Raporu ve Çözüm Önerileri” isimli bir araştırma yapılmıştır. Bu araştırmada, sağlık turizminin tarihsel gelişimi, dünyada ve Türkiye’de sağlık turizmi, sağlık turizminin ana unsurları, pazarları, sağlık turizminde kamu politikaları, sağlık turizmi organizasyonları, teşvikler ve tanıtım stratejileri ele alınmıştır (www.ozelhastaneler.org.tr).

Şubat 2011 tarihinde, Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı tarafından hazırlanan “Sağlık Turizmi Sektör Raporu” isimli bir çalışma da yayınlanmıştır. Bu çalışmada, sağlık turizmine ilişkin genel bilgilere yer verilirken, sağlık turizminin ana unsurları, dünyada ve Türkiye’de sağlık turizmi, sağlık turizmi ekonomisi, Türkiye’de sağlık turizminin avantajları ve batı Akdeniz bölgesinde sağlık turizmi konuları incelenmiştir.

Literatürde, Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış kitapların haricinde, sağlık turizmiyle ilgili yazılmış çeşitli kitaplar da bulunmaktadır. Bu kitaplardan bir tanesi, 1976 yılında “Güney Anadolu Bölgesi ile Kıbrıs’ın Turizm Coğrafyası” adıyla, Ankara Üniversitesi Dil ve Tarih-Coğrafya Fakültesi tarafından yayınlanmıştır. 1988 yılında ise, Turizm Bakanlığı tarafından “Türkiye’de Sağlık Turizmi ve Kaplıca Planlaması” isimli eser basılmıştır. Turizm Bakanlığı, Yatırımlar Genel Müdürlüğü, Araştırma ve Değerlendirme Dairesi Başkanlığı tarafından 1993 yılında yayınlanmış olan, “Sağlık Turizmi ve Turizm Sağlığı” kitabı da bulunmaktadır. Yine 1993 yılında “Sağlık Turizmi-Türkiye Kaplıca ve İçmeler Kılavuzu” isimli kitap Turizm Bakanlığı tarafından basılmıştır. Ayrıca yine Turizm Bakanlığı tarafından 1994 yılında “Sağlık Turizmi: Kaynaklar, Planlama, Tanıtım” isimli kitap yayınlanırken, “Turist Sağlığı: Turist Sigortası ve Tüketicinin Korunması” isimli kitap ise 2003 yılında Detay Yayıncılık tarafından basılmıştır. “Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi” kitabı ise 2010 yılında Türkiye Sağlık Vakfı imzasıyla yayınlanmıştır. 2013 yılında Dilaver Tengilimoğlu’nun editörlüğünde hazırlanan “Sağlık Turizmi” adlı kitap yayınlanmıştır. Bu kitapta genel olarak turizm ve turizm politikaları ve türleri hakkında bilgi verilmiş, daha sonra sağlık turizminin üç ana bileşeni ayrı ayrı ele alınmıştır.

Ayrıca “Türkiye’de Sağlık Turizmi Sektörü”, 2011 yılında İstanbul Ticaret Odası tarafından, “Narlıdere’ de Ekoturizm, Sağlık Turizmi ve Kültür Turizmi Sektör Analizi, Aralık 2011 tarihinde Narlıdere Kaymakamlığı tarafından, “Sağlık Turizminde Pazarlama Değişkenlerine Bir Bakış ve İstanbul Örneği”, Ekim 2012 tarihinde yayınlanmıştır.

Yukarıda bahsedilen kitapların yanı sıra, Türkiye’de sağlık turizmiyle ilgili, 1992 ve 2012 tarihleri arasında hazırlanmış 22 tez bulunmaktadır. Bu tezlerin 15’i yüksek lisans, 7’si ise doktora tezi niteliğindedir ve aşağıya çıkarılmıştır;

Tablo 5. Sağlık Turizmi ve Müşteri memnuniyetiyle ilgili yapılmış tezler(<https://tez.yok.gov.tr/UlusalTezMerkezi/SearchTez>)

YAZAR	TEZİN ADI	YILI	DERECESİ
Elif Kılınç	Medikal Sağlık Turizminin Stratejik Planlaması: Isparta	2013	Yüksek Lisans
Zeynep Gülmez	Türkiye’de ve Dünya’da Sağlık Turizmi ve Çeşitleri: Sağlık Turizminin Ülkemizdeki Mevcut Durumu ve Bazı Ülkelerle Kıyaslanması	2012	Yüksek Lisans
Selçuk Avderen	İç Anadolu Bölgesi’ndeki Kaplıca ve Termal Tesislerin Türk Sağlık Turizmi İçindeki Yeri	2011	Yüksek Lisans
Dilek Güleç	Sağlık Turizmi Kapsamında Antiaging (Sağlıklı Yaşlanma) Uygulamaları ve Yaşlı Bakımı: Türkiye Değerlendirmesi	2011	Yüksek Lisans
Yeşim Özen	Türkiye’de Sağlık Turizmi İşletmeciliğinde Franchising Sisteminin Uygulanabilirliğine Yönelik Niteliksel Bir Araştırma	2010	Yüksek Lisans
Tolga Çetinkaya	Sağlık Turizmi Açısından Bursa İli’nin Pazarlanabilirliği Konusunda Sağlık Çalışanlarının Görüşlerinin Belirlenmesi Üzerine Bir Araştırma	2010	Yüksek Lisans
İlkay Taş	Avrupa Birliği’nde Sağlık Turizmi Kapsamında Sınır Ötesi Hasta Hareketliliği	2010	Doktora
Ayşegül Çelik	Sağlık Turizmi Kapsamında Termal İşletmelerde Sağlık Hizmetleri Pazarlaması ve Algılanan Hizmet Kalitesi: Balçova Termal İşletmesinde Bir Uygulama	2009	Yüksek Lisans

Tablo 5'in Devamı.

YAZAR	TEZİN ADI	YILI	DERECESİ
Serap Akasya Akdu	Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal Turizm ve Türkiye'deki Uygulamalar Üzerine Bir Araştırma; İstanbul ve Ankara Örneği	2009	Yüksek Lisans
Aysun Şebnem Kiremit	Turizmin Gelişiminde Bir Alternatif Olarak Medikal Turizm: Bir Sağlık Kuruluşunda Araştırma	2008	Yüksek Lisans
Mustafa Sandıkçı	Termal Turizm İşletmelerinde Sağlık Beklentileri ve Müşteri Memnuniyeti	2008	Doktora
Didem Kostak	Turizm Hareketleri (Türkiye Örneği Üzerinden Sağlık Turizmi)	2007	Yüksek Lisans
Pınar Yalçın	Türkiye'de Sağlık Turizminde Alt Yapı Oluşturulma Gereği ve Sağlık Kurumlarına Yönelik Bir Araştırma	2006	Yüksek Lisans
Emine Didem Evcı	Farklı Turizm Yörelerindeki Bazı Konaklama Tesislerinin Sağlık Açısından Değerlendirilmesi ve Turistlerin Sağlık Sorunları	2003	Doktora
Salim Kırdı	Türk Sağlık Turizm Sektöründe Mevcut Politikalar ve Bir Alan Uygulaması	1999	Yüksek Lisans
İbrahim Kocaoğlu	Kuşadası'nda Sunulan Turizmde Sağlık Hizmetleri ve Sorunları	1999	Doktora
Halis Demir	Küreselleşme Sürecinde Türk Hizmet Sektöründe Yönetici Profili (Turizm-Sağlık-Finans Örneği)	1999	Doktora
Ahmet Aksu	Turizm Sağlık İlişkisi ve Türkiye'de Turistlere Yönelik Sağlık Hizmetleri	1996	Doktora
Behice Ekici	Sağlık Turizminde Planlama-İşletmecilik-Tedavi ve Türkiye'de Durum	1995	Doktora
Ünal Sengir	Üçüncü Yaş Turizmi ve Alınacak Sağlık Tedbirlerinin Bu Turizm Üzerindeki Etkileri	1994	Yüksek Lisans
Abdullah Kelkit	Sağlık Turizmi Yönünden Erzin İçmelerinin Çevre Düzenleme İlkeleri	1992	Yüksek Lisans

Türkiye'de sağlık turizmi ve hasta memnuniyetiyle ilgili yapılmış çeşitli araştırmalar bulunmaktadır. Bu araştırmaların çok fazla olması nedeniyle birkaç tanesi örnek olarak sunulmuştur. Bu çalışmalardan bir tanesi olan 2002 yılında Çatı ve Yılmaz tarafından yapılan araştırmada, hastane hizmetlerinde kalite algılamasını etkileyen göstergelerin neler olduğu belirlenmeye çalışılmıştır. Araştırmada bayanların erkeklerden daha fazla memnun kaldıkları, hastanede daha kısa süreli

kalan hastaların, uzun süreli kalan hastalara göre memnuniyet düzeylerinin daha yüksek olduğu görülmüştür.

2006 yılında Yıldırım ve Altunkaya tarafından hazırlanan “Türkiye’nin Sağlık Turizmi Potansiyeli ve Güçlükler” isimli araştırmadır. Bu araştırmada yazar Türkiye’nin sahip olduğu konum avantajını vurgularken, bu konumu etkili bir biçimde kullanma konusunda başarılı olamadığını savunmuştur.

Genç (2007), Kurşun (2007), Akbaş (2008), tarafından yapılan araştırmalarda; medikal turizm kapsamında gelen yabancı hastaların Türkiye’yi tercih etmesinin en önemli nedenlerinin başında fiyatların uygun olması ve sağlık hizmetlerinin kalitesi gelmektedir. Bunlara ek olarak bazı hizmetlerin kendi ülkelerinde sigorta kapsamında olmaması ve kendi ülkelerindeki uzun bekleme listeleri medikal hastaların Türkiye’yi tercih etmelerinde önemli etkenler olduğu görülmektedir. Türkiye’de medikal turizm kapsamında gelen hastalara sunulan hizmetlerde karşılaştıkları sorunların başında tanıtım eksikliği ve Türkiye’nin sahip olduğu olumsuz imaj ve finansman sorununun geldiği görülmektedir.

Özer ve Çakıl tarafından 2007 yılında yapılan “Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Etkileyen Faktörler” adlı çalışmada, Türkiye’deki sağlık hizmetlerinden memnuniyet durumunu ve hasta memnuniyetini etkileyen faktörler tespit edilmiştir. Hastanın yaşı, cinsiyeti, eğitim düzeyi, sosyal güvence durumu, gelir durumu, yerleşim yeri, hastalığının tanısı, tedavisi ve yatış süresi gibi faktörlerin hasta memnuniyetini etkilediğini savunmuşlardır.

“Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal Turizm ve Türkiye’nin Olanakları” isimli araştırma ise İçöz tarafından 2009 yılında yapılmıştır. Bu çalışmada; sağlık turizmi ve medikal turizm konusunda Türkiye’deki durumunu incelemiş ve medikal turizminin nasıl geliştirilebileceği araştırılmıştır.

2009 yılında Çelik tarafından, “Sağlık Turizminde Devlet Desteğinin Önemi ve Yabancı Sermaye”, 2011 yılında ise Tütüncü, Kiremitçi ve Çalışkan tarafından yapılan çalışmada ise Sağlık Turizminde güvenlik ve kalite konuları ele alınmıştır.

Ünal ve Demirel tarafından 2011 yılında yapılan “Sağlık Turizmi İşletmelerinden Yararlanan Müşterilerin Beklentilerinin Belirlenmesine Yönelik Bolu İlinde Bir Araştırma” isimli çalışmada Türkiye’de gelişmekte olan sağlık turizmi ve özellikle termal turizm konusunda Batı Karadeniz Bölgesi’ndeki durum irdelenmiş ve sağlık turizmine katılanların beklentileri ve memnuniyet düzeyleri belirlenmiştir.

Ayrıca ülkemizde, Sağlık Turizmini Geliştirme Derneğinin ücretsiz yayın organı olarak, ilk sayısı yayınlanan Sağlık Turizmi Bülteni adı altında, 2008 yılında 6 kez yayınlanan ve 2009 yılında Ocak-Şubat sayısının çıktığı bir bülten bulunmaktadır (<http://saglikturizmi.org.tr/>). MÜSİAD’ın üç aylık Ekonomi ve Düşünce yayını olan Çerçeve Dergisinin, Şubat 2011 tarihli 55. sayısında ise Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Turizmi konularını ele almıştır. Bu sayıda, İbiş “Medikal Turizm Dinamikleri” konusuna değinirken, Bahadır “Sağlık Turizmine Radyolojik Bakış”, Aydın “Türkiye’de Sağlık Turizmi Endüstrisi”, Selvi “Dünyada İlk 5 Ülke İçinde Olduğumuz Sektör: Dental Turizm” konularını ele almışlardır.

1.9.2 Dünyada Sağlık Turizmi, Medikal Turizm ve Müşteri Memnuniyetiyle İlgili Yapılmış Araştırmalar

Sağlık turizmiyle ilgili, dünyada, yapılmış çok sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu araştırmaların, sistematik olarak sunulduğu ve bir araya getirildiği çeşitli kongreler de düzenlenmiştir. Bu kongrelerden biri olan “Dünya Sağlık Turizmi Kongreleri” ilk olarak Mayıs 2006’da Almanya’da, sonrasında, Mart 2007’de Kıbrıs’ta ve üçüncüsü de Nisan 2008’de İspanya’da düzenlenmiştir. Yine Nisan 2009’da Filipinlerde dördüncüsü düzenlenen kongre, beşinci kez Güney Afrika’da 2010 yılında düzenlenmiştir. “6. Dünya Sağlık Turizmi Kongresi” de

İspanya’da 17-19 Haziran 2011 tarihinde yapılmıştır (<http://spain.healthtourismcongress.com/whtc.html>).

Yapılmış olan, bir diğer kongre de “Dünya Medikal Turizm ve Global Sağlık Kongresi”dir. Bu kongrenin, Medikal Turizm Birliği tarafından sponsorluğu yapılmaktadır. Kongre, her yıl düzenlenmektedir ve beşincisi ABD’nin Miami kentinde gerçekleştirilmiştir. 94 ülkeden 400’ü aşkın katılımcının yer aldığı kongre, dünya sağlık turizmi konusunda tarafları bir araya getiren bir forum olarak değerlendirilmektedir (www.medicaltourismcongress.com).

Sağlık turizmiyle ilgili düzenlenmiş kongrelerin yanı sıra, yazılmış çeşitli kitaplar da bulunmaktadır. Bu kitaplardan, Hall 2013 yılında “Medikal Turizm”, Klöpping 2012 yılında “İsviçre’de Sağlık Turizmi”, Hodges ve diğerleri 2012 yılında “Medikal Turizmde Riskler ve Zorluklar”, Stolley ve Watson 2012 yılında “Medikal Turizm” kitaplarını yayınlarken, Thompson 2011 yılında “Sağlık Turizmi”, Todd, “Medikal Turizm Gelişmelerinin El Kitabı” isimli eseri hazırlamıştır. Yine 2011 yılında Gupta ve Sharma, “Medikal Turizm: Hindistan’dan Gelişmeler”, Jagyasi, “Doktor Prem’in El Kitabı: Medikal Turizm” ve yine Todd, “Medikal Turizm Yöneticilerinin El Kitabı” isimli kitapları yazmışlardır. 2010 yılında, Reisman, “Sağlık Turizmi: Uluslararası Alanda Sosyal Refah” ve Connell, “Medikal Turizm” kitabını yayınlamışlardır. 2009 yılında, Sarngadharan ve Sunanda “Hindistan’da Sağlık Turizmi”, 2008 yılında ise Gahlinger, “Medikal Turizmin Seyahat Rehberi” ve Smith, Puczkó, “Sağlık ve Zindelik Turizmi” kitaplarını yazmışlardır. 2007 yılında, Bookman, “Gelişmekte Olan Ülkelerde Medikal Turizm”, 2006 yılında da Chillibreeze Publication tarafından “Medikal Turizm: Hindistan’ın Bangalor Şehrinden” isimli kitap yayınlanmıştır. 1994 yılında ise Tabacchi ve Gratadou, “Fransa’daki Sağlık Turizminin Analizi” isimli kitabı yazmıştır.

Elsevier tarafından ilk sayısı 1973 yılında yayınlanan ve toplam 42 sayıdan oluşan son basımı Temmuz 2013 yılında yapılan, “Turizm Araştırmalarının Tarihi” isimli bir de sosyal bilim dergisi bulunmaktadır. Bu dergi turizm konusuna akademik bir perspektiften bakmaktadır. Kapsar, 1990 yılının 17. sayısında “Kaplıca

ve Sağlık Turizminde Yeni Yaşamsal Yönetim Devri”, Jones 2005 yılının 32. sayısında “Kanser ve Turizm”, 2005 yılının 32. sayısında Altés tarafından “Sağlık Turizmi Hizmetlerindeki Gelişmeler”, Sigala, 2006 yılının 33. sayısında, “Yeni Yüzyılda Turist Sağlığının Yönetimi ve Güvenliği”, 2011 yılındaki 38. sayısında Joppe, “Sağlık Turizmi: Uluslararası Ticarete Sosyal Refah” konularını araştırırken, 2011 yılında Small ve Haris “Obezite ve Turizm” konusunu ele almıştır.

Konuyla ilgili olarak Medikal Turizm Birliği’nin yayınlanmış olduğu iki tane dergi vardır. Birincisi ilk sayısı 2007 yılında basılan Medikal Turizm Dergisidir. Bu dergi, her yıl yılda dört kez yayınlanmaktadır ve son basımı ise Haziran 2013 tarihinde yapılmıştır (www.medicaltourismmag.com). Bir başka dergisi de Sağlık Turizmi Dergisi’dir. Bu dergi yılda üç kez olmak üzere, ilk sayısı 2009 yılında ve son sayısı ise 2011 yılında basılmıştır.

2006 yılında ilk sayısı çıkan International Medical Travel Journal (Uluslararası Medikal Seyahat Dergisi) de, 2013 yılına kadar her yıl düzenli olarak sağlık ve medikal turizm makalelerin paylaşıldığı bir dergi olma niteliği taşımaktadır (www.imtj.com).

Sağlık turizmiyle ilgili yukarıda sözü geçen kongreler ve dergiler de çok sayıda makale yayınlanmıştır. Yayınlanmış çok sayıda makale bulunması sebebiyle, aşağıda bu makalelerden örnek teşkil edebilecek nitelikte olanları yıl sıralamasına göre sunulmuştur. Bu makalelerden bir tanesi, Horowitz ve Rosensweig tarafından 2007 yılında sağlık bakımının global ekonomi içerisindeki yerini araştıran, “Medikal Turizm: Global Ekonomide Sağlık” isimli çalışma yayınlanmıştır. 2008 yılında ise Cook “Sağlık ve Medikal Turizm Nedir?” isimli çalışmalarında sağlık turizmi ve medikal turizmin tarihçesi, değişken tanımları ve güncel gelişmelerinin neler olduğunu araştırmayı amaçlamıştır. 2010 yılında ise; “Medikal Turizm: Yurtdışında İşleyişin Değerlendirmesi” isimli çalışma Lunt ve Carrera tarafından hazırlanmıştır. Çalışma, medikal turizmin, hastaların tedavilerini ülke sınırları dışında ya da deniz aşırı ülkelerde yaptırmayı seçmeleri sonucunda, sağlık bakımında küreselleşmenin artması üzerine odaklanmıştır. Yine aynı yıl Chen ve arkadaşları “Asya Ülkelerinde

Medikal Turizmin Gelişen Stratejileri İçin Niş (Niche) Hizmetlerin Sınıflandırması ve Karşılaştırması” isimli araştırmayı yayınlamışlardır. Çalışma, Asya ülkelerinde gelişen sağlık turizminin farklı stratejilerinin karşılaştırılmasına odaklanmıştır. Aynı yıl Carrera ve Lunt “Avrupa Perspektifinden Sağlık Turizmi: Bir Bilgi Tabanı Gereksinimi” isimli çalışmayı hazırlamışlardır. Sağlık turizminde Amerika ve Asya’da gözle görülür bir artışın olduğu vurgulanan çalışmada, Avrupa’da medikal turizmin ortaya çıkışının altı çizilmektedir. Gönen “Global Rekabetçi Çevrede Uygulanan Ulusal Ekonomiler ve Pazarlama Stratejilerinin Sağlık Turizminde Önemi” isimli araştırması ise medikal sektöre ilişkin problemlerin tanımlanması ve bu problemlerin çözümüne ilişkin önerilerin geliştirilmesine odaklanmıştır. Snyder ve arkadaşları tarafından 2011 yılında yapılan “Kanadalıların Medikal Turizme Katılımı İle İlgili Ne Biliyoruz?” isimli çalışmasında Kanada vatandaşlarının sağlık turizmi endüstrisiyle sadece hasta olarak değil, bir yatırımcı olarak da ilgilendiği vurgulanmıştır. Aynı yıl yapılan başka bir çalışma da, Pocock ve Phua’nın hazırladığı “Medikal Turizm ve Sağlık Sistemlerine Politik Müdahaleler: Tayland, Singapur Ve Malezya’da Karşılaştırmalı Bir Çalışma” isimli çalışmadır. Çalışmada Güneydoğu Asya’nın katılımcı olarak, medikal turizm endüstrisini teşvik edici olduğu vurgulanmaktadır (Tengilimoğlu, 2013: 253).

Ayrıca, Web of Science, TÜBİTAK, Elektronik Kaynaklar Ulusal Akademik Lisansı, Ebscohost akademik tarama motorunda “sağlık” ve “turizm” kelimeleriyle başlık taraması yapıldığında bu kelimeleri içeren 948 adet yazılmış makale listelenmektedir.

Yukarıda sözü geçen, yayınlanmış makalelerin yanı sıra, dünyada medikal turizmle ilgili çok sayıda yazılmış tez mevcut iken, sağlık turizmine yönelik olarak yazılmış tezler daha sınırlı sayıda kalmaktadır. Bu tezlerden bir tanesi, 2006 yılında ise, “Şehrimizi Ziyaret Edin: Toplum Sağlığı Ve Kırsal Turizm Gelişmeleri Arasındaki İlişki” isimli yüksek lisans tezi, Berlin Hayley tarafından hazırlanmıştır. Bu tez, kırsal turizm gelişmeleri ve toplum sağlığı göstergeleri arasındaki ilişkiyi ortaya koymayı amaçlamaktadır.

2007 yılında, Zahra Kazemi tarafından “İran’daki Cazip Medikal Turizmde Etkili Olan Faktörler Üzerine Bir Çalışma” isimli yüksek lisans tezinde, Asya’nın dünyada turist popülasyonunun en hızlı artış gösterdiği ülke olduğu vurgulanırken, medikal turizm kavramının Asya için çok yeni olduğu ifade edilmektedir. Son zamanlarda İran gibi pek çok Asya ülkesinin medikal turizm pazarına girmek için oldukça cazip, yüksek bir potansiyele sahip olduğu belirtilmiştir. Çalışma, İran’da medikal turizmin yabancı hastalara sunduğu cazip avantajlarda etkili olan faktörler tanımlanmaktadır.

2009 yılında, “Hindistan’da Sağlık: Toplum Sağlığı ve Ekonomisinde Medikal Turizm Olanaklarının Etkisi” isimli tez Rutherford Ann tarafından hazırlanmıştır. Bu yüksek lisans tezi, sağlığın medikal turizm endüstrisi üzerinde nasıl teşvik edici etkisi olduğunu araştırmayı amaçlamaktadır.

2010 yılında hazırlanan bir başka tez ise “Sağlık Bakımının Globalleşmesi: Hindistan’da Çok Branşlı Hastanelerde Medikal Turizm” isimli çalışmadır. Hazırlanan bu yüksek lisans tezi Jyotsana Mal tarafından yazılmış olup, globalleşen uluslararası sağlık bakımı pazarının avantaj ve dezavantajlarını açıklamayı amaçlamaktadır. Bu çalışma, ayrıca Hindistan’daki medikal turizm sektörünü dünya ticaret organizasyonunun nasıl teşvik ettiğini de belirlemeye yöneliktir.

2010 yılında Eissler Lee Ann tarafından hazırlanan “Sağlık Bakımı Yönünden Medikal Turizm İle İlgili Yaşanmış Bir Deneyim: Medikal ve Dental Bakım Amacıyla Alaskalı Hastaların Uluslararası Seyahati Üzerine Bir Çalışma” isimli doktora tezidir. Bu tez, Alaska’da yaşayan, medikal ya da dental bakım amacıyla uluslararası seyahat eden hastaların bakış açısını anlamayı amaçlamaktadır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DEN MEDİKAL TURİZM KAPSAMINDA HİZMET ALAN HASTALARIN MEMNUNİYET DÜZEYİNİN BELİRLENMESİ: ANKARA İLİ ÖRNEĞİ

1.10 ARAŞTIRMANIN KONUSU

Seyahat etmek sureti ile ikamet ettiği yerleşimin dışında konaklayarak sağlığını korumayı veya yeniden kazanmayı amaçlayan insanların gerçekleştirdiği turizm çeşidiolarak tanımlanan sağlık turizmi; medikal turizmi, termal turizmi (Kaplıca + Spa & Wellness) ve yaşlı-engelli turizmi çeşitleriyle önemli bir turizm hareketi olarak değerlendirilmektedir. Böylesine geniş kapsamlı olan sağlık turizmini, bu araştırmamızda medikal turizmini ele alarak inceledik.

Sağlık turizmi ile Türkiye'ye başka ülkelerden hastalıklarının tedavisi için gelen hastaların, tedavi edildikten sonra memnuniyet düzeylerini ölçmek yoluyla hasta / müşteri memnuniyetini etkileyen sebepleri, hastaların yaşadığı sorunları ve bu durum sonucunda Türkiye'deki kurum ve kuruluşlarının sağlık turizmine ne kadar hazır olduğunun tespit edilmesi, ihtiyaçların belirlenmesi, alternatif çözüm önerilerinin sunulması amacıyla yapılan bir araştırmadır.

Bu kapsamda araştırmada; sağlık turizmi kavramına, dünyada ve Türkiye'de sağlık turizminin gelişimine ve mevcut durumuna, Türkiye sağlık turizminin dünya sağlık turizmi içindeki yerine, sağlık turizminin alt dalı olan medikal turizm kavramına, dünyada ve Türkiye'de medikal turizminin gelişimine / mevcut durumuna, müşteri ve müşteri memnuniyeti kavramına, memnuniyet düzeylerini etkileyen sebeplere ve Türkiye'ye gelen yabancı hastaların kamu hastanelerinde aldıkları tedavi sürecindeki memnuniyet düzeylerine değinilmiştir.

1.11 ARAŞTIRMANIN AMACI VE ÖNEMİ

Sağlık hizmetleri tüm insanoğlunun eşit seviyede alması gereken ve uluslararası bir haktır. İnsanoğlu, en değerli varlığı olan sağlığına kavuşmak için sağlık hizmetlerini en üst düzeyde, kaliteli, en kısa sürede ve maddi açıdan da en düşük maliyetle almak için hep araştırma yapmış ve uygun olan diğer ülkelerden almıştır.

Sağlık turizmi, yurtdışından bin bir umutla gelen yabancı hasta ve hasta yakınlarının rahatlığını sağlamak, hastalığının çözümü için tedavilerini en iyi şekilde sunmak, hasta ve hasta yakınlarını herhangi bir sorunla karşılaştıklarında çözüme ulaştırmak vb. durumlar için tıbbi seçenekleri sunmayı hedeflemektedir.

Bu araştırmada; Türkiye’de ve dünyada sağlık turizmi ve gelişimi, Türkiye’de ve dünyada medikal turizmi ve gelişimi, Türkiye’ye medikal turizm kapsamında sağlık hizmeti almaya gelen yabancı hastaların ülkeleri, tercih ettikleri il ve klinikleri, aldıkları hizmetten memnuniyet düzeyleri ve memnuniyetlerini etkileyen faktörler ele alınarak incelenmiştir.

Bu araştırmanın amacı; Türkiye’ye tedavi olmak amacı ile gelen yabancı hastaların Türkiye’den alacakları sağlık hizmetlerinin daha itinalı, titiz ve daha iyi koşullarda gerçekleştirilebilmesi, hastaların beklentilerinin giderilmesi ve Türkiye’nin bu alanda tercih edilen bir ülke olmasının sağlanması için; Türkiye’deki hastanelerde var olan uygulamaların incelenmesi ve elde edilen verilerin ışığında gerekenlerin tespit edilmesi suretiyle; Türkiye’nin medikal turizm alanındaki mevcut durumunu ortaya koymak, medikal turizmle ilgili olarak oluşturulacak politikalara ve gelecekte yapılması gereken çalışmalara rehberlik edecek önerilerde bulunmaktadır.

1.12 ARAŞTIRMA PROBLEMİNİN BELİRLENMESİ

Araştırmanın problem cümlesini;

- ✓ “Türkiye’de sağlık turizmi ne düzeydedir?”
- ✓ “Türkiye’de medikal turizmi ne düzeydedir?”
- ✓ “Türkiye’deki hastanelere başvuran yabancı hastaların memnuniyeti ne düzeydedir?”

soruları oluşturmaktadır.

1.13 ARAŞTIRMANIN EVREN VE ÖRNEKLEMİ

Bu araştırmanın evrenini; Türkiye’de sağlık turizminin yoğun olarak yaşandığı illerden biri olan Ankara ilindeki, sağlık turizmi konusunda faaliyet gösteren Sağlık Bakanlığı’na bağlı kamu hastanelerinde 3 aylık dönem (01 Eylül - 01 Aralık tarihleri arasında) sürecinde, yatarak tedavi olan yabancı hastalar oluşturmaktadır. Araştırma kapsamına alınan hastaneler, sağlık turizmi alanında yer almak konusunda oldukça istekli ve bu konuda her türlü çalışmayı ve gayreti gösteren kamu hastaneleri olarak seçilmiştir. Araştırmada 300’e yakın hastanın 180’ine anket uygulanmıştır.

1.14 ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ

Araştırmanın amaçlarına göre aşağıdaki hipotezlerin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır;

H₁=Yabancı hastaların yaş durumu, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.

H₂=Yabancı hastaların cinsiyet durumu, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.

H₃=Yabancı hastaların medeni durumu, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.

H₄= Yabancı hastaların hastane giderlerini karşılama durumu, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.

H₅=Yabancı hastaların eğitim durumu, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.

H₆=Yabancı hastaların uyruğu, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.

H₇=Yabancı hastaların mesleği, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.

H₈=Yabancı hastaların ilk başvurusu, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.

H₉=Tanıtım faaliyetlerinin etkisi, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.

H₁₀=Yapılan anlaşmaların ülkelerarasına etkisi, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.

Her bir hipotez; hasta yatış memnuniyet düzeyleri, hasta odası ve hastane yemekleri memnuniyet düzeyleri, hastane çalışanları memnuniyet düzeyleri, hasta muayenesi ve tedavi sırası memnuniyet düzeyleri, hasta muayene ve tedavi sonrası memnuniyet düzeyleri, hastane hakkındaki memnuniyet düzeyleri, hastane ile ilgili düşünceleri ve Türkiye ile ilgili düşünceleri alt hipotez olarak ayrı ayrı değerlendirilecektir.

1.15 ARAŞTIRMANIN VARSAYIMLARI

Araştırma, örneklem dâhilindeki Türkiye'ye gelen yabancı hastaların, anket sorularına verdikleri cevapların gerçek durumu yansıttığı ve güvenilir olduğu varsayımına dayandırılmıştır.

1.16 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma, Türkiye'ye gelen ve Ankara ilindeki kamu hastanelerinde yatarak tedavi gören yabancı hastalara ve tercümanlarıyla birlikte işbirliği içerisinde anket uygulanmıştır. Mali açıdan değerlendirildiğinde araştırma, hiçbir sponsor desteği almaksızın bütün masraflar tamamıyla araştırmacı tarafından karşılanmıştır. Zaman

açısından ise, araştırma 6 ay içerisinde tamamlanmıştır. Bu nedenle araştırma kapsamı, hem zaman hem de maliyetin etkisiyle hastalara ulaşımı zorlaştırdığı için Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerle sınırlı tutulmuştur.

Ayrıca araştırmadaki diğer bir sınırlayıcı etken de; görüşülen pek çok kamu hastanelerinin sağlık turizmi ile ilgili sistematik bir çalışmasının olmadığı, hasta gelişlerinin büyük bir bölümünün tesadüfi ve devletlerarası ikili anlaşmaların sonucu olduğu görülmüştür.

Araştırma sonuçları, ülke genelini temsil etmez.

1.17 ARAŞTIRMANIN VERİ TOPLAMA YÖNTEMİ

Araştırmada anket yöntemi uygulanmıştır. Anket genel memnuniyet, hizmetle ilgili düşünceler, personellerle ve hastaneyle ilgili memnuniyet ve yabancı hastalara ait genel bilgilerden oluşan sorulardan oluşmaktadır. Anket; Türkiye’de sağlık turizminin yoğun olarak yaşandığı illerden biri olan Ankara ilindeki, sağlık turizmi konusunda faaliyet gösteren Sağlık Bakanlığı’na bağlı kamu hastanelerinde 3 aylık dönem (01 Eylül - 01 Aralık tarihleri arasında) sürecinde, yatarak tedavi olan 180 yabancı hastaya ulaşılarak tercüman eşliğinde uygulanmıştır.

Ankette yer alan sorular literatür taraması ve uzman görüşleri doğrultusunda hazırlanmaya çalışılmış, soruların anlaşılır ve kısa olmasına özen gösterilmiştir. Yabancı hastaların fazla zamanlarını almadan samimi cevaplar vermelerine çalışılmıştır.

Hasta memnuniyetini ölçmeye yarayan sorular, 5’li Likert ölçeğine göre hazırlanmıştır. Hastaların genel memnuniyetlerini ve hizmetle ilgili düşüncelerini belirlemeye yönelik 24 Maddelik soru bölümünde hastalardan “kesinlikle memnunum”, “memnunum”, “fikrim yok”, “memnun değilim” ve “hiç memnun değilim” seçeneklerinden kendilerine en uygun şıkkı işaretlemeleri istenmiştir.

1.18 ARAŞTIRMANIN VERİ ANALİZİ

Çalışmada elde edilen veriler, Statistical Program for Social Sciences (SPSS) 20,0 programı ile değerlendirilmiş ve analiz edilmiştir. Ayrıca araştırma amaçlarını test etmek için tanımlayıcı istatistikler (frekans dağılımları, aritmetik ortalama, yüzdelik dağılım) yapılmıştır. Bağımsız değişkenler ile sonuçlar arasındaki ilişkiyi saptamak için Pearson'un Korelasyon analizi ve Ki Kare testi uygulanmıştır. Anlamlılık derecesi 0,05 olarak kabul edilmiştir.

Bu çalışmada hangi analizlerin yapılacağını belirlemek üzere öncelikle verilerin normal dağılımı uyup uymadığı test edilmiştir. Bu amaçla Kolmogorov-Smirnov testi yapılmış elde edilen bulgular sonucunda verilerin normal dağılım göstermedikleri görülmüştür. Verilerin normal dağılım göstermemesi durumunda parametrik olmayan testlerin yapılması uygun düşmektedir. Memnuniyeti değerlendirmeye yönelik olarak 58 boyutta 5'li likert ölçeğinde düzenlenen ifadelerin ortalamaları alınmış, bu ortalama puanlarla yaş, cinsiyet, medeni durum, hastane giderinin karşılanması, uyruk, meslek, ilk başvuru, broşür verilmesi, danışman görevlendirilmesi, Türkiye'yi seçme nedenleri ve Hastaneyi seçme nedenleri değişkenleri boyutlarında değerlendirilmiştir ve bu değişkenlere göre gruplar arasında fark olup olmadığı araştırılmıştır.

İki grup arasında farkın araştırıldığı durumlarda parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney U Testi yapılmış; 3 ve daha fazla gruplar arasında değişkenler açısından fark olup olmadığının araştırıldığı durumlarda ise yine bir parametrik olmayan test olan Kruskal Wallis testi uygulanmıştır.

Mann-Whitney U testi parametrik testlerle t-testinin parametrik olmayan alternatifidir. Kruskal Wallis testi ise gruplararası tek yönlü varyans analizinin (One-Way Anova) parametrik olmayan alternatifidir. Kruskal Wallis testi, sürekli değişkenlere sahip üç ya da daha fazla grup için karşılaştırma yapmayı sağlar. Eğer anlamlılık düzeyi (Sig. Değeri) 0.05'den daha küçükse gruplar arasında istatistiksel

olarak anlamlı bir fark olduğu söylenebilir. Testte yer alan Mean Ranks değeri en yüksek dereceye sahip ortalamayı ifade etmektedir.

1.19 BULGULAR VE TARTIŞMA

1.19.1 Türkiye’de Medikal Turizm Kapsamında Hizmet Alan Hastaların Memnuniyet Düzeylerinin Belirlenmesi İçin Düzenlenen Anket Sorularının Güvenilirlik Analizi

Araştırmada verilerin analizi yapılmadan önce, ankette kullanılan 5’li Likert ölçeğinin, verilen cevaplar doğrultusunda güvenilir sonuçlar verip vermeyeceği bilinmesi gerekmektedir. Bu nedenle anket üzerinde güvenilirlik analizi yapılarak, Cronbach’s Alfa değeri hesaplanması yapılmalıdır.

Güvenilirlik analizinin amacı verilerin rastlantısallığını ölçmektir. Ankete verilen cevaplar rastgele dağılım gösteriyorsa anket sonuçlarının güvenilir olduğuna karar verilir. Güvenilirlik analizi seçilen örneğin güvenilirliğini, tesadüflüğünü ve tutarlılığını test etmekte kullanılır. Sonucun güvenilir olup olmadığına Cronbach’s Alpha (α) değerine göre karar verilir (<http://www.istatistikanaliz.com>).

α değeri,	$0,00 \leq \alpha < 0,40$	ise	Güvenilir değil
	$0,40 \leq \alpha < 0,60$	ise	Düşük güvenilirlikte
	$0,60 \leq \alpha < 0,80$	ise	Oldukça güvenilir
	$0,80 \leq \alpha \leq 1,00$	ise	Yüksek güvenilirlikte.

Tablo 6. Anketin güvenilirlik testi

Cronbach Alfa Değeri	Ölçek Farkı	Kararsızların Toplamı (N)
,892	,951	43

Kamu hastanelerinde yatarak tedavi gören yabancı hastalar için hazırlanan anket sorularının güvenilirlik analiz değeri $\alpha=0,892$ olarak bulunmuştur. Bu sonuca göre; ankette verilen cevaplar rastgele dağılım göstermekte ve sonuçlar yüksek güvenilirlik göstermektedir.

1.19.2 Katılımcılara Ait Demografik Özellikler

Tablo 7. Katılımcılara ait demografik özellikler dağılımı

DEĞİŞKENLER		Frekans	Yüzde
YAŞ	0-40	72	40,0
	41-50	49	27,2
	51-60	28	15,6
	61-70	19	10,6
	71+	12	6,7
	TOPLAM	180	100,0
CİNSİYET	Erkek	122	67,8
	Kadın	52	32,2
	TOPLAM	180	100,0
MEDENİ DURUM	Bekâr	61	33,9
	Evli	119	66,1
	TOPLAM	180	100,0
HASTANE GİDERLERİNİ KARŞILAMA	Kendim	32	17,8
	Sosyal Güvenlik Kurumum	18	10,0
	Bir kısmını kendim, bir kısmını sigortam	9	5,0
	Kendi elçiliğim	33	18,3
	Türkiye Sağlık Bakanlığı	47	26,1
	Diğer	41	22,8
	TOPLAM	180	100,0
EĞİTİM DURUMU	Okur-yazar değil	12	6,7
	Okur-yazar	28	15,6
	İlköğretim	22	12,2
	Lise-kolej	41	22,8
	Yüksekokul	21	11,7
	Lisans	43	23,9
	Yüksek lisans-Doktora	13	7,2
	TOPLAM	180	100,0
UYRUK	Avrupa	39	21,7
	Ortadoğu	35	19,4
	Orta Asya	73	40,6
	Diğer	33	18,3
	TOPLAM	180	100,0
MESLEK DURUMU	Kamu Görevlisi	34	18,9
	Sağlık Personeli	14	7,8
	Serbest Meslek	36	20,0
	Özel Sektör	19	10,6
	Öğrenci	19	10,6
	Ev Hanım	20	11,1
	Emekli	19	10,6
	Diğer	19	10,6
	TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların %40'ı 0-40 yaş grubunda iken, 41-50 yaş grubu %27.52, 51-60 yaş grubu %15.6, 61-70 yaş grubu %10.6 ve 71 yaş ve üstü yaş grubu ise %6.7'den

oluşmaktadır. Katılımcıların cinsiyet durumuna bakıldığında %67.8'i erkeklerden ve %32.2'si de kadınlardan oluşmaktadır. Medeni durumları ise %33.9'u bekar ve %66.1'i evlilerden oluşmaktadır.

Katılımcıların hastane giderlerini karşılama durumları incelendiğinde; %17.8'i kendisi karşılamakta, %10'u sosyal güvenlik sigortası, %5'i bir kısmının kendisinin bir kısmının ise sigortasının karşılayacağını belirtmiş, %18.3'ü kendi elçiliğinin, %26.1'i Türkiye Sağlık Bakanlığı tarafından karşılanacağını ve %22.8'i ise diğer seçeneklerle karşılandığı anlaşılmıştır.

Araştırmaya katılanların eğitim durumlarına bakıldığında; %6.7'si okur-yazar değil, %15.6'sı okur-yazar, %12.2'si ilköğretim, %22.8'si lise-kolej, %11.7'si yüksekokul, %23.9'u lisans düzeyinde eğitime sahip iken, %7.2'si ise yüksek lisans ve doktora düzeyinde eğitim seviyesine sahiptir.

Katılımcıların uyruklarına bakıldığında; %21.7'si Avrupa (Almanya, Rusya, Kosova, Arnavutluk, Sırbistan), %19.4'ü Orta Doğu (Afganistan, Türkmenistan, İran, Suriye), %40.6'sı Orta Asya (Afganistan, Türkmenistan, Azerbaycan, Kırgızistan, Irak,) ve %18.3'ü diğer uyrukları kapsamaktadır.

Katılımcıların meslek gruplarına bakıldığında; %18.9'u kamu görevlisi (öğretmen, memur, asker-polis), %7.8'i sağlık personeli (doktor, sağlık personeli), %20'si serbest meslek, %10.6'sı özel sektör (yönetici, mühendis, muhasebeci, bankacı, avukat), %10.6'sı öğrenci, %11.1'i ev hanımı, %10.6'sı emekli ve %10.6'sı ise diğer meslek gruplarından oluşmaktadır.

1.19.3 Frekans Dağılımları

Tablo 8. Ankete katılanların hastaneye ilk başvuru durum dağılımları

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Evet	144	80,0
Hayır	36	20,0
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; hastaneye başvuranların %80'i ilk kez başvurmuş ve %20'si ise daha önce başvurmuştur.

Tablo 9. Ankete katılanlara hastane kurallarını ve haklarını anlatan anadilde broşür verilme dağılımları

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Evet	18	10,0
Hayır	162	90,0
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; hastanede hastane kurallarını ve haklarını anlatan anadilde broşür verilen kişi%10'u oluşturmakta verilmeyen kişi ise %90'ının oluşturmaktadır.

Tablo 10. Ankete katılanlara hastanede danışman görevlendirilme durumları dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Evet	103	57,2
Hayır	77	42,8
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; hastanede danışman verilen hastalar %57.2'si iken verilmeyen %42.8'idir.

Tablo 11. Ankete katılanların yatış için bekleme süresi memnuniyet dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle memnunum	24	13,3
Memnunum	87	48,3
Fikrim yok	11	6,1
Memnun değilim	44	24,4
Kesinlikle memnun değilim	14	7,8
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; yatış için bekleme süresinden kesinlikle memnun olanlar %13.3'ü, memnun olanlar %48.3, fikri olmayanlar %6.1, memnun olmayanlar %24.4 ve kesinlikle memnun olmayanlar ise %7.8'i oluşturmaktadır.

Tablo 12. Ankete katılanların sekreterin ilgi ve alakası memnuniyet dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle memnunum	37	20,6
Memnunum	81	45,0
Fikrim yok	26	14,4
Memnun değilim	24	13,3
Kesinlikle memnun değilim	12	6,7
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; sekreterin ilgi ve alakasından kesinlikle memnun olanlar %20.6'sı, memnun olanlar %45.0, fikri olmayanlar %14.4, memnun olmayanlar %13.3 ve kesinlikle memnun olmayanlar ise %6.7'si oluşturmaktadır.

Tablo 13. Ankete katılanların hastane kuralları hakkında bilgilendirilme memnuniyet dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle memnunum	16	8,9
Memnunum	71	39,4
Fikrim yok	52	28,9
Memnun değilim	29	16,1
Kesinlikle memnun değilim	12	6,7
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; hastane kuralları hakkında bilgilendirilmelerinden kesinlikle memnun olanlar %8.9'u, memnun olanlar %39.4, fikri olmayanlar %28.9, memnun olmayanlar %16.1 ve kesinlikle memnun olmayanlar ise %6.7'si oluşturmaktadır.

Tablo 14. Ankete katılanların hasta odası ve çevresinin sessizliği memnuniyet dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle memnunum	9	5,0
Memnunum	68	37,8
Fikrim yok	28	15,6
Memnun değilim	46	25,6
Kesinlikle memnun değilim	29	16,1
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; hasta odası ve çevresinin sessizliğinden kesinlikle memnun olanlar %5.0'ı, memnun olanlar %37.8, fikri

olmayanlar %15.6, memnun olmayanlar %25.6 ve kesinlikle memnun olmayanlar ise %16.1'i oluşturmaktadır.

Tablo 15. Ankete katılanların hasta odası ve servis temizliği memnuniyet dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle memnunum	23	12,8
Memnunum	99	55,0
Fikrim yok	9	5,0
Memnun değilim	41	22,8
Kesinlikle memnun değilim	8	4,4
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; hasta odası ve servis temizliğinden kesinlikle memnun olanlar %12.8'i, memnun olanlar %55.0, fikri olmayanlar %5.0, memnun olmayanlar %22.8 ve kesinlikle memnun olmayanlar ise %4.4'ü oluşturmaktadır.

Tablo 16. Ankete katılanların hasta tuvalet ve banyo temizliği memnuniyet dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle memnunum	16	8,9
Memnunum	86	47,8
Fikrim yok	12	6,7
Memnun değilim	55	30,6
Kesinlikle memnun değilim	11	6,1
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; hasta tuvalet ve banyo temizliğinden kesinlikle memnun olanlar %8.9'u, memnun olanlar %47.8, fikri olmayanlar %6.7, memnun olmayanlar %30.6 ve kesinlikle memnun olmayanlar ise %6.1'i oluşturmaktadır.

Tablo 17. Ankete katılanların hasta odasındaki eşyaların çalışması memnuniyet dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle memnunum	16	8,9
Memnunum	72	40,0
Fikrim yok	41	22,8
Memnun değilim	35	19,4
Kesinlikle memnun değilim	16	8,9
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; hasta odasındaki eşyaların çalışmasından kesinlikle memnun olanlar %8.9'u, memnun olanlar %40.0, fikri olmayanlar %22.8, memnun olmayanlar %19.4 ve kesinlikle memnun olmayanlar ise %8.9'i oluşturmaktadır.

Tablo 18. Ankete katılanların hastane yemeklerinin lezzeti ve sıcaklığı memnuniyet dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle memnunum	12	6,7
Memnunum	88	48,9
Fikrim yok	31	17,2
Memnun değilim	38	21,1
Kesinlikle memnun değilim	11	6,1
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; hastane yemeklerinin lezzeti ve sıcaklığından kesinlikle memnun olanlar %6.7'si, memnun olanlar %48.9, fikri olmayanlar %17.2, memnun olmayanlar %21.1 ve kesinlikle memnun olmayanlar ise %6.1'i oluşturmaktadır.

Tablo 19. Ankete katılanların hastane yemeklerinin damak tadına uygunluğu, çeşitliliği memnuniyet dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle memnunum	9	5,0
Memnunum	87	48,3
Fikrim yok	37	20,6
Memnun değilim	37	20,6
Kesinlikle memnun değilim	10	5,6
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; hastane yemeklerinin damak tadına uygunluğu, çeşitliliğinden kesinlikle memnun olanlar %5.0'ı, memnun olanlar %48.3, fikri olmayanlar %20.6, memnun olmayanlar %20.6 ve kesinlikle memnun olmayanlar ise %5.6'sı oluşturmaktadır.

Tablo 20. Ankete katılanların hekimlerin ilgi ve nezaket memnuniyet dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle memnunum	32	17,8
Memnunum	109	60,6
Fikrim yok	13	7,2
Memnun değilim	24	13,3
Kesinlikle memnun değilim	2	1,1
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; hekimlerin ilgi ve nezaketinden kesinlikle memnun olanlar %17.8'i, memnun olanlar %60.6, fikri olmayanlar %7.2, memnun olmayanlar %13.3 ve kesinlikle memnun olmayanlar ise %1.1'i oluşturmaktadır.

Tablo 21. Ankete katılanların tedavi eden hekime karşı güven duygusu dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle memnunum	42	23,3
Memnunum	102	56,7
Fikrim yok	15	8,3
Memnun değilim	19	10,6
Kesinlikle memnun değilim	2	1,1
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; tedavi eden hekime karşı hissedilen güvenden kesinlikle memnun olanlar %23.3'ü, memnun olanlar %56.7, fikri olmayanlar %8.3, memnun olmayanlar %10.6 ve kesinlikle memnun olmayanlar ise %1.1'i oluşturmaktadır.

Tablo 22. Ankete katılanların hekimler tarafından hastalığı ve tedavi hakkında bilgilendirilme memnuniyet dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle memnunum	45	25,0
Memnunum	106	58,9
Fikrim yok	15	8,3
Memnun değilim	12	6,7
Kesinlikle memnun değilim	2	1,1
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; hekimler tarafından hastalığı ve tedavi hakkında bilgilendirilmekten kesinlikle memnun olanlar %25.0'ı,

memnun olanlar %58.9, fikri olmayanlar %8.3, memnun olmayanlar %6.7 ve kesinlikle memnun olmayanlar ise %1.1'i oluşturmaktadır.

Tablo 23. Ankete katılanların hemşirelerin ilgi ve nezaketi memnuniyet dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle memnunum	32	17,8
Memnunum	106	58,9
Fikrim yok	19	10,6
Memnun değilim	22	12,2
Kesinlikle memnun değilim	1	0,6
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; hemşirelerin ilgi ve nezaketinden kesinlikle memnun olanlar %17.8'i, memnun olanlar %58.9, fikri olmayanlar %10.6, memnun olmayanlar %12.2 ve kesinlikle memnun olmayanlar ise %0.6'sı oluşturmaktadır.

Tablo 24. Ankete katılanların tedaviye yardımcı olan hemşirelere karşı güven duygusu dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle memnunum	24	13.3
Memnunum	110	61.1
Fikrim yok	21	11.7
Memnun değilim	23	12.8
Kesinlikle memnun değilim	2	1.1
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; hemşirelerin karşı hissedilen güvenden kesinlikle memnun olanlar %13.3'ü, memnun olanlar %61.1, fikri olmayanlar %11.7, memnun olmayanlar %12.8 ve kesinlikle memnun olmayanlar ise %1.1'i oluşturmaktadır.

Tablo 25. Ankete katılanların hemşirelerin tedavilerinde yardımcı oldukları konularda bilgilendirilme memnuniyet dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle memnunum	19	10,6
Memnunum	112	62,2
Fikrim yok	24	13,3
Memnun değilim	22	12,2
Kesinlikle memnun değilim	3	1,7
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; hemşirelerin tedavilerinde yardımcı oldukları konularda bilgilendirmelerinden kesinlikle memnun olanlar %10.6'sı, memnun olanlar %62.2, fikri olmayanlar %13.3, memnun olmayanlar %12.2 ve kesinlikle memnun olmayanlar ise %1.7'si oluşturmaktadır.

Tablo 26. Ankete katılanların temizlik personelinin ilgi ve nezaketi memnuniyet dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle memnunum	28	15,6
Memnunum	88	48,9
Fikrim yok	24	13,3
Memnun değilim	29	16,1
Kesinlikle memnun değilim	11	6,1
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; temizlik personelinin ilgi ve nezaketinden kesinlikle memnun olanlar %15.6'sı, memnun olanlar %48.9, fikri olmayanlar %13.3, memnun olmayanlar %16.1 ve kesinlikle memnun olmayanlar ise %6.1'i oluşturmaktadır.

Tablo 27. Ankete katılanların idari personelin ilgi ve nezaketi memnuniyet dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle memnunum	21	11,7
Memnunum	92	51,1
Fikrim yok	53	29,4
Memnun değilim	12	6,7
Kesinlikle memnun değilim	2	1,1
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; idari personelinin ilgi ve nezaketinden kesinlikle memnun olanlar %11.7'si, memnun olanlar %51.1, fikri olmayanlar %29.4, memnun olmayanlar %6.7 ve kesinlikle memnun olmayanlar ise %1.1'i oluşturmaktadır.

Tablo 28. Ankete katılanların muayene sırasında mahremiyetlerinin sağlanması memnuniyet dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle memnunum	79	43,9
Memnunum	92	51,1
Fikrim yok	3	1,7
Memnun değilim	4	2,2
Kesinlikle memnun değilim	2	1,1
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; muayene sırasında mahremiyetlerinin sağlanmasından kesinlikle memnun olanlar %43.9'u, memnun olanlar %51.1, fikri olmayanlar %1.7, memnun olmayanlar %2.2 ve kesinlikle memnun olmayanlar ise %1.1'i oluşturmaktadır.

Tablo 29. Ankete katılanların yakınlarının tedavi eden hekimle görüşebilme memnuniyet dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle memnunum	23	12,8
Memnunum	105	58,3
Fikrim yok	27	15,0
Memnun değilim	21	11,7
Kesinlikle memnun değilim	4	2,2
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; yakınlarının tedavi eden hekimle görüşebilmelerinden kesinlikle memnun olanlar %18.8'i, memnun olanlar %58.3, fikri olmayanlar %15.0, memnun olmayanlar %11.7 ve kesinlikle memnun olmayanlar ise %2.2'si oluşturmaktadır.

Tablo 30. Ankete katılanların hekim ve hemşirelerin çağrularına yanıt verme memnuniyet dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle memnunum	22	12,2
Memnunum	106	58,9
Fikrim yok	21	11,7
Memnun değilim	29	16,1
Kesinlikle memnun değilim	2	1,1
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; hekim ve hemşirelerin çağrılarına yanıt vermelerinden kesinlikle memnun olanlar %12,2'si, memnun olanlar %58,9, fikri olmayanlar %11,7, memnun olmayanlar %16,1 ve kesinlikle memnun olmayanlar ise %1,1'i oluşturmaktadır.

Tablo 31. Ankete katılanların tedavi sonrasında yapılması gerekenler hakkında bilgilendirilme memnuniyet dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle memnunum	30	16,7
Memnunum	103	57,2
Fikrim yok	30	16,7
Memnun değilim	17	9,4
Kesinlikle memnun değilim	0	0,0
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; tedavi sonrasında yapılması gerekenler hakkında bilgilendirilmelerinden kesinlikle memnun olanlar %16,7'si, memnun olanlar %57,2, fikri olmayanlar %16,7, memnun olmayanlar %9,4 ve kesinlikle memnun olmayanlar ise bulunmamaktadır.

Tablo 32. Ankete katılanların tedavi sonrasında karşılaşılabileceği sorunlar hakkında bilgilendirilme memnuniyet dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle memnunum	29	16,1
Memnunum	97	53,9
Fikrim yok	34	18,9
Memnun değilim	19	10,6
Kesinlikle memnun değilim	1	0,6
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; tedavi sonrasında karşılaşılabileceği sorunlar hakkında bilgilendirilmelerinden kesinlikle memnun olanlar %16,1'i, memnun olanlar %53,9, fikri olmayanlar %18,9, memnun olmayanlar %10,6 ve kesinlikle memnun olmayanlar ise %0,6'sı oluşturmaktadır.

Tablo 33. Ankete katılanların genel olarak aldıkları tedavi bakım memnuniyet dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle memnunum	38	21,1
Memnunum	106	58,9
Fikrim yok	12	6,7
Memnun değilim	20	11,1
Kesinlikle memnun değilim	4	2,2
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; genel olarak aldıkları tedavi bakımdan kesinlikle memnun olanlar %21.1'i, memnun olanlar %58.9, fikri olmayanlar %6.7, memnun olmayanlar %11.1 ve kesinlikle memnun olmayanlar ise %2.2'si oluşturmaktadır.

Tablo 34. Ankete katılanların hastane güvenilirliği memnuniyet dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle memnunum	28	15,6
Memnunum	113	62,8
Fikrim yok	21	11,7
Memnun değilim	18	10,0
Kesinlikle memnun değilim	0	0,0
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; hastane güvenilirliğinden kesinlikle memnun olanlar %15.6'sı, memnun olanlar %62.8, fikri olmayanlar %11.7, memnun olmayanlar %10.0 ve kesinlikle memnun olmayanlar ise bulunmamaktadır.

Tablo 35. Ankete katılanların hastane ve personel kalitesi memnuniyet dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle memnunum	21	11,7
Memnunum	102	56,7
Fikrim yok	32	17,8
Memnun değilim	23	12,8
Kesinlikle memnun değilim	2	1,1
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; hastane ve personel kalitesinden kesinlikle memnun olanlar %11.7'si, memnun olanlar %56.7, fikri olmayanlar %17.8, memnun olmayanlar %12.8 ve kesinlikle memnun olmayanlar ise %1.1'i oluşturmaktadır.

Tablo 36. Ankete katılanların hastane temizliği memnuniyet dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle memnunum	19	10,6
Memnunum	94	52,2
Fikrim yok	14	7,8
Memnun değilim	35	19,4
Kesinlikle memnun değilim	18	10,0
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; hastane temizliğinden kesinlikle memnun olanlar %10.6'sı, memnun olanlar %52.2, fikri olmayanlar %7.8, memnun olmayanlar %19.4 ve kesinlikle memnun olmayanlar ise %10.0'u oluşturmaktadır.

Tablo 37. Ankete katılanların hastaneyi tekrar tercih etme durumları dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle ederim	41	22,8
Ederim	89	49,4
Fikrim yok	20	11,1
Etmem	23	12,8
Kesinlikle etmem	7	3,9
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; hastaneyi tekrar tercih etme durumları kesinlikle ederim %22.8'i, ederim %49.9, fikrim yok %11.1, etmem %12.8 ve kesinlikle etmem %3.9'u oluşturmaktadır.

Tablo 38. Ankete katılanların hastaneyi başkalarına tavsiye etme durumları dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle ederim	39	21,7
Ederim	78	43,3
Fikrim yok	30	16,7
Etmem	16	8,9
Kesinlikle etmem	17	9,4
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; hastaneyi başkalarına tavsiye etme durumları kesinlikle ederim %21.7'si, ederim %43.3, fikrim yok %16.7, etmem %8.9 ve kesinlikle etmem %9.4'ü oluşturmaktadır.

Tablo 39. Ankete katılanların Türkiye'yi tekrar tercih etme durumları dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle ederim	72	40,0
Ederim	84	46,7
Fikrim yok	18	10,0
Etmem	6	3,3
Kesinlikle etmem	0	0
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; Türkiye'yi tekrar tercih etme durumları kesinlikle ederim %40'ı, ederim %46.7, fikrim yok %10, etmem %3.3'ü oluştururken ve kesinlikle etmem diyenler olmamıştır.

Tablo 40. Ankete katılanların Türkiye'yi başkalarına tavsiye etme durumları dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kesinlikle ederim	73	40,6
Ederim	70	38,9
Fikrim yok	27	15,0
Etmem	10	5,6
Kesinlikle etmem	0	0
Toplam	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; Türkiye'yi başkalarına tavsiye etme durumları kesinlikle ederim %40.6'sı, ederim %38.9, fikrim yok %15, etmem %5.6'sı oluştururken ve kesinlikle etmem diyenler olmamıştır.

Tablo 41. Ankete katılanların Türkiye'yi seçme nedenleri dağılımları

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Tedavi Ücretlerinin Düşüklüğü	26	14,4
Tanıtım Faaliyetlerinin Etkisi	51	28,3
Kaliteli ve Güvenli Sağlık Hizmeti	49	27,2
Dini ve Kültürel Yakınlık	12	6,7
Coğrafi Yakınlık	40	22,2
Diğer	2	1
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların Türkiye'yi seçme nedenleri değişkenlerine bakıldığında; tedavi ücretlerinin düşüklüğü %14.4, tanıtım faaliyetlerinin etkisi %28.3, kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti %27.2, dini ve kültürel yakınlık %6.7, coğrafi yakınlık %22.2 ve diğer %1'i oluşturmaktadır.

Tablo 42. Ankete katılanların hastaneyi seçme nedenleri dağılımları

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Kaliteli ve güvenli olması	28	15,6
Ekonomik olması	35	19,4
Hastanenin Teknolojisi ve Adının Duyulmuş Olması	37	20,6
Tanıdıkların Memnun Kalması	38	21,1
Diğer	42	23,3
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların hastaneyi seçme nedenleri değişkenlerine bakıldığında; kaliteli ve güvenli olması %15.6, ekonomik olması %19.4, hastanenin teknolojisi ve adının duyulmuş olması %20.6, tanıdıkların memnun kalması %21.1 ve diğer (sigorta şirketlerinin ve acentelerin yönlendirmesi, doktorların tavsiyesi vb.) %23.3'ü oluşturmaktadır.

Tablo 43. Ankete katılanların ülke ve hastane seçiminde tanıtım faaliyetlerinin etkisinin dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Evet	81	45,0
Hayır	99	55,0
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; ülke ve hastane seçiminde tanıtım faaliyetlerinin etkili olma durumuna evet diyenler %45'i oluştururken hayır diyenler %55'i oluşturmaktadır.

Tablo 44. Ankete katılanların sağlık alanındaki anlaşmaların ülkelerarası ilişkileri etkili olma durum dağılımı

Değişkenler	Frekans	Yüzde
Evet	132	73,3
Hayır	48	26,7
TOPLAM	180	100,0

Katılımcıların frekans dağılımlarına bakıldığında; sağlık alanındaki anlaşmaların ülkelerarası ilişkilere etkili olma durumuna evet diyenler %73.3'ü oluştururken hayır diyenler %26.7'si oluşturmaktadır.

1.19.4 Hipotezler İle İlgili Bulgular

H_1 = Yabancı hastaların yaş durumu, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.

Tablo 45. Yabancı hastaların yaş durumu, hasta memnuniyet düzeyleri dağılımı

Df=4	YAŞ										TOPLAM	
	0-40 (n=72)		41-50 (n=49)		51-60 (n=28)		61-70 (n=19)		71+ (n=12)			
	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ
Hasta yatış	2,47	0,903	2,61	0,885	2,61	1,100	2,74	1,240	2,42	0,793	2,56	0,958
Hasta odası ve hastane yemekleri	2,79	0,821	2,80	0,816	2,82	0,772	2,79	0,787	3,00	0,603	2,81	0,790
Hastane çalışanları	2,28	0,676	2,27	0,638	2,29	0,600	2,32	0,885	2,42	0,669	2,29	0,673
Hasta muayenesi ve tedavi sırası	2,21	0,838	2,06	0,517	2,11	0,685	2,21	0,713	2,33	0,651	2,16	0,710
Hasta muayene ve tedavi sonrası	2,08	0,783	2,20	0,763	2,11	0,737	2,53	0,772	2,33	0,651	2,18	0,766
Hastane hakkında	2,38	0,777	2,31	0,796	2,32	0,723	2,63	1,065	2,42	1,084	2,38	0,827
Hastane ile ilgili düşünceler	2,39	1,295	2,37	1,093	2,43	1,200	2,58	1,071	2,42	1,084	2,41	1,181
Türkiye ile ilgili düşünceler	1,88	0,918	1,84	0,898	1,79	0,738	1,95	0,780	1,92	0,793	1,86	0,857

Tablo 45'e göre; "Araştırmaya katılanların "Yabancı hastaların yaş durumu, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir." aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır." hipotezi **kabul** edilmiştir. Medikal turizm hastaları açısından yaş bakımından değerlendirildiğinde, hastanelerden aldıkları hizmetlerin memnuniyet verici olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda yaş gruplarının memnuniyeti etkilediği anlaşılmaktadır. İki bağımsız grup arasında yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda puanların birbirine yakın oldukları görülmektedir.

Tablo 46. Yabancı hastaların yaş durumu, memnuniyet düzeylerinin toplam ortalama ve toplam standart sapma değerlerinin dağılımı

Değişkenler	X ²	p.
Hasta yatış	1,427	0,839
Hasta odası ve hastane yemekleri	0,869	0,929
Hastane çalışanları	1,209	0,877
Hasta muayenesi ve tedavi sırası	2,089	0,719
Hasta muayene ve tedavi sonrası	3,243	0,518
Hastane hakkında	2,006	0,735
Hastane ile ilgili düşünceler	1,158	0,885
Türkiye ile ilgili düşünceler	0,815	0,936

H_{1A}=Araştırmaya katılanların Yaşı ile hasta yatış memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,56 ve toplam standart sapma değeri ise 0,958'dir.

H_{1B}=Araştırmaya katılanların Yaşı ile hasta odası ve hastane yemekleri memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,81 ve toplam standart sapma değeri ise 0,790'dır.

H_{1C}=Araştırmaya katılanların Yaşı ile hasta odası ve hastane çalışanları memnuniyet düzeyleri aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,29 ve toplam standart sapma değeri ise 0,673'tür.

H_{1D}=Araştırmaya katılanların Yaşı ile hasta odası ve hasta muayenesi ve tedavi sırası memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,16 ve toplam standart sapma değeri ise 0,710'dur.

H_{1E}=Araştırmaya katılanların Yaşı ile hasta odası ve hasta muayene ve tedavi sonrası memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,18 ve toplam standart sapma değeri ise 0,766'dır.

H_{1F}=Araştırmaya katılanların Yaşı ile hasta odası ve hastane hakkında memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında

istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,38 ve toplam standart sapma değeri ise 0,827'dir.

H_{1G} =Araştırmaya katılanların Yaşı ile hasta odası ve Türkiye ile ilgili düşünceler memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,41 ve toplam standart sapma değeri ise 1,181'dir.

H_{1H} =Araştırmaya katılanların Yaşı ile hasta odası ve hastane ile ilgili düşünceler memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 1,86 ve toplam standart sapma değeri ise 0,857'dir.

H₂= Yabancı hastaların cinsiyet durumu, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.

Tablo 47. Yabancı hastaların cinsiyet durumu, hasta memnuniyet düzeyleri dağılımı

	CİNSİYET DURUMU				U Testi	Wilcoxon W	Z	p.
	Erkek (n=122)		Kadın (n=58)					
	\bar{X}	Sum.of Ranks	\bar{X}	Sum.of Ranks				
Hasta yatış	88,40	10785,00	94,91	5505,00	3282,00	10785,00	-0,793	0,428
Hasta odası ve hastane yemekleri	87,79	10710,50	96,20	5579,50	3207,50	10710,50	-1,015	0,310
Hastane çalışanları	90,19	11003,00	91,16	5280,00	3500,00	11003,00	-0,117	0,907
Hasta muayenesi ve tedavi sırası	89,22	10885,00	93,19	5405,00	3382,00	10885,00	-0,487	0,626
Hasta muayene ve tedavi sonrası	90,20	11004,00	91,14	5286,00	3501,00	11004,00	-0,120	0,905
Hastane hakkında	89,13	10873,50	93,39	5416,50	3370,50	10873,50	-0,522	0,602
Hastane ile ilgili düşünceler	90,51	11042,50	90,47	5247,50	3356,50	5247,50	-0,005	0,992
Türkiye ile ilgili düşünceler	91,70	11187,00	87,98	5103,00	3392,00	5103,00	-0,479	0,632

“Araştırmaya katılanların “Yabancı hastaların cinsiyet durumu, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.” aritmetik ortalamaları göz önünde

tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır” hipotezi **kabul** edilmiştir.

Diğer bir ifadeyle gruplar arasında farkın araştırıldığı durumlarda parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney U Testi yapılmış; medikal turizm hastaları açısından cinsiyet bakımından değerlendirildiğinde, hastanelerden aldıkları hizmetlerin memnuniyet verici olduğu görülmektedir.

H_{2A}=Araştırmaya katılanların Cinsiyeti ile hasta yatış memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > .005$) ($U=3282,00$)

H_{2B}=Araştırmaya katılanların Cinsiyeti ile hasta odası ve hastane yemekleri memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > .005$) ($U=3207,50$)

H_{2C}=Araştırmaya katılanların Cinsiyeti ile hasta odası ve hastane çalışanları memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > .005$) ($U=3500,00$)

H_{2D}=Araştırmaya katılanların Cinsiyeti ile hasta odası ve hasta muayenesi ve tedavi sırası memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > .005$) ($U=3382,00$)

H_{2E}=Araştırmaya katılanların Cinsiyeti ile hasta odası ve hasta muayene ve tedavi sonrası memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > .005$) ($U=3501,00$)

H_{2F}=Araştırmaya katılanların Cinsiyeti ile hasta odası ve hastane hakkında memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > .005$) ($U=3370,50$)

H_{2G}=Araştırmaya katılanların Cinsiyeti ile hasta odası ve Türkiye ile ilgili düşünceler memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > .005$) ($U=3356,50$)

H_{2H} =Araştırmaya katılanların Cinsiyeti ile hasta odası ve hastane ile ilgili düşünceler memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$) ($U=3392,00$)

H_3 = *Yabancı hastaların medeni durumu, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.*

Tablo 48. Yabancı hastaların medeni durumu, hasta memnuniyet düzeyleri dağılımı

	MEDENİ DURUM				U Testi	Wilcoxon W	Z	p.
	Bekâr (n=61)		Evli (n=119)					
	\bar{X}	Sum.of Ranks	\bar{X}	Sum.of Ranks				
Hasta yatış	84,46	5152,00	93,60	11138,00	3261,00	5152	-1,127	0,260
Hasta odası ve hastane yemekleri	89,29	5446,50	91,12	10843,50	3555,50	5446,50	-0,224	0,823
Hastane çalışanları	92,89	5666,00	89,28	10624,00	3484,00	1624,00	-0,443	0,658
Hasta muayenesi ve tedavi sırası	92,66	5652,00	89,39	10638,00	3498,00	1638,00	-0,405	0,685
Hasta muayene ve tedavi sonrası	87,43	5333,00	92,08	10957,00	3442,00	5333,00	-0,598	0,550
Hastane hakkında	92,70	5654,50	89,37	10635,50	3495,50	10635,50	-0,412	0,680
Hastane ile ilgili düşünceler	91,16	5560,50	90,16	10729,50	3589,50	10729,50	-0,126	0,900
Türkiye ile ilgili düşünceler	96,34	5877,00	87,50	10413,00	3273,00	10413,00	-1,155	0,248

“Araştırmaya katılanların “Yabancı hastaların medeni durumu, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.” aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.” hipotezi **kabul** edilmiştir.

Diğer bir ifadeyle gruplar arasında farkın araştırıldığı durumlarda parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney U Testi yapılmış; medikal turizm hastaları açısından medeni durumu bakımından değerlendirildiğinde, hastanelerden aldıkları hizmetlerin memnuniyet verici olduğu görülmektedir.

H_{3A}=Araştırmaya katılanların Medeni Durumu ile hasta yatış memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$) ($U=3261,00$)

H_{3B}=Araştırmaya katılanların Medeni Durumu ile hasta odası ve hastane yemekleri memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$) ($U=3555,50$)

H_{3C}=Araştırmaya katılanların Medeni Durumu ile hasta odası ve hastane çalışanları memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$) ($U=3484,00$)

H_{3D}=Araştırmaya katılanların Medeni Durumu ile hasta odası ve hasta muayenesi ve tedavi sırası memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$) ($U=3498,00$)

H_{3E}=Araştırmaya katılanların Medeni Durumu ile hasta odası ve hasta muayene ve tedavi sonrası memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$) ($U=3442,00$)

H_{3F}=Araştırmaya katılanların Medeni Durumu ile hasta odası ve hastane hakkında memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$) ($U=3495,50$)

H_{3G}=Araştırmaya katılanların Medeni Durumu ile hasta odası ve Türkiye ile ilgili düşünceler memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$) ($U=3589,50$)

H_{3H}=Araştırmaya katılanların Medeni Durumu ile hasta odası ve hastane ile ilgili düşünceler memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$) ($U=3273,00$)

H4: Yabancı hastaların hastane giderlerini karşılama durumu, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.

Tablo 49. Yabancı hastaların hastane giderlerini karşılama durumu, hasta memnuniyet düzeyleri dağılımı

Df=5	HASTANE GİDERLERİNİ KARŞILAMA												TOPLAM	
	Kendim (n=32)		SGK (n=18)		Bir kısmı kendim, bir kısmı sigortam (n=9)		Kendi elçiliğim (n=33)		TC Sağ. Bakanlığı (n=47)		Diğer (n=41)			
	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ
Hasta yatış	2,53	0,671	2,39	0,778	2,00	0,707	2,82	1,131	2,45	0,974	2,68	1,059	2,56	0,958
Hasta odası ve hastane yemekleri	2,88	0,907	2,61	0,698	2,89	0,601	2,82	0,635	2,77	0,937	2,88	0,714	2,81	0,790
Hastane çalışanları	2,41	0,756	2,28	0,461	2,33	0,707	2,33	0,595	2,09	0,686	2,39	0,703	2,29	0,673
Hasta muayenesi ve tedavi sırası	2,25	0,622	2,06	0,725	1,89	0,928	2,27	0,801	2,00	0,692	2,29	0,642	2,16	0,710
Hasta muayene ve tedavi sonrası	2,22	0,706	2,17	0,707	2,00	1,000	2,36	0,653	1,91	0,830	2,37	0,733	2,18	0,766
Hastane hakkında	2,47	0,842	2,28	0,575	2,44	0,726	2,39	0,788	2,34	0,841	2,37	0,968	2,38	0,827
Hastane ile ilgili düşünceler	2,69	1,330	2,33	1,085	2,44	1,236	2,36	1,055	2,36	1,223	2,32	1,171	2,41	1,181
Türkiye ile ilgili düşünceler	2,03	0,861	1,78	0,808	2,22	0,833	1,85	0,755	1,77	0,960	1,80	0,843	1,86	0,857

Tablo 49'a göre; "Araştırmaya katılanların "Yabancı hastaların hastane giderlerini karşılama durumu, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir." aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır." hipotezi **kabul** edilmiştir. Medikal turizm hastaları açısından hastane giderlerini karşılması bakımından değerlendirildiğinde, hastanelerden aldıkları hizmetlerin memnuniyet verici olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda hastane giderlerini karşılama gruplarının memnuniyeti etkilediği anlaşılmaktadır. İki bağımsız grup arasında yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda puanların birbirine yakın oldukları görülmektedir.

Tablo 50. Yabancı hastaların hastane giderlerini karşılama durumu, memnuniyet düzeylerinin toplam ortalama ve toplam standart sapma değerlerinin dağılımı

Değişkenler	X^2	p-
Hasta yatış	4,887	0,430
Hasta odası ve hastane yemekleri	3,087	0,687
Hastane çalışanları	8,109	0,150
Hasta muayenesi ve tedavi sırası	4,183	0,523
Hasta muayene ve tedavi sonrası	10,573	0,061
Hastane hakkında	0,746	0,980
Hastane ile ilgili düşünceler	2,190	0,822
Türkiye ile ilgili düşünceler	5,280	0,383

H_{4A}=Araştırmaya katılanların Hastane Giderlerini Karşılama ile hasta yatış memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.”(p>.005). Toplam ortalama değeri 2,56 ve toplam standart sapma değeri ise 0,958’dir.

H_{4B}=Araştırmaya katılanların Hastane Giderlerini Karşılama ile hasta odası ve hastane yemekleri memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>.005). Toplam ortalama değeri 2,81 ve toplam standart sapma değeri ise 0,790’dir.

H_{4C}=Araştırmaya katılanların Hastane Giderlerini Karşılama ile hastane çalışanları memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>.005). Toplam ortalama değeri 2,29 ve toplam standart sapma değeri ise 0,673’tür.

H_{4D}=Araştırmaya katılanların Hastane Giderlerini Karşılama ile hasta muayenesi ve tedavi sırası memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>.005). Toplam ortalama değeri 2,16 ve toplam standart sapma değeri ise 0,710’dir.

H_{4E}=Araştırmaya katılanların Hastane Giderlerini Karşılama ile hasta muayenesi ve tedavi sonrası memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>.005). Toplam ortalama değeri 2,18 ve toplam standart sapma değeri ise 0,766’dir.

H_{4F}=Araştırmaya katılanların Hastane Giderlerini Karşılama ile hastane hakkında memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,38 ve toplam standart sapma değeri ise 0,827'dir.

H_{4G}=Araştırmaya katılanların Hastane Giderlerini Karşılama ile hastane ile ilgili düşünceler memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,41 ve toplam standart sapma değeri ise 1,181'dir.

H_{4H}=Araştırmaya katılanların Hastane Giderlerini Karşılama ile Türkiye ile ilgili düşünceler memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 1,86 ve toplam standart sapma değeri ise 0,857'dir.

$H_5=$ *Yabancı hastaların eğitim durumu, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.*

Tablo 51. Yabancı hastaların eğitim durumu, hasta memnuniyet düzeyleri dağılımı

Df=6	EĞİTİM DURUMU														TOPLAM	
	Okur-yazar değil (n=12)		Okur-yazar (n=28)		İlköğr. (n=22)		Lise-Kolej (n=41)		Yüksekokul n(=21)		Lisans (n=43)		Yüksek lisans-Doktora (n=13)			
	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ	\bar{x}	σ
Hasta yatış	2,08	0,289	2,61	1,066	2,73	1,120	2,78	1,107	2,38	0,805	2,49	0,883	2,38	0,650	2,56	0,958
Hasta odası ve hastane yemekleri	2,42	0,793	3,00	0,861	2,77	0,752	2,88	0,748	2,90	0,700	2,79	0,833	2,54	0,776	2,81	0,790
Hastane çalışanları	1,92	0,515	2,18	0,723	2,45	0,671	2,37	0,662	2,24	0,625	2,28	0,666	2,46	0,776	2,29	0,673
Hasta muayenesi ve tedavi sırası	1,92	0,515	22,21	0,686	2,41	0,908	2,20	0,601	2,10	0,831	2,07	0,704	2,15	0,689	2,16	0,710
Hasta muayene ve tedavi sonrası	2,25	0,866	2,21	0,738	2,50	0,598	2,22	0,822	2,05	0,865	2,00	0,690	2,23	0,832	2,18	0,766
Hastane hakkında	2,17	0,718	2,39	0,916	2,41	0,796	2,46	0,977	2,33	0,658	2,37	0,787	2,31	0,751	2,38	0,827
Hastane ile ilgili düşünceler	2,00	0,739	2,29	1,150	2,68	1,211	2,46	1,164	2,38	1,117	2,40	1,312	2,54	1,330	2,41	1,181
Türkiye ile ilgili düşünceler	1,58	0,515	1,75	0,844	2,23	0,813	1,71	0,680	1,86	0,793	1,91	1,019	2,08	1,115	1,86	0,857

Tablo 51'e göre; "Araştırmaya katılanların "Yabancı hastaların eğitim durumu, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir." aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır." hipotezi **kabul** edilmiştir. Medikal turizm hastaları açısından medeni durumları bakımından değerlendirildiğinde, hastanelerden aldıkları hizmetlerin memnuniyet verici olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda medeni durum gruplarının memnuniyeti etkilediği anlaşılmaktadır. İki bağımsız grup arasında yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda puanların birbirine yakın oldukları görülmektedir.

Tablo 52. Yabancı hastaların eğitim durumu, memnuniyet düzeylerinin toplam ortalama ve toplam standart sapma değerlerinin dağılımı

Değişkenler	X ²	p-
Hasta yatış	6,402	0,380
Hasta odası ve hastane yemekleri	6,842	0,336
Hastane çalışanları	5,239	0,514
Hasta muayenesi ve tedavi sırası	4,103	0,663
Hasta muayene ve tedavi sonrası	6,867	0,330
Hastane hakkında	2,060	0,914
Hastane ile ilgili düşünceler	2,703	0,845
Türkiye ile ilgili düşünceler	7,124	0,310

H_{5A}=Araştırmaya katılanların Eğitim Durumu ile hasta yatış memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri ve 2,56 toplam standart sapma değeri ise 0,958'dir.

H_{5B}=Araştırmaya katılanların Eğitim Durumu ile hasta odası ve hastane yemekleri memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,81 ve toplam standart sapma değeri ise 0,790'dır.

H_{5C}=Araştırmaya katılanların Eğitim Durumu ile hastane çalışanları memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,29 ve toplam standart sapma değeri ise 0,673'tür.

H_{5D}=Araştırmaya katılanların Eğitim Durumu ile hasta muayenesi ve tedavi sırası memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,16 ve toplam standart sapma değeri ise 0,710'dur.

H_{5E}=Araştırmaya katılanların Eğitim Durumu ile hasta muayenesi ve tedavi sonrası memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,18 ve toplam standart sapma değeri ise 0,766'dır.

H_{5F}=Araştırmaya katılanların Eğitim Durumu ile hastane hakkında memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında

istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,38 ve toplam standart sapma değeri ise 0,827’dir.

H_{5G} =Araştırmaya katılanların Eğitim Durumu ile hastane ile ilgili düşünceler memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,41 ve toplam standart sapma değeri ise 1,181’dir.

H_{5H} =Araştırmaya katılanların Eğitim Durumu ile Türkiye ile ilgili düşünceler memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 1,86 ve toplam standart sapma değeri ise 0,857’dir.

H_6 = *Yabancı hastaların uyruğu, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.*

Tablo 53. Yabancı hastaların uyruğu, hasta memnuniyet düzeyleri dağılımı

Df=3	UYRUK DURUMU								TOPLAM	
	Avrupa (n=39)		Orta Doğu (n=35)		Orta Asya (n=73)		Diğer (n=33)			
	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ
Hasta yatış	2,31	0,922	2,69	0,932	2,63	0,936	2,55	1,063	2,56	0,958
Hasta odası ve hastane yemekleri	2,49	0,721	2,94	0,684	2,99	0,790	2,67	0,854	2,81	0,790
Hastane çalışanları	2,21	0,570	2,31	0,631	2,29	0,716	2,36	0,742	2,29	0,673
Hasta muayenesi ve tedavi sırası	1,95	0,759	2,23	0,598	2,19	0,739	2,27	0,674	2,16	0,710
Hasta muayene ve tedavi sonrası	2,05	0,647	2,37	0,598	2,07	0,822	2,39	0,864	2,18	0,766
Hastane hakkında	2,21	0,801	2,37	0,770	2,47	0,835	2,39	0,899	2,38	0,827
Hastane ile ilgili düşünceler	2,10	1,021	5,40	1,063	2,56	1,291	2,45	1,201	2,41	1,181
Türkiye ile ilgili düşünceler	1,74	0,751	1,83	0,857	1,92	0,939	1,91	0,805	1,86	0,857

Tablo 53’e göre; “Araştırmaya katılanların “Yabancı hastaların uyruğu, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.” aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.” hipotezi **kabul** edilmiştir. Medikal turizm hastaları açısından uyruk durumları bakımından değerlendirildiğinde, hastanelerden aldıkları hizmetlerin memnuniyet verici olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda uyruk durum gruplarının memnuniyeti

etkilediği anlaşılmaktadır. İki bağımsız grup arasında yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda puanların birbirine yakın oldukları görülmektedir.

Tablo 54. Yabancı hastaların eğitim durumu, memnuniyet düzeylerinin toplam ortalama ve toplam standart sapma değerlerinin dağılımı

Değişkenler	χ^2	p.
Hasta yatış	1,684	0,641
Hasta odası ve hastane yemekleri	20,038	0,000
Hastane çalışanları	3,326	0,344
Hasta muayenesi ve tedavi sırası	2,766	0,429
Hasta muayene ve tedavi sonrası	7,108	0,069
Hastane hakkında	4,533	0,209
Hastane ile ilgili düşünceler	3,616	0,306
Türkiye ile ilgili düşünceler	0,943	0,815

H_{6A}=Araştırmaya katılanların Uyuşu ile hasta yatış memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,56 ve toplam standart sapma değeri ise 0,958'dir.

H_{6B}=Araştırmaya katılanların Uyuşu ile hasta odası ve hastane yemekleri memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,81 ve toplam standart sapma değeri ise 0,790'dır.

H_{6C}=Araştırmaya katılanların Uyuşu ile hasta odası ve hastane çalışanları memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,29 ve toplam standart sapma değeri ise 0,673'tür.

H_{6D}=Araştırmaya katılanların Uyuşu ile hasta odası ve hasta muayenesi ve tedavi sırası memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,16 ve toplam standart sapma değeri ise 0,710'dur.

H_{6E}=Araştırmaya katılanların Uyuşu ile hasta odası ve hasta muayene ve tedavi sonrası memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,18 ve toplam standart sapma değeri ise 0,766'dır.

H_{6F} =Araştırmaya katılanların Uyuşu ile hasta odası ve hastane hakkında memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,38 ve toplam standart sapma değeri ise 0,827'dir.

H_{6G} =Araştırmaya katılanların Uyuşu ile hasta odası ve Türkiye ile ilgili düşünceler memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,41 ve toplam standart sapma değeri ise 1,181'dir.

H_{6H} =Araştırmaya katılanların Uyuşu ile hasta odası ve hastane ile ilgili düşünceler memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 1,86 ve toplam standart sapma değeri ise 0,857'dir.

H_7 = *Yabancı hastaların mesleği, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.*

Tablo 55. Yabancı hastaların mesleği, hasta memnuniyet düzeyleri dağılımı

Df=7	MESLEK DURUMU																TOPLAM	
	Kamu Gör. (n=34)		Sağlık Pers. (n=14)		Serbest Mes. (n=36)		Özel Sek. (n=19)		Öğrenci (n=19)		Ev Han. (n=20)		Emekli (n=19)		Diğer (n=19)			
	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ	\bar{X}	σ
Hasta yatışı	2,62	0,954	2,50	0,650	2,53	1,000	2,16	0,688	2,58	0,961	2,75	1,293	2,89	1,049	2,37	0,761	2,56	0,958
Hasta odası ve hastane yemekleri	3,09	0,668	2,64	0,745	2,78	0,797	2,37	0,761	2,68	0,820	2,95	0,826	3,00	0,882	2,74	0,733	2,81	0,790
Hastane çalışanları	2,32	0,589	2,50	0,650	2,19	0,668	2,16	0,688	2,21	0,713	2,30	0,657	2,42	0,838	2,32	0,671	2,29	0,673
Hasta muayenesi ve tedavi sırası	2,18	0,716	2,07	0,730	2,06	0,715	2,00	0,577	2,21	1,032	2,20	0,616	2,32	0,671	2,32	0,582	2,16	0,710
Hasta muayene ve tedavi sonrası	2,15	0,702	2,29	1,069	2,11	0,747	1,95	0,705	2,16	0,765	2,25	0,851	2,42	0,769	2,26	0,653	2,18	0,766
Hastane hakkında	2,47	0,748	2,43	0,938	2,39	0,838	2,16	0,688	2,37	0,831	2,35	0,875	2,58	0,961	2,21	0,855	2,38	0,827
Hastane ile ilgili düşünceler	2,53	1,051	2,36	1,550	2,33	1,219	2,05	0,970	2,74	1,447	2,40	1,188	2,58	1,121	2,26	1,046	2,41	1,181
Türkiye ile ilgili düşünceler	1,97	0,758	1,86	1,099	1,69	0,786	1,74	0,872	1,89	1,049	1,85	0,875	2,05	0,848	1,89	0,809	1,86	0,857

Tablo 55'e göre; "Araştırmaya katılanların "Yabancı hastaların mesleği, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir." aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır." hipotezi **kabul** edilmiştir. Medikal turizm hastaları açısından meslek durumları bakımından değerlendirildiğinde, hastanelerden aldıkları hizmetlerin memnuniyet verici olduğu görülmektedir. Bu doğrultuda meslek durum gruplarının memnuniyeti etkilediği anlaşılmaktadır. İki bağımsız grup arasında yapılan Kruskal Wallis testi sonucunda puanların birbirine yakın oldukları görülmektedir.

Tablo 56. Yabancı hastaların meslek durumu, memnuniyet düzeylerinin toplam ortalama ve toplam standart sapma değerlerinin dağılımı

Değişkenler	X ²	p-
Hasta yatış	8,110	0,323
Hasta odası ve hastane yemekleri	10,053	0,186
Hastane çalışanları	2,477	0,929
Hasta muayenesi ve tedavi sırası	5,524	0,596
Hasta muayene ve tedavi sonrası	4,394	0,733
Hastane hakkında	5,155	0,641
Hastane ile ilgili düşünceler	4,421	0,730
Türkiye ile ilgili düşünceler	4,405	0,732

H_{7A}=Araştırmaya katılanların Mesleği ile hasta yatış memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,56 ve toplam standart sapma değeri ise 0,958'dir.

H_{7B}=Araştırmaya katılanların Mesleği ile hasta odası ve hastane yemekleri memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,81 ve toplam standart sapma değeri ise 0,790'dır.

H_{7C}=Araştırmaya katılanların Mesleği ile hasta odası ve hastane çalışanları memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,29 ve toplam standart sapma değeri ise 0,673'tür.

H_{7D}=Araştırmaya katılanların Mesleği ile hasta odası ve hasta muayenesi ve tedavi sırası memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda,

değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,16 ve toplam standart sapma değeri ise 0,710'dur.

H_{7E}=Araştırmaya katılanların Mesleği ile hasta odası ve hasta muayene ve tedavi sonrası memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,18 ve toplam standart sapma değeri ise 0,766'dır.

H_{7F}=Araştırmaya katılanların Mesleği ile hasta odası ve hastane hakkında memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,38 ve toplam standart sapma değeri ise 0,827'dir.

H_{7G}=Araştırmaya katılanların Mesleği ile hasta odası ve Türkiye ile ilgili düşünceler memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 2,41 ve toplam standart sapma değeri ise 1,181'dir.

H_{7H}=Araştırmaya katılanların Mesleği ile hasta odası ve hastane ile ilgili düşünceler memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$). Toplam ortalama değeri 1,86 ve toplam standart sapma değeri ise 0,857'dir.

$H_8=$ *Yabancı hastaların ilk başvurusu, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.*

Tablo 57. Yabancı hastaların ilk başvurusu, hasta memnuniyet düzeyleri dağılımı

	İLK BAŞVURU				U Testi	Wilcoxon W	Z	p.
	Evet (n=144)		Hayır (n=36)					
	\bar{x}	Sum.of Ranks	\bar{x}	Sum.of Ranks				
Hasta yatış	88,32	12718,00	99,22	3572,00	2278,00	12718,00	-1,136	0,256
Hasta odası ve hastane yemekleri	88,74	12779,00	97,53	3511,00	2339,00	12779,00	-0,907	0,364
Hastane çalışanları	88,11	12688,00	100,06	3602,00	2248,00	12688,00	-1,238	0,216
Hasta muayenesi ve tedavi sırası	88,01	12673,50	100,46	3616,50	2233,50	12673,50	-1,307	0,191
Hasta muayene ve tedavi sonrası	87,48	12596,50	102,60	3693,50	2156,50	12596,50	-1,643	0,100
Hastane hakkında	87,23	12561,50	103,57	3728,50	2121,50	12561,50	-1,712	0,087
Hastane ile ilgili düşünceler	87,57	12610,50	102,21	3679,50	2170,50	12610,50	-1,575	0,115
Türkiye ile ilgili düşünceler	87,85	12651,00	101,08	3639,00	2211,00	12651,00	-1,460	0,144

“Araştırmaya katılanların “Yabancı hastaların ilk başvurusu, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.” aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.” hipotezi **kabul** edilmiştir.

Diğer bir ifadeyle gruplar arasında farkın araştırıldığı durumlarda parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney U Testi yapılmış; medikal turizm hastaları açısından ilk başvuru durumu bakımından değerlendirildiğinde, hastanelerden aldıkları hizmetlerin memnuniyet verici olduğu görülmektedir.

H_{8A} =Araştırmaya katılanların İlk Başvurusu ile hasta yatış memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$) ($U=2278,00$)

H_{8B}=Araştırmaya katılanların İlk Başvurusu ile hasta odası ve hastane yemekleri memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$) ($U=2339,00$)

H_{8C}=Araştırmaya katılanların İlk Başvurusu ile hasta odası ve hastane çalışanları memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$) ($U=2248,00$)

H_{8D}=Araştırmaya katılanların İlk Başvurusu ile hasta odası ve hasta muayenesi ve tedavi sırası memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$) ($U=2233,50$)

H_{8E}=Araştırmaya katılanların İlk Başvurusu ile hasta odası ve hasta muayene ve tedavi sonrası memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$) ($U=2156,50$)

H_{8F}=Araştırmaya katılanların İlk Başvurusu ile hasta odası ve hastane hakkında memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$) ($U=2121,50$)

H_{8G}=Araştırmaya katılanların İlk Başvurusu ile hasta odası ve Türkiye ile ilgili düşünceler memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$) ($U=2170,50$)

H_{8H}=Araştırmaya katılanların İlk Başvurusu ile hasta odası ve hastane ile ilgili düşünceler memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$) ($U=2211,00$)

$H_9 =$ Tanıtım faaliyetlerinin etkisi, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.

Tablo 58. Tanıtım faaliyetlerinin etkisi, hasta memnuniyet düzeyleri dağılımı

	TANITIM FAALİYETLERİNİN ETKİSİ				U Testi	Wilcoxon W	Z	p.
	Evet (n=81)		Hayır (n=99)					
	\bar{X}	Sum.of Ranks	\bar{X}	Sum.of Ranks				
Hasta yatış	95,11	7704,00	86,73	8586,00	3636,00	8586,00	-1,087	0,277
Hasta odası ve hastane yemekleri	86,34	6993,50	93,90	9296,50	3672,50	6993,50	-0,972	0,331
Hastane çalışanları	91,18	7385,50	89,94	8904,50	3954,50	8904,50	-0,159	0,874
Hasta muayenesi ve tedavi sırası	88,74	7188,00	91,94	9102,00	3867,00	7188,00	-0,418	0,676
Hasta muayene ve tedavi sonrası	92,48	7491,00	88,88	8199,00	3849,00	8799,00	-0,487	0,626
Hastane hakkında	90,41	7323,50	90,57	8966,50	4002,50	7323,50	-0,020	0,984
Hastane ile ilgili düşünceler	91,59	7419,00	89,61	8871,00	3921,00	8871,00	-0,266	0,790
Türkiye ile ilgili düşünceler	90,17	7303,50	90,77	8986,50	3982,50	7303,50	-0,083	0,934

“Araştırmaya katılanların “Tanıtım faaliyetlerinin etkisi, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.” aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.” hipotezi **kabul edilmiştir.**

Diğer bir ifadeyle gruplar arasında farkın araştırıldığı durumlarda parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney U Testi yapılmış; medikal turizm hastaları açısından tanıtım faaliyetlerinin etkisi bakımından değerlendirildiğinde, hastanelerden aldıkları hizmetlerin memnuniyet verici olduğu görülmektedir.

$H_{9A} =$ Araştırmaya katılanlarda Tanıtım Faaliyetlerinin Etkisi ile hasta yatış memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p > .005$) ($U = 3636,00$)

$H_{9B} =$ Araştırmaya katılanlarda Tanıtım Faaliyetlerinin Etkisi ile hasta odası ve hastane yemekleri memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde

tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$) ($U=3672,50$)

H_{9C}=Araştırmaya katılanlarda Tanıtım Faaliyetlerinin Etkisi ile hasta odası ve hastane çalışanları memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$) ($U=3954,50$)

H_{9D}=Araştırmaya katılanlarda Tanıtım Faaliyetlerinin Etkisi ile hasta odası ve hasta muayenesi ve tedavi sırası memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$) ($U=3867,00$)

H_{9E}=Araştırmaya katılanlarda Tanıtım Faaliyetlerinin Etkisi ile hasta odası ve hasta muayene ve tedavi sonrası memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$) ($U=3849,00$)

H_{9F}=Araştırmaya katılanlarda Tanıtım Faaliyetlerinin Etkisi ile hasta odası ve hastane hakkında memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$) ($U=4002,50$)

H_{9G}=Araştırmaya katılanlarda Tanıtım Faaliyetlerinin Etkisi ile hasta odası ve Türkiye ile ilgili düşünceler memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$) ($U=3921,00$)

H_{9H}=Araştırmaya katılanlarda Tanıtım Faaliyetlerinin Etkisi ile hasta odası ve hastane ile ilgili düşünceler memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>.005$) ($U=3982,50$)

H_{10} = Yapılan anlaşmaların ülkelerarasına etkisi, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.

Tablo 59. Yapılan anlaşmaların ülkelerarasına etkisi, hasta memnuniyet düzeyleri dağılımı

	ANLAŞMALARIN ÜLKELERARASINA ETKİSİ				U Testi	Wilcoxon W	Z	p.
	Evet (n=132)		Hayır (n=48)					
	\bar{x}	Sum.of Ranks	\bar{x}	Sum.of Ranks				
Hasta yatış	82,56	10898,50	112,32	5391,50	2120,50	10898,50	-3,429	0,0001
Hasta odası ve hastane yemekleri	81,11	10707,00	116,31	5583,00	1929,00	10707,00	-4,020	0,000
Hastane çalışanları	79,61	10508,50	120,45	5781,50	1730,50	10508,50	-4,680	0,000
Hasta muayenesi ve tedavi sırası	83,00	10955,50	111,14	5334,50	2177,50	10955,50	-3,265	0,001
Hasta muayene ve tedavi sonrası	79,64	10513,00	120,35	5777,00	1735,00	10513,00	-4,891	0,000
Hastane hakkında	79,55	10500,00	120,63	5790,00	1722,00	10500,00	-4,759	0,000
Hastane ile ilgili düşünceler	79,82	10536,00	119,88	5754,00	1758,00	10536,00	-4,765	0,000
Türkiye ile ilgili düşünceler	81,27	10728,00	115,88	5562,00	1950,00	10728,00	-4,222	0,000

“Araştırmaya katılanların “Yapılan anlaşmaların ülkelerarasına etkisi, hasta memnuniyet düzeylerini etkilemektedir.” aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır.” hipotezi **red** edilmiştir.

Diğer bir ifadeyle gruplar arasında farkın araştırıldığı durumlarda parametrik olmayan testlerden Mann-Whitney U Testi yapılmış; medikal turizm hastaları açısından anlaşmaların ülkelerarasına etkisine bakımından değerlendirildiğinde, hastanelerden aldıkları hizmetlerde ülkelerarası anlaşmaların etkisinin olmadığı görülmektedir.

H_{10A} =Araştırmaya katılanlarda Yapılan Anlaşmaların Ülkelerarasına Etkisi ile hasta yatış memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<.005$) ($U=2120,50$)

H_{10B}=Araştırmaya katılanlarda Yapılan Anlaşmaların Ülkelerarasına Etkisi ile hasta odası ve hastane yemekleri memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<.005$) ($U=1929,00$)

H_{10C}=Araştırmaya katılanlarda Yapılan Anlaşmaların Ülkelerarasına Etkisi ile hasta odası ve hastane çalışanları memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<.005$) ($U=1730,50$)

H_{10D}=Araştırmaya katılanlarda Yapılan Anlaşmaların Ülkelerarasına Etkisi ile hasta odası ve Hasta muayenesi ve tedavi sırası memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<.005$) ($U=2177,50$)

H_{10E}=Araştırmaya katılanlarda Yapılan Anlaşmaların Ülkelerarasına Etkisi ile hasta odası ve Hasta muayene ve tedavi sonrası memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<.005$) ($U=1735,00$)

H_{10H}=Araştırmaya katılanlarda Yapılan Anlaşmaların Ülkelerarasına Etkisi ile hasta odası ve Hastane hakkında memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<.005$) ($U=1722,00$)

H_{10G}=Araştırmaya katılanlarda Yapılan Anlaşmaların Ülkelerarasına Etkisi ile hasta odası ve Türkiye ile ilgili düşünceler memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<.005$) ($U=1758,00$)

H_{10H}=Araştırmaya katılanlarda Yapılan Anlaşmaların Ülkelerarasına Etkisi ile hasta odası ve hastane ile ilgili düşünceler memnuniyet düzeylerinin aritmetik ortalamaları göz önünde tutulduğunda, değerler arasında istatistikî olarak anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<.005$) ($U=1950,00$)

SONUÇLAR VE ÖNERİLER

1.20 SONUÇLAR

Sağlık hizmetleri tüm insanoğlunun eşit seviyede alması gereken ve uluslararası bir haktır. İnsanoğlu, en değerli varlığı olan sağlığına kavuşmak için sağlık hizmetlerini en üst düzeyde, kaliteli, en kısa sürede ve maddi açıdan da en düşük maliyetle almak için hep araştırma yapmış ve uygun olan diğer ülkelerden almıştır.

Bu araştırmanın amacı; Türkiye'ye tedavi olmak amacı ile gelen yabancı hastaların Türkiye'den alacakları sağlık hizmetlerinin daha itinalı, titiz ve daha iyi koşullarda gerçekleştirilebilmesi, hastaların beklentilerinin giderilmesi ve Türkiye'nin bu alanda tercih edilen bir ülke olmasının sağlanması için; Türkiye'deki hastanelerde var olan uygulamaların incelenmesi ve elde edilen verilerin ışığında gerekenlerin tespit edilmesi suretiyle; Türkiye'nin medikal turizm alanındaki mevcut durumunu ortaya koymak, medikal turizmle ilgili olarak oluşturulacak politikalara ve gelecekte yapılması gereken çalışmalara rehberlik edecek önerilerde bulunmaktır.

Türkiye'den medikal turizm kapsamında hizmet alan hastaların memnuniyet düzeyinin belirlenmesi: Ankara ili örneği araştırmamıza katılan katılımcıların çoğunu 0-40 yaş arasını kapsarken en az 71 yaş ve üstü oluşturmaktadır. Katılımcıların cinsiyet durumuna bakıldığında çoğunluğu erkeklerden, medeni durumları ise evlilerden oluşmaktadır. Araştırmaya katılanların yaş gruplarının, cinsiyet durumlarının ve medeni durumlarının ortalama değerlerinden anlaşıldığı üzere; medikal turizm hastalarının memnuniyet düzeylerinde etkili olduğu anlaşılmıştır.

Katılımcıların hastane giderlerini karşılama durumları incelendiğinde; Türkiye Sağlık Bakanlığı tarafından karşılandığı ve araştırmaya katılanların en çok ikili anlaşmalar kapsamında geldiği anlaşılmıştır. Araştırmaya katılanların eğitim durumlarına bakıldığında; en çok lise-kolej ve lisans düzeyinde eğitim seviyesine sahiptir. Katılımcıların uyruklarına bakıldığında ise; en çok Orta Asya (Afganistan,

Türkmenistan, Azerbaycan, Kırgızistan, Irak) ülkelerinden geldikleri anlaşılmıştır. Katılımcıların meslek gruplarına bakıldığında; en az sağlık personeli (doktor, sağlık personeli) oluştururken, en çoğunu ise serbest meslek sahibi olanlar oluşturmaktadır. Araştırmaya katılanların hastane giderlerini karşılama durumları, eğitim durumları, uyrukları ve meslek gruplarının ortalama değerlerinden anlaşıldığı üzere; medikal turizm hastalarının memnuniyet düzeylerinde etkili olduğu anlaşılmıştır.

Katılımcıların hasta yatış memnuniyetlerine bakıldığında; hasta yatış için bekleme süresi, sekreterlerin ilgi ve alakasından memnun oldukları, hastane kuralları hakkında bilgilendirilmeden ise memnuniyet oranının düşük olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların hasta odası ve hastane yemekleri memnuniyetlerine bakıldığında; hasta odası ve servis temizliği, hasta odası ve banyo temizliği, hastane yemeklerinin lezzeti ve sıcaklığı, hastane yemeklerinin damak tadına uygunluğu ve çeşitliliği açısından memnun oldukları, hasta odası ve çevresinin sessizliği, hasta odasındaki eşyaların çalışmasından (TV, çağrı zili vs.) memnuniyet oranının düşük olduğu tespit edilmiştir.

Katılımcıların hastane çalışanları ile ilgili memnuniyetlerine bakıldığında; hekimlerin ilgi ve nezaketi, hekime karşı güven duygusu, hekimler tarafından hastalık hakkında bilgilendirilme, hemşirelerin ilgi ve nezaketi, tedaviye yardımcı olan hemşirelere karşı güven duygusu, hemşirelerin hastanın tedavileri hakkında bilgilendirilmesi, temizlik personelinin ilgi ve nezaketi ve idari personelin ilgi ve nezaketinden memnun oldukları tespit edilmiştir.

Katılımcıların hasta muayenesi ve tedavi sırasındaki memnuniyetlerine bakıldığında; muayene sırasındaki mahremiyetin sağlanmasından oldukça memnun oldukları, yakınlarının tedavi eden hekimle görüşme ve hekim ve hemşirelerin çağrılarına cevap vermelerinden de memnun oldukları tespit edilmiştir.

Katılımcıların hasta muayenesi ve tedavi sonrasındaki memnuniyetlerine bakıldığında; tedavi sonrasındaki yapılması gerekenler hakkında, tedavi sonrasındaki

karşılaşabilecekleri sorunları hakkında bilgilendirilme ve tedavi ve bakım hakkında genel olarak bilgilendirilmelerinden memnun oldukları anlaşılmıştır.

Katılımcıların hastane hakkındaki memnuniyetlerine bakıldığında; hastane güvenilirliği, hastane ve personel kalitesi ve hastane temizliğinden de memnun oldukları tespit edilmiştir.

Türkiye'deki iller bazında bakıldığında medikal turizm hastalarının en fazla geldikleri illerin başında Antalya gelmektedir. Antalya'yı sırasıyla; İstanbul, Ankara, Kocaeli, İzmir, Muğla, Karaman, Adana ve Sakarya gelmektedir. Adana'nın ilk 10 sıralama içine girmesinin Acıbadem Hastanesi'nden, Sakarya ilinin ise daha çok mültecilerin bulunmasından kaynaklandığı söylenebilir. Türkiye'deki iller açısından dağılıma bakıldığında ekonomik gelişmişlik, ulaşım, diğer turizm faktörlerinin sağlık turizminde etkili olduğu görülmektedir.

Türkiye dört mevsimi yaşayan bir ülke olduğundan, hastalara güneşli sıcak bir iklimde iyileşme ve her bütçeye uygun fiyatlarla tedavi, konaklama ve tatil yapma fırsatı sunulmaktadır. Türkiye'de aylar itibariyle dağılıma bakıldığında en fazla Temmuz ayında başvurdukları görülen medikal turizm hastası, en az Nisan ayında gelmiştir. Türkiye'ye medikal turizm hastalarının yaz aylarında daha fazla geldiği görülmüştür.

Son yıllarda dünyanın çeşitli ülkelerinden çok sayıda hasta, tedavi olmak için Türkiye'deki sağlık kuruluşlarını tercih etmektedir. Bunun en önemli nedeni, son zamanların en gelişmiş yöntemleri ile gerçekleştirilen tıbbi operasyon ve işlemlerin gerek yüksek kalite, gerekse düşük maliyet ve teknoloji ile yapılmasıdır. Ayrıca çağdaş yöntemlerle gerçekleştirilen tıbbi operasyonlar, düşük maliyet, yüksek kalite ve teknoloji bu durumda etkilidir. Türkiye'yi tercih eden ülkeler bazında bakıldığında; ilk sırayı Almanya alırken, Almanya'yı sırasıyla takip eden ülkeler Libya, Rusya, Irak, Hollanda, Azerbaycan, İngiltere, Romanya, Norveç ve Bulgaristan'dır. Almanya'dan gelen hasta sayısının fazla olmasının sebebi orada yaşayan gurbetçilerden kaynaklandığı söylenebilir.

Türkiye’deki sağlık hizmeti alan medikal turizm yabancı hasta sayısı, yıllara göre kamu ve özel sektör açısından artış gösterdiği görülmektedir. Özellikle; 2010 yılından sonra ciddi bir artış görülmüştür. Bu artış Türkiye’nin medikal turizmindeki potansiyelini ortaya koymaktadır. Ayrıca özel sektördeki medikal hasta potansiyelindeki artışın kamu sektöründen daha fazla olduğu anlaşılmaktadır. Kamu ve özel sektör toplamında medikal turizmde de her geçen yıl artış olduğu görülmektedir.

Türkiye’deki medikal turizm, diğer turizm dallarının, mevsimsel durumların, ülke politikalarının, teknolojinin gelişme göstermesi, ayrıca fiyatların düşüklüğü, Türkiye’nin konjektürel durumu, sağlık alanında son yıllarda ivme kazanan sağlıkta dönüşümün de etkilediği açıkça anlaşılmaktadır. Bu nedenle turizm faaliyetlerinin ülkelerin en kritik dönemlerinde ülke ekonomilerine büyük katkı sağladığı bilindiğinden sağlık turizmine gereken önemin verilmesi sağlanmalıdır. Tüm bu açıklamalar ışığında tedavi amaçlı sağlık turizminin çıkış noktası olmuştur. Sağlık harcamalarının yüksekliği ve finansmanda yaşanan sıkıntılar gelişmiş ülke sağlık sistemlerinin eskimesinden kaynaklanan sıkıntılar bulunmaktadır. Ülke ekonomilerine önem veren ülkelerin bu konuda hızlı ve kabul edilebilir sağlık politikaları üretmeleri gerekmektedir.

Sağlık turizminde ülkenin doğal kaynakları avantajının yanı sıra hükümetin sağlık turizmine ciddi olarak sahip çıkması ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde yasal olarak sağlık turizmini düzenleyen, denetleyen ve koordine eden bir birimin bulunması, sağlık turizminin ülkede gelişmesine ve hizmet alıcı olan kişilere ve yatırımcılara güven vermekte ve tercihlerini etkilemektedir. Dünyada bu yapıya sahip sadece birkaç ülke vardır. (Malezya, Singapur, Güney Kore, Ürdün vb)

Türkiye’de sağlık turizminin sistematize olmuş yaygın bir şekli yoktur. Ülke istatistikleri bu konuda çok eksik olduğu buna rağmen sağlık turizminin Türkiye’de ciddi pazar büyüklüğüne ulaştığını bu pazardan daha fazla pay alabilecek potansiyeline sahip olduğu ortaya çıkmıştır.

Küreselleşen dünyada sosyal yaşantıdaki gelişim, refah seviyesinin yükselmesi, iletişimin gelişmesi beklentileri yükseltmiştir. Daha bilinçli ve seçici tüketici kitlesi oluşmuştur. Bu nedenle de sağlık sektörü dahil olmak üzere tüm kuruluşların müşteri beklenti ve ihtiyaçlarını karşılayabilecek hizmetleri üretmeleri gerekmektedir.

1.21 ÖNERİLER

Son olarak Türkiye'nin sağlık turizmi konusunda konumunu daha iyi sağlamlaştırabilmesi için sağlık turizmiyle ilgili uygun ve yerinde politikalar ve stratejiler belirlemesi gerekmektedir. Sağlık bakanlığı, Kültür ve Turizm Bakanlığı, Maliye Bakanlığı'nın yanı sıra sağlık turizmiyle ilgili olan diğer kuruluşlar, sivil toplum örgütleri, üniversiteler, kamu hastane birlikleri ile birlikte hareket etmeleri gerekmektedir. Sağlık turizmi konusunda milli politika oluşturulmalı, tanıtım ve markalaşmaya daha çok önem verilmelidir.

- Hem ulusal hem de uluslararası düzeyde tanıtım ve pazarlama çalışmaları yapılmalı ve bu çalışmalar devlet tarafından desteklenmelidir. Sağlık turizmi alanında yapılan kongre, fuar ve konferanslara ilgi gösterilmeli ve bu tür organizasyonlar tutundurma faaliyetleri açısından fırsat verilmelidir.
- Sağlık turizmi alanında faaliyet gösteren işletmeler, tur operatörleri ile bağlantılar kurarak özellikle yurt dışına yönelik pazarlama faaliyetlerini artırmalıdır.
- Hastane yemeklerinin tadı, lezzeti, çeşitliliği vb. unsurların yurtdışından gelen yabancı hastaların geldikleri kültürlere ve inançlarına uygun bir şekilde zenginleştirilmelidir.
- Sağlık turizmi alanında çalışan sağlık personelleri mesleki örgütler kurmalı ve bütünleşik pazarlama faaliyetlerinde bulunmalıdırlar.
- Sağlık turizminin gelişmesi açısından hekime karşı güven duygusu, hekimlerin hastaları tedavi hakkında bilgilendirme ve muayene sırasında mahremiyetin sağlanma düzeylerinin Türkiye ortalamasında başarılı olduğu

gözükmekte ve aynı oranda da korunması ve geliştirilmesi noktasında çalışmaların artırılması gerekmektedir.

- Sağlık hizmeti veren kuruluşlar, devlet tarafından hem finansman, hem yabancı dil bilen personel, hem de sağlık personeli açısından desteklenmelidir.
- Yurt dışında ve Türkiye'nin diğer ülkelerinde yaşayan hastalara veya tatil yapacak insanlara Türkiye'yi cazip hale getirmek için özel tur paketleri hazırlanmalıdır. Bu tur paketinin içinde ulaşımı kolaylaştırıcı uygulamalar, rehber sağlama, ülkenin turistik yerlerine ücretsiz geziler veya indirimli gezi turlarının olması önerilmelidir.
- Kamu hastanelerinde hasta odaları medikal turizm hastalarının tercihlerinde önemli rol oynaması nedeniyle, hastaların ve refakatçilerinin ihtiyaçlarını karşılayacak (TV, banyo, internet, masa, dolap, kanep, buzdolabı vb.) şekilde dizayn edilmeli ve gelişmiş ülke standartlarına uygun odalar oluşturulmalıdır.
- Ülkeye yurt dışından tedavi veya dinlenme amacıyla gelen insanlara sağlık hizmetinin yanı sıra sosyal ve kültürel etkinliklerinde sunulması düşünülmelidir.
- Sağlık turizminde, insanlığın daha iyi sağlık hizmeti alması, sağlıklı yaşam süresi ve sağlığa erişebilirliği kolaylaştırılmış olması hedeflenmelidir. Farklı açıdan ekonomik gelir elde ederken insan sağlığının göz ardı gerekmektedir.
- Dünyadaki gelişmeler titizlikle takip edilmeli sürekli araştırmalar, yapılmalı ve Kalite Uluslararası Standartlardan taviz verilmemelidir.
- Kamu hastanelerinde hastane içerisinde levha, broşür ve diğer yönlendirme ve bilgilendirme faaliyetleri oluşturulmalı ve yaygınlaştırılmalıdır.
- Avrupa ve ABD gibi gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin pahalı olması nedeniyle sağlık turizmini en çok tercih eden ülkelerdir. Sağlık turizm hasta potansiyeline bakıldığında bu ülkelere fazla hasta gelmediği görülmektedir. Bu nedenle Batı ülkelerinden ve Balkanlar'dan hasta çekme yoluna gidilmeli ve bu ülkelere çeşitli faaliyetler sunulmalıdır.

- Hedef pazarı çeşitlendirilmeli ve yaygınlaştırılmalıdır. Bunun için özellikle reklam ve tanıtım gibi faaliyetlere önem verilmelidir.
- Sağlık turizm alanında hizmet veren personellere ek ücret verilerek hizmetin daha kaliteli ve özenli olması konusunda istekli hale getirilmelidir.
- Sağlık turizme devlet sektörlerinden büyük destek verilmektedir. Bunu yapılan çalışmalardan ve kalkınma eylem planlarında yer almasından anlaşılmaktadır. Ancak Türkiye'nin bu konuda ileri konumlara gelebilmesi için devlet bütçesinden kaynak ayrılmalı ve önemli devlet kuruluşları olan Devlet Planlama Teşkilatı, Kültür ve Turizm Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı ve Dış İşleri Bakanlığı'nın daha önemli projelere yer vermesi, tanıtım için her türlü faaliyetlerin yapılması ve dış ülkelerde yapılan sağlık turizmle ilgili bütün etkinliklere katılımın sağlanması gerekmektedir.
- JCI Kuruluşlarının sayısı fazlalaştırılmalı ve sağlık turizm birimlerinin yanı sıra klinikler oluşturulmalıdır.

KAYNAKÇA

Akalın, H. (2000). Sağlık Hizmetlerinde Kalite mi? Sürekli Kalite İyileştirme Kavramı mı?. *Tıp Teknolojisi Dergisi*, 4, 32-33.

Aksu, S. A. (2009). *Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal Turizm ve Türkiye'deki Uygulamalar Üzerine Bir Araştırma: İstanbul ve Ankara Örneği*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.

Aktepe, C. (2013) Sağlık Turizmde Yeni Fırsatlar ve Türkiye'de Yerleşik Sağlık İşletmelerinde Pazarlama Çabaları, *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5, 1, 170-188

Artar, Y. ve Karabacakoğlu, Ç. (2003). *Türkiye'de Engelliler Turizminin Geliştirilmesine Yönelik Konaklama Tesislerindeki Altyapı İmkânlarının Araştırılması*. Ankara, Dünya Engelliler Vakfı.

Ataç, M. (2005). Turizm Sağlığından Sağlık Turizmine, *Hastane Dergisi*, 34, 5, 12

Barca, M. Akdeve, E. ve Gedik Balay, İ. (2013). Türkiye Sağlık Turizm Sektörünün Analizi ve Strateji Önerileri, *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5, 3, 64-92

Bayuk, N. ve Küçük, F. (2007). Müşteri Tatmini ve Müşteri Sadakati İlişkisi, *İİBF Dergisi*, 22, 1, 285-292

Boz, M. (2004). *Turizmin Gelişmesinde Alternatif Turizm Pazarlamasının Önemi-Antalya İli Üzerinde Bir Uygulama*. Doktora Tezi, İstanbul Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Büber, R. ve Başer, H. (2012). Sağlık İşletmelerinde Müşteri Memnuniyeti: Vakıf Üniversitesi Hastanesi'nde Bir Uygulama, *Sosyal ve Beşeri Bilimler Dergisi*, 4, 1, 265-274

Chanda, R. (2001). Indian Council for Research on International Economic Relations. *Working Paper*, 70.

Cohen, E. (2006, Kasım). *Medical Tourism in Thailand: New Perspectives and Values in World Tourism and Tourism Management in the Future*. Uluslararası Turizm Konferans'ında Sunulan Bildiri; Alanya, Türkiye.

Coşar, F. (2006). *Hizmet Sektöründe Müşteri Memnuniyetinin Ölçülmesi ve Bir Leasing Şirketinde Uygulama*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Çatı, K. ve Yılmaz, A. (2002). Hastaların Hastane Hizmetlerinin Kalitesini Algılama Düzeylerinin Ölçümüne Yönelik Bir Araştırma. *Pazarlama Dünyası*, 16, 4, 46-53.

Doğan, G. ve Erdoğan, S. (2010). *Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Şikâyetleri Yönetimi, Borusan Lojistik Örneği*. Lisans Proje Ödevi, Sakarya Üniversitesi İşletme Fakültesi, Sakarya.

Gonzales, A., Brenzel, L. Ve Sancho, J. (2001). *Health Tourism and Related Services*. Caribbean Development and International Trade, Final Report.

Gülmez, Z. (2012). *Türkiye'de ve Dünya'da Sağlık Turizmi ve Çeşitleri: Sağlık Turizminin Ülkemizdeki Mevcut Durumu ve Bazı Ülkelerle Kıyaslanması*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

İçöz, O. (2009). Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm ve Türkiye'nin Olanakları, *Yaşar Üniversitesi E-Dergisi*, 4, 14, 2257-2279

Hamilton, G. (2003). Free Movement and Cross-Border Cooperation in Europe: The Role of Hospitals-Practical Experiences in Hospitals. Luxembourg: Entente des Hospitaux Luxembourgeois.

Kavuncubaşı, Ş. (2001). *Hastaneler ve Sağlık Kurumları Yönetimi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Kırkbir, F. (2007). *Türkiye'de Termal Turizm Pazarlamasında Müşteri Sadakatine Yönelik Yapısal Bir Model Önerisi*. Doktora Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Trabzon.

Kısa, A. ve Tokgöz, N. (2007). Sağlık Kurumları Yönetimi, Anadolu Üniversitesi Açık öğretim Yayınları, Eskişehir.

Kiremit, Ş. (2008). *Turizmin Gelişiminde Bir Alternatif Olarak Medikal Turizm: Bir Sağlık Kuruluşunda Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Korkmaz, Ş. (2003). *Sağlık Kuruluşlarında İnsan Kaynakları Yönetimi Uygulamaları ve Konuya İlişkin İstanbul İl sınırları İçinde Yer Alan 50 Yatak ve*

Üstü Kapasiteli Özel Sektör Hastanelerinde Bir Araştırma. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Kostak, D. (2007). *Turizm Hareketleri (Türkiye Örneği Üzerinden Sağlık Turizmi)*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Kotler, P. (2000). *Marketing Management*, The Millennium Edition. New Jersey: Prentice Hall.

Lengyel, G. ve Ötvös, P. (2003). *Cross-Border Cooperation in Health Care In The Acceding Countries*, Free Movement and Cross-Border Cooperation in Europe; The Role of Hospitals & Practical Experiences in Hospitals, Luxembourg: Ententes Hospitales Luxembourgeoises.

Matos, V. ve Barcellos, C. (2010). *Tourism And Health: Methodological Approaches And Courses Of Action*, Rev. Panam Salud Publica, 28, 2, 128-134.

Öngör, S. (2013) *Sağlık Turizmi Açısından Termal Turizm Pazarlaması*. Yüksek Lisans Programı Dönem Projesi, Ahmet Yesevi Üniversitesi TURTEP Uzaktan Eğitim Programı.

Özalp, G. (2005). Sağlık Turizmi, *Hastane Dergisi*, 7, 34, 98.

Özer, A. ve Çakıl, E. (2007). Sağlık Hizmetlerinde Hasta Memnuniyetini Etkileyen Faktörler, *Tıp Araştırmaları Dergisi*, 5, 3, 140-143.

Özkurt, H. (2007). Sağlık Turizmi Tahvilleri, *Maliye Dergisi*, 152, 1, 127-128.

Özsarı, S. H. ve Karatana, Ö. (2013). Sağlık Turizmi Açısından Türkiye'nin Durumu, *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi*, 24, 2, 136-144.

Peltier, J. W. Schibrowsky, J. A. ve Cochran, C. R. (2002). Patient loyalty that lasts a lifetime. *Marketing Health Sciences*, 22, 2, 29-33.

Raju, P. S. ve Lomax, S. C. (2001). The impact of quality context and market orientation on organizational performance in a service setting. *Journal of Service Research*, 4, 2, 140-154.

Tengilimoğlu, D. (2005). Sağlık Turizmi: Tedavi Amaçlı ve Termal Turizmde Sorunlar ve Çözüm Önerileri. *Hastane Dergisi*, 7, 34, 90-95.

Tengilimoğlu, D. (2013). *Dünyada ve Türkiye Sağlık Turizmi*. Ankara: Siyasal Kitabevi.

Terzioğlu, A. (1970). *Ortaçağ İslam-Türk Hastaneleri ve Avrupa Tesirler*. Ankara: Belleten.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizm Daire Başkanlığı. (2012). *Sağlık Turizminde Süreçler ve Aracı Kuruluşlar Araştırma Raporu*(978-590-441-2). Ankara, Opus Basım Ltd. Şti.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizm Daire Başkanlığı. (2012). *Türkiye Medikal Turizmi Değerlendirme Raporu*(978-975-590-440-5). Ankara, Opus Basım Ltd. Şti.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). *Medikal Turizm Araştırması* (978-975-590-420-7). Ankara, AG Design.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). *Türkiye'de Medikal Turizm* (978-975-590-419-1). Ankara, AG Design.

Türksoy, A. (2010). Termal Turizmin Geliştirilmesi Kapsamında Çeşme İlçesi Termal Kaynaklarının Değerlendirilmesi, *Ege Akademik Bakış*,10, 1, 699-725.

Yalçın, P. (2006). *Türkiye'de Sağlık Turizminde Altyapı Oluşturulma Gereği ve Sağlık Kurumlarına Yönelik Bir Araştırma*. Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Yanık, A. (2000). *Sağlık Bakım Hizmetlerinde Hasta Bakım Tatmini ve Haydarpaşaya Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Hasta Tatmini Üzerine Bir Araştırma*. Doktora Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

İNTERNET KAYNAKLARI

Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı. (2013).*Sağlık Turizmi Sektör Raporu*, 30.11.2013 tarihinde <http://www.baka.org.tr/uploads/48947588121518SAGLiK-KATALOG-TURKCE-16MAYiS-3.pdf> adresinden alınmıştır.

Tokuçoğlu, H. (2005). *Hastane Hizmetleri ve Müşteri Memnuniyeti*. 25.12.2013 tarihinde www.gazi.edu.tr/duyuru/hastane_hizmetleri.htmadresinden alınmıştır.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı. (2013), *Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu*, 27.11.2013 tarihinde

http://www.saglikturizmi.org.tr/yonetim/templates/addons/ckfinder/userfiles/TMTD_2013_raporu.pdf adresinden alınmıştır.

Türkiye Sağlık Vakfı. (2010), *Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi, Durum Tespit Raporu ve Çözüm Önerileri*, 13.11.2013 tarihinde <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> adresinden alınmıştır.

<http://www.isletmeyonetimi.net/etiket/ic-ve-dis-musteri/>

www.saglikturizmi.org.tr

<http://www.ktbyatirimisletmeler.gov.tr/TR,11492/saglik-ve-termal-turizmi-tanimi.html>

<http://dislobel.org/uk/pages/news/janfeb02.htm>

<http://www.bulgaristanvize.net/bulgaristanda-turizm/saglik-turizmi.html>

http://www.iranian.ws/iran_news/publish/article_3426.shtml

<http://www.asiatraveltips.com/travelnews04/112Healthcare.shtml>

http://www.jordanembassyus.org/0305200_2007.htm

<http://www.prweb.com/releases/2004/8/prweb146698.html>

http://www.saglikturizmi.org.tr/BULTEN/bulten_5.pdf

http://www.dpt.gov.tr/DocObjects/view/15089/Onuncu_Kalkinma_Planı.pdf

<http://www.census.gov/popclock/>

www.tsd.org.tr

<http://tr.wikipedia.org/wiki/Malezya>

<http://tr.wikipedia.org/wiki/Tayland>

<http://www.census.gov/popclock/>

EK-1 ANKET FORMU



**TÜRKİYE'DEN MEDİKAL TURİZM KAPSAMINDA HİZMET ALAN HASTALARIN MEMNUNİYET DÜZEYİNİN
BELİRLENMESİ: ANKARA İLİ ÖRNEĞİ**

Değerli Katılımcı;

Doldurmanız rica edilen bu anket formu Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Kurumları İşletmeciliği Yüksek Lisans programı tez çalışmasında kullanılmak üzere yüksek lisans öğrencisi Demet TAŞ tarafından hazırlanmıştır.

Katılımınız için çok teşekkür ederim.

KİŞİSEL BİLGİLER:

1. Yaşınız kaç?

- (1)0-40 (2) 41-50 (3) 51-60 (4) 61-70 (5) 71 ve üzeri

2. Cinsiyetiniz nedir?

- (1) Erkek (2) Kadın

3. Medeni durumunuz nedir?

- (1)Bekâr (2) Evli

4. Hastane giderlerinizi kim karşılayacak?

- (1)Kendim (2) Sosyal Güvenlik Kurumum (3) Bir kısmını kendim, bir kısmını sigortam
(4) Kendi elçiliğim (5) Türkiye Sağlık Bakanlığı (6) Diğer (.....)

5. Eğitim durumunuz nedir?

- (1) Okur-yazar değil (2) Okur-yazar (3) İlköğretim
(4) Lise – Kolej (5) Yüksekokul (6) Lisans
(7) Yüksek Lisans ve Doktora

6. Uyuğunuz nedir?

- (1) Afganistan (2) Azerbaycan (3) Irak
(4) Türkmenistan (5) Sudan (6) Kıbrıs
(7) Kosova (8) Arnavutluk (9) İran
(10) Almanya (11) Kırgızistan (12) Suriye
(13) Rusya (14) Sırbistan (15) Diğer (.....)

7. Meslek grubunuz nedir?

- (1) Yönetici (2) Doktor (3) Mühendis
(4) Öğretmen (5) Memur (6) Asker-Polis
(7) Avukat (8) Öğrenci (9) Ev hanımı
(10) Bankacı (11) Emekli (12) Serbest meslek
(13) Sağlık personeli (14) Muhasebeci (15) Diğer (.....)

8. Bu hastaneye ilk başvurunuz mu?

(1)Evet (2) Hayır

9. Hastanede hastane kurallarını ve haklarınızı anlatan anadilinizde bir broşür verildi mi?

(1)Evet (2) Hayır

10. Hastanede sizin sorunlarınızı takip edecek bir danışman görevlendirildi mi?

(1)Evet (2) Hayır

MEMNUNİYET DEĞERLENDİRME:**11. Hasta yatış memnuniyetiniz;**

	Kesinlikle memnunum	Memnunum	Fikrim Yok	Memnun değilim	Hiç memnun değilim
Yatış için bekleme süresi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Sekreterin ilgi alakası	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hastane kuralları hakkında bilgilendirilme	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

12. Hasta odası ve hastane yemekleri memnuniyetiniz;

	Kesinlikle memnunum	Memnunum	Fikrim Yok	Memnun değilim	Hiç memnun değilim
Hasta odası ve çevresinin sessizliği	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hasta odası ve servis temizliği	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hasta tuvalet ve banyo temizliği	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hasta odasındaki eşyaların çalışması (TV, çağrı zili, vs)	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hastane yemeklerinin lezzeti ve sıcaklığı	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hastane yemeklerinin damak tadına uygunluğu çeşitliliği	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

13. Hastane çalışanları ile ilgili memnuniyetiniz;

	Kesinlikle memnunum	Memnunum	Fikrim Yok	Memnun değilim	Hiç memnun değilim
Hekimlerin size karşı ilgi ve nezaketi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Tedavi eden hekime karşı güven duygusu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hekimler tarafından hastalığınız ve tedaviniz hakkında bilgilendirilme	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hemşirelerin size karşı ilgi ve nezaketi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Tedavinize yardımcı olan hemşirelere karşı güven duygusu	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hemşirelerin tedavinizde yardımcı oldukları konularda bilgilendirilme	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

Temizlik personelinin ilgi ve nezaketi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
İdari personelin ilgi ve nezaketi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

14. Hasta muayenesi ve tedavi sırasındaki memnuniyetiniz;

	Kesinlikle memnunum	Memnunum	Fikrim Yok	Memnun değilim	Hiç memnun değilim
Muayene sırasında mahremiyetinizin sağlanması	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Yakınlarınızın sizi tedavi eden hekimle görüşebilmesi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hekim ve hemşirelerin çağrılarınıza yanıt vermesi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

15. Hasta muayene ve tedavi sonrası memnuniyetiniz;

	Kesinlikle memnunum	Memnunum	Fikrim Yok	Memnun değilim	Hiç memnun değilim
Tedavi sonrasında yapılması gerekenler hakkında bilgilendirilme	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Tedavi sonrasında karşılaşılabileceğiniz sorunlar hakkında bilgilendirilme	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Genel olarak aldığınız tedavi bakım	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

16. Hastane hakkında memnuniyetiniz;

	Kesinlikle memnunum	Memnunum	Fikrim Yok	Memnun değilim	Hiç memnun değilim
Hastane güvenilirliği	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hastane ve personel kalitesi	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Hastane temizliği	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

17. Hastaneyle ilgili düşünceleriniz;

	Kesinlikle ederim	Ederim	Fikrim Yok	Etmem	Kesinlikle etmem
Tekrar tercih etme	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Başkalarına tavsiye etme	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

18. Türkiye ile ilgili düşünceleriniz;

	Kesinlikle ederim	Ederim	Fikrim Yok	Etmem	Kesinlikle etmem
Tekrar tercih etme	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
Başkalarına tavsiye etme	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)

19. Türkiye'yi seçme sebepleriniz nelerdir?

- (1) Tedavi ücretlerinin düşüklüğü (2) Bekleme süresinin olmaması (3) Coğrafi yakınlık
(4) Sağlık turizm acentelerinin önerisi (5) Temizliğin hijyenik olması (6) Güvenilir olması

- (7) Türkiye Sağlık Turizm Rehberi (8) Sağlık Bakanlığı web sitesi (9) Tanıtım faaliyetleri
 (10)Uzman hekimlerin bulunması (11) Transfer kolaylığı ve ucuzluğu (12) Dini ve kültürel yakınlık
 (13) Daha önce gelen kişilerin tavsiyesi (14) Ülkenizdeki doktorların tavsiyesi (15) Diğer (.....)

20. Hastaneyi seçme sebepleriniz nelerdir?

- (1) Kaliteli olması (2) Güvenli olması
 (3) Ekonomik olması (4) Teknolojik yenilikleri sahip olması
 (5) Tanıdıkların memnun kalması (6) Hastane isminin duyulmuş olması
 (7) Sigorta şirketlerinin yönlendirmesi (8) Diğer (.....)

21. Ülke ve hastane seçiminde tanıtım faaliyetlerinin etkisi oldu mu? (Evet ise 22. Soruyu cevaplayınız)

- (1)Evet (2) Hayır

22. Aşağıdaki tanıtım faaliyetlerinden hangisi etkili oldu?

- (1)Türkiye Sağlık Turizm Rehberi (2) Hastane web sitesi (3) Sağlık Bakanlığı web sitesi
 (4) Seyahat acenteleri (5) Sigorta kuruluşları (6) Arkadaş referansı
 (7) Ülkenizdeki doktorların tavsiyesi (8) Sosyal Medya (14) Diğer (.....)

23. Sizce sağlık alanındaki anlaşmaların, ülkelerarası ilişkilere etkisi var mıdır? (Evet ise 24. Soruyu cevaplayınız)

- (1)Evet (2) Hayır

24. Sizce nasıl bir etkisi olmuştur?

- (1)Türlere karşı olumlu fikirler (2) Kültürel kaynaşma
 (3) Diğer anlaşmalara zemin hazırlama (4) Yeni gelişmelerden haberdar olma fırsatı
 (5) Siyasi ilişkilerde pozitiflik (6) Uluslararası sağlık organizasyonlarında beraber hareket etme
 (7) Ülke tanıtımı (8) Diğer (.....)

Değerli Vaktinizi Ayırıp Anketi Cevapladığınız İçin Teşekkür Ederim...

GCPRIS

ÖZET

TAŞ, Demet. Türkiye’den Medikal Turizm Kapsamında Hizmet Alan Hastaların Memnuniyet Düzeyinin Belirlenmesi: Ankara İli Örneği, Yüksek Lisans Tezi, Ankara, 2014

Sağlık turizmi ve medikal turizm son on yıldır özellikle tüm dünyada gelişme göstermiş ve ülkeler için alternatif bir turizm olarak gelir kaynağı haline dönüşmüştür. Yaşanan gelişmeler ve sağlık turizmine olan talep artışı rekabeti artırmakla kalmayıp, hem hizmet veren kuruluşlar da hem de gelen hastaların seçiciliklerini artırmıştır. Kuruluşlar, yabancı hastaları cezp edebilmek için farklı arayış içine girmişler ve öncelik olarak hastaların (müşterilerin) istek, beklenti, memnuniyet ve şikâyetlerini dikkate almaya başlamışlardır.

Bu çalışmada, medikal turizm için Türkiye’ye gelen yabancı hastaların memnuniyet değerlendirmesi yapılmıştır. Hastanelerin sağlık turizmine ne kadar hazır olduğunun belirlenmesi, ihtiyaçlarının saptanması ve alternatif çözüm önerilerinin sunulması amaçlanarak, medikal turizmde ilk 3’te yer alan Ankara ilinde, kamu hastanelerine başvurup yatarak tedavi gören yabancı hastalara anket uygulanmıştır.

Dünya’da medikal turizmde Hindistan düşük fiyatlarıyla pazarda ilk sırada yer almıştır. Hindistan’ı takip eden diğer destinasyon ülkeler; Tayland, Malezya, Singapur ve ABD’dir. Türkiye bu sıralamanın içinde yer almak için her geçen gün gelişim göstermekte ve her geçen yıl hasta sayısını artırmaktadır. 2011 yılında bu sayı 156.176 iken, 2012 yılında ise 261.999’a yükselmiştir. En çok başvuran hastalar; Almanya, Libya ve Rusya’dan gelmişlerdir.

Türkiye’ye medikal turizmde tercih eden yabancı hastaların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitimi, hastane giderlerini karşılama durumu, mesleği, uyruğu, ilk başvuru durumu ve tanıtımlar memnuniyet düzeylerini etkilediği anlaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler; 1-Sağlık turizmi,
2-Medikal turizm,
3-Müşteri memnuniyeti,
4-Yabancı hasta.

ABSTRACT

TAŞ, Demet. Determination of Satisfaction Level The Patients Who Get Service Within Scope of Medical Tourism in Turkey: Ankara Province Example, Master's Thesis, Ankara, 2014.

Health tourism and medical tourism make progress specially last ten years all over the world and has become source of income as an alternative tourism for the countries. The emerging developments and increase in demand to health tourism not only increase competition but also increase both serving institutions and patients selectivity. Organizations embark on a guest to attract foreign patients and began to consider primarily patients' (client) wishes, expectations, satisfaction, and complaints.

In this study, satisfaction ratings were evaluated of the patients who came to the Turkey for medical tourism. The survey was conducted to patients who admitted public hospitals and got inpatient treatment in Ankara city where is ranked among top three on medical tourism , is intended for determination of hospitals how prepared they are for health tourism, determination of requirement and proposing the solutions.

India has taken first place with low prices in the medical tourism market. Other destination countries following India are Thailand, Malaysia, Singapore and the USA. Turkey make progress each passing day and increase the number of patients every year to take part in this ranking. While number of patients are 156,176 in 2011 this number increased to 262,999 in 2012. Most of the patients admitted from Germany, Libya and Russia.

It was found that the patients' (who prefer the Turkey at medical tourism) age, sex, marital status, education, hospital expenses coverage status, profession, nationality, initial state and advertising have an effect on their level of satisfaction.

Key Words; 1-Health Tourism,
 2-Medical Tourism,
 3-Customer Satisfaction,
 4-Foreign Patients.

