



TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
MARMARA ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

## **TÜRKİYE'DE MEDİKAL TURİZM İÇİN MODEL ÖNERİSİ**

OKAN CEM KİTAPÇI  
DOKTORA TEZİ

HASTANE İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN  
Prof. Dr. Gülnaz Nural Bekiroğlu

İSTANBUL 2014

## TEZ ONAYI

Kurum : Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü  
Programın seviyesi : Doktora  
Anabilim Dalı : Hastane İşletmeciliği  
Tez Sahibi : Okan Cem KİTAPÇI  
Tez Başlığı : Türkiye’de Medikal Turizm için Model Önerisi  
Sınav Yeri : Sağlık Bilimleri Fakültesi Hastane İşletmeciliği Anabilim Dalı  
Sınav Tarihi : 15.10.2014

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Danışman (Unvan, Adı, Soyadı)	Kurumu	İmza
Prof. Dr. Nural BEKİROĞLU	Marmara Üniversitesi	
<b>Sınav Jüri Üyeleri (Unvan, Adı, Soyadı)</b>		
Prof. Dr. Mehveş TARIM	Marmara Üniversitesi	
Prof. Dr. Ayşe NUHOĞLU	Bahçeşehir Üniversitesi	
Prof. Dr. Haydar SUR	Biruni Üniversitesi	
Prof. Dr. Gonca MUMCU	Marmara Üniversitesi	

Yukarıdaki jüri kararı Enstitü Yönetim Kurulu’nun 22./10./2014 tarih ve 35 sayılı kararı ile onaylanmıştır.

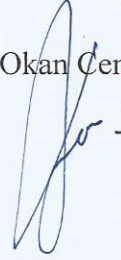
  
Prof. Dr. Feyza ARICIOĞLU  
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü

- Sınav evrakları 3 iş günü içinde 3’şer nüsha halinde Enstitüye teslim edilmelidir.
- Bu form bilgisayar ortamında doldurulacaktır.

## BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, tezin planlanmasından yazımına kadar bütün safhalarda etik dışı davranışımın olmadığını, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, bu tez çalışmayla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları da kaynaklar listesine aldığımı, yine bu tezin çalışılması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığı beyan ederim.

Okan Cem KİTAPÇI



## İÇİNDEKİLER

<b>İÇİNDEKİLER</b> .....	<b>i</b>
<b>KISALTMALAR</b> .....	<b>iii</b>
<b>ŞEKİLLER LİSTESİ</b> .....	<b>iv</b>
<b>TABLolar LİSTESİ</b> .....	<b>v</b>
<b>ÖZET</b> .....	<b>vii</b>
<b>SUMMARY</b> .....	<b>viii</b>
<b>GİRİŞ</b> .....	<b>3</b>
<b>GENEL BİLGİLER</b>	
<b>1.Turizm, Turist Kavramı ve Turizm Çeşitleri</b> .....	<b>4</b>
1.1. Turizm Kavramı.....	4
1.2. Turist Kavramı.....	5
1.3.Turizm Çeşitleri.....	6
1.3.1. Katılan Kişi Sayısına Göre Turizm Çeşitleri.....	6
1.3.1.1.Bireysel Turizm.....	6
1.3.1.2.Kitle Turizmi.....	6
1.3.1.3.Grup Turizmi.....	6
1.3.2. Katılanların Yaşlarına Göre Turizm Çeşitleri.....	6
1.3.2.1. Gençlik Turizmi.....	6
1.3.2.2. Orta Yaş Turizmi.....	7
1.3.2.3. Üçüncü Yaş Turizmi.....	7
1.3.3. Katılanların Sosyo – Ekonomik Durumlarına göre Turizm Çeşitleri.....	8
1.3.3.1.Sosyal Turizm.....	8
1.3.3.2.Lüks Turizmi.....	8
1.3.4. Katılanların Amaçlarına Göre Turizm Çeşitleri.....	8
1.3.4.1. Dinlenme ve Eğlence Turizmi.....	8
1.3.4.2. Kış Sporları Turizmi.....	8
1.3.4.3. Turlarla Yapılan Turizm.....	8
1.3.4.4. Sağlık Teması İçeren Turizm Çeşitleri.....	9

1.3.4.5. Kùltür Turizmi.....	9
1.3.4.6. Paket Şehir Turu.....	9
1.3.4.7. İnanç Turizmi.....	10
1.3.4.8. Kongre Turizmi.....	10
<b>2. Sağlık Turizmi Çeşitleri.....</b>	<b>11</b>
2.1. Yaşlı ve Engelli Turizmi.....	12
2.2. Kaplıca Turizmi.....	12
2.3. Medikal Turizm.....	12
2.3.1. Medikal Turizm Sektörünün Gelişimini Sağlayan Nedenler ve Sektörde Yaşanan Olumsuzluklar:.....	14
2.3.2. Dũnyada Medikal Turizm ve Öne Çıkan Ülkeler.....	20
2.3.2.1. Asya Kıtasında Medikal Turizm.....	23
2.3.2.2. Orta Doğu ve Afrika Kıtasında Medikal Turizm.....	25
2.3.2.3. Amerika Kıtasında Medikal Turizm.....	27
2.3.2.4. Avrupa Birliğinde Medikal Turizm.....	31
2.3.3. Türkiye de Genel Turizm ve Medikal Turizm Verileri.....	34
<b>3. Türkiye de Medikal Turizm Sektörünün Mevcut Durumu ve Gerekli Koşullar..</b>	<b>38</b>
3.1. Türkiye de Medikal Turizm Sektörün de Medikal Yeterlilik.....	38
3.2. Türkiye de Medikal Turizm Sektörün de Yasal Düzenlemeler.....	41
3.3. Türkiye de Medikal Turizm Sektörün de Sosyal Faktörler.....	44
3.4. Türkiye de Medikal Turizm Sektörünü Kolaylaştırıcı ve Tanıtıcı Faktörler.....	47
<b>4. Gereç ve Yöntem.....</b>	<b>49</b>
<b>5. Bulgular.....</b>	<b>55</b>
<b>6. Tartışma Ve Sonuç.....</b>	<b>76</b>
<b>7. Model Önerisi.....</b>	<b>88</b>
<b>8. Kaynakça.....</b>	<b>91</b>
<b>9. Ekler.....</b>	<b>96</b>

## KISALTMALAR LİSTESİ

<b>AB :</b>	Avrupa Birliği
<b>ABD :</b>	Amerika Birleşik Devletleri
<b>AHG :</b>	Apollo Hastaneler Grubu
<b>BUPA :</b>	The British United Provident Association
<b>DHCC :</b>	Dubai Health Care City
<b>DSÖ :</b>	Dünya Sağlık Örgütü
<b>DPT :</b>	Devlet Planlama Teşkilatı
<b>EHRS :</b>	Electronic Health Record System
<b>GTAS :</b>	Genel Hizmet Ticaret Antlaşması
<b>HIV :</b>	Human Immunodeficiency Virüs
<b>HOMS :</b>	The Metropolitan Hospital of Santiago
<b>JCAHO :</b>	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization
<b>JCI :</b>	Joint Commission International
<b>KKTC :</b>	Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti
<b>OECD :</b>	Organization for Economic Co-Operation and Development
<b>SB :</b>	Sağlık Bakanlığı
<b>SPA :</b>	Sanus Per Aquam (Su İle Gelen Sağlık)
<b>STB :</b>	Singapur Turizm Kurulu
<b>TUİK :</b>	Türkiye İstatistik Kurumu
<b>TURSAB :</b>	Türkiye Seyahat Acentaları Birliği
<b>TUS :</b>	Tıpta Uzmanlık Sınavı
<b>YÖK :</b>	Yüksek Öğretim Kurumu

## ŞEKİLLER LİSTESİ

**Şekil 1:** Sağlık Hizmeti Ticaretinde Kaynaklar (G.T.S.A.)

**Şekil 2:** 2014 yılı aktif çalışan hekimlerin kurumlara göre sayısal dağılımı.

**Şekil 3:** 2014 yılı aktif çalışan hemşirelerin kurumlara göre sayısal dağılımı.

**Şekil 4:** 2014 yılı sağlık teknikeri, sağlık teknisyeni ve diğer sağlık personelinin kurumlar itibariyle sayısal dağılımı.

**Şekil 5:** 2014 yılı Türkiye’de Aktif Çalışan Uzman Doktorların Kurumlara Göre Dağılımı

**Şekil 6 :** Medikal Turizm Model Önerisi

## TABLULAR LİSTESİ

**Tablo 1:** 2011 yılı Amerika Birleşik Devletlerinde ve Hindistan’da ki tedavi fiyatları karşılaştırma tablosu

**Tablo 2:** 2014 yılında kıtalara göre ülkelerdeki JCI akreditasyon belgeli sağlık kuruluşlarının sayısı

**Tablo 3:** Tayland, Singapur ve Malezya’nın Sağlık Hizmeti İhracatı Verileri

**Tablo 4.** 2012 yıllı Türkiye’den çıkış yapan yabancı turistlerin kişi başı ortalama harcamaları

**Tablo 5 :** 2003-2009 yılları arasında Türkiye’ye yurtdışından gelen ve yurtdışına giden hastaların sayısı ve yaptıkları harcamaları

**Tablo 6:** Yabancı şirketlerin Türkiye de ki özel sağlık kurumların da ki ortaklıkları

**Tablo 7:** 2011 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı, Devletlerle Sağlık Alanında imzalanan Anlaşmalar Listesi

**Tablo 8:** Türkiye’nin 90 güne kadar vize muafiyeti uyguladığı ülkeler

**Tablo 9:** Araştırma Kapsamında Yer Alan Hastanelerin Türlerinin dağılımı

**Tablo 10:** Araştırma kapsamındaki hastaneler bünyesinde yabancı hasta hizmetleri için izlenen yöntemlerin dağılımı

**Tablo 11a:** Sağlık personeli dışında çalışan personellerin bildikleri yabancı diller ve seviyelerinin dağılımı

**Tablo 11b:** Araştırmaya katılan hastanelerin türlerine göre sağlık personeli dışında çalışan personellerin bildikleri yabancı diller ve seviyelerinin detaylı dağılımı

**Tablo 12:** Çalışan sağlık personeli sayılarının hastanelere göre dağılımı

**Tablo 13:** Araştırmaya katılan tüm hastanelerde çalışan ortalama sağlık personeli sayılarının dağılımı

**Tablo 14:** Araştırmaya katılan hastanelerde yabancı dil bilgisine göre hastane sayısı ve sağlık personeli olarak çalışanların sayılarının dağılımı

**Tablo 15:** Araştırma kapsamındaki hastanelerin türüne göre akreditasyon belgesi olma durumunun dağılımı

**Tablo 16:** Araştırma kapsamında akredite olan hastanelerin türlerine göre sahip oldukları akreditasyon belgelerinin ayrıntılı dağılımı

**Tablo 17:** Bir yıl içinde tedavi amacıyla gelen hasta sayıları ve hastaların geldikleri ülkelere göre hastane sayıları

**Tablo 18:** Araştırmaya katılan hastanelere gelen yıllık hasta sayılarının diğer seçeneğinde verilen cevaplara dağılımı

**Tablo 19:** Araştırmaya katılan hastanelere gelen yabancı hastaların hastaneler ile iletişim kurma araçlarının dağılımı

**Tablo 20:** Araştırmaya katılan yöneticilerin Türkiye’de medikal turizm sektörünün mevcut durumu ve geleceğine dair ifadeler hakkındaki görüşlerinin dağılımı

**Tablo 21:** Araştırmaya katılan hastanelere ait medikal yeterlilik, yasal durumlar, sosyal faktörler ve kolaylaştırıcı / tanıtıcı faktörler puanlarının dağılımı

**Tablo 22:** Araştırma kapsamındaki hastanelerin mülkiyet türlerine göre medikal yeterlilik, yasal durumlar, sosyal faktörler ve kolaylaştırıcı / tanıtıcı faktörler puanlarının karşılaştırılması

**Tablo 23:** Araştırma kapsamındaki hastanelerin akreditasyon belgelerinin olma durumlarına göre medikal yeterlilik, yasal durumlar, sosyal faktörler ve kolaylaştırıcı / tanıtıcı faktörler puanlarının karşılaştırılması

## **ÖZET:**

### **TÜRKİYE’DE MEDİKAL TURİZM İÇİN MODEL ÖNERİSİ**

**Öğrencinin Adı:** Okan Cem KİTAPÇI

**Danışmanı:** Prof. Dr. Gülnaz Nural BEKİROĞLU

**Anabilim Dalı:** Hastane İşletmeciliği

Sağlık hizmetlerinde artış gösteren fiyatlar, ülkelerdeki tedavi olmak için uzun bekleme süreleri, insanlardaki sağlık bilincinin artması gibi nedenlerle insanlar alternatif yollar aramaya başlamışlardır. Bu unsurların etkisi ile sağlık ve turizm kavramlarını birleştiren medikal turizm kavramı ortaya çıkmıştır.

Araştırmanın amacı Türkiye’nin Medikal turizm sektöründeki avantaj ve dezavantajlarının tespiti, yabancı hastalara hizmet sunumu yapan kurumların yöneticilerinin medikal turizm kavramı hakkındaki algılarının belirlenmesi amaçlanmıştır.

Bu tanımlayıcı araştırmada 20 özel hastane ve 4 devlet hastanesi olmak üzere 24 hastane yöneticisi ile görüşülmüştür. Araştırmaya katılan hastanelerin, türlerine ve kalite belgesi olma durumuna göre medikal yeterlilik, yasal durumlar, sosyal faktörler, kolaylaştırıcı ve tanıtıcı faktör puanları arasında anlamlı herhangi bir farklılık saptanmamıştır.

Genel olarak araştırmaya katılan yöneticilerin, özellikle akredite olmuş kurumların sayısal yeterliliği, hedef ülkelere sağlanacak vize kolaylığı ve malpraktis gibi yasal konularda yeterli algılarının olduğu düşünülmektedir. Ancak diğer önemli bir konu da, turist sağlığı ve medikal turizm kavramları arasındaki farkın doğru anlaşılmadığıdır. Medikal turizmin sağlıklı gelişebilmesi için bu farkın doğru algılanması ve gerekli öneri ve düzenlemelerin yapılması gerekmektedir.

**Anahtar Kelimeler:** Medikal Turizm, Sağlık, Turizm, Turist Sağlığı, Medikal Turizm Modeli

## **SUMMARY**

### **MEDICAL TOURISM IN TURKEY: A MODEL SUGGESTION**

Name: Okan Cem KİTAPÇI

Supervisor: Prof.Dr.Gülnaz Nural BEKİROĞLU

Division: Hospital Management

In the frame of factors such as increasing in health services costs, long waiting times for treatment, and health literacy in society have created a demand for alternatives. Therefore, medical tourism phenomenon which consists of both medical and tourism has emerged.

The aim of the study was to evaluate advantages and disadvantages relating to medical tourism in Turkey and determine perceptions of hospital managers about medical tourism.

In the descriptive study, 24 hospital managers participated. The 20 hospital managers of them in the private hospitals and the 4 hospital managers were in the public hospitals. No significant differences were seen in medical qualification, legal issues, social factors, facilitative and promotional scores of hospitals compared to type of the hospital and having any quality accreditations.

Generally, perceptions of the hospital managers were satisfactory relating to legal issues such as number of sufficient accredited institutions, facilitating visa procedures for target countries, malpractice and so on. Moreover, the other important issue is uncorrect perception about difference between tourist healthcare and medical tourism. In order to improve and develop medical tourism properly this difference should be paid attention.

**Key Words:** Medical tourism, Health, Tourism, Tourist Healthcare, Medical Tourism Model

## **GİRİŞ:**

Dünya genelinde ulaşım teknolojilerinin gelişiminin insanlara zaman ve serbest dolaşım özgürlüğü sağlaması, ülkeler arasındaki sınırları daha az belirgin hale getirmiş ve karşılıklı bağımlılıkları güçlendirmiştir. Sınırların daha az belirgin hale gelmesinde ki bir diğer önemli teknolojik gelişme de internettir. İnternet küresel bilgi paylaşımını hızlandırmış, bu sayede birçok ülkeyi ziyaret etmeden o ülkeler hakkında bilgi sahibi olmak, yeni kültürleri tanımak olası hale gelmiş ve bunun bir sonucu olarak seyahat etmek isteyen insan sayısı ve turizm faaliyetleri artmıştır.

Ayrıca 1980'lerden itibaren dünyada serbest piyasa ekonomisi kavramı giderek daha fazla benimsenmeye başlamış; mal, sermaye, hizmet ve işgücünün ülkeler arasındaki serbest dolaşımını sağlayan faaliyetler ağırlık kazanmıştır. Dünyanın yaşamakta olduğu bu hızlı değişim, tüm sektörlerde olduğu gibi turizm sektörünü de etkilemiştir. Küreselleşme olgusu, AB gibi bölgesel bütünleşme hareketleriyle güçlenmiş, bunun sonucu olarak da tüm alanlarda olduğu gibi turizm sektöründe de çeşitli gelişmeler meydana gelmiş ve yeni turizm çeşitlerinin ortaya çıkmasına neden olmuştur.

Küreselleşmenin, dolayısıyla iletişim ve ulaşım teknolojilerinin gelişiminin sonucu olarak ortaya çıktığını söyleyebileceğimiz yeni turizm çeşitlerinden bir tanesi de medikal turizm olgusudur. Medikal turizmi; ülke sağlık sistemlerinde yaşanan ve tedaviye ulaşmadaki uzun bekleme süreleri ile yüksek maliyetlerle alınan sağlık hizmetindeki kalite sorunları ve yeni teknolojik tedavilere ulaşma gereksinimi gibi nedenlerle, hastaların başka ülkelere tıbbi amaçla yaptıkları seyahatler olarak tanımlayabiliriz (Yıldırım, 2006).

Medikal turizm sektörünü oluşturan etkenler içinde ilk sırayı; ülkeler arasındaki sağlık hizmeti fiyatlarında ki farklılıklar almaktadır. Bu fiyat farkları, hastaya tedavi için gidilen bölgeye göre kimi zaman % 50 ile % 80'e varan maliyet tasarrufu sağlamaktadır. Örneğin, Amerika Birleşik Devletlerinde tüp bebek tedavisi 15-16 bin dolarla yapılırken Türkiye'de ise aynı işlem 2 bin 600 dolara yapılabilmektedir (İçöz, 2009). Bazen ise; tedavinin ucuzluğundan çok, ileri teknolojik tedavi yöntemleri medikal turizm açısından ilk tercih nedeni olmaktadır. Kanser hastalarının tedavileri

için A.B.D’ deki MD Anderson Kanser Merkezini tercih etmeleri bu duruma örnek olarak verilebilir.

Her ne kadar medikal turizm sektörünün gelişmesinde tedavi fiyatlarında ki ucuzluk önemli bir etken olsa da, sektörün gelişmesini tetikleyen diğer bir etken de uluslar arası kalite belgesi almış hastanelerin dünya genelinde ki artışıdır. Örneğin, sağlık kuruluşlarındaki güvenlik ve bakım standartlarını eğitim ve denetimlerle arttırmayı amaçlayan Amerika’daki Uluslararası Birleşik Komisyon JCI (Joint Commission International) çoğunluğu İspanya, Brezilya, Suudi Arabistan, Türkiye ve Birleşik Arap Emirlikleri’nde bulunan 200’den fazla yabancı sağlık tesisini resmen akredite etmiştir (İçöz, 2009). Dünya genelindeki, JCI (Joint Commission International) akreditasyon belgeli bu hastanelerin 46 tanesi ise Türkiye’ de bulunmaktadır. ([www.jointcommissioninternational.com](http://www.jointcommissioninternational.com) 2014).

Medikal Turizm sektöründe Türkiye, JCI akreditasyon belgeli hastanelere ve kaliteli sağlık alt yapısına sahip olmasının yanı sıra coğrafi konumu, tarihi, doğal ve kültürel zenginlikleri ile de ön plana çıkmaktadır. Bütün bu avantajlarının etkin ve doğru kullanımı ile Türkiye, yabancı hastalar için cazibe merkezi ülkeler arasındaki yerini daha üst sıralara taşıyabilir ve medikal turizm pazarındaki mevcut payını daha da arttırabilir.

Bu bilgiler ışığında; *Türkiye’de medikal turizm, bir model önerisi* adlı tez çalışması beş bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde; turist, turizm, kavramı ve çeşitleri genel çerçevede ele alınarak incelenmiştir.

İkinci bölümde ise, sağlık turizmi kavramına genel olarak değinilmiş, alt kolları olan yaşlı, engelli turizmi ve kaplıca turizmi kavramları açıklanıp, araştırmanın ana konusu olan medikal turizm olgusunun dünya da ki mevcut durumu, örnekleri ve işleyişi incelenmiştir. Sağlık turizmi kavramını oluşturan yaşlı ve engelli turizmi ve kaplıca turizmi gibi diğer alt kollar tezin içeriğini oluşturmadığı için ayrıntılı olarak incelenmemiştir.

Üçüncü bölümde ise; Türkiye’nin medikal turizm sektöründe ki mevcut durumu ele alınmış, ayrıca Türkiye’nin medikal turizm altyapısı, konu ile alakalı ne gibi yasal

düzenlemelerin olduğu veya olması gerektiği, sektörün T.C. vatandaşlarına getirebileceği olumsuzluklar, mevcut tanıtım faaliyetlerinin durumu gibi konular ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

Dördüncü bölümde ise; araştırmanın örneklemini oluşturan İstanbul'daki medikal turizm konusunda faaliyet gösteren 20 özel hastanenin ve 4 devlet hastanesinin yöneticilerine uygulanan algı ve bilgi anketinin sonuçları değerlendirilmiştir.

Beşinci bölümde ise; Türkiye'de medikal turizm için bir model önerisinde bulunulmuştur.

Bu çalışmanın amacı; İstanbul'da medikal turizmin yapıldığı hastanelerin yöneticilerine uygulanan bilgi ve algı anketi aracılığı ile elde edilen verilerin ışığında, Türkiye'nin medikal turizm pazarında ki yerini belirlemek ve payının arttırılmasına yönelik bir model önerisi sunmaktır.

## **GENEL BİLGİLER:**

### **1. Turizm, Turist Kavramı ve Turizm Çeşitleri:**

#### **1.1. Turizm Kavramı:**

Turizm kavramı ilk olarak 1905 tarihinde Guyer ve Feuler tarafından ortaya atılmış, ve bu tarihten sonra bir çok yazar ve araştırmacı tarafından turizm kavramı için değişik tanımlar yapılmıştır.

Bu araştırmacılardan biri de Avusturyalı ekonomist Hermann Von Schullar'dır. Kendisi 1910 yılında turizmin ekonomik yönü üzerindeki araştırmaları başlatan ilk kişidir. Von Schullar'a göre turizm; başka bir ülkeden, şehir veya bölgeden yabancıların gelmesi ve geçici süre kalma hareketiyle ortaya çıkan ekonomik faaliyetlerin tümüdür (Staffieri,2010). Bir başka ekonomik yönlü turizm tanımı ise Edmood Picard tarafından yapılmış ve yazar turizmi; ülkeye yabancı döviz kaynaklarının akmasını sağlamak ve turist harcamalarının ekonomiye yaptığı katkı olarak tanımlamıştır (Staffieri,2010).

Ekonomik yönlü turizm tanımlarının dışında turizm kavramını psikolojik bir ihtiyaç olarak tanımlayan ve her insanda değişik derecelerde bulunan kaçma ve uzaklaşma isteklerinden ortaya çıkan psikolojik kaynaklı bir yer değiştirme faaliyeti olarak açıklayan kişi ise M Meyer olmuştur (Staffieri,2010).

Diğer bir psikolojik yönlü turizm tanımı ise; hızlı sanayileşme ve şehirleşme içerisinde, beden ve ruh sağlığı açısından dinlenme, kendini yenileme ve zenginleştirme gereksinimini karşılayan sosyal, kültürel ve beşeri bir hizmet, şeklinde yapılmıştır (Varlık ve ark, 2010).

Dünya Turizm Örgütü ve Birleşmiş Milletler ise daha genel ve günümüz şartlarına uygun bir tanım yaparak turizmi; insanların, iş, eğlence veya diğer amaçlar doğrultusunda normal çevrelerinin dışında yerlere gitmesi ve takip eden bir yılı geçmeyen bir süre boyunca oralarda kalması olarak ifade etmişlerdir (Stephen, 2000).

Görüldüğü üzere yapılan bir çok farklı turizm tanımı bulunmakta ve her biri turizmi farklı yönleri ile ele alarak tanımlamaktadır. Günümüzde ki en kapsamlı ve doğru tanım Dünya Turizm Örgütü ve Birleşmiş Milletler tarafından yapılmış olsa da; turizmin ana unsurunun insan olması ve ayrıca teknolojik, sosyal, politik, ekonomik etkenler gibi bir çok faktörün bir araya gelmesiyle oluşmuş bir kavram olması sebebiyle tanımının da zaman içerisinde değişmesi ve çeşitlenmesi doğal karşılanmalıdır.

## **1.2.Turist Kavramı:**

Yukarıdaki turizm tanımlarında ki unsurları topluca kapsayan ve sonuçları itibariyle turizm kavramına paralel bir tarif yapmak gerekirse turisti şöyle tanımlamak mümkündür. Turist; para kazanmak amacı olmaksızın, dinlenmek ve eğlenmek için ya da kültürel, bilimsel, sportif, idari, diplomatik, dinsel, sıhhi ve benzeri nedenlerle devamlı olarak yaşadığı, oturduğu yerlerden geçici olarak ayrılan ve tüketici olarak belirli bir süre seyahat edip devamlı kalış şekline dönüşmeyen ve kaldığı yerden tekrar ikamet yerine dönen kimsedir (Baltaş, 2007).

Bir başka tanımda ise turist; bir ülkeye en az 24 saatlik bir süre kalmak için çeşitli nedenlerle gelenlerdir denmektedir. Bunlar da; dinlence, aile ilişkisi, sağlık vb. gibi nedenler için gelenler olabileceği gibi, bilimsel, yönetsel, diplomatik, dinsel, spor vb. gibi alanlardaki toplantılara veya konferanslara katılmak için veya uğraşı konuları bu alanlara giren kurumları temsil etmek için gelenler, iş için gelenler ve kalışları 24 saatten az sürse bile deniz yolu ile gelenler olarak sıralanmıştır. Ayrıca yukarıdaki nedenlerle iç turizm tanımı çerçevesinde ülke içinde bir yere en az 24 saat kalmak için gelenler de turist tanımına girmektedir (Chew, 2010).

Kısaca özetlemek gerekirse turist; “ticari kazanç elde etmek dışındaki faaliyetler için devamlı ikamet ettiği yerin dışında başka bir bölgeye kısa veya uzun mesafeli seyahat eden ve en az 24 saat kalan kişidir” denilebilir.

Yukarıda ki turizm ve turist tanımlarında da görüldüğü üzere kavramlar zaman içerisinde ekonomik, sosyal ve teknolojik etkenler gibi nedenlerle değişen yaşam alışkanlıklarına uyum sağlamış ve çeşitlenmiştir. Aşağıda ki bölümde ise günümüz

insanların yaşam alışkanlıkları ile şekillenen ve çeşitlenen turizm türleri incelenecektir.

### **1.3.Turizm Çeşitleri:**

Turizm çeşitlerini; katılanların sayısına, yaşlarına, sosyo-ekonomik durumlarına ve katılım amaçlarına göre dört ana grupta inceleyebiliriz.

**1.3.1. Katılan Kişi Sayısına Göre Turizm Çeşitleri:** Katılan kişi sayısına göre turizm çeşitlerini 3 grupta toplanabilir.

**1.3.1.1. Bireysel Turizm:** İnsanların yeni yerler görmek, macera aramak veya buna benzer nedenlerle grup haline gelmeden tek başına ya da sadece aile fertleri ile yaptıkları turizmdir.

**1.3.1.2. Kitle Turizmi:** Geniş gruplarla yapılan kitle turizmi önceden organize edilmiş bir ulaştırma aracı ile, her şey dahil (seyahat, yeme-içme, konaklama, transferler ve diğer hizmetler) tek bir fiyatla satılan paket turlara toplu gruplar halinde katılanların seyahatleridir. Günümüzde modern turizm hareketi kitle turizmine dayanır.

**1.3.1.3.Grup Turizmi:** Çeşitli sosyolojik grupların turizme birlikte katılmaları söz konusudur. Katılan kişi sayısı sınırlandırılmıştır. Kişilerin sayılarının belirli bir rakamla sınırlı olması ve grupların süreklilik göstermesi yönüyle kitle turizminden ayrılmaktadır (Hayta, 2008). Bu çeşit turizm faaliyetlerine Umre ve Haç için yapılan seyahatler örnek gösterilebilir.

### **1.3.2.Katılanların Yaşlarına Göre Turizm Çeşitleri:**

Katılanların yaşlarına göre turizm çeşitlerini 3 ana grupta inceleyebiliriz;

**1.3.2.1.Gençlik Turizmi:** 15–24 yaş arasındaki bireylerin diğer aile yakınları olmaksızın turizme katılmalarıdır. Gençlerin turistik hareketlere katılma düzeyi diğer yaş gruplarına nazaran daha yüksektir. Genç insanlar yapıları itibari ile harekete, maceraya ve değişime daha açıktır. Gençlerin aile bağlarının ve sorumluluklarının az olması ve konaklama yerlerinin seçiminde de çok fazla titiz davranmamaları bu yaş

grubundakilerin seyahat eğilimini artırmaktadır (Hayta, 2008). Ayrıca genç turistlere sağlanan indirimler ve Interrail gibi Avrupa'ya düzenlenen tren seferleri çok ucuz fiyatlara birçok ülkeyi görme olanağı sağlamaktadır.

**1.3.2.2.Orta Yaş (yetişkin) Turizmi:** Çoğunlukla 25 – 60 yaşları arasında olan insanların turizme katılmaları ile oluşan turizm çeşididir. Bu kesimin seyahat zamanı ve şekli çalışma koşullarından etkilenmekte ve turizme katılma zamanları genellikle yaz aylarına denk gelmektedir. Bu grubun gezi şekli ve zamanını; aile fertlerinin okul, çalışma zamanı gibi koşulları belirlemekte ve genellikle yaz aylarında turizm faaliyetine katılabilmektedirler. Bu yaş grubundakiler daha çok kendi araçlarıyla ve uzun süreli tatili tercih ederler.

**1.3.2.3.Üçüncü Yaş Turizmi:** Genelde 60 yaş ve üzerindeki insanların gerçekleştirdikleri turizm şeklidir. Bu yaş grubundakiler doğal güzellikler, sakin ve huzurlu bir ortamın yanı sıra insan doğasından kaynaklanan sağlık sorunları nedeni ile organizasyonlarda sağlık hizmetlerine de ihtiyaç duymaktadırlar (Hayta, 2008). Örneğin, Bursa İlinin Şifalı termal su kaynakları, denizi, gölleri, şelaleleri, yaylaları, ormanları, yürüyüş parkurları, temiz havası, suyu, köyleri gibi doğal zenginlikleri Üçüncü Yaş Turizmi için bu İli önemli bir merkez yapacağı düşünülmektedir ([www.bursatanitim.gov.tr/11.03.2014](http://www.bursatanitim.gov.tr/11.03.2014)).

### **1.3.3.Katılanların Sosyo-Ekonomik Durumlarına Göre Turizm Çeşitleri:**

Katılanların sosyo-ekonomik durumlarına göre turizm çeşitlerini 2 ana grupta inceleyebiliriz;

**1.3.3.1.Sosyal Turizm:** İşçi, memur, genç, sakat, küçük ticaret sahipleri gibi ekonomik güçleri az ya da sınırlı olan özel bir kesimin katıldığı turizm olayıdır. Bu tür gruplar seyahat edebilmek için çalıştıkları kurumlardan ya da üyesi oldukları dernekler tarafından desteğe ve olanaklara ihtiyaç duyarlar. Bu çeşit turizm faaliyetlerine kamplar, bankaların veya devlet kurumlarının sosyal tesisleri örnek verilebilir.

**1.3.3.2.Lüks Turizmi:** Yüksek gelir gruplarına özgü olan turizm biçimidir. Bu tür grupların en fazla itibar ettikleri turizm türleri arasında av turizmi, yat turizmi ve kumar turizmi başta gelir (Hayta, 2008).

### **1.3.4.Katılanların Amaçlarına Göre Turizm Çeşitleri:**

Katılanların amaçlarına göre turizm çeşitlerini 8 ana grup olarak inceleyebiliriz.

**1.3.4.1.Dinlenme ve Eğlence Turizmi:** Genelde 1-3 haftalık kalışları içeren ve kalış süresi boyunca çeşitli turları yapmaya olanak veren turizm şeklidir. Turistik hareketin büyük ve en önemli kısmını oluşturur. Dinlenme ve eğlence turizmi; insanların boş zamanlarında yapmak istedikleri şeyleri, örneğin yaz döneminde deniz ve güneş gibi doğal güzelliklerden faydalanmanın yanısıra golf oynamak gibi kişisel hobiler veya ilgi alanları ile ilgili aktiviteleri yaptıkları turizm faaliyeti olarak tanımlanabilir.

**1.3.4.2.Kış Sporları Turizmi:** Kayak merkezlerine münferit veya paket tur şeklinde düzenlenen kayak turlarıdır. Mevsim şartları düşünülerek özel donanımlı konaklama tesisleri ve ulaşım içerir.

**1.3.4.3.Tur (tur paketi ile yapılan turizm):** Bir turistik yörede veya ülkede tercüman ve rehber eşliğinde yapılan ve o bölgenin çeşitli turistik merkezlerinin bir program eşliğinde görülmesine olanak sağlayan organize programlardır.

**1.3.4.4.Sağlık Teması İçeren Turizm Çeşitleri:** Kendi yaşadığı yerden başka yerlere sağlık amacı ile seyahat eden insanların oluşturduğu turizmdir (Ross, 2001).

Bir başka deyişle kişinin kendi yaşadığı yerden başka yerlere yaptığı seyahatlerde sağlık olgusunun bulunduğu bir turizm çeşitidir.

Cohen (2006), ziyaret ettikleri ülkede herhangi bir tıp hizmetinden yararlanmayan turistleri ya da ziyaretçileri sadece turist şeklinde tanımlarken, sağlık teması içeren turizmde ise; turistleri ya da ziyaretçileri 4 temel kategoride gruplandırmıştır. Bunlar;

**a)Tatilde tedavi edilen turist:** Seyahati sırasındaki rahatsızlanma ya da kaza nedeni ile tıp hizmeti ve tedavi gören turistlerdir. Örneğin, tatili sırasında yediği yemekten rahatsızlanan bir turistin en yakın hastaneye giderek sağlık hizmetini kullanması olarak açıklanabilir.

**b)Tatil ve tedavi amaçlı turistler:** Bu turistler ziyaret ettikleri ülke ya da bölgeye tam anlamı ile tıbbi nedenlerle gitmezler, ancak ziyaret ettikleri bölgede bazı rahatsızlıkları için tedavi olanaklarının olması tatil için o ülke ya da bölgeyi tercih etme nedeni olmaktadır. Diğer bir deyimle, bu turistler tatilde tedaviyi amaçlar. Bir turistin ülkesinde pahalı olan bir sağlık hizmetini alabilmek için aynı hizmeti daha uygun koşullarda alabileceği ülkeyi tercih etmesi olarak açıklanabilir. İngiltere'den hem ağız diş sağlığı hizmetlerinden faydalanmak hem de tatil amaçlı turistlerin ülkemize gelişi örnek olarak gösterilebilir.

**c)Tatil yapan hastalar:** Bu ziyaretçiler esasen bir bölgeye tedavi amaçlı giderler, ancak iyileştikten sonra, ya da tedavi sonrası gittikleri bölgede tatil de yapan ziyaretçilerdir. Örneğin, saç ekimi tedavisi için gelen bir turistin tedavisinin bitiminde gittiği ülkedeki tatil olanaklarından da faydalanması olarak ifade edilebilir.

**d)Sadece hastalar:** Bu gruptaki turistlerin bir bölgeye gidiş amaçları yalnızca o bölgede tedavi olmak ya da operasyon geçirmektir. Tatil gibi bir amaçları yoktur ( T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010).

Medikal turistleri oluşturan bu gruptaki hastalar ileride daha detaylı olarak sağlık turizmi konusu içerisinde ele alınmıştır.

**1.3.4.5.Kültür Turizmi:** Kültür ve sanat faaliyetlerinin turizme hareket kazandırdığı bilinmektedir. Ayrıca kendi meslek dallarında yenilikleri izlemek, ilgi ve tecrübe alışverişinde bulunmak için seyahat edenlerde kültür turizmi yapan turistlerdir.

**1.3.4.6.Paket Şehir Turları:** Bunlar genellikle kültür, merak, spor veya dini amaçlı olabilen turlardır. Hedefler büyük başkentler ve tarihi merkezlerdir. Genellikle kısa süreli turlardır.

**1.3.4.7.İnanç Turizmi:** Mukaddes sayılan Hac merkezlerinin uluslararası turizm hareketine neden oldukları tarih boyunca bilinmektedir. Hac turizmi genellikle özel tarihlerde yapılır. Müslümanlar için Mekke ve Medine, Museviler için Kudüs, Hıristiyanlar için ise başta Roma, Vatikan olmak üzere, Türkiye Efes'deki Meryem Ana Kilisesi ve ayrıca Fransa, İspanya gibi ülkelerde ki bazı merkezler hac merkezlerinin önemli olanlarıdır.

**1.3.4.8.Kongre Turizm:** Her kongre bir turistik hareket nedenidir. Her yıl giderek artan kongre organizasyonları bu turizm şeklinin geleceğinin de oldukça parlak olduğunu göstermektedir (Hayta, 2008).

## 2. Sağlık Turizmi ve Çeşitleri:

Araştırmanın bu bölümünde ise sağlık ve turizm kavramlarının birleşmesinden oluşan sağlık turizmi olgusu ve çeşitleri incelenecektir.

Sağlık Turizmi; “Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon gereksinimi olanlarla birlikte uluslararası hasta potansiyelini kullanarak sağlık kuruluşlarının büyümesine olanak sağlayan bir turizm türü” olarak tanımlanabilir (T.C. Turizm Bakanlığı, 2001).

Bir başka tanımında ise; seyahat etmek suretiyle ikamet ettiği yerleşmenin dışında konaklayarak sağlığını korumayı veya yeniden kazanmayı amaçlayan insanların gerçekleştirdiği turizm çeşididir denmektedir (Kiremit,2008).

Bu tanımların ışığında, sağlık turizmi kapsamında değerlendirilebilecek turizm çeşitlerine açıklık getirmek için temel unsur olan sağlık kavramı incelendiğinde ise, öncelikle “fiziksel olarak herhangi bir hastalığı olmayan kişi sağlıklıdır” şeklinde son derece yalın bir ifade ile karşılaşılmaktadır. Günümüzde ise kabul görmüş tanımı ile sağlık; sadece fiziksel bir hastalığın veya maluliyetin olmayışı değil, aynı zamanda zihnen ve sosyal yönden de tam bir huzur ve iyilik içinde olma durumu şeklinde ifade edilmektedir (Baltaş, 2007).

Görüldüğü üzere sağlık kavramı günümüzde bütüncül bir yaklaşımla ele alınmakta, dolayısıyla geniş kapsamlı sağlık kavramının etkisiyle sağlık turizmi de bir yanda medikal turizm kavramı ile karıştırılmakta diğer yandan da termal turizm ve SPA-Wellness gibi faaliyetlerle basite indirgenmektedir. Gerek medikal turizm gerekse SPA-Wellness de buna dâhil olmak üzere, termal turizm ile ileri yaş ve engelli turizm kavramları, sağlık turizminin alt bileşenlerini oluşturmaktadır. Bu açıdan bakıldığında sağlık turizmi yalnız medikal veya termal turizm olmayıp bütün bunların bir araya gelerek oluşturdukları bir üst kavram olarak anlaşılıp türevlerinin de buna göre tanımlarının yapılması daha doğru olacaktır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010).

Bu kavram kargaşasını aydınlatmak amacı ile Sağlık Turizmi kapsamına dahil hizmetleri 3 ayrı bölümde inceleyebiliriz.

### **2.1.Yaşlı ve Engelli Turizmi:**

Yaşlı ve engelli turizmi, 60 yaş üzeri veya herhangi bir bedensel engeli olan kişilerin sağlık hizmeti almak için başka bir ülkeye seyahatidir (Aydın,2008).

İleri yaş ve engelli turizmi özellikle 65 yaş ve üzeri insanların özellikle son 20, 30 yılda artan yaş ortalamalarına paralel olarak bakım gerektiren tedavilerini kapsayan bir sağlık turizmi çeşididir (Aydın ve ark, 2011).

### **2.2.Kaplıca Turizmi:**

Dinlenmek, rahatlamak ve kendini daha iyi hissetmek amacıyla yurtiçinde veya yurtdışında konforlu ortamlarda geniş otelcilik hizmetleriyle birlikte kaplıcalardan faydalanmak üzere tıbbi olarak gerekliliği raporla belirlenmiş kaplıca tedavileri bu tanım altında yer almaktadır.

Turizm Bakanlığınca (1993) termal turizm; termal suların, çamurların, kaynağın çevresindeki iklim ve doğa şartlarının beraberinde getirdiği faktörlerin, uzman hekimler eşliğinde, fizik tedavi, rehabilitasyon ve egzersiz, psikoterapi, diyet gibi tedavilerle koordineli yapılan kür uygulamalarını kapsayan turizm hareketi” şeklinde tanımlamıştır (Aydın ve ark, 2011).

### **2.3.Medikal Turizm:**

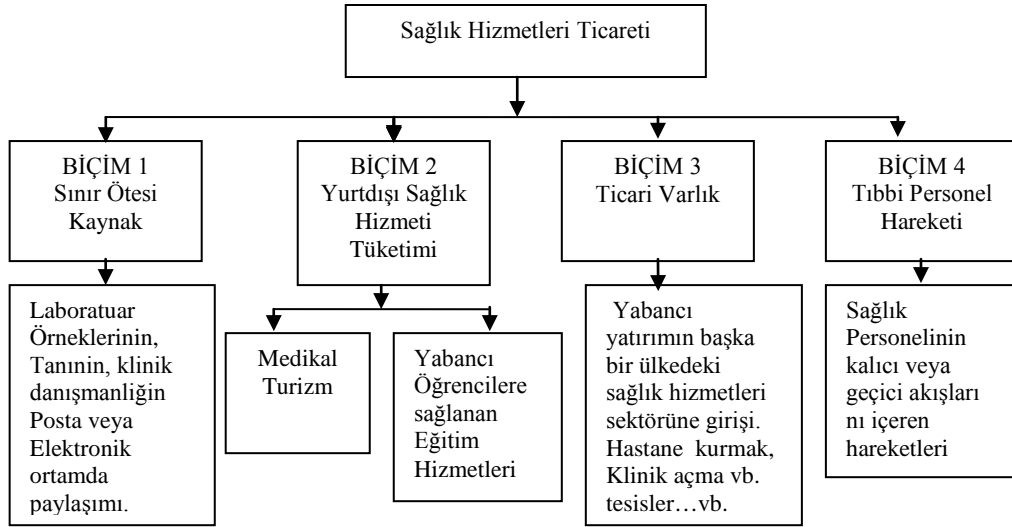
Sağlık turizmi kavramının diğer bir alt kolu olan medikal turizm ise; bir ülkeden diğer ülkeye cerrahi veya özel uzmanlık gerektiren tıbbi müdahaleleri içeren uygulamalara ihtiyaç gösteren hastalara özellikle maliyet etkin özel tıbbi bakım verilmesi maksadıyla turizm endüstrisi ile yapılan bir işbirliğidir (Kiremit,2008).

Ayrıca medikal turizmde; insanlar uzun mesafedeki ülkelere, bölgelere tıbbi bir tedavi alabilmek için seyahat etmelerinin yanı sıra bir de tatil yapabilme fırsatı da bulurlar (Aydın ve ark, 2011).

Connell'e göre ise medikal turizm; hastaların ameliyat olmak için deniz aşırı yaptıkları seyahatlerdir. Connell bu seyahatlerin nedenlerini, hastanın kendi

ülkesindeki ameliyatlara kıyasla daha az maliyetli olması, kısa bekleme süreleri, gidilecek yerdeki yeni teknolojiler ve en az kendi ülkelerindeki kadar yetenekli sağlık personeli, ucuz ulaşım bedelleri ve internet pazarlaması gibi etkenler olarak sıralanmıştır. Özellikle de plastik cerrahinin medikal turizm alanında hızla büyüyen bir sektör haline geldiğini ifade etmektedir (Conell,2005).

Yukarıda sayılan nedenlerin dışında medikal turizmin gelişimini sağlayan etkenler arasında en temel olanı, ülkeler arası hizmet ticaretine serbestlik getiren antlaşmalar olarak gösterilebilir. Bu antlaşmalardan bir tanesi de Genel Hizmet Ticaret Antlaşmasıdır (GTAS). İlk kez 1974 yılında kabul edilmiş ve tüm hizmet alanlarının serbest piyasaya açılmasını hedeflemiştir. Hizmet ticaretinin sağlık hizmetlerini de kapsamı sebebiyle sağlık hizmetleri de serbestleşmiştir (Ekinci,2008). Şekil 1 de görüldüğü üzere Genel Hizmet Ticaret Antlaşmasında (GTAS) sağlıkta sunulabilecek hizmetler 4 ayrı biçimde tanımlanmıştır.



**Şekil 1:** Sağlık Hizmetleri Ticaretinde Kaynaklar (ECLAC Washington, D.C., Mart 2010)

Şekil 1’ de görüldüğü üzere, Sağlık Hizmeti Ticareti 4 biçim şeklinde tanımlanmıştır. Biçim1’de laboratuvar örnekleri, tanının ve klinik bulguların elektronik ortamda paylaşılması sınır ötesi kaynaklar olarak açıklanmaktadır. Biçim 3’de ise ticari varlık olarak yabancı bir ülkede hastane, klinik açmak gibi yatırımlar belirtilmektedir. Sağlık Personelinin kalıcı veya geçici akışlarını içeren hareketleri ise, biçim 4’de tıbbi personel hareketliliği olarak açıklanmaktadır. Medikal turizm ise;

Sağlık Hizmetleri Ticaretinin 4 biçim şeklindeki tanımlarının arasında, kişilerin sağlık hizmetini tüketmek için hizmet sunulan ülkeye hareketini içermesi nedeniyle biçim 2'nin altında konumlandırılmıştır (ECLAC,2010).

Medikal turizm sağlık turizminin alt bir kolu olarak; göz kusurlarını giderici ameliyatlar, kalp ameliyatları, estetik cerrahi, diş cerrahisi gibi acil sağlık hizmetleri kapsamında olmayan Tedavi Edici Sağlık hizmetlerini kapsamaktadır. Böylece sağlık turizminin alanında bulunan rehabilitasyon hizmetlerine dahil tedavilerde yer alan diyaliz, yaşlı bakım programı gibi diğer rehabilitasyon hizmetleri veya masaj, bitkisel ve termal tedaviler gibi sağlığı geliştirici ve tamamlayıcı hizmetler, medikal turizm kavramının içinde yer almamaktadır (Connell,2005). Bu nedenle Sağlık turizminin diğer bileşenlerini oluşturan, Yaşlı, Engelli Turizmi ve Termal Turizm bu tezin kapsamı dışında kaldığından tezde yer verilmemiştir.

### **2.3.1. Medikal Turizm Sektörünün Gelişimini Sağlayan Nedenler ve Sektörde Yaşanan Olumsuzluklar:**

Sağlığını geliştirmek veya daha iyi ve zinde olmak için seyahat etmek yeni bir olgu değildir. Sağlık Turizminin tarihine baktığımızda, Avrupa da Neolitik ve Bronz çağlarında insanların mineral ve sıcak su için seyahat ettiklerini, 18. ve 19. yüzyıllarda ise kuzeyde yaşayan insanların yaşadıkları yerden güney Fransa' daki SPA (su ile gelen sağlık sanus-per-aquam) kasabalarına güneş ve termal tedavi için gittikleri görülmektedir. 19. yüzyılın sonunda ise, gelişmekte olan ülkelerde yaşayan zengin insanların kendi ülkelerinde bulamadıkları teşhis ve tedavi olanakları yüzünden o yıllarda tıbbi merkez olarak görülen Avrupa ve Amerika'ya gittiklerini görürüz. Günümüzdeki modern medikal turizm olgusunun geçmişi 10 – 15 yıl önceye dayanmaktadır. Son 10 – 15 yıldır ortaya çıkan medikal turizm olgusunda ise, hastaların gelişmiş ülkelere gitmelerinin yanısıra az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelere de sağlık hizmeti almak için gittikleri görülmektedir (ECLAC,2010).

Günümüz medikal turizm olgusunda görülen bu tersine hasta akışı akla bir soruyu getirmektedir; Neden gelişmiş ülkelerdeki insanlar tedavi olmak için az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkeleri tercih eder hale gelmişlerdir?

Bu soruya cevap olarak medikal turizm sektörünün oluşum nedenleri arasında ilk sırada yer alan dünyadaki küreselleşme süreci neden olarak gösterilebilir. Çünkü küreselleşme, ulusal sınırları göz ardı ederek yatırım ve üretim yapıldığı ve bu üretimin satıldığı yerlere doğru hareket etme sürecini içerir (Çeken ve Ateşoğlu, 2008).

21. yüzyılda turizm endüstrisi, dünyanın en büyük ve bacasız endüstrisi haline gelmiştir. Özellikle bölgesel bütünleşme hareketleriyle güçlenen küreselleşme olgusu diğer tüm alanlarda olduğu gibi turizm alanı için de yeni yaklaşımları ve değişimleri beraberinde getirmiştir. Turizm alanında ki küreselleşme, sınırların giderek ortadan kalkmasıyla, uluslararası yatırımların yaygınlaşması ve kültürler arasındaki etkileşimin güçlenmesi gibi sonuçları ortaya çıkarmıştır (Çeken ve Ateşoğlu, 2008).

Medikal Turizm sektörünü oluşturan etkenler arasında, küreselleşmenin bir sonucu olan elektronik posta (e-posta), internet, cep telefonu gibi bilgi iletişim teknolojilerini sayabiliriz. Çünkü potansiyel turistler oturdukları yerden dünyanın her yerine elektronik ortam sayesinde erişerek, sunulan hizmetleri inceleyebilir, fiyat karşılaştırmalarını yapabilir ve tedavi hizmetlerini derhal ve doğrudan kullanılabilmektedirler. İşte bu nedenlerden ötürü medikal turizm bu kadar güncel bir hale gelmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı,2010).

EHR (Electronic Health Record) sistemi potansiyel medikal turistlerin kendi ülkelerindeki doktorlar ile tedavi olacakları yabancı ülkedeki doktorlar tarafından ön sağlık durumlarının değerlendirilmesi için iletişimlerini sağlayan elektronik bir tıbbi veri transferi sağlayıcısıdır. Bu sistem, teknolojinin medikal turizm sektörünün gelişmesindeki rolü ve etkisini göstermek açısından iyi bir örnek olarak verilebilir (ECLAC,2010). Elektronik sağlık kayıt sistemini kullanan ülkeler arasında ABD, İngiltere, Avustralya, Avusturya, Kanada, Ürdün, Danimarka, Estonya, Hollanda, Ukrayna ve Suudi Arabistan yer almaktadır. Ayrıca uluslararası elektronik sağlık kayıt bilgilerini kolayca paylaşabilmek için IMIA (International Medical Informatics Association) gibi uluslararası sağlık bilişimi kuruluşu, ülkeler arası veri paylaşımı standartlarını belirlemektedir. Böylelikle, hastalar sağlık kayıtlarına istedikleri yer ve zamanda ulaşabilmektedirler (Yu Chuan ve ark, 2012).

Medikal Turizm sektörünün oluşumunda etkili diğer bir faktör de akreditasyon kurumu olan Joint Commission International'dır. 1999 yılından bu güne kadar dünya üzerinde 39 ülkede 290'ın üzerinde ki hastaneyi akredite etmiştir (ECLAC, 2010). Bu tip uluslar arası akreditasyon kurumları sağlık hizmeti sektörüne belli bir standart getirdiği ve hastalar üzerinde güven yarattığı için medikal turizm gelişmektedir.

Örneğin; Hindistan'ın birinci medikal turizm organizatörü olan ve uluslararası JCI tarafından da akreditasyon sertifikasına sahip Apollo hastaneler grubunda (AHG) ise 2001 ile 2004 yılları arasında yaklaşık 60.000 medikal turiste tedavi hizmeti sunulmuştur (Zahra, 2011).

Medikal turizmin oluşumunda; teknolojik iletişim araçlarının gelişimi ve JCI gibi uluslararası akreditasyon kurumlarının sağlık hizmetlerinin kalitesini artırması temel etkenler olarak görülmektedir. Ancak tüm bunların yanısıra, ülkeler arasında tedavi ücretlerindeki ciddi fiyat farkları da ekonomik olarak hastaları sınır ötesi ülkelere tedavi olmaya yöneltmektedir. Özellikle cerrahi tedavilerde ciddi fiyat farkları bulunmaktadır. Örneğin, 2003 yılında kalbi delik olan küçük bir çocuğun ameliyatı ABD'de 70.000 \$ dolar olarak faturalandırılırken aynı ameliyat Hindistan'da sadece 4.400 \$ dolar olarak faturalandırılmaktaydı (Connell, 2005).

Ülkeler arası fiyat farklarını göstermek açısından aşağıda ki Tablo 1'in bilgileri çok önemlidir. Tablo 1'de görüldüğü üzere; 2006 yılı verilerine göre, kalp kapakçığı ameliyatı, ABD'de 160.000 \$ dolar gibi bir fiyata yapılırken aynı ameliyat Hindistan'ın en iyi hastanesinde 9 000 \$ dolara yapılabilir. Hemen hemen önemli ameliyatların tümünde böylesi ciddi fiyat farkları görülmektedir.

**Tablo 1.** 2011 yılı Amerika Birleşik Devletlerinde ve Hindistan'da ki tedavi fiyatları karşılaştırma tablosu

	Amerika Birleşik Devletleri	Hindistan
Kalp ByPass Ameliyatı	113.000 US \$	10.000 US \$
Kalp Kapakçığı Ameliyatı	150.000 US \$	9.500 US \$
Angioplasti	47.000 US \$	11.000 US \$
Kalça protez ameliyatı	47.000 US \$	9.000 US \$
Rahmin Ameliyatı (Hysterectomy)	20.000 US \$	3.000 US \$
Omurilik Ameliyatı (Spinal Fusion)	62.000 US \$	5.500 US \$
Diz Kapağı protez ameliyatı	48.000 US \$	8.500 US \$

(Sağlık Turizmi Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU 2013)

Medikal Turizmin gelişmesinde diğer önemli bir etken de, hastaların kendi ülkelerinde tedavi ve ameliyatlara için uzun süre beklemeleridir. Örneğin; İngiltere de diz kapağı ameliyatı için 18 ay beklenebilmektedir, oysa aynı ameliyat Hindistan da 1 haftada yapılabilmekte, hasta 10 gün gibi bir sürede sağlıklı bir şekilde ülkesine dönebilmektedir (Connell, 2005).

Ayrıca batılı ülkelerdeki bazı sağlık hizmetlerinin ( diş, kozmetik vb.) sosyal güvenlik sigortası kapsamı dışında bırakılması ve bu tip hastaların daha düşük ücretlerde tedavi alabilmek için ucuz hizmet sağlayan ülkelere gitmelerini mecbur hale getirmektedir.

Bunların yanısıra, küresel ekonomik kriz nedeniyle kişilerin ve ülkelerin her alanda tasarrufa gitmeleri daha ucuz ve kaliteli sağlık hizmetine olan talebi arttırmıştır. Ayrıca gelişmiş ülkelerde eğitim görmüş yabancı kökenli doktorların tekrar kendi ülkelerine dönmesi ile kalifiye sağlık personelindeki sayısal artış, medikal turizmi geliştiren önemli bir etken olarak görülmektedir.

Bununla birlikte yine küreselleşmenin etkisi ile tıbbi donanım üreten medikal sektör ve ilaç firmalarının yeni pazarlar arayışı ve yeni teknoloji satışının dünyanın geneline yayılması gibi etkenler de sektörü tetikleyen başlıca sebeplerdir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010).

Hastaları kendi ülkelerinin dışında tedaviye iten, daha açıkça medikal turizmin önünün açılmasındaki temel nedenler kısaca şöyle özetlenebilir;

- Küreselleşmenin bir sonucu olarak iletişim teknolojilerin (İnternet, Televizyon vb.) gelişimi ile hastaların bilgiye kolay ulaşabilmeleri, ucuz ulaşım ve konaklama olanakları gibi etkenlerin varlığı,

- Gelişmekte olan ülkelerdeki hastanelerin Uluslararası akreditasyon kurumlarına üye olmalarıyla sundukları sağlık hizmeti kalitesinin batılı ülkelerdeki ve ABD'deki sağlık hizmet kalitesini yakalaması,

- Aynı kalitede sağlık hizmetinin başka ũlkelerde çok daha ucuz fiyatlara satın alınabilmesi,
- Hastaların kendi ũlkelerindeki sağlık sisteminin talep edilen hizmete geç yanıt vermesi (tedavi ve ameliyatları için uzun bekleme sũreleri)
- ũlkelerin sosyal sağlık sigortalarının bazı sağlık hizmetlerini karşılamaması (diş, estetik vb)
- Az gelişmiş veya gelişmekte olan ũlkelerde bulunan doktorların ve yardımcı sağlık personellerinin ABD veya İngiltere gibi gelişmiş ũlkelerde eğitim almaları ve uluslar arası sertifikalara sahip olmaları ile hizmet kalitesinin artması,
- Medikal turizm sisteminin gelişmiş ũlkelerin sağlık sistemlerindeki sorunlara alternatif bir özũm yöntemi olması sayılabilir.

Yukarıda açıklananların yanı sıra, hastaların tedavi olmak için yabancı ũlkelerdeki tıp alanında çalışan bilim adamlarının hastalıkların tedavisi için buldukları ve geliştirdikleri yeni tedavi yöntemlerini denemek istemelerini, medikal turizmin tercih edilmesindeki bir başka neden olarak sayabiliriz.

Görüldüğü üzere medikal turizm sektörünü ortaya çıkaran pek çok etken bulunmaktadır. Sağlık günümüzde ki tanımıyla nasıl multidisipliner (Biyo-Psiko-Sosyal) bir alan olarak kabul görmekteyse, medikal turizm sektörü de, ũlkelerdeki tıp alanındaki yeni teknoloji uzmanlıkları ve buluşları, ekonomik göstergeler, iletişim teknolojilerinin gelişimi, turizm sektöründeki ucuz konaklama ve ulaşım hizmetleri gibi unsurların bir araya gelmesiyle oluşmuş multidisipliner bir sektör olarak kabul görmektedir.

Multidisipliner bir sektör olan medikal turizm, aynı zamanda gelişmiş ũlkelerden az gelişmiş ũlkelere kısa süreli denizaşırı tedavi amaçlı seyahat eden sağlık personellerini de içermesi nedeniyle çeşitli etik, politik, sosyal bir takım sorunlara da neden olmaktadır (Stephen, 2000). Örneğin, gelişmiş bir ũlkeden az gelişmiş ũlkeye

tıbbi amaçlı seyahat eden doktorlar, yanlış bir tıbbi uygulamada bulunmaları durumunda gittikleri ülkenin sağlık sistemine ekstra yükler getirebilirler.

Diğer bir sorunda, medikal turizm sektörünün gelişmesi ile ortaya çıkan politik problemlerdir. Sektörün gelişmesi sağlık politikaların da ikilem yaratabilmektedir; örneğin devlet yabancı hastalara en ileri teknolojileri sunmayı teşvik ederken, bir taraftan da kendi vatandaşının aynı oranda ve eşit olarak sağlık hizmetinden yararlanmasını sağlayamama durumuna düşmesi gibi (Matthias, 2010).

En tartışmalı medikal turizm faaliyeti ise organ nakli için olanıdır. Zira, çeşitli etik tartışma ve endişelere neden olmaktadır. İnsan vücudunun kutsallığı nedeniyle organ bağışının nasıl yapıldığı ve alınan organın nasıl kullanılacağı çeşitli soru işaretlerine neden olmaktadır. Bu sebeple bazı ülkeler kısıtlayıcı ve yasaklayıcı mevzuat ve politikalarla organ bağış ve erişimine sınırlamalar getirmiştir. Bu sınırlayıcı ve yasaklayıcı mevzuat düzenlemelerine rağmen bazı ülkelerdeki politika eksiklikleri veya mevzuat uygulama farklılıkları gibi etkenler yabancı hastalar için tetikleyici bir faktör oluşturmakta ve uluslararası organ nakli akışı da ne yazık ki artmaya devam etmektedir (Matthias, 2010).

Ayrıca Tayland gibi bazı ülkelerde ki, enfeksiyon vakaları ve HIV gibi hastalıkların görülme sıklığı gelişmiş ülkelere göre daha yüksektir (Dana ve ark, 2006). Medikal turistler, bu gibi yabancı ülkelerdeki tedavileri sırasında bu tip enfeksiyonlara maruz kalabilmekte ve bunun neticesinde kendi ülkelerinin sağlık sistemine ek maliyetler getirme olasılığı doğmaktadır. Bu duruma en son örnek olarak; 2012 yılının Ocak ayında Hindistan'ın batısındaki bir hastanede Talesemi (akdeniz anemisi) tedavisi gören 23 çocuğa kan nakli yapılırken AIDS hastalığına yol açan HIV virüsün bulaşması verilebilir.

([http://www.haber365.com/HaberAjans/Hindistanda\\_Saglik\\_Skandali/](http://www.haber365.com/HaberAjans/Hindistanda_Saglik_Skandali/) 18.02.2012)

Medikal turistlere tedavi hizmeti sunan ülkelerde, taşrada çalışan nitelikli sağlık çalışanlarının sunulan cazip tekliflerle metropolitan şehir merkezlerinde çalışmayı tercih etmesi ve yine aynı şekilde kamu sağlık kurumlarında çalışan nitelikli sağlık personellerinin medikal turizm nedeniyle özel sektöre transferi ile gerçekleşen ülke

içi beyin göçü yerel sağlık sisteminde çeşitli sorunlara neden olabilmektedir (Rory ve ark, 2010).

Medikal turizm sektörünün ortaya çıkışı Neo Liberal politikaların dünyadaki yükselişi ve sağlık kurumlarının özelleştirilmesi ile aynı sürece denk gelmektedir. Bu süreçte, özellikle Asya kıtasının bazı ülkelerindeki kırsal kesimde yaşayan yerel halk için sağlık hizmetlerine ulaşım olanakları giderek kötüleşmiş ve bunun sonucu olarakta adaletsiz sağlık hizmeti alımı artmıştır (Connell, 2011).

Örneğin, medikal turizmde önemli bir paya sahip olmasına rağmen Hindistan'da halkın %40'ı yoksulluk sınırında yaşamakta ve en temel sağlık hizmetlerine bile ulaşamamaktadır. Ayrıca ülkedeki çocuk ve yetişkin ölüm oranları ise oldukça yüksek oranlarda kalmaya devam etmektedir (Connell, 2005). Bir sağlık araştırmacısı olan Ravi Duggal' e göre Hindistan'daki fakir halk, tedavi ücretlerinin pahalılığı veya hiç olmaması yüzünden sağlık hizmetine ulaşamamaktadır. Varolan sayılı sağlık personeli ise zengin kesim tarafından istihdam edildiğinden fakir halk yine doktorsuz ve tedavisiz kalmaktadır (Connell, 2011).

Görüldüğü üzere medikal turizm sektörü, ülkelere çeşitli avantajlar sağlarken diğer taraftan da yanlış sağlık politikaları nedeniyle ülkedeki yerel sağlık sistemine ve yerel hastalara bir takım olumsuz etkileri olmaktadır. Özellikle Dünya Tabipler Birliği'nin 1981 yılında kabul ettiği Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi ile belirlenmiş olan sağlık hizmetine erişim hakkının eşit dağıtılması zorunluluğu göz önüne alındığında, sektördeki ülkelerinin sağlık politikası planlayıcılarının yerel vatandaşlar ile yabancı hastalara sunduğu hizmetler arasındaki dengeyi ve adaleti iyi sağlaması gerekmektedir.

### **2.3.2.Dünyada Medikal Turizm ve Öne Çıkan Ülkeler:**

Günümüzde Medikal turizm pazarına birçok Asya ülkesi hakim durumdadır, ancak çok sayıdaki ülke de pazara girmeye çalışmaktadır. Özellikle Hindistan oldukça düşük fiyatları ile pazarda önemli bir yer edinmiştir; öyle ki 2012 yılında, medikal

turizm sektöründe hizmet ticareti hacmini 1.9 milyar Dollar'a yükseltmeyi hedeflemişti (Prem, 2009).

Özellikle gelişmiş ülkelerin (batılı) sigorta şirketleri maliyetlerini azaltmak için sigortalı hastalarını yabancı ülkelerde tedavi olmaları için teşvik etmektedir. Örneğin Hindistan'ın Kalkata şehrindeki bir hastane, İngiliz Sigorta Şirketi BUPA (The British United Provident Association) ile bu çerçevede bir anlaşma yapmıştır (Connell, 2005).

Dr. Prem Jagyasi tarafından yapılan bir alan araştırmasında toplam 35 ülkenin medikal turizm alanında isminin öne çıktığı görülmektedir. Bunlar alfabetik sıralamaya göre şöyledir; Arjantin, Avustralya, Belçika, Brezilya, Karayipler, Çin, Kosta Rica, Küba, Fransa, Almanya, Macaristan, Hindistan, İsrail, Japonya, Ürdün, Malezya, Meksika, Fas, Yeni Zelanda, Panama, Filipinler, Polonya, Suudi Arabistan, Singapur, Güney Afrika, Güney Kore, İspanya, İsviçre, Tayvan, Tayland, Tunus, Türkiye, Birleşik Arap Emirlikleri, İngiltere ve ABD (Mc Kinsey, 2007).

Yukarıda adı geçen ülkelerin medikal turizm sektöründen pay almalarındaki önemli bir faktör de JCI (Joint Commission International) gibi uluslararası akreditasyon kurumlarının sağlık hizmetine getirdiği kalite ve standartlardır. Aşağıdaki Tablo 2'de kıtalara göre ülkelerin JCI akreditasyon belgeli sağlık kurumlarının sayısı görülmektedir; Türkiye 46 akredite olmuş hastanesi ile Avrupa ülkeleri arasında ve ayrıca dünya genelinde sayısal olarak en üst sırada yer almaktadır. Orta Doğu ve Afrika da ise Suidi Arabistan 35 akredite olmuş hastanesi ile ön plana çıkmaktadır. Asya kıtasında ise; Singapur, Hindistan, Çin ve Tayland en çok akredite olmuş hastanelere sahip ülkelerdir. Asya kıtasında özellikle Hindistan, İngilizce konuşma oranının yüksek olması sebebiyle medikal turizm sektöründe ayrı bir yere sahiptir.

**Tablo 2:** 2014 yılında kıtalara göre ülkelerde ki JCI akreditasyon belgeli sağlık kuruluşlarının sayısı.

ASYA	AVRUPA	LATİN AMERİKA KARAYİPLER	ORTA DOĞU VE AFRİKA
Bangladeş 1	Avusturya 4	Barbados 1	Mısır 4
Çin 24	Kıbrıs 1	Bermuda 1	Ethopya 1
Hindistan 19	Çek Cumhur. 4	Brezilya 21	İsrail 10
Endonezya 1	Danimarka 13	Şili 2	Ürdün 9
Japonya 7	Almanya 5	Kolombiya 4	S. Arabistan 35
Kore 2	İrlanda 20	Kosta Rika 3	Katar 5
Malezya 9	İtalya 17	Meksika 8	B. Arap Emirliği. 37
Pakistan 1	Portekiz 8		Lübnan 3
Filipinler 6	İspanya 17		
Singapur 15	İsveç 1		
Tayvan 10	Türkiye 46		
Tayland 27			
Vietnam 1			

Kaynak: (www.Joint Commission International.com 24.02.2014)

2006 yılı verilerine göre dünya genelinde, medikal turizm toplam harcamaları 60 milyar \$ dolara ulaşmıştır. ABD'deki medikal turizm harcamalarının 5.5 milyar \$ dolar, Avrupa'da 3.5 milyar £ Euro civarında olduğu bilinmektedir (İçöz, 2009). Yaklaşık 120 yıldır medikal turizme hizmet veren Macaristan, Çek Cumhuriyeti ve Romanya gibi ülkelerden Çek Cumhuriyeti'nin bu sektörden kazancının 1 milyar \$ doları aştığı belirtilmektedir. Medikal turizm pazarına talep, Kuzey Amerika, Batı Avrupa ve Orta Doğu olarak üç bölgede yoğunlaşırken, bu bölgelerdeki talebin destinasyonlara dağılımı bakımından; Avrupalı medikal ziyaretçilerin favori ülkeleri Hindistan, Malezya ve Tayland olmaktadır. Malezya İslami referansı nedeni ile Ortadoğu pazarına hakimdir. Singapur, Japon pazarının temel destinasyonudur. Küba ise Orta Amerika pazarına yönelmiştir (İçöz, 2009). Ayrıca Küba tıp alanında geliştirdiği yeni tedavi yöntemleri ile medikal turizm pazarında önemli bir yere sahiptir. Örneğin, son dönemde Küba'da geliştirilen akciğer kanseri aşısı gibi yeni tedavilerle önümüzdeki yıllarda kanserli yabancı hastalar için önemli bir destinasyon olma yollundadır. (<http://jnci.oxfordjournals.org/content/92/13/1037.full> 11.03.2014)

Türkiye ise; TÜİK (Türkiye İstatistik Kurumu) verilerine göre 2007-2008-2009 yıllarında medikal turizm pazarından toplam 754 \$ milyon dolar gelir elde etmiştir. Gelen yabancı hastalar ise çoğunlukla yurt dışında yaşayan gurbetçi Türkler olmak üzere Almanya'dan, Azerbaycan'dan, Rusya'dan, Orta Doğu ülkelerinden gelen medikal turistlerdir. Ayrıca 2011 yılında ki Arap baharının etkisi ile oluşan iç savaş nedeniyle Libya, Tunus ve Cezayir gibi Afrika gibi ülkelerden gelen yabancı hastalardır. ([www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr))

### **2.3.2.1.Asya Kıtasında Medikal Turizm:**

Asya ülkelerinin geçtiğimiz birkaç yıldır, medikal turizm sektöründe baskın bir rol oynadığı görülmektedir. Asyalı ülkeler cazip coğrafi özelliklerinin yanı sıra düşük tedavi ve işçilik ücretleri, modern hastaneleri, ileri teknoloji gerektiren özel tedavileri ve cerrahi operasyonları yapabilme özellikleriyle, medikal turizm sektöründe rekabetçi bir çizgiye oturmuşlardır .

2014 yılı Şubat ayı itibariyle Asya da 123 adet JCI (Joint Commission International) akreditasyon belgeli hastane bulunduğu yayınlanmıştır. Bu hastanelerin 34 tanesi Hindistan ve Singapur'da bulunmaktadır ([www.jointcommissioninternational.com](http://www.jointcommissioninternational.com) 2014).

JCI (Joint Commission International) akreditasyon belgeli hastanelerinin yanı sıra 5 milyon nüfusa sahip Singapur' un medikal turizm sektöründe tercih edilmesinin bir diğer nedeni de hükümetin turizm sektörüne sağladığı sonsuz destektir. Singapur hükümeti, STB (Singapur Turizm Kurulu) sayesinde “benzersiz Singapur” adı altında bir pazarlama kampanyası başlatarak, 2015 yılı için Singapur'un turizm gelirleri beklentisinin 23 milyon dolar olduğunu, yine 2015 yılı için ülkeye gelmesi hedeflenen turist sayısının ise 17 milyon kişi olmasının hedeflendiğini açıklamıştır. Ayrıca 2003 yılında Singapurlu doktorlar, Singapur Sağlık Bakanlığı, Singapur Turizm Kurulu ve Tabipler Odası gibi kurumların desteğiyle ülkede sektörün yerini güçlendirmek adına medikal turizm pazarındaki iş ve fırsat olanaklarının geliştirilmesini sağlamış ve dünya standartlarında, uygun fiyatlı ve güvenli sağlık hizmeti sunumu hareketini başlatmışlardır (Chew, 2010).

Asya kıtasındaki ülkeler akredite olmuş hastaneleri sayesinde sağlık hizmeti sunumunda önemli bir yere sahiptir. Bu kıtada bulunan birçok sağlık kurumu kendisine yakın komşu ülkelere tedavi olmak üzere hasta ithal etmektedir. Ancak bu durum Tayland ve Hindistan'da ise tam tersi biçimde işlemektedir, zira bu ülkelerdeki medikal turistler genellikle İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri gibi uzak, gelişmiş teknolojilere sahip ve dolayısıyla yüksek ücretlerin ödendiği ülkelere gitmeyi tercih etmektedir.

Oysa, Tayland ve Hindistan gibi ülkeler yetenekli ve bilgili tıbbi personellerinin yanı sıra gelişmiş ülkelerin en iyi hastaneleri ile rekabet edebilecek hastaneleri ile de gelişmiş ülke hastalarına hizmet vermektedirler. Örneğin Hindistan'da bulunan Apollo Hastanesi Asya'daki en büyük sağlık hizmeti sunucusudur. Tayland, Bangkok'daki Bumrungrad Hastanesi ise Asya'daki ilk JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization) akreditasyon belgeli hastane olma özelliğine sahiptir.

Tayland'da 27 JCI (Joint Commission International) akredite belgeli hastane mevcut olup devlet desteği sayesinde kaliteli sağlık hizmeti sunumu sağlanmaktadır. Sağlanan kaliteli sağlık hizmetinin yanı sıra fiyatlar Hindistan kadar ucuz olmamasına rağmen Tayland'ın turizm alt yapısının daha iyi olması ve sunulan sağlık hizmeti fiyatlarının gelişmiş ülkelere % 30 daha ucuz olması medikal turizm sektöründeki rekabet gücünü arttırmaktadır. Örneğin Bangkok'daki Medikal Merkez Hastanesindeki 26 dilde tercüman hizmeti vardır ve ayrıca hastanede sunulan özel yiyecek içecek hizmetleriyle (Japon mutfağı, Batı Yemekleri, Müslüman yemeklerini de kapsayan) gelen yabancı hastaların kültürel ve dini alışkanlıklarına büyük önem verilmektedir (ECLAC, 2010).

Asya'da medikal turizm sektöründeki diğer önemli hizmet sunucu ülkelere biri de Malezya'dır. Bölgede Tayland'dan sonra tedavi amaçlı yabancı hasta ithal eden ikinci ülke konumundadır. Bu ülke özellikle kozmetik cerrahi ve alternatif tıp alanı ile yabancı hastalar tarafından kabul görmektedir. 2004 yılında, Malezya yaklaşık 130.000 medikal turist tarafından ziyaret edilmiştir.

Medikal turizm sektöründe, Tayland kendini niş bir pazar olan kozmetik cerrahi alanında faaliyetlerini sergilerken, Singapur ise sektörde daha gelişmiş bilgi ve teknoloji gerektiren kardiyovasküler cerrahi, nörolojik cerrahi ve kök hücre tedavisindeki uzmanlık alanlarıyla hastaları ülkesine çekmektedir (Nicola ve Kai, 2011).

Filipinler ise, iyi eğitilmiş ve iyi İngilizce konuşan sağlık personeli ile medikal turizm sektöründe yer almaktadır. Çin ise medikal turizm sektöründe geleneksel Çin tıbbi uygulamalarını niş bir pazar haline getirmeye odaklanmıştır. Vietnam ise, medikal turizm sektöründe dar bir alanda faaliyet göstermekte, öncelikli olarak komşusu Kamboçya'dan gelen hastalara hizmet sunmaktadır (ECLAC, 2010).

Aşağıdaki Tablo 3'de görüldüğü üzere 2006 ve 2007 yıllarında sadece Tayland, Malezya ve Singapur yaklaşık 2 milyon medikal turiste hizmet vermiş, bu hizmetler karşılığında ise yaklaşık 3 milyar ABD dolarının üzerinde gelir elde etmişlerdir (Nicola ve Kai, 2011).

**Tablo 3:** Tayland, Singapur ve Malezya'nın Sağlık Hizmeti İhracatı Verileri

	Tahmini Kazanç	Yabancı Hasta Sayısı	Hastaların Geldikleri Ülke	Tedavi Çeşitli
<b>Thailand (2006)</b>	36 milyon Baht ( 1.1. milyon \$ )	1.4. milyon	Japonya, A.B.D, Güney Asya, Orta Doğu	Kozmetik
<b>Singapur (2007)</b>	1.7. milyon S \$ (1.2. milyon \$ )	571.000	Endonezya, Malezya, Orta Doğu	Kalp ve Nöro Cerrahi, Eklem Ameliyatı, Karaciğer nakli
<b>Malezya (2007)</b>	253.84 MRM (1. milyon \$)	341.288	Endonezya, Japonya, Singapur, Hindistan, Avrupa	Kalp ve Kozmetik Cerrahi

### 2.3.2.2.Orta Doğu ve Afrika da Medikal Turizm

Orta Doğu ve Afrika'da medikal turizm faaliyetleri bölgesel olarak yapılmaktadır. Bu iki bölgede toplam 145 adet JCI (Joint Commission International) akredite belgeli hastane bulunmakta, bu hastanelerin 35 tanesi Suudi Arabistan Krallığında, 37 tanesi de Birleşik Arap Emirliklerinde bulunmaktadır. 9 tane akredite olmuş hastanesi

bulunan Ürdün ise Orta Doğu'lu birçok hasta için medikal turizmin merkezi konumundadır (Connell, 2005).

Tunus'ta ise medikal turizm yine bölgesel olarak yapılmakta ve bu ülkeye medikal turistler Libya'dan, Cezayir'den, Fransızca konuşan diğer Afrika ülkelerinden ve az bir oranda da Avrupa ülkelerinden gelmektedir. Ayrıca Libya hükümetinin kendi hastalarının Tunus'ta alacakları tedavilerin ücretlerini üstlenmesi, Tunus medikal turizmine büyük bir katkı sağlamaktadır. Libya'nın dışında Moritanya ve Sahel kuşağındaki bazı ülkeler Tunus'daki sağlık kurumları ile yapılan ikili anlaşmalar sayesinde de Tunus medikal turizm sektörüne büyük katkılar sağlamaktadır (Lautier, 2008). Ancak, 2011 yılı itibariyle özellikle Libya, Tunus, Cezayir, Mısır gibi kuzey Afrika ülkelerinde yaşanan iç savaşlar (Arap Baharı) nedeniyle bu durum bazı aksaklıklara uğramıştır.

Ürdün, Arap dünyasında ucuz tedavi ücretleri nedeni ile medikal turizm merkezi olarak kabul görmüş bir ülkedir. 1990' lı yıllardan itibaren başlatılan strateji ile sağlık alanına büyük yatırımlar yapılmış, bu sebeple tıp eğitimini geliştirmiş ve mevcut hastaneler de modernleştirmiştir (Diaz ve David, 2002). Ayrıca, bu strateji sayesinde yerli ve yabancı yatırımcılar Ürdün'de sağlık sektörüne yatırımlar yapmıştır. Böylece, Ürdün sağlık sektöründe yabancılarla işbirliğine açık hale getirilmiştir (Chanda, 2001). Ürdün, günümüzde modern ve ileri teknolojik araç gereçlerle donatılmış hastaneleri ile bölgedeki medikal turizm sektöründe lider olmuş bir ülke konumundadır.

Birleşik Arap Emirlikleri'nin ikinci büyük şehir olan Dubai'de ise, Asya'daki medikal turizm pazarından pay almak amacıyla Dubai Sağlık Şehri DHCC'yi kurulmuş ve Asya'ya giden Amerikalı ve Avrupalı yabancı hastaların ülkelerine gitmeden bölgede tedavi görmeleri hedeflenmiştir (Connell, 2005). Dubai Sağlık Şehri aynı zamanda dünyadaki ilk sağlık serbest bölgesidir. Stratejik olarak Avrupa ve Asya kıtasının ortasına konumlandırılmış bu bölge, gelir vergisi, kurumlar vergisi, gümrük vergisi gibi vergi muafiyetleri, sermaye, ticaret ve kota serbestliği, vize kolaylığı ve ileri teknolojik hastaneleri ile hastalara çeşitli kolaylıklar sunarak medikal turizm pazarında özel bir yer edinme çabasıdadır (Bookman ve Karla, 2007).

Ayrıca, Orta Doğuda kısırlık tedavisi için birçok hastane ve kısırlık tedavisi kliniği hizmet vermektedir. Bu ülkelerden bir tanesi de İran'dır. İran'da 70 den fazla kısırlık tedavisi konusunda uzmanlaşmış hastane ve sağlık merkezleri İranlı ve İranlı olmayan çiftlere kısırlık tedavisi konusunda hizmetler vermektedir (Farhad ve ark, 2011).

### **2.3.2.3.Amerika Kıtasında Medikal Turizm:**

Gelişmiş ülkelere ait hastaları ülkelere çekme bakımından, Meksika, Şili, Panama, Kosta Rika, Brezilya ve Panama gibi Güney Amerika ile Dominik Cumhuriyeti, Küba, Barbados gibi Karayip ülkelerinde bulunan medikal turist ihracatçıları ile Asya'daki medikal turist ihracatçıları arasında sıkı rekabet vardır. Güney Amerika ve Karayip ülkelerindeki tedavi fiyatları Asya'da ki ülkelere göre daha yüksek gibi görünse de, Amerika Birleşik Devletlerine olan coğrafi yakınlığı nedeniyle Kuzey Amerikalı hastalar için bu bölge oldukça cazip bir destinasyon konumundadır (Vequist ve ark, 2009).

Coğrafi yakınlık avantajının yanısıra, bu bölge, özellikle bu bölgede iyi İngilizce konuşabilen tıbbi personelleriyle, coğrafi güzellikleriyle, iyi ve sıcak iklim şartları gibi özellikleriyle ve misafirperver halkıyla birçok Avrupalı ve Kuzey Amerikalı medikal turist için tercih edilen bir yer haline gelmiştir (Vequist ve ark, 2009).

Bütün bu avantajlarına rağmen bazı medikal turistler yanlış bilgilendirme ve bu bölgeye özgü şiddet olayları ile fakirlik yüzünden Güney Amerika ve Karayipler'de tedavilerini almaktan korkarlar (Vequist ve ark, 2009). Bölgenin sektördeki diğer bir dezavantajı ise, JCI (Joint Commission International) akredite olmuş hastane sayısının azlığıdır ve bu iki önemli unsur bölgede medikal turizm sektörünün ilerlemesine darbe vurulmaktadır (Chan ve Mark, 2009).

Güney Amerika'nın diğer bir ülkesi olan Brezilya da ise 21 JCI (Joint Commission International) kalite belgesi ile akredite olmuş hastane bulunmaktadır. Sao Paulo da ki Albert Einstein Yahudi Hastanesi ise 1999 yılında aldığı, JCI (Joint Commission

International) kalite belgesi ile Amerika Birleşik Devletlerindeki hastanelerden sonra kıtadaki ilk akredite olmuş hastanedir (Chan ve Mark, 2009).

Brezilya gelişmiş sağlık altyapısı, ile yüksek kalitedeki sağlık çalışanlarına rağmen pahalı tedavi ücretleri nedeniyle medikal turistler için tercih edilen bir yer olmamaktadır. Öyle ki Sao Paulo'daki bazı hastaneler Amerika Birleşik Devletlerindeki hastanelerden bile daha yüksek ücret talep etmektedir (Deloitte, 2008).

Ancak yukarıda belirtilen bazı olumsuzluklarının dışında Brezilya plastik ve kozmetik cerrahi alanında dünyadaki ikinci büyük medikal turizm hacmine sahip ülkedir. Özellikle tanınmış Brezilyalı estetik cerrah Ivo Pitanguy kendisine ameliyat olmaya gelen yüksek miktardaki medikal turisti Rio de Janeiro'da ki kliniğinde tedavi etmektedir (Zarrilli, 2002). Cerrahın 14 yataklı kliniği JCI (Joint Commission International) kalite belgesine sahip olmasına rağmen, tedavi ettiği hastaların %40'ını özellikle Amerika Birleşik Devletlerinden gelen yabancı hastalar oluşturmaktadır (Deloitte, 2008). Ancak bu durumun doktorun şirketine özgü istisnai bir durum olduğu gözden kaçırılmamalıdır.

Güney Amerika kıtasındaki Şili'de ise, 1950 den beri medikal turistlere sağlık hizmeti sunulmaktadır. Şili'de ki medikal turizm pazarı bölgesel bir yapıya sahiptir ve daha çok Bolivyalı üst ve orta üst düzey gelire sahip hastalar tarafından tercih edilmektedir. Medikal turistlerin Şili'yi tercih etme nedenleri arasında ülkedeki sağlık hizmetinin kalitesi gösterilebilir. Diğer bir neden olarak ise, Şili'deki kliniklerle Bolivya'daki sağlık hizmeti sunucuları arasında yapılmış ikili anlaşmaları söyleyebiliriz (Léon, 2002).

Güney Amerika kıtasında yer alan Kolombiya, medikal turizm sektöründe; oftalmoloji, kardiyoloji, kemik ameliyatları, plastik cerrahi, travmatoloji, ortopedi, nükleer tıp gibi çok çeşitli alanlarda sunduğu kaliteli hizmetler ve ucuz fiyatları ile medikal turistler için tedavi merkezi konumundadır. Sağlık hizmetleri genellikle ülkenin Bogota, Cali, Medellin ve Barranquilla gibi büyük şehirlerinde sunulmaktadır. Diğer Güney Amerika ülkelerinde olduğu gibi Kolombiya'da da medikal turizm bölgesel olarak yapılmaktadır. Hastalar genellikle Panama, Costa

Rica, Aruba, Dominik Cumhuriyeti Venezuela gibi sınır komşusu ülkelerden gelmektedir (ECLAC, 2010).

Diş tedavisi, protez, çene cerrahisi, plastik cerrahi gibi tedaviler için medikal turistlerin popüler merkezi ise Costa Rika'dır. Ülkede bütün bu sağlık hizmetlerinin içerisinde hastaların en çok talep ettiği tedavi plastik cerrahidir. Ülkeye gelen hastalar genellikle Amerika Birleşik Devletleri ve Orta Amerika ülkelerinden gelmektedir. Costa Rika 2006 yılında, uygun fiyatları ve ileri teknolojisi ile 150.000 medikal turisti tedavi etmeyi başarmıştır (Herrick ve Devon, 2007).

Küba hükümeti ise, 1980'li yılların sonlarına doğru ülkeyi dünyanın tıbbi gücü haline getirmeyi hedeflemiştir (Diaz ve David, 2002). Devlet desteği sayesinde Küba, medikal turizm sektöründe birçok farklı tıbbi alandaki başarısı ile Güney Amerika ve Karayipler'de ki sınır ötesi sağlık hizmeti sunan ilk ülkedir.

Küba'yı tercih eden medikal turistler genellikle, Avrupa, Rusya, diğer Güney Amerika ve Karayip ülkelerinden gelen hastalardır. Güney Amerika'dan gelen hastaların çoğunluğunu ise Arjantin, Ekvator ve Dominik Cumhuriyetinden gelenler oluşturmaktadır (Connell, 2005).

Küba'daki sağlık kurumlarının medikal turistlere sunduğu hizmetler, nörotransplant ve nöroloji gibi yenilikçi tedavilerden kardiyovasküler ve oftalmolojik tedavilere kadar bir dizi hizmetlerden oluşmaktadır. Ülkenin özellikle menenjit ve Hepatit B gibi hastalıkların tedavisinde uzmanlığı bulunmaktadır. Küba'nın pigmenter retinopati ve vitiligo gibi çaresiz hastalıkların tedavisinde gösterdiği başarı medikal turistlerin ülkeyi tercih etmeleri açısından önemli bir rol oynamaktadır (Diaz ve David, 2002).

Küba'da sağlık hizmetlerinin finansmanı devlet tarafından sağlanmaktadır. Ayrıca medikal turizm hizmetlerinden ve pazarlanmasından sorumlu Küba Sağlık Bakanlığı'na bağlı ayrı bir birim bulunmaktadır. Küba'da yerli ve yabancı hastalar aynı sağlık alt yapısını kullanmalarına rağmen sadece yabancı hastalara hizmet veren bazı kurumlar da bulunmaktadır (Diaz ve David, 2002). Kübalı sağlık kurumlarının ve doktorların hiçbirinin JCI (Joint Commission International) gibi uluslararası kalite

belgelerine sahip olmamasına rağmen ülkenin sunduğu sağlık hizmeti uluslar arası bir üne sahiptir. Küba'nın bu ününün tıp alanına getirdiği yeni tedavi yöntemlerinden kaynaklandığı söylenebilir. Örneğin, son dönemde Küba'da geliştirilen akciğer kanseri aşısı gibi yeni tedavi yöntemlerinin önümüzdeki yıllarda kanserli yabancı hastalar için ülkeyi önemli bir merkez haline dönüştüreceği tahmin edilebilir (<http://jnci.oxfordjournals.org/content/92/13/1037.full> 11.03.2014).

Dominik Cumhuriyeti'ne yapılan tıbbi tedavi amaçlı seyahatler daha çok Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa Ülkelerinde yaşayan Dominik Cumhuriyeti orijinli vatandaşlarının ana vatanlarına yaptıkları seyahatler olarak görülmektedir. Dominik Cumhuriyetinin önemli hastanelerinden olan Santiago Metropolitan Hastanesi HOMS (The Metropolitan Hospital of Santiago) uluslararası akreditasyon belgesi alma aşamasında olup, ayrıca hastane Monterrey Teknoloji Enstitüsü gibi kurumlarla yaptığı akademik ve teknolojik bilgi transferi anlaşmalarıyla, kanser tedavisi, lenfoma gibi hastalıkların tedavilerini başarı ile gerçekleştirebilmektedir (ECLAC, 2010). ([www.homshospital.com](http://www.homshospital.com) 07.06.2014)

Meksika ise; medikal turizm sektöründe Amerika Birleşik Devletleri ile olan coğrafi yakınlığı'nın avantajını kullanmaktadır. Özellikle Amerika Birleşik Devletlerinin Meksika sınır bölgesine yakın yerlerde oturan Meksika orijinli kişilerin (hispanikler) diş tedavisi için Meksika'ya gittikleri görülmektedir. Zira, Meksika'da ilaç ve diş tedavisi fiyatları Amerika Birleşik Devletlerine göre %40 daha ucuzdur (Herrick ve Devon, 2007).

Ayrıca Meksika'nın medikal turizm sektörünün merkezi konumunda olan Monterrey gibi şehirlerine Amerika Birleşik Devletlerin'den haftanın 7 günü yapılan uçak seferleri de Meksika'nın sektörden aldığı payı arttırmakta ve yabancı hastaların bu ülkeyi tercih etmesine yardımcı olmaktadır (ECLAC, 2010).

Panama ise; Amerika Birleşik Devletleri'ne %40-%70 daha ucuz fiyat avantajını kullanarak sektörde yer almaktadır. Ülkenin ucuz tedavi fiyatlarının yanı sıra sektördeki avantajları arasında ABD'nin 10 şehrinden direkt uçak seferleri ile ulaşım kolaylığını, ülkenin politik istikrarlı görünümünü ve kısa süreli ziyaretlerde turistlere sağladığı vize kolaylığı sayılabilir (Herrick ve Devon, 2007).

Panama’da bulunan Punto Pacifica Hastanesi hastalarına sunduğu kaliteli hizmet ve Amerika Birleşik Devletleri’deki prestijli hastanelerle ve John Hopkins International ile bağlantıları sayesinde çok iyi bir üne sahip olmuştur. Punto Pacifica Hastanesi ise sunduğu kaliteli sağlık hizmetinin yanı sıra, yüksek otelcilik hizmetleri, çevirmen hizmeti, gibi medikal turistleri cezp edecek olanaklara sahiptir. Bu hastaneye başvuran hastaların %25 ini Amerika ve Kanadalı hastalar oluşturmaktadır (Chan ve Mark, 2008).

Antigua ve Barbuda ise; Crossroads Sağlık Merkezi ile alkol, uyuşturucu ve diğer bağımlılık tedavileri için uluslararası bir üne sahiptir. Merkezde, uluslararası düzeyde eğitilmiş çalışanlarıyla ve Amerika Birleşik Devletleri’deki tedavi programından model alınarak oluşturulan 29 günlük yatarak tedavi programı ile kaliteli sağlık hizmeti sunulmaktadır. Bu sağlık hizmeti, Amerika Birleşik Devletleri’nde bulunan Betty Ford, Hazelden Kliniğindeki tedavi ücretlerinin yaklaşık 3’ te 1’i kadar olup, daha ucuzdur. Crossroads Sağlık Merkezine gelen hastalar daha çok, Avrupa ve Kuzey Amerika’dan gelen medikal turistlerdir (Anthony ve ark, 2001).

Karayipler’deki Barbados’ta ise, iyi bir sağlık hizmetinin yanı sıra yabancı hastalara kozmetik cerrahi, yaşlı bakım hizmetleri, önleyici tedaviler, kürler gibi hizmetler sunulmaktadır. Barbados Kısırlık Tedavisi Merkezi ise Karayipler de bulunan 2 JCI (Joint Commission International) belgeli hastaneden bir tanesidir. Bölge için hedef pazar gemiyle seyahat eden medikal turistlerdir. Örneğin, Bayview Hastanesi’nin gemi seyahati hizmeti sunan tur operatörleri ile antlaşması bulunmaktadır (Anthony ve ark, 2001).

Tricia J. Johnson ve Andrew N. Garman’ın yaptığı bir araştırmanın sonuçlarına göre; medikal turizm alanında 2007 yılında Amerika Birleşik Devletleri’ne yaklaşık olarak 43.000 ila 103.000 yabancı hastanın tedavi amacı ile geldiği, 50.000 ila 121.000 yerel Amerikalı’nın ise başka ülkelere tedavi olma amacı ile seyahat ettiği bilinmektedir. Bu tıbbi seyahatlerin 1 milyar dolarlık bir ticaret hacmi oluşturduğu görülmüştür. Ayrıca araştırmada; Amerika’dan başka ülkelere tedavi amaçlı giden hastaların sayısal oranının, ülkeye gelen medikal turistlerin sayısal oranından daha yüksek olduğuna dikkat çekilmektedir. Ancak Amerika’ya gelen medikal turistlerin kişi başına yaptıkları ödeme miktarının yüksek olması sebebiyle, ülkenin medikal

turizmdeki ihracat girdi verilerinin halen ülkenin lehine olduğu bildirilmiştir (Tricia ve ark, 2010).

#### **2.3.2.4. Avrupa Birliğinde Medikal Turizm:**

Avrupa Birliği (AB), 27 üye ülkeden oluşan ve toprakları büyük bir ölçüde Avrupa kıtasında bulunan ekonomik ve siyasi bir örgütlenmedir. Avrupa Birliği'nin temelleri 1951 yılında atılmış, altı ülkenin (Belçika, Fransa, Hollanda, Lüksemburg, Batı Almanya, İtalya) katılımıyla önce Avrupa Kömür ve Çelik Topluluğu olarak ve sonrada 1957 yılında Roma Antlaşması'yla bugünkü vizyonuna sahip olmuştur. O dönemden bu yana, birlik yeni üyelerin katılımlarıyla boyut olarak büyümüş; var olan yetkilerine yeni görev ve sorumluluk alanları ekleyerek gücünü arttırmıştır. Üye devletler Aralık 2007'de, birliğin bugüne dek yaptığı antlaşmalar ile yasal yapısını güncellemek ve iyileştirmek amacıyla Lizbon Antlaşması'nı imzalamıştır. Lizbon Antlaşması, AB'nin modern kurumlara sahip olmasını sağlamayı ve günümüz dünyasındaki küreselleşme, sağlık, iklim ve demografik değişimler, güvenlik ve enerji gibi çeşitli sorunlarla etkin bir biçimde mücadele edilmesini hedef almış bir antlaşmadır. Lizbon Antlaşması'nın tüm üye ülkelerce onaylanma ve işleme girme sürecinin 2008 yılı içinde olması öngörülmüşse de, İrlanda 'da antlaşmanın onaylanması için yapılan halkoylamasının ilk etapta olumsuz sonuçlanması antlaşmanın kabul sürecini geciktirmiştir.(<http://tr.wikipedia.org/wiki/AvrupaBirliği>)

Lizbon antlaşması ile Avrupa Birliği'nde, yerindenlik ilkesi (subsidiarity principle = alınacak kararların ve izlenecek politikaların vatandaşa en yakın olan idari birim bazında alınması ilkesi) uyarınca sağlık hizmetlerinin yönetimi, finansmanı ve sunumu üye ülkelerin sorumluluğuna bırakılmıştır. Avrupa Birliği, üye ülkelere tek tip bir sağlık yönetimi uygulatma yönünde bir zorlaması yoktur. Tam tersine üye ülkelerin kendi sağlık yönetimlerine sahip olmaları ilkesi benimsenmiştir. Bu nedenle AB ülkelerinin ulusal sağlık yönetimi ve politikaları birbirinden farklılıklar göstermektedir (Giray, 2007).

Birlik, Roma Antlaşması'na göre malların, hizmetlerin, kişilerin ve sermayenin serbest dolaşımı üzerine kurulmuş bir yapıdır. Kişilerin serbest dolaşım hakkı

uygulama alanında hastaların serbest dolaşım hakkını da kapsamaktadır. Bu hak Roma Antlaşmasına göre üç programla düzenlenmiştir.

-“E111” seri numaralı programına göre üye ülke vatandaşlarının acil bakım gerektiren durumlarda kullanması gereken programdır.

-“E112” seri numaralı programına göre başka üye ülkelerden planlanmış sağlık hizmeti almak için kullanılan programdır.

-“E 106” seri numaralı programa göre birlik içinde sınırlar arası seyahat eden çalışanlar için uygulanan programdır.

E 111 seri numaralı program yerini 1 Haziran 2004 tarihi itibari ile “Avrupa Sağlık Sigortası Kartı” uygulamasına bırakmıştır. Bu kart, Avrupa Birliği ülkelerin de ve İsviçre’ye yapılan turistik amaçlı seyahatlerde ortaya çıkabilecek herhangi bir sağlık ihtiyacında, turistlerin buldukları ülkede sağlık hizmetinden yararlanmalarını sağlamak üzere verilmiştir (Yıldırım, 2006).

Örneğin, E112 seri numaralı programa göre, 2001 yılında İngiltere’nin temel sağlık hizmeti sağlayıcısı olan Ulusal Sağlık Servisi uzun bekleme sürelerini azaltmak için cerrahi ve ameliyat sonrası bakım hizmetleri için hastalarına Fransa’da tedavi olma imkanı sunan pilot bir uygulama başlatmıştır (Philippa, 2005).

AB Ülkelerinde ki medikal turistleri 2 grup halinde sınıflandırabilir; ilki vatandaşlık hakkını kullanarak başka bir üye ülkede sağlık hizmeti alan ve tedavi harcamalarının tutarını kendi ülkelerinin sağlık sigortasından geri alan Avrupalı hastalar, ikinci grup ise diş, kozmetik, gibi sigorta kapsamı dışı kalan tedavileri için Avrupa Birliği üye ülkelere veya üye olmayan ülkelere seyahat eden turistlerdir (Neil, 2010).

Avrupa Birliği’nde görülen medikal turizm faaliyetleri ise üç başlıkta toplanabilir;

1. AB mevzuatı kapsamında ortaya çıkan serbest dolaşım,

2. Ülkeler arası ikili antlaşmalar kapsamında hasta akışı,
3. Ülkelerin sosyal güvenlik sistemlerinin karşılamadığı ancak özel sigorta veya cepten ödeme ile karşılanan hizmetler.

Avrupa Birliği'ndeki hastaların serbest dolaşım hakkına sahip olsalar bile, bu hakkı yeterince kullanmadıkları görülmektedir. Bunun temel nedenlerinin ise, lisan engeli, başka ülkelerdeki sağlık hizmetleri hakkında yetersiz bilgilendirme, kültür farklılıkları, bürokratik engeller, aracı kurumların eksikliği gibi etkenler olduğu düşünülmektedir (Yıldırım, 2006).

Avrupalı hastalar, kendi ülkelerinde ki uzun bekleme süreleri veya sigorta kapsamı dışında kalan sağlık hizmetlerinin yabancı ülkelerdeki ucuz alımı gibi etkenlerle sınır ötesi ve hatta okyanus ötesi tıbbi seyahatlere mecbur kalmaktadır. Bu seyahatlerin bazıları, AB'nin sağladığı Avrupa sağlık sigortasının avantajı ile AB üyesi diğer ülkelere yapılmakta, sigorta kapsamı dışı tedaviler için ise Asya, Afrika ve hatta Güney Amerika gibi ülkelere yapılmaktadır (Yıldırım, 2006).

### **2.3.3. Türkiye'de Genel Turizm ve Medikal Turizm Verileri:**

Araştırmanın bu bölümünde Türkiye'nin genel turizm verileri ve bu veriler içerisinde turistlerin sağlık harcamaları payının ne kadar olduğu incelenmiştir. Veriler Türkiye İstatistik Kurumunu, Sağlık Bakanlığı ve Turizm ve Kültür Bakanlığı internet sitelerinden alınmıştır.

Kültür ve Turizm Bakanlığı'nın 2012 yılı Türkiye'ye giriş yapan yabancı turist sayılarını milliyetlerine göre gösteren EK 1'deki tabloda görüldüğü üzere, OECD üyesi Avrupa ülkelerinden 2012 yılında toplam 15.659.094 turist Türkiye'ye gelirken 1.638.023 turist ise OECD üyesi Avrupa dışındaki ülkelere Türkiye'ye giriş yapmışlardır.

Avrupa ülkelerinden gelen turistlerin milliyetlerine göre bakıldığında ise, ilk sırada 5.028.745 turist ile Almanya başı çekmektedir. 2.456.519 turist ile İngiltere ikinci sırada, daha sonra 1.273.593 turist ile Hollanda ve 1.032.565 turist ile Fransa gelmektedir. Sırbistan, Bosna, Bulgaristan, Litvanya, Makedonya ve Romanya gibi OECD üyesi olmayan diğer Avrupa ülkelerinden ise Türkiye'ye toplam 2.571.010

turist gelmiştir. Bu ülkeler arasında ise, 1.492.073 turist ile Bulgaristan ve 385.055 turist ile Romanya ilk sıralarda yer almaktadır. Avrupa ülkelerinin dışında ise, 2012 yılında Orta Doğu Ülkeleri içinde İran 1.186.343 turist ile ve Suriye 730.039 turist ile bölgede Türkiye'yi en fazla ziyaret eden ilk iki ülkedir (EK 1).

TUİK'in (Türkiye İstatistik Kurumu) 2012 yılı verilerine bakıldığında EK 2'deki tabloda Türkiye'ye gelen turistlerin gelir seviyeleri istatistiğine ise; 10.381.792 turist ile en çok orta gelir düzeyine sahip ve tur programı ile ülkemize geldikleri tespit edilmiştir. İkinci sırada ise, yine orta gelir düzeyine sahip bireysel çabaları ile gelen (7.427.781 turist ile) turistler görülmektedir (EK 2).

Gelen turistlerin geliş nedenleri incelendiğinde ise, 17.125.287 kişi gibi bir sayı ile en çok gezi, eğlence ve tatil amaçlı gelişler gözükmektedir. Bu turistlerin daha çok tur paketlerini tercih ettikleri tespit edilmiştir. Bireysel çabaları ile gezi, tatil ve eğlence amaçlı gelen turistlerin sayısı ise, 5.545.190 kişidir (EK 2).

Türkiye'ye geliş nedeninin sağlık olduğunu belirtenlerin sayısı ise yaklaşık 153.521 kişidir. Bunların; orta gelir düzeyine sahip ve bireysel çabaları ile gelen 92.287 bin kişi ve yine orta gelir düzeyine sahip tur programı ile gelen 12.994 bin kişi olduğu görülmektedir.

TC Sağlık Bakanlığı 2010 yılı verileri göre Sağlık Turizmi Birimi medikal turizm araştırmasına göre ise; Türkiye 2010 ve 2009 yıllarında yaklaşık 60 milyon turist gelmiş ve genel turizm faaliyetlerinden yaklaşık 40 milyon ABD doları gelir elde edilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010).

Tablo 4'deki TUİK' in yaptığı araştırmaya göre ise; Türkiye'ye 2012 yılında çıkış yapan yabancı turistlerin kişi başı yaptıkları ortalama harcamanın 577 \$ dolar civarında olduğu görülmektedir. Yabancı turistlerin Türkiye'den en çok çıkış yaptığı aylar ise sırasıyla; 4.668.960 kişi ile Ağustos, 4.337.978 kişi ile Eylül ve 4.269.176 kişi ile Temmuz aylarıdır.

**Tablo 4.** 2012 yılı Türkiye’den çıkış yapan yabancı turistlerin kişi başı ortalama harcamaları

Dönemi	Çıkış Yapan Ziyaretçi Başına Ortalama Harcama(\$)	Çıkış Yapan Ziyaretçi Sayısı
Ocak 2012	580	1.097.254
Şubat 2012	605	932.503
Mart 2012	597	1.344.975
Nisan 2012	535	1.930.140
Mayıs 2012	544	2.907.105
Haziran 2012	550	3.575.063
Temmuz 2012	536	4.269.176
Ağustos 2012	533	4.668.960
Eylül 2012	534	4.337.978
Ekim 2012	722	3.457.392
Kasım 2012	678	1.870.949
Aralık 2012	649	1.263.693

(TUİK [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr) 12.03.2014)

Tablo 5’te ise; 2009 yılındaki TUİK verilerine göre yurtdışına tedaviye giden Türkiye vatandaşı sayısı 30.852 kişi, yurtdışından gelen yabancı hasta sayısı ise 13.268 kişi olarak bildirilmiştir. Yabancı turistlerin yaptığı en yüksek sağlık harcaması ise 282 milyon ABD doları ile 2008 yılında gerçekleşmiştir.

**Tablo 5 :** 2003-2009 yılları arasında Türkiye’ye yurtdışından gelen ve yurtdışına giden hastaların sayısı ve yaptıkları harcamaları

Yıllar	Yurtdışına Tedaviye giden Türkler	Türkiye’ye tedaviye gelen gurbetçiler	Türkiye’ye tedaviye gelen yabancılar	Yabancıların Türkiye de ki Sağlık harcamaları
2003	38.843	36.567	10.340	91 milyon \$
2004	61.841	38.273	13.340	126 milyon \$
2005	47.248	55.741	16.460	163 milyon \$
2006	41.397	39.843	15.390	192 milyon \$
2007	18.505	43.951	15.460	247 milyon \$
2008	20.057	62.171	16.248	282 milyon \$
2009	30.852	68.545	13.268	225 milyon \$

(TUİK [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr) 12.03.2014)

2011 yılında Türkiye'deki mevcut medikal turizm faaliyetleri üzerine yapılan araştırmada ise; 2008 yılında gelen medikal turistlerin %94 oranında özel hastanelerde, %6 oranında ise kamu hastanelerinde tedavi aldıkları bildirilmiştir. Ayrıca yine 2008 yılında gelen medikal turistlerin % 80 gibi bir oranla göz, diş, beyin cerrahisi, ortopedi ve kardiyoloji hastalıklarının tedavisi için geldikleri bildirilmiştir. Aynı araştırmada 2009 yılı için, onkoloji ve plastik cerrahi alanlarındaki tedaviler için gelenler toplam % 35 oranında artış olduğu tespit edilmiştir (Aydın ve ark, 2011).

Türkiye'nin 2009 - 2010 yıllarında genel turizm faaliyetlerinden ortalama 40 milyon ABD doları kazanç sağlamasına ve bu 2 sene için yaklaşık 60 milyon turist çekmesine karşın, gelen medikal turistlerin 2009 yılı için 13.268 kişi olarak bildirilmesi, Türkiye'nin medikal turist çekme açısından çokta başarılı olmadığını göstermektedir (Aydın ve ark, 2011).

Ayrıca mevcut medikal turizm verilerini doğru değerlendirebilmek için yabancı yatırımcıların, Türkiye'deki özel sağlık kurumlarında satın aldıkları hisseleri de göz ardı etmemek gerekir. Aşağıda ki Tablo 6'da de görüldüğü üzere Türkiye'deki bazı sağlık kurumlarının %75 hissesi yabancı yatırımcılara ait durumdadır. Her ne kadar yabancı yatırımcının sahip olduğu sağlık kurumları Türkiye'de bir miktar istihdam olanağı sağlasa da, yabancı yatırımcı Türkiye'nin mevcut sağlık iş gücünü kullanmakta ve gelen yabancı hastalardan elde ettiği kazancı çoğunu da yine yabancı yatırımcıya katkı sağlamak üzere kullanmaktadır. Bu konuda doğru politikaların oluşturulması Türkiye'deki medikal turizm sektörü açısından hayati önem taşımaktadır.

**Tablo 6:** Yabancı şirketlerin Türkiye de ki özel sağlık kurumların da ki ortaklıkları

Alıcı Şirket	Alıcının Ülkesi	Alınan Şirket	Tarih	Hisse	İşlem Değeri
Turkven	Almanya Hollanda	MedikalPark Hastaneler grubu	2009	%40	Mevcut değil
Integrated Healthcare	Malezya	Acıbadem Sağlık Hizmetleri ve Ticaret A.Ş.	2011	%75	1.26 milyar \$
GAM Holding Ltd.	İsviçre	Şafak Hastaneler Grubu	2007	%60	60 milyon \$

Kaynak: 2010 Deloitte Türkiye raporu ([www.deloitte.com/view/tr\\_TR/tr/index.htm](http://www.deloitte.com/view/tr_TR/tr/index.htm))

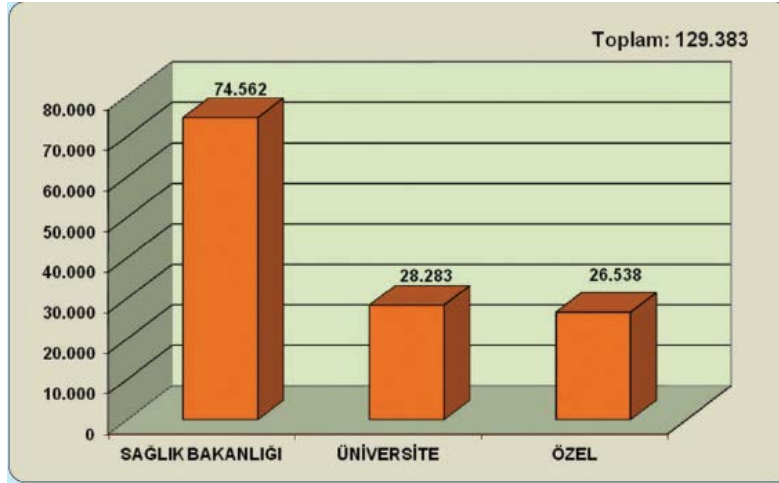
### 3.Türkiye’de Medikal Turizm Sektörünün Mevcut Durumu ve Gerekli Koşullar:

Tezin bu bölümünde ise; Türkiye’de medikal turizm sektörünün mevcut işleyişi ve ayrıca gelişimi için gerekli, yasal düzenlemelerin mevcut durumu, internet siteleri gibi tanıtıcı faaliyetler, yabancı hastaların kültürel ve dini alışkanlıkları gibi sosyal faktörler, Türkiye’nin tıbbi araç gereç durumu ve sağlık personeli sayısı, yabancı dil bilgi seviyesi gibi çeşitli konulara değinilecektir.

#### 3.1. Türkiye’de Medikal Turizm Sektörün de Medikal Yeterlilik:

Türkiye’de Haziran 2014 itibariyle toplam 129.383 uzman hekim ve pratisyen hekim aktif olmak üzere çalışmaktadır. Bu hekimlerin kurumlara göre sayısal dağılımı ise; Şekil 2’de gösterildiği gibi, 74.562 hekim Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde, 28.283 hekim Üniversite hastanelerinde, 26.538 hekim ise özel hastanelerde çalışmaktadır.

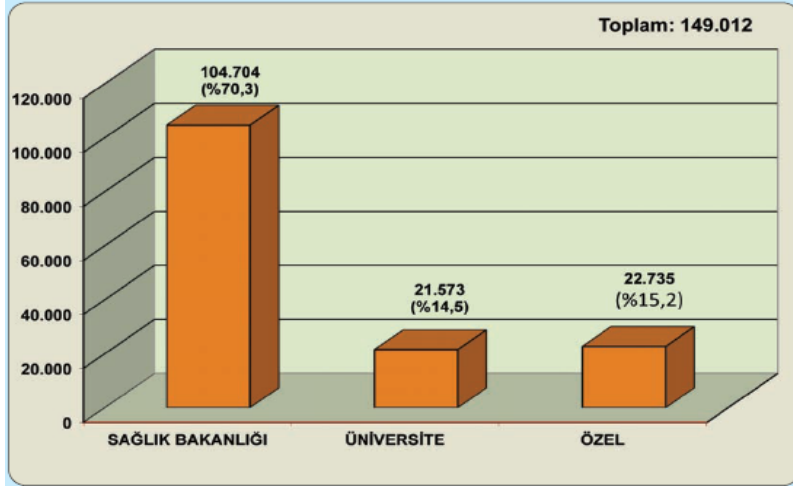
Şekil 2: 2014 Yılı aktif çalışan hekimlerin kurumlara göre dağılımı



Kaynak: DPT, YÖK, SB Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Raporu 2014.

Şekil 3’de ise görüldüğü üzere, 2014 yılı itibariyle 149.012 hemşire aktif olarak çalışmaktadır. 104.704 hemşire Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, 21.573 hemşire üniversite hastanelerinde, 22.735 hemşire ise özel hastanelerde çalışmaktadır.

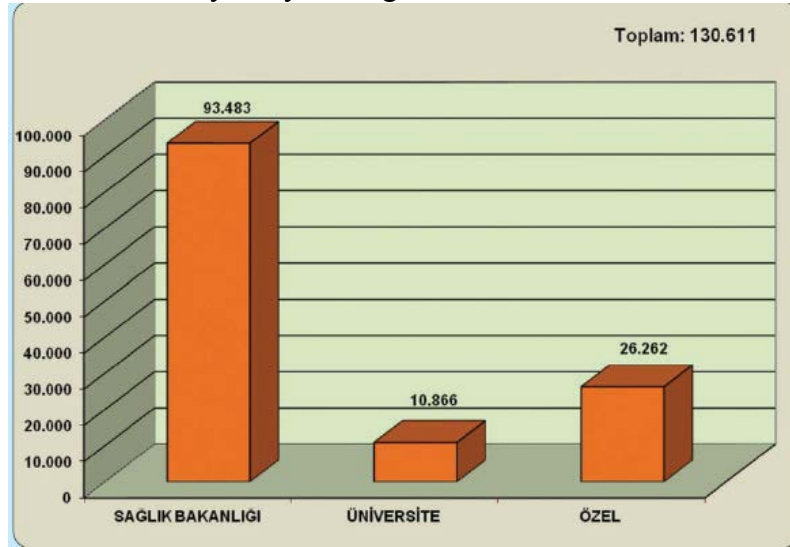
**Şekil 3:** 2014 yılı aktif çalışan hemşirelerin kurumlara göre sayısal dağılımı.



Kaynak: DPT, YÖK, SB Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Raporu 2014.

Şekil 4’te ise Türkiye’de aktif olarak çalışan 130.611 sağlık teknikeri ve personeli olduğu bildirilmiştir. Bu personellerin ise 93.483’si Sağlık Bakanlığı hastanelerinde 10.866’sı üniversite hastanelerinde, 26.262’si ise özel hastanelerde çalışmaktadır.

**Şekil 4:** 2014 yılı sağlık teknikeri, sağlık teknisyeni ve diğer sağlık personelinin kurumlar itibarıyla sayısal dağılımı.



Kaynak: DPT, YÖK, SB Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Raporu 2014.

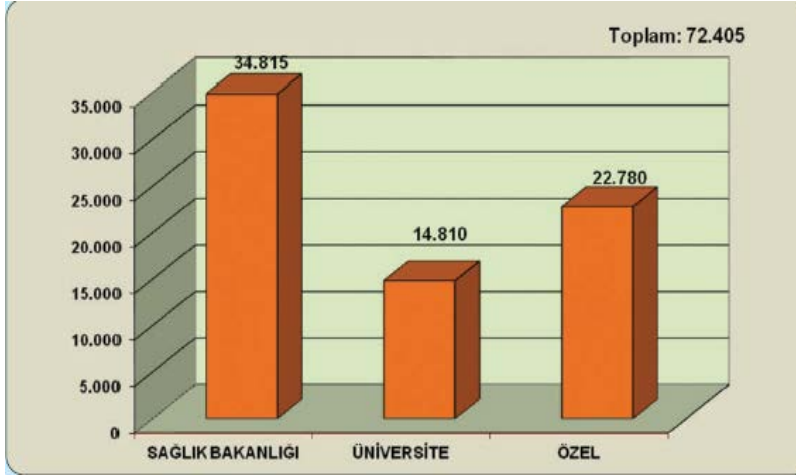
Yukarıdaki bilgilerin ışığında, Türkiye nüfusunun TÜİK istatistiğine göre 2013 yılı için 76.667.864 kişi olduğu düşünüldüğünde, 129.383 kişi olan doktor sayısının yeterli olduğu söylenemez.

Yine 2010 yılı verilerine göre; çalışan doktor sayısı bakımından Türkiye’de her 1000 kişiye 1,5 doktor düşerken AB ülkeleri ortalaması her 1000 kişiye 3,3 doktor düşmektedir. Aynı şekilde, Türkiye’de her 1000 kişiye 1,3 hemşire düşerken AB ülkeleri ortalaması her 1000 kişiye 9,8 hemşire düştüğünü göstermektedir (Bekiroğlu, 2011).

Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü ise; Türkiye’deki mevcut hekim sayısı bakımından, DSÖ Avrupa bölgesindeki 52 ülke içinde sondan 3. sırada olduğunu ve ayrıca Türkiye’de hekim sayısının 200.000 olması gerektiği belirtilmektedir(<http://www.hastane.com.tr/saglik/ulkemizde-doktor-sayisi-ne-kadar-yeterli.html>).

Görüldüğü gibi Türkiye’de mevcut doktor sayısı T.C. vatandaşları için bile sayısal olarak yeterli oranda değil iken, birde buna medikal turistlerin eklenmesi ile ortaya çıkacak talebi Türkiye’nin mevcut sağlık personel alt yapısının karşılaması, bu koşullarda zor gözükmemektedir.

**Şekil 5:** Türkiye’de Aktif Çalışan Uzman Doktorların Kurumlara Göre Dağılımı



Kaynak: DPT, YÖK, SB Türkiye’de Sağlık Eğitimi ve Sağlık İnsan Gücü Raporu 2014.

Türkiye’de aktif olarak görev yapan doktorların yabancı dil bilgilerine baktığımızda ise; konu ile ilgili net bir veri bulunmamaktadır. Ancak Türkiye’deki yabancı dil bilgisini de ölçtüğünü düşünülen, TUS’u (Tıpta Uzmanlık Sınavı) kazanmış uzman doktor sayısı göz önüne alındığında Şekil 5’te de görüldüğü üzere, 2014 yılı itibariyle Türkiye’de toplam 72.405 uzman hekim aktif olarak çalışmaktadır. Bu hekimlerin 34.815’i Sağlık Bakanlığı hastanelerinde, 14.810’u Üniversite hastanelerinde, 22.780’i ise özel hastanelerde çalışmaktadır. Bu veriler, Türkiye’nin medikal turizm alanında çalışan sağlık personellerinin yeterli sayıda ve yeterli düzeyde yabancı dil bilgisine sahip olmadığını işaret etmektedir.

Türkiye’de medikal turizm sektörü için sağlık personeli yetersizliğine ve yabancı dil bilen doktor sayısının azlığına karşın, 2014 yılı itibariyle JCI (Joint Commission International) akreditasyon belgeli 46 hastane bulunmaktadır. Bu sayı Türkiye’deki sağlık bakım kalitesi ve medikal yeterliliğini göstermesi bakımından ise önemli bir göstergedir. ([www.jointcommissioninternational](http://www.jointcommissioninternational) 11.03.2014)

### **3.2. Türkiye de Medikal Turizm Sektörün de Yasal Düzenlemeler**

Medikal turizm dünyada son 10-15 yıldır gelişerek yaygınlık kazanmaya başlamıştır. Bu kapsamda, Türkiye’de de sektörün sıhhatli gelişmesini sağlamak için son dönemde bazı yasal düzenlemeler yapılmaya başlanmıştır. Bunlardan bir tanesi Sağlık Bakanlığı nezdinde 31 mart 2010 tarihinde B100TSH000000 sayılı genelge ile Sağlık Turizmi Birimi kurulmasıdır. Birim, medikal turizm alanında hizmet verecek sağlık kurum ve kuruluşlarının planlamasını yapmak ve bu kurumlara medikal turizm faaliyetleri için gerekli izinleri vermek, sağlık kurumlarını sağlık hizmetleri açısından değerlendirmek, medikal turizm ile ilgili sağlık personelinin eğitimini organize etmek, sertifika vermek, medikal turizm ile ilgili resmi kurumlar ve bakanlıklar arası koordinasyonu sağlamak, konu ile alakalı mevzuat çalışmaları yapmak gibi hizmetlerin yürütülmesi için kurulmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010).

Medikal Turizm ile alakalı diğer bir yasal düzenleme ise 27.03.2002 tarih ve 24708 sayılı Özel Hastaneler Yönetmeliği’nde yapılan değişikliklerdir. Bu değişikliklerle en az 4 yıldızlı turistik tesislerin sağlık kurumları tarafından kiralanarak

Klinik Konukevi olarak hizmet verebilmelerinin önü açılmaktadır. Klinik Konukevleri, hastaların tedavi sonrası kontrol ve yaşam alışkanlıklarının düzenlenmesi veya risk grubu kişilere ulaşım zorlukları gibi nedenlerle hastane hizmeti alacakları döneme kadar daha az yoğunluktaki bakım hizmetleri ile hastanede gününbirlik tedavi (ayaktan kemoterapi tedavisi ve diyaliz gibi) alan kişilere daha az yoğunlukta bakım ve sağlık hizmetlerinin sunulduğu, sadece hasta ve/veya refakatçilerinin kalabildiği sağlık kuruluşlarıdır. Medikal turizmde bu değişikliklerle sektörün gelişmesi için en büyük sorunlardan biri olan ameliyat ve tedavi sonrası iyileşme sürecindeki bakım ve sağlık hizmetlerinin düzenlenmesinde önemli bir adım atılmıştır (EK3).

Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın yabancı ülkelerle imzaladığı ikili anlaşmalar ile de; sağlık personeli ve uzman değişimi, sağlıkla ilgili tüm konularda bilgi ve deneyim alışverişi, bilimsel kuruluşlar arasında doğrudan temasların sağlanması, özel sektörün ticari girişimlerinin desteklenmesi (sağlık turizmi dahil) konuların da faaliyetler yürütülmektedir. Bu çerçevede çok sayıda yabancı sağlık personeline Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde eğitim verildiği görülmektedir.

Medikal turizmin gelişmesine yardımcı olabilecek bu anlaşmalar sayesinde; T. C. Sağlık Bakanlığı ile Afganistan, Arnavutluk, Azerbaycan ve KKTC Sağlık Bakanlıkları arasında mevcut sağlık ve tıp alanında işbirliği anlaşmaları ile, ülkelerinde tedavileri mümkün olmayan hastalar, belli bir kontenjan dahilinde Türkiye' de ücretsiz olarak tedavi edilmektedirler. Benzer şekilde doğal afet, salgın hastalık vb. durumlarda olanaklar ölçüsünde çeşitli ülkelere insani ve teknik yardım yapılmaktadır. T.C. Sağlık Bakanlığı'nın yaptığı bu ikili anlaşmalar, görünürde direkt medikal turizm faaliyetleri ile ilgili olmamasına rağmen, Türkiye'nin sağlık alanındaki gelişmişliğini, yeteneklerini yabancı ülkelere tanıtması ve yabancı hastalara güven sağlaması açısından önem arz etmektedir (Varlık ve ark, 2010).

Tablo 7’ de görüldüğü üzere Türkiye’nin 50 ülkeyle sağlık alanında ikili anlaşması bulunmaktadır, 11 adet anlaşma ile en çok Irak ardından 9 adet anlaşma ile Suriye gelmektedir.

**Tablo 7:** 2011 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı, Devletlerle Sağlık Alanında imzalanan Anlaşmalar Listesi

Ülkeler	Toplam	Anlaşma	Protokol	Mutabakat	Diğer
Afganistan	2	1	1	-	-
Arnavutluk	1	1	-	-	-
Avusturya	1	1	-	-	-
Bahreyn	1	-	-	1	-
Belarus	1	1	-	-	-
Belçika	1	-	-	-	1
Bosna Hersek	1	1	-	-	-
Bulgaristan	1	-	1	-	-
Cezayir	1	1	-	-	-
Çin	1	1	-	-	-
Danimarka	1	-	--	1	-
Etiyopya	1	1	-	-	-
Fas	1	1	-	-	-
Filistin	1	-	1	-	-
Gürcistan	1	1	-	-	-
Hrvatistan	1	1	-	-	-
Irak	11	-	-	1	10
İran	1	-	-	1	-
İsrail	1	1	-	-	-
İsveç	1	-	-	1	-
Kazakistan	1	1	-	-	-
Kenya	1	1	-	-	-
Kırgızistan	1	1	-	-	-
Kuveyt	1	1	-	-	-
KKTC	2	1	1	-	-
Kosova	1	1	-	-	-
Lübnan	1	1	-	-	-
Macaristan	1	1	-	-	-
Makedonya	1	1	-	-	-
Malta	1	1	-	-	-
Meksika	1	1	-	-	-
Mısır	1	1	-	-	-
Moldava	2	1	1	-	-
Moğolistan	1	-	-	1	-
Umman	1	1	-	-	-
Özbekistan	1	1	-	-	-
Pakistan	1	1	-	-	-
Romanya	2	1	1	-	-
Rusya	1	1	-	-	-
Slovakya	1	1	-	-	-
Slovenya	1	1	-	-	-
Sudan	1	-	1	-	-
Suudi Arabistan	1	-	-	1	-
Suriye	9	1	-	-	8
Tacikistan	1	1	-	-	-
Tunus	1	1	-	-	-
Ukrayna	2	1	1	-	-
Yemen	1	1	-	-	-
Yunanistan	1	1	-	-	-

([www.saglikbakanligi.gov.tr](http://www.saglikbakanligi.gov.tr) 12.03.2014)

Medikal turizm alanındaki yasal düzenlemelerden bir tanesi de Sağlık Bakanlığı'nın Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, 2011/41 sayılı bir genelge yayınlarak ülkemize ziyarete gelecek medikal turistlere sunulacak hizmetler belirlenmiş ve ayrıca medikal turizm potansiyeli olan illerin hastanelerinin bir tanesinde veya İl Sağlık Müdürlükleri bünyesinde Yurtdışı Hasta İl Koordinasyon Merkezi kurulması kararlaştırılmıştır. Bunun yanısıra, yabancı hastaların taleplerine cevap verebilmek için Yurtdışı Hasta İl Koordinasyon Merkezleri'nde veya Bakanlık Merkez'inde Yurtdışı Hasta Çağrı Merkezi'nin kurulmasına karar verilmiştir. Bu birimlerde ayrıca iyi derecede yabancı dil bilen en az 3 yardımcı sağlık personeli ve 2 hekim görevlendirilmesi gereği belirtilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010).

Görüldüğü üzere, medikal turizm sektörünü geliştirmeye ve düzenlemeye yönelik yasal düzenlemeler için çeşitli adımlar atılmakla birlikte, sektörün sağlıklı gelişebilmesi için sadece Sağlık Bakanlığı'nın çalışmaları tek başına yeterli olamamaktadır. Diğer bakanlıklarında konu ile ilgili gerekli yasal düzenlemeleri yapmaları gerekmektedir. Özellikle Kültür ve Turizm Bakanlığı'nın sektörün gelişmesi için medikal turizm alanında profesyonel turizm acentalarının varlığını sağlayacak yasal düzenlemeleri yapılandırması büyük önem arz etmektedir. Medikal turizm sektöründe, tıbbi hizmetlerin kalitesi ve yeterliliğinin yanı sıra ulaşım, konaklama, şehir içi transferler gibi yan hizmetlerinde bu konularda profesyonelleşmiş turizm acentaları tarafından yapılması fazlasıyla önem arz etmektedir.

### **3.2. Türkiye de Medikal Turizm Sektörün de Sosyal Faktörler**

Medikal turizm sektörünün gelişmesi, tıbbi hizmetlerin kalitesinin yanı sıra verilen hizmetlerde çeşitli etik ve sosyal konulara verilen öneme de bağlıdır. Özellikle medikal turizm alanında verilecek tıbbi hizmetlerde, uluslar arası ve yerel hasta haklarına uyulması sektörün gelişmesi için önem arz etmektedir. Uluslar arası hasta hakları; İnsan Hakları Evrensel Beyanamesi gibi kapsamı ve temelleri insan haklarıyla ilgili uluslararası sözleşme ve bildirgelerde de belirlenmiştir. Daha sonra bu konuya ilişkin kuralları düzenleyen özel belgeler oluşturulmuştur. Bunların başında Dünya Tabipler Birliği'nin 1981 yılında kabul ettiği "Lizbon Hasta Hakları

Bildirgesi” gelir. 1994 yılında Amsterdam’da kabul edilen “Avrupa’da hasta haklarının geliştirilmesi bildirgesi” ise bu hakları daha da ayrıntılı hale getirmiştir. 1998’de yayınlanan Avrupa Biyoetik Konvansiyonu ise tıbbi uygulamalara ilişkin uyulması gereken yasal statüyü belirleyecek normları ortaya koymuştur.

Tüm bu gelişmelerin yanı sıra, esasen, hasta hakları temel olarak Lizbon Bildirgesinde ortaya konulmuştur. Bu bildirge ana hatları ile hekim-hasta ilişkisiyle ilgilidir. Bildirgede tanımlanan temel haklar şunlardır:

1. Hasta, hekimini özgürce seçme hakkına sahiptir.
2. Hasta, hiçbir dış etki altında kalmadan özgürce klinik ve etik kararlar verebilen hekim tarafından bakılabilmek hakkına sahiptir.
3. Hasta yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra önerilen tedaviyi kabul ve reddetme hakkına sahiptir.
4. Hasta, hekimden tüm tıbbi bilgi ve özel hayatına ilişkin bilgilerin gizliliğine saygı duyulmasını bekleme hakkına sahiptir.
5. Her hastanın onurlu bir şekilde ölmeye hakkı vardır.
6. Hasta uygun bir dini temsilcinin yardımını içeren ruhi teselliyi kabul veya reddetme hakkına sahiptir. (<http://www.hastahaklari.org/hastahak-ic.htm>)

Bu metinde, sağlık hizmeti almak için başvuran herkesin; Uluslar arası hasta haklarının yanı sıra T.C. Sağlık Bakanlığı’nın da 1 Ağustos 1998 tarihinde yayınlanan “Hasta Hakları Yönetmeliği”nde ifade edilen hasta hakları yine aynı bakanlığın sağlık kurumlarına gönderilmiş ve hastaların görmesi ve okuması için duvarlarda çerçevelenmiş bir şekilde asılı durması istenmiştir.

Hizmetten genel olarak faydalanma: Adalet ve hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlıklı yaşamının teşvik edilmesine yönelik faaliyetler ve koruyucu sağlık hizmetlerinden faydalanmaya,

Eşitlik içinde hizmete ulaşma: Irk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç, ekonomik ve sosyal durumları dikkate alınmadan hizmet almaya,

Bilgilendirme: Her türlü hizmet ve imkanın neler olduğunu öğrenmeye,

Kuruluşu seçme ve değiştirme: Sağlık kuruluşunu seçme ve değiştirmeye ve seçtiği sağlık kuruluşunda verilen sağlık hizmetlerinden faydalanmaya,

Personeli tanıma, seçme ve değiştirme: Sağlık hizmeti verecek ve vermekte olan tabiplerin ve diğer personelin kimliklerini, görev ve unvanlarını öğrenmeye, seçme ve değiştirmeye,

Bilgi isteme: Sağlık durumu ile ilgili her türlü bilgiyi sözlü ve yazılı olarak istemeye,

Mahremiyet: Gizliliğe uygun bir ortamda her türlü sağlık hizmetini almaya,

Rıza ve izin: Tıbbi müdahalelerde rızanın alınmasına ve rıza çerçevesinde hizmetten faydalanmaya,

Reddetme ve durdurma: Tedaviyi reddetmeye veya durdurulmasını istemeye,

Güvenlik: Sağlık hizmetini güvenli bir ortamda almaya,

Dini vecibelerini yerine getirebilme: Kuruluşun imkanları ölçüsünde ve idarece alınan tedbirler çerçevesinde, dini vecibelerini yerine getirmeye,

Saygınlık görme: Saygı, itina ve ihtimam gösterilerek, güler yüzlü, nazik, şefkatli bir yaklaşımla sağlık hizmeti almaya,

Rahatlık: Her türlü hijyenik şartlar sağlanmış, gürültü ve rahatsız edici bütün etkenler bertaraf edilmiş bir ortamda sağlık hizmeti almaya,

Ziyaret: Kurum ve kuruluşlarca belirlenen usül ve esaslara uygun olarak ziyaretçi kabul etmeye,

Refakatçi bulundurma: Mevzuatın, sağlık kurum ve kuruluşlarının imkanları ölçüsünde ve tabibin uygun görmesi durumunda refakatçi bulundurmaya istemeye,

Müracaat, şikayet ve dava hakkı: Haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü müracaat, şikayet ve dava hakkını kullanmaya,

Sürekli hizmet: Gerektiği sürece, sağlık hizmetlerinden yararlanmaya,

Düşünce belirtme: Verilen hizmetler konusunda düşüncelerini ifade etmeye hakları olduğu yazılıdır.” (<http://www.hastahaklari.org/hastahak-ic.htm>)

### 3.4. Türkiye de Medikal Turizm Sektörünü Kolaylaştırıcı ve Tanıtıcı Faktörler

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

Tablo 8’de Türkiye’nin 90 gün kadar vize muafiyeti uyguladığı ülkeler görülmektedir. Bu ülkelerin dışında ayrıca Türkiye Kazakistan, Kırgızistan ve Kosta Rika ya 30 günlük vize muafiyeti uygulamaktadır.

**Tablo 8:** Türkiye’nin 90 güne kadar vize muafiyeti uyguladığı ülkeler.

90 Güne kadar Vize Muafiyeti Uygulanan Ülkeler		
Almanya	Filistin	Malezya
Arjantin	Fransa	Malta
Arnavutluk	Gambiya	Mauritius
Azerbeycan	Grenada	Meksika
Bahama	Güney Kore	Mısır
Bangladeş	Gürcistan	Monako
Barbados	Hollanda	Norveç
Belçika	Honduras	Özbekistan
Belize	Hong Kong	Pakistan
Rusya	İran	Peru
Bolivya	İspanya	Polonya
Brezilya	İsrail	Portekiz
Bulgaristan	İsveç	Romanya
Cezayir	İsviçre	Yugoslavya
Çek Cumhuriyeti	İtalya	Singapur
Danimarka	İzlanda	Slovakya
Ekvator	Jamaika	Slovenya
El Salvador	Japonya	Şili
Fas	Kenya	Tayland
Fiji	Küba	Tunus
Finlandiya	Litvanya	Vatikan
Uruguay	Ukrayna	Yunanistan

(<http://www.yabancilar.org/bilgi/vize.html> 13.03.2014)

Türkiye'nin vize uygulama politikası medikal turizmin gelişmesi için uygun şartları içermektedir. Özellikle tablo 8'de görüldüğü üzere komşu ülkelere ve Türk Cumhuriyetlerine uygulanan vize kolaylıkları, bu ülkelerdeki potansiyel medikal turistler için tetikleyici ve kolaylaştırıcı bir faktör olarak düşünülmektedir.

Yukarıdaki bilgiler ışığında; Türkiye'nin medikal turizm alanında çeşitli avantajlara sahip olmasının yanısıra bazı dezavantajlara da sahiptir. Türkiye'nin kaliteli sağlık hizmeti sunan ve akredite olmuş hastaneleri sektör için olumlu iken, sağlık personelinin sayısal azlığı ve yetersiz yabancı dil bilgisine sahip sağlık personeli en önemli dezavantajları olarak gözükmektedir. Ayrıca, Türkiye'deki medikal turizm sektörü için mevcut yasal düzenlemelerinde yeterli olduğu söylenemez. Özellikle devlet kurumları ve özel sektör arasında koordinasyonu sağlayabilecek tamlayıcı ve destekleyici yasal düzenlemelerin yapılması gereklidir. Aynı şekilde, sektörün sağlıklı ve hızlı gelişebilmesi için ilgili devlet kurumlarının medikal turizm alanında gerekli politikaları üretmesi gerekmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2010). Mevcut yasal düzenlemelerde, medikal turizmle ilgili mevzuat düzenlemelerinin bütünlük olmadığı görülmektedir. Örneğin Sağlık Bakanlığı Özel Hastaneler Yönetmeliği içerisinde değişiklik yaparak medikal turizm alanında klinik konuk evlerinin açılması için bir düzenleme getirmiştir. Ekonomi Bakanlığı ise, ayrı bir düzenleme ile medikal turistler için uçak bileti fiyatlarında indirim yapılabilmesi için bir düzenleme yapmıştır. Bu mevzuat düzenlemelerinin tek çatı altında toplanarak bütünlük bir sağlık turizmi mevzuatının oluşturulması gerekmektedir.

#### **4.GEREÇ VE YÖNTEM**

Bu bölümde araştırmanın modeli, evreni ve örnekleme tanımlanmış, veri toplama aracı, verilerin toplanması, analizi ve kullanılan istatistiksel analizler üzerinde durulmuştur.

##### **Araştırmanın Konusu**

Sağlık hizmetleri sunumunda, hizmeti kullanan bireylerin taleplerine yönelik medikal turizm kapsamında sunulan sağlık hizmeti ve Türkiye'nin bu platformdaki konumu araştırmanın konusunu oluşturmaktadır.

Araştırmanın amacı, İstanbul'da medikal turizm yapan hastanelerin yöneticilerine uygulanan bilgi ve algı anketi aracılığı ile elde edilen verilerin ışığında, Türkiye'nin medikal turizm pazarındaki yerini belirlemek ve payının artırılmasına yönelik model önerisi sunmaktır.

##### **Araştırmanın Tipi**

Kesitsel bir araştırmadır.

##### **Evren ve Örneklem**

“Türkiye’ de Medikal Turizm için Bir Model Önerisi” başlıklı araştırmanın evreni 2012-2013 yılı itibariyle İstanbul'da medikal turizm faaliyetinde bulunan hastanelerin tamamıdır. İstanbul'un evren olarak belirlenmesinin sebebi ise literatürde, İstanbul dışındaki illerde tutulan hasta istatistiklerinin genelde medikal turist kapsamında ele alınmamasıdır. Sözgelimi, Antalya'da en çok yabancı hasta Kemer'de faaliyet gösteren bir hastaneye gelmektedir. Ancak, bu veri daha çok turist sağlığı kapsamında değerlendirmektedir (Aydın ve ark, 2011).

İkinci husus ise, yeterli sayıdaki akredite olmuş özel ve kamu hastanelerinin İstanbul'da açılmış olmasıdır. Medikal turizme hizmet veren doktor ve sağlık personeli sayısının daha çok İstanbul'da bulunması nedeniyle İstanbul'un sağlık hizmetleri konusunda Türkiye'yi temsil etme gücünün oldukça yüksek olduğu düşünülmektedir. Örneğin, Türkiye'deki özel hastane sayısı 541'dir (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık İstatistikleri Yıllığı 2013). Bu hastanelerden İstanbul'da yer alan

(%32) özel hastane sayısı ise 174'dur. Üçüncü husus ise, İstanbul gelen turist bakımından Türkiye'nin önemli bir limanıdır.

(<http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/kurumlar/kurumlar.asp?lc=32&kk> 13.03.2014).

### **Veri Toplama Aracı**

Veriler, anket aracılığıyla toplanmıştır.

Anket formu, sorularının hazırlanması aşamasında medikal turizm faaliyetinde bulunan 3 özel hastanenin yöneticileri ve medikal turizm birimleri ile yüz yüze görüşülerek sorular şekillendirilmiş, yöneticilerin ve medikal turizm birimi çalışanlarının değerlendirme ve önerileri sonucunda gerekli düzeltmeler yapılmıştır.

Bu değerlendirmeler neticesinde anket formunun son hali elde edilmiş ve pilot olarak seçilen 3 özel hastanede test edildikten sonra tekrar gözden geçirilerek uygulamaya hazır hale getirilmiştir.

Anket formu iki bölümden oluşmaktadır;

Birinci bölümdeki sorular, hastanenin türü, sağlık personeli sayısı, sağlık personellerinin bildikleri yabancı diller ve seviyeleri, medikal turistlerin geldikleri ülkeler, hastanelerin kalite belgeleri, hastaneye tedavi amacıyla gelen yıllık hasta sayıları, medikal turistlerin geliş yöntemlerini belirlemeye yönelik oluşturulmuştur.

İkinci bölümde ise, Türkiye' de medikal turizm faaliyetinde bulunan hastanelerin yöneticilerinin sektörün mevcut durumu ve geleceğine dair bilgi ve algılarının değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Bu bağlamda anketin ikinci kısmında toplam 25 ifade bulunmaktadır. Sırasıyla, 1-9 arasındaki ifadeler "Medikal Yeterlilik" durumunu değerlendirmeye; 10-14 arasındaki ifadeler "Yasal Durumlar" hakkındaki düzenlemelere; 15-17 arasındaki ifadeler "Sosyal Faktörler" düzeyindeki değerlendirmelere; 18-25 arasındaki ifadeler ise "Kolaylaştırıcı ve Tanıtıcı Faktörler" değerlendirmelerinden oluşmaktadır.

25 ifadenin her biri, görüşme yapılan yönetici tarafından “0: Kesinlikle katılmıyorum, 1: Katılmıyorum, 2: Kararsızım, 3: Katılmıyorum, 4: Kesinlikle katılıyorum” şeklinde değerlendirilerek cevaplanmıştır.

### **Araştırmanın Saha Uygulama Süreci**

Araştırma verileri anket formu aracılığıyla yüz yüze görüşme yöntemi ile elde edilmiştir. Görüşmeler araştırmacının kendisi tarafından yapılmıştır.

Araştırma için gerekli kurum izinleri alındıktan sonra saha uygulamasına başlanmış ve saha uygulaması 15.11.2012 – 10.11.2013 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

İstanbul ilinde medikal turizm faaliyeti bulunan 20 özel ve Sağlık Bakanlığı'na bağlı 4 devlet hastanesi yöneticileri ile görüşülerek araştırma verileri elde edilmiştir.

Araştırmanın uygulama sürecinde, özel hastanelerin müdür, müdür yardımcısı, başhekimleri ile, 4 devlet hastanesinde, Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü internet sitesindeki iletişim bilgilerinden elde edilerek saptanan, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü tarafından Yurtdışı Hasta Biriminde görevlendirilmiş olan yöneticiler ile görüşülmüştür.

Özel ve kamu hastaneleri yöneticileri araştırmaya katılmayı kişisel bilgilerinin gizli kalması koşulu ile kabul ettiğinden, başta anket formu olmak üzere, çalışmanın bulgular ve sonuç kısmında kişisel bilgiler kullanılmamıştır.

## **Araştırma Verilerinin Analizi**

Araştırmadan elde edilen veriler elektronik ortama aktarılmış ve SPSS 11.5 istatistik paket programında analiz edilmiştir.

Araştırmaya katılan hastanelerin özellikleri verilmiş ve alt sorulara ilişkin bulgular analiz edilmiştir.

Anket formunun birinci bölümünde yer alan araştırmaya katılan hastanelerin türü, hastanelere gelen yabancı hastalara yönelik hasta hizmetlerinin özellikleri, sağlık personeli sayıları ve bildikleri yabancı diller ve seviyeleri, hastanelerin sahip oldukları kalite belgeleri, hastanelere yıllık gelen yabancı hastaların sayısı ve geldikleri ülkeler, yabancı hastaların sağlık hizmetini kullandıkları hastanelerle iletişimde kurma biçimlerinin dağılımları frekans (sıklık) tabloları halinde sunulmuştur.

Anket formunun ikinci bölümünde sağlık kurumu yöneticilerinde medikal turizm algısını değerlendirmeye yönelik ifadeler için, medikal yeterlilik, yasal durumlar, sosyal faktörler, kolaylaştırıcı ve tanıtıcı faktörler puanları hesaplanarak, bu puanlar hastanelerin türü ve hastanelerin herhangi bir akreditasyon belgesine sahip olma durumlarına göre gruplar arası karşılaştırma analizleri yapılmıştır.

Puan hesaplamalarında 0:Kesinlikle katılmıyorum, 1: Katılmıyorum, 2:Kararsızım, 3:Katılıyorum, 4:Kesinlikle katılıyorum şeklinde sayısal değerler toplanarak her bir bölüme ait puanlar oluşturulmuştur. Hesaplanan puanlar önce özet bir tablo halinde sunulmuş daha sonra karşılaştırma tablolarına yer verilmiştir.

Hesaplanan puanların dağılımları normal dağılım gösterdiği için gruplararası (2 grup) karşılaştırmalarda t-testi kullanılmıştır.  $P < 0.05$  anlamlılık seviyesi olarak belirlenmiştir.

### **Araştırmanın Sınırlılıkları**

Sağlık profesyonelleri, İstanbul'da her katmandan profesyonel kişi ve kuruluş olduğundan, İstanbul'un Türkiye'yi her yönden temsil edebileceğini, örnek olabileceğini belirtmektedirler. Bu sebeple, araştırma, sadece İstanbul'daki özel hastanelerde ve az sayıda devlet hastanelerinde yapıldığından, sonuçları genellenemez, ancak Türkiye genelini tahmin etmede oldukça yol göstericidir.

Araştırma, hastane yöneticilerine ait değerlendirmelerden oluştuğundan sınırlıdır.

Araştırma, araştırmacının zaman, emek ve maddi imkanları çerçevesinde yapıldığından sınırlıdır.

## 5. BULGULAR

Araştırma, 15 Kasım 2012– 10 Kasım 2013 tarihleri arasında İstanbul’da toplam 24 hastanede uygulanmıştır.

Araştırma kapsamında yer alan hastanelerin; %79’u (n = 19) özel hastane, %17’si (n = 4) devlet, % 4’ü ise (n = 1) özel dal hastanesidir (Tablo 9).

**Tablo 9: Araştırma kapsamında yer alan hastanelerin türlerine göre dağılımı**

Hastane Türü	n	%
Özel hastane	19	79,0
Devlet hastanesi	4	17,0
Diğer (Özel dal hastanesi- Göz hastanesi)	1	4,0
<b>Toplam</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>

Araştırmada yer alan hastanelere gelen yabancı hasta hizmetleri için izlenen yöntemlere ilişkin hastanelerin %75'i (n=18) yabancı hastalar için ayrı bir departman olduğunu; %70.83'ü (n=17) yabancı hastalarla ilgilenmesi için görevli yabancı dil bilen hasta kabul personeli olduğunu; %16.66'sı hastanelerinde bu konu ile ilgili bir departman veya personel bulunmadığını; %12.5'i VIP yatan katı bulundurduklarını belirtmişlerdir (Tablo 10).

**Tablo 10: Araştırma kapsamındaki hastaneler bünyesinde yabancı hasta hizmetleri için izlenen yöntemlerin dağılımı**

<b>Yabancı hasta hizmetleri için yapılanlar</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Yabancı hastalar için ayrı bir departman	18	75,00
Yabancı hastalarla ilgilenmesi için görevli yabancı dil bilen hasta kabul personeli	17	70,83
Hastanemizde böyle bir departman veya personel bulunmamaktadır	4	16,66
VIP yatan katı bulunmaktadır	3	12,5
Kat tercümanları ve hekimleri bulunmaktadır	2	8,33
Departman oluşturabilmek için çalışmalar gündemde	1	4,16
Bu işten sorumlu bir başhekim yardımcısı bulunmaktadır	1	4,16
Anlaşmalı din adamları ve ibadet odaları bulunmaktadır	1	4,16
Yabancı dil bilen sürücüler bulunmaktadır	1	4,16

*(Birden fazla seçenek işaretlendiğinden, n=24'e göre yüzdeler hesaplanmıştır)*

Araştırmaya katılan hastanelerde genel olarak İngilizce'ye daha fazla önem verildiği görülmektedir. Buna göre, sağlık personeli dışında çalışan diğer personellerin, ileri düzeyde %45.8, orta düzeyde %37.5, başlangıç düzeyinde ise %8.3 oranında İngilizce bildikleri görülmektedir. Önem sıralamasında ikinci sırada Arapça yer almaktadır. Sırasıyla Arapça için, ileri düzey %45.8, orta düzey %29.2'dir. Üçüncü sırada ise Almanca yer almaktadır. %25 oranında ileri düzeyde, %20.8 oranında ise orta düzeyde Almanca bilen personel bulunmaktadır. Ayrıca, Rusça bilen personel sayıları dağılımları da diğer diller arasında dikkat çekmektedir. %16.7 oranında ileri düzey, %12.5 oranında orta düzey, %4.2 oranında başlangıç düzeyinde Rusça bilen personel çalışmaktadır. Fransızca, Almanca, Rusça ve Arapça dilleri için %4.2 oranında gönüllü tercümanlık yapan çalışan listeleri olduğu belirtilmiştir. Orta düzey Gürcüce, ileri düzey Flemenkçe, Kazakça, Ukraynaca, Romence, Boşnakça, İtalyanca bilen personel oranı aynı olup %4.2'dir; yine benzer olarak %8.3 oranında ileri düzey Arnavutça ve Bulgarca bilen personel bulunmaktadır (Tablo 11a).

**Tablo 11a: Sağlık personeli dışında çalışan personellerin bildikleri yabancı diller ve seviyelerinin dağılımı**

<b>Sağlık Personeli dışında çalışan personelin bildikleri yabancı diller / seviyeleri</b>		
<b>İngilizce</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	2	8,3
<i>Orta</i>	9	37,5
<i>İleri</i>	11	45,8
<i>Cevapsız</i>	2	8,3
<b>Toplam</b>	24	100,0
<b>Fransızca</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	1	4,2
<i>Orta</i>	2	8,3
<i>İleri</i>	3	12,5
<i>Gönüllü tercümanlık yapacak çalışan listemiz var</i>	1	4,2
<i>Cevapsız</i>	17	70,8
<b>Toplam</b>	24	100,0
<b>Almanca</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	0	0,0
<i>Orta</i>	5	20,8
<i>İleri</i>	6	25,0
<i>Gönüllü tercümanlık yapacak çalışan listemiz var</i>	1	4,2
<i>Cevapsız</i>	12	50,0
<b>Toplam</b>	24	100,0

<b>Rusça</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	1	4,2
<i>Orta</i>	3	12,5
<i>İleri</i>	4	16,7
<i>Gönüllü tercümanlık yapacak çalışan listemiz var</i>	1	4,2
<i>Cevapsız</i>	15	62,5
<b>Toplam</b>	24	100,0
<b>Arapça</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	0	0,0
<i>Orta</i>	7	29,2
<i>İleri</i>	11	45,8
<i>Gönüllü tercümanlık yapacak çalışan listemiz var</i>	1	4,2
<i>Cevapsız</i>	5	20,8
<b>Toplam</b>	24	100,0
<b>Gürcüce</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	0	0,0
<i>Orta</i>	1	4,2
<i>İleri</i>	0	0,0
<i>Cevapsız</i>	23	95,8
<b>Toplam</b>	24	100,0
<b>Flemenkçe</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	0	0,0
<i>Orta</i>	0	0,0
<i>İleri</i>	1	4,2
<i>Cevapsız</i>	23	95,8
<b>Toplam</b>	24	100,0
<b>Arnavutça</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	0	0,0
<i>Orta</i>	0	0,0
<i>İleri</i>	2	8,3
<i>Cevapsız</i>	22	91,7
<b>Toplam</b>	24	100,0
<b>Kazakça</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	0	0,0
<i>Orta</i>	0	0,0
<i>İleri</i>	1	4,2
<i>Cevapsız</i>	23	95,8
<b>Toplam</b>	24	100,0
<b>Ukraynaca</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	0	0,0
<i>Orta</i>	0	0,0
<i>İleri</i>	1	4,2
<i>Cevapsız</i>	23	95,8
<b>Toplam</b>	24	100,0
<b>Romence</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	0	0,0
<i>Orta</i>	0	0,0
<i>İleri</i>	1	4,2
<i>Cevapsız</i>	23	95,8
<b>Toplam</b>	24	100,0
<b>Bulgarca</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	0	0,0

<i>Orta</i>	0	0,0
<i>İleri</i>	2	8,3
<i>Cevapsız</i>	22	91,7
<b>Toplam</b>	24	100,0
<b>Boşnakça</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	0	0,0
<i>Orta</i>	0	0,0
<i>İleri</i>	1	4,2
<i>Cevapsız</i>	23	95,8
<b>Toplam</b>	24	100,0
<b>İtalyanca</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	0	0,0
<i>Orta</i>	0	0,0
<i>İleri</i>	1	4,2
<i>Cevapsız</i>	23	95,8
<b>Toplam</b>	24	100,0

Araştırmaya katılan hastanelerde sağlık personeli dışında çalışan personellerin bildikleri yabancı diller ve seviyelerinin dağılımına bakıldığında özel hastanelerin bu konuda çok daha özenli davrandıkları görülmektedir. Devlet hastanelerinin %9.1'inde (n=1), özel hastanelerin %90.9'unda (n=10) ileri düzeyde İngilizce bilen sağlık dışı çalışan personel bulunmaktadır. Devlet hastanelerinin %20'sinde (n=1), özel hastanelerin %80'inde orta düzeyde Almanca bilen sağlık dışı çalışan personel istihdam edilmektedir. Devlet hastanelerinin %28.6'sında (n=2), özel hastanelerin %71.4'ünde (n=5) orta düzeyde Arapça bilen sağlık dışı çalışan personel bulunmaktadır. Devlet hastanelerinde Fransızca, Rusça, Gürcüce, Flemenkçe, Kazakça, Ukraynaca, Romence, Bulgarca, Boşnakça ve İtalyanca bilen sağlık dışı çalışan personel bulunmazken, özel hastanelerdeki dağılım ise Tablo 11b'de görülmektedir (Tablo 11a, b).

**Tablo 11b: Araştırmaya katılan hastanelerin türlerine göre sağlık personeli dışında çalışan personellerin bildikleri yabancı diller ve seviyelerinin detaylı dağılımı**

Sağlık Personeli dışında çalışan personelin bildikleri yabancı diller / Seviyeleri	Devlet		Özel		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>İngilizce</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	1	50,0	1	50,0	2	100,0
<i>Orta</i>	2	22,2	7	77,8	9	100,0
<i>İleri</i>	1	9,1	10	90,9	11	100,0
<b>Toplam</b>	4	18,2	18	81,8	22	100,0
<b>Fransızca</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	0	0,0	1	100,0	1	100,0
<i>Orta</i>	0	0,0	2	100,0	2	100,0
<i>İleri</i>	0	0,0	3	100,0	3	100,0
<i>Gönüllü tercümanlık yapacak çalışan listemiz var</i>	0	0,0	1	100,0	1	100,0
<b>Toplam</b>	0	0,0	7	100,0	7	100,0
<b>Almanca</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Orta</i>	1	20,0	4	80,0	5	100,0
<i>İleri</i>	0	0,0	6	100,0	6	100,0
<i>Gönüllü tercümanlık yapacak çalışan listemiz var</i>	0	0,0	1	100,0	1	100,0
<b>Toplam</b>	1	8,3	11	91,7	12	100,0
<b>Rusça</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	0	0,0	1	100,0	1	100,0
<i>Orta</i>	0	0,0	3	100,0	3	100,0
<i>İleri</i>	0	0,0	4	100,0	4	100,0
<i>Gönüllü tercümanlık yapacak çalışan listemiz var</i>	0	0,0	1	100,0	1	100,0
<b>Toplam</b>	0	0,0	9	100,0	9	100,0
<b>Arapça</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Orta</i>	2	28,6	5	71,4	7	100,0
<i>İleri</i>	0	0,0	11	100,0	11	100,0
<i>Gönüllü tercümanlık yapacak çalışan listemiz var</i>	0	0,0	1	100,0	1	100,0
<b>Toplam</b>	2	10,5	17	89,5	19	100,0
<b>Gürcüce</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Orta</i>	0	0,0	1	100,0	1	100,0

<i>İleri</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<b>Toplam</b>	0	0,0	1	100,0	1	100,0
<b>Flemenkçe</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Orta</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>İleri</i>	0	0,0	1	100,0	1	100,0
<b>Toplam</b>	0	0,0	1	100,0	1	100,0
<b>Arnavutça</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Orta</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>İleri</i>	1	50,0	1	50,0	2	100,0
<b>Toplam</b>	1	50,0	1	50,0	2	100,0
<b>Kazakça</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Orta</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>İleri</i>	0	0,0	1	100,0	1	100,0
<b>Toplam</b>	0	0,0	1	100,0	1	100,0
<b>Ukraynaca</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Orta</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>İleri</i>	0	0,0	1	100,0	1	100,0
<b>Toplam</b>	0	0,0	1	100,0	1	100,0
<b>Romence</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Orta</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>İleri</i>	0	0,0	1	100,0	1	100,0
<b>Toplam</b>	0	0,0	1	100,0	1	100,0
<b>Bulgarca</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Orta</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>İleri</i>	0	0,0	2	100,0	2	100,0
<b>Toplam</b>	0	0,0	2	100,0	2	100,0
<b>Boşnakça</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Orta</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>İleri</i>	0	0,0	1	100,0	1	100,0
<b>Toplam</b>	0	0,0	1	100,0	1	100,0
<b>İtalyanca</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Başlangıç</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>Orta</i>	0	0,0	0	0,0	0	0,0
<i>İleri</i>	0	0,0	1	100,0	1	100,0
<b>Toplam</b>	0	0,0	1	100,0	1	100,0

Araştırmada yer alan toplam 24 hastanenin tümünde çalışan doktor sayısının 30'dan fazla olduğu görülmektedir. Devlet hastanelerinin %17.4'ünde, özel hastanelerin ise, %82.6'sında hem hemşire hem de yardımcı sağlık personeli sayısının 30'dan fazla olduğu görülmektedir (Tablo 12).

**Tablo 12: Çalışan sağlık personeli sayılarının hastanelere göre dağılımı**

Sağlık personeli sayılarının kategorileri	Devlet		Özel		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
<b>Doktor</b>						
1 - 10	0	0,0	0	0,0	0	0,0
11 - 20	0	0,0	0	0,0	0	0,0
21 - 30	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Diğer	4	16,7	20	83,3	24	100,0
<b>Hemşire</b>						
1 - 10	0	0,0	0	0,0	0	0,0
11 - 20	0	0,0	0	0,0	0	0,0
21-30	0	0,0	1	100,0	1	100,0
Diğer	4	17,4	19	82,6	23	100,0
<b>Yardımcı sağlık personeli</b>						
1 - 10	0	0,0	0	0,0	0	0,0
11-20	0	0,0	1	100,0	1	100,0
21-30	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Diğer	4	17,4	19	82,6	23	100,0

Araştırma kapsamında yer alan hastanelerde çalışan sağlık personeli sayıları hastane türüne göre Tablo 13’de görülmektedir. Devlet hastanelerinde çalışan doktor sayısı ortalama 179 iken, özel hastanelerde 82; hemşire sayısı devlet hastanelerinde ortalama 200 iken, özel hastanelerde 140; sağlık personeli sayısı ise devlet hastanelerinde ortalama 192, özel hastanelerde ise 86’dır.

**Tablo 13: Araştırmaya katılan tüm hastanelerde çalışan ortalama sağlık personeli sayılarının dağılımı**

Sağlık personeli sayıları	Devlet			Özel		
	Ort.	En küçük değer	En büyük değer	Ort.	En küçük değer	En büyük değer
<b>Doktor</b>	179	67	250	82	30	173
<b>Hemşire</b>	200	50	300	140	23	300
<b>Sağlık personeli</b>	192	119	250	86	30	190

Araştırma kapsamındaki hastanelerde İngilizce'ye önem verildiği görülmektedir. 16 hastanede, İngilizce bilen doktor sayısı 3 ila 108 arasındadır. 15 hastanede İngilizce bilen hemşire sayısı 1 ila 40 kişi arasında değişmektedir. 13 hastanede İngilizce bilen sağlık personeli sayısı 1 ila 30 sayısı arasındadır.

12 hastanede Arapça bilen doktor sayısı 10'un altındadır. 9 hastanede Arapça bilen hemşire sayısı 1 ila 5 arasındadır. 8 hastanede Arapça bilen sağlık personeli 1 ila 15 kişi olarak belirtilmektedir.

9 hastanede Almanca bilen doktor sayısı, 3 ila 15 kişi arasındadır. 7 hastanede Almanca bilen hemşire sayısı ve 6 hastanede Almanca bilen sağlık personeli sayısı 1 ila 5 arasındadır.

7 hastanede Fransızca bilen doktor sayısı 5'ten azdır. Fransızca bilmeyen hemşire ve sağlık personeli bulunan hastane sayısı 6'dır.

4 hastanede Rusça bilen doktor bulunmamaktadır. 4 hastanede Rusça bilen hemşire ve sağlık personeli sayısı 1 ila 10 arasındadır (Tablo 14).

**Tablo 14: Araştırmaya katılan hastanelerde yabancı dil bilgisine göre hastane sayısı ve sağlık personeli olarak çalışanların sayılarının dağılımı**

Yabancı diller	Hastane sayısı (n=24)	Doktor sayısı		Hastane sayısı (n=24)	Hemşire sayısı		Hastane sayısı (n=24)	Sağlık personeli sayısı	
	n	En küçük değer	En büyük değer	n	En küçük değer	En büyük değer	n	En küçük değer	En büyük değer
İngilizce	16	3	108	15	1	40	13	1	30
Fransızca	7	1	4	6	-	-	6	-	-
Almanca	9	3	15	7	1	5	6	1	5
Arapça	12	1	7	9	1	5	8	1	15
Gürcüce	1	-	-	1	1	1	1	1	1
Rusça	4	-	-	4	1	10	4	1	10
Farsça	1	1	1	1	2	2	0	-	-

Araştırmaya katılan hastanelerin %83.3'ünde (n=20) akreditasyon belgesi bulunmaktadır. Hastanelerin türlerine göre dağılıma bakıldığında, devlet hastanelerinin tamamı akreditasyon belgelerinin olduğunu ifade etmiştir. Özel hastanelerin %80'inde akreditasyon belgesi bulunmaktadır. Buna göre, hastanelerin akreditasyon belgelerinin ayrıntılı dağılımı Tablo 16'da görülmektedir (Tablo 15).

**Tablo 15: Araştırma kapsamındaki hastanelerin türüne göre akreditasyon belgesi olma durumunun dağılımı**

Akreditasyon belgesi olma durumu	Devlet		Özel		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Evet	4	20,0	16	80,0	20	100,0
Hayır	0	0,0	4	100,0	4	100,0
<b>Toplam</b>	<b>4</b>	<b>16,7</b>	<b>20</b>	<b>83,3</b>	<b>24</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan devlet hastanelerinin %50'sinde ISO belgesi, %25'inde ise TCSB ve ISO9001 belgelerinden herhangi birinin olduğu görülmektedir. Özel hastanelerin ise,%37.5'inde JCI ve ISO belgesi birlikte bulunurken, %31.3'ünde sadece JCI belgesi bulunmaktadır. %18.8'inde ise sadece ISO kalite belgesi bulunmaktadır. %6.2 oranında ise, JCI ve ESMO belgelerinin birlikte bulunduğu hastane vardır. Yine aynı oranda JCI, ISO, 15189 Lab Akreditasyonu ve PACH belgelerinin birlikte bulunduğu saptanmıştır (Tablo 16).

**Tablo 16: Araştırma kapsamında akredite olan hastanelerin türlerine göre sahip oldukları akreditasyon belgelerinin ayrıntılı dağılımı**

Akreditasyon belgeleri	Devlet		Özel		Toplam	
	n	%	n	%	n	%
Joint Commission (JCI)	0	0,0	5	31,3	5	25,0
International Standart Organization (ISO)	2	50,0	3	18,8	4	20,0
TCSB	1	25,0	0	0,0	1	5,0
ISO 9001	1	25,0	0	0,0	1	5,0
JCI ve ISO	0	0,0	6	37,5	7	35,0
JCI ve ESMO	0	0,0	1	6,2	1	5,0
JCI - ISO - 15189 Lab Akreditasyonu - PACH	0	0,0	1	6,2	1	5,0
<b>Toplam</b>	<b>4</b>	<b>100,0</b>	<b>16</b>	<b>100,0</b>	<b>20</b>	<b>100,0</b>

Araştırmaya katılan hastanelere tedavi amaçlı yıllık gelen hasta sayıları ve geldikleri ülkelere bakıldığında, hastanelerin çoğuna yılda 1 ila 10 arasında hasta geldiği görülmektedir. Almanya'dan 5 hastaneye 5 ila 50 arasında, 1 hastaneye 11 ila 20 arasında, ve 2 hastaneye'de 42 ila 60 arasında hasta geldiğini belirtmiştir. İngiltere'den 3 hastaneye 3 ila 30 arasında, 2 hastaneye 22 ila 40 arasında hasta geldiği Tablo 17'den görülmektedir. Fransa'dan ise, 5 hastaneye 5 ila 50 arasında ve 1 hastaneye ise 21 ila 30 arasında hasta geldiğini belirtmiştir. ABD'den gelen hasta sayısı için ise, 7 hastaneye 7 ila 70 arasında ve 1 hastaneye 21 ila 30 arasında hasta geldiği belirtilmiştir. Diğer ülkelerden gelen yıllık hasta sayılarının birbirine yakın oranlarda olduğu görülmektedir (Tablo 17). Daha fazla oranda diğer seçeneği belirtildiğinden, ayrıntılandırılarak Tablo 18 oluşturulmuştur.

**Tablo 17: Bir yıl içinde tedavi amacıyla gelen hasta sayıları ve hastaların geldikleri ülkelere göre hastane sayıları**

Hastaların geldikleri ülkeler	Yıllık hasta sayıları									
	1 - 10		11 - 20		21 - 30		Diğer		Toplam	
	n (Hastane sayısı)	%	n (Hastane sayısı)	%	n (Hastane sayısı)	%	n (Hastane sayısı)	%	n (Hastane sayısı)	%
Almanya	5	38,5	1	7,7	2	15,4	5	38,5	13	100
İngiltere	3	37,5	2	25,0	0	0,0	3	37,5	8	100
Fransa	5	62,5	0	0,0	1	12,5	2	25,0	8	100
Belçika	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100
Hollanda	2	28,6	0	0,0	2	28,6	3	42,9	7	100
İsviçre	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100
Macaristan	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100
Polonya	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100
Finlandiya	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100
İtalya	0	0,0	3	100,0	0	0,0	0	0,0	3	100
İspanya	1	50,0	0	0,0	1	50,0	0	0,0	2	100
Romanya	0	0,0	0	0,0	1	33,3	2	66,7	3	100
Arnavutluk	1	33,3	0	0,0	0	0,0	2	66,7	3	100
Balkan ülkeleri	0	0,0	1	33,3	0	0,0	2	66,7	3	100
ABD	7	77,8	0	0,0	1	11,1	1	11,1	9	100
Ortadoğu	3	30,0	0	0,0	0	0,0	7	70,0	10	100
Arabistan	1	50,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	2	100
Rusya	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	100
Ukrayna	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100
Gürcistan	1	50,0	1	50,0	0	0,0	0	0,0	2	100
Türki Cumhuriyetler	2	13,3	3	20	2	13,3	8	53,4	15	100
Libya	0	0,0	0	0,0	2	22,2	7	77,8	9	100
Mısır	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100
Cezayir	0	0,0	1	50,0	0	0,0	1	50,0	2	100
Japonya	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100
KKTC	2	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	2	100
Diğer ülkeler	1	100,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	100

*\*Bir hastaneye birden fazla ülkeden hasta gelmektedir.*

Tablo 18’de araştırmaya katılan hastanelerin diğer seçeneğinde belirttikleri ülkeler ve gelen hastaları sayıları hastane türüne göre belirtilmiştir. Hastane sayıları bazında değerlendirmek gerekirse, birinci sırada, 9 özel hastane Türki Cumhuriyetler’den gelen hasta sayısını 12 ila 367 arasında, 4 devlet hastanesi ise 8 ila 21 arasında olduğunu belirtmiştir. İkinci olarak, 7 özel hastaneye Almanya’dan gelen hasta sayısı 22 ila 5000 arasında, 2 devlet hastanesinden ise 2 ila 3 arasındadır. Araştırma kapsamındaki devlet hastaneleri İngiltere, Hollanda, Romanya, Arnavutluk, Rusya, Gürcistan, Libya ve Japonya ülkelerinden hasta gelmediğini belirtmiştir, özel hastanelerde ise bu ülkelerden gelen hasta sayılarının dağılımı sırasıyla, 4 özel hastaneye İngiltere’den gelen 13 ila 100 arasında, 1 özel hastaneye Belçika’dan yılda 200 hasta, 3 özel hastaneye Hollanda’dan 50 ila 500 arasında, 2 özel hastaneye Romanya’dan 280 ila 1526 arasında, 2 özel hastaneye Arnavutluk’tan 50 ila 200 arasında, 1 özel hastaneye Rusya’dan yılda 200 hasta, 1 özel hastaneye Gürcistan’dan yılda 7 hasta , 3 özel hastaneye Libya’dan 27 ila 280 arasında, 1 özel hastaneye Japonya’dan yılda 2 hasta geldiği görülmektedir (Tablo 18).

**Tablo 18: Araştırmaya katılan hastanelere gelen yıllık hasta sayılarının diğer seçeneğinde verilen cevaplara dağılımı**

Diğer seçeneğinde belirtilen yıllık hasta sayıları	Devlet			zel		
	n (Hastane sayısı)	En küçük değer (Yıllık hasta sayısı)	En büyük değer (Yıllık hasta sayısı)	n (Hastane sayısı)	En küçük değer (Yıllık hasta sayısı)	En büyük değer (Yıllık hasta sayısı)
Almanya	2	2	3	7	22	5000
İngiltere	0	0	0	4	13	100
Fransa	1	3	3	3	2	50
Belçika	0	0	0	1	200	200
Hollanda	0	0	0	3	50	500
İsviçre	1	1	1	0	0	0
Macaristan	1	1	1	0	0	0
Polonya	1	1	1	0	0	0
Finlandiya	1	1	1	0	0	0
Romanya	0	0	0	2	280	1526
Arnavutluk	0	0	0	2	50	200
Balkan lkeleri	1	10	10	2	200	1708
ABD	1	1	1	2	4	100
Ortadoğu	2	1	5	4	6	609
Arabistan	1	1	1	1	100	100
Rusya	0	0	0	1	200	200
Ukrayna	1	6	6	0	0	0
Gürcistan	0	0	0	1	7	7
Türki Cumhuriyetler	4	8	21	9	12	367
Libya	0	0	0	3	27	280
Mısır	1	2	2	0	0	0
Japonya	0	0	0	1	2	2
KKTC	2	5	10	0	0	0
Diğer	0	0	0	1	971	971

Hastanelerin dörtte üçünden fazlasında (n=19; %86.3) hastalar, ilgili hastanelere başvurmak için aracı bir sağlık acentasını tercih ettiklerini bildirmişlerdir. Yarısından fazlasında (n=14; %63.6) hastalar sigorta şirketi vasıtasıyla hastanelere tedavi amacı ile gelmişlerdir. Üçüncü olarak aynı sırayı %54.5 oranında paylaşan iletişim kurma araçları sırasıyla, “kendileri araştırarak ilgili hastaneden sağlık hizmeti alma yolunu tercih edenler” ve “daha önce gelen bir hastanın tavsiyesi ile hastaneyi tercih ettiklerini belirtenler” olarak görülmektedir. Hastanelerin %45.4’üne başvuran hastalar zorunluluk ve durumlarının aciliyeti nedeniyle ilgili hastaneye geldiklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca, hastanelerin %36.3’üne başvuran hastalar medya aracılığıyla geldiklerini, yine %27.2’si seyahat acentası aracılığıyla iletişim kurduklarını belirtmektedirler. Diğer seçeneği kapsamında aynı orana sahip olan (%4.5) seçenekler ise, “yabancı sağlık personelinin refere ettiği hastalar”, “devletlerarası antlaşma ile gelenler”, “halkla ilişkiler ve tanıtım faaliyetleri aracılığıyla (Örn.nükleer tıp vb. bölümlerin tanıtımları vb.)” ve “bakanlıklar vasıtasıyla” olarak sıralanmaktadır (Tablo 19).

**Tablo 19: Araştırmaya katılan hastanelere gelen yabancı hastaların hastaneler ile iletişim kurma araçlarının dağılımı**

<b>İletişim kurma araçları</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Aracı bir sağlık acentası</b>	19	86,3
<b>Sigorta şirketi</b>	14	63,6
<b>Kendisi araştırmış</b>	12	54,5
<b>Daha önce gelen bir hastanın tavsiyesi</b>	12	54,5
<b>Zorunluluk / acil durum</b>	10	45,4
<b>Medya aracılığıyla</b>	8	36,3
<b>Seyahat acentası</b>	6	27,2
<b>Diğer</b>		
Yabancı sağlık personelinin refere ettiği hastalar	1	4,5
Devletler arası antlaşma ile	1	4,5
Nükleer tıp vb. bölümlerin tanıtımları aracılığıyla	1	4,5
Bakanlıklar vasıtasıyla	1	4,5

**\*Birden fazla seçenek işaretlenmiştir.**

**Bu soruya yanıt veren toplam 22 hastane bulunmaktadır. Yüzdeler bu soru için 22 hastaneye göre hesaplanmıştır.**

Anket formunun ikinci bölümünde yer alan Türkiye’de medikal turizm sektörünün mevcut durumu ve geleceğine dair ifadeler hakkındaki yönetici görüşlerinin dağılımı Tablo 20’de görülmektedir.

Medikal yeterlilik konusuna ilişkin ifadeler için, yöneticilerin %29,2’si “Çalışan doktorların yabancı dil bilgisi yeterli düzeydedir” ve %50’si “Çalışan yardımcı sağlık personelinin yabancı dil bilgisi yeterli düzeydedir” ifadelerine katılmadıklarını belirtmişlerdir. %41.7’si “Mevcut doktor sayısı yeterlidir” ifadesine katıldıklarını, %41.7’si “Mevcut yardımcı sağlık personeli sayısı yeterlidir” ifadesine katılmadıklarını, %50’si “Mevcut tıbbi tedavi ve bakım kalitesi yeterli düzeydedir” ifadesine katıldıklarını bildirmişlerdir. %33.3’ü “Mevcut uluslararası kabul görmüş akreditasyon belgeli hastanelerin sayısı yeterlidir” ifadesine, %37.5’i “Faaliyet gösteren özel hastanelerin, kamu hastanelerinden nitelikli doktor transfer etmesiyle, kamu hastanelerindeki hizmet kalitesinin azalması bir sorundur” ifadesine ve %54.2’si “Çalışan doktorların, uzmanlık alanları ile ilgili uluslar arası kurum ve kuruluşlara üyelik veya uluslar arası sertifikalar gibi belgelere sahip olmaları gerekir” ve “Faaliyet gösteren hastanelerin teknolojik tıbbi araç gereç donanımı uluslararası standartlardadır” ifadelerine katıldıklarını belirtmişlerdir.

Yasal durumlar konusuna ilişkin ifadeler için, %37.5’inin “Yabancı doktorların Türkiye’de çalışabilmesi ile ilgili yasal düzenlemenin etkisi sektöre olumsuz olacaktır” ve %45.8’inin “Özel hastaneler yönetmeliğinde yapılan değişiklik ile özel sağlık kuruluşlarının sağlık turizmine yatırımlarını arttıracaktır” ifadelerine ilişkin kararsız oldukları görülmektedir. “Sağlık Bakanlığının yasal düzenleme ile devlet hastanelerini sağlık turizmine açması özel hastanelerin sağlık turizminden aldığı payı azaltacaktır” ifadesi için yöneticilerin %33.3’ü katıldıklarını, yine aynı oranda katılmadıklarını belirtmişlerdir. “Sağlık Bakanlığının kamu hastanelerinde yabancı hastalara uygulanmak üzere yayınladığı fiyat tarifesi sağlık turizmi hizmeti sunan diğer ülkelerle rekabet edebilecek düzeydedir” ifadesine %50’si katıldığını bildirmiştir. “Malpraktis yasası ile doktorlara getirilen zorunlu mesleki mali sorumluluk sigortası yabancı hastaları yanlış tıbbi uygulamalardan doğacak kusurlara karşı yeterince güvence altına almaktadır” ifadesi için yöneticilerin %33.3’ü aynı oranlarda olmak üzere hem kararsız olduklarını hem de katıldıklarını ifade etmişlerdir.

Sosyal faktörler konusuna ilişkin ifadeler için, “Kamu hastanelerinin medikal turizme açılması T.C. vatandaşı hastaları ikinci sınıf hasta konumuna düşürür” ifadesine %54.2’si katılmamaktadır. “Yabancı hastaların kültürel alışkanlıkları ve dini ihtiyaçları dikkate alınmalıdır” ifadesine %58.3’ü kesinlikle katılmaktadır. “Hastanelerde uluslararası hasta haklarına yeterince önem verilmektedir” ifadesine %33.3’ü kesinlikle katılmaktadır.

Kolaylaştırıcı ve tanıtıcı faktörler konusuna ilişkin ifadelerde sırasıyla, %45.8’i “Özel hastanelerin yabancı hastalara yönelik hazırladığı internet sitelerinin tanıtım, bilgilendirme ve iletişim faaliyetleri yeterlidir” ifadesine ve %33.3’ü “Sağlık hizmetini sadece özel hastaneler yapmalı, devlet sadece tanıtım, denetim, mevzuat düzenlemesi gibi faaliyetleri üstlenmelidir” ifadesine katılmamaktadır. Yöneticilerin %45.8’i “Hastaneler sadece tıbbi hizmetlere yoğunlaşarak, yabancı hastalara sunulacak ulaşım, konaklama, iletişim gibi hizmetleri bu alanda profesyonelleşmiş seyahat acentaları aracılığıyla ile sağlanmalıdır” ifadesine ilişkin kararsız olduklarını belirtmişlerdir. “Ülkemizin genel turizm pazarlamasında etkili olan coğrafi ve doğal güzellikleri yabancı hastalar için sağlık sunumuyla birleştirilip paket turlar oluşturularak medikal turizm pazarlamasında kullanılması sektörün gelişmesine fayda sağlar” ifadesi için %45.8 ve “Hastanelerde yabancı hastalara\_sağlık hizmeti dışında sunulacak hizmetler için (işlemlerde yönlendirme, ödeme, v.b.) ayrı profesyonel birimler oluşturulmalıdır” ifadesi için ise ifadesine ise %70.8 oranında kesinlikle katıldıklarını ifade etmişlerdir. “Hedef pazar konumunda olan ülkelere vize kolaylığı veya bu ülkelerle sağlık alanında ikili antlaşmalar gibi dış politika uygulamaları düzenlenmelidir” ve “Yabancı hasta sayısını arttırmak için yurtdışındaki özel sigorta şirketleri ile ilgili hastaneler arasında ikili antlaşmalar yapılmalıdır” ifadeleri için %66.7 aynı oranlarda kesinlikle katıldıklarını bildirmişlerdir. “Türk yatırımcılara sağlanan destekler gibi yabancı yatırımcılara da ülkemizde sağlık alanına yatırım yapmaları desteklenmelidir” ifadesi için yöneticilerin %25’i aynı oranlarda olmak üzere katılmadıklarını, kararsız olduklarını ve katıldıklarını belirtmişlerdir (Tablo 20).

**Tablo 20:** Araştırmaya katılan yöneticilerin Türkiye’de medikal turizm sektörünün mevcut durumu ve geleceğine dair ifadeler hakkındaki görüşlerinin dağılımı (n=24)

İfadeler	Kesinlikle katılmıyorum		Katılmıyorum		Kararsızım		Katılıyorum		Kesinlikle katılıyorum	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	1.Çalışan doktorların yabancı dil bilgisi yeterli düzeydedir – Medikal yeterlilik	0	0,0	7	29,2	6	25,0	5	20,8	6
2.Çalışan yardımcı sağlık personelinin yabancı dil bilgisi yeterli düzeydedir – Medikal yeterlilik	4	16,7	12	50,0	4	16,7	2	8,3	2	8,3
3.Mevcut doktor sayısı yeterlidir – Medikal yeterlilik	1	4,2	7	29,2	2	8,3	10	41,7	4	16,7
4.Mevcut yardımcı sağlık personeli sayısı yeterlidir – Medikal yeterlilik	5	20,8	10	41,7	3	12,5	4	16,7	2	8,3
5.Mevcut tıbbi tedavi ve bakım kalitesi yeterli düzeydedir – Medikal yeterlilik	0	0,0	2	8,3	3	12,5	12	50,0	7	29,2
6.Mevcut uluslar arası kabul görmüş akreditasyon belgeli hastanelerin sayısı yeterlidir – Medikal yeterlilik	1	4,2	4	16,7	4	16,7	8	33,3	7	29,2
7.Faaliyet gösteren özel hastanelerin, kamu hastanelerinden nitelikli doktor transfer etmesiyle, kamu hastanelerindeki hizmet kalitesinin azalması bir sorundur – Medikal yeterlilik	2	8,3	3	12,5	5	20,8	9	37,5	5	20,8
8.Çalışan doktorların, uzmanlık alanları ile ilgili uluslar arası kurum ve kuruluşlara üyelik veya uluslar arası sertifikalar gibi belgelere sahip olmaları gerekir – Medikal yeterlilik	1	4,2	1	4,2	1	4,2	13	54,2	8	33,3
9.Faaliyet gösteren hastanelerin teknolojik tıbbi araç gereç donanımı uluslar arası standartlardadır – Medikal yeterlilik	0	0,0	2	8,3	1	4,2	13	54,2	8	33,3
10.Yabancı doktorların Türkiye’de çalışabilmesi ile ilgili yasal düzenlemenin etkisi sektöre olumsuz olacaktır – Yasal durumlar	1	4,2	5	20,8	9	37,5	6	25,0	3	12,5
11.Özel hastaneler yönetmeliğinde yapılan değişiklik ile özel sağlık kuruluşlarının sağlık turizmine yatırımlarını arttıracaktır – Yasal durumlar	0	0,0	3	12,5	11	45,8	10	41,7	0	0,0
12.Sağlık Bakanlığının yasal düzenleme ile devlet hastanelerini sağlık turizmine açması özel hastanelerin sağlık turizminden aldığı payı azaltacaktır – Yasal durumlar	1	4,2	8	33,3	5	20,8	8	33,3	2	8,3
13.Sağlık Bakanlığının kamu hastanelerinde yabancı hastalara uygulanmak üzere yayınladığı fiyat tarifesi sağlık turizmi hizmeti sunan diğer ülkelerle rekabet edebilecek düzeydedir – Yasal durumlar	2	8,3	2	8,3	5	20,8	12	50,0	3	12,5
14.Malpraktis yasası ile doktorlara getirilen zorunlu mesleki mali sorumluluk sigortası yabancı hastaları yanlış tıbbi uygulamalardan doğacak kusurlara karşı yeterince güvence altına almaktadır – Yasal durumlar	2	8,3	4	16,7	8	33,3	8	33,3	2	8,3

<b>15.</b> Kamu hastanelerinin medikal turizme açılması T.C. vatandaşı hastaları ikinci sınıf hasta konumuna düşürür – Sosyal faktörler	3	12,5	13	54,2	3	12,5	3	12,5	2	8,3
<b>16.</b> Yabancı hastaların kültürel alışkanlıkları ve dini ihtiyaçları dikkate alınmalıdır – Sosyal faktörler	0	0,0	1	4,2	9	37,5	0	0,0	14	58,3
<b>17.</b> Hastanelerde uluslararası hasta haklarına yeterince önem verilmektedir – Sosyal faktörler	1	4,2	1	4,2	7	29,2	7	29,2	8	33,3
<b>18.</b> Özel hastanelerin yabancı hastalara yönelik hazırladığı internet sitelerinin tanıtım, bilgilendirme ve iletişim faaliyetleri yeterlidir – Kolaylaştırıcı ve tanıtıcı faktörler	1	4,2	11	45,8	4	16,7	7	29,2	1	4,2
<b>19.</b> Sağlık hizmetini sadece özel hastaneler yapmalı, devlet sadece tanıtım, denetim, mevzuat düzenlemesi gibi faaliyetleri üstlenmelidir – Kolaylaştırıcı ve tanıtıcı faktörler	3	12,5	8	33,3	4	16,7	6	25,0	3	12,5
<b>20.</b> Ülkemizin genel turizm pazarlamasında etkili olan coğrafi ve doğal güzellikleri yabancı hastalar için sağlık sunumuyla birleştirilip paket turlar oluşturularak medikal turizm pazarlamasında kullanılması sektörün gelişmesine fayda sağlar – Kolaylaştırıcı ve tanıtıcı faktörler	0	0,0	2	8,3	1	4,2	10	41,7	11	45,8
<b>21.</b> Hastaneler sadece tıbbi hizmetlere yoğunlaşarak, yabancı hastalara sunulacak ulaşım, konaklama, iletişim gibi hizmetleri bu alanda profesyonelleşmiş seyahat acentaları aracılığıyla ile sağlanmalıdır – Kolaylaştırıcı ve tanıtıcı faktörler	1	4,2	3	12,5	11	45,8	8	33,3	1	4,2
<b>22.</b> Hedef pazar konumunda olan ülkelere vize kolaylığı veya bu ülkelerle sağlık alanında ikili antlaşmalar gibi dış politika uygulamaları düzenlenmelidir – Kolaylaştırıcı ve tanıtıcı faktörler	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	33,3	16	66,7
<b>23.</b> Türk yatırımcılara sağlanan destekler gibi yabancı yatırımcılara da ülkemizde sağlık alanına yatırım yapmaları desteklenmelidir – Kolaylaştırıcı ve tanıtıcı faktörler	1	4,2	6	25,0	6	25,0	6	25,0	5	20,8
<b>24.</b> Yabancı hasta sayısını arttırmak için yurtdışındaki özel sigorta şirketleri ile ilgili hastaneler arasında ikili antlaşmalar yapılmalıdır – Kolaylaştırıcı ve tanıtıcı faktörler	0	0,0	0	0,0	0	0,0	8	33,3	16	66,7
<b>25.</b> Hastanelerde yabancı hastalara sağlık hizmeti dışında sunulacak hizmetler için (işlemlerde yönlendirme, ödeme, v.b.) ayrı profesyonel birimler oluşturulmalıdır – Kolaylaştırıcı ve tanıtıcı faktörler	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	29,2	17	70,8

Hastanelere ait medikal turizm algısı ifadelerinden oluşan puanların dağılımı Tablo 21’de görülmektedir. Buna göre, kolaylaştırıcı / tanıtıcı faktörler ( $22.58 \pm 3.04$ ), medikal yeterlilik ( $22.08 \pm 4.89$ ), yasal durumlar ( $11.25 \pm 2.67$ ) ve sosyal faktörler ( $7.83 \pm 1.73$ ) olarak hesaplanmıştır.

**Tablo 21: Araştırmaya katılan hastanelere ait medikal yeterlilik, yasal durumlar, sosyal faktörler ve kolaylaştırıcı / tanıtıcı faktörler puanlarının dağılımı (n=24)**

<b>Puanlar</b>	<b>Ort.</b>	<b>SD</b>
<b>Kolaylaştırıcı / tanıtıcı faktörler</b>	22,58	3,04
<b>Medikal yeterlilik</b>	22,08	4,89
<b>Yasal durumlar</b>	11,25	2,67
<b>Sosyal faktörler</b>	7,83	1,73

*(0: Kesinlikle katılmıyorum 1: Katılmıyorum 2: Kararsızım 3: Katılıyorum 4: Kesinlikle katılıyorum)*

*Medikal yeterlilik puan aralığı: (0 – 36)*

*Yasal durumlar puan aralığı: (0 – 20)*

*Sosyal faktörler puan aralığı: (0 – 12)*

*Kolaylaştırıcı / tanıtıcı faktörler puan aralığı: (0-32)*

Araştırma kapsamındaki hastanelerin mülkiyet türüne göre medikal yeterlilik, yasal durumlar, sosyal faktörler, kolaylaştırıcı ve tanıtıcı faktörler puan ortalamaları arasında istatistiki olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır ( $p>0.05$ ). Özel hastanelere ait tüm faktörler için puan ortalamalarının göreceli olarak daha yüksek olmasına rağmen, istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 22).

**Tablo 22: Araştırma kapsamındaki hastanelerin mülkiyet türlerine göre medikal yeterlilik, yasal durumlar, sosyal faktörler ve kolaylaştırıcı / tanıtıcı faktörler puanlarının karşılaştırılması**

Puanlar	Mülkiyet türü	n	Ort.	SD	t	p
Medikal yeterlilik	Devlet	4	21,75	4,27	0,146	0,885
	Özel	20	22,15	5,11		
Yasal durumlar	Devlet	4	10,75	2,50	0,402	0,692
	Özel	20	11,35	2,75		
Sosyal faktörler	Devlet	4	6,75	1,50	1,395	0,177
	Özel	20	8,05	1,73		
Kolaylaştırıcı / tanıtıcı faktörler	Devlet	4	20,5	1,29	1,541	0,138
	Özel	20	23,0	3,14		

*\*bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır  $p<0.05$*

*Araştırma kapsamında hem devlet hem de özel hastane yöneticileri ile görüşülmüştür.*

Hastanelerin akreditasyon belgelerinin olma durumuna göre medikal yeterlilik, yasal durumlar, sosyal faktörler ve kolaylaştırıcı / tanıtıcı faktörler puanlarının karşılaştırmasında, hastanelerin kolaylaştırıcı / tanıtıcı faktör puan ortalamaları için istatistiksel olarak anlamlı farklılık belirlenmiştir ( $p<0.05$ ), ancak medikal yeterlilik, yasal durumlar ve sosyal faktörler istatistiksel olarak anlamlı değildir ( $p>0.05$ ). Akreditasyon belgesi olmayan hastanelerin, akreditasyon belgesi olan hastanelere göre kolaylaştırıcı / tanıtıcı faktör puan ortalamaları daha yüksektir (Tablo 23).

**Tablo 23: Araştırma kapsamındaki hastanelerin akreditasyon belgelerinin olma durumlarına göre medikal yeterlilik, yasal durumlar, sosyal faktörler ve kolaylaştırıcı / tanıtıcı faktörler puanlarının karşılaştırılması**

<b>Puanlar</b>	<b>Herhangi bir akreditasyon belgesi olma durumu</b>	<b>n</b>	<b>Ort.</b>	<b>SD</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
<b>Medikal yeterlilik</b>	<b>Evet</b>	20	21,6	4,62	1,085	0,290
	<b>Hayır</b>	4	24,5	6,24		
<b>Yasal durumlar</b>	<b>Evet</b>	20	11,2	2,91	0,365	0,720
	<b>Hayır</b>	4	11,5	1,00		
<b>Sosyal faktörler</b>	<b>Evet</b>	20	7,90	1,88	0,413	0,684
	<b>Hayır</b>	4	7,50	0,57		
<b>Kolaylaştırıcı / tanıtıcı faktörler</b>	<b>Evet</b>	20	22,25	3,24	2,608	<b>0,016*</b>
	<b>Hayır</b>	4	24,25	0,50		

*\*bağımsız gruplarda t testi kullanılmıştır  $p<0.05$*

## 6.TARTIŞMA VE SONUÇ:

Medikal turizm kavramı tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de yeni bir kavramdır. Yeni bir kavram olmasına rağmen çeşitli sektörlerin ortak ilgisini çeken medikal turizm, Türkiye ekonomisine yeni fırsatlar sunmaktadır.

İnsanların tıbbi amaçla yaptıkları uluslararası seyahatleri kapsayan medikal turizm faaliyetlerinin sağlık turizmin diğer alt kollarından farklı olarak; hekim, sağlık personeli, hastane, klinik gibi tıbbi donanım ile ilgili olan kaynakların varlığı daha fazla önem arz etmektedir.

Bu kapsamda Türkiye' nin alt yapı olanakları, insan gücü kaynağındaki yüksek kalitesi, ileri teknoloji tıbbi araç gereçleri gibi olanakları göz önüne alındığında, Türkiye' nin önümüzdeki yıllarda sektörde önemli bir yere sahip olacağı açıktır. Ancak eksiklerimizi görmek ve bu eksikleri dünya standartlarına uygun bir şekilde yerine getirmekte medikal turizmin geliştirilmesi açısından oldukça gereklidir.

Mevcut durum incelendiğinde; Türkiye en yüksek JCI akreditasyon belgesine sahip ülkelerden bir tanesidir. Türkiye'de uluslararası hastane akreditasyon alanında önemli görülen Joint Commission International (JCI) akreditasyonuna sahip 47 kuruluş bulunmaktadır. Bu hastanelerin yaklaşık olarak yarısında İstanbuldadır (Zengingönül ve ark, 2012).

Araştırmamıza katılan ve herhangi bir akreditasyon belgesi olan 24 hastanenin yaklaşık dörtte üçünün JCI (Joint Commission International) belgesi bulunmaktadır. Ayrıca çalışmamıza katılan hastanelerin yöneticilerinin yarısından fazlası akredite olmuş hastane sayısını yeterli görmüşlerdir.

Medikal turizm sektöründe JCI (Joint Commission International) ile akredite olmuş hastaneler yabancı hastalar tarafından tercih edilmektedir (Diane, 2008; Lunt ve Carrera, 2010). Bu tercihin en önemli nedenlerinden birisi olarakta, akredite

hastanelerde hem çalışan doktorların ve sağlık çalışanlarının, hemde hastanenin herhangi bir yanlış tıbbi uygulamadan (malpraktis) ötürü ortaya çıkabilecek zararların tazmini için sorumluluk sigortası bulunmaktadır. Ayrıca JCI (Joint Commission International) belgeli hastanelerde etik komitelerin olması hastalar için önemli bir tercih nedenidir. Bu nedenlerden dolayı hem hasta güvenliği açısından hemde yabancı hastanın ilgili ülkeyi talep etmesi açısından akreditasyon belgeli hastaneler medikal turistler için oldukça önem taşımaktadır(Bahar, 2010).

Akredite olan çok sayıda hastanemiz olmasına karşın, araştırmaya katılan hastanelere, gelen medikal turistlerin ülkeler bazında dağılımına baktığımızda; en fazla Almanya ve Romanya'dan daha sonra Irak, Hollanda ve Azerbeycan'dan hasta geldiği görülmüştür. Aktepe'nin 2010 yılında yaptığı çalışmasında da, Türkiye'ye başta Almanya'dan olmak üzere Hollanda, Fransa ve Avusturya'dan medikal turist geldiği belirtilmektedir (Aktepe, 2013).

2008-2009-2010 yıllarında yapılan diğer bir araştırmada ise; Almanya'dan gelen medikal turistlerin toplam medikal turistlerin %43'ünü karşıladığı belirtilmiştir (Aydın ve ark, 2011). Bu veriler incelenirken Almanya, Hollanda ve Fransa gibi ülkelerde büyük oranda Türk yaşadığı göz ardı edilmemelidir (Aydın ve ark, 2011). Bu bağlamda gelen hastaların yani medikal turistlerin çoğunluğunun yurtdışında çalışan Türkler olduğu söylenebilir.

Medikal turizm verilerinin sağlıklı değerlendirilmesi açısından bir diğer önemli bir hususta; Aslanova'nın 2013 yılında yaptığı araştırmasında söz ettiği gibi iç karışıklık nedeniyle Libya vatandaşlarının ve 11 eylül saldırısı sonrası vize almakta zorlanan Arap ülkeleri vatandaşlarının çeşitli politik nedenlerle dönemsel olarak Türkiye'ye gelmiş olabileceklerini de, göz önünde bulundurarak gelen yabancı sayılarını değerlendirmemiz gereğidir (Aslanova, 2013).

Ayrıca araştırmamız kapsamındaki hastanelerin ve yöneticilerinin yıllık gelen hasta sayılarını ve geldikleri ölkelerle ilgili verileri belirtirken, yabancı hastaların turist sağlığı kapsamında mı yoksa medikal turizm kapsamında mı hastanelerine geldiklerinin ayırımını yapamadıkları sıklıkla görölmüştür. Bu durum Aydın ve arkadaşları'nın 2011 yılında yaptıkları çalışmalarında da belirtildiği üzere Antalya'da en çok yabancı hastaya Kemer'de faaliyet gösteren bir hastane gösterilmiştir. Bu duruma sebep olarak Kemer'in yılda yaklaşık 8 milyon turist ağırlayan bir yer konumunda olması ve buraya gelen turistlerin rahatsızlandıklarında yakınlarındaki hastaneye acil durumlarda gitmeleridir. Bu olayın medikal turizm faaliyeti olarak değil daha çok turist sağlığı kapsamında ele alınması gerektiği belirtilmelidir (Aydın ve ark, 2011).

Sağlık Bakanlığı'nın 2012 yılında sunduğu Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme raporunda, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı'nın Yabancı Uyruklu Hasta Takip Sistemi ile elde edilen verilerde de, özellikle yaz aylarında turist potansiyeli diğer illere göre çok daha yüksek olan Antalya'nın turistin sağlığı kategorisinde ön plana çıkmasının normal olduğu, bu sonuçların seyahat ve eğlence amaçlı gelen turistlerin ani rahatsızlanmaları sonucunda Antalya'daki hastanelerde tedavi görmeleri şeklinde yorumlanabileceği belirtilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012). Bir diğer araştırmada, İstanbul ili dışında ki 11 ile ait yabancı hasta istatistiklerinin medikal turizm verisi olarak değerlendirilmemesi gerektiğide belirtilmiştir (Aydın ve ark, 2011).

Anket yapılmasını kabul eden yöneticilerin büyük çoğunluğunun medikal turizm ve turist sağlığı kavramları arasındaki farkı ayırt edemedikleri saptanmıştır. Bu bakımdan tez çalışmasının, araştırmaya katılan yöneticilerde bu iki kavramın farklılığına yönelik olumlu anlamda bir algı oluşturduğu düşünölmektedir.

Türkiye'ye gelen medikal turistlerin hastanelere geliş kanallarına bakıldığında, araştırmamızda birinci olarak 19 hastanenin yöneticisi, gelen medikal turistlerin

“aracı bir sağlık acentası” ile geldiğini görülmektedir, ikinci olarak 14 Hastanenin yöneticisi ise; gelen medikal turistlerin en çok “sigorta şirketi” aracılığı ile geldiğini belirtmişlerdir. Üçüncü olarak 12 hastanenin yöneticisi ise, “gelenlerin kendi araştırması” ve “daha önce tedavi olmuş bir yakınının tavsiyesi” ile hastaneleri tercih ettikleri saptanmıştır. Zengingönül ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları çalışmalarında ise; medikal turistlerin en çok “internet” ve “daha önce tedavi olmuş bir yakın tavsiyesi” ile hastaneleri tercih ettikleri belirtilmiştir. Bunun yanı sıra hastaların %93,33’ü tedavi oldukları hastaneyi diğer kişilere önerebileceklerini belirtmişlerdir (Zengingönül ve ark, 2012). Litaratürde ki bu durum araştırmamızla kısmen paralellik göstermekte, hastaların geliş kanalları içinde “daha önce gelen bir hastanın tavsiyesiyle gelen medikal turistler” dördüncü sıradaki seçenek olarak yer almaktadır (Zengingönül ve ark, 2012). Ayrıca hem literatürde hem de araştırmada “daha önce tedavi olmuş bir yakınının tavsiyesi ile gelenler” yanıtı, medikal turizmde Türkiye’nin sunduğu hizmetin memnun edici ve kaliteli bir hizmet olduğunu göstermektedir.

Araştırmamız kapsamındaki hastanelere başvuranların diğer bir önemli geliş kanalı olarak beşinci sırada belirtilen internettir. Medikal turizm için en etkili iletişim kanalı olarak ifade edilen internet, ilgili hastanenin web sayfasından hastaneyi inceleme, doktor ile gerçek zamanlı görüşebilme ve tıbbi evrakları hastaneye ulaştırma gibi konularda ciddi kolaylık sağlamaktadır. Hastanelerin bilgi iletişim teknolojilerini etkin bir şekilde kullanmaları, web sayfası tasarımlarında medikal turizm için gerekli olan içeriklere yer vermeleri medikal turist sayısını daha fazla arttıracaktır (Dan ve Seyhmus, 2010). Araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin bilgi teknolojilerini etkin kullanma konusunda yeterli olduğunu söyleyebiliriz.

Medikal turizm sektörünün ülkemizdeki gelişimi açısından bir diğer önemli etken de çalışan doktor ve yardımcı sağlık personellerinin yabancı dil bilgisidir. Araştırmaya katılan hastanelerin yaklaşık dörtte üçünden fazlasında çalışanların İngilizce bildiği tespit edilmiştir. Hastanelerin dörtte birinde ise; Almanca da

bilindiği görülmüştür. Arapça konuşulan hastane sayısı ise toplam hastane sayısının yarısıdır. Araştırma kapsamındaki hastanelerin sadece dörtte birinde doktorların Fransızca bildiği görülmüştür. Bununla birlikte araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin yaklaşık yarısı doktorların yabancı dil bilgisinin yeterli düzeyde olduğunu ancak yardımcı sağlık personellerinin yabancı dil bilgisinin yeterli düzeyde olmadığını belirtmişlerdir.

Tengemiloğlu ve arkadaşlarının çalışmasında ise; İstanbul'daki hastanelerde İngilizce ve Almanca dillerinde iletişim kurabilen hem doktor hem de hemşirelerin sayısında sıkıntı yaşamadıkları belirtilmiştir. Diğer diller için çevirmenler aracılığı ile dil probleminin aşıldığı görülmüştür (Zengingönül ve ark, 2012). Ayrıca hastaların % 82,76'sı doktorlarla dil problemi yaşamadıklarını, % 54,14'ü ise hemşirelerle dil problemi yaşamadıklarını bildirmişlerdir. İngilizce bilmeyen hastaların % 61,11'ini doktorlarla, % 73,21'i ise hemşirelerle hastanede görevli çevirmenler vasıtasıyla anlaştıklarını bildirmişlerdir (Zengingönül ve ark, 2012).

Araştırma bulgularımızla paralellik gösteren başka bir araştırma olan Altın ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptıkları çalışmadır. Bu çalışmada, yardımcı sağlık personellerinin yabancı dil bilgisi seviyelerinin yeterli olmadığı belirtilmiştir. Bu bakımdan hastanelerin yardımcı sağlık personellerinin yabancı dil bilgilerinin geliştirilmesi ve gelen hastaların milliyetlerine göre tercümanların bulundurulması sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin geliştirilmesi açısından oldukça önemli olacağı düşünülmektedir (Öztürk ve Bayat, 2010; Altın ve ark, 2012).

Sağlık personellerinin yabancı dil bilgilerinin yanı sıra, tıbbi hizmetler dışında kalan prosedürlerin takibi için de yabancı dil bilgisine sahip personel bulundurulması önemlidir. Özellikle hastaların farklı kültürlerden geldiği göz önüne alındığında bu işlerle ilgilenen ayrı bir departmanın bulunması yabancı hastaların memnuniyeti için gereklidir. Ayrıca tıbbi hizmet alımları sonrası durumlarının takibi ve doktorları ile

iletişimlerinin sağlanması açısından da önem arz etmektedir. Staffieri'nin 2006 yılında yaptığı çalışmasında hekimlerin operasyon sonrası hastaları ile iletişim kurmalarının hasta memnuniyeti açısından önemine dikkat çekmiştir (Altın ve ark 2012; Bahar, 2010; Stafferie, 2010). Araştırma kapsamındaki hastanelerde bu konuda sunulan hizmetlere baktığımızda, dörtte üçünde yabancı hastalar için ayrı bir departman ve yabancı dil bilen hasta kabul personeli bulunmaktadır. Bu bulgu, literatüre paralel olarak hastane yöneticilerinin konuya gereken önemi verdiğini göstermektedir.

Sağlık çalışanlarının yabancı dil bilgilerinin yeterliliği kadar sayısal yeterliliğide bir o kadar önem arz etmektedir. Araştırmaya katılan yöneticiler “Türkiye de medikal turizm için doktor sayımız yeterli midir ?” sorusuna verdikleri yanıtlarda, % 58 gibi bir oranda doktor sayısını yeterli bulurlarken, % 34'lük bir oranda doktor sayısını yeterli bulmamaktadırlar. Yöneticilerin “Yardımcı Sağlık Personeli sayısı yeterli midir ?” sorusuna verdikleri yanıtlarda ise; Yöneticilerin % 62,5'i yardımcı sağlık personeli sayılarını yeterli görürken, % 25'i Yardımcı Sağlık Personeli sayısının yetersiz olduğunu belirtmişlerdir. Sağlık Bakanlığı, YÖK ve Devlet Planlama Teşkilatının hazırladığı Sağlık İnsan Gücü Raporunda ise; Türkiye’de 100.000 kişiye düşen pratisyen hekim sayısı, hem Dünya Sağlık Örgütüncce tanımlanan Avrupa Bölgesindeki ülkeler ortalamasına göre, hem de AB üyesi ülke ortamlarına göre geride gözükmektedir. Uzman doktor sayılarına bakıldığında ise; aktif çalışan uzman doktor sayısı Dünya Sağlık Örgütüncce tanımlanan Avrupa Bölgesi ülkeleri ve 27 AB Üyesi ülke ortalamasından oldukça düşük olarak belirtilmiştir (D.P.T., 2010).

Bu bilgiler ışığında veriler T.C. vatandaşları için bile paratisyen ve uzman doktor sayılarının AB ülkelerine oranla yetersizliğini gösterirken, medikal turizm için gelen yabancı hastalar göz önüne alındığında mevcut doktor sayımızın bu talebi karşılamakta zorlanacağı düşünülmektedir. Örneğin, 100.000 kişiye düşen doktor AB üyesi ülkelerde 326 kişi iken, Türkiye’de ise 165 kişidir (Bekiroğlu, 2011).

Araştırmaya katılan yöneticilerin yarısından fazlası literatürdeki bilgilerin aksine doktor sayılarının yeterli olduğunu düşünmektedir. Bu durumun, hastanelerin mevcut medikal turizm hizmet sunumunda doktor sayısının yeterli oluşundan kaynaklanabileceği tahmin edilmektedir.

Literatürde Yardımcı Sağlık Personeli sayısal yeterliliğine bakıldığında, Türkiye’de 100.000 kişiye düşen Hemşire sayısı AB üyesi ülkelere göre oldukça düşük olarak saptanmıştır. Örneğin, AB üyesi ülkelerde 100.000 kişiye düşen yardımcı sağlık personeli sayısı 571 kişi iken Türkiye’de bu oran 232 kişidir. Bu açığın giderilebilmesi için Türkiye’de ebelerin hemşirelerin görevini yaptığı belirtilmiştir (D.P.T., 2010). Araştırmaya katılan yöneticilerin % 62.5’i yabancı sağlık personeli sayısını yeterli görürken, % 25’i yetersiz olduğunu belirtmiştir. Bu konuda araştırmaya katılan yönetici görüşleri literatürle paralellik göstermemektedir.

Sağlık hizmet sunucularının kalite ve yeterliliklerinin yanısıra; medikal turizmin geliştirilmesi için en önemli görev devlet kurumlarına düşmektedir. Medikal turizmin ihtiyaçlarına yönelik destekleyici yasal düzenlemelerin yapılması önem arz etmektedir. Örneğin, sigortası olmayan cepten ödeme yapan yabancı hastaları tedavileri esnasında doğacak ekstra masraflar için güvence altına alacak herhangi bir düzenleme bulunmamaktadır.

Araştırma yapılırken bazı hastane yöneticileri yasal düzenlemeler başlığı altında sorulan soruları özellikle devlet hastanelerinin yöneticileri politik bulmuşlardır. Cevap verirken ya çekimser davranmışlar ya da yasal düzenlemeler hususunda tam bilgiye sahip olmadıklarını söylemişlerdir. Bu nedenle araştırmanın bu kısmında verilen yanıtların yöneticilerin gerçek fikirlerini beyan etmediği düşünülmektedir. Oysa doğru politik kararların alınabilmesi için yöneticilerin fikirleri ve tecrübeleri büyük önem taşımaktadır.

Medikal turizm alanında Türkiye’de mevcut teşvik edici yasal düzenlemeler incelendiğinde, Sağlık Bakanlığı tarafından düzenlenmiş olan, Özel Hastaneler Yönetmeliği’nde yapılan değişiklikle konaklama tesislerinde, hastanelere bağlı olarak açılacak klinik konuk evleri ile uzun süreli tedavilerde hastane yataklarının daha verimli kullanılabilirliği sağlandığı görülmektedir (Zengingönül ve ark, 2012). Özel Hastaneler Yönetmeliği’nde yapılan değişikliği, araştırmaya katılan hastane yöneticilerinin yaklaşık yarısı sektör için olumlu görürken, yine yaklaşık yarısı ise kararsız görüşte olduklarını ifade etmişlerdir. Yöneticilerin bu düzenleme ile alakalı yeterli algı ve bilgilerinin olmadığı düşünülmektedir. Oysa ki bu yasal düzenleme ile yabancı hastalara ve refakatçilerine tıbbi tedavi sırasında ve / veya sonrasında kaliteli otelcilik hizmeti sunumu mümkün hale gelmiştir.

Sağlık Bakanlığı’nın 2012 verilerine göre medikal turistlerin % 92’si özel hastaneleri tercih ederken, sadece %8’i kamu hastanelerini tercih etmiştir (56). Ayrıca mevcut durumda Türkiye’de her 100 sağlık kuruluşundan % 93’ü kamu kurumlarına, % 7’si ise özel sektöre ait işletmelerken, kamunun medikal turizmden aldığı pay yaklaşık % 8 civarındadır (Zengingönül ve ark, 2012). Araştırmaya katılan yöneticilerin yaklaşık yarısı kamu hastanelerinin medikal turizme açılmasının özel hastanelerin medikal turizmden alacağı payı azaltacağını düşünürken, yine yaklaşık yarısı özel hastanelerin payının azalmayacağını ifade etmiştir. Bu konuda yöneticilerin verdikleri cevapların ortada olması, Türkiye’de medikal turizmin gelişmekte olan bir sektör olmasından kaynaklanabileceğini düşündürmektedir.

Ayrıca Sağlık Bakanlığı’ nın 2011/41 nolu genelgesi kapsamında Sağlık turizmi kapsamında sağlık hizmeti alacak hastalara uyguladığı fiyat tarifesi yayınlanmıştır. Bu genelge kapsamında, Türkiye’deki sığınmacların da sağlık turisti kapsamında değerlendirilmesi ile yüksek fiyat tarifesi uygulamasına tabi olduklarından bir nevi sağlık hakkından mahrum bırakıldıkları görülmektedir. Öte yandan Suriye gibi iç savaş sırasında yaralanıp Türkiye’ye tedavi amaçlı gelenler bu genelge kapsamı dışında tutulmuşlardır (Aslanova, 2013). Ayrıca kamu hastanelerinin %8’lik

oranının bir kısmının da ikili anlaşmalar çerçevesinde Afganistan, Yemen, Sudan gibi Türkiye'ye belirli sayıda ücretsiz hasta gönderen ülkeler ve acil sağlık hizmeti alan turistler olduğunu göz önünde bulundurmanız gerekmektedir (Altın ve ark, 2012).

2012 yılında yapılan bir araştırmada; kamu hastaneleri, özel hastaneler ve üniversite hastaneleri karşılaştırılmıştır (Altın ve ark, 2012). Çıkan sonuçlarda, kamu hastanelerinde fiziki ve teknolojik altyapı yetersizliğinin daha fazla olduğu, bunula birlikte çalışanlar arasında yabancı dil bilme oranının çok daha düşük seviyede olduğu bildirilmiştir. Ayrıca Medikal turistler için hastanelerde yönlendirme levhaları gibi unsurların kamu hastanelerinde daha az oranda bulunduğu ve farklı inançlara uygun yemek, din görevlisi gibi hizmetlerin daha az olduğu tespit edilmiştir (Altın ve ark, 2012). Bu durumda, Kamu hastanelerinin medikal turizmde yer almasının, özel sektörün payını azaltması en azından yakın gelecekte pek mümkün gözükmemektedir.

Türkiye'de medikal turizmin gelişimi için olumlu diğer bir yasal düzenleme de sağlıkta dönüşüm programı ile medikal turizmin desteklenmesidir. Sağlıkta dönüşüm programı ile bu alanda faaliyet gösteren kurumlara vergi indirimi getirilerek faaliyetleri desteklenmiştir. Ekonomi Bakanlığı ise medikal turizmi "döviz kazandırıcı hizmetler" kapsamına alarak; tanıtım, belgelendirme, danışmanlık gibi konularda devlet desteği sağlamak ve bu alanda hizmet veren sağlık kuruluşlarına devlet % 50 oranında vergi indirmisi de sağlamaktadır. Medikal turizmin teşvik edilmesi kapsamında Sağlık Bakanlığı Sağlık Serbest Bölgesi yönetmeliği ile yabancı sermayenin yatırımını kolaylaştırmak için vergi muafiyeti sağlanmış , kalifiye yabancı beyin göçünü çekmek ve teknoloji girişini hızlandırmak amaçlanmıştır. Diğer bir destek ise, sağlık sunucularının yurtdışında açtıkları birimlerin kiralarının 4 yıl boyunca fondan karşılanması öngörülmüştür. Bakanlık ayrıca medikal turizm kapsamında, Türkiye'ye gelecek hastaların uçuş giderlerini yüzde elli oranında karşılamayı taahhüt etmiştir (Aydın ve ark, 2011).

Medikal Turizm gelirlerinin artmasına yardımcı bir diğ er yasal düzenlemede özellikle “hedef Pazar” konumundaki ÷lkelere sağlanacak vize kolaylıklarıdır. Literatürde vize muafiyetinin önemini gösteren bir örnek olabilecek, Panama’nın Kuzey Amerikalı hastalar için sağladığı vize kolaylığının Panama’nın cazibesini artırdığı belirtilmektedir (Aktepe, 2013). Türkiye’de ise, mevcut durumda vize uygulama politikası ile medikal turizmin gelişmesi için uygun şartlar sağlanmıştır. Özellikle komşu ÷lkelere ve Türk Cumhuriyetlerine sağlanan vize muafiyeti bu şartları desteklemektedir. Araştırmamıza katılan yöneticilerin görüşleri de literatürle paralelik göstermekte, yöneticilerin %100’ü hedef ÷lkelere sağlanacak vize kolaylığının medikal turizm pazarı için ne kadar önemli bir konu olduğunu vurgulamaktadırlar.

Medikal turistlerin vize muafiyeti gibi uygulamalarla Türkiye’ye gelişlerinin kolaylaştırılmasının yanı sıra, sağlık hizmeti alan medikal turistlerin tıbbi yanlış uygulamalardan kaynaklanabilecek sorunlar kaşısında da güvence altına alınmaları medikal turist akışını arttıracaktır. Türkiye’de mevcut bir yasal düzenlemede, tedavi öncesi, sırası ve sonrasında alanında yaşanabilecek aksaklıklar ve kötü tıbbi uygulama gibi nedenlerle meydana gelebilecek zararları karşılamak üzere doktorlar, diş hekimleri zorunlu mali sorumluluk sigortası yaptırmak zorunda bırakılmışlardır (Aslanova, 2013). Ayrıca kamusal yasal düzenlemenin yanı sıra, yabancı hastanın tedavisinin yapıldığı hastanenin Joint Commission International (JCI) gibi uluslararası akredite olmuş bir hastane olmasıda önem arz etmektedir. Çünkü JCI akreditasyon belgesi sağlık kuruluşlarında hastane etik komiteleri bulunmaktadır. Bu komite hekimlerin herhangi bir yanlış uygulama sonucunda “etik” davranıp davranmadıklarını değerlendirmektedir. Ayrıca doktor ve sağlık çalışanlarında sorumluluk sigortasına sahip olmaları ve dolayısıyla hastanenin sorumluluk sigortasına sahip olması demek olduğundan bir bakıma hasta, hasta gönderen ve hastaya hizmeti veren kurum gibi medikal turizmin 3 unsurunu hukuki açıdan tamamıyla olmasa da güvence altına alınmış olmaktadır. Yabancı ÷lkelerdeki aracılar

vasıtası ile veya münferit olarak başvuran medikal turistler, tedavinin belli bir fiyat aralığında olacağı bilgisi ile tedavinin sunulacağı ülkeye gitmektedirler. Tedavinin tıbbi seyrinin değişmesi ve tedavi bedelinin aşırı bir fark göstermesi halinde ise, ne hastayı ne de tedaviyi sunan kurumu koruma altına alabilecek bir düzenleme ne yazık ki halen bulunmamaktadır (Bahar, 2010). Araştırmamız, literatür ile paralellik göstermekte olup (Bahar, 2010), hastane yöneticilerinin yaklaşık % 40 oranı bu konudaki düzenlemeyi yeterli görürken, çoğunluk olan yaklaşık % 60 oranındaki yönetici de bu konudaki yasal düzenlemeleri yeterli görmemektedirler.

Genel olarak araştırmaya katılan yöneticilerin, özellikle akredite olmuş kurumların sayısal yeterliliği, hedef ülkelere sağlanacak vize kolaylığı ve malpraktis gibi yasal konularda yeterli algılarının olduğu düşünülürken; ancak medikal turizm verilerinin sağlıklı değerlendirilmesi açısından önemli bir konu olan turist sağlığı ve medikal turizm arasındaki kavram kargaşasının iyi algılanmadığı düşünülmektedir.

Türkiye' nin coğrafi konumu, kültürel birikimi ve doğal güzellikleri göz önüne alındığında turizm sektörü açısından iyi bir konumda olduğunu söylenebilir. Türkiye' nin bu avantajları ile sağlık alanındaki avantaj ve olanaklarını birleştirerek alternatif bir turizm çeşiti olarak değerlendirilebilecek medikal turizmi ile turizmden elde edilecek geliri 12 ay gibi bir zaman dilimine yaymak ve Türkiye' ye maddi ve manevi kazanç sağlamak mümkün görülmektedir.

Araştırmada elde edilen verilerin değerlendirilmesi ve tespit edilen bazı önemli bulgular ile geliştirilen öneriler aşağıda sunulmuştur.

- Kültürel yakınlık dolayısıyla ulaşımı yakın olan ülkeler ilk olmak üzere, diğer potansiyel ülkelerin sağlık, sigorta sistemleri, tıbbi teknolojileri ve tedavi fiyatları gibi durumları incelenerek hedef ülkeler belirlenebilir. Belirlenen bu ülkelere yönelik çalışmalara yoğunluk verilebilir.

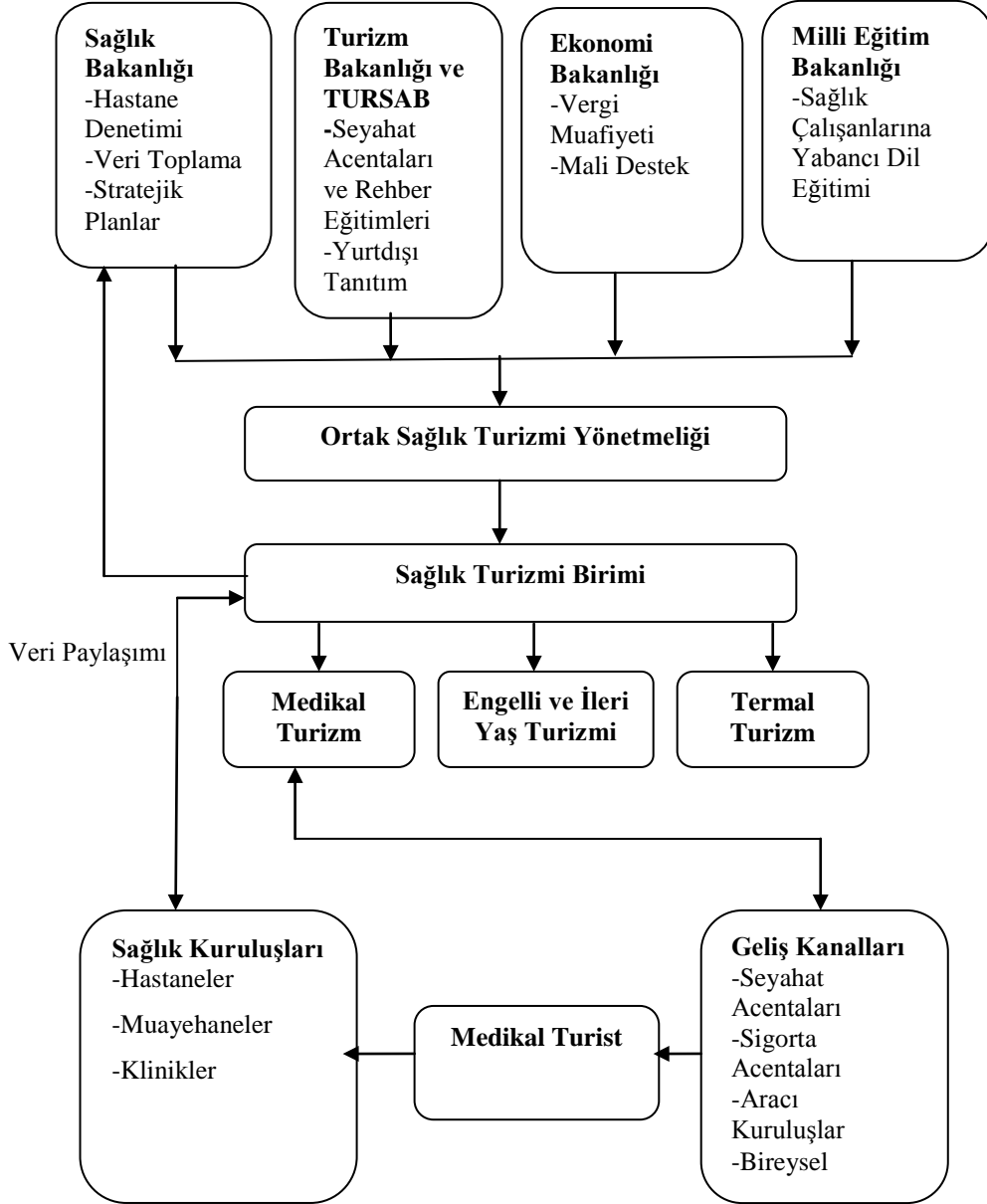
- Devlet desteği sağlanarak Uluslararası fuar ve kongreler düzenlenerek Türkiye' nin sağlık alanındaki avantajları hakkında bilgilendirme faaliyetleri düzenlenebilir.
- Türkiye'ye medikal turizm için gelen yabancı hastalara sağlık güvencesi sunulabilir ve özellikle tıbbi uygulamalarla alakalı kuşkularını en aza indirmeye yönelik sigorta şirketleri ile koordinasyon sağlanabilir.
- Yabancı hastalara tıbbi hizmetleri ile birlikte ulaşım, konaklama, ücretsiz turlar gibi turizm faaliyetleri bir paket halinde medikal turistlere sunulabilir.
- Sağlık kuruluşlarının yöneticilerinin Sağlık Yönetimi Eğitimi almış sağlık idarecilerinden seçilmiş olması şart koşulabilir.
- Mevcut sağlık insan gücü planlaması yapılarak yabancı hastaların Türkiye sağlık sistemine ve halk sağlığı politikalarına getireceği ekstra yük iyi hesap edilerek medikal turizmde planlı bir büyüme sağlanabilir.
- Medikal turizm yapan sağlık kurumlarında yabancı hastaların kültürel ve dini alışkanlıklarına yönelik düzenlemeler sağlanabilir.
- Dubai örneğinde olduğu gibi Sağlık Serbest Bölgeleri kurularak, gelir vergisi, kurumlar vergisi, gümrük vergisi gibi vergi muafiyetleri, sermaye ticaret ve kota serbestliği, vize kollaylığı sağlanabilir.
- Yabancı hastalara hizmet veren sağlık kurumlarında özellikle yardımcı sağlık personeline yönelik devlet destekli veya özel yabancı dil kursları düzenlenebilir.
- Medikal turizm alanında ikincil mevzuatlarla düzenlemeye gidilmesi yerine, birincil mevzuat düzenlemesi yapıp bütünleşik bir mevzuat hazırlanabilir.
- Türkiye'nin sağlık alanındaki yabancı ülkelerle mevcut ikili anlaşmaları, medikal turizm açısından yeniden değerlendirilebilir.
- Türkiye'de medikal turizm alanında hizmet verecek insan kaynağına yönelik medikal turizme özel eğitim programları düzenlenmesi gerektiği düşünölmektedir.

- Sağlık Bakanlığı'nın yanı sıra Turizm Bakanlığı'nın da konuya gereken önemi gösterip, tur operatörlerini, seyahat acentalarını medikal turizm alanında faaliyet göstermeye özendirme gerektiği düşünölmektedir.
- Medikal turizm faaliyetinde bulunan sağlık kurumları ve aracı kuruluşların hizmetleri yabancı hastanın evinden çıkıp tekrar evine dönüp sağlığına kavuştuğu süreci de kapsayıcı şekilde düzenlenebilir.
- Medikal turizmin gelir sağlıyıcı bir sektör olabilmesi açısından Sağlık Bakanlığı, Kültür ve Turizm Bakanlığı, TURSAB gibi kurumların işbirliği içinde çalışması kaçınılmazdır.
- Özellikle Türkiye' nin hedef pazar olarak belirlediği ölkelere uçuş seferleri fazlaştırtılarak ulaşım kolaylığı sağlanabilir.

## 7. Model Önerisi:

Bu bölümde tez çalışmasının sonuçları ve literatür bilgileri ışığında Türkiye’de Medikal Turizm için bir model önerisi sunulmuştur.

Şekil 6: Medikal Turizm Model Önerisi



Medikal turizm kavramı, sağlık ve turizm konularını içermesi ve multidisipliner bir alan olması yüzünden, yukarıda Şekil 6’da görülen dört Bakanlığında faaliyet alanlarına girmektedir. Şekil 6’da sunulan medikal turizm

modelinde düzenlemelerin dört bakanlığın koordinasyonu ile oluşturulması öngörülmektedir.

Mevcut durumda ise medikal turizm ile ilgili düzenlemeler sadece Sağlık Bakanlığı'na bağlı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde kurulan Sağlık Turizmi Birimi tarafından yürütülmektedir. Sağlık Turizmi Birimi;

- a) Sağlık turizmi ve turistin sağlığı ile ilgili hizmetleri planlamak, gerekli izinleri vermek,
- b) Sağlık turizmi ile ilgili iş ve işlemleri ilgili kurum ve kuruluşlarla koordineli olarak yürütmek,
- c) Yaşlı ve engelli turizmi ve termal turizmi ile ilgili kaplıcaları, içme merkezlerini ve iklim kür merkezlerinin (Klimaterapi merkezlerini) faaliyetlerini sağlık turizmi açısından izlemek,
- ç) Yurt dışından ülkemize tedavi amaçlı gelecek hastaların sağlık turizmi açısından kabul kriterlerini oluşturmak ve bu hastaların talep ve şikâyetlerini incelemek,
- d) Sağlık turizmi ve turistin sağlığı kapsamındaki hastalara gerektiğinde yardım ve danışmanlık hizmetlerini sunmak ve kayıtlarını tutmak,
- e) Sağlık serbest bölgeleri ile buralarda sunulacak sağlık hizmetlerine ilişkin iş ve işlemleri yürütmek,
- f) Sağlık alanında ikili işbirliği kapsamında ülkemize gelen ve tedavisi uygun görülen hastalara ilişkin işlemleri planlamak ve koordine etmek,
- g) Genel Müdür tarafından verilen diğer görevleri yapmakla yükümlüdür (www.saglik.gov.tr 17.03.2014).

Araştırmamızda önerdiğimiz modelde ise Sağlık Turizmi Yönetmeliğinin Sağlık, Ekonomi, Milli Eğitim ve Turizm Bakanlıklarının koordinasyonu ve desteği ile oluşturulacak tek bir Sağlık Turizmi Yönetmeliği ve bu yönetmelik kapsamında oluşturulacak ve Sağlık Bakanlığına bağlı Sağlık Turizmi Birimi öngörülmüştür. Böylece Türkiye'de medikal turizm sektöründe önemli bir eksiklik olarak

bahsedilebilecek bütünlük bir sağlık turizmi yönetmeliğinin olmayışı sorununun bu model ile giderilmesi söz konusu olacaktır.

Modelde dört bakanlığın ortak katkısı ile oluşturulması öngörülen Sağlık Turizmi Yönetmeliğinde; Milli Eğitim Bakanlığı'nın desteği ile medikal turizm alanında faaliyet gösteren sağlık kurumlarında sağlık çalışanlarına yabancı dil eğitimi ve medikal turizm eğitimi sertifika programları düzenlenmesi öngörülmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin dışında kalan ve turizm kavramı içerisinde değerlendirilebilecek (havaalanından otele yabancı hasta transferi, yabancı hastalar için tedavi sonrası veya sırasında turlar düzenlemek, refakatçilerin konaklama hizmetleri, uçak biletleri vb) hizmet sunumlarının Turizm ve Kültür Bakanlığı'na bağlı; seyahat acentaları ve profesyonel turist rehberleri aracılığla sunulması zorunlu hale getirilmektedir.

Model önerimizde; Ekonomi Bakanlığının katkısı ile Sağlık Turizmi Mevzuatında medikal turizm hizmet sunumu yapacak sağlık kurumlarına vergi muafiyeti, mali destek gibi teşvik edici yardımların yapılması ön görülmüştür.

Medikal turizm dinamik ve gelişen bir sektör olarak birincil ve bütünlük bir yönetmeliğe ihtiyaç duymaktadır. Bu sebeple, modelde önerilen bütüncül ve birincil Sağlık Turizmi Yönetmeliği ile sektörün sorunlarına cevap verebilecek ve yönetmelik boşluğu bulunan durumlara çözüm getiren bir model önerisi sunulmuştur.

## 7. KAYNAKÇA

- 1) Aktepe C. (2013) “Sağlık Turizminde Yeni Fırsatlar ve Türkiyede Yerleşik Sağlık İşletmelerinin Pazarlama Çabaları” İşletme Araştırmaları Dergisi s 170 - 188
- 2) Altın U., Bektaş G., Antep Z, İbran A. (2012) “Sağlık turizmi ve uluslar arası hastalar için Türkiye pazarı” Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi Cilt 3, Sayı 3.
- 3)Aslanova K. (2013), Türkiye’de Sağlık Turizmi Ve Sağlık Turizmi Hukuku, Avrasya Uluslar arası Araştırmalar Dergisi Cilt:2 Sayı:3, Türkiye.
- 4) Aydın D. (2008), Türkiye de Sağlık Turizmi ve Ortadoğu da ki Yeri. Sağlık Turizmi Bülteni, sayı:5.
- 5) Aydın D, Aktepe C, Arslan S, Şahbaz P. (2011), Türkiye de Medikal Turizmin Geleceği. Sağlık Turizmi Bülteni, Ankara.
- 6) Anthony G, Lead C, Logan B, Consultant JS. (2001), Health Tourism and Related Services: Caribbean Development and International Trade. Final Report.
- 7) Ankara Tabip Odası. (2007), Türkiye’de hekim sayısı yetersiz (mi?). sağlık politikaları komisyonu.
- 8) Bekiroğlu, G. N. (2011) Temel Sağlık Göstergeleri, Sağlık Turizmi Bülteni, sayı:7.
- 9) Bahar M. (2010). Kalite ve Uluslar arası Akreditasyon Medikal Turizmde Önemli Bir Başarı Kriteri Oluyor Hospital Manager Dergisi Sayfa 76-80 .
- 10) Batlaş Z.(2007), Sağlık Psikolojisi. Remzi Kitapevi, 3. Basım, İstanbul.
- 11) Brenzel L. (2004), Opportunities and challenges for expanding trade in health services in the English-speaking Caribbean. Working Paper, No. 36030, Washington, D.C., World Bank.
- 12) Bookman, MZ, Karla RB.(2007), Medical Tourism in Developing Countries. New York, Palgrave Macmillan.
- 13) Chew GL. (2010), Health care and tourism: Evidence from Singapore. Tourism Management 31.
- 14) Connell J. (2005), Medical tourism: Sea, sun, sand and y surgery. School of Geosciences, University of Sydney, Tourism Management 27.

- 15)**Çeken H, Ateşoğlu L. (2008), Küreselleşme Sürecinde Turizm Endüstrisinin Avrupa Birliği ve Türkiye Ekonomisindeki Yeri ve Önemi. Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Sayı: 1.
- 16)** Çelik M.Y., (2011) Nasıl? – Biyoistatistik Bilimsel Araştırma – SPSS, 1.Baskı. s 216
- 17)** Chanda, R. (2001), Trade in health services. Working Paper, No. 70, Indian Council for Research on International Economic Relations, New Delhi, India.
- 18)** Chan W, Mark B. (2009), Medical tourism and hospitality in Latin America: the lodging industry's latest nip/tuck.
- 19)** Connell J. (2011) A new inequality? Privatisation, urban bias, migration and medical tourism. Asia Pacific Viewpoint, Vol. 52, No. 3.
- 20)** Díaz B, David. (2002), Trade policies and export of health services: a development perspective. *Trade in Health Services: Global, Regional and Country Perspectives*, World Health Organization (WHO), Washington, D.C.
- 21)** Deloitte. (2008a), *Medical Tourism – Consumers in Search of Value*, Deloitte Center for Health Solutions, Washington, D.C.
- (2008b), *Medical Tourism – Update and Implications*, Deloitte Center for Health Solutions, Washington, D.C.
- 22)** Dana AF, Pamela C, Smith.(2006), Medical Tourism and Its Impact on the US Health Care System. *Journal Of Health Care Finance*,34(1).
- 23)** Dan Cormany, Seyhmus Baloğlu Medical travel facilitator website: An exploratory study of web page contents and services offered to the prospective medical tourist.
- 24)** D.P.T., Y.Ö.K., S.B. (2010),Türkiye’de sağlık eğitimi ve sağlık insan gücü durum raporu.
- 25)** Diane York MS. (2008) Medical Tourism: the trend Toward outsourcing medical procedures to foreign countries. *Journal Of Continuing Education In The Health Profession*, Volume:28, Issue:2.
- 26)** ECLAC (United Nations Economic Commission For Latin America and the Caribbean) Washington D.C. (2010), *Medikal Tourism: a survey*.
- 27)** Eralp Z. (1997),Genel Turizm. Ankara Üniversitesi Basım Yayın Yüksek Okulu.

- 28)**Ekinci BM.(2008), Uluslar Arası Ticaretinde Gelişmekte Olan Ülkeler ve Türkiye. İstanbul Ticaret Odası, Sayı 10.
- 29)** Farhad M, Mohammad H, Nasr-E. (2011), Decisive factors in medical tourism destination choice: A case study of İsfahan, İran and fertility treatments.
- 30)** Glaesser D. Çeviri: Ahıska. B. (2005), Turizm Sektöründe Kriz Yönetimi. İstanbul, Set Systems Tercümanlık Yayıncılık Ltd.
- 31)** Giray ÜA. (2007), Avrupa Birliğinde Sağlık Yönetimi, Sağlık Ekonomisi ve Sağlık Yönetimi, Sağlıkta Umut Vakfı Yayını, Ankara.
- 32)** Hayta B.A. (2008), Turizm Pazarlamasında Tüketici Satın Alma Süreci ve Karşılaşılan Sorunlar Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Aile Ekonomisi Eğitimi ABD, Ankara, Kastamonu Eğitim Dergisi, Cilt:16, No:1.
- 33)** Herrick, Devon M. (2007), *Medical Tourism: Global Competition in Health Care*, National Center for Policy Analysis. (NCPA) Policy Report, No. 304, Dallas, Texas. (2008) Medical tourism: health care free trade. National Center for Policy Analysis Brief Analysis, No. 623.
- 34)** Hayran M, Özdemir O. (1996) Bilgisayar, İstatistik ve Tıp. Hekimler Yayın Birliği. Ankara., s.293-294.
- 35)** İÇÖZ O.(2009), Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm ve Türkiye'nin Olanakları. *Journal of Yasar University*.
- 36)** Kiremit ŞA. (2008), Turizmin Gelişiminde Bir Alternatif Olarak Medikal Turizm. Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Danışman Yrd. Doç. Ali YAYLI, Ankara
- 37)** Lautier M. (2008), Export of health services from developing countries: The case of Tunisia. *Social Science & Medicine*, vol. 67, Issue 1, pp. 101-110, Elsevier Ltd, England.
- 38)** León, F. (2002), The case of the Chilean health system. *Trade in Health Services: Global, Regional and Country Perspectives*, World Health Organization (WHO), Washington, D.C.
- 39)**Lunt N, Carrera P. (2010) Medical Tourism: Assessing the evidence on treatment aboard, Maturitas, The York Management School, University of York, Heslington, York, United Kingdom, s 27-32

- 40)** Maviş F, Ahıpaşa SH, Kozak AM, Kozak N.(1994), Genel Turizm Pazarlaması. Anadolu Üniversitesi, Yayın No: 1360, AnateLiç Yayıncılık. Ankara.
- 41)** McKinsey Global İnstitute. (2007), Accounting for the cost in the United States.
- 42)** Matthias H. (2010), The movement of patients across borders: challenges and opportunities for public health.
- 43)** Neil L, Percivil C. (2010), Medical Tourism: Assessing the evidence on treatment aboard.
- 44)** Nicola SP, Kai HP. (2011), Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. Globalization and Health, 7:12.
- 45)** Öztürk M, Bayat M. (2010) Uluslar arası turizm hareketlerinde sağlık turizminin rolü ve kalite çalışmalarının önemi bir literatür çalışması.
- 46)** Özsarı H. (2013) Sağlık Turizmi Açısından Türkiyenin Durumu, Cilt:24, sayı:2, Türkiye.
- 47)** Özdamar K. (2003). SPSS ile Biyoistatistik, Kaan Kitapevi, İstanbul, 5. Baskı
- 48)** Pınar Y. (2006), Türkiye de Sağlık Turizmde Alt Yapı Oluşturma Gereği ve Sağlık Kurularına Yönelik Bir Araştırma. Gazi Üniversitesi Hastane İşletmeciliği Anabilim Dalı, Yüksek Lisans Tezi, Danışman Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOğLU.
- 49)** Prem J. (2009), Medical Tourism, Research Survey Report.
- 50)** Philippa H– J. (2005), Cancer and Tourism. Annals of Tourism Research, Manchester Metropolitan Universty, U.K.,Vol. 32.
- 51)** Ross K. (2001), Health Tourism: An Overview. HSMA Marketing Review
- 52)** Rory J, Valorie AC, Jeremy S, Paul K. (2010), What is known about the effects of medical tourism in destination and departure countries?. Johnston et al. International Journal for Equity in Health, A scoping review.
- 53)** Staffieri T. (2010) Medical Tourism Survey Results Volume:5 ISAPS News.
- 54)** Stephen B. (2000), Medical Tourism as Medical Harm to the Third World: Why? For Whom?. Wilderness and Environmental Medicine, 11,77-78.
- 55)** Sezgin OM. (2001), Genel Turizm ve Turizm Mevzuatı. Detay Yayıncılık, Ankara.
- 56)** T.C. Sağlık Bakanlığı (2012) “Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu”

- 57)** T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Medikal Turizm Araştırması, Ekim – Aralık 2010, Ankara.
- 58)** T.C. Turizm Bakanlığı. (2001), Sağlık Turizminde Yenilikler, Sağlık Turizmi. Turizm de Gelişmeler 7 Aralık 2000, 25 Ocak 2001.
- 59)** T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Birimi. (2010), Faliyet Raporu ve 2011 Çalışma Planı.
- 60)** Tricia JJ, Andrew N. Garman.(2010), Impact of medical travel on imports and exports of medical services. Department of Health Systems Management, Rush University, USA, Health Policy 98.
- 61)** TUİK. (2010), 2010 Turizm İstatistikleri Raporu
- 62)** Vequist, DG, Erika V, Billy M. (2009), Medical tourism economic report: Latin America versus Asia. Medical Tourism Magazine.
- 63)** Varlık M, Yavuz C, Tokolak İ, (2010). Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi 2010 Durum Tespit Raporu ve Çözüm Önerileri, Türkiye Sağlık Vakfı.
- 64)** Yıldırım, H.H. (2006), Türkiyenin Sağlık Turizmi Potansiyeli ve Güçlükleri. LSE Health, London School Of Economics And Political Science, London UK.
- 65)** Zahra M. (2011), A Robust, Particularist Ethical Assessment Of Medical Tourism. Developing World Bioethics, Volume 11, Number 1.
- 66)** Zarrilli S. (2002), The case of Brazil. *Trade in Health Services: Global, Regional and Country Perspectives*, World Health Organization (WHO), Washington, D.C.
- 67)** Zengingönül O, Emeç H, Eser D, Bingöl İP. (2012) Sağlık Turizmi İstanbul’a Yönelik Bir Değerlendirme, T.C. Kalkınma Bakanlığı, İstanbul.
- 68)** Yu-Chuan Li, et.al (2012) “Global travelers electronic health record template standard for personal health records” J Am Med Inform Assoc 19:134-136.

**EK 1 2010-2012 YILLARINDA ÜLKEMİZE GELEN YABANCILARIN MİLLİYETLERİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI**

Comparison of Foreigners Arriving in Turkey by Nationalities in 2010-2012

MİLLİYET	YILLAR			MİLLİYET PAYI(%)			% DEĞİŞİM ORANI		Nationality
	Years			% Share of Nationality			Rate of Change %		
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2011/2010	2012/2011	
ALMANYA	4 385 263	4 826 315	5 028 745	15,32	15,34	15,82	10,06	4,19	Germany
AVUSTURYA	500 321	528 966	505 560	1,75	1,68	1,59	5,73	-4,42	Austria
BELÇİKA	543 003	585 860	608 071	1,90	1,86	1,91	7,89	3,79	Belgium
DANİMARKA	314 446	369 867	391 312	1,10	1,18	1,23	17,62	5,80	Denmark
FINLANDIYA	143 204	186 562	195 083	0,50	0,59	0,61	30,28	4,57	Finland
FRANSA	928 376	1 140 459	1 032 565	3,24	3,63	3,25	22,84	-9,46	France
HOLLANDA	1 073 064	1 222 823	1 273 593	3,75	3,89	4,01	13,96	4,15	Netherlands
İNGİLTERE	2 673 605	2 582 054	2 456 519	9,34	8,21	7,73	-3,42	-4,86	U.Kingdom
İRLANDA	111 065	118 620	110 863	0,39	0,38	0,35	6,80	-6,54	Ireland
İSPANYA	321 325	300 084	278 164	1,12	0,95	0,88	-6,61	-7,30	Spain
İSVEÇ	447 270	571 917	617 811	1,56	1,82	1,94	27,87	8,02	Sweden
İSVİÇRE	271 139	328 825	354 461	0,95	1,05	1,12	21,28	7,80	Switzerland
İTALYA	671 060	752 238	714 041	2,34	2,39	2,25	12,10	-5,08	Italy
İZLANDA	6 476	6 156	5 797	0,02	0,02	0,02	-4,94	-5,83	Iceland
LÜKSEMBURG	11 262	13 286	14 034	0,04	0,04	0,04	17,97	5,63	Luxembourg
PORTEKİZ	53 373	52 319	46 606	0,19	0,17	0,15	-1,97	-10,92	Portugal
YUNANİSTAN	670 297	702 017	669 823	2,34	2,23	2,11	4,73	-4,59	Greece
ÇEK CUM.	174 426	223 369	223 986	0,61	0,71	0,70	28,06	0,28	Czech Rep.
POLONYA	428 275	486 319	428 440	1,50	1,55	1,35	13,55	-11,90	Poland
MACARİSTAN	90 944	103 918	94 409	0,32	0,33	0,30	14,27	-9,15	Hungary
NORVEÇ	299 405	375 502	406 879	1,05	1,19	1,28	25,42	8,36	Norway
SLOVAKYA	91 765	122 088	126 974	0,32	0,39	0,40	33,04	4,00	Slovakia
ESTONYA	35 136	34 921	35 459	0,12	0,11	0,11	-0,61	1,54	Estonia
SLOVENYA	38 597	41 870	39 899	0,13	0,13	0,13	8,48	-4,71	Slovenia
<b>AVRUPA OECD</b>	<b>14 283 097</b>	<b>15 676 355</b>	<b>15 659 094</b>	<b>49,88</b>	<b>49,84</b>	<b>49,27</b>	<b>304,38</b>	<b>-26,64</b>	<b>EUROPE OECD</b>
A.B.D.	642 768	757 143	771 837	2,24	2,41	2,43	17,79	1,94	U.S.A
AVUSTRALYA	131 685	156 009	164 899	0,46	0,50	0,52	18,47	5,70	Australia
JAPONYA	195 404	188 312	203 592	0,68	0,60	0,64	-3,63	8,11	Japan
KANADA	152 556	191 903	182 252	0,53	0,61	0,57	25,79	-5,03	Canada
YENİ ZELANDA	24 636	26 709	28 278	0,09	0,08	0,09	8,41	5,87	New Zealand
MEKSİKA	22 908	29 606	31 576	0,08	0,09	0,10	29,24	6,65	Mexico
G. KORE	123 315	149 943	159 084	0,43	0,48	0,50	21,59	6,10	Korea, Rep. of
İSRAİL	109 559	79 140	83 740	0,38	0,25	0,26	-27,76	5,81	Israel
ŞİLİ	8 183	11 964	12 765	0,03	0,04	0,04	46,21	6,70	Chile
<b>TOPLAM OECD</b>	<b>15 694 111</b>	<b>17 267 084</b>	<b>17 297 117</b>	<b>54,81</b>	<b>54,90</b>	<b>54,42</b>	<b>440,50</b>	<b>15,22</b>	<b>TOTAL OECD</b>
KARADAĞ	11 610	13 793	16 559	0,04	0,04	0,05	18,80	20,05	Montenegro
KOSOVA	46 228	56 411	70 156	0,16	0,18	0,22	22,03	24,37	Kosova
MALTA	3 361	5 974	6 397	0,01	0,02	0,02	77,74	7,08	Malta
LİTVANYA	71 992	76 036	69 520	0,25	0,24	0,22	5,62	-8,57	Lithuania
G. KIBRIS RUM YÖN.	15 421	16 749	18 924	0,05	0,05	0,06	8,61	12,99	Greek Cypriot Administration
LETONYA	39 102	45 074	45 725	0,14	0,14	0,14	15,27	1,44	Latvia
BOSNA HERSEK	47 361	56 522	61 851	0,17	0,18	0,19	19,34	9,43	Bosnia Herzg
HIRVATİSTAN	33 563	41 959	47 144	0,12	0,13	0,15	25,02	12,36	Croatia
SİRBİSTAN	113 465	137 934	157 568	0,40	0,44	0,50	21,57	14,23	Serbia
MAKEDONYA	115 541	130 648	137 579	0,40	0,42	0,43	13,08	5,31	Rep.of, Macedonia
ARNAVUTLUK	49 954	53 141	59 565	0,17	0,17	0,19	6,38	12,09	Albania
BULGARİSTAN	1 433 970	1 491 561	1 492 073	5,01	4,74	4,69	4,02	0,03	Bulgaria
ROMANYA	355 144	390 248	385 055	1,24	1,24	1,21	9,88	-1,33	Romania
DIĞER AVRUPA ÜLKELERİ	2 407	3 037	2 894	0,01	0,01	0,01	26,17	-4,71	O. EUROPE COUNTRIES
<b>TOPLAM AVRUPA</b>	<b>2 339 119</b>	<b>2 519 087</b>	<b>2 571 010</b>	<b>8,17</b>	<b>8,01</b>	<b>8,09</b>	<b>273,53</b>	<b>104,77</b>	<b>TOTAL EUROPE</b>
AZERBAJCAN	486 381	578 685	593 238	1,70	1,84	1,87	18,98	2,51	Azerbaijan
BELARUS (B. RUSYA)	152 421	123 607	138 007	0,53	0,39	0,43	-18,90	11,65	Belarus
ERMENİSTAN	69 323	72 393	70 956	0,24	0,23	0,22	4,43	-1,98	Armenia
GÜRCİSTAN	1 112 193	1 152 661	1 404 882	3,88	3,66	4,42	3,64	21,88	Georgia
KAZAKİSTAN	247 784	315 907	380 046	0,87	1,00	1,20	27,49	20,30	Kazakhstan
KIRGIZİSTAN	35 665	41 197	42 866	0,12	0,13	0,13	15,51	4,05	Kyrgyzstan
MOLDOVA CUM.	96 196	101 124	108 032	0,34	0,32	0,34	5,12	6,83	Rep. Moldova
ÖZBEKİSTAN	68 124	85 011	105 976	0,24	0,27	0,33	24,79	24,66	Uzbekistan
RUSYA FED.	3 107 043	3 468 214	3 599 925	10,85	11,03	11,33	11,62	3,80	Russian Fed.
TACİKİSTAN	17 737	16 822	22 823	0,06	0,05	0,07	-5,16	35,67	Tajikistan
TÜRKMENİSTAN	114 390	137 476	135 168	0,40	0,44	0,43	20,18	-1,68	Turkmenistan
UKRAYNA	568227	602404	634663	1,98	1,92	2,00	6,01	5,36	Ukraine
<b>BDT</b>	<b>6 075 484</b>	<b>6 695 501</b>	<b>7 236 582</b>	<b>21,22</b>	<b>21,29</b>	<b>22,77</b>	<b>113,72</b>	<b>133,06</b>	<b>UIS</b>



## 6 - 2010-2012 YILLARINDA ÜLKEMİZE GELEN YABANCILARIN MİLLİYETLERİNE GÖRE KARŞILAŞTIRILMASI (devam)

Comparison of Foreigners Arriving in Turkey by Nationalities in 2010-2012 (continued)

MİLLİYET	YILLAR			MİLLİYET PAYI(%)			% DEĞİŞİM ORANI		Nationality
	2010	2011	2012	2010	2011	2012	2011/2010	2012/2011	
	Years			% Share of Nationality			Rate of Change %		
CEZAYİR	67 954	84 844	104 489	0,24	0,27	0,33	24,86	23,15	Algeria
FAS	57 447	68 645	77 884	0,20	0,22	0,25	19,49	13,46	Morocco
LİBYA	60 917	53 562	213 890	0,21	0,17	0,67	-12,07	299,33	Libyan A.J.
SUDAN	6 634	7 458	8 161	0,02	0,02	0,03	12,42	9,43	Sudan
MISIR	61 560	79 665	112 025	0,22	0,25	0,35	29,41	40,62	Egypt
TUNUS	57 855	63 176	86 595	0,20	0,20	0,27	9,20	37,07	Tunisia
GÜNEY AFRIKA CUM.	27 177	34 394	40 771	0,09	0,11	0,13	26,56	18,54	South Africa
DIĞ.AFRIKA ÜLKELERİ	37 756	53 743	69 584	0,13	0,17	0,22	42,34	29,48	O. AFRICA COUNTRIES
<b>TOPLAM AFRIKA</b>	<b>377 300</b>	<b>445 487</b>	<b>713 399</b>	<b>1,32</b>	<b>1,42</b>	<b>2,24</b>	<b>152,20</b>	<b>471,08</b>	<b>TOTAL AFRICA</b>
B.A.EMİRLİĞİ	30 480	35 579	48 071	0,11	0,11	0,15	16,73	35,11	U.A.E.
BAHREYN	9 375	9 712	13 342	0,03	0,03	0,04	3,59	37,38	Bahrain
KATAR	6 043	7 661	13 971	0,02	0,02	0,04	26,77	82,37	Qatar
KUVEYT	27 281	41 617	65 167	0,10	0,13	0,21	52,55	56,59	Kuwait
IRAK	280 328	369 033	533 149	0,98	1,17	1,68	31,64	44,47	Iraq
LÜBNAN	134 554	137 110	144 491	0,47	0,44	0,45	1,90	5,38	Lebanon
ÜRDÜN	96 562	94 914	102 154	0,34	0,30	0,32	-1,71	7,63	Jordan
S.ARBİSTAN	84 934	116 711	175 467	0,30	0,37	0,55	37,41	50,34	S.Arabia
SURİYE	899 494	974 054	730 039	3,14	3,10	2,30	8,29	-25,05	Syria
K.K.T.C.	191 993	203 272	211 828	0,67	0,65	0,67	5,87	4,21	T.R.N.Cyprus
İRAN	1 885 097	1 879 304	1 186 343	6,58	5,97	3,73	-0,31	-36,87	Iran
YEMEN	6 344	8 066	11 826	0,02	0,03	0,04	27,14	46,62	Yemen
DIĞ.BATI ASYA ÜLKELERİ	10 093	11 445	14 286	0,04	0,04	0,04	13,40	24,82	O.W. ASIA COUNTRIES
<b>TOP. BATI ASYA</b>	<b>3 662 578</b>	<b>3 888 478</b>	<b>3 250 134</b>	<b>12,79</b>	<b>12,36</b>	<b>10,23</b>	<b>223,29</b>	<b>186,73</b>	<b>T. WESTERN ASIA</b>
BANGLADEŞ	2 190	6 168	6 652	0,01	0,02	0,02	181,64	7,85	Bangladesh
ÇİN HALK CUM.	77 142	96 701	114 582	0,27	0,31	0,36	25,35	18,49	China
ENDONEZYA	24 349	40 282	56 113	0,09	0,13	0,18	65,44	39,30	Indonesia
FİLİPİNLER	31 658	51 610	65 272	0,11	0,16	0,21	63,02	26,47	Philippines
HİNDİSTAN	63 406	73 731	90 934	0,22	0,23	0,29	16,28	23,33	India
MALEZYA	32 458	36 222	41 169	0,11	0,12	0,13	11,60	13,66	Malaysia
PAKİSTAN	22 540	26 735	28 394	0,08	0,08	0,09	18,61	6,21	Pakistan
SİNGAPUR	18 994	20 957	22 206	0,07	0,07	0,07	10,33	5,96	Singapore
TAYLAND	9 282	11 067	12 211	0,03	0,04	0,04	19,23	10,34	Thailand
DIĞ.GÜN.ASYA ÜLK.	48 294	80 838	68 445	0,17	0,26	0,22	67,39	-15,33	O.S. ASIA COUNTRIES
<b>TOP.GÜN.ASYA</b>	<b>330 313</b>	<b>444 311</b>	<b>505 978</b>	<b>1,15</b>	<b>1,41</b>	<b>1,59</b>	<b>478,90</b>	<b>136,27</b>	<b>T. SOUTH ASIA</b>
<b>TOPLAM ASYA</b>	<b>3 992 891</b>	<b>4 332 789</b>	<b>3 756 112</b>	<b>13,95</b>	<b>13,78</b>	<b>11,81</b>	<b>702,20</b>	<b>-12,97</b>	<b>TOTAL ASIA</b>
<b>DIĞ. KUZAY AMERİKA ÜLK.</b>	<b>12 403</b>	<b>15 016</b>	<b>11 328</b>	<b>0,04</b>	<b>0,05</b>	<b>0,04</b>	<b>21,07</b>	<b>-24,56</b>	<b>O.N. AMERICA COUNTRIES</b>
<b>DIĞ. ORTA AMERİKA ÜLK.</b>	<b>4 289</b>	<b>7 121</b>	<b>7 654</b>	<b>0,01</b>	<b>0,02</b>	<b>0,02</b>	<b>66,03</b>	<b>7,48</b>	<b>O. C. AMERICA COUNTRIES</b>
ARJANTİN	22 255	27 136	28 559	0,08	0,09	0,09	21,93	5,24	Argentina
BREZİLYA	65 246	89 442	88 903	0,23	0,28	0,28	37,08	-0,60	Brazil
KOLOMBİYA	7 129	9 853	12 987	0,02	0,03	0,04	38,21	31,81	Colombia
VENEZÜELLA	6 769	8 557	9 600	0,02	0,03	0,03	26,41	12,19	Venezuela
DIĞ.GÜN.AMERİKA ÜLK.	9 124	12 126	13 152	0,03	0,04	0,04	32,90	8,46	O.S. AMERICA COUNTRIES
<b>TOP.GÜN.AMERİKA</b>	<b>110 523</b>	<b>147 114</b>	<b>153 201</b>	<b>0,39</b>	<b>0,47</b>	<b>0,48</b>	<b>156,54</b>	<b>57,10</b>	<b>T. SOUTH AMERICA</b>
<b>TOPLAM AMERİKA</b>	<b>135 398</b>	<b>181 215</b>	<b>184 948</b>	<b>0,47</b>	<b>0,58</b>	<b>0,58</b>	<b>33,84</b>	<b>2,06</b>	<b>TOTAL AMERICA</b>
OKYANUSYA	2 876	359	4 690	0,01	0,00	0,01	-87,52	1206,41	OCEANIA
MİLLİYETSİZ	23 208	26 518	31 739	0,08	0,08	0,10	14,26	19,69	HAYMATLOS
<b>YABANCI TOPLAM</b>	<b>28 632 204</b>	<b>31 456 076</b>	<b>31 782 832</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>100,00</b>	<b>9,86</b>	<b>1,04</b>	<b>TOTAL FOREIGN</b>

---

---

**EK 2: Geliş Nedeni ile Gelir Düzeyine ve Seyahatin Organize oluş biçimine göre Türkiye den çıkış yapan Yabancı Ziyaretçi sayıları.**

Gelir Org. Tipi	GELİR DÜZEYİ / SEYAHATİN DÜZENLENİŞ BİÇİMİNE GÖRE 2012 YILI YABANCI TURİST SAYILARI							
	Çok Düşük Birey	Çok Düşük Tur	Düşük Birey	Düşük Tur	Orta Birey	Orta Tur	Yüksek Çok Yüksek Birey	Yüksek Çok Yüksek Tur
Gezi, Eğlence	101.658	313.986	546.158	1.319.175	3.674.452	9.946.936	1.222.922	2.256.124
Yakınları Ziyaret	41.054	4.967	449.358	12.754	1.755.395	62.418	282.003	16.069
<b>Sağlık</b>	<b>1.847</b>	<b>818</b>	<b>20.274</b>	<b>1.308</b>	<b>92.287</b>	<b>12.994</b>	<b>22.361</b>	<b>1632</b>
Dini	1.034	1.949	2.094	3.092	11.223	31.751	3.971	6.002
Alışveriş	8.657	4.970	91.593	19.274	511.568	107.350	90.460	19.062
Transit	378	159	4079		25.095	2.785	4.956	1.096
Eğitim	7.037	1.817	20.057	6.555	101.132	34.180	24.291	6.942
İş Amaçlı	11.163	3.143	87.507	16.915	986.437	179.139	559.852	74.024
Diğer	22.589	504	609.539	271	270.194	4.239	23.176	3.144
<b>Toplam</b>	<b>195.417</b>	<b>332.295</b>	<b>1.830.658</b>	<b>1.451.345</b>	<b>7.427.781</b>	<b>10.381.792</b>	<b>2.233.992</b>	<b>2.384.094</b>

Kaynak: [www.tuik.gov.tr](http://www.tuik.gov.tr) (12.03.2014)

# ÖZGEÇMİŞ

## Kişisel Bilgiler

<b>Adı</b>	Okan Cem	<b>Soyadı</b>	KİTAPÇI
<b>Doğum Yeri</b>	Kadıköy / İstanbul	<b>Doğum Tarihi</b>	23.03.1978
<b>Uyruğu</b>	T.C.	<b>TC Kimlik No</b>	49114102934
<b>E-mail</b>	Okancem.kitapci@marmara.edu.tr	<b>Tel</b>	(0216) 399 93 71

## Eğitim Düzeyi

	<b>Mezun Olduğu Kurumun Adı</b>	<b>Mezuniyet Yılı</b>
<b>Doktora/Uzmanlık</b>	M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü/Hastane İşletmeciliği A.D.	2014
<b>Yüksek Lisans</b>	M.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü / Sağlık Kurumları Yöneticiliği AD	2007
<b>Lisans</b>	İstanbul Üniversitesi / Fransızca Öğretmenliği	2003
<b>Lise</b>	Saint Michael Fransız Lisesi	1997

## İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

	<b>Görevi</b>	<b>Kurum</b>	<b>Süre (Yıl - Yıl)</b>
1.	Araştırma Görevlisi	Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi	2006- Halen
2.			
3.			-

<b>Yabancı Dilleri</b>	<b>Okuduğunu Anlama*</b>	<b>Konuşma*</b>	<b>Yazma*</b>
İngilizce	İyi	Orta	Orta
Fransızca	İyi	İyi	İyi

\* Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin

## Yabancı Dil Sınav Notu #

KPDS	ÜDS	IELTS	TOEFL IBT	TOEFL PBT	TOEFL CBT	FCE	CAE	CPE
	65.00							

## Bilgisayar Bilgisi

<b>Program</b>	<b>Kullanma becerisi</b>
Microsoft Office	İyi
Amedeus	İyi

\*Çok iyi, iyi, orta, zayıf olarak değerlendirin