

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Şevket YİRİK

SAĞLIK TURİZMİ ÜZERİNE ANTALYA DESTİNASYONUNDA BİR ARAŞTIRMA

Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Ana Bilim Dalı
Doktora Tezi

Antalya, 2014

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Şevket YİRİK

SAĞLIK TURİZMİ ÜZERİNE ANTALYA DESTİNASYONUNDA BİR ARAŞTIRMA

Danışman

Prof. Dr. İbrahim GÜNGÖR

Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Ana Bilim Dalı

Doktora Tezi

Antalya, 2014

Akdeniz Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

Şevket YİRİK'in bu çalışması jürimiz tarafından Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Ana Bilim Dalı Doktora Programı tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan : Prof. Dr. Yusuf DEMİR (İmza)

Üye (Danışmanı) : Prof. Dr. İbrahim GÜNGÖR (İmza)

Üye : Prof. Dr. Mehmet Emin İNAL (İmza)

Üye : Doç. Dr. Süleyman UYAR (İmza)

Üye : Yrd. Doç. Dr. Yusuf YILMAZ (İmza)

Tez Başlığı : Sağlık Turizmi Üzerine Antalya Destinasyonunda Bir Araştırma

Onay : Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

Tez Savunma Tarihi : 01/04/2014

Mezuniyet Tarihi : 10/04/2014

Prof. Dr. Zekeriya KARADAVUT
Müdür

İÇİNDEKİLER

TABLolar LİSTESİ	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xi
KISALTMALAR LİSTESİ.....	xii
ÖZET	xiii
SUMMARY	xiv
ÖNSÖZ	xv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK TURİZMİNDE TEMEL KAVRAMLAR

1.1. Sağlık Turizmi, Turist Sağlığı ve Turizm Sağlığı	3
1.2. Dünya'da Sağlık Turizminin Tarihsel Gelişimi	8
1.3. Sağlık Turizmi Çeşitleri.....	10
1.3.1. Wellness Turizmi	11
1.3.2. Termal-SPA Turizmi	12
1.3.3. Geriatri Turizmi	14
1.3.4. Engelsiz Turizm	17
1.3.5. Medikal Turizmi	18

İKİNCİ BÖLÜM

MEDİKAL TURİZM

2.1. Medikal Turizm Tanım ve Kapsamı	20
2.2. Dünya'da Medikal Turizmin Tarihçesi	22
2.3. Medikal Turizmin Özellikleri	27
2.4. Küreselleşme ve Medikal Turizm.....	35
2.5. Medikal Turizmle İlgili Boyutlar.....	37
2.5.1. Ekonomik ve Sosyal Boyutlar	37
2.5.2. Endüstriyel Boyut	43
2.5.3. Teknolojik Boyut	46
2.6. Medikal Turizmde Karşılaşılabilecek Sorunlar	47
2.6.1. Dil ve İletişim Problemleri.....	49
2.6.2. Medikal Turizmde Nitelikli Çalışan Eksikliği	51
2.6.3. Aracı Kuruluşların Eksik ya da Yetersiz Olması	53

2.6.4. Yasal Düzenlemeler ve Hukuki Problemler.....	54
2.6.5. Malpraktis ve Tedavi Sonrası Bakım.....	56
2.6.6. Telemedicine.....	58
2.6.7. Fiyatlandırma.....	59
2.6.8. Altyapı ve teknik sorunlar.....	61
2.7. Medikal Turizmde Etik.....	63
2.7.1. Bilgilendirmede Etik Olma.....	64
2.7.2. Mahremiyet Konusunda Etik Olma.....	65
2.7.3. Sağlık Hizmetlerine Erişimde Eşitlik.....	66
2.7.4. Etik Konusuyla İlgili Tedavi Örnekleri.....	67
2.7.5. Fiyatlandırma ve Etik.....	69
2.7.6. Yasal Düzenlemeler ve Etik.....	69
2.7.7. Tedavide Etik.....	70
2.8. Konuyla İlgili Yurtiçi ve Yurtdışı Çalışmaları.....	71

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

MEDİKAL TURİZMDE PAZARLAMA ve DÜNYADA MEDİKAL TURİZM

3.1. Medikal Turizmin Pazarlanması.....	76
3.1.1. Pazarlama Karması.....	77
3.1.1.1. Ürün.....	78
3.1.1.2. Fiyat.....	79
3.1.1.3. Yer ve Dağıtım.....	81
3.1.1.4. Tutundurma.....	83
3.1.2. Sağlık Arayışı Davranışı.....	86
3.1.3. Karar Verme Süreci.....	87
3.1.3.1. İki Aşamalı Model.....	89
3.1.3.2. Talep ve Tedarik Modeli.....	91
3.1.3.3. İtici ve Çekici Faktörler Modeli.....	93
3.1.4. Müşteri Memnuniyeti.....	95
3.1.4.1. Beklenti, Algılanan Kalite, Değer ve Memnuniyet.....	96
3.1.4.2. Sadakat ve Memnuniyet.....	100
3.1.4.3. Medikal Turizm ve Memnuniyet.....	101
3.2. Dünya'da Medikal Turizm Uygulamaları.....	103
3.2.1. Amerika'da Medikal Turizm Uygulamaları.....	103
3.2.2. Avrupa'da Medikal Turizm Uygulamaları.....	109

3.2.3. İngiltere’de Medikal Turizm Uygulamaları	111
3.2.4. Asya ve Medikal Turizm Uygulamaları.....	113
3.2.5. Hindistan’da Medikal Turizm Uygulamaları	113
3.2.6. Tayland’da Medikal Turizm Uygulamaları	121
3.2.7. Malezya’da Medikal Turizm Uygulamaları.....	127
3.2.8. Singapur’da Medikal Turizm Uygulamaları	129
3.2.9. Diğer Ülkelerde Medikal Turizm Uygulamaları.....	131
3.2.10. Brezilya’da Medikal Turizm Uygulamaları.....	131
3.2.11. Meksika’da Medikal Turizm Uygulamaları.....	132
3.2.12. Ürdün’de Medikal Turizm Uygulamaları	132

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK TURİZMİ

4.1. Türkiye’de Sağlık Turizmi	136
4.1.1. Termal Turizm	141
4.1.2. Geriatri ve Engelsiz Turizm.....	142
4.1.3. Türkiye’de Medikal Turizm.....	144
4.1.3.1. Medikal Turistlerin Tercih Ettikleri Branşlar.....	144
4.1.3.2. Medikal Turizmde Kamu ve Özel Sektör	145
4.1.3.3. Altyapı ve Personel Yeterlilikleri.....	147
4.1.3.4. Fiyat Avantajı.....	148
4.1.3.5. Kalite	150
4.1.3.6. Sağlık Turizmi ile İlgili Yasal Düzenlemeler	153
4.1.3.6.1. Sağlık Bakanlığı'nın Kontrolündeki Çalışmalar	153
4.1.3.6.2. Kültür ve Turizm Bakanlığı Çalışmaları	155
4.1.3.6.3. Devlet Planlama Teşkilatı.....	155
4.1.3.7. Türkiye Medikal Turizmi SWOT Analizlerinin Sonuçları	157
4.1.3.7.1. Güçlü Yönleri	157
4.1.3.7.2. Zayıf Yönleri	158
4.1.3.7.3 Karşısındaki Çevresel Fırsatlar.....	159
4.1.3.7.3.1. Avrupa Ülkeleri Açısından Fırsatlar	159
4.1.3.7.3.2. Ortadoğu ve Müslüman Ülkeler Açısından Fırsatlar	159
4.1.3.7.3.3. Türk Cumhuriyetleri Açısından Fırsatlar.....	159
4.1.3.7.3.4. Avrupa'da Yaşayan Türkler Açısından Fırsatlar.....	160
4.1.3.7.4. Karşısındaki Çevresel Tehditler	160

4.2. Türkiye Medikal Turizmi İçin Öneriler	160
--	-----

BEŞİNCİ BÖLÜM

ANTALYA DESTİNASYONUNDA SAĞLIK TÜRİZMİ ÜZERİNE

ARAŞTIRMASI

5.1. Antalya Bölgesi	162
5.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi	168
5.3. Araştırmanın Yöntemi	168
5.3.1. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	169
5.3.2. Veri Toplama Aracı	169
5.3.2.1. Nitel Araştırma	169
5.3.2.2. Nicel Araştırma	170
5.3.2.3. Veri Analizi	171
5.4. Araştırma Bulguları	172
5.4.1. İşletmelere İlişkin Bulgular	172
5.4.1.1. Katılımcıların Demografik ve Sosyo-Ekonomik Özellikleri	172
5.4.1.2. Diğer Araştırma Bulguları	174
5.4.1.2.1. Farklılık Testleri	193
5.4.1.2.1.1. Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis H Testi Analizi	
Bulguları	193
5.4.1.2.1.2. T-testi ve F Testi (Anova, Varyans) Analizi Bulguları	198
5.4.2. Hastalara İlişkin Bulgular	201
5.4.2.1. Farklılık Testleri	210
5.4.2.1.1. Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis H Testi Analizi Bulguları	
.....	211
5.4.3. Nitel Araştırma Bulguları	227
5.4.3.1. Türkiye'nin ve Antalya'nın Sağlık Turizmi Açısından Sahip Olduğu	
Hukuki ve İnsan Kaynakları Değerleri	230
5.4.3.3. Turist Sağlığında Dikkat Edilmesi Gereken Etik İlkeleri	238
5.4.3.4. Türkiye ve Antalya Açısından Sağlık Turizminin Pazarlama ve İmaj	
Çalışmaları	244
5.4.3.5. Türkiye ve Antalya Açısından Sağlık Turizmdeki Altyapı ve Üst Yapı	
Sorunları	247
5.4.3.6. Avrupa Yaşlı Turizmüne Yönelik Yapılabilecek Pazarlama Faaliyetleri	
.....	251

5.4.3.7.Antalya'nın Sağlık Turizminde Avantajlı Yönleri.....	253
5.4.3.8.Antalya'nın Sağlık Turizminde Dezavantajlı Yönleri	255
5.4.3.9.Antalya'nın Sağlık Turizmindeki Gelişmeleri Kamu ve Özel Sektörün Katkıları.....	257
5.4.3.10.Sağlık Turizmi Amaçlı Olarak Hizmet Sunan Otel Revir Odalarıyla İlgili Bir Değerlendirme	259
5.4.3.11.Sağlık Turizminde Başarılı Olan Amerika, Avrupa ve Uzakdoğu Ülkeleriyle Türkiye'nin Karşılaştırılmasında.....	261
5.4.3.12.Sağlık Turizmi Amaçlı Hizmet Sunan İşletimlerin Fiyat Politikalarının Belirlenmesi	262
5.4.3.13.Sağlık Turizminin Alternatif Turizm Amaçlı Yatırımlarda Kamu ve Özel Sektör Temsilcilerinin Rolü.....	264
5.4.3.14.Tam Gün Yasası İle Doktorların Sadece Özel Sektörde Hasta Bakabilmelerinin Sağlık Turizmi Açısından Değerlendirmeleri	265
5.4.3.15.Antalya'nın Sağlık Turizminde Başarılı Olabilmesi İçin Tavsiyeler..	266
SONUÇ	269
KAYNAKÇA.....	281
EKLER	318
EK 1- Hastalar Anketi.....	318
EK 2- İşletmeler Anketi.....	321
EK 3- Sağlık Turizmi Sorular	326
EK 4- İzin Formları	327
ÖZGEÇMİŞ	332

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.1 Türkiye’de Engelli Oranları.....	18
Tablo 2.1 Bazı Ülkelerde Tahmini Masraflar, Hasta Sayısı ve Başlıca İşlemler.....	29
Tablo 2.2 Dünya Çapında Farklı Yıllarda Medikal Turizmden Elde Edilen Gelir	39
Tablo 2.3 Bazı Tıbbi İşlemlerin Tahmini Masraflarının Ülkeler Bazında Değerleri.....	40
Tablo 2.4 Bazı Ülkelerde Uygulanan Cerrahi İşlemlerin Fiyatları	40
Tablo 2.5 Yurtiçi ve Yurtdışı Çalışmaları.....	71
Tablo 3.1 Müşteri Memnuniyetinde Doğrulama Modeli	97
Tablo 3.2 Memnuniyet ve Müşterinin Algıladığı Değer.....	98
Tablo 3.3 İnternet Aramalarında ve Literatürde Medikal Turizm Destinasyonu Olarak En Çok Alıntılanan Yerler	103
Tablo 3.4 Amerika'dan Giden (Outbound) Medikal Turistlerin Yıllara Göre Dağılımı	106
Tablo 3.5 Amerika'ya Gelen (Inbound) Medikal Turistlerin Yıllara Göre Dağılımı	107
Tablo 3.6 ABD Devlet Sigortalarının Dağılımı	108
Tablo 3.7 Bazı İşlemlerin Avrupa, Amerika ve Hindistan Fiyatları	110
Tablo 3.8 NHS’de Tanısı Konulmuş Hastalar ve Bekleme Süreleri.....	112
Tablo 3.9 İngiliz Bir Hasta İçin Hindistan'da Tedavi Masrafları.....	113
Tablo 3.10 Amerika, İngiltere ve Hindistan'daki Bazı İşlemlerin Maliyetlerinin Karşılaştırması.....	118
Tablo 3.11 Hindistan ve Tayland Tıbbi İşlem Maliyetinin Karşılaştırması	125
Tablo 3.12 Tayland, Amerika ve İngiltere’deki Bazı Tıbbi Müdahalelerin Maliyetlerinin Karşılaştırması.....	126
Tablo 3.13 Malezya, Amerika ve İngiltere’deki Bazı Tıbbi Müdahalelerin Amerikalı ve İngilizler İçin Maliyetlerinin Karşılaştırması.....	127
Tablo 3.14 Singapur ve Amerika'da Uygulanan Bazı Tıbbi Uygulamaların Fiyatlarının Karşılaştırılması	130
Tablo 3.15 2004-2008 Yılları Arası Singapur'a Giden Yabancı Hasta Sayıları ve Harcamaları	130
Tablo 4.1 Türkiye'ye 2003-2007 Yıllarında Gelen Yabancı Turistlerin Geliş Nedenine Göre Dağılımı.....	137
Tablo 4.2 Yıllara Göre Sağlık Turisti Yüzdeleri.....	138

Tablo 4.3 Yurtdışında Yaşayan Türk Vatandaşlarının Türkiye'ye Gelme Nedenlerinin Dağılımı	139
Tablo 4.4 Türkiye'de Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Göre Dağılımı	146
Tablo 4.5 Türkiye'deki Sağlık Personelinin Dağılımı.....	148
Tablo 5.1 2003-2013Yıllarında Gelen Turistlerin Antalya, İstanbul ve Türkiye Dağılımı	162
Tablo 5.2 Antalya Yöresini Ziyaret Nedenine İlişkin Dağılım.....	163
Tablo 5.3 2008 Yılında Türkiye'ye Gelen Medikal Turistlerin İlk 10 İle Göre Dağılımı	166
Tablo 5.4 2010 Yılında Türkiye'ye Gelen Medikal Turistlerin İlk 10 İle Göre Dağılımı	166
Tablo 5.5 2012 Yılında Türkiye'ye Gelen Uluslararası Hastaların İllere Göre Dağılımı	167
Tablo 5.6 Antalya 2011-2013 Yılları Sağlık Turizmi ve Turist Sağlığı Verileri.....	167
Tablo 5.7 Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı	173
Tablo 5.8 Bölgeyi Tercih Etmede Kullanılan Araçlar	175
Tablo 5.9 Sağlık Turizmi İşletmelerinde Çalışanların Yabancı Dil Bilgisi.....	176
Tablo 5.10 Katılımcıların Tercih Ettiği Sağlık Branşı	177
Tablo 5.11 Bölgeye Gelen Hastaların Milliyetlerine Göre Dağılımı	177
Tablo 5.12 Sağlık Turizmi Açısından Hedef Pazar	178
Tablo 5.13 Medikal Turizmi Kapsamında Düzenlenen Etkinlikler	179
Tablo 5.14 Sağlık Hizmetlerinde Seyahat Organizasyon Programı.....	179
Tablo 5.15 Tanıtım ve Reklam Hizmetleri	180
Tablo 5.16 En Çok Şikâyet Alınan Konular	181
Tablo 5.17 Hasta Dilek ve Şikâyetlerine Ulaşma Araçları	181
Tablo 5.18 Hastane Ödemeleri.....	182
Tablo 5.19 Yabancı Hasta Tercihleri	183
Tablo 5.20 Antalya Sağlık Turizmi Algısı Ölçeği Önerme Tablosu	183
Tablo 5.21 Antalya Sağlık Turizmi Swot Ölçeği Önerme Tablosu	185
Tablo 5.22 Pazarlama, Tutundurma ve Geliştirme Algısı Önerme Tablosu.....	189
Tablo 5.23 Kolmogorov - Smirnov Testi Sonuçları.....	192
Tablo 5.24 Katılımcıların Cinsiyetleriyle Hastane ve Doktorlara İlişkin Geliştirme Politikalarına Bakışları Arasındaki Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	193
Tablo 5.25 İşletmelerin Hukuki Yapıları İle Hastane ve Doktorlara İlişkin Geliştirme Politikaları Arasındaki Kruskal Wallis H Testi Bulguları	193

Tablo 5.26 İşletmelerin Hukuki Yapıları İle Konaklama ve Hastanelere İlişkin Tutundurma Politikaları Arasındaki Kruskal Wallis H Testi Bulguları	194
Tablo 5.27 İşletme Türü İle Pazarlama Politikaları Arasındaki Kruskal Wallis H Testi Bulguları.....	195
Tablo 5.28 İşletmelerin Fiili Kapasiteleri İle Konaklama ve Hastanelere İlişkin Tutundurma Politikaları Arasındaki Kruskal Wallis H Testi Bulguları	195
Tablo 5.29 İşletmelerin Faaliyet Süreleri İle Güçlü Yönlerine İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları.....	196
Tablo 5.30 İşletmelerin Çalışan Sayıları İle Hastane ve Doktorlara İlişkin Geliştirme Politikaları Arasındaki Kruskal Wallis H Testi Bulguları	196
Tablo 5.31 İşletmelerin Çalışan Sayıları İle Konaklama ve Hastanelere İlişkin Tutundurma Politikaları Arasındaki Kruskal Wallis H Testi Bulguları	197
Tablo 5.32 İşletmenin Faaliyet Süresi İle Tedavi Olanakları ve İhtiyaçlara İlişkin Anova Testi Bulguları(Tukey Testi Sonuçları)	199
Tablo 5.33 Boyutlar Arası İlişkilere Yönelik Korelasyon Analizi	199
Tablo 5.34 Markalaşma ve Tercihlerin Bölgenin Tercihleri üzerindeki Etkisine Yönelik Regresyon Analiz Bulguları.....	200
Tablo 5.35 Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı	201
Tablo 5.36 İlk Tedavilere İlişkin Bulgular.....	202
Tablo 5.37 Sağlık Hizmetlerine İlişkin Bulgular	203
Tablo 5.38 Bölgeyi Tercih Etmede Kullanılan Araçlar	203
Tablo 5.39 Destinasyonun Seçiminde Etkili Olan Unsurlara İlişkin Önerme Tablosu	204
Tablo 5.40 Memnuniyete İlişkin Önerme Tablosu	206
Tablo 5.41 Beklentilere İlişkin Önerme Tablosu.....	207
Tablo 5.42 Hastaların Geldikleri Ülkelerdeki İlk Tedavi Hizmetlerine İlişkin Memnuniyet Derecesi('1'-Hiç Memnun Değil..... '5'-Çok Memnun)	208
Tablo 5.43 Ülkelere Göre İlk Tedavi Hizmetlerine İlişkin Memnuniyet Derecesi('1'-Hiç Memnun Değil..... '5'-Çok Memnun)	209
Tablo 5.44 Kolmogrov - Smirnov Testi Sonuçları	210
Tablo 5.45 Katılımcıların Cinsiyetleriyle İlk Tedavilerindeki Memnuniyetlerine İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları	211
Tablo 5.46 Katılımcıların Medeni Durumlarıyla İlk Tedavilerindeki Memnuniyetlerine İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	211
Tablo 5.47 Katılımcıların Yaşlarıyla İlk Tedavilerindeki Memnuniyetlerine İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları.....	211

Tablo 5.48 Yaş İle Destinasyon Tercihinde Yakın Tavsiyesinin Etkisine İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları	212
Tablo 5.49 Katılımcıların Meslekleriyle İlk Tedavilerindeki Memnuniyetlerine İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları.....	213
Tablo 5.50 Katılımcıların Meslekleri İle Hizmetle İlgili Endişelerine İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları	213
Tablo 5.51 Katılımcıların Eğitim Durumlarıyla İlk Tedavilerindeki Memnuniyetlerine İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları	214
Tablo 5.52 Eğitim Durumu İle Ücret ve Ulaşım Avantajına İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları.....	214
Tablo 5.53 Ülke İle İlk Tedavilerindeki Memnuniyetlerineilişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları.....	215
Tablo 5.54 Ülke İle Destinasyon Tercihinde Yakın Tavsiyeilişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları.....	216
Tablo 5.55 Ülke İle Ücret ve Ulaşım Avantajına İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları.....	217
Tablo 5.56 Ülke İle Hastane Olanaklarıilişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları....	218
Tablo 5.57 Yaşadığı Ülke Bölgesi İle Hastaların İlk Tedavilerindeki Memnuniyetlerine İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları	218
Tablo 5.58 Yaşadığı Ülke Bölgesi İle Hastaların Destinasyon Tercihinde Yakın Tavsiye İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları	219
Tablo 5.59 Yaşadığı Ülke Bölgesi İle Hastaların Ücret ve Ulaşım Avantajına İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları.....	219
Tablo 5.60 Rahatsızlıklar İle Yan Hizmetlere İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları	220
Tablo 5.61 Aracı Kurumlar İle Hastaların İlk Tedavilerindeki Memnuniyetlerine İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları.....	220
Tablo 5.62 Katılımcıların Sağlık Güvenceleri İle Sunulan Hizmetlerin Kalite ve Fiyatlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları.....	221
Tablo 5.63 Katılımcıların İlk Teşhis Sonrası Bölgeye Gelişleriyle Hastaların İlk Tedavilerindeki Memnuniyetlerine İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları.....	221
Tablo 5.64 Katılımcıların İlk Teşhis Sonrası Bölgeye Gelişleri İleücret ve Ulaşım Avantajına İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları.....	222
Tablo 5.65 Hastanın Destinasyona Gelmeden Önce İlk Defa Tedavi Gördüğü Ülke İle İlk Tedavilerindeki Memnuniyetlerine İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları	222

Tablo 5.66 Hastanın Destinasyona Gelmeden Önce İlk Defa Tedavi Gördüğü Ülke İle Destinasyon Tercihinde Yakın Tavsiyesine İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları	224
Tablo 5.67 Hastanın Destinasyona Gelmeden Önce İlk Defa Tedavi Gördüğü Ülke İle Ücret ve Ulaşım Avantajına İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları.....	225
Tablo 5.68 Hastanın Destinasyona Gelmeden Önce İlk Defa Tedavi Gördüğü Ülke İle Hastane Olanaklarına İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları	226
Tablo 5.69 Boyutlar Arası İlişkilere Yönelik Korelasyon Analizi	226
Tablo 5.70 Hizmet Kalitesi ve Güven Olgusunu Destinasyonun Tercihine Yönelik Regresyon Analizi Bulguları.....	227

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 3.1 Medikal Turizm Süresince Hastaları Etkileyen Faktörler	89
Şekil 3.2 Medikal Turizm Talep-Tedarik Modeli	92
Şekil 3.3 Medikal Turizm Hareketliliğinde İtici Güçler	94
Şekil 3.4 Medikal Turizm Hareketliliğinde Çekici Güçler	95
Şekil 3.5 Müşteri Değeri Hiyerarşi Modeli.....	98

KISALTMALAR LİSTESİ

AB Avrupa Birliği

ABD Amerika Birleşik Devletleri

ACSI Amerikan Müşteri Tatmini Endeksini

DHCC Dubai Health Care City

SWOT Güçlü yönler, Zayıf yönler, Fırsatlar, Tehditler

HIPAA Amerikan Sağlık Sigortası Taşınabilirlik ve Sorumluluk Yasası

HIPAA Sağlık Sigortası Taşınabilirlik ve Sorumluluk

ISO Uluslararası Standartlar Teşkilâtı

JCI Uluslararası Ortak Komisyon

JETCO Ortak Ekonomi ve Ticaret Komitesi

MTA Medikal Turizm Birliği

NHS İngiliz Ulusal Sağlık Servisi

TAT Tayland Turizm Üst Kurulu

TÜİK Türkiye İstatistik Kurumu

TÜSİAD Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği

WHO Dünya Sağlık Örgütü

BAKA Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı

AKTOP Akdeniz Turistik Otelciler ve İşletmecileri Birliği

SSCB Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği

USAID Amerika Birleşik Devletleri Uluslararası Kalkınma Ajansı

UNWTO Birleşmiş Milletler Dünya Turizm Örgütü

ISQua International Society for Quality in Health Care

EUROSTAT Avrupa İstatistik Örgütü

ANSAT Antalya Sağlık Turizmi Derneği

ÖZET

Dünya sağlık örgütünün verileri, gelecek otuz yılda yaşlı nüfusunun şimdinin beş katı kadar artacağını göstermektedir. Bu nedenle ülkeler vatandaşlarına daha iyi sağlık hizmetleri sunabilmek ve sağlık hizmetlerine daha güçlü bir yapı kazandırmak için yeni düzenlemeler yapmaktadır. İnsanların yaşam sürelerinin sağlıklı yaşamlarıyla doğru orantılı olmasından dolayı, sağlık alanındaki teknolojilerin gelişmesi bu hizmetlere olan talebi de her geçen gün arttırmaktadır. İnsanların bozulan sağlık durumlarını düzeltmek veya yaşamlarını daha sağlıklı bir şekilde sürdürebilmek için gerçekleştirdikleri seyahatler sonucu oluşan harekete sağlık turizm denir. Sektör olarak sağlık hareketliliği önemli bir ticaret alanı olarak da kendine yer bulmaktadır. Yıllık ortalama on üç milyon turistin geldiği Antalya turizm bölgesinin sahip olduğu alt yapı ve ulaşım imkânlarının yüksek olması destinasyonun sağlık turizmi yönünü de güçlendirmektedir. Bu çalışmada Antalya turizm bölgesinin sağlık turizmi potansiyeli, sağlık kurumları, hastalar ve sağlık turizmi temsilcileri yönünden incelenipdurum değerlendirmesi yapılarak mevcut potansiyelin ortaya çıkarılması amaçlanmıştır. Destinasyon Türkiye açısından değerlendirilerek, Türkiye'nin ve dünyanın medikal turizminin incelenmesi amaçlanmıştır; bu doğrultuda Türkiye'nin sağlık turizmi potansiyelinin arttırılmasında ve geliştirilmesinde öneriler sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Medikal Turizm, Sağlık Turizmi, Geriatri Turizmi, Engelsiz Turizm, Müşteri Memnuniyeti, Pazarlama, Sağlık Turizm İşletmeleri

SUMMARY

A RESEARCH ON THE MEDICAL TOURISM AT ANTALYA DESTINATION

The data obtained from World Health Organization indicates that the number of elderly population will be five times more than current elderly population in the next thirty years. Therefore, countries are forming new regulations in order to provide better health care for their citizens and to strengthen the structure of their health services. The development of technologies in the field of health increases the demand for this kind of services every day since people's length of life is in direct proportion with their healthy living. Health tourism consists of the mobility occurring as a result of travels people take in order to remedy their health or to live a healthier life. And health mobility finds itself an important role as a sector in trade. Antalya tourism region which hosts approximately thirteen million tourists every year has a strong suit as a destination in terms of health tourism as well due to its infrastructure and high transportation opportunities. The present study aims at analyzing the health tourism potential, health centers, patients and health tourism sector's representatives of Antalya tourism region and bringing forth the existing potential through by assessing the situation. In this scope, destination has been analyzed from the perspective of Turkey, and medical tourism in Turkey and across the world has been evaluated; additionally, some suggestions have been put forward to increase and improve health tourism potential in Turkey.

Keywords: Medical Tourism, Health Tourism, Geriatric Tourism, Accessible Tourism, Customer Satisfaction, Marketing, Health Tourism Businesses, Ethics

ÖNSÖZ

Çalışmamın başından sonuna kadar bütün aşamalarında deneyimi, ilgisi ve pozitif yaklaşımlarıyla desteğini esirgemeyen danışman hocam, Sayın Prof. Dr. İbrahim Güngör'e, bilim insanı olma yolunda attığım her adımda yanımda olan, bana güvenip her zaman beni destekleyen ve emek veren değerli hocam, Sayın Prof. Dr. M. Emin İnal'a, Çalışmamda bana desteklerini esirgemeyen hocam Sayın Doç. Dr. Süleyman Uyar'a, anketlerin yapılması aşamasında bana destek olan Remziye EKİCİ, değerli meslektaşım Öğr. Gör. Deniz ÖREN ve yardımlarını esirgemeyen diğer tüm iş arkadaşlarıma katkılarından dolayı teşekkür ederim.

Çalışmam süresince her an yanımda olan eşim Aslıhan ve oğlum Muhammed Kerem'e hem sabırlarından hem de desteklerinden dolayı teşekkür ediyorum.

Şevket YİRİK

Alanya, 2014

GİRİŞ

Seyahat etmek sureti ile ikamet ettiği yerin dışında konaklayarak tedavi olmayı amaçlayan insanların hareketi spesifik bir turizm çeşidi olan sağlık turizmini ortaya çıkartmıştır. Bu bağlamda sağlık turizminin hedef kitlesini sağlığı bozulmuş olan kişiler ile sağlığını korumaya duyarlı kişiler oluşturmaktadır (Turizm Bakanlığı, 1993, s. 11).Van Sliepen'e göre medikal turizmi, ev dışında ikamet etmek koşulu ile boş zamanlarda tedavi amaçlı yapılan geziler olarak tanımlanmaktadır (Harahsheh, 2002, s. 23-24). Bu çalışmanın amacı Antalya bölgesi sağlık turizm potansiyelini ve eksikliklerini işletmeler, hastalar ve sektör temsilcileri açısından incelemek ve elde edilen veriler ile sağlık turizmine öneriler getirmek, kurumlar ve sağlık turistleri için bu önermeler ışığında sektöre yenilikleri kazandırmak, sorunların önüne geçip sektöre fayda sağlamaktır. Bu çalışmabeş bölümden oluşmaktadır.

Araştırmanın birinci bölümünde; medikal turizm ve sağlık turizmine ilişkin temel kavramlara yer verilmektedir. Sağlık kavramı; sosyal, psikolojik ve fiziksel olarak iyi olma hali olarak tanımlanmaktadır (Abels ve Kipnis, 1998, s.695). Sağlık turizmi ise insanı rahatlatan, stresle başa çıkmasını sağlayan ve doğal olarak memnuniyetle sonuçlanan turizm etkinlikleri olarak nitelendirilmektedir (Bennett ve diğ., 2004, s.123). Sağlık turizminin esas amacı daha iyi bir sağlık hali için tedavi arayışı olarak görülebilir. Bu yaklaşıma göre; masaj salonları ve alternatif terapiler gibi hedonistik (kişisel çıkarlar doğrultusunda) aktiviteler de sağlık turizmi tanımındaki geziler içinde yer almaktadır (Cook 2008, s.7; Henderson 2004, s.113).

Çalışmanın ikinci bölümünde medikal turizm kavramının tanımına yer verilmektedir. Sağlık turizmi kavramının özellikleri, ekonomik, sosyal, endüstriyel ve teknolojik boyutta incelenmektedir. Bununla birlikte dil, iletişim, nitelikli çalışan eksikliği, aracı kuruluşların ayrı bir yapısının olmaması ve yetersiz kalması gibi literatür taraması sonucu belirlenensektörün en önemli sorunları incelenmektedir. Bu kapsamda ayrıca medikal turizmde etik konusuna karşı sorumlu tarafları bilgilendirmede eksikler olduğu, mahremiyet, sağlık hizmetlerine erişim, hastaya gerçek tedavi olanaklarını açıklamada ve fiyatlandırma konularında etik dışı uygulamalara yer verilmektedir. Bölümün sonunda Türkiye'de ve dünyada sağlık turizmi alanında yapılan bilimsel çalışmalarincelenmiştir.

Çalışmanın üçüncü bölümünde sağlık hizmetlerinde müşteri memnuniyeti, beklenti ve algılarına ilişkin bilgiler sunulmaktadır. Buna göre medikal turizmde pazarlama, dünya ülkelerinde medikal turizm pazarlama karması ve karar verme süreçleri ile medikal turistin

karar verme sürecini etkileyen faktörlerden talep ve tedarik modeli, itici ve çekici faktörler incelenmektedir. Bu bölümde ayrıca gelişmiş ülkelerdeki medikal turizmin potansiyelleri ve genel durumlarına ait incelemelerde bulunmaktadır.

Çalışmanın dördüncü bölümünde Türkiye’de sağlık turizmi konuları incelenmektedir. Bu bağlamda destinasyonda hastaların en çok tercih ettiği branşlar, kamu ve özel sektörün genel durumu, fiyatlandırma politikaları ile alt yapı ve personel potansiyeli incelenmektedir. Bu bölümde ayrıca Sağlık Bakanlığı çalışmalarına yer verilerek bölgenin sağlık turizmi açısından bölgesel anlamda güçlü - zayıf yönleri, fırsat ve tehditlerine yer verilmektedir.

Çalışmanın beşinci bölümünde, Antalya sağlık turizmi potansiyeline ilişkin üç farklı uygulamaya yer verilmektedir. Bu kapsamda ilk veriler bölgede sağlık turizmi alanında faaliyet gösteren işletmelere uygulanan anket sonuçları yer almaktadır. Bu kısımda ayrıca işletmelerin temsilcileri ile sağlık turizmi algıları, Antalya’nın SWOT analizi, sağlık turizminin pazarlama ve geliştirilmesine dönük görüşlerinin alınması için hazırlanan anket uygulanmıştır. İşletmelerin sağlık turizmi ve turist sağlığında potansiyelleri, genel olarak karşılaştıkları sorunları, hedef pazar olarak düşündükleri bölgeler en çok tercih eden hasta grupları, reklam ve tanıtım için yaptıkları faaliyetler ve hasta bulma pazarınayönelik sorular sorulmuş ve elde edilen veriler SPSS programında analiz edilmiştir. İkinciuygulama hastaların hangi ülkelerden geldiği, genel olarak bölgeyi tercih etme sebepleri, geldikten sonra karşılaştıkları sorunları, memnuniyet düzeyleri, gelmeden önceki beklentileri ve şu anda ki algıları ölçülmektedir. Bu bağlamda elde edilen veriler SPSS programında analiz edilmiştir. Çalışmada ayrıca nitel analiz bulgularına yer verilmektedir. Nitel analiz ile Antalya’da sağlık turizminin geliştirilmesi ve sektör temsilcilerinin bakışı incelenmiştir. Sağlık turizmi kapsamında Antalya’yı tercih eden hastaların memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte sağlık turizmi alanında faaliyet gösteren işletmelerin kaynak ve teşvik yetersizliklerine ilişkin eksikler tespit edilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK TURİZMİNDE TEMEL KAVRAMLAR

Gelişmiş ülkelerde iletişim ve teknolojik gelişmeler sonucunda, insanların gelir düzeyleri yükselmiştir. Çalışma sürelerindeki azalmalar, boş zaman kavramının artması ile insanların turistik ihtiyaçlarının giderilmesi zorunlu hale gelmiştir. Bununla birlikte turizm döviz kazandırıcı yönü ile gelişmekte olan ülkeler için ümit ışığı haline gelmiştir (Hazar,1994).Sağlık ve turizm insan hayatında çok önemli yeri olan iki kavramdır. Sağlık turizmi ise bu iki kavramın her ikisini de yakından ilgilendiren; fakat bunlardan bağımsız, kendine özgü özellikleri olan aktiviteler bütünüdür. Sağlık turizminin insan hayatındaki yeri her geçen gün daha da artmaktadır (Swain ve Sahu, 2008, s.475). Turizm sosyal bir faaliyettir. Turizm genellikle boş vakit değerlendirmek için, günlük yaşamın aktivitelerinden uzakta, yaşadıkları alanların dışında harcadıkları zamanlar olarak nitelenir(Urry, 2002; Akt. Cook 2008, s.2). Sağlık turizmi, seyahat etmek sureti ile ikamet ettiği yerleşimin dışında konaklayıp tedavi hizmetlerini satın alarak sağlığını korumayı yada yeniden kazanmayı amaçlayan insanların gerçekleştirdiği turizm çeşididir (Tengilimoğlu,2013, s, 51). Sağlık turizmi de her ne kadar bir turizm çeşidi olarak görülse de, sağlık turizminin böyle bir genel turizm anlayışıyla çelişen ayırt edici özellikleri vardır. Bu çalışmanın ilk bölümünde bu özellikler ışığında sağlık turizminin tanımı, tarihçesi ve günümüzdeki durumuna yer verilecektir.

1.1 Sağlık Turizmi, Turist Sağlığı ve Turizm Sağlığı

Sağlık kavramı; sosyal, psikolojik ve fiziksel olarak iyi olma hali olarak tanımlanabilir (Abels ve Kipnis 1998, s.695). Bu yüzden sosyal, psikolojik veya fiziksel herhangi bir sorun, bu tam iyilik halinin bozulmasına sebep olur. Sağlıkta herhangi bir bozulma, kendisini çeşitli yollardan belli edebilir. Bazen fiziksel olarak iyi olma hali sağlıklı olmak için yeterli değildir. Örneğin; bir kişi fiziksel olarak sağlıklı olduğu halde hasta gibi davranabilir (Nordenfelt 2006, s.5). İnsanlar, sağlıklarından şikâyetçi olduklarında ve fiziksel ya da psikolojik olarak iyi hissetmediklerinde çeşitli çözüm yolları aramaya başlar. Hem psikolojik hem de biyolojik sebeplerle ortaya çıkması, sağlıklı olmanın göreceli bir betimleme şekli olduğunun göstergesidir (Nordenfelt, 2006, s.5; Larson, 1999, s.123).

Sağlık ve turizm ilişkilendirildiğinde turistik gezilerin tamamen günlük yaşamdan uzaklaşma sayılmadığı unutulmamalıdır. İnsanlar gittikleri yerlere, eğer varsa hastalıklarını da taşırlar. Bazen de bu hastalıklarını seyahatlerinde yanlarında götürüp, dönerken orada bırakmak isterler. İnsanlar gittikleri yerlerde gördükleri tedavilerle, otellerin spa salonlarını

ziyaret ederek veya dinlenerek iyileşip dönmek isterler. Sağlık turizmi bu ve benzeri durumlarda insanların imdadına yetişen bir sektör olarak gösterilir. Sağlık turizmi yeni bir olgu değil, yıllardır süregelen çözüm yolu arayışlarından biridir (Connell, 2006, s.1093–1100). Ancak turizm insanların boş zamanlarında tatil, eğlence, gezip görme, dinlenme gibi etkinlikleri gerçekleştirmek için ikamet ettikleri yerden başka bir yere gitmesidir (Cohen, 2008, s.24). Fakat daha önce de belirtildiği gibi sağlık turizmi turizmin yalnızca bu özelliğinden ibaret değildir.

Sağlık turizmi, "sağlık ve turizm sektörlerinin temel özelliklerini içinde barındıran bambaşka bir sektördür", denilebilir. Bennett vd. (2004, s.123), insanı rahatlatan, stresle başa çıkmasını sağlayan ve doğal olarak memnuniyetle sonuçlanan turizm etkinliklerini sağlık turizmi olarak nitelendirmiştir. Ancak, turizm ve sağlık kavramlarının her ikisinin tanımlarında da görülebileceği üzere, bu ikisi bir arada kullanıldığında çok farklı çağrışımlar yapabilir. Bu nedendir ki; literatüre bakıldığında sağlık turizmi için çok çeşitli tanımlarla karşılaşmak kaçınılmaz olmuştur (Bennett vd., 2004, s.123; Cook, 2008, s.7; Henderson, 2004, s.113; Lee ve Spisto, 2007, s.1; Sarwar vd., 2012, s.2; Baukute, 2012, s.6; Tshibalo, 2011, s.126; Vajirakachorn, 2004, s.8).

Literatürde yer alan sağlık turizmi tanımlamalarının bir kısmı genel kapsamlıdır; fakat bir kısmı da daha özgün ve nettir. Corra ve Bridges (2006), medikal turizminin insanların bedensel ve ruhsal olarak refah düzeylerini arttırmak için bulunduğu yerel ortamdan başka ortamlara yaptıkları seyahat olarak tanımlamaktadırlar. Sağlık turizmi iki hizmet sektörü olan tıp ve turizmin arasındaki ortaklıkları kapsar ve niş bir Pazar olarak ortaya çıkan medikal turizm insanların kıtalar arası hem sağlık hemde turizm amaçlı seyahat etmelerini sağlar (Bookman ve Bookman, 2007; Jones ve McCullough, 2007:1077-1080; Medheka, 2013:205-207).

En genel yaklaşımlardan birine örnek olarak; Bennett vd.nin (2004, s.123) stresten kurtulma amaçlı keyif odaklı her türlü turizmin sağlık turizmi sayılabileceği iddiası gösterilebilir. Başka bir deyişle; sağlık turizmi, keyif verici ve rahatlatıcı gezilerin tümüdür. Sağlık turizminde ana amacın daha iyi bir sağlık hali için tedavi arayışı olması da başka bir yaklaşıma öncülük etmiştir. Bu yaklaşımı benimseyen araştırmacılara göre; masaj salonları ve alternatif terapiler gibi hedonistik (kişisel çıkarlar doğrultusunda) aktiviteler de sağlık turizmi tanımındaki geziler içinde yer alır (Cook, 2008, s.7; Henderson, 2004, s.113). Sağlık amaçlı evden uzak olmak ve sağlık hizmetlerinden faydalanmak için yapılan her türlü yer değiştirmeyi sağlık turizmi olarak nitelendirmek mümkün gibi görünse de, bazı araştırmacılar bu tanıma yetersiz bulmuş ve tanıma süre kavramını eklemiştir. Sağlık turizmi kavramına bir süre sınırlaması getirilebilir; minimum 24 saat (Lee ve Spisto, 2007, s.1). Bu konuda

Baukute (2012, s.6) sağlık turizmini, evinden ya da ana ¼lkeden uzakta ge¼irilen s¼rede sağlık hizmetleri almak olarak adlandırırken, bu s¼renin 24 saatten fazla olması gerektiğine dikkat çekmiştir. Bu s¼re zarfindan daha kısa zamanlarda sağlık ama¼lı yapılan seyahatler sağlık turizmi sayılmamaktadır. Bunun dışında 24 saatten fazla olan her seyahat de, bilindiği üzere sağlık turizmi değildir. Sadece evden uzaklaşmış olmak ve daha iyi bir sağlık arayışında olmak sağlık turizmi olarak adlandırılmayabilir. Benzer olarak bazı araştırmacılar sağlık turizminin ger¼ekleřebilmesi i¼in evden uzak olmanın yeterli olmadığı kanaatinde dirler. Bu araştırmacılar ev, iş hayatından farklı olarak eğitici aktivitelerin de yer aldığı sağlık ve turizm kombinasyonunu genel tanıma eklemişlerdir (Sarwar vd.,2012, s.2). Kusen (2002) ise fiziksel, zihinsel ve psikolojik iyi olma halini s¼rd¼rme ve iyi olma haline ulaşmak i¼in kontroll¼ bir Şekilde kullanılan doğal sağlık ç¼z¼mlerinden bahsetmiş ve sağlık turizminin aynı zamanda b¼t¼n bunları d¼zenleyen ekonomik bir aktivite olduğunu savunmuştur (Akt. Tshibalo, 2011, s.126). Vajirakachorn (2004, s.8) kullanılabilir doğal kaynaklar arasından mineralli suya ve iklime dikkat çekmiştir. Yaşadığı yerde bulunmayan ya da yetersiz g¼r¼len sağlık hizmetlerini almak i¼in başka bir yere gitmek ve oradaki doğal ya da doğal olmayan imk¼nlerden faydalanmak i¼in belli bir s¼re destinasyonda bulunmak ve sonrasında geriye d¼nmektir" denilebilir(Bennett vd.,2004, s.123; Cook, 2008, s.7; Henderson, 2004, s.113; Lee ve Spisto, 2007, s.1; Sarwar vd., 2012, s.2; Baukute, 2012, s.6; Tshibalo, 2011, s.126; Vajirakachorn, 2004, s.8, Jeevan, 2011). Van Sliepen medikal turizmi, ev dışında ikamet etmek koşulu ile boş zamanlarda tedavi ama¼lı yapılan geziler olarak tanımlamaktadır (Harahsheh, 2002: 23-24). Tedavi ama¼ı ile deniz aşırı ¼lkelere yapılan seyahatlerin terminolojideki uygun karşılığı halen tartışmalı olmakla beraber, uluslar arası tıbbi seyahat (Huat, 2006a, Fedorov vd.,2009, Cormany and Baloglu, 2011, Crozier and Baylis, 2010), tıbbi m¼lteci (Milstein and Smith, 2006), dış hastalar (Jones and Keith, 2006), biyoteknolojik hacılar (Song, 2010) bu duruma y¼nelik kullanılan terimlerden bazılarıdır. Bu metin i¼erisinde biz sağlık turizm (medical tourism) kavramını benimsemiş olmakla beraber bu terimin kullanımını kabul etmeyen bazı yazarlar da bulunmaktadır(Whittaker, 2008, Glinos vd., 2010, Kangas, 2010). Sonuç itibarı ile medikal turizm kendi i¼erisinde ve diğer turizm t¼rleri i¼erisinde değerlendirildiği zaman inanılmaz b¼y¼k bir hız ile b¼y¼yen ve b¼y¼rken dallara ayrılarak kendi gelişimini ve evrimini devam ettiren bir sektörd¼r. Bu etnografik ama¼, geleneksel medikal turizm sektör¼n¼ araştırmanın g¼c¼ ile daha da yükselen bir hale getirmektedir.(Nader,1974).

Genel olarak turistler başlıca beş kategoriye ayrılabilir:

- İlk sırada "*sadece turist*" grubu yer almaktadır. Bu grupta yer alan turistler, turist kavramının tanımının gerektirdiği gibi, ikamet ettikleri adresten başka bir b¼lgeye seyahat eden ziyaretçilerdir.

•İkinci grupta yer alan (Turist Sağlığı)"*medikal tedavi alan tatildeki turist*"tir. Turizm etkinliği sırasında sağlık hizmetlerine ihtiyaç duyan ve bu hizmetlerden faydalanan turistlerdir. Bu turistlere sağlık tesislerinde acil hasta da denilir.

•Üçüncü grupta (Sağlık Turizmi)"*hem tedavi hem tatil amaçlı turist*" yer alır. Birinci gruptakiyle benzer amaçlarla yola çıkan bu turistlerin amaçları arasında sağlık hizmetinden faydalanmak da yer almaktadır. Başka bir deyişle bu grupta yer alanlar amacı hem tatil hem de tedavi sağlık olan turistlerdir.

•"*Hasta turist*" grubunun öncelikli amacı; sağlık hizmetlerinden faydalanmaktır. Fakat "hasta turist" sağlık sorunlarını hallederken ya da hallettikten sonra bölge içinde tatil ve ziyaretler yaparlar.

•Son grupta yer alan "*sıradan hasta*" grubunun tatille alakası yoktur. Bu turistlerin yegâne amacı sağlıktır. Sağlık problemlerine çözüm bulduktan sonra da, sağlık hizmetlerinden yararlanırken de tatil amacı gütmeyizler (Cohen, 2008, s.25-26).

Turizmi ihtiyaç ya da zorunluluk ve tatil amaçlı seyahat olarak ikiye ayırmakta fayda vardır. Tatil amaçlı turizm denildiğinde boş zamanı değerlendirme, kültürlerarası iletişim, dinlenme, eğlenme, yakınları ziyaret gibi aktiviteleri kapsayan seyahat biçimi akla gelmektedir (McCabe, 2009, s.667). Öte yandan ihtiyaç ya da zorunluluk olarak gerçekleştirilen turizm aktiviteleri daha çok belli bir amaç için yapılan seyahatlerdir. Örneğin; bir iş adamı ülke içinde diğer illere ya da başka ülkelere işi gereği gittiğinde ikinci gruptaki turistlerden sayılabilir (Larsen vd., 2007, s.244-262). Eğlenmek ve dinlenmek gibi aktiviteler yerine konferans, toplantı, seminer gibi aktivitelere katılır. Sağlık turisti de bu grupta yer almaktadır. Çünkü bir sağlık turisti bedenen, psikolojik ve zihnen sağlıklı olabilmek için faaliyette bulunur. Burada dikkat edilmesi gereken husus ise bu iki turizm çeşidinin de ayrılmaz bir bütünün parçaları olmasıdır. Nasıl ki iş ya da sağlık için seyahat eden biri eğlence, dinlenme, turistik alanları ziyaret etme gibi aktiviteleri gerçekleştirebilirse; gezmek için gelen bir turist de sağlığıyla alakalı bir problemle karşılaşp sağlık hizmetlerinden faydalanabilir (Caballero-Danell ve Mugomba, 2007, s.1-116). Bu gibi durumlar turistin sağlığı başlığı altında incelenir. Başka bir deyişle; sağlık turisti ve turist sağlığı farklı kavramlardır ve bu kavramlar farklı uygulamalar ve yaptırımlar gerektirir (Wendt, 2012, s.6).

Kusen (2002) "sağlık turisti" için seyahat süresinin belli bir kısmını sağlıkla ilgili uğraşlara ayıran turist tanımını kullanmıştır (Akt. Vajirakachorn, 2004, s.13). Cohen (2008, s.24-37) ise rahatlamak, alternatif terapilerle tanışmak, tıbbi tedavi almak amacıyla bir bölgeye ziyarete gidenlere "sağlık turisti" adını vermiştir. Sağlık turistinin gideceği istikamete henüz ulaşmadan birincil amacı sağlıktır; ancak "turist sağlığı" için bu söylenemez. Çünkü "turist sağlığı", birincil hedefi sağlık olsun ya da olmasın bütün turistleri ilgilendirir. "Turist

sağlığı", bir yere ziyaret amacıyla gelmiş ülkesinden ve evinden uzak kimselerin ani olarak rahatsızlanmasıyla, sağlık hizmetine ihtiyaç duyması sonucu ortaya çıkar (Cohen, 2008, s.24-37). Bu tür acil tedavi ihtiyaçları sağlık turizmi tanımında yer almaz (Turner, 2011(a), s.2). Nasıl ki sağlık turistlerinin bölgeye ulaşmadan önce o bölgenin gerekliliklerine dair bir takım yollar izlemesi gerekiyorsa, diğer bütün turistlerin de acil ihtiyaç duyabilecekleri bir sağlık hizmeti için yola çıkmadan alması gereken tedbirler vardır. Örneğin; "sağlık turisti" gitmek istediği ya da doktoru tarafından gitmesi önerilen tesisi bilir ve ona göre yola çıkar. "Turistin sağlığı" ise acil durumlarda en yakın olan sağlık hizmetlerini ilgilendirir. Bunun yanı sıra, "turist sağlığı" turizm tesisinin daha turist gelmeden önce turiste sağlayacağını garantilediği ya da amaçladığı hizmetlerden biri olarak da algılanabilir. Bu farka verilebilecek bir örnek; Avrupa Birliği üyesi ülke vatandaşlarının Avrupa içinde sağlık turizminden faydalanırken karşılaştığı kurallardır. Bazı düzenlemeler Avrupa Birliği üyesi ülkelerin vatandaşlarının seyahatleri süresince karşılaştıkları sağlık sorunlarıyla ilgili alacakları hizmete erişimi kolaylaştırmaktadır (Freire, 2012, s.41-50). 2004 yılı itibariyle Avrupalı turistlerin seyahatleri sırasında karşılaşılabilecek acil bir sağlık problemi nedeniyle sağlık hizmetlerinden faydalanmaları için Avrupa Sağlık Sigortası kartları olması yeterlidir. Bu kart sayesinde istedikleri herhangi bir kamu hastanesinde ya da sağlık tesisinde muayene olup gerekli görülen tedaviyi alabilmektedirler. Ancak, söz konusu turist sağlık turisti olduğunda, yani asıl amacı sağlık hizmetlerinden faydalanmak için turizm olduğunda, durum farklıdır. Sağlık turistleri ana vatanlarının sosyal güvenlik ofisinden alacakları bir belgeyle sağlık gittikleri ülkedeki yerli halkın ödediği, yasal olarak belirlenmiş meblağayı ödemektedirler (Maas, 2008, s.1-15).

Konuyla alakalı olan üçüncü ve son kavram ise "turizmin sağlığı" dır. Turist sağlığını korumak ve turistlerin sağlıklı bir şekilde bölgeden ayrılmasını sağlamak "turizmin sağlığı" ile ilgilidir. Fakat "turizmin sağlığı" sağlık turizminden farklı olarak, insanla değil daha çok bölge ve çevre şartlarıyla ilgilenir. "Turizmin sağlığı" turistlerin ziyaret ettikleri bölgelerin, çevrenin, ortamın ve koşulların ziyaretçilerin bulunduğu süre boyunca turizme elverişli olmasıdır. Sağlıklı bir turizm ortamıyla kastedilen; konaklama, çevre koşulları, yaşam şartları, tesisler ve diğer bütün turistik imkânların turistlerin güzel ve dolu dolu zaman geçirebilmesine yardımcı olması ve ülkeye giriş çıkışlarda karşılaşılabilecek potansiyel zorlukların en aza indirildiği bir turizm sistemidir. "Turizmin sağlığı" turistin sağlığı ve sağlık turizmi üzerinde iyileştirici bir etkiye sahiptir (Kusen,2011, s.95-99). Sağlıksız bir turizm ise turistlerin memnuniyetsizliklerine, tekrar ziyaret etmemeleri ve hatta henüz gelmeden vazgeçebilmelerine sebep olabilecek yetersiz ve kalitesiz bir hizmeti temsil edebilmektedir. Turizmin diğer bütün alt sektörlerine olduğu gibi sağlık turizminde de turizmin sağlığı

olgusunun büyük bir yeri vardır. Sağlık turistinin motivasyonu ve memnuniyetiyle doğrudan ilişkilidir. Sağlık turizmi ve "turizmin sağlığı" birbirinden bağımsız olarak düşünülemez, karşılıklı etkileşim içinde olan hizmetlerdir; fakat sağlık turizmi ve "turizmin sağlığı" karıştırılmaması gereken özgün kavramlardır(Kusen,2011, s.95-99).

Sağlık turizmi uygulamaları çeşitli şekillerde gerçekleşebilir. Chanda (2002, s.158-163) sağlık turizminin dört farklı uygulama şekline dikkat çekmiştir. Bunlar: sınır ötesi ticaret, sınır ötesi sağlık hizmeti tüketimi, reklam ve sağlık personeli turizmidir. Buradan yola çıkarak yukarıdaki tanımlara ek olarak yeni bir grup ortaya çıkmaktadır: sağlık personelinin turizm hareketliliği. Başka bir deyişle; konuyla ilgili bir başka kavram karmaşası, sağlıkla ilgili hizmetleri iletmek için seyahat eden sağlık personelidir. Örneğin sınır ötesi doktorlar bu grupta yer almaktadır. Buna benzer turist sayısı ve bunlarla yapılan çalışmalar azımsanamayacak kadar çok olduğundan sağlık turizminden söz ederken bu grubu da açıklamak önemlidir. Bishop ve Litch (2000, s.1017-1020) sağlık hizmeti sunmak için Nepal Everest dağına giden yaklaşık 10.000 kişilik uzmanlardan oluşan bir sağlık ekibine dikkat çekmiştir. Araştırmalara göre 8 sağlık kuruluşunun bulunduğu bu bölgeye 2005 yılında 19.000 sağlık personeli turist olarak gitmiştir. Bu personelin turist olarak nitelendirilmesinin sebebi bölgede yaşayan halkı tedavi etmek amacıyla gidip bir süre sonra ülkelerine geri dönmeleridir. Ancak, yapılan seyahatin de bir nevi sağlık amaçlı olmasından dolayı sağlık turizmi kapsamına girmektedir. Bishop ve Litch (2000, s.1017-1020) sağlık turizmini bu açıdan değerlendirerek, tıp pratiği yapmakla ilişkilendirmiştir. Fakat bu çalışmada bahsedilen sağlık turisti kavramı bu tür ziyaretçileri kapsamayacak.

1.2 Dünya'da Sağlık Turizminin Tarihsel Gelişimi

Günümüzde büyük ilgi gören ve hızla ilerlemeye devam eden sağlık turizmi yeni bir olgu değildir. Literatürde yer alan farklı yıllarda yapılmış çok çeşitli tanımlamalara da bakarak söylenebilir ki; insanlar sağlıklı olma arayışı içinde çok uzun yıllardır bireysel olarak ya da kitleler halinde seyahat etmektedirler. Sağlık turizmi aktivitelerine ilişkin antik çağlardan bile örnekler bulmak mümkündür. Eski çağlarda insanlar sağlıklı olmak uğruna şifa vereceğine inandıkları tapınaklara ve iklim koşullarının buldukları bölgeden daha sağlıklı olduğu bölgelere giderlerdi. Roma İmparatorluğu döneminde inşa edilen kaplıcalar ve termal tesisler buna bir örnektir. Roma İmparatorluğunun çöküşünden sonra birçoğu hizmet vermeyi bırakan bu tesisler günümüzde hala sağlık turistlerinin ilgisini çekmektedir (Didaskalou ve Nastos, 2003, s.107-126; Didaskalou vd., 2004, s.149-157; Cook, 2008, s.3). Yalnızca bu durum bile sağlık turizmi tarihinin ne kadar eskiye dayandığının bir kanıtıdır. Bir başka örnek olarak Yunan mitolojisinde bahsedilen tanrı Asklepios gösterilebilir (Kaur vd.,2007, s.415;

Reisman, 2010, s.1; Bookman ve Bookman 2007, s.4; Jagyasi; 2010). Eski Yunanlılarla birlikte tüm dünyadan insanlar, Asklepios'un rüyaları aracılığıyla kendilerini sağlıklı kılacağına inanıp, küçük bir Yunan şehri olan Epidaura'da bulunan Asklepios tapınağına gitmişlerdir (Nagla, 2012, s.78-82; Ajmeri, 2012, s.12-15).

15. ve 17. yüzyıllar arasında yaşayan zengin insanlar sağlık durumlarını daha iyi hale getirmek için medikal spa ve deniz kenarı gibi yerlere, tedavi olmak içinse başka ülkelerdeki medikal okullara gitmeye devam etmişlerdir. 18. ve 19. yüzyıllarda ise Fransa'da yer alan spa şehirleri soğuk ülkelerde yaşayanların ilgi odağı olmuştur. Bu dönemde yaşayan Avrupalılar yine sağlık amaçlı Almanya'dan Nil'e düzenli olarak gitmişlerdir. İngiltere'de yaşayanlar bronşit gibi hastalıkları tedavi amaçlı spa merkezlerini ziyaret etmişlerdir (Ajmeri, 2012, s.12-15). Sanayileşme ve kentleşme sonucu hızlı bir değişime maruz kalan ülkeler hava kirliliği gibi çevre sorunlarıyla karşı karşıya kalmışlardır. Sanayileşme ve kentleşmenin sonuçları arasında sayılabilecek psikolojik sorunlar, iş ve yaşam koşullarının zorlaşmasının beraberinde getirdiği stres ve küresel krizlerin olumsuz yansımaları gelişmiş ülkelerde baş göstermiştir. Bütün bunların bir araya gelmesi sonucunda, önceki yıllarda zengin insanların sağlık hizmetleri arayışı gelişmiş ülkeler yönündeyken, bu arayışın yönü artık daha kırsal ve doğal ortamlara sahip olan gelişmekte olan ülkelere dönmüştür. Demiryollarının inşa edilmeye ve kullanılmaya başlamasıyla kırsal bölgelerde yaşayan insanlarda uzak bölgelere gidebilme şansı yakalamışlardır. Bu seyahatlerin önemli bir kısmı da ya daha güneşli bölgelere ya da tıbbi açıdan daha gelişmiş ülkelere yapılmıştır. Temelinde sağlıklı olma ya da tedavi olma amacı olan bu seyahatlere spaların da eşlik etmesiyle sağlık turizmi daha sosyal bir tecrübe olma yolunda önemli bir ilerleme kaydetmiştir (Cook, 2008, s.3-5).

20. yüzyılda bu seyahatler hızlı bir ivmeyle artmaya devam etmiştir. Günümüzde teknolojik imkânlardaki ilerleme, sağlık hizmeti sunan tesislerin sayısındaki artış, rekabet ortamı sonucunda oluşan makul fiyatlar ve kaliteli, insana değer veren hizmetler, bilgi işlem ve iletişim çağında henüz gitmeden alınabilecek kapsamlı bilgi, acentelerin hemen hemen bütün sorumluluğu almasıyla hem daha güvenilir hem daha kolay seçimler ve ön hazırlıklar yapılmasına olanak sağlaması sayesinde sağlık turizmine ilgi her geçen gün daha fazla artmaktadır (Abdullah ve Ng, 2006, s.1-10). Geleneksel medikal turizmi modellerinde az gelişmiş ülkelere insanlar daha fazla teknolojik imkanlara sahip daha gelişmiş yerlere gitmekte idi, modern yeni medikal turizm modellerinde ise insanlar ekonomik sağlık koşullarından dolayı gelişmiş ülkelere de gidilmektedir (Gill ve Singh, 2011s. 1-15). Son zamanlarda sağlık turizmi genel olarak gelişmiş ülkelere de gidilmektedir (Reddy vd.,2010, s.511-512, Ackerman 2010). Dahası, çeşitli nedenlerle gelişmekte olan

ülkelerdeki insanlar yine gelişmekte olan başka ülkelere de gitmektedir. Sonuç olarak; günümüz koşullarında sağlık turizmi; ikamet edilen ve ziyaret edilen ülkeler, sunulan sağlık hizmetleri, sağlık problemleri, estetik amaçlı turistlerin demografik özellikleri, talepleri, ihtiyaçları gibi pek çok değişkene bağlı olarak farklı şekillerde sağlanabilmektedir (Reddy vd., 2010, s.511-512, Birch, 2007, Jeevan, 2008).

1.3 Sağlık Turizmi Çeşitleri

Jabbari (2009) sağlık turizminin genel yapısını açıklayan bir model oluşturmuş ve bu modelde sağlık turizmini üç alt başlık altında incelemiştir. Bu modele göre sağlık turizmi wellness, şifa ve medikal turizm olarak üç kategoriye ayrılmıştır (Akt. Tourani vd., 2010, s.250-260). Caballero-Danell ve Mugomba (2007, s.20-116) daha önce bu modeli yalnızca wellness ve medikal turizm alt başlıklarıyla oluşturmuştur. Her iki modelde de dikkat çeken en önemli nokta, sağlık turizmi ve medikal turizmin aynı kavramlar olmamasıdır. Sağlık turizmine dair yapılmış tanımlar ve sağlık turizminin tarihçesinde de görüldüğü üzere, sağlık turizmi yalnızca tıbbi müdahalelerden ibaret değildir. Bu nedendir ki; sağlık turizmi ve medikal turizm arasındaki ayrım başka araştırmacılar ve bilim adamları tarafından da ortaya konulmuştur. Medikal turizmin sağlık turizminin bir türü olduğunu öne süren bir yaklaşımın doğruluğu kabul edildiğinde, sağlık turizminin medikal turizm dışında başka türlerinin de olduğu gerçeği ile karşılaşılır. Sağlık turizmini farklı sınıflara ayıran araştırmaların ortak özelliklerine göre genel geçer bir sınıflandırma yapılabilir (Tourani vd., 2010, s.252; Caballero-Danell ve Mugomba, 2007, s.20-116; Ghazali 2002, Akt. Taleghani vd. 2011, s.548; Doshi, 2008, s.15-40).

Ghazali'ye (2002) göre sağlık hizmetleri üç grupta toplanabilir. Bu gruplar şunlardır (Akt. Taleghani vd., 2011, s.548-560):

- *Medikal pazar*: Tedavinin medikal çözümler, operasyonlar, gerektiğinde ameliyatlara, spa tedavileri, alternatif tıp ve rehabilitasyonda olduğuna inanan sağlık hizmetleri türüdür.

- *Wellness pazarı*: Yenilenme, fiziksel, zihinsel ve sosyal iyi olma halinin sürdürülmesini sağlayacak aktivitelerin kullanılması gerektiğine inanan türdür.

- *Fitness pazarı*: İnsanların harekete dayalı aktivitelerde yer alarak sağlıklarını koruyacakları ve kazanacakları bir sağlık hizmetinin potansiyel gücüne inanan türdür.

Sağlık turizmi ile ilgili bir başka sınıflandırma Doshi (2008, s.15) tarafından yapılmıştır. Bu sınıflandırmada da farklı kategori vardır; ancak kategoride temel farklılıklar, hedef pazarın özelliklerinden değil talep edilen hizmetlerin çeşitliliğinden kaynaklanmaktadır. Bu bağlamda, sağlık turizmi aktiviteleri şu üç kategoriye ayrılmıştır: kanser tedavisi, göz ameliyatı, bypass, ortopedik ameliyat ya da organ nakli gibi cerrahi müdahaleler; estetik

operasyon, plastik cerrahi; spa, kilo verme merkezleri, wellness terapileri. Gonzales vd. da (2001, s.20-30) sağlık turistlerinin ihtiyaçlarına bağlı olarak sağlık turizmini u başlıkta toplamıştır. Bu başlıklar şu şekildedir: sağlığı geliştirmeye yönelik hizmetler, tedaviye yönelik hizmetler; rehabilitasyon hizmetleri için gerçekleştirilen sağlık turizmi aktiviteleri (Gonzales vd. 2001, s.20-30).

Gonzales vd.nın (2001) sınıflandırma yöntemi, diğer sınıflandırma yöntemlerinin ortak özelliklerini de içinde barındıran güvenilir bir yöntem sayılabilir. Sağlık turizminin kaplıca ve spa merkezleri gibi yerleri kullanarak turistlerin sağlığını geliştirmeye, hastaneler gibi tıbbi tedavi merkezlerini kullanarak organ nakli, diş tedavisi gibi hizmetlerle tedavi sürecine ve fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezleri sayesinde rehabilitasyon hizmetlerine katkıda bulunarak uluslararası hasta potansiyelinden faydalandığı düşünülecek olursa bu yöntem sağlık turizmi tanımına da en çok uyum sağlayan sınıflandırma biçimidir. Buna göre; sağlığı geliştirmeye yönelik hizmetlerinin wellness, Termal-SPA turizmi, tedaviye yönelik hizmetlerinin medikal turizm ve rehabilitasyon hizmetlerinin de geriatri ve engelli turizmi aracılığıyla elde edilebileceği gerçeğine dayanarak sağlık turizmi türleri gruplandırılabilir.

1.3.1 Wellness Turizmi

Wellness İngilizce well being ve fitness kelimeleriyle oluşturulmuş, sağlık dengesini koruma ve artırmayı amaçlayan yaşam felsefesine dayanan bir kavramdır. Bu felsefeye göre birey kendi hayatının merkezindedir ve sağlığından kendisi sorumludur. Bu bağlamda wellness turizmi: belli bir hastalığı olmayan bireyin medikal tedavi amaçlı değil, kendi isteğine bağlı olarak sağlıklı aktivitelerde yer almak için seyahat etmesidir(Weiermair ve Steinhauser 2003, s.4-16).

Sağlık turistlerinin birincil amaçları tedavi ve sağlığını geliştirmek olarak iki ayrı gruba ayrılabilir. Böyle bir ayırmada wellness turistleri sağlığını geliştirmek amacıyla olanlardır. Medikal turizmin ilgilendiği ana problem belli bir "hastalık" olup olmadığyken, wellness turizminin sorduğu en önemli soru "nasıl sağlıklı olurum?" dur. Mueller ve Lanz Kaufmann (2001, s.5-17) iki turist grubunu gözlemleyerek bu ayırma netlik kazandırmışlardır. Yaptıkları gözleme medikal turist grubunun seyahat sonrası daha sağlıklı olduğu, diğer grubun ise kendini daha sağlıklı hissettiği sonucuna varmışlardır. Daha sağlıklı hissetmek için yapılabilecek aktiviteler arasında yoga, masaj gibi fiziksel, festivaller gibi deneyimsel, gönüllülük, hayır işleri gibi sosyal, dini etkinlikler gibi psikolojik rahatlama sağlayabilecek etkinlikler vardır. Bunların her biri wellness turizmi olarak etiketlendirilebilir (Kaufmann, 2001, s.5-17). Adams (2003) bütün bu etkinliklerde de ortak olan wellnessın özelliklerine çalışmasında yer vermiştir. Bu çalışmaya göre ilk olarak; wellness turizmi çok boyutludur.

Fiziksel, zihinsel ve psikolojik iyi olma haline odaklıdır. Birey kendini sağlıklı hissettiğinde iyi olmadığı gibi, fiziksel boyutta da örneğin obez olduğunda da iyi değildir. İkinci olarak; Hastalığın sebepleriyle değil, sağlıklı olmanın gereklilikleriyle ilgilidir. Tedavi edilmesi gereken bir hastalığın henüz ortaya çıkmadan önlenebileceği inancı vardır. Üçüncü olarak; wellness dengeye dayanır. "Duygular arası ya da fiziksel aktivite ve fiziksel sağlık arası doğrudan bir ilişki vardır" hipotezini destekler. Birey stresli olduğunda hasta hissedebilir. Dahası, örneğin obez olduğunda bu başka fiziksel sorunlara eşlik edebilir. Son özellik olarak; wellness bireysel algıya dayanır. Dolayısıyla nesnel değildir. İyi olma hali ve hasta olma hali arasındaki en kesin farklardan bir tanesidir. Hastalık öznel değildir (Akt. Artinoviç vd., 2012, s.2125).

1.3.2 Termal-SPA Turizmi

Spa endüstrisi de sağlık turizmi açısından oldukça önemli bir yere sahiptir. Harmsworth (2004) spa turizmini son zamanların en hızlı gelişen sektörlerinden biri olarak değerlendirmiştir. Spa turizminin eski çağlardan beri insanoğlunun hizmetinde olan bir sektör olduğu bilinmektedir ve sektör modern çağda da sürekli değişim içinde olan yaşam koşullarıyla uyumlu bir şekilde müşterilerinin ihtiyaçlarına ve isteklerine cevap vermektedir. Bu sebeptendir ki; spa tesisinden memnun kalan ve bütün hizmetlerinden en doğru şekilde faydalanma fırsatı bulan bireylerden %90'ı tekrar aynı tesisi spa turisti olarak ziyaret etmektedir (Akt. Tawil, 2011, s.155-170). SPA'lar Uluslar arası SPA Birliğince yedi kategoriye ayrılmıştır(Sağlık Turizm Rehberi,2009).

- Klüp Spa: Fitness gibi sağlık hizmetleri sunan klüplerdir.
- Kruvaziyer Spa: Kruvaziyer gemilerde wellness hizmetleri yanında Spa menü de sunan profesyonel tedaviler uygulayan klüplerdir.
- Günlük Spa: En yaygın spa türü olup profesyonelce yönetilen merkezlerdir.
- Destinasyon Spa: Fiziksel sağlık amaçlı yönetilen konaklama hizmetleri ile yaşam şeklinin gelişmesi ve sağlığın artırılmasına hizmet veren merkezlerdir.
- Medispa (Tıbbi Spa): Geleneksel Spa hizmetlerinin ile tamamlayıcı tedavi hizmetlerinin bütünleştirilerek oluşturulan hizmet merkezleridir.
- Mineral Kaplıca Spa: Suyun kaynağından alınarak kullanılan doğal mineraller ile uygulanan hidroterapi ve spa hizmetlerini sunan merkezlerdir.
- Resort Otel Spa: Bir tatil yeri ve otel içinde gelen misafirlere profesyonelce hizmet sunan Spa merkezleridir.

Sağlık turizminin ilk çağlarda kullanımına örnek olarak verilen Romalılarca sağlığı geliştirmek için ya da dini amaçlarla kullandığı kaplıca suları termal turizmin de tarihteki ilk

kullanımlarına örnek niteliği taşımaktadır. Bu durumda sağlık turizminin de termal turizmle başladığı öne sürülebilecek bir argümandır. Bu dönemde kaplıcaların kullanım alanları yaraları iyileştirmek gibi tedavi yöntemlerini de kapsayarak daha geniş kitlelere hitap etmiştir (Akbulut, 2010, 35-54). Bunu takiben Rönesans döneminde de kaplıcaların önemi artmıştır. Örneğin; Fransa'da Aix Les Baines ve Almanya'da Baden Baden kaplıcalarında balneoterapi gibi uygulamaların yapıldığı ve insanların bu sağlık hizmetlerinden faydalanmak için buralara geldiği bilgisi bazı kaynaklarda yer almaktadır (Brachet, 1884, s.411-413; van Tubergen ve van der Linden, 2002, s.274-285)

Termal turizm kavramı ile ilgili olan termalizm sözcüğü sıcak, ılık anlamlarına gelen Yunancadan türetilmiş bir sözcüktür. Termal turizm dendiğinde ise akla ilk gelen termal suların gelen şifadır (Charlier ve Chaineux, 2009, s.839). Sudan gelen sağlık üzerine yapılan ilginç bir bilimsel çalışma da mevcuttur. Fransız bilim adamı Rene Quinton, deniz suyu ve kan plazmasının organik benzerliğini bulduğunu iddia etmiştir. Böyle bir benzerliğin varlığına dayanan hipotezinden yola çıkarak deniz terapisinin tedavi amaçlı kullanılabileceğini savunmuş ve mide ve bağırsak iltihabı gibi rahatsızlıkların tedavisi için deniz terapisine başvurmuştur (Dittman ve Brugioni, 2006, s.1-20).

Yukarıdaki sağlık hizmetleri sınıflandırmasına bakıldığında termal turizmin amacının sağlığı geliştirme hizmetleri sunmak olduğu genel kanıdır. Termal turizmin son yıllardaki kullanımına bakıldığında dinlenme, eğlence, fitness, diyet, güzellik gibi çok çeşitli destek hizmetlerinin olduğu da görülebilir (Günel, 2009, s.25-30). Bütün bunlara ek olarak, uzman ekipler tarafından sunulan rehabilitasyon hizmetleri de termal turizmin sunduğu sağlık hizmetlerinde çeşitlilik sağlamaktadır. Aynı zamanda termal tesislerde sunulan bazı uygulamalar tedavi amacı da barındırır. Bu bilgiler ışığında, termal tesislerde sunulan hizmetlere genel bir açıklama yapmak termal tesislerin işlevine açıklık getirecektir. Bu hizmetler: kür, kaplıca tedavisi, inhalasyon uygulamaları, içme kürleri, klimaterapi, fizik tedavi, talassoterapi, balneoterapi, peloidoterapi, hidroterapi ve speleoterapidir. Talassoterapi: Yunanca deniz ve tedavi kelimelerinden türemiştir; deniz suyu kullanılarak uygulanan tedavi şekillerine verilen isim olarak bilinir (Charlier ve Chaineux, 2009, s.838-856; Sağlık Turizm ehberi, 2009;). Balneoterapi: mineral termal suyun kullanıldığı tedavi şeklidir (Bender vd. 2005, s.221; Charlier ve Chaineux, 2009, s.839-845). Peloidoterapi: çamur kullanılarak uygulanan kürlerdir (Munteanu vd., 2013, s.11-20). Hidroterapi: genellikle içilebilen ve banyo sularının kullanıldığı kürlerdir (Moss, 2010, s.227-233). Speleoterapi: mağara ortamlarında uygulanan tedavi türüdür (Nagy vd., 2008, s.222-228). İnhalasyon uygulamaları: Termomineral su zerrecikleri ile yapılan solunum uygulamalarıdır (Tengilimoğlu, 2013, s.63-70)

Pollmann (2005), ise öncelikli amaçlara ve tesiste sunulan hizmetlere göre spa turizmini şu gruplara ayırmıştır(Akt. Hall, 2011, s.6-10):

- Kulüp spa: Gününbirlik fitness ve spa aktivitelerinin yer aldığı spa çeşidi.
- Gemi spa: Spa ve wellness hizmetlerinin bir yolcu gemisinde sunulduğu spadır.
- Günlük spa: Günlük bir çizelgeye dayalı her spadır.
- Hedef bölge belirlenen spa: Gidilip ikamet edilerek alınan spa hizmetidir.
- Medi spa: Medikal tedavinin de sunulduğu spa çeşididir.
- Mineral spa: En geleneksel mineral sudan faydalanarak sunulan spa hizmetidir.
- Resort spa: Özel olarak bir tesiste hem konaklayıp hem spa hizmetinden faydalanılan hizmettir.

1.3.3 Geriatri Turizmi

Son yüzyıla kadar yaşlanma bilimsel bir ilgi odağı değil iken 21. Yüzyılla birlikte birçok tedavi yöntemlerinin bulunması ile birlikte toplum içerisinde daha uzun yaşam düşünceside neden olmuştur (Demirkol vd, 2006). Modern toplumların ideali ‘sağlıklı yaşlanma’: kaliteli ve uzun yaşamın sağlanması amaçlanmaktadır (Karasu, 2008). Yaşam biçimi, sağlıklı yaşlanma hedeflerine ulaşmada önemli bir unsurdur. Bu unsurlar arasında beslenme, fiziksel aktivite, sigara ve alkol kullanımı, güneşlenme alışkanlığı, sosyal aktivitelere katılım ve uyku alışkanlığı sayılabilir. Kötü sağlığın davranışsal belirleyicileri arasında kötü beslenme, sigara kullanımı, alkol kullanımı üzerine yoğunlaşmıştır ki Dünya Sağlık Örgütü bu nedenlerin dünya hastalık yükünün üçte birinden sorumlu olduğunu belirtmektedir (Aydın, 2006).

Geriatri toplumun yaşlı kesiminin ihtiyaç duyacağı tedaviyi sunan hizmetleri kapsayan bir alan olarak bilinmektedir (Strausbaugh, 2001, s.268). Geriatri turizmi ise belli bir yaşın üzerindeki sağlık problemleri olan insanları, emeklilik firmalarını yakından ilgilendiren bir sağlık turizmi çeşididir (Bernal, 2005, s.18). Her ne kadar yaşlı kavramı sosyal, kültürel, endüstriyel ve psikolojik anlamda farklılık gösterse de; genel olarak 50yaş ve üzeri nüfus "üçüncü yaş grubu" olarak isimlendirilmektedir(Yıldırım, 1997, s.77). Gelişen teknoloji, tıptaki ilerlemeler ve yaşam şartlarının daha kaliteli bir hale gelmesi sayesinde insan ömrü artmış ve gelişmiş ülkelerin yanı sıra gelişmekte olan ülkelerde de ortalama insan ömrü artmıştır. Bu da üçüncü yaş grubunun nüfusunun artmasını sağlamıştır. Hızla artan üçüncü yaş

grubu nüfusu hizmet sektörünün hitap ettiği demografik özelliklerinde de değişimlere neden olmaktadır. Öncelikle belirtmek gerekir ki; herhangi bir sektörde böyle kalabalık bir yaş grubunun ihtiyaçlarını dikkate almamak imkânsızdır. Turizm ise üçüncü yaş grubunun çok sık içinde yer aldığı bir hizmet sektörüne dönüşmüştür. Turizmden kar elde etmek isteyen her ülke bu hedef kitle potansiyelini değerlendirmek ve onların ihtiyaçlarına cevap vermek zorundadır (Bernal, 2005, s.18).

Konuyla ilgili olarak çeşitli araştırmalar yapılmış ve bu hedef kitleden nasıl kar elde edilebileceği hususunda önerilerde bulunulmuştur. (Huang ve Tsai,2003, s.563) toplumun üçüncü yaş grubunda yer alan insanların yakın zamanda turizm sektöründe yer alan en kalabalık grup olacağı öngörüsünde bulunmuştur. Toplumların bu kesiminin dikkatini çekmek için indirimden çok daha fazlasının sunulması gerektiğini belirtmişlerdir. Bu yaş grubundaki sağlık turistlerini etkileyebilecek etkenler üç gruba ayrılmıştır: kişisel problemler, seyahati sağlayan araçların sorumlulukları, devletin yasal sorumlulukları. Kişisel problemlere örnek olarak zaman, fiyat, sağlık, yaş, aile içindeki sorumluluklar; araçların sorumluluklarına örnek olarak fiyat ve bilgilendirme; devletin yasal sorumluluklarına örnek olarak da harici kaynaklar, güvenlik meseleleri, çevresel engeller verilebilir. Bu etkenler doğrultusunda üçüncü yaş grubu hedef kitlesinin isteklerine cevap verebilmek adına çeşitli çalışmalar yapılmıştır ve bu çalışmaları takiben çeşitli düzenlemeler dünyanın birçok yerinde hala yapılmaktadır (Huang ve Tsai, 2003, s.563;Hsu vd., 2007, s.1262-1273; Chee, 2008, s.1262-1273; Ono, 2008, s.154).

Geriatri turizminde hareketliliği sağlayan ve bu sağlık turizmi çeşidini etkileyen başka çalışmalar da vardır. Hsu vd.(2007, s.1262-1273) Çin'de yürüttükleri bir çalışmada yaşlıları seyahat etmeye motive eden etkenleri araştırmışlardır. İçsel ve dışsal etkenler olarak ikiye ayırdıkları turizm motiflerinden birisi de sağlık durumlarıdır. Çalışmanın sonuçlarına göre; seyahate teşvik eden etkenlerin sorulduğu ankette önemli bir çoğunluk fiziksel ve zihinsel olarak iyi hissetmek için turistik aktivitelerde yer aldığını belirtirken, yine önemli sayıda katılımcı temelde tedavi amaçlı seyahat edebileceğini belirtmiştir. Bunlara ek olarak, bazı katılımcılar sağlık problemleri nedeniyle turistik aktivitelerde bulunamadıklarını dile getirmişlerdir. Böyle bir durumda turizmin sağlığı önem kazanır. Bu yaş grubuna ait katılımcılar için özel koşulların sağlanması sağlık turizminin bu türünde ciddi bir artış yaratabilir. Turizmin sağlığında olumlu yönde bir değişim sağlayabilecek olansa aracı kuruluşlar ve yasal düzenlemelerden sorumlu yetkililerdir. Örneğin; geriatri rehabilitasyon merkezleri yoksa inşa edilmeli, hâlihazırda var olan geriatri merkezleri de ihtiyaçları karşılayabilmelidir. Ulaşım açısından problem yaşanmayacak, hava alanı yakını gibi mevkiiler seçilebilir. Klinik otellerde bu yaş grubuna hitap edebilecek spor merkezleri, destek hizmetler,

diyetler uygulayan yiyecek servisleri hizmete sunulabilir (Huang ve Tsai, 2003, s.563;Hsu vd., 2007, s.1262-1273; Chee, 2008, s.1262-1273; Ono, 2008, s.154).

Geriatric turizmini etkileyebilecek faktörlerden bir diğeri de yasal düzenlemelerdir. Bu alanda yapılan çalışmalar ülkelere göre çeşitlilik gösterse de; yalnızca bir örnek yasal düzenlemelerin önemini kavramak için yeterlidir. Chee'nin (2008, s.1262-1273) Malezya'da yaptığı bir çalışmadan sonra yaşlı sağlık turizminin ülkede ilerleme kaydedeceğini ön görmüştür. Bu varsayımını Malezya Sağlık Bakanlığı'nın yaşlı ve emeklilerin sağlık turizmini destekleyen yeni bir yasa çıkaracağını bilmesine dayandırmıştır. Böyle bir varsayımda bulunabilmek için hükümetin yaşlı turizmne etkisini kabul etmek gerekir. Filipinler ve Tayland'da uygulanmakta olan emeklilere özel vize çeşitleri de yasal süreçlerin geriatric turizmi üzerinde etki edebileceğini göstermektedir. Çünkü bu iki ülke sağlık turizminde önde gelen ülkelerdendir (Ono, 2008, s.154).

Turizmde Geriatric Pazarı ve Önemi

Turizmin iki önemli şartı vardır bunlar para ve zaman kavramlarıdır. Yaşlı nüfusunun büyük çoğunluğu bu iki koşula sahip durumdadırlar. Dünya Nüfusunun 60 Yaş üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı incelendiğinde 2000'li yıllarda yüzde 29,7 olan dünya nüfusunun ortalama yaşı, sene 2010'da yüzde 31,3 olmuştur ve 2100'e gelindiğinde bu oran yüzde 45,5 olması beklenmektedir. Dünya genelinde 60 yaş ve üzeri nüfusun toplam nüfusa oranı 2000 yılında yüzde 10 iken 2010'da yüzde 11 olarak belirlenmiştir, 2100'de ise yüzde 32 olacağı beklenmektedir (Lutz vd., 2008,s.717-720). Yaşlanmanın hızla artması bu pazarın her geçen yıl daha da büyüyeceğini göstermektedir. Satın alma güçleri ve popülasyonun büyüklüğü, emekliliğin getirisi olan boş zamanın varlığı ve pazarın zaman esnekliğine sahip olması mevsimsel talep dalgalanmaları oluşturmaması bu sektörü önemli kılan faktörler arasındadır (Moschis, 2003, Jang ve Wu, 2006).

İleriye dönük büyük fırsatlara sahip bu pazarla karşılaşan birçok seyahat acentası pazarı geliştirerek nasıl büyütebilecekleri hususunda çalışmalar yapmaktadırlar (Changjing ve Ying, 2002, s.126-130). Yapılan araştırmalar pazarın demografik özelliklerine göre yaşam tarzlarına, tutumlarına, tüketim alışkanlıklarına göre ve konaklama alışkanlıklarına göre bölümlendirilebilmektedirler (Horneman vd., 2002). Anderson ve Langmeyer (1982) de yaptıkları bir araştırmaya göre 50 yaş altı kitlenin açık hava ve eğlenceli turizm alışkanlıkları olduklarını, elli yaş ve üzeri turistlerin ise heyecanlı olmayan sadece dinlenme ve sakim yerleri tercih ettikleri görülmektedir. Javalgi, Thomas ve Tao(1992) araştırmalarına göre 55 yaş üzeri kişilerin kruvaziyer tur gezileri, akraba ziyaretlerinden ve dinlenme den daha fazla keyif aldıkları gözlenmiştir. Backman ve Silverberg'in (1999) araştırmasında 65 yaş üzeri

turistlerin kendi bölgelerinden uzakta kalmaktan ve seyahat için daha fazla zaman ayırmaktan gençlere oranla daha fazla hoşlandıkları görülmektedir.

1.3.4 Engelsiz Turizm

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) "engelli" kavramını; bedensel, zihinsel ve ruhsal özelliklerinden bir kısmının belli oranlarda kalıcı ve işlevsel olarak kullanılamaması veya görsel olarak bir kısmı ya da tamamı olmayan organlara sahip olunması ve bu sorunun normal yaşam şartlarında hayatını sürdürmeye engel olması tanımı ile açıklamıştır (Zengin ve Eryılmaz 2013, s.53). Dünya nüfusunun yaklaşık yüzde 10'u, rakamla ifade edildiğinde de 650 milyon insan bu özellikleri taşıyan bir engel ile yaşamaktadır (Achterberg vd., 2009, s.129).Avrupa İstatistik Örgütü EUROSTAT verilerine göre ise; Avrupa sınırları içerisinde 50.000.000 engelli yaşamakta ve her yıl 8.000.000 engelli buldukları ülke dışında seyahate gitmekte, 15.000.000'u ise ülke içinde seyahat etmekte, 22.000.000'u gününbirlik seyahat etmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO) göre bu rakamlar nüfus artışıyla, yaşlanma süreciyle ve medikal gelişmelerle birlikte artmaktadır. Bu rakamlara bir de engelli turistlerin yanlarında gidenler eklendiğinde turizm hareketliliğinde büyük rakamlardan bahsetmek mümkündür (Zengin ve Eryılmaz, 2013, s.52).

Özellikle Avrupa ülkelerinde engelliler için turizmi ulaşılabilir hale getirmek pek çok yükü de beraberinde getirmektedir. Engelli seyahatçiler için ulaşılabilirlik karmaşık bir konudur ve sıklıkla seyahat etme veya etmeme kararında etkileyen bir durumdur (Tucker ve Shelton, 2005, s. 210-215). Engellilerin seyahatlerine engel teşkil eden hususlar ulaşım zorluğu ve konaklama tesislerinin uygunsuzluğu olabilir (Darcy,1998). Engellilerin turizm faaliyetlerine katılmalarında zorunlu bir elaman olan ulaşım birçok zorlukları da beraberinde getirmektedir. Engellilerin ihtiyaçlarına uygun ulaşım sistemlerinin oluşturulması gerekmektedir(Yaylı ve Öztürk,2006).

Engellilerin seyahatleri ile ilgili bilgilere ulaşmakta yetersiz kalmaları seyahate katılmamalarında etkin bir faktördür (Brown vd, 1999). Diğer taraftan seyahat acentelerinde engelli çalışanların istihdam edilmesi ve acentaların hazırladıkları reklamlarda engelli kullanmaları, engellilerin bu acentaya ulaşma ve seyahat planlarını bu acentalar yoluyla yapma olasılığını arttırmaktadır (Cavinato ve Cuckovich, 1992).

Türkiye'deki engelli kişi rakamları ise 2010 yılı itibariyleaşağıdaki tabloda verildiği gibidir (Fırat 2010, s.52):

Tablo 1.1 Türkiye’de Engelli Oranları

Yaş grubu	Toplam Engelli Nüfusu			Ortopedik, Görme, Duyma, Konuşma ve Zihinsel Engelli Nüfusu			Kronik hasta nüfusu		
	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın	Toplam	Erkek	Kadın
0-9	4.15	4.69	3.56	1.54	1.70	1.37	2.60	2.98	2.20
10-19	4.63	4.98	4.28	1.96	2.26	1.65	2.67	2.72	2.63
20-29	7.30	7.59	7.04	2.50	3.34	1.74	4.80	4.24	5.30
30-39	11.44	10.43	12.42	2.56	3.18	1.95	8.89	7.26	10.46
40-49	18.07	15.15	21.08	2.65	3.29	1.99	15.43	11.86	19.09
50-59	27.67	22.56	32.67	3.23	3.73	2.74	24.44	18.83	29.94
60-69	39.96	31.60	42.02	5.14	5.65	4.65	31.82	25.95	37.37
70+	43.99	39.77	47.77	7.89	8.45	7.38	36.10	31.32	40.39

Kaynak: Fırat 2010, s.52

Yüzdelerle verilen yukarıdaki rakamlara bakıldığında, Türkiye’deki engelli sayısının yadsınamayacak kadar çok olduğu görülmektedir. Bu açıdan değerlendirildiğinde; hemen hemen her sektörde olduğu gibi turizm sektöründe de engelli insanların rolünün oldukça büyük olabileceği söylenebilir. Üstelik bu insanlardan bir kısmının 50, hatta 70 yaşından fazla olması yaşlı bakımının da engelli bakımıyla birlikte Türkiye’de üzerinde durulması gereken bir konu olduğunun göstergesidir (Fırat, 2010, s.52). Bununla birlikte, geriatri turizminde olduğu gibi engelli insanların da diğer sağlık turistlerine ek olarak bazı ihtiyaçları vardır. Örneğin; tekerlekli sandalye için geniş kapılar, bilgiye kolay erişim için teknolojik imkânlar, rehabilitasyon hizmetleri, duylarda engel olduğunda buna hitap eden hizmetler gibi imkânlar sağlanmalıdır. İnternet ortamında bilgiye erişim, ulaşım kolaylıkları, diyet seçenekleri, fizyoterapistler, psikologlar gibi uzmanlaşmış personeller bulundurulmalıdır (Stumbo ve Pegg,2005, s.195-209; Williams vd., 2007, s.157-171; Darcy ve Dickson, 2009, s.32-44).

1.3.5. Medikal Turizmi

Medikal turizm; genel olarak cerrahi veya özel uzmanlık gerektiren diğer tıbbi müdahaleleri içeren uygulamalara ihtiyaç gösteren hastalara "maliyet etkin" özel tıbbi bakım verilmesi amacıyla turizm endüstrisi ile işbirliği yapılmasıdır. Bu süreçte hem sağlık sektörü hem de turizm sektörü rol almaktadır. Aralarında sıkı bir koordinasyon olması bölgede diğer hizmetlerde turizm sektörünün tecrübesi ve alt yapısı ile sağlık hizmetlerinin kalitesi beraber sunulmalıdır. Biz medikal turizm kavramının kendi içerisinde hem sağlıksal yaklaşımlar hemde eğlence ihtiva eden geziler içeren analitik değerler içeren, tıbbi turizmin global bir market olarak yükselen bir branşı olduğuna inanmaktayız. Bununla beraber tıbbi

turizm ve medikal turizmin, sağlık sekt6r6n6n de olguya m6dahil olması ile diğer pek çok turizm branşına g6re ekonomik pazarda çok daha fazla yer tuttuğu g6z ardı edilemeyecek derecede 6nemli bir gerçektir. Sağlık turizmini gerçekleştirecek kimseler için dikkate alınması gereken en 6nemli konular, nereye gidileceği, neden veya ne için gidileceği, bu yerlere gidilmesinde nelerin etklili olduğunun bilinmesi veya g6zden geçirilmesidir.(Glinos vd., 2011). Medikal turizm konusu daha detaylı olarak ikinci b6l6mde ele alınacaktır.

İKİNCİ BÖLÜM

MEDİKAL TURİZM

Medikal turizm sağlık turizminin diğer adı değil, sağlık turizmi türlerinden biridir (Lunt ve Carrera, 2010(b), s.28; Lunt ve Carrera, 2010(a), s.470). Kullanımlarına bakıldığında sağlık turizmi ile medikal turizm arasındaki ince çizginin medikal turizmin tıbbi bir müdahale biçimini içinde barındırdığı gerçeğine uzandığı görülür. Medikal turizmde hastalığın iyileştirilmesi, teşhisi, tedavisinin devamı gibi farklı hizmetler söz konusudur. Check-up yaptırmak, cerrahi müdahale, birbirinden farklı daha birçok tıbbi müdahaleyi içinde barındıran işlemler listesi medikal turistlerin ilgisi dâhilindedir (Lee ve Spisto, 2007, s.2), (Johnston vd, 2010). Oysaki sağlık turizmi genel olarak, yukarıda da açıklandığı üzere, sağlık durumunda iyileşme amacıyla bir yerden başka bir yere minimum 24 saatlik süreyle gidilmesidir (Lee ve Spisto, 2007, s.1). Kesin bir tedavi ve iyileştirme durumu sağlık turizminde açıkça belirtilmemektedir. Öte yandan sağlık turizmi ana başlığı altında bir alt başlık olan medikal turizmde asıl amaç; bireylerin sağlık durumlarını olduğundan daha iyi bir yere getirmek, tedavi etmektir. Bu bölümde medikal turizmin tanımları ve genel özellikleri anlatılacak. Sonrasında medikal turizmin tarihsel gelişimi işlenecek. Medikal turizmin kapsamı ve tarihçesini takiben medikal turizmin sosyal, ekonomik, endüstriyel ve teknolojik boyutlarından kısaca bahsedilecek ve en son medikal turizm etiği ve medikal turizm ile ilgili karşılaşılabilecek sorunlara yer verilecek.

2.1. Medikal Turizm Tanım ve Kapsamı

Medikal turizm geleneksel turizm ya da turizmin diğer alt sektörleri gibi başka sektörlerle kıyaslandığında daha yeni olmasına rağmen en hızlı gelişen sektörlerden bir tanesidir (Connell, 2006, s.1093–1100; Herrick, 2007, s.1-40). 2006 yılı verilerine göre medikal turizm dünya çapında yılda 60 milyar dolar kazandırmış bir sektördür. Aynı yıllarda yayınladığı raporda McKinsey ve Company 2012 yılında sağlık turizmi gelirinin 100 milyar doları bulacağı varsayımlarında bulunmuştur. Bütün bunlar hesaba katıldığında medikal turizmin ne derece önemli bir sektör olduğu nicel anlamda da gözler önüne serilmektedir (Herrick, 2007, s.4; Sharma, 2013, s.24). Bundan yola çıkarak medikal turizmin artan gelir, servis kalitesi, döviz miktarıyla turizmde en etkili sektör olma yolunda ilerlediği iddiasının doğruluk payı olduğu söylenebilir (Frechtling, 1997, De Arellano, 2007, s.193-198).

Van Sliepen medikal turizmi, ev dışında ikamet etmek koşulu ile boş zamanlarda tedavi amaçlı yapılan geziler olarak tanımlamaktadır (Harahsheh, 2002, s. 23-24). Tedavi amacı ile deniz aşırı ülkelere yapılan seyahatlerin terminolojideki uygun karşılığı halen

tartışmalı olmakla beraber, uluslar arası tıbbi seyahat(Huat, 2006a, Fedorov vd., 2009, Cormany and Baloglu, 2011, Crozier and Baylis, 2010), tıbbi mülteciler (Milstein and Smith, 2006), dış hastalar (Jones and Keith, 2006), biyoteknolojik hacılar (Song, 2010) bu duruma yönelik kullanılan terimlerden bazılarıdır. En basit ve genel anlamıyla medikal turizm: tıbbi tedavi içeren seyahattir (Lee ve Spisto, 2007, s.1). Medikal turizmi sağlık turizminin diğer türlerinden ayıran en önemli özelliği de bu tanımda yatmaktadır. Medikal turizm medikal bir işlem gerektirir; ancak sağlık turisti ve turistin sağlığı olguları arasındaki farklılık burada da kendini göstermektedir. Tıbbi tedavi almak üzere seyahat etmek ve seyahat halindeyken tıbbi tedaviye ihtiyaç duymak ve medikal sağlık merkezlerini kullanmak aynı şey değildir (Johnston vd., 2012(b), s.3). Her medikal turizm etkinliği aynı zamanda bir sağlık turizmi aktivitesi olmasına rağmen, her sağlık turizmi etkinliği medikal turizm kapsamında olmak zorunda değildir. Medikal turizmi diğer sağlık turizmi türlerinden ayıran bir diğer özellik ise; turistlerin kendi irade ve isteklerinden çok ihtiyaçları tarafından belirlenen bir sağlık turizmi çeşidi olmasıdır. Medikal turist, kaplıca ya da wellness turisti gibi sağlığını geliştirmek ya da dinlenmek amacından ziyade sağlıksal sorunları nedeniyle tıbbi müdahalelere ihtiyaç duyan kişidir (Berry ve Bendapudi 2007; Akt. Rajagopal vd.,s.431). Burkett (2007, s.226-230), medikal turizm tanımına ekonomik bir aktivite olma özelliğini ve ekonomik açıdan da bir değerlendirmesinin olabileceği gerçeğini vurgulamıştır.

Medikal turizm diğer sektörlerle ilişki içinde büyüyen ve varlığını sürdüren bir alandır. Medikal turizm kapsamındaki aktiviteler, hem turizm hem de tıp gibi ikisi de ciddi önem teşkil eden iki ayrı sektörü içinde barındırmaktadır. Her iki sektöre ait elementler, boyutlar, aktiviteler medikal turizm çerçevesi içinde yer almaktadır. Örneğin tedavi olmak, masaj, egzersiz, turistik geziler; bir kısmı turizm bir kısmı sağlık sektörü için değerli eylemler olsa da hepsi birlikte medikal turizm kapsamında gerçekleşebilir. Bu doğrultuda, medikal turistler "hasta turist" olarak da isimlendirilebilir (Connell 2013(a), s.1-13). Fakat medikal turizm bu iki sektör dışında daha birçok sektörle de ilişki içindedir (Connell 2013(b), s.115-130). Tedavinin yanı sıra tanı koymak, iyileştirme hizmetleri, mimari, ekonomi, eğlence, çevre, otelcilik gibi daha pek çok sektörü yakından ilgilendirir. Tıbbi teknolojiadaki gelişmelerden seyahat kolaylığına, internet kullanımına değin medikal turizmin gelişmesini etkileyen pek çok sektörel faktör vardır (Leahy, 2008, s.260). Gelişen teknolojiyle birlikte medikal hizmetlere erişim ve bu hizmetlerin uygulaması kolaylaşmakta, daha ekonomik bir hale gelmektedir. Günümüzde hastaların medikal turizm için yola çıkarken, hem en gelişmiş teknolojiyi hem de ekonomilerini zorlamayacak imkânları sunan yerleri tercih ettikleri de bilinmektedir (Horowitz vd. 2007, s.33).

Sağlık turizminin bir çeşidi olan ve diğer sektörlerle de etkileşim içinde olan medikal turizm kendi içinde şugruplara ayrılır: Outbound (dışarı giden), Inbound (gelen) ve Intrabound (giden-gelen, yurt içi). 10 yıllık bir süreç içinde Amerika'daki Outbound medikal turist rakamlarına dair bilgilere bakıldığında 2007 ve 2017 yılları arasında bir artış görülmektedir (Deloitte 2008, s.3). Örneğin2007 yılında yaklaşık 750.000 Amerikalı medikal bakım için yurt dışına çıkmıştır. 2017 yılında Amerika'dan medikal amaçla gidecek olan turist sayısı bu rakamın yaklaşık 5-6 kadar fazladır. Yine Deloitte raporuna göre, Amerika'ya medikal tedavi almak için gelen ve geleceği tahmin edilen hasta sayısı arasında büyük farklar görülmemektedir. Bu durum göstermektedir ki; Amerika'dan giden medikal turist sayısındaki artış, Amerika'ya gelen medikal turist sayılarında gözlemlenmemektedir (Deloitte, 2008, s.3).

2.2. Dünya'da Medikal Turizmin Tarihçesi

Bir ülkenin medikal turizm destinasyonu olarak kazanç elde etmesinde ya da çok fazla hasta vatandaşının medikal turist olarak ülkenin sağlık hizmetlerinden faydalanmayı tercih etmesinde etkin rol oynayan faktörlerden bir tanesi; ülkenin medikal turizmde ne kadar yol aldığı ve medikal turizm geçmiştir. Buna örnek olarak Macaristan'ın dışçilikteki uzun tarihi geçmişi ve ününe bağlı olarak dış kliniklerinin hasta kabul etmek için akreditasyon alma zorunluluğu olmaması gösterilebilir. Medikal turizm geçmişine bağlı olarak bir ülke kendini geliştirebilir, daha kaliteli bir hizmet sunarken de uluslararası pazarda yer edinebilir(Awadzi ve Panda, 2006, s.75-81).

Sağlık turizminin tarihçesine bakıldığında 19. yüzyıla kadar olan süreçte daha çok spa, wellness ve termal turizminin önemi görülmektedir (Sanner, 2000, s.16-22). Romalılar sıcak suyun iyileştirici etkisine inanmışlardır. Öte yandan sıcak su tesislerinin bulunduğu bölgelere gelen üst düzey sosyoekonomik statüsü yüksek bir kitleden gelen bireyler sayesinde turizm sektörü sayılabilecek bir düzen oluşturmuşlardır. Gelenlerden maddi gelir elde etmenin yanı sıra onların sosyal bağlantılarından yararlanarak daha fazla turist buralara gelmelerini sağlamışlardır (Cook, 2008, s.4). Benzer olarak, Japonya'da yaşayan insanlar da onsen adını verdikleri sıcak su kullanılan tesislerde sağlık çözümleri aramışlardır. Günümüzde hala bu onsenler kullanılmakta ve hasta olsun ya da olmasın turistlerin dikkatini çekmektedir. Japonya'da onsen kültürü evlerin banyolarına taşınmıştır (Kazemi,2007, s.27). 18. ve 19. yüzyıllarda ise Avrupa spa turizmi konusunda büyük ilerleme kaydetmiş ve yalnızca üst düzey geliri olanlar değil normlara göre ortalama geliri olanlar da sağlık turizminde birer tüketici olmuştur (Lunt vd., 2011, s.1-55; Mankikar ve Mankikar, 2013, s.1983).

Tam anlamıyla medikal turizm sayılamayacak olan bu sağlık turizmi aktivitelerinin başka bir ortak özelliği ise; zengin olarak nitelendirilen toplumsal sınıfa hitap etmesidir (Herrick, 2007, s.4). 19. yüzyılın sonlarında Avrupa ve Amerika daha az gelişmiş ülkelerden gelen medikal turistlerin ilgisini çekmiştir (Muzaffar ve Hussain, 2007, s.215). 20. yüzyıla kadar sağlık turizminin hedef kitlesinde çok önemli bir değişiklik olmamıştır. Genel olarak yine halkın zengin kesimi tedavi ve şifa amaçlı seyahatler yapılmıştır. Amerika gibi gelişmiş ülkelerde sağlanan teknolojik ve tıbbi alanda tam donanımlı sağlık hizmeti yüksek fiyatlarda bile olsa medikal turistleri cezbetmiştir (Connell, 2006, s.1094). Örneğin zengin Hintliler tıbbi tedavi için Amerika ve İngiltere'ye gitmekteydiler (Prakash vd., 2011, s.4). Yıllar önce kendi ülkelerinde böbrek nakli yaptıramayan Yeni Zelandalılar Avustralya'ya ve aradıkları tıbbi hizmeti ülkelerinde bulamayan Pasifik Adalılar Yeni Zelanda ve Avustralya'ya gitmekteydi (Lee, 2006, s.6).

Ancak 20. yüzyılda tıptaki ilerlemeler, teknolojik yenilikler ve bütün bunlara erişimin kalkınmış ülkelerde sağlanabilmesiyle medikal turizm daha önce hiç olmadığı kadar hızlı bir ivmeyle ilerlemeye başlamıştır. Kendi ülkelerinde ihtiyaç duydukları ya da arzuladıkları tedaviyi bulamayan, bulara bile kalite peşinde koşan gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelerin zengin halkı 20. yüzyılda bireysel olarak ya da gruplar halinde gelişmiş ülkelere gitmişlerdir. Örneğin; 2003 yılında kaydedilmiş verilere göre yaklaşık 350.000 gelişmiş ülke vatandaşı gelişmekte olan ülkelere medikal tedavi alabilmek için gitmiştir. Bu seyahatler zaman zaman geleneksel medikal turizm olarak adlandırılabilir (Horowitz ve Rosensweig, 2007, s.24). Fakat günümüzde modern medikal turizmde genel durum gelişmiş ülkelerin hedef ülkeler olarak seçildiği zamanlardan çok farklıdır. Bugün medikal turizmin yönü gelişmekte olan ülkelere doğru çevrilmiştir. Hasta turistler gelişmiş ülkelere gelişmekte olan ülkelere gelerek burada tıbbi yardım aramaktadır (Horowitz ve Rosensweig, 2007, s.24).

21. yüzyıl medikal turizmi alanında gerçekleşen turizm hareketliliğinin bazı temel ortak özellikleri vardır. Medikal turistler kalabalık gruplar halinde tedavi arayışında seyahat etmektedir (Lunt vd. 2011, s.6). Endüstri gelişimi ile alakalı olarak, döviz kaynağı görülen medikal turizm sektörü hem kamu hem de özel sektör tarafından desteklenmektedir. Bu durum gelişmiş ya da gelişmekte olan ülke ayırt etmeksizin geçerlidir (Garg ve Bhardwaj, 2012, s.115-135). Önceki yıllardan farklı olarak tıbbi tedavi arayışıyla seyahat eden turistlerin gelişmiş ülke vatandaşı olup, gelişmekte olan ülkelere gitmektedir (Burkett, 2007, s.223-245; Herrick, 2007, s.4). Tedavi maliyetlerinin düşük olması ve teknolojik ilerlemeler, daha ucuz ve daha kolay ulaşım ve internet sayesinde bilgiye erişim çok daha kolaydır. Bu durum medikal turizmdeki ilerlemelerin gelişmekte olan ülkelerin lehine olmasını sağlar (Lunt vd., 2011, s.6).

Görüldüğü üzere, medikal turizm artık önceden olduğu gibi maddi imkânlarla değil, teknolojik ve modern imkânlarla bağlıdır. Günümüz koşullarında, fiziksel olarak bir ortamda bulunma zorunluluğu olmadığı sürece ulaşım, ülkeye giriş çıkış, yoğun günlük hayattan zaman ayıramama gibi engeller teknolojik yenilikler sayesinde aşılabilir. “O halde fiziksel olarak orada olmanın zorunlu olmadığı hizmetlerde hastalar neden kilometrelerce yol alıp başka bir ülkeye gitmek yerine, İnternet ya da telefon aracılığıyla medikal hizmetten faydalanamamaktadır?” sorusu gündeme gelebilir. Longe (2010, s.1-34) bu soruları sormuş ve medikal turizmin internet ya da telefonla yapılmasının önündeki yasal engelleri hasta ve doktor arasındaki iletişim açısından değerlendirmiştir. Sonrasında insanların neden bu yöntemlere başvurmak yerine medikal turizm arayışına girişmiş olabileceği konusuna bir miktar açıklık getirmiştir. İlk olarak; hasta ve doktor arasında yüz yüze bir görüşme sağlanmadığı sürece ilk görüşmenin çevrimiçi olarak yapılması yasal değildir. İkinci engel olarak ise; birçok yerde ilk görüşme yüz yüze yapılmış olsa bile sonrasında tedaviye İnternet aracılığıyla uzaktan devam etmek yasal olmayan bir işlemdir. Son olarak doktor hastanın yaşadığı bölgede tıbbi olarak geçerli bir lisansa sahip olmadığı sürece telefonla yapılacak bir müdahale ya da yönlendirme yasal değildir (Longe, 2010, s.1-34).

Dünya üzerinde yabancı hasta hareketleri ve seyahat sebepleri incelenmiştir ve genel olarak insanların sağlık seyahatlerinde çıkış sebepleri şu şekilde gözlenmektedir. Geçici olarak yurtdışı ziyareti yapanlar: Bu gruptakiler, aniden gelişen veya daha eski zamanlardan beri var olan rahatsızlıklarından dolayı tedavi almak için yaz tatilleri gibi zamanlarda dış ülkelere seyahat eden turistler olarak tanımlanabilmektedirler. Uzun süreli kalışlar: Özellikle AB ülkeleri vatandaşlarında görülen bu durum, emekli olduktan sonra farklı bir ülkeye yerleşmesini ve oranın hizmetlerinden faydalanılmasını öngörmektedir. Gidilen ülkenin sağlık hizmetlerinden faydalanılırken gereken ödeme miktarını, kişinin bağlı bulunduğu Ülkelerdeki sağlık sigortaları karşılmasına rağmen bu durum tam bir tıbbi turizm olarak ele alınmamaktadır (Rosenmöller vd.,2006). Ortak sınırlar: Ortak sınırları paylaşan ülkeler arasında sağlık hizmeti almak amacı ile meydana gelen hasta/turist geçişlerini kapsayan durumudur. Bununla beraber dış ülkelere yapılan seyahatlerin üzerinde bir diğer belirleyici etmen de fiyat unsurudur. Turistlere verilen hizmetler çoğunlukla ödenmesi planlanan ücretle orantılı bir şekilde değişkenlik göstermektedir (MacReady, 2007, Gray and Poland, 2008). Dış kaynaklı hasta: Bu hastalar, uluslararası anlaşmalara istinaden, sağlık acentaları tarafından dış ülkelere gönderilmektedirler. Bu seyahatlerin pek çoğunda ana sebep, ana ülkedeki uzun bekleme listeleri, uygun uzmanın bulunmayışı, girişime özel anlamda uygun ekipmanın bulunmayışıdır. Bu hastaların kendi ülkelerine ait devletten veya özel şirketlerden yaptırdıkları sağlık sigortaları bulunmakla beraber genellikle kısa mesafelerde

seyahat ederler. (Lowson et al., 2002, Burge et al., 2004, Glinos et al., 2006, Muscat et al., 2006). Carrera ve Bridges 2006 yılında yapmış oldukları yayında sağlık turizmini “ kişinin beden ve ruh sağlığını daha iyi noktalara getirmek amacı ile yaptıkları seyahatler” olarak tanımlamıştır (Carrera ve Bridges, 2006 p.447). Ppek çok tedavi hizmetinin yanı sıra kök hücre tedavisinde, hastalara son seviyeye gelmiş olan hastalıkları için bir iyileşme şansı sunulabilmektedir. (Parke, et al. 2010; Song 2010). Bazı deneysel prosedürlerin yanı sıra kürtaj(Sethna and Doull 2010)), cinsiyet değiştirme operasyonları(Aizura 2010; Wilson 2010) gibi bazı ülkelerde yasal olarak yapılması engellenmiş olan tıbbi girişimler için de yapılan illegal medikal turizm faaliyetlerinin varlığı bilinmektedir.

Her ne kadar medikal turizm pazarında seyahat eden turist sayısı konusunda kesin bir otorite ve rakam vermek zor olsa da tahmini rakamlar üzerinden bakıldığında da durum hakkında genel bir bilgi edinilebilir. Örneğin yapılan çalışmalar sonucunda 2007 yılı içerisinde yaklaşık 750.000 Amerikan vatandaşının tedavi olmak amacı ile ülke dışına çıktığı belirlenmiştir(Keckley and Underwood, 2008). Keckley tarafından belirlenen bu rakam 2010 yılında 3 ile 5 milyon arasında bir değere ulaşacağı tahmin edilmiştir (Keckley and Underwood, 2008, Keckley and Eselius, 2009). Bu sayılar göz önüne alınarak konuşulduğunda ABD vatandaşı olan turistlerin, medikal turizm pazarında seyahat eden tüm insanların yaklaşık olarak %10 gibi bir oranına tekabül etmekte olduklarını görmekteyiz(Ehrbeck vd., 2008). Buradan da dünya çapında sağlık amacı ile seyahat eden insan sayısının yaklaşık olarak 30 ile 50 milyon kişi arasında bir seviyede olduğu görülmektedir. Turist sayısının yanında medikal turizm sektörünün büyüklüğünü görmemizi sağlayan bir diğer parametre de sektörün maddi açıdan büyüklüğüdür ki 2008 yılı için bu değer yaklaşık olarak 60 milyar Amerikan Doları seviyesindedir(MacReady, 2007, Crone, 2008, Keckley and Underwood, 2008). Medikal turizm amacıyla seyahat eden insanların sayılarının net bir şekilde ortaya konulamamasının en önemli sebeplerinden bir tanesi, bu kavramın tanımının net bir şekilde yapılamamış olmasıdır. Örneğin Ehrbeck'in yaptığı sağlık turizmi ve bu amaçla seyahat eden kişi tanımı sadece elektif cerrahi girişimler için seyahat eden insanları kapsamakta ve dış ülkelere gelen hastalara acil gelişen durumlarda yapılan cerrahi veya tıbbi müdahaleleri kapsamamaktadır(Ehrbeck vd., 2008). Youngman ise ortaya koyduğu sınırlamalarda yapılan dental müdahaleleri elektif olsun veya olmasın eğer dış ülkelere birinden gelen bir hastaya yapılıyor ise medikal turizm kapsamına dâhil etmiştir(Youngman, 2009). Ehrbeck tarafından yapılan tanımlamalara karşıt şekilde McKinsey tarafından ortaya konulan bakış açısından yaklaşıldığında ise bu sektörde seyahat eden yolcu sayılarının Ehrbeck'in öngördüğünden daha düşük olduğu görülmektedir. Ancak Tayland'da sadece spa merkezlerine giden turist sayısının 1 milyon gibi bir rakama ulaştığı ve

neredeşse cerrahi veya diğer tıbbi hizmetler için gelen turist sayısına eşit olduğu görölmektedir (Carabello, 2008, Crozier and Baylis, 2010). Ehrbeck tarafından verilen rakamlara bir başka taraftan yaklaştığımızda ise Bangkok'ta yer alan Bumrungrad Hastanesi 2003 yılında toplamda 500.000 hasta kabulü yapmış iken 2005 yılında ise sadece Arap ülkelerinden yaklaşık 93.000 hasta kabulü yapmıştır (Turner, 2007, McClean, 2008, MacReady,2007). Bir başka açıdan medikal turizm alanında olabilecek en tutucu ölçütlere sahip kişilerin raporlarında verilen rakamlara göz attığımızda ise, Hindistan için yaklaşık 200.000 (Carabello, 2008, Crone, 2008, Youngman, 2009), Singapur için 200.000 ile 350.000 arasında (Huat, 2006 (b), Carabello, 2008, Youngman, 2009), Küba için 200.000 (Crozier and Baylis, 2010), İngiltere için ise 50.000 ile 100.000 arasında bir turist sayısı olduğu gözlenmekte ve bu raporlar ışığında McKinsey'in ortaya koyduğu rakamların gerçekte ne kadar az olduğu ortaya çıkmaktadır. Youngman'ın görüşlerine göre ise bu alanda seyahat eden turist sayısının en düşük düzeydeki hesaplamalarda dahi yaklaşık olarak 5 milyon civarında olduğu görölmektedir. (TreatmentAbroad, 2009, Youngman, 2009). Buradan da anlaşılabilceği üzere medikal turizm pazarında seyahat eden turistlerin sayısının net bir şekilde ortaya konulabilmesi için daha uzun soluklu ve detaylı çalışmalardan elde edilecek verilere ekseriyetle ihtiyaç duyulmaktadır. Bizim ülkemizde de henüz tam sağlıklı istatistiki veriler tutulamamaktadır. Çünkü araştırmacılar sağlık turizmi kapsamını farklı kabul etmektedirler en azından medikal turizm katılımcılarının hastaneler tarafından verilerin belli periyodlar halinde il sağlık müdürlüklerine gönderilerek veri merkezi oluşturulması gerekmektedir.

Bazı ülkeler sağlık hizmetlerinin reklamını yapabilmek için, büyük çapta sağlık hizmeti veren şehirler oluşturmuşlardır. Bunlara verilebilecek en güzel örneklerden bir tanesi Singapur'da bulunan Biyomedikal Şehri'dir. Biyomedikal Şehri, 2001 yılından bu yana, isminin hakkını verircesine biyomedikal ve biyoteknolojik alanda büyük hizmetler vermektedir. (Cyranoski, 2001). Sağlık şehirlerine bir örnek de Dubai'deki Dubai Health Care City'dir(DHCC). Dubai'deki DHCC ve Singapurda'ki Biopolis alandaki öncüller olarak görölmekte ve ilerleyen yıllarda, buna benzer daha pek çok yer görülebileceği bilinmelidir. (Crone, 2008 p.119). DHCC, kurulmasının ardından oldukça büyük bir ilgi ile karşılaşmış ve Orta Avrupa'lı pek çok turistin Asya'daki hedef noktası olmuştur. Verilen sağlık hizmetlerinin kalitesinin yanında ülkelerin turistler tarafından seçilmesinde önemli olan etmenlerin en önemlilerinden bir tanesi de insanların aynı sağlık hizmetine daha az ücrete ulaşabilmeleridir.

Medikal turizm alanında hedef ülke seçimi konusunda, ülkelerin kültürel, tarihi ve rekreasyonel özellikleri oldukça önemli bir yer tutmaktadır. Medikal turizm pazarında yer

tutan ülkeler, yönetim politikası olarak bu özelliklerini ön plana çıkaracak şekilde reklamlar düzenlemektedirler(Turner,2007). Turistler gelişen teknolojiler sayesinde, gitmeyi planladıkları ülkenin hakkında veya doktorun eğitimi, istatistikleri gibi verileri hakkında öncül ve oldukça doyurucu verilere ulaşabilmektedirler. ABD, Yeni Zellanda ve Avustralya gibi ülkelerde yaşayan Kore’li vatandaşlar için var olan kültürel benzerlikler, Kore’nin medikal turizm açısından seçilen bir ülke olmasında önemli bir etmen olarak karşımıza çıkmaktadır. Geçmişe dayalı sömürge bağı olan İngiltere ve Hindistan arasında ise medikal turizm alanında önemli bir hasta akımı görülebilmektedir. Meksika’dan Amerika’ya yaşamak için göç eden insanlar, ABD içerisinde sağlık sigortaları bulunmadığından dolayı, sağlık hizmeti almak için tekrar Meksika’ya seyahat etmektedirler. (Bergmark vd., 2008, Gill vd.,2008, Lee vd.,2010, Smith vd.,2011(c)).

Bu özelliklere ek olarak literatürde 21. yüzyılda medikal turizmin özelliklerinden bahsedilirken en sık alıntı yapılan bazı özellikler dikkat çekmektedir. Genel olarak araştırmacılar, modern medikal turizm kavramının geleneksel medikal turizm olgusundan çok uzakta olduğuna vurgu yaparken (Horowitz ve Rosensweig, 2007, s.24; Lunt vd., 2011, s.1-55), medikal turizm kavramını tıbbi amaçla yapılan seyahate indirgeyen bir görüş de çok büyük değişiklikler yaşanmadığını öne sürebilir. Ancak her iki durumda da 21. yüzyıl medikal turizminin geleneksel medikal turizm kavramından az ya da çok fark etmeksizin uzaklaştığı aşikârdır (Horowitz, vd. 2007, s.33). Günümüz medikal turizmi farklı hedef kitlelere farklı şekillerde hitap edebilecek şekilde değiştirilebilen turizm paketleriyle esnek ve gerektiğinde diğer hizmet sektörlerinden de yardım alınarak şekillendirilen bir hizmet çeşididir (Upadhyay, 2011, s.26-34). Sonraki bölümde medikal turizmi tek başına bir sektör olarak sayılabilmesini sağlayan ayırt edici ve diğer sektörlerle kısmen benzer özelliklerinden bahsedilecek.

2.3. Medikal Turizmin Özellikleri

Dünya çapında seyahat eden medikal turistlerin sayıları için 60.000 ila 50.000.000 arası gibi oldukça büyük sayılardan bahsedilmiştir. Bu kadar çok kişinin tüketici olarak yer aldığı ve onlarla birlikte seyahat edenler, sektörde hizmet alanlarla birlikte hizmet sağlayanlar, yasal düzenlemeler gibi resmi ve konaklama, ulaşım gibi gayri resmî süreçlerde yer alanlar, etkilenebilecek yerel halk, turist gönderen ve alan ülkelerin vatandaşları da eklendiğinde çok daha kalabalık bir hedef kitleyi ilgilendiren bir sektörün özelliklerini bilmek de son derece önemlidir (Lunt vd., 2011, s.23).

Medikal turizmin ilk ve en önemli özelliği: turizm (Gonzales vd.,2001, s.1-211; Mustafa, 2010, s.37-48) ve tıp (Tupasela, 2010, s.1-144) sektörleriyle ilintili olması ve bu sektörlerdeki gelişmelerin, değişimlerin, hedef kitlelerin, kısacası bu sektörleri etkileyen ve bu

sektörlerden etkilenen bütün faktörlerin medikal turizmde de etkin rol oynamasıdır. Dolayısıyla, medikal turizm araştırmalarında turizm ve tıp sektörünü ilgilendiren konular başrolde oynamaktadır (Spasojević ve Susić, 2010, s.201-208). Tıp ve turizmin bir uyum içinde işlediği bu sektörde medikal turizmi geleneksel bir turizm çeşidinden ayıran temel özellikler elbette mevcuttur. Örneğin birçok geleneksel turizm çeşidi sezonsal artışlar gösterirken, medikal turizm verilerinde sezonsal bir artış ya da düşüş gözlemlemek zordur (Uskoković, 2007, s.28). Bununla birlikte, medikal turizm tıp ve turizmin özelliklerini bir arada taşıdığından özel ilgi turizmi olarak da nitelendirilebilir. Özel ilgi turizmi: turistik mekânları ziyaret etmek, gezmek, görmek dışında özel bir amaçla seyahat eden turistleri betimlemek için kullanılan bir turizm çeşididir. Bu açıdan bakıldığında medikal turizmdeki özel amacın tıbbi hizmet olduğu söylenebilir (Kruja ve Gjyzezi, 2011, s.77-89). Medikal turizm dâhilinde gidilen ülkede uzun süre kalınabileceği gibi, medikal turizm kısa bir süreci de kapsayabilir (Suchdev vd., 2007, s.317-320; Fukahori vd., 2011, s.168-173).

Medikal turizmin bir diğer özelliği desunulan hizmetlerdeki farklılıklara bağlı olarak gruplara ayrılabilmesidir. Bookman ve Bookman (2007, s.43) medikal turizmin sunduğu ve ihtiyaç duyulan hizmetlerden yola çıkarak medikal turizmi 3 farklı başlık altında incelemiştir. Bunlar: tanısal, invazif ve yaşam tarzına dayanan medikal turizmdir. Tanısal medikal turizm, adından da anlaşılacağı üzere, tedaviden önce bir teşhis konulmasını bekleyen hasta turistlere hitap eden işlemleri kapsar. Kan tahlili, röntgen gibi medikal işlemler tanısal medikal turizm süresince aranan, beklenen, ihtiyaç duyulan işlemlerdir. Singapur'da Mount Elizabeth Hastanesi Çocuk Hematoloji ve Kanser Merkezi bu tip medikal turizme bir örnektir. Merkez tanı konulması için gelen uluslararası hastaları ağırlamaktadır (Lee, 2012, s.305). Mamografi, ultrason, MR çeşitleri, kalp efor testleri gibi tetkikler de medikal turizm çerçevesinde uygulanan teşhise özgü uygulamalar arasında yer almaktadır (Eissler, 2010, s.3). İnvazif medikal turizm ise daha gelişmiş teknoloji ve uzmana ihtiyaç duyulan bir medikal turizm çeşididir. Tanısal medikal turizmden farklı olarak önemli olan teşhis sonrası tedavidir. Kemoterapi ve ameliyatlar bu tip medikal turizme örnek olabilir (Nolan ve Schneider, 2011, s.319-326). Yaşam tarzına dayanan medikal turizm ise daha çok wellness turizmiyle ortak çalışmayı gerektirecek müdahaleleri içerir. Örneğin; obezite ile mücadele sırasında uygulanabilecek medikal işlemlerin yanı sıra yaşam tarzına da müdahale etmek gerekmektedir. Bu ve benzeri bir turizm çeşidi hem medikal hem de wellness turizminin sunacağı hizmetlerden faydalanmaktadır (Birch vd., 2010, s.604-608). İnvazif ve tanısal medikal turizm çeşitleri wellness turizminden daha çok medikal turizm başlığı altında incelenebileceğinden, bu çalışma için bu ikisi daha fazla dikkati hak etmektedir. Medikal turizmde bu alanlarda sunulan hizmetler çeşitlilik göstermektedir. Plastik ve kozmetik cerrahi

(Edmonds, 2012, s.297-302), ortopedik, kalp cerrahisi, ortodonti ve diş sağlığı operasyonları (Leong vd., 2009, s.1-25), cinsiyet değiştirme (Aizura, 2010, s.424-443), oftalmolojik cerrahi müdahaleler (Kumar 2009, s.86-95), obeziteyle mücadele (Birch vd., 2010, s.604-608), organ nakli (Smith, 2012, s.1-9) gibi uygulamalar insanları medikal turizme yönlendiren en popüler ve araştırmalarda en çok incelenmiş uygulamalardan bazılarıdır.

Medikal turizmin başka bir özelliği bazı hizmetlerin isimlerin belli ülkelerle daha sık anılmasıdır. Medikal turizmde sunulan hizmetler, uygulanan tıbbi prosedürler, daha fazla turist çeken işlemler geçmişte ve günümüzde önde gelen ülkelerde çeşitlilik göstermektedir. Örneğin; Merkez ve Güney Amerika'daki ülkelerde medikal turizm hareketliliği ile ilgili olarak plastik cerrahi, bariatrik işlemler ve diş sağlığında dikkat çekmektedir (Horowitz vd., 2007, s.3). Slovenya kısırlık tedavisinde daha çok medikal turisti ağırlamaktayken (Burkett 2007, s.230); Hindistan, Malezya, Singapur ve Tayland kalp ameliyatları ve ortopedik müdahalelerde medikal turizm destinasyonu olarak adlandırılmaktadır (Horowitz vd.,2007, s.33; Connell, 2006, s.1093-1100; Ricafort, 2011, s.1-111). İran ise açık kalp ameliyatları ile iyi bir ün yapmış ve bu ünle medikal turizmden kazanç sağlamaktadır (Connell, 2006, s.1095). 2008 yılında Tayland kozmetik cerrahi, organ nakli, diş sağlığı ve eklem replasmanı işlemlerinde oldukça kalabalık bir medikal turist grubu ağırlamış ve 850 milyon dolar kazanç sağlamıştır. Hindistan, Malezya ve Singapur da yine bir kısmı farklı bir kısmı ise aynı tıbbi işlemlerle medikal turistleri tedavi etmişlerdir. Bu tablo medikal turizm alanında uygulanan işlemlerin tek bir işlemde yoğunlaşmak yerine, her birinin popülaritesinin ülkelere göre çeşitlilik göstermesi özelliğini yansıtmaktadır (Hadi, 2009, s.9). Hadi (2009, s.9) bu konuyla ilgili farklı yıllar ve farklı ülkelerdeki verilerin sunulduğu aşağıdaki tabloya yer vermiştir.

Tablo 2.1 Bazı Ülkelerde Tahmini Masraflar, Hasta Sayısı ve Başlıca İşlemler

Ülke	Tedavi edilen hasta sayısı /tarih	Tahmini kazanç (Dolar) ve tarih	Başlıca işlemler
Tayland	900.000/2008	850.000.000 /2008	Kozmetik cerrahi, Organ nakli, Diş bakımı, Eklem değiştirme
Hindistan	450.000/2007	480.000.000 /2005	Kalp cerrahisi, Eklem değiştirme, Göz cerrahisi
Malezya	350.000/2007	43. 000.000 /2005	Kardiyoloji, Kalp göğüs cerrahi, Kozmetik cerrahi
Singapur	410.000/2006	560. 000.000 /2004	Karaciğer nakli, Eklem değiştirme, Kalp cerrahisi

Kaynak: Hadi 2009, s.9

Medikal turizmin başka bir özelliği ise sosyal, ekonomik, teknolojik ve endüstriyel alanda yaşanan gelişmelerle yakından ilgili olmasıdır (Hadi, 2009, s.7). Mustafa (2010, s.37-48) turizmi etkileyen faktörlerden biri olarak para akışının kolaylaşması ve tesislerin yaygınlaştırılması sayesinde iletişimin ve ulaşımın geliştirilmesi olarak bildirmiştir. Turizmin

bir endüstri olarak gelişip var olmasında etkili faktörler de demografik ve sosyal değişimler (Lunt vd., 2011, s.1-55), sosyal yapıdaki değişimler, ekonomik ve finansal gelişmeler (Warf, 2010, s.51-66), altyapı geliştirme, teknolojik gelişmeler (Herrick, 2007, s.1-40) ve ticaret alanındaki ilerlemeler olarak sıralanabilir (Mustafa, 2010, s.37-48).

Medikal turizm hem ulusal hem uluslar arası düzeyde faaliyet gösteren ve yine hem ulusal hem de uluslar arası değişimlerden etkilenen ve bu değişimleri etkileyen bir sektördür (Turner, 2011(b), s.1-7; Gray ve Polland, 2008, s.193-201; Crone, 2008, s.117-121; Hadi, 2009, s.1-29; Horowitz, Rosensweig ve Jones, 2007, s.33). Connell (2013(a), s.1-13) medikal turizmi sağlık hizmetlerinin uluslar arası boyuta taşınmasının bir örneği olarak nitelendirmiştir. Önceleri yerel kurumlarda yerel halka sunulan hizmetlerin artık hemen hemen hepsi sınır ötesinden gelen hastalara da sunulabilmektedir. Uluslar arası Sağlık Örgütü gibi uluslararası aktörlerin rol aldığı bir sektör olan medikal turizm, aynı zaman da ulusal performansın ve düzenlemelerin de etkin olduğu bir sahadır. Ayrıca, bireysel çalışanların ve hastaların da tecrübe ve performansı medikal turizmde önemlidir (Frenk, 2010, s.1-3). Medikal turizmde daha iyi bir pozisyona gelebilmek hem bireysel, hem ulusal, hem de uluslararası kaynakların doğru ve etkili bir şekilde kullanılmasıyla mümkündür. Birey, ulusal ekonomi, uluslar arası teknoloji bu kaynaklara birer örnek olarak gösterilebilmektedir (Frenk, 2010, s.1-3). Bireysel olarak çalışan hastanelerin çok uluslu kuruluşlarla anlaşmalar yapması, diğer ülkelerden seyahat acenteleriyle ve daha geniş kapsamlı örgütlerle işbirliği içinde olması da medikal turizmin hem ulusal hem de uluslar arası düzeyde işleyen bir sektör olduğunun göstergesidir (Whittaker, 2008, s.271-290). Frenk (2010, s.1-3) medikal turizmin bu bireyden uluslar arası boyutlara uzanan sektörün başarısını yine bireyden uluslar arası boyutlara uzanan elementlere atfetmiştir. Liderlik, enstitüler, sistem dizaynı ve teknoloji performansı belirleyen en temel dört elementtir (Frenk, 2010, s.1-3).

Medikal turizmi etkileyen bir takım demografik özellikler de vardır. Ricafort (2011, s.47-48) medikal turistlerin demografik özelliklerini yaş, cinsiyet, vatandaşlık, meslek, gelir ve ziyaret sıklığı olarak gruplandırmıştır. Ricafort (2011, s.1-111) hastaların bu ve bunlar gibi özelliklerinin tüketici davranışı ve ürün hakkında bilgi gibi sonuçlar konusunda etkili olarak görüldüğünü öne sürmüştür. Örneğin; Avrupalı hastaların karar verme modellerinin incelendiği çalışmalara bakıldığında, yaş, cinsiyet ve ekonomik gelir gibi özelliklerin bu kararları etkilediği görülmüştür (Lunt ve Carrera, 2010(a), s.469-484). İlk olarak, medikal turizmde yaş önemli bir değişken olduğunu belirtmek gerekir. Medikal turizm hizmetinin hedef kitlesinin belirlenmesi ve ihtiyaçların en etkin şekilde karşılanabilmesi için gelen turistlerin yaş grubu oldukça önemlidir (Ricafort, 2011, s.1-111). Sağlık turizmi çeşitlerinden biri olan geriatri turizmi de bu durumun kanıtı olarak gösterilebilir (Ono, 2008, s.151-162).

Genç olarak belirlenen yaş grubundakiler için farklı hizmetlere gereksinim duyulup bu gereksinimlere göre altyapı, insan kaynakları, teknolojik imkânlar gibi koşullar düzenlenirken; geriatri turizminde yer almak isteyen bireyler için bu imkânlar farklı olarak düzenlenir. Örneğin; genç bir medikal turist öncelikleri arasında spor merkezlerinin yer alması daha olasıyken, daha yaşlı bir medikal turist iyileştirme hizmetlerini tercih edebilir. Medikal turistleri demografik özelliklerine göre değerlendirirken 2 farklı grubu değerlendirmek gerekebilir: baby boomers ve genç nesil (Wendt, 2012, s.11-15).

Baby boomers literatürde defalarca araştırılmış ve bu yaş grubunun medikal turizm sektöründeki önemi ortaya konulmuştur (McGuckin ve Lynott, 2012, s.1-14). Bu tabir 1946 ve 1955 yılında doğmuş nesil için kullanılmaktadır (Frey, 2010, s.29). Başka bir deyişle, baby boomers 2. Dünya Savaşı'ndan sonra eve dönen askerlerin kurduğu ailelerdeki çocukların oluşturduğu yaş grubudur (Madden, 2011, s.1). Bu yaş grubuna ait olan bireyler tarihte birçok önemli olayı tecrübe etmişlerdir. Kennedy'nin suikastı, Vietnam Savaşı, Soğuk Savaş dönemi gibi tarihin kilit noktalarına bu yıllarda doğan insanların hemen hepsi tanıklık etmişlerdir. Buradan yola çıkarak bazı araştırmacılar bu yaş grubundakilerin genel geçer davranış şekilleri sergilediklerini savunmuşlardır ve savunmaktadırlar. Örneğin; bu yaş grubu en fazla tüketen grup olarak etiketlenmiştir (Madden, 2011, s.1-8). Dış görünüşlerine verdikleri önem araştırmacıların dikkatini çekmiş ve kozmetik sektörünün önemli tüketicilerinden olduklarına vurgu yapılmıştır (Garcia-Altes, 2005, s.262-266; Jotikasthira, 2010, s.25). Bu yaş grubu turizm sektöründe diğer yaş gruplarına oranla en fazla seyahat eden gruptur (McGuckin ve Lynott, 2012, s.1-14). Kozmetik cerrahinin bazı ülkelerde yasal düzenlemeler ve sigorta kapsamı sorunları nedeniyle karşılanamaması ise medikal turizme yönlendiren sebeplerden yalnızca bir tanesidir (Connell, 2006, s. 1093-1100; Herrick, 2007, s.5).

Amerika'da 1946 yılında doğan 9 milyon ve 1946 ve 1964 yılları arasında doğan insan sayısı 77 milyon olarak kaydedilmiştir (Madden, 2011, s.2). Belirtilen yıllar arasında Kanada'da doğan bebek sayısı yaklaşık 10 milyon olarak kaydedilmiştir. Bugün ise Kanada nüfusunun 1/3'ini oluşturan 9,7 milyon kişi bu nesli temsil etmektedir (McDougall, 1998, s.1). 2011 yılında bu yaş grubunun 45-65 yaşları arasında sadece Amerika'da yaklaşık 77 milyon ve Amerika nüfusunun %28'i olduğu rapor edilirken (Madden, 2011, s.2), 2030 yılına kadar neslin 66-84 yaşları arasındaki 61 milyon insan olacağı tahmin edilmektedir. Amerika'ya ek olarak da Kanada, Avrupa, Avustralya ve Yeni Zelanda'da doğan 220 milyon kişi vardır. Bu durumda bu oldukça kalabalık neslin olası tıbbi ihtiyaçları medikal turizmin ilgi alanı içindedir (Menvielle vd., 2011, s.47-61; McGuckin ve Lynott, 2012, s.1-14). Yaşlı tüketiciler medikal turizm sektöründe pahalı, daha fazla zaman isteyen, uzun vadeli, daha uzun zaman alan işlem sonrası takip süreci, sağlık hizmetine ihtiyaç duyacak olan grup olarak

nitelendirilmektedir (Wendt, 2012, s.11-12). Emeklilik de yaşlılarda medikal turizmin önemini ve işlevini etkileyebilecek bir etmendir. Amerika Ulusal Politika Analizi Merkezi baby boomers yaş grubundan 77.000.000 kişinin emekli olmaya başladığını bildirmiştir (Herrick, 2007, s.36). Buna karşın, Amerika bu emeklilere gerekli sigorta kapsamında güvence sözü verememektedir (Khan, 2010, s.1-7; Herrick, 2007, s.1-40). Artan emeklilik masrafları 2009 yılı verilerine göre 1.200.000 Amerikalı ve Kanadalının Meksika'da yaşamaya başlamasına öncülük etmiştir (Khan, 2010, s.2). Amerika Ulusal Politika Analizi Merkezi tarafından yürütülen çalışmaya göre yaklaşık 500.000 Amerikalı 2005 yılında tıbbi hizmet arayışında ülke dışına çıkmıştır (Khan, 2010, s.2).

Daha genç nesil medikal turizmin başka bir hedef kitlesini temsil eder. Avrupa Komisyonu/ Gallup Örgütü tarafından yürütülen bir çalışmada 2007 yılında Avrupa Birliği'ne üye 27 ülkede yaşayan insanların tıbbi sebeplerle seyahat etme eğilimleri değerlendirilmiştir (Magnusdottir, 2012, s.19). 27.200 katılımcının alt yaş sınırı 15'tir. Ankete katılanlardan %53'ünün medikal turizm aktivitelerine katılmaya hevesli olduğu ortaya çıkmıştır. Ancak çalışmanın ortaya çıkardığı bir başka sonuç yaş gruplarıyla ilgilidir. Yaş ve medikal seyahat eğilim ters orantılıdır. Yani katılımcılar ne kadar gençse medikal turizmde yerini almaya o kadar hevesli olarak değerlendirilmiştir. 15-24 yaş aralığındaki katılımcıların üçte biri tıbbi amaçla seyahat etmek isterken, bu oran 55 yaş üzeri katılımcılarda %43'tür (Magnúsdóttir 2012, s.18-19). Buradan da anlaşılabilir üzere, potansiyel medikal turist olabilecek yaş grubu olarak genç turistlerin sayısı azımsanamayacak miktardadır. Ancak, medikal turizmde sunulan hizmetlerin ve uygulanan işlemlerin yalnızca yaşlı ya da emekli yaş grubuna hitap etmediği aşikârdır. Örneğin; yukarıda ileri yaş grubunda örnek olarak gösterilen kozmetik cerrahi işlemi aynı oranda gençlerin de talep ettiği bir hizmettir. Botoks müdahaleleri, daha genç kalmak için cilde uygulanan işlemler günümüzde orta yaş ve genç kesiminde medikal turizme katılma sebeplerindedir ve oldukça popülerlerdir (Begde2008, s.350). Son olarak, yaş gruplarından biri olan çocukların da medikal turizm de yer alma hakkına sahip olduğu ve aktif olarak yer aldığı da bilinmektedir. Daha çok aileleri ya da bir refakatçiyle birlikte seyahat eden çocuklar için özel olarak çalışan hastaneler ve sağlık merkezleri aktif olarak çalışmaktadır. Pediatrik servisler bu yaş grubuna özgü bir servis olarak sayılabilir (Lee, 2012, s.305-308).

Bir diğer demografik değişken ise vatandaşlık bilgisidir. Bu bilgi ilk olarak medikal turizmin tarih boyunca ne yönde geliştiğinin de temel kaynağıdır. Çünkü gelişmiş ülkelere gelişmekte olan ülkelere ya da gelişmemiş ve gelişmekte olan ülkelere gelişmiş ülkelere olan medikal turist akışını gözlemlemenin ilk şartı medikal turistlerin vatandaşlık bilgisinden haberdar olmaktır. Araştırmaların büyük bir çoğunluğu medikal turizm pazarında talebin

Kuzey Amerika, Batı Avrupa ve Orta Doğu'da yoğunlaştığını göstermektedir. Fakat medikal turistlerin vatandaşlık bilgilerini içeren çalışmalar bazı ülkelerin ve bölgelerin tercihlerinin belli bir kaç destinasyonda yoğunlaştığına dair bir çıkarım yapılmasına sebep olmaktadır. Örneğin; Avrupa'dan gelen medikal turistlerin en fazla Hindistan, Malezya ve Tayland'ı seçtiği ortaya çıkmaktadır (Ricafort, 2011, s.1-111). Ortadoğu'dan yola çıkan medikal turistlerin ise İslami referansı sayesinde daha çok Malezya'yı tercih ettiği görülmektedir (Mahjom vd.,2011, s.184-195). Japon medikal turistlerin birçoğu Singapur'u destinasyon olarak seçerken (Connell, 2006, s. 1096), Orta Amerika'da ve Karayipler'de Küba medikal turizm sektöründe adından sıkça bahsettirmektedir (Connell, 2006, s. 1096; Smith vd.,2009, s.593-601). Macaristan ise Alman, İngiliz ve Avustralyalılara çeşitli hizmetler sunmaktadır (Piazolo ve Zanca, 2011, s. 137-160; Lunt vd.,2011, s.1-55). İngiltere'den gelen medikal turistler kozmetik cerrahi için Tayland'a ve kalp ameliyatı için Amerikalılar Hindistan'a gitmektedir (Boulbee, 2012, s.295).Belçika'da yürütülmüş bir çalışmada ise ülkeye gelen medikal turistlerin Avrupalı olduğu gözlemlenmiştir. 2007 yılında Brüksel'i ziyaret eden 2.117 medikal turistlerin %38'i Fransa, %29'u Hollanda, %12'si İtalya ve %10'u Almanya vatandaşı olarak not edilmiştir. Bu çalışmada ortaya çıkan vatandaşlık bilgilerinin sebebi yakınlık mesafesi, uluslar arası tren ve uçakla sağlanan ulaşım kolaylığı, konuşulan ortak diller olarak belirtilmiştir (Pennings vd., 2009, s.3108-3118). Bunların yanı sıra hedef ülke ve vatandaşı olunan veya uzun süredir ikamet edilen ülke arasındaki kültürel benzerlikler, medikal turizm destinasyonu seçiminde önemli bir faktördür. İki ülkede konuşulan dil ve sağlık sistemindeki benzerlikler destinasyon seçiminde ve medikal seyahat süresince kolaylık sağlamaktadır (Glinos vd.,2010, s.103-112).

Karuppan ve Karuppan (2011, s.116-132) medikal turizmde yer alma ve hedef ülke seçimi konularında demografik değişkenleri inceleyen çalışmalardan yapılan çıkarımları sunduğu araştırmasında vardığı sonuçları sıralamıştır. Bu sonuçlarda cinsiyet değişkeninin de kozmetik ve bariatrik cerrahi dışında cinsiyetin medikal turizm üzerinde hiçbir etkisi olmadığı kanısına varılmıştır. Hatta her ne kadar kozmetik ve bariatrik cerrahi alanında ise kadınların daha fazla yer aldığı iddia edilmekteyse de, erkeklerin de kozmetik cerrahi işlemleri için artan bir talebi olması medikal turizmin bu alanlarında da cinsiyet bazında bir eşitlik olabileceği gerçeğini yansıtmaktadır (Bell vd.,2011, s.1-17). Gelir düzeyi ve sosyoekonomik statü orta gelirli düşük gelirli, çok düşük gelirli ve çok yüksek gelirli olarak değişen çok çeşitli medikal turist gruplarını temsil etmektedir. Gelir düzeyi ve meslek grubu ise sigorta kapsamını etkilemesi sonucu medikal turizmi dolaylı yoldan etkileyebilen bir demografik değişkendir (Karuppan ve Karuppan, 2011, s.116-132). Hedef ülkeye daha önce gitmiş olmak ya da önceki bir medikal turizm tecrübesi de demografik özellikler arasındadır. Crooks vd.(2011, s.726) medikal turizmde başarılı olmanın yolunun potansiyel hasta ziyaretçileri prosedür

seçenekleri, turizm imkânları, ulaşım bilgileri, tesisler ve hedef ülke hakkında bilgilendirmeden geçtiğini vurgulamıştır. Hedef ülkede daha önce bulunmuş olan turistler ise gidilecek ülkeye dair bilgi donanımına hâlihazırda sahiptir. Medikal işlemler hakkında da tecrübeleri sayesinde daha etkin ve verimli bir hizmet elde edebilir (Um ve Crompton, 1990, s. 432-448). Bunun dışında ziyaret sıklığı ve ziyaret geçmişi medikal turizmi için istekliliği, medikal turizm destinasyonu seçimi gibi değişkenlerle de ilişkilendirilmiştir (Chen vd.,2012, s.1351-1356).Kısacası; literatürde yer alan çalışmalardan da faydalanarak medikal turizmi ile ilgili demografik değişkenler yaş, cinsiyet, aşinalık, sosyo-kültürel özellikler, vatandaşlık bilgileri, sosyo-demografik özellikler, ekonomik statü olarak özetlenebilir.

Medikal turizmin ortaya çıkmasına ya da gelişmesinde etkili olabilecek etik ve yasal konuları Cohen (2011, s.7-8) üç farklı gruba ayırmıştır. Birinci grup: hem hastanın kendi ülkesinde hem de hedef ülkede yasal olmayan hizmetlerdir. Örneğinbirçok kişi medikal turist adı altında kök hücre tedavisi alabilmek için Meksika'ya gitmektedir. Ancak bunların bir kısmı henüz denenmemiş, ülkede yasal olmayan fakat yine de kolayca erişilebilen uygulamalara başvurmaktadır (Arellano, 2012, s.63-78). İkinci grup: hastanın kendi ülkesinde yasal olmasa da hedef ülkede yasal olarak sunulabilen hizmetlerdir. Örneğin kök hücre terapisi bazı ülkelerde yasarken bazı ülkelerde uygulanması yasalara karşı gelmeye gerek kalmadan uygulanabilmektedir. Bu sebeple de bu ve benzeri tedavileri almak isteyen ülkenin vatandaşları yasal olan ülkelere seyahat etmektedir (Chen vd.,2010, s.108-116). Bir başka örnek ise; çocuk sahibi olabilmek için yapılan tedavilerdir. 2004 yılında Kanada'da uygulamaya geçilen yasal düzenlemeye göre anonim bir donörden sperm almak yasaklanmıştır. Türkiye, Almanya, Tunus ve İtalya gibi ülkelerde de bu işlem yasaktır. Öte yandan, bu işlemin yasal olarak izin verildiği ülkeler de vardır. Sonuç olarak anonim ya da kimliği bilinen sperm donörlerinin yasal olarak sperm bağışlayabildikleri Fransa, Yunanistan, Hollanda, Norveç ve İsviçre gibi ülkelere gitmektedirler (Mutcherson, 2012, s.360). Diğer bir önemli ve literatürde sıkça tartışılmış örnek ise ötenazi yaptırmak isteyen ülke vatandaşlarının ülkelerinde yasal olmadığı başka ülkelere bu amaçla gitmeleridir. Ancak bu konuda oldukça fazla fikir ayrılığı mevcuttur. Öncelikle medikal turizmin birincil nedenlerinden sayılan zinde olmak ve sağlıklı olmak için yapılan bir işlem olup olmadığı gündemdedir. Fakat sonuç olarak profesyonel uzmanlar tarafından, tıbbi ortamlarda ve hastanın bilgisi ve rızasıyla uygulanan bu işlem medikal turizm çeşidi sayılabildiği gibi etik bir işlem olup olmadığı konusundaki fikir ayrılıklarıyla sıkça karşılaşılmaktadır (Higginbotham, 2011, s.177-185). Bu gruplandırmadaki son grup ise hem hastanın kendi ülkesinde hem de hedef ülkede yasal olan hizmetlerdir. Bu noktada medikal turizmin gerekçesi olarak yasal

düzenlemelerden farklı gerekçeler medikal turistlerin tıbbi hizmet için başka yerlere gitmesinin sebepleridir (Cohen,2011, s.7-8).

Medikal turizmin diğerk bir özelliği ise ihtiyaç ve sunulabilen hizmete göre çeşitlilik göstermesidir. Sağlık turizminin arkasındaki temel sağlık hizmetleri dört ayrı başlık altında incelenebilir:

- **Hayati sağlık hizmeti:** İkamet edilen yerde, medikal ihtiyaç duyulan sağlık hizmeti bulunmadığında veya uzun bekleme listeleri olduğunda gerçekleştirilen hizmettir (Yap 2007, s.1),
- **Karşılabilir sağlık hizmeti:** Sağlık hizmeti mevcuttur, ancak ihtiyaç sahibi kişinin ulaşması zordur; özellikle maddi sebeplerden ötürü. Bunun sebebi yüksek maliyetler veya yetersiz sigorta kapsamı olabilir (Yap,2007, s.1).
- **Sağlık hizmeti kalitesi:** Ulusal sınırlar içinde alınan sağlık hizmetinin, yurt dışındaki sağlık hizmetlerine nazaran daha düşük kalitede olması (Yap,2007, s.1),
- **Premium sağlık hizmeti:** Sağlık turisti gideceği yerdeki sağlık hizmetini almanın prestijini olumlu etkileyeceğini ve bir lüks olarak gördüğü durumlar (Yap,2007, s.1).

Bu gruplandırmaya bakıldığında medikal turizmin gelişmesinin belli başlı nedenleri şu şekilde sıralanabilir: sağlık hizmeti yoksunluğu, uzun bekleme listeleri, fiyat farkı, yetersiz sigorta kapsamı, sağlık hizmeti kalitesi farkı, prestij merakı (Yap, 2007, s.1). Bunlara ek olarak Cohen (2011, s.7-8) ve Longe (2010, s.1-34) tarafından sıralanmış yasal ve etik konularla alakalı sebepler, turizm ve gezmek amacı, özel ve mahremiyet olguları (Horowitz ve Rosensweig, 2007, s.24-30; Altın vd.,2011, s.1-11), sağlık hizmetlerinin uluslararası düzeye taşınması (Lunt vd., 2011, s.1-55), teknolojinin ulaşım ve bilgiye erişimi kolaylaştırması (Burkett, 2007, s.223-245), gelişmekte olan ülkelerde sunulan hizmetin daha makul fiyatlarda sunulması, uzun bekleme listeleri, arandlan kalitede sağlık hizmetinin başka ülkelerde bulunabilmesi (Bookman ve Bookman, 2007, s.1-245; Garcia-Altes, 2005, s.262–266) günümüz dünyasında medikal turizmin yönünü ve etkinliğini belirleyen faktörlerden yalnızca bir kaçıdır. Bu faktörlerin her biriyle yakından ilişkili ve her birini etkileyen küreselleşme süreci ve medikal turizm ilişkisi bir sonraki bölümde açıklanacak.

2.4. Küreselleşme ve Medikal Turizm

Literatürde yer alan birçok çalışma medikal turizmin son yıllarda önemli bir gelişme süreci içinde olduğu ve daha fazla gelişme potansiyelinin olduğu konularında hem fikirdir (Caballero-Danell ve Mugomba, 2007, s.1-116; Bookman ve Bookman, 2007, s.1-245; Herrick, 2007, s.1-40; Connell, 2006, s.1093-1100). Uluslararası düzeyde yapılan anlaşmalar, ortaklıklar, ulaşım imkânlarının kolaylaşması, teknolojik gelişmelerin birçok ülke tarafından

takip edilmesi ve kullanılabilmesi, dijital teknolojinin günlük yaşamda sıklıkla kullanılabilmesi, vize gibi uluslararası seyahati engelleyebilecek unsurlarda kolaylıklar sağlanması, tıp turizmi alanından elde edilen mali gelirindeki rakamların gözle görülür artışı, medikal turizmle ilgili tesislerin insan kaynaklarına yatırım gibi etkenler medikal turizmin bazı ülkelerin turizm politikalarında önemli bir yer edinmesiyle sonuçlanmaktadır (Garcia-Altes, 2005, s.262–266; Caballero-Danell ve Mugomba, 2007, s.1-116; Bookman ve Bookman, 2007, s.1-245). Bu da medikal turizmi uluslararası turizm pazarında bir rekabet ortamı oluşturmaktadır (Connell, 2006, s.1093-1100).

Küreselleşme sürecinin gerçekleşmesi ülkeler arası hizmet ve ürün döngüsünün etkin bir şekilde gerçekleşmesiyle mümkündür (Segouin vd., 2005, s.277-279). Durum böyle olduğunda da küreselleşme ve hizmet sektörü arasındaki ilişki inkâr edilemez. Ancak bu ikisi arasında bir nedensellik ilişkisi kurulmak istendiğinde, ilişkinin yönü, yani hizmet sektörünün mü küreselleşme sürecini etkilediği, küreselleşmenin mi hizmet sektörünü etkilediği tartışılabilir. Küreselleşme ve bir hizmet sektörü olan turizm arasındaki ilişki de medikal turizm araştırmaları yapan çeşitli yazar ve araştırmacılar tarafından farklı yönlerden defalarca ele alınmış bir konudur (Bookman ve Bookman, 2007, s. 1-245; Connell, 2006, s.1093-1100; Awadzi ve Panda, 2006, s.75-81; Caballero-Danell ve Mugomba, 2007, s.1-116).

Bazı araştırmacılar küreselleşmenin diğer sektörlerle etkisi sayesinde dolaylı ya da direk olarak turizmin olumlu yönde gelişmesine ve güçlü bir sektör olmasına katkıda bulunduğu görüşündedir. Örnek olarak; Bookman ve Bookman (2007, s.1-245) tartışmayı küreselleşmenin medikal turizm sektörünün gelişmesine katkısından bir adım öteye taşımış ve küreselleşme olmadan medikal turizmin var olamayacağından söz etmişlerdir. Bu görüşe göre; dijital teknolojinin iletişim aracı olarak kullanılması, hastanelerin uluslararası akreditasyona sahip olabilmesi, uluslararası ulaşım sağlayan küresel çalışmalar, ekonominin serbestleşmesi, doktorlara uluslararası eğitim sağlanması, teknolojiye erişimin yaygınlaşması ve her yere ulaştırılması gibi faktörler ancak küreselleşme sayesinde var olur. Bütün bunlar olmadığında ise üretilen ürün veya medikal turizm söz konusu olduğunda sunulan hizmet ancak sunulduğu bölgede yerel bir hizmet olarak kalır (Bookman ve Bookman, 2007, s.1-245).

Buna karşın, genelde turizm özelde ise medikal turizmin bu denli önemli ve hızlı gelişen bir sektör olmasının küreselleşmeye katkısını savunan araştırmacılar da vardır. Örneğin; dijital teknolojiye ilerlemeler ve yaygın kullanım gerçek zamanlı iletişim ve bilgi akımı sağladığından turizm için önemli bir sektörel imkân olmakla birlikte küreselleşmeye de önemli bir katkı sağlamaktadır. Başka bir deyişle; dijital teknolojiyi insanlar turistik amaçlarla kullanıp başka ülkeleri ziyaret etme şansı yakalarken, bu ülkelerin kültürleri, yaşam

şartları hakkında bilgi edinirken bu bilgi ve tecrübeleri de bloglarda, çevresindekilerle, televizyon programlarında, sosyal paylaşım ağlarında paylaşırken küresel bir bilgi akışına aracılık etmiş olurlar. Böylece turizm küreselleşme sürecine katkıda bulunmuş olur (Awadzi ve Panda, 2006, s.75-81; Caballero-Danell ve Mugomba, 2007, s.1-116).

Küreselleşme süreci medikal turizm ve sağlıkla alakalı dinamikler etkileşim sürekli bir etkileşim içindedir. Bu etkileşim içinde küreselleşme süreci ile başlayan ve bu sürecin en sonunda sağlık sektöründeki eşitsizliklerin, hizmete erişimin, fiyatlandırmanın, hizmet kalitesi ve güvenliğinin kontrolünü kapsayan sağlık çıktılarına kadar ulaşan bir döngü vardır. Küreselleşme süreci sağlık çıktılarını etkilerken endüstriyel, teknolojik, sosyal ve ekonomik dinamiklerin her biri medikal turizm ve sağlık sistemindeki hareketliliği kontrol eder. Küreselleşme dolaylı olarak bu dinamikler aracılığıyla medikal turizm ve sağlık sistemini etkileyen bir süreçtir (Hadi, 2009, s.7). Dolayısıyla, küreselleşme süreci sağlık sektörünü direk veya dolaylı olarak ilgilendiren birçok kategoride etkin bir rol almaktadır. Bu durumda küreselleşme ve medikal turizm arasındaki ilişki incelenirken küreselleşme sürecinin işleyişi önem arz etmektedir (Bookman ve Bookman, 2007, s.1-245; Connell, 2006, s.1093-1100; Hadi, 2009, s.7). Bu ilişkiye dair çıkarım yapmak için ise medikal turizmi etkileyen ve küreselleşmeden etkilenen ekonomik, sosyal, endüstriyel ve teknolojik boyutların incelenmesinde fayda vardır. Çalışmanın bu bölümünde medikal turizm ile ilgili boyutlara yer verilmiştir (Hadi, 2009, s.7).

2.5. Medikal Turizmle İlgili Boyutlar

2.5.1. Ekonomik ve Sosyal Boyutlar

Toplumsal ve ekonomik yapı ve medikal turizm arasında inkâr edilemez bir ilişki vardır. Son dönemlerde toplumu etkileyen değişiklikler küreselleşmenin de etkisiyle daha fazladır. Dolayısıyla küreselleşmenin toplum üzerindeki etkisi yoluyla medikal turizmi çok daha fazla etkilediği söylenebilir. Örneğin; insanlar küreselleşme ve iletişim ağlarındaki ilerlemeler sayesinde artık dünyada olup bitenden geçmişe göre daha fazla haberdardır ve öğrenmeye de daha isteklidir. Bu durum bilgi toplumu oluşumunu destekler. Medikal turizm de toplumun daha fazla öğrenme ve hızla gelişen dünyanın getirdiklerinden faydalanma isteğiyle ortaya çıkmış ve varlığını sürdüren bir sektördür. Bilgi toplumuna dönüşmüş bir sosyal yapılanmada medikal turistlerin davranışlarında da farklılıklar görülecektir (Bookman ve Bookman, 2007, s.1-245). Bireyler arasındaki gelir, eğitim ve bilgi düzeylerindeki farklılıklar ve toplumlar arasındaki kültürel farklılıklar ve benzerlikler de medikal turizmde etkili sosyal ve ekonomik değişkenlerdir. Bu değişkenlere bağlı olarak; hedef kitlenin bir kısmı yalnızca alacakları tıbbi hizmetin nitelikleriyle ilgilenirken, bir kısmı da içerik

bakımından daha zengin medikal turizm paketlerini araştırmakta ve en geniş kapsamlısını tercih etmektedir. Özetle; medikal turizmi toplumu yakından ilgilendiren sosyal ve ekonomik faktörlerden bağımsız olarak değerlendirmek mümkün değildir (Lagiewski ve Myers, 2008, s.3).

Sosyal statü fark etmeksizin genel olarak bütün insanlar, daha fazla ve daha kaliteli yaşayabilme imkânlarına sahip olduklarında bunu değerlendirmek konusunda hemfikirdir. Ancak, bu imkânlara sahip olma şansı ve bu imkânları kullanma şekli toplum içerisinde bazı özelliklere bağlı olarak değişebilir. Sağlık hizmetlerinden faydalanırken ise özel ve kamu sektörü seçimindeki farklılıklar sosyal, ekonomik ve demografik özelliklerden kaynaklanabilir. İleri teknoloji ve kaliteli donanıma sahip batılı, zengin ve gelişmiş olan ülkelerde özel sektörün sağlık hizmetlerinden faydalanmak önemli bir taleptir. Medikal turizm kararı ve destinasyon seçiminde toplum içinde oluşan sosyal gruplara göre farklılıklar gözlemlenebilir. Örneğin; Baby boomers Kennedy'nin suikastı, Vietnam Savaşı, Soğuk Savaş dönemi gibi birlikte deneyimledikleri ortak olaylar ve sergiledikleri benzer tüketici davranışları nedeniyle bir sosyal grup olarak görülebilmektedir (Madden, 2011, s.1).

Küreselleşme sürecinin etkilediği sektörlerden bir tanesi de eğitim sektörüdür. Eğitim ise sosyal yapı oluşumunda ve medikal turizmde etkili bir faktör olarak değerlendirilebilir (Harden 2006, s.22-29). Medikal turizm ve eğitim sektörü arasındaki ilişki hem hastaları, hem de medikal turizm hizmeti sunanları yakından ilgilendirmektedir. İlk olarak geleneksel turizm için eğitimin gerekliliği ve birçok zaman kaliteli bir eğitim için turizmin gerekliliğinden bahsetmekte fayda vardır. Eğitim ve turizm arasındaki ilişki küreselleşme sürecinin sağladığı kolaylıklardan beslenmektedir (Segouin vd.,2013, s.277-279). Eğitimli doktor ve personel medikal turizm için son derece önemlidir. Gelişmekte olan ülkelerde çalışanların eğitimi kendi ülkelerinde sağlanabileceği gibi gelişmekte olan ülkelerde de tamamlanabilir. Zaman zaman gelişmekte olan ülkelerde çalışan sağlık hizmeti sunan doktorlar ve personel eğitim ve öğretimini batılı ve gelişmiş ülkelerde tamamladıktan sonra öğrendiklerini kendi ülkelerinde uygulamayı tercih etmektedirler. Bu da ancak küreselleşmenin sağladığı imkânlarla mümkün olabilir. Böylece medikal turizm ve küresel eğitimin i içe olduğu söylenebilir (Mirrer-Singer ,2007, s.211-232).

Medikal turizmi ilgilendiren başka bir ekonomik boyut sektörün oluşturduğu gelir etkisidir (Vijaya, 2010, s.53-70). Her ne kadar medikal turizmin ilk denemelerinde sınırlı bir tıbbi tedavi sunulmuş ve çok da ciddi olmayan işlemler uygulanmuş olsa da, küresel düzenlemeler ve yasaların da yardımıyla bugün medikal turistlerin faydalandığı işlemler kozmetikten kalp ameliyatına kadar uzanan çok çeşitli ve karmaşık işlemleri kapsamaktadır (Lagiewski ve Myers, 2008, s.1). Bu da medikal turizme talebin ve dolayısıyla sektörden elde

edilen gelirin her geçen yıl daha da artmasını sağlamıştır. Bazı araştırmacılara göre teker teker ülkelerin sınırları baz alındığında medikal turistlerin sayısı ve bu turistlerden elde edilen döviz miktarına ait kesin, güvenilir, sistematik bilgiler henüz mevcut değildir (Lunt vd., 2011, s.1-55). Ancak konu ile ilgili yaklaşık değerlere ulaşmak mümkündür. Bu değerlere göre dünya çapında medikal turizmden elde edilen gelir 2012 yılında 2004 yılındaki gelirin iki katından daha fazladır. 2004 ve 2012 yılları arasında dünya çapında medikal turizmden elde edilen gelir hiç azalmadığı gibi sabit de kalmamış ve sürekli artmıştır. Aşağıdaki tabloda medikal turizmin tüm dünya çapında yaklaşık olarak sağladığı gelir gösterilmektedir (Sharma, 2013, s.24).

Tablo 2.2 Dünya Çapında Farklı Yıllarda Medikal Turizmden Elde Edilen Gelir

Yıl	Gelir
2004	40.000.000.000 \$
2006	60. 000.000.000 \$
2008	80. 000.000.000 \$
2012	100. 000.000.000 \$

Kaynak: Sharma, 2013, s.24.

Medikal turizmden elde edilen gelire dair kesin bir bilgiye ulaşmanın zor olması medikal turizmin ekonomik boyutunun değerlendirilmesini zorlaştıran bir etken olabilir (Lunt vd., 2011, s.1-55). Ancak yine de hangi işlemlerin hangi ülkede yaklaşık olarak hangi fiyat karşılığında yaptırılabilceği bazı araştırmacılarca derlenmiştir (Awadzi ve Panda, 2006, s.75-81; Herrick, 2007, s.1-40). Örneğin; Amerika'da 200.000 dolar karşılığında yaptırılacak bir kalp kapakçığı ameliyatı Hindistan'da 10.000 dolara mal olmaktadır. Amerika'da 5.000 dolara faydalanılabilecek diş köprüsü tedavisi Hindistan'da 500 dolara mal olmaktadır (Awadzi ve Panda, 2006, s.78). Yeni Delhi'deki Apollo Hastanesi'nde 4.000 dolar ödeyerek yaptırılacak kalp ameliyatı, Amerika'da 30.000 dolardır (Herrick, 2007, s.2). Göz ameliyatı 3.700 dolara Amerika'da, 730 dolara ise Tayland'da yaptırılabilirken; Afrika'daki bir birey Amerika'ya oranla çok daha ucuza yüz gerdirme operasyonuna girebilmektedir. Diz replasmanı Amerika'da 50.000 dolar Filipinler'de ise 6.000 dolara arasındır. Yine Filipinler'de 10.000 dolara kalp ameliyatı olan bilen bir hasta Amerika'da 60.000-80.000 dolar ödemek zorundadır (Awadzi ve Panda, 2006, s.78).

Medikal turizm hizmetlerinin fiyatlandırılması medikal turizm ile ilgili ekonomik boyutta önemli olan başka bir faktördür. Örneğin; Hindistan'ın medikal turizmde önde gelen ülkelere bir tanesi olmasının en önemli sebeplerinden biri fiyatlandırmada diğer ülkelere kıyasla daha avantajlı olmasıdır (Awadzi ve Panda, 2006, s.78). Singapur'da 18.000 dolara yapılabilen diz replasmanı, Hindistan'da 12.000 dolardır. Fakat aynı ameliyat Amerika'da

yaptırılmak istendiğinde ödenecek miktar 30.000 dolardır (Herrick, 2007, s.2). İngiltere'de açık kalp ameliyatı 70.000 dolara karşılık yapılabilirken, aynı tıbbi işlem Amerika'da yaklaşık ki katı maliyet gerektirmektedir (Awadzi ve Panda, 2006, s.78). Öte yandan, Hindistan'da bir hasta neredeyse 3.000-10.000 dolar arası gibi diğer iki ülkeye göre çok daha makul bir fiyata açık kalp ameliyatına girebilir. İngiltere'de hemen hemen 17.000 dolar ödeyerek yaptırılacak bir diz ameliyatı Hindistan'da yalnızca 7.700 dolara halledilebilmektedir (Sen Gupta, 2004, s.1-4). Bilhassa Amerika ve diğer dört ülkede yer alan hastanelerin cerrahi işlemleri fiyatlandırmasında oldukça önemli ölçüde farklılıklar vardır. Bypass Amerika'da yaklaşık 144.000 dolara yaptırılırken Apollo hastanelerinde bu fiyat 8.500-10.000 dolara kadar düşmektedir (Beichl, 2009, s.10). Bu bilgilerin yer aldığı bazı ülkelerdeki önde gelen hastanelerden alınan bilgiler doğrultusunda oluşturulmuş fiyatların belirtildiği bir tabloya ve birkaç belli başlı cerrahi operasyonun Amerika ve diğer ülkelerdeki maliyetlerinin verildiği ve Amerika'yla kıyaslandığında fiyatların ucuzluğunun yüzdelerle belirtildiği başka bir tabloya aşağıda yer vermiştir (Beichl, 2009, s.10; Tattara 2010, s.2).

Tablo 2.3 Bazı Tıbbi İşlemlerin Tahmini Masraflarının Ülkeler Bazında Değerleri

İşlem	Güneydoğu Amerika	Anadolu Medikal Merkezi Türkiye	Apollo Hastaneleri Bangalore ve Yeni Delhi Hindistan	Bumrungrad Tayland	CIMA Hastaneleri Meksika
Bypass	\$144,317	\$12,000 - \$17,500	\$8,500 - \$10,500	\$23,000 - \$25,000	\$30,000 - \$33,000
Kalp kapakçığı değiştirme	\$177,665	\$14,000 - \$16,000	\$9,500 - \$13,000	\$22,000 - \$24,000	\$32,000 - \$34,000
Kalça protezi	\$100,047	\$11,500 - \$13,000	\$7,000 - \$9,500	\$11,000 - \$14,000	\$11,500 - \$12,500
Diz replasmanı	\$65,918	\$10,000 - \$11,000	\$8,000 - \$10,000	\$10,500 - \$14,000	\$10,000 - \$11,000
Omurga füzyonu	\$103,761	\$6,200 - \$7,200	\$7,500 - \$10,000	\$9,300 - \$10,000	\$14,750 - \$16,000

Kaynak: Beichl 2009, s.10

Tablo 2.4 Bazı Ülkelerde Uygulanan Cerrahi İşlemlerin Fiyatları

Cerrahi İşlem	Amerika	Hindistan	Tayland	Singapur	Malezya
Kalp Bypass	130.000	10.000	11.000	18.500	9.000
Kalp Kapakçığı Değiştirme	160.000	9.000	10.000	12.500	9.000
Anjiyoplasti	57.000	11.000	13.000	13.000	11.000
Kalça Protezi Ameliyatı	43.000	9.000	12.000	12.000	10.000
Rahim Ameliyatı	20.000	3.000	4.500	6.000	3.000
Diz Replasmanı	40.000	8.500	10.000	13.000	8.000
Omurga Füzyonu	62.000	5.500	7.000	9.000	6.000

Kaynak: Tattara 2010, s.2

Yukarıda yer verilen her iki tablodaki cerrahi operasyonlara ilişkin verilerin karşılaştırılmasında açıkça görülmektedir ki; tıbbi hizmet gelişmiş ve zengin bir ülke olan

Amerika’da seçilen diğer ülkelere oranla oldukça pahalıdır (Tattara, 2010, s.2). Bu da medikal turizmin bireysel ekonomik durumdan nasıl etkilenebileceği ve bu durumu nasıl etkileyebileceğini gözler önüne sermektedir. Ancak medikal turizmin ekonomik faydası bireye sağladığı avantajla sınırlı değildir. Medikal turizmden elde edilebilecek ekonomik faydalar medikal turist talepleri ve yasal düzenlemelerle güvence altına alınan fiyatlandırma politikaları sayesinde mümkündür. Bununla birlikte tıbbi hizmet ticareti ancak hizmetin sağlanması için harcanan miktar, gelirden az olduğunda avantajlı bir eylem olabilir. Durum bu olduğundan bir ülkenin medikal turizmden ekonomik fayda sağladık diyebilmesi için bazı şartları sağlaması gerekir. Bu şartlardan bazıları: medikal turizmden fayda sağlarken yerel halka da kaliteli hizmet sunmak için gerekli kamu sektörü için ek gelir, gereğinden fazla olan kamu ve özel sağlık sektörü kapasitesinin faydalı bir şekilde kullanılması, insan kaynaklarının etkin ve doğru bir şekilde çalışması ve sağlık çalışanlarının beyin göçünün kontrol edilmesi, bölge dışındaki medikal merkezlerle ilişki kurmak, tıbbi teknoloji ve ekipmanlarına erişim, medikal turizme bağlı sağlık sunucuları arttıkça yerel halka sunulan hizmetin de artırılması, özel sektörde girişimcilik ve diğer sektörlerden gelecek ek gelinde belirlenmesidir (Mattoo ve Rathidran, 2006, s.258-268; Brenzel, 2004, s.2).

Adams (2005, s.1-6) ilginç bir yaklaşımla fiyatlandırmadaki farklılığı bilhassa Amerika için değerlendirmiş ve Amerika’da sağlık hizmetlerinin pahalılığını bürokrasi ve kâğıt işlemlerine atfetmiştir. Kırtasiye ve kâğıt işlemlerinin faturada tıbbi işlemlerin ederinin %80’ini yansıttığını bildirmiştir. Fiyat farklarının sebepleri arasında genel olarak kabul gören başlıca sebepler: çalışanlara ödenen miktarlardaki farklılık, hatalı tıbbi işlemlere ödemeler, eczacılığa ilişkin masraflardaki farklılıklar, düzenlemelerdeki farklılıklar, döviz oranlarındaki farklılıklar vb. etkenlerdir (Piazolo ve Zanca, 2011, s.137-160; Herrick, 2007,s.1-40). Örneğin; Herrick (2007, s.1-40) Amerika ve başka ülkelerde aktif görev alan sağlık çalışanlarıyla yaptığı bir çalışmada diğer ülkelerde çalışanların Amerika maaşlarına kıyasla çok daha az maaşla çalıştıklarını görevlerini yerine getirdiğini bildirmiştir. Diğer ülkelerde çalışan doktorlar Amerika’da çalışanların aldığı ortalama maaşının %40 daha azıyla, hemşireler ise %80-90 daha azıyla çalışmaktadırlar (Herrick, 2007, s.13). Döviz kurlarında farklılıklar ise hedef ülkedeki para biriminin değer kazanması ya da kaybetmesi sonucu destinasyon değiştirme kararıyla sonuçlanabilir. Çünkü para biriminin değerinin değişmesi karşılaştırılmalı fiyat da avantaj ya da dezavantaja dönüşebilir(Herrick, 2007, s.13).

Medikal turizmin faydaları somut ve soyut faydalar olarak ikiye ayrılmaktadır (Saravanan, 2013, s.153-154).Bu ayrım medikal turizmin sosyal ve ekonomik boyutlarla ilişkisini de ayrı ayrı vurgulamaktadır. Somut faydalar daha çok rakamlarla ya da verilerle ifade edilip değerlendirilebilen faydalardır; yani ekonomik boyutla ilgilidir. Medikal turistten

elde edilen dövizin ülke ekonomisine getirisi, gelişmiş ülkeler karşısında edinilmiş fiyat avantajı, ileri düzeyde bilgi alışverişi, hasta bakımında kalitenin ve etkinliği artması, daha etkin bir hastane tedarik zinciri, yurtiçi ve yurtdışında iş ortakları edinip ittifak kurabilme şansı, lojistik alanda gelişmeler, insan kaynakları alanında artırılmış imkânlar, daha iyi bir altyapı ve insan gücü kullanımı, sağlık, turizm ve seyahat için alt yapı geliştirme şansı, sürümden kazanma fırsatı, hava, kara, demiryolları, iletişim ve bilgi endüstrileriyle bağlılık, medikal turistlerin kümelenmesi, yabancılar için sağlık imkânı sunmanın sonucu olarak yerel halk içinde daha iyi şartlar sunulması, araştırma ve geliştirmenin daha kapsamlı tıbbi çözümler sunması medikal turizmin somut faydalarıdır (Saravanan, 2013, s.153-154). Soyut faydalar ise: ülkenin küresel bir sağlık sunucusu olarak kazandığı uluslararası bir ün, sosyal ve kültürel anlamda çok kültürlü bir ortam yakalama şansı, uluslararası müşteri ilişkileri, küresel pazarlama ve ticaret ilişkileri geliştirme, ülkenin dünya standartlarında üst düzey bir sağlık sunucusu olarak tanıtılabilmesi, rekabet imkânı, ortaklıkların daha iyi koordine olması, özel ve kamu ortaklıkları ve son olarak hasta memnuniyetidir (Saravanan, 2013, s.153-154).

Medikal turizmin değerlendirilmesinde makro ekonomik ve mikro ekonomik fayda ve bedeller olarak iki farklı başlıktan bahsedilebilmektedir (Pope 2007, s.3158-3183). Bu da medikal turizm ve ekonomik boyutlar konusunda yapılabilecek başka bir değerlendirme yöntemidir. Ev sahibi ülke açısından bakıldığında en belirgin makro ekonomik faydalar: medikal ürün ve hizmetten, medikal turistlerin ulaşım, konaklama ve turistik aktivitelere yaptıkları harcamalardan elde edilen gelirler ve ihracat gelirlerinde artıştır. Medikal turizm yalnızca sağlık hizmeti pazarlaması üzerine kurulmuş bir endüstri değildir. Havayolu ulaşım şirketleri, transfer hizmetleri, eğlence aktiviteleri, geziler, alışveriş, konaklama gibi pek çok yardımcı servis medikal turizmde aktif olarak çalışmaktadır (Helmy, 2011, s.297). Bu gerçekten yola çıkılarak ülkeler makro iktisadi faydalar için ev sahipliği yapmak konusunda talepkardır. Yine ev sahibi ülke için mikro iktisadi faydalar ise: daha kaliteli sağlık hizmeti sunan daha kalifiyeli sağlık çalışanına sahip olmak ve medikal hizmetle ulaşım ve konaklama gibi sektörler arasında güçlü bir iletişim sağlayan örgütlenmelere ev sahipliği yapmaktır. Hasta gönderen ülke için mikro iktisadi faydalar ise vatandaşlarının daha düşük fiyatla kaliteli hizmet alabilmesidir (Pope, 2007, s.3158-3183).

Sigorta kapsamı medikal turizmin ekonomik boyutları başlığı altında incelenmesi gereken bir diğer konudur. Awadzi ve Panda (2006, s.75-81) medikal turizm ve sigortalandırmadan bahsederken medikal turistleri üç ayrı başlık altında toplamıştır. Bunlar: sigortasız medikal turistler, eksik sigortalı turistler ve sigortalandırılabilir turistlerdir. Sigortasız turistler sağlık masraflarının hiç bir güvence tarafından karşılanmadığı, sigorta giderlerini yüksek bulan turistlerdir. Eksik sigortalı turistler, sağlık giderleri karşılanmayan,

kendi sağlık giderlerini kendi ceplerinden 6demek zorunda kalan turistlerdir. Sigortalandırılabilen medikal turist ise kendi 6lkelerinde sağlık Şartları ve işlemleri gibi değişkenlere bağlı olarak sağlık masrafları 6denmeyen turistlerdir. B6t6n bu gruplar her ne kadar fiyat farklılıklarından dolayı da medikal turizmi seŐmiŐ ve destinasyonlarını buna g6re belirlemiŐ olsalar da sigortalı olup olmamak ve sigortanın kapsamı da bu karar da oldukÇa etkilidir. Yalnızca Amerika'da bile yaklaşık 43 milyon insanın sağlık sigortası olmadığı ve 120 milyon insanın da sigortasının diş sağlığını kapsamadığı d6Ő6n6ld6đ6nde ekonomik anlamda sigorta ciddi boyutlarda geniş bir potansiyel medikal turist pop6l6syonundan elde edilecek gelir g6rmezden gelinemez (Bookman ve Bookman, 2007, s.52). Bu sebeple de medikal turizm hem sigorta Őirketlerinde artış ve yayılmaya hem de iŐverenlerin medikal turizmi bir alternatif olarak fark etmesine neden olmaktadır (Kazemi, 2007, s.1-125). Sigorta Şirketleri ve hastaneler arasında da sıkÇa ikili anlaşmalar yapılmaktadır. 6rneğin; Batı Hindistan Kolkata'daki bir hastane İngiliz sigorta Şirketi BUPA ile anlaşma imzalamıŐ ve birlikte ŐalıŐmaktadır (Connell, 2006, s.1099). Dahası bazı Hint firmaları İngiliz Ulusal Sağlık Birliği'yle de İngiliz hastaların g6nderilmesinin kolaylaştırılması adına anlaşmalar yapmıştır. Yurtdışında emeklilik de yaşlılar iÇin sigorta ve bakım hizmetleri aÇısından değerlendirildiğinde sıkÇa başvurulan bir seŐimdir (Connell, 2006, s.1099).

2.5.2 End6striyel Boyut

Medikal turizm ve end6striyel boyut konusu incelenirken, medikal turizmin end6striyel yapısı ve end6striyel 6zelliklerini vurgulamak da fayda vardır. Hem sağlık sekt6r6, hem de turizm sekt6r6 temelde insan olan hizmet sekt6rleridir. Hizmet sekt6r6 ise g6n6m6z k6resel ekonomisinin Őekillenmesi ve y6nlendirmesinde Çok 6nemli bir rol oynamaktadır (Basole ve Rouse, 2008, s.53). Sağlık sekt6r6 ve turizm sekt6r6 farklı kombinasyonlarla sunulabilmektedir. En sık başvurulan sağlık ve turizm kombinasyonlarını Şu Şekilde sıralanmıştır: hastanede tedavi sonrası konaklama alanına gitmek, hastanede kalırken g6n6birlik gezilerde yer almak, konaklanan tesiste sunulan teşhis ve tedavi hizmetleri, bilhassa Avrupa spa merkezlerinde sunulan tıbbi bakımın da sağlandığı hizmetler, M6nih havaalanında olduğu gibi havaalanında sunulan tıbbi hizmet, gemilerde tedavi ve son olarak hedef 6lkeye giderken uŐakta sunulan teşhis işlemleri (Voigt vd. 2010, s.43).

Medikal turizmin end6striyel boyutunda etkili olan fakt6rler bir araştırmacı tarafından Şu Şekilde not edilmiştir: d6nya Çapında demografik değerikliklerden biri olarak n6fusun yaşlanması, yaşam tarzlarındaki değeriklikler, turizm sekt6r6ndeki değerikliklere bağlı olarak sağlanan alternatifler, ulusal sınırlar iÇindeki sağlık sistemlerinin kısıtlı olması, yabancı sağlık hizmeti sağlayıcılarının karşılaştığı engeller, yabancı sağlık sekt6r6 yetkililerinin 6n6ndeki

engeller, sigortalandırma, eğitim ve iletişim teknolojileri hakkındaki hukuki düzenlemeler, ulusal sınırlar içinde hukuki, altyapısal ve kapasite hakkında engellemeler, medikal turizm sektörünü etkileyen altyapısal, finansal ve insan kaynağı ile ilgili problemler, pazardaki rekabetin türü ve düzeyi, yasal mevzuat, ticari strateji seçimi, hizmette kalite beklentilerine yerel sektör düzeyinde uyum sağlayıp karşılık verebilme, hekimlere ruhsat uygulaması, tedavi amaçlı teknoloji kullanımı, vergiler, yerli ya da yabancı işgücüne dair engellemeler, iletişim, ulaşım, elektrik, su altyapısı, pazarda odaklanma, uluslararası hizmette kalite beklentilerine yanıt verebilmek için uyum, lisanslı ve eğitimi tamamlamış yardımcı personel, sektörel üstyapı, ülkeler arası geçiş prosedürlerinin kolaylığı, devlet desteği (Garcia-Altes, 2005, s.262-266).

Birçok hizmet sektöründe de görüldüğü gibi küreselleşmenin sonucu olarak tıbbi hizmet de artık yerel bir hizmet sektörü olmaktan çıkmış ve küresel bir sektöre dönüşmüştür ve bu dönüşüm devam etmektedir (Connell, 2006, s.1093-1100). Sınırlar ötesine taşınan ya da sınır ötesine geçip alınan bu hizmet sektörü küresel bir ağdan gücünü aldığı gibi aynı zamanda yerelde de hem önemli bir etki alanı oluşturmakta hem de ulusal sınırlar içinde sunulan diğer hizmetlerle yakından bir ilişki kurduğundan diğer sektörlerden etkilenmektedir. Herhangi bir sektörde paydaş bir karar verilirken kararlar ve karar verilmesi süreciyle ilgili birey ya da gruplardır (Donaldson ve Preston, 1995, s.67). Böylesine geniş ve çok boyutlu bir ortamda meydana gelen ve çalışmasını yürüten medikal turizm sektörü haliyle birçok paydaşın dünya çapında aktivitelerinin meyvesidir. Bu paydaşlar hizmetten faydalanan hasta ziyaretçiler, hizmeti sunan enstitü, enstitünün bulunduğu bölgede yaşayan yerel halk olarak listelenebilir (Mainil vd.,2010, s.31-44). Fakat medikal turizmin faal olmasını sağlayan ve medikal turizmin sonuçlarından da etkilenen paydaşlar bu listeye sınırlı değildir. Sektörde aktif olarak rol alan paydaşlar şu şekilde sıralanmaktadır: hastalar, doktorlar, hastaneler, sigorta şirketleri, ticaret ortakları, tur şirketleri, hava yolları, oteller, yerel ulaşım, yurtdışındaki ülkeler, ana vatan, devlet, Ticaret Bakanlıkları, Dış İşleri Bakanlıkları (Mukherjee vd. 2010, s.444).

Correa ve Parker (2005, s.307-333) hastanelerin ve sunulan sağlık hizmetinin oluşturduğu bir hizmet sektörü olan tıp hizmetini değerlendirirken örgütsel bir girdi ve çıktı sisteminin varlığından bahsetmiştir. Aynı zamanda ekonomik aktivitelerin yer aldığı birçok sektörün de kullanabileceği bu sistemi hastane yönetimini analiz etmek adına kullanmışlardır. Fiziksel, finansal ve bunlar dışında bir kaynağın birbirine bağlı olarak ya da bireysel olarak bir hizmet sektörüne etkileri olabileceği gerçeği bu modelde açıkça görülmektedir. Medikal turizm sektöründe de kapital, çalışan ve üretim olarak sunulan hizmet gibi içsel girdiler yer aldığı gibi hasta müşteriler, girişimciler, konaklama gibi yardımcı hizmetler, hükümet gibi

dışsal girdiler de mevcuttur. Gonzales vd.(2001, s.46) sağlık turizminin bir endüstri olarak adlandırılabilmesini sağlayan girdileri turizm endüstrisi ve sağlık hizmetlerinin kalitesi olarak belirtmiştir. Turizm endüstrisi pazarlama, otel hizmetleri, ulaşım sistemleri ve iletişim sistemlerini kapsar. Sağlık hizmetleri kalitesini belirleyen başlıca faktörler de; sağlık hizmetini sunanların yönetimi, altyapı ve eğitimidir (Gonzales vd. 2001, s.46).

Gonzales vd.nın(2001, s.46) oluşturduğu modeldeki dış faktörler Garcia-Altes (2005, s. 262–266) tarafından oluşturulmuş medikal turizmin nedenleri listesiyle de Mukherjee vd. (2010, s.443-444) listelenmiş ilgili paydaşların rolleriyle de tutarlıdır. Aynı zamanda şekilde sağlık turizmi ile diğer hizmetler arasında bir etkileşim de görülmektedir. Endüstriyel boyutta bakıldığında yardımcı hizmetler olarak da söz edilen bu girdilerin aslında her biri tek başına birer endüstrinin ürünüdür. Bu durumda medikal turizmin sektörler arası bir ilişkinin içinde olduğu söylenebilir. Medikal turizm endüstrisinin sektörler arası bir etkileşimde yer almasının önemi ise; tıbbi ekipman, ilaç gibi sağlık sektörü girdilerinin üreticileri, yeme içme, temizlik gibi hizmetlerin sağlayıcıları, iş yeri sağlığı ve güvenliği gibi çevresel faktörler ve çalışanların istihdamı ve eğitimi gibi faktörlerin hepsinin başka sektörlere ait hizmetler olmasına rağmen sağlık ve turizm sektörleri dolayısıyla medikal turizm sektörü üzerinde doğrudan veya dolaylı bir etkisi olması ile ilgilidir (Woodward vd.,2002, s.8-9)

Medikal turizm sektöründe girdileri ve bu girdilerin medikal turizm endüstrisinin var olmasında öneminin kısmen belirtildiği Gonzales vd., (2001, s.47) tarafından tasarlanmış başka bir modelde uluslararası akreditasyon, uluslararası tur operatörleri ve yabancı doğrudan yatırımları eklenmiş ve daha kapsamlı yeni bir model oluşturulmuştur. Bu modelde ise yeni eklenen faktörlerle birlikte medikal turizmin gelişmesi için stratejik çerçeve sunulmuştur. Bu modele göre; medikal turizm hizmetlerinde ticaret müşteri hareketliliği olarak düşünüldüğünde yurtdışında hizmet veren sigorta şirketi şubeleri gibi şirketler ya da yabancı bireyler sağlık hizmetleri ticaretine doğrudan yabancı yatırım sunabilir (Gonzales vd. 2001, s.47).

Medikal turizmin endüstriyel boyutunda dikkat çeken başka bir konu özel sektör ve kamu sektörü arasında bir seçim yapılmasıdır. Medikal turizm endüstrisi genel olarak özel sektörle ilişkilendirilse de, medikal turizmi destekleyen veya engelleyen yasalar kamusal yönünü gözler önüne sermektedir. Yunanistan, Malta, Kuzey Afrika, Ürdün, Hindistan, Malezya, Filipinler, Singapur ve Tayland yasaların medikal turizmin işleyişine müdahale ettiği birkaç örnektir (Heung vd., 2010, s.236-251; Cohen, 2010, s.1479). Hem kamu hem özel sektörde önemli bir yeri olan medikal turizm ticareti haliyle hem ulusal hem küresel ekonomide önemli bir yere sahiptir (Bookman ve Bookman, 2007, s.1-245).

2.5.3 Teknolojik Boyut

Hem sosyal ve ekonomik boyut hem de endüstriyel boyut konularında görülebileceği gibi medikal turizmin bilgi çağına dönüşen bir toplumun ihtiyaç ve taleplerini karşılaması beklenmektedir. Bu da medikal turizm ve teknolojik boyut konusunun araştırılmasını kaçınılmaz kılmaktadır. Medikal turizm operasyon öncesi, operasyon sırasında ve operasyon sonrasında olmak üzere üç ayrı zaman ve işlem diliminden oluşmaktadır (Hopkins vd.,2010, s.185). Bu dilimlerin her birinde de bilgi alışverişini sağlayan endüstri, bireyler, imkânlar ya da kurum ve kuruluşlar en önemli rolü oynayan aktörlerden sayılabilir. Operasyon öncesi ve sonrası medikal turist gereken bilgi birikimine ve kafasındaki sorular için cevaplara uzaktan ulaşmak zorundadır. Bilgi işlem teknolojilerinin medikal turizmde kullanılması bu işlemin gerçekleşmesini sağlar. Buna ek olarak tedavi sürecinde bile yine teknoloji sayesinde işlemler gerçekleştirilebilir. Örneğin; telemedicine; bilgi teknolojilerinin hastayı uzaktan, telefonla, web cam aracılığı ile video bağlantısıyla tedavi edilmesiyle oluşan bir medikal turizm hizmetidir (Longe, 2010, s.18). Bilgi teknolojilerinin medikal turizm sektöründe sunulan hizmetler için kullanılabilmesi, aracı kuruluşların ağlar kurabilmesi, elektronik medikal turizm kılavuzları hazırlayıp sunabilme, bazı testlerin ve elektronik işlemlerin teknoloji sayesinde uzaktan takip edilmesi gibi kolaylıklar sağlayabilir ve sağlamaktadır da. Örneğin; medikal turizm konusunda özel makalelerin yayınlandığı bir internet sitesi bile sanal ortamda rahatlıkla bulunabilir (Helmy, 2011, s.298). Avustralya'da uzaktan X-ray testlerinin sonuçlarını okumak için çalışan sertifikalı Amerikalı doktorlardan oluşan Night Hawk Radyoji Hizmetleri adında bir merkez mevcuttur (Longe, 2010, s.18).

Bilgi işlem teknolojilerinin medikal turizmde kullanılmasının etkin ve hızlı olmasının yanı sıra karşılaştırılmalı fiyatlandırmada da sunduğu avantajlar vardır. İngiliz Ulusal Sağlık Birliği Hindistan'daki doktorlarla laboratuvar sonuçları ve MRI testleri sonuçlarını okumaları için anlaşmalar yapmışlardır. Planet Hastaneleri Amerikan Hastanelerinin Hindistan'da nitelikli doktorlar bulup bu test sonuçlarını değerlendirebilecek uzaktaki işgücünden faydalanmaları için yerel merkezler kurmaktadır ve bu merkezlerde sunulan bir MRI değerlendirme işlemi Amerika'ya oranla çok daha ucuza sağlanmaktadır (Longe, 2010, s.18). Aynı zamanda teknolojinin medikal turizm alanında kullanılması İnternet sitelerinin kullanımı açısından da hem fiyat hem de süre ve kalite açısından avantaj sağlamaktadır. Daha önce de söz edildiği gibi; bazı medikal turizm sağlayan araçlar kendi web sitelerinde tanıtımlarını neredeyse masrafsız olarak sunmakta, elektronik medikal turizm kataloglarına bu internet sitelerinden ulaşılabilmekte ve akademik araştırma için de internet sitelerinden akademik makalelere erişilebildiği gibi medikal turizmin gelişmesi ve hızla ilerlemesi için teknoloji kullanılabilir (Helmy, 2011, s.298). PlanetHospital.com ya da MedRtreat.com medikal

turistlerle sağlık hizmeti sağlayan kuruluşların iletişimini sağlayan web sitelerine örnek olarak gösterilebilir. Yabancı hasta olarak sağlık hizmetlerinden faydalanmayı arzu eden bir medikal turist, bu sitelerde uzman bir ekiple iletişim kurarak gerekli ve uygun uzman ekip ve destinasyona yönlendirilebilir. Doktorlar ve diğer uzman personele sağlık durumuna dair bilgileri dijital ortamda gönderip yine dijital ortamda karşılıklı görüşmeler ayarlayabilir (Herrick ve Goodman, 2007, s.18). Dünyada birçok ülkede Telemedicine uygulaması ile hastalar tedavi öncesi ve tedavi sonrasında buldukları ülkeden doktorları ile görüşüp veri paylaşabilmektedir(Hjelm,2005).

2.6. Medikal Turizmde Karşılaşılabilecek Sorunlar

Medikal turizmin ülkelere ve bireylere faydalarına literatürde sıkça yer verilmesine rağmen, sektörün gelişmesinin önündeki engeller de araştırılmıştır (Rollyson, 2010, s.4-5; Hopkins vd., 2010, s.185-198). Her Şeyden önce bir medikal turist, yeni bir yere gitmesinden kaynaklanan psikolojik, fiziksel ya da zihinsel sıkıntılar yaşayabilir (Lee, 2006, s.7). Bu olumsuzluklar medikal turizm sektöründeki hareketliliğe Őüpheli bir bakış açısıyla yaklaşanların ortaya çıkabilecek daha karmaşık olumsuz tecrübelere odaklanmasına sebep olabilir. Örneğin; başka bir lkedeorgan naklinden kaynaklanabilecek etik sorunlar, hastanın güvenliği ya da özel sektörün hkimiyetiyle ortaya çıkabilecek eşitlikle ilgili sorunlar hakkında endişe duyulmaktadır (Hopkins vd., 2010, s.186; Smith, 2012, s.1-8). Medikal turizmin karşılaşabileceği sorunlar bazı araştırmacılarca hastanın kendi ülkesi açısından ve destinasyon ülke için olarak gruplandırılırken (Freire, 2012, s.41-50; Hopkins vd., 2010, s.185-198; Smith vd., 2011, s.276-282; Boyd vd.,2011, s.107-112), bazı araştırmacılarca maddeler halinde genel olarak incelenmiştir (Karuppan ve Karuppan, 2011, s.116-132; Heung vd. 2011, s.995-1005; Chen vd., 2012, s.1351-1356).

Karuppan (2011, s.116-132), yaptığı araştırma sonucu medikal turizmin potansiyel risklerini; operasyon sonrası bakım, kalma süresi, kültürlerarası rekabet konusundaki endişeler olarak özetlemiştir. Bies ve Zacharia (2007, s.1150-1151) ise medikal turizmin riskleri ile ilgili olarak açıklama yaparken bu riskleri iki temel başlık altında toplamıştır. Bunlar: tıbbi ve politik risklerdir. Tıbbi riskleri de yine kendi içinde iki gruba ayırmış ve bu grupları da hizmet kalitesi ve beklenmeyen masraflar olarak isimlendirmişlerdir. Hizmet kalitesi ile ilgili olası problemleri araştırmak için Amerika'daki hastaneler ile bölgedeki daha az gelişmiş hastanelerdeki durum kıyaslanmış ve o bölgede ilgili servisin bulunamaması, tıbbi hata için hukuksal yaptırımların zayıflığı ve akreditasyon eksikliği gibi problemlerle karşılaşılabileceğine yer verilmiştir. Beklenmedik masraflarla karşılaşılabileceği konusunda ise medikal turizm destinasyonunda yaşanabilecek bir problem sonrası kendi ülkelerine dönen

yabancı hastaların çok daha pahalı işlemlere ihtiyaç duyabileceği ya da uygulanan tedavinin tedavi sonrası bakıma ihtiyaç doğurması halinde yine kendi ülkesinde ödemeler yapması gerekebileceği ihtimallerine dikkat çekilmiştir. Politik riskler ülkeler arası siyasi ilişkilerin zarar görebileceği, ülkelerin sağlık sektörlerinin uluslararası düzeyde itibarının zedeleneceği ve yabancı doktor göçlerinin medikal turizm çerçevesinde yaşanacaklardan etkilenebileceği olasılıkları etrafında değerlendirilmiştir (Bies ve Zacharia, 2007, s.1150-1151).

Heungvd. (2011, s.995-1005) yürüttükleri çalışmanın sonuçlarına göre medikal turizm sektörünün karşılaşılabileceği başlıca sorunlar: devlet desteği, fiyatlar, kapasite ve yerel halkın sağlık hizmeti ihtiyacı ile ilgili problemlerdir. Araştırmacılar bu sorunların bir an evvel çözülebilmesi için yeni destekleyici politikalar, sektörde yatırımı destekleyici devlet müdahaleleri ve hastane sektörüyle diğer tıbbi tesislerin arasında işbirliği girişimlerinin artırılması gibi önerilerde bulunmuşlardır. Chen vd.(2012, s.1351-1356) ise medikal turizm ile ilgili potansiyel sorunları değerlendirmek için Tayvan'ı tıbbi hizmet almak için ziyaret edenÇin vatandaşı medikal turistlerin taleplerini etkileyen faktörleri incelemeyi tercih etmişlerdir. Yetersiz bilgi, yetersiz zaman, refakatçi eksikliği, rehberlikle ilgili sorunlar bu çalışmada Çinli medikal turistlerin Tayvan'ı ziyaret etme isteklerini etkileyen en önemli etkenler olarak ortaya çıkmıştır. Son olarak, medikal turizm uluslararası boyutlarda gerçekleştirilen eylemleri içinde barındıran bir sektördür ve bu sebeple ülkeler arası geçişlerde finansal, yasal, kültürel ve sosyal sorunlarla da karşılaşılabilir (Lee, 2006, s.6).

Bazı araştırmacılar da medikal turizm ile ilgili sorunları sektörün gelişimini etkileyebilecek problemler olarak değerlendirmiştir. Bu araştırmacılar gelişme sürecinde karşılaşılabilecek engelleri incelerken bu sorunları hastalar, doktorlar, hastaneler açısından problemler gibi gruplara ayırarak incelemeyi tercih etmiştir. Muzaffar ve Hussain (2007, s.216) malpraktis durumu söz konusu olduğunda hastanın karşılaşılabileceği zorluklar, tedavi sonrası sürecin gereklilikleri gibi doktor, hasta, hastane yönetimi, destinasyon ülkenin hukuki yapısı gibi birçok açıdan sorun yaratabilecek konulara dikkat çekmiştir. Öte yandan, literatürde medikal turizmde karşılaşılabilecek sorunları yalnızca devlet desteği ya da hukuki açıdan (Sharma, 2013, s.21-29), medikal turistlerin eğitimi açısından (Reddy vd., 2010, s. 510-522), yerel halkın sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik hakkı açısından (Smith vd., 2011, s.276-282) değerlendirenler gibi bu sorunların her birine yer vermek yerine tek bir soruna odaklanan çalışmalarla da karşılaşmak mümkündür.

Yukarıdaki örnek çalışmalardan anlaşılacağı üzere sektör olarak medikal turizmin ve bireysel olarak medikal turistlerin karşılaşılabileceği potansiyel sorunlar her daim vardır. Bu sorunların sınıflandırılması konusunda fikir ayrılıkları olsa da literatürde yer alan çalışmalardan faydalanılarak medikal turizm sektörüne dair başlıca sorunların yer aldığı bir

liste yapılabilir. Benzer bir liste yapılarak, bu bölümde medikal turizm sektörü ile ilgili sorunlara aşağıdaki sıra ile yer verilecektir:

- Dil ve İletişim Problemleri
- Medikal Turizmde Nitelikli Çalışan Eksikliği
- Aracı Kuruluşların Eksik ya da Yetersiz Olması
- Yasal Düzenlemeler ve Hukuki Problemler
- Malpraktis ve Tedavi Sonrası Bakım
- Telemedicine
- Fiyatlandırma
- Altyapı ve teknik sorunlar

2.6.1 Dil ve İletişim Problemleri

Gerek turizm sektöründe gerekse sağlık sektöründe hizmet üreticileri ve bu hizmetlerden faydalananlar arasında etkin bir iletişim kurulabilmesi oldukça önemlidir. Sağlıklı bir iletişim ortamının varlığı, bu iki sektöründe etkilediği yeni bir sektör haline dönüşen medikal turizmin olmazsa olmazlarından bir tanesidir. Ülkeler arasında seyahat etmeyi gerektiren medikal turizm için anadil ve gidilen ülkede konuşulan dil arasındaki farklılıklar medikal turizmde iletişim problemi olarak ortaya çıkabilir. Medikal turizm destinasyonları arasında lider olarak gösterilen ülkelerin bu başarısında medikal turizmin karşısındaki riskler konusunda bilinçlendirme gibi konularda iletişimi araç olarak kullanmadaki başarıları dikkat çekmektedir. Etkin bir iletişim kurabilmek için kullanılan dilin aynı olması ya da gelen medikal turistlerin kullandıkları dilin o ülkede çalışanlarca, hatta bazen yerel halkça bilinmesi ya da medikal turistlerin gittikleri ülkedeki dili biliyor olması gerekir (Penney vd., 2011, s.1-9).

Hindistan'a gelen medikal turistler İngilizce konuşan çalışanlardan hizmet alabilmektedir. Bu durumda Amerikan, İngiliz ve İngilizce bilen Avrupalı medikal turistler istedikleri hizmetten faydalanırken dil, dolayısıyla iletişim kurma konusunda zorluk yaşamaz (Spasojevic ve Susic, 2011, s.9-13; Bhangale, 2008, s.365-368). Ülkedeki çalışanların bildiği, çevirileri için tercümanların kullanıldığı, yabancı dil birimlerinde kullanılan diller İngilizce ile de sınırlı değildir. Almanca, Fransızca, İspanyolca, Çince, Japonca, Rusça gibi diller ile ilgili düzenlemeler de yapılmaktadır (Waikar vd., 2011, s.402). Malezya medikal turizm destinasyonu olarak listenin ilk sıralarında yer alan başka bir ülkedir. Burada pek çok yerel doktor ve uzman yurtdışında eğitimini tamamlamış ve yabancı dil konusunda problem yaşamayan çalışanlardır. Bununla birlikte farklı kültürlerden birçok insan ülkede yaşamaktadır. Böylece yerel halk herhangi bir yabancı dili Malezya'da kullanılan dile ya da

İngilizceye çevirebilir (Lee, 2006, s.120-121). Medikal turizmde lider olan başka bir ülke Tayland'da ise tıbbi amaçlı olmayan firmaların Uluslararası Hasta Merkezi vardır. Bu merkezde vize almadan sigorta işlemlerine kadar birçok konuda medikal turistlere yardımcı olunur. Merkezde 12 dilde tercüman iletişim kurmada, dil engelini aşabilmede önemli birer etkidir (Cohen, 2008, s.29). Özel hastaneler de diğer ülkelerde olduğu gibi vize işlemleri, iyileşme süreci, doktor seçimi, sigorta şirketleriyle iletişim sağlanabilmesi için yardımcı olabilecek dil bilen elemanları çalıştırmaktadır (Spasojevic ve Susic, 2011, s.9-13; Spasojevic ve Susic 2010, s.201-208). Azadivd. (2012, s.85-90) İran medikal turizmini incelerken, sektörün kalkınmasında hem özel hem de kamuya ait hastanelerde kullanılan dilin yerel dille sınırlı olması ve İngilizce konuşan çalışanların artırılması gerektiğini vurgulamışlardır. Bu örneklerde görüldüğü üzere medikal turizm sektöründe en başta doktorun, sonra hastanenin, sonrasında ülkenin başarılı bir konuma gelebilmesi ve dünya çapında başarılı bir medikal turizm ağı kurulabilmesi için dil aşılması gereken önemli bir engel olabilir. Birden fazla dil bilen tercümanlar ve çalışanlarla bu engel aşılabılır. İngilizce bilen çalışanlar ve tercümanlar bulundurmamak ise bu çalışanlara ödeme yapılacağından medikal turizmle ilgilenen tesislere ilave bir masraf olarak gösterilebilir(Harryono vd., 2006, s.30).

Dilin önemi medikal turistlerin kendi ülkelerinde de açığa çıkmaktadır. Medikal turizmde karar verme sürecinde kişilik özelliklerinden dil ve kültür öğrenmeye açık olmak bir faktör olarak gösterilebilir (Altin vd., 2011, s.10). Coğrafi olarak birbirine yakın ülkelerin vatandaşlarının komşu ülkeleri seçmelerindeki bir diğer sebep de uzak ülkelerle olan dil farklılıklarından doğan dil engelidir (Connell, 2013(b), s.115-130). Benzer dillerin kullanıldığı Asya ülkelerinden yine Asya ülkelerine ya da Amerikalıların bir kısmının İngilizce konuşulan ülkeleri tercih etmelerinin sebebi bu şekilde açıklanabilir. Amerika gibi gelişmiş ülkelerde yer alan medikal turizm tanıtımı firmalarının da ülkelerinin yerel dili yerine İngilizce kullanması dil engelini aşmada önemli bir adım olabilir (Cormany ve Baloglu, 2011, s.709-716). Ayrıca, gidilen bölgede karşılaşılabilecek riskler ve tehlikeler konusunda bilinçlenmek ve bilgilendirmek için de dil gerekli bir araçtır (Penney vd. 2011, s.1-9). Medikal turizm hizmetlerinin tanıtımı gazeteler, akademik araştırmalar, diğer medya kanalları yoluyla yapılabildiği için buralardaki bilgilerde kullanılan dilin anlaşılabilmesi bilgi eksikliğine neden olabilir. Örneğin; Avrupalı araştırmacılar Mainil vd.(2011, s.34) kendilerini İngilizce yazılan yerel gazetelerle sınırlandırmak zorunda kaldıklarını belirtmişlerdir. Nasıl ki benzer şekilde yalnızca İngilizce yerel gazetelerdeki bilgiler ışığında araştırma yapabilen araştırmacılar dil engeliyle karşılaşmaktaysa; aynı şekilde bu araştırmaları okuyan yerel halk da anlamada güçlük çekebilmektedir. Bu durumda dil hem araştırmacılar hem de medikal

turizmle ilgilenenler için bilgi edinmede bir sorun haline dönüşebilmektedir (Mainil vd., 2011, s.34; Altin vd., 2011, s.10; Cormany ve Baloglu, 2011, s.709-716).

2.6.2. Medikal Turizmde Nitelikli Çalışan Eksikliği

Medikal turizmde sunulan hizmetlerin check-up, sağlık taraması, diş tedavileri, kalp ameliyatları, kanser tedavisi, beyin cerrahisi, organ nakli gibi birçok kompleks işlemi kapsamı medikal turizm sektöründe çalışanların tecrübeli ve alanında uzman kişiler olması gerektiği gerçeğini gözler önüne sermektedir (Lee ve Spisto, 2007, s.2). Bu konudaki en önemli sorun medikal turizmde çalışanlar için uluslararası boyutlarda genel geçer yazılı veya sözlü bir kural olmamasıdır (Burkett, 2007, s.223-245). Bu sorun medikal turizmde kalite algısında göreceli bir anlayış oluşturduğundan medikal turizmde çalışanların niteliklerinin algısı konusunda ikileme neden olabilir. Günümüz dünyasında internetin yaygın olarak kullanılması ve sanal ortamda medikal turizm destinasyonlarına dair hastaneler, buralarda sunulan hizmetler ve çalışanlar konusunda detaylı bilgiye yabancı hastaların kolayca ulaşabilmesi çalışanların eğitimi konusunu daha da önemli kılmaktadır (Johnston, Crooks, Snyder ve Kingsbury, 2010(a), s.1-13). Yurtiçi ya da yurtdışı fark etmeksizin tıp eğitimi veren okullara çalışanların uzmanlıkları konusunda bir yargıya varma sorununun çözümünde önemli bir görev düşmektedir. Tıp eğitimi veren okulların sorumlulukları arasında; görev öncesi eğitim sağlama, medikal turizmin olumsuz sonuçlarının da olduğunu idrak edebilmek adına yerinde eğitim ve medikal turist çalışanı adaylarının kendi gelişimlerini yine kendilerinin değerlendirmesi imkânını sunmak vardır (Petrosoniak vd.,2010, s.683-689). Bu kapsamda Mısır'da Helmy ve Travers (2009, s.419-439) tarafından yapılan çalışmada yer verilen bilgilere göre; daha nitelikli hastane yönetimi, doktor, hemşire, tıbbi asistan, yöneticilik pozisyonunda çalışan, turizm personeli, destekleyici hizmetlerde çalışan personel yetiştirmek adına medikal turizm için dersleri de içeren, Harvard Tıp Okulu ve Mayo Klinikleri gibi uluslararası üne sahip enstitülerle ortaklığı olan eğitim programlarının dil ve iletişim, mesleki deneyim konularına odaklanması gerektiği vurgulanmıştır. Medikal turizm hizmeti verebilmeleri için yetiştirilen çalışanların niteliklerini geliştirmeye yönelik bu ve benzeri uygulamalar bütün medikal turizm destinasyonları için faydalı girişimlerdir (Helmy ve Travers, 2009, s.419-439).

Çalışanların nitelikleri ve bu nitelikleri nerede kazandıkları medikal turizm destinasyonlarının imajı açısından da önemlidir. Nitelikli ve tecrübeli doktorlar, sertifikalı hemşireler, gerekli eğitimi almış personelden oluşan ekiple çalışmanın sağlık sisteminin güvenilir ve güvenli olduğu hissi yarattığı genel olarak kabul edilen bir kanıdır (Ansari, 2012, s.213). "Kendi ülkesinde eğitimini tamamlamış sağlık uzmanları, doktorlar ve

hemşireler istihdam etmekle sağlık sektöründe profesyonel vekaliteli hizmet sunmayı garanti eder mi?" sorusu medikal turizmde karşılaşılabilecek sorunlardan bir tanesidir (Lunt vd., 2011, s.1-55). Yerel çalışanların nitelikli olacağına inancının aksine Dubai sunduğu sağlık hizmetinin kaliteli olduğunu savunurken hastanelerinde çalışan Alman doktorları, Lübnan ise bünyesinde çalıştırdığı doktorların Amerika ve Avrupa'da eğitim aldığını ülkedeki medikal turizmi tanıtırken bilhassa belirtmektedir (Kazemi, 2007, s.37). Tayland Japon yabancı hastaların dikkatini çekmek için sağlık personelinin Japonya'da eğitimini desteklemektedir (Connell, 2006, s.1096).

Medikal turizm destinasyonlarınca başvurulmuş bir başka yöntem de aynı ülke vatandaşı olanları gelişmiş ülkelerde eğitim almaya göndermek yerine gelişmiş ülke vatandaşı olan yabancı çalışanları işe almaktır (Lee ve Spisto, 2007, s.3). Amerika'da yer alan uzman topluluklar ve okulların Uluslararası Ortak Komisyon'un gerektirdiği sertifikasyon, kredi sistemi ve eğitimi sunması Amerika'nın tıp eğitimi konusunda ününün artmasını sağlar. Bu durum buralarda eğitim alan uzmanların sunacağı hizmetin kalitesini güvence altına alır ve buralardan mezun olan uzmanların uluslararası bir itibar kazanmasını sağlar (York, 2008, s.102). Bu sebeple Amerika medikal turizm destinasyonlarında çalışanların eğitimi için sıkça tercih edilen bir ülkedir. Medikal turizm sektöründe çalışanların Amerika ve Avrupa standartlarında niteliklere sahip olan çalışanları işe almak medikal turizmde ün kazanmada önemli bir faktördür (Herrick, 2007, s.1-40). Yabancı çalışanları işe almak ülke adına gerçekleşen bir beyin göçü sayılabilir. Bu da ülkedeki medikal turizm için olumlu bir gelişme olarak sayılabilir. Fakat ülkede medikal turizm sektörünün gelişmesiyle birlikte kamu sağlık sektörü çalışanları özel sektöre geçebilir. Bu da sağlık sektöründe bir iç beyin göçüne neden olur. Kamu sağlık sektörü iş gücü kaybı yaşarken, özel sektörün de insan kaynakları açısından gelişmesi bu iç beyin göçünün sonucu olarak ortaya çıkabilir (Smith vd.,2011, s.276-282; Johnston vd. 2010(a), s.1-13). Bu da Malezya gibi, kamu hastanelerinin kendi halkına ücretsiz sağlık hizmeti sunduğu ülkelerde yabancı hastaların rahatlıkla özel hastane ve kliniklerde uzman ekiplerce tedavi edilmesine, yerel halkın ise kamu hastanelerinde aynı hizmeti alırken eşit konumda olmamasına neden olur (Spasojevic ve Susic, 2011, s.9-13).

Medikal turizm sektöründe nitelikli çalışan konusunda dil bilgisi de başka bir konudur. Çalışanların anadil dışındaki dilleri bilmesi önemli bir niteliktir (Rerkrupimol ve Assenov, 2011, s.1-8). Örneğin; Hindistan'ın önceleri İngiliz kolonisi olarak biliniyor olması ülkede İngilizcenin yaygın olarak kullanıldığı gerçeğini destekler nitelikte olmasına rağmen; yabancı hastalara hizmet veren hastanelerdeki personelin İngiltere ve Amerika'da eğitim alması, Hindistan medikal turizminde çalışanların İngilizce bildiğini garantileyerek, ülke medikal turizminin tanıtılmasında kullanılan bir bilgidir (Burkett, 2007, s.227). Hindistan'da 3.371'in

üstünde hastanede çalışan 750.000 pratisyen, hemşire ve diğer personelin gerekli uzmanlık ve dil konusunda profesyonel olması bu bilgiyi destekler (Ansari, 2012, s.217). Hindistan Apollo Hastane Gruplarında çalışan cerrahların çoğunun Illinois'deki Galvin Kalp Merkezi ve New York'ta bulunan Memorial Sloan-Kettering Kanseri Enstitüsü gibi Amerika'da eğitim veren tanınmış merkezlerde eğitimlerini tamamlamışlardır (Burkett, 2007, s.230). Tayland'da yer alan Bangkok, Bumrungrad hastanelerinin de medikal turizmde başarılı olmalarının önemli bir sebebi; iyi yetiştirilmiş uzmanlarının dil konusunda kendini geliştirmiş doktorlar, hemşireler olması, hatta resepsiyonistlerin bile birden fazla dil bilmesidir (Rerkrupimol ve Assenov, 2011, s.6). Bu hastaneler 200'ün üzerinde Amerika tarafından sertifika verilmiş doktorla yabancı hastalara hizmet sunmaktadır (Burkett, 2007, s.230).

2.6.3. Aracı Kuruluşların Eksik ya da Yetersiz Olması

Medikal turizmde karar verme sürecinde henüz süreç daha başlamadan ilk etapta medikal turist olmak ya da olmamaya karar vermek yer almaktadır. Bu aşamada destinasyon ülkelere düşen en önemli görev potansiyel turistleri cezp etmek ve kendilerini seçmeye ikna etmek olduğundan daha ilk adımda aracı kuruluşların medikal turizm için önemi ortaya çıkmaktadır (Nwafor, 2012, s.603). Bu noktada aracı kuruluşlardan tedavi olunacak bölge hakkında bilgi vermesi, medikal turistlere alternatif seçenekler sunması, hastalar ve hastaneler arasında iletişim kurması, reklam ve tanıtım çalışmalarını düzenlemesi, hastaların güvenini kazanarak temsilci görevlerini yerini getirmesi beklenir (Rerkrupimol ve Assenov, 2011, s.5; Dawn ve Pal, 2011, s.196). Uygulanacak işlem ve ulaşım, konaklama gibi sağlanacak yardımcı ek hizmetler medikal turizmin pazarlanmasında ürün unsurları sayılabilecek hizmetleri, medikal turizm tur paketleri adı altında tek bir ürün olarak sunmak ve müşterisi olan medikal turistlere tanıtmak yine aracı kuruluşların sektörde kalkınmaya katkıları arasında gösterilebilir. Bu durumda da medikal turizm destinasyonlarının başarısında aracı kuruluşların rolü inkâr edilemez (Caballero-Danell ve Mugomba, 2007, s.37).

İhtiyacı olan tıbbi yardımı ülkesi dışında almak isteyen ya da almak zorunda kalan birey ya da bireyler, ilk adımlardan tedavi sonrası ülkesine dönmesine kadar geçen süreçte iki seçenekle karşı karşıyadır. Henüz araştırma yapmaya bile başlamadan verilmesi gereken ilk karar bu yolda yalnız, hiç bir kurum ya da kuruluşun yardımı olmadan mı yoksa aracı bir kuruluş bulup yardım alarak mı ilerleyeceği bundan sonraki yapması gerekenler listesini şekillendirecektir. Medikal turizmde bir tur planlayıcısının görevleri arasında; dünyaca tanınmış bir hastanede çalışan ilgili uzmanlarla randevu ayarlamak, ulaşım, konaklama gibi ihtiyaçlarda yardımcı olmak, medikal vize edinmede rehberlik etmek, sağlık kurumunun istediği diğer belgelerin hazırlanmasında yardım etmek, tedavi ve diğer ihtiyaçlar ile ilgili

düzenlemeleri yapmak, turistik imkânlar ve alışveriş gibi konularda kılavuz olmak vardır (Sharma, 2013, s.24). Bu görevler medikal turizm faaliyetlerinin hem yabancı hastalar hem de medikal turizm hizmeti sağlayıcılar için son derece önemlidir. Tıbbi amaçlara odaklanmış bir medikal turistin destinasyon, hastane, uzmanlar, tıbbi süreç, turizmle ilgili eylemler konularında bilgi alabileceği ve güvenebileceği bir aracı kuruluşla iletişime geçmesi hem destinasyon ülke hem de turist kendisi için en temel adımlardan biri sayılabilir (Lagiewski ve Myers, 2008, s.6).

Aracı kuruluşların medikal turizmdeki rolü dikkate alındığında, ülkede bulunan aracı kuruluş sayısının yeterliliği ve mevcut aracı kuruluşların da görevlerini yerine getirebilecek kapasiteye sahip olması önemlidir. Nasıl ki güvenilir ve başarılı aracı kuruluşların sayısı medikal turizmin etkinliğini olumlu yönde etkiliyorsa; yeterli sayı ve nitelik sağlanmadığında da medikal turizm sektörünün başarısında ve medikal turistlerin deneyimlerinde olumsuz sonuçlarla karşılaşılabilir. Medikal turizmin bu görevleri yerine getiren aktörlerinin çalışmalarını denetlemek amacıyla Medikal Turizm Birliği (MTA) sertifikalandırma amaçlı pilot bir program başlatmıştır (Carruth ve Carruth, 2010, s.137). Bu programı başarıyla tamamlayanlara iki yıl geçerli sertifikaların verileceği yine MTA'nın sitesinde yer alan bir bilgidir (Carruth ve Carruth, 2010, s.137). Herhangi bir denetimden geçmeyen bir örgüt bir aracı kuruluşun görevlerini üstlenmeye kalktığında yanlış bilgilendirme, yönlendirme, abartılmış fakat çok da gerçekçi olmayan vaatlerle yapılan tanıtımlar söz konusu olabilir. Bu da medikal turistlerin hem güvenlerinin sarsılması, memnuniyetsizlikleri hem de maddi kayıplarıyla sonuçlanabilir. Bu sebeptendir ki medikal turizmde aracı kuruluşların sayısının yeterli olması ve var olan aracı kuruluşlarının görevlerinin bilincinde olması, bu görevleri en iyi şekilde yerine getirmesi aracı kuruluşlarla ilgili ortaya çıkabilecek sorunları engellemek için gereklidir (Lagiewski ve Myers, 2008, s.6).

2.6.4. Yasal Düzenlemeler ve Hukuki Problemler

Medikal turizmin gelişmesi etik, ekonomik, sosyal ve kültürel tehditlerle karşı karşıya kalma tehlikesi içindedir (Behrmann ve Smith 2010, s.80-90). Medikal turizmin en temel tanımından da anlaşılacağı üzere bir medikal turist, destinasyon olarak seçtiği ülke neresi olursa olsun yabancı bir hukuk sistemiyle karşı karşıya kalacaktır. Her ülkenin hukuk sistemi birbirinden farklıdır (Rollyson, 2010, s.6). Medikal turizm sektörünün karşılaşılabileceği bu engeller sınıflandırılırken bu durum göz önünde bulundurulmalıdır. Medikal turizmde ortaya çıkan ekonomik, etik, sosyal ve kültürel engeller ve hukuki süreçte karşılaşılabilecek yasal engeller farklı başlıklar altında incelenmesi gereken konulardır (Partner, 2012, s.7). Medikal turistin destinasyon ülkede yasal olarak hangi haklara sahip olduğu sorusuna cevap veren,

uluslararası geçerliliği olan yasal bir düzenleme mevcut olmadığından medikal turistlerin sahip oldukları yasal haklar konusundaki belirsizlik belli başlı bir problemdir (Longe, 2010, s.16). Hastalar, geldikleri ülkeye kıyasla hasta hakları konusunda yetersiz, daha zayıf bir hukuk sistemi olan bir yasal düzenle karşı karşıya kalabilir (Gill ve Singh, 2011, s.319). Sağlık sektörünü ilgilendiren yasal düzenlemeler; uzmanların lisanslarının ve gerekli niteliklerinin düzenlenmesi, kurumsal tedarikçilerin başvurularının kabulü ve zorunlu kamu ya da özel sigortalandırma konuları ile ilgili olarak sınıflandırılabilir (Gonzales vd., 2001, s.269).

Bireysel olarak bir uzman ya da hastanenin ihmali ya da hatası sonucu ortaya çıkabilecek olumsuz sonuçlar için medikal turistleri koruyan bir yasal düzenleme olmamasından yakınılmaktadır (Rollyson, 2010, s.6; Smith vd.,2011, s.278). Herhangi bir sorunla karşılaşıldığında ya da tedaviyi gerçekleştiren ekibin bir hatası sonucu ortaya çıkan istenmeyen durumlarda hukuki süreç başlatmak isteyen bir medikal turistin en başta karşılaşıacağı yasal sorunlar seçim yapmasını gerektiren sorulardır. Örneğin; dava açmak isteyen bir hastanın kime dava açacağı konusunda üç ayrı seçenek vardır: müdahaleyi gerçekleştiren ekip, müdahalenin gerçekleştiği hastane ya da klinik, aracı şirketler. Zaten hastalığı ve ortaya çıkan istenmeyen durumlar nedeniyle fiziksel ve psikolojik olarak yıpranmış olan bir medikal turist, kim ya da kimlerle hukuki sürecin başlatılacağı aşamasını geçse bile bu sürecin nerde başlatılması gerektiği sorusuyla muhatap olacaktır (Svantesson, 2008, s.267). Kendi ülkesinde mi, destinasyon ülkede mi hukuki haklarını savunması gerektiği konusunda hasta ve hasta yakınlarının bilinçlendirilmesi medikal turizm sektöründe rol oynayan paydaşlarca dikkate alınmalıdır ve her iki ülkede de bu konunun hassasiyetinin bilincinde olunmalıdır. Malpraktis başlığı altında da incelenen bu durum, benzeri sorunlarla karşılaşan yabancı hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetsizliğinin yanı sıra gelecek olan medikal turistlere güven hissi verebilmek bağlamında da problemlere neden olabilmektedir. Başka bir deyişle; böyle sorunlar destinasyon ülkenin, hastanenin ve uzman ekibin medikal turizm adına olumsuz bir imaj çizilmesine sebep olabilir (Rollyson, 2010, s.6; Smith vd., 2011, s.278).

Ülkelere girişlerde yaşanan problemler ve medikal turistlerin geçişlerini kolaylaştıran yasal düzenlemeler sektörün gelişmesini etkileyen önemli başka bir faktördür. Özellikle kamu tarafından finanse edilen hastanelerde sunulan bazı özel tedaviler için özel bir vize gerekirken, özel hastanelere tedavi amaçlı başvuran medikal turistler geleneksel bir turistten istenen vize ile istediği hizmeti alıp ülkesine geri dönebilmektedir (Lee, 2006, s.6). Bu tür yasal uygulamalar, medikal turistlerin bu uygulamayı benimseyen ülkelerde özel hastane ve klinikleri tercih etmesinde bir etken olabileceği gibi; medikal turistlerin destinasyon

seçiminde de başka ülkelere yönlenmesine sebep olabilir. Ülkeye giriş yapılmasını gerektirmeyen durumlarda yabancı bir hastanın hekimle görüşmesini de engelleyen yasalar medikal turizm için zaman zaman bir sorun teşkil edebilir. Örneğin; yabancı bir hasta ülkesinde hekimlik yapmak için lisansı olmayan bir hekime bazı hukuki engeller sebebiyle çevrimiçi olarak ya da telefonla danışamaz. Hasta ve hekim arası iletişimin sınırlandırılması gibi hekimler arası işbirliği, bilgi alışverişi, hekimlerin ya da diğer uzman personelin istihdamı, bir hastaya kendini referans gösterme, tıbbi hataların belgelendirilmesi konularında da hukuki düzenlemelerle karşılaşmak mümkündür (Herrick ve Goodman, 2007, s.1-35).

2.6.5 Malpraktis ve Tedavi Sonrası Bakım

Hastanın şikâyetçi olduğu sağlık problemi, kendi ülkesi dışında aldığı bir tıbbi tedaviden sonra ülkesine döndüğünde devam ettirilmesi gereken bir müdahale ya da rehabilitasyon gerektirebilir (Johnston vd. 2010(b), s.9). Ancak tedavi süresince alınmış kayıtlar, test ve radyoloji sonuçları destinasyon ülkede kaydedilmemiş ya da gerektiğinde ulaşılamıyorsa bu durum medikal turizm uygulamaları için bir sorun teşkil edebilir (Crooks vd.,2011, s.4). Böyle bir durum söz konusu olmazsa bile hastanın kendi ülkesindeki uzmanlar başka bir ülkede yabancı bir uzman tarafından başlatılan bir tıbbi sürece sonrasında da olsa müdahale etmede isteksiz olabilir (Boyd vd., 2011, s.109).

Medikal turistin kendi ülkesindeki uzmanlar, medikal turizm sürecindeki tedavi sonrası bakımı sürdürmeyi kabul etse de bu işlemlerin masraflarını kimin ödeyeceği başka bir sorun oluşturabilir (Carruth ve Carruth, 2010, s.139). Ülkesinin dışında bir bölgede tedavi olan hastalar eğer bu tedavi masraflarını kendi cebinden ödemişse muhtemelen dönüşteki tedavi ve bakım masraflarını da kendi bütçesinden ayırarak ödeyecektir. Kendi ülkelerindeki sigorta şirketlerinin böyle bir hizmetin ücretini ödeyip ödemeyeceği hem meçhuldür hem de bu süreç zaten hasta olan bir medikal turist için finansal, fiziksel, zihinsel ve psikolojik açıdan oldukça yorucu bir dönem olacaktır (Reddy vd., 2010, s.514; Boyd vd., 2011, s.109).

Bazı araştırmacı ve yazarlar, uygulanan tedavinin tedavi sonrası bakıma ihtiyaç doğurması halinde yine kendi ülkesinde ödemeler yapması gerekebileceği ihtimalini medikal turizmin ortaya çıkarabileceği maddi bir problem olarak değerlendirmiştir (Bies ve Zacharia, 2007, s.1150-1151; Lee, 2006, s.5). Özellikle plastik cerrahisinde bu durumla sıkça karşılaşılmaktadır (Lee, 2006, s.5). Ancak bu durumun bir de hukuksal boyutu vardır. Tedaviyi uygulayan hekimin hatasından kaynaklanan bir sorunla karşı karşıya olduğunda bulunulan ülkenin malpraktisle ilgili düzenlemeleri araştırılmalıdır. Dünya Tabipler Birliği tarafından malpraktis tıbbi tedaviyi uygulayan uzmanın uygulamada yaptığı bir hata veya eksik müdahale sonucu ortaya çıkan olumsuz istenmeyen sonuçtur (Çetin, 2006, s.31). Bu

hatalar ölümle bile sonuçlanabilecek sorunlara yol açabilir (Gill ve Singh, 2011, s.319). Malpraktis ve medikal turizm süreci sonrasında işlem gerektiren vakalara örnek olarak plastik cerrahisinde aşırı kanama, enfeksiyon kapma, alerjik reaksiyonlar, yaralanma, liposuction ya da yüz gerdirme ameliyatları sırasında sinirlerin zarar görmesi; diş tedavilerinde sinirlerin zarar görmesi, enfeksiyon, iltihaplanma; bariatrik ameliyatlarda organların zarar görmesi, intraoperatif komplikasyon, ihmal sonucu geç teşhis; mide işlemlerinde yanlış beslenme, ülser, yanlış diyet uygulamaları; lazer göz ameliyatlarında yanlış gereçlerin kullanımı, yetersiz görüntüleme; kök hücre tedavilerinde felç, hatta ölümle sonuçlanan ihmalkârlık, nörolojik yan etkiler, yüksek kolesterol ve kan basıncı sonucu kalp hastalıklarına sebep olma gibi riskler gösterilmektedir (Partner, 2012, s.16-18).

Gelişmekte olan birçok ülkenin malpraktisle ilgili yasal düzenlemeleri ya eksik ya da belirsizdir (Al-Lamki, 2011, s.445). ABD sınırları içerisinde tedavi olan bir Amerikalı hasta malpraktis konusunda gönül rahatlığıyla kendisini hekimlere emanet edebilir; çünkü herhangi bir hata sonucunda Amerikan yasalarının hekimi görevden bile alabileceğinin bilincindedir (Léon-Jordán vd. 2010, s.55). Ancak örneğin Hindistan'da konuyla ilgili hukuki yaptırımlar da bir o kadar zayıf ve yetersiz olduğundan medikal turistin yerel bir mahkemeye başvurması bile kimi zaman anlamsız olacaktır (Bies ve Zacharia, 2007, s.1150-1151). Aynı şekilde Hindistan ya da Tayland gibi henüz gelişimini tamamlamamış ülkelerdeki yetersiz malpraktis yasaları bir medikal turisti mağdur etmek için biçilmiş kaftan gibidir (Muzaffar ve Hussain, 2007, s.216; Smith vd.,2011, s.278). Meksika'da da bir yabancı hasta olarak malpraktis iddiasıyla diş hekimine dava açmak ya da suç duyurusunda oldukça zordur (Leon-Jordán vd., 2010, s.57).

Malpraktis vakalarında hastayı koruyan yasal hakların bulunmaması, var olanların da yetersiz ya da belirsiz olması (Hopkins vd., 2010, s.188-189; Reddy vd.,2010, s.514; Kumar ve Yurk, 2010, s.21-22) bireysel olarak hasta veya hastalara zarar verebileceği gibi medikal turizm destinasyonunda yaşayan halka da dolaylı olarak zarar verecektir. Örneğin; zaten hijyen, eşitsizliklerin olduğu bir fiyatlandırma politikası ve sektörel standartlara ulaşamadığı konularında güven eksikliği yaşayan Hindistan, bir de böyle bir şikâyet eklendiğinde potansiyel medikal turist kitlesinin güvenini de daha gelmeden kaybedebilir. Medikal turizmden büyük gelirler elde ederek kalkınmaya çalışan gelişmekte olan bir ülke önemli bir sektörünün tanıtımını teşvik etmede sınıfta kalır. Bu gerçekleşirken de yerel halk ve diğer tüm sağlık kuruluşları olumsuz yönde etkilenebilir(Dawn ve Pal, 2011, s.193).

2.6.6 Telemedicine

Telemedicine hastanın bulunduğu yer sebebiyle ulaşmakta zorlanacağı, ancak bir bilgisayarla evden bile rahatlıkla ulaşabileceği sağlık hizmetine erişimi sağlar (Gonzales vd.,2001, s.34). Medikal turizm sektörüne de hasta memnuniyeti ve sadakati gibi faydalar sağlayabilir (George ve Henthorne, 2009, s.512-522). Bazı kaynaklarda Amerika'nın sınır ötesi sağlık hizmetine erişiminin, X-ray sonuçları değerlendirme, tanı testlerinin yorumlanması, video konferansla iletişim gibi telemedicine kapsamındaki yöntemlerle başladığı bilgisi yer almaktadır (Boyd vd.,2011, s.107). Başka bir deyişle medikal turizmin bu denli ilgi görmesi, insanların ülkeleri dışında bir yerden sağlık hizmeti alabileceklerinin farkına varmaları gibi meselelerde telemedicine'nin önemli bir yeri olabilir. Öte yandan; telemedicine, medikal turizm için bir soruna da dönüşebilir. Amerikan Sağlık Sigortası Taşınabilirlik ve Sorumluluk Yasası'nda (HIPAA) yer alan hasta mahremiyetinin korunması adına elektronik hasta kayıtlarındaki özel bilgilerin korunması ve elektronik sağlık hizmetinin aktarımı konusunda ulusal standartların belirlenmesine yer verilmiştir. Avrupa'da da telemedicine süresince hastanın özel bilgilerinin korunmasına yönelik kaygılar vardır (Song vd., 2013, s.175). Bu durum sağlık hizmeti ile ilgili sanal ve elektronik her türlü aktarımın yasal boyutu konusunda eleştirilere neden olmaktadır (Tolliver, 2011, s.32)

Hasta bilgilerinin gizliliği ile birlikte kullanılan ekipmanın güvenilirliği, bilgi alışverişini sağlayan personelin güvenilirliği gibi konular da diğer olası problemlerdir (Dickens ve Cook, 2006, s.77). İşlemler fiziksel olarak bir ortamda bulunularak yapılmadığından telemedicine sisteminde personelin ya da sağlık hizmetini sunan uzmanların lisanslarına dair bilgiye ulaşmak ya da ulaşılan bilgilerin doğruluğundan emin olmak oldukça zordur. Kullanılan tıbbi ekipmanın kalitesi, işlem için uygunluğu, tedaviye dair bilgilerin doğruluğu gibi konular da geride soru işaretleri bırakabilir. Personelin ya da tesisin lisanslı olup olmaması, uluslararası bir akreditasyon söz konusu olmadığında hangi ülkenin akredite etme yöntemine güvenilebileceği hem etik hem de yasal problemler doğurabilecek sorulardır. Uygulamada herhangi bir malpraktis sorunu yaşandığında hangi ülkenin yasalarının uygulanabileceği ya da malpraktisin kaynağının bulunup bulunamayacağı, hatta ortaya çıkan problemin malpraktis kaynaklı olup olmadığının bile kanıtlanamayacağı düşünülecek olursa telemedicine uygulamasının daha başında alınan riskler de gözler önüne serilecektir. Banglore'da Coloradolu bir hekim tarafından telemedicine kullanımı sonucu, doz aşımından Kaliforniya'da yaşayan bir hastanın ölmesi için ne kadar ileriye gidebileceğinin göstergesi sayılabilir. Hastanın ölümünden sonra hekimin Kaliforniya'da sağlık hizmeti sunmasına izin veren bir lisansının bile olmaması hakkında Kaliforniya'da uygulanan yasalar çerçevesinde yasal işlem başlatılmasıyla son bulmuştur (McLean ve McLean, 2006, s.292).

Telemedicine konusunda bir diğer eleştiri ise, maddi açıdan fayda sağladığı iddiasına yönelik olabilir. Telemedicine, müşteri konumundaki hastayı başka tedavi masrafının yanı sıra bir ülkeye ulaşım, orada konaklama, vize masrafları gibi ek ödemelerden kurtarabilir. Ancak sağlık hizmeti sunucusu için aynı durumun söz konusu olmadığı durumlar da vardır. Örneğin; telemedicine için gereken merkezi bir sistem kurmak ve sürdürmek sanıldığı gibi çok da masrafsız bir işlem olmayabilir (Gonzales vd., 2001, s.34-35). Telemedicine süresince hizmeti sağlayıcı konumunda olanlar için tek problem fiyatlar değildir. Başka bir ülkede pazarlama işi yapmanın riskleri telemedicine için de geçerlidir. Nasıl ki malpraktis gibi problemler ortaya çıktığında hastalar destinasyon bölgenin hukuki ortamında zorluklar yaşama riskini göze almak zorunda kalıyorsa, telemedicine hizmeti sunan kişi veya kuruluşlar da ödeme yapılmadığında başka bir ülkenin yasal süreçleriyle muhatap olmak zorunda kalabilir (McLean, 2006, s.297).

Telemedicine ticari açıdan da sorun teşkil edebilir. Ülkelerin ticari varlıklarını sürdürebilmeleri için kullandıkları tekniklerden biri lisans verme iken diğeri de uluslararası ticareti kuralar koyarak kontrol altında tutmaktır (McLean ve McLean 2006, s.294). Sınır ötesi sağlık hizmeti sağlanması da binevi uluslararası bir ticaret sayılabilir. Telemedicine söz konusu olduğunda bu ticari ilişkilerin kontrol altında tutulması zorlaşabilir. Böylelikle de bir ülkenin kendi pazarı tehlike altında kalabilir ve zarar görebilir. Üstelik telemedicine aracılığıyla yapılan reklam ve tanıtım çalışmalarının ne kadar yasal ve kesin olduğu da takip edilemeyebilir. Yanlış bir bilgi ya da beklentilere cevap vermeme hem destinasyonun imajı, hem de destinasyonda sunulan medikal turizm hizmeti konusunda önyargılara neden olabilir (McLean ve McLean, 2006, s.292; McLean, 2006, s.297).

2.6.7 Fiyatlandırma

Medikal turizm bütün bir yıla yayılabilen bir turizm çeşidi olduğundan fiyatlandırmada mevsimsel değişiklikler olması pek olası değildir (Caballero-Danell ve Mugomba, 2007, s.26). Ancak önemli fiyat farklılıkları aynı sınırlar içinde yer alan sağlık kuruluşları arasında bile görülebilir. Fiyatlandırma politikaları oluşturulurken uygulanan yöntemler, benimsenen vizyon ve ortaya çıkan fiyat listeleri hem etik açıdan sorun teşkil edebilecek hem de bireysel olarak hatta küresel olarak da sağlık sektörü için problemler yaratabilir. Medikal turizmin gelişimi ise fiyatlandırma sistemindeki uygulamalardan dolayı ortaya çıkabilecek herhangi bir sorundan kolayca etkilenebilir. Daha önce de belirtildiği gibi para birimlerindeki farklılıklar, çalışanlara ödenen miktarların değişim göstermesi gibi faktörler küresel bir yasal düzenlemenin olmasını engellediği gibi, yine aynı faktörler ülkeler arasındaki fiyat farklılıkları nedeniyle aslında medikal turizmin doğmasına ve gelişmesine de

önderlik eden en önemli etkenlerdir. Fakat ülkelerin de özel ve kamu sağlık kuruluşlarının fiyatlandırma politikalarının her birini içeren ulusal bir yasal düzenlemeleri olmadığına medikal turizmin gelişmesi önünde engeller oluşabilir (Herrick, 2007, s.1-40).

Sağlık hizmetinin pazarlanması süreci herhangi başka bir hizmet ya da ürünün pazarlanmasından fiyat konusunda da farklılıklar gösterir. Bir ürün pazarlanırken fiyatı, bazı durumlarda ürün daha piyasaya sürülmeden bile belli olabilir. Öte yandan bir hizmetin pazarlanması sırasında da hizmete karşılık ödenecek bedel çoğu zaman belli olabilir. Ancak sağlık hizmetinde bu durum farklıdır. Tedavi süreci tamamlanmadan ne bir hastane ne de bir hekim fiyata dair çoğu zaman kesin bir bilgi veremez (Herrick ve Goodman 2007, s.4). Bu durum fiyatlandırmada şeffaf olma ve hastaya doğru bilgiler verme konularında sorun olabilir. Fiyatlandırma konusunda şeffaf olma sorununu çözmek adına Sağlık Bakanlıkları'nın özel hastaneleri bir işlem için ortalama bir fiyat vermeye teşvik etmeleri ve kamuda da benzer işlemlerin fiyatları konusunda yaklaşık fiyatlar konusunda bilgiler vermeleri bir çözüm olabilir (Gan ve Frederick, s.24). Aksi halde fiyatlandırmada şeffaf olunamaması ya da olunmaması sağlık hizmetinin pazarlanmasında rekabet ve girişimciliği olumsuz yönde etkileyebilir (Herrick ve Goodman, 2007, s.3).

Fiyatlandırma kapsamında sorunlara neden olabilecek başka bir konu ödemenin nasıl ve kim tarafından yapılacağıdır. 1960 yılında sağlık hizmetinden faydalananların %47'si hizmetin bedelini kendi cebinden öderken, bu oran 1980'lerde %23'lere kadar düşmüştür. 2004 yılında ise kendi cebinden ödenen ve üçüncü parti tarafından ödenen faturaların sayısı arasındaki fark çok daha fazla olarak gözlemlenmiştir (Herrick ve Goodman, 2007, s.4). Amerika'dan daha az bir miktar olduğunda bile Amerika'daki sigorta poliçelerinin birçoğunun yabancı bir ülkedeki tedavinin masraflarını karşılamaya isteksiz olması, hatta karşılamaması (Reddy vd., 2010, s.514; Heung vd., 2010, s.239) hastaların bu masrafları kendi cebinden ödemelerine sebep olmaktadır. Ödeme sürecinde üçüncü kişi veya kişilerin dâhil olması medikal turizmde fiyatlandırma konusunda yaşanabilecek problemlerden işvereni sigorta şirketi gibi üçüncü partilerin de etkilenmesine sebep olmaktadır. Bir işlem masrafının bir diğeriyle aynı olmadığı gerçeği, ödeme aşamasında sürece dahil olan üçüncü partilerin işlemlerin başında hem tek bir fiyatla karşılaşmaz; hem de potansiyel medikal turistlere tek bir fiyat bilgisi veremezler (Herrick ve Goodman, 2007, s.4).

Fiyatlandırma ve medikal turizm konuları aynı başlık altında incelenirken, sağlık hizmetlerinin kelimenin tam anlamıyla ticari bir etkinliğe dönüşmesi de başka bir sorun olarak ortaya çıkabilir. Sabit bir tek fiyat politikası benimseyen bir sağlık kuruluşu medikal turizm sektörü söz konusu olduğunda bu politikasında değişiklikler yapmak isteyebilir. Hatta belki de zorunda kalabilir. Fiyat avantajı sağlayarak yurtdışından hasta çeken kuruluşlar bunu zaten

yapmaktayken, hasta gönderen ülkelerdeki özel sağlık kuruluşları da varlıklarını sürdürülebilmek adına fiyatları düşürebilir (Helble, 2011, s.70). Ancak bu durum kar amacı gütmeyen hizmet vermenin asıl amaç olduğu sağlık sektörünün rekabet ortamına sürüklenmesine sebep olacaktır. Fiyatlardaki farklılıkların büyük ölçüde kullanılan teknik ekipman, hekimlere ödenen maaşların farklılığı, teknolojik uygulamalara harcanan masrafların farklı oluşu gibi etkenlerden de kaynaklandığı düşünülecek olursa bu rekabet ortamında gelir ve gider dengesinin kurulması adına karlılık ilkesinin benimsenmesi gerekebilir. Bu da sunulan sağlık hizmetinin ticari bir etkinliğe dönüşmesiyle son bulabilir (Helble, 2011, s.70; Herrick, 2007, s.1-40; Hopkins, vd. 2010, s.193).

Gidilen ve gelinen ülkeler arasındaki ekonomik yapıdaki farklılıklar fiyatlandırma konusunda sorun olabilir. Medikal turizm başka bir ülkede sağlık ihtiyacını karşılamak anlamına geldiğinden, medikal turistler o ülkenin birçok özelliğinden olduğu gibi ekonomik özelliklerinden de etkilenecektir. Gidilen ülkenin para birimindeki değişimler (Caballero-Danell ve Mugomba, 2007, s.26), vergilendirme sistemi (Hopkins vd.,2010, s.193) gibi faktörler medikal turistlerin hizmet konusunda beklentilerini ve tecrübelerini etkileyecektir. Değişen döviz oranları potansiyel medikal turistleri olduğu gibi mevcut medikal turistleri de etkileyebilir. Örneğin; herhangi bir sağlık problemi için zaten ülkesi dışında olan bir medikal turist, gittiği ülkeden farklı bir yere gidip tedavisini orada sürdürmek isteyebilir (Caballero-Danell ve Mugomba, 2007, s.26). Fiyatlandırma politikalarında vergilendirmenin de ayrı bir yeri vardır. Elde edilen gelirin ne kadarının tekrar sağlık hizmeti için, özellikle kamu sağlık sistemi için, kullanılacağı belirlenmesi yerel halkın da faydalanacağı sağlık hizmetinin kalitesini etkileyecektir. Bu duruma bir örnek olarak Tayland'da medikal turistlere sunulan kaliteli hizmetin Tayland halkının birçoğu tarafından çok pahalı olması sebebiyle faydalanamadığı verilebilir (Hopkins vd.,2010, s.193).

2.6.8 Altyapı ve Teknik Sorunlar

Medikal turizm içinde müşteri sıfatıyla yer alan gerek hastalar gerekse üçüncü kişiler, gidecekleri bölgenin, maliyetlerini ödeyecekleri hizmetlerin verildiği ülkenin altyapı yeterliliği konusunda bilgi arayışına henüz daha sürecin başındayken başlayabilirler. Gelişmiş ülkelere gitmeye karar veren hastalar, kendi ülkelerindeki altyapı donanımına en azından yakın bir imkân arayışındadırlar. Fiyat farklarını gözeterek yola çıkan bir hasta bile aynı fiyata daha rahat bir deneyim yaşayacakları altyapı hizmetlerinin sunulduğu bir bölge ile karşılaştıklarında doğal olarak ikinci seçeneğe yöneleceklerdir. Hindistan'ın durumu, medikal turizmde altyapı yetersizliğinin olumsuz bir etki yaratabileceğine güzel bir örnektir. Hindistan uluslararası medikal turizmde her ne kadar lider destinasyonlardan bir

tanesi sayılsa da, ülke içinde altyapı yetersizlikleri nedeniyle 2008-2009 yıllarında toplamda 126.000.000 kişi bulunduğu şehirden başka bir şehre tedavi olabilmek için gitmiştir (Sharma, 2013, s.22). Bununla birlikte ülkeye gelen medikal turistler de genel olarak fiyat avantajı için burayı tercih etmektedir. Altyapı konusunda Hindistan'ın kötü imajı giden birçok medikal turistçe bilinmektedir (Swain ve Sahu, 2008, s.483). Fakat buna rağmen insanların Hindistan'ı medikal turizm destinasyonu olarak seçmesi, devleti de ilaç firmaları, konaklama tesisleri ve özel kuruluşları altyapı geliştirme konusunda teşvik etme girişimlerine başlamıştır (Sharma, 2013, s.26).

Sağlık kuruluşu bünyesinde tercümanlık hizmeti sunan birimler bulundurmak, kültürel farklılıklar ve tedavi süresince medikal turistlere yardımcı olacak kişilerin istihdamı, hastane ve sağlık kuruluşlarının içindeki tabelalar, bilgilendirme ofisleri gibi yönlendirmelerde medikal turistlerin gereksinimlerini de gözetmek, havaalanı ve tedavinin alınacağı tesis, konaklanacak yer uzaklıkları ayarlamak ve bu bölgeler arası yerel ulaşımın sağlamak, kuruluş içinde bir yabancı hasta birimi vb. bölüm oluşturmak, din, kültür farklılıklarını yeme içme gibi hizmetlerin hazırlığı ve sunumu aşamasında gözetmek gibi faktörler altyapı yeterliliğini sağlık kuruluşu içi ve çevresinde belirleyen bir kaç örnektir (Yalçın, 2006, s.1-196). Altyapı kapsamında yer alan bu örnekler hastaneden hastaneye farklılık gösterebileceği gibi, özel ve kamu sektörü için de farklı olabilir. Örneğin; özel hastaneler de bu tarz düzenlemelere daha fazla önem verilirken, kamuda yabancı dilde bir yönlendirmeye rastlamamak da mümkündür (Yalçın, 2006, s.1-196).

Kapasite, yer, destekleyici yan kuruluşlar, fiziki ortam ve hastane seçeneklerinin fazlalığı altyapı ile ilgili diğer faktörlerdir (Heung vd., 2011, s. 1002). Hong Kong için yapılan bir değerlendirmede bu faktörlerdeki yetersizliklerin de medikal turizmde gelişme konusunda sorun oluşturduğu belirtilmiştir. Yatarak tedavi edilecek hastalar için yeterli sayıda yatak olmaması da bir altyapı sorunudur. Yetersiz yatak sayısından dolayı kendi ülkesinde bekleme listelerinden kurtulmak için gelen bir medikal turist, gittiği ülkede de aynı problemle karşılaşmak istemez. Haliyle bu durum medikal turist veya turistlerin destinasyon seçerken karar verme sürecini, bu da destinasyonun medikal turizm sektöründeki durumunu etkileyecektir. Bu alt yapı yetersizliği kapasite eksikliğinden kaynaklanmaktadır (Heung vd., 2011, s. 1002). Yer konusunda ise Hong Kong'da bulunan hastanelerin yöneticileri, yerlerin pahalı olmasından dolayı hastaneleri genişletemediklerini ve kapasite sorununa çözüm bulamadıklarını bildirmişlerdir (Heung vd., 2011, s. 1002). Yan hizmetlerin yetersiz olması, özellikle aileleri ya da refakatçilerle gelen medikal turistlerin aileleri ve kendileri için bu süreci daha rahat ve eğlenceli hale dönüştürebilecek altyapı düzenlemelerin olmaması ile ilgilidir. Bu yönde yapılacak düzenlemelerin olumlu sonuçlar doğuracağı belirtilmiştir (Heung

vd., 2011, s. 1002). Hastane seçeneğinin yetersiz olması ise, Hong Kong'a gelen medikal turistlerin bilhassa kamu hastanelerinin medikal turistler ve bölgede halkla ortak kullanılmasının medikal turistler için sorun olabileceği ile ilgilidir. Bu konuda sadece medikal turistlere ait ayrı bir tesis yapılarak altyapı desteği sağlanabileceği de belirtilmiştir (Heung vd., 2011, s. 1002).

Teknik ve fiziki yeterlilik ise kullanılan ekipmandan, bölgede medikal turizm için yapılan araştırmalar, mevcut araştırma merkezlerine değin geniş bir konuyu kapsamaktadır. Örneğin; Tayland'da x-ray gibi modern teknolojinin kullanıldığı uygulamaların öncelikli olarak büyük şehirlere ve özel hastanelerde mevcut olması kamu hastanelerinin bu teknolojileri kullanan kuruluşlara göre teknik açıdan daha yetersiz olduğunu göstermektedir (Harryono vd.,2006, s.24). Bu sebeple de medikal turistlerin tercihi özel sektörden yana olmaktadır. Teknik bilgi konusunda ise Ürdün'de özel kuruluşların koordine bir şekilde çalışmamasından kaynaklanan hasta profillerinin çıkarılamaması örnek olarak gösterilebilir. Ülkeye giriş ve çıkış yapan turist sayısına dair bu sebeple net bir bilgiye ulaşılması zordur (Darwazeh, 2011, s.55). Ülkeye gelen medikal turistlere dair net bir bilgi olmaması ise potansiyel medikal turistler için kapasite belirleme, gereksinimlerine dair bir varsayımda bulunma ve buna göre düzenlemeler yapma konusunda sorun yaratabilir. Buna benzer bir durum tüm dünya çapında da geçerlidir. Medikal turist hareketliliği çeşitli nedenlerle net bir şekilde belirlenemediği için, medikal turizm verilerinde, elde edilen gelirlerde kesin bilgiler bulunması zorlaşmakta hatta bazen imkânsızlaşmaktadır (Darwazeh, 2011, s.55).

2.7 Medikal Turizmde Etik

Medikal turizm hem hasta gönderen hem de hasta tedavi eden iki ülke için etik sorumluluklar gerektiren bir sektördür. Medikal turizmde etik literatürde pek çok kez dile getirilmiş ve başlıca örneklerle incelenmiştir (Johnston vd.,2012(a), s.38). Tıp etiğinde kişiler için saygı, bilerek zarar vermeme, iyilik yapma ve adalet başlıca prensiplerdir (Jesus 2010, s.17). Bir medikal turizm çeşidi olan organ nakli turizmi için Rhodes ve Schiano (2010) etik konuları bireysel ahlak, politik sorumluluk ve uzman sorumluluğu olarak üç ayrı başlık altında sunmuştur (Akt. Testa ve Angelos, 2010, s.12). Medikal turizmin diğer uygulama şekilleri için de bireysel ahlak, politik sorumluluk ve mesleki sorumluluk etik kavramının üç ayrı boyutudur. Bireysel erdem, politik ve profesyonel sorumlulukların hepsini birlikte gözeten bir etik anlayış medikal turizmde yer almalıdır (Léon-Jordán vd.,2010, s.64). Bunları birbirinden kesin bir çizgiyle ayırmak kolay değildir. Profesyonel sorumluluk boyutu doktorların ve işlemlerde yer alan profesyonel tıp ekibinin kontrolü altındadır. Bu sorumluluğun yerine getirilmesi de hem bireysel erdem hem de politik sorumlulukla yakından

ilgilidir. Bir doktor medikal turizmde etik ilkelerini değerlendirirken ve bu çerçevede karar verirken hem kendi vicdani sorumlulukları hem de yasal çevre tarafından etkilenmektedir (Jesus 2010, s.17; Leon-Jordan vd.,2010, s.64).

Etik problemler için çözüm ve önlem olarak şu üç yol önerilebilir (Einsiedel ve Adamson, 2012, s.42): tedaviyle ilgili olabildiğince fazla bilgi sağlamak, tedavinin sunulduğu ülkelerde düzenlemeleri geliştirmek ve konuya dair ulusal ve uluslararası yasal düzenlemeleri artırmak. Bu çözüm yollarında da görülebileceği üzere medikal turizmde etik kavramını tek bir başlık altında incelemek yetersiz olacaktır. Bu bölümde, medikal turizm etiği bilgilendirmede etik olma, hasta mahremiyeti konusunda etik olma, sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik, etik kapsamında tedavi örnekleri, fiyatlandırmada etik olma, yasal düzenlemeler ve etik, tedavide etik başlıkları altında anlatılacak.

2.7.1. Bilgilendirmede Etik Olma

Tedavi ve uygulanacak tıbbi işlemlerde hastaya süreç başlamadan önce yapılacak araştırmanın ve işlemin doğası, amacı, süresi, kullanılacak yöntem, riskler, karşılaşılabilecek olası olumsuz sonuçlar, tedavi sonrası ortaya çıkabilecek sağlık sorunları konusunda detaylı, eksiksiz ve doğru bir şekilde bilgilendirilmesi gerekmekte ve kendi rızasıyla süreçte yer almayı kabul etmelidir(Doyal, 1997, s.1107). Örneğin; kanser tedavisi denemeleri sürecinde bu sıkça gündeme gelen etik bir konudur (Joffe vd., 2001, s. 1772-1777). Hasta ya da denek bu izni veremeyecek derecede bilinci yerinde olmaması, zihinsel problemleri olması ya da bu konuda kendi kararlarını verebilecek yaşta olmaması gibi engel teşkil eden durumlarda, araştırma yalnızca tıbbi kayıtları kullandığında ve stokta mevcut doku kullanıldığında bilgilendirilmiş rıza etik bir kaygı kapsamına girmez; fakat bu durumlar dışında tıbbi işlemlerde bilgilendirilme sürecin etik olup olmadığı sorusuna verilecek cevabı belirleyici bir faktördür (Doyal, 1997, s.1107-1111). Bilgilendirilme genel sağlık hizmetlerinde ve sağlıkla ilgili araştırmalarda olduğu gibi medikal turizmde de etkili iletişim kurmanın temel boyutlarından biri ve medikal turizmde etik konusunda önemli bir belirleyicidir (Penney vd., 2011, s.1-9; Turner, 2011(b), s.3).

Hastaya doğru ve yeterli bilgilerin sunulması karar verme sürecinde ahlaki bir sorumluluk olarak medikal turizm etiğinde yerini almaktadır (Turner, 2011(b), s.1-7). Bununla birlikte bilhassa uygulanacak işlemler ya da uygulama ortamı riskli ve zor anlaşılır olduğunda bu bilgilerin hasta tarafından anlaşılır seviyede olacak şekilde açık ve net olması da önemlidir (Penney vd.,2011, s.1-9). Etik kavramlar, bu kavramların meydana getirdiği yargıların sağlık turistleri için geçerlilikleri, tedavinin olası riskleri hasta ile işlem öncesi konuşulmalıdır (Al-Lamki, 2011, s.444-447). Tedavide aksaklıklar ya da tedavinin yan etkisi

olabilecek risklere ek olarak Hindistan, Malezya, Kosta Rika, Tayland gibi medikal turizm destinasyonu olan bölgelerde bulaşıcı ya da çevresel koşullar sebebiyle ortaya çıkabilecek hastalıklar da medikal turizmde önceden hastanın bilgilendirilmesi gereken risklerdir. Batı'da sık karşılaşılmayan bu hastalıklara karşı yerel halk bağışıklık geliştirmiş olabilir; ancak Avrupa ya da Amerika'daki insanların böyle bir şansı olmadığından önceden bu risklerin farkında olmalıdırlar. Bu konuda hasta aracı kuruluşlar, doktorlar, hastane, web siteleri aracılığıyla bilgilendirilmelidir (Puri vd.,2010, s.17-18).

Medikal turizmin gerçekleşmesi sürecine doktor, personel, hastane yönetiminin yanı sıra başka aracı kurum ve kuruluşlarında dâhil olması olası riskler ve kalite konusunda güvenilir bilgilerin sunulmasını güçleştirebilir. Olası risklerin ve problemlerin bir destinasyonun piyasada tutundurulması ve tanıtımına zarar verebileceği de hesaba katıldığında yanlış veya eksik bilgilendirme olabileceğinin farkında olmak önemlidir (Penney vd., 2011, s.1-9). Akredite süreci hastanelerin teknik ve klinik boyutlarını inceler; fakat hastaneler akredite edilirken medikal turizm etiği konusunda bir inceleme yoktur (Whittaker ,2010, s.407). Bir medikal turist ihtiyaç duyabileceği bilgileri çeşitli yollarla edinebilir. Vatandaşı olduğu ülkedeki konu üzerinde hakimiyeti olan bir doktor ya da sağlık hizmetleri için çalışan diğer uzmanlardan bilgi alabileceği gibi bir medikal turist, medikal turizmin sağlık sektörüyle birlikte turizm sektörünü kapsadığı için tıbbi bilgiden çok daha fazlasına da ihtiyaç duyabilir (Penney vd.,2011, s.1-9).

2.7.2 Mahremiyet Konusunda Etik Olma

Bazen medikal turistlerin sadece mahremiyet kaygısıyla başka ülkelerde tedavi olduğu gözlemlenebilir. Örneğin; uyuşturucu bağımlılığı, cinsiyet değiştirme, estetik operasyonu gibi tıbbi müdahaleler için başka bir ülkeye giden medikal turistler mahremiyet konusunda hassas olan gruplardır(Horowitz ve Rosensweig, 2007, s.25).Kişisel bilgilerin üçüncü parti veya kişilerle sağlık turistlerinin izni ve haberi olmadan paylaşılması etik değildir. Üstelik özel bilgilerin gizli kalmasını istemek için medikal müdahale yukarıdakilerle sınırlı olmak zorunda da değildir. Mahremiyet istemek sağlık turistlerinin en doğal haklarından bir tanesidir. Ancak kişisel bilgilerin elektronik ortamlara kaydedilmesi bu durum için bir tehdit oluşturmaktadır (Al-Lamki, 2011, s.446). Bu konuda yapılmış bir çalışma bulunmadığından hastaların fotoğrafları, isimleri gibi bilgilerin ülkeler arası paylaşılıp paylaşılmadığı bilinmemektedir (Turner, 2011(b), s.5). Bu yüzden Turner (2011(b), s.5), akreditasyon sürecinde medikal turizm şirketlerinin hastaların mahremiyetini korumada nasıl bir prosedür takip ettiklerini göstermesi gerektiğini savunmuştur. Bu bilgilerin hastane ya da aracı kuruluşlarla paylaşılması doğru ve etkin bir iletişim sağlamak için gereklidir. İletişim için gerekli olan

medikal kayıtlar tedavinin devamını eve döndükten sonra da bilgi alışverişi sayesinde sağlayabilmek için de kullanılabilir (Izadi vd., 2012, s.25).

Yasal düzenlemelerdeki farklılıklar hastanın bilgilerinin korunmasını gerektirebilir. Bu isteği gerçekleştirmek de yine medikal turizm sektöründeki ilgili ve yetkililere düşmektedir. Cohen (2012, s.10-11) medikal turistler için kullandığı sınıflandırma yönteminde tıbbi müdahaleler için yasakları belirleyici değişken olarak seçmiştir. Buna göre de hastanın hem kendi ülkesinde hem de gittiği ülkede yasal olmayan ve hastanın kendi ülkesinde yasal olmayan, gittiği ülkede yasal olan işlemlerden faydalanmak için seyahat eden medikal turistleri iki ayrı grup olarak belirtmiştir. Böyle bir durumda medikal turistin gittiği ülkede rapor edilmesi ve geldiği ülkeye bildirilmesi etik bir sorun teşkil edebilir. Çünkü her iki grupta da hastanın geldiği ülkede yasal olmayan bir işlem uygulanmaktadır. Hasta doktor arasında kişisel bilgilerin gizli kalması bunun gibi bir durumda etik bir konu olabilir. Öte yandan; doktorun bu bilgileri paylaşmaması da medikal turizm etiğinde politik sorumluluğa aykırı olabilir (Cohen, 2012, s.10-11).

Mahremiyet konusunda etik kurallar uygulanacak tedavi yöntemine göre de şekillenebilir. Bazı tedavi türlerinde hastanın ve bağışçıların bilgilerinin gizliliğinin korunmaması hem etik değildir hem de hastaları medikal turizme yönlendiren bir faktör olabilir. İsviçre'de yaşayan insanlar sperm bağışında kimlik bildirimini ile ilgili düzenlemeler sonrasında mahremiyet ihlalden dolayı azalan bağışçılar ya da sperm bankasına başvuranların ismi belli kişilerden bağış kabul etmek istememesinden dolayı bu işlemler için komşu ülkelere gitmeye başlamışlardır (Pennings 2004, s.2689-2694). Belçika klinikleri de Hollanda'da benzeri düzenlemeler sonrası komşu ülke olan Hollanda'dan gelen ve sayıları artan medikal turistleri tedavi etmişlerdir (Pennings, 2004, s.2689-2694).

2.7.3. Sağlık Hizmetlerine Erişimde Eşitlik

Medikal turizm sonucu oluşabilecek etik sorunlardan ilk akla gelebileceklerden bir tanesi hem destinasyon ülkede hem de ikamet edilen ülkede kamusal tıbbi hizmette ortaya çıkabilecek olumsuz etkilerdir (Snyder vd., 2012, s.5). Bu etkilerden bir tanesi sağlık sistemi düzenlemelerinde yerli ve yabancı hastaların ayrı ayrı ve ortak hakları gözetilen maddelere yer verilmesi gerektiğidir. Destinasyon ülkede yaşayan yerli halk ve sağlık turistlerinin sağlık hizmetlerine erişimde eşit hak ve özgürlüklere sahip olması da etik olarak gereklidir (Al-Lamki, 2011, s.446). Sağlık hizmetlerine erişimde eşitsizliklerin yaşanması medikal turizmin bir sonucu olarak ya da etkisiyle gerçekleştiğinde etik bir problem teşkil etmektedir (Snyder ve Crooks, 2012, s.5; Smith, 2012, s.1-8). Tıbbi kaynakların eşit olarak dağıtılmaması hem sağlık hizmetinin kalitesinin hem de tıbbi hizmet çeşidinin ülke içinde yer alan gruplar

arasında eşit olarak dağılmasını güçleştireceğinden bir grubun istediği hizmeti arzu ettiği kalitede alırken diğer bir grubun mağdur olmasına sebep olabilir (Whittaker, vd. 2010, s.336-343).

Sanayileşmiş ve gelişmiş batılı ülkelerde yaşayan bireylerin Hindistan gibi henüz gelişmemiş bir ülkede yaşayan halkın kullandığı sağlık hizmetlerini sunan kurum ve kuruluşlara tıbbi yardım almak için gelmesi yerel halkın aynı hizmetlere erişmede zorluklarla karşılaşmasına sebep olabilmektedir (Meghani, 2011, s.16-29). Kanada, İngiltere, Avustralya vb. ülkelerde yaşayan hastalar uzun bekleme sıraları sebebiyle medikal turist olarak seyahat edebilirler (Whittaker vd., 2010, s.341). Bu durumda da gittikleri ülkelerde yerel halkın da içinde olduğu bekleme listelerinin uzamasına ve yerel halkın tedavi olmak için önceden olduğundan daha fazla beklemesine neden olabilir. Gelişmiş ülkeden gelen bir turist için tıbbi işlemler her ne kadar karşılanabilir ve kendi ülkesine oranla ucuz olsa da destinasyon ülkede yaşayan halk için durum böyle olmayabilir (Meghani, 2011, s.16-29). Medikal turizm kapsamında hizmet sunan sağlık kuruluşları, hastaneler gibi yapılar genel olarak özel sektörde ve uluslararası standartlardadır; ancak bu yapılarda sunulan hizmetler genel olarak bölgedeki ekonomik gelir açısından üst düzey yerel halka ve maddi gelirleri oldukça iyi uluslararası hastalara sunulduğunda buralarda sunulan sağlık hizmetleri yerel halk için koruyucu, yabancı turistler için acil ihtiyaçlar için olmaktan çıkabilir (Snyder ve Crooks, 2012, s.3-6).

2.7.4. Etik Konusuyla İlgili Tedavi Örnekleri

Kısırlık tedavisi ve organ nakli medikal turizm etiği başlığı altında çok sık incelenmiş iki işlemdir (Chin ve Campbell, 2012, s.1700-1707). Organ nakli vakalarıyla medikal turizm sektörü kapsamında dünyanın farklı bölgelerinde sıkça karşılaşılabılır (Tsai, 2010, s.22-24). İnsanların kendi ülkelerinde bulamadıkları ya da bulup masraflarını karşılayamadıkları organları edinmek ve bu organların nakil işlemlerini gerçekleştirip yaşamlarını sürdürebilmek için sınır dışı seyahatler edebilir. Organ nakli sırasında takip edilmesi gereken işlem adımları ve uygulama şekli ülkeden ülkeye farklılık gösterebilir (Al-Lamki, 2011, s.446-447). Organ nakli yasal yollarla gerçekleştirilebildiği gibi birçok ülkede yasal olmayan yöntemlerle de uygulanabilen tıbbi bir işlemdir (Leon-Jordan vd.,2010, s.61-64). Bu durumda yasal olarak kaydedilen vakalar dışında gayri resmi bir şekilde uygulanan işlemlerin de olması hem vakaların sayısının geçerliliği ve güvenilirliği bilgilerini etkilemekte hem de gayri resmi işlemlerde etik ilkesinin ihmal edilmesine sebep olabilmektedir. Jung ve Hecser (2008, s.14-20), Romanya'da organ nakli ile alakalı etik sorunlar konusunda organ bağıışı ve naklinin kompleks ve hassas sorunlar doğurduğu ve bu sorunların çözümünde toplumun birlikte hareket etmesi, yasa ile kesin yasaklar getirmek yerine alternatif çözümler üretilmesi ve

halkın bilinçlendirilmesi ve yaşarken yapılan organ bağışlarının öldükten sonra değerlendirilebileceği seçeneğinin unutulmaması gerektiğini vurgulamışlardır. Ancak öldükten sonra kullanılacak organlar konusunda da farklı düzenlemeler vardır. Örneğin; Çin'de infaz edilmiş mahkûmların organlarının medikal turizm kapsamında kullanılması da etik bir kaygı oluşturmuş ve resmi olarak yasaklanmıştır (Rhodes ve Schiano, 2010, s.3-11).

Konu medikal turizmde etik olduğunda kısırlık tedavisi ile çocuk sahibi olabilmek için başka bir ülkeye giden turistlerden literatürde sıkça bahsedilmiştir (Pennings 2004, s.2689-2694; Chin ve Campbell, 2012, s.1701). Üreme sağlığı tedavisi için gerçekleştirilen medikal turizm aktiviteleri sağlık turizminde etik kavramı ile ilgili yapılan çalışmaların ilgi alanlarına girmektedir. Bu tip tedaviler de organ nakli gibi neticede biyolojik bir nakil işlemi gerektirebilir. Kişi kendi ülkesinde yasal ya da etik olmadığında çocuk sahibi için gerekli olan tedavilerden faydalanmak adına başka bir ülkeye gidebilir. Bu durum da yasal düzenlemeler ve toplumun kabul ettiği yazılı olmayan etik kurallar üreme sağlığı turizminde etik kavramının ortaya çıkmasında birinci etken olarak gösterilebilir (Whittaker, 2010, s.396-415). Örneğin arap ülkelerinde tüp bebek tedavileri için Arapların kendi ülkeleri dışında başka ülkeleri tercih etmeleri çevresel baskılardan kaynaklanmaktadır.

Hastaya sunulması gereken bilgi yalnızca risklerle ilgili değildir. Hizmetin kalitesi konusunda da kesin ve güvenilir bilginin sağlanması etik kurallar kapsamında yer verilmesi gereken bir diğer konudur (Penney vd., 2011, s.1-9). Kök hücre tedavisi, medikal turizm etiğinde bilgilendirmenin yeri ve önemini göstermek için kullanılacak bir örnektir. Etkisi kanıtlanmamış, daha önce denenmemiş yöntemlerle yapılabildiğinden, deneysel bir müdahale sayılabileceğinden ve bazı ülkelerde yasal olmadığından etik açıdan bir problem teşkil edebilir (Al-Lamki, 2011, s.446). Kök hücre tedavisi konusunda ülkeler arası farklı görüşler ve uygulamalar mevcuttur. Örneğin; kök hücre terapisinin kalp krizi geçiren yetişkinlere kliniklerde uygulanabildiği ilk ülke Kore'dir (Master ve Resnik, 2011, s.992). Bunun sonucu olarak da diğer ülkelerde bu yöntemi görmek için diğer ülkelere Kore'ye gitmek zorundadır. Kore ise işlem konusundaki bilgileri hastalara sağlamakla yükümlüdür. Uluslararası Kök Hücre Araştırmaları Topluluğu, kök hücre araştırmalarının son durumu ve etkin tedavi konusunda mümkün olduğunca fazla bilgiyi hastalara sunarken tedavi olmak istedikleri kliniklerin isimlerini kendilerine göndermelerini, tedavi merkezlerine sorulabilecek soruların listesini yanlarında bulundurmalarını hastalardan isteyen topluluktur (Einsiedel ve Adamson, 2012, s.35-44). Bunu yaparken de kök hücre tedavisi sunan merkezlerin etik komitelerinin olup olmadığını, ülkedeki ilgili yerlerden izin alınıp alınmadığını ve çalışanlarının kaydını inceleme görevini üstlenir. Topluluk, bu görevi yerine getirirken de bu kliniklerle ilgili bulguların yayımlandığı bir web sitesi yönetmektedir (Einsiedel ve Adamson,

2012, s.35-44). Kök hücre tedavileri kendi kararlarını veremeyecek yaşta olan çocuklar için de ayrı bir etik kaygı başlığı oluşturur (Lunt vd., 2012, s.40).

2.7.5. Fiyatlandırma ve Etik

Medikal turizm sektörünün bir diğer etik problemi ise fiyatlandırma ve ödeme gücüyle ilgilidir. Medikal turizmde sunulan tıbbi hizmetlerde fiyatların farklılığı (Herrick, 2007, s.1-40), araştırmacıları bu fiyat farklılıklarının arkasındaki faktörleri araştırmaya yönlendirmektedir. Ülkelerinde bir takım zorluklarla karşılaşmamak için ya da bu zorluklarla karşılaştıktan sonra başka bir bölgeye kısırlık tedavisi için giden insanların birincil teşviki fiyatlandırma değil, bu zorlukların itici gücüdür. Fakat bu durumda da gidilen ülkede bekleme sıralarının, uygulanan tedavi şeklinin ödenen miktara göre ya da sosyo ekonomik statüye göre ayarlanıp ayarlanmaması etik bir sorundur (Pennings, 2004, s.2689-2694). Medikal turizm süresince ödemelerin kim tarafından yapıldığı, bu hizmetlerdeki bekleme sıralarının sigortalı ve sigortasız hastalara göre ayarlanması da etik sorularla karşılaşılmasına sebep olabilir (Lunt, vd. 2012, s.1-55). Medikal turizmin zengin ülkelerden daha az gelişmiş ülkeler yönünde yapıyor olması sosyo ekonomik açıdan etik bir sorun oluşturabilir. Örneğin; bu ülkelerde yaşayan insanların zaten maddi gelire ihtiyaç duyması yumurtalık bağı gibi işlemlerin reklamlarını zengin ülkelerde yaşayan insanlara kıyasla daha cazip kılabilir. Bu ve benzeri işlemlerin olası riskleri ve uygunsuzlukları ilk adımdan itibaren etik bir çerçevede donörlere bildirilmelidir (Pennings 2004, s.2689-2694). Tedaviden kaynaklanan bir yan etkinin ya da tedavi sırasında oluşan bir hata sonucu oluşan sağlık probleminin tedavisinin, medikal turizm süreci sonrasında bakım gerektiren işlemlerin masraflarının ödemesinin kim tarafından yapılacağı fiyatlandırma konusunda bir diğer etik problemdir (Lunt vd.,2012, s.1-55; Horowitz vd.,2007, s.33).

2.7.6 Yasal Düzenlemeler ve Etik

Medikal turizmi ilgilendiren yasal düzenlemelerin etik olması ulusal ve uluslararası olmak üzere iki ayrı boyutta olmalarını gerektirir (Whittaker, 2010, s.396-415). Medikal turizme dair yasal düzenlemeler hastayı, aracı kuruluşu, çalışan hastaların patronlarını da yakından ilgilendirir (Izadi vd., 2013, s.25). Ulusal ya da uluslararası yasal müdahaleler için önemli ortak faktörler vardır. Bu yasal müdahaleleri Crozier vd.(2009) altı farklı açıdan değerlendirmiştir (Akt. Whittaker, 2010, s.405). Kaynakların eşit dağıtımı, sağlık hizmeti kalitesinin tanıtımı, sağlık hizmetine erişimin kontrollü ve iyi olması, hassasiyetlerin azaltılması, bireysel karar verme yetkisinin garanti edilmesi, farklı devletlerin ahlaki değerlerine tolerans gösterilmesi yasal müdahalelerde dikkat edilen faktörlerdir. Medikal turizmin etik bir çerçevede gerçekleştirilmesi yasalarla desteklenirken yerli ve yabancı

hastalara eşit önem verilmesi yasal düzenlemelerde etik olmanın bir ön şartı olarak gösterilebilir. Singapur'da organ nakli turizmini araştırmak için yürütülmüş bir vaka çalışmasında Singapur'un organ bağışında etik konusunu değerlendiren etik komitelerinin de ulusal yasaların düzenlenmesinde görev aldığı bir ülke olduğu belirtilmiştir (Chin ve Campbell,2012, s.1700-1707).

Organ nakli turizmi yasal düzenlemelerin medikal turizm etiğini desteklediği bir medikal turizm örneğidir. Devletin rolü organ alım satımı sırasında politik sorumlulukları üstlenmektir. Bu sorumluluğun üstesinden başarılı bir şekilde gelebilmek için yasaklar ya da teşvik edici ödüller ile çeşitli yasal düzenlemeler yapmaktadır (Leon-Jordan vd.,2010, s.54-68). Kanada gibi tek ödemeli bir sağlık sisteminin hâkim olduğu bir ülke ile Amerika gibi ağırlıklı olarak özelleştirilmiş bir sağlık sistemi olan ülkedeki düzenlemeler farklı şartları göz önünde bulundurmaya gerektirebilir (Johnston vd.,2012(b), s.3).2006 yılında Japonya'da 11 tane sağlıklı olmayan böbreğin böbrek nakli gerçekleştirilmiş 2007 yılında ise Japonya Sağlık, İş ve Sosyal Yardım Bakanlığı hastalıklı böbrek naklinin yasaklanmasına dair düzenleme yapılmasını önermiştir (Léon-Jordán vd., 2010, s.64). 2008 yılında da İstanbul'da organ trafiği ve organ nakli turizmi konusunda yasal bir bildirim yayınlanmıştır (Al-Lamki,2011, s.447; Karmakar, 2011, s.106). Organ bağışı birçok ülkede ödeme yapılmadan ya da ödemekabul edilmeden yapılmaktadır. Bazı durumlarda bağışçı ya da organ nakli yapılan kişiden yasal olmayan yollarla ücret talep edilmesi etik olmayabilir (Al-Lamki, 2011, s.446-447).

Kimlik bilgilerinin gizli kalması konusunda yazılı olmayan etik değerlerin yanı sıra yasal kurallar da mevcuttur. Avrupa Birliği'nde İsviçre, Kanada ve Arjantin hastanın özel bilgilerinin mahremiyetinin hastanın izni dışında paylaşımının engellenmesi konusunda Avrupa standartlarında düzenlemeye sahip ülkelerdir. Amerika'da ülke içinde mahremiyetin korunması konusunda yasalarla garantiye alınmış düzenlemeler mevcuttur. Kanada hastanın özel bilgilerinin gizli kalması konusunda özel sektör ve kamu sektörü için uygulanan işlevi aynı iki yasa vardır. Bütün bu düzenlemeler hasta mahremiyetinde etik olmanın devlet tarafından desteklendiği örneklerdir (Izadi vd., 2013, s.25).

2.7.7 Tedavide Etik

Luntvd. (2011, s.39) tedavide etik olma konusunda dört önemli boyuta dikkat çekmiştir. Bu boyutlar: gerekli bilgiler verildikten sonra kişinin kendi kararlarını verme hakkına saygı duymak anlamına gelen otonomi; olası riskleri azaltırken tedaviden edinilebilecek faydayı gözetererek bilinçli olarak zarar vermeme; tedavide risk fayda dengesini

dikkate alma; aynı durumdaki hastaların aynı koşullarda tedavi edilmesi ve fayda, risk, fiyat dağılımına dikkat etme anlamına gelen eşitlik (Lunt vd., 2011, s.39).

Tedavi sırasında yapılan bir hata sağlık problemlerine sebep olabilir. Böyle durumlarda hastanın kendi ülkesi ve destinasyon ülkedeki yasal düzenlemeler farklı olabilir. Fakat bu düzenlemelerin etik kurallar gözetilerek yapılması bu ve benzeri durumlarda hasta haklarının korunmasını sağlar. Tedavi sonrası bakım gerektiren tıbbi müdahalelerde doktorların bireysel olarak hastayı takip etmesi ve cevaplandırılması gereken soruları cevaplandırması da tedavi etiği kapsamındadır. Hastaları medikal turizme teşvik etmek için tedavinin buldukları ülkede mümkün olup olmadığını söylemek doktorun ya da konuyla ilgili uzmanlığı bulunan kişinin sorumluluğudur. Bu da medikal turizm etiği başlığı altında bir konu olarak sayılabilir. Ayrıca hastaya ülkesine döndükten sonra, gidilen ülkede alınan tedavinin yeterli olup olmadığını ya da o ülkedeki doktorların yaptığı operasyonlar sonrası bakım gerektiğini belirtmek de hastanın kendi ülkesindeki tıbbi ekibin sorumluluğu olan bir etik kaygıdır (Izadi vd., 2013, s.23-28).

2.8. Konuyla İlgili Yurtiçi ve Yurtdışı Çalışmaları

Tablo 2.5 Yurtiçi ve Yurtdışı Çalışmaları

Türkiye'de Yapılan Çalışmalar		
	Yöntem/Özel Vurgu	Sonuçlar
Akdu 2009	Özel hastanelerin medikal Turizme katkısını ve uygulama biçimleri, Türkiye'de medikal turizmin ve sağlık hizmeti standartlarının mevcut durumu özel vurgularıyla 120 özel hastane yetkilisine araştırmacı ile anket çalışması yapılmıştır.	Bu çalışma Türkiye'de özel hastanelerin çoğunda sağlık hizmeti standartlarının uluslararası kuruluşlarca onaylandığını göstermiştir. Bir kısmı (%92,3) Joint Commission International (JCI) ve büyük bir kısmı da (%97,4) International Organization for Standardization (ISO) tarafından akredite edilmiştir.
Dal 2007	Türkiye'de jeotermal kaynakların termal turizm sektöründe kullanılarak kalkınma planlarında etkisi özel vurgusuyla Kültür ve Turizm Bakanlığı'nca belgelendirilmiş 5 termal tesis teknik, fiziksel ve ekonomik fizibilite ölçütleriyle değerlendirilmiştir.	Jeotermal potansiyelin ülke kalkınması için etkili bir şekilde kullanılmadığında yakınılmış ve özel, kamu ve yerel kuruluşların organize bir şekilde termal turizm sektörünün kalkınması için çalışması önerilmiştir.
Demirer 2010 2010	Türkiye medikal turizminin şu anki durumunu inceleyip rekabet avantajı sağlamak için yapılması gerekenler araştırmak özel vurgusuyla Dünyagöz Hastanesi'nde bir yüz yüze görüşme ve anket yöntemleri kullanılmıştır.	Literatür araştırması ve araştırma sürecince elde edilen veriler ışığında Türkiye'nin medikal turizm sektöründe güçlü yönleri, zayıf yönleri, çevresel fırsatları ve tehditleri değerlendirilip rekabet avantajı kazanması için öneriler sunulmuştur.
Gülmez 2012	Kapsamlı bir literatür taramasında Türkiye ve sağlık turizminde çok konuşulan ülkeler için SWOT analizi yapılmış ve Türkiye ile karşılaştırılmıştır.	Yeterli ve etkili tanıtım ve pazarlama çalışmaları, kamu sektörüyle organize bir şekilde sağlık turizmi için yatırım gibi faaliyetlerle coğrafi koşullar ve iklimin uygunluğu gibi avantajlardan daha fazla faydalanılarak sağlık turizminden kazanç artırılabilceği önerilerinde bulunulmuştur.
Kiremit 2008	Medikal turizm'in Türkiye'deki durumunu araştırmak için yüz yüze görüşme ve anket çalışmasına başvurmuş başka bir araştırmadır.	GFZT analizi sonucuna göre önerilerde bulunulmuştur.

Türkiye'de Yapılan Çalışmalar		
	Yöntem/Özel Vurgu	Sonuçlar
Kostak 2007	Sağlık turizminin geleneksel turizm içindeki yerine vurgu yapılmış, mülakat yöntemine başvurulmuştur.	Türkiye'ye gelen medikal turistlerin kalma süreleri, harcadıkları para miktarları gibi değişkenler araştırılmış ve medikal turizmin ülke için önemi vurgulanmıştır. Ayrıca önemli bir medikal turizm destinasyonu olan Hindistan ve Türkiye'nin durumlarına dair bir karşılaştırmaya da yer verilmiştir.
Demirel Etöz 2008	Türkiye'de uygulanan akreditasyon ve kalite belgelendirme yöntemlerine dikkat çekmek odak noktasıdır.	Türkiye'de kalite belgelendirme yöntemleri hakkında bilgi verilmiştir.
Günel 2009	Türkiye'de sağlık turizmin mevcut durumuna dikkat çekmek için yapılmış çalışmalardan biridir.	Literatür taraması sonucu, pazarlama karması öğelerinin Türkiye'deki manipülasyonundan da bahsederek diğer destinasyonlar ve Türkiye'deki genel durum sunulmuştur.
Doğanlı 2006	Diğer çalışmalardan farklı olarak özel vurgu sağlık turizmine değil, Antalya'nın bir turizm destinasyonu olarak markalaşmasındadır. Yöntem olarak anket uygulamasına başvurulmuştur.	Anket sonuçlarına göre; Antalya ülke ekonomisine büyük katkılar sağlayabilecek bir turizm markası olarak algılanmamaktadır.
Yalçın 2006	Türkiye'deki hastanelerin mevcut teknik, fiziki ve teknolojik altyapısının medikal turizm için yeterliliği sorgulanmıştır.	Araştırma sonucunda özel ve üniversite hastaneleri ve kamu hastanelerinde altyapı açısından farklılıklar görülmüş ve kamu hastanelerinin diğerlerine göre altyapı problemlerinin daha fazla olduğu vurgulanmıştır.

Yurtdışında Yürütülmüş Çalışmalar		
	Metot / özel vurgu	Sonuçlar
Baukite 2012	Litvanya Altyapı, dil ve iletişim, düşük fiyatlar, hizmet kalitesi, nitelikli çalışanlar gibi medikal turizm için birçok avantajı olan Litvanya, dünyanın önde gelen medikal turizm destinasyonlarından değildir. Bunun sebebinin literatürdeki çalışmalara da bakılarak araştırıldığı ve sektörde kalkınma için önerilerin sunulduğu bir çalışmadır.	Çalışma sonunda devletin diğer ülkelerle anlaşmalar yapması, ülkeye giriş çıkışlarda karşılaşılan zorlukların azaltılması, pazarlama ve tanıtım stratejileri geliştirilmesi, ülke içinde kümelenmelerin desteklenmesi, sigorta şirketleri, özel kamu hastaneleri, turizm acenteleri, havayolu ulaşımı gibi hizmetlerin farklı sektörler arası iş birliği ile sağlanması gibi yöntemler sayesinde Litvanya'nın medikal turizminin gelişmesinde etkili olacağı savunulmuştur.
Caballero-Danell ve Mugomba 2007	Yeni girişimciler için medikal turizm endüstrisi fırsatları ve medikal turizm pazarı için kapsamlı bir açıklayıcı çalışma yapmak amaçlanmıştır.	Medikal turizmin pazarlanmasında ürün, sosyal konular, yasal çerçeve, müşteriye faydaları, hedef pazar, tanıtım, altyapı, dağıtım kanalları, iletişim ve teşvik etme, sektörde yer alan paydaşlar gibi konularda kapsamlı bilgiler bu çalışmada bulunabilir. Akademik ve bilimsel çalışmaların sayısının fazla olmamasından ve küresel bir yasal düzenlemenin eksikliğinden yakınılmıştır. Bu çalışmada yer alan bilgiler ışığında sonraki çalışmalarda bu eksikliklerin giderilebilmesine dair yeni çalışmalar yapılması gerektiğine dikkat çekilmiştir.
Doshi 2008	Malezya Malezya'da özel hastanelere gelen medikal turistlerin tüketici davranışları, motivasyon ve memnuniyet durumlarını araştırmak için yürütülmüş bir çalışmadır. Çalışma, iki ayrı bölgedeki özel hastanelerin 121 yabancı hastası ile yapılmıştır.	Çalışma sonunda bulunan başlıca medikal turist motivasyonları: maddi değer, ün, tıbbi hizmetlerin çeşitliliği, kültürel benzerlik, uzaklık ve turistik atraksiyonlardır. Memnuniyet konusunda ise; hekimler, hemşireler, hastane atmosferi, hastane imkânları ve hastane hizmetleri boyutlarında medikal turist memnuniyet/memnuniyetsizliğinin değiştiği gözlemlenmiştir. Medikal turist için yapılan harcamaların geleneksel turizmden daha fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Malezya medikal turizmi için önemli olan branşlar ve turistlerin demografik özelliklerine dair genel bilgiler de çalışmada yer almaktadır.
Froelich 2012	İsveç İsveç için medikal turizmde rekabet avantajı yaratılabilmesi ve medikal turistlerin motivasyon faktörlerini araştırmak için yürütülmüştür.	Fiyatlar, hizmete erişebilirlik, hizmet kalitesi ve turistik aktivitelerle tedavinin birlikte yürütülebilmesi başlıca motivasyon faktörleri olarak bulunmuştur. Kalite yönetimi ve hizmet farklılaştırma ülkenin medikal turizmde rekabet avantajı sahibi olabilmesi için iki önemli yöntem olarak gösterilmiştir.
Harahsheh 2002	Ürdün Ürdün spa turizmi ile ilgili olarak, bölgeye giden turistlerin memnuniyet durumları, karşılaşılabilecekleri sorunlar ve sağlık turizminin ülkede gelişimine dair yapılmış bir araştırmadır.	Katılımcıların demografik bilgilerine bakılarak Ürdün sağlık turistlerine dair bir profil oluşturulmuştur. Buna göre bu turistlerin çoğu erkek, 50 yaş üstü ve Almanya ve Avusturya'dan gelen turistlerdir. Sağlık turistlerinin birçok konuda Ürdün sağlık turizmi ile ilgili memnuniyetlerini dile getirdikleri sunulan bilgiler arasındadır. Bununla birlikte alt ve üst yapı problemleri, temizlik, pazarlama stratejileri gibi konularda da sorunlar olduğu belirtilmiştir. Bu sorunların çözümü için önerilere çalışmada yer verilmiştir.

Yurtdışında Yürütülmüş Çalışmalar		
	Metot / özel vurgu	Sonuçlar
Kazemi 2007	İran İran'a medikal turizm çekmede etkili olan faktörler araştırılmıştır.	İran medikal turizminin gelişiminin desteklenmesinde en önemli adım olarak vize işlemlerinin kolaylaştırılması bulunmuştur. Kamusal örgütler, sağlık ve medikal merkezlerin görevlerini yerine getirmeleri ve işbirliği yapmaları bu konuda önemli bulunmuştur. Bununla birlikte turizm hizmeti sunan şirketlerin ve sağlık kuruluşlarının kooperasyonun önemine de dikkat çekilmiştir. Medikal turizmin pazarlanmasında etkili çözümlerin bulunabilmesi için de doğru ve etkili bir pazarlama karması düzenlenmesinin yapılması gerektiği vurgulanmıştır.
Ricafort 2011	Tayland Medikal turistlerin destinasyon seçiminde Tayland'ı tercih etmelerinde etkili faktörler araştırılmıştır. Ayrıca demografik özelliklerin medikal turizm pazarlama karması faktörleri üzerindeki etkisi de incelenmiştir.	Çalışma sonunda Tayland'ın medikal turistlerce seçilmesinde etkili faktörlerin önem derecesine bakıldığında sunulan hizmetin maddi faktörlerden daha öncelikli olduğu gözlemlenmiştir. Cinsiyet, meslek, ziyaret sıklığının destinasyon seçimi ile anlamlı bir ilgisi bulunmamıştır. Ancak yaş ve ziyaret sıklığı bir arada değerlendirildiğinde tercihler üzerinde anlamlı bir etkiye rastlanmıştır.
	Yurtdışında Yürütülmüş Çalışmalar	
Longe 2010	Amerika Medikal turizmde yasal ve etik sorunlar incelenmiştir.	Amerika'da yapılan yasal düzenlemelerin ve birçok etik problemin önemine vurgu yapılmıştır.
Johnston 2010	Kanada Medikal turistlerin kendi ülkelerindeki uzmanların sektördeki yerine dair yapılmış bir çalışmadır. Aile hekimlerinin Kanadalı aile hekimlerinin medikal turistlerin karar verme sürecindeki etkisi ve medikal turizmdeki yeri incelenmiştir.	Çalışma sonunda aile hekimlerinin medikal turizme teşvik ve hastalara bu konuda öncülük etme konularında çok istekli olmadığı kanısına varılmıştır. Bunun sebebi olarak da; medikal turizm organizasyonlarının riskler, hasta güvenliği, bilgilendirilmiş rıza, bakımın sürekliliği gibi konularda hekimlere öncülük ve rehberlik etme ve hasta haklarını savunma konusunda yetersiz olmaları gösterilmiştir.
Mal 2010	Hindistan Sağlık hizmetlerinde küreselleşmenin medikal turizm ve ülkenin sağlık sektörüne etkilerinin incelendiği bir çalışmadır.	Sağlık sektöründe küreselleşmenin Hindistan medikal turizmi için hem olumlu hem olumsuz etkilerine çalışmada yer verilmiştir. Olumlu sonuçlar olarak; tıbbi ekipmanın ülkeye girişinin kolaylaşması, ülke sağlık sektörünün imajında olumlu değişimler, ülke ekonomisine katkısı gibi etkilere yer verilmiştir. Olumsuzluklar ise; sağlık hizmetine erişimde eşitsizlikler, nitelikli uzman istihdamının ülke içinde dengesiz dağılımı, organ nakli gibi işlemlerle ilgili etik sorunlar olarak gösterilmiştir.
Vasiliki 2012	Yunanistan Yunanistan'da medikal turizm endüstrisinin mevcut durumu ve gelişim potansiyelinin araştırıldığı bir çalışmadır.	Yunanistan'da medikal turizm sektörünün gelişmediği gözlemlenmiştir. Gerek turizm gerekse sağlık sektörünün birçok avantaj sunulan Yunanistan'da medikal turizm hareketliliğinin olması gerekenden düşük olmasının sebepleri arasında; sektörler arası ve özel kamu arası koordinasyonun zayıf olması, tanıtım faaliyetlerinin yetersizliği, uluslararası akreditasyona gereken önemin verilmemesi, ekonomik ve politik ortamdaki dengesizlik, vergilendirme ve yatırım konusunda düzenlemelerin yetersiz olması gösterilmiştir.
Reddy 2013	Hindistan Medikal turizm ile ilgili tutum ve davranışların karar verme sürecine etkisi, medikal turist motivasyon faktörleri araştırılan bir çalışmadır. Hindistan'ın 6 farklı bölgesine gelen 33 katımcı ile görüşme yapılmıştır.	Hindistan'a gelen medikal turistlerin başlıca motivasyon faktörleri: doktor ve tesislerin kalitesi, fiyatların bütçeye uygun olması, işlem çeşitliliğine bağlı olarak başka ülkelerde ulaşılamayan bazı tedavilerin uygulanmasıdır. Medikal turistlerin tedavi öncesinde İnternet, diğer yayın ve iletişim araçları ve yakınlarla danışma aracılığıyla bilgi edindikleri sonucuna ulaşılmıştır. Son olarak medikal turizm karşı olumlu tutumlar dikkat çekmiş ve bu tutumların sonrasında aktif davranışa dönüşerek medikal turizmde yer alma fikrinde etkili olduğu belirtilmiştir.
Rutherford 2009	Hindistan Medikal turizmin yerel halka etkileri araştırılmıştır. Apollo Hastanelerinin bulunduğu ve bulunmadığı bölgelerdeki durumun karşılaştırıldığı bir çalışmadır.	Çalışma sonunda medikal turizm tesislerinin bölgede yaşayan yerel halka olumlu etkileri olduğu gözlemlenmiştir. Bu çalışmada olumlu bir etkinin varlığı ortalama yaşam sürelerindeki artışın bağımlı değişken olarak seçilmesiyle bulunmuştur.
Makkannavar 2011	Hindistan Hindistan medikal turizm endüstrisinin araştırıldığı başka bir açıklayıcı çalışmadır.	Bu konuda yapılan diğer çalışmalarla paralel sonuçlara yer verilmiştir. Fiyat avantajı, bekleme listelerinin birçok ülkeye kıyasla daha kısa olması, sağlık hizmeti kalitesi, kişi veya kişilere özgü tedavi, teknolojik imkânlardan faydalanılması, devlet desteği, ulaşım ve iletişim imkânları, ilaçlara erişimde kolaylık, geleneksel ve modern harmanı ve turizm potansiyeline vurgu yapılmıştır.
Shah 2008	Malezya Önde gelen medikal turizm destinasyonlarından biri olan Malezya'da sektörün son durumuna dair açıklayıcı nitelikli bir çalışmadır.	Malezya medikal turizm sektörüne dair kapsamlı çerçeve sunulmuştur.

Yurtdışında Yürütülmüş Çalışmalar		Metot / özel vurgu	Sonuçlar
Shedd 2009	Amerika	Medikal turizmin girişimciler için olumlu ve olumsuz yönleri için mevcut bilgi konusunda yapılmış bir çalışmadır.	Çalışma sonunda medikal turizmde yer almak isteyebilecek yeni paydaşlar için yeterli bilgilerin olmadığı belirtilmiştir. Özellikle riskler ve olumsuz yönler konusunda eksik ve yetersiz bilgilendirmenin yeni girişimcilerin olumsuz sonuçlarla karşı karşıya kalmasına neden olacağına dikkat çekilmiştir.
		Yurtdışında Yürütülmüş Çalışmalar	
Sridhar 2010	Hindistan	Hindistan'ın medikal turistlerce seçilmesindeki sebeplerin, rekabet avantajını sağlayan faktörlerin araştırıldığı çalışmalardan bir diğeridir.	Özellikle Tamil Nadu adı verilen yalnızca bir bölgede yapılan çalışmanın sonuçları önceki çalışmaları da destekler niteliktedir. Bu sonuçlara göre; karar verme ve destinasyon seçimi sırasında Tamil Nadu'nun tercih edilmesinin başlıca sebepleri: fiyat avantajı, nitelikli uzmanlar, sunulan imkânlar, pazarlama stratejilerinin başarısı ve turistik atraksiyonlardır.
Yokoyongsakul ve Chookham 2006	Tayland, İsveç	Tayland'a gelen medikal turistlerin sayısını artırmak için izlenebilecek yola dair yürütülen bir çalışmadır. Özellikle özel hastaneler İsveç'ten gelen medikal turistlere odaklanılmıştır.	İsveçli medikal turistlerin Tayland konusunda genel olarak isteksiz olduğuna değinilmiştir. Bunun sebebi olarak da Tayland'ın sağlık ve turizm konularındaki olumsuz imajı gösterilmiştir. Ülkeler arası işbirliği ve turizm ile sağlık aktivitelerini içeren medikal turizm paketleri hazırlanması ve tanıtımı gibi pazarlama stratejilerine başvurulması bu konuda bir çözüm yöntemi olarak önerilmiştir.
Johnson ve Garman 2010	Amerika	Amerika'ya gelen ve Amerika'dan giden medikal turistlerin sayılarına dair yapılmış bir çalışmadır. Amerika Uluslararası Ticaret Yönetimi ile Amerika Ekonomi Analizleri Ofisinden edinilen ve yerel sağlık kuruluşlarıyla yapılan anket sonuçlarındaki veriler değerlendirmeye alınmıştır.	Verilere göre; 2007 yılında Amerika'ya 43.000-103.000 arasında medikal turist gelmiş ve 50.000 ila 121.000 Amerikalı başka ülkelere tedavi için gitmiştir. Öte yandan gelen medikal turist sayısı giden sayısından az da olsa, ülkede ortalama ödenen masraflar daha fazla olduğundan ticari açıdan medikal turizmin Amerika'nın ekonomisine olumsuz etkisi olmadığı savunulmuştur.
Moghimehfar ve Nasr-Esfahani 2011	İran	İran'a kısırlık tedavisi için giden medikal turistlerin destinasyon seçimini etkileyen faktörleri araştırmak için başlatılmış bir çalışmadır. 67 çiftle anket yöntemiyle saha araştırması yapılmıştır.	Araştırmacılar, hepsi Müslüman olan katılımcılarla yürüttükleri çalışma sonunda medikal turizm destinasyon seçimini etkileyen faktörler arasında dini benzerliğinin de önemli olabileceğini belirtmişlerdir.
Rad, Som ve Zainuddin 2010	Malezya	Malezya'ya gelen medikal turistlerin memnuniyet durumlarını belirlemede hizmet kalitesinin rolü araştırılmıştır. Katılımcılar, Penang'da özel sağlık kuruluşlarına gelen medikal turistler arasından seçilmiştir.	Medikal turist memnuniyeti ile sunulan sağlık hizmetinin kalitesi arasında bir ilişki olabileceği doğrulanmıştır. Hizmet kalitesi artırıldığında medikal turistlerin de memnuniyeti artacaktır, sonucuna ulaşılmıştır.
Bergmark, Barr ve Garcia 2010	Meksika	Amerika'ya göç eden Meksika vatandaşlarının tedavi için Meksika'ya geri dönmelerinin sebeplerini araştıran bir çalışmadır.	Amerika'da sunulan sağlık hizmetinin başarı oranı, tedaviye erişim konusunda karşılaşılan zorluklar, Medikal turizm sağlık sistemi için talep faktörleri bölgede yaşanan medikal turizm hareketlerinin önemli sebepleri olabileceği sonucuna varılmıştır.
Nassab, Hamnett, Nelson, Kaur, Greensill, Dhitai ve Juma 2010	İngiltere	Bir medikal turizm çeşidi olan plastik cerrahisi hakkında halkın görüşlerine ve İnternette bu konuda yer alan bilgilerin içeriğine dair yapılmış bir çalışmadır.	Katılımcıların büyük bir çoğunluğu medikal turizm için olumlu tepkiler vermiş, kendileri de gidebileceklerini belirtmişlerdir. İnternette potansiyel medikal turistlerin ulaşabilecekleri bilgiler ise yetersiz bulunmuştur. Bihassa malpraktis ve işlem sonrası bakım hattına yeterli bilgi olmaması eleştirilmiştir.
Mechinda, Serirat, Anuwichanont ve Gulid 2010	Tayland	Tayland Pattaya'da yapılan çalışmada medikal turistlerin sadakatinin tutumsal boyutunun arkasındaki faktörler incelenmiştir. Memnuniyet, güven, algılanan değer, bölgeye aşina olmak ve destinasyonun imajı bağımsız değişkenler olarak kullanılmıştır.	Hastanelere giden medikal turistlerin bağlılığı ve kliniklere giden medikal turistlerin bağlılığı arkasındaki en önemli faktörlerin farklı olduğu sonucu bulunmuştur. Bulgulara göre; hastanelerde tedavi olan medikal turistlerin sadakatinin en önemli öncülü güven iken, klinikler için memnuniyettir.
Reddy, York ve Brannon 2010	Amerika	336 üniversite psikoloji bölümü öğrencisinin medikal turizm konusundaki görüşlerini öğrenmek için yapılmış bir çalışmadır.	Öğrencilerin medikal turizm konusunda araştırma yapma konusunda çok istekli olmadıkları ortaya çıkmıştır. Bunun sonucu olarak araştırmacılar, medikal turizmin desteklenmesinde sektörün olumlu özellikleri konusunda eğitim ve bilinçlendirmenin gerekliliğine dikkat çekmişlerdir.

Yurtdışında Yürütülmüş Çalışmalar		Metot / özel vurgu	Sonuçlar
Gill ve Singh 2011	Amerika	Amerikalı medikal turistleri karar verme sürecinin henüz başındayken etkileyen faktörler incelenmiştir.	Nitelikli hekimler, sağlık kuruluşunun kaliteli olması ve gerektiği zamanda sağlık hizmetinin alınabilmesi bu süreçte en önemli belirleyici faktörler olarak rapor edilmiştir.
Busjetic, Pusevski, Dohcevi, Ivanovski ve	Pakistan	Pakistan'ın iki ayrı merkezinde yürütülen çalışmanın odak noktası; ticari organ naklinin sonuçlarıdır.	Kontrol altında olmayan bu böbrek nakli işlemlerinin olumsuz sonuçları olduğu ortaya çıkmıştır. 7 hasta işlem sonrası takipte ölmüştür. Çalışma sonunda bu işlemlerin etik problemler ve ölümcül olabilecek sonuçlar doğurabileceğine vurgu yapılmıştır.
		Yurtdışında Yürütülmüş Çalışmalar	
Ye, Qiu ve Yuen 2011	Çin	Hong Kong'daki medikal turistlerin bu seçimlerini etkileyen faktörler incelenmiş ve süreç boyunca deneyimleri sorgulanmıştır.	Çin'in "Bir Çocuk" politikası bu turistler için en önemli faktörlerden biridir. Medikal turistlerin personellerin medikal turistlere olan tutumlarında farklılıklar ve bazı hastalara daha az bilgi ve hizmet verme gibi ayrımcılıklar algılanması medikal turizmde karşılaşılan bir sorun olarak belirtilmiştir.
Azadi, Maleki, Tabibi ve Azmal 2012	İran	İran sağlık sisteminde hizmet sunan hastanelerin özel sektör ve kamu sektörü olarak ayrı ayrı medikal turistlerde nasıl bir izlenim bıraktığı araştırılmıştır. İki devlet iki özel hastanede toplamda 79 hasta ile personel, iletişim, uzmanlık düzeyi, standartlar ve imkânları kalitenin boyutlarına dair değerlendirmeleri isteyen 16 soruluk bir anket yapılmıştır.	Özel ve devlet hastanelerine yönelik kalite algısı genel olarak yüksek bulunmuştur. Ancak medikal turistlerin dil problemleri nedeniyle iletişim kuramamaktan yakındığı görülmüştür. Son olarak İran'daki hastanelerin sunduğu hizmetin kalitesinin nasıl algılandığını hastane standartlarının etkilediği sonucuna da varılmıştır.
Yeoh, Othman ve Ahmad 2013	Malezya	Malezya'ya gelen medikal turistlere ait demografik bilgileri öğrenmek için yapılmış bir araştırmadır.	Ankete katılan medikal turistlerin büyük bir çoğunluğunun Endonezya'dan gelmiş, Malezya'da daha önce bulunmuş, dolayısıyla ortama aşina, arkadaşları, ailesi, yakınları ve doktorlarının tavsiyesiyle gelen hastalar olduğu ortaya çıkmıştır.
George ve Henthorne (2009)		Telemedicine ve medikal turizm entegrasyonunun sonuçları bu çalışmanın odak noktasıdır.	Telemedicine tekniklerinin medikal turizmde kullanımının hasta memnuniyeti ve sadakati için önemli olduğu sonucuna varılmıştır. Medikal turistler yola çıkmadan önce daha gerçekçi ve kesin bilgilere telemedicine sayesinde ulaşabilmektedir. Böylece beklentileri gerçek bilgilere göre şekillenmekte ve beklenti algı arasındaki farklılıklar azalmaktadır. Bu durumun kesin olarak hasta memnuniyeti ile sonuçlanmayabileceği rapor edilirken, telemedicine sayesinde bilişsel çelişki, hasta şikayetlerinin azaltılabileceği ve müşteri sadakatinin artırılacağı bildirilmiştir.
Han ve Hwang 2013		Algılanan değer, davranışsal niyetler ve potansiyel faydalar çalışmada değerlendirmeye alınan temel değişkenlerdir. Çinli, Koreli ve Japon katılımcılar çalışmada yer almıştır.	Algılanan değer, sağlanan fayda ve davranışsal niyetler arasındaki ilişkide aracı bir rol üstlendiği, kültürün ise bu ilişkiye moderatör etkisi gözlemlenmiştir. Algılanan değer, etkili olan faktörler Çinli ve Japonlar için farklılık göstermiştir. Çinliler misafirperverliği seçerken, Japonya'dan gelenler için bu kriter hizmet kalitesi olarak belirlenmiştir.
Wang 2012	Tayvan	Algılanan değer, medikal turizmdeki yeri sorgulanmıştır. Çinli medikal turistlerin kültür farklılıkları ve iletişim problemlerinin en aza indirgenebileceği bir ülke olan Tayvan'da deneyimleri incelenmiştir.	Algılanan değer, müşterilerin niyetlerinde ana belirleyici olduğu gözlemlenmiştir. Algılanan medikal kalite, hizmet kalitesi ve eğlenme ise algılanan değeri etkileyen değişkenler olarak bulunmuştur. Algılanan riskin algılanan değerde bulunan etkisi de medikal turistlerin fedakarlık boyutunu göstermiştir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

MEDİKAL TURİZMDE PAZARLAMA ve DÜNYADA MEDİKAL TURİZM

3.1. Medikal Turizmin Pazarlanması

Uluslararası sağlık hizmetleri ticareti dört farklı şekilde gerçekleşmektedir. Bunlardan birincisinde; teknoloji sayesinde tıbbi kayıtlar ve laboratuvar sonuçları ülkeler arasında yer değiştirmektedir. İkinci yolda; müşteri sağlık hizmetini alabilmek için ülkeler arasında yer değiştirmektedir. Üçüncü olarak; reklamlar ve tanıtım yoluyla tedarikçinin yer değiştirmesi olarak sayılabilmektedir. Sonuncu uluslararası sağlık ticareti yönetimi ise; sağlık hizmeti sağlamak amacıyla sağlık personeli yer değiştirmesidir (Artecona, 2012, s.7). İkinci yolda belirtilen müşterinin sağlık hizmeti sağlanan bölgelere gitmesi medikal turizm kapsamına girmektedir. Diğer üç durum medikal turizmden ziyade sağlık hizmetlerinin erişimin farklı yolları ile ilgilidir. Medikal turizmin pazarlanması hem uluslararası bir icraat hem de hizmet sektöründe pazarlama olguları ile ilişkilidir. Uluslararası pazarlama uluslararası düzeyde ortaklıklar sayesinde ürünün veya hizmetin üreticiden tüketiciye ulaştırılması sürecini kapsamaktadır (Ghauri ve Cateora, 2010, s.7-8; Sheth ve Parvatiyar, 2001, s.16-29 Peterson 2003). Hem çok uzun yıllar öncesine dayanan geçmişi hem de son zamanlarda gösterdiği gelişmeler ve gördüğü ilgiyle medikal turizm uluslararası girişimciler için yeni bir fırsat olarak görülmektedir (Lee, 2006, s.1-12). Uluslararası alanda sağlık turizminde var olmak için ülkelerin imajı önem arz etmektedir. Anholt'a (2005) göre; uluslararası turizm sektöründe ülkenin imajını etkileyen 6 boyut vardır. Bunlar: turizm endüstrisi, ihracat, iç ve dış politikalar, vatandaşlar, yatırım ve göç oranları ve kültürdür (Akt. Shoail, Shahzad ve Din, 2008, s.11).

Uluslararası bir sektörde pazarlamada başarı çeşitli aşamalardaki icraata bağlıdır. Bunlardan birincisi planlamadır. Herhangi bir sektör için pazarlama ve geliştirme kavramları müşterilerinin istek, ihtiyaç ve beklentilerini kavrayarak bu doğrultuda gereken hizmetin nasıl hazırlanıp, sunulacağına binaen yapılan planlama ve bu planları icraat geçirme işlemi olarak tanımlanmaktadır (Sheth ve Mittal, 1996, s.137). Bu planlama sürecinde her şeyden önce önemli olan bir ürün varlığıdır (Abrhiem, 2012, s.34-45). Pazarlama işleminin sonraki adımı var olan ürünün fiyatlandırılmasıdır (Ricafort, 2011, s.1-111). Üçüncü adım ürünün tüketiciye bir şekilde ulaştırılmasıdır (Neves vd., 2001, s.518-539). En son ürün piyasada tutundurulmalı, başka bir deyişle piyasada varlığını sürdürebilmelidir (Crooks vd., 2011, s.726-732).

Ürün yelpazelerindeki genişleme, artan rekabet ortamı, küreselleşmeye bağlı olarak uluslararası pazarların yerinin ve öneminin artması günümüz şartlarında pazarlamanın rolünü artırmaktadır (Wirtz vd., 2013, s.1-39; Kazemi, 2007, s.1-125). Medikal turizm de sürekli genişleyen hedef kitlesi, aracı servis sağlayıcılar, yasal düzenlemeler ve gelişen teknolojik imkânlar sayesinde günümüz pazarlama ortamında yerini edinmektedir (Spasojeviç ve Susić 2011, s.9-13; Bookman ve Bookman, 2007, s.1-245). Bu durumda medikal hizmetin pazarlanması ile ilgili uygulanabilecek yöntemler, izlenebilecek teoriler ve çalışmalar ve edinilebilecek tecrübeler de diğer sektörlerdekilerle benzerlikler gösterebilir. Hatta bir teorinin medikal turizmin de içinde bulunduğu bir grup hizmet sektöründe bire bir uygulanabildiği bile gözlemlenebilir (Vasiliki, 2012, s.1-90; Dawn ve Pal, 2011, s.185-202).

Pazarlama karması; hizmet sektöründe birçok alanın geliştirilmesi ve pazarlanması sürecinde faydalanılabilecek modellerden biridir. Pazarlama karması postanelerden (Putachote 2013, s.1-5), McDonalds (Nakhchian vd. 2012, s.876-889) gibi dünya çapında hizmet sektöründe ün yapmış firmalara değin geniş bir yelpazede hizmet sektöründe kullanılmış bir modeldir. Bununla birlikte yine bir hizmet sektörü olan sağlık sektöründe hastanelerde sağlık hizmeti pazarlamada ve sağlık hizmeti kalitesi değerlendirmede kullanılmış olan pazarlama karması modelinin medikal turizmin pazarlanmasına uyarlanıp kullanılması kaçınılmaz olmuştur (Dawn ve Pal, 2011, s.185-202; Ricafort, 2011, s.1-111; Vasiliki, 2012, s.1-90; Kazemi, 2007, s.1-125; Sreenivas vd., 2013, s.46-55; Alshare ve Anagreh, 2011, s.741-768).

3.1.1. Pazarlama Karması

1948'de James Culliton'ca ilk defa gündeme getirilen pazarlama karması kavramı daha sonra Neil Borden tarafından tekrar incelenmiştir (Borden, 1984, s.7). Neil Borden tarafından geliştirilen modelde pazarlama eylemi gerçekleştirilirken dikkate alınan bileşenler 12 temel başlık altında toplanmıştır. İlk olarak ürünün ne olduğu, nerelerde ve kullanılabileceği gibi konuları içeren ürün planlama bileşenine yer verilmiştir. Sonrasında ürünün fiyatlandırılmasını kapsayan ücretlendirme, ürünü marka haline getirme ikinci ve üçüncü bileşenler olarak incelenmiştir. Ücretlendirilmiş ve marka haline getirilmiş ürünün dağıtımını dördüncü; kişisel satış beşinci bileşenlerdir. Bu bileşenleri takiben tanıtımlar, paketleme, gösteri, hizmet verme, insan gücü ve analizle birlikte Neil Borden'ın pazarlama karması modeli ortaya çıkmıştır (Maxim, 2009, s.288). 1967'de farklı araştırmacılar tarafından değiştirilen model Kotler tarafından sadeleştirilip 4 bileşenle en kısa ve öz biçimde ifade edilmiştir. Pazarlama karmasının bu son hali aynı zamanda 4P olarak da adlandırılır (Ricafort, 2011, s.1-111). Ürün, fiyatlandırma, dağıtım ve promosyon kelimelerinin İngilizceleri olan

product, pricing, place ve promotion kelimelerinin baş harflerindeki p harflerine atfen geliştirilmiş 4P pazarlama karması, pazarlamaya nasıl başlanmalı ve ürün hangi evrelerden geçirilip, nasıl piyasada tutunabilir sorularını cevaplamada pazarlamacıya yardımcı olması için oluşturulmuş bir modeldir (Constantinides, 2006, s.407-438).

Medikal turizm, sağlık hizmetlerinin sunumunda reform niteliğinde bir hareketliliktedir. Bu nedendir ki; sektörde yer alan yetkililer, hastaneler, yasal düzenlemeler, yerel halk, sağlık çalışanları ve aracı firma ve acenteler vb. ilgili kişi, kurum ve kuruluşlar artan rekabet ortamında yerini koruyabilmek için yeni pazar stratejileri edinmeli veya var olan stratejilerini daima geliştirmelidir. Bunu yaparken de gerekli hizmeti sunmakla yetinmeyip, fiyatlandırma, ulaştırma ve pazar ortamında tutundurmanın da önemini kavramalıdır (Kazemi, 2007, s.1-125). Söz konusu medikal turizm sektörü olduğunda pazarlama karması; ürün, fiyatlandırma, ulaştırma ve tutundurma faktörlerinin müşteri olarak nitelendirilebilecek medikal turistlerin hizmetten faydalanacakları ülke ve ülkede bulunan hastaneler arasında seçim yapmasındaki etkileri araştırılmaktadır (Beichl, 2009, s.26).

3.1.1.1. Ürün

Pazarlamanın olmazsa olmazıdır. Pazarlama karması içindeki görevi pazarlamanın türünü, hangi sektörle başlanıp, ilerleneceğini ve diğer bütün ilk adımları da belirleyen faktördür. Pazarlama faaliyetlerinin başlayabilmesi için her şeyden önce bir ürün olması gereklidir. Pazarlama planının doğru ve etkili bir şekilde yapılması ve ilerleyebilmesi de yine ürüne bağlıdır. Ürünün içeriği, potansiyeli, hitap ettiği kesim gibi özellikler bu noktada büyük önem kazanır. Hizmet sektöründe ise ürün sunulan hizmeti temsil etmektedir. Termal turizm, yaşlı turizmi ya da medikal turizm gibi sağlık sektörleri arasından medikal turizmi seçmek, sonra da ileri teknolojiye tedaviler mi, infertilite mi, göz hastalıkları mı, estetik cerrahi alanında mı yoğunlaşacağını belirlemek medikal turizm de ürün kavramını ilgilendiren konulardır (Dawn ve Pal, 2011, s.185-202; Ricafort, 2011, s.1-111; Vasiliki, 2012, s.1-90; Kazemi, 2007, s.1-125).

Daha önce pazarlama karmasının medikal turizm kapsamında kullanıldığı çalışmalarda ürün sağlık tesisinin niteliklerini betimlemek için kullanılmıştır (Dawn ve Pal, 2011, s.185-202; Ricafort, 2011, s.1-111; Vasiliki, 2012, s.1-90; Kazemi, 2007, s.1-125). Medikal hizmetin kalitesi ve etkinliği, tesis bünyesinde çalışanların sertifikaları, eğitimleri, nitelikleri, akreditasyon, gelişmiş ve çağa ayak uydurabilecek, ihtiyaç ve istekleri karşılayabilecek düzeyde araç ve gereçler kullanımı medikal turizmin pazarlanması ve geliştirilmesinde ilk ve en önemli etkidir. Diğer bütün pazarlarda olduğu gibi medikal turizmin etkin bir şekilde pazarlanmasını sağlamak ürün başlığı altında sayılabilecek bütün bu etkenlerin her açıdan

bilinmesi pazarlamada rekabet ortamında fark yaratabilmek adına önem teşkil etmektedir(Dawn ve Pal, 2011, s.185-202).

Literatürde pazarlama karması ve medikal turizm araması yapıldığında çeşitli çalışmalarda karşılaşmak mümkündür. Konuyla ilgili olarak Ricafort (2011, s.1-111) medikal turizmin pazarlanmasında pazarlama karması modelinin kullanılabilirliğini savunmuş ve modeldeki ürün bileşenini Tayland'daki tıbbi hizmet ve hastanelere göre uyarlamıştır. Uluslararası hastanelerin sunduğu hızlı hizmetler, hastanenin üst düzey imkânları, gelişmiş teknoloji ve gelişmiş tıbbi ekipman kullanımı, hastane personeli ve doktorların uluslararası düzeyde aldığı eğitim sayesinde hastaya sunduğu muhteşem hizmet Tayland'da ürün bileşeninin pazarlamayı etkin ve uygulanabilir kıldığını göstermiştir. Pazarlama karması modelini medikal turizm sektörüne uyarlayan bir diğer araştırmacı Vasiliki olmuştur (2012, s.1-90). Vasiliki (2012, s.1-90) sektörün sunacağı hizmette karar kılma sürecini ürün bileşeni adı altında incelemiştir. Rekabet ortamında fark yaratmak ve rakiplerinden önde olmak için ürünün gerekliliği ve önemini vurgulamıştır. Medikal turizmin bir hizmet sektörü olduğu gerçeğine dayanarak sunulan ürünün somut bir şekilde değinmiştir. Ancak yine de fark yaratmak ve pazarda tutunabilmek için müşteri olan hastaların an itibariyle var olan ve ilerde var olabileceği düşünülen ihtiyaçlar doğrultusunda ürün ya da hizmet sunmak önemlidir. Kazemi (2007, s.1-125) ise İran medikal turizmi pazarlaması için etkin bir strateji geliştirirken pazarlama karmasının kullanılması gerektiğini savunmuştur. Bir yandan medikal turizm hizmetinin sosyal bir hizmet olduğu gerçeğini gündeme getirirken, bir yandan da bu hizmetin doğasındaki hassasiyete dikkat çekmiştir. Bu sebeptendir ki sunulacak hizmet paketi düzenlenmeden önce medikal turisti motive eden faktörleri bilmenin önemini vurgulamıştır. Kazemi'ye (2007, s.1-125) göre medikal turizm pazarında önemli bir yere gelebilmek için en önemli adımlardan biri gereksinim, istek ve beklentilere uygun bir hizmet sunmaktır. Örneğin; medikal turistin kalça protezi ameliyatında Hindistan'ı Singapur'a tercih etmesinin arkasındaki nedenleri bilmek bu hizmeti İran'da pazarlarken son derece önemlidir (Kazemi, 2007, s.1-125).

3.1.1.2. Fiyat

Sahip olunan ürünü sunarken, ürünün karşılığı olarak bir paha biçilmesidir (Kazemi 2007, s.1-125). Ürünün etkin bir şekilde pazarlanabilmesi için en önemli faktörlerden bir tanesi fiyatlandırma"dır. Pazarlama karmasında ürün planlamasından sonra gelen faktördür. Ürünün maliyetinin hesaplanması fiyatlandırma yaparken tek başına yeterli değildir. Fiyatlandırma sürecinde ürünün nitelikleri hakkında detaylı olarak bütün bilgilere sahip olmanın önemi daha da artmaktadır. Çünkü ürünün ekstra sahip olunan her bir özelliği

fiyatlandırmada ekstra bir gelirdir. Fiyatlandırma politikaları; fiyatlandırma aralıkları ya da özel olarak belli fiyatlar belirleme, tek tip fiyatlandırma ya da fiyatlandırmada çeşitlilik, fiyat listeleri kullanma gibi yöntemler ve ticaret, kampanya için sınırlar belirlemeyle ilgili prosedürleri kapsar (Borden, 1984, s.7-12). Bunun yanında müşterilere ödedikleri paranın hakkını vermek de yine ürün hakkında bilgi ve donanım sahibi olmakla mümkündür. Öte yandan ürünün hitap ettiği hedef kitle fiyatlandırma için de önemlidir. Pazarlamacı fiyatlandırmayı tek başına istediği aralıklarda yapamaz. Hedef kitlenin ödemeye ikna olduğu ve ürünü sunanın talep ettiği fiyat aralıklarının kesiştiği noktalarda yapılan bir fiyatlandırma stratejisi hem ürünün karşılığının alınabilmesi, hem de müşterinin memnuniyetiyle sonuçlanır (Herrick 2007, s.1-40; Bookman ve Bookman, 2007, s.1-245).

Medikal turizmde fiyatlandırma ülkelere, sunulan hizmetlerin türüne, hastaların ihtiyaçlarına ve maddi imkânlarına, yasal süreçlere, hastanenin kamu hastanesi veya özel hastanelerden olmasına, kullanılan araçların maliyetine, kullanım masraflarına, personelin maaşları gibi birçok değişkene bağlı olarak çeşitlilik gösterir (Ricafort, 2011, s.1-111; Herrick 2007, s.1-40). En başta medikal turizmin ortaya çıkış sebeplerinden biri, sağlık hizmetinde fiyatlandırmada ülkeler arasındaki farklılıklardır (Herrick, 2007, s.1-40). Gelişmiş bir ülke olan Amerika'da fiyatlandırma sistemi hastanedeki oda, laboratuvar işlemleri, ameliyat masrafları, anestezi giderleri gibi her bir hizmet için ayrı ayrı ödeme talep etmektedir (Artecona 2012, s.7). Bazı araştırmalar kamu hastanelerinin fiyatlandırma konusunda daha başarılı olduğunu iddia ederken (Jabbari vd. 2013, s.35), bazı araştırmalar yardımcı hizmetleri de içeren paketler sunan bir sistemin daha başarılı olabileceğini savunmaktadır (Caballero-Danell ve Mugomba, 2007, s.1-116). Fiyatlandırma konusunda devletin bir yaptırımının olmaması, genel olarak geçerli bir fiyatlandırma sistemi olmamasına, genelgeler bir fiyatlandırma sisteminin olmaması ise aynı işlem için ülkede yer alan hastaneler arası fiyat farklılıklarına neden olmaktadır (Dawn ve Pal, 2011, s.185).

Teknolojik gelişmelerin de yardımıyla medikal turistler, destinasyon seçerken fiyatlandırma politikaları ve tıbbi işlemlerin maliyetlerini karşılaştırırken günümüzde daha bilinçli hareket edebilmektedir (Horowitz vd. 2007, s.33). Bu karşılaştırmalar sonucu ortaya çıkan sonuçlara bakıldığında medikal turizmde lider destinasyonların fiyatlandırma konusunda çeşitli avantajları olduğu görülebilir. Tayland kendisini rekabet ortamında tutundurabilecek bir fiyat avantajına sahipken, Hindistan fiyatlandırma konusunda daha avantajlı bir konumdadır. Öte yandan Singapur, yabancı hastalara Tayland'a oranla daha yüksek maliyetle hizmet sunmaktadır. Malezya ise döviz oranlarında Müslüman medikal turistleri dikkate almış ve avantajlı fiyatlar sunmuştur (Rerkrujipimol ve Assenov, 2008, s.1-8).

3.1.1.3. Yer ve Dağıtım

Ürün ne kadar bulunmaz özelliklere sahip ve ürünün fiyatı ne kadar makul olursa olsun, ürün hedef kitleye ulaşamadığı sürece pazarlamanın gerçekleşmesi ihtimal dahilinde değildir. Pazarlama karmasındaki "yer" kavramı hastaların sağlık hizmetine erişimi için önemli olan dağıtım kanallarının ve tesislerin yerinin seçimi ile ilgili pazarlama stratejilerini kapsar. Başka bir deyişle; medikal turizmde yer, sağlık hizmetine erişim sürecinde hastanenin ya da sağlık hizmetini sunan kliniklerin yeri ve medikal turizmde servislerin müşteri statüsünde olan hasta ve hasta yakınlarına ulaştırılmasını temsil eder (Ricafort, 2011, s.1-111; Vassiliki, 2012, s.1-90). Pazarlama karmasında ürünün yerini hizmet sunumu aldığı anda, tedarikçiler tarafından sağlanan hizmete erişim söz konusu olduğundan daha medikal turizm destinasyonuna ulaşmadan bilgi araştırması, online danışma, rezervasyon yapma gibi iletişim kurma yöntemlerinden hastaneye ulaşıldığında personelle ve fiziksel ortamla temasa geçmeye değin geniş bir eylem yelpazesi "yer" kapsamına girmektedir (Yokyongsakul ve Chookham, 2006, s.1-89). Bu kavramın hastanenin fiziksel olarak bulunduğu yer anlamında kullanılmasına örnek olarak ise Ricafort'un (2011, s.11) pazarlama karması stratejisini Tayland'da medikal turizme uyarladığı çalışmasındaki tanımı gösterilebilir. Ricafort (2011, s.11) hastanenin yeri olarak "yer" kavramından bahsederken hastanenin alışveriş merkezlerine, yerel ulaşım, turistik alanlara uzaklığının önemli olduğunu vurgulamıştır. Müşteri statüsündeki yabancı hastalar için hastanelerin yeri hem maliyet hem de zaman tasarrufu için önemlidir (Jabbari vd., 2013, s.34). Bazı durumlarda hastanenin veya kliniğin yeri sağlık hizmetinin kalitesi algısını da etkileyebilir. Örneğin; bir kampüsün ya da çok bilinen bir bölgenin ortasındaki bir hastane ya da klinik daha etkin bir bakım sağlayabilir, diye düşünülebilir (Vasiliki, 2012, s.28). Başka bir örnek ise "yer" in hizmet kalitesi algısını nasıl olumsuz etkileyebileceğidir. Çevre ve hava kirliliği hakim, çevresel tehlikelere maruz kalınabilecek, sanayi ortamında ya da kalabalık bir ortamdaki hastane, sunulan hizmetin boyutlarına bakılmaksızın kalitesiz olarak nitelendirilebilir (Jabbari vd., 2013, s.34).

Nasıl ki fiyatlandırma da rakamlar önemliyse, dağıtımda da zamanlama son derece önemlidir. Dağıtım doğru zamanda ve doğru şekilde sağlanmadığı takdirde hedef kitlenin alternatif başka bir kaynağa yönelmesi ihtimal dâhilindedir. Medikal turizm hizmetlerinin hastaya ulaştırılmasında dağıtım kanalları büyük bir görev üstlenmektedir (Nwafor, 2012, s.602-603). Dağıtım sağlanabilmesi hangi dağıtım kanallarının kullanılacağına seçimiyle başlar ve bu dağıtım kanallarının yönetilmesinde başarı sayesinde sağlanır (Vasiliki 2012, s.28). Bu dağıtım kanallarından bir tanesi aracı kuruluşlardır. Aracı kuruluşların bazı görevleri yerine getirmek suretiyle medikal turizmin dağıtımında önemli bir rolü vardır. Bu görevlerden bazıları: tüketici olan hastayla üretici görevinde olan hastane arası uzaklık olduğunda yerel

hizmetlerde kolaylık sağlamak, medikal turizm seyahat paketlerinde gereken ek servislerle birlikte kombinasyonlar sunmak, müşteri üretici arasında iletişim kurulmasını sağlamak ve hizmeti sunmada yardımcı olmaktır (Caballero-Danell ve Mugomba, 2007, s.1-116). Tıbbi hizmet sunan kurum ve kuruluşlar bu aracı kuruluşlarla iletişim halinde olmalıdır. Çünkü medikal turizm pazarında uygun fiyatlarla tutundurabilmek de ancak bu aracı kuruluşlar sayesinde mümkündür (Vasiliki, 2012, s.27-29).

Dağıtım kanalları ile ilgili olarak yapılan çalışmalardan birinde Caballero-Danell ve Mugomba (2007, s.1-116) medikal turizmde müşteriler ve destinasyon bölge arasında bağlantıyı sağlayan dağıtım kanallarını isimlendirmek için bir model oluşturmuşlardır. Bu modelde şu dört dağıtım kanalına yer verilmiştir: hedef kitle pazarlarındaki temsilciler ya da başka bir deyişle aracı kuruluşlar, operatörler ve kulaktan dolma bilgiler. Medikal turizm hizmetine erişimde hasta ve destinasyon arasında oluşturulan köprülerin tespit edildiği bu çalışma müşteri/hasta olarak nitelendirdiği medikal turistin destinasyona erişimi için bir medikal turizm operatörüne gitmesi, kendi ülkesindeki temsilcilerden yardım alması, tanıdıkları aracılığıyla ya da direk destinasyonla iletişime geçmesini medikal turizmin dağıtım kanalları olarak nitelendirmiştir (Caballero-Danell ve Mugomba, 2007, s.36). Yine dağıtım kanalları ile ilgili yürütülmüş başka bir çalışmada Boulton (2012, s.294-297) medikal turizm sektöründe dağıtım kanallarını şu şekilde sıralamıştır: hastane, klinik ve doktorlarla direk bağlantı, devlet desteği olan acenteler, işverenler, medikal seyahat acenteleri, seyahat acenteleri ve tur operatörleri.

Dağıtım kanallarına günümüzde verilebilecek birçok örnek vardır. Relaxu, İsviçre'de Bangkok Hastaneleri Grubunda Bangkok Hastanelerinde sunulan birçok hizmetle alakalı bilgiyi yabancı hastalara ulaştırarak Bangkok Hastanelerini Stockholm'de ve Gothenburg'da iki ofisle temsil eden, aynı zamanda ülkeyi turistik aktiviteler için de tanıtan bir aracı kuruluştur (Yokyongsakul ve Chookham, 2006, s.48-49; Caballero-Danell ve Mugomba, 2007, s.1-116). Singapur sağlık sistemine dair bütün bilgileri bir internet sitesinde toplarken, Tayland'da buna benzer bir sistem yoktur (Rerkrujipimol ve Assenov, 2008, s.5). Medikal seyahat acentelerinin sunduğu hizmetlerden bazıları: telefonla danışma, hastane, klinik, cerrah seçiminde tavsiyeler sunma, seyahatin ayarlanması, konaklama rezervasyonu, tedavi sonrası bakım, tercüme ve ülke içinde ulaşım konularında yardım etmektir (Boulton, 2012, s.294-297).

Dağıtım kanallarının incelendiği çalışmalarda da görülebileceği üzere; medikal turist ve destinasyon ülkedeki uzman arasında iletişim bir aracı kuruluş olmadan da gerçekleşebilir. Hastane, klinik ve doktorla direk bağlantı günümüz teknolojisi sayesinde internet aracılığıyla geçmişteki uygulamalara oranla çok daha kolay yapılabilmektedir. İnternet, sağlık hizmeti

sunucularının her biri tarafından sanal ortama yüklenen bilginin hasta ve hasta yakınlarına ulaşmasını sağlayan, birçok hizmet sektöründe olduğu gibi medikal turizmde de en etkin, en önemli ve en masrafsız dağıtım aracıdır (Dawn ve Pal, 2011, s.196; Crooks vd., 2011, s.726-732). Servis sağlayıcılar ve servisten faydalananlar arasında enteraktif olarak kurulan iletişim, tedavi tanımları, hizmet ve imkân açıklamaları, sunulan hizmet kalitesinin güvencesi medikal turizm dağıtımında güvenilir bir sanal ortam sağlayabilir (Rerkrujipimol ve Assenov, 2008, s.5). 650 adet İngiliz medikal turistle yürütülen Yurtdışında Tedavi adlı anket çalışmasında bu yabancı hastaların interneti bilgi edinmede birinci kaynak olarak kullandığı sonucu ortaya çıkmıştır (Boulton, 2012, s.295).

3.1.1.4. Tutundurma

Fiyatları belirlenen ve olması gerektiği yerlere doğru zamanda ulaşan bir ürünün ya da hizmetin farkındalık yaratması da fiyat, yer ve ürün kavramları kadar önemlidir. Pazarlama karmasının bu içeriği iletişim kurma, bu iletişimi kurarken de gerekli araçlar ve imkânlardan faydalanarak hizmeti tanıtmaya işlevlerini kapsar (Kazemi, 2007, s.1-125). Reklam yapma, kişisel satış, indirimler, halkla ilişkiler, internet sitesi kullanma, özel broşürler, geleneksel ve modern tıp reklamını yapmak gibi yöntemler tüketiciyi üründen haberdar etmek için kullanılacak etkili yollardan bazılarıdır (Vasiliki, 2012, s.1-90; Kazemi, 2007, s.1-125). Medikal turizm sektörünü tüketici olan yabancı hastalara tanıtmaya konusunda örnek olarak Hindistan Turizm Bakanlığı'nın düzenlediği promosyonlar, deniz aşırı pazarlama teknikleri ve broşür, CD gibi medya araçları hazırlayıp dağıtması gösterilebilir (Mochi vd., 2013, s.37). Devlet desteğiyle uluslararası sergilerde, seminerlerde, konferanslarda, seyahat dergilerindeki reklamlarda, ticaret fuarlarında yer almak hatta medikal turizm tanıtımı yapılan logolu t-shirtler üretmek; yerel enstitülerle, üniversitelerle, başka ülkelerdeki medikal okullarla eğitim, bilgi ve eğitim alışverişi yapmak; medikal tedaviler, hizmetler, sağlık sorunları, en son teknoloji kullanımı, kalite güvencesi, ödülleri, akreditasyon konularında kendi internet sitelerinde ve uluslararası medyada makaleler, haberler ve videolar yayınlamak medikal turizmin tanıtımı konusunda kullanılan bazı yöntemlerdir (Dawn ve Pal, 2011, s.196; Rerkrujipimol ve Assenov, 2008, s.6).

Bazı araştırmacılarca medikal turizmin tanıtımında en önemli faktörler fiyat avantajı ve turistik aktivitelerle tedavinin kombine edilmesi olarak kabul edilmiştir (Swain ve Sahu, 2008, s.475-484). Fiyatlandırmaya ek olarak turistik aktivitelerin de önemli olduğunu kabul etmek medikal turizm tanıtımında bölgede turistik alanlar, turistik aktiviteler ve turizm sektörüne yapılan yatırımlara da yer verilmesi gerektiğini onaylamaktır. Turner (2011(a), s.1-16) Kanada'da medikal turizm imkânları sağlayan firmaların internet sitelerinde yaptığı

inceleme sonucu medikal turizmde rol oynayan aktörlerin çoğunun turizm aktivitelerini tıbbi tedavi seçenekleriyle kombine edenler olduğunu gözlemlemiştir.

Yukarıda sayılan medikal turizmi tanıtmada başvurulabilecek yöntemler hizmeti sunan ülkeye göre değişiklikler gösterebilir (Cormany ve Baloglu, 2011, s.709-716). Bir ülkede medikal turizmin reklamı fiyatlar üzerinden yapılırken bir diğerinde ülkede bulunan profesyonellerin isimleri reklam içeriğinde kullanılabilir. Örneğin Crone (2008, s.117-121) Singapur ve Dubai gibi bölgeleri kendilerini sağlık şehirleri olarak etiketlendirirken sağlık hizmetinin kalitesine vurgu yaptığını belirtmiştir. Öte yandan fiyatlandırma birçok ülke için kaliteden önce gelen bir avantaj olarak değerlendirilir. "Üçüncü Dünya Fiyatlarında Birinci Sınıf Tedavi" medikal turizmin tanıtımında sıkça kullanılan bir slogandır (Swain ve Sahu, 2008, s.478). Bu sebeple de medikal turizmin tanıtımında fiyat bilgilerinin de yer alması önemlidir. Kanadalı medikal turizm hizmeti sağlayan aracı firmaların internet sitelerinde yapılan bir içerik analizi çalışmasında sanal ortamdaki bu tanıtım araçlarının medikal turizmin olası risklerini bildirmede yetersiz, ancak tedavi sonrası bakım ve fiyatlandırma konusunda yeterli bilgiyi sunmada kullanışlı olduğu açığa çıkmıştır (Penney vd., 2011, s.1-9). Medikal turizmde lider ülkelerden biri olan Hindistan örneğinde görüldüğü gibi medikal turizmin tanıtımı kulaktan dolma bilgi seviyesini aşmıştır. Modern pazarlamada ürün ve hizmet tanıtımı ağızdan ağızda bilgi almaktan çıkıp daha kompleks yöntemlere kaymıştır; ancak medikal turizm için farkındalık yaratmak medya araçlarının kullanılması, organizasyonların başıbaşı ya da sponsor bulması ve akademik araştırmalarla dolaylı yoldan bu kompleks yöntem kullanılması zorluğunun kolayca aşılmasını sağlar (Vasiliki, 2012, s.1-90). Medikal turizmin tanıtımında medya araçlarının kullanılması, araştırmacıları internet sitelerinde içerik analizi yönteminin kullanılarak araştırma yapılmasına teşvik etmektedir (Turner,2011(a), s.1-16).

Destinasyon ülkenin medikal turizm sektörünü pazarda tutundurabilmesi için yaptığı tanıtım çalışmalar konusunda başka bir önemli husus da yetkililerin yaptığı düzenlemelerdir. Bu konu yasal kurallara uygunluk ve sağlık hizmeti sağlayıcılarının sınır ötesi koşullarına uygun olarak yaptığı çalışmaları kapsar. İlk olarak, bir takım resmi uygulamalar medikal turizmin tutundurulmasında önemli roller oynayabilmektedir. Medikal turizmde tutundurma aktivitelerinde resmi müdahaleye örnek olarak Tayland'da Sağlık Bakanlığı, Tayland Turizm Üst Kurulu, Dışişleri Bakanlığı, İhracat Teşviki Bölümünün bu aktiviteleri desteklemeleri (Rerkrujipimol ve Assenov, 2008, s.5); Malezya'da 1998 yılında Sağlık Bakanlığı'nın Medikal Turizm Promosyonu Ulusal Komitesi bölümünü kurması (Leng, 2007, s.10); sanal ortamda medikal turizmin tanıtılmasında ulusal yaptırımlar ve Avrupa'da yasal düzenlemeler olması (Lunt vd., 2012, s.1-55) gösterilebilir. İkinci olarak, resmi müdahaleler dışında sağlık hizmeti sağlayıcılarının medikal turizmin tutundurulmasında diğer ülkelerdeki yerel enstitüler,

üniversiteler, medikal okullarla da ortak çalışmalar yürütülebilir (Rerkrujipimol ve Assenov, 2011, s.5). Çalışmaların hem ulusal hem de uluslararası düzeyde yürütülmesi medikal turizmin tanıtılmasında yerel dil ve uluslararası ortak bir dil ile birlikte iki dilde yapılmalıdır. Örneğin; Tayland medikal turizminin tanıtılması hem Tayland sınırları içinde kullanılan bir dil hem de İngilizce yapılmalıdır (Rerkrujipimol ve Assenov, 2008, s.6).

Yukarıda yer alan bilgilere göre 4P pazarlama karması medikal turizmin pazarlanmasında önemli bir konumdadır. Fakat medikal turizm sektöründe pazarlama karmasının kullanıldığı çalışmalarda "p" faktörleri ürün, fiyat, yer ve tutundurma ile sınırlı bırakılmamıştır. Bunlara ek olarak "people" yani kişiler, "process" yani süreç ve "physical evidence" yani fiziksel ortam bazı araştırmacılarca medikal turizm sektöründe pazarlama karmasının kullanılması ile ilgili araştırmalara eklenmiştir (Rerkrujipimol ve Assenov, 2008, s.6-7; Dawn ve Pal, 2011, s.197). Ek olarak "partnership" yani iş ortaklıkları da turizm endüstrisinde ticaretin geliştirilmesi için pazarlama karması elementlerinin kullanımında diğerlerinin yanında yeni bir faktör olarak kullanılabilir (Yokyongsakul ve Chookham, 2006, s.24).

Kişiler faktörü, iyi eğitilmiş ve gereken niteliklere sahip çalışanları temsil etmektedir (Rerkrujipimol ve Assenov, 2008, s.6-7). Daha önce medikal turizmin karşılaşılabileceği sorunlar konusunda da belirtildiği üzere; nasıl ki nitelikleri ve eğitimleri yeterli çalışanlara sahip olmada yaşanan sıkıntılar medikal turizm sektöründe gerilemelere neden oluyorsa, modern gelişmelere ayak uydurabilecek, yeterli ve iyi eğitilmiş uzman ekiplere sahip olmak medikal turizm sektörüne avantaj sağlayabilmektedir (Dawn ve Pal, 2011, s.197). Çalışanların dil ve iletişim yeterlilikleri de yine medikal turizm sektöründe hizmetin pazarlanması konusunda kişiler faktörü başlığı altında incelenebilir (Rerkrujipimol ve Assenov, 2008, s.6-7).

Süreç faktörü, medikal turistlerin destinasyon seçiminde sunulan hizmetin kalitesine gönderme yapmakta ve kalite güvencesinin sağlanması konularına dikkat çekilmesini sağlamaktadır (Rerkrujipimol ve Assenov, 2008, s.6-7; Dawn ve Pal, 2011, s.197). Medikal turizmde kalite algısı konusu oldukça önemli olduğundan konuya literatürde pek çok kez yer verilmiştir ve bu konu, çalışmanın sonraki bölümlerinde detaylı bir şekilde açıklanacaktır.

Kişiler ve süreç faktörleriyle birlikte incelenmiş olan bir diğer faktör fiziksel ortam ise, altyapı durumu ve tesisler tarafından sunulan bütün imkânları kapsamaktadır (Rerkrujipimol ve Assenov, 2008, s.6-7). Bu konuda Dawn ve Pal (2011, s.197) Hindistan'daki büyük hastanelerde yapılandırılan lüks odalar, modern imkânlar, en güncel teknoloji kullanımı ve ülkede bulunan beş yıldızlı otellerin ülkenin medikal turizm sektörünün rekabet ortamı içinde bir adım ileriye taşıdığını savunurken, Rerkrujipimol ve Assenov da

(2008, s.6-7) benzer bir şekilde Tayland'da sunulan tıbbi imkânların tercih edilmesinde modern tesislerin üst düzey hizmeti sunması ve gelişmiş altyapı olanaklarının önemine dikkat çekmiştir.

Son olarak Yokyongsakul ve Chookham (2006, s.24) bir hizmet sektörü olan turizmde pazarlama konusunda iş birliği ve ilgili ortaklar arasında kurulan ağları gündeme getirmiştir. Uluslararası bir pazarda yer alan medikal turizm sektörünün de turizm sektörü gibi destinasyon ülke ve ikamet edilen ülkede bulunan organizasyonlar arasındaki iş birlikleri ve bu ortaklıkların çeşidine bağlı olarak iniş ve çıkışlar yaşayabileceğini söylemek yanlış olmaz (Lee, 2006, s.7).

Özetle; ürün, fiyatlandırma, dağıtım, tutundurma, kişiler, süreç, fiziksel ortam ve ortaklıklar gibi faktörleri içinde barındıran bir model olan pazarlama karmasının medikal turizm sektörü için kullanılması demek bu faktörlerin her birinin ayrı ayrı medikal turistleri cezbetmek için değerlendirilmesi ve bu doğrultuda uyarlanması demektir. Dolayısıyla herhangi bir destinasyonun ve bu destinasyonda bulunan yerel firmaların bu gerçeğin farkında olarak pazarlama karması elemanlarını şekillendirmesi, uluslararası pazarda güçlü bir yer edinmesini, rakipleri karşısında avantaj sahibi olmasını sağlayacaktır (Beichl, 2009, s.26; Kazemi, 2007, s.1-125; Constantinides, 2006, s.407-438).

3.1.2. Sağlık Arayışı Davranışı

Sağlık arayışı davranışı hastalık ile doğrudan ilişkilidir. Hastalıktan kurtulmak için tedavi seçenekleri arasından seçim yapmak literatürde sağlık arayışı davranışı olarak yerini almıştır. Hasta birey sağlıklı olmak için tedavi arayışında olabilir. Öte yandan her hastalık da sağlık arayışı davranışına öncülük etmeyebilir (Jayabaskar, 2011, s.20-25). Bireysel olarak önemi inkâr edilemez olan sağlık arayışı davranışı, toplumsal olarak da bu denli önemlidir (Bourne, 2009, s.102). Bireyleri sağlıklı olmak için çaba sarf eden toplumların kalkınması çok daha kolaydır. Bu bireylerin yaşam kaliteleri ve memnuniyetleri de yine sağlık arayışı davranışı ile yakından ilişkilidir (Bourne, 2009, s.102). Bu sebeple de sağlık arayışı davranışını etkileyen faktörler; fiziksel, demografik, sosyo ekonomik ve kültürel değişkenler gibi çok geniş bir çerçeveyi kapsar (Mushtaq vd., 2011, s.1206). Örneğin; psikolojik problemler, akıl hastalıkları bazı toplumlarca basmakalıp bir şekilde delilik olarak etiketlenirilebilir (Shen, 2011, s.24). Bu durumda da böyle sağlık sorunları olan bireylerin sağlık arayışı davranışı ve diğer toplumlarda yaşayan bireylerin sağlık arayışı davranışını sergileyiş biçimi arasında farklılıklar görülebilir. Bu örnekte kültürel, sosyal faktörler gibi değişkenlerin sağlık arayışı davranışı üzerindeki etkisi görülebilir. Sağlık arayışı davranışı ve medikal turizm arasındaki ilişkinin temeli ise, medikal turizm hareketliliğinin en önemli

belirleyicilerinden bir tanesinin hem bireysel olarak medikal turistlerin hem de toplumların sağlık arayışı davranışı olmasıdır. Sağlık arayışı davranışı her ne kadar farklı araştırmacılarca farklı modellerle, farklı yaklaşımlarla ve farklı kavramlarla ilişkileri çerçevesinde araştırılmış olsa da; sağlık arayışı davranışına dair literatürde ortak kanılar vardır. Hastanın karar verme sürecinin ve memnuniyetinin sağlık arayışı davranışı ile ilişkili olması da bunlardan bir tanesidir (Eissler, 2010, s.19-27).

3.1.3. Karar Verme Süreci

Medikal turizmde ihtiyacın saptanmasından iyileşme sürecine uzanan bir karar verme süreci söz konusudur. Bu sürecin en başında medikal turistlerin ihtiyaçları saptandıktan sonra, tedavi seçenekleri ve ihtiyaç hakkında bilgiler toplanır ve alternatifler değerlendirilir. Bu alternatifler arasında bir tercih yapılması sonraki aşamadır. Eğer uygulanacak tedavi belli ise yabancı bir aracı şirket seçenekler arasından tercih edilir ve bu şirkete medikal turizm konusunda danışılır. Yabancı bir merkezde tedavide karar kılınırsa; ülke dışına seyahat edilir ve tedavi sonrası gözlem ve bakım tamamlandığında medikal turist kendi ülkesine dönerek iyileşme ve kontrol sürecine girer. Şayet tedavi belli değilse medikal turist öncelikle yerel bir uzmana danışması gerekir. Yerel bir tedavide hem fikir olunursa da medikal turizm deneyimi henüz başlamadan biter ve hasta kendi ülkesinde iyileşme ve tedavi sonrası bakım aşamasını geçirir (Carrera ve Runnels, 2012, s.301). Karar verme sürecinin bu şekilde özetlenmesi bir bireyin medikal turizm sürecinde yer almadan öncesinden itibaren attığı adımların en basit şekilde ifadesidir. Ancak bu süreç gerçekte bu kadar basit değildir. Araştırmanın bu bölümünde bir medikal turist karar verme süreci ve bu süreçte etkili olan faktörlere dair bilgiler yer almaktadır. Müşterilerin satın alma kararları, satın alma sürecinde müşteri davranışının 5 farklı aşamasını içermektedir. Bunlar: tüketicinin bakış açısından tüketicinin sunduğu ürünü algılama aşaması, ürünün sunacağı faydalar ve yapılması gereken fedakârlıkları değerlendirmeyi kapsayan değer tahmin etme aşaması, alternatif seçeneklerle ürünün karşılaştırıldığı farklı ürünlerin karşılaştırılması ve karar verme aşaması, kararın gerçekleştirildiği eylem aşaması ve son olarak ürünü satın aldıktan sonra tüketicinin zihnindeki durum, müşteri memnuniyeti aşamasıdır (Dubrovski, 2001, s.920).

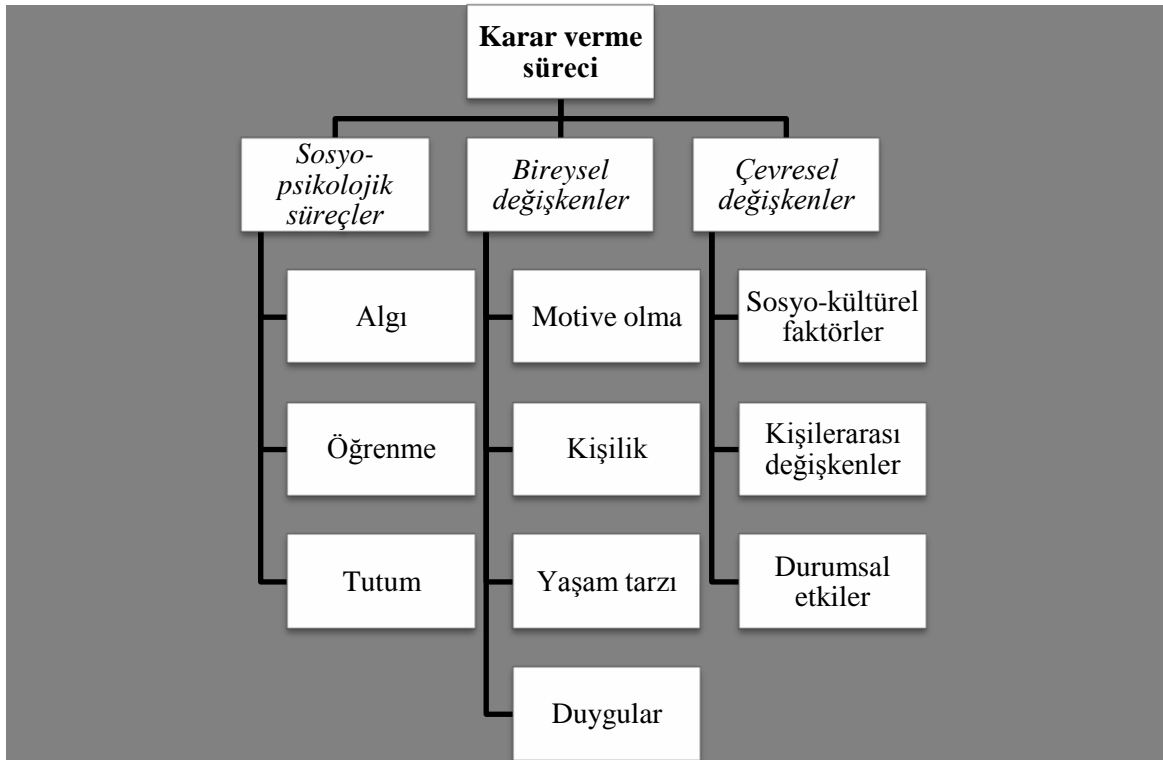
Karar verme aşamalarından anlaşılacağı üzere satın alma konusunda karar verme aşamalarının her biri karar veren müşteri odaklıdır (Dubrovski, 2001, s.920). Hizmet sektörü için bu aşamalar, ürün satın almak yerine hizmetten faydalanmak şeklinde uyarlanabilir. Dolayısıyla bir hizmet sektörü olan medikal turizm için de karar verme aşamalarının odağında medikal turist vardır demek yanlış olmaz. Ülkeler arası seyahat eden ve birincil amacı sağlıklı olmak olan bir medikal turist, "yabancı hasta" (Pocock ve Phua, 2011, s.7-12) ya da "yabancı

turist" isimleriyle de anılmaktadır. Bu isimlere ek olarak medikal turistlerin "tüketici" olarak da etiketlendirilebilmesi (Lunt vd., 2010, s.2), sektörde pazar ve pazarlama konularına vurgu yapılabileceğinin ve yapıldığının göstergesidir. Ancak burada dikkat edilmesi gereken medikal turizm sektöründe "tüketici" ya da "müşteri" olarak adlandırılacak tek katılımcı "medikal turist" olmayabilir. Örneğin; sigorta şirketleri, işverenler, aracı kuruluşlar gibi paydaşlar da duruma göre sektörde müşteri olarak nitelendirilebilir (Mukherjee vd., 2010, s.444; Darwazeh, 2011, s.55).

Sağlık hizmetinden başka bir ülke sınırları içinde de olsa faydalanan birey olarak medikal turist, "müşteri" sıfatıyla karar verme sürecinin merkezinde olan kişidir. Bir medikal turist ve zaman zaman onunla birlikte seyahat eden yakını veya yakınları yerli hasta pozisyonunda buldukları durumlardan farklı olarak kendi kararlarını vermektedir (Lunt vd.,2011, s.15). Örneğin; hasta ülkesindeki bir doktor veya uzman tarafından başka bir hastaneye ya da birime sevk edilebilir. Bu noktada hasta, doktoru tarafından yönlendirildiği hastaneye/birime gider ve tedavi olur. Ama söz konusu medikal turizm olduğunda karar verme sürecinde uzmanla birlikte hastanın da bir tüketici olarak karar verme sürecinde rolü vardır. Bütün bunların sonucu olarak medikal turizmde destinasyonun, doktorun, hastanenin ya da işlemin pazarlanması sürecinde karar verme aşaması, medikal turistlerin bizzat özne olarak yer aldığı bir durumdur. Medikal turizmde karar verme, hastaların karşılanmayan ihtiyaçları, sunulan hizmetin özellikleri ve tedavinin durumu gibi değişkenlerden etkilenen kompleks bir süreçtir (Runnels ve Carrera, 2012, s.300-304). Medikal turist olunup olunmayacağı; medikal turizmde aktif olarak yer almaya karar verilirse, hangi işlemlerin talep edileceği; hangi ülke ve hangi kurum ya da kuruluştaki hizmetlerden faydalanılacağı; hangi kalite ve güvenlik risklerinin göze alınabileceği gibi soruları kapsayan ve bu soruların cevaplarının da belli adımları içereceği bir süreçtir medikal turizmde karar verme işlemi (Runnels ve Carrera, s.300-304). Bunlardan dolayı medikal turistin kararını etkileyen faktörlere dair çeşitli varsayımlar yapılabilir. Bu bölümde bu faktörlere ilişkin bilgiler yer alacak.

Medikal turistleri motive eden faktörleri bilmek sektöre yatırım yapanlara, uzmanlara, araştırma yapan uzmanlara "daha fazla nasıl medikal turist çekilebilir?" sorusuna cevap ararken yardımcı olacaktır (Zhang vd., 2013, s. 32-34). Medikal turizmde etkili olan sosyo-psikolojik faktörler, iyi olma hali ve sosyal sınıfı; ekonomik faktörler fiyatları; tıbbi faktörler ise hizmet kalitesi, durumun ciddiyeti gibi değişkenleri kapsamaktadır (Bies ve Zacharia, 2007, s.1145). Ancak medikal turistlerin karar vermesinde etkili olan faktörlere dair yapılan araştırmalara bakıldığında; bu faktörlerin yalnızca hizmet kalitesi ya da iyi olma hali gibi değişkenlerle sınırlı olmadığı görülmektedir. Örneğin; aşağıdaki tablo bir çalışmada yer

verilmiş karar verme sürecinde rol oynayan değişkenleri gösteren şablonlardan yalnızca bir tanesidir (Cseriova ve Konieczna, 2012, s. 47)



Şekil 3.1 Medikal Turizm Süresince Hastaları Etkileyen Faktörler

Kaynak: Cseriova ve Konieczna 2012, s. 47

Medikal turizmde karar vermenin kompleks bir süreç olması ve pek çok değişkenden de etkilenmesi sonucu karar verme sürecine dair çeşitli teori ve modeller oluşturulmuştur. Bu konuda yapılan çalışmalar sonucu ortaya çıkan bazı model ve teoriler şu şekildedir:

3.1.3.1. İki Aşamalı Model

Smith ve Forgione (2007(a), s.19-30) tarafından geliştirilmiş bu model, medikal turistlerin spesifik olarak bir destinasyonu neden seçtiği sorusunun cevabından saklı olan destinasyon konusunda karar vermede etkili faktörleri inceleyen bir çalışmanın ürünüdür. Çalışmada Amerikalı katılımcılara yer verilmiştir. Bu modele göre; medikal turistlerin destinasyon seçiminde etkili olan faktörlerden biri diğerinden daha baskın ya da önemli demek yanlıştır. Araştırmacılar, bu varsayımın yerine birçok faktörü ayrı başlıklar altında incelemiş ve iki aşamadan oluşan bir model sunmuştur. Modelde sözü edilen faktörler arasındaki en temel ayırım, destinasyon seçiminde etkili olanlar ve medikal hizmet sunan tesis seçiminde etkili olanlar olarak yapılmıştır (Smith ve Forgione,2007(a), s.19-30).

Birinci aşamada yer alan ekonomik koşullar, politik durum ve düzenleyici politikalar ülkeye özgü özellikler olarak nitelendirilmektedir ve araştırmacılarca medikal turistlerin destinasyon seçimini etkileyen faktörler olarak belirlenmiştir. İkinci aşamadaki akreditasyon, uzman eğitimi, hizmet kalitesi ve fiyatlar ise, medikal turistlerin destinasyonu belirledikten sonraki aşamada tedavi olmayı istedikleri medikal tesis konusunda karar vermelerinde etkili olan faktörlerdir (Smith ve Forgione, 2007(a), s.19-30; Lee vd.,2012, s.69-86).

Bu modelde yer alan faktörler başka araştırmacılarca da literatürde kullanılmıştır. Örneğin; Firman ve Wang (2013, s.167), Endonezya için hazırladıkları çalışmada medikal turizm destinasyonu seçimi, medikal tesis seçimi ayrımını kullanan araştırmacılara bir örnek olarak gösterilebilir. Üstelik araştırmacılar bununla da yetinmeyip bu iki aşamaya bir de uzman seçimini eklemişlerdir. İki aşamalı modelde olduğu gibi ekonomik koşullar, politik durum ve düzenleyici politikalar ülkeye özgü özellikler olarak gösterilmiştir. Dahası, destinasyon seçiminde önemli olan faktörlere uzaklık, havayolları ulaşımı ve nitelikten de ülkeye özgü faktörler de eklenmiştir. Tesise özgü özellikler iki aşamalı modelle aynı olarak, uzman seçimi ise özel uzmanlık alanı, ün ve tavsiye faktörleriyle değerlendirilmiştir (Firman ve Wang, 2013, s.167).

Bu modelle medikal turizmde karar verme sürecinin tek aşamalı bir süreç olmadığı gösterilmiştir. Buraya kadar olan kısımda ülkelere özgü özelliklerden ve bu ülke vatandaşlarının neden başka bir ülkeyi ağılık amaçlı ziyaret ettiğine dair bilgiler bulunabilir. Ancak medikal turistlerin karar verme süreci bir medikal destinasyon seçmekle sınırlı değildir. Örneğin; hastane ya da sağlık hizmeti sunan tesisin seçimine dair çalışmaları da literatürde bulmak mümkündür. Medikal turizmde destinasyon seçiminde karar verme süreci ve bu süreçte hasta ve hasta yakınlarının tercihleri kadar tercih edilen destinasyondaki hastanelerin seçimi de medikal turizmde karar verme süreci kapsamında önemli bir konudur. Örneğin; Hindistan'ın popüler bir destinasyon olmasına dayanarak, kamu ya da özel hastanelerinin her birinin aynı oranda hastanın dikkatinin çektiği varsayımında bulunmak yanlış olabilir. Bumrungrad hastaneleri Tayland denince medikal turistlerin aklına ilk gelen hastanelerden biriyken, Hindistan'da Apollo için bu durum söz konusudur (Zhang vd., 2013, s.33). Bu durum hastane ya da klinik gibi kurum ve kuruluşların seçiminde medikal turistlerin karar verme sürecine dair fikir sahibi olmanın önem ve gerekliliğini de destekler niteliktedir.

Raza'ya (2012, s.34-39) göre ise hastanın hastane seçimi konusundaki kararını etkileyen faktörler hastane yönetiminin bilinmeli ve bu faktörlerin hangisinin ne kadar etkili olduğu bilgileri hastanenin tercih edilme ihtimalini artırmak için kullanılmalıdır. Bu amaçlar doğrultusunda 369 hasta ile yürüttüğü çalışma sonucu Raza (2012, s.34-35), hastaların hastane seçiminde yalnızca bir faktörün değil birçok faktörün aynı oranlarda etkili olduğu kanısına varmıştır. Çalışmada yer verilen hastaların hastane seçme kararını etkileyen faktörler

arasında kapsamlı bir hizmete erişimin sağlanması %80 gibi yüksek bir oranla tercih edilen bir özellik iken, bunu hastaneyle bir geçmişinin olması ve hastanede ismi çok bilinen doktorların bulunması özellikleri takip etmektedir. Bununla birlikte dini ve kültürel tercihlerin en son sırada yer alması da bu çalışma sonucu ortaya çıkan önemli bir sonuçtur (Raza, 2012, s.34-35). Bhangale (2011, s.229-233), bir hastanın hastane seçiminde dikkat ettiği ve hastanedeki hizmetin pazarlanması için göz önünde bulundurulması gereken etkenleri şu şekilde listelemiştir: aile hekimin yönlendirmesi önemli olduğundan ilk etapta hastanenin doktorları cezbeden özelliklere sahip olmalı, birçok hizmeti çatısı altında barındıran çok yönlü bir kuruluş olmalı, sağlık kontrolü paketlerinin makul bir şekilde fiyatlandırılmalı, e-ticaretin sağlayabileceği imkânlardan faydalanarak bilgi sunması, bazı özel durumlar için bekleme sürelerinin olabildiğince kısaltılması (Bhangale, 2011, s.229-233).Son olarak; Teknik ve işlevsel kalite ile birlikte hastane ya da sağlık hizmeti sunulan diğer tesislerde sağlanan tanı ve tedavi işlemlerinin fiyatları uluslararası hastaların destinasyon seçiminde etkili olduğu gibi destinasyonda bulunan hastaneler arasında yaptıkları tercihlerde de etkili olan iki temel değişkendir (Zhang vd.,2013, s. 34).

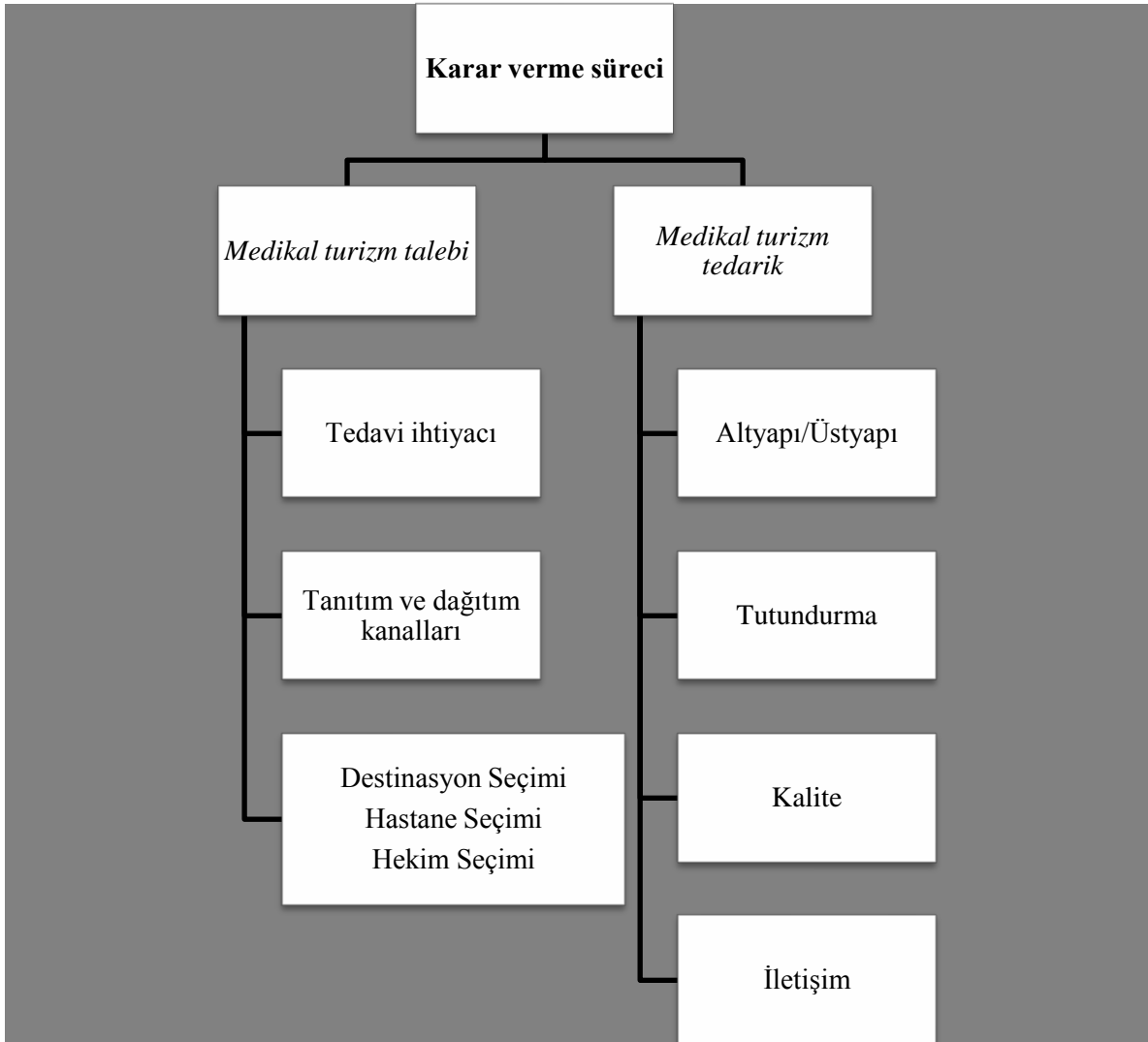
3.1.3.2. Talep ve Tedarik Modeli

İki aşamalı model medikal turizmde karar verme sürecini destinasyon ve tesis seçimi olarak ikiye ayırmıştı. Fakat model coğrafi yakınlık, devletin teşvik ve destek çalışmaları, altyapı ve üstyapı durumu, eğitilmiş uzman ekip gibi çok önemli faktörler, tesislerin yeri, hastanelerin bilinirliği gibi birçok faktörün önemine vurgu yapmada sınıfta kalmıştır. İki aşamanın öncelik sırası da bu modeldeki bir diğer problem olarak görülebilir. Önce destinasyon sonra tesis seçmek her hasta için geçerli olan, mutlak bir karar verme süreci sıralaması olmayabilir. Forgione ve Smith tarafından geliştirilmiş iki aşamalı karar verme süreci modeline bu eleştirileri yapan Heung vd. (2010, s.244), medikal turizmde karar verme süreci ile ilgili başka çalışmalardan da faydalanarak yeni bir modelle konuyla ilgili literatüre katkıda bulunmuştur.

Bu modelde medikal turistlerin karar verme sürecini etkileyen ve kısmen verilen kararların yönünü belirleyen etkenlere ait daha önce yapılan çalışmaları entegre eden bir ilişki sunulmuştur. Sektörde talep ve tedarik kısımları ayrı birer aşama olarak verilirken, daha önce (Caballero-Danell ve Mugomba, 2007, s.35) tarafından oluşturulmuş medikal turizm dağıtım kanalları modeline de yer verilmiştir. Bu tanıtım ve dağıtım kanallarıyla birlikte destinasyon seçimi, hastane seçimi ve uzman seçimi medikal turizm talep kısmını oluşturmaktadır. Yazarlar, bununla yetinmeyip talep kısmıyla etkileşim içindeki ikinci bölüm olan tedarik kısmını da modele eklemiştir. Tedarik ile ilgili bölgede alt ve üstyapı, tutundurma, kalite ve iletişim vardır (Heung vd., 2010, s. 236-251). Bir yıl sonra Heung vd. (2011, s.995-1005) Hong Kong'da yaptıkları araştırmada bu modeli temel alarak medikal turizmin önündeki

engelleri tespit etmişlerdir. Bu çalışmanın sonuçlarına göre; Hong Kong için ve diğer destinasyon adayları ülkelere de uyarlanabilecek engeller turistik bölgeler, altyapı ve üstyapı, hükümetin tutumu, uzmanlık ve iş gücü, ekonomi, yatırım gücü, tanıtım, dil ve iletişim, politikalar ve kısıtlamalar ile ilgili problemlerdir. Bu engeller medikal turistin karar verme sürecinde de etkili olan problemleri temsil edebilir (Heung vd., 2010, s.236-251).

Ayrıntılarından bahsedilen bu modelle eşleştirilmiş şekil aşağıdaki gibidir:



Şekil 3.2 Medikal Turizm Talep-Tedarik Modeli

Kaynak: Heung vd. 2010, s.244

Şekilde yer verilen başlıkların açıklamalarında araştırmacılar tıbbi seyahat acenteleri, aile ve arkadaşlar, hastanenin ünü, internet ve medyayı tanıtım ve dağıtım kanalları olarak göstermişlerdir. Destinasyon seçiminde etkili faktörleri ise, ekonomik koşullar, politik durum, atıflar, uzaklık ve havayolu ulaşımı olarak belirtilmiştir. Öte yandan; fiyatlar, akreditasyon, hastanenin ünü ve bünyesindeki hekimlerin eğitimi hastanenin seçiminde önemli etmenler olarak özetlenmiştir. Hekim ve uzman ekibin seçimi ise uzmanlık alanı, ün ve tavsiyeye

dayandırılmıştır. Medikal turizmin tedarik edilmesinde ise hastaneler, klinikler, özel ve kamu dengesi altyapı/üstyapı başlığı; Sağlık Bakanlığı/hastane yönetimi, Dış işleri ve Turizm Bakanlığı'nca belirlenen pazarlama stratejileri, komiteler, denizaşırı promosyonları ve ulusal kampanyalar tutundurma başlığı; akreditasyon ve sertifikasyon kalite başlığı; dil ve internet de iletişim başlığı altında modeldeki yerini almıştır (Heung vd., 2010, s.244).

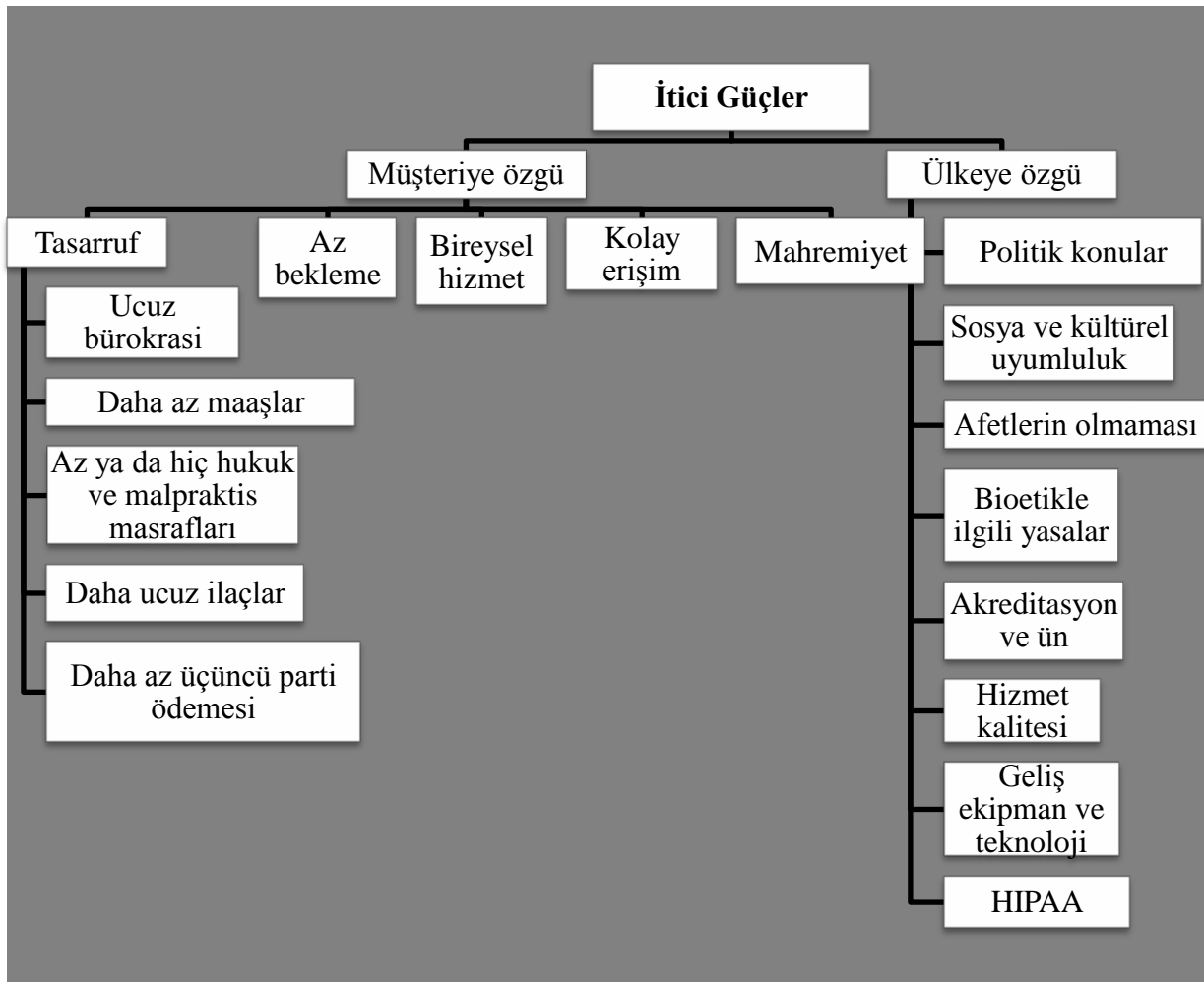
Medikal turist merkezli bu modelde medikal turizmin ihtiyacının belirlenmesi bütün karar verme sürecini başlatan etkidir. Medikal turistin bizzat kendisi de bu modelin merkezindedir (Wendt, 2012, s.10). Heung ve diğerleri (2010, s.249) gelen medikal turizm karar verme sürecini etkileyen faktörleri tespit etmede nicel bir araştırma yapılması çağrısına yanıt olarak Guiry ve Vequist (2010, s.117) müşteri odaklı bir bakış açısının Amerikalı medikal turistlerin hizmet algısı ve beklentilerinde etkili olan faktörleri araştırdıkları bir çalışma yürütmüşlerdir. Kişisel değerler ve bireysel ihtiyaçların medikal turizm karar verme sürecinde ve hasta memnuniyetindeki etkisi de böylece literatürdeki çalışmaları desteklemiştir (Guiry ve Vequist, 2010, s.117).

3.1.3.3. İtici ve Çekici Faktörler Modeli

Zhang vd.(2013, s.32-40) 1292 Çinli katılımcının destinasyon seçiminde etkili olan faktörleri incelemiştir. Araştırmacıların Çinli hastaları medikal turizmde potansiyel birer müşteri olarak nitelendirdikleri çalışmalarında bu müşterilerin destinasyon seçiminde coğrafi uzaklık ve psikolojik uzaklık algılarına dikkat çekmiştir. Çalışmadaki bilgilere göre psikolojik uzaklık, coğrafi uzaklık gibi kilometrelerle ölçülebilecek bir kavram değil; dil, ekonomik koşullar, politik sistem gibi değişkenlerde kendi ülkesi ve destinasyon ülke arasındaki farklılıkların boyutudur. Çalışma sonuçlarını yorumlayan araştırmacılar hastalığın ciddiyetinin, psikolojik uzaklık ve destinasyon seçimi arasındaki ilişkide moderatör bir etkisinin olduğu kanısına varmışlardır. Çinli medikal turizm müşterilerinin hastalıklarının genel sağlıklarını tehdit etme ihtimaline bağlı olarak Amerika gibi tıbbi açıdan gelişmiş bir ülkeyi psikolojik uzaklık gözetmeksizin tercih etmeye eğilimli olduğu sonucuna varılmıştır. Araştırma sonuçlarına göre; hastalıkları çok ciddi olmadığı sürece Kore gibi psikolojik yakınlığı olan ülkeleri seçmeleri daha olası görülmüştür. Bu çalışmada sözü geçen psikolojik ve coğrafi uzaklık kavramları medikal turistlerin karar verme sürecinin coğrafi, sosyal ve psikolojik faktörlerden gibi birçok farklı boyuttan etkilenen kompleks bir süreç olduğunu göstermektedir (Lam ve Hsu, 2004, s.464).

Medikal turizm birçok faktörden etkilenen bir sektör olduğu gibi (Wendt, 2012, s.3), yukarıdaki örnek modellerde de görüldüğü gibi, sektörün içine ilk adımı atmaya hazırlanan ve karar verme sürecini başlatan medikal turistleri de etkileyen birçok faktör

vardır. Bu faktörleri sınıflandırma konusunda önemli bir diğer model de itme ve seçme faktörleri modelidir. Çok fazla olmamakla beraber medikal turizm ile ilgili literatürde itici ve çekici faktörleri, kamu hastanelerinde personel eksikliği olması, uzun bekleme listeleri gibi faktörleri medikal turistler buldukları ülkeden iten; gelişmiş havayolları ulaşımı gibi faktörleri de destinasyona çeken faktörler olarak not eden araştırmacılar vardır (Lee vd. 2012, s.71). Ancak genel olarak kullanılan tanımlar ilk defa Dann (1977) tarafından yapılan çalışmada yer alan "pull" yani çekici ve "push" yani itici mekanizmalar ayrımıdır (Akt. Heung vd., 2010, s. 236–251; Musa vd.,2012, s. 629–646; Gan ve Frederick, 2011, s.165-183). İtici faktörlerle kastedilen içsel, kişiye bağlı olan faktörler; çekici faktörlerle kastedilen ise dışsal, belli bir destinasyonla ilgili etmenlerdir (Hsu vd., 2009, s.289; Heung vd., 2010, s.244).

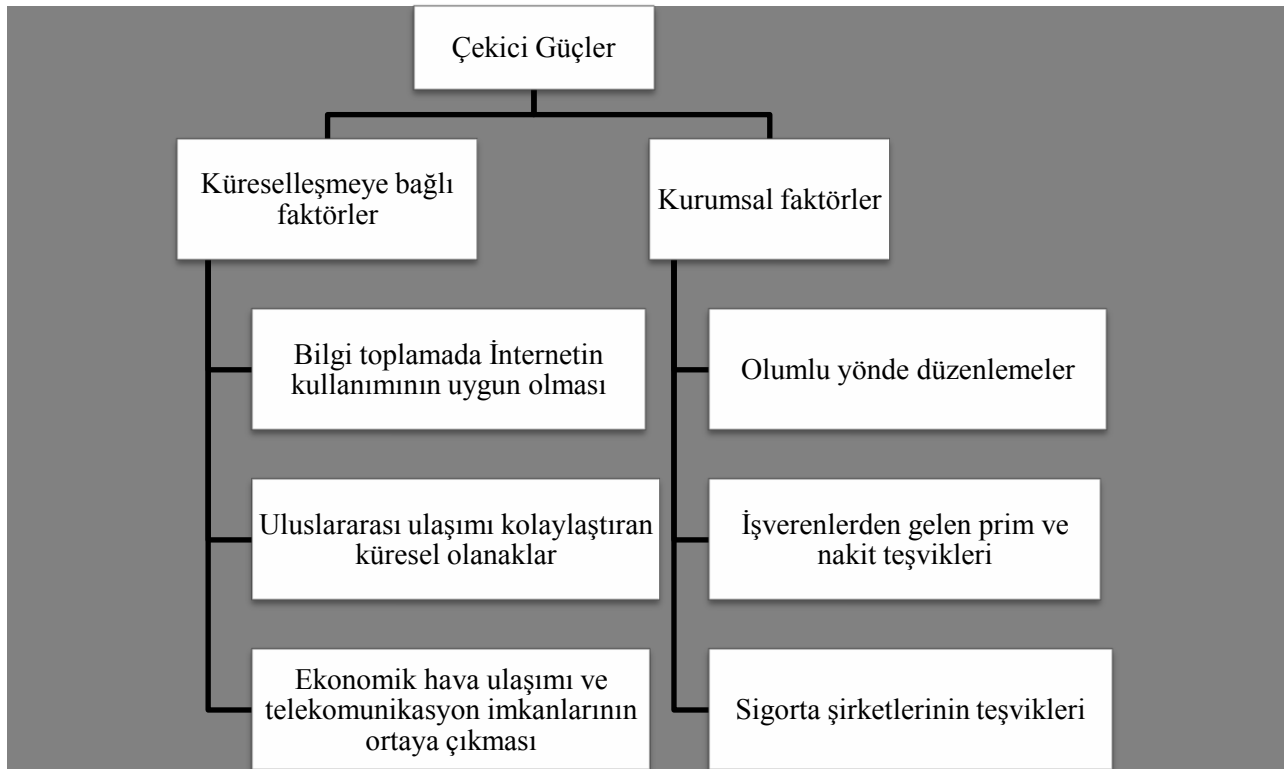


Şekil 3.3 Medikal Turizm Hareketliliğinde İtici Güçler

Kaynak: Gan ve Frederick 2011, s.168

Turistler için yapılan itici ve çekici güçler ayrımına dair başka bir çalışma da 2 yıl sonra Crompton (1979) tarafından yapılmıştır (Akt. Hsu vd., 2009, s.289). Bu çalışmaya göre; kaçış, iç dünyanın keşfi, rahatlama, prestij, sosyal etkileşim sosyo psikolojik faktörler itici

mekanizmalardır. Yine aynı çalışmada eğitim ve değişiklik iki kültürel faktör ve çekici mekanizmalar olarak belirtilmiştir (Crompton, 1979; Akt. Hsu vd., 2009, s.290). Medikal turistleri etkileyen faktörlerin ikiye ayrılmasının yeterli olmadığı ve yaş, gelir, kişilik gibi daha fazla faktör olduğuna dair eleştiriler olsa da (Heung vd., 2010, s.244) medikal turizm araştırmalarında bu modele sıkça yer verilmiştir. Rath vd. (2012, s.1) medikal turistlerin geldiği ülkelere göre bu itici güçleri sınıflandırmıştır. Onlara göre gelişmiş ülkelere gelen medikal turistler fiyat avantajı arayışında olan gelişmiş ülke vatandaşları, uzmanlık ve fiyat avantajı olan komşu ülkelerin avantajlarını araştıran gelişmekte olan ülke vatandaşları olarak sınıflandırılabilir. Literatürde yer verilen çekici güçler değişkenlerinden bazıları: kalite, dil, dini protokoller, politik ortam, turistik özellikler gibi faktörlerdir (Johnston vd., 2010(b), s.6). Gan ve Frederick (2011, s.168), medikal turizm ile ilgili literatürde yer alan çalışmalar için yaptığı kapsamlı bir tarama sonucu en çok araştırılan ve itici ve çekici mekanizmaları aşağıdaki şekillerde gösterildiği gibi gruplandırmıştır (Gan ve Frederick, 2011, s.168):



Şekil 3.4 Medikal Turizm Hareketliliğinde Çekici Güçler

Kaynak: Gan ve Frederick 2011, s.168

3.1.4. Müşteri Memnuniyeti

Karar verme sürecinin aşamalarından beşinci aşama olan müşteri memnuniyeti ile ilgili bilgilere bu bölümde yer verilecektir (Dubrovski, 2001, s.920). Pazarlama süresince

müşteriye odaklanıp rekabet ortamında bir avantaj sahibi olabilmek için en önemli faktörlerden bir tanesi müşteri memnuniyetidir (Muffato ve Panizzolo, 1995, s.154). Herhangi bir sektörde pazarlama söz konusu olduğunda müşteri memnuniyeti kriterini kendi avantajına çevirmek, pazarlama konusundaki başarıyı, dolayısıyla sektörde elde edilecek geliri ve gelişim oranını artıracaktır. Yalnızca kalitenin artırılması fiyatların düşürülmesi de kar elde etmeyi sağlayabilir. Hizmet kalitesinin artırılmasıyla algılanan hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti üst düzeye ulaşırsa mevcut müşteri kitlesiyle etkileşimin sürekliliği de artacaktır. Hizmet kalitesindeki artış kulaktan dolma bilgi yoluyla müşteri potansiyelini de artırarak gelir payını da artırabilir ve sürekli bir karlılık noktasına ulaşılabilir (Rust vd., 1995,s. 59-60).

Fornell (1992, s.6-21), müşteri memnuniyetinin ölçümü için kullanılan yöntemi müşteriye memnun etmede bir takım süreçleri içeren kavramsal bir ağı temsil eden, yapısal eşitlik modelini kullanarak geliştirmiştir. Bu yöntemle Fornell (1992) Amerikan Müşteri Tatmini Endeksini (American Customer Satisfaction Index-ACSI) oluşturmuştur (Akt. Wallace ve Kanji, 2000, s.982). ACSI Müşteri Memnuniyeti Modeli'nde birbirleriyle etkileşim içinde olan ve müşteri memnuniyetini de etkileyen kavramlar şu şekilde sıralanabilir: müşteri beklentileri, algılanan kalite, algılanan değer, müşteri şikayetleri, müşteri sadakati (Wallace ve Kanji, 2000, s.982). Bu kavramlar ve müşteri memnuniyeti arasındaki ilişkiler müşteri memnuniyeti konusunda oldukça önemlidir. Bu sebeple bu kavramlardan müşteri sadakati, algılanan kalite, algılanan değer ve müşteri sadakati ile müşteri memnuniyeti arasındaki ilişkiler bu bölümde anlatılacak.

3.1.4.1. Beklenti, Algılanan Kalite, Değer ve Memnuniyet

Müşterilerin gereksinimlerinin karşılanması müşteri memnuniyetinin temel yapı taşıdır (Myers, 1991, s.42). Bu gereksinimler karşılanırken ve karşılandığında ortaya çıkan müşteri memnuniyeti ise objektif ve subjektif olarak değerlendirilebilecek pek çok faktörden etkilenmektedir. Müşterinin beklentileri, ürün veya hizmet sağlayıcısının performansı, beklentilerin doğrulanıp doğrulanmadığı, nitelik ve adil olma müşteri memnuniyeti ile ilişkilendirilen önemli faktörlerden bazılarıdır (Bowen, 2001, s.49). Bu faktörlerin her birinin ayrı ayrı ya da birbirleriyle etkileşimi ile memnuniyet/memnuniyetsizlik üzerinde etkisi olduğu düşünülmektedir. Bu faktörler arasında beklenti, memnuniyet ve müşteri memnuniyeti çalışmalarında en sık araştırılanlardandır. Bu noktada müşteri beklentisi tanımı, özellikleri ve memnuniyet/memnuniyetsizlikle ilişkisini bilmek önemlidir (Walker, 1995, s.7).

Tablo 3.1 Müşteri Memnuniyetinde Doğrulama Modeli

P>E	P=E	P<E
Olumlu Doğrulama	Doğrulama	Olumsuz Doğrulama
Memnuniyet	Nötr	Memnuniyetsizlik

Kaynak: Walker 1995, s.7

Şekilde "P" gerçekleşen performansı, "E" ise beklenen performansı temsil etmektedir. Bu durumda şekilden de faydalanarak bu model yorumlandığında, memnuniyetin beklenen performanstan gerçekleşen performans yüksek daha iyi olduğunda ortaya çıktığı sonucuna varılabilir. Öte yandan bunun tam tersi olduğunda memnuniyetsizlik gözlemlenebilir. Beklenen performans sergilenen performansa çok yakın ya da eşit olduğunda memnuniyet ya da memnuniyetsizlik görülemeyebilir. Bu paradigma, müşteri memnuniyetinde doğrulanmama modelinin temelindeki varsayımdır (Walker, 1995, s.7).

Müşterilerin beklentileri sabit, ideal bir beklentiden ibaret değildir. Müşteriler, ideal bir beklenti içinde olmak yerine inandıkları ve alabileceklerini düşündükleri servis düzeyi, yani arzuladıkları hizmet düzeyi ve almayı kabul edebilecekleri minimum servis düzeyi, yani yeterli olarak gördükleri hizmet düzeyi arasında bir tolerans noktasında şekillenebilecek bir beklenti aralığı ile gelirler. Bu aralıkta müşterilere sunulan hizmet, tolerans noktası altında kaldığında işletme memnuniyetsiz müşterilere sahip olacaktır. Hatta belki de müşterilerin başka alternatifler araştırmaya ve değerlendirmeye başlamasıyla müşterisiz kalacaktır. Sunulan hizmet arzulanan hizmet düzeyinin üzerinde olduğunda işletmenin daha memnun müşterileri olacaktır (Parasuraman, 2004, s.47).

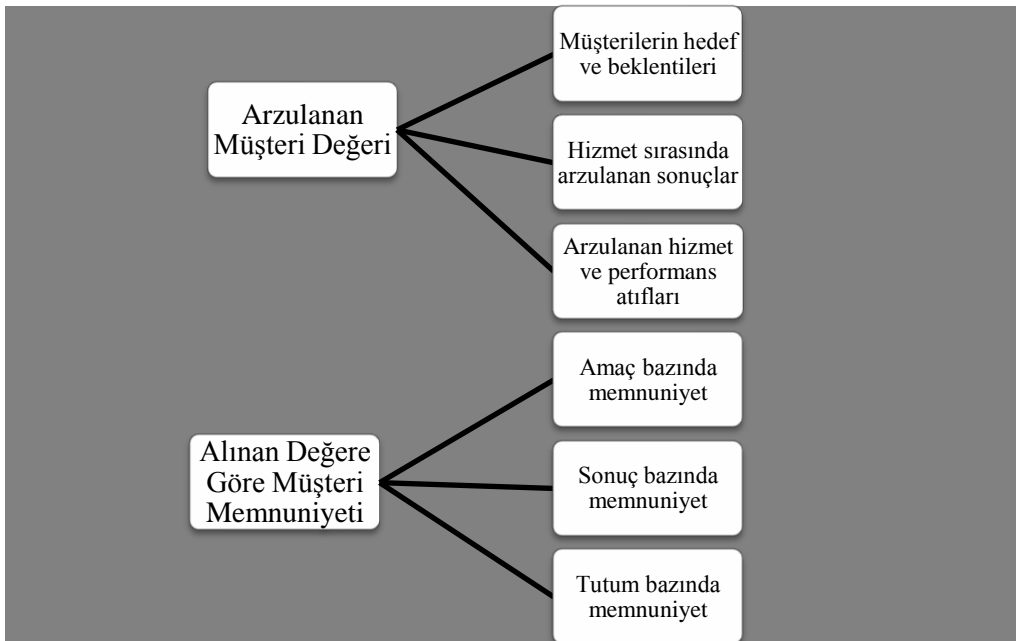
Algılanan değer ödenen fiyatla ilgili olarak algılanan kalite algısı olarak tanımlanabilir (Fornell vd., 1996, s. 9). Algılanan fiyattan kaynaklanan algılanan kalite yüksekse ürün değeri de yüksek olacaktır. Diğer bir deyişle, algılanan kalite ve algılanan fiyat artırılabilirse ürün değerinin de artması olasıdır (Dubrovski, 2001, s.922). Beklentiler tek bir ideal boyutla sabit olmadığına göre algılanan değer de sabit bir kavram ile eşleştirilemez. Dolayısıyla memnuniyet algılanan değer karşılığıdır, demek yanlış olur. Bunun yerine aşağıdaki ayrımlar gözetilerek yapılacak bir memnuniyet ve algılanan değer açıklaması çok daha doğrudur (Eggert ve Ulaga, 2002, s.110).

Tablo 3.2 Memnuniyet ve Müşterinin Algıladığı Değer

Memnuniyet	Müşterinin algıladığı değer
Duygusaldır	Bilişseldir
Hizmet sonrası perspektif	Hizmet öncesi/sonrası perspektif
Taktik oryantasyon	Stratejik oryantasyon
Mevcut müşteriler	Mevcut ve potansiyel müşteriler
Tedarikçilerden gelen teklifler	Hem tedarikçiler hem de rakiplerinden gelen teklifler

Kaynak: Eggert ve Ulaga 2002, s.110

Memnuniyetin duygusal bir içeriği vardır (Oliver ve Swan, 1989, s.21-35); fakat algılanan değer bilişsel bir süreçtir (Eggert ve Ulaga, 2002, s.110). Hizmet öncesi, sırasında ve sonrasında değer ve memnuniyet kavramlarına bakıldığında ise durum yukarıdaki tablodakinden farklı olabilir. Woodruff (1997, s.142) müşterilerin değerleri ürünü/hizmeti alma işlemi, sonrasında ve öncesinde farklı algılayabileceklerini belirtmiş ve bu iddiasını gösteren bir model oluşturmuştur. Bu modele göre, değişen değer algılarına göre memnuniyetin türü de değişebilmektedir. Bu durum algılanan değer ve müşteri memnuniyetinin aynı şeyler olduğunu değil, arzulanan müşteri değerinin alınan değerler bazında müşteri memnuniyetinin türünü değiştirebileceğini göstermektedir. Aşağıda bu modelin görsel bir hali görülebilir (Woodruff, 1997, s.142).

**Şekil 3.5 Müşteri Değeri Hiyerarşi Modeli**

Kaynak: Woodruff 1997, s.142

Satın alınan tatilde sunulan hizmetlerin algılanan değeri müşteri memnuniyetinin önemli bir belirleyicisi ve göstergesidir (Lee vd., 2007, s.204-214); ancak bu algılanan değer eşittir memnuniyettir, demek değildir. Öte yandan kalite ve memnuniyeti de aynı

kavramlarmış gibi kullanmak yine yanlıştır (Atinga vd., 2011, s.548-563). Her ne kadar memnuniyet ile kalite ve değer ilişkisi içinde olduğu durumlar olsa da, memnuniyet ne değer (Eggert ve Ulaga, 2002, s.110) ne de kalitenin (Atinga vd., 2011, s.548-563) bire bir karşılığı değildir.

Memnuniyet için önemli bir faktör olan kalite kavramına memnuniyet çalışmalarında yer vermekte fayda vardır. Karar verme sürecini fiyat da kalite de tek başına belirlemek de yeterli değilken, fiyat ve kalite ikisi birlikte değerlendirildiğinde karar verme süreci belirlenebilir. Ürün değeri de algılanan kalite ve algılanan fiyatta göre şekillenmektedir (Dubrovski, 2001, s.922). Fiyat karşılaştırılabilir rakamlarla ölçülebilir bir değişken de olabilirken, kalite için aynı şeyi söylemek doğru değildir. Kalitenin öznel bir değerini sunmak adına JCI gibi uluslararası standartları belirleyen kuruluşlar vardır; ancak nesnel bir kalite aldığı hizmet/ürünü takdirine bağlıdır ve göreceli olarak müşteriden müşteriye değişebilir.

Aqel ve Al-Tarawneh (2013, s.260), sağlık hizmetlerinde kalite konusunda farklı boyutlar olduğunu belirtmiş ve bu boyutları içerikleri ile birlikte şöyle açıklamıştır:

- Tıbbi ve teknik açıdan kalite: sunulan hizmetin etik açıdan değerlendirmesi, personelin uzmanlık nitelikleri, en son teknolojiye teknik yöntemlerin kullanımı.
- Hastanın bakış açısından kalite: ihtiyaçları karşılamak için gerekli servisin sunulması.
- Yönetimsel açıdan kalite: kaynak kullanımı ve kaynakları doğru zamanda, bütçeye uygun fiyatlarda sunulması.
- Uzman tıbbi yönetim açısından kalite: uzman yönetimin performansı ile memnuniyetin artırılması, genel olarak sağlık sisteminin ve medikal hizmetlerin gelişmesinde uzman yönetimin görevi, finansal kaynakların dağıtımında yeterliliği ve uzman yönetimin gelecekte başarılı olmak adına planlarının olması.

Herhangi bir hizmet ya da ürün için memnuniyeti ölçmede kullanılan başlıca yöntemler: basit performans puanlamaları, eşitlik teorisine dayanan ölçümler ve beklentilerin doğrulanmamasıdır (Myers, 1991, s.35). Bu yöntemlere ve kalitenin farklı açılardan ele alındığında, farklı anlamlara gelebileceğini gösteren kalitenin boyutlarına bakıldığında öznel bir kalite algısının ölçülmesinin de memnuniyet ölçümü gibi farklı yöntemler gerektireceğini tahmin etmek zor değildir. Objektif kalite öznel kalite algısının tamamı değildir; sadece bir parçası olabilir (Dubrovski, 2001, s.922). Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1985) tarafından kalite algısı ölçülmüştür. Hizmete dair algı hizmetten faydalanmadan önce beklentilerin var olduğu ve algılama seviyesi beklentilerden eşit ya da yüksekse hizmetin kaliteli, aksi halde de hizmetin kalitesiz olması varsayımı bu ölçeğin temelinde yatan fikirdir. Bu karşılaştırma yapılırken de birbirinden boyuta dikkat çekilmiştir. Bu boyutlar: fiziksel özellikler,

güvenilirlik, isteklilik, yeterlilik, nezaket, inanılabilirlik, güvenilirlik, ulaşılabilirlik, anlayış ve iletişimdir. Daha sonraları bu boyutlardan bazıları birleştirilip sayı 5 boyuta indirgenmiştir. Bu boyutlar: fiziki unsurlar, güvenilirlik, duyarlılık, kesinlik ve empatidir (Akt. Buttle, 1996, s.8-32). Cronin ve Taylor (1992, s.55-68),’a göre hizmet kalitesinin yalnızca performansa dayalı olarak belirlenebileceği söylenmiştir. Ölçme şekli ne olursa olsun bu kalite değerlendirme ölçeklerinin her biri kalite ve memnuniyet arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için kullanılabilir (Cronin ve Taylor, 1992, s.55-68).

3.1.4.2. Sadakat ve Memnuniyet

Pazarlamada sadakat/bağlılık ürünü tekrar satın almak ya da başkalarına almaları için tavsiyede bulunmak anlamında kullanılmaktadır (Yoon ve Uysal, 2005, s.48). Hizmet sektöründe hizmetten tekrar faydalanmak ya da başkalarına hizmet konusunda olumlu düşünce ve deneyimlerini başkalarıyla da paylaşmak müşteri bağlılığı ya da sadakati olarak isimlendirilmektedir. Bu tanım içeriğinde yer alan tekrar hizmetten faydalanma müşteri sadakatinin davranışsal boyutudur. Hizmet hakkında olumlu düşünceleri ve hizmet sağlayanla ilişkilerini sürdürme ve olumlu düşüncelerini başkalarıyla paylaşma sadakatin tutumsal boyutudur (Yang ve Peterson, 2004, s.802).

Turizmde destinasyona bağlılık/sadakat medikal turizm için de önemli bir konudur. Turizmde memnuniyet ise hem seyahat öncesi hem de seyahat sonrası için önem teşkil etmektedir. Memnun olan turistler aynı bölgeye tekrar dönmeye eğilimlidir (Yoon ve Uysal, 2005, s.46). Üstelik bu turistler çevresindekilerle kendilerinde olumlu bir etki bırakan seyahat deneyimlerini paylaştığında bir çeşit destinasyon tanıtımı yapılmış olur ve yeni turistlerin de gelmesi ihtimali artar. Turizm sektöründe müşterilerin memnuniyet düzeyine dair yapılan çalışmalar işletmenin performansı, kalite ve memnuniyet düzeyi arasındaki nedensel ilişkiyi araştırırken fiyat artışlarına gösterilen toleransın, destinasyonun ününün ve sadakatin de memnuniyet düzeyiyle birlikte arttığı sonucuna varmışlardır (Baker ve Crompton, 2000, s.786).

Farklı değişkenler ve müşteri sadakati arasındaki ilişkiler literatürde incelenmiştir. Destinasyona bağlılık/sadakat konusunda destinasyon imajı ve algılanan değer de kalite ve memnuniyet kadar önemlidir. Bu değişkenlerin de kalite, memnuniyet ve davranışsal niyet olarak sadakat değişkenleri ile birlikte incelendiği bir çalışmada kullanılan değişkenler arasında "destinasyon imajı-seyahat kalitesi-algılanan değer-memnuniyet-davranışsal niyetler" şeklinde yapılmış bir ilişki olduğunu ortaya çıkarmıştır (Chen ve Tsai, 2007, s.1115–1122). Başka bir deyişle; turistlerin seyahatleri hakkında değerlendirmelerinin sonucunda ortaya çıkan sadakatin destinasyon imajı, seyahat kalitesi, algılanan değer ve

memnuniyetten etkilendiği sonucuna varılmıştır. Başka çalışmalar da yine müşterilerin memnuniyet/memnuniyetsizliğinin gelecekte ortaya çıkacak davranışsal niyetleri etkilediğini destekler niteliktedir. Örneğin; Cronin vd. (2000, s.193-218), memnuniyet, değer ve kalite değişkenlerinin müşterilerinin davranışsal niyetleri üzerinde etkisini araştırdıkları çalışmada kalite, değer ve memnuniyetin gelecekteki davranışlara ve davranışsal niyetlere direk bir etkisi olabileceği sonucuna varmışlardır. Dahası, araştırmacılar hizmet kalitesi ve değer dolaylı etkilerinin de müşterilerin gelecekteki davranışlarına ve davranışsal niyetlerine etkiyi güçlendirdiği yorumunu yapmışlardır. Başka bir çalışmada doğum yapan kadınların ve ailelerinin çalışanlarla kurduğu sosyal ve yapısal bağların güven ve teşebbüs boyutlarına etkisi, dolayısıyla katılımcıların memnuniyet düzeyine ve gelecekteki davranışlarına etkisi ortaya çıkmıştır. Doğum öncesinde hekim ile doğum sonrasında ise hemşire ile kurulan ilişkilerin önemi vurgulanmış ve bu ilişkilerin memnuniyeti ve hasta sadakatini etkilediğine dikkat çekilmiştir (Peltier vd., 2002, s.29-33). Müşteri memnuniyeti/memnuniyetsizliği ve müşterinin bağlılığı arasındaki ilişki, müşteri memnuniyetinin de incelenmesini önemli kılmaktadır (González vd., 2007, s.153-160).

3.1.4.3. Medikal Turizm ve Memnuniyet

Hastaların en çok memnun oldukları alanlar ile ilgili olarak yapılan araştırmaların en sık kullandığı değişkenler: doktorlar, hemşireler, diğer personel, tıbbi imkânlar ve diğer hizmetler, fiyat, hastalarla iletişim, iletişim süresi, organizasyon deneyimi ve başvuru, temizlik, ulaşılabilirlik ve beklerken geçen süredir (Musa vd. 2012, s.629-646). Türkiye'de yürütülmüş bir çalışmada ise hasta memnuniyeti belirleyen faktörler; beslenme ile ilgili hizmet, hekimin sunduğu hizmet, hemşire bakımı, oda atmosferi, gelen hasta işlemleri, odanın temizliği ve diğer servisler olarak belirlenmiştir (Yıldız ve Erdoğan, 2004, s.581-859). Hong Kong'da bulunan Batı Medikal Hizmetler Merkezi hakkında 1.102 hastanın memnuniyet durumlarının ölçüldüğü bir çalışmanın sonuçları, hastaların doktor ve hemşirelerden son derece memnun olduğunu göstermiştir. Aynı çalışmadaki hastalar resepsiyon, bekleme sırası, randevu sistemi, fiziki ortam, gizlilik ilkelerine sadık kalma gibi değişkenler konusunda da memnuniyetlerini belirtirken, danışmanın uzunluğu, İnternet rezervasyonu, fiziksel düzen ve içerideki hava kalitesi konularında daha az memnun olduklarını dile getirmişlerdir (Tam, 2007, s.732-745).

Hasta memnuniyetinin sağlık hizmetlerinde ve turizm sektöründe önemli bir boyut olduğu inkâr edilemez. Ancak buna rağmen, medikal turistlerin deneyim ve memnuniyet/memnuniyetsizlikleri hakkında literatürde çok fazla bilgiye yer verilmemiştir (Lunt vd., 2011, s.24-25). Her ne kadar memnuniyet/memnuniyetsizlik düzeyi kişiye özgü,

göreceli ve nesnel bir değişken olsa da sağlık ve turizm sektörleri için olduğu gibi medikal turizm için de önemli bir faktör olarak görülebilir (Grewal vd., 2012, s.151-154). Bu konuda literatürde mevcut araştırmalara sınırlı sayıda da olsalar bakmakta fayda vardır (Musa vd., 2012, s.629-646; Grewal vd., 2012, s.151-154; Rad vd., 2010, s.24-30).

Grewal vd. (2012, s. 151-154) Yeni Delhi'ye gelen medikal turistlerin beklenti, endişe ve memnuniyet durumlarını belirlemek üzere bir çalışma yürütmüştür. Çalışmaya katılan medikal turistlerin beklentilerinin geldikleri ülkeye göre değişse de, büyük çoğunluğunun beklentileri: düşük fiyatlar, misafirperverlik ve kaliteli bir hizmet sunumu olarak belirlenmiştir. Amerika ve Kanadalı hastaların dışında kalan büyük çoğunluk tedavi sonrası için bakım hizmeti konusunda endişe duyduğunu belirtirken, hekimlerin nitelikleri ve yetenekleri, kişisel güvenlik ve işlem sonrası ortaya çıkabilecek enfeksiyonlar da diğer endişeler olarak sıralanmıştır. Çalışmanın sonuçlarına bakarak araştırmacılar, medikal turist memnuniyeti/memnuniyetsizliğinin sağlık hizmeti kalitesini artırdığı kanısına varmışlardır. Bununla birlikte birçok konuda memnun ayrılan medikal turistler yeme içme servisleri konusunda memnuniyetsizliklerini belirtmişlerdir (Grewal vd., 2012, s. 151-154).

Rad vd. (2010, s.24-30), Malezya Penang'ı ziyaret eden medikal turist katılımcılarla yaptığı çalışmada kalitenin medikal turistlerin memnuniyeti/memnuniyetsizliği üzerindeki etkisini gözlemlemeyi amaçlamıştır. Araştırma sonunda kaliteli sağlık hizmetinin daha memnun medikal turistler görebilmeyi sağlayacağı kanısına varan araştırmacılar, devletin ülkeyi uluslararası pazarda medikal turizmde daha önemli bir konuma sağlık hizmeti kalitesine daha fazla önem vermesi gerektiğini savunmuşlardır. Çalışmada memnuniyet düzeyini artıran medikal turizm hizmeti kalitesinin kapsadığı boyutlar ise güvenilirlik, sorumluluk, güvence ve uzman ekibin medikal turistler için empati kurması olarak belirlenmiştir (Rad vd., 2010, s.24-30).

Musa vd. (2012, s. 24-25) Kuala Lumpur'da 137 medikal turistin katılımıyla yürüttükleri çalışmada medikal turistlerin en fazla hangi konularda memnun olduklarını tespit etmek istemişlerdir. Çalışmaya katılan yabancı hastalar en fazla doktorlar, hemşireler, hastane atmosferi ve hastanede sağlanan imkânlardan memnun olduklarını belirtmişse de genel memnuniyeti belirleyen en önemli iki boyut hastane imkânları ve hekimler olarak belirlenmiştir. Yeni Delhi (Grewal vd., 2012, s.151-154) ve Penang'da (Rad vd., 2010, s.24-30) yapılan diğer çalışmalar ve bu çalışmanın her birinin belli bir bölge içindeki medikal turistlerle yapılmış olması, ortaya çıkan sonuçları bütün medikal turizm literatürü için genellemek yanlış varsayımlarda bulunmaya neden olabilir (Musa vd., 2012, s.642). Ancak bu tür çalışmalar aynı zamanda medikal turistlerin memnuniyeti; medikal turizmde memnuniyet/memnuniyetsizlik durumu ölçümü; beklentiler, bağlılık, hizmet kalitesi gibi

değişkenler ile medikal turist memnuniyeti arasındaki ilişki gibi konularda araştırmacılara bir öngörü de sağlayacaktır.

3.2. Dünya'da Medikal Turizm Uygulamaları

Medikal turizm, buraya kadar bahsedildiği gibi birçok sebeple ortaya çıkmış ve her geçen yıl etkinliği artarak varlığını sürdürmüş bir sektördür. Sektör, tek bir ülke sınırları içinde etkin olmak yerine dünya çapında birçok ülkenin ve bölgenin dikkatini çekmiştir. Ekonomik kalkınma, ülkeye uluslararası pazarda olumlu bir imaj çizmek, alternatif turizm seçeneği olarak kullanarak ülke turizmini mevsimlere yaymak gibi birçok amaçla bir ülke medikal turizme yönelebilir. Fakat günümüzde medikal turizm sektörü tek bir ülkeyle sınırlı değildir ve bacasız sanayi olarak da anılan turizm sektöründen de aldığı güçle dünyanın birçok bölgesinde önemli bir sektör olarak adından bahsettirmektedir. Aşağıdaki tabloda medikal turizm sektörü için en sık araştırılan ülkelerin ve bu ülkeleri içinde barındıran bölgelerin isimleri yer almaktadır (Muzaffar ve Hussain, 2007, s.217).

Tablo 3.3 İnternet Aramalarında ve Literatürde Medikal Turizm Destinasyonu Olarak En Çok Alıntılanan Yerler

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

Kaynak: Muzaffar ve Hussain 2007, s.217

Çalışmanın bu kısmında bu ülkelerden bir kısmına medikal turizm destinasyonu olarak başarılı örnekleri temsil eden ülkeler olarak, bir kısmına da medikal turistlerin aslen ikamet ettikleri ve tedavi olmak için bir destinasyon arayışına başladıkları bölgeler olarak yer verilecektir.

3.2.1. Amerika'da Medikal Turizm Uygulamaları

2006 yılında Amerika'da medikal turizm ile ilgili olarak üç ana konuyu kapsayan bir düzenleme önerilmiştir. Uluslararası akreditasyona artan ilgi, medikal turizm giderlerini karşılayan bir sigorta düzenlemesi ve medikal amaçlı seyahatin onaylanmış destinasyon

hastaneleriyle sınırlandırılması olarak tanımlanan ve bu temel konulardaki düzenleme ile medikal turizm kalitesinin kontrol altına alınabileceğini vaat etmektedirler (Zhang, 2012, s.11). Sağlık hizmeti kalitesi, sağlık hizmetinden faydalanan ve faydalanacak herkes için elbette önemlidir; ancak ABD vatandaşları için bu önemin sebebi kendi ülkelerinde kalitenin en üst düzeyde olmasıyla alakalıdır. Uluslararası akreditasyon sağlayan, sağlık hizmetlerinin kalite standartlarını sorgulayan ve sağlık kuruluşlarını denetleyip, gerekli şartlar sağlandığında medikal turistlere kalitenin güvencesini sunan bir organizasyon olan Uluslararası Ortak Komisyon da yine Amerika kökenli bir kuruluştur (Leong vd.,2009, s.9). JCI tarafından akreditasyon sistemiyle sağlık hizmetlerinin kalitesi belgelendirilmiş hastaneler dünyada birçok ülkede çalışmalarına devam etmektedir. Bu ülkeler: Avusturya, Bangladeş, Brezilya, Şili, Çin, Kosta Rika, Kıbrıs, Çek Cumhuriyeti, Danimarka, Mısır, Etiyopya, Almanya, Hindistan, Endonezya, İrlanda, İsrail, İtalya, Ürdün, Suudi Arabistan, Lübnan Krallığı, Malezya, Meksika, Pakistan, Filipinler, Portekiz, Katar, Singapur, İspanya, Güney Kore, İsviçre, Tayvan, Tayland, Türkiye ve Birleşik Arap Emirlikleri (Peters ve Sauer, 2011, s.124). JCI tarafından kalitesi onaylanmış bu ülkelere günümüzde medikal turizm destinasyonu olarak bilinen bölgelerdir.

ABD, medikal turizm sektörüne her yıl 2.000.000.000 dolarlık yatırım yapmaktadır (Bies ve Zacharia, 2007, s.1144). Amerika'nın 2016 yılında gayri safi yurt içi hasılanın yaklaşık %20'sine tekabül eden, 4.100.000.000.000 dolarlık bir yatırımla herhangi bir ülkeye göre sağlık hizmetlerine çok daha fazla yatırım yapılabilecek bir ülke olmasının tahmin edilmesine rağmen (Boyd vd., 2011, s.107; Forgione ve Smith, 2007, s.27-28), 2001 ve 2004 yılları arasında Hindistan'da hizmet sunmakta olan Apollo Hastaneleri'ne başvuran tahmini 60.000 üzeri Amerikalı hasta kayıtlara geçmiştir (Bies ve Zacharia, 2007, s.1144). Bu rakamın Hindistan ve Amerika arasındaki uzaklığa rağmen (Shufeldt, 2012, s.4), yalnızca Apollo Hastaneleri'ne yapılan başvuruları temsil etmesi Amerika'nın medikal turizm sektöründe hasta gönderen bir ülke olarak ne derece önemli olduğunu göstermektedir. Tayland'daki Bumrungrad Hastaneleri'ne 2005 yılında 55.000'den fazla Amerikalı'nın başvurması da bu varsayımı destekler niteliktedir (Forgione ve Smith, 2007, s.27). Deloitte tarafından 2008 yılında sunulan bilgiler ışığında yaklaşık olarak 750.000 Amerikalı medikal turizm sektöründe yerini almış ve daha az gelişmiş ülkelere tıbbi yardım arayışıyla yola çıkmıştır (Akt. Carruth ve Carruth, 2010, s.136). ABD'de yaşayan hastaların tedavi amacıyla seyahat ettiği ülkeler yalnızca gelişmekte olan ya da gelişmemiş ülkelere de sınırlı değildir. Meksika ve Amerika'nın arasındaki coğrafi yakınlık, Amerikalı hastaların Meksika'da yer alan sağlık kuruluşlarına tedavi amacıyla gitmesindeki en önemli faktörlerden biridir (Shufeldt, 2012, s.4). Bu hastaların branş olarak ilk tercihi ise diş tedavileridir. Kosta Rika'da ortopedi ve

liposuction gibi plastik cerrahisi işlemleri ile Amerikalı hastaların dikkatini çekmeyi başarmıştır (Gan ve Frederick, 2011, s.172). Medikal turizmden bu denli etkilenen bir ülke olarak Amerika, birçok akademik araştırmanın odak noktası olmuştur (Alleman vd.,2010, s.492).

Yukarıdaki örneklerden de açıkça anlaşılmaktadır ki Amerika giden hasta bazında medikal turizm sektörü çalışmalarında değerlendirilmektedir. Medikal turizmin tarihçesine bakıldığında ise durum çok daha farklıdır. 3. dünya ülkeleri de denilen gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelerden Amerika'ya ya da diğer gelişmiş batı ülkelerine tıbbi tedavi için giden hastalar önceleri medikal turizm pastasında büyük bir pay edinmişlerdi (Shufeldt 2012, s.7). Amerika'da sağlık sektörünün en önemli rekabet avantajlarından bir tanesi tüm dünyaca bilindiği üzere en gelişmiş akademik top kuruluşlarında araştırma yapma ve birçok hastalığı tedavi etme şansını sunmasıdır (Zhang vd., 2013, s.33). The Mayo Clinic, The Cleveland Clinic gibi dünyaca tanınan ünlü tıp merkezlerinin medikal turistlerin ilgisini çektiği yıllarda Amerika, medikal turistlerin en önde gelen uğrak merkezlerinden biri olarak gösterilebilir (Alleman vd., 2010, s.492).

Önceleri tüm dünyadan zengin hastaların uğrak noktası olan, teknolojik, teknik ve altyapısal açıdan oldukça gelişmiş bir ülkenin şimdi vatandaşlarının tedavi arayışı ile yurtdışına giden ülkeler arasında ilk sıralarda yer almasının sebepleri merak konusu olmaktadır. Bu sebepler arasında Amerika ve diğer ülkelerde uygulanan sağlık hizmetleri için fiyat listeleri ve fiyatlandırma politikaları yer almaktadır. Son 10 yılda Amerika'da sağlık hizmetlerinin fiyatları %49.36 artmıştır. Bu artış Amerika'daki diğer ürünlerdeki fiyat artışının da yaklaşık %70'i kadar fazladır (Kramer, 2011, s.1). Amerika, dünya çapında en gelişmiş teknolojik donanıma sahip ülkelerden biri olarak bilinmektedir (Ricafort, 2011, s.16; Zhang, Seo ve Lee, 2013, s.33); ancak bu durum Amerikan Sağlık Sisteminin en pahalı hizmeti sunan ülkelerden olduğu gerçeğini değiştirmez. Amerika'da sunulan sağlık hizmetleri ve diğer ülkelerdeki fiyatların farklarının sebepleri arasında en önemlileri: diğer ülkelerde daha düşük maaş ödemeleri, malpraktis masrafı olmaması ve daha düşük ilaç masraflarıdır (Forgione ve Smith, 2007, s.30). Medikal turizme olan ilginin ve sektörde ülkeler arası rekabetin hızla artmasının ABD sağlık sisteminde de fiyatlandırma düzenlemeleri gibi uygulanan yöntemlerde değişimler yapılması gerektiğini ortaya çıkardığı savunulabilir (Zhang, 2012, s.13). Ancak, Amerika'da hastalara uygulanan yüksek fiyatlara karşın, yüksek kalitede sağlık hizmetini tedavi, ulaşım, tedavi sonrası da konaklamaları içeren seyahat paketlerini sunan ülkelerde fiyatların Amerika'nın üçte biri, beşte birine kadar düştüğü ülkeler cazip seçenekleri oluşturmaktadır (Herrick ve Goodman, 2007, s.3). Ulusal Sağlık Hizmeti tarafından sunulan sağlık hizmetlerinden faydalanmak için sıra bekleyen Amerikalılar özel bir muayenehanede

tedavi olabilecek maddi güce sahip değilse ister istemez alternatif seçenekleri araştırmaya başlayacaktır (Bies ve Zacharia, 2007, s.1144). Bu arayış sonucu ortaya çıkan seçeneklerden bir tanesi de medikal turizm sektörünün sunduğu imkânları değerlendirmektir (Karuppan ve Karuppan, 2011, s.117).

Amerikalı medikal turistler sigortasız ya da kısmi sigortalı, plastik cerrahisi vakaları ve organ nakli, kök hücre tedavisi gibi yasaklanan işlemler arayışındaki hastalar olarak üç ayrı gruba ayrılabilir (Karuppan ve Karuppan, 2011, s.117) ABD'de her yıl yaklaşık 18.000 Amerika vatandaşının hayatının herhangi bir sağlık sigortası olmadığı için sonlandığına ve tedavi borçlarının ülkedeki iflaslarının yarısından fazlasının sebebi olduğuna dair bilgilerle de literatürde karşılaşmak mümkündür (Goodman vd.,2009, s.2). Medikal turizmin Amerika için dezavantajları arasında; hizmetin devamlılığında problemler, organ nakli ve onaylanmamış ekipman kullanımı konusunda etik sorunlar, güvenlik ve kalite problemleri, seyahat stresi, uluslararası bilgilendirme ve müsaade almaya dair hukuki düzenlemelere dair dengesiz zorlamalar, Sağlık Sigortası Taşınabilirlik ve Sorumluluk (HIPAA) Mahremiyet Düzenlemelerinin ve malpraktisle ilgili yasaların yaptırımlarını sınırlama, Amerikan hastanelerinin gelirlerinde azalmaya sebep olma ve bulaşıcı hastalıkların yayılmasına sebep olma vardır (Boyd vd., 2011, s.108). Medikal turizmin hastanelerin gelirine verebileceği zarar gündeme geldiğinde Amerika nüfusu düşünüldüğünde bu zarar çok büyük olmasa da Amerikan Hastaneleri için ciddi bir gelir kaybı olurken, Amerika Sağlık Sistemi'ne de yaklaşık 1.500.000 dolarlık bir zararla karşı karşıya bırakmaktadır (Bies ve Zacharia, 2007, s.1144). Bütün bu dezavantajlara rağmen medikal turistlerin Amerika'dan başka yerlerde tıbbi tedavi arayışları sürmektedir. Bu bilgiyi destekler nitelikte olan Amerika'dan giden medikal turistlere ve bundan sonra da gideceği tahmin edilen potansiyel medikal turistlerin sayısal verileri aşağıdaki tabloda gösterildiği gibidir (Hunt, 2013, s.107).

Tablo 3.4 Amerika'dan Giden (Outbound) Medikal Turistlerin Yıllara Göre Dağılımı

Yıllar	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Hasta Sayıları (milyon)	0.75	1.50	3.00	6.00	7.50	9.38	10.78	12.39	13.64	15.00	15.75
Artış Oranı %	100	100	100	100	25	15	15	10	10	5	5

Kaynak: Hunt 2013, s.107

Tabloda da rahatlıkla görülmektedir ki Amerika'dan başka ülkelere sağlık amaçlı giden hasta sayısı artmakta ve artacağı da tahmin edilmektedir. Her ne kadar artış oranında bir düşüş olsa da Amerika'dan giden medikal turistlerin sayısında bir azalma görülmemektedir. Bu hastaların yurtdışını tercih etmesinden dünya çapında birçok ülke ve bu ülkelerdeki bireyler, kurum ve kuruluşlar, devlet kurumları gibi yerler kazanç sağladığı gibi, Amerika'da medikal turizm sektöründen fayda sağlayabilmektedir. Medikal turizm sektörünün dünya çapında

aldığı yolun ve sektörle ilgili hızlı ilerlemelerin Amerika Birleşik Devletleri için sunduğu avantajlardan bazıları: bireysel olarak hastalara medikal işlemlerde tasarruf, Amerika sağlık sistemi etkinliğini artırma, bazı hastaların ulaşamadıkları hizmete erişim, işçilerin sigortalandırılmasındaki yüksek fiyatların düşürülmesini sağlayabilecek bir rekabet ortamı, çekici ortamlarda müdahale sonrası bakım sağlamadır (Boyd vd., 2011, s.108). Amerika'ya tedavi amaçlı gelen ve sonraki yıllarda da geleceği düşünülen medikal turist sayısı da aşağıdaki tabloda gösterilmektedir (Hunt, 2013, s.107).

Tablo 3.5 Amerika'ya Gelen (Inbound) Medikal Turistlerin Yıllara Göre Dağılımı

Yıllar	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Gelen Hasta Sayıları (bin)	417	430	443	456	470	484	498	513	529	544	561

Kaynak: Hunt 2013, s.107

Sigortalandırma ve sağlık sigortasının yurtiçi ve yurtdışı sağlık hizmeti giderlerini karşılayıp karşılamaması Amerika ve medikal turizm başlığı ile ilgili en önemli konulardan biridir. Örneğin; plastik cerrahide uygulanan işlemlerin masraflarını ödemeyen bir sağlık sigortası sistemi Amerikalı hastaları başka ülkelerde çare arayışına teşvik etmektedir (Bies ve Zacharia, 2007, s.1144). Özel Sağlık Sigorta Sistemi Amerika'da hakim olan uygulamadır. Ancak yukarıdaki tabloda yer verilen "medicaid" ve "medicare" devletin kontrolü altındaki sigorta programlarıdır. "Medicare", sağlık giderlerini kendi cebinden karşılayamayan yaşlılara sunulan bir sigortalandırma hizmetidir. "Medicaid" ise sağlık ihtiyaçlarını karşılayabilecek maddi yeterliliği olmayan geliri düşük ya da hiç bir maddi geliri olmayan kişiler için hazırlanmış bir programdır (Rowland ve Lyons, 1996, s.61-85). Bu iki sigortalandırma programı da yurtdışındaki tedavi masraflarını kapsamaz (Gonzales vd.,2001, s.26). Medikal turizm sektörünün teşvikinde rol alan en önemli aktörlerden bir tanesi de işverenlerdir. Amerikalı işverenler tıbbi süreçlerin masraflarının azaltılmasında medikal turizmi bir opsiyon olarak değerlendirebilir ve çalışanlara sağlık sigortası yaptırabilir (Bies ve Zacharia, 2007, s.1144). Yalnızca sigortasız hastaları ilgilendirmenin çok ötesine geçen medikal turizm sektörü, devletin de teşvik ettiği uygulamalara şahit olmaktadır. Örnek olarak; Batı Virjinya devlet yetkilileri kamu personelinin de medikal turizm uygulamalarıyla ülke dışında tedavi seçeneklerini değerlendirmelerine yardımcı olan bir tasarıda destek vermiştir (Forgione ve Smith, 2007, s.27-28). Aşağıdaki tablolarda 2010 yılında ABD nüfusunun sigortalı ve sigortasız olarak ayrımı ile birlikte sigortalı Amerikan vatandaşlarının devlet ve özel sağlık sigortasıyla desteklenmesi kriteri göz önünde bulundurularak sınıflandırılması sunulmuştur (Artecona 2012, s.9).

Tablo 3.6 ABD Devlet Sigortalarının Dağılımı

Devlet Sigortası			
Toplam	Medicaid	Medicare	Askeri
95 003	48 580	44 327	12 849

Kaynak: DeNavas, Smith 2011,

Amerika'da sağlık hizmeti sunan birçok kuruluşun diğer ülkelerdeki medikal turizmle ilgili kuruluşlarla olan profesyonellik çerçevesindeki iş ortaklıkları ve anlaşmaları da dünya çapında medikal turizm sektörünü destekler niteliktedir. Örnek olarak; Cleveland Klinik Abu Dhabi'de bir sağlık hizmeti ağı olan Sheikh Khalifa Medikal Şehri'ni yönetmekte; Duke Üniversitesi Singapur Ulusal Üniversitesi ile Duke-NUS Tıp Enstitüsü'nü şekillendirebilmek adına ortaklıklar kurmakta; dünya çapında bir üne sahip olan Harvard Üniversitesi Dubai'de bir Harvard Tıp Okulu programının sahibi iken ve Memorial Sloan-Kettering Kanseri Merkezi de 9 farklı ülke ile ilişkilerini yürütmektedir (Peters ve Sauer, 2011, s.123). Bu iş birlikleri Amerika'nın medikal turizm sektörünün her geçen gün geliştiğinin bilincinde olduğunun bir göstergesidir. Sektörün Amerika için güçlü yönleri ve sağladığı fırsatlar olduğu gibi zayıf yönleri ve Amerika medikal turizmine karşı potansiyel tehditlerin varlığını da görmezden gelmek Amerika için olumsuz sonuçlar doğuracaktır. Bu kapsamda; Amerika medikal turizmi için SWOT (Güçlü yönler, Zayıf yönler, Fırsatlar, Tehditler) analizleri yapılmıştır (Gülmez, 2012, s.67).

SWOT analizi sonuçlarına göre; Amerika medikal turizminin güçlü yönleri: sağlık turizminden elde edilen gelirin ve sigorta şirketlerinden sektöre desteğin artıyor olması; ülkede gelişmiş teknolojinin tıbbi alanda yaygın kullanımı; eğitimli, uzman ekiplerin sağlık sektöründe rahatlıkla bulunabilmesi; sağlık kurumları arasında rekabet ortamı ve buna da bağlı olarak sağlık hizmetinde kalite güvencesinin sağlanması; iletişim ve bilişim teknolojilerinin kullanımı sayesinde medikal turizm sağlayıcı ve aracı kuruluşlarına erişimde kolaylık sağlanmasıdır. Amerika medikal turizminin zayıf yönleri: ülke genelinde var olan ekonomik sıkıntılara rağmen, sağlık hizmetlerinde artan fiyatlar; medikal turizm için kapsamlı ve güvenilir bir yasal düzenlemenin olmaması; sigortasız vatandaşların toplam nüfusa oranının fazla olması ve bu bireylerin Amerika sağlık hizmeti fiyatlarını ödemede güçlük çekmesi; sigorta şirketlerinin ülkede sunduğu cazip medikal turizm paketi uygulamaları; diğer birçok ülkeye kıyasla tedavi masraflarının çok pahalı olması; sağlık hizmetlerinin sunumunda kamu hizmeti yerine özel sektörün baskınlığının artmasıyla ortaya çıkan sağlık harcamalarında büyük artış; uzun bekleme listeleri; Ortadoğu'dan gelen hastaların 11 Eylül sonrası ülkeye girişlerinin güçleşmesi ve Amerika'da kısa bir süre de olsa konaklamalarının zorlaşmasıdır. Amerika medikal turizminde fırsatlar: ABD vatandaşlarının medikal turizm konusunda her geçen gün daha bilinçli bireyler olması ve bazılarının düzenli olarak medikal

turizm uygulamalarına başvurması; Amerikan teknolojisi, modern teknikler ve ülkedeki uzmanlar sayesinde yeni ortaya çıkan farklı hastalık türleri için kurtuluş çarelerinin ilk olarak Amerika'da bulunması ve bu hastalıklara yakalanan insanlar Amerika'ya gitmesi; medikal turizm kapsamındaki plastik cerrahisi gibi uygulamalar ilk zamanlarda çoğunlukla kadınların dikkatini çekmekteyken, sektöre başvuran erkeklerinde sayıların da artış görülmesi; Amerika'daki yaşam koşullarından kaynaklanan yoğun ve stresli iş hayatı neticesinde sağlık hizmetlerine talebin artmasıdır. Son olarak Amerika medikal turizmi için tehdit oluşturabilecek koşullar: Outbound ve Inbound medikal turist kitleleri arasındaki farklılıklarda Outbound yani giden medikal turistlerin sayılarının fazla olması; sağlık hizmetlerinin masraflarının yüksek olmasına karşın diğer ülkelerde sunulan daha düşük maliyetli tıbbi işlemlerin bir seçenek olmasıdır (Gülmez, 2012, s.67).

3.2.2. Avrupa'da Medikal Turizm Uygulamaları

Avrupa Birliği birçok ülkenin üyesi olduğu bir topluluk olarak varlığını sürdürdüğünden bölgede tedavi amaçlı seyahat çok sık karşılaşılabilecek bir durumdur (Peters ve Sauer, 2011, s.117). "Avrupa 1992" Avrupa Birliği ve medikal turizm söz konusu olduğunda önemli ve bahsedilmesi gereken bir projedir. Çünkü 1980'lerde Avrupa Birliği'nde ulusal otoriteler ve sağlıkla ilgili diğer kurum ve kuruluşlar yurtdışına hasta göndermek konusunda isteksizken, bu proje ile mal ve hizmetlerin serbest dolaşımının yapılabilmesi sağlanmış ve hasta hareketliliği de böylece artmıştır (Hamilton, 2003; Akt.Yalçın, 2006, s.60).

Avrupa Birliği üyesi ülkelerin vatandaşları için hazırlanmış ve onlara Avrupa Birliği sınırları içerisinde başka bir ülkede tedavi olabilme hakkı tanıyan ve bu hakları açıklayan mevcut bir Avrupa Birliği Komisyonu Direktifi vardır (Behrmann ve Smith, 2010, s.81). Avrupa Birliği sınırları içinde hasta hareketliliği vatandaşlık haklarının bir hastaya kendi ülkesi dışında bir ülkedeki sağlık hizmetlerinden faydalanmama imkânı sunduğu bir medikal turizm türünün örneğidir (Lunt vd., 2010, s.2). 2004 yılından bu yana uygulanmakta olan Avrupa Sigorta Kartı uygulaması ise, Norveç, İzlanda, Liechtenstein ve İsviçre ile birlikte herhangi bir Avrupa Birliği üyesi ülkede halka sunulan sağlık hizmetine kolayca ulaşılabilmesini sağlayan bir sistem oluşmasına yardım olmaktadır (Caballero-Danell ve Mugomba, 2007, s.23). Bu uygulamalarla birlikte Avrupa üyesi ülkeler arasında da fiyat, tedaviye erişebilirlik ya da kalite farklılıklarının var olması da Avrupa Birliği içindeki ülkeler arasında hasta hareketliliğini artırmaktadır. Örneğin; Almanya'dan Polonya'ya ve Avusturya'dan Macaristan'a dental tedavi için seyahat eden birçok Avrupalı vardır (Herrick, 2007, s.5).

Öte yandan, Avrupa Birliği'nin medikal turizm hareketliliğinin önünde çeşitli engeller ve zorluklar olduğunu belirten Coheur (2003; Akt. Yalçın, 2006, s.60-61), bu engelleri makro ve mikro olarak gruplandırmıştır. Coheur (2003) tarafından bildirilen Avrupa Birliği medikal turizm hareketliliği önündeki makroaçıdan engeller: Avrupa sosyal modelinin yasal ve tarihsel gelişimi, sosyal güvenlik ve sağlık sigortalarının organizasyonu ve finansmanı, halk sağlığı alanındaki yasalar, 1981'den beridir köklü değişikliklerin olmamasıdır. Mikro açıdan engeller ise: dil farklılıkları, eşit ücretlendirilmeyen doktorların coğrafî olarak eşit dağıtılıp çalıştırılmaması, sağlık hizmeti protokollerinde eşitsizlikler var olması, hasta bakımının sürekliliğinin yönetilmesi gerekliliği, tıbbi güvenilirliğe ve hasta haklarına gereken önem verilmemesi, hastane enfeksiyonları ve hasta için ortaya çıkan ek finansal yük olarak özetlenmiştir(Akt. Yalçın, 2006, s.60-61).

Avrupa'da medikal turizmin önündeki engellere rağmen hala başarılı birer medikal turizm destinasyonu olan AB üyesi ülkelerden bir tanesi Hırvatistan'dır. Sağlık turizmi ve WHO tarafından 190 ülke arasında 43, Avrupa'da 42 ülke arasında da 25. olarak sıralanan sağlık sisteminin uzun bir geçmişi olması (Kesar ve Rimac, 2011, s.119), uzman sağlık çalışanlarına sahip olması, ülkede faal olarak çalışan medikal turizm örgütleri, doğal sağlık kaynaklarının, ikliminin ve doğal güzelliklerinin dikkat çekmesi, tıp ve tıpla ilgili alanlarda uygun fiyatlar önermesi, konukseverlikte iyi imaj çizmiş olması, genel turizm talebinin olması, kişisel güvenlik açısından risksiz olması ve başka özel ilgi turizmi çeşitlerinin de medikal turizmi tamamlaması Hırvatistan'ın medikal turizmde güçlü yönleridir (Kesar ve Rimac, 2011, s.134). Bu güçlü yönlere bir de coğrafî konumunun da sağladığı avantaj eklendiğinde Hırvatistan, Avrupa'daki medikal turizm destinasyonlarına bir örnek sayılabilmektedir (Piazolo ve Zanca, 2011, s.158).

Polonya, Macaristan (Herrick, 2007, s.5) gibi medikal turizm destinasyonu olarak zaman zaman adından bahsettiren diğer AB üyesi ülke örnekleridir. Bekleme listeleri ve coğrafî yakınlıklar AB sınırları içinde medikal turizm hareketliliğini tetikleyen en önemli faktörlerden olsa da (Busse, 2002, s.3), Macaristan'a giden hastaların fiyat farklılıkları sayesinde tasarruf etmek istedikleri söylenebilir. Bir kalça replasmanı Macaristan'da 1.290 Euro karşılığında yaptırılabilirken, Hollanda'daki bir hasta aynı işlem için 8.739 Euro ödemek zorunda kalabilir (Stargardt, 2008, s.14). Tablo 3.7'de Macaristan'ın fiyat avantajı daha net görülebilir.

Tablo 3.7 Bazı İşlemlerin Avrupa, Amerika ve Hindistan Fiyatları

İşlemler	ABD (Euro)	Almanya (Euro)	Macaristan (Euro)	Hindistan (Euro)
Kalça Ameliyatı	49.830	14.900	6.960	8.070
Kalp Kapakçığı Değişimi	60.000	39.000	16.900	11.800
Dental İmplant Uygulamaları	5.470	2.100	1.060	500
Diş Kronları	2.000	2.350	330	150

Kaynak: Piazolo ve Zanca 2011, s.158

Tablo 3.7’de Macaristan’ın Almanya ve Amerika karşısında fiyat avantajı rahatlıkla görülebilmektedir. Örneğin, Macaristan’da bir kalp kapakçığı değişim operasyonuna ödenen fiyat Almanya’da aynı işlemin fiyatının yarısından az, Amerika’dakinin ise üçte birinden bile daha azdır. Hatta kalça ameliyatı fiyatı çok büyük farkla olmasa da Hindistan’dan daha ucuza mal olabilmektedir. Macaristan, yalnızca medikal turizm değil sağlık turizminin diğer türleri için yapılan araştırmalara da konu olmuştur (Molnar, 2010, s.101-114). Danimarka, İngiltere, Almanya, İrlanda, Hollanda ve Norveç ve buralarda sağlık sisteminde aktif çalışan şirketler arasındaki anlaşmalar ve genel Avrupa Birliği hasta hareketliliğine ilişkin düzenlemelerin araştırıldığı bir çalışmada ise bazı anlaşmaların medikal turizm hareketliliğini desteklediğine dair bilgiler bulunabilir. Örneğin; bu çalışmada yer alan bilgilere göre, birçok Hollandalı sağlık sigortası şirketi 1990’dan beri Belçika hastaneleri ile anlaşmalar yapmaktadır ve Hollanda yasal sisteminin izniyle Hollandalı hastalar tedavi için Belçika’ya gidebilmektedir (Glinos vd., 2010, s.105).

Acil başvurularda diğer Avrupa ülkelerinin uygulamalarından çok farklı olmayan İngiltere Ulusal Sağlık Sistemi, İngiltere dışından gelen Avrupalı ülkelere medikal turizm açısından çok kolaylık sağlamamaktadır (Sheaff, 1997, s.239–253). Bu sebeple de Avrupa’daki medikal turizm destinasyonları arasında İngiltere’yi göstermek yerine ayrı bir başlıkta incelemek daha anlamlı olacaktır. AB ve medikal turizm başlığı altında incelenebilecek tek konu AB sınırları içerisindeki hareketlilik değildir. Örneğin; lider bir medikal turizm destinasyonu olan Hindistan ve AB arasında kurumsal bağlantılar, stajyer ve öğrenci değişimleri, araştırmacı ortak çalışmaları, ortak programlar, pilot projeler gibi iş birlikleri ve ortaklıklardan bazıları medikal turizmi de ilgilendirebilmektedir (Chanda, 2011, s.12). Ancak AB’nin kamusal sağlık sistemi ve medikal turizm reklamları konusundaki hassasiyeti bu yönde bir medikal turizm hareketliliğinin gelişmesi önünde bir engel teşkil edebilir (Chanda, 2011, s.1). AB’nin sınırları dışındaki ülkelerle medikal turizm konusundaki faaliyetleri ile ilgili bir diğer konu ise, henüz AB üyesi olmamış fakat AB üyeliğine aday ülkelerin durumudur. Fiyatları özellikle özel hastaları çekmek için düşüren bir aday ülkenin vatandaşları AB ülkelerine tedavi amaçlı gittiğinde finansal problemler yaşayabilmektedir (Busse, 2002, s.2).

3.2.3. İngiltere’de Medikal Turizm Uygulamaları

En çok medikal turist gönderen ülkelerin başında Amerika ile birlikte İngiltere de yer almaktadır (Gupta, 2008, s.5). İngiliz Ulusal Sağlık Servisi’nin (NHS) Hindistan ile sağlık hizmetleri sağlanması konusunda anlaşmaları vardır (Bies ve Zacharia, 2007, s. 1144). Ortak Ekonomi ve Ticaret Komitesi (JETCO) 2005 yılında Hindistan ve İngiltere arasındaki

ilişkileri güçlendirmek adına özellikle sağlık hizmetleri için çalışan bir birlik oluşturmuştur (Smith vd., 2011, s.281) Hindistan'da çalışmalarını sürdüren ve bir günde tüm dünya ülkelerinden toplamda 200 hasta başvurusu alan Tac Mahal Medikal Grubu, tek başına bile her ay 20 ila 40 arası değişen sayılarda Britanyalı'ya sağlık hizmeti sunmaktadır (Gupta, 2008, s.5). Hindistan ve Hindistan gibi 3. dünya ülkelerinde cazip tedavi seçenekleri bulabilen Britanyalı medikal turistler için Avrupa Birliği içerisinde de rahatlıkla tedavi olabilecekleri ortama erişebilmektedirler (Smith vd., 2011, s.281). Guardian gazetesinde yer alan bilgilere göre 2003 yılında İngiltere'den yaklaşık 50.000 medikal turist başka ülkelere tedavi almak amacı ile gitmiştir (Connell, 2006, s.1096). Bu durum İngiltere için de medikal turizm sektörünün önemini gözler önüne sermektedir. İngiliz Krallığı'nın medikal turizmle bu denli ilgilenmesinin sebepleri olarak ise Sağlık Sistemi'ndeki hasta bekleme listelerinde çok fazla ismin yer alması ve sıralarının gelmesini beklerken özel bir tesisin faturalarını da ödeyemeyecek hastaların alternatifler araması gösterilmektedir (Bies ve Zacharia, 2007, s.1144). Tablo 3.8'de İngiltere'de tanısı konulmuş hastaların bekleme sürelerine dair bilgiler verilmiştir (Kostak, 2007, s.112).

Tablo 3.8 NHS'de Tanısı Konulmuş Hastalar ve Bekleme Süreleri

İşlem/ Bekleme Süresi	1-3 Ay	3-5 Ay	6-8 Ay	9-11 Ay	12-14 Ay
Kardiyoloji	19.501	8.415	3.060	726	0
Oftalmoloji	68.060	37.661	19.455	4.880	4
Ağız Cerrahisi	24.944	9.766	3.890	782	1
Plastik Cerrahi	20.734	10.492	6.934	2.787	13
Ortopedik	115.297	75.546	47.725	18.091	117
Üroloji	44.338	13.946	6.503	2.089	10
Diğer	234.905	93.553	47.062	13.477	37
Toplam	539.228	254.160	136.731	43.267	188

Kaynak: Ataç 2005; Akt. Kostak 2007, s.112

Yukarıdaki rakamlar göstermektedir ki; İngiltere'de yaşayan ve bu bekleme süreleri sırasında geçen süre zarfında hem hastalıklarının ileriki aşamalarına geçmesinden endişelenen hem de ilave masraflar da ödemek zorunda kalarak herhangi bir medikal turizm destinasyonunda ödeyeceği faturalardan daha fazla ödeme yapmak zorunda kalacak olan vatandaşlar, haklı olarak tedavi için medikal turizm destinasyonlarını araştırmaya başlamaktadır (Rollyson, 2010, s.3). Bekleme sıralarının uzunluğu sebebiyle tedaviye başlama zamanlarının aksaması gibi İngiltere ve medikal turizm destinasyonlarında yapılacak harcamalar arasındaki farklılıklar da İngiliz hastaları medikal turizme iten sebepler arasındadır. Aşağıdaki tablo İngiliz bir hasta için Hindistan'da tedavi masrafları ve uçuş maliyeti de dahil edildiğinde harcamalarda toplam elde edilebilecek tasarrufa dair bilgiler gösterilmektedir (Smith vd., 2011, s.280).

Tablo 3.9 İngiliz Bir Hasta İçin Hindistan'da Tedavi Masrafları

İşlem	İngiltere'de Fiyat (Euro)	Hindistan'da Fiyat (Euro)	Uçuş Maliyeti	Hindistan'da Toplam Masraf	Tasarruf Edilen Meblağ	Bekleme Sırası	Toplam Tasarruf (Euro)
Koroner Arter Baypas Greft	8631	3413	500	3913	4718	97	457.646
Total Kalça Protezi	8811	3413	500	3913	4898	28.800	141.062.400
Total Diz Protezi	6377	5145	500	5645	732	53.911	39.462.852
Uyluk Fıtığı	1595	819	500	1319	276	1686	465.336
Kasık Fıtığı	1595	717	500	1217	378	65.064	24.594.192
Toplam							206.042.426

Kaynak: Smith vd. 2011, s.280

3.2.4. Asya ve Medikal Turizm Uygulamaları

Dünya çapında medikal turizm hareketliliği değerlendirildiğinde Asya, en çok dikkat çeken ve sürekli olarak gelişme gösteren bölgelerin başında gelmektedir (Whittaker, 2008, s.271-290). Bölgede yer alan ülkelere medikal turizm penceresinden bakıldığında ise Hindistan, Tayland, Singapur ve Malezya dikkat çekmektedir (Ricafort, 2011, s.4; Mechinda vd. 2010, s.55). Bu ülkelerin birbiriyle kıyaslanması sonucunda medikal turist alan lider ülkenin belirleneceği düşünülebilir; fakat Asya'ya gelen medikal turistlerin sayısında ülkelere, kabul edilen medikal turist tanımına ve ülkede medikal turistlere dair veri toplama yöntemlerindeki değişiklikler sebebiyle ortaya çıkan farklılıklar mevcuttur. Örneğin; Singapur'da medikal turist sayıları hava alanında belirlenirken Tayland'da hastanelerde bu işlem sürdürülmektedir. Haliyle de acil durumlarda hastaneye gelen medikal turistler de ayrı olarak belirtilmektedir ve belirtilmelidir de (Singh,2011, s.71-79). Yukarıdaki Tablo 3.3'de görülebileceği üzere medikal turizmi etkileyen faktörler belirlenirken incelenen destinasyonların birçoğu Asya bölgesinde yer almaktadır. Bu sebeple de Asya günümüz dünyasında medikal turizmde en önemli bölge olarak etiketlenilebilir (Connell, 2006, s.1093-1100). Çalışmanın bu kısmında Asya'da yer alan başlıca medikal turizm destinasyonları hakkında hem genel bilgi sunulacak, hem de bu destinasyonlarda medikal turizm sektörüne dair bilgiler yer alacaktır.

3.2.5. Hindistan'da Medikal Turizm Uygulamaları

Hindistan'daki medikal turizm ortamını anlatırken Hindistan'ın turizm açısından dünya çapında bilinen diğer özelliklerine değinmekte fayda vardır. Misafirperver, arkadaş canlısı gelenekler, tarihi eser ve mimariler, kültürel miras ve renkli festivaller, yaşam tarzlarında çeşitlilik, dini turizm merkezleri, kültürel miras turizmi için konaklama ve ulaşım imkânları, eko turizm için kumsallar, ormanlar gibi alanlar, bilim turizmi için bilim ve teknoloji müzeleri, macera turizmi için alanlar bu özelliklerden yalnızca bir kaçıdır (Nandi, 2012, s.5). Turistik mekânlarıyla da dikkat çekmektedir. Bundan dolayı; turistik merkezlerin tanıtımına

önem verilmekte, gerek yiyecek, giyim, dil, din, kültür, gelenek, gerekse iklimiyle ön plana çıkmakta (Rollyson, 2010, s.26) ve bunlar medikal turistlerin dikkatini çekmede yardımcı olarak kullanılmaktadır (Uma, 2011, s.108). Örneğin; Tac Mahal Hindistan'a gelen medikal turistlerin uğrak noktalarından bir tanesidir (Uma, 2011, s.108). Liste bu şekilde devam ederken sağlık turizmi de Hindistan'da turistik aktiviteler arasında yerini almaktadır. Örneğin; yoga, ayurveda tıbbı gibi aktivitelerin düzenlenebildiği mekânlar, doğal sağlık merkezleri Hindistan'da rahatlıkla bulunabilir. Bununla birlikte nereden geldiği fark etmeksizin medikal turistlere de tıbbi hizmetler sunulmaktadır (Nandi, 2012, s.1-6). Delhi, Kerala ve Rajasthan gibi birçok bölgenin turizm destinasyonu olarak değil de medikal turizm destinasyonu olarak tanıtılması da medikal turizmin Hindistan turizmi içindeki büyük yerini göstermektedir (Garg ve Bhardwaj, 2012, s.115-135).

Hindistan, 2002 yılında 1.500.000 medikal turistten 300.000.000 dolar gelir elde etmiş; 2000 yılında ülkedeki sağlık kuruluşlarında tedavi olan yabancı hasta sayısında %15 ve 2007 yılında %30 gelişme gözlemlenmiştir (Zhang, 2012, s.8). Medikal turizme dair McKinsey ve Company tarafından yürütülen çalışmanın sonuçlarının yer aldığı rapor, her yıl medikal turist sayısında %30 artış olduğunu göstermiş ve ülkenin medikal turistlerden 2012 yılında 20 milyar dolar gelir elde edebileceği hususunda öngöründe bulunmuştur (Bies ve Zacharia, 2007, s.1144-1145). 2008 yılındaki bir çalışmada belirtilen rakamlara göre bünyesinde 15.000 hastane, 500.000'den fazla doktor ve 750.000 hemşire barındıran (Chanda ve Mukherjee 2008, s.15) ve sadece Amerika'da bile 35.000 vatandaşının doktor olarak görev yaptığı (Mochi, Shetty ve Vahoniya, 2013, s.30) bir ülke olarak medikal turizmin en önde gelen oyuncularından bir tanesi olarak nitelendirilebilir (Spasojevic ve Susic, 2011, s.9-13; Caballero-Danell ve Mugomba, 2007, s.1-116; Prajapati ve Patel, 2012, s.91-95; Cattaneo 2009, s.1-30).

Medikal turizm sürecinde Hindistan'da hükümet tarafından da belirtilmiş şu üç tıbbi alan medikal turistlerin dikkatini çeken müdahaleler arasında: diz ve kalça replasmanı, kardiyak ameliyatları, nörolojik hastalıkların tedavisi bazı araştırmacılarca özel olarak belirtilmişse de (Maurya, 2010, s.61), Bazıları da alternatif tıptan ağır cerrahi operasyonlara, plastik cerrahiden kalp ameliyatlarına (Spasojeviç ve Susiç 2011, s.9-13), ortopediden onkolojiye (Rollyson, 2010, s.26) değin çok çeşitli tıbbi müdahaleyi içeren geniş bir hizmet yelpazesini Hindistan sınırları içinde sunulan medikal turizm hizmetleri olarak nitelendirmiştir. Bununla birlikte bu hizmetlerin Hindistan açısından değerlendirilmesiyle bazıları diğerleri arasında ön plana çıkarılmaya da devam etmektedir. Örneğin; Rollyson'a (2010, s.26) göre; kardiyoloji önde gelmektedir ve kalçaya yapılan cerrahi müdahaleler için ABD'de kolaylıkla bulunamayan Birmingham yönteminin Hindistan'da uygulanması

Hindistan'a özgü sayılabilecek bir tıbbi uzmanlık alanıdır. Reddy ve Qadeer (2010, s.71) ise tüp bebek uygulaması için Hindistan'a gelen medikal turistlere dikkat çekmekle birlikte Hindistan'da sunulan hizmetleri genelde yüksek teknoloji kardiyoloji, pediatri, diş, kozmetik ve ortopedik müdahaleler, özelde ise bypass, diz kapağı replasmanı vb. gibi uygulamalar olarak belirtmiştir. Hindistan medikal turizminde sunulan tıbbi hizmetleri değerlendirmede bir başka yaklaşım ise bölgelere göre tıbbi müdahaleleri belirlemektir. Örneğin; Hazarika (2010, s.248), Yeni Delhi'nin kardiyoloji ile Chennai'nin göze yapılan müdahaleler ile uluslararası bir üne sahip olduğunu ifade ederken medikal turizm olmasa da sağlık turizmi sayılabilecek Ayurvedik tedavisinde Kerala ve Karnataka'ya yer vermiştir.

Yukarıda sayılan hizmetlerden faydalanmak yani kısacası tıbbi hizmet almak için Hindistan'a gelen medikal turistler 3 gruba ayrılmaktadır. Bu gruplar: Hindistan vatandaşı olan ama başka bölgede ikamet ederken tıbbi tanı ve tedavi için ülkeye tekrar giriş yapanlar, gelişmekte olan Afrika ve Pakistan, İran gibi komşu ülkelerden gelenler ve ABD ve İngiltere başta olmak üzere gelişmekte olan ülkelere gelen medikal turistlerdir (Spasojević ve Susić, 2011, s.11). Nagarajan (2004, s.4) Hindistan'a gelen medikal turist gruplarını sınıflandırırken benzer bir tutum edinmiştir. Yerli olmayan turistler 20.000.000 kişi civarında ve düşük maliyetli müdahaleleri talep eden gruptur. Nepal, Burma, Bangladeş, Afrika Ülkeleri, Orta Asya, Latin Amerika'dan gelen turistler gelişmemiş ülkelere gelen turistler başlığı altında verilmiş ve makul fiyatlardaki müdahaleleri talep eden gruptur. Son grupta ise Amerika, İngiltere, Kanada gibi ülkelere gelen gelişmiş ülke vatandaşları yer almaktadır. Bu gruptakilerin özelliklerinin vatandaşı oldukları ülkeye göre değiştiği not edilmiştir (Nagarajan 2004, s.4).

Hindistan medikal turizminden bahsederken sağlık sektörünün yapısı hakkında bilgi sahibi olmakta da fayda vardır. Öncelikle Hindistan sağlık sektörü yalnızca medikal turizm değil sağlık turizminin sağlık durumunu koruma ve şifa özellikleri içinde uygun bir ortam sunmaktadır (Murugan, 2008, s.383). Hindistan sağlık sektörü doktorlar, hemşireler gibi tıbbi hizmet sağlayıcılar, hastaneler, klinikler gibi tıbbi hizmet kuruluşları, tanı konulan merkezler ve patoloji laboratuvarları, tıbbi araç gereç üretenleri, araştırma merkezleri, ilaç üreticileri, telemedicine sağlayıcılar, sağlık sigortası sağlayanlar ve yabancı sağlık hizmetlerine ulaşım sağlayanların her birini medikal turizmi aktörleri olarak yakından ilgilendiren ve içinde bulunduran bir sektördür (Chanda ve Mukherjee, 2008, s.1-87). Apollo Hastaneleri, Escorts Hastanesi, Fortis Hastaneleri, Breach Candy, Hinduja, Mumbai Asya Kalp Enstitüsü, Arvind Göz Hastaneleri, Manipal Hastaneleri, Mallya Hastaneleri, Shankara Nethralaya vb. belli başlı tıp hizmeti sunan kuruluşlardan bazılarıdır (Dawn ve Pal, 2011, s.197). Hindistan tıp sektörüne dair bir başka bilgi ise sistemin üç ayrı başlık altında organize olmasıdır. İlk olarak

birincil bakım doğum, hamilelik, bağışıklık kazanma gibi temel tedavilerdir. İkincil ve üçüncül bakım ise daha karmaşık hastalıkların tedavisini temsil etmektedir (Mishra ve Shailesh, 2012, s.24).

Bahsi geçen gelirlerdeki büyük rakamlardan da anlaşılabilceği üzere medikal turizmin Hindistan ekonomisi üzerinde de dolaylı ya da dolaysız olarak bir etkisi vardır. Daha önce de belirtildiği gibi 2002 yılında 1.500.000 medikal turistten 300.000.000 dolar (Zhang, 2012, s.8) 2004 yılında 1.800.000 turist vesilesiyle yaklaşık 333.000.000 dolar (Prajapati ve Patel, 2012, s.91; Caballero-Danell ve Mugomba, 2007, s.4) gelir elde edilmiştir. Elde edilen gelir ve ülkeye tıbbi amaçlarla gelen ziyaretçi sayısı çeşitli nedenlerle kaynaklara göre değişiklik gösterebilmektedir. Ancak sayılar her ne kadar farklı olsa da Hindistan'ın medikal turizm sektöründe önde gelen ülkelerden biri olduğunu inkâr edebilecek kadar az değildir. Ortak kanı, medikal turizmin Hindistan'ı ekonomik açıdan dolaylı veya dolaysız olarak etkilediği ve Hindistan'ın da dünya çapındaki medikal turizm aktivitelerini etkileyebilecek başlıca ülkelerden biri olduğu yönündedir (Herrick, 2007, s.1-40).

Sağlık hizmetlerinin özelleşmesi, teknolojiye dayalı işlemlerin her geçen gün artması, sağlık hizmetine erişimde başvurulan yöntemlerin çeşitliliği ve farklılaşması, turizm ve sağlık sektörlerine küreselleşmenin etkileri medikal turizmin Hindistan'daki yerini de etkileyen faktörlerden yalnızca bir kaçıdır (Prajapati ve Patel, 2012, s.91). Bunlara paralel olarak da medikal turizm de ziyaretçileri, hastaneleri, sigorta şirketlerini, ulaşım ve konaklama sektörlerindeki firmalarını etkilemektedir (Prajapati ve Patel, 2012, s.91-95). Hindistan'ın 5000 yıldan yaşlı kültürel ve dini farklılıkları da içinde barındıran bir topluluğu temsil ettiği de göz önüne alındığında (Dawn ve Pal, 2011, s.189) medikal turizm ve diğer sektörler arasındaki bu etkileşimi ortaya çıkaran medikal turizm sektörünün geçmişi Hindistan'da oldukça eskilere dayandığını söylemek çok da yanlış olmaz. Örneğin; plastik cerrahinin Hindistan'daki geçmişinin milattan önce 3500 yılında uygulanmış olan müdahalelere dayandığına dair bilgiler literatürde mevcuttur (Rollyson, 2010, s.26).

Özel sağlık sektörünün Hindistan medikal turizmin de oldukça önemli bir yer vardır (Chanda, 2011, s.4). Sağlık hizmetleri sunumunda özel ve resmi sektör ayrımında farklılıklardan bir tanesi çalışanların sayılarındaki farktır. Hindistan'da çalışan doktorlardan yalnızca %10 gibi küçük bir kısmının, hastanelerdeki personelin de %32'sinin devlette çalışması bu farklılığı gözler önüne sermektedir (Zhang, 2012, s.7-8). Tıbbi hizmetleri kapsayan harcamalarda devlet ve özel hastaneler arasındaki farklılık da yine özel sektörün önemini vurgulamaktadır. Toplam Hindistan sağlık harcamalarının %75'den fazlası özel sektörde yapılmaktadır (Chanda, 2011, s.4).

Modernleşmenin de geleneksel tıbbi müdahalelere katkısıyla Hindistan'da sunulan tıbbi hizmetin ünü her geçen gün daha fazla yayılmaktadır (Dawn ve Pal 2011, s.189). 1990'larda sağlık sektöründeki liberalleşme ve hastanelerin de özelleşmesiyle yukarıda bahsi geçen teknolojiye de erişim kolaylaşmıştır (Spasojeviç ve Susiç 2011, s.11). Modern çağda hala Hindistan'ın medikal turizm destinasyonu ismini koruyor olmasının ve medikal turizm destinasyonu olarak tercih edilmesinin başlıca sebepleri şu şekilde listelenebilir: gelişmiş ülkelerdeki uzun bekleme listeleri; düşük fiyat avantajı; uluslararası uçuş kolaylıkları ve avantajlı döviz oranları; yaygın olarak internet kullanımı; tıbbi eğitim merkezleri ve gelişmiş teknoloji, uzman personel ve doktorlara sahip olması; yasal düzenlemelerle medikal turizmin kolaylaştırılması; sektörün git gide daha organize bir hal alması; uluslararası akreditasyon alan hastanelerin varlığı (Dawn ve Pal, 2011, s.186; Mishra ve Shailesh, 2012, s.23-28).

Uzun bekleme listeleri Hindistan'da var olan bir uygulamadan daha çok gelişmiş ülkelerdeki uzun bekleme listelerinden kaynaklanan bir faktördür. 2008'de hazırlanan McKinsey ve Company raporuna göre medikal turistlerin %15'i daha tıbbi hizmete daha hızlı erişmek istemektedir (Mishra ve Shailesh, 2012, s.26). Mishra ve Shailesh (2012, s.26) bekleme listeleri faktörüyle ilgili olarak İngiltere ve Kuzey Amerika'da bir kalça müdahalesi için bir yıl belki de daha fazla bir süre beklemesi gerekirken Hindistan'da kısa bir süre içinde tedavi olabildiğini örnek olarak göstermiştir.

Hindistan tıbbi hizmetlerdeki fiyatlandırma başarısı konusunda takdir edilen ülkelerden biridir (Herrick, 2007, s.1-40). Hindistan'da medikal turist olarak gelen birey ya da gruplar her ne kadar tıbbi işlemlere ödeyecekleri faturanın yanı sıra ulaşım, konaklama gibi hizmetlere de belli bir miktar ücret ödemek zorunda kalsalar da "ucuz" sıfatıyla nitelendirilmektedir. Beş yıldızlı otel konforunda konaklama dahil edildiğinde bile yine büyük ölçüde ucuz medikal hizmet alındığı düşünülmektedir (Uma, 2011, s.106). Aşağıdaki tabloda bazı medikal işlemlerin Amerika, İngiltere ve Hindistan'daki maliyetleri verilmektedir (Rollyson, 2010, s.28):

Tablo 3.10 Amerika, İngiltere ve Hindistan'daki Bazı İşlemlerin Maliyetlerinin Karşılaştırması

İşlem	İngiltere (US\$)	Hindistan (US\$)
Kalça ameliyatı	15.750	7.000
Kalça protezi ameliyatı	14.000	6.190
Koroner bypass	24.544	7.044
Yağ aldırma	5.250	2.476
Göğüs büyütme	7.613	2.972
Yüz gerdirme	11.813	3.750
Karın gerdirme	8.418	3.001
Porselen kron takma	998	133
Tamamen akrilik diş takma	1.750	401
Diş implantları	3.500	963
İşlem	Amerika (US\$)	Hindistan (US\$)
Bypass	41.000	5.000
Karaciğer nakli	300.000	30.000
Kalça ameliyatı	20.000	3.000
Radyografi	10.000	2.000
Diş implantları	3.500	900
Lazer diş beyazlatma	800	120

Kaynak: Rollyson 2010, s.28

Hindistan için kullanılan tanıtım sloganı düşük fiyatlara üst düzey kalitede tedavidir (Uma, 2011, s.106-109). Hindistan'ın fiyatlarda sunduğu kolaylığa ek olarak sunulan hizmetin kalitesi de diğer hedef ülkelerle rekabet edebilecek seviyede ve Amerika ve İngiltere gibi ülkelerde sunulan hizmete kıyasla kaliteli olduğu genel kanıdır (Uma, 2011, s.106-109; Mishra ve Shailesh, 2012, s.23-28) Bunun bir sebebi de altyapı ve teknolojik imkânların kaliteli olmasıdır (Uma, 2011, s.108). Hindistan dünyanın en iyi kuruluşları arasında yer alan en iyi hastanelerde sunulan neredeyse kusursuz tedavi merkezleriyle ün edinmiştir ve bu hastanelerin çoğu uluslararası alanda hizmet kalitelerini tanıtmak, uluslararası standartlarda hizmet sunduklarının güvencesini vermek adına uluslararası akreditasyon acentelerine başvurmuş ve hala da başvurumaktadırlar (Mishra ve Shailesh, 2012, s.23-28). Hindistan'da 17 hastaneye Uluslararası Ortak Komisyon tarafından akreditasyon verilmiştir ve neredeyse bütün hastanelere Uluslararası Ortak Komisyon tarafından verilmiş olmasa da Hastane ve Sağlık Hizmeti Akreditasyonu Ulusal Kurulu tarafından akreditasyon verilmiştir (Mochi, Shetty ve Vahoniya, 2013, s.30). Tedavi sonrası, öncesi ya da sırasında başvurulabilecek bir

tele danışma hattının da mevcut olması, yine hizmet kalitesine atfedilebilecek bir başka olumlu özelliktir (Uma, 2011, s.108).

Yasal düzenlemelere bakıldığında, medikal vize çıkarılmasının beklenenden uzun sürebilmesi gibi problemlerle karşılaşılacağı; ancak Hindistan hükümetinin sektör için yaptığı tanıtım düzenlemeleri ve planları medikal turizmi ülke gelişimine katkıda bulunabilecek bir endüstri olarak kabul ettiğini söylemek mümkündür (Garg ve Bhardwaj, 2012, s.115-135). Hindistan Ekonomi Bakanı Jaswant Singh Hindistan'ı küresel sağlık destinasyonu ilan etmiştir (Uma, 2011, s.108). 2002 yılında düzenlenmiş Hindistan Ulusal Sağlık yasasında; devlet politikası yabancılara hizmet tedariki sağlanması ve yine yabancılara sunulacak sağlık hizmetlerinin fiyatlandırması, bu turistlerden elde edilecek gelirlerin ihracat kazançları olarak değerlendirmesini ima eden yargılar yer almaktadır (Garg ve Bhardwaj, 2012, s.115). Özel hastanelere de uzun vadede sermaye sunan, gelişmiş teknolojinin tıbbi hizmette kullanımını mümkün kılan Hindistan hükümeti Hindistan'ın medikal turizm destinasyonu olarak gösterilmesinde oldukça önemli bir yer tutmaktadır (Zhang, 2012, s.1-17). Hindistan Turizm Bakanlığı tarafından hazırlanmış medikal vize uygulaması başka bir deyişle "M" vizesi, (Hazarika 2010, s.248) hastaların medikal turizme katılmaya karar verdiği andan itibaren hem psikolojik olarak ülkeye girişteki zorlukları problem etmemelerini sağlamakta, hem de tedavi süresince ülkede kalmak için gerekli kolaylıkları sağlayan geleneksel bir turistin edinmesi gereken vizeden farklı bir isme ve özelliklere sahiptir (Caballero-Danell ve Mugomba, 2007, s.24).

Devletin hem iç pazarda hem uluslararası pazarda başlatmış olduğu İnanılmaz Hindistan kampanyası Hindistan medikal turizm sektörünü destekleyen başka bir girişimdir (Murugan, 2008, s.380-404). Hindistan Turizm Bakanlığı'nın medikal turizm ve sağlık turizmi ile ilgili olarak yaptığı çalışmalar şu şekilde sıralanmaktadır: ülkede medikal turizmin desteklenmesi ve ülke dışında tanıtılması için CD broşür gibi tanıtım araçları üretilmiş, dünyanın çeşitli yerlerinde düzenlenen uluslararası organizasyonlarda ülke tanıtılırken medikal turizm ön plana çıkartılmış, medikal vize uygulamasına geçilmiş, yoga, meditasyon, wellness turizmi gibi uygulamaların tanıtımı için İnanılmaz Hindistan programı başlatılmış, Batı Asya'da 2009 yılı Ekim ayında Hindistan turizmini tanıtmak adına çeşitli girişimlerde bulunmuş 2009 yılında medikal turizm hizmet sağlayıcılarına yardım ve destek amaçlı "Pazarlama Geliştirme Yardımı" adıyla bir çizelge sunulmuş, Seyahat ve Turizm Yönetimi Hindistan Enstitüsü Gwalior medikal turistin karşılaşabileceği sorunlar ile ilgili çalışma düzenlemiş ve bu çalışma yine Turizm Bakanlığınca desteklenmiştir ve Turizm Bakanlığı Hassas Hindistan'da Medikal Turizm'in 5 Zorluğu ismiyle medikal turizmin Hindistan'da karşılaşabileceği sorunları yayınlamıştır (Sharma, 2013, s.26).

Görüldüğü üzere insanların medikal turizm destinasyonu olarak Hindistan'ı seçmeleri için pek çok gerekçeleri olmasına rağmen, Hindistan'da medikal turizm sektörünün karşılaştığı ya da karşılaşma riski olan zorluklar da literatür de yerini almıştır. Ajmeri (2012, s.15-16), Hint medikal turizmi öncesinde karşılaşılan zorlukları; medikal turizm için güçlü bir devlet desteği yoksunluğu, diğer sektörler ve hastaneler arasında zayıf iş birliği, Hindistan'ın hijyenik olmayan ülke imajı, hastaneler için uygun ve etkin bir düzenlemenin olmaması, hastaneler arasında fiyatlandırmadaki tutarsızlıklar, güçlü rekabet ortamında tutunabilme çabası, uluslararası kalite standartlarına erişememe, deniz aşırı tıbbi işlemlerde sigorta problemleri ve sağlık hizmeti altyapısında yatırım sorunları olarak sıralamaktadır. Mochi, Shetty ve Vahoniya (2013, s.32) ise bu zorluklar konusunda Malezya, Singapur, Tayland gibi yakın coğrafyalarda yer alan ve Kuzey Kore, Brezilya ve hatta Belçika, Macaristan gibi Avrupa ülkelerinin de içinde yer aldığı güçlü bir rekabet ortamında tutunması gerektiğine; tedavi sonrası işlemlerin uzaklık nedeniyle hem maddi hem manevi anlamda zor olabileceğine; gelen medikal turistlerin kültür ve dil konusunda zorlanabileceğine; beyin göçünün dışarıya doğru olması ihtimaline; gün geçtikçe artan müşteri taleplerinin yerine getirilmesinin zorlaşabileceğine; diğer sektörlerle iş birliğinin çok da güçlü olmamasına; akreditasyon sahibi olmayan hastanelerin varlığına ve alt yapı problemlerine dikkat çekmiştir. Murugan (2008, s.402-404) altyapı eksiklikleri, hijyen gibi yabancı müşteri beklenti ve endişeleri, bütün hastanelerin akreditasyon sahibi olmaması gibi Hindistan ülke imajını etkileyen faktörler, pazar ulaşılabilirliğinin desteklenmesi gerektiği, sağlık hizmetinin mükemmelliğinin abartılması, devlet müdahalesinin yerinde ve uygun ölçülerde yapılması, yine rekabet ortamı, sigorta desteği, yerel ve küresel taleplerdeki farklılıkları belli başlı üzerinde çalışılması ve dikkate alınması gereken konular olarak belirtmiştir. Diğer bir problem, Hindistan'ın medikal turizmde lider bir ülke olması ve sektörde sürekli gelişmek istenmesinden dolayı verilen sözler olabilir. Hindistan, ülkede sunulan bir sağlık hizmetinin Amerika'daki bir müdahaleye göre %99 daha başarılı olduğu sözünü verirken bu başarı oranının nasıl ölçüldüğü konusunda sorularla muhatap olabilmektedir (Hopkins vd.,2010, s.191).

Nagarajan (2004, s.6), Hindistan medikal turizmine dair yukarıda verilen bütün bilgilerin bir özeti niteliğinde olabilecek bir SWOT (Güçlü yönler, Zayıf yönler, Fırsatlar, Tehditler) analizi sonucuna çalışmasında yer vermiştir. Bu analize göre Hindistan'da medikal turizm sektörünün güçlü yönleri: makul fiyatta hizmet kalitesi, güçlü gelişmiş sağlık hizmetiyle birlikte gelen başarılı operasyon sayıları, uluslararası üne sahip doktorlar ve hastaneler, turistik aktivitelerdeki çeşitlilik, nitelikli doktorlara sahip olmasıdır. Aynı çalışmada yer verilen zayıf yönler ise; güçlü bir devlet desteği olmaması, sektörü ilgilendiren

yan sektörlerle iş birliğinin zayıf olması, hijyensiz ülke imajı, hastaneler için düzenli bir akreditasyon ve düzenleme sisteminden yoksun olması, hastaneler arası fiyatlandırmada genel geçer bir tutum olmamasıdır. Hindistan medikal turizmi için fırsatlar: yaşlı popülasyonu fazla olan ülkelerden artan talep; wellness turizmi ve alternatif tedavilere talebi artıran yaşam tarzı; İngiltere, Kanada gibi ülkelerin Ulusal Sağlık Sistemleri'nde tedarik eksikliği; gelişmemiş ülkelerden gelen taleplerin artması ve özellikle Japonlardan gelen emekli evi taleplerinin artmasıdır. Hindistan'da medikal turizm sektörüne tehditler: Tayland,, Malezya ve Singapur gibi ülkelerle rekabet; uluslararası akreditasyondan yoksunluk, denizaşırı medikal hizmetin sigorta şirketlerince karşılanmaması ve sağlık alt yapısına düşük yatırımlardır (Nagarajan, (2004, s.6).

3.2.6. Tayland'da Medikal Turizm Uygulamaları

Tayland da Hindistan gibi medikal turizm sektöründe ön plana çıkan ülkelerden bir tanesidir (Ricafort, 2011, s.1-111). Hindistan'a her yıl yaklaşık 1.800.000 turist giderken Tayland yılda yaklaşık 5.000.000 turistle bölgede en çok turisti çeken ülkelerden biridir (Kaosa-ard, 1994, s.1). Bölgede merkezi sayılabilecek bir pozisyonda olan Tayland, coğrafi konumu itibariyle zaten turistik bir öneme sahiptir. Ülkenin doğal kaynakları, kolay erişilebilirliği ve pazarlama stratejilerinin de etkisiyle Tayland turizm sektöründe uluslararası bir statüye sahiptir (McDowall ve Wang, 2009, s.351-370). Tayland turizmi, 1997 yılında başlattığı Tayland Ziyaret Yılı programı sonrasında turizm sektöründe pazarlamada bir örnek teşkil etmiştir. 9.000.000 turist aynı yıl ülkeye giriş yapmıştır (Pandojinog ve Rodolfo, 2004, s.16).

Turizm ve tıp alanlarındaki gelişmeleri başarılı bir şekilde bir arada sunan Tayland için medikal turizm de ülke kalkınması ve tanıtımı için kaçırılmaz bir avantaja dönüşmüştür (Heung vd., 2011, s.997; Ricafort, 2011, s.1-111). 2005 yılında Singapur'a gelen yaklaşık 250.000, Hindistan'a gelen yaklaşık 500.000 medikal turist sayısı karşısında Tayland'da 1.000.000 medikal turistini tedavi edilmiş olması Tayland'ın medikal turizm popülaritesini açık bir şekilde göstermektedir (Heung vd., 2010, s.997). Tayland hastanelerinde tıbbi destek alan yabancı kişi sayısı 2007 yılında 1.400.000 olarak belirlenmiştir. Bu rakam medikal turistleri içerdiği gibi, ilave olarak Tayland'a gelen geleneksel turistlerin acil tıbbi ihtiyaçlarını, Tayland'da çalışan ya da ikamet eden yabancıların sağlık ihtiyaçlarını da hesaba katmaktadır (NaRanong ve NaRanong, 2011, s.336). 2001 ve 2007 yılları arasında medikal turist sayısında yılda %16,5 artış gözlenmiştir (Wongkit ve McKercher, 2013, s.6). Tayland Turizm Üst Kurulu, 2015 yılında ülkeyi medikal amaçlı ziyaret edecek olan yabancı turist sayısında 10.000.000 artış beklediğini belirtmiştir (Ricafort, 2011, s.4).

Tayland medikal turizmi değerlendirildiğinde ülke, yalnızca Asya bölgesinde değil tüm dünya çapında önemli bir destinasyon olarak gösterilmektedir (Heung vd., 2010, s.238). Geleneksel turizmin ülke de önemli bir yeri olması ülkenin ekonomik kalkınmasına da büyük katkı sağlamaktadır (Kaosa-ard, 1994, s.1-5). Medikal turizm de geleneksel turizmde olduğu gibi Tayland ekonomisine çok büyük katkı sağlamaktadır (Ricafort, 2011, s.1-111). Tayland Sağlık Bakanlığı'na göre medikal turizm sektörü ülkeye 19.86 milyar Baht'tan daha fazla gelir sunmaktadır. Dünya Bankası verilerine bakıldığında ise yalnızca Amerika Birleşik Devletleri vatandaşlarından elde edilebilecek gelir 818.000.000 dolardır (Zhang., 2012, s.7).

Medikal turizm destinasyonu olarak Tayland, birçok tıbbi hizmetle ün yapmış bir ülkedir. Bazı araştırmacılar, bu hizmetleri plastik cerrahi ve diş bakım ve tedavisi olarak başlıca bir kaç hizmetle sınırlandırırken (Zhang, 2012, s.7), bazı araştırmacılar bu listeyi organ nakli, diş bakımı, kardiyoloji, ortopedi ve kozmetik cerrahi gibi hizmetleri ekleyerek genişletmiştir (Ricafort, 2011, s.24). Bunlara ek olarak tropikal ve bulaşıcı hastalıkların tedavisi, ameliyat sonrası bakım, cinsiyet değiştirme gibi hizmetler de yine Tayland'da medikal turistlerin ilgisini çeken özel alanlardır (Voigt vd.,2010, s.42). Tayland'a medikal turist ziyaretlerinin sebeplerini açıklarken yıllara göre de sınıflandırma yapılabilmektedir. Connell (2006, s.1095), 1970'lerde Tayland uygulanan tıbbi hizmetlerden bilhassa cinsiyet değiştirmeye dikkat çekmiş sonraları da Tayland'da medikal turistlerin çok fazla ilgisini çeken kozmetik cerrahiye çalışmasında yer vermiştir. Bir başka sınıflandırma yolu ise medikal turistlerin geldikleri ülke bazındadır. Whittaker (2008, s.272), Almanların yüz gerdirmeye operasyonu, İngilizlerin ise preimplantasyon genetik tanı için Tayland'a gitmektedir tespitlerinde bulunmuştur.

Tayland medikal turizm destinasyonu olarak not edilirken bu destinasyona gelen turistlerin vatandaşlık bilgileri ve ikamet ettikleri ülkeler de çeşitlilik göstermektedir. Bu turistlerin büyük bir çoğunluğu Orta Asya ülkelerinden gelmektedir (Ricafort, 2011, s.1-111). Orta Asya'dan gelen medikal turist sayısının çokluğunun sebebi olarak bölgedeki ülkelerin komşu ülkeler olması, dolayısıyla coğrafi yakınlık gösterilebilir (Voigt vd. 2010, s.42). Japonya, Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere, Orta Asya'nın yanı sıra Tayland'a medikal turist gönderen ülkelerdir (Wongkit ve McKercher, 2013, s.6). 2003 yılında Tayland'da tedavi edilen Japon medikal turist sayısı 1.000.000'u bulurken, bu rakamın 2004 yılında %20 artış gösterdiği gözlemlenmiştir (Voigt vd.,2010, s.42). Japonya'nın Tayland medikal turisti açısından önemi sık sık gündeme gelmiştir. Birçok doktor Japonya'da eğitimini tamamlamıştır ve Tayland hastanelerinde çalışan diğer personel de Japonca konuşabilmektedir. 2004 yılı rakamlarına göre Tayland'da 118.701 Amerikan, 95.941 İngiliz ve 35.092 Avusturyalı hasta tedavi edilmiştir (Connell, 2006, s.1096). Yine aynı listede 2004 yılında 247.238 Japon

medikal turist verileri yer almaktadır (Connell, 2006, s.1096); fakat bu rakam daha önce verilen rakamlarla çelişmektedir. Bunun farklı sebepleri olabilir. Örneğin; 2004 yılı rakamları bölgedeki yabancı yöneticilerin ve hastalanmış ya da yaralanmış geleneksel turistleri de kapsamaktadır (Connell, 2006, s.1096). Çin, Batı Avrupa ve Avustralya da bazı araştırmacılarca Tayland'a en çok medikal turist gönderen ülkeler arasında gösterilmiştir (Voigt vd. 2010, s.42). Aynı ülkeler listesinde Singapur, Tayvan, Pakistan, Brunei, Bangladeş gibi ülkeler de yer almıştır (Connell, 2006, s.1096).

Medikal turizm sektörünün sağlıklı bir şekilde gelişmesi için ilgili sektörler arası iş birliği ve altyapı düzenlemeleri, çağdaş teknolojik gelişmelerin takibinin birlikte götürülmesi önemlidir (Lee, 2006, s.10). Tayland, sektörler arası iş birliği medikal turizm için oldukça mantıklı bir şekilde örgütlenmiştir ve varlığını bu işbirliğiyle paralel bir şekilde sürdürmektedir. Yasal boyutlara bakıldığında da sağlık, turizm, dış işleri bakanlığı gibi yetkili resmi iradeler, gayri resmi kuruluşlardan ise Tayland havayolları gibi medikal turizmle etkileşim içindeki yan alanlar medikal turizmi yaşatmak ve geliştirmek adına iş birliği içinde çalışmaktadır (Nagarajan, 2004, s.8). Bu iş birliğine ilk yasal destek Tayland Turizm Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı'nın medikal turizm için ortak çalışmalarından gelmektedir (Heung vd. 2011, s.998). Tayland medikal turizmine yasal destek sağlamak ve konaklama, ulaşım gibi destekleyici sektörlerin iş birliği içinde tek bir amaç için çalışmasını kolaylaştırmak amacıyla 1998 yılında Ticaret Bakanlığı İhracat Destekleme Bölümü, Sağlık Bakanlığı, Dışişleri Bakanlığı, Göçmenlik Bürosu, Tayland Turizm Üst Kurulu (TAT), 185'ten fazla üye hastanesi olan Özel Hastane Birlikleri, Tayland Hotel Örgütü ve Tayland Uluslararası Havayollarının ortaklığıyla Tayland medikal turizminin uzun süreli konaklamalar ve sağlık hizmetleri projesi Tayland'da ülke genelinde yürütülmeye başlanmıştır (Pandojinog ve Rodolfo, 2004, s.16). Bu projede de önemli bir konumda olan Tayland Turizm Üst Kurulu (TAT) Tayland medikal turizminde önemli bir rol oynamaktadır. Tayland'da medikal turizmin pazarlanması hakkında araştırma yapan biri Tayland Turizm Üst Kurulu (TAT) ismiyle karşılaşacaktır (Ricafort, 2011, s.1-111). Bu kurul dünya çapında 18'den fazla ofisinde Tayland medikal turizminin desteklenmesi için çalışmalar yürütmektedir (Nagarajan 2004, s.8). TAT resmi web sitesinde ülkede sunulan işlemler, hastane ve klinik lokasyonları, bölge tanıtım kılavuzları, seyahat acenteleri ve tıbbi hizmet sunucularının promosyon ve önerdikleri paketlerini bulmak mümkündür (Wongkit ve McKercher, 2013, s.6).

Tayland Sağlık Bakanlığı açıklamalarına göre; 1991'den 1997 yılına kadar ülkedeki hastane sayısına 76 hastane daha eklenmiştir (Zhang, 2012, s.7). Bangkok, Phuket, Pattaya, Hua-Hin, Chiand Mai ve Koh Samui ülkede en tanınmış ve en fazla tercih edilen medikal turizm bölgeleri olarak bilinmektedir (Wongkit ve McKercher, 2013, s.6; Heung vd., 2011,

s.998). Bunların arasından Bangkok'ta yer alan Bumrungrad Hastanesi dünyadaki hastaneler arasında en fazla medikal hastaya tedavi hizmeti verebilen, oldukça lüks medikal tesislere örnektir. Burası zengin Taylandlılarca da sıkça tercih edilirken hastanedeki hastaların üçte birinden fazlasını yabancı hastalar oluşturmaktadır (Longe, 2010, s.5). 1997 yılında Tayland'da patlak veren ekonomik kriz sonrasında gelirlerde düşüş yaşanmasıyla Bangkok'da yer alan hastane medikal turizme yönlenen ilk hastane olmuştur. 2002 yılında ise Bumrungrad Tayland'da uluslararası akredite edilmiş ilk hastane olurken, bunu takiben birçok hastane de uluslararası kalite koşullarına erişmeye devam etmiştir (Zhang, 2012, s.7; Cohen 2008, s.24-37; De Arellano, 2007, s.195). Hastanenin sunduğu hizmetler, havaalanından ulaşımı sağlamak, 18 ayrı dil için tercüman ve bünyesinde Starbucks ve McDonalds gibi uluslararası üne sahip firmaları bulundurmak gibi imkânları kapsamaktadır (Nagarajan, 2004, s.9). Bazı kaynaklara göre de hastanede 70 dil için tercüman olmasının yanı sıra bütün personel İngilizce konuşabilmektedir ve 200 cerrah da Amerika'da sertifikalarını edinmiştir (Connell, 2006, s.1095). Burada sunulan imkânlar Singapur'da faydalanılabilecek hizmetlerden %50 - %70 daha ucuza mal olabilmektedir (Pandojinog ve Rodolfo, 2004, s.10). Tayland medikal turizminde başarılı bir diğer örnek ise Phuket Hastanesi olabilir. Burada 15 farklı dil için tercüme yapılabilmektedir ve bir yılda yaklaşık 20.000 medikal turist hastaneye gelmiştir (Connell, 2006, s.1095). Her ne kadar bu sayılar Bumrungrad Hastanesi kadar önemli miktarda olmasa da bu veriler de hem Bumrungrad Hastanelerinin ülkedeki medikal turizm açısından önemini hem de diğer hastanelerin de medikal turizm için girişimler de bulunduğunu vurgulamak adına önemlidir(Connell, 2006, s.1095).

TAT medikal turistlerin destinasyon olarak Tayland'ı tercih etmelerinin sebebi olarak başlıca 6 sebep sıralamıştır. Bunlar: uluslararası akreditasyona sahip hastanelerin ülkede bulunması, bu hastanelerin bünyesinde uzman ve yüksek kalifiyeli doktor ve hemşireler bulundurması, ödenebilir seviyede ucuz tıbbi hizmet, hızlı ve kaliteli hizmet sunulması, tıbbi teknolojinin bu hastanelerde bu personelce kullanılması ve mükemmel bir misafirperverlikle bütün bu işlemlerin gerçekleştirilmesidir (Ricafort, 2011, s.3). Bunlara ek olarak Tayland'ın geleneksel turizmde de lider ülkelerden bir tanesi olması sebebiyle turizmi destekleyen gelişmiş bir alt yapıya sahip olması ve kamu ve özel sektörün desteklediği güçlü bir tıp alt yapısı olması medikal turistlerin ülkeyi tercih etme sebepleri arasındadır (Longe, 2010, s.5; Herrick, 2007, s.1-40). Özel hastanelerin sunduğu imkânlar ve ülkedeki azımsanmayacak sayıda özel hastane bulunması da bir diğer etkidir. İhracat Destekleme Bölümü'nün verilerine göre Tayland'da 2007 yılında 330 hastaneyle birlikte 17.792 sağlık hizmeti sunan kurum ve kuruluş varken, TAT verilerine göre de 2010 yılında 41 özel hastane ve 156 özel klinik de medikal turizm sağlayıcısı olarak önerilmiştir (Wongkit ve McKercher, 2013, s.6).

Hem yasal hem de özel yapılaşmanın devlet tarafından da desteklenmesi sonucu Tayland medikal turizm önemli bir yer edinmiştir (Heung vd., 2010, s.247).

Hindistan'la benzer olarak Tayland medikal turizminin en önemli iki faktörü yine fiyat ve kalite avantajlarıdır (Longe, 2010, s.5; Herrick, 2007, s.1-40). Fakat iki ülke fiyatlandırma açısından kıyaslandığında Hindistan daha avantajlı bir pozisyonadadır (Longe, 2010, s.5; Herrick, 2007, s.7). Aşağıdaki tablo bazı tıbbi işlemlerin Hindistan'da ve Tayland'daki maliyetlerinin karşılaştırmasını dolar bazında göstermektedir (Sharma, 2013, s.23):

Tablo 3.11 Hindistan ve Tayland Tıbbi İşlem Maliyetinin Karşılaştırması

Tedavi	Hindistan (US\$)	Tayland (US\$)
Kemik iliği nakli	30000	62500
Karaciğer nakli	40000	75000
Açık Kalp Ameliyatı	4400	14250
Kalça Protezi Ameliyatı	4500	6900
Diz Ameliyatı	4500	7000
Histektomi	511	2012
Safra Kesesi Alımı	555	1755

Kaynak: Sharma 2013, s.23

Tabloda da görüldüğü üzere Hindistan Tayland'a göre çok daha ucuz hizmet sunmaktadır. Ama Tayland'ın da diğer ülkelerle kıyaslandığında medikal turizm fiyatlandırmasının Tayland için önemi rahatlıkla görülebilir. Örnek olarak tıbbi müdahalelerden genel olarak Singapur'da uygulanan fiyatların yarısı, Hong Kong'un üçte biri ve Avrupa ve Amerika'nın beşte biri ve onda biri arasında rakamlarla faydalanılabilir (Heung, vd.2011, s.998). Hindistan'la ise tıbbi işlemde ziyade medikal turizm genel kapsamında kıyaslandığında Tayland, yiyecek ve konaklama fiyatlarında daha ucuz olabilmektedir (Longe 2010, s.5). Bütün bu masraflar eklendiğinde Amerikalı bir hastanın kendi ülkesinde yaptıracağı bir işlemi Tayland'da uygulatması halen Amerika'daki ödeyeceği faturanın hemen hemen yarısı kadardır (Harryono, vd. 2006, s.14). Almanya'da yağ aldırma ve göğüs büyütme işlemleri Tayland'da uygulanan fiyatların beş katıdır (Connell, 2006, s.1097). Aşağıdaki tabloda Tayland, Amerika ve İngiltere'deki bazı tıbbi müdahalelerin maliyetlerinin karşılaştırması gösterilmektedir (Rollyson, 2010, s.34).

Tablo 3.12 Tayland, Amerika ve İngiltere'deki Bazı Tıbbi Müdahalelerin Maliyetlerinin Karşılaştırması

İşlem	İngiltere (US\$)	Tayland (US\$)
Kalça ameliyatı	15.750	11.421
Kalça protezi ameliyatı	14.000	9.244
Yağ aldırma	5.250	3.245
Göğüs büyütme	7.613	3.022
Yüz gerdirme	11.813	5.028
Karın gerdirme	8.418	3.764
Porselen kron takma	998	306
Tamamen akrilik diş takma	1.750	562
Diş implantları	3.500	1.794
İşlem	Amerika (US\$)	Tayland (US\$)
Koroner Anjiyoplasti	41.000	4.000
Göğüs büyütme	10.000	3.000
Kalça protezi ameliyatı	24.000	10.000
Omurga füzyonu	62.000	7.000
Koroner bypass	100.000	12.000
Diş implantları	3.500	2.400

Kaynak: Rollyson 2010, s.34

Tayland medikal turizmiyle ilişkili olarak yürütülen bir çalışmada ortaya çıkan SWOT (Güçlü yönler, Zayıf yönler, Fırsatlar, Tehditler) analizi şu sonuçlarına göre; Tayland'da medikal turizm sektörünün güçlü yönleri: yüksek kalitede tıbbi uzmanlık sunan çalışanlara sahip olması; misafirperverlik ve hizmet zihniyeti; düşük maliyet; tıbbi teknoloji kullanımı; yüksek kalite ve standartlarda tıbbi hizmet; sunulan hizmetlerinin çeşitliliği ve yeni hizmet ve ürün geliştirme eğilimi; hastaneler, araştırma merkezleri, eğitim kurumları, turizm ve konaklama gibi faktörleri kapsayan fiziksel alt yapının kalitesi; deneyimli kişilerce yönetilen özel hastanelerin sayısı; tıp ve alternatif tıbbın bir arada kullanılabilmesidir. Tayland'da medikal turizm sektörünün zayıf yönleri: insan kaynakları eksikliği ve var olan insan kaynaklarının dağılımı; medikal turizmin olası negatif etkileri olan iç beyin göçü, Tayland halkı için sağlık hizmetlerine erişimde eşitlik ve masraflarını kendisi ödeyen Taylandlıların tıbbi ödemeleri; yabancı dil kullanımında eksiklikler; güçlü bölgesel rekabet ortamı; stratejik ortaklıkların azlığı; başlıca paydaşlar arasında işbirliği olmaması ve yasal tutarsızlık; tedavilerde yapılan hatalar konusunda yetersiz yasal düzenlemeler; tıbbi ekipman ve ilaçların ithal edilmesi; enerji konusunda büyük ölçüde bağımlı olmak; politik kararsızlık ve tutarsızlıklar olması ve finanse etme eksikliğidir. Tayland'da medikal turizm sektörü için fırsatlar: medikal turizmin ekonomik gelişmeye artan katkısı; tıbbi alt yapı ve tıbbi uzmanlığı daha üst düzeye taşımayı sağlayabileceğinden artan rekabet ortamı; gelişmiş ülkelerde demografik değişim, artan kronik hastalıklar ve sağlık fiyatlarının artışı; geleneksel tedavi alternatifleri ve doğal tedavi yöntemlerinin kullanımı talebinde artış; yerel olarak plastik cerrahi için artan taleptir. Tayland'da medikal turizm sektörüne yönelik tehditler: uluslararası

ve bölgesel tıp ve turizm sağlayıcıları arasındaki yoğun rekabet; Malezya'da sektörde yeni aktörlerin ortaya çıkması; Tayland'daki demografik değişim; teknolojik ve basit araştırmalarda belirsizlik; eşitsizliklerin ortaya çıkması ve halktan gelen destek olmaması; Avrupa kamu borcu krizidir (Supakankunti ve Herberholz, 2012, s.165-166).

3.2.7. Malezya'da Medikal Turizm Uygulamaları

Medikal turistlerin Malezya'yı seçmeleri için birçok sebep vardır. Malezya sağlık sisteminde diğer ülkelerde yetiştirilmiş personel, düşük fiyatlar, turistik imkânlar olarak kumsallar, Malezya medikal turizmi için avantaj sağlamaktadır (Whittaker, 2008, s.281). Malezya'ya gelen medikal turistler, dil hizmetleri, işlemlerle ilgili bilginin sağlanması, iyileşme sürecinin uzunluğu, doktor seçiminde, doktorlar ve sigorta şirketleri arası iletişim sağlanmasında, uçak biletlerinin ayrılmasında, konaklama rezervasyonunda, vize işlemleri vb. konularında rahatlıkla yardım alabilmektedir (Spasojeviç ve Susiç2011, s.11). Helal gıda diye etiketlenilebilecek yiyecekler sunması ve İslamiyet'e dair uygulamalar ve geleneklere olan saygının ön plana çıkarılmasıyla Malezya, Müslüman kitleleri medikal turist olarak ülkeye çekme konusunda diğer bölgelerden bir adım öndedir (Spasojeviç ve Susiç, 2011, s.11; Lee 2006, s. 9-10). Malezya'da özel sektör ve devlet desteğinin güçlü bir örneğinin var olması da medikal turistlerin ülkeyi seçmelerinde başka bir gerekçedir (Chee, 2008, s.2145-2156). Fiyatlar konusunda da gelişmiş ülkelerden gelen medikal turistlere sağladığı avantajlar vardır. Aşağıdaki tabloda Malezya'da yabancı turistlere uygulanan fiyatlardan bazılarının gelişmiş ülkelerle karşılaştırılması gösterilmektedir (Rollyson, 2010, s.30).

Tablo 3.13 Malezya, Amerika ve İngiltere'deki Bazı Tıbbi Müdahalelerin Amerikalı ve İngilizler İçin Maliyetlerinin Karşılaştırması

İşlem	İngiltere (US\$)	Malezya (US\$)
Yağ aldırma	5.250	2.258
Göğüs büyütme	7.613	3.308
Yüz gerdirme	11.813	3.063
Karın gerdirme	8.418	3.903
Tamamen akrilik diş takma	1.750	1.313
İşlem	Amerika (US\$)	Malezya (US\$)
Kardiyak işlem	50.000-125.000	7.000
Karın gerdirme	-	4.000
Yüz gerdirme	-	5.000
Göğüs büyütme	-	4.000
Yağ aldırma	-	3.600

Kaynak: Rollyson 2010, s.30

1997 Asya ekonomik krizinden sonraki süreçte özel hastanelerin artan fiyat talepleriyle düşen hasta sayıları bu hastaneleri alternatif arayışlara götürmüş ve Malezya da medikal turizm sektörüne ilk adımlarını atmıştır (Musa vd.,2012, s.631; Chee, 2008, s.2147; Whittaker, 2008, s.275). 11 Eylül 2001 tarihinde New York ve Washington'a yapılan terör

saldırılarından medikal turizm de etkilenmiş ve Malezya da medikal turistlerin sıkça tercih ettikleri ülkeler arasına girmiş, ülkeye gelen medikal turist sayısında artış görülmüştür (Spasojeviç ve Susiç, 2011, s.11). Malezya Sağlık Bakanlığı 2004 yılında Medikal Pratik Bölümü'nde medikal turizm aktivitelerine devlet desteği vermek, medikal turizmin tanıtılması ve ilgili sektörler arası ilişkinin devlet kontrolüyle sağlanması ve düzenlenmesi için Sağlık Turizmi Ünitesi açmıştır (Aniza vd.,2009, s.9).

1998 yılında ülkeye gelen yabancı hasta sayısı 39.114 iken 2008 yılında bu rakam 374.063'e yükselmiştir (Zhang,2012, s.8). Spasojeviç ve Susiç (2011, s.11) çalışmalarında yer verdiği verilere göre ise bir yılda 370.000 yabancı hasta Malezya sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadır. Gleneagle Tıp Merkezi'nde 2003 yılında 7.000 yabancı hasta tedavi edilmiş, Malezya'nın en büyük hastanelerinden olan Mahkota Tıp Merkezi 2003 yılında 24.500 yabancı hasta tarafından ziyaret edilmiştir (Whittaker, 2008, s.281). Ülkenin 2004 ve 2008 yılları arasında yabancı hastalardan elde ettiği ortalama gelir %21,4 oranlarında artmıştır (Zhang, 2012, s.8). Malezya'ya tedavi amaçlı gelen yabancı turistlerin geldikleri yerler tek bir ülkeyle sınırlı değildir. Endonezya, Orta Asya ve Avustralya Malezya'ya medikal turist gönderen ülkeler arasındadır (Spasojeviç ve Susiç, 2011, s.11). Leng (2010, s.343-344) tarafından sunulan verilere göre; 2006 ve 2008 yılları arasında ülkeye gelen medikal turistlerin %76,7'si Endonezyalı, %3,4'ü Japon, %2,7'si Avrupalı ve %1,8'i Hindistanlı olarak belirtilmiş, %1,3 ila %1,8 arasında değişen oranlarda Çinli, %0,5 ila %1 arasında Orta Asyalı ve %1,1 gibi küçük ama artan oranlarda da Singapurlu hasta bu verilerde yer almıştır. Japonlar arasında yaygın ve yeni bir trend olan uzun süreli turizm Malezya'da emekli Japon turistlerin artmasına neden olmaktadır. Bu trendin Malezya medikal turizmi için de önemli bir yeri vardır. Çünkü emekli olan bu topluluğun tıbbi ihtiyaçlarını da Malezya'da karşılamaktadır. 2005 yılında diğer ülkelere giden 50 yaş üzeri Japon turist sayısı 6.000.000'un üzerindedir. Malezya'da ise emekli Japon turistler için hazırlanmış "Malezya Benim İkinci Evim" ismiyle bir program bile düzenlenmiştir (Ono, 2008, s.151-162).

Malezya sağlık sisteminde kamu ve özel sektörünün birlikte çalışmaktadır (Chee, 2008, s.2145-2156). Kamu ve özel sektör çalışma ve yönetim şekilleri, finansal kaynakları konularında birbirinden ayrılır. Kamu hastanelerindeki giderler Sağlık Bakanlığı ya da diğer kamu sektörü acenteleri aracılığıyla vergilerden elde edilen gelirle ödenirken, özel sektörde bu masraflar işverenler, sigorta ya da hastaların kendi ceplerinden ödenmektedir (Rasiah, Noh ve Tumin, 2009, s.51). Malezya'nın kamuya ait olan hastanelerinde masraflar vergiler aracılığıyla ödendiğinden Malezyalıları ücretsiz sağlık hizmeti sunulmaktadır (Spasojeviç ve Susiç, 2011, s.11). Malezya'da üç çeşit kamu hastanesi vardır. Bunlar: merkezi hastaneler, taşra hastaneleri ve özel konularda uzman medikal tesislerdir (Rasiah vd.,2009, s.50-62).

Malezya da Tayland ya da Hindistan gibi özel hastanelerin uluslararası akreditasyon konusunda başarılı adımlar attığı bir ülkedir (Spasojeviç ve Susiç, 2011, s.11). Malezya'da yer alan hastanelerden 8 tanesi Uluslararası Ortak Komisyon (JCI) tarafından akredite edilmiştir (Musa vd.,2012, s.631) ve özel hastanelerin birçoğu da Uluslararası Standartlaştırma Örgütü (ISO) sertifikası edinmiştir (Heung vd., 2011, s.998).

Kuala Lumpur, Selangor, Penang ve Malacca Malezya'da medikal turizm lokasyonları olarak en çok tanınan bölgelerdir (Musa vd. 2012, s.631). Musa vd. (2012, s.629-646) tarafından Kuala Lumpur'da özel hastanelerde yapılan bir çalışmada tedavi olan 137 medikal turiste bölge ile ilgili memnun oldukları konular sorulmuştur. Çalışma sonuçları değerlendirildiğinde hastanelerde sunulan imkânların ve doktorların genel memnuniyeti etkileyen iki faktör olarak ortaya çıkmıştır. Kardiyoloji, oftalmoloji, ortopedi, estetik cerrahi, tanı koyma ve sağlık kontrolü paketleri Malezya medikal turizminde ismi sıkça geçen tıbbi müdahalelerdir (Whittaker, 2008, s.281).

Malezya için geçerli olan SWOT (Güçlü yönler, Zayıf yönler, Fırsatlar, Tehditler) analizi sonuçlarına göre; güçlü yönleri: sektörde çalışanların maaşlarının düşük olmasının sağlık hizmetlerine yansması sonucu fiyatların düşük olması;turistik etkinlikler ve alanlar açısından zengin olması; farklı kültürel oluşumlara sahip olması; güçlü tanıtım stratejileri ve aktiviteleri; hasta mahremiyetine önem verilmesi; İngilizcenin ve başka dillerin yaygın bir şekilde kullanılıyor olmasıdır.Zayıf yönleri: etkili tanıtım etkinlikleri ve müşteri hizmetleri konusunda Hindistan ya da Tayland'ın gerisinde kalması; ülkeye girişte zorluklar yaşanabilmesidir. Fırsatlar:Amerika gibi gelişmiş ülkelerde yaşanan sigorta problemleri; gelişmiş ülkelerdeki bekleme sürelerinin uzunluğuna karşın Malezya'da böyle bir sorunun neredeyse hiç olmamasıdır. En önemli tehdit ise: bulaşıcı hastalıklardan ibarettir (Aniza vd., 2009, s.10-11).

3.2.8. Singapur'da Medikal Turizm Uygulamaları

Singapur'dason 50 yıl içinde önemli bir ekonomik gelişme yaşanmıştır. Bu gelişme ülkeyi gelişmiş ülke statüsüne erişebilecek seviyelere kadar ulaştırmıştır (Leng, 2010, s.337). Singapur, Hindistan ve Tayland gibi medikal turizmi destinasyonlarından farklı olarak, fiyat avantajı konusunda çok başarılı bir tablo sergilememektedir. Ancak yine Amerika gibi gelişmiş ülkelere gelen yabancı hastaların fiyat karşılaştırması yaparak Singapur'u tercih etmesi mümkündür. Örneğin; bir karaciğer nakli Amerika'da 300.000 dolara yaptırılırken, Singapur'da karaciğer nakli yaptıran bir hasta yalnızca 150.000 dolar karşılığında sağlığına kavuşabilir (Burkett, 2007, s.228). Aşağıdaki tabloda da Singapur'un Amerika'ya kıyasla çok daha makul fiyatlarda hizmet sunduğu görülmektedir (Rollyson, 2010, s.32).

Tablo 3.14 Singapur ve Amerika'da Uygulanan Bazı Tıbbi Uygulamaların Fiyatlarının Karşılaştırılması

İşlem	Amerika (US\$)	Singapur (US\$)
Bypass	30.000	15.000
Göğüs büyütme	300.000	150.000

Kaynak: Rollyson 2010, s.32

Açıkça görülebildiği gibi Singapur Amerika'dan çok daha uygun fiyatlar karşılığında tedavi hizmeti sunmaktadır (Rollyson, 2010, s.32). Bunun da etkisiyle medikal turizm sektörünün ülkede gelişmesi kaçınılmaz olmuştur. Bu gelişmeyle ilgili olarak Leng (2010, s.344) çeşitli kaynaklardan derlediği rakamlar ışığında 2004 ve 2008 yılları arasında Singapur'a gelen medikal turist sayılarını ve yapılan harcamaları düzenlemiş ve aşağıdaki tabloyu oluşturmuştur.

Tablo 3.15 2004-2008 Yılları Arası Singapur'a Giden Yabancı Hasta Sayıları ve Harcamaları

Yıllar	Tedavi için Gelen Turistler		Gelen Turistlerin Sağlık Harcamaları	
	Sayı	%Artış	USD (milyon)	%Artış
2004	320.000		271.2	
2005	374.000	16.9	397.2	46.5
2006	410.000	9.6	540.3	36.0
2007	348.000	-15.1	670.6	24.1
2008	370.000	6.3	725.8	8.2
Ortalama		4.4		28.7

Kaynak: Leng 2010, s.344

Leng (2010, s. 336), çalışmasında Malezya ile birlikte Singapur'a 1980'lerden bu yana medikal turizmde lider ülkelerden biri olarak yer vermiştir. 2002 yılında ortalama 210 000 olarak belirlenen Singapur'da tedavi edilen yabancı hasta sayısı 2006 yılında yaklaşık 410 000 olarak 5 yıl içinde neredeyse %100 artış göstermiştir (Rollyson, 2010, s.30). Singapur'un medikal turizm sektöründe sergilediği bu başarısında fiyat avantajı yerine sunulan hizmetlerin kalitesi ve sağlanan kolaylıkların da etkili olduğu söylenebilir. Örneğin; Singapur Turizm Kurulu ve Raffles medikal grupları, medikal turistlere havaalanında transfer, konaklama tesislerine erişim, yerel turistik aktivitelerde yardım, uluslararası tıbbi bakıma erişim, medikal vize ve konaklama yardımları gibi hizmetleri sunarken Singapur'u medikal turizm destinasyonu olarak gösterirken başarılı bir tanıtım yöntemi uygulamaktadır (Chen vd., 2012, s.1352). Bütün bunların da katkısıyla Singapur sağlık sistemi, Dünya Sağlık Örgütü tarafından en başarılı 6. sağlık sistemi olarak belirlenmiştir (Rollyson, 2010, s.30). SingaporeMedicine, 2003 yılından bu yana kamu-özel ortak bir platform olarak Singapur'u medikal turizm

destinasyonu olarak desteklemesi ve bu platformun da Sağlık Bakanlığı, Kalkınma Kurulu, Singapur Uluslararası Ticaret ve Singapur Turizm Kurulu tarafından desteklenmesi Singapur'un medikal turizm başarısında önemli bir rol oynamaktadır (Lunt vd., 2011, s.22). SingaporeMedicine'nın uluslararası hasta hizmet merkezleri ve tıp uzmanlarının listeleri, tıbbi uzmanlık tanıtımı, ziyaretçilerin bilgileri, deneyimleri, konferanslar gibi bilgileri farklı dillerde sunduğu bir web sitesi de mevcuttur (Whittaker, 2008, s.282).

Medikal turizm kapsamında sunulan hizmet çeşitliliği açısından bakıldığında Singapur da geniş bir çeşitlilik yelpazesi sunmaktadır. Tanı koymadan genel cerrahiye değin birçok hizmet Singapur'daki hastanelerde bulunabilir. Kardiyoloji ve oftalmoloji 2002 yılında medikal turistler arasında en popüler alanlar olarak belirlenmiştir (Gan ve Frederick, 2011, s.5). Bununla birlikte kalça ve diz operasyonları, nörolojik işlemler, kök hücre tedavisi, kanser tedavileri, plastik cerrahi gibi işlemler de Singapur medikal turizmi kapsamında zaman zaman dikkat çeken hizmetler olmuş ve göğüs cerrahisinde, yağ aldırma, saç dökülmesi tedavisinde ayrı ayrı uzmanlıkları olan kliniklerde tedaviler sunulmuş ve sunulmaktadır (Rollyson, 2010, s.30; Pocock ve Phua, 2011, s.1). Endonezya, Malezya, Amerika, Kanada ve İngiltere, Singapur'u medikal turizm destinasyonu olarak tercih eden hastaların yaşadığı ülkelerin başında gelmektedir (Gan ve Frederick, 2011, s.5). Orta Asya, Çin, İngiltere ve Amerika'dan gelen yabancı hasta sayısı da oldukça fazladır (Rollyson, 2010, s.30).

3.2.9. Diğer Ülkelerde Medikal Turizm Uygulamaları

Yukarıda yer alan Avrupa, Amerika ve Asya'da medikal turizm destinasyonları dışında medikal turizm hareketliliğinin başka ülkelerde sürmediğini ya da başka ülkelerin de uluslararası pazarda bu kadar geniş yer kaplayan bir meseleden etkilenmediğini söylemek yanlış olur. Çünkü yukarıdaki medikal turizm uygulamalarının yanı sıra birçok ülke literatürde adından söz ettirmektedir. Bu ülkeler arasında Brezilya ve Meksika örneklerinin medikal turizm sektörü ile ilgili özelliklerine aşağıda yer verilmiştir.

3.2.10. Brezilya'da Medikal Turizm Uygulamaları

Brezilya'nın medikal turistlerce tercih edilme sebeplerinin başında plastik cerrahisi gelmektedir (Rollyson, 2010, s.17). Kuzey Amerika'da bulunan Brezilya sağlık sistemiyle tüm dünyaca bilinen başka bir ülkedir. Bünyesinde toplamda 200.000'den fazla çalışan barındıran yaklaşık 16.000 sağlık kuruluşu Brezilya sağlık merkezinin kapasitesinin medikal turizm için de hizmet sağlayabilecek büyüklükte olduğunu göstermektedir (Rollyson, 2010, s.16). Farklı ülkelerde, Brezilyalı olmasalar da Brezilya'yı bir medikal turizm destinasyonu olarak tanıtmak için çalışan merkezler vardır (Herrick, 2007, s.5). Büyük bir çoğunluğu Amerika'dan gelen medikal turistlerin yanı sıra Kanada gibi ülkelere de Brezilya'ya tedavi amaçlı gelen

yabancı hastalar vardır (Turner, 2007, s.1639; Rollyson, 2010, s.16-17). Meksika ve Kosta Rika dışında Latin Amerika'da çevresindeki ülkelerin daha az gelişmiş olması, deneyimli plastik cerrahları, gün geçtikçe artan JCI tarafından akredite edilen sağlık kuruluşları, Amerika'yla kıyaslandığında daha makul fiyatları, turistik cazibeleri Brezilya'nın sektörde kullanabileceği avantajlarıdır. Fakat Brezilya'nın da diğer destinasyonlar gibi dezavantajları vardır. Bunlar: zengin ve fakir halk arasındaki büyük sınıf ayrılıkları, yüksek suç oranı, tehlikeli bir ülke imajı çizmesi, malpraktis gibi istenmeyen durumlarda uygulanan hukuki sürecin Amerika gibi ülkelerden farklı olmasıdır (Rollyson, 2010, s.16-17).

3.2.11. Meksika'da Medikal Turizm Uygulamaları

Arizona, Kaliforniya ve Yeni Meksika'da yaşayan Amerikalılar Meksika'ya gelen yabancı hastaların büyük bir kısmını oluşturmaktadır (Rollyson, 2010, s.20). Çünkü Meksika'nın Amerika'ya olan yakınlığı, ülke dışında tedavi olma seçeneklerini araştıran bir Amerikalı tarafından cazip bir alternatif olarak görülebilmektedir (Shufeldt, 2012, s.5). Akredite edilmiş hastanelerden %75'i sınıra yakın bir bölgede çalışmalarını sürdürmektedir (Shufeldt, 2012, s.17). Meksika'ya gelen bu medikal turistlerle birlikte başka bir ülkeye göç etmiş ve yurtdışında yaşayan ülkenin kendi vatandaşları da tedavi amaçlı kendi ülkelerine dönmektedir (Horton ve Cole, 2011, s.1846-1852). 2001 yılında Kaliforniya'ya yerleşmiş 1.500.000 Meksikalı göçmenin Meksika sağlık sisteminde tedavi olmak için ülkelerine döndüklerine dair tahminler vardır (Wallace vd., 2009, s.665). Uzun bekleme sıralarından kurtulmak isteyen Kanadalı ve Avrupalı medikal turistler Meksika medikal turizmin başka bir hedef pazarını oluşturmaktadır (Shufeldt, 2012, s.9).

Meksika'da JCI tarafından 8 hastane akredite edilmiştir (Shufeldt, 2012, s.17). Ülke genelinde, 2000 ve 2005 yılları arasında özel hastanelerdeki yatak sayısında %28, özel hekimlerin sayısında %100 artış görülmüştür (Shufeldt, 2012, s.13). Bu hastanelerde medikal turistlerin en çok talep ettiği branşlar: kozmetik cerrahi, dental işlemler, kalp bypass ameliyatı, obezite cerrahisi, kanser tedavisi, ortopedivekök hücre araştırmalarıdır (Rollyson, 2010, s.20). En çok rağbet gören elektif cerrahi ve dental işlemlerdir (Shufeldt, 2012, s.9). Fiyat farklılığını görmek açısından önemli olan Amerika ve Meksika'da dental müdahaleler için fiyatların karşılaştırmalı bir listesi aşağıdaki tabloda gösterilmektedir.

3.2.12. Ürdün'de Medikal Turizm Uygulamaları

Ürdün sağlık sistemi, Orta Asya'da en iyiler arasında sayılmaktadır ve Ürdün, Amerika Birleşik Devletleri Uluslararası Kalkınma Ajansı'na (USAID), dünya çapında beşinci medikal turizm destinasyonu olarak gösterilmiştir (Darwazeh, 2011, s.54; Alsharif, Labonté ve Lu, 2010, s.328). Örneğin; 2007 yılında yaklaşık 250.000 yabancı hasta Ürdün'de tedavi olup

ülkesine dönmüştür (Tattara, 2010, s.4). Özel Hastane Birliği tarafından hazırlanmış bir rapora göre bu turistlerden yaklaşık 45.000 tanesi Irak'tan, 25.000'ü Filistin ve Sudan vatandaşından oluşan (Tattara, 2010, s.4) komşu Arap ülkelerinden, 3.400'ü de Amerika, İngiltere ve Kanada'dan gelmiştir (Venquist, 2009; Akt. Alsharif vd., 2010, s. 328-329). 1990'lardan bu yana Arap ülkeleri ve Orta Asya için bir medikal turizm merkezi haline gelmeye çabalayan (Hadi, 2009, s.10) Ürdün ile ilgili Dünya Sağlık Örgütü (WHO) verileri her yıl yaklaşık olarak 120.000'den fazla yabancı hastanın ülkede tedavi edildiğini göstermektedir (Al-Hinai, Al-Busaidi ve Al-Busaidi, 2011, s.478). 2009 yılında ülkeye gelen medikal turist sayısı yaklaşık 200.000 iken, 2010 yılında bu sayı 210.000'e kadar ulaşmıştır (Darwazeh, 2011,s.55). Ürdün sınırları içinde aynı zamanda sağlık turizminin başka bir türü olan termal turizme yönelik de kaynakları ve bu kaynakların kullanımına dair çalışmalar mevcuttur (Harahsheh, 2002, s.1-151).

2007 yılı Sağlık Bakanlığı verilerine göre; Ürdün'de 130 hastaneden 30'u kamu sektörüne ve 60'ı özel sektöre ait hastaneler, 11'i askeri hastane ve özel hastanelerden oluşmaktadır. 671'den fazla da medikal merkez vardır (Zamil vd., 2012, s.124). Bu hastaneler arasından 44 kuruluş için yapılan inceleme sonrası hazırlanan rapora göre; her 1000 kişiye 5-6 hekim ve hemşire hizmet verebilmektedir (Alsharif vd.,2010, s. 328-329). Ancak bu rakamlar dünya verilerine göre yetersiz kalmaktadır. Sektörde rol oynayan paydaşlar arasında koordinasyon problemlerinden kaynaklanan sorunlar (Darwazeh, 2011, s.55), yatak ve personel eksiklikleri (Alsharif vd.,2010, s. 328-329), iletişim servisleri, müşteri hizmetleri, yönetim, pazarlama ve satış konularında aksaklıklar olduğu bilinmektedir (Fischer vd.,2009, s.15).

Medikal turizm sektöründe lider olarak gösterilen diğer ülkelerde olduğu gibi Ürdün de fiyat avantajı ile dikkat çekmektedir (Connell, 2006, s.1095; Darwazeh, 2011, s.54). Amerika'da 30.000 dolara yaptırılabilen bir mide kelepçesi taktırma işlemi Ürdün'de 5.000 dolar karşılığında yaptırılabilir (Carruth ve Carruth, 2010, s.137). Açık kalp ameliyatı, böbrek nakli, karaciğer nakli, kalça protezi ameliyatı gibi diğer birçok işlemde Amerika'da ödenmesi gereken faturaların %25'i kadar ucuz bir miktar ödeyerek faydalanmak mümkündür (Tattara, 2010, s.4; Darwazeh, 2011, s.54). Hizmet kalitesi de yine diğer önde gelen medikal turizm destinasyonları gibi yüksektir (Darwazeh, 2011, s.54). Acil bakım, ortopedi servisleri, tanısal görüntüleme, yabancı hasta servisleri, rehabilitasyon merkezleri, kan bankaları, radyoloji ve kardiyoloji hizmetleri Ürdün'de bulunabilecek hizmetlerden bir kısmıdır (Omoush 2013, s.204; Darwazeh 2011, s.54). Avrupa ve Kuzey Amerika'da prestijli hastanelerle ortaklıkları olan sağlık kuruluşları Ürdün'de hizmet vermektedir (Hadi, 2009, s.10). Bununla beraber Özel Hastaneler Birliği, USAID, Ürdün Yatırım Kurulu, Ürdün

Turizm Kurulu, Al-Khalidi Tıp Merkezi, King Hussein Kanser Merkezi, Sağlık ve Çevre Başkanlığı Ürdün medikal turizm sektöründe rol oynayan resmi ve resmi olmayan kurum ve kuruluşlardan bazılarıdır (Darwazeh, 2011, s.54).

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

TÜRKİYE'DE SAĞLIK TURİZMİ

Türkiye medikal turizm sektörüyle yeni tanışmış olmasına rağmen, sektörde önemli gelişmelere imza atmış bir ülkedir. 2009 yılı Dünya Turizm Örgütü Raporu'na (UNWTO) göre Türkiye; Fransa, Amerika, İspanya, Çin, İtalya ve İngiltere'den sonra en çok turist çeken 7. ülke olmuş ve Almanya, Malezya, Meksika gibi ülkeleri de geride bırakmıştır (Aydın vd., 2011(a), s.3; Aydın vd., 2011(b), s.20). 2007 yılında 22.200.000 turist ile turist sayısı sıralamasına göre 9. ülke, bu turistlerden kazandığı gelire göre 18.500.000.000 Dolar ile 10. ülke olmuştur (Keskin ve Cansız, 2010, s.42). 2011 yılı verilerine göre de 30.000.000.000 dolar gelir elde edilen turizm sektöründe dünya ülkeleri arasında Türkiye 8. sırada yer bulmuştur. Aynı yıl turizm geliriyle Türkiye dünyada 8. olmuştur (Köstepen, 2012, s.4). 21. yüzyılda uluslararası pazarda böylesine başarılı olmuş Türkiye'deki turizm sektörü aslında 1980'lerden itibaren gelişme sürecine girmiştir (Bulu ve Eraslan, 2008, s.6-7). 1980 yılında Türkiye sınırlarını geçen yabancı turist sayısı 1.300.000 iken, 2008 yılında bu rakam 26.000.000'a kadar ulaşmıştır (Keskin ve Cansız, 2010, s.42). Sağlık sektörü de paralel olarak yine bu yıllar da önemli başarılarla imza atmış ve ilerleme kaydetmiştir. 1980 yılında Türkiye'de kişi başına düşen sağlık harcaması 62 dolarken, 2005'te 592 dolara yükselmiş ve Türkiye, bu yıllar arasında sağlık harcamalarının gayri safi milli hasıla içindeki payının 2,3 katı ile Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü ülkeleri içinde en büyük paya sahip ülke konumuna gelmiştir (Deniz ve Hobikoğlu, 2011, s.161).

Ülkeye giriş yapan yabancı turistlerin sayılarındaki başarı Türkiye'nin turizm sektöründe birçok güçlü yanından bahsedilebileceğinin göstergesidir. Korunmuş çevre güzellikleri, iklim, doğal kaynaklar ve tarihi güzellikleri, toplumdaki turizm anlayışının kalitesi, Anadolu gibi tarih ve kültür açısından zengin bir bölgeye sahip olması, Türk gelenek ve göreneklerinde misafirperverlik olgusunun yerini edinmiş olması, genç ve dinamik bir nüfusla turizme ayak uydurabilmesi gerçeği, Doğu ve Batı'nın harmanı ve özgün bir sosyo-kültürel yapısının olması, ulaşım ve seyahat konularında yardımcı olabilecek organizasyonların ana pazarda bulunabilir olması, yeni ve nitelikli tesislerinin Akdeniz bölgesindeki rakiplerle boy ölçüşebilir kriterlere sahip olması, fiziki yapısının yat turizmine uygun olması, pazara yeni adım atanlar ve uzak mesafelerde yer alanlar için farklı ve keşfedilmemiş bir destinasyon olması, ülke içindeki turizm sektörünün aktif olması, alışveriş ve el sanatları konularındaki başarısı, coğrafi yapısı ve ulaşım sektörünün turizm aktivitelerini kolaylaştırabilir bir konumda olması, ekonomik gelişmeler ve uluslararası

pazarda turizm sektörü talebindeki değişimlere ayak uydurabilmesi Türkiye turizm sektörünün güçlü yanları olarak gösterilebilecek özelliklerinden yalnızca bir kısmıdır (Kostak, 2007, s.48-49).

Türkiye'nin bu turistik cazibesinin de katkısıyla Türkiye'de medikal turizm konusunun incelenmesi de kaçınılmaz olmuştur. Bu bölümde turizm sektöründe kendini kanıtlamış bir ülke olan Türkiye'de medikal turizm sektörü konusuna yer verilecektir. Türkiye'de sağlık turizminde bahsedildikten sonra Türk medikal turizmi konusunda ayrıntılı bilgilere bu bölümde ulaşılabilir.

4.1. Türkiye'de Sağlık Turizmi

Aydın ve Yılmaz (2010; Akt. Gülmez, 2012, s.44-45) tarafından 2008'de yürütülen çalışmada Türkiye'ye gelen yabancı turistlerin gelme sebepleri katılımcılara sorulmuştur. Yabancı turistlerin en sık dile getirdiği sebepler: %58,7 doğal güzellikleri, %24,9 ucuzluk, %21,4 kültürel zenginlik ve %16,9 arkadaş tavsiyesi olmuştur. Burada görülebileceği üzere, Türkiye doğal güzellikler ve kültürel zenginlikler gibi turistik özellikleri ile zaten ilgi görmektedir. Ancak Türkiye turizmi, turizmin bu özellikleriyle yetinmekle kalmayıp alternatif turizm alanlarını da içinde barındırmaya uygun bir yapıya sahiptir. Türk turizminin daha da gelişmesi için önündeki fırsatlardan bazıları: AB adaylık sürecinde AB ile ilişkilerinin artması, 3. yaş turizmi çekiciliğine sahip olması, turizm sektöründe Türkiye'nin hedef pazarında yer alan ülkelerdeki ekonomik gelişmeler ve artan bir talebe sahip olan alternatif turizm olanaklarında Türkiye'nin rekabet avantajı olmasıdır (Karadeniz vd., 2007, s.202).

Alternatif turizm olanaklarının 21. yüzyılda tüm dünyada turizm sektöründe önemli bir yeri vardır. Her ne kadar geleneksel turizmle ilgili hareketliliklerin yeri ve önemi inkâr edilemese de alternatif turizm seçenekleri de tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de hatırı sayılır bir konuma gelmiştir. Turizm Bakanlığı tarım turizmi, çiftlik turizmi, kırsal turizm, av turizmi, sağlık turizmi, kuş gözlemciliği turizmi, yat turizmi, inanç turizmi, yayla turizmi, deniz termal ve sağlıklı yaşam merkezleri turizmi, dağ ve kayak turizmi, karavan turizmi, ipek yolu ve han kervansaray turizmi, maç turizmi, göl - şelale turizmi, akarsu sporları turizmi, mağara turizmi, trekking, bitki inceleme turizmi, yamaç paraşütü turizmi, triatlon turizmi, paraşütle atlama turizmi, dalış turizmi, bungee-jumping, hava sporları turizmi gibi alternatif turizm çeşitlerini içeren 42 alternatif turizm çeşidinin Türkiye'de etkinliğini sürdürdüğünü 1994 yılında belirtmiştir (Akdu, 2009, s.14).

Yabancı turistlerin geliş nedenlerine bakıldığında ilk olarak dikkat çeken turistlerin Türkiye'yi tercih etmesinde yalnızca eğlenmek, gezmek gibi geleneksel turizm motiflerinin etkili olmamasıdır. Başka bir deyişle Türkiye inanç turizmi, kültür turizmi, spor turizmi gibi

alternatif turizm çeşidine de ev sahipliği yapmaktadır. Dikkat çeken bir başka husus ise 2006 yılındaki küçük bir düşüş dışında turist sayılarının her geçen yıl arttığıdır (Akdu, 2009, s.22). Turistlerin Türkiye'ye gelme sebepleri arasında sağlık amaçlı turistlerin sayısının 2003 yılında 103.404 iken, 2007 yılında 154.603'e yükselmesi ve aradaki yıllarda da artmaya devam etmesi Türkiye'nin sağlık turizmi sektöründe ilerlemeler kaydettiğinin bir göstergesi sayılabilir (Akdu, 2009, s.21). Türkiye'ye 2003 ve 2007 yılları arasında gelen turistlerin geliş nedenleri bazında dağılımı aşağıdaki tabloda görülebilir (Akdu, 2009, s.22).

Tablo 4.1 Türkiye'ye 2003-2007 Yıllarında Gelen Yabancı Turistlerin Geliş Nedenine Göre Dağılımı

Geliş Nedeni	2003	2004	2005	2006	2007
Gezmek, Eğlenmek	6 815 797	8 216 757	9 904 716	8 529 890	10 890 338
Kültür	1 004 079	1 116 206	1 310 082	1 008 513	1 154 624
Spor	156 162	213 971	249 765	179 419	303 089
Tamдық Ziyareti	839 086	1 044 575	1 480 442	1 929 800	2 068 642
Sağlık	103 404	133 721	164 598	153 895	154 603
Dini Nedenler	58 456	61 053	106 710	101 564	137 787
Alışveriş	968 486	1 041 585	1 085 802	1 135 273	1 093 357
Toplantı, Konferans, Kurs, Seminer	297 903	324 152	410 326	443 500	657 342
Görevli	730 272	814 150	862 997	1 030 319	569 892
Ticari İlişkiler, Fuar	442 431	633 994	610 106	747 599	865 014
Transit	246 377	168 330	404 940	321 607	38 133
Eğitim	72 060	125 060	88 356	94 399	135 304
Diğer	399 684	588 267	624 989	755 038	1 171 799
Beraber giden	1 567 221	2 721 176	3 218 792	2 845 134	3 777 157
Toplam	13 701 418	17 202 997	20 522 621	19 275 948	23 017 081

Kaynak: Akdu 2009, s.22

Türkiye'de sağlık turizmi tanımına gelince; önceki bölümlerde yer alan sağlık turizmi tanımlarına benzer bir tanım Türk Kültür ve Turizm Bakanlığı tarafından benimsenmiştir. Bu tanıma göre en kısa ve öz anlamda sağlık turizmi: Tedavi için yapılan seyahatlerdir. Sağlık turizmi, fizik tedavi ve rehabilitasyon ihtiyacı olanlar ve hastalar sayesinde sağlık kuruluşları ve genel ülke ekonomisinin uluslararası boyutta gelişmesini sağlayan bir sektördür (Gülmez, 2012, s.25; Akdu, 2009, s.16). Örneğin; Türkiye Sağlık Vakfı'nın 2010 yılındaki araştırması ve İstatistik Kurumu ve Merkez Bankası verilerine göre 2003 yılında ülkeye gelen sağlık turistleri 91.000.000 dolar, 2008 yılında gelenler de 282.000.000 dolar civarında harcamalar yapmış ve bütün bu harcamalar Türkiye'ye gelir olarak dönmüştür (Öztürk ve Bayat, 2011, s.143). Üstelik bu gelir her geçen yıl da artmaktadır. McKinsey ve Company tarafından yapılan araştırma yapılmıştır. Yapılan araştırma sonuçlarına göre 2012 yılında sağlık turizminden Dünya genelinde tam 100 Milyar dolar gelir elde edildiği belirtilmiş ve

Türkiye'nin 2009 yılında sektörden elde ettiği payın yalnızca 225 Milyon dolar civarında olduğu gözlenmiştir (Köstepen, 2012, s.4).

Sağlık turizminin ülkeye sağladığı katkılar zaman zaman her yıl ülkeye gelen sağlık turisti sayısı ve genel turist sayılarının karşılaştırılmasını gerekli kılmıştır. Örneğin; Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) tarafından 2010 yılında yapılan araştırmada 2001 ve 2008 yılları arasında Türkiye'ye gelen turistlerin geliş nedenlerini gösteren tabloya yer verilmiştir. Bu yıllar arasında sağlık konusunda yardım almak için gelenlerin toplam sayıya oranı da yer almıştır (Gülmez, 2012, s.58). Tablo 4.2'de görülebileceği üzere, sağlık turistlerinin sayısının genel turist sayısına oranlarının çok da ciddi boyutlarda olmadığını söylemek yanlış olmaz; ancak sağlık turistleri her yıl genel turist sayıları içinde küçük de olsa belli bir yere sahip olmuştur (Gülmez, 2012, s.58). Başka bir örnekte 2006 ve 2010 yılları arasındaki gelen turist sayıları içerisinde tıbbi tedavi almak amaçlı sağlık turisti sayıları sunulmuştur. Bu verilere bakıldığında; 2008 yılında 170.624, 2009'da 143.733 ve 2010'da 125.835 sağlık turistinin Türkiye'ye geldiği görülmüştür (Öztürk ve Bayat, 2011, s.143). Bu da inişli çıkışlı bir grafikte de olsa Türkiye'ye gelen sağlık turistlerinin geleneksel turistler arasında bir yeri olduğunu gösterir. Özetle geniş bir zaman aralığında sunulan sağlık turisti sayısı verilerine bakarak Türkiye'nin sağlık turizmi destinasyonu olma yolunda bir taleple karşı karşıya olduğunu söylemek mümkündür.

Tablo 4.2 Yıllara Göre Sağlık Turisti Yüzdeleri

Yıl/Geliş Amacı	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Sağlık	%0.9	%0.6	%0.8	%0.8	%0.8	%0.8	%0.7	%0.6

Kaynak: Gülmez 2012, s.58

Ülkeye giriş yapan turistlerin geliş nedenleri konusunda yapılan başka bir ayırım, gelen turistlerin vatandaşlık bilgilerine dayanarak yapılmıştır. Yabancı ve yurtdışında yaşayan Türk vatandaşları bu gruplandırmada yer alan iki sınıftır. Bu ayırımı kullanılarak oluşturulan Türkiye'ye geliş nedenleri için ayrıca hazırlanmış verilere de literatürde rastlamak mümkündür. Bu verilerin yer aldığı tabloların birleştirilmesiyle oluşan bir tablo aşağıdaki gibidir. Aşağıdaki tabloda 2006-2010 yılları arasında yurtdışında yaşayan Türklerin Türkiye'ye geliş nedenlerine yer verilmiştir (Öztürk ve Bayat, 2011, s.144).

Tablo 4.3 Yurtdışında Yaşayan Türk Vatandaşlarının Türkiye'ye Gelme Nedenlerinin Dağılımı

Geliş Nedeni	2006	2007	2008	2009	2010
Gezmek, Eğlenmek	853.654	861.644	845.144	1.005.338	969.206
Kültür	30.730	32.477	43.115		
Spor	32.808	44.325	34.874		
Tanıdık Ziyareti	2.691.434	3.061.502	3.370.683	3.260.183	3.190.696
Sağlık	51.756	53.771	72.320	83.614	56.705
Dini Nedenler	34.728	9.417	5.533	6.299	8.894
Alışveriş	38.301	44.700	37.586	38.837	29.670
İş Amaçlı (Toplantı, Konferans, Kurs, Seminer)				236.271	241.186
Toplantı, Konferans, Kurs, Seminer	40.328	45.131	45.018		
Görevli	86.015	71.312	66.907		
Ticari İlişkiler, Fuar	221.996	232.466	180.545		
Transit	736		503	540	
Eğitim	14.515	17.266	14.215	25.483	21.335
Diğer	282.845	164.555	170.597	156.779	170.258
Toplam	4.379.845	4.638.567	4.887.040	4.813.344	4.687.950

Kaynak: Öztürk ve Bayat 2011, s.144

Türkiye'de ikamet etmediği halde Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarının ülkeye gelme nedenlerinde çeşitlilikler gözlemlenmektedir. Sağlık bu nedenler arasında bazen artan bazen azalan bir talep olmuştur. 2006 yılında 51.756, 2007 yılında 53.771, 2008 yılında 72.320, 2009 yılında 83.614 ve 2010 yılında 56.705 Türk sağlık turisti ülkeyi sağlıklı olma amacıyla ziyaret etmiştir (Öztürk ve Bayat, 2011, s.144). Bu tabloda yer alan rakamların bir diğer önemi; bu tablonun Türkiye'de sağlık turizm kapsamında hastanelere tedavi için gelen turistlerin vatandaşlık bilgileri gibi özelliklerini içeren sağlık turisti profiline dair soruları akla getirmesidir. Çeşitli sebeplerle farklı ülkelerden gelen turist sayıları değişebilir. Örneğin; Almanya ve Fransa gibi ülkelerde yaşayan Türklerin ve bu ülkelerdeki sağlıkla ilgili birimlerin Türkiye'deki ilgili kurum ve kuruluşlarla yaptıkları anlaşmaların da bu rakamlarda etkisinin olduğu düşünülebilir (Kiremit, 2008, s.50; Aktepe, 2013, s.182). Buradan yola çıkarak Türkiye'ye tedavi amacı ile gelen yabancı turistlerin ağırlıklı olarak hangi ülkelerden geldiklerini bilmek, hedef bir pazar belirlemede sağlık turizmi pazarlaması yapan ilgililere ve sonraki akademik çalışmalara ışık tutacaktır.

Türkiye'ye en çok sağlık turisti gönderen ülke profillerine bakıldığında sağlık turistlerinin geldikleri ülkeler yine Türklerin en yoğun olarak yaşadığı bölgeler olarak bilinen

ülkelerdir. Bu ülkelerden bazılarının isimlerini belirtmek gerekirse: Almanya, Hollanda, Fransa (Kiremit, 2008, s.50). Aşağıdaki tabloda Türkiye'ye 2008 ve 2010 yılları arasında gelen yabancı hastaların ülkelere göre dağılımı görülmektedir.

Türkiye'ye en çok sağlık turisti gönderen ülke profillerine bakıldığında sağlık turistlerinin geldikleri ülkeler yine Türklerin en yoğun olarak yaşadığı bölgeler olarak bilinen ülkelerdir. Bu ülkelerden bazılarının isimlerini belirtmek gerekirse: Almanya, Hollanda, Fransa (Kiremit, 2008, s.50). Gülmez (2012, s.56) tarafından sunulan verilere göre; Türkiye'ye 2008 ve 2010 yılları arasında gelen yabancı hastaların ülkelere göre dağılımında Almanya her yıl ilk sırada yer almaktadır. 2008 yılında 32,500; 2009 yılında 37,577 ve 2010 yılında 29,631 Alman Türkiye'deki hastanelere tedavi amacıyla gelmiştir. Üç yılın verilerini kapsayan bu rakamlar Türkiye'ye gelen toplam yabancı hasta sayısının her yıl yaklaşık olarak yarısıdır. Fransa, Rusya, ABD ve İngiltere ise bu sırada Almanya'dan sonra gelen ilk dört ülke olmuştur (Gülmez, 2012, s.56). Türkiye'ye herhangi bir sağlık sorunu sebebiyle gelen sağlık turistlerinin geldikleri ülkelere göz atıldığında listenin bu ülkelerden ibaret olmadığı görülebilir. Bazı araştırmalarca belirtilen (Aydın vd., 2011(b), s.30; Aypek, Aktepe, Şahbaz ve Arslan, 2011(a), s.13; Akdu, 2009, s.39-40) gruplandırmaya göre Türkiye'ye gelen sağlık turistleri şu şekildedir:

- Almanya, Hollanda, Fransa gibi Türklerin yoğun olarak yaşadığı ülkelere gelenler,
- Balkan Ülkeleri, Orta Asya'daki Türk Cumhuriyetleri gibi altyapı ve sağlık hizmetlerinde çalışan uzman konusunda Türkiye'den daha az gelişmiş ülkeler,
- Amerika, İngiltere, Almanya gibi gelişmiş fakat sağlık hizmetleri masraflarının çok fazla olduğu ve sigortaların sağlık hizmetlerinin maliyetlerini karşılamadığı ülkelere gelenler,
- İngiltere, Hollanda ve Kanada örneklerinde olduğu gibi uzun bekleme sıraları olan sağlık sistemlerinden faydalanmak için bu sıraları beklemeyenler,
- Afganistan, Yemen ve Sudan gibi sınırlı bir sayıda hastayı ücretsiz bir şekilde Türkiye'de tedavi ettirebilme şansı olan ikili anlaşmalar dâhilindeki ülkelere gelenler.

Başka araştırmacılar da Türkiye'ye gelen turistleri geldikleri bölgelere göre; Avrupa ülkeleri, Rusya, Orta Doğu ve Müslüman ülkeler ve Türk Cumhuriyetleri gibi başlıklar altında gruplandırmışlardır (Kostak, 2007, s.129; Gülen ve Demirci, 2012, s.133). Her iki durumda da görülebileceği üzere Türkiye'nin sağlık turizmi hedef pazarı tek bir ülke ya da bölgeyle sınırlı değildir. Sağlık turistlerinin geldikleri ülkeler İngiltere, Hollanda, Belçika, Azerbaycan, Rusya, Bulgaristan, Romanya, Kosova, Suriye gibi gruplandırmadan tek tek sıralandığında da bu liste uzamaktadır (Stephano, 2009; Akt. Öztürk ve Bayat, 2011, s.150).

Türkiye'ye sağlıklarını koruma ya da iyileştirme amacıyla gelen yabancı turistlerin geldikleri ülkeler gibi hizmet almak istedikleri alanda da çeşitlilikler vardır. Başka bir deyişle Türkiye'ye gelen sağlık turistlerinin hepsi sadece göz ameliyatı için ya da kozmetik bir işlem için değil bu branşları da içeren bir hizmet ürünü yelpazesi için gelmektedirler. Konuyla ilgili olarak sağlık turistlerinin Türkiye'de ilgisini çeken tıbbi işlemlerden önce; Türkiye'ye termal turizm, geriatri turizmi, engelsiz turizm, SPA turizmi gibi başlıca sağlık turizmi çeşitleri için de gelen sağlık turistlerinin sayısının da hiç de az olmadığından bahsedilmesinde fayda vardır (Kiremit, 2008, s.50). Örneğin; Danimarka, Norveç ve İsveç geriatri turizmi ve termal turizm sektörlerinde Türkiye'nin hedef pazarları arasında önemli bir yere sahip iken, Orta Doğu ülkeleri termal ve SPA turizmi için Türkiye'yi tercih etmektedir (Gülen ve Demirci, 2012, s.134).

4.1.1. Termal Turizm

2007 ve 2010 yılları arasında hizmete açılmış 22 adet yeni termal otelle birlikte Türkiye genelinde 240'a ulaşan termal tesis sayısı artan talebin nicel bir göstergesidir (Aydın 2012, s.91-96). Ülkede bulunan 1800'ü aşkın kaplıcanın %6'sı termal turizm sektörüne hizmet etmekte ve Kültür ve Turizm Bakanlığı'na göre termal turizmde talebin çoğunluğu yurtiçindeki turistlerden gelmektedir. Diğer ülkelerden gelenler ise her yıl 10.000 kişiden fazla bir kitledir (Sayılı, Akça, Duman ve Esengün, 2007, s. 625). 2006 yılı Kültür ve Turizm Bakanlığı verilerinden edinilen bu bilgiye göre Türkiye'ye yaklaşık 10.000 termal turist gelmektedir. Ancak Türkiye'de termal kaynağa sahip 46 ilde yaklaşık 200 termal tesis hizmet vermektedir. Buna göre talep beklenenin altında bile sayılabilir (Aydın vd., 2011(a), s.5). Bu potansiyelden faydalanarak termal turizmden daha fazla gelir sağlamak da yaratılacak farkındalık ve yapılacak düzenlemelerle mümkündür (Aydın vd., 2011(a), s.5).

Türkiye turizm sektöründe önemli bir yeri olan Türkiye Turizm Stratejisi 2023 ve Eylem Planı 2007-2013'ünde turizm sektöründe termal turizmin önemi kabul edilmiş ve başlıca 4 termal turizm bölgesi oluşturulmuştur (Aydın, 2012, s.91-96). Bu turizm bölgelerinde yer alan 2.461 yatak kapasiteli 10 termal turizm tesisine turizm yatırım belgesi, 8.562 kapasiteli 30 termal turizm hizmeti sunan tesise ise turizm işletme belgesi Kültür ve Turizm Bakanlığı tarafından verilmiştir. Bunlara ek olarak da 16.000 yatak kapasiteli 156 tesisin termal tesis olması yerel idarelerce desteklenmiştir (Kostak, 2007, s.21; Akdu, 2009, s.33-34). Bu termal tesislerde deri hastalıklarından iç hastalıklara değin birçok sağlık probleminin tedavisi için hizmetler sunulmaktadır (Sayılı, Akça, Duman ve Esengün, 2007, s. 625).

Türkiye'de termal turizmi sektörü, dünya çapında bu alanda talep alan ülkelerin yer aldığı bir liste oluşturulduğunda 7. sırada yerini almaktadır (Aktepe, 2013, s.176). Ülke çapında ulaşılabilir ve termal turizme hizmet için kullanılabilir jeotermal kaynaklara sahip olan Türkiye Avrupa'da da ilk sırada yer almakta ve İsveç, Norveç, Danimarka, Almanya ve Hollanda gibi gelişmiş ülkelerdeki özel sigorta şirketlerinin yaptıkları anlaşmalar sayesinde bu ülkelerden gelen hastaların masraflarının karşılanmasıyla termal turizm sektöründeki ününe ün, gücüne güç katmaktadır (Aslanova, 2013, s.134).

Bütün bu bilgilere ek olarak Kozak (1992), Türkiye'de termal turizm sektörünün önemini şu bilgilerle özetlemiştir: Termal kaynak potansiyelinin fazla olması gerçeğine dayanarak ilgili turizm çeşitleri ile ortak çalışmalar yürütülebilir ve ülke kalkınmasına katkıda bulunulabilir. Sezonluk bir turizm çeşidi olmadığından, turizm sektörüne tüm yıl turist çeken bir sektör olarak ek fayda sağlayabilir. Turizm sektöründe hizmet sunan personelin 12 ay boyunca çalışabilmesi ihtimalini güçlendirebilir. Ülke içinde bölgesel kalkınmaların yolunu açabilir. İstihdam alanları yaratmada yeni iş imkânları ortaya çıkarabilir. Alternatif turizm çeşitlerine bir yenisini ekleyerek dış turizmin kalkınmasına katkıda bulunabilir. Yerel halk içinde gelişmiş tesislerde hizmet sunarak genel sağlık durumunun gelişmesinde rol oynar. Taşra sermayesinin harekete geçmesini teşvik edilmesinde kullanılabilir (Akt.Akdu, 2009, s.34).

4.1.2. Geriatri ve Engelsiz Turizm

Gezi turları ve meşguliyet terapileri gibi ileri yaş turizmi aktiviteleri, bakım evleri ya da rehabilitasyon merkezlerinde yaşlı bakım hizmetleri, klinik oteller bünyesinde rehabilitasyon ve engelliler için farklı ve özel bir bakım ve gezi turları bu turizm çeşidinden faydalanmak isteyenlerin beklentileri arasındadır (Gülmez, 2012, s.38). Türkiye'de bu beklentilerin karşılanıp karşılanmadığını denetlemekle görevli Sağlık Bakanlığı bünyesinde Sağlık Turizmi Birimi'nin İleri Yaş ve Hasta Turizmi adında bir alt birimi vardır (Köstepen, 2012, s.4). Sağlık Bakanlığı 2002 tarihli Özel Hastaneler Yönetmeliği'ne 2011'de yapılan müdahaleyle eklenen 9. maddede geriatri tedavi merkezinin sağlıkla ilgili diğer kuruluş olarak nitelendirilmesi Türkiye'de geriatri turizmi için atılmış önemli bir adımdır. (Aslanova, 2013, s.136). Türkiye'de 15.304.053 kişi 50 ve üstü yaşlardadır. 30-49 yaşları arasındaki vatandaşlar da hesaba katıldığında Türkiye'de yaşlı ve orta yaşlı kişi sayısı neredeyse toplam nüfusun yarısına yakındır. Bu durum geriatri turizminin yanı sıra yaşlı bakımının yurtiçinde de önemli olduğunu göstermektedir (Gülmez, 2012, s.40).

Engelsiz turizm konusunda Türkiye'de yapılmış düzenlemelere Sakatlar Derneği tarafından düzenlenen kamplar ve aktiviteler örnek olabilir (Zengin ve Eryılmaz, 2013, s.70-

72). Afyon, Denizli ve İzmir bu sağlık turizmi türünde hizmet verilen illere verilebilecek örneklerdir (Çetinkaya ve Zengin, 2009; Akt. Özsarı ve Karatana, 2013, s.140). Engelsiz turizmde diğer dünya ülkeleri ile Türkiye'nin karşılaştırılması da ülke olarak Türkiye'de engelsiz turizmin önemini gösterir. Türkiye, İngiltere, Avusturya, İsveç ve Norveç'te engelli nüfusun genel nüfusa oranlarına bakıldığında; engelli oranlarının sırasıyla %12, %13, %20.9, %12.1, %17 olduğu görülmektedir. Nüfusunun %12'sini engelli vatandaşların oluşturduğu Türkiye'nin bu konuda diğer ülkelere çok geride olmadığı görülmektedir (Gülmez, 2012, s.41). Türkiye'de engelsiz turizmin önemi çeşitli illerde yapılan düzenlemeler ve Türkiye'deki engelli oranlarının diğer ülkelere yakın olmasıyla da sınırlı değildir. Avrupa'nın Türkiye için önemli bir turizm pazarı olması, Avrupa'daki engelli sayılarının normal nüfus içindeki oranının fazla olması, bu engelli nüfusun seyahat etmeye olan eğilimleri ve seyahat etmeleri, bu seyahatler esnasında genel olarak yanlarında birilerinin olması ve bütün bunların da ülkeye döviz olarak dönmesi, engelsiz turizmin milli gelir açısından da önemini göstermektedir (Zengin ve Eryılmaz, 2013, s.70-72; Gülmez, 2012, s.41).

Türkiye'de engelsiz turizm için yapılabilecekler bir çalışmada şu şekilde sıralanmıştır: yasal mevzuatta ve turizm tesislerinde engelsiz turizme önem verildiğini gösteren uluslararası standartlara uygun düzenlemeler yapılmalı, Turizm Tesisleri Yönetmeliği'nde tesislerde engellilere ayrılan odaların miktarını artırmaya ve tüm turizm belgeli veya belgesiz işletmeleri etkileyebilecek değişiklikler yapılmalı, engellilere yatırımı destekleyen firmalar için özel teşvikler yapılmalı, yapılan düzenlemelerde uzman birimlerin de rol alması sağlanmalı, engellilere iyi hizmetler sağlayan tesislerin ödüllendirilmesiyle teşvik sağlanabilir, talep artışı sağlamak amacıyla engellilere özel kampanyalar düzenlenebilir, bilgilendirmede hassas, güvenilir ve ayrıntılı bilgilerin sağlanmasına dikkat edilmeli, engellileri soyutlayan düzenlemeler yerine, yapılan düzenlemelerin yaşlı ve hamileler gibi özel ilgiye ihtiyaç duyabilecek bireyler için de yararlı olabilecek düzenlemeler yapılmalı, otoparklarda engellileri zor durumda bırakmayacak düzenlemeler yapılmalı, görme ve işitme engelliler için pano veya sesli uyarı, yürüme engelliler için basamaksız ulaşım gibi düzenlemelerle; asansörler engelliler de düşünülerek yapılandırılmalı, personel engellilere hizmet sunumunda hassasiyet gibi konularda eğitilmeli, sadece engellilere yönelik hizmet veren tesisler yerine engellileri hem topluma entegre eden düzenlemeler yapılmalı, hem de yalnız başına seyahat etmek zorunda olanlar için gönüllü kuruluşların da sayıları artırılmalı, Kültür ve Turizm Bakanlığı sivil toplum kuruluşları ya da sektördeki bağımsız birlikler aracılığıyla engelliler için sponsorlar veya ekonomik destek sağlayan girişimlerde bulunmalı, son olarak da engeller, engelliler ve engelli hakları konusunda toplumun eğitimi ve bilinçlendirilmesi sağlanmalıdır (Zengin ve Eryılmaz, 2013, s.70-72).

4.1.3. Türkiye’de Medikal Turizm

Kültür ve Turizm Bakanlığı'nın sağlık turizmi için yaptığı tanımlamada kullandığı "tedavi için yapılan seyahatler" tanımlamasından; Türkiye'de sağlık turizmi dendiğinde medikal turizmi anlaşılmaktadır (Gülmez, 2012, s.25; Akdu, 2009, s.16). Özellikle yaz aylarında tatil amaçlı seyahat eden turistlerin tatil esnasında yaşadıkları kaza vb durumlardan dolayı hastanelere başvurularında sağlık turizmi kapsamında görülmektedir. Sağlık turizmi medikal turizm yanında, termal turizm, üçüncü yaş turizmi, engelsiz turizm, spor turizmi, fizik tedavi rehabilitasyon merkezleri, thalassoterapy ve spa&wellness gibi alanlarda sağlık turizmi kapsamında değerlendirilmesi gerekmektedir.

4.1.3.1. Medikal Turistlerin Tercih Ettikleri Branşlar

AB ülkelerinin, Türkiye'yi tedavi amacıyla tercih eden kişi veya kişilerin geldikleri yerler arasında ilk sıralarda olduğu (Tütüncü, Kiremitçi ve Çalışkan, 2011, s.91-93), hatta %41,8 gibi bir oranla ciddi bir yoğunluklarının olduğu söylenebilir (Gülen ve Demirci, 2012, s.134). Türkiye'ye turist olarak gelen Avrupa Birliği üyesi ülkeler arasında en çok dikkat çekenlerden bir tanesi Almanya ise, medikal turizm sektörü gündeme geldiğinde yine ilk sıralarda yer almaktadır (Gülen ve Demirci, 2012, s.133; Aktepe, 2013, s.182). Almanya ve medikal turizm konusunda bir diğer önemli husus: Türkiye'ye gelen Alman medikal turistlerin büyük bir yoğunluğunun göz ameliyatları ve gözle alakalı tedavi taleplerinde görülen yüksek rakamlardır (Aktepe, 2013, s.182). Rakamsal verilere göre ise; %32 özel sektör %2 kamu hastaneleri olmak üzere Alman turistlerin Türkiye'de gözle alakalı tedavilerden faydalandıkları görülmektedir. Buna karşın, plastik cerrahiye Almanya'dan gelen medikal turistlerin yalnızca %0,4 'ü gitmiştir (Aydın vd., 2011(a), s.18).

Türkiye dışından gelen medikal turistlerin tedavi talebinin yalnızca göz hastalıkları şikâyetlerine ilişkin olmadığı ve çok çeşitli tıbbi işlemlerin medikal turistlerce talep edildiği ve talebe karşılık olarak da sunulduğu su götürmez bir gerçektir. Bir çalışmada Türkiye’de yabancılara da sunulan en sık başvuru alan medikal hizmetleri genel olarak şöyle sıralanmıştır: göz ameliyatları, diş ameliyatları, tüp bebek uygulamaları, estetik ve plastik operasyonlar, kalp ve damar hastalıkları operasyonları (Akdu, 2009, s.40). Daha kapsamlı bir liste bu konuda yapılan diğer çalışmalarda da yer alan bilgilerden faydalanılarak şu şekilde oluşturulabilir: açık kalp ameliyatı gibi kalp ve damar hastalıkları operasyonları, saç ektirme, deri hastalıkları gibi görünümle ilgili kozmetik kaygılar için düzenlenen operasyonlar, genel sağlık taramaları (İçöz, 2009, s.2271; Özer ve Songur, 2012, s.77), organ nakli, eklem protezi ameliyatları (Gülmez 2012, s.34; Gülen ve Demirci 2012, s.133), kök hücre (Çelikbaş, 2010; Akt. Gülen ve Demirci, 2012, s.133-134) vs. Fizik tedavi ve rehabilitasyona dair işlemleri de kapsayan çok çeşitli branşlarda hizmet almak isteyen medikal turistlerce Türkiye medikal

turizm destinasyonu olarak tercih edilmektedir (İçöz, 2009, s.2271; Özer ve Songur, 2012, s.77). Göz ameliyatları ve kısırlık tedavisi diğerleri arasında en çok dikkat çeken branşlar olarak da gösterilmektedir (Ünal ve Demirel, 2011, s.107).

Sağlık turizmine dair yapılan araştırmalar ve akademik çalışmalara bakıldığında Türkiye'nin odak noktası olduğu çalışma sayısı çok fazla değildir (Aktepe, 2013, s.173). Bunlardan biri olan Aydın vd.(2011, s.1-22) tarafından yürütülen çalışmanın amacı; Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü'nün 16 Eylül 2010 tarihindeki B-10-0-TSH-0-09-00-00 sayılı yazısındaki verileri kullanarak 2008, 2009 ve 2010 yıllarında Türkiye medikal turizm sektöründe özel ve kamu sektöründeki gelişmeleri belgelemek ve sonraki çalışmalara da bu doğrultuda yol göstermektir. Bu çalışmadaki veriler sayesinde Türkiye'ye rekabet üstünlüğü sağlayan branşlarda özel ve kamu sektörlerine ilgiye dair bilgiler açıkça görülebilir (Aydın vd., 2011(a), s.8; Aktepe, 2013, s.178). 2008 yılı verilerine göre bilhassa göz rahatsızlıklarıyla ilgili müdahalelerde özel sektör ve kamu hastaneleri arasındaki fark oldukça belirgindir. Gözle birlikte beyin cerrahisi, ortopedi ve kardiyoloji alanlarında özel sektör ve kamu farkı çok fazladır. Diş, plastik cerrahisi, onkolojide özel sektör diğerleri kadar büyük bir talep almasa da, özel ve kamu arasında yine fark vardır ve özel sektöre olan talep yine daha fazladır. Özetle; 2008 yılında Türkiye medikal turizmde özel sektör ve kamu arasında en çok fark görülen branşlar sırasıyla göz, beyin cerrahisi, kardiyoloji, ortopedi, onkoloji, plastik cerrahi ve diş olarak Sağlık Bakanlığı verileri arasında yerini almıştır (Aydın vd., 2011(a), s.8).2009 yılı verilerine göre göz rahatsızlıklarıyla ilgili müdahalelerde özel ve kamu farkı yine en yüksek noktaya ulaşmıştır. Fakat 2009 yılındaki verilere bakıldığında bütün branşlarda özel sektöre olan taleplerde bir artış vardır. Özel sektörde göz hastalıklarına dair yapılan müdahalelerin toplam işlemin %90'ının üzerine çıkması tablodan varılabilecek sonuçlardan bir tanesidir (Aydın vd. 2011(a), s.8). Son olarak; 2010 yılı verilerinde de göz rahatsızlıklarıyla ilgili müdahalelerde kamu ve özel farkınınçok büyük olduğu görülmektedir. Bununla birlikte çalışmada yer alan hemen hemen bütün branşlarda özel sektöre olan ilginin arttığı da açıkça görülebilir (Aydın vd., 2011(a), s.8).

4.1.3.2. Medikal Turizmde Kamu ve Özel Sektör

Türkiye'de devlet hastaneleri ve bu hastanelerdeki yatak kapasiteleri sağlık sektöründe önemli bir yer edinmiştir. Bir çalışmadaki bilgilere göre; Türkiye'de sağlık sektöründe hizmet veren sağlık kuruluşlarından %93'ü kamu kurumlarına %7'si ise özel sektöre aittir (Aktepe 2013, s.179). Türkiye'de medikal turizm sektörünün önemli bir ilerleme kaydettiği yıllar olan 1990'lar, kamu sağlık hizmetleriyle birlikte özel sektöründe sağlık hizmetleri sunumunda

önemli yatırımların yapıldığı bir döneme tekabül etmektedir (Tütüncü, Kiremitçi ve Çalışkan 2011, s.91; Çiçek ve Avderen, 2013, s.28). Bütün dünya medikal turizmin başlıca aktörlerinin özel sektörde yer aldığı zaman büyük gelişmelere tanık olmuştur ve olmaktadır. Örneğin; Hindistan'da 1990 yılında kamu sağlık sektöründe özelleşmelerde gelişmeler görülmüş ve teknolojik, teknik ve altyapısal gelişmelerin medikal turizmde bu yeni dünyaya eşlik etmiştir (Kiremit 2008, s.26). %95'inin özel sektörde sunulduğu düşünülen medikal turizm sektöründe kamunun rolü de inkâr edilemez. Turistin Sağlığı için sunulan Acil Sağlık Hizmeti özel sektöre ulaşamadığında sağlık hizmeti sunan kamu hastanelerince sağlanmaktadır (Aydın vd., 2011(b), s.11). Türkiye'de de özel sektörün dahil olmasının medikal turizmin gelişmesinde etkili olduğu kanısına varılabilir. Aşağıdaki tabloda Türkiye'de hizmet sunan hastanelerin kamu, özel, üniversite, belediye ve askeri hastaneler olarak dağılımı gösterilmektedir (Altın vd., 2012(a), s.1006).

Tablo 4.4 Türkiye’de Yataklı Tedavi Kurumlarının Kuruluşlara Göre Dağılımı

Kuruluş	Hastane Sayısı	Yüzde Dağılımı	Yatak Kapasitesi	Yüzde
Devlet Hastaneleri	842	(58,5)	120.535	(60,1)
Üniversite Hastaneleri	62	(4,3)	35.001	(17,4)
Özel Hastaneler	490	(34,1)	28.147	(14,0)
Belediye Hastaneleri	3	(0,2)	1.095	(0,5)
Askeri Hastaneler	42	(2,9)	15.900	(7,9)
Toplam	1.439	(100)	200.678	(100)

Kaynak: Altın vd. 2012(a), s.1006

Türkiye'de medikal turistlerin en sık talep ettikleri branşlara olan talebin dağılımına bakıldığında; bu branşların kamu ve özel sektörü tercih eden hasta sayılarının da dağılımını göstermektedir. En çok talebin olduğu göz müdahalelerinde önemli oranda özel sektörün tercih edildiği gözlemlenebilir (Aktepe, 2013, s.178). 2008 yılında medikal turizm sektöründe önemli bir ağırlığı olan göz müdahalelerinde özel sektöre yapılan başvuruların sayısının önemi dikkat çekmektedir. Ancak aynı yıl içinde göz tedavilerinde kamu sağlık merkezleri de görmezden gelinemeyecek bir orana sahiptir. Genel olarak Türkiye'ye gelen 2008 yılı medikal turistlerinin tedavilerine bakıldığında da %94 gibi büyük bir oranla özel sektörün tercih edildiği bildirilmiştir (Aydın vd., 2011(a), s.8). 3 yıllık bir süreçte en sık başvuru alan branşlardan onkoloji ve plastik cerrahisi dışında kamu sektörünün tercih edilmesi oranında az da olsa artışlar gözlemlenmesiyle birlikte özel sektörün ağırlığı yine göze çarpmaktadır (Aktepe, 2013, s.178).

2008 yılında sağlık sektöründe özel işletmelerce sunulan sağlık hizmetinden faydalanan 56.276 yabancı hastaya karşın kamu hastanelerinde 17.817 medikal turist tedavi olmuştur. Bu rakamlar 2010 yılında özel sektörün 77.003, kamu sağlık sektörünün ise 32.675 medikal turist olarak kaydedilmiştir. Kamu ve özel sağlık sektörünün her ikisinin de medikal turizm aracılığıyla tedavi ettiği hasta sayısında bir artış vardır. Medikal turizm sektöründe kamusal ve özel merkezlerin rolü açısından bakıldığında daha da önemlisi kamu müdahalesinin medikal turizm sektöründeki payının özel medikal turizm sektörünün neredeyse yarısına gelmesidir (Altın vd., 2012(b), s.159; Aydın vd., 2011(a), s.13).

4.1.3.3. Altyapı ve Personel Yeterlilikleri

"Bir ülkede sağlık sektörünün ya da medikal turizm sektörünün kamu ya da özel yapılanmalara dayalı olması neden önemlidir?" sorusu hastanelerin altyapı ve teknolojik gelişmelere sahip olma ve bunları uygulama kapasiteleriyle de ilgilidir. Türkiye'de yapılmış bir çalışmanın sonuçlarına göre özel hastaneler ve üniversite hastaneleri bu konuda kamu hastanelerine göre daha gelişmiştir (Yalçın, 2006, s.1-196). Örneğin; özel hastanelerin yaklaşık olarak yarısında medikal turizme yardımcı olan bir bölüm varken, kamuya ait hastanelerin yalnızca %20'si böyle bir birimi bünyesinde barındırmaktadır. Türk devlet hastanelerinin çok azında anlaşmalı bir çevirmen vardır. Ama özel hastanelerin %35,6'sında farklı dillerde iletişim kurmak için istihdam edilmiş çevirmenler bulunmaktadır. Özel hastanelerin büyük çoğunluğu devlet hastanelerine göre bir havaalanına daha yakındır. Yabancı hastaların dini, kültürü, gelenekleri gibi faktörler gözetilerek sunulan yan hizmetler ve hastane içi yönlendirmeler de yine özel hastanelerce medikal turistlerin ihtiyaçları gözetilerek, daha gelişmiş seçenekler sunmak için düzenlemeler yapılmıştır (Yalçın, 2006, s.1-196). Özel ve kamu hastanelerinde teknik, fiziki ve teknolojik altyapıların yeterliliğine dair sunulan bu bilgiler Türkiye'de medikal turizm sektörünün incelendiği başka bir çalışmada yer alan bilgilerle de tutarlıdır (Tengilimioğlu, 2007, Akt. Kostak, 2007, s.136). Özetle; kamu hastaneleri özel hastanelerle karşılaştırıldığında altyapı yetersizliği dikkat çekmektedir. Haliyle de medikal turizm sektöründe daha gelişmiş imkânlar sunan özel hastaneler tercih edilmekte ve özel sektör medikal turizm sektörünün ülkede kalkınmasına, ülkenin de uluslararası statüsünün gelişmesine katkıda bulunmaktadır (Yalçın, 2006, s.1-196; Kostak, 2007, s.136).

Dünya Bankası verilerine göre; Amerika'da her 10.000 kişiye 27, Hindistan'da 4, Romanya'da 18 hekim hizmet verebilecek durumdayken bu rakam Türkiye'de her 10.000 kişi için 12 hekimdir (Burkett, 2007, s.231). Bu rakamlara göre; medikal turizm destinasyonları arasında en başarılı ilerlemeleri kaydeden Hindistan'da her 10.000 kişiye 4 uzman düşmesi,

gerekli istihdam sağlandığında ülkede medikal turizmin daha fazla gelişme potansiyeli olması olarak yorumlanabilir. Sağlık hizmeti kalitesiyle bilinen Amerika'da ise bu rakam 27 iken Türkiye'de her 10.000 kişiye 12 uzman düşmesi medikal turizm için bir nebze de olsa iyi bir haber sayılabilir. Bu bilgiye ek olarak; aşağıdaki tabloda Türkiye'deki 481.682 sağlık personelinin görev yerleri bazında özel, kamu ve üniversite hastaneleri içinde 2009 yılı dağılımı gösterilmiştir (Gülmez, 2012, s.51).

Tablo 4.5 Türkiye'deki Sağlık Personelinin Dağılımı

	Sağlık Bakanlığı	Üniversite	Özel Sektör	Toplam
Uzman Tabip	24.819	11.569	19.038	55.426
Pratisyen Tabip	27.125	234	3.784	31.143
Asistan	8.324	12.606	-	20.930
Diş Tabibi	5.252	637	12.760	18.649
Eczacı	1.213	189	23.492	24.894
Hemşire	69.204	14.555	15.980	99.739
Ebe	43.346	525	3.797	47.668
Diğer Sağlık Hizmetleri Personeli	65.814	7.702	21.016	94.532
Diğer Personel	59.512	9.651	19.538	88.701
Genel Toplam	304.609	57.668	119.405	481.682

Kaynak: Gülmez 2012, s.51

Bu veriler, Sağlık Bakanlığı 2010–2014 Stratejik Eylem Planı'nda yer almaktadır ve yine Sağlık Bakanlığı 2010–2014 Stratejik Eylem Planı'nda yer alan amaçlara bakıldığında sağlık personeli sayısının artırılmasının hedeflendiği de görülebilir (Gülmez, 2012, s.50). Ancak Economist Intelligence Unit tahminlerinde hekim sayısında 2014 yılına kadar bir yükselme ya da azalma beklenmediği belirtilmiştir (Gülen ve Demirci, 2012, s.139).

4.1.3.4. Fiyat Avantajı

Türkiye'de 9 ayrı ilde medikal turistlere hizmet veren bütün kamu ve özel hastanelerinde yöneticilik yapan 282 kişiyle yapılan anket çalışmasının sonuçlarına göre; medikal turistlerin Türkiye'deki hastaneleri seçmelerinde en önemli faktörler: iklim ve fiyat avantajıdır (Tengilimoğlu ve Balcık, 2009, s.66-81). Dünya çapında ekonomik dengelerdeki değişimler ve sağlık hizmetleri maliyetlerindeki artışlara neden olan gelişmeler gibi faktörler sonucunda Türkiye'de diğer ülkelerden sağlık amaçlı seyahat edenlerin dikkatini çekmeyi başarmıştır. Sağlık Bakanlığı'nın Türkiye sağlık turizminde fiyatlandırma konusunda çalışmaları vardır. 2011/41 numaralı Genelgede bu konuya dair hususlar belirlenmiştir. Bu genelgedeki fiyatlar sağlık turizmi faaliyetleri ücretlerini de içermektedir (Aslanova, 2013, s.137).

Amerika'da 100.000 dolar üzerinde bir ödeme karşılığında yaptırılabilen bir omurga füzyonu işlemi Türkiye'de Kent Hastanesi'nde 8.000 dolar gibi bir bedel karşılığında

yaptırılabilir (Shufeldt, 2012, s.3). Amerika, Türkiye, İrlanda, Tayland, Singapur, Hindistan, İsrail ve İsviçre'de uygulanan tıbbi prosedürlerin fiyatları karşılaştırıldığında 11.375 ve 15.000 dolar arasındaki fiyatlarla bypass ameliyatı yapılan Türkiye, bu işlemde en uygun fiyatı sunan ülke olurken; kemik iliği transplantasyonu 40.000 ve 70.000 dolar arasındaki fiyatlarla Hindistan ile birlikte yine en ucuz hizmeti sunan ülke olarak gösterilmektedir (Zengingönül vd., 2012, s.19). İngiltere'ye kıyasla Türkiye'de bir katarakt ameliyatı %78 tasarrufla yaptırılabilir (Akdu, 2009, s.40). Tüp bebek tedavisi 15.000 ve 16.000 dolara Amerika'da yaptırılabilirken, Türkiye 2.600 dolar gibi makul bir fiyata tüp bebek tedavisi için gelen hastaları çekmektedir. Lasik operasyonlar Avrupa ülkelerinde 4.000 ve 8.000 Euro, Türkiye'de 600 Euro; açık kalp ameliyatı Avrupa ülkelerinde 25.000 Euro, Türkiye'de 10.000 dolardır (İçöz, 2009). Avrupa'daki implant tedavisi 2500 ve 3000 Euro arasındayken, Türkiye'de yalnızca 1000 Euro'dur (Akdu, 2009, s.41).

Fiyat karşılaştırmalarına bakıldığında Türkiye'nin medikal turist için bariz bir tasarruf fırsatı sunduğu açıkça görülebilmektedir. Ancak sağlık hizmetlerinin de finansmanının sağlanabilmesi için devletin ayırdığı kamu kaynaklarına ek olarak sağlık turizminden de elde edilecek bir gelir olması gerekir. Bu geliri Sağlık Bakanlığı fiyatlandırma politikalarında "karlılık" odaklı düzenlemeler yaparak sağlayıp, elde edilen geliri de yine yatırım için kullanabilir (Aydın vd., 2011(b), s.14). Türkiye sağlık turizmi fiyatlandırması konusunda önemli bir konu da; Türkiye'ye herhangi bir sebeple sığınmış; fakat sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişi veya kişilere uygulanacak fiyatlardır. Yaklaşık 33.000 geçici sığınmacı olarak nitelendirilen hasta sağlık turisti olarak değerlendirilmemiş ve sağlık hizmetlerine yüksek meblağlar ödemişlerdir. Suriye'de iç savaş sırasında yaralanıp tedaviye ihtiyaç duyan sığınmacılar ise, Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Müdürlüğü tarafından yapılan bilgilendirmeye göre yeni bir düzenleme ile farklı bir statüde değerlendirilmiştir (Aslanova, 2013, s.173). Bunun dışında, ödemenin nasıl yapıldığı da yine finansman kapsamında incelenebilir. Bu kapsamda yapılan bir araştırmada ödemeler konusunda da bilgilere yer verilmiştir. Bu çalışmada medikal turistlerin en fazla kullandıkları ödeme yöntemi sağlık sigortası olarak belirtilirken, cepten ödemelerde sağlık sigortasından sonra ikinci ödeme şekli olarak rapor edilmiştir (Kostak, 2007, s.144).

Dünya Göz Hastanesi'nden alınan bilgiler ışığında düzenlenmiş örnek bir medikal turizm paketi fiyatlandırmasına bir çalışmada yer verilmiştir (Kostak, 2007, s.143). Bu örnek paket fiyatlandırması şablonu, Dünya Göz Hastanesi tarafından hazırlanmış Hollanda ve Almanya çıkışlı bir medikal turizm paketinin fiyatlandırmasını göstermektedir. Paket içeriğinde yalnızca tedavi ve tedaviyle ilgili ücretler değil, bir medikal turiste sunulabilecek yardımcı hizmetler de yer almaktadır. 4 yıldızlı bir otelde sağlanan konaklama hizmetlerini

kapsayan bu pakette tek kişilik ve iki kişilik oda alternatifleri yer almaktadır. Havaalanı ve otel arası ulaşım, otel hastane ve hastane otel arası ulaşım, uçak bileti gibi yan hizmetleri içeren bu paketin fiyatı yarım günlük bir de İstanbul şehir turunu kapsamaktadır. Yukarıdaki bölümlerde vurgu yapılan müdahale sonrası bakım konusunda ameliyat sonrası ilk ilaçlar, İstanbul'da ameliyat sonrası 2 kez kontrol, Amsterdam'da 3 kontrol ve Berlin'de 1 kontrol hizmetleri bu paket fiyatına dâhil olan servislerdir. Dünya Göz Hastanesi tarafından sunulan verilere göre; 4 yıldızlı bir otelde konaklama, havayolu ile ulaşım, hava alanı transferleri gibi diğer yan hizmetlerle birlikte medikal prosedürü de kapsayan paket fiyatı tek kişi için 1779 Euro, çift kişilik oda da konaklamayla birlikte 2379 Euro olarak belirlenmiştir. Ek geceleme gerektiğinde ya da talep edildiğinde ise 100 Euro tek kişilik 125 Euro ise çift kişilik fiyatlar olarak bildirilmiştir (Kostak, 2007, s.143).

4.1.3.5. Kalite

Türkiye'de sağlık hizmetlerinin kalitesi, tüm dünyada olduğu gibi hizmet kalitesi değerlerinin öznel ve nesnel boyutlarından dolayı kesin olarak kanıtlanabilir bir özellik değildir. Ancak hizmet kalitesine sonuç odaklı bakıldığında, bazı uygulamalarda Avrupa ülkeleri ve diğer gelişmiş ülkelerdeki kalitenin yakalandığı hatta zaman zaman daha da üst düzeye taşındığı görülebilmektedir (Aktepe, 2013, s.175). Türkiye'nin fiyat avantajlarıyla birlikte sağlık hizmeti ve turizm sektörü kalitesinin yüksek olması, bu hastalıklardan muzdarip hedef kitle için bu ülkeyi cazip kılmıştır. Başka bir örnek ise, tüp bebek, kanser tedavisi gibi hizmetler de uygulanan müdahalelerin kanıtlanmış başarı oranıdır. İlk uygulamada başarıya ulaşılan tüp bebek tedavisi, Avrupa'da sadece 5 ülkede kullanılan başarılı bir tedavi şekli olan kanser tedavisinde "cyber knife (uzay neşteri)" teknolojisinin kullanımı gibi özellikleri Türkiye medikal turizminde kalitenin vurgulanabilecek özellikleridir (Kurşun, 2007; Akt. Demirer, 2010, s.41).

Hastanelerin bir denetim ve inceleme sürecinden geçtikten sonra onay belgeleri almaları sağlık hizmetlerinin kalitesinin uluslararası pazarda objektif bir şekilde değerlendirilmelerinde önemli bir yer edinmektedir (Forgione ve Smith, 2007, s.30). Bu belgelendirme de akreditasyon standartlarının belirlenmesi ve bu standartların gözetilerek kalite şartlarının taşınıp taşınmadığının denetlenmesiyle mümkündür. Başta Ortak Komisyon (JCI), Kanada Uluslararası Akreditasyon, Uluslararası Sağlık Hizmeti Standartları Avustralya Konseyi ve bunların her biriyle ortaklığı olan Sağlık Hizmetlerinde Kalite için Uluslararası Örgüt (ISQua) hastanenin hizmet kalitesinde objektif bir yargı oluşturabilmek için standartlar belirleyen ve bu standartlara göre hastaneleri denetleyip belgelendiren kuruluşlardan bir kaçıdır (Runnels ve Carrera, 2010, s.302). Bunlar arasında JCI dünya çapında birçok ülke

tarafından geçerliliği kabul edilen standartları olan en önemli kuruluşların başında gelmektedir. 2012 yılında yapılmış bir çalışmadaki verilere göre; Türkiye'de JCI tarafından akreditasyon belgesi verilerek kaliteleri belgelendirilmiş 41 hastane, 1 ambulans hizmeti veren sağlık kuruluşu, 1 laboratuvar vardır (Gülen ve Demirci, 2012, s.13). Akdu (2009, s.1-93) ise, 2009 yılında 120 özel hastanenin %92,3 'ünün uluslararası standartlara uygun kalitede hizmetlerinin JCI ve Uluslararası Standartlar Teşkilâtı (ISO) gibi uluslararası geçerliliği olan teşkilatlarca kabul edilip belgelendirildiğini bildirmiştir. Bu hastanelerin teknolojik donanımlarına dair yapılan denetimler sonucunda da %97,4'ü yeterli teknolojik donanıma sahip olduklarını kanıtlamışlardır (Akdu, 2009, s.1-93).

Türkiye Cumhuriyeti Kültür ve Turizm Bakanlığı'nca belirlenmiş sağlık turizmi kapsamında hizmet sunan tesisler için standart özellikler: etik değerlere uygun sağlık hizmeti, ulaşılabilir ekonomik ve fiziki özelliklere sahip olması, sağlık turistleri ve sağlık hizmeti sağlayıcılar arasında sağlıklı bir iletişim ortamı sağlaması, sağlığa uygun, altyapı ve ulaşım hizmetleri, çevresel etkenler açısından sağlık turistlerine yardımcı olan nitelikler taşıyan fiziki standartlar, tıbbi teknolojinin yeterli seviyede ve uluslararası boyutlarda olması, uluslararası ortak tedavi protokolleri, bilgi teknolojileri kullanımı konusunda yeterli olması, ulaşım ve transferde sorunlar çıkmasını önleyen düzenlemeleri olması, yeterli sayıda kalifiye personele sahip olması ve sağlık sigortasından yararlanılmasıdır (Akdu, 2009, s.25). Bütün bu özelliklerin bir bakanlıkça standart olarak belirlenmesi sağlık turizminde kalitenin devlet tarafından da güvence altına alınmak adına adımlar atıldığının göstergesi olarak sayılabilir. Bu doğrultuda Sağlık Bakanlığı JCI ile yaptığı iş birliği sayesinde ulusal bir akreditasyon sistemi yapılandırma, standart geliştirme, bu standartlar doğrultusunda kalite izleme ve ölçme sistemi geliştirme, denetleyenlerin eğitimi ve veritabanı oluşturma konularında görevlerini yerini getirmek için çalıştığını göstermiştir (Şen, 2005; Akt. Demirel Etöz, 2008, s.55).

TÜSİAD Sağlık Çalışma Grubu'nun yayınladığı bilgilere göre, Türkiye'de JCI tarafından akredite edilmiş tesis sayısı 2009 yılında 32 idi (Demirer, 2010, s.38). Bu yıl itibarıyla JCI tarafından akredite edilen Türkiye'deki sağlık kuruluşlarının sayısı 50'ye ulaşmıştır. Bu kuruluşlar (www.turkiyesaglikturizmirehberi.com, 2014):

- Acibadem Bakirkoy Hospital (Acibadem Healthcare Group)
- Acibadem Bursa Hospital (Acibadem Healthcare Group)
- Acibadem Fulya Hospital
- Acibadem Kadikoy Hospital (Acibadem Healthcare Group)
- Acibadem Kocaeli Hospital (Acibadem Healthcare Group)
- Acibadem Kozyatagi Hospital (Acibadem Healthcare Group)
- Acibadem Maslak Hospital (Acibadem Healthcare Group)
- American Hospital, A.S. (Vehbi Koc Foundation American Hospital)
- Anadolu Medical Center (Anadolu Saglik Merkezi)
- Ankara Güven Hastanesi

- Antalya Hospital - Medical Park Healthcare Group
- Bahçelievler Hospital - Medical Park Healthcare Group
- Bayındır Hastanesi
- Bursa Hospital - Medical Park Healthcare Group
- Çukurova University Medical Faculty
- Dünya Göz Hastanesi (Formerly Dünya Eye Hospital)
- Ege Sağlık Hastanesi
- Fatih University Sema Clinical Treatment & Research Center (formerly Sema Hastanesi)
- Gayrettepe Florence Nightingale Hastanesi(Metropolitan Florence Nightingale Hospital)
- Göztepe Hospital - Medical Park Healthcare Group
- Hacettepe Üniversitesi Yetişkin Hastanesi
- Hisar Intercontinental Hastanesi
- HRS Ankara Kadın Hastalıkları Doğum Hastanesi
- International Hospital (Acibadem Healthcare Group)
- Kadıköy Florence Nightingale Hastanesi
- Kent Hospital (formerly Kent Health Group)
- Medicana International Ankara Hastanesi
- Medicana International İstanbul Hastanesi
- Medline Alarm Sağlık Hizmetleri A.Ş.
- Memorial Antalya Hospital
- Memorial Ataşehir Hospital
- Memorial Şişli Hospital (Was: Istanbul Memorial Hospital)
- Npİstanbul Neuropsychiatry Hospital
- Adana Ortopedi Hastanesi
- Özel Alman Hastanesi Universal Hospitals Group (Formerly Alman Hastanesi-Deutsches Krankenhaus)
- Özel Medicana Hospitals Bahçelievler
- Özel Medicana Hospitals Çamlıca
- Özel Medline Adana Hastanesi (Formerly BSK Metropark Hospital)
- Özel Pendik Bölge Hastanesi
- Private Konak Hospital
- Private Tobbe-Etu Hospital (Formerly Mesa Hastanesi)
- Şifa Üniversitesi Bornova Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Formerly Özel Bornova Şifa Hastanesi)
- Şişli (Çağlayan) Florence Nightingale Hastanesi
- TDV Özel 29 Mayıs Hastanesi
- Türk Kızılayı Ege Bölge Kan Merkezi
- Türk Kızılayı Orta Anadolu Bölge Kan Merkezi
- Uludağ Üniversitesi Sağlık Kuruluşları
- Yeditepe University Faculty of Dentistry (Göztepe-Balmumcu)
- Yeditepe Üniversite Hastanesidir.

Bu hastane, birim ve klinik laboratuvar gibi sağlık kuruluşlarının bir kısmı diğerlerine göre akreditasyon konusunda daha tecrübeliyken, bir kısmı da yakın tarihlerde akredite edilmiş yerlerdir. Örneğin; 29.03.2002 tarihinde akredite edilmiş olan İstanbul Memorial Hastanesi 29.04.2005 ve 17.05.2008 tekrar akredite edilmiştir (Yıldırım, 2011, s.72). Öte

yandan Ankara Güven Hastanesi ilk kez 01.03.2008 yılında olmak üzere henüz bir kere akredite edilmiş bir kuruluştur (Yıldırım, 2011, s.71).

4.1.3.6. Sağlık Turizmi ile İlgili Yasal Düzenlemeler

Her şeyden önce temel insan haklarından bir tanesi olan sağlık hizmetlerinden faydalanma, yani sağlık hakkı Türk Anayasasının 56. Maddesince güvence altına alınmıştır (Aslanova, 2013, s.1). Türkiye'de sağlık sektörünü desteklemede yapılan yasal düzenlemeler elbette bununla sınırlı değildir. Sağlık turizminin desteklenmesine yönelik çalışmalar da vardır. Türkiye dışında ikamet eden Türklerin ülkeye tedavi amaçlı gelmelerini kolaylaştırmak ve bu vatandaşları teşvik adına yapılan çalışmaların yanında Türkiye'ye vize ile giriş yapan ülkelerin vatandaşlarının da ülkeye girişlerindeki engellerin ortadan kaldırılması için girişimleri kapsayan çalışmalar vardır (Kiremit, 2008, s.50). Bu bölümde sağlıkla ilgili yapılan düzenlemeler arasından Türkiye'de sağlık turizmini teşvik etme ve destekleme ile ilgili olan yasal düzenleme ve girişimlere yer verilecek.

4.1.3.6.1. Sağlık Bakanlığı'nın Kontrolündeki Çalışmalar

Türkiye'de Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmeti sunan kurumları kurmak, sağlık hizmetini sunacak personeli yetiştirmek ve istihdamlarını sağlamak ve sağlık hizmeti ile ilgili kamu kuruluşlarını denetmekle görevli bakanlıktır (Tengilimoğlu ve Balcık, 2009, s.68). Türkiye'de 2003 yılı itibariyle Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda başlatılan “sağlıkta dönüşüm programı”, özel ve kamu hizmeti arasında işbirliği sağlanmasına öncülük etmiş ve bu da Türkiye'de sağlık turizminin gelişmesine katkıda bulunmuştur (Aslanova, 2013, s.1). Bu programla kamu hastanelerinin hizmet ve altyapı kalitesi, tıbbi yeterliliği artmış ve helikopter ambulanslar, uçak ambulansları gibi hizmetlerle acil hasta transferi gibi uluslararası alanda da hizmet ağı ve kalitesi artırılmıştır (Gülen ve Demirci, 2012, s.151).

Özel hastaneler yönetmeliği; ayakta teşhis ve tedavi yapılan sağlık kuruluşlarına dair yönetmelik; kaplıcalarda rehabilitasyon hizmetlerinin sunulması; kamu hastanelerinde yabancılara sunulacak sağlık hizmetlerinin ücretlendirilmesi, usul ve esasları; yabancı hasta istatistiklerinin kayıt altına alınması; teşkilat kanunuyla merkezde ve sahada sağlık turizminin takibi yapılması ile ilgili is bölümü ve görev tanımları; diyaliz merkezleri hakkında yönetmelikte değişiklik yapılmasına dair yönetmelik 28437 sayılı yönetmelik; sağlık Serbest Bölgeleri yönetmelik taslağı; aracı kurumlar ve sağlık turizmi süreçleri mevzuatı; kür rehabilitasyon hizmetleri mevzuatı; medikal SPA hizmetleri mevzuatı; sağlık turizmi yönetmeliği; sağlık turizmi kalite ve performans kriterleri çalışması Sağlık Bakanlığı'nın sağlık turizminde hukuksal sürece dair yürürlüğe koyduğu mevzuat ve taslak aşamasındaki çalışmalarının başlıklarına örneklerdir (Aslanova, 2013, s.136-141). Bütün bu düzenlemeler

ve ilave olarak sağlık kampüslerinin de kurulması ile ilgili mevzuatlarında yürürlüğe girmesi gibi düzenlemeler özel sektörün baskın olduğu sağlık turizminde Sağlık Bakanlığı dolayısıyla da kamunun rolünü artırmakta ve sağlık turizmini desteklemede önemli adımlar olarak değerlendirilebilir (Aktepe, 2013, s.174).

Sağlık Bakanlığı'nın bizzat sağlık turizmi sektörünün içinde aktif rol alma hedefi doğrultusundaki çalışmalarından bir tanesi de: Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde bir "Sağlık Turizmi Birimi" kurmak olmuştur (Gülen ve Demirci, 2012, s.133; Altın vd.,2012(b), s.158). 31 Mart 2010 tarih ve B100TSH000000 Sayılı kanun ile resmi olarak kurulan bu birim, Türkiye sağlık turizmi hizmetleri ile ilgili mevzuat ve yasal eksiklikler üzerinde çalışma, sağlık kurumları, acenteler ve turizm sektöründeki faaliyetler ile ilgili birim ve sivil toplum örgütlerini örgüte dâhil edip tek bir elden yönetilmesi, denetlenmesi, özel ve öncelikli sağlık programlarının geliştirilmesi ve yürütülmesi, standardize ve akredite işlemlerinin tek elden kontrol edilmesi görevlerini üstlenmiştir (Gülmez 2012, s.53; Gülen ve Demirci, 2012, s.133-134). Bu birim bünyesinde ise şu alt birimler bulunmaktadır: yurt dışı koordinasyon birimi, medikal turizm birimi, ileri Yas ve hasta turizmi birimi, spa-wellness birimleri (Köstepen, 2012, s.4).

Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı'nın acil durumlar için 112 şikâyetler için 184 numaralarına cevap veren iki ayrı hattı bulunmaktadır. Bu servisler, Arapça, Almanca, İngilizce, Rusça olarak da sağlanabilmektedir. 2012 yılında Arapça, Almanca, İngilizce, Rusça bilen tercümanlarla çalışan Yurtdışı Hasta Çağrı Merkezi'ne 2013 yılında da Farsça ve Fransızca eklenmesi planlar arasındadır. Yedi farklı ilde kurulan Yurtdışı Hasta Koordinasyon Merkezleri ve sağlık turizmi hizmeti veren hastanelere Yurtdışı Hasta Birimi açılması da yine Sağlık Bakanlığı'nın sağlık turizminde Türkiye'de sunulan hizmete değer katmak adına yaptığı çalışmalardır (Aslanova, 2013, s.48-49). Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan, 5 yıllık yatırım ve faaliyetlere yönelik stratejik amaçları kapsayan 2010-2014 Stratejik Plan'da sağlık turizmi ile ilgili belirlenen stratejiler şu şekildedir (Gülen ve Demirci, 2012, s.149):

- Sivil Toplum Kuruluşları ile işbirliği yapılacaktır,
- Sağlık turizmi hizmeti veren ve verecek tesisler için standartlar belirlenecek ve bu standartlar doğrultusunda tesisler denetlenecek,
- Termal turizmi bölgeleri kamu-özel sektörün çalışmalarına destek olacak,
- Medikal turizm de kamu-özel sektörün çalışmalarına destek olacak,
- Hasta kabulü ve tedavi esnasında karşılaşılan sıkıntıları azaltmak için girişimlerde bulunulacaktır.

Sağlık Bakanlığı, yurtiçinde yapılan çalışmalara ek olarak yurtdışında da bir takım çalışmalara imza atmaktadır. Türkiye'nin sağlık personeli ve uzman değişimi, sağlıkla ilgili

bilgi ve deneyim alışverişi, bilimsel kuruluşlar arasında doğrudan temaslar, özel sektörün ticari girişimlerinin desteklenmesi imkânları sağlayan, 50 ülke ile 82 adet imzalanmış anlaşması vardır. Bu anlaşmalardan bir kısmı Afganistan, Arnavutluk, Azerbaycan ve KKTC Sağlık Bakanlıkları arasında imzalanmış ikili anlaşmalar olup, bu ülkelerde tedavi olamayan hastalara belli limitler dâhilinde Türkiye'de ücretsiz tedavi olma şansı sunmaktadır (Gülen ve Demirci, 2012, s.145). Ekonomik, politik ve coğrafi şartları Türkiye'nin komşu ve müttefikleri ile bu tür anlaşmalarını sürdürmelerinde etkili faktörlerdir (Aktepe, 2013, s.173).

4.1.3.6.2. Kültür ve Turizm Bakanlığı Çalışmaları

Türkiye'de Turizm Bakanlığı'nın sağlık turizmi ile ilgili yükümlülüğü konaklama, ulaşım gibi hizmetler ve bu hizmetleri sunan kurum ve kuruluşlar için kuralları koymak, kılavuzluk yapmak ve denetlemektir (Tengilimoğlu ve Balcık 2009, s.68). Sağlık turizmi hizmeti sunan tesisler için standartların belirlenmesinde bu bakanlık önemli görevler üstlenmektedir. Bu görevlerinin bilincinde olan Kültür ve Turizm Bakanlığı, Türkiye Turizm Stratejisi 2023 Taslak Raporu'nda sağlık turizmine verilen önemi bir kere daha vurgulamıştır (Kiremit, 2008, s.42; Yalçın, 2006, s.47). Bu stratejinin birincil hedefinin Türkiye'yi 2023 yılında turizm sektöründe lider 5 ülkeden biri yapmak olması, Kültür ve Turizm Bakanlığı'nın turizm sektörünün de kalkınması için sağlık turizmine yüklediği anlam açıkça anlaşılabilir (Aydın, 2012, s.94).

4.1.3.6.3. Devlet Planlama Teşkilatı

Türkiye'de Başbakanlık ve Devlet Planlama Teşkilatı turizm ve sağlık sektörlerine dair planlamalar yapmak ve bu alanda yapılacak çalışmaları teşvik etmekle görevlidir (Tengilimoğlu ve Balcık, 2009, s.68). Bu görevler doğrultusunda yaptığı çalışmalardan 6. ,7. ,8. ve 9. Beş Yıllık Kalkınma Planları içinde sağlık turizmi ile ilgili yargılar şu şekildedir:

Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, desteklenmesi amaçlanan golf turizmi gibi alternatif turizm çeşitleri arasında sağlık turizmi, termal turizm ve üçüncü yaş turizmi de yerini almıştır. Bu desteğin sağlanması ve bu turizm etkinliklerinin teşviki için ise gerekli ve yeterli istihdamın sağlanması gerektiği vurgulanırken, turizm hareketliliğini sezonlar yerine bütün bir yıla yaymak için de çalışmalar yapılması hedeflenmiştir (Yalçın, 2006, s.45; Kiremit 2008, s.40).

Yedinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, Altın Beş Yıllık Kalkınma Planı'na benzer olarak sağlık turizmini de içeren alternatif turizm türlerinin etkinliğini ve etkisini artırmak için atılması gereken adımlar vurgulanmıştır. Bu çalışmaların sürekliliği hedeflenmiştir. Bunu yaparken de özel ve kamu sektörlerinin koordine olarak çalışması ve bu doğrultuda yapılan ve

ya da yapılacak olan tanıtım ve pazarlama düzenlemelerine önem verilmesine dikkat çekilmiştir (Yalçın, 2006, s.45; Kiremit, 2008, s.40; Gülmez, 2012, s.49).

Sekizinci Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, daha önceki planlarda da belirtildiği gibi turizmi bütün bir yıla yaymaktan bahsedilmiş ve bölgesel olarak da potansiyel sahibi olan bölgelerin her birinde hareketliliğin sağlanmasının gerekliliğine vurgu yapılmıştır. Bunu yaparken de binevi yabancı birer müşteri konumunda olan turistlerin tercih ve ihtiyaçlarına da gereken önemin verilmesine değinilmiştir. Sağlık turizmi bu planda da turistlerin ihtiyaçları ve turizmin yaygınlaşması konularında önemli turizm türleri arasında yerini almıştır (Yalçın, 2006, s.45; Kiremit, 2008, s.41; Gülmez, 2012, s.49-50).

Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda ise, termal turizm, sağlık turizmi ve üçüncü yaş turizmi diğer turizm alt dallarıyla birlikte turizmin bölgesel ve zamansal yayılımındaki başarıyı artırırken üzerinde düşünülmesi gereken turizm çeşitleri olarak not edilmiştir (Kiremit, 2008, s.41; Gülmez, 2012, s.50). Uluslararası pazarda yerini almak için gelişmek, bilgi toplumu olmak için gerekli donanımlar ve faaliyetlerle kuşanmak, finansman ve gelirlerin dağılımı konusunda eşit olmak gibi amaçlar; Dokuzuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013) vizyonunu oluşturan faktörlerden bir kaçıdır. AB ülkesi olma yolunda başarılı adımlar atmak da bu vizyon çerçevesindedir (Gülen ve Demirci, 2012, s.146). Beş Yıllık Kalkınma Planı (2007-2013) vizyonunda yer alan ilkelere bakılarak, uluslararası bir pazara sahip olması, bilgi toplumu olma aşamasındaki rolü, gelirler ve finansmanı da ilgilendirmesi açısından sağlık turizminin bu planda da etkili bir başlık olabileceği görülebilir.

Özetle; ürün çeşitliliğinin sağlanmasına Altıncı Beş Yıllık Kalkınma Planı'nda, çevreye duyarlı turizm formlarına Yedinci ve Sekizinci Kalkınma Planları'nda ve turizmde çeşitlilik, turizm eğitiminde mesleki belgelendirme, çevreye duyarlı bir sürdürülebilir turizm geliştirme konularına da Dokuzuncu Kalkınma Plan'ında yer verilmiştir (Akdu, 2009, s.13). Devlet Planlama Teşkilatı turizmin sezonluk, bölgesel dağılımının düzenlenmesi ve uluslararası pazarda tüketicilerin taleplerine cevap verilebilmesi yönündeki planlarında sağlık turizmine değer vermektedir (Kiremit, 2008, s.41; Yalçın, 2006, s.45).

Her ne kadar Sağlık Bakanlığı, Kültür Bakanlığı ve Devlet Planlama Teşkilatı sağlık turizminin gelişmesinde önemli girişimlerde bulunmuş ve önemli görevleri olan kamu kurumları olarak bilinse de sağlık turizminin gelişimine katkıda bulunma görevinin yerine getirilmesi yalnızca bu kurumlarla gerçekleştirilebilecek bir iş değildir. Ekonomi ve Maliye Bakanlığı ile Gümrük Bakanlığı teşvik ve vergi muafiyetleri sağlanmasında, Tanıtım ve Destek Ajansı tanıtım faaliyetlerinde, Dış İşleri Bakanlığı vize işlemlerinde, Milli Eğitim Bakanlığı da yabancı dil eğitimi ve nitelikli sağlık personeli yetiştirilmesinde bu kurumlarla iş birliği içinde çalışmalı ve her biri sektörün kalkınmasını sağlayabilecek

girişimlerde bulunmalıdır(Sengül, 2012; Akt. Aslanova, 2013, s.138). Ulusal Hastaneler Birliği ve TURSAB (Kiremit 2008, s.108), Sosyal Güvenlik Kurumu, Savunma Bakanlığı, Üniversiteler ve özel sağlık kuruluşları (Gülen ve Demirci, 2012, s.136) gibi kurum ve kuruluşlar da bu iş birliği içerisinde üzerine düşen görevleri layıkıyla yerine getirmelidir ki, Türkiye'de sağlık turizmi sektörü dünya çapındaki yerinde ilerleme kaydedebilsin.

4.1.3.7. Türkiye Medikal Turizmi SWOT Analizlerinin Sonuçları

Herhangi bir hizmet sektöründe olduğu gibi, bir ülkede medikal turizmin gelişmesini sağlamak ve maddi manevi fayda sağlamak için sektörün ülke içinde güçlü ve zayıf yönlerini, çevresel faydaları ve tehditleri bilmekle mümkündür. Bu kapsamda Türkiye sağlık turizm sektörüne dair mevcut literatürde yer alan çalışmalar arasında SWOT (Güçlü yönler, Zayıf yönler, Fırsatlar, Tehditler) analizi sonuçlarına yer veren araştırmacılar, Türkiye medikal turizminin gelişmesi ve sonraki çalışmalara da yön verebilmeyi amaçlamıştır (Tengilimoğlu ve Balcık, 2009, s.69-70; Yalçın, 2006, s.55-58; Gülen ve Demirci, 2012, s.157-160; Kiremit, 2008, s.55-59). Bu çalışmalarda yer alan SWOT analiz sonuçlarına göre Türkiye'nin güçlü yönleri, zayıf yönleri, karşısındaki fırsatlar ve tehditler şu şekilde sıralanabilir:

4.1.3.7.1. Güçlü Yönleri

Medikal turizm sektöründeki diğer destinasyon ülkelere ve medikal turist gönderen ülkelere göre kısmi olarak da olsa fiyat avantajı sunmaktadır. Yurtdışında 250 Euro karşılığında MR incelemesi yaptırabilen bilen bir hasta, bu işlemi Türkiye'de 50 Euro karşılığında yaptırabilir (İçöz, 2009, s.2273). Çalışanlara ödenen ücretlerin düşük olması bunun sebeplerinden biri olabilir (Gülmez, 2012, s.80). Bilhassa Avrupa Birliği ülkelerinde uygulanan fiyatlarla kıyaslandığında düşük olan fiyatlar, oldukça önemli bir güçlü yön olarak gösterilebilir (Gülen ve Demirci, 2012, s.157).

Kamu hastanelerinde tam olarak olmasa da, özel hastaneler ve üniversite hastanelerinde teknik, fiziki, teknolojik altyapı ve uzman çalışanların istihdamı konusunda nitelik ve sayıca yeterli olması Türkiye'nin diğer güçlü yönüdür. Örneğin; bu hastanelerde yabancı dil bilen personel sayısı ve yatak kapasiteleri ihtiyacı karşılayabilmektedir (Tengilimioglu ve Balcık, 2009, s.69).

Coğrafi konumu itibariyle avantaj sahibidir. Türkiye, Asya ve Avrupa arasında köprü niteliği taşıyabilecek bir konumda yer almaktadır. Uzakdoğu ülkeleri ve Hindistan'a kıyasla coğrafi konumu, Türkiye'ye Avrupa sağlık turizmi pazarında avantaj sunarken; Orta Doğu ülkelerine yakın olması da yine coğrafi konumu sayesinde kazandığı bir avantajdır. Hem Müslüman bir ülke olarak bilinmesi hem de Batı ile entegre olması sayesinde hem Batı hem de Müslüman ülkeler için cazip bir ülkedir. Avrupa Birliği'ne giriş süreci başlamıştır. Aynı

zamanda Türkiye'nin Avrupa Birliği ülkeleri için imajı olumlu yönde değişmektedir. Konaklama hizmetlerini sunan oteller arasında kaliteli otel sayısının fazlalığı dikkat çekmektedir. Ilıman bir iklime sahip klimatik ortamı, doğal ve tarihi turistik özellikleriyle yüksek geleneksel turizm potansiyeline, uzun süreli seyahat etme koşullarını sağlayan özelliklere sahiptir. Hastalar kaliteli ve daha iyi sağlık hizmeti arayışında ve insanlar sağlıklı yaşam gerekliliği konusunda bilinçlidir. Türk sağlık sektöründe özel sektörün payı ve özel sektörün şartları gelişmektedir. Sağlık turizmi türü olan termal turizm için önemli olan zengin termal kaynaklarına sahip bir ülkedir. Genç nüfus fazladır ve buna paralel olarak işgücü potansiyeli vardır (Tengilimoğlu ve Balcık, 2009, s.69-70; Yalçın, 2006, s.55-56; Gülen ve Demirci, 2012, s.157; Kiremit, 2008, s.55-57).

4.1.3.7.2. Zayıf Yönleri

Medikal turistlere hizmet verecek olan hastanelerin yöneticileri ve çalışan personeli, Avrupa sağlık mevzuatı ve hasta hakları konusunda yeteri kadar bilinçli değildir. Medikal turizm alanında Türkiye'nin tanıtımı ve pazarlanması girişimleri yetersizdir. Türkiye medikal turizminden bihaber potansiyel medikal turistlere tanıtım yapılmamaktadır. Medikal turizmde pazarlama stratejileri ve araştırmalarına olması gereken ölçüde dikkat ve önem verilmemektedir. Aracı kuruluşların sayılarının ve niteliklerinin yetersiz olması ve hastanelerinin web sitelerindeki bilgilerin eksik olması kaynaklı bir tanıtım ve pazarlama problemi olduğu da söylenebilir (İçöz, 2009, s.2274).

Türkiye'nin bir kaç açıdan olumsuz bir imajı vardır. Yurtdışında çalışmalarını sürdüren sigorta şirketleri ile koordine çalışma konusunda yeterli çalışma yoktur. Her ne kadar akredite olmuş hastaneler mevcutsa da, genel hastane sayısına göre bu hastanelerin sayısı yetersiz kalmıştır. Fiyatlandırma politikalarında yanlış uygulamalara rastlanmaktadır. Kamu ve sektörler arası koordine problemleri vardır. Bu koordinasyon yetersizliğinde sektörün birçok ülkeye göre Türkiye'de yeni olması gösterilebilir (İçöz, 2009, s.2274).

Özel ve üniversite hastanelerindeki fiziki, teknolojik altyapı ve sağlık personeli yeterliliği kamu hastanelerinde bulunmamaktadır. Mevzuat eksiklikleri, yasal boşluklar ve sağlık turizmi politikalarında düzenleme çalışmaları yapılmışsa da bu çalışmalar henüz gerektiği şekilde değildir. Kurumsal yapı eksikliğinden kaynaklanan problemlerle karşılaşılabilir. Yabancı doktor istihdamı konusunda tartışmalar sürmektedir. Hasta hakları ve malpraktis konularında uygulamalar yeterli değilse de gereken hassasiyet halen gösterilmemektedir(Kiremit, 2008, s.57; Tengilimoğlu ve Balcık, 2009, s.70; Gülen ve Demirci, 2012, s.158; Gülmez, 2012, s.81; Yalçın, 2006, s.56).

4.1.3.7.3 Karşısındaki Çevresel Fırsatlar

Türkiye medikal turizmi için fırsatlar bazı araştırmacılarca güçlü ve zayıf yönler gibi liste halinde sıralanmış (Tengilimoğlu ve Balcık, 2009, s.70; Gülmez, 2012, s.82-83), bazı araştırmacılarca da Avrupa Ülkeleri, Ortadoğu ve Arap ülkeleri, Türk Cumhuriyetleri ve yurtdışında yaşayan Türkler açısından değerlendirerek 4 farklı başlık altında incelenmiştir (Kiremit, 2008, s.58-59; Yalçın, 2006, s.56-58; Gülen ve Demirci, 2012, s.159-160). Türkiye karşısındaki genel fırsatlar: Türkiye'nin sağlık turizmi sektörü pazarları arasında en hızlı gelişenlerden biri olması, AB ile uyum ve sektöre yatırımların daha da gelişme potansiyeli yaratması, bu gelişmelerin yeni istihdam fırsatları yaratması, yabancı sermaye girişinin ve döviz gelirlerinin bu sayede artması, ekonomik, siyasal ve sosyal güç kazanma şansındır (Gülen ve Demirci, 2012, s.159). Bunlara ek olarak Avrupa Ülkeleri, Ortadoğu ve Arap ülkeleri, Türk Cumhuriyetleri ve yurtdışında yaşayan Türkler açısından fırsatlara da aşağıda yer verilmektedir (Kiremit, 2008, s.58-59; Yalçın, 2006, s.56-58; Gülen ve Demirci, 2012, s.159-160).

4.1.3.7.3.1. Avrupa Ülkeleri Açısından Fırsatlar

Avrupa'da yaşayanlara ait verilere göre Avrupa'da ortalama yaşam süresi arttığı görülmektedir. Kronik hastalıklardaki artış, Avrupa Birliği sınırları içerisinde de görülmektedir. Hastalar bekleme listelerinde sıraların kendilerine gelmesini beklemek yerine tedavi amaçlı destinasyon arayışına başlamıştır. Avrupa'da sağlık hizmeti sunan çalışanların işgücü maliyetleri yüksek, çalışma süreleri azdır ve sağlık personeli sayısı yetersizdir. Bunlarla beraber sigorta primleri de yüksektir. Tüm bunların sonucu olarak da sağlık hizmetlerinin fiyatları artmaktadır. Gayri safi yurt içi hâsılanın sağlık için ayrılan payı Avrupa ülkelerinde artmaktadır (Gülen ve Demirci, 2012, s.159; Kiremit, 2008, s.58-59; Yalçın, 2006, s.56-58).

4.1.3.7.3.2. Ortadoğu ve Müslüman Ülkeler Açısından Fırsatlar

11 Eylül terör olayları sonrasında ABD'nin aldığı terör önlemleri nedeniyle önceleri Ortadoğu'da ve Müslüman ülkelerden Amerika'ya giden medikal turistler başka destinasyon arayışına başlamıştır. Türkiye'de seçenekler arasında yerini almaktadır (Gülen ve Demirci, 2012, s.160; ; Kiremit, 2008, s.58-59; Yalçın, 2006, s.56-58).

4.1.3.7.3.3. Türk Cumhuriyetleri Açısından Fırsatlar

Sovyet Sosyalist Cumhuriyetler Birliği (SSCB)'nin dağılmasından sonra bağımsız olan ülkelerden, Türk Cumhuriyetleri'nden ve Rus vatandaşları komşu ülkelerinden Türkiye'ye

medikal turistler gelmesi ihtimaller arasındadır (Gülen ve Demirci, 2012, s.160; Kiremit ,2008, s.58-59; Yalçın, 2006, s.56-58).

4.1.3.7.3.4. Avrupa'da Yaşayan Türkler Açısından Fırsatlar

Avrupa'da yaşamayı tercih eden neredeyse 6.000.000 kadar Türk'ün kültürel aşinalık gibi unsurları içeren duygusal bağlılık faktörüne bağlı medikal turizm destinasyonu olarak Türkiye'yi seçmeleri beklenebilir (Gülen ve Demirci, 2012, s.160).

4.1.3.7.4. Karşısındaki Çevresel Tehditler

Ortadoğu'da olası karışıklıklar, Türkiye'deki terör olayları, doğal afetler, politik ve siyasi krizler ve beraberinde gelen istikrarsızlıklar sonrası Dünya basınına yansıyan olumsuz bir Türkiye imajı vardır. Dünya'da hedef Pazar alanları tüm rakip ülkeler için aynı destinasyonlardır ve rakip ülkelerin de tanıtım faaliyetleri ve sektöre olan eğilim ve yatırımlarda daha başarılı olduğu takdirde Türkiye'yi rekabette geride bırakabilir. Ülkemizde özellikle hasta hakları ve malpraktis konularına yeterli hassasiyetin gösterilmemesi bir tehdit unsuru sayılabilir. Türkiye aleyhine olumsuz tanıtım ve lobi faaliyetleri yürütülmektedir (Tengilimoğlu ve Balcık 2009, s.70; Gülen ve Demirci, 2012, s.160; Yalçın, 2006, s.58; Gülmez, 2012, s.83-84; Kiremit, 2008, s.59).

4.2. Türkiye Medikal Turizmi İçin Öneriler

An-Deva Sağlık Grubu tarafından önerilen 2004 yılında Türkiye'de medikal turizm sektörünün geliştirilmesi için atılması gereken adımlar şunlardır:

- ✓ Sağlık turizmi Sağlık Bakanlığı ve Turizm Bakanlığı'nın hem bireysel çalışmaları hem de eşgüdümlü çalışmalarının öncelikleri arasında olmalıdır.
- ✓ Sağlık turizmini ilgilendiren birimler bu iki bakanlıkta da kurulmalı ve çalışmalara başlamalıdır.
- ✓ Hedef pazar seçimi doğru bir şekilde yapılmalı ve hedef medikal turistleri çekebilmek için Turizm Bakanlığı bu ülkelerde şubeler oluşturmalıdır.
- ✓ Sigorta şirketleri ile görüşmeler yapılarak bilgilendirme toplantıları düzenlenmeli ve anlaşmalar yapılmalıdır.
- ✓ En uygun hastaneler seçilmeli ve hizmet kalitesi adına denetleme ve belgelendirme girişimlerine başlanmalıdır.
- ✓ Yurtdışındaki hasta bekleme merkezleri ile koordine bir şekilde işlemler yürütülmeli, iletişim ortamı sağlanmalı ve yukarıdaki maddede vurgulanan hastanelerin isimleri bu merkezlere ulaştırılmalıdır.

- ✓ Üniversite hastaneleri sağlık turizmi sektöründe aktif rol almaları için teşvik edilmelidir.
- ✓ Hasta hakları ve etik kurallar Türkiye sağlık turizmi misyonunda yerini almalıdır.
- ✓ Bütün ilgili ve yan hizmet sağlayıcı sektörlerin (Ulaştırma Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Turizm Bakanlığı, yerel yönetimler, tur operatörleri, havaalanı şirketleri vb.) işbirliği içinde sağlık turizmini destekler çalışmalar yaptığından emin olunmalıdır.
- ✓ Vergi oranları rekabet gücünü sağlayacak şekilde düşürülmelidir.
- ✓ Akreditasyonu olmayan hastanelerin bu yolda adımlar atması sağlanmalıdır (Öztürk ve Bayat, 2011, s.135-153)
- ✓ Yurtdışı devlet sigortalıları için yapılan ilgili mevzuat değişikliğinin yanı sıra devlet sigortalı bu hastaların üniversite ve özel hastanelerdeki sağlık hizmetinden yararlanmalarına dair çalışmalar da sürdürülmelidir.
- ✓ Medikal turistler için danışmanlık şirketleri ve asistan şirketlerin çalışmaları sağlanmalıdır.
- ✓ Türkiye vatandaşı olan ancak Avrupa'da yaşayan Türklerin ülkeye medikal turist olarak gelmelerini sağlamak öncelikler arasında yerini almalıdır.
- ✓ Medikal turizm paketlerinde yan hizmetleri de içeren seçeneklerle çeşitlilik sağlanmalıdır.

Devlet desteği ile teşvik ve tanıtımlar yapılmalı ve Türkiye uluslararası pazarda medikal turizmde marka imajı yerleştirilmelidir(Akt. Yalçın, 2006, s.52-53; Akt. Kiremit, 2008, s.61-62).

BEŞİNCİ BÖLÜM

ANTALYA DESTİNASYONUNDA SAĞLIK TÜRİZMİ ÜZERİNE ARAŞTIRMASI

5.1. Antalya Bölgesi

Antalya önemli turizm merkezleri arasında lider konumdadır (Çuhadar 2006, s.134). Dahası, her geçen yıl Antalya'ya gelen turist sayısındaki artışlar da bu liderlik özelliğini korumasına yardımcı olmaktadır. 2006 yılında Türkiye'ye gelen 6.011.183 yabancı turistten yaklaşık %30,3'ünün Antalya bölgesini ziyaret ettiği, 2007 yılında ise yerli ve yabancı turistlerin toplam sayısına bakıldığında Antalya bölgesine gelen ziyaretçilerin yaklaşık %19 arttığı gözlenmiştir (Aksu vd., 2009, s.117). Bu rakamlar, Antalya için turizm sektörünün öneminin ne kadar büyük olduğunu söylemek için yeterlidir. Kültür ve Turizm Bakanlığı verilerine göre düzenlenmiş 2003, 2004 ve 2005 yıllarında Türkiye'ye gelen turistlerin başlıca turistik merkezlere göre dağılımı aşağıdaki tabloda gösterilmiştir (Çuhadar, 2006, s.134).

Tablo 5.1 2003-2013 Yıllarında Gelen Turistlerin Antalya, İstanbul ve Türkiye Dağılımı

Milyon	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Antalya	4.682.	6.047.	6.884.	6.011.	7.291.	8.564.	8.350	9.334.	10.464.	10.299.	11.122.
İstanbul	3.148.	3.473.	4.849.	5.346.	6.453.	7.049.	7.509.	6.960.	8.057.	9.381.	10.474.
Türkiye	14.029.	17.516.	21.124.	19.819.	23.340.	26.336.	27.077.	28.632.	31.456.	31.782.	34.910.

Kaynak: Çuhadar, 2006, s.134., www.antalyakulturturizm.gov.tr, www.turofed.org.tr

Tablo 5.1'de görüldüğü üzere, bölgeye gelen turistler yalnızca deniz, kum, güneş amacıyla geleneksel turistler değildir. Yaz turizmi ile birlikte önemli birçok turizm çeşidinde bölgede hareketlilik görülmektedir. Örneğin; av turizmi, yat turizmi, rafting, golf turizmi, dağ ve kış turizmi, mağara turizmi, yayla turizmi gibi alternatif turizm çeşitleri Antalya'da aktif olarak faaliyet göstermektedir (Albeni ve Ongun, 2005, s.101). Bu durum Antalya'nın yalnızca bir "deniz, kum, güneş" destinasyonu olmadığını kanıtlamakla birlikte Antalya'ya gelen turistlerin tercih sebeplerinin de çeşitliliğini göstermektedir. 520 kişilik katılımcıdan toplanan bilgilere göre turistlerin Antalya'yı tercih etmelerinin sebepleri aşağıdaki tablodaki gibi bir dağılım göstermektedir (Doğanlı, 2006, s.131).

Tablo 5.2 Antalya Yöresini Ziyaret Nedenine İlişkin Dağılım

Antalya'yı Ziyaret Sebebi N %	2011		2008	
	Kişi Sayısı	%	Kişi Sayısı	%
Akraba/Arkadaş Ziyareti	351	2.8	322	3.4
İş Gezisi	115	0.9	140	1.5
Sağlık ve Tedavi	288	2.3	146	1.6
Tatil ve Eğlence	10855	85.3	7293	74.2
Herşey Dahil Sistemi	1029	8.1	2170	22.8
Diğer	80	0.6	161	1.7
Din ve İnanç			87	0.9

Kaynak: AKTOP Antalya Yöresi Turist Profili Araştırması 2011

Tablo 5.2'de görüldüğü üzere, yabancı turistlerin Antalya'yı tercih etme sebepleri yapılan bir kaç çalışmayla araştırılmış ve çeşitlilik gösterse de genel olarak bazı başlıca faktörler etrafında toplanmıştır. Antalya'nın turistlerin çok büyük bir bölümü tarafından tatil amaçlı ziyaret edildiği araştırma bulguları ile de desteklenmektedir. Antalya bölgesine gelen yabancı turistlerin katılımcı olarak seçildiği bir çalışmada bölgeye gelen turistlerin bu bölgeyi seçmelerinde en etkili faktörler arasında 2008 yılı ve 2011 yapılan araştırma sonuçlarına göre tedavi/sağlık amacı ile ziyaret oranlarının diğerlerine göre düşük olduğu görülmektedir. Ancak 2008 yılı araştırmaya katılan turist profilleri ile 2011 yılı katılımcıları arasında tedavi/sağlık amacı ile bölgeyi tercih etmede artış yönünde bir farklılık gözlenmektedir. Araştırmaya katılanların % 85,3'ünün Antalya yöresini ziyaret amacınının tatil/eğlence olduğu saptanmıştır. Buna karşılık sağlık ve tedavi amaçlı (% 2,3), de Antalya yöresini ziyaret nedenleri arasında yer almaktadır. 2008 yılı verileri ile karşılaştırıldığında turistlerin Antalya'yı tercih etme nedenleri arasında tatil ve eğlence amaçlı ziyaretlerde %11 oranında bir artış yaşandığı görülmektedir.

Antalya bölgesine gelen yabancı turistlerin katılımcı olarak seçildiği bir çalışmada bölgeye gelen turistlerin bu bölgeyi seçmelerinde en etkili faktörler; konaklama imkânları, alışveriş yapma seçenekleri, yerel ulaşım, hijyen ve turistlerin kolayca bilgi alabilmeleri olarak gösterilmiştir (Aksu vd., 2009, s.115-125). Ancak alışveriş, konaklama ve yerel ulaşım konusunda demografik özelliklerine göre turistler için önem derecesi değişebilmektedir. Örneğin; bu çalışmada Alman ve Rus turistlerin öncelik sırası ve derecelerinin farklı olabileceği sonucu çıkmıştır (Aksu vd., 2009, s.115-125). Antalya bölgesi için yürütülmüş bir başka çalışmada, bölgeye gelen turistlerin başka bir dönemde tekrar gelme oranlarına dayanarak Antalya için turist memnuniyeti ve beklentilerine öncelik verilmiştir (Aktaş vd., 2007, s.265–273). Araştırma sonuçlarına göre; Antalya'nın bir turizm merkezi markası

olabilmesinde en çok dikkat edilmesi gereken etkenler: maddi değerler, turistik merkezlerin çeşitliliği, tarihi zenginlik ve alışveriş yapabilme fırsatlarıdır. Bu etkenler hem turistlerin memnuniyet derecesi, hem de verdikleri öneme göre yapılan sınıflandırmada en memnun oldukları ve en çok önem verdikleri hususlar olarak not edilmiştir (Aktaş vd., 2007, s.265–273).

Turizmi etkileyen başka bir faktör de ulaşımda sunulan kolaylıklar ve hizmetlerdir. Türkiye'de bu duruma bakıldığında havayolları ile ulaşım hizmetlerinin gelişmiş ağlarla sağlanması turizm için önem arz ettiği bilinir. Örneğin; Türk Havayolları, Türkiye turizmi için en önemli havayolları şirketlerinden sadece bir tanesidir. Bu firmanın 2006 yılında Star Alliance ile imzaladığı anlaşma çok daha geniş bir ağa ve müşteri potansiyeline ulaşmasını sağlamıştır. Böylelikle Türkiye hakkında tanıtım faaliyetlerini bu ağlar aracılığıyla geliştirerek Türk turizmine katkı sağlanabilir (Günel, 2009, s.62). Antalya'ya bu ağları kullanarak ulaşılabilmesi turizmin bölgede gelişmesi için önemli bir etkidir. Sağlık turizmi açısından da önemli olduğu bilinen havayolu ulaşımı rahatlıkla sağlanabilmektedir. Şehre ulaşım sadece havayolu ile değil, denizyolu, karayolu ve Burdur bağlantılı olarak demiryolu aracılığıyla da sağlanabilmektedir. Ancak yerel ulaşım hizmetleri turist memnuniyeti açısından çok iç açıcı sonuçlar doğurmayabilir. Konaklama imkânları, kültürel değerleri, yeme içme hizmetleri, tarihi eserleri, doğası, aile tatillerine uygun olması, şahsi güvenlik ve yerel halkın misafirperverliği 2008 yılında 10.393 kişilik bir örneklemden oluşan Antalya'daki turistlerle yapılan bir çalışmada turistlerin en memnun kaldıkları turistik özellikler olarak belirlenirken, yerel ulaşım turist memnuniyeti konusunda diğer faktörler arasında sınıfta kalmıştır (Aksu vd., 2010, s.66-77).

2011 yılı araştırmasına göre araştırmamızın örneklemini içerisinde %27,3'lük oranla Rusya'dan gelen turistler ilk sırada; % 23,4'lük pay ile Almanya'dan gelen turistler ikinci sırada yer almaktadır(Aktop,2011). Antalya bölgesine gelen yabancı turistlerin büyük bir çoğunluğu Almanya ve Rusya'da yaşayan insanlardır. Bu ve benzeri demografik bilgiler gelen turistlere daha iyi ve yerinde hizmet sunabilmek adına fayda sağlayabilir. Antalya'da turizm faaliyetlerinin geliştirilmesi için başka öneriler de literatürde bulunabilir. Tanıtım faaliyetleri arttırıldığında, daha fazla kalifiye çalışan istihdam edildiğinde, altyapı ve üst yapı yetersizliği için çalışmalar yapıldığında, endüstriyel planlamaya daha fazla önem verildiğinde, yerel halk turizm konusunda bilinçlendirildiğinde, turist sayısı ile birlikte turizm gelirin de artırılması için çabaladığında ve turizm faaliyetleri yılın her mevsimine yayıldığında Antalya turizm sektörünün başlıca sorunlarına da çözümler üretilmiş olacaktır (Albeni ve Ongun, 2005, s.111).

Bölgeye gelen turist sayısının fazla olması sonucu ortaya çıkan problemlerden biri de; hastane ve sağlık hizmeti sunan diğer yerlerde özellikle turizm aktivitelerinin yoğun olduğu dönemlerde görülen yığılmalardır. Antalya'da turist sağlığı ve sağlık turizmi ile ilgili yapılan bir çalışma sonunda bölgede mobil sağlık hizmeti uygulaması başlatılması önerilmiştir. Yazarlar, Antalya'ya gelen turist sayılarının fazlalığına dikkat çekerken sağlık hizmeti sunumunun yetersiz kalabileceğine dikkat çekmişlerdir. Mobil sağlık sayesinde de bu problemin taşınabilir tıbbi ekipmanla giderilebileceğini düşünmüşlerdir (Ak ve Sevin, 2009, s.99).

Turist sağlığının da Antalya'da üzerinde durulması gereken bir konu olduğunu belirttikten sonra Antalya ve sağlık turizmi konusuna bir geçiş yapılabilir. Antalya'nın turistik açıdan avantajları ve Türkiye'nin medikal turizm konusundaki durumu Antalya'yı bir medikal turizm destinasyonu olarak biçilmiş kaftan yapmaktadır. 2008 yılında Türkiye'ye gelen medikal turist sayılarının illere göre dağılımında Antalya 6. sırada yer alırken, 2010 yılında 4. sıraya yükselmiştir. Bununla birlikte geçen 2 yıldan sonra Antalya'ya gelen toplam medikal turist sayısı önceki sayının 2 katını geçmiştir. Dahası, 2010 yılı verilerine bakarak göz ve diş gibi branşlarda ilk sıralardaki illerden daha fazla ilgi gördüğü söylenebilir. Dental tedavi branşında 2010 yılında Antalya özel sağlık kuruluşlarında 250 medikal turist tedavi olurken, İstanbul'da bu sayı 103'tür. Hatta diş tedavileri için Antalya'ya gelen toplam medikal turist sayısı ilk üç sırada yer alan illerin hepsinden fazladır. Benzer bir başarı göz alanında da görülmektedir. Göz ile ilgili sağlık problemleri için Türkiye'ye gelen medikal turistlerden Antalya'nın payına düşen ve Antalya'da hizmet sunan özel sağlık kuruluşlarına 2010 yılında gelen turist sayısı, 2. sıradaki Kayseri ve 3. sıradaki Ankara özel hastanelerine gelen turist sayısından fazladır (Aydın ve Yılmaz, 2010, s.52). 2013 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi Birimi tarafından hazırlanan medikal turizm raporu verilerinde Antalya'nın bu artan başarısının hangi noktaya geldiği daha net görülmektedir. 2012 yılında uluslararası hastaların en çok geldiği illerin sıralandığı listede Antalya 87.167 hasta ile ilk sıraya yerleşmiştir (Kaya vd., 2013, s.33)

Antalya bölgesinde bulunan tıp fakültesi özellikli operasyonlarda göstermiş olduğu ilerleme ile başarılı tedavi sayısını gün geçtikçe artırmaktadır. Bölgemizde sağlık alanında yaşanan bu başarılar sağlık turizminin geleceği açısından önem arz etmektedir. Gerek Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi gerekse bölgemizde bulunan özel hastaneler, özellikle plastik cerrahi ve çeşitli kanser tedavilerinde, yeni ekipler oluşturmakta ve yüksek kaliteli teknolojik cihazlarla alt yapılarını güçlendirmektedirler. Bu durum bölgemizde yapılan tedavilerin tanınırlığını ve bölgenin sağlık turizmi alanında marka değerini artırmaktadır (BAKA, 2013).

Antalya’da gerçekleştirilen önemli organ nakillerinden bazıları şunlardır;

- Dünya’da gerçekleştirilen kadavradan ilk rahim nakli
- Dünyada gerçekleştirilen ilk aynı anda kalp, böbrek ve damar nakli
- Türkiye’de ilk çift kol nakli
- Türkiye’de ilk tam yüz nakli

Tablo 5.3 2008 Yılında Türkiye'ye Gelen Medikal Turistlerin İlk 10 İle Göre Dağılımı

İller	Göz		Diş		Ortopedi		Kardiyoloji		Onkoloji		Plastik C.		Beyin C.		Diğer		Özel	Devlet	Genel
	Özel	Dev.	Özel	Dev.	Özel	Dev.	Özel	Dev.	Özel	Dev.	Özel	Dev.	Özel	Dev.	Özel	Dev.	Toplam	Toplam	Toplam
İSTANBUL	24592	265	164	57	407	242	467	225	18	5	55	11	275	90	5198	4527	31176	5422	36598
KAYSERİ	1414	110	71	8	1721	42	1974				158		636		4950	441	10924	601	11525
ADANA	249	181	16	28	160	185	32	400	66	53	27	69	26	25	368	2895	944	3836	4780
GAZİANTEP	230				299		553						73		2208		3363	0	3363
ANKARA	12	179	4	73		204	1	110		71		20		45		2144	17	2846	2863
ANTALYA	16	14	119	29	533		3				11	3		13	1601	96	2283	155	2438
İZMİR	4	93	2	5	5	85	17	16	3	19	8	38	6	26	140	1809	185	2091	2276
İSPARTA	179			11	227	164									1173	513	1579	688	2267
TRABZON	103				135		280				9		144		1531		2202	0	2202
DİYARBAKIR	81				63	24	89				3	1	13	1	702	238	951	264	1215

Kaynak: Aydın ve Yılmaz 2010, s.52

Tablo 5.4 2010 Yılında Türkiye'ye Gelen Medikal Turistlerin İlk 10 İle Göre Dağılımı

İller	Göz		Diş		Ortopedi		Kardiyoloji		Onkoloji		Plastik C.		Beyin C.		Diğer		Özel	Devlet	Genel
	Özel	Dev.	Özel	Dev.	Özel	Dev.	Özel	Dev.	Özel	Dev.	Özel	Dev.	Özel	Dev.	Özel	Dev.	Toplam	Toplam	Toplam
İSTANBUL	17353	229	103	37	496	359	854	75	376	72	504	19	403	64	6149	4621	26238	5476	31714
KAYSERİ	714	86	63	77	1376	95	1335				65		572		5506	1087	9631	1345	10976
ANKARA	169	349	3	123	132	343	350	510		86	42	32	102	178	157	4336	955	5957	6912
ANTALYA	958	68	250	71	595	83	10	34		2	17	10	1	20	2230	1378	4061	1666	5727
ADANA	573	69	54		272	67	86	41	132	38	90	8	47	6	540	789	1794	1018	2812
İZMİR	35	130	4	21	10	105	16	26	1	20	10	32	8	45	218	2038	302	2417	2719
GAZİANTEP	97				325										1948		2370		2370
İSPARTA				25	151	101									558	861	775	1015	1790
TRABZON	145				102						17		91		1325		1680	0	1680
AYDIN	86				279										961	96	1326	96	1422

Kaynak: Aydın ve Yılmaz 2010, s.52

Tablo 5.3 ve Tablo 5.4’de, 2013 yılında Sağlık Bakanlığı Sağlık Turizmi Birimi tarafından hazırlanan medikal turizm raporu verilerine göre, Antalya'nın bu artan başarısının hangi noktaya geldiği daha net görülmektedir. 2012 yılında uluslararası hastaların en çok geldiği illerin sıralandığı listede Antalya 87.167 hasta ile ilk sıraya yerleşmiştir. Yine aynı raporda yer alan bilgilere göre bu uluslararası hastaların Antalya'ya geliş şekillerine dair

bilgiler yer almaktadır. Tablodaki bilgilere göre Antalya'ya gelen uluslararası hastalardan 47.649 tanesi medikal turist olarak nitelendirilmiştir.

Tablo 5.5 2012 Yılında Türkiye'ye Gelen Uluslararası Hastaların İllere Göre Dağılımı

İller	Sayı
Antalya	87167
İstanbul	68842
Ankara	18926
Kocaeli	14101
İzmir	13925
Muğla	13183
Aydın	7128
Karaman	4590
Adana	4031
Sakarya	3493

Kaynak: Kaya, Yıldırım, Karsavuran ve Özer 2013, s.33

Tablo 5.5’de görüldüğü üzere, 2012 yılında Antalya’da tedavi gören hastaların büyük çoğunluğu Antalya’da yaşamaktadır. İl dışında gelen hastalarda ise İstanbul ilinden gelenlerin ağırlıklı olduğu görülmektedir.

Tablo 5.6 Antalya 2011-2013 Yılları Sağlık Turizmi ve Turist Sağlığı Verileri

	2011		2012			2013(Ocak Temmuz Arası)		
	Sağlık Turizmi	Turist Sağlığı	Sağlık Turizmi	Turist Sağlığı	SGK Anlaşmalı	Sağlık Turizmi	Turist Sağlığı	SGK Anlaşmalı
Özel	8705	27382	8265	73355	1354	3024	48046	1005
Kamu	118	5958	0	4013	1700	44	2222	88
Üniversite			40	681	15	22	242	3
Toplam	8823	33340	8305	75.070	2069	3090	50.510	1096

Kaynak: Antalya İl Sağlık müdürlüğü

Tablo 5.6’da görüldüğü üzere, Antalya’da tedavi gören yabancı hastaların büyük çoğunluğu turist sağlığı kapsamında tedavi almışlardır. Önceki yıllara ait veriler bulunmamaktadır. Son üç yıldır özel ve kamu hastanelerinden sağlık turizmi ve turistin sağlığı kapsamında tedavi amacı ile hastanelere başvurmuş hastalara ait verilerde 2011-2013 yıllarına ait raporları göstermektedir ki; özel hastanelerin kamu hastanelerine göre daha fazla yabancı hasta kabul ettikleri görülmektedir.2012 yılında Antalya’da sağlık turizmi kapsamında tedavi gören hastaların büyük çoğunluğu özel sağlık kuruluşlarını tercih etmektedirler. Turist sağlığı kapsamında tedavi gören hastalarda yine özel sağlık kuruluşlarını çoğunlukla tercih etmişlerdir. SGK Anlaşmaları kapsamında tedavi gören hastalar ise çoğunlukla kamu sağlık kuruluşlarını tercih etmişlerdir. Verilerde her yıl Antalya’ya gelen hastaların sayısında artış olduğu gözlenmektedir. Gerek sağlık turizmi gerekse turist sağlığı

konusunda özel hastanelerin kamu hastanelerine oranla daha fazla hizmet verdiği ve özel hastanelerin daha fazla tercih edildiği söylenebilir. İl Sağlık Müdürlüğü 2011 yılından itibaren sağlıklı olarak verileri tutmaya başlaması sebebi ile önceki yıllara ait verilere ulaşamamıştır.

5.2. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Dünya sağlık örgütünün verileri, gelecek otuz yılda yaşlı nüfusunun şimdinin beş katı kadar artacağını göstermektedir. Bu nedenle ülkeler vatandaşlarına daha iyi sağlık hizmetleri sunabilmek ve sağlık hizmetlerine daha güçlü bir yapı kazandırmak için yeni düzenlemeler yapmaktadır. Çünkü insanların yaşam süreleri sağlıklı yaşamlarıyla doğru orantılı olduğu için sağlık alanındaki teknolojilerin gelişmesi bu hizmetlere olan talebi de her geçen gün arttırmaktadır. Bu bağlamda yıllık ortalama on üç milyon turist geldiği Antalya turizm bölgesinin sahip olduğu alt yapı ve ulaşım imkânlarının yüksek olması destinasyonun sağlık turizmi yönünü de güçlendirmektedir. Bu çalışmada Antalya turizm bölgesinin, sağlık kurumları, hastalar ve sektör temsilcileri yönünden incelenerek bölgenin sağlık turizmi potansiyelinin ortaya çıkarılması amaçlanmaktadır. Farklı bir ifadeyle Antalya turizm bölgesinde sunulan sağlık hizmetlerinin hastalar ve sağlık kurumları vasıtasıyla, sağlık turizmi uygulamalarının artırılması amaçlanmaktadır.

5.3. Araştırmanın Yöntemi

Alan araştırmasında nitel ve nicel yöntemler karma bir biçimde kullanılmıştır. Nicel araştırmalarda örneklemin temsil edici olması önemlidir; bu, evrende bulunan her birimin araştırmada yer almak için eşit seçilme ihtimaline sahip olması anlamına gelmektedir (temsiliyet ve tesadüflük). Niteliksel görüşmelerde ise önemli olan temsiliyet ya da tesadüflük değil bir sorunun - konunun anlaşılmasında yorumlanmasında katkı sunacak örneklem ile çalışma yürütülmesidir. Bu kapsamda uygulanan anket ve mülakat soruları literatür taraması sonucunda oluşturulmuştur. Çalışmanın nitel kısmında kamu ve özel sektörün önde gelen 5 temsilcisine Eylül – Ekim 2013 tarihleri arasında uygulanan ve yarı yapılandırılmış mülakat sorularıyla elde edilen bilgiler, betimsel analize tabi tutulmuştur. Bu analizin amacı, ham haldeki verilerin okuyucuların anlayabileceği ve isterlerse kullanabileceği bir şekle sokulmasıdır. Bu amaçla, elde edilen veriler önce mantıki bir sıraya konular. Daha sonra yapılan bu betimlemeler yorumlanır ve sonuçlara ulaşılır. Son aşamada ise araştırmacı yorumların ışığında gelecekle ilgili tahminlerde bulunarak yeni açılımlara ulaşmaya çalışır. Araştırmanın nicel kısmında ise sağlık turizmi ve turizm sağlığı alanındaki gelişmeleri ve Antalya'daki sağlık turizm algısını belirlemek için likert tipi sorularla hazırlanan anket 58 işletme temsilcisine Ekim 2012 – Ekim 2013 tarihleri arasında uygulanmıştır. Çalışmada

ayrıca başka şehirlerden Antalya'ya gelen hastaların memnuniyet derecelerini belirlemek için hazırlanan anketler Eylül 2012 – Ekim 2013 tarihleri arasında 126 hastaya uygulanmıştır. Anket sorularının güvenilirlikleri için öncelikle pilot çalışma uygulanmıştır. 68 hasta ve sağlık turizmi alanında faaliyet gösteren 42 kuruma pilot çalışma uygulanmıştır. Pilot çalışma uygulama sonuçlarına göre güvenilir olmayan sorular çıkarılmıştır. Anketler güvenilir olmayan soruların çıkartılmasıyla birlikte örnekleme tekrar uygulanmıştır.

5.3.1. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme

Antalya destinasyonunda sağlık turizmi alanında hizmet sunan 65 sağlık kurumu bulunmaktadır. Bu kurumların 44 tanesini kamu ve özel hastaneler oluştururken, 21 tanesini ise tıp merkezi, özel klinikler, sağlık otelleri ve sağlık turizminde aracılık hizmeti sunan kurumlar oluşturmaktadır (<http://www.antalyasm.gov.tr/Kurumlar.aspx>). Bu kapsamda araştırmada 58 sağlık kuruluşuna ulaşılabilmektedir. Çalışmanın hastalara uygulanan kısmında ise hastanelerin hastalarla diyaloga geçilmesinden duyduğu rahatsızlık ve sağlık turizmi amacıyla Antalya'ya gelen hasta sayısının oldukça düşük olması ve hastanelerin hastaları ile iletişime geçilmesinden duyduğu rahatsızlıktan dolayı ancak 126 hastaya ulaşılabilmektedir.

5.3.2. Veri Toplama Aracı

Sosyal bilimlerde veri toplama aşamasında farklı analiz tekniklerinin birlikte yürütülmesi, çalışmalarda elde edilen bulguların geçerlilik ve güvenilirliğini artırma hususunda önemli katkılar sağlayabilmektedir (Özen, 2002). Araştırma kapsamında, durum ve olaylar arasındaki ilişkiler açıklanırken duyarlı bir ölçümle beraber, yorumlamayı ve anlam vermeyi daha kolay bir hale getirebilecek araçların da kullanılması önemlidir. Bu sayede araştırma problemine cevap verebilecek birden fazla tekniğin ve analizin araştırma desenine dâhil edilmesi ile bir tekniğin sınırlılığı, diğer veri toplama tekniği ile aşılmaya çalışılmaktadır (Strauss ve Corbin, 1990). Bu bağlamda nicel araştırmada veri toplama aracı olarak araştırmacı tarafından bizzat literatür taraması sonucunda elde edilen bilgiler ışığında oluşturulan, sağlık kurumları ve hastalara uygulanan anketler kullanılmıştır. Bu kapsamda anketler uygulamaya geçilmeden ön çalışmaya tabi tutularak anlaşılmayan sorular çıkartılmış veya yeniden düzenlenmiştir. Anketlerdeki anlaşılmayan sorular çıkarıldıktan veya tekrar düzenlendikten sonra yeniden katılımcılara yöneltilmiştir.

5.3.2.1. Nitel Araştırma

Çalışmada bir alternatif turizm örneği olarak sağlık turizmine odaklanılmıştır. Çalışmanın uygulama kısmında ise mülakat tekniğinden yararlanılarak Antalya, sağlık turizmi örneği bağlamında yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Çalışmada kapalı uçlu mülakat soruları

sektörün önde gelen temsilcilerinden 5 kişiye Ekim 2012 - Ekim 2013 tarihlerinde ayrı zamanlarda görüşülerek gerçekleştirilmiştir. Görüşmelerde, katılımcıların meslekleri özellikle dikkate alınarak, sağlık turizmi konusundaki algılamaları yarı yapılandırılmış mülakat sorularına betimsel analiz yöntemi uygulanmıştır. Bu kapsamda Antalya sağlık turizminin geliştirilmesi ve sağlık temsilcilerinin bakış açısını inceleyebilmek için literatür taraması sonucunda oluşturulan 15 soruluk yarı yapılandırılmış mülakat formu kullanılmıştır. Mülakatların yapılabilmesi için gerekli izinler alınmıştır. Araştırma kapsamında mülakat yapılan sektör temsilcileri:

- ✓ Saadettin DİKMEN, Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı (BAKA)
- ✓ Emin ÇAKMAK, Türkiye ve Dünya Sağlık Turizmi Konseyi (THTDC) Başkanı
- ✓ Dr. Zafer KAYNAR, Sağlık Turizmi Alanında Uzman Rektör Danışmanı
- ✓ Cengiz YILMAZ, Antalya Sağlık Turizmi Derneği (ANSAD) Başkanı
- ✓ Dr. Şahin KESİKMİNARE, Bütünsel Tıp Doktoru

5.3.2.2. Nicel Araştırma

Nicel veri ile sağlık turizmiyle ilgili kurumlardan ve hastalardan operasyonel veri toplamak amaçlanmaktadır. Bu doğrultuda sağlık turizminde faaliyet gösteren kurum çalışanları ve hastalar örneklem olarak belirlenmektedir. Sağlık kurumunda çalışanlara ve hastalara farklı soru formları uygulanarak elde edilen veriler nicel analiz teknikleriyle değerlendirilmiştir. Sağlık kurumları anketinin hazırlanmasında çeşitli tezlerden, Sağlık Bakanlığı araştırmalarından, sağlık turizmi sektör raporlarından ve çeşitli makalelerden yararlanılmıştır. Doğrudan sağlık turizmi, turist sağlığı, medikal turizmi ve genel olarak sağlık turizminin pazarlama, hasta memnuniyeti, medikal turizm, termal turizm, sağlık turizmi, turist sağlığı ve bunların sosyal, kültürel, ekonomik yapıya etkilerini incelemeye yönelik çalışmaların anket formları incelenmiş ve konuyla alakalı önermeler belirlenmiştir. Bu önermelere kendi oluşturduğumuz önermelerinde eklenmesiyle bir önerme havuzu oluşturulmuştur. Söz konusu çalışmaların önermelerinin bir kısmı üzerinde hiçbir oynama yapılmadan, bazı önermelerin ise üzerinde bir takım değişiklikler yapılarak anketler oluşturulmuştur ve soru havuzundan seçilen önermeler anket formuna yerleştirilmiştir. Pilot uygulamadan sonra gerek istatistiksel analiz sonuçlarına göre gerekse de örneklem grubunda bulunan kişilerin de görüş ve önerileriyle demografik sorulara eklemeler yapılmış, bazı önermeler çıkarılmış bazılarının yapılarında, soruluş şekillerinde değişiklikler yapılmıştır. Ayrıca soruların netleştirilmesinde, özel ve kamu sektör temsilcilerinden ve alanında uzman akademisyenlerden de yararlanılmıştır. Hazırlanan soru formuna ilişkin ön çalışma 58 sağlık

kurumu üzerinde yürütülmüştür. 58 işletme ile görüşme sonucunda, işletme çalışanlarının sorular hakkındaki düşünceleri alınmış ve sorulara netlik kazandırılmıştır.

Ön çalışma sonunda anketin sağlık algısı bölümündeki 4 soru ve pazarlama, tutundurma ve geliştirme bölümündeki sorularından 3 soru çıkarılmıştır. Son hali verilen ankette, katılımcıların demografik bilgilerine ilişkin 6 soru, kurum bilgilerine ilişkin 9 soru, Antalya sağlık turizmi algısını ölçmeye yönelik 14 sorudan hazırlanan 5'li likert tipinde anket, işletme faaliyetlerine ve hasta kabulüne ilişkin 14 soru, Antalya sağlık turizminin SWOT analizine yönelik 36 sorudan oluşan anket ve işletmelerin pazarlama, tutundurma ve geliştirmeye yönelik algılarının tespiti için 27 sorudan oluşan 5'li likert tipinde anket yer almaktadır. Anket çalışmasında çok yönlü anket sorularının yanı sıra SWOT analizinde uygulanmış ve yorumlanmıştır. Bu çalışmada SWOT analizi uygulanmasındaki temel amaç, işletmelerin karşı karşıya kaldıkları iç ve dış etmenleri dikkate alarak, güçlü yönler ve fırsatlardan en üst seviyede faydalanacak, zayıf yönlerin ve tehditlerin düzeyini en az seviyeye indirecek plan ve stratejileri sağlık kurumlarına sunmaktır. SWOT analizinde güçlü yönleri ve fırsatlar kendi değerleriyle, zayıf yönler ve tehditler ise ters kodlama yapılarak değerlendirme kapsamına alınmıştır. Sağlık kurumlarına ilişkin anket soruları Lee (2012), Eissler (2010), Özkan (2010), Kaygın (2012), Ataman (2011) ve Demirer (2010) tezlerinden yararlanılarak oluşturulmuştur. Hastalar için hazırlanan anket formundaki sorular ise literatür taraması sonucunda elde edilmiştir. Hastalara uygulanacak anket için öncelikle ön çalışma yürütülmüştür. Ön çalışma 68 hastaya uygulanmıştır. Son şekli verilen ankette katılımcıların demografik bilgilerine ilişkin 11 soru, destinasyon tedavi için tercihlerine ilişkin 5'li likert tipinde 19 soru, Antalya bölgesini tercih araçlarına ilişkin 5 soru, tedavi sırasındaki memnuniyete ilişkin 5'li likert tipinde 15 soru ve beklentilere ilişkin 8 soru yer almaktadır. Hastalara uygulanan anket formundaki sorular Kiremit (2008) ve Kayral (2012) tezlerinden faydalanılarak oluşturulmuştur.

Anket soruları, gerekli izinler alınarak hastalara ve sağlık kurumu çalışanlarına uygulanmıştır. Tüm anketler yüzyüze uygulanmıştır. Anket uygulama sürecinde anket formları katılımcılara verilmemiş, sorular tek tek okunarak cevaplar alınmış ve bu doğrultuda anket formları doldurulmuştur. Bu sayede katılımcıların anket sorularını yanlış algılama durumları engellenmiştir.

5.3.2.3. Veri Analizi

Araştırmada sağlık turizmi alanında faaliyet gösteren işletmelerden ve sağlık turizmi kapsamında tedavi gören hastalardan elde edilen veriler SPSS 16 paket programında çözümlenmiştir. Veri çözümlemesinde, frekans, yüzde, ortalama gibi tanımlayıcı

istatistiklerden yapılmıştır. Değişkenler arasındaki karşılıklı sıklıkları görmek üzere çapraz tablolardan yararlanılmıştır. Değişkenler arasındaki farklılıkları belirlemek için, ilişkiyi saptamak üzere, parametrik değişkenlere ilişkin t testi, Anova testi, Non Parametrik Testler İçin Mann-Whithney U testi ve Kruskal Wallis H testlerinden yararlanılmıştır. Bu testler uygulanmadan önce faktör analizleri yapılmış ve anket soruları gruplanmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiyi ölçmede kullanılacak testin tespiti için Levene testi yapılmıştır. Levene testi sonuçlarına göre homojen varyansa sahip değişkenler arasındaki ilişkiyi ölçmek üzere t testi ve Anova testi, homojen varyansa sahip olmayan değişkenler arasındaki ilişkiyi ölçmek için ise Mann-Whithney U testi ve Kruskal Wallis testlerinden yararlanılmıştır. Levene testi sonuçlarına göre homojen varyansa sahip olmayan değişkenler arasında uygulanacak t testi ve Anova testleri geçersiz sonuçlara neden olmaktadır. Çalışmada Swot analiziyle ilgili soruların çözümlenmesinde ise ortalamalardan faydalanılmıştır. Araştırma kapsamında Antalya sağlık turizminin geliştirilmesi ve sektör temsilcilerinin bakış açılarını tespit etmek amacıyla hazırlanan 15 soruluk görüşme formu neticesinde elde edilen bulgular içerik analiziyle incelenmiş ve yorumlanmıştır.

5.4. Araştırma Bulguları

Aşağıda, araştırmadan elde edilen bulgular katılımcıların demografik profili, diğer araştırma bulguları (çoklu cevaplar) ve farklılık testleri (Mann Whitney U Testi, Kruksall Wallis H Testi, t testi ve Anova analizi) alt başlıklarıyla yer almaktadır.

5.4.1. İşletmelere İlişkin Bulgular

Katılımcıların demografik bilgilerine ilişkin 6 soru, kurum bilgilerine ilişkin 9 soru, Antalya sağlık turizmi algısını ölçmeye yönelik 14 sorudan hazırlanan 5'li likert tipinde anket, işletme faaliyetlerine ve hasta kabulüne ilişkin 14 soru, Antalya sağlık turizminin SWOT analizine yönelik 36 sorudan oluşan anket ve işletmelerin pazarlama, tutundurma ve geliştirmeye yönelik algılarının tespiti için 27 sorudan oluşan 5'li likert tipinde anket yer almaktadır. Anket çalışmasında çok yönlü anket sorularının yanı sıra SWOT analizinde uygulanmış ve yorumlanmıştır.

5.4.1.1. Katılımcıların Demografik ve Sosyo-Ekonomik Özellikleri

Örneklem grubuna giren katılımcıların cinsiyet, medeni durum, yaş, meslek, eğitim durumu ve gelire ilişkin veriler bu başlık altında irdelenmektedir.

Tablo 5.7 Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Cinsiyet	N	%	Medeni Durum	N	%
Kadın	24	41,4	Bekar	14	24,1
Erkek	34	58,6	Evli	44	75,9
Toplam	58	100	Toplam	58	100
Yaş	N	%	Eğitim	N	%
20-30	11	19	İlkokul/Ortaokul	6	10,3
31-40	24	41,4	Lise	4	6,9
41-50	15	25,9	Üniversite	40	69
51 ve üstü	8	13,8	Lisansüstü	8	13,8
Toplam	58	100	Toplam	58	100
Meslek	N	%	İşletmedeki Yatak Sayısı	N	%
Başhekim	2	3,4	50-200	36	62,1
Diş hekimi	1	1,7	201-400	14	24,1
Doktor	23	39,7	401-600	5	8,6
Hastane Müdürü	10	17,2	600 ve üstü	3	5,2
Yönetici	16	27,6	Toplam	58	100
Koordinatör	2	3,4	İşletmenin Hukuki Yapısı	N	%
Yönetici Asistanı	2	3,4	Kamu Hastanesi	5	8,6
Hastane Sahibi	2	3,4	Özel Hastane	51	87,9
Toplam	58	100	Üniversite hastanesi	2	3,4
İşletme Türü	N	%	Toplam	58	100
Hastane	39	67,2	İşletmenin Faaliyet Yılı	N	%
Otel/SPA Resort	4	6,9	0-5	32	55,2
Termal Tesis	3	5,2	6-10	19	32,8
Sağlık Otel/Diyaliz	6	10,3	11-15	2	3,4
Asistan Firma/Acenta	5	8,6	16 ve üstü	5	8,6
Diğer	1	1,7	Toplam	58	100
Toplam	58	100	Medikal Turizm Amaçlı	N	%
İşletme Personel Sayısı	N	%	Evet	39	67,2
0-100	8	13,8	Hayır	19	32,8
101-500	34	58,6	Toplam	58	100
501-1000	3	5,2	Akreditasyon Belgesi	N	%
1001-2000	5	8,6	JSI	1	1,7
2000 ve üstü	8	13,8	Diğer (ISO)	58	98,3
Toplam	58	100	Toplam	59	100
Turizm Tipi	N	%	Hastaların Kalma Süresi	N	%
Sağlık Turizmi	17	29,3	1-10	23	39,7
Turist Sağlığı	41	70,7	11-20	18	31
Toplam	58	100	21-30	8	13,8
Yabancı Dil Bilen	N	%	31 ve üzeri	9	15,5
Evet	47	81	Toplam	58	100
Hayır	11	19			
Toplam	58	100			

Tablo 5.7’de görüldüğü gibi katılımcıların %58,6’sı (n=34) erkeklerden, %41,4’ü ise (n=24) kadınlardan oluşmaktadır. Katılımcıların medeni durumuna bakıldığında ise %75,9’unun (n=44) evli, %24,1’inin (n=14) bekârlardan oluştuğu görülmektedir. Yaş oranına

bakıldığında ise %41,4'ünün (n=24) 31-40 yaş arasındaki katılımcılardan oluşmaktadır. Araştırmaya katılanların %69'unu (n=40) üniversite mezunları oluşturmaktadır. Bunu sırasıyla lisansüstü, ilköğretim ve lise mezunları takip etmektedir. Katılımcıların mesleki özelliklerine bakıldığında ise en yüksek oranı %39,7 ile (n=23) doktorlar oluşturmaktadır. İşletmelerin yatak kapasitelerine bakıldığında %62,1'ini (n=36) 50-200 yatak kapasiteli işletmeler oluşturmaktadır. Bununla birlikte araştırmanın uygulandığı işletmelerin hukuki niteliklerine bakıldığında en yüksek oranı %87,9' ile (n=51) özel hastaneler oluşturmaktadır. Bunu sırasıyla kamu hastaneleri ve üniversite hastaneleri takip etmektedir. Bu kapsamda işletmelerin türüne bakıldığında ise en yüksek oranı %67,2'lik (n=39) oranla hastaneler oluşturmaktadır. Bununla birlikte işletmelerin faaliyet sürelerine bakıldığında %55,2'sinin (n=32) 0-5 yıl arası faaliyette bulunmaktadır. İşletmelerin büyüklüğü iş gören sayılarıyla da belirlenmektedir. Bu kapsamda araştırmanın uygulandığı işletmelerin çalışan sayısına bakıldığında en yüksek oranı %58,6 ile (n=34) 101-500 iş gören barındıran işletmelerden oluşmaktadır. Farklı bir ifadeyle çalışmanın uygulama kısmını orta büyüklükteki işletmeler oluşturmaktadır. Bölgeye gelen turistlerin %67,2'si (n=39) medikal hizmet talep etmektedir. Bölgede turizm faaliyetine katılan turistlerin %70,7'si (n=41) ise tatil sırasında sağlık hizmeti talep etmektedir. Hastaların kalma sürelerine bakıldığında %39,7'si (n=23) ortalama 1-10 gün arası hastane kalmaktadır.

5.4.1.2. Diğer Araştırma Bulguları

Araştırmadan elde edilen diğer bulgular tablolar yardımıyla aşağıda açıklanmıştır. Buna göre tablolarda sağlık turizmi kapsamında bölgeyi tercih etmede kullanılan araçlar, çalışanların yabancı dil bilgileri, bölgede tercih edilen sağlık hizmetlerine yer verilmektedir. Bununla birlikte bölgeye gelen hastaların milliyetlerine göre dağılımı, işletmelerin sağlık turizmi kapsamında düzenlediği etkinlikler, seyahat organizasyonu, tanıtım ve reklamlarda kullanılan araçlar, hastaların dilek ve şikâyetlerine ulaşma araçları, tedavi ödemeleri ve yabancı hastaların bölgeyi tercih etme nedenlerine ilişkin bulgulara çoklu cevaplar (multipleresponse) tabloları aracılığıyla yer verilmektedir.

Tablo 5.8 Bölgeyi Tercih Etmede Kullanılan Araçlar

Araçlar	Cevaplar	
	N	%
Asistan Firma	47	24
Oteller	40	20,4
Sigorta Şirketi	35	17,9
İnternet	25	12,8
Yurt Dışı Tanıtım Ofisi	17	8,7
Seyahat Acentesi	14	7,1
Acil Girişler	10	5,1
Diğer	8	4,1
Toplam	196	100,0

Tablo 5.8’de görüldüğü gibi sağlık turizmi alanında faaliyet gösteren işletmeler ile sağlık hizmeti almak için irtibata geçen hastaların kurumlara ulaşım kanallarını göstermektedir. Bulgulardan anlaşıldığı üzere hastalar birden çok kanal ile kurumlara ulaşabildikleri gözlenmiş olup işletmelerinde birden çok kanal ile hastalara ulaşma çabasında olduğu gözlenmiştir.

Bu çalışmada katılımcılar tarafından 196 işletme yapıldığı görülmektedir. Farklı bir ifadeyle işletmelere gelenler bölgeye birden çok araç kullanarak gelmektedir. İşletmeler hastaların tercih araçlarında birden fazla seçeneği işletlemiştir. Tablo 5.8’e göre işletmelere tedavi amaçlı gelenlerin %24’i (n=47) asistan firma , %20,4’ü (n=40) otel ve %17,9’u (n=35) sigorta şirketleri acılığıyla sağlık hizmeti talep etmektedir. Bunu sırasıyla internet, yurt dışı tanıtım ofisleri, seyahat acenteleri ve acil girişler takip etmektedir. Bununla birlikte tercihlerde asistan firmaların araç olarak yoğun bir şekilde kullanılmasının en önemli nedeni sağlık turizmi kapsamında yurtdışından hasta getiren kurumlar olmalarından kaynaklanmaktadır. Bu bağlamda asistan firmalar, bölgeye yurt dışından hasta getirmek için hastane, doktorlar ve diğer asistan firmalara ulaşarak onların seyahat takvimi, konaklaması, transferi ve ülke içerisinde hangi hastanede hangi sürede tedavi olacağını belirler ve arada acentecilik hizmeti sunar. Araştırmada elde edilen bulgulara göre otel işletmelerinin de yoğun bir şekilde sağlık turizmi alanında kullanıldığı görülmektedir. Sağlık kurumları ile yapılan yüz yüze görüşmelerde tatil öncelikli destinasyona gelen yabancıların aynı zamanda oteller aracılığı ile tedavi satın aldıkları yada herhangi bir sağlık probleminden dolayı tedavi için kurumlarına başvurduklarını belirtmişlerdir. Katılımcıların ifadelerine göre sadece tatil amacı ile destinasyona gelen yabancıların seyahat sigortasından faydalanmak için sağlık kurumlarına geldiklerini belirtmişlerdir. Bununla birlikte en önemli diğer bir neden de genel olarak bölgedeki hastanelerin, otellerin revir odalarını kira bedeli ile işletmesi ile otellerden sağlık

kuruluşları hasta temin etmektedirler. Yılda on milyonun üzerinde turist geldiği bölgede acil vakalar oteller vasıtası ile hastanelere yönlendirilmektedir. Bu nedenle hastanelerin sağlık turizminden ziyade turist sağlığına daha fazla hizmet sundukları söylenebilir.

Tablo 5.9 Sağlık Turizmi İşletmelerinde Çalışanların Yabancı Dil Bilgisi

Yabancı Dil	Cevaplar	
	N	%
İngilizce	43	43
Rusça	21	21
Almanca	13	13
Fransızca	10	10
Arapça	8	8
Diğer	5	5
Toplam	100	100,0

Tablo 5.9’da görüldüğü gibi turizmi alanında faaliyet gösteren işletmelerinde çalışan personellerin yabancı dil bilgileri araştırılmıştır. Elde edilen sonuçlar doğrultusunda birçok kurum birden fazla yabancı dil hizmeti sunduğu gözlenmiştir.

Bu çalışmada katılımcılar tarafından 100 işaretleme yapıldığı görülmektedir. Farklı bir ifadeyle işletmeler birden çok yabancı dil konuşabilen personel bulundurmaktadır. Sağlık turizminde yabancı dil bilme ve hastalara kendi ana dillerinde hizmet vermenin önemi artmaktadır. Bu nedenle sektörde faaliyet gösteren işletmelerin turistlere kaliteli hizmet sunmalarında yabancı dil bilen personel önemli bir rol oynamakla birlikte işletmelerin bu alanda yetersiz kaldığı görülmektedir. Bununla birlikte sektör temsilcileriyle gerçekleştirilen ikili görüşmelerde zincir hastanelerde yabancı dil bilen personel sayılarının daha fazla olduğu belirtilmektedir. Tablo 5.9 incelendiğinde işletmelerde en çok konuşulan yabancı dilin İngilizce olduğu görülmektedir. Buna göre yabancı dil hizmeti verilen hastanelerde % 43 oranla (n=43) İngilizce ve % 21 (n=21) oranla Rusça hizmeti sunulmaktadır. Bunun sırasıyla Almanca, Fransızca ve Arapça dilleri takip etmektedir.

Tablo 5.10 Katılımcıların Tercih Ettiği Sağlık Branşı

Sağlık Branşı	Cevaplar	
	N	%
Plastik ve Estetik	53	37,6
Ortopedi-Cerrahi	33	23,4
Onkoloji	13	9,2
Kardiyoloji	12	8,5
Geriatri	11	7,8
Göz	10	7,1
Nöroloji	6	4,1
Diğer	9	6,1
Toplam	147	100,0

Tablo 5.10’da görüldüğü gibi sağlık turizmi ve turist sağlığı kapsamında kurumların birden fazla alanda sağlık hizmeti sunduğu görülmektedir.

Bu çalışmada katılımcılar tarafından verilen cevaplara göre hastaların tercih ettikleri sağlık branşlarıyla ilgili 147 işaretleme yaptıkları görülmektedir. Farklı bir ifadeyle hastalar farklı branşlarda sağlık hizmeti talep ettikleri görülmektedir. Tablo 5.10 incelendiğinde en çok tercih edilen branş ortopedi ve plastik cerrahi bölümüdür. Bu alanların tercih edilmesinin en önemli nedeni ise bölgede sağlık turizminden ziyade hastanelerin turist sağlığına yönelik daha fazla hizmet sunmalarından kaynaklanmaktadır. Katılımcılarla yapılan görüşmelerde destinasyona özellikle yaz döneminde on milyondan fazla turist gelmesi, buna bağlı olarak trafik kazaları ve tatil kazaları neticesinde yaralanma ve kırık vakalarının olması turist sağlığı açısından hastanelerin ortopedi ve plastik cerrahi alanlarının diğer branşlara göre daha yoğun olarak kullanılmasında önemli bir faktör olduğu öngörülmektedir. Buna göre katılımcıların % 37,6’sı (n=53) plastik ve estetik, % 23,4’ü (n=33) ortopedi-cerrahi hizmetleri talep etmektedirler. Bunun sırasıyla onkoloji, geriatri, göz, diğer ve nöroloji hizmetleri takip etmektedir. Diğer seçeneğini işaretleyenler ise obezite ve diş tedavisiyle ilgili sağlık hizmeti için hastanelere başvurmaktadır.

Tablo 5.11 Bölgeye Gelen Hastaların Milliyetlerine Göre Dağılımı

Ülke	Cevaplar	
	N	%
Rusya	33	37,5
AB Ülkeleri	23	26,1
Ortadoğu (Arap) Ülkeleri	18	20,5
Türk Cumhuriyetleri	14	15,9
Toplam	147	100,0

Tablo 5.11’de görüldüğü gibi işletmelerden gelen hastaları milliyetlerine göre değerlendirmeleri istendiğinde katılımcılar 147 işaretleme yaptıkları görülmektedir. Farklı bir ifadeyle hastaneler birden çok milliyetten hasta kabul etmektedir. Tablo 5.11’e göre işletmelere gelen hastaların milliyetleri incelendiğinde en yüksek oranda hastanın %37,5 ile (n=33) Rusya’dan geldiği görülmektedir. Katılımcılar ile yüz yüze yapılan görüşmelerde özellikle bölgeyi tatil sezonunda en çok Rus tatilecilerinin tercih etmesi ile reklam, tanıtım ve tavsiye ile hastaların tedavi amaçlı bu bölgeleri tercih etmelerinde önemli bir faktör olduğu düşünülmektedir. Bunu sırasıyla AB Ülke vatandaşları %26,1 (n=23), Ortadoğu (Arap) Ülkeleri %20 (n=18) ve Türk Cumhuriyetleri %24,1 (n=14) takip etmektedir. Destinasyonda son yıllarda Ortadoğu pazarının hızlı bir şekilde büyümesinin sebebi olarak katılımcılar; son yıllarda Arap Baharı ile özellikle Libya, Mısır ve Irak ülkelerinde başlayan iç savaş neticesinde devlet kontrolü ile hastaların tedavileri için destinasyona sevk edildiği görülmektedir.

Tablo 5.12 Sağlık Turizmi Açısından Hedef Pazar

Hedef Pazar	Cevaplar	
	N	%
Türk Cumhuriyetleri	39	34,8
Rusya	29	25,9
Ortadoğu (Arap) Ülkeleri	24	21,4
AB Ülkeleri	20	17,9
Toplam	112	100,0

Tablo 5.12’de görüldüğü gibi katılımcılardan işletmelerin medikal turizm amaçlı hedef pazarlarını değerlendirmeleri istendiğinde 112 işaretleme yaptıkları görülmektedir. Farklı bir ifadeyle işletmelerin medikal turizm amaçlı birden çok hedef pazarlar seçmektedir. Tablo 5.12’ye göre işletmelerin en önemli hedef pazarını %34,8 ile (n=39) Türk Cumhuriyetleri oluşturmaktadır. Bunu sırasıyla Rusya %25,9 (n=29), Ortadoğu (Arap) Ülkeleri %21,4 (n=24) ve AB Ülkeleri %17,9 (n=20) takip etmektedir. Destinasyonda sağlık turizmi faaliyetinde bulunan kamu ve özel hastanelerin Afrika ve Ortadoğu pazarına yönelik tanıtım faaliyetlerinde bulunmadığı görülmektedir. Buna bağlı olarak da tanıtım faaliyetlerinin yapılmadığı bölgelerden hasta gelmemektedir. Türk Cumhuriyetleri ve Rusya ülkelerinden gelen hastaların yoğun olarak görülmesinin en önemli nedeni tatil amaçlı gelen turistlerden kaynaklanmaktadır. Katılımcılar ile yapılan yüz yüze görüşmelerde hedef Pazar olarak Türk Cumhuriyetlerinin öncelikli olmasında en önemli etken olarak ortak kültür ve ortak dil kullanmanın tercihlerde önemli bir etken olduğu düşünülmektedir. Ortadoğu ülkelerine yönelik Pazar çalışmalarında Müslümanların Avrupa tercihinde kalitenin ön planda olduğu

ancak dini inanç farklılıklarının ve ölümlü vakalarda cenaze hizmetlerinde dini usullere uygun olmayan yöntemlerden rahatsızlık duydukları düşünülmektedir. Destinasyonu tercihlerinde AB ülkelerinin fiyat avantajı ve bekleme sürelerinin kısa olması etkili olduğu düşünülmektedir.

Tablo 5.13 Medikal Turizmi Kapsamında Düzenlenen Etkinlikler

Etkinlikler	Cevaplar	
	N	%
Şehir Turu	26	34,2
Alış Veriş	20	26,3
Turistik Gezi	18	23,7
Diğer	12	15,8
Toplam	76	100,0

Tablo 5.13’de görüldüğü gibi çalışmaya katılan sektör temsilcilerine tedavi amacıyla işletmede bulunan hastalar için herhangi bir etkinlik düzenlenip düzenlenmediği sorusuna verilen toplam cevap sayısı 76’dır. Farklı bir ifadeyle katılımcıların %31’inin birden çok cevap verdiği görülmektedir. Hastaneler ve Asistan Firmalar tedavi öncesi ve sonrası hasta ve yakınları için rehabilitasyon hizmetleri ile beraber şehir turu ve alışveriş için program yaptıkları da görülmektedir. Bu bağlamda işletmeler hastalarına tedavileri süresince alış-veriş hizmeti, şehir turu ve turistik gezi gibi etkinlikler düzenlemektedir. Buna göre araştırmaya katılan işletmelerin %34,2’si (n=26) şehir turu, %26,3’ü (n=20) alış-veriş, %23,7’si (n=18) turistik gezi ve %15,8’i (n=12) diğer hizmetleri sunmaktadır.

Tablo 5.14 Sağlık Hizmetlerinde Seyahat Organizasyon Programı

Seyahat Organizasyonları	Cevaplar	
	N	%
Seyahat Acentası	43	44,3
Kendi İmkânları	24	24,7
Aracı Firma	20	20,6
Diğer (uluslararası aracı)	10	10,3
Toplam	97	100,0

Tablo 5.14’de görüldüğü gibi araştırmaya katılan işletmelerin toplam 97 işletme yaptığı görülmektedir. Farklı bir ifadeyle katılımcıların %67,2’si birden çok seçenek işaretlemişlerdir. Tablo 5.14’de görüldüğü gibi hastaların seyahat organizasyonlarını, ulaşım, konaklama, transfer ve tur programlarını kimin yaptığına ilişkin bulgular yer almaktadır. Bu bağlamda hastanelere gelenlerin %44,3’ü (n=43) acente aracılığıyla, %24,7’si (n=24) kendi imkânlarıyla, %20,6’sı (n=20) aracı firmalar ve %10,3’ü de (n=10) diğer araçlar vasıtasıyla

sağlık hizmeti talebinde bulunmaktadır. Bununla birlikte sağlık turizmi oranının düşük olmasına rağmen sağlık turizmi faaliyetinde bulunan kurumlarınkonaklama, seyahat ve transfer hizmetleri için profesyonel acentelerden hizmet aldıkları görülmektedir. Bu nedenle acentelerin sağlık turizmini pazar olarak gördükleri söylenebilir.

Tablo 5.15 Tanıtım ve Reklam Hizmetleri

	Cevaplar	
	N	%
Fuar-Kongre	38	30,2
İnternet	25	19,8
Asistan Firma	20	15,9
Yurt Dışı Partner hastane	14	11,1
Dergi	12	9,5
Yabancı Uzman Doktor	8	6,3
Reklam Sponsorluk	6	4,8
Diğer	3	2,4
Toplam	126	100,0

Tablo 5.15’de görüldüğü gibi Sağlık turizmi alanında hizmet sunan işletmelerin kurum tanıtımlarını öncelikle fuar-kongre, e-marketing ve aracı kurumlar yolu ile daha sık yaptıkları görülmektedir.

Araştırmaya katılan işletmeler toplam 126 işaretleme yaptığı görülmektedir. Farklı bir ifadeyle katılımcıların birden çok seçenek işaretlemişlerdir. Tablo 5.15’de sağlık turizmi faaliyetlerinde bulunan işletmelerin kurum tanıtımlarını hangi yollarla yaptıklarına ilişkin bulgular görülmektedir. Buna göre işletmelerin %30,2’si (n=38) tanıtım ve reklamlarda fuar-kongre organizasyonlarını tercih etmektedir. Bu bağlamda işletmelerin sağlık turizmi alanında yapılan fuarlara katılımcı göndererek pazar araştırması ve tanıtım faaliyetleri yaptıkları görülmektedir. Bununla birlikte işletmelerin % 19,8’i (n=25) tanıtımlarını e-pazarlama yolu ile yaptıkları ve internet üzerinden hastalarının kendilerine ulaştıkları da görülmektedir. Çalışmadan elde edilen başka bir bulguya göre işletmelerin %15,9’u (n=20) asistan firmalar aracılığıyla gelen hastalara hizmet sunmaktadır. Hastaların asistan hizmetleri (danışmanlık, ulaşım, konaklama) bu aracı kurumlar tarafından sunulmaktadır. Bunların dışında hastanelerin, yurt dışı partner hastane ve ofisler, dergi-broşür ve marka yabancı uzman doktorlar vasıtasıyla hastalara ulaşmaktadır.

Tablo 5.16 En Çok Şikâyet Alınan Konular

Şikâyet Konusu	Cevaplar	
	N	%
Yabancı Dil	40	25,2
Ulaşım	34	21,4
Tedavi Sonrası Hizmetler	27	17
Konaklama Bedeli	21	13,2
Şigorta Ödemeleri	15	9,4
Hizmet Kalitesi	10	6,3
Pahalılık	7	4,4
Diğer	5	3,1
Toplam	159	100,0

Tablo 5.16’da görüldüğü gibi araştırmaya katılan işletmelerin toplam 159 işletleme yaptığı görülmektedir. Farklı bir ifadeyle katılımcılar birden çok seçenek işaretlemişlerdir. Tablo 5.16’ya göre işletmelerin en çok aldığı şikâyetin %25,2 ile (n=40) yabancı dil olduğu görülmektedir. Bu durumun en önemli nedeni turizm sağlığı kapsamında hastanelere hangi ülke vatandaşının geleceğinin önceden bilinmemesi ve hastanelerdeki yabancı dil bilen personel sayısının yetersiz olmasından kaynaklanmaktadır. Bununla birlikte özellikle hedef pazarlardan sağlık turizmi kapsamında gelen hastalardan yabancı dil ile ilgili şikâyetler yaşanmamaktadır. Sağlık hizmeti talebinde bulunanların %21,4’ü (n=34) alt yapı kaynaklı şehir içi ulaşımdaki güçlüklerden şikâyette bulunmaktadır. Hastanelere gelen şikâyetlerin %17’si (n=27) ise tedavi sonrası hizmetler oluşturmaktadır. Bunu sırasıyla konaklama bedeli, sigorta ödemeleri, hizmet kalitesi, destinasyondaki diğer hizmetlere ilişkin şikâyetler takip etmektedir. Bulgulardan elde edilen sonuçlara göre en az şikâyet alan konu ise pahalılıktır bu durumda destinasyonun sunulan hizmet kalitesine karşılık tedavi ücretlerinin uygun olduğu ve AB ülkelerine göre rekabet avantajına sahiptir. Katılımcılar tedavi amacı ile destinasyonu tercih eden hastaların fiyat politikasından memnun olduklarını özellikle AB ülke vatandaşlarının ülkelerindeki tedavi giderleri karşılığında Türkiye’de hem tedavi hem de tatil ihtiyaçlarını karşıladıklarını belirtmektedirler.

Tablo 5.17 Hasta Dilek ve Şikâyetlerine Ulaşma Araçları

Araçlar	Cevaplar	
	N	%
İnternet Sayfaları	37	37,4
Dilek Kutusu	30	30,3
Memnuniyet Anketi	22	22,2
Diğer	10	10,1
Toplam	99	100,0

Tablo 5.17' e göre katılımcıların 99 işaretleme yaptığı görülmektedir. Farklı bir ifadeyle katılımcıların tamamı birden çok araç vasıtasıyla şikâyet almaktadır. Bu bağlamda en çok kullanılan şikâyet aracının %37,4'ü (n=37) oranla internet sayfaları olduğu görülmektedir. Bununla birlikte %30,3'ü (n=30) ile dilek-istek kutuları, %22,2'si (n=22) ile memnuniyet anketi, diğer araçlar %10,1'i ile (n=10) hastalar tercih etmektedir.

Tablo 5.18 Hastane Ödemeleri

Araçlar	Cevaplar	
	N	%
Nakit	35	30,4
Asistan Firma Garantörlüğü	25	21,7
Acenteler	21	18,3
Sigorta Anlaşmalı	15	13
Kredi Kartı	12	10,4
Diğer	7	6,1
Toplam	115	100,0

Tablo 5.18' e göre katılımcı işletmelerin 115 işaretleme yaptığı görülmektedir. Farklı bir ifadeyle katılımcıların tamamı birden çok araç vasıtasıyla hastane ödemelerini gerçekleştirmektedir. Bu bağlamda en çok kullanılan ödeme aracını %30,4'lük (n=35) oranla nakit ödemeler oluşturmaktadır. Bununla birlikte %21,7'si (n=25) ile asistan firma garantörlüğü, %18,3'ü (n=21) oranla acenteler aracılığıyla ödeme yapılmaktadır. Bunu sırasıyla sigorta anlaşmaları, kredi kartı ve diğer ödemeler takip etmektedir. Ödemelerin asistan firma ve acenteler vasıtasıyla yapılmasının en önemli nedeni sağlık turizmi için gelen hastaların tedavilerinde ortaya çıkan maliyetleri aracı kurumların üstlenmesinden kaynaklanmaktadır. Bu kurumlar daha sonra komisyon ve giderler maliyetlere ekleyerek hastadan tahsil etmektedirler. Bununla birlikte yüz yüze yapılan görüşmelerde aracı kurumların hastanelerde çift faturalandırma endişelerinden dolayı ödemeyi üstlendikleri belirtilmektedir. Kredi kartı kullanımı en düşük seviyede olmasının en önemli nedeni turizm sağlığına yönelik olarak gelen hastaların seyahat sigortaları ile ödemelerinin yapılmasından kaynaklanmaktadır.

Tablo 5.19 Yabancı Hasta Tercihleri

Tercihler	Cevaplar	
	N	%
Tanıtım-Reklam (marka)	41	26,8
Aracı Kuruluşlar	35	22,9
Ekip Kalitesi (güven)	24	15,7
Teknik İmkân	20	13,1
Asistan Firmalar	16	10,5
Doktor Kalitesi	10	6,5
Ulaşım	7	4,6
Toplam	153	100,0

Tablo 5.19’da görüldüğü gibi sağlık turizmi alanında faaliyet gösteren kurumlara gelen hastaların kurumu tercih etmelerindeki faktörler bu kısımda incelenmiştir. Tablo 5.19’da görüldüğü gibi katılımcının 153 işaretleme yaptığı görülmektedir. Bu bağlamda katılımcıların %26,8 (n=41) hastaneyi tercih nedenini tanıtım ve reklamlar oluşturmaktadır. Bununla birlikte hastanelerin tercihinde aracı kuruluşların oranının %22,9 (n=35), hastanelerdeki ekiplere olan güvenin ise %15,7 (n=24) olduğu görülmektedir. Bunun sırasıyla teknik imkânlar, asistan firmalar, doktor kalitesi ve ulaşım takip etmektedir.

Tablo 5.20 Antalya Sağlık Turizmi Algısı Ölçeği Önerme Tablosu

ÖNERMELER	N	A.O	S.S	α
Markalaşma ve Tercih (A.O. = 3,47)				
Sağlık turizmi açısından plastik cerrahi operasyonları bölgenin marka değerini yükseltmektedir.	58	3,43	,29	,653
Doktorların sunduğu hizmetlerin kalitesi Avrupa’da hizmet sunan doktorlarla aynı veya daha yüksektir.	58	3,64	,20	
Bölgeye ulaşımın kolay olması ve şehir içi ulaşımındaki rahatlık destinasyonun tercih edilirligini arttırmaktadır.	58	3,74	,04	
Bölgedesahlik turizminde uzmanlaşmış iş gören eksikligi bulunmaktadır.	58	3,41	,10	
Yurt dışında yaşayan ülke vatandaşları bölgeyi, tatil ve sağıkhizmeti için tercih etmektedir.	58	3,56	,18	
Bölgenin sahip olduğu kültürel ve doğal zenginlikleri sağık turizmini olumlu yönde etkilemektedir.	58	3,14	,19	
Medikal turizm hizmetlerindeki gelişmeler bölgenin marka değerineolumlu katkıda bulunmaktadır.	58	3,37	,19	
Tedavi Olanakları ve İhtiyaçlar (A.O. = 3,31)				
Bölgedeki tedavi olanaklarının bedelinin düşük olması bölgenin talep edilirligini arttırmaktadır.	58	3,39	,13	,588
Sağık turizmi mevzuatındaki eksiklikler den dolayı yasal düzenlemelere ihtiyaç duyulmaktadır.	58	3,12	,31	
Bölgede sağık turizmi paydaşları arasında koordinasyon eksikligi görülmektedir.	58	3,29	,22	
Sağık hizmeti beklemesürelerinin diğerk ülkelere oranla kısa olması tercih edilebilirligini arttırmaktadır.	58	3,43	,19	

Yetersizlikler (A.O. = 3,51)				
Bölgedeki etik kurul yetersizliğinden kaynaklı maddi mağduriyetler yaşanmaktadır.	58	3,77	,31	,540
ARGE ve patent çalışmalarında eksiklikler bulunmaktadır.	58	3,48	,24	
Medikal turizmle ilgili tanıtımlarında eksikler bulunmaktadır.	58	3,39	,13	
Ölçeğin Genel Güvenilirliği		,777		

Tablo 5.20’de görüldüğü gibi sağlık turizmi algısı ölçeğinde yer alan 14 önerme başlıca markalaşma ve tercih, tedavi olanakları ve ihtiyaçlar ve yetersizlikler boyutlarından oluşmaktadır. Markalaşma ve tercih boyutu 2, 3, 7, 10, 11, 12 ve 13 nolu önermelerden oluşmaktadır. Tedavi olanakları boyutu 6, 8, 9 ve 14 nolu önermelerden oluşmaktadır. Son olarak yetersizlikler boyutu ise 1, 4 ve 5 nolu önermelerden oluşmaktadır. Markalaşma ve Tercih ($\alpha=0,760>0,05$); Tedavi Olanakları ve İhtiyaçlar ($\alpha=0,408>0,05$); Yetersizlikler ($\alpha=0,413>0,05$) boyutlarının parametrik testlere uygun olduğu görülmektedir. Ölçeğin genel (α) değerinin 0.777 olduğu görülmüştür. Buna göre ölçek oldukça güvenilirdir (Nakip, 2006, s.145; Kalaycı, 2010, s. 404). Bu bağlamda elde edilen bulgulara göre katılımcılar Antalya’nın özellikle bazı alanlarda uzmanlaşmasının ve dünya markası haline gelmesinin, sağlık turizmi açısından olumlu etkileri olacağını belirtmişlerdir. Türkiye’nin konum olarak özellikle Ortadoğu (Irak, Libya, Suriye)’ya yakın olması hastaların Antalya’yı tercih etmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Ayrıca katılımcılar uzman işgören yetersizliğinin Antalya sağlık turizmini olumsuz yönde etkilediğini düşünmektedirler. Katılımcılar hastaların hem tatil hem de sağlık nedeniyle Antalya’yı tercih ettiklerini belirtmişlerdir. Bu durum Antalya’ya gelen hastaların %75,52’lik oranla turizm sağlığı için tercih ettikleri bulgusu ile örtüşmektedir. Antalya’yı tercih eden hastaların büyük çoğunluğunun birinci tercih nedeni tatil, ikinci tercih nedeni ise sağlıktır. Hastaların Antalya’yı tercih etmelerinde tatil faktörünün önemli olması, bu sorunun olumlu cevaplanmasına neden olmuştur. Hastaların Antalya tercihlerinde öncelikle nedeninin tatil olması nedeniyle Antalya sahip olduğu kültürel ve doğal zenginlikleri sağlık turizmini olumlu yönde etkileyecektir. Antalya’da medikal turizm gelişmesi, Antalya’yı marka şehir haline dönüştürebilir ve sağlık turizmini artırabilir.

Katılımcıların büyük çoğunluğu Antalya’da sağlık hizmet bedellerinin uygun olduğunu belirtmektedir. Bu durumun hastaları Antalya’ya çekebileceğini belirtmişlerdir. Katılımcıların büyük çoğunluğu Antalya sağlık turizminin daha kaliteli işleyebilmesi için sağlık turizmi mevzuatına ve yeni yasal düzenlemelere ihtiyaç olduğunu belirtmiştir. Katılımcıların çoğunluğu, Antalya sağlık turizminde çalışanlar arası yeterli koordinasyonun bulunmadığını belirtmişlerdir. Katılımcıların büyük çoğunluğu Antalya’da tedavi için bekleme süresinin

diğer ülkelerden daha kısa olduğunu belirtmiştir. Bu durum Antalya'nın sağlık turizminde diğer ülkelere göre daha avantajlı olduğunu göstermektedir.

Katılımcıların çoğunluğu Antalya'da etik kurulun yetersizliği nedeniyle hastaların maddi olarak mağdur edildiğini düşünmektedir. Özellikle özel hastanelerin yeterince denetlenememesi ve belli bir fiyat kontrolünün olmaması, hastaların ücretler konusunda mağdur olmasına neden olmaktadır. Katılımcıların çoğunluğu, Antalya'nın sağlık turizminde ilaç, Arge ve patent çalışmalarının yetersiz kaldığını düşünmektedir. Katılımcıların çoğunluğu medikal turizm tanıtımında yetersiz kaldığını belirtmiştir. Medikal turizm tanıtımına önem verilmesi, Antalya'nın sağlık turizmini olumlu yönde etkileyecektir.

Tablo 5.21 Antalya Sağlık Turizmi Swot Ölçeği Önerme Tablosu

ÖNERMELER	N	A.O.	S.S.	α
Güçlü Yönler(A.O. =3,41)				
Hastanelerin yatak kapasitelerinin yeterli olması.	58	3,27	,18	,720
Üniversite hastanesinin organ nâklinde marka olması.	58	3,04	,19	
Hastanelerin teknolojik imkânlarının yüksek olması.	58	3,55	,18	
Bölgenin sahip olduğu iklim koşullarının tedavi olanağı sağlaması.	58	3,48	,15	
Özel sağlık hizmetlerinin (hastane sektörü) gelişmiş olması.	58	3,63	,30	
Bölgenin sağlık hizmetlerinde fiyat avantajına sahip olması.	58	3,45	,17	
Bölgedeki hekimlerin kaliteli hizmet sunması.	58	3,42	,05	
Mevcut turizm potansiyelinin (klasik turizm) yüksek olması.	58	3,57	,16	
Özel hastanelerde yabancı dil bilen personel sayısının yeterli olması.	58	3,29	,10	
Zayıf Yönleri(A.O. = 3,54)				
Yurt dışındaki sigorta şirketleri ile koordinasyonun zayıf olması.	58	3,32	,26	,774
Sağlık turizmine ilişkin kamusal teşviklerin yetersiz olması.	58	3,33	,26	
Sağlık personelinin Avrupa sağlık mevzuatına ilişkin bilgi eksikliği.	58	3,43	,24	
Yabancı sigorta acentelerinin dolandırılma korkusunun olması.	58	3,72	,07	
Sağlık turizmi araçlarının yetersiz olması.	58	3,31	,20	
Yerel turizmcilerin sağlık turizmine ilgisinin düşük olması.	58	3,84	,89	
Pazarlama stratejilerine/araştırmalarına önem verilmemesi.	58	3,81	,99	
Sağlık hizmetlerinde lider konumundaki ülkelerde çalışanlarının birden çok yabancı dil bilmesi.	58	3,93	,21	
Bakanlıklar ve sektörler arası koordinasyonun yetersiz olması.	58	3,40	,09	
Otellerin alt yapılarının sağlık hizmeti sunmak için teknik olarak yetersiz olması.	58	3,36	,29	
Bölgenin geçmiş yıllardaki sağlık hizmetlerine ilişkin imajının olumsuz olması.	58	3,56	,09	
Fırsatlar (A.O. = 3,48)				
Antalya'nın sağlık hizmetlerinde serbest bölge ilan edilmesi.	58	3,39	,29	,614
Tam yüz naklinin ilk defa bölgede yapılması.	58	3,56	,07	
Bölgedeki tedavi ücretlerinin diğer ülkelere oranla daha düşük olması.	58	3,50	,25	
Bölgenin tatil ve sağlık hizmetlerini birlikte verebilecek bir konuma sahip olması.	58	3,62	,17	
Medikal turizm amaçlı kaliteli otel sayısı yeterlidir.	58	3,51	,05	

Bölgenin coğrafi açıdan stratejik bir konuma sahip olması.	58	3,21	,10	
Antalya'dan birçok ülkeye doğrudan uçuş imkânının bulunması.	58	3,62	,14	
AB ülkelerinin, Türkiye'ye bakış açısının olumlu yönde değişmesi.	58	3,75	,14	
Türkiye hem batı, hem de Müslüman ülkelerdeki hastalara hizmet verebilmesi.	58	3,18	,23	
Tehditler (A.O. = 3,47)				
Fiyat politikalarında yanlış uygulamaların olması.	58	3,43	,21	,641
Uluslararası sigorta şirketleri ile yapılan anlaşmaların yetersiz olması.	58	3,71	,34	
Avrupalı hastalarda tedavilere ilişkin güven kaybının olması.	58	2,93	,40	
Alt yapı kaynaklı şehir içi ulaşımında güçlüklerin olması.	58	3,70	,16	
Diğer devletlerin sağlık turizmine ilişkin yatırım kolaylığı sağlaması.	58	3,60	,18	
Ölçeğin Genel Güvenilirliği,904				

Tablo 5.21'de görüldüğü gibi Antalya Sağlık Turizmi SWOT ölçeğinde yer alan 35 önerme başlıca güçlü yönler, zayıf yönler, fırsatlar ve tehditler boyutlarından oluşmaktadır. Güçlü yönler boyutu 6, 12, 30, 28, 15, 5, 22, 14 ve 10 nolu önermelerden oluşmaktadır. Zayıf yönler boyutu 21, 17, 18, 19, 35, 32, 23, 1, 25, 2 ve 20 nolu önermelerden oluşmaktadır. Fırsatlar boyutu 9, 27, 3, 11, 13, 16, 7, 29 ve 8 nolu önermelerden oluşmaktadır. Son olarak tehditler boyutu 24, 34, 31, 33 ve 4 nolu önermelerden oluşmaktadır. Güçlü Yönler ($\alpha=0,000<0,05$); Zayıf Yönleri ($\alpha=0,003<0,05$); Fırsatlar ($\alpha=0,000<0,05$); Tehditler ($\alpha=0,002<0,05$) için parametrik olmayan testlere tabi tutulması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Ölçeğin genel (α) değerinin 0.904 olduğu görülmüştür. Buna göre ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir (Nakip, 2006, s.145; Kalaycı, 2010, s. 404).

Katılımcılar Antalya'da hastanelerin yatak kapasitelerinin yeterli olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcılar tesislerinin yıllık ortalama doluluk oranlarının yüzde elli civarında olduğunu belirtmektedirler. Bu oran destinasyonu tercih edecek hastalar için hastane konaklama ve bekleme sürelerine dönük endişelerini de ortadan kaldırmaktadır. Bu olgu Antalya sağlık turizminin en güçlü yanıdır. Özellikle son yıllardaki tam yüz nakilleri ile dünyada gündem olmuştur. Katılımcılar bu avantajı destinasyonun pazarı açısından çok iyi değerlendirmesi gerektiği görüşündedirler. Ayrıca yabancı hastalar, akredite olmuş ve teknolojik imkânlarının üst düzeyde olan hastanelerde tedavi görmek isteyeceklerdir. Bu nedenle Antalya'da bulunan hastanelerin akredite olması ve üst düzey teknolojiye sahip olması, Antalya sağlık turizmi açısından olumlu bir yöndür. Bu yönü ile Antalya sağlık turizmi pazarı, dünya pazarlarına göre daha güçlü bir yapıya sahip olduğunu göstermektedir.

Antalya'da faaliyet gösteren hastanelerin, yurt dışı sigorta şirketleri ile koordinasyonunun zayıf olması, potansiyel hastaların Antalya'yı tercih etmelerinde olumsuz bir noktadır. Antalya'da faaliyet gösteren hastanelerin, yurt dışı sigorta şirketleri ile koordinasyon içinde çalışması Antalya'ya olan talebi arttıracaktır. Devletin sağlık turizmi

kapsamında yeterli teşvikleri vermemesi, sağlık turizmi açısından en büyük dezavantajdır. Sağlık personelinin ve hastane yöneticilerinin Avrupa sağlık mevzuatı ve hasta hakları konusunda bilgileri yetersizliği de Antalya sağlık turizminin eksiklikleri arasındadır. . Özellikle turist sağlığına hizmet veren kurumlar Antalya'ya tatil amaçlı gelen turistlerin acil vakalar ile hastanelere tedavi için gelmeleri ve yüksek faturalandırmalar ile beraber yanlış ve fazladan tedavi uygulamaları ile hastaların mağdur edildiği görülmüştür. Seyahat sigortalarının yetersiz olması ve hastaların yabancı sigortaların dolandırılma korkusunun bulunması, Antalya sağlık turizmini olumsuz yönde etkilemektedir. Hastaların güvenebileceği ve kaliteli hizmet sunabilen sigortaların faaliyete geçmesi, Antalya sağlık turizmini olumlu yönde etkileyecektir. Sağlık turizmi yapan acenta ve asistan firmaların hastanelerle işbirliğinin artırılması ve kaliteli hizmet vermelerinin sağlanması ile Antalya sağlık turizmini olumlu yönde geliştirecektir. Yerel turizmcinin bölgede yatırımlarını farklı turizm alanlarında yapması, engelsiz turizm, geriatri turizmi, medikal turizm vb alanlarda yatırım yapmayı tercih etmemesi, şehrin sağlık turizmi açısından gelişmemesine neden olmaktadır. Antalya sağlık turizmini zayıf gösteren unsurlar arasındadır. Antalya sağlık turizminde faaliyet gösteren işletmelerin pazarlama stratejilerine ve pazarlama araştırmalarına yeterince önem vermemesi, gelecekte sağlık turizmini olumsuz yönde etkileyecek bir eksikliklerdir. Sağlık turizmi için başka ülkeleri tedavi için araştıran hastaların öncelikle baktığı aynı dili konuşan ortak kültüre sahip ülkelerdir. Hindistan pazarı incelendiği zaman tüm sağlık ekiplerinin İngilizceyi ana dil gibi kullandıkları görülmektedir. Antalya sağlık turizminin gelişebilmesi için bakanlıkların ve sektörlerin uyum içinde çalışmaları gerekmektedir. Otel alt yapılarının tam olarak geliştirilmesi ve mükemmel hizmet kalitesi sunması sağlanmalıdır. Özellikle turist sağlığında özel sağlık kuruluşlarının uygulamış oldukları yanlış fiyat politikası ve yanlış tedavi yöntemlerinden dolayı AB ülkelerine ait sigorta şirketlerinin tepkisini çekmiştir.

Antalya'nın sağlık serbest bölgesi ilan edilmesi ile Antalya'ya gelmek isteyen hastaların sayısı artacaktır. Antalya sağlık turizmi için, serbest bölge olma durumu bir fırsattır. Antalya'da ilk yüz naklinin yapılması ve bu konuda marka olma avantajı, yabancı hastaların ilgilini Antalya'ya çekebilecek potansiyeldedir. Antalya'nın bu fırsatı iyi değerlendirmesi, bu konuyla ilgili yabancı medyada fazlaca yer alması, sağlık turizmini olumlu yönde etkileyecektir. Türkiye'de tedavi ücretlerinin Avrupa'ya oranla daha ucuz olması, özellikle Ortadoğu (Arap) ülkelerinden hastaların Antalya'yı tercih etmelerine neden olmaktadır. Antalya'nın tatil ve tedavi için kaliteli ve ucuz bir bölge olması, hastaların Antalya'yı tercih etmelerinde yardımcı olmaktadır. Antalya'nın Avrupa şehirlerinden farklı olarak iklim yapısı ve doğal güzellikleri, hem tatil hem sağlık hizmetlerinin bir arada yürütülmesini sağlamaktadır. Buda Antalya'yı diğer şehirlerden güçlü kılmaktadır. Son yıllarda alternatif

Pazar olarak görülen sağlık turizmi pazarı turizm yatırımcılarının da dikkatini çekmiş devlet teşvikleri ve yönlendirmeleri ile otel ve tesis alt yapılarını sağlık turizmine hizmet verebilecek konseptte yapmaktadırlar. Antalya'nın Avrupa ülkelerine ve Orta doğu ülkelerine yakınlığı da Antalya'nın sağlık turizmi açısından güçlü yönlerinden biridir. Antalya'nın Avrupa ülkelerine ve Orta doğu ülkelerine yakın olması, hastaların Antalya'yı diğer şehirlerden daha fazla tercih etmesini sağlamaktadır. Avrupa nüfusunun giderek yaşlanması ve daha fazla tedaviye ihtiyaç duyması, Antalya'nın değerlendirmesi gereken fırsatlardan biridir. Bununla birlikte Ortadoğu ülkelerindeki sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve Ortadoğu ülkelerinin Türkiye'ye olan yakınlıkları, Antalya'yı sağlık turizmi açısından avantajlı konuma taşımaktadır. AB ülkelerinin Türkiye'ye olan olumlu tutumları, AB ülkelerinden daha fazla hastanın Antalya'ya gelmesini sağlayacaktır. Sağlık turizmi açısından Antalya'nın yeterli durumda olması, kaliteli tedavi ve tatil imkânları sunması, Antalya'yı sağlık turizmi açısından ön plana çıkarmaktadır. Özellikle Müslüman ülke vatandaşlarının tedavi için Türkiye gibi Müslüman bir ülkeyi tercih etmeleri, Antalya'nın sağlık turizmi açısından değerlendirmesi gereken fırsatlardan biridir.

Fiyatlandırma konusunda kamu, üniversite ve özel hastanelerin farklı fiyat uygulamaları hastaların tercihinde etkili olmaktadır. Sigorta şirketleri ile hastanelerin koordineli çalışması ve birbirlerinden haberdar olmaları oldukça önemlidir. Sigorta şirketlerinin yanlış fiyat politikaları, Antalya sağlık turizmini olumsuz yönde etkilemektedir. Bununla birlikte Avrupalı hastaların yanlış tedavi ve pahalı fiyattan dolayı güveni eksikliği de sağlık turizmini tehdit eden unsurlar arasındadır. Avrupalı hastaların güvenini kazanabilecek reklam ve promosyonların düzenlenmesi gerekmektedir. Antalya'nın çarpık kentleşme ve şehir içi ulaşım problemleri, sağlık turizmini tehdit eden unsurlar arasındadır. Bu açıdan gerekli yatırımların yapılması ve sağlık turizmin iyileştirilmesi önemlidir. Türkiye'de devlet teşviklerinin yetersiz olması ve özellikle Avrupa ülkelerinde sağlık turizmi için daha fazla teşvik verilmesi, destinasyonu sağlık turizmini tehdit eden unsurlar arasındadır.

Tablo 5.22 Pazarlama, Tutundurma ve Geliştirme Algısı Önerme Tablosu

ÖNERMELER	N	A.O.	S.S.	α
Sahip Olunanlar ve Pazarlama Politikaları (A.O. = 4,73)				
Bölge sağlık turizmi açısidancoğrafi olarak stratejik bir konuma sahiptir.	58	4,72	,45	,951
Bölgenin sahip olduğu iklim koşulları destinasyonu rakip bölgelere göre avantajlı bir konuma yükseltmektedir.	58	4,72	,45	
Bölgenin sağlık turizmi açısından da yükselen bir değer olmasında, destinasyonabirden çok ülkeden doğrudan gerçekleştirilen uçuşların katkısı yüksektir.	58	4,68	,46	
Bölgenin sağlık turizminde yükselen bir değer olmasında sahip olduğu tarihi, kültürel ve doğal zenginliklerin katkısı yüksektir.	58	4,70	,45	
Bölgedeki seyahat acentalarının sağlık turizmi faaliyetinde bulunmasidestinasyonun marka değerini attırmaktadır.	58	4,68	,46	
Seyahati süresince hastalara gösterilen ilgi destinasyona olan talebi arttırmaktadır.	58	4,72	,45	
Müslüman ülkelerin hastaları dini hassasiyetlerinden dolayı destinasyonu tercih etmeleri sağlanmalıdır.	58	4,74	,44	
Sağlık turistlerinin tatil ve eğlence imkânlarına sahip olmaları destinasyonu tercih etmelerinde önemli bir etkindir.	58	4,70	,45	
Pasaport ve vize işlemlerinin kolaylığı bölgeyi Avrupa'dan daha avantajlı konuma yükseltmektedir.	58	4,79	,40	
Sağlık turizmi bölgede alternatif turizm faaliyeti olarak kabul edilmelidir.	58	4,74	,44	
Sağlık hizmeti alan turistlerin otellerde konaklama imkânı sağlanmalıdır.	58	4,79	,40	
Teknik destek için çağrı merkezleri kurulup birden çok dilde hizmet sunulmalıdır.	58	4,72	,45	
TIKA ile ortak çalışmalar yapılarak Afrika ve körfez ülkelerinden hasta akışı sağlanmalıdır.	58	4,75	,43	
Hedef ülke pazarlarındaki medya haberlerinde Türk sağlık başarılarıyla ilgili haberler yetersiz kalmaktadır.	58	4,84	,36	
Hastane ve Doktorlara İlişkin Geliştirme Politikaları (A.O. = 3,87)				
Hekim ve sağlık ekiplerinin sıcakkanlı davranmaları hastaların ilgisinin arttırmaktadır.	58	3,89	,59	,948
Üniversite hastanesi ile birlikte etik kurul oluşturulmasıyla yapılacak ortak çalışmalar güven duyulmasını arttıracaktır.	58	3,86	,60	
Hakem doktor uygulaması güven eksikliğini göstermektedir.	58	3,82	,62	
Otel revir odalarının özel hastanelere kiralanması etik değildir.	58	3,87	,59	
Otel revir odaları sağlık müd. ve etik kurul tarafından denetlenmelidir.	58	3,91	,57	
Konaklama ve Hastanelere İlişkin Tutundurma Politikaları (A.O. = 4,51)				
Tatil amaçlı konaklama hizmetlerinin kalitesinin yüksek olması	58	4,53	,70	,962
Sağlık ve tedavi fiyatlarının diğer ülkelere oranla daha düşük olması.	58	4,53	,70	
Seyahat işl. ve otellerinhastaneler ile anlaşmalarının bulunması.	58	4,50	,70	
Branş hastanelerde sadece yabancı hastalara hizmet sunulacak olması	58	4,50	,75	

Konaklama ve Tedavi Fiyatları(A.O. = 4,26)				
Bölgeye (konaklama ve yiyecek –içecek) ilişkin düşük fiyat algısı.	58	4,27	,74	
Ulaşım (şehir içi ve uçak) fiyatlarının düşük olması.	58	4,24	,73	
Sağlık turizmi hizmeti sunan birden çok firma bulunması.	58	4,27	,72	
Ölçeğin Genel Güvenilirliği			,833	

Tablo 5.22’de görüldüğü gibi pazarlama, tutundurma ve geliştirme algısı ölçeğinde yer alan 26 önerme başlıca sahip olunanlar ve pazarlama politikaları, hastane ve doktorlara ilişkin geliştirme politikaları, konaklama ve hastanelere ilişkin tutundurma politikaları, konaklama ve tedavi fiyatları boyutlarından oluşmaktadır. Başlıca sahip olunanlar ve pazarlama politikaları 1, 2, 4, 5, 10, 13, 14, 15, 16, 18, 19, 20, 22 ve 24 nolu önermelerden oluşmaktadır. Hastane ve doktorlara ilişkin geliştirme politikaları 12, 17, 21, 25 ve 26 nolu önermelerden oluşmaktadır. Hastane ve doktorlara ilişkin geliştirme politikaları 3,7,11ve23 nolu önermelerden oluşmaktadır. Konaklama ve tedavi fiyatları 6, 8 ve 9 nolu önermelerden oluşmaktadır. Pazarlama Politikaları-Hasta-Dr. ($\alpha=0,000<0,05$), Geliştirme Politikaları (Kon-Hastane)($\alpha=0,000<0,05$), Tutundurma Politikaları ($\alpha=0,000<0,05$), Konaklama ve Tedavi Fiyatları ($\alpha=0,004<0,05$) boyutlarının ise parametrik olmayan testlere tabi tutulması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Ölçeğin genel (α) değerinin 0.833 olduğu ölçeğin güvenilir olduğunu gösterir(Nakip, 2006, s.145; Kalaycı, 2010, s. 404). Buna göre ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Farksızlık testleri gerçekleştirilmeden önce Antalya Sağlık Turizmi Algısı,Antalya SağlıkTurizmi SWOT Ölçeği ve Pazarlama, Tutundurma ve Geliştirme Algısıölçeklerinin alt boyutları Kolmogorov-Smirnov testine tabi tutulmuştur. Böylece hangi boyutların parametrikhangi boyutların parametrik olmayan(U ve H testi)testlere tabi tutulacağı tespit edilmiştir(<http://www.istatistikmerkezi.com/makale,spss-uygun-analiz-turunun-belirlenmesi,111.html>(25Ocak 2014)).

Antalya’nın konumu ve güzelliği sağlık turizmi açısından bir avantajdır. Bölgeye gelen hastaların büyük bir bölümün turizm sağlığı için geldikleri düşünülürse, bölgenin güzel ve çekici bir konumda olması sağlık turizmi açısından avantajdır. Antalya’nın güzel ve çekici bir şehir olmasının yanı sıra iklimi ve Avrupa şehirlerine göre daha sakin bir şehir olması bölgeyi sağlık turizmi açısından avantajlı konuma taşımaktadır. Özellikle Ortadoğu ülkelerine sağlanan direkt uçuşlar buradaki hastalar için tercih nedeni olmaktadır. Türkiye konum itibarı ile Asya, Avrupa ve Afrika kıtalarının tam ortasında olması ve beş saatlik uçuş mesafesinde bu kıtaların geneline hitap eden bir alanda olması önemli bir özelliktir. Antalya havalimanı uluslararası uçuşların merkezi olması sağlık turistleri için tercihte önemli bir faktördür.

Turizm sağlığı için destinasyonu tercih eden hastaların özellikle bu konuda verilen reklamlarla cezbedilebileceği gerçektir. Seyahat acentalarının bölgenin sağlık turizmi için oluşturacakları reklam ve kampanyaları, destinasyonun sağlık turizmini olumlu yönde etkileyecektir.

Türk hekim ve sağlık ekiplerinin hastalara ilgili davranmaları, hastaların tekrar destinasyonu tercih etmelerini ya da başkalarına tavsiye etmelerini sağlayacaktır. Türkiye'nin Müslüman bir ülke olması, Müslüman ülke vatandaşlarının Antalya'yı tercih etmesinde önemlidir. Sağlık turizmi için gelen hastaların tercihlerinde, yüksek kalite ve tatil imkânı sunan konaklama işletmelerin olması öncelikli olabilir. Ancak turizm sağlığı için gelen hastaların öncelikli tercihi tatildir. İkinci olarak uzman doktor ve kaliteli tedavi için sağlık hizmetlerinde de faydalanmak isteyecektir. Pasaport ve vize işlemlerinin kolaylığı Bölge'yi avantajlı duruma getirmiştir. Vizesiz devlet sağlık serbest bölgeleri oluşturması, hastaların Türkiye'ye vizesiz giriş yapabilmek olanağı tanıyarak, kolaylık sağlayacaktır. Konaklama ve ulaştırma işletmelerinde hastalara ilgi göstermeleri ve yardımsever olmaları hastaların Antalya'yı tekrar tercih etmelerini ya da başkalarına tavsiye etmelerini sağlayacaktır. Hastaların Antalya'yı tercih etmelerindeki karar sürecinde gerekli teknik destek çağrı merkezleri ile desteklenmelidir. Bölgenin sağlık turizmini arttırmak için TİKA ile ortak çalışmalar yaparak Körfez ve Afrika'dan hasta akışı sağlanabilir. Türk sağlık başarı haberlerinin hedef ülke pazarlarının medya haberlerinde çıkmasını sağlayarak, Antalya sağlık turizminin gelişmesi sağlanabilir. Sağlık ve hizmet sunan personelin misafirperverlik ve sıcakkanlı tavırlarının hastalar üzerinde olumu etkiler oluşturacağı söylenebilir.

Hastaların destinasyonu tercih etmelerinde güven duygusu oldukça önemlidir. Bu nedenle hastaların tedaviye olan güvenlerini arttırabilmek için çeşitli ortak çalışmalar yürütülebilir. Kızıllaç'ın ve AB sigorta şirketlerinin tedavi süreçlerini takip etmesi ve faturaları incelemesi için hakem doktor göndermesi bölgenin sağlık turizmi için güven eksikliğini göstermektedir. Katılımcıların çoğunluğu otel revir odalarının özel hastanelere kiralanmasını etik bulmamaktadır. Haksız rekabet, yabancıların yanlış tedaviye uygulamaları ile karşı karşıya kalmaları söz konusu olduğu belirtilmektedir. Katılımcıların çoğunluğu otel revir odaları sağlık müdür ve etik kurul tarafından denetlenmesini desteklemektedir.

Hastanelerin özellikle konfor açısından yetersiz kalması nedeniyle otellerin hastanelerle koordineli çalışması, sağlık turizmini olumlu yönde etkileyecektir. ve hastalara konaklama hizmeti sunan otellerin hastalara uygun olanakları sunması memnuniyet düzeylerini etkileyecektir. Sağlık ve tedavi fiyatlarının özellikle Avrupa fiyatlarından düşük olması sağlık turizmi açısından bölgeyi avantajlı duruma getirmektedir. Hastanelerin tek başına reklam ve organizasyonda yetersiz olması nedeniyle seyahat acentalarının hastanelerle işbirliği içinde

olmaları, destinasyonun sağlık turizmini arttırabilecek bir faktördür. Özel bazı branşlarda hastaneler kurulup sadece yabancı hasta bakması sağlanarak, yabancı hastaların bölgeyi tercih etmesi sağlanabilir.

Konaklama fiyatlarının Avrupa fiyatlarından düşük olması özellikle Ortadoğu (Arap) ülkeleri için tercih nedeni olmaktadır. Ulaşım fiyatlarının uygun olması sağlık turizmi için hastaların bölgeyi tercih etmelerini sağlamaktadır. Sağlık turizmine hizmet veren asistan firmaların artması bölgenin sağlık turizmini olumlu yönde etkileyecektir.

Tablo 5.23 Kolmogorov - Smirnov Testi Sonuçları

Ölçek/Boyutlar	A.O.	S.H.	Normal Dağılım "Z"	Sig.
Antalya Sağlık Turizmi Algısı Ölçeği				
Markalaşma ve Tercih	3,47	0,67	,670	,760
Tedavi Olanakları ve İhtiyaçlar	3,31	0,81	,889	,408
Yetersizlikler	3,31	0,91	,885	,413
Antalya Sağlık Turizmi SWOT Ölçeği				
Güçlü Yönler	4,53	0,09	2,228	,000
Zayıf Yönleri	1,17	0,17	1,784	,003
Fırsatlar	4,93	0,06	2,578	,000
Tehditler	1,21	0,19	1,864	,002
Pazarlama, Tutundurma ve Geliştirme Algısı Ölçeği				
Pazarlama Politikaları (Hasta-Dr)	4,74	0,34	2,458	,000
Geliştirme Politikaları (Kon-Hastane)	3,87	0,54	2,265	,000
Tutundurma Politikaları	4,51	0,68	2,199	,000
Konaklama ve Tedavi Fiyatları	4,26	0,70	1,757	,004

Tablo 5.23’de görüldüğü gibi Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda alfa (α) değeri $p=0,05$ ’in altında kalan boyutlar parametrik olmayan testlere (Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis H) tabi tutulurken, alfa (α) değeri $p=0,05$ ’in üzerinde olan boyutlar parametrik testlere (T-Testi ve Anova) tabi tutulmaktadır. Buna göre Markalaşma ve Tercih ($\alpha=0,760>0,05$); Tedavi Olanakları ve İhtiyaçlar($\alpha=0,408>0,05$); Yetersizlikler ($\alpha=0,413>0,05$) boyutlarının parametrik testlere; Güçlü Yönler($\alpha=0,000<0,05$); Zayıf Yönleri ($\alpha=0,003<0,05$); Fırsatlar ($\alpha=0,000<0,05$); Tehditler($\alpha=0,002<0,05$), Pazarlama Politikaları-Hasta-Dr. ($\alpha=0,000<0,05$), Geliştirme Politikaları (Kon-Hastane)($\alpha=0,000<0,05$), Tutundurma Politikaları ($\alpha=0,000<0,05$), Konaklama ve Tedavi Fiyatları($\alpha=0,004<0,05$)boyutlarının ise parametrik olmayan testlere tabi tutulması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

5.4.1.2.1. Farklılık Testleri

Farklılık testlerine gerçekleştirilmeden önce anket soruları gruplandırılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiyi ölçmede kullanılacak teste karar vermek amacıyla KolmogrovSmirnov testi yapılmıştır. KolmogrovSmirnov testi sonuçlarına göre homojen varyansa sahip değişkenler arasındaki ilişkiyi ölçmek üzere t testi ve ANOVA testi, homojen varyansa sahip olmayan değişkenler arasındaki ilişkiyi ölçmek için ise Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis H testlerinden yararlanılmıştır.

5.4.1.2.1.1. Mann Whitney U Testi ve Kruskal Wallis H Testi Analizi Bulguları

Parametrik olmayan testlerde belirli bir anlamlılık (0,05 veya 0,01) düzeyinde iki grup arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı Mann Whitney U Testi ile üç ya da daha fazla grup arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına da Kruskal Wallis H testi karar verilir.

Tablo 5.24 Katılımcıların Cinsiyetleriyle Hastane ve Doktorlara İlişkin Geliştirme Politikalarına Bakışları Arasındaki Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Cinsiyet	N	Ortalama Sırası (O.S)	Z	p
Hastane ve Doktorlara İlişkin Geliştirme Politikaları	Kadın	24	24,54	-2,004	0,045
	Erkek	34	33,00		

Tablo 5.24’de görüldüğü gibi bireylerin cinsiyetleriyle Hastane ve Doktorlara İlişkin Geliştirme Politikaları arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmektedir ($Z=-2,004$; $p=0,045<0,05$). Bu bağlamda ortalamalara bakıldığında erkeklerin (O.S.=33,00) kadınlarından (O.S.=24,54) daha fazla Hastane ve Doktorlara İlişkin Geliştirme Politikalarına eğilim göstermektedir.

Tablo 5.25 İşletmelerin Hukuki Yapıları İle Hastane ve Doktorlara İlişkin Geliştirme Politikaları Arasındaki Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	Hukuki Yapı	N	Ortalama Sırası (O.S)	Z ²	p
Hastane ve Doktorlara İlişkin Geliştirme Politikaları	Kamu	5	54,40	20,675	0,000
	Özel	51	26,00		
	Üniversite	2	56,50		

Tablo 5.25’de görüldüğü gibi işletmelerin hukuki yapıları ile hastane ve doktorlara ilişkin geliştirme politikaları arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($\chi^2=20,675$; $p=0,000<0,05$). Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Bu bağlamda farklılık kamu işletmeleri (O.K.=54,00) ile özel

işletmeler (O.K.=26,00) arasında görülmektedir ($Z= -3,937$; $p=0,00<0,05$). Buna göre kamu işletmeleri, özel işletmeler oranla daha fazla hastane ve doktorlara ilişkin geliştirme politikalarına eğilim göstermektedir. Bununla birlikte özel hastaneler (O.K.=26,00) ile üniversite hastaneleri (O.K.=52,50) arasında da anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($Z=2,594$; $p=0,009<0,05$). Buna göre üniversite hastaneleri, özel hastanelere oranla daha fazla hastane ve doktorlara ilişkin geliştirme politikalarına eğilim göstermektedir.

Tablo 5.26 İşletmelerin Hukuki Yapıları İle Konaklama ve Hastanelere İlişkin Tutundurma Politikaları Arasındaki Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	Hukuki Yapı	N	Ortalama Sırası (O.S)	χ^2	p
Konaklama ve Hastanelere İlişkin Tutundurma Politikaları	Kamu	5	4,60	21,227	0,000
	Özel	51	33,00		
	Üniversite	2	2,50		

Tablo 5.26' da görüldüğü gibi işletmelerin hukuki yapıları ile konaklama ve hastanelere ilişkin tutundurma politikaları arasındaki farklılık anlamlı bir farklılık görülmektedir ($\chi^2=21,227$; $p=0,000<0,05$). Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Bu bağlamda farklılık kamu işletmeleri (O.K.=3,00) ile özel işletmeler (O.K.=31,00) arasında görülmektedir ($Z= -3,996$; $p=0,00<0,05$). Buna göre özel işletmeler, kamu işletmelerine oranla daha fazla konaklama ve hastanelere ilişkin tutundurma politikalarına eğilim göstermektedir. Bununla birlikte özel hastaneler (O.K.=28,00) ile üniversite hastaneleri (O.K.=1,50) arasında da anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($Z=2,641$; $p=0,008<0,05$). Buna göre özel hastaneler, üniversite hastanelerine oranla daha fazla hastane ve doktorlara ilişkin geliştirme politikalarına eğilim göstermektedir. Katılımcılar özel hastanelerin pratik yapısı karşısında kamu hastanelerinin daha ağır ve bürokrasi ile hizmet veren bir yapısı olduğunu ve sağlık turizminde özel hastanelerin sürekli kendilerini yenilediği teknolojik gelişmeleri yakından takip ettiği, marka doktorlar ile kendi aralarında sürekli rekabet avantajı oluşturmaya çalıştıklarını belirtmektedir.

Tablo 5.27 İşletme Türü İle Pazarlama Politikaları Arasındaki Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	İşletme Türü	N	Ortalama Sırası (O.S)	χ^2	p
Pazarlama Politikaları	Hastane	39	25,94	11,588	0,041
	Sağlık Otel/Diyaliz	6	44,08		
	Asistan Firma/Acente	5	40,50		
	Otel/SpaResort	4	28,50		
	Termal Tesis	3	37,50		
	Diğer	1	6,00		

Tablo 5.27’ de görüldüğü gibi işletmelerin türü ile pazarlama politikaları arasındaki anlamlı bir farklılık görülmektedir ($\chi^2=11,588$; $p=0,041<0,05$). Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Bu bağlamda farklılık hastane (O.K.=21,12) ile Sağlık Otel/Diyaliz hizmetleri (O.K.=35,25) arasında görülmektedir. ($Z= 43,500$; $p=0,12<0,05$). Buna göre Sağlık Otel/Diyaliz hizmetleri, hastanelere oranla daha fazla pazarlama politikalarına eğilim göstermektedir.

Tablo 5.28 İşletmelerin Fiili Kapasiteleri İle Konaklama ve Hastanelere İlişkin Tutundurma Politikaları Arasındaki Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	Fiili Kapasite	N	Ortalama Sırası (O.S)	χ^2	p
Konaklama ve Hastanelere İlişkin Tutundurma Politikaları	50-200	36	33,65	9,324	0,025
	201-400	14	26,39		
	401-600	5	19,20		
	600 ve üstü	3	11,33		

Tablo 5.28’ de görüldüğü gibi işletmelerin hukuki yapıları ile konaklama ve hastanelere ilişkin tutundurma politikaları arasındaki anlamlı bir farklılık görülmektedir ($\chi^2=9,324$; $p=0,025<0,05$). Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Bu bağlamda farklılık 50-200 (O.K.=21,24)yatak kapasiteli işletmeler ile 600 ve üstü (O.K.=15,50) yatak kapasiteli işletmeler arasında görülmektedir ($Z= -2,601$; $p=0,009<0,05$). Buna göre 50-200 arası yatak kapasitesine sahip işletmelerin, 600 ve daha fazla yatak kapasitesine sahip işletmelere göre konaklama ve hastanelere ilişkin tutundurma politikalarına daha fazla eğilim göstermektedirler.

Tablo 5.29 İşletmelerin Faaliyet Süreleri İle Güçlü Yönlerine İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	Faaliyet Süresi	N	Ortalama Sırası (O.S)	χ^2	p
Güçlü Yönler	0-5 yıl	32	25,88	7,946	0,047
	6-10 yıl	19	33,08		
	11-15 yıl	2	54,00		
	16 ve üzeri	5	29,30		

Tablo 5.29' da görüldüğü gibi işletmelerin faaliyet süreleri ile güçlü yönleri arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($\chi^2=7,946$; $p=0,047<0,05$). Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Bu bağlamda farklılık 0-5 yıl (O.K.=16,56) arası faaliyette bulunan işletmeler ile 11-15 yıl (O.K.=32,50) arası faaliyette bulunan işletmeler arasında görülmektedir ($Z= -2,417$; $p=0,016<0,05$). Buna göre 11-15 yıl arası faaliyette bulunan işletmelerin, 0-5 yıl arası faaliyette bulunan işletmelere göre daha güçlü oldukları söylenebilir. Bununla birlikte 11-15 yıl (O.K.=6,50) arası faaliyette bulunan işletmeler ile 16 ve üstü (O.K.=3,00) faaliyette bulunan işletmeler arasında da görülmektedir ($Z= -2,160$; $p=0,031<0,05$).

Tablo 5.30 İşletmelerin Çalışan Sayıları İle Hastane ve Doktorlara İlişkin Geliştirme Politikaları Arasındaki Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	Çalışan Sayısı	N	Ortalama Sırası (O.S)	χ^2	p
Hastane ve Doktorlara İlişkin Geliştirme Politikaları	0-100	8	20,88	15,674	0,003
	101-500	34	26,18		
	501-1000	3	56,00		
	1001-2000	5	39,70		
	2000 ve üstü	8	35,94		

Tablo 5.30' da görüldüğü gibi işletmelerdeki çalışan sayıları ile Hastane ve Doktorlara İlişkin Geliştirme Politikaları arasında anlamlı bir şekilde farklılık göstermektedir ($\chi^2=15,674$; $p=0,003<0,05$). Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Bu bağlamda farklılık 0-100 (O.K.=4,50) iş gören çalıştıran işletmeler ile 501-1000 (O.K.=10,00) iş gören çalıştıran işletmeler arasında görülmektedir ($Z=-2,519$; $p=0,012<0,05$). Buna göre 501-1000 iş gören çalıştıran işletmeler, 0-100 iş gören çalıştıran işletmelere göre hastane ve doktorlara ilişkin geliştirme politikalarına daha fazla önem vermektedir. Bununla birlikte 101-500 (O.K.=17,53) iş gören çalıştıran işletmeler ile

501-1000 (O.K.=35,67) iş gören çalıştıran işletmeler arasında da anlamlı farklılık görülmektedir ($Z=-3,011$; $p=0,003<0,05$). Buna göre 501-1000 iş gören çalıştıran işletmeler, 101-500 iş gören çalıştıran işletmelere göre hastane ve doktorlara ilişkin geliştirme politikalarına daha fazla önem vermektedir. Çalışmada ayrıca 501-1000 (O.K.=6,67) iş gören çalıştıran işletmeler ile 1001-2000 (O.K.=3,20) iş gören çalıştıran işletmeler arasında da anlamlı bir farklılık görülmektedir ($Z=-1,998$; $p=0,046<0,05$). Buna göre 501-1000 iş gören çalıştıran işletmeler, 1001-2000 iş gören çalıştıran işletmelere göre hastane ve doktorlara ilişkin geliştirme politikalarına daha fazla önem vermektedir. Son olarak elde edilen bulgulara göre 501-1000 (O.K.=9,67) iş gören çalıştıran işletmeler ile 2000 ve üzeri (O.K.=4,63) iş gören çalıştıran işletmeler arasında da anlamlı bir farklılık görülmektedir ($Z=-2,320$; $p=0,020<0,05$). Buna göre 501-1000 iş gören çalıştıran işletmeler, 2000 ve üzeri iş gören çalıştıran işletmelere göre hastane ve doktorlara ilişkin geliştirme politikalarına daha fazla önem vermektedir.

Tablo 5.31 İşletmelerin Çalışan Sayıları İle Konaklama ve Hastanelere İlişkin Tutundurma Politikaları Arasındaki Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	Çalışan Sayısı	N	Ortalama Sırası (O.S)	χ^2	p
Konaklama ve Hastanelere İlişkin Tutundurma Politikaları	0-100	8	31,63	10,488	0,033
	101-500	34	32,44		
	501-1000	3	3,00		
	1001-2000	5	28,00		
	2000 ve üstü	8	25,75		

Tablo 5.31' de görüldüğü gibi işletmelerin hukuki yapıları ile konaklama ve hastanelere ilişkin tutundurma politikaları arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($\chi^2=10,488$; $p=0,033<0,05$). Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Bu bağlamda farklılık 0-100 (O.K.=7,50) iş gören çalıştıran işletmeler ile 501-1000 (O.K.=2,00) iş gören çalıştıran işletmeler arasında görülmektedir ($Z=-2,519$; $p=0,012<0,05$). Buna göre 0-100 iş gören çalıştıran işletmeler, 501-1000 iş gören çalıştıran işletmelere göre konaklama ve hastanelere ilişkin tutundurma politikalarına daha fazla önem vermektedir. Bununla birlikte 101-500 (O.K.=20,50) iş gören çalıştıran işletmeler ile 501-1000 (O.K.=2,00) iş gören çalıştıran işletmeler arasında da anlamlı farklılık görülmektedir ($Z=-3,099$; $p=0,002<0,05$). Buna göre 101-500 iş gören çalıştıran işletmeler, 501-1000 iş gören çalıştıran işletmelere göre konaklama ve hastanelere ilişkin tutundurma politikalarına daha fazla önem vermektedir. Çalışmada ayrıca 501-1000 (O.K.=2,33) iş gören çalıştıran işletmeler ile 1001-2000 (O.K.=5,80) iş gören çalıştıran işletmeler arasında da

anlamli bir farklılık görülmektedir ($Z=-2,011$; $p=0,044<0,05$). Buna göre 1001-2000 iş gören çalıştıran işletmeler, 501-1000 iş gören çalıştıran işletmelere göre hastane ve doktorlara ilişkin geliştirme politikalarına daha fazla önem vermektedir. Son olarak elde edilen bulgulara göre 501-1000 (O.K.=2,67) iş gören çalıştıran işletmeler ile 2000 ve üzeri (O.K.=7,25) iş gören çalıştıran işletmeler arasında da anlamlı bir farklılık görülmektedir ($Z=-2,146$; $p=0,020<0,05$). Buna göre 2000 ve üzeri iş gören çalıştıran işletmeler, 501-1000 iş gören çalıştıran işletmelere göre konaklama ve hastanelere ilişkin tutundurma politikalarına daha fazla önem vermektedir.

Anova Analizi, üç ya da daha fazla grubun aritmetik ortalamalarını karşılaştırmak için kullanılan analiz tekniğidir. Bu analizde kullanılacak değişkenlerden birisi kategorik diğeri metrik olmak zorundadır. Anova analizinde sıfır hipotezi gruplar arasında anlamlı bir fark olup olmadığını ifade eder. Anova F istatistiğini verir. F, verilerdeki sistematik varyans miktarını sistematik olmayan varyansla karşılaştırır. Parametrik testlerden ANOVA 'ya (varyans analizi) tabi tutulacak olan boyutların, hangi değişkenlere göre farklılık gösterdiğinin tespiti için Post-Hoc testleri uygulanmaktadır. Boyutlar Post-Hoc testlerine tabi tutulmadan önce, boyutları oluşturan önermelerin dağılımları kontrol edilir. Önermeleri homojen dağılım gösteren boyutların ($\alpha<p=0,05$) varyanslarının eşit olduğu kabul edilmekte ve istatistik programının varyans eşitliği sekmesinden bir analize tabi tutulmaktadır. Önermeleri homojen dağılım göstermeyen boyutların ($\alpha>p=0,05$) varyanslarının eşit olmadığı kabul edilmekte ve istatistik programının varyans eşitsizliği sekmesinden bir analize tabi tutulmaktadır.

5.4.1.2.1.2. T-testi ve F Testi (Anova, Varyans) Analizi Bulguları

T-testi ve ANOVA, parametrik test koşullarının sağlandığı durumlarda uygulanan analiz/test tekniklerindedir. Bu testler, bir gruptaki ortalamanın diğeri gruptaki ortalamadan önemli derece farklı olup olmadığını belirlemek amacıyla kullanılır (Kalaycı, 2010: 76). Parametrik testlerden ANOVA'ya (varyans analizi) tabi tutulacak olan boyutların, hangi değişkenlere göre farklılık gösterdiğinin tespiti için Post-Hoc testleri uygulanmaktadır. Boyutlar Post-Hoc testlerine tabi tutulmadan önce, boyutları oluşturan önermelerin dağılımları kontrol edilir. Önermeleri homojen dağılım gösteren boyutların ($\alpha<p=0,05$) varyanslarının eşit olduğu kabul edilmekte ve istatistik programının varyans eşitliği sekmesinden bir analize tabi tutulmaktadır. Önermeleri homojen dağılım göstermeyen boyutların ($\alpha>p=0,05$) varyanslarının eşit olmadığı kabul edilmekte ve istatistik programının varyans eşitsizliği sekmesinden bir analize tabi tutulmaktadır. Buna göre işletmelerin faaliyet süresi ile tedavi olanakları ve ihtiyaçlara ilişkin motivasyonları belirlemek için parametrik testlerden varyans analizi uygulanmıştır.

Tablo 5.32 İşletmenin Faaliyet Süresi İle Tedavi Olanakları ve İhtiyaçlara İlişkin Anova Testi Bulguları(Tukey Testi Sonuçları)

Faaliyet Süresi	N	A.O	S.S.	ANOVA	
				F	P
0-5 Yıl	32	3,17	0,78	3,142	0,022
6-10 Yıl	19	3,53	0,67		
11-15 Yıl	2	4,75	0,00		
16 ve üstü	5	2,75	0,88		
Toplam	58	3,31	0,81		

Tablo 5.32’de görüldüğü gibi katılımcılara göre işletmelerin faaliyet süresi ile tedavi olanakları ve ihtiyaçları arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($F=3,142$; $p=0,022<0,05$). Analiz bulgularına göre farklılık 0-5 yıl – 11-15 yıl ($OF= 1,57$; $p = 0,030 < 0,05$) olanlar arasından kaynaklanmaktadır. Buna göre faaliyet süresi 11-15 yıl ($A.O.=4,75$; $S.S.=0,00$) olan işletmelerin faaliyet süresi 6-10 yıl ($A.O.=3,53$, $S.S.=0,67$), 0-5 yıl ($A.O.=3,17$, $S.S.=0,78$), 16 ve üstü ($A.O.= 2,75$, $S.S.=0,88$) işletmelere göre tedavi olanakları ve ihtiyaçlara ilişkin imkânlarının daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 5.33 Boyutlar Arası İlişkilere Yönelik Korelasyon Analizi

Boyutlar	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1.Markalaşma ve Tercih	1										
2.Tedavi Olanak ve İhtiyaçlar	,501** ,000	1									
3.Yetersizlikler	,516** ,000	,254 ,054	1								
4.Güçlü Yönler	,184 ,156	,114 ,394	,198 ,137	1							
5. Zayıf Yönler	,055 ,684	-,049 ,717	,094 ,485	,112 ,404	1						
6.Fırsatlar	,203 ,126	-,130 ,330	,055 ,681	-,039 ,770	-,069 ,605	1					
7. Tehditler	-,110 ,411	-,146 ,273	,031 ,817	,259* ,050	,520** ,000	-,194 ,145	1				
8.Pazarlama Politikaları	-,045 ,735	,004 ,975	,208 ,117	-,196 ,140	,096 ,474	,118 ,377	-,165 ,217	1			
9.Hastane ve Dr. İlişkin Politikalar	,152 ,255	,085 ,525	,085 ,525	-,061 ,651	,117 ,384	,054 ,687	-,046 ,730	-,188 ,158	1		
10.Konaklama ve Hast. İlişkin. Pol.	-,201 ,130	-,065 ,628	-,338** ,009	-,203 ,127	-,280* ,033	-,029 ,828	-,104 ,435	,090 ,500	-,487** ,000	1	
11.Tedavi Fiyatları	,029 ,828	,167 ,209	,062 ,642	-,016 ,903	-,071 ,599	-,096 ,473	-,111 ,407	,350** ,007	,130 ,331	-,019 ,889	1

**0,01’e göre anlamlı

*0,05’e göre anlamlı

Tablo 5.33’de görüldüğü gibi korelasyon analizi, değişkenler arasındaki doğrusal ilişkiyi analiz eder. İki değişken arasındaki ilişkinin incelendiği durumlarda kullanılır. Farklı

bir ifadeyle bağımsız değişkendeki artış ya da azalış, bağımlı değişkendeki artış ya da azalışı ne derece etkiler. Tablo 5.33’ de görüldüğü gibi Markalaşma ve Tercih ile Tedavi Olanak ve İhtiyaçlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,501$; $p=0,000<0,01$). Markalaşma ve Tercih ile Yetersizlikler arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir ($r=0,516$; $p=0,000<0,01$). Güçlü Yönler ile Tehditler arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,259$; $p=0,000<0,01$). Zayıf Yönler ile Tehditler arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,520$; $p=0,000<0,01$). Tablo 5.33’den görüldüğü gibi konaklama ve hastanelere ilişkin politikalar ile firma yetersizlikleri arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0,338$; $p=0,009<0,01$).” Yani, Konaklama ve Hastanelere ilişkin politikalar konusunda yapılan çalışmalar arttıkça hastanenin yetersizliği azalmaktadır. Yetersizlikler ile zayıf yönler arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,280$; $p=0,033<0,05$). Zayıf yönler ile Konaklama ve Hastanelere ilişkin politikalar arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,280$; $p=0,033<0,05$). Hastane ve doktorlara ilişkin politikalar ile konaklama ve hastanelere ilişkin politikalar arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,487$; $p=0,000<0,01$). Tedavi fiyatları ile hastane ve doktorlara ilişkin politikalar arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=0,350$; $p=0,007<0,01$).

Tablo 5.34 Markalaşma ve Tercihlerin Bölgenin Tercihleri üzerindeki Etkisine Yönelik Regresyon Analiz Bulguları

Bağımsız Değişkenler	β	T değerinin anlamlılık düzeyi	R^2	F	F Değerinin Anlamlılık Düzeyi
Tedavi Olanak ve İhtiyaçlar	,356	3,031	,450	3,843	0,001
Yetersizlikler	,381	3,074			
Güçlü Yönler	,088	,721			
Zayıf Yönler	-,052	-,380			
Fırsatlar	-,148	-1,281			
Tehditler	-,112	-,802			
Pazarlama Politikaları	-,014	-,103			
Hastane ve Dr. Politikaları	,038	,276			
Konaklama ve HastPol.	-,043	-,318			
Konaklama Fiyatları	-,036	-,289			

Bağımlı değişken ile birden çok bağımsız değişken arasındaki ilişkiyi analiz eden istatistik tekniğine regresyon analizi denir. Bu analizde bağımlı değişken ve bağımsız değişken metrik olmalıdır. R^2 , bağımlı değişkende bağımsız değişkenler tarafından açıklanan değişimi yüzdesel olarak gösteren değerdir. β , her bir değer veya skor her bir bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki göreceli etkisini ifade eder. F, oluşturulan regresyon modelinin istatistiksel anlamlılık düzeyini gösterir. t, her bir değişkenin ortaya konulan regresyon modeli içerisindeki önem derecesini ifade eder. Tablo 32’deki bulgulara göre bağımsız değişkenlerin, bağımlı değişkeni (markalaşma ve tercih) açıklama düzeyi istatistiki

olarak anlamlıdır ($R^2=,45$). Farklı bir ifadeyle bağımsız değişkenler, bağımlı değişkeni % 45 oranında açıklamaktadır. Bölgenin sağlık turizmi için tercih edilmesinde bağımsız değişkenlerin %45 lik etkisi vardır. Bağımlı değişkenin açıklanma düzeyi istatistikî açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=3,843$; $p=0.001<0,05$).

5.4.2. Hastalara İlişkin Bulgular

Çalışmanın bu bölümünde bölgeye gelen hastaların memnuniyet düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan anket sonuçlarına yer verilmektedir. Katılımcılara ilişkin demografik bulgular ve sağlık turizmi algısına ilişkin bulgular tablolar yardımıyla açıklanmıştır.

Tablo 5.35 Katılımcıların Demografik Değişkenlere Göre Dağılımı

Cinsiyet	N	%	Medeni Durum	N	%
Kadın	70	55,6	Bekâr	31	24,6
Erkek	56	44,4	Evli	95	75,4
Toplam	126	100	Toplam	126	100
Yaş	N	%	Eğitim	N	%
40 ve altı	32	24,5	İlkokul/Ortaokul	13	10,3
41-50	58	46,0	Lise	25	19,8
51-50	25	19,8	Üniversite	70	55,6
61 ve üstü	11	8,7	Lisansüstü	18	14,3
Toplam	126	100	Toplam	126	100
Meslek	N	%	Gelir	N	%
Kamu çalışanı	24	19	1000euro ve altı	23	18,3
Özel sektör çalışanı	26	20,6	1001-2000	19	15,1
Kendi İşi	45	35,7	2001-3000	32	25,4
Emekli	17	13,5	3001-4000	40	31,7
Diğer	14	11,1	4001euro ve üstü	12	9,5
Toplam	126	100	Toplam	126	100

Tablo 5.35’de görüldüğü gibi katılımcıların %55,4’ü kadınlardan %44,4’ü de erkeklerden oluşmaktadır. Katılımcıların medeni durumlarına bakıldığında bekârlar %24,6’sını, evli olanlar %75,4’ünü oluşturmaktadır. Ankete katılanların yaş dağılımlarına bakıldığında en yüksek oranı %46 ile 41-50 yaş grubu oluşturmaktadır. Bununla birlikte katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında en yüksek oranı %55,6 ile üniversite mezunları oluşturmaktadır. Katılımcıların mesleki özelliklerindeki en yüksek oran ise %35,7 ile iş sahibi olanlar (kendi işi) oluşturmaktadır. Son olarak katılımcılardan en yüksek gelir grubunu %31,7 ile 3001-4000 Euro geliri ile emekliler oluşturmaktadır.

Tablo 5.36 İlk Tedavilere İlişkin Bulgular

Ülke	N	%	İlk Tedavi Gördüğü Ülke	N	%
Azerbaycan	8	6,3	Azerbaycan	8	6,3
Gürcistan	10	7,9	Gürcistan	10	7,9
Irak	13	10,3	Irak	13	10,3
Kazakistan	9	7,1	Kazakistan	9	7,1
Libya	15	11,9	Libya	15	11,9
Mısır	8	6,3	Mısır	8	6,3
Rusya	33	26,2	Rusya	33	26,2
Ukrayna	7	5,6	Ukrayna	7	5,6
Diğer	23	18,3	Diğer	23	18,3
Toplam	126	100	Toplam	126	100
Yaşadığı Ülke Sınıfı	N	%	Yaşadığı Ülke Sınıfı	N	%
Avrupa	39	31	Avrupa	39	31
Türk Cumhuriyetleri	18	14,3	Türk Cumhuriyetleri	18	14,3
Orta Doğu	36	28,6	Orta Doğu	36	28,6
Rusya	33	26,2	Rusya	33	26,2
Toplam	126	100	Toplam	126	100

Tablo 5.36’de görüldüğü gibi en yüksek oranı %26,2 ile (n=33) Rusya oluşturmaktadır. Bunu sırasıyla diğer grubu %18,3 (n=23), Libya %11,9 (n=15), Irak %10,3 (n=13), Gürcistan %7,9 (n=10), Kazakistan %7,1 (n=9), Mısır %6,3 (n=8), Azerbaycan %6,38 (n=8) ve Ukrayna %5,6 (n=7) takip etmektedir.. Hastaların geldiği ülkeler sınıflandırıldığında en yüksek oranı %31 (n=39)Avrupa ülkelerinin oluşturduğu görülmektedir. Bunu sırasıyla Orta Doğu, Rusya ve Türk Cumhuriyetleri takip etmektedir. Hastaların bölgeye gelmeden önce ilk tedaviyi gördüğü ülkelere göre bir dağılım sergilendiğinde yine en yüksek oranı %26,2 ile (n=33) Rusya oluşturmaktadır. Bunu sırasıyla diğer grubu %18,3 (n=23), Libya %11,9 (n=15), Irak %10,3 (n=13), Gürcistan %7,9 (n=10), Kazakistan %7,1 (n=9), Mısır %6,3 (n=8), Azerbaycan %6,38 (n=8) ve Ukrayna %5,6 (n=7) takip etmektedir.

Tablo 5.37 Sağlık Hizmetlerine İlişkin Bulgular

Aracı Kurum	N	%	Sağlık Güvencesi	N	%
Asistan Firma	39	31	Evet	47	37,3
Sigorta Şirketi	25	19,8	Hayır	79	62,7
Acente	12	9,5	Toplam	126	100
Kendi İmkânları	27	21,4	Tedavi Girişimi	N	%
Diğer	23	18,3	Evet	100	100
Toplam	126	100	Toplam	126	100
Ödeme Şekli	N	%	Tehsis Sonrası Geliş	N	%
Özel Sigorta	26	20,6	1 yıldan az	63	50
Nakit	48	38,1	1-2 yıl	51	40,5
Kredi Kartı	52	41,3	3 yıl ve üzeri	12	9,5
Toplam	126	100	Toplam	126	100
İnternet Bilgisi (Destinasyon)	N	%	Tavsiye İle Gelen	N	%
Evet	73	57,9	Evet	93	73,8
Hayır	53	42,1	Hayır	33	26,2
Toplam	126	100	Toplam	126	100

Tablo 5.37’de sağlık hizmetlerine ilişkin bulgulara yer verilmektedir. Bu bağlamda gelen hastaların %21,4’ü (n=27) Asistan Firmalar aracılığıyla gelen hastalar oluşturmaktadır. Bunu sırasıyla %21,4 ile (n=27) kendi imkânlarıyla gelenler, %19,8 (n=25) ile sigorta şirketleri oluşturmaktadır. Gelen hastaların %62,7’sinin (n=79) herhangi bir sağlık güvencesine sahip olmadığı görülmektedir. Bu bağlamda yapılan ödemelere bakıldığında, ödemelerin %41,3’ünün (n=52) nakit yapıldığı, %38,1’inin (n=48) nakit yapıldığı ve %20,6’sının da (n=26) özel sigortalar tarafından yapıldığı görülmektedir. Bölgeye gelen hastaların tamamının daha önce ülkesinde veya başka bir ülkede tedavi amaçlı herhangi sağlık kurumuna başvurduğu görülmektedir. Bununla birlikte hastaların ilk tedavi sonrası bölgeye gelişi arasında yaklaşık bir yıl gibi bir süre farkı görülmektedir. Farklı bir ifadeyle katılımcıların %’si (n=63) 1 yıldan daha az bir sürede, %40,5’i (n=51) 1-2 yıl sonra %9,5’i (n=12) 3 yıl ve daha uzun süre sonrasında bölgeye gelmektedir.

Tablo 5.38 Bölgeyi Tercih Etmede Kullanılan Araçlar

Araçlar	Cevaplar		Genel Yüzde (%)
	N	%	
İnternet	77	20,9	61,6
TV	31	8,4	24,8
Fuar	38	10,3	30,4
Gazete	46	12,5	36,8
Bilimsel Dergi	24	6,5	19,2
Dergi	60	16,3	48,0
Bilbord	24	6,5	19,2
Broşür	36	9,8	28,8
Diğer	33	8,9	26,4
Toplam	369	100,0	295,2

Tablo 5.38’de görüldüğü gibi toplam 126 katılımcı bulunmaktadır. Bununla birlikte 369 işaretleme yapıldığı görülmektedir. Farklı bir ifadeyle katılımcıların gelenlerin % 295,2’si bölgeyi seçimlerinde birden çok araç kullanarak gelmektedir. Tablo 5.37’ye göre işletmelere tedavi amaçlı gelenlerin %61,6’sı (n=77) internet , %48’i (n=60) dergi ve %36,8’i (n=46) gazete acılığıyla sağlık hizmeti talep etmektedir. Bunu sırasıyla fuar, broşür, TV ve bilimsel dergiler takip etmektedir.

Tablo 5.39 Destinasyonun Seçiminde Etkili Olan Unsurlara İlişkin Önerme Tablosu

ÖNERMELER	N	A.O.	S.S.	α
Ücret ve Ulaşım Avantajı(A.O. =4,37)				
Asistan firma tavsiyesi ve aracılık hizmetleri	126	4,32	,65	,987
Sağlık hizmetlerinin pahalılığı	126	4,31	,65	
Coğrafi konum olarak yakınlık	126	4,30	,65	
Destinasyona olan ulaşım imkânlarının kolaylığı	126	4,33	,64	
Sağlık hizmetlerin fiyatlarının yüksek olması	126	4,31	,64	
Hastanelerdeki doktorların yaptığı bilimsel çalışmalar ve tanınmışlıkları	126	4,33	,65	
Tedavi hizmetlerinin ucuz olması (fiyat avantajı)	126	4,33	,65	
Hizmet, Kalite ve Güven Unsuru (A.O. =4,91)				
Güvenilir hizmet anlayışı	126	4,54	,72	,894
Tıbbi donanım kalitesinin yüksek olması	126	4,55	,71	
Ülkemdeki sağlık hizmetlerinin yetersiz kalması	126	4,31	,64	
Benzer sosyal, kültürel ve inanç değerleri	126	4,55	,71	
Ülke doktorlarının (sağlık ekibinin) tavsiyesi	126	4,53	,73	
Konaklama, transfer ve yabancı dil sorunun olmaması	126	4,53	,73	
Yüksek Kalite ve Turizm Etkinlikleri (A.O. =4,96)				
Tatil, kültürel ve doğal zenginliklerini görme imkânının olması	126	4,96	,17	,846
Yüksek standartta kaliteli sağlık hizmeti sunulması	126	4,96	,19	
Diğer hizmetlerin (yemek kalitesi, oda kalitesi vb.) etkisi	126	4,95	,21	
Diğer turizm aktiviteleri	126	4,97	,15	
Arkadaş ve Reklam Unsurlarının Etkisi (A.O. =4,67)				
Arkadaş Tavsiyesi	126	4,67	,59	,971
Reklam araçları	126	4,66	,60	
Ölçeğin Genel Güvenilirliği		,799		

Tablo 5.39’de görüldüğü gibi destinasyon seçiminde etkili olan unsurlara ilişkin ölçekte yer alan 19 öneme başlıca ücret ve ulaşım avantajı, hizmet, kalite ve güven unsuru, yüksek kalite ve turizm etkinlikleri, arkadaş ve reklam unsurları boyutlarından oluşmaktadır. Başlıca sahip olunan ücret ve ulaşım avantajı 2, 7, 9, 12, 15, 17 ve 18 nolu önermelerden oluşmaktadır. Hizmet, kalite ve güven unsuru boyutu ise 4, 5, 15, 10, 11 ve 13nolu önermelerden oluşmaktadır. Yüksek kalite ve turizm etkinlikleri boyutu ise 1, 3, 14 ve 16 nolu önermelerden oluşmaktadır. Arkadaş ve reklam unsurları boyutları ise 6 ve 19 nolu önermelerden oluşmaktadır. Tablo 5.39’de görüldüğü gibi Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda alfa (α) değeri tüm ölçekler için $p=0,05$ ’in altındadır. Bu nedenle analizler parametrik olmayan testlere (Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis H) tabi tutulmuştur.

Yabancıların Antalya seçimlerindeki en önemli faktör turizm aktiviteleridir. Daha önceki bölümlerde araştırıldığı üzere yabancıların Antalya’daki sağlık imkânlarından yararlanması temel nedeni turizm sağlığıdır. Bu nedenle turizm için gelen yabancıların temel olarak gelme nedenleri arasında turizm aktiviteleri yer almaktadır. Yabancıların Antalya tercihlerinde, Antalya’nın iklim, tatil ve kültürel özellikleri oldukça fazla ön plandadır. Sağlık turizmi için gelen hastaların öncelikli tercihleri arasında Antalya’da tatil yapma imkânının da olmasıdır.

Yabancıların Antalya tercihlerinde, asistan firmaların tavsiye ve aracılık hizmetleri önemli faktörler arasındadır. Yabancılar, asistan firma aracılığıyla Antalya’yı daha iyi tanıyabilmekte ve tercihlerini Antalya’dan yana kullanabilmektedirler. Antalya sağlık turizmini artmasında asistan firmalar önemli rol oynamaktadır. Bu nedenle asistan firmalara gerekli desteğin sağlanması önemlidir. Sağlık turizmi için gelen hastaların Antalya tercihlerinde sadece Antalya’nın turizm etkinlikleri değil aynı zamanda sağlık hizmetlerinin kalitesi de etkili olmaktadır. Kaliteli sağlık hizmeti almak isteyen hastalar, Antalya’yı tercih etmektedirler. Hastalar, Antalya’da hem güzel tatil hem de kaliteli sağlık hizmetlerinden faydalanabilmektedirler.

Yabancı hastalar için Antalya tercihlerinde arkadaş tavsiyesi oldukça önemli bir rol oynamaktadır tavsiyeler sonucunda Antalya’nın güvenilir ve kaliteli hizmet sunduğuna inanması, bununla birlikte sağlık hizmetlerinde kullanılan teknolojik olanakların yeterli olması Antalya tercihlerinde etkili olmaktadır. Yabancıların Antalya tercihlerinde özellikle Avrupa ülkelerindeki sağlık hizmetleri pahalılığı önemli faktörlerden biridir bu karşılık Avrupa haricindeki ülkelerde sağlık hizmetlerinin yetersizliği önemli bir neden olmuştur. Yabancıların Antalya tercihlerinde, Coğrafi yakınlık, yabancıların Antalya tercihlerinde az etkili olan faktörler arasındadır. Özellikle Türkî Cumhuriyetlerinden gelenlerin Antalya tercih nedenleri arasında sosyal, kültürel ve inanç değeri de baskın olarak rol almaktadır.

Yabancıların Antalya tercihlerinde, ülkelerindeki sağlık ekiplerinin tavsiyesi de etkili olmuştur. Antalya'nın turistik bir şehir olması nedeniyle yabancıların hem tatil hem de sağlık hizmetlerinden faydalanmaktadır ayrıca misafirler konaklama ve transfer problemleri yaşamamaktadır. Bununla birlikte özellikle özel sağlık kurumlarının yeterli sayıda yabancı dil bilen personele sahip olması, yabancıların Antalya tercihlerini olumlu yönde etkilemektedir. Antalya'nın sağlık faaliyetleri ve yan hizmetler bakımından kendisini geliştirmesi, yabancıların Antalya tercihlerini önemli ölçüde etkilemektedir.

Antalya'daki doktorların yaptıkları bilimsel araştırmalar özellikle son yıllarda yapılan başarılı operasyonlar ile tanınmışlıkları, yabancı hastalar için referans oluşturmaktadır. Bu durum hastaların Antalya tercihlerinde önemli etkenlerden birini oluşturmaktadır. Reklam araçları yabancıların tercihlerinde önemli rol oynamaktadır. Destinasyonda yapılan başarılı operasyonların dış basında başarılı bir şekilde reklam aracı olarak kullanılması bu başarılarla bağlı olarak yurtdışında reklam araçlarının artırılması, Antalya sağlık turizmini olumlu yönde etkileyecektir.

Tablo 5.40 Memnuniyete İlişkin Önerme Tablosu

ÖNERMELER	N	A.O.	S.S.	α
Hastane Olanakları (Doktor, Sağlık Personeli) (A.O=4,93)				
Tedaviniz sırasında doktorlar sağlık durumumla ilgili bilgilendirmelerden	126	4,93	,24	,935
Yardımcı sağlık personelinin yaklaşımından	126	4,94	,22	
Hastanenin teknolojik altyapısından	126	4,92	,27	
Doktorla kurulan iletişimden	126	4,94	,22	
Doktorların yaklaşımından	126	4,92	,25	
Refakatçime sağlanan imkânlardan	126	4,92	,27	
Doktorlarınızın eğitim kalitesinden	126	4,93	,24	
Sorunlar çözüm süresinden	126	4,94	,22	
Yan Hizmetler (Haberleşme, Ulaşım ve Hijyen) (A.O=4,88)				
Hastanenin hijyen durumundan	126	4,88	,32	,976
Hastanenin haberleşme olanaklarından	126	4,88	,31	
Hastanenin sağladığı yan hizmetlerinden (yemek kalitesi, ısınma vb.)	126	4,89	,30	
Tıbbi işlemin bekleme sürelerinden	126	4,90	,29	
Yardımcı tıp personelinin ile iletişimden	126	4,88	,32	
Hastaneye ulaşım imkânlarından	126	4,86	,34	
Yardımcı sağlık personelinin eğitim kalitesinden	126	4,86	,34	
Ölçeğin Genel Güvenilirliği			,950	

Tablo 5.40’da görüldüğü gibi memnuniyette etkili olan unsurlara ilişkin ölçekte yer alan 15 öneme başlıca Hastane Olanakları (doktor, sağlık personeli) ve Yan Hizmetlere(haberleşme, ulaşım ve hijyen) ilişkin unsurlardan oluşmaktadır. Başlıca hastane olanakları (doktor, sağlık personeli) 1, 3, 4, 9, 2, 11, 13 ve 15nolu önermelerden oluşmaktadır. Yan Hizmetler (haberleşme, ulaşım ve hijyen) ilişkin boyutlar ise 5, 6, 7, 8, 10, 12 ve 14 nolu önermelerden oluşmaktadır. Bununla birlikte genel güvenilirliğinin (alfa değeri) 0,95 olması ölçeğin oldukça güvenilir olduğunu göstermektedir (Kalaycı, 2010, s. 405).Tablo 5.340’da görüldüğü gibi Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda alfa (α) değeri tüm ölçekler için $p=0,05$ ’in altındadır. Bu nedenle analizler parametrik olmayan testlere (Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis H) tabi tutulmuştur.

Yabancı hastalar, Antalya’da hizmet veren doktorlardan genel olarak memnundur. Hastalar, aynı zamanda doktorların tedavi öncesi bilgilendirmelerinden, tedavi sırasında sağlık personelinin yaklaşımından, tedavi sırasında kullanılan teknolojik olanakların yeterliliğinden, kalitesinden oldukça memnun görünmektedirler. Yabancı hastalar, tedavi sırasında hastanenin hijyen durumundan ve tedavi ortamlarının sağlıklı olmasından, tedavi sırasında hastanenin haberleşme olanaklarından buna bağlı diğer tüm yan hizmetlerinden oldukça memnundur. Tedavi sırasında yapılacak tıbbi işlemlerin bekleme süresinden ve tedavi sırasında doktorla ve yardımcı tıp personeli ile iletişim kurma konusunda bir sıkıntı yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Hastalar refakatçilerine sağlanan imkânlar konusunda, tedavi sırasında hastaneye ulaşım imkânlarından, tedavi gördükleri doktorların eğitim kalitesinden, tedavi sırasında hizmet gördükleri yardımcı sağlık personelinin eğitim kalitesinden ve tedavi sırasında karşılaştığınız sorunları hastanenin çözme çabası konusunda oldukça memnun kalmışlardır.

Tablo 5.41 Beklentilere İlişkin Önerme Tablosu

ÖNERMELER	N	A.O.	S.S.	α
Beklentiler				
24. Hizmet adına endişelerim yüksekti	126	4,93	,24	,733
25. Hizmet kalitesi çok yüksek	126	4,97	,15	
26. Ekip davranışlarında samimidir.	126	4,96	,19	
27. Bölgeyi tavsiye ederim	126	4,97	,15	
28. Hizmet kalitesi ve fiyat eşdeğer	126	4,96	,19	
29. Karşılama ve Konaklama hizmetleri	126	4,96	,17	
30. İletişimle ilgili endişelerim yüksekti	126	4,96	,17	
31. Medikal vize uygulaması sağlık turizmi talebini arttırır.	126	4,67	,17	
Ölçeğin Genel Güvenilirliği	,733			

Tablo 5.41’da görüldüğü gibi beklentilere ilişkin ölçekte 7 önerme yer almaktadır. Bunların başlıca hizmetlerle ve iletişimle ilgili endişeler olduğu görülmektedir. Bu bağlamda bölgeye gelen hastalara hizmet kalitesi ve fiyatın eşdeğer olup olmamasına da dikkat etmektedir. Buna göre beklenti ölçeği 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30 ve 31 nolu önermelerden oluşmaktadır.

Yabancı hastaların geneli döndükten sonra çevrelerine hem tedavi olanaklarını hemde bölgeyi mutlaka tavsiye edeceklerini belirtmişlerdir. Yabancı hastaların tümü hizmet tedavi de kullanılan teknolojik imkânlar ve hizmet kalitesine göre fiyatları oldukça uygun bulmaktadır, karşılama ve konaklama hizmetlerinden ve gelmeden önce iletişim problemi yaşamaktan endişe ettiklerini belirtmişler buna karşın tedavi sonrası memnun kaldıklarını belirtmişlerdir. Medikal vize uygulamasıyla birlikte Antalya’nın sağlık turizmi açısından serbest bölge olması ile yurt dışından hastalar ve tedavi ekiplerinin kolay giriş çıkış yapabilme imkânları sağlanırsa daha fazla yabancı hastanın Antalya’ya tercih etmesini sağlayacağı belirtilmiştir. Beklentilerle ilgili bulgular incelendiğinde, tüm hastaların Antalya’ya gelmeden önce daha negatif düşündükleri ancak Antalya’ya geldikten sonra daha pozitif düşündükleri tespit edilmiştir. Yabancı hastalar beklentilerinin üzerinde bir hizmet anlayışı ile karşılaşmıştır.

Tablo 5.42 Hastaların Geldikleri Ülkelerdeki İlk Tedavi Hizmetlerine İlişkin Memnuniyet Derecesi(‘1’-Hiç Memnun Değil.....‘5’-Çok Memnun)

1		2		3		4		5	
n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
27	21,4	48	38,1	28	22,2	13	10,3	10	7,9

Tablo 5.42’e göre katılımcıların %21,4’ü (n=27) hiç memnun olmadığını, %38,1’i (n=48) memnun olmadığını, %22,2’si (n=28) ne memnun ne memnun değil, %10,3’ü (n=13) memnun olduğunu ve son olarak %7,9’u (n=10) da çok memnun olduğunu belirtmektedir. BU bağlamda genel ortalamalara bakıldığında (mean) 2,44 olduğu görülmektedir. Bu bağlamda destinasyonda hizmettalep edenlerin geldikleri ülkelerdeki sağlık hizmetlerine ilişkin memnuniyet oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Bununla birlikte memnuniyet derecesi yüksek olanların ise Avrupa ülkelerinden geldiği tespit edilmiştir.

Tablo 5.43 Ülkelere Göre İlk Tedavi Hizmetlerine İlişkin Memnuniyet Derecesi('1'-Hiç Memnun Değil.....'5'-Çok Memnun)

Ülke	N	1	2	3	4	5
Azerbaycan	8	2	4	2	0	0
Gürcistan	10	0	4	2	3	1
Irak	13	8	4	0	0	1
Kazakistan	9	0	7	1	1	0
Libya	15	15	0	0	0	0
Mısır	8	2	0	4	1	1
Rusya	33	0	17	11	3	2
Ukrayna	7	0	5	0	0	2
Diğer	23	0	7	8	5	3
Toplam	126	27	48	28	13	10

Tablo 5.43'de görüldüğü gibi gelmeden önceki tedavi hizmetlerine ilişkin AB ülkelerinden gelenlerin memnuniyet derecelerinin oldukça yüksek olduğu görülmektedir. AB Bölgeye gelen hastalarla tedavi hizmetlerine ilişkin yapılan yüz yüze görüşmelerde, destinasyondaki sağlık hizmetlerinin geldikleri ülkelere göre bekleme sürelerinin kısa olmasını ve fiyat açısından daha avantajlı olduğunu belirtmektedir. Bununla birlikte Ortadoğu Arap ve Rusya ülkelerinden gelen hastaların gelmeden önceki tedavi hizmetlerine ilişkin hiç memnun olmadıkların görülmektedir. Bu bağlamda Ortadoğu ülkelerinden bölgeye tedavi amaçlı gelenler ile yapılan yüz yüze görüşmelerde, destinasyondaki sağlık hizmetlerinin geldikleri ülkedeki imkân ve olanaklarından daha yüksek olduğunu belirtmektedirler. Elde edilen bulgulara göre AB ülkelerinden gelenlerin destinasyonu tercihinde fiyat avantajın ve tedavi merkezlerindeki bekleme sürelerinin geldikleri ülkelere göre daha kısa olması etkili olduğu görülmektedir. Ortadoğu ve Rusya ülkelerinden gelenlerin ise destinasyon tercihinde ülkelerindeki tedavi hizmetlerine ilişkin teknolojik imkânların yetersizliklerinin ve yan hizmetlerden kaynaklanan eksiklikler olduğu görülmektedir.

Tablo 5.44 Kolmogrov - Smirnov Testi Sonuçları

Ölçek/Boyutlar	A.O.	S.S.	Normal Dağılım "Z"	Sig.
Destinasyonun Seçiminde Etkili Olan Unsurlar				
Ücret ve Ulaşım Avantajı	4,37	,53	2,209	0,000
Hizmet, Kalite ve Güven Unsuru	4,91	,21	5,059	0,000
Yüksek Kalite ve Turizm Etkinlikleri	4,96	,15	5,840	0,000
Arkadaş ve Reklam Unsurlarının Etkisi	4,67	,59	4,869	0,000
Memnuniyeti Etkileyen Unsurlar				
Hast. Olanak (Dr. ve Sağlık Personeli)	4,93	,20	5,142	0,000
Yan Hizmetler (Hbr, Ulaş, Hij.)	4,88	,30	5,437	0,000
Beklentilere İlişkin Unsurlar				
Hizmet adına endişelerim yüksekti	4,93	,24	6,048	0,000
Hizmet kalitesi çok yüksek	4,97	,15	6,039	0,000
Ekip davranışlarında samimidir.	4,96	,19	6,068	0,000
Bölgeyi tavsiye ederim	4,97	,15	6,039	0,000
Hizmet kalitesi ve fiyat eşdeğer	4,96	,19	6,068	0,000
Karşılama ve Konaklama hizmetleri	4,96	,17	6,059	0,000
İletişimle ilgili endişelerim yüksekti	4,96	,17	6,059	0,000
Medikal vize uyg. Sağlık turizmini arttırır	4,67	,17	4,827	0,000

Tablo 5.44’de görüldüğü gibi Kolmogorov-Smirnov testi sonucunda alfa (α) değeri $p=0,05$ ’in altında kalan boyutlar parametrik olmayan testlere (Mann-Whitney U ve Kruskal Wallis H) tabi tutulurken, alfa (α) değeri $p=0,05$ ’in üzerinde olan boyutlar parametrik testlere (T-Testi ve Anova) tabi tutulmaktadır. Buna göre boyutların nonparametrik testlere tabi tutulması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

5.4.2.1. Farksızlık Testleri

Farksızlık testlerine gerçekleştirilmeden önce anket soruları gruplandırılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişkiyi ölçmede kullanılacak teste karar vermek amacıyla KolmogorovSmirnov testi yapılmıştır. Kolmogorov, Smirnov testi sonuçlarına göre homojen varyansa sahip değişkenler arasındaki ilişkiyi ölçmek üzere t testi ve ANOVA testi, homojen varyansa sahip olmayan değişkenler arasındaki ilişkiyi ölçmek için ise Mann-Whitney U testi ve Kruskal Wallis H testlerinden yararlanılmıştır.

5.4.2.1.1.Mann Whitney U Testi ve Kruskall Wallis H Testi Analizi Bulguları

Parametrik olmayan testlerde belirli bir anlamlılık (0,05 veya 0,01) düzeyinde iki grup arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığı Mann Whitney U Testi ile üç ya da daha fazla grup arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığına da Kruskall Wallis H testi karar verilir.

Tablo 5.45 Katılımcıların Cinsiyetleriyle İlk Tedavilerindeki Memnuniyetlerine İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Cinsiyet	N	Ortalama Sırası (O.S)	Z	p
Önceki Tedavi Girişimindeki Memnuniyet	Kadın	70	51,04	-4,460	,000
	Erkek	56	79,08		

Tablo 45’de görüldüğü gibi bireylerin cinsiyetleriyle Önceki Tedavi Girişimindeki Memnuniyetleri arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmektedir ($Z=-4,460$; $p=0,000<0,05$). Bu bağlamda ortalamalara bakıldığında erkekler (O.S.=79,08) kadınlara (O.S.=51,04) göre daha fazla önceki tedavi girişiminden memnuniyet duymaktadır.

Tablo 5.46 Katılımcıların Medeni Durumlarıyla İlk Tedavilerindeki Memnuniyetlerine İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Medeni Durum	N	Ortalama Sırası (O.S)	Z	p
Medikal Vize Uygulaması	Evli	95	60,13	-2,237	,025
	Bekâr	31	73,84		

Tablo 5.46’de görüldüğü gibi bireylerin medeni durumlarıyla medikal vize uygulamasına geçilmesi arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmektedir ($Z=-2,237$; $p=0,025<0,05$). Bu bağlamda ortalamalara bakıldığında bekârlar (O.S.=73,84) evlilere (O.S.=60,13) göre daha fazla medikal vize uygulamasına geçilmesini desteklemektedir.

Tablo 5.47 Katılımcıların Yaşlarıyla İlk Tedavilerindeki Memnuniyetlerine İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	Yaş	N	Ortalama Sırası (O.S)	χ^2	p
Önceki Tedavi Girişimindeki Memnuniyet	40 ve altı	32	60,34	10,077	,018
	41-50	58	66,72		
	51-60	25	72,86		
	61 ve üstü	11	34,45		

Tablo 5.47’de görüldüğü gibi katılımcıların yaşları ile ilk tedavi girişimindeki memnuniyetleri arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($\chi^2=10,077$; $p=0,018<0,05$). Buna göre yaş grubu 51-60 (O.S.=72,86) olanların ilk tedavi girişimlerinden duydukları memnuniyetleri, sırasıyla 41-50 (O.S.=66,72), 40 ve altı (O.S.=60,34) ve 61 ve üstü (O.S.=34,45) yaş gruplarına göre daha yüksektir. Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Bu bağlamda farklılık 40 ve altı (O.K.=24,23) ile 61 ve üstü (O.K.=15,50) yaş grupları arasında görülmektedir ($Z=-2,146$; $p=0,032<0,05$). Buna göre 40 ve altı yaş grubunu oluşturanların, 61 ve üstü yaş grubunu oluşturanlara göre ilk tedavi girişimindeki memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bir diğer farklılık 41-50 (O.K.=37,72) ile 61 ve üstü (O.K.=20,68) yaş grubu arasında görülmektedir ($Z=-2,675$; $p=0,007<0,05$). Buna göre 41-50 yaş grubunu oluşturanların memnuniyetleri, 61 ve üstü yaş grubuna göre memnuniyetleri daha yüksektir. Başka bir farklılık ise 51 - 60 (O.K.=22,12) ile 61 ve üstü (O.K.=10,27) yaş grubu arasında görülmektedir ($Z=-3,296$; $p=0,001<0,05$). Buna göre 51-60 yaş grubunu oluşturanların memnuniyetleri, 61 ve üstü yaş grubunu oluşturanlara göre daha yüksektir.

Tablo 5.48 Yaş İle Destinasyon Tercihinde Yakın Tavsiyesinin Etkisine İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	Yaş	N	Ortalama Sırası (O.S)	χ^2	p
Destinasyon Tercihinde Yakın Tavsiye	40 ve altı	32	47,06	13,590	,004
	41-50	58	68,53		
	51-60	25	77,66		
	61 ve üstü	11	52,59		

Tablo 5.48’de görüldüğü gibi katılımcıların yaşları ile yakın tavsiyesi ile destinasyonu tercihi arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($\chi^2=13,590$; $p=0,004<0,05$). Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Bu bağlamda farklılık 40 ve altı (O.K.=36,34) ile 41-50 (O.K.=50,55) yaş grupları arasında görülmektedir ($Z=-2,569$; $p=0,010<0,05$). Buna göre 41-50 yaş grubunu oluşturanlar, 40 ve altı yaş grubuna göre yakın tavsiyesinden daha fazla etkilenmektedir. Ayrıca yaş grubu 40 ve altı (O.K.=22,52) ile 51-60 (O.K.=37,30) arasında da farklılık görülmektedir. Buna göre 51-60 yaş grubu, 40 ve altı yaş grubuna göre yakınlarının tavsiyesinden daha fazla etkilenmektedir. Son olarak farklılık 51-60 (O.K.=21,04) ile 61 ve üstü (O.K.=12,73) arasından da görülmektedir. Buna göre 51-60 yaş grubu, 61 ve üstü yaş grubuna göre yakın tavsiyelerinden daha fazla etkilenmektedir.

Tablo 5.49 Katılımcıların Meslekleriyle İlk Tedavilerindeki Memnuniyetlerine İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	Meslek	N	Ortalama Sırası (O.S)	χ^2	p
Önceki Tedavi Girişimindeki Memnuniyet	Kamu Çalışanı	24	63,96	11,583	,021
	Özel Sektör	26	82,04		
	Kendi İşi	45	54,78		
	Emekli	17	53,82		
	Diğer	14	68,07		

Tablo 5.49’de görüldüğü gibi katılımcıların meslek gruplarıyla ilk tedavi girişimindeki memnuniyetleri arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($\chi^2=11,583$; $p=0,021<0,05$). Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Bu bağlamda farklılık özel sektör çalışanları (O.K.=45,65) ile kendi işinde (O.K.=30,42) çalışanlara arasında görülmektedir ($Z=-3,109$; $p=0,002<0,05$). Buna göre özel sektör çalışanları, kendi işinde çalışanlara göre ilk tedavi girişimi buldukları işletmelerden memnuniyetlerinin daha yüksek olduğu görülmektedir. Bununla birlikte özel sektör çalışanı (O.K.= 26,12) ile emekliler (O.K.=15,71) arasında da farklılık görülmektedir ($Z=-2,746$; $p=0,006<0,05$). Buna göre özel sektör çalışanlarının, emeklilere ilk tedavi girişimi buldukları işletmelerden memnuniyetleri daha yüksektir.

Tablo 5.50 Katılımcıların Meslekleri İle Hizmetle İlgili Endişelerine İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	Meslek	N	Ortalama Sırası (O.S)	χ^2	p
Hizmet Adına Duyulan Endişe	Kamu Çalışanı	24	59,63	9,520	0,049
	Özel Sektör	26	65,08		
	Kendi İşi	45	66,10		
	Emekli	17	67,50		
	Diğer	14	54,00		

Tablo 5.50’da görüldüğü gibi katılımcıların meslek gruplarıyla destinasyondaki hizmetlere ilişkin endişeleri arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($\chi^2=9,520$; $p=0,049<0,05$). Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Bu bağlamda farklılık kendi işi (O.K.=31,34) grubu ile diğer (O.K.=25,68) grubu arasında görülmektedir ($Z=-2,475$; $p=0,013<0,05$). Buna göre kendi işinde çalışanların destinasyonda gelmeden önceki endişeleri, diğer grubunu oluşturan çalışanlardan

daha yüksektir. Bununla birlikte emekli (O.K.=17,50) ile diğer (O.K.=14,18) grubu arasında da anlamlı farklılık görülmektedir ($Z=-1,976$; $p=0,048<0,05$). Buna göre emekli olanlar, diğer grubunu oluşturanlara göre destinasyona gelmeden önce daha yüksek seviyede endişe taşımaktadır.

Tablo 5.51 Katılımcıların Eğitim Durumlarıyla İlk Tedavilerindeki Memnuniyetlerine İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	Eğitim	N	Ortalama Sırası (O.S)	χ^2	p
Önceki Tedavi Girişimindeki Memnuniyet	İlkokul/Ortaokul	13	34,19	29,821	,000
	Lise	25	40,98		
	Üniversite	70	77,04		
	Lisansüstü	18	63,28		

Tablo 5.51’de görüldüğü gibi katılımcıların eğitim durumlarıyla ilk tedavi girişimindeki memnuniyetleri arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($\chi^2=29,821$; $p=0,000<0,05$). Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Bu bağlamda farklılık ilkökul/ortaokul (O.K=19,4) grubu ile üniversite (O.K =46,26) grubu arasında görülmektedir ($Z=-3,851$; $p=0,000<0,05$). Buna göre üniversite mezunlarının ilk tedavi girişiminden duyduğu memnuniyet, ilkökul/ortaokul mezunlarına göre daha yüksektir. Bir diğer farklılık ilkökul/ortaokul (O.K =11,19) grubu ile lisansüstü (O.K =19,47) grubu arasında görülmektedir ($Z=-2,678$; $p=0,007<0,05$). Buna göre lisansüstü eğitime sahip olanların ilk tedavi girişiminden duyduğu memnuniyet, ilkökul/ortaokul mezunlarına göre daha yüksektir. Çalışmada ayrıca lise (O.K =28,52) grubu ile üniversite (O.K =54,96) grubu arasında da farklılığa rastlanmıştır ($Z=-4,259$; $p=0,000<0,05$). Buna göre üniversite mezunlarının ilk defa aldıkları tedavi hizmetlerinden duydukları memnuniyet, lise grubuna göre daha yüksektir.

Tablo 5.52 Eğitim Durumu İle Ücret ve Ulaşım Avantajına İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	Eğitim	N	Ortalama Sırası (O.S)	χ^2	p
Ücret ve Ulaşım Avantajı	İlkokul/Ortaokul	13	34,19	10,991	,012
	Lise	25	40,98		
	Üniversite	70	77,04		
	Lisansüstü	18	63,28		

Tablo 5.52’de görüldüğü gibi katılımcıların eğitim durumlarıyla ücret ve ulaşım avantajı arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($\chi^2=10,991$; $p=0,012<0,05$). Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Bu bağlamda farklılık İlkokul/Ortaokul (O.K.=28,58) ile üniversite (O.K.=44,49) eğitim grupları arasından kaynaklanmaktadır ($Z=-2,233$; $p=0,026<0,05$). Buna göre üniversite grubunu oluşturanlar, İlkokul/Ortaokul grubuna göre ücret ve ulaşım avantajına daha fazla önem vermektedir. Ayrıca İlkokul/Ortaokul (O.K.=10,69) ile lisansüstü (O.K.=19,83) eğitim grupları arasında farklılık görülmektedir ($Z=-2,878$; $p=0,004<0,05$). Buna göre lisansüstü grubunu oluşturanlar, ilkokul/ortaokul grubuna göre ücret ve ulaşım avantajına daha fazla önem vermektedir. Son olarak lise (O.K.=18,52) ile lisansüstü (O.K.=26,83) grupları arasında da farklılık görülmektedir ($Z=-2,228$; $p=0,026<0,05$). Buna göre lisansüstü grubunu oluşturanlar, lise grubunu oluşturanlara göre ücret ve ulaşım avantajına daha fazla önem vermektedir.

Tablo 5.53 Ülke İle İlk Tedavilerindeki Memnuniyetlerine İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	Ülke	N	Ortalama Sırası (O.S)	χ^2	p
Önceki Tedavi Girişimindeki Memnuniyet	Azerbaycan	8	51,63	57,858	0,000
	Gürcistan	10	83,60		
	Irak	13	33,77		
	Kazakistan	9	62,22		
	Libya	15	14,00		
	Mısır	8	77,13		
	Rusya	33	73,70		
	Ukrayna	7	71,36		
	Diğer	23	86,72		

Tablo 5.53’de görüldüğü gibi katılımcıların geldikleri ülkeler ile Önceki Tedavi Girişimindeki Memnuniyetleri arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($\chi^2=57,858$; $p=0,000<0,05$). Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Bu bağlamda farklılık Azerbaycan’dan (O.K.=6,75) gelenler ile Gürcistan’dan (O.K.=11,70) gelenler arasından kaynaklanmaktadır ($Z=-2,063$; $p=0,039<0,05$). Buna göre Gürcistan’dan gelenlerin bölgeye gelmeden önce uygulanan tedaviden duydukları memnuniyet Azerbaycan’dan gelenlere göre daha yüksektir. Ayrıca farklılık Azerbaycan’dan (O.K.=17,63) gelenler ile Libya’dan (O.K.=9,00) gelenler arasından da kaynaklanmaktadır ($Z=-3,77$; $p=0,000<0,05$). Buna göre Azerbaycan’dan gelenlerin bölgeye gelmeden önce uygulanan tedaviden duydukları memnuniyet Libya’dan gelenlere

göre daha yüksektir. Azerbaycan'dan (O.K.=9,00) gelenler ile Diğer (O.K.=18,43) grubunu oluşturan ülkelerden gelenler arasında da farklılık görülmektedir ($Z=-2,639$; $p=0,008<0,05$). Buna göre diğer grubunu oluşturan ülkelerden gelenlerin, bölgeye gelmeden önce uygulanan tedaviden duydukları memnuniyetleri Azerbaycan'dan gelenlere göre daha yüksektir. Gürcistan'dan (O.K.=16,75) gelenler ile Irak'tan (O.K.=8,35) gelenler arasında da farklılık görülmektedir ($Z=-3,081$; $p=0,002<0,05$). Buna göre Gürcistan'dan gelenlerin, bölgeye gelmeden önce uygulanan tedaviden duydukları memnuniyetleri Irak'tan gelenlere göre daha yüksektir. Irak'tan (O.K.=8,77) gelenler ile Kazakistan'dan (O.K.=15,44) gelenler arasında da farklılık görülmektedir ($Z=-2,605$; $p=0,009<0,05$). Buna göre Kazakistan'dan gelenlerin, bölgeye gelmeden önce uygulanan tedaviden duydukları memnuniyetleri Irak'tan gelenlere göre daha yüksektir.

Tablo 5.54 Ülke İle Destinasyon Tercihinde Yakın Tavsiye İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	Ülke	N	Ortalama Sırası (O.S)	χ^2	p
Destinasyon Tercihinde Yakın Tavsiye	Azerbaycan	8	88,38	19,309	0,013
	Gürcistan	10	69,30		
	Irak	13	46,42		
	Kazakistan	9	74,50		
	Libya	15	66,77		
	Mısır	8	94,50		
	Rusya	33	54,23		
	Ukrayna	7	74,7		
	Diğer	23	54,85		

Tablo 5.54'de görüldüğü gibi katılımcıların geldikleri ülkeler ile Destinasyon Tercihinde Yakın Tavsiyesiarasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($\chi^2=19,309$; $p=0,013<0,05$). Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Bu bağlamda farklılık Azerbaycan'dan (O.K.=15,56) gelenler ile Irak' dan (O.K.=8,19) gelenler arasından kaynaklanmaktadır ($Z=-2,855$; $p=0,004<0,05$). Buna göre Azerbaycan'dan gelenlerin bölgeye gelmelerinde Yakın Tavsiyesinden, Irak'tan gelenlere göre daha fazla etkilenmektedir. Ayrıca farklılık Azerbaycan'dan (O.K.=18,88) gelenler ile Libya' dan (O.K.=8,19) gelenler arasından da kaynaklanmaktadır ($Z=-3,784$; $p=0,000<0,05$). Buna göre Azerbaycan'dan gelenlerin bölgeye gelmelerinde Yakın Tavsiyesinden, Libya'dan gelenlere göre daha fazla etkilendiği görülmektedir. Başka bir farklılık da Azerbaycan (O.K.= 29,88) ile Rusya (O.K.=18,65) arasında görülmektedir. ($Z=-$

2,435; $p=0,015<0,05$). Buna göre Azerbaycan'dan gelenlerin bölgeye gelmelerinde Yakın Tavsiyesinden, Rusya'dan gelenlere göre daha fazla etkilendiği görülmektedir.

Tablo 5.55 Ülke İle Ücret ve Ulaşım Avantajına İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	Ülke	N	Ortalama Sırası (O.S)	χ^2	p
Ücret ve Ulaşım Avantajı	Azerbaycan	8	95,15	57,997	0,000
	Gürcistan	10	98,15		
	Irak	13	38,62		
	Kazakistan	9	40,78		
	Libya	15	37,57		
	Mısır	8	95,19		
	Rusya	33	56,47		
	Ukrayna	7	28,64		
	Diğer	23	86,96		

Tablo 5.55'de görüldüğü gibi katılımcıların geldikleri ülkeler ile Ücret ve Ulaşım Avantajı arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($\chi^2=57,997$; $p=0,000<0,05$). Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Bu bağlamda farklılık Azerbaycan'dan (O.K.=16,38) gelenler ile Irak'dan (O.K.=7,69) gelenler arasından kaynaklanmaktadır ($Z=-2,855$; $p=0,004<0,05$). Buna göre Azerbaycan'dan gelenlerin ücret ve ulaşım avantajına, Irak'tan gelenlere göre daha fazla önem vermektedir. Bununla birlikte Azerbaycan'dan (O.K.=13,06) gelenler ile Kazakistan'dan (O.K.=5,39) gelenler arasından kaynaklanmaktadır ($Z=-3,240$; $p=0,001<0,05$). Buna göre Azerbaycan'dan gelenler ücret ve ulaşım avantajına, Kazakistan'dan gelenlere göre daha fazla önem vermektedir. Bir başka farklılık da Azerbaycan'dan (O.K.=30,50) gelenler ile Rusya'dan (O.K.=18,78) gelenler arasından kaynaklanmaktadır ($Z=-2,572$; $p=0,010<0,05$). Buna göre Azerbaycan'dan gelenler ücret ve ulaşım avantajına, Kazakistan'dan gelenlere göre daha fazla önem vermektedir. Farklılık da Gürcistan'dan (O.K.=17,80) gelenler ile Irak'tan (O.K.=7,54) gelenler arasından kaynaklanmaktadır ($Z=-3,668$; $p=0,000<0,05$). Buna göre Gürcistan'dan gelenler ücret ve ulaşım avantajına, Irak'tan gelenlere göre daha fazla önem vermektedir. Libya'dan (O.K.= 12,00) gelenler ile Irak'tan (O.K.=17,38) gelenler arasından kaynaklanmaktadır ($Z=-2,594$; $p=0,009<0,05$). Buna göre Irak'tan gelenler ücret ve ulaşım avantajına, Libya'dan gelenlere göre daha fazla önem vermektedir.

Tablo 5.56 Ülke İle Hastane Olanaklarına İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	Ülke	N	Ortalama Sırası (O.S)	χ^2	p
Hastane Olanakları	Azerbaycan	8	34,63	17,534	0,025
	Gürcistan	10	61,20		
	Irak	13	64,15		
	Kazakistan	9	66,28		
	Libya	15	70,10		
	Mısır	8	65,31		
	Rusya	33	70,45		
	Ukrayna	7	64,71		
Diğer	23	57,80			

Tablo 5.56’de görüldüğü gibi katılımcıların geldikleri ülkeler ile Hastane Olanakları arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($\chi^2=17,534$; $p=0,025<0,05$). Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Bu bağlamda farklılık Azerbaycan’dan (O.K.=8,00) gelenler ile Irak’dan (O.K.=12,85) gelenler arasından kaynaklanmaktadır ($Z=-2,855$; $p=0,004<0,05$). Buna göre Azerbaycan’dan gelenlerin hastane olanaklarına, Irak’tan gelenlere göre daha az önem vermektedir.

Tablo 5.57 Yaşadığı Ülke Bölgesi İle Hastaların İlk Tedavilerindeki Memnuniyetlerine İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	Ülke Bölgesi	N	Ortalama Sırası (O.S)	χ^2	p
Önceki Tedavi Girişimindeki Memnuniyet	Avrupa	39	83,94	39,927	0,000
	Türk Cumhuriyetleri	18	56,92		
	Orta Doğu	36	35,31		
	Rusya	33	73,70		

Tablo 5.57’de görüldüğü gibi katılımcıların geldikleri ülkelerin bulunduğu bölgeler ile Önceki Tedavi Girişimindeki Memnuniyetleri arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($\chi^2=39,927$; $p=0,000<0,05$). Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Bu bağlamda farklılık Avrupa’dan (O.K.=33,41) gelenler ile Türk Cumhuriyetleri’nden (O.K.=19,44) gelenler arasından kaynaklanmaktadır ($Z=-3,153$; $p=0,002<0,05$). Buna göre Avrupa’dan gelenlerin bölgeye gelmeden önce uygulanan tedaviden duydukları memnuniyet Türk Cumhuriyetleri’nden gelenlere göre daha yüksektir. Avrupa’dan (O.K.=50,51) gelenler ile Orta Doğu’dan (O.K.=20,44) gelenler arasından kaynaklanmaktadır ($Z=-5,344$; $p=0,002<0,05$). Buna göre Avrupa’dan gelenlerin

bölgeye gelmeden önce uygulanan tedaviden duydukları memnuniyet Orta Doğu'dan gelenlere göre daha yüksektir. Türk Cumhuriyetleri'nden (O.K.=35,92) gelenler ile Orta Doğu'dan (O.K.=23,29) gelenler arasından kaynaklanmaktadır ($Z=-3,021$; $p=0,003<0,05$). Buna göre Türk Cumhuriyetleri'nden gelenlerin bölgeye gelmeden önce uygulanan tedaviden duydukları memnuniyet Orta Doğu'dan gelenlere göre daha yüksektir.

Tablo 5.58 Yaşadığı Ülke Bölgesi İle Hastaların Destinasyon Tercihinde Yakın Tavsiye İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	Ülke	N	Ortalama Sırası (O.S)	χ^2	p
Destinasyon Tercihinde Yakın Tavsiye	Avrupa	39	59,58	8,477	0,037
	Türk Cumhuriyetleri	18	82,39		
	Orta Doğu	36	66,81		
	Rusya	33	54,23		

Tablo 5.58'de görüldüğü gibi katılımcıların geldikleri ülkelerin bulunduğu bölgeler ile Destinasyon Tercihinde Yakın Tavsiyesiarasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($\chi^2=8,477$; $p=0,037<0,05$). Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Bu bağlamda farklılık Avrupa'dan (O.K.=25,77) gelenler ile Türk Cumhuriyetleri'nden (O.K.=8,19) gelenler arasından kaynaklanmaktadır ($Z=-2,280$; $p=0,023<0,05$). Buna göre Avrupa'dan gelenlerin bölgeye gelmelerinde Yakın Tavsiyesinden, Türk Cumhuriyetleri'nden gelenlere göre daha az etkilenmektedir. Rusya'dan (O.K.=21,89) gelenler ile Türk Cumhuriyetleri'nden (O.K.=33,53) gelenler arasından kaynaklanmaktadır ($Z=-2,792$; $p=0,005<0,05$). Buna göre Rusya'dan gelenlerin bölgeye gelmelerinde Yakın Tavsiyesinden, Türk Cumhuriyetleri'nden gelenlere göre daha az etkilenmektedir.

Tablo 5.59 Yaşadığı Ülke Bölgesi İle Hastaların Ücret ve Ulaşım Avantajına İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	Ülke	N	Ortalama Sırası (O.S)	χ^2	p
Ücret ve Ulaşım Avantajı	Avrupa	39	79,59	14,020	0,003
	Türk Cumhuriyetleri	18	67,03		
	Orta Doğu	36	50,75		
	Rusya	33	54,47		

Tablo 5.59'de görüldüğü gibi katılımcıların geldikleri ülkelerin bulunduğu bölgeler ile Ücret ve Ulaşım Avantajı arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($\chi^2=14,020$;

$p=0,003<0,05$). Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Bu bağlamda farklılık Avrupa'dan (O.K.=46,26) gelenler ile Orta Doğu'dan (O.K.=29,06) gelenler arasından kaynaklanmaktadır ($Z=-3,497;p=0,000<0,05$). Buna göre Avrupa'dan gelenler ücret ve ulaşım avantajına, Orta Doğu'dan gelenlere göre daha fazla önem vermektedir. Avrupa'dan (O.K.=40,01) gelenler ile Rusya'dan (O.K.=32,35) gelenler arasından kaynaklanmaktadır ($Z=-2,615;p=0,009<0,05$). Buna göre Avrupa'dan gelenler ücret ve ulaşım avantajına, Rusya'dan gelenlere göre daha fazla önem vermektedir.

Tablo 5.60 Rahatsızlıklar İle Yan Hizmetlere İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	Ülke	N	Ortalama Sırası (O.S)	χ^2	p
Rahatsızlıklar	Nöroloji	6	39,75	7,851	0,049
	Onkoloji	43	62,08		
	Göz	35	63,66		
	Ortopedi	42	68,21		

Tablo 5.60'da görüldüğü gibi katılımcıların rahatsızlıkları ile yan hizmetler arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($\chi^2=7,851; p=0,049<0,05$). Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Bu bağlamda farklılık Nöroloji (O.K.=14,25) gelenler ile göz den (O.K.=22,16) gelenler arasından kaynaklanmaktadır ($Z=-2,066;p=0,039<0,05$). Buna göre gözle ilgili rahatsızlıklarından dolayı gelenlerin, yan hizmetlerden duydukları memnuniyeti nöroloji bölümüne gelenlerden daha yüksektir.

Tablo 5.61 Aracı Kurumlar İle Hastaların İlk Tedavilerindeki Memnuniyetlerine İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	Ülke	N	Ortalama Sırası (O.S)	χ^2	p
Aracı Kurum	Asistan Firma	39	65,96	12,239	0,016
	Sigorta Şirketi	25	53,16		
	Acente	12	93,83		
	Kendi İmkânı	27	61,70		
	Diğer	23	56,85		

Tablo 5.61'da görüldüğü gibi aracı kurumlar ile hastaların ilk tedavilerinden duydukları memnuniyetler arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($\chi^2=12,239; p=0,016<0,05$). Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Bu bağlamda farklılık asistan firma (O.K.=23,62) ile acente (O.K.=33,75)

arasından kaynaklanmaktadır ($Z=-2,139$; $p=0,032<0,05$). Buna göre acente aracılığıyla ilk tedavi eğiliminde bulunanların memnuniyetleri aracı kurumlar aracılığıyla bulunanlardan daha yüksektir. Bununla birlikte sigorta şirketi (O.K=15,34) ile acente (O.K=26,63) arasında da farklılık bulunmaktadır ($Z=-3,069$; $p=0,002<0,05$). Buna göre acente aracılığıyla ilk tedavi eğiliminde bulunanların memnuniyetleri sigorta aracılığıyla bulunanlardan daha yüksektir.

Tablo 5.62 Katılımcıların Sağlık Güvenceleri İle Sunulan Hizmetlerin Kalite ve Fiyatlarına İlişkin Mann-Whitney U Testi Sonuçları

Bağımlı Değişken	Sağlık Güvencesi	N	Ortalama Sırası (O.S)	Z	p
Sunulan Hizmetin Kalite-Fiyatı	Evet	47	60,98	-2,264	0,024
	Hayır	79	65,00		

Tablo 5.62’de görüldüğü gibi bireylerin sağlık güvencesine sahip olmasıyla sunulan hizmetin kalite fiyat eşitliği arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmektedir ($Z=-2,264$; $p=0,024<0,05$). Bu bağlamda ortalamalara bakıldığında sağlık güvencesi olanlar (O.S.=60,98) sağlık güvencesi olmayanlara (65,00) göre sunulan hizmetlerin kalitesine ödenen ücretleri daha az uygun bulmaktadır.

Tablo 5.63 Katılımcıların İlk Teşhis Sonrası Bölgeye Gelişeriile Hastaların İlk Tedavilerindeki Memnuniyetlerine İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	Süre	N	Ortalama Sırası (O.S)	χ^2	p
Önceki Tedavi Girişimindeki Memnuniyet	1 yıldan az	63	65,41	12,905	0,002
	1-2 yıl	51	54,00		
	3 yıldan daha fazla	12	93,83		

Tablo 5.63’de görüldüğü gibi katılımcıların ilk teşhis sonrası bölgeye gelişeri ile Önceki Tedavi Girişimindeki Memnuniyetleri arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($\chi^2=12,905$; $p=0,002<0,05$). Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Bu bağlamda farklılık teşhis koyulduktan sonra geçen süre 1 yıldan az (O.K=35,19) olanlar ile teşhis koyulduktan sonra geçen süre 3 yıl ve daha fazla (O.K=52,75) olanlardan kaynaklanmaktadır ($Z=-2,666$; $p=0,008<0,05$). Buna göre teşhis koyulduktan sonra geçen süre 1 yıldan az olanlar, teşhis koyulduktan sonra geçen süre 3 yıl ve daha fazla olanlara göre ilk tedavilerindeki memnuniyetleri daha düşüktür. Bununla birlikte bir başka farklılık teşhis koyulduktan sonra geçen süre 1-2 yıl (O.K=28,33) olanlar ile teşhis koyulduktan sonra geçen süre 3 yıl ve daha fazla (O.K=47,58) olanlardan da

kaynaklanmaktadır ($Z=-3,396$; $p=0,001<0,05$). Buna göre teşhis koyulduktan sonra geçen süre 1-2 olanlar, teşhis koyulduktan sonra geçen süre 3 yıl ve daha fazla olanlara göre ilk tedavilerindeki memnuniyetleri daha düşüktür.

Tablo 5.64 Katılımcıların İlk Teşhis Sonrası Bölgeye Gelişleri ile Ücret ve Ulaşım Avantajına İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	Süre	N	Ortalama Sırası (O.S)	χ^2	p
Ücret ve Ulaşım Avantajı	1 yıldan az	63	65,41	11,17 2	0,004
	1-2 yıl	51	54,00		
	3 yıldan daha fazla	12	93,83		

Tablo 5.64’de görüldüğü gibi katılımcıların ilk teşhis sonrası bölgeye gelişleri ile Ücret ve Ulaşım Avantajı arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($\chi^2=11,172$; $p=0,004<0,05$). Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Bu bağlamda farklılık teşhis koyulduktan sonra geçen süre 1 yıldan az (O.K=64,32) olanlar ile teşhis koyulduktan sonra geçen süre 1-2 yıl (O.K=49,08) arasında olanlardan kaynaklanmaktadır ($Z=-2,507$; $p=0,012<0,05$). Buna göre teşhis koyulduktan sonra geçen süre 1 yıldan az olanlar, teşhis koyulduktan sonra geçen süre 1-2 yıl arasında olanlara göre ücret ve ulaşım avantajına daha fazla önem vermektedir. Ayrıca teşhis koyulduktan sonra geçen süre 1 yıldan az (O.K=41,02) olanlar ile teşhis koyulduktan sonra geçen süre 3 yıl ve daha fazla (O.K=22,17) olanlar arasında da farklılık görülmektedir ($Z=-2,820$; $p=0,005<0,05$). Buna göre teşhis koyulduktan sonra geçen süre 1 yıldan az olanlar, teşhis koyulduktan sonra geçen süre 3 yıl ve daha fazla olanlara göre ücret ve ulaşım avantajına daha fazla önem vermektedir.

Tablo 5.65 Hastanın Destinasyona Gelmeden Önce İlk Defa Tedavi Gördüğü Ülke ile İlk Tedavilerindeki Memnuniyetlerine İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	Ülke	N	Ortalama Sırası (O.S)	χ^2	p
İlk Tedavi Girişimindeki Memnuniyet	Azerbaycan	8	51,63	57,858	0,000
	Gürcistan	10	83,60		
	Irak	13	33,77		
	Kazakistan	9	62,22		
	Libya	15	14,00		
	Mısır	8	77,13		
	Rusya	33	73,70		
	Ukrayna	7	71,36		
Diğer	23	86,72			

Tablo 5.65’de görüldüğü gibi Hastanın Destinasyona Gelmeden Önce İlk Defa Tedavi Gördüğü Ülke İle İlk Tedavilerindeki Memnuniyetleri arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($\chi^2=57,858$; $p=0,000<0,05$). Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Irak’tan (O.K.=8,81) gelenler ile Mısır’dan (O.K.=14,56) gelenler arasında da farklılık görülmektedir ($Z=-2,201$; $p=0,028<0,05$). Buna göre Mısır’dan gelenlerin, bölgeye gelmeden önce uygulanan tedaviden duydukları memnuniyetleri Irak’tan gelenlere göre daha yüksektir. Irak’tan (O.K.=12,08) gelenler ile Rusya’dan (O.K.=28,00) gelenler arasında da farklılık görülmektedir ($Z=-3,849$; $p=0,000<0,05$). Buna göre Rusya’dan gelenlerin, bölgeye gelmeden önce uygulanan tedaviden duydukları memnuniyetleri Irak’tan gelenlere göre daha yüksektir. Irak’tan (O.K.=8,23) gelenler ile Ukrayna’dan (O.K.=14,71) gelenler arasında da farklılık görülmektedir ($Z=-2,545$; $p=0,011<0,05$). Buna göre Ukrayna’dan gelenlerin, bölgeye gelmeden önce uygulanan tedaviden duydukları memnuniyetleri Irak’tan gelenlere göre daha yüksektir. Irak’tan (O.K.=9,69) gelenler ile Diğer (O.K.=23,48) grubunu oluşturan ülkeler arasında farklılık görülmektedir ($Z=-3,875$; $p=0,000<0,05$). Buna göre Irak’tan gelenlerin, bölgeye gelmeden önce uygulanan tedaviden duydukları memnuniyetleri Diğer grubunu oluşturan ülkelere göre daha düşüktür. Kazakistan’dan (O.K.=20,00) gelenler ile Libya’dan (O.K.=8,00) gelenler arasında farklılık görülmektedir ($Z= -4,704$; $p=0,000<0,05$). Buna göre Kazakistan’dan gelenlerin, bölgeye gelmeden önce uygulanan tedaviden duydukları memnuniyetleri Libya’dan gelenlere göre daha yüksek olduğu görülmektedir. Kazakistan’dan (O.K.=10,89) gelenler ile Diğer (O.K.=18,70) grubunu oluşturan ülkeler arasında farklılık görülmektedir ($Z=-2,246$; $p=0,025<0,05$). Buna göre Kazakistan’dan gelenlerin, bölgeye gelmeden önce uygulanan tedaviden duydukları memnuniyetleri Diğer grubunu oluşturan ülkelere göre daha düşüktür.

Tablo 5.66 Hastanın Destinasyona Gelmeden Önce İlk Defa Tedavi Gördüğü Ülke İle Destinasyon Tercihinde Yakın Tavsiyesine İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	Ülke	N	Ortalama Sırası (O.S)	χ^2	p
Destinasyon Tercihinde Yakın Tavsiye	Azerbaycan	8	88,38	19,309	0,013
	Gürcistan	10	69,30		
	Irak	13	46,42		
	Kazakistan	9	74,50		
	Libya	15	66,77		
	Mısır	8	94,50		
	Rusya	33	54,23		
	Ukrayna	7	74,7		
	Diğer	23	54,85		

Tablo 5.66’de görüldüğü gibi katılımcıların geldikleri ülkeler ile Destinasyon Tercihinde Yakın Tavsiyesiarasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($\chi^2=19,309$; $p=0,013<0,05$). Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Bu bağlamda farklılık Azerbaycan (O.K= 21,25) ile diğer (O.K=14,17) grubunu oluşturan ülkeler arasında görülmektedir. ($Z=-1,996$; $p=0,046<0,05$). Buna göre Azerbaycan’dan gelenlerin bölgeye gelmelerinde Yakın Tavsiyesinden, Azerbaycan’dan gelenlerin diğer grubunu oluşturan ülkelere göre daha fazla etkilendiği görülmektedir. Kazakistan (O.K= 14,50) ile Irak (O.K=9,42) grubunu oluşturan ülkeler arasında görülmektedir. ($Z=-1,982$; $p=0,047<0,05$). Buna göre Kazakistan’dan gelenlerin bölgeye gelmelerinde Yakın Tavsiyesinden, Irak’tan gelenlere göre daha fazla etkilendiği görülmektedir. Mısır (O.K= 16,38) ile Irak (O.K=7,69) grubunu oluşturan ülkeler arasında görülmektedir. ($Z=-3,422$; $p=0,001<0,05$). Buna göre Mısır’dan gelenlerin bölgeye gelmelerinde Yakın Tavsiyesinden, Irak’tan gelenlere göre daha fazla etkilendiği görülmektedir.

Tablo 5.67 Hastanın Destinasyona Gelmeden Önce İlk Defa Tedavi Gördüğü Ülke İle Ücret ve Ulaşım Avantajına İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	Ülke	N	Ortalama Sırası (O.S)	χ^2	p
Ücret ve Ulaşım Avantajı	Azerbaycan	8	95,15	57,997	0,000
	Gürcistan	10	98,15		
	Irak	13	38,62		
	Kazakistan	9	40,78		
	Libya	15	37,57		
	Mısır	8	95,19		
	Rusya	33	56,47		
	Ukrayna	7	28,64		
	Diğer	23	86,96		

Tablo 5.67’de görüldüğü gibi katılımcıların geldikleri ülkeler ile Ücret ve Ulaşım Avantajı arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($\chi^2=57,997$; $p=0,000<0,05$). Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Bu bağlamda farklılık Mısır’dan (O.K.= 16,38) gelenler ile Irak’tan (O.K.=7,69) gelenler arasından kaynaklanmaktadır ($Z=-3,188$; $p=0,001<0,05$). Buna göre Irak’tan gelenler ücret ve ulaşım avantajına, Mısır’dan gelenlere göre daha az önem vermektedir. Diğer (O.K.= 23,59) grubunu oluşturan ülkeler ile Irak’tan (O.K.=9,50) gelenler arasından kaynaklanmaktadır ($Z=-3,918$; $p=0,000<0,05$). Buna göre Irak’tan gelenler ücret ve ulaşım avantajına, diğer ülke grubunu oluşturanlara göre daha az önem vermektedir. Mısır’dan (O.K.= 13,09) gelenler ile Kazakistan’dan (O.K.=5,39) gelenler arasından kaynaklanmaktadır ($Z=-3,240$; $p=0,001<0,05$). Buna göre Mısır’dan gelenler ücret ve ulaşım avantajına, Kazakistan’dan gelenlere göre daha fazla önem vermektedir. Diğer (O.K.= 20,39) grubunu oluşturan ülkeler ile Kazakistan’dan (O.K.=6,56) gelenler arasından kaynaklanmaktadır ($Z=-3,826$; $p=0,000<0,05$). Buna göre Kazakistan’dan gelenler ücret ve ulaşım avantajına, diğer ülke grubunu oluşturanlara göre daha az önem vermektedir.

Tablo 5.68 Hastanın Destinasyona Gelmeden Önce İlk Defa Tedavi Gördüğü Ülke İle Hastane Olanaklarına İlişkin Kruskal Wallis H Testi Bulguları

Bağımlı Değişken	Ülke	N	Ortalama Sırası (O.S)	χ^2	p
Hastane Olanakları	Azerbaycan	8	34,63	17,534	0,025
	Gürcistan	10	61,20		
	Irak	13	64,15		
	Kazakistan	9	66,28		
	Libya	15	70,10		
	Mısır	8	65,31		
	Rusya	33	70,45		
	Ukrayna	7	64,71		
	Diğer	23	57,80		

Tablo 5.68’de görüldüğü gibi katılımcıların geldikleri ülkeler ile Hastane Olanakları arasında anlamlı bir farklılık görülmektedir ($\chi^2=17,534$; $p=0,025<0,05$). Parametrik olmayan testlerde gruplar arasındaki farklılık Mann Whitney U testi ile belirlenmektedir. Bu bağlamda farklılık Azerbaycan’dan (O.K.=11,44) gelenler ile Rusya’dan (O.K.=23,32) gelenler arasından kaynaklanmaktadır ($Z=-3,846$; $p=0,000<0,05$). Buna göre Azerbaycan’dan gelenler hastane olanaklarına, Rusya’dan gelenlere göre daha fazla önem vermektedir. Çalışmada ayrıca Azerbaycan’dan (O.K.=11,31) gelenler ile Ukrayna’dan (O.K.=4,21) gelenler arasında da farklılık görülmektedir ($Z=-3,155$; $p=0,002<0,05$). Buna göre Azerbaycan’dan gelenler hastane olanaklarına, Ukrayna’dan gelenlere göre daha fazla önem vermektedir.

Tablo 5.69 Boyutlar Arası İlişkilere Yönelik Korelasyon Analizi

	Boyutlar	1	2	3	4	5	6
1	Hizmet kalitesi ve Güven	1					
2	Ücret ve Ulaşım Avantajı	,011 ,901	1				
3	Yüksek Kalite ve Turizm Potansiyeli	-,168 ,059	-,054 ,550	1			
4	Arkadaş ve Reklam unsuru	,161 ,072	,081 ,370	,002 ,986	1		
5	Hastane Olanakları	-,041 ,651	-,902** ,000	,059 ,515	,072 ,423	1	
6	Yan Hizmetler	,032 ,721	-,785** ,000	,004 ,961	-,094 ,296	,514** ,000	1

**0,01’e göre anlamlı

Tablo 5.69’de görüldüğü gibi korelasyon analizi, değişkenler arasındaki doğrusal ilişkiyi analiz eder. İki değişken arasındaki ilişkinin incelendiği durumlarda kullanılır. Farklı bir ifadeyle bağımsız değişkendeki artış ya da azalış, bağımlı değişkendeki artış ya da azalışı

ne derece etkiler. Tablo 5.69’da görüldüğü gibi Ücret ve Ulaşım Avantajı ile Hastane Olanakları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=-0,902$; $p=0,000<0,01$).” Ücret ve Ulaşım Avantajları arttıkça hastane olanakları büyük ölçüde azalmaktadır. Ücret ve Ulaşım Avantajı ile Yan Hizmetler arasında anlamlı bir ilişki görülmektedir ($r=,785$; $p=0,000<0,01$). Hastane Olanakları ile Yan Hizmetler arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($r=,514$; $p=0,000<0,01$).

Tablo 5.70 Hizmet Kalitesi ve Güven Olgusunu Destinasyonun Tercihine Yönelik Regresyon Analizi Bulguları

Bağımsız Değişkenler	β	T değerinin anlamlılık düzeyi	R^2	F	F Değerinin Anlamlılık Düzeyi
Ücret ve Ulaşım Avantajı	,028	,170	,960	181,586	,000
Yüksek Kalite ve Turizm Potansiyeli	-,011	,583			
Arkadaş ve Reklam unsuru	-,029	,159			
Hastane Olanakları	,681	,000			
Yan Hizmetler	,436	,000			
S17	,028	,151			
S21	-,010	,623			
S24	,013	,690			
S25	-,101	,004			
S26	,002	,949			
S27	-,020	,424			
S28	,021	,640			
S29	-,006	,843			
S30	,058	,040			
S31	-,006	,774			

Tablo 5.70’da görüldüğü gibi bağımlı değişken ile birden çok bağımsız değişken arasındaki ilişkiyi analiz eden istatistik tekniğine regresyon analizi denir. Bu analizde bağımlı değişken ve bağımsız değişken metrik olmalıdır. R^2 , bağımlı değişkende bağımsız değişkenler tarafından açıklanan değişimi yüzdesel olarak gösteren değerdir. β , her bir değer veya skor her bir bağımsız değişkenin bağımlı değişken üzerindeki göreceli etkisini ifade eder. F, oluşturulan regresyon modelinin istatistiksel anlamlılık düzeyini gösterir. t, her bir değişkenin ortaya konulan regresyon modeli içerisindeki önem derecesini ifade eder. Tablo66’daki bulgulara göre bağımsız değişkenlerin, bağımlı değişkeni (hizmet kalitesi ve güven) açıklama düzeyi istatistikî olarak anlamlıdır ($R^2=,96$). Farklı bir ifadeyle bağımsız değişkenler, bağımlı değişkeni % 96 oranında açıklamaktadır. Bağımlı değişkenin açıklanma düzeyi istatistikî açıdan anlamlı bulunmuştur ($F=181,586$; $p=0.000<0,05$).

5.4.3.Nitel Araştırma Bulguları

Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın uygulama kısmında kullanılan mülakatlara yer verilmiştir. Katılımcılara kapalı uçlu hazırlanan sorular yöneltilmiştir. Bu bağlamda ilk soruya

verilen cevaplar arasında karşımıza çıkan ve Antalya'nın sağlık turizmi açısından sahip olduğu olumluyönleri, ulaşım kolaylığı, uluslararası bilinirliği, iklimi ve konaklama imkânlarının sağlık turizmi açısından önemli bir bölge olduğu değerlendirmesidir. Bu nedenle verilen cevaplar arasında, sağlık turizminin temel noktalardan birisi olan farklı zamanlarda hizmetlerden yararlanılacak olunması turizmin sezon olarak ifade edilen dönemlerinin süresini de uzatacaktır.

Türkiye turizminin, mevsimlik ve coğrafi dağılımını iyileştirmek ve dış pazarlardaki değişen tüketici tercihleri dikkate alındığında sağlık turizmini geliştirecek politikalar üretilmelidir. Turizm sektörünün özellikle kış aylarında düşük kapasite ile çalışan konaklama tesislerini ayakta tutması ve sezonun tüm yıla dağıtılması için sağlık turizmine önem verilmesi gerekmektedir. Bu nedenle, Antalya'nın turizm altyapısı ve sahip olduğu yetişmiş insan gücünün varlığı, bölgede sağlık turizmi alanındaki özel sektör ve kamu yatırımlarını olumlu yönde etkilemektedir. Son yıllarda tıp alanında gerçekleştirilen başarılı ameliyatlara (yüz nakli, kol nakli ve kanser tedavilerinde kullanılan son teknolojiler), bölgedeki yatırım kararlarını doğrulamaktadır. Bu gelişmeler Antalya'yı, Türkiye için avantajlı bir bölge konumuna yükseltmektedir (Yılmaz, 2013).

Bölgenin, Avrupa, Asya, Afrika, Orta Doğu ve Yakın Doğu ülkeleriyle kısa süreli uçuş mesafesi uzaklığında olmasının yanı sıra iklimi ve coğrafi konumu itibariyle de dünyanın birçok noktasına doğrudan uçak seferleri yapılabilmektedir. Bu nedenle Antalya, Paris ve Londra'dan sonra turistik açıdan en çok ziyaret edilen şehirlerden birisidir. Bu durum, klasik turizm anlayışı, ulusal ve uluslararası seyahat acenteleri ve turizm şirketleri yönünden de bölgeyi zengin bir turizm destinasyonu konumuna yükseltmektedir. Bölgedeki uzman hekim kadrolarının yeterli düzeyde olması, kamu ve özel hastanelerde teknolojik imkânların yeterliliği bölgenin sağlık turizmi hizmetleri için önemli bir değerdir. Bununla birlikte Akdeniz Üniversitesine bağlı tıp fakültesi hastanesinde son yıllarda gerçekleştirilen başarılı operasyonların destinasyonun, sağlık turizminde marka olmasına katkıda bulunduğu görülmektedir (Kesikminare, 2013).

Antalya destinasyonu gelecek yıllarda Türkiye'nin ve dünyanın sağlık hizmetlerinde yükselen bir marka olması yönündeki çalışmalarını bölgenin klasik turizm den elde ettiği tecrübeyle bütünleştirerek gerçekleştirebilir. Destinasyon hizmet kalitesini oluşturan unsurlardan birisi destinasyonun ulaşılabilirliğidir. Bu kapsamda bölgeye yılda on milyondan fazla turist gelmesi ve Antalya havalimanından üç yüzden fazla noktaya

uçuş gerçekleştirilebilmesi, Antalya'nın sağlık turizminde marka bir şehir olmasını olumlu yönde etkilemektedir. Son yıllarda bölgede sağlık sektöründe hastanecilik alanında önemli yatırımların gerçekleştirilmesi, özel sektör ve kamu hastanelerinin kendilerini yenilemeleri Antalya'nın cazibesini arttırmaktadır. Farklı bir ifadeyle bölgede tıp alanında hem kamu hem de özel sektör tarafından gerçekleştirilen yatırımlar sonucunda her türlü teknolojik imkânlar kullanılmaktadır. Bununla birlikte Antalya yardımcı personel anlamında kırk binden fazla yerleşik yabancıyı istihdam etmesi bakımından yabancı dil, teknik elaman ve tercümanlık hizmetlerindeki eksiklikleri giderilebilir. Bununla birlikte bölgede yaşayan yerleşik yabancıların çevrelerinin de bu bölgeye gelmesi sağlık turizmini hareketlendirecek önemli unsurlardandır. Üniversite hastanesinin son yıllardaki dünya çapındaki başarıları Antalya'yı marka olma yönünde önemli katkılar sağlamaktadır. Bölgenin sahip olduğu yeni, genç, dinamik yapısı ve turizm tecrübesi olması yönüyle alt yapı ve üst yapı da konaklama tesisleri imkânlarının yüksek olması bölgenin avantajına katkıda bulunmaktadır. Son olarak bölgede istihdam edilen uzman hekimlerin Avrupa hekim kalitesinde ve yeterli düzeyde olması destinasyonun sahip olduğu bir başka avantajdır (Kaynar, 2013).

Bölgenin klasik turizm alt yapısından kaynaklanan turistik arzları, özel ve kamu hastane sayısı ve hizmet kalitesiyle medikal turizm için önemli bir destinasyon konumundadır. Bununla birlikte destinasyonun sağlık turizminde bilinirliği düşük seviyelerdedir. Klasik turizmde yanlış uygulanan pazarlama stratejilerinin Antalya'nın ucuz tatil yeri imajıyla konumlandırıştır. Bölgede sağlık turizmi, sürdürülebilir bir durum olmayan, Arap ülkelerinde yaralanan hastaların tedavisi ile başlamıştır. Türkiye'de sağlık turizmi denince İstanbul akla gelmektedir. Özellikle İstanbul'da bazı doktorlar, bir hastanenin getiremediği hasta sayısını çekebilmektedir. İstanbul'a her an her yerden ulaşım imkânı bulunmaktadır. İstanbul'da sağlık turizmi son 15 yıldır yapıyo. Sağlık turizmi odaklı hizmet sunan birçok hastane bulunmaktadır. Her türlü fuar ya da organizasyonda İstanbul kendini pazarlayabiliyor. Antalya'nın sağlık alanında bilinmemesi ve İstanbul'a nazaran direk uçuşların az olması dezavantajlarını oluşturmaktadır. Bu nedenle bölgenin ucuz şehir imajının yıkılarak sağlık alanındaki potansiyelinin anlatılması gerekmektedir. Antalya'da turizmim on iki aya yayılması sağlık turizmi ile sağlanabilir (Çakmak, 2013).

Sağlık alanında yapılacak yatırımların bir bütünlük içinde gerçekleştirilmesi gerekmektedir. Antalya sahip olduğu jeopolitik konum itibariyle hem tatil hem de sağlık

hizmetleri sunabilecek kalite ve imkânlarla sahip bir bölgedir. Sağlık alanında önemli bir yer tutan fizik, tedavi ve rehabilitasyon merkezleri yapılmalıdır. Hasta tedavisinde iletişim çok önemli olduğu için hastaya kendi dilinde tedavi uygulanması gerekir. Bu nedenle bölgedeki klasik turizmden kaynaklı yetişmiş iş gücünün istihdamına olanak tanımaktadır. Bu durum tedavi sırasında anadilde tercüme hizmeti verebilecek personel sıkıntısını da azaltacaktır. Bunlara ek olarak Antalya'nın sağlık turizminde bir marka olması için dünyanın farklı coğrafyalarında yapılacak halkla ilişkiler faaliyetleri gerekmektedir. Bu kapsamda öncelikle yurt dışında yaşayan Türkiye vatandaşlarına yönelik bilgilendirmeler yapılmalıdır. Bununla birlikte Antalya'nın sahip olduğu doğal, kültürel, sanatsal ve çevresel faktörleri cazibe merkezi konumuna yükseltirirken, konaklama tesislerinin alt yapılarının sağlık turizminde pazarlama aracı olarak kullanılması sağlanmalıdır (Dikmen, 2013).

5.4.3.1. Türkiye'nin ve Antalya'nın Sağlık Turizmi Açısından Sahip Olduğu Hukuki ve İnsan Kaynakları Değerleri

Çalışmada, katılımcılardan sağlık turizminin hukuki ve insan kaynaklarıyla ilgili boyutlarının Türkiye ve Antalya açısından değerlendirilmesi istenmektedir. Buna göre sigorta sorunları, mevzuata ilişkin eksikler, uluslararası standartlar, akreditasyon sorunları ve Antalya'da sağlık turizmindeki paydaş olabilecek kurumlar arasındaki organizasyon, bilinç ve eşgüdüm noksanlığı öne çıkmaktadır. Bu nedenle, Turizm'den gelir olarak beklentisini sağlayamayan esnaf sağlık turizmi potansiyelinin Antalya'ya herhangi bir değer kazandırmadığını düşünecektir.

Tüm doktorların malpractice karşı sigortalı çalışma zorunluluğu bulunmakla birlikte sağlık hakları açısından Türkiye'nin hukuki alanda birçok eksiği bulunmaktadır. Her hangi bir problem olduğunda sigorta kapsamında tahsilâtlar yapılmaktadır. Bu durumun daha iyi yönetilmesi için hekimlerin mesleki sigorta poliçesi, devlet tarafından ödenerek pirim miktarının arttırılması gerekmektedir. Hasta hakları konusunda yabancı hastaların hukuki hak aramalarında Türk kanunları geçerlidir. Başka bir ifadeyle Türkiye'de yabancı bir hasta Türk bir hastayla aynı haklara sahiptir. Bu nedenle seyahat acenteleri ve yabancı hasta getiren aracı kurumları organize eden mevzuat eksikliği, sağlık turizmi hizmetleri sunulurken karşılaşılan ilk sorunları oluşturmaktadır. Bu kapsamda sağlık turizminin tanıtımıyla ilgili mevzuat çalışmalarında sağlığın ve turizmin temel kurallarından yola çıkılması gerekir. Bu nedenle sağlık turizminde uluslararası standartlar ve akreditasyonu sağlanmasıyla ilgili yapılacak olan çalışmaların ilk sıralarda yer

almalıdır. Bununla birlikte sağlık turizminde uluslararası standartlar istenirken, akreditasyon konusunda ekonomi bakanlığının JCI gibi ciddi kurumsal bir yapılanmaya destek verdiği görülmektedir. Bununla birlikte Türkiye’de sağlık kurumlarının tamamının uyması gereken, Sağlık Bakanlığının kalite standartları da bulunmaktadır. Bakanlığın sahip olduğu kalite standartlarının, JCI standartlarından çok düşük olmadığı anlaşılması bakımından çok önemli görülmektedir. Bundan dolayı bakanlık var olan kalite standartlarını revize ederek akreditasyon oluşturup, bunu uluslararası yapımayı planlamaktadır. Bununla birlikte Türkiye’deki sağlık standartları, Avrupa Birliği (AB) standartlarıyla uyumlu olduğu görülmektedir. AB üye ülkelerinde en önemli avantaj, 27 ülkedeki herkesin bir ülkeden diğerine tedavi amaçlı seyahat edebilmesidir. Başka bir ifadeyle hastaların serbest dolaşım hakları ve sigortalarının tedavileri karşılıyor olmasıdır. AB ülkelerindeki sağlık bakanlığı gibi oluşturulmuş birimler sağlık turizmini harekete geçiren bu uygulamayı desteklemektedirler (Yılmaz, 2013).

Türkiye’nin ve bölgenin en önemli sorunu destinasyondaki sağlık kurumları arasındaki organizasyon eksikliğidir. Bu nedenle özellikle kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri ile özel sektör temsilcilerinin entegre çalışması ve yabancılara yapılan tedavilerin merkezi bir etik kurulu tarafından kontrol edilmesi gerekmektedir. Türkiye’de sağlık turizmi son yıllarda devlet politikası haline gelmiştir. Bu kapsamda yatırımcıların devlet teşviklerinden kolay bir şekilde yararlanması da sağlanmalıdır. Farklı bir ifadeyle Türkiye’de devlet politikası olarak sağlıkta reform denilecek düzeyde yatırımların önü açılmamıştır. Bu nedenle üniversiteler ile özel hastanelerin entegre çalışabilecekleri modeller oluşturularak araştırma ve geliştirme merkezleri oluşturularak dal hastanelerinin yapılmalıdır. Farklı bir ifadeyle tek başına dünyada başlı başına problem olan kanser araştırma merkezleri, yanık merkezleri, kardio merkezleri gibi birçok alanda dal hastaneleri kurulmalı ve her birinin kendi alanında ulusal ve uluslar arası alanda marka olması sağlanmalıdır. Antalya da sağlık serbest bölgesinden ziyade sağlık serbest şehri kurularak tüm şehir hastanelerinin aynı kapsamda yabancı doktorların çalışabileceği araştırmaların yapılabileceği merkezler oluşturulmalıdır. Son olarak bölgede yaşanan yabancı dil bilen doktor eksikliği ve yardımcı personel eksikliği yurt dışından alanında uzman hekimlerle telafi edilmelidir. Bununla birlikte profesyonel olarak hemşire ve diğer hizmet ekiplerinin eksikliği de aynı şekilde sağlanabilir. Bu nedenle bölgede çalışmak isteyenlere kolay denklik verilmelidir (Kaynar, 2013).

Sağlık turizmiyle ilgili mevzuat çalışmalarında sağlık sigortası ve bakım sigortası kavramlarının ayrı ayrı incelenmesi gerekir. Başka bir deyişle sağlık sigortası ve bakım sigortası farklı kavramlardır. Bu nedenle Türkiye’de bakım sigortası pek fazla bilinmemektedir. Bakım sigortasını sosyal hizmet kuruluşları, belediyeler karşılaması ve maliyetli bir iş olmasından dolayı devletin genellikle bu sorumluluğu almak istememesinden kaynaklı eksiklikler bulunmaktadır. Avrupa’da hastaların serbest dolaşımında “evde bakım ve bakım sigortası” hariç tutulmaktadır. Bakım sigortası AB ülkelerinde farklı şekillerde uygulanırken Türkiye mevzuatında ise hiç yer almamaktadır. Bu nedenle yaşlı ve bakıma muhtaç turistler Türkiye’yi tercih etme eğilimi göstermemektedir. Dolayısıyla sağlık turizminde sigorta konusunun yeniden gözden geçirilmesi gerekir. Aynı şekilde genel sağlık sigortası ve seyahat sigortası kavramları da farklı ifadelerdir. Turizm hareketliliği olduktan sonra turistlere yönelik paket seyahat sigortası yapılmaktadır. Her seyahat sigortasının kapsamı ve vereceği limitler farklıdır ama daha sonra genişletilebilir. Bunlara ek olarak sağlık turizmi sigortasının da mevzuatta yer alması gerekir. Yurtdışındaki kurum ve kuruluşlar çalışanlarını yurtdışına tedaviye gönderirken kendileri sigortalatmaktadır. Bu kapsamda hastanelerin veya işletmenin niteliğine göre poliçe yapılmaktadır. Sağlık turizmi poliçesinde kurumlar sigortalıyor veya hasta kendisi sigortalıyor. Turistler yurtdışından gelirken sağlık poliçesi yaptırıyorlar. Örneğin trafik kazası geçirirse, çalıştığı şirketin poliçe sınıfına göre masraflar sigortası tarafından karşılanmaktadır. Bu sigorta dünyanın her yerinde geçerli olabileceği gibi sadece Avrupa ve Türkiye ile sınırlandırılabilir. Eğer ölüm olursa ve sebebi hastane kaynaklı ise, enfeksiyon gibi, hastane poliçesinden karşılanır. Denizde kaza geçirdiğinde poliçesi yok ise o zaman hastanın acile gitmesi gerekir. Fakat acil hizmet ücreti alınmamaktadır. Kamu hastanelerine gelen yabancı hastalar genellikle akut hastaları olmaktadır. Bu konuda geri ödeme ile ilgili hukuksal düzenlemelerin yapılması gerekir. Türkiye uygulamalarına bakıldığında kendi ülke vatandaşlarını koruyan yasalar olmakla birlikte, yabancı hastalara yönelik uygulamalar göz ardı edilmektedir. Sağlık hizmetleri almak için hasta transferleri sağlanmakta fakat hastanelerdeki fiyatlandırmalarda bir standartın olmaması olumsuz bir imaj yaratmaktadır. Kamu hastanelerinin fiyatları belli, özel hastanelerin fiyatları ise serbest piyasa koşullarında belirlenmektedir. Özel hastanelerin fiyatını Sağlık bakanlığı belirleyemiyor. Sağlık bakanlığının fiyatla ilgili çalışma yapması gerekmektedir. Önümüzdeki dönemlerde il sağlık müdürlüklerinin fiyatları yıllık onaylaması gündeme gelecektir. Aracı kurumlarla ilgili mevzuat çalışması yapılmaktadır. Hasta şikâyetleriyle ilgili olarak, şikâyet hattı Alo 184, altı dilde hastalara hizmet verirken, işleyen bir şikâyet sistemi de bulunmaktadır.

Şikâyetler genellikle fiyat konusunda yapılmaktadır. Yapılan araştırmalardan elde edilen bulgulara göre hastaların uygulanan tedavilerden memnun oldukları görülmektedir. Bununla birlikte şikâyetlerin çoğunlukla fiyat düzeylerine ilişkin olduğu görülmektedir. Bu nedenle hasta memnuniyetiyle ilgili çalışmaların yapılması gerekmektedir. Sağlık turizmi hizmetleri yaklaşık dört beş senedir sunulmaktadır. Sağlık turizmi yapmak için; İngilizce web sitesi olmalı, tüm tedaviler, fiyatlar, legal süreçler açıkça anlatılmalı; 7/24 çalışan İngilizce telefon hattı olmalı; hastaların dolduracağı formlar ve onan formları İngilizce olmalı; tedavi protokolleri yazılı olmalı; ücretler önceden belli olup yayınlanmalı; sağlık turizmiyle ilgilenen hastanelerin listesi yayınlanmalı ve akreditasyonu sağlanmalı. Hastane akreditasyonu aldıktan sonra, eğer ruhsatı var ise “biz bu şartları taşıyoruz, sağlık bakanlığından belgemiz var” şeklinde reklam ve pazarlama çalışmaları yapılabilir (Çakmak, 2013).

Türkiye'nin sağlık hizmetlerindeki en önemli sorunlarından birini birlikte hareket ederek tanıtım ve pazarlama yapma noktasındaki eksiklikleri oluşturmaktadır. Çünkü, tanıtım ve pazarlama belli prosedürlere sahiptir. Seyahat acentesiz tanıtım ve pazarlama yapmak son derece zordur. Yabancı hastanın bulunmasında seyahat acentelerinin katkı sağlaması gerekmektedir. Hastanelerin acenteler ile işbirliği yapması ve birlikte hareket ederek uygun pazarlama teknikleriyle pazarlama ve tanıtımı gerçekleştirmeleri gerekmektedir. Antalya olarak birlikte hareket etme konusunda kararlılık gerekmektedir. Bununla birlikte tedavi yöntemlerinin pahalı ve bekleme sürelerinin uzun olduğu, yetersizliklerin yaşandığı hedef seçilen ülkelerde, yurtdışı temsilcilik sistemi ve irtibat ofisleri kurulmalıdır. Dış ülkelerde irtibat bürosu açmak için birçok hastane güç birliği yapabilir. Bu nedenle yurtdışı pazarların araştırılması gerekmektedir. Birlikte hareket ederek tanıtım ve pazarlamaya ağırlık verilmelidir. Çünkü tekil olarak yapılan pazarlama ve tanıtım çalışmaları sınırlı kalmaktadır. Koordinasyon ve ortak hareket etme konusunda eksikliklerin giderilmesi de ayrıca bir çalışma koşudur. Sağlık turizminde ürünlerin belirlenerek paket haline getirilmesi, uygun pazarların ve tanıtım metotlarının seçilmesi ve bunlara uygun pazarlamanın yapılması gerekmektedir. Antalya'da sunulabilecek sağlık hizmetleri tanımlanmalı ve sonrasında bu ürünler paket haline getirilip çeşitli basın organları vasıtasıyla tanıtımının yapılması gerekmektedir. Pazarlama noktasında fiyatların önceden belirlenmesi faydalı olacaktır. Belirlenen paketler için hedef ülkeler seçilmeli, katılım sağlanacak yurtdışı fuarlar belirlenmeli ve Antalya'nın sağlık turizmi potansiyeli anlatılmalıdır. Tanıtımda faaliyetlerinde bölgenin farklılıklarının ortaya koyulması gerekmektedir. Bununla birlikte yabancı hastaların şehre girmesinden sonra

yapılan tanıtımlarda önem taşımaktadır. Yapılan araştırmalara göre bilgilendirme yapılan Rusların ameliyat için ikinci defa Türkiye'ye geldikleri tespit edilmiştir. Sağlık turizmiyle ilgili pazarlama faaliyetleri klasik turizm anlayışındaki kitle turizmi pazarlama stratejilerinin uygulanması bölgenin marka değerine zarar vereceği için böyle bir yola başvurulmamalıdır. Sağlık hizmetleri pazarlamasında yeni tanıtılacağı tespit edilmesi, hedef kitlenin veya ürünün destinasyonunun iyi seçilmesi gerekmektedir. Burada pazarlama karması unsurlarından fiyata ve ucuzluğa vurgu yapılmamalıdır. Bilakis hizmetin kalitesi öne çıkartılmalıdır. Çünkü hizmette sunulan kalite rekabet avantajı da sağlayacaktır. Belediye ve Valilik ortak çalışmalar yürüterek billboardlar tanıtım amaçlı kullanılmalıdır. Bununla birlikte yurtdışı turizm ataşelikleri de tanıtıma katkı sağlamalıdır. Devletin sağlamış olduğu tanıtım ve pazarlama teşviklerinin kullanılması gerekmektedir. Bu konuda Ekonomi Bakanlığının önemli teşvikleri bulunmaktadır. Tek başına tanıtım amaçlı yurtdışına giden işletmelere % 50, birlikte hareket eden işletmelere % 70'ler düzeyinde teşvikler sağlanmaktadır. Sağlık Bakanlığının mevzuatına bağlı olarak sağlık kuruluşlarının kendi isimleri ile yurtiçinde reklam yapamaması maalesef tanıtımın önündeki engellerden bir tanesidir. Son olarak Valilik ve turizm müdürlüklerinin yapacağı ortak bir çalışma ile ülkemize gelen turistlerin pasaportlarına tanıtıcı bir flyer konulabilir. Bu flyer'a Türkiye'de bulunan "call center" numaraları ve sağlıkla ilgili gerekli bilgiler konularak turistlerin ihtiyaçları karşılanmalıdır. Örneğin Malezya'da, havalimanında dış hatlardan içeri girmeden hastanelerin kioskuları bulunmaktadır. Buralarda, hastanede çalışan uzman personel, hastaları kültürüne ve diline göre karşılamaktadır. Hastanelerde bu hizmetlerin altyapısını oluşturan sistemler geliştirilmelidir (Dikmen, 2013).

5.4.3.2. Türkiye'nin Sağlık Alanında Hedef Pazar Seçiminde Diğer Ülkelere Göre Sahip Olduğu Avantajlar

Çalışmada, katılımcılardan Türkiye'nin, sağlık alanında hedef pazar seçiminde diğer ülkelere göre sahip olduğu jeopolitik konumundan dolayı avantajlarının değerlendirilmesi istendiğinde, öncelikli ülke pazarlarının sınıra komşu ülkeler oluşturması gerektiği öne çıkmaktadır. Bu pazarlarda Türkiye'nin bilinirliğinin yüksek olması ve ulaşımının rahat sağlanması önemli bir avantaj olarak görülmektedir.

Türkiye'nin üç kıtanın birleştiği bir konuma sahip olması en önemli avantajlarından birini oluşturmaktadır. Bu nedenle ilk olarak çevre coğrafyalardan sağlık turistleri alınması gerekmektedir. Çünkü ülkenin sınırı olan bölgelerde bilinirliği yüksek

olması ve sınır komşularının sağlık alanında çok önemli gelişmeler göstermediği bilinmektedir. Bunun yanı sıra sınır ülkelerin yaşam standartları çok yüksek olmadığı için geliri çok alt seviyelerde hasta akışı muhtemeldir. Geleneksel sağlık hizmetleriyle böyle bir durum söz konusu olabilir. Ancak, sunulan hizmetlerin yenilikçi ve dünyada az sayıda ülke tarafından gerçekleştirilen hizmetler sağlandığında farklı pazarlardan da hasta tercihlerinin olması muhtemeldir. Bununla birlikte Türkiye pazarını Rusça konuşan ülkeler, Balkanlar, Kafkasya ve Orta Doğu ülkeleri oluşturmaktadır. Bu kapsamda, Türkiye'nin bir İslam ülkesi olması, İsrail gibi ülkelere göre önemli bir avantaj olarak görülmelidir. Türkiye'ye vizenin kolay alınması, üç kıtaya hakim bir destinasyon olma konumu ve dört saatlik uçuş mesafesinde bir çok ülkeye doğrudan uçuş sağlanması da başka bir avantaj olarak görülmektedir (Yılmaz, 2013).

Yerli ve yabancı turistlerin, destinasyonu yeniden ziyaret eğilimlerinde destinasyon hizmet kalitesi unsurlarından biriside “ulaşım”dır. Bu nedenle, Türkiye'nin coğrafi olarak üç kıtanın birleştiği bir bölgede olması, ülkeyi lojistik olarak avantajlı bir konuma yükseltmektedir. Türkiye'nin bu avantajlı konumunu koruyarak, sağlık turizmiyle ilgili oluşturacağı pazarlama stratejilerinin, gelecekte en büyük pazarlarını oluşturacak olan Rusya, Ortadoğu Arap Ülkeleri, Türkî Cumhuriyetleri ve Balkan Ülkelerine yönelik olarak oluşturması gerekmektedir. Bunun en önemli nedeni ise, Avrupa'daki uygulamalar ile İslam ülkelerindeki uygulamaların farklılık göstermesidir. Başka bir ifadeyle inanç farklılıklarından kaynaklı muameleler ve cenaze hizmetlerindeki eksikliklerin, Türkiye pazarını Avrupa'ya göre daha avantajlı konumuna yükseltmektedir. Bununla birlikte Avrupa ülkelerine vize alınmasındaki güçlükler, Türkiye'nin ikili ilişkileri ile vize muafiyeti uygulamalarıyla Türkiye'ye birçok ülke vatandaşının direkt olarak giriş yapabiliyor olmasından ve ulaşım kolaylığından kaynaklanmaktadır. Bundan dolayı Avrupa ikinci derecede hedef pazar olarak konumlandırılmalıdır. Bununla birlikte, özellikle kuzey Avrupa'daki yaşlı nüfus tıbbi altyapı, iklim ve fiyat avantajlarından dolayı Türkiye'yi tercih edecektir. Çünkü ileri teknoloji, rekabetçi tıbbi cihazların kullanılması, yenilikçi ve ilk kez uygulanan tedavi yöntemlerinin bulunması ve özellikle Avrupa ve Amerika'daki bekleme sürelerinden çok daha kısa sürede hizmet sunulmasından kaynaklanmaktadır (Kesikminare, 2013).

Türkiye'nin klasik turizm (deniz-kum-güneş) anlayışında olduğu gibi sağlık turizminde sayısız rakipleri bulunmaktadır. Dünya turizmindeki gelişmeler ve eğilimler, turizm pazarlamasını ülke boyutundan destinasyon boyutuna taşıdığı için yeni

destinasyonların ve yeni turistik ürünlerin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Bu nedenle Ürdün her ne kadar hitap ettiği destinasyon ve pazarlar kısıtlı olsa da, İsrail ve Avrupa pazarları önemli rakip pazarlar olarak görülmelidir. Bu destinasyonların önemli dezavantajları bulunmaktadır. Örneğin rakip bölgelerden birisi olan İsrail Rusya, Ukrayna ve diğer o bölge ülkelerine hitap eden bir destinasyondur. Bununla birlikte Arap pazarına girme imkânı olmayan bir bölge olması ülke adına önemli bir dezavantaj oluşturmaktadır. Bu durum yakın zamanda sağlık hizmetleri için önemli yatırımlar gerçekleştirilen Ürdün'ün, hitap ettiği destinasyon ve pazarların kısıtlı ölçüde olduğu görülmektedir. Bununla birlikte Arap devletleri vize uygulamaları ve inanç sisteminden dolayı Avrupa ülkelerini tercih etmemektedir. Bununla birlikte sağlıkta hantallaşan yapıları ve bekleme sürelerinin uzunluğu, Antalya'yı sağlık turizminde rakiplerinden bir adım öne geçirmektedir. Bununla birlikte Antalya'nın rakip bölgelere göre en önemli avantajını sezonluk turizm altyapısı oluşturmaktadır. Bu nedenle sağlık turizmindeki gelişmeler destinasyona alternatif bir turizm şekli olarak katkı sağlayacaktır. Bununla birlikte bölgenin sahip olduğu donanım, altyapı, üstyapı ve doktor kalitesi olarak Avrupa'nın önüne geçmesini sağlamaktadır. Bu kapsamda Avrupa'nın fiyat avantajını ve sağlık hizmetlerindeki yüksek fiyatlarından dolayı rekabet etme yeteneğini kaybettiği görülmektedir (Kaynar, 2013).

Hedef Pazar olarak özellikle Rusya ülkeleri, Ortadoğu Arap ülkeleri ve Türkiye Cumhuriyetleri önümüzdeki yıllarda destinasyon olarak sağlık turizmi amaçlı Antalya'yı tercih edecekleridir. Antalya'nın uluslararası tanınırlığı ve imkânlarının geniş bir coğrafi yapıya sahiptir. Antalya destinasyonundan doğrudan uçuş gerçekleştirilen birçok ülke bulunmaktadır. Farklı bir ifadeyle konum olarak dört saatlik uçuş mesafesinde dünyanın birçok ülkesine ulaşım hizmeti sunulmaktadır. Rekabette Türkiye'yi ön plana çıkaracak olan faktörler çevre ilişkileri, etnik ortak yapı ve din olgusundan dolayı hitap edecek ülkelerin çok olması, Avrupa ve birçok ülkeye göre avantajlı konuma sahiptir. Örneğin Ortadoğu da İsrail sağlık turizmi olarak dünyada önemli ülkelerin başında gelir ancak Rusya ve Ukrayna pazarına hâkimdir ancak Ortadoğu ve Arap pazarına giremez çünkü ikili ilişkileri iyi değildir. Bu nedenle, İsrail sağlık turizminde bu pazarlar için üst olarak Türkiye'yi kendine partner olarak kabul edecek ve sağlık hizmetlerini Türkiye üzerinden verecektir. Türkiye, Avrupa'ya göre fiyat politikası olarak ucuz bir ülke konumunda olmasına rağmen Avrupa ülkelerinden daha kaliteli sağlık hizmetleri sunulmaktadır. İnanç farklılıklarından dolayı, İslam ülkeleri Avrupa'yı tercih etmeyeceklerdir. Çünkü yapılan muameleler ve cenaze hizmetlerindeki eksiklikler, Türkiye pazarını Avrupa'ya

göre daha avantajlı hale getirmektedir. Avrupa'daki vize uygulamalarında karşılaşılan güçlükler, Türkiye'nin ikili ilişkileri ve vize muafiyeti ile birçok ülke doğrudan giriş yapabilmektedir. Farklı bir ifadeyle Türkiye, kolay ulaşımdan dolayı tercih edilmektedir. Bununla birlikte bölgeye gelen hastalara konaklama transfer ve çağrı merkezi hizmetleri profesyonelce verilebilecek alt yapı mevcuttur. Destinasyonun coğrafi konumu, özellikleri en önemli avantajlarını oluşturmaktadır. Bununla birlikte tüp bebek vb. hizmetlerde diğer ülkelere oranla başarı oranının yüksek olması da önemli avantajlar olarak görülebilir. Bu kapsamda pazar ülkeler hizmet kalitesi, fiyat ve ulaşım açısından Avrupa ülkeleri ile Türk Cumhuriyetler ve Ortadoğu ülkeleri olarak görülebilir (Çakmak, 2013).

Türkiye'nin sağlık hizmetlerinin tanıtımlarının seviyesi yetersizdir. Bu nedenle fuarlar ve kongreler aktif bir şekilde tanıtım amaçlı kullanılmalıdır. Bu nedenle aktif tanıtımlar için e-marketing sistemleri kurulmalı ve kullanılmalıdır. Örneğin sağlık turizminde aktif ve güçlü bir pazara sahip olan İsrail'in kullandığı model çok önemli ve etkileyicidir. Kamu hastanelerin sağlık turizm birimleri özelleştirilerek, kamu hastanelerini işleten firma hastaneleri ile paket olarak çalışmaktadırlar. Uygulamalarına bakıldığında oluşturulan pazarlama ekibi internet üzerinden hedef pazar olarak belirledikleri ülkeler için ilk olarak onlarca web sitesi kurulmaktadır. Örneğin Rusya'da bir hasta sağlık ile ilgili hangi siteye girerse girsin, fiyat araştırması yapsın aslında tüm sitelerin sahibi bir tane kurum başvuru yaptığı anda aynı sistem üzerine düşüyor ve anında hastaya geri dönüş ile pazarlama süreci başlıyor ve bire bir hizmet verilerek hastaların İsrail'e gelmesi sağlanıyor. Bu şekilde modeller de ülkemizin gerek kamu gerekse üniversite hastanelerimize kurulması gerekmekte ve yapılacak pazarlama çalışmaları desteklenmelidir. Avrupa ve Amerika gibi kalite noktasında bir seviyeye gelmek için öncelikle medya yolu ile haberler ve uluslar arası çalışmalara katılmalı ve ARGE kapsamında yapılan patent çalışmaları ile ülkemizdeki doktorlarımızın ve hastanelerimizin başarıları bir şekilde Dünya'ya reklam edilmelidir. Şu anda Türkiye'nin hekim kalitesi dünyanın birçok ülkesindeki hekim kalitesinin üzerindedir. Özellikle Avrupa ve Amerika'daki bekleme sürelerinden çok daha kısa sürede hizmetler verilmektedir. Pazarlama karması unsurlarından birisi olan yere olan ulaşım, turizmin en önemli ayağını oluşturmaktadır. Antalya'nın bu konuda 3 saatlik uçuş mesafesinde bulunan ve bir şekilde Türkiye aşinalığı bulunan ülkeler hedef ülke olarak seçilmelidir. Hedef ülke seçiminde Ekonomi bakanlığının listesinden yararlanılabilir. Kazakistan'da maddi durumu iyi olan kesimin % 10'u tedavi ve sağlık hizmetleri için Almanya'ya

gitmektedir. Kazakistan doktorlarını eğitim için, hastalarını da tedavi için Almanya'ya göndermektedir. Hastalar internet üzerinden Almanya'da ameliyat olacağı hastane ve doktorlar ile iletişim kurmaktadır. Pazarlama konusunda Almanlar başarılı sayılmaktadırlar. Dünyada sağlık turizmi ile ilgili tüm fuarlarda Almanya'yı görmek mümkündür. Donanımlı ve detaylı kataloglar hazırlanarak, hedefledikleri bölgeye bir ay önceden yerleşerek tanıtım ve duyuru çalışmaları yapılmaktadır. Bu şekilde ülkelere güven sağlamaktadırlar (Dikmen, 2013).

5.4.3.3. Turist Sağlığında Dikkat Edilmesi Gereken Etik İlkeleri

Çalışmada, turizmin geleceği adına katılımcılardan turist sağlığında dikkat edilmesi gereken etik ilkeleri değerlendirmeleri istendiğinde, dikkat edilmesi gereken konuların başında turistin tedavisiyle ilgili bilgilendirilme çalışmaları gelmektedir. Başka bir ifadeyle tedavi masraflarının kabul edilebilir seviyede olması gerektiği inancının taşındığı görülmektedir. Bu kapsamda turistin ödediği paranın karşılığında alacağı kaliteli ve uluslararası standarttaki hizmetin kabul edilebilir fiyatlandırma seviyesinde olması, profesyonelce davranış ve organizasyon gerektirdiği görülmektedir.

Ülkemize sağlık turizmi kapsamında turistlerin birçoğu aracı kurumlar, asistan firmalar, yurt dışındaki temsilcilikler, hastaneler ve doktor tavsiyesiyle ülkemizi tercih ederken, sigorta şirketlerinden oldukça az hasta gelmektedir. Turistlerin birçoğu Antalya'ya aracı kurumlar vasıtasıyla gelmektedir. Bu kapsamda bölgeye gelen turistlerin, Antalya'ya tatil amaçlı geldiği ve sonrasında rahatsızlanarak veya bir kaza sonucunda tedavi görmeye başladığı gibi yanlış bir algının oluştuğu bilinmektedir. Bununla birlikte otellerin revir odalarının hanutçuluk sistemi gibi işletilmesi de yanlış bir uygulamadır. Otel işletmelerinin revir odalarının sağlık hizmeti sunumunda sağlık müdürlükleri ve bakanlıkça yapılacak ortak çalışmalar sonunda belli standartlara getirilmesi ve etik dışı davranışlardan sakınılması gerekmektedir. Çünkü turistlerin tedavi aşamasında zor durumda bırakılması, gereksiz tedavilerin yapılması sigorta ödemelerinde masrafların fazla gösterilmesi gibi etik dışı uygulamalardan dolayı, Avrupa vd. ülke sigortalarının sağlık sistemimizi sorguladığı görülmektedir. Bu durum Avrupa'da Kızıllaç ve sigorta şirketleri, hakem doktor uygulaması ile fatura kontrol sistemleri kurmaları ve denetlemeleri etik dışı davranışların neticesinde ortaya çıkan sorunlardır. Antalya'nın sağlık turizmi konusunda yetersiz olmasıyla birlikte bu türlü yanlış algıları da yönetmesi gerekmektedir. Hastanelerin sahip olduğu modern imkânların hasta tedavisinde daha doğru sonuçlar vermesi ülke imajına olumlu katkılarda bulunacaktır.

Ancak bu hizmetlerin bir yarış haline getirilmesi ülke imajıyla ilgili yanlış algılara neden olmaktadır. Bu nedenle sağlık turizmi ve turistin sağlığı algısı ayrıştırılmalı ve hizmetlerin bu kapsamda sunulması gerekmektedir. Otellerin revir odalarının kiralanarak tedavilerin yüksek fiyatlara çekilmesi gibi etik dışı uygulamalar ülkenin ve bölgenin marka değerini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durumda öncelikle hastanelerin bilinçlenmesi gerekmektedir. Hastanelerin turistlere sunulan sağlık hizmetlerinde para kazanmalarının asıl amaç olmadığı, bölgede sağlık turizmiyle ilgili olumlu algılar neticesinde marka değerinin yükseleceğinin anlatılması gerekmektedir. Irak ve Libya'nın içinde bulunduğu durum nedeniyle buralardaki hasta komiteleriyle anlaşmalar yapılmakta ve hastalar Türkiye ve çevre ülkelere gönderilmektedir. Türkiye'nin sınırındaki ülkelerle veya sağlık imkânları yeterli olmayan bölgelerle ikili anlaşmalar gerçekleştirilmesi gerekmektedir (Yılmaz, 2013).

Hasta hakları temel insan haklarından biridir. Bu nedenle sağlık hizmetlerinde öncelikle sağlık turisti, turistin sağlığı ve turizm sağlığı kavramlarının iyi anlaşılması gerekir. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinde mahremiyet, kişisel bilgi ve özelliklerin gizliliği, hastaya doğru güvenilir bilgi akışı, maddi çıkarlar sebebiyle hastaların gereksiz yere yatışının yapılmaması, uluslararası ilke kurallara uyum gibi konular etik uygulamaların başında gelmektedir. Sağlık sektörü özel hastanelerin artması ile tedavilerde etik davranmanın da zayıfladığı görülmektedir. Bundan dolayı, özel hastanelerin de (Avrupa'da olduğu gibi) kendi aralarında belirli bir etik kurulu oluşturulmalıdır. Avrupa'da Etik Kurul hastaneler tarafından kendiliğinden ve kendi aralarından oluşturulmaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmetlerinde sektör temsilcilerinin farklı uygulamalara gitmelerinin de engellenmesi gerekmektedir. Farklı bir ifadeyle, birbirlerini çapraz olarak denetlenerek suçun cezalandırılmasından ziyade engellenmesine çalışılmalıdır. Sağlık turizmi ve turistin sağlığı kapsamında sunulan sağlık hizmetleri her ne kadar öncelikli olarak özel sağlık sektörünün konusu ise de kamu hastaneleri de bu alanda belli sınırlar çerçevesinde hizmet vermektedir. Bu nedenle özellikle kamu hastaneleri, üniversite hastaneleri ile özel sektör temsilcilerinin entegre çalışması ve yabancılara yapılan tedavilerin merkezi bir etik kurulu tarafından kontrol edilmesi gerekmektedir. Turistinin tedavi öncesinde olabildiğince bilgilendirilmesi, ödediği paranın karşılığında göreceği kaliteli ve uluslararası standarttaki tedavinin kabul edilebilir fiyat seviyelerinde olmasına, profesyonelce davranış ve organizasyona dikkat edilmelidir. Farklı bir ifadeyle hastaya uygulanan tedavinin şeffaf olması, yapılan tedavi ve tetkikler hakkında ayrıntılı bilgiler verilmesi gerekmektedir. Bu nedenle "Sağlık Turizmi" ve

“Turistin Sağlığı” kavramlarının ayırt edilmesi gerekir. Antalya da hastanelerin tamamı otellerden ve acil servislerden gelecek olan hastalar için rekabet halinde olmaları sağlık turizmiyle ilgili olumsuz bir imaj oluşturmaktadır. Bunun en önemli nedeni belirli kesimlerin etik dışı fiyat ve tedavi politikalarından kaynaklanmaktadır. Uygulanan yanlış bir tedavi ya da fiyat politikası “müşteri müşteriyi getirir” kuralından dolayı sağlık turizmine zarar veriyor. Etik olmayan davranışlar medyaya da taşındığı için ülke imajı olumsuz etkilenmektedir. Örneğin, sağlık turizminde Avrupa ve diğer ülke vatandaş ve sigortalarının en büyük Őikâyetlerinin de fiyatlandırmada etik olunmadığı ve fazladan tedavi işlemlerinin yapılması yönünde Şikâyetlerin çok olması dikkat çekicidir. Bundan dolayı turist gönderen ülkelerin sigorta kurumları ve seyahat acenteleri tarafından, Avrupa’da hakem doktor uygulamasına gidilmesi Türkiye’ye duyulan güven eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Antalya’nın sağlık turizminde yükselen bir değer olabilmesi için turiste ait tüm tedavilerin tam kapasiteli olarak elektronik sisteme kaydedilmesinin sağlanması gerekmektedir. Bu kapsamda, din, ırk, cinsiyet, yaş gibi pazarın demografik özelliklerinin pazarlamada iyi değerlendirilmeden kullanılması satıcıların kaçınması gereken birçok ahlaki tehlikeleri de beraberinde getirmektedir. Bu nedenle, öncelikle sağlık turizmi ve turistin sağlığı algısı ayırıtırılmalı ve ona göre hizmetler sunulmalıdır. Bununla birlikte turizm sağlığı konusunu oluşturan, turistin konakladığı ve gezdığı çevrenin sağlığı ve sağlıklı bir ortam olması, (havuz suları, sağlıklı gıda ve içme suyu vb.) turistin çevreye, çevrenin turiste sağlık açısından etkisini kapsayan kavramlara da önem verilmelidir. Çünkü otellerin revir odaları ihale usulü kiralanarak etik dışı tedaviler yapılmakta ve hali ile Őikâyetlerde yanlış tedavi ve farklı fiyatlar ile zedelenmiş bir sağlık hizmeti imajı oluşturmaktadır. Farklı bir ifadeyle hanuççuluk anlayışı ile sağlık sektörüne bakılmamalı profesyonelce merkezi uygulamalar yapılmalıdır. Bundan dolayı, yakın zamanda Türkiye’nin 14 ülkeyle gerçekteşirdiğı ikili sağlık anlaşmalarına son derece dikkat edilmeli ve uyulması gerekmektedir. Uluslararası sosyal güvenlik anlaşmaları gereği tedaviler SUT fiyatları üzerinden yapılmaktadır. TTB ve SUT fiyat politikalarında alt ve üst limitler net olarak belirlenerek, mevcut fiyat politikasından vazgeçilmelidir. Bununla birlikte sektörde faaliyet gösteren acentelerin özel bir akreditasyona tabi tutulması gerekir. Farklı bir ifadeyle seyahat acenteleri ve asistan firmalar gibi sağlık turizmi yapan firmalar sıradan acenteler gibi olmamalı, farklı standartları olmalı, belli bir eğitim ve akreditasyondan geçmeli, mutlaka bünyelerinde hekim bulundurmalıdırlar. Bu şekilde acentelerin hasta tedavilerinden alacakları komisyonların net olarak belirlenerek çift faturalandırmanın önüne geçilmesi gerekmektedir. Buna göre JCI gibi uluslararası standartların uygulanması reel olarak

işletilerek güvenilirliğin artması sağlanmalıdır. Son olarak, Reklam ve pazarlama kurallarının belirlenmesi ve uygulanması konusu önem arz ediyor. Bu konuda Valilik bünyesinde STK'ların işbirliğiyle Sağlık Acenteleri, Oteller, Üniversite, SGK ve ilgili kamu kuruluşların oluşturduğu, etik dışı uygulamalara dair şikâyetlerin alındığı bir merci olmalıdır. Bu amaçla, Antalya için Singapur Medicine 2003 modeli uygulanabilir (Kesikminare, 2013).

Sağlık sektöründe özel hastanelerin artması ile tedavilerde etik davranmanın da zayıfladığı görülmektedir. Bu nedenle, Avrupa'da olduğu gibi özel hastanelerin kendi aralarında belirli bir etik kurulu oluşturulmalıdır. Farklı bir ifadeyle, Avrupa'da Etik Kurul hastaneler tarafından kendiliğinden ve kendi aralarından oluşturulmaktadır. Çünkü sağlık hizmetlerinden faydalanan Avrupa ve diğer ülke vatandaş ve sigortalarının en büyük şikâyetleri fiyatlandırmadan kaynaklanmaktadır. Örneğin otelde rahatsızlaşan misafirlerin tedavi edilmesi için özel hastanelere sevk edilmesi ve ücret kalemlerinin çok yüksek çıkarılmasıyla birlikte gereksiz birçok tedavinin uygulanması ülke imajını zedelemektedir. Bununla birlikte kamu hastaneleri, üniversite ve özel sektör temsilcilerinin birlikte çalışarak yabancılara yapılan tedavilerin kontrol edilmesi için merkezi bir etik kurulunun oluşturulması gerekiyor. Çünkü hastanenin yüksek fiyat uyguladığı tedaviler kısa dönemde işletmeye bir kar sağlamanın yanı sıra uzun dönemde ülke ve destinasyon ciddi bir imaj sorunuyla karşılaşabilir. Bu nedenle özel sektör çalışanı doktorlar bütün hastaları eşit görmeli ve gereksiz tedavilere girmemelidir. Farklı bir ifadeyle hanuççuluk anlayışı ile sağlık sektörüne bakılmamalı profesyonelce merkezi uygulamalar yapılmalıdır. Sağlık bakanlığı ve il sağlık müdürlükleri özellikle etik dışı davranmaya iten sebep olan otellerin revir odalarının işletilmesini kontrol etmeli buralar ruhsatsız işletilmemeli, belli kontrol ve şartlarda hizmet sunmalıdır (Kaynar, 2013).

Türkiye olarak 14 ülkeyle ikili sağlık anlaşmaları yapıldı ve bu anlaşmalara uyulmada son derece dikkat edilmesi gerekir. Ancak devlet olarak bu anlaşmaları ihlal edilmektedir. Bu nedenle anlaşmaların yeniden düzenlenmesi gerekir. Farklı bir ifadeyle kamu ve özel ayrımı gözetmeksizin bu anlaşmaların fiyat politikasına uyulması gerekmektedir. Turizm Sağlığında belirli kesimlerin etik dışı fiyat ve tedavi politikaları sağlık turizmini olumsuz etkiliyor. Uygulanan yanlış bir tedavi ya da fiyat politikası "müşteri müşteriye getirir" kuralından dolayı sağlık turizmine zarar vermektedir. Etik olmayan davranışlar medyaya da taşındığı için ülke imajı olumsuz etkilenmektedir. Bu nedenle yabancı ülkelerdeki sigorta kurumları ve seyahat acenteleri buna dikkat etmektedir. Bu kapsamda Antalya için Singapur Medicine 2003 modeli uygulanabilir.

Reklam ve pazarlama kurallarının belirlenmesi ve uygulanması konusu önem arz ediyor. Bu konuda Valilik bünyesinde STK'ların işbirliğiyle Sağlık Acenteleri, Oteller, Üniversite, SGK ve ilgili kamu kuruluşların oluşturduğu, etik dışı uygulamalara dair şikâyetlerin alındığı bir merci olmalıdır. TTB ve SUT fiyat politikalarında alt ve üst limitler net olarak belirlenmeli, mevcut fiyat politikasından vazgeçilmelidir. Özel sağlık ve kamu kuruluşları için ortak bir parametre olmalıdır. Etik kurallar çerçevesinde kamu hastaneleri de özel hastaneler gibi sağlık turizminde yerini almalıdır. Sonuçta özel hastane de, kamu hastanesi de, aracı kurum da kazanabilmelidir. Özel sektörde ve kamuda, turizm sağlığı ve sağlık turizmi hastalarına yapılan fatura gider kalemleri incelenebilir düzeyde şeffaf olmalı, seyahat acenteleri ve asistan firmalara verilen komisyonlar net bir şekilde belirlenmelidir. Aracı kurumlara belirli bir standart getirilmelidir. Pazarlamada sürdürülebilir politikalar izlenmelidir. Seyahat acenteleri ve asistan firmalar gibi sağlık turizmi yapan firmalar sıradan acenteler gibi olmamalı, farklı standartları olmalı, belli bir eğitim ve akreditasyondan geçmeli, mutlaka bünyelerinde hekim bulundurmalıdırlar. Eğer acenteler bünyelerinde hekim bulundururlarsa otele yerleştirilen turistlerin danışman hekimleri bulunmuş olur ve böylece otelin revir hekimi turistin üzerinde tam etkili olamaz. SUT ve TTB'nin fiyat politikalarıyla etik olunamayacağından ikili ülke anlaşmalarının gözden geçirilerek güncellenmesi gerekmektedir. 12 milyon turist geldiği Antalya'da, Sağlık Müdürlüğünün otel revir odalarını denetlemesi gerekiyor. Sağlık Müdürlüğünün otellerin revir odalarını ruhsatlandırılması gerekiyor. Bugün bazı yerlerdeki otellerin revir odaları açık artırma usulüyle özel hastaneler tarafından kiralanmaktadır. Hastane kiraladığı yere ayrıca ekipman, doktor, hemşire ve ambulans da sağlayacağından ve kira bedelini de düşünerek oraya yaptığı masrafları çıkararak kar elde etmesi gerekeceğinden turiste faturalandırmanın ne kadar etik olacağı aşikardır. Hastaneler bir yıllık masraflarını meydana gelebilecek tek bir olayla çıkarmaya çalışmaktadırlar. Etik kuralların ve Hipokrat Yemininin ne kadar uygulandığı aşikârdır. Avrupa sigortalarının hakem doktor uygulaması yapması bize duyduğu güven eksikliğini gösterir. Burada uygulanan tedavi kendi doktorları tarafından incelendikten sonra onay görüyor. Çünkü buraya gelen bir turist karın ağrısı ile gittiği hastanede lüzumsuz apandisit ameliyatı olabiliyorsa, basit bir kol kırılmasından dolayı gidip 5 gün yoğun bakımda yatırılıbiliyorsa ve bunların karşılığında da yüksek bir fatura çıkarılıyorsa güven probleminin oluşması normal gözükmemektedir. Müşteride ve hastada rol ayrımı kesin olarak yapılmalıdır. Müşteriye karşı acente, otel, sigorta, hastane ve doktor mu sorumlu olacak, net olarak belirlenmelidir. Tarafların sorumlulukları net olarak belirlenmelidir. Sağlık turizminde çalışan hekimlerin mesleki mesuliyet sigortalarında Avrupa sigorta

modelleri uygulanmalıdır. Sağlık turizmi ve turist sağlığı farklı kavramlar olup bu konudaki anlam ve anlayış karmaşasının ortadan kaldırılması gerekiyor. Acentelerin hasta tedavilerinden alacakları komisyonların net olarak belirlenmesi gerekiyor. Çift faturalandırmanın önüne geçilmesi gerekiyor. Ne yazık ki Avrupa’da, Türkiye’deki ve özellikle Antalya’daki bazı hastanelere gidilemez anlayışı vardır. Bu konudaki eksikliklerin, yetersizliklerin giderilmesi gerekiyor. Bu imajdan kurtulmak için tek tip fiyatlandırmanın uygulanması gerekiyor. Kendi kendini denetleyen bir model üzerinde çalışılması gerekiyor. İç ve dış denetimlere açık olan kurumlar haline gelinmelidir. Mahremiyet, kişisel bilgi ve özelliklerin gizliliği, hastaya doğru güvenilir bilgi akışı, maddi çıkarlar sebebiyle hastaların gereksiz yere yatışının yapılmaması, uluslar arası ilke kurallara uyum gibi konular akla gelmektedir. Maalesef nadir de olsa yukarıda saydığım durumlar görülebilmektedir. Bu konuda ilgili kurumların denetimi oldukça önemlidir fakat otokontrolün de sağlanması gerekmektedir. Bununla birlikte TÜRSAB benzeri bir yapılanma Sağlık turizmi konusunda uygulamaya konulabilir (Çakmak, 2013).

Etik her şeyden önce karşılıklı güveni temsil eder. Bu nedenle hem sektörün temsilcileri hem de sektör-müşteri arasında tesis edilmelidir. Bu da ancak ilkeler ve hukuki yaptırımlarla mümkündür. Avrupa’da Etik Kurul hastaneler tarafından kendiliğinden ve kendi aralarından oluşturulmaktadır. Fatura ödemelerinde bir hastanenin tedavisi diğer hastane tarafından teyit edildikten sonra yapılır. Özel hastane, klinik ve diğer sağlık kuruluşlarının tüm faturalarının şeffaf bir şekilde yapılması gerekir. Uygulanan tedavinin şeffaf olması, yapılan tedavi ve tetkikler hakkında ayrıntılı bilgi verilmesi gerekir. Özel hastanelerin kendi aralarında belirli etik kurallar oluşturmaları gerekir. Daha sonrasında birbirlerini çapraz olarak denetlemeleri gerekir. Suçun cezalandırılmasından ziyade suçun engellenmesi daha önemlidir. İster sağlık turizminde ister turist sağlığında olsun, hastanelerde paket fiyatların uygulanması gerekir. Paket fiyat uygulamasında İsrail güzel bir örnektir. Tüm hastanelerde aynı fiyat uygulanır. Böylece turist hangi hastaneye giderse gitsin, hangi tedaviyi görürse görsün ne ödeyeceğini bilir. Yapılan tüm tedavi uygulamalarında aşırıya kaçmaksızın işlem yapıldığında kazanç fazlasıyla yeterli olacaktır. Gelen turiste ait tüm tedavilerin tam kapasiteli olarak elektronik sisteme kaydedilmesi gerekiyor ve bu bilgiye her hastaneden ulaşılması gerekiyor. Sağlık Bakanlığı, tıpkı Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığının yaptığı gibi sürekli olarak tüm hastanelerde yaşanan olumsuz durumları web sitesinden teşhir etmelidir. Uluslararası sosyal güvenlik anlaşmaları var. Bu anlaşmalar gereği tedaviler SUT fiyatları üzerinden yapılıyor. Ancak sağlık turizmi fiyatları SUT üzerinden

yapılmamalı. Ayrıca vatandaşımızla turistin faturaları da bir olmamalı. Vatandaşımızın sağlık harcamaları devlet tarafından sübvansede ediliyor. Yurtdışından gelen yabancı turist ile gurbetçi Türk sağlık uygulamasında aynı haklara sahip olmasına rağmen çifte standart uygulanmaktadır. Sağlık turizmi yapacak acentelerin özel bir akreditasyona tabi tutulması gerekir. JCI gibi uluslararası standartların uygulanması güvenilirliği sağlayacaktır. Ama bu belge reel olarak işletilmelidir. Başlangıç olarak öncelikle belirli standartlar oluşturulmalı ve sonradan en iyiye ulaşmak için revizyonlara tabi tutulmalıdır. Öncelikle denetim gerekiyor. İç denetimden başlayarak uluslararası geçerliliği olan denetimlerin oluşturulması gerekiyor. Acenteler mutlaka anadilde “call center” kurmalılar. Seyahat acenteleri, kendi bünyesinde hekim bulundurmalıdırlar. Getirdikleri turistlerin başlarına gelebilecek her durum için bilgilendirme yapmalı ve danışman hekim ayarlanmalılar. Gelen turistlere hastane ve tedavi olabilecekleri yerlerin ve özelliklerinin bulunduğu bilgilendirme broşürleri verilmeli (Dikmen, 2013).

5.4.3.4. Türkiye ve Antalya Açısından Sağlık Turizminin Pazarlama ve İmaj Çalışmaları

Çalışmada, katılımcılardan sağlık turizminin pazarlama ve imaj çalışmalarıyla ilgili boyutlarının Türkiye ve Antalya açısından değerlendirilmesi istenmektedir. Buna göre doğrudan Antalya'yı öne çıkaran televizyon programları ve tıp alanındaki kongrelere Antalya'nın marka hekimleri davet edilerek bölgenin bilinirliğine katkıda bulunulacağına öne çıkmaktadır.

Sağlık hizmetleri dünyanın birçok bölgesinde yüksek fiyatlıdır. Bu kapsamda tedavi yöntemlerinin pahalı ve bekleme sürelerinin uzun olduğu, yetersizliklerin yaşandığı ülkeler hedef seçilerek buralarda temsilcilik sistemi ve irtibat ofisleri kurularak bölgenin bilinirliği artırılabilir. Bu kapsamda hazırlanacak olan uluslararası televizyon programlarıyla bölgenin bilinirliğine katkıda bulunulacaktır. Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi tarafından sağlık alanında gerçekleştirilen başarılı operasyonların bölgenin marka değerine katkısı çok önemli olmakla birlikte, farklı bölgelerde düzenlenecek olan uluslararası kongrelere katılarak bilinirlik daha da artırılabilir (Yılmaz, Erkek, 59, Dernek Başkanı, 2013). Küresel pazarlarda bireysel bilinirlik oldukça güçtür. Bu kapsama farklı ülkelerdeki birçok hastaneye işbirliği gerçekleştirilerek tanıtım ve pazarlamada bir ivme kazanılabilir. Bu nedenle koordinasyon ve ortak hareket etme konusunda eksikliklerin giderilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda asistan ve aracı kurumların tanımları tam yapılmalı ve tursab gibi bir yapılanma öngörülmelidir. Bununla

birlikte aracı kurumların alacakları komisyonlar net olarak bildirilmeli ve şeffaflık sağlanmalıdır. Sektörün en önemli imaj sorunlarından birisi olan hastanelerdeki çift fatura uygulamalarından vazgeçmelidirler (Yılmaz, 2013).

Globe Health Tours, Taj Medical Group, Private Healthcare UK ve the Medical Tourist Company İngiltere’de, MedAsia Health Care Bangkok’ta. Medical Tourism India Delhi’de, Serokolo Health Tourism Johannesburg’da sağlık turizmi komisyonerliği yapmaktadır. Bunların merkezleri nerede olursa olsun havayolları dergilerindeki ilanları, call centerları, özel tedavi paketlerine dair ilanları, düzenli basın açıklamaları, PR faaliyetleri, prestijli uluslararası hasta merkezleri ve özellikle web siteleri ile var oldukları bilinmektedir. Bu nedenle Türkiye’nin sağlık turizmi konusunda önder ülkelerden daha iyi bir tanıtım ve pazarlama atağı yapması, rekabette hak ettiği yere gelmesinde önemli unsurlarından birini oluşturmaktadır. Türkiye’deki hastanelerde ileri/futuristik teknolojik ürünlerin kullanıldığını gösteren uluslararası alandaki reklamların yetersiz olduğu görülmektedir. Örnek olarak, Hyderabad Apollo Gleneagles hastanesi sahip olduğu PET/CT cihazları ile Bangkok Hastanesi Tayland’da gama bıçağına sahip tek hastane olmasını reklamlarında kullanmaktadır. Bununla birlikte sağlık turizmi komisyonerleri hastane tedavileri ile birlikte turistik yerlerde konaklama gibi paketleri de sağlık turizmi müşterilerini çekmek için kullanırken Türkiye’de bu paketler henüz gelişmemiştir. Bu nedenle, sağlık kuruluşlarının yurt dışındaki tanıtım faaliyetleri çerçevesinde; ulaşım, konaklama ve tanıtım giderlerinin desteklenmesi gerekmektedir (Kesikminare, 2013).

Özellikle yurt dışı fuar ve kongre organizasyonları ile tanıtımlara gidilmeli ve kalite merkezli bir anlayışla sağlık sektörüne bakılmalı ve geleceği açık olan bu sektörde branş ve tedavi dallarında ayrı ayrı uzmanlaşıp en iyi noktalara gelmek için hedef pazar olarak görülen ülkelerin yerel ve ulusal basın yayın organları aracılığı ile reklamlar yapılmalıdır. Bununla birlikte tanıtımlarda sağlık hizmeti sunulan hastalar, dramatize edilerek haber ajansları ile paylaşılarak dünya medyasının ilgisini çekilmelidir. Bundan dolayı hedef ülkelerde temsilcilik ve hasta ön tanı merkezleri kurularak güven artışına gidilmesi gerekir. Son olarak üniversite hastaneleri ve özel hastanelerin birlikte düzenleyeceği kongre ve fuarlar organize edilmelidir (Kaynar, 2013).

Sağlık turizmi dünyada yükselen bir eğilim göstermektedir. Sağlık turizminin pazarlanmasındaki en büyük problemlerden biri ise güven problemidir. Bu nedenle yabancı hastaların güveninin kazanılması gerekmektedir. Sağlık alanında güvenin sağlanması akreditasyonla yakından ilgilidir. Akreditasyon ile ilgili çalışmaların

artırılması faydalı olacaktır. Verilen hizmetin kalitesinin artırılması, tedavi protokollerinin belirlenmesi ve bunun öncesinde de akreditasyonun sağlanması gerekmektedir. Sağlık turizminde hekimler ön plana çıkmaktadır. Bu nedenle yurtdışından gelen hastanın ameliyat olacağı doktoru ve kurumu çok iyi bilmesi gerekmektedir. Gelen hastaların aradıkları kriterler arasında % 88 oranında doktorun güvenilirliği aranmaktadır. Sigorta teminatının yüksek tutulması da güvenilirliği artıran bir unsur olarak karşılaşılmaktadır. Kazakistan'da maddi durumu iyi olan kesimin % 10'u tedavi ve sağlık hizmetleri için Almanya'ya gitmektedir. Kazakistan doktorlarını eğitim için, hastalarını da tedavi için Almanya'ya göndermektedir. Hastalar internet üzerinden Almanya'da ameliyat olacağı hastane ve doktorlar ile iletişim kurmaktadırlar. Pazarlama konusunda Almanlar başarılı sayılmaktadırlar. Dünyada sağlık turizmi ile ilgili tüm fuarlarda Almanya'yı görmemiz mümkündür. Donanımlı ve detaylı kataloglar hazırlıyorlar, hedefledikleri bölgeye bir ay önceden yerleşerek tanıtım ve duyuru yapıyorlar. Almanlar güveni bu şekilde sağlıyorlar. Ucuzluk en çok vurgulanan konular arasında, önemli fakat kalite düşük algısı yaratabilir. Ucuzlukla birlikte kalite vurgulanmalı. Başarılı olduğumuz konular ön plana çıkarılmalı. Sağlıkla birlikte turizm vurgusu yapılmalıdır (Çakmak, 2013).

Tüm uluslararası turizm fuarlarına bakanlık ve valilik önderliğinde katılım sağlanmalıdır. Ülke dışındaki tanıtım toplantıları ve çalıştaylar, ayrıca ülkeye davet edilecek sağlık bakanları ve üst düzey yetkililer de oldukça önemlidir. Antalya'ya gelen yabancılara bir şekilde tanıtıcı katalog ve broşürler verilerek farklı bir reklam çalışması yapılmalıdır. Örneğin Malezya'da, havalimanında dış hatlardan içeri girmeden hastanelerin kioskuları bulunmaktadır. Buralarda, hastanede çalışan uzman personel, hastaları kültürüne ve diline göre karşılamaktadır. Hastanelerin bu hizmet altyapısını kurması gerekmektedir. Bununla birlikte devletin sağlamış olduğu tanıtım ve pazarlama teşviklerinin de kullanılması gerekmektedir. Bu konuda Ekonomi bakanlığının önemli teşvikleri bulunmaktadır. Tek başına tanıtım amaçlı yurtdışına giden işletmelere %50, birlikte hareket eden işletmelere %70'ler düzeyinde teşvikler sağlanmaktadır. Sağlık bakanlığının mevzuatına bağlı olarak sağlık kuruluşlarının kendi isimleri ile yurtçinde reklam yapamaması maalesef tanıtımın önündeki engellerden bir tanesidir. Sağlık turizminde ürünlerin belirlenerek paket haline getirilmesi, uygun pazarların ve tanıtım metotlarının seçilmesi ve bunlara uygun pazarlamanın yapılması gerekmektedir. Antalya'da sunulabilecek sağlık hizmetleri tanımlanmalı ve sonrasında bu ürünler paket haline getirilip çeşitli basın organları vasıtasıyla tanıtımının yapılması gerekmektedir.

Pazarlama noktasında fiyatların önceden belirlenmesi faydalı olacaktır. Belirlenen paketler için hedef ülkeler seçilmeli, katılım sağlanacak yurtdışı fuarlar belirlenmeli ve Antalya'nın sağlık turizmi potansiyeli anlatılmalıdır. Tanıtımda farklılığımızın ortaya koyulması gerekmektedir. Yabancı hastanın şehre girmesinden sonra yapılan tanıtımlar önem taşımaktadır. Bilgilendirme yapılan Ruslar ameliyat için ikinci defa ülkemize gelmişlerdir. Sağlık turizmi kitle turizmi değildir. Pazarlamada neyi tanıtacağımızın tespit edilmesi, hedef kitlenin veya ürün destinasyonunun iyi seçilmesi gerekmektedir. Vurgu fiyatın ucuzluğuna değil, hizmetin kalitesine yapılmalıdır. Hizmette sunulan kalite rekabet avantajı da sağlayacaktır. Tedavi yöntemlerinin pahalı ve bekleme sürelerinin uzun olduğu, yetersizliklerin yaşandığı hedef seçilen ülkelerde, yurtdışı temsilcilik sistemi ve irtibat ofisleri kurulabilir. Dış ülkelerde irtibat bürosu açmak için birçok hastane güç birliği yapabilir. Yurtdışı pazarların araştırılması gerekmektedir. Birlikte hareket ederek tanıtım ve pazarlamaya ağırlık vermeliyiz. Tekil olarak yapılan pazarlama ve tanıtım sınırlı kalmaktadır. Koordinasyon ve ortak hareket etme konusunda eksikliklerin giderilmesi gerekmektedir (Dikmen, 2013).

5.4.3.5. Türkiye ve Antalya Açısından Sağlık Turizmdeki Altyapı ve Üst Yapı Sorunları

Çalışmada, katılımcılardan sağlık turizmdeki altyapı ve üst yapı sorunlarını tedavi öncesi ve sonrası hizmetler olarak değerlendirmeleri ve rehabilitasyon merkezleri ve konaklama açısından değerlendirmeleri istenmektedir. Bu kapsamda en önemli sorun lisan eksikliği olarak ortaya çıkarken, ameliyat sonrası rehabilitasyon hizmetlerinde önemli eksiklikler görüldüğü yönünde beyanlar bulunmaktadır.

Genel olarak hizmet sunumunda karşılaşılan en önemli sorun iletişim olarak görülmektedir. Bu kapsamda resmi kurumlarda İngilizce konuşabilen personel eksikliğinin yanı sıra, özel sektörde ise çalışanların sadece İngilizce konuşabildikleri başka bir dile hâkim olmadıkları görülmektedir. Bu nedenle doktor, sağlık personeli, ara elemanların, polis, şoför ve bankacıların hizmet sunumlarında dil bilmeleri özellikle turizm bölgelerinde çok fazla önemsenmelidir. Hastaların ameliyat sonrasında karşılaşacakları bazı komplikasyonlara engel olmak için Avrupa'da çok sayıda rehabilitasyon merkeziyle hizmet sunulmaktadır. Türkiye-Avrupa uygulamaları karşılaştırıldığında ise özel sektör yatırımcılarının rehabilitasyon merkezlerine yapılacak yatırımları risk olarak görmeleri bölgede yeterli rehabilitasyon merkezlerinin eksikliği

olarak bilinmektedir. Avrupa’da rehabilitasyon merkezleri hem yerli hem de yabancılara hizmet sunmakta ve ticari olarak da getirisi oldukça yüksektir (Yılmaz, 2013).

Dünyada sağlık turizminde rekabet münferit hastane veya şirketler düzeyinde değil, bölgesel oyuncuların birleşip bir güç oluşturmasıyla yapılmaktadır. Ülkemizde milli ve bölgesel turizm acentaları, kamu-endüstri ortaklıkları, milli hava yolları ve sağlık turizmi kurumlarının sağlık turizmini geliştirmek üzere sinerji yaratacak münferit veya müşterek programlarla gerçekleştirilmektedir. Bu nedenle Türkiye sağlık turizminde hastaya yönelik çok özel ilgi, hizmet, araç ve tesislerini içeren “concierge” hizmetlerinin entegrasyonunda görülen zayıflıkların giderilmesi gerekir. Bu nedenle Türkiye’nin karşılaştırmalı avantaja sahip olduğu ülkelerin sağlık turizmi uygulamalarını, fiyatlandırmalarını, sigorta kapsamalarını vb. verilerini inceleyerek hedef pazarlarına yoğunlaşması gerekir. Örneğin, Boston’da Suidi Arabistan ve Kuweit gibi Ortadoğu ülkelerindeki gelir düzeyi yüksek olan hastalara hizmet sunan veya Miami’deki Brezilya, Peru, Venezuela ve Arjantin’deki zengin hastalara hizmet veren hastanelerle, Türkiye’deki hastaneler arasında bir iş birliğinin sağlanması gerekir. Farklı bir ifadeyle, sağlık turizmi komisyoncularının standard ‘menu’ olarak sunduğu hizmetlerin başında sağlıklı/huzurlu yaşam, spa tedavisi, ayurvedik tıp, geleneksel çin tıbbi tedavileri, kozmetik operasyonlar, ortopedik ameliyatlar, katarakt ameliyatı, diş bakımı, kalp ameliyatları, organ ve kemik iliği ameliyatları ve kök hücre nakilleri gelmektedir. Bu komisyoncularla ülkeler arası karşılaştırmalı fiyatları ve ülke içi hastaneler arası karşılaştırmalı fiyatları müzakere ederek ülkede sağlık turizmini geliştirecek merkezi kurum ve/veya komisyoner şirketler arasında iş birliği sağlanmalıdır. Duke, Harvard, Cornwel gibi uluslararası marka üniversitelerin ülkemizdeki tıp fakülteleri ile işbirliğine gitmesine yönelik, kamunun finansal desteğini de içeren girişimlerin eksikliği görülmektedir. Sağlık turizm sitelerinde dünyaca ünlü doktorların isimlerinin yer almaması, çoğu Türk doktorların ABD mesleki kurul sertifikalarına sahip olmaması, dünyaca ünlü hastanelerin ülkemiz hastaneleri ile yeteri kadar işbirliği içinde bulunmamasından kaynaklı eksiklikler görülmektedir. Aynı şekilde seyahat acentaları ve sağlık endüstrisi arasında bir entegrasyonun bulunmamasından kaynaklanan ve ABD’deki uygulamalarda olduğu gibi lüks otel gibi hastane konseptinin uygulamaya geçmemesine neden olmaktadır. Bu koordinasyonlar sağlandığında Spa merkezleri gibi hastane dışı sağlık kuruluşları ile hastaneler arasında veya hastanelerin kendi aralarında hastalara daha entegre sağlık hizmetlerin verilmesi konusunda anlaşmaların bulunması da kolaylaşacaktır (Kesikminare, 2013).

Otel alt yapılarının yabancı hastalar için tam elverişli olmaması özellikle engelli ve hastalar için özel oda ve banyo ve ulaşım kolaylıklarının bakanlıkça belli standartlara çekilmesi gerekmektedir. Kentteki çarpık yapılaşma, alt yapı sorunu ve şehir içi ulaşım sıkıntısı sağlık turizminin gelişmesindeki en önemli engeller olarak görülmektedir. Bu nedenle bölgenin gerek kamuda gerekse öze sektörde fiziki alt yapı ve hekim yetkinliği açısından iyi bir noktaya ulaşmasına rağmen sürekli iyileştirmelerle çıtayı yükselten Türkiye, bu gelişmeleri yasal bir çerçeveye oturtması gerekmektedir. Bundan dolayı konaklama tesislerinin alt yapılarının sağlık turizminde pazarlama aracı olarak kullanılması sağlanmalıdır. Özellikle dal hastanelerinin az olması; bütün branşların aynı alanda olması ve tedavi sonrasında hastaların rehabilitasyon için gidebileceği tesislerin yetersiz olması alt yapı ve üst yapı sorunlarının başında gelmektedir. Bu nedenle hastaların ameliyat sonrasında karşılaşacakları bazı komplikasyonlara engel olmak için Avrupa'da çok sayıda rehabilitasyon merkeziyle hizmet sunulmaktadır. Türkiye-Avrupa uygulamaları karşılaştırıldığında ise özel sektör yatırımcılarının rehabilitasyon merkezlerine yapılacak yatırımları risk olarak görmelerinden dolayı yeterli rehabilitasyon merkezinin olmadığı görülmektedir. Bununla birlikte otellerin sağlık turizmi ve engelli turizm anlayışından ziyade tatil turizmi amaçlı kurulması, özellikle yatırımcıların sağlık turizmi sektörünü tam bilmemeleri ve bu alana hala temkinli yaklaşımları ve yatırım yapılmaması bunların göstergesidir. Hastanelerde yeterince yabancı dil bilen personelin eksikliği, doktorların dil bilmemesi sektör adına önemli eksikliklerdir. Bununla birlikte bölgede, onkoloji, kalp damar, plastik cerrahi vb alanlarda ve bu hastane ve merkezlere entegre konaklama ve rahabilitasyon merkezleri kurulmalı ve hastalara komple hizmetler sunulmalıdır (Kaynar, 2013).

Türkiye de tedavi öncesi ve sonrası hizmetlerde zincirlerin halkaları arasındaki mevcut kopuklukların giderilmesi gerekir. Dolayısıyla Sağlık Turizmi sadece Türkiye'ye getirmek değildir. Bu nedenle sürdürülebilir sağlıklı bir yaşam da sağlık turizmi demektir. Bakış açısının bu olması gerekir. Seyahat acenteleri ya da aracı kuruluşlar sağlık turizminde ve hastalarla uğraşma konusunda isteksizlikleri mevzuat düzenlemeleriyle giderilmelidir. Seyahat acenteleri sağlık turizmi konusunda tam bilgiye sahip olmayabilirler. Koruyucu tedaviler, sağlık turizmi, Spa, wellnes ve alternatif terapiler konusunda bilgilendirilmesi gerekiyor. Bunlar yeme içme gezme vb. birçok aktiviteyi içinde barındırmaktadır. Bu nedenle hastanın ilk etapta muhatap olacağı personelin eğitilmiş ve motive olması gerekmektedir. Sektördeki tüm aktörlerin bilgilendirilmesi,

farkındalık yaratılması ve kendi aralarında koordinasyonun sağlanması gerekiyor. Seyahat acenteleri ve rehberlere büyük iş düşüyor. Terminolojik bilgilendirme yapılmalı rehberlerimiz eğitilmeli. Hasta ile ilgilenecek rehberlerin sertifikasyonu olmalı ve eğitime tabi tutulmalıdır. Turistin rahatsızlığına bakılmadan hamam spa gibi yerlere götürülmektedir. Burada daha çok ekonomik çıkarlarını gözetilmektedir. Bu tip yaklaşımlardan destinasyonun imajını zedelediği için uzak durulması gerekmektedir. Direk uçuşlar olmadığı için turistin genelde İstanbul'dan aktarmalı gelmesi büyük problem bir problem olarak görülmektedir. Devlet hava meydanlarının destekleri yetersiz kalabiliyor. Havayolu şirketlerinin alternatif turizm konusunda ikna edilmesi ve koltuk garantisi verilmesi gerekir. Bu konuda özel sektör bir araya gelerek kamuya politika oluşturması konusunda katkı yapmalıdır. ICF Airport olarak Antalya Havalimanındaki yolcu potansiyelinin artırılmasına yönelik çalışmalar bulunmaktadır. Özellikle kış sezonunda sağlık turizmi çok önem taşımaktadır. İşitme ve dil engelli hastaların hizmet sunucuları arayamaması tedavi öncesi hizmetlerin aksamasına neden olmaktadır. Bu nedenle görüntülü sistem kurulması gerekir. Havalimanımızda da bu uygulamalar görülmektedir. Engelliler haritası çıkarıldı. Şimdi yaratılan bir uygulama ile işitme görme engelliler ile görüntülü konuşulabilecek. Farklı bir ifadeyle tedavi öncesi hizmetlerde ve tedavi sonrası hasta takibinde teknoloji kullanımı artırılmalıdır. AB tarafından tek acil çağrı merkezi sistemine geçilmesi istenmektedir. 112 Acil, 4 dilde (Almanca, İngilizce, Rusça ve Türkçe) çağrı karşılayabiliyor. Daha çok acil durumlarda müdahale etmektedir. Hastaların daha gelmeden teknoloji yoluyla tedavisi ile ilgili bilgilere ulaşması son derece önemli. Dışardaki ülkelerde alınan tüm hizmetlerin daha iyisinin Türkiye'de verildiği imajı oluşturulmalıdır. Komşu ülkelerdeki savaşlardan dolayı buradaki insanların ciddi rehabilitasyona ihtiyacı var. Antalya'da bu tür hastanelerin kurulması gerekiyor. 3. yaş turizmi ile alakalı olarak da çalışmaların yürütülmesi gerekiyor. Turizm ağırlıklı ama rehabilitasyon ve sağlık destekli merkezler aracılığıyla yapılabilir bu çalışmalar. Bu konuda arazi konusunda büyük sıkıntılar mevcut. Net, imarlı büyük alanların olmaması, sağlık turizmi ve rehabilitasyon tesislerinin yapılmasında mimarların yanında tecrübeli danışmanlarında bulunması gerekmektedir. Altyapı hizmetlerinin tamamlanması konusunda yerel yönetimlere de birçok iş görev düşmektedir. Sağlık turizminin gelişimi konusunda yerel yönetimlerin şehir, ulaşım, kentleşme gibi hususları çözmesi gerekmektedir. Bununla birlikte yerel yönetimler tarafından gürültü ve görüntü kirliliği, düzensizlik önlenmeli (Çakmak, 2013).

Sağlık turizmi yapacak hastanelerin özel prosedürleri ve yüksek düzeyde standartları olmalıdır. En azından sağlık turizmi yapılan bölümleri bu şekilde dizayn edilmelidir. Doktor ve hastane sayısının artırılması için tıp fakültelerinin nitelik ve sayıları artırılmalıdır. Özellikle sağlık turizmi yapacak doktorlar son derece kaliteli yetiştirilmelidir (Dikmen, 2013).

5.4.3.6. Avrupa Yaşlı Turizmine Yönelik Yapılabilecek Pazarlama Faaliyetleri

Çalışmada, katılımcılara özellikle Avrupa yaşlı turizmine yönelik olarak pazarda var olabilmek için mevcut eksiklerin ve bu eksikleri gidermek için yapılması gerekenleri değerlendirmeleri istendiğinde tanıtım ve sigorta hizmetlerine yönelik eksikler öne çıkarken, bu hizmetlerin otellerden ayrı bir konseptle sunulması gerektiği kanaatine ulaşılmaktadır.

Üçüncü yaş turizmi, 50 yaş ve üstündeki insanların ikametleri, çalıştıkları ve her zamanki ihtiyaçlarını karşıladıkları yerlerin dışına yaptıkları seyahatlerden ve seyahatleri esnasında genellikle turizm işletmelerinin ürettiği mal ve hizmetleri talep ederek geçici, süreli konaklamalarından kaynaklanan ilişkiler bütünüdür (Yıldırım, 1997: 77). Bu ilişkilerin Türkiye'ye yönlendirilmesinde öncelikle turistin geldiği ülkeyle sosyal güvenlik kurumları arasında bir intibak geliştirilmesi gerekmektedir. Bu nedenle ülkede yaşlılara sunulan imkânlar yabancı ülke vatandaşlarına yansıtılmalıdır. Bununla birlikte yaşlı bakım sigortası uygulamasına geçilmesiyle de Avrupa'yla benzer uygulamalar gerçekleştirilmelidir. Ayrıca bölgedeki fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezi eksiklikleri giderilmelidir (Yılmaz, 2013).

Dünya nüfusunun yaşlanmasından dolayı ülkelerin sağlık giderlerinde önemli ölçüde artışların meydana gelmektedir. Bu nedenle yaşlı nüfusunun sağlık harcamalarının daha ucuz olduğu ülkelere kaydırılması bugün ve gelecek yıllarda artan ölçüde hükümet programlarında yer alması beklenmektedir. Çünkü ülkelerin sağlık hizmetleri için ayırdıkları oranlardaki artışların sağlık bütçelerinde zorlanmalar oluşturduğu görülmektedir. Türkiye'nin gelecekte sağlık hizmetleri konusunda tercih edilen bir bölge olması için:

- Yaşlı nüfusa özgü özel yıllık tatil paketlerinin hazırlanması,
- Yaşlı nüfusun ülkemizde ikamet ederken geldikleri ülke ile kültürel ve duygusal bağlarını devam ettirecek programların hazırlanması,

- Yaşlı nüfusun bulunduğu ülkelerde ülkemizi tanıtabacak programlara ağırlık verilmesi ve ülkemizi tanımak için devlet destekli turistik geziler düzenlenmesi,
- Yaşlı nüfusun Türkiye’de ev satın almasını kolaylaştırıcı teşvikler getirilmesi,
- Yaşlı nüfusa yönelik sağlık turizmi Avrupa pazarına yönelik olması
- Bir Almanın bir Rus ile birlikte olmaktan hoşlanmaması gibi, Turistik programların veya Yaşlı Köylerinin düzenlenmesinde değişik ülkelerin değişik kültürlerinin dikkate alınması gerekir (Kesikminare, 2013).

Avrupa ülkelerinden özellikle İskandinav bölgesi vatandaşlarının geriatri turizmi ile ülkemize gelmeleri için verilen uğraşlarda karşılaşılan birçok sorun bulunmaktadır. Bu nedenle öncelikle Avrupa’da yaşlı nüfusu için fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinin örnek uygulamalarının bu bölgede yer alması gerekir. Çünkü Avrupa yaşlanan bir nüfusa sahip olduğu için sağlık hizmetleriyle ilgili sorunların birçoğuna çözümler geliştirdiği görülmektedir. Bununla birlikte Avrupa sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin çok yüksek olmasında dolayı Türkiye, sağlık turizminde Avrupa’nın yükselen bir değeri konumuna gelebilir. Bu nedenle sağlık turizmi talebiyle gelen misafirlere sadece fizik tedavi ve rehabilitasyon amaçlı sağlık hizmetleri sunulmalıdır. Bölgenin önde gelen pazarlama sorunu sağlık hizmetlerinin yanı sıra tatil paketi satılması öne çıkmaktadır. Önceki yıllarda Belek Turizm Bölgesinde bu tür uygulamalarla karşılaşılmış ancak beklenenin aksine destinasyonun hitap ettiği pazarın tamamen kaybedildiği görülmüştür. Bununla birlikte bölgede sunulan sağlık hizmetlerinden ülke insanının da faydalanması sağlanmalıdır (Kaynar, 2013).

Türkiye’de mevcut 42 tane JSI tarafından akredite edilmiş hastane bulunmaktadır. Antalya hastaneleri de ISO vs, kurumlarınca akredite edilmiştir. Son yıllarda kurumlara sağlanan devlet destek ve teşvikleri ile uluslar arası alanda kongre fuar ve tanıtım organizasyonlara katılımlar sağlanarak tanıtım ve reklamlar yapılmaktadır. İnternet üzerinden de artık reklamlar ve portallar aracılığı ile hastalara ulaşıp onlara hizmet verilebilmektedir. Sağlık turizminin en büyük avantajları ödemelerde sıkıntı yaşanmamaktadır. Özellikle Rusya ve Ortadoğu ülkelerinden gelen hastaların tedavi giderleri nakden yapılmaktadır. Yabancılar bölgeyi son yıllarda gerçekleştirilen başarılı yüz, kol, uterus nakilleri vesilesi ile daha iyi tanımaktadırlar. Bunun en önemli nedeni bölgedeki markalaşmış hastaneler ve doktorlardır. Bu nedenle Türk hekimlerine ve hastane ekipmanlarına güven son derece yüksek seviyelere gelmiştir. Antalya’nın iklimi hastalar için yılın on iki ayı hizmet verebilecek tarzda güzel ve temiz olması hastaların burayı tercih etmelerini sağlayacaktır. AB sürecinde alınan mesafe ve görüşmeler ile AB

ülkelerinde tanınmışlık arttı ve Avrupa ülkelerinden de özellikle üçüncü yaş turizmi kapsamında hastalar da gerekli şartlar sağlanırsa geleceklerdir. Yaş ve konumlarına uygun hizmet yöntemlerinin geliştirilmesi, geriatri tedavi merkezlerinin yaygınlaşması, Termal turizm bu konuda daha ön plana çıkarılmalı ve uygun tesislerin yaygınlaştırılması sağlanmalıdır (Çakmak, 2013).

Sağlık turizminin çeşitlendirilmesi, markalaştırılması ve sürdürülebilmesi amacıyla her bölgenin sağlık turizmi potansiyeli belirlenerek bualanlar da çalışmalar yapılmalıdır. Antalya'nın sahip olduğu mevcut turizm alt yapısı ve kültürü geriatri turizmine entegre edilmelidir. Antalya için sağlık turları vazgeçilmez bir konudur. Örneğin, yaşlı ve engelli turistlere 'ölü sezon' olarak ifade edilen son bahar ve kış dönemlerinde bir ay süreyle sağlık turu ve tatil yaptırılmalıdır. Türkiye'ye gelen turist sayısı her geçen gün artmaktadır. Ancak harcamalara bakıldığında çok düşük miktarlarda olduğu görülmektedir. Farklı bir ifadeyle Türk turizmine yüksek miktarlarda yatırımlar gerçekleştirilmektedir. Buna rağmen karlılık oranlarına bakıldığında miktarların çok düşük olduğu görülmektedir. Sağlık turizminde ucuzdan ziyade 'kaliteliyiz, markalıyız, iddialıyız' imajı yaratılmalıdır. Bu şekilde sağlık turizminin sürdürülebilir olacağına, çok daha ön sıralara çıkacaktır. Antalya'nın yol haritası belirli alanlara odaklanarak marka olmak üzere üniversite, özel sektör ve kamu sektörünün sürdürülebilirlik için ortak çalışmalar yapılmalıdır (Dikmen, 2013).

5.4.3.7. Antalya'nın Sağlık Turizminde Avantajlı Yönleri

Çalışmada, katılımcıların Antalya'nın sağlık turizminde avantajlı yönlerinin neler olduğu sorusuna verilen cevaplar, Antalya'nın sahip olduğu iklimin hastalara 12 ay boyunca tedavi olma imkânı sağlaması, bölgenin sağlık hizmetlerinde diğer ülkelere kıyasla daha ucuz olması, mevcut turizm potansiyelinin yüksek olması ve Akdeniz Üniversitesi'nde gerçekleştirilen başarılı organ nakilleri öne çıkmaktadır.

Antalya'daki hastanelerin yatak kapasiteleri ve hekim kaliteleri yeterliliği noktasında herhangi bir sorun yaşanmadığı bilinmektedir. Teknolojik imkânları üst düzeyde olan işletmelerin uluslararası kuruluşların birçoğuna akredite olması, diğer ülkelerde tedavi ücretlerinin pahalılığı nedeniyle hastalar, Avrupa ve Amerika'dan ziyade Türkiye'yi tercih etmektedir. Bunun en önemli nedenlerinden birisi olan mevcut turizm potansiyelinin yüksekliği Antalya'yı hem turizm hem de sağlık hizmeti verebilecek bir konuma yükseltmektedir. Akdeniz Üniversitesi hekimlerince gerçekleştirilen organ

naklinin yanı sıra ilk uterus naklinin başarılı bir şekilde gerçekleştirilmesi Antalya'nın marka olma yolunda önemli aşamalar sağlamıştır (Yılmaz, 2013).

Türkiye'nin klasik turizm anlayışında olduğu gibi (deniz-kum-güneş anlamında) sağlık turizminde sayısız rakipleri bulunmaktadır. Dünya'da tüketim alışkanlıkları ise hemen her alanda "markalı" ürünler üzerine yoğunlaştığı için küresel rekabette tutunabilmenin yollarından biri "marka" haline gelmektir. Bununla birlikte, Dünya turizmindeki gelişmeler ve eğilimler, turizm pazarlamasını ülke boyutundan destinasyon boyutuna taşıdığı için yeni destinasyonların ve yeni turistik ürünlerin ortaya çıkmasına yol açmıştır. Bu nedenle destinasyon kimliğinin ve onu diğer destinasyonlardan ayıran özelliklerin belirlenmesi ve pazarlama çabalarında bu unsurların vurgulanması, ilgili destinasyonu uluslararası turizm pazarında daha rekabetçi pozisyona taşıyacak ve bir marka haline gelmesini sağlayacaktır (Kesikminare, 2013).

Antalya turizm tecrübesi olan bir şehir olması yılda milyonlarca insanın tatil amaçlı bu bölgeye gelmesi en büyük avantajdır. Antalya havalimanının yüzlerce noktaya uçuş yapması önemli bir avantajdır. Antalya 5 saatlik uçuş mesafesi ile dünyanın birçok ülke ve şehrine ulaşım imkânı sunmaktadır. Yüzlerce beş yıldızlı otele sahip olması kalifiye hizmet sektöründe bir çok personel bulunması ve yerleşik yabancıların yoğun yaşaması ve tercümanlık ve diğer hizmetler için personel bulma imkânının kolay olması sahip olduğu en önemli avantajlardandır. Bölgenin, dünyada birçok ülkede turizmin başkenti olarak bilinmesi ve sezonluk turizmin kış aylarında otellerin sağlık turizmi amaçlı kullanılmasına imkân sağlayabilir. Hastanecilik sektörünün gelişmiş olması ve Akdeniz üniversitesinin son yıllardaki dünya çapında gerçekleştirdiği nakiller ve operasyonlar Antalya'nın marka değerini ve bilinirliğini yükseltmektedir (Kaynar, 2013).

Antalya'nın en önemli avantajını turistik arzları oluşturmaktadır. Bununla birlikte sağlık hizmetleri açısından bölgedeki hastane ve otellerin sayısının fazla olması önemli bir avantaj olarak görülmelidir. Sağlık turizminin gelişimi açısından yaşanan Avrupa nüfusu ve sağlık sektörü yetersiz olan Ortadoğu ülkelerine yakınlık, Antalya'dan birçok ülkeye direk uçuş imkânı bulunması bölgenin bir başka avantajını oluşturmaktadır. Sağlık turizminin son yıllarda popüler olması ve klasik turizm ile birleştirildiği zaman Antalya'nın ön plana çıkarılması ülke adına önemli bir avantaj sağlamaktadır. Türkiye batı ülkeleri ile entegre olan Müslüman bir ülkedir. Böylelikle hem batı, hem de

Müslüman ülkelerdeki hastalara hizmet verebilirliği bakımından üstün bir konuma sahiptir (Çakmak, 2013).

Antalya destinasyonunun ayırt edici özelliklerine bakıldığında sahip olduğu güçlü kültürel miras, çeşitli turistik aktivite imkânları, sağlık turizminde sahip olduğu tecrübe, turistik acentelerin sayısı, rahat ulaşım imkânı, ihtisas hastaneleri yanında bol sayıda hastanenin bulunması, uygun iklim koşulları, tropik hastalıkların bulunmaması ve her düzeyde ihtiyaca cevap verecek bol sayıda otel görülmektedir (Dikmen, 2013).

5.4.3.8. Antalya'nın Sağlık Turizminde Dezavantajlı Yönleri

Çalışmada, katılımcıların Antalya'nın sağlık turizminde dezavantajlı yönlerinin neler olduğu sorusuna verilen cevaplar, pazarlama stratejilerine ve pazarlama araştırmalarına yeterince önem verilmediği, bakanlıklar ve sektörler arası koordinasyon yetersizliği, yerel turizmcilerin sağlık turizmine olan ilgisizliği söz konusu olduğu öne çıkmaktadır.

Antalya sağlık turizminde marka olma yolunda hızla ilerlemektedir. Ancak yapılan pazarlama çalışmalarıyla sağlık turizmi, sejour turizm (deniz, kum, güneş) anlayışından kurtulamamaktadır. Sağlık turizminde araçların profesyonelce hareket ederek hastane, rehabilitasyon merkezleri ve oteller ile iç içe bütünleştirici konseptler geliştirilmelidir. Bununla birlikte sağlık turizmi yapan acenta ve asistan firmaların sayısı, devlet teşviklerine rağmen yeterli seviyede görülmemektedir. Bu nedenle araçlar sağlık turizmi hizmetini, klasik turizm anlayışının çıkaramadıkları için bilinç, organizasyon ve eşgüdüm sorunu yaşamaktadır. Bununla birlikte seyahat sigorta yetersizliği ve yabancı sigortaların dolandırılma korkusu bölgenin güçlü imaj oluşturmaya engel oluşturmaktadır. Dünya'nın farklı destinasyonlarında sağlık turizmi hizmeti sunan ülkelerin personelinin birden fazla dil bilmesi ve bu avantajı çok iyi kullandıkları görülmektedir (Yılmaz, 2013).

Bölgedeki kurumlar arasındaki koordinasyon eksikliğinden kaynaklanan dezavantajları bulunmaktadır. Örneğin, sağlık turizminde ilgili aktörler arasında entegrasyonun eksikliği, yaşlı nüfusa yönelik özel bir alt ve üstyapı eksikliği, hastaneler arasında büyük fiyat farklılıkları tüketici güvenini sarsması, uluslararası akredite edilmiş hastane sayısının azlığı, alternatif, tamamlayıcı veya bütünsel tıba yönelik uluslararası rekabet edebilecek sağlık turizmine yönelik tesislerin eksikliği, hastaneler arasında, hastane-doktor, hastane-komisyoner arasında güven tesis edecek oturmuş standart

yaklaşımlar yokluğu ve hasta tedavi sürecinde gecikmeleri önleyecek hastane-asistan firma-doktor arasında verimli ve etken bir iş akışı olmaması yer yer aksamalara neden olmaktadır (Kesikminare,2013).

Bununla birlikte Antalya’da ulaşım imkânlarında yerel sıkıntılar yaşanmaktadır. Bölgenin branş hastanelerine sahip olmaması bölgenin en büyük dezavantajlarından. Bütünsel tedavi anlamında hastaların tedavi sonrası klinik otel ve rehabilitasyon merkezlerinde dinlenme tatil ve bakım için tesislerin eksik olması en büyük sorundur (Kaynar, 2013).

Kamu hastanelerinde yeterli yabancı dil bilen personel bulunmaması Antalya’nın sorunları arasında görünmektedir. Yurt dışı sigorta şirketleri ile koordinasyonun zayıf olması ve fazla kabarık faturaların çıkarılması Avrupa’da olumsuz bir imaj oluşmasına sebep olmuştur. Devletin sağlık kuruluşlarına sağlık turizminde yeterli düzeyde teşvikler hala yoktur ancak son yıllarda yapılan bilet, tanıtım büroları kira yardımı ve fuarlara katılım teşvikleri vardır ancak bu teşviklere başvuru yapan aracı kurumlar teşviklerin geç ödenmesi veya süreçlerin çok zor ve uzun olmasından şikâyet etmektedirler; bu durum yararlanıcı kuruluşları negatif yönde etkilemektedir. Sağlık personelinin ve hastane yöneticilerinin Avrupa sağlık mevzuatı ve hasta hakları konusunda bilgileri yetersizliği vardır. Avrupa’da doktor sigortalarının primleri çok yüksektir eğer bizde yabancı hastalara bakacaksa bu standartlarda risk sigortaları yapılması gerekiyor. Sağlık turizmi için tatil köylerinin eksikliği ve 3. yaş turizmi için Avrupa’daki bakım sigortalarının ödeme yaptığından haberdar olunmaması ve alternatif pazar olarak görülmemesi bunun yanında bizim ülkemizde yaşlılar için bakım sigortalarının olmaması büyük problem teşkil etmektedir çünkü sen alternatif turizm olarak Avrupa’nın geriatri turizmi potansiyelinden fayda sağlamak istiyorsa öncelikle kendi ülkende yaşlı bakım sigortaları ve fizik tedavi rehabilitasyon merkezlerine sahip olma gerekmektedir (Çakmak, 2013).

Hukuki anlamda tam olarak oturmamış kuralların olması ve bu nedenle problem çözümlerinin uzaması önemli bir dezavantaj olarak görülmektedir. Sağlık turizmi kapsamında uygulanacak diğer önemli bir nokta ise medikal vize uygulamasının hayata geçirilmesidir. Çünkü tedaviler uzayabildiği için hastalar deport yapılmaktadır. Son olarak otel alt yapılarının yabancı hastalar için tam elverişli olmaması özellikle engelli ve hastalar için özel oda ve banyo ve ulaşım kolaylıklarının bakanlıkça belli standartlara çekilmesi gerekmektedir. Kentteki çarpık yapılaşma, alt yapı sorunu ve şehir içi ulaşım

sıkıntısı sağlık turizminin gelişmesindeki en önemli engeller olarak görülmektedir (Dikmen, 2013).

5.4.3.9. Antalya'nın Sağlık Turizmindeki Gelişmeleri Kamu ve Özel Sektörün Katkıları

Çalışmada, katılımcıların Antalya'nın sağlık turizmindeki gelişmeleri kamu ve özel sektörün katkılarını ayrı ayrı değerlendirmeleri istendiğinde özel sektörün sağlık turizminin lokomotif olduğu görülmektedir. Bu kapsamda kamu ve özel sektör arasındaki ilişkinin güçlendirilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte sektörde yeni düzenlemelere de ihtiyaç duyulduğu öne çıkan cevaplar arasında yer almaktadır.

Sağlık turizminde özel sektörün lokomotif olduğunu kabul etmekle birlikte, bölgedeki son gelişmeler kamu işletmelerinin de kendini geliştirdiği konusunda olumlu bir imaj oluşturmaktadır. Bu kapsamda kamu ve özel sektör arasındaki işbirliği geliştirilmesi yönünde çalışmalar yapılmalıdır. Sağlık turizmiyle ilgili yeni yasal düzenlemeler duyulan ihtiyaç ve turizm sektöründeki uzmanlaşmış kalifiye personel eksikliği de hissedilmektedir. Bu nedenle kamu ve özel sektör temsilcilerinden oluşturulacak bir platformda sektörün eksiklikleri üzerinde çalışmalar yapılmalıdır. Buna göre kamu ve özel sektör rekabet edebilir ortak bir fiyat politikası belirlemelidir. Günümüz uygulamalarında kamu çalışanı bir doktorun tam gün yasasıyla özel sektöre yönelmiş olması, kamu tarafından gerçekleştirilen sağlık hizmetlerine olumsuz yansıdığı görülmektedir. Bu eksiklik kamu hastanelerinde çalışan doktorlara ekstra performans ve ücret ödemeleri ile sağlık turizminden gelir elde edici teşvik çalışmaları yapılmalıdır. Özel sektör hizmetleri arz ve talep dengesi içinde kar amaçlı fiyat politikaları sunarken kamu çalışanlarının merkezi politikalarla yönetiliyor olması özel sektörle rekabet edebilirliğini azaltmaktadır (Yılmaz, 2013).

Gerek kamuda gerekse özel sektörde fiziki alt yapısı ve hekim yetkinliği açısından iyi bir noktaya ulaşmasına rağmen sürekli iyileştirmelerle çıtayı sürekli yükselten Türkiye bu gelişmeleri yasal bir çerçeveye oturtması gerekmektedir. Çünkü kamu ve özel sektör paydaşlarının birlikte işbirliğine yönelerek hem Antalya hem de Türkiye yararına artı değer oluşturacak politika ve alt yapılarını buna göre kurgulamaları gerekir. Örneğin Almanya'nın 11 Eylül saldırılarından sonra yeni bir hedef ülke arayan özellikle zengin körfez ülkelerinden gelen hastalara kucak açarak ABD'den boşalan yeri doldurmayı başardığı görülmektedir. Bu nedenle etkin ve etkili bir sağlık turizmi için kamunun altyapı sağlanması, üstyapı ve hizmetlerin ise özel sektör tarafından karşılanması sektörün

karlı çalışması için gereklidir. Bu kapsamda kamu kurumları özel sektöre uygun kredi imkânları ile destek vermeli, büyük projelerde bedelsiz bir altyapı sağlamalı, özel sektör ise tanıtım dâhil tüm faaliyetleri üstlenmelidir. Farklı bir ifadeyle kamunun sağlık turizmini üstlenmesiyle, sağlık turizmi kamu kaynaklarından sübvansede edilmedikçe sağlık turizmini daha pahalı hale getirecek, bu durum sektörün rekabet şansını azaltacaktır. Çünkü bir kaynağın en etkin ve etkili bir şekilde değerlendirilmesi ancak kaynağı kazanan tarafından sağlanır. Bu kaynak başkaları adına her kullanımında ortalama % 50 verim kaybına uğramaktadır. Sağlık turizminin Kamu kaynaklarından finanse edilmesi, verimlilik esasına ters düşmektedir (Kesikminare, 2013).

Kamuda çalışan doktorlar için ayrıca gelir getirici bir sistem uygulanarak devletimize ciddi manada getirisi olacak medikal turizmin kapısı açılabilir. Özel sektörde ise ani kararlar alıp uygulanabilir. Ufku açık davranıp yeni projeler için çalışmalarda anında hamleler yapılabilir. Hastane içi personel hizmet sektörü kaliteli ve profesyonel çalışma sistemleri kurularak vip hizmetleri sunulabilir. Kamu alanında aracı kurum ve asistan firmaların hasta getirmeleri ancak komisyon üzerinden olmaktadır. Ancak kamu hastaneleri aracı kurumlara komisyon veremez bunun için devlet kamu hastaneleri içerisinde doktora, aracı kurum a komisyon verebilen bir yapıda bir oluşum içerisine gitmek durumundadır. Özel sektör hastaneleri aracı kurumlar dolaylı ve direk olarak ödemelerini yapabilir ancak kamu bu yapıda çalışamaz. Bunun için kamu hastanelerinin yabancı hasta departmanları özel şirketler aracılığı ile işletilip hem gelen hastalara profesyonel manada hizmet sunmalı hemde aracılara doğrudan ulaşım anlaşmaları yapabilmelidir. Bu özel kuruluş yeri geldiğinde doktorlardan danışmanlık satın almalı ve hastalara kolay ve hızlı bilgi aktarımı sağlanmalıdır (Kaynar, 2013).

Kamunun eksileri, bürokrasinin çok olması, hastanelerin fiziki yapılarının (özellikle eski hastaneler) yetersiz olması, kalifiye personel eksikliği olarak sayılabilir. Özel sektörde ise bu konular artı olarak değerlendirilebilir (Çakmak, 2013).

Kamunun hizmetlerinin hantal işleyen yapısı gibi kendine özgü zorlukları bulunmaktadır. Bu nedenle memur mantığı ile mesai takip eden personel işlerinin resmi ve yavaş gitmesi kaliteden ödün vermeye sebep olmaktadır. Bundan dolayı kamu hastanelerinde sağlık turizmi algısının oluşması uzun süreler gerektirebilir. Bununla birlikte çıkartılan yasa ve uygulamalara bakıldığında sağlık turizminin özel sektörün yapmasına uygun zemin hazırlar nitelikte olduğu görülmektedir. Bu durum uygulanan fiyat politikalarında da öne çıkmaktadır. Bu kapsamda Sağlık Uygulamaları Tebliği (SUT)

fiyatlarının kamu hastanelerinde yabancılar için çok yüksek olduğu görülmektedir. Bununla birlikte tam gün yasası dolayısıyla doktorların özel hastanelere gitmeleri teşvik edilmiş ve kamuda ameliyat vs. yapma izni kaldırılmıştır. Örneğin 2000’li yıllarda kamuda iki milyona yakın ameliyat yapılırken buna karşılık özelde üç yüz bin civarında ameliyat yapılmaktadır. Tıp fakülteleri hocalarının birçoğu özel sektöre geçtiği için değerlerin 2000’li yıllara göre tam tersine döndüğü görülmektedir (Dikmen, 2013).

5.4.3.10.Sağlık Turizmi Amaçlı Olarak Hizmet Sunan Otel Revir Odalarıyla İlgili Bir Değerlendirme

Çalışmada sağlık turizmi amaçlı olarak hizmet sunan otel revir odalarıyla ilgili bir değerlendirme yapılması istendiğinde, öncelikle turist sağlığı ve sağlık turizmi kavramlarının iyi anlaşılması ve uygulanması için bölgede ortak bir sağlık turizmi platformunun oluşturulması gerekmektedir. Bu nedenle turist sağlığını otel revir odalarına indirgemek, sağlığı hafife almak ifadeleri yer almaktadır. Bu kapsamda otel revir odalarının ticari bir kurum gibi çalıştırılmasının bölgenin imajını olumsuz yönde etkilemektedir.

Otel revir odalarının ticari bir kurum usulüyle hizmet sunması sağlık turizmini olumsuz yönde etkilemektedir. Farklı bir ifadeyle otellerde revir hizmeti veren odaların ihale usulüyle çalıştırılması rekabete neden olmakta bundan dolayı turist sağlığında yapılan hataların bölgenin imajını olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir. Bu nedenle turist sağlığı ve sağlık turizmi kavramlarının iyi anlaşılması ve uygulanması için bölgede ortak bir sağlık turizmi platformunun oluşturulması gerekmektedir. Bundan dolayı turist sağlığını otel revir odalarına indirgemek, sağlığı hafife almak demektir. Hastalık yoktur, hasta insan vardır. Bu sebeple turist sağlığı söz konusu olduğunda mutlaka bir hastanede tedavi edilmelidir (Yılmaz, 2013).

Otellerinde her zaman turist hastaneye yetiştirilmesine kadar geçecek zamanda acil ihtiyaçlarına cevap verecek şekilde tıbben donatılmış olmaları gerekir. Bu durum bir ticari konu olmaktan çıkarılmalıdır. Hastanın hastaneye yetiştirilmesine kadar geçen sürede turist için yapmış olduğu her türlü gider, Hastanenin İnt. Patient departmanında faturasına eklenerek otel’e geri ödenmesi yapılmalıdır. Bu şekilde, hem geç kalınmaktan doğan zamansız kayıpların önüne geçilmiş olunur. Hem turist kendi sağlığının ciddiye alındığını hissettiği bir ülkede bulunmaktan mutluluk duyar, hem de Türkiye’nin imajı Dünyada daha üst seviyelere yükselir (Kesikminare, 2013).

Bakanlık ve il sağlık m¼d¼rl¼kleri tarafından otel revir odalarının işletilmesine belli uygulamalar getirmelidir. ¼nk¼ özel hastaneler tarafından otellerin revir odaları ihale usul¼yle kiralanarak çalıştırılmaktadır. Otel İşletmelerinin kuruluş şartlarından biride işletmede doktor bulundurma zorunluğudur. Bunun en önemli nedeni ise otelin kendi doktor ve hemşiresiyle turiste sağlık hizmeti sunma amacı taşımaktadır. Hastanelerin, otel revir odalarından gelir elde edileceğini fark ettiği için otellerle ikili anlaşmalara gidilmeye başlanmıştır. Otel sahipleri de maliyetleri d¼ř¼rmek amacıyla yapılan teklifleri kabul etmişlerdir. Bununla birlikte oteller incelendiğinde Rus turist kabul eden otellerin revir odalarına talep olunmazken Avrupalı turistlerin geldiği otellerin revir odalarının yıllık kira ve giderleri y¼z bin dolarları geçtiği g¼r¼lmektedir. Bunun en önemli nedeni, Rus sigortaların kısıtlı ¼demeleri Avrupa sigortalarının ise sınırsız ¼demeleridir. Buralardaki yanlış tedavi ve fiyat uygulamalarından dolayı, T¼rkiye sağlık sekt¼r¼ne karşı k¼t¼ bir imaj oluştuğu için duyulan g¼venin azaldığı g¼r¼lmektedir. Bu nedenle Avrupa sigorta şirketleri hakem doktor uygulaması ve asistan firmalar aracılığı ile sigorta kontrol merkezleri oluşturmuşlardır (Kaynar, 2013).

¼ncelikle ¼lke vatandaşımıza etik davranmayı ¼đretmemiz gerekir. Bunun yanında, etik problemlerin öz¼m¼nde Denetleyici Etik Kurul kurulması ve bu kurulun bağımsız olarak karar almalıdır. Etik Kurulda SGK, ¼niversite, ilgili kamu kuruluşları ve özel kesimden ¼yelerin bulunması gerekir. Etik Kurulun cezai yaptırım ve uygulama g¼c¼ olmalıdır. Avrupa'da Etik Kurul hastaneler tarafından kendiliğinden ve kendi aralarından oluşturulmaktadır. Fatura ¼demelerinde bir hastanenin tedavisi diğer hastane tarafından teyit edildikten sonra yapılır. ¼zel hastane, klinik ve diğer sağlık kuruluşlarının t¼m faturalarının şeffaf bir şekilde yapılması gerekir. Uygulanan tedavinin şeffaf olması, yapılan tedavi ve tetkikler hakkında ayrıntılı bilgi verilmesi gerekir. ¼zel hastanelerin kendi aralarında belirli etik kurallar oluşturmaları gerekir. Daha sonrasında birbirlerini çapraz olarak denetlemeleri gerekir. Suçun cezalandırılmasından ziyade suçun engellenmesi daha önemlidir. Bunu genellemek yanlış olur diye d¼ř¼n¼yorum, otellerin konuya verdiği önemle doğru orantılıdır. Yeterince önem veriyorsa revirin fiziksel ¼zellikleri ve sunulan hizmet kaliteliyse algı olumlu olacaktır (akmak, 2013).

Turist sağlığında ciddi etik problemler yaşanmaktadır. Otelden alınan hasta turist basit bir şekilde tedavi edilebilecekken fazla fatura için gereksiz işlemler yapılmaktadır. T¼rkiye'ye gelirken gerekli t¼m tetkikleri yaptırıp bu belgeleri yanında getirdiği halde gelen turiste aynı tetkikler yeniden yapılmaktadır. Bunun gibi turist sağlığında etik

problemler yaşanmakta, gereksiz muayeneler yapılmakta, faturalar şişirilmekte ve ülke imajı zedelenmektedir. Turistin sağlığında bu ve benzeri etik problemler düzeltilmezse sağlık turizmi de olumsuz etkilenmektedir. Otel hekimliğinde de etik problemler yaşanmaktadır. Otellerdeki revir odaları, otelde kalan milletlere göre ihale ediliyor ve kiralanıyor. Tatil yapan turist herhangi bir şekilde hastalandığında basit bir tedavi için bile fahiş faturalar çıkıyor. En büyük problem gelen turistten hem özel hastane, hem otel hem de acentenin en büyük payı almak istemesidir (Dikmen, 2013).

5.4.3.11.Sağlık Turizminde Başarılı Olan Amerika, Avrupa ve Uzakdoğu Ülkeleriyle Türkiye'nin Karşılaştırılmasında

Çalışmada sağlık turizminde başarılı olan Amerika, Avrupa ve Uzakdoğu ülkeleriyle Türkiye'nin karşılaştırılmasında, bu ülkelerin altyapı ve üst yapı yatırımlarının tamamlandığı cevabı öne çıkmaktadır. Bununla birlikte sektörün ihtiyaç duyduğu yetiştirilmiş iş görenlerin bulunduğu bir endüstriyle karşılaşılmaktadır.

Türkiye'nin, Amerika, Avrupa ve Uzakdoğu ülkeleriyle karşılaştırıldığında sağlık turizminde yeni bir ülke konumunda olduğu görülmektedir. Bu nedenle Türkiye'nin başarılarının ve fiyat politikalarının rekabet edilebilirliğini yükseltebilecektir (Yılmaz, 2013).

Özellikle ABD'de dünyanın en ileri kanıta dayalı tıbbi yöntemleri ve teknolojileri kullanılmaktadır. Avrupa'daki bazı ülkeler ve Türkiye bu teknoloji ve yöntemleri daha sonra kullanmakta olduğundan, Sağlık turizminde ibrenin pahalı da olsa son teknoloji ve yaklaşımları kullanan ülkelere dönmesi normaldir. Bu kapsamda uzakdoğu ülkelerine bakıldığında daha düşük teknolojiyle daha ucuz hizmet ve sağlık turizmindeki sunduğu çeşitliğe sahip olduğu görülmektedir. Bu nedenle Uzakdoğu ülkeleri kendi pazarlarını yaratmaktadır. Türkiye bu durumda doğu ve batı eksenini birleştirici bir rol üstlenmelidir. Farklı bir ifadeyle doğuya göre nispeten daha ileri bilimsel teknoloji ve yaklaşımları kullanırken, batıya göre daha çeşitli ve ucuz hizmet sunma eğilimde olmalıdır. Böyle bir stratejinin de ancak Bütünsel Tıp yaklaşımı ile mümkün olduğu görülmektedir. Sağlık sektöründeki trendin de gösterdiği gibi, bu yaklaşımın hayata geçirilmesi ile, Batının üstün teknoloji avantajı zamanla Doğu tıbbının bilimsel kanıtlarla ilerletilmesi sonucu eşitlenecek ve inorganik tıba dayalı Batı tıbbının yerini kanıta dayalı organik tıp alacaktır. Türkiye böyle bir sağlık turizmi için coğrafi açıdan da çok uygun bir konumda bulunmaktadır (Kesikminare, 2013).

Bu ülkeler, Türkiye ile karşılaştırıldığında, Avrupa'nın sağlık hizmetlerinin en önemli unsurlarından birisi kalite iken maliyetlerin yüksek olması ve vize uygulamalarından kaynaklanan güçlükler, bu pazarlarda Türkiye'yi avantajlı bir konuma yükseltmektedir. Türkiye'nin jeopolitik konum itibari ile önemli bir noktada olması Ortadoğu, Türki Cumhuriyetleri ve Rusya pazarlarını Türkiye'ye yönlendirmektedir. Çünkü Avrupa'nın Hristiyan bir topluluk olmasının yanı sıra, Ortadoğu ve Türki Cumhuriyetleri'nin inanç ve etnik ortak yapıdan dolayı Türkiye'yi biraz daha avantajlı hale getirecektir. Bu kapsamda kolay vize sağlandığı için uzak doğu ülkelerinin ucuz ancak kalitesinin düşük olmasından dolayı bu durum Türkiye'nin tercih edilmesinde avantajlı önemli bir avantaj sağlamaktadır (Kaynar, 2013).

Doktor ünü, kaliteli hizmet ve başarı algısının yansıtılması önemli etkenler. Bununla birlikte teknik donanım sahipliğinin eski oluşu da bir alışkanlık yaratmış olabilir diye düşünüyorum (Çakmak, 2013).

Bu ülkelerin sağlık hizmetlerindeki kalite, güven, bekleme sürelerinin kısa olması, teknolojik imkânların üst seviyede olması ve ucuzluk politikaları ile bu ülkelerin başarılı olduğu görülmektedir. Örneğin Uzak Doğu ülkelerine bakıldığında Tibet tıbbı ve ucuzluk politikası ile sektörde var olduğu görülmektedir. Avrupa'nın sağlık hizmetlerinde ise kalite ve güven olgusu hâkimdir. Bununla birlikte Amerika'da teknolojik imkânların yüksek olmasından dolayı kalite ve güven olgusu markanın içerisinde yer almaktadır (Dikmen, 2013).

5.4.3.12.Sağlık Turizmi Amaçlı Hizmet Sunan İşletimlerin Fiyat Politikalarının Belirlenmesi

Çalışmada sağlık turizmi amaçlı hizmet sunan işletimlerin fiyat politikalarının belirlenmesi ilgili bir değerlendirme yapılırsa istendiğinde, fiyatlandırmalarda özel sektörün serbest bırakılması gerektiği görüşü öne çıkmaktadır.

Fiyat politikalarının kamu tarafından belirlenmesi ancak çok üst düzeyde olursa faydalı olabilir. Bu politikalar özel sektörün işleyişini ve fiyatını kendisinin belirlemesini engelleyici nitelikten daha çok tüketicilerin güvenini sarsacak ve tüm sektörü etkileyecek yanlış uygulamaların önüne geçecek genel olarak düzenleyici politikalar olmalıdır. Etik kuralların işletilmesi konusunda etkili yasalar çıkartılarak, özel sektörün hizmet fiyatlarını belirlemede serbest olması, kaliteye göre hizmet hem yükselebilir hem de bunun karşılığında bir gelir elde edilebilir (Yılmaz, 2013).

Uluslararası sosyal güvenlik anlaşmaları var. Bu anlaşmalar gereği tedaviler SUT fiyatları üzerinden yapılıyor. Ancak sağlık turizmi fiyatları SUT üzerinden yapılmamalı. Ayrıca vatandaşımızla turistlerin faturaları da bir olmamalı. Vatandaşımızın sağlık harcamaları devlet tarafından sübvansede ediliyor. Yurtdışından gelen yabancı turist ile gurbetçi Türk sağlık uygulamasında aynı haklara sahip olmasına rağmen çifte standart uygulanıyor. Sağlık turizminde yaşanan bir diğer problem fiyat konusundaki istikrarsızlıktır. İster sağlık turizminde ister turist sağlığında olsun, hastanelerde paket fiyatların uygulanması gerekir. Paket fiyat uygulamasında İsrail güzel bir örnektir. Tüm hastanelerde aynı fiyat uygulanır. Böylece turist hangi hastaneye giderse gitsin, hangi tedaviyi görürse görsün ne ödeyeceğini bilir. Yapılan tüm tedavi uygulamalarında aşırıya kaçmaksızın işlem yapıldığında kazanç fazlasıyla yeterli olacaktır. Daha önce de değindiğim gibi ucuzluk algısının azaltılması gerektiğini düşünüyorum. Yüksek fiyat = Kalite değil elbet ama ucuzluk kalitesizlikle bağdaştırılıyor. Uygun fiyat önemli ama başarı ve kalite de vurgulanmalı. Yerel halk ve yabancı misafir arasındaki dengenin sağlanması da önemli diye düşünüyorum (Kesikminare, 2013).

Devlet teşviklerine ve çıkarılan yönetmeliklere bakıldığında kamu yatırımlarından daha çok özel sektör yatırımının teşvik edilmektedir. Bu nedenle kamu işletmelerindeki sağlık uygulamaların tarifelerinin (SUT) özel sektörden çok daha yüksek olduğu görülmektedir. Farklı bir ifadeyle turist sağlığı hizmetlerinin özel sektörden sağlandığında daha uygun fiyatlarla karşılandığı görülmektedir (Kaynar, 2013).

Sağlık turizmi yapan seyahat acentelerinin sağlık turizmi konusunda bilgilendirilmesi gerekmektedir. Sağlık turizmi yapacak acentelerin özel bir akreditasyona tabi tutulması gerekir. JCI gibi uluslararası standartların uygulanması güvenilirliği sağlayacaktır. Ama bu belge reel olarak işletilmelidir. Başlangıç olarak öncelikle belirli standartlar oluşturulmalı ve sonradan en iyiye ulaşmak için revizyonlara tabi tutulmalıdır. Öncelikle denetim gerekiyor. İç denetimden başlayarak uluslararası geçerliliği olan denetimlerin oluşturulması gerekiyor. Acenteler mutlaka anadilde “call center” kurmalı. Seyahat acenteleri, kendi bünyesinde hekim bulundurmalıdırlar. Getirdikleri turistlerin başlarına gelebilecek her durum için bilgilendirme yapmalı ve danışman hekim ayarlanmalı. Gelen turistlere hastane ve tedavi olabilecekleri yerlerin ve özelliklerinin bulunduğu bilgilendirme broşürleri verilmeli. Konu hakkında bilgi sahibi değilse sadece yatırımcı olarak kalmalı yönetim için deneyimli, eğitimli personel istihdam etmeli. Sağlık turizmi, sağlık ve turizm sektörlerinin bütününe teşkil

ettiğinden işbirliği son derece önemli. Bu anlamda kompleks yatırımlar önem kazanabilir (Çakmak, 2013).

Kamu Hastanelerinde şimdiye kadar faturalandırma yapılırken sağlık turizmi ile turizm sağlığının karıştırıldığı görülmektedir. Yurtdışında işçi olarak yaşayan Türkler bile buradaki tedavilerinde sağlık turisti olarak kayıt edildi. Gelen turiste ait tüm tedavilerin tam kapasiteli olarak elektronik sisteme kaydedilmesi gerekiyor ve bu bilgiye her hastaneden ulaşılması gerekiyor. Sağlık Bakanlığı, tıpkı Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığının yaptığı gibi sürekli olarak tüm hastanelerde yaşanan olumsuz durumları web sitesinden teşhir etmeli (Dikmen, 2013).

5.4.3.13.Sağlık Turizminin Alternatif Turizm Amaçlı Yatırımlarda Kamu ve Özel Sektör Temsilcilerinin Rolü

Çalışmada sağlık turizminin alternatif turizm amaçlı yatırımlarda kamu ve özel sektör temsilcilerinin rolüne ilişkin bir değerlendirme yapılması istendiğinde, yatırımcıların sağlık turizm paketlerini çeşitlendirecek yatırımlara öncelik vermesi gerektiği ve çeşitlendirilen sağlık turizminin bir bütün içerisinde sunulabilmesi için her kesimden temsilcilerin bir araya gelerek koordinasyonu ve entegrasyonu sağlaması görüşü öne çıkmaktadır.

Sağlık turizmi yatırımcıları sağlık turizm paketlerini çeşitlendirecek yatırımlara öncelik vermelidir. Böylece sağlık turizminden hem sağlık turizm sektörü hem de normal turizm sektörü geniş bir yelpazede yararlanmış olacaktır. Çeşitlendirilen yatırımları dikkate alan özel sektör temsilcileri öncelikle kendi pozisyonlarını bu çeşitliliği dikkate alarak değerlendirmeli ve ona göre ek yatırımlar yapmalıdır (Yılmaz, 2013).

Çeşitlendirilen sağlık turizminin bir bütün içerisinde sunulabilmesi için her kesimden temsilcilerin bir araya gelerek koordinasyonu ve entegrasyonu sağlaması gerekir. Aksi halde tedavisi yapılan turistin iyi koordine edilmemiş bir dizi etkinlik içinde tekrar hastalanması kaçınılmazdır (Kesikminare, 2013).

Sağlık turizmi dışındaki buna entegre edilen tüm turizm faaliyetleri hastanın ruhen, bedenen, zihnen ve fiziken hastane öncesi ve sonrası daha iyi duruma gelmesi için ortak paydada çalışma yürütmeleri gerekmektedir (Kaynar, 2013).

Sağlık turizmi geleceğin en önemli sektörleri arasında bulunmaktadır. Yaşlanan bir dünya ve GDO' lu yiyecekler ile beslenen bir nesilden dolayı gelecekte birçok

hastalıkların türeyeceği bir yaşam tarzı bu sektörü her zaman güçlü kılacaktır. Bunun için özellikle Avrupa'da yıllardır uygulanan yaşlı bakım merkezleri, fizik tedavi, rehabilitasyon merkezleri ile sağlık turizmini bütünsel anlamda inceleyip organize eden bir yapı olmalı ve hastane otel konseptleri çoğaltılmalıdır (Çakmak, 2013).

Turizm özel sektör temsilcileri, oteller ile birlikte sağlık alanında da geniş yatırımlara yer verilmelidir. Devlet olarak sağlık serbest bölgeleri yapılmalı ve yabancı hekimlerin çalışmalarına izin verilmelidir (Dikmen, 2013).

5.4.3.14. Tam Gün Yasası İle Doktorların Sadece Özel Sektörde Hasta Bakabilmelerinin Sağlık Turizmi Açısından Değerlendirmeleri

Çalışmada katılımcılardan tam gün yasağı ile doktorların sadece özel sektörde hasta bakabilmelerinin sağlık turizmi açısından değerlendirmeleri istendiğinde, sağlık turizmi kapsamında kamu kuruluşlarının özel sektör mantığı ile çalıştırılması gerektiği görüşü öne çıkmaktadır. Bununla birlikte sektörde doktorların çalışma prensipleri belirlenerek, kamuyu bir zarara uğratmayacak şekilde yapılacak protokollerle asistan firmanın koordinatörlüğünde görev alması gerektiği öne çıkan görüşler arasındadır.

Sağlık turizmi kapsamında kamu kuruluşları özel sektör mantığı ile çalıştırılmalıdır. Bu durumda kamu kuruluşlarında çalışan doktorların yanı sıra özel olarak çalışan doktorların da kamuyu bir zarara uğratmayacak şekilde yapılacak protokollerle asistan firmanın koordinatörlüğünde görev alması sağlanmalıdır (Yılmaz, 2013).

Sağlık turizmi için doktorların çalışma prensipleri ayrıca belirlenmelidir. Sağlık turizmi hastaları devlet sübvansiyonuna veya sosyal güvenlik mevzuatına tabi olmadığı için, bu hizmetin ayrı bir mevzuata dayandırılmadan yürütülmesi hizmet kalitesinde aksamalara neden olmaktadır. Örneğin çok iyi bir doktorun kamuda görev alması neticesinde, getirisi ihracat sayılabilen bir tedavi hizmetinde çalışmaması, bu hizmeti zamanında verememesi veya yabancı bir vatandaşa verilen bir hizmet karşılığı ayrıca bir hizmet bedeli alamaması sağlık turizminin gelişmesini engelleyecektir (Kesikminare, 2013).

Devlet hastanelerinin cazibesini arttırmak için doktorlara sağlık turizmi gelirlerinden ek döner sermaye ödemesi yapılmalıdır. Bu şekilde devlet hastaneleri cazibe merkezi haline getirilebilir. Tam gün yasasıyla birlikte doktorların mecburi bir şekilde

özel sektöre yönelmesi kamu hastanelerindeki hekim kalitesini düşürmektedir. Bu kapsamda yapılan bir araştırmada 2000’li yıllarda kamu hastanelerinde yapılan ameliyat sayıları yaklaşık olarak 2 milyona civarlarında olduğu, aynı yıllarda özel hastanelerdeki bu oranın üç yüz binlerde olduğu görülmektedir. Bununla birlikte son yıllarda yapılan araştırmalarda bu oranların tersine döndüğü görülmektedir (Kaynar, 2013).

Kamu ve özel sektör ayarlamasının en iyi şekilde yapılması sağlanmalıdır. Kamu hastaneleri ve özellikle üniversite hastaneleri özel sektöre öncülük yapıp etik kurullar vesilesi ile Avrupa’da yıpranan sağlık imajımızın düzeltilmesinde aktif rol oynamalıdır. Bugün Avrupa’da birçok sigorta hakem doktor uygulaması yapması ile oluşturdukları fatura okuma merkezleri ve yapılan şikâyetler, Türkiye’nin yanlış ve fazla tedavi uygulamalarını göstermektedir. Bu durum sağlık turizminin geleceği için çok önemli bir durumdur (Çakmak, 2013).

Kamu hastaneleri hantal yapıdan profesyonel yapıya geçmesi için özel sektör mantığı ile işletilip kar zarar dengelerinin iyi ayarlanıp çalıştırılması gerekiyor. Bugün elinde üç beş tane iyi doktoru olan hastaneler kar ediyor ancak elinde onlarca iyi doktoru olan kamu hastaneleri zarar ediyor bunu anlamak zor olsa gerek. Önceleri doktorlar hem hastanede kendi hastalarına hem de hastanenin hastalarına bakıyordu hem devlet hem de doktorlar kazanıyordu. Ancak şimdi devlet olarak bunlara izin vermeyi durdurdun bu sefer sen onlara kendi ellerin ile dedin ki hadin özel sektöre mecburi olarak gidin dedin ve kendi devletinde ameliyat yapamazsın diyorsun bu mantığı anlamak çok zor (Kaynar, 2013).

5.4.3.15. Antalya’nın Sağlık Turizminde Başarılı Olabilmesi İçin Tavsiyeler

Çalışmada katılımcılara son olarak Antalya’nın sağlık turizminde başarılı olabilmesi için tavsiyeleri sorulduğunda gelen cevaplar arasında sağlık turizmi hizmeti sunarken klasik turizm anlayışından çıkılması gerektiğiyle ilgili cevaplar öne çıkmaktadır.

Son yıllarda Antalya sağlık turizminde başarılı bir yol çizmektedir. Bu kapsamda kamu ve özel sektörlere ait kurumlar arasında eşgüdüm uygulanması gerekir. Bununla birlikte sağlıkla ilgili serbest bölgelerin kurularak, dal hastaneler ile marka şehir olma yönünde gelişmeler sağlanabilir. Akdeniz Üniversitesi’nde yapılan kol, yüz ve rahim nakilleri ile dünya medyasında bilinirliğinin artması bölgenin marka değerinin artması yönündeki öne çıkan gelişmelerdir. Bununla birlikte bölgede hizmet sunan otel, hastane

ve rehabilitasyon merkezleri ile bütünsel tıp alanında hizmet veren alanlar oluşturulmalıdır (Yılmaz, 2013).

Bölgede öncelikle, sağlık turizminin diğer kültürel ve turistik paketlerle zenginleştirilmesi gerekir. Bununla birlikte destinasyonda hizmet sunan turizm acentaları, sigorta şirketleri, hava yolu şirketleri, hastaneler, oteller ve kamu kurumları arasında bir işbirliği ve koordinasyonun sağlanması gerekir. Buna ek olarak hasta, hastane ve doktor arasında tedavi hizmetlerinin zamanında verilmesine yönelik iyileştirmelerin yapılmasına özen gösterilmelidir. Bu nedenle yurt dışı devletlerin sağlık fonları yakından takip edilerek, bu fonların Antalya'da sağlık turizmini geliştirmede nasıl kullanılacağına dair kamu kuruluşları ile birlikte müşterek çalışmaların yapılması. Ayrıca bütünsel tıp tedavi ve rehabilitasyon merkez ve köylerinin kurulmalı, en son tıbbi teknolojilerin üretilmesinde ve kullanılmasında en son tıbbi yöntemlerin uygulanmasında öncülük edilmesi ve bunların dünya çapında tanıtılması, yurt dışı asistan firmalarla koordinasyona/ortaklıklara gidilmesi, yurt dışı büyük kurum, kuruluş ve şirketlerle sağlık turizmini geliştirici anlaşmalar yapılması, üst gelir grubuna hitap edecek şekilde lüks otel hastane konseptinde tesisler kurulması, tüm sektör ve ilgili sektörlerde yaptırım gücü olan etik kurulların oluşturulması ve yapılan bu çalışmaların yurt dışı fuarlarında sektörle ilgili güçlü tanıtımlar yapılarak desteklenmelidir (Kesikminare, 2013).

Yeni projelşer ile dal hastaneleri yapılmalı. Hasta, hastane ve doktor arasında tedavi hizmetlerinin zamanında verilmesine yönelik iyileştirmelerin yapılması. Yurt dışı fuarlarda sektör ve ilgili sektörlerle güçlü tanıtımların yapılması. Yurt dışı devletlerin sağlık fonları yakından takip edilerek, bu fonların Antalya'da sağlık turizmini geliştirmede nasıl kullanılacağına dair kamu kuruluşları ile birlikte müşterek çalışmaların yapılması. Bütünsel Tıp tedavi ve rehabilitasyon merkez ve köylerinin kurulması. En son tıbbi teknolojilerin üretilmesinde ve kullanılmasında öncülük edilmesi ve bunlara yönelik tanıtım faaliyetlerinde bulunulması. En son tıbbi yöntemlerin uygulanmasında öncülük edilmesi ve bunların dünya çapında tanıtılması. Yurt dışı asistan firmalarla koordinasyona/ortaklıklara gidilmesi. Yurt dışı büyük kurum, kuruluş ve şirketlerle sağlık turizmini geliştirici anlaşmalar yapılması, Üst gelir grubuna hitap edecek şekilde lüks otel hastane konseptinde tesisler kurulması, Devletimiz medikal vize uygulamasına mutlaka geçmeli ve gelecek hastalara hastane onayları ile kolay vize almaları sağlanmalıdır eğer hastanın tedavisi uzadı ise hasta deport edilmeden vizesi devletimiz tarafından

uzatılmalıdır. Özellikle Antalya’da branş hastaneleri kurulmalı ve bu dal hastaneleri ile markalaşma çalışmaları yapılmalı (Kaynar, 2013).

İlk aşamada yeterince yatırımın olduğunu düşünüyorum. Sadece koordinasyon eksiklikleri olduğu, bu anlamda paydaşların koordineli bir şekilde çalışmasının son derece önemli olduğu kanaatindeyim. Bununla birlikte çalışan ve kamuoyu bilincinin de zayıf olduğunu düşünüyorum katılımcı bir anlayışla sağlık turizmi konusunda tüm paydaşlara bilgi akışının sağlanması gerekiyor. Ayrıca reklam ve tanıtım konusunda da atılımlar gerekli. Pazarlanacak sağlık ürünlerine yönelik envanter çalışması yapılmalıdır (Çakmak, 2013).

Oluşturulacak paketler için tek tip fiyat sisteminin benimsenerek, pazarlanacak hedef ülkelerin seçilerek buna göre pazarlama yapılmalıdır. Hastane ve acenteler arası işbirliğinin geliştirilerek anlaşmalar ve protokollerin yapılması. Gelen turistlere havalimanı girişlerinde pasaport kontrolü sırasında bilgilendirici broşür verilmesi (Malezya sistemi). Yurtdışı temsilciliklerinin açılması ve akredite olmuş hastane sayısının artırılması gerekir. Sağlık turizmi amacıyla gelen hedef kitleye yönelik güvenilirlik çalışmalarının yapılmalıdır. Fuarlara katılım ve diğer alanlarda ortak hareket edilmelidir. Seyahat acenteleri, hastaneler, üniversiteler dışında uzman olmayan kişilerin sağlık turizmi faaliyetlerini yapmaması için gereken önlemlerin alınmalıdır (Dikmen, 2013).

SONUÇ

Alanda yapılan bilimsel çalışmalar incelendiğinde Türkiye’de özel hastanelerin çoğunun sağlık hizmetleri standartlarının uluslararası kuruluşlarca onaylandığını göstermektedir. Araştırmaya katılan firmaların ise sadece birinin JSI belgesine sahip olduğu görülmektedir. Bu bağlamda bölge hastanelerinin tam olarak uluslararası hastanelere akredite olmadığı söylenebilir.

Bölgeye hastaların birden çok araç vasıtasıyla geldiği görülmektedir. Bu bağlamda asistan firmalar, otel işletmeleri ve sigorta şirketlerinin aracılık hizmetleri yoğun bir şekilde tercih edilmektedir. Bu nedenle hastanelerin sağlık turizminden ziyade turist sağlığına daha fazla hizmet sundukları söylenebilir.

Destinasyondaki sağlık hizmetlerinin geldikleri ülkedeki imkân ve olanaklarından daha yüksek olduğunu belirtmektedirler. Elde edilen bulgulara göre AB ülkelerinden gelenlerin destinasyonu tercihinde fiyat avantajın ve tedavi merkezlerindeki bekleme sürelerinin geldikleri ülkelere göre daha kısa olması etkili olduğu görülmektedir. Ortadoğu ve Rusya ülkelerinden gelenlerin ise destinasyon tercihinde ülkelerindeki tedavi hizmetlerine ilişkin teknolojik imkânların yetersizliklerinin ve yan hizmetlerden kaynaklanan eksiklikler olduğu görülmektedir.

Sektör temsilcileriyle gerçekleştirilen ikili görüşmelerde zincir hastanelerde yabancı dil bilen personel sayılarının daha fazla olduğu belirtilmektedir. Bu bağlamda hastaların milliyetlerine bakıldığında bölgeyi tatil amaçlı tercih eden turistlerin milliyetleriyle aynı olduğu görülmektedir.

Sağlık hizmetlerinde ortopedi-cerrahi, plastik ve estetik hizmetleri yoğun bir şekilde talep edilmektedir. Bu bağlamda katılımcılarla yapılan görüşmelerde destinasyona özellikle yaz döneminde on milyondan fazla turist gelmesi, buna bağlı olarak trafik kazaları ve tatil kazaları neticesinde yaralanma ve kırık vakalarının olması turist sağlığı açısından hastanelerin ortopedi ve plastik cerrahi alanlarının diğer branşlara göre daha yoğun olarak kullanılmasında önemli bir faktör olduğu öngörülmektedir.

Destinasyonda son yıllarda Ortadoğu pazarı hızlı bir şekilde büyümektedir. Bu bağlamda Arap Baharı ile özellikle Libya, Mısır ve Irak ülkelerinde başlayan iç savaş neticesinde devlet kontrolü ile hastaların tedavileri için destinasyona sevk edildiği görülmektedir.

Bölge işletmeleri, Türk Cumhuriyetlerde yoğun bir pazarlama faaliyeti sürdürmektedir. Katılımcılar ile yapılan yüz yüze görüşmelerde hedef pazar olarak Türki Cumhuriyetlerinin öncelikli olmasında en önemli etkenin ortak kültür ve ortak dil olduğu düşünülmektedir.

Destinasyonda hizmet talep edenlerin geldikleri ülkelerdeki sağlık hizmetlerine ilişkin memnuniyet oranlarının düşük olduğu görülmektedir. Bununla birlikte memnuniyet derecesi yüksek olanların ise Avrupa ülkelerinden geldiği tespit edilmiştir.

Son olarak elde edilen bulgulara göre destinasyon tercihinde hizmet kalitesi ve güven olgusu kavramı yaratmada, destinasyondaki ücret ve bölgeye ulaşım, yüksek kalite ve turizmpotansiyeli, arkadaş ve reklam unsuru ve hastane olanakları yükselen değerler arasındadır.

Destinasyonun marka değerinin ve tercih edilebilirliğinin artırılmasında bölgedeki tedavi olanakları önemi markalaşma adına büyüktür. Bununla birlikte bölgenin genel ihtiyaçları, yetersizlikleri tespit edilip diğer bölgeler ile rekabet edebilir düzeye çıkarılmalıdır. Bölgenin güçlü-zayıf yönler, fırsat-tehditleri belirlenerek planlama yapılmalı. Pazarlama politikaları, hastane ve doktorlara ilişkin politikalar, konaklama işletmelerine ilişkin politikalar ve destinasyonda geceleme fiyatları ve öne çıkan diğer tüm değerler sağlık turizminin kalkınma aracı olarak en iyi şekilde kullanılmalıdır.

Destinasyonda bulunan sağlık kuruluşlarına gelen hastaların otellerden acil girişlerden olduğu görülmektedir ve turist sağlığına yönelik çalışmaların daha yoğun olduğu gözlenmektedir. Bölgedeki sağlık kuruluşları otellerin revir odalarını kiralayıp hasta temin ettikleri görülmektedir ve bu Antalya için olumsuz bir rant aracı olduğu ortadadır. Otellerden sağlık kuruluşlarına kaza ve rahatsızlık sonrası tedavi için gelen hastalara karşı tedavi sürecinde, fiyatlandırmada ve sigortalara faturalandırmada etik davranış sergilenmediği görülmektedir.

Uluslararası hasta temininde sigorta şirketleri özellikle Avrupa sigortaları turist sağlığı kapsamında tedavi için bölgedeki sağlık kurumlarına gelen hastalarını yakın takibe almış farklı asistan firmaları ve anlaşmalı doktorları aracılığı ile hakem hekimlik uygulamaları olduğu gözlenmektedir. Bu durum bölgemizde AB sigorta şirketlerinin güven eksikliğini göstermektedir.

Katılımcılardan elde edilen bulgular doğrultusunda görülmektedir ki hastaların en fazla şikâyet ettikleri durum sağlıklı iletişim kuramama ve yabancı dil sorunu görülmektedir.

Ortadoğu ülkelerine yönelik Pazar çalışmalarında Müslümanların Avrupa tercihinde kalitenin ön planda olduğu ancak dini inanç farklılıklarının ve ölümlü vakalarda cenaze hizmetlerinde dini usullere uygun olmayan yöntemlerden rahatsızlık duydukları düşünülmektedir. Destinasyonu tercihlerinde AB ülkelerinden gelen hastaların tercihinde fiyat

avantajı ve bekleme sürelerinin kısa olması etkili olduğu düşünülmektedir. Türk Cumhuriyetleri ve Rusya ülkelerinden gelen hastaların yoğun olarak görülmesinin en önemli nedeni tatil amaçlı gelen turistlerden kaynaklanmaktadır.

Hastaların asistan hizmetleri (danışmanlık, ulaşım, konaklama) aracı kurumlar tarafından sunulmaktadır. Bunların dışında hastanelerin, yurt dışı partner hastane ve ofisler, dergi-broşür ve marka yabancı uzman doktorlar vasıtasıyla hastalara ulaştıkları görülmektedir. Katılımcılar Antalya sağlık turizminde faaliyet gösteren kurumlar arası yeterli koordinasyonun bulunmadığını belirtmişlerdir.

Bulgulardan elde edilen sonuçlara göre en az şikâyet alan konu ise pahalılıktır bu durumda destinasyonun sunulan hizmet kalitesine karşılık tedavi ücretlerinin uygun olduğu ve AB ülkelerine göre rekabet avantajına sahiptir. Katılımcılar tedavi amacı ile destinasyonu tercih eden hastaların fiyat politikasından memnun olduklarını özellikle AB ülke vatandaşlarının ülkelerindeki tedavi giderleri karşılığında Türkiye’de hem tedavi hem de tatil ihtiyaçlarını karşıladıklarını belirtmektedirler. Buna karşılık katılımcıların çoğunluğu Antalya’da etik kurulun yetersizliği nedeniyle hastaların maddi olarak mağdur edildiğini düşünmektedir. Özellikle özel hastanelerin yeterince denetlenememesi ve belli bir fiyat kontrolünün olmaması, hastaların ücretler konusunda mağdur olmasına neden olduğu düşünülmektedir.

Katılımcılar Antalya’da hastanelerin yatak kapasitelerinin yeterli olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcılar tesislerinin yıllık ortalama doluluk oranlarının yüzde elli civarında olduğunu belirtmektedirler. Ayrıca son yıllardaki tam yüz nakilleri ile dünyada gündem olmuştur. Katılımcılar bu avantajı destinasyonun pazarı açısından çok iyi değerlendirmesi gerektiği görüşündedirler.

Antalya’nın Avrupa ülkelerine ve Orta doğu ülkelerine yakınlığı da Antalya’nın sağlık turizmi açısından güçlü yönlerinden biridir. Antalya’nın Avrupa ülkelerine ve Orta doğu ülkelerine yakın olması, hastaların Antalya’yı diğer şehirlerden daha fazla tercih etmesini sağlamaktadır. Avrupa nüfusunun giderek yaşlanması ve daha fazla tedaviye ihtiyaç duyması, Antalya’nın değerlendirmesi gereken fırsatlardan biridir. Bununla birlikte Ortadoğu ülkelerindeki sağlık hizmetlerinin yetersizliği ve Ortadoğu ülkelerinin Türkiye’ye olan yakınlıkları, Antalya’yı sağlık turizmi açısından avantajlı konuma taşımaktadır. AB ülkelerinin Türkiye’ye olan olumlu tutumları, AB ülkelerinden daha fazla hastanın Antalya’ya gelmesini sağlayacaktır. Sağlık turizmi açısından Antalya’nın yeterli durumda olması, kaliteli tedavi ve tatil imkânları sunması, Antalya’yı sağlık turizmi açısından ön plana çıkarmaktadır. Özellikle Müslüman ülke vatandaşlarının tedavi için Türkiye gibi Müslüman bir ülkeyi tercih etmeleri, Antalya’nın sağlık turizmi açısından değerlendirmesi gereken fırsatlardan biridir.

Yabancı hastalar için Antalya tercihlerinde arkadaş tavsiyesi oldukça önemli bir rol oynamaktadır tavsiyeler sonucunda Antalya'nın güvenilir ve kaliteli hizmet sunduğuna inanması, bununla birlikte sağlık hizmetlerinde kullanılan teknolojik olanakların yeterli olması Antalya tercihlerinde etkili olmaktadır. Yabancıların Antalya tercihlerinde özellikle Avrupa ülkelerindeki sağlık hizmetleri pahalılığı önemli faktörlerden biridir bu karşılık Avrupa haricindeki ülkelerde sağlık hizmetlerinin yetersizliği önemli bir neden olmuştur.

Yabancı hastalar, Antalya'da hizmet veren doktorlardan genel olarak memnundur. Hastalar, aynı zamanda doktorların tedavi öncesi bilgilendirmelerinden, tedavi sırasında sağlık personelinin yaklaşımından, tedavi sırasında kullanılan teknolojik olanakların yeterliliğinden, kalitesinden oldukça memnun görünmektedirler. Yabancı hastalar, tedavi sırasında hastanenin hijyen durumundan ve tedavi ortamlarının sağlıklı olmasından, tedavi sırasında hastanenin haberleşme olanaklarından buna bağlı diğer tüm yan hizmetlerinden oldukça memnundur. Tedavi sırasında yapılacak tıbbi işlemlerin bekleme süresinden ve tedavi sırasında doktorla ve yardımcı tıp personeli ile iletişim kurma konusunda bir sıkıntı yaşamadıklarını belirtmişlerdir. Hastalar refakatçilerine sağlanan imkânlar konusunda, tedavi sırasında hastaneye ulaşım imkânlarından, tedavi gördükleri doktorların eğitim kalitesinden, tedavi sırasında hizmet gördükleri yardımcı sağlık personelinin eğitim kalitesinden ve tedavi sırasında karşılaştığınız sorunları hastanenin çözme çabası konusunda oldukça memnun kalmışlardır. Tüm hastaların Antalya'ya gelmeden önce daha negatif düşündükleri ancak Antalya'ya geldikten sonra daha pozitif düşündükleri tespit edilmiştir. Yabancı hastalar beklentilerinin üzerinde bir hizmet anlayışı ile karşılaşmıştır.

AB Bölgeye gelen hastalarla tedavi hizmetlerine ilişkin yapılan yüz yüze görüşmelerde, destinasyondaki sağlık hizmetlerinin geldikleri ülkelere göre bekleme sürelerinin kısa olmasını ve fiyat açısından daha avantajlı olduğunu belirtmektedir. Bununla birlikte Ortadoğu Arap ve Rusya ülkelerinden gelen hastaların gelmeden önceki tedavi hizmetlerine ilişkin hiç memnun olmadıklarını görülmektedir. Bu bağlamda Ortadoğu ülkelerinden bölgeye tedavi amaçlı gelenler ile yapılan yüz yüze görüşmelerde, destinasyondaki sağlık hizmetlerinin geldikleri ülkedeki imkân ve olanaklarından daha yüksek olduğunu belirtmektedirler.

Hastaların ameliyat sonrasında karşılaştıkları bazı komplikasyonlara engel olmak için Avrupa'da çok sayıda rehabilitasyon merkeziyle hizmet sunulmaktadır. Türkiye-Avrupa uygulamaları karşılaştırıldığında ise özel sektör yatırımcılarının rehabilitasyon merkezlerine yapılacak yatırımları risk olarak görmeleri bölgede yeterli rehabilitasyon merkezlerinin eksikliği olarak bilinmektedir. Avrupa'da rehabilitasyon merkezleri hem yerli hem de yabancılara hizmet sunmakta ve ticari olarak da getirisi oldukça yüksek olduğu katılımcılar tarafından belirtilmiştir.

Bölgenin önde gelen pazarlama sorunu sağlık hizmetlerinin yanı sıra tatil paketi satılması öne çıkmaktadır. AB ülkeleri 3. Yaş turizmi için önemli bir destinasyondur ancak karşılaşılan sorunlar vardır özellikle AB ülke pazarına hakim kuruluşlar AB ülkelerinde uygulanan bakım sigortasının Türkiye’de olmayışından şikayet etmektedir. Bakım sigortası olmayan bir ülkenin 3. Yaş turizmine hitap edemeyeceği buna bağlı olarak kendi vatandaşlarına bu hizmeti veremeyen bir ülkenin başka ülke vatandaşlarına nasıl vereceği noktasında çelişkiye düştükleri belirtilmiştir. Önceki yıllarda Belek Turizm Bölgesinde bu tür uygulamalarla karşılaşılmış ancak beklenenin aksine destinasyonun hitap ettiği pazarın tamamen kaybedildiği görülmüştür.

Kamununun hizmetlerinin hantal işleyen yapısı gibi kendine özgü zorlukları bulunmaktadır. Bu nedenle memur mantığı ile mesai takip eden personel işlerinin resmi ve yavaş gitmesi kaliteden ödün vermeye sebep olmaktadır. Bundan dolayı kamu hastanelerinde sağlık turizmi algısının oluşması uzun süreler gerektirebilir. Bununla birlikte çıkartılan yasa ve uygulamalara bakıldığında sağlık turizminin özel sektörün yapmasına uygun zemin hazırlar nitelikte olduğu görülmektedir.

Öneriler

Sağlık turizmi ve turist sağlığı alanlarında yeni bilimsel çalışmaların yapılması ve elde edilen bulguların sektörün yatırımcıları ve yöneticileri ile paylaşılması ülkemiz açısından önemli bir ekonomik kaynak olan sağlık hizmetleri endüstrisinin gelişmesine katkıda bulunacaktır.

Çalışma kapsamında elde edilen en önemli bilgi medikal vize isteğidir. Hastaların tamamı, medikal vize olması durumunda, hasta sayısında artış olacağını belirtmiştir. Bu nedenle medikal vize uygulamasına geçilmesi, Antalya’ya gelecek hasta sayısında önemli bir artış sağlayacaktır. Devlet sağlık serbest bölgeleri oluşturulmalıdır bu sayede yurt dışından hasta, hekim ve yardımcı personel olanaklarından daha kolay fayda sağlanmalıdır.

Antalya’da faaliyet gösteren sağlık kurumlarının farklı fiyat uygulamaları, hastaları olumsuz yönde etkileyen bir olgudur. Bu nedenle sağlık kurumlarının, yabancı hastalar için tek bir fiyat belirlemeleri, hastaların bu rahatsızlıklarını ortadan kaldıracaktır. Özel hastaneler ve kamu hastaneleri için hizmetlerin daha şeffaf ve daha etik sunulabilmesi için hem kamu temsilcilerinin hemde özel sektör temsilcilerinin içinde bulunduğu bir etik kurulun oluşturulması gerekmektedir.

Destinasyonda faaliyet gösteren sağlık kuruluşları hasta temini için internet pazarlama sistemi ve uluslar arası asistan firmalar ve diğer aracı kurumlar ile ortak çalışmalara daha fazla eğilim göstermeleri gerekmektedir. Çünkü Dünya’da hastalar tedavi olmak istedikleri ülkelere aracı kurumlar garantörlüğünde gitmektedirler. Özellikle hasta temini için AB

ülkelerinde sigorta şirketleri ve diğer ülkelerde asistanlık hizmeti sunan kurumlar ile ortak çalışmalar yürütülmelidir. Destinasyon bölgesinde faaliyet gösteren tüm kurumlar ortak bir STK yada platformda tanıtım ve reklamda ortak hareket etmeleri gerekmektedir. Sağlık turizminde faaliyet gösteren kuruluşlar ile turizm alanında faaliyet gösteren kuruluşlar arasında ciddi koordinasyon sağlanmalı ve turizm yatırımcılarının ilgisi farklı devlet teşvikleri ile sağlık alanına da kaydırılmalıdır.

Turist sağlığı kapsamında tedavi için sağlık kuruluşlarına gelen hastalara tedavi sürecinde ihtiyaç dışı tedavi uygulanmadan tedavide, fiyatlandırmada standart SUT fiyatlarının dışına çıkılmadan ve yüksek faturalar kesmeden hizmet verilmelidir ki AB sigorta şirketleri hakem doktor uygulamasına gitmesine gerek kalmamalıdır.

Otel işletmelerinin revir odaları sağlık müdürlükleri tarafından ruhsatlandırılıp belli standartlarda hizmet sunmaları sağlanmalıdır. Hastanelerin otellerin revir odalarını kiralamaları belli standartlarda olmalıdır ve revir odaları hizmetleri ve turist sağlığı sunan kurumların faturalandırma ve hizmetlerindeki uygulamaları sağlık müdürlüğünün başkanlığında çeşitli STK kuruluşlarından ve kamu kuruluşlarının temsilcilerinden oluşan bir etik kurul tarafından denetlenmeli ve asıl hedef kalite ve sürdürülebilirlik olmalıdır. Mahremiyet, kişisel bilgi ve özelliklerin gizliliği, hastaya doğru güvenilir bilgi akışı, maddi çıkarlar sebebiyle hastaların gereksiz yere yatışının yapılmaması, uluslar arası ilke kurallara uyum gibi konular akla gelmektedir.

Antalya'da faaliyet gösteren sağlık kurumlarının yurtdışı sigorta şirketleri ile koordinasyonlarının zayıf olduğu tespit edilmiştir. Sağlık kurumlarının yurtdışı sigorta şirketleriyle daha fazla diyalog içinde olması, ilişkilerin kuvvetlenmesini sağlarken ve hasta memnuniyetini arttıracaktır. Ayrıca özellikle Türkiye ikili anlaşmalarında tekrar yeni düzenlemelere gidilmesi gerekmektedir, yapılan görüşmelerde özellikle turist sağlığı kapsamında gelen hastaların tedavileri için başvurdukları kamu hastanelerinde özel sigortalarını kullanmaktan kaçındıkları belirtilmektedir; ikili anlaşmalar kapsamında yapılan anlaşma maddeleri gereği hasta eğer kendi ülkesinde devlet sigortasına sahipse faturalandırma normal TC vatandaşı gibi SGK' ya yapılmaktadır.

Antalya'da faaliyet gösteren işletmelerin en zayıf oldukları husus, yabancı dil bilen personel sayısının yetersizliğidir. İşletmeler gerek yabancı dil bilen personel istihdam ederek gerekse mevcut personele hizmet içi eğitim vererek, yabancı dil problemini aşabilirler. Sağlık turizmi konusunda gelişmiş ülkeler incelendiğinde özellikle anadilde hizmet verme ve ortak dilleri personellerinin iyi kullandığı belirtilmektedir. Destinasyondaki sağlık kuruluşları yabancı dil sorununu hasta ve doktor arasında destek alınan yabancı dil bilen personel ile aştıkları görülmektedir. ve bu durum sağlıklı bir iletişim kurmayı engelleyen unsurlar

arasındadır. Bölgede yerleşik yabancı olarak yaşayan halktan anadilde hizmet alınabilir ve yabancı hekim ve personel çalıştırma noktasında yasal düzenlemeler sağlanarak gerek kalifiye personel gerekse doktor çalıştırarak yabancı dil sorunları aşılabilecektir.

Türk cumhuriyetler ve Ortadoğu ülkelerinde ortak etnik ve kültürel yapının bu pazarda etkili olma konusunda önemli bir yeri vardır. Rusya bölgesinden kitle turizm amacı ile bölgeye milyonlarca turist gelmektedir ve sağlık turizmi amacı ile otellerde ve fuarlarda tanıtım ve reklam aracılığı ile gelen tüm turistler üzerinden sağlık kurumlarımızın tanıtımı ve reklamı yapılmalıdır.

Dünya’da sağlık turizminde söz sahibi ülkeler ile kıyas edildiği zaman destinasyonda özellikle kamu SUT fiyat tarifelerinde çok ucuz olduğu görülmektedir buna karşılık özel hastanelerin TTB ve katları ile uygulanan fiyat politikasında tutarlı ve tüm özel ve kamular için standart bir fiyat politikası sunulması gerekmektedir. Tedavi ücretleri AB ve diğer ülkeler ile rekabet etmemiz için son derece yeterlidir ancak özel kuruluşların turist sağlığında uyguladıkları farklı fiyat politikalarından dolayı imajımız zarar görmüştür bu durum devletimizin alacağı kararlar ile belli standartlara getirilmesi gerekmektedir.

Turizm tesislerinin düşük sezon dönemlerinde sağlık turizmi alanında faaliyet göstermeleri için yatırım yapmaları gerekir, özellikle üçüncü yaş turistleri için tesislerin düzenlenmesi gerekmektedir.

Son yıllarda Üniversite bünyesinde yapılan nitelikli ameliyatlar dünyada ilk olmaları önemli başarılarıdır. Bu başarıların basın ve yayın organları ve tanıtımlar ile tüm dünya ülkelerinde reklam edilip destinasyonun başarısı, kalitesi ve tanınırlığının artırılması sağlanmalıdır. Ayrıca yabancı hastalar, akredite olmuş ve teknolojik imkânlarının üst düzeyde olan hastanelerde tedavi görmek istemektedirler. Bu nedenle Antalya’da bulunan hastanelerin akredite olması ve üst düzey teknolojiye sahip olması, destinasyonun sağlık turizmi açısından olumlu etkileyecektir. Akredite olmuş kurumların sayıları artırılarak destinasyon sağlık turizmi pazarı açısından, dünya pazarlarına göre daha güçlü bir yapıya sahip olabilir. Antalya sağlık turizmi için, serbest şehri olması gerekmektedir bu vesile ile hastaların ve yabancı hekimlerin vizesiz giriş çıkışları ve çalışma izinleri sağlanmalıdır. Antalya’nın sağlık serbest şehri ilan edilmesi ile Antalya’ya gelmek isteyen hastaların sayısı artacaktır.

Antalya’nın güzel ve çekici bir şehir olmasının yanı sıra iklimi ve Avrupa şehirlerine göre daha sakin bir şehir olması bölgeyi sağlık turizmi açısından avantajlı konuma getirilmesi planlanmalıdır. Özellikle Ortadoğu ülkelerine sağlanan direkt uçuşlar buradaki hastalar için tercih nedeni olabilir. Türkiye konum itibarı ile Asya, Avrupa ve Afrika kıtalarının tam ortasında olması ve beş saatlik uçuş mesafesinde bu kıtaların geneline hitap eden bir alanda olması önemli bir özelliktir. Antalya havalimanı uluslararası uçuşların merkezi olması sağlık

turistleri için tercihte önemli bir faktördür. Turizm sağlığı için destinasyonu tercih eden hastaların özellikle bu konuda verilen reklamlarla potansiyelin artırılması sağlanabilir. Seyahat acentalarının bölgenin sağlık turizmi için oluşturacakları reklam ve kampanyaları, destinasyonun sağlık turizmini olumlu yönde etkileyecektir. Türk hekim ve sağlık ekiplerinin hastalara ilgili davranmaları, hastaların tekrar destinasyonu tercih etmelerini ya da başkalarına tavsiye etmelerini sağlayacaktır. Türkiye'nin Müslüman bir ülke olması, Müslüman ülke vatandaşlarının Antalya'yı tercih etmesinde önemli etki oluşturacaktır. Özellikle Orta Doğu pazarı AB ülkelerini tercih etmektedirler ve bu pazarı destinasyona çekme konusunda ortak projeler geliştirilmelidir ve bu konuda ortak dini, etnik ve ortak kültür anlayışları tanıtım ve reklamlarda kullanılmalıdır.

Hastaların Antalya'yı tercih etmelerindeki karar sürecinde gerekli teknik destek çağrı merkezleri ile desteklenmelidir. Bölgenin sağlık turizmini arttırmak için TİKA ile ortak çalışmalar yaparak Körfez ve Afrika'dan hasta akışı sağlanabilir. Türk sağlık başarı haberlerinin hedef ülke pazarlarının medya haberlerinde çıkmasını sağlayarak, Antalya sağlık turizminin gelişmesi sağlanabilir. Sağlık ve hizmet sunan personelin misafirperverlik ve sıcakkanlı tavırlarının hastalar üzerinde olumlu etkiler oluşturacağı söylenebilir.

Yabancı hastaların geneli döndükten sonra çevrelerine hem tedavi olanaklarını hemde bölgeyi mutlaka tavsiye edeceklerini belirtmişlerdir. Medikal vize uygulamasıyla birlikte Antalya'nın sağlık turizmi açısından serbest bölge olması ile yurt dışından hastalar ve tedavi ekiplerinin kolay giriş çıkış yapabilme imkânları sağlanırsa daha fazla yabancı hastanın Antalya'yı tercih etmesini sağlayacağı belirtilmiştir.

Sağlık turizminin temel noktalardan birisi olan farklı zamanlarda hizmetlerden yararlanılacak olunması turizmin sezon olarak ifade edilen dönemlerinin süresini de uzatacaktır alternatif turizm kaynağı olarak bölgeniz düşük sezonunda destinasyona fayda sağlayacaktır.

Bölgenin sahip olduğu yeni, genç, dinamik yapısı ve turizm tecrübesi olması yönüyle alt yapı ve üst yapı da konaklama tesisleri imkânlarının yüksek olması bölgenin avantajına katkıda bulunacaktır. Bununla birlikte destinasyonun sağlık turizminde bilinirliği düşük seviyelerdedir. Klasik turizmde yanlış uygulanan pazarlama stratejilerinin Antalya'nın ucuz tatil yeri imajıyla konumlandırmıştır. Bölgede sağlık turizmi, sürdürülebilir bir durum olmayan, Arap ülkelerinde yaralanan hastaların tedavisi ile başlamıştır. Türkiye'de sağlık turizmi denince İstanbul akla gelmektedir. Antalya ise sadece klasik kitle turizmi akla gelmektedir, destinasyonu bu imajını değiştirip alternatif turizm kaynaklarına yönelen bir destinasyon olma yolunda çalışmalar yapmalı ve sağlık turizmi faaliyetleri ile bölgenin sağlık turizm destinasyonu olmasına özel ve kamu kurumları destek olmalıdırlar.

Antalya sahip olduğu jeopolitik konum itibariyle hem tatil hem de sağlık hizmetleri sunabilecek kalite ve imkânlarla sahip bir bölgedir. Sağlık alanında önemli bir yer tutan fizik, tedavi ve rehabilitasyon merkezleri yapılmalıdır. Hasta tedavisinde iletişim çok önemli olduğu için hastaya kendi dilinde tedavi uygulanması gerekir. Bu nedenle bölgedeki klasik turizmden kaynaklı yetişmiş iş gücünün istihdamına olanak tanımaktadır. Türkiye batı ülkeleri ile entegre olan Müslüman bir ülkedir. Böylelikle hem batı, hem de Müslüman ülkelerdeki hastalara hizmet verebilirliği bakımından üstün bir konuma sahiptir bu pazarlama açısından değerlendirilmelidir.

Türkiye sağlık konusunda ikili ülke anlaşmalarını tekrar gözden geçirmelidir. Özellikle AB ülkelerinde tedavi amacı ile gelen hastalar kamu hastanelerinde bu anlaşma kapsamında SGK fiyatlandırmaları ile tedavi hizmeti almaktadırlar özellikle kapsamlı operasyonlarda T11 belgeleri geçerli kabul edilmeden özel sigorta kapsamı yada nakit ödeme şartları getirilmelidir.

Yabancı hekim çalıştırılma imkânı olmasa da yardımcı personellerin ana dilde hizmet verme adına çalışma izinlerinin kolaylaştırılması gerekmektedir ki yabancı personeller ile anadilde hizmet sunma imkânları oluşturulmalıdır.

Bu nedenle Ürdün her ne kadar hitap ettiği destinasyon ve pazarlar kısıtlı olsa da, İsrail ve Avrupa pazarları önemli rakip pazarlar olarak görülmelidir. Bu destinasyonların önemli dezavantajları bulunmaktadır. Örneğin rakip bölgelerden birisi olan İsrail Rusya, Ukrayna ve diğer o bölge ülkelerine hitap eden bir destinasyondur. Bununla birlikte arap pazarına girme imkânı olmayan bir bölge olması ülke adına önemli bir dezavantaj oluşturmaktadır. Bu durum yakın zamanda sağlık hizmetleri için önemli yatırımlar gerçekleştirilen Ürdün'ün, hitap ettiği destinasyon ve pazarların kısıtlı ölçüde olduğu görülmektedir. Bununla birlikte Arap devletleri vize uygulamaları ve inanç sisteminden dolayı Avrupa ülkelerini tercih etmemektedir. Bununla birlikte sağlıkta hantallaşan yapıları ve bekleme sürelerinin uzunluğu, Antalya'yı sağlık turizminde rakiplerinden bir adım öne geçirmektedir.

Örneğin sağlık turizminde aktif ve güçlü bir pazara sahip olan İsrail'in kullandığı model çok önemli ve etkileyicidir. Kamu hastanelerin sağlık turizm birimleri özelleştirilerek, kamu hastanelerini işleten firma hastaneleri ile paket olarak çalışmaktadırlar. Uygulamalarına bakıldığında oluşturulan pazarlama ekibi internet üzerinden hedef pazar olarak belirledikleri ülkeler için ilk olarak onlarca web sitesi kurulmaktadır. Örneğin Rusya'da bir hasta sağlık ile ilgili hangi siteye girerse girsin, fiyat araştırması yapsın aslında tüm sitelerin sahibi bir tane kurum başvuru yaptığı anda aynı sistem üzerine düşüyor ve anında hastaya geri dönüş ile pazarlama süreci başlıyor ve bire bir hizmet verilerek hastaların İsrail'e gelmesi sağlanıyor.

Bu şekilde dünyada örnek modelleri bölge hastanelerinde yada sağlık kuruluşlarının oluşturdukları ortak platformlarda uygulanmalıdır.

Müşteride ve hastada rol ayrımı kesin olarak yapılmalıdır. Müşteriye karşı acente, otel, sigorta, hastane ve doktor mu sorumlu olacak, net olarak belirlenmelidir. Tarafların sorumlulukları net olarak belirlenmelidir. Sağlık turizminde çalışan hekimlerin mesleki mesuliyet sigortalarında Avrupa sigorta modelleri uygulanmalıdır. Sağlık turizmi ve turist sağlığı farklı kavramlar olup bu konudaki anlam ve anlayış karmaşasının ortadan kaldırılması gerekiyor. Acentelerin hasta tedavilerinden alacakları komisyonların net olarak belirlenmesi gerekiyor. Çift faturalandırmanın önüne geçilmesi gerekiyor. Ne yazık ki Avrupa’da, Türkiye’deki ve özellikle Antalya’daki bazı hastanelere gidilemez anlayışı vardır. Bu konudaki eksikliklerin, yetersizliklerin giderilmesi gerekiyor. Bu imajdan kurtulmak için tek tip fiyatlandırmanın uygulanması gerekiyor. Kendi kendini denetleyen bir model üzerinde çalışılması gerekiyor. İç ve dış denetimlere açık olan kurumlar haline gelinmelidir.

Hukuki anlamda tam olarak oturmamış kuralların olması ve bu nedenle problem çözümlerinin uzaması önemli bir dezavantaj olarak görülmektedir. Sağlık turizmi kapsamında uygulanacak diğer önemli bir nokta ise medikal vize uygulamasının hayata geçirilmesidir. Çünkü tedaviler uzayabildiği için hastalar deport yapılmaktadır. Son olarak otel alt yapılarının yabancı hastalar için tam elverişli olmaması özellikle engelli ve hastalar için özel oda ve banyo ve ulaşım kolaylıklarının bakanlıkça belli standartlara çekilmesi gerekmektedir.

Destinasyonda markalaşmak için hedef pazar olarak görülen ülkelerin yerel ve ulusal basın yayın organları aracılığı ile reklamlar yapılmalıdır. Bununla birlikte tanıtımlarda sağlık hizmeti sunulan hastalar, dramatize edilerek haber ajansları ile paylaşılarak dünya medyasının ilgisini çekilmelidir. Bundan dolayı hedef ülkelerde temsilcilik ve hasta ön tanı merkezleri kurularak güven artışına gidilmesi gerekir. Son olarak üniversite hastaneleri ve özel hastanelerin birlikte düzenleyeceği kongre ve fuarlar organize edilmelidir.

Bu nedenle Türkiye sağlık turizminde hastaya yönelik çok özel ilgi, hizmet, araç ve tesislerini içeren “concierge” hizmetlerinin entegrasyonunda görülen zayıflıkların giderilmesi gerekir. Hastalarda ön önemli dönem tedavi sonrası rehabilitasyon hizmetleri dönemidir. Ülkemizde rehabilitasyon hizmeti veren kurumların yetersizliği giderilmelidir ve tedavi sonrası hastaların branşlara göre rehabilite merkezleri kurulmalıdır. Bu nedenle Türkiye’nin karşılaştırmalı avantaja sahip olduğu ülkelerin sağlık turizmi uygulamalarını, fiyatlandırmalarını, sigorta kapsamalarını vb. verilerini inceleyerek hedef pazarlarına yoğunlaşması gerekir. Örneğin, Boston’da Suidi Arabistan ve Kuweit gibi Ortadoğu ülkelerindeki gelir düzeyi yüksek olan hastalara hizmet sunan veya Miami’deki Brezilya,

Peru, Venezuela ve Arjantin'deki zengin hastalara hizmet veren hastanelerle, Türkiye'deki hastaneler arasında bir iş birliğinin sağlanması gerekir.

Turizm faaliyetine katılmada en önemli etkiler boş zaman ve para kavramlarıdır. Özellikle geriatri turizmi için bu iki sorun ortadan kalkmış durumdadır ve bu altyapı ve pazarlama politikalarının bu yönde değerlendirilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte yaşlı bakım sigortası uygulamasına geçilmesiyle de Avrupa'yla benzer uygulamalar gerçekleştirilmelidir. Avrupa'da yaşlı nüfusu için fizik tedavi ve rehabilitasyon merkezlerinin örnek uygulamalarının bu bölgede yer alması gerekir. Çünkü Avrupa yaşlanan bir nüfusa sahip olduğu için sağlık hizmetleriyle ilgili sorunların birçoğuna çözümler geliştirdiği görülmektedir. Bununla birlikte Avrupa sağlık hizmetlerinin maliyetlerinin çok yüksek olmasında dolayı Türkiye, sağlık turizminde Avrupa'nın yükselen bir değeri konumuna gelebilir.

Kamuda çalışan doktorlar için ayrıca gelir getirici bir sistem uygulanarak devletimize ciddi manada getirisi olacak medikal turizmin kapısı açılabilir. Kamu alanında aracı kurum ve asistan firmaların hasta getirmeleri ancak komisyon üzerinden olmaktadır. Ancak kamu hastaneleri aracı kurumlara komisyon veremez bunun için devlet kamu hastaneleri içerisinde doktora, aracı kurum a komisyon verebilen bir yapıda bir oluşum içerisine gitmek durumundadır. Özel sektör hastaneleri aracı kurumlar dolaylı ve direk olarak ödemelerini yapabilir ancak kamu bu yapıda çalışamaz. Bunun için kamu hastanelerinin yabancı hasta departmanları özel şirketler aracılığı ile işletilip hem gelen hastalara profesyonel manada hizmet sunmalı hemde aracılara doğrudan ulaşım anlaşmalar yapabilmelidir. Bu özel kuruluş yeri geldiğinde doktorlardan danışmanlık satın almalı ve hastalara kolay ve hızlı bilgi aktarımı sağlanmalıdır.

Öncelikle ülke vatandaşımıza etik davranmayı öğretmemiz gerekir. Bunun yanında, etik problemlerin çözümünde Denetleyici Etik Kurul kurulması ve bu kurulun bağımsız olarak karar almalıdır. Etik Kurulda SGK, üniversite, ilgili kamu kuruluşları ve özel kesimden üyelerin bulunması gerekir. Etik Kurulun cezai yaptırım ve uygulama gücü olmalıdır. Avrupa'da Etik Kurul hastaneler tarafından kendiliğinden ve kendi aralarından oluşturulmaktadır. Fatura ödemelerinde bir hastanenin tedavisi diğer hastane tarafından teyit edildikten sonra yapılır. Özel hastane, klinik ve diğer sağlık kuruluşlarının tüm faturalarının şeffaf bir şekilde yapılması gerekir. Böyle bir uygulama destinasyonda hem kalite hemde güven ve pazarlama açısından önemli bir durumdur.

Ayrıca bütünsel tıp tedavi ve rehabilitasyon merkez ve köylerinin kurulmalı, en son tıbbi teknolojilerin üretilmesinde ve kullanılmasında en son tıbbi yöntemlerin uygulanmasında öncülük edilmesi ve bunların dünya çapında tanıtılması, yurt dışı asistan

firmalarla koordinasyona/ortaklıklara gidilmesi, yurt dışı büyük kurum, kuruluş ve şirketlerle sağlık turizmini geliştirici anlaşmalar yapılması, üst gelir grubuna hitap edecek şekilde lüks otel hastane konseptinde tesisler kurulması, tüm sektör ve ilgili sektörlerde yaptırım gücü olan etik kurulların oluşturulması ve yapılan bu çalışmaların yurt dışı fuarlarında sektörle ilgili güçlü tanıtımlar yapılarak desteklenmelidir.

KAYNAKÇA

- Abdullah B. J. J. ve Ng K. H., "The Sky Is Falling.", *Biomed Imaging Intervention Journal*, Cilt. 2, Sayı. 29, (2006), 1-3.
- Abels D. J. ve Kipnis V., "Bioclimatology And Balneology In Dermatology: A Dead Sea Perspective.", *Clinics In Dermatology*, Cilt. 16, Sayı. 6, (1998), 695-698.
- Abrihem T. H., "Products And Services: Creating A Sustainable Competitive Advantage", *Business And Management Review*, Cilt. 2, Sayı. 6, (2012), 34 – 45.
- Achterberg T. J., Wind H., De Boer A. G. E. M. ve Frings-Dresen M. H. W., "Factors That Promote Or Hinder Young Disabled People In Work Participation: A Systematic Review", *Journal Of Occupational Rehabilitation*, Cilt. 19, Sayı. 2, (2009), 129-141.
- Ackerman S. L., "Plastic Paradise: Transforming Bodies and Selves in Costa Rica's Cosmetic Surgery Tourism Industry", *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, Cilt. 29, (2010), 403 - 423.
- Adams M., "Rising Popularity Of Medical Tourism Reveals Deterioration Of U.S. Healthcare System", *News Target*, (2005), 1-6.
- Aizura A. Z., "Feminine transformations: Gender reassignment surgical tourism in Thailand. *Medical Anthropology*, Cilt. 29, Sayı. 4, (2010), 424-443.
- Ajmeri D. S. R., "Medical Tourism - A Healthier Future For India", *Arth Prabhand: A Journal Of Economics And Management*, Cilt. 1, Sayı. 5, (2012), 11-18.
- Ak B. ve Sevin H. D., "Turist Sağlığı ve Turist Sağlığı İmkanları Açısından Antalya Bölgesinde Bir İnceleme", *H.Ü. Sağlık İdaresi Dergisi*, Cilt. 5, Sayı. 1, (2000), 90-100.
- Akdu S. A., *Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal Turizm ve Türkiye'deki Uygulamalar Üzerine Bir Araştırma; İstanbul ve Ankara Örneği*, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Turizm İşletmeciliği Ana Bilim Dalı, Ankara, 2009.
- Aksu A. A., Caber, M. ve Albayrak T. (2009), "Measurement Of The Destination Evaluation Supporting Factors And Their Effects On Behavioral Intention Of Visitors: Antalya Region Of Turkey.", *Tourism Analysis*, 14(1), 115-125.
- Aksu A., İçigen E. T. ve Ehtiyar R., "A Comparison Of Tourist Expectations And Satisfaction: A Case Study From Antalya Region Of Turkey.", *TURIZAM International Scientific Journal*, Cilt. 14, Sayı. 2, (2010), 66-77.
- Aktaş A., Aksu A. A. ve Çizel B., "Destination Choice: An Important Satisfaction Analysis.", *Quality & Quantity*, Cilt. 41, Sayı. 2, (2007), 265-273.

- Aktepe C., "Sağlık Turizminde Yeni Fırsatlar ve Türkiye’de Yerleşik Sağlık İşletmelerinin Pazarlama Çabaları", *İşletme Araştırmaları Dergisi*, Cilt. 5, Sayı. 1, (2013), 170-188.
- Akbulut G., "Türkiye’de Kaplıca Turizmi ve Sorunları", *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Cilt. 9, Sayı. 1, (2010), 35-54.
- Al-Hinai S. S., Al-Busaidi A. S. ve Al-Busaidi, I. H. "Medical Tourism Abroad: A new challenge to Oman’s health system-Al Dakhilya region experience. Sultan Qaboos University medical journal, Cilt. 11, Sayı. 4, (2011), 477.
- Albayrak T., Gülmez M., Erdiñ S.B., Toker B., Aksu A., Antalya Yöresi Turist Profili Araştırması, T.C. Antalya Valiliği, AKTOB (Akdeniz Turistik Otelciler ve İşletmeciler Birliğı), ICF Airports Antalya Havalimanı ve Akdeniz Üniversitesi Turizm İşletmeciliğı ve Otelcilik Yüksekokulu Raporu, (2011).
- Albeni M. ve Ongun U., "Antalya Turizminin Türk Turizmi İçerisindeki Yeri ve Krizlerin Antalya Turizmi Üzerindeki Etkileri", *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, Cilt. 10, Sayı. 2, (2005), 93-103.
- Al-Hinai S., Al-Busaidi A. ve Al-Busaidi I., "Medical Tourism Abroad. A New Challenge To Oman’s Health System-Al Dakhilya Region Experience", *Sultan Qabus University Medical Journal*, Cilt. 11, Sayı. 4, (2011), 477-484.
- Al-Lamki L., "Medical Tourism: Beneficence Or Maleficence?", *Sultan Qaboos University Medical Journal*, Cilt. 11, Sayı. 4, (2011), 444-447.
- Alleman B., Luger T., Reisinger H., Martin R., Horowitz M. ve Cram P. "Medical Tourism Services Available To Residents Of The United States", *Journal Of General Internal Medicine*, Cilt. 26, Sayı. 5, (2010), 492–97.
- Al-share F. A. ve Anagreh B., "The Extent Of Hospital Directors' Perception Of The Concept Of Marketing Mix And Its Role In Activating The Health Care A Field Study On The Jordanian Public Hospitals In The Governorate Of Irbid", *Interdisciplinary Journal Of Contemporay Research In Business*, Cilt. 3, Sayı. 8, (2011), 741-768.
- Alsharif, J., Labonte, R. & Lu, Z. (2010), "Patients Beyond Borders: A Study Of Medical Tourists In Four Countries", *Global Social Policy*, 10(3), 315-335.
- Altın M., Singal M. ve Kara, D., "Consumer Decision Components For Medical Tourism: A Stakeholder Approach", *University of Massachusetts, 16th Graduate Students Research Conference in Hospitality and Tourism*, (2011), 1-11
- Altın U., Bektaş G., Antep Z. ve İrbani A., "The International Patient's Portfolio And Marketing Of Turkish Health Tourism", *Procedia-Social And Behavioral Sciences*, Sayı. 58, (2012)(a), 1004-1007.

- Altın U., Bektaş G., Antep Z. ve İrban A., "Sağlık Turizmi ve Uluslararası Hastalar İçin Türkiye Pazarı", Acıbadem Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Dergisi, Cilt. 3, Sayı. 3, (2012)(b), 157-163.
- Anderson B. B. ve Langmeyer L., "The under 50 and over 50 travelers: A Profile of Similarities and Differences", Journal of travel Research, Cilt. 20 , Sayı. 4, (1982), 20-30.
- Aniza I., Aidalina M., Nirmalini R., Inggit M. C. H. ve Ajeng T. E., "Health Tourism In Malaysia: The Strength And Weaknesses", Jurnal Kesehatan Masyarakat, Cilt. 15, Sayı. 1, (2009), 7-15.
- Ansari D. I. A., "SWOT Analysis Of Medical Tourism In Varanasi", International Journal Of Multidisciplinary Research, Cilt. 2, Sayı. 3, (2012), 210-223.
- Aqel I. S. ve Al-Tarawneh K. A., "Study Of The Relationship Between The Quality Of The Medical Service And Patient Satisfaction In Private Hospitals Operating In Amman Area", European Journal Of Business And Management, Cilt. 5, Sayı. 4, (2013), 255-274.
- Arellano M. J. M., "The Rise Of Stem Cell Therapies In Mexico: Inadequate Regulation Or Unsuccessful Oversight?", Revista Redbioética/UNESCO, Año 3, Cilt. 2, Sayı. 6, (2012), 63-78.
- Artecona, R., "US Health Care Reform And Medical Tourism Opportunities", United Nations, ECLAC IDB, (2012).
- Artinović V., Milićević S. ve Živanović S., "Wellness-A New Mode Of Prevention", EDIS-Publishing Institution Of The University Of Zilina, Cilt. 1, Sayı. 1, (2012), 2124-2127.
- Aslanova, K., "Türkiye'de Sağlık Turizmi ve Sağlık Turizmi Hukuku", Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi, Cilt. 2, Sayı. 3, (2013), 129-145.
- Ataman E., "Stres Veren Yaşam Olayları Karşısında Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Depresyon ve Kaygı Düzeyini Belirlemedeki Rolü", Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Klinik Psikoloji Bilim Dalı, Ankara, (2011).
- Atinga R. A., Abekah-Nkrumah G. ve Domfeh K. A., "Managing Healthcare Quality In Ghana: A necessity Of Patient Satisfaction", International Journal Of Health Care Quality Assurance, Cilt. 24, Sayı. 7, (2011), 548-563.
- Awadzi W. ve Panda D., "Medical Tourism: Globalization And The Marketing Of Medical Services", Consortium Journal Of Hospitality And Tourism, Cilt. 11, Sayı. 1, (2006), 75-81.
- Ayalan Yüce Ş., "Sağlık Sektöründe Algılanan Hizmet Kalitesi ve Müşteri (Hasta) Memnuniyeti (Tokat Devlet Hastanesinde Bir Araştırma" Yüksek Lisans Tezi,

- Gaziosmanpaşa Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Tokat, 2011.
- Aydın Z.D., "Toplum ve Birey İçin Sağlıklı Yaşlanma: Yaşam Biçimi Rolü", S.D.Ü. Tıp Fakültesi Dergisi, Cilt. 13, Sayı. 4, (2006).
- Aydın D. ve Yılmaz C., "Medikal Turizm Araştırması", T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Birimi, Ankara, (2010).
- Aydın D., Aypek N., Aktepe C., Şahbaz R. P. ve Arslan S., "Türkiye'de Medikal Turizmin Geleceği", Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi ve Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü, (2011)(a).
- Aydın D., Aypek N., Aktepe C., Şahbaz R. P. ve Arslan S., "Türkiye'de Medikal Turizm", Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi ve Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü, (2011)(b).
- Aydın, O., "Türkiye'de Alternatif Bir Turizm; Sağlık Turizmi", KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, Cilt. 14, Sayı. 23, (2012), 91-96.
- Azadi F., Maleki M. R., Tabibi S. J. ve Azmal M., "A Medical Tourist Perception Of Iranian Hospital Quality: Limited Employee Foreign Language Skills Negatively impact Communication", International Journal Of Hospital Research, Cilt.1, Sayı. 2, (2012), 85-90.
- Anholt S., "Nation Branding, Place Branding, Destination Branding, Country Branding, Competitive identity... What Does It All Mean", (2005),
http://www.earth Speak.com/what_does_branding_a_country_act.htm.
- Berry L. L. ve Bendapudi N, Journal of Service Research, Cilt. 10, (2007), 111.
- Baker D. A. ve Crompton J. L., "Quality, Satisfaction And Behavioral Intentions", Annals Of Tourism Research, Cilt. 27, Sayı. 3, (2000), 785-804.
- Basole R.C. ve Rouse W.B., "Complexity Of Service Value Networks: Conceptualization And Empirical Investigation", IBM Systems Journal, Cilt. 47, Sayı.1, (2008), 53-70.
- Baukute G., "Medical Tourism: The Analysis Of Positive Aspects Of Establishing Medical Tourism Sector In Lithuania", Doktora Tezi, Central European University Department Of Public Policy, Budapeşte, 2012.
- Backman K. F., Backman S.J., Silverberg K.E., "An Investigation Into The Psychographics of Senior Nature- based Travellers", Tourism Recreation Research, Cilt. 24, Sayı. 1,(1999), 10-25.
- Begde P. "Opportunity And Challenges For Medical Tourism In India", In Conference On Tourism In India–Challenges Ahead, (2008), 336-356.

- Behrmann J. ve Smith E., "Top 7 Issues In Medical Tourism: Challenges, Knowledge Gaps, And Future Directions For Research And Policy Development", *Global Journal Of Health Science*, Cilt. 2, Sayı. 2, (2010), 80-90.
- Beichl L., "Market Demand Assessment And Marketing Strategy For Medical Tourism", USAID Jordan Economic Development Program, (2009).
- Beken O. O., "Avrupa Birliği Mali ve Turizm Politikaları, Türkiye Turizm Endüstrisine Olası Etkileri, Antalya İline Yönelik Bir Uygulama", Master Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İktisat Anabilim Dalı, Isparta, 2007.
- Bell D., Holliday R., Jones M., Probyn E. ve Taylor J. S., "Bikinis And Bandages: An Itinerary For Cosmetic Surgery Tourism", *Tourist Studies*, (2011), 1-17.
- Bender T., Karagülle Z., Bálint G. P., Gutenbrunner C., Bálint P. V. ve Sukenik S., "Hydrotherapy, Balneotherapy, And Spa Treatment In Pain Management", *Rheumatology International*, Cilt. 25, Sayı. 3, (2005), 220-224.
- Bennett M., King B. ve Milner L., "The Health Resort Sector In Australia: A Positioning Study.", *Journal Of Vacation Marketing*, Cilt. 10, Sayı. 2, (2004), 122-137.
- Bergmark R., Barr D. ve Garcia R., "Mexican Immigrants In The US Living Far From The Border May Return To Mexico For Health Services", *Journal Of Immigrant And Minority Health*, Cilt. 12, Sayı. 4, (2010), 610-614.
- Bernal R., "The Globalization Of The HealthCare Industry: Opportunities For Developing Countries", Revised Draft Of A Paper presented At A Symposium On "Globalization: International Health Policy and Nursing", Philadelphia, (2005).
- Bhangale V., "Medical Tourism: Taking Off In A Big Way In India", Conference On Tourism In India-Challenges Ahead, Indian Institute Of Management, Kozikode, (2008), 365-368.
- Bhangale V., "Marketing Of Health Care Services In India: A Study On Factors Influencing Patients' Decision Making On Choice Of A Hospital," *Journal of Management and Marketing In Health Care*, Cilt. 4, Sayı. 4, (2011), 229-233.
- Bies W. ve Zacharia L., "Medical Tourism: Outsourcing Surgery", *Mathematical And Computer Modelling*, Sayı. 46, (2007), 1144-1159.
- Birch D. W., Vu L., Karmali S., Stoklossa C. J. ve Sharma A. M., "Medical Tourism In Bariatric Surgery", *The American Journal Of Surgery*, Cilt. 199, Sayı. 5, (2010), 604-608.
- Birch J., Caulfield, R. ve Ramakrishnan V., "The complications of 'cosmetic tourism' - an avoidable burden on the NHS", *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, Cilt. 60, Sayı. 9, (2007), 1075-1077.

- Bishop R. A. ve Litch J. A. "Personal Views: Medical Tourism Can Do Harm.", *BMJ: British Medical Journal*, Cilt. 320, Sayı. 7240, (2000), 1017.
- Bookman M. Z. ve Bookman, K. R., *Medical Tourism In Developing Countries*, Palgrave Macmillan, New York, 2007.
- Borden N. H., "The Concept Of The Marketing Mix", *Journal Of Advertising Research*, Cilt. 4, Sayı. 2, (2984), 2-7.
- Boulton E. "Medical Tourism: Overview And Cost Comparisons", *British Journal Of Healthcare Management*, Cilt. 18, Sayı. 6, (2012), 294-297.
- Bourne P.A., "Socio- Demographic determinants of Health care-seeking Behaviour, Self reported illness and Self- Evaluated Health status In Jamaica", *International Journal Of Collaborative Research On Internal Medicine and Public Health*, Cilt. 4, (2009), 101-130
- Bowen D. "Antecedents Of Consumer Satisfaction And Dis-satisfaction (CS/D) On Long-haul Inclusive Tours- A Reality Check On Theoretical Considerations", *Tourism Management*, Cilt. 22, Sayı. 1, (2001), 49-61.
- Boyd J. B., McGrath M. H. ve Maa J., "Emerging Trends In The Outsourcing Of Medical And Surgical Care", *Archives Of Surgery*, Cilt. 146, Sayı. 1, (2011), 107-112.
- Brachet L., "On Rheumatoid Arthritis And Its Treatment At Aix-Les-Bains.", *British Medical Journal*, Cilt. 2, Sayı. 1235, (1884), 411-413.
- Brenzel L., "Opportunities And Challenges For Expanding Trade In Health Services In The English-Speaking Caribbean", Working Paper, World Bank, Washington, D.C., Sayı. 36030, (2004).
- Brown T.J., Kaplan R. ve Quader J. G., "Beyond accesibility Preference For Natural Areas", *Therapeutic Recreation Journal*, Cilt. 33, Sayı. 3, (1999), 209-225.
- Bulu M. ve Eraslan H., "Bolu İli Turizm Sektörünün Uluslar Arası Rekabetçilik Analizi", *Seyahat ve Otel İşletmeciliği Analizi Dergisi*, Cilt. 5, Sayı. 1, (2008), 1-33.
- Burge P., Devlin N., Appleby J., Rohr C. ve Grant J. "Do Patients Always Prefer Quicker Treatment?: A Discrete Choice Analysis of Patients' Stated Preferences in the London Patient Choice Project", *Applied Health Economics and Health Policy*, Cilt. 3, (2004), 183-194.
- Burkett L., "Medical Tourism: Concerns, Benefits And The American Legal Perspective", *The Journal Of Legal Medicine*, Cilt. 28, Sayı. 2, (2007), 223-245.
- Busse R. "Border-Crossing Patients In The EU", *Eurohealth-London*, Cilt. 8, Sayı. 4, (2002), 19-21.

- Buttle F., "SERVQUAL: Review, Critique, Research Agenda", *European Journal Of Marketing*, Cilt. 30, Sayı. 1, (1996), 8-32.
- Caballero-Danell S. ve Mugomba C., "Medical Tourism And Its Entrepreneurial Opportunities – A Conceptual Framework For Entry Into The Industry", Master Tezi, Göteborg University, School Of Business Department Of Economics And Law, Gothenburg, 2007.
- Carabello L., "A Medical Tourism Primer for U.S. Physicians", *Medical Practice Management*, Cilt. 23, (2008), 291-294.
- Carrera P. ve Bridges J., "Post-Reunification Health Care Reforms in Germany", *The European Journal of Health Economics*, Cilt. 7, Sayı. 1, (2006), 110.
- Carruth P. J. ve Carruth A. K., "The Financial And Cost Accounting Implications Of Medical Tourism", *International Business & Economics Research Journal*, Cilt. 9, Sayı. 8, (2010), 135-140.
- Cattaneo O., "Trade In Health Services: What's In It For Developing Countries?", Policy Research Working Paper 5115, World Bank, The World Bank Poverty, Reduction and Economic Management Network International Trade Department, (2009).
- Cavinato J. L. ve Cuckovich M. L., "Transportation and Tourism For He Disabled: An Assessment' *Transportation Journal*, Cilt. 31, Sayı. 2, (1992), 40-55.
- Çetin G., "Tıbbi Malpraktis (Yeni Yasalar Çerçevesinde Hekimlerin Hukuki ve Cezai Sorumluluğu, Tıbbi Malpraktis ve Adli Raporların Düzenlenmesi", Ed: Gürsel Çetin, Coşkun Yorulmaz) İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi. İkinci Basım, Yelken Matbaası, İstanbul, (2006), 31-42.
- Chanda R. ve Mukherjee A., "India-EU Relations In Health Services: Issues And Concerns In An India-EU Trade And Investment Agreement", New Delhi: Indian Council for Research on International Economic Relations (ICRIER), (2008).
- Chanda R., "Trade In Health Services", *Bulletin Of The World Health Organization*, Cilt. 80, Sayı. 2, (2002), 158-163.
- Chanda R., "India-EU Relations In Health Services: Prospects And Challenges", *Globalization And Health*, Cilt. 7, Sayı. 1, (2011), 1-13.
- Charlier R. H. ve Chaineux M. C. P., "The Healing Sea: A Sustainable Coastal Ocean Resource: Thalassotherapy", *Journal Of Coastal Research*, (2009), 838-856.
- Chee H. L., "Ownership, Control And Contention: Challenges For The Future Of Healthcare In Malaysia", *Social Science & Medicine*, Cilt. 66, Sayı. 10, (2008), 2145-2156.
- Chen C. F. ve Tsai D. "How Destination Image And Evaluative Factors Affect Behavioral Intentions?", *Tourism Management*, Cilt. 28, Sayı. 4, (2007), 1115-1122.

- Chen H. C., Kuo H. C., Chung K. P., Chang S., Su S. ve Yang M. C. "Classification And Comparison Of Niche Services For Developing Strategy Of Medical Tourism In Asian Countries", *International surgery, Cilt. 95, Sayı. 2, (2010), 108-116.*
- Chen P. T., Kung R. H., Huang M. Y., Chen F. D. ve Pei L., "Exploring The Medical Tourism Development Barriers And Participation Willingness In Taiwan: An Example Of Mainland Tourist", In *Proceedings Of World Academy Of Science, Engineering And Technology, World Academy Of Science, Engineering And Technology, Sayı. 68, (2012).*
- Chin J. J. L. ve Campbell A. V., "Transplant Tourism Or International Transplant Medicine? A Case For Making The Distinction.", *American Journal Of Transplantation, Cilt. 12, Sayı. 7, (2012), 1700-1707.*
- Çiçek R. ve Avderen S., "Sağlık Turizmi Açısından İç Anadolu Bölgesi'ndeki Kaplıca ve Termal Tesislerin Mevcut Yapısının ve Potansiyelinin Belirlenmesine Yönelik Bir Araştırma", *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi, Cilt. 15, Sayı. 25, (2013), 27-28.*
- Cohen E., "Medical Tourism In Thailand", *AU-GSB e-Journal, Cilt. 1, Sayı. 1, (2008), 24-37.*
- Cohen I. G., "Protecting Patients With Passports: Medical Tourism And The Patient Protective Argument", *Iowa Law Review, Cilt. 95, Sayı. 5, (2010), 1467-1567.*
- Cohen I. G., "Medical Tourism, Access To Health Care, And Global Justice", *Journal Of International Law, Cilt. 52, Sayı. 1, (2011), 1-55.*
- Cohen I. G., "How To Regulate Medical Tourism (And Why It Matters For Bioethics)", *Developing World Bioethics, Cilt. 12, Sayı. 1, (2012), 9-20.*
- Connell J., "Medical Tourism: Sea, Sun, Sand And... Surgery.", *Tourism Management, Cilt. 27, Sayı. 6, (2006), 1093-1100.*
- Connell J., "Contemporary Medical Tourism: Conceptualisation, Culture And Commodification", *Tourism Management, Cilt. 34, (2013)(a), 1-13.*
- Connell J., "Medical Tourism In The Caribbean Islands: A Cure For Economies In Crisis?", *Island Studies Journal, Cilt. 8, Sayı. 1, (2013)(b), 115-130.*
- Constantinides E., "The Marketing Mix Revisited: Towards The 21st Century Marketing", *Journal Of Marketing Management, Cilt. 22, Sayı. 3-4, (2006), 407-438.*
- Cook P. S., "What is Health and Medical Tourism?", *Humanities Research Program, Queensland University of Technology, (2008), 1-13.*

- Cormany D. ve Baloglu, S. "Medical Travel Facilitator Websites: An Exploratory Study Of Web Page Contents And Services Offered To The Prospective Medical Tourist", *Tourism Management*, Cilt. 32, Sayı. 4, (2011), 709-716.
- Correa H. ve Parker B. R., "An Application Of Organizational Input–Output Analysis To Hospital Management", *Socio-Economic Planning Sciences*, Cilt. 39, Sayı. 4, (2005), 307-333.
- Correra P.M. ve Bridges J.T.P., "Globalisation and Healthcare: Understanding health and medical tourism, Expert Review of Pharmacoeconomics and outcomes Research", *Future Drugs*, Cilt. 7, Sayı. 1, (2006), 447-445.
- Crone R. K. "Flat Medicine? Exploring Trends in the Globalization of Health Care", *Academic Medicine*, Cilt. 83, (2008), 117-121
- Cronin Jr J. J. ve Taylor S. A., "Measuring Service Quality: A Reexamination And Extension", *The Journal Of Marketing*, (1992), 55-68.
- Cronin Jr J. J., Brady M. K. ve Hult G. T. M., "Assessing The Effects Of Quality, Value, And Customer Satisfaction On Consumer Behavioral Intentions In Service Environments", *Journal Of Retailing*, Cilt. 76, Sayı. 2, (2000), 193-218.
- Crooks V. A., Bristeir J., Turner L., Snyder J., Casey V. ve Johnston R., "Understanding The Health And Safety Risks For British Columbia's Outbound Medical Tourists", *Research Paper, Simon Fraser University, Department of Geography*, (2011).
- Crooks V. A., Turner L., Snyder J., Johnston R. ve Kingsbury P., "Promoting Medical Tourism To India: Messages, Images, And The Marketing Of International Patient Travel.", *Social Science & Medicine*, Cilt. 72, Sayı. 5, (2011), 726-732.
- Crozier G. K. D. ve Baylis, F., "The ethical physician encounters international medical travel" *Journal of Medical Ethics*, Cilt. 36, (2010), 297-301.
- Cseriova B. ve Konieczna Z., "Travel, Treatment & Trust In Medical Tourism : An Explorative Study On Trust & Distrust Towards Obtaining Medical Procedures Abroad", *Master Tezi, Aalborg University Aalborg*, 2012.
- Çuhadar M., "Turizm Sektöründe Talep Tahmini İçin Yapay Sinir Ağları Kullanımı ve Diğer Yöntemlerle Karşılaştırmalı Analizi (Antalya İlinin Dış Turizm Talebinde Uygulama)", *Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Anabilim Dalı, Isparta*, 2006.
- Cyranoski D., "Building a biopolis", *Nature*, Cilt. 412, (2001), 370-371.
- Dal F. "The Reasons And Suggested Solutions Of Underdevelopment Of Thermal Tourism In Turkey", *Master Tezi, İzmir Institute Of Technology, Graduate School Of Engineering And Sciences, City Planning, İzmir*, 2007.

- Darcy S. ve Dickson T. J. "A whole-of-life approach to tourism: The case for accessible tourism experiences", *Journal of Hospitality and Tourism Management*, Cilt. 16, Sayı. 1, (2009), 32-44.
- Darwazeh D., "Medical Tourism: Establishing A Sustainable Medical Facility", Master Tezi, University of Waterloo, Environmental Studies In Geography Tourism Policy and Planning, Waterloo, 2011.
- Dawn D. S. K. ve Pal S., "Medical Tourism In India: Issues, Opportunities And Designing Strategies For Growth And Development", *International Journal Of Multidisciplinary Research*, Cilt. 1, Sayı. 3, (2011), 7-10.
- De Arellano A. B. R., "Patients Without Borders: The Emergence Of Medical Tourism", *International Journal Of Health Services*, Cilt. 37, Sayı. 1, (2007), 193-198.
- Deloitte, "Medical Tourism: Consumers In Search Of Value", Deloitte Centre for Health, (2008).
- Demirel A., Bozdağ G., Kart C. ve Gürkan T., "Yaşlanma Fizyolojisi ve Olası Teoriler", *Türk Geriatri Dergisi*, Cilt. 9, Sayı. 4, (2006).
- Demirel Etöz S., "Sağlık Hizmetlerinde Kalite Belgelendirme Sistemleri ve Akreditasyon", Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Kamu Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta, 2008.
- Demirer E. Ö., "Türkiye’de Medikal Turizm ve Geliştirilmesi: Örnek Bir Araştırma", Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Anabilim Dalı, Balıkesir, 2010.
- DeNavas. C. ve Smith. J., "Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2010", *Current Population Reports*, Issued September 2011, U.S. Department of Commerce Economics and Statistics Administration U.S. Census Bureau, (2011).
- Deniz M. H. ve Hobikoğlu E. H., "Türkiye’de" Değere Bağlı Sağlık Sistemi" Temelinde Kamu ve Özel Sektör Açısından Algılanan Hizmet Kalitesi", *International Conference On EuroAsian Economies*, (2011), 160-166.
- Dickens B. M. ve Cook R. J., "Legal And Ethical Issues In Telemedicine And Robotics", *International Journal Of Gynecology & Obstetrics*, Cilt. 94, Sayı. 1, (2006), 73-78.
- Didaskalou E. A. ve Nastos P., "The Role Of Climatic And Bioclimatic Conditions in the Development Of Health Tourism Product.", *Anatolia*, Cilt. 14, Sayı. 2, (2003), 107-126.
- Didaskalou E. A., Nastos P. T. ve Matzarakis A., "The Development Prospects For Greek Health Tourism And The Role Of The Bioclimate Regime In Greece", *Advances In Tourism Climatology*, (2004), 149-157.

- Dittman R. ve Brugioni, R., "Evolutionary Development Of Our Internal Ocean: Restoring Bio-Terrain With Quinton Marine Plasma.", *Explore!*, Cilt. 15, Sayı. 6, (2006), 1-5.
- Doğanlı B., "Turizmde Destinasyon Markalaşması ve Antalya Örneği", Doktora Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Isparta, 2006.
- Donaldson T. ve Preston L. E., "The Stakeholder Theory Of The Corporation: Concepts, Evidence And Implications", *Academy Of Management Review*, Cilt. 20, Sayı. 1, (1995), 65-91.
- Doshi D. R., "Health Tourism: An Exploratory Study On Motivation, Satisfaction And Consumption Behavior Of Health Tourists In Malaysian Private Hospitals.", Master Tezi, University Of Malaya, Graduate School Of Business Faculty Of Business And Accountancy Business Administration, Kuala Lumpur, 2008.
- Doyal L., "Informed Consent in Medical Research. Journals Should Not Publish Research To Which Patients Have Not Given Fully Informed Consent--With Three Exceptions", *BMJ: British Medical Journal*, Cilt. 314, Sayı. 7087, (1997), 1107-1111.
- Dubrovski D., "The Role Of Customer Satisfaction In Achieving Business Excellence", *Total Quality Management*, Cilt. 12, Sayı. 7-8, (2001), 920-925.
- Edmonds A., "Almost Invisible Scars: Medical Tourism To Brazil". *Signs*, Cilt. 36, Sayı. 2, (2011). 297-302.
- Eggert A. ve Ulaga W., "Customer Perceived Value: A Substitute for Satisfaction In Business Markets?", *Journal Of Business And Industrial Marketing*, Cilt. 2, Sayı. 3, (2002), 107-118.
- Ehrbeck T., Guevara C. ve Mango P. D., "Mapping the Market for Medical Travel", *The McKinseyQuarterly*[Online], (2008), Erişim Tarihi: 06.07.2013, https://www.mckinseyquarterly.com/Mapping_the_market_for_travel_2134.
- Einsiedel E. F. ve Adamson H., "Stem Cell Tourism and Future Stem Cell Tourists: Policy and Ethical Implications.", *Developing World Bioethics*, Cilt. 12, Sayı. 1, (2012), 35-44.
- Eissler L.A., "The Lived Experience Of Seeking Health Care Through Medical Tourism: An Interpretive Phenomenological Study Of Alaskan Traveling Internationally For Medical & Dental Care", Doktora Tezi, The university Of Hawai'i The Philosophy In Nursing, Manoa, 2010.
- Fedorov G., Tata S., Raveslooy B., Dhakal G., Kanosue Y. ve Roncarati M., *Medical Travel in Asia and the Pacific: challenges and opportunities*, UN ESCAP, Bangkok, 2009.
- Firat S. "People With Disabilities In Turkey: An Overview", *Information Technologies Management And Society*, Cilt. 3, Sayı. 2, (2010), 51-54.

- Firman A. ve Wang Y. Y. "A Strategic Planning To Develop Medical Travel Industry In Indonesia", *World, Cilt. 3, Sayı. 1*, (2013), 160-177.
- Fischer J., Khan I., Khemani T., Mak, D. ve Najmi R., "Jordan Tourism Cluster", *Microeconomics of Competitiveness Institute for Strategy and Compositeness. Harvard Business School*, (2009).
- Fornell C., "A National Customer Satisfaction Barometer: The Swedish Experience", *The Journal Of Marketing, Cilt. 56, Sayı. 1*, (1992), 6-21.
- Fornell C., Johnson M. D., Anderson E. W., Cha J. ve Bryant B. E. "The American Customer Satisfaction Index: Nature, Purpose, And Findings", *The Journal Of Marketing*, (1996), 7-18.
- Frechtling D.C., "Current research on health and tourism issues and future directions", In *Tourism and Health: Risks, Research, and Responses*, Clift, S. and Grabowski, P. eds. London: Pinter, (1997).
- Freiré N. A., "The Emergent Medical Tourism: Advantages and Disadvantages of the Medical Treatments Abroad.", *International Business Research, Cilt. 5, Sayı. 2*, (2012), 41-50.
- Frenk J., "The Global Health System: Strengthening National Health Systems As The Next Step For Global Progress", *PLoS Medicine, Cilt. 7, Sayı. 1*, (2010), 1-3.
- Frey W. H., "Baby Boomers And The New Demographics Of America's Seniors", *Generations, Cilt. 34, Sayı. 3*, (2010), 28-37.
- Froelich N. C. K., "A Study About Motivational Factors And The Prerequisites For Creating A Competitive Offer – With A Swedish Perspective", *Master Tezi, Södertörn University, School Of Business Studies, Flemingsberg*, 2012.
- Fukahori H., Baba Y., Hioki F., Monkong S., Intarasombat P. ve Malathum P., "Healthcare Services For Japanese Elderly Long-Staying In Thailand From The Perspective Of The Patient And Healthcare Providers: A Survey Study", *Archives Of Gerontology And Geriatrics, Cilt. 53, Sayı. 2*, (2011), 168-173.
- Gan L. L. ve Frederick J. R., "Medical Tourism Facilitators: Patterns Of Service Differentiation", *Journal Of Vacation Marketing, Cilt. 17, Sayı. 3*, (2011), 165-183.
- Garcia-Altes A., "The Development Of Health Tourism Services", *Annals Of Tourism Research, Cilt. 32, Sayı. 1*, (2005), 262–266.
- Garg S. R. ve Bhardwaj A., "Indian Medical Tourism Industry: Growth Opportunities And Challenges", *Multidisciplinary Edu Global Quest (Quarterly), Cilt. 11, Sayı. 1*, (2012), 115-135.
- Genç H., "Toplam Kalite Yonetimi Dahilinde Hasta Memnuniyeti (Sivas Devlet Hastanesi'nde Bir Alan Arastırması)", *Yüksek Lisans Tezi, Cumhuriyet Üniversitesi*

- Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Yönetim ve Organizasyon Bilim Dalı, Sivas, 2011.
- George B. P. ve Henthorne T. L. "The Incorporation Of Telemedicine With Medical Tourism: A study Of Consequences", *Journal Of Hospitality Marketing & Management*, Cilt. 18, Sayı. 5, (2009), 512-522.
- Ghauri P. N. ve Cateora P. R., *International Marketing*, McGraw-Hill Higher Education, Edinburgh, 2010.
- Gill H. ve Singh N., "Exploring The Factors That Affect The Choice Of Destination For Medical Tourism", *Journal Of Service Science And Management*, Cilt. 4, Sayı. 3, (2011), 315-324.
- Gill J., Madhira B. R., Gjertson D., Lipshutz G., Cecka J. M., Pham P.-T., Wilkinson A., Bunnapradist S. ve Danovitch G. M., "Transplant Tourism in the United States: A SingleCenter Experience", *Clinical Journal of the American Society of Nephrology*, Cilt. 3, (2008), 1820-1828.
- Glinos I. A., Baeten R. ve Maarse H., "Purchasing Health Services Abroad: Practices Of Cross-Border Contracting And Patient Mobility In Six European Countries", *Health Policy*, Cilt. 95, Sayı. 2, (2010), 103-112.
- Glinos I. A., Baeten R., Helble M. ve Maarse, H., "A Typology Of Cross-border Patient Mobility", *Health & Place*, Cilt. 16, Sayı. 6, (2010), 1145-1155.
- Glinos I. A., R. B. ve Boffin N., "Cross-border contracted care in Belgian hospitals" In Rosenmoller, M., Baeten, R. & McKee, M. (eds.) *Patient mobility in the European Union: learning from experience*. Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies, (2006).
- Gonzales A., Brenzel L. ve Sancho J., "Health Tourism And Related Services: Caribbean Development And International Trade", Final Report, (2001).
- González M. E. A., Comesaña L. R. ve Brea J. A. F., "Assessing Tourist Behavioral Intentions Through Perceived Service Quality And Customer Satisfaction" *Journal Of Business Research*, Cilt. 60, Sayı. 2, (2007), 153-160.
- Goodman J. C., Gorman L., Herrick D. ve Sade R. M., "Health Care Reform: Do Other Countries Have The Answers?", (2009), Erişim Tarihi: 06.07.2013.
http://www.ncpa.org/pdfs/sp_Do_Other_Countries_Have_the_Answers.pdf.
- Gray H. H. ve Poland S. C., "Medical tourism: crossing borders to access health care", *Kennedy Institute of Ethics Journal*, Cilt. 18, Sayı. 2, (2008). 193-201.

- Grewal I., Das J. K. ve Kishore J., "Concerns, Expectations and Satisfaction of Medical Tourists Attending Tertiary Care Hospitals In New Delhi, India", JIMSA, Cilt. 25, Sayı. 3, (2012), 151-154.
- Guiry M. ve Vequist D. G. "US Medical Tourists' Motives For Travelling Abroad For Medical Care And Their Expectations Of Service Quality", International Journal Leisure And Tourism Marketing, Cilt. 3, Sayı. 1, (2012), 71-91.
- Gülen K.G. ve Demirci S., "Türkiye'de Sağlık Turizmi Sektörü", İstanbul Ticaret Odası, Sektörel Etütler ve Araştırmalar, İstanbul, (2012).
- Gülmez Z., "Türkiye'de ve Dünyada Sağlık Turizmi ve Çeşitleri: Sağlık Turizminin Ülkemizdeki Mevcut Durumu ve Bazı Ülkelerle Kıyaslanması", Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Hastane ve Sağlık Kuruluşlarında Yönetim Bilim Dalı, İstanbul, 2012.
- Günal B., "An Alternative Way Of Tourism: Health Tourism In Turkey", Master Tezi, University Of Amsterdam, Faculty Of Economy And Business Business Studies, Amsterdam, 2009.
- Gupta Sen A. "Medical Tourism And Public Health", People's Democracy, 28(19), (2004), 1-4.
- Ghazali M., Travel health Experience among international to high Altitude Destinations of Sagarmatha National Park, Nepal and Tibet ,China", Yayınlanmamış Doktora Tezi, University of Otago, New Zealand, 2002.
- Gupta A.S., "Medical Tourism and Public Health" Peoples Democracy, Cilt. 28, Sayı.19, (2004),
http://pd.cvim.org/2004/0509/05092004_snd.htm
- Hadi A. (2009), "Globalization, Medical Tourism And Health Equity", In Symposium On Implications Of Medical Tourism For Canadian Health And Health Policy On November, 13, 1-29.
- Hall C. M. (2011), "Health And Medical Tourism: A Kill Or Cure For Global Public Health?", Tourism Review, Cilt. 66, Sayı. 1/2, (2011), 4-15.
- Han H. ve Hwang J., "Multi-dimensions Of The Perceived Benefits In A Medical Hotel And Their Roles In International Travelers' Decision-Making Process", International Journal Of Hospitality Management, Cilt. 35, (2013), 100-108.
- Harahsheh S. S., "Curative Tourism In Jordan And Its Potential Development", Master Tezi, Bournemouth University, Main European Tourism Management, United Kingdom, 2002.

- Harden R. M, "International Medical Education And Future Directions: A Global Perspective", *Academic Medicine*, Cilt. 81, Sayı. 12, (2006), 22-29.
- Harryono M., Huang Y.F., Miyazawa K. ve Sethaput V. "Thailand Medical Tourism Cluster", *Student Projects, Harvard Business School, Microeconomics Of Competitiveness*, Boston, (2006).
- Hazar A., *Turizm, Tutibay yayınları*, Ankara, 1994.
- Hazarika I., "Medical tourism: its potential impact on the health workforce and health systems in India", *Health policy and planning*, Cilt. 25, Sayı. 3, (2010), 248-251
- Helble M., "The Movement Of Patients Across Borders: Challenges And Opportunities For Public Health", *Bulletin Of The World Health Organization*, Cilt. 89, Sayı. 1, (2011), 68-72.
- Helmy E. M. ve Travers R. "Towards The Development Of Egyptian Medical Tourism Sector", *Anatolia*, Cilt. 20, Sayı. 2, (2009), 419-439.
- Helmy E. M., "Benchmarking The Egyptian Medical Tourism Sector Against International Best Practices: An Exploratory Study", *Jounal Of tourism*, Cilt. 6, Sayı. 2, (2011), 293-311.
- Henderson J. C., "Healthcare Tourism In Southeast Asia", *Tourism Review International*, Cilt. 7, (2004), 111-122.
- Herrick D., "Medical Tourism: Global Competition In Health Care" *National Center for Policy Analysis*, (2007).
- Herrick D. M. ve Goodman J. C., "The Market For Medical Care: Why You Don't Know The Price; Why You Don't Know About Quality; And What Can Be Done About It", *National Center For Policy Analysis, Policy Report No.296*, (2007).
- Heung V. C., Kucukusta D. ve Song H., "A Conceptual Model Of Medical Tourism: Implications For Future Research", *Journal Of Travel & Tourism Marketing*, Cilt. 27, Sayı. 3, (2010), 236-251.
- Heung V., Kucukusta D. ve Song H., "Medical Tourism Development In Hong Kong: An Assessment Of The Barriers", *Tourism Management*, Cilt. 32, Sayı. 5, (2011), 995-1005.
- Higginbotham G., "Assisted-Suicide Tourism: Is It Tourism", *Tourismos: An International Multidisciplinary Journal Of Tourism*, Cilt. 6, Sayı. 2, (2011), 177-785.
- Hjelm N.M., 'Benefits and drawbacks of telemedicine', *Journal of Telemedicine and Telecare* Cilt. 11, (2005), 60-70
- Horneman L., Carter R. W., Wei S. ve Ruys H., "Profiling The Senior Traveler: An Australian Perspective", *Journal Of Travel Research*, Cilt. 41, (2002), 20-40.

- Hopkins L., Labonté R., Runnels V. ve Packer C., "Medical Tourism Today: What Is The State Of Existing Knowledge&Quest", *Journal Of Public Health Policy*, Cilt. 31, Sayı. 2, (2010), 185-198.
- Horowitz M. D. ve Rosensweig J. A., "Medical Tourism--Health Care In The Global Economy", *Physician Executive*, Cilt. 33, Sayı. 6, (2007), 24-30.
- Horowitz M. D., Rosensweig J. A. ve Jones C. A., "Medical Tourism: Globalization Of The Healthcare Marketplace", *Medscape General Medicine*, Cilt. 9, Sayı. 4, (2007), 33.
- Horton S. ve Cole S. "Medical Returns: Seeking Health Care In Mexico", *Social Science And Medicine*, Cilt. 72, (2011), 1846-1852.
- Hsu C. H., Cai L. A. ve Wong K. K. "A Model Of Senior Tourism Motivations—Anecdotes From Beijing And Shanghai", *Tourism Management*, Cilt. 28, Sayı. 5, (2007), 1262-1273.
- Hsu T. K., Tsai Y. F. ve Wu H. H., "The Preference Analysis For Tourist Choice Of Destination: A Case Study Of Taiwan", *Tourism Management*, Cilt. 30, Sayı. 2, (2009), 288-297.
- Huang L. ve Tsai H. T., "The Study Of Senior Traveler Behavior In Taiwan", *Tourism Management*, Cilt. 24, Sayı. 5, (2003), 561-574.
- Huat J. Y. C., "Medical Tourism/Medical Travel (part one)", *SMA News*, Sayı. 38, (2006a), 17-21.
- Hunt A., "Inbound Medical Tourism and Visa Reform: How Increasing Accessibility for Foreign Patients can Decrease American Healthcare Costs. *Houston Journal of International Law*, Cilt. 35, Sayı. 1, (2013), 103-137.
- İçöz O., "Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm ve Türkiye'nin Olanakları", *Journal of Yasar University*, Cilt. 4, Sayı. 14, (2009), 2257-2279.
- Ivanovski N., Masin J., Rambabova-Busljetic I., Pusevski V., Dohcev S., Ivanovski O. ve Popov, Z., "The Outcome Of Commercial Kidney Transplant Tourism In Pakistan", *Clinical Transplantation*, Cilt. 25, Sayı. 1, (2011), 171-173.
- Izadi M., Ayoubian A., Saadat S. H., Zarnaq R. K., Abbasi S., Moein N. ve Hekmat M., "Medical Travel: The Ethical And Legal Challenges.", *International Journal of Travel Medicine and Global Health*, Cilt. 1, Sayı. 1, (2013), 23-28.
- Jabbari A., Zarchi M. K. R., Kavosi Z., Shafaghat T. ve Keshtkaran A., "The Marketing Mix And Development Of Medical Tourism In Shiraz", *Materia Socio-medica*, Cilt. 25, Sayı. 1, (2013), 32-36.
- Jagyasi P., "Medical Tourism Research& Survey Report", 2010.

- Javalgi R. G., Thomas E. G., Rao S.R., "Consumer Behaviour in the U.S. Pleasure Travel Market Place: An Analysis of Senior and Nonsenior Travellers", *Journal Of Travel Research*, Cilt. 31, Sayı. 2, (1992), 14-19.
- Jang S. S., Wu C. M. E., "Seniors' Travel Motivation And The Influential Factors: An Examination Of Taiwanese Seniors", *Tourism Management*, Cilt. 27, Sayı. 2, (2006), 306-320.
- Jayabaskar T., "Health care seeking behaviour of patients attending an STI clinic in Singapore", Master Tezi, National University Of Singapore, Department Of Community, Occupational And Family Medicine, Singapur, 2003.
- Jeevan R. ve Armstrong A., "Cosmetic Tourism and the burden on the NHS", *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, Cilt. 61, (2008), 1423-1424.
- Jeevan R., Birch, J. ve Armstrong A. P., "Travelling abroad for aesthetic surgery: Informing healthcare practitioners and providers while improving patient safety", *Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery*, Cilt. 64, (2011), 143-147.
- Jesus J. E., "Ethical Challenges And Considerations Of Short-term International Medical Initiatives: Anto Ghana As A Case Study", *Annals Of Emergency Medicine*, Cilt. 55, Sayı. 1, (2010), 17-22.
- Joffe S., Cook E. F., Cleary P. D., Clark J. W. ve Weeks J. C., "Quality Of Informed Consent In Cancer Clinical Trials: A Cross-sectional Survey", *The Lancet*, Cilt. 358, Sayı. 9295, (2001), 1772-1777.
- Johnson T. J. ve Garman A. N., "Impact Of Medical Travel On Imports And Exports Of Medical Services", *Health Policy*, Cilt. 98, Sayı. 2, (2010), 171-177.
- Johnston, R., "Examining The Role Of Family Physicians In The Decision Making Processes Of Canadian Medical Tourists", Master Tezi, Simon Fraser University, Faculty Of Environment, Department Of Geography, Kanada, 2012.
- Johnston R., Crooks V. A. ve Snyder J., "Perceptions Of The Ethics Of Medical Tourism: Comparing Patient And Academic Perspectives", *Public Health Ethics*, Cilt. 5, Sayı. 1, (2012)(a), 38-46.
- Johnston R., Crooks V. A. ve Snyder J., "I Didn't Even Know What I Was Looking For: A Qualitative Study Of The Decision-Making Processes Of Canadian Medical Tourists", *Global Health*, Cilt. 8, Sayı. 1, (2012)(b), 23.
- Johnston R., Crooks V. A., Snyder J. ve Kingsbury P., "What Is Known About The Effects Of Medical Tourism In Destination And Departure Countries? A Scoping Review.", *International Journal For Equity In health*, Cilt. 9, Sayı. 1, (2010)(a), 1-13.

- Johnston R., Crooks V. A., Snyder J. ve Kingsbury P., " What Is Known About The Patient's Experience Of Medical Tourism? A Scoping Review", BMC Health Services Research, Cilt. 10, Sayı. 1, (2010)(b), 1-12.
- Jones C. A. ve Keith L. G., "Medical tourism and reproductive outsourcing: The dawning of a new paradigm for healthcare", International Journal of Fertility and Women's Medicine, Cilt. 51, Sayı. 6, (2006), 251-5.
- Jones J.W ve Mc Cullough L.B., "What to do when Patient's International Medical Care Goes South", Journal of Vascular Surgery, Cilt. 46, Sayı. 5, (2007), 1075-1080.
- Jotikasthira N., "Salient Factors Influencing Medical Tourism Destination Choice", DBA Tezi, Southern Cross University Business Administration, Lismore, 2010.
- Jung H. ve Hecser L., "Bioethics Of Organ Transplantation: European Attitudes", Revista Romana de Bioetica, Cilt. 6, Sayı. 3, (2013), 14-20.
- Kalaycı Ş., Faktör Analizi, Ed. Şeref Kalaycı, SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri, Asil Yayın Dağıtım Ltd. Şti., Ankara, 2010.
- Kangas B., "Traveling for Medical Care in a Global World", Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness, Cilt. 29, (2010), 344-362.
- Kaosa-ard M. S., "Thailand's Tourism Industry—What Do We Gain and Lose", Thailand Development Research Institute Quarterly Review, Cilt. 9, Sayı. 3, (1994), 23-26.
- Karadeniz E., Kandır S. Y. ve Önal Y. B., "Seçilmiş Paydaşların Swot Yöntemiyle Türk Turizm Yatırımlarını Değerlendirmesine Yönelik Bir Pilot Çalışma", Anatolia Turizm Araştırmaları Dergisi, Cilt. 18, Sayı. 2, (2007), 195-205.
- Karasu Ç., "Antiaging Hakkında Herşey", Hastane ve Yaşam Dergisi, Cilt. 33 Sayı. 40, (2008).
- Karmakar M., "Medical Tourism In India: Its Present Trends, Status And Ethical Issues.", Geo-Analyst, Cilt. 1, Sayı. 2, (2011), 100-107.
- Karuppan C. M. ve Karuppan M., "Who Are The Medical Travelers And What Do They Want?: A Qualitative Study", Health Marketing Quarterly, Cilt. 28, Sayı. 2, (2011), 116-132.
- Kaur J., Hari Sundar G., Vaidya D. ve Bhargava S. (2007), "Health Tourism In India Growth And Opportunities", International Marketing Conference Marketing & Society, 8-10 April 2007, 415-422.
- Kaya, S., Yıldırım, H. H., Karsavuran, S. ve Özer, Ö. (2013), "Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu 2013", T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı.

- Kaygın, N., "Sağlık Hizmetlerinde Kalite, Hasta Memnuniyeti ve Hasta Hemşire İlişkileri", Yüksek Lisans Tezi, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü İşletme Yönetimi Ana Bilim Dalı Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı, İstanbul, 2012.
- Kayral, İ.H., "Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ankara'da Hastane Türlerine Göre Bir Araştırma", Doktora Tezi, T.C. Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, İşletme Bilim Dalı, Ankara, 2012.
- Kazemi, Z., "Study Of Effective Factors For Attracting Medical Tourist In Iran", Yayınlanmamış Master Tezi, Lulea University of Technology, School Of Marketing and E-commerce, Department Of Business Administration And Social Science, the Netherlands, 2007.
- Keckley P. H. ve Eselius L. L., "Survey of Health Care Consumers: Key Findings, Strategic Implications", Washington: Deloitte Center for Health Solutions, (2009).
- Keckley P. H. ve Underwood H. R., "Medical Tourism: Consumers in Search of Value", Washington: Deloitte Center for Health Solutions, (2008).
- Kesar O. ve Rimac K., "Medical Tourism Development In Croatia", Zagreb International Review of Economics and Business, Cilt. 14, Sayı. 2, (2011), 107-134.
- Keskin A. ve Cansız H., "Tourism, Turkey And Economic Development", İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, Cilt. 24, Sayı. 4, (2011), 23-46.
- Khan M., "Medical Tourism: Outsourcing of Healthcare", International CHRIE Conference-Refereed Track. Paper 23, (2010).
- Kim H., Leong P., Heob E., Anderson B. ve Gaitz C., "Medical Tourism From U.S. To Border Region Of Mexico. Current Status And Future Prospects", Medical Tourism Magazine, (2009), 1-25.
- Kiremit A. Ş., "Turizmin Gelişiminde Bir Alternatif Olarak Medikal Turizm: Bir Sağlık Kuruluşunda Araştırma", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği Ana Bilim Dalı, Ankara, 2008.
- Kostak D., "Turizm Hareketleri (Türkiye Örneği Üzerinden Sağlık Turizmi)", Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2007.
- Köstepen A., "Medikal Turizm Kapsamında İzmir İli'nin Değerlendirilmesi", İzmir Siyasal ve Ekonomik Araştırmalar Merkezi, (2012).
- Kramer C., "Medical Tourism: Alternatives To The United States Healthcare System", Undergraduate Economic Review, Cilt. 7, Sayı. 1, (2010), 1-9.
- Kruja D. ve Gjyrezi A., "The special interest tourism development and the small regions", Turizam, Cilt. 15, Sayı. 2, (2011), 77-89.

- Kumar L. R. ve Yurk R., "Legal Issues In Global Healthcare", *IntHealthCert International*, Cilt. 1, Sayı. 5, (2010), 19-23.
- Kumar S., "Designing promotional strategies for medical tourism in India: a case study of an ophthalmic hospital in NCR", *Health and Population: Perspectives and Issues*, Cilt. 32, Sayı. 2, (2009), 86-95.
- Kušen E., "Positioning Medical Tourism In The Broader Framework Of Health Tourism", *Turizam: Znanstveno-stručni časopis*, Cilt. 59, Sayı. 1, (2011), 95-99.
- Lagiewski R. M. ve Myers W., "Medical Tourism: Perspectives And Applications For Destination Development", *Croatia: American College Of Management And Technology*, (2008).
- Lam T. ve Hsu C. H., "Theory Of Planned Behavior: Potential Travelers From China", *Journal Of Hospitality & Tourism Research*, Cilt. 28, Sayı. 4, (2004), 463-482.
- Larsen J., Urry J. ve Axhausen K. W., "Networks And Tourism: Mobile Social Life.", *Annals Of Tourism Research*, Cilt. 34, Sayı. 1, (2007), 244-262.
- Larson J. S., "The Conceptualization Of Health. Medical Care Research And Review", *Cilt. 56, Sayı. 2*, (1999), 123-136.
- Leahy A. L., "Medical Tourism: The Impact Of Travel To Foreign Countries For Healthcare", *The Surgeon: Journal Of The Royal Colleges Of Surgeons Of Edinburgh And Ireland*, Cilt. 6, Sayı. 5, (2008), 260-261.
- Lee A. C., "Transfusion-Dependent Anaemia of Undetermined Origin: A Distinctive Syndrome in Paediatric Medical Tourism", *Annals Of The Academy Of Medicine-Singapore*, Cilt. 41, Sayı. 7, (2012), 305-308.
- Lee C. ve Spisto M. "Medical Tourism, The Future Of Health Services", *In 12th International Conference On ISO 9000 and TQM*, 1-7, (2007).
- Lee C., "Medical Tourism, An Innovative Opportunity For Entrepreneurs", *Journal Of Asia Entrepreneurship And Sustainability*, Cilt. 3, Sayı. 1, (2006), 110-123.
- Lee C. K., Yoon Y. S. ve Lee S. K., "Investigating The Relationships Among Perceived Value, Satisfaction, And Recommendations: The Case Of The Korean DMZ", *Tourism Management*, Cilt. 28, Sayı. 1, (2007), 204-214.
- Lee J. Y., Kearns, R. A. ve Friesen, W., "Seeking affective health care: Korean immigrants' use of homeland medical services", *Health & Place*, Cilt. 16, (2010), 108-115.
- Lee M., Han H. ve Lockyer T., "Medical Tourism-Attracting Japanese Tourists For Medical Tourism Experience", *Journal Of Travel And Tourism Marketing*, Cilt. 29, (2012), 69-86.

- Leng C. H., "Medical Tourism In Malaysia: International Movement Of Healthcare Consumers And The Commodification Of Healthcare", Working Paper Series No.83, National University Of Singapore's Asia Research Institute, (2007).
- Leng C. H., "Medical Tourism And The State In Malaysia And Singapore", *Global Social Policy*, Cilt. 10, Sayı. 3, (2010), 336-357.
- Leon-Jordan J. K. A. ve Jacob R., "Healthcare In Foreign Hands: Trends, Issues And Directions.", *Review Of Business Research*, Cilt. 10, Sayı. 5, (2010), 54-68.
- Longe T., "The Ethical And Legal Complexity Of Medical Tourism", M.J. Tezi, Loyola University of Chicago Health Law, Chicago, 2010.
- Lowson K., West P., Chaplin S. ve O'Reilly J., "Evaluation of Patients Travelling Overseas: Final Report. York: York Health Economics Consortium, (2002).
- Lunt N., Smith R., Exworthy M., Green S. T., Horsfall D. ve Mannion R., "Medical Tourism: Treatments, Markets And Health System Implications: A Scoping Review", OECD, (2011), 1-55.
- Lunt N. ve Carrera, P., "A European Perspective On Medical Tourism: The Need For A Knowledge Base", *International Journal Of Health Services*, Cilt. 40, Sayı. 3, (2010)(a), 469-484.
- Lunt N. ve Carrera, P., "Medical Tourism: Assessing the evidence on treatment abroad. *Maturitas*, Cilt. 66, Sayı. 1, (2010)(b), 27-32.
- Lunt N., Hardey M. ve Mannion R., "Nip, Tuck And Click: Medical Tourism And The Emergence Of Web-based Health Information", *The Open Medical Informatics Journal*, Cilt. 4, (2010), 1-11.
- Lutz W., Sanderson W. ve Scherbov S., "The coming Acceleration of Global Population Ageing", *Nature*, Cilt. 451, (2008), 717-720.
- Maas W. (2008), "Another Piece Of Europe In Your Pocket: The European Health Insurance Card" In Bennett, C. and Lyon, D. *Playing The Identity Card*. Routledge.
- MacReady N., "Developing countries court medical tourists", *The Lancet*, Cilt. 369, (2007), 1849-1850.
- Madden C. S., "Three American Generations And The Real Estate Marketer.", Keller Center Research Report, Baylor University, Texas, (2012), 1-8.
- Magnúsdóttir G. Á., "The Competitiveness Of The Icelandic Medical Tourism Industry", Master Tezi, University of Iceland, Corporate Finance at School of Business School of Social Sciences, Reykjavík, 2012.

- Mahjom N., Alias M. H., Malaysia U. S. I. ve Zulkifli N. F., "Critical Success Factors For Bumiputera/Muslim Medical Tourism Providers: Solution For Financing Needs Using Islamic Financing Instruments", *Prosiding Perkem*, (2011), 184-195.
- Mainil T., Platenkamp V. ve Meulemans H., "The Discourse Of Medical Tourism In The Media", *Tourism Review*, Cilt. 66, Sayı. 1/2, (2011), 31-44.
- Makkannavar S. V., "A Descriptive Study On The Operations Of Medical Tourism Department In A Selected Hospital", Master Tezi, Rajiv Gandhi University Of Health Sciences, Hospital Administration, Bangalore, 2011.
- Mal J., "Globalisation Of Healthcare: Case Studies Of Medical Tourism In Multi-Specialty Hospitals In India", Doktora Tezi, The University Of Manchester, Faculty Of Humanities, Healthcare Management, Manchester, 2010.
- Mankikar S. ve Mankikar S., "Medical Tourism In Bangalore: Scope And Challenges", *International Journal of Computer Science and Management Research*, Cilt. 2, Sayı. 3, (2013), 1983-1988.
- Master Z. ve Resnik D. B., "Stem-Cell Tourism And Scientific Responsibility", *EMBO reports*, Cilt. 12, Sayı. 10, (2011), 992-995.
- Mattoo A. ve Rathindran R., "How Health Insurance Inhibits Trade In Health Care", *Health Affairs*, Cilt. 25, Sayı. 2, (2006), 358-368.
- Maurya S. K., "Value Propositions–Suggested Dimensions For Medical Tourism Facilities In India", *International Journal Of Behavioural And Healthcare Research*, Cilt. 2, Sayı. 1, (2010), 59-74.
- Maxim A., "Relationship Marketing A New Paradigm In Marketing Theory And Practice.", *Analele Stiintifice ale Universitatii*, (2009), Cilt. 56, 287-300.
- McCabe S., "Who Needs A Holiday? Evaluating Social Tourism.", *Annals Of Tourism Research*, Cilt. 36, Sayı. 4, (2009), 667-688.
- McClellan K., "Medical Tourism: Or, for the politically corecct... Cross Border Health Care", University of Saskatchewan, (2008).
- McDougall L., "Aging Baby Boomers And What It Means For Domestic Travel In The 21st Century", *Travel-Log Stat. Can.*, Cilt. 17, Sayı. 3, (1998), 1–8.
- McDowall S. ve Wang Y., "An analysis of international tourism development in Thailand: 1994–2007", *Asia Pacific Journal of Tourism Research*, Cilt. 14, Sayı. 4, (2009), 351–370.
- McGuckin N. ve Lynott, J., "Impact of Baby Boomers on US Travel, 1969 to 2009", *Insight on the Issues*, Cilt. 70, (2012), 1-14.

- McLean T. R. ve McLean, P. B., "Is A Black Market In Telemedicine On The Horizon?", *The International Journal Of Medical Robotics And Computer Assisted Surgery*, Cilt. 3, Sayı. 4, (2007), 291-296.
- McLean T. R., "The Legal And Economic Forces That Will Shape The International Market For Cybersurgery", *The International Journal Of Medical Robotics And Computer Assisted Surgery*, Cilt. 2, Sayı. 4, (2006), 293-298.
- Mechinda P., Serirat S., Anuwichanont J. ve Gulid N., "An Examination Of Tourists' Loyalty Towards Medical Tourism In Pattaya, Thailand", *International Business & Economics Research Journal (IBER)*, Cilt. 9, Sayı. 1, (2010), 55-70.
- Medhekar A. " Indian Government Policy to Support Trade in Medical Tourism Services", *Seventh International Conferance on Health Systems and Global Business Issues*, Jaipur, India, (2013).
- Medhekar A. ve Haq F., "Marketing Indian Medical Tourism to Muslim Patients in an Islamic way", *Pioceeding ot the 1 st International Conferance on Islaniic Marketing and Branding: Exploring Issues and Challenges*, Published by University of Malaysia, (2010).
- Meghani Z., "A Robust, Particularist Ethical Assessment Of Medical Tourism", *Developing World Bioethics*, Cilt. 11, Sayı. 1, (2011), 16-29.
- Menvielle L., Menvielle W. ve Tournois N., "Medical Tourism: A Decision Model In A Service Context", *Turizam: Znanstveno-Stručni časopis*, Cilt. 59, Sayı. 1, (2011), 47-61.
- Milstein A. ve Smith M., "America's New Refugees — Seeking Affordable Surgery Offshore", *New England Journal of Medicine*, Cilt. 355, (2006), 1637-1640.
- Mirrer-Singer P., "Medical Malpractice Overseas: The Legal Uncertainty Surrounding Medical Tourism", *Law And Contemporary Problems*, Cilt. 70, Sayı. 2, (2007), 211-232.
- Mishra R. ve Shailesh, K , "Making Indian Healthcare Market a global medical tourism destination", *IOSR Journal of Business and Management*, Cilt. 2, Sayı. 4, (2012), 23-28.
- Mochi P., Shetty N. ve Vahoniya D., "Medical Tourism-Destination India", *Commerce And Management*, Cilt. 2, Sayı. 3, (2013), 29-39.
- Moghimehfar F., ve Nasr-Esfahani M. H., "Decisive Factors In Medical Tourism Destination Choice: A Case Study Of Isfahan, Iran And Fertility Treatments", *Tourism Management*, Cilt. 32, Sayı. 6, (2011), 1431-1434.
- Molnar C., "Health tourism in Hungary: history, its revaluation and tendencies", *Journal of Tourism Challenges and Trends*, Vol. III, No. 2, (2010), 101-114.

- Moschis G. P., "Marketing to Older Adults: An Updated Overview of present knowledge And Practise", *Journal of Consumer Marketing*, Cilt. 20, Sayı. 6, (2003), 516-530.
- Moss G. A., "Water And Health: A Forgotten Connection?", *Perspectives In Public Health*, Cilt. 130, Sayı. 5, (2010), 227-232.
- Mueller H. ve Kaufmann E. L., "Wellness Tourism: Market Analysis Of A Special Health Tourism Segment And Implications For The Hotel Industry.", *Journal Of Vacation Marketing*, Cilt. 7, Sayı. 1, (2001), 5-17.
- Muffatto M. ve Panizzolo R., "A Process-based View For Customer Satisfaction.", *International Journal Of Quality & Reliability Management*, Cilt. 12, Sayı. 9, (1995), 154-169.
- Mugomba C. ve Caballero-Danell S. "Medical Tourism, and Its Entrepreneurial Opportunities - A Conceptual Framework for Entry Into the Industry", Master Tezi, Göteborg University, School of Business, Economics and Law, Tourism and Hospitality Management Göteborg, 2007.
- Mukherjee A., Natarajan V. ve Gunashekara C., "Medical Tourism : A Stakeholder Model", *Health Care And Pharmaceutical Management*, (2010), 443-444.
- Munteanu C., Cinteza, D. ve Lazarescu H. "Balneary Resort-The Importance Of Natural Therapeutic Factors Research.", *International Journal For Responsible Tourism*, Cilt. 2, Sayı. 1, (2013), 7-23.
- Musa G., Thirumoorthi T. ve Doshi D., "Travel Behaviour Among Inbound Medical Tourists In Kuala Lumpur", *Current Issues In Tourism*, Cilt. 15, Sayı. 2, (2012), 525-543.
- Muscat N., Grech K., Cachia J. M. ve Xureb D., "Sharing Capacities - Malta and the United Kingdom". In: Rosenmoller, M., McKee, M. & Baeten, R. (eds.) *Patient mobility in the European Union: learning from experience*. Denmark: European Observatory on Health Systems and Policies, (2006).
- Mustafa M. H., "Tourism And Globalization In The Arab World", *International Journal Of Business And Social Science*, Cilt. 1, Sayı. 1, (2010), 37-48.
- Mutcherson K. M., "Welcome To The Wild West Protecting Access To Cross Border Fertility Care In The United States", *Cornell Journal Of Law And Public Policy*, Cilt. 22, (2012), 349-515.
- Mustag M.U, Gull S., Shad M.A. ve Akram J., "Socio- Demographic correlates of the health-seeking behaviours in two districts of Pakistan's Punjab province", *Ubeera Memorial Research Society, Allama Iqbal Medical College, Department Of Health, Government Of the Punjab, Lahore Pakistan*, Cilt.61, Sayı. 12, (2011), 1205.

- Muzaffar F. ve Hussain I., "Medical Tourism: Are We Ready To Take The Challenge?", *Journal Of Pakistan Association Of Dermatologists*, Cilt. 17, (2007), 215-218.
- Murugan A., "Medical Tourism: Opportunities and Challenges in Tamil Nadu", *Proceedings of Conference on Tourism in India – Challenges Ahead*, 15-17 May 2008, IIMK (2008), 308-404.
- Myers J. H., "Measuring Customer Satisfaction: Is Meeting Expectations Enough?", *Marketing Research*, Cilt. 3, Sayı. 4, (1991), 35-43.
- Nader L., "Up the Anthropologist- Perspectives Gained from Studying Up", In *Reinventing Anthropology*. D. Hymes, ed., New York: Vintage Books, (1974), 284-311.
- Nagla M., "Medical Tourism: Implication On Domestic Population", *South Asian Journal Of Tourism And Heritage*, Cilt. 5, Sayı. 2, (2012), 78-85.
- Nagy K., Kavasi N., Kocacs T. ve Somlai J., "Radon Therapy And Speleotherapy In Hungary", *Press Therm Climat*, Cilt. 154, (2008), 219-225.
- Nakhchian A., Boorani O.K.Z. ve Gorji N., "Overall Profitability Of Companies Depending On Optimal Use Of The Marketing Mix (4Ps) (McDonald's case study)", *Journal Of Contemporary Research In Business*, Cilt. 4, Sayı. 7, (2012), 876-889.
- Nakip M., *Pazarlama Araştırmaları Teknikler ve (SPSS Destekli) Uygulamalar*, Seçkin Yayıncılık, Ankara, 2006.
- Nandi S., "Branding India as a Medical Tourism destination. *International Journal of Exclusive Management Research*, Cilt. 2, Sayı. 12, (2012).
- Nagarajan G. S., "Medical Tourism in India: Strategy for Its Development", *Dissertation*, Indian Institute of Management Bangalore, (2004), 5-11.
- NaRanong A. ve NaRanong V., "The effects of medical tourism: Thailand's experience", *Bulletin of the World Health Organization*, Cilt. 89, Sayı. 5, (2011), 336-344.
- Nassab R., Hamnett N., Nelson K., Kaur S., Greensill B., Dhital S., ve Juma A., "Cosmetic Tourism Public Opinion And Analysis Of Information And Content Available On The Internet", *Aesthetic Surgery Journal*, Cilt. 30, Sayı. 3, (2010), 465-469.
- Neves M. F., Zuurbier P. ve Campomar M. C., "A Model For The Distribution Channels Planning Process", *Journal Of Business & Industrial Marketing*, Cilt. 16, Sayı. 7, (2001), 518-539.
- Neves M. F., Zuurbier P. ve Campomar M. C., "A Model For The Distribution Channels Planning Process", *Journal Of Business & Industrial Marketing*, Cilt. 16, Sayı. 7, (2001), 518-539.

- Nolan J. M. ve Schneider M. J., "Medical Tourism In The Backcountry: Alternative Health And Healing In The Arkansas Ozarks", *Signs*, Cilt. 36, Sayı. 2, (2011), 319-326.
- Nordenfelt L., "The Concepts Of Health And İllness Revisited", *Medicine, Health Care And Philosophy*, Cilt. 10, Sayı. 1, (2007), 5-10.
- Nwafor O., "Niche Tourism And The Challenges Of Developing Medical Tourism In The Western Cape Province Of South Africa", *Journal Of Emerging Trends In Educational Research and Policy Studies (JETERAPS)*, Cilt. 3, Sayı. 4, (2012), 600-604.
- Oliver R. L. ve Swan, J. E., "Consumer Perceptions Of Interpersonal Equity And Satisfaction In Transactions: A Field Survey Approach", *The Journal Of Marketing*, (1989), 21-35.
- Ono M., "Long-Stay Tourism And International Retirement Migration: Japanese Retirees In Malaysia", *Transnational Migration In East Asia*. Osaka: National Museum Of Ethnology, (2008), 151-162.
- Özen A.Ş., "Türkiye’de Örgütler Yönetim Araştırmalarında Törenselleşme Sorunu", *Yönetim Araştırmaları Dergisi*, Cilt. 2, Sayı. 2, (2002) 187-213.
- Özer, Ö. ve Songur, C., "Türkiye'nin Dünya Sağlık Turizmindeki Yeri ve Ekonomik Boyutu", *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, Cilt. 4, Sayı. 7, (2013), 69-81.
- Özkan Demirel E., "Türkiye’de Medikal Turizm ve Geliştirilmesi: Örnek Bir Araştırma", *Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm ve Yöneticiliği ve Otelcilik Anabilim Dalı, Balıkesir, 2010.*
- Özsarı S.H. ve Karatana Ö., "Sağlık Turizmi Açısından Türkiye’nin Durumu", *JKartal TR*, Cilt. 24, Sayı. 2, (2013), 136-144.
- Öztürk M. ve Bayat M., "Uluslararası Turizm Hareketlerinde Sağlık Turizminin Rolü ve Kalite Çalışmalarının Önemi Bir Literatür Çalışması", *KSU IIBF Dergisi*, (2011), 135-155.
- Parasuraman A., "Assessing And Improving Service Performance For Maximum Impact: Insights From A Two-Decade-Long Research Journey", *Performance Measurement And Metrics*, Cilt. 5, Sayı. 2, (2004), 45-52.
- Parke S., Reimer J., Nadler R. ve Illes J., "Stem Cell Tourism and Spinal Cord Injury: Perspectives from the Advocacy Community", *In International Conference on Ethical Issues in Medical Tourism*, Vancouver, BC, 2010.
- Partner, L. V., "Medical Tourism: Legal Issues", (2012), Erişim Tarihi:15.07.2013, <http://www.michelmores.com/~michelmores01/docs/medical-tourism.pdf>,
- Peltier J. W., Schibrowsky, J. A. & Cochran, C. R. (2002), "Patient Loyalty That Lasts A Lifetime.", *Marketing Health Sciences*, 22 (2), 29-33.

- Penney K., Snyder, J., Crooks, V. & Johnston, R. (2011), " Risk Communication And Informed Consent In The Medical Tourism Industry: A Thematic Content Analysis Of Canadian Broker Websites.", *BMC Medical Ethics*, 12(17), 1-9.
- Pennings G. (2004), "Legal Harmonization And Reproductive Tourism In Europe", *Human Reproduction*, 19(12), 2689-2694.
- Pennings G., Autin C., Decler W., Delbaere A., Delbeke L., Delvigne A., De Neubourg D., Devroey P., Dhont M., D'Hooghe T., Gordts S., Lejeune B., Nijs M., Pauwels P., Perrad B., Pirard C. ve Vandekerckhove F., "Cross-Border Reproductive Care In Belgium", *Human Reproduction*, Cilt. 24, Sayı. 12, (2009), 3108-3118.
- Peterson G., Aslani P. ve Williams K. A., "How do Consumers Search for and Appraise Information on Medicines on the Internet? A Qualitative Study Using Focus Groups", *Journal of Medical Internet Research*, Cilt. 5, (2003).
- Peters C. R. ve Sauer, K. M., "A Survey of Medical Tourism Service Providers", *Journal of Marketing Development & Competitiveness*, Cilt. 5, Sayı. 3, (2011).
- Petrosoniak A., McCarthy A. ve Varpio L., "International Health Electives: Thematic Results Of Student And Professional Interviews", *Medical Education*, Cilt. 44, Sayı. 7, (2010), 683-689.
- Piazolo M. ve Zanca, N.A., "Medical Tourism - A Case Study For The USA And India, Germany And Hungary", *Acta Polytechnica Hungarica*, Cilt. 8, Sayı. 1, (2011), 137-160.
- Pocock N. ve Phua K., "Medical Tourism And Policy Implications For Health Systems: A Conceptual Framework From A Comparative Study Of Thailand, Singapore And Malaysia", *Globalization And Health*, Cilt. 7, Sayı. 12, (2011), 1-12.
- Pope J., "The Globalisation Of Medicine: The Emerging Market Of Medical Tourists Estimates, Challenges And Prospects", *Medical Tourism: Perspectives And Specific Country Experiences*, (2008), 3-27.
- Prakash M., Tyagi N. ve Devrath R., "A Study Of Problems And Challenges Faced By Medical Tourists Visiting India", *Indian Institute Of Tourism And Travel Management*, (2011), 1-94.
- Prajapati M. C. ve Patel V. B., "Impact of medical tourism in India", *International Journal of Research in Commerce & Management*, Cilt. 3, Sayı. 4, (2012), 91-95.
- Puri S., Singh A. ve Yashik "Medical Tourism-A New Arena.", *Iranian Journal Of Public Health*, Cilt. 39, Sayı. 3, (2010), 16-19.
- Putachote N., "Customer's Satisfaction Towards Service Of Thailand Postoffice", *Indian Streams Research Journal*, Cilt. 3, Sayı. 3, (2013), 1-5.

- Pandojinog W. C. B. ve Rodolfo, M. C. L. S., "Developing the Japanese Market for Philippine Tourism and Retirement Services: Prospects and Impediments", Philippine Institute for Development Studies, (2004).
- Rad N. F., Som A. P. ve Zainuddin Y., "Service Quality And Patients' Satisfaction In Medical Tourism. World Applied Sciences Journal, Cilt. 10, (2010), 24-30.
- Rajagopal S., Guo L. ve Choo, Z. M., "Factors Influencing Patients' Willingness to Participate in Medical Tourism", In The 2nd International Research Symposium In Service Management, Indonesia, (2011), 430-439.
- Rasiah R., Noh A. ve Tumin, M., "Privatising healthcare in Malaysia: power, policy and profits. Journal of Contemporary Asia, Cilt. 39, Sayı. 1, (2009). 50-62.
- Rath S. P., Das B., Mishra S. ve Puthan P., "New Avenue Of Tourism & Revenue Generation In India–Medical Tourism", International Journal Of Business And Management Tomorrow, Cilt. 2, Sayı. 1, (2012), 1-14.
- Raza M. A., " Factors Influencing Patient's Decision Of Selecting A Hospital", International Journal Of Research In Commerce, Economics & Management, Cilt. 2, Sayı. 2, (2012), 34-39.
- Reddy S. ve Qadeer, I., "Medical Tourism In India: Progress Or Predicament?", Economic And Political Weekly, (2010), Erişim Tarihi: 15.07.2013, <http://epw.in/epw/uploads/articles/14762.pdf>.
- Reddy S. G., "Medical Tourism In India: An Exploratory Study", Doktora Tezi, Kansas State University, College Of Arts And Sciences, Department Of Geography, Kansas, 2013.
- Reddy S. G., York V. K. ve Brannon L. A., "Travel For Treatment: Students' Perspective On Medical Tourism.", International Journal Of Tourism Research, Cilt. 12, Sayı. 5, (2010), 510-522.
- Reisman D., Health Tourism: Social Welfare Through International Trade, Edward Elgar Publishing, Cheltenham, 2010.
- Rerkrujipimol J. ve Assenov I., "Medical Tourism In Thailand And Its Marketing Strategies", (2008), Erişim Tarihi: 18.06.2013, http://www.conference.phuket.psu.ac.th/PSU_OPEN_WEEK_2008/data/tourism/4_13.pdf.
- Rhodes R. ve Schiano T., "Transplant Tourism In China: A Tale Of Two Transplants", The American Journal Of Bioethics, Cilt. 10, Sayı. 2, (2010), 3-11.
- Ricafort K. M. F., "A Study Of Influencing Factors That Lead Medical Tourists To Choose Thailand Hospitals As Medical Tourism Destination", Master Tezi, Webster University, School Of Business And Technology Business Administration, Cha-am, 2011.

- Rollyson, S., "The Globalization Of Health Care: A Study Of Medical Tourism," First Edition, (2010), Erişim Tarihi: 15.06.2013,
http://globalizationhealthcare.net/wp-content/uploads/2010/08/GlobHC_1st_ed.pdf.
- Rosenmoller M., McKee M. ve Baeten R., "Patient mobility in the European Union: learning from experience", Denmark. European Observatory on Health Systems and Policies, (2006).
- Runnels V. ve Carrera P. M., "Why Do Patients Engage In Medical Tourism?", *Maturitas*, Cilt. 73, Sayı. 4, (2012), 300-304.
- Rust R. T., Zahorik A. J. ve Keiningham T. L., "Return On Quality (ROQ): Making Service Quality Financially Accountable", *The Journal Of Marketing*, (1995), 58-70.
- Rutherford A. S., "India Health: Impact Of Medical Tourism Facilities On State Health And Economy", Master Tezi, Iowa State University, Political Science, Iowa, 2009.
- Sanner B., "Baden-Baden, A Famous Thermal Spa With A Long History", *GHC Bulletin*, (2000), 16-22.
- Saravanan M., "Medical Tourism-The New Face Of Tourism", *Global Research Analysis*, Cilt. 2, Sayı. 2, (2013), 153-156.
- Sarwar A., Manaf, N. & Omar, A. (2012), "Medical Tourist's Perception In Selecting Their Destination: A Global Perspective", *Iranian Journal Of Public Health*, 41(8), 1-7.
- Sayili M., Akca, H., Duman, T. ve Esengun, K. (2007), "Psoriasis Treatment Via Doctor Fishes As Part Of Health Tourism: A Case Study Of Kangal Fish Spring, Turkey", *Tourism Management*, 28(2), 625-629.
- Segouin, C., Hodges, B. & Brechat, P. H., "Globalization In Health Care: Is International Standardization Of Quality A Step Toward Outsourcing?", *International Journal For Quality In Health Care*, Cilt. 17, Sayı. 4, (2005), 277-279.
- Stargardt T., "Health service costs in Europe: cost and reimbursement of primary hip replacement in nine countries", *Health Economics*, Cilt. 17, Sayı. 1, (2008), 9-20.
- Stumbo N. J. ve Pegg S., "Travelers and tourists with disabilities: a matter of priorities and loyalties, " *Tourism Review International*, Cilt. 8, Sayı. 3, (2005), 195-209.
- Sethna C. ve Doull M., "Accidental Tourists: Women, Medical Tourism and Abortion Tourism", In *International Conference on Ethical Issues in Medical Tourism*, Vancouver, BC, 2010.
- Shah B. J., "An Insight Into Malaysia's Medical Tourism Industry From A New Entrant Perspective", MBA Tezi, United Kingdom: Tanaka Business School, Imperial College London, 2008.

- Sharma A., "Medical Tourism: Emerging Challenges And Future Prospects", *International Journal Of Business And Management Invention*, Cilt.2, Sayı. 1, (2013), 21-29.
- Shedd J. K., "Medical Tourism: Worthwhile Bargain Or Risky Business?", *Baccalaurate Thesis*, The Pennsylvania State University, Department Of Health Policy And Administration, Pennsylvania, 2009.
- Shen X., "Understanding the role of culture in health- seeking behaviours of chinese international students in Canada", *Master Tezi*, Department Of Communication, University Of Ottawa, Ottawa, 2011.
- Sheth J. N. ve Mittal B., "A Framework For Managing Customer Expectations.", *Journal Of Market-Focused Management*, Cilt. 1, Sayı. 2, (1996), 137-158.
- Sheth J. N. ve Parvatiyar A., "The Antecedents And Consequences Of Integrated Global Marketing.", *International Marketing Review*, Cilt. 18, Sayı. 1, (2001), 16-29.
- Sheaff R., "Healthcare access and mobility between the UK and other European Union states: an implementation surplus", *Health Policy*, Cilt. 42, Sayı. 3, (1997), 239-253.
- Shufeldt M., "Medical Tourism Between The United States And Mexico: A Discussion On The Benefits And Risks Of Receiving Healthcare Treatment In Mexico", *Student Paper*, University Of Arizona, (2012).
- Singh, R. D., "Medical tourism emerging as a mega industry in India, *VSRD-International Journal of Business and Management Research*, Cilt. 1, Sayı. 2, (2011), 71-79.
- Smith R. D., Chanda R. ve Tangcharoensathien V., "Trade In Health-Related Services", *The Lancet*, Cilt. 373, Sayı. 9663, (2009), 593-601.
- Smith A., "Medical Tourism And Organ Trafficking", *African Journal of Hospitality, Tourism and Leisure*, Cilt. 2, Sayı. 1, (2012), 1-9.
- Smith E., Behrmann J., Martin C. ve Williams-Jones B., "Reproductive Tourism in Argentina: Clinic Accreditation and its Implications for Consumers, Health Professionals and Policy Makers. *Developing World Bioethics*, Sayı. 10, (2010), 59-69.
- Smith P. C ve Forgione D. A., "Medical Tourism And Its Impact On The US Health Care System", *Journal Of Health Care Finance*, Cilt. 34, Sayı. 1, (2007)(b), 27-35.
- Smith P. C. ve Forgione D. A., "Global Outsourcing Of Healthcare: A Medical Tourism Decision Model", *Journal Of Information Technology Case And Application Research*, Cilt. 9, Sayı. 3, (2007)(a), 19-30.
- Smith R. D., "Foreign direct investment and trade in health services: A review of the literature", *Social Science & Medicine*, Cilt. 59, (2004), 2313-2323.

- Smith R. D., Martinez-Alvarez M. ve Chanda R., "Medical Tourism: A Review Of The Literature And Analysis Of A Role For Bi-lateral Trade", *Health Policy*, Cilt. 103, (2011), 276-282.
- Smith R. D., Rupa C. ve Viroj T., "Trade in health-related services", *The Lancet*, Cilt. 373, (2009b), 593-601.
- Snyder J. ve Crooks V. A., "New Ethical Perspectives On Medical Tourism In The Developing World", *Developing World Bioethics*, Cilt. 12, Sayı. 1, (2012), 3-6.
- Sohail A., Shahzad K. ve Din I. A., "The Role Of Corporate Social Responsibility To Create Positive Positioning In The Branding Of A Country And Particular To Pakistan", Master Tezi, Blekinge Institute Of Technology School Of Management Business Administration, Ronneby, 2008.
- Song K., Choi H. ve Moon S., "A Study On The U-health Policy To Promote Medical Tourism Industry", *International Journal Of Bio-Science And Bio-Technology*, Cilt 5, Sayı. 3, (2013), 175-180.
- Song P., "Biotech Pilgrims and the Transnational Quest for Stem Cell Cures", *Medical Anthropology: Cross-Cultural Studies in Health and Illness*, Cilt. 29, Sayı. 4, (2010), 384-402.
- Sönmez Özkan D. "Sağlıkta Dönüşüm Programının Hasta Memnuniyeti Üzerindeki Etkileri", Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Isparta, 2012.
- Spasojević M. ve Šušić V. "Modern Medical Tourism As A Market Niche Of Health Tourism", *Economics And Organization*, Cilt. 7, Sayı. 2, (2010), 201-208.
- Spasojević M. ve Šušić V., "Development Perspectives Of New Destinations In Medical Tourism" *International Journal Of Business, Management And Social sciences*, Cilt. 2, Sayı. 3, (2011). 9-13.
- Sreenivas T., Srinivasarao B. ve Srinivasa Rao U., "An Analysis On Marketing Mix In Hospitals", *Advances In Management*, Cilt. 6, Sayı. 2, (2013), 46-55.
- Sridhar M., "Medical Tourism In Tamil Nadu. An Analysis Of Consumer Behaviour And Service Marketing", Master Tezi, SRM University, SRM School Of Management, Business Administration, Tamil Nadu, 2010.
- Strausbaugh L. J., "Emerging Health Care-Associated Infections In The Geriatric Population", *Emerging Infectious Diseases*, Cilt. 7, Sayı. 2, (2001), 268-271.
- Strauss A. ve Corbin J., *Basics of Qualitative Research: Grounded Theory Procedures and Technique*, Newbury Park, Sage, 1990.

- Suchdev P., Ahrens K., Click E., Macklin L., Evangelista D. ve Graham E., "A Model For Sustainable Short-Term International Medical Trips", *Ambulatory Pediatrics*, Cilt. 7, Sayı. 4, (2007), 317-320.
- Supakankunti S. ve Herberholz C., "Thailand's Report on Health Services", Chapter 4 in *Developing ASEAN Economic Community (AEC) into a Global Service Hub*, from Economic Research Institute for ASEAN and East Asia (ERIA), (2011), 147-171.
- Svantesson D. J. B., "From The Airport To The Surgery To The Courtroom—Private International Law And Medical Tourism", *Commonwealth Law Bulletin*, Cilt. 34, Sayı. 2, (2008), 265-276.
- Swain D. ve Sahu S., "Opportunities And Challenges Of Health Tourism In India.", *Conference On Tourism In India – Challenges Ahead*, (2008), 475-484.
- Taleghani M., Chirani E. ve Shaabani, A., "Health Tourism, Tourist Satisfaction And Motivation", *Interdisciplinary Journal Of Contemporary Research In Business*, Cilt. 3, Sayı. 4, (2011), 546-555.
- Tam J. L., "Linking Quality Improvement With Patient Satisfaction: A Study Of A Health Service Centre", *Marketing Intelligence & Planning*, Cilt. 25, Sayı. 7, (2007), 732-745.
- Tattara G. "Medical Tourism And Domestic Population Health", *Research Paper Series*, University Ca'Foscari of Venice, Department Of Economics, (2010), 1-16
- Tawil R. F., "Classifying The Hotel Spa Tourist: A Multidimensional Qualitative Approach", *International Journal Of Humanities And Social Science* , Cilt. 1, Sayı. 20, (2011), 155-169.
- Tengilimoğlu D., *Sağlık Turizmi, Siyasal Kitabevi*, Ankara, 2013.
- Tengilimoğlu D. ve Balçık P.Y., "What Should Turkey's Marketing Strategy Be In Health Tourism?" Annual Meeting of the Association of Collegiate Marketing Educators (2009) *Advances Marketing, Proceedings Of The Annual Meeting Of The Association Of Collegiate Marketing Educators*, Oklahoma, (2009).
- Testa G. ve Angelos P., "The Transplant Surgeon And Transplant Tourists: Ethical And Surgical Issues.", *The American Journal Of Bioethics*, Cilt. 10, Sayı. 2, (2010), 12-13.
- Tolliver K., "Proliferation Of Cross Border Trade In Health Services", *Honors Thesis Projects*, University Of Tennessee, College Of Business Administration, Knoxville, (2011).
- Tourani S., Tabibi S. J., Tofighi S. ve Zadeh N. S., "Medical Tourism In Iran: Analysis of Opportunities And Challenges With MADM Approach.", *Research Journal Of Biological Sciences*, Cilt. 5, Sayı. 3, (2010), 251-257.

- TreatmentAbroad, "United Kingdom: Medical tourism to the UK [Online]", (2009), Erişim Tarihi: 06.07.2013,
<http://www.treatmentabroad.com/medical-tourism/news/?EntryId82=250044> [Accessed].
- Tsai D. F. C., "Transplant Tourism From Taiwan To China: Some Reflection On Professional Ethics And Regulation", *The American Journal Of Bioethics*, Cilt. 10, Sayı. 2, (2010), 22-24.
- Tshibalo A. E., "Strategy For The Sustainable Development Of Thermal Springs: A Case Study For Sagole In Limpopo Province", Doktora Tezi, University Of South Africa, Department Of Environmental Management, Pretoria, 2011.
- Shelton E. J. ve Tucker H., "Tourism and disability: Issues Beyond Access", *Tourism Review International*, Cilt. 8, Sayı. 3, (2005), 205-220.
- Tupasela A., *Consumer Medicine*, Nordic Council of Ministers, Copenhagen, 2010.
- Turizm Bakanlığı, *Sağlık Turizmi ve Turizm Sağlığı*, Ankara, 1993.
- Turner L., "Medical Tourism Family Medicine And International Health-Related Travel", *Canadian Family Physician*, Cilt. 53, Sayı. 10, (2007), 1639-1641.
- Turner L., 'First World Health Care at Third World Prices': Globalization, Bioethics and Medical Tourism. *BioSocieties*, Sayı. 2, (2007), 303-325.
- Turner L., "Canadian Medical Tourism Companies That Have Exited The Marketplace: Content Analysis Of Websites Used To Market Transnational Medical Travel", *Globalization And Health*, Cilt. 7, Sayı. 40, (2011)(a), 1-16.
- Turner L. G., "Quality In Health Care And Globalization Of Health Services: Accreditation And Regulatory Oversight Of Medical Tourism Companies.", *International Journal for Quality in Health Care*, Cilt. 23, Sayı. 1, (2011)(b), 1-7.
- Tütüncü Ö., Kiremitçi İ. ve Çalışkan U., "Sağlık Turizmi, Güvenlik ve Kalite.", *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, Cilt. 22, Sayı. 1, (2011), 91-93.
- Um S. ve Crompton, J. L., "Attitude Determinants In Tourism Destination Choice", *Annals Of Tourism Research*, Cilt. 17, Sayı. 3, (1990), 432-448.
- Uma H. R., "Impact of Recession on Medical/Health Tourism in India - A Blessing in Disguise?" 2nd International Conference on Business, Economics and Tourism Management IPEDR, Singapore, Cilt. 24, (2011), 106-109.
- Urry J., *The Tourist Gaze*, 2nd edition, London: SAGE, 2002.
- Ünal A. ve Demirel G., "Sağlık Turizmi İşletmelerinden Yararlanan Müşterilerin Beklentilerinin Belirlenmesine Yönelik Bolu İlinde Bir Araştırma", *Electronic Journal of Vocational Colleges*, Cilt. 1, Sayı. 1, (2011), 106-115.

- Upadhyay P., "Comparative And Competitive Advantages Of Globalised India As A Medical Tourism Destination", *International Journal Of Engineering And Management Sciences*, Cilt. 2, Sayı. 1, (2011), 26-34.
- Uskoković B., "Tourist Travels Motivated By Health", *Selective Tourism*, Cilt. 1, Sayı. 1, (2007), 22-28.
- Vajirakachorn T., "Implementation Of An Affective Health Tourism Development Plan For Thailand", Unpublished MSc Tezi, University Of Wisconsin-Stout, Department Of Hospitality and Tourism, Menomonie, 2004.
- van Tubergen A. ve van der Linden S., "A Brief History Of Spa Therapy.", *Annals Of The Rheumatic Diseases*, Cilt. 61, Sayı. 3, (2002), 273-275.
- Vasiliki P., "Exploring And Exploiting Medical Tourism Opportunities In Greece", Master Dissertation, University Of Patras, Department Of Business Administration Business Administration, Patras, (2012).
- Vijaya R. "Medical Tourism: Revenue Generation Or International Transfer Of Healthcare Problems?", *Journal Of Economic Issues*, Cilt. 44, Sayı. 1, (2010), 53-70.
- Voigt C., Laing J., Wray M., Brown G., Howat G., Weiler B. ve Trembath R., *Health Tourism In Australia: Supply, Demand And Opportunties*, CRC For Sustainable Tourism Pty, Ltd. Gold Coast, Queensland, 2010.
- Waikar A. M., Cappel S. D. ve Tate U. S., "Challenges And Opportunities For Developing Countries From Medical Tourism", *Journal Of Business And Economics*, Cilt. 2, Sayı. 5, (2011), 397-404.
- Williams R., Russell U., Rattray R., ve Grimes A., "Online Accessibility and Information Needs of Disabled Tourists: A Three Country Hotel Sector Analysis", *Journal of Electronic Commerce Research*, Cilt. 8, Sayı. 2, (2007), 157-171.
- Walker J. L., "Service Encounter Satisfaction: Conceptualized", *Journal Of Services Marketing*, Cilt. 9, Sayı. 1, (1995), 5-14.
- Wallace W. & Kanji G. K., "Business Excellence Through Customer Satisfaction", *Total Quality Management*, Cilt. 11, Sayı. 7, (2000), 979-998.
- Wang H. Y. "Value As A Medical Tourism Driver", *Managing Service Quality*, Cilt. 22, Sayı. 5, (2012), 465-491.
- Warf B., "Do you know the way to San José? Medical tourism in Costa Rica", *Journal of Latin American Geography*, Cilt. 9, Sayı. 1, (2010), 51-66.
- Weiermair K. ve Steinhäuser C., "New Tourism Clusters In The Field Of Sports And Health; The Case Of Alpine Wellness.", In *12th International Tourism And Leisure Symposium ISO 690*, (2003), 4-17.

- Wendt K. "Medical Tourism: Trends and Opportunities", Master Tezi, University Of Nevada, William F. Harrah College of Hotel Administration Hotel Administration, Las Vegas, 2012.
- Whittaker A., "Pleasure and pain: Medical travel in Asia", *Global Public Health: An International Journal for Research, Policy and Practice*, Cilt. 3, (2008), 271-290.
- Whittaker A. "Challenges Of Medical Travel To Global Regulation: A Case Study Of Reproductive Travel In Asia.", *Global Social Policy*, Cilt. 10, Sayı. 3, (2010), 396-415.
- Whittaker A., Manderson L. ve Cartwright E. "Patients Without Borders: Understanding Medical Travel", *Medical Anthropology*, Cilt. 29, Sayı. 4, (2010), 336-343.
- Wilson A., *Medical Tourism in Thailand*. In *Asian Biotech: Ethics and Communities of Fate*, A. Ong and N. Chen, eds. Durham, NC: Duke University Press, 2010.
- Wirtz J., Tuzovic, S. & Kuppelwieser, V., "The Role Of Marketing In Today's Enterprises", *Journal Of Service Management*, (2013), 1-39.
- Wongkit M. ve McKercher, B., "Toward a typology of medical tourists: A case study of Thailand", *Tourism Management*, Cilt. 38, (2013), 4-12.
- Woodruff R. B., "Customer Value: The Next Source For Competitive Advantage", *Journal Of The Academy Of Marketing Science*, Cilt. 25, Sayı. 2, (1997), 139-153.
- Woodward D., Drager N., Beaglehole R. ve Lipson D., "Globalization, Global Public Goods And Health", *Trade In Health Services: Global, Regional And Country Perspectives*, (2002), 3-11.
- Yalçın P., "Türkiye'de Sağlık Turizminde Alt Yapı Oluşturulma Gereği ve Sağlık Kurumlarına Yönelik Bir Araştırma", *Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2006.
- Yang Z. ve Peterson R. T. "Customer Perceived Value, Satisfaction, And Loyalty: The Role Of Switching Costs", *Psychology & Marketing*, Cilt. 21, Sayı. 10, (2004), 799-822.
- Yap J.C.H., "Singapore: Medical travel and consumer driven health care", *AARP Journal* (2007), Erişim Tarihi: 06.07.2013,
http://db.aarpinternational.org/bio/bio_show.htm?doc_id=545692.
- Yaylı A. ve Öztürk Y., 'Konaklama İşletmeleri Yöneticilerinin Bedensel Engelliler Pazarına Bakış Açıları Üzerine Bir Araştırma' *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, Cilt. 17, Sayı. 1, (2006), 85-98
- Ye B. H., Qiu H. Z., ve Yuen P. P. "Motivations And Experiences Of Mainland Chinese Medical Tourists In Hong Kong", *Tourism Management*, Cilt. 32, Sayı. 5, (2011), 1125-1127.

- Yeoh E., Othman K. ve Ahmad, H., "Understanding Medical Tourists: Word-Of-Mouth And Viral Marketing As Potent Marketing Tools", *Tourism Management*, Cilt. 34, (2013), 196-201.
- Yıldırım B. Z., "Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyon", Tezsiz Yüksek Lisans Projesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Isparta, (2011).
- Yıldız Z. ve Erdoğan Ş., "Measuring Patient Satisfaction Of The Quality Of Health Care: A Study Of Hospitals In Turkey", *Journal Of Medical systems*, Cilt. 28, Sayı. 6, (2004), 581-589.
- Yokyongsakul C. ve Chookham T., "Sun, Sand, Surf, And Surgery In Thailand", Master Tezi, Mälardalen University, School of Business International Marketing, Västerås, 2006.
- Yoon Y. ve Uysal M., "An Examination Of The Effects Of Motivation And Satisfaction On Destination Loyalty: A Structural Model", *Tourism Management*, Cilt. 26, Say. 1, (2005), 45-56.
- Youngman I., "Medical tourism statistics: Why McKinsey has got it wrong", *International Medical Travel Journal*, (2009), Erişim Tarihi: 06.07.2013, <http://www.imtjonline.com/articles/2009/mckinsey-wrong-medical-travel/>
- Yıldırım S., "Üçüncü Yaş Turizmi ve Bunun Türkiye Açısından Değerlendirilmesi", *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi*, (1997), 1-2.
- Zengin B. ve Eryılmaz B. "Bodrum Destinasyonunda Engelli Turizm Pazarının Değerlendirilmesi", *International Journal of Economic and Administrative Studies*, Cilt. 6, Sayı.11, (2013), 51-74.
- Zengingönül O., Emeç H., İyilikçi D. ve Bingöl P. "Sağlık Turizmi: İstanbul'a Yönelik Bir Değerlendirme", *Ekonomistler Platformu Derneği*, İstanbul, (2012).
- Zheng C. ve Wang Y. "Research into Tourist Market Of The Aged", *Commercial Research*, Cilt. 11, (2002), 126-129.
- Zhang J., Seo S. ve Lee H., "The Impact Of Psychological Distance On Chinese Customers When Selecting An International Healthcare Service Country", *Tourism Management*, Cilt. 35, (2013), 32-40.
- Zamil A. M., Areiqat A. Y. ve Tailakh W. "The Impact of Health Service Quality on Patients' Satisfaction over Private and Public Hospitals in Jordan: A Comparative Study", *International Journal of Marketing Studies*, Cilt. 4, Sıra. 1, (2012).
- Saadettin DİKMEN, Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı (BAKA),2013
- Emin ÇAKMAK, Türkiye ve Dünya Sağlık Turizmi Konseyi (THTDC) Başkanı,2013
- Dr. Zafer KAYNAR, Sağlık Turizmi Alanında Uzman Rektör Danışmanı,2013

Cengiz YILMAZ, Antalya Sağlık Turizmi Derneği (ANSAD) Başkanı, 2013

Dr. Şahin KESİKMİNARE, Bütünsel Tıp Doktoru, 2013

İnternet Kaynakları

http://www.turkiyesaglikturizmirehberi.com/turkiyede_akreditasyon_sertifikasi_almis_hastane_sayisi_50ye_ulasti.asp

<http://www.medimagazin.com.tr/hekim/tibbi-uygulamalar/tr-turkiye-yuz-nakillerinde-dunya-liderligine-oyunuyor-2-19-55622.html>

<http://www.baka.org.tr/uploads/48947588121518SAGLIK-KATALOG-TURKCE-16MAYIS-3.pdf>

http://www.turofed.org.tr/PDF/DergiTr/Turizm_Raporu-rapor%20turizm%20turofed.pdf
(1Nisan 2014)

www.antalyakulturturizm.gov.tr/TR,88282/2014-yili.html,(2014)

(<http://www.istatistikmerkezi.com/makale,spss-uygun-analiz-turunun-belirlenmesi,111.html>)(25Ocak 2014)).

(<http://www.antalyasm.gov.tr/Kurumlar.aspx>(25 Ocak 2014)).

<http://www.aktob.org.tr/pdf/AKTOB.TURIZM.VERILERI.pdf>

EKLER

EK 1- Hastalar Anketi

Sayın Katılımcı: Bu çalışmanın amacı başka şehirlerden Antalya'ya gelmiş hastaların tercih nedenlerinin ve memnuniyetlerinin belirlenmesidir. Bu çalışmanın tamamı bir doktora tezi için kullanılacak olup, kesinlikle ticari bir amaç güdülmemektedir.
Öğr. Gör. Şevket YİRİK

1. HASTANIN

Cinsiyeti:
 Ülkesi:
 Yaşadığı Bölge: ()Avrupa ()Orta Doğu ()RUsya ()Türki Cumhuriyetleri
 Yaşı:
 Tedavi Edilecek Rahatsızlık:
 Tedavi biriminiz:

2.) Hastanın Eğitim Düzeyi Nedir?

İlköğretim Lise Üniversite ve Lisans Üstü

3.) Hastaneyi tercihinizde Aracı kurumunuz?

Asistan firma Sigorta Otel Acenta Kendimiz Diğer.....

4.) Sağlık Güvencesi Durumu Nedir?

Var Yok

5.) Ödeme şekliniz?

özel sigorta nakit kredi kartı

6.) Hastalığınızın teşhisinden Antalya'ya gelişinize kadar geçen süre ne kadardır.

0-6 ay 6 ay-1yıl 1-3 yıl 3 yıldan fazla

7.) Rahatsızlığınızın tedavisi ile ilgili daha önce Ülkenizde veya başka bir ülkede tedavi girişiminiz oldu mu?

Evet Hayır

8.) Cevabınız evet ise tedavi girişiminiz nerede yapıldı?

9) Önceki tedavi girişiminizden memnuniyet durumunuz nedir?

Hiç memnun değilim Memnun değilim Ne memnunum Ne memnun değilim Memnunum Çok Memnunum

10. Kişisel Aylık Gelir Durumunuz?

2000 EURO ve altı 2050-3000 EURO 3050-5000EURO 5050 EURO ve üzeri

11. Mesleğiniz?

Kamu Çalışanı Özel sektör Çalışanı İş sahibi (kendi işi) Emekli Öğrenci Diğer.....

12. Antalya'yı seçiminizde aşağıdaki unsurların etki derecesi?

(1) Hiç etkili değil	(2) Etkili değil	(3) Ne etkili ne etkisiz	(4) Etkili	(5) Çok etkili	1	2	3	4	5
1- Deniz-kum-güneş (İklim) tatil ,kültürel ve doğal zenginliklerini görme imkânının da olması									
2- Asistan firma tavsiyesi ve aracılık hizmetlerinin olması									
3-Antalya'yı tercihinizde yüksek standartta kaliteli sağlık hizmeti sunulması									
4-Güvenli bir hizmet anlayışının olması									
5-Antalya'da son teknolojilerin kullanılması ve teknolojik tıbbi donanım kalitesi									
6- Arkadaş Tavsiyesi									
7-Ülkenizdeki sağlık hizmetlerinin pahalılığı									
8- Ülkenizdeki sağlık hizmetlerinin kalite ve hizmet adına yetersiz kalması									
9- Coğrafi olarak ülkenize yakın olması									
10-Sosyal, kültürel ve inanç değerlerimizin ortak olması									
11- Ülkenizdeki sağlık ekibinin tavsiyesi									
12- Ulaşım imkânlarının kolay olması									
13-Konaklama, transfer ve yabancı dil sorunun olmaması									
14- Hastanede sunulan diğer hizmetlerin (yemek kalitesi, oda kalitesi vb.) etkisi									
15-Ülkenizdeki sağlık hizmetlerin fiyatlarının yüksek olmasının etkisi									
16-Antalya'da diğer turizm aktivitelerinin olmasının etkisi									
17-Hastanelerdeki doktorların yaptığı bilimsel çalışmalar ve tanınmışlıkları									
18- Tedavi hizmetlerinin Türkiye'de ucuz olması (fiyat avantajı)									
19- Antalya'yı tercih etmeniz reklam araçlarının etkisi									

13) Sizin üzerinizde hangi reklam aracı etkili olmuştur?

İnternet TV Radyo Gazete Bilimsel Dergi Diğer Bilbord, Broşür vs.

14) Antalya'yı tercih ederken internet üzerinden hastaneniz hakkında bilgi aldınız mı?

Evet Hayır

15) Antalya'yı tercih ederken gazete ve bilimsel dergilerde hastanenizle ilgili reklamlar veya tanıtımlar dikkatinizi çekti mi?

Evet Hayır

16) Daha önce tedavi amacı ile Antalya'ya gelen yakınınız var mı?

Evet Hayır

17) Cevabınız evet ise gelen yakınınızın görüşlerinin Antalya'yı tercihinizde etkisi oldu mu?

Hiç etkili değil Etkili değil Ne etkili ne etkisiz Etkili Çok etkili

18). Aşağıdaki ifadelere memnuniyet derecenizi belirtiniz					
1) Hiç memnun değilim 2) Memnun değilim 3) Ne memnunum Ne memnun değilim 4) Memnunum 5) Çok Memnunum	1	2	3	4	5
1) Doktorların yaklaşımından					
2) Tedaviniz sırasında doktorlar sağlık durumumla ilgili bilgilendirmelerden					
3) Yardımcı sağlık personelinin yaklaşımından					
4) Hastanenin teknolojik altyapısından					
5) Hastanenin hijyen durumundan					
6) Hastanenin haberleşme olanaklarından					
7) Hastanenin sağladığı yan hizmetlerinden (yemek kalitesi, ısınma vb.)					
8) Tıbbi işlemin bekleme sürelerinden					
9) Doktorla kurulan iletişimden					
10) Yardımcı tıp personelin ile iletişimden					
11) Refakatçime sağlanan imkânlardan					
12) Hastaneye ulaşım imkânlarından					
13) Doktorlarınızın eğitim kalitesinden					
14) Yardımcı sağlık personelinin eğitim kalitesinden					
15) Sorunlar çözüm süresinden					

19 Gelmeden önce hizmet adına endişelerim vardı.	
1) Tamamen katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum (4) Katılıyorum (5) Tamamen katılıyorum	
20 Beklentilerimin çok üstünde bir hizmet kalitesi ile karşılaştım.	
1) Tamamen katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum (4) Katılıyorum (5) Tamamen katılıyorum	
21) Hizmet ekibinin bu kadar sıcakkanlı olduğunu tahmin etmiyordum	
1) Tamamen katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum (4) Katılıyorum (5) Tamamen katılıyorum	
22 Döndükten sonra çevreme mutlaka tavsiye edeceğim.	
1) Tamamen katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum (4) Katılıyorum (5) Tamamen katılıyorum	
23) Bu hizmet kalitesine göre fiyatları çok uygun buluyorum.	
1) Tamamen katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum (4) Katılıyorum (5) Tamamen katılıyorum	
24) Karşılama ve konaklama hizmetinden memnunum.	
1) Tamamen katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum (4) Katılıyorum (5) Tamamen katılıyorum	
25) Gelmeden önce iletişimde problem yaşamaktan endişe ediyordum. (dil)	
1) Tamamen katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum (4) Katılıyorum (5) Tamamen katılıyorum	
26) Antalya için medikal vize uygulamasının olması sağlık turizmin artmasına neden olabilir.	
1) Tamamen katılmıyorum (2) Katılmıyorum (3) Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum (4) Katılıyorum (5) Tamamen katılıyorum	

EK 2- İşletmeler Anketi

Sayın Katılımcı,

Bu çalışmanın amacı Turizmin çeşitlerinden oldukça önem taşıyan sağlık turizmi ve turizm sağlığı (medikal) alanındaki gelişmeleri ve Antalya'nın bu alandaki konumunu belirlemektir. Bu çalışma ile kamu ve özel kurumlar açısından mevcut durum ortaya koyulmaya çalışılacaktır. Sağlık turizmi kapsamında ele alınan medikal turizmin faaliyetlerinin ülkemizdeki mevcut uygulamalarını göz önüne alarak mevcut geliri, kaliteyi arttırarak medikal turizm sektöründe rakip ülkelerin önüne geçirebilecek gelişim ve yönetim stratejilerini belirlenmeye çalışılacaktır. Paylaştığınız tüm bilgileriniz gizli tutulacak ve firma ismi kullanılmadan araştırmamızda kullanılacaktır.

Akdeniz Üniversite Turizm Fakültesi
sevketyirik@akdeniz.edu.tr
Öğ. Gör. Şevket YİRİK

1. Cinsiyet

Erkek Kadın

2. Medeni Durum

Bekâr Evli

3. Yaşınız

20-30 31-40 41-50 51 ve üstü

4. Meslek

Başhekim Diş Hekimi Doktor Hastane Md.
 Yönetici Kordinatör Yönetici. Ast. Hastane Sahibi

5. Eğitim Durumu

İlköğretim Lise Üniversite Lisansüstü

6. Yaşadığınız şehir?

Antalya Diğer

Bölüm 1 - İşletmeler için Kurum Bilgileri

7- İşletmenizin hukuki yapısı nedir?		
a) Kamu	b) Özel	
c) Üniversite		
8- İşletmenizin türü nedir?		
a) Hastane/Tıp merkezi	b) Otel/SPA Resort	
c) Termal Tesis	d) Sağlık Otel	
e) Asistan Firma/acenta	f) Diğer (Belirtiniz):	
9- İşletmenizin fiili yatak sayısı kaçtır?		
a) 50-200	b) 201-400	
c)401-600	d) 600+	e) Diğer
10- İşletmeniz kaç yıldır sağlık turizmi alanında hizmet vermektedir?		
a) 0-5 Yıl	b) 6-10 Yıl	
c) 11-15 Yıl	d) 16+	
11- İşletmenizde çalışan personel sayısı kaçtır?		
a) 0-100	b) 101-500	
c) 501-1000	d) 1001-2000	
e) 2000+		
12-İşletmenize medikal turizm kapsamında tedavi olmak amacıyla hasta geliyor mu?		
a) Evet	b) Hayır	
13- İşletmenize medikal turizm kapsamında tedavi olmak amacıyla gelen hastalar hangi branşlar için geliyor? (birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)		
a)onkoloji ()	b)ortopedi cer.()	
c)Plastik ve estetik cer.()	d)göz()	
e)kardiyoloji()	f)geriatri ()	
g)diğer		
14- İşletmenizde medikal turizm kapsamında gelen hastalarla iletişim kurmak için yabancı dil eğitimi yeterli mevcut personel var mı? Evetse yaklaşık yabancı dil bilen personel sayısı?		
a) Evet.....	b) Hayır	
15- İşletmenizde medikal turizm kapsamında gelen hastalarla iletişim kurmak için hizmet verilebilen diller hangileridir? (birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)		
a) İngilizce	b) Almanca	
c) Fransızca	d) Rusça	
e) Arapça	f) Diğer (Belirtiniz)	

Bölüm 2 Antalya’da Sağlık Turizm Algısı

16. Antalya’da sağlık turizmi algısında etkili olan faktörlere katılım derecenizi belirtiniz. (“1”-Kesnikle katılmıyorum.....“5”-Kesnikle katılıyorum)	Kesnikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesnikle katılıyorum
STA1-Antalya’da bir etik kurulun yetersizliği sebebi ile turizm sağlığında hastalar maddi olarak mağdur ediliyor.					
STA2-Medikal turizmde Antalya’nın bazı branşlarda uzmanlaşıp hizmet vermesi marka olmada daha fazla fayda sağlayacağını düşünüyorum.					
STA3-Doktorların kalitesi artık Avrupa’da hizmet veren doktorları geçtiğini düşünüyorum					
STA4-İlaç, ARGE ve patent çalışmaları noktasında zayıf kaldığımızı düşünüyorum.					
STA5-Antalya medikal turizm tanıtımında çok yetersiz olduğunu düşünüyorum.					
STA6-Antalya’nın sağlık hizmetleri bedeli hastaları kendine çekebilecek kadar düşüktür.					
STA7-Antalya’da ulaşımın kolay olması hastaların tedavi için Antalya’yı tercih etmelerini sağlıyor.					
STA8-Antalya’da sağlık turizmi mevzuattan dolayı sekteye uğruyor. Yeni yasal düzenlemelere ihtiyaç duyulduğunu düşünüyorum.					
STA9-Antalya’da sağlık turizmi konusunda çalışan gruplar arasında yeterli koordinasyon yoktur.					
STA10-Antalya’da sağlık turizminde uzmanlaşmış turizmci eksikliği yaşanmaktadır.					
STA11-Yurt dışında yaşayan Türk vatandaşları hem tatil hem de sağlık hizmeti almak için Antalya’yı tercih edeceğini düşünüyorum.					
STA12-Antalya sahip olduğu kültürel ve doğal zenginlikleri sağlık turizmini olumlu yönde etkileyeceğini düşünüyorum.					
STA13-Medikal turizm açısından Antalya’nın marka şehir olabileceğini düşünüyorum					
STA14-Tedavi için bekleme süreleri ANTALYA da diğer ülkelere göre çok kısadır					

Bölüm 3 İşletmeye yönelik sorular(Birden çok seçenek işaretleyebilirsiniz)

17- Yurt dışından gelen hastalar, size hangi kaynaklar aracılığıyla ulaşıyor?			
a) İnternet	()	b) Asistan Firma	()
c) Sigorta Şirketi	()	d) Seyahat Acentası	()
e)Yurtdışındaki Tanıtım Ofisleri	()	f) Oteller	()
g) Acil giriş/tavsiye ile	()	h)Diğer (Belirtiniz)	()

18- Medikal turizm açısından Antalya’ya hasta gelişi olarak hangi ülke grupları ön plana çıkmaktadır?			
a)Rusya	()	b) AB ülkeleri	()
c)Ortadoğu (Arap) Ülkeleri	()	d)Türki Cumhuriyetleri	()

19- Turizm sağlığı (tatile gelen turist) ve sağlık turizmi (özel olarak gelen turist) düşünüldüğünde yoğunluğu hangisi oluşturmaktadır? Yüzde olarak			
a)- Sağlık Turizmi	()	b)- Turizm Sağlığı	()
20- Medikal turizm açısından Antalya’ya henüz tedavi olmak amacıyla yeterli hasta gelişi olmayan ancak ciddi bir pazar olarak değerlendirdiğiniz hedef pazarınız var mı? Var ise nelerdir belirtiniz?			
a)Rusya	()	b) AB ülkeleri	()
c) Ortadoğu (Arap) Ülkeleri	()	d)Türki Cumhuriyetleri	()

21- Sağlık turizmi için gelen hastalarınıza sağlık hizmeti yanında hastalara sağladığınız hizmetler nelerdir?			
a) Şehir turu	()	b) Alış-veriş gezisi	()
c) Turistik amaçlı gezi	()	d) Diğer (Belirtiniz)	()

22- İşletmeniz uluslararası standartlara uygun hizmet sunduğunu gösteren akreditasyonlardan hangilerine sahip?			
a) JSI	()	b) ISO	()
d) Diğer (Belirtiniz)	()		

23- Sağlık turizmi için gelen hastalarımızın seyahat organizasyonlarını, ulaşım , konaklama, transfer ve tur programlarını siz mi yapıyorsunuz seyahat firmaları mı??	
a) Firmamız ()	b) Acenta ()
d) Kendileri ()	e) Diğer (Belirtiniz): ()

24- Kurum tanıtımınızı nasıl yapıyorsunuz?	
a) İnternet ()	b) Dergi, broşür, katalog ()
c) fuar ve kongreler ()	d) yurt dışı partner hastane ve ofislerle ()
E) Yabancı uzman marka doktorlar ile ()	f) reklam ve sponsorluk ()
g) Asistan firma ve acentalar ile ()	h) Diğer ()

25- En çok şikâyet aldığımız konular nelerdir?	
a) Pahalılık ()	b) Hizmet kalitesi ()
c) Yabancı dil ()	d) Sigorta ödemeleri ()
e) Tedavi sonu oluşacak sorunlara karşı garanti ()	f) Ulaşım ()
g) Konaklama pahalılığı ()	h) Diğer ()

26- Hastaların dilek ve şikayetlerine nasıl ulaşıyorsunuz?	
a) Dilek kutusu ()	b) İnternet yorum sayfası ()
c) Memnuniyet anketi ()	d) Diğer ()

27- Hastaların ödemeleri nasıl ve hangi usul ile yapılıyor?	
a) Nakit ()	b) Kredi kartı ()
c) Sigorta anlaşmalı ()	d) Asistan firma garantörlüğü ()
e) Acentalar ile ()	f) Diğer (Belirtiniz) ()

28- Yabancı hastalarımızın sizi tercih etme sebepleri nelerdir?	
a) Marka oluşumuz/Tanıtım ve reklam ()	b) Güven /Ekip kalitesi ()
c) Marka doktorlar ile çalışmamız ()	d) Teknolojik imkânlarımızın tam olması ()
E) Yurt dışında şubelerimizin olması ve acentalar ile çalışmamız ()	f) Yabancı sigorta şirketleri ve asistan firmalar ile çalışmamız ()
g) Ulaşım kolaylığı ()	h) Diğer ()

29- Yabancı hastalarımızın ortalama kalış süreleri nedir?	
a) 1-10 ()	b) 11-20 ()
c) 21-30 ()	d) 30-üzeri ()

30- Antalya’da sağlık turizmine yönelik faaliyetlerin artması için medikal vize uygulaması gerekir.	
a) Kesinlikle katılmıyorum ()	b) Katılmıyorum ()
b) Ne Katılıyorum Ne Katılmıyorum ()	d) Katılıyorum ()
e) Kesinlikle katılıyorum ()	

Bölüm 4 Antalya İçin Sağlık Turizmi SWOT (zayıf ve güçlü yönlerini belirleme) Analizi

31. Antalya İçin Sağlık Turizmi SWOT (zayıf ve güçlü yönlerini belirleme) Analizine ilişkin önermelere katılım derecenizi belirtiniz. (“1”-Kesinlikle katılmıyorum.....“5”-Kesinlikle katılıyorum)	Kesinlikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle katılıyorum
	1	2	3	4	5
SWOT1-Sağlık turizminde lider ülkelerin personelinin birkaç dil bilmesi bizi olumsuz etkilemektedir.					
SWOT 2-Otel alt yapılarının yabancı hastalar için tam elverişli değildir.					
SWOT 3-Diğer ülkelerde tedavi ücretlerinin pahalı Türkiye’de ucuzdur.					
SWOT 4-Diğer devletlerin sağlık turizmine tam teşvik verip kolaylıklar sunmaktadır.					
SWOT 5-Antalya’daki sağlık hizmetleri diğer ülkelere kıyasla daha ucuzdur. Yani fiyat avantajı bulunmaktadır.					
SWOT 6-Antalya’daki hastanelerin yatak kapasiteleri ve hekim kaliteleri yeterlidir.					
SWOT 7-Antalya, Avrupa ülkelerine ve Orta doğu ülkelerine yakındır.					
SWOT 8-Türkiye batı ülkeleri ile entegre olan Müslüman bir ülkedir. Böylelikle hem batı, hem de Müslüman ülkelerdeki hastalara hizmet verebilir.					
SWOT 9-Antalya’nın sağlık serbest bölgesi ilan edilmesi ile Antalya avantajlı durumuna gelecektir.					
SWOT 10-Kamu hastanelerinde tam olmasa da özel hastanelerde yeterli sayıda yabancı dil bilen personel bulunmaktadır.					

SWOT11 -Antalya hem tatil hem de sağlık hizmeti verebilecek bir konuma sahip olması tercih sebebidir.					
SWOT 12 -Özellikle, özel ve üniversite hastanelerinin yatak kapasiteleri, fiziki ve teknolojik alt yapıları ve hekim kaliteleri yeterlidir. Üniversitenin organ nakilinde marka olması tercih sebebidir.					
SWOT 13 -AB ülkelerinin, Türkiye'ye bakış açısı olumlu yönde değişmektedir. Medikal turizmi desteklemek için kaliteli otel sayısı fazladır.					
SWOT 14 -İklimi güzeldir. Mevcut turizm potansiyeli yüksektir.					
SWOT 15 -Özel hastane sektörü gelişmiştir.					
SWOT 16 -Sağlık turizminin gelişimi açısından yaşanan Avrupa nüfusu ve sağlık sektörü yetersiz olan Ortadoğu ülkelerine yakınlık, Antalya'dan birçok ülkeye direk uçuş imkânı bulunması bir avantajdır.					
SWOT 17 -Devletin sağlık kuruluşlarına sağlık turizminde yeterli teşvikler vermemesi.					
SWOT 18 -Sağlık personelinin ve hastane yöneticilerinin Avrupa sağlık mevzuatı ve hasta hakları konusunda bilgileri yetersizdir.					
SWOT 19 -Seyahat sigortaları yetersizdir, yabancı sigortaların dolandırılma korkusu vardır.					
SWOT 20 -Sağlık kalitesine yönelik geçmiş yıllara ait olumsuz imaj vardır.					
SWOT 21 -Yurt dışı sigorta şirketleri ile koordinasyon zayıftır.					
SWOT 22 -Antalya'da hastanelerin çoğu akredite olmuştur.					
SWOT 23 -Pazarlama stratejilerine ve pazarlama araştırmalarına yeterince önem verilmemesi.					
SWOT 24 -Fiyatlandırmada yanlış uygulamalar bulunmaktadır.					
SWOT 25 -Bakanlıklar ve sektörler arası koordinasyon yetersizdir.					
SWOT 26 -Özellikle kamu hastanelerinin fiziki ve teknolojik altyapıları yeterlidir.					
SWOT27 -İlk tam yüz naklinin yapılması ve marka olmada etkisi avantaj sağlamıştır.					
SWOT28 -İklim özelliklerinin hastalara 12 ay boyunca tedavi olanağı sağlaması avantajdır.					
SWOT29 -Sağlık turizminin son yıllarda popüler olması ve turizm ile birleştirildiği zaman Antalya ön plana çıkacaktır.					
SWOT30 -Teknolojik imkânları üst düzey bir çok hastaneye sahiptir.					
SWOT31 -Avrupalı hastaların yanlış tedavi ve pahalı fiyattan dolayı güveni eksilmiştir.					
SWOT32 -Yerel turizmcilerin sağlık turizmine ilgisi düşüktür.					
SWOT33 -Çarpık yapılaşma alt yapı sorunu ve şehir içi ulaşım sıkıntısı sağlık turizmine balta vuran sebeplerdir.					
SWOT34 -Uluslar arası sigorta şirketleri ile yetersiz anlaşma ve sigorta şirketlerinin bilinçli yanlış tedaviden dolayı pahalı fiyatların çıkma sorunu vardır					
SWOT35 -Sağlık turizmi yapan acenta ve asistan firmaların eksikliği vardır					
SWOT36 -Sağlık turizmi için tatil köylerinin eksikliği ve 3. Yaş turizmi için Avrupa'daki bakım sigortalarının ödeme yaptığından haberdar olunmaması ve alternatif pazar olarak görülmemesi Antalya'da sağlık turizminin eksikliğidir.					

Bölüm 5 Pazarlama, tutundurma ve geliştirmeye yönelik sorular

32. Pazarlama, tutundurma ve geliştirmeye yönelik ilişkin önermelere katılım derecenizi belirtiniz. (“1”-Keslikle katılmıyorum.....“5”-Keslikle katılıyorum)	Keslikle katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Keslikle katılıyorum
PTG 1 -Antalya sağlık turizmi için güzel ve çekici bir konuma sahiptir					
PTG2 -İklimi ve sakin bir yer olması rakip şehirlere göre avantajdır					
PTG3 -Konaklama işletmelerinin yüksek kalitede olması ve tatil imkânı vermesi sağlık turizmi için tercih sebebidir.					
PTG4 -Birçok ülkeye direk uçuşun olması sağlık turizmi için artı bir değer olduğunu düşünüyorum					
PTG5 -Tarihi, kültürel ve doğal değerlere sahip olması sağlık turizmi reklamlarında birleştirilerek kullanılabilir olması gelişimi hızlandırır.					
PTG6 -Konaklama yeme içme fiyatları çok ucuz olması hastaları buraya yönelten bir sebeptir					
PTG7 -Sağlık ve tedavi fiyatlarının diğer ülkelere göre çok ucuzdur					
PTG8 -Ulaşım (şehir içi ve uçak) fiyatları çok uygundur					

PTG9 -Sağlık turizmine hizmet veren birçok asistan firma vardır					
PTG10 -Seyahat acentalarının da sağlık turizmine katılması artı bir değer katacaktır					
PTG11 -Seyahat işletmeleri ve otellerin direk hastaneler ile anlaşmaları vardır					
PTG12 -Türk hekim ve sağlık ekiplerinin sıcakkanlı davranmaları hastaların ilgisinin arttıracaktır					
PTG13 -Konaklama ve ulaştırma işletmelerinde hastalara ilgi göstermeleri ve yardımsever olmaları insanların sağlık turizminde ilgisini buraya çekecektir.					
PTG14 -Müslüman ülkelerin hastaları dini hassasiyetlerinden dolayı Avrupa'dan ziyade burayı tercih etmeleri sağlanmalıdır. Cenaze vs. hizmetleri					
PTG15 -Sağlık için gelen insanlar farklı tatil ve eğlence imkânlarına sahip olmaları Antalya'yı tercih etmelerine sebep olacaktır					
PTG16 -Pasaport ve vize işlemlerinin kolaylığı Antalya'yı Avrupa'dan daha avantajlı konuma getirmektedir.					
PTG17 -Üniversite hastanesi ile beraber etik kurul oluşturulursa ve ortak çalışma yapılırsa güven artar.					
PTG18 -Alternatif turizm olarak kabul edilmesi gerektiğini düşünüyorum					
PTG19 -Oteller hastaneler ile koordineli çalışıp belli sayıda oda ve hizmetlerini sağlık hizmetleri için ayırmalıdır.					
PTG20 -Teknik destek için çağrı merkezleri kurulup bir çok dilde hizmet olanağı sunulmalı					
PTG21 -Kızılhaç'ın hakem doktor göndermesi güven eksikliğini gösterir					
PTG22 -TİKA ile ortak çalışmalar yaparak Körfez ve Afrika'dan hasta akışı sağlanabilir					
PTG23 -Özel bazı branşlarda hastaneler kurulup sadece yabancı hasta bakması sağlanmalıdır					
PTG24 -Hedef ülke pazarlarında medya haberlerinde Türk sağlık başarı haberleri yeterli değildir.					
PTG25 -Otel revir odalarının özel hastanelere kiralanmasını etik bulmuyorum					
PTG26 -Otel revir odaları sağlık müd. ve etik kurul tarafından denetlenmelidir					

EK 3- Sağlık Turizmi Sorular

Sayın katılımcı aşağıdaki sorular Sağlık turizmi kapsamında medikal turizm için genel görüşlerin paylaşılmasına yönelik olup tamamen bilimsel amaçla kullanılacaktır. Görüşlerinizi sabırla bizimle paylaştığınız için teşekkürlerimizi sunarız. Soruların altına boşluk bırakarak cevap yazmanız yeterli olacaktır.

Öğr. Gör. Şevket YIRIK sevketyirik@gmail.com

Kurumunuz :

Sağlık turizmi için sorular?

1. Sağlık turizmini açısından ve sunulan hizmetler açısından Antalya'yı nasıl değerlendiriyorsunuz?
2. Sağlık turizminin ülkemiz açısından ve Antalya açısından hukuki ve insan kaynakları açısından durumunu değerlendirirseniz neler söylersiniz?
3. Antalya'da Alternatif Pazar olarak düşünürsek diğer ülkelere göre avantajlarımız nelerdir, hangi ülkeleri bizim için gelecekte Pazar olarak düşünürsünüz sebepleri ile anlatır mısınız?
4. Antalya'da Sağlık turizmi ve turist sağlığında etik denilince aklınıza ne gelir sağlık turizminin geleceği adına etik anlayışını mevcut uygulamalar ile değerlendirirseniz ne neler öngörürsünüz?
5. Sağlık turizminin geliştirilmesinde, tanıtılmasında; pazarlama, reklam ve aracı kuruluşların organizasyonları için neler söylersiniz?
6. Sağlık turizminde altyapı ve üst yapı sorunları var mıdır (tedavi öncesi ve sonrası hizmetler, rehabilitasyon merkezleri ve konaklama açısından) nelerdir neler tavsiye edersiniz?
7. Özellikle Avrupa yaşlı turizmine yönelik olarak pazarda var olabilmek için eksiklerimiz ile yapmamız gerekenler nelerdir?
8. Sağlık turizminde Antalya'nın avantajları ve dezavantajları nelerdir?
9. Sağlık turizmini kamu ve özel sektör olarak düşünürsek eksi ve artıları nelerdir?
10. Turist sağlığı konusunda otel revir odalarının işletilmesi ve Avrupa'daki imajımızı sağlıkta nasıl değerlendiriyorsunuz?
11. Amerika, Avrupa ve Uzakdoğu gibi sağlık turizminde başarılı ülkeler ile Türkiye'yi karşılaştırırsanız neler söylersiniz başarılı olan ülkelerin başarı sebepleri sizce nelerdir?
12. Ülkemizi fiyat politikaları açısından ve teşvikler açısından kamu ve özel sektör merkezli düşünürseniz neler söylersiniz?
13. Alternatif turizm olarak düşünülürse sağlık turizmini yatırımcıların ve özel sektör temsilcilerinin rolü sizce ne olmalıdır?
14. Kamu da tam gün yasası ile doktorların sadece özel sektörde hasta bakmaları; gelir getirici sağlık turizmi hastalarının kamuda tedavi edilmesi için kamunun özel sektör mantığı ile işletilmesi noktasında neler tavsiye edersiniz?
15. Antalya'da sağlık turizminin geliştirilmesi için neler tavsiye edersiniz?

EK 4- İzin Formları

EK: Akdeniz Üniversitesi Rektör Danışmanı

Bu formdaki imzam Öğr. Gör. Şevket YIRIK tarafından yürütülen **Medikal (Sağlık) Turizmini Geliştirme Stratejileri Antalya Uygulaması** adlı çalışmaya katılmayı kabul ettiğimi gösterir. Bu araştırmadaki katılımım iki görüşme ve bir gözlem içerecektir. Araştırmacıyla birlikte ikinci bir görüşmenin gereksiz olduğu konusunda karar verirse sadece bir tane görüşme yapılacaktır. Ayrıca bu araştırmaya katılmakla aşağıda belirtilenleri anladığımı da beyan ederim.

1. Ben araştırma için bir gönüllüyüm ve istediğim zaman bu araştırmadan çekilebilirim.
2. Araştırmada fiziksel ve psikolojik bir zarar içeren hiçbir risk yoktur.
3. Araştırmada vereceğim bilgiler gizli olacaktır ve bütün veriler araştırmacı tarafından toplanıp analiz edilecek ve Akdeniz Üniversitesi'nde 7 yıl saklandıktan sonra imha edilecektir.
4. Araştırma bittikten sonra istediğim takdirde araştırmamın bir özetini alabileceğim.
5. Araştırmada vereceğim bilgilere dayalı sonuçların bilimsel ortamlarda tartışılmasına ve yayınlanmasına izin veriyorum.

Ben görüş,gözlem ve fikirlerimin kullanılması için bu çalışmaya katılmayı kabul ederim.

Katılımcının imzası

Dr. Zafet Kaynar

Tarih:

EK **BAKA** Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı

Bu formdaki imzam Öğr. Gör. Şevket YIRIK tarafından yürütülen **Medikal (Sağlık) Turizmini Geliştirme Stratejileri Antalya Uygulaması** adlı çalışmaya katılmayı kabul ettiğimi gösterir. Bu araştırmadaki katılımım iki görüşme ve bir gözlem içerecektir. Araştırmacıyla birlikte ikinci bir görüşmenin gereksiz olduğu konusunda karar verirse sadece bir tane görüşme yapılacaktır. Ayrıca bu araştırmaya katılmakla aşağıda belirtilenleri anladığımı da beyan ederim.

1. Ben araştırma için bir gönüllüyüm ve istediğim zaman bu araştırmadan çekilebilirim.
2. Araştırmada fiziksel ve psikolojik bir zarar içeren hiçbir risk yoktur.
3. Araştırmada vereceğim bilgiler gizli olacaktır ve bütün veriler araştırmacı tarafından toplanıp analiz edilecek ve Akdeniz Üniversitesi'nde 7 yıl saklandıktan sonra imha edilecektir.
4. Araştırma bittikten sonra istediğim takdirde araştırmanın bir özetini alabileceğim.
5. Araştırmada vereceğim bilgilere dayalı sonuçların bilimsel ortamlarda tartışılmasına ve yayınlanmasına izin veriyorum.

Ben görüş,gözlem ve fikirlerimin kullanılması için bu çalışmaya katılmayı kabul ederim.

Katılımcının imzası

Tarih: 4.4.2014

Şevket Yirik
Sadettin Dikmen

Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı
(BAKA)
Antalya YDO Koordinatörlüğü

EK: ANŞAT Antalya Sağlık Turizmi Derneği

Bu formdaki imzam Öğr. Gör. Şevket YİRİK tarafından yürütülen **Medikal (Sağlık) Turizmini Geliştirme Stratejileri Antalya Uygulaması** adlı çalışmaya katılmayı kabul ettiğimi gösterir. Bu araştırmadaki katılımım iki görüşme ve bir gözlem içerecektir. Araştırmacıyla birlikte ikinci bir görüşmenin gereksiz olduğu konusunda karar verirse sadece bir tane görüşme yapılacaktır. Ayrıca bu araştırmaya katılmakla aşağıda belirtilenleri anladığımı da beyan ederim.

1. Ben araştırma için bir gönüllüyüm ve istediğim zaman bu araştırmadan çekilebilirim.
2. Araştırmada fiziksel ve psikolojik bir zarar içeren hiçbir risk yoktur.
3. Araştırmada vereceğim bilgiler gizli olacaktır ve bütün veriler araştırmacı tarafından toplanıp analiz edilecek ve Akdeniz Üniversitesi'nde 7 yıl saklandıktan sonra imha edilecektir.
4. Araştırma bittikten sonra istediğim takdirde araştırmanın bir özetini alabileceğim.
5. Araştırmada vereceğim bilgilere dayalı sonuçların bilimsel ortamlarda tartışılmasına ve yayınlanmasına izin veriyorum.

Ben görüş,gözlem ve fikirlerimin kullanılması için bu çalışmaya katılmayı kabul ederim.

ANŞAT
Katılımcının imzası

Chairman of the board
A. Cengiz GILMAZ



Tarih:

EK: Turkish Healthcare Tourism Development Council THTC
Konsey Başkanı

Bu formdaki imzam Öğr. Gör. Şevket YİRİK tarafından yürütülen **Medikal (Sağlık) Turizmini Geliştirme Stratejileri Antalya Uygulaması** adlı çalışmaya katılmayı kabul ettiğimi gösterir. Bu araştırmadaki katılımım iki görüşme ve bir gözlem içerecektir. Araştırmacıyla birlikte ikinci bir görüşmenin gereksiz olduğu konusunda karar verirse sadece bir tane görüşme yapılacaktır. Ayrıca bu araştırmaya katılmakla aşağıda belirtilenleri anladığımı da beyan ederim.

1. Ben araştırma için bir gönüllüyüm ve istediğim zaman bu araştırmadan çekilebilirim.
2. Araştırmada fiziksel ve psikolojik bir zarar içeren hiçbir risk yoktur.
3. Araştırmada vereceğim bilgiler gizli olacaktır ve bütün veriler araştırmacı tarafından toplanıp analiz edilecek ve Akdeniz Üniversitesi'nde 7 yıl saklandıktan sonra imha edilecektir.
4. Araştırma bittikten sonra istediğim takdirde araştırmanın bir özetini alabileceğim.
5. Araştırmada vereceğim bilgilere dayalı sonuçların bilimsel ortamlarda tartışılmasına ve yayınlanmasına izin veriyorum.

Ben görüş,gözlem ve fikirlerimin kullanılması için bu çalışmaya katılmayı kabul ederim.

Emin ÇAKMAK
Katılımcının imzası

Tarih:

EK: *Bütünsel tıp Uzmanı*

Bu formdaki imzam Öğr. Gör. Şevket YİRİK tarafından yürütülen **Medikal (Sağlık) Turizmini Geliştirme Stratejileri Antalya Uygulaması** adlı çalışmaya katılmayı kabul ettiğimi gösterir. Bu araştırmadaki katılımım iki görüşme ve bir gözlem içerecektir. Araştırmacıyla birlikte ikinci bir görüşmenin gereksiz olduğu konusunda karar verirse sadece bir tane görüşme yapılacaktır. Ayrıca bu araştırmaya katılmakla aşağıda belirtilenleri anladığımı da beyan ederim.

1. Ben araştırma için bir gönüllüyüm ve istediğim zaman bu araştırmadan çekilebilirim.
2. Araştırmada fiziksel ve psikolojik bir zarar içeren hiçbir risk yoktur.
3. Araştırmada vereceğim bilgiler gizli olacaktır ve bütün veriler araştırmacı tarafından toplanıp analiz edilecek ve Akdeniz Üniversitesi'nde 7 yıl saklandıktan sonra imha edilecektir.
4. Araştırma bittikten sonra istediğim takdirde araştırmanın bir özetini alabileceğim.
5. Araştırmada vereceğim bilgilere dayalı sonuçların bilimsel ortamlarda tartışılmasına ve yayınlanmasına izin veriyorum.

Ben görüş,gözlem ve fikirlerimin kullanılması için bu çalışmaya katılmayı kabul ederim.

Katılımcının imzası

Tarih:

Dr. Şahin Kesikminare
Şahin Kesikminare

ÖZGEÇMİŞ

Adı ve SOYADI : Şevket YİRİK
Doğum Tarihi ve Yeri : 02.02.1983- Kaş / Antalya
Medeni Durumu :Evli

Eğitim Durumu

Mezun Olduğu Lise : Finike Anadolu Turizm Meslek Lisesi, Finike, Antalya, 2001
Lisans Diploması : Akdeniz Üniversitesi Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Yüksek Okulu, Antalya, 2005
Yüksek Lisans Diploması : Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Ana Bilim Dalı, Antalya, 2011
Tez Konusu : Konaklama İşletmelerinde Çatışma Yönetimi ve Çatışmanın Çözümlemesinde İletişim Faktörünün Önemi Alanya Yöresinde Beş Yıldızlı Otellerde Bir Uygulama.
Doktora Diploması : Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Ana Bilim Dalı, Antalya, 2014
Tez Konusu : Sağlık Turizmi Üzerine Antalya Destinasyonunda Bir Araştırma
Yabancı Dil :İngilizce (YDS: 73)

Bilimsel Faaliyetler

- **A1.** GÖÇEN, S., YİRİK, Ş., YILMAZ, Y. ve ALTINTAŞ, V. (2013), “Intercompany Mobbing: The Effects Of Company Growth”, Quality & Quantity April 2013, Volume 47, Issue 3, pp 1275-1285 (SSCI)
- **A2.** GÖÇEN, S., YİRİK, Ş., YILMAZ, Y. (2011), “Türkiye’de Krizler ve Krizlerin Turizm Sektörüne Etkileri”, *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 16(2), 493-509
- **A4.** Aktürk A., Okutmuş E., Yirik Ş., "Konaklama Sektöründe Finansal Boyutuyla Bir Kurumsal Karne Uygulaması", Muhasebe Bilim Dünyası Dergisi, vol.15, Sayı 1, pp.109-122, 2013
- **B1.** YIRIK, Ş., YILMAZ, Y., GÖÇEN, S., DEMIREL, O.N., AKGUN, A. and KINAY, H. (2012), “The Relation Between Businesses – Family Conflict and Role Uncertainty, Role Conflict and Work Satisfaction”, *3rd International Symposium on Sustainable Development*, 31 May-1 June 2012, Sarajevo, Bosnia Herzegovina

- **B2.** EKİCİ, Remziye; KILIÇ, Aylin ve **YİRİK, Şevket** (2013). “Turizm Bölgesinde Yaşayan Yerleşik Yabancıların Sosyo-Kültürel Problemlerine İlişkin Algıları Üzerine Bir Araştırma”. The 8th International Congress on Turkish Culture: Cultural Heritage (8. Uluslararası Türk Kültürü Kongresi: Kültürel Miras). 24-27 Ekim/2013, Eskişehir.
- **B3.** **YIRIK, Ş.**, YILMAZ, Y., DEMIREL, O.N., YILMAZ, Y., AKGUN, A. and KINAY, H. (2012), “The Effects of Mentorship on the Success of Firms”, *3rd International Symposium on Sustainable Development*, 31 May-1 June 2012, Sarajevo, Bosnia Herzegovina.
- AKTÜRK, A., OKUTMUŞ, E., **YİRİK, Ş.**, ‘Konaklama Sektöründe Finansal Boyutuyla Bir Kurumsal Karne Uygulaması’. 9th International Accounting Conference, 4-5 October 2012 İstanbul Commerce University, İstanbul/ TURKEY
- **B4.** **YIRIK, Ş.**, YILMAZ, Y. ve ALTINTAŞ, V. (2010), “The Effects of the Intercompany’ Growing”, Xth International Scientific Conference MANAGEMENT of XXI CENTURY: Efficiency, Quality and Sustainable Development, 24-25 November 2010, Saint-Petersburg, Russian Federation.
- **B5.** **YIRIK, Ş.**, YILMAZ, Y., DEMIREL, O.N., YILMAZ, Y., AKGUN, A. and KINAY, H. (2012), “Analysis of the Hotel Personnel’s Conceptions of Organizational Justice, Organizational Silence, Mobbing, Organizational Commitment in Terms of Demographic Variables”, *3rd International Symposium on Sustainable Development*, 31 May-1 June 2012, Sarajevo, Bosnia Herzegovina.

İş Deneyimi

Stajlar

:Setu Finike Marina Ön Büro 1997-
 Palmariva Eldorado Tatil Köyü Ön Büro 1998
 Coralia Clup Palmariva Ön Büro 1999
 Six Flags Elitches Garden ABD Denver 2001
 Gulf Coast Venturies Denver
 Golden Ihnn Hotel ABD New Jersey 2003

Projeler

:Sağlık Turizm Uygulama Merkezi Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çalıştığı Kurumlar

:Uluslararası Antalya Üniversitesi, Araştırma Görevlisi, 2012
 Akdeniz Üniversitesi Turizm Fakültesi, Öğretim Görevlisi,
 2012-Devam ediyor
 Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Sağlık Turizmi Birim Sorumlusu
 2013

E-Posta

: sevketyirik@gmail.com