

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ-CERRAHPAŞA
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

DOKTORA TEZİ

**TÜRKİYE'DE MEDİKAL TURİZMİN
SWOT-AAS İLE İNCELENMESİ**

EKREM SEVİM

**DANIŞMAN
DOÇ. DR. EMRAH ÖNDER**

**LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
SAĞLIK YÖNETİMİ DOKTORA PROGRAMI**

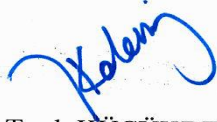
İSTANBUL-2019

TEZ ONAYI

Bu çalışma 25.01.2019 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı, Sağlık Yönetimi Doktora Programı, Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

TEZ JÜRİSİ

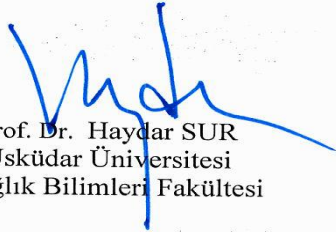
Doç. Dr. Emrah ÖNDER
İstanbul Üniversitesi
İşletme Fakültesi



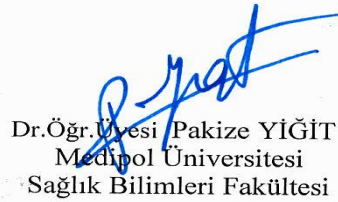
Doç. Dr. Tarık KÜÇÜKDENİZ
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Mühendislik Fakültesi



Prof. Dr. İlhan Kerem ŞENEL
İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa
Sağlık Bilimleri Fakültesi



Prof. Dr. Haydar SUR
Üsküdar Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi



Dr. Öğr. Üyesi Pakize YİĞİT
Medipol Üniversitesi
Sağlık Bilimleri Fakültesi

BEYAN

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

Ekrem SEVİM

İTHAF

Annem ve oğlum Kerem'e ithaf ediyorum.

TEŞEKKÜR

İlk olarak, çalışmanın ortaya çıkışında samimi tavrı ve alçakgönüllüğü ile beni ilgi ile dinleyen, öngörülerini ve yorumları ile yönlendiren, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen saygıdeğer danışman hocam Doç. Dr. Emrah ÖNDER'e,

Yapıcı eleştiricileri ile tezi olgunlaştırmama ve nihai şeklin verilmesinde öneri ve tavsiyeleri ile yardımcı olan Tez İzleme Komite'mde bulunan saygıdeğer hocalarım; Dr. Öğr. Üyesi Eda Yılmaz ALARÇİN ve Dr. Öğr. Üyesi Pakize YİĞİT'e,

Tezimin araştırma sürecinde, çok değerli vakitlerini bana ayıran saygıdeğer hocalarım; Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU, Prof. Dr. Alper CİHAN, Prof. Dr. Haydar SUR, Doç. Dr. Gökhan AYDIN, Dr. Öğr. Üyesi Mustafa NAL ve Türkiye Sağlık Turizmi Derneği Yönetim Kurulu Başkanı Enginer BİRDAL'a,

Ayrıca yüzyüze görüşmeler kapsamında değerli fikirlerini benimle paylaşan; bakanlık yetkililerine, hastane yöneticilerine, aracı kuruluş temsilcileri ve sivil toplum kuruluşu yöneticilerine,

Doktora eğitimim boyunca desteğini esirgemeyen eşim Ebru SEVİM'e, hafta sonlarını, tatil günlerini ve çok da bulamadığım boş vakitleri onunla zaman geçirmek yerine birşeyler araştırabilmek için kullanmamı çoğu zaman şikâyet etmeden sabırla karşıladığı için oğlum Kerem'e, bugünlere gelmemde büyük emekleri olan başta annem olmak üzere tüm aile ve dostlarıma,

Teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

TEZ ONAYI	İİ
BEYAN.....	İİİ
İTHAF.....	İV
TEŞEKKÜR.....	V
İÇİNDEKİLER	VI
TABLolar LİSTESİ.....	İX
ŞEKİLLER LİSTESİ	Xİİ
SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ	XVİ
ÖZET	XVİİ
ABSTRACT.....	XVİİİ
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Medikal Turizm.....	4
2.1.1. Sağlık Turizmi ve Medikal Turizm Kavramlarına Genel Bakış	4
2.1.2. Sağlık Turizmi Türleri.....	8
2.1.2.1. Medikal Turizm	8
2.1.2.2. Termal ve SPA-Wellness Turizmi.....	11
2.1.2.3. İleri Yaş (Üçüncü Yaş) ve Engelli Turizmi	15
2.1.3. Sağlık Turizminin Tarihsel Gelişimi.....	16
2.1.4. Medikal Turizmin Gelişimini Destekleyen Sebepler	20
2.1.5. Medikal Turizmin Çeşitli Boyutları	25
2.1.5.1. Hizmet Kalitesi Boyutu	27
2.1.5.2. Sosyal ve Ekonomik Boyutu.....	30
2.1.5.3. Yasal ve Etik Boyutu	32
2.1.6. Medikal Turizmde Pazarlama ve Markalaşma Süreci.....	34
2.1.6.1. Medikal Turizmde Pazarlama	35
2.1.6.2. Uluslararası Pazarlara Giriş Şekilleri.....	40
2.1.6.3. Medikal Turizmde Markalaşma.....	42
2.1.6.4. Marka İle İlgili Kavramlar	44
2.1.6.5. Markanın Sağladığı Faydalar	50

2.1.7. Uluslararası Hasta Hareketliliğinin Çeşitleri.....	52
2.1.7.1. Geçici Ziyaretçiler	52
2.1.7.2. Uzun Dönemli İkamet Edenler	53
2.1.7.3. Ortak Sınırdaki İkamet Edenler	53
2.1.7.4. Yurtdışında Tedaviyi Tercih Edenler	53
2.1.7.5. Sağlık Profesyonellerinin Hareketi	54
2.1.8. Medikal Turizm ve Diaspora.....	55
2.1.9. Medikal Turizmde Arz ve Talep Modeli.....	57
2.1.10. Medikal Turizmde İtici ve Çekici Faktörler.....	60
2.1.10.1. Medikal Turizmde İtici Faktörler	60
2.1.10.2. Medikal Turizmde Çekici Faktörler	61
2.1.11. Medikal Turizmin Ülkelerin Sağlık Sistemlerine Olası Etkileri	62
2.1.12. Dünyada Medikal Turizm	64
2.1.12.1. Medikal Turizmde Ön Plana Çıkan Ülkeler	66
2.1.13. Türkiye’de Medikal Turizm	86
2.1.13.1. Medikal Turizmin Türkiye İçin Önemi	90
2.1.13.2. Medikal Turizmin Türkiye’deki Gelişimi.....	93
2.1.13.3. Türkiye’nin Medikal Turizm Verileri.....	95
2.1.14. Medikal Turizm Stratejileri	104
2.1.14.1. Dünyada Medikal Turizm Stratejileri	108
2.1.14.2. Türkiye’nin Medikal Turizm Stratejileri	115
2.1.15. Medikal Turizm Literatürü	118
2.2. SWOT Analizi ve Çok Kriterli Karar Verme.....	123
2.2.1. SWOT Analizi.....	123
2.2.2. Karar Teorisi ve Çok Kriterli Karar Verme	128
2.2.2.1. Karar Teorisi	129
2.2.2.2. Çok Kriterli Karar Verme	131
2.2.3. Analitik Ağ Süreci (AAS)	132
2.2.4. Medikal Turizmde Karar Süreci.....	139
2.2.4.1. Ülke Seçiminde Etkili Olan Faktörler	140
2.2.4.2. Medikal Tesis Seçiminde Etkili Olan Faktörler	142
2.2.5. SWOT-AAS Literatürü	143
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	147

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	147
3.2. Araştırmanın Yöntemi.....	148
3.3. Yüz yüze Görüşme Yapılan Uzmanlara Dair Bilgiler.....	152
3.3.1. Çekirdek grupta yer alan uzmanlara dair bilgiler.....	155
3.3.2. Genel grupta yer alan uzmanlara dair bilgiler.....	156
4. BULGULAR.....	159
4.1. Kriterler ve Alt Kriterler.....	159
4.1.1. Güçlü Yönler (Strengths).....	161
4.1.2. Zayıf Yönler (Weaknesses).....	168
4.1.3. Fırsatlar (Opportunities).....	174
4.1.4. Tehditler (Threats).....	184
4.1.5. Stratejiler.....	188
4.2. Etki Matrisinin Oluşturulması.....	194
4.3. Analitik Ağ Süreci (AAS) Uygulaması.....	197
5. TARTIŞMA.....	233
KAYNAKLAR.....	242
FORMLAR.....	273
ETİK KURUL KARARI.....	286
İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI.....	288
ÖZGEÇMİŞ.....	289

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2-1: Sağlık turizminin tarihsel gelişimi.....	17
Tablo 2-2: Çeşitli ülkelere ait tıbbi işlem maliyetleri (2015-\$).....	24
Tablo 2-3: Ülkelere göre JCI akreditasyonuna sahip kuruluş sayısı	29
Tablo 2-4: Ülkelere göre medikal tedavi fiyatları (2018-\$).....	31
Tablo 2-5: Yurtdışı eğitim almış sağlık insan gücü	54
Tablo 2-6: Diaspora kapsamında medikal turizmin tercih sebepleri.....	57
Tablo 2-7: Medikal turizmde ön plana çıkan ülkeler	70
Tablo 2-8: Hindistan'ın sosyo ekonomik göstergeleri	72
Tablo 2-9: Tayland'ın sosyo ekonomik göstergeleri.....	76
Tablo 2-10: Singapur'un sosyo ekonomik göstergeleri	80
Tablo 2-11: Amerika Birleşik Devletleri'nin sosyo ekonomik göstergeleri	82
Tablo 2-12: Malezya'nın sosyo ekonomik göstergeleri	85
Tablo 2-13: Medikal turizm tercih nedenleri	89
Tablo 2-14: Türkiye'nin 2008-2017 yıllarına ait uluslararası hasta sayıları	97
Tablo 2-15: Uluslararası hastaların geldiği ilk 10 ülke ve geliş türleri, 2017	98
Tablo 2-16: Uluslararası Hastaların Geldiği İlk 10 İl ve Geliş Türleri, 2017	99
Tablo 2-17: Uluslararası hastaların hastanelere göre geliş türleri, 2017	99
Tablo 2-18: Uluslararası hastaların kliniklere göre dağılımı, 2017.....	100
Tablo 2-19: Türkiye'ye gelen yabancıların aylara göre dağılımı, 2017	101
Tablo 2-20: Uluslararası turist sayıları (Milyon)	102
Tablo 2-21: Uluslararası turizm gelirleri (USD)	103
Tablo 2-22: Uluslararası hastaların aylara göre dağılımı, 2017	104
Tablo 2-23: Ülke sağlık sistemleri ve stratejileri	113
Tablo 2-24: Medikal turizm politikalarının sonuçlarına dair kavramsal çerçeve	114

Tablo 2-25: Programın performans göstergelerinin 5 yıllık beklenen değişimi .	116
Tablo 2-26: Çok kriterli karar verme problemleri ve yöntemleri.....	132
Tablo 2-27: İkili karşılaştırmalar için önem dereceleri tablosu	135
Tablo 2-28: Ortalama rassal tutarlılık tablosu.....	138
Tablo 2-29: Medikal turizmde ülke seçim kriterlerini etkileyen faktörler	141
Tablo 2-30: Medikal turizmde ülke tercihinde etkili olan faktörler.....	142
Tablo 3-1: Yüz yüze görüşmeler kapsamında görüşüne başvuru alan uzmanlar...	153
Tablo 4-1: Türkiye'nin medikal turizm SWOT analizi ve stratejileri.....	160
Tablo 4-2: Sağlık harcamalarının, gayri safi yurtiçi hasılaya oranı	162
Tablo 4-3: OECD ülkelerinde MR ve BT cihazı sayıları.....	164
Tablo 4-4: Ükelere göre JCI akreditasyonuna sahip kuruluş sayısı.....	166
Tablo 4-5: OECD ülkeleri hekim ve hemşire verileri	172
Tablo 4-6: Uluslararası turist sayıları (Milyon)	176
Tablo 4-7: OECD ülkelerinin sağlık harcamaları.....	183
Tablo 4-8: Faktörler arasındaki bağımlılıklar	195
Tablo 4-9: Kriterlere ilişkin etki matrisi.....	196
Tablo 4-10: İkili karşılaştırmalar sonucu elde edilen ağırlıklandırılmamış süpermatris.....	199
Tablo 4-11: İkili karşılaştırmalar sonucu elde edilen ağırlıklandırılmış süpermatris	200
Tablo 4-12: İkili karşılaştırmalar sonucu elde edilen limit matris	201
Tablo 4-13: Stratejilere ve alt faktörlerine göre AAS analizi	226
Tablo 4-14: Güçlü yönle ve alt faktörlerine göre AAS analizi	226
Tablo 4-15: Zayıf yönle ve alt faktörlerine göre AAS analizi	227
Tablo 4-16: Fırsatlara ve alt faktörlerine göre AAS analizi	228
Tablo 4-17: Tehditlere ve alt faktörlerine göre AAS analizi.....	229

Tablo 4-18: Kümelere göre elde edilen ikili karşılaştırma değerleri..... 230

Tablo 4-19: Kümelere göre elde edilen ikili karşılaştırma değerleri..... 231



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2-1: Spa turizmi grupları.....	14
Şekil 2-2: Hizmetlerin özellikleri.....	27
Şekil 2-3: Hizmet ticareti genel anlaşması ve sağlık hizmetlerine uyarlanması.....	37
Şekil 2-4: Marka kişiliği çerçevesi.....	46
Şekil 2-5: Medikal turizmde arz talep modeli.....	58
Şekil 2-6: Medikal turizm merkezlerinin 2012 yılı hasta sayıları (1.000).....	69
Şekil 2-7: Hindistan'ın dünya üzerindeki konumu	71
Şekil 2-8: Tayland'ın Dünya üzerindeki konumu.....	75
Şekil 2-9: Singapur'un Dünya üzerindeki konumu.....	79
Şekil 2-10: Amerika Birleşik Devletleri'nin Dünya üzerindeki konumu	81
Şekil 2-11: Malezya'nın Dünya üzerindeki konumu	84
Şekil 2-12: Stratejik planlama süreci	106
Şekil 2-13: Stratejik yönetim ve dış etkiler.....	108
Şekil 2-14: Medikal turizm için stratejik faktörler.....	109
Şekil 2-15: SWOT Analizi	124
Şekil 2-16: Organizasyonlarda SWOT analizi.....	126
Şekil 2-17: SWOT analizi tablosu	127
Şekil 2-18: Çok kriterli karar verme problemleri.....	131
Şekil 2-19: Hiyerarşi ve ağ yapısı modeli.....	134
Şekil 2-20: AAS Modeli	137
Şekil 3-1: SWOT-AAS Modeli.....	149
Şekil 4-1: Türkiye'nin coğrafi konumu ve GSMH değerleri.....	174
Şekil 4-2: Ülkelere göre 60 yaş ve üzeri nüfus oranı-2015.....	180
Şekil 4-3: Ülkelere göre 60 yaş ve üzeri nüfus oranı-2050 tahmini	181

Şekil 4-4: Yaş gruplarına göre yapılan sağlık harcamaları (2010-2011)	181
Şekil 4-5: İngiltere nüfus piramidi (2017 Yılı)	182
Şekil 4-6: Türkiye’de medikal turizmin SWOT-AAS ile incelenmesine dair AAS yapısı	197
Şekil 4-7: Analitik ağ süreci “Stratejiler”e göre diğer ana kriterin karşılaştırmaları	202
Şekil 4-8: Analitik ağ süreci “Güçlü Yönler”e göre diğer ana kriterin karşılaştırmaları	203
Şekil 4-9: Analitik ağ süreci “Fırsatlar”a göre diğer ana kriterin karşılaştırmaları .	204
Şekil 4-10: Analitik ağ süreci “Tehditler”e göre diğer ana kriterin karşılaştırmaları	205
Şekil 4-11: Analitik ağ süreci “Zayıf Yönler”e göre diğer ana kriterin karşılaştırmaları.....	206
Şekil 4-12: Analitik ağ süreci ST1’e göre “Zayıf Yönler”e dair alt kriterin karşılaştırmaları.....	207
Şekil 4-13: Analitik ağ süreci ST2’e göre “Güçlü Yönler”e dair alt kriterin karşılaştırmaları.....	207
Şekil 4-14: Analitik ağ süreci ST3’e göre “Güçlü Yönler”e dair alt kriterin karşılaştırmaları.....	208
Şekil 4-15: Analitik ağ süreci ST3’e göre diğer “Stratejilere” dair alt kriterin karşılaştırmaları.....	209
Şekil 4-16: Analitik ağ süreci ST4’e göre “Fırsatlar”a dair alt kriterin karşılaştırmaları.....	209
Şekil 4-17: Analitik ağ süreci ST4’e göre “Güçlü Yönler”e dair alt kriterin karşılaştırmaları.....	210
Şekil 4-18: Analitik ağ süreci ST4’e göre diğer “Stratejiler”e dair alt kriterin karşılaştırmaları.....	211
Şekil 4-19: Analitik ağ süreci S2’ye göre diğer “Güçlü Yönler”e dair alt kriterin karşılaştırmaları.....	212

Şekil 4-20: Analitik ağ süreci S3'e göre diğer "Güçlü Yönler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları.....	212
Şekil 4-21: Analitik ağ süreci S3'e göre "Stratejiler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları.....	213
Şekil 4-22: Analitik ağ süreci S3'e göre "Zayıf Yönler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları.....	214
Şekil 4-23: Analitik ağ süreci S4'e göre diğer "Güçlü Yönler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları.....	215
Şekil 4-24: Analitik ağ süreci S4'e göre Zayıf Yönlere dair alt kriterin karşılaştırmaları.....	215
Şekil 4-25: Analitik ağ süreci S5'e göre diğer "Güçlü Yönler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları.....	216
Şekil 4-26: Analitik ağ süreci S5'e göre "Stratejiler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları.....	217
Şekil 4-27: Analitik ağ süreci S5'e göre "Zayıf Yönler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları.....	217
Şekil 4-28: Analitik ağ süreci W3'e göre diğer Zayıf Yönlere dair alt kriterin karşılaştırmaları.....	218
Şekil 4-29: Analitik ağ süreci W5'e göre "Tehditler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları.....	219
Şekil 4-30: Analitik ağ süreci W5'e göre diğer "Zayıf Yönler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları.....	220
Şekil 4-31: Analitik ağ süreci O2'ye göre diğer Fırsatlara dair alt kriterin karşılaştırmaları.....	221
Şekil 4-32: Analitik ağ süreci O2'ye göre "Stratejiler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları.....	221
Şekil 4-33: Analitik ağ süreci O4'ye göre diğer Fırsatlara dair alt kriterin karşılaştırmaları.....	222

Şekil 4-34: Analitik ağ süreci T1'e göre "Stratejiler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları.....	223
Şekil 4-35: Analitik ağ süreci T1'e göre "Zayıf Yönler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları.....	223
Şekil 4-36: Analitik ağ süreci T3'e göre "Güçlü Yönler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları.....	224
Şekil 4-37: Analitik ağ süreci T3'e göre "Zayıf Yönler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları.....	225



SEMBOLLER / KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	:Amerika Birleşik Devletleri
AMA	:Amerikan Pazarlama Birliği
AAS	:Analitik Ağ Süreci
DEİK	:Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu
IMTA	:International Medical Travel Journal
JCI	:Joint Commission International
MEB	:T.C. Milli Eğitim Bakanlığı
OECD	:Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü
SATURK	:Sağlık Turizm Kurulu
SB	:T.C. Sağlık Bakanlığı
SPA	:Selus Per Aqua
SWOT	:Güçlü Yönler-Zayıf Yönler- Fırsatlar-Tehditler
TDK	:Türk Dil Kurumu
THTC	:Sağlık Turizmini Geliştirme Konseyi
THY	:Türk Havayolları
TSTD	:Türkiye Sağlık Turizm Derneği
TÜİK	:Türkiye İstatistik Kurumu
TÜRSAB	:Türkiye Seyahat Acentaları Birliği
TÜSEB	:Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
TÜSKA	:Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü
UNWTO	:Birleşmiş Milletler Dünya Turizm Örgütü
USD	:Amerikan Doları
WHO	:Dünya Sağlık Örgütü
Vb.	:Ve Benzeri
YÖK	:Yükseköğretim Kurumu

ÖZET

Sevim, E. (2019). Türkiye’de Medikal Turizmin SWOT-AAS İle İncelenmesi. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Sağlık Yönetimi ABD. Doktora Tezi. İstanbul. 2019.

Sağlık hizmetlerinin küreselleşmesinin ve hızla ticarileşmesinin ortaya çıkardığı sonuçlardan biri olarak karşımıza çıkan medikal turizm kavramı, sağlık hizmetlerine ulaşımında ülke sınırlarının belirleyici rolünü ortadan kaldırmıştır. Günümüzde hastalar kendi ülkelerindeki tedavi seçeneklerine ek olarak, belirledikleri çeşitli kriterlere göre, farklı ülkelerdeki tedavi seçeneklerini de göz önünde bulundurarak seçim yapmaktadırlar.

Medikal turizmin fırsatlarla dolu niş bir alan sunması ve sağladığı yüksek katma değer, çok sayıda ülke ve kuruluşu bu konuda strateji geliştirmeye yönlendirmiştir. Medikal turizm stratejileri arasında; kaliteli hizmet sunumu, kolaylaştırıcı yapısal reformlar (vize kolaylıkları, vergi teşvikleri vb.), altyapı düzenlemeleri ile birlikte tanıtım ve pazarlama faaliyetleri sayılabilir.

Türkiye “Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018” de bu kapsamda geliştirdiği dört adet stratejiye yer vermiştir. Ancak bu stratejilerin önem dereceleri belirsizdir. Belirlenen stratejilerin kantitatif olarak değerlendirilmesi ve önceliklenmesi karar verme aşamasında oldukça önemlidir.

Türkiye’nin medikal turizm pazarındaki güçlü ve zayıf yönleri ile fırsat ve tehditlerin iyi analiz edilmesi, medikal turizmde strateji belirleme açısından oldukça önemlidir. Çalışma kapsamında, medikal turizm sektörünün tüm paydaşlarının görüşlerine yer verilecek şekilde, alanında uzman 20 kişi ile yüz yüze görüşme yapılmıştır. Bu yöntemle Türkiye’nin medikal turizm alanındaki SWOT analizi ve belirlenen stratejilere, Analitik Ağ Süreci (AAS) yöntemi entegre edilerek, Türkiye için en uygun medikal turizm stratejisi belirlenmeye çalışılmıştır.

Çalışmanın sonuçlarına göre, “Medikal turizme yönelik kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi” stratejisi en önemli strateji olarak belirlenmiştir (% 34,99). Bu stratejiyi sırasıyla; “Medikal turizm alanında fiziki ve teknik altyapının iyileştirilmesi” (% 24,67), “Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlama yapılması” (% 20,47) ve “Medikal turizm hizmet kalitesinin artırılması” (% 19,87) stratejileri izlemektedir.

Anahtar Kelimeler: Medikal turizm, Strateji, SWOT analizi, AAS.

ABSTRACT

Sevim, E. (2019). Investigation of Medical Tourism With SWOT-ANP in Turkey. İstanbul University Cerrahpaşa, Institute of Graduate Education, Health Management. PhD Thesis. İstanbul. 2019.

As a result of the globalization and rapid commercialization of health services, the decisive role of the national borders in access to health services has disappeared. In addition to the treatment options in their own countries, the patients make a choice by considering treatment options in different countries according to the various criterias.

Medical tourism's offering a niche field full of opportunities and the high added value it provides has led many countries and organizations to develop strategies in this regard. Among the medical tourism strategies; quality service delivery, facilitating structural reforms (visa facilities, tax incentives, etc.), infrastructure arrangements as well as promotion and marketing activities.

Turkey "Tenth Development Plan 2014-2018" has touched on four strategies developed in this context. However, the significance of these strategies is unclear. The quantitative evaluation and prioritization of the identified strategies is very important in the decision-making process.

Analysis of strengths and weaknesses, opportunities and threats of Turkey in terms of medical tourism is very important in terms of strategy determination. Within the scope of the study, 20 people expert in their fields have been interviewed face-to-face. which included the opinions of all stakeholders of the medical tourism sector. With this method, SWOT analysis and Turkey's medical tourism sector in the identified strategies, Analytic Network Process (ANP) by integrating methods, the most appropriate medical tourism strategy for Turkey has been determined.

According to the study results, "Development of institutional and legal infrastructure for medical tourism" strategy has been determined as the most important strategy (34,99 %). This strategy follows the strategies; "Improvement of physical and technical infrastructure in the field of medical tourism" (24,67 %), "Effective promotion and marketing in the field of medical tourism" (20,47 %) ve "Increasing the quality of medical tourism service" (19,87 %) respectively.

Key Words: Medical tourism, Strategy, SWOT analysis, ANP.

1. GİRİŞ VE AMAÇ

İnsanlar en iyi tedaviye ulaşmak amacıyla tarihin her döneminde uzun seyahatler yapmıştır. Günümüzde ise yaşadıkları ülkede karşılaştıkları sınırlılıklar ve uzun bekleme süreleri, küresel seyahat imkânlarının da artmasıyla birlikte medikal turizmi daha uygulanabilir bir hale getirmiştir. Başka bir görüşe göre ise medikal turizm, sağlık hizmetlerinin küreselleşmesinin ve hızla ticarileşmesinin ortaya çıkardığı sonuçlardan biridir.

Temeli medikal hizmetlerden yararlanmaya dayalı, ulaşım, konaklama ve daha farklı alanları da kapsayan bir turizm çeşidi olarak karşımıza çıkan medikal turizm kavramı, son dönemde tüm dünyada hızla adından daha çok söz edilen bir duruma gelmiştir.

Genel anlamda medikal turizm, tıp ve turizm gibi birbirinden farklı en az iki sektörü (çoğu durumlarda destekleyici sektörlerin de katılımıyla) birleştiren bir hizmet ticareti olarak değerlendirilebilir. Ayrıca turizm ve hizmet sektörünün ihracatı kapsamında değerlendirildiğinden dolayı, ekonomi biliminin de ilgi alanına girmektedir.

Sağlık hizmetlerinin küreselleşmesi; sağlık profesyonelleri ve tüketicilerin hareketi, giderek artan sayıdaki ortak girişim ve işbirliğine dayanan düzenlemeler yoluyla, sağlık hizmetlerinin sınır ötesi dağılımı şeklinde ortaya çıkmaktadır. Bu kapsamda ele alındığında, sağlık profesyonellerinin (doktor, hemşire vb.) sınır ötesi seyahati ve orada hizmet sunumu da medikal turizm kapsamında ele alınmaktadır.

Medikal turizm kavramı uzun zamandan beri var olmasının yanında, son yıllarda bazı değişikliklere uğramıştır. Geçmişte, çoğunlukla gelişmekte olan ülke vatandaşlarının, ülkelerinde bulunmayan ya da daha düşük kalitede sunulabilen sağlık hizmetleriyle yetinmek yerine, bu hizmetleri daha iyi kalitede alabilecekleri gelişmiş ülkelere seyahatlerinden oluşmaktaydı. Bu yönlü hasta hareketi devam etmekle birlikte, özellikle son yıllarda gelişmiş ülkelere, genellikle gelişmekte olan ülkelere doğru, önemli ölçüde maliyet tasarrufu sağlamak ya da uzun bekleme sürelerinden kaçınmak amacıyla seyahat eden hastalar günümüz medikal turizm hareketini oluşturmaktadır.

Ulaşım imkânlarının da artmasıyla birlikte sağlık hizmetlerine ulaşımında ülke sınırlarının belirleyici rolü ortadan kalkmıştır. Hastalar kendi ülkelerindeki tedavi

seçeneklerine ek olarak, belirledikleri çeşitli kriterlere göre, farklı ülkelerdeki tedavi seçeneklerini de göz önünde bulundurarak seçim yapmaktadırlar. Bu kriterler; ülkelere, tedavi türüne, kişitinin kendi ülkesinde tedavinin yapılıp yapılamamasına, maddi olanaklara, yasal sınırlamalara, ülkeler arasındaki mesafeye, diğer turistik olanaklara, dini yakınlığa, seçilen ülkenin ya da sağlık kuruluşunun modernliğine, sağlık tesisinin akreditasyonuna, gösterilen ilgi ve ülkenin doğal güzelliklerine göre farklılık göstermektedir.

Yurtdışından sağlık hizmeti almak, büyük ekonomik kazancının yanında, zaman kazandıran da bir aktivitedir. Özellikle belirli ülke ve sağlık kuruluşlarına başvuran uluslararası hastaların sayısı; internet, aracı kuruluşların varlığı ve medyanın da teşviki ile giderek artmaktadır. Birçok yayında ve raporda, medikal turizmin küresel bir artış eğilimi içerisinde olduğu ifade edilmektedir.

Medikal turizm kapsamında seyahat eden turist sayısı tam olarak belirlenemese de, 21. yüzyılda özellikle gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere, bütün dünyada hızlı bir artış grafiği çizmektedir.

Medikal turizmde özellikle son dönemde yaşanan hızlı büyüme, çok sayıda ülke ve şirketin dikkatini çekmiştir. Gerek lkeler, gerek başta sağlık kuruluşları olmak üzere sektörün diğer paydaşları (sigorta firmaları, aracı kuruluşlar, ulaşım ve konaklama sektörü vb.), farklı sebeplerle (fiziki ve teknik yetersizlikler, yetişmiş insan kaynağı eksikliği vb.) de olsa medikal turizm konusunda yeni stratejiler geliştirmektedirler. Geliştirilen bu stratejiler uygulamaya koyulmakta ve pazarda pay sahibi olunmasına yönelik çeşitli hedefler belirlenmektedir.

Medikal turizm stratejileri arasında, kaliteli hizmet sunumu çoğu ülke tarafından ön plana çıkarılmıştır. Pazarlama konusu da hem devletler, hem de medikal turizm endüstrisi tarafından sürekli vurgulanan stratejik unsurlardan biridir. Bazı devletler, vergi teşvikleri yoluyla medikal turizmin gelişimini destekleme yönünde stratejiler uygulamaktadır. Ayrıca uluslararası ne sahip sağlık kuruluşlarıyla (Mayo Clinic, Johns Hopkins gibi) yapılan afilyasyonlar da, medikal turizm açısından sağlık kuruluşlarını desteklemeye yönelik stratejiler arasında sayılabilir. Bu sayede karar aşamasındaki tüketicilere güven sağlanmaktadır. Seçilen böyle bir strateji, kurum ya da ülke itibarı

açısından, uluslararası düzeyde tercih edilme durumu üzerinde çok anlamlı sonuçlar verebilmektedir.

Medikal turizm alanında ön plana çıkmak isteyen ülkeler farklı stratejiler geliştirmektedir. Türkiye de bu kapsamda “*Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018*” ve Sağlık Bakanlığının “*Faaliyet Raporu 2017*” de dört adet stratejiye yer vermiştir. Ancak bu stratejilerin önem dereceleri belirsizdir. Belirlenen stratejilerin kantitatif olarak değerlendirilmesi ve önceliklenmesi oldukça önemlidir. Bu sayede önceliklenen stratejilerin önem dereceleri, dolayısıyla da en uygun medikal turizm stratejisi belirlenebilir.

Gerek ulusal, gerek uluslararası literatürde medikal turizme yönelik yapılmış çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Ancak yapılan bu çalışmalarda belirlenen kriterlerin birbirlerine göre üstünlükleri göreceli olarak kalmakta ve kantitatif bir üstünlükten söz edilememektedir. Bu zayıflığın üstesinden gelebilmek amacıyla, Türkiye için en uygun medikal turizm stratejisinin belirlenmesine yönelik yapılan bu çalışmada, SWOT analizine, Analitik Ağ Süreci (AAS) yöntemi entegre edilmiştir. Klasik SWOT matrisinde, faktör elemanlarının önem derecelerinin belirsiz olması nedeniyle bu yöntemle başvurulmuştur. Bu sayede Türkiye'nin medikal turizmde sahip olduğu güçlü ve zayıf yönlerle birlikte, dış faktörlere bağlı olan fırsat ve tehditlerin değerlendirilerek, ülke politikası olarak belirlenen stratejilerin önceliklendirilmesi çalışmanın nihai amacını oluşturmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Medikal Turizm

İnsanlar en iyi tedaviye ulaşmak için tarihin her döneminde uzun seyahatler yapmıştır. Günümüzde ise insanların yaşadıkları ülkede karşılaştıkları sınırlılıklar ve uzun bekleme sürelerinin olması, küresel seyahat imkânlarının da artmasıyla birlikte medikal turizmi daha uygulanabilir bir hale getirmiştir (Khanna, 2007).

Medikal turizm son zamanlarda sıklıkla kullanılan bir terim olmakla birlikte, yeni ortaya çıkmış bir turizm çeşidi değildir (Wongkit ve McKercher, 2013 p.4). Bazı kaynaklarda; uluslararası medikal göç, hasta göçü ve medikal seyahat olarak da ifade edilmektedir (Fisher ve Sood, 2014).

Sağlık hizmetlerinin maliyeti arttıkça, gelişmiş ülkelerdeki hastalar denizaşırı ülkelerde medikal tedavi arayışına girmiştir (Connell, 2006). Ayrıca, sigortası olmayan kişilerin ya da sigortaların kapsamı dışında kalan tedavilerin bulunması, bazı işlemlerin tüm ülkelerde yapılamaması ve iç talebe göre uzmanlaşmış beceriler (cinsiyet değişikliği vb.) gibi diğer başka sebepler, medikal turizmi destekleyen unsurlar arasında sayılabilir (Güneş, 2013).

Medikal turizm sağlık hizmetlerinin küreselleşmesinin ve hızla ticarileşmesinin ortaya çıkardığı sonuçlardan biridir (Alsharif ve ark, 2010). Genel anlamda keyif veren seyahatler ve potansiyel olarak stresli olabilen sağlık hizmetleri gibi kutuplaşmış amaçları birleştiren medikal turizm, dünya çapında rağbet gören ve hızla büyüyen bir sektördür (Chuang ve ark., 2014). Bies ve Zacharia (2007), medikal turizmi pahalı operasyonları daha düşük maliyetle ve uzun bekleme sürelerinden kaçınarak yerine getiren tıbbi bir dış kaynak kullanımı olarak tanımlamaktadır.

2.1.1. Sağlık Turizmi ve Medikal Turizm Kavramlarına Genel Bakış

Sağlık turizmi ve medikal turizm kavramlarını birbirlerinden ayırmak ve aralarındaki farkın ortaya koyulması oldukça önemlidir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (1948) tanımına göre sağlık; *hastalık ve sakatlık durumunun olmayışının yanında kişinin; beden, ruhen ve sosyal yönden de tam bir iyilik halinde olmasıdır*. Turizm kelimesi ise Latince; dönme, dolaşma anlamındaki “tornus” sözcüğünden türetilmiş ve Fransızca “tour” (turlamak, tur atmak) fiilinden geliştirilerek literatüre girmiştir

(Çetin, 2011 p.1). Mevzuatımıza göre 6086 sayılı Turizm Endüstrisini Teşvik Kanununun 36. maddesi ve Turizm İşbirliği Tüzüğü'nün 3. maddesinde turizm; *“Yerleşmek niyeti olmaksızın hava tebdili yapmak, tedavi edilmek, eğlenip dinlenmek gibi maksatlarla kültür ya da sanat hareketleri nedeniyle toplu ya da tek başına yapılan seyahatler”* olarak tanımlanmaktadır. Uluslararası Turizm Uzmanları Birliği (AIETS) turizmi; *“yabancıların seyahat ve geçici ya da devamlı asli kazanç elde etme faaliyeti için yerleşmeye dönüşmemek koşuluyla, konaklamalarından doğan ilişkilerin ve olayların tümüdür”* şeklinde tanımlamaktadır (Özsarı ve Karatana, 2013 p.136; Özcan ve Aydın, 2015).

Türkiye Sağlık Turizmi Derneğinin (TSTD) tanımına göre; “sağlık” ve “turizm” kavramlarının bir araya gelmesiyle oluşan sağlık turizmi; ikamet edilen yerden başka bir yere, herhangi bir sağlık sorunu sebebiyle hizmet almak amacıyla yapılan seyahate denilmektedir. Ayrıca yine TSTD' ye göre bu seyahatin yurt içi ya da yurt dışına yapılmış olması bu tanımla değişmemektedir.

Sağlık turizmi; seyahat etmek sureti ile kendi yaşadığı yerden başka bir yere sağlığını korumak ya da yeniden kazanmak amacıyla seyahat eden insanların gerçekleştirdiği bir turizm çeşididir (Şahin ve Tuzlukaya, 2013 p.51; Yirik ve ark. 2015 p.1; Chantrapornchai ve Choksuchat, 2016 p.3).

Sağlık turistlerinin motivasyonları açısından bakıldığında, sağlıklarını korumak için seyahat edenler (SPA-Wellness hizmetleri vb.) ve belirli bir tıbbi durum için (diz, kalça protezleri vb.) tedavi arayanlar şeklinde bir ayırımın yapılması da mümkündür (Loh, 2014).

Aydın ve Aydın, (2015) sağlık turizmi kavramını diğer alt başlıklarını da kapsayacak şekilde tanımlamaktadır. Bu tanıma göre; *“ikamet edilen yerden farklı bir ülkeye (ya da bölgeye); tıbbi (ameliyatlara, diş/göz tedavileri, organ nakli, tanı hizmetleri, vb.) ve tıbbi olmayan (estetik operasyonları, sağlıklı yaşam ve zindelik - “wellness”-, üçüncü yaş bakım/televizyon) hizmetleri almak üzere yapılan seyahatleri ifade etmektedir”* denilmektedir.

Carrera ve Bridges (2006) sağlık turizmi kavramını; bireyin refahı ve bedeni için bakım, iyileştirme ya da rehabilitasyon gibi sebeplerle bir kişinin bulunduğu çevrenin dışına yaptığı yolculuk olarak tanımlamaktadır. Medikal turizmi ise; tıbbi müdahale

yoluyla bireyin sağlığının iyileştirilmesi amacıyla yapılan planlı seyahatler olarak tanımlamaktadır.

Bookman ve Bookman (2007) sağlık turizmini; çeşitli hizmet sektörleri arasında ticareti doğuran, bunun yanında medikal ve turizm sektörlerinin arasında işbirliği gerektiren ekonomik bir faaliyet olarak değerlendirmiştir. Ayrıca, sağlık turistlerinin seyahatleri süresince asıl amaçları olan sağlık hizmeti almanın yanında, diğer tatil olanaklarından da faydalandıklarını belirtmiştir.

Lee ve Spisto (2007) sağlık turizmini genel olarak; kişinin sağlığı üzerinde iyileşme kaydetmek amacıyla, yaşadığı yerden farklı bir bölgeye seyahatinden doğan turizm çeşitli olarak tanımlamaktadır. Fakat medikal turizm söz konusu olduğunda, hastalıkların teşhisi, tedavi ve bu tedavinin takibi gibi çeşitli hizmet süreçleri söz konusu olmaktadır.

Hall (2013)'e göre medikal turizm; hastaların kendi ülkelerindeki yüksek maliyetler, uzun bekleme süreleri ve bazı tedavilerin yapılamayışı gibi sebeplerle, bazen uzun seyahatler de yaparak başka ülkelerde tedavi olmasdır. Bu seyahatlerde kişiler herhangi bir ticaret amacı olmaksızın, sağlıklarını geliştirmek ve tedavi olabilmek amacıyla, tıp ve turizm gibi iki sektörün imkânlarını aynı anda kullanmaktadır.

Genel anlamda medikal turizm, tıp ve turizm gibi birbirinden farklı en az iki sektörü (çoğu durumlarda destekleyici çok sayıda sektörü) birleştiren bir hizmet ticareti olarak değerlendirilebilir. Sağlık amaçlı seyahat edenler (özellikle saç ekimi, küçük estetik operasyonlar gibi nispeten basit tedaviler için seyahat edenler) ve beraberinde gelen kişiler ülkedeki diğer çeşitli turizm faaliyetlerinden de faydalanmaktadır. Ayrıca turizm ve hizmet sektörünün ihracatı kapsamında değerlendirildiğinden dolayı, ekonomi biliminin de ilgi alanına girmektedir (Sülkü, 2017 p.103).

Medikal turizm kavramının uzun zamandan beri var olmasının yanında, son yıllarda sağlık turizmi olgusunda bazı değişiklikler olmuştur. Geçmişte, çoğunlukla gelişmekte olan ülke vatandaşlarının, ülkelerinde bulunmayan (Hopkins ve ark., 2010 p.189) ya da daha düşük kalitede var olan sağlık hizmetinden faydalanmak yerine, bu hizmetleri daha iyi kalitede alabilecekleri gelişmiş ülkelere seyahatlerinden oluşmaktaydı (Reddy ve ark. 2010 p.510; İlker, 2012 p.111). Bununla birlikte özellikle son yıllarda, gelişmiş ülkelerden genellikle gelişmekte olan ülkelere doğru, önemli

ölçüde maliyet tasarrufu sağlamak ya da uzun süre beklemekten kaçınmak için seyahat eden hastadan oluşmaktadır (Bies ve Zacharia, 2007 p.1144; Alsharif ve ark., 2010 p.316; Loh, 2014 p.760; Noree, 2015 p.18).

Sağlık hizmetlerinde küreselleşme; sağlık profesyonelleri ve tüketicilerin hareketi, giderek artan sayıdaki ortak girişim ve işbirliğine dayanan düzenlemeler yoluyla sağlık hizmetlerinin sınır ötesi dağılımı şeklinde ortaya çıkmaktadır (Chanda 2002 p.158). Sağlık profesyonellerinin (doktor, hemşire vb.) sınır ötesi seyahati ve orada hizmet sunumu da medikal turizm kapsamında ele alınmaktadır (Wilson, 2011 p.122).

Ulaşım imkânlarının da artmasıyla birlikte sağlık hizmetlerine ulaşımında ülke sınırlarının belirleyici rolü ortadan kalkmıştır. Hastalar kendi ülkelerindeki tedavi seçeneklerine ek olarak, belirledikleri çeşitli kriterlere göre, farklı ülkelerdeki tedavi seçeneklerini de göz önünde bulundurarak seçim yapmaktadırlar. Bu kriterler; ülkelere, tedavi türüne, kişinin kendi ülkesinde tedavinin yapılıp yapılamayışına, maddi olanaklara, yasal sınırlamalara, ülkeler arasındaki mesafeye, diğer turistik olanaklara, dini yakınlığa, seçilen ülkenin ya da sağlık kuruluşunun modernliğine, sağlık tesisinin akreditasyonuna, gösterilen ilgi ve ülkenin doğal güzelliklerine göre değişiklik göstermektedir (Connell, 2006).

Yurtdışından sağlık hizmeti almak, büyük ekonomik kazancının yanında zaman kazandıran da bir aktivitedir. Özellikle belirli ülke ve sağlık kuruluşlarına başvuran uluslararası hastaların sayısı; internet, aracı kuruluşların varlığı (Alsharif ve ark, 2010 p.316) ve medyanın da teşviki ile giderek artmaktadır. Birçok yayında ve raporda medikal turizmin küresel bir artış eğilimi içerisinde olduğu ifade edilmektedir (Loh, 2014 p.760). Loh (2015), medikal turizmdeki büyümenin son on yıl içinde küresel anlamda tüm bölgelerde aynı şekilde gelişim göstermediğini; medikal turizm hacminin yüksek ve düşük olduğu ülkeler arasında kutuplaştığını ifade etmektedir.

Deloitte 2010 yılında dünya genelinde medikal turizminin parasal büyüklüğünü 100 milyar \$ olarak ifade etmektedir. Bu miktar yaklaşık 30 ülke tarafından paylaşılmaktadır. Medikal turizm amacıyla 22 milyon insanın seyahat ettiği belirtilmektedir (Aydın ve ark. 2011 p.2-4). Bu sayı Sağlık Bakanlığı tarafından 30

milyon hasta ve 500 milyar \$ harcama olarak ifade edilmektedir. Ayrıca bu sayının 2023 yılında 1 trilyon \$'a çıkacağı tahmini yapılmaktadır (SB, 2018).

Medikal turizm kapsamında seyahat eden turist sayısı tam olarak belirlenemese de (Bhaidkar ve Goswami 2017 p.83) 21. yüzyılda özellikle gelişmekte olan ülkeler başta olmak üzere bütün dünyada hızlı bir artış grafiği çizmektedir (Wilson, 2011 p.122; Noree, 2015 p.18).

2.1.2. Sağlık Turizmi Türleri

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, literatürde de genel olarak kabul gördüğü üzere sağlık turizmini üç temel başlık altında ele almaktadır;

1. Medikal Turizm
2. Termal ve Spa-Wellness Turizmi
3. İleri Yaş ve Engelli Turizmi

Bu başlıklardan farklı olarak diğer bir kavram olan “*turistin sağlığı*” kavramı ise; asıl amacı sağlık hizmeti almak olmayan ve genellikle acil hallerde gereksinim duyulan sağlık hizmetleri için kullanılan bir kavramdır. Yine turistlerin buldukları ülkede ya da tesiste, genel sağlık kurallarının uygulanması ise “*turist sağlığı*” olarak literatürde yerini almaktadır. Çoğu yayında bu kavramlar birbirlerinin yerine kullanılmakla birlikte bu çalışmanın konusu olan “medikal turizm” başlığı içerisinde değerlendirilmemektedir.

2.1.2.1. Medikal Turizm

Medikal turizm sağlık turizminin diğer adı değil, sağlık turizmi türlerinden biridir. Literatürde medikal turizm, sağlık turizmi ve turistin sağlığı kavramları birbirinin yerine kullanılmaktadır. Ancak motivasyon, prosedürler ve kişinin amacı bu kavramları birbirinden ayırmaktadır (Connell, 2013).

En basit ve genel anlatımıyla medikal turizm; tıbbi tedavinin de içerisinde bulunduğu seyahatlerdir. Medikal turizm, cerrahi ya da özel niteliklere ihtiyaç duyulan tıbbi müdahale ve uygulamaları içeren hizmetlerin, uygun maliyetlerle (Alsharif ve ark, 2010; Güneş, 2013) sunulması yoluyla; turizm, tıp ve destekleyici diğer sektörlerin de işbirliği esasına dayanmaktadır (Lee ve Spisto, 2007). Medikal turizmde kişilerin

birincil amacı tıbbi tedavi almak, sonrasında ise klasik turizm aktiviteleri olan rahatlama ve hoş vakit geçirmektir (İlker, 2012 p.111).

Son yıllarda tatil sırasında rahatlama, çeşitli egzersizler ya da kaplıcalara yapılan ziyaretler yoluyla sağlığı iyileştirme girişimleri, turizm endüstrisinde “sağlık turizmi” olarak adlandırılan niş bir alanın ortaya çıkmasıyla birlikte yeni ve farklı bir düzeye geldi (Connell, 2006 p.1093). Genel kanı, medikal amaçlı yurt dışı seyahatler olarak tanımlanan medikal turizm için, bazı kaynaklar yurt içinde yapılan seyahatleri de bu kapsamda değerlendirmektedir (Sheppard ve ark.,2014 p.3329).

Birçok kaynakta Asya Kıtası medikal turizmin ana bölgesi olarak gösterilmektedir. 1970’li yıllarda cinsiyet değişikliği ameliyatları ile adını duyuran Tayland, sonrasında özellikle estetik operasyonlar konusunda öne çıkmıştır (Güneş, 2013). Bu ülkeyi Hindistan, Malezya, Singapur ve Güney Kore takip etmektedir.

Medikal turizmde en çok talep gören tedaviler arasında; plastik ve kozmetik cerrahi, diş hekimliği uygulamaları (dolgu, implant gibi genel diş tedavileri, kozmetik), kardiyovasküler işlemler (anjiyoplasti, koroner bypass, nakiller), ortopedik işlemler (eklem ve omurga cerrahileri, spor hekimliği), kanser tedavileri (yüksek maliyetli ya da her ülkede yapılmayan/yapılamayan tedaviler), üreme sağlığı (tüp bebek, kadın sağlığı), kilo verme (mide kelepçesi, gastrik bypass), genel sağlık taramaları (check-up), göz tedavileri, cinsiyet değişikliği işlemleri, rehabilitasyon, çeşitli testler (laboratuvar) ve “ikinci görüş” sayılabilir (Wongkit ve McKercher, 2013 p.8; Moreira, 2014 p.221).

Genel hastanelerin yanında, bu alanlardan birinde ön plana çıkan dal hastaneleri de medikal turizmde önemli bir yere sahiptir. Bu şekilde özellikle göz ya da diş gibi belli alanlarda hizmet sunan branş hastaneleri hastalarına o alanda uzmanlaşmış kadrosuyla özellikli sağlık hizmeti vermektedir. Bu tür kuruluşlar medikal turizmde özellikle tercih edilmektedir.

Küreselleşen dünyanın getirdiği artan iletişim ve ulaşım olanakları ve tüketicilerin bilinçlenmesi, seyahat imkânlarının da artmasıyla birlikte medikal turizmi daha uygulanabilir hale getirmiştir (Khanna, 2007). Bu seyahatlerin temel sebeplerinden biri medikal tedavideki maliyetlerin önemli ölçüde azaltılmasıdır. Bu miktar tedavinin yapıldığı ülkeye göre % 30 ile % 80 arasında değişmektedir (Eugene ve ark., 2013).

Genel olarak sağlık turizmi ile ilgili seyahatlere dair net bir sayı verilememesinin yanında (Noree, 2015 p.19), sadece medikal turist sayısının 10 milyonu aştığı, ayrıca 100 milyar \$'lık işlem büyüklüğüne ulaştığı söylenmektedir (Aydın, 2012). Tam olarak bilinmese de; Hindistan'ın 200.000, Singapur'un 350.000 ve Küba'nın 200.000 medikal turisti tedavi ettiği belirtilmektedir. Bunun yanında 2007 yılında 50.000-120.000 arasında ve 2010 yılında 63.000 ABD'li hasta medikal turizm kapsamında ülke dışına seyahat etmiştir (Bhaidkar ve Goswami, 2017 p.83).

Medikal turizm olgusunun artan hacmi; hastalar, sağlık sigortası acenteleri ve yabancı sağlık hizmeti sunucuları arasında hukuki sorumluluğun her zaman net bir şekilde tanımlanmadığı göz önüne alındığında, hasta güvenliği ve malpraktisle ilgili yasal konular hakkındaki endişeleri de arttırmaktadır (Loh, 2015 p.173).

Cinsiyet değişikliği, infertilite gibi bazı tedavi türlerinin de yine yasal engeller nedeniyle bazı ülkelerde yapılamayışı, sigortaların kapsamı dışında kalan tedavilerin ve sigortasız kişilerin bulunması ve daha kaliteli tedaviye ulaşma isteği de medikal turizmin bu kadar gelişmesinde önemli etkenlerdendir (Connell, 2006). Tüm bu sayılan sebepler nedeniyle tedavi amaçlı yapılan seyahatler oldukça artmış ve bu durum sektörün hızla büyümesini sağlamıştır.

Connell (2013) genel olarak; medikal seyahatlerin mantığının, turistlerin davranışlarının, medikal turizmin ekonomik ve sosyal boyutunun, aracılarn rolünün, medikal turizmin genel turizm sektörü içerisindeki yerinin (oteller, havayolları, seyahat acenteleri ile bağlantılar) ve etik durumlarla ilgili bilgilerin sınırlı olduğunu ifade etmektedir.

Gan ve Frederick (2011 p.166) medikal turizmi gerçekleştirme şekillerine göre dört şekilde ele almaktadır;

Mod 1: Doğrudan Medikal Turizm: Bu mod kapsamında değerlendirilen tüketiciler, tedavi olacağı sağlık kuruluşu ve ülke ile ilgili bilgiye sahiptir. Seyahat ve tıbbi prosedürler için gerekli ayarlamaları kendileri yapmaktadırlar. Bu, medikal turizmin en basit ve en erken dönemde ortaya çıkan modudur.

Mod 2: Aracı Kuruluşlar Tarafından Düzenlenen Medikal Turizm: Bu mod, uygun sağlık kuruluşunun bulunması ve tedavinin sağlanması, ulaşım ve

konaklama konularında uzmanlaşmış acentelik hizmetlerini kullanan tüketicileri temsil etmektedir.

Mod 3: Sigorta Kuruluşları ya da İşverenler Tarafından Desteklenen Medikal Turizm: Medikal turizm imkânlarının yaygınlaşması, bazı işveren ve sigorta şirketlerini maliyetleri azaltmak amacıyla, yurt dışı tedavi seçeneklerini teşvik etmektedir. Özellikle ABD’de özel sağlık sigortası şirketleri maliyetleri düşürmek amacıyla medikal turizmi teşvik etmektedir (Hopkins ve ark., 2010 p.189).

Mod 4: Sağlık Kuruluşları Tarafından Teşvik Edilen Medikal Turizm: Bu mod, medikal hizmetleri dış kaynak olarak kullanan hastanelerin bir uygulamasıdır. Medikal turistlerin tedavileri sonrasında gerekli olan post-op bakımlarının ülkelerinde yapılması işlemleri örnek olarak gösterilebilir.

Medikal turizm tüm boyutları ile incelendiğinde tam anlamıyla bir netlik olmamasının yanı sıra, çok sayıda çalışma ortaya koyulmaktadır. Konu gerek akademik alanda yapılan çalışmalarda, gerek popüler medya dâgeniş yer tutmaktadır (Hanefeld ve ark., 2013). Horowitz ve ark. (2007) “medikal turizm” terimini kullanarak Google üzerinden gerçekleştirdikleri araştırmada, 1.100.000 sonuç elde edilmiş, aynı arama 62 gün sonra tekrarlandığında sonuçların 300.000 artış gösterdiği gözlemlenmiştir. Yapılan çalışmalarla medikal turizmin anlaşılabilirliği tüm detaylarıyla birlikte zaman içerisinde daha da artacak, ortaya atılan yeni bakış açılarına göre gündem konuları da sürekli olarak değişiklik gösterecektir.

2.1.2.2. Termal ve SPA-Wellness Turizmi

Mineraller açısından zengin yeraltı sularından, rahatlama ve sağlığa olan katkıları sebebiyle tarihin her döneminde faydalandığı bilinmektedir. Kaplıcalar; sağlığın korunması, geliştirilmesi, tedavi ve rehabilitasyon amacıyla giderek daha fazla artan bir talebe sahiptir. Bu durum dünya genelinde benzerdir (Tokmak, 2015). Ilıca ya da kaplıca isimleriyle de anılan bu kaynakların turizm sektöründeki karşılığı, termal turizmdir. Termal kelimesi Romalılarından kalma bir sözcük olup, ılıcanın eş anlamlısıdır. Ayrıca Romalılar zamanında yapılmış görkemli kaplıca tesislerine “terme” denilirdi (Gümüş ve Polat 2012 p.52).

Termal turizm, termomineral su ve çamurların, sağlığın geliştirilmesinde ya da hastalıkların tedavisinde ya da tedaviye yardımcı olarak kullanıldığı, termal tesisler

bünyesinde yürütülen turizm faaliyetleridir (Belber ve Turan, 2015 p.458). Termalizm; kaplıca, ılıca, içmeler gibi şifalı olduğu bilinen doğal kaynak sularının, tedavi aracı/tedaviye yardımcı olarak kullanılmasıdır. Sağlık sorunları için bilinen en eski tedavi ve güzellik yöntemlerinden birisi olarak sayılabilir (Aydın, 2012 p.92). Kaplıca; deniz suları, çamur vb. maddelerin, solunumu yoluyla ya da mekanik gereçlerle masaj ve beden eğitimi şeklindeki uygulamalardan yararlanılarak insan sağlığını korumak amacıyla yapılan uygulamaları içermektedir (Temizkan, 2015).

Termal su kaynaklarının insanların çeşitli rahatsızlıklarını gidermek amacıyla kullanımı yüzyıllardır gelenekselleşmiştir. Termal kaynakların bileşimlerinde bulunan çeşitli tuz ve minerallerin sahip olduğu özelliklere göre çeşitli hastalıkların tedavisine yardımcı olarak kullanılması tıbben de kabul görmektedir (İlban ve ark., 2008 p.106).

SPA kavramı tarihi açısından incelendiğinde, Roma İmparatorluğu dönemine dayanmaktadır. Romalılar; seferler ve savaşlar sonrasında askerlerinde ortaya çıkan ağrıları gidermek için sıcak su kaynaklarını kullanmıştır. Bu amaçla inşa ettikleri banyo benzeri tedavi amaçlı yapılara, o dönem “Sanus Per Aquam” (SPA) “*sudan gelen sağlık*” adı verilmiştir (Gülmez, 2012 p.48-53). Belçika’da, termal kaynakları ile ünlü SPA adında küçük bir kasaba da bulunmaktadır.

Sözcüğün diğer bir kaynağının ise "espa" sözcüğü olabileceği düşünülmektedir. Bu sözcük Belçika’nın güneyinde konuşulan eski Wallon dilinde “çeşme” anlamına gelmektedir. Espa sözcüğünden; önce İngilizcedeki “spaw”, daha sonra ise “SPA” kelimesi türetilmiştir. SPA kelimesi o dönemde sadece İngilizce dilinin konuşulduğu bölgelerde kullanılmıştır. Almanya’da ise "Kurort" terimi kullanılmaktadır ve "Kür Yeri" anlamını taşır. Bu kelime İngilizcede kullanılan "Health Resort" sözcüğünün daha geniş anlamda kullanımına karşılık gelmektedir. Kurort ifadesi termal ve mineral sular ile uygulama yapılan yerler için kullanılmaktadır. Ayrıca Almanya’da coğrafik isimlendirmelerde bir ön ek olarak kullanılan Almanca “Bad” sözcüğü de bir çeşit SPA ifadesine karşılık gelir. İtalyanca dilinde aynı anlama gelen "Terme", İspanyolca dilinde ise "Banos" sözcüğü kullanılmaktadır. Türkçe’deki "kaplıca" sözcüğü de, yine tüm bu sözcüklerle eş anlamlıdır (Tokmak, 2015).

Termal turizm ya da kaplıca turizmi; kür, kaplıca tedavisi, inhalasyon uygulamaları, içme kürleri, klimaterapi, fiziktedavi, rehabilitasyon, talassoterapi,

balneoterapi, peloidoterapi, hidroterapi ve palioterapi (Yirik ve ark, 2015) gibi destekleyici tedavi seçeneklerinin birleştirilmesi yoluyla uygulanan kürlerden oluşan turizm türü şeklinde tanımlanabilir (Gülmez, 2012 p.48-53). Özellikle Avrupa'nın orta ve kuzeyinde yer alan ülkelerde yaşayan sağlık turistleri için Türkiye tercih edilebilecek bir ülkedir. Türkiye'nin sahip olduğu iklim ve ekonomik açıdan sunduğu faydalar, termal turizmde önemli avantajlar sağlamaktadır. Anadolu toprakları termal ve mineral su kaynakları bakımından 5 bin yıllık bir geçmişe sahiptir (<http://www.kaplicalardernegi.com/yazi.asp?id=11>).

Kaplıca suları Avrupalılar tarafından yüzyıllar boyunca gerek içine girerek, gerek içerek kullanılmıştır (taking the waters). Küratif elementlerin sağlığa olan etkileri nedeniyle kaplıcalar, doktorlar tarafından; romatizmal hastalıklar, artrit, cilt rahatsızlıkları gibi değişik hastalıkların tedavisinde kür amaçlı olarak tavsiye edilmektedir (<http://www.kaplicalardernegi.com/icerik.asp?id=84>).

Dünya üzerinde SPA kültürünün en önemli merkezlerinden biri Tayland'dır. SPA terimi Tayland Halk Sağlığı Bakanlığı mevzuatına göre sağlık hizmetleri başlığı altında sağlık turizmi çerçevesinde değerlendirilmektedir (Chantrapornchai ve Choksuchat, 2016 p.3).

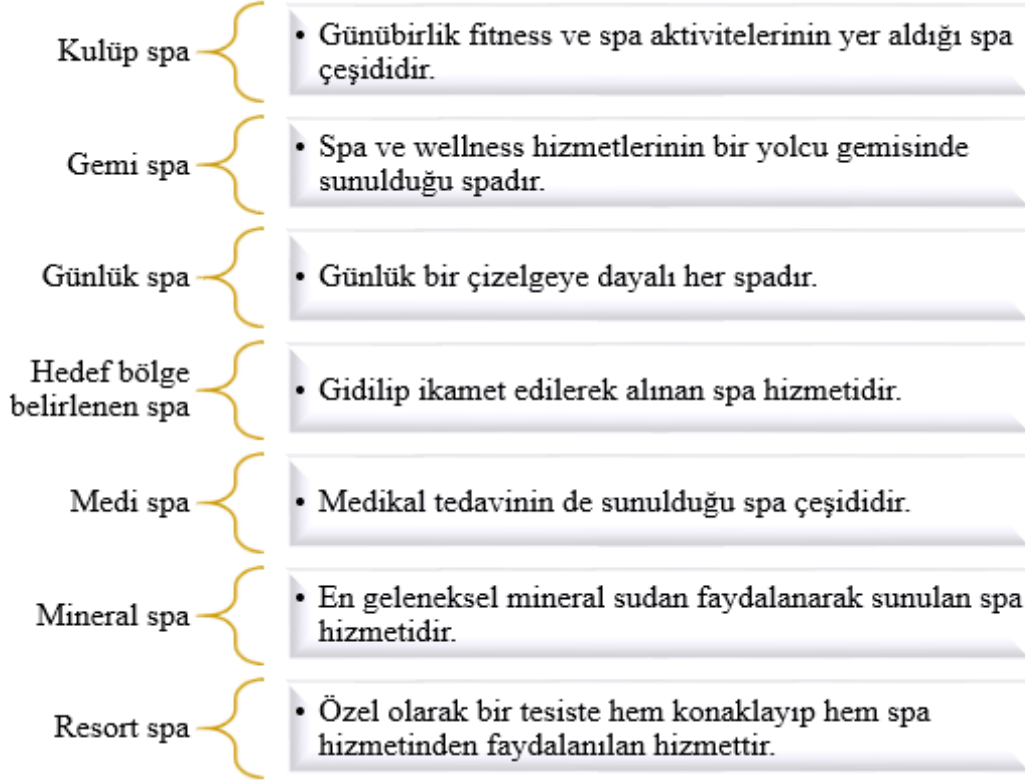
ABD'de wellnes kelimesinin karşılığı; toplum sağlığına yönelik bütüncül bir sağlık iken, Avrupa'da bu kavram hedonist bir anlayışa kaymakta ve haz alma şeklinde ön plana çıkmaktadır (Ergüven, 2015)

Dünyada termal turizm özellikle, Almanya, Avusturya, Macaristan, İtalya, Romanya ve Fransa gibi ülkelerde medikal tedavileri destekleyici olarak kullanılmaktadır. Ayrıca son dönemde kullanım olarak yaygınlaşmaktadır. Termal turizm, bahsi geçen bu ülkeler için, alternatif turizm kaynakları arasında önemli yer tutmaktadır (İlban ve ark., 2008 p.107).

Güney Asya ile özdeşleşmiş olan geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları dünya genelinde; deniz kenarlarında talassoterapi, şehir merkezlerinde sauna gibi çeşitli uygulamalar ile birleştirilerek SPA merkezlerinde uygulanmaktadır.

Deniz (2016) SPA turizmini Şekil 2-1'de görüldüğü gibi yedi başlık altında incelemiştir. En geleneksel SPA türü olarak "mineral SPA" gösterilmektedir. Ayrıca

termal turizmin geliştiği Almanya, Fransa gibi ülkelerde “medi SPA” kavramı oldukça yaygındır.



Şekil 2-1: Spa turizmi grupları

Farklı konseptlerde hizmet veren SPA'lar, SPA-Wellness turizminin kendi içerisinde; ThaiSPA, ThalassoSPA, Anti-AgingSPA, HamamSPA vb. çeşitlenmesine sebep olmuştur. SPA merkezleri sağlık turizmi için en uygun yapılar olarak ön plana çıkmaktadır. İleriki dönemde medikal turizmde “medikal SPA”, termal turizmde “termal SPA” ve wellness turizminde “gemiSPA” ya da “günübirlükSPA” benzeri SPA merkezlerinin sağlık turizmi için önemli yapılar olacağı değerlendirilmektedir (<http://www.kaplicaldernegi.com/yazi.asp?id=11>).

Türkiye kaynakları ile jeotermal bir bölgede bulunması sebebiyle dünyada yedinci sıradadır. Türkiye’de sıcaklık dereceleri 20°C ile 110°C aralığında değişen binden fazla kaynak vardır (Tengilimoğlu, 2005).

2.1.2.3. İleri Yaş (Üçüncü Yaş) ve Engelli Turizmi

Gelişen teknoloji, tıptaki ilerlemeler ve yaşam standartlarındaki kalitenin artması ile doğru orantılı olarak, ortalama insan ömrü de uzamaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde ortalama insan ömrünün uzaması, yaşlı nüfusun genel nüfus içerisindeki oranının sürekli olarak artmasına sebep olmaktadır. Artan yaşla birlikte, sağlık problemleri de kendini daha fazla göstermekte, bu da ülkelerin bakım gereksinimlerinin artması anlamına gelmektedir (Temizkan, 2015). Avrupa'nın nüfusunun yaşlanması, işgücünün daralması ile emeklilerin maaşları ve yaşlı bakımı konularında giderek daha önemli bir sorunla karşı karşıya kalmaktadır. Avrupa nüfusunun % 17'si 65 yaşın üzerindedir. Bu oranın 2025 yılına gelindiğinde % 20'yi aşacağı tahmin edilmektedir (Gümüş ve Polat 2012 p.59). Bu sebeple, "üçüncü yaş" turizmi açısından, bu alana yatırım yapacak ülkeler için fırsatlar oluşacaktır. 65 yaş ve üzeri insanlar tatillerini planlarken sıcak ülkeleri ön plana çıkarmaktadır (Gülmez, 2012 p.55). Modern toplumların ideali; sağlıklı yaşlanmayı kaliteli ve uzun yaşamla birleştirmektir.

Avrupa ülkelerinde yaşlılık terimi 65 ve üzeri yaşlar için kullanılmasının yanında, Afrika ülkeleri gibi bazı az gelişmiş ülkelerde daha da aşağıya düşmektedir (WHO, 2002). Dünya Sağlık Örgütüne göre kronolojik yaş sınıflandırması;

- Ortayaş Grubu (45 – 59)
- Yaşlı Grup (60 – 74)
- İleriyaş Grubu (75 – 89)
- İhtiyar Grup (90 yaş ve üzeri)

olarak belirtilmiştir (MEB, 2011 p.4).

İleri yaş turizminin özellikleri açısından diğer turist türlerine göre bazı farklılıkları vardır (Gümüş ve Polat 2012 p.61). Bunlar;

- Uzun dönemli tatil seçeneklerini benimsemeleri
- Genel turistlerle kıyaslandığında yüksek miktarda para harcamaları
- Kaliteli ve konforlu hizmeti daha fazla önemsemeleri
- Sevdikleri belli merkezleri sürekli tercih etmeleri (sadık müşteri)
- Daha çok turist yoğunluğunun az olduğu ilkbahar ve sonbahar mevsimlerini seçmeleri

Toplumun yaşlı kesiminin ihtiyaç duyduğu tedavi hizmetlerinin karşılanmasında ve finanse edilmesinde genel anlamda ülkeler sorunlar yaşamaktadır. Bu durum emeklilik firmalarını da yakından ilgilendiren bir sağlık turizmi çeşidini oluşturmaktadır (Yirik ve ark, 2015). Bu firmalar poliçelerinde müşterilerine daha düşük maliyetlerle yurtdışı tedavi tekliflerini sunmaktadırlar. Artan yaşam süresi ve yaşlı nüfusun artan sağlık ihtiyaçları önümüzdeki dönemde ileri yaş turizmini daha çok gündeme getirecektir.

Dünya Sağlık Örgütü (WHO) “engelli” kavramını; “*bedensel, zihinsel ve ruhsal özelliklerinden bir kısmının belli oranlarda kalıcı ve işlevsel olarak kullanılamaması ya da 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 p.53). Dünya nüfusunun yaklaşık % 10’u bu tanıma uymakta ve engelli olarak kabul edilmektedir. Turizm sektöründe, ileri yaş turizmiyle birlikte engelli turizmi de önemli bir alan olarak görülebilir.

2.1.3. Sağlık Turizminin Tarihsel Gelişimi

Sağlık turizmi ifadesi yeni bir kavram olmakla birlikte, yeni bir fikir değildir. İnsanlar yıllardır daha iyi bir hastane bulabilmek ya da sağlık hizmeti alabilmek için seyahat etmektedir (Khanna 2007). Turizm olgusu çoğunlukla 20. yüzyıla özgü bir olay olarak görülmesine rağmen, insanların başka yerlere seyahatleri ilk insanın tarihi kadar eskidir (Güneş, 2013). İnsanlar çok uzun yıllardır gerek bireysel olarak, gerek kitleler halinde sağlıklı olma arayışı içinde seyahat etmektedir (Yirik ve ark., 2015 p.8).

Kısaca ifade etmek gerekirse, sağlık turizmi son dönemde popülerliğinin artmasının yanında, insanların sağlıklarını geliştirmek ya da şifa bulmak amacıyla uzun yıllardır süregelen çözüm bulma çabalarından birinin sonucu olarak karşımıza çıkmaktadır (Tengilimoğlu ve Kahraman, 2013 p.100).

Genel olarak sağlık turizmi, özellikle Baltık Devletleri olmak üzere Avrupa’da güçlü bir geleneğe sahiptir. Termal banyo ve sahil tesislerinin tarihi yüzyılı aşmaktadır. Bununla beraber SPA-Wellness otellerinin ve medikal turizm olanaklarının son zamanda hızla arttığı bilinmektedir.

Sağlık turizmi kavramı tarihsel olarak incelendiğinde, sağlık amaçlı seyahatlerin antik uygarlıklara dayanan bir uygulama olduğu görülmektedir. Bu dönemde dini unsurlarla sağlık hizmetlerinin iç içe yürütüldüğü görülebilir (Altın, 2011).

Tablo 2-1’de görüldüğü üzere 4.200’lü yıllardan itibaren kaplıca ve kutsal tapınaklara ait banyolardan faydalanılmaya çalışılmıştır (Tengilimoğlu ve Kahraman, 2013 p.100-101). Örneğin Sümerler (M.Ö. 4.000) bilindiği kadarıyla, termal kaynakların çevresine tarihin ilk sağlık merkezini kuran topluluktur. Merkezde içerisinde sıcak su havuzları bulunan tapınaklar bulunmaktadır (Gülen ve Demirci, 2012).

Tablo 2-1: Sağlık turizminin tarihsel gelişimi

MÖ 4200	Bu çağda Sümerlerin ev sahipliğini yaptığı tapınaklarda banyolar ve termal kaynaklar ilk defa kullanılmıştır.
MÖ 2000	İnsanlar bu çağda minerallerce zengin suların içilmesi ile şifa bulunabileceğine inanmışlardır. Ayrıca bu suların içilmesi amacıyla bronz kaplar yapmışlardır.
MÖ 1500	Antik çağın en önemli sağlık merkezi olan Asklepios Tapınağı Yunanlar tarafından inşa edilmiştir. Birçok hasta burayı yüzyıllarca şifa bulmak amacıyla ziyaret etmiştir.
MÖ 300	Yunanlılar bu dönemde sağlık hizmetlerini geliştirmiştir. Saronik Körfezi’ndeki küçük bir yerleşim bölgesinde bulunan Epidarus Tapınağı; egzersiz alanları, banyolar, buhar banyosu gibi iyileştirmeye yönelik uygulamaları içermektedir.
12. ve 13. Yüzyıllar	Bu yüzyıllarda Japonlar sıcak mineral kaynakları savaşçıları için mucizevi olduğu gerekçesiyle kullanmıştır. Ayrıca yine bu dönemlerde Mısır’da bulunan hastaneler turistlerin ilgisini çeken yerler olmuştur.

14. ve 15. Yüzyıllar	Fransa Ville d'Eaux'da bulunan kaynak suları "Salus Per Aquam" (SPA) kullanılmıştır. SPA kavramı dünya çapında büyük ilgi görmüştür.
18. ve 19. Yüzyıllar	18. ve 19. Yüzyıllarda; tüberküloz gibi solunum yolu hastalıkları, karaciğer rahatsızlıkları ve gut çok yaygın olarak görülmekteydi. Bu yıllarda Avrupa'nın % 70'inden fazlasının tüberkülozlu olduğu tahmin edilmektedir (Yalçın, 2013, p.11). İnsanlar tedavi amacıyla o dönemin hastaneleri olan sanatoryumlarda tedavi edilmekteydi.
20. Yüzyıl	Tayland plastik cerrahide, Orta Amerika diş tedavisinde, Küba göz cerrahisinde popülerlik kazanmıştır. Birçok ülkede alternatif tıp ve ruhsal hastalıklar için tedavilerin uygulandığı merkezler oluşturulmuştur.
21. Yüzyıl	Bu dönem teknolojinin gelişmesine paralel olarak modern tıpta da gelişmeler olmuştur. Ulaşım imkanlarının da gelişmesiyle birlikte kişiler sağlık sorunlarına uluslararası çözümler aramaya başlamış, bu durum modern medikal turizmin gerçek anlamda doğuşuna sebep olmuştur.
Mevcut Durum	Sağlık turizmi; Asya, Avrupa, Latin Amerika, Ortadoğu ve Afrika'da 50'den fazla ülkede önemli yer edinmiştir.
Yakın Gelecek	Sağlık turizmi tercih eden hastalar için büyük avantajlar sağlayacaktır. lkeler ve bölgeler arasında ciddi fiyat farklılıkları ortaya çıkacaktır. Böylece sağlık turistleri önemli miktarda tasarruf sağlayacaktır. Bunun yanında sağlık hizmetlerinin kalitesinin önemli bir lt olacağı düşünülmektedir.

İsviçre'nin St. Moritz bölgesinde, Tunç Devrine rastlayan M.Ö. 2.000'li yıllarda, demir yönünden zengin kaynaklarda, banyo yapmanın ya da bu suyun içilmesinin sağlığa faydalı olduğuna inanılmaktaydı. Bu suyun içilmesi amacıyla kullanılan kaplara benzer eşyalara Fransa'da ve Almanya'da da rastlanmıştır. Bu durum medeniyetler arasında bir sağlık yolculuğunun yapılmış olabileceğinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Roma İmparatorluğu döneminde kullanılan kaplıca ve termal tesislere ait kalıntılar günümüzde halen ziyaret edilmektedir (Yirik ve ark., 2015 p.8). Bu dönemde Roma'da özellikle soylular arasında, sıcak su banyolarının ve kaynaklarının oldukça ünlü olduğu söylenebilir. Bu banyolar özellikle soylular arasında ticaret ve sosyalleşme ortamları olarak da görülmekteydi (Gülen ve Demirci, 2012).

15. ve 17. yüzyıllar arasında yaşayan varlıklı kimseler sağlık durumlarını iyileştirmek amacıyla medikal SPA merkezlerine ve sahil kenarlarına seyahat etmişlerdir. 18. ve 19. yüzyıllarda Avrupa'nın güneyi daha kuzeyde yer alan soğuk ülkelerde yaşayanların ilgisini çekmiştir. Yine bu dönemde Avrupalılar Nil Nehri kenarına tedavi amaçlı seyahatler yapmışlardır. Hindistan'da yoga ve ayurveda¹ tıbbına olan ilginin artması, sağlık turizmini de geliştirmiştir. Alternatif tedavi yöntemlerinden faydalanmak isteyen insanlar, 5.000 yıl öncesinde bile Hindistan'a giderek tedavi aramışlardır (Gülen ve Demirci, 2012).

İngiltere'de yaşayanlar bronşit gibi hastalıklarına çözüm bulabilmek için SPA merkezlerine seyahat etmişlerdir. 20. yüzyılda bu seyahatler artmaya başlamıştır (Yirik ve ark, 2015 p.9-10). Bunun en önemli nedenleri arasında; artan teknoloji ile birlikte sağlık tesislerinin de bazı bölgelerde daha iyi imkânlarla sağlık hizmeti sunmaları, hatta bazı durumlarda bu hizmeti daha uygun fiyatlarla üretebilmeleri ve artan seyahat olanakları sayılabilir. Günümüzde sağlık turizmi kapsamında yapılan seyahatlerin sayısı milyonlarla ifade edilmektedir.

¹ Ayurveda: Günümüzde Hindistan, Nepal ve civarında uygulanan Çin tıbbı üzerine kurulu tarihi 5.000 yıla dayanan antik bir doğal sağlık sistemidir.

21. yüzyıla gelinceye kadarki dönemde az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerde yaşayıp gerekli maddi güce sahip olan kişiler, kendi ülkelerinde bulunmayan ya da daha kaliteli olduğunu düşündükleri sağlık hizmetlerine ulaşmak amacıyla gelişmiş ülkelere sağlık hizmeti arama yoluna gitmekteydi. Ancak günümüze gelindiğinde bu durum bazı ülkeler için devam etmekle birlikte, tersi bir durum da dikkat çekmektedir. Küreselleşme, Avrupa Birliği (AB) vb. uluslararası entegrasyon kuruluşları, uluslararası akreditasyon kuruluşlarının da yardımıyla sağlık hizmetlerinde, sunulan hizmetin uluslararası standartlarda bir kaliteyle sunumu, bilişim teknolojisinde yaşanan hızlı gelişim ve bazı ülkelerde yaşanan sağlık sistemindeki sorunlar, özellikle gelişmiş ülke vatandaşlarını kaliteli ve maliyet etkin sağlık hizmeti almak adına alternatif ülkeleri değerlendirmeye itmiştir. Bu durum günümüzde, gelişmiş ülke vatandaşlarının kaliteli sağlık hizmetlerini uygun maliyetlerle geliştirmekte olan ülkelere alma arayışına sebep olmuştur (Sülkü, 2017 p.104).

2.1.4. Medikal Turizmin Gelişimini Destekleyen Sebepler

Küreselleşmede yaşanan hızlı artış beraberinde; kültürel, eğitimsel, ticari, sağlık ve daha birçok alanı ülkeler açısından açık bir pazar durumuna getirmiştir. Bu pazardan pay almak isteyen ülkeler medikal turizme yönelik stratejiler geliştirmektedir.

İnsan hakları; birinci kuşak (yaşama hakkı, adil yargılanma hakkı, mülkiyet hakkı vb.), ikinci kuşak (sağlık hakkı, barınma hakkı vb.) ve üçüncü kuşak (çevre hakkı, barış hakkı vb.) haklar olmak üzere üç kategoride ele alınır. Birinci kuşakta yer alan haklar genel olarak tartışmasız olup, yasalarla bile sınırlanamazlar. Ancak ikinci kuşakta yer alan haklar için böyle bir durum yoktur. Sadece devletler kendi imkanları dahilinde vatandaşlarına bu hakları sunmakla yükümlüdür. Bu şekilde ele alındığında sağlık hakkının da vazgeçilmez olmadığı anlaşılmaktadır. Ancak insanoğlunun en önemli ihtiyacı olan sağlıklı olma durumu ve sağlığını geri kazanma güdüsü, gelişen küreselleşme hareketinin de etkisiyle uluslararası bir pazar haline almıştır (Aslanova, 2013 p.130).

Sağlıklı olma ve sağlıklı yaşama bilinci sürekli gelişen modern insan, hem sağlığını koruyup geliştirmek için, hem de yeni ve etkin tedavilere ulaşmak için küreselleşen dünya ile birlikte sağlık hizmetlerine ulaşmayı da küresel olarak düşünerek değerlendirmektedir.

Dünya nüfusunun artması, yaşam kalitesinin yükselmesi, acil olmayan operasyonlar için bekleme listelerinin olması, bazı ülkelerde birtakım tedavilerin yapılamayışı ve sağlık hizmetlerindeki maliyet artışı gibi sebepler, daha kaliteli ve ekonomik hizmet üreten ülkeleri ön plana çıkarmıştır (Gray ve Poland, 2008). Genel olarak medikal turizmin gelişimini destekleyen sebepler şöyle sıralanabilir (Bies ve Zacharia, 2007 p.1144; Smith ve Forgione, 2007; Ehrbeck ve ark., 2008; Sağlık Bakanlığı, 2013 p.4-5; Şahin ve Tuzlukaya 2013 p.51; Alsharif ve ark, 2010 p.316; Wong ve ark., 2014 p.6; Noree, 2015 p.18; Buccoliero ve ark., 2016 p.3; Bhaidkar ve Goswami 2017 p.82);

- Sağlık hizmetlerinde yaşanan gelişmeler
- Daha kaliteli hizmet alma isteği
- Yüksek sağlık teknolojilerine ulaşma çabası
- Bazı ülkelerdeki teknik yetersizlikler
- Özellikle bazı ülkelerde uzun süren hasta bekleme listelerinin bulunması
- Kesin olarak kanıtlanmamış tedavi seçeneklerinin bazı ülkelerde uygulanıyor olması (kök hücre tedavisi, kanser aşuları vb.)
- İç talebe göre uzmanlaşmış alanların olması (cinsiyet değişikliği, onkolojik tedaviler vb.)
- Sağlık hizmetlerinde maliyetlerin artması
- Dünya nüfusunun artması
- Doğumda beklenen yaşın ve dolayısıyla yaşlı nüfusunun artması
- Seyahat imkânlarının artması
- İnternetin gelişmesi
- Tedavi olmanın yani sıra, çeşitli turistik faaliyetlere de zaman ayırma isteği
- Gizli tedavi olma imkânı (infertilite, estetik vb.)
- Kişinin hayata tutunma ve yaşam isteğinin artması gibi sebepler
- Kronik hastalığı bulunanların, yaşlı ve engelli kişilerin farklı ortamlara giderek tedavi olma istekleri
- Uyuşturucu ya da farklı bağımlılığı olan kişilerin, değişik ya da daha uygun yerlerde bulunma isteklerinin bulunması

Horowitz ve Rosensweig (2007 p.27) insanların medikal turizme yönelmesindeki sebepleri şu şekilde ifade etmektedir:

1. Düşük Maliyetler
 - a. Sigortanın olmaması/Sigorta kapsamının yeterli olmaması
 - i. Özellikle ABD gibi ülkelerde
 - b. Plastik ve kozmetik cerrahi
 - c. Kozmetik ve implant vb. dış tedavileri
 - d. Bariatrik ve rekonstrüktif cerrahi
 - e. Cinsiyet değişikliği işlemleri
 - f. İnfertilite tedavisi
2. Bekleme Listelerinden Kurtulmak
 - a. Ulusal Sağlık Hizmeti Olan Ülkeler
 - i. Özellikle İngiltere ve Kanada gibi ülkelerde
3. Bazı Ülkelerde Yapılamayan Tedaviler
 - a. Düzenleyici kurumlar tarafından onaylanmamış yeni geliştirilmiş tedaviler
 - i. Kök hücre tedavisi
 - ii. Eklem yüzeyi değiştirme ameliyatları
 - iii. Çoklu yapay disk yerleştirme ameliyatları
 - b. Yapılamayan ya da yapılmasının önünde toplumsal ya da yasal engeller bulunan tedaviler
 - i. Organ nakli
 - ii. Yumurta ya da sperm donörü yoluyla infertilite tedavisi
4. Turizm ve Konaklama
 - a. Lüks konaklama imkânları
 - b. Egzotik tatil bölgeleri
5. Gizlilik ve Mahremiyet

Medikal turizm alanında yapılan birçok çalışma, medikal turistleri tedavi için yurt dışına çıkmaya teşvik eden en önemli faktörün maliyet avantajı olduğunu göstermektedir (Connell, 2006; Moghimehfar ve Nasr-Esfahani, 2011 p.1432).

Teorik açıdan bakıldığında, medikal turizmin yaygınlaşmasında bir takım faktörler ön plana çıkmaktadır. Dünya Ticaret Örgütü (WTO) tarafından 1995 yılında

kabul edilen “Hizmet Ticareti Genel Anlaşması” (GATS), sağlık hizmetleri ticaretinin serbestleştirilmesi konusunda büyük bir öneme sahiptir. Bu anlaşma ile birlikte hizmet endüstrisi kapsamında ele alınan medikal turizm, hizmet sunucuları açısından daha kolay sunulabilirlik özelliği kazanmış, bu hizmete ihtiyaç duyan kişiler açısından da daha rahat ulaşılabilir bir hale gelmiştir (Loh, 2014 p.760).

Sağlık hizmetlerinin küreselleşmesi; sağlık profesyonelleri ve tüketicilerin hareketi, giderek artan sayıdaki ortak girişim ve işbirliğine dayanan düzenlemeler yoluyla sağlık hizmetlerinin sınır ötesi dağılımı şeklinde ortaya çıkmaktadır (Chanda 2002 p.158). Medikal turizm pazarının büyümesinde; yerel medikal turizm aracı kuruluşları (domestic medical tourism facilitators-DMTF), yabancı sağlık hizmeti sunucuları (foreign healthcare providers-FHP), yerel sigorta şirketleri (domestic insurance companies-DIC), yerel işverenler (domestic employers-DE), yerel sağlık hizmeti sağlayıcıları (domestic healthcare providers-DHP) ve yabancı medikal turizm aracı kuruluşlarının (foreign medical tourism facilitators-FMTF) birbirleriyle olan etkileşimleri önemli yer tutmaktadır (Gan ve Frederick, 2011 p.165).

Turizm sektörünün tüm dünyada gelişmesi ile birlikte insanların seyahat etme nedenleri de çeşitlenmiştir. Bu süreçte; kongre turizmi, spor turizmi, macera turizmi, eko turizm, kültür turizmi ve sağlık turizmi gibi birbirinden farklı çok sayıda alternatif turizm türü ortaya çıkmıştır. Bunların başında gelen sağlık turizminin en önemli alt başlıklarından birini oluşturan medikal turizm, özellikle son yıllarda insanları seyahate yönelten en önemli etkenlerden biridir (Şahin ve Tuzlukaya 2013 p.50).

Tablo 2-2: Çeşitli ülkelere ait tıbbi işlem maliyetleri (2015-\$)

Medikal İşlem	ABD	Hindistan	Güney Kore	Meksika	Tayland	Malezya	Singapur	Türkiye
By-pass	123.000	7.900	26.000	27.000	15.000	12.100	17.200	13.900
Anjiyoplasti	28.200	5.700	17.700	10.400	4.200	8.000	13.400	4.800
Kalça Protezi	40.364	7.200	21.000	13.500	17.000	8.000	13.900	13.900
Diş İmplantı	2.500	900	1.350	900	1.720	1.500	2.700	1.100
Mide Küçültme	16.500	6.000	9.950	8.900	9.900	8.400	11.500	12.900
Rinoplasti	6.500	2.400	3.890	3.800	3.500	2.200	2.200	3.100
Lasik (çift taraf)	4.000	1.000	1.700	1.900	2.310	3.450	3.800	1.700
IVF Tedavisi	12.400	2.500	7.900	5.000	4.100	6.900	14.900	5.200

Medikal turizm olgusunun gelişimini destekleyen ana unsur ekonomik etkenlerdir. Tablo 2-2’de görüldüğü üzere farklı tedavi seçenekleri için ülkeler arasında anlamlı derecede fiyat farkı ortaya çıkmaktadır. Maliyet önemli bir unsur olmakla birlikte, farklı merkezler farklı alternatiflerle ön plana çıkmaktadır. Bazı ülkeler düşük maliyetleriyle, bazıları ise sunduğu yüksek kaliteli hizmet ile medikal turistlerin dikkatini çekmektedir (Wong ve ark., 2014 p.6).

Alternatif turizm türlerinden bir tanesi olan medikal turizmin gelişmesinde etkili olan unsurlar arasında, kaliteli ve düşük maliyet ile sunulan sağlık hizmetlerinin talep edilmesidir (Şahin ve Tuzlukaya 2013 p.51; Bhaidkar ve Goswami 2017 p.82). Sağlık hizmetlerindeki maliyet artışı ve sosyal güvenlik sistemlerinde yaşanan sorunlar, medikal turizm kapsamında verilen hizmetlerinin çeşitlenmesinin önünü açmıştır. Yaşam kalitesinin yükselmesi ve sağlık sektöründe yaşanan gelişmeler, özellikle gelişmiş ülkelerdeki yaşlı nüfusun artmasına, dolayısıyla da sağlık harcamalarında ciddi artışlara neden olmuştur.

Crooks ve ark., (2015b) Kanada vatandaşlarının tıbbi tedavi amacıyla yurt dışına çıkış sebeplerini ortaya çıkarmak için yaptıkları çalışmada, odak grup görüşmesi yoluyla 22 aile hekimine ulaşmış ve araştırma sonucunda yerel sağlık hizmetlerine erişimin tam olarak sağlanamaması sonucunda sistemin güven vermediği sonucuna ulaşılmıştır.

Küresel sağlık harcamalarının 2014-2017 yılları arasında % 5,3 oranında artması ve gayri safi yurtiçi hasılanın yaklaşık % 10'undan fazlasını oluşturması beklenmektedir. Sağlık harcamaları gelişmiş ülkelerde (ABD % 17,4, Batı Avrupa ülkelerinde % 10,7) en büyük ikinci harcama kalemi olarak göze çarpmaktadır (Wong ve ark., 2014 p.4). Dünya Sağlık Örgütüne göre ABD'de sağlık hizmetlerine harcanan miktar gayrisafi yurtiçi hasılanın 2000 yılında % 13,2'ini, 2007 yılında % 15,7'sini oluşturmuş ve 2019 yılında ise % 19,3 olarak gerçekleşeceği tahmin edilmektedir (Altın ve ark., 2011). Sağlık harcamalarının tüm dünyada sürekli olarak artması daha çok gelişmiş ülke vatandaşlarını, özellikle sigortaların kapsamı dışında kalan; göz, diş, kozmetik ve infertilite gibi tedaviler için denizaşırı ülkelere seyahate yönlendirmektedir (Wong ve ark., 2014 p.4).

İnternetin özellikle son yirmi yılda yaygınlaşması, bilgiye ulaşımı kolaylaştırmıştır. Kişiler hastalıkları ve tedavi alternatifleriyle ilgili ihtiyaçları olan bilgiye ulaşmak amacıyla interneti sıklıkla kullanmaktadırlar (Buccoliero ve ark., 2016 p.3). Özellikle ABD'de özel sağlık sigortası endüstrisi tarafından, medikal turizmin maliyet avantajlarından yararlanılması teşvik edilmektedir (Hopkins ve ark., 2010).

2.1.5. Medikal Turizmin Çeşitli Boyutları

Medikal turizm olgusunun günümüzde anlaşılan manasıyla ilk ortaya çıkışı, bazı ülkelerde teknolojik eksiklikler ve nitelikli insan kaynağının bulunmaması; dolayısıyla da hizmetin ya hiç üretilmemesi ya da kalitesiz üretilmesi gibi sebeplerdir. Özellikle az gelişmiş ülke vatandaşlarının; ileri teknolojiye ihtiyaç duyulan tedavi türleri için gelişmiş ülkelere seyahatlerine sıklıkla rastlanmaktadır. Burada en önemli unsur daha kaliteli sağlık hizmetinin alınabilmesidir (Noree, 2015 p.18).

Ancak medikal turizmin günümüzde en sık rastlanan modeli ekonomik etkenlere bağlı olarak ortaya çıkmaktadır. Sağlık hizmetlerinde maliyetlerin tüm dünyada ve özellikle de gelişmiş ülkelerde artması, medikal turizme olan rağbeti arttırmıştır. Son

yıllarda ülkelerin sağlık harcamaları giderek artmakla birlikte, aynı tedavi için farklı ülkelerde birbirinden çok farklı fiyatlar ortaya çıkabilmektedir. Bazı tedavi türlerinde ülkeler arasındaki fiyat farkı 10 katın üzerine çıkabilmektedir. Medikal turizm hizmeti veren ülkelerdeki düşük maliyetler, medikal turistler için diğer sebeplerin de bulunmasının yanında, en önemli destekleyici sebep olarak ortaya çıkmaktadır (Horowitz ve Rosensweig, 2007; Hutchinson, 2011; İlker, 2012).

Sağlık hizmetlerinde yaşanan maliyet artışları ülkeleri özellikle kamu eliyle sunulan sağlık hizmetleri konusunda zor duruma düşürmektedir. Ayrıca sigortaların kapsam dışı bıraktığı diş ve estetik işlemler gibi bazı tedavi türlerinin bulunması ve bu tedavilerin yaşanan ülkede yüksek maliyetlerle sunuluyor olması, yurt dışı tedavileri gündeme getirmektedir (Moghimehfar ve Nasr-Esfahani, 2011; Footman ve ark., 2014 p.4).

Kaliteli hizmet sunumu ve uygun fiyatların, hastalar açısından güven oluşturması ve memnuniyetin sağlanması üzerinde önemli etkileri vardır. Bu hususların ülke ya da kuruluşun tekrar tercih edilme durumunu etkileyen en önemli kriterler olduğu gösterilmiştir (Han ve Hyun, 2015).

Medikal turizmin kişilerin ya da ülkelerin ekonomilerine katkılarının olmasının yanında, enfeksiyon ve salgın hastalıkların yayılması riski ve ülkelerin kendi vatandaşlarına verdiği sağlık hizmetini başka ülke vatandaşlarına açması gibi etik konular da tartışılmaktadır (Connell, 2013).

Hukuki sorumlulukların her zaman net bir şekilde tanımlanması, hasta güvenliği ve malpraktisle ilgili yasal konuları gündeme getirmektedir (Loh, 2015).

Cinsiyet değişikliği, yasal ya da etik olmayan; doku ve organ nakli, infertilite tedavilerinde cinsiyet seçimi ve kanıtlanmamış tedavi seçeneklerinin bazı ülkelere sunuluyor olması gibi durumlar medikal turizmin en önemli etik konularıdır (Connell, 2006). Yasal düzenlemelerin eksik olduğu bölgelerde yeni ve deneysel işlemlerin uygulanabiliyor olması, çeşitli biyo etik sorunları ortaya çıkarmıştır (Parry, 2008). Yasa dışı yollarla başka bir ülkede doku ve organ nakli işlemlerinin yapılması da medikal turizm ile ilgili önemli bir etik sorundur (Bayın, 2015).

2.1.5.1. Hizmet Kalitesi Boyutu

Hizmetlere dair çok sayıda tanım bulunmakla birlikte, insan ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla sunulan, elle tutulamayan, koklanamayan, standartlaştırılmayan, fayda ve doyum oluşturan, soyut faaliyetlerin bir bütünü olarak tanımlanabilir (Sayım ve Aydın, 2011 p.246). Hizmetler, onu üreten ve tüketen arasında karşılıklı iletişim gerektiren sosyal faaliyetler içerir. Tüm hizmet sektörlerinde sunulan hizmetleri imalat ve diğer ticari sektörlerden ayıran birçok ortak özelliği vardır. Hizmetler nispeten somut değildir ve eş zamanlı üretim ve tüketim ile karakterize edilir. Bu nedenle hizmetleri önceden gözlemlemek ve hatta satın almadan önce denemek daha da zordur. Hizmetlerin sunumu genellikle tüketici değerlendirmesinin deneyimsel yönlerine dayanarak, anlık ve kendiliğinden ortaya çıkar.

Hizmetleri fiziki mallardan farklı olarak bazı karakteristik özelliklere göre ayırtmak gerekir (Sparks ve Fredline, 2007). Bunlar (Şekil 2-2); fiziki varlıklarının bulunmaması, “soyutluk”; üretim ve tüketiminin birbirinden ayrılmaması, “ayrılmazlık”; kalitesinin değişkenliği, “heterojenlik”; depolanamaması, “dayanısızlık” tır (Mucuk, 2012 p.307)

<p>Soyutluk</p> <p>Hizmetler; dokunulamaz, görülemez ve tadılamazlar.</p>	<p>Ayrılmazlık</p> <p>Hizmetler, hizmeti üreteninden ayrılmaz.</p>
<p>Heterojenlik</p> <p>Hizmetin kalitesi; kimin, nerede, ne zaman ve nasıl verdiğine göre değişir.</p>	<p>Dayanısızlık</p> <p>Hizmetler, daha sonra kullanılmak üzere depolanamaz.</p>

Şekil 2-2: Hizmetlerin özellikleri

Hizmet sektörü içerisinde ele alınan sağlık hizmetlerinde de kaliteli hizmet üretmek, hasta ile sağlık çalışanlarının kuracağı doğru iletişime bağlıdır (Özcan ve Aydın, 2015). Medikal turizmde hizmet sunum kalitesi, tüm hizmet sektörlerinde olduğu gibi çok büyük öneme sahiptir (Smith ve Forgione, 2007). Medikal turistler için düşük maliyetler ve bekleme listelerinin olmaması önemlidir ancak daha da önemlisi hizmet kalitesidir (Arı, 2017 p.4).

Kaliteli hizmet üretimi için diğer hizmet sektörlerinde olduğu gibi sağlık hizmetlerinde de, iş doyumunu ve motivasyonu yüksek çalışanlara ihtiyaç vardır. Nal ve Nal (2018) sağlık çalışanları üzerine yaptıkları çalışmada, çalışanların tatminini etkileyen en önemli unsurun ücret olduğunu belirtmişlerdir.

Parasuraman ve ark. (1988) hizmet kalitesini; müşterilerin hizmet algıları ve beklentileri arasındaki farkın derecesi ve yönü olarak tanımlamaktadırlar. Bunun sonucunda alınan hizmetten memnuniyet durumu ortaya çıkmaktadır. Hatta bu memnuniyetin derecesini değerlendirmek üzere, SERVQUAL adıyla bilinen bir ölçek geliştirmişlerdir. Bu ölçek hizmet kalitesinin ölçümü amacıyla yaygın olarak kullanılmaktadır.

Medikal turizme yapılan yatırımlar sayesinde bazı ülkelerde yerel sağlık kuruluşlarının kalitesi uluslararası standartlara ulaştırılmıştır (Noree, 2015 p.19). Bu da yerel halka sunulan sağlık hizmetinin kalitesinin artmasına olanak sağlamıştır.

Hizmet kalitesinin belirlenmesi ve tescil edilmesinde dış kalite değerlendirme ve akreditasyon kuruluşlarının çok önemli yeri vardır. Akreditasyon; *“bir kuruluş tarafından hasta bakım kalitesini iyileştirmek, güvenli bir çevre sağlamak, hasta ve personele yönelik riskleri en aza indirmek için sürekli çalışmak üzere görünür bir taahhüdü belgelemek”* şeklinde tanımlanmaktadır (Greenfield ve ark., 2012).

Akreditasyon ve diğer kalite değerlendirme kuruluşları tarafından yapılan belgelendirmeler genelde hastalara alacakları ya da aldıkları hizmetin kalitesine dair güvenilir bilgi sunmaktadır. Medikal turizm söz konusu olduğunda ABD merkezli bağımsız bir akreditasyon kuruluşu olan *“Joint Commission International”* (JCI) in bir parçası olan *“Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization”* en saygın akreditasyon kuruluşu olarak gösterilebilir (Binler, 2015). Tablo 2-3’te görüldüğü gibi, Türkiye JCI akreditasyonuna sahip sağlık kuruluşu sıralamasında dünyada altıncı sırada yer almaktadır (JCI, 2018). Güncellemelerle birlikte bu sayı sürekli olarak değişmektedir.

Tablo 2-3: Ülkelere göre JCI akreditasyonuna sahip kuruluş sayısı

Sıra	Ülke	JCI Akreditasyonuna Sahip Kuruluş Sayısı
1	Birleşik Arap Emirlikleri	185
2	Suudi Arabistan	109
3	Çin	98
4	Brezilya	62
5	Tayland	61
6	Türkiye	46
7	İspanya	35
8	İsrail	30
9	Güney Kore	28
10	Singapur	23

Bir sağlık tesisinin saygın bir dış kalite değerlendirme ve akreditasyon kuruluşu tarafından akredite edilmesi, o kuruluşun hizmet kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Özellikle uluslararası sağlık seyahatlerinde medikal turistler için referans olarak kabul edilmekte ve medikal turizm pazarındaki önemi giderek artmaktadır.

Hillen ve ark., (2011) hastalarla kurulan güvene dayalı bir ilişkinin ve iletişimin, hastalarda oluşabilecek korkunun azaltılması ve sonucunda tedaviye uyumun daha iyi olduğunu vurgulamış ve hizmet kalitesinin diğer yönlerine de değinmiştir.

Medikal turizmde hizmet kalitesi söz konusu olduğunda; sağlık tesisleri kadar aracı kuruluşlar da ciddi önem arz etmektedirler. Hizmetlerini; buldukları ülkelerin ve hastanelerin hizmet sunum kapsamlarına, uzmanlaştıkları tedavilerin şekline, hekimlerin uzmanlık alanlarına ve destekleyici yan hizmetlerin türleri de dahil olmak üzere çok çeşitli konuları göz önüne alarak sunmaktadırlar (Gan ve Frederick, 2011 p.165). Medikal turistlerle doğrudan etkileşimleri olduğu için sunulan hizmetin geneli düşünüldüğünde çok büyük önemleri vardır.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığınca hazırlanan “*Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik*”, 13 Temmuz 2017 tarihli ve 30123 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Yönetmeliğin amacı; “*Uluslararası sağlık turizmi ve turistin sağlığı kapsamında uluslararası düzeyde sunulan sağlık hizmetlerinin asgari hizmet sunum standartlarının belirlenmesi, uluslararası sağlık turizmi*

hizmetlerinde faaliyet yürütecek sağlık kuruluşları ile aracı kuruluşların yetkilendirilmesi ve bu faaliyetlerin denetlenmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.” şeklinde ifade edilmektedir. Böylelikle hem sağlık kuruluşlarının, hem de aracı kuruluşların asgari hizmet sunum standartları belirlenmiştir. Yönetmelikte belirtilen koşulları yerine getiremeyen sağlık kuruluşları ve aracı kuruluşların bu hizmeti üretmeleri yasal olarak engellenmiştir. Bu sayede medikal turistlere sunulan tüm hizmetlerin kalitesi kontrol altına alınmıştır.

2.1.5.2. Sosyal ve Ekonomik Boyutu

Sağlık hizmetlerinin maliyetinin artması, özellikle gelişmiş ülkelerdeki hastalar açısından medikal turizmin son dönemde gelişmesinde en önemli sebep olarak görülmektedir. Bu durum medikal turizm hizmeti veren ülkeler tarafından üzerinde durulması gereken bir konudur. Akademik çalışmaların çoğunda yüksek gelirli ülke vatandaşlarının daha düşük ya da orta gelirli ülkelere doğru medikal amaçlı hareketlerine odaklanılmıştır (Johnston ve ark., 2010).

Mckinsey tarafından hazırlanan bir rapora göre dünya medikal turizm pazarının en önemli ülkelerinden biri olan Hindistan’da GSYH’nın % 3’lük kısmı medikal turizmden elde edilmektedir (Das ve Mukherjee, 2016).

Uluslararası Medikal Turizm Derneği-MTA (2013) yaptığı araştırmada medikal turistler için en önemli faktör maliyet (% 80) olarak belirtilmiştir. Kozmetik cerrahi işlemlerinin tüm talepler içerisinde % 38’lik kısmı oluşturduğu görülmüştür.

Horowitz ve Rosensweig (2007) sağlık hizmetlerinin maliyetinin tüm dünyada ve özellikle de gelişmiş ülkelerde artmasından dolayı medikal turizmin son yıllarda daha da artan bir şekilde rağbet gördüğünü belirtmiştir. Medikal turizm yoluyla sunulan düşük maliyetler, medikal turistler için diğer sebeplerin de bulunmasının yanında en önemli belirleyici olarak ifade edilmiştir. Sağlık hizmetlerinde yaşanan maliyet artışları ülkeleri kamu eliyle sunulan sağlık hizmetleri konusunda zor duruma düşürmektedir. Bazı durumlarda da sigortaların kapsamı dışında kalan özellikle dış ve estetik tedaviler gibi bazı tedavi türlerinin bulunması ve bu tedavilerin kişilerin yaşadığı ülkelerde yüksek maliyetlerle sunuluyor olması kişileri yurt dışı tedavilere yönlendirmektedir (Moghimehfar ve Nasr-Esfahani, 2011).

Son yıllarda ülkelerin sağlık harcamaları giderek artmakla birlikte, aynı tedavi için farklı ülkelerde birbirinden çok farklı fiyatlar ortaya çıkabilmektedir. Bazı tedavi türlerinde ülkeler arasındaki fiyat farkı 10 katın üzerine çıkabilmektedir. Tablo 2-4'te ülkelere göre bazı tedavi prosedürleri için fiyatlar verilmiştir.

Tablo 2-4: Ülkelere göre medikal tedavi fiyatları (2018-\$)

Medikal İşlem	ABD	Hindistan	Tayland	Malezya	Singapur	Türkiye
Kalp Bypass	123.000	7.900	15.000	12.100	17.200	13.900
Anjiyoplasti	28.200	5.700	4.200	8.000	13.400	4.800
Kalp Kapağı Değişikliği	170.000	9.500	17.200	13.500	16.900	17.200
Kalça Protezi	40.364	7.200	17.000	8.000	13.900	13.900
Diz Protezi	35.000	6.600	14.000	7.700	16.000	10.400
Diş İmplantı	2.500	900	1.720	1.500	2.700	1.100
Mide Tüpü	16.500	6.000	9.900	8.400	11.500	12.900
Mide Bypass	25.000	7.000	16.800	9.900	13.700	13.800
Histerektomi	15.400	3.200	3.650	4.200	10.400	7.000
Meme İmplantı	6.400	3.000	3.500	3.800	8.400	4.500
Rinoplasti	6.500	2.400	3.300	2.200	2.200	3.100
Yüz Kaldırma	11.000	3.500	3.950	3.550	440	6.700
Yağ Aldırma (Liposuction)	5.500	2.800	2.500	2.500	2.900	3.000
Karın Germe	8.000	3.500	5.300	3.900	4.650	4.000
Lasik (İki Göz)	4.000	1.000	2.310	3.450	3.800	1.700
Katarakt (Tek Göz)	3.500	1.500	1.800	3.000	3.250	1.600
IVF Tedavisi	12.400	2.500	4.100	6.900	14.900	5.200

Kaynak: (<https://medicaltourism.com/Forms/price-comparison.aspx>)

Medikal turistler için gidecekleri ülkede hangi tedaviler için ne kadar ücret ödeyeceklerinin önceden belli olması çok önemlidir. Kişiler buna göre ülke ve medikal tesis belirlemektedirler. Fiyatlandırmada yapılan hatalar nedeniyle dünyanın en önde gelen medikal turizm ülkeleri arasında gösterilen Hindistan, belirtilen fiyatların tedavi

sonrası farklılaştığı ve başta ifade edilen fiyatlardan daha fazla miktarların fatura edilmesi ile uluslararası alanda kötü bir üne kavuşmuştur (Temizkan, 2015).

Medikal turizm sağlık hizmetini de içinde bulunduran turistik bir faaliyet olmasının yanında, ticari bir faaliyet olarak da değerlendirilebilir (Arı, 2017). Medikal turizm, sadece sağlık hizmeti sunucuları değil; çeşitli destekleyici sektörler için de faydalar sağlamaktadır. Bu sektörler; konaklama, restoran, eğlence ve ulaşım hizmetleri de dahil olmaktadır (Park ve ark., 2017). Destekleyici nitelikteki bu sektörlerin de fiyatlandırma kriterlerini iyi belirlemeleri ve bu konuda hatalı uygulamaların yapılmasının önüne geçilmelidir.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı tarafından 30.10.2017 tarihinde yayımlanan “*Kamu Sağlık Hizmetleri Fiyat Tarifesi*” ve uygulamaya dair “*Fiyat Tarifeleri Usul ve Esasları*” belirlenmiştir. Ayrıca fiyatlandırmada farklı uygulamaları ortadan kaldırmak amacıyla “*Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Kapsamında Sunulan Sağlık Hizmetleri Fiyat Listesi (Ek-2A)*” yayımlanmıştır. Bu listede sunulan fiyatlar gerek kamu, gerek özel bütün sağlık hizmeti sunucularını kapsamaktadır ve tüm sağlık hizmet sunucuları için taban fiyatı oluşturmaktadır. Kamu hastaneleri için bu listede belirtilen fiyatların 3 katı tavan fiyat olarak belirlenmiştir. Bu kuruluşlar taban ve tavan fiyatları arasında olmak kaydıyla belirledikleri kat sayıyı 1 katı ile 3 katı arasında olmak kaydıyla ilan etmek zorundadırlar. Belirlenecek katsayı tüm tedavi listesi için aynı olabileceği gibi, çeşitli işlemler için farklı katsayılarla da belirlenebilir (SB, 2017).

Özel sağlık kuruluşları ise belirlenen listedeki taban fiyatlardan aşağıda olmamak ve 1 ay içerisinde Sağlık Bakanlığına bildirilmek kaydıyla fiyatlarını istedikleri gibi belirleyebilmektedirler (Sağlık Bakanlığı Fiyat Tarifeleri Usul ve Esasları 12/h, 2017).

2.1.5.3. Yasal ve Etik Boyutu

Medikal turizmin küresel anlamda yükselen trendi tüm dünyada dikkat çekmekte ve çok sayıda yayında ele alınmaktadır. Bununla birlikte çeşitli etik sorunlar dikkat çekmektedir. Medikal turizmin en önde gelen ülkelerinden olan Hindistan ve Tayland’da yerli halkın sağlık hizmetlerine ulaşımında zorluklar yaşamaktadır. Tayland’da hastanelerin özelleşmesi tedavi maliyetlerini arttırmış ve yerel halk ile medikal turistler arasında sağlığa ulaşma konusunda eşitsizliklere sebep olmuştur

(Bayın, 2015 p.50). Yine medikal turizmde önemli bir ülke olan Singapur'da kamuya ait hastanelerde yaşanan yatak yetersizliği sorunu yerel halkın hizmete ulaşımında sorunlara sebep olmaktadır (Wong ve ark., 2014 p.4).

Çok sayıda ülkede medikal turizm kapsamında sağlık hizmeti almak amacıyla gelen hastalara sağlanan hizmetlerin, ekonomi için potansiyel bir gelir üretme mekanizması olabileceği yönündeki farkındalık giderek artmaktadır. Küreselleşmenin getirdiği avantajlarla birlikte medikal turizmden doğabilecek potansiyelin farkına varan ülkelerde medikal turizme olan ilgi artmakta ve önemli yatırımlar yapılmaktadır. Bu eğilim tamamen zararsız değildir. Gelişmekte olan ülkeler, vatandaşları için temel sağlık hizmetlerinden feragat etme pahasına, sahip olduğu teknoloji ve imkânları medikal turistlerin hizmetine sunmaktadır (Arellano, 2007 p.193). Bu sebeple medikal turist sayısındaki artışın, özellikle düşük gelir grubundaki kişilerin sağlık hizmetlerine ulaşımını olumsuz yönde etkileyeceğine dair kaygılar dile getirilmektedir (Alsharif ve ark, 2010).

Ülkeler medikal turizm stratejilerini belirlerken kendi vatandaşlarına sunulan sağlık hizmetini de göz önünde bulundurmalıdır. Daha çok kar sağlayan uluslararası pazar, ulusal sağlık sistemini etkileyerek yerel tüketicilerin sağlık hizmetlerine erişimini olumsuz yönde etkileyebilir (Burkett, 2007 p.231). Sağlık hizmeti sunucuları teknolojik açıdan gelişmiş, yüksek kaliteli sağlık hizmetini yüksek fiyatlarla, yabancı hastalara ve ülkedeki varlıklı kişilere sunmaya odaklanmaktadır. Bu durum halkın genel olarak kullanacağı kamu sağlık hizmeti sunucuları ile özellikle özel sağlık sunucuları arasındaki boşluğu genişletme potansiyeline sahiptir.

Düşük ya da orta gelir grubunda yer alan ülke vatandaşları kendi ülkelerinde bulunmayan tedavilere erişmek ya da başka ülkelerde bulunan daha yüksek kaliteli hizmetten yararlanmak amacıyla diğer ülkelere uzun süredir seyahat ettikleri bilinmektedir. Örneğin Moğolistan'da yaşayanlar; Çin, Japonya, Tayland, Güney Kore başta olmak üzere diğer ülkelere tedavi için seyahat etmektedirler. Snyder ve ark. (2015a) yüz yüze görüşme yoluyla yaptıkları çalışmada, bu uygulamanın bir sonucu olarak Moğolistan'dan tedavi amaçlı yurtdışına seyahat etmenin hastalar ve aileleri üzerinde kendilerini maddi olarak zor duruma soktuğu sonucunu elde etmişlerdir.

Medikal seyahatlerden doğan ekonomik sonuçların yanında, akreditasyon ve hizmet kalitesi, enfeksiyon ve salgın hastalıkların yayılması riski ve ülkelerin kendi vatandaşlarına verdikleri sağlık hizmeti üzerindeki etkisi gibi etik konularla ilgili bilgiler de sınırlı kalmaktadır (Connell, 20013). Bu tür seyahatlerde yaşanan komplikasyon durumlarında, maddi olarak elde edilen kar çoğu zaman tamamen ortadan kalmaktadır (Hanefeld ve ark., 2013).

Cinsiyet değişikliği ve infertilite tedavileri gibi bazı tedavi türleri için bazı ülkelerde yasal engeller bulunmaktadır (Connell, 2006). Ayrıca özellikle infertilite tedavisinde cinsiyet seçimi gibi etik ve yasal olmayan durumlara bazı ülkelerde göz yumulabilmekte ve bu durum medikal turizm kapsamında kişilerin ilgisini çekmektedir. Özellikle tedavi şansı kalmamış kanser vb. hastalıkları bulunan kişilerin, yeni geliştirilen ve onay almamış bazı tedavi türlerine izin verilen ülkelere seyahatlerinin yasal ve etik boyutu tartışılmaktadır.

Sağlık hizmetleri ve diğer alanlarda yasal düzenlemelerin eksik olduğu bölgelerde yeni ve deneysel işlemlerin uygulanabiliyor olması çeşitli biyo etik sorunları ortaya çıkarmıştır (Parry, 2008). Doku ve organ nakli işlemlerinin yasa dışı olarak başka ülkelerde (genellikle az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkeler) yapılması da medikal turizm ile ilgili diğer bir etik sorun olarak eleştirilmektedir. Organ ticareti ile ilgili yasal düzenlemelerin bulunmasına rağmen tamamen önüne geçilememektedir (Bayın, 2015 p.50).

2.1.6. Medikal Turizmde Pazarlama ve Markalaşma Süreci

Özellikle son yıllarda tüm dünyada yaşanan gelişmeler ürün ve hizmetlerin erişimini kolaylaştırmıştır. Hatta ülke sınırlarını da ortadan kaldırmıştır. Bu durumun küresel rekabeti doğurmuştur. Tüm bu süreçlerin bir sonucu olarak, markalaşma kavramı daha çok önem kazanmıştır. Ürün ya da hizmetleri diğer rakiplerinden ayıran en temel unsurun marka olduğu kabul edilmektedir. Hatta soyut bir kavram olan marka, diğer somut varlıklardan daha değerli olabilmektedir (Kurnuç ve ark., 2016).

Otomotiv sektöründe Almanya ve Japonya, moda sektöründe İtalya ve Fransa akla gelen ülkelerdir. Bu durum markalaşmanın önemini ortaya koyan önemli örneklerdir (Yılmaz, 2010). Son dönemde artan bir trend içerisinde olan medikal

turizmden söz edildiğinde, Türkiye'nin akla gelmesi güçlü bir marka imajı oluşturmakla yakından ilişkilidir.

Markalaşma kavramının önemini fark eden dünyanın en önde gelen medikal turizm merkezlerinden biri olan Hindistan, küresel anlamda güçlü bir marka oluşturmak için çalışmalar yapmaktadır (Wong ve ark., 2014).

İranda yapılan bir çalışmada "helal" markası üzerine inşa edilecek bir markalaşma faaliyetinin medikal turizm markası oluşturulması açısından önemi incelenmiştir. Haram yiyecek ve içecek sunulmaması, küretaj yapılmaması ve kuruluşlarda ibadethanenin bulundurulması bu kapsamda ele alınabilecek konular olarak belirtilmiştir (Arefi ve ark., 2018).

Marka kavramı günümüzde ürün ya da hizmetin; fonksiyonu, değeri ve imajının yansımalarının sembolik bir karşılığı olarak ifade edilebilir. İletişim olanaklarının artması marka kavramını küresel boyuta taşıyarak, ülkelerin sahibi olduğu varlıklar içerisinde en kıymetli unsurlardan birisi haline getirmiştir (Serçek ve Hassan, 2016).

Türkiye'nin, içerisinde dini öğelerin de bulunduğu kültürel yakınlık kavramını, özellikle islam coğrafyası üzerine yaptığı pazarlama faaliyetlerinde ön plana çıkarması, en azından müslüman ülke vatandaşları için iyi bir marka ve pazarlama faaliyeti olabilecektir.

2.1.6.1. Medikal Turizmde Pazarlama

Pazarlamanın temelini tüketicilerin istek ve ihtiyaçları oluşturur. Üretimden önce başlayarak üretime yön verir. Üretimden sonra da devam eder. Üretimden önce başlamasının temel sebebi üretime yön verecek tüketici ihtiyaç ve beklentilerinin önceden belirlenmesinin gerekliliğidir (Gegez, 2014).

Amerikan Pazarlama Birliği pazarlama kavramını; müşterilere, ortaklara ve topluma değer katan tekliflerin oluşturulması, iletilmesi ve alışverişi için yapılan aktiviteler bütünü olarak tanımlamaktadır (AMA, 2013).

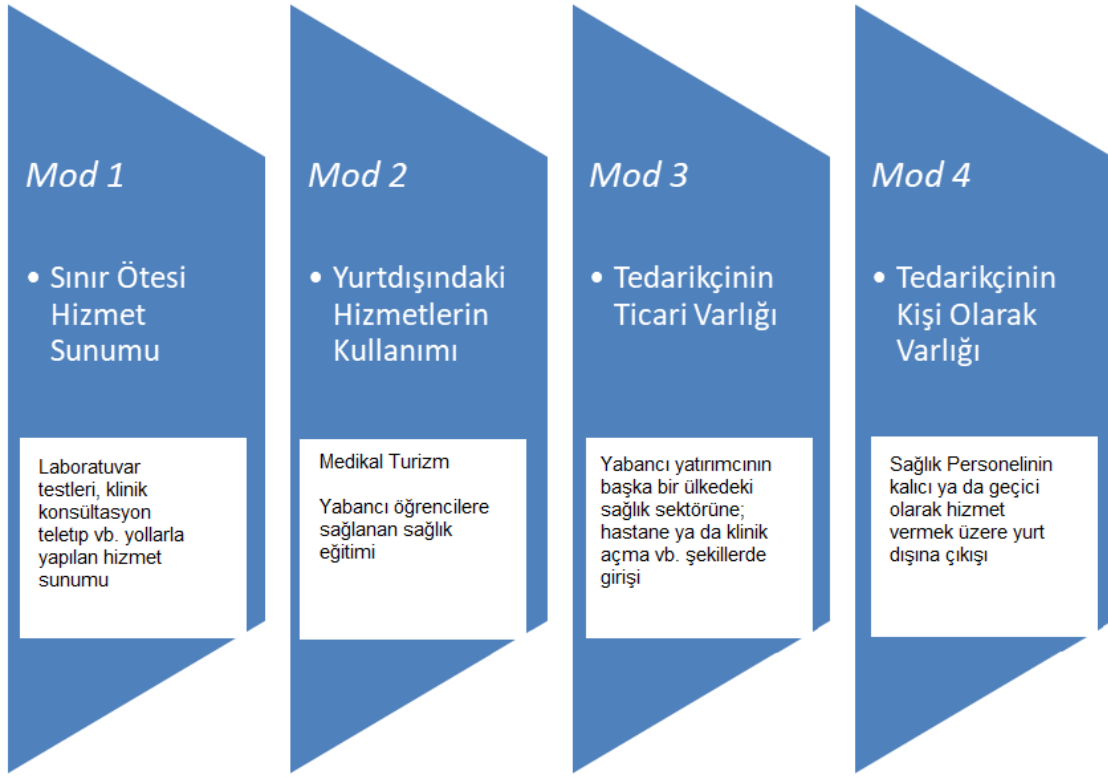
Uluslararası Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD), işletmelerin uluslararası pazarlara açılmasını küreselleşmenin bir aşaması olarak değerlendirmektedir. Genel olarak uluslararası pazarlar, ülke sınırları dışındaki bütün pazarlar olarak ifade edilmektedir. Pazarlama stratejileri yapılırken de, gerek ulusal gerek uluslararası

pazarlama için; hedef pazar seçimi ve uygun pazarlama karmasının geliştirilmesi aynı şekilde yapılmaktadır. Ancak uluslararası pazarlar bazı ulusal pazarlara ait niteliklere de sahip olmakla birlikte, çok daha karmaşık yapılara ve boyutlara sahiptirler. Her ülkenin kendine özgü çeşitli özellikleri vardır. Uluslararası pazarlar için genel olarak bazı özellikler şu şekilde sıralanabilir (Mucuk, 2012 p.96-97);

- Ürün çeşitliliği ve arz kaynağı fazladır.
- Şiddetli rekabet vardır.
- Fiyatlar iç pazara göre daha düşüktür.
- Ürün kalitesi önemlidir.
- Pazar araştırması yapmak daha masraflıdır.
- Politik ve kurumsal etmenler önemli yer tutar.
- Genel olarak çalışma hayatına ilişkin yasal düzenlemeler ve prosedürler ülkelere göre farklılık gösterir.
- Ülkelerin ekonomik düzeyine göre kalite algısı değişiklik gösterir.
- Tüketici davranışları farklılık gösterir.

Sağlık hizmetlerinin uluslararası ticareti kapsamında ele alınabilecek olan medikal turizm bu bağlamda ele alındığında dört şekilde gerçekleşir. Bunlar şekil 2-3'te görüldüğü üzere (Chanda, 2002 pp.158-159; Kitapçı, 2014 p.13)

- (Mod 1): Teknoloji vasıtasıyla tıbbi kayıtlar ve çeşitli laboratuvar sonuçlarının ülkeler arasındaki transferi
- (Mod 2): Hastaların sağlık hizmeti almak amacıyla ülkeler arasındaki yer değiştirmesi
- (Mod 3): Tanıtım yoluyla tedarikçilerin yer değiştirmesi
- (Mod 4): Sağlık personelinin sağlık hizmeti sunmak amacıyla yer değiştirmesi



Şekil 2-3: Hizmet ticareti genel anlaşması ve sağlık hizmetlerine uyarlanması

Turizm sektörü, küresel ekonomiye önemli ölçüde katkıda bulunan ve bir dizi gelişmiş ya da gelişmekte olan ülke için başlıca kaynaklardan biri haline gelmiştir. Bu durum turizmi dünyanın önde gelen endüstrilerinden biri haline getirmiştir (Shapoval ve ark., 2018). Alternatif turizm türlerinden biri olan medikal turizm alanında son dönemde yaşanan gelişmeler, sağlık hizmetlerinin uluslararası pazarlama boyutunu gündeme getirmiştir.

Medikal turizmde bugünkü anlamda yürütülen ilk pazarlama faaliyetleri, Bumrungrad Uluslararası Hastanesi ve Bangkok Uluslararası Hastanesi gibi sağlık kurumları tarafından başlatılmıştır. Medikal turizm sektörü günümüzde kamu kurumları, kamu-özel ortaklıkları, özel hastaneler, havayolu şirketleri, otel zincirleri, yatırımcılar, özel sermaye fonları ve aracı kuruluşlar tarafından yoğun olarak pazarlama faaliyetlerine maruz kalmaktadır (Turner, 2007 p.303).

Uluslararası pazarlara giriş yapmak isteyen bir ülke ya da kuruluş, sadece kendi ulusal hukuki normlarının yerine uluslararası hukuk kurallarıyla da yüz yüze kalmaktadır. Süreçlerde ortaya çıkabilecek sorunlar böyle durumlarda çok uluslu bir hal

almaktadır. Bu durumda ülke ya da kurumların kendi iç işleyişleriyle oluşabilecek sorunların üstesinden gelebilmeleri mümkün olmayacaktır (Daniels ve ark., 2011). Medikal turizm pazarında pay sahibi olmak isteyen bir ülke ya da kuruluş artık kendi ulusal sınırlarının dışına çıktığı için, iş süreçlerini de uluslararası kurallara göre yürütmek durumundadır.

Pazarlama büyük ölçüde kültüre bağlıdır. Bu sebeple, ülkeden ülkeye farklı uygulamaların yapılması başarı için gereklidir (Wilkie, 2005). Medikal turizm pazarına açılmak isteyen bir kuruluş ilk önce uluslararası pazarlara yönelik bir araştırması yapmak zorundadır. Bu araştırma üç aşamada gerçekleşir (Mucuk, 2012).

- İlk olarak, ön araştırma mahiyetinde;
 - Sosyal ve kültürel çevre
 - Ekonomik ve demografik çevre
 - Politik ve hukuki çevre analizi yapılmalıdır.
- İkinci olarak;
 - Pazarın potansiyeli
 - Pazara girişte yaşanabilecek engeller (tüketici tercihleri, araçlar ve rekabet) analiz edilmelidir.
- Üçüncü olarak ise;
 - İşletmenin bu pazardaki potansiyeli analiz edilmelidir.

Medikal turizm pazarında farklı pazarlama yöntemleri kullanılmaktadır. Farklı ülkelerde yaşayan insanların farklı ihtiyaçları bulunmaktadır. Bu durumun bilinmesi ve buna uygun pazarlama stratejilerinin belirlenmesi gereklidir. (Jotikasthira, 2010). Avrupalı medikal turistlerin en fazla tercih ettikleri ülkeler; Hindistan, Tayland ve Malezya olarak gösterilmektedir. Orta Amerikalı medikal turistlerin en çok tercih ettikleri ülkeler ise coğrafi yakınlığın da etkisiyle Güney Amerika ülkeleridir (Gülmez, 2013).

Pazarlamanın genel stratejik yöntemlerinde olduğu gibi medikal turizm alanında da; pazar bölümlendirmesinin ve doğru konumlandırma stratejilerinin uygulanması

oldukça önemlidir. İyi bir pazarlama stratejisinin planlanması ve uygulanması medikal turizm pazarında başarı için kritik öneme sahiptir (Aydın ve Aydın, 2015).

Medikal turizmden doğan ekonomik değer, özellikle gelişmiş ülkelerin sağlık sistemlerinde yaşanan problemlerin hızla büyümesi sebebiyle artarak devam etmektedir. Bu durum medikal turizmin dünya genelinde sürekli olarak daha da çok rağbet gören bir sektör haline gelmesini desteklemektedir. Devletler, çok sayıda çalışanı olan büyük şirketler ve sağlık sigortası kuruluşları, sağlık hizmetlerinin kendilerine olan maliyetlerini düşürmek amacıyla, medikal turizmi bir fırsat olarak değerlendirmektedir (Horowitz ve Rosensweig, 2007).

Devletler için bekleme listelerinin azalması, büyük şirketler ve sigorta kuruluşları için ise, benzer kalitede sağlık hizmetinin daha uygun maliyetlerle müşteri ve çalışanlarına sunulması anlamına gelmektedir (Hopkins ve ark., 2010). Bu durumdan yararlanmak isteyen özellikle gelişmekte olan ülkeler, nispeten daha uygun maliyetli sağlık hizmetlerini bu yolla ihraç etmekte; hükümetler uyguladıkları politikalar ile bu sektörü desteklemektedir. Birçok ülkede kamu ya da özel çok sayıda sağlık kuruluşu, hızla gelişen bu yeni endüstrinin sunduğu avantajlardan daha fazla pay alabilmek için çalışmaktadır (Turner, 2012).

Hope (2015) medikal turizmin en önemli paydaşlarından birisi olan seyahat sigortası sağlayıcılarının, bu sigortayı sunma konusunda çok fazla istekli görünmediklerini ifade etmektedir. Yüksek risklerinin bulunmasının yanında, kapsam ve risk hesaplamalarında kullanılan standart veri ve düzenlemelerin bulunmaması, sağlık sigortası şirketlerinin konuya temkinli yaklaşımlarına sebep olmaktadır. Bu gibi durumlar medikal turizm pazarı için önemli bir engeldir.

Dünyanın önde gelen medikal turizm merkezlerinden Tayland, Singapur ve Hindistan gibi ülkeler dünya genelinde farkındalık yaratabilmek amacıyla yoğun pazarlama faaliyetleri yürütmektedir (Wong ve ark., 2014).

Medikal turizm pazarlaması ile ilgili boyutları ve ağırlıklarını belirlemek amacıyla Tayvan'da AHS yöntemiyle yapılan bir çalışmada ilgili faktörler araştırılmıştır. Tutundurma, seyahat hizmetleri, medikal kaynaklar ve yatay işbirliği olmak üzere 4 ana boyut belirlenmiştir. Bu faktörlere göre belirlenen 14 alt faktörün değerlendirilmesi ile elde edilen ve ilk beş sırada yer alan alt faktörler şu şekilde

sıralanmıştır; marka konumlandırma (ağırlık % 15), sağlık tesisi (ağırlık % 13), sağlık hizmetinin kalitesi (ağırlık % 10), seyahat noktaları (ağırlık % 9), yatay işbirliği (ağırlık % 8) (Yang, 2013). Yapılan bu çalışmada, medikal turizmin pazarlanması açısından, tutundurma faaliyetlerinin önemi ön plana çıkmıştır.

2.1.6.2. Uluslararası Pazarlara Giriş Şekilleri

Uluslararası pazarlara giriş için kullanılan dört temel yöntem bulunmaktadır. Bunlar; en düşük seviyede taahhüt ve kaynak tahsisine ihtiyaç duyulan ihracattan, en fazlasını gerektiren doğrudan yatırıma doğru şöyle sıralanabilir (Mucuk, 2012 p.104);

- I. İhracat
- II. Lisans Verme
- III. Ortak Mülkiyet Girişimleri (Joint Ventures)
- IV. Doğrudan Yatırım

Bu seçenekler değerlendirilirken, pazarlanacak ürün ya da hizmetin niteliği, pazar ile ilgili çevresel faktörler ve kaynakların ne kadarının bu pazara aktarılacağı gibi konular göz önünde bulundurulmalıdır.

I. İhracat

Türk Dil Kurumu (TDK) “*ihracat*” kelimesini; “*bir ülkenin ürettiği malları başka bir ülkeye ya da ülkelere satması*” olarak tanımlanmaktadır (TDKa, 2018). Dış pazarlara açılmanın en kolay yolu ihracattır. Günümüzde özellikle gelişmiş ülkelerde, ekonomilerin en temel sektörlerinden biri olarak hizmet sektörü gösterilmektedir (Çeştepe ve Ergün, 2011 p.51).

Ekonomik açıdan değerlendirildiğinde, medikal turizm ülkeler arasında bir tür ihracat-ithalat ilişkisine dayanmaktadır. Çünkü bu süreçte bazı ülkeler diğer ülkelerin hizmetlerini ihraç ederken, diğer ülkeler ise bu hizmetleri ithal etmektedir (Omay ve Cengiz, 2013 p.426).

Uluslararası ticaretin giderek daha fazla önemli hale geldiği son yıllarda, medikal turizm kavramı çok sayıda ülke tarafından umut verici bir ihracat sektörü olarak tanımlanmıştır (Lautier, 2008). Özellikle çok sayıda Güneydoğu Asya ülkesi medikal turizmi, ihracatlarını arttırmak için en önemli sektörler arasında saymaktadır (IMTJ, 2013).

Medikal turizm özellikle son dönemde büyüme hızıyla dikkat çeken bir sağlık hizmeti ihracatı biçimi olup, çoğu kaynakta son derece değerli bir sektör olarak bildirilmektedir (Horowitz ve Rosensweig, 2007). Daha fazla büyüme ve ekonomik kalkınma amacıyla dünya çapında birçok hastane ve hükümet tarafından önemli yatırım hedefleri arasında değerlendirilmektedir (Johnston ve ark., 2015a).

II. Lisans Verme

Lisans verme, patent hakları yoluyla korunan belli bir mamul için, üretme ya da pazarlama izninin verilmesine dayalı bir işbirliğidir (Dinçer, 2003). Yurt dışında anlaşığı bir işletmeye lisans veren kuruluş; markayı, patenti, üretim sürecini ve gerekli teknik bilgiyi bir bedel karşılığında sağlamayı taahhüt eder. Böylelikle lisansı alan işletme bir markayı ya da markaya ait üretim tekniğini herhangi bir araştırma geliştirme faaliyetine katlanmaksızın elde edebilir. Bu yolla uluslararası pazara açılmanın firmaya sağladığı en büyük avantaj, düşük maliyetlerle dış pazarlara açılmış olmasıdır (Mucuk, 2012). Hizmet verdiği bir alanda kendisine potansiyel bir rakip çıkartması durumu ise dezavantajı olarak sayılabilir.

Lisans anlaşmalarına benzemekle birlikte biraz daha farklı olan “franchising” anlaşmalarında ise imtiyazlı lisans söz konusudur (Aslanoğlu, 2007). Bu anlaşmada bir işletme başka bir işletmeye belirli bir iş kolunda ve belirli bir zaman diliminde belirli ayrıcalıkları kullanma hakkı vermektedir. Bu hakkı verirken belli bir kalite garantisi alır ve karşılığında marka adını, gerekli olan temel malzemeleri ve eğitimleri verir (Selden ve ark., 2008).

III. Ortak Mülkiyet Girişimleri (Joint Ventures)

Başka bir ülkede mal ya da hizmet üretimi yerel bir işletme ile ortaklık kurularak yapılabilir. Yerel işletme üretim ve dağıtımı yapar, diğer ortak ise bu ortaklıktaki payı oranınca alınacak kararlarda söz sahibi olur. En önemli zorluğu ise, bazı durumlarda karşılaşılabilecek ortak kararlarda anlaşamama durumudur.

En çok karşılaşılan ortaklık türlerinden birisi stratejik birleşmelerdir. Bu şekilde kurulan ortaklıklarda artan rekabet ya da riske karşı aynı amaca sahip şirketler anlaşarak stratejik bir ortaklığa girişebilirler.

Diğer bir yol ise yönetim sözleşmeleri yoluyla yapılan ortaklıktır. Ortaklar birbirlerini tamamlayıcı faaliyetler yürüterek ortaklıklarını kurabilirler ya da dış

kaynaklara yönelerek (markanın ürünlerini başka bir ülkede üretirmesi gibi) ortaklık yapabilirler. Dış kaynaklara yönelme yoluyla girilen ortaklıklarda ana firma ürün geliştirme, tasarım ve pazarlama faaliyetlerini kendisi yürütür ancak üretimi başka bir ülkedeki şirkete yaptırabilir (Nanu, 2010).

IV. Doğrudan Yatırım

Bir firma yurt dışında bir ülkede yatırım yapılabilir bir pazar payı görürse doğrudan yatırımı düşünebilir. Özellikle bu pazar bildiği bir pazar ise, bu ülkede doğrudan üretim ya da montaj tesisi kurabilir. Böylece; ucuz işgücü ya da hammadde kaynağını kullanabilir ve sevkiyat maliyetlerini azaltabilir. Girilen pazarda yapılan yatırım nedeniyle olumlu imaj geliştirilebilir. Girilen pazarda sunulan teşvikler de doğrudan yatırım için cezbedici bir husustur. Yatırım kontrollerini tamamen elinde bulunduracağı için uygulayacağı politikaları da uluslararası pazarları göz önüne alarak geliştirebilir (Mucuk, 2012 p.329).

2.1.6.3. Medikal Turizmde Markalaşma

Keller (1993)'e göre marka, bir satıcının ya da grubun mallarını ve hizmetlerini tanımlamak ve onları rakiplerinden farklı kılmak için kullandığı; isim, terim, işaret, sembol, tasarım ya da bunların birleşimidir.

Keegan ve Green (2013) marka kavramını, müşterinin zihninde karmaşık bir görüntü ve deneyim paketi olarak tanımlamaktadır.

Kotler ve Armstrong (2012 p.231) ise marka kavramını; mal ya da hizmetin rakiplere göre farklılaştırılmasını sağlayan ve bunları tanımlamak için kullanılan isim, sembol, tasarım olarak tanımlamaktadır.

Gelişmiş ülke pazarlarında tüketiciler Starbucks, McDonald's, KFC ya da CocaCola gibi ikonik markaları aramaktadır. Tüketiciler ürünleri, marka ile sahip oldukları fayda ya da deneyimleri arasında yaptıkları değerlendirmeye dayalı olarak tercih ederler. Bir marka; bir isim, bir terim, bir işaret ya da tasarımdan daha fazlası olup, deneyimlerle de ilgilidir (Lacoeuilhe ve ark., 2017).

Markalaşma kavramı; ürün ya da hizmetlerin rakiplerinden farklılaştırılmasını sağlayan değerlerin oluşturulması ile ürüne katılan anlam olarak tanımlanabilir (Durmaz ve Ertürk, 2016).

Markanın iki önemli işlevi vardır. İlk olarak, bir marka belirli bir ürün hakkında belirli bir şirketin sözünü temsil eder. Bu bir kalite sertifikası türüdür. İkincisi olarak ise markalar, müşterilerin belirli bir ürünü aramalarına ve bulmasına yardımcı olarak alışveriş deneyimlerini daha iyi organize etmelerini sağlar. Müşteriler, bir ürünü gözlemlene, kullanma ya da kullananların deyimlerini, duydukları ya da başka bir yolla öğrendikleri ile birleştirirler. Ürünler ve markalar hakkında bilgi; reklam, tanıtım, satış personeli ya da ambalajlama gibi çeşitli kaynaklardan ve ipuçlarından gelmektedir. Marka imajı, aynı sektördeki rakiplerin kendilerini farklılaştırmasının bir yoludur (Keegan ve Green, 2013 p.289).

Markalar akılcı (düşünülen) ve duygusal (hissedilen) olmak üzere iki ögeden oluşur. Akılcı öge markanın söyledikleri, yaptıkları ve ortaya koyduklarıyla ilgilidir. Duygusal öge ise, bir markanın kendini nasıl ifade ettiği ve sunduğu ile ilgilidir (Kotler, 2000).

Küreselleşen dünyada yerel firmalar ile uluslararası markalar arasındaki rekabetin yoğunluğu, ürün ve hizmetlerdeki çeşitliliği ve marka alternatiflerinin sayısını artırmaktadır. Bu durum müşterilerin maruz kaldığı mesajları yoğunlaştırmakta ve farkındalığın artmasına sebep olmaktadır (Alarçin ve Uydacı, 2018).

Markalaşma süreci dört aşamada gerçekleşir (Aaker, 2013);

- Stratejik marka analizi
- Marka kimliği oluşturulması
- Marka değeri oluşturulması
- Markanın konumlandırılması

Stratejik marka analizi yapılırken, markanın güçlü yanlarını ön plana çıkaran stratejiler geliştirilmelidir. Marka kimliği oluşturma safhasında markayı temsil edebileceği düşünülen bir isim ve bir logo belirlenmelidir. Marka değerinin oluşturulması için ise, tüketicilerde bir farkındalık yaratılması gereklidir. Markanın konumlandırılması ise, genel olarak markanın tüketicilerin kafasında edindiği yer olarak ifade edilebilir (Gül, 2015)

Yavuz (2007) marka çalışmalarını ülke geneli yerine, belli bir bölge ele alınarak yapılması gerektiğini belirtmektedir. Bu sayede stratejilerin daha kapsamlı planlanması

sağlanabilecektir. Bu şekilde ülke geneli için oluşabileceği düşünülen, olumsuz bir imajın etkisinden korunulmuş olacaktır.

Günümüz medikal turizm koşulları düşünüldüğünde tek başına kaliteli hizmet sunumu başarıyı garantilemez. Hatta iyi yetişmiş nitelikli insan kaynağı tarafından, yüksek teknolojinin kullanılması, dahası bu hizmetin uygun fiyatlarla sunulması da, küresel başarı için yetersizdir. Bunu başarabilmenin en temel unsuru, müşterilerin zihinlerinde markaya dair farklılığın yaratılabilmesidir. Yılmaz (2011a) bu farklılık için sihirli unsurun “marka” kavramı olduğunu ifade etmektedir. Marka kavramının temeli, ürün ya da hizmetlerin birbirlerinden farklılaştırılmasına dayanır.

Musa ve ark. (2012) medikal turizm merkezleri için marka değeri unsurlarını; “hizmetin maddi karşılığı”, “kaliteli sağlık hizmeti”, “destekleyici diğer hizmetler”, “kültürel benzerlik” ve “dinsel faktörler” olarak önem sırasına göre sıralamaktadırlar.

Das ve Mukherjee (2016) yaptıkları çalışmada, medikal turizm için müşteri temelli marka değeri kavramının boyutlarını; farkındalık, algılanan kalite, marka sadakati ve özgünlük olarak belirlemişlerdir.

2.1.6.4. Marka İle İlgili Kavramlar

Marka kavramı altında ele alınan belli başlı kavramlar şu şekilde sıralanabilir.

- Marka Kimliği
- Marka İmajı
- Marka Kişiliği
- Marka Değeri
- Marka Farkındalığı
- Marka Sadakati

Marka Kimliği

Marka kimliği marka oluşturmada oldukça önemlidir. Bir ürün üzerine giysi giydirmeye benzer. İşletmelerin sundukları tüm hizmetlerin genel olarak toplamını ifade eder (Tengilimoğlu, 2014). Kısaca marka kimliği, markanın kendisini nasıl tanımladığını ifade eder. Marka imajı oluşturulması açısından marka kimliği çok

önemlidir. Marka kimliği marka stratejistlerince oluşturulması ve sürdürülmesi istenen marka çağrışımları seti olarak tanımlanır (Aaker, 1996a).

Marka kimliği işletmelerin kendileri ile ilgili anlattıkları özellikleri gösterir. Bir anlamda markanın müşterilerine vaadi olarak tanımlanabilir (Yıldız, 2015). Etkin bir marka yönetimi için marka kimliğinin iyi geliştirilmesi gereklidir. Ayrıca marka kimliği doğrudan markayı temsil ettiği için, belirlenen kimliğin markanın misyonunu da uygun bir dille yansıtabilmesi gereklidir (Gül, 2015 p.37).

Markaya ait kimliğin belirlenmesi, işletmeler açısından önemli olan unsurların neler olduğu ve var olma nedeni ile birlikte, müşteriler açısından da önemli olan unsurların ve işletmenin rakiplerine göre farklı yönlerinin tespit edilmesi açısından önemlidir (Kotler, 2011).

Marka İmajı

Kotler ve ark., (1991) marka imajı kavramını, belirli bir marka için tüketicilerde oluşan inanışların toplamı olarak ifade etmiştir. Keller (1993) marka imajı kavramını, tüketicilerin zihninde marka ile ilgili oluşan algı olarak ifade etmiştir. Aaker (1996a) ise marka imajı kavramını, markanın çağrışımlarının tüketiciler açısından yorumu olarak ifade etmektedir. Genel olarak literatürde marka imajı ile ilgili tanımlar incelendiğinde, bir marka hakkında tüketicilerin zihninde oluşan algılarının tümü olarak ifade edilebilir.

Marka imajı ve marka kimliği kavramları sık sık birbiriyle karıştırılmaktadır. Bu birbirinden farklı iki kavramı kısaca şu şekilde birbirinden ayırmak gerekir. Marka imajı müşterilerin markayı nasıl tanımladığı, marka kimliği ise markanın kendisini nasıl tanımladığı ile ilgili kavramlardır.

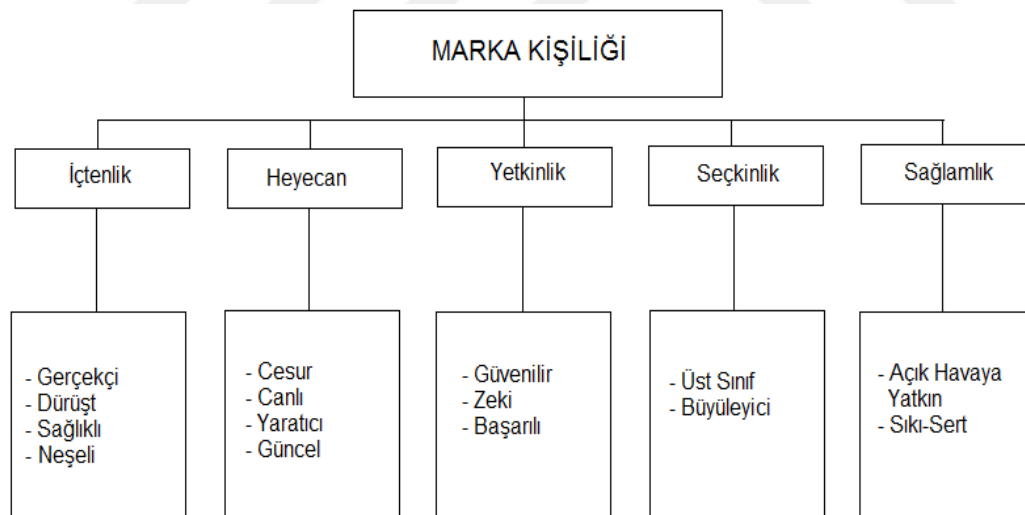
İmaj konusuna medikal turizm açısından bakıldığında, oldukça büyük bir öneme sahip olduğu görülecektir. Örneğin medikal turizm destinasyonları arasında çok önemli bir konuma sahip olmasına rağmen Hindistan'ın bazı konularda kötü bir imajı vardır. Hijyenik olmayan bir ülke imajı karşılaştığı en büyük zorluklardan biridir. Bunun yanında hastaneler arasındaki fiyatlandırma tutarsızlıkları ve bu konuda standardizasyonun sağlanamaması sigorta şirketleri ve doğrudan başvuran hastalar tarafından ülke hakkında kötü bir imaj oluşmasına sebep olmuştur (Temizkan, 2015). Bu durum ülkenin medikal turizm pazarlama faaliyetlerini olumsuz yönde

etkilemektedir. Bu açıdan bakıldığında iyi bir imajın (ülke ya da kurum açısından) oluşturulması etkin pazarlama faaliyetleri açısından da oldukça önemlidir.

Marka Kişiliği

Her insanın bir kişiliği olduğu gibi her bir markanın da kendine özgü eşsiz bir kişiliğe sahip olması gerekir. Buradan hareketle insana özgü özellikler markalara aktarılır (Aysen ve ark., 2012).

Marka kişiliği kavramı, markaya insani bir perspektiften bakmakla ilgili bir kavramdır (Aaker, 1996b). İnsan ve marka kişilikleri benzer karakteristik özelliklere sahip olsalar da farklı şekillerde oluşturulurlar. İnsan kişiliğine dair çıkarımlar bireysel tavır ve davranışlardan oluşurken, marka kişiliğine dair çıkarımlar marka ile tüketicilerin doğrudan ya da dolaylı etkileşimleri sonucu ortaya çıkar. Markaya ait kişilik karakterlerine ilaveten marka kişiliği; cinsiyet, yaş ve sınıf gibi karakteristik öğeleri içerir (Aaker, 1997).



Şekil 2-4: Marka kişiliği çerçevesi

Aaker (1997) tarafından geliştirilen ve en yaygın kullanılan marka kişiliği skalası (şekil 2-4); içtenlik, heyecan, yetkinlik, seçkinlik ve sağlamlık olmak üzere 5 boyuttan oluşmaktadır. Belirtilen boyutlar eleştirilere maruz kalmış ve tüm kültürleri yansıtmadığı belirtilmiştir. Aksoy ve Özsoy (2007) bu boyutları 1.200 kişilik

örneklem grubuyla yaptığı çalışmada; yetkinlik, heyecan, geleneksellik ve androjenlik olarak Türkiye'ye uyarlamıştır (Aktaran Aysen ve ark., 2012).

Türkiye'nin medikal turizm konusunda oluşturabileceği stratejiler belirlenirken, belirtilen bu kişilik özelliklerinden kendisine uygun olanı seçmesi gerekecektir. Seçilen bu kişilik özelliğine göre stratejilerin belirlenmesi oldukça önemlidir.

Marka Değeri

Aaker (1996a) marka değerini, tüketiciler için markanın diğer markalardan farklı algılanmasını sağlayan temel unsur olarak tanımlar. Bunun yanında pazarlama faaliyetlerinin de esasında marka değerini arttırmaya yönelik çalışmalar olduğunu ifade eder. Ayrıca Kotler (2000) pazarlama kavramını tanımlarken “*marka inşa etme sanatı*” ifadesini kullanmaktadır.

Aaker (1996a) marka değerini beş boyutta incelemiştir.

- **Sadakat Boyutu**
 - Fiyat Kazanımı
 - Tatmin/Sadakat
- **Algılanan Kalite Boyutu**
 - Algılanan Kalite
 - Liderlik
- **Marka Çağrışımları Boyutu**
 - Algılanan Değer
 - Marka Kişiliği
 - Organizasyonel Çağrışımlar
- **Farkındalık Boyutu**
 - Marka Farkındalığı
- **Pazar Davranışı Boyutu**
 - Pazar Paylaşımı
 - Fiyat ve Dağıtım Endeksleri

İlk boyut olarak gösterilen “*sadakat*” marka değerinin en temel unsurudur. Olası kriz durumlarında markayı korur. Sadık bir müşteri diğer markalara göre % 10-15 daha fazla ödemeye hazırdır. İkinci sırada yer alan “*algılanan kalite*” boyutu, marka değerinin merkezi olarak görülür ve marka değerinin diğer boyutları için de önemlidir. Müşterilerin ürünü satın alma davranışını doğrudan etkiler. Üçüncü sırada “*marka çağrışımları*” boyutu gelmektedir ve genellikle markaya özgü olan imaj boyutuyla ilgilidir. Marka çağrışımları marka ile ilgili üç bakış açısı üzerinde değerlendirilebilir. Bunlar; bir değer olarak marka, bir kişi olarak marka ve bir organizasyon olarak markadır. Marka değerinin dördüncü boyutu “*farkındalık*” tır. Markanın bilinirliği ile ilgili bir boyuttur. Daha iyi bilinen bir marka, diğerlerine göre daha çok tercih edilir. Beşinci boyut ise “*pazar davranışı*”dır. Markanın pazar paylaşımının, fiyat ve dağıtım kapsamının duyarlılığı ile ilgilidir (Aaker, 1996a).

Medikal amaçlı seyahat eden turistler sağlık sorunlarının çözümü için medikal tesis seçimlerini yaptıkları aşamada öncelikle, ülkenin sağlık hizmetleri konusundaki marka değerini ve sonrasında ise sağlık tesisinin marka değerini dikkate almakta ve kararını vermektedir. Medikal turizmde marka değeri; ülke, hastane ve doktor seçimi gibi kriterler ile ilgilidir. Tüketiciler kararlarını verirken bu kriterleri göz önünde bulundurmaktadırlar (Roy ve ark., 2018).

Marka Farkındalığı

Keller (1993) marka farkındalığını markanın bilinirliğini ayırt eden ilk faktör olarak ifade etmektedir. Marka farkındalığı tüketicinin farklı koşullar altında markayı tanıyabilme becerisi olarak görülmektedir. Marka farkındalığı özellikle bir markanın akla gelme olasılığı ve bunu yapabilme kolaylığı ile ilgili bir kavramdır.

Marka farkındalığı marka değerinin önemli ve bazen de göz ardı edilen bir bileşenidir. Farkındalık algı ve tutumları etkileyebilir. Marka farkındalığı, markanın müşterilerin zihnindeki kıymetini yansıtan bir unsurdur ve farkındalığın altı düzeyi vardır (Aaker, 1996b).

- Tanınma (A markasını hiç duydunuz mu?)
- Hatırlanma (Hatırladığımız otomobil markaları nelerdir?)

- Hatırlanan İlk Marka (Hatırlanan ilk marka olmak)
- Marka Baskınlığı (Hatırlanan tek marka olmak)
- Marka Bilgisi (Markanın konumu hakkında bilgi sahibiyim)
- Marka Fikri (Marka hakkında fikir sahibiyim)

Pazarda yeni ya da niş bir marka için tanınır olmak önemli bir farkındalık düzeyidir. Daha iyi bilinen markalar için ise hatırlanmak ya da hatırlanan ilk marka olmak oldukça anlamlıdır (Aaker, 1996b).

Marka farkındalığı genel olarak, alıcının bir markanın belirli bir ürün kategorisine ait olduğunu tanıyabilmesi ya da onu hatırlaması olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle, medikal turizm destinasyonunun marka farkındalığı, medikal turistin tedavi amacıyla ziyaret ettiği ülke ya da kuruluşun marka bilinirliği ve hatırlanması olarak tanımlanmaktadır (Das ve Mukherjee, 2016).

Türkiye'nin medikal turizmde güçlü bir marka oluşturabilmesi sağlanabilirse akla gelen ilk medikal turizm merkezi olması da sağlanabilir. Hatta güçlü yönlerin fırsatlarla birleştirilmesi yoluyla, zayıf yönlerin giderilerek tehditlerin üstesinden gelinmesi sağlanabilirse ülke olarak hakkında gayet olumlu fikir beyan edilen bir medikal turizm markası oluşturulabilir. Buna yönelik stratejilerin planlanması güçlü bir marka oluşturulması açısından önemlidir.

Marka Sadakati

Erciş ve ark., (2007) marka sadakatini; *“tüketicinin markaya karşı olumlu hisler duyması, bağlı olduğu markayı diğer markalardan daha sık satın alması, satın almaya devam etmesi ve markayı daha uzun süreler kullanması”* şeklinde tanımlamaktadır (Aktaran: Yılmaz, 2010 p.29).

Marka sadakati kavramını tanımlarken, öncelikle satın alma davranışları ile marka sadakati arasında ayırım yapılması gerekir. Buna göre, satın alma davranışını tekrarlamak, aslında sadece bir markanın yeniden satın alınması ile ilgilidir. İki kavram arasındaki en önemli fark, gerçek marka sadakatinin marka taahhütüne dayalı olması ve tam manada bir marka sadakatinin olmasıdır. Markasına sadık bir tüketici kararlıdır. Yani ihtiyaç duyduğu anda aynı ürünü tekrar satın almak için ısrarcı olacaktır. Gerçek

anlamda marka sadakati gelişmemiş bir tüketici markasına bağlı değildir. Bu nedenle, aynı ürünü tekrar satın alma ihtiyacı duyduğu anda, her ne kadar satın alma davranışı gösterse de, aynı zamanda farklı bir markayı kolaylıkla satın alma potansiyeline de sahiptir (Bloemer ve Kasper, 1995).

Marka sadakati, pazarlama maliyetlerinin azaltılması, yeni müşterilerin kazanılması ve ticari faaliyetlerin artmasına sebep olacaktır. Ayrıca müşteri sadakati, ağızdan ağıza pazarlama konusunda da markaya rekabet avantajı sağlayacaktır (Chaudhuri ve Holbrook, 2001).

Marka sadakati kavramı güven algısı üzerine kurulmuştur. Hangi markaya ait ürün ya da hizmetin tercih edileceği konusu daha çok güven unsuruyla belirlenmektedir (Kurnuç ve ark., 2016). Sağlık hizmetleri de doğası gereği güven unsurunun en önemli olduğu alanlardan birisidir. Tedavi için başka bir ülkeyi tercih eden medikal turistler açısından değerlendirildiğinde başka bir ülkede olmak, tanımadığı bir kültüre sahip ortamda sağlık hizmeti gibi en kritik uygulamaları içeren hizmetlerin alınması düşünüldüğünde, güven unsuru daha da öne çıkmaktadır.

Hindistan'da medikal turizm amacıyla ülkeye gelen ziyaretçiler üzerine yapılan bir çalışmada, medikal turistlerin aynı ülkeye birden fazla kez tedavi amaçlı geldiği belirtilmiştir (Roy ve ark., 2018). Yapılan bu çalışma marka sadakatinin medikal turizm açısından ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

2.1.6.5. Markanın Sağladığı Faydalar

Markalar hem sahipleri olan organizasyonara, hem de onları kullanan tüketicilere çeşitli açılardan faydalar sağlamaktadır. Her iki kesim için de sağlanan farklı faydalar ayrı ayrı ele alınmıştır.

İşletmeler Açısından Sağladığı Faydalar

Bir marka, ürünü diğer rakip ürünlerden ayırıp, markaya dair avantajları vurgulayarak ürün hakkında bilgi sağlayabilir. Bu durum farklı ülkelerde dahi olsa ürünün satın alınma yönelimini arttırır (Wu ve ark., 2018).

Güçlü bir markanın talep oluşturmada önemli etkisi vardır. Müşteriler tarafından bilinirliği fazla olduğu için, ürün ya da hizmetlerinin, bilinmeyen bir markaya göre seçilme olasılığı çok daha fazladır (Yılmaz, 2010).

Marka işletmeye rekabet avantajı sağlayacaktır. Marka ürünü diğer ürünlerden farklılaştırır. Müşteriler markayı tanıyarak tekrar tercih eder. Bu sayede rekabet avantajı sağlanır.

Yeni ürünlerin kabulünü kolaylaştırır. Güçlü bir marka ve marka sadakati yüksek müşterin olması, yeni ürünlerin tanıtımı için çok daha fazla yatırımın yapılmasını gerektirmez. Bu süreç genellikle daha kolay ve daha ucuzdur. Hatta Apple markasının iPhone model telefonlarında olduğu gibi, tüketiciler yeni ürünleri sunmanızı bekleyecektir.

Müşteri sadakati ve paylaşılan değerler sayesinde müşterilerle duygusal bir bağlantı kurmak, müşterileri markaya çekecektir. Marka sadakati genellikle bir ömür boyu sürmekte ve bazen gelecek nesillere de aktarılmaktadır. Yapılan çalışmalarda marka sadakatının pazar lideri markalarda daha yüksek olduğu görülmüştür (Hoeffler ve Keller, 2003).

Güvenilirliğin artması ve satın almada kolaylık sağlayacaktır. Güçlü ve tanınmış bir marka; müşterileri başta olmak üzere bütün olarak pazarda güvenilirliğini artırır. Güvenilirliğin artması aynı zamanda tanınma, sadakat ve rekabet gücüne de yansıtacaktır. Özellikle gençler açısından marka bilinirliği ürünlerin tercihinde avantaj sağlamaktadır. Yaş ilerledikçe markanın yanında başka kriterler de önemli hale gelmektedir (Hoeffler ve Keller, 2003).

Tüketiciler Açısından Sağladığı Faydalar

Hizmet kalitesinin değerlendirilmesi geçmiş deneyimlere bağlı olarak tüketim esnasında ya da sonrasında anlaşılmaktadır. Sağlık hizmetlerinde ise hizmet kalitesinin anlaşılması her zaman çok kolay değildir ve güvene dayalıdır (Yılmaz, 2011b). Marka bir kuruluştan alınan sağlık hizmeti tüketicide güven oluşturacaktır.

Aaker (1996a), marka değerinin ürün ya da hizmetin satın alınması kararını desteklediği ve sağlanan tatmin duygusunu artırdığını ifade etmiştir.

Marka, bir ürünü ya da hizmeti temsil ettiği kadar bir imajı da temsil etmektedir. Son dönemde tüketiciler somut faydaların yanında belli bir imajı ya da sembolü de temsil eden markalara yönelmektedir. Bu durumda markanın sağladığı sosyal statü önemli olmaktadır (Deniz, 2011).

Markanın tüketiciler açısından faydalarını; ekonomik, fonksiyonel ve psikolojik olmak üzere üç grupta incelemek mümkündür. Ekonomik fayda; rekabet, fiyat ve parasal değer ile ilgilidir. Fonksiyonel fayda; ürün kalitesinden ve ürünün tüketicinin beklediği rolü ne kadar iyi yerine getirdiği ile ilgilidir. Tüketiciler ihtiyaçlarını gidermek amacıyla ürünleri kullanır. Dolayısıyla işlevsellik kullanım verimliliğinin bir ölçüsüdür. Psikolojik fayda ise; markanın kullanımından kaynaklanan maddi olmayan faydaları kapsar. Psikolojik faydalar, tüketici memnuniyeti için hayati önem taşır (Ambler, 2009).

2.1.7. Uluslararası Hasta Hareketliliğinin Çeşitleri

Uluslararası hasta hareketliliğini beş başlık altında incelemek mümkündür (Footman ve ark., 2014 p.2-3).

- Geçici Ziyaretçiler
- Uzun Dönemli İkamet Edenler
- Ortak Sınırdaki İkamet Edenler
- Yurtdışında Tedaviyi Tercih Edenler
- Sağlık Profesyonellerinin Hareketi

Uluslararası hasta hareketliliğinin çeşitleri ile ilgili bu başlıklara kısaca değinilecektir.

2.1.7.1. Geçici Ziyaretçiler

Bu kapsamda yurtdışı hasta tedavileri genellikle kişilerin medikal tedavi amacı dışında başka sebeplerle ülkeleri dışında buldukları sırada ve çoğunlukla acil hallerde ortaya çıkan sağlık hizmeti ihtiyacı durumlarını içermektedir. Genel turistik geziler ya da alternatif turizm türlerinden biri kapsamında yurt dışında bulunan kişiler; sportif faaliyetler, küçük kazalar ya da gıda zehirlenmeleri gibi durumlarla kendi alışık oldukları ortamlarına göre yurt dışında bu tür tehlikelere daha fazla maruz kalmaktadırlar. Bu gibi durumlarda en azından acil halleri geçinceye kadarki ihtiyaç duyacakları sağlık hizmetini buldukları ülkede almak zorunda kalmaktadırlar (Lunt, 2015). Bu durum ülkemizde “turistin sağlığı” başlığı altında değerlendirilmekte ve medikal turizmden farklı olarak ele alınmaktadır.

2.1.7.2. Uzun Dönemli İkamet Edenler

“Emekli göçü” olarak da adlandırılmaktadır. Başka ülkelerde emekli olan kişiler de ülke sağlık sistemleri için bir yük oluşturmaktadır. Emekli olarak iş gücünden çıkan insan sayısının artması aktif çalışan sayısını azaltmaktadır. Aynı zamanda bu insanların yaşlanmalarından dolayı sağlık hizmetlerine olan ihtiyaçları da artmaktadır. Nüfusun yaşlı yapısı, uzun süreli bakım ya da sağlık hizmetlerine olan gereksinimin artmasına ve çoğu zaman birden fazla kronik hastalığın ortaya çıkmasına sebep olmakta ve bu durum sağlık sistemleri için çeşitli sorunlara yol açmaktadır (Footman ve ark., 2014 p.3).

2.1.7.3. Ortak Sınırdaki İkamet Edenler

Ortak sınırı bulunan ülke vatandaşları diğer ülkenin sağlık hizmetinden yararlanmak isteyebilmektedir. Özellikle Avrupa Birliği ülkelerinde sınır bölgelerinde yaşayan halk bazı durumlarda ihtiyaç duydukları tedaviler için önemli mesafeler kat etmek istememekte ve en erişilebilir sağlık hizmetini diğer ülkeden almayı tercih etmektedir (Glinos ve ark., 2010). Sınır ötesi sözleşmeler, birkaç Avrupa sınır bölgesinde, hastaların ikamet ettikleri ülkede uzun mesafelere seyahat etmek yerine belirli hizmetlere erişmelerini sağlamak için kullanılmaktadır. Mevcut altyapının paylaşılmasının yanı sıra, sınır bölgelerindeki hizmet sunucularının birbirleri arasındaki işbirliği, sağlık hizmetlerinin etkinliği ve verimliliğini arttırmaktadır (Legido-Quigley ve ark., 2012).

2.1.7.4. Yurtdışında Tedaviyi Tercih Edenler

Bazı durumlarda hastaların bir kısmı, sağlık sistemlerinin karşılamadığı ya da sigorta paketlerine dahil etmedikleri özellikle, kozmetik amaçlı diş hekimliği uygulamaları ve cerrahi işlemler için başka ülkeleri tercih edebilmektedir. Bu gibi durumlarda hastalar cepten ödeme yapmak durumunda kalmakta ve daha uygun fiyatlarla tatil ve tedaviyi birleştiren yurt dışı tedavi alternatiflerini değerlendirmektedir (Footman ve ark., 2014 p.4).

Göçmen işçilerin kendi ülkelerindeki sağlık hizmetlerine aşina olmaları, tedavi için ülkelere geri dönmeleri için bir motivasyon unsuru olabilmektedir. Örneğin, Hollanda’da eğitim alan Alman öğrencilerin, buldukları ülkeden hizmet alma zorluğu algısı nedeniyle tedavi için ülkelere gitmeyi tercih ettiğine dair çalışmalar vardır (Glinos ve ark., 2012).

2.1.7.5. Sağlık Profesyonellerinin Hareketi

Sınır ötesi tedavilerin gündeminde büyük ölçüde hasta hareketliliğiyle ilgili konular konuşulurken, sağlık profesyonellerinin hareketliliği çoğu zaman göz ardı edilmektedir. Sağlık profesyonellerinin hareketliliği, hasta hareketliliği tartışmalarında öne çıkan olumlu yönlerinden ziyade, sağlık hizmetlerine erişimde ortaya çıkabilecek olası sorunları ile değerlendirilmektedir (Glinos, 2012). Bu açıdan bakıldığında sağlık profesyonellerinin uluslararası hareketi bazı kaynaklarda olumsuz bir durum olarak değerlendirilmektedir. Ancak bu durum medikal turistlerin gittikleri ülkelerde kendi kültürlerinde hizmet almalarına da olanak sağlamak ve bu yönüyle de medikal turizmi desteklemektedir.

Birçok ülke, işgücünü açığını kapatmak için yabancı sağlık profesyonellerine ihtiyaç duymaktadır. Bu durumun özellikle gelişmiş ülkelerdeki nüfus piramitleri incelendiğinde, ilerleyen dönemlerde daha da önemli bir sorun haline geleceği tahmin edilmektedir. OECD (2018b) “Sağlık İnsan Göçü” (Health Workforce Migration) verileri (Tablo 2-5) incelendiğinde, özellikle hekimlikte; İsrail (% 57,85), Yeni Zelanda (% 42,41), İrlanda (% 42,33) ve Norveç (% 39,66) gibi ülkelerde sağlık insan gücünün önemli bir kısmı yurt dışında eğitimlerini almışlardır. Bu durumun çeşitli sebepleri sayılabilir. Bu kişiler çalışmak için ülkelerine dönmektedirler. Bu kişilerin eğitim gördükleri ülkelerdeki sağlık insan gücüne katılımları da söz konusu olabilmekte ve bu durum kendi ülke sağlık sistemine olumsuz olarak yansımaktadır.

Tablo 2-5: Yurtdışı eğitim almış sağlık insan gücü

Hekim		Hemşire	
Ülke	%	Ülke	%
Avustralya	32,67	Avustralya	18,26
Avusturya	5,77	Avusturya	-*
Belçika	12,26	Belçika	3,53
Kanada	24,25	Kanada	7,91
Şili	21,27	Şili	2,09
Çekya	6,56	Çekya	-*
Danimarka	5,12	Danimarka	1,16
Estonya	3,53	Estonya	0,12
Fransa	10,86	Fransa	2,85
Almanya	11,04	Almanya	7,01

Macaristan	7,80	Macaristan	1,48
İrlanda	42,33	İrlanda	0,5
İsrail	57,85	İsrail	9,18
İtalya	0,82	İtalya	5,01
Letonya	5,95	Letonya	3,24
Litvanya	0,43	Litvanya	0,43
Hollanda	2,18	Hollanda	0,54
Yeni Zelanda	42,41	Yeni Zelanda	26,01
Norveç	39,66	Norveç	8,88
Polonya	1,88	Polonya	0,05
Slovenya	17,30	Slovenya	0,37
İsveç	27,99	İsveç	2,48
İsviçre	32,90	İsviçre	25,90
Türkiye	0,19	Türkiye	0,30
Birleşik Krallık (UK)	28,51	Birleşik Krallık (UK)	14,99
Amerika Bireşik Devletleri (ABD)	24,99	Amerika Bireşik Devletleri (ABD)	6

*Veri bildirilmemiştir.

Tüm eleştirilere rağmen sağlık çalışanlarının bu hareketi medikal turizm açısından bakıldığında olumlu olarak değerlendirilmektedir. Bu sayede hastalar gittikleri ülkelerde kendi ulusundan bir kişiden hizmet alabilmektedir. Bu durum özellikle dil ve kültürel yakınlık sayesinde, medikal turistler için son derece önemli bir husus olan güven konusunda çok önemli bir açığı kapatmaktadır.

2.1.8. Medikal Turizm ve Diaspora

Diaspora kavramı, mülteciler, misafir işçiler, göçmenler, etnik azınlıklar ve öz vatanlarıyla bağlantılarını sürdüren kişi ya da gruplar olarak tanımlanabilir (Huang ve ark., 2015).

Diaspora kavramı TDK'da "*herhangi bir ulusun yurdundan ayrılmış kolu*" şeklinde tanımlanmaktadır (TDKc).

Göçmenler genellikle gittikleri ülkelerde zorluklarla ve çeşitli dezavantajlarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bunlar arasında iş gücüne katılımda ve işe uyumda yaşanan zorluklar en önemli sorun olarak görülürken, sağlık hizmetlerine ulaşım da dezavantajlı konular arasında yer alır.

Diaspora kavramı genel olarak turizm endüstrisinde niş bir alan olarak görülmektedir (Vong ve ark., 2017) Özellikle göçmenlerin tedavi için, dil ve kültürel yakınlık sebebiyle kendi ülkelerini tercih ettikleri (diaspora turizmi) gösterilmektedir (Lee ve ark, 2012).

Özellikle ABD gibi göçmenlerin yoğun olarak bulunduğu ülkelerde sağlık hizmetlerine ulaşmada yaşanan sorunlar, kişileri bu hizmetleri almak için kendi ülkelerine yönlendirmektedir. Medikal turizmde göçmenler olgusu üzerine yapılan çalışmaların çoğu, bu durumun ortaya çıkmasında, göçmenlerin sağlık sigortasına sahip olma oranlarının düşük olmasının en önemli etken olduğunu ortaya koymuştur.

Örneğin ABD’de yaşayan Meksika kökenli kişilerin önemli bir kısmı coğrafi yakınlığının yanı sıra kültürel yakınlığın da etkisiyle tıbbi tedavi için kendi ülkelerine gitmektedirler (Jang, 2017).

Ülkeleri dışında yaşayan Güney Koreli göçmenlerinin; iyi eğitilmiş doktorların, gelişmiş ekipmanlara sahip hastanelerin ve sağlık hizmetinin daha hızlı alınabilmesi gibi sebeplerin bulunmasının yanında asıl olarak, ülkelerinde tedavi olmayı; duygusal ve tedavi edici (terapötik) yönü sebebiyle tercih etmektedirler (Lee, 2010).

Hollanda’da eğitim alan Alman öğrencilerin, buldukları ülkeden hizmet alma zorluğu algısı nedeniyle tedavi için ülkelerine gitmeyi tercih ettiğine dair çalışmalar vardır (Glinos ve ark., 2012).

Filipinler, Hindistan, Tayvan ve Küba gibi birçok ülke, başka ülkelerde yaşayan vatandaşlarına medikal turizm hizmeti sunmaktadır. Bazı diaspora vatandaşları kendi ülkelerine bu kapsamda yatırımlar da yapmaktadırlar. Hatta Kolombiya, Estonya ve Filipinler diaspora turizmini medikal turizm stratejisi olarak belirlemişlerdir (Agunias ve Newland, 2013 p.216).

Tablo 2-6: Diaspora kapsamında medikal turizmin tercih sebepleri

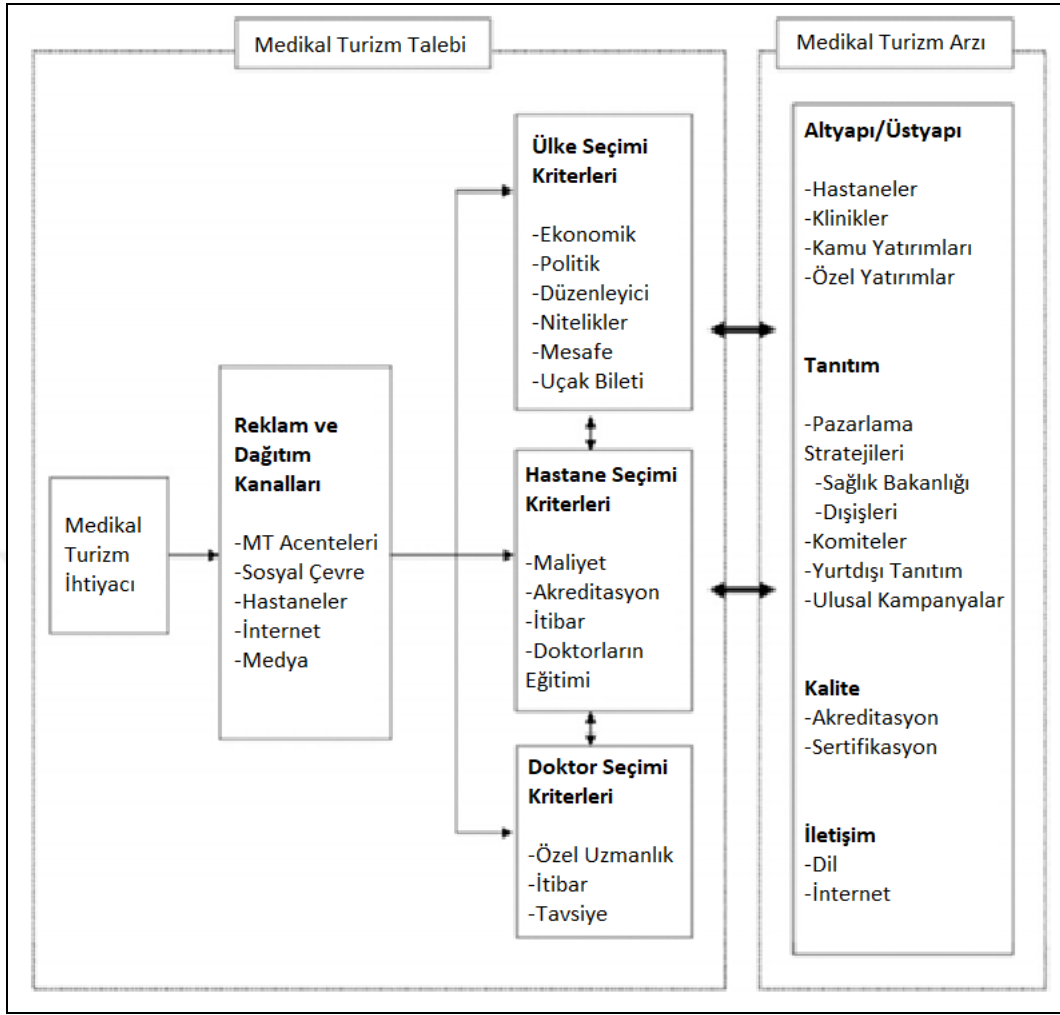
Medikal Hizmet Maliyeti	3,75
Doktorların Yeterliliği	3,68
Bekleme Süresini Azaltmak	3,29
Klinik Farkındalık	2,46
Güvenlik ve İletişim	2,33

Vasile (2017) başka ülkelerde yaşayan Romanya diasporası ile yaptığı çalışmada medikal turizm amacıyla ülkeye gelen vatandaşlarının kendi ülkelerini tercih sebeplerini incelemiştir. Tablo 2-6'da farklı ülkelerde yaşayan Romanya diasporasının kendi ülkelerinde medikal turizm kapsamında tedavi hizmeti almalarında etkili olan en önemli etken, medikal hizmetin maliyeti olarak görülmektedir. Doktorların yeterliliği ve bekleme süresini azaltmak diğer önemli kriterlerdir. Güvenlik ve hastane çalışanlarıyla olan iletişim imkanlarının etkisi en az etkili olan etken olarak belirtilmiştir.

2.1.9. Medikal Turizmde Arz ve Talep Modeli

Medikal turizmin arz ve talep olmak üzere iki farklı şekilde ele alınması mümkündür. Bazı ülkeler özellikle arz yönüne odaklanarak buna yönelik çalışmalar yapmaktadır. Bir kısım ülke için ise medikal turizmin talep yönü ağır basmaktadır. Ancak unutulmamalıdır ki, bu iki durumun aynı anda yaşandığı ülkeler de bulunmaktadır. Ülkeler stratejilerini ve faaliyetlerini hangi tarafta yer aldıklarına göre farklılaştırmaktadırlar.

Heung ve ark. (2010) tarafından geliştirilen modelde (Şekil 2-5); medikal turizmde arz ve talebi için farklı kriter ve alt kriterler belirlenmiştir. Talep kısmında genel anlamda tüm ihtiyaçlarda olduğu gibi; ilk önce ihtiyacın ortaya çıkması gerekmektedir. Daha sonra reklam ve dağıtım kanalları yoluyla kişinin dikkati çekilmektedir. Sonrasında ise sırasıyla; ülke seçimi, hastane seçimi ve tedaviyi yapacak doktorun seçimi aşamaları gelmektedir.



Şekil 2-5: Medikal turizmde arz talep modeli

Kişilerin dikkatleri; medikal turizm acenteleri, aile ve arkadaşlardan oluşan sosyal çevre, sağlık kuruluşlarının yaptığı tanıtım faaliyetleri, internet ve medya aracılığıyla çekilebilmektedir. Daha sonraki aşamada ise medikal turizm kapsamında tedavi olmak isteyen kişi ilk olarak tedavinin yapılacağı ülkeyi seçmektedir. Bu seçim seçilecek ülkenin; ekonomik, politik, yasal düzenleyiciler, ülkenin sahip olduğu özellikler, aradaki mesafe ve uçuş ücretleri gibi değişkenlerden etkilenmektedir (Moghimehfar ve Nasr-Esfahani, 2011 p.1432).

Ülke seçimini yapan bir medikal turist daha sonra tedavinin yapılacağı sağlık kuruluşunu seçmektedir. Bu aşamada; sağlık kuruluşlarının tedavi için belirledikleri fiyat çoğunlukla çok önemli olmaktadır (Hutchinson, 2011). En az fiyat kriteri kadar önemli olan kalite kavramı da dikkatle incelenmekte ve değerlendirilmektedir. Bu

konuda kabul gören bir akreditasyon sisteminin bulunması ya da kurumun iyi bir üne sahip olması tercih sebebi olabilmektedir (Smith ve Forgione, 2007). Seçilecek sağlık kuruluşunun bünyesinde çalıştırdığı, özellikle hekimlerin eğitim düzeyleri de hastane seçimi için en önemli konular arasında yer almaktadır (Menvielle, 2011).

Hastane seçiminin ardından yapılacak üçüncü ve son adım ise tedaviyi yapacak hekimin seçimi olmaktadır. Hekim seçimi için ise konu hakkındaki uzmanlığı ve faaliyetleri/başarıları incelenmektedir. Bu seçim aşamasında ağızdan ağıza pazarlamanın etkisi, olumlu ya da olumsuz olarak dikkat çekmektedir. Hasta tavsiyeleri bu seçimde özellikle etkili olabilmektedir. Bu amaçla bazı kurumlar web sitelerinde hasta görüşlerine ve başarı hikayelerine yazılı ya da görsel videolar yoluyla yer vermektedir. Böylelikle hastaları hem etkilemeye çalışmakta, hem de güvenlerini kazanmaktadırlar.

Medikal turizmin arz kısmı incelendiğinde ise; alt ve üst yapı, tanıtım faaliyetleri, kalite ve iletişim ön plana çıkmaktadır. Hastaneler, klinikler, kamu ya da özel sektörün yatırımları, medikal turizm arzında en dikkat çeken noktalardandır.

Medikal turizmin tanıtımı kapsamında, resmi kurumlarca kurumsal ve hukuki altyapı ile ilgili yapılacak düzenlemeler önemlidir. Pazarlama stratejilerinin özellikle Sağlık ve Dışişleri Bakanlıkları tarafından yürütülmesi ve tanıtımların bu kapsamda bir bütünlük içerisinde ele alınması, medikal turizm arz eden ülkeler açısından kritik noktalardır. Tanıtım kararının verilmesi ve stratejilerin buna göre belirlenmesi etkin tanıtım ve pazarlama için oldukça önemlidir. Bu faaliyetlerin belirli bir program kapsamında hedef ülkeler ve bu hedefler göre stratejilerin üretilerek uluslararası tanıtımın yürütülmesi planlanan arzın başarısı için hayati öneme sahiptir.

Hedefine bu alanda ön plana çıkmayı ve uzun vadede başarılı olmayı koyan bir ülke ya da kuruluş, kaliteli hizmet üretebilmelidir. Bunu ispatlamanın en kolay yollarından birisi de akreditasyon ve sertifikasyon olarak değerlendirilebilir. Uluslararası akreditasyon kuruluşları (JCI vb.) tarafından akredite edilen bir kurumun tanıtım ve pazarlama faaliyetleri de daha etkin olabilecektir. Bu kapsamda bazı ülkeler (Almanya, Kanada, Avustralya, Hindistan, Malezya gibi) kendi akreditasyon sistemlerini kurmuş ve kurumlarını bu kapsamda değerlendirmektedir. Kaliteli hizmet sunumuyla ilgili herhangi bir sorun yaşanmadığı durumlarda da bu şekilde uygulanan

yerel akreditasyon sitemleri de uzun vadede güven oluşturabilmektedir (Bristow ve ark., 2011)

Hastaların en önem verdikleri konulardan birisi de uygun bir iletişimin sağlanabilmesidir (Snyder ve ark., 2015b). Çalışanların hastanın dilini konuşabilmeleri bu konuda medikal turizm arz eden ülke -Hindistan ve Singapur'da olduğu gibi- ve kurumlara önemli kolaylıklar sağlayabilmektedir (Lee ve ark, 2012). Bu durum önemli bir tercih sebebidir. Ayrıca hastaların tüm ihtiyaçlarına cevap verebilecek bir web sitesinin varlığı da tercih edilme açısından kurumlara büyük kolaylıklar sağlayabilmektedir (Hopkins ve ark., 2010).

2.1.10. Medikal Turizmde İtici ve Çekici Faktörler

Kişileri yaşadıkları yerden başka bir ülkeye tedavi amaçlı seyahat etmeye yönelten itici ve çekici çeşitli faktörler bulunmaktadır. İtici faktörler ülkelerin kendileri ile ilgili, çekici faktörler ise hedef ülkelerle ilgilidir (Yirik, 2014 p.94).

2.1.10.1. Medikal Turizmde İtici Faktörler

Kişileri buldukları ülkedeki yerel sağlık hizmetleri ile yetinmek yerine, başka ülkelere giderek sağlık hizmeti alma arayışına iten çeşitli faktörler vardır. Bu faktörler küreselleşme temelli ve kurumsal faktörlere bağlı sebepler olarak ayrılabilir. Gan ve Frederick (2011 p.168) medikal turizmdeki bu itici faktörleri şöyle sıralamaktadır;

- a) Küreselleşme sebepli
 1. İnternetin bilgiye erişimde sağladığı kolaylık
 2. Ülkeler arası seyahat kolaylığı
 3. İletişim ve ulaşım maliyetlerinin düşmesi
- b) Kurumsal faktörlere bağlı sebepler
 1. Kolaylaştırıcı düzenlemeler
 2. Sigorta şirketlerinin teşviki
 3. İşverenlerin teşviki

Genel olarak turizm ve sağlık sistemlerinde yaşanan küreselleşme süreci medikal turizm sektörünün sürekli büyüyen ve milyar liralara ifade edilen bir pazar haline gelmesine sebep olmuştur (Kim ve ark., 2011). Medikal turizmde yaşanan bu hızlı büyümenin temelinde iki sebebe bağlı olarak yaşandığı değerlendirilmektedir. Endüstriyel olarak gelişmiş ülkelerde medikal tedavi maliyetlerinin artması temelinde;

ekonomik sebepli itici güçler ve çoğu batılı ülkelerde ortaya çıkan nüfusun yaşlanması temelli sosyo-psikolojik itici güçler, medikal turizmde yaşanan hızlı büyümenin ortaya çıkmasındaki iki temel unsur olarak görülmektedir (Bayın, 2015 p.49).

Literatürde en çok sözü edilen itici faktörler; ABD, Kanada ve Birleşik Krallık gibi gelişmiş ülkelerde; yüksek maliyetler ve kamu sağlık hizmetlerinde insan kaynağı eksikliği (Lee ve ark., 2012 p.71) gibi sebeplerle acil olmayan durumlar için uzun bekleme listelerinin bulunmasıdır (Johnston ve ark., 2010). Az gelişmiş ve gelişmekte olan bazı ülkeler için ise; sağlık hizmetlerinin çeşitli sebeplerle sunulmaması ya da ancak düşük kalitede sunulabilmesi olarak sıralanabilir (Noree, 2015 p.20).

2.1.10.2. Medikal Turizmde Çekici Faktörler

Medikal turizmde ön plana çıkmayı ve pay sahibi olmayı hedefleyen bazı ülkeler çeşitli kolaylaştırıcı ve cezbedici uygulamalar yapmaktadır. Bu uygulamalar doğrudan tüketiciye ya da ülkelere özgü faaliyetler olarak dikkat çekmektedir. Gan ve Frederick (2011 p.168) medikal turizmdeki bu çekici faktörleri şöyle sıralamaktadır;

a) Tüketicilere Özgü

1. Maliyet tasarrufu amaçlı olarak;
 - ✓ Daha düşük bürokratik ve idari ücretler
 - ✓ Düşük işgücü ve eğitim maliyeti
 - ✓ Düşük malpraktis sigortası ya da dava maliyetleri
 - ✓ Üçüncü parti ödeyicilerin (finansal araçlar) daha az ya da hiç katılmaması
 - ✓ Düşük ilaç ücretleri
2. Bekleme listelerinin minimum seviyede olması
3. Daha fazla kişiselleştirilmiş bakım
4. Tedavinin yapılabilirliği
5. Gizlilik ve mahremiyet

b) Ülkeye Özgü

1. Siyasi sebepler
2. Sosyal ve kültürel uyumluluk
3. Biyo etik düzenlemeler
4. Uluslararası akreditasyon ve itibar
5. Bakım kalitesi

6. İleri tıbbi teknoloji ve ekipman

Uluslararası kalite standartlarını yerine getirebilen hizmetlerin üretimi, rekabetçi fiyatlar ve hızlı hizmet sunumu hedef ülkelerdeki en önemli çekici faktörler olarak sayılabilir (Noree, 2015 p.20).

Kültürel yakınlık ülkelerin tercih edilmesinde önemli çekici etkidir (Menvielle, 2011). Ancak medikal turizm için en önde gelen çekici faktör çoğu kaynakta da belirtildiği üzere düşük fiyatlardır (Hutchinson, 2011; İlker, 2012 p.111). Döviz kurlarından doğan farklar ve hizmet sunum standartlarının uluslararası akreditasyon kuruluşlarınca teyit edilmesi (Smith ve Forgione, 2007), gizli tedavi olma şansı, ulaşım imkanlarının artması ve internetin yaygınlaşması gibi kolaylaştırıcı faktörler de çekici faktörler arasında gösterilmektedir (Connell, 2006 p.1093; Lee ve ark., 2012 p.71).

2.1.11. Medikal Turizmin Ülkelerin Sağlık Sistemlerine Olası Etkileri

Sağlık hizmetleri ve tıbbi prosedürler için yurt dışına seyahat eden tüketicilerin faaliyetlerini gösteren medikal turizm, dünya sağlık hizmeti sunumunda gün geçtikçe daha fazla dikkat çekmektedir (Bies ve Zacharia, 2007 p.1144). Bu durum popüler medyada ve ülkelerin politikalarında önemli yer tutmaktadır (Loh, 2015 p.173).

Ülkelerin gelirlerinde önemli artışlara sebep olan medikal turizm, özellikle son yıllarda büyük ilgi görmektedir (Burkett, 2007 p.231). Çok sayıda yayında ve kamu politika forumunda konunun yer bulma sıklığı giderek artmaktadır.

Medikal turizm faaliyetleri; ülkelerin sağlık sistemleri, insan ve sermaye kaynağının tahsisi ve genel ekonomik kalkınma için çok önemli potansiyel etkilere sahiptir. Politika geliştiren kişiler için küresel eğilimlerin net olarak görülebilmesi, medikal turizm ile ilgili politikalara önem verilip verilmemesinde belirleyici olmaktadır (Loh, 2014).

Küresel turizm endüstrisinin gelişimi ülkeleri ulusal çıkarları için, medikal turizmdeki potansiyeli fark etmeye sevk etmiştir (Terry, 2007 p.421). Tıbbi prosedürler için yurt dışına seyahat eden tüketicilerin faaliyetlerini gösteren medikal turizm, dünya sağlık hizmeti sunumunda gittikçe daha fazla dikkat çekici bir yöntem haline gelmiştir. Bu durum popüler medyada çok dikkat çekmekte ve ülkelerin politikalarında genelinde sağlık turizmi, özelinde ise medikal turizm başlığı önemli yer tutmaktadır (Loh, 2015 p.173).

Uluslararası yapılan sağlık seyahatleri, ülke içindeki siyasi ve sosyal değişimleri de etkileyebilir (Burkett, 2007 p.231). Medikal turizmin yerel sağlık sistemine olan etkileri ile ilgili iki farklı durum dile getirilmektedir. Birinci durumda; yerel hastaların sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamayacağı ve ikinci planda kalacağı, ikinci durumda ise aktarılan kaynaklarla ülke sağlık sisteminin iyileştirilebileceği ve bu sayede yerel halka daha iyi sağlık hizmetinin sunulabileceği konusu ön plana çıkmaktadır (Noree, 2015 p.20). Birinci durumda, daha çok kar sağlayan uluslararası pazar, ulusal sağlık sistemini etkileyerek yerel tüketicilerin sağlık hizmetlerine erişimini olumsuz yönde etkileyebilir. İkinci durumda ise medikal turizmden elde edilen ekonomik etki, ülkelere kendi vatandaşları için sunulan sağlık hizmeti standartlarını güçlendirme (nitelikli insan gücünü artırma, kamu hastanelerini güçlendirme) fırsatı tanınması nedeniyle de ayrıca öneme sahiptir (Burkett, 2007 p.232). Bu durum medikal turizmin pozitif etkisi olarak değerlendirilebilir (Loh, 2015 p.173).

Medikal turizmin etkilerini değerlendirirken birçok faktör göz önüne alınmalıdır. Bu faktörler; ülkenin ulusal sağlık sistemi, düzenleyici çevre ve hükümet politikalarıdır (Chanda 2002 p.159-160).

Medikal turizmin ülkelerin ulusal ekonomileri üzerinde önemli etkileri vardır. Bazı hastaneler toplam gelirlerinin % 10'unu medikal turistlerden elde etmektedir. Gelişmiş ülkelere daha az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelere doğru hasta hareketini içeren bu model özellikle son 20 yılda artan bir öneme sahiptir. Bu hastalar çoğunlukla tedavi ve turizmi birleştirmektedir (Sarantopoulos ve ark., 2014).

Sağlık çalışanlarının farklı ülkelere giderek orada hizmet vermeleri de medikal turizmin farklı bir türü olarak değerlendirilmektedir. Sağlık çalışanlarının göçü kapsamında incelenen bu işgücü hareketliliği, kendi dilinde ve kültüründe hizmet almak isteyen medikal turistler için de tercih sebebi olmaktadır. Özellikle kendi diline ve kültürüne sahip, kendi ırkından bir sağlık çalışanından hizmet alma fikri hastalarda, gittikleri/gidecekleri ülkede/sağlık kuruluşunda güven ve rahatlama hissi uyandırmaktadır. Ancak bu durum sağlık insan gücünün ülke dışına çıkması sebebiyle ana ülkede istihdamı etkilemekte ve hizmet sunumunda sorunlara sebep olmaktadır (Snyder ve ark., 2015b).

OECD raporlarında, ekonomik kriz yaşanan son dönemlerde, özellikle Avrupa'da bu krizlerden ciddi anlamda etkilenen çok sayıda ülke, bütçelerini başka alanlara da ayırabilmek amacıyla sağlık harcamalarından tasarruf yapmayı seçtikleri belirtilmiştir. Yapılan sağlık harcamalarını azaltmaya yönelik olarak uygulanan politikalar arasında, koruyucu sağlığı hizmetleri bünyesinde çalışan personelin maaşlarını daha dikkatli irdelemek, personel alımlarının azaltılması ya da durdurulması ve sonucunda sağlık çalışanı sayısında azalmalar, sağlık kuruluşları için ayrılan ödemelerde yapılan kesintiler ve tıbbi ilaç harcamalarında sınırlamalara gidilmesi yer almıştır (OECD, 2018a).

Medikal turizm endüstrisi; karmaşık, değişken ve sağlık hizmetlerinin üretimine ve tüketimine katkıda bulunan çeşitli faktörlere sahip dinamik bir endüstridir. Ülkenin ekonomik ve siyasi ortamı, seyahat ve turizm kısıtlamaları, yerel düzeyde politika değişiklikleri ve gelişmiş ve yenilikçi tedavi biçimlerinin sunulabilirliği medikal turizm pazarını etkiler (Bhaidkar ve Goswami, 2017 p.82).

Günümüzde gelişmekte olan birçok ülke, yüksek kalitedeki –çoğu durumda uluslararası akreditasyona sahip- sağlık hizmetini uygun fiyatlarla sunarak gelişmiş ve çoğunlukla komşu ülkelerden hastayı cezbetmektedir. Bu durum, sağlık altyapısını ve teknolojilerini geliştirmesine ve sağlık personelinin istihdamının artmasına imkân tanıyan fonların ekonomiye girişi yoluyla ülkelere katkı sağlamaktadır. Diğer bir açıdan, bu model düzgün bir şekilde yönetilmediği durumlarda, yabancı hastalara ve teknolojik açıdan gelişmiş, yüksek kaliteli sağlık hizmetlerinden yararlanabilecek varlıklı kişilere odaklanan özel sağlık hizmeti sunucuları ile genel halkın kullanacağı kamu sağlık hizmeti sunucuları arasındaki boşluğu genişletme potansiyeline sahiptir (Miyashita ve ark., 2017 p.3).

2.1.12. Dünyada Medikal Turizm

Medikal turizm tüm dünyada hızla gelişen küreselleşme sürecinin sonuçlarından biri olarak görülebilir. Özellikle son yirmi yılda küresel anlamda en hızlı büyüyen sektörlerden biridir. Günümüzde insanlar sağlık sorunlarına çözüm ararken, yalnız kendi ülkelerinde bulunan hekimleri, sağlık kuruluşlarını ya da fiyatları değil; en iyi sonuca, en uygun fiyatlarla nasıl ulaşabileceğini de düşünerek küresel anlamda hareket etmektedir (Görener, 2016 p.160).

Dünya medikal turizm pazarına bakıldığında; Batı Avrupa, Kuzey Amerika ve Orta Doğu, medikal turist ihraç eden üç önemli bölge olarak dikkat çekmektedir. Avrupalı medikal turistler için en fazla tercih edilen ülkeler; Hindistan, Tayland ve Malezya'dır. Malezya Orta Doğulu hastaların da dini yakınlık sebebiyle en çok tercih ettiği ülke konumundadır. Özellikle Orta Amerikalı medikal turistler tarafından en çok tercih edilen ülkeler ise coğrafi yakınlık sebebiyle Güney Amerika ülkeleridir (Gülmez, 2013 p.146).

ABD ve Almanya gibi ülkelerde yüksek maliyetler; İngiltere, Kanada ve Hollanda gibi ülkelerde arz-talep dengesizliği sonucu oluşan uzun bekleme listeleri ve Ortadoğu, Balkan ve Orta Asya Ülkelerindeki fiziki ve teknik donanımların yetersizliğinin yanında, yetişmiş personel eksikliği gibi sebeplerle nitelikli hizmet üretiminde yaşanan sorunlar medikal turizmin gelişimini desteklemektedir (Güneş, 2013 p.59). Avustralya'daki seyahat sigortası taleplerinin yaklaşık % 7-8'i yurtdışındaki dış tedavilerini kapsamaktadır (Leggat ve Kedjarune, 2009 p.123).

Dünya genelinde seyahat eden medikal turist sayısının her yıl % 15-20 oranında arttığı da gözlenmektedir (<https://www.health-tourism.com/medical-tourism/statistics/>). 2016 yılında küresel medikal turizm pazarının büyüklüğü 60 milyar dolar civarında iken 2023 yılına gelindiğinde bu rakamın 165 milyar dolara ulaşacağı tahmin edilmektedir (Sumant ve Shaikh, 2017). Ekonomik sebeplerden ayrı olarak; uzun bekleme süreleri (Bies ve Zacharia, 2007 p.1144), daha kaliteli tedavi arayışı, bazı işlemlerin kişinin kendi ülkesinde yapılamaması (etik ya da teknik yeterlilik gibi sebeplere bağlı olarak) ve iç talebe göre uzmanlaşmış beceriler gibi diğer başka sebepler de sayılabilir (Yeoh ve ark., 2013).

Asya kıtası medikal turizm için tüm dünyada en önemli bölge olarak gösterilmektedir. Bölgesel bazda incelendiğinde Güney Asya bu konuda en çok yatırım ve tutundurma faaliyetini yapan bölge olarak nitelendirilebilir (Johnston ve ark., 2015a). Hindistan, Tayland, Singapur, Malezya ve Güney Kore gibi ülkeler bu faaliyetlerini çok önemli boyutlara çıkarmışlardır (İçöz, 2009). Tayland medikal turizm faaliyetlerine 1970'li yıllarda cinsiyet değişikliği operasyonlarıyla başlamıştır. Daha sonra özellikle estetik cerrahi işlemlerine yönelmiştir (Connell, 2006).

Hindistan medikal turizm konusunda tüm dünyanın dikkatini çekmektedir. Bu ülkelerin yanında Avrupa ve Latin Amerika'daki gelişmekte olan ülkeler de, dikkat çekici ve düşük maliyetli medikal turizm destinasyonları arasında gösterilmektedir.

ABD ve diğer gelişmiş ülkelerden giderek artan sayıda hasta, elektif cerrahi ve uzun süreli bakım gibi tedavi seçenekleri başta olmak üzere, sağlık hizmeti alma amacına yönelik olarak yurtdışına seyahat etmektedir (Arellano, 2007 p.193).

Alsharif ve ark., (2010)'na göre, Hindistan'a medikal tedavi için başvuran hastaların % 78,7'si ABD, Kanada ve Birleşik Krallık vatandaşlarından oluşmaktadır. Yine aynı çalışmada bu hastaların % 90'lık kısmının bu ülkeyi tercih etmelerinde düşük fiyatların etkili olduğu gösterilmiştir. Bu seyahatlerin sebebi, daha az bir maliyetle, benzer kalitede sağlık hizmetinin alınma arzusudur (Eugene ve ark., 2013). Özellikle ABD gibi gelişmiş ülkeler, düşük gelir grubundaki ya da sigortasız vatandaşlarının başka ülkelerde daha düşük maliyetlerle tedavi olmalarının önünü açarken; ülkedeki *Cleveland Clinic*, *Mayo Clinic* gibi bazı sağlık kuruluşları, verdikleri üstün nitelikli sağlık hizmetini az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelerdeki yüksek maliyetleri karşılayabilecek hastaların hizmetine sunmaktadır. Burada sebep ise tıbbi ve teknolojik imkânların kısıtlı olması ve özellikle az gelişmiş ülkelerde bazı özellikli tedavilerin yapılamayıdır. Anlaşılacağı üzere medikal turizmdeki hasta hareketliliği tek yönlü olmayıp, karşılıklı bir hareket söz konusudur.

2.1.12.1. Medikal Turizmde Ön Plana Çıkan Ülkeler

Medikal turizm; bu kapsamda seyahat eden hasta sayısı ve hastaların hangi ülke vatandaşlarından oluştuğu, hangi branşlarda ne kadar hastanın kabul edildiği ve bu hastalardan elde edilen gelirin miktarı, hastalara ait kayıtların tam olarak tutulmaması, denetimlerdeki eksiklikler gibi sebeplerle dünya genelinde tam bir şeffaflığa kavuşmuş değildir.

Çoğu kaynakta medikal turizmin en önemli merkezi olarak gösterilen Asya ülkelerinde tedavi edilen hastalara ait bilgiler farklı kaynaklarda farklı sayılarla ifade edilmektedir. Bunun en önemli sebeplerinden biri, bu ülkelerde hangi hastaların medikal turizm kapsamında, hangilerinin diğer sağlık turizmi türleri olan termal ve SPA-Wellness ya da ileri yaş ve engelli turizmi kapsamında başvurduğunun tam olarak ayrımının yapılmamış olmasıdır. Ayrıca bazı ülkeler asıl tedavi olacak kişinin yanında,

refakatçileri de bildirilen medikal turist sayısına dahil ederek raporlamaktadır. Örneğin Singapur Turizm Kurulu 2012 yılı medikal turizm verilerini 850.000 olarak ifade etmekte (Wong ve ark., 2014 p.3), ancak IMTJ'ye göre asıl sayı 200.000 civarında olup, belirtilen sayıya refakatçiler de dahil edilerek bu ziyaretçi sayısı yükseltilmektedir. Noree ve ark. (2016) Tayland medikal turizmi için hükümetin belirttiği 1,2 milyon medikal turiste karşılık aslında bu sayının yaklaşık % 13'ü olan 167.000 medikal turistin 2010 yılında ülkeden medikal hizmet aldığı belirtmiştir.

Genel olarak sağlık turizmi ile ilgili seyahatlere dair net bir sayı verilememesinin yanında (Noree, 2015 p.19; Bhaidkar ve Goswami 2017 p.83) sadece medikal turizm amacıyla seyahat eden kişi sayısı 10 milyonu aşmıştır. Yıllık medikal turizm cirosu 100 milyar dolara ulaşmıştır (Aydın, 2012). Bu hasta sayısı ve mali büyüklüğün yarısından fazlasını Güney Asya ülkelerinden (Hindistan, Tayland, Singapur ve Malezya) medikal turizm kapsamında hizmet alan hastalar oluşturmaktadır. Bu bölgeyi tercih eden hasta sayısı 2010 yılı için 4,4 milyar olarak ifade edilmektedir (Horowitz ve ark., 2007).

Sigortası olmayan kişilerin ya da sigortaların kapsamı dışında kalan tedavilerin bulunması, bazı işlemlerin tüm ülkelere yapılamaması, iç talebe göre uzmanlaşma (Güneş, 2013) dünya nüfusunun artması, yaşam kalitesinin yükselmesi, çoğu gelişmiş ülkede acil olmayan operasyonlar için bekleme listelerinin olması ve sağlık hizmetlerindeki maliyet artışı gibi sebepler, medikal turizmi desteklemektedir. Bu durum kaliteli ve daha ekonomik hizmet üreten ülkeleri ön plana çıkarmaktadır (Gray ve Poland, 2008).

Tersi yönde bir hasta hareketinin de devam etmesinin yanında, gelişmiş ülkelere daha az gelişmiş ya da gelişmekte olan ülkelere doğru hasta hareketi özellikle son 20 yılda artan bir öneme sahiptir (Sarantopoulos ve ark., 2014). Bazı ülkeler düşük maliyetleriyle, bazıları ise sunduğu yüksek kaliteli hizmet ile medikal turistlerin dikkatini çekmektedir (Wong ve ark., 2014 p.6).

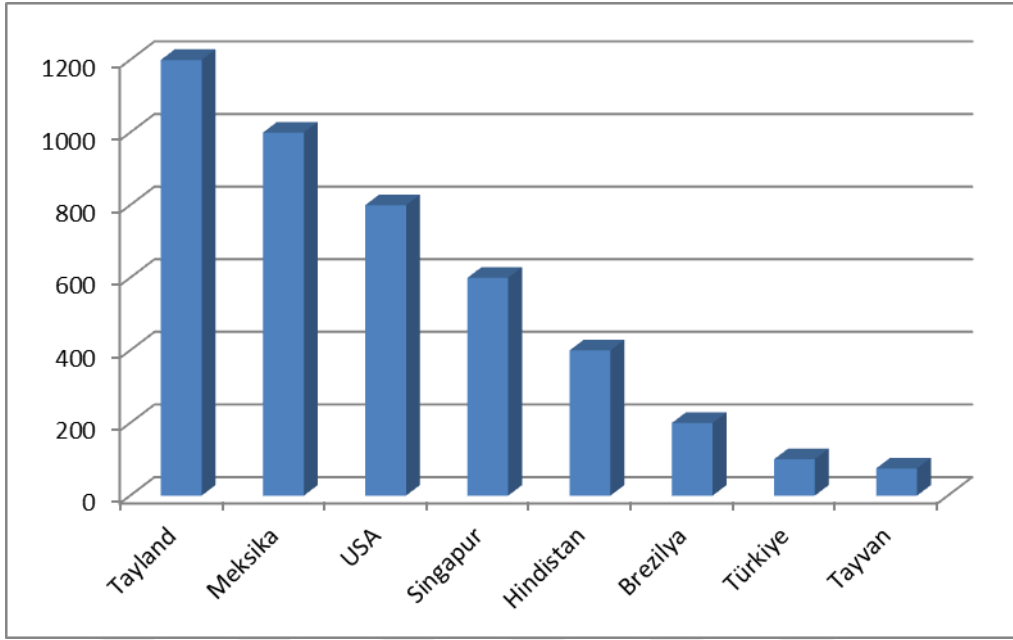
Dubai sağlıkta serbest bölge oluşumuna giden ilk ülke olmuştur. 2006 yılında 1,8 milyar dolara varan harcama ile faaliyete geçirdiği proje kapsamında çok sayıda uluslararası kuruluş bölgeye yatırım yapmıştır. Harvard Medical International ve Mayo

Clinic, bu proje içerisinde yer almıştır. Ancak tam olarak amaçlanan hedeflere ulaşamamıştır (Hopkins ve ark., 2010; Toprak ve ark., 2014).

Medikal turizm literatürü incelendiğinde bazı ülkelerin öne çıktığı görülmektedir. Bu ülkeler bölgelere göre; Amerika kıtasında; ABD, Brezilya, Kolombiya, Kosta Rika, Küba, Meksika, Panama; Avrupa ve Afrika kıtalarında; Macaristan, İspanya, Türkiye, Dubai, Ürdün, Güney Afrika, Almanya, Fransa; Asya kıtasında; Hindistan, Güney Kore, Malezya, Filipinler, Singapur ve Tayland olarak sayılabilir (Bhaidkar ve Goswami, 2017 p.83).

Bazı araştırmacılar hasta sayılarına bakılmaksızın medikal turizm hizmeti veren ülkeleri; özellikle gelişmiş kaynak ülkelerin (ABD, Japonya, Hollanda vb.) yakınlarındaki “arka bahçe” olarak görülen ülkeler (ABD için Meksika, Japonya için Tayland, Hollanda için Polonya gibi) olarak ifade etmektedir. Ayrıca bu destinasyonlardan başka, mesafe olarak uzak ülkeler (Hindistan, Tayland, Singapur, Küba gibi) olmalarına rağmen “oyun bahçesi” olarak görülen ülkeler sayılabilmektedir (Bilim, 2015).

Deloitte (2008) tarafından sağlık turizmi amacıyla en çok ziyaretçi ağırlayan ülkeler; Hindistan, Tayland, Singapur, Malezya, Güney Kore, Filipinler, Tayvan, Meksika, Brezilya, Kosta Rika, Türkiye ve ABD olarak sıralanmaktadır (Moreira, 2014 p.221; Aydın ve Aydın, 2015). Asya ülkeleri bu alanda çoğu kaynakta belirtildiği üzere ön plana çıkmaktadır (Reddy ve ark., 2010 p.510).



Şekil 2-6: Medikal turizm merkezlerinin 2012 yılı hasta sayıları (1.000)

Şekil 2-6’da Deloitte tarafından 2014 yılında yayımlanan “Küresel Sağlık Ve İlaç Sektörü Raporu” nda medikal turizm merkezlerinin 2012 yılı hasta sayıları gösterilmiştir. Bu tabloya göre Tayland 1.200.000 hasta ile en çok medikal turistin ziyaret ettiği ülkedir. Listede Türkiye medikal turizm açısından dünyada yedinci sırada yer almaktadır.

Türkiye 2023 Sağlık Turizmi Stratejisi’nde dünyada sağlık turizminde öne çıkan ülkeler şu şekilde sıralanmıştır (Tablo 2-7). Bu liste yıllık hasta sayısı dikkate alınarak elde edilmiştir (Gülmez, 2013 p.149).

Tablo 2-7: Medikal turizmde ön plana çıkan ülkeler

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

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı “*Türkiye 2023 Sağlık Turizmi Stratejisi*” medikal turizmde hasta sayısına göre oluşturulan listede ilk beş sırada yer alan ülkeler şu şekildedir.

- I. Hindistan
- II. Tayland
- III. Singapur
- IV. ABD
- V. Malezya

Genel olarak literatürde de ele alındığı üzere dünya medikal turizminde ilk sıralarda yer alan bu ülkeler detaylı olarak şu şekildedir.

I. Hindistan



Şekil 2-7: Hindistan'ın dünya üzerindeki konumu

Hindistan'ın resmi adı Hindistan Cumhuriyeti'dir. Konum olarak Güney Asya bölgesinde bulunur. 1 milyarı aşan nüfusuyla dünyanın en kalabalık ikinci ülkesidir. Şekil 2-7'de görüldüğü üzere; güneyinde Hint Okyanusu, batısında Umman Denizi ve doğusunda Bengal Körfezi bulunur (<https://www.google.com/maps/@13.9099458,74.7050556,4.67z>). Başkenti Yeni Delhi'dir. Hindistan günümüzde Çin Halk Cumhuriyeti'nden sonra en hızlı büyüyen ekonomiye sahiptir. Eski bir İngiliz sömürgesi olması sebebiyle Hintçe ile birlikte İngilizce resmi dildir (Şahin ve Tuzlukaya, 2013). İşgücü içerisinde İngilizceyi iyi seviyede konuşabilen ve eğitim düzeyi yüksek, önemli bir nüfusa sahip olması, medikal turizm alanında, diğer destekleyici faktörlerle birlikte büyük rekabet avantajı sağlamaktadır.

Tablo 2-8: Hindistan'ın sosyo ekonomik göstergeleri

Toplam Nüfus (2015)	1.300.000.000
Kişi Başına Gayri Safi Milli Gelir USD (2016)	6.490
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi Erkek/Kadın	67/70
Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması USD (2014)	267
Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH içindeki yeri %	4,7

Tablo 2-8'de Hindistan'ın sosyo ekonomik göstergeleri yer almaktadır. Ülke nüfus itibariyle dünyanın ikinci büyük ülkesidir. Kişi başı gayri safi milli gelir 6.490 ABD doları civarındadır (WHO, 2017).

Hindistan bütün dünyada medikal turizmin en önemli merkezi olarak gösterilmektedir (Akdu, 2014 p.17). Asya bölgesinin turizm destinasyonu olarak değil de, medikal turizm destinasyonu olarak anılmasında Hindistan'ın önemli bir yeri vardır. Ülkede 2008 yılında 15.000 hastane, 500.000'den fazla doktor ve 750.000 hemşire bulunmaktaydı. Hindistan sadece ABD'de 35.000 vatandaşının doktor olarak görev yaptığı bir ülke olarak, medikal turizmin önde gelen ülkelerinden bir tanesidir (Yirik ve ark. 2015 p.155).

Medikal turizmin Hindistan'daki geçmişi oldukça eskilere dayanmaktadır. Günümüzde Hindistan'ın medikal turizm destinasyonu olarak ismini koruyor olmasının ve tercih edilmesinin başlıca sebepleri şu şekilde sıralanabilir; gelişmiş ülkelerdeki uzun bekleme listeleri, düşük fiyat avantajı, uluslararası uçuş kolaylıkları, internet kullanımının yaygın olması, tıp eğitiminin iyi yapılması ve uzman personel sayısının da en azından özel hastaneler için yeterli olmasıdır. ABD başta olmak üzere, batılı ülkelerde eğitim almış Hintli doktorların iyi ücretler ödenerek ülkeye geri çekilmesinin de etkisi göz ardı edilmemelidir. Medikal turizmi kolaylaştıran yasal düzenlemeler, sektörün zamanla daha organize bir hal alması ve uluslararası akreditasyon kuruluşlarının hastanelerde bulunması medikal turizmi desteklemektedir.

İnsanların medikal turizm destinasyonu olarak Hindistan'ın seçmeleri için pek çok gerekçeleri bulunmaktadır. Ancak bunun yanında, Hindistan'da medikal turizm sektörünün karşılaştığı çeşitli zorluklar da vardır. Bu engeller; diğer sektörler ile sağlık sektörü arasındaki işbirliğinin zayıf olması, ülkenin hijyenik olmayan ülke imajı, hastaneler arasındaki fiyatlandırma tutarsızlıkları, uluslararası standartların ülkenin geneline yayılamaması ve sigorta şirketleri ile yaşanan problemler şeklinde sıralanabilir (Temizkan, 2015).

Hindistan Turizm Bakanlığı 2012 yılında ülkeyi medikal amaçla 171.021 yabancı turistini ziyaret ettiğini belirtmektedir. Bu sayının bir önceki yıla göre % 23 arttığı bildirilmiştir. Ülkede faaliyet gösteren Apollo Hastaneleri güçlü bir marka yaratmak amacıyla uluslararası tanıtım faaliyetleri yapmaktadır. Ülkeyi en çok Güney Asya, Afrika ve Orta Doğulu hastalar ziyaret etmektedir. Hindistan'ın tercih edilmesindeki birincil neden düşük fiyatlar olmasına rağmen, ülke bekleme sürelerinin azlığı, kişiselleşmiş hizmet sunumu ve iyi eğitilmiş doktorları ile de ön plana çıkmaktadır. Hindistan'da yurtiçi ve yurt dışında olmak üzere yılda toplam 30.000'in üzerinde doktor yetişmektedir (Tontuş, 2015). Ayrıca çoğunluğu Yeni Delhi ve Mumbai'de olmak üzere 21 JCI akreditasyonuna sahip hastane bulunmaktadır (JCI).

Hindistan dünyanın en fazla maliyet etkin ve en hızlı büyüyen sağlık turizmi merkezidir. Hindistan Turizm Bakanlığı medikal turizm ve wellness hizmetlerinde denizaşırı ülkelerde aktif tanıtım yapmaktadır. Medikal turizmdeki düşük fiyat avantajına rağmen, tanıtımlarında wellness hizmetlerini de ön plana çıkarmaktadır (Wong ve ark., 2014 p.4).

Hindistan; Afganistan, Bangladeş, Pakistan, Birleşik Arap Emirlikleri ve Maldivler gibi komşu ülkelerindeki sağlık turistleri için tarihin tüm zamanlarında bölgesel bir kesişim noktası olmuştur. Günümüze gelindiğinde Hindistan tüm dünya için global anlamda genel bir sağlık turizmi (tüm alt başlıkları ile birlikte) merkezi konumuna gelmiştir.

ABD, Kanada, Birleşik Krallık ve çoğu Avrupa ülkesi için; diz ve total kalça protezleri, mide küçültme operasyonları, kalp cerrahisi operasyonları kemik iliği nakli gibi çok ciddi işlemler yapılabilmektedir. Çok uzun zamandan beri gelişmiş ülke vatandaşlarına sağlık hizmeti vermesinin yanında, 1997 Asya Finansal Krizi sonrası

Asya ülkeleri için de giderek artan bir öneme sahiptir. Bu dönemde birçok ülkede orta gelir grubundaki insanlar maddi sorunlar yaşamış ve kuruluşlar ciddi sorunlarla karşı karşıya kalmıştır. Sağlık kuruluşları da bunlardan birisidir. Hastaneler bu dönemde ayakta kalabilmek için yaratıcı fikirler ortaya koymak zorunda kalmıştır. Bu durumdan çıkmak için ilk adım olarak sağlık turizmine yönelmişlerdir. Özellikle 11 Eylül 2001 tarihindeki ABD ve 7/7 saldırıları olarak bilinen, 7 Temmuz 2005 tarihindeki Londra saldırılarından sonra Batı Asya ülke vatandaşları daha çok Hindistan'ı tercih etmeye başlamıştır. Ayrıca yurtdışı hastalar için ihtiyaç duyulduğunda; havaalanı transferleri, özel yiyecekler ve tercüman sağlanması gibi katma değerli hizmetler sunulması medikal turizme katkı sağlamıştır. Hint Marka Değeri Kurumuna göre Hint sağlık sektörü yıllık % 14 büyüme ile 2020 yılında 280 milyar dolara ulaşacaktır (Maini, 2013 p.73-74).

Özel sektörün Hindistan medikal turizminde oldukça önemli bir yeri vardır. Hindistan'da çalışan doktorların yalnızca % 10'u kamu hastanelerinde hizmet vermektedir. Hindistan tanıtım sloganı olarak "Düşük Fiyatlara Üst Düzey Tedavi" sloganını kullanmaktadır. Hindistan'da Medikal turizmin gelişmesinde devletin önemli katkıları vardır. Hindistan Turizm Bakanlığı tarafından hazırlanmış "Medikal Vize" uygulaması, başka bir deyişle "M-Vize", hastaların medikal çözüm amacıyla Hindistan'a gelmelerinde çok büyük kolaylıklar sağlamaktadır (Uma, 2011 p.106-109; Noree, 2015 p.43). Bu vizenin süresi devam eden tedavilerde üç yıla kadar uzatılabilmektedir. Ayrıca bu vize hastanın iki yakınına da kapsamaktadır (Akdu, 2014 p.17).

Hindistan düşük fiyatları ve iyi eğitim görmüş doktorları ile çoğu kaynakta medikal turizmin başkenti olarak gösterilmektedir. Önemli bir medikal turizm merkezi olabilmek amacıyla, teknolojisini yenilemiş ve batının medikal uygulamalarını kendisine uyarlamıştır. Hindistan'da diz-kalça protezleri ve kardiyak ameliyatları ile nörolojik hastalıkların tedavisi ön plana çıkmakla birlikte, alternatif tıp tedavisinden (Ayurveda), en kapsamlı tedavilere kadar tüm tıbbi müdahaleleri içeren geniş bir hizmet yelpazesi sunulmaktadır. Batı ülkelerine göre düşük fiyatların yanında, bekleme süreleri de olmaksızın sağlık hizmeti sunmaktadır.

Nispeten uzak bir ülke olmasına rağmen sunduğu kaliteli ve düşük maliyetli sağlık hizmetini İngiltere'nin yaygın olarak konuşulması avantajıyla birleştirerek özellikle medikal turizmde fark yaratmaktadır (Herrick, 2007).

Medikal turizmde yaşanan tüm gelişmelere rağmen, altyapı sistemleri (uçuş ağı, kara ve deniz ulaşımı) ve hijyen şartları batılı ülkelerin standartlarının çok gerisinde kalmaktadır. Ayrıca hastaneler arasında farklı fiyatlandırma politikalarının bulunması ve genel bir hizmet sunum standardının bulunmamasıyla ilgili çok sayıda şikâyet de rapor edilmektedir. Genel olarak yabancı turistlere yönelik suç oranlarının da artması, olumsuz bir taraf olarak dikkat çekmektedir (Tontuş, 2015).

II. Tayland



Şekil 2-8: Tayland'ın Dünya üzerindeki konumu

Tayland Güneydoğu Asya'da yer alan bir ülkedir (Şekil 2-8). Batısında Myanmar, doğusunda Kamboçya, kuzeyinde Laos ve güneyinde Malezya bulunur (<https://www.google.com/maps/@9.8732681,91.9971472,4.68z>). Ülke coğrafi konumu ve sahip olduğu doğal güzellikleri ile de turistik önemi yüksek bir ülkedir. Bunun yanında Tayland medikal turizm sektöründe ön plana çıkan ülkelerden biridir (Wong ve ark., 2014 p.3).

Tablo 2-9: Tayland'ın sosyo ekonomik göstergeleri

Toplam Nüfus (2015)	67.959.000
Kişi Başına Gayri Safi Milli Gelir USD (2016)	16.070
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi Erkek/Kadın	72/78
Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması USD (2014)	600
Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH içindeki yeri %	4,1

Tablo 2-9'da Tayland'ın sosyo ekonomik göstergeleri yer almaktadır. Ülke nüfusu 2015 yılı verilerine göre 67.959.000 kişidir. Kişi başı gayri safi milli gelir 16.070 ABD doları civarındadır (WHO, 2017).

Tayland, medikal turizmi ülkenin kalkınması açısından bir araç olarak görmektedir. 1991 yılından itibaren yaşanan ekonomik canlanmayla birlikte Tayland halkının kişisel gelirlerindeki artış, özellikle özel sektörden yüksek kalitede sağlık hizmeti talebine neden olmuştur. Çoğu kuruluş bu talebi karşılamak için kendi kalitesini artırma yollarını aramıştır. Artan kaliteyle birlikte bu dönemde yatak sayılarını da arttırmışlardır. 1989 yılında özel hastanelerin yatak sayısı ülkedeki toplam yatak sayısının % 10,6 iken, 1997 yılına gelindiğinde bu oran % 22,6'ya ulaşmıştır (Noree, 2015 p.20). Tayland için 1997 yılındaki Asya ekonomik krizi, medikal turizm pazarında yer edinmesinde bir dönüm noktası olmuştur.

Tayland'ın geniş turizm ağı medikal turizmde de olumlu katkı oluşturmaktadır (Herrick, 2007; Akdu, 2014 p.16). Turistik itibarının yanı sıra, nispeten rekabetçi fiyatları; JCI tarafından akredite edilen yüksek hizmet kalitesine sahip kuruluşları ve medikal turizmi destekleyici üst düzey unsurları ile ön plana çıkmaktadır (Noree, 2015 p.19).

Ticaret Bakanlığı, Kamu Sağlığı Bakanlığı, Turizm ve Spor Bakanlığı, Dışişleri Bakanlığı ve Özel Hastaneler Derneği işbirliğiyle medikal turizm devlet politikası olarak ele alınmıştır. Medikal turistleri cezbetmek amacıyla 2003 yılında “*Thailand: Centre of Excellent Health Care of Asia*” (Tayland: Asya'nın Mükemmel Sağlık Merkezi) sloganı geliştirilmiştir (Noree, 2015 p.19).

Tayland sadece Asya bölgesinde değil, tüm dünyada önemli bir medikal turizm merkezidir. 1970'li yıllarda cinsiyet değiştirme operasyonlarıyla medikal turizmde adını duyuran ilk ülke olmuştur (Connell, 2006; İlker, 2012 p.113). Bunu daha sonraları kardiyojoloji, ortopedi ve estetik cerrahi operasyonları izlemiştir (Akdu, 2014 p.16). Estetik ve diş tedavilerinin yanında cinsiyet değişikliği operasyonları da hala en popüler tedaviler olarak görülmektedir. Ayrıca wellness merkezlerinde Tai masajı, SPA ve wellness aktiviteleri yer almaktadır (Wilson, 2011 p.124).

Wong ve ark., (2014) Tayland'ın 2012 yılında 2,53 milyon medikal turisti kabul ettiğini ve yaklaşık 4 milyar USD gelir elde ettiğini belirtmektedir. Bu sayı Miyashita ve ark. (2017)'nin ifadesine göre 2013 yılında 1,4 milyon olarak gerçekleşmiştir. Bu veriler her ne kadar farklılık gösterse de, Tayland'ı Hindistan ile birlikte Güneydoğu Asya'nın sağlık hizmetleri alanındaki en büyük ihracatçısı konumundadır. Taylandlı gurbetçilerin beşinci en çok bulunduğu ülke Japonya'dır. Medikal turistlerin en önemli grubunu çoğunluğu gurbetçilerden oluşan Japonlar oluşturmaktadır (Miyashita ve ark., 2017).

Hastalarının büyük bir kısmı Orta Asya ülkelerinden gelmektedir. Önemli miktarda Japon hasta Tayland'a tedavi için gitmektedir. Taylandlı doktorların bir kısmı eğitimlerini Japonya'da tamamlanmakta ve ülkesine dönmektedir. Bu şekilde tedavi olmak için ülkeye gelen Japon hastalar kendi dillerinde konuşan çalışanlardan tedavi hizmetini alabilmektedir. Bumrungrad ve Puket Hastaneleri ülkenin ve dünyanın sağlık turizminde en önde gelen sağlık tesisleridir. Bumrungrad Hastanesinin toplam geliri içerisinde yabancı hastaların payı % 50'den fazladır (Wilson, 2011 p.124). Hastane bünyesinde 70 dilde tercümanlık hizmetinin sunulmakta ve tüm personel İngilizce bilmektedir. Tayland sağlık turizminde; fiyat ve kaliteyi (Yirik ve ark, 2015), tai misafirperverliğini, egzotik plajlarını, eğlence fırsatlarını ve medikal tedavi seçeneklerini ön plana çıkarmakta ve pazarlama faaliyetlerini buna göre yapmaktadır (Wilson, 2011 p.124; Tontuş, 2015).

Medikal turist popülasyonu daha çok Kuzey Amerika, Batı Avrupa ve Orta Doğulu kişilerden oluşmaktadır. Birçok özel hastane, ABD ve Avrupa'daki dünyaca ünlü tıbbi enstitülerde olduğu gibi, gelişmiş tıbbi cihazları ve en güncel teknikleri kullanarak kapasitelerini geliştirmiştir (Noree, 2015 p.19). Tedavi için ülkeye gelen Avrupalı ve Kuzey Amerikalı turistlerin çoğu "elit tabaka" olarak tabir edilen varlıklı

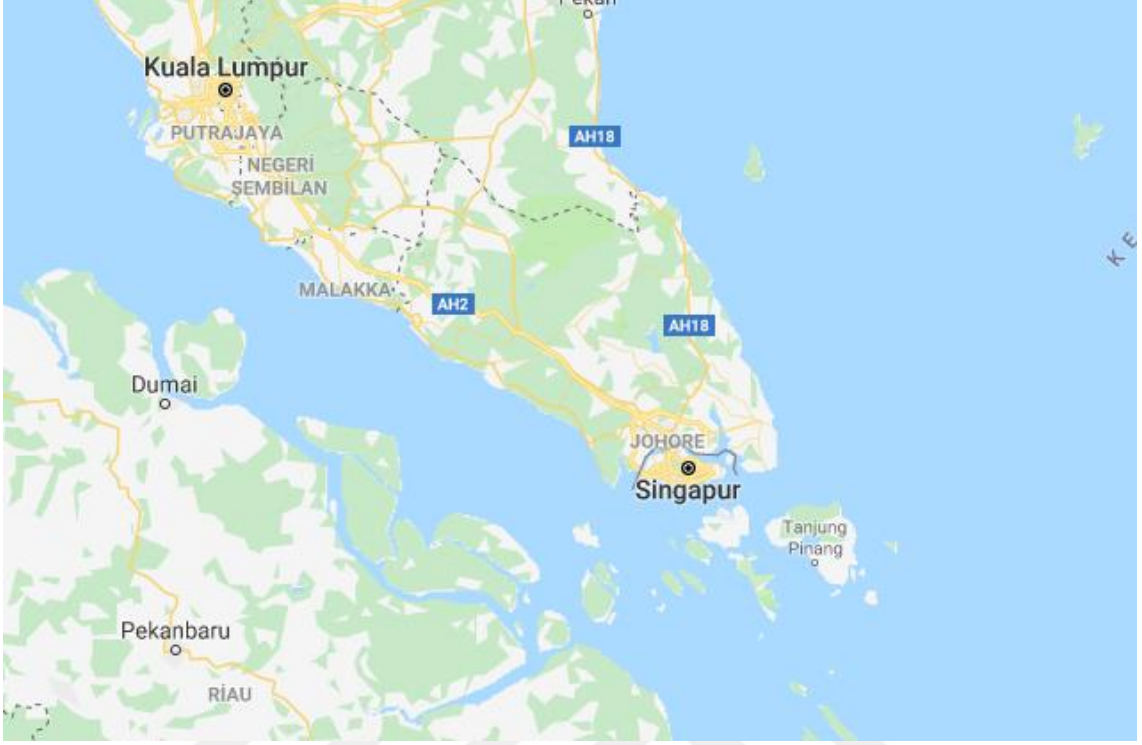
kişilerden oluşmaktadır (Wilson, 2011 p.124). Dil sorununu aşabilmek amacıyla kuruluşlar; İngilizce, Arapça ve Japonca gibi çok dil konuşabilen çalışanları istihdam etmektedir. Doktorların çoğu Amerika Birleşik Devletleri ve İngiltere’de eğitim görmüştür (Tontuş, 2015).

Sağlık turistleri ülkeye girişte zorluk yaşamamaktadır. Ülkeye yerleşmemek kaydıyla 90 günlük süre için kolaylıkla vize verilmektedir. Hatta 2013 yılından itibaren orta doğu ülkelerinin vatandaşlarına 90 günlük ücretsiz vize uygulanmaktadır (Wong ve ark., 2014 p.3).

Tayland 37 JCI akreditasyonuna sahip hastanesi ile Asya Bölgesinin bu alanda liderliğine sahiptir. Bumrungrad International Hospital, Bangkok Hospital, Samitivej Hospital gibi uluslararası üne sahip hastaneleri mevcuttur. Tayland Turizm Otoritesi e-pazarlama ve medya kampanyaları yoluyla Tayland sağlık sistemini dünya çapında potansiyel sağlık turistlerine tanıtmaktadır (Wong ve ark., 2014 p.3).

Medikal turizm endüstrisini tanıtmak için uluslararası pazarlama faaliyetleri yapılmış, yerel sağlık kuruluşlarının kalitesi uluslararası standartlara ulaştırılmıştır. Ayrıca yerli ve yabancı yatırımcılar için vergi muafiyetleri gibi birçok strateji uygulanmıştır. Bu sayede dünya medikal turizminde en büyük hizmet sunucu konumuna gelmiştir. Ancak tedavi edilen hastaların % 99’unu özel sağlık kuruluşları kabul etmiştir (Noree, 2015 p.19). Bu durum Türkiye ile benzerlik göstermektedir. Son dönemde açılışları yapılmaya başlanan şehir hastaneleriyle, Türkiye’de bu durumun değişmesi beklenmektedir.

III. Singapur



Şekil 2-9: Singapur'un Dünya üzerindeki konumu

Singapur Güneydoğu Asya'da yer alan bir şehir devletidir (Şekil 2-9). Kuzeyinde Malezya ve güneyinde Endonezya ile komşudur. (<https://www.google.com/maps/@9.8732681,91.9971472,4.68z>).

Singapur küçük bir ada ülkesi olmasına rağmen, sahip olduğu doğal güzellikleri ve şehir planlamasıyla ön plana çıkan bir şehir devletidir. Ülke özellikle sağlıklı ve hijyenik çevre koşulları ve İngilizceyi iyi derecede konuşan halkı, politik istikrarı ile ideal bir turizm ve sağlık turizmi bölgesidir. Ayrıca Singapur'un sahip olduğu sağlık sistemi WHO tarafından en başarılı altıncı sağlık sistemi olarak gösterilmektedir.

Tablo 2-10: Singapur'un sosyo ekonomik göstergeleri

Toplam Nüfus (2015)	5.604.000
Kişi Başına Gayri Safi Milli Gelir USD (2016)	85.020
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi Erkek/Kadın	80/86
Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması USD (2014)	600
Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH içindeki yeri %	4,1

Tablo 2-10'da Singapur'un sosyo ekonomik göstergeleri yer almaktadır. Ülke nüfusu 2015 yılı verilerine göre 5.604.000 kişidir. Kişi başı gayri safi milli gelir 85.020 ABD doları civarındadır (WHO, 2017).

Ülke genelinde toplam 26 hastane bulunmaktadır. Bunların 16 tanesi kamu, 10 tanesi de özel sektöre aittir (Ataç ve Sur, 2018). Hastanelerinin tamamına yakını medikal turizm hizmeti vermektedir. Yüksek kalitede sağlık bakım hizmeti sunan bu hastaneler, ulusal ya da uluslararası akreditasyon kuruluşları tarafından akredite edilmiştir (Tengilimoğlu, 2013). Singapur medikal turizm stratejisini; kaliteli, güvenli ve uluslararası akreditasyona sahip sağlık tesisleri üzerine inşa etmektedir (Tontuş, 2015). Ülkede 23 JCI akreditasyonuna sahip sağlık kuruluşu bulunmaktadır (JCI). Türkiye'deki "SATURK" a benzer bir yapı olan ve yine Sağlık Bakanlığınca kurulan "Singapore Medicine" oluşumu içerisinde kamu ve özel sektör paydaşları yer almakta ve ülkenin medikal turizm pazarındaki rolü ile ilgili planlamalar yapılmaktadır (Akdu, 2014 p.19).

Ülke, Hindistan ve Tayland gibi medikal turizm merkezlerinden farklı olarak hastalara fiyat avantajından daha çok, kaliteli sağlık hizmeti sunumu ile ön plana çıkmaktadır. Bunun yanında modern ve yüksek kaliteli sağlık tesisleri ile Hindistan ve Tayland kadar olmasa da ABD ve çoğu Avrupa ülkesine göre düşük fiyatlarıyla dikkat çekmektedir (Herrick, 2007).

Sunulan kaliteli hizmet ülkenin güçlü yanı olarak dururken, Asya Bölgesine göre yüksek fiyatları rekabette zayıf yönü olarak görülmektedir. Kamuya ait hastanelerde yaşanan yatak yetersizliği durumu Singapur halkı için medikal turizm ile alakalı negatif bir tutuma sebep olmaktadır (Wong ve ark., 2014 p.4). Ancak yine de Amerika Birleşik

Devletleri ve çoğu Avrupa ülkesine göre fiyat avantajı da sunmaktadır (Temizkan, 2015).

Singapur özellikle; kardiyoloji, kalça-diz protez işlemleri, nörolojik tedaviler, kök hücre tedavisi, kanser tedavisi ve plastik cerrahi işlemleri ile ön plana çıkmaktadır (Wilson, 2011 p.122). Hindistan'a göre fiyat unsurunu ön plana çıkarmamakla birlikte, hasta güvenliğine ve hijyen kurallarına verdiği önem ile dikkat çekmektedir (Yirik ve ark, 2015).

Singapur Turizm Kurulunun verilerine göre 2012 yılında 850.000 medikal turist ülkeyi ziyaret etmiştir. Singapur hükümetinin amacı bu sayıyı 1 milyonun üzerine çıkarmaktır (Wong ve ark., 2014 p.3). Ancak International Medical Tourism Of Journal (IMTJ)'a göre bu sayıya refakatçiler de dahil edilmektedir ve asıl sayı 200.000 civarındadır.

IV. Amerika Birleşik Devletleri



Şekil 2-10: Amerika Birleşik Devletleri'nin Dünya üzerindeki konumu

Amerika Birleşik Devletleri Kuzey Amerika Kıtasında yer alan bir ülkedir (Şekil 2-10). Kuzeyinde Kanada ve güneyinde Meksika ile sınırları vardır. (<https://www.google.com/maps/@9.8732681,91.9971472,4.68z>).

ABD Kuzey Amerika kıtasında yer alan bir ülkedir. Dünyanın yüzölçümü ve nüfus bakımından en büyük ülkeleri arasında yer almaktadır. Elli eyaletten oluşmaktadır. Federal bir cumhuriyet sistemi ile yönetilmektedir. GSYİH'si 14 trilyon dolardan fazladır. Bu alanda dünyanın en büyük ekonomisi konumundadır (DEİK, 2012). Ayrıca göçmenlerin ve bunun yanında medikal turistlerin de en çok ziyaret ettiği ülkelerden birisidir.

Tablo 2-11: Amerika Birleşik Devletleri'nin sosyo ekonomik göstergeleri

Toplam Nüfus (2015)	321.774.000
Kişi Başına Gayri Safi Milli Gelir USD (2016)	58.700
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi Erkek/Kadın	77/82
Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması USD (2014)	9.403
Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH içindeki yeri %	17,1

Tablo 2-11'de Amerika Birleşik Devletleri'nin sosyo ekonomik göstergeleri yer almaktadır. Ülke nüfusu 2015 yılı verilerine göre 321.774.000 kişidir. Kişi başı gayri safi milli gelir 58.700 ABD doları civarındadır. Toplam sağlık harcamalarının GSYH içerisindeki payı açısından değerlendirildiğinde Dünyanın en önde gelen ülkesidir (WHO, 2017).

Medikal turizmin tarihine bakıldığında Amerika Birleşik Devletleri ilk aklı gelen ülkelerden biridir. Medikal turizm pazarında önceleri, gelişmemiş ya da gelişmekte olan ülkelerden, ABD gibi gelişmiş batı ülkelerine giden hastalar ön plana çıkmaktaydı (Reddy ve ark. 2010 p.510; İlker, 2012 p.111; Noree, 2015 p.20). Bu ülkeler medikal turizm pastasından büyük bir pay elde etmişlerdi.

Amerika Birleşik Devletleri tüm dünyada teknolojik gelişmelerle birlikte sağlık alanında yaşanan gelişmelerin de merkezi konumundadır. Bu durum Amerika'daki sağlık sektörünün en önemli rekabet avantajlarından bir tanesini oluşturmaktadır. Sahip olduğu teknolojiyi akademik çalışmalarla da destekleyen ülke, ileri tıbbi uygulamaların adeta merkezi konumundadır. Ancak bu durum beraberinde, Amerikan sağlık sistemini dünya üzerinde en pahalı sağlık hizmeti sunan ülke konumuna getirmiştir (Paul ve ark.,

2017 p.326). Gelişmiş teknolojilerin yaygın kullanımı ile iyi eğitim sistemi, uzman ekiplerin sağlık sektöründe rahatlıkla yetişmesini ve bu da sağlık kurumları arasında rekabet ortamının oluşmasını sağlamıştır. Bu durum beraberinde sağlık hizmetlerinin kalitesinin tüm dünyada kabul görmesine ve güven oluşmasına vesile olmuştur (Yirik ve ark, 2015).

Tüm gelişmelerin yanında; sağlık hizmetlerinde artan fiyatlar ve herkesi kapsayan bir yasal düzenlemelerin bulunmaması, herhangi bir sigortaya sahip olmayan vatandaşlarının toplam nüfus içerisindeki oranın yüksek olması gibi sorunlar Amerika Birleşik Devletleri'nde negatif unsurlar olarak göze çarpmaktadır. Bu durum ülke vatandaşlarını sağlık hizmetlerine harcadıkları parayı azaltma yolları aramalarına sebep olmuştur (Paul ve ark., 2017 p.326). Özellikle ikinci dünya savaşı sonrası ortaya çıkan "baby boomer" kuşağının beklentilerini karşılamakta zorluklar yaşanmaktadır (İlker, 2012 p.111). Bu kişiler sıra beklemeksizin, en iyi koşullarda, en iyi sağlık hizmetini talep etmektedir. Bu durum medikal turizmi desteklemektedir.

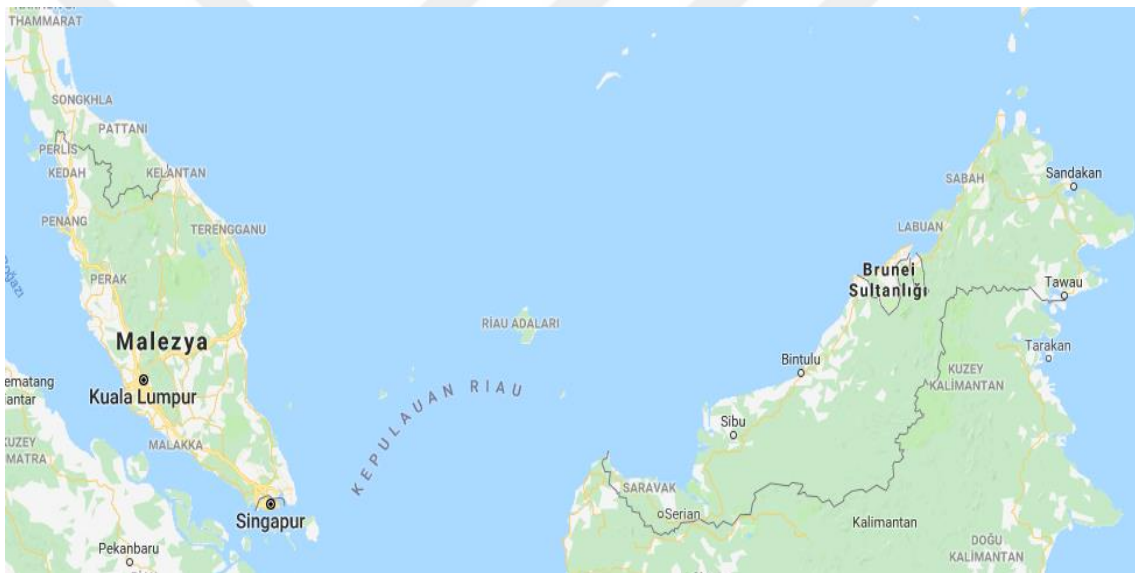
ABD yüksek sağlık harcamaları sebebiyle kendi vatandaşlarını tedavi için yurtdışına gönderirken, diğer yandan başta Güney Amerika, Ortadoğu ve Avrupa'da yaşayanlar olmak üzere varlıklı hastalar için talep oluşturmaktadır. Bu sayede yıllık ortalama 1 milyar USD civarında maddi kaynak sağlamaktadır. Kısaca ABD düşük gelirli yurttaşlarına sağlık hizmeti sunmada isteksiz davranırken yurtdışından varlıklı hastalara sağlık hizmeti sunmaktadır (Özcan ve Aydın, 2015).

2008 yılı Deloitte verilerine göre 750 bin Amerikalı hasta medikal turizm yoluyla yurtdışında tedavi olmuştur (Connel, 2013 p.4). 2014 yılında bu rakam 1,25 milyona ulaşmıştır. ABD'de çok sayıda hasta tedavi için Güney ve Orta Amerika ülkelerine gitmektedirler. Özellikle kozmetik tedaviler için Brezilya, Arjantin ve Kosta Rika, genel ve diş tedavileri için ise Meksika tercih edilmektedir. Son yıllarda ABD merkezli birkaç sağlık bakım ve sigorta şirketi ekonomik sebeplerle sağlıkta dış kaynak kullanımını göz önünde bulundurmaya başlamıştır (Bies ve Zacharia, 2007). Bu kuruluşlar üyelerine aciliyet gerektirmeyen tedavi ve ameliyatlarını başka ülkelerde yaptırma olanağı sunmaya başlamışlardır. ABD'den medikal turizm amacıyla yurt dışına giden hastalar daha çok; yüz gerdirme, kalp cerrahisi ve infertilite gibi tedavileri tercih etmektedirler (<https://www.health-tourism.com/medical-tourism/history/>).

Meksika ve ABD arasındaki coğrafi yakınlık, Amerikalı hastaların Meksika’da bulunan sağlık kuruluşlarında tedavi arayışlarına sebep olmaktadır. Bu hastaların branş olarak ilk tercihleri ise çoğu zaman sigorta kapsamı dışında kalan dış tedavileridir.

Medikal turizm kapsamında tedavi gören çoğu Amerikan vatandaşı Meksika ve diğer Latin ülkelerini tercih etmektedir. Brezilya ve Arjantin’deki birçok klinik düşük fiyatlarla kozmetik cerrahi teklifleri sunmaktadır. Hindistan ve Tayland diz ve kalça protezleri ile kardiyak cerrahi gibi özellikli operasyonları yüksek teknolojiye sahip hastanelerinde düşük fiyatlarla sunduğuna dair tanıtımlar yapmaktadır (Herrick, 2007 p.3).

V. Malezya



Şekil 2-11: Malezya'nın Dünya üzerindeki konumu

Malezya Güneydoğu Asya’da yer yer alır (Şekil 2-11). Kuzeyinde Tayland ve güneyinde Singapur ve Endonezya ile komşudur. (<https://www.google.com/maps/@9.8732681,91.9971472,4.68z>).

Malezya Güney Çin Denizi’nde yer alan bir yarımada devletidir. Güney komşusu Singapur, kuzeyinde ise Tayland yer alır. Malezya, sahip olduğu doğal güzellikleri ile geleneksel turizmde de söz sahibidir. Başkenti Kuala Lumpur’dur. Federal Anayasal Monarşiye dayalı parlamenter demokrasi sistemi ile yönetilmektedir. 13 eyalet ve 3 federal bölgeden oluşmaktadır. (DEİK, 2014)

Tablo 2-12: Malezya'nın sosyo ekonomik göstergeleri

Toplam Nüfus (2015)	30.331.000
Kişi Başına Gayri Safi Milli Gelir USD (2016)	26.900
Doğumda Beklenen Yaşam Süresi Erkek/Kadın	73/77
Kişi Başı Toplam Sağlık Harcaması USD (2014)	1.010
Toplam Sağlık Harcamalarının GSYH içindeki yeri %	4,2

Tablo 2-12'de Malezya'nın sosyo ekonomik göstergeleri yer almaktadır. Ülke nüfusu 2015 yılı verilerine göre 30.331.000 kişidir. Kişi başı gayri safi milli gelir 26.900 ABD doları civarındadır (WHO, 2017).

Malezya Asya bölgesinde medikal turizmin en hızlı geliştiği ülkelerden birisidir. Malezya Özel Hastaneler Birliğine göre; ülke sunduğu yüksek kalitede sağlık hizmeti ile en çok; Endonezya, Bangladeş ve Pakistan'lı medikal turistleri cezbetmektedir. Ayrıca düşük maliyetleri sebebiyle de bölgedeki diğer ülke (Singapur ve Japonya gibi) vatandaşları tarafından tercih edilmektedir. Yine Avustralya ve Avrupa Birliği vatandaşları Malezya'yı tıbbi uygulamalardaki düşük maliyetleri nedeniyle tercih ederken, Ortadoğu ülkeleri ise hem düşük maliyetleri, hem de kaliteli hizmet sunumu sebebiyle tercih etmektedir.

Malezya medikal turizmde modern özel sağlık kuruluşları ve uzmanlık dalları ile ön plana çıkmaktadır (Wong ve ark., 2014 p.2). Ülkede medikal turizm hizmeti sunan hastanelerin birçoğu ISO ve JCI akreditasyonuna sahiptir. Malezya'da medikal turizm hizmeti sunan hastanelerde çalışan doktorların % 90'ı İngiltere, ABD ve Avustralya gibi ülkelerde eğitim görmüştür. Yine bu hastanelerdeki sağlık çalışanları İngilizceyi çok iyi derecede konuşabilmektedir (Tengilimoğlu, 2013).

Medikal turizm hastalarına sunulan otelcilik hizmetlerinde İslami kurallara uygun olarak hizmet sunumunun ön plana çıkarılması (Temizkan, 2015) ve helal gıda etiketli ürünleri ile başta Endonezya olmak üzere Müslüman sağlık turistlerinin ilgisini çekmektedir (Wong ve ark., 2014 p.2)

Malezya 2013 yılında 740.134 yabancı hastayı tedavi etmiş ve 216 milyon USD gelir elde etmiştir. Ülke 2020 Ulusal Medikal Turizm hedefini 1,9 milyon hasta ve 3,2 milyar USD gelir elde etmek olarak belirlemiştir (Wong ve ark., 2014 p.2)

Malezya hükümeti 2009 yılında sağlık bakanlığı bünyesinde Malezya sağlık seyahat birliğini (Malaysia Healthcare Travel Council –MHTC-) kurmuştur. MHTC kamu-özel ortaklığı yoluyla yerel ve denizaşırı tanıtım programları düzenlemekte ve ilgili paydaşları bir araya getirerek medikal turizm paketleri oluşturmaktadır (Tontuş, 2015).

Malezya gerekli olması durumunda medikal turistler için 30 günden 90 güne kadar vize kolaylığı sağlamaktadır. Bu vizeye dört refakatçi de dahil edilebilmektedir. Malezya sağlık turistlerine; kardiyak işlemler, ortopedi, kanser, infertilite, estetik cerrahi ve genel sağlık taramaları gibi ileri tedavilerin yanında geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamalarını da sunmaktadır (Wong ve ark., 2014 p.2).

2.1.13. Türkiye’de Medikal Turizm

13 Temmuz 2017 tarihinde, 30123 sayılı resmi gazetede “*Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik*” yayımlanmış ve yayımlandığı tarihten itibaren yürürlüğe girmiştir. Yönetmeliğin amacı; *Uluslararası sağlık turizmi ve turistin sağlığı kapsamında uluslararası düzeyde sunulan sağlık hizmetlerinin asgari hizmet sunum standartlarının belirlenmesi, uluslararası sağlık turizmi hizmetlerinde faaliyet yürütecek sağlık kuruluşları ile aracı kuruluşların yetkilendirilmesi ve bu faaliyetlerin denetlenmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemek*, olarak ifade edilmiştir. Daha öncesinde Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan, *23.07.2013 tarih ve 25541 sayılı Bakan Onayı ile yürürlüğe giren Yönerge*, sağlık turizmi ile ilgili hususları belirlemektedir.

Medikal turizm ile yeni tanışmış bir ülke olan Türkiye, turizm sektöründe dünyada adından söz ettiren bir ülkedir. Dünya Turizm Örgütü’nün 2015 yılı verilerine göre Türkiye dünya turizm destinasyonları arasında 39,5 milyon turist ile altıncı sırada yer almaktadır (UNWTO, 2017). TÜİK verilerine göre Türkiye; 2014 yılında; 41.415.070 ziyaretçi kabul ederek, 34.305.904 USD gelir elde etmiştir. 2015 yılında ise; 41.617.530 ziyaretçi kabul ederek, 31.464.777 USD gelir elde etmiştir (TÜİKb). Ülkeye giriş yapan turist sayısının bu miktarlara ulaşmış olması, Türkiye’nin dünya üzerinde

turizm denilince akla gelen ilk ülkelerden birisi olduğu anlamını taşımaktadır (Yirik ve ark., 2015).

Türkiye’de turizm sadece deniz-kum-güneş üçlemesinden oluşmamaktadır. Bunun yanında doğal zenginlikler ve tarihi mekânlardan oluşan kültürel varlıklar açısından da önemli unsurları barındırır. Alternatif turizmde de önemli zenginliklere sahiptir. Sahip olduğu bu kaynakların değerlendirilmesiyle birlikte, sadece belli bölgelerde ve belli mevsimlerde yoğunlaşan standart turist kitlesine muhtaç olmak zorunda kalmayacaktır.

Medikal turizm, deniz turizmi gibi yılın belli dönemleri ile sınırlı kalmamaktadır. Yılın her döneminde mevsim özelliklerine bakılmaksızın planlanabilir. Sağlık hizmetlerinin doğası gereği çoğu zaman önceden planlanması da mümkün olamamaktadır. Bu sebeple sürekli bir döviz girdisi sağlamaktadır.

Türkiye, Avrupa standartlarında hizmet sunan; yüksek kapasiteli, donanımlı ve akredite hastaneleri, coğrafi konumu ve turizmde sağladığı gelişmelerle, medikal turizm alanında ön plana çıkmaktadır. Ancak; hasta sayısı ve bu hastaların hangi ülkelerden geldikleri, hangi branşlarda ne kadar hastanın kabul edildiği ve bu hastalardan elde edilen gelirin miktarı, hastalara ait kayıtların tam olarak tutulmaması, denetimlerdeki eksiklikler gibi sebeplerle tam bir şeffaflığa kavuşmuş değildir. Bu durum aslında tüm dünyada benzer şekildedir. Örneğin Asya ülkelerinin tedavi ettikleri hastalara ait bilgiler farklı kaynaklarda farklı sayılarla ifade edilmektedir. Bu durumun en önemli sebepleri; medikal turizm kapsamında başvuran kişilerin kayıtlarının vergi sistemleri gibi sebeplerle tam olarak tutulmaması ya da bazı ülkelerde sayıyı yüksek göstermek amacıyla refakatçilerin de bu sayıya dâhil edilmesi sayılabilir.

Türkiye sağlık hizmetleri konusunda dünya standartlarında hizmet sunumu ile; Avrupa ve Orta Doğu ülkeleri ile Türki Cumhuriyetlerine olan coğrafi yakınlığı ile medikal tedavilerde cazibe merkezi haline gelmiştir. Avrupa ülkelerine göre % 50-60 civarında düşük fiyatlarla bekleme sıraları olmaksızın aynı standartlarda sağlık hizmeti sunulabilmektedir. Düşük fiyat avantajının oluşmasında dünya standartlarında teknolojinin kullanılmasına rağmen, iş gücü ve hizmet üretim maliyetlerindeki düşüklüğün önemli etkisi vardır. Orta Doğu ve Türki Cumhuriyetlerde sağlık ve

teknoloji altyapısındaki eksiklikler nedeniyle yapılamayan tedaviler için de Türkiye dini, kültürel ve coğrafi yakınlığı sebebiyle cazibe merkezi haline gelmiştir.

Sağlık Bakanlığı, medikal turizmi gelir getiren bir sektör haline dönüştürmek amacıyla kamu ve özel sektör ortaklığı ile oluşturmayı planladığı şehir hastaneleri projesi ile farklı coğrafyalardan gelen hastalar için, her milletin kültür ve yaşam tarzına uygun olarak hastane kampüsleri oluşturma fikrini ortaya koymuştur (Özcan ve Aydın, 2015).

Türkiye’de medikal turizminin son yıllarda yükselen eğiliminin arka planında destekleyici sektörlerin de önemli katkıları bulunmaktadır. Bu sektörlerle; ulaşım hizmetleri, konaklama hizmetleri, teknolojiye yaşanan yenilikler, eğitim ve sağlık sektöründe yaşanan gelişmeler sayılabilir.

Uygulanan sağlık politikalarıyla birlikte tüm vatandaşların kamu, özel ya da üniversite hastanesi fark etmeksizin tüm sağlık kuruluşlarından yararlanmalarının önü açılmıştır. Zaman içerisinde yaşanan değişikliklerle bu uygulamanın kapsamı değişmiş olsa da, acil haller gibi durumlarda bu sistem halen işlemekte ve hastalara iyi imkânlarla hizmet verilmektedir.

Yürütülen ülke politikasının bir sonucu olarak çok sayıda özel sağlık kuruluşu açılmaktadır. Bu kuruluşlar büyüklüklerine göre iç ve dış pazarda rekabet etmektedirler. Bunun bir sonucu olarak da hastalarına en iyi hizmeti vermeye çalışmaktadırlar. Sunulan hizmetin kalitesinin bir göstergesi olarak JCI, ISO gibi kalite belgelerini kuruluşlarına kazandırmaktadırlar.

Türkiye çoğu alanda kaliteli ürün ve hizmetleri üretebilmektedir. Bu kaliteyi belgelemek için yurtdışı kurumlardan faydalanmak yerine, kendi kalite belgeleme sistemine ihtiyaç duymuştur. Bu amaçla akreditasyon hizmeti veren “*Türk Akreditasyon Kurumu (TÜRKA)*” kurulmuştur (Us ve Yardan, 2016).

Medikal turizmde ön plana çıkmayı hedeflemiş ve birbirleriyle yarışan çok sayıda ülke vardır. Bu ülkelerin bazıları ile dört saatlik uçuş mesafesinde hedef kitle çakışmaları görülmektedir. Örneğin İstanbul’dan çizilen ve dört saatlik uçuş mesafesini çevreleyen bir daire içerisinde Birleşik Arap Emirlikleri, Almanya ve Macaristan gibi hedef kitlesi aynı olan ülkeler bulunmaktadır. Bu nedenle ulusal çıkarların gözetildiği

pazarlama stratejileri ile bir marka çalışmasının oluşturulması gerekmektedir (Tontuş, 2015).

Turizm sektörü çoğu gelişmekte olan ülke için oldukça önemlidir. Türkiye de gelişmekte olan bir ülkelerdir. Bu açıdan; milli gelire olan katkı, döviz girdisi yoluyla cari açığa olan katkı ve diğer sektörlerle olan katkısıyla ekonomi için önemlidir (Edinsel ve Adıgüzel, 2014).

Medikal turistler tüm dünyada normal turistlere göre çok daha fazla harcama yapmaktadır (Wilson, 2011 p.123). Bu bağlamda TÜİK' in 2015 yılına ait verilerine göre Türkiye bir turistten ortalama 756 USD gelir elde etmektedir. Bunun yanında medikal turizmde hasta başı elde edilen gelir 12.000 USD seviyesindedir (TURSAB, 2014).

Türkiye; sunduğu kaliteli sağlık hizmeti, maliyetlerinin çoğu gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeye göre düşüklüğü, iklim şartlarının uygun olması, tatil olanaklarının bulunması, bekleme sürelerinin kısa olması, yeterli teknolojik donanım ve iyi yetişmiş personele sahip sağlık kuruluşlarıyla medikal turizmde ön plana çıkmaktadır.

Tablo 2-13: Medikal turizm tercih nedenleri

Tercih Nedeni	%
Tanıtım	26,8
Aracı Kuruluşlar	22,9
Çalışan Kalitesi	15,7
Teknik İmkânlar	13,1
Asistan Firmalar	10,5
Doktor Kalitesi	6,5
Ulaşım	4,6
Toplam	100,0

Yirik (2014) medikal turizm amacıyla Türkiye'ye gelen hastaların tercih nedenlerini; % 26,8 tanıtım, % 22,9 aracı kuruluşlar, %15,7 çalışan kalitesi, % 13,1

teknik imkanlar, %10,5 asistan firmalar, % 6,5 doktor kalitesi ve % 4,6 ulaşım olarak sıralamıştır (Tablo 2-13).

T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı tarafından hazırlanan “Türkiye Turizm Stratejisi 2023 Master Planı” çerçevesinde turizmin çeşitlendirilmesi amacıyla, “*Sağlık Turizmi ve Termal Turizm 2007-2013 Eylem Planı*” yapılması için hedefler koyulmuştur.

2.1.13.1. Medikal Turizmin Türkiye İçin Önemi

Medikal turizm Türkiye için gerek kamu gerek özel sağlık kuruluşları tarafından desteklenmektedir. Aynı zamanda devlet eliyle de bu alana yönelik yatırımlar planlanmaktadır. Şehir hastanelerinin yapılması da en azından kamu sektörü için, medikal turizm açısından önemlidir.

Turizmi 12 aya yaymanın en temel adımlarından biri de, hava ve iklim koşullarına doğrudan bağlı olmayan alternatif turizm çeşitlerine yönelmektir. Geleneksel deniz-kum-güneş turizmi hava ve iklim koşullarına bağlı olarak belli dönemlerle sınırlı kalmaktadır. Ancak alternatif turizm türlerinden biri olan medikal turizm bu koşullardan bağımsız olarak yılın her döneminde müşteri potansiyeline sahiptir. Aynı zamanda diğer turizm türlerini de destekler niteliklere sahiptir. Ayrıca medikal amaçlı seyahatlerde turistler normal turistlere göre çok daha fazla harcama yapmaktadır (Wilson, 2011 p.123).

Turizm sektörü dünyanın en büyük üç hizmet sektöründen biridir. Ülkeler bu sektördeki paylarını artırmak amacıyla birbirleriyle rekabete girmektedir. Bu durum, yeni merkezler ve yeni ürünleri ortaya çıkarmaktadır. Turizme dair tüketici beklentileri değişmektedir. Deniz-kum-güneş odaklı anlayış değişmekte ve alternatif turizm şekilleri ön plana çıkmaktadır. Bu akım ülkeleri alternatif turizme dair çeşitli kaynaklar geliştirmeye zorlamaktadır. Katma değeri yüksek bir seçenek olan medikal turizm, alternatif turizm kaynakları içerisinde gösterilmektedir. Sağlık ve turizm sektörü arasında, destekleyici diğer sektörlerin de katkısıyla ortaya çıkan kombinasyon ve fırsatlar, medikal turizmin alternatifler arasına girmesine yol açmıştır (Kostak, 2007 p.11).

Medikal turizm, sağlık hizmetlerinin küreselleşmesi nedeniyle genel olarak turizm endüstrisinde en çok umut vaat eden sektörlerden biri haline gelmiştir. Medikal turizm, sağlık hizmetleriyle ilgili alanlara çeşitli faydalar getirmekle birlikte; otel,

restoran, eğlence ve ulaştırma hizmetleri için de önemli bir gelir sağlamaktadır (Park ve ark., 2017 p.406).

Medikal turizm; döviz girdisi sağlaması yoluyla cari dengenin oluşturulmasına, çeşitli sektörlerle iş imkanı sağlaması yoluyla istihdama, turizmin çeşitlendirilmesi ve katma değerinin yüksekliği yoluyla ülke gelirinin artmasına ve özellikle sağlık hizmetlerinin altyapısal olarak güçlenmesine doğrudan katkı sağlayabilen bir endüstridir (Ahmed ve ark., 2018).

Genelinde sağlık turizmi (termal turizm, ileri yaş ve engelli turizmi gibi diğer alt başlıklarıyla birlikte), özelinde ise medikal turizm en yüksek gelir getiren turizm türlerinden biridir. Bu bağlamda TÜİK' in 2015 yılına ait verilerine göre Türkiye bir turistten ortalama 756 USD gelir elde etmektedir. Bunun yanında medikal turizmde hasta başı gelir 12.000 USD seviyesindedir (TURSAB, 2014).

T.C. Ekonomi Bakanlığı sağlık turizmine; “*Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi*” başlığı altında belirlemiş olduğu destekler ile katkı sağlamaktadır (*Ekonomi Bakanlığı 2012/4 Nolu Tebliği*).

Bu destekler;

1. Pazara Giriş Desteği

- a. *Sağlık kuruluşları, sağlık turizmi şirketleri ya da işbirliği kuruluşlarının sektör, ülke, uluslararası mevzuat ya da yatırım konularında satın alacakları ya da hazırlatacakları raporlara ilişkin giderler; sağlık turizmi şirketleri ve sağlık kuruluşları için % 60 oranında ve yıllık toplam en fazla 100.000 ABD Doları tutarında, işbirliği kuruluşları için % 70 oranında ve yıllık toplam en fazla 300.000 USD tutarında karşılanır.*
- b. *Bakanlığın belirlediği hedef ülkelerden sağlık kuruluşları tarafından Türkiye'deki sağlık kuruluşlarına getirilen hastaların uçuş giderleri % 50 oranında ve toplam tedavi masraflarının % 20'sini geçmemek üzere hasta başına en fazla 1.000 USD tutarında karşılanır.*

2. Yurt Dışı Tanıtım Desteği

- c. *Yurt dışında düzenlenen fuar, kongre, konferans ve/ya da bağımsız tanıtım programı kapsamında yapılan tanıtımlara ilişkin sponsorluk,*

reklam, tanıtım, danışmanlık, katılım ve organizasyon giderleri; sağlık kuruluşları ya da sağlık turizmi şirketleri için % 50 oranında ve yıllık toplam en fazla 300.000 USD tutarında, işbirliği kuruluşları için % 70 oranında ve yıllık toplam en fazla 500.000 USD tutarında karşılanır.

- d. Sağlık kuruluşları, sağlık turizmi şirketleri ve işbirliği kuruluşlarının yurt dışında düzenlenen fuar, kongre ya da konferanslara ilişkin katılım maliyetleri; etkinlik başına % 70 oranında ve en fazla 15.000 USD tutarında karşılanır.*
- e. Sağlık kuruluşları, sağlık turizmi şirketleri ve işbirliği kuruluşlarının arama motorlarında yapacakları, arama ağı reklamları da dâhil olmak üzere reklam ve tanıtım giderleri; % 50 oranında ve sağlık kuruluşu, sağlık turizmi şirketi ya da işbirliği kuruluşu başına yıllık en fazla 100.000 USD tutarında karşılanır.*

3. Yurt Dışı Birim Desteği

- a. Sağlık kuruluşlarının, sağlık turizmi şirketlerinin ya da işbirliği kuruluşlarının doğrudan ya da yurt dışında faaliyet gösteren şirketleri ya da şubeleri aracılığıyla açtıkları birimlerin kira giderleri 4 (dört) yıl süresince karşılanır. Bu madde kapsamında; sağlık kuruluşları ve sağlık turizmi şirketleri her bir birim başına % 60 oranında ve yıllık en fazla 200.000 USD tutarında, işbirliği kuruluşları her birim başına % 70 oranında ve yıllık 300.000 USD tutarında desteklenir.*

4. Belgelendirme Desteği

- a. Sağlık kuruluşlarının uluslararası teknik mevzuata uyum sağlamak ya da yurt dışı pazarlara girmek amacıyla aldıkları belge, sertifika ya da akreditasyona ilişkin alım, yenileme ve danışmanlık giderleri; her bir belge, sertifika ya da akreditasyon türü için % 50 oranında ve en fazla 50.000 USD tutarında karşılanır.*

5. Ticaret Heyeti Ve Alım Heyeti Destekleri

- a. Bir ticaret heyeti ya da alım heyeti programı kapsamında; her bir katılımcının ulaşım ve konaklama giderleri ile programa ilişkin reklam, pazarlama, danışmanlık, tanıtım ve organizasyon giderleri % 70 oranında ve program başına en fazla 150.000 USD tutarında karşılanır.*

6. Danışmanlık desteği

- a. *Sağlık turizmi şirketleri ya da sağlık kuruluşlarının Bakanlığın ön onay verdiği konularda satın aldıkları danışmanlık hizmetlerine ilişkin giderler % 50 oranında ve yıllık en fazla 200.000 USD tutarında karşılanır.*

Medikal turizm hizmeti sunan kuruluşların; fiziki, teknik, kurumsal ve hukuki altyapılarının geliştirilmesi önem arz etmektedir. Ayrıca bu alanda hizmet sunan, gerek sağlık personelinin, gerekse destekleyici sektörlerdeki diğer personelin sadece nicelik anlamında değil, aynı zamanda nitelik yönünden de geliştirilmesi gerekmektedir. Bu sayede hizmet sunum standartlarının yükseltilmesi sağlanabilir. Bu durum sürdürülebilirlik açısından da çok büyük önem taşımaktadır (Ataman ve ark, 2017 p.29).

2.1.13.2. Medikal Turizmin Türkiye’deki Gelişimi

Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde, 31 Mart 2010 tarihinde “Sağlık Turizm Birimi” kurulmuştur. Birim, 05.05.2011 tarihinde “Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü” adıyla Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğüne devredilmiştir. 02.11.2011 tarihinde, 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Sağlık Bakanlığında yapılan düzenleme ile Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesine “Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı” kurulmuştur. 26.12.2013 tarihinde Sağlık Geliştirilmesi Genel Müdürlüğüne bağlanan başkanlık, 26.08.2016 tarihinde tekrar Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne devredilmiştir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Faaliyet Raporu 2017, Bakan Sunuşu kısmında dönemin Sağlık Bakanının; *“Ülkemizin özellikle bölgemizde sağlık merkezi olması konusunda önemli bir vizyona hizmet edeceğine inanıyoruz. Sağlıkta küresel bir marka haline gelen ülkemizin, önümüzdeki dönemde sağlık turizmi alanında dünyanın önde gelen ülkeleri arasına girmesini hedefliyoruz.”* ifadesi yer almaktadır.

7 Şubat 2015 tarihinde yayımlanan 2015/3 numaralı genelge ile “Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu-SATURK” oluşturulmuştur. Ayrıca sağlık turizminin geliştirilmesi, Onuncu Kalkınma Planında (2014-2018) öncelikli dönüşüm programları arasında yer almaktadır.

Yakın bir tarihte *“Uluslararası Sağlık Hizmetleri Şirketi (USHAŞ)”* kurulması planlanmaktadır. Türkiye’nin sağlık hizmetlerindeki sahip olduğu potansiyelin ortaya çıkarılması amacıyla medikal turizmi destekleyen bir yapı olması beklenmektedir.

Tanıtım, paydaşlar arasında koordinasyon, çeşitli politikalar ve stratejilerin üretilmesinin yanı sıra oluşturulacak akreditasyon kapsamında önerilerde bulunması amaçlanmaktadır. Ayrıca hizmet verecek personele dair çalışma koşullarında düzenlemelerin yapılması da öngörülmektedir (<https://www.trthaber.com/haber/saglik/saglik-turizminde-uluslararası-saglik-hizmetleri-as-donemi-377484.html>).

Türkiye’de sağlık turizmi faaliyetleri, Sağlık Bakanlığının 13.07.2017 tarih ve 30123 sayılı Resmi Gazete’ de yayımlanarak yürürlüğe giren “*Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik*” kapsamında yürütülmektedir. Bu Yönetmeliğin amacı; *Uluslararası sağlık turizmi ve turistin sağlığı kapsamında uluslararası düzeyde sunulan sağlık hizmetlerinin asgari hizmet sunum standartlarının belirlenmesi, uluslararası sağlık turizmi hizmetlerinde faaliyet yürütecek sağlık kuruluşları ile aracı kuruluşların yetkilendirilmesi ve bu faaliyetlerin denetlenmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir*, olarak belirlenmiştir. Bu yönetmeliğe göre sağlık turizmi kapsamında faaliyet yürütebilmek için; sağlık tesisleri ve aracı kuruluşların yetki belgesine sahip olması zorunlu hale getirilmiştir. Yetki belgesine sahip olmayan kuruluşların medikal turizm faaliyetlerinin Bakanlık tarafından durdurulacağı belirtilmiştir. Yönetmelikte belirtilen kriterlere uygun şekilde; teşhis, tedavi ve rehabilite edici sağlık hizmetleri ile geleneksel ve tamamlayıcı tıp uygulamaları sunulabilmektedir. Sağlık tesisleri kendilerine doğrudan başvuran sağlık turistini kabul edebilir. Bunun yanında aracı kuruluş faaliyetlerine ihtiyaç duyulması halinde, Bakanlıkça yetki verilen bir aracı kuruluşu ile protokol yapılması zorunludur. Sağlık turistinin hastaneye yatışından taburcu edilinceye kadar geçen sürede alacağı sağlık hizmetinin yanında, ihtiyaç duyacağı diğer hizmetleri sunmak da sağlık tesisinin sorumluluğuna verilmiştir. Bu hizmetlerin sunumu için dış kaynak kullanılabilir (13.07.2017 tarih ve 30123 sayılı Resmi Gazete).

Sağlık Bakanlığı bünyesinde *Uluslararası Hasta Destek Birimi* kurulmuştur. Kamu ya da özel tüm sağlık kuruluşları ve yerli yabancı tüm hastalara 7 gün 24 saat esasına göre 444 47 28 numaralı hat üzerinden tercümanlık hizmeti sunulmaktadır. Bu çağrı merkezinde 6 dilde (İngilizce, Almanca, Arapça, Rusça, Farsça ve Fransızca) hizmet verilmektedir. Ayrıca merkez tarafından medikal turizm ve turist sağlığı kapsamı içerisinde kamuya ait sağlık kurumlarından hizmet alan hastalara ait raporların,

epikrizlerin ve yabancı sigorta şirketlerinden provizyon işlemleri için de dil desteği verilmektedir. Bakanlık merkez ya da taşra teşkilatı telefon santrallerine yabancı dilde bir arama gelmesi halinde, telekonferans sistemi ile görüşmeler yapılarak tercümanlık hizmeti verilmektedir. 184 SABİM hattını yabancı hastaların yabancı dilde araması halinde 3'lü konferans sistemi ile tercümanlık hizmeti verilmektedir. Yine 112 acil hattına gelen yabancı dildeki çağrılar da 3'lü konferans yöntemi vasıtası ile tercümanlık hizmeti verilmektedir (TURSAB, 2014).

Özerk bir yapısı olan; *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı* (TÜSEB) 2015 yılında kurulmuştur. Kurumun amacı; “*Sağlık Bilimi ve Teknolojisi alanında bilgi üreterek, ülkemize ve insanlığa hizmet etmek*” olarak belirtilmiştir. Çeşitli kurumlarla ortaklıklar yapması ve bu kapsamda araştırma geliştirme faaliyetlerinde bulunması planlanmaktadır. Kurum bünyesinde yedi farklı enstitü kurulmuştur. Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü de bunlardan birisidir. Sağlık Turizmi Politikaları Birimi bu enstitü altında aşağıda sayılan konularda çalışmalar yapmaktadır (TÜSEB, 2018).

- *Ülke sağlık turizmi sistemleri ve politikaları*
- *Sağlık turizminde markalaşma, tanıtım ve pazarlama*
- *Sağlık turizminde düzenleme, kalite, akreditasyon, risk ve güvenlik*
- *Sağlık turizminde hedef pazar ve rekabetçi üstünlük analizi*

Birimin faaliyet alanlarına bakıldığında; bu konuda çeşitli ülkelerin kurdukları sistemlerin ve politikaların incelendiği görülmektedir. Pazarlama ve marka oluşturma faaliyetlerine değinilmesi de genel olarak tüm alt bileşenleri ile birlikte sağlık turizmi açısından önemlidir. TÜSEB'in faaliyetlerinden birisi olan kalite ve akreditasyon konusu da özellikle medikal turizm açısından üzerinde durulması gereken bir konudur. Bu kapsamda TÜSEB bünyesinde, *Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü* (TÜSKA) kurulmuştur. Hedef pazar analizlerinin yapılmasının planlanması Türkiye'yi medikal turizm rekabetinde ileriye götürebilir.

2.1.13.3. Türkiye'nin Medikal Turizm Verileri

Türkiye gerek hizmet sunum kalitesi, gerek coğrafi konumu ve turizmde sağladığı gelişmelerle, medikal turizm alanında ön plana çıkan ülkelerden biridir. Ancak; hasta sayısı ve bu hastaların hangi ülkelerden geldikleri, hangi branşlarda ne

kadar hastanın kabul edildiği ve bu hastalardan elde edilen gelirin miktarı, hastalara ait kayıtların tam olarak tutulamaması ve buna benzer başka sebeplerle tam bir şeffaflığa kavuşmuş değildir. Medikal turizm verilerine bakıldığında dünya genelinde tam bir şeffaflık bulunmamaktadır. Hasta sayıları ve ekonomik büyüklük ile ilgili çok farklı kaynaklarda farklı veriler sunulmaktadır. Ancak T.C. Sağlık Bakanlığı web üzerinde oluşturduğu ve tüm sağlık kuruluşlarına kendilerine özel şifre tahsis ettiği “Yabancı Hasta Web Kayıt Sistemi” adlı bir program kullanmaktadır. Bu web sitesine hem kamu hem de özel sağlık kuruluşları tarafından hizmet verdikleri yabancı hastalara ait verilerin tam olarak işlenmesi istenmektedir. Bu sayede ülke genelindeki tüm sağlık kuruluşlarından hizmet alan medikal turistlere ait veriler toparlanabilmektedir. Ancak başta özel sağlık kuruluşları (hastaneler, klinikler, estetik merkezleri vb.) olmak üzere, genel olarak tüm kurumlarda sisteme veri girişinde eksiklikler yaşanabilmektedir. Hizmet alan medikal turist sayısının belirtilen rakamlardan çok daha fazla olduğu tahmin edilmektedir.

Türkiye'nin medikal turizm açısından dünyanın en iyi 5 ülkesinden biri olduğu bazı kaynaklarca iddia edilmektedir. Bu listede Malezya, Hindistan, Türkiye, Brezilya ve Tayland olarak sıralanmaktadır. Yine aynı kaynak Türkiye'yi özellikle kardiyoji, onkoloji, ortopedi ve göz tedavilerinde ön plana çıkarmaktadır. Kaynaktaki, özel bir göz hastaneleri grubunun yılda 100 farklı ülkeden 30.000 hastanın tedavi için geldiği belirtilmektedir (<https://www.clementp.com/resources/articles/Top-5-Countries-for-Medical-Tourism>). Hastaneler grubunun kendi web sitesinde ise 107 farklı ülkeden yaklaşık 40.000 hastanın tedavi edildiği bilgisi bulunmaktadır (<http://eng.dunyagoz.com/international/index.php>).

Pollard (2017) Türkiye'nin medikal turizm verilerinin farklı kuruluşlar tarafından farklı verilerle ifade edildiğini ifade etmektedir. Buna göre; TÜİK tarafından 2016 yılında bir önceki yıla göre % 12 artışla 700 milyon \$ gelir elde edildiği bildirilmiştir. Sağlık Stratejileri ve Sosyal Politikalar Derneği (SASOMER) ise 1,1 milyon sağlık ve medikal turistin 2,3-3 milyar \$ arasında gelir getirdiğini ifade etmektedir (T.C. Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi, 2017). Sağlık Turizmini Geliştirme Konseyi (THTC), 2016 yılında 746.000 medikal turistten 5,8 milyar \$ gelir elde edildiğini belirtmiştir (THTC, 2017).

2017 yılı verilerine göre Türkiye 700.000 medikal turist tarafından ziyaret edilmiştir. 2018 yılında bu sayının 850.000 olması beklenmektedir. Ayrıca medikal turizm gelirleri açısından incelendiğinde ABD'nin birinci, Güney Kore'nin ikinci sırada yer aldığı sıralamada Türkiye ise üçüncü sırada yer almaktadır. Tayland ve Almanya dördüncü ve beşinci sıra ile listede yer almaktadır (İSTUSAD).

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “*Türkiye Uluslararası Hasta Raporu 2017*” verilerine göre (2008-2017 dönemi) sağlık turizmi hasta sayısını Tablo 2-14’de açıklamıştır;

Tablo 2-14: Türkiye’nin 2008-2017 yıllarına ait uluslararası hasta sayıları

Yıllar	Kamu Hastaneleri	Özel Hastaneler	Toplam
2008	17.817	56.276	74.093
2009	21.442	70.519	91.961
2010	32.675	77.003	109.678
2011	41.847	114.329	156.176
2012	84.000	186.000	270.000
2013	130.251	279.077	409.328
2014	142.359	353.965	496.324
2015	130.938	262.012	392.950
2016	153.063	206.605	359.668
2017	143.811	268.913	412.724

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Uluslararası Hasta Raporu 2017

Tablo 2-17’de görüldüğü üzere Türkiye’ye gelen uluslararası hasta sayısı son on yıl içerisinde yaklaşık altı kat artmıştır. Yeni açılan ve önümüzdeki birkaç yıl içerisinde açılması planlanan şehir hastanelerinin de hizmet sunmaya başlamasıyla bu sayının katlanarak artacağı beklenebilir.

Tablo 2-15: Uluslararası hastaların geldiği ilk 10 ülke ve geliş türleri, 2017

Ülke	Medikal Turizm	Turistin Sağlığı	Toplam
Irak	14.593	19.172	33.765
Azerbaycan	12.306	18.035	30.341
Almanya	1.961	20.558	22.519
Rusya	1.425	16.678	18.103
Libya	10.534	5.741	16.275
Gürcistan	3.238	10.824	14.062
Türkmenistan	2.546	9.988	12.534
Afganistan	1.039	10.969	12.008
Özbekistan	919	9.809	10.728
İngiltere	781	9.665	10.446

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Uluslararası Hasta Raporu 2017

Tablo 2-15’de, 2017 yılında Türkiye’de sağlık hizmeti alan uluslararası hastaların en çok geldikleri ilk 10 ülke ve geliş türlerine göre sayılar verilmektedir. Buna göre ülkemize 2017 yılında en çok hasta gönderen ilk 10 ülke incelendiğinde hastaların % 27’si medikal turizm, % 73’ü ise turistin sağlığı kapsamında hizmet almışlardır. Doğrudan sağlık hizmeti almanın dışında başka bir sebeple ülkemizde bulunduğu sırada ve daha çok acil bir durum sonucu alınan medikal hizmet olarak ifade edilen turistin sağlığı kapsamındaki tedaviler, genel olarak uluslararası hasta sayısına eklense de medikal turizm kavramı içerisinde ele alınması yanlış olur. Medikal turizm kapsamında 2017 yılında adı geçen ilk 10 ülke arasında en çok hasta (14.593) Irak’tan gelmiştir. Turistin sağlığı kapsamında hizmet alan hastalara bakıldığında ise, genel turizm kapsamında ülkemizi en çok tercih eden Almanya vatandaşlarının geldiği (20.558) görülmektedir.

Tablo 2-16: Uluslararası Hastaların Geldiği İlk 10 İl ve Geliş Türleri, 2017

İl	Medikal Turizm	Turistin Sağlığı	Toplam
İstanbul	69.785	125.138	194.923
Antalya	3.058	52.206	55.264
Ankara	17.019	24.444	41.463
İzmir	2.551	15.568	18.119
Muğla	165	15.083	15.248
Aydın	9	11.962	11.971
Trabzon	914	10.226	11.140
Bursa	101	9.753	9.854
Erzurum	3.614	174	3.788
Yalova	23	3.659	3.682

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Uluslararası Hasta Raporu 2017

Medikal turizm kapsamında hizmet alan hastalar incelendiğinde (Tablo 2-16) gerek kamu gerek özel sağlık kuruluşlarının sayı ve kalite olarak en çok buldukları iller İstanbul ve Ankara olarak dikkat çekmektedir. Ancak turistin sağlığı kapsamında hizmet sunan illere bakıldığında genel turistlerin ağırlıklı olarak buldukları iller (Antalya, İzmir ve Muğla) ilk sırada yer almaktadır.

Tablo 2-17: Uluslararası hastaların hastanelere göre geliş türleri, 2017

Sağlık Kuruluşu Türü	Medikal Turizm	Turistin Sağlığı	Toplam
Özel Sağlık Kuruluşları	90.786	178.128	268.914
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri	5.248	118.703	123.951
Üniversite Hastaneleri	12.061	7.798	19.859

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Uluslararası Hasta Raporu 2017

Tablo 2-17’de görüldüğü üzere, özel sağlık kuruluşlarından hizmet alan uluslararası hastaların % 66’sı turistin sağlığı, geriye kalan % 34’ü ise medikal turizm kapsamında hizmet almıştır. Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşlarına başvuran uluslararası hastaların % 96’sı turistin sağlığı kapsamında hizmet almıştır. Bu veri kamu hastanelerinin medikal turizm konusunda henüz çok fazla ön plana çıkmadığını göstermektedir. Ancak Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018)’nda ifade edilen 750.000 medikal turist hedefi (Resmi Gazete), özel sağlık kuruluşlarıyla birlikte kamu hastanelerine de bu konuda hedef koymaktadır. Son dönemde yapımları hızla devam eden şehir hastaneleri ile bu durumun değişmesi planlanmaktadır. Genel olarak medikal turistlerin; % 84’ü özel sağlık kuruluşlarını, % 11’i üniversite hastanelerini, % 5’i de Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşlarını tercih etmiştir.

Tablo 2-18: Uluslararası hastaların kliniklere göre dağılımı, 2017

Klinik Adı	Medikal Turizm	Turistin Sağlığı	Toplam
Acil Tıp	0	93.565	93.565
Kadın Hastalıkları ve Doğum	7.420	19.921	27.341
İç Hastalıkları	5.186	14.889	20.075
Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları	3.435	16.357	19.792
Göz Hastalıkları	4.100	12.085	16.185
Ortopedi Ve Travmatoloji	5.329	10.604	15.933
Kulak Burun Boğaz Hastalıkları	3.680	10.864	14.544
Deri Ve Zührevi Hastalıkları	5.916	6.460	12.376
Genel Cerrahi	3.743	7.872	11.615
Kardiyoloji	3.752	4.665	8.417

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Uluslararası Hasta Raporu 2017

Uluslararası hastaların en çok başvurdukları branşlar incelendiğinde (Tablo 2-18), acil tıp kliniğine yapılan başvuruların (93.565), tüm uluslararası başvurular içerisinde % 23 olarak gerçekleştiği görülmektedir ve daha önce de bahsedildiği gibi bu başvurular turistin sağlığı kapsamında değerlendirilmektedir. Medikal turizm kapsamındaki başvurular değerlendirildiğinde ise kadın hastalıkları ve doğum kliniğinin en çok tercih edilen branş olduğu görülmektedir. Toplam başvurular içerisinde ilk 10 sırada yer almayan medikal onkoloji branşına yapılan başvurular için, sadece medikal turizm verileri dikkate alındığında ilk 10 branş içerisinde yer almaktadır (T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Uluslararası Hasta Raporu, 2018).

Tablo 2-19: Türkiye'ye gelen yabancıların aylara göre dağılımı, 2017

Aylar	2013	2014	2015	2016	2017
Ocak	1.104.754	1.146.815	1.250.941	1.170.333	1.055.474
Şubat	1.268.440	1.352.184	1.383.343	1.240.633	1.159.833
Mart	1.841.154	1.851.980	1.895.940	1.652.511	1.587.007
Nisan	2.451.031	2.652.071	2.437.263	1.753.045	2.070.322
Mayıs	3.810.236	3.900.096	3.804.158	2.485.411	2.889.873
Haziran	4.073.906	4.335.075	4.123.109	2.438.293	3.486.940
Temmuz	4.593.511	5.214.519	5.480.502	3.468.202	5.075.961
Ağustos	4.945.999	5.283.333	5.130.967	3.183.003	4.658.463
Eylül	4.266.133	4.352.429	4.251.870	2.855.397	4.076.630
Ekim	3.402.460	3.439.554	3.301.194	2.449.948	2.992.947
Kasım	1.709.479	1.729.803	1.720.554	1.353.280	1.652.795
Aralık	1.442.995	1.580.041	1.464.791	1.302.157	1.703.789
Toplam	34.910.098	36.837.900	36.244.632	25.352.213	32.410.034

Tablo 2-19'daki TURSAB (2018) verileri incelendiğinde, 2017 yılında Türkiye'ye 32.410.034 turistin geldiği görülmektedir. Bu sayı Türkiye'yi geleneksel

turizmde en çok ziyaret edilen ülkeler arasına sokmaktadır. Ancak aylara göre bakıldığında bu verilerin yılın belli dönemlerinde arttığı, diğer dönemlerde ise 4-5 kata kadar azaldığı görülmektedir.

Tablo 2-20: Uluslararası turist sayıları (Milyon)

No	Ülke Adı	2015 Yılı	2015 Yılı	2016/2015 Farkı (%)
1	Fransa	84.5	82.6	-2.2
2	ABD	77.5	75.6	-2.4
3	İspanya	68.5	75.6	10.3
4	Çin	56.9	59.3	4.2
5	İtalya	50.7	52.4	3.2
6	Türkiye	39.5
7	Almanya	35.0	35.6	1.7
8	Birleşik Krallık	34.4	35.8	4.0
9	Meksika	32.1	35.0	8.9
10	Tayland	29.9	32.6	8.9

2016 yılı turist sayılarına göre (Tablo 2-23), Türkiye dünyada en çok turistin ziyaret ettiği altıncı ülkedir (UNWTO, 2017). Türkiye'nin geleneksel turizmde cazibe merkezi konumunda olması, medikal turizmin pazarlanması faaliyetlerini de desteklemektedir.

Tablo 2-21: Uluslararası turizm gelirleri (USD)

No	Ülke Adı	2015 Yılı (milyon)	2016 Yılı (milyon)	2016/2015 Farkı (%)
1	ABD	205.4	205.9	0.3
2	İspanya	56.5	60.3	6.9
3	Tayland	44.9	49.9	11.0
4	Çin	45.0	44.4	-1.2
5	Fransa	44.9	42.5	-5.3
6	İtalya	39.4	40.2	2.0
7	Birleşik Krallık	45.5	39.6	-12.9
8	Almanya	36.9	37.4	1.4
9	Hong Kong (Çin)	36.2	32.9	-9.1
10	Australya	28.9	32.4	12.3

Tablo 2-21’de yer alan Dünya Turizm Örgütü’nün 2015 yılı verilerine göre, Türkiye Dünya’nın en çok turisti kabul eden 6. ülkesi konumundadır. Ancak turizm gelirlerinin yer aldığı bu tabloda ilk on ülke arasında yer almamaktadır.

TÜİK’ in 2015 yılına ait verilerine göre Türkiye bir turistten ortalama 756 USD gelir elde etmektedir. Bunun yanında medikal turizmde hasta başı gelir 12.000 USD seviyesindedir (TURSAB, 2014). Medikal amaçlı seyahatlerde turistler normal turistlere oranla çok daha fazla harcama yapmaktadır (Wilson, 2011 p.123).

Tablo 2-22: Uluslararası hastaların aylara göre dağılımı, 2017

Aylar	Medikal Turizm	Turistin Sağlığı	Toplam
Ocak	7.992	18.851	26.843
Şubat	7.789	17.047	24.836
Mart	9.373	19.279	28.652
Nisan	8.645	20.478	29.123
Mayıs	9.950	24.667	34.617
Haziran	7.641	26.650	34.291
Temmuz	10.147	41.041	51.188
Ağustos	9.728	44.313	54.041
Eylül	8.568	32.083	40.651
Ekim	9.838	24.278	34.116
Kasım	9.764	18.541	28.305
Aralık	8.662	17.399	26.061
Toplam	10.8097	30.4627	412.724

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Uluslararası Hasta Raporu 2017

Alternatif turizm çeşitleri arasında değerlendirilen medikal turizmde, geleneksel turist sayısında aylara göre gözlenen dalgalanma genellikle yaşanmamaktadır. En fazla iki kata kadar yaşanan hasta sayısındaki değişim (Tablo 2-22), geleneksel turizm oranla oldukça düşük kalmaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde turizmin 12 aya yayılması kapsamında medikal turizm ön plana çıkmaktadır.

2.1.14. Medikal Turizm Stratejileri

Stratejinin kelime anlamı; yöneltme, götürme ve sevk etme anlamlarını taşır. Latincece yol, çizgi anlamına gelmektedir. Yunanca “stratos” ve “agein” sözcüklerinden türetilmiştir.

Çok sayıda strateji tanımı vardır. Aynı kökten gelen “Strategos” terimi incelendiğinde; birlik lideri, genel komuta sanatı gibi anlamları vardır. Strateji kelimesi ise, Fransızca bir kelime olup, Türkçe olarak farklı bir kelime ile karşılığı bulunmamaktadır. Belli bir hedefe ulaşmak amacıyla, yapılan eylemlerde birliği sağlama sanatı olarak ifade edilebilir. Yönetim bilimindeki anlamıyla ise strateji, “bir organizasyonun belirlediği amaca ulaşmak için izleyeceği yol/yollar” olarak kullanılmaktadır (Çoban ve Karakaya, 2010 p.344). Askeri alanda strateji, savaş için asker ve teçhizatların belirlenmesi, bir araya getirilerek düşmanın yenilgiye uğratılması olarak ifade edilir (Ahmed ve ark., 2014).

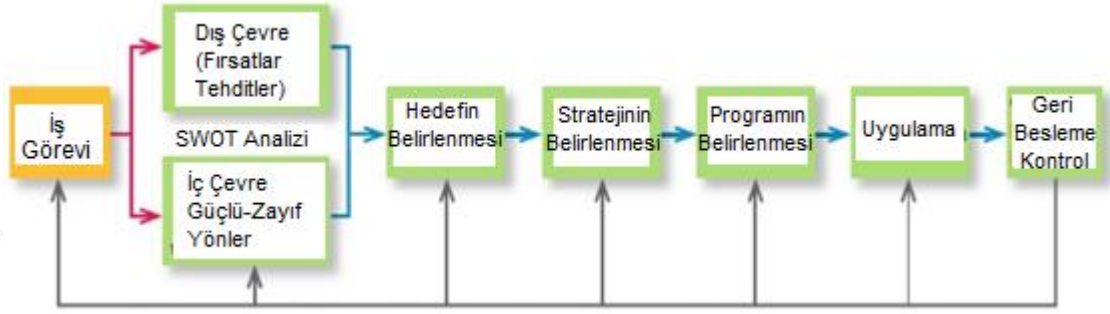
İlk kullanılışı askeri alanda olmuştur. Bir organizasyonun rakiplerine karşı nasıl yarışacağına dair geliştirdiği geniş bir perspektif, duruş ya da pozisyonun belirlenmesinde kullanılır. Yönetim biliminde belirlenen hedeflere ulaşmak için çizilen hareket planı olarak tanımlanır (Tengilimoğlu, 2014 p.144)

Strateji ve politika kavramları birbirleriyle sıklıkla karıştırılabilen kavramlardır. Ancak bu iki kavram birbirinden farklı anlamlara gelmektedir. Politika kavramı, yol gösterme ve önceden belirlenmiş hedeflere ulaşılması amacıyla izlenen yol ya da genel plan olarak tanımlanır. Strateji kavramı ise, ileride oluşabilecek durumların meydana gelmesinden önce ve nispeten belirsizlik ortamlarında verilen kararları tanımlar. Stratejiler genel olarak, işletme ya da bir ülkenin amaç ve politik yönelimlerinin toplamı olarak ortaya çıkar (Güçlü, 2003).

Stratejik karar verme, ülkelerin ya da firmaların günümüz rekabetçi koşullarında başarılı olmak ve bu başarılarını uzun vadede sürdürülebilir hale getirmek için oldukça önemlidir. Yönetimlerin hedeflerini gerçekleştirmek için aldıkları kararlarda stratejik davranmaları kaçınılmazdır.

Elbanna ve Child (2007), stratejik karar verme sürecini; stratejik kararın üretilmesi, uygulanması ve süreci etkileyen faktörlerin oluşturulması olarak ifade etmektedir. Stratejik karar verme, stratejik yönetim süreci kapsamında yapılan çağdaş araştırmaların en fazla üzerinde durulan alanlarından biri olarak ortaya çıkmaktadır. Ülkeler özellikle son dönemde yükselen pazar konumundaki medikal turizm alanında stratejiler üretmektedir. Üretilen bu stratejiler uygulamaya koyulmakta ve pazarda pay sahibi olunmasına yönelik hedefleri oluşturmaktadır.

Kotler ve Keller (2016) stratejik planlama sürecini; iç ve dış çevre analizinin yer aldığı SWOT analizi ile başlatıp, hedefin, stratejilerin ve programın belirlenmesinden sonra uygulama ve geri besleme süreci şeklinde Şekil 2-12’de olduğu gibi göstermişlerdir.



Şekil 2-12: Stratejik planlama süreci

Hükümetler, ülkelerini bir medikal turizm merkezi olarak tanıtmak için yatırımlar yapmaktadırlar. Bu durum Türkiye’de finansman sağlanarak, pazarlama faaliyetlerinin desteklenmesi yoluyla hastanelere ve kliniklere katkı sağlanması yoluyla yapılmaktadır. Malezya’da ise finansmanın çoğu devlet destekli bir kurum olan “*Malezya Sağlık Seyahat Konseyi*” aracılığıyla sağlanarak destek verilmektedir (Pollard, 2017).

Tayland, Singapur ve Hindistan’ın Asya’daki en büyük medikal turizm pazarına sahip olduğu bildirilmektedir. Ayrıca, Kolombiya, Brezilya ve Meksika gibi Latin Amerika ülkeleri ile; Ürdün, Türkiye ve BAE gibi Orta Asya (Orta Doğu) ülkeleri medikal turizm için önemli destinasyonlardır. Söz konusu bu ülkelerin her biri medikal turizm alanındaki sorunlarını düzeltmeye ve küresel medikal turizmi teşvik etmeye çalışmaktadır (Momeni ve ark., 2017).

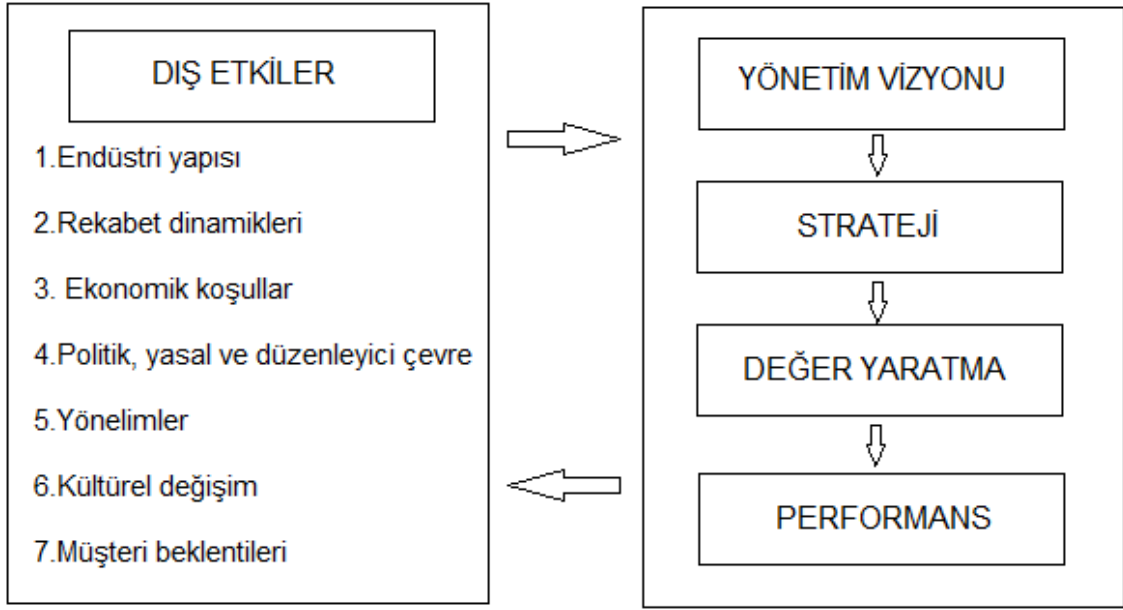
11 Eylül 2001 tarihinde ABD’de yaşanan saldırılarından sonra, özellikle Orta Doğu vatandaşları için ABD vizesi almak çok zorlaşmıştır. Bu döneme kadar özellikle bölgenin varlıklı kişileri medikal tedaviler için ABD’ni tercih etmekteydi. Yaşanan bu süreç Orta Doğu ülkelerinde yaşayan insanlar için yeni merkezler arayışına sebep

olmuştur. Bu dönemde medikal turizmde adını duyuran Asya ülkeleri ile Türkiye arasında bir rekabet başlamıştır.

Gelişmekte olan ülkelerdeki sağlık sistemi, çoğunluğu kamuya ait olmak üzere, kamu ve özel sektöre ait sağlayıcıların oluşturduğu karışık bir yapıdadır. Örneğin, kamu hastane yataklarının payı Asya'da % 79, Afrika'da % 84 ve Latin Amerika'da % 71'dir (Beladi ve ark., 2015 p.391). Bu durum medikal turizm açısından hareket alanlarını daraltmaktadır. Sağlık hizmetlerinin en üst seviye planlayıcısı olan bakanlıkların bu konuda tüm sektörü içine alan stratejiler geliştirmesi gerekmektedir.

Medikal turizm stratejileri arasında, kaliteli hizmet sunumu çoğu ülke tarafından ön plana çıkarılmıştır. Pazarlama konusu hem devletler, hem de medikal turizm endüstrisi tarafından sürekli vurgulanan unsurlardan biridir. Bazı devletler, vergi teşvikleri yoluyla medikal turizmin gelişimini teşvik etmektedir. Ayrıca Mayo Clinic, Johns Hopkins gibi uluslararası üne sahip sağlık kuruluşlarıyla yapılan afiliasyonlar da medikal turizm açısından sağlık kuruluşlarını desteklemektedir. Bu sayede karar aşamasında tüketicilere güven sağlanmaktadır. Seçilen böyle bir strateji, kurum ya da ülke imajı açısından, uluslararası düzeyde tercih edilme durumunu üzerinde çok anlamlı sonuçlar verebilmektedir (Chee, 2007 p.12). Yapılan bu tür ortaklıkların arttırılmasına dayalı stratejiler hem pazarlama maliyetlerini azaltacak, hem de yapılan pazarlama faaliyetlerinin etkinliğini arttıracaktır.

Strateji geliştirme sürecinde organizasyonel faaliyetler çok önemli bir yer tutmakla birlikte, dış çevre şartlarının iyi analiz edilmesi de bir o kadar önemlidir.



Şekil 2-13: Stratejik yönetim ve dış etkiler

Şekil 2-13’de stratejik yönetim ve dış etkilerin stratejik kararlar üzerine etkileri gösterilmiştir. Bir ülke ya da kuruluş geliştireceği stratejileri belirleme aşamasında içerisinde bulunduğu dış çevre koşullarını dikkate alarak kararlar verir. Verilen kararların uygulanışı sonrası tekrardan dış çevre analizinin yapılması gereklidir. Bu sayede alınan kararların başarısı değerlendirilmiş ve yeni stratejik kararların geliştirilmesi sağlanabilir (Daniels ve ark., 2011 p.439). Medikal turizm stratejileri de belirlenen hedef ülkeler için yapılan dış çevre analizi ile başlamalıdır. Yönetim bu koşulları dikkate alan stratejiler belirleyerek bunların uygulanmasını sağlamalıdır. Daha sonraki süreç tekrardan dış çevre analizi ve yeni kararlar ile sürekli bir biçimde devam edecektir.

2.1.14.1. Dünyada Medikal Turizm Stratejileri

Medikal turizmin fırsatlarla dolu niş bir alan sunması ve sağladığı yüksek katma değer, çok sayıda ülke ve kuruluşu bu konuda strateji geliştirmeye itmiştir (Connell, 2006 p.1094). Malezya, Tayvan, Ürdün ve Singapur gibi ülkelerde; genel olarak sağlık turizmi ve özelinde ise medikal turizm konusundaki yatırımlar için kalkınma stratejilerinin üretilmesi, bu ülkelerde önemli gelişmelere sebep olmuştur.

Çeşitli iletişim ve ulaşım olanaklarının ortaya çıkmasıyla doğru orantılı olarak, medikal amaçlı yapılan seyahatlerde gözle görülür bir artış yaşanmıştır. Yeni süreçte uygulanan stratejiler de daha rahat hayata geçebilmektedir (Kılınç, 2017 p.131).

Medikal turizmde özellikle son dönemde yaşanan hızlı büyüme, çok sayıda ülke ve şirketin dikkatini çekmiştir (Horowitz ve Rosensweig, 2007). Gerek ülkeler/hükümetler, gerek başta sağlık kuruluşları olmak üzere sektörün diğer paydaşları (sigorta firmaları, aracı kuruluşlar, ulaşım ve konaklama sektörü vb.), farklı sebeplerle (fiziki ve teknik yetersizlikler, yetişmiş insan kaynağı eksikliği vb.) de olsa medikal turizm konusunda yeni stratejiler geliştirmektedirler. Nitelikli ve uygun maliyetli sağlık hizmeti üretimine duyulan ihtiyacın sürekli olarak artması sonucunda medikal turizmin popülerliği artmaktadır (Ho, 2015). Bu stratejilerin amacı bir yandan ekonomik girdi sağlamak diğer yandan da ülkenin sağlık hizmeti kalitesini arttırmaktır (Johnston ve ark., 2015b). Bu kapsamda medikal turizmi destekleyecek yasalar ve operasyonel mekanizmalar üretmektedir (Reddy ve ark., 2010). Bu durum destekleyici diğer sektörlerle de olumlu katkılar yaparak genel bir gelişimi desteklemektedir (Shu ve ark., 2015).



Şekil 2-14: Medikal turizm için stratejik faktörler

Ghanbari ve ark. (2014) medikal turizm için stratejik faktörleri; sağlık hizmeti sunucuları, aracı kuruluşlar, medya kuruluşları, web siteleri ve konferanslar ve sigorta şirketleri etrafında toplamaktadır (Şekil 2-14).

“*Sanatların en eskisi, bilimlerin en yenisi*” olarak ifade edilen yönetim bilimi ile ilgili çok farklı tanımlamaların olmasının yanında; stratejik planlama, hedef belirleme, kaynakları yönetme, hedeflere ulaşmak için gereken insan kaynağı ve finansal varlıkları organize etme olarak ifade edilebilir (Koçel, 2007).

Ülgen ve Mirze (2010) yönetim kavramını; işletmelerin sahip oldukları kaynakları; planlayarak, organize ederek, uygulamak ve denetlemek ayrıca çalışanları aracılığı ile, etkin ve verimli kullanılmasının sağlanması yoluyla belirlenen amaçların gerçekleştirilebilmesi şeklinde tanımlamaktadır. Stratejik yönetim kavramı ise, yönetim kavramından daha farklı olarak; işletmelerin kısa dönemli olağan faaliyetlerinden ziyade, uzun dönemli olarak faaliyetlerini sürdürebileceği, rekabet açısından rakiplerine üstünlük sağlayabileceği ya da kâr payını arttırabileceği faaliyetlerin yönetimiyle ilgili bir süreçtir. Stratejik yönetim kavramını farklı bir dille ifade etmek gerekirse; somut çıktılara dayalı olarak yapılan analitik analizlerin ve bu analizlerin sonucuna göre verilen kararların uygulanma aşamalarını kapsayan bir süreçtir.

Ülkeler bu konuda strateji geliştirirken, hızlı bir büyümeyi ve bu gelişimin sağlık sistemini nasıl etkileyebileceğini anlamak istemektedir. Bu sayede mevcut sağlık hizmeti sunumunun da hakkaniyetli bir şekilde devam edebilmesi açısından medikal turizminin gelişiminde rol oynayan çeşitli aktörlerin ve karar vericilerin rollerini ve birbirleriyle ilişkilerini düzenleyebilmektedirler. Johnston ve ark. (2015b) Barbados'ta medikal turizm kapsamında geliştirilen ülke stratejileri sektör paydaşlarıyla yaptıkları yüz yüze görüşmelerle incelemiştir.

Özellikle Güneydoğu Asya ülkeleri, 1997 Asya finansal krizinden sonra medikal turizmin geliştirilmesi ve tanıtımının belki de en iyi belgelenmiş bölgesel örneğini sunmaktadırlar. Bu kapsamda çok sayıda ülke ve hastane medikal turizm sektörünü stratejik hedef olarak belirlemiştir (Heung ve ark., 2010; Ho, 2015 p.99). Bu ülkeler, medikal turizm ihracatını arttırmak amacıyla politikalar üretmekte ve sektörde hizmet sunan kurumları desteklemektedirler. Bu ülkeler tarafından benimsenen politika ve stratejiler ise genellikle; medikal turistler için vize oluşturma (medikal vize), tıbbi cihaz

ithalatı ve tedariki üzerindeki vergilerin azaltılması ya da tamamen ortadan kaldırılması, uluslararası hastane akreditasyonları için teşvikler ve çeşitli uluslararası pazarlama çabalarını içermektedir (Chee, 2010).

Karayiplerdeki; St. Lucia, Barbados, Cayman Adaları ve Jamaika da son dönemde medikal turizmi ekonomik kalkınma için stratejik bir öncelik olarak tanımlayan ülkeler arasına girmişlerdir. Bu kapsamda; özel sağlık sektörü yatırımlarını için kolaylaştırıcı adımlar atılmakta, medikal turizmi destekleyen politikaların geliştirilmesine rehberlik edecek ulusal komiteler oluşturulmakta, uluslararası ticaret konferanslarına katılımları desteklemekte ve asıl hedefi medikal turistleri tedavi etmek olan yeni sağlık tesislerinin kurulmasını ve geliştirilmesini teşvik etmektedirler (Adams ve ark., 2014).

Yakın zamana kadar özellikle az gelişmiş ülke vatandaşlarının; daha modern kuruluşlarda, daha ileri teknolojinin, daha donanımlı kişiler tarafından sunulduğu daha kaliteli sağlık hizmeti almak amacıyla, bu imkânlara sahip gelişmiş ülkelere seyahat ettikleri görülmekteydi (Noree, 2015 p.18). Ancak günümüz medikal turizm hareketleri incelendiğinde özellikle 1990'lı yıllardan sonra; ABD, İngiltere ve Avusturalya gibi alım gücü yüksek ülke vatandaşlarının ekonomik sebeplerden dolayı, bu ülkelere göre daha az gelişmiş olan Doğu Avrupa, Latin Amerika, Asya ve bazı Afrika ülkelerine doğru seyahatleri gözlenmektedir (Connell, 2006; Gill ve Singh, 2011 p.315; Wilson, 2011 p.122; Wongkit ve McKercher, 2013; Noree, 2015 p.41). Bunun yanında ABD, Almanya, İngiltere ve Fransa gibi gelişmiş ülkeler, az gelişmiş ya da çoğunlukla gelişmekte olan ülkelere medikal turistleri farklı sebeplerle de olsa cezbetmeye devam etmektedir (Reddy ve ark., 2010 p.510).

Hindistan günümüzde çoğu kaynakta, medikal turizm için merkez ülke olarak dile getirilmektedir. Ülke medikal turizmde önemli bir merkez haline gelmek amacıyla çeşitli stratejiler uygulamıştır. Bu kapsamda özellikle özel sağlık kuruluşları teknolojilerini yenilemiş, modern tıbbi cihazları ve yöntemleri hastanelerine entegre etmiş, kaliteli ve hızlı sağlık hizmetini düşük maliyetlerle sunduğuna dair içerikleri ülke tanıtımlarında özellikle vurgulamıştır (İçöz, 2009). Ülkenin medikal tedavi için seçilmesindeki en önemli etken % 90 oranında düşük maliyetler olarak ifade edilmiştir (Alsharif ve ark., 2010).

1998 yılında Malezya hükümeti tarafından medikal turizmin bir büyüme hedefi olarak tanımlanmasını takiben, medikal turizmin geliştirilmesi stratejisi kapsamında son 15 yılda kamu ve özel sektör yatırımları hızla hayata geçirilmiştir (Ormond ve ark., 2014 p.1). Medikal turizmde belirlenen stratejilerden en önemlileri arasında kaliteli sağlık hizmeti sunumunun desteklenmesi stratejisidir. Bu durum pazarlama çabalarında hem devlet, hem de endüstri tarafından sürekli vurgulanan unsurlardan biridir. Sadece yüksek kaliteli hizmetlerin devlet yatırımından yararlanması istenmiştir. Bu kapsamda Malezya’da ülke stratejisi olarak medikal turizmin tanıtımı için toplamda 220’den fazla özel hastane seçilerek desteklenmiştir. Bu amaçla kendi akreditasyon sistemlerini kurmuşlardır. Ayrıca kaliteli hizmet sunumunu attırmak ve tescillemek amacıyla Mayo Klinik, Johns Hopkins Üniversitesi Tıp Merkezi ve Great Ormond Street Çocuk Hastanesi ile afilyasyonlar yapılmıştır (Chee, 2007 p.12).

Chongsuvivatwong ve ark., (2011) Tayland, Malezya ve Singapur sağlık sistemleri ve stratejilerini; organizasyonel yapı, ulusal strateji ve politika etkisi olarak üç grupta incelemiştir (Tablo 2-23) (Aktaran Pocock ve Phua, 2011).

Tablo 2-23: Ülke sağlık sistemleri ve stratejileri

	Tayland	Malezya	Singapur
Organizasyonel Yapı	<ul style="list-style-type: none"> Bazı özel hastanelerinde mükemmellik cepleri 	<ul style="list-style-type: none"> Nitelikli işgücünün hareketiyle özel sağlık sektörünün büyümesi 	<ul style="list-style-type: none"> Dengeli kamu-özel karışımı, kurumsallaşmış kamu sektörü
Ulusal Strateji	<ul style="list-style-type: none"> Bölgesel sağlık merkezi Geniş turizm altyapısı 	<ul style="list-style-type: none"> Turizmi geliştirmek için sanayi stratejisi 	<ul style="list-style-type: none"> Biyomedikal endüstrilerini geliştirmek için ekonomik büyüme stratejisi Bölgesel hizmet merkezi Tıbbi Ar-Ge desteği
Politika Etkisi	<ul style="list-style-type: none"> Büyüyen eşitsizlik ve kentsel kırsal bölünme sorunları 	<ul style="list-style-type: none"> Kamu-özel ayrımı Kamu ve özel sektörler arasındaki ırk eşitsizlikleri 	<ul style="list-style-type: none"> Kamu ve özel sektörlerin dar gelir açığı

Pocock ve Phua (2011), Malezya, Singapur ve Tayland'ın sağlık turizmi sektörü ile ilgili yaptıkları incelemenin ardından, "Küreselleşme ve Sağlık" konulu bir çerçeve geliştirdiler. Tablo 2-24'de yer alan kavramsal çerçeveyi geliştirmelerindeki asıl amaç; başarılı bir sağlık turizmi sisteminin unsurlarını değerlendirmek değil, medikal turizm tarafından ortaya konan ortak sağlık politikalarının etkilerini vurgulamak ve düzenlemektir. Geliştirilen çerçeve, temel sağlık sistemi unsurları etrafında; yönetim, finansman, dağıtım, düzenleme ve sağlık insan kaynağı alanlarında yapılandırılmış olan çerçeve tarafından belirlenen sağlık sistemi etkilerini ve bunların ilişkili politika sonuçlarını özetlemektedir.

Tablo 2-24: Medikal turizm politikalarının sonuçlarına dair kavramsal çerçeve

	Politika Etkileri
Yönetim (Legislation and Planning)	<ul style="list-style-type: none"> •Çok sektörlü ve ikili ticaret anlaşmalarında sağlık sektörü taahhütlerinin sayısı ve içeriği •Sağlık hizmetlerinde ticareti teşvik eden bölgesel ticaret blokları •Ulusal tıp turizmi komiteleri ya da ajansları •Medikal turizm seyahat vizelerinin oluşturulması
Finansman (Fon Yaratma ve Ödeme)	<ul style="list-style-type: none"> •Cepten ödemelerdeki artış (Bağış ve Ödeme) •Uluslararası taşınabilir sağlık sigortasına olan ilginin artması
Dağıtım (Servis Sağlama ve Altyapı)	<ul style="list-style-type: none"> •Özel sağlık sektörünün büyümesi (Hizmet Sağlama ve Altyapı) •Sağlık altyapısına doğrudan yabancı yatırım
Düzenleme (Protokol Yaratma ve Uygulama)	<ul style="list-style-type: none"> •Kamu ve özel sektör kalite kontrolü (Protokol Oluşturma ve Uygulama) •Sağlık tesislerinin uluslararası akreditasyonu (ör. Joint Commission International) •Brokerlar tarafından kolaylaştırılan tıbbi turist ziyaretlerinin sayısı
Sağlık İnsan Kaynağı (Sağlık ve Bakım Personeli Sağlanması)	<ul style="list-style-type: none"> • Kamu ve özel sağlık sektörü arasında uzmanların dağıtımı •Gelecekteki insan kaynakları kapasitesi (yeniden: eğitim, mevcudiyet, nüfus oranlarına profesyonel)

ABD’de sağlık hizmetlerine ayrılan payın gayri safi milli hasıla içerisindeki yeri 2014 yılında % 17 olarak gerçekleşmiştir ve bunun karşılığı 9.523\$’a denk gelmektedir. Bu miktar devamlı olarak artış trendi içerisinde olup, bu oranın 2020 yılına gelindiğinde % 20’ye çıkması tahmin edilmektedir (Paul ve ark., 2017 p.326). ABD yüksek sağlık harcamaları sebebiyle kendi vatandaşlarını tedavi için yurtdışına gönderirken, diğer yandan başta Güney Amerika, Ortadoğu ve Avrupa’da yaşayanlar olmak üzere varlıklı hastalar için talep oluşturmaktadır. Bu sayede yıllık ortalama 1 milyar USD civarında maddi kaynak sağlamaktadır. Kısaca ABD düşük gelir grubunda yer alan vatandaşlarına

sağlık hizmeti sunmak konusunda istekli davranmazken, yurtdışından varlıklı hastaları sağlık hizmeti sunmak için cezbetmektedir (Özcan ve Aydın, 2015). Aynı şekilde Birleşik Krallık' ta yapılan bir çalışmada 2010 yılında tedavi için 63.000 kişi ülke dışına çıkarken, 52.000 kişi de tedavi amaçlı ülkeye giriş yapmıştır (Hanefeld ve ark., 2013).

Crooks ve ark., (2015b) yerel halk için en ulaşılabilir sağlık danışmanı olarak nitelenebilecek olan 22 aile hekimi ile yaptıkları odak grup görüşmesi sonucunda; yerel sağlık hizmetlerine ulaşımında yaşanan sorunları hastaların medikal turizmi tercihlerindeki en önemli gerekçe olarak ifade etmişlerdir. Çalışma sonucunda devleti temsilen aile hekimlerinin hastalarına karşı medikal turizm açısından rollerini şu şekilde sıralamaktadırlar;

1. Bilgi açıkları bağlamında medikal turizm hakkında bilgi vermek
2. Kendilerini medikal turizm kararlarından uzak tutmaya çalışırken aynı zamanda karar vermeyi desteklemek
3. Hem hasta hem de yerel sağlık sistemi ajanları olarak hareket etmek

Yaşanan bu durum, medikal turizm hakkında güvenilir üçüncü taraf bilgilendirme kaynaklarına ve duyarlı politikaların geliştirilmesine olan ihtiyacı vurgulamaktadır. Kanada'da yapılan bu çalışma, yerel halkın medikal turizm tercihinin sebeplerini ve sonucunda yerel sağlık sisteminin bu hastaları yurt dışı tedavi seçeneğine yönlendirmesi politikasını, dahası medikal turizme yönelik önleme stratejileri üzerine de çalışmaların yapıldığını göstermektedir.

Özetlemek gerekirse ülkeler ya da sağlık kuruluşları destekleyici diğer sektörlerle birlikte, dünya genelinde farklı ülkelerde farklı sebeplerle ortaya çıkan nitelikli ve uygun maliyetli sağlık hizmetine duyulan ihtiyacın ve bu ihtiyacın sürekli olarak artmasından doğan ekonomik büyüklüğün farkına varmıştır. Bu farkındalık özellikle medikal turizm pastasından pay almak isteyen ülkeleri medikal turizm konusunda yeni stratejiler geliştirmeye yönlendirmektedir. Bu durum medikal turizmin tüm dünyada gün geçtikçe daha da çok ilgi çeken bir alan olmasını sağlamaktadır.

2.1.14.2. Türkiye'nin Medikal Turizm Stratejileri

Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018), *30.10.1984 tarihli ve 3067 sayılı Kanun gereğince, Türkiye Büyük Millet Meclisi Genel Kurulunun 01.07.2013 tarihli 127'nci*

Birleşiminde onaylanmış ve 1041 nolu karar ile 02.07.2013 tarihli Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Medikal turizm bu kalkınma planı içerisinde, sağlık turizmi üst başlığı altında “Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı” olarak öncelikli dönüşüm programları arasında yer almaktadır. Programın hedefleri, değişimler (Tablo 2-25) ve bileşenleri şu şekilde belirtilmiştir;

Programın Hedefleri

- *Termal turizmde 100.000 yatak kapasitesinin oluşturulması*
- *Termal turizmde 1.500.000 (600.000 tedavi amaçlı) yabancı termal turiste hizmet sunulması*
- *Termal turizmde 3 milyar dolar gelir elde edilmesi*
- *Medikal turizmde dünyanın ilk 5 destinasyonu içerisinde olunması*
- *750.000 medikal yabancı hastanın tedavi edilmesi*
- *Medikal turizmde 5,6 milyar dolar gelir elde edilmesi*
- *İleri yaş turizmde 10 bin yatak kapasitesi oluşturulması*
- *İleri yaş turizmde 150.000 yabancı turistin ülkemizi ziyaret etmesi*
- *İleri yaş turizmde 750 milyon dolar gelir elde edilmesi*

Tablo 2-25: Programın performans göstergelerinin 5 yıllık beklenen değişimi

Gösterge	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Termal turizm yatak kapasitesi	42.000	50.000	60.000	75.000	90.000	100.000
Termal turizm turist sayısı	500.000	625.000	780.000	975.000	1.250.000	1.500.000
Medikal turizm turist sayısı	308.500	360.000	435.000	520.000	620.000	750.000
Termal, medikal ve ileri yaş turizmde turizm geliri (Bin USD)	2.750.000	3.400.000	4.450.000	5.850.000	7.600.000	9.350.000

Programın Bileşenleri

- 1) *Bileşen: Sağlık Turizmine Yönelik Kurumsal ve Hukuki Altyapının Geliştirilmesi*
 - *Hedef ülke, bölge ve branşları dikkate alan bir sağlık turizmi stratejisi ve eylem planı hazırlanması*
 - *Kamu kurumları arasında koordinasyon mekanizmalarının geliştirilmesi, kamu ile özel sektör arasında işbirliğinin güçlendirilmesi*
 - *Fiyat farklılaştırmasına da imkân tanıyan mevzuat altyapısının oluşturulması*
 - *İstatistik altyapısının geliştirilmesi*
- 2) *Bileşen: Sağlık Turizmi Alanında Fiziki ve Teknik Altyapının İyileştirilmesi*
 - *Termal turizm varlıkları ve medikal turizm altyapısı envanterlerinin hazırlanması*
 - *Hastane, termal otel, ileri yaş ve engelli bakım merkezleri gibi tesislerin sağlık turizminde kullanım imkânlarının artırılması*
 - *Sağlık turizmi kapsamında yatırım ve planlama konusunda destek sağlanması, arazi temini için yeni modellerin oluşturulması*
- 3) *Bileşen: Sağlık Turizmi Hizmet Kalitesinin Artırılması*
 - *Sağlık turizmi alanında çalışan personelin nitelik ve nicelik olarak geliştirilmesi*
 - *Sağlık turizmine yönelik hizmet ve tesis standartlarının yükseltilmesi*
 - *Konaklama ve diğer yardımcı hizmetler için kolaylaştırıcı mekanizmaların geliştirilmesi*
- 4) *Bileşen: Sağlık Turizmi Alanında Etkin Tanıtım ve Pazarlama Yapılması*
 - *Hedef ülke ve bölgelerde tanıtım ve pazarlama faaliyetlerinin artırılması*
 - *Tanıtım ve pazarlama alanında kamu ve özel sektör işbirliklerinin artırılması*

2015 yılında kurulan Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) bünyesinde *Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü* açılmıştır. Bu enstitü bünyesindeki kurulan *Sağlık Turizmi Politikaları Birimi* de, Kalkınma Bakanlığının onuncu stratejik planda yer verdiği bu 4 bileşeni medikal turizm politikası olarak benimsemiştir (TÜSEB, 2018).

Türkiye Cumhuriyeti Hükümeti hazırladığı kalkınma planı içerisinde bu şekilde medikal turizmi öncelikli dönüşüm programları arasına alarak konuya verdiği önemi

göstermektedir. Programın bileşenleri doğrudan bu konuya dair stratejileri ifade etmektedir.

2.1.15. Medikal Turizm Literatürü

Hafizan ve ark. (2018) Tayland, Türkiye ve Hindistan'ın medikal turizm politikalarını yapılan akademik çalışmaları inceleyerek analiz etmişlerdir. Yapılan çalışma sonucunda; bu ülkelerin medikal turizmin gelişimine yönelik politikalar geliştirdiğini, bu politikaların; yerel, ulusal, bölgesel ve uluslararası seviyede yürütüldüğünü, bu 3 ülkede de medikal turizmin ekonomik sebeplerle ön plana çıktığını ancak buradan doğan ekonomik faydanın yerel halkı etkilemediğini belirtmiştir.

Ahmed ve ark. (2018) Birleşik Arap Emirlikleri'nde medikal turizm amacıyla yurt dışına çıkan 232 kişi ile yaptıkları çalışmada, "Kalite" kavramının medikal turistler açısından en önemli unsur olduğu gösterilmiştir. Kalite üst başlığı altında; ileri teknoloji, nitelikli insan kaynağı, hizmet kalitesi ve bakım kalitesi olmak üzere dört faktör tanımlanmıştır.

Adabi ve ark. (2017) ABD'den medikal turizm amacıyla yıllık 15 milyon kişinin yurt dışına çıktığını belirtmiş ve bu hastalardan estetik amaçlarla bu seyahatlere çıkanlarda yaşanan komplikasyonlara ve bu komplikasyonların ABD sağlık sistemine maliyetini araştırmışlardır. 36 aylık süreçte medikal turizm sonucunda komplikasyon gelişen 42 hasta tespit edilmiştir. Bu hastalardan hayatta kalan 18'i içerisinde 8'i bu seyahatten memnun kalmadığını, geriye kalan 11'i ise bundan sonraki süreçte medikal tedavi amacıyla yurt dışına çıkmayacağını belirtmiştir. Ortaya çıkan bu komplikasyonların ortalama maliyetinin 18.211\$ olduğu ve çoğu durumda ana ödeyicinin Medicaid sistemi olduğu komplikasyonların ABD'ye olan toplam maliyetinin tahmini 1,33 milyar \$ olduğu ifade edilmiştir.

Rokni ve ark. (2017) Güney Kore'de medikal turizmin gelişimi için oluşabilecek engeller konusunda 15 kişilik bir uzman grup bir çalışma yapmışlardır. Çalışma sonucunda sağlık çalışanlarının kültürel farklılıklardan kaynaklı uyum sorununun medikal turizmin gelişimi için önemli bir engel olduğu ifade edilmiştir. Sağlık çalışanlarının medikal turizm konusunda teşvik edilmesi yönünde geliştirilebilecek stratejilerin bu engelleri ortadan kaldırabileceği belirtilmiştir.

Park ve ark. (2017) medikal turizm amacıyla Güney Kore'yi ziyaret eden 407 kişi ile yaptıkları çalışmada, medikal turistler için fiyat konusunun, sağlık ve seyahat hizmetlerinden duydukları memnuniyet konusunda önemli olduğu gösterilmiştir. Ayrıca bilinç düzeylerinin karar sürecinde oldukça önemli olduğu, ancak alınan sağlık hizmetinden memnuniyet düzeyleri konusunda önemli bir etkisinin olmadığı gösterilmiştir. Maliyet etkinlik konusunun en önemli strateji olduğu hususuna vurgu yapılmıştır.

Qolipour ve ark. (2017) İran'da medikal turizm hizmet kalitesini ölçmeye yönelik bir ölçek geliştirmişlerdir. 250 kişi ile yapılan anket sonucunda medikal turizm hizmet kalitesine dair 8 boyut (somutluk, güvenilirlik, cevap verebilme, güven, empati, ulaşım ve seyahat olanakları, teknik ve altyapı olanakları ve güvenlik) belirlenmiştir.

Tang ve Lau (2017) Malezya medikal turizmi için makroekonomik belirleyicileri incelemiştir. Gelir, fiyat, döviz kuru, SARS salgını, güvenlik, tıbbi kalite, insan gücü ve medikal tesislerin Malezya medikal turizminin uzun vadeli talep davranışlarını önemli ölçüde etkilediğini sonucunu elde etmişlerdir. Malezya'daki politika yapıcıların medikal turizme yönelik cazibe merkezi oluşturmaya yönelik; fiyatların düşürülmesi, suç oranının azaltılması ve güvenliğin artırılmasının yanında; araştırmaların, tıbbi kalitenin, insan gücünün ve tesislerin kalitesinin artırılmasına yönelik çalışmaların yapılmasının sürdürülebilir ekonomik gelişim için önemi vurgulanmıştır.

Mutlu (2016) SWOT analizine entegre ettiği AHS yöntemi vasıtasıyla, Türkiye'nin medikal turizm konusunda sahip olduğu avantaj ve dezavantajların yanında, geleceğe yönelik fırsatların dikkate alınması yoluyla oluşabilecek alternatifleri incelemiştir. Çalışma sonucunda; güçlü yönler % 38, fırsatlar % 30, tehditler % 18 ve zayıf yönler % 13 olarak tespit edilmiştir. Güçlü yönler içerisinde "*fiyat avantajı*" (% 25) ve "*tecrübeli doktorlar*" (% 23); Zayıf yönler içerisinde "*pazarlama faaliyetlerinin eksikliği*" (% 39) ve "*medikal turizmi koordine edecek yönetici sayısının azlığı*" (% 27); Fırsatlar içerisinde "*Avrupa, Ortadoğu, Türki Cumhuriyetler ve Kuzey Afrika Ülkeleri başta olmak üzere birçok noktaya yakın lokasyon*" (% 47) ve "*Farklı ülkelerdeki sağlık kuruluşları ve hizmetleri hakkında bilgi elde etmenin (web siteleri, e-mail vb.) giderek daha kolay ve masrafsız olması*" (% 23) ve tehditler içerisinde "*Uluslararası pazarlarda rekabetin artması*" (% 56) ve "*Küresel ekonomik durgunluk*"

(% 23) olarak gerçekleşmiştir. Tüm alt kriterler ele alınarak yapılan değerlendirmede; fırsatlar kümesi içerisinde yer alan “*Avrupa, Ortadoğu, Türki Cumhuriyetler ve Kuzey Afrika Ülkeleri başta olmak üzere birçok noktaya yakın lokasyon*” alt kriteri (% 14) ve tehditler kümesi içerisinde yer alan “*Uluslararası pazarlarda rekabetin artması*” alt kriteri (% 10) olarak gerçekleşmiştir. Bu faktörlerin dikkate alınarak stratejilerin geliştirilmesi önerilmektedir.

Noree ve ark. (2016) medikal turizmin Tayland sağlık sistemi üzerindeki etkilerini araştırmaya yönelik en çok hasta kabul eden (toplam medikal turistlerin % 63’ü), 5 hastanede; 15 yönetici ve 28 hizmet sunucu ile yüz yüze görüşme yapılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre hükümetin belirttiği 1,2 milyon medikal turiste karşılık aslında bu sayının yaklaşık % 13’ü olan 167.000 medikal turistin 2010 yılında ülkeden medikal hizmet aldığı ve bu durumun ülke sağlık sistemine çok büyük bir yük getitmediği, bunun yanında maddi bir fayda sağladığı sonucuna ulaşılmıştır.

Ajmera ve ark. (2015) Hindistan medikal turizm endüstrisine ait SWOT analizini yaptıktan sonra bunların önceliklendirilmesi amacıyla AHS yöntemini entegre etmişlerdir. Bu sayede kalitatif SWOT analizinden, kantitatif sonuçlar elde edebilmişlerdir.

Crooks ve ark., (2015a) ülkedeki gelişmekte olan medikal turizm sektörünün yasal ve düzenleyici etkileri hakkındaki görüşlerini ortaya çıkarmak amacıyla 9 avukat ile odak grup görüşmesi yürütmüşlerdir. Yapılan çalışma sonucunda; yükümlülük, göç yasası, hekim lisansı, kurumsal sahiplik ve itibarın korunması temel başlıkları altında beş önemli yasal ve düzenleyici tema belirlenmiştir.

Crooks ve ark., (2015b) 22 aile hekimi ile yaptıkları odak grup görüşmesi sonucunda; yerel sağlık hizmetlerine ulaşımında yaşanan sorunları hastaların medikal turizmi tercihlerindeki en önemli gerekçe olarak ifade etmişlerdir. Çalışma sonucunda devleti temsilen aile hekimlerinin hastalarına karşı medikal turizm açısından rollerini; medikal turizm hakkında hastalarını bilgilendirmek, hastalarını medikal turizm kararlarından uzak tutmaya çalışırken aynı zamanda karar vermeyi de desteklemek ve hasta ve yerel sağlık sistemi arasında koordinasyonu sağlamak olarak ifade etmişlerdir.

Rezaee ve Mohammadzadeh (2016) İran medikal turizmine yönelik belirleyici faktörleri incelemişlerdir. Bu kapsamda 12 uzman ile yapılan derinlemesine mülakatlar

sonucunda elde edilen ifadeler, odak grup görüşmesi yoluyla değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda “sağlık hizmetlerinin kalitesi” ve “yüksek seviye uzmanlık” medikal turizm açısından en önemli iki faktör olarak ön plana çıkmıştır. Bunlara ilaveten “sağlık hizmetlerinin maliyeti” ve “vize olanakları” önemli anahtar faktörler olarak belirtilmiştir. Ayrıca paydaşlara düşen roller açısından değerlendirildiğinde sağlık kuruluşlarına düşen rolün, hükümet ve destekleyici sektörlerden daha fazla olduğu belirtilmiştir.

Snyder ve ark. (2015b) Sağlık çalışanlarının başka bir ülkeye giderek orada hizmet vermeleri de medikal turizmin farklı bir türü olarak değerlendirmektedir. Özellikle kendi diline ve kültürüne sahip, kendi ırkından bir sağlık çalışanından hizmet alma fikri hastalarda, güven ve rahatlama hissi uyandırmaktadır. Ancak bu durum sağlık insan gücünün ülke dışına çıkması sebebiyle ana ülkede istihdamı etkilemekte ve hizmet sunumunda sorunlara sebep olmaktadır. Olası olumsuz etkileri ortadan kaldırmak amacıyla politika yapıcıların, medikal turizm sektörünü ve yerel halkın sağlık ihtiyaçlarını düşünerek sağlık çalışanlarının eğitimlerine ve sayılarına yönelik stratejilere dair planlamalar yapmalıdırlar. Böylelikle bu işgücü hareketinin her iki gruba da (göç alan ve göç veren) potansiyel zararlarının önüne geçilmesinin sağlanacağı sonucuna varılmıştır.

Chuang ve ark. (2014) ele aldıkları medikal turizmle ilişkili 392 makaleyi atıf sayılarına göre değerlendirmişlerdir. Yapılan çalışmada medikal turizm olgusunun iki farklı boyutu gösterilmiştir. İlkinde motivasyon faktörleri, pazarlama stratejileri ve ekonomik analizlere ait unsurlar; ikincisinde ise organ nakli gibi konulardaki etik ve risk ile ilgili unsurların ön plana çıktığı ifade edilmiştir.

Ghanbari ve ark. (2014) İran’ın Aywaz şehri için medikal turizmin geliştirilmesine yönelik SWOT analizi ve delphi yöntemi vasıtasıyla stratejik plan oluşturulması ile ilgili yaptıkları çalışmada, içsel analizlere dair ortalaması 2,44 olan, 16 güçlü yön ve 12 zayıf yön belirlemişlerdir. Bunun yanında dışsal faktörlere dair ortalaması 2,80 olan, 10 fırsat ve 10 tehdit belirlemişlerdir. Güçlü yönler (S) ve fırsatlara (O) dair belirlenen stratejilerin (SO) medikal turizmin gelişimi için en önemli stratejiler olduğu ifade edilmiştir.

SO stratejileri arasında;

- Çevre illere ve ülkelere göre sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılması
- Sağlık sistemindeki yeniliklerin değerlendirilmesi ve sigortalarla olan sözleşmelerin genişletilmesi
- Medikal turizme katkı sağlayacak 5 yıllık kalkınma planının hazırlanması
- Hemşirelik hizmetlerinin profesyonelleşmesi ve hemşirelerin yabancı dil seviyelerinin iyileştirilmesi

Olmak üzere 4 stratejiye yer verilmiştir.

Sarantopoulos ve ark. (2014) Yunanistan’da 337 kişi ile yaptıkları çalışmada 5 yıldızlı oteller için ekonomik krizden kurtulmanın bir yolu olarak medikal turizmi göstermişler ve bu alana yatırım yapmaya istekli olup olmadıklarını incelemişlerdir. Üst seviye otellerin hem kendilerine hem de ulusal ekonomiye katkısı olacağı düşüncesiyle medikal turizm yatırımlarına istekli oldukları sonucuna varmışlardır.

Wu ve ark. (2014) Tayvan için en uygun medikal turizm ittifak modelini seçmeye çalışmışlardır. Literatür taraması ve uzmanlarla yapılan görüşmelere ek olarak, delphi yöntemi ve devamında analitik hiyerarşi sürecini (AHS) ve gri ilişkisel analizi (GRA) kullanılarak yapılan çalışmada “Medikal Holding Şirketi” nin kurulmasının stratejik olarak en uygun tercih olacağı sonucuna ulaşılmıştır.

Iordache ve ark. (2013) Romanya’da medikal turizm için belirledikleri stratejileri; teşvikler, hükümet tarafından politikaların üretilmesi, kamu sektöründe işbirliğini teşvik etmek, kamu-özel işbirliği kurmak ve kamu ve özel sektörleri sağlık hizmetlerinde sübvansane etmek olarak belirlemişlerdir.

Yang (2013) Tayvan’da AHS yöntemiyle medikal turizm pazarlaması ile ilgili boyutları ve ağırlıklarını belirlemek amacıyla yaptıkları çalışmada ilgili faktörleri araştırmışlardır. Pazarlama tutundurması, seyahat hizmetleri, medikal kaynaklar ve yatay işbirliği olmak üzere 4 ana boyut belirlenmiştir. Bu faktörlere göre belirlenen 14 alt faktörün değerlendirilmesiyle elde edilen ilk beş sırada yer alan alt faktörler ve ağırlıkları şu şekilde sıralanmıştır; marka konumlandırma (% 15), sağlık tesisi (% 13),

sağlık hizmetinin kalitesi (% 10), seyahat noktaları (% 9), yatay işbirliği (% 8) (Yang, 2013).

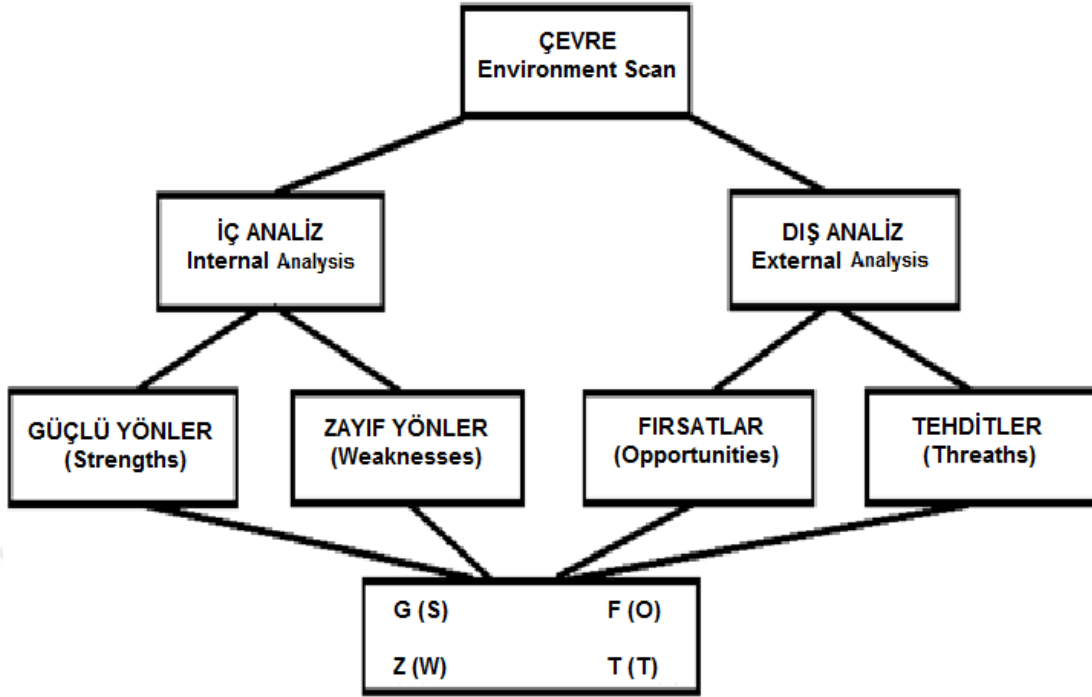
Sarwar (2013) Malezya'daki medikal turizm sektörünün gelişmesi için çeşitli stratejik faktörleri değerlendirmiştir. Malezya'ya medikal tedavi almak amacıyla gelen 266 kişi ile yapılan çalışmada; uluslararası rekabet edebilirlikte, hizmet kalitesinin en önemli unsur olduğu, ayrıca başarı hikayelerinin paylaşılmasının, ileriki dönem rekabet unsurları içerisinde önemle yer verilmesi gereken bir unsur olduğu belirtilmiştir.

2.2. SWOT Analizi ve Çok Kriterli Karar Verme

2.2.1. SWOT Analizi

Bir kuruluşun mevcut durumunun güncel yöntemlerle incelenip analiz edilmesi, o kuruluşun doğru yönetilip yönetilmediği konusunda yöneticilere önemli bilgiler verir. Bu yöntemlerden bir tanesi de SWOT analizidir. SWOT analizi; güçlü yönler (Strengths), zayıf yönler (Weaknesses), fırsatlar (Opportunities) ve tehditleri (Threats) ifade eden bir tekniktir. SWOT analizi organizasyonların, stratejik planlama ve karar verme sürecinde en yaygın şekilde kullandığı yaklaşımlardan biridir. SWOT analizi sayesinde kuruluşun; işleyişi, rekabet gücü, zayıf yönleri, sektör içindeki mevcut konumu, dış piyasadaki fırsat ve tehditlerin varlığı gibi iç ve dış değerlendirmeler yapılabilir (Hill ve Westbrook, 1997; Shahabi ve ark., 2014 p.19).

SWOT analizinin amacı, kişi ya da kurumlar için içsel ve dışsal faktörlerin göz önünde bulundurulması yoluyla, var olan güçlü yönler ve fırsatlardan maksimum düzeyde yararlanan, aynı zamanda olası tehditlerin ve zayıf yönlerin etkilerini minimuma indiren plan ve stratejiler geliştirmektir (Yüksel ve Dağdeviren, 2007 p.3364; Shahabi ve ark., 2014 p.19; Ervural ve ark., 2018).



Şekil 2-15: SWOT Analizi

Şekil 2-15’de görüldüğü gibi SWOT analizi iç ve dış çevre analizlerinden oluşmaktadır. Güçlü ve zayıf yönler iç çevre analizi yoluyla, fırsat ve tehditler ise dış çevre analizi yoluyla tespit edilebilir (Kahraman ve ark., 2008) Analizde yer alan ifadeler şu şekilde açıklanabilir;

(S) Strengths: Organizasyona ait güçlü yönlerin neler olduğunun belirlenmesi

(W) Weaknesses: Organizasyona ait zayıf yönlerin neler olduğunun belirlenmesi

(O) Opportunities: Organizasyon için dış çevredeki fırsatların neler olduğunun belirlenmesi

(T) Threat: Organizasyon için dış çevredeki tehditlerin neler olduğunun belirlenmesi

SWOT analizinin tarihine bakıldığında ilk olarak ne zaman, nerede ve kimler tarafından kullanıldığına dair kesin bir bilgi yoktur. Değişik araştırmalarda SWOT’un ortaya çıkışı farklı yazarlara ve zaman dönemlerine atfedilmektedir. Bazı kaynaklarda stratejik yönetim alanında çalışmaları bulunan akademisyenler tarafından geliştirildiği kabul edilmektedir. Genel kanı ise SWOT’un; Harvard Business School tarafından

1950-1960 yılları arasında ya da Stanford Üniversitesi tarafından 1960-1970 yılları arasında geliştirildiği şeklindedir. Bazı kaynaklarda SWOT analizinin ilk defa 1960 ve 1970'lerde Amerika Birleşik Devletlerinde, Fortune 500 şirketleri üzerinde bir araştırma projesine öncülük eden Stanford Üniversitesi Profesörü Albert Humphrey tarafından kullanıldığı ifade edilmektedir. Ancak bu iddiayı destekleyecek akademik referanslar bulunamamıştır (Helms ve Nixon, 2010).

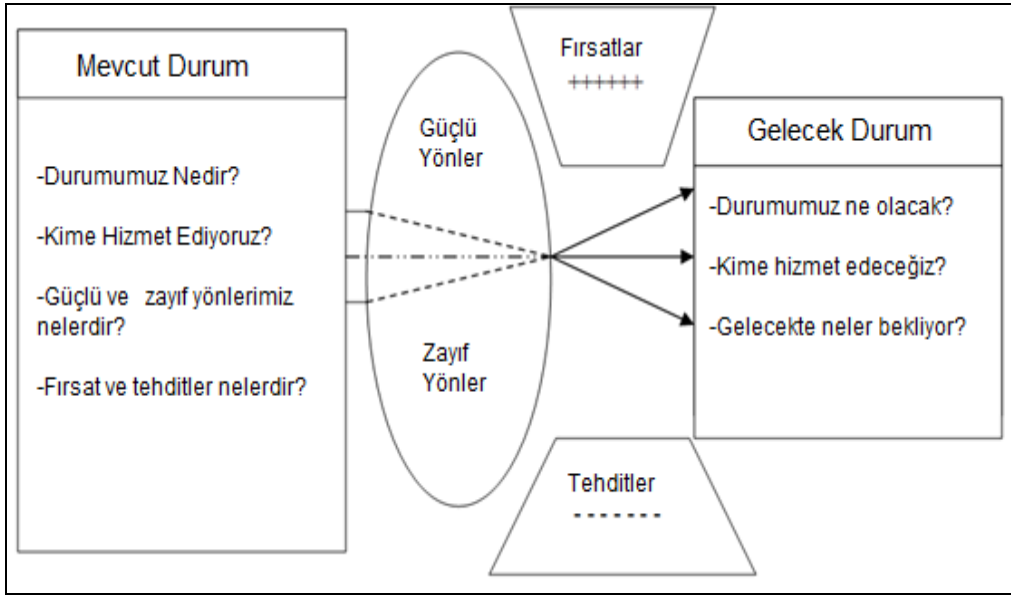
SWOT, çok sayıda uygulayıcı ve pazarlama araştırmacısı tarafından kullanılmıştır. Özellikle strateji geliştirmede sıklıkla kullanılan popüler bir araçtır. Sadeliği ile kullanımında kolaylıklar sağlanmaktadır. Alternatifler ve karmaşık karar durumlarını değerlendirmek için sıklıkla kullanılmaktadır. İç ve dış çevre konularının gruplandırılması, stratejik planlama için sıkça kullanılan bir başlangıç noktasıdır. SWOT matrisi bir beyin fırtınası egzersizi olarak çoklu bakış açılarından yararlanılarak hızlı bir şekilde oluşturulabilir.

SWOT analizi ile bir kuruluşun geleceğini etkileyen en önemli iç ve dış stratejik faktörler tanımlanabilmektedir. Organizasyonlar tespit edilen fırsatları kullanabilir ve dış çevresini teşhis ederek tehditleri belirleyebilir, bu sayede tehditlere karşı önlem alabilir (Tengilimoğlu ve ark., 2015 p.367). Öte yandan, kendi iç durumunu teşhis ederek güçlü ve zayıf yönlerini göz önüne alarak yeni stratejiler tasarlayabilir. İşletmeler için yaygın olarak kullanılmasının yanında; çeşitli sektörler, ülkeler ve hatta bireyler için de analiz aracı olarak kullanılabilir (Görener, 2016 p.160).

SWOT analizi, ürün geliştirme, iş planlaması ve pazarlama faaliyetleri için çeşitli koşullar altında yorumlama ve karar vermeye yardımcı olarak kullanılan en önemli araçlardan birisidir. Bu araç, bir kuruluşun stratejilerini ve kararlarını analiz etmek için yapılandırılmış bir çerçeve sunar (Ajmera, 2017).

SWOT yaklaşımı, yeni bir ürün, teknoloji, yönetim ya da planlama ile ilgili sistematik düşünce ve kapsamlı faktörlerin teşhisini içerir. Bu yöntemin kullanılması bazı önemli avantaj ve dezavantajlara yol açmaktadır. Bu yöntemin çok basit oluşu ve herkesin ileri bilgi ya da harici teknik destek almadan kullanabilmesi, avantajları arasında sayılabilir. Dezavantajları ise, yönteme ilişkin basit, statik ve öznel karakterler gibi çeşitli eksiklikleri içerir (Ostrega ve ark., 2011).

Strateji oluşturma s¼recinde etkili bir stratejik planlama aracı olarak kullanılan SWOT'un bazı zayıflıkları da bulunmaktadır. Yöntemin temel zayıflığı, alternatif stratejik kriterlerin ağırlık ve etkilerinin niceliksel olarak belirlenememesidir (Lee ve ark., 2012; Phadermrod ve ark., 2016). Hatta aynı faktörün iki farklı şekilde değerlendirilebilmesi (bir faktör güçlü bir yönü ifade etmekle birlikte, aynı zamanda bir zayıflık da olabilmektedir) de mümkün olabilmektedir.



Şekil 2-16: Organizasyonlarda SWOT analizi

Mevcut durum analizi ancak şekil 2-16'da görüldüğü gibi, uygun soruların sorulması yoluyla yapılabilir. Bu sayede gelecekle ilgili planlar yapılarak stratejiler belirlenebilir. Bu sayede mevcut durum ve gelecek durum arasında istenilen bağ kurulabilir. Dahası geleceğe yönelik stratejiler planlanabilir (Alcan, 2012).

Organizasyonlar devamlı olarak birtakım kararlar almak durumundadır. Karar verme süreci, iç ve dış faktörlerden büyük ölçüde etkilenir. Bu faktörlerin organizasyonun başarısı üzerindeki etkilerinin sistematik olarak tanımlanması ve analiz edilmesi önemli bir konudur (Emhan, 2007).

SWOT analizi sıklıkla iç ve dış faktörleri analiz etmek, uygun alternatif stratejileri değerlendirmek ve daha sonra bir örgütün istenen amaç ve hedeflerine ulaşmasında yardımcı olabilecek en iyi stratejiyi ya da stratejilerin belirlenmesi için

kullanılabilir. Bununla birlikte, SWOT analizi, kalitatif bir araç olarak, her bir faktörün seçilen stratejiler üzerindeki etkisini sayısal olarak değerlendiremez (Al-Refaie ve ark., 2016).

Bazı çalışmalarda söz konusu faktörler üzerinden SWOT matrisini oluşturduktan sonra, kombinasyonlarına göre dört çift SO, ST, WO ve WT strateji grubu tanımlanmıştır (Hill ve Westbrook, 1997).

	Fırsatlar (Opportunities)	Tehditler (Threats)
Güçlü Yönler (Strengths)	S/O	S/T
Zayıf Yönler (Weaknesses)	W/O	W/T

Şekil 2-17: SWOT analizi tablosu

Literatür incelendiğinde, Şekil 2-17’de görüldüğü gibi SWOT matrisinin yardımıyla; SO (güçlü yönler-fırsatlar) stratejileri, WO (zayıf yönler-fırsatlar) stratejileri, ST (güçlü yönler-tehditler) stratejileri ve WT (zayıf yönler-tehditler) stratejileri olmak üzere dört farklı strateji geliştirilmiştir (Hill ve Westbrook, 1997). SO stratejileri, dış fırsatlardan yararlanarak ve bir firmanın iç güçlerini kullanarak geliştirilir. WO stratejilerinde, mevcut harici fırsatlardan yararlanılarak iç zayıflıklar geliştirilmektedir. ST stratejileri, harici tehditlerin etkisini azaltmak için bir firmanın güçlü yönleri kullanılarak geliştirilmiştir. WT stratejileri, iç zayıflıkları azaltmayı ve çevresel tehditlerden kaçınmayı amaçlayan savunma stratejileridir.

Son yıllarda SWOT araştırmaları, önerilen stratejik eylemler için organizasyonları analiz etmeye odaklanmıştır. Stratejik konumlandırma için bir metodoloji olarak kullanılan SWOT analizi, şirketlere ve çeşitli sektörlerle genişletilmiştir (Helms ve Nixon, 2010).

Çeşitli ülkeler medikal turizme ekonomik kalkınma açısından öncelik vermektedir. Ülkeler ya da kurumlar için medikal turizm stratejilerinin belirlenmesi amacıyla çoğu durumda SWOT analizine başvurulabilmektedir.

Genel olarak medikal turizm açısından tüm ülkeler için genel fırsat ve tehditlerin olmasının yanında, bazı ülke ya da bölgeler için spesifik tehditler sayılabilmektedir. Örneğin Tayland için politik sorunlar, Malezya için uçak kazası, Singapur için hükümetin medikal turizme yeterince odaklanmaması ve Hindistan için artan suç oranı spesifik tehdit olarak sayılabilir (Wong ve ark., 2014).

Strateji oluşturma sürecinde sıklıkla kullanılan geleneksel SWOT analizi, nitel bir analiz ve karar verme yöntemidir. Ancak stratejik planlarda belirlenen faktörlerin etkilerini ve önem derecelerinin belirlenmesinde analitik bir sonuç verememektedir (Çelik ve Murat, 2010). İçsel ve dışsal faktörlerin sayısının fazlalığı ve bu faktörlerin hepsinin aynı önem derecesine sahip olmaması seçim sürecini zorlaştırmaktadır. SWOT analizinde faktör sayılarının fazlalığı ve önem derecelerinin farklı olması sebebiyle destekleyici yöntemlere ihtiyaç vardır (Acar ve Gürol, 2017). Karar vermeyi kolaylaştırması için çok kriterli karar verme teknikleriyle entegrasyonuna sıklıkla başvurulmuş bir yöntemdir.

2.2.2. Karar Teorisi ve Çok Kriterli Karar Verme

Günlük hayatta ya da iş hayatında kişiler sürekli olarak bir karar verme durumuyla karşı karşıya kalmaktadır. Bu kararlar, bazen hangi gömlek ya da kravatın seçileceği gibi basit bir kişisel karar olabilmekte iken, bazen de çok zor ve önemli bir ülke stratejisi olabilmektedir.

Karar verme kavramı, en sade biçimde seçim davranışı olarak ifade edilebilir. Kişiler ya da organizasyonlar devamlı olarak çeşitli konularda karar vermek durumundadır (Kuru ve Akın, 2012 p.129). Seçilebilecek bir tek seçeneğin olması durumunda, karar sürecinden bahsedilemez. Ancak çoğu durumda, çeşitli alternatifler arasından en uygun olanı seçilmeye çalışılır.

Karar, antik çağlardan beri birçok düşünürün üzerinde fikir yürüttüğü bir konudur. Aristoteles, Plato ve Thomas Aquinas gibi büyük filozoflar, insanların karar verme davranışlarını tartışmışlardır. Düşünerek karar verebilmenin, insanları hayvanlardan ayıran en önemli özellik olduğunu iddia etmişlerdir.

Karar verme problemleri, seçim aşamasında çeşitli kriterleri ve alternatifleri içerir. Kriterler genellikle farklı önem derecelerine sahiptir. Alternatiflerin tercih edilme olasılıkları ise, her bir kriterin önem derecesine göre farklılıklar gösterir (Saaty, 2004).

Karar verme süreçleri incelendiğinde, literatürde stratejik karar verme konusu önemli bir yer tutmaktadır (Elbanna, 2006). Stratejik karar verme süreci; stratejik kararın üretilmesi, uygulanması ve süreci etkileyen faktörlerin oluşturulması olarak ifade etmektedir (Elbanna ve Child, 2007).

Karar, başarının merkezinde yer alır. Ancak bazen karar verme aşamasında zor, kafa karıştırıcı ve sinir bozucu olabilecek kritik anlar olabilir. En uygun karar için adım adım ilerlenmelidir (Arsham, 2010).

Karar verme süreci literatürde çeşitli şekillerde ele alınarak sistematize edilmesine rağmen, genel olarak dört adımda değerlendirilmektedir (Turpin ve Marais, 2004).

- a) Sorunun ve amacın belirlenmesi
- b) Çeşitli alternatiflerin belirlenmesi
- c) En uygun alternatifin seçilmesi
- d) Verilen kararın uygulanması ve sonuçlarının değerlendirilmesi

Rasyonel bir karar için; tüm alternatiflerin belirlenmesi, her bir alternatifin uygulanmasından doğacak sonuçların değerlendirilmesi, sonuçların iyi organize edilmiş bir tercihler kümesine dönüştürülmesi ve sonucunda da tüm bu sonuçların karşılaştırılarak en uygun alternatifin belirlenmesi süreçlerinin takip edilmesi gereklidir.

Karar verme sürecinde birden fazla kriterin önemli olduğu durumlarda, belirlenen alternatifler arasından seçim yapmak çok zor olabilmektedir (Doğan, A., Önder, E., 2014 p.5801). Çeşitli alternatiflerin değerlendirilmesi ve içlerinden en iyisinin seçilmesi birtakım çabaları beraberinde getirmektedir. Bu alternatiflerin farklı değerlendirme ölçütleri ile ele alınarak karşılaştırılması da gerekebilmektedir. Bu karmaşık durumun çözümü için çok kriterli karar verme teknikleri geliştirilmiştir (Özdağoğlu, 2013).

2.2.2.1. Karar Teorisi

Türk Dil Kurumu (TDK) “*karar*” kelimesini; “*bir iş ya da sorun hakkında düşünülerek verilen kesin yargı*” olarak ifade etmektedir (TDKb, 2018).

Bir insanın yaptığı neredeyse her şey, içerisinde çeşitli kararları barındırmaktadır. Kararların tüm hayatımızı etkilemesinin yanında, insanlar gerçek

anlamda yaptıkları faaliyetlerin sadece bazı yönlerine odaklanırlar. Karar teorisyenleri, aralarında seçim yapabileceğimiz alternatiflerle karşılaştığımız durumlarda, rastgele olmayan bir şekilde bu seçimimizi gerçekleştirdiğimizi ifade etmektedirler. Seçimlerimiz böyle durumlarda hedefe yönelik faaliyetler olarak değerlendirilebilir. Dolayısıyla karar teorisi, seçeneklerin varlığında hedefe yönelik davranışlarla ilgili bir kavramdır (Hansson, 2005).

Bilinçli ya da bilinçsiz olarak yaptığımız her şey, bir kararın sonucudur. Çoğu durumda karar vermek için çeşitli bilgilere ihtiyaç duyarız. Topladığımız bilgilerin amacı, olaylar hakkında karar vermeye yarayan yargılar geliştirerek, olayları anlamamıza yardımcı olmaktır. Ancak elde edilen tüm bilgiler konuyu tam olarak anlamamızı ve kararlarımızı bu yönde geliştirmek için faydalı olmayabilir (Saaty, 2008).

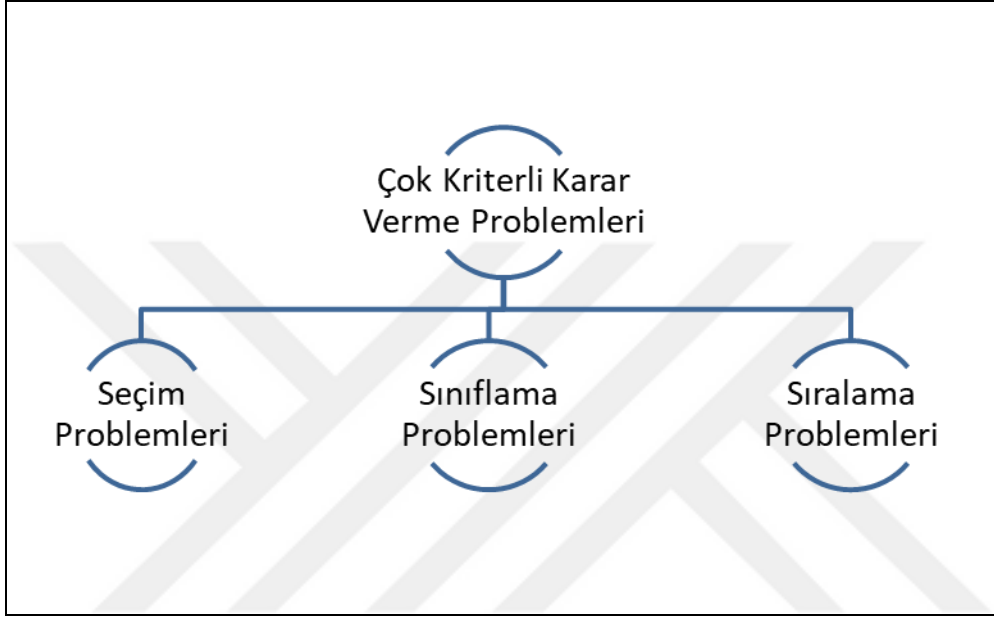
Modern karar teorisi, çeşitli akademik disiplinlerin katkılarıyla 20. yüzyılın ortalarından sonra gelişmiştir. Karar teorisi, günümüzde başlı başına akademik bir konu olmasına rağmen, genellikle kendilerini; ekonomist, istatistikçi, psikolog, politik ya da sosyal bilimci olarak tanımlayan araştırmacılar tarafından ele alındığı görülmektedir.

Normatif ve tanımlayıcı olmak üzere iki tür karar teorisi öne sürülmektedir. Normatif karar teorisi, kararların nasıl alınması gerektiğine dair bir teoridir. Başka bir ifadeyle, normatif karar teorisi, rasyonel davranabilmek için kararların nasıl alınması gerektiğine dair bir teoridir. Tanımlayıcı teori ise, kararların gerçek hayatta nasıl alındığı konusuna dayanan bir teoridir (Hansson, 2005).

Karar teorisi bir işletmeci için karları maksimize etmek ve olası zararlara maruziyeti en aza indirmek için yöntemler sağlayabilmektedir. Yani alternatifler arasında en uygun (optimum) olanına karar verilebilmeyi sağlamak üzerine kurulmuştur. Ancak bu kararların uygulanıp uygulanmaması gerektiği konusundaki temel soru, karar teorisi içerisinde ele alınmamaktadır. Bir kararın iyi ya da kötü olması, muhtemel alternatiflere ya da stratejilere, erişilebilen verilere ve karar vermek için kullanılan kriterlere bağlıdır.

2.2.2.2. Çok Kriterli Karar Verme

Çok kriterli karar verme (Multiple Criteria Decision Making-MCDM), çeşitli göstergeler, çelişen hedefler ve kriterler de dahil olmak üzere karmaşık senaryolarda en iyi sonuçları bulmakla ilgilenen bir operasyonel araştırma dalıdır (Kumar ve ark., 2017).



Şekil 2-18: Çok kriterli karar verme problemleri

Çok kriterli karar verme problemleri (Şekil 2-18); seçim problemleri, sınıflama problemleri ve sıralama problemleri için kullanılmaktadır (Turan, 2014).

Tablo 2-26’da görüldüğü üzere, seçim problemleri; AHS, AAS, MAUT/UTA, MACBETH, PROMETHE, ELECTRE I, TOPSIS, sınıflama problemleri; AHS, AAS, MAUT/UTA, MACBETH, PROMETHE, ELECTRE III, TOPSIS ve sıralama problemleri; AHSSort, UTADIS, FlowSort, ELECTRE-Tri olarak sayılabilir (Ishizaka ve Nemery, 2013)

Tablo 2-26: Çok kriterli karar verme problemleri ve yöntemleri

Seçim Problemleri	Sınıflama Problemleri	Sıralama Problemleri
AHS	AHS	AHSSort
AAS	AAS	UTADIS
MAUT/UTA	MAUT/UTA	FlowSort
MACBETH	MACBETH	ELECTRE-Tri
PROMETHE	PROMETHE	
ELECTRE I	ELECTRE III	
TOPSIS	TOPSIS	

Çok kriterli karar verme (ÇKKV) yöntemlerinin kullanılması, karar vericilere verecekleri kararda alternatif seçenekler arasından en uygun seçeneğin belirlenmesi aşamasında yardımcı olur. ÇKKV yöntemleri, birden fazla kriterin göz önünde bulundurulması ve önümüzdeki alternatifler içerisinde en optimum tercihin yapılabilmesi kararının verilmesi sürecinde sıklıkla kullanılmaktadır. En çok kullanılan yöntemler; AHS, AAS, MAUT/UTA, MACBETH, TOPSIS, PROMETHEE, ELECTRE olarak sayılabilir. ÇKKV yöntemleri incelendiğinde birbirlerine göre çeşitli üstünlük ve zayıflıkları bulunmaktadır. Bu sebeple bir problemin çözümü için yapılacak ilk iş bu yöntemlerden hangisinin mevcut problem için daha uygun olacağını belirlemesidir. Bu karar verilirken karar vericinin, problemin yapısını ve karar sürecine ait özellikleri tam olarak belirlemesi gereklidir (Ömürbek, 2013; Yıldız, 2014; Turan, 2014).

2.2.3. Analitik Ağ Süreci (AAS)

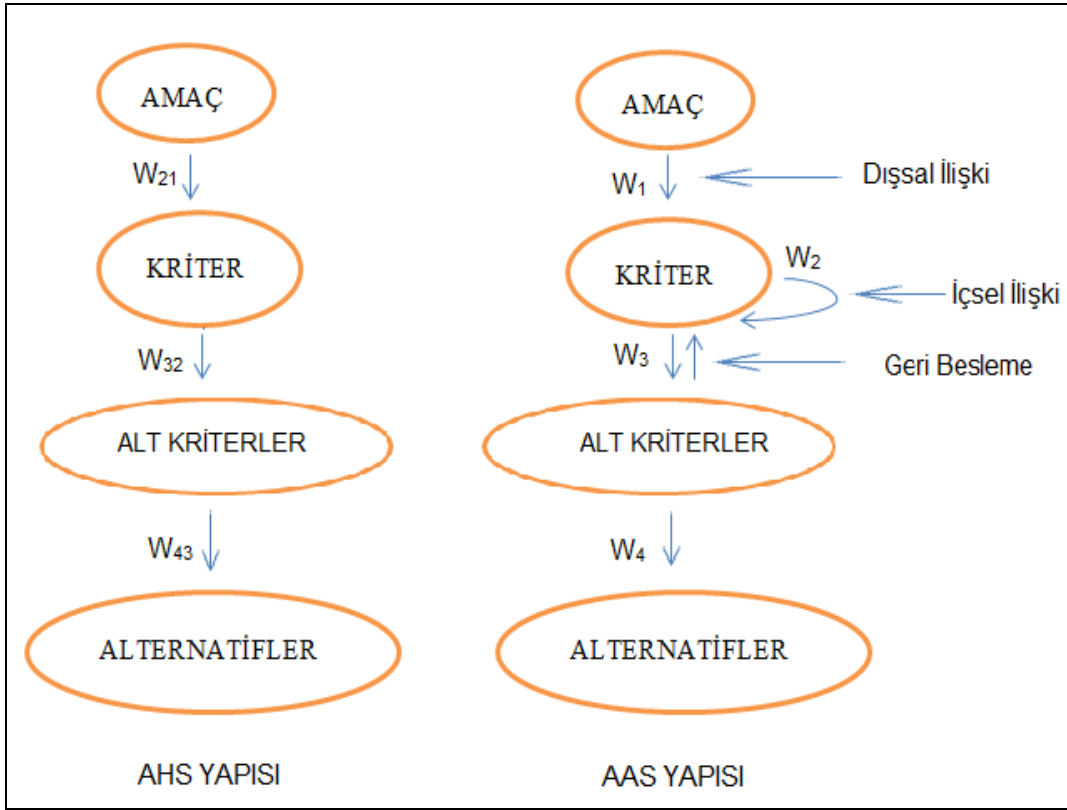
Analitik ağ süreci (AAS) çok kriterli karar verme problemlerinin çözümü amacıyla Thomas L. Saaty tarafından 1996 yılında geliştirilmiştir. Yöntem analitik hiyerarşi sürecinin (AHS) daha geliştirilmiş bir halidir (Ho ve ark., 2010; Al-Refaie ve ark., 2016). Saaty'nin AAS'yi geliştirmesindeki başlıca neden, AHS'nin başarılı uygulamalarının yapıldığı bir süreçte hiyerarşik yapılandırma gerekliliğinden kurtulmaktır (Yıldırım ve Önder, 2014 p.75). AHS'de hiyerarşik bir yapılanma söz konusu iken AAS'de tek yönlü bir hiyerarşi yerine ağ ve küme yapısı kullanılmaktadır.

AHS'deki hiyerarşi oluşumu, doğrusal olmayan bir üstyapıdır. Bu durum analitik ağ süreci yönteminin gerçek dünyadaki karmaşık problemleri modellemesini sağlar. Bu yöntem, faktörler ve alt faktörler arasındaki karşılıklı ve birbirine bağlı ilişkileri göz önünde bulundurarak, kriterleri ve alt kriterleri sıralayabilir. Bir küme içerisinde kriterler ve alternatiflerin birbirleriyle etkileşim içinde olmasının yanında, kümeler arasında da etkileşimler bulunabilir (Niemira ve Saaty, 2004).

AAS yönteminin diğer çok kriterli karar verme yöntemlerine göre öne çıkan üstünlüklerinden biri de, kantitatif ve kalitatif veri setlerine uygun olmasıdır. AAS alternatiflerin nitelik ve niceliğini de dikkate alır (Saaty, 2006).

AAS yöntemi hem nicel, hem de nitel faktörleri bir arada değerlendirebilen bir yöntemdir. Bunun yanında kararı etkileyen faktörler arasındaki ilişkileri de modele dahil edebilen bir yöntemdir (Alptekin, 2010). Ayrıca kriterler ve alternatifler arasındaki bağlılık ve geribildirim problemlerinin değerlendirilmesi konusuna da çözümler üretilebilir.

AAS, kriterler arasındaki karşılıklı bağımlılıkları tanımlayabildiğinden ve hem nicel hem de nitel kriterleri karşılayabildiğinden dolayı geleneksel yöntemlerden daha gerçekçi sonuçlar verir (Önder ve Kabadayı, 2015).



Şekil 2-19: Hiyerarşi ve ağ yapısı modeli

Şekil 2-19’da analitik hiyerarşi süreci ve analitik ağ süreci modelleri gösterilmiştir. Analitik hiyerarşi sürecinde eşit seviye kriterler birbirlerinden etkilenmemektedir. Başka bir ifade ile söylemek gerekirse, kriterlerin birbirlerinden bağımsızlığı söz konusudur. Analitik ağ sürecinde ise kriterlerin kendi aralarındaki etkileşim durumları da dikkate alınmaktadır. Probleme ait etki yönü AHS’de olduğu gibi yalnızca yukarıdan aşağı yönlü değil, aynı zamanda ağ yapısındadır. Eşit seviyedeki kriterler de birbirlerini etkilemektedir. Hatta alt seviyedeki kriterler üst seviyedeki kriterleri de etkileyebilmektedir. Bu sayede varsayım ya da kısıtlamalar önemli ölçüde ortadan kaldırılır. Bu durum gerçek hayatta karşılaşılabilecek problemler için çözümleyici modellemeler önerebilmektedir.

AHS’de amaç dikkate alınarak birinci kriter ile ikinci kriter karşılaştırıldığında hangisinin daha önemli olduğu sorusuna yanıt aranır. AAS’de ise alternatifler dikkate alınarak kriterlerin önem dereceleri saptanır. Analitik ağ süreci yönteminde alternatiflerin önem dereceleri, kriterinin öncelik değerlerini etkilemektedir (Yıldırım ve Önder, 2014 p.76). Böylelikle faktörler arasındaki karşılıklı bağımlılıkların göreceli

önemlerini değerlendirmede kullanılacak bir araç sağlamaktadır (Saaty, 2004; Yüksel ve Dağdeviren, 2007).

AAS karar verme problemlerinde varsayımlardan daha çok kriterlerin kendi aralarındaki bağımlılıkların belirlenmesinde kullanılan bir yapı niteliğindedir (Yang ve ark., 2009)

AAS, çok kriterli karar verme problemlerinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu yöntemin başlıca avantajlarından biri, somut/soyut ya da nitel/nicel faktörleri etkin bir şekilde yönetebilmesidir (Wu ve ark., 2014). Analitik ağ süreci problemlerinin çözümünde Super Decision paket programından yararlanılabilmektedir.

Analitik ağ süreci yöntemi 4 adımda uygulanmaktadır.

1. **Problemin Tanımlanması ve Modelin Kurulması:** Bu adımda karar problemi açıkça ifade edilmelidir. Benzer niteliğe sahip faktörler aynı küme içerisinde yer alır. Sonrasında bu faktörler arasındaki birbirleriyle ilişkili olan faktörler belirlenir. Bu sayede model kurulmuş olur.
2. **İkili Karşılaştırma Matrislerinin Oluşturulması:** Karara etki eden tüm faktörlerin önem derecelerinin belirlenmesi amacıyla ikili karşılaştırma soruları elde edilir. Bu sorular Tablo 2-27'de verilen ölçek yardımıyla derecelendirilir (Saaty ve Vargas, 2006).

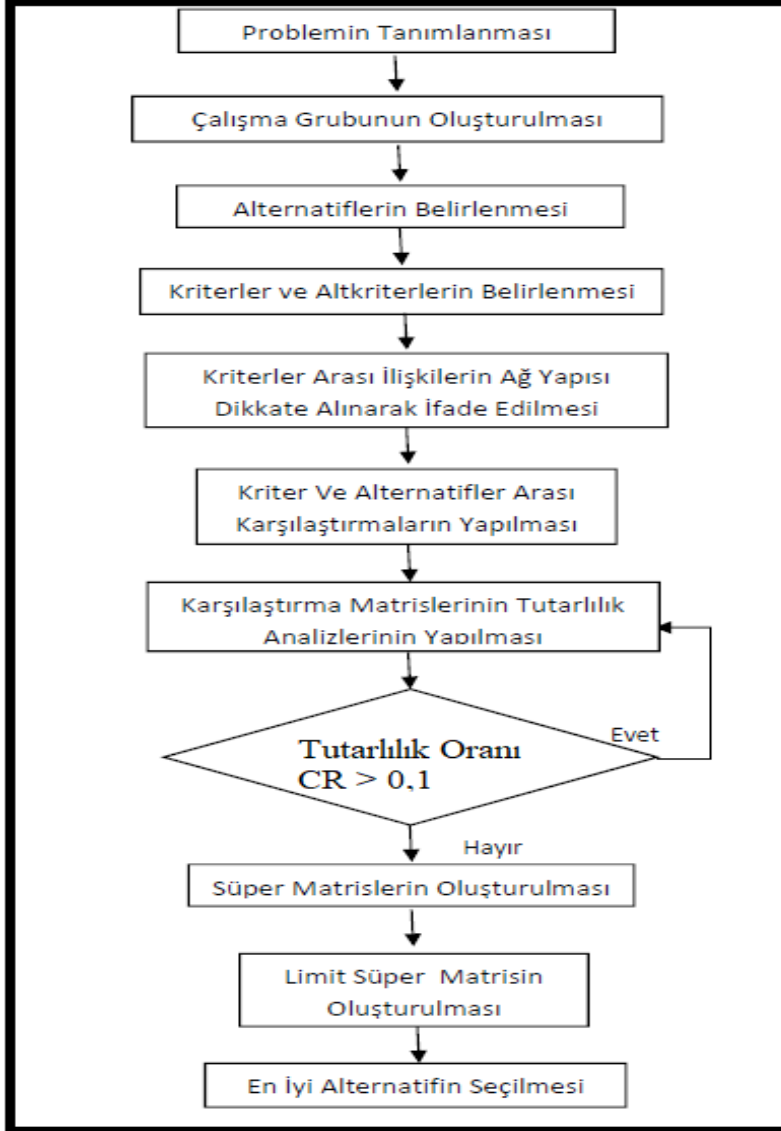
Tablo 2-27: İkili karşılaştırmalar için önem dereceleri tablosu

Önem Derecesi	Tanım	Açıklama
1	Eşit Derecede Önemli	Her iki faktör eşit seviyede öneme sahiptir.
3	Orta Derecede Önemli	Tecrübe ve yargılara göre bir faktör diğerine göre biraz daha önemlidir.
5	Kuvvetli Derecede Önemli	Bir faktör diğerine göre kuvvetli derecede önemlidir.
7	Çok Kuvvetli Derece Önemli	Bir faktör diğerine göre yüksek derecede daha önemlidir.
9	Mutlak Derecede Önemli	Bir faktör diğerine göre çok yüksek derecede daha önemlidir.
2-4-6-8	Ara Değerleri Temsil Etmektedir	İkili Karşılaştırmalarda ara değerlerdir.

Karar verici sayısının birden fazla olduğu durumlarda tüm sonuçların geometrik ortalaması önerilmektedir. Böylelikle tek bir ikili karşılaştırma sonucunun elde edilmesi sağlanmış olur (Saaty ve Vargas, 2007; Saaty, 2008).

3. **Süper Matrisin Oluşturulması:** Birbirlerine bağımlı etkilerin bulunduğu bir sistemde önceliklerin global olarak elde edilebilmesi amacıyla, lokal öncelik vektörleri süper matris olarak adlandırılan matrisin kolon kısmına yerleştirilir. Süper matris parçalı bir matristir. Matrisin her bölümü sistem içerisindeki iki faktör arasındaki ilişkiyi göstermektedir.
4. **En İyi Alternatifin Seçilmesi:** Belirlenen tüm faktörlerin birbirleri üzerindeki göreceli etkilerini belirlemek amacıyla süper matrisin kuvveti alınır. Bu sayede limit süper matris elde edilir. Limit süpermatriste yer alan sütunların normalizasyonu ile karşılaştırılan faktörlerin öncelik değerleri bulunur. Öncelik derecelerine göre ise faktörlerin önem dereceleri sıralanabilir.

Şekil 2-20'de AAS modeline ait örnek bir iş akış şeması verilmiştir. Model uygulanırken öncelikle problemin tespit edilmesinden sonra çeşitli grup karar verme yöntemleri (beyin fırtınası, delphi tekniği, nominal grup tekniği vb.) kullanılarak; kriterler, alt kriterler ve alternatifler belirlenmelidir. Daha sonra belirlenen bu kriter ve alt kriterlerin aralarındaki etkileşimler (etki matrisi) tespit edilir. Yapılan ikili karşılaştırmalar sonucunda tutarsızlık oranı % 10'dan küçük ise, süpermatris ve limit matris oluşturulur. Daha sonra alternatifler arasından en yüksek orana sahip olan alternatif seçilebilmektedir.



Şekil 2-20: AAS Modeli

AAS modelinin oluşturulması aşamasında birden fazla uzmanın görüşünün alınması daha doğru karar verilme olasılığını artırır. Verilen kararın isabet oranını en üst düzeye çıkarmak için, belirlenen uzmanların kararlarının birleştirilmesi gerekir. Bu birleştirme için uygun bir teknik kullanılmalıdır. Bu teknik, her bir uzmanın kararları arasındaki aşırılıkları giderirken içsel tutarsızlıkları da çözmektedir. Bu sayede belirlenen uzmanların en iyi yargıları ortaya çıkabilmektedir. Uzman kararlarını birleştirilmesinde; *Nominal Grup Tekniği (NGT)*, *Delphi Tekniği* ve *Geometrik Ortalama* (Saaty ve Vargas, 2007; Saaty, 2008) sıklıkla kullanılan üç yöntem olarak

ortaya çıkmaktadır. Geometrik ortalama, grup kararlarını AAS modeline sentezlemek için belki de en çok kullanılan tekniktir. En basit haliyle, n tane sayının geometrik ortalaması, bu sayıların çarpımının n. dereceden köküdür (2-1).

$$G(n) = \sqrt[n]{x_1 x_2 x_3 x_4 \dots x_n} \quad (2-1)$$

Geometrik ortalamanın AAS modeli için sıklıkla kullanılmasının sebebi, göreceli kullanım kolaylığı ve yazılım uygulama kolaylığından dolayı olabilir. Geometrik ortalama, çeşitli uzmanlara ait görüşlerin birleştirilerek AAS modeline uygulamak amacıyla çok sayıda çalışmada kullanılmıştır.

Tutarlılık oranının hesaplanarak % 10'dan düşük ve eşit olan değerler kullanılır değerleri oluşturmaktadır (Uçakçioğlu, Eren, 2017).

Tutarlılık indeksinin hesaplanması (2-2);

$$CI = (\lambda_{\max} - n) / (n - 1) \quad (2-2)$$

CI : Tutarlılık İndeksi

n: Kriter sayısı

Tablo 2-28: Ortalama rassal tutarlılık tablosu

N	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
RI	0	0	0,52	0,89	1,11	1,25	1,35	1,40	1,45	1,49

Tutarlılık indeksinin hesaplanmasından sonra, tutarlılık oranı hesaplanmalıdır (2-3). Bu oranın hesaplanmasında; Tutarlılık İndeksinin, Ortalama Rassal Tutarlılık tablosunda (Tablo 2-28) verilen değere bölümü formülü kullanılır.

$$CR = CI / RI \quad (2-3)$$

CR: Tutarlılık Oranı

RI: Ortalama Rassal Tutarlılık

Tutarlılık oranının hesaplanmasından sonra elde edilen değer % 10'dan daha büyükse ikili karşılaştırma matrisleri tekrardan gözden geçirilmelidir (Uçakçioğlu, Eren, 2017).

Alternatiflerin kriterler bazında hesaplanan öncelikleri ile, her bir kriterin kendi arasında ikili karşılaştırılmalarının sonucunda oluşan kriterlere dair önceliklerin çarpılması sonucunda ulaşılmak istenen nihai öncelik değeri hesaplanmış olur. En yüksek değere sahip alternatif kriter, en uygun alternatif olarak değerlendirilir.

AAS bazı yöntemlere entegre edilerek de kullanılabilir. Örneğin strateji oluşturmada kullanılan en önemli yöntemlerden birisi olan SWOT analizine entegre edilerek yapılan çalışmalar mevcuttur. SWOT ve AAS entegrasyonu, bir organizasyonun belirlediği hedeflere ulaşmasını sağlayacak en iyi strateji alternatifini belirlemede stratejik planlamacılara büyük katkı sağlayabilir (Al-Refaie ve ark., 2016). Bu sayede SWOT'un en zayıf noktalarından birisi olan subjektif ifadelerle göre kriterlerin belirlenmesi ve bu kriterlerin birbirlerine göre önem derecelerinin de belli olmaması sorununun üstesinden bu sayede gelinebilmektedir.

2.2.4. Medikal Turizmde Karar Süreci

Medikal amaçlı seyahat kararının verilmesi sürecinde etkili olan faktörler, tedavinin boyutuna ve karmaşıklığına göre değişiklik göstermektedir. Kişilerin medikal turizm tercihlerinde, özellikle kozmetik cerrahi uygulamaları için tedavi ile tatili birleştirme yönünde tercih yaptıkları görülmektedir. Ayrıca özellikle göçmenlerin tedavi için, dil ve kültürel yakınlık sebebiyle kendi ülkelerini tercih ettikleri (diaspora turizmi) gösterilmektedir (Lee ve ark, 2012).

Genel olarak medikal turistlerin herhangi bir bağının olmamasının yanında sosyal, dini ve politik yakınlık durumuna göre tedavi için ziyaret edilecek ülke tercihleri etkilenmektedir. Bunun yanında bu tercihlerde en büyük etkinin maliyet unsuru olduğu ifade edilmektedir (Moghimehfar ve Nasr-Esfahani, 2011 p.1432).

Wong ve ark. (2014) postoperatif komplikasyonlar ve kişilerin kendi ülkelerine döndüklerinde tedavi ile ilgili bakım alabilme durumlarını, medikal turizmde en önemli karar verme belirleyicileri olarak ifade etmektedirler.

Sağlık çalışanlarının küresel anlamda hareketleri de medikal turizmin farklı bir türü olarak değerlendirilmektedir. Sağlık çalışanlarının göçü kapsamında incelenen bu

işgücü hareketliliği, kendi dilinde ve kültüründe hizmet almak isteyen medikal turistler için de tercih sebebi olmaktadır. Bu durum hastalarda ülke ya da sağlık kuruluşuna karşı güven ve rahatlama hissi uyandırmaktadır (Snyder ve ark., 2015b).

Bir kişi medikal amaçlı seyahat etmeye karar verirse, ilk adım ülke seçimi olacaktır. Khan ve Alam (2014)'a göre bu seçim öncelikle; gerekli tedavinin yapılabilirliğine, maliyete ve teknik yeterliliğe bağlıdır. İkinci aşamada medikal tesis seçimi yapılacaktır. Sağlık kuruluşunun seçilmesinden sonra hekim seçimi gelmektedir (Akdu, 2014 p.39). Medikal turistler sağlık sorunlarının çözümü için medikal tesis seçiminde öncelikle, ülkenin sağlık hizmetleri konusundaki marka değerini ve sonrasında ise sağlık tesisinin marka değerini dikkate almakta ve kararını vermektedir.

Smith ve Forgione (2007), yurtdışından sağlık hizmeti almaya karar vermiş bir hastanın seçim yaparken bu kararına etki eden faktörleri belirlemek için iki aşamalı bir model oluşturmuştur;

- İlk olarak, medikal turizm için ülke seçimi aşamasında temel faktörler; ekonomik, politik ortam ve yasal düzenlemeler olarak ön plana çıkmaktadır.
- İkinci aşama olarak gösterilen sağlık kurumunun seçiminde ise; maliyet, tıbbi kalite ve akreditasyon durumu, medikal turizm karar sürecinde etkili olan konular olarak belirtilmiştir.

2.2.4.1. Ülke Seçiminde Etkili Olan Faktörler

Medikal turizm; hastaların kendi ülkelerindeki yüksek maliyetler, uzun bekleme süreleri (Bies ve Zacharia, 2007 p.1144) ve bazı tedavilerin yapılamaması (Hall, 2013) gibi sebeplerden dolayı ortaya çıkmaktadır. Medikal amaçlı seyahat etmeye karar veren bir kişinin ilk adımı ülke seçimi olacaktır. Bu seçim öncelikle gerekli tedavinin yapılabilirliğine, sonrasında ise maliyet ve teknik yeterliliğe bağlıdır (Khan ve Alam, 2014).

Ülke seçiminde; kişinin ekonomik durumu, seyahat edilmesi planlanan ülkenin politik durumu ve düzenleyici standartlara ilişkin faktörler öne çıkmaktadır (Smith ve Forgione, 2007). Düzenleyici standartlara ilişkin faktörlerle; sağlık, turizm ve diğer destekleyici sektörlerle yönelik ülkede uygulanan yasal süreç ve prosedürleri kapsayan düzenlemelerden bahsedilmektedir.

Ulaşım olanakları ve seyahat imkânlarının da artması, gidiş dönüş sürelerini azaltmıştır. Bu durum Khanna, (2007) tarafından medikal turizmin çok daha kolay uygulanabilir hale gelmesinin en önemli sebebi olarak gösterilmektedir.

Sevim ve Yıldırım (2018) medikal turizmde hastaların ülke seçim kriterlerini etkileyen faktörleri inceledikleri çalışmada (Tablo 2-29); “K7.Seçilen ülkedeki fiyatlar” (% 25) en önemli kriter olarak belirlenmiştir. Bu kriteri, “K5. Seçilen sağlık kuruluşunun hizmet kalitesi ve modernliği” (% 24) ve “K6. Tedavinin kişinin kendi ülkesinde teknik olarak yapılamaması” (% 18) kriterleri takip etmektedir. “K1. Gidilen ülkedeki turistik faaliyetler/doğal güzellikler” kriteri en az öneme sahip faktör olarak belirtilmiştir.

Tablo 2-29: Medikal turizmde ülke seçim kriterlerini etkileyen faktörler

Kriter	Ağırlık %
K7. Seçilen ülkedeki fiyatlar	25
K5. Seçilen sağlık kuruluşunun hizmet kalitesi ve modernliği	24
K6. Tedavinin kişinin kendi ülkesinde teknik olarak yapılamaması	18
K2. Tedavinin kişinin kendi ülkesinde yasal olarak yapılamaması	12
K4. Gidilen ülkenin dini yakınlığı	9
K3. Ülkeler arası mesafe	8
K1. Gidilen ülkedeki turistik faaliyetler/doğal güzellikler	4
Toplam	100

Bristow ve ark. (2011) tarafından 5’li likert tipi ölçekle yapılan çalışmada (Tablo 2-30); ülke seçiminde maliyetin en önemli motivasyon unsuru olduğu, onu doktor ve medikal tesis kalitesinin takip ettiği ortaya koyulmuştur. Kendi ülkesinde bu işlemin yapılamayışı ve gidiş-dönüş mesafesi ise bu çalışmada en az önemli unsurlar olarak gösterilmiştir.

Tablo 2-30: Medikal turizmde ülke tercihinde etkili olan faktörler

Maliyet	4,56
Doktorun Kalitesi	4,47
Medikal Hizmetin Kalitesi	4,33
Ameliyat Sonrası Fırsatları	3,83
Hastane Akreditasyonu	3,73
Ülke İklimi	3,26
Amerikan Hastaneleri İle Bağlantılı Hastane (Afiliye)	3,10
Gidiş-Dönüş Mesafesi	2,09
Kendi Ülkesinde Bu İşlemin Yapılmayışı	2,03

Sevim ve Yıldırım (2018) ve Bristow ve ark. (2011) tarafından, medikal turizmde ülke tercihlerinde etkili olan kriterlerin belirlenmesi amacıyla yapılan her iki çalışmada da maliyet unsurunun ön plana çıktığı görülmektedir. Yine her iki çalışmada da bu kriteri kalite unsuru takip etmektedir.

2.2.4.2. Medikal Tesis Seçiminde Etkili Olan Faktörler

Medikal tesis seçiminde etkili olan faktörler; maliyet, akreditasyon, hizmet kalitesi, hekimin eğitimi ve kalitesi (Smith ve Forgione, 2007), sağlık tesisinin ileri teknolojiye sahip olması, çalışanlarla olan iletişim ve hastalarla kendi dilinde ve kültürlerine uygun iletişim kurulabilmesi olarak sıralanabilir. Ayrıca bazı sağlık kuruluşları talep gördükleri ülkelerden sağlık profesyonellerini bünyelerine katarak hastalarına ana dillerinde hizmet sunmaktadırlar. Bu şekilde hem iyi iletişim sağlayabilmekte, hem de hastalarına karşı güven hissi oluşturmada önemli bir adım atmaktadırlar

Sağlık kuruluşları hasta tercihlerini etkilemek amacıyla pazarlama çalışmaları yürütmektedir. Bu kapsamda oluşturulan etkileşimli web siteleri aracılığıyla tüketicilerin; hizmetleri planlamasına, cerrahlarına ya da diğer uzmanlara ulaşmalarına, uçak bileti ve konaklama rezervasyonu yapmalarına, hatta turistik geziler planlamalarına dahi olanak sağlayacak şekilde hastaların tercihleri etkilenmeye çalışılmaktadır (Hopkins ve ark., 2010).

Dış kalite değerlendirme ve akreditasyon kuruluşlarının medikal tesis seçimine olan etkisi çok önemli boyuttadır. Bir sağlık kuruluşunun dış kalite değerlendirme ve akreditasyon kuruluşlarının birisi tarafından akredite edilmesi, medikal turizm pazarında giderek artan bir öneme sahiptir. Sağlık tesisinin seçimi aşamasında etkili olan akreditasyon, bir çeşit standardizasyon göstergesi olduğu kadar, ülkenin medikal turizme ne kadar hazır olduğu ve ne kadar çaba harcadığının da bir göstergesi olarak değerlendirilebilir (Aydın ve Aydın, 2015).

Akreditasyon; *“bir kuruluş tarafından hasta bakım kalitesini iyileştirmek, güvenli bir çevre sağlamak, hasta ve personele yönelik riskleri en aza indirmek için sürekli çalışmak üzere görünür bir taahhüdü belgelemek”* şeklinde tanımlanmaktadır. Akreditasyon, özellikle son yıllarda etkili bir kalite değerlendirme ve yönetim aracı olarak dünya çapında ilgi odağı haline gelmiştir. Akreditasyonun amaçları şu şekilde sıralanabilir (Gümüş ve Polat 2012);

- Kalitenin iyileştirilmesi
- Maliyetin düşürülmesi
- Verimliliğin arttırması
- Kurumun güvenilirliğinin arttırılması ve sağlamlaştırılması
- Sağlık hizmetlerinin yönetiminin iyileştirilmesi
- Eğitimin sağlanması
- İş tatmininin arttırılması
- Yansız ölçme ve değerlendirmenin sağlanması

Yeni belge alan ve mevcut belgesini güncelleyen kuruluşlarla birlikte bu sayının sürekli değişmesinin yanında 2018 yılında Türkiye’de 37 hastane ve toplamda 46 sağlık kuruluşu JCI akreditasyonu belgesine sahiptir (JCI, 2018). Bu sayı uluslararası arenada Türkiye’deki sağlık tesislerinin medikal turizm sektöründe ön plana çıkmak için ortaya koyduğu gayreti göstermektedir (JCI, 2018).

2.2.5. SWOT-AAS Literatürü

Ervural ve ark. (2018) Türkiye’de enerji sektörü için strateji alternatifleri ve önceliklerini belirlemek ve analiz etmek amacıyla SWOT analizine Analitik Ağ Süreci ve bulanık TOPSIS yöntemlerini entegre ettikleri bir yöntem kullanmışlardır. Bölgesel işbirlikleri çerçevesinde jeostratejik konumun etkin kullanılması yoluyla ülkeyi bir

enerji merkezine ve enerji terminaline dönüştürmenin en önemli öncelik olduğunu gösterilmiştir.

Modiri ve ark. (2017) İran medikal turizmi için en uygun stratejinin belirlenmesi amacıyla SWOT, Fuzzy DEMATEL, F.D. AAS ve F.VIKOR kullanarak yaptıkları çalışmada, fırsatlar ve zayıf yönleri en önemli faktörler olarak değerlendirmişlerdir. Uluslararası düzeyde tanınmış ve deneyimli doktorların bulunması en önemli alt kriter olarak belirlemişlerdir.

Arsic ve ark. (2017) Djerdap Ulusal Parkı (NPDJ) için belirlenen stratejilerin önceliklendirilmesi yoluyla, Sırbistan'da eko turizmin sürdürülebilir kalkınmasının sağlanması amacıyla yaptıkları çalışmada, SWOT analizine AAS yöntemini entegre ederek hibrit bir model geliştirmişlerdir. Belirli stratejiler için tanımlanmış önceliklerin öne çıkarılarak uygulanmasının, ulusal parkın performansının artmasına ve eko turizmin sürdürülebilirliğine katkıda bulunabileceği gösterilmiştir.

Al-Refaie ve ark. (2016) alternatif stratejilerin fizibilitesini değerlendirmek ve bir Ürdün kozmetik firmasının performansını artıran en uygun alternatif stratejiyi belirlemek için SWOT analizine AAS yöntemini entegre etmişlerdir. Avrupada yeni pazarların açılması stratejisi en önemli strateji olarak gösterilmiştir.

Groselj ve Stirn (2015) Slovenya'da çevre yönetim sorunlarının çözümü için; ormancılık, tarım, turizm ve doğa koruma ajanslarının içinde bulunduğu çeşitli paydaşların ortak karar verme sürecini mümkün kılan bir yöntem olarak SWOT'a entegre AAS analizini kullanmışlardır.

Shahabi ve ark. (2014) İran'ın çelik endüstrisi için SWOT analizi yoluyla etkili bir strateji geliştirilmesi amacıyla SWOT analizine AAS yöntemini entegre etmişlerdir. SWOT'a ait 4 ana faktör ve bunların altında yer alan 14 alt faktör belirlemişlerdir. AAS vasıtasıyla belirlenen faktörleri önceliklemişlerdir.

Catron ve ark. (2013) ABD'de biyoenerjinin gelişimi üzerine düzenlenen bir sempozyumda orman politikası uzmanlarıyla odak grup görüşmesi gerçekleştirmişlerdir. Elde edilen sonuçlar, biyoenerji gelişimini etkileyen faktörlerin birbiriyle ilişkili olduğunu ve SWOT-AAS'nin bu ilişkilerin bazılarını açıklayabildiğini göstermektedir.

Sevklı ve ark. (2012) Türkiye'deki havayolu endüstrisinin stratejik yönetimi için SWOT analizine bulanık AAS yöntemini entegre ettikleri bir çalışma yürütmüşlerdir. Çalışmada, SWOT faktörleri arasındaki potansiyel bağımlılıkları modelleme yeteneği sebebiyle AAS yöntemi tercih edilmiştir. Sonuçlar, SWOT analizine entegre edilen bulanık AAS'nin Türk havayolu sektöründeki stratejik yönetim kararları için paha biçilemez bilgiler sağlayan ve diğer karmaşık karar verme süreçleri için etkili bir araç olarak kullanılabilen, uygulanabilir ve oldukça faydalı bir metodoloji olduğunu göstermiştir.

Ostrega ve ark. (2011) madencilik sektörü için stratejik karar verme süreçlerini desteklemek amacıyla, SWOT analizi ve Analitik Ağ Süreci (AAS) yöntemlerinin birlikte kullanılması temeline dayanan entegre bir yaklaşım önermektedir. Bu sayede yapılan analizler sonucunda; hem hükümet, hem de sektör için politika tavsiyelerinin getirilebileceği öngörülmektedir. Çalışma neticesinde madencilik sektöründe sürdürülebilir kalkınma için bir model önerilmektedir. Bu çerçevede madencilik faaliyetlerinin çevreye olan zararlı etkilerin azaltılmasına dair öneriler getirilmektedir.

Azimi ve ark. (2011) İran madencilik sektörü için çeşitli stratejiler üretmek için SWOT analizini kullanmıştır. Çalışmada, SWOT faktörlerinin ağırlıkları AAS tekniği kullanılarak elde edilmiş ve son olarak da stratejileri sıralamak için TOPSIS tekniği kullanılmıştır.

Çelik ve Murat (2010) Zonguldak Karaelmas Üniversitesinde yaptıkları çalışmada, strateji geliştirme sürecinde karar vericilere destek vermek amacıyla SWOT analizine Analitik Ağ Süreci (AAS) yöntemini entegre etmişlerdir. Bu yöntemle üniversitenin 2010-2012 yıllarına ait stratejik planını örnek olarak incelemişlerdir.

Yücenur ve ark. (2010) Türkiye'nin ekonomik olarak değerlendirilmesi ve ekonomik istikrar için gerekli olan politikanın belirlenmesi amacıyla SWOT analizine, bulanık analitik hiyerarşi süreci (AHS) ve bulanık analitik ağ süreci (AAS) yöntemleri entegre edilmiştir. Seçilen politikalar; işletmelerin rekabet gücünün artırılması, bölgelerin ekonomik gücünün artırılması, bölgelerin aralarındaki gelişmişlik farklarının azaltılması ve kırsal kalkınmaya hız verilmesi olarak sıralanmıştır.

Yüksel ve Dağdeviren (2007) Türkiye'de bir tekstil firması için stratejik karar verme amacıyla SWOT analizine Analitik Ağ Süreci (AAS) yöntemini entegre

etmişlerdir. Faktörler arasında muhtemel bağımlılıkları ölçen ve dikkate alan bir yöntem ihtiyacı duymaları sebebiyle bu entegrasyonu yapmışlardır.

Erdoğan ve ark. (2006), Türkiye’de konut ısıtmasında kullanılacak en iyi yakıtı belirlemek için AAS’yi Faydalar, Maliyetler, Fırsatlar ve Riskler çerçevesinde birleştirmişlerdir. En uygun alternatif doğal gaz kullanımı olarak önceliklenmiştir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Araştırmanın amacı; Türkiye için en uygun medikal turizm stratejisinin belirlenmesidir. SWOT analizi vasıtasıyla Türkiye'nin medikal turizmde sahip olduğu güçlü ve zayıf yönler ile birlikte, dış faktörlere bağlı olan fırsat ve tehditlerin değerlendirilerek, ülke politikası olarak belirlenen stratejilerin önceliklendirilmesi nihai amaçtır. Bu amaca ulaşmak için SWOT analizine entegre edilmiş Analitik Ağ Süreci (AAS) yöntemi kullanılmıştır.

SWOT analizinin amacı, kişi ya da kuruluşlar için içsel ve dışsal faktörlerin göz önünde bulundurulması yoluyla; mevcut güçlü yönler ve fırsatlardan en üst seviyede faydalanan ve aynı zamanda olası tehditler ve zayıf yönlerin etkisini en aza indiren plan ve stratejiler geliştirmektir. Ancak klasik SWOT matrisinde, faktör elemanlarının önem dereceleri belirsizdir. Bu sorunun üstesinden gelebilmek amacıyla, Thomas L. Saaty tarafından çok kriterli karar verme problemlerinin çözümü amacıyla geliştirilen Analitik Ağ Süreci (AAS) yöntemi, SWOT'a entegre edilerek kullanılmıştır. Bu yöntem vasıtasıyla, faktörlerin birbirlerine göre önem dereceleri sayısal olarak ifade edilebilmektedir. Ayrıca, AAS ikili karşılaştırma matrisleri kullanarak belirlenen faktörlerin önem derecelerinin belirlenmesinin yanında, en uygun stratejilerin belirlenmesine de olanak sağlamaktadır.

Türkiye için medikal turizm sektöründeki güçlü ve zayıf yönlerinin bilinmesi; çevresel tehdit ve fırsatların tam olarak ortaya koyulması, medikal turizmde strateji belirleme açısından oldukça önemlidir.

Literatürde Türkiye'nin medikal turizm alanındaki durumunun SWOT analizi vasıtasıyla incelendiği çalışmalar yer almaktadır. Ancak klasik SWOT matrisinde, faktör elemanlarının önem derecelerinin belirsiz olması ve geliştirilecek stratejilerin hangi faktörlere göre ortaya çıkabileceğinin belirlenememesi nedeniyle bu çalışmanın yapılmasına ihtiyaç duyulmuştur. Yapılan çalışma bu özelliği nedeniyle, medikal turizm uzmanlarının yer aldığı paydaşlar tarafından, medikal turizmin Türkiye'deki durumunun SWOT analizine entegre edilmiş AAS yöntemi ile ayrıntılı olarak ele alınması ve en uygun stratejilerin belirlenmesi açısından önemlidir.

3.2. Araştırmanın Yöntemi

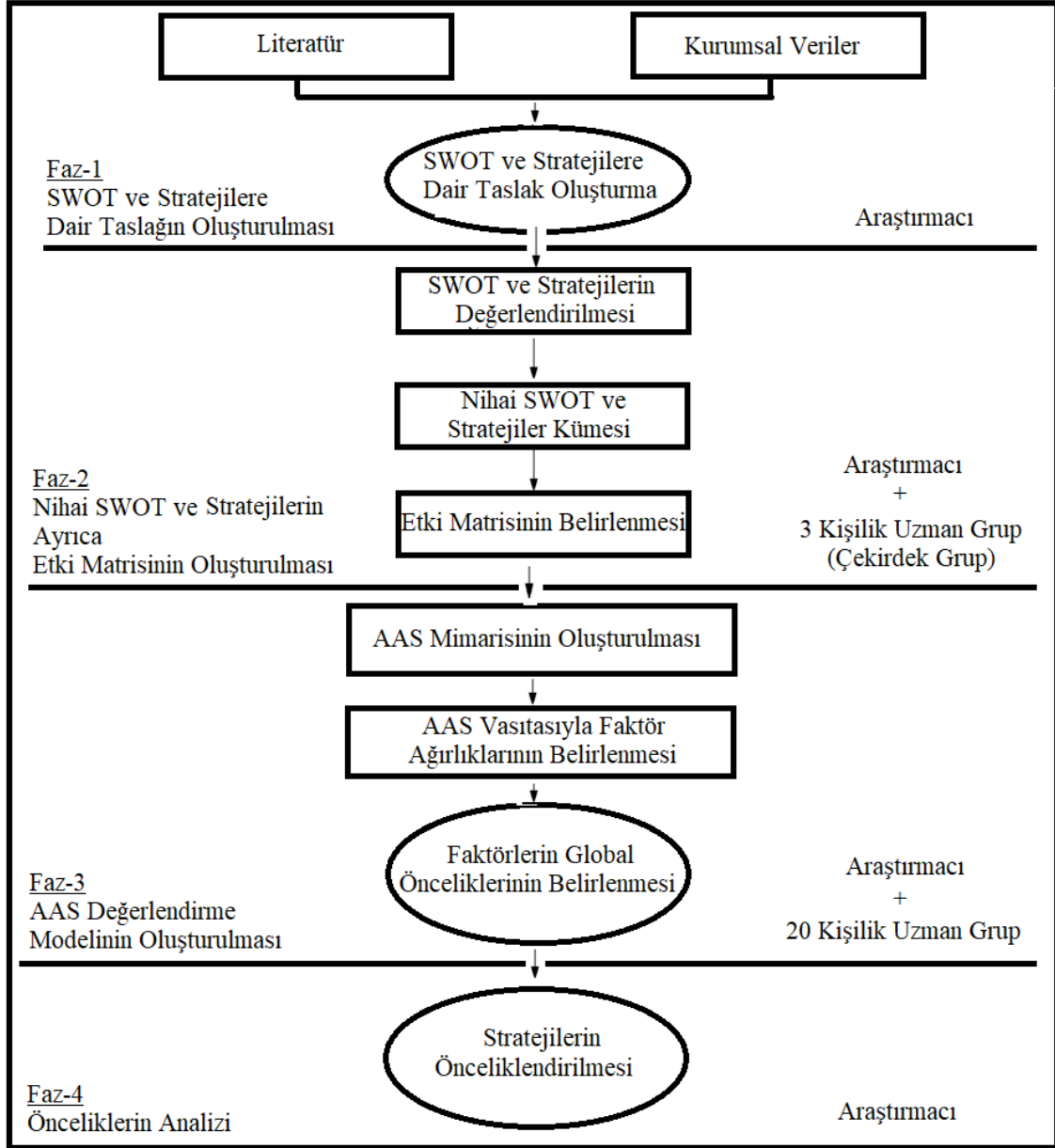
Çalışma kapsamında geleneksel SWOT analizine, Thomas L. Saaty tarafından çok kriterli karar verme problemlerinin çözümü amacıyla geliştirilen Analitik Ağ Süreci yöntemi entegre edilerek Türkiye için en uygun medikal turizm stratejisi belirlenmeye çalışılmıştır.

SWOT analizi kullanılarak ilgili kriter ve alt kriterlerin belirlenmesi hedeflenmiştir. Türkiye'nin medikal turizm stratejileri için ise; T.C. Kalkınma Bakanlığının yayımladığı “*Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018*” ve T.C. Sağlık Bakanlığının yayımladığı “*Faaliyet Raporu 2017*” de yer alan kriterlerin ülke stratejisi olarak değerlendirilmesinin uygun olacağına karar verilmiştir. Bu karar uzmanlarla yapılan görüşmelerle de teyit edilmiştir. Daha sonra, her bir SWOT faktörünün (Güçlü Yönler-S, Zayıf Yönler-W, Fırsatlar-O ve Tehditler-T) ve bunların alt faktörleri ile birlikte belirlenen stratejilerin ağırlıklarını belirlemek amacıyla çok kriterli karar verme yöntemlerinden AAS yaklaşımı kullanılmıştır.

Geleneksel SWOT analizinde, kişi ya da kurumlar için; içsel ve dışsal faktörlerin göz önünde bulundurulması yoluyla, mevcut güçlü yönlerden ve fırsatlardan maksimum seviyede yararlanılması sağlanır. Ayrıca olası tehditler ve zayıf yönlerin etkilerini minimuma indirmeye yönelik planlar ve stratejiler geliştirilebilir. Ancak bu şekilde oluşturulan geleneksel SWOT matrisinde, faktör elemanlarının önem dereceleri belirsizdir. Bu sebeple birbirlerine göre üstünlük durumları sayısal olarak ifade edilememektedir. Kantitatif teknikler yönetim süreçlerinde, bilimsel karar verme yöntemi olarak görülmektedir (Sur, 2013 p.83). Ancak SWOT analizi kantitatif bir sonuç verememektedir. SWOT analizinin bu zayıflığının üstesinden gelebilmek amacıyla; TOPSIS, AHS (Analitik Hiyerarşi Süreci), AAS (Analitik Ağ Süreci) gibi çok kriterli karar verme teknikleri ile bütünleştirilerek kullanılabilir. Bu sayede kalitatif bir stratejik planlama aracı olan SWOT analizine, AAS yöntemi entegre edilerek kantitatif bir sonuç elde edilebilmektedir.

SWOT analizi, belirlenen faktörlerin önemini ya da bu faktörlere göre karar alternatiflerini değerlendirme yeteneğini belirlemek için analitik bir araç sağlamamaktadır. Analiz başarılı bir şekilde faktörleri saptamasına rağmen, bireysel faktörler genellikle kısa ve genel olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle, SWOT analizi ölçüm ve değerlendirme adımlarında eksikliklere sahiptir. Bu eksikliklerinin bulunması

sebebiyle faktörler arasında muhtemel bağımlılığı ölçen ve dikkate alan bir SWOT analizi formunun kullanılması gereklidir. Faktörler arasında bağımlılık olduğu durumlarda gerçekleştirilebilecek nicel SWOT analizi için, faktörler arasındaki bağımlılığın ölçülmesini sağlayan analitik ağ sürecini yöntemi kullanılmıştır.



Şekil 3-1: SWOT-AAS Modeli

AAS metodunun SWOT analizine uyarlanması ile ilgili model şekil 3-1’de gösterilmiştir. Çalışma kapsamında belirlenen uzmanlarla iki tur şeklinde görüşmeler

yapılmıştır. İlk turda çekirdek grup olarak ifade edilen 3 kişilik bir uzman grubun görüşü alınmıştır. İkinci turda ise çekirdek grupta yer alan uzmanların da yer aldığı toplam 20 kişilik bir uzman grubun görüşü alınmıştır.

Yapılan çalışmada Türkiye'nin medikal turizm alanındaki SWOT analizi, ulusal ve uluslararası literatürde yer alan akademik çalışmaların yanı sıra kurumsal veriler (OECD, WHO, SB) de dikkate alınarak taslak olarak belirlenmiştir. Daha sonra belirlenen bu kriter ve alt kriterler, ilk tur görüşmeler kapsamında, çekirdek grup olarak belirlenen ve 3 uzmanın yer aldığı uzman grup ile yapılan yüz yüze görüşmeler neticesinde son şekline getirilmiştir. Ayrıca SWOT'u oluşturan alt kriterlerin birbirleriyle ve stratejilerle olan ilişkilerinin (birbirlerini etkileme durumlarının-etki matrisi-) belirlenmesinde de ilgili uzmanların görüşüne başvurulmuştur.

İkinci tur görüşmeler kapsamında, medikal turizm sektörünün tüm paydaşlarının görüşlerine yer verilecek şekilde, alanında uzman 20 kişi ile yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Yüz yüze görüşme yapılan kişiler, Türkiye'nin medikal turizm alanındaki mevcut durumunu değerlendirebilecek ve bu konuda strateji belirleyebilecek uzmanlardan oluşmaktadır.

Yüz yüze görüşme kapsamında görüşüne başvurulacak sektör paydaşları;

- Medikal turizm alanında çalışmaları bulunan akademisyenler
- T.C. Sağlık Bakanlığı yetkilileri
- İl Sağlık Müdürlüğü sağlık turizmi birimi yetkilileri
- Uluslararası hasta birimi bulunan kamu ve özel hastaneler
- Medikal turizm dernekleri
- Medikal turizm aracı kuruluşları

Türkiye'nin medikal turizm alanındaki SWOT analizinin ve stratejilerinin belirlenmesi amacıyla bu konuda çalışmaları bulunan akademisyenlerin görüşünün alınması, konunun akademik olarak ele alınabilmesi açısından önemlidir. Stratejilerin belirlenmesinde karar verici olması ve SWOT analizi yoluyla mevcut durum analizine katkıları sebebiyle, Sağlık Bakanlığı merkez teşkilatı ve taşra teşkilatını oluşturan İl Sağlık Müdürlüğü çalışmaya dahil edilmiştir. Medikal turizm konusunda aktif olarak çalışan sağlık kuruluşlarının (özellikle özel hastaneler) da görüşlerinin alınması,

değerlendirme için oldukça önemlidir. Ayrıca medikal turistlerin tedavi için Türkiye tercihlerinde çok önemli bir yeri olan aracı kuruluşlar ve sivil toplum kuruluşu olan medikal turizm derneklerinin de görüşlerine yer verilmesi, mevcut durum analizi ve stratejilerin belirlenmesi açısından oldukça önemlidir.

Çalışma için gerekli etik kurul onayı; İstanbul Üniversitesi Sosyal Ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Başkanlığının 21.06.2018 tarih ve 06 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuştur.

Türkiye'nin medikal turizm alanındaki SWOT analizi kapsamında ulusal ve uluslararası literatürde yer alan akademik çalışmaların yanı sıra kurumsal veriler (OECD, WHO, SB) de dikkate alınarak belirlenen faktörler uzmanlara sunulmuştur.

İlk tur görüşme kapsamında uzmanlara aşağıdaki sorular yöneltilmiştir;

1. Türkiye'nin medikal turizmdeki güçlü yönleri nelerdir?
2. Türkiye'nin medikal turizmdeki zayıf yönleri nelerdir?
3. Türkiye'nin medikal turizmdeki fırsatları nelerdir?
4. Türkiye'nin medikal turizmdeki tehditleri nelerdir?
5. Türkiye için belirlenen medikal turizm stratejileri uygun mudur?
6. Birbirlerini etkileyen kriterleri işaretleyiniz.

Yapılan görüşmelerde, kapsam dışında bırakılması gereken kriterler ya da eklenmesi önerilen yeni kriterler değerlendirilerek, SWOT analizine son şekli verilmiştir. Türkiye'nin medikal turizm stratejileri ise; T.C. Kalkınma Bakanlığının yayımladığı “*Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018*” ve T.C. Sağlık Bakanlığının yayımladığı “*Faaliyet Raporu 2017*” içerisinde yer alan hedefler ele alınarak belirlenmiştir. Bu durum uzmanlara da aktarılmış ve bu hedeflerin ulusal medikal turizm stratejileri olarak değerlendirilmesinin uygun bir karar olduğu kanaatine varılmıştır.

Belirtilen ifadeler, her bir uzman için ayrı ayrı oluşturulan bir kağıda uzmanın yanında not edilmiştir. Ayrıca uzmanlarca ifade edilen her bir faktörün birbiri üzerindeki etki durumu da, her bir alt kriter için ayrı ayrı ele alınmıştır. İlk etap görüşmede belirlenen üç kişilik uzman gruptan elde edilen farklı görüşler birleştirilerek faktörlere ve etki matrisine son şekli verilmiştir.

Daha sonra elde edilen ifadeler çok kriterli karar verme problemlerinin çözümünü amacıyla geliştirilen “Super Decision” paket programına işlenmiştir. İşlenen ifadelerle göre, program tarafından oluşturulan 1-9 skalasına göre, 127 adet ikili karşılaştırma sorusu elde edilmiştir.

İkinci tur görüşmelerde uzmanlardan; kriterlerin birbirlerine olan üstünlük durumlarını, 1-9 skalasına uygun olarak değerlendirmeleri istenmiştir. Belirlenen uzmanlardan her birinin görüşünün önem derecesi aynı kabul edilmiştir. Görüşmelerden elde edilen yargıların her bir ikili karşılaştırma sorusu için tek bir değer olacak şekilde birleştirilmesi gerekmektedir. Bu aşamada her bir ikili karşılaştırma için elde edilen 20 farklı değer, Microsoft excel ofis programına girilmiş ve geometrik ortalamaları alınmıştır. Her bir karar vericinin, kriterler düzeyinde alternatiflere atamış oldukları puanların geometrik ortalamasının alınması ile birleştirilmiş karar matrisine ulaşılmıştır. Sonrasında elde edilen 127 ikili karşılaştırma ifadesi “Super Decision” paket programına işlenerek çözümlenmiştir.

3.3. Yüz yüze Görüşme Yapılan Uzmanlara Dair Bilgiler

Türkiye'nin medikal turizm alanındaki mevcut durumunu değerlendirebilecek ve bu konuda strateji belirleyebileceği düşünülen uzmanlar görüşme kapsamında değerlendirilmiştir. Bu değerlendirme yapılırken uzman sayısının artırılmasının niteliği düşürebileceği tehlikesine de göz önünde bulundurularak, mümkün olduğunca sektörün tüm paydaşlarının görüşüne yer verilecek şekilde niteliği de düşürmeden en fazla sayıda uzmana ulaşılması amaçlanmıştır. Bu kapsamda çeşitli paydaşlardan uzmanların yer aldığı 20 kişilik uzman grubu belirlenmiştir.

Bu kapsamda görüşme yapılan uzmanlara ait bilgiler Tablo 3-1'de verilmiştir.

Tablo 3-1: Yüz yüze görüşmeler kapsamında görüşüne başvurulmuş uzmanlar**T.C. Sağlık Bakanlığı Yetkilileri**

Prof. Dr. Alper CİHAN	Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü
Oğuzhan KAYA	Kamu Hastane Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi ve Uluslararası Hasta Birim Koordinasyon Sorumlusu
Ufuk DİRİ	Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı Yetkilendirme Birim Sorumlusu
Dr. Aziz KÜÇÜK	Sağlık Turizmi Daire Başkanı(eski)
Şafak ÇINAR	Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü
Canan AKSOY	İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Turizmi Bölge Koordinatörü

Medikal Turizm Alanında Yayınları Bulunan Akademisyenler

Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU	Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü
Prof. Dr. Haydar SUR	Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanı
Doç. Dr. Gökhan AYDIN	Medipol Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümü
Dr. Öğr. Üyesi Zişan Korkmaz ÖZCAN	Süleyman Demirel Üniversitesi Turizm İşletmeciliği Bölümü

Medikal Turizm Dernekleri

Enginer BİRDAL

Sağlık Turizmi Derneği Yönetim Kurulu
Başkanı

Emre Ali KODAN

İstanbul Uluslararası Sağlık ve Turizm Derneği
Yönetim Kurulu Başkanı

Medikal Turizm Birimi Bulunan Kamu ve Özel Hastane Yetkilileri

Kerem TOPUZ

Memorial Hastanesi Pazarlama Direktörü

İlyas BENVENİSTE

Acıbadem Hastanesi Uluslararası İş Geliştirme
Direktörü

Barış ERDEM

Acıbadem Altunizade Hastanesi Uluslararası
Hasta Birimi Sorumlusu

Uygar ÜSTÜN

Medipol Mega Hastanesi Kurumsal Pazarlama
ve Uluslararası Hasta Hizmetleri Koordinatörü

Talip KURUMEHMET

Medipol Mega Hastanesi Uluslararası Hasta
Hizmetleri Pazarlama ve İş Geliştirme Birimi
Sorumlusu

Aziz Onur ÜNSAL

Dünya Göz Hastaneleri Uluslararası Hasta
Hizmetleri Koordinatörü

Uzm. Dr. Kenan DÖNMEZ

Prof. Dr. N.R.B. Beyoğlu Göz Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Uluslararası Hasta Birimi
Sorumlu Başhekim Yardımcısı

Medikal Turizm Aracı Kuruluş Temsilcisi

Begüm ERKAN

PIETRA Turizm Proje Müdürü

3.3.1. Çekirdek Grupta Yer Alan Uzmanlara Dair Bilgiler

SWOT analizi ve stratejilere ait faktörlerin belirlenmesi ve ardından aralarında etkileşim olanların incelenerek, bu etkileşimlerin tespit edilmesi amacıyla görüşme yapılan uzmanlara ait bilgiler şu şekildedir;

❖ Prof. Dr. Alper CİHAN

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü görevini yürütmektedir. Sağlık Bakanlığında medikal turizme yönelik uygulamalarının geliştirilmesi için düzenleme ve ilgili kurumlar arasındaki koordinasyonun sağlanması görevi Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne verilmiştir.

Sağlık Bakanlığının 2017 yılı faaliyet raporunda dört stratejik hedef belirlenmiştir. Bu stratejilerden birisi de *“Türkiye’nin ekonomik ve sosyal kalkınmasına ve küresel sağlığa katkı aracı olarak sağlık sistemini geliştirmeye devam etmek”* tir. Bu strateji çerçevesinde bakanlık, *“Türkiye’de sağlık turizmini güçlendirmek”* hedefini belirlemiştir. Bu hedefe ulaşmak amacıyla belirlenen öncelikli dönüşüm programları arasında, *“Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı”* yer almaktadır. Bu program, T.C. Kalkınma Bakanlığının yayımladığı *“Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018”* nda da yer alan dört ana strateji ile de uyumludur. Bu açıdan değerlendirildiğinde, medikal turizme yönelik stratejilerin belirlenmesinde Sağlık Bakanlığı en önemli paydaşlardan biridir.

❖ Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU

Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü müdürlüğünü yapmaktadır. Sağlık yönetimi, pazarlama ve sağlık turizmi ile ilgili konularda araştırmaları bulunmaktadır. 2013 yılında editörlüğünü yaptığı *“Sağlık turizmi”* kitabı bu konuda üretilmiş nadir eserlerden biridir. Bunun yanında medikal turizm ile ilgili çeşitli yayınları bulunmaktadır. Türkiye Sağlık Turizmi Derneğinin genel sekreterliğini de yürütmektedir.

❖ Enginer BİRDAL

Türkiye Sağlık Turizmi Derneği yönetim kurulu başkanlığı yapmaktadır. Derneğin kurucu üyelerindendir. Diğer alt başlıklarıyla birlikte Türkiye’de sağlık turizminin gelişmesi için çeşitli eğitimler düzenlemektedir. Ayrıca bu kapsamda çeşitli kongre, sempozyum ve seminerlerin düzenlenmesine öncülük etmektedir.

3.3.2. Genel Grupta Yer Alan Uzmanlara Dair Bilgiler

SWOT analizi ve stratejilere ait faktörlerin belirlenmesi çalışma açısından oldukça önemlidir. Ancak AAS modelinin temelini oluşturan; kriterler ve alt kriterlere dair etki matrisinin oluşturulması en önemli kısmı oluşturmaktadır. Etki matrisinin oluşturulmasından sonra, oluşan verilerin “super decision” programına girilmesi sonucunda ikili karşılaştırma soruları elde edilmiştir. Çekirdek grupta yer alan 3 kişilik uzman gruba ilaveten, sektörün tüm paydaşlarından katılımcıların yer aldığı 17 kişilik (toplam 20 kişi) daha geniş bir uzman grup belirlenmiştir. Bu kapsamda görüşme yapılan uzmanlara ait bilgiler şu şekildedir;

❖ Prof. Dr. Haydar SUR

Üsküdar Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı ve Sağlık Yönetimi Bölüm Başkanlığı yapmaktadır. Sağlık yönetimi genelinde çok sayıda yayınının bulunmasının yanında, medikal turizm ile ilgili konularda da çalışmaları bulunmaktadır. Özellikle Sağlık Yönetimi, Sağlık Politikaları ve Sistemleri, Epidemiyoloji ve Biyoistatistik alanlarında çalışmalarını sürdürmektedir. Uluslararası indekslere giren 43 makale ve yaklaşık 200 ulusal yayını bulunmaktadır. 18 kitapta editör ve/ya da bölüm yazarı olarak yer almıştır.

❖ Doç. Dr. Gökhan AYDIN

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Yönetimi Bölümünde öğretim üyesidir. Marka yönetimi, dijital pazarlama, sosyal medya pazarlama ve medikal turizm alanında çalışmaları bulunmaktadır.

❖ Dr. Öğr. Üyesi Zişan Korkmaz ÖZCAN

Süleyman Demirel Üniversitesi Turizm İşletmeciliği Bölümü öğretim üyesidir. Sağlık turizmi üzerine doktora tezinin ve kitabının bulunmasının yanında, yine bu alanda çok sayıda akademik çalışması bulunmaktadır.

❖ Dr. Aziz KÜÇÜK

T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastaneleri Kurumunda Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı yapmıştır. Halen Bakanlık merkez teşkilatında Daire Başkanı olarak görev yapmaktadır.

❖ Oğuzhan KAYA

T.C. Sağlık Bakanlığı Kamu Hastane Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi ve Uluslararası Hasta Biriminde Koordinasyon Sorumlusu olarak görev yapmaktadır.

❖ Ufuk DİRİ

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı Yetkilendirme Birimi Sorumlusu olarak Bakanlık merkez teşkilatında görev yapmaktadır.

❖ Şafak ÇINAR

T.C. Sağlık Bakanlığı Dış İlişkiler ve Avrupa Birliği Genel Müdürlüğü bünyesinde Bakanlık merkez teşkilatında görev yapmaktadır. Medikal turizm ile ilgili doktora tezi çalışması yürütmektedir.

❖ Canan AKSOY

İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde sağlık turizmi bölge koordinatörü olarak görev yapmaktadır. Genel olarak sağlık turizmi konusunda akademik çalışmaları bulunmaktadır.

❖ Emre Ali KODAN

İstanbul Uluslararası Sağlık ve Turizm Derneği (İSTUSAD)'nin yönetim kurulu başkanlığını yapmaktadır. Uluslararası sağlık ve turizm konularında hizmet sunmakta, ayrıca bu konuda danışmanlık hizmeti de vermektedir.

❖ Kerem TOPUZ

İstanbul Memorial Hastanesi pazarlama direktörlüğü görevini yürütmektedir. İstanbul Memorial Hastanesi 2017 yılı verilerine göre en çok medikal turistini kabul ettiği sağlık kuruluşudur (SB, 2018).

❖ İlyas BENVENİSTE

Acıbadem Hastanesi uluslararası iş geliştirme direktörlüğü görevini yürütmektedir. Acıbadem Hastaneler Grubu 2017 yılı verilerine göre en çok medikal turistini kabul ettiği hastaneler grubudur (SB, 2018).

❖ Barış ERDEM

Acıbadem Altunizade Hastanesi uluslararası hasta birimi sorumluluğu görevini yürütmektedir. Acıbadem Hastaneler Grubu 2017 yılı verilerine göre en çok medikal turistin kabul edildiği hastaneler grubudur (SB, 2018).

❖ Uygur ÜSTÜN

Medipol Mega Hastanesi kurumsal pazarlama ve uluslararası hasta hizmetleri koordinatörlüğü görevini yürütmektedir. Medipol Mega Hastanesi 2017 yılı verilerine göre en çok medikal turistin kabul edildiği ikinci sağlık kuruluşudur (SB, 2018).

❖ Talip KURUMEHMET

Medipol Mega Hastanesi uluslararası hasta hizmetleri pazarlama ve iş geliştirme birimi sorumluluğu görevini yürütmektedir. Medipol Mega Hastanesi 2017 yılı verilerine göre en çok medikal turistin kabul edildiği ikinci sağlık kuruluşudur (SB, 2018).

❖ Aziz Onur ÜNSAL

Dünya Göz Hastaneleri uluslararası hasta hizmetleri koordinatörlüğü görevini yürütmektedir. Dünya Göz Hastaneleri, yurt dışındaki beş merkezi (Frankfurt, Köln, Amsterdam, Bakü ve Tiflis) ile göz hastalıkları alanında tüm dünyada önemli bir dal hastaneler zinciridir (<http://www.dunyagoz.com/tr/merkezlerimiz/yurt-disi>).

❖ Uzm. Dr. Kenan DÖNMEZ

Prof. Dr. N.R.B. Beyoğlu Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi uluslararası hasta birimi sorumlu başhekim yardımcısı görevini yürütmektedir. Prof. Dr. N.R.B. Beyoğlu Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi uluslararası hasta birimi bulunan bir kamu hastanesidir.

❖ Begüm ERKAN

Medikal turizm alanında aracılık hizmeti veren bir kuruluş olan “Pietra Health” şirketinde proje müdürü olarak görev yapmaktadır. Şirket “Amerikan Seyahat Danışmanları Derneği (ASTA)” ve TURSAB üyesi 50 yılı aşan tecrübeye sahip bir organizasyon şirketidir. T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından verilen ve medikal turizm kapsamında hizmet sunabilmek için gerekli olan “Uluslararası Sağlık Turizmi Aracı Kuruluşu Yetki Belgesi” ne sahiptir.

4. BULGULAR

Çalışma kapsamında, Türkiye'nin medikal turizm açısından SWOT analizi yapılmıştır. Ayrıca en uygun medikal turizm stratejilerinin belirlenmesi amacıyla stratejiler belirlenmiştir. SWOT analizi ve stratejiler için; güçlü yönler (S), zayıf yönler (W), fırsatlar (O), tehditler (T) ve stratejiler (ST)'den oluşan 5 ana kriter yer almaktadır. SWOT analizi kapsamında; güçlü yönlere dair 5 alt kriter, zayıf yönlere dair 6 alt kriter, fırsatlara dair 6 alt kriter ve tehditlere dair 4 alt kriter olmak üzere toplam 21 alt kriter yer almaktadır. Stratejiler için ise 4 alt kriter yer almaktadır.

4.1. Kriterler ve Alt Kriterler

Türkiye'nin medikal turizm alanındaki SWOT analizinin yapılması kapsamında öncelikle literatür taraması yapılmıştır ve kurumsal veriler (OECD, WHO, SB) incelenmiştir. Yapılan tarama sonucu elde edilen bilgiler derlenerek SWOT analizine son şeklinin verilmesi amacıyla, belirlenen uzmanlar ile yüz yüze görüşmeler yapılmıştır. Alınan geri bildirimler sonucunda SWOT analizine son şekli verilmiştir. Ayrıca Türkiye'nin medikal turizm stratejileri için, T.C. Kalkınma Bakanlığının yayımladığı “*Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018*” ve T.C. Sağlık Bakanlığının “*Faaliyet Raporu 2017*” nda yer alan kriterlerin ülke stratejisi olarak değerlendirilmesinin uygun olacağına karar verilmiştir. Türkiye'nin medikal turizm alanındaki SWOT analizi ve belirlenen stratejiler tablo 4-1'de gösterilmiştir.

Tablo 4-1: Türkiye'nin medikal turizm SWOT analizi ve stratejileri**GÜÇLÜ YÖNLER (STRENGTHS)**

- S1. Hizmet sunum maliyetinin düşük olması
- S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması
- S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)
- S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)
- S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi

ZAYIF YÖNLER (WEAKNESSES)

- W1. Medikal turizm ile destekleyici sektörler arasında bütünleşik bir mevzuatın olmaması
- W2. Sektör paydaşları arasında koordinasyonsuzluk olması
- W3. Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlamanın yapılmaması
- W4. Sağlık çalışanlarının iyi seviyede yabancı dil bilmemesi
- W5. Başka ülke sigorta şirketleriyle yeterli seviyede anlaşmanın bulunmaması
- W6. Sağlık çalışanı sayısının nüfusa oranla az olması

FIRSATLAR (OPPORTUNITIES)

- O1. Coğrafi konum, güçlü ulaşım ağı ve iklim koşullarının uygunluğu
- O2. Geleneksel turizm açısından da cazibe merkezi olması
- O3. Sağlık alanında yeni üniversite ve bölümlerin açılması
- O4. Kültürel yakınlığın tercih sebebi olması
- O5. Sağlık sistemi yetersiz çok sayıda ülkeye olan yakınlık
- O6. Gelişmiş ülkelerdeki nüfusun yaşlanması ve sağlık harcamalarının sürekli artması

TEHDİTLER (THREATS)

- T1. Fiyatlandırmada yapılan hatalar
- T2. Bölgede yaşanan siyasi ve politik istikrarsızlık
- T3. Bölgedeki diğer ülkelerle yaşanan rekabet
- T4. Yerel halkın sağlık hizmetlerine erişiminin zorlaşması

BELİRLENEN STRATEJİLER

- ST1. Medikal turizme yönelik kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi
- ST2. Medikal turizm alanında fiziki ve teknik altyapının iyileştirilmesi
- ST3. Medikal turizm hizmet kalitesinin artırılması
- ST4. Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlama yapılması

4.1.1. Güçlü Yönler (Strengths)

❖ Hizmet Sunum Maliyetinin Düşük Olması

Sağlık hizmetlerine ayrılan pay tüm dünyada hızlı bir artış içerisinde. Özellikle gelişmiş ülkelerde, GSYİH içerisinde sağlık hizmetlerine ayrılan payın her yıl düzenli olarak artıyor olması dikkat çekmektedir.

Tablo 4-2’de görüldüğü üzere ABD’de 2016 yılında GSYİH içerisinde sağlık hizmetlerine ayrılan pay % 17,2 olarak gerçekleşmiştir. Bu oran İsviçre’de % 12,4; Almanya’da % 11,3; İsveç ve Fransa’da % 11,0 olarak gerçekleşmiştir. Aynı şekilde OECD ortalamasına bakıldığında % 9,0 olarak gerçekleştiği görülmektedir. Türkiye OECD ülkeleri arasında sağlık harcamalarının gayri safi yurtiçi hasılaya oranı açısından bakıldığında % 4,3 ile en düşük ortalamaya sahip ülke olarak dikkat çekmektedir (OECD, 2018c).

Kişi başı sağlık harcamalarına bakıldığında ise; Türkiye (1.088\$), Meksika (1.080\$) ile birlikte en az harcama yapan ülke konumundadır. Bu durum GSYİH ile birleştiğinde medikal turizm açısından da umut vaat eden bir durum olarak dikkat çekmektedir. Ancak kişi başı sağlık harcamalarının 2015-2016 yılları arasındaki büyüme hızına bakıldığında, Türkiye % 6,9 ve Macaristan % 7,6 ile bu harcamanın en fazla arttığı ülkeler olmuşlardır. Sağlık harcamalarının mevcut durumda düşük seviyede olması, çalışma kapsamında medikal turizm açısından Türkiye için çok önemli bir güçlü yön olarak değerlendirilmiştir.

Tablo 4-2: Sağlık harcamalarının, gayri safi yurtiçi hasılaya oranı

ÜLKE ADI	Sağlık Harcamalarının, Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya Oranı % (2016 Yılı)	Kişi Başı Sağlık Harcaması ABD\$	Kişi Başı Sağlık Harcamalarının Büyüme Hızı % 2015-2016 Yılları Arasında
Avustralya	9,6	4.708	2,6
Avusturya	10,4	5.227	1,3
Belçika	10,4	4.840	0,0
Kanada	10,6	4.753	1,6
Şili	8,5	1.977	4,5
Çek Cumhuriyeti	7,3	2.544	1,7
Danimarka	10,4	5.205	1,4
Estonya	6,7	1.989	4,2
Finlandiya	9,3	4.033	0,2
Fransa	11,0	4.600	0,2
Almanya	11,3	5.551	2,3
Yunanistan	8,3	2.223	-0,7
Macaristan	7,6	2.101	7,6
İzlanda	8,6	4.376	6,6
İrlanda	7,8	5.528	4,9
İsrail	7,4	2.822	3,0
İtalya	8,9	3.391	0,3
Japonya	10,9	4.519	0,7
Kore	7,7	2.729	6,3
Litvanya	5,7	1.466	1,6
Lüksemburg	6,3	7.463	..
Meksika	5,8	1.080	0,3
Hollanda	10,5	5.385	0,1
Yeni Zelanda	9,2	3.590	0,3

Norveç	10,5	6.647	1,5
Polonya	6,4	1.798	4,3
Portekiz	8,9	2.734	1,3
Slovak Cumhuriyeti	6,9	2.150	3,2
Slovenya	8,6	2.835	2,7
İspanya	9,0	3.248	1,2
İsveç	11,0	5.488	2,7
İsviçre	12,4	7.919	3,5
Türkiye	4,3	1.088	6,9
Birleşik Krallık	9,7	4.192	0,1
Birleşik Devletler	17,2	9.892	2,7
OECD ORTALAMASI	9,0	4.003	2,4

❖ S2. Modern ve Teknolojik Altyapı Yönünden Gelişmiş Sağlık Kurumlarının Bulunması

Gelişmiş teknolojilerin kullanımı sağlık hizmetlerinin sunumu açısından son derece önemlidir. İleri düzey operasyonların yapılması için gerekli olan modern ve teknolojik altyapının kurulmuş olması ülkeleri ya da kurumları diğerlerinin önüne geçirebilmektedir.

Tablo 4-3’de, Türkiye’de bin kişilik nüfusa düşen MR Cihazı sayısına bakıldığında 9,8 olduğu görülmektedir. Bu oran OECD ortalamasında 15,5’tir. Aynı şekilde BT Cihazı sayılarına bakıldığında, Türkiye’de 13,9 olan bu oran, OECD ortalamasında 25,6 olarak görülmektedir (OECD, 2018d). Bu sayılar her ne kadar OECD ortalamasının altında kalmış da olsa, gerek kamu gerekse özel sektöre ait hastanelerde son teknolojiye sahip cihazlar bulunmaktadır. Çok ileri teknoloji gerektiren operasyonlar, robotik cerrahi gibi teknolojiler kullanılarak yapılabilmektedir. Ayrıca yapımı devam eden şehir hastaneleri ile bu yatırımların daha da arttığı görülmektedir.

Tablo 4-3: OECD ülkelerinde MR ve BT cihazı sayıları

ÜLKE ADI	1.000.000 Kişiyeye	1.000.000 Kişiyeye Düşen
	Düşen MR Cihazı Sayısı (2015 Yılı)	BT Cihazı Sayısı (2015 Yılı)
Avustralya	15,0	59,6
Avusturya	19,7	29,4
Belçika	10,8	22,2
Kanada	9,5	15,0
Şili	9,4	14,8
Çek Cumhuriyeti	7,4	15,1
Danimarka	...	37,8
Estonya	11,4	19,8
Finlandiya	26,0	21,4
Fransa	12,6	16,6
Almanya	30,5	35,3
Yunanistan	24,3	35,1
Macaristan	3,0	7,9
İzlanda	21,3	39,5
İrlanda	14,3	17,9
İsrail	4,2	9,9
İtalya	25,2	33,1
Japonya	51,7	107,1
Kore	26,5	37,3
Litvanya	12,5	36,1
Lüksemburg	12,4	17,8
Meksika	2,3	5,9
Hollanda	12,9	13,3
Yeni Zelanda	13,3	17,8
Norveç
Polonya	6,7	15,7

Portekiz	7,1	21,9
Slovak Cumhuriyeti	8,3	17,4
Slovenya	8,7	13,1
İspanya	15,3	17,5
İsveç	14,7	20,4
İsviçre	20,9	36,2
Türkiye	9,8	13,9
Birleşik Krallık	6,1	8,0
Birleşik Devletler	39,0	40,9
OECD ORTALAMASI	15,5	25,6

Türkiye'nin bulunduğu coğrafyada hizmet verdiği ülkeler düşünüldüğünde, sahip olduğu modern ve teknolojik anlamda gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması medikal turizm açısından güçlü bir yön olarak değerlendirilmiştir.

❖ S3. Kaliteli Hizmet Sunumu

Medikal turizm stratejileri arasında kaliteli hizmet sunumu çoğu ülke tarafından ön plana çıkarılmıştır. Sağlık kuruluşlarında hizmet kalitesini tescillemenin en kolay yolu uluslararası bir akreditasyon kurumu tarafından akredite edilmektir. Sağlık kuruluşları akreditasyonu yaşanan rekabet içerisinde profesyonellik göstergesi olarak görmektedir. Bu sayede kurumlar kendilerine rekabet üstünlüğü sağlamaktadır. Medikal turizmde ülkeler arasında yapılan özel sigorta anlaşmaları düşünüldüğünde ise akreditasyon sertifikaları çok önemlidir (Güdük ve Kılıç, 2017 p.104). Bir dış kalite değerlendirme kuruluşunun vermiş olduğu kalite güvencesi, sigorta şirketlerinin ve hastanın güvenini kazanma açısından önemlidir. Bu kapsamda en çok kabul gören uluslararası kuruluş JCI'dır.

Tablo 4-4'de görüldüğü üzere 46 akredite sağlık kuruluşu sayısı ile Türkiye dünyada altıncı sırada yer almaktadır (JCI, 2018).

Tablo 4-4: Ülkelere göre JCI akreditasyonuna sahip kuruluş sayısı

Sıra	Ülke	JCI Akreditasyonuna Sahip Kuruluş Sayısı
1	Birleşik Arap Emirlikleri	185
2	Suudi Arabistan	109
3	Çin	98
4	Brezilya	62
5	Tayland	61
6	Türkiye	46
7	İspanya	35
8	İsrail	30
9	Güney Kore	28
10	Singapur	23

Uluslararası akreditasyon kuruluşlarından faydalanmanın yanında bazı ülkeler kendi akreditasyon sistemlerini oluşturmuşlardır. Örneğin Almanya KTQ, TEMOS; Kanada ACI; Avustralya ACHS; Hindistan NABH; Malezya MSQH; Hollanda NHA; Güney Afrika COHSASA; İspanya ACSA; İngiltere QHA gibi kendi akreditasyon sistemlerini de kurmuşlardır. Tablo 4-4’de gösterilen ülkeler arasında, dünyanın önde gelen sağlık sistemlerine sahip İngiltere, Almanya, Kanada, Fransa gibi ülkelerin bulunmamasının en önemli sebeplerinden birisi de budur.

Son yıllarda Türkiye’de de buna benzer kendi akreditasyon sistemini kurmaya yönelik çalışmalar yapılmaktadır. Bu kapsamda 2014 yılında *Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı* (TÜSEB) kurulmuştur. Özerk bir kuruluş olan TÜSEB’in bünyesinde 8 enstitü kurulmuştur. Bunlardan bir tanesi de kısa adı TÜSKA olan, *Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü*’dür.

Türkiye de bu kapsamda kendi akreditasyon sistemini geliştirmeye başlamıştır. Bu kapsamda TÜSKA’nın ilerleyen dönemde sağlık akreditasyonu alanında yaygın olarak

kullanılması öngörülmektedir. Ayrıca genel akreditasyon sistemi olan TÜRKAK da faaliyet göstermektedir.

❖ S4. Nitelikli İnsan Kaynağının Bulunması (Doktor, Hemşire vb.)

Sağlık hizmetlerinden faydalanan hastaların aldıkları medikal hizmetin niteliğini tam olarak değerlendirmeleri oldukça zordur. Bu açıdan düşünüldüğünde, medikal turistler ancak nitelikli insan kaynağına sahip ülke ya da kurumları seçerek, nitelikli hizmet almayı hedefleyebilirler. Nitelikli hizmet ancak nitelikli insan kaynağı ile üretilebilir.

Farklı ülkelerin sağlık insan kaynağı farklı niteliklere sahiptir. Özellikle Ortadoğu, Balkan ve Orta Asya Ülkelerindeki fiziki ve teknik donanımların yetersizliğinin yanında, iyi yetişmiş nitelikli personel eksikliği gibi sebeplerle, kaliteli hizmet üretiminde yaşanan sorunlar insanları medikal turizme yönlendirmektedir (Güneş, 2013 p.59).

Türkiye iyi yetişmiş nitelikli insan kaynağı açısından değerlendirildiğinde, özellikle bölgesinde önemli bir ülkedir. En ileri tedavi yöntemleri, modern ve teknolojik açıdan gelişmiş sağlık kurumlarınca, en kaliteli bir biçimde sunulabilmektedir. Bu durumun gerçekleşebilmesi için insan kaynağının üstün niteliklere sahip olması gereklidir.

Çalışma kapsamında Türkiye açısından sahip olduğu nitelikli insan kaynağı, güçlü bir yön olarak değerlendirilmiştir. Bu durum Sağlık Bakanlığının 2017 yılı faaliyet raporunda da güçlü yönler arasında yer almaktadır (SB, 2018 p.218).

❖ S5. İleri Tıp Uygulamalarının Yapılabilmesi

Medikal turizmin çıkış noktalarından birisi de, ileri tıp uygulamalarının her ülkede yapılamıyor olmasıdır. Özellikle az gelişmiş ülke vatandaşları; ancak modern ve teknolojik anlamda gelişmiş kuruluşlarda bulunan ve ileri teknolojileri gerektiren tedavi türlerine ihtiyaç duymaları halinde, bu imkânlarla sahip gelişmiş ülkelere seyahat etmektedirler (Noree, 2015 p.18). Aynı zamanda özellikle gelişmiş ülke vatandaşları; yüksek maliyetler, uzun bekleme listelerinin olması, mahremiyet ihtiyacı gibi çeşitli sebeplerle başka bir ülkeden sağlık hizmeti almak isteyebilmektedir. Bu durumda gidilecek ülkenin ileri tıp uygulamalarını yapabiliyor olması gerekmektedir. Türkiye ileri tıp uygulamalarını kaliteli bir biçimde sunabildiği için medikal turizm açısından tercih edilen bir ülkedir.

4.1.2. Zayıf Yönler (Weaknesses)

- ❖ W1. Medikal Turizm İle Destekleyici Sektörler Arasında Bütünleşik Bir Mevzuatın Olmaması

Medikal turizm, kişilerin ikamet ettikleri yerden başka bir ülkeye tıbbi hizmet almak amacıyla gerçekleştirdikleri seyahatlere denilmektedir. Kişiler asıl amaçları olan sağlık hizmetini alabilmek için bu seyahatleri planlamaktadır. Çoğu durumda bu planlama aracı kuruluşlar eliyle yapılırsa da süreçler değişmemektedir. Vize ve pasaport işlemleri gibi bürokratik süreçler; uçak bileti ve otel rezervasyonları gibi ulaşım ve konaklama ile ilgili süreçler destekleyici sektörleri ilgilendirmektedir. Ayrıca asıl amaç olan tedavi hizmetlerinin alınması ile ilgili plan ve programlar da üzerinde düşünülmesi gereken konulardır.

Medikal turizm ile alakalı tüm süreçlerin sorunsuzca ve birbirleriyle koordineli bir şekilde yürütülmesi, sağlık hizmeti almak için gelen turistler açısından oldukça önemlidir. Medikal turizm ve onu destekleyen yan sektörlerin koordinasyonu ancak iyi düzenlenmiş bir mevzuatla sağlanabilecektir.

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığınca hazırlanan *Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik*, 13 Temmuz 2017 tarihli ve 30123 sayılı Resmi Gazetede yayımlanmıştır. Yönetmeliğin amacı; *Uluslararası sağlık turizmi ve turistlerin sağlığı kapsamında uluslararası düzeyde sunulan sağlık hizmetlerinin asgari hizmet sunum standartlarının belirlenmesi, uluslararası sağlık turizmi hizmetlerinde faaliyet yürütecek sağlık kuruluşları ile aracı kuruluşların yetkilendirilmesi ve bu faaliyetlerin denetlenmesine ilişkin usul ve esasları düzenlemektir*, şeklinde ifade edilmektedir.

Yönetmelik sağlık kuruluşlarına ve aracı kuruluşlara asgari standartlar getirmektedir. Yönetmelik ekinde belirtilen koşulları yerine getiremeyen sağlık kuruluşları ya da aracı kuruluşların bu hizmeti üretmeleri yasal olarak engellenmiştir. Bu sayede medikal turistlere sunulan bu hizmetlerin kalitesi kontrol altına alınmıştır.

Tüm bu gelişmelere rağmen; ambulansla doğrudan uçaktan hasta alınabilmesi, medikal turistlerin konaklamasına uygun otellerin bulunmaması, aracı kuruluşların hizmet bedellerinin şeffaf olarak gösterilememesi gibi çok çeşitli sorunlar halen yaşanmaktadır. Ayrıca sayıları 3.000'i aşan aracı kuruluşların ancak 27 tanesinin (SB, 2018) yetki belgesine sahip olması gibi durumlar hizmet sunumunda sorunların yaşanabileceği

endişesini doğurmaktadır. Bu konu çalışma kapsamında Türkiye için önemli bir zayıf yön olarak ifade edilmiştir.

❖ W2. Sektör Paydaşları Arasında Koordinasyonsuzluk Olması

Medikal turizm, çeşitli paydaların ortak hareket ettikleri bir hizmet sektörüdür. Tanıtım, ulaşım, konaklama, hastaneler, aracı kuruluşlar, sigorta şirketleri, üniversiteler, belediyeler ve diğer resmi kurumlar bu sektörün önemli paydaşlarıdır. Tüm bu sektörlerin birbirleriyle, odak noktasında hastanın yer aldığı bir sistemde koordineli bir şekilde hareket etmeleri son derece önemlidir.

Örneğin tanıtımın ülke imajı oluşturma konusunda bilinçli bir şekilde hedefe yönelik yapılması gerekmektedir. Bu aşamada sektörün tüm paydaşlarının aynı amaca yönelerek ortak bir strateji etrafında toplanmaları başarılı bir imaj oluşturma açısından oldukça önemlidir.

Gerek yurt dışından geliş aşamasında, gerekse şehir içi ulaşımında yaşanabilecek olumsuzluklar diğer paydaşların başarısına da gölge düşürebilecektir. Medikal turistlerin otel konaklamaları normal turistlerden farklı olarak değişik ihtiyaçları beraberinde getirebilmektedir. Konaklama sektörünün desteği bu açıdan önemlidir.

Kamu ya da özel sektöre ait hastaneler bu kapsamda hizmet sunarken dil, kültür ve buna benzer çok sayıda farklılığa sahip hastalarına uygun hizmet üretebilmelidir. Farklı dil ve kültürleri bilen personelin istihdamı sayesinde iletişim problemleri daha rahat çözülebilmektedir.

Gastronomi alanında da gerek otellerden, gerekse hastanelerden damak tadına uygun menülerin üretilmesi oldukça önemlidir. Üniversiteler ve YÖK ile sağlanacak koordinasyon sayesinde bu alanlardaki ihtiyaca yönelik programların açılması ve insan kaynağının planlanması sağlanabilir. Tüm bu konularda tam olarak bir başarı sağlanamamış olup, bu konunun en önemli zayıflıklardan birisi olduğu söylenebilir.

❖ W3. Medikal Turizm Alanında Etkin Tanıtım ve Pazarlamanın Yapılmaması

Günümüzde devlet kurumları, kamu-özel ortaklıkları, özel hastaneler, havayolu şirketleri, otel zincirleri ve aracı kuruluşlar yoğun bir şekilde pazarlama faaliyetleri yürütmektedirler (Turner, 2007).

Mucuk (2012) Medikal turizm pazarına açılmak isteyen bir kuruluşun ilk önce uluslararası pazarlara yönelik bir saha araştırması yapılmasının gerektiğini belirtmektedir. İlk olarak, ön araştırma mahiyetinde; “sosyal ve kültürel çevre”, “ekonomik ve demografik çevre” ve politik ve hukuki çevre analiz edilmelidir. İkinci olarak; pazarın potansiyeli, pazara girişte yaşanabilecek engeller (tüketici tercihleri, araçlar ve rekabet) analiz edilmelidir. Üçüncü olarak ise; işletmenin bu pazardaki potansiyeli analiz edilmelidir.

Wilkie (2005) yürütülen pazarlama faaliyetlerinin büyük ölçüde kültüre bağlı olduğunu ifade etmektedir. Bu sebeple farklı ülkeler için farklı uygulamaların yapılması başarı için gereklidir.

Medikal turizm pazarında farklı pazarlama yöntemleri kullanılmaktadır. Farklı ülkelerde yaşayan insanların farklı ihtiyaçları bulunmaktadır. Bu durumun bilinmesi ve buna uygun pazarlama stratejilerinin geliştirilmesi önemlidir (Jotikasthira, 2010).

Pazarlamanın genel stratejik yöntemlerinde olduğu gibi medikal turizm alanında da; pazar bölümlendirmesinin ve doğru konumlandırma stratejileri oldukça önemlidir. İyi bir pazarlama stratejisinin planlanması ve uygulanması, medikal turizm pazarında başarı için kritik öneme sahiptir (Aydın ve Aydın, 2015).

Medikal turizmden doğan ekonomik değer, pazarlama faaliyetlerinin de bu alanda artarak devam etmesine sebep olmaktadır. Yapılan yüz yüze görüşmelerde Türkiye'nin bu alanda etkin bir pazarlama faaliyeti yürütemediği uzmanlarca ifade edilmiştir. Sektörün tüm paydaşlarının koordineli bir şekilde pazarlama faaliyetlerini yürütmelerinin önemi vurgulanmıştır. Aynı sektörde ya da destekleyici sektörlerde faaliyet gösteren tüm paydaşların, ortak bir strateji çerçevesinde pazarlama faaliyeti yürütmesi sayesinde belirlenen amaçlara ulaşılabileceği uzmanlarca dile getirilen en önemli unsurlardır.

❖ W4. Sağlık Çalışanlarının İyi Seviyede Yabancı Dil Bilmemesi

Türkiye’de yabancı dil eğitimi çok küçük yaşlarda başlamasına rağmen, yabancı dil bilme oranı oldukça düşüktür. Türkiye İngilizce Yeterlik Endeksi (English Proficiency Index) verilerine göre seksen ülke içerisinde altmış ikinci sırada yer almaktadır. İngilizce bilme düzeyi ise “çok düşük seviye” kategorisinde yer almaktadır. Avrupa ülkeleri arasında ise toplam yirmi yedi ülke arasında yirmi altıncı sırada kendisine yer bulmuştur (Yaman, 2018).

Yapılan görüşmelerde sağlık çalışanları arasında yabancı dil bilme oranının da düşük olduğu uzmanlarca dile getirilmiştir. Özellikle özel sektöre ait sağlık kuruluşlarında tercüman istihdamı yoluyla bu sorunun önüne geçilmeye çalışılmaktadır. Ancak yine de sağlık personelinin hastayla doğrudan iletişime geçebilmesi tedaviye uyum açısından oldukça önemlidir.

❖ W5. Başka Ülke Sigorta Şirketleriyle Yeterli Seviyede Anlaşmanın Bulunmaması

Devletler, çok sayıda çalışanı olan büyük şirketler ve özel sağlık sigortası kuruluşları, sağlık hizmetlerinin kendilerine olan maliyetlerini düşürmek amacıyla medikal turizmi bir fırsat olarak değerlendirmektedir (Horowitz ve Rosensweig, 2007). Örneğin ABD’de özel sağlık sigortası şirketleri, maliyetleri düşürmek amacıyla medikal turizmi teşvik etmektedir (Hopkins ve ark., 2010).

Son yıllarda ABD merkezli bazı sağlık bakım ve sigorta şirketleri ekonomik sebeplerle sağlıkta dış kaynak kullanımını göz önünde bulundurmaya başlamıştır (Bies ve Zacharia, 2007). Bu kuruluşlar üyelerine aciliyet gerektirmeyen tedavi ve ameliyatlarını başka ülkelerde yaptırma olanağı sunmaya başlamışlardır.

Medikal turizm açısından sigorta şirketleriyle anlaşmaların yapılması, bu kapsamda hizmet üreten kurumlar açısından çok önemli bir kaynaktır. Sigorta şirketleri aracılığıyla gelen medikal turistlerde, toplu bir anlaşma yapıldığı ve hastaların belirli bir düzen içerisinde tedavileri yapıldığı için süreçler daha kolay yürütülebilmektedir. Yapılan anlaşmalar aynı zamanda bir çeşit referans olduğu için, pazarlama faaliyetlerini de desteklemektedir.

Libya ve Irak gibi ülkelerle devletler aracılığıyla çeşitli tedavi anlaşmaları yapılabilmektedir. Ancak uzmanların ifadelerine göre özellikle özel sağlık sigortalarıyla anlaşma yapılmakta zorluklar yaşanmaktadır. Bu durumun sebebi olarak, diğer zayıf yönlerimiz ve tehditlerimiz gösterilmektedir.

❖ W6. Sağlık Çalışanı Sayısının Nüfusa Oranla Az Olması

Sağlık hizmetlerinin sunumu incelendiğinde, tüm hizmet sektörlerinde olduğu gibi yeterli sayıda ve nitelikte insan kaynağının bulunması çok önemlidir. Türkiye nitelikli insan kaynağı açısından değerlendirildiğinde, bu konunun medikal turizm açısından güçlü bir yönü oluşturduğu uzmanlarca ifade edilmiştir. Ancak yine de uzmanlar her ne kadar

nitelik açısından iyi yetişmiş insan kaynağı bulunsa da, nicelik açısından eksiklik olduğunu belirtmişlerdir. Bu durum Sağlık Bakanlığının 2017 yılı faaliyet raporunda da zayıf yönler arasında yer almaktadır (SB, 2018 p.219).

Tablo 4-5’de yer alan OECD (2018d) verilerine bakıldığında, 1.000 kişiye düşen hekim sayıları incelendiğinde; Türkiye’de 1,8 olan oran, Yunanistan’da 6,6, Avusturya’da 5,1, ABD’de 2,6 ve OECD ortalamasında ise 3,4 olarak görülmektedir. Aynı tabloda 1.000 kişiye düşen hemşire sayıları incelendiğinde; Türkiye’de 1,9 olan oran, Norveç’te 17,5, İsviçre’de 17,0, Danimarka’da 16,9, ABD’de 11,6 ve OECD ortalamasında ise 9,0 olarak görülmektedir. Hekim oranları açısından değerlendirildiğinde, Türkiye’de bulunan hekimlerin nüfusa oranına bakıldığında, OECD ortalamasının yarısı kadar olduğu görülmektedir. Hemşire oranları açısından değerlendirildiğinde, Türkiye’de bulunan hemşirelerin nüfusa oranına bakıldığında, OECD ortalamasının beşte biri kadar olduğu görülmektedir.

Tablo 4-5: OECD ülkeleri hekim ve hemşire verileri

ÜLKE ADI	1.000 Kişiyeye Düşen Hekim Oranı (2016/2017 Yılı)	1.000 Kişiyeye Düşen Hemşire Oranı (2016/2017 Yılı)
Avustralya	3,6	11,6
Avusturya	5,1	8,0
Belçika	3,1	11,1
Kanada	2,6	9,9
Şili	2,3	2,4
Çek Cumhuriyeti	3,7	8,1
Danimarka	3,7	16,9
Estonya	3,5	6,1
Finlandiya	3,2	14,3
Fransa	3,1	10,2
Almanya	4,2	12,9
Yunanistan	6,6	3,3
Macaristan	3,2	6,4
İzlanda	3,9	14,2

İrlanda	2,9	11,6
İsrail	3,1	5,0
İtalya	4,0	5,6
Japonya	2,4	11,3
Kore	2,3	6,8
Litvanya	3,2	4,6
Lüksemburg	2,9	11,7
Meksika	2,4	2,9
Hollanda	3,5	10,6
Yeni Zelanda	3,0	10,3
Norveç	4,5	17,5
Polonya	2,4	5,2
Portekiz	4,8	6,5
Slovak Cumhuriyeti	3,5	5,7
Slovenya	3,0	9,7
İspanya	3,8	5,5
İsveç	4,3	11,1
İsviçre	4,3	17,0
Türkiye	1,8	1,9
Birleşik Krallık	2,8	7,9
Birleşik Devletler	2,6	11,6
OECD ORTALAMASI	3,4	9,0

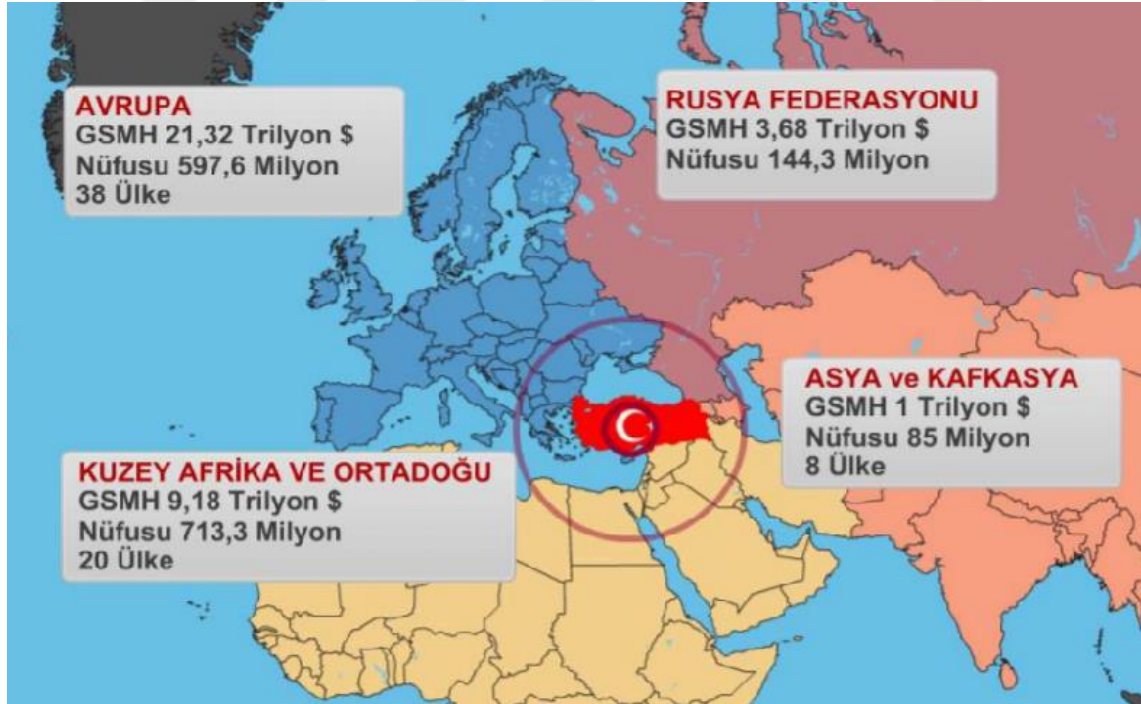
Sağlık hizmetlerinin sunumunda en önemli iki meslek grubu olan hekim ve hemşire açısından yapılan değerlendirmede, Türkiye'nin her iki grupta da OECD ülkeleri arasında en düşük orana sahip olduğu görülmektedir. Bu kapsamda yeni üniversite ve bölümlerin açılmasının ileriki dönemde bu zayıf yönü değiştirebileceği görüşme yapılan uzmanlarca ifade edilmektedir.

4.1.3. Fırsatlar (Opportunities)

❖ O1. Coğrafi Konum, Güçlü Ulaşım Ağı ve İklim Koşullarının Uygunluğu

Coğrafi yakınlık ve ulaşım ağının güçlü olması hizmete erişimde kolaylaştırıcı faktörlerdendir. Örneğin Orta Amerikalı medikal turistlerin en çok tercih ettikleri ülkeler Güney Amerika ülkeleridir. Coğrafi yakınlık diğer destekleyici sebeplerle birlikte bu tercihlerde en önemli faktörlerden biridir (Gülmez, 2013).

Türkiye sağlık hizmeti sunumu konusunda; Avrupa, Orta Doğu ve Türki Cumhuriyetlere olan coğrafi yakınlığı ile cazibe oluşturmaktadır. Ayrıca bu ülkelerin bazılarında halkın çeşitli sebeplerle buldukları ülkelerde bu hizmetlerin bulunmaması (fiziki ve teknolojik eksiklikler, nitelikli insan kaynağının bulunmaması vb.) ya da hizmetlere erişiminin zor olması (uzun bekleme listelerinin bulunması, yüksek maliyetler, sigortaların kapsamı dışında yer alan tedavi türleri vb.) gibi destekleyici sebeplerin yanında, coğrafi konum ve ulaşım imkanlarının da etkisiyle, sahip olduğu güçlü yönleri desteklenmektedir.



Şekil 4-1: Türkiye'nin coğrafi konumu ve GSMH değerleri

Türkiye 4 saatlik uçuş mesafesinde 1.6 milyarlık bir nüfusa (Şekil 4-1) hitap etmektedir (T.C. Ulaştırma Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı, 2017). Ayrıca THY Dünya üzerinde en çok noktaya (120 ülkeye, 299 şehire ve 302 havalimanına) doğrudan uçan bir ağa sahiptir (SB, 2018). Yirik (2014) medikal turizm amacıyla Türkiye'ye gelen hastaların tercih nedenleri arasında ulaşım olanaklarının iyi olmasını vurgulamaktadır.

Küreselleşen dünyanın getirdiği artan iletişim ve ulaşım olanakları ile seyahat imkânlarının da artmasıyla birlikte, medikal turizm daha uygulanabilir bir hale gelmiştir (Khanna, 2007). Ulaşım imkanlarının artmasının yanında, medikal tedavilerde ulaşım sürelerinin kısa olması hala önemli bir tercih sebebidir. Ayrıca hava limanlarına ulaşım da önemli konulardandır (Pollard, 2012).

Yeni yapılan İstanbul Havalimanı, tam kapasite ile hizmet vermeye başladığında 200 milyon yolcu kapasitesi ile dünyanın en büyük havalimanı olması beklenmektedir. Aktarmalı uçuşların da yönlendiği İstanbul dünyanın "hub" ı konumuna gelecektir (<https://www.turizmaktuel.com/haber/istanbul-havalimani-turizmi-nasil-etkileyecek>). Yaşanan bu uluslararası hareketlilik medikal turizm endüstrisini de pozitif yönde etkileyecektir.

Coğrafi konumdan kaynaklı olarak iklim koşullarının uygunluğu, özellikle basit sayılabilecek diş vb. tedaviler için tatil ile tedaviyi birleştirme fırsatı medikal turistleri cezbetmektedir. Türkiye'nin geleneksel turizm açısından da cazibe merkezi konumunda olması, medikal turizmin pazarlanması faaliyetleri konusunda destekleyicidir.

Türkiye gerek coğrafi konumu ve güçlü ulaşım ağı, gerek uygun iklim koşulları gibi fırsatları sayesinde, medikal turizm alanında sahip olduğu güçlü yönlerini ön plana çıkarabilmektedir.

❖ O2. Geleneksel Turizm Açısından da Cazibe Merkezi Olması

Turizm, dünyanın en hızlı gelişen sektörlerinden biridir. Dünya çapında gittikçe artan sayıda ülke ve işletme için turizm faaliyetleri, ekonomik ilerlemenin önemli bir parçası olmuştur. Bu ekonomik büyüklüğü fark eden ülkeler, bu alanda çeşitli kolaylaştırıcı ve destekleyici uygulamalar yapmaktadırlar. 20. yüzyılın özellikle ikinci yarısından sonra Avrupa ve ABD'nin yanı sıra çok sayıda ülke turizme yatırım yapmıştır. Sektör, zaman zaman sorunlar yaşasa da, neredeyse kesintisiz bir büyüme göstermiştir. Uluslararası turist

sayısı; 1950 yılında dünya genelinde 25 milyon, 1980 yılında 278 milyon, 2000 yılında 674 milyon ve 2016 yılına gelindiğinde ise 1,24 milyara ulaşmıştır (UNWTO, 2017).

Aynı şekilde, dünya çapında destinasyonların kazandığı uluslararası turizm gelirleri, 1950 yılında 2 milyar ABD dolarından, 1980 yılında 104 milyar ABD dolarına, 2000 yılında 495 milyar ABD dolarına ve 2016 yılında ise 1,22 trilyon ABD dolarına yükselmiştir. Uluslararası turizm, 2016 yılında dünya mal ve hizmet ihracatının % 7'sini oluşturmaktadır. Turizm, son beş yıl içerisinde genel olarak dünya ticaretinin üzerinde büyüme göstermiştir (UNWTO, 2017).

Geleneksel turizm (deniz-kum-güneş turizmi) diğer turizm türlerini de destekler niteliklere sahiptir (Barca ve ark., 2013). Ancak hava ve iklim koşullarına bağlı olarak belli dönemlerle sınırlı kalmaktadır. Alternatif turizm türlerinden biri olan medikal turizm, bu koşullardan bağımsız olarak yılın her döneminde müşteri potansiyeline sahiptir. Ayrıca medikal amaçlı seyahatlerde turistler normal turistlere göre çok daha fazla harcama yapmaktadır (Wilson, 2011).

Türkiye coğrafi konumu, iklim koşullarının uygunluğu, güçlü ulaşım ağı ve modern turizm işletmelerinde verilen kaliteli hizmetin bir araya gelmesiyle, geleneksel turizm açısından dünyanın en önde gelen ülkelerinden biridir. Tablo 4-6'da görüleceği üzere, 2015 yılı verilerine göre genel turist sayıları açısından ülkeler arasında 6. sırada yer almaktadır (UNWTO, 2017).

Tablo 4-6: Uluslararası turist sayıları (Milyon)

No	Ülke Adı	2015 Yılı	2016 Yılı	2016/2015 Farkı (%)
1	Fransa	84,5	82,6	-2,2
2	ABD	77,5	75,6	-2,4
3	İspanya	68,5	75,6	10,3
4	Çin	56,9	59,3	4,2
5	İtalya	50,7	52,4	3,2
6	Türkiye	39,5
7	Almanya	35,0	35,6	1,7
8	Birleşik Krallık	34,4	35,8	4,0
9	Meksika	32,1	35,0	8,9
10	Tayland	29,9	32,6	8,9

Türkiye'nin geleneksel turizmde cazibe merkezi konumunda olması, medikal turizmin pazarlanması faaliyetlerini de desteklemektedir. Basit estetik cerrahi işlemleri, göz ve diş tedavilerinin yanında, saç ekimi gibi bazı basit sayılabilecek işlemler için, tedavi ve turizm seçeneklerini birleştirilebilmektedir. Bu sayede hem medikal tedavi hizmeti alınabilmekte, hem de tatil yapılabilmektedir. Bunlara ilaveten maddi tasarruf da sağlanabilmektedir. Tüm bu sebeplerle, Türkiye'nin geleneksel turizm pazarındaki gücü, uzmanlarca medikal turizm açısından da önemli bir fırsat olarak değerlendirilmiştir.

❖ O3. Sağlık Alanında Yeni Üniversite ve Bölümlerin Açılması

Uygun niteliklere sahip yeterli sayıda insan kaynağının bulunması, hizmet sunumu açısından oldukça önemlidir. Niteliksel açıdan yeterli personelin bulunmasının yanında, niceliksel olarak yeterlilik sağlanamamaktadır. Bu konu, uzmanlarca yapılan değerlendirmelerde Türkiye'nin medikal turizm açısından zayıf yönlerinden birisi olarak değerlendirilmiştir.

Türkiye; OECD (2018d) verilerine göre (tablo 4-5) 1.000 kişiye düşen hekim sayısı açısından 1,8 ile en düşük orana sahiptir. Bu oran OECD ülkelerinde ortalama 3,4 olarak belirtilmiştir. Aynı şekilde Türkiye'de 1.000 kişiye düşen hemşire sayısı 1,9 olup, OECD ülkelerinde bu oran ortalaması 9,0 olarak görülmektedir. Türkiye bu alanda da, OECD ülkeleri arasında en düşük orana sahip ülke konumundadır. Türkiye'de bulunan hekimlerin nüfusa oranına bakıldığında, OECD ortalamasının yarısı kadardır. Hemşire oranları açısından değerlendirildiğinde, durum daha vahim görünmekte ve oran olarak OECD ortalamasının beşte birine denk gelmektedir.

Yetkililer bu eksikliğin farkına varmış olmalı ki, 2018 yılında Türkiye'de bulunan tüm üniversitelerdeki tıp fakültelerine toplam 14.643 kontenjan açılmıştır. Bu sayı bir önceki yıla göre % 7,3 artmıştır. Diş hekimliği için 2017 yılına göre % 32'lik bir artış ile, 6.100 kontenjan açılmıştır. 2017 yılında Türkiye'de bulunan tüm üniversitelerdeki hemşirelik bölümlerine toplam 14.506 kontenjan açılmıştır. Bu sayı bir önceki yıla göre % 5,12 artış göstermiştir (YÖK, 2018).

İnsan kaynağı açığının kapatılması amacıyla, yeni üniversite ve bölümlerin açılması uzmanlarca bir fırsat olarak değerlendirilmiştir. Sağlık alanında açılan yeni bölümlerin, ileriki yıllarda medikal turizm pazarında adından söz ettirmek isteyen Türkiye açısından çok önemli bir adım olduğu değerlendirilmiştir.

❖ O4. Kültürel Yakınlığın Tercih Sebebi Olması

Kültürel yakınlık ülkelerin tercih edilmesinde önemli bir çekici etkendir (Menvielle, 2011). Özellikle göçmenlerin tedavi için, dil, din, alışkanlıklar ve yemek zevki gibi kültürel yakınlıklar sebebiyle kendi ülkelerini tercih ettikleri (diaspora turizmi) gösterilmektedir (Lee ve ark, 2012).

Taylor kültür kavramını: *“toplumun bir üyesi olarak kişinin sosyalleşme süreci içinde kazandığı bilgi, inanç, sanat, ahlak, hukuk, adet, gelenek, huy, alışkanlıklar ve diğer yetkinliklerin karmaşık bir bütünü”* olarak tanımlamaktadır (Aktaran: İnaç, 2014 p.47-48).

ABD’de yaşayan Meksika kökenli kişilerin önemli bir kısmı coğrafi yakınlığının yanı sıra, kültürel yakınlığın da etkisiyle medikal tedavi için kendi ülkelerine gitmektedirler (Jang, 2017).

Sağlık çalışanlarının göçü de bu kapsamda ele alındığında medikal turizmi desteklemektedir. Gan ve Frederick (2011) medikal turizmde sosyal ve kültürel uyumluluğu çekici faktörler arasında saymaktadır. Hastalar gittikleri/gidecekleri ülkede kendi dilinde ve kültüründe hizmet sunan çalışanlarla karşılaştıklarında, bu durum önemli bir tercih sebebi olabilmektedir. Bu durum hastalarda, ülke ya da sağlık kuruluşuna karşı güven ve rahatlama hissi uyandırmaktadır (Snyder ve ark., 2015b).

Özellikle Orta Doğu ve Türki Cumhuriyetlerde sağlık ve teknoloji altyapısındaki eksiklikler gözlemlenmektedir. Bu ülkelerde yapılamayan tedaviler için Türkiye, destekleyici diğer faktörlerin yanında, kültürel yakınlığı sebebiyle de çekici hale gelmiştir. Tüm bu sebepler bir araya geldiğinde kültürel yakınlığın Türkiye için medikal turizmde önemli bir fırsat sunduğu uzmanlarca ifade edilmiştir.

❖ O5. Sağlık Sistemi Yetersiz Çok Sayıda Ülkeye Olan Yakınlık

Türkiye’nin Asya ve Avrupa kıtalarında toprakları bulunmaktadır. Türkiye doğuda, Gürcistan, Ermenistan, Nahcivan ve İran; güneydoğuda, Irak; güneyde, Suriye; batıda ise Bulgaristan ve Yunanistan ile sınır komşusudur.

Türkiye bölgesinde sağlık sistemleri konusunda yetersiz sayılabilecek çok sayıda ülkeye 4 saatlik uçuş mesafesinde bulunmaktadır. Teknik ve insan kaynağı açısından yetersizlik duyulması, medikal turizmi destekleyen önemli unsurlardandır. Teknolojik ilerlemelere rağmen bu durum halen devam etmektedir. Ancak bu ülkeler de küreselleşen

dünyanın getirdiği avantajlardan faydalanmakta ve sağlık sistemlerini fiziki ve teknolojik anlamda yenilemektedir.

Bunun yanında bu ülkeler kendi öğrencilerini yetiştirmek üzere yurt dışına göndermektedirler. Örneğin “*Sağlık ve Tıp Alanında İşbirliğine Dair Protokol*” çerçevesinde çeşitli ülkelere öğrenciler Türkiye’ye gelerek eğitim almaktadırlar. Daha sonrasında ülkelere dönerek orada hizmet vermektedirler.

Diğer bir bakış açısıyla, eğitim amacıyla Türkiye’ye gelen bu öğrencilerin aynı zamanda önemli bir pazarlama unsuru olduğu söylenebilir. Ayrıca medikal turizmde ülke seçimi sırasında doktor tavsiyesinin önemli bir kriter olduğunu gösteren çalışmalar da mevcuttur. Bu açıdan Türkiye’de eğitim gören sağlık personeli tavsiye etme açısından önemli bir referans unsurudur.

Türkiye nüfusu 2018 yılı verilerine göre; 81.867.223 kişidir. Bu rakamın 2023 yılına gelindiğinde 86.907.367 kişiye, 2040 yılına gelindiğinde ise 100.331.233 kişiye çıkması öngörülmektedir (TÜİK, 2018).

Türkiye’nin sağlık sistemi henüz tam olarak gelişmemiş Orta Doğu (Irak, Suriye, Filistin, Suudi Arabistan, Yemen, Libya vb.), Kuzey Afrika (Sudan, Tunus, Cezayir, Libya vb.), Türki Cumhuriyetler (Azerbaycan, Türkmenistan, Kazakistan, Kırgızistan, Özbekistan, Tacikistan) ve Bazı Balkan Ülkeleri (Arnavutluk, Kosova, Makedonya, Bosna Hersek vb.) ile coğrafi yakınlığı bulunmaktadır. Bunun yanında kültürel yakınlığın da medikal turizm açısından Türkiye’nin tercih edilmesini desteklemektedir. Bu durum, en azından bu ülkelerin sağlık sistemlerini geliştirinceye kadarki dönemde medikal turizm açısından Türkiye için önemli bir fırsat olarak değerlendirilmiştir.

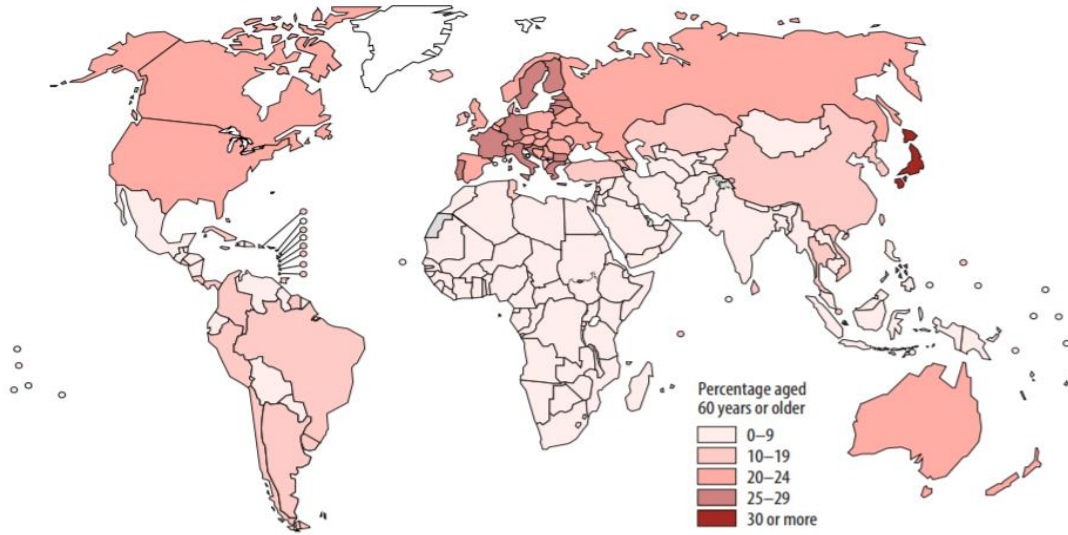
❖ O6. Gelişmiş Ülkelerdeki Nüfusun Yaşlanması ve Sağlık Harcamalarının Sürekli Artması

Günümüz medikal turizminin bu kadar gelişmesinin altında, gelişmiş ülkelerdeki sağlık harcamalarının yüksek seviyelere çıkması gösterilebilir. Bu durum Türkiye için bir fırsat olarak değerlendirilmiştir. Bu sebeple bu kriter diğerlerine göre daha geniş olarak ele alınmıştır.

Ülkeler geliştikçe, daha iyi bir sağlık hizmeti sunabilmektedirler. Daha az insan çocukluk ve gençlik çağı ölümlerine maruz kalmaktadır. Bu durumun bir sonucu olarak, insanların yetişkinlik ve yaşlılık dönemlerinin uzun sürme olasılığının daha yüksek olduğu

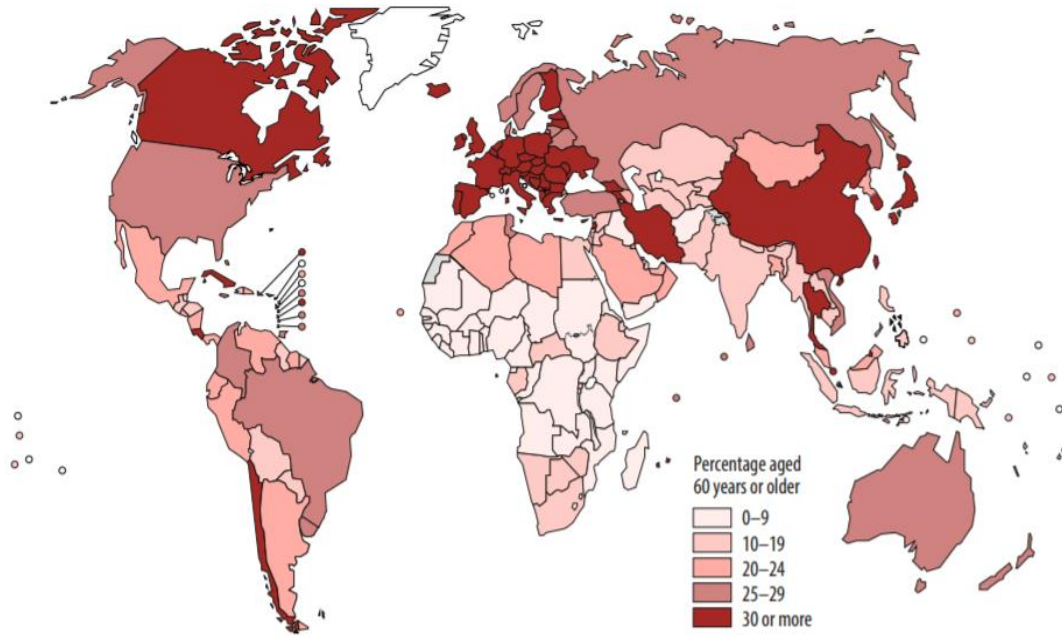
bir yapıya doğru gidilmektedir. Yüksek gelirli ülkelerde, ölüm yaşı daha ileriki yıllara doğru kaymaktadır. Bu gibi gelişmiş ülkelerde ölümlerin çoğu 70 yaşından büyük insanlarda ortaya çıkmaktadır (WHO, 2015 p.45).

Dünya Sağlık Örgütü “*Dünya Yaşlanma ve Sağlık Raporu*”nda, ülkelere göre 60 yaş ve üzeri nüfusun genel nüfusa oranını göstermektedir (şekil 4-2). Bu raporda 2015 yılı için Türkiye’nin 60 yaş ve üzeri nüfusu % 10-19 arasında gösterilmektedir. Avrupa ve Kuzey Amerika Ülkelerinde (ABD ve Kanada) ise bu oran % 20-29 aralığında seyretmektedir (WHO, 2015 p.44).



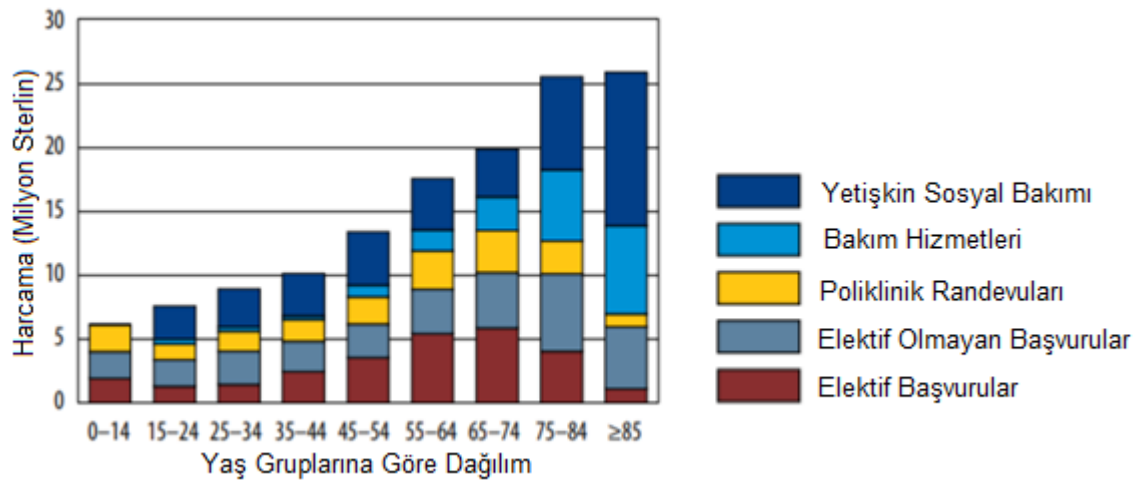
Şekil 4-2: Ülkelere göre 60 yaş ve üzeri nüfus oranı-2015

Yine Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2050 yılı için yapılan öngöründe (şekil 4-3); 60 yaş ve üzeri için, Türkiye nüfusunun % 25-29 aralığında olması öngörülmüştür. Avrupa ülkelerinin neredeyse tamamının ve Kanada’nın % 30’dan daha fazla bir oranda 60 yaş ve üzeri gruba ait kişilerden oluşacağı öngörülmüştür (WHO, 2015 p.44).



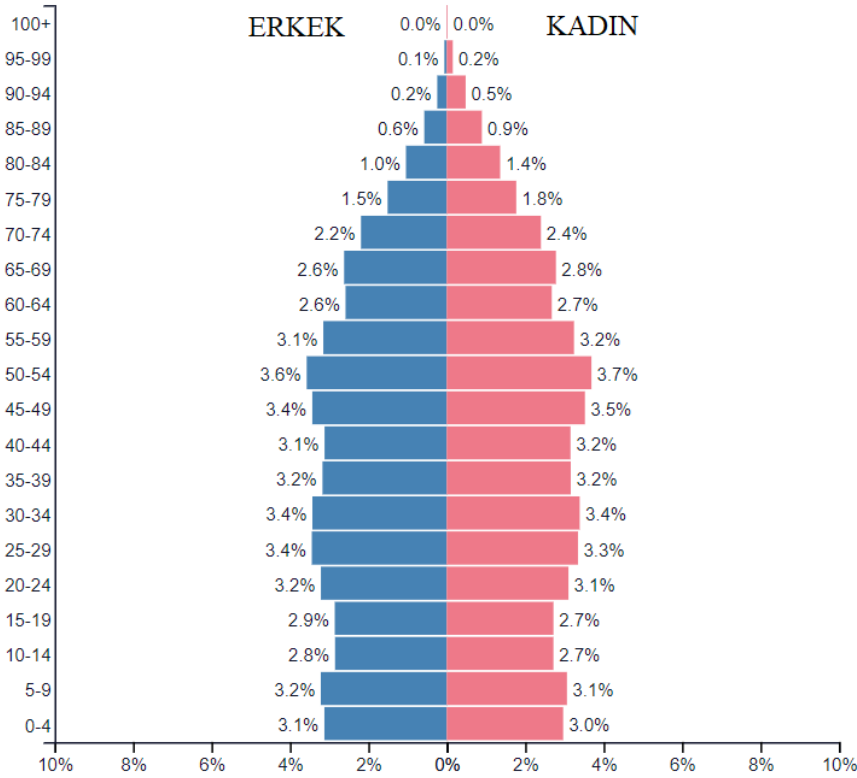
Şekil 4-3: Ülkelere göre 60 yaş ve üzeri nüfus oranı-2050 tahmini

Dünya Sağlık Örgütü, yaşlı nüfusun artmasıyla birlikte sağlık harcamalarının da artacağını öngörmektedir. 145.000 kişinin yaşadığı İngiltere'nin Torbay şehrinde sağlık harcamalarıyla ilgili (Şekil 4-4) 0-14 yaş grubunda yer alanlara toplam 6.000.000 sterlin harcadığını belirtmiştir. Aynı raporda 75-84 yaş grubuna ve 85 yaş ve üzerindeki kişilere harcanan para 26.000.000 sterlin olarak belirtilmiştir (WHO, 2015 p.96).



Şekil 4-4: Yaş gruplarına göre yapılan sağlık harcamaları (2010-2011)

Şekil 4-5’de yer alan İngiltere nüfus piramidinde görüldüğü gibi, 0-14 yaş grubu İngiltere genelinde toplam nüfusun % 18’ini oluşturmaktadır. 75 yaş üzeri nüfus ise toplam nüfusun yaklaşık % 9’unu oluşturmaktadır. 75 yaş ve üzeri grupta yer alanlar, 0-14 yaş grubu popülasyonun yaklaşık olarak yarısı kadar olmasına rağmen (Şekil 4-5), 4,3 kat daha fazla harcama yapılmaktadır (Şekil 4-4).



Şekil 4-5: İngiltere nüfus piramidi (2017 Yılı)

Tablo 4-7’de OECD ülkelerinin sağlık harcamaları, bu harcamaların GSYH’ya oranları ve yıllara göre artış oranları verilmiştir. ABD’de 2016 yılında, Gayri Safi Yurtiçi Hasıla içerisinde sağlık harcamalarına ayrılan pay bir önceki yıla göre % 2,7 artarak, % 17,2 olarak gerçekleşmiştir. Bu oran 9.892\$’lık bir kişi başı sağlık harcamasına denk gelmektedir. OECD ortalamasına bakıldığında Gayri Safi Yurtiçi Hasıla içerisinde sağlık harcamalarına ayrılan pay bir önceki yıla göre % 2,4 artarak, % 9,0 olarak gerçekleşmiştir. Bu oran 4.003\$’lık bir kişi başı sağlık harcamasına denk gelmektedir.

Tablo 4-7: OECD ülkelerinin sağlık harcamaları

ÜLKE ADI	Sağlık Harcamalarının, Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya Oranı % (2016 Yılı)	Kişi Başı Sağlık Harcaması ABDS	Kişi Başı Sağlık Harcamalarının Büyüme Hızı % 2015-2016 Yılları Arasında
Avustralya	9,6	4.708	2,6
Avusturya	10,4	5.227	1,3
Belçika	10,4	4.840	0,0
Kanada	10,6	4.753	1,6
Şili	8,5	1.977	4,5
Çek Cumhuriyeti	7,3	2.544	1,7
Danimarka	10,4	5.205	1,4
Estonya	6,7	1.989	4,2
Finlandiya	9,3	4.033	0,2
Fransa	11,0	4.600	0,2
Almanya	11,3	5.551	2,3
Yunanistan	8,3	2.223	-0,7
Macaristan	7,6	2.101	7,6
İzlanda	8,6	4.376	6,6
İrlanda	7,8	5.528	4,9
İsrail	7,4	2.822	3,0
İtalya	8,9	3.391	0,3
Japonya	10,9	4.519	0,7
Kore	7,7	2.729	6,3
Litvanya	5,7	1.466	1,6
Lüksemburg	6,3	7.463	..
Meksika	5,8	1.080	0,3
Hollanda	10,5	5.385	0,1
Yeni Zelanda	9,2	3.590	0,3

Norveç	10,5	6.647	1,5
Polonya	6,4	1.798	4,3
Portekiz	8,9	2.734	1,3
Slovak Cumhuriyeti	6,9	2.150	3,2
Slovenya	8,6	2.835	2,7
İspanya	9,0	3.248	1,2
İsveç	11,0	5.488	2,7
İsviçre	12,4	7.919	3,5
Türkiye	4,3	1.088	6,9
Birleşik Krallık	9,7	4.192	0,1
Birleşik Devletler	17,2	9.892	2,7
OECD ORTALAMASI	9,0	4.003	2,4

Ülkelerin nüfusunun her geçen yıl daha da yaşlanması ve yaşlı popülasyonun sağlık ihtiyacının ve buna bağlı olarak sağlık harcamalarının diğer gruplara göre 4-5 kata varan oranlarda artması, kişi başı sağlık harcamalarının artışı da desteklemektedir.

Nüfusun yaşlanması; işgücüne katılımın azalmasına, sağlık ihtiyacının artmasına ve diğer destekleyici faktörlerle birleşerek sağlık harcamalarının artması üzerine önemli etkileri vardır. Sağlık hizmetlerine ayrılan payın sürekli olarak artması ülkeleri ya da kişileri yurt dışı tedavilere yönlendirmektedir. Türkiye'nin bulunduğu coğrafya da, yaşlı nüfusun ve sağlık harcamalarının sürekli artıyor olması uzmanlarca medikal turizm açısından önemli bir fırsat olarak değerlendirilmiştir.

4.1.4. Tehditler (Threats)

❖ T1. Fiyatlandırmada Yapılan Hatalar

Medikal turizm üretilen hizmete karşılık olarak belli bir ödemenin yapılması üzerine kuruludur. Bu hizmetin bedeli de ülkelere ve hizmet talep edilen kurumlara göre farklılaşmaktadır. Önemli olan unsur; öncelikle ülke genelinde, sonrasında ise hastaneler arasında belli kriterlere göre önceden belirlenmiş bir fiyat politikasının belirlenmesi ve istisnasız yürütülmesidir.

Fiyat, şirketlerin gelirlerini önemli ölçüde etkileyen kuvvetli bir parametredir. Fiyatların ülke ya da şirket planları çerçevesinde ayarlanmasına fiyatlandırma stratejisi denir. Ayrıca, fiyat parametresi güçlü kar marjının yanı sıra pazar payını da doğrudan etkiler. Fiyatı % 1 oranında değiştirmenin satışlarda en az % 10'luk bir değişime yol açtığı gösterilmiştir (Dolgui ve Proth, 2010).

Tüketiciler açısından yurtdışında tıbbi tedaviler için öne çıkan en önemli motivasyon faktörü; kaliteli hizmeti düşük fiyata almaktır. Ancak medikal turizm işletmeleri fiyatlandırma stratejisine dayalı olarak rekabet etmemektedir. Bunun yerine diğer medikal turizm destinasyonlarındaki fiyatların, hastaların kendi ülkesi ile karşılaştırılmasına dayalı stratejiler geliştirilmektedir (Mugomba ve Danell, 2007). Medikal turizm pazarında uzun vadede başarı hedefleyen kurumlar etkin bir fiyatlandırma stratejisi yürütmelidir.

Medikal turizm sağlık hizmetini de içinde bulunduran, bir anlamda turistik bir faaliyettir (Arı, 2017). Medikal turizm, sağlık hizmeti sunumunun yanında; konaklama, restoran, eğlence ve ulaşım hizmetleri gibi çeşitli destekleyici sektörleri de kapsamı içine alır (Park ve ark., 2017). Bu sebeple sektörün tüm paydaşlarının fiyatlandırma konusunda dikkatli davranması, hatta belirlenen bir strateji çerçevesinde ortak hareket etmesi sağlanmalıdır.

Medikal turistler için gidecekleri ülkede hangi tedaviler için ne kadar ücret ödeyeceklerinin önceden belli olması çok önemlidir. Kişiler buna göre ülke ve medikal tesis belirlemektedirler. Fiyatlandırmada yapılan hatalar nedeniyle dünyanın en önde gelen medikal turizm ülkeleri arasında gösterilen Hindistan, belirtilen fiyatların tedavi sonrası farklılaştığı ve başta ifade edilen fiyatlardan daha fazla miktarların fatura edilmesi gibi sebeplerle uluslararası alanda kötü bir üne sahiptir (Temizkan, 2015).

Düzenleyici olarak Sağlık Bakanlığı, fiyatlandırmada farklı uygulamaları ortadan kaldırmak amacıyla “*Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Kapsamında Sunulan Sağlık Hizmetleri Fiyat Listesi (Ek-2A)*” yayımlanmıştır. Bu listede yer alan fiyatlar gerek kamu, gerek özel tüm sağlık hizmeti sunucularını kapsamaktadır ve tüm sağlık hizmet sunucuları için taban fiyatı oluşturmaktadır. Kamu hastaneleri için bu listede belirtilen fiyatların 3 katı tavan fiyat olarak belirlenmiştir. Bu kuruluşlar taban ve tavan fiyatları arasında olmak kaydıyla belirledikleri kat sayısını 1 katı ile 3 katı arasında olmak kaydıyla ilan etmek

zorundadırlar. Özel sağlık kuruluşları için ise bakanlığa bildirilmesi kaydıyla tavan fiyat uygulamasına gidilmemiştir.

Türkiye’de özellikle fiyatlandırma konusunda geleneksel turizmde yapılan hataların medikal turizmde de yapılmaması için yapılan düzenlemelerin yetersiz olduğu ve daha etkin düzenlemelerin yapılmasının gerektiği uzmanlarca ifade edilmiştir.

❖ T2. Bölgede Yaşanan Siyasi ve Politik İstikrarsızlık

Ortadoğu ve Kuzey Afrika bölgesi yıllardır şiddet olaylarına maruz kalmaktadır. Dünyada siyasi ve politik istikrarın en düşük olduğu bölgelerinden biridir. Bu durum için önümüzdeki dönemde de tam anlamıyla bir düzelme öngörülememektedir. Bu durum Sağlık Bakanlığının 2017 yılı faaliyet raporunda da tehditler arasında yer almaktadır (SB, 2018 p.221).

Tunus’ta başladıktan sonra bölge genelinde etkisi görülen Arap Baharı, yönetimsel boşlukların doğmasına sebep olmuştur. Çeşitli terör örgütleri için bu istikrarsız ortam fırsat olarak görülmüştür. Dünya’nın mevcut petrol kaynaklarının 2/3’sinin bölge topraklarında bulunması ve üretimin % 40’ının bölgeden karşılanması, bu karışıklıkların devam edeceğini göstermektedir.

Suriye ve Irak’ta yaşanan iç savaş bölge ülkelerini etkilemektedir. Türkiye bu istikrarsızlıktan en çok etkilenen ülkelerden birisidir. Bazı dönemlerde çeşitli ülkeler içinde bulunduğumuz coğrafya için seyahat uyarıları da yapabilmektedir. Yaşanan bu sorunlar ülke imajı açısından üzerinde durulması gereken bir konudur.

Uzmanlarla yapılan görüşmelerde, her ne kadar ülke olarak bu konuların dışında kalınmaya çalışılsa da, özellikle Avrupalı medikal turistler açısından dikkate alınması gereken bir tehdit olduğu uzmanlarca dile getirilmiştir.

❖ T3. Bölgedeki Diğer Ülkelerle Yaşanan Rekabet

Medikal turizm sağladığı ekonomik katkı sebebiyle çok sayıda ülkenin dikkatini çekmektedir. Yapılan görüşmelerde; Birleşik Arap Emirlikleri, İsrail, Almanya, Macaristan, Polonya, Rusya ve Malezya uzmanlarca medikal turizm pazarında Türkiye için rekabet edilmesi gereken ülkeler olarak ifade edilmiştir. Bu kapsamda Birleşik Arap Emirlikleri’nde bulunan Dubai Sağlık Serbest Bölgesi medikal turizm amacıyla açılmıştır.

Amaç yabancı kuruluşların yatırım yaparak ülkeye girişlerini kolaylaştırmak ve rekabette öne çıkmaktır.

İsrail sağlık hizmeti sunumu açısından fiziki ve teknolojik üstünlüklerini ön plana çıkaran bir ülkedir. Türkiye ile doğrudan rekabet edebilecek bir konumdadır. Türkiye'nin dini ve kültürel yakınlık faktörünü kullanarak İsrail'e karşı rekabet üstünlüğü sağlayabileceği değerlendirilmiştir.

Almanya kendi geliştirdiği tıbbi teknolojileri, nitelikli insan kaynağı ve sahip olduğu fiziki ve teknolojik açıdan modern sağlık kuruluşları sayesinde Avrupalı medikal turistlerin ilgisini çekmektedir.

Dış tedavileri çoğunlukla sigortaların kapsamı dışında kalmaktadır. Bu alanı değerlendirmek isteyen Macaristan ve Polonya, Avrupalı medikal turistleri cezbetmektedir.

Türkiye ise sahip olduğu doğal ve kültürel zenginlikler dolayısıyla tedavi ile turizmin birleştirilebileceği dış tedavilerinde, bu rekabette öne çıkabilmektedir. Aynı şekilde estetik tedaviler (saç ekimi, rinoplasti vb.) de tatil ve tedavinin birleştirilebilmesi kapsamında Türkiye açısından önemli medikal turizm alanlarındandır.

Türki Cumhuriyetlerde yaşayan Türk soylu kişiler medikal turizm açısından coğrafi ve kültürel yakınlığı sebebiyle Türkiye'yi tercih etmektedir. Ancak son dönemde Rusya özellikle Türki Cumhuriyetlerden medikal turistlerin dikkatini çekmeye başlamıştır.

Genel olarak medikal turistlerin herhangi bir bağının olmamasının yanında sosyal, dini ve politik yakınlık, tedavi için ziyaret edilecek ülke tercihlerini etkilemektedir (Moghimehfar ve Nasr-Esfahani, 2011). Türkiye özellikle 11 Eylül (11.09.2001) olaylarından sonra Müslüman ülke vatandaşlarının tercih ettiği ülke konumundadır. Bu tercihte sosyal ve kültürel yakınlığın önemli etkisi vardır. Malezya da bu özelliği sebebiyle benzer hasta grubuna hitap ettiği için, bölgedeki önemli rakiplerimizden birisi olarak değerlendirilmektedir.

❖ T4. Yerel Halkın Sağlık Hizmetlerine Erişiminin Zorlaşması

Medikal turizm ülke içindeki siyasi ve sosyal değişimleri etkilemektedir (Burkett, 2007). Medikal turizm ile ön plana çıkan ülkelerde sağlık hizmeti sunucuları çoğu durumda ürettikleri teknolojik açıdan gelişmiş, yüksek kaliteli sağlık hizmetini yüksek fiyatlarla, yabancı hastalara ve ülkedeki varlıklı kişilere sunmaya odaklanmaktadır. Bu

durum halkın genel olarak kullanacağı kamu sağlık hizmeti sunucuları ile özellikle özel sağlık sunucuları arasındaki boşluğu genişletme potansiyeline sahiptir. Bunun sonucu olarak sağlık hizmetlerine erişimde hakkaniyet kavramı zarar görecektir. Yerel halkın sağlık hizmetine ulaşımının zorlaşması ihtimali medikal turizm açısından önemli bir tehdit olarak uzmanlarca ifade edilmiştir.

Medikal turizmin yerel sağlık sistemine olan etkileri ile ilgili iki farklı durum dile getirilmektedir. Birinci durumda; yerel halkın sağlık hizmetlerinden yeterince yararlanamayacağı ve ikinci planda kalacağı ifade edilmiştir. İkinci durumda ise; aktarılan kaynaklarla, ülke sağlık sisteminin iyileştirilebileceği ve bu sayede yerel halka daha iyi sağlık hizmetinin sunulabileceği konusu dile getirilmektedir. Ayrıca medikal turizme yapılan yatırımların, sağlık kuruluşlarının kalitesini ülke genelinde uluslararası standartlara ulaştırması yoluyla yerel halk için de faydaları ifade edilmektedir (Noree, 2015 p.19-20).

Hindistan ve Tayland'da hastanelerin özelleştirilmesi, tedavi maliyetlerini arttırmış ve yerel halk ile medikal turistler arasında sağlığa ulaşma konusunda eşitsizliklere sebep olmuştur (Bayın, 2015). Yine medikal turizmde önemli bir ülke olan Singapur'da kamuya ait hastanelerde yaşanan yatak yetersizliği sorunu, yerel halkın hizmete ulaşımında sorunlara sebep olmaktadır (Wong ve ark., 2014).

4.1.5. Stratejiler

T.C. Kalkınma Bakanlığının yayımladığı “*Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018*” ve T.C. Sağlık Bakanlığının “*Faaliyet Raporu 2017*” nda yer alan kriterler ülke stratejisi olarak değerlendirilmiştir. Kalkınma planı ve faaliyet raporunda, diğer sağlık turizmi türlerini de içine alan bir kavram olan sağlık turizmi üst başlığı kullanılmıştır. Burada yer alan sağlık turizmi kavramı, çalışma kapsamında medikal turizm olarak değiştirilerek kullanılmıştır. Detaylarında yer alan, termal ve SPA-wellness turizmi ile birlikte, ileri yaş ve engelli turizmi de çalışmaya dahil edilmediği için stratejiler içerisinde ele alınmamıştır.

❖ ST1. Medikal Turizme Yönelik Kurumsal ve Hukuki Altyapının Geliştirilmesi

Bu stratejinin alt başlıkları şu şekilde sıralanmıştır;

- *Hedef ülke, bölge ve branşları dikkate alan bir medikal turizm stratejisi ve eylem planı hazırlanması*

- *Kamu kurumları arasında koordinasyon mekanizmalarının geliştirilmesi, kamu ile özel sektör arasında işbirliğinin güçlendirilmesi*
- *Fiyat farklılaştırmasına da imkân tanıyan mevzuat altyapısının oluşturulması*
- *İstatistik altyapısının geliştirilmesi*

Medikal turizme yönelik stratejilerin belirlenmesi ve buna göre bir eylem planının oluşturulması rekabet açısından oldukça önemlidir. Belirlenen ülkelere ve bölgelere göre pazar bölümlendirmesi yapılmalıdır. Heterojen özellikler gösteren pazarın, belli özelliklere göre ayrılarak, hizmet sunumunun belirli ihtiyaçları karşılaması yönünde özelleştirilmesi uygun bir strateji olacaktır.

Pazar hedefleme yoluyla ticari olarak cazip bulunan ülke ya da bölgeler seçilebilir. Bu sayede daha etkin pazarlama faaliyeti yürütülebilecektir. Bu kapsamda fiziki ve teknolojik açıdan geri kalmış, nitelikli insan kaynağını oluşturamamış ülke pazarları ön plana çıkmaktadır. Orta Doğu, Kuzey Afrika, Türki Cumhuriyetler ve Balkan Ülkeleri bu kapsamda değerlendirilebilir. Bunun yanında; bekleme listeleri, yüksek maliyetler gibi sebeplerle özellikle Kuzey ve Batı Avrupa Ülkeleri de değerlendirilebilir.

Medikal turizmde ön plana çıkmayı hedeflemiş ve birbirleriyle yarışan çok sayıda ülke vardır. Dört saatlik uçuş mesafesinde bulunan bu ülkelerin bazıları ile hedef ülkeler açısından rekabet vardır. Örneğin İstanbul'dan çizilen ve dört saatlik uçuş mesafesini çevreleyen bir daire içerisinde Birleşik Arap Emirlikleri, Almanya ve Macaristan gibi hedef kitlesi aynı olan ülkeler bulunmaktadır. Bu nedenle ulusal çıkarların gözetildiği pazarlama stratejileri ile bir marka oluşturulmalıdır.

2015 yılında kurulan TÜSEB'in amacı; *"Sağlık bilimi ve teknolojisi alanında bilgi üreterek, ülkemize ve insanlığa hizmet etmek"* olarak belirtilmiştir. Kurum bünyesinde yedi farklı enstitü kurulmuştur. Türkiye Sağlık Politikaları Enstitüsü de bunlardan birisidir. Sağlık Turizmi Politikaları Birimi bu enstitü altında çalışmalar yapmaktadır (TÜSEB, 2018). Birimin faaliyet alanlarına bakıldığında; bu konuda çeşitli ülkelerin kurdukları sistemlerin ve politikaların incelendiği görülmektedir. Pazarlama ve marka oluşturma faaliyetlerine değinilmesi de genel olarak tüm alt bileşenleri ile birlikte sağlık turizmi açısından önemlidir.

Sağlık Bakanlığının merkezde yer aldığı ve diğer tüm destekleyici sektörlerin de kamu özel ayrımı yapılmaksızın belirli bir hedefe yöneldiği medikal turizm stratejisi geliştirilmelidir. Sağlık Bakanlığı merkezde yer almak üzere; Kültür ve Turizm Bakanlığı, Ekonomi Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı ve Ulaştırma Bakanlığı belirlenecek ortak bir stratejik hedefe yönelmelidir. Bu kapsamda mevzuat geliştirilmeli, oluşabilecek risklere karşı proaktif davranılarak önlem alınmalı, kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır. Yapılacak olan tüm faaliyetlerde kamu ya da özel fark etmeksizin sektörün tüm paydaşları desteklenmelidir.

Yasalara uygun hareket etmeyen kuruluşlar yakından takip edilerek yaptırımlar uygulanmalıdır. Özellikle fiyatlandırma ve kaliteli hizmet üretimi sıkı denetlenmelidir. Bu konuda şeffaflığın sağlanması ülke imajı açısından da oldukça önemlidir. Unutulmamalıdır ki özellikle kötü bir imajın oluştuktan sonra değiştirilmesi çok uzun bir süreç olacaktır. Bazen bu durum olanaksız dahi olabilir (Yerdelen, 2017).

❖ ST2. Medikal Turizm Alanında Fiziki ve Teknik Altyapının İyileştirilmesi

Bu stratejinin alt başlıkları şu şekilde sıralanmıştır;

- *Medikal turizm altyapısı envanterinin hazırlanması*
- *Sağlık tesislerinin medikal turizmde kullanım imkânlarının artırılması*
- *Medikal turizmin yatırım ve planlanması konusunda destek sağlanması, arazi temini için yeni modellerin oluşturulması*

Türkiye sahip olduğu modern ve teknolojik sağlık kuruluşları ile medikal turizm pazarında söz sahibi olabilecek bir ülkedir. Avrupa standartlarında hizmet sunan; yüksek kapasiteli, teknolojik olarak donanımlı ve akredite hastanelere sahiptir. Coğrafi konumu ve turizmde sağladığı gelişmelerle, medikal turizm alanında ön plana çıkan bir ülkedir.

Genellikle özel sektöre ait akredite sağlık kuruluşları, fiziki ve teknik altyapı yönünden dünya çapında kuruluşlardır. 2003 yılında uygulanmaya başlayan “*Sağlıkta Dönüşüm Programı*” sonrasında kamu hastanelerinde de fiziki ve teknik altyapı bakımından ilerlemeler yaşanmaktadır. Kamu ya da özel fark etmeksizin tüm sağlık kuruluşları, ileri tıp uygulamalarının yapılmasına imkan sağlayan teknolojiye sahip durumdadır. Ancak kamuya ait kurumlarda binaların fiziki olanakları sınırlı kalmaktadır.

Bir kısmı hizmet sunmaya başlamış olan şehir hastaneleri projesiyle, eksik olan fiziki olanakların da artırılması planlanmaktadır. Şehir hastaneleri projesi medikal turizm için önemli imkanlar sunabilecektir. Özel sektörle birlikte şehir hastanelerinin de faaliyete geçiyor olması, medikal turizm açısından fiziki ve teknik altyapının geliştirilmesi stratejisinin bir parçası olacağı değerlendirilebilir.

❖ ST3. Medikal Turizm Hizmet Kalitesinin Artırılması

Bu stratejinin alt başlıkları şu şekilde sıralanmıştır;

- *Medikal turizm alanında çalışan personelin nitelik ve nicelik olarak geliştirilmesi*
- *Medikal turizme yönelik hizmet ve tesis standartlarının yükseltilmesi*
- *Konaklama ve diğer yardımcı hizmetler için kolaylaştırıcı mekanizmaların geliştirilmesi*

Medikal turistler için düşük maliyetler ve bekleme listelerinin olmaması önemlidir. Ancak bundan daha da önemli olan kriter hizmet kalitesidir (Arı, 2017). Smith ve Forgione (2007) medikal tesis seçiminde etkili olan faktörleri; maliyet, akreditasyon, hizmet kalitesi, hekimin eğitimi ve kalitesi olarak sıralamaktadır.

Görüldüğü üzere maliyet kriterleri hariç olmak üzere, diğer tüm kriterler hizmet kalitesine yöneliktir. Parasuraman ve ark. (1988) hizmet kalitesini; müşterilerin hizmet algıları ve beklentileri arasındaki farkın derecesi ve yönü olarak tanımlamaktadırlar. Bu açıdan değerlendirildiğinde Türkiye düşük ve yüksek beklentilere sahip medikal turistlere hizmet sunabilecek imkanlara sahiptir.

Türkiye'nin medikal turizm pazarındaki hedefleri değerlendirildiğinde; bir yanda geçmiş deneyimleri ile oldukça kaliteli bir hizmet beklentisine sahip Avrupalı ziyaretçiler bulunmaktadır. Diğer yanda ise; teknik ve nitelikli insan kaynağı gibi eksiklikler sebebiyle Türkiye'yi tercih etmiş olan ve nispeten çok yüksek kalitede tedavi beklentisi bulunmayan Kuzey Afrika, Orta Doğu, Türki Cumhuriyetler ve Balkan Ülkelerinden ziyaretçiler bulunmaktadır. Türkiye sahip olduğu fiziki ve teknik altyapıyı, sahip olduğu nitelikli insan kaynağı ile birleştirmekte ve tüm beklentilere karşılık verebilecek düzeyde sağlık kuruluşlarına sahiptir.

Gan ve Frederick (2011) medikal turizmde hizmet kalitesi söz konusu olduğunda; sağlık tesisleri kadar, aracı kuruluşların da önemli olduğunu ifade etmektedir. Aracı kuruluşların medikal turistlerle doğrudan etkileşimleri olduğu için, sunulan hizmetin geneli düşünüldüğünde çok büyük önemleri vardır.

Medikal turizmde hastaların kendi dillerinde hizmet almaları, tedaviye uyumları açısından oldukça önemlidir. Yapılan görüşmelerde sağlık çalışanlarının yeterli seviyede yabancı dil bilmemesinin, hizmet kalitesini olumsuz yönde etkileyebilecek önemli bir unsur olarak ifade edilmiştir.

Hizmet kalitesinin belirlenmesi ve tescil edilmesinde dış kalite değerlendirme ve akreditasyon kuruluşlarının çok önemli yeri vardır. Bir sağlık tesisinin saygın bir dış kalite değerlendirme ve akreditasyon kuruluşu tarafından akredite edilmesi, o kuruluşun hizmet kalitesinin bir göstergesi olarak kabul edilmektedir. Özellikle medikal turistler için tercih edecekleri sağlık kuruluşunun akreditasyon belgesine sahip olması önemli bir referans olarak kabul edilmektedir. Bu kuruluşların medikal turizm pazarındaki önemi giderek artmaktadır. Türkiye bu açıdan değerlendirildiğinde 46 adet JCI belgesine sahip sağlık kuruluşu sayısı ile dünyada altıncı sırada yer almaktadır (JCI, 2018).

Türkiye’de kalite kavramı birçok alanda ilerlemiş ve bunun da yazılı olarak belgelenmesi gerekliliği ortaya çıkmıştır. Türkiye’de genel olarak akreditasyon veren kuruluşun adı Türk Akreditasyon Kurumu (TÜRKAK)’dur. Bu kurum sadece sağlık kurumlarına akreditasyon vermeyip genel bir kalite değerlendirme kuruluşudur.

TÜSEB bünyesinde “*Sağlık Turizmi Politikaları Birimi*” kurulmuştur (TÜSEB, 2018). Pazarlama ve marka oluşturma faaliyetlerine değinilmesi de genel olarak tüm alt bileşenleri ile birlikte sağlık turizmi açısından önemlidir. TÜSEB’in faaliyetlerinden birisi olan kalite ve akreditasyon konusu da özellikle medikal turizm açısından üzerinde durulması gereken bir konudur. Bu kapsamda TÜSEB bünyesinde, “*Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA)*” kurulmuştur. TÜSKA’nın, TÜRKAK’dan ayrı olarak sadece sağlık alanında akreditasyon vermesi planlanmaktadır. Yapılan görüşmelerde bu sayede Türkiye’nin de Almanya, Hollanda, Malezya ve Avustralya gibi kendi akreditasyon kuruluşunu oluşturabileceği değerlendirilmiştir.

❖ ST4. Medikal Turizm Alanında Etkin Tanıtım ve Pazarlama Yapılması

Bu stratejinin alt başlıkları şu şekilde sıralanmıştır;

- *Hedef ülke ve bölgelerde tanıtım ve pazarlama faaliyetlerinin artırılması*
- *Tanıtım ve pazarlama alanında kamu ve özel sektör işbirliklerinin artırılması*

Pazarlama stratejileri yapılırken, gerek ulusal gerek uluslararası pazarlama için; “hedef pazar seçimi” ve “uygun pazarlama karması geliştirilmesi” aynı şekilde yapılmaktadır. Ancak uluslararası pazarlar bazı ulusal pazarlara ait niteliklere de sahip olmakla birlikte, çok daha karmaşık yapılara ve boyutlara sahiptirler. Tüm uluslararası pazarlama faaliyetlerinde olduğu gibi medikal turizmin pazarlanması sürecinde de, belirlenen ülke ya da bölgelere yönelik iyi bir pazar araştırmasının yapılması gereklidir.

Medikal turizm pazarında çok sayıda ülkenin var olması, hizmet arzını arttırmaktadır. Bu durum doğal olarak rekabete ve dolayısıyla fiyatlara yansımaktadır. Ülkeler bu rekabette ancak kaliteli hizmet üreterek üstünlük sağlayabilirler. Türkiye ürettiği nitelikli sağlık hizmeti için pazarlama stratejileri planlarken kaliteyi ön plana çıkartmalıdır.

Ülke ya da sağlık kuruluşları pazar araştırmalarını belirlenen hedef ülke ya da benzer özelliklere sahip bölgeler üzerinde yoğunlaştırmalıdır. Bu sayede etkin bir pazarlama faaliyeti yürütülmüş olur. Bu belirlemede politik durum, çalışma hayatına ilişkin düzenlemeler ve prosedürler önemlidir. Ayrıca ülke ya da bölgelerin (örneğin Batı Avrupa, Kuzey Afrika vb.) ekonomik durumları ve tüketici davranışları kendi içinde benzerlik gösterse de diğer ülke ya da bölgelere göre farklılıklar gösterecektir. Farklı özelliklere sahip pazarlarda farklı beklentilerle karşılaşılması olasıdır.

Bu sebeple medikal turizmde pazarlama stratejisi planlanırken iyi bir pazar araştırmasının yapılması gereklidir. Hedef pazarın iyi analiz edilmesi yoluyla etkin bir pazarlama faaliyeti yürütülebilir. Türkiye'nin medikal turizm için pazarlama stratejisi; maliyet avantajından da yararlanarak, nitelikli insan kaynağı ile ileri tıp uygulamalarının, kaliteli bir şekilde yapılabilmesi olmalıdır. Bu stratejinin kamu özel ayrımı fark etmeksizin bir bütün halinde ülke stratejisi olarak yürütülmesi gereklidir.

Ayrıca medikal turizme yönelik teşviklerin belirlenen bu stratejiye uyum sağlayan kuruluşlara verilmesi çok önemlidir. Bu sayede en ileri tedavi seçeneklerinin bile nitelikli insan kaynağı vasıtasıyla kaliteli bir şekilde yapılabiliyor olması, Türkiye'nin medikal turizm imajı açısından oldukça önemlidir.

4.2. Etki Matrisinin Oluşturulması

SWOT analizi ve stratejilere ait ana kriterler ve alt kriterlerin belirlenmesinden sonra, etki matrisinin oluşturulması safhasına geçilmiştir. Etki matrisinin oluşturulması için; her bir kriterin diğer kriterler tarafından etkilenip etkilenmediği sorusu, yapılan görüşmelerde çekirdek grupta yer alan üç kişilik uzmana teker teker yöneltilmiştir. Bu kapsamda değerlendirmesi yapılan 25 alt kriterin birbirleri üzerindeki etki durumlarının (etki matrisi) belirlenmesi amacıyla uzmanlardan 300 farklı karşılaştırma yapmaları istenmiştir.

Etki matrisinde ikili karşılaştırmaların hesaplanması (4-1);

$$\text{İkili Karşılaştırma Sayısı} = n.(n-1)/2 \quad (4-1)$$

$$\text{İkili Karşılaştırma Sayısı} = 25 \times 24 / 2 = 300$$

Daha sonra ifade edilen yargılar birleştirilerek etki matrisine son şekli verilmiştir. Elde edilen faktörlerin aralarındaki bağımlılıkları Tablo 4-8’de, faktörlere dair etki matrisi Tablo 4-9’da gösterilmiştir.

Tablo 4-8: Faktörler arasındaki bağımlılıklar

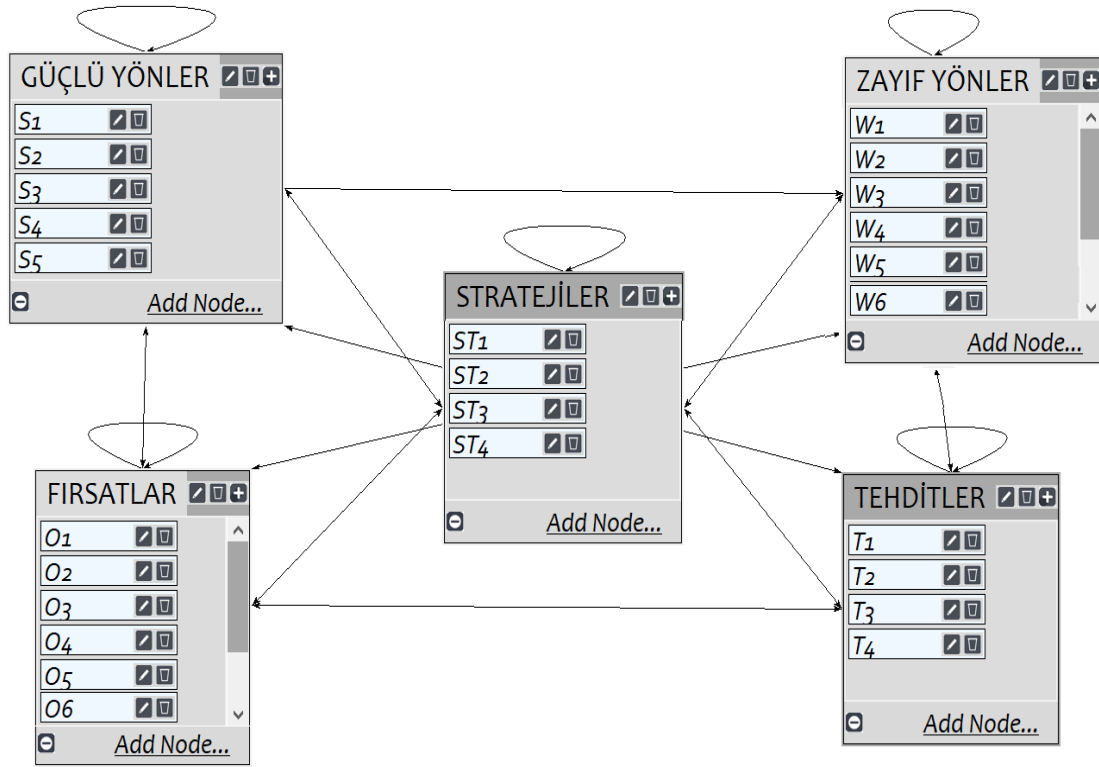
ETKİLENEN FAKTÖR	ETKİLEYEN FAKTÖR	ETKİLENEN FAKTÖR	ETKİLEYEN FAKTÖR
S1	O3,S3,T2, ST4	O3	T3,S2,O6,W3,ST1
S2	S3,S5,O3,T1,ST2	O4	O1,O2,O5,ST4
S3	S2,S4,S5,W1,W2,W4,W6,T3,ST1,ST2,ST3,ST4	O5	O1,W3,T1,ST4
S4	S2,S3,W4,W6,O3,T3,ST3	O6	T2,W5,ST2
S5	S2,S4,W1,W2,W6,O3,T3,ST1,ST2	T1	W1,W2,S1,T4,O6,ST1,ST4
W1	W2,O1,ST1	T2	T3,O4,W3,ST2
W2	W1,T1,ST1	T3	S1,S2,S3,S4,S5,W1,W2,O1,T1
W3	W1,W2,W4,T1,ST4	T4	W1,T1,ST4
W4	W1,T2	ST1	S4,W1,W2,O6,T1,ST3
W5	W1,W2,W3,W4,O5,T2,T3,ST4	ST2	S2,S3,S5,O3,T3,W3,ST3
W6	W1,W2,O6,ST4	ST3	S2,S3,S4,S5,T3,W5,O5,ST1,ST2
O1	O2,S1,ST1	ST4	S2,S3,S4,S5,O1,O2,O4,O5,O6,T3,W5,ST1,ST2,ST3
O2	S1,O1,O4,W3,T3,ST1,ST4		

Tablo 4-9: Kriterlere ilişkin etki matrisi

		ETKİLEYEN KRİTER																									
		GÜÇLÜ YÖNLER (STRENGTHS)					ZAYIF YÖNLER (WEAKNESSES)						FIRSATLAR (OPPORTUNITIES)						TEHDİTLER (THREATS)				STRATEJİLER (STRATEGIES)				
		S1	S2	S3	S4	S5	W1	W2	W3	W4	W5	W6	O1	O2	O3	O4	O5	O6	T1	T2	T3	T4	ST1	ST2	ST3	ST4	
ETKİLENEN KRİTER	GÜÇLÜ YÖNLER (STRENGTHS)	S1	0		X															X					X		
		S2		0	X		X												X					X			
		S3		X	0	X	X	X	X		X		X									X		X	X	X	X
		S4		X	X	0					X		X						X			X			X		
		S5		X		X	0	X	X				X						X			X		X	X		
	ZAYIF YÖNLER (WEAKNESSES)	W1					0	X					X										X				
		W2						X	0											X			X				
		W3						X	X	0	X										X					X	
		W4						X			0										X						
		W5						X	X	X	X	0						X			X	X				X	
		W6						X	X				0						X							X	
	FIRSATLAR (OPPORTUNITIES)	O1	X										0	X									X				
		O2	X							X				0		X						X		X		X	
		O3		X						X						0			X			X		X			
		O4												X	X		0	X								X	
		O5								X				X			0			X						X	
		O6										X						0			X				X		
	TEHDİTLER (THREATS)	T1	X					X	X									X	0			X	X			X	
		T2								X										0	X			X			
		T3		X	X	X	X	X	X					X						X		0					
		T4						X												X			0			X	
	STRATEJİLER (STRATEGIES)	ST1				X		X	X									X	X				0		X		
		ST2		X	X		X			X						X						X			0	X	
		ST3		X	X	X	X				X						X				X		X	X	0		
ST4			X	X	X	X					X			X	X		X			X		X	X	X	0		

4.3. Analitik Ağ Süreci (AAS) Uygulaması

Kriterler ve alt kriterlerin belirlenmesi ve etki matrisinin oluşturulmasından sonra, elde edilen veriler, AAS yönteminin uygulanması kapsamında “Super Decision” paket programına girilmiştir. Şekil 4-6’da Türkiye’de medikal turizmin SWOT-AAS ile incelenmesine için geliştirilen AAS yapısı gösterilmektedir.



Şekil 4-6: Türkiye’de medikal turizmin SWOT-AAS ile incelenmesine dair AAS yapısı

Şekil 4-6’da gösterilen AAS yapısında; SWOT analizi ve stratejiler için güçlü yönler (S), zayıf yönler (W), fırsatlar (O), tehditler (T) ve stratejiler (ST) olmak üzere, 5 ana kriter yer almaktadır. SWOT analizi kapsamında; güçlü yönlere dair 5 alt kriter, zayıf yönlere dair 6 alt kriter, fırsatlara dair 6 alt kriter ve tehditlere dair 4 alt kriter olmak üzere toplam 21 alt kriter yer almaktadır. Stratejiler için ise 4 alt kriter yer almaktadır. Belirlenen SWOT analizi ve stratejiler kapsamında toplam 25 alt kriter elde edilmiştir.

Uzmanlar tarafından oluşturulan 5 kriter ve 25 alt kritere dair oluşturulan etki matrisi doğrultusunda, “super decision” programı üzerinden ikili karşılaştırma ifadeleri

oluşturulmuştur. Ana kriterler için 46 ikili karşılaştırma sorusu ve alt kriterler için ise 81 ikili karşılaştırma sorusu elde edilmiştir. Elde edilen toplam 127 ikili karşılaştırma sorusu, 20 kişilik uzman grup ile yapılan birebir yüz yüze görüşmelerde uzmanlara yöneltilmiştir.

Belirlenen uzmanlardan her birinin görüşünün önem derecesi aynı kabul edilmiştir. Görüşmelerden elde edilen yargıların her bir ikili karşılaştırma sorusu için tek bir değer olacak şekilde birleştirilmesi gerekmektedir. Bu aşamada her bir ikili karşılaştırma için elde edilen 20 farklı değer, Microsoft excel ofis programına girilmiş ve geometrik ortalamaları alınmıştır. Sonrasında 127 ikili karşılaştırma sorusunun her biri için elde edilen tek bir değer, “super decision programına girilmiştir. Her bir ikili karşılaştırmaya ait değerlerin bütünü süpermatrisi oluşturmaktadır. Tablo 4-10’da ağırlıklandırılmamış süpermatris gösterilmektedir.

Süpermatrisin yapılandırılmasından sonra, elde edilen tabloda her bir sütunda yer alan değerlerin toplamı 1 olacak şekilde düzenlenmiştir. Bu sayede Tablo 4-11’de yer alan ağırlıklandırılmış süpermatris elde edilmiştir.

Ağırlıklandırılmış süpermatriste yer alan her bir değer, bir düğümün diğer düğüm üzerindeki etkisini göstermektedir. Ancak bir düğüm diğer bir düğümü dolaylı olarak başka bir düğüm üzerinden de etkileyebilmektedir. Düğümler arasındaki ikili etkileşimler ağırlıklandırılmış matrisin karesinin alınması yoluyla bulunmaktadır. Buna benzer şekilde; bir düğümün ikinci ve üçüncü düğümler üzerinden dördüncü bir düğümü dolaylı olarak etkilemesi durumunda, aralarındaki etkileşim matrisin küpü alınarak bulunabilir. Matris stokastik yapıda olduğu için limit süpermatrise yakınsanacaktır (Yıldırım ve Önder, 2014 p.83). Tablo 4-12’de yer alan limit süpermatrisin elde edilmesiyle global öncelikler bulunmuştur.

Tablo 4-10: İkili karşılaştırmalar sonucu elde edilen ağırlıklandırılmamış süpermatris

KÜMELER	DÜĞÜMLER	ST1	ST2	ST3	ST4	S1	S2	S3	S4	S5	W1	W2	W3	W4	W5	W6	O1	O2	O3	O4	O5	O6	T1	T2	T3	T4
STRATEJİLER	ST1	0,00	0,00	0,33	0,21	0,00	0,00	0,18	0,00	0,25	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,21	1,00	0,00	0,00	0,00	0,81	0,00	0,00	0,00
	ST2	0,00	0,00	0,67	0,32	0,00	1,00	0,31	0,00	0,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00
	ST3	1,00	1,00	0,00	0,47	0,00	0,00	0,42	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	ST4	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,10	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,79	0,00	1,00	1,00	0,00	0,19	0,00	0,00	1,00
GÜÇLÜ YÖNLER	S1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,16	0,00
	S2	0,00	0,55	0,16	0,21	0,00	0,00	0,28	0,32	0,55	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,19	0,00
	S3	0,00	0,19	0,30	0,30	1,00	0,42	0,00	0,68	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,24	0,00
	S4	1,00	0,00	0,38	0,26	0,00	0,00	0,53	0,00	0,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,18	0,00
	S5	0,00	0,26	0,15	0,22	0,00	0,58	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,23	0,00
ZAYIF YÖNLER	W1	0,77	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,27	0,00	0,40	0,00	1,00	0,32	1,00	0,25	0,40	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,71	0,00	0,39	1,00
	W2	0,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,16	0,00	0,25	1,00	0,00	0,41	0,00	0,29	0,60	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,29	0,00	0,61	0,00
	W3	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,29	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
	W4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,38	0,50	0,00	0,00	0,00	0,27	0,00	0,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	W5	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	W6	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,19	0,50	0,35	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIRSATLAR	O1	0,00	0,00	0,00	0,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,83	0,00	0,43	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00
	O2	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	O3	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	O4	0,00	0,00	0,00	0,13	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
	O5	0,00	0,00	1,00	0,29	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	O6	1,00	0,00	0,00	0,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00
TEHDİTLER	T1	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	1,00	1,00
	T2	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,71	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	T3	0,00	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00	1,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,29	0,00	0,00	1,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
	T4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00

Tablo 4-11: İkili karşılaştırmalar sonucu elde edilen ağırlıklandırılmış süpermatris

KÜMELER	DÜĞÜMLER	ST1	ST2	ST3	ST4	S1	S2	S3	S4	S5	W1	W2	W3	W4	W5	W6	O1	O2	O3	O4	O5	O6	T1	T2	T3	T4	
STRATEJİLER	ST1	0,00	0,00	0,06	0,04	0,00	0,00	0,05	0,00	0,06	0,46	0,37	0,00	0,00	0,00	0,00	0,28	0,04	0,21	0,00	0,00	0,00	0,19	0,00	0,00	0,00	
	ST2	0,00	0,00	0,12	0,06	0,00	0,27	0,09	0,00	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,46	0,00	0,30	0,00	0,00
	ST3	0,19	0,19	0,00	0,09	0,00	0,00	0,13	0,24	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	ST4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,27	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,37	0,00	0,33	0,46	0,00	0,17	0,00	0,50	0,31	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,36
GÜÇLÜ YÖNLER	S1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,44	0,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20	0,00	0,04	0,00	
	S2	0,00	0,17	0,05	0,06	0,00	0,00	0,09	0,09	0,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00
	S3	0,00	0,06	0,09	0,09	0,30	0,12	0,00	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,00
	S4	0,30	0,00	0,11	0,08	0,00	0,00	0,18	0,00	0,12	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,00
	S5	0,00	0,08	0,05	0,07	0,00	0,17	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,00
ZAYIF YÖNLER	W1	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,00	0,05	0,00	0,31	0,10	0,49	0,07	0,15	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,13	0,00	0,10	0,28	
	W2	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,02	0,00	0,03	0,38	0,00	0,13	0,00	0,08	0,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,06	0,00	0,15	0,00	
	W3	0,00	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,00	0,00	0,09	0,09	0,00	0,13	0,00	0,00	0,24	0,00	0,00	
	W4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,05	0,06	0,00	0,00	0,00	0,08	0,00	0,05	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	W5	0,00	0,00	0,11	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,19	0,00	0,00	0,00	0,00
	W6	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,06	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
FIRSATLAR	O1	0,00	0,00	0,00	0,08	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,18	0,00	0,22	0,32	0,00	0,00	0,00	0,17	0,00	
	O2	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,28	0,00	0,00	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
	O3	0,00	0,25	0,00	0,00	0,24	0,24	0,00	0,21	0,21	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	O4	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,16	0,00	0,00	
	O5	0,00	0,00	0,25	0,07	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,11	0,00	0,00	0,00	0,00	0,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	O6	0,25	0,00	0,00	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,16	0,00	0,00	0,21	0,00	0,00	0,00	0,13	0,00	0,00	0,00	
TEHDİTLER	T1	0,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,32	0,32	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,24	0,00	0,00	0,00	0,31	0,36	
	T2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,51	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,35	0,00	0,00	0,00	0,00	
	T3	0,00	0,16	0,16	0,16	0,00	0,00	0,22	0,17	0,17	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	0,00	0,00	0,16	0,16	0,00	0,00	0,00	0,00	0,30	0,00	0,00	
	T4	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,24	0,00	0,00	0,00	

2. Cluster comparisons with respect to STRATEJİLER

Inconsistency	GÜÇLÜ YÖ	STRATEJİLE	TEHDİTLER	ZAYIF YÖN
FIRSATLAR	↑ 1.369	← 1.08	← 1.949	← 2.57
GÜÇLÜ YÖ		← 1.499	← 1.99	← 2.5
STRATEJİLE			↑ 1.020	← 1.539
TEHDİTLER				← 1.559

Inconsistency: 0.00843

FIRSATLAR		0.24903
GÜÇLÜ YÖN~		0.29858
STRATEJİL~		0.18609
TEHDİTLER		0.15775
ZAYIF YÖN~		0.10855

Şekil 4-7: Analitik ağ süreci “Stratejiler”e göre diğer ana kriterin karşılaştırmaları

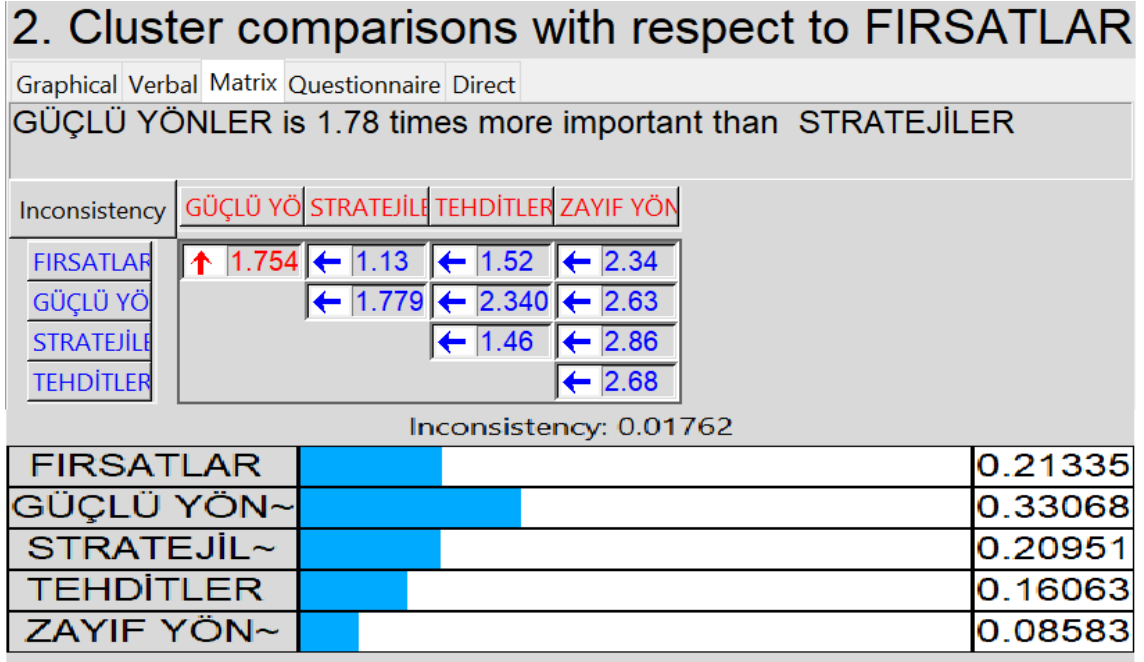
Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla Stratejiler dikkate alınarak, diğer ana kriterlere dair yapılan karşılaştırılmada (Şekil 4-7); güçlü yönler ana kriterinin % 30, fırsatlar ana kriterinin % 25, stratejiler ana kriterinin % 19, tehditler ana kriterinin % 16 ve zayıf yönler ana kriterinin % 11 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,008 olarak bulunmuştur.

2. Cluster comparisons with respect to GÜÇLÜ YÖNLER

Graphical Verbal Matrix Questionnaire Direct				
STRATEJİLER is 2.07 times more important than ZAYIF YÖNLER				
Inconsistency	GÜÇLÜ YÖ	STRATEJİLER	TEHDİTLER	ZAYIF YÖN
FIRSATLAR	↑ 1.204	↑ 1.190	← 1.3	← 1.79
GÜÇLÜ YÖN		← 1.16	← 1.58	← 2.23
STRATEJİLER			← 1.499	← 2.069
TEHDİTLER				← 1.69
Inconsistency: 0.00136				
FIRSATLAR				0.21115
GÜÇLÜ YÖN~				0.26367
STRATEJİL~				0.24173
TEHDİTLER				0.17020
ZAYIF YÖN~				0.11325

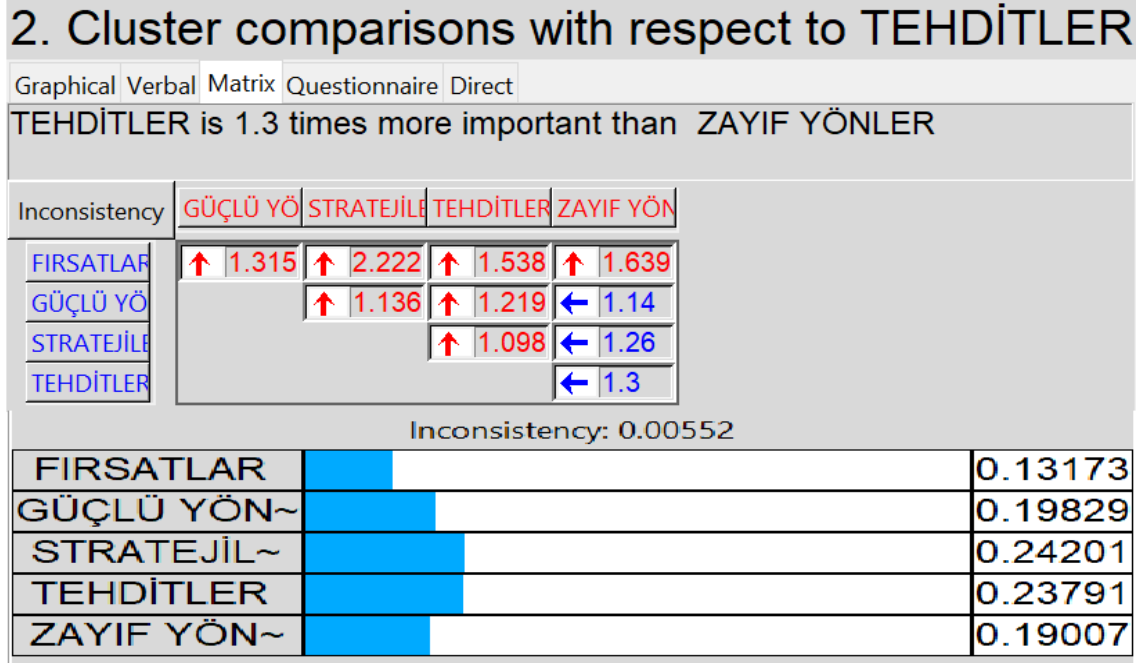
Şekil 4-8: Analitik ağ süreci “Güçlü Yönler”e göre diğer ana kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla güçlü yönler dikkate alınarak, diğer ana kriterlere dair yapılan karşılaştırmada (Şekil 4-8); güçlü yönler ana kriterinin % 26, stratejiler ana kriterinin % 24, fırsatlar ana kriterinin % 21, tehditler ana kriterinin % 17 ve zayıf yönler ana kriterinin % 11 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,001 olarak bulunmuştur.



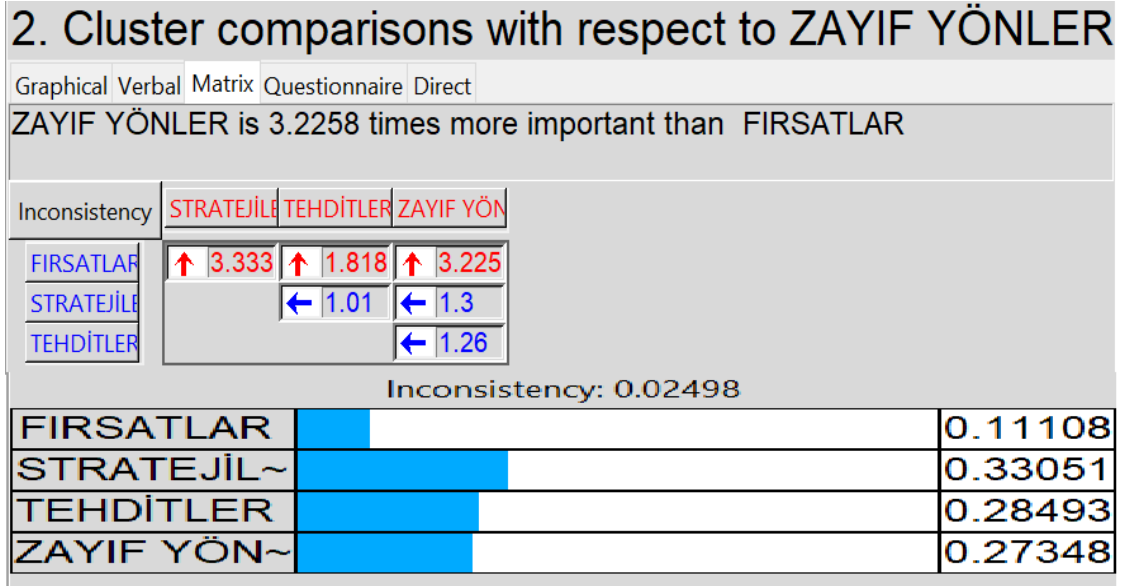
Şekil 4-9: Analitik ağ süreci “Fırsatlar”a göre diğer ana kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla fırsatlar dikkate alınarak, diğer ana kriterlere dair yapılan karşılaştırılmada (4-9); güçlü yönler ana kriterinin % 33, fırsatlar ana kriterinin % 21, stratejiler ana kriterinin % 21, tehditler ana kriterinin % 16 ve zayıf yönler ana kriterinin % 9 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,018 olarak bulunmuştur.



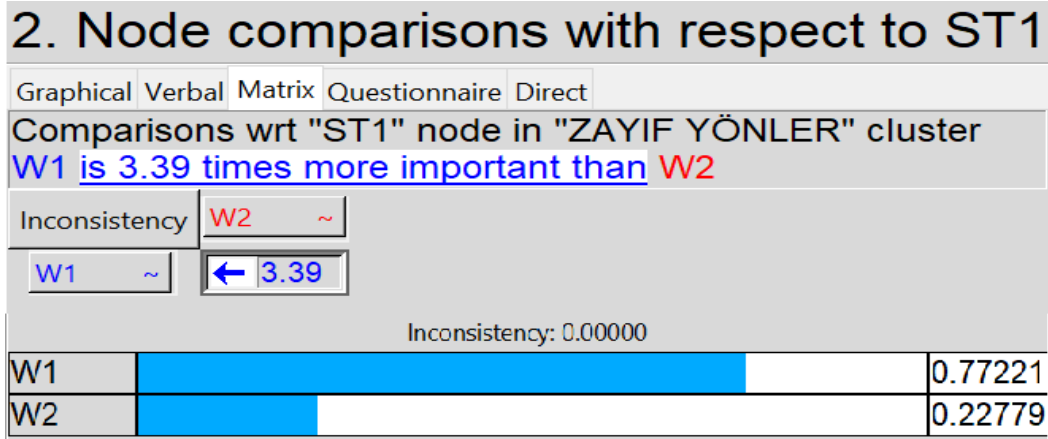
Şekil 4-10: Analitik ağ süreci “Tehditler”e göre diğer ana kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla tehditler dikkate alınarak, diğer ana kriterlere dair yapılan karşılaştırılmada (Şekil 4-10); stratejiler ana kriterinin % 24, tehditler ana kriterinin % 24, güçlü yönler ana kriterinin % 20, zayıf yönler ana kriterinin % 19 ve fırsatlar ana kriterinin % 13 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,006 olarak bulunmuştur.



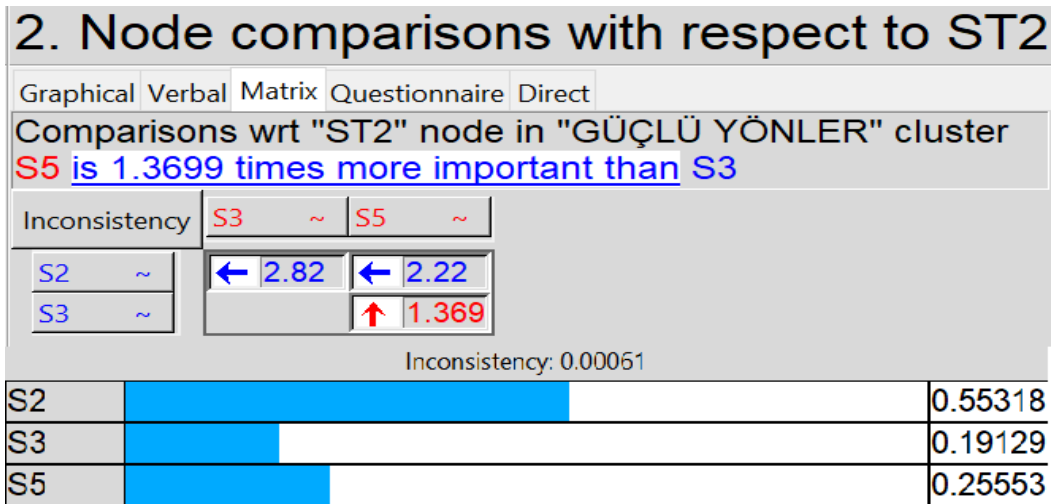
Şekil 4-11: Analitik ağ süreci “Zayıf Yönler”e göre diğer ana kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla zayıf yönler dikkate alınarak, diğer ana kriterlere dair yapılan karşılaştırılmada (Şekil 4-11); stratejiler ana kriterinin % 33, tehditler ana kriterinin % 28, zayıf yönler ana kriterinin % 27 ve fırsatlar ana kriterinin % 11 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,025 olarak bulunmuştur.



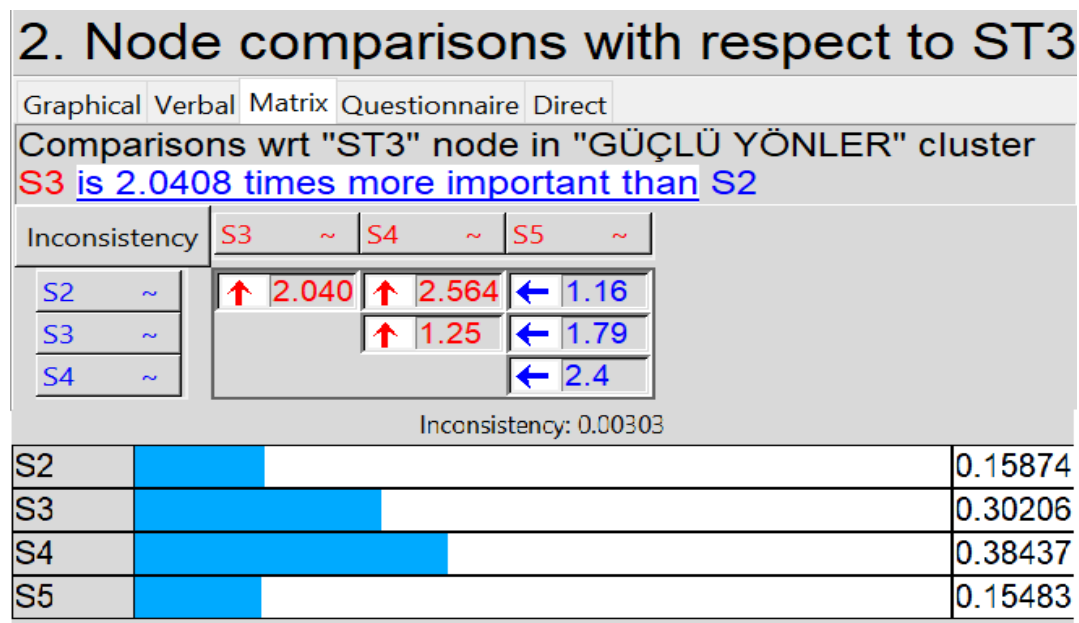
Şekil 4-12: Analitik ağ süreci ST1'e göre "Zayıf Yönler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla "ST1. Medikal turizme yönelik kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi (Şekil 4-12)" alt kriterine etkisi yönünden yapılan değerlendirmede; "W1. Medikal turizm ile destekleyici sektörler arasında bütünleşik bir mevzuatın olmaması" alt kriteri % 77 ve "W2. Sektör paydaşları arasında koordinasyonsuzluk olması" alt kriteri % 23 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,000 olarak bulunmuştur.



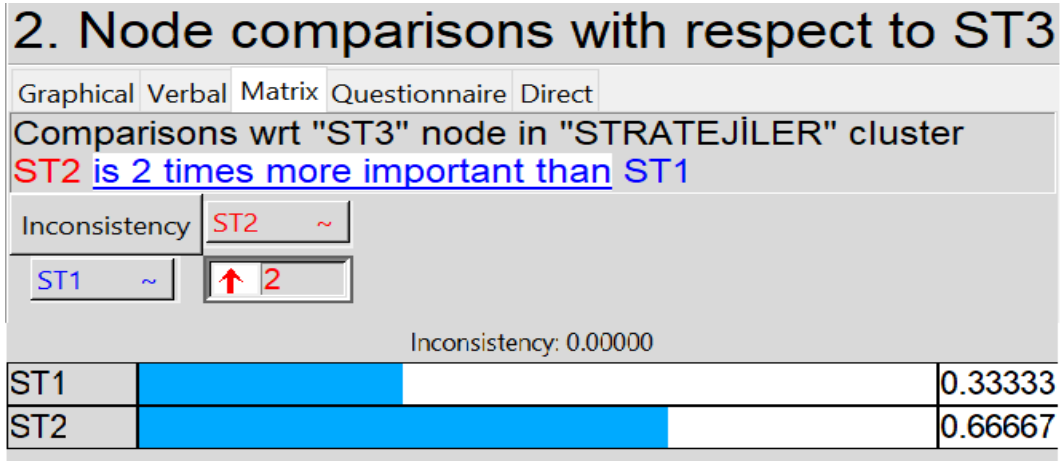
Şekil 4-13: Analitik ağ süreci ST2'e göre "Güçlü Yönler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla “ST2. Medikal turizm alanında fiziki ve teknik altyapının iyileştirilmesi (Şekil 4-13)” alt kriterine etkisi yönünden yapılan değerlendirmede; “S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması” alt kriteri % 55, “S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi” alt kriteri % 25 ve “S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)” alt kriteri % 19 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,001 olarak bulunmuştur.



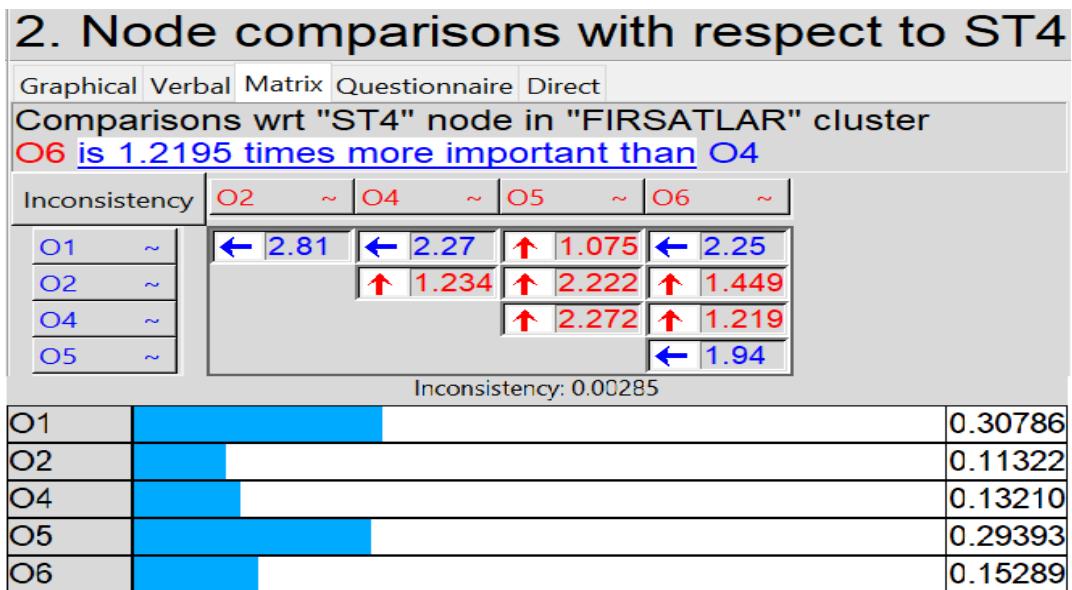
Şekil 4-14: Analitik ağ süreci ST3'e göre “Güçlü Yönler”e dair alt kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla “ST3. Medikal turizm hizmet kalitesinin artırılması” alt kriterine etkisi yönünden yapılan değerlendirmede (Şekil 4-14); “S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)” alt kriterinin % 38, “S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)” alt kriterinin % 30, “S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması” alt kriterinin % 16 ve “S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi” alt kriterinin % 15 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,003 olarak bulunmuştur.



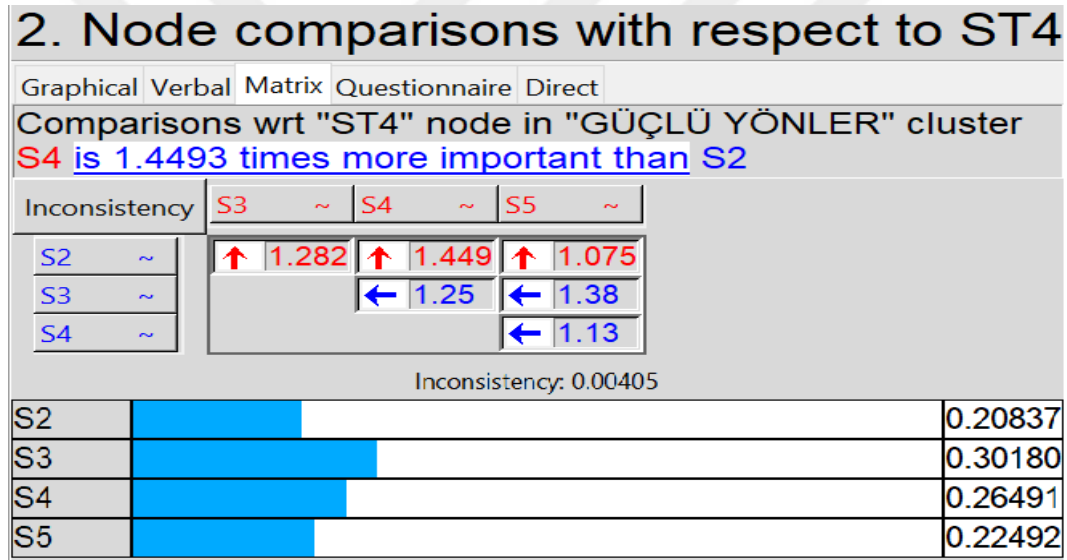
Şekil 4-15: Analitik ağ süreci ST3'e göre diğer "Stratejilere" dair alt kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla "ST3. Medikal turizm hizmet kalitesinin artırılması" alt kriterine etkisi yönünden yapılan değerlendirmede (Şekil 4-15); "ST2. Medikal turizm alanında fiziki ve teknik altyapının iyileştirilmesi" alt kriterinin % 67 ve "ST1. Medikal turizme yönelik kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi" alt kriterinin % 33 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,000 olarak bulunmuştur.



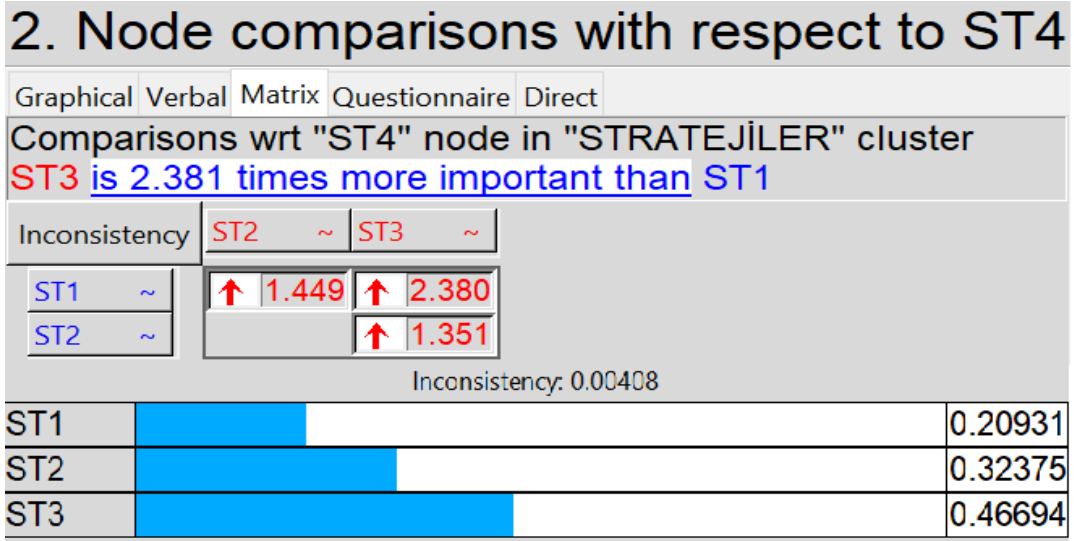
Şekil 4-16: Analitik ağ süreci ST4'e göre "Fırsatlar"a dair alt kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla “S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)” alt kriterine etkisi yönünden yapılan değerlendirmede (Şekil 4-16); “O1. Coğrafi konum, güçlü ulaşım ağı ve iklim koşullarının uygunluğu” alt kriterinin % 31, “O5. Sağlık sistemi yetersiz çok sayıda ülkeye olan yakınlık” alt kriterinin % 30, “O6. Gelişmiş ülkelerdeki nüfusun yaşlanması ve sağlık harcamalarının sürekli artması” alt kriterinin % 15, “O4. Kültürel yakınlığın tercih sebebi olması” alt kriterinin % 13 ve “O2. Geleneksel turizm açısından da cazibe merkezi olması” alt kriterinin % 11 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,003 olarak bulunmuştur.



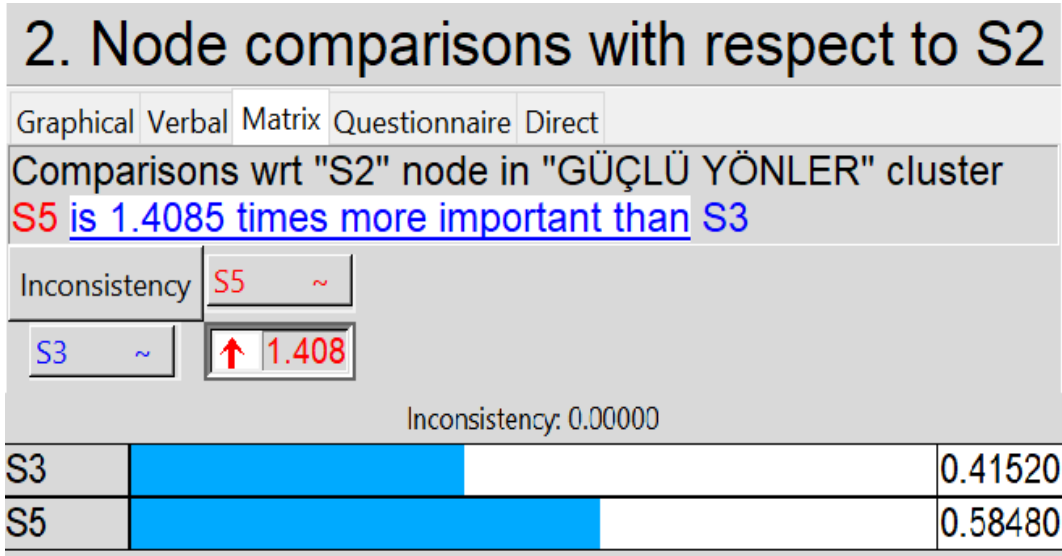
Şekil 4-17: Analitik ağ süreci ST4'e göre “Güçlü Yönler”e dair alt kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla “ST4. Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlama yapılması” alt kriterine etkisi yönünden yapılan değerlendirmede (Şekil 4-17); “S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)” alt kriterinin % 30, “S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)” alt kriterinin % 26, “S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi” alt kriterinin % 22 ve “S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması” alt kriterinin % 21 ve oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,004 olarak bulunmuştur.



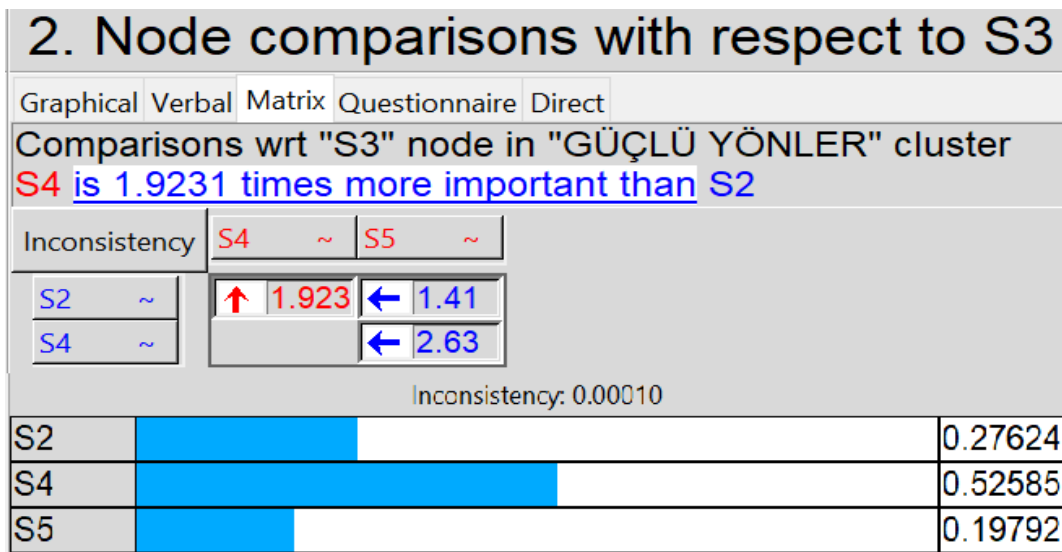
Şekil 4-18: Analitik ağ süreci ST4'e göre diğer "Stratejiler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla "ST4. Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlama yapılması" alt kriterine etkisi yönünden yapılan değerlendirmede (Şekil 4-18); "ST3. Medikal turizm hizmet kalitesinin artırılması" alt kriterinin % 47, "ST2. Medikal turizm alanında fiziki ve teknik altyapının iyileştirilmesi" alt kriterinin % 32 ve "ST1. Medikal turizme yönelik kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi" alt kriterinin % 21 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,004 olarak bulunmuştur.



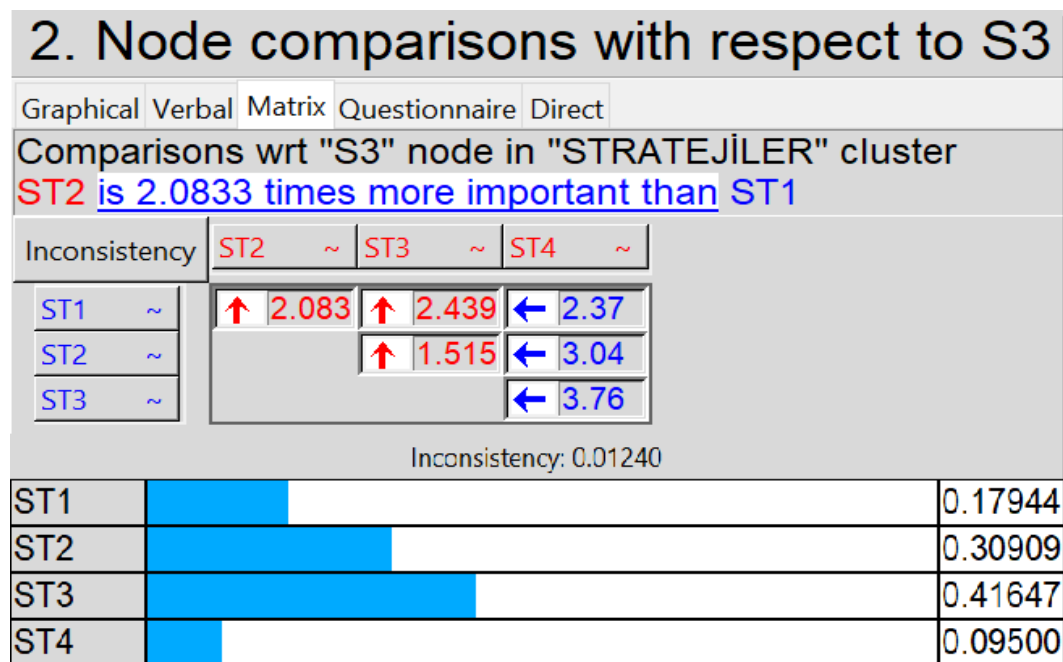
Şekil 4-19: Analitik ağ süreci S2'ye göre diğer "Güçlü Yönler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla "S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması" alt kriterine etkisi yönünden yapılan değerlendirmede (Şekil 4-19); "S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi" alt kriterinin % 58 ve "S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)" alt kriterinin % 42 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,000 olarak bulunmuştur.



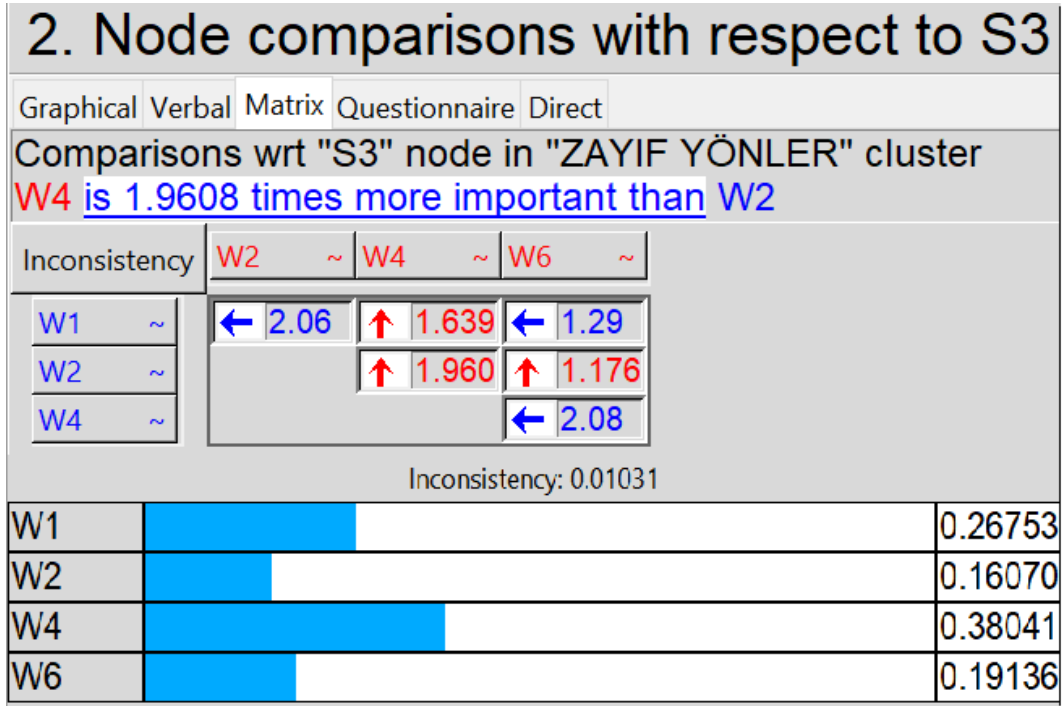
Şekil 4-20: Analitik ağ süreci S3'e göre diğer "Güçlü Yönler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla “S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)” alt kriterine etkisi yönünden yapılan değerlendirmede (Şekil 4-20); “S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)” alt kriterinin % 53, “S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması” alt kriterinin % 28 ve “S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi” alt kriterinin % 20 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,000 olarak bulunmuştur.



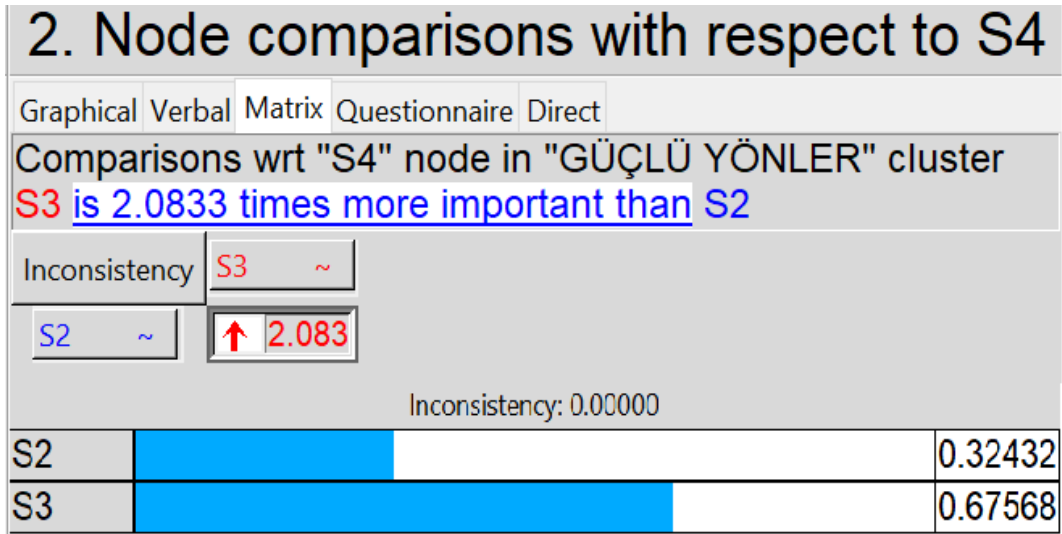
Şekil 4-21: Analitik ağ süreci S3’e göre “Stratejiler”e dair alt kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla “S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)” alt kriterine etkisi yönünden yapılan değerlendirmede (Şekil 4-21); “ST3. Medikal turizm hizmet kalitesinin artırılması” alt kriterinin % 42, “ST2. Medikal turizm alanında fiziki ve teknik altyapının iyileştirilmesi” alt kriterinin % 31, “ST1. Medikal turizme yönelik kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi” alt kriterinin % 18 ve “ST4. Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlama yapılması” alt kriterinin % 10 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,012 olarak bulunmuştur.



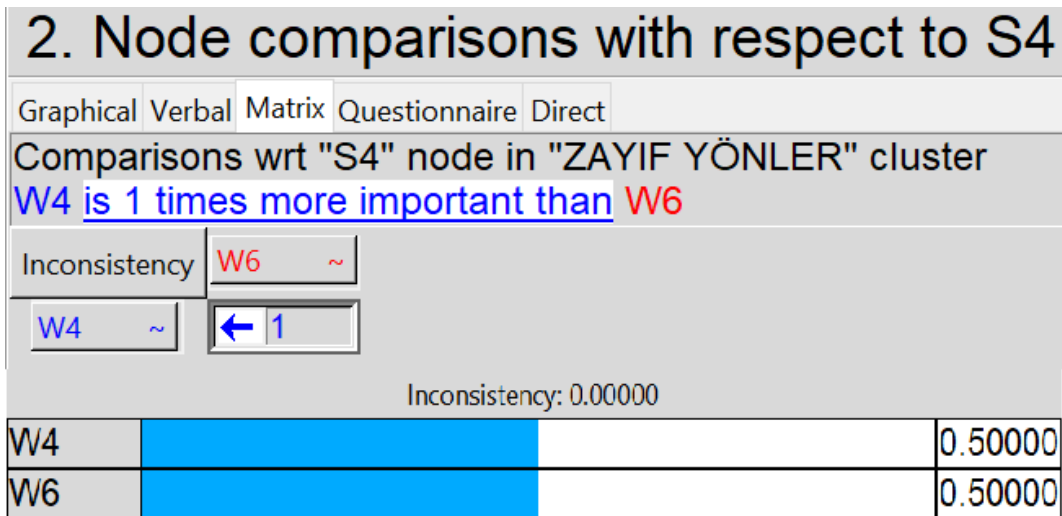
Şekil 4-22: Analitik ağ süreci S3'e göre "Zayıf Yönler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla "S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)" alt kriterine etkisi yönünden yapılan değerlendirmede (Şekil 4-22); "W4. Sağlık çalışanlarının iyi seviyede yabancı dil bilmemesi" alt kriterinin % 38, "W1. Medikal turizm ile destekleyici sektörler arasında bütünleşik bir mevzuatın olmaması" alt kriterinin % 27, "W6. Sağlık çalışanı sayısının nüfusa oranla az olması" alt kriterinin % 19 ve "W2. Sektör paydaşları arasında koordinasyonsuzluk olması" alt kriterinin % 16 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,012 olarak bulunmuştur.



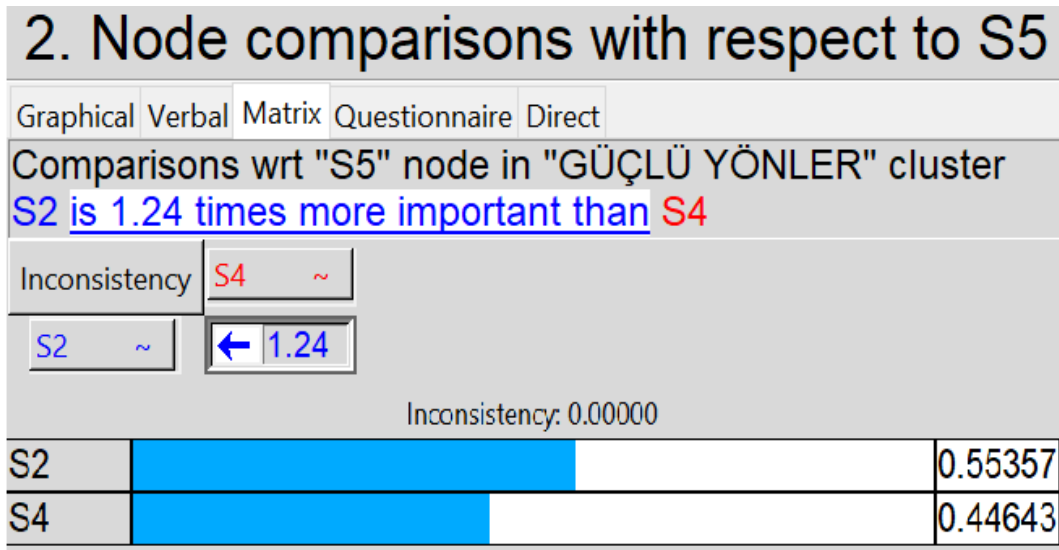
Şekil 4-23: Analitik ağ süreci S4'e göre diğer "Güçlü Yönler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla ; "S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)" alt kriterine etkisi yönünden yapılan değerlendirmede (Şekil 4-23); "S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)" alt kriterinin % 68 ve "S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması" alt kriterinin % 32 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,000 olarak bulunmuştur.



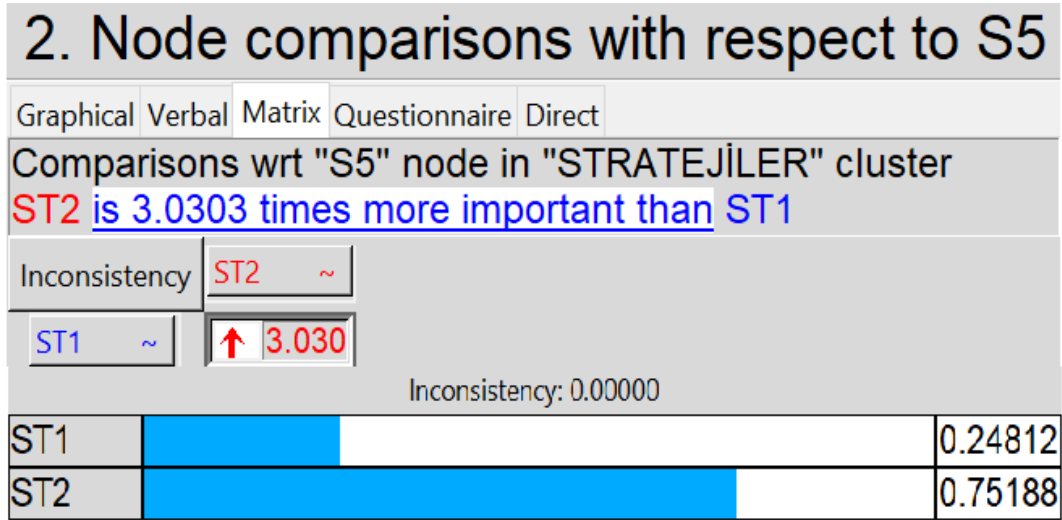
Şekil 4-24: Analitik ağ süreci S4'e göre Zayıf Yönler'e dair alt kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla “S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)” alt kriterine etkisi yönünden yapılan değerlendirmede (Şekil 4-24); “W4. Sağlık çalışanlarının iyi seviyede yabancı dil bilmemesi” alt kriterinin % 50 ve “W6. Sağlık çalışanı sayısının nüfusa oranla az olması” alt kriterinin de yine % 50 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,000 olarak bulunmuştur.



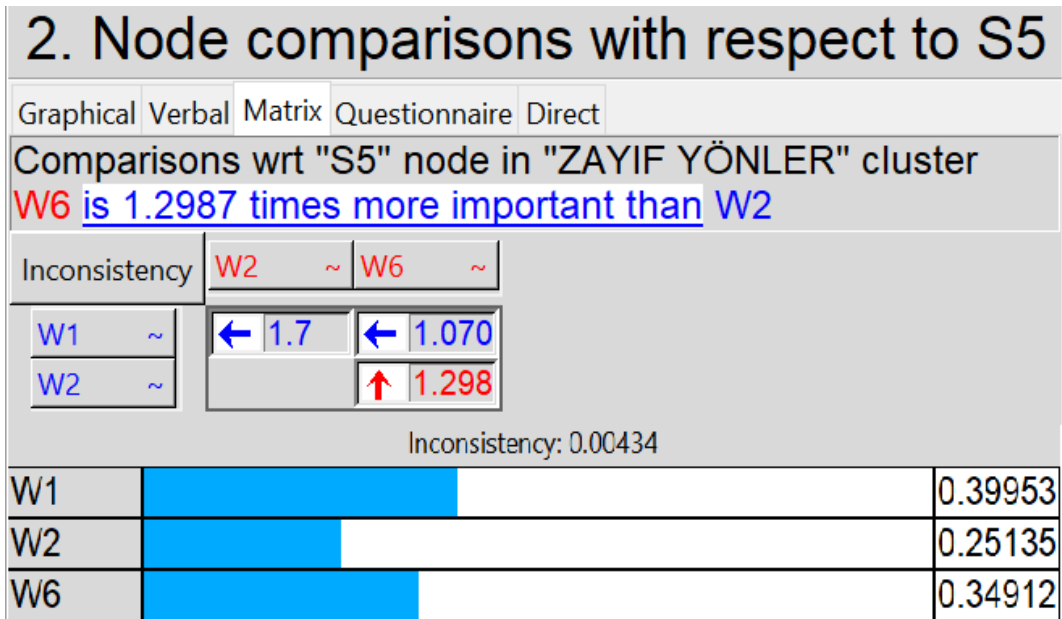
Şekil 4-25: Analitik ağ süreci S5’e göre diğer “Güçlü Yönler”e dair alt kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla “S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi” alt kriterine etkisi yönünden yapılan değerlendirmede (Şekil 4-25); “S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması” alt kriterinin % 55 ve “S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)” alt kriterinin % 45, oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,000 olarak bulunmuştur.



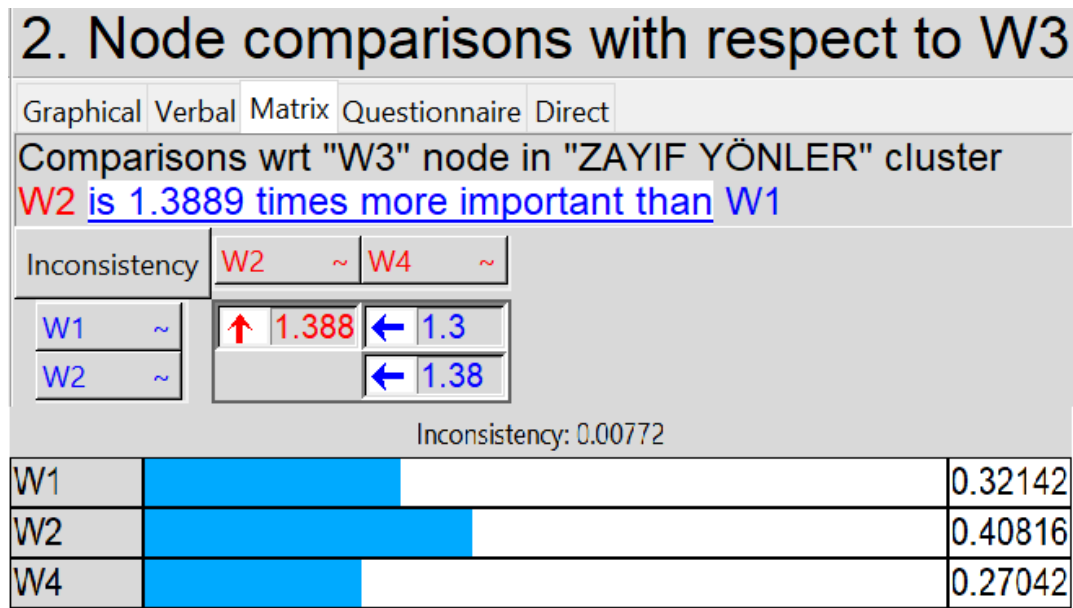
Şekil 4-26: Analitik ağ süreci S5'e göre "Stratejiler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla "S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi" alt kriterine etkisi yönünden yapılan değerlendirmede (Şekil 4-26); "ST2. Medikal turizm alanında fiziki ve teknik altyapının iyileştirilmesi" alt kriterinin % 75 ve "ST1. Medikal turizme yönelik kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi" alt kriterinin % 25 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,000 olarak bulunmuştur.



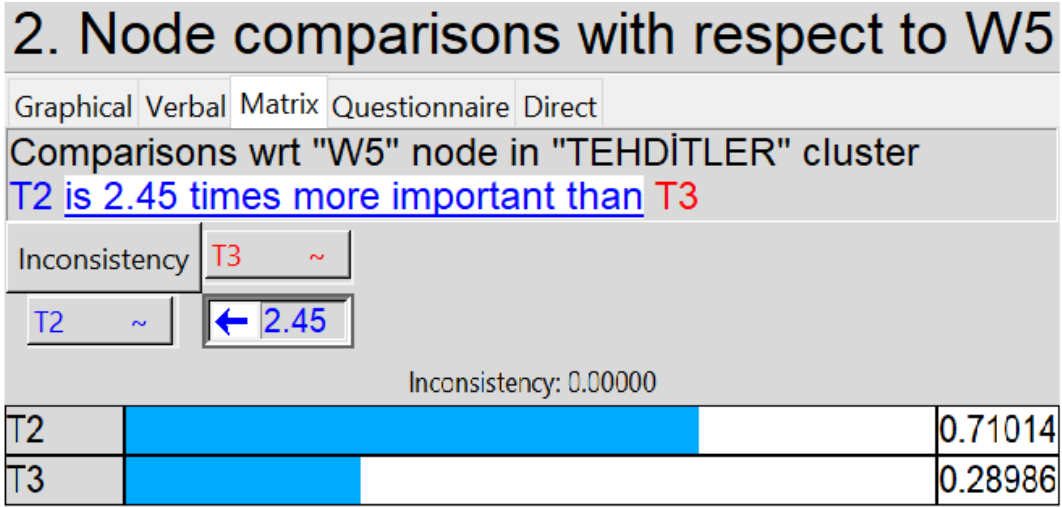
Şekil 4-27: Analitik ağ süreci S5'e göre "Zayıf Yönler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla “S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi” alt kriterine etkisi yönünden yapılan değerlendirmede (Şekil 4-27); “W1. Medikal turizm ile destekleyici sektörler arasında bütünleşik bir mevzuatın olmaması” alt kriterinin % 40, “W6. Sağlık çalışanı sayısının nüfusa oranla az olması” alt kriterinin % 35 ve “W2. Sektör paydaşları arasında koordinasyonsuzluk olması” alt kriterinin % 25 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,004 olarak bulunmuştur.



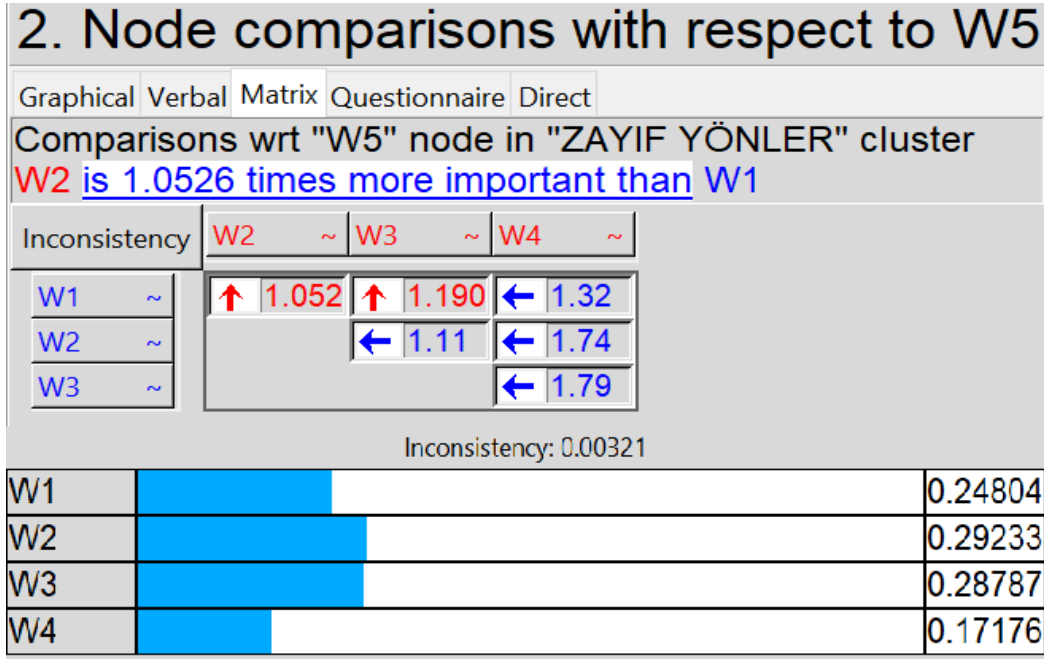
Şekil 4-28: Analitik ağ süreci W3'e göre diğer Zayıf Yönlere dair alt kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla “W3. Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlamanın yapılmaması” alt kriterine etkisi yönünden yapılan değerlendirmede (Şekil 4-28); “W2. Sektör paydaşları arasında koordinasyonsuzluk olması” alt kriterinin % 41, “W1. Medikal turizm ile destekleyici sektörler arasında bütünleşik bir mevzuatın olmaması” alt kriterinin % 32 ve “W4. Sağlık çalışanlarının iyi seviyede yabancı dil bilmemesi” alt kriterinin % 27 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,008 olarak bulunmuştur.



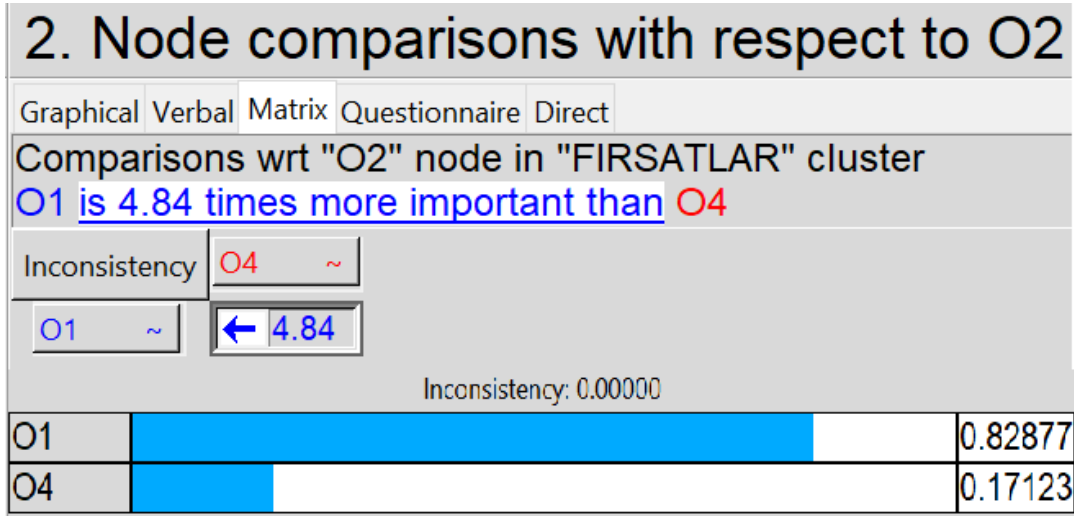
Şekil 4-29: Analitik ağ süreci W5'e göre "Tehditler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla "W5. Başka ülke sigorta şirketleriyle yeterli seviyede anlaşmanın bulunmaması" alt kriterine etkisi yönünden yapılan değerlendirmede (Şekil 4-29); "T2. Bölgede yaşanan siyasi ve politik istikrarsızlık" alt kriterinin % 71 ve "T3. Bölgedeki diğer ülkelerle yaşanan rekabet" alt kriterinin % 29 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,000 olarak bulunmuştur.



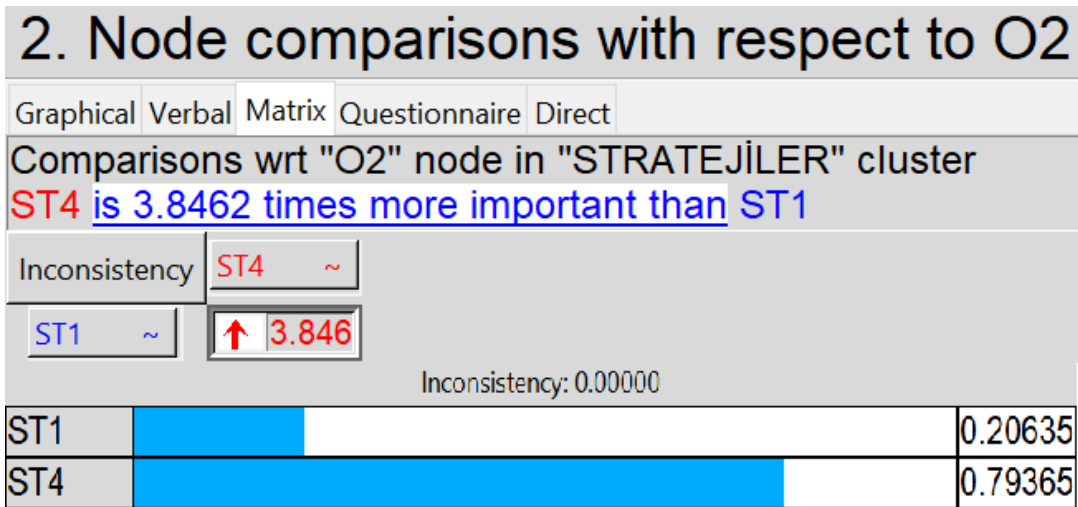
Şekil 4-30: Analitik ağ süreci W5'e göre diğer "Zayıf Yönler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla "W5. Başka ülke sigorta şirketleriyle yeterli seviyede anlaşmanın bulunmaması" alt kriterine etkisi yönünden yapılan değerlendirmede (Şekil 4-30); "W2. Sektör paydaşları arasında koordinasyonsuzluk olması" alt kriterinin % 29, "W3. Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlamanın yapılmaması" alt kriterinin % 29, "W1. Medikal turizm ile destekleyici sektörler arasında bütünleşik bir mevzuatın olmaması" alt kriterinin % 25 ve "W4. Sağlık çalışanlarının iyi seviyede yabancı dil bilmemesi" alt kriterinin % 17 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,003 olarak bulunmuştur.



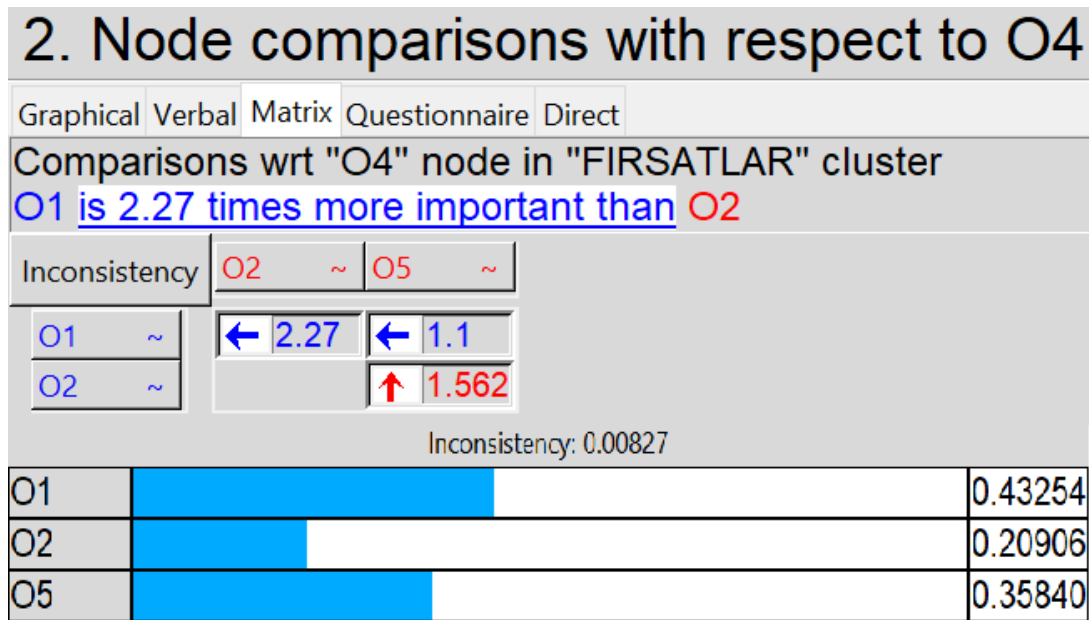
Şekil 4-31: Analitik ağ süreci O2'ye göre diğer Fırsatlara dair alt kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla “O2. Geleneksel turizm açısından da cazibe merkezi olması” alt kriterine etkisi yönünden yapılan değerlendirmede (Şekil 4-31); “O1. Coğrafi konum, güçlü ulaşım ağı ve iklim koşullarının uygunluğu” alt kriterinin % 83 ve “O4. Kültürel yakınlığın tercih sebebi olması” alt kriterinin % 17 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,000 olarak bulunmuştur.



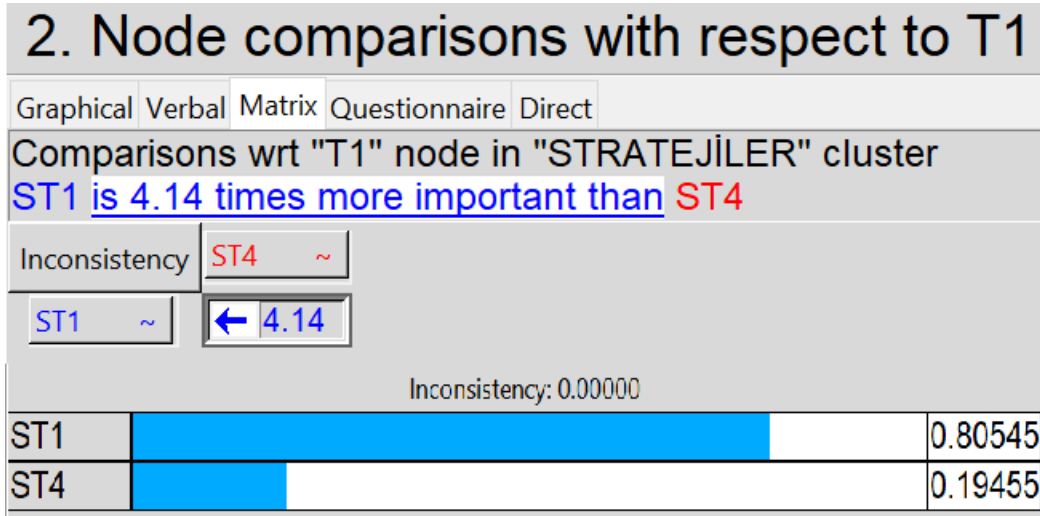
Şekil 4-32: Analitik ağ süreci O2'ye göre “Stratejiler”e dair alt kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla “O2. Geleneksel turizm açısından da cazibe merkezi olması” alt kriterine etkisi yönünden yapılan değerlendirmede (Şekil 4-32); “ST4. Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlama yapılması” alt kriterinin % 79 ve “ST1. Medikal turizme yönelik kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi” alt kriterinin % 21 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,000 olarak bulunmuştur.



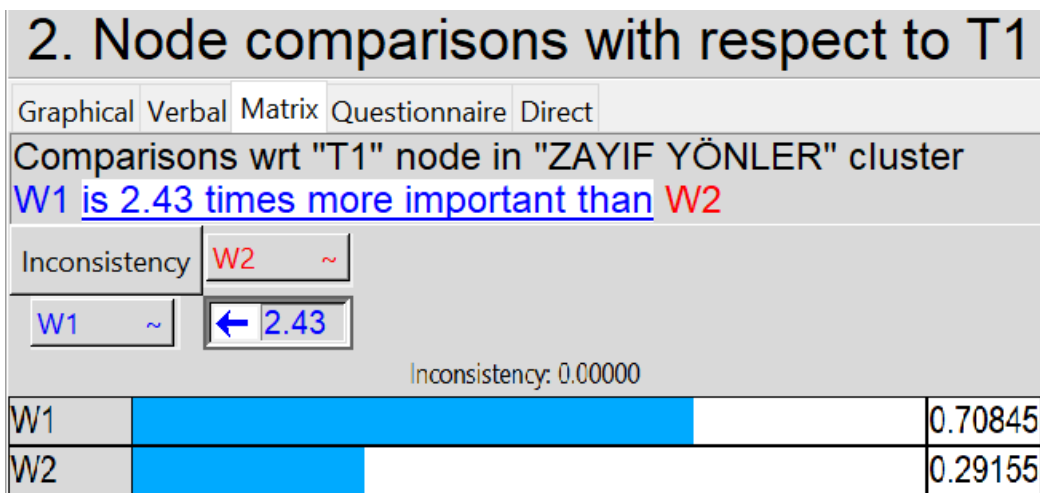
Şekil 4-33: Analitik ağ süreci O4'ye göre diğer Fırsatlara dair alt kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla “O4. Kültürel yakınlığın tercih sebebi olması” alt kriterine etkisi yönünden yapılan değerlendirmede (Şekil 4-33); “O1. Coğrafi konum, güçlü ulaşım ağı ve iklim koşullarının uygunluğu” alt kriterinin % 43, “O5. Sağlık sistemi yetersiz çok sayıda ülkeye olan yakınlık” alt kriterinin % 36 ve “O2. Geleneksel turizm açısından da cazibe merkezi olması” alt kriterinin % 21 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,008 olarak bulunmuştur.



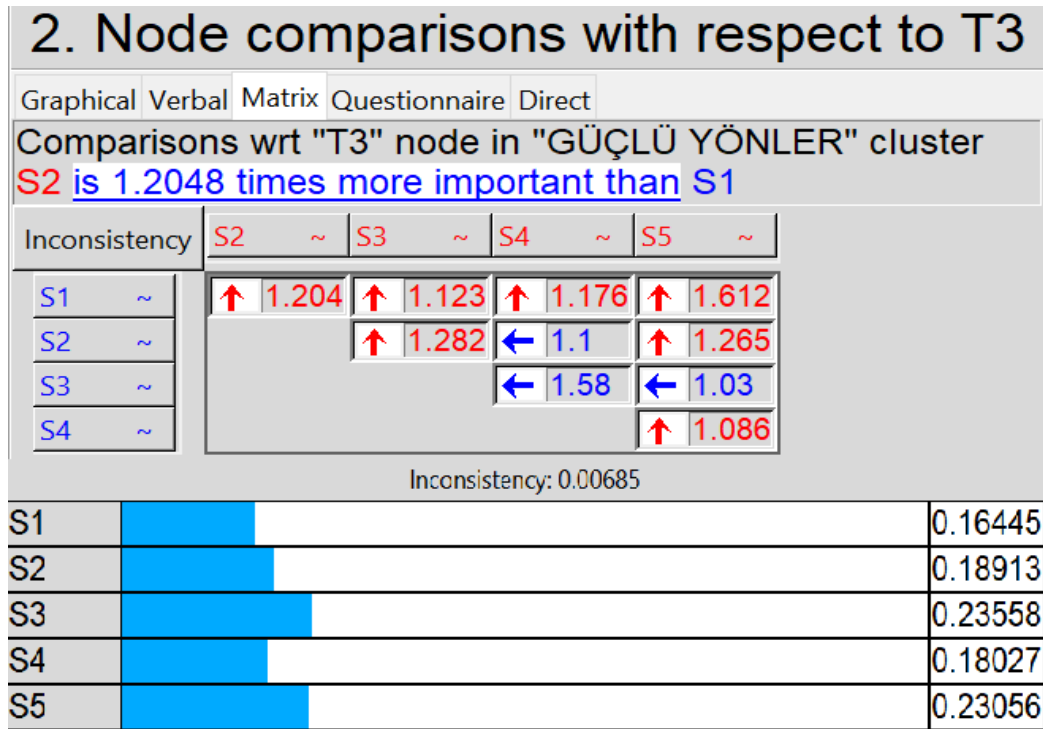
Şekil 4-34: Analitik ağ süreci T1'e göre "Stratejiler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla "T1. Fiyatlandırmada yapılan hatalar" alt kriterine etkisi yönünden yapılan değerlendirmede (Şekil 4-34); "ST1. Medikal turizme yönelik kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi" alt kriterinin % 81 ve "ST4. Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlama yapılması" alt kriterinin % 19 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,000 olarak bulunmuştur.



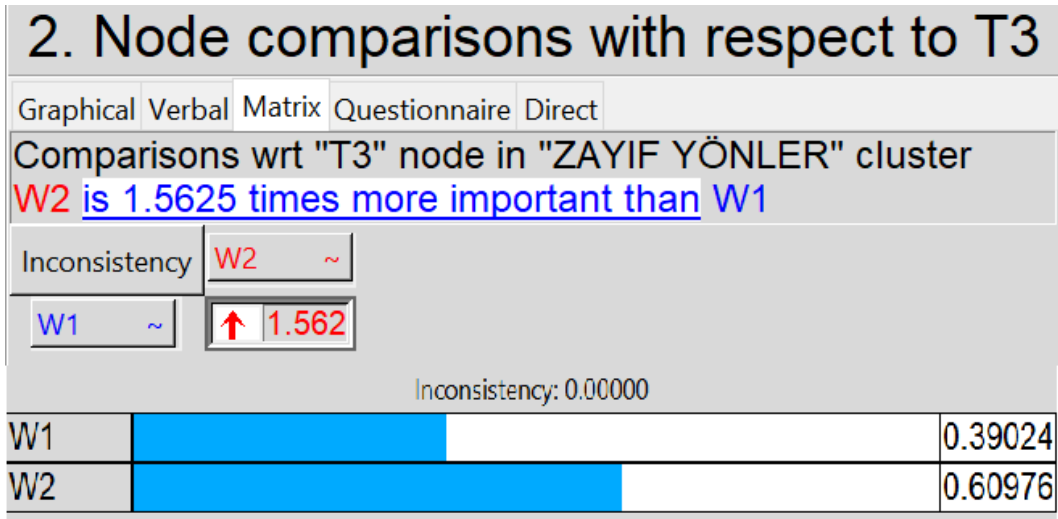
Şekil 4-35: Analitik ağ süreci T1'e göre "Zayıf Yönler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla “T1. Fiyatlandırmada yapılan hatalar” alt kriterine etkisi yönünden yapılan değerlendirmede (Şekil 4-35); “W1. Medikal turizm ile destekleyici sektörler arasında bütünleşik bir mevzuatın olmaması” alt kriterinin % 71 ve “W2. Sektör paydaşları arasında koordinasyonsuzluk olması” alt kriterinin % 29, oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,000 olarak bulunmuştur.



Şekil 4-36: Analitik ağ süreci T3’e göre “Güçlü Yönler”e dair alt kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla “T3. Bölgedeki diğer ülkelerle yaşanan rekabet” alt kriterine etkisi yönünden yapılan değerlendirmede (Şekil 4-36); “S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)” alt kriterinin % 24, “S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi” alt kriterinin % 23, “S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması” alt kriterinin % 19, “S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)” alt kriterinin % 18 ve “S1. Hizmet sunum maliyetinin düşük olması” alt kriterinin % 16 oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,007 olarak bulunmuştur.



Şekil 4-37: Analitik ağ süreci T3'e göre "Zayıf Yönler"e dair alt kriterin karşılaştırmaları

Analitik Ağ Süresi yöntemi vasıtasıyla "T3. Bölgedeki diğer ülkelerle yaşanan rekabet" alt kriterine etkisi yönünden yapılan değerlendirmede (Şekil 4-37); "W2. Sektör paydaşları arasında koordinasyonsuzluk olması" alt kriterinin % 61 ve "W1. Medikal turizm ile destekleyici sektörler arasında bütünleşik bir mevzuatın olmaması" alt kriterinin % 39, oranında etkili olduğu belirlenmiştir. Ayrıca elde edilen verilere dair yapılan tutarsızlık testi sonucu 0,000 olarak bulunmuştur.

Tablo 4-13: Stratejilere ve alt faktörlerine göre AAS analizi

FAKTÖR ÖNCELİĞİ	ALT FAKTÖRLER	ALT FAKTÖRLERİN GÖRECELİ ÖNCELİĞİ	ALT FAKTÖRLERİN GENEL ÖNCELİĞİ
(0,2555)	ST1	0,3499	0,0894
	ST2	0,2467	0,0630
	ST3	0,1987	0,0508
	ST4	0,2047	0,0523

Tablo 4-13’de kümelere göre elde edilen ikili karşılaştırma değerleri incelendiğinde, stratejiler kümesinin faktör oranı 0,2555 olarak tespit edilmiştir. Bu değer stratejiler kümesini diğer kümeler içerisinde en yüksek faktör değerine sahip küme yapmaktadır. Bu küme içerisinde dört alt strateji yer almaktadır. Oluşturulan bu dört strateji arasında, “ST₁ Medikal turizme yönelik kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi” alt faktörü 0,3499 değeri ile en önemli strateji olarak belirlenmiştir. “ST₂. Medikal turizm alanında fiziki ve teknik altyapının iyileştirilmesi” alt faktörü 0,2467 değeri ile en önemli ikinci strateji olarak belirlenmiştir. “ST₄. Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlama yapılması” alt faktörü 0,2047 değeri ile üçüncü en önemli strateji olarak belirlenmiştir. “ST₃. Medikal turizm hizmet kalitesinin artırılması” alt faktörü ise, 0,1987 değeri ile diğer stratejilere göre daha az ön plana çıkarılarak önem derecesi açısından en sonda yer almıştır.

Tablo 4-14: Güçlü yönler ve alt faktörlerine göre AAS analizi

FAKTÖR ÖNCELİĞİ	ALT FAKTÖRLER	ALT FAKTÖRLERİN GÖRECELİ ÖNCELİĞİ	ALT FAKTÖRLERİN GENEL ÖNCELİĞİ
(0,2085)	S1	0,1839	0,0383
	S2	0,2363	0,0493
	S3	0,2099	0,0437
	S4	0,2435	0,0508
	S5	0,1265	0,0264

Tablo 4-14’de kümelere göre elde edilen ikili karşılaştırma değerleri incelendiğinde, güçlü yönler kümesinin faktör oranı 0,2085 olarak tespit edilmiştir. Bu değer güçlü yönler kümesini diğer kümeler içerisinde ikinci en yüksek faktör değerine sahip küme yapmaktadır. Bu küme içerisinde güçlü yönler için dört alt faktör yer almaktadır. Türkiye’nin medikal turizmde sahip olduğu “Güçlü Yönler” incelendiğinde; “S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)” 0,2435 değeri ile güçlü yönler açısından en önemli alt faktör olarak değerlendirilmiştir. Bu alt faktörü 0,2363 değeri ile “S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması” takip etmektedir. “S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)” alt faktörü de 0,2099 değeri ile güçlü yönler arasında üçüncü sırada yer almaktadır. “S1. Hizmet sunum maliyetinin düşük olması” alt faktörü 0,1839 değeri ile güçlü yönler içerisinde dördüncü sırada yer almaktadır. “S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi” alt faktörü 0,1265 değeri ile güçlü yönler içerisinde en sonda yer almaktadır.

Tablo 4-15: Zayıf yönler ve alt faktörlerine göre AAS analizi

FAKTÖR ÖNCELİĞİ	ALT FAKTÖRLER	ALT FAKTÖRLERİN GÖRECELİ ÖNCELİĞİ	ALT FAKTÖRLERİN GENEL ÖNCELİĞİ
ZAYIF YÖNLER (0,1602)	W1	0,3510	0,0562
	W2	0,2901	0,0465
	W3	0,1509	0,0242
	W4	0,0513	0,0082
	W5	0,1248	0,0200
	W6	0,0320	0,0051

Tablo 4-15’de kümelere göre elde edilen ikili karşılaştırma değerleri incelendiğinde, zayıf yönler kümesinin faktör oranı 0,1602 olarak tespit edilmiştir. Bu değer zayıf yönler kümesini diğer kümeler içerisinde en düşük faktör değerine sahip küme yapmaktadır. Bu küme içerisinde zayıf yönler için altı alt faktör yer almaktadır. Türkiye’nin medikal turizmde sahip olduğu “Zayıf Yönler” incelendiğinde; “W1. Medikal turizm ile destekleyici sektörler arasında bütünleşik bir mevzuatın olmaması”

0,3510 değeri ile zayıf yönler açısından en önemli alt faktör olarak değerlendirilmiştir. Bu faktörü 0,2901 değeri ile “W2. Sektör paydaşları arasında koordinasyonsuzluk olması” takip etmektedir. “W3. Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlamanın yapılmaması” alt faktörü de 0,1509 değeri ile zayıf yönler arasında üçüncü sırada yer almaktadır. “W5. Başka ülke sigorta şirketleriyle yeterli seviyede anlaşmanın bulunmaması” alt faktörü 0,1248 değeri ile zayıf yönler içerisinde dördüncü sırada yer almaktadır. “W4. Sağlık çalışanlarının iyi seviyede yabancı dil bilmemesi” alt faktörü 0,0513 değeri ile zayıf yönler içerisinde beşinci sırada yer almaktadır. “W6. Sağlık çalışanı sayısının nüfusa oranla az olması” alt faktörü 0,0320 değeri ile zayıf yönler içerisinde en sonda yer almaktadır.

Tablo 4-16: Fırsatlara ve alt faktörlerine göre AAS analizi

FAKTÖR ÖNCELİĞİ	ALT FAKTÖRLER	ALT FAKTÖRLERİN GÖRECELİ ÖNCELİĞİ	ALT FAKTÖRLERİN GENEL ÖNCELİĞİ
FIRSATLAR (0,1743)	O1	0,2014	0,0351
	O2	0,0700	0,0122
	O3	0,3028	0,0528
	O4	0,0426	0,0074
	O5	0,1148	0,0200
	O6	0,2684	0,0468

Tablo 4-16’da kümelere göre elde edilen ikili karşılaştırma değerleri incelendiğinde, fırsatlar kümesinin faktör oranı 0,1743 olarak tespit edilmiştir. Bu değer fırsatlar kümesini diğer kümeler içerisinde en düşük ikinci faktör değerine sahip küme yapmaktadır. Bu küme içerisinde fırsatlara dair altı alt faktör yer almaktadır. Türkiye’nin medikal turizmde sahip olduğu “Fırsatlar” incelendiğinde; “O3. Sağlık alanında yeni üniversite ve bölümlerin açılması” 0,3028 değeri ile fırsatlar açısından en önemli alt faktör olarak değerlendirilmiştir. Bu alt faktörü 0,2684 değeri ile “O6. Gelişmiş ülkelerdeki nüfusun yaşlanması ve sağlık harcamalarının sürekli artması” takip etmektedir. “O1. Coğrafi konum, güçlü ulaşım ağı ve iklim koşullarının uygunluğu” alt faktörü de 0,2014 değeri ile fırsatlar arasında üçüncü sırada yer almaktadır. “O5. Sağlık

sistemi yetersiz çok sayıda ülkeye olan yakınlık” alt faktörü 0,1148 değeri ile fırsatlar içerisinde dördüncü sırada yer almaktadır. “O2. Geleneksel turizm açısından da cazibe merkezi olması” alt faktörü 0,0700 değeri ile fırsatlar içerisinde beşinci sırada yer almaktadır. “O4. Kültürel yakınlığın tercih sebebi olması” alt faktörü 0,0426 değeri ile fırsatlar içerisinde en sonda yer almaktadır.

Tablo 4-17: Tehditlere ve alt faktörlerine göre AAS analizi

FAKTÖR ÖNCELİĞİ	ALT FAKTÖRLER	ALT FAKTÖRLERİN GÖRECELİ ÖNCELİĞİ	ALT FAKTÖRLERİN GENEL ÖNCELİĞİ
TEHDİTLER (0,2014)	T1	0,3966	0,0799
	T2	0,1594	0,0321
	T3	0,3496	0,0704
	T4	0,0944	0,0190

Tablo 4-17’de kümelere göre elde edilen ikili karşılaştırma değerleri incelendiğinde, tehditler kümesinin faktör oranı 0,1743 olarak tespit edilmiştir. Bu değer tehditler kümesini diğer kümeler içerisinde en yüksek üçüncü faktör değerine sahip küme yapmaktadır. Bu küme içerisinde tehditlere dair dört alt faktör yer almaktadır. Türkiye’nin medikal turizmde sahip olduğu “Tehditler” incelendiğinde; “T1. Fiyatlandırmada yapılan hatalar” 0,3966 değeri ile tehditler açısından en önemli alt faktör olarak değerlendirilmiştir. Bu alt faktörü 0,3496 değeri ile “T3. Bölgedeki diğer ülkelerle yaşanan rekabet” takip etmektedir. “T2. Bölgede yaşanan siyasi ve politik istikrarsızlık” alt faktörü de 0,1594 değeri ile tehditler arasında üçüncü sırada yer almaktadır. “T4. Yerel halkın sağlık hizmetlerine erişiminin zorlaşması” alt faktörü 0,0944 değeri ile tehditler içerisinde en sonda yer almaktadır.

Tablo 4-18: Kümelere göre elde edilen ikili karşılaştırma değerleri

KÜMELER	DÜĞÜMLER	KÜMELERE GÖRE NORMALİZE EDİLMİŞ	LİMİT MATRİSE GÖRE ÖNCELİKLENMİŞ
STRATEJİLER	ST1	0,3499	0,0894
	ST2	0,2467	0,0630
	ST3	0,1987	0,0508
	ST4	0,2047	0,0523
GÜÇLÜ YÖNLER	S1	0,1839	0,0383
	S2	0,2363	0,0493
	S3	0,2099	0,0437
	S4	0,2435	0,0508
	S5	0,1265	0,0264
ZAYIF YÖNLER	W1	0,3510	0,0562
	W2	0,2901	0,0465
	W3	0,1509	0,0242
	W4	0,0513	0,0082
	W5	0,1248	0,0200
	W6	0,0320	0,0051
FIRSATLAR	O1	0,2014	0,0351
	O2	0,0700	0,0122
	O3	0,3028	0,0528
	O4	0,0426	0,0074
	O5	0,1148	0,0200
	O6	0,2684	0,0468
TEHDİTLER	T1	0,3966	0,0799
	T2	0,1594	0,0321
	T3	0,3496	0,0704
	T4	0,0944	0,0190

Tablo 4-18’de kümelere göre elde edilen ikili karşılaştırma değerlerinin tamamı; kümelere göre normalize edilmiş ve limit matrise göre önceliklendirilmiş biçimde aynı tablo içerisinde verilmiştir.

Tablo 4-19: Kümelere göre elde edilen ikili karşılaştırma değerleri

ALT KRİTERLER	LİMİT MATRİSE GÖRE ÖNCELİKLENMİŞ DEĞERLER
ST1. Medikal turizme yönelik kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi	0,0894
T1. Fiyatlandırmada yapılan hatalar	0,0799
T3. Bölgedeki diğer ülkelerle yaşanan rekabet	0,0704
ST2. Medikal turizm alanında fiziki ve teknik altyapının iyileştirilmesi	0,0630
W1. Medikal turizm ile destekleyici sektörler arasında bütünleşik bir	0,0562
O3. Sağlık alanında yeni üniversite ve bölümlerin açılması	0,0528
ST4. Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlama yapılması	0,0523
S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)	0,0508
ST3. Medikal turizm hizmet kalitesinin artırılması	0,0508
S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının	0,0493
O6. Gelişmiş ülkelerdeki nüfusun yaşlanması ve sağlık harcamalarının	0,0468
W2. Sektör paydaşları arasında koordinasyonsuzluk olması	0,0465
S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)	0,0437
S1. Hizmet sunum maliyetinin düşük olması	0,0383
O1. Coğrafi konum, güçlü ulaşım ağı ve iklim koşullarının uygunluğu	0,0351
T2. Bölgede yaşanan siyasi ve politik istikrarsızlık	0,0321
S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi	0,0264
W3. Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlamanın yapılmaması	0,0242
O5. Sağlık sistemi yetersiz çok sayıda ülkeye olan yakınlık	0,0200
W5. Başka ülke sigorta şirketleriyle yeterli seviyede anlaşmanın	0,0200
T4. Yerel halkın sağlık hizmetlerine erişiminin zorlaşması	0,0190
O2. Geleneksel turizm açısından da cazibe merkezi olması	0,0122
W4. Sağlık çalışanlarının iyi seviyede yabancı dil bilmemesi	0,0082
O4. Kültürel yakınlığın tercih sebebi olması	0,0074
W6. Sağlık çalışanı sayısının nüfusa oranla az olması	0,0051

Yapılan görüşmelerde uzmanlar tarafından üzerinde en çok durulan konular, yapılan analizler sonucunda elde edilen bulgulara da yansımıştır. “ST1. Medikal turizme yönelik kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi”, tüm alt kriterler arasında 0,0894 değeri ile en önemli kriter olarak ortaya çıkmıştır (Tablo 4-20).

Türkiye için medikal turizmde tehdit oluşturabilecek en önemli konu olan “T1. Fiyatlandırmada yapılan hatalar” 0,0799 değeri ile tüm alt kriterler arasında en önemli ikinci kriter olarak belirlenmiştir. “T3. Bölgedeki diğer ülkelerle yaşanan rekabet” alt kriteri ise 0,0704 değeri ile en önemli üçüncü kriter olarak ortaya çıkmıştır (Tablo 4-20).

Türkiye için en uygun ikinci medikal turizm stratejisi olan “ST2. Medikal turizm alanında fiziki ve teknik altyapının iyileştirilmesi” alt kriteri 0,0630 değeri ile aynı zamanda tüm kriterler arasında da dördüncü en önemli kriter olmuştur (Tablo 4-20).

Türkiye'nin medikal turizm konusundaki en zayıf yönü olarak ortaya çıkan “W1. Medikal turizm ile destekleyici sektörler arasında bütünleşik bir mevzuatın olmaması” alt kriteri 0,0562 değeri ile aynı zamanda tüm kriterler arasında da beşinci en önemli kriter olmuştur (Tablo 4-20).

Türkiye'nin medikal turizm konusundaki en önemli fırsatı olarak ortaya çıkan “O3. Sağlık alanında yeni üniversite ve bölümlerin açılması” alt kriteri 0,0468 değeri ile aynı zamanda tüm kriterler arasında da altıncı en önemli kriter olmuştur (Tablo 4-20).

En az öneme sahip kriterler açısından bir değerlendirme yapıldığında, “W6. Sağlık çalışanı sayısının nüfusa oranla az olması” alt kriteri 0,0051 değeri ile tüm kriterler arasında en az öneme sahip kriter olarak bulunmuştur. Bu alt kriteri 0,0074 değeri ile “O4. Kültürel yakınlığın tercih sebebi olması” alt kriteri sondan ikinci en az öneme sahip kriter olarak takip etmektedir. “W4. Sağlık çalışanlarının iyi seviyede yabancı dil bilmemesi” alt kriteri ise 0,0082 değeri ile üçüncü en az öneme sahip kriter olarak takip etmektedir. (Tablo 4-20).

5. TARTIŞMA

Ülkeler ya da kuruluşlar için ilgilendikleri herhangi bir alanda olduğu gibi, medikal turizm konusunda da hedeflenen başarıya ulaşmak için stratejilerin geliştirilmesi oldukça önemlidir. Çalışma kapsamında Türkiye için en uygun medikal turizm stratejisi belirlenmeye çalışılmıştır.

SWOT analizi vasıtasıyla Türkiye'nin medikal turizmde sahip olduğu içsel faktörler olan güçlü ve zayıf yönlerle birlikte, dışsal faktörlere bağlı olan fırsat ve tehditlerin de göz önünde bulundurularak, ülke politikası olarak belirlenen stratejilerin önceliklendirilmesi nihai amaçtır. Bu amaca ulaşmak için SWOT analizine entegre edilmiş Analitik Ağ Süreci (AAS) yöntemi kullanılmıştır.

Uzmanlarla yapılan görüşmelerde, her bir SWOT faktörüne (Güçlü Yönler-S, Zayıf Yönler-W, Fırsatlar-O ve Tehditler-T) ve bunların alt faktörlerine (5 Güçlü Yön, 6 Zayıf Yön, 6 Fırsat ve 4 Tehdit) ait toplam 21 alt kriter belirlenmiştir. Türkiye'nin medikal turizm stratejileri için ise; T.C. Kalkınma Bakanlığının yayımladığı “*Onuncu Kalkınma Planı 2014-2018*” ve T.C. Sağlık Bakanlığının yayımladığı “*Faaliyet Raporu 2017*” nda yer alan kriterlerin (4 Strateji) ülke stratejisi olarak değerlendirilmesinin uygun olacağı kararlaştırılmıştır.

Strateji 1 (ST1) olarak belirlenen “*Medikal turizme yönelik kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi*” stratejisi, yapılan çalışmada Türkiye'nin medikal turizm stratejileri arasında en önemli unsur olarak ön plana çıkmıştır.

Strateji 1 (ST1) içerisinde; mevzuata yönelik düzenlemelerin yapılması, kurumlar arasında (kamu kurumları ve kamu-özel sektör arasında) koordinasyonun sağlanması, hedef ülke ve bölgelere göre branşlar da dikkate alınarak hedefe yönelik stratejilerin planlanmasının yanında, ölçmeye yönelik iyi bir istatistik altyapısının da oluşturulması yer almaktadır.

Wu ve ark. (2014) Tayvan için en uygun medikal turizm yapısının belirlenmesi amacıyla yaptıkları çalışmada “Medikal Holding Şirketi” nin kurulmasının stratejik olarak en uygun tercih olacağı sonucuna ulaşılmıştır. Türkiye’de kurulması planlanan “Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirket (USHAŞ)” buna benzer bir kurumsal

yapıdır. USHAŞ'ın tanıtım, paydaşlar arasında koordinasyon, çeşitli politikalar ve stratejilerin üretilmesinin yanı sıra, oluşturulacak akreditasyon kapsamında önerilerde bulunması amaçlanmaktadır. Çalışma sonucunda elde edilen bulgulara göre, en önemli strateji olarak belirlenen “*kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi*” stratejisi çerçevesinde değerlendirilen bu yapı Tayvan'daki kurumsal yapı ile çok yakın benzerlik göstermektedir.

Rezaee ve Mohammadzadeh (2016) İran medikal turizmine yönelik belirleyici faktörleri inceledikleri çalışmada; paydaşlara düşen roller açısından değerlendirildiğinde sağlık kuruluşlarına düşen rolün, hükümet ve destekleyici sektörlerden daha fazla olduğu belirtilmiştir. Yapılan çalışmadan elde edilen bulgular incelendiğinde, “*Medikal turizme yönelik kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi*” stratejisi için hükümete düşen rolün, sağlık kurumları ve diğer destekleyici sektörlerden daha fazla olduğu sonucu elde edilmiştir. Bu açıdan düşünüldüğünde İran'da medikal turizm için asıl yükümlülükler sağlık kuruluşlarına verilirken, yapılan çalışma sonuçlarına göre Türkiye'de bu yükümlülük kurumsal ve hukuki altyapıyı kuran hükümete verilmiştir. Bu açıdan iki çalışma, sonuçları açısından farklılık göstermektedir.

Crooks ve ark. (2015a) gelişmekte olan medikal turizm sektörünün yasal ve düzenleyici etkileri hakkındaki görüşlerini ortaya çıkarmak amacıyla 9 avukat ile yürüttükleri odak grup görüşmesi sonucunda; yükümlülüklerin, göç yasasının, hekim lisansının, kurumsal sahiplik ve itibarın korunmasının en önemli yasal ve düzenleyici temalar olduğu belirlenmiştir.

Loh, (2015) medikal turizm konusunda; hastalar, sağlık sigortası acenteleri ve yabancı sağlık hizmeti sunucuları arasındaki hukuki sorumluluğun net bir şekilde tanımlanmadığını, dolayısıyla hasta güvenliği ve malpraktisle ilgili yasal konuların medikal turizm açısından en önemli konulardan birisi olduğunu belirtmiştir.

Daniels ve ark. (2011) uluslararası bir pazara giriş yapan ülke ya da kuruluşun, sadece kendi ulusal hukuki kuralları yerine uluslararası hukuk kurallarıyla da yüz yüze kalacağını, dolayısıyla da oluşabilecek sorunların üstesinden gelebilmeleri için bu normlara uyum sağlaması gerektiğini belirtmiştir.

Yapılan SWOT analizine dair zayıf yönler kümesi içerisinde yer alan “*WI. Medikal turizm ile destekleyici sektörler arasında bütünleşik bir mevzuatın olmaması*”

alt kriteri, tüm alt kriterler arasında en çok öneme sahip dördüncü kriter olarak ön plana çıkmıştır. Bu kriterin bu kadar öne çıkmasının sebebi, kurumsal ve hukuki altyapının uzmanlarca en çok önemsenen konu olması sebebiyledir. Bu açıdan düşünüldüğünde; ST1 olarak belirlenen “*Medikal turizme yönelik kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi*” stratejisinin, Türkiye’nin medikal turizm stratejileri arasında en önemli unsur olarak ön plana çıkmasının sebebi daha iyi anlaşılmaktadır.

Yapılan çalışmada literatüre uygun olarak, mevzuata dair düzenlemelerle birlikte, yasal ve hukuki konuların medikal turizm açısından en önemli hususlar olduğu sonucuna varılmıştır.

Strateji 2 (ST2) olarak belirlenen “*Medikal turizm alanında fiziki ve teknik altyapının iyileştirilmesi*” stratejisi, Türkiye’nin medikal turizm stratejileri arasında en önemli ikinci unsur olarak ön plana çıkmıştır.

Strateji 2 (ST2) içerisinde; medikal turizm altyapısı envanterinin hazırlanması, sağlık tesislerinin medikal turizmde kullanım imkânlarının artırılması, medikal turizmin yatırım ve planlanması konusunda destek sağlanması ve arazi temini için yeni modellerin oluşturulması yer almaktadır.

Noree (2015 p.18) medikal turizm olgusunun günümüzde anlaşılan manasıyla ilk ortaya çıkışını, teknolojik eksiklikler ve nitelikli insan kaynağının bulunmaması sebebiyle bazı hizmetlerin ya hiç üretilmemesi ya da kalitesiz üretilmesine bağlamaktadır. Burada belirtilen eksikliklerden “*teknolojik eksiklikler ve nitelikli insan kaynağının bulunmaması*” konusunda, yapılan çalışmada elde edilen SWOT analizi sonuçlarına göre, Türkiye’nin medikal turizm alanındaki güçlü yönleri arasında en çok öneme sahip iki kriter olarak, “*S1. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)*” ve “*S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması*” gösterilmiştir. Türkiye’nin medikal turizm alanındaki en önemli ikinci stratejisi olarak belirlenen bu stratejinin medikal turizmin ilk çıkış noktası olarak gösterilmesi ve bu konunun Türkiye’nin en güçlü olduğu iki kriter tarafından açıklanması çalışma sonuçlarını desteklemektedir.

Güneş (2013 p.59) özellikle Ortadoğu, Balkan ve Orta Asya Ülkelerindeki fiziki ve teknik donanımların yetersizliği sebebiyle hizmet sunumunda yaşanan sorunların, bu bölgelerde yaşayan insanları medikal turizme yönlendirdiğini belirtmektedir.

Türkiye'nin bu bölgelere 4 saatlik uçuş mesafesinde yer alması ve THY gibi güçlü bir ulaşım ağına sahip havayolu şirketinin bulunması, en önemli ikinci strateji olarak ortaya çıkan bu stratejiyi desteklemektedir. Ayrıca her ne kadar belirlenen SWOT alt kriterleri arasında en az öneme sahip ikinci kriter olarak görülse de, “O4. Kültürel yakınlığın tercih sebebi olması” alt kriterinin, Türkiye için medikal turizm açısından belirlenen kriterler arasında yer alması bu stratejinin önemini vurgulamaktadır.

Ataman ve ark. (2017) medikal turizm hizmeti sunan kuruluşların; fiziki ve teknik altyapılarının, kurumsal ve hukuki unsurlarla birlikte geliştirilmesinin önemini vurgulamaktadır. Çalışma sonuçlarına göre; en önemli strateji olarak belirlenen kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi ve en önemli ikinci strateji olarak belirlenen fiziki ve teknik altyapının iyileştirilmesi Ataman ve ark. (2017)'nin çalışmasını desteklemektedir.

Belirlenen strateji çerçevesinde, fiziki ve teknik altyapıya yapılacak yatırımların iyi bir medikal turizm stratejisi açısından önemli olduğu ve başka çalışmaların da bu stratejiyi desteklediği söylenebilir.

Strateji 4 (ST4) olarak belirlenen “*Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlama yapılması*” stratejisi, Türkiye'nin medikal turizm stratejileri arasında en önemli üçüncü unsur olarak ön plana çıkmıştır.

Bu strateji içerisinde; hedef ülke ve bölgelerde tanıtım ve pazarlama faaliyetlerinin artırılması ile tanıtım ve pazarlama alanında kamu ve özel sektör işbirliklerinin artırılması alt başlıkları yer almaktadır.

Sarwar (2013) Malezya'daki medikal turizm sektörünün gelişmesi için çeşitli stratejik faktörleri değerlendirdiği çalışmada; hizmet kalitesinin uluslararası rekabet edebilirlikte en önemli unsur olduğunu belirtmiş ancak, burada sağlanan başarı hikayelerinin paylaşılmasının, ileriki dönem rekabet stratejileri içerisinde önemle yer verilmesi gereken bir unsur olduğunu ifade etmiştir.

Barca ve ark. (2013) Türkiye için en önemli medikal turizm strateji olarak konumlandırmaya yönelik çalışmaların yapılmasının önemini vurgulamıştır. Alt başlıklarında hedef ülke ve branşların belirlenmesi ile birlikte koordinasyonun da artırılması ifade edilmiştir. Hedef ülke ya da pazarların belirlenmesi, medikal turizm

pazarlaması açısından en önemli üçüncü stratejinin (ST4) alt başlıklarından birisini oluşturmaktadır.

Iordache ve ark. (2013) Romanya medikal turizmi için belirledikleri stratejiler arasında; kamu kurumları arasında işbirliğini teşvik etmek ve kamu-özel işbirliğinin kurulmasına dayalı stratejileri ön plana çıkarmaktadır. Bu stratejinin, Türkiye medikal turizmi için belirlenen “*ST4. Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlama yapılması*” stratejisinin alt başlıkları arasında yer aldığı görülmekte olup, yapılan çalışma ile uygunluk gösterdiği görülmüştür.

Yang (2013)’ın medikal turizm pazarlaması ile ilgili boyutları ve ağırlıklarını belirlemek amacıyla Tayvan’da AHS yöntemiyle yaptığı çalışmada; tutundurma, seyahat hizmetleri, medikal kaynaklar ve yatay işbirliği olmak üzere 4 temel faktör belirlenmiştir. Bu faktörlere göre belirlenen 14 alt kriter arasında ilk beş sırada yer alan kriterler şu şekilde sıralanmıştır; marka konumlandırma (% 15), sağlık tesisi (% 13), sağlık hizmetinin kalitesi (% 10), seyahat noktaları (% 9) ve yatay işbirliği (% 8). Medikal turizmin pazarlanmasında marka konumlandırmasının ve sektörel işbirliğinin önemini vurgulayan bu çalışmaya ait sonuçlar, yapılan çalışma sonucunda elde edilen “*ST4. Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlama yapılması*” stratejisi kapsamında ele alınmıştır. Bu kapsamda yapılan çalışma ile uygunluk gösterdiği görülmüştür.

Yapılan SWOT analizine dair tehditler kümesi içerisinde yer alan “*T3. Bölgedeki diğer ülkelerle yaşanan rekabet*” alt kriteri, tüm alt kriterler arasında en çok öneme sahip ikinci kriter olarak ön plana çıkmıştır. Medikal turizm rekabetinde bölgedeki diğer ülkelerle yaşanan rekabetin uzmanlar tarafından tüm alt kriterler arasında ikinci sırada gösterilmesi ve bu durumun bir tehdit olarak algılanması, bu alanda ön plana çıkmak isteyen bir ülke için, etkin tanıtım ve pazarlamanın yapılması stratejisinin önemini daha da arttırmaktadır.

Strateji 3 (ST3) olarak belirlenen “*Medikal turizm hizmet kalitesinin artırılması*” stratejisi, Türkiye’nin medikal turizm stratejileri arasında en önemli dördüncü unsur olarak ön plana çıkmıştır.

Bu strateji içerisinde; medikal turizm alanında çalışan personelin nitelik ve nicelik olarak geliştirilmesi, medikal turizme yönelik hizmet ve tesis standartlarının

yükseltilmesi, konaklama ve diğer yardımcı hizmetler için kolaylaştırıcı mekanizmaların geliştirilmesi yer almaktadır.

Ahmed ve ark. (2018)'nin Birleşik Arap Emirlikleri'nde medikal turizm amacıyla yurt dışına çıkan medikal turistler ile yaptıkları çalışmada, “kalite” kavramının medikal turistler açısından en önemli unsur olduğu gösterilmiştir. Ayrıca bu çalışmada, kalite üst başlığı altında; ileri teknoloji, nitelikli insan kaynağı, hizmet kalitesi ve bakım kalitesi olmak üzere dört faktör tanımlanmıştır.

Rezaee ve Mohammadzadeh (2016) İran medikal turizmine yönelik belirleyici faktörleri inceledikleri çalışmada; “sağlık hizmetlerinin kalitesi” ve “yüksek seviye uzmanlık” kavramları medikal turizm açısından en önemli iki faktör olarak ön plana çıkmıştır.

Ghanbari ve ark. (2014) İran'ın Ayvaz şehri için medikal turizmin geliştirilmesine yönelik SWOT analizi ve delphi yöntemi vasıtasıyla stratejik plan oluşturulması ile ilgili yaptığı çalışmada, güçlü yönler (S) ve fırsatlara (O) dair belirlenen stratejilerin (SO), medikal turizmin gelişimi için en önemli stratejiler olduğu ifade edilmiştir. SO stratejileri arasında; özellikle sağlık hizmetlerinin kalitesinin ve hemşirelerin niteliklerinin artırılması stratejileri ön plana çıkarılmıştır.

Sarwar (2013)'in Malezya'daki medikal turizm sektörünün gelişmesi için çeşitli faktörleri değerlendirdiği çalışmada, hizmet kalitesinin uluslararası rekabet edebilirlik açısından en önemli unsur olduğu belirtilmiştir.

Chee (2007), medikal turizmde en önemli strateji olarak, kaliteli sağlık hizmeti sunumunu göstermiş ve bu stratejinin desteklenmesi gerektiğini göstermiştir. Ayrıca, sadece kaliteli hizmet üreten kuruluşların devlet desteklerinden yararlanması istenmiştir. Bu kapsamda sağlık kuruluşları tarafından, kaliteli hizmet sunumunu attırmak ve tescillemek amacıyla Mayo Klinik, Johns Hopkins Üniversitesi Tıp Merkezi ve Great Ormond Street Çocuk Hastanesi ile afilyasyonlar yapılmıştır.

Strateji 3 (ST3) olarak belirlenen “*Medikal turizm hizmet kalitesinin artırılması*” stratejisinin, belirlenen medikal turizm stratejileri arasında en az öneme sahip strateji olarak bulunmasının sebepleri incelendiğinde; yapılan SWOT analizi kapsamında güçlü yönler arasında yer verilen “*S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire*

vb.)“, “S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması” ve “S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)” kriterlerinin bulunması gösterilebilir. Görüşme yapılan uzmanlarca, Türkiye’nin medikal turizm konusunda kaliteli hizmet sunumunu; sahip olduğu modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarında, nitelikli insan kaynağı vasıtasıyla mevcut durumda zaten gerçekleştirebildiğini, dolayısıyla diğer 3 stratejiye daha çok ağırlık verilmesi gerektiği belirtilmiştir. Bunun yanında kaliteli hizmet sunumunun bir strateji olarak belirlenmesinin mutlaka gerekli olduğu, ancak belirlenen diğer stratejilerin daha fazla ön plana çıkarılarak, mevcut durumda sahip olunan kaliteli hizmet sunumunun desteklenmesi gerektiği vurgulanmıştır.

Tüm alt kriterler ele alınarak yapılan değerlendirmede, tehditler kümesi içerisinde yer alan; “T1. Fiyatlandırmada yapılan hatalar” alt kriterinin ikinci, “T3. Bölgedeki diğer ülkelerle yaşanan rekabet” alt kriterlerin ise üçüncü, en yüksek öncelik değerine sahip kriterler olduğu görülmektedir.

Tang ve Lau (2017) Malezya’daki politika yapıcıların medikal turizmde cazibe merkezi oluşturmaya yönelik olarak; fiyatların düşürülmesi, suç oranının azaltılması ve güvenliğin artırılmasının medikal turizmdeki sürdürülebilir ekonomik gelişim için en önemli unsur olduğunu belirtmiştir. Yapılan çalışmada tehditler arasında yer alan “T1. fiyatlandırmada yapılan hatalar” alt kriteri, en önemli ikinci unsur olarak yer almaktadır. Bunun yanında yapılan uzman görüşmelerinde, fiyatların düşürülmesine dayanan bir stratejinin kesinlikle yanlış bir strateji olacağı, burada kastedilenin çok düşük, çok yüksek ya da değişken bir fiyatlandırma stratejisinin yerine, standart ve devamlılığı olan bir fiyatlandırma politikasının uygulanmasıdır.

Modiri ve ark. (2017) İran medikal turizmi için en uygun stratejinin belirlenmesi amacıyla SWOT, Fuzzy DEMATEL, F.D. AAS ve F.VIKOR kullanarak yaptıkları çalışmada, fırsatlar ve zayıf yönleri en önemli faktörler olarak değerlendirmişlerdir. Uluslararası düzeyde tanınmış ve deneyimli doktorlar ise en önemli alt kriter olarak belirtilmiştir. Yapılan çalışmanın sonuçları da bu çalışmayı destekleyerek, “S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)” güçlü yönler arasında yer alan en önemli alt kriter olarak dikkat çekmektedir.

Noree ve ark. (2016) medikal turizmin Tayland sağlık sistemi üzerindeki etkilerini araştırmaya yönelik yaptığı çalışmada, 2010 yılında ülkeye gelen medikal turist sayısının hükümetin belirttiği gibi 1,2 milyon olmadığını, doğru verinin bu sayının yaklaşık % 13'ü olan 167.000 olduğunu belirtmiştir. Ayrıca bu durumun ülke sağlık sistemine çok büyük bir yük getirmediğini ve ülke sağlık sistemine maddi bir fayda sağladığı belirtilmiştir.

Medikal turist sayısını olduğundan fazla göstermeye dayanan pazarlama stratejileri bazı ülkeler tarafından uygulanmaktadır. Bu kapsamda Türkiye'ye medikal turizm amacıyla gelen hasta sayılarında ise tersi bir durum olduğu düşünülmektedir. Özellikle estetik amaçlı yapılan tedavilerde, genellikle özel hastane ya da kliniklerin bir kısmı tarafından bu hastalara ait verilerin girişlerinin, Bakanlığın “Yabancı Hasta Web Kayıt Sistemi” ne tam olarak yapılmadığı söylenebilir.

Ajmera ve ark. (2015) Hindistan medikal turizm endüstrisini SWOT-AAS ile inceledikleri çalışmada, yoga ve ayurveda gibi alternatif tedavi olanaklarını en önemli güçlü yön; sigorta şirketleriyle anlaşmaların bulunmaması en önemli zayıf yön; klinik mükemmeliyet kavramı en önemli tehdit ve gelişmiş ülkelerle kıyaslanabilecek kalitede hizmet sunumu en önemli fırsat olarak gösterilmiştir. Bu durum yapılan çalışmada Türkiye için medikal turizm açısından güçlü bir yön olarak değerlendirilmiştir.

Omay ve Cengiz (2013), Türkiye’de medikal turizmin planlanması konusunda kapsamlı bir hükümet politikasının bulunmadığını, medikal turizmi destekleyen kuruluş sayısının sınırlı olduğunu, bürokrasinin medikal turizmi desteklemediği ve bölge ülkelerdeki politik istikrarsızlığın medikal turizmi etkileyen başlıca zorluklar ve tehditler olduğunu ifade etmiştir. Çalışma kapsamında Strateji 1 (ST1) olarak belirlenen “*Medikal turizme yönelik kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi*” stratejisinin en önemli strateji olarak ön plana çıkması da bu çalışma sonuçlarını desteklemektedir.

Arefi ve ark. (2018)’nin İran’da yürüttükleri çalışmada, “helal” markası üzerine inşa edilecek bir markalaşma faaliyetinin medikal turizm markası oluşturulması açısından önemi vurgulanmıştır. Haram yiyecek ve içecek sunulmaması, kürtaj yapılmaması ve kuruluşlarda ibadethanenin bulundurulması bu kapsamda ele alınabilecek konular olarak belirtilmiştir. Her ne kadar yer verilmemiş olsa da yürütülecek olan pazarlama faaliyetleri içerisinde helal kavramını ön plana çıkaran

stratejilerin geliştirilmesinin, en azından belirlenecek hedef bölgeler için alternatif oluşturabileceği düşünülmektedir.

Medikal turizm pazarında sürdürülebilir küresel başarıya yönelik stratejilerin oluşturulabilmesi için; Sağlık Bakanlığı, Kültür ve Turizm Bakanlığı, Ekonomi Bakanlığı, Kalkınma Bakanlığı, Ulaştırma Bakanlığı ve kamu ya da özel fark etmeksizin sektörün diğer tüm paydaşlarının desteği alınmalıdır. Bu kapsamda mevzuat geliştirilmeli, oluşabilecek risklere karşı proaktif davranılarak önlem alınmalı, kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.

Strateji geliştirilirken; geleneksel turizmde yapılan hatalar değerlendirilerek, medikal turizmde bu hataların tekrarlanmamasına yönelik planlar yapılmalıdır. Ayrıca yerel halkın sağlık hizmetlerine ulaşımını olumsuz yönde etkileyebilecek unsurların önlenmesine yönelik planlamalar yapılmalıdır.

Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018)'nda "Öncelikli Dönüşüm Programları" arasında yer alan "Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı"na, Onbirinci Kalkınma Planında da yer verilmelidir. Bu sayede atılan adımların devamlılığının sağlanacağı düşünülmektedir.

Sektörün tüm paydaşlarının pazarlama faaliyetlerini yürütürken, Türkiye'nin medikal turizm markasını göz önünde bulundurarak hareket etmesi gereklidir. Küresel medikal turizm pazarında sürdürülebilir başarının, ancak güçlü bir medikal turizm markası oluşturulması yolu ile sağlanabileceği düşünülmektedir.

Çalışma SWOT analizine entegre edilen AAS yöntemi vasıtasıyla yapılmıştır. Türkiye için en uygun medikal turizm stratejilerini belirlemeye yönelik yapılacak olan daha sonraki çalışmalarda, diğer çok kriterli karar verme teknikleri kullanılabilir. Ayrıca uzman görüşü alınması kapsamında, görüşüne başvurulmuş uzmanlar sayı ve nitelik olarak farklılaştırılabilir. Medikal turizmde ön plana çıkan ülkelerin belirlenecek çeşitli kriterlere göre karşılaştırılması yoluyla üstünlüklerini belirlemeye yönelik çalışmalar yapılabilir.

KAYNAKLAR

Aaker, D.A. (2013). *Güçlü Markalar Yaratmak*. (Çeviren: Erdem Demir), İstanbul, Medicat Kitapları.

Aaker, D.A. (1996a). *Building Strong Brands*, New York, ABD, The Free Press.

Aaker, D.A. (1996b). Measuring brand equity across products and markets. *California Management Review*, Spring, 38(3), 102-120.

Aaker, J.L. (1997). Dimensions of brand personality. *Journal of Marketing Research*; Aug, 34(3), 347-356.

Acar, A.Z. ve Gürol, P. (2017). Türk lojistik ve taşımacılık firmalarının stratejik pozisyon ve aksiyonlarının değerlendirilmesi. *International Journal of Economic and Administrative Studies*, (16. ÜİK Özel Sayısı):767-780. DOI: 10.18092/ulikidince.323627}.

Adabi, K., Stern, C.S., Weichman, K.E., Garfein, E.S., Pothula, A., Draper, L ve Tepper, O.M. (2017). Population health implications of medical tourism, *Implications of Medical Tourism*, 140(1), 66-74. DOI: 10.1097/PRS.0000000000003459.

Adams, K., Snyder, J., Crooks, V. ve Hoffman, L. (2014). Medical tourism in The Caribbean: a call for cooperation. *West Indian Medical Journal Open*, 1 (2):70.

Agunias, D.R. ve Newland, K. (2013). *Developing a road map for engaging diasporas in development*, A handbook for policymakers and practitioners in home and host countries, International Organization for Migration (IOM), ISBN 978-92-9068-628-6.

Ahmed, A., Bwisa, H., Otieno, R. ve Karanja, K. (2014). Strategic decision making: process, models, and theories. *Business Management and Strategy*, 5(1). doi:10.5296/bms.v5i1.5267.

Ahmed, G., Al Amiri, N.ve Khan, W. (2018). Outward Medical Tourism: A Case of UAE. *Theoretical Economics Letters*, 8, 1368-1390. <https://doi.org/10.4236/tel.2018.87088>.

Ajmera P. (2017). Ranking the strategies for indian medical tourism sector through the integration of SWOT analysis and TOPSIS method. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, October 9; 30(8), 668-679.

Ajmera P., Singh, M. ve Satia, H.K. (2015). Prioritization of strengths, weaknsses, opportunities and threats of Indian medical tourism sector using integratd SWOT AHP. *International Journal of Innovative Research in Science, Engineering and Technology*, 4(5), 3665-3673. DOI: 10.15680/IJIRSET.2015.0405116.

Akdu, U. (2014). *Medikal Turizmde Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Sadakatinin Değerlendirilmesi*. Akdeniz Üniversitesi, Antalya, Yayınlanmamış Doktora Tezi.

Alarçin, E.Y. ve Uydacı, M. (2018). Examining the perceived value of health care consumers according to the gender roles. *Proceedings of 7th Annual American Business Research Conference 23 - 24 July 2015*, Sheraton LaGuardia East Hotel, New York, ABD, ISBN: 978-1-922069-79-5.

Alcan, P. (2012). SWOT Analizi. Erişim 11.10.2018. http://www.yildiz.edu.tr/~palcan/sistem_analizi.htm

Al-Refaie, A., Sy, E., Rawabdeh, I. ve Alaween, W. (2016). Integration of SWOT and AAS for effective strategic planning in the cosmetic industry. *Advances in Production Engineering ve Management*, 11(1), 49-58.

Alptekin, N. (2010). Analitik ağ süreci yaklaşımı ile Türkiye’de beyaz eşya sektörünün pazar payı tahmini. *Doğuş Üniversitesi Dergisi*, 11 (1), 18-27.

Alsharif, M.J., Labonté, R. ve Lu, Z. (2010). Patients beyond borders: a study of medical tourists in four countries. *Global Social Policy*, 10(3), 315–335.

Altin, M., Singal, M. ve Kara, D. (2011). Consumer decision components for medical tourism: a stakeholder approach. *16th Graduate Student Research Conference In Hospitality And Tourism*, At January 6-8, Houston, TX.

AMA, American Marketing Association, (2013). Erişim 18.11.2018. <https://www.ama.org/AboutAMA/Pages/Definition-of-Marketing.aspx>

Ambler, T. (2009). Do brands benefit consumers?. *International Journal of Advertising*, September, 16(3), 167 – 198, DOI: 10.1111/j.0265-0487.1997.00053.x}.

Amerika Birleşik Devletleri'nin Dünya Üzerindeki Konumu, Erişim 03.12.20185, <https://www.google.com/maps/@25.024578,-97.9438287,3.75z>

Arefi, A., Feiz, D., Beishami, B. ve Zarei, A. (2018). Halal brand is an effective solution for the development of medical tourism: a case study of hospital hotel. *Health, Spirituality and Medical Ethics*, 5(1), 2-7.

Arellano, A.B.R. (2007). Patients Without borders: the emergence of medical tourism. *International Journal of Health Services*, 37(1), 193–198.

Arı, H. (2017). Pazarlama perspektifinden medikal turizm ve Türkiye'nin medikal turizmdeki yeri. *Dergipark*, 1-10. Erişim 13.08.2018, <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/340102>

Arsham, H. (2010). Leadership decision making. Erişim 12.11.2018. <http://home.ubalt.edu/ntsbarsh/oper640>

Arsic, S., Nikolic, D. ve Zivkovic, Z. (2017). Hybrid SWOT - AAS - FAAS model for prioritization strategies of sustainable development of ecotourism in National Park Djerdap. Serbia, *Forest Policy and Economics*, 80, 11–26.

Aslanoğlu, S. (2007). Bir büyüme stratejisi olarak franchising sistemi; firmalar açısından önemi, mevzuat boyutu ve muhasebe uygulaması. *Afyon Kocatepe Üniversitesi, İİBF Dergisi*, 9(1), 71-94.

Aslanova, K. (2013). Türkiye'de sağlık turizmi ve sağlık turizmi hukuku. *Avrasya Uluslararası Araştırmalar Dergisi*, 2(3).

Ataç, Ö. ve Sur, H. (2018). Sağlık sistemleri (4): Singapur. *SD Dergisi*, Erişim 02.12.2018, <http://www.sdplatform.com/Yazilar/Kose-Yazilari/549/Saglik-sistemleri-4-Singapur.aspx>.

Ataman, H., Esen, M.F. ve Vatan, A. (2017). Medikal turizm kapsamında sunulan sağlık hizmetlerinde kalite ve hasta güvenliği. *Uluslararası Sağlık Yönetimi Ve Stratejileri Araştırma Dergisi*, 3(1), 28-44.

Aydın, D., Aypek, N., Aktepe, C., Şahbaz, P. ve Arslan, S. (2011). Türkiye’de medikal turizm, Erişim 07.10.2017, <http://www.byclb.com/Files/turizm/turkiyede-medikal-turizm-gelecegi.pdf>

Aydın, G. ve Aydın, G.K. (2015). Dünyada ve Türkiye’de sağlık turizmi pazarlama uygulamaları ve karşılaştırmalı durum analizi, *Pazarlama ve Pazarlama Araştırmaları Dergisi*, Sayı: 16, Temmuz, 1-21.

Aydın, O. (2012). Türkiye’de alternatif bir turizm; sağlık turizmi. *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 14 (23), 91-96.

Aysen, E., Yaylı, A. ve Helvacı, E. (2012). Üniversitelerin marka kişiliği algısının belirlenmesi üzerine bir araştırma. *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 4(4), 182-204.

Azimi, R., Yazdani-Chamzini, A., Fouladgar, M.M., Zavadskas, E.K. ve Basiri, M.H. (2011). Ranking the strategies of mining sector through AAS and TOPSIS in a SWOT framework, *Journal of Business Economics and Management*, 12(4), 670–689.

Barca, M., Akdeve, E. ve Balay, İ.G. (2013). Türkiye sağlık turizm sektörünün analizi ve strateji önerileri, *İşletme Araştırmaları Dergisi*, 5(3), 64-92.

Bayın, G. (2015). Türkiye’de sağlık turizmi alanında yapılan lisansüstü tezlerin içerik değerlendirmesi, *KMÜ Sosyal ve Ekonomik Araştırmalar Dergisi*, 17(28), 49-55.

Beladi, H., Chao, C.C., Ee, M.S. ve Hollas, D. (2015). Medical tourism and health worker migration in developing countries. *Economic Modelling*, 46, 391-396. DOI: 10.1016/j.econmod.2014.12.045.

Belber, B.G. ve Turan, A. (2015). Termal turizm işletmelerinde, turistik tüketicilerin tatmin düzeylerine etki eden faktörlerin belirlenmesi: Kırşehir İli üzerine bir uygulama, *Journal of Business Research*, 7(3), 457-481.

Bhaidkar, A. ve Goswami, A. (2017). Medical tourism in India and the health policy of the NDA government: an overview, *A Peer Reviewed Research Journal*, 22(1), 82-89.

Bies, W. ve Zacharia, L. (2007). Medical tourism: outsourcing surgery, *Mathematical and Computer Modelling*, 46, 1144–1159.

Bilim, Y. (2015). Dünyada Medikal Turizm, İçinde S.P. Temizkan (Ed.), *Sağlık Turizmi İçerisinde*, Ankara: Detay Yayıncılık; 101-126.

Binler, A. (2015). *Türkiye'nin Medikal Turizm Açısından Değerlendirilmesi ve Politika Önerileri*, T.C. Kalkınma Bakanlığı Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi.

Bloemer, J.M.M. ve Kasper, H.D.P. (1995). The complex relationship between consumer satisfaction and brand loyalty. *Journal of Economic Psychology*, 16, 311-329.

Bookman, Z.M. ve Bookman, R.K. (2007). *Medical Tourism in Developing Countries*, New York, Palgrave Macmillan.

Bristow, R.S., Yang, W.T. ve Lu, M.T. (2011). Sustainable medical tourism in Costa Rica, *Tourism Review*, 66 (1/2), 107-117.

Buccoliero, L., Bellio, E., Mazzola, M. ve Solinas, E. (2016). A marketing perspective to delight the patient 2.0: new and challenging expectations for the healthcare provider, *BMC Health Services Research*, 16(47).

Burkett, L. (2007). Medical tourism, *Journal of Legal Medicine*, 28(2), 223-245.

Carrera, P. ve Bridges, J.F.P. (2006). Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism, *Expert Rev Pharmacoecon Outcomes Res* 6(4), 447-54. doi: 10.1586/14737167.6.4.447.

Catron, J., Stainback, G.A. Dwivedi P. ve Lhotka, J.M. (2013). Bioenergy development in Kentucky: a SWOT-AAS analysis. *Forest Policy and Economics*, 28, 38-43.

Chanda, R. (2002). Trade in health services, *Bulletin of the World Health Organization*, 80(2), 158-160.

Chantrapornchai, C. ve Choksuchat, C. (2016). Ontology construction and application in practice case study of health tourism in Thailand, *Chantrapornchai and Choksuchat SpringerPlus*, 5:2106.

Chaudhuri, A. ve Holbrook, M.B. (2001). The chain of effects from brand trust and brand affect to brand performance: The role of brand loyalty. *Journal of Marketing*, April, 65(2), 81-93.

Chee, H.L. (2010). Medical tourism and the state in Malaysia and Singapore, *Global Social Policy*, 10(3), 336-357.

Chee, H.L. (2007). Medical tourism in Malaysia: international movement of healthcare consumers and the commodification of healthcare, *Asia Research Institute Working Paper Series*, Singapore, No. 83.

Chongsuvivatwong, V., Phua, K.H., Yap, M.T., Pocock, N.S., Hashim, J.H., Chhem, R., Wilopo, S.A. ve Lopez, A.D. (2011). Health and health-care systems in southeast asia: diversity and transitions, *Lancet*, 377(9763), 429-437.

Chuang, T.C., Liu, J.S., Lu, L.Y.Y. ve Lee, Y. (2014). The main paths of medical tourism: from transplantation to beautification, *Tourism Management*, 45, 49-58.

Connell, J. (2006). Medical tourism: sea, sun, sand and surgery, *Tourism Management*, 27, 1093-1100.

Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism: conceptualisation, culture and commodification, *Tourism Management*, 34, 1-13.

Crooks, V.A., Cohen, I.G., Adams, K., Whitmore, R. ve Morgen, J. (2015a). Inbound medical tourism to Barbados: a qualitative examination of local lawyers' prospective legal and regulatory concerns, *BMC Health Services Research*, 15:291.

Crooks, V.A., Li, N., Snyder, J., Dharamsi, S., Benjaminy, S., Jacob, J.J. ve Illes, J. (2015b). You don't want to lose that trust that you've built with this patient...: (dis)trust, medical tourism, and the canadian family physician-patient relationship, *BMC Family Practice*, 16:25. DOI 10.1186/s12875-015-0245-6.

Çelik, N. ve Murat, G. (2010). Analitik ağ süreci yöntemi ile üniversite dinamik entegre strateji modeli geliştirilmesi. *Yönetim*, 21(67).

Çeştepe, H. ve Ergün, H. (2011). Hizmet ticaretinin Dünya ve Türkiye ekonomisindeki yeri, *Bartın Üniversitesi İİBF Dergisi*, 2(4).

Çetin, T. (2011). Termal turizm potansiyeli açısından Kozaklı (Nevşehir) Kaplıcaları, *International Periodical For The Languages, Literature and History of Turkish or Turkic* 6(1).

Çoban, B. ve Karakaya, Y.E. (2010). Geleceği planlamada stratejik yönetim ve SWOT analizi: kavramsal yaklaşımlar, *e-Journal of New World Sciences Academy*, 5(4), Article Number: 3C0052 342-352.

Daniels, J.D., Radebaugh, L.H. ve Sullivan, D.P. (2011). *International Business Environments and Operations*. Thirteenth Edition, Global Edition, Pearson.

Das, G. ve Mukherjee, S. (2016). A measure of medical tourism destination brand equity. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 10(1), 104-128. DOI 10.1108/IJPHM-04-2015-0015.

Deloitte 2014 yılı küresel sağlık ve ilaç sektörü raporu Erişim 21.04.2017, <https://www2.deloitte.com/tr/tr/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/2014-global-life-sciences-outlook.html>

Deniz, M. (2016). *Türkiye Sağlık Turizmi ve Seçilmiş Ülkelerle Karşılaştırılması*, Ankara, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi.

Deniz, M.H. (2011). Markalı ürün tercihlerinin satın alma davranışları üzerindeki etkisi. *Journal of Social Policy Conferences*, 61(2), 243-268.

Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu (DEİK) (2014). Malezya Ülke Raporu, Erişim 22.10.2018. <https://www.deik.org.tr/uploads/malezya-ulke-bulteni-2014.pdf>

Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu (DEİK) (2012). Amerika Birleşik Devletleri Ülke Bülteni, Erişim 22.10.2018, <https://www.deik.org.tr/uploads/deik-amerika-birlesik-devletleri-ulke-bulteni-mart-2012.pdf>

Dinçer, Ö. (2003). *Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası*, İstanbul, Alfa Yayınları.

Doğan, A. ve Önder, E. (2014). İnsan kaynakları temin ve seçiminde çok kriterli karar verme tekniklerinin kullanılması ve bir uygulama, *Journal of Yasar University*, 9(34), 5796-5819.

Dolgui, A. ve Proth, J.M. (2010). Pricing strategies and models. *Annual Reviews in Control*. 34(1). 101-110. DOI: 10.1016/j.arcontrol.2010.02.005.

Durmaz, Y. ve Ertürk, S. (2016). Marka uygulamaları ve önemi, *International Journal of Academic Value Studies*, 2(2), 82-93.

Dünya Göz Hastaneler Grubu Yabancı Hasta Verileri, Erişim 23.08.2018.
<http://eng.dunyagoz.com/international/index.php>

Dünya Göz Hastaneler Grubu Yurt Dışı Merkezleri, Erişim 06.12.2018.
<http://www.dunyagoz.com/tr/merkezlerimiz/yurt-disi>

Dünya Sağlık Örgütü, (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*, First International Conference on Health Promotion, November.

Dünya Turizm Örgütü, (UNWTO). (2017). Erişim 09.10.2017.
<http://publications.unwto.org/publication/unwto-annual-report-2016-0>

Edinsel, S. ve Adıgüzel, O. (2014). Türkiye'nin sağlık turizmi açısından son beş yıldaki Dünya ülkeleri içindeki konumu ve gelişmeleri, *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 4(2), 167-190.

Ehrbeck, T., Guevara, C. ve Mango, D. (2008). *Mapping the Market for Medical Travel*, The McKinsey Quarterly: 1-11.

Elbanna, S. (2006). Strategic decision making: process perspectives. *International Journal of Management Reviews*, 8, 1-20.

Elbanna, S. ve Child, J. (2007). The influence of decision, environmental and firm characteristics on the rationality of strategic decision-making. *Journal of Management Studies*, 44(4), 61-591. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6486.2006.00670.x>

Emhan, A. (2007). Karar verme süreci ve bu süreçte bilişim sistemlerinin kullanılması, *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 6(21), 212-224.

Erdoğan, S., Aras, H. ve Koç, E. (2006). Evaluation of alternative fuels for residential heating in Turkey using analytic network process (AAS) with group decisionmaking. *Renewable and Sustainable Energy Reviews*, 10, 269-279.

Ergüven, M.H. (2015). Wellness Turizmi, İçinde S.P. Temizkan (Ed). *Sağlık Turizmi*, Ankara: Detay Yayıncılık; 127-140.

Ervural, B.Ç., Zaim, S., Demirel, O.F., Aydın, Z. ve Delen, D. (2018). An AAS and fuzzy TOPSIS-based SWOT analysis for Turkey's energy planning, *Renewable and Sustainable Energy Reviews*, 82, 1538-1550. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rser.2017.06.095>

Eugene, Y., Khalifah, O. ve Halim, A. (2013). Understanding medical tourists: word-of-mouth and viral marketing as potent marketing tools, *Tourism Management* 34, 196–201, DOI: 10.1016/j.tourman.2012.04.010.

Figuera, J., Greco, S. ve Ehrgott, M. (Ed) (2005). *Multiple Criteria Decision Analysis: State Of The Art Surveys*, Boston/Dordrecht/London, Kluwer Academic Publishers.

Fisher, C. ve Sood, K. (2014) What is driving the growth in medical tourism?, *Health Marketing Quarterly*, 31(3), 246-262.

Footman, K., Knai, C., Baeten, R., Glonti, K. ve McKee, M. (2014). *Cross-border health care in Europe*, Policy Summary 14, ISSN 2077-1584, Erişim 13.09.2018, http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/263538/Cross-border-health-care-in-Europe-Eng.pdf

Gan, L.L. ve Frederick J.R. (2011). Medical tourism facilitators: patterns of service differentiation, *Journal Of Vacation Marketing*, 17(3), 165-183.

Gegez, A.E. (2014). *Pazarlama Araştırmaları*, İstanbul, Beta Yayınları.

Gemalmaz, H.B. ve Ertan, H.M. (2015). Rabbim Cleveland dedi: sağlık turizmi-insan hakları ilişkisi üzerine başlangıç notları, *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi*, 70(4), 1003-1039.

Ghanbari, S., Hajinerad, A. ve Rahmani P. (2014). Formulating strategic plan of medical tourism development, *International Journal of Travel Medicine And Global Health*, 2(4), 149-154.

Gill, H. ve Singh, N. (2011). Exploring the factors that affect the choice of destination for medical tourism, *Journal of Service Science and Management*, 4, 315-324.

Glinos, I. (2012). Worrying about the wrong thing: patient mobility versus mobility of health care professionals, *Journal of Health Services Research ve Policy*, 17(4), 254.

Glinos, I.A., Baeten, R., Helble, M. ve Maarse, H. (2010). A typology of cross-border patient mobility, *Health ve Place*, 16(6), 1145–55.

Glinos, I.A., Doering, N. ve Maarse, H. (2012). Travelling home for treatment and eu patients' rights to care abroad: results of a survey among german students at maastricht university, *Health Policy*, 105(1), 38–45.

Görener, A. (2016). A SWOT-AHS approach for assessment of medical tourism sector in Turkey. *Alphanumeric Journal*, 4(2), 159-170.

Gray, H.H. ve Poland, S.C. (2008). Poland, medical tourism: crossing borders to access healthcare, *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 18(2), 193-201.

Greenfield, D., Pawsey, M., Hinchcliff, R., Moldovan, M. ve Braithwaite, J. (2012). The standard of healthcare accreditation standards: a review of empirical research underpinning their development and impact, *BMC Health Services Research*, 12, 329.

Groselj, P. ve Stirn, L.Z. (2015). The environmental management problem of Pohorje, Slovenia: A new group approach within AAS e SWOT framework. *Journal of Environmental Management*, 161, 106-112, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jenvman.2015.06.038>.

Güçlü, N. (2003). Stratejik yönetim. *Gazi Üniversitesi, Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23(2), 61-85.

Gül, M. (2015). *Müşteri Temelli Marka Değerinin Yaratılması Ve Termal Turizm Amaçlı Seyahat Eden Turistlerin Marka Algılarının Ölçülmesi: Balçova Örneği*. Balıkesir, Balıkesir Üniversitesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi.

Gülen, K.G. ve Demirci, S. (2012). *Türkiye'de Sağlık Turizmi Sektörü*, İstanbul, İstanbul Ticaret Odası.

Gülmez, M. (2013). Sağlık Turizminde Öncü Ülkeler, Turizm Politikaları ve Pazarlama Stratejileri, İçinde D. Tengilimoğlu (Ed.), *Sağlık Turizmi*, Ankara: Siyasal Kitapevi; 145-170.

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

Gümüş, S. ve Polat N. (2012). *Sağlık Turizminde Pazarlama Değişkenlerine Bir Bakış ve İstanbul Örneği*, İstanbul, Hiperlink Yayınları.

Güneş, G. (2013). Turizm Türleri ve Turizm Politikaları, Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi, İçinde D. Tengilimoğlu (Ed.), *Sağlık Turizmi*, Ankara, Siyasal Kitapevi, 17-46.

Hafizan, A.H., Mardiana, O., Syafiq, S.S., Jacinta, M.R., Sahar, B., Juni, M.H. ve Rosliza, A.M. (2018). Analysis of medical tourism policy: a case Study of Thailand, Turkey and India, *International Journal of Public Health and Clinical Sciences*, 5(3), 17-31.

Hai, H.L. ve Tsou, M.C. (2009). Strategic development for the department of information management of Shih Chien University Kaohsiung campus in Taiwan by a quantifiable SWOT analysis, *Journal of Information ve Optimization Sciences*, 30(1), 87-99.

Hall, C.M. (2013). *Medical Tourism; The Ethics, Regulation and Marketing of Health Mobility*, e-book, 10-18. https://www.researchgate.net/publication/306083015_Medical_Tourism_The_Ethics_Regulation_and_Marketing_of_Health_Mobility

Han, H. ve Hyun, S.S. (2015). Customer retention in the medical tourism industry: Impact of quality, satisfaction, trust, and price reasonableness. *Tourism Management*, 46, 20–29. DOI: 10.1016/j.tourman.2014.06.003.

Hanefeld, J., Horsfall, D., Lunt, N. ve Smith, R. (2013). Medical tourism: a cost or benefit to the NHS?, *PLoS ONE*, 8(10). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0070406>.

Hansson, S.O. (2005). *Decision Theory, A Brief Introduction, Department of Philosophy and the History of Technology*, Stockholm, Royal Institute of Technology (KTH). http://web.science.unsw.edu.au/~stevensherwood/120b/Hansson_05.pdf

Helms, M.M. ve Nixon, J. (2010). Exploring SWOT analysis – where are we now? A review of academic research from the last decade, *Journal of Strategy and Management*, 3(3), 215-251.

Herrick, D.M. (2007). *Medical Tourism: Global Competition in Health Care*, National Center for Policy Analysis, NCPA Policy Report No. 304.

Heung, V.C.S., Kucukusta, D. ve Song, H. (2010). A conceptual model of medical tourism: implications for future research, *J Travel Tourism Marketing*, 27, 236–51.

Hillen, M.A., Haes H.C. ve Smets, E.M. (2011). Cancer patients' trust in their physician – a review, *Psychooncology*, 20(3), 227–41. DOI: 10.1002/pon.1745.

Hill, T. ve Westbrook, R. (1997). SWOT analysis: it's time for a product recall, *Long Range Plan*, 30(1), 46-52.

Hindistan'ın dünya üzerindeki konumu, Erişim 03.12.2018, (<https://www.google.com/maps/@13.9099458,74.7050556,4.67z>).

Ho, K.T. (2015). Medical tourism: new strategies for the health care industry in Taiwan, *Journal of the Formosan Medical Association*, 114(2), 99-101.

Ho, W., Xu, X. ve Dey P.K. (2010). Multi-criteria decision making approaches for supplier evaluation and selection: A literature review, *European Journal Of Operational Research*, 202(1), 16-24.

Hoeffler, S. ve Keller, K.L. (2003). The marketing advantages of strong brands. *Journal of Brand Management*, 10(6), 421–445.

HOPE - European Hospital and Healthcare Federation, (2015). *Medical Tourism* September. Erişim 15.11.2018 https://www.bmgf.gv.at/cms/home/attachments/3/9/5/CH1161/CMS1182951248070/ho_pe_medical_tourism_september_2015.pdf

Hopkins, L., Labonte, R., Runnels, V. ve Packer, C. (2010). Medical tourism today: what is the state of existing knowledge?, *Journal of Public Health Policy*, 31(2), 185–198.

Horowitz, M.D. ve Rosensweig, J.A. (2007). Medical tourism - health care in the global economy, *The Physician Executive*, November-December:33(6), 24-30.

Horowitz, M.D., Rosensweig, J.A. ve Jones, C.A. (2007). Medical tourism: globalization of the healthcare marketplace, *Medscape General Medicine*, 9(4), 33.

Huang, W.J., Haller ve W.J. ve Ramshaw, G.P. (2015). The journey "home": An exploratory analysis of second-generation immigrants' homeland travel, *Journal of Leisure Research*, https://www.researchgate.net/publication/265978094_The_Journey_Home_An_Exploratory_Analysis_of_Second-generation_Immigrants'_Homeland_Travel

Hutchinson, B. (2011). *Medical Tourism Growing Worldwide*. Erişim 24.02.2018. <http://www.udel.edu/PR/UDaily/2005/mar/tourism072505.html>.

International Guides Top 5 Countries for Medical Tourism. Erişim 23.08.2018. <https://www.clements.com/resources/articles/Top-5-Countries-for-Medical-Tourism>.

International Medical Travel Journal (IMTJ). (2013). *New Visa Exemptions to Attract More Medical Tourists to Thailand*, Erişim 15.08.2018. <https://www.imtj.com/news/new-visa-exemptions-attract-more-medical-tourists-thailand/>

International Medical Travel Journal (IMTJ). (2013). *Singapore Medical Tourism Is Recovering*, Erişim 07.05.2017, <https://www.imtj.com/news/singapore-medical-tourism-recovering/>

Iordache, C., Ciochina, I. ve Roxana, P. (2013). Medical tourism - between the content and socio-economic development goals. Development strategies, *Romanian Journal of Marketing*, 1, 31-42.

Ishizaka, A. ve Nemery P. (2013). *Multi-Criteria Decision Analysis Methods and Software*, Wiley, e-book. ISBN: 978-1-119-97407-9.

İçöz, O. (2009). Sağlık turizmi kapsamında medikal (tıbbi) turizm ve Türkiye'nin olanakları, *Journal of Yasar University*, 4(14).

İlban, M.O., Köroğlu, A. ve Bozok, D. (2008). Termal turizm amaçlı seyahat eden turistlerde destinasyon imajı: Gönen örneği, *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 7(13), 105 -129.

İlker, G. (2012). *Türkiye'de Termal Turizme Yönelik Hizmet Veren Konaklama İşletmelerinde Pazarlama Karması Elemanları: Örnek Bir Alan Araştırması*, Konya, Selçuk Üniversitesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi.

İnaç, H. (2014). Çağımızın toplumsal algısını temsil eden parametrelerden 'kimlik', 'kültür' ve 'uygarlık' kavramlarının sosyo-politik analizi, *İslam Medeniyeti Araştırmaları Dergisi*, 1(1), 35-57.

İngiltere Nüfus Piramidi-2017, Erişim 29.10.2018.
<https://www.populationpyramid.net/united-kingdom/2017/>

İstanbul Uluslararası Sağlık ve Turizm Derneği (İSTUSAD). Erişim 27.10.2018.
<http://www.istusad.org/en/haberler/interview-with-anadolu-agency-aa-about-health-travel/>

Jang, S.H. (2017). Factors associated with korean immigrants' medical tourism to the homeland, *American Journal of Health Behavior*, 41(4), 461-470.

Joint Commission International (JCI), Accredited Organizations, Erişim 21.02.2018. <https://www.jointcommissioninternational.org/about-jci/jci-accredited-organizations/>

Johnston, R., Crooks, V.A. ve Ormond, M. (2015a). Policy implications of medical tourism development in destination countries: revisiting and revising an existing framework by examining the case of Jamaica, *Globalization and Health*, 11(29).

Johnston, R., Crooks, V.A., Snyder, J. ve Whitmore, R. (2015b). The major forces that need to back medical tourism were ... in alignment: championing development of barbados's medical tourism sector, *International Journal of Health Services*, 45(2), 334-352.

Johnston, R., Crooks, V.A., Snyder, J. ve Kingsbury P. (2010). What is known about the effects of medical tourism in destination and departure countries? A scoping review, *International Journal For Equity in Health*, 9(24).

Jotikasthira, N. (2010). *Salient factors influencing medical tourism destination choice*. DBA thesis, Southern Cross University, Lismore, NSW.
<https://epubs.scu.edu.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1151&context=theses>

Kahraman, C., Demirel, N.C. ve Ateş, N.Y. (2008). *A SWOT-AHP application using fuzzy concept: E-Government in Turkey, Fuzzy Multi-Criteria Decision Making Book*-Edited By Cengiz Kahraman, Springer Science-Business Media.

Karagülle, M.Z. (2016). *Kaplıca ve SPA'nın Kökleri*, Erişim 07.08.2017. <http://www.kaplicalarderneği.com/icerik.asp?id=84>

Keegan, W.J. ve Green, M.C. (2013). *Global Marketing*. 7. Edition, New Jersey, ABD, Pearson.

Keller, K.L. (1993). Conceptualizing, measuring, and managing customer- based brand equity, *Journal of Marketing*, 57(1), 1-22.

Khan, S. ve Alam, A. (2014). Kingdom of Saudi Arabia: A potential destination for medical tourism, *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 9(4), 257-262.

Khanna, T. (2007). The rise of medical tourism, *Harvard Business School Working Knowledge*, Published: December, 17-23.

Kılınc, İ. (2017). Türkiye medikal turizm sektöründe hizmet kalitesi ve memnuniyet üzerine bir alan araştırması, *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi*, 8(17), 130-143.

Kim, Y.H., Boo, C., Demirel, I. ve Kim, M. (2011). A case study of health tourism in the Jeju Province, South Korea, *Florida International University Review*, 29(1), 64–84.

Kitapçı, O.C. (2014). *Türkiye’de Medikal Turizm İçin Model Önerisi*, İstanbul, Marmara Üniversitesi, Yayınlanmamış Doktora Tezi.

Koçel, T. (2007). *İşletme Yöneticiliği*, 11.Baskı, İstanbul, Arıkan Basım Yayın.

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

Kotler, P. (2000). *Marketing Management*. New Jersey, ABD, Pearson; Millenium Edition, Prentice Hall.

Kotler, P. (2011). *B2B Marka Yönetimi*. Mediacat Kitapları, 2. Baskı, İstanbul.

Kotler, P. ve Armstrong, G. (2012). *Principles of Marketing*. New Jersey, ABD, 14. Edition, Upper Saddle River, Prentice Hall.

Kotler, P. ve Keller, K.L. (2016). *Marketing Management*, Global Edition, Erişim 22.10.2018
https://www.academia.edu/34621802/Kotler_and_Keller_Marketing_Management_15th_Global_Ed._2016

Kotler, P., Saliba, S. ve Wrenn, B. (1991). *Marketing management: Analysis, Planning, And Control: Instructor's Manual*. New Jersey, ABD, Prentice-hall.

Kumar, A., Sah, S., Singh, A.R., Denga, Y., He, X., Kumar P. ve Bansal, R.C. (2017). A review of multi criteria decision making (MCDM) towards sustainable renewable energy development. *Renewable and Sustainable Energy Reviews*, 69, 596-609.

Kurnuç, M., Boztoprak, F. ve Ada, A. (2016). Algısal marka değerlerinin bireysel farklılıklar açısından değerlendirmesi: Türkiye, Pasinler örneği. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, Afro-Avrasya Özel Sayısı-Aralık, 361-377.

Kuru, A. ve Akın, B. (2012). Entegre yönetim sistemlerinde çok kriterli karar verme tekniklerinin kullanımına yönelik yaklaşımlar ve uygulamaları, *Öneri*, 10(38), Temmuz, 129-144.

Lacoeuilhe, J., Selima, B.M., Belaïd, S. ve Petrescu, M. (2017). Are brand benefits perceived differently in less developed economies ? A scale development and validation. *Journal of Marketing Analytics*, 5(3), 111-120. DOI 10.1057/s41270-017-0024-4.

Lautier, M. (2008). Export of health services from developing countries: the case of Tunisia, *Social Science ve Medicine*, 67, 101–10.

Lee, C. ve Spisto, M. (2007). *Medical Tourism, The Future Of Health Services*, In 12th International Conference On ISO 9000 and TQM.

Lee, J.Y., Kearns, R.A. ve Friesen, W. (2010). Seeking affective health care: korean immigrants' use of homeland medical services, *Health Place*, 16(1), 108-115.

Lee, M., Han, H. ve Lockyer, T. (2012). Medical tourism-attracting Japanese tourists for medical tourism experience, *Journal Of Travel And Tourism Marketing*, 29, 69-86.

Lee, Y.H. (2013). Application of a SWOT-FAAS method, *Technological and Economic Development of Economy*, 19(4), 570-592.

Leggat, P. ve Kedjarune, U. (2009). Dental health, “dental tourism” and travellers, *Travel Medicine and Infectious Disease*, 7(3), 123-124.

Legido-Quigley, H., Glinos, I.A., Baeten, R., McKee, M. ve Busse, R. (2012). Analysing arrangements for cross-border mobility of patients in the european union: a proposal for a framework, *Health Policy*, 108, 27–36.

Leong, T., *Malaysia Tries To Parlay Appeal To Muslim Visitors Into Medical Tourism Push*, Erişim 10.06.2017, <http://www.reuters.com/article/us-malaysia-medical-idUSKBN0FY2AT20140729>

Loh, C.A. (2014). Health tourism on the rise? Evidence from the balance of payments statistics, *The European Journal of Health Economics*, 15, 759–766.

Loh, C.A. (2015). Trends and structural shifts in health tourism: evidence from seasonal time-series data on health-related travel spending by Canada during 1970-2010, *Social Science ve Medicine* 132, 173-180.

Lunt, N. (2015). International patients on operation vacation: medical refuge and health system crisis. *International Journal of Health Policy Management*, 4(5), 323-325. doi: 10.15171/ijhpm.2015.56.

Maini, V. (2013). Health tourism in India-A SWOT analysis, *International Journal of Research and Development - A Management Review (IJRDMR)*, 2(1), 73-76.

Malezya'nın Dünya Üzerindeki Konumu, Erişim 03.12.2018, <https://www.google.com/maps/@25.024578,-97.9438287,3.75z>

Medical Tourism Prices, (2018). Erişim 12.08.2018. <https://medicaltourism.com/Forms/price-comparison.aspx>

Medical Tourism Statistics and Facts, Erişim 23.07.2017. <https://www.health-tourism.com/medical-tourism/statistics/>

Menvielle, W. (2011). Medical tourism: A decision model in a service context. *Tourism*, 59(1), 47-61.

Milli Eğitim Bakanlığı (MEB), (2011). *Yaşlılık Süreci 762SHD030*, Ankara, Aile Ve Tüketici Hizmetleri. http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Ya%C5%9F1%C4%B1%C4%B1k%20S%C3%BCreci.pdf.

Miyashita, Y., Akalephan, C., Jirhandeh, N.A. ve Sungyuth, C. (2017). Cross-border movement of older patients: a descriptive study on health service use of Japanese retirees in Thailand, *Globalization and Health* 13(14).

Modiri, M., Karimi, S.H. ve Hashemi, D.Z. (2017). Choosing medical tourism strategy based on SWOT and fuzzy multi-criteria decision making, *Journal of Health Administration (JHA)*, 20(68), 23-36.

Moghimehfar, F. ve Nasr-Esfahani, M.H. (2011). Decisive factors in medical tourism destination choice: a case study, *Tourism Management*, 32, 1431-1434.

Momeni, K., Janati, A., Imani, A., Khodayari-Zarnaq, R. ve Arab-Zozani, M. (2017). An analysis of competitive situation medical tourism industry: a case study in northwest Iran. *Bali Medical Journal* 6(2), 279-288. DOI:10.15562/bmj.v6i2.529.

Moreira, P. (2014). Health and medical tourism: health management and marketing research challenges international, *Journal of Healthcare Management*, 7(4), 221-222.

Mucuk, İ. (2012). *Pazarlama İlkeleri*, 19. Basım, İstanbul, Türkmen Kitapevi.

Mugomba, C. ve Danell, S.C. (2007). *Medical Tourism And Its Entrepreneurial Opportunities - A Conceptual Framework For Entry Into The Industry*, *Tourism Ve Hospitality Management*, Master Thesis, School Of Business, Economics And Law, Göteborg University.

Musa, G., Thirumoorthi, T. ve Doshi, D. (2012). Travel behaviour among inbound medical tourists in Kuala Lumpur, *Current Issues in Tourism*, 15(6), 525-543.

Mutlu, Ö. (2016). A SWOT-AHP approach for assessment of medical tourism sector in Turkey, *Alphanumeric Journal*, 4(2), 159-170. DOI : 10.17093/aj.2016.4.2.

Nal, M. ve Nal, B. (2018) Sağlık Çalışanlarının İş Doyumu Düzeylerinin İncelenmesi: Bir Kamu Hastanesi Örneği, *Ordu Üniversitesi Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi*, 8(1), 131-140.

Nanu, V.C.T. (2010). *International Joint Ventures, KDI School of Public Policy and Management*, Master Of Business Administration, Master Thesis.

Niemira, M.P. ve Saaty, T.L. (2004). An analytic network process model for financial-crisis forecasting, *International Journal of Forecasting*, 20, 573–587.

Noree, T., Hanefeld, J. ve Smith, R. (2016). Medical tourism in Thailand: a cross-sectional study, *Bulletin of the World Health Organization*, 2016;94:30–36, doi: <http://dx.doi.org/10.2471/BLT.14.152165>.

Noree, T. (2015). *The Impact Of Medical Tourism On The Domestic Economy And Private Health System: A Case Study Of Thailand*, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Yayınlanmamış Doktora Tezi.

OECD, (2018a). *Focus On Spending On Health: Latest Trends, OECD Health Statistics 2018*, Erişim 27.08.2018, <http://www.oecd.org/health/health-systems/Health-Spending-Latest-Trends-Brief.pdf>

OECD, (2018b). *Health Workforce Migration*, Erişim 14.09.2018, https://stats.oecd.org/index.aspx?DataSetCode=HEALTH_STAT

OECD, (2018c). *Sağlık Harcamalarının, Gayri Safi Yurtiçi Hasılaya Oranı % 2016 Yılı*, Erişim 14.08.2018, <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

OECD, (2018d). *OECD Health Statistics 2018: Frequently Requested Data*, Erişim 26.10.2018, <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-statistics.htm>

Omay, E.G.G. ve Cengiz, E. (2013). Health tourism in Turkey: opportunities and threats. *Mediterranean Journal of Social Sciences*, 4(10), 424. Doi:10.5901/mjss.2013.v4n10p424.

Ostrega, A. Felice, F.D. ve Petrillo, A. (2011). *ANP-SWOT Approach To Minimize Environmental Impacts Due Mining Activities*. Proceedings of the International Symposium on the Analytic Hierarchy Process.

Ormond, M., Mun, W.K. ve Khoon, C.C. (2014). Medical tourism in Malaysia: How can we better identify and manage its advantages and disadvantages?, *Global Health Action*, 7(1), 25201, DOI: 10.3402/gha.v7.25201.

Önder, E. ve Kabadayı, N. (2015). Supplier Selection in hospitality industry using ANP. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, January, 5(1). DOI: 10.6007/IJARBS/v5-i1/1417.

Ömürbek, N., Demirci, N. ve Akalın P. (2013). Analitik ağ süreci ve TOPSIS yöntemleri ile bilim dalı seçimi. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi*, 5(9), 118-140.

Özcan, Z.K. ve Aydın, V. (2015). *Sağlık Turizmi (Teori ve Politika)*, Kocaeli, Umuttepe Yayınları.

Özdağoğlu, A. (2013). Çok ölçütlü karar verme modellerinde normalizasyon tekniklerinin sonuçlara etkisi: COPRAS örneği, *Eskişehir Osmangazi Üniversitesi İİBF Dergisi*, Ekim 8(2), 229-252.

Özsarı, S.H. ve Karatana, Ö. (2013). Sağlık Turizmi Açısından Türkiye'nin Durumu. *The Medical Journal of Kartal Training and Research*, 24(2), 136-144 doi: 10.5505/jkartaltr.2013.69335.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. ve Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: A multiple-item scale for measuring consumer perceptions of service quality, *Journal of Retailing*, 64(1), 12-40.

Park, J., Ahn, J. ve Yoo, W.S. (2017). The effects of price and health consciousness and satisfaction on the medical tourism experience, *Journal Of Healthcare Management*, November/December; 62(6), 405-417.

Parry, B. (2008). Entangled exchange: reconceptualising the characterisation and practice of bodily commodification, *Geoforum*, 39, 1133-1144.

Paul, D.P., Barker, T., Watts, A.L., Messinger, A. ve Coustasse, A. (2017). Insurance companies adapting to trends by adopting medical tourism, *The Health Care Manager*, 36(4), 326-333.

Phadermrod, B., Crowder, R.M. ve Wills, G.B. (2016). Importance-performance analysis based SWOT analysis, *International Journal of Information Management*, JJIM-1503. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijinfomgt.2016.03.009>.

Pocock, N.S., Phua ve K.H. (2011). Medical tourism and policy implications for health systems: a conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia, *Globalization and Health*, 7(12).

Pollard, K., (2017). *International Medical Travel Journal IMTJ*, Erişim 18.11.2018. <https://www.imtj.com/blog/measuring-roi-medical-tourism-promotion/>

Pollard, K. (2012). *International Medical Travel Journal IMTJ*, Erişim 18.11.2018. <https://www.imtj.com/blog/how-can-we-measure-destinations-attractiveness/>

Qolipour, M., Tarabipour, A., Khiavi, F.F. ve Malehi A.S. (2017). Validation of Medical tourism service quality questionnaire (MTSQQ) for Iranian hospitals, *Electronic Physician*, 9(3), 3905-3911. DOI: <http://dx.doi.org/10.19082/3905>.

Reddy, S.G., York, V.K. ve Brannon, L.A. (2010). Travel for treatment: students' perspective on medical tourism, *International Journal of Tourism Research*, 12, 510–522.

Resmi Gazete, *Sağlık Turizminin Geliştirilmesi Programı (2014-2018)*, Erişim 13.10.2017. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/07/20130706M1-1-1.doc>

Resmi Gazete, *Türkiye Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018)*. Erişim 24.02.2018. <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/07/20130706M1-1.htm>

Resmi Gazete, *Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik*, Erişim 24.02.2018. <http://www.resmigazete.gov.tr/main.aspx?home=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/07/20170713.htm&main=http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/07/20170713.htm>

Rezaee, R., Mohammadzadeh, M. (2016). Effective factors in expansion of medical tourism in Iran. *Medical Journal of The Islamic Republic of Iran*, (5 September). 30:409.

Rokni, L., Avci, T. ve Park, S.H. (2017). Barriers of Developing Medical Tourism in a Destination: A Case of South Korea. *Iran Journal of Public Health*, 46(7), 930-937.

Roy, D.G., Bhattacharya, S. ve Mukherjee, S. (2018). Qualitative explorations into customer based brand equity (CBBE) for medical tourism in India, *The Qualitative Report*, 23(10), 2422-2452.

Saaty, T.L. (2008). Decision making with the analytic hierarchy process. *International Journal of Services Sciences*, 1(1), 83–98.

Saaty, T.L. (2006). Rank from comparisons and from ratings in the analytic hierarchy/network processes. *European Journal of Operational Research*, 168, 557-570.

Saaty, T.L. (2004). Fundamentals of the analytic network process—multiple networks with benefits, costs, opportunities and risks. *Journal of systems science and systems engineering*, 13(3), 348-379.

Saaty, T.L. ve Vargas, L.G. (2007). Dispersion of group judgments. *Mathematical and Computer Modelling*, 46, 918-925. doi:10.1016/j.mcm.2007.03.004

Saaty, T.L. ve Vargas, L.G. (2006). *Decision Making with the Analytic Network Proce Economic, Political, Social and Technological Applications with Benefits, Opportunities, Costs and Risks*, United States of America: Springer Science Business Media, LLC.

Sağlık Turizmini Geliştirme Konseyi THTC. (2017). Erişim 18.11.2018. <https://thtcd.org/page/saglik-turizmi>

Sarantopoulos, I., Vicky, K. ve Geitona, M. (2014). A supply side investigation of medical tourism and ICT use in Greece, *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 148, 370 – 377.

Sarwar, A. (2013). Medical Tourism in Malaysia: Prospect and Challenges, *Iranian Journal of Public Health*, 42(8), 795-805.

Sayım, F. ve Aydın, V. (2011). Hizmet sektörü özellikleri ve sistematik olmayan risklerin sektör menkul kıymetleri ile etkileşimine dair teorik bir çalışma, *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 29, 245-262.

Selden, A.C., Gipson, R.C. ve Parker, A.B. (2008). *An Introduction to Franchising*, Minnesota Department of Employment And Economic Development, ISBN:1-888404-48-5. <http://www.worldcat.org/title/introduction-to-franchising/oclc/328253908>

Serçek, S. ve Hassan, A. (2016). Turizmde destinasyon markalaşması ve Diyarbakır örneği. *Seyahat ve Otel İşletmeciliği Dergisi*, 13(1), 6-27.

Sevim, E. ve Yıldırım, F.B. (2018). Sağlık Turizmi ve Karar Verme, İçinde E. Önder ve B.F. Yıldırım (Ed.), *Sağlık Yönetiminde Karar Verme-I İçerisinde*, Bursa: Dora Yayıncılık; 341-378.

Sevklı, M., Oztekin, A., Uysal, O., Torlak, G., Turkyılmaz, A. ve Delen, D. (2012). Development of a fuzzy AAS based SWOT analysis for the airline industry in Turkey. *Expert Systems with Applications* 39, 14–24.

Shahabi, R.S., Basiri, M.H., Kahag, M.R. ve Zonouzi, S.A. (2014). An AAS–SWOT Approach for interdependency analysis and prioritizing the Iran’s steels scrap industry strategies, *Resources Policy*, 42, 8-26.

Shapoval V., Wang., C. Hara T. ve Shioya, H. (2018). Data mining in tourism data analysis: inbound visitors to Japan, *Journal of Travel Research*, 57(3), 310–32, <https://doi.org/10.1177/0047287517696960>.

Sheppard, C.E., Lester, E.L.W., Chuck, A.W., Kim, D.H., Karmali, S., Gara, C.J. ve Birch, D.W. (2014). Medical tourism and bariatric surgery: who pays?, *Surgical Endoscopy*, 28, 3329–3336.

Shu, L.H., Tieh, Y.F. ve Yen, M. (2015). Using fuzzy gap analysis to measure medical tourism service quality, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 28(7).

Singapur’un Dünya Üzerindeki Konumu, Erişim 03.12.2018, <https://www.google.com/maps/@-2.7238755,99.1780459,4.69z>

Smith, P.C. ve Forgione, D.A. (2007). Global outsourcing of healthcare: a medical tourism decision model. *Journal of Information Technology Case and Application Research*, 9(3), 19-30.

Snyder, J., Byambaa, T., Johnston, R., Crooks, V.A., Janes, C. ve Ewan, M. (2015a). Outbound medical tourism from Mongolia: a qualitative examination of proposed domestic health system and policy responses to this trend, *BMC Health Services Research*, 15(187).

Snyder, J., Crooks, V.A., Johnston, R., Adams, K. ve Whitmore, R. (2015b). Medical tourism's impacts on health worker migration in the Caribbean: five examples and their implications for global justice, *Global Health Action*, 8, 10.3402/gha.v8.27348.

Sparks, B.A. ve Fredline, E.D. (2007). Providing an explanation for service failure: context, content and customer responses, *Journal of Hospitality ve Tourism Research*, 31(2), 1-35.

Sumant, O. ve Shaikh, S., (2017). *Medical Tourism Market By Treatment Type (Cardiovascular Treatment, Orthopedic Treatment, Neurological Treatment, Cancer Treatment, Fertility Treatment, And Others) - Global Opportunity Analysis and Industry Forecast*, 2017-2023. Erişim 13.08.2018. <https://www.alliedmarketresearch.com/medical-tourism-market>

Sur, H. (2013). Veriye Dayalı Yönetim, İçinde H. Sur ve T. Palteki (Ed.), *Hastane Yönetimi*, İstanbul, Nobel Tıp Kitapevi, 83-92.

Sülkü, S.N. (2017). Sağlık Turizminde Türkiye'nin Dünyadaki Yeri Ve Potansiyeli. *Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, 3(1), 99-133.

Ülkü, S.N. (2017). Sağlık turizminde Türkiye'nin dünyadaki yeri ve potansiyeli, *Uluslararası İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*, Özel Sayı 1, 99-113.

Şahin, G.G. ve Tuzlukaya, Ş. (2013). Turizm Türleri ve Turizm Politikaları, Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Turizmi, İçinde D. Tengilimoğlu (Ed.), *Sağlık Turizmi*, Ankara, Siyasal Kitapevi, 48-51.

Tang, C.F. ve Lau, E. (2017). Modelling the demand for inbound medical tourism: The case of Malaysia, *International Journal of Tourism Research*, 19, 584–593. DOI: 10.1002/jtr.2131.

Tayland'ın Dünya Üzerindeki Konumu, Erişim 03.12.2018, <https://www.google.com/maps/@9.8732681,91.9971472,4.68z>

Temizkan, S.P. (2015). *Sağlık Turizmi*, Ankara, Detay Yayıncılık.

T.C. Cumhurbaşkanlığı İletişim Merkezi, (2017). Erişim 18.11.2018. <http://www.iletisim.gov.tr/english/agenda/1.1-million-foreigners-visit-turkey-annually-for-health-tourism/117444>

T.C. Ekonomi Bakanlığı, *Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Tebliğ (Tebliğ No:2012/4)*. Erişim 12.10.2018, <https://www.deik.org.tr/duyurular-doviz-kazandirici-hizmet-ticaretinin-desteklenmesi-hakkinda-teblig>

T.C. Kalkınma Bakanlığı, *Onuncu Kalkınma Planı (2014-2018)*. Erişim 13.08.2017, <http://www.kalkinma.gov.tr/Lists/Kalkinma%20Planlar/Attachments/12/Onuncu%20Kalk%C4%B1nma%20Plan%C4%B1.pdf>

T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı, *Sağlık ve Termal Turizm*, Erişim 12.10.2017. <http://www.ktbyatirimisletmeler.gov.tr/TR,11492/saglikve-termal-turizmi-tanimi.html>

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2017). *Fiyat Tarifeleri Usul ve Esasları Ek-1*, Erişim 12.10.2018. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/13885,ek-1--fiyat-tarifeleri-usul-ve-esaslaripdf.pdf?0>

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2017). *Sağlık Turizmi Çeşitleri*, Erişim 12.10.2017. <http://www.saglikturizmi.gov.tr/TR,176/saglik-turizmi-cesitleri.html>

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2018). *Faaliyet Raporu 2017*, Ankara, Yayın No: 1092, Vega Basım Hizmetler.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2018). *Sağlık Turizmi Yetki Belgesi Almaya Hak Kazanan Aracı Kuruluşlar*, Erişim 24.10.2018. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/27127,araci-kuruluslarpdf.pdf?0>

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2018). *Türkiye Uluslararası Hasta Raporu 2017*, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, (2018). *Türkiye’de Sağlık Turizmi*, Erişim 13.12.2018. <http://saglikturizmi.gov.tr/TR,175/saglik-turizmi-hakkinda.html>

T.C. Ulaştırma Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı, (2016). *Bütçe 2017*, Erişim 27.10.2018. <http://www.udhb.gov.tr/images/butce/6c72b7bc5767c2a.pdf>

Tengilimoğlu, D. (2014). *Sağlık Hizmetlerinde Pazarlama*, 3. Baskı, Ankara, Siyasal Kitabevi.

Tengilimoğlu, D. (Ed.). (2013). *Sağlık Turizmi*, Ankara, Siyasal Kitabevi.

Tengilimoğlu, D., Akbolat, M. ve Işık, O. (2015). *Sağlık İşletmeleri Yönetimi*. 7. Basım, Ankara, Nobel Akademik Yayıncılık.

Tengilimoğlu, D. ve Kahraman, Ö. (2013). Turizm Türleri ve Turizm Politikaları, Dünyada ve Türkiye’de Sağlık Turizmi, İçinde D. Tengilimoğlu (Ed.), *Sağlık Turizmi*, Ankara, Siyasal Kitabevi, 99-121.

Tengilimoğlu, D., (2005). Sağlık turizmi: tedavi amaçlı turizm ve termal turizmde sorunlar ve çözüm önerileri, *Hastane Dergisi*, 34, Mayıs- Haziran, 90-96.

Terry, N.P. (2007). Under-regulated health care phenomena in a flat world: medical tourism and outsourcing, *Western New England Law Review*, 29(421), <http://digitalcommons.law.wne.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1078&context=lawreview>

The History of Medical Tourism, Erişim 23.07.2017. <https://www.health-tourism.com/medical-tourism/history/>

The World Bank, *International Comparison Program Database*, Erişim 23.02.2018. <https://data.worldbank.org/indicator/NY.GNP.PCAP.PP.CD>

Tokmak, C. (2015). Termal Turizm. İçinde S.P. Temizkan (Ed.), *Sağlık Turizmi*, Ankara, Detay Yayıncılık, 37-73.

Tontuş, H.Ö. (2015). *Sağlık Turizminde Tanıtım ve Markalaşma*, Sağlık Bakanlığı, SATURK Yayını.

Toprak, L., Elsaied, H.H. ve Mahmood, S.A. (2014). Turizmin yükselen trendi: sağlık turizmi ve Güneydoğu Anadolu Bölgesi örneği, *Electronic Journal of Social Sciences*, Yaz, 13(50), 38-57.

Topuz, N. (2012). *Türkiye Sağlık (Medikal) Turizmi Stratejisi 2023*, Ankara, T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı Yatırım ve İşletmeler Genel Müdürlüğü.

Turan, G. (2014). Çok Kriterli Karar Verme, İçinde B.F. Yıldırım ve E. Önder (Ed.), *Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri*, Bursa, Dora Yayıncılık, 15-20.

Turizm Aktüel. Yeni havalimanı İstanbul turizmini nasıl etkileyecek?, Erişim 22.11.2018. <https://www.turizmaktuel.com/haber/istanbul-havalimani-turizmi-nasil-etkileyecek>

Turner, L. (2007). First world health care at third world prices: globalization, bioethics and medical tourism, *BioSocieties*, (2), 303–325.

Turner, L. (2012). Beyond medical tourism: Canadian companies marketing medical travel, *Globalization and Health*, 8(16).

Turpin, S.M. ve Marais, M.A. (2004). Decision-making: theory and practice. *Orion*. 20(2), 143–160. DOI:10.5784/20-2-12.

Türk Dil Kurumu (TDKa). “*ihracat*”, Erişim 14.08.2018. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gtsvekelime=%C4%B0HRACAT

Türk Dil Kurumu (TDKb). “*karar*”, Erişim 14.10.2018. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gtsvekelime=KARAR

Türk Dil Kurumu (TDKc). “*diaspora*”, Erişim 30.11.2018. http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_karsilik&arama=kelime&guid=TDK.GT.S.5c00f6a42dfd32.90759994

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİKa). *Nüfus Projeksiyonları, 2018-2080*, Erişim 17.10.2018. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=30567>

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİKb). *Yıllara Göre Turizm Verileri*, Erişim 09.08.2017. www.tuik.gov.tr/PreIstatistikTablo.do?istab_id=1609

Türkiye Sağlık Turizmi Derneği (TSTD), Erişim 12.01.2018. <http://www.saglikturizmi.org.tr/tr/saglik-turizmi/genel-bilgi>

Türkiye Seyahat Acenteleri Birliği, (TURSAB). (2018). *Aylık Turist Sayıları 1999-2018*, Erişim 22.10.2018. <https://www.tursab.org.tr/tr/turizm-verileri>

Türkiye Seyahat Acenteleri Birliği, (TURSAB). (2014). *TÜRSAB Sağlık Turizmi Raporu*, Erişim09.01.2018. http://www.tursab.org.tr/dosya/12186/saglikturizmiraporu_12186_5485299.pdf

Uçakçioğlu, B. ve Eren, T. (2017). Analitik Hiyerarşi Prosesi ve VIKOR Yöntemleri ile Hava Savunma Sanayisinde Yatırım Projesi Seçimi, *Harran Üniversitesi Mühendislik Dergisi*, 02 p.35-53.

Uluslararası Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD). (1996). *Globalisation and Small and Medium Enterprises*, Paris.

Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirket (USHAŞ). (2018). *Sağlık Turizminde “Uluslararası Sağlık Hizmetleri A.Ş.” Dönemi*, Erişim 05.11.2018. <https://www.trthaber.com/haber/saglik/saglik-turizminde-uluslararasi-saglik-hizmetleri-as-donemi-377484.html>

Uluslararası Sağlık Turizmi Ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik Kapsamındaki Kişilere Sunulan Sağlık Hizmetlerinin Fiyatlandırma Usul Ve Esasları, Erişim 12.08.2018. <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/13885,ek-1--fiyat-tarifeleri-usul-ve-esaslaripdf.pdf?0>

Uma, H.R. (2011). *Impact of Recession on Medical/Health Tourism in India - A Blessing in Disguise?*, 2nd International Conference on Business, Economics and Tourism Management, Singapore, 24, 106-109.

Us, M.N. ve Yardan E.D. (2016). Hastane cerrahi ve dahili polikliniklerinin JCI akreditasyon standartlarına uygunluğunun uzman gözlemci gözüyle değerlendirilmesi, *Akademik Sosyal Araştırmalar Dergisi*, (4)35, Aralık, 438-454.

Ülgen, H. ve Mirze, S.K. (2010). *İşletmelerde Stratejik Yönetim*, 5. Baskı, İstanbul, Beta Yayınevi.

Vasile, F.L. (2017). Traveling for medical tourism-the diaspora’s motivation. *Cactus Tourism Journal*, 15(1), 6-13.

Vong, M., Pinto, P. ve Silva, J.A. (2017). Diaspora tourism: The case of Timor-Leste, *Tourism*, 65(2), 218-233.

Wilkie, W.L. (2005). Exploring marketing's relationship to society, *Journal of Public Policy ve Marketing*, 24(1), Spring, 1-2.

Wilson, A. (2011). foreign bodies and national scales: medical tourism in Thailand, *Body ve Society*, 17(2-3), 121-137.

Wong, K.M., Velasamy P. ve Arshad, T.N.T. (2014). Medical tourism destination swot analysis: a case study of Malaysia, Thailand, Singapore and India, *SHS Web of Conferences*, 12, 01037. DOI: 10.1051/ shsconf/20141201037.

Wongkit, M. ve McKercher, B. (2013). Toward a typology of medical tourists: a case study of Thailand, *Tourism Management*, 38, 4-12.

World Health Organisation (WHO). (2002). Proposed working definition of an older person in Africa for the MDS Project. Erişim 14.11.2018. <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>.

World Health Organisation (WHO). (2015). *World Report On Ageing And Health*, WHO Library Cataloguing-in-Publication Data, ISBN 978 92 4 069481 1.

World Health Organisation (WHO). (2017). Erişim 11.06.2017. <http://www.who.int/countries/>

World Tourism Organization (UNWTO). (2017). *UNWTO Tourism Highlights 2017*, Erişim 27.10.2018. <https://www.e-unwto.org/doi/book/10.18111/9789284419029>

Wu, C.R., Tsai, HY., Liao, C.C. ve Chen, C.C. (2014). Developing a customer-oriented model for medical tourism alliance management of Taiwanese hospitals, *Journal of Advances in Computer Networks*, 2(2), June, 155-158.

Wu, X., Hu, X., Qi, W., Marinova, D. ve Shi, X. (2018) Risk knowledge, product knowledge and brand benefits for purchase intentions: Experiences with air purifiers against city smog in China, *Human and Ecological Risk Assessment: An International Journal*, 24:7, 1930-1951. DOI: 10.1080/10807039.2018.1432340.

Yalçın, B. (2013). *Antalya İli Sağlık Turizmi Potansiyeli Araştırması*, Antalya, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi.

Yaman, İ. (2018). Türkiye’de İngilizce öğrenmek: zorluklar ve fırsatlar, *Journal of Language and Literature Studies*, 11, 161-175. DOI: 10.29000/rumelide.417491

Yang, Y.S. (2013). Key success factors in medical tourism marketing, *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences*, 3(3), 152-158.

Yang, C.L., Chuang, S.P. ve Huang, R.L. (2009). Manufacturing evaluation system based on AHP/ANP approach for water fabricating industry, *Experts Systems with Applications*, 36, 11369-11377.

Yavuz, M.C. (2007). *Uluslararası Destinasyon Markası Oluşturulmasında Kimlik Geliştirme Süreci: Adana Örneği*. Adana, Çukurova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yayınlanmamış Doktora Tezi.

Yeoh, E., Othman, K. ve Ahmad, H. (2013). Understanding medical tourists: word-of-mouth and viral marketing as potent marketing tools, *Tourism Management*, 34, 196-201.

Yerdelen, B.K. (2017). Uluslararası ilişkilerde imaj kavramı ve batı nostaljisindeki bir aksaklık olarak Türk imajı, *Karadeniz Dergisi*, 35, 43-63.

Yıldırım, B.F. ve Önder, E. (Ed.). (2014). *Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri*. Bursa, Dora Yayıncılık.

Yıldız, A. (2014). *En İyi Üniversite Seçiminde Analitik Ağ Prosesinin Kullanımı*, İleri Teknoloji Bilimleri Dergisi, 3(2), 108-119.

Yıldız, O. (2015). *Marka İmajı Yaratma ve Marka Yerleştirme Stratejileri*. Ankara, Türk Patent Enstitüsü, Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi.

Yılmaz, E. (2011a). *Marka İmajı: Alışveriş Merkezlerine İlişkin Bir Araştırma*. İstanbul, Türkmen Kitabevi.

Yılmaz, E. (2011b). Sağlık hizmetlerinde ağızdan ağıza pazarlama. *Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 1, Aralık. <http://dergipark.gov.tr/download/article-file/2262>.

Yılmaz, E. (2010). Marka İmajının Tüketici Satın Alma Kararına Etkisi Ve Alışveriş Merkezlerine İlişkin Bir Araştırma, İstanbul, İstanbul Üniversitesi Yayınmamış Doktora Tezi.

Yirik, Ş. (2014). *Sağlık Turizmi Üzerine Antalya Destinasyonunda Bir Araştırma*, Antalya, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Ana Bilim Dalı, Yayınlanmamış Doktora Tezi.

Yirik, Ş., Ekici, R. ve Baltacı F. (2015). *Türkiye ve Dünyada Sağlık Turizmi (Medikal Turizm)*, Ankara, Detay Yayıncılık.

Yücenur, G.N., Demirel, N.Ç. ve Demirel, T. (2010). SWOT analysis and integrated fuzzy AHS/AAS methodologies for strategic policy selection in Turkish economy. *Journal of Engineering and Natural Sciences, Sigma* 28, 275-286.

Yüksek Öğretim Kurulu (YÖK). (2018). *Öğrenci Sayıları*, Erişim 28.10.2018. <https://yokatlas.yok.gov.tr/netler-tablo.php?b=10206>

Yüksel, İ. ve Dağdeviren, M. (2007). Using the analytic network process (AAS) in a SWOT analysis – A case study for a textile firm, *Information Sciences*, 177, 3364-3382.

Zengin, B. ve Eryılmaz, B. (2013). Bodrum destinasyonunda engelli turizm pazarının değerlendirilmesi, *International Journal of Economic and Administrative Studies*, 6(11), 51-74.

FORMLAR

Ek-1: İkili karşılaştırma ifadeleri.



Ek-1

TÜRKİYE’DE MEDİKAL TURİZMİN SWOT-AAS İLE İNCELENMESİ

1. Türkiye’de medikal turizm açısından “FIRSATLAR” düşünüldüğünde hangi kriter daha önemlidir?

Stratejiler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Güçlü Yönler
Stratejiler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Zayıf Yönler
Stratejiler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Fırsatlar
Stratejiler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tehditler
Güçlü Yönler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Zayıf Yönler
Güçlü Yönler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Fırsatlar
Güçlü Yönler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tehditler
Zayıf Yönler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Fırsatlar
Zayıf Yönler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tehditler
Fırsatlar	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tehditler

2. Türkiye’de medikal turizm açısından “GÜÇLÜ YÖNLER” düşünüldüğünde hangi kriter daha önemlidir?

Stratejiler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Güçlü Yönler
Stratejiler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Zayıf Yönler
Stratejiler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Fırsatlar
Stratejiler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tehditler
Güçlü Yönler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Zayıf Yönler
Güçlü Yönler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Fırsatlar
Güçlü Yönler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tehditler
Zayıf Yönler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Fırsatlar
Zayıf Yönler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tehditler
Fırsatlar	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tehditler

3. Türkiye’de medikal turizm açısından “STRATEJİLER” düşünüldüğünde hangi kriter daha önemlidir?

Stratejiler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Güçlü Yönler
Stratejiler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Zayıf Yönler
Stratejiler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Fırsatlar
Stratejiler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tehditler
Güçlü Yönler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Zayıf Yönler
Güçlü Yönler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Fırsatlar
Güçlü Yönler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tehditler
Zayıf Yönler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Fırsatlar
Zayıf Yönler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tehditler
Fırsatlar	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tehditler

4. Türkiye’de medikal turizm açısından “TEHDİTLER” düşünüldüğünde hangi kriter daha önemlidir?

Stratejiler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Güçlü Yönler
Stratejiler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Zayıf Yönler
Stratejiler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Fırsatlar
Stratejiler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tehditler
Güçlü Yönler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Zayıf Yönler
Güçlü Yönler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Fırsatlar
Güçlü Yönler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tehditler
Zayıf Yönler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Fırsatlar
Zayıf Yönler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tehditler
Fırsatlar	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tehditler

5. Türkiye’de medikal turizm açısından “ZAYIF YÖNLER” düşünüldüğünde hangi kriter daha önemlidir?

Stratejiler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Zayıf Yönler
Stratejiler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Fırsatlar
Stratejiler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tehditler
Zayıf Yönler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Fırsatlar
Zayıf Yönler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tehditler
Fırsatlar	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tehditler

6. Türkiye’de medikal turizm açısından “T1. Fiyatlandırmada yapılan hatalar” faktörü düşünüldüğünde hangi kriter daha önemlidir?

ST1. Medikal turizm yönelik kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ST4. Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlama yapılması
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

7. Türkiye’de medikal turizm açısından “T1. Fiyatlandırmada yapılan hatalar” faktörü düşünüldüğünde hangi kriter daha önemlidir?

W1. Medikal turizm ile destekleyici sektörler arasında bütünlük bir mevzuatın olmaması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	W2. Sektör paydaşları arasında koordinasyonsuzluk olması
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

8. Türkiye’de medikal turizm açısından “T3. Bölgedeki diğer ülkelerle yaşanan rekabet” faktörü düşünüldüğünde hangi kriter daha önemlidir?

S1. Hizmet sunum maliyetinin düşük olması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması
S1. Hizmet sunum maliyetinin düşük olması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)
S1. Hizmet sunum maliyetinin düşük olması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)
S1. Hizmet sunum maliyetinin düşük olması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi
S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)
S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)
S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi
S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)
S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi
S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi

9. Türkiye’de medikal turizm açısından “T3. Bölgedeki diğer ülkelerle yaşanan rekabet” faktörü düşünüldüğünde hangi kriter daha önemlidir?

W1. Medikal turizm ile destekleyici sektörler arasında bütünsel bir mevzuatın olmaması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	W2. Sektör paydaşları arasında koordinasyonsuzluk olması
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

10. Türkiye’de medikal turizm açısından “W3. Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlamanın yapılmaması” faktörü düşünüldüğünde hangi kriter daha önemlidir?

W1. Medikal turizm ile destekleyici sektörler arasında bütünsel bir mevzuatın olmaması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	W2. Sektör paydaşları arasında koordinasyonsuzluk olması
W1. Medikal turizm ile destekleyici sektörler arasında bütünsel bir mevzuatın olmaması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	W4. Sağlık çalışanlarının iyi seviyede yabancı dil bilmemesi
W2. Sektör paydaşları arasında koordinasyonsuzluk olması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	W4. Sağlık çalışanlarının iyi seviyede yabancı dil bilmemesi

11. Türkiye’de medikal turizm açısından “W5. Başka ülke sigorta şirketleriyle yeterli seviyede anlaşmanın bulunmaması” faktörü düşünüldüğünde hangi kriter daha önemlidir?

T2. Bölgede yaşanan siyasi ve politik istikrarsızlık	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	T3. Bölgedeki diğer ülkelerle yaşanan rekabet
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

12. Türkiye’de medikal turizm açısından “W5. Başka ülke sigorta şirketleriyle yeterli seviyede anlaşmanın bulunmaması” faktörü düşünüldüğünde hangi kriter daha önemlidir?

W1. Medikal turizm ile destekleyici sektörler arasında bütünlük bir mevzuatın olmaması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	W2. Sektör paydaşları arasında koordinasyonsuzluk olması
W1. Medikal turizm ile destekleyici sektörler arasında bütünlük bir mevzuatın olmaması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	W3. Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlamanın yapılmaması
W1. Medikal turizm ile destekleyici sektörler arasında bütünlük bir mevzuatın olmaması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	W4. Sağlık çalışanlarının iyi seviyede yabancı dil bilmemesi
W2. Sektör paydaşları arasında koordinasyonsuzluk olması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	W3. Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlamanın yapılmaması
W2. Sektör paydaşları arasında koordinasyonsuzluk olması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	W4. Sağlık çalışanlarının iyi seviyede yabancı dil bilmemesi
W3. Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlamanın yapılmaması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	W4. Sağlık çalışanlarının iyi seviyede yabancı dil bilmemesi

13. Türkiye’de medikal turizm açısından “W6. Sağlık çalışanı sayısının nüfusa oranla az olması” faktörü düşünüldüğünde hangi kriter daha önemlidir?

W1. Medikal turizm ile destekleyici sektörler arasında bütünlük bir mevzuatın olmaması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	W2. Sektör paydaşları arasında koordinasyonsuzluk olması
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

14. Türkiye’de medikal turizm açısından “O2. Geleneksel turizm açısından da cazibe merkezi olması” faktörü düşünüldüğünde hangi kriter daha önemlidir?

O1. Coğrafi konum, güçlü ulaşım ağı ve iklim koşullarının uygunluğu	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	O4. Kültürel yakınlığın tercih sebebi olması
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

15. Türkiye’de medikal turizm açısından “O2. Geleneksel turizm açısından da cazibe merkezi olması” faktörü düşünüldüğünde hangi kriter daha önemlidir?

ST1. Medikal turizme yönelik kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ST4. Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlama yapılması
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

16. Türkiye’de medikal turizm açısından “O4. Kültürel yakınlığın tercih sebebi olması” faktörü düşünüldüğünde hangi kriter daha önemlidir?

O1. Coğrafi konum, güçlü ulaşım ağı ve iklim koşullarının uygunluğu	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	O2. Geleneksel turizm açısından da cazibe merkezi olması
O1. Coğrafi konum, güçlü ulaşım ağı ve iklim koşullarının uygunluğu	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	O5. Sağlık sistemi yetersiz çok sayıda ülkeye olan yakınlık
O2. Geleneksel turizm açısından da cazibe merkezi olması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	O5. Sağlık sistemi yetersiz çok sayıda ülkeye olan yakınlık

17. Türkiye’de medikal turizm açısından “S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması” faktörü düşünüldüğünde hangi kriter daha önemlidir?

S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

18. Türkiye’de medikal turizm açısından “S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)” faktörü düşünüldüğünde
hangi kriter daha önemlidir?

S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)
S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi
S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi

19. Türkiye’de medikal turizm açısından “S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)” faktörü düşünüldüğünde
hangi kriter daha önemlidir?

ST1. Medikal turizme yönelik kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ST2. Medikal turizm alanında fiziki ve teknik altyapının iyileştirilmesi
ST1. Medikal turizme yönelik kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ST3. Medikal turizm hizmet kalitesinin artırılması
ST1. Medikal turizme yönelik kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ST4. Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlama yapılması
ST2. Medikal turizm alanında fiziki ve teknik altyapının iyileştirilmesi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ST3. Medikal turizm hizmet kalitesinin artırılması
ST2. Medikal turizm alanında fiziki ve teknik altyapının iyileştirilmesi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ST4. Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlama yapılması
ST3. Medikal turizm hizmet kalitesinin artırılması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ST4. Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlama yapılması

20. Türkiye’de medikal turizm açısından “S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)” faktörü düşünüldüğünde
hangi kriter daha önemlidir?

W1. Medikal turizm ile destekleyici sektörler arasında bütünlük bir mevzuatın olmaması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	W2. Sektör paydaşları arasında koordinasyonsuzluk olması
W1. Medikal turizm ile destekleyici sektörler arasında bütünlük bir mevzuatın olmaması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	W4. Sağlık çalışanlarının iyi seviyede yabancı dil bilmemesi
W1. Medikal turizm ile destekleyici sektörler arasında bütünlük bir mevzuatın olmaması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	W6. Sağlık çalışanı sayısının nüfusa oranla az olması
W2. Sektör paydaşları arasında koordinasyonsuzluk olması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	W4. Sağlık çalışanlarının iyi seviyede yabancı dil bilmemesi
W2. Sektör paydaşları arasında koordinasyonsuzluk olması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	W6. Sağlık çalışanı sayısının nüfusa oranla az olması
W4. Sağlık çalışanlarının iyi seviyede yabancı dil bilmemesi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	W6. Sağlık çalışanı sayısının nüfusa oranla az olması

21. Türkiye’de medikal turizm açısından “S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)” faktörü düşünüldüğünde
hangi kriter daha önemlidir?

S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

22. Türkiye’de medikal turizm açısından “S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)” faktörü düşünüldüğünde
hangi kriter daha önemlidir?

W4. Sağlık çalışanlarının iyi seviyede yabancı dil bilmemesi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	W6. Sağlık çalışanı sayısının nüfusa oranla az olması
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

23. Türkiye’de medikal turizm açısından “S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi” faktörü düşünüldüğünde hangi kriter daha önemlidir?

S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

24. Türkiye’de medikal turizm açısından “S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi” faktörü düşünüldüğünde hangi kriter daha önemlidir?

ST1. Medikal turizme yönelik kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ST2. Medikal turizm alanında fiziki ve teknik altyapının iyileştirilmesi
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

25. Türkiye’de medikal turizm açısından “S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi” faktörü düşünüldüğünde hangi kriter daha önemlidir?

W1. Medikal turizm ile destekleyici sektörler arasında bütünlük bir mevzuatın olmaması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	W2. Sektör paydaşları arasında koordinasyonsuzluk olması
W1. Medikal turizm ile destekleyici sektörler arasında bütünlük bir mevzuatın olmaması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	W6. Sağlık çalışanı sayısının nüfusa oranla az olması
W2. Sektör paydaşları arasında koordinasyonsuzluk olması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	W6. Sağlık çalışanı sayısının nüfusa oranla az olması

26. Türkiye’de medikal turizm açısından “ST1. Sağlık turizmine yönelik kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi” faktörü düşünüldüğünde hangi kriter daha önemlidir?

W1. Medikal turizm ile destekleyici sektörler arasında bütünlük bir mevzuatın olmaması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	W2. Sektör paydaşları arasında koordinasyonsuzluk olması
--	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

27. Türkiye’de medikal turizm “ST2. Sağlık turizmi alanında fiziki ve teknik altyapının iyileştirilmesi” faktörü düşünüldüğünde hangi kriter daha önemlidir?

S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)
S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi
S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi

28. Türkiye’de medikal turizm açısından “ST3. Sağlık turizmi hizmet kalitesinin artırılması” faktörü düşünüldüğünde hangi kriter daha önemlidir?

S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)
S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)
S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi
S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)
S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi
S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi

29. Türkiye’de medikal turizm açısından “ST3. Sağlık turizmi hizmet kalitesinin artırılması” faktörü düşünüldüğünde hangi kriter daha önemlidir?

ST1. Medikal turizme yönelik kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ST2. Medikal turizm alanında fiziki ve teknik altyapının iyileştirilmesi
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--

30. Türkiye’de medikal turizm açısından “ST4. Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlama yapılması” faktörü düşünüldüğünde hangi kriter daha önemlidir?

O1. Coğrafi konum, güçlü ulaşım ağı ve iklim koşullarının uygunluğu	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	O2. Geleneksel turizm açısından da cazibe merkezi olması
O1. Coğrafi konum, güçlü ulaşım ağı ve iklim koşullarının uygunluğu	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	O4. Kültürel yakınlığın tercih sebebi olması
O1. Coğrafi konum, güçlü ulaşım ağı ve iklim koşullarının uygunluğu	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	O5. Sağlık sistemi yetersiz çok sayıda ülkeye olan yakınlık
O1. Coğrafi konum, güçlü ulaşım ağı ve iklim koşullarının uygunluğu	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	O6. Gelişmiş ülkelerdeki nüfusun yaşlanması ve sağlık harcamalarının sürekli artması
O2. Geleneksel turizm açısından da cazibe merkezi olması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	O4. Kültürel yakınlığın tercih sebebi olması
O2. Geleneksel turizm açısından da cazibe merkezi olması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	O5. Sağlık sistemi yetersiz çok sayıda ülkeye olan yakınlık
O2. Geleneksel turizm açısından da cazibe merkezi olması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	O6. Gelişmiş ülkelerdeki nüfusun yaşlanması ve sağlık harcamalarının sürekli artması
O4. Kültürel yakınlığın tercih sebebi olması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	O5. Sağlık sistemi yetersiz çok sayıda ülkeye olan yakınlık
O4. Kültürel yakınlığın tercih sebebi olması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	O6. Gelişmiş ülkelerdeki nüfusun yaşlanması ve sağlık harcamalarının sürekli artması
O5. Sağlık sistemi yetersiz çok sayıda ülkeye olan yakınlık	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	O6. Gelişmiş ülkelerdeki nüfusun yaşlanması ve sağlık harcamalarının sürekli artması

31. Türkiye’de medikal turizm açısından “ST4. Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlama yapılması” faktörü düşünüldüğünde
hangi kriter daha önemlidir?


S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)
S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)
S2. Modern ve teknolojik altyapı yönünden gelişmiş sağlık kurumlarının bulunması	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi
S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)
S3. Kaliteli hizmet sunumu (Akredite sağlık kuruluşu sayısı:46)	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi
S4. Nitelikli insan kaynağının bulunması (doktor, hemşire vb.)	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	S5. İleri tıp uygulamalarının yapılabilmesi

32. Türkiye’de medikal turizm açısından “ST4. Medikal turizm alanında etkin tanıtım ve pazarlama yapılması” faktörü düşünüldüğünde
hangi kriter daha önemlidir?


ST1. Medikal turizme yönelik kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ST2. Medikal turizm alanında fiziki ve teknik altyapının iyileştirilmesi
ST1. Medikal turizme yönelik kurumsal ve hukuki altyapının geliştirilmesi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ST3. Medikal turizm hizmet kalitesinin artırılması
ST2. Medikal turizm alanında fiziki ve teknik altyapının iyileştirilmesi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	ST3. Medikal turizm hizmet kalitesinin artırılması

ETİK KURUL KARARI


Tarih ve Sayı: 28/06/2018-184466



* B E K R C J S 7 B *



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu
Başkanlığı



Sayı :35980450-663.05-
Konu :Ekrem SEVİM

Sayın Ekrem SEVİM

İlgi :24/05/2018 tarihli, 57987 sayılı yazı

Sorumlu araştırmacılığını üstlendiğiniz 2018/128 dosya numaralı "Türkiye'de Medikal Turizmin SWOT-ASS ile İncelenmesi" konu başlıklı çalışma Kurulumuzun 21.06.2018 tarih 06 sayılı toplantısında görüşülerek etik yönden uygun bulunmuş olup, karar ekte sunulmuştur.

Bilgilerinizi rica ederim.

e-İmzalı
Prof. Dr. N. Tolga SARUÇ
Başkan


EK :
1-Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu Kararı

27/06/2018 B.İşl. : S.ARIK

Doğrulamak için: <http://194.27.128.66/envision.SorgulaBelgedogrulama.aspx?V=BEKRCJS7B>

Ayrıntılı bilgi için arıtab: - Süleyman ARIK Dahili : 10689

İstanbul Üniversitesi Merkez Kampüsü
34432 Beyazıt/Fatih-İstanbul
Tel : 0212 440 20 89 - Faks : 0212 440 20 88
e-posta : sosyalbilimleretikkurul@istanbul.edu.tr Elektronik Ağ : www.istanbul.edu.tr



Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanununa göre imzalı olarak oluşturulmuştur.



T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL VE BEŞERİ BİLİMLER
ARAŞTIRMALARI ETİK KURULU BAŞKANLIĞI



İlgili makama,

İ.Ü. Sağlık Bilimleri Enstitüsü Sağlık Yönetimi Anabilim Dalı Sağlık Yönetimi Bölümü Doktora Öğrencisi **Ekrem SEVİM** "Türkiye'de Medikal Turizmin SWOT-AAS ile İncelenmesi" başlıklı, 2018/128 dosya numaralı 24.05.2018 tarih ve 57987 sayılı başvurusu ile İ.Ü. Sosyal ve Beşeri Bilimler Araştırmaları Etik Kurulu'na başvurmuştur. 21.06.2018 tarihinde gerçekleştirilen inceleme sonucunda, adı geçen çalışmada etik açıdan bir sorun olmadığına oybirliği ile karar verilmiştir. Gereğini bilgilerinize saygılarımızla sunarız.

Unvanı / Adı / Soyadı	Kurumu	Araştırma ile ilişkisi	Karar	İmza
Prof. Dr. Naci Tolga SARUÇ (Başkan)	İktisat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Çiğdem Börke TUNALI (Başkan Yardımcısı)	İktisat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	B. Tunali
Prof. Dr. Aydın TOPALOĞLU	İlahiyat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Yasemin IŞIKTAÇ	Hukuk Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Saat GEZGİN	İletişim Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Selahattin KARABINAR	İktisat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Seyhan NIŞEL	İşletme Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Mustafa Hamdi SAYAR	Edebiyat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Selim YAZICI	Siyasal Bilimler Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input checked="" type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Hanife Özlem SERTEL BERK	Edebiyat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Prof. Dr. Rasim İlker GÖKBULUT	Ulaştırma ve Lojistik Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Haluk ZÜLFİKAR	İktisat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	
Doç. Dr. Enes KABAKCI	Edebiyat Fakültesi	E <input type="checkbox"/> H <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> Onay <input type="checkbox"/> Katılmadı <input type="checkbox"/> Ret <input type="checkbox"/> M.Katılmadı	

İNTİHAL RAPORU İLK SAYFASI

TÜRKİYE'DE MEDİKAL TURİZMİN SWOT-AAS İLE İNCELENMESİ

ORJİNALLIK RAPORU

%3 BENZERLİK ENDEKSİ	%2 İNTERNET KAYNAKLARI	%1 YAYINLAR	%1 ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ
--------------------------------	-------------------------------------	-----------------------	-------------------------------

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	dergipark.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
2	Submitted to The Scientific & Technological Research Council of Turkey (TUBİTAK) Öğrenci Ödevi	<%1
3	saglik.gov.tr İnternet Kaynağı	<%1
4	www.arastirmax.com İnternet Kaynağı	<%1
5	turad.org İnternet Kaynağı	<%1
6	Submitted to Beykent Universitesi Öğrenci Ödevi	<%1
7	www.scribd.com İnternet Kaynağı	<%1
8	turkeyhealth2018.org İnternet Kaynağı	<%1

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler

Adı	Ekrem	Soyadı	SEVİM
Doğ.Yeri	Aksaray	Doğ.Tar.	01.06.1982
Uyruğu	T.C.	T.C. Kim. No.	21635748310
Email	ekremsevim68@hotmail.com	Tel	(543) 476 43 09

Eğitim Düzeyi

	Mezun Olduğu Kurumun Adı	Mez. Yılı
Doktora	İstanbul Üniversitesi	2019
Y. Lisans	Beykent Üniversitesi	2009
Lisans	Muğla Üniversitesi	2007
Lise	Aksaray Lisesi	2001

İş Deneyimi (Sondan geçmişe doğru sıralayın)

Görevi	Kurum	Süre (Yıl-Yıl)
1. Memur	İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü	2013-2019
2. Hemşire	M.S. Baltalimanı Kemik Hast. EAH	2009-2013
3. Hemşire	İstanbul Memorial Hastanesi	2007-2009