



T.C
NEVŞEHİR HACI BEKTAŞ VELİ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
TURİZM İŞLETMECİLİĞİ ANABİLİM DALI

MEDİKAL TURİZMDE DESTİNASYON REKABETÇİLİĞİNİN
BELİRLENMESİ: ALANYA ÖRNEĞİ

Doktora Tezi
Vildan YILMAZ

Danışman
Doç. Dr. Ebru GÜNEREN

Nevşehir
Temmuz 2021

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Bu çalışmadaki tüm bilgilerin, akademik ve etik kurallara uygun bir şekilde elde edildiğini beyan ederim. Aynı zamanda bu kural ve davranışların gerektirdiği gibi bu çalışmanın özünde olmayan tüm materyal ve sonuçları tam olarak aktardığımı ve referans gösterdiğimi belirtirim.

Tezi Hazırlayan

Vildan YILMAZ

TEZ YAZIM KILAVUZUNA UYGUNLUK

“Medikal Turizmde Destinasyon Rekabetçiliğinin Belirlenmesi: Alanya Örneği” adlı Doktora tezi, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Tez Yazım Kılavuzu’na uygun olarak hazırlanmıştır.

Tezi Hazırlayan

Vildan YILMAZ

Danışman

Doç. Dr. Ebru GÜNEREN

Turizm İşletmeciliği Ana Bilim Dalı Başkanı

Doç. Dr. Duygu EREN

KABUL VE ONAY

Doç. Dr. Ebru GÜNEREN danışmanlığında Vildan YILMAZ tarafından hazırlanan “Medikal Turizmde Destinasyon Rekabetçiliğinin Belirlenmesi: Alanya Örneği” adlı bu çalışma, jürimiz tarafından Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Turizm İşletmeciliği Ana Bilim Dalı’nda Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

..... /..... /

JÜRİ

Danışman : Doç. Dr. Ebru GÜNEREN

Üye: Doç. Dr. Duygu EREN

Üye: Doç. Dr. Leyla KAHRAMAN YÜCE

Üye: Doç. Dr. Emre ERBAŞ

Üye: Dr. Öğr. Üyesi Yusuf KARAKUŞ

İMZA

.....

.....

.....

.....

.....

ONAY

Bu tezin kabulü Enstitü Yönetim Kurulunun /..... / tarih ve sayılı Kararı ile onaylanmıştır.

..... /..... /

Doç Dr. Lokman TANRIKULU

Enstitü Müdürü

TEŞEKKÜR

2010 yılında başlayan akademik kariyerimin en özel dönemi olan doktora çalışmalarım sırasında bana bir akademisyen olarak verdiği ilham, çalışma azmi ve nezaketi sebebiyle hem yüksek lisans hem de doktora tez danışmanım olan Doç. Dr. Ebru GÜNEREN'e,

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesinin tez izleme sürecim boyunca destekleriyle hep yanımda olan başta Doç. Dr. Duygu EREN ve Doç. Dr. Leyla KAHRAMAN YÜCE olmak üzere tüm öğretim elemanlarına, doktora ders sürecinde yardımlarını esirgemeyen araştırma görevlisi dostlarıma, Fakülte Sekreteri Mehmet AVCI'ya, Sosyal Bilimler Enstitüsü çalışanlarına ve ismini sayamadığım NHBV Üniversitesinin tüm diğer idari çalışanlarına,

Bu sürecin tüm kritik aşamalarında yol gösterici olan Doç. Dr. Emre ERBAŞ'a, Dr. Öğr. Üyesi Engin BAYRAKTAROĞLU'na ve Dr. Öğr. Üyesi Yusuf KARAKUŞ'a,

Beni sağlık sektörü yöneticileriyle, doktorlarla ve diğer sağlık çalışanlarıyla bir araya getiren ve onlarla uzun görüşmeler yapabilmemi sağlayan başta Alanya Sağlık Turizmi Derneği ve Türkiye Sağlık Turizmi Dernekleri Federasyonu Başkanı Dr. Tevfik YAZAN olmak üzere, TURSAF'ın tüm değerli yöneticilerine,

Medikal turizm konulu bir tez yazmam için beni cesaretlendiren, en büyük destekçim Prof. Dr. Sedat DEMİR'e,

Ve beni bugünlere getiren anneme, babama ve zamansızlığımı her daim anlayışla karşılayan kardeşlerime, biricik yeğenime teşekkürlerimle.

Nevşehir 2021

Vildan YILMAZ

MEDİKAL TURİZMDE DESTİNASYON REKABETÇİLİĞİNİN BELİRLENMESİ: ALANYA ÖRNEĞİ

Vildan YILMAZ

Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm
İşletmeciliği Anabilim Dalı, Doktora, Temmuz, 2021

Danışman: Doç. Dr. Ebru GÜNEREN

ÖZET

Bu çalışma Alanya'nın hali hazırdaki medikal turizm faaliyetlerinin bir tanımlamasını yapmak, bu alandaki güçlü ve zayıf yönlerini belirlemek ve daha rekabetçi bir yapıya kavuşmasını sağlayacak olan stratejilere yol göstermek üzerine şekillenmiştir. Bu amaçları gerçekleştirmek üzere öncelikle medikal turizm ile ilgili alan yazını incelenmiş; ardından Türkiye genelinde medikal turizmde önemli faaliyetleri olan sektör temsilcilerinin görüşleri alınmış; böylece bir rekabetçilik faktörleri havuzu oluşturulmuştur. Bu aşamada Kapsam Geçerlik Analizinden yararlanılarak, çalışmanın bir sonraki aşaması olan Analitik Hiyerarşi Süreci yöntemi için hiyerarşik yapının oluşturulması sağlanmıştır. AHS aşamasında bu kez Alanya destinasyonunda medikal turizme hizmet veren yöneticilerle görüşmeler yapılarak, Alanya için önemli görülen medikal turizm rekabetçilik faktörleri tespit edilmiş ve bu faktörler açısından Alanya'nın rakipler karşısındaki başarımı sorgulanmıştır. Elde edilen önem ve başarımların ağırlıkları Önem Başarımlar Analizi ile yorumlanarak, çalışmanın temel yöntemi olan Kalite Fonksiyon Yayılımı için gerekli verilerin elde edilmesi mümkün olmuştur. Bu yöntemin daha önceki çalışmalarda gösterdiği işlevsellik, bu çalışmada da kendini hissettirmiş ve KFY çalışmalarının önemli bir unsuru olan Kalite Evi, tam da bu çalışmanın ortaya koymak istediği hususları derleyen bir yapı sergilemiştir. Çalışmada uzman görüşlerinden elde edilen bulgulara göre Alanya'da ön plana çıkan medikal turizm ürünleri diş ve estetik amaçlı tedavilerden oluşmaktadır. Bu tedavileri almak üzere Alanya'ya en çok Norveç ve Danimarka gibi İskandinav Ülkelerin ve Rusya vatandaşlarının ziyaret ettiği, ek olarak Arap ülkeleri, İran ve Türki Cumhuriyetler vatandaşlarının sayısında da artış gözlemlendiği ortaya konmuştur. Alanya'da medikal turizmde rekabetçiliği güçlendirmek için en çok tedavi kalitesi ve doktorların yetkinliği gibi temel rekabetçilik göstergelerine yoğunlaşılması gerektiği belirlenmiştir. Çalışma sonucunda belirlenen rekabetçilik göstergeleri açısından ortaya konan en önemli stratejiler ise Alanya'da bir sağlık serbest bölgesinin kurulması, akredite olan hastane/klinik sayısının artırılması ve doktorların akademik çalışmalara ve güncel eğitimlere katılımlarını artırması olmuştur.

Anahtar kelimeler: medikal turizm, destinasyon rekabetçiliği, Kalite Fonksiyon Yayılımı, Alanya

DETERMINING DESTINATION COMPETITIVENESS IN MEDICAL TOURISM: THE CASE OF ALANYA

Vildan YILMAZ

Nevşehir Hacı Bektaş Veli University, Institute of Social Sciences,

Department of Tourism Management, PhD, June, 2021

Advisor: Assoc. Dr. Ebru GÜNEREN

ABSTRACT

This study has been shaped to define the current medical tourism activities in Alanya, to identify the strengths and weaknesses in this area, and to guide the strategies that will enable Alanya to gain a more competitive structure. In order to achieve these goals, first of all, the literature on medical tourism was examined; and a pool of competitiveness factors was created by reviewing these factors with medical tourism representatives who have important activities in throughout Turkey. At this stage, by using the Content Validity Analysis, the hierarchical structure was created for the Analytical Hierarchy Process method, which is the next stage of the study. During the AHP phase, interviews were conducted with the managers serving in medical tourism in Alanya, and the competitiveness factors of medical tourism were determined, which are considered important for Alanya; and Alanya's performance against competitors was questioned in terms of these factors. By interpreting the obtained importance and performance weights with the Importance Performance Analysis, it was possible to obtain the necessary data for the Quality Function Deployment, which is the basic method of the study. The functionality of this method in previous studies was also felt in this study, and House of Quality, which is an important element of QFD studies, exhibited a structure that compiles exactly the issues that this study wants to reveal. According to the findings obtained from the expert opinions in the study, the prominent medical tourism products in Alanya consist of dental and aesthetic treatments. It has been revealed that Scandinavian countries such as Norway and Denmark and Russian citizens visit Alanya mostly to receive these treatments, and an increase is observed in the number of citizens of Arab countries, Iran and Turkic Republics. It has been determined that in order to strengthen competitiveness in medical tourism in Alanya, it is necessary to focus on the main attractions such as the quality of treatment and the competence of doctors. The most important strategies determined from the results of the study in terms of competitiveness indicators were the establishment of a healthcare free zone in Alanya, increasing the number of accredited hospitals/clinics and increasing the participation of doctors in academic studies and current trainings.

Keywords: medical tourism, destination competitiveness, Quality Function Deployment, Alanya

İÇİNDEKİLER

Sayfa No:

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK	ii
TEZ YAZIM KILAVUZUNA UYGUNLUK	iii
KABUL VE ONAY	iv
TEŞEKKÜR.....	v
ÖZET.....	vi
ABSTRACT.....	vii
İÇİNDEKİLER	viii
TABLolar LİSTESİ.....	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xiii
GRAFİKLER LİSTESİ.....	xiv
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

MEDİKAL TURİZMİN PAZARLAMA BİLİMİ AÇISINDAN İNCELENMESİ

1.1. Medikal Turizmin Tarihsel Gelişimi.....	9
1.2. Bir Kavram Olarak Medikal Turizm.....	12
1.3. Günümüzde Medikal Turizm	18
1.3.1. Dünyada Medikal Turizm.....	20
1.3.1.1. Avrupa Ülkeleri	24
1.3.1.2. Kuzey ve Güney Amerika.....	26
1.3.1.3. Asya Ülkeleri	27
1.3.1.4. Ortadoğu Ülkeleri	32
1.3.2. Türkiye’de Medikal Turizm	33
1.4. Medikal Turizmde Pazarlama Karması.....	42
1.4.1. Medikal Turizmde Ürün	45
1.4.2. Medikal Turizmde Fiyat Konusu.....	49
1.4.3. Medikal Turizm Ürününün Dağıtımı.....	54
1.4.4. Medikal Turizmde Tutundurma.....	58
1.4.5. Medikal Turizmin En Önemli Unsuru Olarak İnsan	60
1.4.6. Medikal Turizmde Fiziksel Kanıtların Önemi.....	62

1.4.7. Bütünsel Olarak Medikal Turizm Süreci.....	66
1.5. Medikal Turizme Yönelik Bazı Tartışmalar	71

İKİNCİ BÖLÜM

MEDİKAL TURİZMDE DESTİNASYON REKABETÇİLİĞİ

2.1. Genel Olarak Destinasyon Rekabetçiliği Kavramı	78
2.2. Destinasyon Rekabetçiliğini Belirleyen Faktörler	81
2.2.1. Porter'ın Rekabet Gücü Analizi Modeli.....	84
2.2.2. Dwyer ve Kim'in Rekabet Modeli	88
2.2.3. Ritchie ve Crouch'un Kavramsal Rekabet Modeli.....	91
2.2.4. Dünya Ekonomik Forumu Rekabet Gücü Endeksi.....	94
2.3. Medikal Turizmde Destinasyon Rekabetçiliğini Belirleyen Faktörler	98
2.3.1. Smith ve Forgione'nin Destinasyon ve Medikal Tesis Seçimini Etkileyen Faktörler Modeli	100
2.3.2. Cormany'nin Medikal Turist Tiplerine Göre Destinasyon Seçiminde Etkili Olan Faktörler Modeli	103
2.3.3. Heung, Kucukusta ve Song'un Medikal Turizmde Arz ve Talep Modeli	106
2.3.4. Fetscherin ve Stephano'nun Medikal Turizmde İten ve Çeken Faktörler Modeli.....	109
2.4. Medikal Turizmde Destinasyon Rekabetçiliği Konulu Diğer Bazı Çalışmalar	113

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BİR MEDİKAL TURİZM DESTİNASYONU OLARAK ALANYA'NIN REKABETÇİLİK ANALİZİ

3.1. Çalışmanın Amacı ve Önemi	121
3.2. Çalışmanın Kısıtları.....	121
3.3. Çalışma Evreni ve Örneklem	122
3.4. Çalışma Yöntemi ve Veri Toplama Araçları.....	124
3.4.1. Kalite Fonksiyon Yayılımı	124
3.4.2. Kapsam Geçerlilik Analizi	130
3.4.3. Analitik Hiyerarşi Süreci	132
3.4.4. Önem Başarım Analizi	140

3.5. Veri Analizleri ve Bulgular	143
3.5.1. Soru Kâğıdında Yer Alan Faktörlerin Kapsam Geçerliliği	144
3.5.2. Hiyerarşik Yapının Oluşturulması.....	149
3.5.3. Katılımcıların Alanya'yı Tercih Eden Medikal Turistlere İlişkin Bazı Değerlendirmeleri	152
3.5.4. Medikal Turizmde Destinasyon Rekabetçiliğini Belirleyen Faktörlerin Göreceli Önem Ağırlıkları	154
3.5.5. Medikal Turizmde Destinasyon Rekabetçiliğini Belirleyen Faktörlerin Göreceli Başarım Ağırlıkları	158
3.5.6. Önem Başarım Analizi ile Destinasyon İhtiyaçlarının Tespiti	160
3.5.7. Destinasyon İhtiyaçlarını Karşılamaya Yönelik İşlevsel Gerekliliklerin Tespiti	164
3.5.8. Medikal Turizmde Destinasyon Rekabetçiliğinin Güçlendirilmesine Yönelik Kalite Evinin Kurulması	166
SONUÇ	173
KAYNAKÇA	182
EK 1	209
ÖZGEÇMİŞ	213

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1: Medikal Turizm Kavramına Yönelik Tanımlamalar	17
Tablo 2: Medical Tourism İndeks'e ait Ülkeler Sıralaması	21
Tablo 3: Bölgelere Göre Ülkeler Sıralaması	22
Tablo 4: Medikal Turist Sayısına Göre Dünyanın En Popüler Medikal Turizm Destinasyonları.....	22
Tablo 5: Ülkelere Ait Bazı Medikal Turizm Verileri.....	24
Tablo 6: Yabancı Ziyaretçi Sayısı ve Turizm Gelirlerinin Son 10 Yıla Göre Dağılımı	33
Tablo 7: Yıllara Göre Türkiye'de Sağlık Hizmeti Alan Uluslararası Hasta Dağılımı	34
Tablo 8: Hastane Türlerine ve Hasta Geliş Şekline Göre Uluslararası Hasta Sayıları	34
Tablo 9: Medikal Turizmde Hastaların En Fazla Başvurdukları İlk 10 Özel Hastane	35
Tablo 10: Medikal Turistlerin Geldiği İlk 10 Ülke	36
Tablo 11: Borden'ın Pazarlama Karması	42
Tablo 12: Horowitz, Rosensweig ve Jones'a Göre Medikal Turizmde Tedavi Türleri	46
Tablo 13: Cormany'ye Göre Medikal Turizm Türleri	47
Tablo 14: Cormany'nin Medikal Turizm Ürün Bileşenleri	48
Tablo 15: Ko'nun Geniş Kapsamlı Medikal Turizm Ürün Bileşenleri	49
Tablo 16: Medikal Turizm Ürünleri Ülkeler Fiyat Karşılaştırması (\$).....	52
Tablo 17: Sağlık Tesislerinin Sahip Olması Gereken Fiziksel Unsurlar	64
Tablo 18: Alan Yazında Yer Alan Bazı Rekabetçilik Modelleri	83
Tablo 19: Medikal Turistlerin Destinasyon Seçimlerini Etkileyen Faktörlere Yönelik Geliştirilmiş Modeller	100
Tablo 20: Literatürde Tekrar Edilme Sıklıkları Nedeniyle Medikal Turizmde Destinasyon Rekabetçiliğini Belirlediği Öngörülen Unsurlar	116
Tablo 21: Çalışmada İzlenen Adımlar	129
Tablo 22: Mutlak Sayılar Temel Ölçeği.....	136

Tablo 23: KGO'ların Minimum/Kritik Değerleri (KGÖ= CVR)	145
Tablo 24: Kapsam Geçerlilik Analizine Göre Soru Kâğıdında Kalması Uygun Görülen Maddeler	146
Tablo 25: Uzman Görüşleri Doğrultusunda Medikal Turizmde Destinasyon Rekabetçiliğini Belirleyen Faktörler	148
Tablo 26: Katılımcılara İlişkin Bilgiler	153
Tablo 27: Katılımcıların Hastalara İlişkin Değerlendirmeleri	153
Tablo 28: Katılımcıların Hastaların Geldikleri Ülkeye ve Aldıkları Tedavi Türüne İlişkin Değerlendirmeleri	154
Tablo 29: Katılımcıların Destinasyon Rekabetçiliğini Belirleyen Faktörlere Ait Genel Tutarsızlık Oranları.....	155
Tablo 30: Medikal Turizmde Destinasyon Rekabetçiliğini Belirleyen Temel ve Alt Faktörlere Ait Yerel ve Global Önem Ağırlıkları	156
Tablo 31: Alanya'ya ve Rakip Destinasyonlara Ait Yerel ve Global Başarım Ağırlıkları.....	159
Tablo 32: Analitik Hiyerarşi Sürecine Göre Alt Faktörlerin Önem ve Başarım Ağırlıkları.....	160
Tablo 33: Önem-Başarım Analizi Sonucu Tespit Edilen Destinasyon İhtiyaçları..	163
Tablo 34: Uzmanların Destinasyon İhtiyaçlarını Karşılamaya Yönelik Geliştirdikleri Çözüm Önerileri.....	165
Tablo 35: Kalite Evinde Destinasyon İhtiyaçlarını Karşılamaya Yönelik İşlevsel Gerekliliklere Ait Önem Ağırlıkları ve Sıralaması	170
Tablo 36: Kalite Evinde İşlevsel Gerekliliklerin İlişkilendirilmesi	171

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1: Medikal Turizm Pazar Yapısı.....	8
Şekil 2: Geleneksel Pazarlama Karması	43
Şekil 3: Genişletilmiş Pazarlama Karması	44
Şekil 4: Medikal Turizmde Dağıtım Kanalı Modeli.....	56
Şekil 5: Sağlık Hizmetlerinde Kalite Modeli	68
Şekil 6: Porter'ın Elmas Modeli	84
Şekil 7: Dwyer ve Kim'in Rekabet Modeli	89
Şekil 8: Crouch ve Ritchie'nin Kavramsal Rekabet Modeli	92
Şekil 9: Dünya Ekonomik Forumu Rekabet Gücü Endeksi	95
Şekil 10: Smith ve Forgione'nin Medikal Tesis ve Destinasyon Seçimini Etkileyen Faktörler Modeli.....	101
Şekil 11: Heung, Kucukusta ve Song'un Medikal Turizmde Arz ve Talep Modeli	107
Şekil 12: Fetscherin ve Stephano'nun Medikal Turizmde İten ve Çeken Faktörler Modeli	109
Şekil 13: Kalite Evi.....	127
Şekil 14: Üç Seviyeli Analitik Hiyerarşi Modeli.....	135
Şekil 15: Önem-Başarım Matrisi	142
Şekil 16: Medikal Turizmde Destinasyon Rekabetçiliğinin Belirlenmesine Yönelik Hiyerarşik Yapı	151
Şekil 17: Uzman Değerlendirmelerinin Önem Başarım Matrisinde Konumlandırılması.....	161
Şekil 18: Destinasyon Rekabetçiliğinin Güçlendirilmesine İlişkin Kalite Evi.....	168

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1: Medikal Turist Tipleri ve Destinasyon Seçimlerinde Etkili Olan Unsurların Ağırlık Dereceleri	104
--	-----



GİRİŞ

Antik çağlardan beri süregelen bir hareketlilik olmakla birlikte ticaret, savaş ve devlet işleri dışındaki ilk seyahatlerin Hristiyan hacıların Eski Krallık döneminde Mısır'a yaptıkları ziyaretlerden oluştuğu bilinmektedir. Benzer şekilde Antik Yunan ve Roma insanların MÖ 600'lerden itibaren bazı rahatsızlıkları nedeniyle daha uygun iklimlere; Mısır, Napoli, Sicilya gibi bölgelerin şifalı sularına doğru ya da Şifa Tanrısı Asclepius tapınaklarına seyahatleri söz konusu olmuştur. Bu seyahatler para kazanma ve iş amacı dışında yapılmakta; ülkeler arası ulaşım kara ya da deniz yoluyla sağlanmakta; konaklama, yiyecek ve içecek işletmelerinden yararlanılmakta; bazen rehberli olarak belirli bir güzergâhta hareket edilmekte ve güzergâh üzerinde güzel yerler ve müzeler ziyaret edilmekteydi (Casson, 1974). Bu haliyle bakıldığında bu seyahatlerin geleneksel turizm kavramının tanımına uygun olduğu söylenebilir. Hatta şifa bulmak ya da tedavi olmak amacıyla antik çağlardan beri yapılan seyahatler de motivasyon kaynağı ve içeriği açısından, bugünlerde sağlık turizmi olarak tanımlanan hareketliliğe uygun gözükmektedir.

Sağlıklı olmak ve sağlıklı kalmak amacıyla gerçekleşen bu uluslararası hareketlilik sağlık ve turizm sektörlerinin her ikisini birden içermesi ve dünya çapında büyük bir ekonomik potansiyele sahip olması (Bookman ve Bookman, 2007) gibi nedenlerle son yıllarda pek çok çalışmanın konusu olmuştur. Araştırmacılar, sağlık amaçlı seyahatlerin geçmişten günümüze izlediği seyri incelemiş ve kavramsal açıdan tartışmaya başlamıştır. Bu çalışmanın konusu olan medikal turizm ise, kavram olarak sağlık turizmi kavramı içerisinde yer aldığından sağlık turizminin türlerinden birisi olarak nitelendirilmektedir.

Goodrich (1993: 36) sağlık turizmini, turistik tesislerin veya destinasyonların geleneksel turistik çekimlere ek olarak sağlık ve tedavi hizmetlerini de teşvik ettikleri turizm biçimi olarak tanımlamaktadır. Medikal turizm ise sağlık turizminin

bir alt başlığı olarak, bireylerin bozulan sağlıklarını iyileştirmek amacıyla yaptıkları seyahatler ve bu seyahatlerinden doğan konaklama, yeme içme gibi tüm diğer faaliyetlerden oluşmaktadır (Burkett, 2007). Bir başka tanımlamada sağlık turizmi “sağlıklı ve zinde kalmaya yönelik tüm çabalar”; sağlık turizminin bir alt sınıfı olan medikal turizm ise “tıbbi müdahale ve tedavi maksatlı turizm” olarak tanımlanmaktadır (Özsarı ve Karatana, 2013: 136). Aynı şekilde SPA-Wellness, termal turizm, ileri yaş ve engelli turizmi sağlık turizminin diğer türleri olarak ifade edilmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013).

Ancak Connell'in (2006) yaptığı tespite göre, medikal seyahatler tedavi, cerrahi müdahale ve hastaneyle ilgili içeriklere sahip olması nedeniyle, sağlık turizminin dışında ayrıca değerlendirilmesi gerekmektedir. Connel (2006) medikal turizmi, insanların tatil yaparken diğer yandan tıbbi ve cerrahi hizmetleri almak üzere uzun mesafelere yaptıkları seyahatlerden oluşan bir kültürel olgu olarak nitelendirmektedir. Ayrıca hastalar, refakatçileri ve aileleriyle birlikte seyahat etmek ve bir yerde konaklamak durumunda oldukları için medikal seyahat, turizm endüstrisiyle iç içe girmektedir ve çoğunlukla keyifli bir deneyim olarak tanıtılmaktadır (Connell, 2016). Bir başka tanıma göre medikal turizm, ameliyat ve diğer uzman müdahaleleri gibi tedavileri almak için farklı bir destinasyona seyahat etmek olarak tanımlanmaktadır (Smith ve Puczko, 2009). OECD tarafından yayınlanan medikal turizm raporunda ise medikal turizm, “insanların medikal tedavi almak amacıyla başka ülkelere gitmesi” şeklinde tanımlanmaktadır (OECD, 2011: 6). Bu tedavi hizmetlerine seyahat acentesi turları ve konaklama hizmetleri gibi turistik ürünlerin eklenmesi (Bilim, Birsen ve Bilim, 2017; Lunt ve Carrera, 2010) ise geleneksel turizmden farklı olarak medikal turizmi, hem sağlık hem de turizm işletmelerinin egemen olduğu bütünleşik bir sektör (Bookman ve Bookman, 2007) haline getirmektedir.

Günümüzde pek çok gelişmiş ülkedeki sosyal güvenlik ve sağlık sigorta sistemleri, önemli sayıda sağlık kaynaklı problemi kapsamakta ve ülke vatandaşlarına ücretsiz tanı ve tedavi imkânı sunmaktadır. Ancak sağlıklı kalma, ruh hastalıkları ve pek çok estetik bozukluk sosyal güvenlik sistemlerinin büyük çoğunluğu tarafından kapsam dışında tutulmaktadır. Ayrıca hastalıkların tedavisinde kullanılan bazı yeni yöntemler her ülkede kullanılamamaktadır. Benzer şekilde organ nakli ve cinsiyet değişikliği

gibi bazı uygulamalar da yine bazı ülkelerde mevzuat veya etik kaygılar nedeniyle kısıtlanabilmektedir (Cohen, 2015). Bu durum tedavinin varlığı ve ulaşılabilirliği problemine neden olmaktadır ve bu da yaşam standardını düşürebilmektedir. Tüm bu nedenlerle tedaviye kendi ülkelerinde ulaşma güçlüğü çeken insanlar, istedikleri tedaviyi zamanında almak için uluslararası destinasyonları tercih edebilmektedirler.

Özellikle endüstrileşmiş ülkelerde tedavi maliyetlerinin her geçen gün artıyor oluşu ve az gelişmiş ülkelerin tedavi imkânları açısından kısıtlı oluşu (Burkett, 2007), gelişmekte olan ülkeler için medikal turizmi önemli ekonomik büyüme stratejisi haline getirmiştir (Bilim, Birsen ve Bilim, 2017). Medikal turizmin günümüzde yaklaşık 100 milyar dolarlık bir iş hacmine sahip olması da gelişmekte olan ülkeleri, medikal turizm pazarında yer edinebilmek ve bu ekonomik kazançtan pay alabilmek adına bir takım çabalarda bulunmaya zorlamaktadır. Tayland ve Hindistan başta olmak üzere Türkiye, Doğu Avrupa ve Latin Amerika ülkeleri de medikal turizm pazarında varolabilmek ve rekabet güçlerini artırabilmek için kendilerini çekici kılmaya çalışmaktadırlar (Al-Talabani, Kilic, Ozturen ve Qasim, 2019; Smith, Álvarez ve Chanda, 2011).

Medikal turizmin bir kavram olarak sınırları ve ne zaman incelenmeye başladığı tam olarak bilinmemekle birlikte, büyük oranda mevsimsellikten bağımsız bir turizm biçimi olması ve küresel ekonomik etkileri nedeniyle medikal turizm özellikle günümüzde önemli bir hareket olarak görülmektedir. Çok sayıda önemli medikal turizm destinasyonu dünyanın farklı bölgelerinde yayılım göstermektedir. Bu destinasyonların her biri kendine has özelliklere sahip olmakla birlikte farklı türde tedavi biçimleriyle ön plana çıkmakta ve farklı ülkelere hasta almaktadırlar (Hunter, 2007). Böylece bu ülkeler için gayri safi yurt içi hasılabın artırılması, hizmetlerin geliştirilmesi, döviz elde edilmesi, dış ticaret bilançosunun düzenlenmesi ve turizm gelirlerinin artırılması da mümkün olmaktadır.

Bu durum medikal turizm destinasyonlarını, hitap ettikleri pazarları büyütme ve hatta yeni pazarlara açılmak için rekabetçi olmaya teşvik etmektedir. Özellikle gelişmekte olan ülkeler, sahip oldukları kaynakları ve çekicilikleri ön plana çıkararak daha fazla yabancı hasta almaya yönelik girişimlerde bulunmaktadırlar. Ancak söz konusu sağlık olunca, insanların destinasyon tercihlerinin geleneksel turizmden

farklılık göstermesi ve motivasyon kaynaklarının değişmesi kaçınılmaz görünmektedir. Bu nedenle bu çalışmada, öncelikle söz konusu uluslararası hastaların destinasyon tercihlerini şekillendiren unsurların belirlenmesi amaçlanmıştır. Böylece destinasyonları medikal turizmde rekabetçi kılan çekicilikler ortaya konarak, bir destinasyonun hangi faktörlerle rekabetçiliğini artırabileceğine yönelik önerilerde bulunulmuştur.

Çalışmanın temel amaçları Alanya bölgesindeki medikal turizm faaliyetlerinin, oluşumlarının, örgütlenmelerinin, alt yapısının, fırsatlarının, çekiciliklerinin detaylı bir analizini yapmak ve sektördeki ilgili uzmanlarla görüşmeler yapılarak, ortaya çıkan bulgular doğrultusunda bölgenin medikal turizm açısından hak ettiği konumu elde edebilmesi için bir takım rekabetçi öneriler geliştirmektir. Bu amaçları gerçekleştirmek üzere çalışmada medikal turistlerin destinasyon seçimlerine etki eden faktörler alan yazını taraması ve Kapsam Geçerlik analizi ile belirlenerek, Alanya'nın bu faktörler açısından bir medikal turizm destinasyonu olarak rekabetçiliği Analitik Hiyerarşi Süreci ile ölçülmektedir. Bu ölçüm sonrasında Alanya'nın rekabetçilik açısından düşük başarı gösterdiği alanlar Önem-Başarım Analizi ile tespit edilmekte ve Kalite Fonksiyon Yayılımı ile belirlenen eksikliklerin giderilmesi için gerekli stratejiler geliştirilmektedir.

Çalışma üç bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde çalışma amaçlarına uygun alt yapıyı sağlamak açısından sağlık turizmi ve medikal turizm kavramları detaylı olarak tartışılmış; ardından medikal turizmin tarihsel gelişimi ve dünyadaki ve Türkiye'deki güncel durumu ortaya konmuştur. Böylece medikal turizmde ön plana çıkan ülkeler ve bu ülkelerin sahip oldukları özellikler hakkında genel bir durum analizi yapılmıştır. Birinci bölümde ayrıca, medikal turizm pazarlama bilimi açısından incelenmiş ve turizm pazarlaması karma elemanları; medikal turizmde ürün, fiyat, dağıtım, tutundurma, insan, fiziksel kanıtlar ve süreç biçiminde uyarlanarak medikal turizme özgü bir yaklaşımla ele alınmıştır. Ardından medikal turizme yönelik bazı tartışmalara yer verilmiştir.

İkinci bölümde, rekabetçilik ve destinasyon rekabetçiliği kavramları, destinasyon rekabetçiliğini belirleyen unsurlara yönelik çalışmalar ve bu konudaki bazı önemli çalışmaların ortaya koyduğu rekabetçilik modelleri üzerinde durulmuştur. Ardından

medikal turizmde destinasyon rekabetçiliğini belirlemeye yönelik çalışmalar değerlendirilmiş ve farklı destinasyonlarda yapılan bu çalışmalarda ön plana çıkan rekabetçilik faktörleri belirlenmiştir. Bu aşamada aslında her bir medikal turizm destinasyonunun medikal turizm pazarında kendine has bazı özelliklerle ön plana çıktığı görülmüştür. Yani belirlenen rekabetçilik faktörlerinin önem düzeylerinin destinasyonların sahip olduğu özelliklere göre farklılaştığı görülmüştür.

Bu nedenle çalışmanın üçüncü bölümünde çalışma sahası olarak belirlenen Alanya için ön plana çıkan rekabetçilik faktörleri belirlenmeye çalışılmıştır. Bu faktörleri belirlemek için, önceki bölümde yapılan kapsamlı alan yazını taraması sonucu ortaya çıkan medikal turizmde rekabetçilik göstergeleri, Türkiye’de medikal turizm alanında önemli faaliyetleri olan kişilerden görüş alınarak Kapsam Geçerlik Analizine (KGA) tabi tutulmuştur. Böylece yapılan saha çalışmasında cevaplanabilirliği artırmak açısından hem faktör sayısı düşürülmüş hem de medikal turizmde rekabetçiliği temsil ettiği düşünülen en güçlü faktörler elde edilmiştir. Ardından; Alanya’da medikal turizm alanında uzun yıllar çalışmaları olmuş ve bu çalışmaya katkısı olacağı belirlenen medikal turizm uzmanlarına (konaklama, yiyecek ve içecek işletmeleri; seyahat acentaları, tıp doktorları, sağlık çalışanları, akademisyenler, araç kiralama şirketleri, emlak ofisleri vb.) ulaşılmış ve onlardan ikili kıyaslamalar yoluyla rekabetçilik faktörlerinin göreceli önem ağırlıklarını ve Alanya’nın medikal turizmde rakipleri karşısındaki konumunu belirlemeleri istenmiştir. Veriler Analitik Hiyerarşi Süreci (AHS) ile analiz edilmiştir. AHS ile elde edilen önem ve başarımlar ağırlıkları Önem Başarımlar Analizine (ÖBA) tabi tutulmuş, böylece Alanya’nın medikal turizmdeki eksikleri ve rakipler karşısındaki güçsüz yönleri tespit edilerek; yine alanında uzman kişilerden bu zayıf yönleri güçlendirmek için çözüm önerilerinde bulunmaları istenmiştir. Bu aşamada çalışmanın temel yöntemi olan Kalite Fonksiyon Yayılımı (KFY) için gerekli veriler derlenmiş ve çalışma sürecinde Alanya’nın medikal turizmde rakipleri karşısında rekabetçiliğini güçlendirmeye yönelik stratejilerin geliştirilmesi mümkün olmuştur.

BİRİNCİ BÖLÜM

MEDİKAL TURİZMİN PAZARLAMA BİLİMİ AÇISINDAN İNCELENMESİ

Sağlık hizmetleri hastalıkların teşhisi, tedavisi ve rehabilite hizmetlerinin yanı sıra hastalıkları önlenme, toplum ve bireyin sağlık düzeyini geliştirme ile ilgili faaliyetler bütünü anlamına gelmektedir. Sağlık hizmetlerinde pazarlama kavramı ise sağlık tesislerinin toplum tarafından tanınır ve güvenilir olması, hastaların hizmetten beklentilerinin ve ihtiyaçlarının karşılanması, daha kaliteli hizmet sunulması ve benzer yapıdaki sağlık işletmeleri ile rekabet içinde olunması gibi amaçlarla ortaya çıkmıştır (Salman ve Uydacı, 2011). Bununla birlikte bazı sağlık kuruluşları ve profesyonelleri, sağlık ile pazarlama kelimelerinin birleşimini doğru bulmamış hatta yasaklamış; bu nedenle sağlık hizmetlerinde pazarlama yaklaşımı 1980'lere kadar profesyonel biçimde benimsenmemiştir (Wright, Raho ve Berkowitz, 1989; Thomas, 2008). Ancak sağlık hizmetlerinin özelleşmesiyle birlikte sağlık sektöründe rekabet kavramı ortaya çıkmış ve sağlık hizmetleri pazarlaması ayrı bir uzmanlık alanı haline gelmiştir (Karaçor ve Arkan, 2014: 92). Ardından tüm dünyada yaşanan küreselleşme nedeniyle ülkeler arasında işbirliğinin ve bireysel seyahat özgürlüklerinin artması, teknolojik gelişmelerle birlikte seyahatin kolaylaşması, dünyanın farklı ülkelerinde kaliteli sağlık hizmeti olanaklarının gelişmesi ile ortaya çıkan sağlık turizmi kavramı (Tontuş, 2018: 68) bu rekabeti küresel boyuta taşımıştır. Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde pazarlama etkinliklerinin diğer alanlarda olduğu gibi sağlık sektöründe de rekabetin yoğunlaşması nedeniyle gelişim gösterdiği (Akkılıç, 2002) ifade edilmektedir.

Pazarlama, Kotler (1991: 4) tarafından, kişilerin ve grupların isteklerini ve ihtiyaçlarını diğerlerine ürün değeri yaratarak, sunarak ve mübadele yoluyla elde ettikleri sosyal ve yönetsel bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Her ne kadar

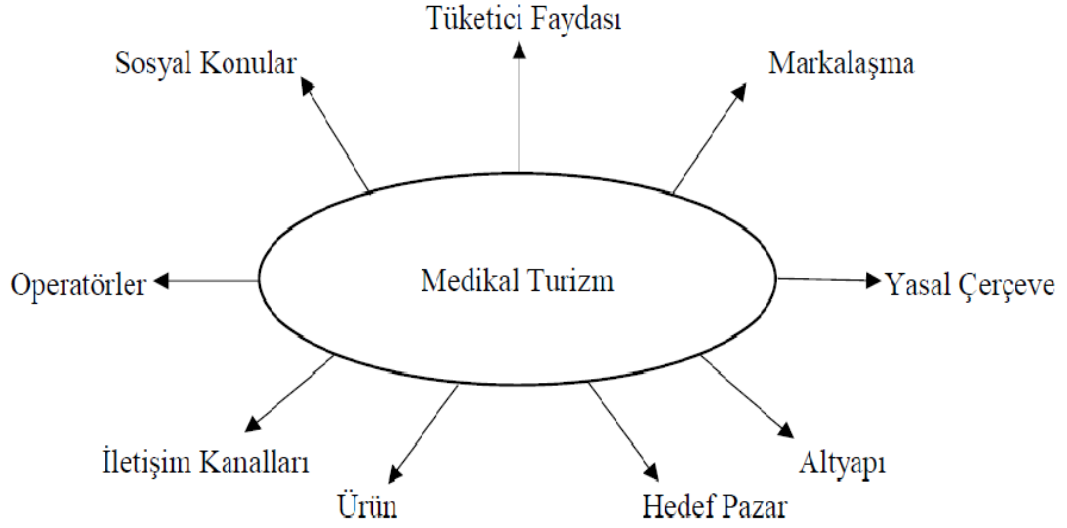
pazarlama ilk olarak işletmelerin satış bölümlerinin bir faaliyeti olarak benimsenmiş olsa da pazarlamanın sadece üretilen mal veya hizmetin satış çabaları için değil, üretimden önce ve üretim gerçekleşikten sonra satış aşamasında hatta satıştan sonraki süreçte olmazsa olmaz bir faaliyet olduğu görülmüştür. Bu nedenle pazarlama “bir parça bilim bir parça da sanat” (Hillestad ve Berkowitz, 2004: 244) olarak görülmektedir. Turizmde pazarlama ise Dünya Turizm Örgütü (DTÖ) tanımlamasına göre,

“Bir turistik destinasyonun veya turizm işletmesinin maksimum kazanç elde etme hedefine uygun olarak, turizm ürününün pazarda iyi bir yer almasını sağlamak amacıyla, turizm talebinin özelliklerini de dikkate alarak, turistik ürünle ilgili pazar araştırmaları, talep tahminleri ve ürünle ilgili seçimler yapma sürecinde gerekli olan tüm kararların alınmasına yönelik bir yönetim felsefesidir” (akt. Bozkurt ve Ünal, 2015: 25).

Ancak sağlık hizmetleri pazarlaması, diğer sektörlerden farklılaşan kendine has bazı özelliklere sahiptir. Burada en önemli husus müşteri ve hasta kavramlarının kullanımından ileri gelmektedir. Bazı pazarlama bilimciler tüketici, müşteri ve hasta kavramlarının içeriğinde geçmişe göre farklılıklar olduğunu ifade etmektedir (Santaş, Kurşun ve Kar, 2016: 20). Çünkü müşteri, tüketici veya hasta kavramları geleneksel anlamda herhangi bir ürünü pasif olarak tüketen kişiler olmaları yönündeydi. Ancak günümüzde bu kişiler deneyimleri ile ilgili geri bildirimler yaparak, internet araştırmaları sonucu elde ettikleri bulguları doktorlarıyla paylaşarak ve daha iyi hizmet almak için görüş bildirerek üretimin birer parçası haline gelmişlerdir. Bu sektördeki yeni pazarlamacıların rolü artık uzun dönemli, güvene dayalı ve müşteriyle değerli ilişkiler kurmak üzerine tüm örgütü hizmet sunmaya hazır hale getirmek olmuştur (Kotler, Shalowitz ve Stevens, 2008: 4-7).

Tüm bunlara ek olarak, tıbbi tedavi olanaklarının kamudan özel sektöre doğru artan biçimde genişlemesi ve zengin ülke insanların bu olanaklardan yararlanmak üzere diğer ülkelere seyahat etmesi sağlık hizmetlerinin turizm ile ilişkili olarak pazarlanması ilkelerini gündeme getirmiştir (Connel, 2006: 1094). Dolayısıyla pazarlama, diğer sektörlerde olduğu kadar, sağlık sektörü için de büyük önem taşımaktadır (Bayın ve Akbulut, 2012: 58). Bu doğrultuda medikal turizm, pazarlama

bilimi açısından incelenirken, medikal turizm pazar yapısının tespiti ayrıca önem kazanmaktadır.



Şekil 1: Medikal Turizm Pazar Yapısı
Kaynak: (Cabarrelo-Danell ve Mugomba, 2007)

Caballero-Danell ve Mugomba (2007), medikal turizmde mevcut durumu ve beklenen gelişmeleri ortaya koymak üzere bir model geliştirmişlerdir. Model, medikal turizm endüstrisinin tüm paydaşlardan oluşan pazar yapısını tanımlamaktadır. Model ayrıca endüstrinin analizi ve tanımlanması için tüketici faydası, markalama, yasal çerçeve, altyapı, ürün, hedef pazar, iletişim kanalları, medikal turizm operatörleri, aracı kuruluşlar ve dikkate alınması gereken sosyal meseleler hususlarının da dikkate alınması gerektiğini ortaya koymaktadır.

Bununla birlikte sağlık sektöründe pazarlama etkinlikleri, eczacılık ve tıbbi ekipman alanlarında normal karşılanmıştır (Kotler, Shalowitz, Stevens, 2008: 4). Ancak hastane, klinik, doktor uygulamaları, rehabilitasyon merkezi ve diğer sağlık tesislerinin faaliyetleri ile pazarlama etkinliklerinin birleştirilmesi konusuna etik kaygılar, sağlık çalışanlarının tutumları ve yasalardan kaynaklanan nedenlerle uzun süre temkinli şekilde yaklaşmıştır (Karaçor ve Arkan: 2014: 92). Ardından hastanelerin gazete ve dergilere tedavileri ve imkânlarıyla ilgili reklamlar vermeleri, bazı hastane yöneticilerinin televizyon programlarına katılması, bir hastanenin en gelişmiş kanser merkezini kurması, doktorların hasta çekmek için kliniklerini ve

ofislerini konumu daha iyi olan yerlere taşınmaları ve yeni tasarımlarla ofislerin ve hastanelerin daha çekici hale getirilmesi gibi bir takım çabalarla, günümüzdeki anlamıyla pazarlama kavramı sağlık sektöründe de varlığını göstermiştir (Kotler, Shalowitz, Stevens, 2008: 4).

Çalışmanın bu bölümünde medikal turizmin pazarlama bilimi açısından incelenmesinin nedeni tam olarak bu noktada ortaya çıkmaktadır. İşletmelerin ve destinasyonların temel başarısının pazarlama etkinliklerinin doğru biçimde gerçekleştirilmesi ile mümkün olması nedeniyle bu çalışma, medikal turizmi öncelikle pazarlama karması elemanları açısından incelemekte; ardından medikal turizmde destinasyon rekabetçiliğini belirleyen hususları ortaya koymaktadır. Bu nedenle bu bölümde öncelikle sağlık turizmi ve medikal turizm hareketlerinin tarihsel gelişimi, sağlık turizmi ve medikal turizm kavramlarının birbirinden ayrılan yönleri incelenmekte ve medikal turizm, turizm pazarlama karmasının tüm elemanları açısından ele alınmaktadır.

1.1. Medikal Turizmin Tarihsel Gelişimi

İyileşmek ve iyi halini korumak için seyahat etmek yeni bir kavram değildir. Tedavi olmak için başka ülkelere seyahat etmek, SPA'lar, mineral banyolar, yeni terapiler ve uygun iklim özellikleri gibi hizmetleri almak isteyen üst sosyal sınıf için uzun bir geçmişe sahiptir. Örneğin; Antik Romalılar, Roma toprakları boyunca termal SPA merkezleri inşa etmişler; Yunanlılar ise Şifa Tanrı Asklepius'un şifasına erişmek amacıyla sık sık Epidauros'taki şifa merkezine hem dini hem de tedavi amaçlı ziyaretlerde bulunmuşlardır (Cook, 2008: 3). MÖ 5.YY'da Yunan topraklarının tümüne ve hatta Roma'ya kadar yayılan bu Asklepionlar antik dünyanın en önemli şifa yerlerinden olmuşlardır. Bunlardan en önemlilerinden biri olan, bol miktarda şifalı suları ve temiz havasıyla İzmir Bergama Asklepionu, tapınak tıbbının en önemli uygulama alanlarından biri olmuştur ve önemli sayıda ziyaretçi almıştır (Tuna ve Özer, 2015: 63). MS 2. YY'da Hatip Aelius Aristides'in, "Bergama tapınağındaki tedavisinin başarılı olduğunu" ifade etmesi (Casson, 1974: 133) bu ziyaretlerin istenen sonuçları verdiğini gösteren örneklerden biridir.

MÖ 336'da Büyük İskender'in Hindistan'a kadar uzanan fetihleri, Yunanlıların Ganj Nehri ve Himalayalara ulaşmasına neden olmuştur. Rüzgâr, soğuk hava ve toz gibi atmosfer olaylarının insan sağlığını etkilediğini fark eden Antik çağ hekimleri, insanlara şifa bulmak üzere sıcak iklimlere seyahat etmelerini tavsiye etmişlerdir. Örneğin; Romalı tıp bilimci Celsus (MÖ 25-MS 50), tüberküloz hastası olan birinin uzun bir deniz seyahati için gücü kuvveti yerindeyse şifa bulmak için Roma'dan İskenderiye'ye gitmesinin hastalığa iyi geleceğini (Casson, 1974: 130); filozof ve hekim Hipokrat (MÖ 460-370) ise suyun getirdiği şifanın başka hiçbir şeyde bulunamayacağını ifade etmiştir (Smith ve Puczko, 2009: 22). Hindistan'da tarihi MÖ 5000'lere uzanan Ayurveda tıbbı ve İndus Vadisi'nin banyo havuzları ve MÖ 1000'lerde Çin tıbbı batı toplumlarında "yeni" ve "egzotik" uygulamalar olarak görülmüştür. Montaigne (1533-92) de hava değişimi, hareket ve seyahatin hastalıklara sıklıkla iyi geldiğini belirtmiştir (Kevan, 1993: 116). Perslerin (MÖ 600-300) buhar ve çamur banyoları, İbranilerin MÖ 200'lerde Ölü Deniz'de arınma banyoları ve Taylandlıların MÖ 100'lere uzanan masaj tedavileri doğal iyileştirme metotlarının tüm dünyadaki en eski örneklerinden sayılmaktadır. Belçika, Britanya, Macaristan ve İspanya gibi ülkelerde de çok sayıda ziyaretçi alan şifalı sular bulunmaktaydı. Ne var ki şifalı suların insan sağlığını etkilediğini fark edenler sadece batılılar değildir; Anadolu da Türk hamamlarına 1200'lerde sefer yapan Haçlılar tarafından keşfedilmiştir (Smith ve Puczko, 2009: 22). Hekimler göz hastalıklarından baş ağrısına, ruhsal hastalıklardan felç, mesane ve solunum yolu rahatsızlıkları gibi pek çok hastalığın tedavisine kadar pek çok rahatsızlık için hastalarını Sicilya, Mağrip, Mısır gibi çok uzak yerlere göndermişlerdir. Arap bilim adamları tıpa çok önemli katkılarda bulunmuş, Büyük İbn-i Sina (980-1037) verem hastalarını Girit denizinin ve dağ havasının iyi edebileceğini, yaklaşık yüzyıl sonra İbn-i Rüşd (1126-1198) ise tüberkülozun Mısır ve Etiyopya'nın sıcak iklimlerinde iyileşebileceğini öne sürmüştür. Pek çok ciddi rahatsızlığın spa merkezleri ve balneoterapi ile tedavi edileceği de hastalara bu dönemde tavsiye edilmiştir (Kevan, 1993: 115). Özellikle varlıklı insanlar, yaşam ortalamasının düşük olması ve tıbbın gelişmemiş olması nedeniyle antik çağlarda rahatlatıcı tabiata, deniz kıyılarına ve sıcak kaplıcalara bu doğal tedaviler için yoğun biçimde seyahatler yapmışlardır (Smith ve Puczko, 2009: 22).

Gemiler, sallar, at arabaları, vagonlar ve eşeklerle yapılan bu seyahatler; 1850'lerden itibaren kendini göstermeye başlayan Endüstri Devriminin ardından demiryolu, karayolu ve havayolu taşıma araçlarının gelişmesiyle artış göstermiştir. Sanayileşme ile birlikte gelen hızlı kentleşme sırasında yaşanan sosyal değişim, Britanya'da ve Avrupa'nın bazı kesimlerinde sağlık imkânlarından yoksun ve yoksul yaşam alanlarının sayısını artırmıştır. Özellikle demiryollarının oluşumu, kentleşmenin olumsuz koşullarından etkilenen insanların sağlıklı zaman geçirmek amacıyla uzak sahillere ve tatil köylerine kaçışını hızlandırmıştır. Böylece şifalı sular, kaplıcalar, özellikle ılık ve kuru iklimlerdeki plajlar ve tatil köyleri tedavi edici etkileri nedeniyle tüm dünyadan ziyaretçiler almaya başlamıştır (Cook, 2008: 3). 20. Yüzyıla gelindiğinde ise şifalı sulara ve ılıman iklimlere olan seyahatler farklılaşmış; bu kez gelişmemiş ülke insanları kendi ülkelerinde yeterli teknolojik altyapı ve kaliteli sağlık hizmetlerinin olmayışı nedeniyle alamadıkları tedavileri almak için gelişmiş ülkelere doğru seyahat etmeye başlamışlardır (Smith, Álvarez ve Chanda, 2011). Bu şekilde gelişmemiş ülkelerden gelişmiş ülkelere doğru seyahat Horowitz, Rosensweig ve Jones (2007) tarafından geleneksel medikal turizm olarak ifade edilmiştir. Gill ve Singh'e (2011: 315) göre ise geçmişteki bu hareketlilik, gelişmiş ülkelerden gelişmekte olan ülkelere ya da tam tersi yönündedir.

Bununla birlikte son yirmi yıl içinde ise “ters yönlü küreselleşme” şeklinde ortaya çıkan görüntü, tedavi ve medikal amaçlı seyahatlerin gelişmiş ülkelere daha az gelişmiş ülkelere doğru kaydığı yönündedir (Connell, 2013: 1). Gelişmekte olan ülkeler 1990'larda gelişmiş ülkelerdeki en iyi sağlık tesisleriyle eşit düzeyde tesisler inşa etmeye başlamışlardır. Bu şekilde, kendi ülkesinde sigorta kapsamının sınırlılığı sebebiyle yüksek tedavi maliyetlerinden kaçmak isteyen veya bekleme sürelerinin fazlalığından yakınan kişiler için bu kez gelişmiş ülkelere gelişmekte olan ülkelere doğru bir sağlık turizmi hareketliliği başlamıştır (Horowitz, Rosensweig ve Jones, 2007). Örneğin, Howard Staab isimli kendi işyeri olan bir marangozun Kuzey Karolina'dan Hindistan'a kalp ameliyatı olmak için gittiği, Taj Mahal gezisine katıldığı ve tüm bunlar için yaklaşık 10.000 dolar harcadığı belirtilmektedir. Kendi ülkesinde bu tedaviyi almak için ödeyeceği bedelin 200.000 dolar olduğu ifade edilmiştir (Gray ve Poland, 2008). Ayrıca gelişmiş ülkelerdeki yaşlı nüfusun artış

hızının gelişmekte olan ülkelere oranla yüksek olmasının bu eğilimdeki diğer bir faktör olduğu da ifade edilmektedir (Tontuş, 2018). Çoğunlukla gelişmiş ülkelerden gelişmekte olan ülkelere doğru olan bu yeni medikal turizm hareketliliğine yönelik tanımlamalar bir sonraki başlıkta detaylı olarak tartışılmaktadır.

1.2. Bir Kavram Olarak Medikal Turizm

Alan yazınına bakıldığında, medikal turizm ve sağlık turizmi kavramlarının bazen birbirinin yerine kullanıldığı ancak bu durumda kavramlar arasında belirsizliğin olduğu gözlemlenmektedir. Bu çalışmada ise sağlık turizmi kavramının medikal turizm, spa-wellness turizmi, termal turizm ve ileri yaş ve engelli turizmi kavramlarının hepsini kapsayacak şekilde bir üst kavram olduğu (Otamış ve Yüzbaşıoğlu, 2015: 168) yaklaşımı benimsenmiştir. Bu nedenle medikal turizmin bir kavram olarak tanımlanabilmesi için öncelikle sağlık ve sağlık turizmi kavramlarının incelenmesi yerinde olacaktır.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılan tanıma göre sağlık, “fiziksel, zihinsel ve sosyal anlamda bütünsel olarak iyi ve hastalıktan uzak olma hali” olarak tanımlanmaktadır (www.who.int/about). Sağlık turizmi ise, Sağlık Bakanlığı’nın 2013 yılında yayınladığı rapordaki sınıflandırmaya göre sağlığın korunması, iyileştirilmesi ve hastalıkların tedavi edilmesi amacıyla ikâmet edilen yerden başka bir yere seyahat edilmesi ve gidilen yerde en az 24 saat kalınarak sağlık ve turizm olanaklarından yararlanılması olarak tanımlanabilir. Belirtilen amaçlarla seyahat eden kişiye de sağlık turisti denmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013). Gonzales, Brenzel ve Sancho (2001: 20) sağlık turizminde sunulan hizmetleri üç ana başlıkta incelemektedir:

- Sağlığı Geliştirmeye Yönelik Hizmetler (bitkisel tedavi, kaplıca, masaj vb.)
- Tedaviye Yönelik Hizmetler (kalp ameliyatı, kanser tedavisi, göz ameliyatı, estetik ameliyat vb.)
- Rehabilitasyon Hizmetleri (yaşlı bakım programı, bağımlılık programı, diyaliz vb.)

Bu sınıflandırmaya göre kaplıca, bitkisel bazı tedaviler ve masaj gibi tamamlayıcı sağlık hizmetleri sağlık turizmi içerisinde sağlığı geliştirmeye yönelik hizmetler

olarak ifade edilmektedir. Estetik, kalp, göz gibi tüm cerrahi işlemler ve tedaviler tedaviye yönelik hizmetler olarak değerlendirilmekte ve bu çalışmanın ilerleyen kısımlarında medikal turizm olarak ifade edilecek olan sağlık uygulamalarını kapsadığı görülmektedir. Diyaliz, bağımlılık tedavileri ve yaşlı bakımı gibi hizmetler ise rehabilitasyon hizmetleri olarak yine sağlık turizmi türlerinden biri olarak sınıflandırılmaktadır. TÜRSAB'ın 2014 yılı raporunda ise sağlık turizmi genel bir bakış açısıyla üç grup altında toplanmıştır (TÜRSAB, 2014):

- Termal Turizm ve Wellness ve SPA Turizmi
- Yaşlı ve Engelli Turizmi
- Medikal Turizm

Bu sınıflandırmada yer alan wellness ifadesi “well-being ve fit-ness” kelimelerinin birleşiminden üretilen, beden, zihin ve ruh esenliklerini dengede tutarak üst seviyeye çıkararak bir sağlık turizmi çeşididir. Wellness ile birlikte sıklıkla kullanılan SPA ise “suyla gelen esenlik” anlamına gelmekte ve sağlığı korumaya yönelik uygulamaları içermektedir. Termal turizm wellness ve SPA gibi koruyucu sağlık hizmetleri içeren bir turizm çeşidi olup, termal kaynak sularının tedavi, dinlenme ve zindeleşme amaçlarına yönelik kullanımından doğan bir dizi ilişkiden kaynaklanmaktadır (Smith ve Puczko, 2009:5; Lunt, Horsfall ve Hanefeld, 2015: 18; Temizkan, Çiçek ve Özdemir, 2015: 397). Yaşlı turizmi, özellikle gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusun hızla artmasının bir sonucu olarak ortaya çıkmıştır. Yaşlı bakımı, yaşlıların günlük rutinlerini gerçekleştirdikleri bir alanı değil, ihtiyaçları doğrultusunda verilen hizmetleri kapsamaktadır. Bu hizmetler sağlıklı yaşlı bakımı, kronik hastalıklara sahip yaşlı bakımı, rehabilitasyon ve tedavi öncelikli yaşlı bakımı ve palyatif yaşlı bakımını içermektedir. Engelli turizmi engelli bireyler için erişilebilir turizmi konu edinen turizm çeşididir. Tüm dünyada çok sayıda engelli bireyin varlığı ve bu kişilerin genellikle refakatçileriyle birlikte seyahat ettikleri düşünüldüğünde, turizm türleri içerisinde önemli bir yeri olduğu dikkat çekmektedir (Özer ve Songur, 2012: 72; Kördeve, 2016: 54).

Medikal turizm ise sağlık turistinin iyileşmesi ya da iyilik halinin gelişmesi için yapılan tıbbi işlem ya da etkinlikleri içermektedir (Connell, 2006; Reed, 2008;

Hanefeld, Lunt, Smith, Horsefall, 2014; Heung, Kucukusta ve Song, 2010; Smith vd., 2011). Bu tedavilerin bazıları acil ya da hayati tehlikesi bulunan kalp damar cerrahisi ya da kalça diz protez gibi birincil tedaviler olmakla birlikte (Heung, Kucukusta ve Song, 2010: 238), bazıları da kişilerin kendi isteklerinden doğan tedaviler olarak değişkenlik göstermektedir. Dış tedavisi, check-up hizmetleri, kök hücre tedavisi ve cinsiyet değiştirme gibi tedaviler bunlara örnek olarak gösterilebilir (Temizkan vd., 2015). Her ne kadar alan yazınında medikal turizm ile birlikte ‘medikal seyahat’, ‘uluslararası sağlık ticareti’, medikal turistler için ise ‘uluslararası hasta’ gibi farklı kavramlar kullanılsa da aslında tüm aktivitelerin konaklama, yeme içme, ulaşım gibi turizm ürünlerini içermesi sebebiyle medikal turizm ve medikal turist kavramları bu aktiviteler ve aktivitelere katılanları daha iyi tanımlamaktadır (Dinçer, Çiftçi ve Karayılan, 2016: 35). Ancak konunun netlik kazanması açısından medikal turizmi açıklayan bazı sınıflandırmaları incelemek gerekir. Örneğin; Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı (2013) medikal seyahatleri talep açısından değerlendirerek “uluslararası hasta” kavramı içerisinde sınıflandırmaktadır. Buna göre uluslararası hastalar;

- Turistin sağlığı kapsamındaki hastalar
- Sosyal Güvenlik Kurumuyla yapılan anlaşma kapsamında hizmet alan hastalar
- Sağlık alanında ikili anlaşmalar kapsamında hizmet alan hastalar
- Medikal turistler

olmak üzere dört sınıfta toplanmaktadır. Carrera ve Bridges (2006: 447) medikal turizm kavramını “bir insanın ruh ve beden sağlığını iyileştirmesi, geliştirmesi ve bakımı için bulunduğu alan dışına düzenlediği planlı seyahat” olarak tanımlarken, kapsama ruh sağlığını da eklemiştir ve planlı seyahate vurgu yapmaktadır. Böylece turistik bir ziyaret esnasında yapılan önceden planlanmamış sağlık müdahaleleri medikal turizm kapsamından çıkarılmakta ve turist sağlığı kapsamında değerlendirilmektedir (Özer ve Songur, 2012: 70). Bir diğer sınıflandırmada sağlık turizmi pazarı açısından turistler ya da ziyaretçiler beş temel kategoride gruplandırılabilir. Bunlar (Cohen, 2006; akt. İçöz, 2009: 2260):

- Yalnızca turist; ziyaret ettikleri ülkede herhangi bir tedavi hizmetinden yararlanmayan turistler ya da ziyaretçilerdir.

- Tatilde tedavi edilen turist: Seyahati sırasındaki rahatsızlanma ya da kaza nedeni ile tedavi hizmeti alan turistlerdir.
- Tatil ve tedavi amaçlı turistler; ziyaret ettikleri ülke ya da bölgeye tam anlamıyla tedavi amacıyla gitmezler. Ancak ziyaret ettikleri bölgede bazı rahatsızlıkları için tedavi olanakları olması tercih nedenidir.
- Tatil yapan hastalar; esasen bir bölgeye tedavi amaçlı giderler; ancak iyileştikten sonra ya da tedavi sonrasında gittikleri bölgede tatil de yapan ziyaretçilerdir. Bu grup hastalar da aldıkları tedavinin türüne bağlı olarak medikal turist kapsamında değerlendirilmektedir.
- Yalnızca hastalar; medikal turistler olarak değerlendirilen hasta grubunu oluşturmaktadır. Bir bölgeye gidiş amaçları yalnızca o bölgede tedavi olmak ya da operasyon geçirmektir. Tatil gibi bir amaçları yoktur.

Lunt ve Carrera (2010: 28), medikal turizm kavramının anlaşılabilmesi için hasta hareketliliğini geniş açıdan ele alarak ve aşağıdaki biçimde alt bölümlere ayırmışlardır:

- Geçici yurt dışı ziyaretleri: Yurt dışında tatil yapan kişilerin bir kaza veya ani bir rahatsızlık nedeniyle sağlık hizmetlerinden yararlanması olarak ifade edilen bu ziyaretler, çoğunlukla AB ülkesi vatandaşlar için Avrupa Sağlık Sigortası Kartı (European Health Insurance Card) tarafından karşılanmaktadır. Bu kişiler medikal turist olarak değerlendirilmemektedir.
- Uzun süreli yerleşikler: Bu kişiler, emekliliklerini kendi ülkelerinin dışında başka bir AB ülkesinde veya diğer ülkelerde geçirmeyi tercih eden AB ülkesi vatandaşlarından oluşmaktadır. Bu kişiler de medikal turist olarak değerlendirilmemektedir.
- Sınır ülkeler: Bazı ülkeler sınır komşularıyla anlaşmaya dayalı bir sağlık fonu oluşturabilmekte ve sınır ötesi sağlık hizmetlerini karşılayabilmektedir.
- Dışarı giden hastalar: Bu hastalar, sağlık acentaları tarafından sınır ötesi anlaşmalar yoluyla başka ülkelere gönderilen hastalardan oluşmaktadır. Uzun bekleme sürelerinden kaçınmak, uzman doktor ve ekipman yetersizliği nedeniyle ya da kaliteli ve güvenilir tedavi almak için dışarıya

gönderilmektedirler. Çoğunlukla kısa mesafedeki anlaşmalı ülkelere giden bu hastalar, kişisel satın alma yapmasalar ve acentalar tarafından finanse edilseler bile kitlesel medikal turist olarak nitelendirilmektedir.

- Medikal turistler: Medikal turist olarak adlandırılan bu kişiler, kendi iradeleri ile yurtdışına tedavi olmak için giden hastalardan oluşmaktadır. Medikal turistler, kendi ülkelerinin finansman veya sigorta haklarından yararlanmamakta ve aldıkları sağlık hizmetini kendi bütçelerinden karşılamaktadırlar.

Yapılan tüm bu sınıflandırmalardan yola çıkarak, medikal turizmi sağlık hizmeti almak için uluslararası seyahatlere çıkmak, tedavi amaçlı uluslararası organizasyonların turizm mantığı içerisinde yürütüldüğü turizm çeşidi ya da çeşitli avantajlarından dolayı uluslararası organizasyonlarla sağlık amacıyla yapılan tedavi ya da cerrahi içerikli seyahatler (Bookman ve Bookman, 2007; Connell, 2013; Tontuş, 2018) olarak tanımlamak mümkündür. Bu çalışmanın konusunu oluşturan uluslararası hastalar, Lunt ve Carrera (2010) tarafından son kategoride tanımlanan medikal turistlerden oluşmaktadır. Dolayısıyla çalışmanın bundan sonraki bölümlerinde ifade edilen medikal turistler, kendi ülkesi dışındaki bir ülkeye tedavi olma amacıyla seyahat eden, bu seyahat esnasında bazı turistik ürünlerden de yararlanan ve tüm bu hizmetlerin karşılığını kendi bütçesinden karşılayan kişilerden oluşmaktadır (Gray ve Poland, 2008; Ulaş ve Anadol, 2016; Yu ve Ko, 2012). Çünkü yukarıdaki tanımlamalarda da ifade edildiği üzere bu kişiler medikal tedavi hizmeti alırlarken aynı zamanda tur yapmakta, tatil yapmakta ve ülkenin çekiciliklerini deneyimlemektedirler.

Tablo 1: Medikal Turizm Kavramına Yönelik Tanımlamalar

Yazar	Tanım
Carrera ve Bridges (2006: 447)	Medikal turizm, bir kimsenin tıbbi tedavi alarak sağlığını güçlendirmek ya da iyileştirmek üzere kendi ülkesi dışında aldığı tıbbi müdahalelerden oluşan organize bir seyahattir.
Connell (2006: 1094)	Medikal turizm niş bir alan olarak, insanların uzak mesafelerdeki deniz aşırı ülkelere bir yandan tatil yaparken diğer yandan tıbbi veya cerrahi tedavi almak üzere seyahat etmelerinden doğan ve hızla büyüyen bir endüstridir.
Bookman and Bookman (2007: 1):	Bir kimsenin sağlığını iyileştirmek için yaptığı uluslararası seyahatlerdir.
Horowitz, Rosenweig ve Jones (2007: 1)	Medikal turizm, insanların tıbbi tedavi ve bakım görmek üzere başka bir ülkeye seyahat etmeleri nedeniyle sağlık sektöründe ortaya çıkan bir olgudur.
Heung, Kucukusta ve Song (2010: 236)	Medikal turizm, pek çok çeşitteki tıbbi hizmeti almak üzere yapılan uluslararası seyahatleri içeren bir tatil anlamına gelmektedir.
Crooks, Kingsbury, Snyder ve Johnston (2010: 1)	Medikal turizm, acil olmayan tedavileri almak üzere bir başka ülkeye yapılan seyahatlerdir.
Álvarez, Chanda ve Smith (2011: 277)	Medikal turizm, acil olmayan tedaviler, diş veya üreme ile ilgili tedaviler, organ nakli, ve tıbbi tarama gibi işlemleri yaptırmak üzere başka bir ülkeye seyahat etme eylemidir. Bu kavram, SPA ziyaretleri, homeopati ve geleneksel tedavileri içeren wellness turizminden ayrılmaktadır.
Hall (2011: 7)	Medikal turizm, temel amacı tedavi olan ve maliyetler, bekleme süreleri ve tedavi kısıtlamaları gibi nedenlerle başka bir ülkeye yapılan seyahatlerdir
Wongkit ve McKercher (2015: 1)	Medikal turizm, insanların cerrahi ameliyatlardan sağlık taramalarına kadar almak istedikleri çeşitli tedaviler için yaptıkları uluslararası seyahatlerdir.

Medikal hizmetler ile turizm kavramlarının sentezlenmesinin nedeni medikal turizmin temel karakteristiğinin medikal hizmetler ile turizmin birleşiminden oluşmasıdır. Bunun bir sonucu olarak da medikal turizmin bir kavram olarak tanımı yapılırken bu iki kavramın birlikte kullanılması gerekmiştir. Ancak medikal turizmin bu çeşit bir seyahat hareketliliği için doğru kavram olup olmadığı tartışmalıdır. Örneğin; Connel'e göre (2011) turizm keyif ve rahatlama sunarken, tedavi amacıyla seyahat etmenin böyle bir özelliği bulunmamaktadır. Diğer bazı araştırmacılara göre ise medikal turizm turistik ürünlerden ziyade tıbbi hizmetleri içermektedir (Lunt ve Carrera, 2010; Reed, 2008). Bununla birlikte yurt dışına tedavi amacıyla seyahat eden insanlar, gittikleri yerde 24 saat ve üzerinde bir zaman geçirdikleri için turist ve temel motivasyonları özel bir nedenden kaynaklandığı için özel ilgi turisti kavramlarının tanımına uymaktadır (Lee ve Spisto, 2007). Sonuç olarak medikal turizm, kendi ülkeleri dışındaki yerlerde tedavi olmak isteyen turistlerin bunu o ülkenin turistik çekiciliklerini ziyaretle birleştirmeyi de istemeleriyle her geçen gün

daha popüler bir hale gelmektedir. (Connell 2013, Crooks, Turner, Snyder, Johnston ve Kingsbury, 2011).

1.3. Günümüzde Medikal Turizm

Hastaların farklı nedenlerle kendi ülkelerinde erişemedikleri tedaviler için gelişmiş ülkelere doğru yaptıkları seyahatler, son yıllarda tam tersi yönde ve gelişmekte olan ülkelere doğru bir ivme kazanmaya başlamıştır (Reisman, 2010: 23). Uluslararası hastaların çeşitli tedaviler almak için seyahat halinde olduğu medikal turizm hareketliliğinin temel kaynağının gelişmiş batılı ülkeler ve ana destinasyonlar Asya ülkeleri (Connel, 2011) olduğu çalışmanın önceki başlıklarında ifade edilmektedir. Dolayısıyla günümüzde medikal turizmi değerlendirirken öncelikle hasta gönderen ve hasta alan ülkelerin belirlenmesi gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Çünkü medikal turizmde hem ihracat hem de ithalat yapan pek çok ülke bulunmaktadır ve ihracat yapan ülkeler medikal turizm hizmeti veren destinasyon ülkeler ve ithalatçı ülkeler ise medikal turist gönderen ülkeler olarak sınıflandırılmaktadır (Smith vd., 2011). Ancak medikal turizm faaliyetleri, ciddi bir sağlık altyapısı, uzmanlık, organizasyonel yetenek ve kalifiye insan kaynağı gerektirmesi nedeniyle her ülkenin rekabetçi olabileceği bir sektör olmaktan uzaktır. Bu özelliği nedeniyle sektör, birçok hizmet sektöründen farklılaştırmakta ve hizmet ihracatı nedeniyle döviz girdisi sağlanabilecek önemli bir alan haline gelmektedir (Kılınç, 2017). Örneğin; Hindistan, Malezya ve Tayland gibi bazı ülkeler medikal turizmde ihracatçı ülkeler olarak ön plana çıkarak önemli başarılarla imza atmış (Chuang, Liu, Lu ve Li, 2014: 45) ve medikal turizmi kendi ekonomik gelişim stratejilerine dâhil etmişlerdir (Amiri ve Safariolyaei, 2017).

Medikal turizmle ilgili rakamlara bakıldığında, tüm dünyada hasta sayısının 2005 yılında 19 milyondan, 2007 yılında 25.8 milyona ulaştığı, yıllık yüzde 15-20 gibi bir büyüme (Yu ve Ko, 2012) ve 60 milyar dolarlık iş hacmi ile turizmin en büyük pazarlarından biri haline geldiği (Heung, Kucukusta ve Song, 2011) değerlendirilmektedir. 2018 yılında ise tüm dünyada medikal turizm cirosunun yaklaşık 100 milyar dolar olduğu ifade edilmiştir (www.ohsad.org). Bir danışmanlık şirketi olan PwC, 2016 yılında 14 milyon medikal turistin yaklaşık 68 milyar dolar harcadığını ve 2021 yılında medikal turizm pazarının 125 milyar dolara ulaşacağını

ifade etmiştir (www.bloomberg.com) Grand View Research şirketinin yayınladığı rapora göre ise küresel medikal turizm pazar hacminin 2027 yılına kadar yıllık yaklaşık yüzde 21.2 büyüme ile 207.9 milyar dolara ulaşması beklenmektedir (www.marketresearch.com).

Bu ve benzeri rakamların dünyanın çeşitli bölgelerinden pek çok ülkeyi medikal turizme teşvik ettiği ve etmeye de devam ettiği bilinen bir gerçektir. Ancak günümüzde bu rakamların ne şekilde gerçekleştiğine dair güvenilir ve net bir bilgiye henüz ulaşılamamıştır. Öte yandan medikal turizmin her geçen gün artan pazar hacmine ve kendini medikal turizm destinasyonu olarak ifade eden ve tanıtan, bunun yanında medikal turizm pazarına katılmak için istekli olan pek çok ülkenin varlığına rağmen, medikal turizm rakamlarının istatistiksel olarak kaydedildiği ve ölçüldüğü güvenilir verilerin sayısı oldukça azdır (Picazo, 2013). Örneğin; McKinsey tarafından yayınlanan bir rapora göre pazar rakamları bu kadar büyük değildir ve gerçekte 60-80 bin civarında bir hasta sayısı söz konusudur (Yu ve Ko, 2012). Diğer taraftan sınır ötesi seyahatin çoğunun kayıt dışı olduğu düşünülmektedir. Medikal seyahatlere ve hastane girişlerine ilişkin uluslararası ve ulusal verilerin başarısını, kalitesini ve artan sayıları göstermeye çalışan iyimser ulusal ve hastane kayıtlarına dayandığı, aslında endüstrinin yayınladığı rakamların pazarlama stratejileri ve başarı hikayelerine karışan abartılı istatistikler kadar büyük olmadığı ve gerçek rakamların bunlardan çok daha düşük olduğu ifade edilmektedir (Horowitz vd., 2007; Connell, 2011). Özellikle düşük ve orta gelirli ülkelerde medikal seyahatin hedeflerinin ve çıktılarının istatistiklerden ziyade (Horowitz vd., 2007) genellikle söylentilere dayalı olduğu görüşü benimsenmektedir (Lunt vd., 2015) Bunun nedenlerinden biri sağlık turistini diğer turistlerden ayıran herhangi bir istatistik olmamasıdır (Okutmuş, Uyar ve Gövce, 2015: 70). Ayrıca destinasyonlar arasındaki rekabetin de rakamlar, pazar payı veya gelirler ile ilgili gerçek bilgileri vermenin önünde bir engel oluşturduğu düşünülmektedir. Gerçekte bu verileri derleyen ve rapor eden birkaç araştırma şirketi bulunmaktadır ve elde edilen veriler bu şirketlerin web sitelerinde ücretli üyelikler karşılığında temin edilebilmektedir. Ancak üyelik ücretleri binlerce doları bulabilmektedir. Ayrıca medikal turizm ile ilgili rakamlar değerlendirilirken, medikal turizmin yalnızca sağlık bütçeleri üzerinde değil; yabancı hastaların çoğunlukla aile

ve arkadaş refakatiyle seyahat etmesi, otel, restoran, turizm merkezleri ve tur operatörleri gibi diğer pek çok faktöre de fayda sağlaması açısından dolaylı bir etkiye sahip olduğu da (Khan ve Alam, 2014) unutulmamalıdır.

Bu bilgiler ışığında medikal turizmin ülkeler açısından ortaya koyduğu genel durum bir sonraki başlıkta incelenmektedir.

1.3.1. Dünyada Medikal Turizm

Medikal seyahatlerin yöneliminin genel itibariyle yüksek kalitede özel tedaviye ulaşmak için kuzeyden güneye doğru gerçekleştiği ifade edilmektedir. Dolayısıyla dünya medikal turizm pazarında talep ABD, Kanada, Birleşik Krallık, Batı Avrupa ve Avustralya ülkelerinde (Debata, Patnaik, Mahapatra ve Sree, 2015) yoğunlaşmaktadır denebilir. Bu bölgelerdeki talebin destinasyonlara dağılımına bakıldığında; Avrupalı medikal turistler için en popüler destinasyon Hindistan, Malezya ve Tayland olarak karşımıza çıkmaktadır. Malezya İslami özellikleri nedeniyle Ortadoğu pazarına hâkimken; Singapur, Japon pazarının temel destinasyonu olmuştur. Küba ise doğal olarak Orta Amerika pazarına yönelmiştir (İçöz, 2009: 2263). Ayrıca Birleşik Krallık ve Kanada gibi ülkelerin ulusal sağlık sistemindeki eksiklikler nedeniyle hastalar devletin sağlık kurumlarındaki uzun bekleme sürelerinden ve yüksek maliyetlerden usanmışlardır (Amiri ve Safariolyaei, 2017). Bu nedenle özellikle Avrupa Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Teşkilatı (OECD) üyesi ülkelere, örneğin; ABD'lilerin Meksika'ya ve Kore'ye, Kuzey Avrupa'nın Orta ve Doğu Avrupa'ya tedavi için gidebilmesi amacıyla ikili anlaşmalar yapılmıştır (OECD, 2011).

Aynı zamanda güney ülkelerde ülke içi veya ülkeler arası medikal seyahatin, kendi ülkelerinde olmayan temel tedavilere ve ilaçlara ulaşmak isteyen yoksullar ve tıbbi güvencesi olmayan kişiler tarafından gerçekleştiği belirtilmektedir. Ancak, sınır medikal turizmin yalnızca yoksul kesime hitap ettiği düşüncesinin yanlış olduğu bilinmektedir. Çünkü varlıklı hastalar da tedavi olmak için aynı destinasyonlara seyahat edebilmektedir. Örneğin Hindistan, Bangladeş, Mauritius, Nepal ve Sri Lanka ülkelerinin yanı sıra Körfez Ülkelerinden de hasta almaktadır. Şili ve Arjantin de daha gelişmiş ve modern tıbbi olanaklara sahip oldukları için sınır ülkelere tıbbi

hizmet veren ülkelerdendir. Şili'nin birinci sınıf sağlık tesislerine olan talep daha çok Bolivya ve Peru'dan kısmen de Ekvador'dan gelen üst ve üst orta gelir grubu hastalardan oluşmaktadır. Bunlara ek olarak varlıklı hastaların sınır ülkelere nadiren seyahat ettiği, bunun yerine tıbbi hizmet almak için çoğunlukla kent merkezlerinde yer alan büyük çaplı sağlık tesislerini tercih ettiğini söylemek yanlış olmayacaktır. Bu açıdan değerlendirildiğinde zengin ve yoksul arasındaki sınırı belirlemede kesin bir ayırım söz konusu olamamaktadır ve aldıkları hizmet arasındaki farklılıklar net değildir. Ancak varlıklı uluslararası hastaların yüksek teknoloji hizmetleri egzotik bir tatille birlikte talep ederken; yoksul uluslararası hastaların yalnızca başka bir ülkeden temel düzeyde tıbbi hizmet almak için en yakın sınır ülkelere geçtiği söylenebilir (Bookman ve Bookman, 2007). Dolayısıyla maddi açıdan imkânları kısıtlı hastaların tedavi öncesinde ve sonrasında tatil yapma oranlarının düşük olduğunu söylemek yanlış bir genelleme olmayacaktır.

Medikal Turizm Birliği (The Medical Tourism Association) tarafından 2016 yılında hazırlanan Medical Tourism Index çalışmasından elde edilen verilere göre, tüm dünyada medikal turizmde destinasyon çevresi, medikal turizm olanakları ve hizmet kalitesi açısından en popüler destinasyonlar ve bu destinasyonların ilgili kriterlere göre sıralanışı aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 2: Medical Tourism Indeks'e ait Ülkeler Sıralaması

1. Kanada	16. Dubai	31. Fas
2. Birleşik Krallık	17. Jamaika	32. Türkiye
3. İsrail	18. Tayland	33. Ürdün
4. Singapur	19. Filipinler	34. Rusya
5. Hindistan	20. Tayvan	35. Uman
6. Almanya	21. Arjantin	36. Tunus
7. Fransa	22. Brezilya	37. Kuveyt
8. Güney Kore	23. Çin	38. Suudi Arabistan
9. İtalya	24. Polonya	39. Bahreyn
10. Kolombiya	25. Abu Dabi	40. Lübnan
11. İspanya	26. Malta	41. İran
12. Japonya	27. Güney Afrika	
13. Panama	28. Mısır	
14. Kosta Rika	29. Meksika	
15. Dominik Cumhuriyeti	30. Katar	

Kaynak: IHRC, 2016

Rapora göre medikal turizmde ön plana çıkan ilk beş destinasyon Kanada, Birleşik Krallık, İsrail, Singapur ve Hindistan olurken; medikal turizm destinasyonlarının büyük oranda Amerika, Avrupa, Asya, Ortadoğu ve Afrika bölgeleri içinde yer aldığı

söylenbilir. Yukarıdaki tabloyu bölgesel açıdan yeniden sıralamak gerekirse medikal turizmde diğer bölgelere nazaran daha çok sayıda ülke ile yer alan destinasyonun Orta Doğu olduğu görülmektedir.

Tablo 3: Bölgelere Göre Ülkeler Sıralaması

Amerikalılar	Asya	Orta Doğu	Avrupa	Afrika
Kanada	Singapur	İsrail	Birleşik Krallık	Güney Afrika
Kolombiya	Hindistan	Dubai	Almanya	Mısır
Panama	Güney Kore	Abu Dabi	Fransa	Fas
Kosta Rika	Japonya	Katar	İtalya	
Dominik Cumhuriyeti	Tayland	Türkiye	İspanya	
Jamaika	Filipinler	Ürdün	Polonya	
Arjantin	Tayvan	Uman	Malta	
Brezilya	Çin	Tunus	Rusya	
Meksika		Kuveyt		
		Suudi Arabistan		
		Bahreyn		
		Lübnan		
		İran		

Diğer taraftan Asya ülkelerinde Singapur, Güney Kore, Tayland ve Çin de yurtdışı tedavi tercihlerinde daha fazla öne çıkmaya başlamaktadır (Sayın, Yeğinboy ve Yüksel, 2017: 294). Asya bölgesinde ön plana çıkan destinasyonlar Hindistan, Singapur ve Tayland iken; en düşük ülkeler Kosta Rika, Macaristan ve Güney Afrika olarak belirtilmektedir. Tabloya göre Türkiye bu sıralamada 32. ve son olarak İran 41. sırada yer almıştır. ABD Merkezli Frost&Sullivan piyasa araştırma ve danışmanlık şirketinin verileri yukarıdaki tablodan farklılaşmakta ve dünyanın en popüler medikal turizm destinasyonları aşağıdaki sıralamayla verilmektedir.

Tablo 4: Medikal Turist Sayısına Göre Dünyanın En Popüler Medikal Turizm Destinasyonları

1. Tayland	8. Kosta Rika
2. Macaristan	9. Brezilya
3. Hindistan	10. Meksika
4. Singapur	11. Güney Kore
5. Malezya	12. Kolombiya
6. Filipinler	13. Belçika
7. ABD	14. Türkiye

Kaynak: Forbes, 2014

Frost & Sullivan'ın sıralamasına giren ABD ile ilgili olarak, 2007 yılında 750 bin Amerikalının tedavi olmak için yurt dışına seyahat edeceği ve bu sayının 2010 yılında 6 milyona ulaşacağı (Horowitz vd., 2007) bir başka kaynakta ise 2014 yılında bu rakamın 1.2 milyon olacağı (Wongkit ve McKercher, 2015) ifade edilmiştir. Yalnızca Asya'da 2012 yılında kadar 4 milyar dolarlık bir gelire ulaşacağı ve bu gelirin neredeyse yarısını Hindistan'ın elde edeceği tahmin edilmektedir (Deloitte, 2008). Hindistan'ın 2004 yılında 1,2 milyon ve Tayland 1,1 milyon (Horowitz vd., 2007) ve Singapur'un 1 milyon (www.satark.gov.tr) medikal turiste ev sahipliği yaptığı belirtilmektedir.

Diğer taraftan, resmi olmayan kaynaklara göre, dünya genelinde medikal seyahatler genellikle yakın mesafelerde, sınır ülkelerde, diaspora şeklinde ve nadiren kültürel farklılıkların olduğu yerlerde gerçekleşmektedir. Diaspora medikal turizm, hastaların kendilerine anavatan olarak gördükleri yere tedavi amacıyla yaptıkları seyahatler olarak ifade edilebilir. Bunun yanında diaspora turizmi diyebileceğimiz yurt dışında yaşayan ikinci-üçüncü nesil ülke kökenli bireylerin sağlanan imkanlarla sağlık hizmetlerini köken aldıkları ülkelerde birleştirilmiş sosyo-kültürel faaliyetler ile birlikte aldıkları görülmektedir. Diaspora, hedef kitle olduğunda yakın ve benzer kültürel özellikler söz konusu olmaktadır. Örneğin; ABD, Avustralya ve Yeni Zelanda'daki yerleşik Koreliler için Güney Kore, aralarında kolonisi ilişkisi olması nedeniyle Birleşik Krallıkta Hintliler için Hindistan ve ABD'deki Meksikalılar için Meksika, İspanyol göçmenler için Latin Amerika bu tip bir hareketlilik için önemli örneklerdir (Connel, 2011). Almanya'da Alman vatandaşı olarak yaşayan Türklerin sağlık hizmeti almak amacıyla ülkemize yaptıkları ziyaretler de bu tip bir medikal turizmin en önemli örneklerinden biridir. Benzer biçimde Yahudi hastaların İsrail'e, Müslümanların ise Ürdün, Tunus ve Malezya'ya gitmesi (Connel, 2011) benzer dil ve kültür özelliklerinin hissettirdiği güven duygusuyla ilgili olmalıdır.

Aşağıdaki tabloda Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2015 yılı verilerinden yararlanılarak oluşturulan bazı medikal turizm destinasyonları ile ilgili hasta sayıları, tercih edilen tedavi türleri ve bu ülkelere en çok hasta gönderen ülkelere ait bilgiler yer almaktadır.

Tablo 5: Ülkelere Ait Bazı Medikal Turizm Verileri

Ülke	Yıllar	Yabancı Hasta Sayısı	Ön Plana Çıkan Tedaviler	En Çok Hasta Gönderen Ülkeler
ABD	2007	400.000	Kanser, kalp ve beyin cerrahisi, tüp bebek	Avrupa ülkeleri, Meksika
Brezilya	2009	180.000	Kozmetik cerrahi	ABD
Filipinler	2010	250.000	Diş cerrahisi, kozmetik cerrahi, ortopedik cerrahi	Doğu Asya ülkeleri (Çin, Japonya, Kore), Avustralya, ABD
Güney Afrika	2010	330.000	Kozmetik cerrahi	Güney Afrika Ülkeleri (Sahra Altı)
Hindistan	2010	731.000	Tamamlayıcı ve alternatif tıp, ortopedik cerrahi	Bangladeş, Butan, Nepal
Güney Kore	2009	60.000	Kanser, plastik cerrahi	Japonya, Çin, ABD
Kosta Rika	2008	150.000	Kozmetik cerrahi	ABD
Macaristan	2009	1.800.000	Diş tedavileri	Birleşik Krallık, Avrupa Ülkeleri
Malezya	2010	489.000	Kalp cerrahisi ve kozmetik cerrahi	Endonezya, Brunei, Singapur, Japonya
Singapur	2010	725.000	Kalp ve beyin cerrahisi, ortopedik cerrahi	Endonezya, Malezya
Tayland	2010	1.580.000	Alternatif ve tamamlayıcı tıp, plastik cerrahi, cinsiyet değiştirme ameliyatları	Asya ve Batı Avrupa Ülkeleri
Türkiye	2007	15.000	Göz hastalıkları, ortopedik cerrahi, kulak burun boğaz	Avrupa Ülkeleri, Türk Cumhuriyetleri,
Ürdün	2009	250.000	Kanser, mide ameliyatları, kozmetik cerrahi	Yemen, Sudan, Libya

Kaynak: Connel, 2011; Picazo, 2013; WHO, 2015

Asya bölgesi neredeyse tamamen kendi içinde yer değiştirirken, çok düşük oranda Kuzey Amerika'ya doğru medikal seyahatler söz konusudur. Afrika ve Okyanusya bölgesinden hastalar ise Asya'ya seyahat etmektedirler (Lunt, Smith, Exworthy, Green, Horsfall ve Mannion, 2013). Tüm bunlara ek olarak hastaların tıbbi tedavi almak için farklı ülkelere gitme nedenlerinin ülkeden ülkeye değiştiği söylenebilir (Amiri ve Safariolyaei, 2017). Bu nedenler çalışmanın ikinci bölümde detaylı olarak incelenecektir. Çalışmanın bu kısmında hasta gönderen ülkeler ve talebin yöneldiği destinasyonlar ile ilgili genel bilgiler yer almaktadır.

1.3.1.1. Avrupa Ülkeleri

Birleşik Krallıkta yerleşik olan herkesi kapsayan Ulusal Sağlık Sistemi (National Health System, NHS), vergilerle finanse edilen ve pek çok sağlık hizmetinin

yerleşikler tarafından ücretsiz alınmasını sağlayan bir sistemdir. NHS'den sağlık hizmeti almak isteyen herkes öncelikle aile hekimi veya pratisyen hekime muayene olmakta ve gerekliyse onların yönlendirmeleriyle uzman doktora muayene olabilmektedirler. Bu sevk sonucu hastanın en geç 4,5 ay içinde tedavi görme hakkı vardır; ancak bu süre kanser vakaları gibi durumlarda iki haftaya kadar düşebilmektedir. Kuşkusuz bu süre bazı hastalıklar için oldukça uzun olabilmektedir. Ne var ki devletin sağladığı bu sağlık sistemi göz, diş ve estetik operasyonları karşılamamaktadır (The Commonwealth Fund, 2017). Bu durum kozmetik, diş ameliyatları ve estetik amaçlı operasyonlara ihtiyaç duyan insanları, kendi ülkelerinde pahalı olan bu hizmetleri almak üzere yabancı ülkelerde ucuz tedavi arayışına itmektir (Connel, 2006: 5). Bu ülkelerde özel sağlık sigortası sunan şirketler ve aracı kuruluşlar, bu fiyat farklılıkları nedeniyle yerel sağlık hizmetlerine alternatif olarak hastaları uluslararası medikal turizme yönlendirmektedirler (Aydın ve Karamehmet, 2017).

Batı Avrupa Ülkelerinin Çek Cumhuriyeti, Macaristan ve Polonya gibi Doğu Avrupa Ülkelerine sağlık nedeniyle yaptıkları seyahatlerde, çoğunlukla uygun fiyatlı diş tedavilerini tercih ettikleri gözlemlenmektedir (Turner, 2011). Örneğin; Fransa gibi bazı ülkelerde takma diş veya diş kaplama gibi tedavilerde kendi sigorta kurumlarının ödemediği sağlık hizmetleri için hastaların başka ülkelere seyahat ettiği belirtilmektedir (İçöz, 2009: 2265). Ayrıca tüm AB ülkelerinde geçerli olan European Health Insurance Card, AB üyesi ülke vatandaşlarının herhangi bir AB ülkesinde geçici ziyaretleri sırasında tedavi görürken o ülke vatandaşlarına sağlanan haklardan yararlanmalarını sağlamaktadır (European Commission, 2011). Birleşik Krallık, 31 Ocak 2020 tarihinde AB'den ayrılmasına rağmen, yaklaşık bir yıllık geçiş sürecinde bu kartın sağladığı hakların kullanımına devam edileceği belirtilmiştir (BBC, 2020).

İskandinav Ülkelerindeki genel durum ise tüm vatandaşların zorunlu ve kamusal sağlık sigorta sistemlerine sahip olmasıdır. Ancak artmakta olan yaşlı nüfus ve kamusal sağlık sigortasının bazı tedavileri karşılamaması nedeniyle İskandinav Ülkeleri medikal turizmde hasta gönderen önemli ülkeler olmuşlardır. Örneğin; Danimarka kamusal sağlık sigortası diş, fizyoterapi ve evde sağlık hizmetlerini

kapsam dışı bırakmıştır. Finlandiya sahip olduğu koşullar nedeniyle doğal tedaviler açısından önemli sayıda sağlık turisti alırken, uzun bekleme süreleri nedeniyle özellikle diş ve kozmetik cerrahi alanında medikal turist gönderen bir ülke konumundadır. Finlandiya'nın en çok medikal turist gönderdiği ülkeler İsveç, Estonya, İspanya ve Almanya'dır. Dünyanın en gelişmiş ülkelerinden biri olan ve hem sağlık hem de sosyal açıdan örnek alınan bir yönetim modeline sahip olan İsveç de ise sağlık koşulları oldukça iyi durumdadır. Tüm İsveç vatandaşlarının sahip olduğu sağlık sigortası primleri kişiler, işverenler ve devlet tarafından belli oranlarda ödenmektedir. Diğer taraftan, İsveç'te sağlık hizmetinin kaliteli olması, tedaviye ulaşma güçlüğünü ortadan kaldırmamıştır ve bekleme süreleri oldukça uzundur. Ayrıca İsveç'te yaşayan önemli sayıda Türk bulunmaktadır. Tüm bu nedenlerle İsveç'ten Türkiye'ye önemli sayıda turist gelmekle birlikte, bu turistlerin bir kısmı da medikal turist olarak belirlenmiştir. Norveç ise coğrafi koşulları, iklim özellikleri ve jeolojik yapısının elverişsizliği nedeniyle, kaliteli bir tedavi sistemine ve zorunlu kamusal sağlık sistemine sahip olmasına rağmen hasta gönderen ülkelerden biridir ve Türkiye'ye gelen Norveç vatandaşları en çok diş tedavisini tercih etmektedir (www.satürk.gov.tr). Ayrıca Letonya ve Litvanya gibi daha az ziyaretçi alan bazı Avrupa ülkeleri de diş tedavileri ve kozmetik cerrahi alanlarında gelişerek medikal turizmde önem kazanmaya başlamışlardır (Hunter, 2007: 132).

1.3.1.2. Kuzey ve Güney Amerika

Medikal turizmde hasta gönderen ve hasta alan ülkeler arasında bir ayrım yapılırken, çoğu ülkenin ise hem hasta gönderen hem de hasta alan ülkeler olarak varlık gösterdiği tespit edilmiştir. Örneğin, bazı Amerikan vatandaşları tedavi için yurt dışına giderken, başka ülke vatandaşları Amerika'nın tanınmış Cleveland Clinic, Mayo Clinic ve University of Pittsburgh Medical Center gibi medikal tesislerinde tedavi almaktadır (Turner, 2011).

ABD ve Birleşik Krallık gibi kişi başına düşen milli gelirdeki artışla doğru orantılı olarak gelişmiş ülkelerdeki yaşlı nüfusunun tedavi olmak üzere gelişmekte olan ülkelere doğru seyahat ettikleri pek çok araştırmacı tarafından kabul edilen bir gerçektir. Deloitte'in 2008 yılında yayınladığı rapordaki 2006 yılında ABD'de sağlık sigortası olmayan 47 milyon insanın varlığı bilgisi oldukça dikkat çekicidir. Bu

nedenle raporda, Birleşik Devletlerde pek çok sigorta şirketinin ABD vatandaşlarının deniz aşırı ülkelerde sağlık hizmeti alımına yönelik paketler oluşturduğu ifade edilmektedir. Aynı rapora göre 2007 yılında yarım milyon ABD vatandaşı, tedavi hizmeti almak için yurtdışına seyahat etmiştir (Deloitte, 2008). ABD’de tedavide dış kaynak kullanımı olarak nitelendirilen, ameliyat ve diğer tedavi çeşitlerini almak için ABD’den daha ucuz olan ülkelere seyahat etme davranışı eyalet yöneticileri tarafından da desteklenmektedir. Bu şekilde, örneğin West Virginia eyaletinde kamu görevlileri tedavi olmak için daha ucuz olan ülkelere giderlerse, bir refakatçileri de dâhil olmak üzere yol, konaklama, tedavi ve benzeri masrafların önemli bir kısmını finansal olarak desteklemektedir. Bu uygulama yalnızca kamuda değil, bazı özel şirketlerde ve küçük ölçekli işletmelerde de uygulanmaya başlanmıştır (Turner, 2007).

Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization, WHO) tarafından 2013 yılında yayınlanan rapora göre medikal turistler, Kuzey Amerika’dan Güney Amerika ve Asya’ya ve Güney Amerika’dan Kuzey Amerika ve Asya’ya doğru bir hareketlilik göstermektedir. Latin Amerika ayrıca kendi içerisinde de bir hasta akışına sahiptir. Yine Avrupa ülkelerinden ve Orta Doğudan Kuzey Amerika’ya önemli sayıda hasta akışı söz konusudur (Lunt vd., 2013). Örneğin; Amerikalıların tıbbi hizmet ya da ucuz ilaç alabilmek için yıllardır Meksika’ya gitmesi (Bookman ve Bookman, 2007) kuzeyden güneye doğru olan bu hareketliliği kanıtlar niteliktedir. Hatta Meksika’nın konumu nedeniyle Kuzey Amerikalı hastaların en çok ziyaret ettikleri yerlerden biri olduğu (Beladi, Chao, Ee ve Hollas, 2015) ifade edilmektedir. Ayrıca Kanadalılar ve Amerikalılar için Arjantin, Kolombiya, Brezilya, Kosta Rika ve Dominik Cumhuriyeti gibi güney ülkeler, başta kozmetik cerrahi olmak üzere çeşitli tıbbi operasyonları almak için oldukça popülerdir (Turner, 2011; Beladi vd., 2015).

1.3.1.3. Asya Ülkeleri

Medikal turizm için dünyadaki en önemli bölge daha önce de ifade edildiği gibi Asya kıtası olarak değerlendirilmektedir. Bölge yılda 10 milyondan fazla sağlık turisti çekmektedir. Pazarın yüzde 80’ini Tayland, Singapur ve Hindistan elinde bulundurmaktadır (Pocock ve Phua, 2011). Bu ülkeler popülerliklerini, yüksek kalitede medikal hizmetlerle turistik destinasyon olma avantajını birleştirerek

oluşturdukları paket turlar ve bunları batılı gelişmiş ülkelerin dörtte biri fiyatına sunarak ((Pocock ve Phua, 2011) elde etmişlerdir.

Hindistan'ın maliyet avantajı ve iyi bir sağlık altyapısı nedeniyle özellikle Mumbai ve Chennai şehirleri medikal turizmde en hızlı büyüyen destinasyonlardan biri olarak karşımıza çıkmaktadır (Ganguli ve Ebrahim, 2017). ABD'de yüzbinlerce dolara mal olacak ameliyatlara, Hindistan'da çok daha uygun fiyatlara yapılabilmektedir (Connel, 2006: 5). Ayrıca örneğin; Hindistan'daki kalça protezi ameliyatı hastaları, zarar görmüş kemiğin çıkartılıp yerine krom karışımı transfer edilen ve ABD'de yapılan geleneksel kalça protez ameliyatından daha az ameliyat sonrası travmaya sebep olan kalça yüzeyi değiştirme operasyonunu tercih edebilmektedir. (Turner, 2011). Ülkede modern tıbbın yanı sıra yoga, ayurveda, natüropati, siddha ve homeopati gibi alternatif tedaviler de devlet tarafından desteklenmektedir (www.satark.gov.tr). Enfeksiyon riski yüksek ameliyatlarda bile ülkenin başarı oranlarının dünyanın en iyi hastaneleri ile karşılaştırılabilir durumda olduğu ifade edilmektedir (Connel, 2006: 5).

Ülkede 1990'ların ortasından itibaren ekonomik liberalleşme sayesinde özel hastaneler teknolojiyi ve diğer tıbbi malzemeyi daha kolay ithal edebilir hale gelmiş, bu sayede de altyapılarını batılı hastanelerin düzeyine getirebilmiştir (Connel, 2006: 5). Ayrıca Hindistan hükümeti ülkenin büyümekte olan medikal turizm pazarını desteklemektedir. Devlet, tıbbi ekipmanda ithalat vergilerini azaltmış ve medikal hizmet almak isteyen yabancı ziyaretçilerin ülkede kalış sürelerini ikiye katlamalarına (bir yıla kadar) imkân sağlayan özel sağlık vizesi oluşturmuştur (Burkett, 2007). Bununla birlikte daha fazla gelir ve döviz getirici etkisi ve istihdam olanağı sağlaması nedeniyle bu büyüme hızı özellikle Maharaştra, Goa, Kerala, Karnataka ve Güccarat eyaletlerinde oldukça yüksektir. Her geçen gün artan bir şekilde Pakistan, Maldivler, Nepal ve Bangladeş gibi gelişmemiş ülkelere ve Yemen, Umman, Suudi Arabistan ve Katar gibi uygun fiyatlı tıbbi hizmetlerin kısıtlı olduğu Körfez Ülkelerinden Hindistan'a hasta akışı söz konusudur (Amiri ve Safariolyaei, 2017).

Ayrıca, Hindistan, İngiliz kolonisi olması ve ülkedeki doktorların büyük çoğunluğunun Büyük Britanya'da veya ABD'de eğitim almış olması nedeniyle, ülkede büyük oranda İngilizce konuşabilmekte ve büyük hastane zincirlerinde

yabancı hastalar için özel tercümanlar istihdam edebilmektedir. Hastanelerin iyileşmesi ve maaşların artması sayesinde başka ülkelerde çalışan doktorlar kendi ülkelerine geri dönmeye başlamışlardır. Bu doktorların çoğunun uluslararası deneyimlerinin olması, potansiyel turistlere yönelik bir reklam unsuru olarak kullanılmaktadır. Ayrıca teknolojinin batılı ülkeler düzeyine getirilmesine ve doktorların batılı ülkelerde deneyimli olmasına rağmen, ülkede iş gören maliyetleri çok düşüktür ve sigorta daha az masraflıdır (Connel, 2006: 5). Bu da ülkede medikal turizm ürün fiyatlarının diğer ülkelere oranla düşük olmasını sağlamaktadır. Tüm bunlara ek olarak, Hindistan'daki medikal turizm hastaneleri Hindistan'a seyahat eden hastalar için tatil, otel konaklaması, havaalanı transferi, tedavi öncesi ve sonrası doktor ile görüşme içeren bir takım paketler sunmaktadır. Bu tür paketler hastayı seyahat esnasında ne yapacağı ile ilgili stresten kurtarmaktadır (Turner, 2011).

Asya'nın medikal turizmde diğer önemli destinasyonları olan Singapur, Malezya ve Tayland ülkelerinin 2006 yılında yaklaşık 2 milyon medikal turist aldığı ve bu hastalardan 3 milyar dolar civarında gelir elde ettiği belirtilmektedir. Bunun en önemli nedenlerinden birinin, bu ülkelerin hükümetlerinin medikal turizmin pazarlanması ve tanıtımında aktif bir rol oynaması olduğu ifade edilmiştir. Özellikle medikal turizm vizelerinin uygulanması ve devlet kurumlarının medikal turizm gelirlerinin artışından sorumlu olması bu ülkelerin önemli politikaları olarak görülmektedir (Pocock ve Phua, 2011).

Bu üç ülke içerisinde devlet kurumlarının medikal turizme en fazla destek sağladığı ülke Singapur'dur. Singapur'da tüm kamu hastaneleri JCI akreditasyon belgesine sahipken, özel hastaneler daha çok kent merkezlerinde yer alan küçük çaplı ve orta sınıfla yüksek sınıfa ve yabancı hastalara hitap eden bir özelliğe sahiptir. (Pocock ve Phua, 2011). Singapur, basit temel sağlık taramalarından, karmaşık kalp ameliyatlarına kadar oldukça geniş yelpazede tedavi olanakları sunmakta ve bunu dünya standartlarında sağlık güvenceliyle yapmaktadır. Singapur 2010 yılında Uluslararası Gelişim Yönetimleri Enstitüsü (International Institute for Management Development) tarafından Asya'nın en iyi sağlık hizmeti sunan ülkesi ve tüm dünyada üçüncü en iyi ülkesi seçilmiştir. 2013 Bloomberg en iyi sağlık hizmeti sunan ülkeler sıralamasında ise ikinci sıraya yerleşmiştir (www.satark.gov.tr).

Geçmişte sağlık kuruluşlarının çoğunlukla kamuya ait olduğu Asya ülkelerinde özel hastanelerin artışıyla birlikte medikal turizm de ivme kazanmıştır. Ne var ki bu ivmeyle birlikte özelleştirilen kamu hastaneleri de medikal turizm sektörüne hitap etmeye başlamıştır. Kamu hastanelerinin medikal turizm sektörüne girmesiyle birlikte, medikal turizm gelirleri vergilendirilmeye ve bu vergilerin gelirleri yeniden kamu sağlık hizmetleri yatırımlarında kullanılmaya başlanmıştır. Malezya ve Tayland'da bazı kamu hastaneleri, cerrahların medikal turistlerin de dâhil olduğu bazı özel hastaları tedavi etmesine müsaade edilmektedir. Singapur ve Malezya'da medikal turistlerin büyük çoğunluğu komşu ülkelere gelirken Tayland Japonya, ABD, Birleşik Krallık, Orta Doğu gibi daha çok bölge dışından hasta almaktadır (Pocock ve Phua, 2011).

Bugün dünyanın en çok tercih edilen sağlık turizmi destinasyonlarından biri olan Tayland'da, sahip olduğu en prestijli sağlık tesisleriyle Bangkok en önemli şehirdir. Özellikle Bumrungrad Hastanesi medikal turizmde bir efsane haline gelmiştir (Yu ve Ko, 2012). Hastane alternatif tıp uygulamaları, kozmetik cerrahi, diş cerrahisi ve cinsiyet değiştirme ameliyatları gibi operasyonlar ile ön plana çıkmaktadır (www.satark.gov.tr). Tayland, medikal turizmde bir destinasyon olarak 2019 yılında özellikle elde ettiği gelir açısından ön plana çıkmıştır. Bunun nedeni tedavi maliyetlerinin gelişmiş ülkelere kıyasla büyük oranda düşük olmasıdır. 2018 yılında Tayland'ı 2.8 milyon insanın düşük maliyet, yüksek kaliteli tedavi olanakları ve artan uzman doktor sayısı nedeniyle ziyaret ettiği belirtilmiştir (www.marketresearch.com).

Malezya ise Asya'da medikal turizme geç giriş yapmış olsa da yüksek kalitede ve akreditasyon sahibi hastaneleri, Müslüman ülkelerle ve Vietnam, Myanmar gibi yakın komşularıyla olan ilişkileri nedeniyle oldukça hızlı gelişme göstermiştir. Malezya, devletin 1998 yılında sağlık turizmini destekleme kararının ardından (Connel, 2011) Sağlık Bakanlığının öncülüğünde 2005 yılında kurulan Malezya Sağlık Seyahat Kurulu (Malaysia Healthcare Travel Council, MHTC) ülkede özel sektör-kamu işbirliğini sağlayarak sağlık turizminin geliştirilmesi ve tanıtılması için çalışmalar yapmaya başlamıştır (www.mhtc.org). Malezya özellikle tıbbi görüntüleme, kalp cerrahisi, kanser, göz cerrahisi gibi pek çok çeşitli alanda yabancı

hastalara hizmet vermektedir. Ülkeye gelen yabancı hastaların büyük çoğunluğu Endonezya ve Brunei, Singapur ve Japonya'dan gelen Müslümanlardan oluşmaktadır (Connel, 2011).

Ancak medikal turizm destinasyonlarının büyük çoğunluğunun karşı karşıya kaldığı, sağlık kuruluşlarının yerel halkın ihtiyaçlarından ziyade daha yüksek gelir getirmesi nedeniyle uluslararası hastaları ön plana çıkaran bir hizmet anlayışına bürünmesi (Connel, 2011) bu ülkelerin temel problemlerinden biridir. Dolayısıyla medikal turizm, bu ülkelerin vatandaşlarının medikal turistlerle eşit kalitede tedavi alıp almadığı yönündeki endişeleri artıran bir unsur olarak görülmektedir (Pocock ve Phua, 2011). Bu husus, çalışmada medikal turizme yönelik bazı tartışmaların yer aldığı başlıkta incelenmektedir.

Güney Kore son zamanlarda dünya çapında bir plastik cerrahi merkezi olarak adından söz ettirmektedir. Ülke gün geçtikçe plastik cerrahinin yanı sıra ileri kanser görüntüleme, kök hücre tedavisi, yaşlanma karşıtı ve nakil gibi pek çok cerrahi işlemi gelişmiş tıbbi teknoloji ile yaparak rakipleri arasında ön plana çıkmaktadır (Junio, Kim ve Lee, 2017). Kore Turizm Örgütü'nün (Korea Tourism Organization, KTO) 2009 yılında ortaya koyduğu verilere göre, Kore'ye gelen medikal turist talebinin büyük bölümü Çinli hastalardan oluşmaktadır. Ayrıca 2009 yılında Güney Kore hükümeti medikal vizeleri gündeme alarak ve hastanelerin pazarlama etkinliklerine izin vererek medikal turizmin Güney Kore'de büyüme gösteren lokomotiflerden biri olacağını ilan etmiştir (Guiry ve Vequist, 2015). Kore'de Seul, Busan, Daegu ve Incheon ve özellikle Jeju Adasının devlet tarafından medikal turizm açısından Çin ve Japonya gibi yakın ülkeler için bir cazibe merkezi olarak desteklenmiş, ardından buraya hastane ve medikal turizm acentesi gibi pek çok destek endüstri için vergi kolaylıkları ve yatırım finansmanı sağlanmıştır (Yu ve Ko, 2012). Kore'nin önde gelen medikal turizm alanlarından birisi, başlıca hastalıklardan olan kanserin tedavisindeki önemli başarısı olmuştur (Yu ve Ko, 2012). Güney Kore'ye dair en ilginç veri, 2012 yılı verilerine göre 150 bin olan medikal turist sayısının (Junio, Kim ve Lee, 2017) 2018 yılında 380.000'e ulaşmasıdır (www.statista.com). Güney Kore, Asya medikal turizm endüstrisinde lider olmaya

çaba göstermektedir ve 2020 yılına kadar her yıl 1 milyon yabancı hastayı tedavi etmeyi istediğini (Guiry ve Vequist, 2015) ilan etmiştir.

1.3.1.4. Ortadoğu Ülkeleri

Medikal turizmde önceleri en çok hasta gönderen bölgelerden biri olarak bilinen Orta Doğu özellikle Ürdün, Türkiye ve Birleşik Arap Emirlikleri gibi ülkelerle bu durumu tersine çevirmeye çalışmaktadır. Bu ülkelerden Ürdün günümüzde Orta Doğu bölgesinin en önemli medikal turizm destinasyonu haline gelmiştir. Yabancı hastalarının büyük çoğunluğu Orta Doğu bölgesinden olan Ürdün, özellikle mide ameliyatları, kozmetik cerrahi, göz taramaları ve rutin check-up alanlarında ön plana çıkmaktadır. Ülke, gelecekte Körfez Ülkeleri ve Avrupalı hastaları teşvik etmek niyetindedir (Al-Azzam, 2016; Beladi vd., 2015).

Dubai ise fiyat ile rekabeti bir kenara bırakarak, kaliteye odaklanmış ve iyi eğitim almış yüksek nitelikli Alman doktorları istihdam etmeye başlamıştır (Connel, 2011). 2002 yılında Dubai’de, Dubai Healthcare City olarak adlandırılan bir medikal turizm merkezi kurulmuş, böylelikle Orta Doğunun en büyük ve en kapsamlı sağlık serbest bölgesi oluşturulmuştur. Burada uluslararası sağlık çalışanları uluslararası standartlarda medikal ekipmanlar, medikal turistin ilgisini çekebilecek çeşitli aktiviteler ve hatta medikal eğitim merkezleri ile yüksek kalitede hizmet vermektedir (Connell, 2006: 1095; Lunt vd., 2015: 9)

Orta Doğu medikal turizminde ilgi çekici diğer konu bazı bölgesel merkezlerin oluşmasıdır. Örneğin İran yakındaki İslam ülkelerini, Tunus Kuzey Afrika ve Güney Sahra bölgelerini ve Ürdün Arap diasporasını hedef almaktadır. 2005 yılında Ürdün’e gelen yabancı hastaların neredeyse tamamı başta Yemen olmak üzere, Libya, Filistin ve Sudan gibi Orta Doğu ve Arapça konuşan Kuzey Afrika ülkelerinden gelmiştir. Suudi Arabistan’ın ise kaliteli tesisler ve çalışanlar aracılığıyla endüstriye giriş yapmayı ve dini turizmle bağlantı kurmayı hedeflediği belirtilmektedir (Khan ve Alam, 2014).

Son yıllarda ön plana çıkan Türkiye’nin medikal turizmde güncel durumu ise bir sonraki başlıkta yer almaktadır.

1.3.2. Türkiye’de Medikal Turizm

Uzun yıllardır yalnızca deniz, kum ve güneş üçlemesiyle ön plana çıkan Türkiye’de, ülkemize gelen turist sayısı artmasına rağmen, turizm gelirlerinde aynı oranda artış görülmemektedir. Örneğin 2018 yılında bir önceki yıla göre yaklaşık yüzde 22 oranında artan yabancı ziyaretçi sayısına karşın, yıllık turizm gelirleri aynı yıl yalnızca yüzde 12 oranında bir artış göstermiştir.

Tablo 6: Yabancı Ziyaretçi Sayısı ve Turizm Gelirlerinin Son 10 Yıla Göre Dağılımı

Yıllar	Yabancı Ziyaretçi	Yıllık Değişim (%)	Turizm Geliri (milyar dolar)	Yıllık Değişim (%)
2010	28,510,852	4.3	24,930	-0.5
2011	31,324,528	9.9	28,116	12.7
2012	31,782,832	1.5	29,007	3.2
2013	34,910,098	9.8	32,309	11.4
2014	36,837,900	5.5	34,306	6.2
2015	36,244,632	-1.6	31,465	-8.3
2016	25,352,213	-30.0	22,107	-29.7
2017	32,410,034	27.8	26,284	18.8
2018	39,488,401	21.8	29,513	12.3
2019	45,1	12.2	34,5	16.9
2020	15,9	-69,2	12,1	-65,1

Kaynak: T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2020

Covid-19 öncesi dönem temel alınarak bir değerlendirme yapmak gerekirse, Kültür ve Turizm Bakanlığının yayınladığı rapora göre, 2019 yılında Türkiye’yi en fazla Rusya, Almanya, Bulgaristan, İngiltere ve İran ülkelerinden gelen yabancılar ziyaret etmiştir. Ancak 2020 yılı covid-19 salgını ile birlikte bu rakamlarda yüzde yetmişe yakın bir düşüş olduğu gözlemlenmektedir. Türkiye’de medikal turizm istatistiklerinin en güncel halini ise 2013 yılında Sağlık Bakanlığı yayınlamıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013). Bunun dışında ayrıntılı ve güvenilir bir istatistiğe henüz rastlanmamıştır. Yıllara göre Türkiye’de tedavi gören kamu ve özel hastaneler olmak üzere toplam tedavi gören uluslararası hasta sayısı 2008 yılında 74.093, 2011 yılında 156.176, 2012 yılında 261.999’dur. Ancak, tablodaki uluslararası hasta sayılarının sağlık turizmi ve turist sağlığı kapsamındaki hastaların tümünden oluştuğunu tekrar ifade etmek gerekir.

Tablo 7: Yıllara Göre Türkiye’de Sağlık Hizmeti Alan Uluslararası Hasta Dağılımı

Yıllar	Kamu Sağk Kuruluşları		Özel Sağlık Kuruluşları		Toplam	
	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde	Sayı	Yüzde
2008	17.817	24,1	56.276	76,0	74.093	100,0
2009	21.442	23,3	70.519	76,7	91.961	100,0
2010	32.675	29,8	77.003	70,2	109.678	100,0
2011	41.847	26,8	114.329	73,2	156.176	100,0
2012	43.904	16,8	218.095	83,2	261.999	100,0

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013

Tabloda görüldüğü üzere, yıllara göre Türkiye’de sağlık hizmeti alan uluslararası hasta sayısı sürekli olarak artış göstermiştir ve bu artış özellikle 2010 yılından sonra ivme kazanmıştır. Tablodan okunması gereken diğer bir eğilim ise uluslararası hasta sayısı artışının kamu hastanelerinden ziyade özel sektörde yoğunlaşmasıdır. Yani tablodaki verilere göre yabancı hastaların büyük çoğunluğu sağlık hizmet alımlarında özel sektörü tercih etmektedirler.

Tablo 8: Hastane Türlerine ve Hasta Geliş Şekline Göre Uluslararası Hasta Sayıları

Hastane Türü	İkili Anlaşmalı Ülkeler		Medikal Turizm		SGK ile Anlaşmalı Ülkeler		Turistin Sağlığı		Toplam	
	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%	Sayı	%
	Devlet Hastanesi	8	1,5	8.235	4,9	3.328	15,5	15.784	22,4	27.355
Eğitim ve Araştırma Hastanesi	534	98,2	4586	2,7	2679	12,4	5243	7,4	13.042	5,0
Özel Hastane	0	0,0	154.696	91,3	15.427	71,7	47.972	68,1	218.095	83,2
Devlet Üniversite Hastanesi	2	0,4	1.554	0,9	84	0,4	1.115	1,6	2.755	1,1
Vakıf Üniversite Hastanesi	0	0,0	391	0,2	12	0,0	349	0,5	752	0,3
Toplam	544	100,0	169.462	100,0	21.530	100,0	70.463	100,0	261.999	100,0

Kaynak: T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013

Her iki tablodaki veriler incelendiğinde 2012 yılında 261.999 olan yabancı hasta sayısının 169.462’sinin medikal turist olduğu, yani ülkemizde tedavi gören yabancı hastaların büyük çoğunluğunun medikal turizm tanımına giren hasta grubundan oluştuğu hususu ortaya çıkmaktadır. Sağlık Bakanlığı’nın 2018 yılı verilerine göre Türkiye’de 1.534 hastane vardır. Bunların 889’u devlet, 577’si özel ve 68’i üniversite hastanesidir. Bu hastanelerdeki toplam yatak sayısı ise 231.913’tür (Sağlık Bakanlığı, 2018). Aşağıdaki tabloda medikal turistlerin Türkiye’de en çok başvurdukları özel hastaneler yer almaktadır.

Tablo 9: Medikal Turizmde Hastaların En Fazla Başvurdıkları İlk 10 Özel Hastane

Hastane Adı

Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi
Özel Alanya Anadolu Hastanesi
Özel Akdeniz Hastanesi
Özel Medical Park Bahçelievler Hastanesi
Özel Acıbadem Maslak Hastanesi
Özel Medical Park Göztepe Hastanesi Kompleksi
Özel Bilgi Hastanesi
Özel Dünya Göz Hastanesi Ataköy
Özel Medicana International Ankara Hastanesi
Özel Bayındır Hastanesi

Kaynak: T. C. Sağlık Bakanlığı, 2013

Tabloda medikal turistlerin en çok tercih ettikleri hastanelerin dağılımına bakıldığında, ilk sırada Kocaeli Gebze’de bulunan Özel Anadolu Sağlık Merkezi Hastanesi’nin yer aldığı görülmektedir. Ancak medikal turistlerin tercih ettikleri hastanelerin çoğunluk itibariyle turistik çekicilikleri yoğun olan İstanbul ve Antalya gibi illerde yer aldığı söylenebilir. Dolayısıyla genel turizm açısından tercih edilen bir destinasyonun, medikal turizm açısından da çekici olduğu çıkarımı yapılabilir. Bu tercih edilirliğin diğer bir nedeni ise İstanbul ve Antalya illerinde uluslararası direkt uçuşların varlığıdır. İstanbul’da marka değeri yüksek olan hastane sayısının fazla olmasının da buraya gelen medikal turist sayısında etkili olduğu düşünülmektedir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013). 2019 yılı istatistiklerine göre de yabancıların en çok giriş yaptığı iller İstanbul ve Antalya’dır (T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2019). Bu illerin sağlık hizmetleri alt yapısı açısından da güçlü olduğu ve bu illerde özel sektörün nitelik ve nicelik açısından ön plana çıktığı değerlendirilmektedir. Medikal turistlerin Türkiye’de aldıkları tedavilerin başında ise göz hastalıklarının geldiği (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2013) ayrıca ülkemizin özellikle plastik ve estetik cerrahi, saç ekimi, tüp bebek tedavileri, diş, onkoloji, ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon gibi birçok dalda medikal turist ağırladığı (Özer ve Songur, 2012: 77) bilinmektedir. Aşağıdaki tabloda ise medikal turistlerin geldikleri ülkelere göre dağılımı yer almaktadır.

Tablo 10: Medikal Turistlerin Geldiği İlk 10 Ülke

Ülke	Hasta Sayısı
Libya	36.534
Almanya	21.084
Irak	15.738
Azerbaycan	10.888
Rusya	8.281
İngiltere	6.183
Hollanda	5.525
Romanya	5.089
Bulgaristan	4.799
Norveç	4.388
Diğer	50.953

Kaynak: T. C. Sağlık Bakanlığı, 2013

Medikal turizm kapsamında gelen hastaların ülkelere göre dağılımına bakıldığında, en fazla hasta gönderen ilk 3 ülkenin Libya, Almanya ve Irak olduğu görölmektedir. Ancak bunun 2011 yılında Libya’da ortaya çıkan iç savaş sonucunda ortaya çıktığını söylemek gerekir. Bu dönemde Türkiye ile Libya arasındaki sıcak ilişkiler çerçevesinde çok sayıda Libyalı ülkemize giriş yapmış ve bunlar arasında önemli sayıda hasta ve yaralı Libya vatandaşı ücretsiz olarak Türkiye’de tedavi edilmiştir (T.C. Trablus Büyükelçiliği, 2012). Bu hastaların da medikal turist sayıları kapsamında değerlendirilmesi nedeniyle 2012 yılı verilerinde Libya’nın ön plana çıkması kaçınılmaz olmuştur. Ayrıca Türkiye, son yıllarda medikal turizmde farklı pazarlara açılmak üzere bir takım girişimlerde bulunmuştur. Örneğin, Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu, 2010 yılında Sağlık Turizmi İş Konseyi adıyla bir konsey oluşturmuştur. Konsey, özel sağlık hizmetlerinin ortak tanıtımı ve diğer ülkelerdeki sağlık kurum ve kuruluşları ile çok yönlü sağlık işbirlikleri oluşturmak üzere Türk özel sağlık sektörünün yurtdışında ortak tek bir sesi olarak uluslararası sağlık ağının kurulmasında ve geliştirilmesinde öncü bir platform olarak hizmet vermektedir. Bu kapsamda 2017 yılında Mozambik, Gürcistan ve Etiyopya’ya sağlık heyet ziyaretleri düzenlenmiş ve ülke temsilcileri Türkiye’de ağırlanarak sağlık sektörü temsilcileri ile bir araya getirilmiştir (DEİK, 2017). Bunlara ek olarak, Türkiye’ye hasta gönderen ülkeler aşağıdaki şekilde incelenmiştir (Uğur, 2007; akt. Özseri ve Karatana, 2013: 141):

- Būnyesinde bŷyŷk bir Tŷrk nŷfusu barındıran ŷlkeler (Almanya, Belçika, Hollanda vb.),
- Altyapı ve doktor yetersizliği nedeniyle tedaviye ulaşma gŷçlŷęŷ çeken gelişmekte olan ŷlkeler (Orta Asya'daki Tŷrk Cumhuriyetleri, Balkan ŷlkeleri vb.),
- Sağlık hizmetlerinin pahalı olduğu ve sigortalarının kapsamı dışında tedavi talep eden hastaların bulunduğu ŷlkeler (Amerika, İngiltere, Almanya vb.),
- Arz-talep dengesindeki yetersizlik nedeniyle uzun bekleme sırası olan ŷlkeler (İngiltere, Kanada, Hollanda vb.).

Almanya'dan gelen medikal turistlerin Tŷrkiye'yi tercih etmesinin temel nedenlerinden birinin Almanya'da yaklaşık 4,5 milyon Tŷrk vatandaşının ikamet etmesi olduğu belirtilmektedir. Önceki başlıklarda diaspora medikal turizm olarak tanımlanan bu husus, Tŷrkiye'nin Almanya tarafından tercih ediliyor olmasının en önemli nedeni olarak gŷrŷlmektedir. Benzer ŷekilde, Tŷrkiye'ye gelen turist sayısı toplamı içerisinde Alman turistlerinin oldukça önemli bir yer tutmasıdır. Nitekim 2019 yılında Tŷrkiye, Almanya'dan gelen 5 milyon turiste ev sahipliği yapmıştır (T.C. Kŷltŷr ve Turizm Bakanlığı, 2019).

2019 yılı turizm gelirlerinin harcama kalemlerine gŷre dağılımına bakıldığında ise 34,5 milyar dolarlık gelirin 1.1 milyar doları sağlık harcamalarından elde edilmiştir (Kŷltŷr ve Turizm Bakanlığı, 2019). Őlkemiz açısından tatil turizminde kiři baři harcama ortalamasının 650 dolar olduğu (İçöz, 2009: 2273) ve medikal turizmde seyahat ve hastane dışı masraflar hariç yaklaşık 4 bin ila 12 bin dolar arası harcama yapıldığı (TŪSİAD, 2009; Euronews, 2020) dŷřŷnŷldŷęŷnde medikal turizmin ŷlkemiz için ne denli önemli olduğu anlaşılmaktadır.

Ekonomik katkı potansiyeli bu denli yŷksek olan medikal turizm için Tŷrkiye'de yatırımlar son yıllarda hız kazanmaya başlamış; seyahat acenteleri ve bazı sağlık kuruluşları paket turlar hazırlayarak yabancı sağlık turistlerine ŷzel turlar, rehber ve beş yıldızlı otellerde konaklama imkânı sunmaya başlamışlardır (İçöz, 2009: 2272). Tŷrkiye, uzman doktorları ve sağlık çalışanları; otel konforunda hizmet sunan;

uluslararası alanda akreditasyon belgesine ve üst düzey tıbbi teknolojiye sahip hastaneleri, dünyanın birçok bölgesinden ulaşımın kolay olması; medikal turizmde hizmet sunan birçok ülkeden daha kaliteli ve daha düşük ücretle tedavi sunması; tedavi için bekleme süresinin olmaması, tatil imkânları sunması, doğal, kültürel ve tarihi güzellikleri gibi özellikleriyle medikal turizmde önemli bir potansiyele sahiptir (Buzcu ve Birdir, 2019: 312). Nitekim Amerika ve Avrupa gibi sağlık sigortalarının kısıtlı ve tedavi hizmetlerinin pahalı olduğu ve çeşitli tedaviler için uzun bekleme sürelerinin olduğu ülkelerdeki hastaların tedavi olmak amacıyla seyahat ettikleri ülkeler arasında Türkiye de yer almaktadır (Kılınç, 2017: 131). Ayrıca Altın, Bektas, Antep ve İrban (2012), Türkiye'nin Avrupa ve Orta Doğu ile sınır komşusu olduğu gerçeğinin de ülkede medikal turizmin gelişimi açısından önemli bir avantaj olduğunu ifade etmişlerdir.

Türkiye'de, medikal turizmde arzu edilen yere ulaşmak adına, Kültür ve Turizm Bakanlığı'nın yayınladığı Türkiye Turizm Stratejisi 2023'te paydaşların teşvik edilmesi ve yatırımların planlanması (T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2007) hususlarından bahsedilmiş; ancak ilk ciddi ve somut atılımlar 2014-2018 Onuncu Beş Yıllık Kalkınma Planı'yla birlikte başlamıştır. Planda medikal turizm adına belirlenen en önemli hedefler aşağıdaki şekilde belirtilmiştir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2013):

- Medikal turizmde dünyanın ilk 5 destinasyonu içerisinde olmak
- 750.000 medikal yabancı hastanın tedavi edilmesi
- Medikal turizmden 5,6 milyar dolar gelir elde etmek.

Bu hedefleri gerçekleştirebilmek adına ise T.C. Ekonomi Bakanlığının Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında 2012/4 numaralı Tebliğinde bazı teşviklerden bahsedilmektedir. Tebliğ, Türkiye'de döviz kazandırıcı hizmet gelirlerinin artırılması ve hizmet sektörlerinin uluslararası rekabet gücünün geliştirilmesi amacıyla tebliğden yararlanacakların gerçekleştirecekleri faaliyetlere ilişkin giderlerin bir kısmının karşılanması ile ilgili usul ve esasları belirlemektedir. Tebliğin üçüncü bölümünde yer alan Sağlık Turizmüne Yönelik Destekler sağlık

kuruluşları, sağlık turizmi şirketleri ve işbirliği kuruluşlar için aşağıdaki biçimde özetlenebilir (www.mevzuat.gov.tr):

- Sektör, ülke, uluslararası mevzuat veya yatırım konularında satın alacakları veya hazırlatacakları raporlara ilişkin giderler,
- Bakanlığın protokol yaptığı hedef ülkelerden Türkiye'deki sağlık kuruluşlarına getirilen hastaların uçuş giderleri ve tedavi masrafları,
- Yurt dışında yapılan tanıtımlara ilişkin sponsorluk, reklam, tanıtım, danışmanlık, katılım ve organizasyon giderleri,
- Arama motorlarında yapılan reklam ve tanıtım giderleri,
- Şirketlerin doğrudan veya yurt dışında faaliyet gösteren şirketleri veya şubeleri aracılığıyla açtıkları birimlerin kira giderleri,
- Uluslararası teknik mevzuata uyum sağlamak veya yurt dışı pazarlara girmek amacıyla aldıkları belge, sertifika veya akreditasyona ilişkin alım, yenileme ve danışmanlık giderleri,
- Bakanlığın koordine ettiği veya işbirliği kuruluşlarının düzenlediği bir ticaret heyeti veya alım heyeti programı kapsamında; her bir katılımcının ulaşım ve konaklama giderleri ile programa ilişkin reklam, tanıtım, pazarlama, danışmanlık ve organizasyon giderleri,
- Bakanlığın ön onay verdiği konularda satın alınan danışmanlık hizmetlerine ilişkin giderler,
- Bilişim şirketlerinin veya işbirliği kuruluşların sektör, ülke, uluslararası mevzuat ya da yatırımlarla ilgili satın alacakları veya hazırlatacakları raporlara ilişkin giderler.

Ayrıca 31 Aralık 2012 tarihli ve 28514 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan "7 Seri Nolu Kurumlar Vergisi Genel Tebliği"ne göre Sağlık Bakanlığı tarafından ruhsatlandırılmış sağlık turizmi kuruluşlarının verdikleri hizmetlerden elde edilen kazancın yüzde ellisine vergi indirimi uygulanması kararlaştırılmıştır (www.resmigazete.gov.tr). Sağlık Bakanlığı tarafından 2012 yılında Resmi Gazetede Yayınlanan "Yabancı Sağlık Meslek Mensuplarının Türkiye'de Özel Sağlık Kuruluşlarında Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönetmeliğe göre ise dış hekimliği,

eczacılık ve hasta bakıcılığı dışındaki sağlık hizmetlerinde kamu dışındaki özel sağlık kuruluşlarında yabancı doktor ve sağlık çalışanı çalıştırılmasına müsaade edilmektedir (www.mevzuat.gov.tr).

Türkiye’de medikal turizmin de içinde değerlendirildiği sağlık turizmi ile ilgili ilk devlet yapılanması Sağlık Bakanlığı tarafından 2010 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü bünyesinde Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü'nü kurmakla başlamıştır. Onuncu Kalkınma Eylem Planında önemli bir yere sahip olan Sağlık Turizminin geliştirilmesi, sağlık turizmi alanında hizmet veren kurum, kuruluş ve ilgili paydaşlar arasındaki koordinasyonun artırılması amacıyla Sağlık Turizmi Bölge Koordinatörlüğü yapılanması planlanmıştır. Bu kapsamdaki çalışmalara ek olarak 02/11/2011 sayılı Resmi Gazete ile 663 Sayılı KHK gereği Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, 6 Şubat 2015 tarihli Başbakanlık Genelgesi ile Sağlık Turizmi Koordinasyon Kurulu (SATURK) ve 11/10/2011 tarihli 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnameye ek olarak 03 Ağustos 2018 tarihli ve 30498 sayılı Resmi Gazete ilanı ile faaliyete geçen Uluslararası Sağlık Hizmetleri unvanıyla bir anonim şirket (USHAŞ) kurulmuştur. Ayrıca Sağlık Bakanlığı Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından, tüm sağlık kurumlarımızdan (kamu, özel, üniversite hastaneleri, dal merkezleri, diyaliz, ağız ve diş sağlığı merkezleri vb.) sağlık hizmeti alan yabancı hastaların web üzerinden kaydedildiği bir yabancı uyruklu hasta kayıt sistemi oluşturulmuştur. Ancak Yabancı Hasta Takip Sistemi 1.1.2021 tarihi itibarıyla veri girişine kapatılarak, yabancı hasta kayıtlarının 13.07.2017 tarihli ve 30123 sayılı “Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik” gereği E-nabız entegrasyonu olan otomasyon sistemleri (HBYS, MBYS vb.) üzerinden gerçekleştirilmesine karar verilmiştir. Böylelikle sağlık hizmeti alan tüm yabancı hastaların istatistikî takibi sağlanmaktadır. İlgili yönetmelik, 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 düzenlemektedir (www.resmigazete.gov.tr). Ayrıca, son on yılda sağlık turizmi temalı kurulan dernek sayısı 20’yi geçmiş ve Sağlık Turizmi

Dernekleri Federasyonu (TURSAB) 19 Mayıs 2017 tarihinde kurulmuştur (<http://www.tursab.org.tr/>). Tüm bunlara ek olarak, Sağlık Bakanlığıyla imzalanan protokoller çerçevesinde, Türk Hava Yolları aldığı kararla sağlık turizmini desteklemeye karar vermiş ve tedavi için Türkiye'ye gelecek yabancı yolculara yüzde 50 ulaşım indirimi imkânı sunarak, sağlık turistlerini teşvik edici tutundurma faaliyetlerini uygulamaya koymuştur (www.saglik.gov.tr).

Türkiye'nin medikal turizmde yüzde kırk gibi bir büyümeyle en önemli sıçramayı yaşadığı 2007-2008 yılları sonrasında, 2015 yılında Türkiye'nin 1 milyon yabancı hastayı tedavi edeceği ve 8 milyar dolar gelir elde edeceği öngörülmüştür (Connel, 2011). Sağlık Bakanlığı ise Türkiye'nin sağlık turizmine yönelik politikaları aracılığıyla 2015'te 500.000 yabancı hasta ile 7 milyar dolar, 2023'te ise 2.000.000 hasta ve 20 milyar dolar gelir elde etmeyi hedeflediğini belirtmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012a). Bu hedefe yönelik olarak Sağlık Bakanlığı 2013-2017 Stratejik Eylem Planı'nda, daha önce Birleşik Arap Emirlikleri'nin önemli turistik destinasyonu Dubai'de oluşturulan 'Sağlık Turizmi Serbest Bölgesi' projesinden bahsedilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012b). Sağlık turizminde Türkiye'nin 2023 hedefi ise 2 milyon sağlık turisti ve 10 milyar dolar sağlık turizmi gelirin'e ulaşmaktır (TURSAB, 2014). Ancak bu sayılar sağlık turizmi ve turistin sağlığı kapsamında tedavi alan uluslararası hastaların tümünü ifade etmektedir ve bu rakamların ne kadarının medikal turist olacağı henüz öngörülememektedir.

Covid-19 pandemisi ile birlikte 2020 yılı için tüm dünyada medikal turizm hareketliliklerinin durma noktasına geldiği söylenebilir. Bununla birlikte uluslararası Covid-19 pandemisi nedeniyle Türkiye'nin sağlık alanında tüm dünyada örnek teşkil eden bazı atılımları nedeniyle, pandemi sonrasında ülkemizde sağlık turizminin her alanında olduğu gibi medikal turizmin geleceği ile ilgili oldukça olumlu gelişmeler beklenmektedir. Örneğin, saç ekimi, estetik cerrahi, ortopedi, obezite cerrahisi gibi acil olmayan bazı taleplerin ertelenmesi; ancak iptal edilmemesi, bir ümit ışığı olarak görülmektedir. Ancak tesislerin salgın sonrası önem kazanan hijyen kurallarına uygun olarak yeniden yapılandırılması, tesislerde temizlik standartlarının iyileştirilmesi ve ülke tanıtımında bu çabaların ön planda tutulmasının önemi vurgulanmaktadır (Euronews, 2020).

1.4. Medikal Turizmde Pazarlama Karması

Pazarlama temelde, müşteri gereksinimlerini ve beklentilerini anlama ve bunları karşılamaya yönelik bir takım faaliyetlerden oluşmaktadır. Pazarlama yöneticileri bir ürünü pazarlarken, ürünün nitelikleri, fiyatı, dağıtım kanalları, promosyon ve diğer pazarlama unsurlarına ilişkin işletmeyi örgütsel amaçlarına ulaştıracak en doğru faktörleri seçerek aslında bir pazarlama karması oluşturmaktadırlar (Zeithaml, Berry ve Parasuraman, 1996).

Pazarlama karması kavramından ilk olarak Journal of Advertising Research dergisinde Neil Borden tarafından 1964 yılında yayınlanmış olan ‘The Concept of Marketing Mix’ adlı çalışmada bahsedildiği (Gümüş, 2018: 220) bilinmektedir. Borden bu çalışmada, pazarlama yöneticilerini “içerikleri birleştiren kimse” (mixer of ingredients) olarak tanımlamış ve bu kişilerin pazarlama uygulamalarını ve politikalarını yaratıcı biçimde şekillendirerek işletmelere kârlılık sağladıklarını ifade etmiştir. Borden’in, Harvard Üniversitesi’nde pazarlama ile ilgili verdiği dersler esnasında kullanmaya başladığı ve pazarlama uygulamalarını 12 unsur ile formüleştiren “pazarlama karması” kavramı, geniş kitlelerce kabul görmesinin ardından literatürde yer almaya başlamıştır (Borden, 1984: 7). Borden bu çalışmada ayrıca pazarlama kavramı ile tutundurma kavramlarını da birbirinden ayırarak; pazarlamanın diğer unsurlarından bağımsız gerçekleşmeyeceği için tutundurmanın pazarlamanın bir alt unsuru olduğunu ifade etmiştir.

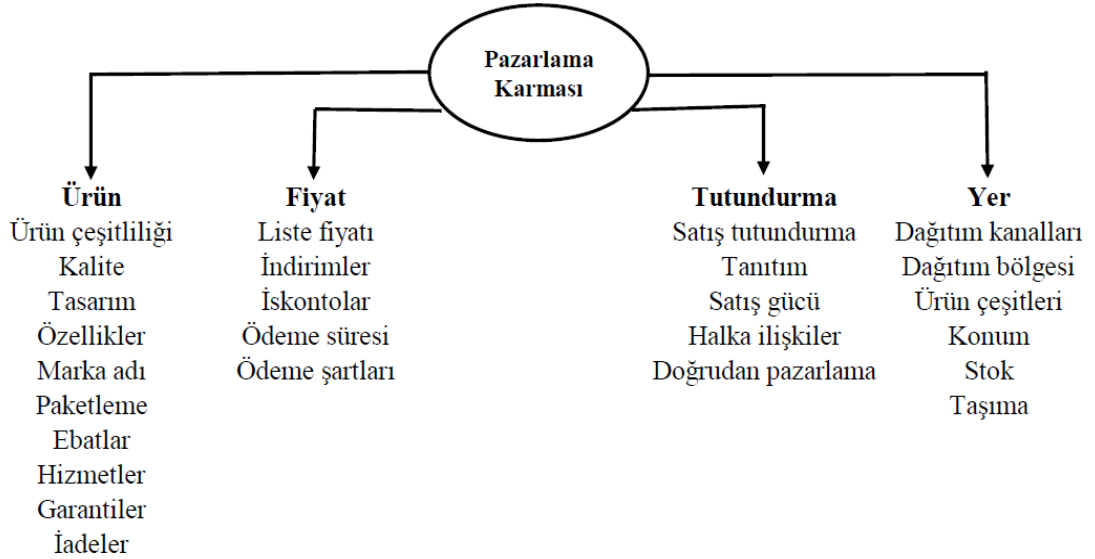
Tablo 11: Borden’in Pazarlama Karması

Ürün	Tanıtım
Fiyatlama	Paketleme
Markalama	Sunma
Dağıtım Kanalları	Hizmet
Kişisel Satış	Taşıma ve depolama
Reklam	Durum tespiti

Kaynak: Borden, 1984: 9

Pazarlama karması kavramının bir model olarak kavramsallaştırılması ise ilk olarak McCarthy tarafından yapılmıştır. 1960’lı yıllarda McCarthy ürün, fiyat, dağıtım ve tutundurma unsurlarından 4 P (product, price, place, promotion) olarak bilinen bir taslak oluşturmuş ve pazarlama bileşenlerini sadeleştirmiştir (Kotler, 1991). Günümüze kadar geçen süreçte ise pazarlama karması elamanlarında farklı

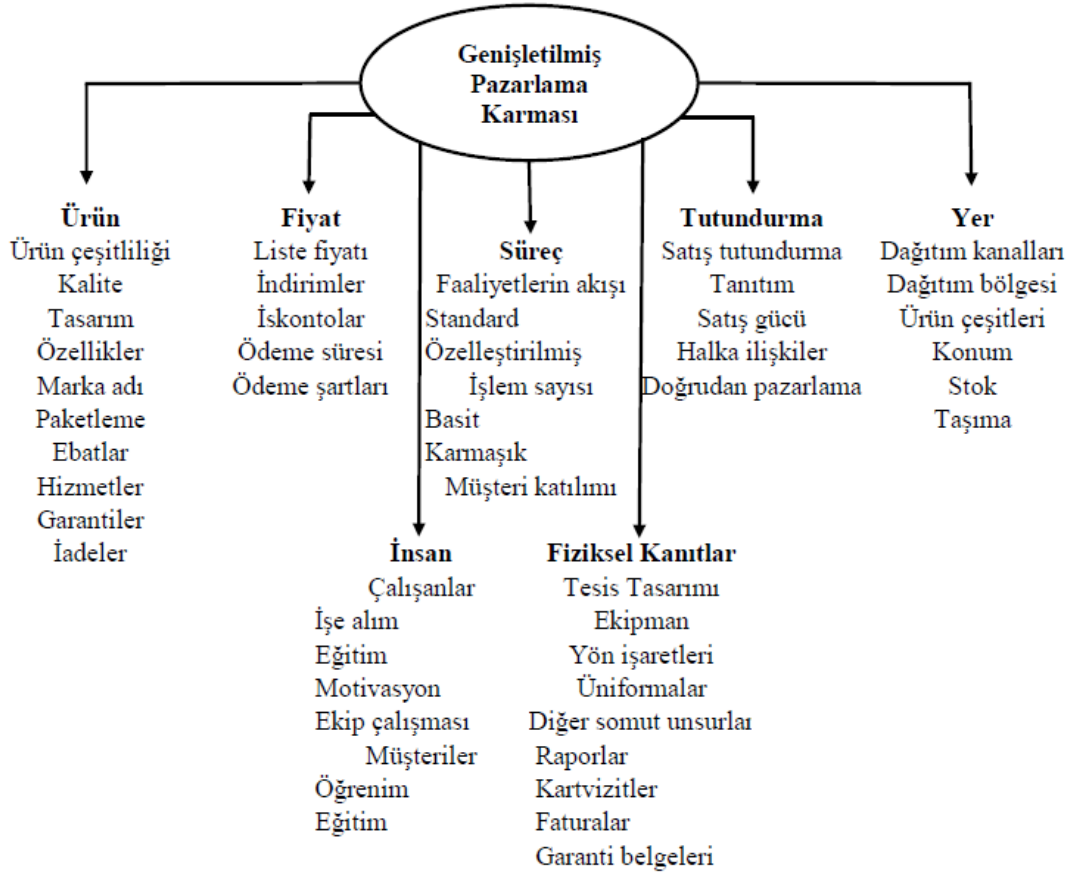
yaklaşımlar izlenmiş ve karmanın içeriği ve elemanların sayısı ile ilgili çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Ancak, üzerinde fikir birliğine varılan geleneksel pazarlama karması; ürün, fiyat, dağıtım ve tutundurma elemanlarından oluşmaktadır (Çakıcı, Atay ve Harman, 2008: 69).



Şekil 2: Geleneksel Pazarlama Karması
Kaynak: (Kotler, Shalowitz, Stevens, 2008: 8)

Şekilde dört pazarlama karması elemanına ait temel stratejik alanlar verilmektedir. Ancak hizmetlerin yapısı ve niteliği açısından diğer ürünlerden farklılıkları ve yeniliklerin çok çabuk kopya edilmesi (Kotler, 1991: 462) nedeniyle işletmelerin pazar paylarını artırabilmeleri için üstün bir hizmet sunmaları gerekmektedir (Zeithaml, Berry ve Parasuraman, 1996: 31). Bu üstünlüğü sağlayabilmek adına Booms ve Bitner (1982), pazarlamayı daha geniş bir çerçevede ele alarak pazarlamanın 4P'si olarak benimsenen elemanlarına insan, fiziksel kanıtlar ve süreç bileşenlerini eklemiştir. Böylece hizmet işletmelerinin bu durumu bertaraf edebilmesi için üç adet çok önemli güç daha ortaya konmuş (Booms ve Bitner, 1982; Jain, 2013; Kotler, 1991) ve buna genişletilmiş pazarlama karması denmiştir (Sümer ve Eser, 2006). Bununla birlikte pazarlama karmasında dört unsurun temel unsurlar ve diğer üç unsurun yardımcı unsurlar (Kotler, 1991; Atay, Çakıcı ve Harman, 2008) olduğuna dair görüşler de bulunmaktadır. Ancak her koşulda bu dört temel unsurun, hizmetler söz konusu olduğunda eksik kaldığı ve bazı eklentilere ihtiyaç duyulduğu

açıktır (Sümer ve Eser, 2006). Buna ek olarak müşteriler, hizmetin gerçekleştiği yerin ve çevrenin özellikleri ve hizmet performansını etkileyen diğer tüm somut unsurlardan ve hizmetin sunumu esnasındaki tüm prosedürlerden ve faaliyet akışından etkilendiği için pazarlama karmasına insan, fiziksel kanıtlar ve süreç de eklenerek toplamda yedi adet unsurdan oluşan (7P) genişletilmiş pazarlama karması ortaya çıkmıştır (Das, 2017; Zarchi, Jabbari, Rahimi, Shafaghat ve Abbasi, 2013; Pomeroy, Noble ve Johnson, 2011).



Şekil 3: Genişletilmiş Pazarlama Karması
Kaynak: (Zeithaml, Bitner ve Gremler, 2018: 25)

Günümüzde tüm sektörlerde olduğu gibi sağlık sektöründe de görülen teknolojideki gelişmeler, sağlık kuruluşlarının sayısının gün geçtikçe artması ve hastaların bilinçlenmesi sağlık kuruluşları yöneticilerini de sağlık hizmetlerinde pazarlama faaliyetlerini profesyonel biçimde düşünmeye ve planlamaya sevk etmiştir. Ancak diğer sektörlerde de olduğu gibi sağlık hizmetlerinde pazarlamanın yalnızca tanıtım

ve satış faaliyetlerinden ibaret algılanmaması önemlidir. Çağdaş anlamda pazarlama mal ve hizmetlerin geliştirilmesinden başlayıp, satış veya hizmet sunumu sonrası birçok faaliyeti de içeren çok boyutlu bir özelliğe sahiptir (Tengilimoğlu, 2000: 190). Sağlık turizmi ve dolayısıyla medikal turizm sektörünün diğer tüm hizmet sektörlerinden farklı bir karakteristiğe sahip olmasının yanı sıra; medikal turizmin işleyişinde de sağlık hizmetini sunacak olan sağlık çalışanları, hizmet alacak olan hasta, hastaya uygulanacak olan tedavi türü, bağlantılı diğer sektörler ve tüm bu hizmetlerin fiyatı gibi birçok pazarlama değişkeni ortaya çıkmaktadır (Tontuş, 2018). Örneğin; Kotler, Shalowitz ve Stevens'e göre (2008), bir hastanenin başka ülke hastalarına hitap edebilmesi için öncelikle hangi bölgelere hitap edebileceği ile ilgili bir pazar araştırması yapılması gerekmektedir. Sağlık tesisinin hangi yeni teknolojik ürünlerle hangi tedavileri yapacağı ya da hastaların konforu için ne gibi imkânlar sunacağı ve hizmet çeşitliliği gibi konular ürün tasarımı aşamasında belirlenmektedir. Dağıtım ve yer konusu ürünün müşterilere ya da hastalara ulaşabilmesi için farklı aracı kurumlarla, komisyoncularla ve taşıma şirketleriyle çalışılması kararlarıyla ilgiliyken; tesis veya tedavi tanıtımı yapılırken en doğru tutundurma aracının seçilmesi hayati öneme sahiptir. Örneğin; hastalara ulaşacak mesajların doğru biçimlendirilmesi, doğru şirketlerin gazete, televizyon, internet ya da dergilerine reklam verilmesi hatta TV'de hangi saate yayınlanacağını belirlenmesi hedef kitleye ulaşılabilmesi için son derece önemli hususlardır (Kotler, Shalowitz ve Stevens, 2008).

Medikal turizmde rekabetçiliği belirleyen hususların ortaya konması, bu çalışmanın temel dayanağını oluşturmaktadır. Ancak pazarlama etkinliklerinin başarısından bağımsız bir rekabetçilik analizi eksik bir yaklaşım olacaktır. Bu bakış açısıyla, rekabetçiliği belirleyen hususların ortaya konabilmesi için bu çalışmada pazarlama karması elemanlarının sunduğu çerçeveden yararlanılmakta; böylece medikal turizm bir ürün olarak, fiyatlandırma açısından, dağıtım, tutundurma, hasta ve çalışanlar olarak insan, fiziksel kanıtlar ve bütünüyle bir süreç olarak incelenmektedir.

1.4.1. Medikal Turizmde Ürün

Günümüzde artan turizm hareketliliği nedeniyle turizm türleri ve buna bağlı olarak turistik ürün çeşitliliği giderek zenginleşmiş (Güzel, 2010) ve sağlık amaçlı

seyahatler turizmin bir türü olarak benimsenmiştir. Ardından sağlık turizmi bile kendi içinde alt alanlara ayrılmış (Ko, 2011: 22) ve son dönemlerde “hem sağlık hem de turizm sektörünü içinde barındıran bir niş (özellikli ve nispeten küçük ama önemli pazar dilimi)” olarak medikal turizm ortaya çıkmıştır. (Hunter, 2007: 130). Horowitz, Rosensweig ve Jones medikal turizm ürününün temel içeriğini oluşturan tedavileri aşağıdaki şekilde ele almıştır (2007: 5):

Tablo 12: Horowitz, Rosensweig ve Jones’a Göre Medikal Turizmde Tedavi Türleri

Kozmetik Cerrahi	Meme büyütme/küçültme/dikleştirme Yüz germe, göz kapağı estetiği Yağ aldırma/ vücut şekillendirme
Diş Hekimliği	Kozmetik dişçilik Diş rekonstrüksiyonu/implant
Kalp ve Damar Cerrahisi	Koroner arter bypass ameliyatı Kalp kapakçığı ameliyatı Anjiyo/stent/koroner balon Kök hücre tedavisi
Ortopedik ve Travmatolojik Cerrahi	Kalça protezi ve yüzeyi değiştirme ameliyatı Diz protezi Artroskopi / çapraz bağ rekonstrüksiyonu Omur laminası ameliyatı Disk ameliyatı
Obezite Cerrahisi	Mide küçültme Laparoskopik gastrik bantlama Toplam ağırlık kaybına yönelik vücut şekillendirme
Üreme Sistemi	Tüp bebek Histerektomi Prostat/tansüretal prostat rezeksiyonu Cinsiyet değiştirme ameliyatı
Doku ve Organ Nakli	Solid organ nakli (böbrek, karaciğer) Kemik iliği nakli
Diğer tedaviler	Kök hücre tedavisi (kalp yetmezliği, nörolojik hastalıklar) Lazer göz ameliyatı Genel göz taraması Geniş çaplı tanı yöntemleri

Kaynak: Horowitz, Rosensweig ve Jones, 2007: 5

Tabloda görüldüğü üzere medikal turizmde tedavi türleri kozmetik cerrahiden diş cerrahisine ve obeziteden organ nakline kadar oldukça geniş bir yelpaze sunmaktadır. Sağlık taraması, kalp ameliyatı, kanser tedavisi, diş tedavisi ve protezler gibi nitelikli tıbbi müdahaleleri gerektiren diğer işlemler, medikal turizm kapsamında değerlendirilmektedir (Otamış ve Yüzbaşıoğlu, 2015). Yu ve Ko (2012: 83) medikal turizmde tedavi türlerini başlıca tedaviler (majör) ve ikincil tedaviler (minör) olarak iki gruba ayırmaktadır. Buna göre başlıca tedaviler ortopedik cerrahi, omurga cerrahisi, genel cerrahi, beyin hastalıkları ve kanser tedavisi gibi tedavilerden

oluşurken; ikincil tedaviler kozmetik ve plastik cerrahi, dental uygulamalar, göz hastalıkları ve kadın doğum gibi alanlardan oluşmaktadır. Cormany (2010: 5) ise medikal turizmde tedavi çeşitlerini farklı bir açıdan ele almış ve Bookman ve Bookman'ın 2007 yılında yayınlanmış olan Medical Tourism in Developing Countries adlı çalışmasından derlediği verilere dayanarak, medikal turizm ürünlerini aşağıdaki biçimde sınıflandırmıştır:

Tablo 13: Cormany'ye Göre Medikal Turizm Türleri

İnvazif tıbbi uygulamalar	Kozmetik cerrahi Acil olmayan ve yaşamın devamını tehlikeye sokmayan cerrahi işlemler (diş vb.) Zorunlu cerrahi uygulamalar
Tanısal uygulamalar	Stres ölçümü Taramalar Bilgisayarlı tomografi EKG
Yaşam biçimi ile ilgili uygulamalar	Bağımlılık ve öğrenilmiş stres gibi rahatsızlıkların üstesinden gelmek için uygulanan SPA ya da danışmanlık hizmetleri Alternatif tıp uygulamaları

Kaynak: Cormany, 2010: 5'ten yararlanılarak oluşturulmuştur.

Alan yazınında fikir ayrılıkları bulunmakla birlikte genel yaklaşıma göre medikal turizm ürünü, temelde insanların iyilik hallerinin gelişmesi için yaptıkları seyahatlerde satın aldıkları tıbbi işlemleri ya da etkinlikleri kapsamaktadır (Otamış ve Yüzbaşıoğlu, 2015: 168). Connell'in (2006) yaptığı tespit, medikal seyahatler tedavi ile ilgili içeriklere sahiptir; ancak Lunt ve diğerlerine (2015) göre bu seyahatler turistik içerikle birleştirilmektedir. Nitekim Connell'in (2016) çalışmasına göre popüler medyada medikal turizmle ilgili çalışmaların çoğu dramatik ve problemleri kozmetik değişimlere odaklanmaktadır; ancak medikal turizm çoğunlukla check-up, görüntüleme, basit diş veya ayakta tedavi gibi daha basit ve işlevsel amaçlı ikincil tedavilerden oluşmaktadır (Connell, 2016). Prof. Dr. Sedat Demir "cerrahi olmayan ya da basit cerrahi operasyonlardan oluşan bu işlemlerin tanı ve tedavi süreçlerinin, hastanın günlük aktivitelerini etkilememesi ve çoğunlukla aynı gün içerisinde normal günlük aktivitelerine dönebilmesi nedeniyle turistik faaliyetlere katılmaya olanak sağladığını" ifade etmiştir (Sedat Demir, kişisel görüşme, 1 Nisan 2020). Dolayısıyla hastalar ve hasta yakınları için bu tür tedavilerin bir tatille birleştirilmesi mümkün olmaktadır. Bookman ve Bookman (2007)'a göre medikal turistlere satılan ürün paketleri yalnızca tıbbi tedavilerle sınırlı kalmamakta; aynı

zamanda ulaşım, yerel rehber, konaklama ve tedavi sonrası bazı hizmetleri de içerebilmektedir. Turizm endüstrisi medikal turizmi, tıbbi hizmetler ve turizm hizmetlerinin bir bileşimi olarak görürken (Ko, 2011; Connel, 2006); sağlık endüstrisinin bunun bir bileşim olduğu konusunda çekimser olduğu belirtilmektedir (Ko, 2011: 22). Bu görüş ayrılığının nedeni olarak her iki endüstrinin kendine has ve birbirinden farklı uzmanlık alanlarının olması gösterilmektedir. Ancak sağlık hizmetlerine ek olarak, bu kişilerin gittikleri yerlerde çeşitli turistik ürünlerden de yararlandığı (Aydın ve Karamahmet, 2017) bilinmektedir. Sonuç olarak temel amaç sağlık hizmetlerinden yararlanarak sağlığını iyileştirmek ve yaşam kalitesini artırmak olduğu için turistik ürünlerin ikincil derecede öneme sahip olduğu (Bookman ve Bookman, 2007) ve medikal turizmde temel ürünün, insanın en temel ihtiyaçlarından biri olan sağlık hizmeti olduğu görüşü ağır basmaktadır. Buna yaklaşımdan yola çıkılarak, medikal turizm ürününün genel açıdan aşağıdaki dört temel bileşenden oluştuğu söylenebilir (Cormany, 2010: 5):

Tablo 14: Cormany'nin Medikal Turizm Ürün Bileşenleri

Sağlık tesisleri ve medikal beceriler
Konaklama ve yiyecek-içecek işletmelerinin varlığı ve kalitesi
Genel turizm altyapısı
Devlet politikaları ve yasalar

Kaynak: Cormany, 2010: 5

Cormany (2010) çalışmasında medikal turizm ürününün sağlık hizmetleri, ağırlama hizmetleri, altyapı ve devlet politikası unsurlarından oluştuğunu ortaya koymakta ve bir medikal turizm ürününün içeriğini bu dört madde ile özetlemektedir. Tae Gyu Ko (2011: 36) ise Cormany'nin çalışmasından yola çıkarak medikal turizm ürününü oluşturan unsurların detaylı bir analizini yapmış ve elde ettiği verilerle her bir unsurun alt unsurlarından oluşan bir taslak geliştirmiştir. Ko, bu çalışmada dört temel gruba ayrılan medikal turizm hizmetlerinin alt unsurlarını aşağıdaki biçimde incelemiştir (2011: 34):

Tablo 15: Ko'nun Geniş Kapsamlı Medikal Turizm Ürün Bileşenleri

Sağlık tesisleri ve bağlantılı hizmetler	Fiyatlar, işgücü, eğitim, finansal teşvikler, çalışanların yabancı dil ve iletişim becerisi, kapasite, akreditasyon, çalışanların lisansları, uzmanlık, hasta oranı, acil servis hizmetleri, özel hemşire olanağı, ilaç temini ve güvenliği, salgın hastalık tehdidi, kişisel sağlık hizmetleri, tedavi sonrası hizmetler, tıbbi kayıtların transferi.
Konaklama ve yiyecek-içecek hizmetleri	Fiyatlar, konaklama işletmelerinin çeşitliliği ve kalitesi, işgücü, eğitim, finansal teşvikler, çalışanların yabancı dil ve iletişim becerisi, içilebilir su, güçlü elektririk ve internet sistemi, asansör, yiyecek içecek hizmetleri lisansları ve mevzuatı, diyet yemekleri, SPA ve egzersiz hizmetleri ve olanakları, engelliler için olanaklar.
Turizm destek hizmetleri	Genel işgücü ücretleri, yabancı dil okuma yazma sıklığı, çeviri hizmetleri, havalimanları, büyük kentlere doğrudan ulaşım olanağı, havayolu hizmetleri ve fiyatları, uçuş sıklığı, yerel ulaşım sistemi, yerel yönetimler, altyapı, internet, kamu hizmetleri, atık yönetimi, emniyet ve güvenlik, yerel politik istikrar, şehir olanakları, iklim koşulları, kültürel özellikler, halkın turiste yaklaşımı.
Yönetimsel ve ulusal faktörler	Ülkenin politik istikrarı, işgücünün istikrarı, döviz kurları, nakit para dolaşımı, ülke güvenliği, insan haklarına saygı, hoşgörü kültürü, cinsiyet eşitliği, engelli hakları, terör ve karmaşadan uzaklık, hukuk sistemi, mülkiyet hakları, hasta hakları, malpraktis yasası, muhasebe ve finansman şeffaflığı, vergi sistemi, ulaşım kolaylığı, vize sistemi, ekonomik yapı, özelleştirmeler, sağlık ve turizm alanlarındaki mevzuat, kültürel gerginlik, misafirperverlik, turiste karşı tutum.

Kaynak: Ko, 2007: 37

Ko (2007)'ya göre medikal turizm ürününü oluşturan tüm bu unsurlar birbirleriyle doğrudan bağlantılıdır; ancak bu unsurların her birinin hasta için önemi, hastanın gittiği ülkede aldığı tedavinin türüne göre değişmektedir. Buna göre medikal turist tipleri birbirinden farklılaşmakta ve medikal turizm ürün bileşenleri de hastaya göre farklılık göstermektedir. Bu konu çalışmanın ikinci bölümünde 'Medikal Turizmde Destinasyon Rekabetçiliği' başlığı altında detaylıca incelenmektedir.

1.4.2. Medikal Turizmde Fiyat Konusu

Konu sağlık olunca insanların sağlıklarına kavuşmak için gereken bedeli ödemeye hazır oldukları ve fiyat bileşenini önemsemedikleri düşünülmektedir. Ancak günümüzde sağlık hizmeti sunan kuruluşların sayısının artması ve özelleşmesi, alternatiflerin çoğalmasını ve en iyi sağlık hizmetini en uygun fiyata alma imkânı sunabilmektedir (Gümüş, 2018). Ayrıca medikal turizmde yeni akım olarak değerlendirilen, hastaların gelişmiş ülkelere daha az gelişmiş ülkelere doğru olan seyahatlerinin temel nedeninin daha düşük fiyatlara tedavi olmak (Demicco ve Cetron, 2006; Smith ve Forgione, 2007; Horowitz, Rosenweig ve Jones, 2007; Turner, 2007) olduğu unutulmamalıdır. Bu maliyetler vize ücretleri, ulaşım giderleri,

tedavi masrafları, konaklama ücretleri gibi pek çok bileşenden oluşmaktadır. Bunların yanı sıra tasarruf yapmak isteyen uluslararası hastaların, ilaç fiyatlarının daha düşük olduğu ülkelere doğru seyahat edebildiği de belirtilmektedir. Örneğin Meksika, özellikle ABD vatandaşı diaspora hastalar için tedavilerde ve ilaç fiyatlarında oldukça düşük fiyatlar sunarak bir çekicilik sağlamaktadır (Connel, 2011).

Günümüzde medikal turizm hareketliliğinin temel eğilimi, daha önce de belirtildiği gibi fiyatların daha düşük olduğu ya da ülkeler arası kur farklılıklarının avantajının yaşandığı ülkelere gitmek şeklindedir (İçöz, 2009). Medikal turizmde fiyat hastaları buldukları ülkeden başka bir ülkeye tedavi olmaya teşvik etmesi nedeniyle itici bir faktör olarak değerlendirilirken; destinasyon ülkenin sahip olduğu uygun tedavi fiyatları ise çekici bir güç olarak ifade edilmektedir (Bookman ve Bookman, 2007). Fiyatı düşürmenin yeni müşterileri çekip çekmeyeceğinin stratejik olarak değerlendirilmesi ve yüksek fiyatların yüksek kalite algısı yaratma kapasitesi (Kotler, 1991: 361) unutulmamalıdır. Yani tüketici davranışının temel bir konusu olarak tüketici, ödediği para karşılığında satın aldığı ürünün değerini sorgulamaktadır (Bookman ve Bookman, 2007). Bu açıdan hastanın kendi ülkesindeki fiyatlar, gelecekteki fiyatlarla ilgili beklentiler, gelir seviyesi ve medikal turizm destinasyon ülkesinin fiyatları gibi farklı hususlar ortaya çıkmaktadır. Fiyat uygunluğu, tüketicinin bir ürünün fiyatını rakiplerine kıyasla uygun olması olarak tanımlanmaktadır (Han ve Hyun, 2015). Genel olarak sağlık turizminin, özel olarak da medikal turizmin gelişmesindeki temel etkenin ülkeler arasındaki fiyat farklılıklarından kaynaklandığı düşünülmektedir. Ancak bunun için medikal turistlerin kendi ülkelerindeki tedavi fiyatlarıyla destinasyon ülke fiyatları arasında önemli bir farklılık olmalıdır (Turner, 2007).

Fiyat uygunluğu ile ilgili diğer bir husus, belli bir medikal turizm destinasyonunda bir medikal klinik seçerken uluslararası bir hastanın, klinik tarafından sunulan ürün ve hizmetleri kolayca görüp kontrol edemeyeceği için performans belirsizliğinin oluşmasıdır (Oh, 2001). Diğer bir deyişle, ürün ve hizmetler satın alınmadan önce denenememektedir. Bu gibi durumlarda fiyat uygunluğu tüketicinin karar verme davranışını önemli derecede etkileyecektir. Jiang ve Rosenbloom (2005)'a göre, eğer

tüketiciler bir ürünü satın almadan önce deneyemiyor ve inceleyemiyorsa, fiyatların uygun olması ile ilgili algıları satın alma sonrası karar süreci için anahtar rol oynamaktadır. Ancak fiyatın ne kadar veya neye kıyasla düşük olduğunun tespiti oldukça önemlidir. Açık kalp ameliyatları İngiltere’de 70.000, ABD’de 150.000 dolara kadar yükselirken (İçöz, 2009) Hindistan’da gidiş dönüş ulaşım ve tatil paketi dâhil 10 bin dolara yapılmaktadır (Bookman ve Bookman, 2007). Hatta Hindistan, Tayland ve Malezya ile rekabet edebilmek için fiyat düşürme politikası belirlemiş ve uluslararası havalimanına ulusal bir stant açarak medikal turizme katılmak için seyahat eden transit yolculara tanıtım ve bilgi vermeye başlamıştır (Connel, 2011). Singapur ise pek çok tedavi türünde ABD’den %35 daha ucuz bulunmaktadır. Bu fiyat farklılıkları, hasta hareketliliğinin yönünü de kolayca anlaşılır kılmaktadır (İçöz, 2009).

Bazı medikal operasyonların fiyatlarının ülkelere göre karşılaştırması aşağıdaki tabloda verilmiştir. Buna göre ABD’de yaklaşık 100 bin doların üstünde bir fiyata yapılan kalp bypass ameliyatının Tayland’da ve Türkiye’de 14 bin dolar civarında bir fiyata yapıldığı görülmektedir. Tabloya göre birçok alanda en avantajlı fiyatları sunan ülke Hindistan olurken, Türkiye’nin de fiyat avantajına sahip ülkeler arasında yer aldığı görülmektedir. Ancak tabloda yer alan fiyatlar, ülkeler hakkında ortalama bir fikir vermektedir ve kaynaklara göre değişkenlik göstermektedir. Ayrıca tedavi uygulamalarının hastadan hastaya farklılaşması nedeniyle fiyatların da her hasta için farklılaşacağı unutulmamalıdır.

Tablo 16: Medikal Turizm Ürünleri Ülkeler Fiyat Karşılaştırması (\$)

Tedavi	ABD	Birleşik Krallık	Hindistan	Tayland	Singapur	Malezya	Polonya	Macaristan	Türkiye
Kalp Bypass Ameliyatı (CABG)	113.000	13.921	5.200	13.000	20.000	9.000	7.140		13.900
Kalp Kapakçığı Ameliyatı	150.000		5.500	11.000	13.000	9.000	9.520		17.200
Anjiyoplasti	47.000	8.000	3.300	10.000	13.000	11.000	7.300		5.500
Kalça Protezi Ameliyatı	47.000	12.000	7.000	12.000	11.000	10.000	6.120	7.500	7000
Diz Protez Ameliyatı	48.000	10.162	6.200	10.000	13.000	8.000	6.375		7.500
Mide Küçültme	35.000		5.000	15.000	20.000	13.000	11.069		13.800
Kalça Yüzevi Değişirme	47.000		8.250	10.000	12.000	12.500	7.905		
Spinal Füzyon (omurga)	43.000		6.500	7.000	9.000	6.000			
Göğüs Ameliyatı (mastektomi)	17.000		7.500	9.000	12.400				
Estetik Burun Ameliyatı	4.500	3.500	4.000	2.500	4.375	2.083	1.700	2.858	3.500
Karın Germe Ameliyatı	6.400	4.810	3.000	3.500	6.250	3.903	3.500	3.136	3.500
Göğüs Küçültme	5.200	5.075	2.500	3.750	8.000	3.343	3.146	3.490	4.000
Göğüs Büyütme	6.000	4.350	3.500	2.600	8.000	3.308	5.243	2.425	3.500
Kron (diş)	385	330	180	243	400	250	246	230	225
Diş Beyazlatma	289	500	100	100		400	174	350	450
Diş İmplantı	1.188	1.600	1.000	1.429	1.500	2.636	953	1.000	1.100

Kaynak: OECD, 2011; www.medicaltourism.com/compare-prices; <https://www.health-tourism.com/medical-tourism-turkey/>; <http://www.indiaprofile.com/medical-tourism/cost-comparison.html>;

Bununla birlikte medikal turizmin yalnızca medikal tedavi için seyahat etmeyi değil, aynı zamanda teknolojisi daha gelişmiş olan ve rekabetçi fiyatlar sunan destinasyonları araştırmayı da içerdiği (Dawn ve Pal, 2011) unutulmamalıdır. Bu hizmetleri almayı umarak seyahat eden kişiler aynı zamanda tur yapmakta, tatil yapmakta ve ülkenin çekiciliklerini deneyimlemektedirler (Gray ve Poland, 2008; Yu ve Ko, 2012; Ulaş ve Anadol, 2016). Yani medikal turizm, sağlık ve turizm sektörlerinin her ikisini de içeren pek çok ürün bileşeninden oluşması nedeniyle her iki talep grubu özelliklerini de içeren bir yapıya sahiptir (Hunter, 2007; Han ve Hyun, 2015). Bu nedenle tedavi fiyatlarını değerlendirdikten sonra medikal turistlerin, bu kez ulaşım ve konaklama gibi diğer medikal turizm ürünlerinin fiyatlarını göz önünde bulundurdıkları (Bookman ve Bookman, 2007) ifade edilmektedir. Ancak turizm, fiyat ve gelir esnekliği daha yüksek bir talep özelliği gösterirken; sağlık zorunlu bir ihtiyaç olması nedeniyle daha iyi teknolojileri talep eden ve yüksek risk algısına sahip olan bir talep grubundan oluşmaktadır. Çünkü medikal turizmde talebin fiyat esnekliği tüm sağlık hizmetleri için aynı değildir; örneğin bir diş tedavisine kıyasla kalp ameliyatı tedavisinde fiyata karşı duyarlılık farklılık gösterecektir (Bookman ve Bookman, 2007). Kozmetik cerrahi hastaları da çoğunluğu mütevazı gelir sahibi olmaları ve ulusal sağlık sigortası kapsamı dışında kalmaları nedeniyle fiyata karşı oldukça duyarlıdır (Connel, 2016). Bu nedenle

medikal turizmde tüketici karar verme sürecinin tespiti açısından tüketicinin fiyata karşı duyarlılığının tespit edilmesinin önemli olduğunu belirtilmektedir (Han ve Hyun, 2015).

Destinasyon ülkelerde medikal turizm ürünlerinin fiyatlarının gelişmiş olan ülkelere göre daha düşük olmasının nedenleri incelendiğinde ise gelişmekte olan ülkelere göre tüm hizmetlerin ve teknoloji transferlerinin maliyet açısından daha ucuz olduğunu söylemek yerinde olacaktır. Ek olarak medikal turizm endüstrisinin yerli sermaye ve emek gücü ile faaliyette bulunması dolayısıyla ithalat etkisinden uzak kalmaları nedeniyle de bu ülkeler, maliyetlerin düşmesini sağlamaktadır. Üretim maliyetlerindeki tüm bu düşüşler, tüketici fiyatlarına da yansımakta ve medikal turistler daha düşük fiyatlara hizmet alabilmektedir. Ayrıca maliyetlerin düşük olması nedeniyle sağlık tesisi daha fazla doktor ve hemşire istihdam edebilmekte ve doktor ve hemşire başına düşen hasta sayısı azaldığı için hastalar daha kısa bekleme süresiyle tedavilerine ulaşabilmektedir (Bookman ve Bookman, 2007).

Tüm bu bilgiler ışığında, medikal turizmin ‘üçüncü dünya ülkesi fiyatına birinci dünya ülkesi tedavisi’ sloganıyla var olduğunu ve ilerlemesini sürdürdüğü söylenebilir (Bookman ve Bookman, 2007; Connel, 2016). Ancak destinasyona veya tercih edilen işletmeye bağlı olarak, uygun fiyat sunabilmek için kaliteden ödün verilmesi söz konusu olabilmektedir. İşletmeler kârlarını maksimize etmek için maliyetleri kısma yoluna gidebilmekte bu da bazı standartların düşmesine neden olabilmektedir. Örneğin eski ekipman kullanımı, düşük kalitede ilaç kullanımı, eğitim seviyesi düşük sağlık personeli çalıştırma, yetersiz donanıma sahip kliniklerde tedavi etme, eski teknoloji ürünlerini kullanma gibi uygulamalarla sağlık tedarikçileri maliyetlerini minimuma indirirken, hasta güvenliği risk altına girebilmektedir (Turner, 2007). Dolayısıyla medikal turistin temel değerlendirme kriterinin daha iyi bir tedavi imkânına kendi ülkesindekinden daha düşük bir fiyatla sahip olmak olduğunu ve medikal turizmde fiyatın tek başına nihai bir karar verme nedeni değil; karar vermede göz önünde bulundurulmuş bir faktör olduğunu söylemek daha doğru olacaktır.

1.4.3. Medikal Turizm Ürününün Dağıtımı

Medikal turizm doğası gereği, uluslararası hastaların tedavi hizmeti almak için başka ülkelere yaptıkları seyahatlerden oluştuğu için bu yer değiştirme kararının verilmesinde dağıtım kavramı daha da önem kazanmaktadır. Dağıtımda amaç malların ve hizmetlerin uygun kalitede, doğru zamanda ve doğru yerde temin edilebilir olmasını sağlamaktır (Bookman ve Bookman, 2007). Medikal turizm kapsamında dağıtım ise uluslararası hastaların destinasyon ülkeye ve tedaviye ulaşımını sağlama ve destinasyonun tercih edilen bir medikal turizm destinasyonu olması gibi önemli işlemlere sahiptir (Arı, 2017). Burada ulaşılabilirlik iki farklı biçimde ele alınmaktadır. Birincisi, sağlık kuruluşunun hitap ettiği pazar için fiziksel olarak ulaşılabilir olması ve ikinci husus, hastanın başvurduğu sağlık kuruluşunda ihtiyaç duyduğu zamanda ve ihtiyaç duyduğu branştan bir uzmanın ya da tedavinin var olup olmaması ile ilgilidir (Tengilimoğlu, 2000: 194).

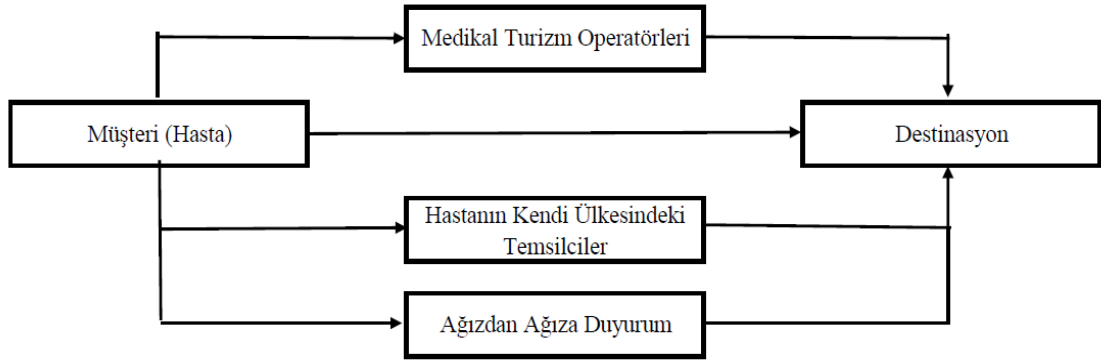
Bu yaklaşımlardan yola çıkarak, medikal turizmde dağıtımın tüketiciye medikal turizm ürününü istediği zamanda ve istediği yerde elde etmesi gibi zaman ve mekân faydası sağlayan bir fonksiyonu olduğu söylenebilir. Örneğin, hastanenin konumunun turistik çekiciliklere ve alışveriş merkezlerine yakınlığı, yerel taşıma olanakları, tanınmış bir şehirde, güvenli ve emniyetli bir çevrede ve sakin bir konumda olması gibi değişkenler (Al-Azzam, 2016) mekân faydası olarak değerlendirilmektedir. Ancak medikal turistlerin talep ettikleri hizmete ulaşmak için bazen uzun ve yorucu seyahat gerekliliklerinden kaçınabilmeleri nedeniyle, hasta tercihlerini şekillendirmede hasta gönderen ülke ile ev sahibi ülke arasındaki fiziksel mesafe dağıtımın mekân faydası açısından en önemli hususu olarak değerlendirilmektedir (Heung, Kucukusta ve Song, 2010; Aydın ve Karamehmet, 2017). Nitekim uluslararası medikal seyahatlerin büyük çoğunluğunun en yakın, sınır komşusu ve kültürel açıdan benzer insanların bulunduğu ülkelere doğru yapıldığı (Connel, 2016) çalışmanın önceki kısımlarında detaylı olarak incelenmiştir. Örneğin; Avrupa'nın yakınında olan Türkiye konumu dolayısıyla Avrupa'dan, Orta Doğudan, Rusya, Azerbaycan ve Türkmenistan gibi Sovyet Bloğundan medikal turistlerin ilgisini çekmektedir (Connel, 2011). Benzer şekilde Ürdün ve Tunus Kuzey Afrika'dan, Singapur ve Malezya ise Güneydoğu Asya'dan ziyaretçiler almaktadır

(Cohen, 2015; Lautier, 2008). Hindistan'daki pek çok uluslararası ziyaretçi Asya ve Afrika ülkelerinden gelirken (Amiri ve Safariolyaei, 2017), Mexico ve Karayipler en çok ABD'den müşteri almaktadır. (Ramírez de Arellano, 2007; Ramírez de Arellano, 2011).

Diğer taraftan hizmet üreticilerinin en büyük sorunlarından biri olan dağıtım konusu (Kotler, 1991: 513) Bookman ve Bookman (2007) tarafından tüketiciye bilgi sağlama, hizmete ulaşma süresini kısaltma, uygun fiyatlı hizmetlere ulaşma ve ödeme kolaylıkları, ürün ve üretici seçeneklerini sunma ve satın alma sonrası destek hizmetler olarak çok geniş bir yelpazede ele alınmaktadır. Tüm bu hizmetleri sunmak üzere ise medikal turizmde dağıtım kanalı hususu ortaya çıkmıştır. Turizmde dağıtım kanalı, talebi oluşturan turistler ile arzı oluşturan işletmeler arasında ortaya çıkan araçlardan oluşmaktadır (Karamustafa ve Öz, 2008: 275). Aracı kuruluşlar medikal turizm paketleri organize etmekle birlikte; tedavi, ulaşım ve konaklama gibi imkânların fiyat karşılaştırmaları ve fiyat listeleri gibi bilgileri web sitelerinde yayınlamaya hizmet vermektedirler (Turner, 2007). Bu araçlar ürünü satın alıp tekrar satarak, komisyoncu olarak faaliyet göstererek ya da üretici adına müşteri ile iletişim kurarak ürünün geniş bir pazarda tanınmasını ve ulaşılabilirliğini sağlamaktadır. Ayrıca bilgi, deneyim, iletişim güçleri, uzmanlaşma ve operasyon ağları sayesinde işletmelerin tek başlarına ulaşabileceklerinden daha büyük bir başarı sağlamaktadır (Alvarez vd., 2011; Kotler, 1991). Bu şekilde medikal turistler tedavi planlamalarını doğrudan sağlık kuruluşuyla iletişim kurarak yapabileceği gibi, seyahat acentaları, sigorta şirketleri, medikal turizm şirketleri veya komisyoncular gibi aracı kuruluşlar kanalıyla da yapabilmektedir.

Aracı kuruluşlar, medikal turistlerin satın aldığı paket türüne göre küçük veya geniş çaplı hizmetler verebilmektedir; ancak genellikle medikal turist ve sağlık tedarikçisi arasında ilk bağlantıyı sağlarlar. Hedef pazarların olduğu ülkelerde konumlanan aracı kuruluşlar, hastalar ve sağlık kuruluşları arasında bir merkez görevi üstlenerek hastanın tüm tıbbi raporlarını hastanelere göndermekte, ağızdan ağıza duyurumları yayınlamakta, bir güven kaynağı olarak hizmet vermekte ve hastanenin güvenilirliğini artırabilmektedir (Rerkrujipimol ve Assenov, 2011). Örneğin Türkiye'de 13.07.2017 tarihli ve 30123 sayılı "Uluslararası Sağlık Turizmi ve

Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik”te uluslararası sağlık turisti ile beraberindeki diğer yakınlarına ulaşım, konaklama ve transfer hizmetlerinin sağlamak üzere 1618 sayılı Seyahat Acentaları ve Seyahat Acentaları Birliği Kanunu uyarınca işletme belgesi alan A grubu seyahat acentaları yetkilendirilmiştir. Ancak bu hizmetlerde güvenilirliliği sağlamak adına bu kuruluşlara sağlık turizmi yetki belgesi alma zorunluluğu getirilmiştir. Medikal turizmde dağıtım kanalının hasta ile destinasyon ya da sağlık kuruluğu arasındaki fonksiyonu Caballero-Danell ve Mugomba (2007) tarafından şekildeki biçimde ele alınmaktadır.



Şekil 4: Medikal Turizmde Dağıtım Kanalı Modeli
Kaynak: (Caballero-Danell ve Mugomba, 2007).

Caballero-Danell ve Mugomba (2007), tüketicileri destinasyonla buluşturan tur operatörleri, hedef tüketiciler için aracı kuruluş olarak faaliyet gösteren temsilciler ve ağızdan ağıza duyurum olmak üzere üç tip dağıtım kanalı tanımlamışlardır. Şekilde sağlık hizmeti sunucularının hizmetlerini tüketicilere aracı kuruluş kullanmadan doğrudan ulaştırması durumu hasta ile destinasyon arasındaki ok işareti ile gösterilmektedir. Ancak bu biçimde bir doğrudan dağıtımın odak noktası günümüzde internettir. İnternet, hastane, sağlık turizmi acenteler, SPA merkezleri vb. uluslararası alandaki tedavi hizmetleri için pek çok alternatifi bulma, kıyaslama değerlendirme imkânı sağlamaktadır (Rerkrujipimol ve Assenov, 2011; Turner, 2007). Son yıllarda internet arama motorları, taşıma kapasitesi ve ağların hızındaki gelişmeler dünyadaki tüm turizm hareketlilikleri gibi medikal turizmi de etkilemekte ve medikal turistler seyahatlerini planlama aşamasında bu teknolojidenden yoğunlukla yararlanmaktadır (Buhalis ve Law, 2008). İnternet ayrıca hastaların doktorlarla, cerrahlarla, sağlık merkezleriyle ve seyahat acenteleriyle danışma, randevu alma ve detaylı bilgi

edinmek için iletişim kurmasını da sağlayan büyük çaplı bir iletişim ortamıdır (Aydın ve Karamehmet, 2017). Bu tip bir hizmetin medikal turizmi, günümüzdeki şekliyle mümkün kılan en önemli faktörlerden biri olduğu (Bookman ve Bookman, 2007; Connell, 2006) açıktır. Medikal turistlerin büyük çoğunluğu interneti kullanarak uygun fiyatlarla tedavi hizmeti sunan doktor ve hastaneleri araştırmaktadır. Ayrıca başka ülkelerde tedavi almak için uçak bileti satın alma, uygun bir sağlık tesisi ve iyi bir doktor bulma, refakatçi için otel rezervasyonu, fiyat karşılaştırmaları ve ödeme, tıbbi kayıtların transferi gibi birçok konu için de yine internetten yararlanmaktadırlar (Bookman ve Bookman, 2007; Turner, 2007). Örneğin “Treatment Abroad” isimli web sitesi 54 farklı destinasyondaki sağlık tedarikçileriyle ilgili bilgiler sağlamaktadır (www.treatmentabroad.com). “Health Tourism” isimli site ise 31 farklı destinasyona ait tedavi seçeneklerini sunmaktadır. Bu web sitesinde, Türkiye’den de içlerinde Anadolu Medical Center, Yunus Emre Hospital, NP Istanbul Brain Hospital ve Medipol gibi bazı hastanelerin de yer aldığı 10 farklı hastane seçeneği sunulmaktadır (www.health-tourism.com). Türkiye’de 2012 yılında devreye giren Sağlık Turizmi Rehberi (Turkey Health Guide) internet sitesi, hedef pazarlara Türk Sağlık Sektörünü tanıtmak amacıyla yayın yapmaktadır (www.turkeyhealthguide.com). Bu rehber Kültür ve Turizm Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Turizmi Dernekleri ve birçok sivil toplum kuruluşunun desteği ile hazırlanmaktadır. Benzer şekilde ülkesel ya da bölgesel tedavi olanaklarını içeren diğer web siteleri www.treatmentinhungary.net, www.medicaltourismofcostarica.com, www.singaporemedicine.com olarak sıralanabilir. MediTravel, WorldMedAssist, International Medical Travel Journal (IMTJ) gibi diğer kuruluşlar ise uluslararası sağlık kuruluşlarıyla ilgili bilgilere yer vermektedir.

Sağlık hizmetlerinde dağıtımın araçlar vasıtasıyla yapılması durumunda ise uzun bekleme sürelerinin olmaması, istediği saatte randevu bulabilme ve muayene olma seçeneği, uzaktan da olsa bilgiye ulaşabilme gibi faydaların (Gümüş, 2018) sağlanması beklenir. Ancak medikal turizmde aracı kuruluş olarak faaliyet gösteren işletmelerin, sağlık hizmetini kendileri vermedikleri için herhangi bir sorun oluştuğunda yasal olarak sorumlu tutulamaması gerçeğinin ayrıca üzerinde durulması gerekmektedir. Bazı kuruluşlar paket fiyatlarını olası komplikasyonları da içerecek

şekilde belirlemekte ve hastalar kişisel sağlık sigortası satın alarak bu riskten kaçınabilmektedir. Uygulanan pek çok tedaviyle ilgili oldukça düşük olan malpraktis oranları çok önemli bir problem olarak görülmemektedir ancak hem tıbbi hem de mali malpraktis korkusu ve olumsuz propagandalar yasal endişeleri artırmaktadır ve medikal turizm pazarının büyümesini yavaşlatmaktadır (Connel, 2011). Örneğin; ISAPS (Uluslararası Plastik Cerrahi Derneği) gibi bazı kurumlar, bu olumsuzlukları bertaraf etmek adına hastanın kendi ülkesi dışında yaptırdığı plastik cerrahi işlem için uluslararası geçerliği olan ilk sigorta politikasını geliştirmeye ve korunmayı sağlayacak bir uluslararası plastik cerrahi ağı kurmaya hazırlanmaktadır (<https://www.isaps.org/>).

Sonuç olarak aracı kuruluşlar medikal turizm seçeneklerini tanıtmaya, potansiyel medikal turistlere bilgi sağlama ve tedavi sonrası hizmetleri izlemede kilit rol oynamaktadır. Benzer şekilde bu araçların medikal turizmi şekillendirmede ve olumlu ve olumsuz yanlarını artırmada ya da hafifletmede önemli bir role sahip olduğu söylenebilir.

1.4.4. Medikal Turizmde Tutundurma

İşletmelerin bir ürünü üretmeleri ve fiyatlandırmaları, müşterilere ulaşabilmeleri için yeterli değildir. Modern pazarlama, iyi bir ürün üretmenin çok daha ötesinde bir faaliyettir. Esas olan müşteri için ürünü ulaşılabilir kılmak ve müşteri ile iletişimde olmaktır (Kotler, 1991). Literatürde pazarlama iletişimi olarak da ele alınan tutundurma, Kotler'e göre (1991) reklam, satış tutundurma, halkla ilişkiler ve kişisel satış olmak üzere dört temel araçtan oluşmaktadır. Kuşkusuz farklı nedenlerle yaşadığı ülke dışında bir yerde tedavi olma amaçlı planlama yapan hastaların karar almalarında pazarlama iletişimi olarak da ifade edilen tüm bu tutundurma araçları yoluyla kurulan iletişimin etkisi büyüktür (Crooks vd., 2011). Sağlık sektöründe tutundurma faaliyetlerinin amacı, hastalara bazı temel bilgiler sağlamak ve rehberlik etmek olarak kabul edilmektedir. Bu nedenle sağlık hizmetine ihtiyaç duyan kişilere yönelik olarak destinasyonun ya da sağlık kuruluşunun sağlık hizmetlerinin düzenli tanıtımı gereklilik arz etmektedir (Tontuş, 2018). Bununla birlikte konunun ahlaki yönü nedeniyle sağlık alanında reklam her zaman en tartışmalı konulardan biri olmuştur (Tengilimoğlu, 2000). Çünkü reklamların halkın sağlığını tehlikeye

sokması, aşırı ilaç kullanımına neden olması, sağlık hizmetlerine yapay bir talep yaratması, örf ve adetlerle çelişmesi gibi önemli pek çok sakınca bulunmaktadır (Ekiyor ve Tengilimoğlu, 2014). Nitekim dünyada pek çok ülke, sağlık hizmeti veren kuruluşlara doğrudan reklam yasağı getirmiş, diğer tanıtım faaliyetlerini de sınırlarla belirlemiştir. Örneğin 20/05/1991 tarihli ve 20876 sayılı Türk Diş Hekimleri Birliği ve Diş Hekimleri Odalarının Disiplin Yönetmeliği ile Türkiye’de diş hekimlerinin reçete kağıtları, promosyon malzemeleri, el ilanları ve benzeri araçlarla reklam yapmaları veya sanal ortamlar da dahil olmak üzere her türlü iletişim araçlarında reklama yönelik tüm tanıtım faaliyetleri haksız rekabeti önlemek amacıyla yasaklanmıştır (<http://www.tdb.org.tr/>). ABD’de ise sağlık kuruluşlarının reklam yapmasına müsaade edilmekle birlikte haksız rekabete neden olan, hastaları yanıltan ve istismar eden faaliyetler yasaklanmıştır (Tengilimoğlu, 2000). Buna benzer nedenlerle sağlık kuruluşları büyük çoğunlukla uluslararası fuar, gösteri, seminer ve konferanslara katılım şeklinde dolaylı yoldan tanıtım ve halkla ilişkiler çalışmalarına yoğunlaşmayı tercih etmişlerdir. Benzer şekilde dergi, kitap ve gezi yazıları yurtdışında olumlu imaj uyandırmak için kullanılabilen diğer tutundurma araçları arasındadır (Rerkrujipimol ve Assenov, 2011). Ek olarak hastane ve kliniklere ait web siteleri; twitter, facebook, instagram gibi sosyal medya araçları; etkinlik sponsorlukları ve kampanyalar sağlık hizmetlerinde tanıtım çalışmalarına örnek gösterilebilir (Kotler, 1991).

Dolayısıyla sağlık hizmetlerinde tanıtım faaliyetlerinin destinasyonun mevzuatına uygun biçimde yapılması gerekmektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin tanıtımına yönelik mesajların tıbbi terminolojiden uzak durularak sade ve kolay anlaşılır bir içeriğe sahip olması gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde tutundurmanın amacı yeni hasta kazanmak ya da hastayı gereksiz bir tüketime yöneltmek değil, tedaviye ihtiyaç duyan hastaların tedavi hizmetine yönlendirilmesidir. Ayrıca uluslararası sağlık hizmeti almak için hazırlanan kişilerin aradıkları en önemli unsur güven duygusu olduğu için bu kişilere sağlık kuruluşunun sahip olduğu akreditasyon belgeleri, sağlık profesyonellerinin bilimsel çalışmaları, aldıkları ödüller ve öne çıkan makaleleri gibi somut kanıtların sunumu önem kazanmaktadır. Bu çerçevede gerçekleştirilecek tutundurma sürecine kamu ve özel sektördeki tüm paydaşların katılımının sağlanması

ve özellikle zamanlamanın doğru olması da oldukça önemli hususlardır. Örneğin hedef ülke ile ilişkilerin sorunsuz olduğu ve hedef ülkenin ekonomik açıdan istikrarlı olduğu dönemlere dikkat edilmesi gerekmektedir (Tengilimoğlu, 2000; Tontuş, 2018).

Ancak hastaların yurt dışında tedaviyi bir seçenek olarak görebilmeleri için öncelikle güven unsuruna ihtiyaç duymaları kaçınılmazdır. Yapılan çalışmalar, özellikle bazı önemli tedaviler için yurt dışını tercih eden hastaların yakın çevrelerinden veya daha önce tedavi görmüş olan hastalardan tavsiye aldığı ortaya koymaktadır. Hanefeld, Lunt, Smith ve Horsfall (2014)'ın medikal turizmde hasta motivasyonunu oluşturan nedenler üzerine Birleşik Krallık'ta yaptıkları bir çalışmada sağlık tedarikçisinin seçiminin çoğunlukla internet siteleri, aile arkadaş tavsiyeleri, daha önce tedavi gören hasta tavsiyeleri veya kliniklere ait bilgi paylaşım siteleri gibi resmî olmayan bilgilerin sonucunda gerçekleştiği sonucunu ortaya koymuşlardır. Diğer bir çalışmada ise Hoof, Pennings ve Sutter (2015), doğurganlık tedavisi için seyahat eden hastaların daha önce sperm bağıışı için yurt dışına giden arkadaşlarından, diğer hastalardan ve internette bilgi aldıklarını belirtmişlerdir. Dolayısıyla daha önceki hastaların kişisel deneyimleri pek çok potansiyel hasta için akreditasyon belgelerinden daha önemli olabilmektedir (Connel, 2016). Örneğin, tedavideki başarılarıyla bilinen bir doktor, ağızdan ağıza duyurum sayesinde pek çok hastayı çekecek hatta aynı hasta başka rahatsızlıkları nedeniyle yine aynı doktoru tercih edecektir (Kotler, Shalowitz, Stevens, 2008:6). Örneğin; Yılmaz ve Gülmez'in (2013) kamu ve özel hastanelerden hizmet almış olan hastalar üzerine yaptığı bir araştırmaya göre bir hastaneyi tercih etmesinde bünyesinde çalıştırdığı doktorların isim yapmaları çok önemli bir faktör olarak karşımıza çıkmaktadır (Yılmaz ve Gülmez, 2013). Dolayısıyla medikal turizmde reklam ve tanıtım faaliyetlerinden ziyade hasta memnuniyeti ve bu memnuniyetin diğer hastalarla paylaşılması hususunun üzerinde önemle durulmaktadır.

1.4.5. Medikal Turizmin En Önemli Unsuru Olarak İnsan

Turizm faaliyetlerinin yoğun olarak hizmetlerden oluşması ve turizmin emek yoğun bir sektör olması, insan unsurunun niteliği ve niceliğini rekabet gücü açısından oldukça önemli kılmaktadır (Porter, 1990; Ritchie ve Crouch, 2003). Medikal turizm

ürünü de tüm turizm türlerinde olduğu gibi çoğunlukla kültürel, iklimsel ve dil olarak farklı ve tanıdık olmayan yerlere doğru tedavi almak üzere yapılan seyahatlerden oluşması nedeniyle, medikal turizm dendiğinde akla ilk gelenin sağlık çalışanları olması kaçınılmaz olmaktadır (Tengilimoğlu, 2000; Ormond, 2014). Medikal turizm doktorlar, hemşireler, hasta bakıcılar, danışma görevlileri, laborantlar, temizlik görevlileri, yöneticiler ve diğer tüm sağlık çalışanlarıyla hasta iletişiminin en üst seviyede olduğu bir hizmet sektörüdür (Gümüş, 2018). Dolayısıyla medikal turizmde ürünün kalitesini belirleyen husus insan kaynağı olmakta ve insan kaynağının niteliği ve niceliği ise hizmet kalitesini belirlemektedir. Bu husus bu çalışmanın sonuçlarında da kendini göstermektedir.

Medikal turizmde önemi nedeniyle daha önce bahsedilen bekleme ve tedavi süreleri, sağlık hizmetlerinin erişilebilirliği, gibi hususlar insan kaynağının niceliği ile ilgiliyken; doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının eğitim ve deneyim düzeyi, kültürel farklılıklara saygı, yabancı dil bilgisi, mahremiyet ve gizlilik kurallarına uyum gibi hususlar insan kaynağının niteliği ile ilgili hizmet kalitesi unsurları olarak karşımıza çıkmaktadır. Bahsedilen bu hususlarda zayıf olan ülkeler dünya medikal turizm pazarında hasta arzı oluşturmaktadır. Hastaların beklentisine uygun kaliteli hizmeti sunabilen ülkelerin medikal turist çeken ülkeler olması ise medikal turizmde insan unsurunun önemini en net biçimde ortaya koymaktadır. Dolayısıyla ülke veya sağlık kuruluşu olarak medikal turizmde başarı sağlayabilmek için kaliteli hizmet sunumu ile hasta memnuniyetinin sağlanması zorunludur (Aktepe, 2013; Kılınç, 2017).

Nitekim Heung, Kucukusta ve Song'a göre (2010), fiyat medikal turizmde hasta tercihlerini bir yere kadar etkileyebilmektedir. Örneğin bir kozmetik işlem için fiyat önemli iken, bir organ nakli hastası için doktorun yetkinliği temel tercih nedeni olabilmektedir. Ayrıca hasta tercihlerinde iyi eğitim almış ve bazı pazarlar için destinasyon ülkede kendi dillerini konuşabilen doktorların olduğu hastaneler ve destinasyonların ön plana çıktığı bilinmektedir. Bu destinasyon ülkelerdeki pek çok doktorun ABD, Kanada, Birleşik Krallık gibi gelişmiş ülkelerde eğitim almış olması ya da özel bazı tedavileri yapabiliyor olmaları yani doktorun ya da uzmanın yetkinliği, medikal seyahatin temel nedeni olabilmektedir (Heung vd., 2010).

Konuyla ilgili Türkiye’de yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre, hastanelerin modern araç-gereç ve donanımına sahip olması ile fiziksel imkânlarının görsel açıdan çekici olması, hastalar açısından en düşük algı düzeyine sahiptir. Hastaların en yüksek algılamalarının ise hastane çalışanlarının bilgili ve kibar olmasına yönelik olduğu ortaya çıkmıştır (Rahman, Erdem ve Devebakan, 2007). Benzer şekilde Han ve Hyun (2015) çalışmalarında algılanan medikal hizmet kalitesinin sağlık çalışanlarının ve doktorların hizmet becerileri ve yetkinlikleri, etkili ve kolay iletişim ve nezaket gibi özelliklerine bağlı olduğunu tespit etmişlerdir. Nitekim hasta tatmini üzerinde hasta-doktor iletişiminin önemi oldukça büyüktür. ABD’de yapılan bir araştırmanın sonuçlarına göre, ABD’li hastaların en çok ileri sürdükleri şikayet doktorların hastalara yeterince zaman ayırmaması ve zayıf iletişim olurken; bu açıdan tatmin olmuş hastaların randevularına ve doktor tavsiyelerine daha çok uyduğu ve doktorla ilişkisini sürdürmeye devam ettiği yönündedir (Tengilimoğlu, 2000).

Medikal turizmde sağlık çalışanlarının ve özellikle doktorların önemi nedeniyle hasta alan bazı ülkeler, hizmet sunmak üzere başka ülkelere giden doktorları kendi ülkelerine dönme konusunda cezbederek beyin göçünü de engelleyebilmektedir. Bu durum uluslararası hastalara gelişmiş ülkelerde eğitim görmüş veya çalışmış olan doktorlardan tedavi alma olanağı sağladığı için kalite algısını artıran bir faktör olarak değerlendirilmektedir (Bilim, Birsen ve Bilim, 2017; Smith vd., 2011). Sonuç olarak medikal turizmde doktorlar ve diğer sağlık çalışanlarından oluşan insan unsurunun niteliğinin destinasyonların ve sağlık kuruluşlarının ön plana çıkmasında ve hastalar tarafından tercih edilmesinde en önemli unsur olduğu söylenebilir. Bu nedenle destinasyonların ve sağlık kuruluşlarının uluslararası medikal turizmde rekabet gücünü artırabilmeleri için nitelikli insan kaynağı üzerine eğilmeleri önem arz etmektedir.

1.4.6. Medikal Turizmde Fiziksel Kanıtların Önemi

Hizmet sektöründeki ürünler çoğunluk itibariyle soyut oldukları için satın alma öncesi görülemez, tadılamaz, duyulamaz, koklanamaz ve hissedilemez bir özellik taşımaktadırlar. Bu belirsizliği azaltmak üzere tüketiciler satın alma öncesinde bina, malzeme ve sembol gibi bazı somut nitelikteki bileşenlerden kalite hakkında

çıkarımlarda bulunmaktadır (Kotler vd., 2008). Pazarlama biliminde fiziksel çevre ya da kanıt olarak ifade edilen bu kavram, hizmetin verildiği işletme ile müşteri iletişimini kolaylaştıran somut bileşenler olarak tanımlanmaktadır (Booms ve Bitner, 1982; Pomering, Noble ve Johnson, 2011).

Benzer biçimde sağlık hizmetlerinin soyut özellikte olması, hastanın kaliteyi değerlendirmesini güçleştirir. Çünkü örneğin yüz germe ameliyatı yaptıran kişi, satın alma öncesi sonuçları kesin olarak bilememekte ve doktor da ameliyat sonrasındaki çıktıları kesin biçimde öngörememektedir (Kotler vd., 2008). Bu nedenle sağlık kuruluşlarında hastalar görmedikleri hizmetleri değerlendirebilmek için görülebilir bazı ipuçları ararlar (Salman ve Uydacı, 2011). Dolayısıyla potansiyel bir hasta tedavi çıktılarında önce sağlık kuruluşunun fiziksel ortamı ile karşılaşmakta, kuruluşu karşılaştığı bu ortama göre değerlendirmekte ve buna göre satın alma yapabilmektedir. Yani sağlık kuruluşlarının fiziksel ortamı, tüketicinin satın alma kararını vermesinde, satın aldığı hizmetlerden doyum sağlamasında ve hizmeti tekrar satın almasında önemli bir faktördür. Hastalar soyut nitelikteki sağlık hizmetini kliniğin genel görünüşü, kapılar, temizlik, muntazam mobilyalar ve bekleyen diğer hastalar gibi somut göstergeler üzerinden değerlendirmekte ve işletme hakkındaki kalite ve tatmin algısını bu özelliklerden yola çıkarak oluşturmaktadırlar. Medikal turizmde fiziksel kanıtlar, binanın dış görünüşü, içerideki ışık, renkler, mobilyalar, sesler ve koku gibi özelliklerden; ortamın temizliğine, düzenine, tedavide kullanılan malzemelere ve ilaçlara kadar birçok unsuru kapsamaktadır (Das, 2017; Tengilimoğlu, 2000).

Yine bekleme salonlarında duvarlarda moral bozucu afişlerin olmaması, koltukların dizilme şekli, hastanenin mutfağından gelen yemek kokuları, dekorasyonun huzur ve mutluluk vermesi gibi hususlar hasta memnuniyetini artıran çok önemli faktörlerdir. Ek olarak hastanelerde ve kliniklerde özellikle muayene esnasında mahrem alan sağlanması, koltuklarda söküklüklerin ve tuvaletlerde damlayan muslukların olmaması, hastane odalarındaki yatakların rahatlığı ve temizliği, binanın temizliği ve ferahlığı hastaların moralini olumlu yönde etkileyen özelliklerdir (Gümüş, 2018; Salman ve Uydacı, 2011). Destinasyon ülkelerde bu hususlarda uzmanlaşma ve ilerleme ile

kalite ve güvenlik sorunlarının azalacağı ve tüketici karar verme sürecinin kolaylaşacağı ümit edilmektedir (Deloitte, 2008).

Zarchi ve diğerleri (2013: 105) literatüre ve uzmanlardan elde ettikleri görüşlere dayalı olarak medikal turizmde sağlık tesislerinin sahip olması gereken fiziksel unsurları tablodaki biçimde ifade etmişlerdir:

Tablo 17: Sağlık Tesislerinin Sahip Olması Gereken Fiziksel Unsurlar

İç mekân tasarımı
Dış mekân tasarımı
Otopark olanakları
Telefon yoluyla randevu imkânı
Web sitesi üzerinden randevu imkânı
Hastaların tedavilerine evde tamamlanabilmesi için gerekli ekipman imkanları
Tesis dışından ve içinde hastalar için taşıma sistemi
Hastanın kendi olmadan ayakta tedavi imkânları
Tesisteki renklerin kullanımı
Havalandırma ve koku
Hastalar ve refakatçileri için rekreasyonel ve uygun olanaklar
Menü çeşitliliği
Doğru ışıklandırma sistemi
Tesise ait dergi
Bekleme salonunda uygun müzik yayını
Bekleme salonunda TV yayını
Bekleme salonunda güncel dergi ve gazete olanağı
Şehirlerarası telefon hattı olanağı
Ülkelerarası telefon hattı olanağı

Kaynak: Zarchi ve diğerleri, 2013: 105

Fiziksel unsurlar sağlık hizmeti veren kuruluşlar açısından değerlendirildiğinde, onları rekabette ön plana çıkarmaktadır. Bookman ve Bookman'ın (2007) kanısına göre yabancı hastalar, hastanelerdeki yüksek teknolojik ekipmanların varlığıyla kendilerini daha güvende hissetmektedirler. Örneğin; Dawn ve Pal (2011), Hindistan'ın Apollo, Escorts, Breach Candy gibi büyük hastanelerinde ambiyans, lüks ve ferah odalar ve yüksek teknoloji ürünü cihazlar olduğunu ve tüm bunların uluslararası hastalar nezdinde güven oluşturduğunu ve tercih edilirlilik oranlarını artırdığını belirtmektedirler (Dawn ve Pal, 2011). Hindistan'daki kalça protezi ameliyatı, zarar görmüş kemiğin çıkartılıp yerine krom karışımı transfer edilen ve ABD'de yapılan geleneksel kalça protez ameliyatından daha az ameliyat sonrası travmaya sebep olan bir teknoloji ile uygulanmaktadır (Turner, 2011). Benzer bir çalışmada Rerkrujipimol ve Assenov (2011), Tayland'ın medikal turizmde pazarlama stratejilerini değerlendirmişler ve sağlık tesislerini hasta beklentilerini karşılayacak

biçimde düzenlediklerini ifade etmişlerdir. Bu doğrultuda Taylan'da medikal turizm hizmeti veren sağlık tesisleri en son ve gelişmiş teknolojilere, iyi bir ambiyansa ve lüks ve konforlu odalara sahip olduğunu belirtmişlerdir. Bu özellikleri sayesinde diğer destinasyonlar karşısında rekabetçi bir avantaj kazandıklarını ifade etmişlerdir. Güney Kore'de de devlet faaliyetlerinin yanı sıra yüksek kalitede yenilikçi tıbbi tedavi hizmeti, iyi eğitilmiş ve yetenekli doktorlar, gelişmiş medikal teknoloji (ileri kanser görüntüleme, da Vinci robot ameliyatları, proton terapisi, Tomo Terapi vb.), modern tıbbi cihazlar, sağlam bilgi teknolojisi altyapısı ve uygun fiyatlar gibi nedenlerle ülkede tedavi olan medikal turist sayısında müthiş bir artış yaşanmasına neden olmuştur (Guiry ve Vequist, 2015).

Ancak medikal teknoloji, cihaz ve ekipmanlar gibi teknolojiler, sağlık kuruluşları için önemli bir maliyeti de beraberinde getirmektedir. Çünkü bu tip teknolojik ürünlere, gelişmiş ülkelere ihthal edilmesi nedeniyle destinasyon ülkeleri tarafından yüksek vergiler uygulanabilmektedir (Rerkrujipimol ve Assenov, 2011). Bununla birlikte bazı devletler, bu vergilerin fiyatlara yansımaları dolayısıyla medikal turist kaybını engellemek üzere vergi indirim politikaları geliştirmişlerdir. Örneğin; Hindistan hükümeti ülkenin büyümekte olan medikal turizm pazarını desteklemek adına tıbbi ekipmanda ithalat vergilerini azaltmış ve medikal hizmet almak isteyen yabancı ziyaretçilerin ülkede kalış sürelerini ikiye katlamalarına (bir yıla kadar) imkân sağlayan özel sağlık vizesi oluşturmuştur (Burkett, 2007). Ayrıca ülkeler arası mal ve hizmet değişimindeki serbestlik yurtdışından tıbbi ekipman, doktor ve hatta tedavi arayan hasta teminini bile mümkün kılmaktadır. Örneğin; Gümrük Tarifeleri ve Ticaret Genel Anlaşması (GATS), ülkeler arasında mal ve hizmet ticaretini kolaylaştırmakta ve serbestleştirmektedir (Smith, vd., 2011).

Tüm bu hususlardan yola çıkarak fiziksel kanıtlar; müşterilerin daha yüksek kalite düzeylerinde hizmet talep ettiği bir ortamda işletmenin farklılaşabilmesi için güçlü bir rekabet silahıdır denebilir. Bu nedenle fiziksel kanıtların medikal turizmde pazarlama etkinlikleri üzerinde göz ardı edilemez bir etkisi bulunmaktadır. Tüketicilerin algıları ve satın alma ve satın alma sonrası davranışları üzerinde olumlu ve olumsuz etkilere sahip olması nedeniyle fiziksel kanıtların turizm pazarlamasında ayrı bir unsur olarak ele alınmasının gerekliliği bir kez daha ortaya çıkmaktadır.

1.4.7. Bütünsel Olarak Medikal Turizm Süreci

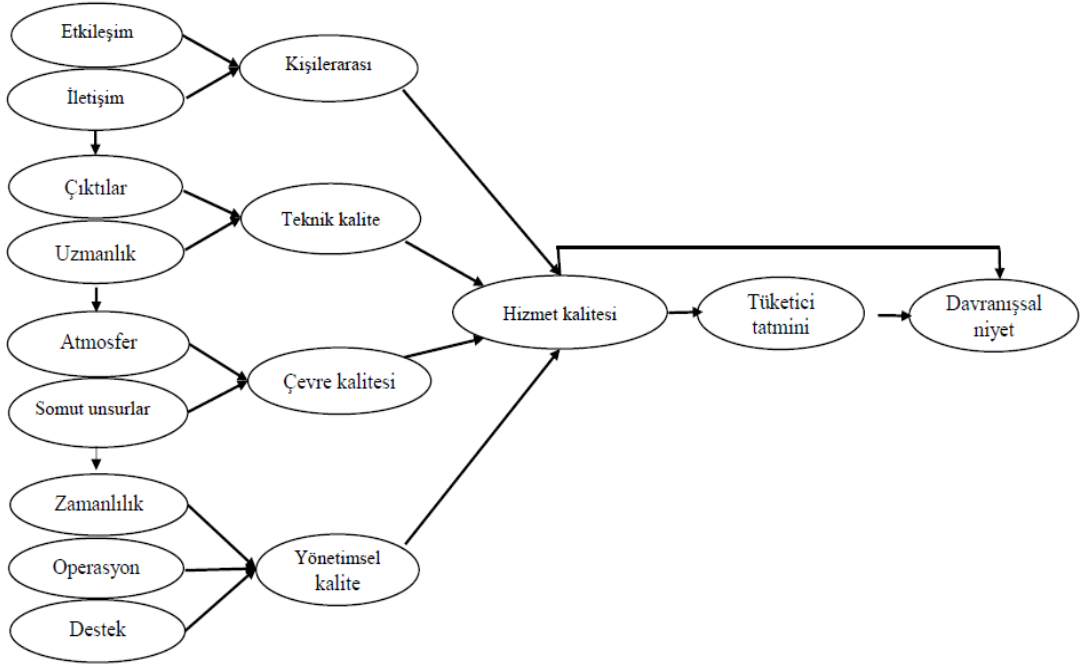
Yapısı gereği hem sağlık hem de turizm hizmetlerinden oluşan medikal turizmde süreç, yalnızca tedavi hizmetleriyle sınırlı kalmamaktadır. Hastanın yurt dışında tedavi olmaya karar vermesiyle başlayan medikal turizm süreci, hastanın tedavi sonrasında eve dönüşüne kadar yararlandığı ve hatta hasta takip işlemleri nedeniyle daha da genişleyen hizmetler bütününden oluşmaktadır. Ulaştırma, konaklama, yiyecek-içecek, transfer, rehberlik ve hastanın tedavisinin ağırlığına bağlı olarak bazen de şehir turları gibi turistik pek çok işletme ve aktivite medikal turizm sürecinde yer alan unsurlardır. Bu çalışmanın temel konusunu oluşturan, yurt dışından başka ülkelere tedavi olmak amacıyla giden hastaların hem ülke hem de tedavi ile ilgili kalite algıları da bu sürecin bütünüyle başarılı geçmesiyle şekillenmektedir. Dolayısıyla bu süreçler zincirinin herhangi bir aşamasında meydana gelen bir olumsuzluk sürecin bütününe yönelik olumsuz bir algının oluşmasına neden olacağından, medikal turizmde hizmet sunumunun tüm aşamalarında her türden medikal turist için kalite en önemli unsur olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bununla birlikte medikal turizmde özellikle tedavi esnasında ve tedavi sonrası süreçte hayati öneme sahip olan kaliteli ve etiğe uygun hizmetin, medikal turistlerin en önemli beklentisi olduğunu söylemek bu aşamada yanlış olmayacaktır. Yaşam standardı yükselen, yeni ürünlere ve bilgiye çok hızlı ulaşan günümüz tüketicileri ve medikal turizme katılan hastalar için kalite ve güvelik hem destinasyonların hem de sağlık kuruluşlarının başarılı olabilmelerinde önemli bir role sahip olmuştur (Tütüncü, Kiremitçi ve Çalışkan, 2011). Örneğin; The Hospital Corporation of America'nın hastaların tedavi ile ilgili olarak algıladıkları hizmet kalitesi ile bu birliğin sahip olduğu tüm sağlık kuruluşlarındaki karlılık arasında güçlü bir ilişkinin olduğunu açıklaması (Zeithaml, Berry ve Parasuraman, 1996: 31), medikal turizmde hizmet veren sağlık kuruluşları açısından kalitenin önemini ortaya koymaktadır. Bu nedenle hizmet sağlayıcılarının hedef tüketicilerin beklentilerini, hizmet kalitesi unsurları açısından doğru tanımlamaları gerektiğini önerilmiştir (Kotler, 1991: 463). Hizmet kalitesi unsurlarının tanımlanmasının mal kalitesinin tanımlanmasından daha güç olmasına rağmen; Zeithaml, Berry ve Parasuraman (1996), beklenen hizmet

kalitesini karşılamak için gerekli olan temel kriterleri değerlendirmiş ve beş boyutta incelemiştir (Rahman vd., 2007):

- **Güvenilirlik:** Hizmetin söz verildiği gibi, doğru ve güvenilir biçimde yerine getirilmesi
- **Cevap verebilirlik:** Hizmetin zamanında yerine getirilmesi ve müşterileri beklentilerini karşılayabilme.
- **Güven:** Çalışanların bilgisi ve nezaketi, müşterilere güven duygusu verebilme becerisi.
- **Empati:** Çalışanların müşterilere karşı anlayışlı tutumu ve yaklaşımı.
- **Somut Unsurlar:** Hizmet sunumundaki fiziksel olanaklar, malzemeler ve çalışanların görünüşü gibi somut özellikler.

Dagger, Sweeney ve Johnson (2007) ise Zeithaml ve diğerlerinin (1996) hizmet kalitesi unsurlarını oldukça genel bulmuş ve sağlık hizmetlerine özgü bir hizmet kalitesi modeli geliştirmişlerdir. Çünkü sağlık hizmeti söz konusu olduğunda hastaların ya da refakatçilerin, bir tedavinin kalitesini sadece teknik özelliklere göre değil; konfor, güler yüz ve temizlik gibi başka faktörlere göre de değerlendirmesi bu sağlık hizmetlerine özgü bir kalite modelinin üzerinde durulması ihtiyacını ortaya çıkarmıştır. Bu çalışmaya göre, sağlık hizmeti alan müşteriler, hizmet kalitesini kişilerarası, teknik, çevre ve yönetim olmak üzere dört temel açıdan değerlendirmektedir. Bu temel faktörleri ise etkileşim, yakınlık, hizmet çıktıları, uzmanlık, atmosfer, somut unsurlar, zamanında hizmet, işlemler ve destek olmak üzere dokuz alt bileşenle tamamlamıştır.



Şekil 5: Sağlık Hizmetlerinde Kalite Modeli
Kaynak: (Dagger, Sweeney ve Johnson, 2007: 131)

Çalışma bulgularına göre, hizmet kalitesini artırmak isteyen sağlık işletmeleri yöneticileri şekilde ortaya konulan dört temel kalite unsuruna odaklanmalıdır. Çünkü daha önce de belirtildiği üzere hastaların tedavi öncesinde sonuçlar hakkında kesin bir öngörüye sahip olması mümkün değildir. Örneğin, yüz kaldırma operasyonu olmak isteyen bir kişi, bu işlemi yaptırmadan önce sonuçları görememekte ve psikiyatrik destek almak isteyen bir hasta çıktıları öngörememektedir (Kotler, 1991). Bu durum aslında hizmet sektörünün genel bir özelliği olarak ifade edilebilir. Nitekim Kotler (1991) hizmetleri incelerken soyutluk, ayrılmazlık, değişkenlik ve depolanamama olmak üzere dört temel özellik üzerinde durmaktadır. Soyutluk, fiziksel ürünlerin aksine hizmetlerin görülemez, dokunulamaz, tadılamaz, duyulamaz ve koklanamaz olduğunu ifade eden ilk ve temel özelliğidir. Bu belirsizliği azaltmak için, hizmeti satın alan kişiler çalışan, ekipman, kullanılan malzeme, semboller gibi hizmet kalitesini ortaya koyacak bir takım kanıtlara ihtiyaç duymakta ve bunları değerlendirmektedir. Bu unsurlar çalışmanın fiziksel kanıtları inceleyen bir önceki başlığı altında detaylıca işlenmektedir. Bununla birlikte sağlık tesisi yöneticileri tedavi süreci ve tedavi seçenekleri ile ilgili bilgilendirme yaparak ve tedavi sonrası öngörülerde bulunarak hizmet süreci çıktılarını güçlendirebilir ve hastaların teknik

hizmet kalitesi algısını yükseltebilirler. Aynı şekilde hizmet sunan kişilerin uzmanlığı ile ilgili hasta algılarını, sağlık çalışanlarının yeterlikleri, eğitimleri, yetenekleri ve aldıkları ödül, yayınlar ve araştırma projeleri gibi mesleki başarıları konusunda hastaları bilgilendirerek yükseltilebilir (Dagger vd., 2007). Benzer şekilde hizmetlerin ayrılmazlık özelliği hastanın, hizmet üretiminin bir parçası olmasına neden olmaktadır. Dolayısıyla hastaların ve sağlık çalışanlarının hizmet üretimi esnasındaki etkileşimi hizmetin çıktılarını doğrudan etkilemektedir. Hizmetin değişkenlik özelliği ise son derece deneyimli bir doktorun her bir kalp ameliyatındaki performansının o anki enerjisine ve duygu durumuna göre değişkenlik gösterebilmesine neden olmaktadır (Kotler, 1991). Bu değişkenlik özelliğinin farkında olan hastalar, hizmet kalitesinden emin olabilmek adına öncesinde mutlaka bu hizmeti daha önce almış olan birden fazla kişiden bilgi alma eğiliminde olmaktadır. Bu da özellikle medikal turizmde ağızdan ağıza duyurum konusunun önemini vurgulamaktadır (Abubakar ve Ilkan, 2016). Son olarak hizmetlerin depolanamaması, doktorların randevularına gelmeyen hastalardan da ücret talep etmeleri gibi sonuçlar doğurabilen bir özelliktir. Çünkü hizmetin sunulabilmesi için hastanın mevcut olması gerekir ve o süre o zaman dilimi o hasta için ayrılmış olduğundan telafisi mümkün olmayabilmektedir (Kotler, 1991).

Sağlık kuruluşlarında hizmet süreci, hastaların randevu alması ve hastaneye gelişi ile başlamakta, çıkış ve ödeme işlemleri ile sona ermektedir. Bu iki aşama arasında pek çok farklı hizmet yerine getirilmektedir. Tedaviye uygun branş belirleme ve doktor seçimi, muayene olmak için sıra bekleme, muayene işlemleri, tetkiklerin yapılması, sonuçların alınması, bilgilerin otomasyon sistemine aktarılması ve tekrar değerlendirilmesi, tedavi şekline karar verilmesi, yatış veya ayakta tedavi işlemleri ve acil servis hizmetleri genel anlamda sağlık hizmet süreçlerini oluşturmaktadır. Bu hizmetler yerine getirilirken sağlık kuruluşunun fazla sayıda hastaya hizmet vermesi ve sağlık çalışanı sayısının kısıtlı olması durumu söz konusu olduğunda; bekleme süreleri uzayabilmekte bu da sağlık koşulları uygun olmayan hastaların moralinin bozulmasına sebep olabilmektedir. Sağlık kuruluşlarının en önemli görevi bu süreçlerin en kısa ve kolay şekilde yönetilmesini sağlamak için çaba göstermektir (Gümüş, 2018). Ancak fiziksel ürünler gibi stoklanamayan sağlık hizmetlerinde de

talep dalgalanmaları ya da yanlış talep tahminleri, kimi zaman hasta ihtiyaçlarının giderilememesine kimi zaman da atıl kapasite oluşmasına neden olmaktadır (Tengilimoğlu, 2000). Bu nedenle talebin düzensiz olduğu sağlık hizmetlerinde hizmetin ihtiyaç duyulduğu anda ve beklenen kalitede sunulmasına yönelik bir süreç tasarımı gereklidir (Rahman vd., 2007).

Medikal turizmde hastaların kalite ile ilgili algılarını yükseltmek ve etik hizmet sunumu ile ilgili endişelerini ortadan kaldırmak üzere gündeme gelmiş olan önemli bir husus akreditasyondur. Ülke ya da eyalet yasama organları tarafından medikal turizmin işleyişini düzenlemek üzere ortaya konulan akreditasyon hastane, klinik, seyahat acentası gibi işletmelerin ve sağlık çalışanlarının faaliyetlerinde belli standartlar sağlamaktadır (Turner, 2011). Akreditasyon, medikal turizm hizmeti veren işletmelerin faaliyetlerinin kalitesini uluslararası standartlarla belirlenmekle birlikte bu işletmelerin güvenilir ve bağımsız bir harici kuruluş tarafından değerlendirilmesini de mümkün olmaktadır. Akreditasyon değerlendirmesi yapan kuruluşlar, yalnızca hastane hizmetlerini değil aynı zamanda özel bakım, tıbbi taşıma ve ayakta tedavi hizmetlerini de içeren pek çok tıbbi faaliyeti de sertifikalandırmaktadır (Khan ve Alam, 2014). Accreditation Canada (daha öncesinde Canadian Council on Health Services Accreditation olarak var olan kuruluş) en eski akreditasyon kuruluşlarından biridir. ABD merkezli JCI (Joint Commission International), Birleşik Krallık'ta ve diğer ülkelerde uluslararası sertifikalandırma yapan QHA Trent Accreditation ve yine uluslararası alanda faaliyet gösteren the Australian Council for Healthcare Standards and the Society for International Healthcare Accreditation (ACHS) gibi bazı önemli kuruluşlar tüm dünyada sağlık hizmetlerinin akreditasyonunu sağlamaktadırlar.

Medikal turizmde aktif olarak hizmet vermekte olan pek çok ülke ve hastane 2000'li yılların başından bu yana uluslararası akreditasyon sahibi olmak için çaba göstermektedir (Ganguli ve Ebrahim, 2017). Hatta bazı hastaneler akreditasyon kuruluşlarının yalnızca birinden değil, bir kaçından akreditasyon belgesi alarak dünyanın pek çok yerinden hasta çekmeye çalışmaktadır (Khan ve Alam, 2014). Örneğin 2020 yılı içerisinde Çin'de 54, Tayland'da 60 ve Hindistan'da 37 hastane JCI ile akredite olmuşken, günümüzde bu sayı tüm dünyada 100'den fazla ülkede 22

bin kuruluşa yaklaşmıştır. Türkiye de akredite olmuş 30 sağlık kuruluşuyla Suudi Arabistan, Tayland, Çin ve Brezilya'dan sonra dünyada en fazla sayıda JCI Akreditasyon Kalite Belgesine sahip ülke konumundadır (JCI, 2020).

Akreditasyon hastanelere yalnızca iyi hizmet sunmaları nedeniyle karşılık sağlamamakta aynı zamanda hastalar için yüksek standartta bir hizmet kalitesi ve güvenlik anlamına gelmektedir (Ganguli ve Ebrahim, 2017). Bu nedenle Connel (2006) uluslararası akreditasyon sahibi olmanın bir sağlık tesisi için hastanın güvenlik ve kalite algısı üzerinde son derece önemli etkileri olan bir pazarlama aracı olduğunu ifade etmektedir. Ancak uluslararası akreditasyon belgesi almanın uzun ve zorlu bir süreç olması nedeniyle gelişmiş ülkelere hasta çekmek gibi bir amacı olmayan bazı sağlık kuruluşları bu belgeyi almaya gerek duymamaktadırlar. Bununla birlikte akreditasyon, yalnızca hastanelerin çekiciliğini artıran bir belge olmaması; aynı zamanda hastane ve hasta arasında yaşanacak anlaşmazlıkları ve yasal sorunları en aza indirme olanağı sağlaması nedeniyle de sağlık kuruluşlarına önerilmektedir (Ko, 2011: 35).

1.5. Medikal Turizme Yönelik Bazı Tartışmalar

Medikal turizm konusu alan yazınındaki çalışmalarda farklı açılardan ele alınmakla birlikte bu çalışmaların bazılarında hasta alan ve gönderen ülkelerin her ikisi için de olası zararların da incelendiği görülmektedir. Günümüzde medikal turizm hareketliliğindeki artış tedavi kalitesi, hukuk davaları, tedavinin sürekliliği, eşit hizmet alma hakkı, tıp uzmanlarının kamu kuruluşlarını bırakıp daha yüksek kazanç elde etmek için yabancı hastaların tedavi edildiği özel hastanelere geçmesi ve uluslararası beyin göçünün ortaya çıkması gibi mevzuların gündeme gelmesine neden olmuştur (Alvarez vd, 2011; Smith vd., 2011).

Medikal turizm hareketliliği ile birlikte pek çok medikal turizm destinasyonunda özel hastanelerin yabancı hastalardan elde ettiği gelir sayesinde yerel halk için kamu hastanelerinin finansmanına katkı sağlama imkânı doğmaktadır (Burkett, 2007). Ayrıca medikal seyahatlerin, yabancı hastalardan elde edilen gelirin yerel halktan elde edilenden fazla olduğu ülkelere döviz girişi ve istihdam sağladığı; ek olarak kalış süreleri nedeniyle medikal turistlerin standart turistlerden daha fazla harcama

yaptıkları bilinmektedir. Ancak destinasyon ülkelerdeki yoksul vatandaşların, yabancı hastaların artmasının ardından kendi ülkelerinde uzun bekleme sürelerine maruz kalacağına yönelik eleştiriler de bulunmaktadır. Bu kişiler ayrıca medikal turistler nedeniyle ortaya çıkan yüksek harcama kapasitesinden etkilenebilmekte ve bu nedenle kendi ülkelerinde ortaya çıkan yüksek tıbbi tedavi maliyetlerini de karşılamada zorluk yaşayabilmektedirler (Connel, 2016; Smith vd., 2011). Bu çifte standart yalnızca ülkedeki yoksul vatandaşları etkilemekle kalmamakta, basit tedaviler için seyahat eden hastalar, hedef pazar olarak belirlenen ve endüstrinin çoğunlukla tercihi olan yüksek harcama yapan hastalar nedeniyle ihmal edilebilmektedir (Connel, 2016).

Maliyet avantajı açısından uluslararası piyasalarda para birimi değeri düşük olan gelişmekte olan ülkelerin, gelişmiş ve para birimi değeri yüksek olan ülkelere göre medikal turizmde tercih edilir olduğu daha önce ifade edilmişti. Şüphesiz, gelişmekte olan ülkelerdeki düşük fiyatlar, gelişmiş batı ülkeleri üzerinde bir baskıya neden olacak ve belki de batıda tedavi fiyatlarının düşmesini sağlayacaktır. Ancak yabancıların tedavi talebindeki artış, destinasyon ülkesindeki fiyatların artmasına neden olabilmektedir. Bu durumda tıpkı Singapur örneğinde olduğu gibi medikal turizmde fiyat avantajının ortadan kalkması söz konusu olabilmektedir (Bookman ve Bookman, 2007). Medikal turizmde fiyatlarla ilgili diğer endişe verici husus, bu çalışmanın fiyat ve tutundurma konusunu inceleyen başlıklarda örnekleri verilen web sitelerinin tedavi hizmetlerine yönelik tanıtımlarında benzer tedaviler için birbirinden çok farklı fiyatlar vermeleridir. Ülkeler arasındaki fiyat farklılıklarının yanı sıra aynı ülkede benzer tedaviler için uygulanan fiyatlar arasındaki farklılıklar da medikal turistler için karar verme sürecinde güçlüğü neden olabilmektedir. Buradan yola çıkarak, medikal turizmde fiyatların şeffaf olmasının ve bir tedavinin gerçek maliyeti konusunda emin olmanın mümkün olmadığı söylenebilir (Lunt vd., 2015).

Bir diğer husus medikal turizm türlerinden biri olarak görülen ise yasa aşan (circumvention tourism) medikal turizm hareketliliğidir. Bu turizm biçimi kendi ülkesinde yasal olmayan ancak hedef ülkede yasal olan sağlık hizmetlerini almak için yapılan seyahatlerle ilgilidir. Bu tedavilere en önemli örnekler, cinsiyet değişimi ameliyatları, kürtaaj ya da hastanın kendi ülkesinde sınırlı olan IVF denemeleri

olabilir. İrlanda, Polonya ve Portekiz gibi ülkeler düşük konusundaki mevcut yasaları nedeniyle İsviçre'ye ve İngiltere'ye doğru yapılan seyahatlerin en çok görüldüğü ülkelerdendir. Bu şekilde, hastalar kendi ülkelerinde olmayan tedavileri almak için başka ülkelere gitmekte ve hiç bir suç unsuru oluşmadan tedavi olmaktadır (Cohen, 2015). Konu bu tedavileri alan medikal turistler için bir avantaj olarak görülmekteyken; hastaların kendi ülkelerinde yasal olmayan bu tedavileri almış olmalarıyla ilgili maruz kalabilecekleri zorluklar üzerine odaklanmaktadır. Örneğin; önemli sayıda bilim insanı yurt dışında gidip tedavi olan bazı hastaların sonrasında ciddi tıbbi komplikasyonlara ve maliyetli tedavilere maruz kaldığını ortaya koymaktadır (Jabbari, Zarchi, Kavosi, Shafaghat ve Keshtkaran, 2013). Mevcut bulgulara göre olumsuz neticeler cerrahi ortamdaki yetersiz önlemler nedeniyle ortaya çıkan enfeksiyonlar, ameliyattan kısa bir süre önce veya sonra uzun mesafeli seyahat sonrası ortaya çıkan bazı sorunlar ya da sağlık kuruluşundan ayrıldıktan sonra ameliyat sonrası yetersiz bakım gibi durumlardan kaynaklanabilmektedir. Ciddi endişe ve ıstıraba neden olan bu çıktılar yurt dışı tedavisinin ardından kapsamlı bir bakıma ihtiyacı olan hastalar için oldukça maliyetlidir. Komplikasyon durumunda acil bakım hizmeti sunan hastaneler ve bazı ülkelerde yurt dışında alınan uygun fiyatlı operasyon sonrası bakımı içeren kamu sağlık sigorta planlamaları olabilmektedir (Turner, 2011). Ancak bu planlamaların yurt dışında yasa dışı tedavi alan hastalar için geçerli olmadığı yalnızca yasal yollarla tedavi alan hastalar için var olduğunu belirtmek gerekir.

Ayrıca medikal turizmde yetersiz bir tedavi sonrasında ortaya çıkacak olası bir komplikasyon ihtimali, tedavinin hastanın kendi yaşadığı yerdeki tedavi hizmetinden uzakta bir yerde gerçekleşmesi nedeniyle her zaman endişe verici olmaktadır (Burkett, 2007). Bununla birlikte tedavi kalitesine rağmen, tüm tıbbi uygulamalarda mesleki hataların oluşması mümkün olmaktadır. Bu durumda hasta gönderen ve hasta alan ülkeler arasında malpraktis yasaları gündeme gelmektedir. Malpraktis kelimesi, Latince'de "mala-praxis" kelimesinden türemiş olup, "makul olmayan beceri veya özen eksikliğinin olduğu mesleki hatalar" için kullanılmaktadır (Güngör, Merih ve Kocabey, 2012: 128). Bu durum bazen kasıtsız ve hatalı bir durum olarak kabul edilirken; bazı tanımlamalarda ise yetersiz ve ihmalkâr mesleki uygulamalar

sonucu hastanın zarar görmesini ifade etmektedir (Bal, 2009). Örneğin İspanya’da malpraktis davalarının başında estetik ameliyatlara, ardından jinekolojik ve ortopedik uygulamalar gelmektedir (Güngör vd., 2012). Ancak yabancı hastalar için malpraktis sorunu, ülkeler arasındaki yasal farklılıklardan kaynaklanmaktadır. Hastanın kendi ülkesinin yasalarına göre mi yoksa tedavi gördüğü ülkenin yasalarına göre mi hak arayacağı konusunda netlik bulunmamaktadır. Finlandiya’da kusursuz sorumluluğa dayanan sigorta sistemi uygulaması (no-fault system) nedeniyle hastane veya sağlık personelinin kusuru aranmaksızın, hastaların uğradığı zararı karşılamak için, hastanın ispatlayacağı zarar nispetinde, kusursuz sorumluluk sigortası tarafından ödeme yapılmaktadır (Güngör vd., 2012). Sağlık konusunda en önemli ihracatçı ülkeler olan Hindistan ve Tayland ise kısıtlı malpraktis yasalarına sahiptir (Smith vd., 2011). Bazı ana destinasyonlardaki hastaneler, iyileşme sürecinde genişletilmiş kalma süreleri, hastanın kendi yaşadığı yerdeki doktorlarla daha çok iletişim kurarak ve hastanın kendi yaşadığı yerdeki doktorunun tedavi olduğu yerdeki doktor kadar bilgi sahibi olmasını sağlayacak şekilde aracı hizmetlerinin daha etkili olmasını sağlamak yoluyla bu sorunları aşmaya çalışmaktadır (Burkett, 2007). Smith vd. (2011) ise ülkeler arasında ikili anlaşmalar yapılması ve konuyla ilgili bir takım ilkeler belirleme yoluyla bu tip olumsuz sonuçların azaltılabileceğini belirtmektedirler.

Medikal turizm ile birlikte son yıllarda tekrar gündeme gelen diğer bir konu organ naklidir. Bu konuda Kolombiya, Hindistan, Pakistan, Çin, Bolivya, Peru gibi bazı ülkelerin kendilerini ön plana çıkarmalarına rağmen; organ nakli turizmi yasal olmaması nedeniyle literatürde büyük ölçüde negatif bir algıya sahiptir. Çünkü organ ticaretinin çok az bir kısmının kadavra organlarından oluştuğu ve büyük çoğunluğunun güney ülkelerdeki aşırı yoksul kişilerin finansal kazanç elde etmek için hayattayken sattıkları organlardan oluştuğu ifade edilmektedir. Ayrıca organ nakli ticareti ve turizmi yasal olmamasına rağmen ismi geçen bazı ülke yönetimleri bu konuda sıkı önlemler almamakla suçlanmaktadır. Örneğin Pakistan’da yabancı hastalara yıllık yaklaşık 2 bin böbrek naklinin gerçekleştiği belirtilmektedir. Organ donörleri ise çoğunlukla iyi bir maddi kazanç elde etseler de bu işlemlerin ardından birçoğunun sağlık durumu kötüye gitmekte, işlerini kaybedebilmekte ve toplum dışına itilebilmektedirler. Dolayısıyla medikal turizmin tüm türlerinde tartışılabilen

etik konusu, organ nakli turizmi için aciliyet taşımaktadır (Hopkins, Labonte, Runnels ve Packer, 2010).

Medikal turizmin bir taraftan hasta gönderen ülke vatandaşlarına daha uygun fiyatlara, kısa bekleme süreleriyle ve yüksek kalitede tedavi olanakları sağlarken; hasta alan ülkelere de döviz girdisi sağlaması ve medikal turizm gelirleri sayesinde sağlık yatırımlarının artması gibi olumlu etkileri vardır. Diğer taraftan başka ülkelerde tedavi olan hastalar için komplikasyon ve malpraktis sorunları gündeme gelmekte ve destinasyon ülkelerdeki yerli hastalar kendi ülkelerindeki yabancı hasta sayısının artışı nedeniyle kaliteli tedaviye ulaşma güçlüğü çekebilmektedir. Tüm bu tartışmalardan yola çıkarak medikal turizm hareketliliğinin hem hasta gönderen hem de hasta alan ülkeler için olumlu ve olumsuz bir takım sonuçlar doğurduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Bu çalışmanın ikinci bölümünde medikal turizmde destinasyonların rekabet güçlerini artıracak hususlar ele alınırken; bu rekabetçilik faktörleri, destinasyon ülkeler açısından medikal turizmin olası olumsuz etkilerini azaltmada bir yol haritası olarak incelenmektedir.

İKİNCİ BÖLÜM

MEDİKAL TURİZMDE DESTİNASYON REKABETÇİLİĞİ

Son yıllarda seyahat ve turizm endüstrisi büyüme sağlayarak yeni iş alanları oluşturmada, bölgesel gelişmişlik farklılıklarını ve dolayısıyla yoksulluğu azaltmada katkılar sağlamaktadır. Turizm hareketlilikleri ayrıca kültürler arasında hoşgörüyü mümkün kılarak milyonlarca insanın hayatında önemli değişiklikler yapmaktadır. Özellikle pek çok ülkenin son yirmi yılda yaşamış olduğu ve yaşamaya devam ettiği ekonomik istikrarsızlığa karşın turizm sektörü büyümesini sürdürmektedir.

Uluslararası turist sayısı 1980’de 277 milyon, 2010 yılında 940 milyon (UNWTO, 2013) ve 2019’da 1,460 milyon olarak gerçekleşmiştir (UNWTO, 2020). Uluslararası turizm gelirleri de paralel şekilde 2010 yılında 980 milyar dolar iken 2019 yılı rakamlarına göre 1,481 milyar dolara yükselmiştir. 2009-2019 yılları arasındaki uluslararası turizm gelirlerinde ise yüzde 54’lük bir artış olduğu belirtilmiştir (UNWTO, 2020). 2016 yılı rakamlarına göre sektörün küresel ekonomiye katkısı 7.6 trilyon dolar olarak gerçekleşmiştir ve turizm 292 milyon iş yaratmıştır (dünyadaki her on işten biri) (WEF, 2017). Turizm, 2030 yılına kadar 1.8 milyara ulaşması beklenen uluslararası turist sayısı ile önemli istihdam fırsatları oluşturmada anahtar bir role sahipken; dünyadaki çevresel sürdürülebilirliği ve insanlar ve kültürler arasında köprülerin inşa edilmesini sağlama potansiyeline de sahiptir. Ayrıca Dünya Ekonomik Forumu (WEF) tahminlerine göre 2016 yılında 4 milyar civarında uçakla seyahat eden kişi sayısı, 2035 yılına kadar 7.2 milyara ulaşacaktır (WEF, 2017).

Tüm bu rakamlar ve diğer etkileri dolayısıyla mevcut turizm destinasyonları böylesine büyük bir endüstriden pay almaya çalışmakta; yeni turizm destinasyonlarının ve turizm alanına yapılan yatırımların sayısı artmaktadır. Böylece turizm, sosyo-ekonomik gelişim açısından önemli bir itici güç haline gelmektedir.

Ancak özellikle 20. yüzyıldan itibaren toplumsal hayatta meydana gelen ekonomik, teknolojik, sosyal ve kültürel gelişmeler nedeniyle küresel piyasalarda rekabet giderek artmaktadır. Özellikle internet ve bilgi teknolojileri alanında yaşanan gelişmelerle birlikte turistler geçmiş yıllara göre daha eğitilmiş, bilgili, talepkâr ve tecrübeli hale gelmiş ve bu özelliklerinden dolayı daha yüksek standartlarda ve daha kaliteli hizmet talep etmeye başlamışlardır. Tüketiciler artık yalnızca kendi çevrelerindeki ürün ve hizmetlere mecbur olmadıklarını bilmektedir ve tüm dünya pazarında yer alan pek çok mal ve hizmet seçeneği arasından herhangi birini seçme konusunda özgürdür (Güneren ve Yılmaz, 2016). Talep tarafındaki bu gelişmelerle birlikte turizm arzında da ulaşım, iletişim ve bilgi teknolojileri kullanımı giderek gelişmekte; tur operatörleri, internet ve medya gibi faktörler, turistlerin destinasyon seçimlerini önemli ölçüde etkilemektedir. Ülkeler, turizmin ekonomik refah üzerindeki etkileri nedeniyle her geçen gün turizme daha çok önem vermeye başlamış ve endüstrideki tüm bu gelişmeler, turizm destinasyonları arasındaki rekabeti her geçen gün artırmıştır (Crouch ve Ritchie, 1999; Göral, 2017; Hassan ve Uşaklı, 2013). Bu durum işletmeler açısından da önemli değişiklikleri beraberinde getirmiş ve önceleri üretilen mal ve hizmetler belli bir çevrede kısıtlı bir tüketici kesimine sunulurken, küresel bir pazar kavramı ortaya çıkmıştır. Bu küresel pazarın bir sonucu olan yoğun rekabet ortamında işletmelerin ayakta kalabilmesi, başarılı olabilmesi ve hatta üstün olabilmesi adına ise bazı teoriler ortaya konmuştur. Özellikle yönetim ve pazarlama alanlarında stratejik yönetim ve rekabet gücü gibi yaklaşımlar geliştirilmiştir (Güneren ve Yılmaz, 2016).

Turizm pazarında yaşanan tüm bu gelişmelerle birlikte, özellikle sağlık alanında yaşanan gelişmeler, dünyada pek çok insanı daha nitelikli ve kaliteli tedavileri, daha uygun fiyatlarla farklı ülkelerde aramaya itmektedir. Turistik seyahatlerin yüzde 50'den fazlası eğlence ve dinlenme amaçlıyken; yüzde 28'lik kısmının sağlık, din ve akraba-arkadaş ziyareti amacıyla yapılmış olması (UNWTO, 2020) ise turizm hareketlilikleri içinde sağlık amaçlı seyahatlerin önemini ortaya koymaktadır. Bu nedenle destinasyon ülkeler, turizmde pazar paylarını artırabilmek amacıyla turizmin farklı türleri üzerine eğilmeye başlamışlardır. Özellikle sağlık turizmi içerisinde değerlendirilen medikal turistler, önceki bölümlerde de bahsedilen harcama oranları

nedeniyle gelişmekte olan pek çok ülke için önemli bir pazar olarak görülmektedir. Bu destinasyonlar, gelişmenin ve ekonomik büyüme için gerekli olan döviz rezervinin ülkeye girişini sağlamak adına medikal turizm olanaklarını geliştirmeye çalışmaktadırlar. Ancak bu alanda da rekabetin yoğun olması destinasyon rekabetçiliği ve medikal turizmde destinasyon rekabetçiliği konularının ele alınmasını ve rekabetçiliği belirleyen faktörlerin ortaya konmasını gerektirmektedir. Bu nedenle çalışmanın bu kısmında öncelikle genel olarak destinasyon rekabetçiliği konusu ele alınmıştır. Ardından genel olarak destinasyon rekabetçiliği ve medikal turizmde destinasyon rekabetçiliği modelleri incelenmekte ve böylece medikal turizmde destinasyon rekabetçiliğini belirleyen faktörlerin tespitinin sağlanması amaçlanmaktadır.

2.1. Genel Olarak Destinasyon Rekabetçiliği Kavramı

Rekabet, içinde bulunduğumuz dünyadaki tüm canlı varlıklar arasında geçmişten bugüne her alanda varlığını hissettiğimiz bir gerçektir. Okullar, yarışmalar, spor müsabakaları, iş yerleri, iş dünyası ve uluslararası ticaret gibi pek çok sistem, hiç bitmeyen bir rekabetin var olduğu alanlardan bazılarıdır. Bununla birlikte, özellikle günümüz ekonomilerini şekillendiren rekabetçilik, oldukça güçlü ve yaygın bir ifade olarak (Ritchie ve Crouch, 2003) uzun yıllardır literatürde yerini alan ve tartışılan bir kavram olmuştur. Rekabetçilik ile ilgili yapılan tanımlamalarda makro ve mikro olmak üzere iki farklı bakış açısı kullanılmaktadır. Bu nedenle rekabetçiliğe işletme ve endüstri açısından yaklaşan mikro yaklaşımda yurt içi rekabet ve bu rekabetin ulusal ve uluslararası etkilerine; küresel açıdan yaklaşan makro yaklaşımda ise uluslararası rekabete dikkat çekildiği görülmektedir. Bir işletme için rekabetçilik, paydaşlar için değer yaratan büyüme fırsatlarının oluşturulması iken; bir toplum için gelişmiş rekabetçilik yeni krl işlere ve daha iyi yaşam koşullarına dönüşmektedir (Dwyer ve Kim, 2003; Kharlamova ve Vertelieva, 2013; Reinert, 1995). Bu çalışmanın temel yaklaşımını oluşturan rekabetçilik President’s Commission on Industrial Competitiveness (1985) raporunda, bir ülkenin serbest piyasa koşullarında uluslararası piyasaların ihtiyaçlarını karşılayacak nitelikte mal ve hizmet üretirken; yerel toplumun reel gelirlerini arttırabilme ve koruyabilme kabiliyeti (akt. Dwyer ve Kim, 2003: 371) olarak tanımlanan ulusal bir meseledir. Aiginger, Brenthaler-

Sieber ve Vogel (2013) tarafından WWWforEurope projesi kapsamında yayınlanan raporda geliştirilen bir diğer tanıma göre de rekabetçilik, bir ülkenin bugünkü ve yarınki vatandaşları için mevcut gayri safi yurtiçi hasılasının ötesinde hedefler belirleyebilme kabiliyetidir. Dolayısıyla rekabetçiliğin nihai hedefi ülkenin toplum gelirlerini artırmak ve bunun sürekliliğini sağlayabilmektir. Literatürde rekabetçilik ve rekabet gücü ifadelerinin benzer tanımlamalarının yapıyor olması ve birbiri yerine kullanılması sebebiyle bu çalışmada literatürdeki konuya katkısı çok önemli olan çalışmalarda kullanılan rekabetçilik ifadesi tercih edilmiştir.

Ancak geleneksel mal ve hizmet üretimi ile turizm ürününün üretimi arasındaki farklılıklar, turizme özgü bir rekabetçilik tanımı ve modeli geliştirilmesine neden olmuştur. Havayolu, denizyolu, demiryolu şirketleri, kiralık araba şirketleri, seyahat acenteleri, konaklama işletmeleri, restoranlar ve toplantı merkezleri gibi pek çok iş kolundan oluşan bir yapıya sahip olan turizmde rekabet, günümüz ekonomik sistemlerindeki rekabetin yeni bir biçimi haline gelmiştir (Dwyer ve Kim, 2003; Ritchie ve Crouch, 2003). Ek olarak günümüzde rekabetçilik sadece işletmeler ya da ürünler arasında değil ülkeler ve destinasyonlar arasında da yaşanmaktadır (Aslan, Güneren ve Çoban, 2014). Turizmde rekabetçilik de küreselleşmenin etkisi ile birlikte uluslar, işletmeler ve destinasyonlar arası rekabet olmak üzere farklı biçimlerde ele alınmaktadır (Bahar ve Kozak, 2005; Dwyer ve Kim, 2003). Bu çalışmanın konusunu oluşturan destinasyonlar açısından rekabetçilik ise, döviz kuru hareketleri nedeniyle oluşan ülkeler arası fiyat farklılıkları, turizm sektörünün çeşitli bileşenleri ve bir bölgenin çekiciliğini etkileyen pek çok faktörden oluşan oldukça geniş kapsamlı bir kavramdır (Dwyer, Forsyth ve Rao, 2000). Crouch ve Ritchie (1999: 137) destinasyon rekabetçiliğini, “bir destinasyonun destinasyonda yaşayan insanlara yüksek bir hayat standardı sağlayabilme gücü” olarak tanımlarken; diğer bir tanımda destinasyon rekabetçiliği, “destinasyonun pazardaki konumunu ve pazar payının kalıcılığını sağlaması ve/veya bunları geliştirmesi” olarak ifade edilmektedir (d’Hauterres, 2000: 23). Dolayısıyla bir turistik destinasyonunun uzun dönemde başarılı olabilmesi ya da hayatta kalabilmesi, rakipleri karşısında kendisini nasıl konumlandığına ve uluslararası turizm piyasasındaki rekabetçi üstünlüğüne bağlıdır (Hassan ve Uşaklı, 2013: 54).

Destinasyon genel bir yaklaşımla bir ziyaretçinin tatilinin büyük kısmını geçirdiği (United Nations, 2010: 13) ve tüketicilere turistik ürün bileşenlerini sunan ülke, ada ya da şehir gibi iyi tanımlanmış coğrafi bir alan olarak tanımlanmaktadır (Buhalis, 2000: 97). Ancak Buhalis'e göre (2000: 98) destinasyonlar bu biçimde tanımlanabilmek için altı temel özelliğe sahip olmalıdır:

- Çekicilikler
- Ulaşılabilirlik
- Olanaklar
- Turistik ürün paketleri
- Etkinlikler
- Diğer hizmetler

Bu sınıflandırmada yer alan çekicilikler çekicilikler, tarihi ve kültürel miras ve özel etkinlikler gibi doğal ve yapay çekiciliklerden oluşmaktadır. Bu gibi çekiciliklere sahip olmayan bir bölgenin destinasyon olabilmesi mümkün değilken; destinasyonda turistik çekiciliklerin artmasıyla hitap edilen turist sayısında da artış yaşanabilmektedir. Sınıflandırmada yer alan ulaşılabilir olma özelliği, tüm terminalleri ve ulaşım araçlarını kapsayan ulaşım sistemi açısından ve güzergâhlarda emniyet ve güvenlik, fiyat ve zaman bakımından uygun olma gibi hususlarla açıklanmaktadır. Sınıflandırmada yer alan olanaklar konaklama, yiyecek-içecek işletmeleri ve diğer turistik hizmetleri içerirken; araçlar tarafından önceden oluşturulmuş turistik ürün paketleri de yine bir destinasyonu şekillendiren önemli unsurlardan biri olarak görülmektedir. Turistin ziyareti sırasında katılmak isteyebileceği etkinliklerin varlığı, hastaneler, bankalar, marketler, iletişim olanakları ve gazete bayileri gibi turistler tarafından kullanılan diğer tüm hizmetler de bir turistik destinasyonun diğer önemli unsurları olarak görülmektedir. Ve her destinasyon, bu bileşenlerin kendine özgü kombinasyonlarına sahiptir.

Ritchie ve Crouch (2003: 2) ise bir turizm destinasyonunun rekabetçi olabilmesi için sahip olması gereken bazı güçlerden bahsetmektedir:

- Ekonomik rekabetçilik
- Politik rekabetçilik

- Sosyo-kültürel rekabetçilik
- Çevresel rekabetçilik

Bu yaklaşıma göre destinasyonların ekonomik performansı, turizm rekabetçiliğinin kesinlikle önemli bir boyutudur. Ancak destinasyonun rekabetçi olması yalnızca tek bir boyutta başarı göstermekle mümkün olmamaktadır. Çünkü turizmin eşsiz doğası gereği, bir destinasyonun aynı zamanda sosyal, kültürel, politik, teknolojik ve çevresel güçler açısından da rekabet edecek yeterlikte olması gerekmektedir. Özetle, bir turizm destinasyonunu gerçekten rekabetçi yapan şey turizm gelirlerini artırmak, turistlere unutulmaz ve tatmin edici deneyimler sağlayarak turist sayısını artırmak; böylelikle destinasyondaki yerel halkın refahını ve destinasyonun doğasını gelecek nesiller için korumaktır (Ritchie ve Crouch, 2003).

Görüldüğü üzere doğal unsurlar dışında bir destinasyonun rekabetçiliği, temel olarak onu oluşturan yönetim faaliyetlerinin ve işletmelerin rekabetçiliği ile ilgilidir. Ancak çok çeşitli faktörlerden etkileniyor olması, rekabetçilik konusunun karmaşık olmasına neden olmaktadır. Bu nedenle rekabetçilik üzerine geniş ölçekli bir literatür olmasına rağmen rekabetçiliğe net bir tanım ya da model geliştirilmesi zor olmuştur (Dwyer ve Kim, 2003). Bu çalışmada destinasyon rekabetçiliğini belirleyen faktörleri tespit edebilmek amacıyla, literatürde destinasyon rekabetçiliğine yönelik geliştirilen önemli bazı modeller incelenmektedir.

2.2. Destinasyon Rekabetçiliğini Belirleyen Faktörler

Bazı destinasyonların diğerlerine göre daha fazla tercih edilir olma nedeni, destinasyonun sahip olduğu kendiliğinden var olmuş ya da insan çabasıyla eklenmiş bazı özelliklerle ilgilidir (Sánchez ve López, 2015). Dolayısıyla destinasyonlar arasında rekabetçiliğin sağlanabilmesi için destinasyonların bir bütün olarak görünüşlerinin ve turiste vaat ettikleri deneyimlerin diğer tüm destinasyonlardan üstün olması gerekmektedir (Dwyer ve Kim, 2003). Enright ve Newton'a göre (2004) bir destinasyon turistleri çekmeyi ve tatmin etmeyi başardığı sürece rekabetçi olacaktır.

Destinasyon rekabetçiliği konusuna özellikle 1990'lı yıllardan itibaren turizm araştırmacıları artan bir ilgi göstermiş ve konuyla ilgili çok sayıda çalışma

yapılmıştır (Crouch, 2011). Özellikle ABD’li akademisyen ve ekonomist Michael E. Porter’ın 1980’li ve sonraki yıllarda işletme ve sektör bazında ortaya koymuş olduğu rekabetçilik çerçevesi, konuyla ilgili pek çok çalışmanın temelini oluşturmuştur (Crouch ve Ritchie, 1999; Dwyer ve Kim, 2003). Bu çalışmaların bazılarında destinasyon rekabetçiliği konusu kavramsal açıdan ele alınmış ve destinasyon rekabetçiliğini belirleyen faktörlerin tespitine yönelik bazı öneriler geliştirilmiştir (Crouch ve Ritchie, 1999; Cvelbar, Dwyer, Koman ve Mihalič, 2016; 1999; Enright ve Newton, 2004; Enright ve Newton, 2005; Hassan ve Uşaklı, 2013; Lee, Choi, Breiter, 2013; Mazanec, Wöber ve Zins, 2007; Önder, Wöber ve Zekan, 2017; Wong, 2018; Vila, Darcy ve Gonzalez, 2015; Zehrer ve Hallman, 2015). Yanı sıra turizm piyasasında giderek artan rekabetçilik karşısında durabilmek için belli bir destinasyonun rekabetçilik analizini yapan ve rekabetçiliğinin etkin ve yeterli biçimde nasıl güçlendirilebileceğini ortaya koyan çalışmalar yapılmıştır (Andrades ve Dimanche, 2017; Cucculelli ve Goffi, 2016; Crouch, 2011; De Keyser ve Vanhove, 1994; Dwyer, Dragičević, Armenski ve Mihalič, 2014; d’Hauteserre, 2000; Erbaş, 2016; Gomezelj ve Mihalic, 2008; Henderson, 2015; Jonker, Heath ve Du Toit, 2004; Junio, Kim ve Lee, 2017; Kozak ve Rimmington, 1999; Murphy, Pritchard ve Smith, 2000; Zehrer, Smeral ve Hallmann, 2017).

Tüm bu çalışmalarda rekabetçiliğin ölçümünde kullanılan yöntemler ise farklılaşmıştır. Andrades ve Dimanche (2017), d’Hauteserre (2000), Henderson (2015); Rusya’nın resmi istatistiklerine dayalı bir rekabetçilik analizi yaparken; çalışma sonuçlarını görgül yöntemlere dayandıran araştırmalardan Kozak ve Rimmington (1999), Cucculelli ve Goffi (2016) ve Murphy, Pritchard ve Smith (2000) regresyon analizi, faktör analizi, varyans, frekans dağılımları ve içerik analizi gibi yöntemlerden yararlanmışlardır. Dwyer, Dragičević, Armenski ve Mihalič (2014) ve Junio, Kim ve Lee (2017) ise Önem-Başarım Analizi (Importance Performance Analyses, IPA) ile destinasyon rekabetçiliğini belirlemeyi tercih eden çalışmalar olmuştur. Konuyla ilgili oldukça önemli çalışmalardan olan Crouch (2010) ve Zhou, Maumbe, Deng ve Selin (2015) çalışmalarında Analitik Hiyerarşi Süreci (Analytical Hierarchy Process, AHP) yöntemini kullanırken; Erbaş (2016) AHP ve IPA yöntemlerini entegre eden bir çalışma yapmıştır. Bu çalışmalar ayrıca

Analitik Hiyerarşi Sürecinin destinasyon rekabetçiliğini belirlemede güvenilir bir yöntem olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

Bazı araştırmacılar da rekabetçilik için bir çerçeve ortaya koyabilmek üzere model önerileri geliştirmeyi tercih etmişlerdir (Dwyer ve Kim, 2003; Porter, 1990; Ritchie ve Crouch, 2003; Perna, Custadio ve Oliviera, 2018; Sánchez ve López, 2015; WEF, 2017). Bahsedilen bu çalışmalarda destinasyonların rekabetçiliğini açıklamada çok sayıda ve birbirinden farklı çekiciliklere vurgu yapılmış böylece rekabetçiliği belirleyen faktörlerin rekabetçiliğe katkılarının farklı açılardan incelenmesi mümkün olmuştur. Ayrıca belli destinasyonlar açısından rekabetçilik analizi yapan çalışmalar sayesinde, bu niteliklerin rekabetçiliğe etkisinin ve öneminin destinasyonlara göre farklılık gösterebildiği de ortaya konmuştur. Aşağıda destinasyon rekabetçiliği konusunda ortaya konan ve literatürde en sık tekrar edilen bazı önemli rekabetçilik modelleri ve modellere ait temel faktörler gösterilmektedir.

Tablo 18: Alan Yazında Yer Alan Bazı Rekabetçilik Modelleri

YAZARLAR	MODELİN İÇERİĞİ
M. E. Porter, 1980	Faktör Koşulları Talep Koşulları İlgili ve Destekleyici Endüstriler İşletme Stratejisi, Yapı ve Rekabet Fırsatların ve Devletin Rolü
L. Dwyer ve C. Kim, 2003	Edinilmiş ve Geliştirilmiş Kaynaklar Destinasyon Yönetimi Talep Koşulları Bölgesel Koşullar
J. R. B. Ritchie ve G. I. Crouch, 2003	Temel Kaynak ve Çekicilikler Destinasyon Yönetimi Niteliksel Belirleyiciler Destek Faktörleri ve Kaynaklar
Dünya Ekonomik Forumu (WEF), 2017	Turizme Elverişli Ortam Seyahat ve Turizm Politikaları ve Uygun Koşullar Altyapı Doğal ve Kültürel Kaynaklar

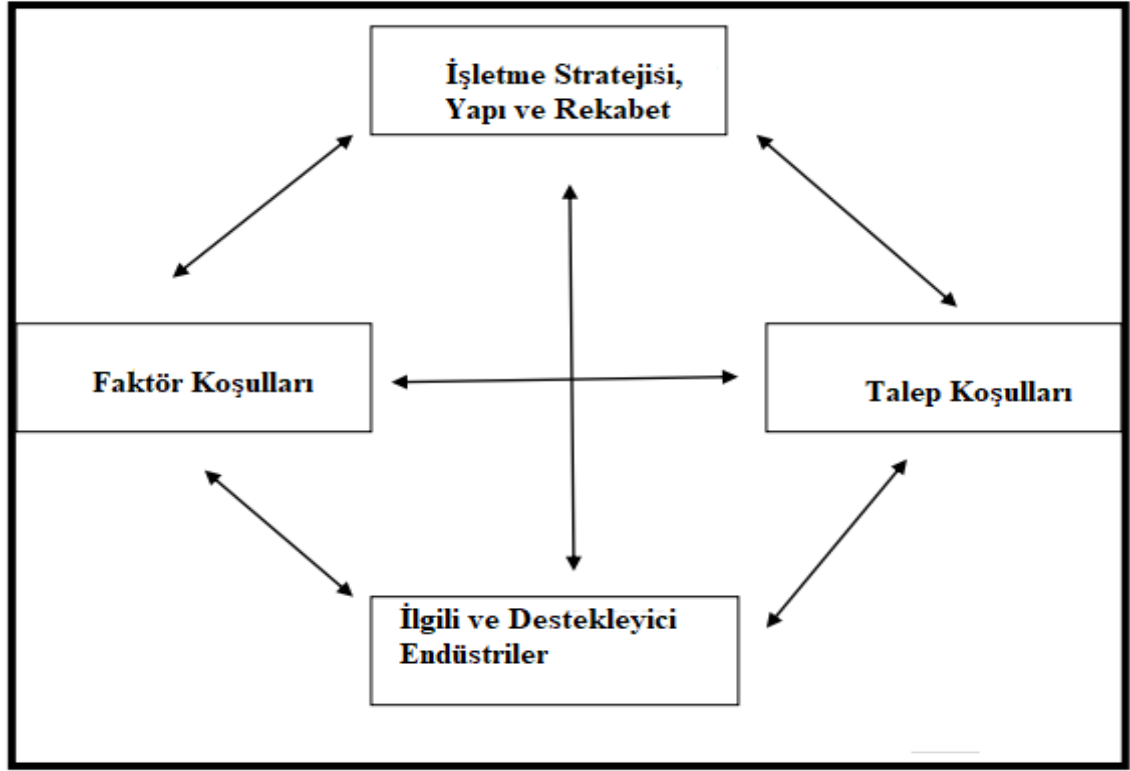
Tabloda literatürde en sık tekrar edilen bazı destinasyon rekabetçiliği modelleri ve bu modellerin temel faktörleri verilmiştir. Bununla birlikte her bir model, yukarıda bahsedilen temel faktörleri şekillendiren bir takım alt faktörlerden oluşmaktadır. Medikal turizmde destinasyon rekabetçiliği modellerinin büyük oranda tabloda

bahsedilen çalışmalardan esinlenmiş olması, bu çalışmada bu modellerin analizini gerektirdiğinden; ilerleyen başlıklarda her bir model detaylı olarak incelenmektedir.

2.2.1. Porter'ın Rekabet Gücü Analizi Modeli

Porter'ın önerdiği Elmas Modeli (1990), doğrudan bir turizm destinasyonu ile ilgili olmamakla birlikte; modelin turizm literatüründe önerilen birçok destinasyon rekabetçiliği modeline temel oluşturduğu kabul edilmektedir (akt. Ritchie ve Crouch, 2003). Porter'ın özellikle ulusların ekonomik rekabetçiliğindeki yenilik ve girişimcilik vurgusu (Ritchie ve Crouch, 2010) nedeniyle model, rekabetçilik kavramını endüstriler ve işletmeler açısından incelerken; modelin ulusal bir yaklaşım benimsemesi nedeniyle destinasyon rekabetçiliğinin bazı temel bileşenlerini içerdiği de gözlemlenmektedir.

Porter'in sunduğu çerçeveye göre bir endüstrinin uluslararası rekabetteki başarısı, iş dünyasıyla ilgili bir takım unsurlara ya da itici güçlere bağlıdır (Enright ve Newton, 2004: 778).



Şekil 6: Porter'ın Elmas Modeli
Kaynak: (Porter, 1990: 78)

Porter, ekonomideki tüm sektörler ve ülkelerin rekabetçiliği için geçerli bir yapıda olan modele (Bakan ve Doğan, 2012; Fainshmidt, Smith ve Judge, 2016; Kayar ve Kozak, 2010), ayrıca fırsatlar ve devletin rolü olmak üzere iki bileşen daha ekleyerek modeli, diğer bileşenlerin etkisini güçlendirecek bir yapıya kavuşturmuştur (Crouch ve Ritchie, 1999). Porter'ın (1990: 74-75) ortaya koyduğu bileşenlerin her birine alt unsurlar ekleyerek rekabetçiliği oldukça kapsamlı bir biçimde incelediği modelde ifade edilen bileşenler ve her bir alt unsur aşağıda özetlenmektedir (Ayikoru, 2015; Bakan ve Doğan; 2012; Crouch ve Ritchie, 1999; Dwyer ve Kim, 2003; Fainshmidt vd, 2016; Ritchie ve Crouch, 2003).

Faktör Koşulları

Faktör koşulları, belirli bir sektörde rekabet edebilmek için gerekli olan mevcut ve sonradan eklenmiş kaynaklardan oluşmaktadır. Bunlar ekonomi biliminde üretim için gerekli olan sermaye, doğal kaynaklar ve işgücü gibi faktörlerden oluşmaktadır. Daha geniş biçimde ele almak gerekirse ulusal üretim faktörleri fiziksel kaynaklar, insan kaynakları ve finansal kaynaklar başta olmak üzere; ulaşım, eğitim ve sağlık hizmetleri gibi ülkenin sahip olduğu diğer altyapı unsurlarından oluşmaktadır.

Bu faktör turizm ve destinasyon rekabetçiliği açısından ele alındığında; turizmin temel motivasyonunun fiziksel, tarihi ve rekreasyonel kaynaklar olduğu hususu hatırlanmalıdır. Dolayısıyla bir destinasyonun sahip olduğu toprak, deniz ve diğer su alanları, ormanlar, iklim, enerji kaynakları, gibi fiziksel kaynaklarının ve tarihi ve kültürel değerlerinin onu diğerleri karşısında rekabetçi kılacak en temel hususlar olduğunu söylemek yanlış olmayacaktır. Ayrıca turizmin emek yoğun bir sektör olması nedeniyle destinasyondaki insan kaynağının niteliği ve niceliği, rekabet gücünü açısından diğer çok önemli husustur. Ülkede turizm sektörünün finansal kaynağa ulaşabilmesi ve bunun maliyeti ile ilgili koşullar, turistik ürün maliyetlerini ve fiyatlarını etkilemesi açısından dikkatle analiz edilmesi gereken diğer bir unsur olarak ele alınmaktadır.

Talep Koşulları

Modeldeki bir diğer unsur talep koşullarından oluşmaktadır. Ulusların rekabet edebilirliğini sağlayan nitelikler büyük oranda arz açısından değerlendirilmekteyken;

talep faktörünün destinasyon rekabetçiliğinin belirlenmesinde özel bir öneme sahip olduğu göz ardı edilmemelidir. Çünkü destinasyon rekabetçiliği ile ilgili olarak çeken güçler arz ile ilgiliyken; itien güçler talep tarafında yer almaktadır. Örneğin bir ailenin destinasyon seçimi temalı bir parktan yana olabilirken; bir başkasının tercihi deniz, kum ve güneş gibi özelliklerden etkilenebilmektedir (Dwyer ve Kim, 2003). Dolayısıyla konuyu yalnızca arz açısından değerlendirerek, talebin özelliklerini dikkate almayan bir rekabetçilik iddiası yetersiz kalacaktır. Turizm talebinin tüm demografik özelliklerle şekillenmesi ve bu ekonomik, politik, sosyal, kültürel ve psikolojik faktörlere karşı oldukça hassas olması nedeniyle iyi analiz edilmesi ve değerlendirilmesi gerekmektedir.

Porter (1990), bir sektörde belirli malın veya hizmetin var olabilmesi ve başarısı için öncelikle o ürüne iç talebin bulunmasının gerekliliği üzerinde durmaktadır. Buradan yola çıkarak bir destinasyona dış talepten önce iç talebin olması, tüketici beklenti ve isteklerinin anlaşılması konusunda destinasyon yöneticilerine ve işletmelere deneyim kazandırmaktadır. Ürün geliştirme ve yenilik gibi gelişmeler ile ülke dışında rekabet edebilme gücünün artması mümkün olmaktadır. Turizm destinasyonlarının gelişim evresi incelendiğinde de öncelikle yakın çevrede yaşayanların bölgeyi ziyareti ile başlayan bir gelişim süreci ile karşılaşmaktadır.

İlgili ve Destekleyici Endüstriler

Porter (1990) bir ülkenin rekabet gücünü belirleyen üçüncü unsur olarak o ülkede var olan tedarikçileri ve ilgili diğer endüstrileri öne sürmektedir. Modele göre tedarikçiler ve ilgili diğer destek ya da tamamlayıcı endüstriler, sektörün gelişimini ve rekabetçiliğini olumlu olarak etkilemektedir.

Bir destinasyonun sunduğu turistik ürünler bir bütün olarak havayolu, konaklama, seyahat, yiyecek-içecek ve eğlence işletmelerinden; ek olarak sektöre hizmet veren yerel pek çok işletmeden oluşmaktadır. Dolayısıyla turizm destinasyonları açısından, ilgili ve destek endüstriler birçok alt sektörden oluşması nedeniyle oldukça karmaşık bir yapıdadır. Aynı zamanda bazı dernek ve örgütler, üniversiteler, diğer eğitim kuruluşları, finans kuruluşları ve hatta başlı başına dağıtım, iletişim ve teknoloji gibi destekleyici güçler olarak rekabetçiliği doğrudan ve dolaylı olarak şekillendirmede

önemli role sahiptir. Bunların her birinin gelişmişliğinin ve yenilikçiliğinin aynı zamanda maliyet avantajı da yaratması yalnızca arz açısından değil talep açısından da değerlendirildiğinde destinasyonların uluslararası rekabette güçlü ve üstün olmasını sağlamaktadır. Ayrıca tüm bu alt sektörlerin gelişmişliği ve nitelikli ürün tedariği, hem turistlerin hem de yerel halkın aldığı hizmet kalitesini artırmaktadır.

İşletme Stratejisi, Yapı ve Rekabet

Rekabeti belirleyen dördüncü unsur olarak modelde işletme stratejisi, yapı ve rekabet bileşenleri karşımıza çıkmaktadır. Ülke içindeki rekabetin yapısı, işletmelerin stratejileri ve yapıları ülkenin uluslararası rekabetteki konumunun asıl göstergeleridir. Dolayısıyla ülkelerde yerel açıdan rekabetçiliği sağlayan ve sürdüren işletmelerin, uluslararası alanda ülkesel rekabetçiliği belirleyeceklerini de söylemek yanlış olmayacaktır.

Turizm açısından değerlendirildiğinde ise birbirine benzer nitelikte ya da aynı özellikte mal ve hizmet üreten çok sayıda işletme olması ciddi bir rekabet ortamı oluşturmaktadır. Bu rekabet ortamında turistik işletmeler, hizmet üretim süreçlerini ve çıktılarını gözden geçirme, hizmet kalitelerini artırma ya da tüketici için yeni değer sunma baskısıyla karşı karşıya kalabilmektedir. Ayrıca yerel işletmelerin yalnızca yerel değil uluslararası rakiplerinin de olduğu unutulmamalıdır. Çünkü işletmeler yerel rekabetçiliği elde ettiklerinde uluslararası pazarda da başarılı olmak isteyebilmektedir. Ancak her bir destinasyondaki yerel işletmelerin amaçlarının farklılaştığı ve bu amaçlar doğrultusunda bir yönelim göstermekte oldukları hususu gözden kaçırılmamalıdır.

Fırsatlar ve Devletin Rolü

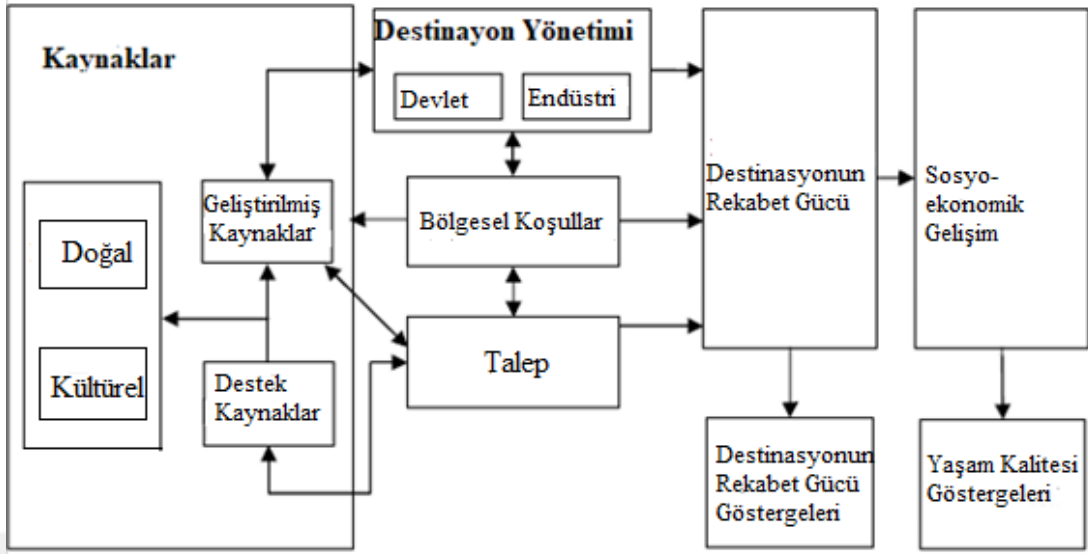
Porter (1990) modelde dört temel bileşene ek olarak, rekabetçiliği etkileyen fırsatlar ve devletin rolü olmak üzere iki dış faktörün etkisinden bahsetmektedir. Modelde devlet, uyguladığı politikalar ile rekabeti olumlu ya da olumsuz olarak etkileyen bir unsur olarak tanımlanmaktadır. Uyguladığı eğitim politikası, istihdama yönelik düzenlemeler ve sermaye piyasalarına ilişkin politikalar aracılığıyla devlet, modeldeki tüm bileşenleri şekillendirmektedir. Ayrıca özellikle turizme yönelik olarak geliştirilen planların ve politikaların etkinliği ya da turizmin görmezden

gelinmesi sektörün gelişmesi ve sürdürülebilirliği açısından hayati öneme sahiptir. Mal ve hizmet standartları ile ilgili uygulamalar, tatil süreleri ve dönemleri, yatırım ve işletme teşvikleri uluslararası tanıtım ve reklam desteği gibi uygulamalarda öngörülü ve vizyonel bir yaklaşım, devletin sektöre katkısını üst düzeye çıkarmaktadır.

Modelde fırsat olarak incelenen unsur çevrede meydana gelen ani değişikliklerden oluşmaktadır. Örneğin yeni buluşlar, büyük teknolojik yenilikler ya da petrol fiyatları gibi üretim maliyetlerindeki değişiklikler; dünya genelinde ya da bölgesel talep dalgalanmaları; ülkelerin politikalarındaki değişim; ekonomik krizler ve döviz kurlarındaki değişim; terör, savaş gibi olaylar kimileri için bir fırsat olarak belirirken bazen de birer tehdit unsuru olabilmektedir. Örneğin bir terör olayı bir destinasyon için büyük bir krize neden olurken; talebin diğer kayması nedeniyle diğer destinasyon için bir fırsat haline gelebilmektedir. Bu nedenle turizm destinasyonlarında etkili bir kriz yönetimi uygulamasının bu ani değişikliklerin olumsuz etkileri azaltılabilmesi nedeniyle hayati öneme sahip olduğu söylenebilir.

2.2.2. Dwyer ve Kim'in Rekabet Modeli

Destinasyon rekabetçiliğinin geliştirilmesine yönelik olarak geliştirilmiş en kapsamlı modellerden biri de Dwyer ve Kim'e (2003) aittir. Dwyer ve Kim bu modelin çerçevesini 2001 yılında Avustralya ve Güney Kore'deki turizm paydaşlarıyla gerçekleştirdikleri bir çalışmadan yola çıkarak oluşturmuşlardır. Modelde destinasyonların rekabet gücünü etkileyen faktörler genel olarak edinilmiş kaynaklar olan doğal ve kültürel miras, sonradan üretilen yapay kaynaklar ve destek kaynaklardan oluşmaktadır. Devlet ve endüstri bileşenlerini içeren destinasyon yönetimi ise modelin ikincil ana unsurunu oluşturmaktadır. Bu unsurların ardından destinasyon rekabetçiliğini ve sosyo-ekonomik gelişimi etkileyen turizm talebi ve durumsal koşullar ile destinasyonun sahip olduğu kaynaklar ve destinasyon yönetimi arasındaki ilişkiyi içermektedir (Crouch, 2011). Bu faktörler ve aralarındaki ilişkiler şekilde görülmektedir.



Şekil 7: Dwyer ve Kim'in Rekabet Modeli
Kaynak: (Dwyer ve Kim, 2003: 378)

Kaynaklar

Modelde doğal ve kültürel miras, doğal kaynaklar olarak ele alınmaktadır. Doğal kaynaklar; bir destinasyonda ziyaretçinin keyif aldığı iklim, manzara, flora ve fauna ve bozulmamış çevre gibi doğal güzellikler olarak ele alınmaktadır. Kültürel miras ise destinasyonun sahip olduğu tarih, mutfak, gelenekler, elişleri, müzik ve dans gibi pek çok unsurdan oluşmaktadır. Modelde geliştirilmiş kaynaklar turizm alt yapısı, alışveriş, eğlence, özel etkinlikler ve festivaller olarak gruplandırılırken; destek kaynaklar ise genel alt yapı, hizmet kalitesi, destinasyona erişilebilirlik, misafirperverlik ve pazar ilişkileri gibi bileşenlerden oluşmaktadır.

Tüm unsurlar Porter'ın Elmas Modelinde, faktör koşulları olarak ifade edilmektedir. Ancak Porter (1990) bir destinasyonun doğal kaynaklarının ona rekabetçi bir güç kazandırmada önemini vurgularken, diğer taraftan doğal ve kültürel kaynaklar açısından dezavantajlı olan destinasyonların yapay ya da sonradan üretilmiş kaynaklarla bunun üstesinden gelebileceğini ifade etmektedirler. Örneğin turizm üst yapısı, özel etkinlikler, eğlence ve alışveriş gibi olanaklar ya da devletin turizm faaliyetlerine olumlu katkıları ile bir destinasyonun rekabetçiliğinin güçlendirilebileceğini ileri sürmektedir. Ancak Dwyer ve Kim (2003) destinasyonlarda pek çok kültürel çekiciliğin yaratılmasının mümkün olduğunu ancak bu kültürel unsurların köken olarak destinasyonun miras yoluyla sahip olduğu

kaynaklara bağılı olduğunu; dolayısıyla bu doğal ve kültürel kaynaklar olmadan bazı çekiciliklerin oluşturulmasının mümkün olamayacağını ifade etmektedirler. Yine de temel çekiciliği oluşturan doğal ve kültürel kaynaklar oluşturan kaynaklar destinasyondan destinasyona farklılık gösterse de temelde turistlerin deneyimlerine değer katan husus sektör yönetimi faaliyetleri olarak görülmektedir (Crouch ve Ritchie, 1999; Dwyer vd., 2000).

Destinasyon Yönetimi

Modele göre destinasyon rekabetçiliğini yüksek düzeyde etkileyen beş adet destinasyon yönetim faaliyeti bulunmaktadır. Bunlar destinasyon pazarlama yönetimi, destinasyon planlaması ve gelişimi, destinasyon yönetim örgütü, insan kaynakları gelişimi ve çevre yönetimi unsurlarından oluşmaktadır (Dwyer ve Kim, 2003). Dolayısıyla destinasyon yönetiminin temel fonksiyonu sürdürülebilir turizm gelişimi, iklim değişikliği, hedef pazarlama, risk yönetimi ve eğitim gibi hususlara çözüm önerileri geliştirmek ve bunların uygulanmasını sağlamaktır (Dwyer, Edwards, Mistilis, Roman ve Scott, 2009). Ancak burada devlet ve turizm endüstrisinin koordinasyonu sağlanması, etkili turizm gelişimi için paydaşların görüşlerini temsil etmesi, turizm politikası, planlaması ve gelişimi için istatistikî bilgi ve stratejik yönlendirme sağlanması nedeniyle destinasyon yönetim örgütünün katkısı oldukça önemli görülmektedir (Dwyer ve Kim, 2003).

Aynı zamanda sürdürülebilir turizm gelişiminin öneminin devlet ve turizm sektörü tarafından tanınması, çevreyi ve kültürel mirası korumaya yönelik yasal düzenlemeler ve turizmin çevresel etkilerini araştırma ve izleme çalışmaları modelde çevre yönetimi olarak ele alınmaktadır. Dolayısıyla destinasyon yönetimi ve pazarlaması yalnızca bir bölgeye seyahat eden turist sayısını artırmak değil, aynı zamanda sürdürülebilir turizm gelişimini sağlamakla da ilgilidir (Hsu, Tsai ve Wu, 2009). Bu açıdan yerel halkın turizme desteği, hizmet kalitesinin öneminin farkındalığı, turizm ve ağırlama eğitiminin ziyaretçi ihtiyaçlarına cevap verebilirliği oldukça önemli görülmektedir. Modelde durumsal koşullar içerisinde destinasyonun coğrafi konumu, mikro rekabet çevresi ve işletmelerin stratejileri, emniyet ve güvenlik ve fiyat rekabetçiliği yer almaktadır. Turizm endüstrisinin başarısı da sektörün genel yapısı ve içinde bulunduğu olumlu çevre olarak ifade edilen durumsal

koşullara bağlı görülmektedir (Gomezelj ve Mihalic, 2008). Destinasyonun politik istikrarı, uluslararası ekonomik koşullar ve teknolojik gelişmeler gibi makro çevre etkenleri de bu unsur ile ilişkilendirilmektedir (Dwyer ve Kim, 2003). Talep ise destinasyon rekabetçiliğini belirleyen önemli bir unsur olarak ele alınmaktadır. Burada turistleri bir destinasyona iten güçler (push factors) olarak ifade edilen turistin sosyal ve psikolojik özelliklerinden kaynaklanan motivasyon faktörlerinin önemi üzerinde durulmaktadır. Ayrıca yine Porter (1990)'ın modelinde olduğu gibi yerel talep ve bu talebin uluslararası talebin beklentilerini karşılama açısından rekabetçiliğe katkıları ve turizm talebinin destinasyonda oluşturduğu farkındalık gibi hususlar da yine bu başlık altında incelenmektedir.

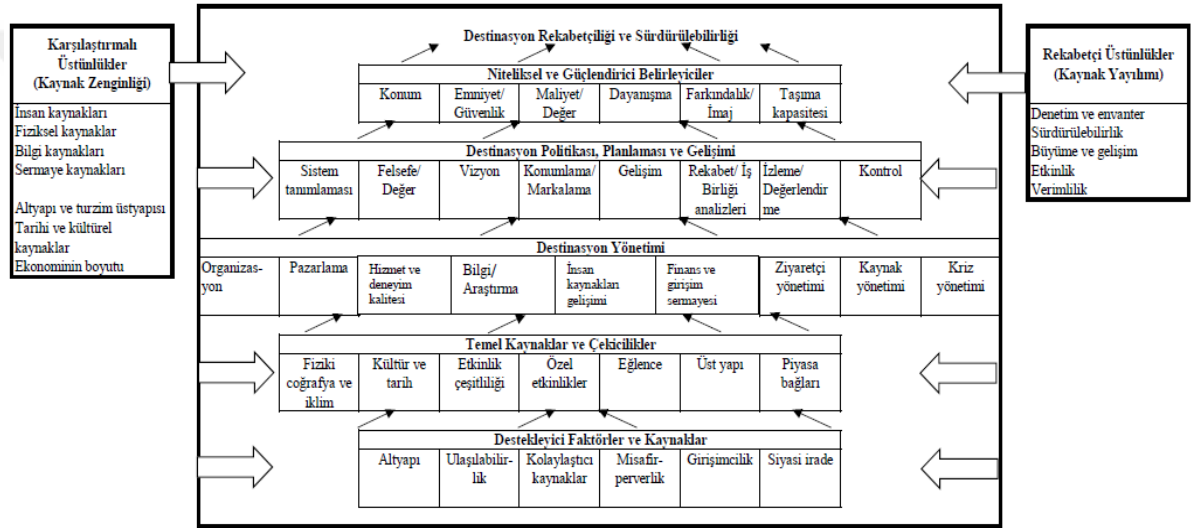
Modelde son olarak destinasyon rekabetçiliği göstergeleri ve yaşam kalitesi göstergeleri yer almaktadır. Bu göstergeler her destinasyonun kendine has özelliklerinden oluşmaktadır. Ancak genel itibariyle modelde yer alan kaynaklar ve destinasyon yönetimi unsurlarıyla ortaya çıkan ziyaretçi sayıları, büyüme oranı, pazar payı, ortalama kalış süresi, tekrar ziyaret oranı, ziyaretçilerin harcamaları, toplam turizm harcamaları içinde bölgenin payı ve değişim oranları ve toplam ihracat içinde turizmin payı gibi istatistikler bu kapsamda incelenmektedir. Bunlar dolayısıyla ortaya çıkan turizmin katma değer etkisi, toplam istihdam düzeyi, ekonomik büyüme oranları ve kişi başına düşen gelir gibi ekonomik refah göstergeleri yaşam kalitesi göstergeleri olarak ifade edilmektedir (Dwyer ve Kim, 2003; Gomezelj ve Mihalic, 2008). Böylece modelde destinasyon rekabet gücünün artmasına bağlı olarak sosyo-ekonomik gelişmenin arttığı ve yaşam kalitesinin yükseldiği yönünde bir ilişkinin ortaya çıktığı görülmektedir.

2.2.3. Ritchie ve Crouch'un Kavramsal Rekabet Modeli

Literatüre bakıldığında bugüne kadar turizmde destinasyon rekabetçiliği alanında yapılan en kapsamlı çalışmanın bir önceki başlıkta incelenen Dwyer ve Kim (2003) ve bu başlığın konusu olan Ritchie ve Crouch'a (2003) ait olan modeller olduğu görüşü hakimdir (Buhalis, 2000; Jonker vd., 2004; Sánchez ve López, 2015; Zehrer ve Hallman 2015) görülmektedir. Ritchie ve Crouch (2003)'un, temelleri Porter'in (1990) Elmas Modeli'ne dayanan bu modeli ilk olarak 1999 yılındaki çalışmalarında

destinasyon rekabetçiliğine uyarladıkları (Zehrer ve Hallman 2015), 2003 yılında ise geliştirerek modele son halini verdikleri görülmektedir.

Ritchie ve Crouch (1999)'a göre bir destinasyonlar arzu ettikleri ekonomik ve toplumsal gelişimi sağlayabilmek için turizmin sağladığı imkânları etkin biçimde değerlendirmelidir. Bu amaçlara ulaşmanın yolu ise destinasyonların rekabetçi bir yapıya bürünmesinden geçmektedir. Destinasyonların ekonomik gelişimlerini ve dolayısıyla yaşam kalitesini artırmalarını sağlayan rekabetçilik unsurlarını ortaya koydukları kavramsal çerçeve, şekilde görülmektedir.



Şekil 8: Crouch ve Ritchie'nin Kavramsal Rekabet Modeli
Kaynak: (Ritchie ve Crouch, 2003: 63)

Karşılaştırmalı ve Rekabetçi Üstünlükler

Modelde ilk olarak karşılaştırmalı üstünlükler ve rekabetçi üstünlükler olarak ifade edilen bazı bileşenler görülmektedir. Bunlardan karşılaştırmalı üstünlükler, bir destinasyonun doğal olarak sahip olduğu ya da sonradan üretmiş olduğu doğal ya da insan yapımı kaynak zenginliklerinden oluşmaktadır. Bir destinasyonun tarihi ve kültürel değerleri, insan, bilgi ve finansal kaynakları, ekonomisi ve turizm üstyapısı kaynak zenginliği olarak görülmektedir. Ziyaretçilerin bir destinasyonu ziyaret etmelerindeki en önemli etmen olmasa da memnuniyetlerini önemli ölçüde etkileyen altyapı olanakları da yine bu kaynaklar arasında değerlendirilmektedir. Bu modelde temel kaynak ve çekicilikleri oluşturan karşılaştırmalı üstünlükler, Porter'ın (1990) modelinde faktör koşulları, Dwyer ve Kim'in (2003) modelinde ise kaynaklar olarak

ifade edilmiştir. Rekabetçi üstünlükler ise destinasyonun sahip olduğu kaynakları kullanma kabiliyeti olarak açıklanmaktadır. Bir destinasyonun karşılaştırmalı üstünlükler ve rekabetçi üstünlükler açısından bütünsel olarak başarısı destinasyonun uluslararası turizm pazarında rekabetçiliğini belirlemektedir. Modelde karşılaştırmalı üstünlük ile rekabetçi üstünlük arasındaki temel ayırım ise, karşılaştırmalı üstünlüklerin rekabetçiliğin temel kaynağını oluşturması ve rekabetçi üstünlüğün ise uzun vadede bu kaynakları kullanma kabiliyeti olmasıdır (Crouch ve Ritchie, 1999; Ritchie ve Crouch, 2010).

Destinasyon Rekabetçiliği ve Sürdürülebilirliği

Ritchie ve Crouch'un (2003) modeli, destinasyonların rekabet edebilirliği ve bunun sürdürülebilirliğini sağlayabilmek için dikkate alınması gereken beş faktör seviyesinden oluşmaktadır. Destekleyici faktörler ve kaynaklar, temel kaynaklar ve çekicilikler, destinasyon yönetimi, destinasyon politikası, planlaması ve gelişimi ve niteliksel ve güçlendirici belirleyenlerden oluşmaktadır. Her bir faktör beraberinde bir takım alt faktörlerden oluşmaktadır. Burada destekleyici faktörler ve kaynaklar, politik bazı uygulamalar, misafirperverlik ve ulaşılabilirlik gibi bileşenlerden oluşmaktadır. Temel kaynak ve çekicilikler modelde rekabetçiliğin temel kaynağını oluşturan coğrafi, iklimsel, kültürel, tarihi ve turistik işletmeler gibi karşılaştırmalı üstünlüklerden oluşmaktadır. Bir destinasyonun pazarlaması, insan kaynağının niteliği ve hizmet kalitesi gibi hususlar ise destinasyon yönetimi olarak ifade edilen faktörün çabaları ile ilgilidir (Dickson, Misener ve Darcy, 2017). Ancak işletmeleri yatırım yapmaya teşvik eden, riskleri, maliyetleri ve rekabetin önündeki engelleri ortadan kaldıran mekanizmanın devlet olduğu (Kubickova, 2017) unutulmamalıdır. Bu açıdan destinasyonun turizme açık bir yapıda ve vizyonda olması destinasyon politikası, planlaması ve gelişiminin temel dayanağı olmaktadır. Politika, planlama ve geliştirmeye yönelik çalışmaların başarısının takibi ile bu sürecin aktif biçimde devamlılığı da önem arz etmektedir. Destinasyonda turizmin mümkün olmasını sağlayan güvenlik, fiyatlar, konum ve taşıma kapasitesi gibi hususlar ise son olarak niteliksel ve güçlendirici faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır (Ritchie ve Crouch, 2003).

Ritchie ve Crouch (2003) modelin tüm bileşenlerini oluşturan ve etkileyen çevre faktörünü de modele dâhil etmiştir. Buna göre karşılaştırmalı ve rekabetçi üstünlükleri oluşturan tüm doğal ya da insan yapımı kaynaklar mikro ve makro çevre etkisi altındadır. Mikro rekabetçi çevre turizm işletmeleri ve diğer tüm destek endüstriler ve tedarikçiler gibi tüm paydaşlardan, turizm piyasasındaki yerel rakip destinasyonlardan ve destinasyondaki kamu-özel sektör gruplarından oluşmaktadır. Makro çevre ise, destinasyonun turistik faaliyetlerini ve rekabetini etkileyen dünya ekonomilerindeki hareketlilikler, hedef pazarların yapısındaki demografik değişimler, teknolojik gelişmeler, ülke kültürlerindeki farklılaşmalar ve dış politik koşullar gibi uluslararası çevre değişkenleriyle açıklanmaktadır.

2.2.4. Dünya Ekonomik Forumu Rekabet Gücü Endeksi

Dünya Ekonomik Forumu (World Economic Forum, WEF), 2007 yılından itibaren her yıl dünya genelinde, sayıları her yıl değişebilmekle birlikte, yaklaşık 140 ülkenin rekabetçilik açısından karşılaştırmasını yaptığı bir rapor yayınlamaktadır. Seyahat ve Turizm Rekabetçilik Endeksi (Travel and Tourism Competitiveness Index, TTCI) adı verilen raporun temel amacı, ülkelerin seyahat ve turizm endüstrisinde rekabetçiliğini belirleyen faktörlerin ortaya konması ve bu faktörler açısından ülkelerin rekabetçiliğinin değerlendirilmesidir (WEF, 2007). Bu amaçla raporda destinasyonların rekabetçiliğinin belirlenmesine yönelik politikalar, bazı çevresel koşullar, altyapı ve doğal ve kültürel kaynaklardan oluşan bir endeks kullanılmaktadır. Endeks tam anlamıyla bir model olarak kabul edilmemektedir (Göral, 2017); ancak ülkelerde yer alan 141 paydaş enstitüden rekabetçilik göstergeleriyle ilgili olarak sağlanan çok büyük bir veriden yararlanmaktadır. Rapor, 2017 yılında ilgili faktörler açısından 136 ülkenin rekabetçilik değerlendirmesini ortaya koyan bir puanlama yapmaktadır. Bu açıdan değerlendirildiğinde endeks, bir ülkede turizm sektörü ile ilgili eksikliklerin görülüp giderilmesinde, sektörün geliştirmesinde karar alıcılara ve ülkenin turizm yatırımları için ne oranda çekiciliklere sahip olduğu konusunda yatırımcılara bilgi sağlamaktadır (WEF, 2017). Endeks aynı zamanda belli bir destinasyonun rekabetçiliğini ortaya koymaya yönelik pek çok çalışmada model olarak veya kavramsal açıdan tartışılarak pek çok

çalışmanın konusunu oluşturmuştur (Göral, 2017; Hassan ve Uşaklı, 2013; Kayar ve Kozak, 2010; Pulido-Fernández ve Rodríguez-Díaz, 2016).



Şekil 9: Dünya Ekonomik Forumu Rekabet Gücü Endeksi
Kaynak: (WEF, 2017: 7)

Burada önemli bir husus, rapora ait endeks göstergelerinin 2007'den bu yana farklı biçimlerde incelendiğidir. Önceki yıllara ait endeksler incelendiğinde bazı faktör başlıklarının ve alt bileşenlerinin yerlerinin ya da içeriklerinin değiştiği görülmektedir. Ancak 2017 yılına ait Seyahat ve Turizm Rekabetçilik Endeksine ait dört temel gösterge ve her bir göstergenin altında değişen sayılarda bileşenler raporda yer aldığı biçimde aşağıdaki başlıklarda detaylı olarak ifade edilmektedir (WEF, 2017).

Turizme Elverişli Ortam

Endekse ait rekabetçilik göstergeleri içerisinde ilk olarak turizme elverişli ortam faktörü görülmektedir. Turizm için elverişli bir ortam, turizmin varlığını ve sürdürülebilirliğini mümkün kılan iş çevresi, güvenli bir ortam, sağlık ve hijyen, insan kaynakları ve iş gücü piyasası ve bilişim teknolojilerinden oluşmaktadır.

Emniyet ve güvenlik kapsamında, terörün işletmelere maliyeti, polis hizmetlerinin güvenilirliği, suç ve şiddetin işletmelere maliyeti ve trafik kazaları gibi hususlar yer almaktadır. Sağlık ve hijyen konusu özellikle kanalizasyon, foseptik, tuvalet imkânları gibi genel sağlığı etkileyen faktörlerin gelişmişliği (sanitasyon), içme suyunun sağlıklı oluşu, doktor yoğunluğu ve sağlık kuruluşları yatak sayısı konuları

açısından incelenmektedir. İnsan kaynağı alt unsuru ise eğitim ve öğretim ve nitelikli işgücü olmak üzere iki açıdan ele alınmaktadır. Buna göre eğitim öğretim; kayıt oranı, eğitim sisteminin kalitesi, özel araştırma ve öğretim hizmetlerinin yerel olarak uygunluğu ve işgören eğitiminin durumu gibi konulardan oluşmaktadır. Nitelikli işgücü açısından değerlendirildiğinde ise işgören devir oranı, işe alım ve işten çıkarma uygulamaları, yabancı iş gören istihdam kolaylığı, HIV virüsü yaygınlığı ve işe etkisi ve yaşam beklentisi gibi veriler değerlendirilmektedir. Bilişim ve iletişim olanakları internet kullanım kapsamı, nüfusun internet kullanım oranı, telefon şebekelerinin durumu, internet aboneleri sayısı, bilişim teknolojilerinin kullanımı ve mobil telefon kullanım olanaklarıyla ilgili sayısı öğelerden oluşmaktadır. Ayrıca yerel halkın yabancı turistlere karşı tutumu ve uluslararası etkileşime açıklık da bu başlık altında incelenen veriler arasındadır.

Seyahat ve Turizm Politikası ve Kolaylaştırıcı Koşullar

Ardından endekse seyahat ve turizm politikası ve kolaylaştırıcı koşullar eklenmiştir. Bunlar destinasyon ülkede devletin seyahat ve turizm sektörüne öncelik vermesi, uluslararası etkileşimlere açık olma, fiyatlarda rekabetçi olma ve sürdürülebilir bir çevre olmak üzere dört temel içerikten oluşmaktadır.

Devletin seyahat ve turizm konusuna öncelik tanıması sektöre yönelik kamu harcamaları, toplam bütçeden ayrılan pay, talep yaratmak için reklam ve markalaşmaya yönelme, dünya turizm örgütü yıllıkları verileri ve yurt dışından gelenlere ait verileri derleme gibi hususlar göz önünde bulundurularak değerlendirilmektedir. Ayrıca vize koşulları ve ülkeler arası hava yolu anlaşmaları da bu unsur içerisinde değerlendirilmektedir. Seyahat ve turizm sektöründe fiyat rekabeti; bilet vergileri ve havaalanı ücretleri, dünya bankasının resmi döviz kuruna göre alım gücü oranı verileri, vergilendirmenin ölçüsü ve etkisi, yakıt fiyatları düzeyi ve birinci sınıf otellerin ortalama fiyat endeksi ile ilgilidir. Çevresel sürdürülebilirlik alt unsuru ise çevresel düzenlemeler, turizm ve seyahat endüstrisinin gelişimi ve sürdürülebilirliği, tehdit altındaki türlerin oranı ve çevre sözleşmeleri konularından oluşmaktadır.

Altyapı

Altyapı unsuru içerisinde yer alan havayolu ulaşım altyapısı; hava taşımacılığı alt yapısı kalitesi, mevcut yerel ve uluslararası uçuş koltuk kapasiteleri, uçak kalkış sayısı, havaalanı yoğunluğu, yerli menşeli tarifeli havayolu sayısı ve uluslararası hava ulaşım ağı ögelerinden oluşur. Yerel ulaşım alt yapısı; yolların kalitesi, demiryolu altyapısının kalitesi, liman altyapısının kalitesi, yurtiçi ulaşım ağı kalitesi ve yolların yoğunluğu ile ölçülmektedir. Turizm alt yapısı değerlendirmesi içinde yer alan unsurlar; otel oda sayıları, araç kiralama işletmelerinin varlığı, banka ATM sayısı ve uluslararası banka kartlarının geçerliliği gibi tüm doğrudan ya da dolaylı paydaşlara ait verilerden oluşmaktadır.

Doğal ve Kültürel Kaynaklar

Doğal ve kültürel kaynaklar; UNESCO (Dünya Mirası Örgütü) tarafından belirlenen doğal ve kültürel miras alanlarının sayısı, sit alanları, somut olmayan kültürel miras, spor sahaları, doğal güzelliklerin çekiciliği ve flora ve faunadan oluşmaktadır. Ayrıca iş, uluslararası toplantılar ve organizasyonlar nedeniyle yapılan seyahatler ve bu seyahatlere ait kalış süreleri de endekste yine doğal ve kültürel kaynaklara dayalı olarak incelenmektedir.

Yukarıda açıklanan tüm modeller arasında bazı farklılıklar olmakla birlikte rekabetçiliği belirleyen faktörlerin tüm modellerde benzerliği dikkat çekmektedir. Porter'ın Elmas Modeli, tüm sektörler için genel bir model olarak değerlendirilirken; bu model aynı zamanda destinasyon rekabetçiliği açısından incelenmiş ve hem Dwyer ve Kim'in hem de Ritchie ve Crouch'un modellerine bir temel oluşturmuştur. Dünya Ekonomik Forumu'nun Seyahat ve Turizm Rekabet Gücü Endeksi ise ülkeler arası karşılaştırma yapmaya olanak sağlaması açısından pek çok destinasyonun rekabetçilik analizi için oldukça önemli veriler sağlamıştır. Ayrıca tüm modellerde doğal ve kültürel kaynakların ayrı bir başlık altında incelendiği ve destinasyonların en temel rekabetçilik koşulu olduğu görülmektedir. Ancak her koşulda rekabetin dinamik doğası gereği, tüm bu rekabetçilik bileşenlerinin oldukça kapsamlı biçimde ele alınması ve rekabetçilik analizlerinin sonuçlarının önemsenmesi gerekmektedir. Çünkü destinasyon rekabetçiliğinin

sağlanması ve sürdürülebilirliği bu bileşenler arasındaki etkileşimin başarısına bağlıdır.

Bu çalışmanın temel amaçlarından biri olan medikal turizmde destinasyon rekabetçiliğini belirleyen faktörlerin ortaya konması açısından, bahsedilen tüm çalışmalar ve modeller önemli bir yol haritası sağlamaktadır. Çünkü bir sonraki başlıkta medikal turizmde destinasyon rekabetçiliğini belirleyen faktörler için geliştirilmiş modeller incelenirken, bu modellerin temellerini büyük ölçüde yukarıda bahsedilen modellere dayandırdıkları görülmektedir. Ancak her koşulda medikal turizm ürün bileşenlerinin değişmesi nedeniyle medikal turizmde destinasyon rekabetçiliğini belirleyen faktörlerin geleneksel turizm rekabetçiliğinden farklılaştığı görülmektedir. Bir sonraki başlık konuyla ilgili yapılan çalışmalar, ortaya konan modeller ve bu çalışmalarda kullanılan yöntemleri içermektedir. Bu bölümün sonunda ise ilgili literatürde en sık tekrar edilen medikal turizmde destinasyon rekabetçiliği belirleyicileri ortaya konmaktadır.

2.3. Medikal Turizmde Destinasyon Rekabetçiliğini Belirleyen Faktörler

Tüm dünyada sağlık turizminin tüm türleriyle ilgili akademik çalışmaların özellikle 2000'li yıllardan itibaren artmış olması, bu kavramın akademik çalışmalar için gittikçe önem kazandığını göstermektedir (Hall, 2011; İçöz, 2009; Hanefeld, Lunt, Smith, Horsfall, 2015; Johnston, Crooks ve Ormond, 2015). Temizkan, Çiçek ve Özdemir'in (2015) yaptığı bibliyometrik bir analizin sonuçlarına göre, sağlık turizmi konulu çalışmaların büyük çoğunluğunda sağlık turizminin bir türü olan medikal turizm kavramı ön plana çıkmaktadır (Hall, 2011; Temizkan vd., 2015). Medikal turizm olgusunun çoğunlukla turizm alanı akademisyenleri, ardından sağlık ve coğrafya akademisyenleri tarafından görgül, kavramsal ya da literatür analizi gibi yaklaşımlarla çalışıldığı gözlemlenmektedir (Lunt vd., 2014; Temizkan vd., 2015).

Medikal turizm konulu çalışmalar turizm araştırmacıları tarafından özellikle medikal turizm pazarının tanımlanması, medikal turizmin etkileri, medikal turizm ürününün geliştirilmesi, pazarlanması ve yönetimi ve medikal turizmde etik gibi açılardan ele alınmaktadır (Hall, 2011; Hoz-Correa, Munoz-Leiva ve Bakucz, 2018; Lunt vd., 2014). Hoz-Correa ve diğerlerinin (2018) medikal turizm literatürüne yönelik bir

analiz çalışmasında medikal turizm konulu çalışmalar içerisinde en çok dikkat çeken, literatüre önemli katkıları olan ve literatürde sıklıkla tekrar edilen bazı önemli çalışmaların Connel (2006), Bookman ve Bookman (2007), Ramírez de Arellano (2007), Horowitz, Rosensweig ve Jones (2007), Carrera ve Bridges (2006) ve Lunt ve Carrera (2010) gibi araştırmacılara ait olduğu tespit edilmiştir.

Bununla birlikte özellikle bazı sağlık alanı akademisyenleri tarafından sağlık hizmetlerinin bu tip çalışmalarda pazarlama biliminin konusu olmasına yönelik eleştirileri de söz konusu olmuştur (Hall, 2011). Bu durum, konunun farklı bakış açılarından farklı biçimlerde algılanmasının bir sonucu olarak görülmektedir. Dolayısıyla medikal turizmi konu edinen bir çalışma araştırmacının konuya yaklaşımına, araştırmacının yaşadığı ülkedeki sağlık hizmetleri olanaklarına, destinasyonların sağlık hizmetlerinin uluslararası alanda pazarlanmasına nasıl baktıklarına ve bu durumdan yarar ya da zarar gören taraf olmalarına göre değişkenlik gösterecektir. Her koşulda medikal turizm (medical tourism), günümüzde internet arama motoruna yazıldığında yaklaşık olarak 820 milyon sonuç vermekte olan büyük bir olgu haline gelmiştir (www.google.com).

Tüm bu çalışmalarda, insanların kendi yaşadıkları ülkelerden ayrılarak medikal turizme katılımlarının özellikle gelişmiş ülke insanların karşılaştığı yüksek fiyatlı tedaviler ve tedaviye ulaşma gücü gibi nedenlerden kaynaklandığının tekrar edildiği görülmektedir. Hatta belirli ülkelerden yurt dışına hasta çıkışının ve belirli destinasyonların medikal turistleri çekişinin nedenlerini ele alan çok sayıda çalışma bulunmaktadır. Ancak bu çalışmalarda medikal turizm ürün kapsamının oldukça geniş olduğu dolayısıyla hastaları medikal turizme ve belli destinasyonlara yönlendiren nedenlerin hastaların kendilerinin ve geldikleri ülkelerin özelliklerine göre farklılaştığı ortaya çıkmaktadır. Bu çalışmanın ilk bölümünde de dünyada medikal turizm hareketleri incelenirken, sağlık sistemleri ve hastaların tedavi olmak üzere yurt dışına çıkışları ülkeler bazında ele alınmış, hasta gönderen ve hasta alan ülkeler ile ilgili genel bir analiz yapılmıştır.

Çalışmanın bu kısmında ise medikal turizm konulu çalışmalarda destinasyon rekabetçiliğini belirleyen faktörleri ortaya koymak üzere geliştirilmiş bazı önemli çalışmalar incelenmekte; böylece destinasyon ülkelerde medikal turistleri çeken

faktörler kavramsal açıdan ele alınmaktadır. Bunun için ilk aşamada dünya medikal turizm hareketliliğinden yola çıkılarak, medikal turistlerin destinasyon seçimlerini etkileyen faktörleri modeller üzerinden açıklayan bazı çalışmalar incelenmektedir.

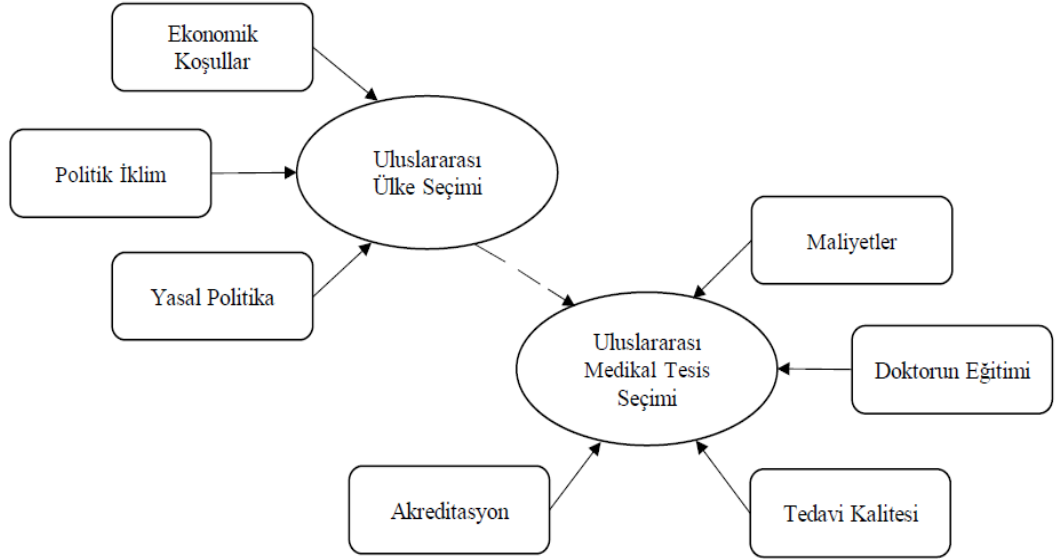
Tablo 19: Medikal Turistlerin Destinasyon Seçimlerini Etkileyen Faktörlere Yönelik Geliştirilmiş Modeller

YAZARLAR	MODELİN İÇERİĞİ
P. C. Smith ve D. A. Forgione, 2007	Uluslararası Ülke Seçimi
D. Cormany, 2010	Uluslararası Medikal Tesis Seçimi Tıbbi Hizmetler Otel ve Yiyecek-İçecek Hizmetleri Turizm Destek Hizmetleri
V. C. S. Heung, D. Kucukusta ve H. Song, 2010	Yasalar ve Devlet Politikası Medikal Turizm Talebi Medikal Turizm Arzı
M. Fetscherin ve R. M. Stephano, 2016	İten Güçler Çeken Güçler

Yukarıda önerilen çalışmalar, literatürde sık tekrar edilen ya da önemli bazı çalışmalarda vurgulanan modeller içermektedir. Bu modeller medikal turistlerin destinasyon seçimlerini etkileyen faktörleri ele alması nedeniyle birer karar verme modeli olarak kabul edilmektedir (Connel, 2013). Ancak destinasyonların medikal turistler tarafından hangi faktörler açısından tercih edildiğini ortaya koymaları nedeniyle rekabetçilik konulu çalışmalar için oldukça önemli birer çerçeve sunmaktadırlar. Bu nedenle ilgili modeller tabloda gösterilen faktör başlıkları ve her bir başlığın alt faktörü ile birlikte ilerleyen başlıklarda detaylıca incelenmektedir.

2.3.1. Smith ve Forgione'nin Destinasyon ve Medikal Tesis Seçimini Etkileyen Faktörler Modeli

Smith ve Forgione (2007) hastaların yurt dışında tedavi görmelerinde karar vermelerine etki eden faktörleri iki aşamalı bir model ile açıklamışlardır. Smith ve Forgione'nin (2007) medikal turistlerin karar vermelerinde etkili olan nedenleri hem arz hem de talep özelliklerini dikkate alarak geliştirdikleri modele göre (Heung, Kucukusta ve Song, 2011) medikal turistler öncelikle tedavinin alınacağı destinasyonu seçmektedir. Ardından destinasyon ülkedeki medikal olanakları ve turizm olanaklarını değerlendirmektedir. Ancak modelde yer alan herhangi bir faktörün baskın olmadığı, her bir faktörün karar verme sürecini eşit derecede etkilediği öne sürülmektedir (Smith ve Forgione, 2007).



Şekil 10: Smith ve Forgione'nin Medikal Tesis ve Destinasyon Seçimini Etkileyen Faktörler Modeli
Kaynak: (Smith ve Forgione, 2007: 22)

Modelde uluslararası destinasyon seçiminde ekonomik koşullar, politik iklim ve yasal düzenlemeler ülke seçimini etkileyen faktörler olarak karşımıza çıkmaktadır. Maliyetler, tedavi kalitesi, doktorların eğitimi ve akreditasyon gibi bazı faktörler ise tedavi olanağının seçimi aşamasındaki temel etkenleri oluşturmaktadır (Heung, Kucukusta ve Song, 2010). İlgili faktörler aşağıda detaylıca açıklanmaktadır.

Uluslararası Ülke Seçimi

Uluslararası medikal turizm destinasyonunun seçimi aşamasında medikal turistler ülkedeki politik, ekonomik ve yasal koşullardan etkilenmektedir. Buna göre hasta alan ülkenin kendi ekonomisindeki ve medikal olanaklar açısından ekonomik istikrar medikal turistler açısından önemli bir çekicilik unsurudur. Ülkedeki büyüme rakamları ise ekonomik istikrarın en önemli göstergesi olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca hastaların yabancı bir ülkedeki güvenlik ve emniyet koşullarından çokça etkilenmeleri nedeniyle destinasyonda var olabilecek terör faaliyetleri ve politik ayaklanmalar, medikal turistleri olumsuz olarak etkilemektedir. Ülkede politik istikrarın varlığını ise devletin bu hususlarla ilgili otoritesinin ve yaptırımının gücü ortaya koymaktadır. Yine hasta güvenliği açısından önemli bir unsur olan yasal düzenlemeler, hasta bilgilerinin ne şekilde saklandığı ya da kullanıldığı ile ilgili bir

husus olarak karşımıza çıkmaktadır (Smith ve Forgione, 2007). Örneğin ABD Sağlık ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'nın bir uygulaması olan Sağlık Sigortası Taşınabilirlik ve Sorumluluk Yasası (HIPAA), hasta hakları ve bu konudaki hatalardan kaynaklanan para cezaları için oldukça sıkı bir takım kurallar içermektedir (www.hhs.gov/hipaa). Ancak bu düzenlemenin pek çok ülkede geçersiz olduğu ABD'li medikal turistlere hatırlatılmaktadır (Smith ve Forgione, 2007).

Uluslararası Medikal Tesis Seçimi

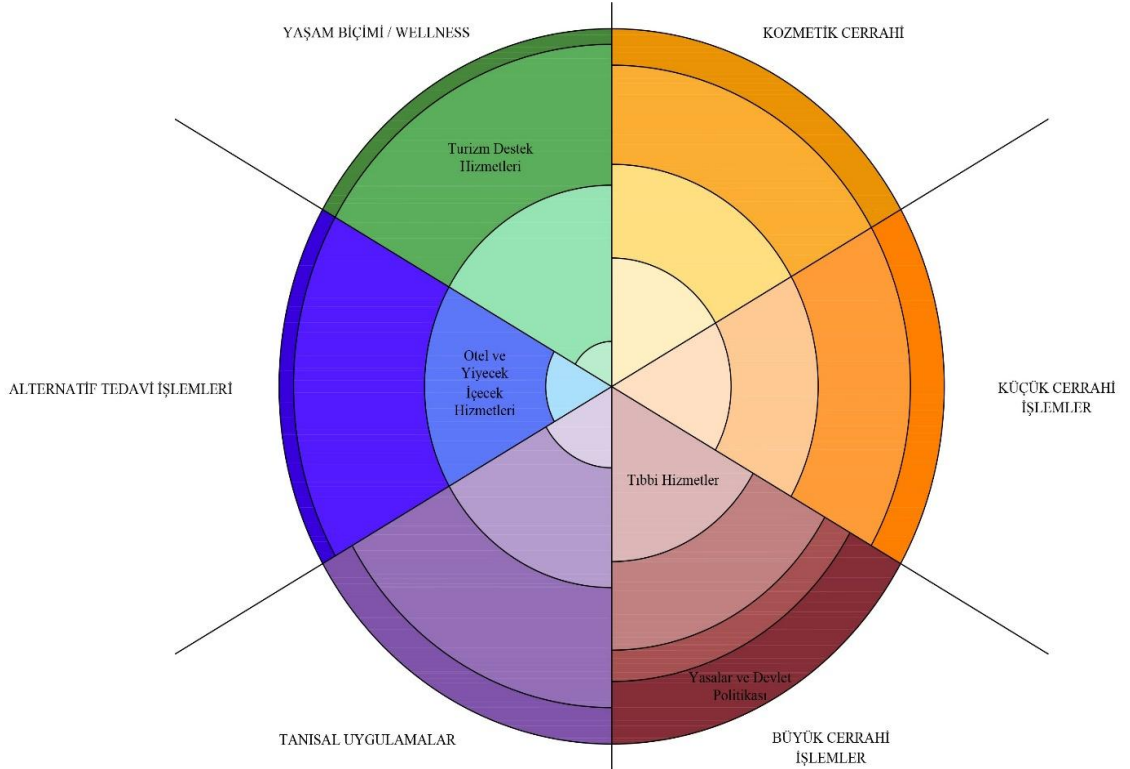
Her ne kadar medikal turistlerin karar verme sürecindeki önemli etkenlerden biri kendi ülkelerindeki bekleme sürelerinden kaçınmak olsa da yurt dışında tedavi olmada temel güdünün kendi ülkelerinde sigortalarının karşılamadığı tedavileri daha uygun fiyatlara almak olduğu bilinmektedir. Ancak bazı eleştirmenlere göre bazı ülkelerde fiyatların çok düşük olmasının nedeni, malpraktis sigortalarının kısıtlı olmasıdır. Bu da kaliteli bir tedaviyi uygun fiyata almak için yurt dışına çıkan hastalar için büyük bir risk oluşturmaktadır. Ayrıca bu ülkelerde ucuz işgücü kullanımının ve düşük yaşam standartlarının varlığının ihtimali nedeniyle (Crooks vd., 2011) tedaviden beklenen kaliteyi elde etmede zorluklar yaşanabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Burada karşımıza çıkan önemli bir konu, önceki bölümlerde bahsedilen akreditasyondur. Bu konuda farkındalığı olan yabancı hastalar, medikal tesis seçimlerini yaparken, uluslararası geçerliliği olan akreditasyon belgelerini araştırmakta, böylece arzu ettikleri standartlarda tedavi alacaklarına güvenebilmektedirler. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde medikal turizm açısından rekabetçi olmak isteyen destinasyonlardaki bazı medikal tesislerin JCI, QHA, ACHS gibi akreditasyon kuruluşlarından belge aldıkları daha önce ifade edilmişti. Ayrıca kaliteli tedavi için diğer çok önemli bir gösterge olan doktorların eğitimi, özellikle uzmanlık gerektiren tedavilerde hasta tercihlerini doğrudan şekillendirmektedir. Burada doktorların, tedavi sonrası hasta iletişimini de sürdürmeleri, hastalar için önemli bir husustur. Özellikle komplikasyonların bertaraf edilmesinde bu iletişimin önemi daha da artmaktadır (Smith ve Forgione, 2007).

Heung, Kucukusta ve Song'a (2010) göre model her ne kadar destinasyon ve medikal tesis seçimini etkileyen temel faktörleri içerse de medikal turistlerin karar verme nedenlerini etkileyen pek çok faktörü içermemesi nedeniyle eksik bulunmaktadır.

Örneğin destinasyon ülkeye olan mesafe, destinasyon ülkede devletin medikal turizm tanıtımına katkısı, altyapı ve turizm üstyapısı gibi faktörler modelde gözden kaçırılmaktadır. Ayrıca karar verme sürecinin her zaman önce destinasyon ardından medikal tesis seçimi şeklinde gerçekleştiğini ortaya koyan az sayıda veri bulunmaktadır ve hastaların kararlarını etkileyen faktörlere göre bu sıralama değişebilmektedir (Connel, 2013; Heung, Kucukusta ve Song). Örneğin bir hastanın uzmanlık isteyen bir tedavi almak için belirli bir hastaneyi veya doktoru tercih edebilmesi nedeniyle, destinasyon seçimi ile ilgili hususların ikincil planda kalıyor olması göz önünde bulundurmadığı için (Heung, Kucukusta ve Song, 2010) model eleştirilmektedir. Smith ve Forgione (2007), her koşulda, politikacıların tüm bu faktörleri göz önünde bulundurarak günümüz rekabet koşullarında etkili bir medikal turizm yönetimi sağlayacaklarını ifade etmişlerdir.

2.3.2. Cormany'nin Medikal Turist Tiplerine Göre Destinasyon Seçiminde Etkili Olan Faktörler Modeli

Cormany (2010), medikal turizm deneyimine katkıda bulunan unsurları analiz eden bir çalışmada, medikal turistlerin aldıkları tedaviye göre bu unsurların her birinden etkilenme derecelerinin farklılaşacağını belirtmiştir. Bunun için öncelikle medikal turizmde tedavi türlerini üç ana başlık altında altı kategoride incelemiş ve her bir kategorideki hastanın medikal turizm ürün bileşenlerinden etkilenme derecesini grafikteki biçimde önermiştir (Cormany, 2010: 5):



Grafik 1: Medikal Turist Tipleri ve Destinasyon Seçimlerinde Etkili Olan Unsurların Ağırlık Dereceleri

Kaynak: (Cormany, 2010: 6)

Grafikte öncelikle ele alınması gereken husus Cormany'nin (2010) medikal turizm türleriyle ilgili yaptığı sınıflandırmadır. Bu sınıflandırmaya göre medikal turist türleri temelde cerrahi (intrusif) uygulamalar, tanısal uygulamalar ve yaşam biçimi kaynaklı uygulamalar olmak üzere üç ana başlıkta ve her bir başlığın alt türleriyle birlikte toplamda altı kategoride incelenmektedir. Bu kategoriler cerrahi uygulamalar için kozmetik cerrahi, küçük cerrahi işlemler ve büyük çaplı cerrahi işlemler olarak belirlenmiştir. Tanısal uygulamalar, stres testleri, kanser görüntüleme ve bilgisayarlı tomografi gibi işlemlerden oluşmaktadır. Yaşama biçimi kaynaklı bazı uygulamalar ise wellness uygulamaları ve cerrahi olmayan ayurveda, akupunktur gibi alternatif tedavilerden oluşmaktadır (Lunt, Mannion, Exworthy, 2011).

Grafiği değerlendirebilmek için medikal turist türlerinin ardından medikal turizm ürün bileşenlerinin tanımlandığı görülmektedir. Grafikte görüldüğü biçimde dairenin en ortasından başlamak üzere bu bileşenler tıbbi hizmetler, otel ve yiyecek-içecek hizmetleri, turizm destek hizmetleri ve yasalar ve devlet politikası olarak

belirlenmiştir. Cormany'ye göre (2010) eğer bir destinasyon medikal turizmde rekabetçi olmak istiyorsa bu bileşenlere yoğunlaşılması gerekmektedir.

Bu grafiğe göre cerrahi uygulamalara ihtiyaç duyan medikal turistler için ürün bileşeninde tıbbi hizmetlerin varlığı, kalitesi, fiyatları, akreditasyon, doktorların ve sağlık çalışanlarının yetkinliği ve bekleme süreleri en önemli unsur olarak karşımıza çıkmaktadır. Bunların en başında da zorunlu cerrahi uygulamalar ve ardından kozmetik cerrahi ve acil olmayan cerrahi işlemler nedeniyle seyahat eden hastalar gelmektedir. Aynı grafiğe göre bu grup medikal turistler, konaklama ve yiyecek içecek işletmelerinin varlığından ve kalitesinden ikincil derecede ancak önemli ölçüde etkilenmektedirler. Bu medikal turist tipinin ürün bileşeninde en az ağırlığa sahip olan unsur ise devlet politikaları ve yasalar olarak belirlenmiştir (Cormany, 2010).

Grafiğe göre tıbbi uygulamalara ve yaşam biçimi nedeniyle bazı alternatif tedavi uygulamalarına ihtiyaç duyan medikal turistlerin en fazla konaklama ve yiyecek-içecek işletmelerine ve turizm destek hizmetlerine ihtiyaç duyduğu ve bu kişilerin en az tıbbi hizmetler ve devlet politikası unsurlarından etkilendiği görülmektedir. Ancak bu türden tedavilerin içerik olarak girişimsel (invazif) cerrahi işlem içermediği sürece medikal turizm kapsamında değerlendirilmediği ve sağlık turizminin diğer türlerini oluşturduğu medikal turizm kavramının tartışıldığı başlıkta detaylı olarak incelenmişti. Ancak Cormany (2010) yaşam biçimi uygulamaları başlığı altına botoks gibi bazı cerrahi olmayan kozmetik işlemleri de dâhil ederek bu çalışmanın benimsediği yaklaşım kapsamında kalmıştır.

Büyük cerrahi işlemler dışında tüm medikal turizm türleri için destinasyon seçiminde önemli görülen bileşenin ise turizm destek hizmetleri olduğu görülmektedir. Bunlar konaklama ve yiyecek içecek işletmeleri dışında kalan genel turizm arzından ve altyapısından oluşmaktadır. Örneğin; destinasyonun sahip olduğu kültürel çekicilikler ve iklim özellikleri, alınan tedavi türüne bağlı olarak değişmekle birlikte özellikle basit ve küçük çaplı tedaviler alan ve destinasyon seçiminde fiyatları göz önünde bulunduran medikal turistler için destinasyon seçiminde etkili olabilmektedir. Benzer şekilde uluslararası havayolu ulaşımı, karayolu ulaşım hizmetleri, genel altyapı, emniyet ve güvenlik gibi özellikler tedavi sonrası uzun dinlenme sürelerine

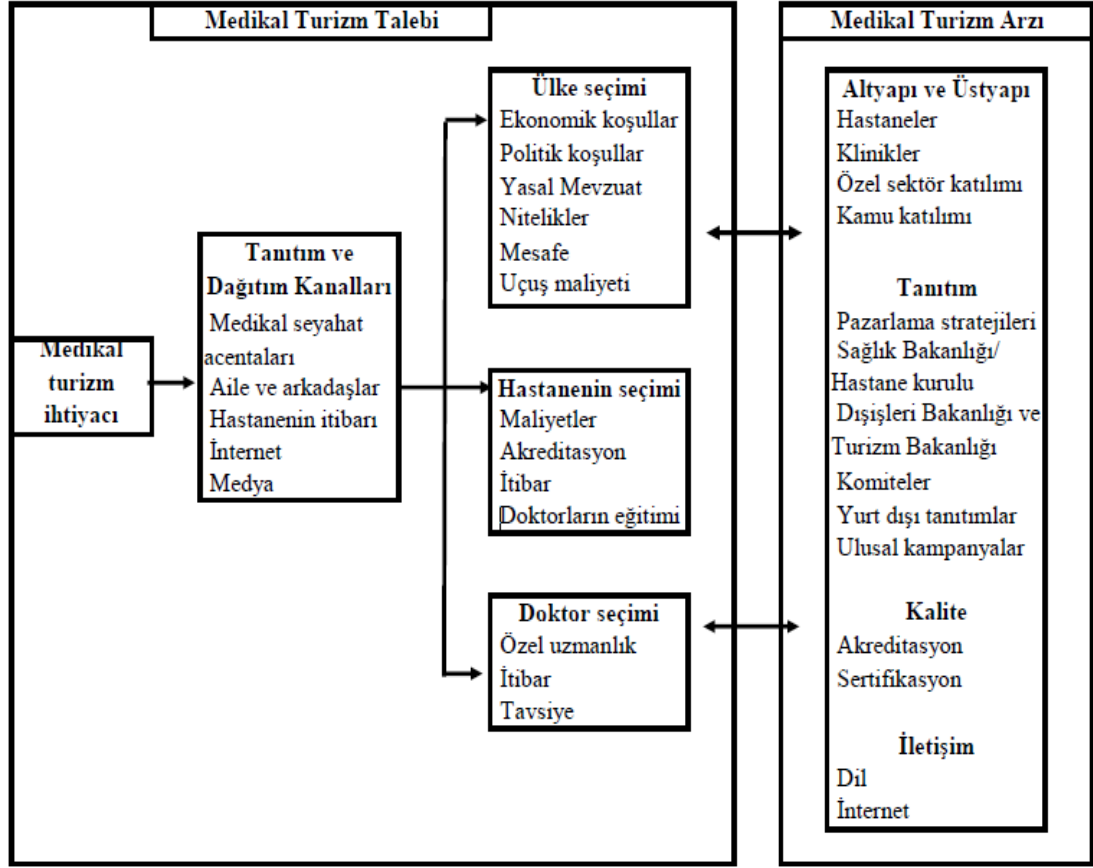
ihtiyaç duymayan ya da hareket kısıtı olmayan hastalar için göz önünde bulundurulmuş oldukça önemli hususlardır (Cormany, 2010).

Grafikte ülkenin yasal ve politik koşulları, büyük cerrahi işlemler dışındaki tüm medikal turizm türlerinde en az göz önünde bulundurulmuş faktör olarak gösterilmektedir. Ancak ve devletin medikal turizme yönelik uygulamaları ve teşviki olmadan bir destinasyonun medikal turizmde rekabetçiliğinin, medikal turizmin tüm ürün bileşenleri açısından sınırlı olacağı unutulmamalıdır.

Kuşkusuz bu unsurlar medikal turizm ürün bileşenlerinin içeriğini farklı ağırlıklarla oluşturmakla birlikte, medikal turistlerin destinasyon seçimlerini de şekillendirmektedir. Örneğin, acil olan bir cerrahi işlem nedeniyle seyahat eden bir medikal turist için destinasyondaki konaklama ve yiyecek-içecek olanaklarının önem derecesi azalmakta; ancak basit bir kozmetik cerrahi işlemi için seyahat eden hasta için en önemli unsur olarak karşımıza çıkabilmektedir. Dolayısıyla medikal turistin ihtiyaç duyduğu tedaviye göre, destinasyon seçimi ve destinasyonda karar verme davranışını etkileyecek faktörler de farklılaşacaktır.

2.3.3. Heung, Kucukusta ve Song'un Medikal Turizmde Arz ve Talep Modeli

Medikal turizm alan yazınında yer alan çalışmalara en çok konu olan çalışmalardan biri Heung, Kucukusta ve Song (2010)' a ait olan kavramsal modeldir (Hoz-Correa vd., 2018; Lunt vd., 2013). Heung, Kucukusta ve Song (2010) bu çalışmalarında öncelikle medikal turizm sektörünü açıklayan modellerin alan yazınına katkı sağladıklarını ifade etmekle birlikte, medikal turizmi çoğunlukla destinasyonun tıbbi olanakları açısından değerlendirdikleri konusunda eleştirmektedirler. Bu nedenle kendi çalışmalarında medikal turizmi tüm bileşenleriyle hem arz hem de talep açısından değerlendiren bir model ortaya koymuşlardır. Ancak burada önemli olan husus Heung, Kucukusta ve Song'un da (2010) medikal turistleri destinasyon seçiminde etkileyen faktörlerin, medikal turist tiplerine göre değiştiğini ifade etmeleridir. Bu nedenle modelin medikal turist tipleri için genel bir çerçeveyi ortaya koyduğu unutulmamalıdır.



Şekil 11: Heung, Kucukusta ve Song'un Medikal Turizmde Arz ve Talep Modeli
Kaynak: (Heung, Kucukusta ve Song, 2010: 244)

Modelde görüldüğü üzere hastaların tedavi olmak için başka ülkelere seyahat etme kararları pek çok faktörden etkilenmektedir. Heung, Kucukusta ve Song (2010) hastaların kararlarını etkileyen bu faktörleri Fetscherin ve Stephano'nun modelinden farklı olarak talep ve arz başlıkları altında incelemişlerdir. Heung, Kucukusta ve Song (2010)'un modelinde tedavi ihtiyacı olan medikal turistler talep ve destinasyonunun medikal turizmde yönelik hizmetleri ise arz kısımlarında temsil edilmektedir.

Medikal Turizm Talebi

Modelde ifade edilen talep kısmında, medikal turistin karar verme davranışını etkileyen destinasyonun kendine has bazı özellikleri ve sahip olduğu medikal hizmetler yer almaktadır. Bu talep faktörleri, potansiyel medikal turistin seyahat kararını etkileyen beklentilerini temsil etmektedir. Bu tip bir potansiyel turist, tedaviye ihtiyaç duymaktadır ve en doğru kararı vermek istemektedir. Modelin ilk

aşamasında görüldüğü üzere, bu karar verme sürecinde medikal turistlerin dağıtım kanallarını kullanacağı öngörülmektedir (Heung vd., 2010). Heung, Kucukusta ve Song'un modelinde, değişen medikal turist tipine göre farklılaşabilen bir dağıtım kanalı söz konusu olmaktadır. Ancak karar verme süreci tedavinin türüne göre değişkenlik gösterebilmektedir. Örneğin; estetik ameliyat almaya yönelik seyahat eden bir medikal turist için fiyatlar karar verme sürecinde daha etkiliyken; organ nakli hastası için temel öncelik doktorun bu konudaki uzmanlığı olabilmektedir (Heung vd., 2011).

Modelin talep kısmında, medikal turistlerin destinasyon seçiminde, diğer tüm rekabetçilik modellerinde olduğu gibi, destinasyon ülkenin ekonomik, politik ve yasal koşulları, destinasyonun kendine has özellikleri, uçuş maliyeti ve mesafe gibi faktörlerden etkilendiği görülmektedir. Burada ön plana çıkan diğer faktör, doktor seçimini etkileyen uzmanlık, itibar ve tavsiye konusudur. Ancak tüm dünyada gelişmiş olan ülkelere gelişmekte olan ülkelere yönelik medikal turizm hareketliliğinin temel motivasyon faktörünün, gelişmiş ülkelerde sigorta kapsamı dışında kalan tedavilerin gelişmekte olan ülkelere düşük fiyata alınabilmesi (Wongkit ve McKercher, 2015) olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle bu tip medikal turistler için karar vermede önce uygun fiyatlı destinasyon, ardından doktor veya sağlık tesisi seçimi gelebilmektedir. Çünkü tercih edilen destinasyondaki tedavi fiyatlarının kendi ülkelerindeki alternatiflerin onda biri kadar olması, belki de bu insanların yurt dışında tedavi olma kararı vermelerindeki ilk ve en önemli nedenlerden biridir.

Medikal Turizm Arzı

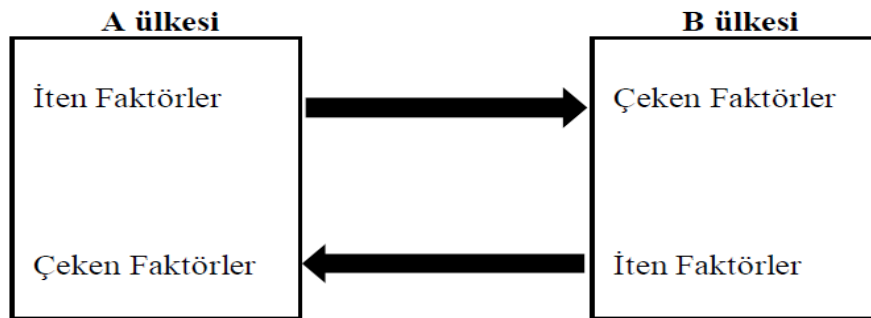
Her ne kadar medikal turistler, destinasyon seçimlerini büyük oranda tıbbi olanakları açısından değerlendiriyor olsalar da (Connel, 2011), bu kararlarını destinasyonun kendine has diğer özelliklerinden bağımsız olarak verememektedirler. Bu nedenle modelin arz kısmında, bir destinasyonun medikal turistlere sunduğu tüm çabalar, hizmetler ve imkânlar gösterilmektedir. Örneğin bir destinasyonun altyapısı, üstyapısı, modern tıbbi tesisler ve tüm bu hizmetlerin kalitesi hasta beklentilerini karşılamalıdır. Ayrıca uluslararası standartlarda bir medikal turizm hizmeti sağlamak için bir destinasyon, pek çok yabancı dili konuşabilen sağlık çalışanlarının olmasının

yanı sıra iyi bir iletişim yapısına da sahip olmalıdır. Modelin bu kısmında önemle üzerinde durulan husus ise devletim medikal turizme yönelik yaklaşımı ve politikalarıdır. Devletin medikal turizmin ulusal ve uluslararası tanıtımına katkısı ise Sağlık Bakanlığı, Turizm Bakanlığı ve Dışişleri Bakanlığı gibi konu ile ilgili tüm devlet organlarının iştirakiyle söz konusu olmaktadır (Heung, Kucukusta ve Song, 2010; Heung, Kucukusta ve Song, 2011).

Modelin arz ve talep kısmındaki faktörler birbirleriyle potansiyel medikal turistlerin kararlarını etkileyecek biçimde doğrudan ya da dolaylı olarak bağlantılıdır. Heung, Kucukusta ve Song (2010), potansiyel medikal turistin ihtiyaçlarının karar verme sürecinde temel rol oynayacağını ve modelde yer alan her bir faktörün önem derecesinin bu ihtiyaca göre değişeceğini de ifade etmektedir. Örneğin, karaciğer nakli ihtiyacı olan bir hasta ile estetik bir operasyon geçirmek isteyen hastanın karar verme süreci ve karar verme sürecinde etkili olan faktörler birbirinden oldukça farklı olacaktır. Ancak modelin en önemli katkısı, medikal turizmi arz ve talep açısından incelerken, medikal turistlerin destinasyon seçimlerini yaparken göz önünde bulundukları faktörleri de ortaya koymuş olmasıdır.

2.3.4. Fetscherin ve Stephano'nun Medikal Turizmde İten ve Çeken Faktörler Modeli

Fetscherin ve Stephano (2016), insanları medikal turizme yönlendiren nedenleri incelemek üzere bir çalışma yapmışlar ve bu nedenleri iki yönlü bir modelle ele almışlardır. Modelde tedavi ihtiyacı içerisinde olan hastaları başka ülkelere tedavi olmaya iten ve destinasyon ülkeye çeken bazı faktörler belirlemiştir.



Şekil 12: Fetscherin ve Stephano'nun Medikal Turizmde İten ve Çeken Faktörler Modeli
Kaynak: (Fetscherin ve Stephano, 2016: 540)

Bu çalışmada medikal turizmde iten ve çeken faktörler modelini de ortaya koyan yazarlar, ardından bir ülkenin medikal turizm destinasyonu olarak çekiciliğini ortaya koyan anahtar faktörleri belirlemeyi amaçlamışlardır. Bunları iten (push) ve çeken (pull) faktörler olarak isimlendirerek, iten faktörleri medikal turizmde taleple ilgili koşullar ve çeken faktörleri medikal turizm destinasyonundaki medikal turizm arzı ile ilgili koşullar olarak ele almışlardır.

İten Faktörler

Modelde iten faktörler, bireylerin veya kurumların sağlık hizmeti almalarında, yaşadıkları ülke dışında bir ülkeyi tercih etmelerine neden olan kendi ülkelerine ait faktörlerdir (Tontuş, 2018). Ayrıca medikal turistlerin yaş, cinsiyet, eğitim ve gelir gibi sosyo-demografik değişkenlerden oluşmaktadır (Fetscherin ve Steohano, 2016). Dolayısıyla medikal turizm hizmetine yönelik talep için hastanın kendi ülkesinin sağlık hizmet kalitesi, tedavi, bekleme süreleri, ülkelerin kişi başına düşen milli geliri, kişinin geliri, sağlık mevzuatı ve psikolojik faktörler gibi hususların uluslararası sağlık seyahatlerine iten temel faktörler olduğu söylenebilir (Crooks vd., 2010).

Görüldüğü üzere medikal turizmde hasta tercihlerini şekillendiren faktörler ülkelerin hasta gönderen ya da hasta alan ülkeler olarak ayrılmasını ve pazarda hedef pazar ya da destinasyon ülke olarak konumunu da ortaya koymaktadır. Bir ülkeyi hasta gönderen ülke olarak konumlandırılan en önemli faktörlerden biri, bir ülkenin vatandaşlarına sağlık hizmetini sunmada özel şirketlerden ya da kamu sigorta sisteminden yararlanma ayrımı ve ilaç giderlerini karşılama oranlarıdır. Örneğin Küba'da sağlık hizmetlerinin tümü devlet tarafından karşılanmaktayken (Kotler, Shalowitz, Stevens, 2008: 6), ABD'de kamusal sağlık sigortası toplumun oldukça küçük bir kısmına hizmet vermektedir ve ülkenin sağlık ihtiyacı büyük ölçüde özel sigorta şirketleri tarafından karşılanmaktadır (Oral, 2002; Kırılmaz, Amarat ve Ünal, 2017). Bunun ABD vatandaşlarının ülkede oldukça pahalı olan sağlık harcamalarından kaçınmak üzere medikal turizme yönelmesinin en önemli nedeni olduğu söylenebilir. Ayrıca ülke nüfusunun demografik özellikleri de medikal turizm talebini şekillendiren önemli bir konudur. Örneğin gelişmiş ülkelerde yaşlanan nüfusun artan tedavi ihtiyaçları (Hunter, 2007), ülkelerin bir devlet politikası olarak

yaşlı nüfusun sağlık giderlerini karşılama biçimleri ve bu giderlerin ne kadarının devlet tarafından karşılandığı da medikal turizmde talebi oluşturan en önemli faktörlerden biridir (Kotler, Shalowitz, Stevens, 2008: 6). Yine medikal turistin geliri ile tercih ettiği tedavi arasında da bir ilişki vardır. Örneğin estetik bir diş operasyonu yaptırırken tropikal iklimlere doğru seyahat etme kararı, gelir seviyesi yüksek kişiler için bir medikal turizm biçimi olarak karşımıza çıkarken; orta veya düşük gelir seviyesine sahip kişiler yalnızca öncelikli tedaviler için bu tip bir seyahati tercih etmektedir (Bookman ve Bookman, 2007).

Çeken Faktörler

Çeken faktörler ise hastaların tedavi için kendi ülkesinden başka bir ülkeye gitmesine neden olan medikal turizm hizmet sağlayıcılarından oluşmaktadır. Fetscherin ve Stephano, çalışmalarında iten ve çeken faktörleri belirledikten sonra, medikal turist çeken faktörleri geniş bir biçimde ele alan bir endeks oluşturmuşlardır (Aydın ve Karamehmet, 2017). Bu endekse göre medikal turizm destinasyonlarının sahip olması gereken özellikler,

- Destinasyon ülke çevresi
- Turizm destinasyonu
- Medikal turizm fiyatları
- Medikal olanaklar ve hizmetler

olmak üzere dört ana başlıkta incelenmiştir (Fetscherin ve Stephano, 2016: 545). Görüldüğü üzere bu faktörler, bireylerin veya kurumların sağlık hizmeti almalarında yaşadıkları ülke dışında bir ülkeyi tercih etmelerine neden olan ve çoğunlukla hizmet almak için gidilmesi düşünülen ülkeye ve/veya bölgeye ait özelliklerden oluşmaktadır (Tontuş, 2018).

Fescherin ve Stephano'ya (2016) göre bu çeken faktörlerin belki de en önemlisi destinasyon ülkenin sahip olduğu imajdır. Bir ülkenin bütünsel imajı turizm için önemli olduğu kadar medikal turizm için de önemli görülmektedir. Ülkenin ekonomik ve politik istikrarı bu imajı oluşturan en önemli etmenlerden sayılmaktadır. Ayrıca hasta gönderen ve hasta alan ülke arasındaki kültürel yakınlık ve benzerlikler de önemli bir çekim unsurunu oluşturmaktadır. Bu kültürel yakınlık

hastanın tedavi olmak üzere gittiği ülkede yabancılık hissetmemesi açısından önem arz etmekle birlikte, dil güçlüklerini de ortadan kaldırabilmektedir. Ayrıca destinasyon ülkedeki döviz kurları, sağlık ve turizm hizmetlerinin uygunluğu da modelde bu kapsamda değerlendirilmektedir. Destinasyon ülkedeki sağlık hizmetinin kalitesi, sağlık hizmetlerinde teknolojinin kullanımı, gelişmiş ekipman, konaklama imkanları, geleneksel turizm sektörünün kalitesi, gelenekler ve bazı sosyo-kültürel faktörler medikal turizm ürününün en temel çekim güçleri olarak karşımıza çıkmaktadır. Ek olarak sağlık çalışanlarının kalitesi, misafirperverliği ve hizmet etmede istekliliği de pek çok çalışmada göz önünde bulundurulmamakla birlikte bu çalışmada önemsenmektedir (Das ve Mukherjee, 2016). Modelde reklam ve tanıtım ve ülkeye ulaşım koşulları gibi etkenler de yine medikal turist çeken faktörler olarak değerlendirilmektedir (Crooks vd., 2010).

Medikal turizmde hastaların karar verme nedenlerini ve süreçlerini inceleyen tüm bu modellerin kendine has özellikleri bulunmakla birlikte, bazı ortak yönleri söz konusudur. İncelenen tüm modeller, kişinin tedavi ihtiyacının oluşmasının ardından, tedavi olmak üzere tercih edilen destinasyondaki politik ve ekonomik koşullar üzerinde durmaktadır. Bu özellikler Fetscherin ve Stephano'nun modelinde medikal turisti destinasyona çeken faktörler olarak incelenirken; Heung, Kucukusta ve Song'un modelinde medikal turizm arzı, Smith ve Forgione'nin modelinde ise hasta karar verme sürecindeki ilk aşama olarak ele alınmaktadır. Politik ve ekonomik koşullar dışında üzerinde önemle durulan diğer destinasyon özellikleri ise tedavi kalitesi, fiyatlar, doktorların yetkinliği ve ulaşım gibi alt yapı ve medikal turizm üst yapı olanaklarından oluşmaktadır. Kuşkusuz destinasyonların medikal turizmde rekabetçi olabilmeleri açısından odaklanılması gereken hususlar da bunlar olacaktır. Çünkü medikal turistlerin geldikleri ülkelerin koşulları, medikal turizm destinasyonlarından bağımsız olduğu için bu koşulların kontrol edilmesi de mümkün olmayacaktır. Bu nedenle bu çalışmada, medikal turizmde destinasyon rekabetçiliğini belirleyen faktörler incelenirken, destinasyonların kendine has özellikleri üzerinde durulacak ve çalışmanın üçüncü bölümünde geliştirilecek öneriler de bu özelliklerin güçlendirilmesine yönelik olacaktır.

2.4. Medikal Turizmde Destinasyon Rekabetçiliği Konulu Diğer Bazı Çalışmalar

Medikal turizm daha önce de ifade edildiği üzere farklı sektörleri bir araya getirmesi nedeniyle geleneksel turizmden ayrılmakta ve bu alandaki rekabetçilik çalışmaları da farklılaşmaktadır. Literatürde, destinasyonların medikal turizmde pazar paylarını artırmaları, rekabetçi olabilmeleri ve bu başarının sürekliliğini sağlayabilmeleri üzerine öneriler geliştiren bazı önemli rekabetçilik analizleri yer almaktadır.

Bu çalışmalardan biri yine Heung, Kucukusta ve Song (2011) tarafından yapılmıştır. Araştırmacılar, belirli bir bölge veya ülkenin medikal turizmde mevcut durumunu hem talep hem de arz perspektifinden değerlendirmek üzere Hong Kong'da bir çalışma yapmışlardır. Çalışmada hastane temsilcileri, sağlık turizmi temsilcileri ve turizm otoriteleriyle yarı yapılandırılmış görüşmeler yapılmış ve görüşmelerden elde edilen veriler sonucu hangi faktörlerin bir destinasyonu daha rekabetçi kılacağına belirlenmesi amaçlanmıştır. Daha önce belirledikleri model üzerinden yola çıkan araştırmacılar (Heung, Kucukusta ve Song, 2010), bu çalışmada medikal turizmin gelişiminin önündeki temel engelleri politika ve düzenlemeler, devlet desteği, fiyatlar, kapasite problemleri ve yerel halkın sağlık hizmeti ihtiyaçları olarak belirlenmiştir. Çalışma sonucunda tanıtım faaliyetlerinde yenilikler, devletin bu alandaki yatırımlara yapacağı teşvikler, medikal kurumlarla ağırlama endüstrisi arasındaki işbirliklerinin medikal turizmin gelişimine katkıda bulunacağını önermişlerdir.

Sultana, Haque, Momen ve Yasmin (2014), dünyanın en önemli sağlık turizmi destinasyonlarının başında gelen Hindistan'ı medikal turizmde çekici kılan faktörleri ortaya koymak üzere bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Bu çalışmada ilgili yazından elde edilen faktörler destinasyon rekabetçiliği, hizmet kalitesi, turist tutumu ve fiyatlar olarak belirlenmiş, her bir faktör sahip olduğu alt değişkenlerle birlikte Hindistan'da tedavi olan ve görmekte olan 235 turist üzerinde çalışılmıştır. Katılımcılardan elde edilen verilerden yola çıkılarak her bir faktörde yer alan değişkenler, yapısal eşitlik modellemesi kullanılarak önem derecelerine göre analiz edilmiştir. Analiz sonuçlarına göre hizmet kalitesi ve fiyatlar medikal turizmde destinasyon seçimini etkileyen en önemli faktörler olarak görülürken, turist

tutumu/davranışının tüm faktörler içinde en düşük ağırlığa sahip olduğu ortaya çıkmıştır.

Awang, Afthanorhan, Mohamad ve Asri (2015) Malezya'da medikal turizmin geliştirilmesine yönelik olarak titiz bir çalışma gerçekleştirmek istemiş ve bu nedenle mevcut durumu ortaya koyacak bir model üzerinde çalışmışlardır. Niteliksel ve niceliksel yöntemleri birlikte kullandıkları bu çalışmada, modelin kurulabilmesi için literatür taraması sonrasında, sektör uzmanlarıyla görüşmeler ve hastalarla bir odak grup görüşmesi yapılmış ve medikal turizm için ölçüm modeli geliştirilmesi için burada belirlenen faktörler doğrulayıcı faktör analizine tabi tutulmuştur. Analiz sonucu insan kaynakları, fiziksel altyapı, hasta memnuniyeti faktörleri ortaya konmuştur.

Henson, Guy ve Dotson (2015), ABD'de yaşayan ve yurt dışında tedavi olmak isteyen 207 hasta üzerinde, motivasyon faktörlerini, en önemli karar verme nedenlerini ve bilgiye ulaşmada kullandıkları kaynakları ortaya koymak üzere bir çalışma gerçekleştirmişlerdir. Çalışma sonuçlarına göre, ABD vatandaşlarının medikal turist olma kararlarındaki en önemli etkenler fiyat avantajları ve kendi ülkelerinde bulunmayan tedavi imkânlarına ulaşmak olarak belirlenmiştir. Medikal turist olma niyetinde olan hastaların önemli gördükleri diğer faktörler ise tedavi kalitesi, geçmişte başarısını kanıtlayan operasyonlar, gizlilik, bekleme süresi ve tedaviyi bir tatille birleştirme isteğidir.

Wongkit ve Mckercher (2015) Tayland'ın en popüler medikal turizm destinasyonları olan Bangkok'ta ve Phuket'te medikal turizmin genel durumunu incelemek üzere bir araştırma yapmışlardır. Çalışmada, medikal turizm hizmeti sunan hastanelerde tedavi gören hastalardan beş kısımdan oluşan bir soru kâğıdını cevaplamaları istenmiştir. Soru kağıdında yer alan ifadeler daha önce konu ile ilgili yapılan çalışmalardan elde edilmiş ve soru kağıdının ikinci kısmında hastalardan medikal turizme katılmaya neden olan temel motivasyon faktörlerini puanlamaları istenmiştir. Üçüncü kısımda ise medikal hizmet sunucusunun ve turistik çekiciliklerin medikal turizme katılma kararlarındaki etkisi sorgulanmıştır. Verilerin analizi sonucunda, hangi tür tedavi olursa olsun, kalite, imaj ve maliyet en önemli karar verme faktörleri olarak ortaya çıkarken, tur operatörleri ve aile hekimlerinin tavsiyelerinin en düşük etkiye sahip

olduğu görülmüştür. Ayrıca uluslararası akreditasyon, tamamlayıcı hizmetlerin ve kendi dillerini konuşan çalışanların varlığının da yüksek önem derecesine sahip olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.

Ganguli ve Ebrahim (2017) Singapur'un medikal turizmde rekabetçi konumunu değerlendirmek üzere yalnızca güçlü ve zayıf yönlerine odaklanan çalışmaların dışında hükümet politikaları ve proaktif yönetim uygulamalarını içeren bütüncül bir çalışma yapmışlardır. Çalışmada medikal turizmde destinasyon rekabetçiliğini belirlediği düşünülen medikal turizmde olanak sağlayan bir turizm sektör yapısı, stratejik planlama, kamu-özel sektör ortalığı, pazarlama ve markalama stratejileri, teknoloji ve inovasyon, akreditasyon ve kontrol, beşeri sermaye gelişimi olarak belirlenen temel faktörler ve bu faktörler açısından Singapur'un mevcut durumunu ortaya konmuştur.

Aydın ve Karamehmet (2017), Türkiye'de üç özel hastanede 28 sağlık çalışanına ve 37 yabancı hastaya yapılandırılmış görüşme yoluyla uluslararası hastaların tüketici davranışları ve uluslararası hasta olma nedenleri üzerine bir araştırma yapmışlardır. Araştırma sonuçlarına göre hastaların destinasyon seçimlerinde önemli olan faktörler, kültürel yakınlık, hastane çalışanlarının dil yeterlikleri, politik ve ekonomik istikrar, mevzuat ve konuyla ilgili yasal çerçeve, ulaşım kolaylığı, tedavi bütünüünün kalitesi, tedavi hizmetiyle ilgili referanslar ve güven, doktorların uluslararası eğitilmiş olması ve fiyatlar talep ve arz açısından değişen ağırlıklarda olmakla birlikte uluslararası hastanın destinasyon seçimini etkileyen temel faktörler olarak belirlenmiştir ve en yüksek oranda maliyetler faktörü ortaya çıkmıştır.

Roy, Chatterjee, Bandyopadhyay ve Kar (2017) medikal turizm destinasyonlarının değerlendirilmesini ve önceliklendirilmesini sağlamak üzere Analitik Hiyerarşi Sürecini de içeren çok kriterli karar verme yöntemi üzerinde çalışmışlardır. Hindistan'da uygulanan çalışma sonuçlarına göre sağlık kurumlarının altyapılarının kalitesi ve kalifiye insan kaynağı ve yeni iş imkânları en önemli kriterler olarak görülürken; Chennai, Hindistan'ın en iyi medikal turizm bölgesi olarak belirlenmiştir.

Aşağıdaki tablo, genel destinasyon rekabetçiliği ve medikal turizmde destinasyon rekabetçiliği ile ilgili bahsedilen tüm bu çalışmalardan yola çıkılarak elde edilen medikal turizmde destinasyon rekabetçiliği unsurlarını içermektedir.

Tablo 20: Literatürde Tekrar Edilme Sıklıkları Nedeniyle Medikal Turizmde Destinasyon Rekabetçiliğini Belirlediği Öngörülen Unsurlar

Sayı	Faktör	Sayı	Faktör
1	Medikal hizmet almada bekleme sürelerinin kısalığı	34	Medikal tedavilerin çeşitliliği
2	Düşük medikal maliyetler	35	Medikal ekibin dil yeterliliği
3	Uluslararası seyahat ücretleri	36	Hastanenin/tedavinin uluslararası akreditasyonu
4	Konaklama ücretleri	37	Turistlerin ihtiyaçlarını karşılamaya istekli medikal turizm işletmeleri
5	Uygun döviz kurları	38	Doktor ve tedavi kalitesi
6	Vize ücretleri	39	Medikal turizm sisteminin itibarı
7	Tedaviyi bir tatille birleştirme olanağı	40	Doktorların eğitimi ve sertifikaları
8	Vize işlemlerinin kolaylığı	41	Tedavi takip hizmetlerinin varlığı
9	Turist gönderen ülkeye ulaşım kolaylığı	42	Doktorların ve ekibin arkadaş canlılığı
10	Kültürel benzerlikler	43	Medikal ekipmanın kalitesi
11	Emniyet ve güvelik	44	Yüksek standartlara sahip klinikler ve hastaneler
12	Politik ve ekonomik koşullar	45	Hasta-doktor-hemşire oranı
13	Yerel halkın turiste karşı misafirperverliği	46	Yerel halkın turizme desteği
14	Dil güçlükleri	47	Turist gönderen ana pazarlarla etnik/dini bağlar
15	Yasal çerçeve (yasal koruma)	48	Devletin medikal turizm politikası (yatırım, girişim sermayesi, pazarlama, vergi desteği vb.)
16	İklim özellikleri	49	Turizm/ağırlama eğitiminin kapsamı/kalitesi
17	Kültürel ve doğal çekicilikler/alanlar	50	Medikal eğitimin kapsamı/kalitesi
18	Yeme-içme olanakları	51	Turist gönderen ana pazarlarla ikili anlaşmalar/ ticari bağlantılar/ortaklıklar
19	Altyapı olanakları (yerel taşıma, iletişim vb.)	52	Ulusal/ yerel sağlık ve turizm örgütlerinin medikal turizmin gelişimi ile ilgili tüm paydaşları etkin olarak temsil etmesi
20	Destinasyon paket tur ücretleri	53	Ulusal/yerel sağlık ve turizm örgütlerinin medikal turizmin yapısı ve türleri konusunda stratejik yönetimi ve değerlendirmesi
21	Destinasyona olan ziyaretin başka destinasyonlarla birleştirilmesinin mümkün olması	54	Medikal turizm ürünlerinin etkin olarak paket haline getirilmesi
22	Alışveriş seçeneklerinin çeşitliliği	55	Yerel halkın değerlerini dikkate alan bir destinasyon vizyonu
23	Havalimanlarının yeterliliği ve kalitesi	56	Medikal turizm endüstrisi paydaşlarının değerlerini dikkate alan destinasyon vizyonu
24	Olumlu ülke imajı	57	Medikal turistlerin değerlerini dikkate alan bir destinasyon vizyonu
25	Bilgiye ulaşmada kolaylık	58	Yerel medikal turizm paydaşlarının girişimcilik yeterlikleri/kaliteleri
26	Konaklama işletmelerinin çeşitliliği ve kalitesi	59	Medikal turizm hizmetlerinde etiğe uygunluk

27	Refakatçiler ve hastalar için medikal tesisin konaklama imkanlarının kalitesi	60	Etkin reklam ve tanıtım
28	Sigorta kapsamının sınırlılığı (kozmetik, diş, göz vb.)	61	Kamu-özel ortaklığı
29	Tedavilerde gizlilik ve mahremiyet ihtiyacı	62	İşçilik ve eğitim maliyetleri
30	Bazı spesifik tedavilerin varlığı (kürtaj, kök hücre vb.)	63	Tedarikçilerin etkinliği ve kalitesi
31	Aracı kuruluşlar	64	Ziyaretçi memnuniyetini sağlayan/takip eden programlara sahip işletmeler
32	Doktorların ve sağlık çalışanlarının itibarı	65	Bilişim teknolojilerinin kullanımı
33	Hastanenin itibarı	66	Rakipler ve rakip ürünlerle ilgili bilgilere dayalı destinasyon pazarlaması

Tabloda yer alan unsurlar, literatürde en sık tekrar edilen medikal turizmde destinasyon rekabetçiliği unsurları ve medikal turizmde rekabetçiliğe katkısı olacağı öngörülen bazı genel destinasyon rekabetçiliği unsurlarından oluşmaktadır. İlgili çalışmalarda önemle üzerinde durulan bazı genel destinasyon rekabetçiliği faktörleri de tabloda medikal turizme uyarlanmıştır. Tespit edilen bu unsurlar, çalışmanın üçüncü bölümünde kapsam geçerliliğine tabi tutularak çalışmanın uygulama kısmında kullanılmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BİR MEDİKAL TURİZM DESTİNASYONU OLARAK ALANYA'NIN REKABETÇİLİK ANALİZİ

Çalışmanın araştırma sahası olan Alanya, Türkiye'nin Akdeniz kıyısında Akdeniz Bölgesi'nin Antalya Bölümünde yer alır. Kuzeyinde Toros Dağlar, güneyinde Akdeniz'in bulunduğu Alanya, batıda Manavgat, kuzeydoğuda Konya ve doğuda Gazipaşa ile çevrilidir (Kavacık, Zafer ve İnal, 2012). Antik çağlarda Pamfilya ve Klikya bölgeleri arasında yer almış, ardından Selçuklu Devletine başkentlik yapmıştır. 1948 yılında liman inşaatında kullanılacak taş için ocak açılması sırasında Damлатаş Mağarası'nın keşfiyle ilgi çekmiş ve mağaranın şifalı havası nedeniyle Alanya, turizm hareketliliğiyle tanışmıştır. Özellikle 1980'lerden sonra kent, deniz, kum ve güneş üçlüsüyle bir yaz turizmi merkezi olarak dünyanın önemli turizm destinasyonlarından biri haline gelmiştir (www.alanya.bel.tr). 1990'lı yıllardan itibaren artan yatak kapasitesiyle birlikte özellikle Akdeniz çanağındaki rakip ülkelerle rekabet Alanya'da giderek etkisini göstermeye başlamıştır (Doğan, Üngüren ve Yelgen, 2010).

Alanya, sahip olduğu doğal ve diğer kültürel özellikler sebebiyle 1950'lerden beri yoğun olarak deniz kum güneş turizmine ev sahipliği yapmış, devlet tarafından verilen teşviklerle Türkiye'de önemli yatak kapasitesine ve turistik faaliyetlere sahip bir destinasyon haline gelmiştir. 2020 yılı verilerine göre Alanya, Bakanlık ve Belediye Belgeli olmak üzere toplamda 517 konaklama işletmesine ve 152.385 yatak kapasitesine sahiptir ([/www.altid.org.tr](http://www.altid.org.tr)). Doğan, Üngüren ve Yelgen'in 2010 yılında yaptığı bir çalışmanın sonuçlarına göre Alanya'yı en çok Almanya, Rusya ve Hollanda, İsveç, Norveç gibi İskandinav Ülke vatandaşları ziyaret etmişlerdir. 2019 yılı verilerine göre ise 45 milyon yabancı ziyaretçinin yaklaşık 15 milyonu

Antalya'yı ziyaret etmiş (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2019); Antalya'ya gelen ziyaretçi sayısının %30'unun Alanya'da konakladığı değerlendirildiğinde ise Alanya'nın 2019 yılında yaklaşık 5 milyon yabancı ziyaretçisi olduğu (www.alanya.gov.tr) söylenebilir. Ayrıca Türkiye genelinde, yerleşen yabancı sayısı ile ilk sıralarda yer alan Antalya'ya paralel olarak Alanya, çoğunluğu Rus, İranlı ve Alman nüfustan oluşan 29 bin 835 yerleşik yabancı sayısı ile ilçeler sıralamasında ilk sırada yer almaktadır (www.aktob.org.tr). Destinasyona ulaşım olanakları açısından değerlendirildiğinde ise Alanya, 35 km uzaklıktaki Gazipaşa ve 135 km uzaklıktaki Antalya Havalimanları seçenekleri ile uluslararası ulaşılabilirliğe sahip bir destinasyondur. Bu havalimanlarına inen turistler Alanya'ya karayoluyla ulaşmaktadırlar. Alanya ayrıca Alanya Limanı sayesinde kruvaziyer gemilerin ulaşımı için de bir olanak sunmaktadır. Bölgeye demiryolu ile ulaşım ise henüz sağlanamamıştır (Akış, 2007; Kavacık vd., 2012).

Ancak, turizm talebinin deniz, kum, güneş turizmi açısından yoğunlaşması, Akdeniz çanağındaki benzer rakipler sebebiyle, Alanya'nın yaşanan her politik krizden ülkemizde en çok etkilenen turizm destinasyonu olmasına neden olmuştur. 2015-2016 yıllarında yoğun olarak yaşanan dünya siyasetindeki değişimlerin ülkemizdeki yansımalarından en çok etkilenen Alanya, tüm turistik işletmeleri ile adeta boş bir kent görünümüne sahip olmuş; ardından 2019 yılında tüm dünyada başgösteren covid-19 pandemisi ile Alanya'da pek çok işletme ya kapanmış ya da satılığa çıkarılmıştır. Bu durum, ülkemizin tüm turizm destinasyonlarında olduğu gibi Alanya'da da kayak, spor ve kongre turizmi gibi (Kavacık vd., 2012) alternatif turizm türlerinin gelişmesi ile bölgenin rekabet gücünün artacağı, böylelikle turizmin mevsimselliğinin ortadan kalkabileceği konusunun önemini ortaya koymaktadır.

Bu araştırmanın konusu, insanın her geçen gün artan sağlıklı yaşama isteğini karşılamak üzere çeşitli sebeplerle farklı ülkelere ya da aynı ülke içinde belirli destinasyonlara yaptıkları ziyaretlerden oluşan bir alternatif turizm biçimi olan medikal turizmdir. Nitekim Alanya'da biri kamu, biri üniversite ve 2 özel hastane olmak üzere toplamda 4 hastane bulunmaktadır. Yanı sıra bir kamu ve 100'ü aşkın sayıda özel nitelikte ağız ve diş sağlığı merkezi bulunmaktadır (Antalya İl Sağlık Müdürlüğü, 2021). Alanya'da yapılan bazı araştırmalar ise hem yerleşik yabancıların

hem de yabancı turistlerin Alanya'daki bu kurumlardan aldıkları sağlık hizmetlerinden memnuniyet düzeylerinin yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (Yazan, Şengül ve Girgin, 2018; Yıldırım ve Kavuncubaşı, 2019). Dolayısıyla medikal turizm, özellikle istihdam yaratma kapasitesi, döviz açığını azaltma ve diğer sektörlere de fayda yaratma etkisi gibi nedenlerle Alanya'da önemli bir alternatif turizm biçimi olarak görülmeye başlanmış (Kahveci ve Okutmuş, 2017) ve tüm bu etkenler Alanya'da medikal turizm ile ilgili bir takım çabaların oluşmasına da neden olmuştur. Örneğin; 2017 Nisan ayında Alanya'da Alanya Sağlık Turizmi Derneği (ALSTUD) ev sahipliğinde, Türkiye Medikal Turizmi Federasyonu kuruluş toplantısı düzenlenmiş; Türkiye'nin her yerinden ulusal ve yerel paydaşların katıldığı toplantıda Alanya, Türkiye Sağlık Turizmi Federasyonu (TURSAP) yönetim merkezi seçilmiştir. Paydaşlar, Alanya'da yaşanan bu gelişmeyi sağlayan tüm unsurlar ve bu gelişme sayesinde Alanya'da var olan medikal turizm hareketlerinin planlı olarak yürütülmesi gerektiğini ve bu yolla turizm talebinin esnekliğinin olumsuz etkilerinin ortadan kaldırılabileceğini ve dünyada çok önemli bir pazar olan medikal turizm alanında rekabet avantajı elde edebileceklerini ortaya koymuşlardır.

Yukarıda açıklanan bu gelişme oldukça dikkat çekicidir. Alanya'nın Türkiye Sağlık Turizmi Federasyonu merkezi olarak seçilmiş olması, bu destinasyonun yakın gelecekte sadece federasyon merkezi olmanın çok ötesinde bir medikal turizmi destinasyonuna dönüşmesi olasılığını doğurmaktadır. Elbette bu olasılığın gerçekleşebilmesi, belirli örgütlenmelerin ve stratejilerin varlığına ve başarısına bağlı olacaktır. Bu çerçevede, Alanya bölgesinde medikal turizmin tüm paydaşlarını belirlemek ve medikal turizm açısından kapsamlı bir şekilde mevcut durumu ortaya koymak bu çalışmanın öncelikli amaçlarını oluşturmaktadır. Böylelikle Alanya'nın destinasyon yönetimi açısından turistik ürün çeşitlendirmesi yoluyla sürdürülebilir bir rekabet gücü elde etmesi amaçlanmaktadır. Dolayısıyla çalışmanın bu bölümünde öncelikle çalışmanın amacı, çalışmada kullanılan yöntemler ve veri toplama aracı ve süreci ile ilgili bilgiler verilmekte; ardından toplanan veriler analiz edilerek çalışmanın sonuçları ortaya konmaktadır.

3.1. Çalışmanın Amacı ve Önemi

Herhangi bir üründe olduğu gibi, bir destinasyonun da dünyada başarılı olabilmesi için, öncelikle ürünü oluşturan öğelerin iyi incelenmesi, ürünle ilgili neyin ne anlam ifade ettiğinin bilinmesi ve bu anlamların yönlendirilmesi gerekmektedir (Aslan, Güneren ve Çoban, 2014). Buradan hareketle bu araştırma, Alanya bölgesinde hali hazırdaki medikal turizm faaliyetlerinin, örgütlenmelerinin, alt yapısının, fırsatlarının, çekiciliklerinin detaylı bir analizini yapmak ve medikal turizm sektöründeki uzmanlarla görüşmeler yapılarak ortaya çıkan bulgular doğrultusunda Alanya'nın medikal turizm açısından hak ettiği konumu elde edebilmesi için bir takım rekabetçi öneriler geliştirmek üzere tasarlanmıştır.

Araştırma amaçlarına ulaşmak üzere öncelikle medikal turistlerin destinasyon seçimlerine etki eden faktörler belirlenerek, Alanya'nın bu faktörler açısından bir medikal turizm destinasyonu olarak rekabetçiliği ölçülmektedir. Bu ölçüm sonrasında Alanya'nın rekabetçilik açısından düşük başarı gösterdiği alanlar tespit edilmekte ve böylece bu eksikliklerin giderilmesi için gerekli öneriler geliştirilmektedir.

Alanya destinasyonunda medikal turizm rekabetçiliği ile ilgili olarak bu denli detaylı ve sonuç odaklı bir çalışmaya rastlanmamış olması, literatüre katkıları açısından ve rekabetçi önerilerin geliştirilmesi medikal turizm sektörüne yönelik katkıları açısından çalışmanın önemini ortaya koymaktadır.

3.2. Çalışmanın Kısıtları

Bu çalışmada araştırmanın konusundan, araştırma yönteminden ve güncel bazı gelişmelerden kaynaklanan bir takım kısıtlar söz konusu olmuştur.

Öncelikle çalışma konusu hem sağlık hem de turizm sektörlerinin her ikisini birden içerdiğinden her iki alan konusunda da deneyimleri olan kişilerle görüşmelerin yapılması gerekmiştir. Ancak Alanya'da her iki sektörü homojen biçimde birleştiren bir örgüt yapısının bulunmaması bu kişilere ulaşmada güçlükler yaşanmasına neden olmuştur. Ek olarak çalışmanın bazı aşamalarında medikal turistlerin görüşlerine başvurulmak istense de, bu kişilerin özellikle sağlıkta hasta bilgilerinin gizliliği ilkesi nedeniyle görüşlerinin alınmasının güç olduğu görülmüştür. Belli sayıda hastaya

ulaşılamaması nedeniyle de çalışmada hasta görüşlerine yer verilememiştir. Bu hususlar, çalışmanın sonuç kısmında ayrıca tartışılmaktadır.

Çalışmanın yöntemi olan Kalite Fonksiyon Yayılımı'nın kendi yapısı ve bu yönteme entegre edilen diğer yöntemlerin özellikleri itibariyle alan uzmanlarının görüşlerine birden fazla kez başvurulması gerektiği, çalışma yöntemi ve bulgular kısımlarında detaylı olarak işlenmiştir. Bu durum hem ikili kıyaslamaların yapıldığı AHS aşamasında hem kalite evinin oluşmasını sağlayan işlevsel gerekliliklerin tespiti aşamasında hem de matrislerin doldurulması aşamalarında aynı uzmanlara tekrar tekrar ulaşılmasını gerektirmiştir. Veri toplamak üzere geliştirilen soru kâğıtlarının içerikleri nedeniyle uzun sayfalardan oluşması, her aşamada yapılan görüşmelerin iki saatten fazla bir zaman almasına neden olmuş; hatta sektör yöneticilerinin yoğun iş yükü sebebiyle bu bazen mümkün olmamıştır. Bu nedenle özellikle destinasyon ihtiyaçları ile işlevsel gereklilikler arasındaki ilişkileri tespit eden matrislerin doldurulması aşamasında 14 uzmanın yalnızca 8'inden görüş almak mümkün olabilmıştır.

Ayrıca 2019 yılının sonlarına doğru tüm dünyayı olduğu gibi ülkemizi de etkisi altına alan COVID-19 salgını nedeniyle, yapılmak istenen görüşmeler birden fazla kez ertelenmek durumunda kalmış; bu da çalışmanın uygulama aşamasının arzu edilenden daha uzun sürmesine neden olmuştur. Bununla birlikte dünyanın içinde bulunduğu bu yeni durum, yöneticilerin medikal turizm ile ilgili görüşlerinde belirsizliklere ve bazı görüşlerin yeniden şekillenmesine neden olmuş; medikal turizmin rekabetçiliği ile ilgili çalışmaların pandemi öncesi ve pandemi sonrası olarak ayrışmasının gerekliliği ortaya çıkmıştır. Bu çalışmada bu belirsizlikten kaçınmak adına, uzmanlardan değerlendirmelerini pandemi öncesi dönemin olanakları ile yapmaları istenmiştir.

3.3. Çalışma Evreni ve Örneklem

Yapılan rekabetçilik çalışmalarının büyük kısmında sektör tecrübeleri, bilgi birikimleri, sezgileri ve diğer destinasyonlar hakkındaki bilgileri nedeniyle bir destinasyondaki yönetici kişilerin görüşlerine başvurulduğu gözlemlenmiştir (Crouch ve Ritchie, 2005; Crouch, 2011; Das ve Mukherjee, 2008). Ayrıca destinasyonların

bir varlık olarak kendilerinin değil, destinasyonlardaki yöneticilerin birbirleriyle rekabet halinde oldukları da unutulmamalıdır (Bayraktaroğlu, 2019). Bu yaklaşımdan yola çıkılarak bu çalışmanın evreni, medikal turizm konusunda faaliyetleri olan yöneticiler olarak belirlenmiştir. Ayrıca bu çalışmada bir destinasyondan beklentilerinin tespit edilmesi amacıyla yola çıkılan kişilerin hastalardan oluşması, bu kişilere ulaşmada ya da görüşmede bir takım engellerin ortaya çıkmasını da beraberinde getirmiştir. Bu husus Çalışmanın Kısıtları başlığında ele alınmıştır.

Bu nedenle çalışmada izlenen aşamalara uygun olarak, Türkiye’de ve Alanya’da medikal turizm konusunda çalışmaları olan akademisyenler ve yöneticiler, medikal turizm alanında hizmet veren doktorlar, turizm işletmesi yöneticileri, sağlık çalışanları ve aracı kurumlar gibi paydaşlar tespit edilmiş ardından bu kişiler vasıtasıyla diğer uzmanlara ulaşılmaya çalışılmıştır. Dolayısıyla bu çalışmada kartopu örnekleme yönteminden yararlanılmıştır (Gürbüz ve Şahin, 2015). Çalışmanın her aşamasında farklı araştırma yöntemlerine ihtiyaç duyulmuş bu nedenle örneklem grupları çalışmada izlenen aşamalara göre farklılaşmıştır.

Kapsam Geçerlik Analizi, 4-7 Nisan 2019 HESTOUREX Fuarı esnasında TURSAF yönetimi, sağlık turizmi ve medikal turizm derneklerinin ve işletmelerinin yöneticileri, sağlık turizmi seyahat acentesi yöneticisi, turizm işletmesi yöneticileri, akademisyenler, hastane temsilcileri ve pazarlama yöneticileriyle yapılan yüz yüze görüşmeler neticesinde gerçekleştirilmiştir. Diğer uzmanlardan sağlık turizmi derneği eski başkanı olan bir tıp profesörüne ön bilgilendirme yapılarak mail yoluyla veri setinin değerlendirilmesi sağlanmış, böylece toplamda 13 uzmandan görüş alınmıştır.

Analitik Hiyerarşi Süreci aşamasında ise Alanya destinasyonunda medikal turizm alanında faaliyet gösteren kamu ve sektör temsilcileri, doktorlar, turizm işletmesi yöneticileri ve akademisyenler olmak üzere 14 uzmandan randevular alınarak Mayıs 2019- Ağustos 2020 tarihleri arasında görüşmeler yapılmıştır. Her bir görüşme yaklaşık 2 saat sürmüştür. Bu aşamadaki katılımcılara ilişkin bilgi detayı Katılımcıların Alanya’yı Tercih Eden Medikal Turistlere İlişkin Bazı Değerlendirmeleri başlığı altında yer alan Tablo 26’da verilmiştir.

Son olarak Kalite Fonksiyon Yayılımı yöntemindeki diğer aşamaların yürütülebilmesi için yine AHS çalışmaları esnasında görüşlerine başvuru uzmanlardan Kasım 2020-Mayıs 2021 tarih aralığında randevular alınarak, çalışma tamamlanmıştır. Ancak Covid-19 pandemisi nedeniyle ve çalışmanın kısıtlılıklarında bahsedilen nedenlerle AHS aşamasında görüş bildiren uzmanların bir kısmı, bu aşamada yer almamışlardır.

3.4. Çalışma Yöntemi ve Veri Toplama Araçları

Bu çalışmada Alanya'nın medikal turizm faaliyetleri açısından değerlendirilmesi söz konusu olduğundan çalışma tanımlayıcı; aynı zamanda mevcut durumu ortaya konulan Alanya için medikal turizmde belirlenen eksiklerin giderilmesine yönelik yol haritası sunulması açısından keşfedici bir araştırma özelliği taşımaktadır (Gürbüz ve Şahin, 2015: 99).

Bunu mümkün kılmak üzere çalışmanın temel yöntemi Kalite Fonksiyon Yayılımı olarak belirlenmiş; bununla birlikte bu yöntemin gerektirdiği verilerin daha güçlü biçimde sağlanması açısından Kapsam Geçerlik Analizi, Analitik Hiyerarşi Süreci ve Önem Başarım Analizi olmak üzere diğer yöntemlerin araştırmaya dâhil edilmesi gerekmiştir. Her bir yönteme ilişkin verilerin elde edilmesi aşamasında ise belli özellikler taşıyan medikal turizm uzmanlarıyla görüşülmüş ve bu görüşmeler esnasında farklı veri toplama araçlarından yararlanılmıştır. İlerleyen başlıklarda çalışmada izlenen aşamalar, her bir aşamada temel yöntemle entegre edilen diğer yöntemler ve bu yöntemlere ilişkin veri toplama araçları detaylı biçimde açıklanmıştır.

3.4.1. Kalite Fonksiyon Yayılımı

Tüm pazarlama stratejilerinin temeli işletmelerin pazar payı artırma çabalarına yönelik olarak oluşturulmaktadır. Böylece yeni müşteriler elde edilmekte ve yatırımlar karlılığa dönüşebilmektedir. Ancak artan rekabetçilik sonucu yeni müşterinin elde edilmesi, mevcut müşterilerin elde tutulmasından daha zor ve maliyetli hale gelmektedir. Bu nedenle hem müşteri kazanma hem de mevcut müşteriyi memnun etme stratejileri gün geçtikçe daha önemli hale gelmektedir. (Matzler ve Hinterhuber, 1998: 26). Tam da bu amaca uygun olarak ortaya çıkan

Kalite Fonksiyon Yayılımı ya da Göçerimi (Quality Function Deployment, QFD), esasen müşteri beklentilerini karşılayacak ya da aşacak yüksek kalitede ürünler geliştirmek üzere müşterinin ihtiyaçlarını dikkate almak için geliştirilmiş olan bir yöntemdir (Tan ve Shen, 2000: 1141).

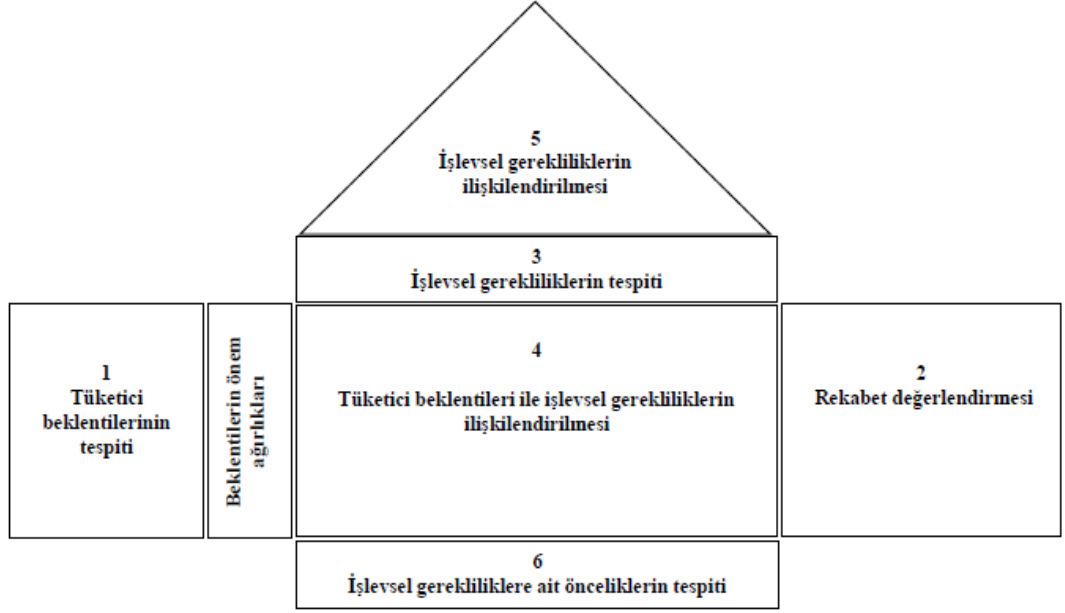
Yöntemin temelleri, 1960'larda Japonya'da üretimde kalite kontrolü ve kalite geliştirilmesi konularına verilen önemin artmasıyla atılmıştır. İlk olarak 1966 yılında Bridgestone firmasında kullanılan Kalite Fonksiyon Yayılımı'nın (KFY) bugün kullanılan halini alması 1969 yılında planlama uzmanı Joji Akao'nun katkılarıyla olmuştur. 1972 yılında Japonya'nın Kobe şehrindeki Mitsubishi tersanesinde ilk uygulama gerçekleşmiş ve pek çok endüstrideki uygulamaların ardından Akao 1972 yılında yöntemi tanıtan bir çalışma yapmıştır. Çalışmanın daha sonra 1983'te ABD'de uygulanmasıyla yöntem tüm dünyada kullanılabilir hale gelmiştir (Tan ve Shen, 2000: 1141).

KFY, müşterilerin ne istediğine, hangi müşterilerin ihtiyaçlarının karşılanacağına ve bu ihtiyaçların nasıl karşılanacağına ilişkin bir analiz içermektedir (Tan ve Shen, 2000). Böylece müşteri ihtiyaçlarının üretime veya sunulan hizmetin özelliklerine yansıtılması mümkün olmaktadır. KFY, temelde müşteri ihtiyaçlarını ve beklentilerini doğru bir şekilde algılayıp, söz konusu ihtiyaç ve beklentileri yeni oluşturulacak ya da iyileştirilecek ürün ve hizmetlerin tasarlanmasında ve meydana getirilmesinde kullanılan bir yöntemdir. Ayrıca işletmenin mevcut durumunu ve rakipler karşısındaki konumunu saptamasını sağlayan bir yöntem olarak da değerlendirilmektedir (Erbaş, 2016). Dolayısıyla KFY, kararların sezgilere dayalı olarak alınmasını engellemekte ve neyin önemli olduğunun belirlenmesinde mantıksal bir sistem sağlayarak, stratejik planlamada etkili bir araç dönüşmektedir (Erbaş ve Perçin, 2016). Günümüzde, ürün tasarımı, planlama, karar verme, mühendislik, yönetim, takım çalışması, zamanlama ve maliyetleme gibi geniş alanlara yayılan bir teknik olarak kullanılmaktadır (Chan ve Wu, 2002: 467). Ayrıca yöntem yalnızca somut ürünlerin değil hizmetlerin stratejik planlamasında da kullanılabilecek etkili bir araç olarak kabul edilmektedir (Das ve Mukherjee, 2008; Doğan ve Karakuş, 2014; Erbaş ve Perçin, 2016).

Yöntemin temel çerçevesi 'kalite evi'nin oluşturulmasına dayanmaktadır. Kalite evi esasen, müşteri ihtiyaçlarını, işletmelerin bu ihtiyaçları karşılamak için neler yapabileceğini, işletmelerin alacakları kararların müşteri ihtiyaçlarını ne düzeyde karşılayacağı gibi hususların tespit edilmesi ve bunların tamamının önceliklendirilmesi yoluyla işletme stratejilerinin geliştirilmesini sağlayacak olan bir matris görünümündedir. Bu matris müşteri beklentileri ve bunların karşılanmasında yararlanılan işlevsel gerekliliklerin ilişkilendirildiği, işlevsel gerekliliklerin objektif ölçümlerle kıyaslandığı ve aralarındaki korelasyonun belirlendiği bir yapı sunmaktadır. Bahsedilen işlevsel gereklilikler, tüketicinin istediği kaliteli hizmeti sunabilmek için organizasyonun sahip olması gereken teknik özelliklerden oluşmaktadır (Doğan ve Karakuş, 2014: 180). Böylece matris, öncelikle tüketici beklentileri ile bunları karşılamaya yönelik olarak belirlenen işlevsel gereklilikler arasındaki ilişkinin belirlenmesini sağlayarak, hangi işlevsel gerekliliğin tüketici beklentilerini karşılamada daha yüksek öneme sahip olduğunu ortaya koymaktadır. Ardından işlevsel gerekliliklerin her birinin diğeri ile arasındaki ilişkiler değerlendirilmektedir. İşlevsel gereklilikler arasındaki ilişkinin ortaya konmasının önemi, bir işlevsel gerekliliğin gerçekleştirilmesi durumunda diğer işlevsel gerekliliklere ne gibi olumlu ya da olumsuz etkileri olacağının tespit edilmesini sağlamasıdır. Böylece bir işlevsel gerekliliğin gerçekleştirilmesinin yüksek korelasyon gösterdiği diğer bir işlevsel gerekliliği de güçlendirebileceği görülebilmektedir. Dolayısıyla kalite evi, ürünün tüketici beklentilerini karşılayabilme durumu ve her bir işlevsel gerekliliğin birbirine olumlu ya da olumsuz etkilerini tespit edebilme adına veriler derlemektedir. (Erbaş, 2016). Özetlemek gerekirse KFY çalışmalarının temel çıktısı olan kalite evi aşağıdaki sorulara cevap bulmaktadır (Matzler ve Hintehuber, 1998: 36):

- Müşterimizin beklentileri nelerdir?
- Bu beklentiler ne denli önemlidir?
- Rakip işletmeler karşısında bizi nasıl değerlendirmektedir?
- Hangi işlevsel özellikler bu beklentileri karşılar?
- Belirlenen işlevsel özelliklerin bu beklentileri karşılama derecesi nedir?
- İşlevsel özelliklerin birbirini etkileme derecesi nedir?

Bu sorulara cevap bulabilmek üzere oluşturulan kalite evinin temel unsurları sırasıyla aşağıdaki gibidir:



Şekil 13: Kalite Evi

Kaynak: (Das ve Mukherjee, 2008: 326; Matzler ve Hinterhuber, 1998: 35-36; Wang, 1999: 900; Zairi ve Youssef, 1995: 15)

1. Tüketici beklentilerinin tespiti aşaması, tüketicilerin ürünle ilgili bazı nitelikleri değerlendirmesi ve bu niteliklerin önem derecelerinin belirlenmesi aşamasıdır.
2. Tüketici rekabet değerlendirmesi, rakip olarak görülen ürünlerin tespiti ve ürünün rakiplerle kıyaslanması aşamasıdır.
3. Tespit edilen öncelikli tüketici beklentilerinin nasıl giderileceği ve ürüne hangi niteliklerin kazandırılacağı konusunda işlevsel gereklilikler üçüncü aşamada tespit edilmektedir.
4. Dördüncü aşamada tüketici beklentileri ile işlevsel gereklilikler arasındaki ilişki tespit edilmekte ve planlanan işlevsel gerekliliklerin bu beklentileri gidermedeki gücü ortaya konmaktadır.
5. Bu aşama, tespit edilen işlevsel gereklilikler arasındaki etkileşimin belirlenmesi aşamasıdır. Bu matris işlevsel gereklilikler arasındaki olumlu ya da olumsuz korelasyonları ortaya koymaktadır. Çünkü bir tekniğin geliştirilmesi yapılan iyileştirme ilgili ihtiyacın karşılanmasına yardımcı

olabilir ya da karşılanmasını engelleyebilir. Bu nedenle bu ilişkilerin tanımlanması atılacak adımların daha dikkatli planlanmasına olanak sağlamaktadır.

6. İşlevsel gerekliliklerin önem derecelerinin matrisler üzerinden hesaplanarak belirlenmesi ve gerekli stratejilerin ortaya konması, teknik değerlendirme aşamasında gerçekleşmektedir.

Bazı çalışmalar kalite evinde belirlenen stratejiler ile ilgili olarak, hedef belirleme, maliyet ve yapılabirlik gibi aşamalar da ekleyerek, kalite evinin farklı fonksiyonlarından da yararlanabilmektedirler (Chien ve Su, 2003; Matzler ve Hinterhuber, 1998; Wang, 1999). Nitekim KFY uygulayıcılara bir çerçeve sunmakta ve farklı özellikler gösteren değişik alanlar için kalite evinde düzenlemeler yapılabilmektedir. Buna göre bazı matrisler yapıdan çıkarılabilmekte ya da yapıya yeni matrisler eklenebilmektedir (Akbaba, 2005; Prasad, 1998).

Bu çalışma, medikal turistlerin destinasyon seçimlerini belirleyen faktörlerin tespit edilmesi, bu faktörlerin önem derecelerinin ve Alanya'nın bu faktörler açısından başarımının belirlenmesi, Alanya'nın rakiplerinin gerisinde kaldığı alanların tespit edilerek bu eksikliklere yönelik stratejilerin ortaya konması aşamalarından oluşmaktadır. Bu açıdan KFY'nin çalışma amaçlarına ulaşmada oldukça yararlı bir yöntem olduğu belirlenmiştir. Buradan yola çıkılarak, çalışmanın ana unsuru olan kalite evi oluşturulması aşamasında izlenen adımlar tabloda belirtilmekte ve izleyen başlıklarda detaylıca açıklanmaktadır.

Tablo 21: Çalışmada İzlenen Adımlar

1. Destinasyon ihtiyaçlarının tespiti ve destinasyon rekabet değerlendirmesi	<p>Kapsam Geçerlilik Analizi: Medikal turizmde destinasyon rekabetçiliğini belirlediği öngörülen faktörlerin medikal turizm uzmanları tarafından değerlendirilmesi. Örnekleme: Türkiye genelinde medikal turizm konusunda bilgi ve deneyimleri olan uzmanlar Katılımcı sayısı: 13</p> <p>Analitik Hiyerarşi Süreci: Uzmanlar tarafından belirlenen rekabetçilik faktörlerinin ikili kıyaslamalar yoluyla ağırlıklı önem derecelerinin ve ilgili faktörler açısından Alanya'nın rakipleri karşısındaki konumunun belirlenmesi. Örnekleme: Alanya'daki medikal turizm uzmanları Katılımcı sayısı: 14</p> <p>Önem-Başarımlar Analizi: Uzmanlar tarafından değerlendirilen rekabetçilik faktörlerinin, medikal turizmde destinasyon seçiminde ne derece önemli olduğunun ve Alanya'nın ilgili faktörler açısından başarımının ÖBA matrisi üzerinde değerlendirilmesi</p>
2. İşlevsel gerekliliklerin tespiti	<p>Derinlemesine görüşme yöntemiyle, ÖBA sonucu Alanya'nın rakipleri karşısında güçsüz olduğu tespit edilen yönler için çözüm önerilerinin uzman görüşleri neticesinde elde edilmesi Örnekleme: Alanya'daki medikal turizm uzmanları Katılımcı sayısı:14</p>
3. Tüketici beklentileri ile işlevsel gerekliliklerin ilişkilendirilmesi	<p>Uzman görüşleri ile elde edilen çözüm önerilerinin, destinasyonun güçsüz yönlerini geliştirmedeki etkilerinin matris üzerinde ilişkilendirilmesi Örnekleme: Alanya'daki medikal turizm uzmanları Katılımcı sayısı:8</p>
4. İşlevsel gerekliliklerin birbirleriyle ilişkilendirilmesi	<p>Uzman görüşleri ile elde edilen her bir çözüm önerisinin diğerine etkisinin matris üzerinde ilişkilendirilmesi Örnekleme: Alanya'daki medikal turizm uzmanları Katılımcı sayısı:8</p>
5. İşlevsel gerekliliklere ait önceliklerin tespiti	<p>Matrisler sonucu elde edilen ilişkiler değerlendirilerek, Alanya'nın rekabetçi konumunun güçlendirilmesine yönelik stratejilerin belirlenmesi</p>

Kalite evinde Tüketici beklentilerinin tespiti ifadesi bu çalışmanın amaçlarına uygun olarak Destinasyon ihtiyaçlarının tespiti biçiminde değiştirilmiştir. Ayrıca Tüketici beklentilerinin tespiti ve Rekabet değerlendirmesi aşamaları bu çalışmada Kapsam Geçerlilik Analizi, Analitik Hiyerarşi Süreci ve Önem Başarımlar Analizi yöntemlerinden yararlanılarak kalite evinde yer alan tüketici beklentilerinin önem ağırlıklarının tespiti edilmesidir. Bu nedenle bu çalışmada ortaya konacak olan kalite evinde ayrıca bir rekabet kıyaslaması matrisi yer almamaktadır. İlerleyen başlıklar her bir yöntemin uygulanması ile ilgili detaylı bilgileri içermektedir.

3.4.2. Kapsam Geçerlilik Analizi

Geçerlik çalışmalarında geliştirilmek istenen ölçek ile ölçülmek istenilen özellik arasındaki tutarlılığının sağlanması esastır. Kapsam geçerliği olarak ifade edilen bu tip çalışmaların en önemlilerinden biri, Lawshe (1975) tarafından iş yeri performans ölçümünde kullanılmıştır (Wilson, Pan ve Schumsky, 2012). Bu yöntemde veri setinde yer alan her bir madde değerlendirilerek, ölçekte konuyu temsil gücü yüksek ifadelerin yer alması sağlanır (Ayre ve Scally, 2014). Kapsam geçerlik çalışmalarında, ölçek maddesinin ölçülmesi amaçlanan özelliği kapsama gücünü belirlemeye yönelik yeterli sayıda uzman görüşlerinin alındığı bir çalışma yapılmaktadır. Bu çalışmalarda uzman sayısı yeterli tutulduğu takdirde (5-40 arası) hazırlanacak ölçeğin geçerliği de yüksek olacaktır (Ayre ve Scally, 2014; Yeşilyurt ve Çapraz, 2018). Ancak bu noktada görüşüne başvurulacak uzmanların seçimi, kritik rol oynamaktadır (Lawshe, 1975). Kapsam geçerliliğinin tespitine yönelik pek çok farklı teknik geliştirilmiştir. Bu tekniklerin temel amacı, görüşüne başvurulacak uzmanların kaçınının bir maddeye 'gerekli ya da uygun' demesi gerektiğini ortaya koymaktır. Böylece belli bir geçerlilik oranına ulaşan madde, nihayetinde ortaya çıkacak olan ölçekte yer alabilmektedir. Literatürde farklı indekler geliştiren çalışmalara rastlanmakla birlikte (Wilson, Pan ve Schumsky, 2012) en yaygın kullanılan indeksin basit ve kullanışlı olmasından ötürü Lawshe (1975)'ye ait olduğu gözlemlenmiştir (Ayre ve Scally 2014; Wilson vd., 2012).

Bu çalışmanın kapsam geçerlilik analizinde, Lawshe (1975)'nin tekniğini kullanan Yeşilyurt ve Çapraz'ın (2018) kapsam geçerlik oranları ve kapsam geçerlik indeksini tanıttıkları çalışmadan yararlanılmıştır. İlgili çalışmada temelde aşağıdaki aşamalar takip edilmiştir:

1. Uzman grubunun oluşturulması
2. Aday ölçek formunun hazırlanması ve uzman görüşlerinin elde edilmesi
3. Verilerin analizi
 - a. Kapsam geçerlik oranlarının (KGO=CVR=Content Validity Ratio) hesaplanması.

b. Kapsam geçerlik indeksinin (KGI=CVI= Content Validity Index) hesaplanması.

4. Kapsam geçerlik oranları ve kapsam geçerlik indeksi ölçütlerine göre her bir maddenin ölçekte yer alıp almamasına karar verilmesi

Bu aşamalar esas alınarak Medikal Turizmde Destinasyon Rekabetçiliğinin Belirlenmesi: Alanya Örneği adlı çalışma için yapılan kapsam geçerlik çalışması aşağıdaki şekilde özetlenebilir:

Çalışmanın ilk aşaması hastaları uluslararası tedaviye yönlendiren ve medikal turizmde destinasyonların rekabet gücünü oluşturan faktörleri ortaya koyan literatürden elde edilen verilerin derlenmesidir. Bu aşamada sıklıkla tekrar edilen destinasyon rekabetçiliği ve uluslararası hasta motivasyonu faktörleri derlenerek bir veriler seti oluşturulmuştur. Elde edilen bu set ilk aşamada 98 unsurdan oluşmuş; ancak 2 akademisyenle yapılan bir odak grup görüşmesi sonucu, bir diğer unsuru kapsadığı ve benzer anlamları tekrar ettiği gözlemlenen bazı ifadeler, birleştirilerek, anlamları değiştirilmeden yeniden biçimlendirilmiştir. Bu çalışma sonucu 66'ya düşen bu veri setine uzmanların demografik özelliklerine ilişkin 8 adet madde eklenmiştir.

Aşağıdaki maddeleri, 1- Uygun, 2- Düzeltilmeli, 3- Çıkarılmalı şeklinde değerlendiriniz. <i>Düzeltilmeli</i> ve <i>çıkarılmalı</i> şeklinde işaretlediğiniz maddelerle ilgili düzeltme önerilerinizi ve çıkarma nedenlerinizi maddenin yanına ya da formun altına yazabilirsiniz.		Uygun	Düzeltilmeli	Çıkarılmalı
1	<i>i faktörü</i>	1	2	3

Ardından uzman görüşlerinin alınması için 2019 yılı Nisan ayında gerçekleşen Antalya Sağlık ve Spor Turizmi Fuarı olan HESTOUREX fuarına katılım gerçekleştirilmiştir. 4 gün süren fuar esnasında oluşan 11 kişilik bir uzman grubuna ulaşılmış ve fuar esnasında randevular alınarak, her biriyle yaklaşık 1'er saatlik görüşmeler yapılmış ve kendilerinden elde edilen yapılandırılmış veri setinde yer alan öğeleri değerlendirmeleri istenmiştir. Lawshe (1975) tekniğinde her bir madde için uzman görüşleri “madde hedeflenen yapıyı ölçüyor”, “madde yapı ile ilişkili ancak gereksiz” ve “gereksiz” şeklinde üçlü derecelendirilmektedir. Ancak Lawshe (1975)

teknğinde yer alan uzman görüşlerine ait derecelendirmeler alan yazındaki bazı örneklerden yola çıkılarak bu çalışmada ‘uygun’, ‘uygun ancak düzeltilmeli’ ve ‘çıkartılmalı’ şeklinde yeniden düzenlenmiştir (Yeşilyurt ve Çapraz, 2018) mevcuttur. Böylece uzmanların bazı ifadelerin düzeltilmesine yönelik önerilerini almak mümkün olmuştur. Bu aşamada görüşleri alınan uzmanlara ilişkin bilgilerden çalışmanın evreni ve örneklem kısmında bahsedilmiştir.

3.4.3. Analitik Hiyerarşi Süreci

Ekonomi biliminin de üzerinde durduğu kıtlık kanununun temel dayanağı olarak doğadaki kaynakların sınırlı olması (Dinler, 2015:7) günlük yaşantımızın her anında bizi seçenekler arasında bir tercih yapmaya ve karar vermeye zorlamaktadır. Ancak seçenekler arasında bir karar verebilmek için öncelikle problemin ne olduğunun, bu kararın hangi amaçla verildiğinin ve kararı etkileyen kriterlerin doğru bir biçimde belirlenmesi gerekmektedir. Ayrıca bu karardan etkilenebilecek ve kararı etkileyebilecek tüm paydaşların ve grupların göz önünde bulundurulması gerekmektedir (Saaty, 2008).

Bu nedenle günümüzde karar verme, matematiksel bir bilim haline gelmiştir ve bu bilim karar vermede göz önünde bulundurulan tüm hususları biçimlendirerek, tüm yönleriyle en iyi kararın verilmesini sağlamayı amaçlamıştır (Saaty, 2008). Bu alana yapılan en önemli katkının Abraham Charnes ve William Cooper tarafından 1950’lerde temeli atılıp 1960’larda ortaya konan ve yıllar içinde geliştirdikleri ‘hedef programlama’ çalışması olduğu ifade edilmektedir (Dyer, Fishburn, Steuer, Wallenius ve Zionts, 1992). Bu çalışmada araştırmacılar işletmeler, devletler ve kamu yönetimi gibi alanlar için hedeflere mümkün olan en kısa sürede ulaşılmasını sağlayacak formüller geliştirmeye çalışmışlardır (Charnes ve Cooper, 1977). Hedef programlama modelinin çözümünde öncelikle en üst öncelikteki hedefe ulaşılmaya çalışılmakta, daha sonra sırasıyla daha alt öncelikli hedefler ele alınmaktadır (Ersöz ve Kabak, 2010). Ancak birçok kararda, birden fazla niceliksel ya da niteliksel kriter söz konusu olmaktadır (Doğan ve Karakuş, 2014). Bu nedenle Çok Kriterli Karar Verme Yöntemleri (ÇKKV) olarak incelenen bu bilimin temel amacı, karar vericilerin karmaşık karar verme problemlerini sistematik, tutarlı ve daha verimli bir biçimde çözüme kavuşturmadır (Carlsson ve Fuller, 1996). Çok kriterli karar verme,

karar vericinin sayılabilir sonlu ya da sayılamaz sayıda seçenekten oluşan bir küme içinde en az iki kriter kullanarak yaptığı seçim işlemi olarak tanımlanabilir (Ersöz ve Kabak, 2010: 99). ÇKKV, 1970'lerde gelecek vadeden önemli bir çalışma alanı olarak ortaya çıkmış ve bu alana katkıda bulunan pek çok model ve teori ortaya konarak günümüze kadar artan biçimde önemini sürdürmüştür (Dyer vd., 1992; Carlsson ve Fuller, 1996).

Karar verme problemlerinin çözümünde hiyerarşik bir model kullanımı ise Thomas L. Saaty tarafından 1971-1975 yılları arasında geliştirilen Analitik Hiyerarşi Süreci (Analytical Hierarchy Process) yöntemi ile birlikte başlamıştır (Carlsson ve Fuller, 1996; Saaty, 1987:161). AHS yönteminde temel amaç, karar vermede etkili görülen ortak kriterlere göre seçenekler arasında en doğru kararın verilmesidir (Ömürbek ve Tunca, 2013; Doğan ve Karakuş, 2014). Örneğin; orta gelir düzeyine sahip bir aile, satın almak istedikleri eve dair bazı kriterlere sahiptir. Bunlar ekonomik, coğrafi ya da fiziksel kriterler olacaktır. Aile, üç farklı ev alternatifini değerlendirirken her birini bu kriterler açısından değerlendirecek ve sonuç olarak en öncelikli kriterleri hangi ev için uygunsa o evi tercih edeceklerdir (Saaty, 1990). Bu yapısı nedeniyle AHS, bir ya da birden fazla karar vericinin olduğu, çok fazla alternatif ve kriterin bulunduğu karar problemlerinde kullanılan; karar verme sürecindeki nitel ve nicel faktörleri birleştirme olanağı veren güçlü ve kolay anlaşılır, çok kriterli bir karar verme yöntemi (Ersöz ve Kabak, 2010; Ömürbek ve Tunca, 2013) olarak görülmektedir.

AHS, önce seçimine karar verilecek alternatifleri, ardından bu alternatifleri seçmede etkisi olacak kriterleri belirleyerek karmaşık bir karar problemini çözmek üzere geliştirilen ve nihai olarak kişiyi amacına ulaştıran bir yöntem olarak tasarlanmıştır (Saaty, 1990). Yöntem, kriterler, alt kriterler ve alternatifler arasındaki ilişkiyi göstererek problemi hiyerarşik yapıda modellemekte (Ünal, 2012) böylece çözümünü kolaylaştırmaktadır. Problemin çözümünde öncelikleri belirlemek için ise yalnızca basit ikili karşılaştırmalara ihtiyaç duyulmaktadır (Saaty, 1986). Bu ikili karşılaştırmalar ve puanlamalardan ölçek değerleri türeten AHS; tanımlayıcı, nicel ve nitel kriterleri kullanan çok kriterli bir ölçme teorisi (Saaty ve Ozdemir, 2003) olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir ifade ile AHS, karmaşık kararların günlük bir dilde ikili

kıyaslamalara dönüştürülerek, oran ölçeği rakamlarıyla ifade edilmesini sağlayan (De Felice ve Petrillo, 2010: 27) matematiksel bir metot olarak, çok kriterli karar analizleri arasında yer almaktadır.

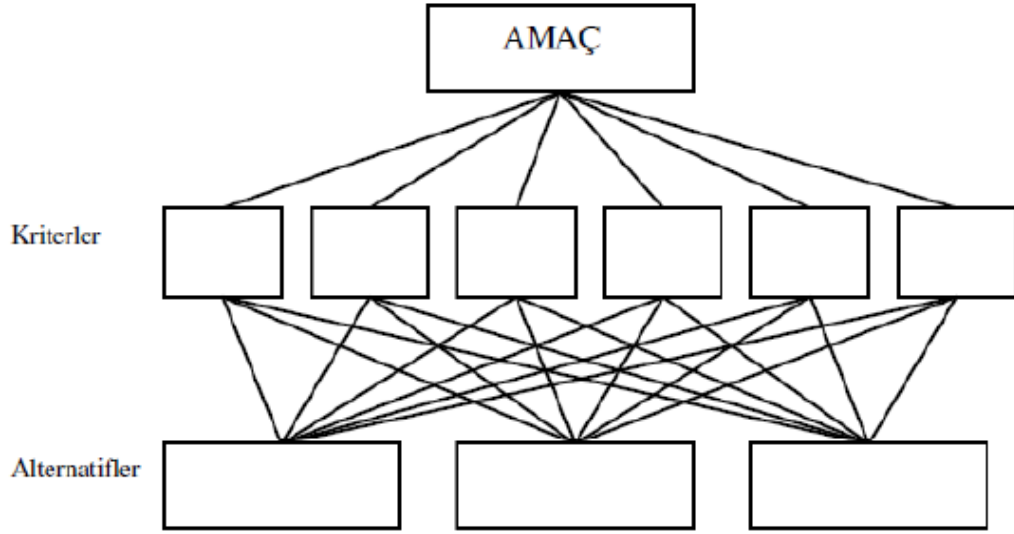
Yöntem, hiyerarşinin en üstünde bir amaç; bu amacın altında sırasıyla kriterler, olası alt kriterler ve en altta seçimine karar verilecek olan alternatiflerin yer aldığı bir yapı kullanmaktadır (Saaty, 1987: 161). Nihai amaç, karar vermede etkisi olduğu önceden belirlenen bu kriterlerin ikili karşılaştırmalar yoluyla kriter ağırlıklandırması ya da belirli bir yapı içinde bu yapıyı oluşturan unsurların göreceli önem ağırlıklarının ortaya konmasıdır (Saaty, 1986: 841; Crouch ve Ritchie, 2005: 19; Crouch, 2011: 6; Zhou vd., 2015: 75). Önceliklerin belirlenebilmesi ve nihai kararın verilebilmesi için oluşturulmuş bir hiyerarşide temel olarak aşağıdaki adımlar izlenmektedir (Saaty, 2008: 85):

1. Problemin tanımlanması

Öncelikle araştırmanın nihai amacının belirlenmesi gereklidir. Amaca ulaşmak için gerekli olan kriterlerin, alt kriterlerin ve alternatiflerin net olarak belirlenmesi hiyerarşinin oluşmasının ilk adımıdır.

2. Hiyerarşik yapının oluşturulması

Hiyerarşik yapıda problem çözümüne uygun olarak, en üstten başlayarak karar verme amacının ifade edilmesi, bir alt seviyede kararın çözüme ulaştırılmasında önceden belirlenmiş kriterlerin ve alt kriterlerin dizimi ve en alt seviyede, eğer var ise, seçimine karar verilecek olan alternatiflerin yerleştirilmesi gerekmektedir. Şekilde üç seviyeli bir hiyerarşik yapı görülmektedir.



Şekil 14: Üç Seviyeli Analitik Hiyerarşi Modeli
Kaynak: (Ömürbek ve Tunca, 2013: 50)

3. İkili karşılaştırma matrislerinin oluşturulması

Yapı oluşturulduktan sonra, her bir kriterin alternatifler açısından kendi aralarında ikili olarak karşılaştırması için öncelikle soru formu tasarlanır. Soru formunun tasarlanmasında daha önce de bahsedildiği üzere her bir üst unsur birbiriyle ve alt unsurlar, unsur içerisinde birbirleriyle kıyaslanacak biçimde soru formları oluşturulur.

ÜST UNSUR																		
	Son Derece Önemli	Çok Güçlü Önem		Güçlü Önem		Zayıf Önem		Eşit Önem		Zayıf Önem		Güçlü Önem		Çok Güçlü Önem		Son Derece Önemli		
i unsuru	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	j unsuru

Karşılaştırmalarda Saaty (1980) tarafından geliştirilmiş mutlak sayılar temel ölçeği (the fundamental scale of absolute numbers) kullanılmaktadır. 1-9 arasındaki tek sayılardan oluşan ölçekte, temelde iki farklı unsurun birbirleri ile karşılaştırılmasında kullanılan sözel değişkenler ve bu değişkenlerin rakamsal karşılıkları tanımlanmaktadır. Ölçek i unsurunun, j unsuruna göre önem derecesini ortaya koymak üzere geliştirilmiştir (Saaty, 2008: 86). Ölçek yapısı ve seçenek değerleri Tablo 22.'de sunulmaktadır.

Tablo 22: Mutlak Sayılar Temel Ölçeği

Önem değeri	Tanım	Açıklama
1	Eşit önem	İki etkinlik amaca eşit derecede katkıda bulunur
2	Zayıf ya da düşük	
3	Orta önem	Deneyim ve yargı bir etkinliği diğerine göre hafif şekilde tercih etmektedir
4	Orta üstü	
5	Güçlü önem	Deneyim ve yargı bir etkinliği diğerine göre güçlü şekilde tercih etmektedir
6	Daha güçlü	
7	Çok güçlü ya da kanıtlanmış önem	Bir etkinlik diğerine göre çok güçlü bir şekilde tercih edilmiştir; bu etkinliğin üstünlüğü pratikte ispat edilmiştir
8	Çok çok güçlü	
Yukarıdakilerin ters değerleri	Eğer i etkinliği, j etkinliği ile karşılaştırıldığında yukarıda belirtilen rakamlardan biri atandıysa; j etkinliği i etkinliği ile karşılaştırıldığında onun ters değerine sahiptir	

Kaynak: Saaty, 2008: 86

Ölçekte ifade edilmeyen 2, 4, 6, 8 gibi değerler ara değerlerdir. Diğer bir ifade ile eğer karar verici 1 ve 3 değerleri arasında kararsız kalırsa 2 değerini kullanabilmektedir. Çift taraflılık olarak adlandırılan karşılıklı aksiyomu (reciprocal axiom) ise iki taraflı olma veya tersi olma şeklinde de ifade edilmektedir. Bu önerme karşılaştırma matrislerinin oluşturulmasında kullanılmaktadır (Ünal, 2012: 40). Eğer matrisin biri a_{ij} ise diğeri a_{ji} olarak kabul edilmektedir. Örnek olarak eğer bir taş paçası diğer bir taş parçasından beş kat daha ağır ise küçük taş parçası büyük olanın beşte biri ağırlığındadır (Saaty, 1986: 844). Bu durumda eğer i unsuru j unsuru karşısında 3 önem değerine sahip ise, j unsurunun değeri i unsuru karşısında $1/3$ olacaktır.

Araştırmanın amaçlarına ulaşılması için ikili karşılaştırmalar yoluyla faktör ağırlıklandırması tekniği uygun bulunmuştur. Bunun nedeni, medikal turistlerin yabancı bir ülkede tedavi olmayı tercih etmelerinde önemli görülen her bir faktörü diğer faktörler ile karşılaştırarak, daha önce Kapsam Geçerlik Analizi ile önemli olduğu belirlenen bu faktörler arasında önem önceliklerinin tespitinin sağlanmasıdır. Ayrıca ikili kıyaslama yöntemi ile yine uzmanlar tarafından belirlenen rakiplere göre Alanya'nın görece rekabetçi konumu da ortaya konmaktadır. Böylece Önem Başarım

Analizi için bir ön analiz yapılmakta ve faktörlerin görece önem ve başarımlar dereceleri belirlenebilmektedir.

İkili karşılaştırma tekniği 1860 yılında Fechner tarafından ortaya atılmış ve 1927'de Thurstone tarafından geliştirilmiştir (Alonso ve Lamata, 2006). İkili karşılaştırma yöntemi, bir karar vermede hangi faktörlerin daha önemli olduğunun ve bu kriterler açısından hangi seçeneğin tercih edilmesinin daha doğru olduğunun tespitine ihtiyaç duyulmasıyla ortaya çıkmıştır (Saaty, 1990: 9).

4. Öncelikli önem değerlerinin belirlenmesi

Yukarıda bahsedilen bu kıyaslamalardan öncelikli önem ağırlıkları elde edilir ve bu ölçüm her bir unsur ve alt unsurlar için uygulanır. Öncelikli unsurların tespit edilebilmesi için matriste ortalama değerlerin tespit edilmesi ve bu değerlere göre kriterlerin kendi içinde sıralamasının yapılması gereklidir. Yüksek değer alan kriterler diğerlerine göre daha önemli ve düşük değer alan unsurlar daha az önemlidir.

Ancak AHS'de birden çok kişinin yargılarının değerlendirilmesi söz konusu olduğundan ve katılımcıların tüm kriterler için farklı yargılarda bulunacağı düşünülürse, bu yargıların bir uzlaşma sağlayacak şekilde birleştirilmesi gerekmektedir. Grup kararı vermede temelde iki yaklaşım bulunmaktadır. Birinci yaklaşımda grup üyelerinin konu üzerinde uzlaşmaya varmalarının sağlanması yoluyla görüşler birleştirilip tek bir karar çıkmaktadır. İkinci yaklaşımda ise farklı cevaplardan geometrik ortalama alınmaktadır. Bu yöntemlerden literatürde en sık kullanılanı geometrik ortalama yoluyla uzlaşma sağlamaktır (Ömürbek ve Tunca, 2013). Ancak bu değerlendirmelerde, katılımcıların kendi değerlendirmelerinden kaynaklanan tutarsızlıklar olabilmektedir. Örneğin, bir katılımcı 5 numaralı faktöre, 6 numaralı faktörden daha yüksek ve 6 numaralı faktöre 4 numaralı faktörden daha yüksek bir değer veriyse; katılımcıdan beklenen 4 numaralı faktöre 5 numaralı faktörden daha düşük bir değer vermesidir. Bunun aksini yapması durumunda cevaplarda bir tutarsızlık olduğu ortaya çıkmaktadır. Dolayısıyla tutarsızlık oranı, AHS'de bir güvenilirlik unsuru olarak değerlendirilmektedir.

Sürecin tutarlı olup olmadığını ölçerken kullanılan orana, tutarlılık oranı (CR) (consistency ratio) ya da tutarsızlık oranı (IR) (inconsistency ratio) denmektedir (Saaty ve Özdemir, 2003; Linares, 2009). Bu hesaplama yapılırken, unsur sayısı ile unsurların öz değerleri (λ) (eigenvalue) karşılaştırılır. Tutarsızlıklar tespit edilerek verilen cevapların güvenilirliği test edilir (Saaty, 1990: 13). Saaty, tutarsızlık oranı 0,10 ve daha düşük değere sahip matrislerin tutarlı olarak kabul edildiğini, 0,10'dan yüksek değerlerin tutarsızlıklara işaret ettiğini belirtmektedir (Saaty, 1977). Ancak araştırmalarda tutarsızlık bazen istenenden yüksek çıkmaktadır. Bu durumda tutarsızlık testinin gerekliliği ya da kabul edilebilir tutarsızlık oranı ile ilgili tartışmalar söz konusu olmuştur (Brunelli, Canal ve Fedrizzi, 2013; Forman ve Selly, 2001; Linares, 2009). Tutarsızlık oranının beklenenden yüksek çıkması durumundaki ilk öneri, matristeki en tutarsız değerlendirmeler tespit edilerek değerlendirmelerin dağılımına uygun olarak değiştirilmesidir. Bunu yapabilmek için değerlendirmeyi değiştirip değiştiremeyeceği değerlendirmeyi yapan katılımcıya sorulur. Eğer bunu yapmak istemezse, sonraki tutarsız değerlendirmeler için aynı süreç uygulanır ve tutarsızlık oranının istenen seviyeye ulaşması sağlanır (Saaty ve Ozdemir, 2003: 242). Ancak bazı çalışmalarda bu aşamanın zor ve maliyetli olacağı görüşü benimsenmiş ve şartlara göre tutarsızlık oranı 0,20 ve daha düşük değere ($C:R \leq 0:2$) sahip matrislerin kullanılmasının uygun olduğu belirtilmiştir (Byun, 2001: 290; Park ve Lee, 2008: 585). Diğer taraftan tutarsızlık (inconsistency) oranı karar verme sürecinin amacı olmaması gerektiği görüşünü benimseyen çalışmalar da mevcuttur (Linares, 2009). Bu bakış açısına göre düşük tutarsızlık oranı gereklidir fakat yeterli değildir. Çünkü tutarsız da olsa her bir cevabın araştırma için doğru sonuçlara götürme olasılığı benimsenmekte, ayrıca tutarsızlığı azaltmak üzere değiştirilen matrislerle, tutarsız matrisler arasında büyük farklılıklar olmadığı ileri sürülmektedir. Bu açıdan bakıldığında cevapların doğru biçimde girilmiş olması, hiyerarşik yapının yeterliliği, araştırmacının bilgi sahibi olması, cevaplayıcının ne yaptığı ile ilgili yeterli bilgilendirilmiş olması ve konsantrasyonunun tam olması gibi hususlar yani doğru (accurate) olma, tutarlı olmadan daha önemli olarak kabul edilmektedir (Forman ve Selly, 2001: 49). Ayrıca tutarsızlık oranının kabul edilebilir oranlarıyla ilgili farklı çalışmalar yapılmış (Goepel, 2013: 4) ve bu çalışmalarda tutarsızlık oranlarıyla ilgili farklı ölçümler gerçekleştirilmiştir (Alonso ve Lamata, 2006: 455).

Bu çalışmada toplanan veriler Goepel (2013) tarafından hazırlanan AHP Excel Template (AHP Excel Template Version 2018-09-15) denklemleriyle bilgisayar ortamında analiz edilmiştir. Bu denklemde hem Saaty'nin önerdiği hem de Alonso ve Lamata tarafından düzenlenen tutarsızlık oranları hesaplanmaktadır. Bu nedenle bu çalışmada AHS'de kullanılan formüllere ve detaylı hesaplamalara yer verilmemektedir. AHS'de izlenen formüller ve hesaplamalar için Thomas L. Saaty'e (1986) başvurulabilir. Ancak Saaty tarafından önerilen Expert Choice (Saaty, 1990: 20) ve Goepel'e (2003) ait Excel Template yazılımlarını kullanmadan Saaty'nin formüllerini entegre ederek Microsoft Office Excel yazılımı ile veri analizi yapan çalışmalardan da yararlanılabilir (Das ve Mukherjee, 2008; Hsu vd., 2009; De Felice ve Petrillo, 2010; Doğan ve Karakuş, 2014).

Literatürde AHS yöntemine olan ilgi her geçen gün artan biçimde devam etmekte (Zhou vd., 2015) ve AHS toplum psikolojisi (Aytaç ve Bayram, 2001), üretim (Silvestri, De Felice, Petrillo, 2012), lojistik (Falsini, Fondi ve Schiraldi, 2012), yönetim ve pazarlama (Medjoudj, Laifa ve Aissani, 2012), performans değerlendirme (Albayrak ve Erkut, 2005), kalite yönetimi (Murat ve Çelik, 2007) gibi pek çok alanda karar verme aracı olarak kullanılmaktadır. Curry ve Moutinho (1992) ikili karşılaştırma uygulamalarını turizm alanında kullanarak, AHS'nin diğer karar verme yöntemlerine kıyasla üstünlüklerine değinmişlerdir. Ayrıca turizm planlamacıları açısından yönetsel kararlar vermenin karmaşık ve çok değişkenli bir süreç olduğu ve karar verme modellerinin bunun üstesinden gelebilecek bir yapıda olması gerekliliği de (Curry ve Moutinho, 1992: 57; Crouch, 2011: 5) AHS'nin kullanımını destekler niteliktedir. Özellikle destinasyon gelişiminde ve stratejik planlamasında, verilen kararları etkileyen kriterlerin ortaya konması, rekabetçiliğin kazanılmasında yol gösterici olacaktır (Erbaş ve Perçin, 2016). Dolayısıyla AHS'yi turistik destinasyonların rekabetçiliğini ölçmede ve geliştirmede kullanan pek çok çalışmadan söz etmek mümkündür (Das ve Mukherjee, 2008; Erbaş ve Perçin, 2016; Hsu vd., 2009; Zhou vd., 2015). Özellikle Crouch (2010)' un AHS yöntemini kullanarak yaptığı destinasyon rekabetçilik analizi çalışması, destinasyon rekabetçiliği konusunda AHS'nin kullanılabilirliğini ortaya koyması açısından önemli çalışmalardan biridir. Ayrıca bazı çalışmalar, Kalite Fonksiyon Yayılımı yöntemine

Analitik Hiyerarşi Sürecinin entegre edilmesinin en önemli nedeninin, ölçmede hassasiyeti ve objektifliği artırmak olduğunu ifade etmişlerdir (Das ve Mukherjee, 2008; Doğan ve Karakuş, 2014).

3.4.4. Önem Başarım Analizi

Destinasyon rekabetçiliği, genel anlamda bir destinasyonun diğer destinasyonlara kıyasla ziyaretçiler için daha iyi mal ve hizmet üretme yeteneği olarak tanımlanabilir (Dwyer ve Kim, 2003). Destinasyonlar sürdürülebilir bir turizm endüstrisinin temellerini oluşturan doğal, kültürel ve oluşturulmuş temel kaynaklar açısından birbirinden farklılaşırken; turist deneyimlerine kayma değer sağlayan faktör destinasyonun bu kaynakları kullanma becerisidir (Crouch ve Ritchie, 1999; Dwyer ve Kim, 2003). Dolayısıyla var olan bu kaynakların kullanımının önemi değişebilmektedir ve performansın başarısı ya da başarısızlığı destinasyonun pazar payı açısından rekabetçiliğini ortaya koymaktadır. Esasen destinasyonların geleceği karşılayan değil, geleceği inşa eden bir stratejiye sahip olmaları ve geleceğin nasıl olacağından çok nasıl olması gerektiği sorusu üzerinde durmaları gerekmektedir. Destinasyonlarda hem kamu sektöründe hem de özel sektörde karar verici konumda olanlar, değişen tüketici ihtiyaçlarını karşılamadıkları sürece rekabet açısından başarısız olacaklardır. Burada karar vericilerin karşılaştığı temel zorluk, rekabetçi bir üstünlük sağlayabilmek ve bunu koruyabilmek için bu değişimleri öngörebilmehtir. Bu zorluğun üstesinden gelmenin yolu ise değer katan faaliyetlerin ortaya konabilmesi için sahip olunan farklı kaynakların ve stratejilerin öneminin ve bunların kullanımındaki ve uygulanmasındaki performansın belirlenmesidir (Dwyer vd., 2014). Önemli yöneticilerin performansı ile kıyaslamaya ve önem ve performans düzeylerini belirlemeye olanak sağlayan yöntemlerden biri, Martilla ve James (1977) tarafından geliştirilen Önem Başarım (ÖBA) ya da Önem Performans (ÖPA) Analizidir.

Martilla ve James (1977) tüketici memnuniyetini bazı önemli niteliklerle ilgili beklentiler ve algılanan performans bileşenlerinin bir fonksiyonu olarak tanımlamaktadır. Bu önemli ilişkiden yola çıkarak ortaya konan ÖBA, pazarlama bileşenlerinin değerlendirilmesinde oldukça kullanışlı bir yöntem olarak değerlendirilmektedir. ÖBA, pazarlama alanında müşteri memnuniyetini arttırmak

için hangi mal veya hizmet özelliklerine önem verilmesi gerektiğinin tespit edilebilmesinde yol gösteren bir teknik olarak önerilmiştir (Albayrak ve Caber, 2011). Ancak tüketici memnuniyetinin ölçülmesinde tüketicilere ürün özelliklerinin ya önemine ya da başarımının değerlendirilmesine ilişkin sorular sorulduğunu; ancak her ikisinin birden değerlendirilmemesinin yetersiz olduğunu ifade etmişlerdir (Martilla ve James, 1977). Bu yöntem destinasyon yönetiminde kullanıldığında, kaynakların hangilerinin müşteriler açısından göreceli olarak daha önemli olduğu tespit edilebilmekte ve bunlara bağlı destinasyon performansı karşılaştırılarak etkin ve rekabetçi pazarlama stratejileri geliştirilebilmektedir. Sonuç olarak destinasyon yöneticileri, kısıtlı kaynaklarla daha rasyonel kararlar alarak, rekabetçi bir destinasyon olabilmekte ve bunu sürdürebilmektedirler (Dwyer vd., 2014).

Ancak bunun yapılabilmesi için üç aşamalı bir süreç izlenmektedir. Öncelikle değerlendirmeye tabi tutulacak ürünün temel niteliklerinin literatür taraması, odak grup görüşmeleri ya da yönetsel değerlendirmeler gibi yöntemlerle belirlenmesi gerekmektedir. Değerlendirilecek özellikler ürün veya hizmete, sektöre ve araştırmanın amacına bağlı olarak farklılık göstermekle birlikte; ürün veya hizmetin özelliklerinin net olarak ortaya konması, müşteri değerlendirmelerinin doğruluk derecesini arttıracaktır (Oh, 2001). İkinci aşamada her özelliğin müşteriler açısından önemi ve müşterilerin işletmenin ürün veya hizmetinin bu özelliği ile ilgili algıladıkları performans belirlenmektedir. ÖBA temelde iki soruya cevap aramaktadır (Martilla ve James, 1977: 77):

1. Bu özellik tüketiciler açısından ne kadar önemlidir?

2. Bu özelliğe ilişkin başarımız (oluşturduğumuz memnuniyet) ne kadar yüksektir?

Son aşamada, her özellik ile ilgili önem ve performans skorları hesaplanmakta ve bu skorlar bir matrisle sunulmaktadır. Bu matris x ekseninde başarımın (memnuniyet), y ekseninde önemin yer aldığı dört bölüme ayrılmış bir tablo üzerinde çizilmektedir. Ölçümde kullanılan özelliklerin önem ve performanslarının ortalaması ayrı ayrı hesaplanarak eksenlerinin kesişme noktası belirlenmektedir. Martilla ve James (1977: 79) bu kesişme noktasını belirlemek için hem ortalama hem de medyanın

hesaplanmasını, eğer elde edilen değerler birbirine yakın ise daha fazla bilgi içermesinden dolayı ortalamanın kullanılmasını tavsiye etmektedir. Kesişme noktasının belirlenmesinde Martilla ve James (1977: 79) tarafından önerilen diğer bir yaklaşım, kullanılan ölçeğin orta noktasını esas almaktır (örneğin 5'li ölçek kullanılıyorsa; 3 gibi). Her durumda önem ve performans eksenlerinin kesişmesi sonucu, dört hücre elde edilmektedir:

ÖNEM	Yüksek	Hücre 1 "Yoğunlaşılması Gereken Alanlar"	Hücre 2 "Korunması Gereken Alanlar"	
	Düşük	Hücre 3 "Düşük Öncelikli Alanlar"	Hücre 4 "Olası Aşırılıklar"	
		Düşük	BAŞARIM	Yüksek

Şekil 15: Önem-Başarım Matrisi

Kaynak: (Albayrak ve Caber, 2011: 629)

Hücre 1: Yüksek önem-düşük başarımlar

Bu hücredeki ürün özellikleri müşteriler tarafından önemli görülmele ancak başarımları düşük algılanmaktadır. Yöneticilerin bu hücreye düşen ürün özelliklerine yoğunlaşmaları ve başarımların artırılması için çaba göstermeleri gerekmektedir.

Hücre 2: Yüksek önem-yüksek başarımlar

Bu hücrede yer alan ürün özelliklerini müşteriler, mal veya hizmet seçiminde önemli görmektedir. Aynı zamanda müşteriler işletmenin mal veya hizmetinin bu özelliğe dair başarımlarını da yüksek algılanmaktadır. Dolayısıyla korunması gereken özellikler bu hücrede yer almaktadır.

Hücre 3: Düşük önem-düşük performans

Bu hücredeki ürün özellikleri müşterilerin ürün veya hizmet seçiminde düşük önceliğe sahiptir ve mevcut başarımlarını da düşük olarak algılanmaktadır.

Hücre 4: Düşük önem-yüksek performans

Müşteriler bu hücredeki ürün özelliklerinin performansını yüksek algılamakta, mal veya hizmet seçiminde bu özelliklere önem vermemektedir. Bu yüzden yöneticilerin bu hücredeki özelliklere gereğinden fazla kaynak aktardığı ve bu alandaki hizmetlerde olası bir aşırılığın söz konusu olduğu söylenebilir.

Orijinal olarak pazarlama alanı için geliştirilen ÖBA, basit ve kolay uygulanabilir bir teknik olduğundan (Hawes ve Rao, 1985) farklı alan araştırmacıları tarafından da yoğun ilgi ile karşılanmıştır (Albayrak ve Caber, 2011). Turizm alanında ürün ve destinasyon geliştirme ve rekabetçilik konulu çalışmalarda da sıklıkla kullanılmıştır (Aboali, Omar ve Mohamed, 2015; Cengiz ve Kantarcı, 2013; Dwyer vd., 2014; Enright ve Newton, 2004; Karamustafa, Tosun ve Çalhan, 2015; Murali, Pugazhendhi ve Muralidharan, 2016; Oh, 2001; Yıldırım, 2019).

ÖBA'yı AHS ile birlikte kullanan çalışmalar ise yöntemleri iki farklı biçimde entegre etmişlerdir. Birinci yaklaşımda veri setine uygulanan ÖBA analizi sonrasında faktör analizi ile hiyerarşik yapı oluşturulmuş ve rekabet değerleri belirlenmiştir. Ardından farklı bir örneklem, ilgili hiyerarşik yapıyı ikili kıyaslamalar yoluyla değerlendirmiş ve faktörlerin ağırlıklı önem değerleri belirlenmiştir. Ortaya çıkan ağırlıklı önem değerleri ve ÖBA sonucu elde edilen performans değerleri sonucu güçlü ve zayıf yönler tespit edilmiştir (Wang, Li, Zhen ve Zhang, 2016). Diğer yaklaşımda ise literatüre göre bir hiyerarşik yapı oluşturulup, ardından küçük örneklem grubuna yönelik ikili kıyaslamalar ile önem ve performans değerleri belirlenmiştir. ÖBA bu değerlendirmeler sonrası ortaya çıkan ağırlıklı ortalama değerler üzerinden gerçekleştirilmiştir (Erbaş ve Perçin, 2016; Hsu, Yu ve Huang, 2015). Bu çalışmada ikinci yaklaşım benimsenerek, Analitik Hiyerarşi Süreci sonucu elde edilen önem ve başarımların ortalamaları ÖBA analizinde kullanılmış ve analiz sonucu ortaya çıkan 'yoğunlaşılması gerekli alanlar' kalite evinin ilk aşaması olan 'tüketici ihtiyaçları'nı belirlemiştir.

3.5. Veri Analizleri ve Bulgular

Bir destinasyonun medikal turizm açısından cazip olmasının fiyat avantajı, kaliteli hizmet sunumu, doktorların ve diğer sağlık çalışanlarının eğitim ve deneyim düzeyi,

bekleme ve tedavi süreleri, kültürel farklılıklara saygı, mahremiyet ve gizlilik kurallarına uyum ve kullanılan tıbbi cihazlar gibi pek çok faktörden oluştuğu çalışmanın önceki bölümlerinde ifade edilmektedir. Tüm bu hususları sistemli bir biçimde ortaya koymak ve Alanya'nın ilgili faktörler açısından rekabetçiliğini belirlemek ve güçlendirmek üzere geliştirilen bu çalışmada verilerin analizi aşaması, her bir veri toplama yönteminin yapısına uygun olarak gerçekleştirilmiştir. İlgili veri analizleri ve her bir analiz sonucu elde edilen bulgular, ilerleyen başlıklarda detaylı biçimde açıklanmaktadır.

3.5.1. Soru Kâğıdında Yer Alan Faktörlerin Kapsam Geçerliliği

Bu çalışmada yararlanılacak olan soru kâğıdının oluşturulabilmesi için öncelikle, soru kâğıdında yer alan maddelerin kapsam geçerliğinin tespitine ihtiyaç duyulmuştur. 13 medikal turizm uzmanından elde edilen görüşler doğrultusunda elde edilen nitel veriler, kapsam geçerlik oranı (KGO) ve kapsam geçerlik indeksi (KGİ) hesaplanarak nicel verilere dönüştürülmüştür. Bu dönüştürme işleminde önce KGO daha sonra KGİ hesaplanmıştır. Hesaplamalar Microsoft Excel 2013 programıyla yapılmıştır.

KGO, maddelerin ölçekte olması ya da olmamasına ilişkin kapsam geçerliğine dayalı bir madde istatistiği olup, KGO eşitliğine göre; uzmanların yarısı ölçekteki maddeye ilişkin 'uygun' şeklinde görüş bildirdiklerinde KGO=0, yarısından fazlası 'uygun' şeklinde görüş bildirmiş ise KGO>0 ve uzmanların yarısından azı 'uygun' şeklinde görüş bildirmiş ise KGO<0 olacaktır. Eğer KGO oranı 0 (sıfır) veya negatif (sıfırdan küçük) değer alıyorsa bu şekilde bir değere sahip maddenin kapsam geçerliliği yoktur (Lawshe, 1975; Wilson, vd., 2012; Ayre ve Scally 2014). Dolayısıyla ölçekteki 12 madde bu şekilde doğrudan elenmiştir.

$$KGO = \frac{Nu - N/2}{N/2} \quad \text{veya} \quad KGO = \frac{Nu}{N/2} - 1$$

Burada; Nu, maddeye 'uygun' diyen uzman sayısını ve N ise maddeye ilişkin görüş belirten toplam uzman sayısını göstermektedir. Ardından maddelerin kapsam geçerlik ölçütüne (KGÖ) bakılmıştır. KGÖ değerleri bir maddenin gerekli veya gereksiz olduğuna karar verilebilmesi için en az kaç uzmanın onay vermesi gerektiğini belirlemede kullanılmaktadır. Bu aşamada önce Lawshe (1975), Wilson

ve arkadaşları (2012) ve Ayre ve Scally (2014)'nin ortaya koyduğu KGÖ değerleri incelenmiş ve Yeşilyurt ve Çapraz'ın (2018) kendi çalışmalarında da kullandıkları Ayre ve Scally'nin oluşturdukları KGÖ değerleri benimsenmiştir.

Tablo 23: KGO'ların Minimum/Kritik Değerleri (KGÖ= CVR)

Uzman Sayısı	Minimum Değer	Uzman Sayısı	Minimum Değer
5	1.000	23	0.391
6	1.000	24	0.417
7	1.000	25	0.440
8	0.750	26	0.385
9	0.778	27	0.407
10	0.800	28	0.357
11	0.636	29	0.379
12	0.667	30	0.333
13	0.538	31	0.355
14	0.571	32	0.375
15	0.600	33	0.333
16	0.500	34	0.353
17	0.529	35	0.314
18	0.444	36	0.333
19	0.474	37	0.297
20	0.500	38	0.316
21	0.429	39	0.333
22	0.455	40	0.300

Kaynak: Ayre ve Scally, 2014: 85

Bu değerlere göre bir kapsam geçerlik çalışmasında verinin ankette yer alması için alması gereken $\alpha=0,05$ anlamlılık düzeyinde KGO'ların minimum/kritik değeri (KGÖ) 13 uzman için 0,538 olarak belirlenmiştir. Buna dayanarak, yapılan analiz sonucu aşamada veri setinden 23 madde daha çıkarılarak 31 maddeye ulaşılmış ve ardından ölçekte yer almasına karar verilen 32 maddenin tamamı için KGO değerlerinin ortalaması hesaplanarak $KG\bar{I}=0,6778$ değeri elde edilmiştir. Elde edilen $KG\bar{I}$ değerinin KGÖ değerinden büyük olması, ölçekte kalan maddelerin kapsam geçerliğinin istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir (Lawshe, 1975; Yeşilyurt ve Çapraz, 2018).

Tablo 24: Kapsam Geçerlilik Analizine Göre Soru Kâğıdında Kalması Uygun Görülen Maddeler

Madde	Madde İçeriği	KGÖ	Madde	Madde İçeriği	KGÖ
1	Tedaviye ulaşma süresi	0,692	36	Hastane/tedavinin akreditasyonu	0,692
2	Tedavi fiyatları	0,846	38	Doktor ve tedavi kalitesi	0,692
7	Tatil yapma olanağı	1	41	Hasta takip hizmetleri	0,538
9	Destinasyona ulaşım kolaylığı	0,538	44	Tıbbi ekipman kalitesi	0,692
10	Kültürel benzerlikler	0,538	48	Destinasyona yönelik devlet politikası	0,538
11	Emniyet ve güvenlik	0,846	51	Ülkeler arası anlaşmalar	1
13	Misafirperverlik	0,538	52	Ulusal/yerel turizm örgütlerinin çalışmaları	0,692
17	Kültürel ve doğal çekicilikler	0,538	53	Ulusal/yerel turizm örgütlerinin medikal turizmde stratejik yönetim başarısı	0,538
18	Yeme-içme olanakları	0,538	54	Tedavi-tur paketleri	0,692
19	Altyapı olanakları	0,538	57	Medikal turistlerin değerlerini dikkate alan bir destinasyon vizyonu	0,692
20	Paket tur fiyatları	0,538	59	Tıbbi etiğe uygunluk	0,538
24	Olumlu destinasyon imajı	0,538	60	Reklam ve tanıtım faaliyetleri	1
27	Sağlık tesisinin konaklama olanakları	0,692	63	Tedarikçilerin etkinliği ve kalitesi	0,538
28	Hasta sigortasının kapsamı	0,846	64	Ziyaretçi memnuniyeti takip sistemleri	0,692
29	Gizlilik ve mahremiyet ihtiyacı	0,692	65	Bilişim teknolojilerinin kullanımı	0,692
31	Aracı kuruluşları	1	66	Rakip destinasyonların analizi	0,538

*KGÖ: 0,538

Veri setinin değerlendirilmesinin ilk aşamasında KGO değerlerinden yola çıkılarak doğrudan elenen maddeler ele alındığında, tedavi fiyatları dışında kalan tüm maliyet ifadelerinin uzmanlar tarafından birleştirilip tek bir maddede sorulması ya da yalnızca tedavi ve turistik ürün fiyatları olarak ayrı biçimde düzenlenmesi görüşünün hâkim olduğu görülmüştür. Bu nedenle vize, seyahat, konaklama ücretleri ve döviz kuru ifadeleri doğrudan elenmiştir. Ardından yerel halkla iletişimde dil güçlükleri, havalimanı kapasitesi, doktorların ve medikal turizm sisteminin itibarı, doktorların eğitimi, ekipman kalitesi ve yerel halkın turizme desteği ve çıkarları ile ilgili ifadeler de başka unsurlarda temsil edildiği ya da öncelikli ifadeler olmadığı görüşünün çoğunluğu oluşturması nedeniyle anketten çıkarılmıştır. Ek olarak, kültürel benzerlikler ifadesinin, çalışmanın sonraki aşamasında yapılması planlanan Önem-Başarım analizinde özellikle başarımlar açısından değerlendirilmesinin mümkün görünmemesi ve bu açıdan soruların cevaplanma aşamasında karmaşaya neden

olması ihtimaline karşın veri setinden çıkarılmış, bunun yerine misafirperverlik ifadesiyle asıl sorulmak istenen sorunun cevaplanabileceği öngörülmüştür. KGÖ değerlerine göre yapılan elemelerde ise tedavi kalitesi ve doktor kalitesi ile ilgili tüm ifadelerin tek maddede toplanmasına olanak sağlayan yetkinlik ifadeleri altında toplanması ve destinasyon yönetimi faktörü altında yer alan ifadelerin temsil gücü yüksek olan ifadelere dönüştürülerek ankette yer alması gerektiği gözlemlenmiştir. Ayrıca sigorta kapsamı ve gizlilik ve mahremiyet ihtiyacını ölçen maddeler, soru kâğıdında istatistik amaçlı sorular kısmına aktarılarak, madde sayısı azaltılmıştır. Böylelikle uzman değerlendirmesine tabi tutulan ilk veri setindeki 66 unsurdan elde edilen ve ölçülmek istenen veriyi temsil gücü en yüksek olan, sayı olarak cevaplanabilirliği kolaylaştıran toplam 29 madde elde edilmiş ve maddelerin tablodaki biçimde sıralanması uygun görülmüştür.

Tablo 25: Uzman Görüşleri Doğrultusunda Medikal Turizmde Destinasyon Rekabetçiliğini Belirleyen Faktörler

Sayı	Unsur	Yazar
1	Destinasyona ulaşım kolaylığı	Heung, Kucukusta ve Song, 2010; Shahrok ve Kamalabadi, 2016; Aydın ve Karamehmet, 2017; Hoz-Correa ve Muñoz-Leiva, 2018
2	Emniyet ve güvenlik	Kozak ve Rimmington, 1999; Dwyer ve Kim, 2003; Gomezelj ve Mihalic, 2008; Enright ve Newton, 2005; Crouch, 2011; Zhou vd., 2015; Zehrer, Smeral ve Hallman, 2017
3	Altyapı olanakları	Dwyer ve Kim, 2003; Heung, Kucukusta ve Song, 2010; Crouch, 2011; Zehrer, Smeral ve Hallman, 2016; John ve Larke, 2016; Ganguli ve Ebrahim, 2017
4	Olumlu ülke imajı	Dwyer ve Kim, 2003; Ritchie ve Crouch, 2003; Wongkit ve Mckercher, 2015; Zehrer, Smeral ve Hallman, 2017; Hoz-Correa ve Muñoz-Leiva, 2018
5	Tedaviye ulaşma süresi	Connell, 2006; Horowitz, Rosenweig ve Jones, 2007; Gill ve Singh, 2011; Heung ve Kucukusta, 2013; Hanefeld vd, 2015; Tang ve Lau, 2016; Hoz-Correa ve Muñoz-Leiva, 2018
6	Tedavi fiyatları	Heung, Kucukusta ve Song, 2010; Ye vd., 2012; Sulatana vd., 2014; Han ve Hyun, 2015; Wongkit ve Mckercher, 2015; Hanefeld vd., 2014; Tang ve Lau, 2016; Shahrok ve Kamalabadi, 2016; Fetscherin ve Stephano, 2016; Ganguli ve Ebrahim, 2017; Aydın ve Karamehmet, 2017; Al Talabani vd., 2019
7	Tıbbi ekipman kalitesi	Bookman ve Bookman, 2007; Hunter, 2007; Cormany, 2010; Connel, 2011; Rerkrujipimol ve Assenov, 2011; Gill ve Sing, 2011; Picaso-Oscar, 2013 Beladi vd., 2015
8	Hastane/tedavinin akreditasyonu	Smith ve Forgione, 2007; Turner, 2011; Heung, Kucukusta ve Song, 2011; Wongkit ve Mckercher, 2015; Lunt, Horsfall ve Hanefeld, 2015; Henson, Guy ve Dotson, 2015; John ve Larke, 2016; Ganguli ve Ebrahim, 2017;
9	Doktorların yetkinliği	Connel, 2006; Horowitz, Rosenweig ve Jones, 2007; Glinos vd., 2010; Khan ve Alam, 2014; Mukherjee, 2016; Shahrokh vd., 2017; Dökme, Yağar ve Parlayan, 2018; Al Talabani vd., 2019
10	Sağlık çalışanlarının yetkinliği	Kotler, Shalowitz ve Stevens, 2008; Tütüncü, Kiremitçi ve Çalışkan, 2011; Debata vd., 2015; Wongkit ve Mckercher, 2015; Manaf vd., 2015; John ve Larke, 2016; Shahrokh vd., 2017; Roy vd., 2017
11	Hastane/kliniğin yetkinliği	Crooks vd., 2010; Glinos vd., 2010; Debata vd., 2015; Manaf vd., 2015; Kara, 2016; Shahrokh vd., 2017; Roy vd., 2017; Dökme, Yağar ve Parlayan, 2018
12	Tedavi kalitesi	Bookman ve Bookman, 2007; McKinsey, 2008; Hopkins vd., 2010; Connel, 2011; Levary, 2011; Lunt, Horsfall ve Hanefeld, 2015; Mukherjee, 2016; Fetscherin ve Stephano, 2016
13	Hasta takip hizmetleri	Horowitz, Rosenweig ve Jones, 2007; Smith ve Forgione, 2007; Crooks vd., 2010; Mason ve Wright, 2011; Todd, 2012; Wongkit ve Mckercher, 2015; Henson, Guy ve Dotson, 2015; Fetscherin ve Stephano, 2016
14	Aracı kuruluşlar	Crooks vd., 2010; Gan ve Frederick, 2011; Snyder vd., 2011; Connell, 2011; Lunt, Horsfall ve Hanefeld, 2015; Henson, Guy ve Dotson, 2015; Shahrokh vd., 2017
15	Tatil yapma olanağı	Connel, 2006; Lee ve Spisto, 2007; Henson, Guy ve Dotson, 2015; Fetscherin ve Stephano, 2016; Zehrer, Smeral ve Hallman, 2016
16	Turistik ürün fiyatları	Connel, 2011; Sultana, Haque, Momen ve Yasmin, 2014; Fetscherin ve Stephano, 2016; Zehrer, Smeral ve Hallman,

		2017;
17	Misafirperverlik	Kozak ve Rimmington, 1999; Dwyer ve Kim, 2003; Gomezelj ve Mihalic, 2007; Zhou vd., 2015; Fetscherin ve Stephano, 2016; Zehrer, Smeral ve Hallman, 2017;
18	Kültürel ve doğal çekicilikler	Kozak ve Rimmington, 1999; Gomezelj ve Mihalic, 2007; Lee ve Spisto, 2007; Connel, 2011; Sánchez ve López, 2015; Zhou vd., 2015; Henson, Guy ve Dotson, 2015; Perna, Custódio ve Oliveira, 2018
19	Yeme-içme olanakları	Kozak ve Rimmington, 1999; Connel, 2011; Todd, 2012; Lunt, Horsfall ve Hanefeld, 2015; Zhou vd., 2015; Fetscherin ve Stephano, 2016; Johne ve Larke, 2016; Shahrokh vd., 2017;
20	Konaklama işletmeleri	Kozak ve Rimmington, 1999; Connel, 2006; Lee ve Spisto, 2007; Lunt, Horsfall ve Hanefeld, 2015; Henson, Guy ve Dotson, 2015; Heung, Kucukusta ve Song, 2010; John ve Larke, 2016; Tontuş, 2018; Fetscherin ve Stephano, 2016;
21	Tedavi-tur paketleri	Connel, 2006; Todd, 2012; Chuang vd., 2014; Henson, Guy ve Dotson, 2015; Mukherjee, 2016; Fetscherin ve Stephano, 2016;
22	Destinasyona yönelik devlet politikası	Dwyer ve Kim, 2003; Enright ve Newton, 2005; Crouch, 2011; Pocock ve Phua, 2011; Runnels ve Carrera, 2012; Chuang vd., 2014; Lunt, Horsfall ve Hanefeld, 2015; Tang ve Lau, 2017; Shahrokh vd., 2017; Aydın ve Karamehmet, 2017
23	Ülkeler arası anlaşmalar	Hopkins vd., 2010; Hall, 2011; Connel, 2011; Alvarez, Chanda ve Smith, 2011 Lunt, Horsfall ve Hanefeld, 2015; Cohen, 2015;
24	Tıbbi etiğe uygunluk	Bookman ve Bookman, 2007; Kotler, Shalowitz ve Stevens, 2008; Reed, 2008; Thomas, 2008; Lunt ve Carrera, 2010; Chuang vd., 2014; Lunt, Horsfall ve Hanefeld, 2015; Cohen, 2015; Gönenç, 2016
25	Reklam ve tanıtım faaliyetleri	Kotler, Shalowitz ve Stevens, 2008; Crooks vd., 2010; Heung, Kucukusta ve Song, 2010; Todd, 2012; Miličević, Mihalič ve Sever, 2016; Shahrokh vd., 2017
26	Bilişim teknolojilerinin kullanımı	Buhalis ve Law, 2008; Kotler, Shalowitz ve Stevens, 2008; Crooks vd., 2010; Pocock ve Phua, 2011; Mason ve Wright, 2011; Henson, Guy ve Dotson, 2015; Ganguli ve Ebrahim, 2017; Roy vd., 2017; Sarı ve Kozak, 2005
27	Ulusal/yerel turizm örgütlerinin etkinliği	Ritchie ve Crouch, 2003; Dwyer ve Kim, 2003; Enright ve Newton, 2005; Heung, Kucukusta ve Song, 2010; Aliu vd., 2016
28	Destinasyon vizyonu	Ritchie ve Crouch, 2003; Dwyer ve Kim, 2003; Enright ve Newton, 2005; Lunt, Horsfall ve Hanefeld, 2015; Aliu vd., 2016; Roy vd., 2017; Akbolat ve Deniz, 2017
29	Rakip destinasyonların analizi	Enright ve Newton, 2005; Ritchie ve Crouch, 2011; Zehrer, Smeral ve Hallman, 2017; Perna, Custódio ve Oliveira, 2018

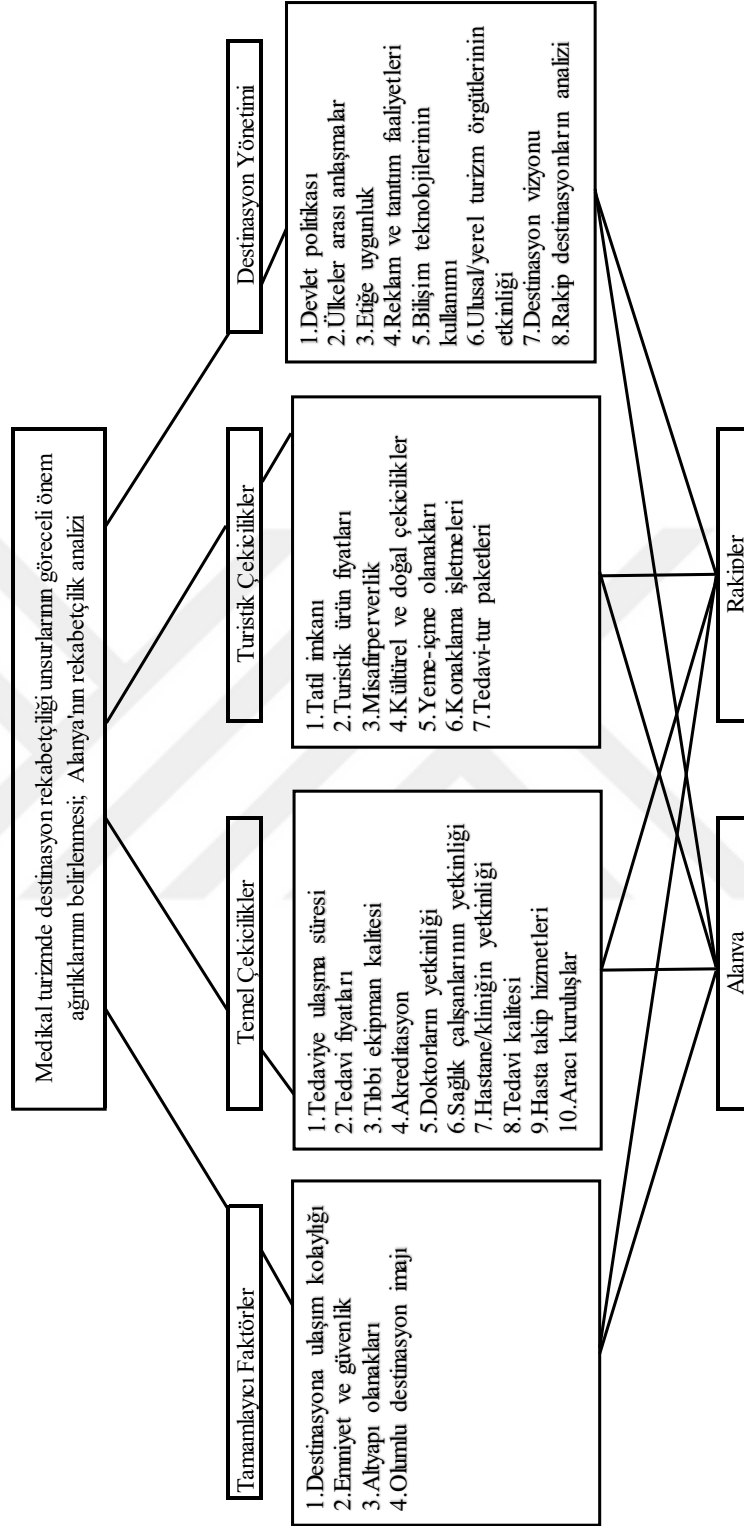
Elde edilen soru formlarındaki ifadeler uzmanlardan alınan görüş ve öneriler ışığında son hali verilmiş ve bir sonraki başlıkta detayları verilen hiyerarşik yapı oluşturulmuştur.

3.5.2. Hiyerarşik Yapının Oluşturulması

Daha önce Analitik Hiyerarşi Süreci başlığı altında da belirtildiği üzere faktörler arasındaki ikili kıyaslamaların gerçekleştirilebilmesi için, öncelikle faktörlerin belli özelliklere göre sınıflandırılması gerekmektedir. Böylece hiyerarşik yapıyı

biçimlendiren öncelikle faktör grupları, ardından her bir grubu temsil eden faktör başlıkları oluşmaktadır. Bu çalışmada, Uzman Görüşleri Doğrultusunda Medikal Turizmde Destinasyon Rekabetçiliğini Belirleyen Faktörler adlı tabloda (Tablo 25) yer alan faktörler sınıflandırmaya tabi tutularak Şekil 16'daki hiyerarşi yapı oluşturulmuştur. Bu sınıflandırma yapılırken öncelikle ortak bir özellik bakımından birbirine yakın olan faktörler bir araya toplanmıştır ve ardından her bir grup için birer faktör tanımlaması getirilmiştir. Böylece hiyerarşik yapının amacı, faktör başlıkları ve her bir faktör başlığının alt faktörleri oluşturarak hiyerarşik yapının ikinci ve üçüncü seviyeleri ortaya çıkmıştır.





Şekil 16: Medikal Turizmde Destinasyon Rekabetçiliğinin Belirlenmesine Yönelik Hiyerarşik Yapı

Yapıda Alanya ve Rakipler olmak üzere dördüncü bir seviyenin yer aldığı da görülmektedir. Ancak bu yapının diğer dört seviyeli hiyerarşik yapı örneklerinden temel farklılığı, bir alternatif seçimi yani ilgili faktörler açısından en rekabetçi destinasyonun belirlenmesi değil, Alanya'nın rakiplere göre rekabetçi konumunun belirlenmesidir. Bu nedenle hiyerarşinin dördüncü seviyesinde yalnızca Alanya ve Rakipler olarak iki alternatif yer almaktadır. Burada söz konusu olan rakipler Alanya'nın hedef pazarlarıyla benzer pazarlara hitap eden, Alanya'da ön plana çıkan tedaviler açısından Alanya'dan daha çok tercih edildiği düşünülen ve turistik çekicilikler bakımından Alanya ile benzerliği bulunan destinasyonlardır.

Hiyerarşik yapının da oluşturulmasıyla elde edilen soru formları ikili karşılaştırma tekniğine uygun olarak, Mayıs 2019-Ağustos 2020 tarihleri aralığında Alanya bölgesindeki medikal turizm paydaşlarına uygulanmıştır.

3.5.3. Katılımcıların Alanya'yı Tercih Eden Medikal Turistlere İlişkin Bazı Değerlendirmeleri

Çalışmanın bu aşamasında Analitik Hiyerarşi Sürecinin uygulanabilmesi için katılımcılara ikili kıyaslamalara ilişkin bir soru formu verilmiştir. İlgili formda katılımcılardan, Alanya'yı tercih eden medikal turistlere ilişkin ve kendileri ile ilgili bazı bilgiler istenmiştir.

Öncelikle Analitik Hiyerarşi Sürecinde amacın, medikal turizmde destinasyon rekabetçiliğini belirleyen faktörlerin, konunun uzmanları tarafından değerlendirilmesini sağlamak (Crouch, 2005) olduğu unutulmamalıdır. Bu nedenle sürecin başarısı açısından katılımcılar iki temel kritere göre belirlenmiştir: katılımcıların medikal turizm paydaşı olarak orta ve üst düzey yönetici pozisyonda olmaları ve medikal turizm konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmaları (Hsu vd., 2015: 794). Bu ölçütlere göre belirlenen ve görüşülen katılımcılara ilişkin bilgiler Tablo 26'da verilmektedir.

Tablo 26: Katılımcılara İlişkin Bilgiler

Katılımcı	Meslek	Tecrübe (yıl)
K1	Akademisyen	15
K2	Aracı Kuruluş Yöneticisi	8
K3	Doktor	21
K4	Konaklama İşletmesi Yöneticisi	30
K5	Akademisyen	15
K6	Diş Hekimi	12
K7	Aracı Kuruluş Yöneticisi	22
K8	Sağlık Kuruluşu Yöneticisi	15
K9	Akademisyen	5
K10	Diş Hekimi	28
K11	Doktor	26
K12	Diş Hekimi	35
K13	Aracı Kuruluş Yöneticisi	28
K14	Akademisyen	27

Meslek gruplarına göre incelendiğinde katılımcıların akademisyen, diş hekimi, doktor, aracı kuruluş yöneticisi, konaklama işletmesi yöneticisi, sağlık kurumu yöneticisi ve mesleklerinde en az beş yıl deneyime sahip olan kişilerden oluştuğu görülmektedir. Bu kişiler arasında TURSAF ve ALSTUD Yönetim Kurulu Üyeleri de bulunmaktadır.

Tablo 27: Katılımcıların Hastalara İlişkin Değerlendirmeleri

Yurt dışında tedavi olma nedeni	Frekans	Yüzde
*Sigorta kapsamı dışında kalan tedaviler	9	64,3
Kendi ülkesinde olmayan tedaviler	5	35,7
Gizlilik ve mahremiyet ihtiyacı	0	0
Toplam	14	100
Alanya'yı tercih etme nedeni	Frekans	Yüzde
Aile ve arkadaş tavsiyeleri	4	28,6
*Daha önce tedavi gören hasta deneyimleri	7	50,0
Aracı kuruluş tavsiyeleri	1	7,1
Kendi doktorunun tavsiyeleri	0	0
Kendi sağlık deneyimleri	2	14,3
Toplam	14	100

Katılımcılar, hastaların daha çok kendi ülkelerinde sağlık sigortaları tarafından karşılanmayan tedaviler için yurt dışında tedavi olmaya yönelindiklerini belirtmiştir. Bununla ilgili olarak medikal turizm uzmanlarının önemle üzerinde durdukları husus ise bu grup medikal turistlerin Alanya'ya kendi isteklerinden doğan ve acil olmayan tedaviler için seyahat ettikleridir. Uzmanlara göre bu durum Alanya'da tercih edilen

tedavi türlerinin çoğunlukla dış tedavileri ve estetik uygulamalar alanlarında yoğunlaşmasına sebep olmaktadır. Bu durum Tablo 28’de gösterilmektedir.

Ayrıca katılımcıların Alanya’yı medikal turizm destinasyonu olarak tercih eden hastalara ilişkin değerlendirmeleri incelendiğinde hastaların daha önce tedavi görmüş olan hasta deneyimlerini önemsediklerini ve destinasyon seçiminde ağırlıklı olarak bu hususu dikkate aldıklarını ifade etmişlerdir. Bu durum medikal turizmde hasta memnuniyetinin en temel tutundurma yöntemi olduğunu, tanıtım ve reklam çalışmalarının buna göre şekillendirilmesi gerektiğini ve müşteri hizmetleri yönetiminin önemini ortaya koymaktadır. Nitekim bu çalışmanın ilerleyen aşamalarında bu faktörlerin önemini ortaya koyan sonuçlar, bu durumu destekler niteliktedir.

Tablo 28: Katılımcıların Hastaların Geldikleri Ülkeye ve Aldıkları Tedavi Türüne İlişkin Değerlendirmeleri

Alanya’ya en çok hasta gönderen ülkeler	Frekans	Yüzde
İskandinav Ülkeleri	4	28,6
Rusya	5	35,7
Diğer	5	35,7
Toplam	14	100
Hastaların en çok tercih ettikleri tedavi türü	Frekans	Yüzde
Dış tedavileri	11	78,5
Estetik uygulamalar	3	21,5
Toplam	14	100

Tablodan da görüldüğü üzere, Alanya’da ön plana çıkan medikal turizm ürünleri dış ve estetik amaçlı tedavilerden oluşmaktadır. Bu tedavileri almak üzere Alanya’ya en çok hangi ülkeden hasta geldiğine dair medikal turizm uzmanlarının yaptıkları değerlendirme sonucunda Rusya’dan ve Norveç, Danimarka gibi İskandinav Ülkelerin ön plana çıktığı görülmektedir. Bununla birlikte uzmanlar, geçmişte medikal turist yoğunluğunu oluşturan Almanya ve İngiltere ülkelerinin yerini günümüzde Arap ülkeleri, İran ve Türki Cumhuriyetler vatandaşlarına bıraktığını ifade etmişlerdir.

3.5.4. Medikal Turizmde Destinasyon Rekabetçiliğini Belirleyen Faktörlerin Göreceli Önem Ağırlıkları

Faktörlere ilişkin soru formunun ikili kıyaslamalar aşamasında katılımcılardan önce faktör başlıklarını, ardından her bir faktör başlığının alt faktörlerini kıyaslamaları

istenmiştir (Ek 1: İkili Kıyaslamalara ilişkin Soru Formu). Bu aşamada analiz edilen verilere ilişkin bilgiler tablolarda yer almaktadır

Tablo 29: Katılımcıların Destinasyon Rekabetçiliğini Belirleyen Faktörlere Ait Genel Tutarsızlık Oranları

$N=14 / TO \leq 0,1$

Faktör	Tutarsızlık Oranı
Tamamlayıcı Faktörler	0,062
Temel Çekicilikler	0,014
Turistik Çekicilikler	0,01
Destinasyon Yönetimi	0,01

Katılımcılar için hazırlanan soru formlarındaki ikili kıyaslamalara ilişkin bir güvenilirlik analizi olan tutarsızlık oranı, bu çalışmada faktörler bazında ele alınmıştır. Faktörlerin kıyaslanması esnasındaki bazı cevapların bu çalışmada yararlanılan Excel Template (Goepel, 2013) yazılımında tutarsız bulunduğu görülmüştür. Yazılım, özelliği gereği en tutarsız cevapları gözlemleme olanağı sağladığından, ilgili katılımcılara tekrar ulaşılarak tutarsız cevapların gözden geçirilmesi gerekmiş ve programın önerdiği biçimde değiştirilmesinin mümkün olup olmadığı sorulmuştur. Böylece bu çalışmada tutarsızlık oranı sınırı olarak kabul edilen 0,1'in altında bir tutarsızlık oranına ulaşılması mümkün olmuştur. Tutarsızlık oranının hesaplanması ve tutarlılığın artırılmasına ilişkin detaylı bilgi bu çalışmanın Araştırma Yöntemi başlığı altında yer almaktadır. Tablo 29'da yer alan nihai sonuçlara göre, temel faktörlerin ve ardından alt faktörlerin karşılaştırılması aşamasında tüm katılımcılardan elde edilen tutarsızlık oranlarının 0,1'in altında olması dolayısıyla katılımcıların verdiği cevaplar tutarlı olarak kabul edilmiştir.

Tablo 30: Medikal Turizmde Destinasyon Rekabetçiliğini Belirleyen Temel ve Alt Faktörlere Ait Yerel ve Global Önem Ağırlıkları

Temel Faktörler/Alt Faktörler	Yerel Önem Ağırlıkları	Global Önem Ağırlıkları
Tamamlayıcı Faktörler	0,261	0,261
Destinasyona ulaşım kolaylığı	0,204	0,053
Emniyet ve güvenlik	0,329	0,086
Altyapı olanakları	0,219	0,057
Olumlu destinasyon imajı	0,248	0,065
*Temel Çekicilikler	0,426	0,426
Tedaviye ulaşma süresi	0,042	0,018
Tedavi fiyatları	0,089	0,038
Tıbbi ekipman kalitesi	0,101	0,043
Hastane/tedavinin akreditasyonu	0,051	0,022
*Doktorların yetkinliği	0,232	0,098
Sağlık çalışanlarının yetkinliği	0,047	0,020
Hastane/kliniğin yetkinliği	0,093	0,040
Tedavi kalitesi	0,208	0,089
Hasta takip hizmetleri	0,086	0,037
Aracı kuruluşlar	0,052	0,022
Turistik Çekicilikler	0,158	0,158
Tatil imkânı	0,106	0,017
Turistik ürün fiyatları	0,148	0,023
Misafirperverlik	0,063	0,010
Kültürel ve doğal çekicilikler	0,135	0,021
Yeme-içme olanakları	0,116	0,018
Konaklama işletmeleri	0,145	0,022
Tedavi-tur paketleri	0,286	0,045
Destinasyon Yönetimi	0,155	0,155
Devlet politikası	0,086	0,013
Ülkeler arası anlaşmalar	0,086	0,013
Tıbbi etiğe uygunluk	0,100	0,015
Reklam ve tanıtım faaliyetleri	0,201	0,031
Bilişim teknolojileri kullanımı	0,156	0,024
Ulusal/yerel turizm örgütlerinin çalışmaları	0,116	0,018
Destinasyon vizyonu	0,143	0,022
Rakip destinasyonların analizi	0,112	0,017

Tablodan da görüleceği üzere AHS analizinde iki farklı faktör yükü oluşmaktadır. İlk olarak katılımcıların ikili kıyaslama sonucu yerel önem ağırlıkları (local weights) oluşmakta, her bir alt faktörün yapıdaki diğer tüm alt faktörlere nazaran taşıdığı göreceli önem ağırlığı ise global önem ağırlıkları (global weights) şeklinde sunulmaktadır (Saaty, 1987: 165). Global önem ağırlığı, alt faktörün almış olduğu yerel ağırlık değeri ile ait olduğu ana faktörün almış olduğu ağırlık değerinin çarpılması ile hesaplanmaktadır (Erbaş ve Perçin, 2016: 83). Bu hesaplamanın

önemi, her bir alt faktörün bütün yapı içerisindeki önem derecesinin; dolayısıyla öncelik sırasının belirlenmesidir.

Öncelikle yerel önem ağırlıkları açısından bir sıralama yapmak gerekirse ana faktörlerin öncelik değerlerine baktığımızda; temel çekiciliklerin (0,426) diğer faktörlere kıyasla oldukça önemli görüldüğü gözlemlenmektedir. Bu durum benzer çalışmalara ait sonuçlarla örtüşmektedir. AHS çalışmalarının büyük kısmında ürünün temel bileşenlerini oluşturan faktörün en yüksek önem değerlerini aldığı gözlemlenmektedir (Crouch, 2011; Das ve Mukherjee, 2008; Erbaş ve Perçin, 2016). Bu durum aynı zamanda hiyerarşik yapının ve yapıdaki faktörlerin doğru biçimde sınıflandırıldığı ve adlandırıldığı da bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Yine yapıda temel çekicilikler faktörünün en önemli alt faktörü doktorların yetkinliği (0,232) ve tedavi kalitesi (0,208) olarak belirlenmiştir. Diğer ana faktörler sırasıyla tamamlayıcı faktörler (0,261), turistik çekicilikler (0,158) ve destinasyon yönetimi (0,155) olarak önemli görülmüştür. Tamamlayıcı faktörler içerisinde en önemli alt faktör emniyet ve güvenlik (0,329); turistik çekicilikler içerisinde tedavi tur paketleri (0,286) ve destinasyon yönetimi içerisinde reklam ve tanıtım faaliyetleri (0,201) en önemli alt faktörler olarak belirlenmiştir.

Ancak tüm yapı içerisindeki faktör yüklerini oluşturan alt faktörlerin global ağırlıklarına bakıldığında tabloda Alanya’da medikal turizmde en önemli görülen rekabetçilik faktörlerinin bir sıralamasının elde edildiği görülmektedir. Bu sıralamaya göre yine en önemli alt faktörün doktorların yetkinliği (0,098), ikinci sırada tedavi kalitesi (0,089), onu takiben emniyet ve güvenlik (0,086), olumlu destinasyon imajı (0,065) ve alt yapı olanakları (0,057) alt faktörlerinin ilk beş içerisinde yer aldığı gözlemlenmektedir. Destinasyona ulaşım kolaylığı (0,053), tedavi-tur paketleri (0,045), tıbbi ekipman kalitesi (0,043), hastane/kliniğin yetkinliği (0,040) ve tedavi fiyatları (0,038) da yapıdaki diğer önemli faktörler arasında yer almaktadır. Bu sonuçlardan yola çıkarak medikal turizmde destinasyon rekabetçiliğini belirleyen en önemli faktörlerin Temel Çekicilikler ve Tamamlayıcı Faktörler altında toplandığı söylenebilir.

3.5.5. Medikal Turizmde Destinasyon Rekabetçiliğini Belirleyen Faktörlerin Göreceli Başarım Ağırlıkları

İkili kıyaslama çalışmasının üçüncü bölümünde medikal turizm uzmanlarından, Alanya'nın performansının değerlendirilmesi istenmiştir. Bu nedenle katılımcıların öncelikle medikal turizmde Alanya'nın rakibi olarak bir destinasyon belirlemeleri ve kıyaslamayı buna göre yapmaları gerekmiştir. Buna göre 11 uzman Alanya için rakip destinasyon olarak İstanbul'u ve 3 uzman Antalya'yı belirlemişlerdir. Ancak burada esas olan destinasyonlar arasında en rekabetçi olanı bulmak değil, Alanya'nın rekabetçi konumunu tespit etmek olduğundan, hiyerarşik yapının dördüncü seviyesi olan alternatifler kısmındaki ikili karşılaştırmalardan yalnızca bir başarıml değerlendirme aşaması olarak yararlanılmıştır. Uzmanlar, belirledikleri destinasyon karşısında Alanya'yı değerlendirmiş, dolayısıyla bu aşamada Alanya'nın rakipleri karşısında başarılı ve başarısız bulunduğu faktörler belirlenmiştir.

Tablo 31: Alanya'ya ve Rakip Destinasyonlara Ait Yerel ve Global Başarım Ağırlıkları

Sayı	Temel Faktörler/Alt Faktörler	Alanya Yerel Başarım Ağırlıkları	Alanya Global Başarım Ağırlıkları	Rakipler Yerel Başarım Ağırlıkları	Rakipler Global Başarım Ağırlıkları
	Tamamlayıcı Faktörler	0,202	0,202	0,798	0,798
1	Destinasyona ulaşım kolaylığı	0,167	0,033	0,833	0,664
2	Emniyet ve güvenlik	0,679	0,137	0,321	0,256
3	Altyapı olanakları	0,249	0,050	0,751	0,599
4	Olumlu destinasyon imajı	0,617	0,124	0,383	0,305
	Temel Çekicilikler	0,197	0,197	0,803	0,803
5	Tedaviye ulaşma süresi	0,335	0,065	0,665	0,533
6	Tedavi fiyatları	0,597	0,117	0,403	0,323
7	Tıbbi ekipman kalitesi	0,219	0,043	0,781	0,627
8	Hastane/tedavinin akreditasyonu	0,202	0,039	0,798	0,640
9	Doktorların yetkinliği	0,216	0,042	0,784	0,629
10	Sağlık çalışanlarının yetkinliği	0,308	0,060	0,692	0,555
11	Hastane/kliniğin yetkinliği	0,176	0,034	0,824	0,661
12	Tedavi kalitesi	0,187	0,036	0,813	0,652
13	Hasta takip hizmetleri	0,414	0,081	0,586	0,470
14	Aracı kuruluşlar	0,235	0,046	0,765	0,614
	*Turistik Çekicilikler	0,585	0,585	0,415	0,415
15	Tatil imkânı	0,730	0,427	0,270	0,112
16	Turistik ürün fiyatları	0,679	0,397	0,321	0,133
17	*Misafirperverlik	0,793	0,463	0,207	0,085
18	Kültürel ve doğal çekicilikler	0,432	0,252	0,568	0,235
19	Yeme-içme olanakları	0,316	0,184	0,684	0,283
20	Konaklama işletmeleri	0,543	0,317	0,457	0,189
21	Tedavi-tur paketleri	0,370	0,216	0,630	0,261
	Destinasyon Yönetimi	0,282	0,282	0,718	0,718
22	Devlet politikası	0,323	0,091	0,677	0,486
23	Ülkeler arası anlaşmalar	0,354	0,099	0,646	0,463
24	Tıbbi etiğe uygunluk	0,588	0,165	0,412	0,295
25	Reklam ve tanıtım faaliyetleri	0,283	0,079	0,717	0,514
26	Bilişim teknolojilerinin kullanımı	0,184	0,051	0,816	0,585
27	Ulusal/yerel turizm örgütlerinin etkinliği	0,307	0,086	0,693	0,497
28	Destinasyon vizyonu	0,282	0,079	0,718	0,515
29	Rakip destinasyonların analizi	0,365	0,102	0,635	0,455

Uzman değerlendirmelerinden elde edilen sonuçlara göre Alanya'nın rakipleri karşısında başarılı görüldüğü tek temel faktörün *turistik çekicilikler* (0,585) olduğu gözlemlenmiştir. Ancak bir önceki başlıkta yer alan önem ağırlıklarına bakıldığında bu faktörün medikal turizm rekabetçiliğinde düşük önem değerine sahip olduğu unutulmamalıdır. Turistik çekicilikler faktörünün alt faktörleri olan misafirperverlik (0,463), tatil imkânı (0,427), turistik ürün fiyatları (0,397), kültürel ve doğal çekicilikler (0,252) ve konaklama işletmeleri (0,317) alt faktörleri, Alanya'nın

rakipleri karşısında öne çıktığı ve onlardan daha başarılı olduğu faktörler olarak değerlendirilmiştir. Bununla birlikte aynı faktör içerisindeki yeme-içme olanakları (0,184) ve tedavi-tur paketleri (0,216) alt faktörleri açısından Alanya'nın rakiplerinin gerisinde kaldığı görülmektedir. Ayrıca Tamamlayıcı Faktörler, Temel Çekicilikler ve Destinasyon Yönetimi ve bunların tüm alt faktörleri açısından Alanya'nın rakiplerinin gerisinde kaldığı değerlendirilmiştir.

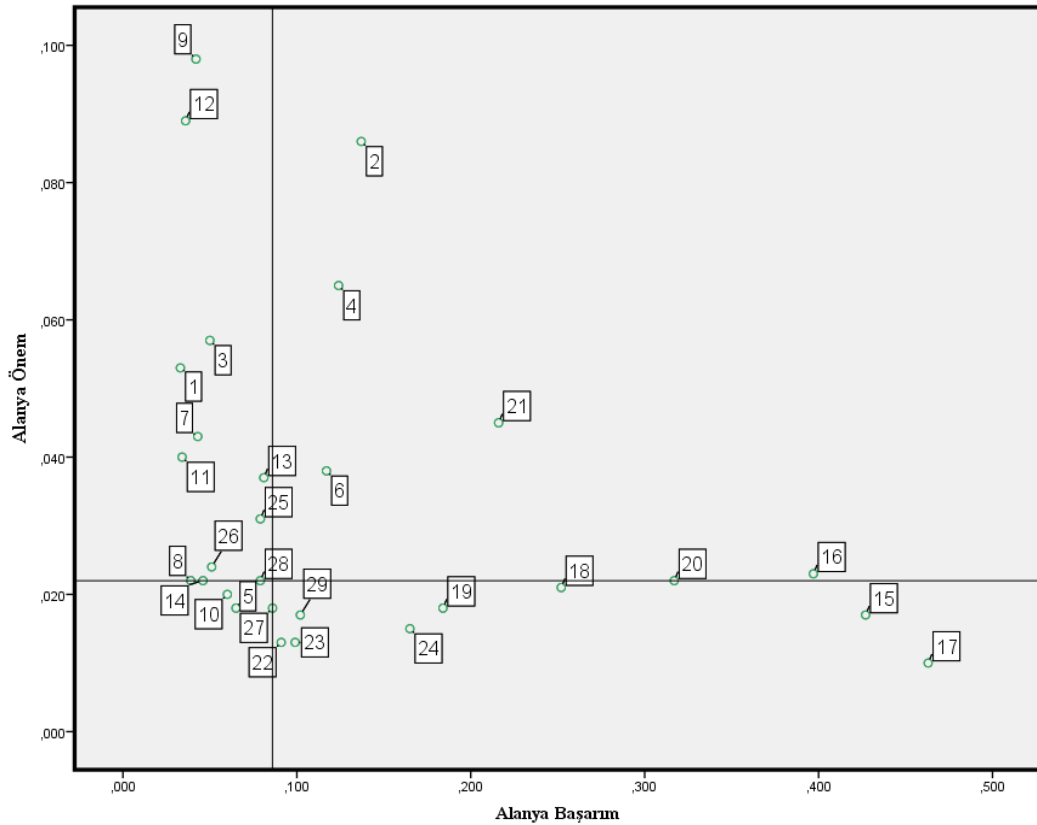
3.5.6. Önem Başarım Analizi ile Destinasyon İhtiyaçlarının Tespiti

AHS analizi ile elde edilen ağırlıklar, her bir faktörün önem ve başarım değerlerine göre Tablo 32'te yer almaktadır.

Tablo 32: Analitik Hiyerarşi Sürecine Göre Alt Faktörlerin Önem ve Başarım Ağırlıkları

Faktör Sayısı	Temel Faktörler/Alt Faktörler	Alanya Global Önem Ağırlıkları	Alanya Global Başarım Ağırlıkları
	Tamamlayıcı Faktörler	0,261	0,202
1	Destinasyona ulaşım kolaylığı	0,053	0,033
2	Emniyet ve güvenlik	0,086	0,137
3	Altyapı olanakları	0,057	0,050
4	Olumlu destinasyon imajı	0,065	0,124
	Temel Çekicilikler	0,426	0,197
5	Tedaviye ulaşma süresi	0,018	0,065
6	Tedavi fiyatları	0,038	0,117
7	Tıbbi ekipman kalitesi	0,043	0,043
8	Hastane/tedavinin akreditasyonu	0,022	0,039
9	Doktorların yetkinliği	0,098	0,042
10	Sağlık çalışanlarının yetkinliği	0,020	0,060
11	Hastane/kliniğin yetkinliği	0,040	0,034
12	Tedavi kalitesi	0,089	0,036
13	Hasta takip hizmetleri	0,037	0,081
14	Aracı kuruluşlar	0,022	0,046
	*Turistik Çekicilikler	0,158	0,585
15	Tatil imkânı	0,017	0,427
16	Turistik ürün fiyatları	0,023	0,397
17	*Misafirperverlik	0,010	0,463
18	Kültürel ve doğal çekicilikler	0,021	0,252
19	Yeme-içme olanakları	0,018	0,184
20	Konaklama işletmeleri	0,022	0,317
21	Tedavi-tur paketleri	0,045	0,216
	Destinasyon Yönetimi	0,155	0,282
22	Devlet politikası	0,013	0,091
23	Ülkeler arası anlaşmalar	0,013	0,099
24	Tıbbi etiğe uygunluk	0,015	0,165
25	Reklam ve tanıtım faaliyetleri	0,031	0,079
26	Bilişim teknolojilerinin kullanımı	0,024	0,051
27	Ulusal/yerel turizm örgütlerinin etkinliği	0,018	0,086
28	Destinasyon vizyonu	0,022	0,079
29	Rakip destinasyonların analizi	0,017	0,102

Tablodan elde edilen sonuçlar, uzmanların medikal turizmde en önemli gördüğü alt faktörlerin ana faktörler olan Temel Çekicilikler ve Tamamlayıcı Faktörler başlıkları altında toplandığını göstermektedir. Ancak Alanya'nın en önemli faktörler olarak belirlenen bu öğeler açısından başarımları incelendiğinde, rakiplerinin gerisinde kaldığı gözlemlenmektedir. Ayrıca önem ağırlıkları düşük olmakla birlikte Alanya Turistik Çekicilikler ve Destinasyon Yönetimi faktörleri açısından rakiplerinden daha başarılı görülmektedir. Aşağıda bu sonuçların yorumlanmasında objektiflik ve kolaylık sağlaması açısından yararlanılan Önem-Başarım Matrisi yer almaktadır. Önem-Başarım Matrisi 29 maddeden oluşan alt faktörlerin önem ve başarımları ile oluşturulmuştur.



Şekil 17: Uzman Değerlendirmelerinin Önem Başarım Matrisinde Konumlandırılması

Çalışmanın yöntem kısmında belirtildiği üzere Önem-Başarım Analizinde matrislerin oluşturulabilmesi için ortalama ya da medyan hesaplamalarından yararlanılmaktadır. Bu çalışmada SPSS 20 Paket Programında ÖBA matrislerinin elde edilebilmesi için,

bu kesişme noktası Martilla ve James (1977: 79) tarafından önerilen medyan olarak belirlenmiştir (başarım, medyan: 0,086; önem medyan: 0,022).

Matrise göre Alanya, emniyet ve güvenlik (2), olumlu destinasyon imajı (4), tedavi fiyatları (6), turistik ürün fiyatları (16), konaklama işlemleri (20) ve tedavi-tur paketleri (21) açısından başarılı bulunmaktadır. Bu faktörler matriste “korunması gerekli alanlar” kısmında ortaya çıkmaktadır. Buna göre Alanya'nın hem tedavi açısından hem de turistik ürünler açısından uygun fiyat sunması, medikal turizm uzmanları tarafından korunması gerekli bir alan olarak görülmektedir. Aynı şekilde özellikle rakipler olarak belirlenen Antalya ve İstanbul karşısında, imajının daha olumlu görüldüğü bir destinasyon olduğu değerlendirilmiştir.

Matriste tedaviye ulaşma süresi (5), sağlık çalışanlarının yetkinliği (10) ve ulusal/yerel turizm örgütlerinin etkinliği (27) faktörlerinin düşük önceliğe sahip olmakla birlikte Alanya'nın bu faktörler açısından başarısız bulunduğu gözlemlenmektedir. Esasen çalışmanın ilerleyen kısımlarında tespit edildiği üzere, destinasyon vizyonu konusunda başarısız bulunan Alanya'nın, ulusal ve yerel turizm örgütlerinin etkin çalışmalarıyla bu vizyonda ilerleme kaydetmesi yüksek ihtimaldir. Dolayısıyla bir destinasyonun medikal turizmde vizyon eksikliğinin, ulusal ve yerel turizm örgütlerinin etkin çalışmalarıyla bertaraf edilebileceğini ya da destinasyon vizyonunun geliştirilmesiyle birlikte turizm örgütlerinin etkinliğinin artacağını ve bu faktörlerden birinin başarısız olmasının diğerinde de başarısızlığa neden olacağını söylemek yanlış olmayacaktır.

Matriste yer alan diğer hücre olası aşırılıkları ifade etmektedir. Bu matriste Alanya destinasyonunun rekabetçiliği açısından önemsiz ancak yüksek başarımlı gösterdiği faktörler tatil imkânı (15), misafirperverlik (17), kültürel ve doğal çekicilikler (18), yeme-içme olanakları (19), Devlet politikası (22), ülkeler arası anlaşmalar (23), tıbbi etiğe uygunluk (24) ve rakip destinasyonların analizi (29) olarak belirlenmiştir. Burada en dikkat çekici husus, etiğe uygun bir medikal turizm hizmet açısından Alanya'nın İstanbul ve Antalya'ya göre daha başarılı bulunmasıyla birlikte; bu faktörün medikal turizmde diğer faktörlere göre düşük öneme sahip olduğunun değerlendirilmesidir. Bu husus oldukça ilginçtir; çünkü çalışmanın destinasyon ihtiyaçları için işlevsel gerekliliklerin belirlenmesi aşamasında, tedavi kalitesinin

güçlendirilmesi için geliştirilen öneriler arasında etik değerlere uygun bir hizmet sunumunun gerçekleşmesi yer almaktadır (Tablo 35). Buradan çıkarılacak yorum, medikal turizm yöneticilerinin Alanya’da etik hizmet sunumuna verdikleri önemin diğer faktörlere göre düşük olması; ancak tedavi kalitesinin geliştirilebilmesi için yine bu faktörün güçlendirilmesinin gerektiğini düşünmeleri olabilir.

Son olarak ÖBA matrisinde yoğunlaşılması gereken alanlarda oluşan alt faktörler destinasyona ulaşım kolaylığı (1), altyapı olanakları (3), tıbbi ekipman kalitesi (7), doktorların yetkinliği (9), hastane/kliniğin yetkinliği (11), tedavi kalitesi (12), hasta takip hizmetleri (13), reklam ve tanıtım faaliyetleri (25) ve bilişim teknolojilerinin kullanımı (26) olarak belirlenmiştir. Bu sonuç önceki başlıklarda Temel Çekicilikler ve Tamamlayıcı Faktörler isimli faktörlerin ve bunların alt faktörlerinin yüksek önem ve düşük başarımların bir sonucudur. Ayrıca akreditasyon (8), aracı kuruluşlar (14) ve destinasyon vizyonu (28) matriste düşük öncelikli alanlar ile yoğunlaşılması gereken alanlar arasında konumlandığından, bu faktörlerin çalışmada yoğunlaşılması gereken faktörler olarak değerlendirilmesi uygun görülmüş, böylece Alanya için toplamda 12 adet destinasyon ihtiyacı tespit edilmiştir.

Tablo 33: Önem-Başarım Analizi Sonucu Tespit Edilen Destinasyon İhtiyaçları

Sayı	Faktör	Faktör No	Önem Ağırlığı	Başarım Ağırlığı
1	Destinasyona ulaşım kolaylığı	1	0,053	0,033
2	Altyapı olanakları	3	0,050	0,050
3	Tıbbi ekipman kalitesi	7	0,043	0,043
4	Hastane/tedavinin akreditasyonu	8	0,022	0,039
5	Doktorların yetkinliği	9	0,098	0,042
6	Hastane/kliniğin yetkinliği	11	0,040	0,034
7	Tedavi kalitesi	12	0,089	0,036
8	Hasta takip hizmetleri	13	0,037	0,081
9	Aracı kuruluşlar	14	0,022	0,046
10	Reklam ve tanıtım faaliyetleri	25	0,031	0,079
11	Bilişim teknolojilerinin kullanımı	26	0,024	0,051
12	Destinasyon vizyonu	28	0,022	0,079

Alanya bölgesinde daha önce Analitik Hiyerarşi Süreci aşamasında görüşülen medikal turizm uzmanlarından randevular alınarak, önem ve başarımlarına göre tespit edilen bu destinasyon ihtiyaçları ile ilgili çözüm önerileri geliştirmeleri istenmiş ve elde edilen öneriler bir sonraki başlıkta değerlendirilmiştir. Görüşlerine başvurulmuş medikal turizm uzmanlarına ilişkin detaylı bilgiye Tablo 26.’dan ulaşılabilir.

3.5.7. Destinasyon İhtiyaçlarını Karşılamaya Yönelik İşlevsel Gerekliliklerin Tespiti

Çalışmanın Araştırma Yöntemi başlığında ifade edildiği üzere, bu çalışmada tüketici ihtiyaçları, destinasyon ihtiyaçları olarak ifade edilmektedir. Destinasyon ihtiyaçlarının tespiti ise AHS analizi ile elde edilen ağırlıklardan yararlanılarak Önem-Başarımlar Analizi ile sağlanmıştır. ÖBA ile destinasyon ihtiyaçları tespit edildikten sonra, aynı uzman görüşlerinden yararlanılarak kalite evinin üçüncü aşaması olan İşlevsel Gereklilikler belirlenmiştir.

Medikal turizm paydaşları ile gerçekleştirilen görüşmeler neticesinde Alanya'nın rakipleri karşısında güçsüz olduğu belirlenen faktörlere dair tüm çözüm önerileri Tablo 34'te verilmektedir.

Tablo 34: Uzmanların Destinasyon İhtiyaçlarını Karşılamaya Yönelik Geliştirdikleri Çözüm Önerileri

Sayı	Destinasyon İhtiyaçları	Çözüm Önerileri
1	Destinasyona ulaşım kolaylığı	Gazipaşa Havalimanı yurtdışı direk uçuş ve güzergâh sayısının artırılması
2	Altyapı olanakları	Çarpık kentleşmenin önüne geçilmesi Şehir içi ve şehirlerarası ulaşımında raylı sistemlerin kurulması Çevre yolu düzenlemeleriyle şehir içi trafik yoğunluğunun azaltılması Kültürel aktivite ve cazibe merkezlerinin artırılması
3	Tıbbi ekipman kalitesi	Ekipman alımlarında devlet desteğinin artırılması
4	Hastane/tedavinin akreditasyonu	Hastane/kliniklerin akreditasyon konusunda farkındalığının artırılması Akreditasyon konusundaki devlet desteklerinden yararlanan hastane/klinik sayısının artırılması Akreditasyonun zorunlu hale gelmesi
5	Doktorların yetkinliği	Yeni tedavi yöntemlerinin yakından takip edilmesi Akademik çalışmaların artırılması Tam teşekküllü bir devlet/şehir hastanesinin açılması yoluyla akademisyen doktorların bölgeye çekilmesi
6	Hastane/kliniğin yetkinliği	Belli grup hastanelerin destinasyona çekilmesi
7	Tedavi kalitesi	Birinci basamak sağlık ocaklarının/aile hekimliğinin güçlendirilerek hastane/kliniklerde hasta yoğunluğunun azaltılması Etik değerlere uygun sağlık hizmeti sunumunun gerçekleşmesi
8	Hasta takip hizmetleri	Hastane/kliniklerin müşteri ilişkileri yönetimi birimleri kurmaları Hastane/kliniklerde MİY çalışmalarının güçlendirilmesi Hasta kayıtlarının etkin biçimde tutulması ve tedavi sonrası iletişimin sürdürülmesi Sağlık kuruluşlarının ve acentelerin yurt dışı ofisler kurması Kalite yönetimi uygulamalarının geliştirilmesi
9	Aracı kuruluşlar	Alanya'daki sağlık turizmi yetki belgeli seyahat acentası sayısının artırılması Yurt dışındaki sigorta şirketleri ve aracı kuruluşlar ile anlaşmaların yapılması
10	Reklam ve tanıtım faaliyetleri	Alanya'nın sağlık ve turizm açısından devlet destekli bütüncül tanıtımlarının yapılması Sağlık hizmetlerinde tanıtım yasaklarının belli ölçülerde esnetilmesi Hedef pazarlara yönelik tanıtım fuarlarına katılımın artırılması Memnun ayrılan hastaların forumlara olumlu yorumlarını yazmalarının sağlanması
11	Bilişim teknolojilerinin kullanımı	Muayene ve röntgen gibi verilerin hasta gelmeden önce alınıp hastanın kalış süresinin kısaltılması Destinasyon web siteleri içeriklerinin kullanışlı hale getirilmesi Hastane/kliniklerin bilişim departmanlarının oluşturulması/bilişim uzmanlarının istihdamı Online muayene ve takip sistemlerinin oluşturulması
12	Destinasyon vizyonu	Destinasyonda medikal turizm paydaşlarının tamamını temsil eden bir örgütün kurulması Medikal turizm farkındalığının geliştirilmesine yönelik toplantılar, organizasyonlar, çalışmalar yapılması Tüm paydaşlar tarafından medikal turizmde ortak ve sürdürülebilir bir vizyon oluşturulması Destinasyonun profesyonel bir SWOT analizinin yapılması

Yapılan görüşmelerde her bir destinasyon ihtiyacı için geliştirilen öneriler, matriste yer alacak biçimde sadeleştirilmiştir. Bu aşamada, önerilen çözümlerin bazılarının birden fazla ihtiyacı karşılayabilecek nitelikte olduğu gözlenmiştir. Bu nedenle bu öneriler belli ifadeler altında toplanmış; böylece destinasyonun ortaya konan ihtiyaçlarına cevap verebileceği düşünülen toplamda 23 adet işlevsel gereklilik elde edilmiştir. Uzman görüşleri neticesinde bir önceki aşamada tespit edilen destinasyon ihtiyaçları ve bu ihtiyaçları gidermek üzere yine uzmanlar tarafından geliştirilen işlevsel gereklilikler arasındaki ilişkiler bir sonraki başlıkta incelenmektedir.

3.5.8. Medikal Turizmde Destinasyon Rekabetçiliğinin Güçlendirilmesine Yönelik Kalite Evinin Kurulması

Araştırma Yöntemi başlığında da ifade edildiği üzere bu çalışmanın temel yöntemi Kalite Fonksiyon Yayılımıdır. Kalite evi ise yöntemin bir uygulaması olup, yönteme ilişkin verilerin bir matris ya da matrisler üzerinde hesaplanması ve nihayetinde ürün veya hizmet ile ilgili öneriler geliştirilmesini mümkün kılmaktadır.

Bu çalışmada kalite evinin oluşturulabilmesi için öncelikle, soru kâğıdında yer alacak rekabetçilik faktörleri belirlenmiş; ardından Alanya açısından her bir faktöre ilişkin önem ve başarımlar değerleri hesaplanmış; böylece kalite evinin temel gerekliliği olan destinasyon ihtiyaçları ortaya konmuştur. Ortaya konan destinasyon ihtiyaçlarına yönelik çözüm önerileri geliştirilmiş, bu öneriler sadeleştirilerek işlevsel gerekliliklere dönüştürülmüştür. İşlevsel gerekliliklerin de belirlenmesiyle kalite evinin kurulumu tamamlanmıştır.

Bu kurulumun ardından Alanya'nın bir medikal turizm destinasyonu olarak ihtiyaç duyduğu rekabetçilik faktörleri (destinasyon ihtiyaçları) ve faktörler için geliştirilen çözüm önerileri (işlevsel gereklilikler) değerlendirilmiş ve bu değerlendirmeler kalite evinde oluşan matrisler üzerinde gösterilmiştir (Şekil 18). Bu değerlendirmelerin hesaplanması sonucu ise matriste her bir işlevsel gerekliliğe ait önem puanı, önem yüzdesi ve önem sıralaması oluşmuştur. Burada yüksek önem puanına sahip olduğu belirlenen işlevsel gerekliliklerin birbiri arasındaki ilişki ise kalite evinin çatısında değerlendirilmiştir. Böylece destinasyon rekabetçiliğine en yüksek düzeyde katkıda bulunacak olan işlevsel gerekliliklerin belirlenmesi mümkün olmaktadır (Erbaş ve

Perçin, 2016: 88). Bu değerlendirmeler aşamasında da aynı medikal turizm uzmanlarıyla (Tablo 26) görüşülmüş; ancak uzmanların bir kısmı bu aşamada yer almamış ve nihayetinde görüş bildirmeyi kabul eden 8 medikal turizm uzmanının değerlendirmeleriyle matris hesaplamaları yapılmıştır.

Matris değerlendirmesinin ilk aşamasında daha önceden belirlenen işlevsel gerekliliklerin her bir destinasyon ihtiyacını karşılama dereceleri belirlenmektedir. Böylece, ortaya konan işlevsel gerekliliklerin Alanya'nın medikal turizmde destinasyon rekabetçiliğini sağlamada ne derece etkili olduğunun bir sağlaması elde edilmektedir. Buna göre eğer rekabetçiliği güçlendirmek üzere geliştirilmiş bir işlevsel gereklilik, destinasyon ihtiyaçlarını karşılamada güçlü bir etkiye sahipse matriste 9, orta derecede bir etkiye sahipse 3 ve zayıf bir etkiye sahip ise 1 olarak işaretleme yapılmaktadır. Eğer destinasyon ihtiyacı ile geliştirilen işlevsel gereklilik arasında herhangi bir ilişki yoksa bu durumda, matrisin ilgili kısmı boş bırakılmaktadır (Das ve Mukherjee, 2008: 338; Govers, 1996: 580). Ancak birden fazla katılımcının her bir ilişkiye verdikleri değer birbirinden farklı olması nedeniyle, matriste en sık tekrar edilen değer (modal value) gösterilmiş ve ağırlık hesaplamaları buna göre yapılmıştır (Das ve Mukherjee, 2008: 338). Bu matris, kalite evinin orta kısmında oluşmaktadır.

İşlevsel gerekliliklerin önem puanları hesaplanırken, uzmanların her bir işlevsel gerekliliğe verdiği ilişki puanları, bunların yer aldığı satırlara karşılık gelen müşteri isteklerinin önem dereceleri ile çarpılarak birikimli toplamları alınmaktadır. Böylece mutlak teknik önem değerleri elde edilmiş olmaktadır (Chan ve Wu, 2005; Das ve Mukherjee, 2008; Govers, 1996). Diğer bir yaklaşıma göre ise bu hesaplama destinasyon ihtiyaçlarının önem ağırlıklarının yüzde değerlerinin, işlevsel gerekliliklerin ağırlıklarıyla çarpımı sonucu elde edilmektedir. Bu yaklaşımdan yola çıkıldığında, ilgili değerlerin hesaplanmasının ardından, her bir işlevsel gerekliliğin mutlak önem ağırlığı, önem ağırlıkları toplamına bölünerek yüzde önem dereceleri (önem yüzdesi) elde edilmektedir. Böylece, destinasyon rekabetçiliğine en yüksek düzeyde katkıda bulunacak teknik gereksinimlerin yüzde değerler açısından belirlenmesi sağlanmaktadır (Erbaş ve Perçin, 2016).

Bu çalışmada her iki yaklaşıma dayalı hesaplamalar yapılmış; ancak işlevsel gerekliliklerin destinasyon ihtiyaçlarını gidermedeki önem sıralamalarında iki teknik arasında önemli değişikliklerin oluşmadığı gözlemlenmiştir. Bu nedenle matris hesaplamalarında kolaylığı sağlamak açısından önem ağırlıkları tercih edilmiştir.

Sembol	Derece	İlişki
●	9	Güçlü
○	3	Orta
△	1	Zayıf

Sembol	Derece	İlişki
●	5	Güçlü Pozitif
○	3	Orta Pozitif
△	1	Zayıf Pozitif
#	-5	Güçlü Negatif
□	-3	Orta Negatif
x	-1	Zayıf Negatif

Destinasyon İhtiyaçları	Önem Ağırlıkları	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
1) Destinasyona ulaşım kolaylığı	0,053	○																				
2) Altyapı olanakları	0,05	○																				
3) Tıbbi ekipman kalitesi	0,043																					
4) Hastane/tedavinin akreditasyonu	0,022																					
5) Doktorların yetkinliği	0,098																					
6) Hastane/liniğin yetkinliği	0,04																					
7) Tedavi kalitesi	0,089																					
8) Hasta takip hizmetleri	0,037																					
9) Aracı kuruluşlar	0,022																					
10) Reklam ve tanıtım faaliyetleri	0,031																					
11) Bilgi teknolojilerinin kullanımı	0,024																					
12) Destinasyon vizyonu	0,022																					
Önem Puanı		0,477	0,45	0,61	0,15	1,29	2,04	2,04	0,561	1,49	2,04	2,04	0,65	1,61	0,331	0,279	0,279	0,279	0,279	0,279	0,279	0,279
Önem Yüzdesi		2,779	2,6	3,35	0,888	7,47	11,8	11,8	3,24	8,62	11,81	11,81	3,76	9,32	2,32	2,32	2,32	2,32	2,32	2,32	2,32	2,32
Önem Sıralaması		10	11	6	17	4	1	1	7	3	1	1	5	2	12	12	14	14	12	12	12	12
İşlevsel Gereklilikler																						
Gazipaşa Havalimanı yurt dışı direk uçuş ve güzergah sayısının artırılması	●																					
Çarpık kentsel gelişimin önüne geçilmesi	●																					
Şehir içi ve şehirtarası ulaşım olanaklarının iyileştirilmesi	○																					
Kültürel aktivite ve cazibe merkezlerinin artırılması	○																					
Hastane/kliniklerin ekipman alimlerinde devletin desteğinin artırılması	○																					
Akreditörlük olan hastane/klinik sayısının artırılması	●																					
Tam teşekküllü bir devlet/şehit hastanesinin açılması	●																					
Belli grup hastanelerin destinasyona geçilmesi	●																					
Doktorların akademik gelişimlerine ve eğitimlerine katkıların artırılması	●																					
Alanya'da sağlık serbest bölgesi kurulması	●																					
Birinci basamak sağlık ocaklarının/ile hakimliğinin güçlendirilmesi	○																					
Sağlık hizmet sunumunun etik değerlere uyg. biçimde gerçekleştirilmesi	○																					
Hastane/kliniklerin ve acentelerin yurt dışı ofisler kurması	○																					
Hastane/kliniklerde Müşteri İlişkileri Yönetim departmanlarının oluşturulması	○																					
Sağlık turizmi yetki belgesi seyahat acentesinin sayısının artırılması	○																					
Yurt dışındaki sigorta şirketleri ve aracı kuruluşlarla anlaşmaların yapılması	○																					
Alanya'nın medikal turizmde devlet desteğiyle bütüncül tanıtımların yapılması	○																					
Sağlık hizmetlerinde tanıtım yasalarının belli ölçülerde esnetilmesi	○																					
Hastane/kliniklerde bilişim uzmanlarının istihdamı	○																					
Web sitelerini içeriklerinin kullanışlı hale getirmesi	○																					
Online muayene ve takip sistemlerinin oluşturulması	○																					
Medikal turizm paydaşlarının tamamını temsil eden bir yönetim örgütünün kurulması	○																					
Medikal turizmde ortak ve sürdürülebilir bir destinasyon vizyonu oluşturulması	○																					

Şekil 18: Destinasyon Rekabetçiliğinin Güçlendirilmesine İlişkin Kalite Evi

Çalışma sonucu Destinasyon Rekabetçiliğinin Güçlendirilmesine ilişkin Kalite Evinde ortaya çıkan bulgulara göre (Şekil 18) Alanya'nın medikal turizmde destinasyon rekabetçiliğini güçlendirecek en önemli işlevsel gerekliliklerin akredite olan hastane/klinik sayısının artırılması, Alanya'da sağlık serbest bölgesi kurulması, sağlık hizmeti sunumunun etik değerlere uygun biçimde gerçekleşmesi, belli grup hastanelerin destinasyona çekilmesi, hastane/kliniklerin ekipman alımlarında devlet desteğinin artırılması ve birinci basamak sağlık ocaklarının/aile hekimliğinin güçlendirilmesi olduğu gözlemlenmektedir. Kalite Evinde Destinasyon İhtiyaçlarını Karşılamaya Yönelik İşlevsel Gerekliliklere ait Önem Ağırlıkları ve Sıralamasını gösteren Tablo 35'te ayrıca şehir içi ve şehirlerarası ulaşım olanaklarının iyileştirilmesi, tam teşekküllü bir devlet/şehir hastanesinin açılması, destinasyon web siteleri içeriklerinin kullanışlı hale getirilmesi, yurt dışındaki sigorta şirketleri ve aracı kuruluşlarla anlaşmaların yapılması ve Gazipaşa Havalimanı yurtdışı direk uçuş ve güzergâh sayısının artırılması gibi faktörlerin de destinasyonun rekabetçiliğini güçlendirmede önemli görüldüğü ortaya çıkmaktadır.

Medikal turizmde destinasyon rekabetçiliğini güçlendirmede en düşük önem puanına sahip olan gereklilikler ise Alanya'nın medikal turizmde devlet destekli bütüncül tanıtımlarının yapılması, sağlık hizmetlerinde tanıtım yasaklarının belli ölçülerde esnetilmesi, hastane/kliniklerde bilişim uzmanlarının istihdamı, online muayene ve takip sistemlerinin oluşturulması ve kültürel aktivite ve cazibe merkezlerinin artırılması olarak belirlenmiştir. Burada reklam ve tanıtım hususunun geri planda kalması, çalışmanın önceki bölümlerinde medikal turizm uzmanlarının, hastaların Alanya'yı medikal turizm destinasyonu olarak tercih ederken, daha önce tedavi gören hasta deneyimlerinden etkilendiklerini değerlendirmeleriyle (Tablo 37) örtüşmektedir. Dolayısıyla Alanya'nın medikal turizmde rekabetçiliğini güçlendirmesinde en önemli koşulların başında doktorların yetkinliği ve tedavi kalitesi gibi temel faktörlerin geldiğinin bir kez daha altının çizilmesi gerekmektedir. Bu durum rekabetçiliği etkileyen en önemli faktörlerin Temel Çekicilikler başlığı altında toplanması ve rekabetçiliği güçlendirmede ortaya konan en önemli işlevsel gerekliliklerin de bu faktörün alt başlıklarına yönelik olması sonucuyla uyum sağlamaktadır.

Ayrıca Alanya'nın rakipleri karşısında en güçlü görüldüğü faktörün Turistik Çekicilikler olduğu hususu unutulmamalıdır. Buna nedenle altyapı sorununa yönelik olarak geliştirilen kültürel aktivite ve cazibe merkezlerinin artırılması hususundaki önerinin önem puanının diğer önerilere göre düşük olması şaşırtıcı değildir.

Tablo 35: Kalite Evinde Destinasyon İhtiyaçlarını Karşılamaya Yönelik İşlevsel Gerekliliklere Ait Önem Ağırlıkları ve Sıralaması

Sayı	Öneri	Önem Ağırlığı	Önem Sırası
1	Gazipaşa Havalimanı yurtdışı direk uçuş ve güzergâh sayısının artırılması	0,48	10
2	Çarpık kentleşmenin önüne geçilmesi	0,45	11
3	Şehir içi ve şehirlerarası ulaşım olanaklarının iyileştirilmesi	0,61	6
4	Kültürel aktivite ve cazibe merkezlerinin artırılması	0,15	17
5	Hastane/kliniklerin ekipman alımlarında devlet desteğinin artırılması	1,29	4
6	Akredite olan hastane/klinik sayısının artırılması	2,04	1
7	Tam teşekküllü bir devlet/şehir hastanesinin açılması	0,56	7
8	Belli grup hastanelerin destinasyona çekilmesi	1,49	3
9	Doktorların akademik çalışmalara ve güncel eğitimlere katılımlarını artırması	2,04	1
10	Alanya'da sağlık serbest bölgesi kurulması	2,04	1
11	Birinci basamak sağlık ocaklarının/aile hekimliğinin güçlendirilmesi	0,65	5
12	Sağlık hizmeti sunumunun etik değerlere uygun biçimde gerçekleşmesi	1,61	2
13	Hastane/kliniklerin ve acentelerin yurt dışı ofisler kurması	0,4	12
14	Hastane/kliniklerde müşteri ilişkileri yönetimi departmanlarının oluşturulması	0,4	12
15	Sağlık turizmi yetki belgeli seyahat acentası sayısının artırılması	0,31	14
16	Yurt dışındaki sigorta şirketleri ve aracı kuruluşlarla anlaşmaların yapılması	0,53	9
17	Alanya'nın medikal turizmde devlet destekli bütüncül tanıtımlarının yapılması	0,28	15
18	Sağlık hizmetlerinde tanıtım yasaklarının belli ölçülerde esnetilmesi	0,28	15
19	Hastane/kliniklerde bilişim uzmanlarının istihdamı	0,22	16
20	Web siteleri içeriklerinin kullanışlı hale getirilmesi	0,55	8
21	Online muayene ve takip sistemlerinin oluşturulması	0,22	16
22	Medikal turizm paydaşlarının tamamını temsil eden bir yönetim örgütünün kurulması	0,48	10
23	Medikal turizmde ortak ve sürdürülebilir bir destinasyon vizyonu oluşturulması	0,35	13

Tablo 36 çalışmada ortaya konan ve önem puanları nedeniyle en önemli görülen İşlevsel Gerekliliklerin birbirlerini etkileme biçimini göstermektedir. Bu ilişki kalite evinin çatısındaki matriste yer almaktadır (Şekil 18) ve bu matriste çalışma sonucu ilk beş sırada yer alan işlevsel gereklilikler arasındaki ilişkiler değerlendirilmektedir.

Tablo 36: Kalite Evinde İşlevsel Gerekliliklerin İlişkilendirilmesi

İşlevsel Gereklilikler	İşlevsel Gereklilikler	İlişki
Akredite olan hastane/klinik sayısının artırılması	Sağlık hizmeti sunumunun etik değerlere uygun biçimde gerçekleşmesi Hastane/kliniklerin ekipman alımlarında devlet desteğinin artırılması	Güçlü Pozitif Güçlü Pozitif
Alanya’da sağlık serbest bölgesi kurulması	Hastane/kliniklerin ekipman alımlarında devlet desteğinin artırılması Belli grup hastanelerin destinasyona çekilmesi Akredite olan hastane/klinik sayısının artırılması	Güçlü Pozitif Güçlü Pozitif Güçlü Pozitif
Doktorların akademik çalışmalara ve güncel eğitimlere katılımlarını artırması	Sağlık hizmeti sunumunun etik değerlere uygun biçimde gerçekleşmesi Birinci basamak sağlık ocaklarının/aile hekimliğinin güçlendirilmesi	Orta Pozitif Zayıf Pozitif

Kalite evinin çatı matrisindeki hesaplamaların amacı, işlevsel gereklilikler arasındaki ilişkinin belirlenmesi ve bir işlevsel gerekliliğin diğerine olası etkilerinin tespit edilmesidir. Buradaki temel husus, uygulamaya geçecek olan bir işlevsel gerekliliğin diğer bir işlevsel gerekliliğin gerçekleşmesine olumlu ya da olumsuz etkisinin olup olmadığının belirlenmesidir. Dolayısıyla Alanya’nın destinasyon ihtiyaçlarını giderecek olan işlevsel gerekliliklere yapılacak yatırımların belirlenmesinde ve uygulanmasında bu ilişkilerin göz önünde bulundurulması önerilmektedir. Örneğin; Tablo 36’da gösterildiği biçimde, Alanya’da bir sağlık serbest bölgesi kurulması durumunda, bu bölgelerde kurulacak olan hastane ve kliniklerin ekipman alımlarında devlet desteğinin artabileceği öngörülmektedir. Aynı şekilde sağlık serbest bölgesi kurulması Alanya’ya belli grup hastanelerin çekilmesinin de önünü açabilecektir. Yine sağlık serbest bölgesinde kurulacak olan hastane ve kliniklerin uluslararası medikal turizm pazarına hitap edecek olması nedeniyle akreditasyon belgesi almada daha istekli olacakları böylece Alanya’da akredite olan hastane ve klinik sayısının artacağı öngörülmektedir.

Benzer şekilde akredite olan hastane ve klinik sayısının artırılması, diğer bir çözüm önerisi olan tıbbi etiğe uygun hizmet sunumu ve ekipman alımında devlet desteğinin artırılmasını da mümkün kılacaktır. Yine doktorların yetkinliğini dolayısıyla tedavi kalitesini artırmada en önemli gereklilik olan doktorların akademik çalışmalara ve kendi alanlarındaki güncel eğitimlere katılımlarını artırmaları, sağlık hizmeti sunumunun etik değerlere uygun biçimde gerçekleşmesini de sağlayacaktır. Burada

üzerinde önemle durulması gereken diğer husus, birinci basamak sağlık hizmeti faaliyeti olan aile hekimliğinin güçlendirilmesidir. Bu hizmet güçlendirildiğinde yerel hastalardan oluşan hastane yüklerinin azalacağı; böylece doktorların kendi çalışmaları ve eğitimleri için daha fazla zamana sahip olacakları önerilmektedir. Dolayısıyla Alanya'nın destinasyon rekabetçiliğini güçlendirmede ön plana çıkan işlevsel gerekliliklerin başında akredite olan kuruluş sayısının artırılması, doktorların yetkinliklerini artıracak eğitimlere ve çalışmalara katılımlarını artırması ve Alanya'da bir sağlık serbest bölgesi kurulmasının geldiği; önceliğin bu alanlarda yapılacak yatırımlara verilmesiyle diğer destinasyon ihtiyaçlarının karşılanmasının da önünün açılacağı görülmektedir.

SONUÇ

Alan yazını detaylı biçimde incelendiğinde Alanya'nın medikal turizmde mevcut durumunu ortaya koymak üzere yapılan bu denli kapsamlı bir çalışmaya rastlanmamış olması ve çalışmanın doğrudan medikal turizm sektörüne katkı sağlamak amacıyla tasarlanmış olması bu çalışmanın önemini ortaya koymaktadır. Çalışma, Alanya'da daha önce incelenmemiş önemli bir alternatif turizm ürünü olan medikal turizmin sektör yapısını, sektör paydaşlarını, ön plana çıkan ürün bileşenlerini ve karar alıcıların gözünden Alanya'nın güçlü ve güçsüz yönlerini ortaya koymaktadır. Ancak çalışma, yalnızca Alanya'nın medikal turizmde mevcut durumu incelemekle kalmamakta; aynı zamanda bu alandaki güçsüz yönlerin geliştirilmesine ve rekabetçiliğin güçlendirilmesine yönelik bir yol haritası da sunmaktadır. Hem sağlık hem de turizm sektörü yöneticileriyle, yerel yöneticilerle ve akademisyenlerle yapılan görüşmeler esnasında bu kişilerin konunun incelenmesinden duydukları memnuniyet, görüş bildirmedeki isteklilikleri ve ortaya konan stratejilerin kendileri tarafından belirlenmekte olması gibi hususlar, stratejilerin gerçekleştirilmesi aşamasında bir koordinasyonun oluşmasını mümkün kılacaktır. Nitekim yöneticilerle yapılan görüşmeler sonucu, etkin bir destinasyon vizyonunun geliştirilmesi hususunun önem sıralamasında diğer faktörlere oranla düşük puan almasına rağmen, Alanya'da tüm paydaşları bir araya toplayan bir medikal turizm çatısının oluşturulması açısından oldukça önemli olduğu ifade edilmiştir. Çünkü etkili bir medikal turizm gelişimi paydaşlar arasında koordinasyon, eşgüdüm ve iş birliği ile mümkündür (Ulaş ve Anadol, 2016). Bunun sağlanabilmesi için ise çalışmada görüşlerine başvuru alan özellikle Alanya Tanıtım Vakfı (ALTAV), Alanya Turistik İşletmeciler Derneği (ALTİD), Alanya Sağlık Turizmi Derneği (ALSTUD) ve Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Bünyesinde kurulan Sağlık Turizmi Araştırma ve Uygulama Merkezi (SATUMER) gibi kuruluşlara büyük görevler düşmektedir. Bu kuruluşlar arasındaki ilişkilerin güçlendirilmesinin ve

medikal turizm sektörünün tüm paydaşlarını temsil eden bir kimliğe bürünmelerinin oldukça kritik role sahip olacağı, görüşmeler esnasında kendi beyanlarıyla da ortaya konmuştur. Böylece Alanya'nın medikal turizmde rekabetçiliğini güçlendirecek stratejilere yönelik adımların devlet politikasında yer almasını sağlayabilecek nitelikte ve inisiyatifi yüksek olan bir destinasyon yönetimi mümkün olacaktır.

Bununla birlikte çalışma sonuçlarını daha net biçimde değerlendirebilmek adına, bahsedilen çalışma amaçlarından yola çıkılarak öncelikle medikal turizm kavramının genel bir değerlendirmesinin yapılması gerekmiştir. Çünkü medikal turizm ile ilgili bilgilere ulaşmak için sağlık turizmi, tıp turizmi ve medikal turizm kavramlarından oluşan oldukça geniş bir alan yazını taramasına ihtiyaç duyulmaktadır. Daha önce de belirtildiği üzere, alan yazını incelendiğinde tıp turizminin ve medikal turizmin aynı anlamda kullanıldığı ve uluslararası hasta hareketliliğinden doğan bir turizm türü olduğu kabul edilmektedir. Buna göre bu çalışmada da incelendiği biçimde medikal turizm, uluslararası hastaların tedavi olmak ve beraberinde, tedavi türüne göre değişmekle birlikte, turistik ürünlerden de yararlanmak üzere başka ülkelere yaptıkları seyahatlerden oluşmaktadır. Sağlık turizmi ise SPA-Wellness, termal turizm, ileri yaş ve engelli turizmi ve medikal turizmi içerisinde barındıran bir üst sınıfı ifade etmektedir.

Bir destinasyon rekabetçiliği çalışması olması nedeniyle bu çalışmada, medikal turizm destinasyonlarının ve medikal turizmde hasta gönderen ülkelerin sağlık sistemleri, medikal turizm arzı ve medikal turizm talebi açısından pek çok özelliğinin irdelenmesine ihtiyaç duyulmuştur. Bu nedenle medikal turizm kavramının netleştirilmesinin ardından geçmişte medikal turizm seyahatlerinin yönüne ve günümüz dünyasında medikal turizmde hasta alan ve hasta gönderen ülkelere ilişkin bazı bilgiler derlenmiştir. Ancak tam da burada ülkelerin medikal turizmde hasta kabul eden ihracatçı ülkeler ve hasta gönderen ithalatçı ülkeler olarak net biçimde ayrışması mümkün görünmemiştir. Çünkü bazı ülkeler, örneğin sağlık sigorta sistemlerinin kapsadığı tedavilerin sınırlı olması ya da tedavi fiyatlarının yüksek oluşu gibi nedenlerle yurt dışına hasta gönderirken; gelişmiş tıbbi olanakları nedeniyle yurt dışından hasta da alabilmektedir. Dolayısıyla bir ülkenin hasta alan ya da hasta gönderen ülke olmasının, medikal turistlerin ihtiyaç duyduğu tedavi türüne,

kendi ülkelerindeki sağlık sisteminin özelliklerine ve demografik özelliklerine göre şekillendiği görülmektedir. Bununla birlikte sağladıkları kaliteli hizmet, uygun fiyatlar ve kısa bekleme süreleri gibi çekicilikler nedeniyle özellikle gelişmekte olan bazı ülkelerin medikal turizmde hasta alan ülkeler olarak ön plana çıktığı; dolayısıyla bazı araştırma şirketlerinin verilerine dayanarak popüler medikal turizm destinasyonları olarak anıldığı görülmektedir. Bu aşamada ise medikal turizm verilerinin güvenilirliği ile ilgili tartışmaların olduğu gözlemlenmiş ve medikal turist sayılarının ve medikal turizm gelirlerinin abartılı rakamlardan oluştuğuna dair görüşlere rastlanmıştır. Dolayısıyla Alanya'nın rekabetçiliğini güçlendirmeye yönelik ilerleyen çalışmalarda bu hususun göz önünde bulundurularak, medikal turizm talebinin özelliklerinin detaylı biçimde incelenmesi önem arz etmektedir.

Medikal turizmde rekabetçiliği tartışabilmek için ise medikal turizm, bu çalışmada öncelikle pazarlama karması unsurları açısından değerlendirilmiştir. Böylece bir ürün olarak medikal turizmin içeriği; fiyatlandırılması ve bu fiyatların medikal turistler üzerindeki etkisi; medikal turizm ürününün dağıtımında sigorta şirketlerinin, seyahat acentalarının, hastane ve kliniklerin yurt dışı ofislerinin ve diğer aracı kuruluşların rolleri ve medikal turizm ürününün tanıtımı ve tanıtımda etik ile ilgili konuların tartışılması mümkün olmuştur. Ayrıca medikal turizm özellikle doktorlar ve sağlık çalışanlarından oluşan insan faktörü açısından değerlendirilmiştir. Nitekim çalışmanın sonuçlarında medikal turizmde rekabetçiliğin en önemli faktörü olarak doktorların yetkinliği hususunun ön plana çıktığı görülmektedir. Beraberinde medikal turizmde fiziksel kanıtlar, özellikle tıbbi ekipman kalitesi açısından değerlendirilmiş ve çokça tartışılan akreditasyon konusu, medikal turizmde süreç başlığı altında değerlendirilmiştir. Böylece çalışma sonuçlarının değerlendirilebilmesi açısından gerekli bilgi altyapısının sağlanması mümkün olmuştur. Dolayısıyla medikal turizmin pazarlama karması elemanları açısından ayrıca incelenmesinin ne denli önemli olduğu bir kez daha anlaşılmıştır.

Bu çalışma Alanya'nın medikal turizmde destinasyon rekabetçiliğinin belirlenmesine yönelik bir takım amaçlar içerdiğinden, çalışmada destinasyon rekabetçiliği ve medikal turizmde destinasyon rekabetçiliği kavramları ve modelleri detaylı olarak analiz edilmiştir. Özellikle medikal turizmde rekabetçilik modellerinin destinasyon

seçiminde temel çekicilik unsuru olarak tedavi kalitesi, doktorların yetkinlikleri ve hastane ve kliniklerin yetkinlikleri gibi faktörlere benzer hususları ön plana çıkardıkları görülmüştür (Cormany, 2010; Fetscherin ve Stephano, 2016; Heung, Kucukusta ve Song, 2010; Smith ve Forgione, 2007). Böylece medikal turizmde destinasyon rekabetçiliğini belirlemesi açısından alan yazınında sıklıkla tekrar edilen tüm faktörlerin ortaya konması mümkün olmuştur. Bu şekilde elde edilen faktörler çalışmanın önceki bölümlerinde detaylı biçimde bahsedildiği üzere Kapsam Geçerlik Analizi sonucunda daha genel ve temsil gücü yüksek ifadelerle dönüştürülmüştür. Böylece çalışma yöntemlerinden bir diğeri olan Analitik Hiyerarşi Süreci için gerekli olan hiyerarşik yapı oluşturulmuştur. Hiyerarşik yapı, alan yazınındaki önerilerinden de yararlanılarak Temel Çekicilikler, Tamamlayıcı Faktörler, Turistik Çekicilikler ve Destinasyon Yönetimi olmak üzere dört temel faktör başlığından ve her bir faktör başlığı, içeriğine uygun olarak alt faktörlerden oluşmuştur. Böylece dört faktör başlığından ve yirmi dokuz adet alt faktörden oluşan bir ikili kıyaslamalı soru kâğıdı elde edilmiştir.

İkili kıyaslamalardan oluşan soru kâğıdı Alanya destinasyonunda medikal turizmde faaliyetleri olan yöneticilerden ve akademisyenlerden oluşan 14 kişilik bir uzman grubuyla değerlendirilmiştir. Uzmanlarla yapılan 2 saati aşkın görüşmeler sonucunda medikal turizmde rekabetçiliği belirleyen en önemli faktörlerin Temel Çekicilikler, ardından Tamamlayıcı Faktörler ve bunların alt faktörlerinden oluştuğu gözlemlenmiştir. Önem sıralamasında ilk beş içerisinde yer alması nedeniyle Temel Çekiciliklerin alt faktörlerini oluşturan ‘doktorların yetkinliği’ ve ‘tedavi kalitesi’ medikal turizmde bir destinasyonun rekabetçiliğini belirleyen en önemli faktörler olurken; Tamamlayıcı Faktörler başlığı altındaki ‘olumlu destinasyon imajı’, ‘emniyet ve güvenlik’ ve ‘altyapı olanakları’ diğer en önemli rekabetçilik faktörleri olarak belirlenmiştir.

Bu çalışmada belirlenen medikal turizmde rekabetçilik faktörlerinin genel olarak pek çok destinasyon ihtiyacını ifade ettiği gözlemlense de, her bir rekabetçilik faktörünün önem derecesi medikal turistlerin ihtiyaç duyduğu tedavi türüne, destinasyonun temel özelliklerine ve o destinasyondaki medikal turizm olanaklarına göre değişebilmektedir. Bu nedenle bu çalışmadan elde edilen rekabetçilik faktörlerine ait

ağırlıklar yalnızca Alanya destinasyonu için geçerli olup, başka bir destinasyonun rekabetçiliği belirlenmek istendiğinde faktörlerin önem ağırlıklarının farklılaşacağı unutulmamalıdır. Ancak daha önce de belirtildiği üzere, medikal turizm ürününün temel bileşeninin tedavi ile ilgili hususlardan oluşması nedeniyle, hasta tercihlerindeki en temel motivasyon kaynakları destinasyondaki tedavi koşullarından oluşmaktadır. Bu durum daha önce farklı destinasyonlar özelinde yapılan rekabetçilik çalışmalarının sonuçlarıyla da ortaya çıkmaktadır. Örneğin; Sultana, Haque, Momen ve Yasmin'in (2014) Hindistan'ı medikal turizmde çekici kılan faktörleri ortaya koymak üzere gerçekleştirdikleri çalışmada hizmet kalitesi ve uygun fiyatlar faktörlerinin medikal turizmde destinasyon seçimini etkileyen en önemli faktörlerin başında geldiği görülmüştür. Benzer şekilde Henson, Guy ve Dotson (2015), ABD vatandaşlarının medikal turist olma kararlarındaki en önemli motivasyon faktörlerini incelemiş ve en önemli motivasyon kaynaklarının tedavi kalitesi, geçmişte başarısını kanıtlayan operasyonlar, gizlilik, bekleme süresi ve tedaviyi bir tatille birleştirme isteği olduğunu ortaya koymuşlardır. Medikal turistlerin destinasyon seçimlerinde en önemli faktörlerin tedavi kalitesi, doktorların yetkinliği, tedavi fiyatları ve bekleme süreleri gibi temel çekiciliklerden oluştuğu sonucuna ulaşan diğer bazı çalışmalar (Wongkit ve Mckercher, 2015; Roy, Chatterjee, Bandyopadhyay ve Kar, 2017) da bulunmaktadır. Dolayısıyla medikal turizm uzmanlarının görüşlerinden elde edilen bu çalışmanın sonuçlarında da ortaya çıktığı biçimde, medikal turizm ürününün temel bileşeninin tedavi olanakları ve tedavi kalitesi gibi hususlardan oluştuğu ve hastaların medikal turizm destinasyonu seçimlerinde en çok bu hususlara önem verdikleri görülmektedir. Böylece bu çalışmanın sonuçlarının alan yazınındaki diğer çalışmaları destekler nitelikte olduğu görülmektedir. O halde Alanya, bir medikal turizm destinasyonu olarak rekabetçiliğini güçlendirmek için en çok tedavi olanakları ve kalitesi ile ilgili temel hususları geliştirmelidir.

Bununla birlikte ilgili faktörlerin başarımlarına bakıldığında Alanya'nın yalnızca 'destinasyon imajı'nın diğer destinasyonlardan daha olumlu değerlendirildiği görülmüştür. Burada önemli olan bir husus, çalışmada görüşleri alınan medikal turizm uzmanlarından Alanya'nın sunduğu turistik değerlere ve

medikal turizm ürünlerine benzer özellikteki bir rakip belirlemeleri istendiğinde, uzmanların en yakın rakipler olarak İstanbul'u ve Antalya'yı belirlemiş olmalarıdır. Dolayısıyla Alanya'nın imajının bu destinasyonlara nispeten olumlu görüldüğünün altını çizmek gerekmektedir. Ancak tedavi olanakları ve doktorların yetkinliği gibi temel çekicilikler açısından rakiplerin gerisinde kaldığı değerlendirilmiştir. Nitekim Önem-Başarım Analizi sonucu Alanya'nın medikal turizmde rekabetçiliğini güçlendirmek üzere yoğunlaşması gerekli alanlarda yine bu faktörler ön plana çıkmaktadır. Kalite Fonksiyon Yayılımı aşamasındaki matrislerin oluşturulabilmesi için bu alanlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerinin de çoğunlukla tedavi kalitesini ve doktorların yetkinliğini artırmaya yönelik hususlardan oluştuğu gözlemlenmiştir. Bu faktörlere oranla daha az önemli görülen Turistik Çekicilikler ise, Alanya'nın en başarılı görüldüğü faktör başlığı olmuştur. Katılımcıların belirttiği üzere, medikal turistlerin Alanya'ya çoğunlukla kendi isteklerinden doğan ve acil olmayan diş ve estetik amaçlı tedaviler için geliyor olmaları, Alanya'nın sahip olduğu turistik çekicilikler sebebiyle tedavilerini bir tatil ile birleştirme olanağı sunmaktadır. Nitekim, önceki bölümlerde Cormany'nin (2010) medikal turistlerin destinasyon seçimlerini etkileyen faktörleri ortaya koyduğu modelde de gösterildiği üzere, acil olmamakla birlikte bir takım cerrahi uygulamalara ihtiyaç duyan medikal turistler için ürün bileşeninde konaklama ve yiyecek içecek işletmeleri gibi turistik işletmelerin varlığı ve kalitesi medikal turistleri ikincil derecede ancak önemli ölçüde etkilenmektedirler (Cormany, 2010). Dolayısıyla acil tedavi ihtiyacı içerisinde olan medikal turistler ve bu turistlerin seçtiği destinasyonlardan farklı olarak; Alanya'da medikal turizm ürün bileşenleri içerisinde turistik çekiciliklerin başarılı bulunması bu durumu destekler nitelikte önemli bir bulgudur.

Bütün olarak bakıldığında, çalışmadan elde edilen verilerin analizine göre medikal turizmde rekabetçiliği belirleyen faktörler daha önce belirtilen önem sırasına göre doktorların yetkinliği, tedavi kalitesi, destinasyona ulaşım kolaylığı, altyapı olanakları, tıbbi ekipman kalitesi, hastane/kliniğin yetkinliği, hasta takip hizmetleri, reklam ve tanıtım faaliyetleri, bilişim teknolojilerinin kullanımı, hastane/tedavinin akreditasyonu, aracı kuruluşlar ve destinasyon vizyonu olarak belirlenmiştir. Bu faktörler Kalite Fonksiyon Yayılımının gerektirdiği biçimde Alanya'nın destinasyon

ihtiyaçları olarak nitelendirilmiştir. Bu ihtiyaçlara yönelik geliştirilen çözüm önerilerinin bir özeti olan işlevsel gereklilikler içerisinde Alanya’da sağlık serbest bölgesi kurulması, akredite olan hastane/klinik sayısının artırılması, doktorların akademik çalışmalara ve güncel eğitimlere katılımlarını artırması, sağlık hizmeti sunumunun etik değerlere uygun biçimde gerçekleşmesi, belli grup hastanelerin destinasyona çekilmesi, hastane/kliniklerin ekipman alımlarında devlet desteğinin artırılması ve birinci basamak sağlık ocaklarının/aile hekimliğinin güçlendirilmesi aldıkları puanlar nedeniyle en önemli stratejiler olarak belirlenmiştir.

Bu gerekliliklerin birbiri arasındaki ilişkiye bakıldığında ise belirlenen destinasyon ihtiyaçlarının çoğunluğunun çözümüne en çok olumlu katkıda bulunacak olanların Alanya’da bir sağlık serbest bölgesinin kurulması, akredite olan hastane/klinik sayısının artırılması ve doktorların akademik çalışmalara ve güncel eğitimlere katılımlarını artırması olmuştur. Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre doktorların akademik çalışmalar ve güncel eğitimlerle yetkinliklerini artırması etik hizmet sunumunu, tedavi kalitesini ve hastane/klinik yetkinliği gibi hususları güçlendirecektir. Aynı zamanda hastane ve kliniklerin akreditasyon belgesi almaları tıbbi ekipman alımlarında devlet desteğini artıracak, tedavi kalitesi üzerinde olumlu etkiler sağlayacak ve yine etik hizmet sunumunu güçlendirecektir.

Alanya’da bir sağlık serbest bölgesinin kurulması ise doktor yetkinliği, hastane/klinik yetkinliği, tedavi kalitesi, etik hizmet sunumu gibi pek çok faktörün yanı sıra destinasyona olan uçuş sayısının artmasını sağlayarak destinasyona ulaşım olanaklarını da geliştirebilecektir. Türkiye’de sağlık serbest bölgelerinin kurulması ile ilgili hususlar 6 Haziran 1985 tarihli ve 3218 sayılı Serbest Bölgeler Kanunu ve 2 Kasım 2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile belirlenmektedir (www.resmigazete.gov.tr). 663 Sayılı KHK’nın 49. Maddesine göre ülkemizin sağlık alanında bir cazibe merkezi haline getirilmesi, yabancı sermaye ve yüksek tıbbi teknolojinin ülkeye girişinin hızlandırılması amacıyla sağlık serbest bölgelerinin kurulması ve yönetilmesine dair hususların Bakanlar Kurulunca belirleneceği, hüküm altına alınmıştır (www.mevzuat.gov.tr). Buna göre serbest bölgelerin kurulması için yatırımcılara KDV, SSK primi, kurumlar vergisi gibi vergilerden muafiyet; ucuz

altyapı ve yatırım imkânı sağlanması ve yatırım başvurularında bürokrasinin en aza indirilmesi gibi teşvikler öngörülmektedir (www.satirk.gov.tr). Sağlık Bakanlığının 2013-2017 Stratejik Eylem Planında, 'Sağlık Turizmi Serbest Bölgesi' projesinden bahsedilmesi (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012b) ise Alanya'da bu bölgenin kurulmasında devlet desteğinin de sağlanacağını gösteren olumlu bir gelişmedir. Dolayısıyla Alanya'da kurulacak olan bir sağlık serbest bölgesi altyapı olanakları, tıbbi ekipman kalitesi, reklam ve tanıtım, destinasyon vizyonu ve hasta takip hizmetleri gibi bu çalışma sonucunda ortaya çıkan diğer tüm önemli destinasyon ihtiyaçları için bir çözüm niteliği taşımaktadır.

Medikal turizm uzmanlarının Alanya'ya en çok hangi ülkeden hasta geldiğine dair yaptıkları değerlendirme sonucunda ise Rusya ve İskandinav Ülkelerin ön plana çıktığı; bununla birlikte Arap ülkeleri, İran ve Türkiye Cumhuriyetleri ülke vatandaşlarının sayısının da her geçen gün arttığı ifade edilmiştir. Bu sonuç, çalışmanın birinci bölümünde dünyada medikal turizm hareketlerinin yönünü inceleyen başlıktaki bilgilerle örtüşmektedir. Ek olarak, bu ülke isimlerinin medikal turizmde de ön plana çıkması konusunda ilgili olarak, Alanya'daki yerleşik yabancıların etkisi hususuna değinmekte yarar görülmektedir. Çünkü katılımcılarla yapılan görüşmeler sırasında Alanya'daki yerleşik yabancıların aldıkları sağlık hizmetlerinden memnun oldukları ve bu hizmetleri yakınlarına tavsiye ettikleri ifade edilmiştir. Bunu ortaya koymak üzere daha önce yapılmış çalışmalar da bu hususu destekler niteliktedir (Yazan, Şengül ve Girgin, 2018; Yıldırım, Kavuncubaşı, 2019). Nitekim katılımcıların Alanya'ya gelen hastaların gelme biçimlerini değerlendirmeleri sonucunda hastaların en çok daha önce tedavi gören hastaların deneyimlerinden etkilendikleri görülmektedir. Çünkü daha önce tedavi görmüş olan yerleşik yabancıların ya da medikal turistlerin yakın çevrelerine yaptıkları olumlu tavsiyeler, başka bir ülkede tedavi görmede güven sağlamaktadır. Dolayısıyla, medikal turistlerin Alanya'yı seçme kararlarını etkileyen en önemli tutundurma biçimi olarak, ağızdan ağıza duyurum etkinlikleri üzerinde durulması gerektiği ortaya çıkmaktadır. Bu açıdan medikal turistler, hastane ve klinik web sitelerinde; facebook, instagram, twitter gibi sosyal medya araçlarında ya da yabancılarla ait bazı forum sayfalarında olumlu görüşlerini paylaşmaları konusunda teşvik edilebilir.

Ayrıca daha önce de belirtildiği üzere, uluslararası sağlık hizmeti almak için hazırlanan kişilerin aradıkları en önemli faktörün güven duygusu olması nedeniyle bu kişilere sağlık kuruluşunun sahip olduğu akreditasyon belgeleri; sağlık profesyonellerinin bilimsel çalışmaları, aldıkları ödüller ve öne çıkan makaleleri gibi somut unsurların yine web sitelerinde sunumu da önem kazanmaktadır.

Bu çalışma, bir mal ya da hizmetin rekabetçiliğini sistemsal biçimde ve gerçek verilere dayalı olarak güçlendirmek üzere geliştirilmiş olan Kalite Fonksiyon Yayılımı yöntemini temel almaktadır. Ancak KFY; Kapsam Geçerlik Analizi, Analitik Hiyerarşi Süreci ve Önem-Başarım Analizi ile birlikte kullanılarak, yöntemin hassasiyeti artırılmıştır. Böylece yöntemin ana çıktısı olan ‘kalite evi’ için gerekli tüm veriler, oldukça titiz bir biçimde elde edilebilmiştir. Daha önce de bahsedildiği üzere, destinasyonların kendilerinin değil destinasyon yöneticilerinin rekabet halinde olduğu düşünüldüğünde, hem Alanya’nın mevcut durumunu ortaya koymak hem de geleceğe yönelik önerilerin geliştirilmesi aşamalarında medikal turizm uzmanlarından oluşan bir yöneticiler ve akademisyenler grubu ile görüşmelerin yapılmış olması, bu çalışma için oldukça kritik bir öneme sahiptir. Bununla birlikte ilerleyen çalışmalarda medikal turistlerin de görüşlerinin alınmasının hem faktörlerin önem derecelerinin belirlenmesi hem de rekabetçilik analizi aşamasında oldukça yararlı olacağı düşünülmektedir. Böylece her iki gruba ait görüş farklılıklarının tespit edilmesi ve daha objektif bir değerlendirmenin yapılması mümkün olabilecektir.

KAYNAKÇA

- Abooali G, Omar S, Mohamed B (2015) The importance and performance of a destination's attributes on senior tourists' satisfaction. *International Journal of Asian Social Science* 5(6): 355-368.
- Abubakar M, Ilkan M (2016) Impact of online WOM on destination trust and intention to travel: A medical tourism perspective. *Journal of Destination Marketing & Management* 5(3): 192-201.
- Aiginger K, Bärenthaler-Sieber S, Vogel J (2013) *Competitiveness under new perspectives*. WWWforEurope Working Paper.
- Akbaba A (2005) Müşteri odaklı hizmet üretiminde kalite fonksiyon göçerimi (KFG) yaklaşımı: Konaklama işletmeleri için bir uygulama çalışması. *Anatolia Turizm Araştırmaları Dergisi* 16(1): 59-81.
- Akış A (2007) Alanya'da turizm ve turizmin Alanya ekonomisine etkisi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 17:15-32.
- Akkılıç M E (2002) Sağlık hizmetlerinin pazarlanması ve Elazığ'daki bazı yataklı tedavi kuruluşlarında bir uygulama. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 12(1): 203-218.
- Aktepe C (2013) Sağlık turizminde yeni fırsatlar ve Türkiye'de yerleşik sağlık işletmelerinin pazarlama çabaları. *İşletme Araştırmaları Dergisi* 5(1): 170-188.
- Al-Azzam A F M (2016) A study of the impact of marketing mix for attracting medical tourism in Jordan. *International Journal of Marketing Studies* 8(1): 139-149.
- Albayrak T, Caber M (2011) Önem-performans analizi: Destinasyon yönetimine dair bir örnek. *Ege Akademik Bakış* 11(4): 625-636.
- Albayrak Y E, Erkut H (2005) Banka performans değerlendirmede analitik hiyerarşi süreç yaklaşımı. *İTÜ Mühendislik Dergisi/d* 4 (6): 47-58.

- Alonso J A, Lamata, M T (2006) Consistency in the analytic hierarchy process: a new approach. *International Journal of Uncertainty, Fuzziness and Knowledge-Based Systems* 14(4):445-459.
- Al-Talabani H, Kilic H, Ozturen A, Qasim S (2019) Advancing medical tourism in the United Arab Emirates: toward a sustainable health care system. *Sustainability* 11(1):1-15.
- Altın U, Bektaş G, Antep Z, İrbán A (2012) Sağlık turizmi ve uluslararası hastalar için Türkiye pazarı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 3: 157-163.
- Álvarez M M, Chanda R, Smith R D (2011) The potential for bi-lateral agreements in medical tourism: A qualitative study of stakeholder perspectives from the UK and India. *Globalization and Health* 7(1): 1-9.
- Amiri M, Safariolyaei, N (2017) Medical tourism in India: current scenario. *International Journal in Management & Social Science* 5(3): 106-111.
- Andrades L, Dimanche F (2017) Destination competitiveness and tourism development in Russia: Issues and challenges. *Tourism management* 62: 360-376.
- Arı H (2017) Pazarlama perspektifinden medikal turizm ve Türkiye'nin medikal turizmdeki yeri. *Sağlık Yönetimi Dergisi* 1(1): 1-10.
- Aslan Z, Güneren E, Çoban G (2014) Destinasyon markalaşma sürecinde yöresel mutfakın rolü: Nevşehir örneği. *Journal of Tourism and Gastronomy Studies* 2(4): 3-13.
- Awang Z, Afthanorhan A, Mohamad M, Asri M A M (2015) An evaluation of measurement model for medical tourism research: the confirmatory factor analysis approach. *International Journal of Tourism Policy* 6(1): 29-45.
- Aydin G, Karamehmet B (2017) Factors affecting health tourism and international health-care facility choice. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing* 11(1): 16-36.

- Akiş A (2007) Alanya’da turizm ve turizmin Alanya ekonomisine etkisi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 17: 15-32.
- Ayikoru M (2015) Destination competitiveness challenges: A Ugandan perspective. *Tourism Management* 50: 142-158.
- Ayre C, Scally A J (2014) Critical values for Lawshe’s content validity ratio: revisiting the original methods of calculation. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development* 47(1): 79-86.
- Bahar O, Kozak M (2005) Türkiye turizminin Akdeniz ülkeleri ile rekabet gücü açısından karşılaştırılması. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi* 16(2): 139-152.
- Bakan İ, Doğan İ F (2012) Competitiveness of the industries based on the Porter’s diamond model: An empirical study. *International Journal of Research and Reviews in Applied Sciences* 11(3): 441-455.
- BAL B S (2009) An introduction to medical malpractice in the United States. *Clinical orthopaedics and related research* 467(2): 339-347.
- Bayın G, Akbulut Y (2012) Sağlık sektöründe sosyal pazarlamanın kullanımı. *Ankara Sağlık Bilimleri Dergisi* 1(1): 53-72.
- Bayraktaroğlu E (2019) Destinasyon değerinin kuramsal altyapısının oluşturulması. Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi, Eskişehir.
- Beladi H, Chao C C, Ee M S, Hollas, D (2015) Medical tourism and health worker migration in developing countries. *Economic Modelling* 46: 391-396.
- Buzcu Z, Birdir K, (2019) Türkiye’de medikal turizm incelemesi: özel hastanelerde bir çalışma. *Gaziantep University Journal of Social Sciences* 18 (1): 311-327.
- Bilim Y, Birsen A G, Bilim M B (2017) Medikal turizmde helal kavramı ve önemi: Türkiye örnekli bir pazar analizi. *1. International Halal Tourism Congress*. Antalya 7-9 Nisan.

- Bookman M Z, Bookman K R (2007) *Medical Tourism in Developing Countries* (Palgrave McMillan, New York).
- Booms B H, Bitner M J (1982) Marketing services by managing the environment. *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly* 23(1): 35-40.
- Borden N H (1984) The concept of the marketing mix. *Journal of Advertising Research* 2:7-12.
- Bozkurt M, Ünal A (2015) Genel Olarak Pazarlama Kavramı ve Turizm Pazarlaması. Bozkurt M ve Şahin B (Ed.), *Turizm Pazarlaması* içinde (19-41). Çanakkale: Paradigma Akademi Basın.
- Brunelli M, Canal L, Fedrizzi M (2013) Inconsistency indices for pairwise comparison matrices: a numerical study. *Annals of Operations Research* 211(1): 493-509.
- Buhalis D (2000) Marketing the competitive destination of the future. *Tourism management* 21(1): 97-116.
- Buhalis D, Law R (2008) Progress in information technology and tourism management: 20 years on and 10 years after the internet-the state of e-tourism research. *Tourism management* 29(4): 609-623.
- Burkett L (2007) Medical tourism: concerns, benefits, and the American legal perspective. *Journal of Legal Medicine* 28(2): 223-245.
- Buzcu Z; Birdir K (2019) Türkiye’de medikal turizm incelemesi: özel hastanelerde bir çalışma. *Gaziantep Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 18(1): 311-327.
- Byun D H (2001) The AHP approach for selecting an automobile purchase model. *Information & management* 38(5): 289-297.
- Caballero-Danell S, Mugomba C (2007) Medical tourism and its entrepreneurial opportunities: A conceptual framework for entry into the industry. Master's thesis, University of Gothenburg, Gothenburg, Sweden.
- Carlsson C, Fullér R (1996) Fuzzy multiple criteria decision making: Recent developments. *Fuzzy sets and systems* 78(2): 139-153.

- Carrera P M, Bridges, J F (2006) Globalization and healthcare: understanding health and medical tourism. *Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research* 6(4): 447-454.
- Casson L (1974) *Travel in the Ancient World* (George Allen & Unwin Ltd, London).
- Cengiz F, Kantarcı K (2013) Üçüncü yaş turistlere yönelik turistik ürün önem-performans analizi. *Uluslararası Alanya İşletme Fakültesi Dergisi* 5(2):29-35.
- Chan L K, Wu M L (2005) A systematic approach to quality function deployment with a full illustrative example. *Omega* 33(2): 119-139.
- Charnes A, Cooper W W (1977) Goal programming and multiple objective optimizations. *European Journal of Operational Research* 1(1): 39-54.
- Chien T K, Su C T (2003) Using the QFD concept to resolve customer satisfaction strategy decisions. *International Journal of Quality and Reliability Management* 20 (3): 345-359.
- Chuang T C, Liu J S, Lu L Y Y, Lee Y (2014) The main paths of medical tourism: From transplantation to beautification. *Tourism Management* 45: 49-58.
- Cohen I G (2015) *Patients with Passports: Medical Tourism, Law and Ethics* (Oxford University Press, New York).
- Connell J (2006) Medical tourism: Sea, sun, sand and ... surgery. *Tourism Management* 27(6): 1093-1100.
- Connell J (2011) *Medical Tourism* (CABI, Wallingford).
- Connell J (2013) Contemporary medical tourism: Conceptualisation, culture and commodification. *Tourism management* 34: 1-13.
- Connell, J (2016) Reducing the scale? From global images to border crossings in medical tourism. *Global Networks* 16(4): 531-550.
- Cook P S (2008) What is health and medical tourism? *The annual conference of the Australian Sociological Association*. The University of Melbourne, Victoria, December 2 – 5.

- Cormany D (2010) Hospitality and destination marketing's role in medical tourism: a call for research. *International Journal of Behavioural and Healthcare Research* 2(1): 38-58.
- Crooks V A, Kingsbury P, Snyder J, Johnston R (2010) What is known about the patient's experience of medical tourism? A scoping review. *BMC Health Services Research* 10(1): 1-12.
- Crooks V A, Turner L, Snyder J, Johnston R, Kingsbury P (2011) Promoting medical tourism to India: Messages, images, and the marketing of international patient travel. *Social Science & Medicine* 72(5): 726-732.
- Crouch G I, Ritchie Jr B (1999) Tourism, competitiveness, and societal prosperity. *Journal of Business Research* 44(3): 137-152.
- Crouch G I, Ritchie Jr B (2005) Application of the analytic hierarchy process to tourism choice and decision making: A review and illustration applied to destination competitiveness. *Tourism Analysis* 10(1): 17-25.
- Crouch G I (2011) Destination competitiveness: An analysis of determinant attributes. *Journal of travel research* 50(1): 27-45.
- Cucculelli M, Goffi G (2016) Does sustainability enhance tourism destination competitiveness? Evidence from Italian destinations of excellence. *Journal of Cleaner Production* 111:370-382.
- Curry B, Moutinho L (1992) Environmental issues in tourism management: computer modelling for judgmental decisions. *International Journal of Service Industry Management* 3(1), 57-69.
- Cvelbar K, Dwyer L, Koman M, Mihalič T (2016) Drivers of destination competitiveness in tourism: a global investigation. *Journal of Travel Research* 55(8): 1041-1050.
- Çakıcı A C, Atay L, Harman S (2008) İstanbul'da faaliyet gösteren seyahat acentelerinin pazarlama karması kararları üzerine bir araştırma. *İstanbul Ticaret Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 7(13):69-87.

- Dagger T S, Sweeney J C, Johnson L W A (2007) Hierarchical model of health service quality: scale development and investigation of an integrated model. *Journal of service research* 10(2): 123-142.
- Das D, Mukherjee K (2008) Development of an AHP-QFD framework for designing a tourism product. *International Journal of Services and Operations Management* 4(3): 321-344.
- Das G, Mukherjee S A (2016) Measure of medical tourism destination brand equity. *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing* 10(1):104-128.
- Das R (2017) Medical marketing in promoting medical tourism in India. *ELK Asia Pacific Journal of Marketing and Retail Management* 8(3): 1-10.
- Dawn S K, Pal S (2011) Medical tourism in India: Issues, opportunities and designing strategies for growth and development. *International Journal of Multidisciplinary Research* (3)1:185-202.
- Debata B R, Patnaik B, Mahapatra S S, Sree K (2015) Interrelations of service quality and service loyalty dimensions in medical tourism. *Benchmarking: An International Journal* 22 (1):18-55.
- De Felice F, Petrillo A (2010) A multiple choice decision analysis: an integrated QFD–AHP model for the assessment of customer needs. *International Journal of Engineering, Science and Technology* 2(9):25-38.
- De Keyser R, Vanhove N (1994) The competitive situation of tourism in the Caribbean area-Methodological approach. *Revue de Tourisme* 3:19-22.
- Demicco F J, Cetron M (2006) Club medic. *Asia Pacific Biotech News* 10(10): 527-531.
- D'hauteserre A M (200) Lessons in managed destination competitiveness: the case of Foxwoods Casino Resort. *Tourism management* 21(1):23-32.
- Dickson T J, Misener L, Darcy S (2017) Enhancing destination competitiveness through disability sport event legacies: Developing an interdisciplinary

typology. *International Journal of Contemporary Hospitality Management* 29(3):924-946.

Dinçer Z M, Çiftçi A M, Karayılan E (2016) Gelişmekte olan ülkelerde medikal turizm: Türkiye'nin Tayland, Malezya ve Hindistan'a göre potansiyelinin değerlendirilmesi. *İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 1:34-60.

Dinler Z (2015) *İktisada Giriş* (Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa).

Doğan H, Üngüren E, Yelgen E (2010) Alanya turist profiline yönelik bir araştırma. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 15(3):79-100.

Doğan N Ö, Karakuş Y (2014) KFG-AHP bütünleşik yöntemi kullanılarak turizm sektöründe hizmet kalitesinin değerlendirilmesi: Göreme Açık Hava Müzesi üzerine bir uygulama. *Suleyman Demirel University Journal of Faculty of Economics & Administrative Sciences* 19(3):169-194.

Dwyer L, Forsyth P, Rao P (2000) The price competitiveness of travel and tourism: a comparison of 19 destinations. *Tourism Management* 21(1):9-22.

Dwyer L, Kim C (2003) Destination competitiveness: determinants and indicators. *Current Issues in Tourism* 6(5):369-414.

Dwyer L, Edwards D, Mistilis N, Roman C, Scott N (2009) Destination and enterprise management for a tourism future. *Tourism Management* 30(1): 63-74.

Dwyer L, Dragičević V, Armenski T, Mihalič T, Knežević Cvelbar L (2014) Achieving destination competitiveness: an importance-performance analysis of Serbia. *Current Issues in Tourism* 19(13):1309-1336.

Dyer, J S, Fishburn P C, Steuer R E, Wallenius J, Zionts S (1992) Multiple criteria decision making, multiattribute utility theory: The next ten years. *Management Science* 38(5):645-654.

Ekiyor A, Tengilimoğlu D (2014) Sağlıkta reklam serbest olmalı mı? Tüketici görüşleri. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 16(2): 45-71.

- Enright M J, Newton J (2004) Tourism destination competitiveness: a quantitative approach. *Tourism Management* 25(6):777-788.
- Enright M J, Newton J (2005) Determinants of tourism destination competitiveness in Asia Pacific: Comprehensiveness and universality. *Journal of Travel Research* 43(4):339-350.
- Erbaş, E (2016) Competitive determinance–performance analysis: an illustration on Turkish winter tourism destinations. *Tourism Analysis* 21(1):93-106.
- Erbaş E, Perçin, N Ş (2016) Destinasyon rekabetçiliğinin stratejik planlanmasında hibrit bir yaklaşım: KFG-ÖBA-AHS. *Pamukkale Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 25:74-97.
- Ersöz F, Kabak M (2010) Savunma sanayi uygulamalarında çok kriterli karar verme yöntemlerinin literatür araştırması. *Savunma Bilimleri Dergisi* 9(1):97-125.
- Fainshmidt S; Smith A, Judge W Q (2016) National competitiveness and Porter's diamond model: The role of MNE penetration and governance quality. *Global Strategy Journal* 6(2):81-104.
- Falsini D, Fondi F, Schiraldi M M A (2012) Logistics provider evaluation and selection methodology based on AHP, DEA and linear programming integration. *International Journal of Production Research* 50(17):4822-4829.
- Fetscherin M, Stephano R M (2016) The medical tourism index: Scale development and validation. *Tourism Management* 52: 539-556.
- Forman E H, Selly M A (2001) *Decision By Objectives: How To Convince Others That You Are Right* (World Scientific Pub. Co., USA, Petersburg).
- Ganguli S, Ebrahim A H (2017) A qualitative analysis of Singapore's medical tourism competitiveness. *Tourism Management Perspectives* 21:74-84.
- Gill H, Singh N (2011) Exploring the factors that affect the choice of destination for medical tourism. *Journal of Service Science and Management* 4(03):315-324.

- Goepel K D (2013) Implementing the analytic hierarchy process as a standard method for multi-criteria decision making in corporate enterprises—a new AHP excel template with multiple inputs. *In Proceedings Of The International Symposium On The Analytic Hierarchy Process* 2(10):1-10.
- Gomezelj D O, Mihalič T (2008) Destination competitiveness-Appling different models, the case of Slovenia. *Tourism Management* 29(2):294-307.
- Gonzales A, Brenzel L, Sancho J (2001) Health tourism and related services: Caribbean development and international trade. *Final Report* 57-8.
- Goodrich J N (1993) Socialist Cuba: A study of health tourism. *Journal of Travel Research* 32(1):36-41.
- Govers C P (1996) What and how about quality function deployment (QFD). *International Journal of Production Economics* 46:575-585.
- Gönenç İ F (2016) Hukuki ve etik boyutuyla medikal turizm. *Marmara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Hukuk Araştırmaları Dergisi* 22(3):1169-1180.
- Göral R (2017). Dünya ekonomik forumu turizm rekabetçilik raporu ışığında Türkiye turizminin rekabetçilik sorunları. *Akademik Bakış Uluslararası Hakemli Sosyal Bilimler Dergisi* 61:141-166.
- Gray H H, Poland S C (2008) Medical tourism: crossing borders to access health care. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 18(2):193-201.
- Guiry M, Vequist I V, David G (2015) South Korea's medical tourism destination brand personality and the influence of personal values. *Asia Pacific Journal of Tourism Research* 20(5):563-584.
- Gümüş R (2018) Pazarlama faaliyetlerinin sağlık sektörüne uygulanması: Bir literatür incelemesi. *Bulletin of Economic Theory and Analysis* 3(4):217-235.
- Güneren E, Yılmaz V (2016) Konaklama işletmelerinin rekabet gücünü belirleyen faktörler üzerine Nevşehir ilinde bir uygulama. *Disiplinlerarası Akademik Turizm Dergisi* 1(1):61-80.

- Güngör P, Merih Y D, Kocabay M Y (2012) Farklı ülkelerin malpraktis konusunda yasal düzenleme girişimleri, zorunlu mali sorumluluk sigortası. *Zeynep Kamil Tıp Bülteni* 43(4):128-138.
- Gürbüz S, Şahin F (2015) *Sosyal Bilimlerde Araştırma Yöntemleri* (Seçkin Yayıncılık, Ankara).
- Güzel Ö (2010) Turistik ürün çeşitlendirmesi kapsamında yeni bir dinamik: inanç turizmi. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi* 2(2):87-100.
- Hall C M (2011) Health and medical tourism: a kill or cure for global public health?. *Tourism Review* 66(1/2):4-15.
- Han H, Hyun S S (2015) Customer retention in the medical tourism industry: Impact of quality, satisfaction, trust, and price reasonableness. *Tourism management* 46:20-29.
- Hanefeld J, Lunt N, Smith R, Horsfall D (2015) Why do medical tourists travel to where they do? The role of networks in determining medical travel. *Social Science & Medicine* 124: 356-363.
- Hassan A, Uşaklı A (2013) Seyahat ve turizm rekabetçilik endeksi: Akdeniz çanağındaki destinasyonlara yönelik karşılaştırmalı bir analiz. *Seyahat ve Otel İşletmeciliği Dergisi* 10(2):53-67.
- Hawes J M, Rao C P (1985) Using importance–performance analysis to develop health care marketing strategies. *Journal of Health Care Marketing* 5(4):19-25.
- Henderson J C (2015) The new dynamics of tourism in South East Asia: Economic development, political change and destination competitiveness. *Tourism Recreation Research* 40(3):379-390.
- Henson J N, Guy B S, Dotson M J (2015) Should I stay or should I go?: Motivators, decision factors, and information sources influencing those predisposed to medical tourism. *International Journal of Healthcare Management* 8(1):4-14.

- Heung V C, Kucukusta D, Song H (2010) A conceptual model of medical tourism: Implications for future research. *Journal of Travel & Tourism Marketing* 27(3):236-251.
- Heung V C, Kucukusta D, Song H (2011) Medical tourism development in Hong Kong: An assessment of the barriers. *Tourism Management* 32(5):995-1005.
- Hillestad S, Berkowitz E (2004) *Health Care Market Strategy* (MA: Jones and Bartlett Publishers, Sudbury).
- Hoof V W, Pennings G, De Sutter P (2015) Cross-border reproductive care for law evasion: A qualitative study into the experiences and moral perspectives of French women who go to Belgium for treatment with donor sperm. *Social Science & Medicine* 124: 391-397.
- Hopkins L, Labonté R, Runnels V, 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, Rosensweig J A, Jones C A (2007) Medical tourism: globalization of the healthcare marketplace. *Medscape General Medicine* 9(4):33.
- Hoz-Correa A, Muñoz-Leiva F, Bakucz M (2018) Past themes and future trends in medical tourism research: A co-word analysis. *Tourism Management* 65:200-211.
- Hsu T K, Tsai Y F, Wu H H (2009) The preference analysis for tourist choice of destination: A case study of Taiwan. *Tourism Management* 30(2):288-297.
- Hsu W K K, Yu H F, Huang S H S (2015) Evaluating the service requirements of dedicated container terminals: a revised IPA model with fuzzy AHP. *Maritime Policy & Management* 42(8):789-805.
- Hunter W C (2007) Medical Tourism: A New Global Niche. *International Journal of Tourism Sciences* 7(1):129-140.
- United Nations (2010). *International Recommendations For Tourism Statistics 2008* (United Nations Publications, New York/Madrid).

- İçöz O (2009) Sağlık turizmi kapsamında medikal (tıbbi) turizm ve Türkiye'nin olanakları. *Journal of Yasar University* 4(14):2257-2279.
- Jabbari A, Zarchi M K R, Kavosi Z, Shafaghat T, Keshtkaran A (2013). The marketing mix and development of medical tourism in Shiraz. *Materia Socio-Medica* 25(1):32-36.
- Jain M K (2013) An analysis of marketing mix: 7Ps or more. *Asian Journal of Multidisciplinary Studies* 1(4):23-28.
- Jiang P, Rosenbloom B (2005) Customer intention to return online: price perception, attribute-level performance, and satisfaction unfolding over time. *European Journal of Marketing* 39(1/2):150-174.
- Johnston R, Crooks V A, Ormond M (2015) 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(1):1-13.
- Jonker J A, Heath E T, Du Toit C M (2004) The identification of management-process critical success factors that will achieve competitiveness and sustainable growth for South Africa as a tourism destination. *Southern African Business Review* 8(2):1-15.
- Junio M M V, Kim J H, Lee T J (2017) Competitiveness attributes of a medical tourism destination: The case of South Korea with importance-performance analysis. *Journal of Travel & Tourism Marketing* 34(4):444-460.
- Kahveci A, Okutmuş E (2017) A qualitative research on medical tourism potential of Alanya/Turkey in the concept of international service trade. *Economic Themes* 55(3):437-450.
- Karaçor S, Arkan A (2014) Sağlık kuruluşlarında pazarlama: sağlık pazarlama karması unsurlarının hasta/müşteri açısından önemi üzerine bir araştırma. *Selçuk Üniversitesi İletişim Dergisi* 8(2):90-118.

- Karamustafa K, Öz M (2008) Uluslararası turizm dağıtım kanalı değer zincirine internetin katkısı: Fırsatlar ve tehditlere dayalı bir değerlendirme. *Dumlupınar Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 21:273-292.
- Karamustafa K, Tosun C, Çalhan H (2015) Tüketici odaklı yaklaşımla destinasyon performansının değerlendirilmesi: Kapadokya Bölgesi örneği. *Tüketici ve Tüketim Araştırmaları Dergisi* 7(2):117-148.
- Kavacık M, Zafer S, İnal M (2012) Turizmde destinasyon markalaması: Alanya örneği. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 39:169-192.
- Kayar Ç H, Kozak N (2007) Measuring destination competitiveness: an application of the travel and tourism competitiveness index. *Journal of Hospitality Marketing & Management*. 19(3):203-216.
- Kevan S M (1993) Quests for cures: a history of tourism for climate and health. *International Journal of Biometeorology* 37(3):113-124.
- Khan S, Alam Md S (2014) Kingdom of Saudi Arabia: A potential destination for medical tourism. *Journal of Taibah University Medical Sciences* 9(4):257-262.
- Kharlamova G, Vertelieva O (2013) The international competitiveness of countries: economic-mathematical approach. *Econ Sociol* 6(2):39-52.
- Kılınç İ (2017) Türkiye medikal turizm sektöründe hizmet kalitesi ve memnuniyet üzerine bir alan araştırması. *Süleyman Demirel Üniversitesi Vizyoner Dergisi* 8(17):130-143.
- Kırılmaz H, Amarat M, Ünal Ö (2017) Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri sağlık sistemlerinin karşılaştırmalı analizi. *Strategic Public Management Journal* 3(6):78-104.
- Ko T G (2011) Medical tourism system model. *International Journal of Tourism Sciences* 11(1):17-51.
- Kotler P (1991) *Marketing Management* (Prentice-Hall, Englewood Cliffs).

- Kotler P, Shalowitz J I, Stevens R J (2008) *Strategic Marketing for Health Care Organizations: Building a Customer-Driven Health System* (John Wiley & Sons, United States of America).
- Kozak M, Rimmington M (1999) Measuring tourist destination competitiveness: conceptual considerations and empirical findings. *International Journal of Hospitality Management* 18(3):273-283.
- Kördeve M K (2016) Sağlık turizmine genel bir bakış ve Türkiye'nin sağlık turizmindeki yeri. *Uluslararası Sağlık Yönetimi ve Stratejileri Araştırma Dergisi* 2(1):51-61.
- Kubickova M (2019) The impact of government policies on destination competitiveness in developing economies. *Current Issues in Tourism* 22(6):619-642.
- Lautier, M (2008) Export of health services from developing countries: The case of Tunisia. *Social Science & Medicine* 67(1):101-110.
- Lawshe C H (1975) A quantitative approach to content validity. *Personnel Psychology* 28(4):563-575.
- Lee C, Spisto M (2007) Medical tourism, the future of health services. *Proceedings of the 12th International Conference on ISO 9000 and TQM*. Taichung, Taiwan, 9-11 April.
- Lee J, Choi Y, Breiter D (2016) An exploratory study of convention destination competitiveness from the attendees' perspective: Importance-performance analysis and repeated measures of MANOVA. *Journal of Hospitality & Tourism Research* 40(5):589-610.
- Linares P (2009) Are inconsistent decisions better? An experiment with pairwise comparisons. *European Journal of Operational Research* 193(2):492-498.
- Lunt N, Carrera P (2010) Medical tourism: assessing the evidence on treatment abroad. *Maturitas* 66(1): 27-32.

- Lunt N, Mannion R, Exworthy M (2011) A framework for exploring the policy implications of uk medical tourism and international patient flows. *Social Policy & Administration* 47(1):1-25.
- Lunt N, Horsfall D, Smith R, Exworthy M, Hanefeld J, Mannion R (2014) Market size, market share and market strategy: three myths of medical tourism. *Policy & Politics* 42(4):597-614.
- Lunt N, Horsfall D, Hanefeld J (ed.) (2015) *Handbook on Medical Tourism and Patient Mobility* (Edward Elgar Publishing, Cheltenham).
- Martilla J A, James J C (1977) Importance-performance analysis. *Journal of Marketing* 41(1):77-79.
- Mason A, Wright K B (2011) Framing medical tourism: An examination of appeal, risk, convalescence, accreditation, and interactivity in medical tourism web sites. *Journal of Health Communication: International Perspectives*. 16(2):163-177.
- Matzler K, Hinterhuber H H (1998) How to make product development projects more successful by integrating Kano's model of customer satisfaction into quality function deployment. *Technovation* 18(1):25-38.
- Mazanec J A, Wöber K, Zins A H (2007) Tourism destination competitiveness: from definition to explanation?. *Journal of Travel Research* 46(1): 86-95.
- Medjoudj R, Laifa A, Assan D.(2012) Decision making on power customer satisfaction and enterprise profitability analysis using the Analytic Hierarchy Process. *International Journal of Production Research*, 50.17: 4793-4805, 2012.
- Murali S, Pugazhendhi S, Muralidharan C (2016) Integration of IPA and QFD to assess the service quality and to identify after sales service strategies to improve customer satisfaction—a case study. *Production Planning & Control* 27(5):394-407.

- Murat G, Çelik N (2007) Analitik hiyerarşi süreci yöntemi ile otel işletmelerinde hizmet kalitesini değerlendirme: Bartın örneği. *Uluslararası Yönetim İktisat ve İşletme Dergisi*,3(6): 1-20.
- Murphy P, Pritchard M P, Smith B (2000) The destination product and its impact on traveller perceptions. *Tourism Management* 21(1):43-52.
- Oh H (2001) Revisiting importance–performance analysis. *Tourism management* 22(6):617-627.
- Okutmuş E, Uyar S, Gövce M (2015) Sağlık turizminde devlet teşviklerinin TMS 20 kapsamında muhasebeleştirilmesi. *Cumhuriyet Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi* 16(2):63-82.
- Oral A (2002) ABD ve İngiltere kamu sağlık sigortası programları üzerine karşılaştırmalı bir değerlendirme. *Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi* 2(2):61-77
- Ormond M (2014) Harnessing “diasporic” medical mobilities’, in Thomas F, Gideon J (eds) Migration, Health and Inequality. (Zed Books, London).
- Otamış P A, Yüzbaşıoğlu N (2015) Medikal turizm kümesinin gelişimi: Antalya örneği. *Yönetim ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi* 13(1):165-185.
- Ömürbek N, Tunca M Z (2013) Analitik hiyerarşi süreci ve analitik ağ süreci yöntemlerinde grup kararı verilmesi aşamasına ilişkin bir örnek uygulama. *Süleyman Demirel Üniversitesi İ.İ.B.F.Dergisi* 18(3):47-70.
- Önder I, Wöber K, Zekan B (2017) Towards a sustainable urban tourism development in Europe: the role of benchmarking and tourism management information systems-A partial model of destination competitiveness. *Tourism Economics*, 23.2: 243-259.
- Özer Ö, Songur C (2012) Türkiye’nin dünya sağlık turizmindeki yeri ve ekonomik boyutu. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 4(7):69-81.
- Özsarı S H, Karatana Ö (2013) Sağlık turizmi açısından Türkiye’nin durumu. *Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Dergisi* 24(2):136-144.

- Park K S, Lee J (2008) A new method for estimating human error probabilities: AHP-SLIM. *Reliability Engineering & System Safety* 93(4):578-587.
- Picazo Oscar F (2013) *Medical Tourism in The Philippines: Market Profile, Benchmarking Exercise and SWOT Analysis* (Philippine Institute for Development Studies (PIDS), Makati City).
- Pocock N S, Phua 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(1):1-12.
- Pomering A, Noble G, Johnson L W (2011) Conceptualising a contemporary marketing mix for sustainable tourism. *Journal of Sustainable Tourism* 19(8): 953-969.
- Porter M E (1990). The competitive advantage of nations. *Harvard Business Review* 90(2): 73-93.
- Prasad B (1998) Review of QFD and related deployment techniques. *Journal of manufacturing Systems* 17(3): 221-234.
- Pulido-Fernández J I, Rodríguez-Díaz B (2016) Reinterpreting the World Economic Forum's global tourism competitiveness index. *Tourism Management Perspectives* 20: 131-140.
- Ramírez de Arellano A B (2007) Patients without borders: the emergence of medical tourism. *International Journal of Health Services* 37(1):193-198.
- Ramírez de Arellano A. B (2011) Medical tourism in the Caribbean. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 36(2): 289-297.
- Perna F, Custódio M J, Oliveira V (2018) Tourism destination competitiveness: an application model for the south of Portugal versus the Mediterranean region of Spain: COMPETITIVTOUR. *Tourism & Management Studies* 14(1): 19-29.
- Pulido-Fernández J I, Rodríguez-Díaz B (2016) Reinterpreting the World Economic Forum's global tourism competitiveness index. *Tourism Management Perspectives* 20:131-140.

- Rahman S, Erdem R, Devebakan N (2007) Hizmet kalitesinin servqual ölçeği ile değerlendirilmesi: Elazığ'daki hastaneler üzerinde bir çalışma. *Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 9(3):37–55.
- Reed C M (2008). Medical tourism. *Medical Clinics of North America* 92(6):1433-1446.
- Reinert E S (1995) Competitiveness and its predecessors-A 500 years cross-national perspective. *Structural Change and Economic Dynamics* 6(1):23-42.
- Reisman D A (2010) *Health Tourism: Social Welfare Through International Trade* (Edward Elgar Publishing, Cheltenham).
- Rerkrujipmol J, Assenov I (2011) Marketing strategies for promoting medical tourism in Thailand. *Journal of Tourism, Hospitality & Culinary Arts* 3(2):95-105.
- Ritchie Jr B, Crouch G I (2003) *The Competitive Destination: A Sustainable Tourism Perspective* (Cabi).
- Ritchie Jr B, Crouch G I (2010). A model of destination competitiveness/sustainability: Brazilian perspectives. *Revista de Administração Pública* 44(5):1049-1066.
- Roy J, Chatterjee K, Bandyopadhyay A, Kar S (2018) Evaluation and selection of medical tourism sites: A rough analytic hierarchy process based multi-attributive border approximation area comparison approach. *Expert Systems* 35(1):1-19.
- Saaty T L (1977) A scaling method for priorities in hierarchical structures. *Journal of Mathematical Psychology* 15(3):234–281.
- Saaty T L (1986) Axiomatic foundation of the analytic hierarchy process. *Management Science* 32(7):841-855.
- Saaty R W (1987) The analytic hierarchy process-what it is and how it is used. *Mathematical Modelling* 9(3-5):161-176.

- Saaty T L (1990) How to make a decision: the analytic hierarchy process. *European Journal of Operational Research* 48(1):9-26.
- Saaty T L, Ozdemir M S (2003) Why the magic number seven plus or minus two. *Mathematical and Computer Modelling* 38(3-4):233–244.
- Saaty T L (2008) Decision making with the analytic hierarchy process. *International Journal of Services Sciences* 1(1):83-98.
- Salman A N, Uydacı M (2011) Butik hastanelerde pazarlama stratejileri. *Öneri Dergisi* 9(35):45-50.
- Sánchez A G, López D S (2015) Tourism destination competitiveness: the Spanish Mediterranean case. *Tourism Economics* 21(6):1235-1254.
- Sarı Y, Kozak M (2005) Turizm pazarlamasına internetin etkisi: Destinasyon web siteleri için bir model önerisi. *Akdeniz Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 9:248-271.
- Sayın K Ş, Yeğinboy E Y, Yüksel İ (2017) Türkiye’de medikal turizm uygulamaları: bir üniversite ve izmir sağlık serbest bölgesi değerlendirmesi. *Dokuz Eylül Üniversitesi İktisadi İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 32(2):289-313.
- Silvestri A, De Felice F; Petrillo A (2012) Multi-criteria risk analysis to improve safety in manufacturing systems. *International Journal of Production Research* 50(17):4806-4821.
- Smith P C, 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.
- Smith M, Puczko L (2009) *Health and Wellness Tourism* (Elsevier, USA).
- Smith R, Álvarez M M, Chanda R (2011) Medical tourism: a review of the literature and analysis of a role for bi-lateral trade. *Health Policy* 103(2-3):276-282.
- Sultana S, Haque A, Momen A, Yasmin F (2014) Factors affecting the attractiveness of medical tourism destination: an empirical study on India-review article. *Iranian Journal of Public Health* 43(7):867-876.

- Sümer S I, Eser Z (2006) Pazarlama karması elemanlarının evrimi. *Gazi Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 8(1):165-186.
- Şantaş F, Kurşun A, Kar A (2016) Hastane tercihine etki eden faktörler: Sağlık hizmetleri pazarlaması perspektifinden alan araştırması. *Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi* 19(1):17-33.
- Tan K C, Shen X X (2000) Integrating Kano's model in the planning matrix of quality function deployment. *Total Quality Management* 11(8):1141-1151.
- T. C. Sağlık Bakanlığı (2012a) *Faaliyet Raporu* (Strateji Geliştirme Başkanlığı, Ankara).
- Temizkan S P, Çiçek D, Özdemir C (2015) Bibliometric profile of articles published on health tourism. *International Journal of Human Sciences* 12(2):394-415.
- Tengilimoğlu D (2000) Sağlık hizmetlerinde pazarlama karması elemanları ve özellikleri. *Ankara Üniversitesi SBF Dergisi* 55(1):187-202.
- Thomas R K (2008) *Health Services Marketing: A Practitioner's Guide* (Springer Science & Business Media, New York).
- Tontuş H Ö (2018) Sağlık turizmi tanıtımı ve sağlık hizmetlerinin pazarlanması ilkeleri üzerine değerlendirme. *Disiplinlerarası Akademik Turizm Dergisi* 3(1):67-88.
- Tuna A, Özer M C (2015) Bergama Asklepon'unda bir sağaltım yöntemi olarak müzik. *Ege Üniversitesi Devlet Türk Musikisi Konservatuvarı Dergisi* 7:63-73.
- Turner L (2007) First world health care at third world prices?: globalization, bioethics and medical tourism. *BioSocieties* 2(3):303-325.
- Turner L G (2011) Quality in health care and globalization of health services: accreditation and regulatory oversight of medical tourism companies. *International Journal for Quality in Health Care* 23(1):1-7.
- TÜSİAD (2009) *Türkiye İçin Yeni Bir Fırsat Penceresi: Tıp Turizmi Görüş Belgesi* (Sağlık Çalışma Grubu).

- Tütüncü Ö, Kiremitçi İ, Çalışkan U (2011) Sağlık turizmi, güvenlik ve kalite. *Anatolia: Turizm Araştırmaları Dergisi* 22(1):91-93.
- Ulaş D, Anadol Y (2016) A case study for medical tourism: Investigating a private hospital venture in Turkey. *Anatolia* 27(3):327-338.
- Ünal Ö F (2012) Performans değerlemede analitik hiyerarşi prosesi (AHP) uygulamaları. *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi* 7(1):37-55.
- Vila T D, Darcy S, González E A (2015) Competing for the disability tourism market—a comparative exploration of the factors of accessible tourism competitiveness in Spain and Australia. *Tourism Management* 47:261-272.
- Wang J (1999) Fuzzy outranking approach to prioritize design requirements in quality function deployment. *International Journal of Production Research* 37(4):899-916.
- Wang X, Li X R, Zhen F, Zhang J (2016) How smart is your tourist attraction?: Measuring tourist preferences of smart tourism attractions via a FCEM-AHP and IPA approach. *Tourism Management* 54:309-320.
- Wilson F R, Pan W, Schumsky D A (2012) Recalculation of the critical values for Lawshe's content validity ratio. *Measurement and evaluation in counseling and development* 45(3):197-210.
- Wong P P W (2018) Role of components of destination competitiveness in the relationship between customer-based brand equity and destination loyalty *Current Issues in Tourism* 21(5):504-528.
- Wongkit M, Mckercher B (2016) Desired attributes of medical treatment and medical service providers: A case study of medical tourism in Thailand. *Journal of Travel & Tourism Marketing* 33(1):14-27.
- Wright R A, Raho L E, Berkowitz E N (1989) Physician attitudes about advertising are changing. *Journal of Hospital Marketing* 3(2):49-68.
- Yazan T, Şengül S, Girgin A (2018) Sağlık hizmetleri ve hasta memnuniyeti. *Acta Medica Alanya* 2(1):24-29.

- Yeşilyurt S, Çapraz C (2018) A road map for the content validity used in scale development studies. *Erzincan Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 20(1):251-264.
- Yıldırım Y, Kavuncubaşı Ş (2019) An assessment of the quality of health care received by foreign residents in Turkey and in their own country: The case of Alanya. *4. International Health Sciences and Management Conference*. İstanbul, Haziran 20-23.
- Yılmaz Ş K ve Gülmez M (2013) Kamu ve özel hastanelerin bütünleşik pazarlama iletişimi açısından karşılaştırılması: Kayseri ili örneği. *Çukurova Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi* 17(2):207-227.
- Yu J Y, Ko T G (2012) A cross-cultural study of perceptions of medical tourism among Chinese, Japanese and Korean tourists in Korea. *Tourism Management* 33(1):80-88.
- Zairi M, Youssef M A (1995) Quality function deployment -A main pillar for successful total quality management and product development. *International Journal of Quality and Reliability Management* 12 (6):9-23.
- Zarchi R M, Jabbari A, Rahimi S H, Shafaghat T, Abbasi S (2013) Preparation and designing a checklist for health care marketing mix, with medical tourism approach. *International Journal of Travel Medicine and Global Health* 1(3):103-108.
- Zehrer A, Hallmann K (2015) A Stakeholder perspective on policy indicators of destination competitiveness. *Journal of Destination Marketing & Management* 4(2):120-126.
- Zehrer A, Smeral E, Hallmann K (2017) Destination competitiveness-A comparison of subjective and objective indicators for winter sports areas. *Journal of Travel Research* 56(1):55-66.
- Zeithaml V A, Berry L L, Parasuraman A (1996) The behavioral consequences of service quality. *Journal of Marketing* 60(2):31-46.

Zeithaml V A, Bitner M J, Gremler D D (2018) *Services Marketing: Integrating Customer Focus Across The Firm* (McGraw-Hill Education).

Zhou Y, Maumbe K, Deng J, Selin S W (2015) Resource-based destination competitiveness evaluation using a hybrid analytic hierarchy process (AHP): The case study of West Virginia. *Tourism Management Perspectives* 15:72-80.

İNTERNET KAYNAKLARI

Antalya İl Sağlık Müdürlüğü (2020). <https://www.antalyasm.gov.tr/ozel-agiz-ve-dis-sagligi-merkezleri/tum-ozel-agiz-ve-dis-sagligi-merkezleri> (09.05.2021).

BBC (2020). <https://www.bbc.com/turkce/haberler-dunya-51321245> (29.04.2019).

Bloomberg (2018). <https://www.bloomberg.com/news/articles/2018-07-12/startups-look-to-mainstream-medical-tourism> (02.05.2020).

DEİK (2017). https://www.deik.org.tr/uploads/2017-genel-kurul-kitabi_final.pdf (19.05.2020).

Deloitte (2008). *Medical Tourism: The Asian Chapter*. <https://www.deik.org.tr/raporlar-saglik-ve-saglik-turizmi-sektorunden-raporlar> (21.06.2020).

Euronews (2020). <https://tr.euronews.com/2020/05/01/pandemi-sonras-sagl-k-turizmine-buyuk-umutlar-baglaniyor> (01.05.2020).

European Commission (2011).

file:///C:/Users/hp/Downloads/Explanatory%20note%20-%20N_Necessary%20care%20%201.pdf (30.04.2020).

Forbes (2014). <https://www.forbes.com/sites/reenitadas/2014/08/19/medical-tourism-gets-a-facelift-and-perhaps-a-pacemaker/?sh=24d50941391b> (14.03.2021).

IHRC (2016). <https://www.healthcareresearchcenter.org/medical-tourism-index/> (14.03.2021).

JCI (2020). <https://www.jointcommissioninternational.org/accreditation/> (08.04.2021).

- Market Research (2020). <https://www.marketresearch.com/Grand-View-Research-v4060/Medical-Tourism-Size-Share-Trends-13145528/> (01.05.2020).
- OECD (2011). *Medical Tourism: Treatments, Markets and Health System Implications: A Scoping Review*. <http://www.oecd.org/els/health-systems/48723982.pdf> (16.09.2020).
- OHSAD (2019). <https://ohsad.org/12-tusap-vizyon-toplantisinde-saglik-turizmi-ve-globallesme-konusuldu/> (14.03.2021).
- T. C. Kalkınma Bakanlığı (2013). *Onuncu Kalkınma Planı*. <https://www.sbb.gov.tr/wp-content/uploads/2018/11/Onuncu-Kalk%C4%B1nma-Plan%C4%B1-2014-2018.pdf> (20.06.2020).
- T. C. Kültür ve Turizm Bakanlığı (2007). *Türkiye Turizm Stratejisi Eylem Planı Raporu 2007-2013*. <https://www.ktb.gov.tr/Eklenti/906,ttstratejisi2023pdf.pdf?0> (20.06.2020).
- T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı (2019). <https://yigm.ktb.gov.tr/Eklenti/64688,turizm-istatistikleri--ocak-haziran-2019-2pdf.pdf?0> (10.03.2021)
- T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı (2020). <https://yigm.ktb.gov.tr/TR-249709/yillik-bultenler.html> (19.03.2021).
- T. C. Sağlık Bakanlığı (2012b). *Sağlık Bakanlığı Stratejik Plan 2013-2017*. https://sgb.saglik.gov.tr/Eklenti/9843/0/saglik-bakaligi-stratejik-plan--2013-2017pdf.pdf?_tag1=732DB6BBC0692DEE6FC458B05035CFADB14F1F97 (20.06.2020).
- T. C. Sağlık Bakanlığı (2013). *Medikal Turizm Değerlendirme Raporu*. <http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/dosya/1-91778/h/turkiye-medikal-turizm-degerlendirme-raporu-2013.pdf> (30.08.2018).
- T. C. Sağlık Bakanlığı (2018). <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/36134,siy2018trpdf.pdf?0> (14.02.2020).

T. C. Trablus Büyükelçiliği (2012).

<http://trablus.be.mfa.gov.tr/Mission/ShowInfoNote/157183> (07.05.2020).

The Commonwealth Fund (2017).

https://www.commonwealthfund.org/sites/default/files/documents/___media_files_publications_fund_report_2017_may_mossialos_intl_profiles_v5.pdf (29.04.2020).

TÜRSAB (2014). *Sağlık Turizmi Raporu*. http://www.tursab.org.tr/dosya/12186/saglikturizmiraporu_12186_5485299.pdf (19.02. 2020)

UNWTO (2013). <https://www.e-unwto.org/doi/pdf/10.18111/9789284415427> (10.03.2020).

UNWTO (2020). <https://www.e-unwto.org/doi/epdf/10.18111/9789284422456> - 11.04.2021.

WEF (2007). *The Travel & Tourism Competitiveness Report*. <http://www.weforum.org/en/initiatives/gcp/TravelandTourismReport/TravelTourismCompetitivenessReport2007/index.htm> (20.03.2020).

WEF (2017). http://www3.weforum.org/docs/WEF_TTCR_2017_web_0401.pdf (19.06.2020).

WHO (2015). <https://www.who.int/bulletin/volumes/93/11/14-146027/en/> (20.05.2020).

<http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/mevzuat.pdf> (30.05.2021).

<https://aktob.org.tr/news/antalyanin-yerlesik-yabanci-nufus-orani-102643e-ulasti/> (08.05.2021).

<https://saglik.gov.tr/TR,1642/hasta-yol-destegi-protokolu-imzalandi.html> (19.03.2021).

<https://www.altid.org.tr/bilgi-hizmetleri/alanya-tesis-kapasite/> (08.05.2021).

<http://www.saturk.gov.tr/images/pdf/tyst/03.pdf> (13.03.2020).

<https://www.marketresearch.com/Grand-View-Research-v4060/Medical-Tourism-Size-Share-Trends-13145528/> (01.05.2020).

<https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=15909&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeli&mevzuatTertip=5> (11.06.2021).

<https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=16281&mevzuatTur=Tebliğ&mevzuatTertip=5> (11.06.2021).

<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/11/20111102M1-3.htm> (04.04.2020).

<https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=3218&MevzuatTur=1&MevzuatTertip=5> (30.05.2021).

<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/12/20121231M4-13.htm> (11.06.2021).

<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/07/20170713-3.htm> (10.05.2020).

<https://www.statista.com/topics/6382/medical-tourism-in-south-korea/> (03.06.2021).

<https://www.who.int/about/who-we-are/frequently-asked-questions> (10.04.2020).

<https://www.medicaltourism.com/compare-prices> (02.05.2020).

<https://www.health-tourism.com/medical-tourism-turkey/> (02.05.2020).

<http://www.indiaprofile.com/medical-tourism/cost-comparison.html> (03.05.2020).

EK 1

Değerli alan uzmanı,
Elinizde bulunan form aracılığıyla, Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Turizm İşletmeciliği Anabilim Dalında, Doç. Dr. Eb GÜNEREN ÖZDEMİR'in danışmanlığında Vildan YILMAZ tarafından hazırlanan "Medikal Turizmde Destinasyon Rekabetçiliğinin Belirlenme Alanya Örneği" başlıklı doktora tezi kapsamında ihtiyaç duyulan verilerin toplanması amaçlanmaktadır. Form ile ilgili bilgiler devam eden bölümde sunulmuştur. İlginiz ve yardımlarınız için çok teşekkür ederim.
Öğr. Gör. Vildan YILMAZ

MEDİKAL TURİZMDE DESTINASYON REKABETÇİLİĞİNİ BELİRLEYEN FAKTÖRLER			
1. TAMAMLAYICI FAKTÖRLER	2. TEMEL ÇEKİCİLİKLER	3. TURİSTİK ÇEKİCİLİKLER	4. DESTINASYON YÖNETİMİ
Destinasyona ulaşım kolaylığı	Tedaviye ulaşma süresi	Tatil imkanı	Devlet politikası
Emniyet ve güvenlik	Tedavi fiyatları	Turistik ürün fiyatları	Ülkeler arası anlaşmalar
Altyapı olanakları	Tıbbi ekipman kalitesi	Misafirperverlik	Etiğe uygunluk
Olumlu destinasyon imajı	Hastane/tedavinin akreditasyonu	Kültürel ve doğal çekicilikler	Reklam ve tanıtım faaliyetleri
	Doktorların yetkinliği	Yeme-içme olanakları	Bilişim teknolojilerinin kullanımı
	Sağlık çalışanlarının yetkinliği	Konaklama işletmeleri	Ulusal/Yerel Turizm Örgütlerinin etkinliği
	Hastane/kliniğin yetkinliği	Tedavi-tur paketleri	Destinasyon vizyonu
	Tedavi kalitesi		Rakip destinasyonların analizi
	Hasta takip hizmetleri		
	Aracı kuruluşlar		

Bu kısımda sizden istenen, medikal turistlerin destinasyon seçimlerini yaparken aşağıdaki faktörleri hangi düzeyde önemsediklerini ikili karşılaştırmalar yaparak belirlemenizdir.
Örneğin, "tedaviye ulaşma süresi" medikal turistler için "tedavi fiyatları" faktöründen daha önemli görülüyorsa aşağıdaki gibi "tedaviye ulaşma süresi"ne yakın bir değer işaretlenmelidir.

9. Son Derece Önemli, 7. Çok Güçlü Önem, 5. Güçlü Önem, 3. Zayıf Önem, 1. Eşit Önem,

Tedaviye ulaşma süresi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tedavi fiyatları
------------------------	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	------------------

DESTINASYON REKABETÇİLİĞİNİ BELİRLEYEN FAKTÖRLERİN ÖNEM DERECELERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

	Son Derece Önemli		Çok Güçlü Önem		Güçlü Önem		Zayıf Önem		Eşit Önem		Zayıf Önem		Güçlü Önem		Çok Güçlü Önem		Son Derece Önemli	
	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Tamamlayıcı Faktörler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Temel Çekicilikler
Tamamlayıcı Faktörler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Turistik Çekicilikler
Tamamlayıcı Faktörler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Destinasyon Yönetimi
Temel Çekicilikler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Turistik Çekicilikler
Temel Çekicilikler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Destinasyon Yönetimi
Turistik Çekicilikler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Destinasyon Yönetimi

1. TAMAMLAYICI FAKTÖRLER

	Son Derece Önemli		Çok Güçlü Önem		Güçlü Önem		Zayıf Önem		Eşit Önem		Zayıf Önem		Güçlü Önem		Çok Güçlü Önem		Son Derece Önemli	
	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Destinasyona ulaşım kolaylığı	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Emniyet ve güvenlik
Destinasyona ulaşım kolaylığı	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Altyapı olanakları
Destinasyona ulaşım kolaylığı	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Olumlu destinasyon imajı
Emniyet ve güvenlik	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Altyapı olanakları
Emniyet ve güvenlik	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Olumlu destinasyon imajı
Olumlu destinasyon imajı	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Altyapı olanakları

2. TEMEL ÇEKİCİLİKLER

	Son Derece Önemli		Çok Güçlü Önem		Güçlü Önem		Zayıf Önem		Eşit Önem		Zayıf Önem		Güçlü Önem		Çok Güçlü Önem		Son Derece Önemli	
	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
Tedaviye ulaşma süresi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tedavi fiyatları
Tedaviye ulaşma süresi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Hastane/tedavinin akreditasyonu
Tedaviye ulaşma süresi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Doktorların yetkinliği
Tedaviye ulaşma süresi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Sağlık çalışanlarının yetkinliği
Tedaviye ulaşma süresi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Hastane/kliniğin yetkinliği
Tedaviye ulaşma süresi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tedavinin kalitesi
Tedaviye ulaşma süresi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Hasta takip hizmetleri
Tedaviye ulaşma süresi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tıbbi ekipman kalitesi
Tedaviye ulaşma süresi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Aracı kuruluşlar
Tedavi fiyatları	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Hastane/tedavinin akreditasyonu
Tedavi fiyatları	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Doktorların yetkinliği

Tedavi fiyatları	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Sağlık çalışanlarının yetkinliği
Tedavi fiyatları	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Hastane/kliniğin yetkinliği
Tedavi fiyatları	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tedavinin kalitesi
Tedavi fiyatları	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Hasta takip hizmetleri
Tedavi fiyatları	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tıbbi ekipman kalitesi
Tedavi fiyatları	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Aracı kuruluşlar
Hastane/tedavinin akreditasyonu	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Doktorların yetkinliği
Hastane/tedavinin akreditasyonu	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Sağlık çalışanlarının yetkinliği
Hastane/tedavinin akreditasyonu	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Hastane/kliniğin yetkinliği
Hastane/tedavinin akreditasyonu	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tedavinin kalitesi
Hastane/tedavinin akreditasyonu	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Hasta takip hizmetleri
Hastane/tedavinin akreditasyonu	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tıbbi ekipman kalitesi
Hastane/tedavinin akreditasyonu	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Aracı kuruluşlar
Doktorların yetkinliği	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Sağlık çalışanlarının yetkinliği
Doktorların yetkinliği	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Hastane/kliniğin yetkinliği
Doktorların yetkinliği	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tedavinin kalitesi
Doktorların yetkinliği	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Hasta takip hizmetleri
Doktorların yetkinliği	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tıbbi ekipman kalitesi
Doktorların yetkinliği	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Aracı kuruluşlar
Sağlık çalışanlarının yetkinliği	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Hastane/kliniğin yetkinliği
Sağlık çalışanlarının yetkinliği	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tedavinin kalitesi
Sağlık çalışanlarının yetkinliği	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Hasta takip hizmetleri
Sağlık çalışanlarının yetkinliği	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tıbbi ekipman kalitesi
Sağlık çalışanlarının yetkinliği	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Aracı kuruluşlar
Hastane/kliniğin yetkinliği	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tedavinin kalitesi
Hastane/kliniğin yetkinliği	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Hasta takip hizmetleri
Hastane/kliniğin yetkinliği	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tıbbi ekipman kalitesi
Hastane/kliniğin yetkinliği	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Aracı kuruluşlar
Tedavinin kalitesi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Hasta takip hizmetleri
Tedavinin kalitesi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tıbbi ekipman kalitesi
Tedavinin kalitesi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Aracı kuruluşlar
Hasta takip hizmetleri	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tıbbi ekipman kalitesi
Hasta takip hizmetleri	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Aracı kuruluşlar
Tıbbi ekipman kalitesi	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Aracı kuruluşlar

3. TURİSTİK ÇEKİCİLİKLER

	Son Derece Önemli	Çok Güçlü Önem	Güçlü Önem	Zayıf Önem	Eşit Önem	Zayıf Önem	Güçlü Önem	Çok Güçlü Önem	Son Derece Önemli									
Tatil imkanı	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Turistik ürün fiyatları
Tatil imkanı	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Kültürel benzerlikler
Tatil imkanı	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Misafirperverlik
Tatil imkanı	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Kültürel ve doğal çekicilikler
Tatil imkanı	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Yeme-içme olanakları
Tatil imkanı	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Konaklama İşletmeleri
Tatil imkanı	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tedavi-tur paketleri
Turistik ürün fiyatları	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Misafirperverlik
Turistik ürün fiyatları	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Kültürel ve doğal çekicilikler
Turistik ürün fiyatları	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Yeme-içme olanakları
Turistik ürün fiyatları	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Konaklama İşletmeleri
Turistik ürün fiyatları	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tedavi-tur paketleri
Misafirperverlik	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Kültürel ve doğal çekicilikler
Misafirperverlik	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Yeme-içme olanakları
Misafirperverlik	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Konaklama İşletmeleri
Misafirperverlik	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tedavi-tur paketleri
Kültürel ve doğal çekicilikler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Yeme-içme olanakları
Kültürel ve doğal çekicilikler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Konaklama İşletmeleri
Kültürel ve doğal çekicilikler	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tedavi-tur paketleri
Yeme-içme olanakları	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Konaklama İşletmeleri
Yeme-içme olanakları	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tedavi-tur paketleri
Konaklama İşletmeleri	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Tedavi-tur paketleri

4. DESTİNASYON YÖNETİMİ

	Son Derece Önemli	Çok Güçlü Önem	Güçlü Önem	Zayıf Önem	Eşit Önem	Zayıf Önem	Güçlü Önem	Çok Güçlü Önem	Son Derece Önemli									
Devlet politikası	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ülkeler arası anlaşmalar
Devlet politikası	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ulusal Turizm Örgütlerinin etkinliği

Devlet politikası	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Destinasyon vizyonu
Devlet politikası	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Etİge uygunluk
Devlet politikası	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Reklam ve tanıtım
Devlet politikası	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Bilişim teknolojilerinin kullanımı
Devlet politikası	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyonların analizi
Ülkeler arası anlaşmalar	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Ulusal Turizm Örgütlerinin etkinliği
Ülkeler arası anlaşmalar	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Destinasyon vizyonu
Ülkeler arası anlaşmalar	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Etİge uygunluk
Ülkeler arası anlaşmalar	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Reklam ve tanıtım
Ülkeler arası anlaşmalar	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Bilişim teknolojilerinin kullanımı
Ülkeler arası anlaşmalar	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyonların analizi
Ulusal Turizm Örgütlerinin etkinliği	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Destinasyon vizyonu
Ulusal Turizm Örgütlerinin etkinliği	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Etİge uygunluk
Ulusal Turizm Örgütlerinin etkinliği	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Reklam ve tanıtım
Ulusal Turizm Örgütlerinin etkinliği	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Bilişim teknolojilerinin kullanımı
Ulusal Turizm Örgütlerinin etkinliği	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyonların analizi
Destinasyon vizyonu	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Etİge uygunluk
Destinasyon vizyonu	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Reklam ve tanıtım
Destinasyon vizyonu	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Bilişim teknolojilerinin kullanımı
Destinasyon vizyonu	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyonların analizi
Etİge uygunluk	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Reklam ve tanıtım
Etİge uygunluk	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Bilişim teknolojilerinin kullanımı
Etİge uygunluk	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyonların analizi
Reklam ve tanıtım	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Bilişim teknolojilerinin kullanımı
Reklam ve tanıtım	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyonların analizi
Bilişim teknolojilerinin kullanımı	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyonların analizi
Sizce Türkiye'de medikal turizm açısından Alanya'nın en önemli rakipleri hangileridir? Rakip gördüğünüz üç ana destinasyonu, en önemlisinden başlayarak sıralayınız.																		
1.																		
2.																		
3.																		
Bu kısımda sizden istenen, birinci sırada belirlediğiniz en önemli rakip destinasyon açısından Alanya'nın performansını ikili karşılaştırma yaparak değerlendirmenizdir.																		
Örneğin Alanya, belirlediğiniz rakip destinasyona göre "destinasyona ulaşım kolaylığı" açısından daha başarılı görülüyor ise, aşağıdaki gibi Alanya'ya yakın olan değerlerden biri işaretlenmelidir.																		
9. Son Derece Başarılı, 7. Çok Başarılı, 5. Başarılı, 3. Biraz Daha Başarılı, 1. Eşit Başarı																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
ALANYA İLE RAKİP DESTİNASYONUN KARŞILAŞTIRILMASI																		
	Son Derece Başarılı		Çok Başarılı		Başarılı		Biraz Daha Başarılı		Eşit Başarı		Biraz Daha Başarılı		Başarılı		Çok Başarılı		Son Derece Başarılı	
TAMAMLAYICI FAKTÖRLER																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
TEMEL ÇEKİCİLİKLER																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
TURİSTİK ÇEKİCİLİKLER																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
DESTİNASYON YÖNETİMİ																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Destinasyona ulaşım kolaylığı																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Emniyet ve güvenlik																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Altyapı olanakları																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Olumlu destinasyon imajı																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Tedaviye ulaşma süresi																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Tedavi fiyatları																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Tıbbi ekipman kalitesi																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Hastane/tedavinin akreditasyonu																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Doktorların yetkinliği																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Sağlık çalışanlarının yetkinliği																		

Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Hastane/kliniğin yetkinliği																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Tedavi kalitesi																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Hasta takip hizmetleri																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Aracı kuruluşlar																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Tatil imkanı																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Turistik ürün fiyatları																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Misafirperverlik																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Kültürel ve doğal çekicilikler																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Yeme-içme olanakları																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Konaklama işletmeleri																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Tedavi-tur paketleri																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Devlet politikası																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Ülkeler arası anlaşmalar																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Etige uygunluk																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Reklam ve tanıtım faaliyetleri																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Bilişim teknolojilerinin kullanımı																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Ulusal/Yerel Turizm Örgütlerinin etkinliği																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Destinasyon vizyonu																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
Rakip destinasyonların analizi																		
Alanya	9	8	7	6	5	4	3	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Rakip destinasyon
İSTATİSTİK AMAÇLI SORULAR																		
1. Yurt dışından hastalar en çok hangi nedenle gelmektedir?																		
	1 Sigorta kapsamı dışında kalan tedaviler																	
	2 Kendi ülkesinde olmayan tedaviler																	
	3 Gizlilik ve mahremiyet ihtiyacı																	
2. Hastaların Alanya'ya yönelmesinde en çok etkisi olan kanal hangisidir?																		
	1 Aile ve arkadaş tavsiyeleri																	
	2 Daha önce tedavi gören hastaların deneyimleri																	
	3 Aracı kuruluşların tavsiyeleri																	
	4 Kendi doktorlarının tavsiyeleri																	
	5 Önceki medikal turizm deneyimleri																	
3. Hastalar en çok hangi ülkeden gelmektedir?																		
.....																		
4. Hastalar en çok hangi tedavi türünü tercih etmektedir.																		
.....																		
5. Bu tedavi türü için en çok hangi sezonda Alanya'yı ziyaret etmektedirler.																		
.....																		
<p>Bu form aracılığıyla, medikal turizmde destinasyon rekabetçiliğini belirleyen unsurlar hakkında belirtmiş olduğum yargıların, Vildan Yılmaz tarafından hazırlanan "Destinasyon rekabetçiliğinin Belirlenmesi: Alanya Örneği" başlıklı doktora tezi kapsamında kullanılmasını ve beş yıl süresince saklanması kabul ediyorum.</p> <p>Ad- Soyad:</p> <p>Kurum/Kuruluş:</p> <p>Meslek:</p> <p>Ünvan:</p> <p>Mesleki Tecrübe (Yıl):</p> <p>E-posta:</p> <p>Telefon:</p> <p>Tarih:</p>																		