

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Uğur AKDU

MEDİKAL TURİZMDE HİZMET KALİTESİ, MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ ve MÜŞTERİ
SADAKATİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Ana Bilim Dalı
Doktora Tezi

Antalya, 2014

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

Uğur AKDU

MEDİKAL TURİZMDE HİZMET KALİTESİ, MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ ve MÜŞTERİ
SADAKATİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Ana Bilim Dalı
Doktora Tezi

Danışman
Prof. Dr. Mustafa GÜLMEZ

Antalya, 2014

Akdeniz Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğüne,

Uğur AKDU'nun bu çalışması, jürimiz tarafından Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Ana Bilim Dalı Doktora Programı tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan	: Prof. Dr. Süleyman BARUTÇU	(İmza)
Üye (Danışmanı)	: Prof. Dr. Mustafa GÜLMEZ	(İmza)
Üye	: Doç. Dr. V.Rüya EHTİYAR	(İmza)
Üye	: Doç. Dr. Cem Oktay GÜZELLER	(İmza)
Üye	: Yrd. Doç. Dr. Olgun KİTAPCI	(İmza)

Tez Başlığı: Medikal Turizmde Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Sadakatinin Değerlendirilmesi

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

Tez Savunma Tarihi :12/03/2014

Mezuniyet Tarihi :19/03/2014

Prof. Dr. Zekeriya KARADAVUT
Müdür

İÇİNDEKİLER

TABLolar LİSTESİ	iv
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
GÖRSELLER LİSTESİ	viii
KISALTMALAR LİSTESİ	ix
ÖZET	x
SUMMARY	xi
ÖNSÖZ	xii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK TURİZMİ KAPSAMINDA MEDİKAL TURİZM

1.1 Sağlık Turizmi	4
1.2 Medikal Turizm	8
1.2.1 Dünyada Medikal Turizm	12
1.2.1.1 Avrupa Ülkelerinde Sağlık Hizmetleri ve Medikal Turizm	14
1.2.1.2 Ortadoğu ve Asya Ülkelerinde Sağlık Hizmetleri ve Medikal Turizm	16
1.2.1.3 Kuzey ve Güney Amerika Ülkelerinde Sağlık Hizmetleri ve Medikal Turizm	19
1.2.1.4 Afrika Ülkelerinde Sağlık Hizmetleri ve Medikal Turizm	21
1.2.2 Türkiye’de Medikal Turizm	22
1.3 Medikal Turizmde Aracı Kuruluşlar	30
1.3.1 Danışman Firmalar	31
1.3.2 Medikal Turizm Operatörü	31
1.3.3 Seyahat Acenteleri ve/veya Hasta Yönlendiricileri	32
1.3.4 Yardımcı (Asistan) Firmalar	33
1.3.5 Sağlık Hizmeti Sağlayıcı Gruplar	34
1.3.6 Aracı Kuruluş Hizmetlerinde Süreçler	35
1.3.6.1 Orijinal Garantisi Aşaması	35
1.3.6.2 Aracı Kuruluş Garantisi	35
1.3.6.3 Medikal Rapor ve Proforma (MR+P) Garantisi	36
1.3.6.4 Garanti Revizyonu	36
1.3.6.5 Rakamsal Onay, Faturalandırma ve Ödeme	37
1.4 Medikal Turizmde Tanıtım ve Pazarlama	38

1.5	Sağlık Serbest Bölgeleri	42
1.5.1	Dünyada Sağlık Serbest Bölgesi Uygulamaları.....	44

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK İŞLETMELERİNDE HİZMET ve KALİTE

2.1	Hizmetin Tanımı ve Özellikleri	46
2.2	Kalite Kavramı ve Kalitenin Boyutları.....	47
2.3	Hizmet Kalitesi ve Hizmet Kalitesini Belirleyen Faktörler.....	49
2.4	Hizmet Kalitesinin Boyutları.....	51
2.5	Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Kullanılan Modeller.....	52
2.5.1	Grönroos'un Algılanan Toplam Kalite Endeksi.....	53
2.5.2	SERVPERF Modeli.....	54
2.5.3	Kano Modeli.....	55
2.5.4	SERVQUAL Hizmet Kalitesi Modeli.....	56
2.6	Sağlık Hizmetlerinde Kalite	61
2.7	Sağlık Hizmetlerinde Kalite Sistemleri	64
2.7.1	Uluslararası Ortak Komisyon (Joint Commission International (JCI)).....	65
2.7.2	Uluslararası Standardizasyon Örgütü (International Organization for Standardization (ISO))	66
2.8	Müşteri Memnuniyeti, Müşteri Sadakati ve Hizmet Kalitesi ile İlişkisi.....	68

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

MEDİKAL TURİZMDE HİZMET KALİTESİ, MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ ve MÜŞTERİ SADAKATİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

3.1	Araştırmanın Amacı ve Önemi.....	72
3.2	Araştırmanın Literatüre Katkısı.....	73
3.3	Araştırmanın Kapsamı ve Sınırları	77
3.4	Araştırmanın Metodolojisi.....	78
3.4.1	Araştırmanın Modeli	78
3.4.2	Araştırmanın Hipotezleri	79
3.4.3	Veri Toplama Yöntemi.....	82
3.4.4	Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi	83
3.4.5	Verilerin Analizi.....	84
3.5	Araştırmanın Bulguları ve Bulgulara İlişkin Yorumlar.....	85

3.5.1	Katılımcılara İlişkin Betimsel İstatistikler.....	85
3.5.2	Uygunluk Testleri.....	88
3.5.3	Açımlayıcı Faktör Analizi	89
3.5.4	Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)	90
3.5.5	Güvenilirlik Analizleri.....	95
3.5.6	SERVQUAL Analizi Sonuçları.....	97
3.5.7	Hipotez Testlerine İlişkin Sonuçlar	106
3.5.8	Araştırma Modeline İlişkin Bulgular.....	117
SONUÇ		124
KAYNAKÇA.....		131
EKLER		147
EK 1 - Anket Formu		147
EK 2 - Etik Kurul Raporu		150
Ek Tablolar (İstatistiksel Analizler)		151
Ö Z G E Ç M İ Ş		164

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1.1 Ülkeler Arası Tedavi Fiyatlarının Karşılaştırması (ABD Doları).....	13
Tablo 1.2 Medikal Turizmde Öne Çıkan Ülkeler.....	14
Tablo 1.3 Medikal Turistlerin Geldiği Hastane Türü ve Bölümlerine Göre Dağılımı (2008) .	23
Tablo 1.4 Medikal Turistlerin Geldiği Hastane Türü ve Bölümlerine Göre Dağılımı (2010) .	23
Tablo 1.5 Türkiye'ye Gelen Medikal Turistlerin Ülkeleri ve Hizmet Aldığı Branşlara Göre Dağılımı	24
Tablo 2.1 Kalite Gurularının Kaliteye Bakış Açıkları.....	48
Tablo 2.2 Hizmet Kalitesinin Boyutlarına İlişkin Görüşler	51
Tablo 2.3 Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları.....	63
Tablo 2.4 Müşteri Memnuniyeti ve Hizmet Kalitesinin Karşılaştırması.....	70
Tablo 3.1 Sağlık Turizmi Hastalarının Hastane Türüne Göre Sayıları (2012).....	83
Tablo 3.2 Katılımcıların Yaş, Cinsiyet ve Eğitim Durumu.....	86
Tablo 3.3 Katılımcıların Ülkelerine Göre Dağılımı	86
Tablo 3.4 Katılımcıların Hasta veya Refakatçi Olma Durumuna Göre Dağılımı	87
Tablo 3.5 Katılımcıların Hastaneye Başvuru Şekillerine Göre Dağılımı	87
Tablo 3.6 Algı Önergelerine İlişkin Çarpıklık ve Basıklık Testi Bulguları	88
Tablo 3.7 Kaiser-Meyer Olkin (KMO) Testi Bulguları	89
Tablo 3.8 Algı Önergelerine İlişkin Dönüştürülmüş Bileşenler Analizi Bulguları.....	89
Tablo 3.9 Memnuniyet ve Sadakat Önergelerine İlişkin Dönüştürülmüş Bileşenler Analizi Bulguları	90
Tablo 3.10 Servqual Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri.....	93
Tablo 3.11 Memnuniyet ve Sadakat Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri	95
Tablo 3.12 Servqual Ölçeğine İlişkin Güvenilirlik Analizi Sonuçları	96
Tablo 3.13 Memnuniyet ve Sadakat Ölçeğine İlişkin Güvenilirlik Analizi Sonuçları.....	97
Tablo 3.14 Beklenti İfadelerinin Dağılımı	99
Tablo 3.15 Algı İfadelerinin Dağılımı	100
Tablo 3.16 Memnuniyet ve Sadakat İfadelerinin Dağılımı	100
Tablo 3.17 Servqual Ölçeği Soru Önergelerine İlişkin Ortalamalar ve Boşluklar.....	101
Tablo 3.18 Hizmet Önem Derecelerinin Tanımlayıcı Bilgilere Göre Dağılımı	105

Tablo 3.19 Boyutlara Göre Beklenti ve Algılara Verilen Cevaplara İlişkin T-Testi Sonuçları	106
Tablo 3.20 Katılımcıların Cinsiyetleri ile Hizmet Kalitesi Boyutları Arasındaki Farka ilişkin T-Testi Sonuçları	107
Tablo 3.21 Katılımcıların Yaşları ile Hizmet Kalitesi Boyutları Arasındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	108
Tablo 3.22 Katılımcıların Eğitim Düzeyi ile Hizmet Kalitesi Boyutları Arasındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	108
Tablo 3.23 Katılımcıların Ülkeleri ile Hizmet Kalitesi Boyutları Arasındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	109
Tablo 3.24 Algılanan Hizmet Kalitesi ile Katılımcıların Cinsiyetleri Arasındaki Farka İlişkin Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları	110
Tablo 3.25 Algılanan Hizmet Kalitesi ile Katılımcıların Yaşları Arasındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	110
Tablo 3.26 Algılanan Hizmet Kalitesi ile Katılımcıların Eğitim Düzeyleri Arasındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları	111
Tablo 3.27 Algılanan Hizmet Kalitesi ile Katılımcıların Ülkeleri Arasındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	112
Tablo 3.28 Katılımcıların Cinsiyetleri ile Müşteri Memnuniyeti Arasındaki Farka İlişkin Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları	113
Tablo 3.29 Katılımcıların Yaşları ile Müşteri Memnuniyeti Arasındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	113
Tablo 3.30 Katılımcıların Eğitim Düzeyleri ile Müşteri Memnuniyeti Arasındaki Farka Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	114
Tablo 3.31 Katılımcıların Ülkeleri ile Müşteri Memnuniyeti Arasındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	114
Tablo 3.32 Katılımcıların Cinsiyetleri ile Müşteri Sadakati Arasındaki Farka İlişkin Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları	115
Tablo 3.33 Katılımcıların Yaşları ile Müşteri Sadakati Arasındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	115
Tablo 3.34 Katılımcıların Eğitim Düzeyleri ile Müşteri Sadakati Arasındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	116
Tablo 3.35 Katılımcıların Ülkeleri ile Müşteri Sadakati Arasındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları.....	116

Tablo 3.36 Araştırma Modelinin Gözlenen ve Gözlenemeyen Değişkenleri.....	118
Tablo 3.37 Araştırma Modelinin Hipotezlerine İlişkin Sonuçlar	123

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1.1 Medikal Turizm Akış Şeması.....	30
Şekil 1.2 Seyahat Acentesinin Sağlık Turizmindeki Rolü	33
Şekil 1.3 Medikal Turizmde Aracı Kuruluş Hizmetleri ve Süreç	35
Şekil 2.1 Hizmetin Özellikleri	47
Şekil 2.2 Grönroos'un Hizmet Kalitesi Modeli.....	54
Şekil 2.3 Kano Modeli.....	56
Şekil 2.4 Algılanan Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri.....	58
Şekil 3.1 Araştırmanın Modeli	79
Şekil 3.2 Model 1- Algı Önermelerine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları	91
Şekil 3.3 Model 2 -Algı Önermelerine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları	92
Şekil 3.4 Model 1- Memnuniyet ve Sadakat Önermelerine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	94
Şekil 3.5 Model 2 - Memnuniyet ve Sadakat Önermelerine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları.....	94
Şekil 3.6 7'li Likert Ölçeğinde Servqual Skorlarının Yorumlanması	97
Şekil 3.7 Hizmet Kalitesi Boyutlarının Hizmet Önem Derecelerine Göre Sıralaması.....	104
Şekil 3.8 Model 1- Yapısal Eşitlik Modeli, Doğrudan Aracı Etkisiz Analiz Sonuçları	119
Şekil 3.9 Model 2 - Yapısal Eşitlik Modeli Doğrudan Aracı Etkisiz Analiz Sonuçları	120
Şekil 3.10 Model 3 - Yapısal Eşitlik Modeli Aracı Etkili Analiz Sonuçları	121
Şekil 3.11 Model 4 - Yapısal Eşitlik Modeli Aracı Etkili Analiz Sonuçları	122

GÖRSELLER LİSTESİ

Görsel 1.1 Marm Assistance Şirketine Ait Hasta Takip Formu Örneği	36
Görsel 1.2 Marm Assistance Şirketine Ait Hastane Garanti Formu Örneği	37
Görsel 1.3 Marm Assistance Şirketine Ait Rakamsal Onay Formu Örneği	38
Görsel 1.4 Türkiye Sağlık Serbest Bölgesi Taslak Planı.....	44

KISALTMALAR LİSTESİ

- DEİK:** Dış Ekonomik İlişkiler Kurulu
- TÜSİAD:** Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği
- AB:** Avrupa Birliği
- NHS:** National Health Service (İngiltere'deki devlet sağlık sigorta kurumunun adıdır.)
- ABD:** Amerika Birleşik Devletleri
- BAKA:** Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı
- AMA:** The American Medical Association
- JCI:** Joint Commission International (Uluslararası Ortak Komisyon)
- ISO:** International Organization for Standardization
- MR+P:** Medikal Rapor + Proforma
- SSB:** Sağlık Serbest Bölgeleri
- TDK:** Türk Dil Kurumu
- SERVPERF:** Performansa Dayalı Hizmet Kalitesi Ölçüm Modeli (Hizmet+Performans)
- SERVQUAL:** Hizmet Kalitesi Ölçüm Modeli (Hizmet+Kalite)
- SQ:** Servqual
- SQ_B:** Beklenti Puanları Ortalaması
- SQ_A:** Algı Puanları Ortalaması
- SQ_{AĞ}:** Ağırlıklı Servqual Puanı
- SQ_{EA}:** Eşit Ağırlıklı Servqual Puanı
- AHK:** Algılanan Hizmet Kalitesi
- FV:** Fiziksel Varlıklar
- GV:** Güvenilirlik
- DUY:** Duyarlılık
- GVNC:** Güvence
- EM:** Empati
- M:** Memnuniyet
- S:** Sadakat
- H₀:** İstatistiksel yokluk hipotezi
- H₁:** İstatistiksel araştırma hipotezi
- YEM:** Yapısal Eşitlik Modeli
- DFA:** Doğrulayıcı Faktör Analizi

ÖZET

MEDİKAL TURİZMDE HİZMET KALİTESİ, MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ ve MÜŞTERİ SADAKATİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İnsanların tatilleri süresince dinlenme, egzersiz yapma, kaplıcalara gitme sayesinde daha sağlıklı olma girişimleri, beraberinde turizm endüstrisi içerisinde ‘medikal turizm’ şeklinde yeni ve farklı bir turizm türünün ortaya çıkmasını sağlamıştır. Medikal turizm kapsamında, insanlar sağlıklarını yeniden kazanmak, korumak ve yaşam kalitelerini arttırmak amacıyla sürekli ikamet ettikleri yer dışında farklı ülkelere seyahat etmektedir. Hızla artan rekabet ortamında ülkeler ve sağlık hizmeti sunucuları medikal turizmden daha fazla pay alabilmek için yoğun çabalara girmektedir. Bu da sunulan hizmetin kalitesi ve müşteri memnuniyeti ile doğrudan ilişkilidir. Buradan hareketle bu araştırmada medikal turizmde hizmet kalitesini ölçmek, mevcut durumu ortaya çıkarmak ve önerilerde bulunmak amaçlanmıştır. Bu kapsamda özellikle sağlık sektöründe sıklıkla kullanılan servqual ölçeği temel alınmış ve medikal turizm kapsamında Türkiye’ye seyahat eden 223 yabancı katılımcıya anket uygulaması yapılmıştır. Uygulanan ankette 22 değişken ve 5 boyut için hipotezler test edilmiş, yabancı hastaların hizmet kalitesi beklentilerinin ne kadar karşılandığı ortaya çıkarılmıştır. Bu kapsamda katılımcıların en çok önem verdiği hizmet kalitesi boyutunun güvenilirlik boyutu olduğu, beklentileri karşılamaya en uzak boyutun duyarlılık boyutu olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte algılanan hizmet kalitesi ile müşteri memnuniyeti arasında olumlu yönde ilişki olduğu, müşteri sadakatinin sağlanmasında müşteri memnuniyetinin aracı bir rol oynadığı sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Sağlık Turizmi, Medikal Turizm, Servqual, Hizmet Kalitesi, Yapısal Eşitlik Modeli

SUMMARY
EVALUATION OF SERVICE QUALITY, CUSTOMER SATISFACTION AND
CUSTOMER LOYALTY OF MEDICAL TOURISM

During the holidays, people's efforts to be more healthy as resting, exercising, prefer the thermal springs, spa e.t.c. has led to occurrence of a new and different form of tourism as 'Medical Tourism' in tourism industry. People travel to different countries for protect and regain their health and improve the quality of their life within medical tourism. countries and health care providers make a great effort to obtain higher benefits from medical tourism in an increasingly competitive environment. This is directly related to provided service quality and customer satisfaction. Hence, in this research aimed to measure the service quality in medical tourism, find out the current situation and make recommendations. In this context, has been used the servqual scale widely used in the healthcare industry and was applied to 223 participant who traveled to Turkey within medical tourism.

Hypotheses tested for 22 variables and 5 dimensions and measured the satisfaction size of foreing patients' expectations of service quality. Using Structural equation modelling, factor analysis and regression, significant associations were found between the five dimensions and patient satisfaction. In this context, have emerged that participants gave much importance to the reliability dimension of the service quality dimensions. However, found that there was a positive and significant relationship between service quality and patient satisfaction and service quality is an important antecedent of customer satisfaction. Also, customer satisfaction play an important role in ensuring customer loyalty and customer satisfaction has a mediator effect between customer loyalty and service quality.

Key Words: Health Tourism, Medical Tourism, Servqual, Service Quality, Structural Equation Modelling.

ÖNSÖZ

Bu tezin hazırlanma sürecinde hiçbir zaman desteğini benden esirgemeyen, bilgi ve tecrübelerini paylaşmaktan çekinmeyen, zora düştüğüm anda sakin ve deneyimli davranışlarıyla problemlerime çözüm üreten ve her zaman yol gösteren değerli hocam Sayın Prof. Dr. Mustafa GÜLMEZ'e teşekkür eder, kendisiyle çalışma fırsatı bulduğum için kendimi son derece şanslı hissettiğimi belirtmek isterim.

Doktora çalışmalarına başladığım günden beri destekleriyle sürekli yanımda olan, bilgi ve tecrübeleriyle gelişimime büyük katkı sağlayan değerli hocam Sayın Doç. Dr. V. Rüya EHTİYAR'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Her konuda fikir ve önerilerine başvurduğum değerli hocam sayın Doç. Dr. Cem Oktay GÜZELLER'e sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Tez jürimdeki değerli hocalarım engin tecrübelerinizle, bilginizle, samimi ve anlayışlı davranışlarınızla bu süreçteki yoğun stresimi azalttığınız, yol gösterdiğiniz için minnettarım.

Araştırmanın uygulanması sürecinde son derece yardımcı olan Akdeniz Özel Sağlık İşletmeleri Derneği (Aksid) Başkanı Sayın Dr. Mehmet KARAKAYALI'ya, Sayın Şevket YİRİK'e, Sayın Melike Tamer KÖSE'ye, Sayın Adnan AKÇA'ya, Sayın Fadıl AKSU'ya, Sayın Mert DEMİRSÖZ'e ve bu süreçte destek olan tüm hastane yöneticileri ve değerli katılımcılara ayrıca araştırmanın analizi süresince desteğini benden esirgemeyen değerli arkadaşım Sayın Araş. Gör. Gökhan AĞAÇ'a teşekkürlerimi sunarım.

Doktora eğitimim süresince her türlü nazımı çeken, ilgi ve bilgileriyle her zaman en büyük destekçim, hem okul, hem iş hem de hayat arkadaşım, sevgili eşim Araş. Gör. Serap AKDU'ya ve hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen ailelerimize sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Bu araştırma, küçük yaşına rağmen üstün anlayışı ve olgun davranışlarıyla hayatımın en değerli varlığı, enerji kaynağım sevgili oğlum Ozan AKDU'ya ve kıymetli eşim Serap AKDU'ya ithaf olunur.

Uğur AKDU
Antalya, 2014

GİRİŞ

Tarih boyunca insanlar çeşitli sebeplerle turizm faaliyetlerine katılım göstermiştir. Günümüzde insanlara verilen önem ve değerinin artması, turizm faaliyetlerinin lüks bir ihtiyaç yerine zorunlu bir ihtiyaç olarak algılanmaya başlaması, sanayi, iletişim ve ulaşım alanındaki teknolojik gelişmeler, insanların boş zamanlarındaki artış, küreselleşme, refah düzeyinin artması ve bunun gibi birçok etken turizm sektöründeki gelişimi hızlandırmıştır. Özellikle alternatif turizm faaliyetlerin artmasıyla insanlar farklı nedenlerle seyahat etmeye başlamıştır. Öyle ki, insanlar artık sadece yöresel yemekleri tatmak, alışveriş yapmak, sinema festivali, alışveriş festivali, konser organizasyonları gibi etkinliklere katılmak, sportif etkinliklere katılmak ve sağlıklarını korumak veya tedavi olmak gibi nedenlerle özel ilgi ve ihtiyaçlarına göre tatil destinasyonu belirleyerek turizm faaliyetlerine katılım göstermektedirler.

Sağlık ve sağlık hizmetlerinin sunumu insanlar için son derece önemlidir ve sağlıklarını korumak, yaşam kalitelerini arttırmak ve yeniden sağlıklarına kavuşmak için büyük çaba sarf ederler. İnsanlar, teknoloji, iletişim ve ulaşım alanındaki gelişmeler, kendi ülkelerindeki uzun bekleme süreleri, bazı hastalıkların sigorta kapsamına alınmaması, daha ucuza daha kaliteli sağlık hizmeti alabilme olanaklarının artması gibi birçok nedenle sürekli ikamet ettikleri yer dışında farklı ülkelere seyahat etmektedir.

Uzun yıllar yabancı vatandaşlar tıbbi tedavi ve bakım amacıyla ABD ve Avrupa'nın gelişmiş ülkelerine seyahat etmekteydiler. Daha yakın zamanda, ABD ve Avrupa da dahil olmak üzere, gelişmiş ülkelerin vatandaşları tıbbi tedavi için kendi ülkeleri dışında dünyanın az gelişmiş bölgelerine seyahat etmeye başlamışlardır (Leahy, 2008, s.260). Literatürde sağlık turizmi olarak adlandırılan bu turizm türü, medikal turizm, spa-wellnes turizmi, yaşlı ve engelli turizmi ve termal turizm gibi turizm türlerini kapsamaktadır.

Sağlık turizmi türevlerinden biri olan medikal turizm son yıllarda yeni bir yönelim olarak oldukça önem kazanmıştır. Medikal turizm, turizm endüstrisi içerisinde hızla büyümekte olup insanların uzun mesafedeki ülkelere medikal tedavi olabilmek için seyahat etmesini ve aynı zamanda birer tatilci olmalarını ifade eden bir kavramdır. Sağlık turizmi dünyada 100 milyar dolarlık bir hacme ulaşarak, tüm ülkelerin iştahını kabartan bir konuma ulaşmıştır (Aydın vd. 2011). Bu kapsamda sağlık turizmi, sadece termal turizm ya da SPA turizmi ile sınırlı

kalmamış, medikal uygulamaları yani tıbbi tedaviyi de kapsar duruma gelmiştir (İbiş, Sinan, 2009).

Medikal turizm içerisine tıbbi faaliyetlerin tümü girdiği için bu alan oldukça geniş bir uygulama yelpazesine sahiptir. Genel bir sınıflamaya gitmek gerekirse, medikal turizm kapsamında ileri tedaviler olarak adlandırılan kardiyovasküler cerrahi, radyoterapi, cyberknife tedavileri; transplantasyon, infertilite kapsamında tüp bebek İVF uygulamaları; cinsiyet değiştirme operasyonları, estetik cerrahi, göz, diş, diyaliz tedavileri girmektedir. Her ne kadar medikal turizmin kozmetik dışılık gibi bazı türlerinin sağlık ile ilgisi az gibi görünüyorsa da bu tedaviler uzman hekimlik ve sağlık kuruluşlarında tedavi gerektirmesi yönünden medikal turizm kapsamında değerlendirilmektedir. Medikal turizm kapsamında özellikle plastik cerrahiye olan talep artışının devam edeceği, böylece deniz aşırı hizmetler için de önemli bir talep oluşacağı ve sağlık turizminin temel ögesi olan kalp ameliyatları ile yer değiştireceği uzmanlarca tahmin edilmektedir. 2017 yılına kadar sadece ABD'den 23 milyon potansiyel hastanın 79,5 milyar dolarlık bir harcama yaparak deniz aşırı ülkelere sağlık turizmi amacıyla gideceği düşünülmektedir (Zengingönül vd. 2012, 9-13).

Dünya çapında özellikle 2000'li yıllardan sonra hızla önem kazanan medikal turizmden daha fazla pay almak isteyen ülkeler yeni stratejiler geliştirmeye başlamış bu kapsamda özellikle sunulan sağlık hizmetinin kalitesini artırma çabalarına girişmiştir. Gelişen teknoloji, bilgiye ulaşmadaki kolaylıklar ve küreselleşmeyle birlikte sağlıklarını korumak veya yeniden kazanmak isteyen insanlar, beklenti ve tercihleri doğrultusunda en kaliteli ve güvenilir sağlık hizmetine ulaşma çabalarını arttırmıştır. Bu nedenle sunulan sağlık hizmetinin kalitesi ve müşteri memnuniyeti artan yoğun rekabet ortamında, önemli bir rekabet unsuru olarak görülmektedir. Müşteri memnuniyeti ve buna bağlı olarak müşteri sadakatinin sağlanması sunulan hizmetin kalitesiyle doğrudan ilişkilidir (Cronin ve Taylor, 1992; Bitner, 1990; Caruana, 2002, Saleeby, 2008). Sunulan hizmetin kalitesinin artırılması ise mevcut durumun ortaya çıkarılarak eksikliklerin giderilmesiyle mümkün olmaktadır. Bu da hizmet kalitesinin ölçümü ile doğrudan ilişkilidir. Hizmetlerin soyut ve çok boyutlu yapısı, hizmet kalitesinin ölçümünü de zorlaştırmaktadır. Hizmet kalitesinin ölçülmesi konusunda en doğru ölçüm yöntemini bulmak amacıyla birçok araştırmacı farklı modeller geliştirmiştir. Servqual, servperf, kano modeli, Grönroos'un algılanan toplam kalite endeksi, bu ölçme modellerinden bazılarıdır. Bu ölçüm modellerinden özellikle sağlık sektöründe en sık kullanılan model 1980'li yıllarda Parasuraman ve arkadaşları tarafından geliştirilen servqual ölçeğidir. Ölçek,

sunulan hizmet kalitesi konusunda müşteri beklentileri ve algıları arasındaki farkın ortaya çıkarılması temeline dayanmaktadır.

Konunun öneminden hareketle, bu araştırmada, sağlık turizmi kapsamında ele alınan ve tıbbi tedavi ile tatili bütünleştiren medikal turizm ve medikal turizmde hizmet kalitesi konuları üzerine odaklanılmıştır. Bu kapsamda, araştırmanın amacı medikal turizmde hizmet kalitesini ölçmek, mevcut durumu ortaya çıkarmak ve ilgililere önerilerde bulunmaktır. Elde edilen verilerin analiziyle medikal turizmde yabancı hastaların beklentilerinin hangi düzeyde karşılandığı, müşteri memnuniyeti, algılanan hizmet kalitesi ve müşteri sadakati arasındaki ilişki ortaya çıkarılmıştır. Araştırma üç ana bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, sağlık turizmi kapsamında medikal turizm konusunun kavramsal çerçevesi incelenmiş bu kapsamda sağlık turizmi, medikal turizm, dünyada ve Türkiye’de medikal turizm, medikal turizmde tanıtım ve pazarlama, aracı kuruluşlar gibi konular açıklanmıştır. Araştırmanın ikinci bölümünde sağlık işletmelerinde hizmet, kalite, müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakati konuları yer almaktadır. Araştırmanın üçüncü ve son bölümünde, araştırmanın amacı, önemi, modeli, örnekleme, araştırmanın literatüre katkısı ve elde edilen verilerin analizi sonucu ortaya çıkan tanımlayıcı bulgular, güvenilirlik analizi, faktör analizleri, t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova), regresyon ve yapısal eşitlik modeli analizine ilişkin bulgular sunulmuştur. Üçüncü bölümün akabinde tartışma ve sonuç yer almaktadır. Bu kapsamda araştırmanın sonuçları daha önce yapılan benzer araştırmaların sonuçlarıyla karşılaştırılarak tartışılmış ve yorumlanmıştır. Devamında da elde edilen sonuçlara yönelik sağlık hizmeti sunucuları, karar vericiler ve araştırmacılara öneriler sunulmuştur. Bunlara ek olarak, araştırmanın ekler bölümünde çalışmada kullanılan anketler ve yapılan analizlere ilişkin şekil ve tablolara yer verilmiştir.

BİRİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK TURİZMİ KAPSAMINDA MEDİKAL TURİZM

1.1 Sağlık Turizmi

İnsanları turistik amaçlı seyahate yönelten sebeplerden biriside şüphesiz sağlıktır. Bu faktör bazen kaybolan sağlığı tekrar kazanmak amacıyla ortaya çıktığı gibi, bazen de sağlığı uzun süreler koruyabilmek için ortaya çıkmıştır (Öztürk ve Yazıcıoğlu, 2002, s. 9).

Dünya Turizm Örgütü, sağlık turizmini ‘Kaplıca veya diğer sağlık merkezlerine seyahat eden kişinin fiziksel iyilik halini geliştirmek amacıyla yapılan ziyaretir’ şeklinde tanımlamaktadır. Sağlık turizmi, hastaların acil sağlık hizmetini ya da seçtikleri bir sağlık hizmetini farklı ülkelerden alması olarak da tanımlanabilir. Sağlık turizmine yönelik tanımlama girişimlerinde farklı bir bakış açısı getiren Magablih (2001)’e göre sağlık turizmi kapsamındaki seyahatlerin bir süresi vardır. Hastaların bir günden az bir seneden fazla kalmamak koşuluyla, sağlıklarına kavuşma amaçlı tedavi görmek ya da sağlıklarını koruma amaçlı başka bir ülkeye seyahat etmeleri, sağlık turizmi olarak tanımlanmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012(a), s. 15).

T.C. Kültür ve Turizm Bakanlığı, sağlık turizmini kısaca; “tedavi amacı ile yapılan seyahatlerdir” şeklinde tanımlamaktadır. Başka bir ifadeyle, sağlık turizmi, fizik tedavi ve rehabilitasyon gereksinimi olanlarla birlikte uluslararası hasta potansiyelini kullanarak sağlık kuruluşlarının büyümesine olanak sağlayan turizm türüdür (www.kultur.gov.tr).

Goeldner (1989:7)’a göre sağlık turizminde üç temel güdü bulunmaktadır (1) evden uzaklaşma, (2) en önemli güdü olarak sağlık ve (3) uygun zaman diliminde yapılır. Goodrich (1993,1994) sağlık turizmini ‘Düzenli turistik olanaklara ek olarak, sağlık bakım hizmetlerinin ve imkânlarının teşvik edilmesiyle bilinçli bir şekilde turist çekmek için bir turizm tesisinin veya destinasyonun parçası olma girişimidir.’ şeklinde tanımlamaktadır (aktaran: Hall, 2011, s. 5)

Yukarıda verilen farklı tanımlara atfen sağlık turizmini kısaca ‘Sağlığını korumak, daha sağlıklı olmak veya sağlığını yeniden kazanmak isteyen bireylerin sürekli yaşadığı yer dışına gerçekleştirdikleri konaklamalı seyahatlerdir’ şeklinde tanımlamak mümkündür.

Goeldner (1989) sağlık turizmi pazarının beş temel bileşeni olduğunu vurgulamıştır (Hall, 2011, s. 6).

- 1) Güneş ve eğlenceli aktiviteler (Eğlence turizmi)
- 2) Sağlıklı faaliyetler (temel motivasyon sağlık değil) (Açık hava rekreasyonu, macera turizmi, spor turizmi ve wellness turizmi)
- 3) ncelikli güdünün sağlık olduğu seyahatler (sağlık turizmi)
- 4) Sauna, masaj ve diğer sağlık faaliyetleri için seyahat (Spa-wellness turizmi)
- 5) Tıbbi tedavi (medikal turizm)

Sağlık turizminde temel motivasyon kişisel sağlık açısından faydalı olacak hizmetlerin satın alınması olduğundan, sağlık turizmi farklı biçimlerde ortaya çıkabilmektedir. Bu kapsamda sağlık turizmi 3 başlık altında incelenebilir:

- Termal ve spa-wellness turizmi,
- İleri yaş ve engelli turizmi,
- Medikal turizm.

Bu başlıklardan ‘Medikal Turizm’ araştırmanın ana konusu olduğu için çalışmanın devamında ayrıca ele alınmıştır.

Termal ve Spa-Wellness Turizmi: Termal turizm, sağlık turizmi içerisinde değerlendirilen, içeriklerinde erimiş mineral bulunan maden sularının dinlenme, zindeleşme, tedavi vb. amaçlarına dönük olarak kullanımından doğan bir dizi ilişkiden kaynaklanmaktadır (avuş, 1994, s. 50).

Turizm Bakanlığı Termal Turizmi ‘Mineralize termal sular ile çamurların, kaynağın yöresindeki evre ve iklim faktörleri birleşiminde, insan sağlığına olumlu katkı sağlamak üzere, uzman hekim denetim ve programında; fizik tedavi, rehabilitasyon, egzersiz, psikoterapi, diyet gibi destek tedavilerle koordineli kr uygulamaları için yapılan turizm hareketidir’ şeklinde tanımlamıştır (Turizm Bakanlığı, 1993, s.13).

Bu tanımlar kapsamında oldukça geniş bir tedavi süreci ifade edilmektedir. Dinlenme, kendini daha rahat ve iyi hissetme ihtiyacı nedeniyle aynı zamanda otelcilik hizmetlerini de kapsayacak şekilde termal kaynaklardan yararlanmak adına sağlık turistinin bir başka ülkeye seyahatini ifade etmektedir. Diğer taraftan, daha önce teşhisi yapılmış olarak, tedavi olmak, kaplıca ve termal kaynakları kullanmak amacıyla gelen ikinci tür sağlık turistinden ve termal turizminden bahsedilmektedir (Aydın ve diğ. 2011, s. 4).

Tanımı ve uygulama alanları Latince kelimelerinin kısaltması olan SPA , “Sudan Gelen Sağlık” anlamına gelmekte olup Romalılarından bugüne kadar uygulanan su terapilerine verilen isimdir. Her türlü su ve çamur uygulaması SPA kapsamına girmektedir. Kelime anlamından daha geniş bir kapsama sahip olan SPA, günümüzde yalnızca su ve çamur terapilerini değil sıcak su havuzu, çeşitli masaj terapileri, aroma terapileri, güzellik ve bakım gibi sağlık kür hizmetlerine verilen bir isim olup su ile iyileşme, suyun kullanımından gelen sağlık, suyun sıcak, soğuk ve farklı biçimlerdeki uygulamaları ile kazanılan dinlenme ve ferahlama duygularının edinildiği anlamında kullanılmaktadır. Wellness ise termal merkezlerden, masaja, kişisel bakıma, gıda takviyelerinden, şifalı bitkilere, aroma terapiden, kilo kontrolüne, fitness'den şifa enerjilerine uzanan çok geniş bir alanı kapsamaktadır. Bu kapsamda insanın kendisini ruhsal, bedensel, zihinsel ve ilişkisel olarak iyi ve zinde hissetmesini sağlayan her türlü masaj, cilt bakımı, çamur ve yosun banyoları, küvet bakımları, talassoterapi gibi doğa ve doğal ürünlere sağlıklı yaşam yöntemleri ile yapılan vücut bakımlarını kapsamaktadır (www.spawellnessturkey.com).

Bu doğrultuda açıklanması uygun olan terimler aşağıda kısaca özetlenmiştir (Tengilimoğlu, Sevin ve Ak, 2001: 7, Akat, 2008; 19, www.ozelhastaneler.org.tr)

Kür: Tedavi etkeninin belli dozda, seri halde, düzenli aralıklarla, belli sürelerle tekrarlanarak verilmesi ile uygulanan tedavi yöntemidir.

Balneoterapi: Mineral termal sularla yapılan kür uygulamasıdır.

Talassoterapi: Deniz suyu ve güneşten yararlanılarak yapılan kür uygulamalarıdır.

Hidroterapi: Termomineral sular ile yapılan yıkamalar, duşlar gibi uygulamalardır.

Speleoterapi: Mağara ortamından yararlanılarak yapılan tedavi türüdür.

Peloidoterapi: Çamur tedavisidir.

Klimatizm: Sağlıklı iklim ortamında bulunmaktır.

Üvalizm: Meyve ve sebzeler ile yapılan kür (tedavi) yöntemidir.

Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon: Kaplıca tedavisinde kullanılan elektro terapi, egzersiz tedavileri, masaj ve diğer yöntemlerdir.

İnhalasyon: Mineralli su zerreciklerinin solunması yoluyla yapılan tedavi biçimidir.

Destek Uygulamalar: Sağlık eğitimi, diyet uygulamaları, günlük yaşam aktivitelerinin düzenlenmesi, davranış değişikliği eğitimleri ve psikolojik destek yöntemidir.

İleri Yaş ve Engelli Turizmi: Üçüncü yaş turizmi olarak da adlandırılan ileri yaş turizmi, özellikle 65 yaş ve üzeri insanların bakım gerektiren tedavilerini kapsayan bir sağlık turizmi çeşididir. Dünya üzerinde sağlık imkanlarının gelişmesi ile birlikte insanların yaşam sürelerinin uzaması, diğer yandan özellikle Avrupa'da görüldüğü gibi, doğurganlığın düşmesinin doğal bir sonucu olarak yaşlı nüfusun genç nüfus ile kıyaslandığında oranının giderek artması, ileri yaş turizminin cazip bir turizm sektörü olarak gelişmesine yol açmıştır (Zengingönül ve diğ., 2012, s. 13-15).

Özellikle son 20- 30 yıl içerisinde batı Avrupa ülkelerinde yukarıda sayılan gelişmeler neticesinde bu turizm çeşidinin sağlık turizmi içerisindeki payı artmıştır. Bazı ülkelerde 65 yaş üstü grubun toplam nüfusa oranının %25'lerin üzerine çıkması, ileri yaş insanların farklı sağlık harcamaları ve farklı tedavi süreçlerine özen göstermeleri ve bu amaçla ciddi bütçeler ayırmalarını beraberinde getirmektedir. Birleşmiş Milletler 'in ileriye dönük olarak yaptığı projeksiyonlarda, şu an 600 milyon civarında olduğu belirtilen 60 yaş ve üstü nüfusun 2050 yılında 2 milyar civarında olacağı; böylece çocuk olarak sınıflandırılan 0-14 yaş arası nüfusu geçeceği ve yaşlı kategorisi içerisinde özellikle 80 yaş ve üstü grubun oranının hızla artacağı tespit edilmiştir. Dolayısıyla zaman içerisinde bu sektörün potansiyeli ile orantılı olarak ileri yaş turizmine ilişkin verilen hizmetler; gezi turları, meşguliyet terapileri, bakım evlerinde veya rehabilitasyon hizmetlerinde yaşlı bakımı hizmetleri, klinik otellerde verilen rehabilitasyon hizmetleri olarak çeşitlenmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2012 (b), s.131-132; www.saglikturizmi.gov.tr).

Birleşmiş Milletler verilerine göre bugün dünyada 500 milyondan fazla insan fiziki ya da zihinsel bir engel ile yaşamaktadır. Geçmişte engelli insanların diğerleri gibi istihdam,

seyahat, turizm, alış veriş, boş zaman uğraşları gibi yaşamın birçok kesitlerinde yer alabileceği düşüncesi çok az ilgi görmüştür. Günümüzde turizm alt yapısını oluşturan ulaşım, konaklama ve diğer öğelerin engelli insanlar tarafından da kullanılabilir halde olacak şekilde planlanıyor olması artık engellilerinde turizmde bir potansiyel oluşturduğunun kanıtıdır.

Sağlık Bakanlığı tarafından ileri yaş ve engelli turizminin alt başlıkları aşağıdaki gibi belirlenmiştir (www.saglik.gov.tr).

- İleri yaş turizmi (gezi turları, meşguliyet terapileri)
- Yaşlı bakımı hizmetleri (bakım evlerinde veya rehabilitasyon hizmetleri)
- Klinik otelde rehabilitasyon hizmetleri
- Engelliler için özel bakım ve gezi turları
- Hizmet Yeri: Klinik oteller, rekreasyon alanları, tatil köyleri ve bakım evleri vb.

Tüm bunlardan hareketle sağlık turizminin hedef kitlesi, sağlığı bozulmuş olan insanlar ile sağlığını korumaya duyarlı olan insanlar şeklinde tanımlanabilir. Bu kapsamda sağlık turizmi katılımcıları genellikle hastalar ve hastanın ailesi ve yakınlarıyla, sağlığına önem veren ve sağlığını korumak için bu turizm faaliyetlerine katılan kişilerdir (Yalçın, 2006, s. 29).

1.2 Medikal Turizm

Gelişmiş ülkelerde yaşayan insanlar, turizmin, internetin, medyanın ve diğer kitle iletişim araçlarının etkisi sonucu diğer ülkelerdeki alternatif tıp imkanları, kaliteli ve ekonomik sağlık hizmetleri konusunda daha fazla bilgiye ulaşabilmektedirler. Bilinçlenen hastalar sigorta kuruluşlarını ve hükümetleri sağlık turizmi konusunda yeni arayışlara itmektedirler. Bunun sonucunda da her geçen gün, sağlık turizmi pazarı genişlemekte ve geniş kitleler tarafından ilgi görmektedir (Kostak, 2007, s.122).

İnsanların tatilleri süresince dinlenme, egzersiz yapma, kaplıcalara gitme sayesinde daha sağlıklı olma girişimleri beraberinde turizm endüstrisi içerisinde "medikal turizm" şeklinde yeni ve farklı bir alanın ortaya çıkmasını sağlamıştır (Connel, 2006, s. 1093).

Medikal turizmin yeni yeni önem kazanmasıyla ortaya çıkan kavramlar benzer durumlara değinmekle birlikte yazarlara göre değişiklik göstermektedir. Bu kapsamda aşağıda farklı medikal turizm tanımlarına yer verilmiştir.

Van Sliepen (1992) medikal turizmi, sürekli ikamet edilen yer dışında konaklamak koşulu ile boş zamanlarda tedavi amaçlı yapılan geziler olarak tanımlamaktadır. Magablih (2001)'e göre ise medikal turizm, hastaların, sağlıklarını iyileştirmek ya da en azından sağlık durumlarını bir düzene sokmak amacıyla, 24 saatten az olmamak ve en fazla bir yıl sürmek koşulu ile çalışmak ya da yaşamak gibi bir amaç güdülmeksizin başka bir ülkeye gitmektir. Suad Imran (1995)'a göre ise tedavi olmak için geçici süre ile ister doktor tavsiyesi ile isterse kişinin kendi isteği ile başka bir ülkeye gitmesi olarak tanımlanmaktadır (Harahsheh, 2002, s. 23-24; Demirer, 2010, s. 6). Medikal turizm, turizm endüstrisi içerisinde hızla büyümekte olup insanların uzun mesafedeki ülkelere medikal tedavi olabilmek için seyahat etmesini ve aynı zamanda birer tatilci olmalarını ifade eden bir kavramdır. Medikal turizm veya medikal seyahat, sağlık amaçlı başka ülkelere yapılan seyahati ifade etmektedir (Connell, 2006, s. 1094; Garcia Altes, 2005, s. 262; Akdu, 2009, s. 35).

Yukarıda verilen tanımlara ve literatürde yer alan diğer tanımlara atfen medikal turizm kavramını ‘ Sağlığını yeniden kazanmak ve/veya korumak isteyen insanların sürekli ikamet ettikleri yer dışında başka yerlere en az 24 saat en fazla 1 yıl olmak üzere, herhangi bir ticari amaç güdülmeksizin ve tıbbi tedavi almak (tedavi süreci ve şekline göre turistik faaliyetlere katılmak) koşuluyla yapılan seyahatlerdir.’ şeklinde açıklamak mümkündür.

Dünya nüfusunun artması, yaşam kalitesinin yükselmesi, çeşitli ülkelerde sağlık maliyetlerinin artması ve tedavilerin daha kaliteli ve ekonomik alternatifler sunan ülkelere yönelmesi, farklı ve ileri teknolojik alt yapı ve bilimsel verilere sahip ülkelerde tedavi olmanın sağladığı avantajların genişlemesi, ulaşım maliyetlerinin azalması, hastaların bekleme olmaksızın tedavi olma isteği gibi nedenler küresel anlamda medikal turizmin ortaya çıkmasını ve gelişmesini tetiklemiştir (Zengingönül ve diğ. 2012, s. 5-6).

Bu kapsamda, medikal turizm faaliyetleri gelişmiş ülke vatandaşlarını, kendi ülkeleri dışında gelişen yeni alternatiflere yöneltmiş ve sağlık hizmetlerinde gelişmiş ülkelere doğru olan hareketliliği zaman içinde tersine çevirmiştir. Bununla birlikte bir ülkeyi ziyaret etmenin ve yeni yerler görmenin hasta üzerindeki olumlu psikolojik etkisinin bir avantaj olduğu da genel kabul görmektedir. Bu özellikleriyle birlikte medikal turizmi öne çıkaran temel dinamikler şunlardır (TÜSİAD, 2009, s. 3):

- Tedavi masraflarından büyük miktarda tasarruf edilmesi,
- Bir hastanın başka bir ülkede kendi ülkesine kıyasla daha kaliteli sağlık hizmeti alabilmesi,
- Gelişmiş pazarlarda, var olan standart sigorta paketi dışında kalan tedavilerin sigorta şirketi tarafından karşılanmaması nedeniyle ilgili masrafın hasta tarafından üstlenilmesi,
- Sigorta kapsamı dışında olan cerrahi müdahalelerin yaygınlaşması (estetik vs.),
- Ameliyat gerektiren tedavilerde, sıra beklemeksizin bir başka ülkede hızla hizmet alınabilmesi,
- Uluslararası sağlık standartlarının yaygınlaşması, teknoloji ve hizmet sunumunda gelişmekte olan ülkelerin gelişmiş ülkelerin standartlarını yakalaması,
- Yeni ve farklı bir ülkeye gitmenin hasta üzerindeki pozitif psikolojik etkisi.

Medikal turizm ev sahibi ülkede hastalar için özel olarak düzenlenen seyahat turları ile bütünleştirilmiştir (G. Garcia, M. Besinga, 2006, s. 42). Sağlık ve turizm hizmetlerinin tümünün hastanın ilk anından son anına kadar eş zamanlı olarak yürütülmesi gerekmektedir. Bu kapsamda pasaport, vize, uçak bileti ve nakil işlemleri sürece uygun olarak düzenlenmelidir. Bununla birlikte, doktora ulaşılması, ameliyat tarihinin, hastanede geçirilecek günlerinin ve taburcu edilme hizmetlerinin onaylanması ve yürütülmesi için hastane ve tur operatörlerinin koordineli bir şekilde çalışmaları gerekmektedir. (Chacko, 2006, s. 123).

Bu kapsamda, sektöre olan talebin genel talep sınıflaması açısından Eric Cohen bir sınıflama yapmıştır. Cohen'e (2006) göre; sağlık turizm pazarı açısından turistler ya da ziyaretçiler 5 temel kategoride gruplandırılabilir. Bunlar (İçöz, 2009, s. 2261);

Yalnızca turist: Ziyaret ettikleri ülkede herhangi bir tıp hizmetinden yararlanmayan turistler ya da ziyaretçilerdir.

Tatilde tedavi edilen turist: Seyahati sırasındaki rahatsızlanma ya da kaza nedeni ile tıp hizmeti ve tedavi alan turistlerdir.

Tatil ve tedavi amaçlı turistler: Bu turistler ziyaret ettikleri ülke ya da bölgeye tam anlamı ile tıbbi nedenlerle gitmezler. Ancak ziyaret ettikleri bölgede bazı rahatsızlıkları için tedavi olanakları olması tercih nedenidir. Diğer bir deyimle tatilde tedavi amaçlı turistlerdir.

Tatil yapan hastalar: Bu ziyaretçiler esasen bir bölgeye tedavi amaçlı giderler, ancak iyileştikten sonra, ya da tedavi sonrası gittikleri bölgede tatil de yapan ziyaretçilerdir.

Yalnızca hastalar: Bu gruptaki medikal turistlerin bir bölgeye gidiş amaçları yalnızca o bölgede tedavi olmak ya da operasyon geçirmektir. Tatil gibi bir amaçları yoktur.

Medikal turizm kavramları incelendiğinde medikal turistlerin önceliğinin tıbbi tedavi olduğu söylenebilir. Bu çerçevede Cohen'in sınıflandırılması ve medikal turizm tanımı kıyaslandığında medikal turist olarak kabul edilebilecek kitlenin öncelikli olarak sırasıyla 'tatil yapan hastalar', 'yalnızca hastalar' ve kısmen 'tatil ve tedavi amaçlı turistler' olarak ayrıştırılması uygun olacaktır. Çünkü diğer iki turist tipinin önceliği tatildir.

Medikal turist almak istediği tedaviyi sunan ülkeler hakkında bilgi edinmekte ve sonrasında alternatifler arasında seçim yapmaktadır. Eğer fiyat faktörü kaldırılırsa medikal turist bir medikal turizm destinasyonunu diğerine tercihini etkileyen faktörlerin arasında, o bölgenin kültürel yakınlığı, uzaklığı (mesafe), medikal uzmanlaşma (Sağlık hizmetlerinde uzmanlaşma), ünü (hastanenin ve doktorun ünü), turizm unsuru, mahremiyet ve artı yararlar sayılabilir (Sağlık Bakanlığı, 2012(c), s. 25; Khafizova, 2011, s. 23). Önceleri estetik ameliyatı gibi kozmetik amaçlı cerrahi masraflarını düşürmek için gelişmekte olan ülkelere yönelen medikal hastalar, zaman içinde daha karmaşık ve önemli tedaviler için de ülkeler arası seyahat etmeye başlamıştır. Bu kapsamda tercih edilen tedaviler aşağıda verilmiştir (TÜSİAD, 2009, s. 7).

Karmaşık Tedavi Gerektiren Hastalıklar

Kanser tedavisi

Kalp ve damar tedavileri

Nöroloji ve beyin cerrahisi

Tüp bebek uygulamaları

Tüm ileri tanı ve tedavi yöntemleri (pet bt, gamma knife, cyberknife,

İleri radyoterapi yöntemleri

Transplant

Ortopedi

Nükleer tıp

Diyaliz

Romatizma

Ağrı yönetimi
Rehabilitasyon

Estetik Tıp Hizmetleri

Plastik cerrahi
Cilt tedavisi
Sağlık kontrolü
Kilo formunu geri kazanma
Masaj ve SPA
Dengeli beslenme - teori & pratik
Cilt hastalıkları

Diş Tedavisi

İmplant
Estetik
Diş hekimliği
Gülme hattı tasarımı
Lazer tedavisi
Diş beyazlatma
Seramik dolgu
Porselen kaplama
Kron ve köprü
Diş eti hastalıkları
Diş bakımı (ocuklar ve bebekler için)

Görme Bozuklukları Tedavileri

Lasik ameliyatları
Diğer göz hastalıkları

1.2.1 Dünyada Medikal Turizm

20. yüzyılın ikinci yarısından itibaren tıp biliminin hızla gelişmesi ile birlikte zengin hastalar uzun seyahatler neticesinde en ileri tedavilere erişebilmekteydi. Gelişmiş ülkelerdeki teknik donanım ve ileri seviyedeki tıbbi imkanlar, az gelişmiş veya gelişmekte olan ülkelerden, imkanı olan ve daha iyi tedavi seçenekleri arayan bireyler için birer çekim

merkezleriydi. Ancak gelişen bilgi ve teknolojinin sayesinde gelişmekte olan ülkelerdeki ileri düzey tıp uygulamaları düşük fiyata uygulanabilir hale gelmiştir (Khafizova, 2011, s. 68; TÜSİAD, 2009, s. 5-6).

Tıp dünyasındaki gelişmelere paralel olarak turizm sektöründeki gelişmeler bununla birlikte özellikle gelişmiş ülkeler başta olma üzere yüksek fiyat ve uzun bekleme listeleri gibi sağlık hizmeti almada yaşanan sorunlar insanların sağlıklarını kazanabilmek üzere başka ülkelere seyahat etmesi sonucunu doğurmuştur. Bu gelişmelerle birlikte dünyada medikal turizm önem kazanmış ve hızla gelişmeye başlamıştır. Dünya’da 1 milyondan fazla hastanın tedavi olmak amaçlı seyahat ettiği tahmin edilmektedir. Medikal turizm hareketlerinin artışı, bu pazardan pay almak isteyen ülkelerin çalışmalarını hızlandırmıştır. Bu kapsamda özellikle düşük fiyat önemli bir rekabet unsuru olmuştur. Tablo 1.1’de çeşitli operasyonlar için ülkeler arası fiyat karşılaştırması yer almaktadır.

Tablo 1.1 Ülkeler Arası Tedavi Fiyatlarının Karşılaştırması (ABD Doları)

Operasyon / Ülke	ABD	Türkiye	Tayland	Almanya	Singapur	Hindistan	İngiltere	İsviçre
Kalp- Bypass (CABG)	129.750	11.375-15.000	11.000	17.335	30.000-33.000	8.666	27.770	44.596
Kalp Kapağı Değiştirme	58.250	16.950	10.000	-	12.500	11.750	25.000	47.794
Kalça Protezi	45.000	10.750	11.000-14.000	11.644	10.725	7.883	15.840	19.899
Diz Protezi	40.000	11.200	10.500	11.781	9.350	7.833	20.600	20.432
Kemik İliği Transplantasyonu	300.000	40.000-70.000	50.000-60.000	250.000	250.000	40.000	250.000	200.000
Yağ Aldırma	9.000	3.333	1.200	4.376	3.000	2.500	4.950	7.551
Omurga Füzyonu	62.000	7.125	7.000	13.500-15.000	9.000	12.000	32.400	30.915

Kaynak: DEİK (<http://www.healthinturkey.org/en-EN/Price.aspx>) [Erişim Tarihi: 10/11/2013].

Medikal turizm konusunda yapılan çalışmalar (Sağlık Bakanlığı, 2011; Herrick, 2007; Demirer, 2010; Kiremit, 2008, Akdu, 2009) kapsamında ön plana çıkan ülkeler, buldukları coğrafya açısından gruplandırıldığında ‘Avrupa Birliği- Avrupa Ülkeleri, Ortadoğu ve Asya Ülkeleri, Kuzey ve Güney Amerika Ülkeleri ve Afrika Ülkeleri’ olarak, 4 önemli coğrafi alanı incelemek doğru olacaktır. Çalışmanın devamında bu sınıflandırma ve bu coğrafi alanda yer alan önemli ülkelerden örnekler yer almaktadır.

Tablo 1.2 Medikal Turizmde Öne Çıkan Ülkeler

Asya ve Orta Doğu	Kuzey ve Güney Amerika	Avrupa	Afrika
Tayland	ABD	Almanya	Güney Afrika
Hindistan	Meksika	Belçika	Tunus
Malezya	Brezilya	Çek Cumhuriyeti	Mısır
Singapur	Kosta Rika	İspanya	Libya
Birleşik Arap Emirlikleri	Kanada	İsviçre	
İsrail	Kolombiya	İtalya	
Çin	Ekvator	Polonya	
Suriye	Arjantin	Portekiz	
Güney Kore		Türkiye	

Kaynak: TÜSİAD,2009, s. 10; Sağlık Bakanlığı, 2011; Demirer, 2010; Kiremit, 2008, Akdu, 2009

1.2.1.1 Avrupa Ülkelerinde Sağlık Hizmetleri ve Medikal Turizm

Avrupa Birliği'nde 1980'li yıllarda sağlık hizmeti almak için yurt dışına çıkmak istisnai bir durum iken şimdilerde sık sık yaşanan bir olay halini almıştır. 1980'lerde ulusal otoriteler ve sigorta kuruluşları, yurt dışında tedavi almaya izin vermeyi sanki kendi sağlık sistemlerinin başarısızlığının kanıtı gibi düşünerek ve ihtiyaç duyulan tüm hizmetlerin bir ülkenin kendi sınırları içinde mevcut olduğu kanaatiyle, yurt dışında tedavi konusunda isteksiz tavırlar sergilemekteydiler. Ülkeler arasındaki hasta hareketliliği konusundaki değişimler 1990'larda "Avrupa 1992" adlı büyük bir proje ile mal ve hizmetlerin serbest dolaşımını engelleyen bariyerlerin ortadan kaldırılmaya çalışılması ile başlamıştır (Demirer, 2010, s. 21).

Avrupa Birliği (AB) Ülkelerinde ortak bir sağlık sistemi ve politikası yoktur. Ancak her ülkenin sağlık haklarına riayet eden ve kendi koşullarına uygun bir sağlık hizmeti anlayışı vardır. Bu ülkelerde sağlık hizmetleri genel vergilerle ya da sağlık sigortalarıyla finanse edilmektedir. Makro düzeydeki sağlık politikalarını da Dünya Sağlık Örgütü ile birlikte tespit etmektedirler (Sağlık Turizmi Derneği, 2010, s. 16-18).

Avrupa ülkelerinde sağlık hizmeti sunumu çok kaliteli ve pahalıdır. Toplumun beklentileri üst düzeydedir. Toplum yaşlanmakta ve sağlık hizmetine olan ihtiyaçları da doğal olarak artmaktadır. Avrupa' da hem pahalıya sağlık hizmeti almak zorunda kalan sigortalılar için, hem de kapsam dışı kalan hizmetleri almak zorunda kalan sigortalılar için daha ucuz, ama kaliteden taviz vermeyen, bekleme süresi kısa olan sağlık hizmeti sunucularına ihtiyaç vardır. Bu sebeple Avrupa yurt dışından ucuza sağlık hizmeti almaya aday haline gelmiştir (Sağlık Turizmi Derneği ve Türkiye sağlık vakfı, 2010, s. 18).

Örneğin: Sağlık alanında oldukça ileri düzeyde olan Almanya, karmaşık ameliyat ve diğer ileri sağlık hizmetleriyle öne çıkmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2010, s.32). Almanya'da birçok hastane sadece medikal turizme yönelik hizmet vermektedir. Bu konuda devlet sonsuz desteğini esirgememektedir (www.sdplatform.com). Avrupa'nın merkezinde bulunan Almanya, her yıl 163 ülkeden 59.000 medikal turistini ilgisini çekmektedir (hospitalscout.com).

Almanya, özellikle Hollanda, Fransa, Avusturya, Polonya ve Belçika'daki hastalar tarafından tercih edilen medikal turizm destinasyonlarından biridir. Hastalar daha çok Kardiyoloji, onkoloji ve ortopedik tedaviler açısından Almanya'yı tercih etmektedirler. Örneğin, Almanya'ya kalça çıkığı, kalp ameliyatı ve kanser tedavisi için yurt dışından gelen hastaların iki hafta içerisinde muayeneleri yapıp, tedavilerine başlanmaktadır (Demirer, 2010, s. 22)

Almanya kaliteli sağlık hizmeti, kısa bekleme listeleri ve tatille birleştirilebilir tedavi fırsatı sunabilecek potansiyele sahip bir ülkedir (hospitalscout.com). Çoğu alman hastanesinde medikal (tıbbi) standartlar oldukça yüksektir ve verilen yüksek kalitede sağlık hizmetini uygun fiyatlara almak mümkündür. Çoğu hastane uluslararası personel çalıştırmakta olup dil sorunu yaşanmamaktadır (www.mtqua.org). Almanya, 11 Eylül saldırılarından sonra yeni bir destinasyon arayan özellikle zengin körfez ülkelerinden gelen hastalara kucak açarak ABD'den boşalan yeri doldurmayı başarmıştır. Almanya, Kuveyt başta olmak üzere diğer zengin Arapları ülkesine çekmekte ve bu guruba sağlık hizmetleri sunmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2011, s. 16).

İngiltere ise daha çok medikal turizm amaçlı hasta gönderen ülkelerdendir. NHS (National Health Service) İngiltere'deki devlet sağlık sigorta kurumunun adıdır ve birçok muayene, tetkik veya ameliyat için çok uzun süre bekleme süreleri vermektedir. Beklemek istemeyen hastalar ya masraflarını kendileri karşılayarak özel hastanelerde bu servisleri almaya ya da yurtdışında bu hizmetleri alacakları alternatifleri aramaya başlamıştır (Akdu, 2009; 51; Özsoy, 2007).

İngiliz Ulusal Sağlık Sistemi kapsamında 20.000 dolara mal olan bir omuz ameliyatı Hindistan'da 3.500 dolara gerçekleştirilmektedir. Üstelik ameliyat için randevu ilk başvurudan 10 gün sonra verilebilmektedir (Tüsiad, 2009, s. 9; www.treatmentabroad.com).

Bu durum, özellikle fiyat konusunda daha hassas olan kesimin Hindistan'ı tercih etmesini kolaylaştırmıştır. Hindistan'a ulaşımın uzun sürmesi önemli bir dezavantaj olup daha kısa

medikal seyahatleri tercih eden İngilizlerin yakın Avrupa ülkelerinden Fransa, Norveç ve Belçika gibi ülkeleri tercih etmesine neden olmuştur. İngiltere'de şu anki rakamlara göre yılda 50.000 kişi yurtdışında medikal hizmet satın almaktadır. Dünyanın çeşitli ülkelerinden yaklaşık 400 medikal kurum ve kuruluş kendini İngiltere pazarında tanıtmaktadır ve hasta çekmeye çalışmaktadır. Bunların birçoğu devlet destekli tanıtım projeleridir (Akdu, 2009; 51; Özsoy, 2007).

1.2.1.2 Ortadoğu ve Asya Ülkelerinde Sağlık Hizmetleri ve Medikal Turizm

11 Eylül Terörist saldırısından sonra Orta Doğu'daki Müslümanların ABD ve Avrupa'ya gidişleri ve ilişkileri her alanda azaldığı ve zorlaştığı gibi sağlık hizmeti alımında olumsuz yönde etkilenmiştir. Artık Orta Doğu'daki Müslümanlar ABD ve Avrupa'ya eskisi gibi rahat gidememektedirler (Demirer 2010: 26).

Dubai, Bahreyn ve Lübnan gibi Orta doğu ülkeleri sağlık turizmini tersine çevirerek kendi sağlık turizm endüstrilerini yaratmışlardır. Dubai yakın bir zamanda Dubai Sağlık Bakım Şehrini (DHCC) kurarak Orta Doğu pazarını kendine çevirmeyi amaçlamıştır. Fiyat bakımından fazla rekabet edemese de kalite bakımından kabiliyetli Alman doktorlarla Avrupa ve ABD'de eğitim almış doktorları bünyesine almıştır (Kiremit, 2008: 25).

Medikal turizm için dünyadaki en önemli bölge Asya kıtasıdır. Bölge yılda 1,3 milyon medikal turisti çekmektedir ve Tayland, Singapur, Hindistan, Güney Kore ve Malezya gibi ülkelerle medikal turizmin kapsamı şaşırtıcı boyutlara ulaşmıştır. Asya'nın pazara hakim olan medikal turizm destinasyonlarının başında ise Tayland gelmektedir. Tayland'da medikal turizm hareketleri 1970'lerde cinsiyet değişimi operasyonları ile başlayıp daha sonraları estetik cerrahiye yönelim göstermiştir (BAKA, 2011, s. 9; Connel, 2006, s. 1095; MugombaandC.Danell, 2007, s. 4; Connell, 2010, s. 61).

Ucuz ve başarılı tedavi dışında bir tıp turizmi merkezi olarak Tayland'ı ön plana çıkaran unsurların başında ülkenin güçlü turizm altyapısının sağladığı imkânlar yer almaktadır. Bu altyapı özellikle hastanede tedavi öncesinde ve sonrasında hastalara (ve yakınlarına) önemli avantajlar sağlamaktadır (TÜSİAD, 2009, s. 9).

Tayland hastanelerine yurt dışından, enfeksiyon hastalıkları ve tedavileri, kalp ameliyatları ve sonrasında gerekli olan bakım, estetik cerrahi, diş tedavileri, katarakt gibi tedaviler için hasta gitmektedir. Taylandlı doktor, eczacı, dişçi ve teknik elemanların tıbbi araştırmalara, uluslararası sempozyum, kongre ve toplantılara katılmasının Tayland'ı medikal turizmde ön

plana çıkarttığı düşünülmektedir. Tayland'da sağlık turizminde kaplıca ve masajlar önemli rol oynamaktadır. Bu doğrultuda Tayland, Asya'nın kaplıca merkezi olarak da anılmaktadır (Akdu, 2009: 47; Connell, 2010: 65).

Tıp turizminin potansiyelini en iyi anlayan ülkelerin başında Hindistan gelmektedir Hindistan medikal turizmin dünya çapında global merkezi olarak kabul edilmektedir ve tanıtımını kozmetik ameliyatlardan bypass ameliyatlara geniş bir hizmet yelpazesi sunmasını ön planda tutarak yapmaktadır. Siyasi otoritenin özel sektörle ortak hareket etmesiyle tıp turizminde stratejik bir bakış açısı izleyen Hindistan önümüzdeki yıllarda tıp turizminin gelişmesi için sektöre 6,5 milyar ABD doları kaynak ayıracağını duyurmuştur. Turizm Bakanlığı tarafından harcanacak bu kaynakla uygun bütçeli hastaneler ve hasta yakınlarının konaklama imkânlarını artırmak amacıyla oteller inşa edilecektir (TÜSİAD, 2009: 9, Connel, 2006: 1095, BAKA, 2010: 10).

Bununla birlikte Hindistan'ın eski bir İngiliz sömürgesi olması özellikle İngiltere'deki tanıtımlarını olumlu yönde etkilemektedir. İngilizcenin geniş bir kesimde konuşulması ve düşük maliyet Hindistan için önemli bir avantaj sağlamaktadır. Birçok hastane JCI ile akredite olup yüksek eğitimli doktorlara sahiptir. Fiyatlar önceden öğrenilebilmekle birlikte birçok hastane önceden herhangi bir hastalık için tüm maliyetleri içeren bir hizmet paketi sunmaktadır. Konaklama hizmetleri genellikle ücrete dahil edilmemekle birlikte bir çok otel hasta ve yakınlarına ekstra indirim uygulamaktadır (Herrick, 2007, s. 4).

Bununla birlikte, Hindistan hükümeti yakın dönemde medikal turistler için “M- Vize” olarak bilinen “medikal vize” uygulaması başlatmıştır. Yine yönetim sunulan sağlık hizmetlerinin fiyatlarında standartlaşma sağlamıştır (AMA, 2007, s. 6, Akdu, 2009, s. 46).

Hindistan'ın turizm ofisi'nin katkılarıyla Hindistan hükümeti tarafından başlatılan bu vize uygulamasında yolculuğun amacının tıbbi bir müdahaleyi içermesi koşuluyla ziyaretçilere bir yıllık tıbbi vize verilmektedir. Gereklik halinde vize süresinin 3 yıla uzatılabilmesi sağlanmaktadır. Tıbbi vizenin kurallarına göre hastanın kan bağı olan iki yakını da hastayla birlikte Hindistan'a gidebilmektedir. Düşük maliyetler, kaliteli sağlık hizmeti ve yanında sunulan bu tip kolaylıklar Hindistan'da sağlık turizminde artışa neden olmuştur (Gülen ve Demirci, 2011, s. 115; Chacko, 2007, s. 124; Yalçın, 2006, s. 73).

Malezya ise medikal turizm konusunda ön plana çıkan bir diğer Asya ülkesidir. Malezya İslâmi referansı nedeni ile Ortadoğu pazarına hâkimdir. Malezya hükümeti, ülkeye döviz sağladığı için medikal turizmi desteklemektedir ve medikal turizmin promosyonu için Ulusal Komite'nin kurulması ile sektörün gelişimini cesaretlendirme ve kolaylaştırma konusunda liderliğini başarılı bir şekilde göstermiştir (BAKA, 2011, s. 10; Demirer, 2010, s. 19).

Sekizinci Malezya Planı'nda, turizmin geliştirilmesinde medikal turizmin anahtar alan olduğu belirtilmiştir. Malezya'da yurt dışında ucuz sağlık hizmeti arayan hastalara yönelik birçok otelin check-up üniteleri ve ameliyat paketleri bulunmaktadır. Malezya'da medikal turizm ile ilgili çalışmalar 2000 yılında başlamıştır. Kendilerine önceleri hedef pazar olarak sadece Asya'yı seçen Malezya, şimdilerde Ortadoğu'ya da hizmet vermek istemektedir. Malezya'nın, Ortadoğu Ülkeleri'ni İslâmi yapısı ile etkileyeceği düşünülmektedir. Hastanelerdeki İslâm'a uygun yiyecekler ve uygulamalar hastaların Malezya'yı tercih etmesinde önemli etkenlerdendir. Malezya'ya hastalar, Birleşik Arap Emirlikleri, Kuveyt, Bahreyn ve Bangladeş'ten gelmektedir. Malezya hükümeti Myanmar ve Vietnam gibi ülkelerdeki hastaların da ülkelerini seçmesi için çalışmalar yapmaktadır. Singapur ve Tayland gibi bu alanda başarılı olan ülkelerin Malezya için rakip olduğu fakat Malezya'daki sağlık hizmetinin bedelinin daha düşük olması ve bekleme sürelerinin kısa olması ülkeye medikal turizm pazarından büyük pay alacağını düşündürmektedir (Demirer, 2010, s. 29).

Medikal turizmde bir diğer öncü ülke Singapur'dur. Dünya Sağlık Örgütü, sağlık sistemi alanında Singapur'u sahip olduğu devlet ve özel hastanelerin ve sundukları hizmetin kalitesinden dolayı Amerika ve Kanada'dan daha üst sıralara yerleştirmektedir. Bir medikal turizm merkezi olarak Singapur'un küresel ünü dünya sağlık örgütü tarafından hazırlanan raporda (2000) teyit edilmiştir. Bu raporda, Singapur sağlık sistemi 1997'de Asya kıtasının en iyisi ve dünyanın da altıncı sağlık sistemi olarak belirtilmiştir. Singapur özel hastanelerinin çoğu medikal turizm programına katılmaktadır (Lee, 2010: 486).

Sağlık kuruluşları Singapur Sağlık Tanıtım Kurulu, Singapur Laboratuar Akreditasyon Sistemi (SINGALSS), Singapur Akreditasyon ve Sağlık Bakanlığı tarafından akredite edilmektedir. Singapur hastane ve sağlık kuruluşlarının birçoğu uluslararası akreditasyon ve standardizasyon kurumları tarafından da akredite edilmektedir. Doktorlar ve diğer sağlık elemanları Singapur Tıp Konseyi, Singapur Hemşireler Kurulu, Singapur Diş Hekimliği Kurulu, Eczacılık Kurulu ve Laboratuar Kurulu gibi çeşitli denetim ve akreditasyon organları tarafından belirlenen standart ve kurallara uygun olarak akredite edilmekte ve denetlenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2010, s. 39).

Singapur, karaciğer tedavilerinde ve kök hücre araştırmalarında ön plandadır. Singapur'un medikal turizm pazarlama kampanyasının amacı yılda bir milyon yabancı hastayı çekmektir (Mugomba and C.Danell, 2007, s. 4). 2002 yılında 210.000, 2004 yılında 320.000 yabancı hasta Singapur'da tedavi olmuş ve bu iki yıllık dönem arasında yaklaşık % 52 oranında hasta sayısında artış görülmüştür. A.B.D. ile kıyaslandığında koroner angiografide % 75, koroner arter bypass uygulamasında % 76, yüz gerdirme operasyonlarında ise % 65 tasarruf sağlayan fiyatlar çok çekicidir. Yılda yaklaşık 150.000 uluslararası hasta, Singapur'a tedavi amaçlı gitmektedir. Hastalar, Birleşik Arap Emirliği, Suudi Arabistan, Yemen, Umman, Katar, Kuveyt, Bahreyn gibi ülkelerden gelmektedir. Singapur, Ortadoğu ülkelerine kendisini tanıtmak için reklamlar yapmaktadır (BAKA, 2011, s. 10).

Singapur'un tıp turizminde güçlü bir oyuncu olmasını sağlayan etkenlerin başında kamu ve özel sektörün ortak hareket etmesi gelmektedir. Kamu-özel sektör girişiminin en güzel örneklerinden birinin sergilendiği Singapur'da 2003 yılında "Singapore Medicine" adında bir platform oluşturulmuştur. Singapur Sağlık Bakanlığı öncülüğünde hayat bulan Singapore Medicine bünyesinde hem kamu birimleri hem de özel sağlık sektörü yatırımcıları yer almaktadır. Bütüncül bir kamu iradesi sergileyen Singapore Medicine platformunda kamu kurumları olarak; Ekonomik Kalkınma Kurulu (The Economic Development Board), Singapur Uluslararası Girişimi (International Enterprise Singapore) ve Singapur Turizm Kurulu (The Singapore Tourism Board) bulunmaktadır (TÜSİAD, 2009, s. 20).

1.2.1.3 Kuzey ve Güney Amerika Ülkelerinde Sağlık Hizmetleri ve Medikal Turizm

Yabancı hastalara yönelik çift yönlü bir politika benimseyen Amerikan sağlık sektörü bir yandan kendi ülkesine sağlık turistini çekerken diğer yandan da başka ülkelerde sağlık altyapıları kurmak suretiyle tedavi ve hizmetleri hastanın ayağına götürmektedir. Nitekim bu amaca dönük olarak yabancı hastaları çekmek için kurulan üst kurul Philadelphia International Medicine (PIM) sağlık hizmetlerini yurtdışında da sunmak amacıyla dış yatırımlara yönelmekte ve örneğin Güney Kore'de 860 Milyon Dolar ödeyerek genel bir hastane kurmaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2010, s. 41). Amerikan hastanelerinin kalite standartlarını sağlaması ve daha fazla geliştirmesi için sağlık tesisleri uluslararası akreditasyon standartlarına dayandırılmıştır. Hastanelerin onay belgeleri verilen sağlık hizmetlerinin değerlendirilmelerinde önemli bir faktör olmuştur. Bu kapsamda kurulan Ortak Komisyon (The Joint Commission (JC.)), Amerika' da hastanelerin yetki belgelerini ve standartlarını düzenleyen ilk birliktir. JC 15.000'nin üzerinde sağlık organizasyonunu ve sağlık hizmeti kalite ve güvenliği artırma programlarını değerlendirmiş ve yetkiler vermiştir.

Bu kapsamda uluslararası toplumun ihtiyacını karşılamak adına ise 1999 yılında “Uluslararası Ortak Komisyon” (JCI – Joint Commission International) kurulmuştur (Forgione and Smit, 2006, s. 31).

Richard K. Miller tarafından yapılan “The Healthcare Business Market Research Handbook” adlı araştırmada Amerikan hastanelerinde tedavi gören ve sağlık hizmeti alan yabancı hastaların her yıl 1 Milyar Dolar tutarında bir meblağ bıraktıkları belirtilmektedir. Sadece Philadelphia’da Mayo Clinic, Johns Hopkins, Cleveland Clinic ve Texas Medical Center kendilerine bağlı dokuz hastane ve sağlık kurumuyla birlikte 100 ülkeden gelen 30 binden fazla yabancı hastayı tedavi etmektedir. Bunlar arasında % 38 ile Latin Amerika, % 35 ile Ortadoğu, % 16 ile Avrupa ve % 7 ile de Kanada bulunmakta. Görüldüğü üzere ABD’ye tedavi için giden hastaların % 35’i Türkiye’nin içerisinde bulunduğu Ortadoğu bölgesinden gelmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2010, s. 41).

Bunun dışında özellikle halk sağlığı ve sigorta konusunda Amerika Birleşik Devletleri sağlık alanında zıtlıkların ve aşırı uçların bir arada bulunduğu bir ülke olarak tanımlanmaktadır. Devlet ve özel sektör olmak üzere iki türe ayrılan Amerikan sağlık sisteminde özel sektörün kamu sağlık sistemine sosyal devlet anlayışına aykırı bir şekilde davrandığı görülmektedir. Devlet sağlık sigorta şirketleri, bizzat devletin sahibi olduğu yapılar olup yaşlıların, engellilerin, düşük gelirli ailelerin çocuklarının, fakir ailelerin, hamile kadınların ve savaş gazilerininin sağlık giderlerini karşılamakla yükümlüdür. Bununla birlikte yukarıda sayılan guruplara ait olan kişiler genellikle yetersiz kapsam, dış tedavilerinin, işitme ve görme cihazlarının devlet sigorta kapsamı dışında kalması nedeniyle ek özel sigorta yaptırmak zorunda kalmaktalar. Özel sağlık sigorta şirketleri ise önceden neyin sigorta kapsamına gireceğini ve ne kadar tutacağını belirlediklerinden dolayı rekabetin de olmayışı sonucunda çok yüksek meblağlarla düşük kalitede sağlık hizmetleri sunmaktalar (Sağlık Bakanlığı, 2010: 41; Chua, 2006, s. 3).

Bazı medikal seyahat grupları yurt dışında tedavi olmanın kalitesi hakkında hastaların dikkatini çekmektedir (Herrick, 2007, s. 12). Bu sebeple, genelde hasta kabul eden bir ülke konumunda olan A.B.D. özellikle 2000’li yıllardan itibaren önemli ölçüde hasta gönderen ülke konumundadır. Birçok Amerikalı daha kaliteli ve daha ucuz sağlık hizmeti satın alabilmek için yurt dışına çıkmaktadır. Bu kapsamda seçilen ülkeler ise Meksika, Hindistan, Malezya, Tayland, Filipinler, Güney Afrika, Brezilya, Arjantin’dir (AMA, 2007, s. 6).

Amerikalı hastalar için yurt dışındaki tedavi olmayı cazip hale getiren unsurlar, düşük maliyetli tedavi olma imkânı, yüksek kaliteli sağlık merkezlerinde hizmet almak, sağlık hizmeti yanında bulunduğu ülkede turistik faaliyetler de yapmak, sigorta kapsamında olmayan tedavilerin yaptırılabilmesi, gizli operasyonlar (cinsiyet değişimi, tüp bebek vb.) olarak sayılabilir (BAKA, 2011, s. 12). Bazen de medikal turizme katılan vatandaşlar kendi ülkelerinde tedavinin yüksek maliyetlerde olmasından değil, kendi ülkelerinde tedavi olacak olanakların yer almamasından dolayı da bu turizm tipine dahil olabilmektedir. Örneğin Meksika A.B.D.'ye medikal turist gönderen bir ülkedir. Her ne kadar birçok gelişmiş ülke medikal turizm için Hindistan ve Güney Asya ülkelerini tercih etse de Meksikalılar kaliteli hizmet arayışı içindedirler ve parasal olarak da bu hizmetin karşılığını verebilmektedir. Medikal turizm paketleriyle ilgili tutulabilen kayıtlara göre her yıl 120.000 Meksikalı tedavi amacıyla A.B.D.'ye gitmektedir (Demirer, 2010).

Bir diğer Amerika ülkesi Kosta Rika'dır. Ülke, doğal güzelliklerinin yanında sunduğu kaliteli sağlık hizmetleri için de ziyaret edilmektedir. Kosta Rika kısaca 'CAJA' (Caja Costarricense de Seguro Social) olarak bilinen kapsamlı bir sağlık sistemine sahiptir. Kamu hizmetine sunulan bu sistemde bazen uzun bekleme süreleri oluşabilmekte fakat bu durumda özel sağlık sigortaları devreye girmektedir. Kosta Rika'da uluslararası akreditasyon belgesine (JCI) sahip 3 sağlık tesisi bulunmaktadır (Bristow ve diğ. 2011, s. 109). Kosta Rika, özellikle organ nakli konusunda uzman bir ekibe sahiptir ve diş tedavileri ve estetik ameliyatlar için de tercih edilmektedir. Check-up, diş tedavisi ve güzel bir tatili içeren paket, başka ülkelerdekini üçte bir fiyatına sunulduğundan, medikal turizm amaçlı daha çok hastanın ülkeye gelmesi için çalışmalar yapılmaktadır (Kiremit, 2008: 36). Ayrıca diş sağlığı konusunda da ün yapan Kosta Rika, A.B.D.'deki diş kliniklerinden yaklaşık üçte bir oranında maliyetle hizmet sunmaktadır (Herrick, 2007, s. 5).

1.2.1.4 Afrika Ülkelerinde Sağlık Hizmetleri ve Medikal Turizm

Bu ülkelerde birçok hizmette olduğu gibi sağlık hizmetinin de çok gerilerde olduğu istatistiksel olarak bilinmektedir. Üst düzey zengin sınıf bu hizmeti batıdan almaktadır. Çünkü Batıyla olan ilişkileri sömürge döneminden beri çok sıkıdır ve alışkanlıklar da bunun böyle olduğu anlayışını ortaya koymaktadır. Ancak son yıllarda batının sağlık alanında karşılaşmaya başladığı sıkıntılardan dolayı batı bunları ihmal etmeye başlamıştır (Sağlık Turizmi Derneği ve Türkiye Sağlık Vakfı, 2010, s. 20).

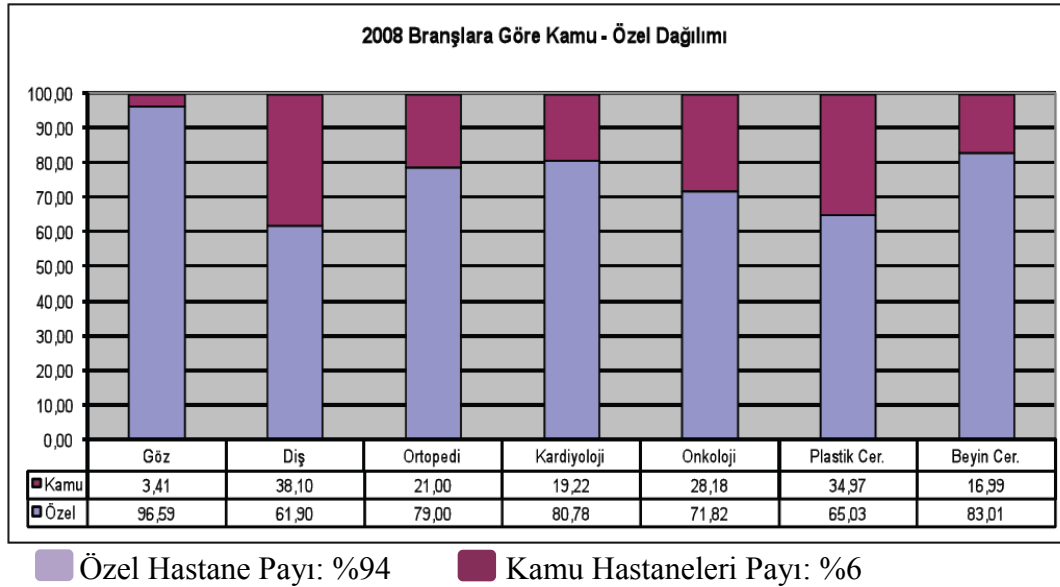
Bununla birlikte özellikle Güney Afrika yurt dışında tedavi arayan çoğu hasta için ilk anda akla gelen bir yer değildir. Ancak zamanla kültürel çeşitlilik ve tatil seçenekleri ile birlikte sunulan medikal turizm, sektörü canlandırmaya başlamıştır. Güney Afrika'daki hastane ve klinikler dünyanın her yerinden daha fazla uluslararası hastayı çekmek için yarışmaktadır. Dünya standartlarında özel sağlık kurumları, yüksek nitelikli doktorlar, sakin tatil düzenlemeleri ile Avrupalılar, sağlık hizmetleri için Güney Afrika'ya seyahat etmektedir. Tıbbi tedavi maliyetleri açısından diğer popüler medikal turizm bölgeleriyle rekabetçi olmamasına rağmen, tedavinin kalitesinin dünya standartlarında olması medikal turistleri çekmektedir (Tengilimoğlu ve diğ., 2013, s.114-115). Örneğin medikal turist çekmek için 'Medikal Safari: Medikal turizme yönelik duygular her zaman olumlu değildir' sloganıyla medikal turizm için atılımlar yapmaktadır (Kulkarni, 2008, s.16). Zayıf alt yapı ile güvensiz ve JCI akreditasyonuna sahip olmamasına rağmen daha az gelişmiş komşu ülkelere göre daha fazla (% 32 Mozambik,% 28 Lesotho,% 13 Botsvana, Svaziland% 12) medikal turist çekmektedir. Bu doğrultuda Güney Afrika oftalmoloji, ortopedi, kardiyoloji, rehabilitasyon ve kozmetik cerrahi alanlarında uzmanlık sunmaktadır. Güney Afrika ABD'ye göre % 30 maliyet tasarrufu sunmaktadır. Hükümet son zamanlarda medikal turist sayısını artırmak için girişimlerde bulunsa da medikal turistler çoğunlukla özel sektörü tercih etmektedir (hospitalscout.com).

1.2.2 Türkiye'de Medikal Turizm

Dünya turizminde olduğu gibi Türkiye turizminde de son zamanlarda en çok konuşulan konulardan birisi medikal turizmdir. Dünya kalitesinde hizmet veren hastanelere ve hekimlere sahip olan bununla birlikte turizm değerleri açısından da oldukça fazla alternatif sunan Türkiye'nin sağlık turizminden aldığı pay ise yok denecek kadar azdır. Dünya ülkeleri ile kıyaslandığında genel olarak sağlık turizminde yılda 200.000* ziyaretçi ve özel olarak medikal turizmde ise yaklaşık 100.000* ziyaretçi Türkiye'ye seyahat etmektedir. Türkiye'de medikal turizm öncelikle özel hastanelerin bu konuya daha fazla ilgi duyması ile hareketlenmiştir. Aydın ve diğ. (2011)'nin hazırladığı raporda bu durumu destekleyici istatistikler yer almaktadır. Yine yazarların da üzerinde önemle durduğu nokta, oranları farklı da olsa medikal turizmin çok büyük bir kısmının özel sağlık kuruluşları tarafından yürütüldüğü fakat bu durumun tüm dünyada olduğu gibi benzer bir seyir izlemekte olduğudur. Aşağıda yer alan Tablo 1.3 ve Tablo 1.4 sırasıyla 2008 ve 2010 yıllarında medikal turistlerin geldiği hastaneler ve bölümlerini göstermektedir.

* Rakamlar 5. Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresinde sunulan rakamlardır.

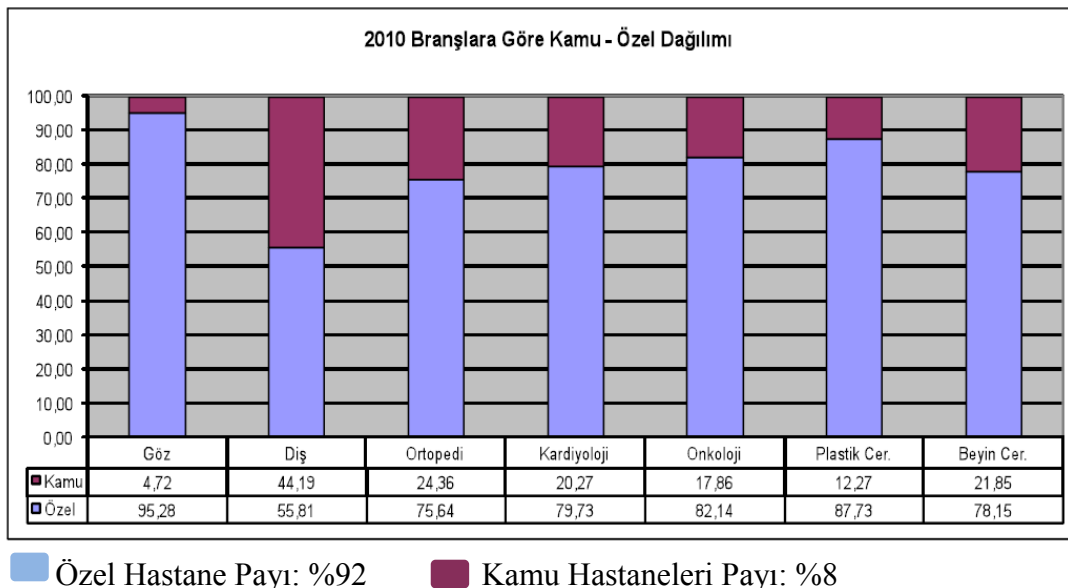
Tablo 1.3 Medikal Turistlerin Geldiği Hastane Türü ve Bölümlerine Göre Dağılımı (2008)



Kaynak: Dursun ve diğ. (2011) Editör: Birdal, Enginer 'Türkiye'de Medikal Turizm' TC. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, S: 24, Ankara.

Tablo 1.3'te görüldüğü gibi 2008 yılında özel hastanelerin % 94'tür ve ziyaretçiler en çok sırasıyla Göz, Beyin cerrahisi ve Kardiyoloji bölümlerine gelmiştir. Kamu hastanelerinde ise sırasıyla Diş, Plastik cerrahi ve onkoloji bölümleri tercih edilmiştir.

Tablo 1.4 Medikal Turistlerin Geldiği Hastane Türü ve Bölümlerine Göre Dağılımı (2010)



Kaynak: Dursun ve diğ. (2011) Editör: Birdal, Enginer 'Türkiye'de Medikal Turizm' TC. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, S: 26, Ankara.

2010 yılı verileri incelendiğinde Kamu hastanelerinin payının %8'e yükseldiği görülmektedir. Özel hastanelerde tercih edilen bölümler ise Göz, Plastik cerrahi ve Kardiyoloji olarak değişim göstermiştir. Kamu hastanelerinde ise Diş poliklinikleri, ortopedi ve Beyin cerrahisi bölümleri tercih edilmiştir.

Bu kapsamda Türkiye'ye hasta gönderen ülkeler dört ana sınıfta incelenebilir (Akdu, 2009, s. 39; Genç, 2007, s. 97; Dursun ve diğ. 2011, s. 30):

- Çeşitli nedenlerden dolayı bünyesinde büyük bir Türk nüfusu barındıran ülkeler (Almanya, Hollanda, Belçika vb.)
- Altyapı ve hekim yetersizliği nedeniyle hizmet sıkıntısı çeken gelişmekte olan ülkeler (Balkan ülkeleri, Orta Asya'daki Türki Cumhuriyetler)
- Sağlık hizmetlerinin pahalı olduğu ve sigortaların kapsamadığı hizmetleri talep eden hastaların bulunduğu ülkeler (ABD, Almanya)
- Arz-talep dengesindeki yetersizlik nedeniyle uzun bekleme sırası olan ülkeler (İngiltere, Hollanda ve Kanada)

Tablo 1.5 Türkiye'ye Gelen Medikal Turistlerin Ülkeleri ve Hizmet Aldığı Branşlara Göre Dağılımı

Branşlar	Ülke										Toplam
	Almanya	Azerbaycan	Bulgaristan	Hollanda	İngiltere	Irak	Libya	Norveç	Romanya	Rusya	
Göz Hastalıkları	3749	1670	348	504	642	1999	4618	471	213	440	14654
Ortopedi ve Travmatoloji	2674	449	159	660	780	1211	5521	366	162	1106	13088
İç Hastalıkları	3057	811	240	949	990	1057	2627	783	184	849	11547
Kulak, Burun, Boğaz Hastalıkları	2598	501	105	848	510	674	3370	540	187	797	10130
Genel Cerrahi	1613	659	183	428	611	666	1683	266	326	709	7144
Kadın Hastalıkları ve Doğum	534	1440	377	257	307	736	1340	80	407	1494	6972
Ağız, Diş ve Çene Hastalıkları ve Cerrahisi	899	144	204	317	397	257	2798	1134	35	483	6668
Beyin ve Sinir Cerrahisi	884	309	119	222	222	1324	1624	170	118	322	5314
Tıbbi Onkoloji	57	534	1489	23	8	377	321	0	1748	180	4737
Deri ve Zührevi Hastalıklar	229	410	80	102	211	402	2446	90	86	329	4385

Kaynak: Kaya ve diğ., 2013, s. 62.

Bu kapsamda Türkiye'nin Almanya, Azerbaycan, Bulgaristan, Hollanda, İngiltere, Irak, Libya, Norveç, Romanya, Rusya başta olmak üzere Belçika, Türkmenistan, Kosova, Kuveyt, Mısır, Ürdün, Birleşik Arap Emirlikleri, Suriye gibi özellikle coğrafi ve kültürel açıdan yakın olan ülkelerden medikal turist ağırladığı söylenebilir.

Medikal turistlerin Türkiye'yi hangi tedavi hizmeti için tercih ettiklerine bakıldığında birçok kaynak farklı sıralama yapmaktadır. Herhangi bir sıralamaya tabi olmadan Türkiye'nin tercih edilmesinde etken olan tedavi hizmetleri aşağıdaki operasyonları kapsamaktadır.

- Göz Hastalıkları
- Tüp Bebek tedavisi
- Estetik ve Plastik operasyonlar
- Ağız ve Diş Sağlığı
- Onkoloji (Medikal & Cerrahi)
- Kardiyoloji & Kardiyovasküler Cerrahi
- Ortopedi & Travmatoloji
- Beyin Cerrahisi
- Kadın Doğum
- Organ Nakli

Bunlardan göz ameliyatı için Türkiye'yi tercih eden turistler ülkede ortalama 4-5 gün kalmaktadır. Sadece göz ameliyatı için gelen hastalar ülkemize ortalama 2.500 Dolar döviz bırakmaktadır. Ülkeye tedavi için gelen hastaların önemli bir bölümü göz rahatsızlıkları için, ikinci sırada da kısırlık tedavisi için gelmektedir. Ülkemiz açısından medikal turizmde kişi başına ortalama harcamanın ortalama 2500 Dolar olduğu ve tatil turizmi ortalamasının da 650 Dolar olduğu düşünüldüğünde medikal pazarın ne kadar önemli olduğu kolayca anlaşılmaktadır (İçöz, 2009, s. 2273).

Türkiye'de ameliyat fiyatlarının düşüklüğü ve hastanelerin otelcilik hizmetleri vermeleri, medikal turistlerin Türkiye'yi tercih etmesinde önemli bir faktördür. Çoğu ameliyat maliyetinin hem hedef kitle hem de rakip ülkelere oranla daha ucuz olduğu bilinmektedir. Ülkeler arası fiyat karşılaştırması çalışmada Tablo 1.1'de verilmiştir. Örneğin: Amerika'da by-pass ameliyatının fiyatı 130.000 \$ civarındayken, Avrupa'da 30.000 ile 45.00 \$ arasında ve Türkiye'de ise 10.000 ile 15.000 \$ arasındadır. Yüz kaldırma operasyonu ABD'de 18.000 \$

ve Avrupa'da 12.000\$ civarındayken Türkiye'de 4000 \$, dış kanal tedavisi ABD'de 1.000\$, Avrupa'da 400\$ ve Türkiye'de 150\$ civarındadır. Yine Türkiye açısından önemli bir Pazar olan göz operasyonlarında da durum benzerdir. Örneğin, lasik göz ameliyatı için yaklaşık olarak ABD'de 4.000\$, Avrupa'da 2.500\$ ödenirken Türkiye'de ise 1.500\$ bir maliyet ile bu operasyon gerçekleştirilebilmektedir (Akdu, 2009; İçöz, 2009; Khafizova, 2011; TÜSİAD, 2009).

Türkiye'nin tercih edilmesindeki tek sebep Avrupa ülkelerinden daha ucuz olması değildir. Örneğin tüp bebek tedavisi için Türkiye'yi seçenlerin gelme nedenlerinden biri, Türkiye'de ilk denemede başarılı olma oranının Avrupa ülkelerinden daha yüksek olmasıdır. Ortadoğu ülkeleri ve Doğu Avrupa'dan gelen yabancı hastalar ise tüp bebek tedavisinin yanı sıra kanser tedavisi için de Türkiye'yi tercih etmektedir. Avrupa'da sadece beş ülkede kullanılan cihazlardan biri, kanser araştırmaları ve tedavisi konusunda önemli ilerleme kaydeden Türkiye'de bulunmaktadır. Böylece yurtdışından gelen yabancı hastalar, kendilerine sunulan dünya standartlarındaki hizmetler ile hiç sıra beklemeden hem tedavi olma hem de tatil yapma imkânı bulmaktadır. Örneğin kanser gibi insan sağlığı açısından çok tehlikeli olan bir hastalığın tedavisinde Türkiye'nin tercih edilmesindeki sebeplerin başında söz konusu ülkelerin kanser tedavisi konusunda yeterli teknolojiye sahip olmaması gösterilmektedir. Türkiye'de uygulanan kanser tedavileri, klasik tedavi yöntemleri olan kemoterapi ve radyoterapiden ibaret değildir. Amerika'da çok yaygın olan "cyberknife" (uzay neşteri) teknolojisi Türkiye'de de uygulanmaktadır. Avrupa'da aralarında Türkiye'nin de bulunduğu beş merkezde uygulanan "cyberknife" teknolojisi, tedavinin 10 gün içinde tamamlanmasına olanak sağlamaktadır (Akdu, 2009, s. 41).

Bununla birlikte Türkiye'nin medikal turizmde avantajları şöyle sıralanabilir (BAKA, 2011, s. 20).

- Hastanelerin alt-yapıları ve donanımlarının yüksek kalitesi,
- Hekimlerin ve hizmet sunucularının eğitim ve deneyim düzeyinin batı ülkeleri standartlarında olması,
- Uluslararası JCI Akredite Kuruluşuna üye 39 hastanemizle dünyada 2. sırada bulunmamız,
- Diğer ülkelere göre sunduğu fiyat avantajları,
- Özellikle bulunduğu coğrafi konum ve geleneksel turizm çekicilikleri (doğal ve tarihi) ve uzun süre seyahat engeli yaratmayan iklim koşulları,

- Yüksek standartlara ulaşan turizm tesisleri ve iyi yetişmiş yabancı dil bilen personel,
- Medikal ve sağlık turizminin diğer turizm türleri ile bütünleşebilmesi ve ortak tur programlarının yapılabilme olanakları.

Türkiye'de sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesi Sağlık Bakanlığı tarafından değerlendirilip denetlenmesine karşın bir grup özel sağlık hizmetleri yatırımcısı uluslararası akreditasyon kuruluşlarına da başvurarak hizmet kalitelerini uluslararası düzeyde belgelemiştir. Hastane standartları sunan ve bu standartlara göre hastaneleri akredite eden kuruluş olan Joint Commission International (JCI)'ın 35 ülkede akredite ettiği toplam 245 sağlık kuruluşu bulunmaktadır. Diğer taraftan Uluslararası Standartlar Örgütü-ISO (International Standards Organization) tarafından akredite edilmiş 20 kadar daha hastane olduğu bilinmektedir. Joint Commission International (JCI) tarafından ülkemizde 39 sağlık kuruluşu akredite edilmiş bulunmaktadır. Bu rakam, 35 ülkede akredite edilen toplam sağlık kuruluşlarının %13'üne tekabül etmektedir. Gönüllülük esasına dayalı olarak akredite olmaları, Türkiye'de özel sağlık gruplarının niteliğinin ve başarılı kuruluşlar arasında yer alma isteğinin bir göstergesi olarak yorumlanabilir (TÜSİAD, 2009, s. 12).

Ayrıca Türkiye'nin medikal turizmde ön plana çıkmasını sağlayacak diğer bir unsur da devletin konuyu önemsemesi ve konuyla ilgili çeşitli teşvikler sunmasıdır. Aşağıda özetle verilen destekler ile ilgili detaylı bilgiler T.C. Ekonomi Bakanlığı'nın 2012/4 Sayılı Döviz Kazandırıcı Hizmet Ticaretinin Desteklenmesi Hakkında Tebliğin Uygulama Usul ve Esasları Genelgesi'nde yer almaktadır. (Acar, 2012; www.ekonomi.gov.tr).

Maliye Bakanlığından Vergi İndirimi: Sağlık alanında faaliyet gösteren ve Türkiye'de yerleşmiş olmayan kişilere hizmet veren işletmelerin, bu faaliyetlerinden elde ettikleri kazancın yüzde 50'si de beyanname üzerinden indirilebilecek. Bakanlar Kurulu, yüzde 50 oranını, hizmet alanları itibarıyla sığara kadar indirmeye ya da yüzde 100'e kadar artırmaya yetkili olacak. Yatırımcıların vergi nedeniyle karşılaştığı mali yükler azaltılacaktır (Acar, 2012; www.ekonomi.gov.tr).

Türk Hava Yolları İndirimi: Geçtiğimiz yıldan bu yana tedavi amacıyla Türkiye'ye gelen yolculara iki refakatçısı ile birlikte bilet fiyatlarında % 20 indirim yapıyor. Bu oran ABD'den gelen yolcular için % 25'tir (Acar, 2012; www.ekonomi.gov.tr).

Ekonomi Bakanlığından Hasta Yol Destek Teşviki: Sağlık Kuruluşlarının yurtdışından getirecekleri yabancı hastaların uçuş giderlerinin yüzde 50 oranında Bakanlık bütçesinden karşılanması ve hasta başına 1000 dolara kadar destek verilmesini içermektedir (Acar, 2012; www.ekonomi.gov.tr).

Yurt Dışı Tanıtım Desteği: Yurt dışında düzenlenen fuar, kongre, konferans ve/veya bağımsız tanıtım programı kapsamında yapılan tanıtımlara ilişkin sponsorluk, reklam, tanıtım, danışmanlık, katılım ve organizasyon giderleri; sağlık kuruluşları veya sağlık turizmi şirketleri için %50 oranında ve yıllık toplam en fazla 300.000 ABD doları tutarında, işbirliği kuruluşları için ise %70 oranında ve yıllık toplam en fazla 500.000 ABD doları tutarında karşılanır (Acar, 2012; www.ekonomi.gov.tr).

Ayrıca, sağlık kuruluşları, sağlık turizmi şirketleri ve işbirliği kuruluşlarının yurt dışında düzenlenen fuar, kongre veya konferanslara ilişkin katılım maliyetleri; faaliyet başına %70 oranında ve en fazla 15.000 ABD doları tutarında karşılanır (www.ekonomi.gov.tr).

Sağlık kuruluşları, sağlık turizmi şirketleri ve işbirliği kuruluşlarının arama motorlarında yapacakları, arama ağı reklamları da dâhil olmak üzere reklam ve tanıtım giderleri; %50 oranında ve sağlık kuruluşu, sağlık turizmi şirketi veya işbirliği kuruluşu başına yıllık en fazla 100.000 ABD doları tutarında karşılanır (www.ekonomi.gov.tr).

Belgelendirme Desteği: Sağlık kuruluşlarının uluslararası teknik mevzuata uyum sağlamak veya yurt dışı pazarlara girmek amacıyla aldıkları belge, sertifika veya akreditasyonlara ilişkin aşağıda belirtilen giderler; her bir belge, sertifika veya akreditasyon türü için %50 oranında ve en fazla 50.000 ABD doları tutarında karşılanır. Bu kapsama dahil olan işlemler aşağıda verilmiştir (www.ekonomi.gov.tr).

- a) Müracaat ve doküman inceleme giderleri,
- b) Belgelendirme tetkik giderleri,
- c) Belge kullanım ücretleri,
- ç) Kayıt ücretleri,
- d) Danışmanlık giderleri,
- e) Gözetim giderleri,
- f) Yenileme giderleri.

Yurt Dışı Birim Desteği: Yararlanıcıların doğrudan veya yurt dışında faaliyet gösteren şirketleri ya da şubeleri aracılığıyla açtıkları birimlerin kira giderleri 4 (dört) yıl süresince karşılanır. Bu madde kapsamında; sağlık kuruluşları ve sağlık turizmi şirketleri her bir birim başına %60 oranında ve yıllık en fazla 200.000 ABD doları tutarında, işbirliği kuruluşları her birim başına %70 oranında ve yıllık en fazla 300.000 ABD doları tutarında desteklenir (www.ekonomi.gov.tr).

Ticaret Heyeti ve Alım Heyeti Destekleri: Bir ticaret heyeti veya alım heyeti programı kapsamında; her bir katılımcının ulaşım ve konaklama giderleri ile programa ilişkin reklam, pazarlama, danışmanlık, tanıtım ve organizasyon giderleri %70 oranında ve program başına en fazla 150.000 ABD doları tutarında karşılanır. Bu madde kapsamında aşağıda belirtilen reklam, pazarlama, tanıtım, danışmanlık, katılım ve organizasyon giderleri desteklenir (www.ekonomi.gov.tr).

- a) Tercümanlık giderleri (sadece yapılan görüşmeler ve tanıtım faaliyeti kapsamında iletişim sağlanmasına yönelik çeviri giderleri),
- b) Seminer, konferans, toplantı ve ikili görüşme organizasyon giderleri (yer kirası, ilgili teknik araç ve gereçlerin kira giderleri, yemek ve ikram giderleri, vb.),
- c) Görsel, yazılı ve işitsel tanıtım giderleri,
- ç) Halkla ilişkiler ve danışmanlık hizmeti giderleri,
- d) Katalog, broşür ve tanıtım malzemeleri giderleri,
- e) Toplu transferler.

Danışmanlık Desteği: Sağlık kuruluşları veya sağlık turizmi şirketlerinin Bakanlığın ön onay verdiği konularda satın aldıkları danışmanlık hizmetlerine ilişkin giderler %50 oranında ve yıllık en fazla 200.000 ABD Doları tutarında karşılanır (www.ekonomi.gov.tr).

RNCOS Araştırma Şirketi'nin 2009 yılında yaptığı "Emerging Medical Tourism in Turkey" araştırmasına göre 2008 yılında Türkiye'de medikal turizm sektörü 2007 yılına oranla %40 büyümüştür. Gerekli koşullar sağlanabildiği takdirde Türkiye sağlık turizminden yılda hedeflediği 15 milyar dolar geliri sağlayabilir. Genel olarak sağlık turizmi ve özelde de medikal turizm Türkiye'deki işletmeler ve akademik çevre bakımından oldukça yeni ve araştırma alanları açık bir alandır. Türkiye, Şubat 2011 tarihi itibarıyla 22 ülke ile Sosyal Güvenlik Anlaşması imzalamıştır. Ayrıca, Antalya Valiliği ve BAKA'nın girişimleriyle 25

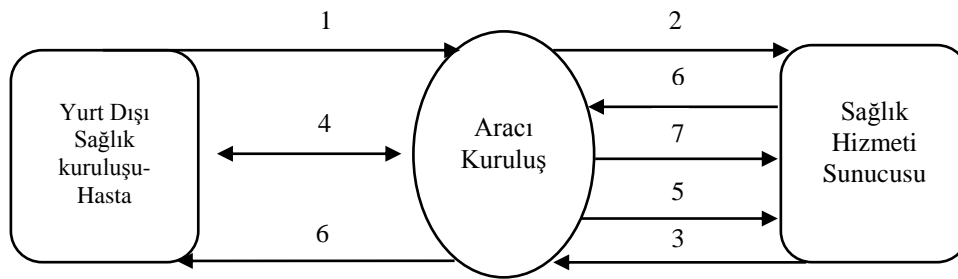
Şubat 2011 tarihinde Sağlık Bakanlığınca Sağlık Turizmi Mevzuatı Taslağı çalışması başlatılmıştır (BAKA, 2011, s. 23).

1.3 Medikal Turizmde Aracı Kuruluşlar

Çalışmanın ilgili bölümünde yer alan medikal turizm tanımlarından hareketle medikal turizmde amacın tedavi olmak bunula birlikte (hastalığın özelliği ve tedavi sürecine bağlı olarak) turistik faaliyetlere katılmak olduğu söylenebilir. Önemli olan medikal turistlerin öncelikli olan tedavi hizmetini kaliteli bir şekilde almasını sağlamaktır. Dolayısıyla medikal turizmin diğer turizm türlerinden oldukça farklı bir şekilde gerçekleştiği göz önünde bulundurulmalıdır. Medikal turistler, diğer turistlerden farklı olarak öncelikle sağlık hizmetini satın alacağı sağlık işletmeleri ile irtibat kurmaktadır. Seyahat süreci planlaması sağlık kurumlarından alınan güven neticesinde planlanmaktadır. Medikal hastalarının karar verme süreçleri yapısı gereği, sıkıcı ve oldukça zordur. Bu süreçte aracı kuruluşlar devreye girmekte medikal turistin talep ve tercihleri doğrultusunda seyahat planlanmaktadır. Medikal turizmde aracı kuruluşlar;

- Danışman Firmalar
- Sağlık Turizmi Operatörü
- Seyahat Acenteleri ve/veya Hasta Yönlendiricileri
- Yardımcı (Asistan) Firmalar
- Sağlık Hizmeti Sağlayıcı Gruplar

Yukarıda verilen aracı kuruluşların yer aldığı medikal turizm faaliyetlerinin akış şeması aşağıda Şekil 1.1’de yer almaktadır.



- | | |
|----------------------------|-----------------------------|
| 1. Spesifik Talep | 5. Hastanın Yönlendirilmesi |
| 2. Fiyat araştırması | 6. Orijinal Fatura |
| 3. Fiyat-Müsaitlik Bilgisi | 7. Ödeme |
| 4. Fiyat Hastane Bilgisi | |

Şekil 1.1 Medikal Turizm Akış Şeması

Kaynak: Choi, Joseph (2013). ‘Sağlık Turizmi - İkili İşbirliği Kapsamındaki Hastaların Koordinasyon Eğitimi Ve Değerlendirme Toplantısı’ KHK <http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/3188,asistanlik-hizmetlerinde-surecler.pdf?0> [Erişim Tarihi: 22/12/2013].

1.3.1 Danışman Firmalar

Yurt dışındaki medikal tesislere aşına olmayan hastalar, tedavilerini medikal turizm araçlarıyla organize edebilmektedirler. Birçok aracı kuruluş hastaları için interneti de kullanarak spesifik olarak uzmanlaşmış bir seyahat acentesi gibi faaliyet göstermektedir. Örneğin Clients of MedRetreat adlı danışman firma hastalarına aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 7 ülkeden toplam 183 farklı paket ile hizmet vermektedir. Danışman firmalar öncelikle, yurt dışında tedavi görmek isteyen hastaların fiziksel olarak bu seyahati yapabilecek durumda olup olmadıklarını ve sağlık hizmeti verecek olan tıp merkezlerini araştırarak değerlendirmektedir. Çoğu aracı farklı ihtiyaçları olan hastalar ile sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında sıkı bir bağlantı kurarlar. Örneğin bazı hastalar kısa bir seyahat için daha yüksek bir fiyat ödemeyi tercih ederken, diğerleri daha uzun mesafeler için daha az ödemeyi istemektedirler. Bununla birlikte, aracılar hastaların tedavi şeklini ve sürecini belirleme konusunda hastalara yardımcı olabilmek amacıyla hastane ve hasta arasında iletişimi kurmaya yönelik çalışan uzman doktorlar ve sağlık görevlileri istihdam etmektedirler. 2005 yılında yurt dışında 1.300 'den fazla hasta gönderen Medical Tours International, yolculuk planlama ve tedavi kararlarında hastalara yardımcı olmak için tıbbi personel istihdam etmiştir (Herrick, 2007, s. 6).

Danışman Firmalar hastalar ve sağlık hizmeti sağlayıcıları arasında aracı olarak çalışmaktadırlar. Birçok ülkede olduğu gibi, çalışma şartları kanunlarla düzenlenmemiş çoğu iş sektörlerindeki pazar şartları ve arz-talep faktörlerinden dolayı, hastaların otel ve uçak rezervasyonları, gidilecek ülkelerdeki ulaşım ve turların ayarlanması konularında danışman firmalar seyahat acenteleri gibi veya seyahat acenteleri danışman Kuruluşlar gibi faaliyet gösterebilmektedirler. Aslında adından da anlaşılacağı gibi, danışman firmalar seyahat ve tur acentelerinden farklıdır, çünkü seyahatle ilgili hizmetlerle ilgisi olmaksızın, yurtdışı hastalarının medikal durumları ve istekleri doğrultusunda, uygun sağlık kuruluşunun bulunması konusunda hastanın danışmanı ve temsilcisi olarak hizmet vermeyi hedeflemektedir. Bir başka deyişle, Tıp Turizmi Konseptinde danışman firmalar, müşteri bulma ve yönlendirme fonksiyonlarıyla, o ülkenin tıp turizminin “kapı-bekçisi” ve hasta ile yüz yüze temas kuran ilk kuruluştur (Sağlık Bakanlığı, 2012 (c), s. 69).

1.3.2 Medikal Turizm Operatörü

Medikal turizm operatörünün tanımını yapmadan önce tur operatörünün tanımını yapmak doğru olacaktır. Birleşmiş Milletler Dünya Turizm Örgütü (UNWTO) tur operatörlerini

‘Turizm talebini ortaya çıkarabilecek ulaşım, konaklama gibi turistik ürünleri bir araya getirerek belirli bir merkezde konaklama amaçlı turlar düzenleyip, bu çabayı belirli bir ücret karşılığında sunan işletmelerdir’ şeklinde tanımlanmaktadır.

Medikal turizm operatörlerinin detaylı bir tanımına ulaşılacakla birlikte kısaca ‘Hastane ve klinik ile hasta arasında iletişimi sağlayan, aracı kuruluşlardır (Turan, 2013) olarak tanımlamak mümkündür.

Literatüre katkı sağlamak amacıyla genel tur operatörü tanımlarına atfen medikal turizm operatörünü ‘Medikal turizm taleplerini karşılayabilecek sağlık kurumları, ulaşım, konaklama hizmetlerini bir araya toplayan, tedavi şekline ve sürecine uygun olarak turistik ürünler ile tedavi sürecini planlayan ve bir paket halinde belirli ücret karşılığında sunan işletmelerdir’ şeklinde tanımlamak mümkündür.

Medikal turizm operatörleri hedef pazar veya prosedüre (kozmetik, göz, diş, spor hekimliği, diz ve kalça artroplastisi gibi) ya da belli bir bölgeye (azerbaycan, Kuzey Irak , Batı Libya gibi) odaklanmaktadır.

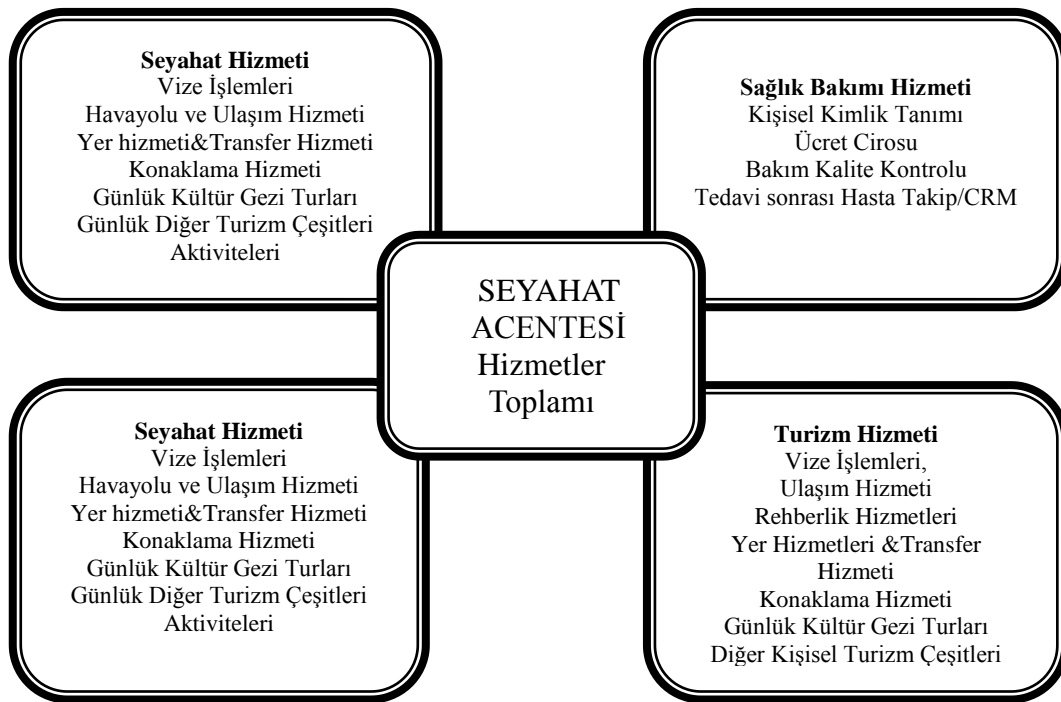
Medikal turizm operatörlerinin sağladığı kolaylıklar (Epstein, 2009):

- Hasta ve hastalık hakkında bilgilerin toplanması
- İlgili tüm kayıtların toplanması (Hasta ve hastalık ile ilgili detayların yer aldığı dosya)
- Yurt dışında hizmet sağlayıcılarının bulunması ve alternatiflerin değerlendirilmesi
- Tedavi sürecinin planlanması
- Tüm seyahat düzenlemelerinin organizasyonu
- Alınan hizmetler ile ilgili ödemelerin yapılması
- Dönüş sonrası bakım hizmetlerinin takip edilmesi

1.3.3 Seyahat Acenteleri ve/veya Hasta Yönlendiricileri

1618 no.’lu Seyahat Acenteleri ve Seyahat Acenteleri Birliği Kanunu’nda Seyahat acenteleri ‘*Kâr amacı ile turistlere turizm ile ilgili bilgiler vermeye, paket turları ve turları oluşturmaya, turizm amaçlı konaklama, ulaştırma, gezi, spor ve eğlence hizmetlerini görmeye yetkili olan, oluşturduğu ürünü kendi veya diğer seyahat acenteleri vasıtası ile pazarlayabilen ticarî kuruluşlardır*’ şeklinde tanımlanmaktadır (www.tursab.org.tr).

Medikal turizm ile ilgilenen seyahat acenteleri veya hasta yönlendirici firmaların, genellikle medikal alanda ya da sağlık sigortacılığında tecrübeleri yoktur. Bu firmalar hastanelerden aldıkları komisyon ücretine bağlı olarak çalışırlar. Tıbbi işlemlerle ilgili ve tedavinin nasıl sonuçlandığı konularında herhangi bir yükümlülükleri veya bir hizmeti bulunmamaktadır.. Tedavide devamlılık ilkesi ile ilgili sağladıkları destek veya planlamanın azlığından dolayı, bu tür çalışma modeli karmaşık vakalarda uygun olmasa da, daha çok, basit veya standart bir tedavisi olan elektif cerrahi ve plastik cerrahi gibi sağlık sorunları için tercih edilebilirler. Söz konusu, gidilecek ülkeye, kültüre ve diline aşina olan hastalar tıp turizminde seyahat acentelerini seçmeye meyillidirler. Özellikle medikal turizm ve sağlık alanında tecrübe eksikliklerinden dolayı şu an pasif durumdadırlar. Konu hakkında uzmanlaşmaları ve medikal paket tur düzenlemeleriyle sektörde daha aktif olabilecekleri öngörülmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012 (c), s. 70, Coşkun, 2013).



Şekil 1.2 Seyahat Acentesinin Sağlık Turizmindeki Rolü

Kaynak: Dinç, Çiğdem (2013). ‘Sağlık Turizminde Aracı Kurumlar, Seyahat Acentaları, Asistan Firmalar, Standartlar ve Kalite’ VI. Uluslararası Sağlık Turizmi Sunumu, 24.11.2013. 8. Oturum http://www.healthtourismcongress.org/index.php/detay,43,akademik_sunumlar

1.3.4 Yardımcı (Asistan) Firmalar

Yardımcı Firmalar genellikle poliçe sahibi yabancıların kendi sigorta şirketleri ile irtibatları sırasındaki ilk aracı kuruluş olarak işlev görürler. Ayrıca, dünyanın diğer

bölgelerindeki asistan firmaların da temsilcileridirler. Aracı kuruluşlar arasındaki farklılıkları ve hedeflenen tüketici kitlesini daha iyi anlamak adına, iş amaçlı ya da gezi amacıyla başka ülkelere seyahat eden ve aynı zamanda kendi ülkelerinden sağlık poliçesi olan yurtdışı vatandaşları için asistanlık hizmetleri vermektedirler. Buldukları ülkede derinlemesine bilgi sahibi olduklarından, poliçe sahiplerinin hastanede yatmaları durumunda, kendi irtibat ağlarındaki hastanelerden en uygun tedaviyi bulma yetkinliğine sahiptirler. Başka bir deyişle, vermiş oldukları hizmetler özellikle acil sağlık ihtiyaçları etrafında kurgulanmıştır.

Asistan firmaların görevleri arasında maliyet kontrolü ve poliçe sahiplerinin aldığı sağlık hizmetlerinin sigorta şirketi tarafından ödenmesine yönelik gelen ödeme talepleri işlemlerinin yapılması, maliyet odaklı bir gözle faturaların olası bir suistimal dikkate alınarak incelenmesi, poliçe sahipleri ve sigorta şirketleri arasında kesintisiz tam bir hizmet sunumu, profesyonel tahliye ve ulaşım organizasyonları yer almaktadır (Sağlık Bakanlığı, 2012 (c), s. 70-71).

Danışman firmaların sağladığı yararlar (Coşkun, 2013):

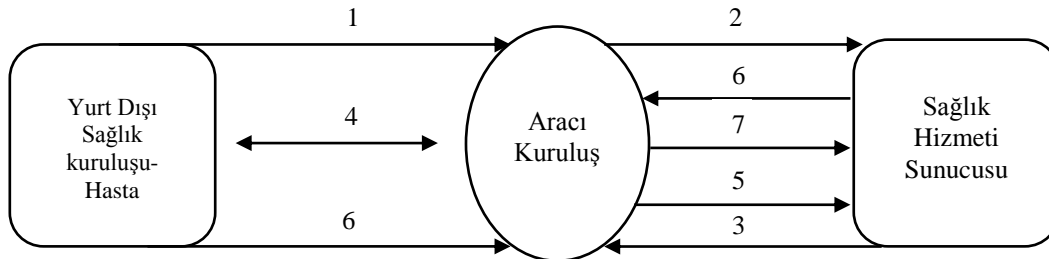
- Sigortalı hastalar ve yabancı sigorta şirketleri arasındaki ilk aracı kuruluş,
- Sağlık hizmet sunucularının standart ve yetkinliklerine hâkimiyet,
- Network ağı ile uygun tedavi,
- Turistin sağlığı kapsamında hızlı organizasyon kabiliyeti,
- Sigorta şirketlerinin prosedürlerine hâkimiyet,
- Sigorta ödemelerinde işlem takibi,
- Faturaların incelenmesi,
- Profesyonel lojistik hizmetlerin sunulması,

1.3.5 Sağlık Hizmeti Sağlayıcı Gruplar

Yabancı ülkelerdeki sağlık hizmeti sunucuları ya gelinen ülkenin bir hastanesi ile bağlantılı olabilir ya da tıbbi anlamda sadece yurtdışından gelen hastalara hizmet veriyor olabilir. Hastaların tedavi sonrası bakımın önemi hakkındaki artan farkındalığına paralel olarak, bu aracı kuruluş modelinin ilerleyen zaman içerisinde daha fazla popüler olacağı ve talep göreceği söylenebilir (Sağlık Bakanlığı, 2012(c): 71).

1.3.6 Aracı Kuruluş Hizmetlerinde Süreçler

Aracı kuruluşların hizmet sunum şekline ve şirket politikalarına göre değişiklik gösterebilen ancak tüm aracı kuruluşlara örnek teşkil edebilecek medikal seyahat sürecinde aracı kuruluşların sundukları hizmetler ve süreç Şekil 1.3'te verilmiştir.



- | | |
|----------------------------|--------------------|
| 1. Orijinal Garanti | 5. Rakamsal Onay |
| 2. Aracı kuruluş Garantisi | 6. Orijinal Fatura |
| 3. MR+P Garantisi | 7. Ödeme |
| 4. Garanti Revizyonu | |

Şekil 1.3 Medikal Turizmde Aracı Kuruluş Hizmetleri ve Süreç

Kaynak: Choi, Joseph (2013). 'Sağlık Turizmi - İkili İşbirliği Kapsamındaki Hastaların Koordinasyon Eğitimi Ve Değerlendirme Toplantısı' KHK <http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/3188,asistanlik-hizmetlerinde-surecler.pdf?0> [Erişim Tarihi: 22/12/2013].

1.3.6.1 Orijinal Garantisi Aşaması

Birinci aşamada yurtdışında bulunan sağlık kuruluşundan aracı kuruluşa aşağıdaki bilgileri içeren orijinallik garantisi mektubu gönderilmektedir.

- Hastanın ve Hastanenin Adı
- Garanti Kapsama Dönemi
- Hasta Katılım Payı
- Karşılanmayan Hizmet Ücretleri
- Hastanın Tanı Bilgisi
- Kapsam Limiti

1.3.6.2 Aracı Kuruluş Garantisi

İkinci aşamada aracı kuruluş tarafından sağlık hizmeti sunucularına, hasta takip formunu ve aşağıdaki diğer bilgileri içeren bir ön garanti mektubu gönderilmektedir. Ön garanti mektubu örneği Görsel 1.1'de gösterilmiştir.

- Kimlik Bilgisi
- Limit Bilgisi
- Karşılanmayan Hizmet Ücretleri

- Medikal Rapor Talebi
- Proforma Talebi

Tarih / Date:	
KİMDEN / FROM:	Marm Assistance
Dosya No. / Our File No:	
KİME / TO:	
Tel. / Phone:	
Faks / Fac:	
İlgili / Attention:	
İlgi / Concerning:	

HASTA TAKİP FORMU

Sayın İlgili,

????? isimli hastanın aşağıda belirtilen bilgilerinin tarafımıza gönderilmesini rica ederiz.

NOT: Hastadan herhangi bir avans alınması halinde tarafımıza en kısa zamanda bildirilmesi, Hastane Garanti Formumuzu takiben bu avansın herhangi ilave bir ihbara gerek kalmaksızın iadesi ve iade makbuzunun tarafımıza gönderilmesi gerekmektedir.

Hasta katılım payı (policy excess)

- Hastanın detaylı medikal raporu
- Hastanın detaylı masraf dökümü
- Kullanılan ilaç ve malzemelerin detaylandırılmış fiyat dökümü

Aksi bildirilmedikçe aşağıda belirtilen kalemler karşılanmamaktadır.

- Ayakta Tedavi
- Acil olmayan, otele hastaneye veya hastaneden otele yapılan transferler
- Refakatçi
- TV, kantin, çamaşır yıkama ve telefon gibi medikal olmayan masraflar
- Koltuk değneği

Not:Hastanın tedavisinde kullanılmak üzere dışarıdan/hastaneden sağlanan medikal ekipman (protez, ortez, koltuk değneği, tekerlekli sandalye) ve refakatçi ücretleri aksi belirtilmedikçe garanti kapsamı dışındadır. Garanti kapsamı, şirketimiz tarafından tedavi sırasında değiştirilebilir.

Acil müdahale gerektirmeyen, fizik tedavi, diş tedavisi, onkoloji tedavisi, alkol ve uyuşturucuya bağlı tedaviler ve buna bağlı ileri tetkiklerin onayı için ayrıca tarafımıza bilgilendirme yapılması gerekmektedir.

Görsel 1.1 Marm Assistance Şirketine Ait Hasta Takip Formu Örneği

Kaynak: Choi, Joseph (2013). ‘Sağlık Turizmi - İkili İşbirliği Kapsamındaki Hastaların Koordinasyon Eğitimi ve Değerlendirme Toplantısı’ KHK <http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/3188,asistanlik-hizmetlerinde-surecler.pdf?0>

1.3.6.3 Medikal Rapor ve Proforma (MR+P) Garantisi

Üçüncü aşamada aracı kuruluş tarafından sağlık hizmeti sunucularına Medikal Rapor (MR) ve Proforma (P) mektubu gönderilmektedir. Medikal raporda, doğru bilgilerin doğru yetkililer tarafından iletilmesi, tetkiklerin gerekçeleri ve sonuçların yer alması, proformada yer alan kalemlerle paralel bilgileri içermesi önemlidir. Proformanın ise okunabilir olması, hesaplamaların doğru yapılması önemlidir. Bununla birlikte tedavi sürecinde kullanılacak ilaç ve sarf malzemelerinin ayrıntılı listesinin yer alması ve karşılanmayan kalemlerin yer almaması oldukça önemlidir.

1.3.6.4 Garanti Revizyonu

Dördüncü aşamada yurt dışındaki hastane ve aracı kuruluş birbirine genel olarak aşağıdaki revizyon bilgilerini içeren garanti mektubunu göndermektedir. Bu mektup önceden verilen garantinin revizyonu (sunulan hizmete ve tedavi sürecine bağlı olarak değişebilir) niteliğindedir.

- Kapsam süresinin genişletilmesi
- Ameliyat / işlem onayı (ERCP, endoskopi, vb.)
- Tetkik onayı (MR, PET, vb.)
- Limitin yükseltilmesi
- Hastane—Hastane transferleri
- Refakatçi

HASTANE GARANTİ FORMU

Sayın İlgili,

??????? isimli hastanın ödeme garantisi aşağıda bilgilerinize sunulmuştur.

Hastanenizde yatan, takip etmekle yükümlü olduğumuz hastamıza yapılacak her türlü müdahale, ileri tetkik ve tedavinin 24 saat açık merkezimize, ödemelerde aksaklık çıkmaması için önceden yazılı olarak bildirilerek uygulanma onayının alınmasını; aksi takdirde önceden bildirilmeden yapılacak her türlü tıbbi müdahale, ileri tetkik ve tedavinin sonucunda ödemelerde çıkabilecek aksaklıklardan hastaneniz sorumlu olacaktır. Faturaların hasta adına düzenlenip, posta adresimize gönderilmesini rica ederiz. İlginizden dolayı teşekkür eder, işbirliğimizin devamını dileriz.

Saygılarımızla,
Marm Assistance

ÖDEME GARANTİSİ

HASTA ADI:
GARANTİ SÜRESİ: 01.10.2013 - 03.10.2013
GARANTİ KAPSAMI: YATARAK + AMELİYAT
POLICY EXCESS: 0,00 EUR

Acil tıbbi müdahalenin, tetkiklerin, ya da hastane yatış işlemlerinin makul masraflarını İLGİLİ SİGORTA ŞİRKETİ adına garanti ediyoruz. Hastanın meşrubat, tv /video ve özel telefon masrafları kendisi tarafından ödenecektir. Hastanın standart özel oda ücreti karşılanmakta olup refakatçi ve suit oda ücretleri aksi bildirilmediği takdirde karşılanmamaktadır. Eğer yükümlüyseniz hastadan policy excess'inin alınmasını, bunun fatura üzerinde gösterilmesini ve hastaya verilen makbuz fotokopisinin tarafımıza gönderilmesini rica ederiz. Aynı hastayla ilgili başka bir sigorta devreye girdiğinde ve sigorta şirketi garantiyi geri çektiğinde garantimizi geri çekme hakkımız saklıdır. Hastadan herhangi bir avans alınması halinde tarafımıza en kısa zamanda bildirilmesi, Hastane Garanti Formumuzu takiben bu avansın iadesi ve iade makbuzunun tarafımıza gönderilmesi gerekmektedir.

Hastayla ilgili başka bir sigorta devreye girdiğinde, hastanın daha önceden geçirdiği bir rahatsızlığın tekrar nüksetmesi halinde ve alkol ve uyuşturucuya bağlı rahatsızlıklarda ve sigorta şirketi garantiyi geri çektiğinde garantimizi geri çekme hakkımız saklıdır. Hastadan herhangi bir avans alınması halinde tarafımıza en kısa zamanda bildirilmesi, Hastane Garanti Formumuzu takiben bu avansın iadesi ve iade makbuzunun tarafımıza gönderilmesi gerekmektedir.

Detaylı masraf dökümü, tıbbi rapor, laboratuvar testleri, radyoloji ve diğer tetkiklerin dökümünün aşağıdaki adrese gönderilmesini rica ederiz. Bu garanti ileri tetkik - tedavi gerektiren ve çıkış tarihi belli olmayan vakalarda yukarıda belirtilen gün süresi kadar geçerlidir. Tedavinin daha uzun süreceği durumlarda tarafımıza tıbbi gerekçeyle beraber yazılı olarak bir uzatma talebinde bulunulması ve devam edecek tedavi için onay alınması gereklidir.

Yukarıdaki hususların, faturanızın geçerli sayılması için bir ön talep olduğunu lütfen dikkate alınız. Sigortanın alarm merkezi ve/veya acentaları tıbbi ve/veya tedavi harcamalarını sorgulama ve ödemediği önce ek izahat isteme hakkını saklı tutmaktadır.

Görsel 1.2 Marm Assistance Şirketine Ait Hastane Garanti Formu Örneği

Kaynak: Choi, Joseph (2013). 'Sağlık Turizmi - İkili İşbirliği Kapsamındaki Hastaların Koordinasyon Eğitimi ve Değerlendirme Toplantısı' KHK <http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/3188,asistanlik-hizmetlerinde-surecler.pdf?0>

1.3.6.5 Rakamsal Onay, Faturalandırma ve Ödeme

Beşinci aşamada aracı kuruluş hizmet tutarını onayladığı onay formunu sağlık hizmeti sunucusuna göndermektedir. Altıncı aşamada ise hem yurt dışı sağlık kuruluşu hem de sağlık hizmeti sunucusu hizmeti faturalandırarak aracı kuruluşa göndermektedir. Faturanın rakamsal onay tutarına göre düzenlenmesi, hasta adına kesilmesi, kısa sürede aracı kuruluşa iletilmesi önemlidir. Yedinci ve son aşama ise faturalandırılan hizmetin aracı kuruluş tarafından sağlık

hizmeti sunucularına ödeme işleminin gerçekleştirilmesi aşamasıdır. Onay formu örneği aşağıda Görsel 1.3’te yer almaktadır.

RAKAMSAL ONAY FORMU

Sayın İlgili,

Aşağıda ismi geçen hastanın hastane masraflarının belirtilen tutarı şirketimiz tarafından karşılanacaktır.

??????	0000,00 EUR (01.10.2013 - 03.10.2013 tarihleri içindir.)
--------	--

Faturayı düzenlerken aşağıdaki hususlara dikkat edilmesini rica ederiz. Aksi halde, doğacak olan aksaklıklardan şirketimiz sorumlu olmayacaktır.

Saygılarımızla,
Marm Assistance

Önemli

- Faturanın hasta adına ve geldiği (mensup olduğu) ülke adına düzenlenmesi.**
 - Fatura üzerinde şirket ünvanının belirtilmemesi.**
 - Faturanın rakamsal onay tarihinde düzenlenmesi,
 - Fatura TL olarak düzenlenecek ise, fatura kesim tarihindeki T.C. Merkez Bankası döviz alış kuru esas alınarak
 - düzenlenmesi ve fatura üzerinde, hesaplanmış olduğunuz döviz cinsini ve kurunu not olarak düşülmesi.
 - Faturanın rakamsal onay tarihini takiben en geç bir hafta içerisinde adresimize ulaşacak şekilde gönderilmesi gerekmektedir..
 - Şirketimiz yukarıda belirtilen hususlara aykırı davranılması halinde ödemedeki imtina hakkını saklı tutar.
- Banka Bilgileriniz

Hesap Adı
Banka Adı ve Şubesi
Banka Hesap No
Banka IBAN No

Görsel 1.3 Marm Assistance Şirketine Ait Rakamsal Onay Formu Örneği

Kaynak: Choi, Joseph (2013). ‘Sağlık Turizmi - İkili İşbirliği Kapsamındaki Hastaların Koordinasyon Eğitimi ve Değerlendirme Toplantısı’ KHK <http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/3188,asistanlik-hizmetlerinde-surecler.pdf?0>

1.4 Medikal Turizmde Tanıtım ve Pazarlama

Medikal turizm pazarlaması ile genel olarak turizm pazarlamasını bir bütün olarak ele almak doğru olacaktır. Birleşmiş Milletler Dünya Turizm Örgütü (UNWTO) tarafından yapılan tanımda turizm pazarlaması “Bir turistik istasyonun ya da turizm işletmesinin en yüksek kazanç elde etme hedefine uygun olarak, turizm ürününün pazarda iyi bir yer elde etmesi amacı ile turizm talebinin özelliklerini de dikkate alarak turistik ürün ile ilgili araştırma, tahmin, seçim yapmayı hedefleyen ve bu konularda alınacak kararlarla ilgili bir yönetim felsefesidir” olarak tanımlamıştır (İçöz, 2001, s. 1). Tanımdan da anlaşıldığı üzere turizm

pazarlaması kavramı tüm turizm çeşitlerini kapsamaktadır. Dikkat edilecek husus, sunulan turizm çeşidi doğrultusunda hedef kitleyi doğru tespit ve analiz etmektir. Medikal turizmde hedef kitle sağlıklarını yeniden kazanmak ve/veya korumak ya da yaşam kalitesini arttırmak isteyen kişilerdir.

Yurtdışındaki hastalar medikal turizm destinasyonunu seçerken, ilk önce gidilecek ülke veya bölge, daha sonra gidilecek sağlık kurumu ve ondan sonra da, tedaviyi gerçekleştirecek doktor veya ekibi seçmektedir. Maliyet duyarlı hastalar açısından, destinasyon seçimi genellikle bölge ile başlar, sonra ülke, şehir ve kurum (Hastane) üzerine yoğunlaşmaktadırlar. Maliyet duyarlı hastalarda destinasyon konusunda bir kere güven oluşursa, tedaviyi kimin yapacağını çoğu zaman çok ehemmiyeti yoktur. Hastanın maddi konuda bir sıkıntısı yoksa seçim işlemi tersine döner ve (en iyi) hastane ve ekip veya doktor sonra da Coğrafi Bölge (gidilecek olan yer) şeklinde seçim yapmaktadır. “Maliyeti üstlenen ödeyici kuruluşlar” ise temsil ettikleri zümre adına (çalışanları, poliçe sahibi sigortalılar) yurtdışında tedavi imkânlarını da içeren seçenekleri değerlendirirken, aşağıdaki hususları göz önüne alırlar (Sağlık Bakanlığı,2012(c), s.60).

- Maliyet
- Kalite
- Elverişlilik
- Güvenilirlik
- Risk
- Politik Etki

Buradan hareketle medikal turizmde ülkesel, bölgesel ya da kurumsal bazlı pazarlama stratejileri belirlenirken yukarıda sayılan gerekçelerin dikkate alınması yapılan pazarlama ve tanıtım faaliyetlerinin daha başarılı olmasını sağlayacaktır. Bu kapsamda belirlenecek olası pazarlama stratejileri şöyle sıralanabilir (Gülmez, 2013, s. 164).

- Geniş kapsamlı, duyurum, tanıtım ve reklam yapılmalı, bu konuyla ilgili uluslararası fuarlara katılım sağlanmalıdır. Yurt dışı tanıtım ve duyuruları sadece özel sağlık kuruluşları yapmamalı ayrıca devlet desteği alınmalıdır. Tanıtımda adeta sinerji meydana getirilmelidir. Çünkü tek başına özel sektör tarafından yapılan tanıtımlar yetersiz kalabilir.

- Hastane ve klinik standartları rakip ülkelerle en az aynı seviyede hatta daha da üst düzeyde olmalıdır. Bu konuda yapılacak yatırımlara gerekli devlet desteği sağlanmalı, teşvikler verilmelidir.
- Tanıtım broşürü ve katalogları ile ürün paketinde geleneksel turizm imkanları, turlar, termal turizm olanakları ve medikal turizm birlikte sunulmalıdır.
- Sağlık turizmi konusunda kamu, özel ve sivil toplum kuruluşlarının işbirliği sağlanmalı, ortak ticari politikalar belirlenmelidir.
- Sadece fiyat konusunda değil hizmet kalitesinde ve sağlık turizminde farklılıklar (ileri yaş-gerontoloji, estetik cerrahi vb.) yaratılmalıdır.
- Medikal turizmin gelişmesinde ve organize edilmesinde batı ülkelerindeki sigorta kuruluşlarının önemli bir rolü vardır. Sağlık kuruluşlarının ABD ve Avrupa ülkelerinin sigorta şirketleri ile anlaşma yapması, hizmetlerini daha geniş bir pazara ulaşmasını sağlayabilir.
- Hedef ülkelerin sağlık ve sigorta sistemleri, tanı ve tedavi fiyatları, teknolojileri araştırılmalı hedef kitle belirlenerek bu kitlenin ihtiyaçlarına uygun hizmetler sunulmalıdır.
- Sağlık turizminin gelişmesi için uluslararası akreditasyon, yabancı dil ve tanıtım oldukça önemlidir. Bu nedenle sağlık turizmine hizmet veren profesyoneller ve yardımcı personel mutlaka eğitilmeli ve dil problemleri çözülmelidir. Kısaca uluslararası nitelikte hekim ve sağlık personelinin sayıları arttırılmalıdır.
- Hastaların başta dil sorunu olmak üzere olası diğer sorunları çözebilmek için kamu ve özel sağlık kuruluşlarında ‘Uluslararası Hasta Kültürü Merkezleri’ oluşturulmalıdır. Doktorlar, hemşireler ve seyahat acentelerinin konuşma yeterliliğine yönelik sertifikalı eğitimler düzenlenmelidir.
- Birçok dilde tanıtım ve yön levhaları düzenlenmeli hem Türkçe hem de evrensel dil olan İngilizce tercüme bulundurulmalıdır.
- Sosyal medya aktif olarak kullanılmalıdır. Reklam, tanıtım, tutundurma faaliyetleri ile birlikte hastalarla birebir görüşme, hastayı tanıma, ön bilgi toplama vb. birçok konuda sosyal medya etkin bir şekilde kullanılabilir.

Yukarıda verilen stratejilere ek olarak medikal turizmde dış tanıtım faaliyetlerinde dikkat edilmesi gereken hususlardan bahsetmek yararlı olacaktır. Turizm bakanlığı (2007), 2023 hedefleri incelendiğinde ‘Turizmin Çeşitlendirilmesi Stratejisi’nde sağlık turizmini genel olarak ele aldığı fakat hedeflerin termal turizm çeşidi ile sınırlı kaldığı görülmektedir. Diğer

tarafından hazırlanan bazı reklam ve tanıtım filmi, broşürü vb.'nde ise sadece medikal turizmin tedavi boyutu ele alınmıştır. Bu durumun nedenleri tartışılabilir olmakla birlikte konuyla ilgili aşağıdaki hususlara dikkat edilmesi önerilmektedir.

- Öncelikle pazarlama, tutundurma, reklam ve tanıtım planları oluşturulurken medikal turizm diğer sağlık turizmi çeşitlerinden ayrı olarak ele alınmalıdır.
- Özel sektör ve kamu işbirliği sağlanmalı, diğer paydaşların da katılımıyla etkin bir reklam ve tanıtım planı yapılmalıdır.
- Mevcut reklam filmleri, broşür vb. medikal turizmin tedavi sürecini kapsayan tek boyutunu ele almaktadır. Medikal turizm faaliyetleri tedavi ile birlikte turizmi de kapsamaktadır. Dolayısıyla turistik tanıtım ve tedavi süreci birlikte ele alınmalıdır.
- Hedef kitleye uygun mesaj tercih edilmeli her hedef pazara ayrı etkinlikler planlanmalıdır. Örneğin önceliği fiyat olan kitleye fiyat avantajı öncelikli mesajlar, önceliği hizmet kalitesi olan kitleye kaliteye vurgu yapan mesajlar tercih edilmelidir.
- Medikal turizm için destinasyon seçiminde en önemli unsurlardan biri de güvendir. Doğru, açık ve net mesajlar iletilmeli hedef kitlede güven duygusu oluşturulmalıdır. İnsanlar tanıdıkları, tercihine güvendikleri kişilerin telkinine açıktır. Dolayısıyla hedef pazarın sevilen bir ünlüsü, devlet adamı hatta sanal kahramanları kullanılarak güven duygusunu oluşturma konusunda başarı sağlanabilir.
- Verilen mesajın tekrarı kalıcılığı sağlayacaktır. Mesajın metin içinde sıkça kullanılması ve reklam ve tanıtım faaliyetlerinin sürekliliği hem daha geniş kitleye ulaşılmasını sağlayacak hem de medikal turistlerin tercihlerine yön verecektir.
- Hastalıkların belirli bir dönemi olmadığı için reklam ve tanıtım faaliyetleri geniş bir zaman dilimine yayılabilir. Ancak hedef kitle analizi sonucunda en etkili zaman diliminde faaliyetler yoğunlaştırılmalıdır.
- Kullanılacak araç da son derece önemlidir. Örneğin hedef kitlesi görme problemi olan bir pazarda görsellerin yoğunlukta olduğu, sözlü anlatımın az olduğu mesajlar ve iletişim aracı kullanmak muhtemelen başarısızlıkla sonuçlanacaktır. Bunun yerine sözlü iletişimin yoğun olduğu iletişim araçları, braille alfabesi ile hazırlanan materyaller vb. başarıyı arttıracaktır.
- Hedef pazarın analizi yapılarak Pazar hakkındaki tüm bilgilere hakim olmak hazırlanan planlara da yön verecektir. Örneğin bir ülkede en çok hangi hastalıkla karşılaşıldığı, tedavi ücretleri, bekleme süreleri, tedavi başarı oranları, mortalite oranları, hastane

sayısı vb. konularda sağlanan bilgiler hazırlanan pazarlama, reklam ve tanıtım planlarına yön verecektir.

1.5 Sağlık Serbest Bölgeleri

T.C. 06.06.1985 tarihli 3218 no.'lu 'Serbest Bölgeler Kanunu'nda Serbest bölgeler, *'Türkiye Gümrük Bölgesinin parçaları olmakla beraber; serbest dolaşımda olmayan eşyanın herhangi bir gümrük rejimine tabi tutulmaksızın ve serbest dolaşıma sokulmaksızın, gümrük mevzuatında öngörülen haller dışında kullanılmamak ya da tüketilmemek kaydıyla konulduğu, ithalat vergileri ile ticaret politikası önlemlerinin ve kambiyo mevzuatının uygulanması bakımından Türkiye Gümrük Bölgesi dışında olduğu kabul edilen ve serbest dolaşımdaki eşyanın bir serbest bölgeye konulması nedeniyle normal olarak eşyanın ihracına bağlı olanaklardan yararlandığı yerlerdir'* şeklinde tanımlanmıştır. Bu bölgelerde gümrük ve kambiyo mükellefiyetine dair mevzuat hükümleri uygulanmaz (www.ekonomi.gov.tr).

Genel olarak serbest bölge; ülkenin siyasi sınırları içinde olmakla birlikte gümrük hattı dışında sayılan, ülkede geçerli ticari, mali ve iktisadi alanlara ilişkin hukuki ve idari düzenlemelerin uygulanmadığı veya kısmen uygulandığı, sınai ve ticari faaliyetler için daha geniş teşviklerin tanındığı ve fiziki olarak ülkenin diğer kısımlarından ayrılan yerler olarak tanımlanabilir (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Serbest Bölgelerin kuruluş amacını özetlemek gerekirse (BAKA, 2011(b)):

- İhracata yönelik yatırım ve üretimi teşvik etmek
- Doğrudan yabancı yatırımları ve teknoloji girişini hızlandırmak
- İşletmeleri ihracata yönlendirmek
- Uluslararası ticareti geliştirmek

Yukarıda açıklanan Serbest Bölgeler Kanunu, Sağlık Serbest Bölgelerinin hukuki gerekçesini teşkil etmektedir. 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşların teşkilat ve görevleri hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 49'uncu maddesine göre: *" Bakanlık, ülkenin sağlık alanında bölgesel bir cazibe merkezi haline getirilmesi, yabancı sermaye ve yüksek tıbbî teknoloji girişinin hızlandırılması amacıyla, 6/6/1985 tarihli ve 3218 sayılı Serbest Bölgeler Kanunu hükümleri çerçevesinde, sağlık serbest bölgelerinin kurulması ve yönetilmesine ilişkin usul ve esaslar Bakanlar Kurulunca belirlenir. Serbest bölgelerde*

verilecek sağlık hizmetlerine ilişkin usul ve esaslar Bakanlıkça belirlenir... ' şeklinde devam etmektedir.

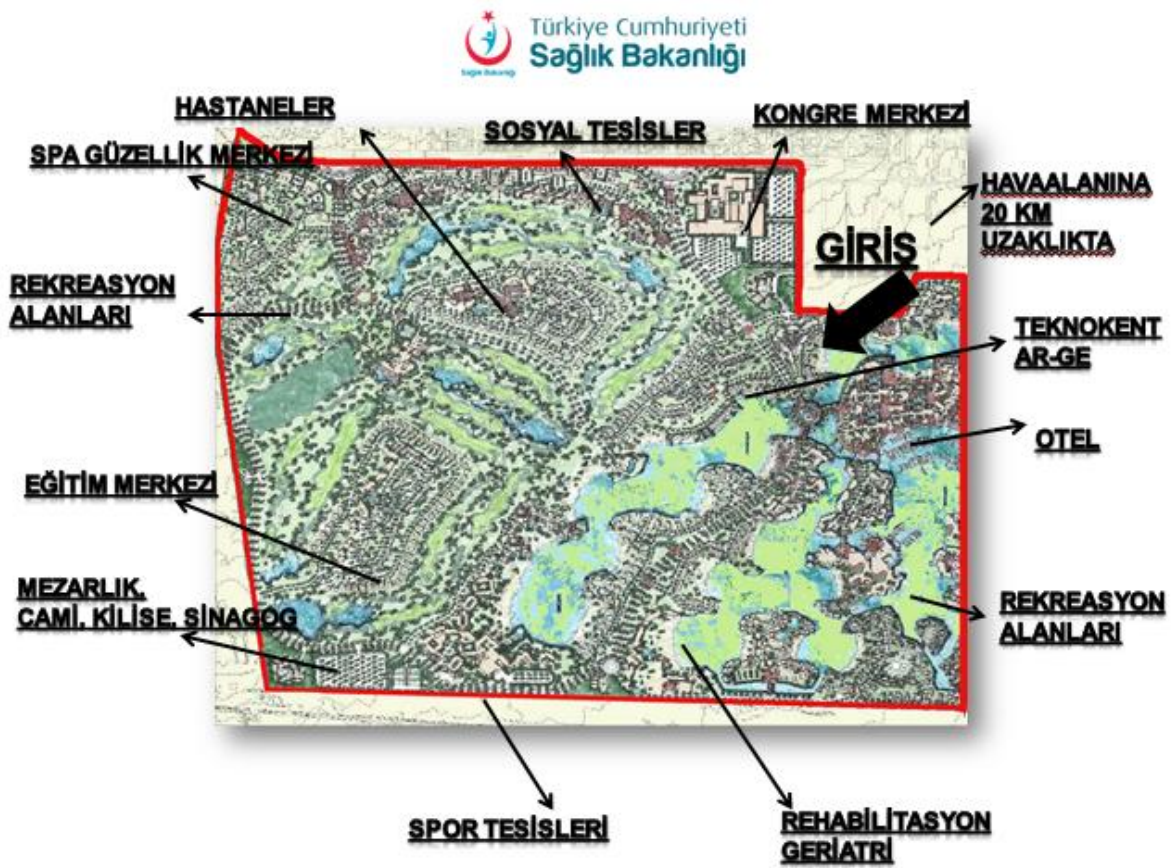
TC. Sağlık Bakanlığı'nca belirlenen Sağlık Serbest Bۆlgelerinin temel felsefi ve amaçları şoyledir (Sağlık Bakanlığı, 2013):

- Yatırımcıya mali konularda ve vergi avantajı sağlanmış ve bürokratik süreçler hızlanmış olacak,
- Sağlık hizmetin sunumu ve planlaması SSB içinde ayrıca planlanacak olup uygulamada istinalar gelecek.
- Tıp turizmi, Termal Turizm, Yaşlı Turizmi konseptinde ayrı ayrı SSB'ler olabilecek.
- Yabancı sermaye girişini arttırmak,
- İstihdamı artırmak, kalifiye yabancı beyin göçünü çekmek,
- Yüksek tıbbi teknoloji girişini hızlandırmak,
- Türkiye'yi Bölgesinde Sağlık alanında cazibe merkezi yapmak,
- Sağlık turizmi açısından örnek bir konsept oluşturmak,

Türkiye'de kurulması planlanan sağlık serbest bölgeleri için belirlenen genel hususlar ise şoyledir (Sağlık Bakanlığı, 2013):

- Türkçe bilmeyen yabancı hekim ve hemşire çalıştırılabilir,
- Konsültan yabancı hekimin kısa süreli çalıştırılması sağlanabilir. (Çalışma izin belgesiz çalışabilir),
- SGK ile anlaşma yapılmayacak,
- Acil Sağlık Hizmetleri serbest bölge dışına verilmeyecek,
- %85 oranında yabancı hasta bakılması öngörülmektedir,
- Planlamada çok esnek davranılmalı (hekim, cihaz, yatak, fiziki şartlar),
- Yabancı dilde tanıtım ve reklam yurtdışına yönelik yapılacak,
- Mali sorumluluk sigortası ve malpraktis için Türkiye 'deki mevzuat geçerli olacak,
- SSB çok geniş alanda ve az sayıda olmalı,
- Uluslararası havaalanına yakın, ulaşım kolay olmalı.

Türkiye’de kurulması planlanan sağlık serbest bölgesi taslak planı Görsel 1.4’te verilmiştir.



Görsel 1.4 Türkiye Sağlık Serbest Bölgesi Taslak Planı

Kaynak: TC. Sağlık Bakanlığı, 2013.

1.5.1 Dünyada Sağlık Serbest Bölgesi Uygulamaları

Dubai sağlık serbest bölgesi, dünyanın ilk sağlık serbest bölgesidir, 2002 yılında proje çalışması başlayan ve 2006 yılında faaliyete geçen bölgeye ortalama 1.8 milyar dolar harcanmıştır. Bölgede 2400 şirket faaliyettedir, bünyesinde 90 klinik ve 2500 lisanslı sağlık çalışanı mevcuttur. Tam teşekküllü 2 hastane görev yapmaktadır ve 5 yılda 330 bin ameliyat gerçekleştirilmiştir (Sağlık Bakanlığı, 2013).

Dubai Sağlık serbest bölgesi (DHC-Dubai Healthcare City) 'Medikal Toplum' ve 'Sağlık (wellness) Toplumu' olmak üzere iki topluluktan oluşmaktadır. Medikal Toplum, hastalıkların tedavisi ve önlenmesi için klinik hizmetlerine odaklanmaktadır. Bu kapsamda iki hastane, tıp, diş ve hemşirelik ile ilgili sağlık okullarını kapsamaktadır. Sağlık toplumu evleri ayaktan hasta klinikleri, spa merkezleri ve diğer sağlık hizmetlerini kapsamaktadır (Latham & Watkins, 2013, s. 5).

Sağlık Planlama ve Kalite Merkezi (CPQ) Dubai Sağlık Serbest Bölgesinde sağlık hizmeti sunumunda ve hasta bakımında uluslararası en iyi uygulamaların belirlenmesi ve sürdürmenin rolü ile bağımsız bir düzenleyici kurum olarak kurulmuştur. Klinik hizmetlerinin planlanması Sağlık tesisi tasarımlarının incelemesi, eczane hizmetleri birimi faaliyetleri, klinik tesislerin ön işletme değerlendirmesi, Sağlık serbest bölgesinde yer alabilmek için sağlık hizmeti sunucularına lisans verme, sağlık bilişimini yönetme ve müşteri koruma birimleri gibi faaliyetleri sunmaktadır (<http://www.dhcc.ae>).

İKİNCİ BÖLÜM

SAĞLIK İŞLETMELERİNDE HİZMET ve KALİTE

2.1 Hizmetin Tanımı ve Özellikleri

Türk Dil Kurumu'na göre hizmet 'Birinin işini görme veya birine yarayan işi yapma' olarak tanımlanmaktadır (www.tdk.gov.tr). Literatür incelendiğinde hizmet kavramı yazarlara göre farkı yorumlanmıştır. Özetle Kotler (1997), hizmeti "bir tarafın diğerine sunduğu mülkiyeti gerekli kılmayan soyut bir faaliyet veya hareket" olarak tanımlarken Zeithaml ve Bitner (1996, s. 5) hizmeti en basit anlatımıyla eylemler, süreçler ve performanslar olarak tanımlamaktadır. Başka bir tanıma göre, hizmet; başka bir tarafın sunduğu hareket ya da performans olarak tanımlanabilir. İşlemin başka bir fiziksel ürüne bağlı olmasına rağmen performans aslında soyuttur ve herhangi bir üretim faktörü sahipliğine yol açmaz (Lovelock ve Wright, 2002, s. 5). Bir başka tanıma göre hizmetler, tüketicilerin mülkiyetle ilişkisi olmaksızın satın aldıkları faydalardır (Mucuk, 2004, s.299).

Yukarıda yer alan tanımdan da anlaşılacağı gibi hizmetleri somut mallardan ayıran belli başlı özellikler bulunmaktadır. Kısaca bunlar (Kılıç ve Eleren 2010, s. 120);

- Hizmette üretilen soyut üründür.
- Hizmeti oluşturan öğelerde sahiplik yoktur.
- Üretim ve tüketim eşzamanlı olarak gerçekleşmektedir.
- Hizmetin tüketimi hizmetin üretildiği yerde gerçekleşmektedir.
- Hizmetler emek yoğun bir üretimi gerektirmektedir.
- Hizmet üretiminde standardizasyon yok denecek kadar azdır.

Kotler ve Armstrong (2006) yukarıda bahsedilen hizmetin özelliklerini soyutluk, ayrılmazlık, heterojenlik ve dayanıksızlık olmak üzere 4 başlık altında toplamıştır. Şekil 2.1 Kotler ve Armstron (2006)'a göre hizmetin özelliklerini göstermektedir.



Şekil 2.1 Hizmetin Özellikleri

Kaynak: Philip Kotler ve Gary Armstrong, Principles of Marketing, Eleventh Edition, New Jersey, Prentice Hall, Inc., 2006, s.258.

Hizmetin en önemli özelliği soyut olmasıdır. Çünkü hizmet davranışlarla ortaya konulabilen bir faaliyettir ve fiziki bir boyutu yoktur. Bu özelliklerine bağlı olarak hizmet, kilogram, metre, litre gibi, miktar ifadeleriyle tanımlanamaz, duyu organları ile algılanamaz, dolayısıyla satın alınmadan önce görülmesi, dokunulması söz konusu değildir. Hizmetin eş zamanlı olması üretim ve tüketimleri birbirinden ayrılamaması, aynı anda üretilip tüketilmesi anlamına gelmektedir. Hizmet, tedarikçilerinden ayrılamaz ve bölünemez. Hizmet önce satılır, daha sonra ise üretim ve tüketimleri aynı anda gerçekleşir. Hizmetin değişkenliği hizmetin bir diğer niteliğidir. Hizmetin ne zaman, nerede, nasıl ve kim tarafından sunulduğuna bağlı olarak kalitesi geniş ölçüde değişebilmektedir. Dolayısıyla hizmetler heterojen nitelik taşımaktadır. Hizmetin başlıca özelliklerinden bir diğeri ise hizmetin stoklanamamasıdır. Hizmet satıldıktan sonra satış sonrası kullanılmak üzere, hizmeti üretenden ayrı olarak alınıp daha sonra kullanılmak üzere saklanması mümkün değildir. (Paylan 2007, s. 8; Armstrong ve Kotler, 2003, s. 306; Mucuk, 2004, s. 326).

2.2 Kalite Kavramı ve Kalitenin Boyutları

Kalite, TS EN ISO 9001 Kalite Yönetim Sistemi'nde 'bir ürün veya hizmetin belirlenen veya olabilecek ihtiyaçları karşılama kabiliyetine dayanan özelliklerin toplamıdır.' şeklinde tanımlanmaktadır. Kalite, Juran'a göre, "kullanıma uygunluk", Deming'e göre "amaca uygunluk", Feigenbaum'agöre, "en düşük maliyetle müşteri tatminini sağlamak" olarak tanımlanmaktadır (Eleren vd. 2007; 77-78).

Yukarıda görüldüğü üzere kalite kavramının tam olarak ne ifade ettiği konusunda değişik görüşler ortaya atılmıştır. Bu doğrultuda aşağıda verilen Tablo 2.1’de ‘kalite guruları’ olarak adlandırılan ve tüm dünyada kalite çalışmalarının başlamasında ve geliştirilmesinde öncülük eden bilim adamlarının kaliteye bakış açıları yer almaktadır.

Tablo 2.1 Kalite Gurularının Kaliteye Bakış Açıları

Adı	Kalite Tanımı
Joseph M. Juran	Kullanıma uygunluktur.
Philip Crosby	Şartlara uygunluktur.
Kaoru Ishikawa	En ekonomik, en kullanışlı ve tüketiciyi daima tatmin eden ürünü geliştirmek, üretmek ve satış sonrası hizmet vermektir.
Edwards Deming	Herkesin sorumlu olduğu, kullanıcıyı tam tatmin eden, en ucuz değerdir.
Genichi Taguchi	Ürünün sevkiyatından itibaren üründen dolayı topluma yansıyan en az kayıptır.
Walter Shewhart	Müşteri isteklerine uygunluktur.
Arnold Feigenbaum	En düşük maliyetle müşteri tatminini sağlamaktır

Kaynak: Yalkın, 2010 ‘Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Kalitenin Servqual Yöntemi ile Ölçülmesine Yönelik Bir Uygulama’ Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme A.B.D. Ankara.

Kalite konusunda çok sayıda tanımın yapılmasının nedeni, kalitenin çok boyutlu olmasından kaynaklanmaktadır. Kalitenin boyutları özetle aşağıdaki başlıklar halinde toplanabilir (Kuyumcuyan, 2012, s.15).

Güvenilirlik: Mal ya da hizmetin istek ve ihtiyaçlarını güvenilir biçimde gerçekleştirebilme yeteneğidir.

Performans: Mal fonksiyonlarının iyi biçimde yerine getirilmesidir.

Uygunluk: Belirlenen spesifikasyon, belge ve standartlara uygunluktur.

Dayanıklılık: Kullanılabilir ömrün uzun olmasıdır.

Servis Kolaylığı: Garanti süresi içinde mallara ilişkin sorun ve şikâyetlerin dikkate alınması ve tamir, bakım, onarım gibi servis hizmetlerinin gerektiği gibi sunulmasıdır.

Estetik: Mallara duylulara ve zevklere hitap edebilme özelliğidir.

Hizmet Görürlük: Sorun ve şikâyetlerin kolay çözünebilirliğini ifade eder.

İtibar: Mal ya da diğer üretim kalemlerinin geçmiş performansdır.

Tanımlara bakıldığında ortak olarak söylenebileceklerin müşteri ihtiyaçları ve müşteri beklentileri ve bunları tatmin etmede etkinlik etrafında toplandığı görülmektedir. Buradan hareketle kalite tanımlarının büyük ölçüde müşterilerin aldıkları ürün veya hizmete bakış açıları olduğu söylenebilir (Yalkın 2010, s. 38).

2.3 Hizmet Kalitesi ve Hizmet Kalitesini Belirleyen Faktörler

Bitner, Bom ve Mohr (1994)'te hizmet kalitesini tüketicilerin bir organizasyona ait göreceli eksiklik ya da üstünlüklerinin genel bir izlenimi olarak tanımlamıştır. Diğer araştırmacılar (örneğin Cronin ve Taylor, 1994; Taylor ve Cronin, 1994), hizmet kalitesini uzun vadede genel bir değerlendirmeyi temsil eden bir tutum biçimi olarak görürken, Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1985, s. 48), hizmet kalitesini ‘kalite boyutlarının yanı sıra beklenti ve performans arasındaki farklılıkların bir işlevi’ olarak tanımlar (Fen ve Lian, 2007, s. 61).

Hizmetler soyut nitelikte olduğu için, hizmet kalitesi de soyut bir yapıya sahiptir. Bu nedenle, hizmet kalitesi yerine “algılanan hizmet kalitesi” terimi kullanılmaktadır. Algılanan hizmet kalitesi, müşterilerin hizmeti almadan önceki beklentileri ile yararlandığı gerçek hizmet deneyimini kıyaslamasının bir sonucu olup, müşterilerin beklentileri ile algılanan performans arasındaki farklılığın yönü ve derecesi olarak değerlendirilmektedir (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1988). Kalite iyileştirilmesi için gerçekleşen çalışmalar genellikle mal üretimine bağlı olarak yapıldığından, hizmet kalitesi kavramı hep ikinci planda kalmıştır. Diğer taraftan, hizmet kalitesinin ölçülmesi, özellikle hizmetlerin heterojen olma özelliğinden dolayı, herhangi bir malın kalitesinin ölçülmesinden daha zordur (Parasuraman, Zeithaml ve Berry 1985).

Zeithaml vd. (2002) firma yöneticileri ile yapılan derinlemesine görüşmelerin sonucunda çeşitli bulgular elde etmişlerdir. Hizmet kalitesini, hizmet veren ve hizmetten yararlanan tarafları dikkate alarak, hem hizmet veren işletmelerin kalite anlayışları ile uygulamaları arasında, hem de müşterilerin hizmetten bekledikleri ile yararlandıkları gerçek hizmet arasında boşlukları (gaps) ve bu boşlukların algılanan hizmet kalitesini nasıl etkilediğini “Boşluk Modeli” ile göstermektedirler (Zeithaml vd. 2002, s. 368).

Boşluk (Fark) 1: Müşterilerin beklentileriyle yönetimin müşteri beklentilerini algılamaları arasındaki boşluk. Yönetimin müşterilerin kalite beklentilerini tam ve doğru olarak algılamamasından kaynaklanmaktadır.

Boşluk (Fark) 2: Yönetimin müşteri beklentilerini algılaması ile bunların kalite spesifikasyonlarına dönüştürülmesi arasındaki boşluktur.

Boşluk (Fark) 3: Kalite spesifikasyonları ile hizmet sunumu arasındaki boşluk. Bir hizmet işletmesinde çalışanların tümünden aynı performansı beklemek ve bunu standartlaştırmak her zaman mümkün olmayabilir. Bunun için kalite spesifikasyonları çok karmaşık olmamalı, tüm çalışanlar tarafından benimsenmeli ve örgüt kültürüne uygun olmalıdır.

Boşluk (Fark) 4: Müşteriye verilen hizmet ile müşterinin onun hakkında ne bildiği arasındaki boşluk. Bu boşluğun az olması veya hiç oluşmaması için müşteri ile iletişimde vaat edilenlerin gerçek hizmette verilmesi gerekmektedir.

Boşluk (Fark) 5: Beklenen hizmet ile algılanan hizmet arasındaki boşluktur.

Buradan hareketle kısa bir tanımla hizmet kalitesi, müşteri algıları ve hizmet beklentileri arasındaki fark ya da boşluk olarak tanımlanabilir.

Hizmet kalitesinin belirlenmesinde ve algılanmasında önemli rol oynayan faktörler hizmetin sunulduğu ortam ve görünüm, hizmetin zamanlaması, hizmeti sunanların konularında uzman olması, hizmetin süreklilik arz etmesi, güvenilir, doğru ve esnek olmasıdır. Bu faktörlerin belirlenmesinde en önemli belirleyici de hizmeti alandır. Christopher ve arkadaşlarına göre, hizmet kalitesi ürün kalitesine göre soyut ve ölçülmesi güç olduğundan hizmet kalitesinin belirlenmesinde bazı alt öğeler ya da faktörler dikkate alınmalıdır. Bu faktörler arasında; “güvenilirlik”, “hizmet sunmaya hazır olmak”, “liyakat”, “erişim ve hız”, “insancıl ilişkiler”, “inanılabilirlik”, “güvenlik”, “müşteriyi anlamak ve bilmek”, “hizmetin somutlaştırılması” ve “iletişim” sayılabilir (Torun, 2009, s. 32).

Bununla birlikte hizmet kalitesini belirleyen faktörler kısaca şunlardır (Kekeç, 2008, s. 54).

- Hizmeti alan ve sunan kişinin kişisel özellikleri,
- İletişimin biçimi ve kalitesi,
- Hizmet alan ve sunan kişinin beklentileri ve psikolojik durumları
- Örgütsel ve yönetsel faktörler
- Hizmetin üretilme ve tüketilme sıklığı,

- Hizmetin süresi,
- Hizmet sunumunda kullanılan teknoloji,
- Hizmetin içeriği,
- Ortam, hizmetin sunulduğu yer,
- Hizmetten yararlananların sayısı.

2.4 Hizmet Kalitesinin Boyutları

Hizmet kalitesini belirlemek çok boyutlu yapısı gereği oldukça zordur. Hizmet kalitesinde bir artış olabilmesi için çeşitli boyutların kalitelerinde de bir artış olması gerekmektedir. Hizmet kalitesi boyutları hakkında birçok görüş ortaya atılmıştır. Aşağıda yer alan Tablo 2.2 konuda uzman kişilerin hizmet kalitesinin boyutlarına bakış açısını göstermektedir.

Tablo 2.2 Hizmet Kalitesinin Boyutlarına İlişkin Görüşler

Yazarlar	Önerilen Hizmet Kalitesi Boyutları	
Saser, Olsen, Wyckoff	Üretimde kullanılan materyallerin niteliği Hizmetin yaratıldığı fiziksel atmosfer ile araç gereç gibi teknik imkanlar Hizmeti veren personelin tutum ve davranışları	
Lehtinen ve Lehtinen	Fiziksel Kalite Etkileşim Kalitesi Şirket Kalitesi	
Grönroos	Teknik Kalite Fonksiyonel Kalite Kurum İmajı	
Parasuraman, Zeithaml ve Berry	Güvenilirlik Heveslilik Yetenek Ulaşılabilirlik Nezaket	İletişim İnanılabilirlik Güvenlik Müşteriyi Anlamak Maddi Değerler

Kaynak: Mehmet Emin Merter (2006) Aktaran: Kekeç, (2008)

Sasser, Olsen, ve Wyckoff (1978), Hizmet kalitesi kavramını tanımlayabilmek için 7 hizmet özelliği belirlemiştir. Bu özellikler aşağıda verilmiştir (Kitchroen, 2004, s. 15).

Güvenlik: Fiziksel güvenlik,

Tutarlılık: Her bi işlem için aynı uygulama,

Tutum: Nezaket,

Bütünlük: Yan hizmetlerin kullanılabilirliği,

Durum: İşletmelerin durumu

Kullanılabilirlik: Müşterilerin hizmetlere mekânsal ve zamansal erişimi,

Eğitim: Hizmet sağlayıcılarının eğitimi

Lehtinen ve Lehtinen (1991) hizmet kalitesine ilişkin Fiziksel Kalite (hem ürün hem destek), Etkileşim Kalitesi (Müşteri ve hizmet sağlayıcı arasındaki etkileşim), Şirket Kalitesi (Firma İmajı) olmak üzere üç boyut belirlemiştir (Airey and Bennett, 2007, s. 57).

Grönroos (1991) hizmet kalitesinin, ‘Teknik Kalite’, ‘Fonksiyonel Kalite’, ‘Kurum İmajı’ olmak üzere 3 fonksiyonu olduğunu belirtmiştir. Grönroos’a göre teknik kalite, müşterinin sunulan hizmetten elde ettiği çıktıdır. Örneğin; teknik kalite genellikle müşteri tarafından objektif olarak ölçülebilir. Çünkü bir restoranda yenen yemeğin lezzeti, bir saçın kesildikten sonraki görünümü kalitenin teknik boyutudur (Koçbek, 2005, s. 36). Fonksiyonel kalite ise müşterinin hizmeti alırken yaşadığı süreçtir. Örneğin, doktorun muayene sırasında hastaya karşı tutum ve davranışlarını içermektedir. Fonksiyonel kalite, hastanelerdeki servisin hastalara nasıl ulaştığıyla ölçülmektedir. Teknik kalite ne kadar iyi olsa da fonksiyonel kalitedeki bu tür sorunlar müşteriler tarafında tolere edilemez, bu da toplam kalitede azalmaya neden olur ve firma imajı etkilenir. İmaj ise, hizmet kalitesi için çok önemli olup, teknik kalite ve fonksiyonel kalite dışında kalan unsurları kapsamaktadır. Bu unsurlar, işletmeye yönelik dış görünüş, fiyat, halkla ilişkiler veya örgüt (işletme) gelenekleridir. Hastane imajı hizmetler için çok önemlidir. Hasta üzerinde bırakılacak kötü imaj hastaları olumsuz etkileyecektir (Gülmez ve Kitapçı, 2008, s. 9).

Parasuraman, Zeithaml ve Berry (1985) hizmet kalitesini, Güvenilirlik, Duyarlılık, Yetenek, Ulaşılabilirlik, Nezaket, İletişim, İnanılabilirlik, Güvenlik, Müşteriyi Anlamak, Maddi Değerler olmak üzere on boyut altında toplamıştır. Parasuraman, Zeithaml ve Berry’nin belirlediği hizmet kalitesi boyutları ve hizmet kalitesi ölçüm modeli, bu çalışmanın temel modeli olduğundan çalışmanın devamında detaylı olarak ele alınmıştır.

2.5 Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Kullanılan Modeller

Hizmetlerin fiziksel olmayan, çok boyutlu doğasından dolayı hizmet kalitesini ölçmek mallara oranla daha zordur. Çünkü hizmet üretim süreci, müşterileri de içermektedir (Lovelock, 1996, s. 464). Hizmet kalitesinin ölçülmesi, hizmet kalitesi iyileştirme veya

geliştirme sürecinin de ilk aşamasını oluşturmaktadır. Eğer bir işletme mevcut hizmet kalite düzeyi hakkında doğru bilgilere ulaşabilirse, daha sonra yapılması gerekenler konusunda daha etkili adımlar atabilecektir. Hizmet kalitesi ölçülmesinde birçok yöntem kullanılmaktadır. Bunlar (Eleren vd. 2007, s. 78);

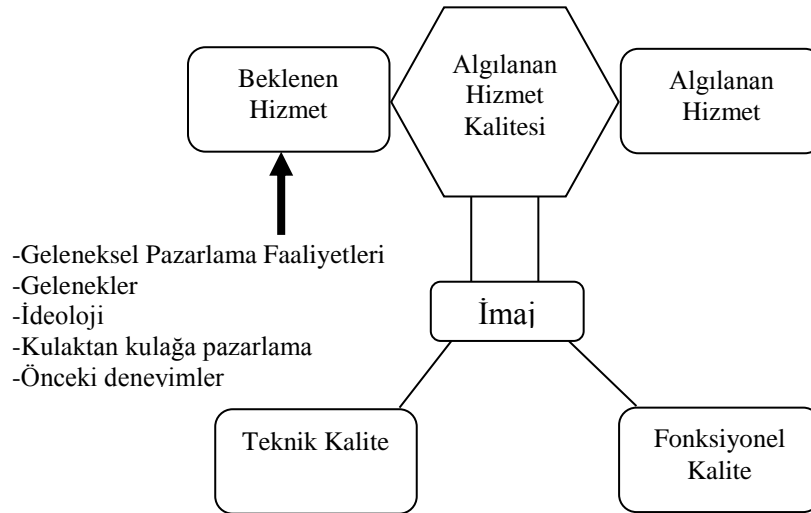
- Grönroos'un Algılanan Toplam Kalite Endeksi,
- SERVPERF,
- SERVQUAL,
- Kano Modeli,
- Diğer Yöntemler olarak sıralanabilir.

2.5.1 Grönroos'un Algılanan Toplam Kalite Endeksi

Grönroos' a göre hizmet kalitesi; teknik kalite, fonksiyonel kalite ve imaj olmak üzere üç bileşenden oluşmaktadır. Grönroos'un önceki bölümde açıklanan bu üç faktörün sonucu olarak ortaya çıkan hizmet kalitesini ölçmek için geliştirdiği model, algılanan toplam hizmet kalitesinin iki değişkene bağlı olduğunu göstermektedir. Bu modele göre beklenen kalite, müşterinin mevcut hizmet sürecinden beklentilerini, algılanan kalite ise müşterinin kendisine hizmetin nasıl sunulduğuna ilişkin algılamalarını içermektedir (Kekeç, 2008, s. 57; Kang and James, 2004, s. 268). Grönroos müşteri beklentilerinin başlıca etkenlerini şöyle belirlemiştir (Dotchin ve Oakland, 1994: 32).

- Pazarlama faaliyetleri
- Gelenekler
- İdeoloji
- Diğer tüketiciler ile iletişim
- İlgili hizmetin daha önceki deneyimleri

Bu kapsamda Grönroos'un hizmet kalitesi modeli aşağıda Şekil 2.2'de gösterilmiştir.



Şekil 2.2 Grönroos'un Hizmet Kalitesi Modeli

Kaynak: Dotchin, John A. and Oakland, John S. (1994) 'Total Quality Management in Services, Part 2: Service Quality' International Journal of Quality & Reliability Management, Vol. 11 No. 3, 1994, pp. 27-42.

2.5.2 SERVPERF Modeli

Cronin ve Taylor (1992), tanımladıkları bu modelde, beklentileri ve önem ağırlıklarını ihmal edip, yalnızca algılamaların değerlendirilmesi gerektiğini savunmaktadırlar. Bu modele göre, hizmet kalitesini en iyi açıklayan faktör, yalnızca algılamalardır. Cronin ve Taylor, fark modelini, hizmet kalitesinin kavramsallaştırmasına ve ölçümüne yönelik incelemişler ve yalnızca hizmet kalitesinin performansını ölçen SERVPERF adlı bir model öne sürmüşlerdir. SERVPERF'e göre, hizmet kalitesi bir müşteri davranışı olarak kavramsallaştırılabilmektedir. SERVQUAL ölçeğinde belirtilen beklenti unsurundan vazgeçmişler ve yerine başarı unsurunu kullanmışlardır ve başarının önceliği fikrini desteklemişlerdir. Modele göre, yüksek algılanan performans, yüksek hizmet kalitesi demektir. Bu nedenle hizmet kalitesinin tek ölçütü performanstır (Türk, 2009, s. 402; Kekeç, 2008, s. 62). Bu bağlamda Algılanan hizmet kalitesi aşağıdaki gibi formüle edilebilir

$$HK_i = \sum_{j=1}^k P_{ij}$$

HK_i: Birey "i" için algılanan hizmet kalitesi

k: Özellikler /unsur sayısı

P: "j" özelliği için hizmet işletmesinin performansı ile ilgili "i" bireyinin algısıdır.

Özetle, SERVPERF ölçeği, SERVQUAL ölçeğinden farklı bir yaklaşımı dikkate alarak beklenti/algılama sorunlarını ortadan kaldırmaya çalışmıştır. Performans tabanlı model satın

alma niyetlerinin hizmet kalitesinden değil müşteri tatmininden etkilendiğini savunmaktadır. SERVPERF oldukça basit bir formül aracılığıyla hizmet kalitesini performansa (hizmet kalitesi= performans) eşitlemektedir. Ayrıca, SERVPERF uygulayıcıları, müşterilerin işletme süreçlerinin performansını değerlemesi için müşterilere doğrudan basit sorular yönelmek suretiyle performans hakkında bilgi elde etmektedir (Türk, 2009, s. 402)

2.5.3 Kano Modeli

Noriako Kano tarafından 1980'li yıllarda geliştirilen model, işletmelerin müşteri beklentilerini karşılayabilme derecesi ile tüketici tatmini arasındaki ilişkiyi anlatan bir modeldir. Kano analizi, müşteri memnuniyetini etkilemesi nedeniyle, müşteri isteklerini temel alan bir ölçüm aracıdır. Bir işletmenin başarılı olabilmesi için tüketici gereksinimlerinin belirlenmesi yeterli değildir. Bu gereksinimlerin müşteri tatminini ne derece etkilediğinin bilinmesi gerekmektedir. Bu nedenle işletmeler tüketici gereksinimlerini en doğru şekilde analiz etmelerini sağlayan Kano Modelinden faydalanmaya başlamışlardır.

Kano modelinde müşterileri ihtiyaçları, temel ihtiyaçlar (Must-be), doğrusal ihtiyaçlar (One-dimensional), heyecan verici ihtiyaçlar (Exciting) olarak sınıflandırılmaktadır (tr.wikipedia.org).

Temel ihtiyaçlar: Yoksunluğu yüksek seviyede tatminsizliğe yol açan, varlığı ise yok sayılacak derecede müşteri memnuniyetini etkileyen, müşterilerce açıkça belirtilmeyen veya alacakları ürün veya hizmette zaten olacağını düşündükleri gereksinimlerdir.

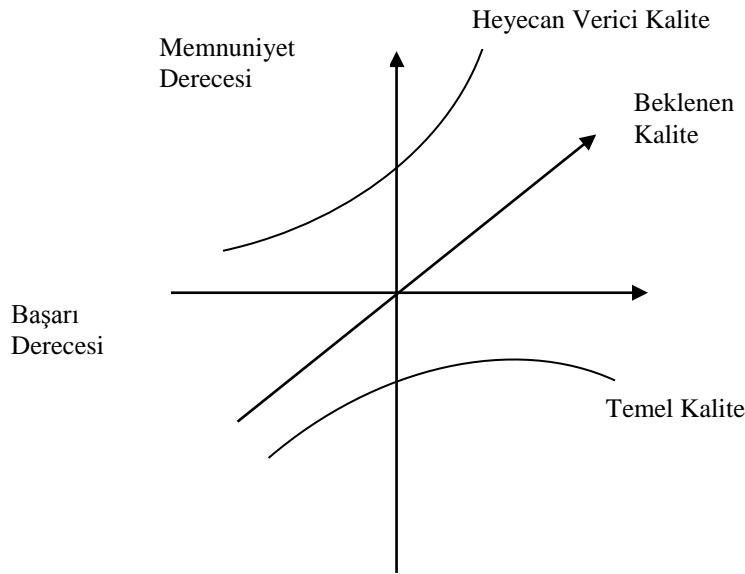
Doğrusal ihtiyaçlar: Bu tür ihtiyaçlar, müşterilerin açıkça talep ettikleri gereksinimlerden oluşur ve ne kadar çok karşılanırsa memnuniyet düzeyine kadar müşterilerin tatmin düzeyi doğru orantılı bir şekilde o kadar artar.

Heyecan verici ihtiyaçlar: Bu tür ihtiyaçlar müşteriler tarafından ne açıkça belirtilir ne de beklenir. Bir müşterinin belirli bir üründen ne kadar tatmin olacağını yüksek seviyede etkilerler. Ancak, karşılanmamaları durumunda müşterilerde tatminsizlik yaratmazlar.

Yukarıda verilen sınıflandırmaların yanı sıra, aslında müşteri ihtiyacı olmayan ve bu yüzden karakteristikler olarak da adlandırılabilen aşağıda verilen iki farklı ihtiyaç tipi de tanımlanabilir.

Nötr karakteristikler: Müşterilerin kayıtsız kaldıkları ve de nadiren veya daha hiç gereksinimi duyulmayan özelliklerdir.

Karşıt karakteristikler: Müşterilerin tatmin düzeyi, bu tür özelliklerin yüksek seviyede karşılanmasıyla azalır.



Şekil 2.3 Kano Modeli

Kaynak: Dilşeker, Feryal (2011). Devlet ve Vakıf Üniversitelerinde Hizmet Kalitesi, Öğrenci Memnuniyeti, İmaj, Sadakat ve Tavsiye Etme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi, s.20. Uşak Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Uşak

Şekil 2.3 Kano modelini göstermektedir. Buna göre yatay eksen ürün veya hizmetin müşteri beklentilerini karşılamada ne kadar başarılı olduğunu göstermektedir. Kısaca başarı derecesi, işletmenin tüketici gereksinimlerini karşılayabilme derecesidir. Dikey eksen ise ürün veya hizmet ile ilgili müşteri tatmin derecesini göstermektedir.

2.5.4 SERVQUAL Hizmet Kalitesi Modeli

Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin geliştirdikleri servqual ölçme yöntemi hizmet kalitesi ölçümü için araştırmacılar tarafından en sık kullanılan modeldir. Hizmetler soyut nitelikte olduğu için, hizmet kalitesi de soyut bir yapıya sahiptir. Bu nedenle, araştırmacılar hizmet kalitesi yerine "algılanan hizmet kalitesi" terimi kullanılmaktadır. Algılanan hizmet kalitesi müşterilerin hizmeti almadan önceki beklentileri ile yararlandığı gerçek hizmet deneyimini kıyaslamasının bir sonucu olup, müşterilerin beklentileri ile algılanan performans arasındaki

farklılığın yönü ve derecesi olarak değerlendirilmektedir (Parasuraman, Zeithaml ve Berry, 1988).

Parasuraman ve arkadaşları hizmet kalitesinin ölçülmesi için birtakım genel kriterler belirlemişlerdir. Bu kriterler, fiziksel varlıklar, güvenilirlik, yeterlilik, duyarlılık, erişilirlik, nezaket, inanılrlık, emniyet, iletişim ve müşteriye anlamaktır. (Zeithaml, Parasuraman ve Berry, 1990).

Fiziksel Varlıklar (Tangibles): Kullanılan aletlerin, iletişim malzemelerinin, personelin ve hizmet verilen yerin fiziki görünümü

Güvenilirlik (Reliability): Kusursuzluk, güvenilirlik, sözünde durmak

Duyarlılık (Responsiveness): Zamanında ve hızlı hizmet sunmak, heveslilik ve yardımseverlik

Yeterlilik (Competence): Hizmeti sunmak için gerekli bilgiye ve beceriye sahip olmak

Nezaket (Courtesy): Saygı, anlayış, nezaket ve arkadaşça yaklaşım

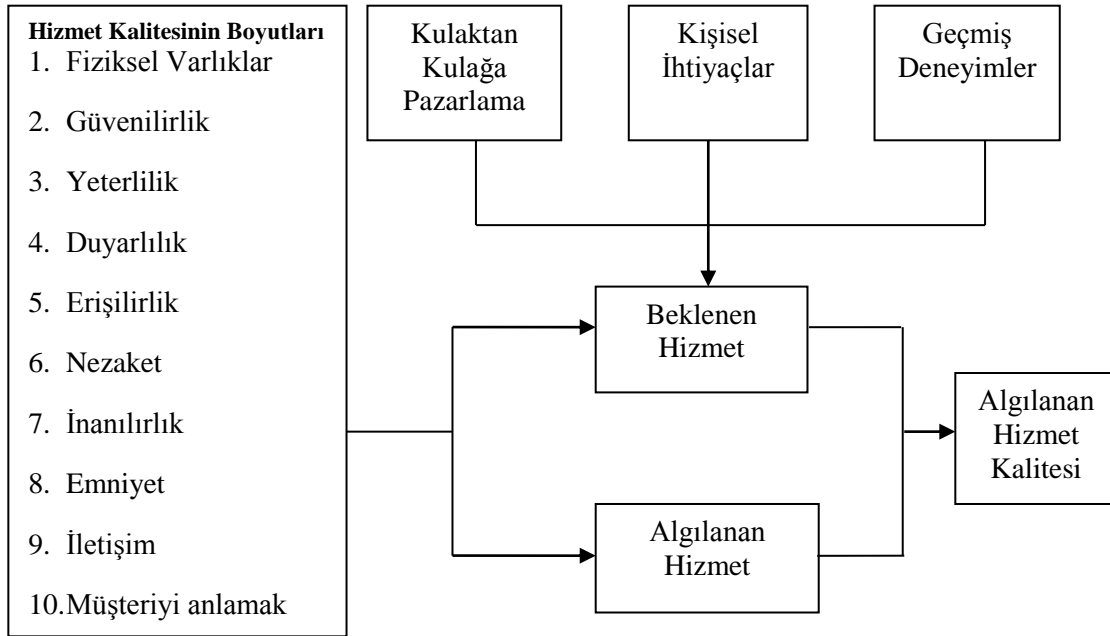
İnanılrlık (Credibility): Dürüstlük ve inanılrlık

Emniyet (Security): Tehlikeden riskten kaçınmak ve emniyet teminatı vermek

Erişilirlik (Access): Ulaşım ve erişim kolaylığı

İletişim (Communication): Etkili iletişim, müşteri ile anlayacağı dilden konuşmak ve müşteriye dinlemek

Müşteriye anlamak (Understanding the Customers): Müşterileri ve müşterilerin ihtiyaçlarını anlamaya çalışmak.



Şekil 2.4 Algılanan Hizmet Kalitesinin Belirleyicileri

Kaynak: Parasuraman, A., Valarie A. Zeithaml ve Leonard L. Berry (1985), "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research", Journal of Marketing, Vol.49 (Fall), s.48.

Bu kapsamda, Parasuraman ve arkadaşları Hizmet kalitesi kavramına daha geniş bir perspektiften yaklaşarak hizmet kalitesini ölçmek için Servqual ölçme yöntemini geliştirmişlerdir (Lovelock, 1996, s. 464). Araştırmacılar, literatürdeki ölçek geliştirme kurallarından biri olan ölçek maddelerinin yarı yarıya pozitif ve negatif olması gerekliliği bilgisinden yola çıkarak, servqual ölçeğinin maddelerini yarı yarıya negatif ve pozitif ifadelerden oluşturmuştur. Bu ölçme yöntemi 22 maddeden oluşan bölümler halindedir. İlk bölümde tüketicinin hizmet işletmesinden beklentileri, ikinci bölümde ise söz konusu işletmeden algıladığı hizmet performansı aynı maddeler kullanılarak ayrı ayrı ölçülmektedir. servqual ölçeğinde kullanılan likert tipi ölçekte bir rakamı "kesinlikle katılmıyorum " ifadesine, yedi rakamı ise "kesinlikle katılıyorum" ifadesine denk gelmektedir. Aradaki rakamlar için (6-2) herhangi sözel bir ifade kullanılmamıştır.

Yazarlar öncelikle, hizmet kalitesini tanımlamaya ve onu etkileyen faktörleri bulmaya daha sonra da ölçülebilir hale getirebilmek için her hizmet türüne uygulanabilecek genel bir model geliştirmeye çalışmışlardır. Araştırmalar sonunda müşteriler yönünden hizmet kalitesinin tanımı, hizmet beklentilerini etkileyen faktörler ve hizmet kalitesinin boyutları konusunda önemli bilgiler elde edilmiştir. Elde edilen bu bilgilerle katılımcıların ortak görüşlerine göre, kaliteli bir hizmetin sunulabilmesi için müşterilerin hizmet beklentilerinin karşılanması veya

bu beklentilerin ötesinde hizmet verilmesi gerektiği düşüncesi pekişmiştir. Sonuç olarak müşteriler tarafından hizmet kalitesi ‘istek veya beklentileri ile algıları arasındaki farklılık ölçüsü’ şeklinde tanımlanmıştır (Dilşeker, 2011, s. 23; Doğan, 2010, s. 38; Torun, 2009, s. 53). Algılanan hizmet kalitesi, algılanan hizmet ve beklenen hizmet arasındaki fark olduğundan, araştırmacılar algılanan hizmet kalitesini:

$$\text{Algılanan Hizmet Kalitesi (Q)} = \text{Algılanan Hizmet (P)} - \text{Beklenen Hizmet (E)}$$

Şeklinde formüle etmiş ve bu yolla her soru önermesi için servqual skoru hesaplamıştır. Her bir soru önermesine yedili likert ölçek üzerinden verilen algı maddeleri ve beklenti maddeleri puanlarının karşılıklı olarak farkının alınmasıyla, her bir soru önermesi için servqual skorları hesaplanmıştır. Bu kapsamda servqual skoru aşağıdaki gibi hesaplanmaktadır:

$$\text{SERVQUAL Skoru} = \text{Algılama Skoru} - \text{Beklenti Skoru}$$

Bu doğrultuda toplanan verilerin istatistiksel analizleri sonucunda belirlenen on hizmet kalitesi boyutu altındaki 97 soru önermesinin sayısı 34'e indirilmiştir. Araştırmacılar belirlenen 34 soru önermesi üzerinden tekrar beklentiler ve algılar için veri toplayıp istatistiksel analizler yapmıştır. Analizler sonucunda, araştırmacıların keşfedici araştırmalar kapsamında tespit ettikleri on hizmet kalitesi boyutunun sayısı beşe (Fiziksel Özellikler, Güvenilirlik, Duyarlılık, Güvence, Empati), soru önermesi sayısı ise 22'ye indirilmiştir (Torun, 2009, s. 53). Bunlar (Carman, 1990, s.34):

Fiziksel Özellikler (Tangibles): İşletmenin hizmet sunumundaki bina, araç-gereç ve personel görünümü,

Güvenirlilik (Reliability): Söz verilen bir hizmeti doğru ve güvenilir bir şekilde yerine getirebilme yeteneği,

Duyarlılık (Responsiveness): Müşteriye yardım etme ve hızlı hizmet verme istekliliği,

Güvence (Assurance): Çalışanların bilgili ve nazik olmaları ve müşterilere güven duygusu uyandırabilme becerileri,

Empati (Empathy): Çalışanların kendilerini müşterilerin yerine koyması ve müşterilere kişisel ilgi göstermesidir.

Parasuraman, Zeithaml ve Berry' ye (1990) göre, Servqual ölçeğindeki beş hizmet kalitesi boyutu bir iskelet niteliğindedir ve birçok sektöre uyarlanarak uygulanabilmektedir. Örneğin Babacus ve Mangold 1991 ve 1992; sağlık sektöründe, Landrum ve Prybutok, 2004; bilgi teknolojileri alanında, Tsai, Wu ve Liang, 2008; büyük market ve mağaza sektöründe, Nitecki ve Hernon, 2000; üniversite kütüphanelerinde, Witkowski ve Wolfenbarger, 2002; Amerika ve Almanya'da bankacılık, giyim mağazaları, sağlık ve restoranlarda, Knutson vd.1990; konaklama sektöründe, Stevens vd. (1995) yiyecek-içecek işletmelerinde servqual ölçeğini kullanmışlardır.

Hizmet sektöründe sıklıkla kullanılan servqual ölçeği bazı yazarlar tarafından eleştirilmiş ve ölçeğe alternatifler sunulmuştur. Örneğin Cronin ve Taylor (1994), hizmet kalitesi ölçümünde beklenti ve algılamaların ölçümünün yeterli olmadığını performansın daha etkili olduğunu savunmuş ve alternatif bir ölçüm yöntemi olarak yukarıda detayları açıklanan 'Servperf' ölçeğini geliştirmiştir.

Diğer taraftan, Mazis, Ahtola ve Klippel (1975) tarafından bir davranışsal eğilimin ya da gerçek bir davranışın tahmin edilebilmesinde yeterlilik önem formunu kullanılacak en etkin model olduğunu ancak sadece performans boyutunda yeterli olabileceği deneysel kanıtlarla gösterildiği ileri sürülmüştür. Buna dayanarak hizmet kalitesini ölçmek için sadece performans algılarının kullanılması düşüncesi oluşmuştur. Buna ilaveten Churchill ve Suprenant (1982) tarafından yapılan ve beklentilerin performansın tatmin üzerindeki etkilerinin incelendiği iki deneyde de sonuçlar performansın tek başına tatmini belirlediğini göstermiştir.

Literatür taramalarının sonucunda edinilen bulgulara dayanarak öne sürecekleri alternatif modelin SERVQUAL'den üstünlüklerini göstermek için öncelikle SERVQUAL'in eksik yönlerini tesbit etmişlerdir. İlk olarak James Carman'ın 1990 yılında yazdığı Hizmet Kalitesinin Müşteri Tarafından Algılanması isimli makalede modelin beş faktörlü yapısının farklı hizmet tedarikçileri için geçerli olmadığı ileri sürmüştür. Yine de 22 adet performans maddesinin geçerliliğinin kanıtlanmış olması nedeniyle alternatif modelde de aynı maddeler kullanılmıştır (Bulgan, 2002, s. 29).

2.6 Sağlık Hizmetlerinde Kalite

Özellikle 2000’li yılların başında önem kazanmaya başlayan medikal turizm için en önemli paydaşlardan biri şüphesiz sağlık hizmeti sunan kuruluşlardır. Medikal turizmde rekabetçi olabilmek için, sunulan hizmetin kalitesi oldukça önem arz etmektedir. Dünya çapında hızla büyüyen medikal turizm pazarında yer almak isteyen ülkeler sağlık sisteminde kaliteyi iyileştirme çabalarına girişmişlerdir.

Sağlık işletmelerinin karmaşık yapısı ve hizmetin doğrudan insan yaşamıyla ilgili olması, sağlık konusunda kalite tanımı yapmayı güçleştirmektedir. Yapılacak hataların telafisi olmadığından kalitede oluşabilecek küçük bir düşüşün bile insan hayatına mal olması söz konusudur. Dolayısıyla sağlık hizmeti veren kuruluşlar sıfır hatayla hizmet sunmak zorundadır. Sağlık hizmetleri sunumunda kalite kavramı “uluslararası geçerliliği olan göstergelerdeki standartlara uygun, tanı, tedavi ve bakım hizmetlerinin yanı sıra, tüm hizmet süreçlerinde hastaların beklenti ve ihtiyaçlarının tam olarak karşılanması olarak tanımlanabilir (Değer, 2012, s. 28).

Başka bir tanıma göre sağlık hizmetlerinde kalite, hastaların ihtiyaçlarının öneminin kavranarak, sürekli ve istikrarlı şekilde giderilmesidir. Bunu sağlamak da sağlıkta kalitenin unsurları olan ‘doğru tanı ve tedavi, bekletilmeden güler yüz ile verilen hizmet, temiz ve hijyenik ortam, uygun fiyat’ gibi hastanın mutluluğuna dönük olan faaliyetlerin gerçekleştirilmesiyle sağlanabilir (Torun, 2009, s. 33).

Donabedian, sağlık hizmetlerinde kaliteyi üçe ayırır. Bunlar; sağlık hizmetlerinin teknik yönü, kişiler arası iletişim yönü ve konfor yönüdür. Teknik yönü, tıbbi bilim ve bilginin bir sağlık probleminin teşhis ve tedavisinde ne kadar iyi uygulandığını ifade etmektedir. Kalitenin kişiler arası iletişim yönü, hasta ile iletişim kuran doktor, hemşire, yardımcı personel gibi sağlık hizmeti sunum sürecinde yer alan kişilerin yardımseverliği ve dostça yaklaşım özelliklerini kapsamaktadır. Konfor yönü ise, hastane ortamında sunulan imkânlar ve bu imkânların rahatlığı gibi özellikleri içermektedir. Bununla birlikte Donabedian sağlık hizmetlerinde kaliteyi 3 temel unsura dayandırmaktadır. Bunlar (Değer, 2012: 24, 31):

Sağlık kuruluşunun yapısı (Structure): Sağlık Kuruluşunun fiziksel, teknolojik ve mekanik yapısı, çalışanlarının bilgi, yetenek, profesyonel karakterleri, yönetim felsefesi ve hizmet verdiği toplumun demografik özellikleri yapının kalitesini etkiler.

Sağlık kuruluşunda olagelen süreçler/işlemler (Processes): Tanı ve tedavide izlenen yolun, karar verme işlevinin o gün için geçerli olan bilimsel ve teknolojik doğrulara uygunluğu, bu teknik öğelerin uygulanmasında hasta ile olan iletişim ve etkileşimler hizmetin kalitesini etkileyen diğer önemli faktörlerdir.

Sağlık hizmetlerinden elde edilen sonuçlar (Outcomes): Alınan sonuçların klinik, ekonomik ve hümanistik açıdan değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi hizmet sonucu elde edilen kalitenin ölçülmesi ile mümkün olabilir.

Sağlık kuruluşlarında kalite çalışmaları, sağlık hizmetinin karakteristik özellikleri nedeni ile hizmet sektöründe yer alan diğer işletmelere göre daha farklı yaklaşımlar içerisinde sürdürülmektedir. Sağlık kuruluşlarının karakteristik özellikleri şu şekilde sıralanabilir (Torun, 2009, s. 33):

- Hastaneye gelen her hasta farklı tanı ve tedavi özellikleri göstermektedir.
- Belli bir zaman için hastaneye yönelen ya da yönelecek olan talep, çoğu zaman doğru tahmin edilememektedir.
- Hastaneler talep değişikliğine kısa dönemde uyum sağlayamamaktadır.
- Hizmetin üretimi stoklanamamakta ve üretildiği anda tüketilmektedir.
- Sağlık işletmelerinde aşırı iş bölümü ve uzmanlaşma, nitelikli personel artışı ile beraber iş gücü maliyetlerinde de artışı da neden olmaktadır.
- Her hastaya uygulanan sağlık hizmetinin bileşiklik göstermesi, hizmetin tanımlanmasını olanaksızlaştırmakta ve çıktılarının standart olmasını engellemektedir.

Tablo 2.3 Sağlık Hizmetlerinde Kalitenin Boyutları

Palmer'in boyutları (Palmer, 1997: 306) <ul style="list-style-type: none"> • Bakıma ulaşılabilirlik • Doğru teşhisin konması • Tedavinin uygulanması • Hastanın eğitilmesi • Hastalıkları izleme • Hastalıkları önleme 	Chakrapani'nin boyutları (Chakrapani, 1998: 132) <ul style="list-style-type: none"> • Hizmet güvenilirliği /desteği • Beklentileri aşma 	Parasuraman'ın SERVQUAL boyutları (Zeithaml vd.,1990: 25) <ul style="list-style-type: none"> • Elle tutulurluk • Sorumluluk • Güvenlik • Empati • Güvenilirlik
Evans ve Lindsay'in boyutları (Evans ve Lindsay, 1999: 52) <ul style="list-style-type: none"> • Zaman • Bütünlük • Nezaket • Tutarlılık • Ulaşılabilirlik ve uygunluk • Doğruluk • Sorumluluk 	Coddington'un boyutları (Sower vd., 2001: 49) <ul style="list-style-type: none"> • İçtenlik/bakım/ilgi • Tıbbi personel • Teknoloji/donanım • Uzmanlık/hizmetlerin ulaşılabilirliği • Çıktılar 	JCAHO standardı (JCAHO Manual) <ul style="list-style-type: none"> • Fayda • Doğruluk/uygunluk • Ulaşılabilme • Süreklilik • Etkililik • Etkinlik • Saygı ve bakım • Güven • Dakiklik
Çoruh'un boyutları (Çoruh, 1994: 116) <ul style="list-style-type: none"> • Bilgilendirme • Hastayı eğitme • Hizmete kolay ulaşılma • Güvenli hizmet • Seçme hakkı sağlama • Gizlilik • Güven • Karar vermeye yardım • Hizmeti geliştirme • Rahatlık sağlama • Saygı gösterme • Düzenli olma • Süreklilik 	Bowers'in boyutları (Bowers vd., 1994: 53) <ul style="list-style-type: none"> • Elle tutulurluk • Güvenilirlik • Sorumluluk • Yeterlilik • Nezaket • İletişim • Ulaşım • Dürüstlük • Güvenlik • Bakım • Hasta çıktıları • Müşteriyi anlama ve bilme 	Jun, Peterson ve Zsidisin'in Boyutları (Jun vd., 1998: 85) <ul style="list-style-type: none"> • Elle tutulurluk • Güvenilirlik • Sorumluluk • Yeterlilik • Nezaket • İletişim • Ulaşım • Bakım • Hasta çıktıları • Hastanın anlaşılması • İşbirliği
Maxwell'in boyutları (Brannan, 1998: 2) <ul style="list-style-type: none"> • Ulaşılabilirlik • İhtiyaçlara uygunluk • Etkililik • Adillik • Sosyal kabul edilebilirlik • Ekonomiklik 	Sower'in boyutları (Sower vd., 2001: 50) <ul style="list-style-type: none"> • Saygı ve bakım • Etkililik • Süreklilik • Uygunluk • Bilgi • Çalışan farklılığı • Verimlilik • İlk izlenim 	

Kaynak: Pakdil, 2007, s.40'tan aktaran Değer, Çiğdem (2012), 'Kano Modeli ile Bütünleştirilmiş Servqual Analizinin Kalite Fonksiyon Yayılımına Uygulanarak Hizmet Kalitesinin İyileştirilmesi ve Bir Sağlık Kuruluşunda Uygulanması' Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir.

Tablo 2.3'te yazarlara göre sağlık hizmetlerinde kalitenin boyutları yer almaktadır. Tablo incelendiğinde boyutların genellikle Doğru teşhis ve tedavi, güleryüz ve saygı, duyarlılık ve empati, temiz ve hijyenik fiziksel ortam, uygun fiyat, vb. gibi temelde hastanın mutluluğuna dönük faaliyetlere odaklandığı görülmektedir. Sağlık hizmetlerinde bir hata hastanın yaşam kalitesini azaltabilir hatta ölüme sonuçlanabilir. Dolayısıyla sağlık hizmeti sunan kuruluşlarda teknik ve fonksiyonel kaliteyi sağlamak oldukça önem arz etmektedir.

Bu kapsamda, Amerikan Tıp Birliği Konseyi tarafından hazırlanan bir raporda yüksek kaliteli sağlık hizmetinin taşınması gereken özellikler belirtilmektedir. Bunlar (Yalkın, 2010, s. 75-76):

- Tıbbi bakım, hastanın psikolojik durumunda, fiziksel fonksiyonunda, ruhsal ve entelektüel performansında ve rahatında, hastanın ilgileriyle tutarlı mümkün olan en kısa sürede optimal gelişme sağlamalı,
- Sağlık durumu yükseltilmeli, hastalık ve benzeri durumlar erken teşhis edilip tedavi edilmeli,
- Tıbbi bakım zamanında sunulmalı, bir başka ifadeyle, bakım zamanında verilmeli, sürekli olmalı, hastaya uygun olmayan tedavi verilmemeli ve tedavi süresi gereksiz bir şekilde uzatılmamalı,
- Bakım sürecinde ve bu süreçle ilgili kararlarda hasta ile bilinçli bir şekilde işbirliği yapılmalı ve hastanın bakım sürecine katılımını sağlamanın yolları aranmalı,
- Bakım, tıp biliminin kabul edilmiş ilkelerine, uygun teknolojik ve profesyonel kaynakların verimli kullanımına dayanmalı,
- Hastalığın meydana getirebileceği stres ve endişeye karşı duyarlılıkla yaklaşılmalı ve hastanın tam anlamıyla iyi olması düşüncesiyle hizmet sunulmalı,
- İstenilen tedavi çıktısına ulaşmak için ihtiyaç duyulan teknoloji ve diğer sağlık sistemi kaynakları etkili bir şekilde kullanılmalı,
- Bakımda süreklilik sağlanmalı ve aynı mesleğe mensup bireylerin de değerlendirilebilmesi için hastanın tıbbi kayıtları yeterince iyi olmalıdır.

2.7 Sağlık Hizmetlerinde Kalite Sistemleri

Sağlık hizmetlerinde kalitenin yönetiminde takip edilecek tek bir teknik veya yaklaşım yoktur. JCI (Joint Commission International), EFQM, Toplam Kalite Yönetimi, ISO Standartları, Hasta Hakları Uygulamaları gibi sistemler sağlık hizmeti sunan kuruluşlar

tarafından kurumlarının yapısına, çalışanlarının özelliklerine, işletme plan ve politikalarına vb. göre en uygun olan sistem veya sistemler seçilerek uygulamaktadır. Medikal turizm açısından bakıldığında uluslararası hastalara hizmet veren sağlık kuruluşlarının hizmet kalitelerini özellikle uluslararası tanınırlığı ve güveni yüksek kalite sistemlerine yöneldiği görülmektedir. Örneğin, JCI ve ISO medikal turizmde rakiplerinin önüne geçmek isteyen kuruluşlar için sıklıkla kullanılan bir kalite değerlendirme sistemidir.

2.7.1 Uluslararası Ortak Komisyon (Joint Commission International (JCI))

1917 yılında "Hospital Standardizations" adıyla temelleri atılan Joint Commission, 1951 yılında "Joint Commission on Accreditation of Health care Organization" (JCAHO) ismini aldı. Joint Commission International (JCI), 1998 yılında JACHO'nun bir alt kuruluşu olarak kurulmuş ve uluslararası düzeyde akreditasyon sertifikası vermeye başlamıştır. 2007 yılı başında JCAHO ismi kaldırılmış, 'The Joint Commission' olarak kısaltılmıştır ve logosunu değiştirmiştir. Kuruluşun uluslararası ayağı olan JCI, ismi aynı kalmakla beraber, logosunu değiştirmiştir. JCI Akreditasyonu, hastanelerin gönüllü olarak başvurdukları; uluslararası birtakım sağlık ve yönetim standartlarını gerçekleştirmiş olmaları halinde kendilerine verilen ve hastanenin kalite çitasının yüksekliğini gösteren bir uyum belgesidir (www.memorial.com.tr).

Bu kuruluşun temel amacı, topluma verilen sağlık hizmetinin güvenlik ve kalitesinin sürekli olarak yükseltilmesi ve bu alanda oluşturulan standartların sağlık kuruluşlarında yerleştirilmesidir. JCI, uluslararası toplulukların sağlık kuruluşlarına objektif standartlar dizisi ve süreçlerinin benimsetilmesini, devamlı ve kalıcı iyileştirme programlarının oluşturulmasını ve standartların yerel ihtiyaçlara göre belirlenmesini amaçlamaktadır. Standartların felsefesi kalite yönetimi ve sürekli iyileştirme prensiplerine göre belirlenmiştir. Hasta bakımı ve güvenliği için yüksek standartlar oluşturulmuştur. JCI Akreditasyonu ülkelerin yasal, dini ve/veya kültürel faktörlerine de yer vermektedir (Akdu, 2009, s. 28).

Joint Commission International (JCI) global toplulukta hasta güvenliği ve kalite geliştirme konusunda sürekli bir yol gösterici olarak öne çıkmaktadır. JCI, sıkı bakım standartlarını teşvik etmek ve üst seviyede performans elde etmek üzere çözümler sunmak için sağlık hizmetleri organizasyonları, hükümetler ve uluslararası destekçilerle birlikte çalışmaktadır. JCI uzmanları, organizasyonların kendilerini geliştirmelerine akreditasyon, eğitim ve danışmanlık hizmetleri olmak üzere üç şekilde yardımcı olmaktadır.

En yüksek hasta bakımı standartlarına ve sonuç odaklı süreç geliştirmeye yönelik bu sistem, sağlık hizmetleri liderlerinin saygısını kazanmıştır. Bu nedenle Dünya Sağlık Örgütü (WHO), JCI ve Joint Commission ile ortaklık kurarak ilk WHO Hasta Güvenliği İttifakı Merkezi Çözümleri sistemini geliştirmiştir. Hasta Güvenliği Çözümleri, benzer görünen, kulağa benzer gelen ilaç isimleri sorunlarına; hasta tanımlaması; hastaların nakledilmesi sırasındaki iletişim; doğru vücut bölgesinde doğru prosedürlerin uygulanması; konsantre elektrolit çözümlerin kontrolü; bakımdaki geçişlerde ilaç doğruluğunun sağlanması; yanlış kateter ve tübaj bağlantılarının önlenmesi; enjeksiyon aletlerinin tek sefer kullanılması ve sağlık hizmetleriyle bağlantılı enfeksiyonu önlemek için geliştirilmiş el hijyeni konularını ele almaktadır.

Bununla birlikte JCI Haziran 2011 tarihinde Uluslararası Sağlık Hizmetleri Kalite Topluluğu'ndan (ISQua) dört yıllık akreditasyon almıştır. ISQua akreditasyonu, sağlık hizmetleri organizasyonlarının çalışmasını denetlemek amacıyla JCI tarafından kullanılan standartların, eğitimin ve süreçlerin akreditasyon kuruluşları için en yüksek uluslararası temel ölçütleri karşılama garantisi sağlamaktadır (www.jointcommissioninternational.org).

2.7.2 Uluslararası Standardizasyon Örgütü (International Organization for Standardization (ISO))

1946 yılında 25 ülkeden Londra'ya gelen delegeler tarafından yeni bir uluslararası organizasyon kurulması kararı alınmış ve 1947 yılında ISO resmen faaliyetlerine başlamıştır. 1947'den sonra teknoloji ve üretim sektörünün hemen hemen tüm yönlerini kapsayan 19.500'ün üzerinde uluslararası standart belirlemiştir. Günümüzde, 164 ülke ve 3.368 teknik organın üyelikleriyle faaliyetlerine devam etmektedir. 150'den fazla kişi İsviçre/Cenevre'de ISO'nun Merkez Sekreterliği'nde tam zamanlı çalışmaktadır. (www.iso.org). Örgütün amacı ve hedefleri aşağıda maddeler halinde verilmiştir (tr.wikipedia.org).

Örgütün Amacı:

- Uluslararası mal ve hizmet değişimini hızlandırmak,
- Entellektüel, bilimsel, teknolojik ve ekonomik faaliyetler alanında işbirliğini geliştirmektir.
- Örgütün Hedefleri
- ISO'nun pazar ilgisini arttırmak,

- ISO sistemi ve standartlarını geliştirmek,
- Kaynakları en iyi şekilde kullanmak,
- Yeni teknik programları teşvik etmek,
- Gelişmekte olan ülkelerde alt yapıyı oluşturmaktır.

Hastanelerin tercih ettiği en önemli kalite belgelerinden birisi, ISO 9001-2000 Kalite Yönetim Sistemi olmaktadır. Bu belgeyi alan hastaneler, kurumlarındaki işleyişin gerekli standartlara uygun olduğunu da ispatlamış olmaktadır. Türk Akreditasyon Kurumu (TÜRKAK) tarafından sağlanan bu belgeyi, bağımsız ve aracı denetim firmaları vermektedirler. Bu bağımsız denetim firmasına ait denetçiler, hastanelere giderek, hastanenin büyüklüğü ve personel sayısına göre değişen sürelerde denetimlerini gerçekleştirmektedirler. Hastanenin gerekli standartları taşıması halinde, ISO 9001 kalite uygunluk belgesi verilmektedir. ISO kalite belgesinin geçerlilik süresi 3 yıl olurken, bu belgenin yeniden alınabilmesi için, bu sürenin sonunda tekrar belgelendirme denetimi yapılmaktadır. Hastanenin verdiği tedavi hizmetini kapsamayan ISO belgesi, daha çok kurumun işleyişine bakmaktadır. Hastanenin gelişimi, yönetimi, satın alma ve malzeme gibi kriterleri sorgulamaktadır (Akdu, 2009, s. 29).

Farklı akredidasyon birliklerinin belirledikleri standartlar birbirinden farklılık göstermektedir. Genel olarak bakıldığında benzer olan standartlar ise şöyledir (Akdu, 2009, s. 29-30):

- Medikal uygulama yapacak personelin gerekli sınavlardan geçmiş, gerekli eğitimi almış becerikli olması
- Yerli ve yabancı hastalar için yeterli uygulama, tesis, beceri, ve ekipmana sahip olunması
- Sigorta şirketleri, ilaç firmaları ve devlet örgütleri ile koordinasyon yeteneğine sahip olunması
- Gerekli sigorta ve güvenlik tedbirlerinin alınması
- Hastalara uygun doktorların ve sabırlı hemşirelerinin bulundurulması
- Farklı kültür, din, renk ve cinsiyetteki hastalara hizmet edebilen çeşitli personelin bulundurulması

2.8 Müşteri Memnuniyeti, Müşteri Sadakati ve Hizmet Kalitesi ile İlişkisi

Yoğun rekabetin yaşandığı pazar ortamında işletmelerin başarılı olması, müşteriye yakın durabilmesine ve müşteri isteklerini tatmin edebilmesine bağlıdır. Bu nedenle müşteri memnuniyetinin ölçülmesi günümüzde işletmelerin en yaygın olarak uyguladığı pazarlama araştırmalarından biridir (Doğan, 2010; s. 35). Çoğu araştırma memnuniyeti ‘bilişsel yapı’ yerine ‘duygusal yapı’ olarak ele almaktadır. Rust ve Oliver (1994) memnuniyeti tüketicilerin, duygusal tepki gibi bir değerlendirmeyi içeren bir ‘tüketici tepkisi’ olarak tanımlamıştır (Olorunniwo, Hsu ve Udo, 2006, s. 63).

Diğer bir tanıma göre müşteri memnuniyeti ‘Bir firmanın ürün ve/veya hizmeti hakkındaki genel bir değerlendirmedir’. Ticari bakış açısıyla müşteri memnuniyeti müşterilerin istekleri veya yapılmasını bekledikleri yönde müşteriler için değer yaratan bir şeyi sürekli olarak yapmaktır (Anderson, Fornell ve Rust, 1997, s. 130). Zeithmal ve Bitner (2000, s. 75) müşteri memnuniyetini, ‘bir ürünün müşteri ihtiyaç ve beklentilerini karşılayıp karşılamaması açısından değerlendirilmesi’ olarak tanımlamaktadır.

Genel olarak, memnuniyet ile ilgili işleme özgü ve kümülatif memnuniyet olmak üzere iki genel kavram ön plana çıkmaktadır. İşleme özgü memnuniyet, tüketicinin deneyimi ve belirli bir hizmette karşı tepkisi olup kümülatif memnuniyet ise bugüne kadarki tüketim deneyimlerini içeren genel bir tüketici değerlendirmesini ifade etmektedir (Fen ve Lian, 2007, s. 61).

Müşteri memnuniyetinin üç farklı boyutu söz konusudur. Bunlar (Dilşeker, 2011, s. 44):

Özümsemiş memnuniyet: Müşteriler memnun oldukları hizmeti unutmazlar ve daha sonra bu hizmetleri normal yapılması gerekenmiş gibi algırlar.

Tekrarlanan memnuniyet: Müşteri tarafından tekrar yaşanılmak istenen fakat etkisi eskiye oranla daha azalmış memnuniyettir.

Geçici memnuniyet: Müşterilerin unuttuğu memnun olmuşluk durumudur, daha sonraki satın almalara pek etkisi olmamaktadır.

Müşteri memnuniyetini ölçmek için, müşterinin kim ve memnuniyetinin ne demek olduğunun bilinmesi önemlidir. Kaliteye bakışları farklı olan çok değişik müşteriler vardır ve hiçbir müşterinin önceki deneyimi diğer müşterilere genellenemez. Müşteri bir işletmeden bir hizmeti satın almaya karar verdiğinde kafasında o hizmeti elde ettikten sonra ulaşacağı doyumu tasarlamaktadır. İşte hizmet kalitesi de bu noktada karşımıza çıkmaktadır. Müşterinin bir hizmeti elde ettikten sonra ulaşmayı düşündüğü doyum noktası yani beklentileri, gerçekleşen hizmetin verdiği gerçek doyumla bire bir örtüşüyorsa hizmetin kaliteli olduğundan söz edilebilir (Doğan, 2010, s. 35-36).

Hizmet, hizmete yönelik tüm deneyimlerden elde edilen memnuniyet ve hizmet kalitesi olmak üzere, iki kavram doğrultusunda algılanmaktadır. Müşteri yönlü kavramlar olan memnuniyet ve kalite kavramları çoğu zaman aynı anlamda kullanılsa da araştırmacılar bu iki kavramın anlam ve ölçümü açısından daha titiz davranmaktadırlar. Her ikisinin de benzer noktaları olmasına rağmen, bu iki unsurun oluşumunun neden ve sonuçları birbirinden farklıdır. Hizmet kalitesi hizmetin boyutları üzerinde yoğunlaşırken, memnuniyet daha geniş kapsamlı bir kavramdır. Bu görüş doğrultusunda algılanan hizmet kalitesi müşteri memnuniyetinin bir bileşeni durumundadır. Müşteri memnuniyetinin hizmet kalitesi ile ilişkilendirilmesinin sebebi, müşterilerin bir mal ve hizmeti alıp onları tükettikten sonra veya süreçte ürün/hizmet ile ilgili bir karara varmaları olarak değerlendirilirken bu kararda o ürün/hizmet ile ilgili olarak kalite kavramını öncelikli olarak ele almalarıdır. Ayrıca algılanan kalite rasyonel bir anlayışken, müşteri memnuniyeti duygusal bir tepkidir (Koçbek, 2005, s. 76).

Hizmet kalitesi beklenti, süreç kalitesi ve çıktı kalitesinden etkilenir, diğer bir deyişle hizmet standartları, hizmet hakkında deneyimi olan ve yargıya varmak için hislerini ve deneyimlerini kullanan tüketiciler tarafından belirlenir. Kalite, müşteri memnuniyetinin belirlenmesinde ve etkilenmesinde önemli bir rol oynar. Hizmet memnuniyeti hizmetin karşılanma esnasında hizmet sağlayıcının davranışına verilen tepkidir (Abdullah ve Rozario, 2009, s. 185). Müşteri memnuniyeti ve hizmet kalitesi birbirinden ayrı ama birbirini etkileyen önemli konulardır. Birbirinden ayrı bu iki konunun farklılıkları aşağıdaki tabloda verilmiştir.

Tablo 2.4 Müşteri Memnuniyeti ve Hizmet Kalitesinin Karşılaştırması

Müşteri Memnuniyeti	Hizmet kalitesi
Müşteri memnuniyeti, kaliteli olup olmadığı ile ilişkili herhangi bir boyutla sonuçlanabilir.	Altında yatan kalite yargılarının boyutları oldukça spesifiktir.
Müşteri memnuniyeti yargıları ihtiyaçlar, eşitlik, adalet algıları gibi çok sayıdaki kaliteyle ilişkisi olmayan konularla biçimlendirilebilir.	Kalite için beklentiler, mükemmellik algılarına ya da ideallerine dayanmaktadır.
Müşteri memnuniyetinin, daha kavramsal belirleyicileri olduğuna inanılır.	Hizmet kalitesi, daha az kavramsal belirleyicilere sahiptir.
Memnuniyet yargıları hizmet veya sağlayıcı ile deneyim gerektirir.	Kalite algıları hizmet veya sağlayıcı ile deneyim gerektirmez.

Kaynak: Fen ve Lian, 2007, s. 62.

Müşteri memnuniyeti, tüketicinin hizmet sonrası elde ettiği beklentilerini karşıladığı zaman oluşan memnuniyettir. Memnuniyet sonrası görülen müşteri davranışı ise, tekrar o hizmeti satın almaktır. Müşteri hizmet alımını sürekli hale getiriyor ve çevresine tavsiye ediyorsa, o kişi sadık müşteri olmuş denilebilir (Gülmez ve Kitapçı, 2008, s. 12). Yoğun rekabet ortamında varlıklarını sürdüren işletmeler faaliyetlerini devam ettirmek ve arttırmak için müşteri memnuniyetine odaklanmalıdır. Müşteri memnuniyetinin sağlanmasında ise sunulan hizmetin kalitesi son derece önemlidir. Müşterinin memnun olması ileriki tercihlerinde müşteriyi etkileyecek ve işletmeye sadakatini arttıracaktır.

Oliver (1999, s. 34) müşteri sadakatini; ‘müşterilerin tercihlerinde bir değişikliğe neden olabilecek durumlarda ve pazarlama çabalarına rağmen, sürekli olarak tercih ettiği mal ve hizmetleri tekrar satın alması, tekrar tekrar o işletmenin, hizmetin müşterisi olma konusunda kendisini adaması’ olarak tanımlamıştır.

Müşteri sadakatini farklı perspektiften değerlendiren ve tanımlayanlar da olmuştur. Sadakat, bir ürün ya da hizmete müşteri olma sıklığı, sürekli olarak aynı mal ve hizmeti ya da firmayı tercih etmek olarak tanımlanmıştır (Zeithaml ve Diğ, 1996). Kumar ve Shah (2004)’de müşteri sadakatini davranışsal ölçü olarak tanımlamıştır. Bu ölçütler; satın alma oranı, satın alma ihtimali, ve satın alma sıklığı gibi, alım davranışlarının birçok yönünü içerir. Yukarıda ifade edilen tanımlara bakıldığında ya da literatür incelendiğinde araştırmacıların müşteri sadakatini tanımlarken iki noktanın üzerinde durdukları görülmektedir. Birincisi sadakatin davranışsal yönü, ikincisi ise sadakatin tutumsal yönüdür. Sadakatin davranışsal

yönü, müşterilerin işletmeden satın alma fiilini tekrarlamasını sağlamaktadır. Tutumsal sadakat ise, müşteri satın alma fiilini tekrarlamasa bile işletme hakkında olumlu konuşması, tavsiye etmesi, başkalarını işletmeden alışveriş yapması için ikna etmesi şeklinde tanımlanmakta ve bu da işletmeler için çok önemli olmaktadır. Çünkü işletmenin yaptığı reklamların etkisi başkalarının işletme hakkında olumlu konuşmasından daha etkili değildir. Dolayısıyla işletme tutumsal sadakate sahip müşterileri sayesinde ücretsiz ve daha etkili reklam faaliyetinde bulunmaktadır (Çatı ve Koçoğlu, 2008, s. 169).

İşletmeye bağlılık duyan müşterilerin tamamen memnun müşterilerden oluşması nedeniyle işletmeler müşteriye ele geçirmek için öncelikle kaliteli mal ve hizmet vererek müşteri memnuniyeti sağlamalı ve ikinci adımda müşterilere müşteri memnuniyetinin de ötesinde olağanüstü hizmetler vererek ilişkiyi sürekli kılmak ve müşteri bağlılığını sağlamak işletmelerin temel hareket noktası olmalıdır (Barutçu, 2002, s. 34). Hizmet kalitesinin müşteri sadakati üzerinde doğrudan etkisinin olmadığı, müşteri memnuniyetinin hizmet kalitesi ile müşteri sadakati arasında aracılık etkisinin bulunduğunu birçok araştırmanın sonucu göstermektedir. (Moutinho, Albayrak ve Caber, 2011; Rodgers ve diğ., 2005; Cronin ve diğ., 2000). Ayrıca servqual ölçeğinin geliştiricileri, Zeithaml ve arkadaşlarına (1996) göre bir işletmenin hizmet kalitesi arttıkça müşteri bağlılığı da artmakta ve işletme değiştirme eğilimi, fiyat hassasiyeti ve şikayet etme davranışları azalmaktadır. Bu bilgiler ışığında özetle hizmet kalitesinin müşteri memnuniyetini, müşteri memnuniyetinin de müşteri sadakatini etkilediği söylenebilir.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

MEDİKAL TURİZMDE HİZMET KALİTESİ, MÜŞTERİ MEMNUNİYETİ ve MÜŞTERİ SADAKATİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

3.1 Araştırmanın Amacı ve Önemi

Son yıllarda sağlık hizmetlerinin sunumu anlayışında hızlı bir değişim ortaya çıkmıştır (Hayran ve Sur, 2005, s. 18; Karahan, 2008, s. 155). Günümüzde hastaneler yataklarını hastalarla doldurmak amacıyla değil varlığını devam ettirebilmek ve hastalara daha kaliteli hizmet verebilmek amacıyla çözümler araştırmakta ve yeni anlayışlar geliştirmektedirler (Aslantekin ve diğ., 2005, s. 59; Seshan, 2010; Bromley; 2012, s. 1057). Geliştirilen bu yeni anlayışların temelinde müşteri memnuniyeti yatmaktadır. Müşteri memnuniyetinin artması ise sunulan hizmetin kalitesi ile doğru orantılıdır. Kalite günümüzde önemli bir rekabet aracı haline gelmiş olup hem mal hem de hizmet üreten işletmeler açısından hayati bir anlam kazanmıştır. Ancak hizmet üretiminin mal üretiminden farklı özelliklere sahip olması nedeniyle, kalite tanımı ve ölçümü daha zor hale gelmiştir. Hizmet kalitesinin belirlenmesinde en önemli unsur müşteridir ve kalitenin subjektifliği dolayısıyla kalite kavramının, kalite boyutlarının ve kalite ölçümünün doğru bir şekilde ortaya konulması gerekmektedir (Kekeç, 2008: 74).

Buradan hareketle bu çalışmada, medikal turizm kapsamında Türkiye’de tedavi olan yabancı hastaların beklenen ve algılanan hizmet kalitesini ölçmek ve bu kapsamda medikal turizmde algılanan hizmet kalitesinin düzeyini belirlemek amaçlanmıştır. Bu doğrultuda medikal turizm kapsamında sağlık hizmeti alan hastaların bekledikleri ve algıladıkları hizmet kalitesi ile ilişkili değişkenler, alınan sağlık hizmetine yönelik hastanın algıları, hastaların sosyo-demografik özellikleri ile bu özelliklerin hastaların beklentileri ve algıları üzerindeki etkileri ile algılanan hizmet kalitesinin müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakati üzerindeki etkilerini belirlemek araştırmanın temelini oluşturmaktadır.

Türkiye’de medikal turizm kapsamında yapılan araştırmalara bakıldığında, büyük çoğunluğunun fiziksel yeterlilik, teknolojik yeterlilik ve insan kaynağı gibi konularda yeterliliği ölçmek ve medikal turizmde Türkiye’nin mevcut durumunu analiz etmek amacıyla yapıldığı görülmektedir. Medikal turizm faaliyetlerine katılan hastaların bakış açısını, beklenti ve algılarını analiz eden çalışmaların kısıtlı olması ve paydaşların genel eğilimlerinin

ortaya çıkarılması bu konuya yönelik gerçekleştirilecek bu araştırmanın önemini ortaya çıkarmaktadır.

Hastanelerde kaliteli hizmet sunumu anlayışı, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 2003 yılında yürürlüğe giren ‘Sağlıkta Dönüşüm Programı’ ile desteklenmektedir (Sağlık Bakanlığı, 2012 (d), s. 19). Sağlıkta Dönüşüm Programı ile Türk Sağlık Sistemi’nde yeniden yapılandırma yoluna gidilmiştir. Sağlıkta Dönüşüm Programı ile birlikte yapılan düzenlemeler ile, sağlık hizmetlerinin etkili ve verimli bir biçimde sunulması amaçlanmıştır (Tatar, 2012, s. 16-17; Erem, 2003, s. 46-47; Tükel ve diğ., 2004, s. 206). Bu amaçla insan merkezilik ve hasta memnuniyeti, sürekli kalite gelişimi, sürdürülebilirlik, katılımcılık, uzlaşmacılık, gönüllülük, güçler ayrılığı, desantralizasyon ve hizmette rekabet temel birtakım ilkeler benimsenmiştir. (Tatar, 2012, s. 16-17; TC. Sağlık Bakanlığı, 2008, s. 20-21). Sağlık alanında kapsamlı değişimler yaparak sunulan hizmetin kalitesini ve buna bağlı olarak memnuniyeti artırma çabasına giren Türkiye’de güvenilirliği ve geçerliliği birçok bilim adamı tarafından kabul edilen servqual tekniğinin tanınması, sağlık ve turizm sektöründe yaygınlaşması genel anlamda sunulan hizmet kalitesinin artırılmasında katkı sağlayacaktır.

3.2 Araştırmanın Literatüre Katkısı

Türkiye’de Yüksek Öğretim Kurumu, Ulusal Tez İzleme Merkezi Veri Tabanına kayıtlı medikal turizm konusunda yapılan çalışmalara bakıldığında doktora düzeyinde doğrudan medikal turizmi konu alan bir teze rastlanmamış olup yüksek lisans düzeyinde doğrudan medikal turizm ile ilgili 4 tane tez (Kiremit, 2008; Akdu, 2009; Demirer, 2010; Khafizova, 2011) bulunmuştur. Sağlık turizmi adı altında yapılan aramada toplamda 10 adet tez bulunmaktadır. Bu tezler incelendiğinde, medikal turizm konusuna, sağlık turizmi çeşitleri kapsamında değindiği görülmektedir. Bu doğrultuda yüksek lisans ve doktora düzeyinde medikal turizm çalışmaların kısıtlı olduğu söylenebilir. Bunun yanında sayıca az da olsa bilimsel hakemli dergilerde yayınlanmış makale, bildiri, kamu kurumları tarafından hazırlanan raporlar, çeşitli dernek ve meslek örgütlerinin yayınladığı dergilerde yayınlanan makale ve köşe yazıları, forum sitelerinde yazarlardan öneriler, medyada yer alan haberler ve röportajlar bulunmaktadır.

Yüksek Lisans düzeyinde yayınlanan ilk tez (Kiremit, 2008) ‘Turizmin gelişiminde bir alternatif olarak Medikal turizm: Bir sağlık Kuruluşunda Araştırma’ isimli tezdur. Bu çalışmada kısaca Medikal turizm alanındaki gelişmeler ve Türkiye’nin bu alandaki konumu

belirlenmeye çalışılmıştır. Araştırma sonucunda; hastalarla iletişimin en büyük problem olduğu, en büyük tercih nedeninin ise hizmet kalitesi olduğu gözlemlenmiştir. Bununla birlikte yabancı hastaları tercih sebepleri “Hizmet Kalitesi”, “Ucuzluk ve Yakınlık”, “Turistik Özellikler” olarak yer almıştır.

Bir yüksek lisans tezi (Akdu, 2009) ise ‘Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal Turizm ve Türkiye’deki Uygulamalar Üzerine Bir Araştırma; İstanbul ve Ankara Örneği’ isimli tezdır. Çalışmada sağlık turizmi kapsamında ele alınan medikal turizm ve medikal turizmin Türkiye’deki uygulamalarını incelenerek özel hastanelerin medikal turizme katkısı ve uygulama biçimlerini analiz etmek ve Türkiye’deki mevcut durumu ortaya çıkarmak amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda Türkiye’nin medikal turizm faaliyetleriyle birlikte, elde edilen gelirlerin arttırılmasına yönelik yeterli altyapı ve üst yapı faaliyetleri ile sosyal ve kültürel imkanların bulunduğu, buna karşın Türkiye’nin dünya medikal turizm pastasından yeteri kadar pay alamadığı ortaya çıkarılmış olup bunun nedenleri de kısaca reklam ve tanıtım eksikliği, kalifiye personel eksikliği, birimler arasındaki koordinasyon eksikliği olarak belirtilmiştir.

2010 yılında yayınlanan diğer bir tez (Demirer, 2010) ise ‘Türkiye’de Medikal Turizm ve Geliştirilmesi; Örnek Bir Araştırma’ isimli tezdır. Bu çalışmada da Türkiye’nin mevcut durumu incelenerek, medikal turizmin geliştirilmesi için çözüm önerileri geliştirmek amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda, Türkiye’de medikal turizm kapsamında gelen hastalara sunulan hizmetlerde karşılaşılan sorunların başında hastaların hastane kurallarına uyması konusunun en önemli faktör olduğu bunu hasta yakınları ile iletişim, hasta ile iletişim, yemeklerin takip ettiği ortaya çıkarılmıştır. Bunun nedeni ise farklı kültürlere sahip insanlar arasındaki iletişim problemi olarak belirtilmiştir.

2011 yılında kabul edilen medikal turizm ile ilgili diğer bir tez (Khafizova, 2011) ise ‘Medikal Turizmin Gelişmesinde Seyahat İşletmelerinin Önemi ve Türkiye’deki Durum’dur. Araştırmada medikal turizmin gelişiminde seyahat işletmelerinin öneminin İstanbul’da UBK tarafından akredite olmuş sağlık kuruluşları açısından değerlendirilmesi, Medikal turizmin gelişmesinde seyahat işletmelerinin önemini tespit etmek amaçlanmıştır. Çalışma sonucunda sağlık sektörü ile turizm sektörünün arasındaki bağlantının zayıf olması nedeniyle Türkiye’de medikal turizm potansiyelinin gerektiği gibi kullanılmadığı ayrıca Türkiye’de yurt dışından hastaları kabul eden hastanelerin seyahat işletmeleriyle işbirliği yaptıkları tespit

edilmesine rağmen, medikal turizmde hizmet veren seyahat işletmelerinin yeterli sayıda olmadığı ve bu işbirliğinin sağlayacağı faydalardan yararlanılmadığı ortaya çıkmıştır.

Medikal turizm adıyla yayınlanmayan ve konusunun medikal turizmi kapsadığı düşünülen bir diğer tez (Yalçın, 2006) ise ‘Türkiye’de Sağlık Turizminde Alt Yapı Oluşturulma Gereği ve Sağlık Kurumlarına Yönelik Bir Araştırma’ isimli yüksek lisans tezidir. Bu çalışma da Sağlık turizmi açısından hastanelerin mevcut uygulamalarının incelenmesi ve yapılması gerekenlerin tespit edilmesi suretiyle ülkemizde sağlık kurumlarına yönelik sağlık turizmi konusunda karar vericilere önerilerde bulunmak ve bu alandaki akademik çalışma boşluğunu kapatmak amacı taşımaktadır. Araştırma sonucunda hastaların sağlık turizmde Türkiye’yi tercih etmesinde fiyat ve iklim faktörünün öncelikli olduğu tespit edilmiştir. Bununla birlikte, hastaların tercih nedenleri, özel ve kamu hastaneleri arasındaki farklar ve sebepleri sıralanarak çözüm önerileri geliştirilmiştir.

TÜSİAD tarafından 2009 yılında yapılan ‘Türkiye İçin Yeni Bir Fırsat Penceresi; Tıp Turizmi’ konulu araştırmada Türkiye için medikal turizmin yeni bir fırsat olabileceği görüşüyle medikal turizmin ayrıntılı incelemesi yapılmıştır. Bu kapsamda mevcut durum incelemesi yapılarak öneriler sunulmuştur. T.C. Sağlık Bakanlığı (2010) tarafından yayınlanan ‘Medical Tourism, Medical Tourism Research(Part One)’ isimli araştırmada medikal turizm konusu kavramsal olarak ele alınarak ülke incelemeleri yapılmış ve Türkiye’nin genel durumu ortaya çıkarılmıştır. T.C. Sağlık Bakanlığı öncülüğünde Aydın ve diğ. (2011) tarafından yapılan araştırma medikal turizmin son üç yılındaki gelişmeyi ortaya koymayı hedeflemektedir. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü’nün 2008-2009-2010 yıllarına ait verilerin kullanılmasıyla yapılan araştırma Türkiye’ye sağlık turizmi kapsamında gelen hastalar, özel ve kamu hastanelerinin payı vb. konuları içermektedir. İçöz (2009) tarafından yapılan bir diğer araştırmada sağlık turizmi ve medikal turizm konusunda Türkiye’deki durumun irdelenmesi ve ülke için alternatif gelir kaynağı yaratabilecek bir turizm türü olarak medikal turizmin gelişme olanakları incelenmiş olup dünyada medikal turizmin durumu, medikal turizmin bir dış kaynak kullanım aracı olarak değerlendirilmesi ve medikal turizmin avantaj ve dezavantajları gibi konularda değişik kaynaklardan elde edilen bilgiler biraraya getirilerek konu kuramsal olarak değerlendirilmeye çalışılmıştır.

Özetle, medikal turizm konusunda hazırlanan akademik tezlerin yüksek lisans tezi olarak yazıldığı ve doktora düzeyinde çalışmalara konu edilmediği görülmektedir. Hazırlanan tezlerin ve diğer çalışmaların genel amacının medikal turizm konusunda Türkiye’de mevcut durumu analiz ederek rakip ülkeler ile kıyaslama yaptığı söylenebilir. Buradan hareketle ‘Medikal Turizm’ konusunda yapılan akademik çalışmaların ve Türkiye kapsamındaki literatürün yetersiz olduğu söylenebilir. Nitekim Sağlık Bakanlığı’nın (Sağlık Bakanlığı, 2011, s. 20) Enginer Birdal editörlüğünde yaptırmış olduğu çalışma da bu görüşü destekler niteliktedir.

Ulusal veri tabanlarının dışında uluslararası veri tabanlarında da konuyla ilgili tarama yapılmıştır. “ProQuest Digital Dissertation and Thesis” gibi uluslararası tez veri tabanlarında, ‘Science-Direct’, ‘EBSCOhost’, ‘JSTOR’ ve ‘Oxford Journal’ gibi uluslararası veri tabanlarında yapılan taramalarda bu tez çalışması ile aynı mantıkla yapılan tez veya makale çalışmasına ulaşılmamış olup medikal turizm konusunu doğrudan kapsayan birçok araştırma mevcuttur. Örneğin, medikal turizm konusuna doğrudan değinen ilk çalışmalardan biri Connel (2006) tarafından yapılmış ‘Medikal turizm: Deniz, Güneş, Kum ve Cerrahi Operasyon’ isimli çalışmadır. Çalışma genel olarak medikal turizm kavramı, medikal turizmin gelişimi ve dünyadaki mevcut durumu hakkında bilgi vermektedir. Connel (2010), yılında ‘Medikal Turizm’ isimli bir kitap yayınlamış ve medikal turizmi detaylı olarak incelemiştir. Yine aynı yazar 2013 yılında ‘Karayip Adalarında Medikal Turizm: Kriz İçindeki Ekonomiler İçin Bir Çare’ isimli çalışmasında medikal turizmin ekonomik faydalarını incelemiştir. Bununla birlikte Horowitz ve Rosensweig (2007) tarafından yapılan ‘Medikal Turizm: Global Ekonomide Sağlık’ adlı çalışmada medikal turizmin ekonomik boyutu ve küresel ekonomideki yeri araştırılmıştır. Cook (2008) tarafından hazırlanan ‘Sağlık ve Medikal Turizm Nedir?’ adlı çalışma ise sağlık turizmi ve medikal turizm kavramları, tarihçeleri, mevcut durum ve güncel gelişmeleri konu edinmiştir. Lunt ve Carrera (2010) ise medikal turizm ile birlikte sağlık hizmetlerinde küreselleşmenin artması ve medikal turizmin yurt dışındaki işleyişini araştıran ‘Medikal Turizm: Yurtdışında İşleyişin Değerlendirilmesi’ isimli bir çalışma hazırlamıştır.

Yukarıda görüldüğü gibi, turizm alanında yapılan lisansüstü çalışmalar üzerine gerçekleştirilen araştırmada, medikal turizm konusunda yapılan çalışmaların, konunun önemi göz önüne alındığında oldukça yetersiz olduğu söylenebilir. Medikal turizm konusunda yapılan ve yukarıda açıklanan araştırmalarda çoğunlukla medikal turizm hakkında mevcut

durum analizi ve tarihsel gelişimi gibi konular üzerinde durulmuş olup medikal turistlerin beklenti ve algılarını anlamaya ve medikal turizmde hizmet kalitesinin düzeyini belirlemeye yönelik bir alışıma ulaşılamamıştır. Gerek ulusal kaynaklarda gerekse uluslararası kaynaklarda bir benzerine ulaşılamayan bu çalışmanın orijinal nitelikte olduğu düşünülmektedir. Gerçekleştirilen bu çalışmanın hem özelde turizm ve sağlık bilimi alanındaki bilgi birikimine önemli bir katkıda bulunacağı ve hem de ortaya çıkan bulgular itibariyle de medikal turizm paydaşları için önemli bir kaynak olarak yarar sağlayacağı düşünülmektedir.

3.3 Araştırmanın Kapsamı ve Sınırları

2012 yılı içerisinde 5.487'si kamu ve 53.98'i özel hastanelerde olmak üzere toplam 59.473 ziyaretçi medikal turizm amaçlı Türkiye'yi ziyaret etmiştir (Sağlık Bakanlığı (a), 2012, s. 6). Bu doğrultuda, araştırma kapsamına Türkiye'de faaliyet gösteren kamu ve özel hastanelerde tedavi olmuş yabancı hastalar alınmıştır.

Araştırmayı kısıtlayan en önemli etkenler, sağlık turizmi dışında özellikle medikal turizm konusunda net olmayan istatistiki bilgiler ve medikal turizm kapsamında Türkiye'yi tercih eden hastalarına ulaşma güçlüğü olmuştur. İstatistiklerde yer alan yabancı hasta sayılarında gerçekten medikal turizm kapsamında gelen yani öncelikli amacı tedavi olup tedavi ile turizmi bütünleştiren yabancı hastalarla, öncelikli amacı turizm olan ama geldiği destinasyonda hastalanarak mecburen tedavi olan yabancı hastalar arasında ayırım olmadığı bununla birlikte sağlık turizmi verileri olarak yer alan istatistiklerde medikal turizm dışında, termal turizm, spa-wellnes, klimatizm vb. sağlık turizmi çeşitlerini kapsadığı söylenebilir. Dolayısıyla, istatistiki bilgilerin net olmaması, evren ve örneklem seçiminde de önemli karışıklıklara sebep olmaktadır. Bunun yanında sağlık turizmi açısından Türkiye geneli kamu-özel sektör dağılımına baktığımızda özel hastanelerin daha fazla yabancı hastaya hizmet sundukları, kamu hastanelerinde de bu sayının oldukça düşük olduğu görülmektedir. Bu durum da araştırmanın yoğunluğunun özel hastanelerde yapılmasını neredeyse zorunlu hale getirmektedir. Özel ve Kamu hastanelerinde araştırma anketlerin yapılması için 05/07/2012 tarihinde Akdeniz Üniversitesi, Etik Kurulu'ndan rapor alınmasına rağmen (Rapor EK 3'te sunulmuştur) özel hastanelerin araştırmaya izin vermemesi araştırmayı kısıtlayan bir diğer önemli unsur olarak karşımıza çıkmıştır.

3.4 Araştırmanın Metodolojisi

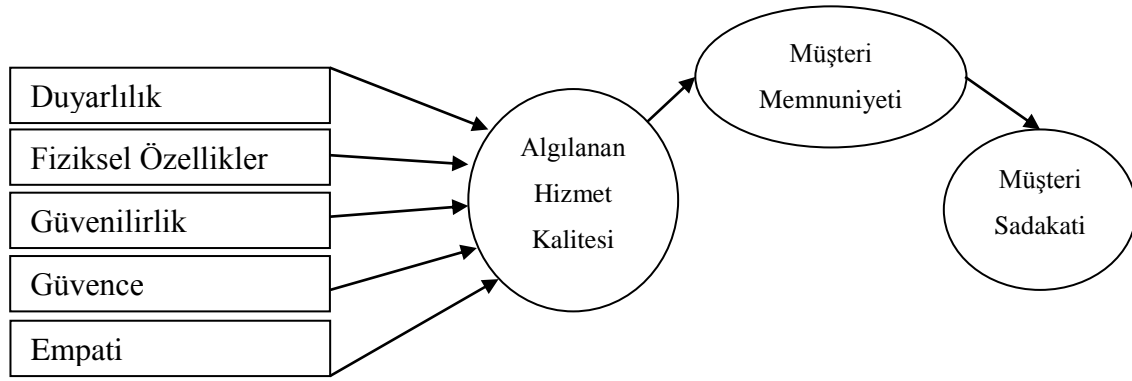
Bu bölümde araştırmanın modeli, veri toplama yöntemi, evren ve örneklem seçimi ile araştırmanın hipotezleri hakkındaki bilgiler yer almaktadır.

3.4.1 Araştırmanın Modeli

Hizmet kalitesi literatüründe yüksek hizmet kalite algısının ve yüksek hizmet memnuniyetinin yeniden tercih etme niyeti üzerinde büyük etkileri olduğu birçok çalışmada belirtilmiştir (Yang ve Tsai, 2007; Boulding, Kalra, Staelin, Zeithaml, 1993; Zeithaml, Berry, Parasuraman, 1996). Zeithaml ve diğ., (1996)'e göre bir işletmenin hizmet kalitesi arttıkça müşteri bağlılığı da artmaktadır. Bu bağlamda hizmet kalitesini ölçmek için geçerliliği ve güvenilirliği birçok bilim adamı tarafından kabul gören, 1988 yılında Parasuraman, Zeithalm ve Berry tarafından geliştirilen Servqual ölçeği kullanılmıştır.

Hizmet kalitesinin müşteri sadakati üzerinde doğrudan etkisinin olmadığı, müşteri memnuniyetinin hizmet kalitesi ile müşteri sadakati arasında aracılık etkisinin bulunduğunu birçok araştırmanın sonucu göstermektedir (Moutinho, Albayrak ve Caber, 2011; Rodgers ve diğ., 2005; Cronin ve diğ., 2000).

İşletmeye sadık olan müşterilerin tamamen memnun müşterilerden oluşması nedeniyle işletmeler, müşteriyi ele geçirmek için öncelikle kaliteli mal ve hizmet vererek müşteri memnuniyeti sağlamalı ve ikinci adımda müşterilere müşteri memnuniyetinin de ötesinde olağanüstü hizmetler vererek ilişkiyi sürekli kılmak ve müşteri sadakatini sağlamak işletmelerin temel hareket noktası olmalıdır (Barutçu, 2008, s.34). Zeithaml ve diğ., (1996)'ne göre bir işletmenin hizmet kalitesi arttıkça müşteri bağlılığı da artmakta ve işletme değiştirme eğilimi, fiyat hassasiyeti ve şikayet etme davranışları azalmaktadır. Bu bilgiler ışığında özetle hizmet kalitesinin müşteri memnuniyetini, müşteri memnuniyetinin de müşteri sadakatini etkilediği söylenebilir. Yani müşteri memnuniyeti algılanan hizmet kalitesinin beş boyutu ile müşteri sadakati arasında aracı bir rol oynamaktadır. Bu çalışmada araştırmanın modelinde belirtilen algılanan hizmet kalitesi, müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakati değişkenlerinin ilişki analizi yapılmıştır. Araştırmanın modeline ilişkin hipotezler çalışmanın 3.4.2. bölümünde verilmiştir. Araştırmanın temel modeli Şekil 3.1'de gösterilmiştir.



Şekil 3.1 Araştırmanın Modeli

Hizmet kalitesi, Servqual ölçeği ile alınan algı puanlarından, beklenti puanlarının çıkarılmasıyla ölçülür. Katılımcılar öncelikle mükemmel bir sağlık işletmesinden bekledikleri hizmet düzeyini, ardından da hizmet satın aldıkları hastaneden, aldıkları hizmet düzeyini belirleyen soruları cevaplamaktadır. Hastaların hizmet alımı öncesi hizmetin nasıl olması gerektiğine ilişkin beklentileri ile hizmet alımı sonrası hizmetle ilgili algılamalarının karşılaştırılması hizmet kalitesini belirlemektedir. Puanlama ve yorumlama aşağıdaki gibi yapılmaktadır.

Puanlama:

Formül: $SQ = A - B$

SQ: Servqual Puanı

A: Algılanan Hizmet

B: Beklenen Hizmet

Yorumlama:

Algılama Puanı > Beklenti Puanı = Beklentileri Aşmış Yüksek Kalite

Algılama Puanı = Beklenti Puanı = Beklentileri Karşılımış Yüksek Kalite

Algılama Puanı < Beklenti Puanı =Beklentileri Karşılıyamadı Düşük Kalite

Bu doğrultuda eğer algılanan hizmet kalitesi yüksek ise müşteri memnuniyeti ve buna bağlı olarak, sadakat seviyesi de yüksek olacaktır.

3.4.2 Araştırmanın Hipotezleri

Bu bölümde araştırmanın amacı ve modeli doğrultusunda belirlenen hipotezler yer almaktadır. Bu kapsamda hipotezler, servqual hipotezleri ve araştırma modeline ilişkin

hipotezle olmak üzere iki başlık halinde ele alınmıştır. Öncelikle servqual analizleri ile test edilecek hipotezler devamında da araştırmanın modelini test edecek hipotezler aşağıda sıralanmıştır.

Servqual Hipotezleri:

H0₁: Hizmet kalitesi boyutlarına verilen önem katılımcıların cinsiyetine göre farklılık göstermemektedir.

H1₁:Hizmet kalitesi boyutlarına verilen önem katılımcıların cinsiyetine göre farklılık göstermektedir.

H0₂: Hizmet kalitesi boyutlarına verilen önem katılımcıların yaşına göre farklılık göstermemektedir.

H1₂: Hizmet kalitesi boyutlarına verilen önem katılımcıların yaşına göre farklılık göstermektedir.

H0₃: Hizmet kalitesi boyutlarına verilen önem katılımcıların eğitim düzeyine göre farklılık göstermemektedir.

H1₃: Hizmet kalitesi boyutlarına verilen önem katılımcıların eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.

H0₄: Hizmet kalitesi boyutlarına verilen önem katılımcıların ülkelerine göre farklılık göstermemektedir.

H1₄: Hizmet kalitesi boyutlarına verilen önem katılımcıların ülkelerine göre farklılık göstermektedir.

H0₅: Her bir boyuta dair algılanan hizmet kalitesi katılımcıların cinsiyetine göre farklılık göstermemektedir.

H1₅: Her bir boyuta dair algılanan hizmet kalitesi katılımcıların cinsiyetine göre farklılık göstermektedir.

H0₆: Her bir boyuta dair algılanan hizmet kalitesi katılımcıların yaşına göre farklılık göstermemektedir.

H1₆: Her bir boyuta dair algılanan hizmet kalitesi katılımcıların yaşına göre farklılık göstermektedir.

H0₇: Her bir boyuta dair algılanan hizmet kalitesi katılımcıların eğitim düzeyine göre farklılık göstermemektedir.

H1₇: Her bir boyuta dair algılanan hizmet kalitesi katılımcıların eğitim düzeyine göre farklılık göstermektedir.

H0₈: Her bir boyuta dair algılanan hizmet kalitesi katılımcıların ülkelerine göre farklılık göstermemektedir.

H1₈: Her bir boyuta dair algılanan hizmet kalitesi katılımcıların ülkelerine göre farklılık göstermektedir.

H0₉: Müşteri memnuniyetine verilen önem katılımcıların cinsiyetine göre farklılık göstermemektedir.

H1₉: Müşteri memnuniyetine verilen önem katılımcıların cinsiyetine göre farklılık göstermektedir.

H0₁₀: Müşteri memnuniyetine verilen önem katılımcıların yaşına göre farklılık göstermemektedir.

H1₁₀: Müşteri memnuniyetine verilen önem katılımcıların yaşına göre farklılık göstermektedir.

H0₁₁: Müşteri memnuniyetine verilen önem katılımcıların eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1₁₁: Müşteri memnuniyetine verilen önem katılımcıların eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

H0₁₂: Müşteri memnuniyetine verilen önem katılımcıların ülkelerine göre farklılık göstermemektedir.

H1₁₂: Müşteri memnuniyetine verilen önem katılımcıların ülkelerine göre farklılık göstermektedir.

H0₁₃: Müşteri sadakatine verilen önem katılımcıların cinsiyetine göre farklılık göstermemektedir.

H1₁₃: Müşteri sadakatine verilen önem katılımcıların cinsiyetine göre farklılık göstermektedir.

H0₁₄: Müşteri sadakatine verilen önem katılımcıların yaşına göre farklılık göstermemektedir.

H1₁₄: Müşteri sadakatine verilen önem katılımcıların yaşına göre farklılık göstermektedir.

H0₁₅: Müşteri sadakatine verilen önem katılımcıların eğitim durumuna göre farklılık göstermemektedir.

H1₁₅: Müşteri sadakatine verilen önem katılımcıların eğitim durumuna göre farklılık göstermektedir.

H0₁₆: Müşteri sadakatine verilen önem katılımcıların ülkelerine göre farklılık göstermemektedir.

H1₁₆: Müşteri sadakatine verilen önem katılımcıların ülkelerine göre farklılık göstermektedir.

Araştırma Modeline İlişkin Hipotezler:

H₁: Fiziksel özellikler boyutu ile algılanan hizmet kalitesini olumlu yönde etkiler.

H₂: Güvenilirlik boyutu ile algılanan hizmet kalitesini olumlu yönde etkiler.

H₃: Duyarlılık boyutu ile algılanan hizmet kalitesini olumlu yönde etkiler.

H₄: Güvence boyutu ile algılanan hizmet kalitesini olumlu yönde etkiler.

H₅: Empati boyutu ile algılanan hizmet kalitesini olumlu yönde etkiler.

H₆: Müşteri memnuniyeti ile müşteri sadakatini olumlu yönde etkiler.

H₇: Müşteri memnuniyeti, algılanan hizmet kalitesi ve müşteri sadakati arasında aracı bir etkiye sahiptir.

3.4.3 Veri Toplama Yöntemi

Araştırmada veri toplama yöntemi olarak anket yöntemi kullanılmıştır. Anketin oluşturulmasında, Parasuraman, Berry ve Zeithaml'ın geliştirdikleri servqual ölçeğinden yararlanılmıştır. Parasuraman ve diğ., 1988 yılında yaptıkları çalışmada, servqual ölçeğinin değişik hizmet organizasyonlarının karakteristiğine ya da araştırmanın gereksinimlerine göre uyarlanabileceğini ve ölçeğe ilaveler yapılabileceğini belirtmişlerdir. Bu bağlamda, araştırmada kullanılan anket, Yalkın (2010) tarafından Türkiye'de sağlık hizmetlerinde

kullanılan ölçek temel alınarak medikal turizme uyarlanmıştır. 22 soru ve 5 boyuttan oluşan ölçeğe literatürden derlenen memnuniyet ve sadakat ile ilgili 10 soru eklenerek ölçek son halini almıştır.

Ölçeğin birinci bölümünde, orijinal servqual ölçeğine sadık kalınarak hazırlanmış ve hasta beklentilerinin ölçülmesini hedefleyen 7'li likert ölçeğinde hazırlanmış 22 soru bulunmaktadır. İkinci bölümünde; hizmet kalitesi boyutlarına ilişkin tanımlamalar, ankette hastaneler ve sundukları hizmetlerin taşınması gereken nitelikler olarak verilmiş ve hastalardan bu beş özelliği, toplamları 100 puan olacak şekilde puanlamaları istenmiştir. Üçüncü bölümünde; birinci bölümde sorulan soruların aynısı bu kez hizmet aldıkları hastanelere uyarlanarak, hastaların algılamalarını ölçmeye yönelik 7'li likert ölçeğinde 22 soru yer almaktadır. Dördüncü bölümde; hastaların memnuniyet ve sadakat boyutlarını belirlemeye yönelik 10 soru bulunmaktadır. Beşinci ve son bölüm ise hastaların demografik özelliklerini belirlemeye yönelik hazırlanmış sorulardan oluşmaktadır. Araştırmanın örneklemini çoğunlukla yabancı hastalardan oluştuğu için anket Türkçe, İngilizce, Almanca, Rusça, Fransızca ve Arapça olmak üzere 6 farklı dilde uygulanmıştır.

3.4.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklem Seçimi

Araştırmanın evrenini Türkiye'de medikal turizm kapsamında tedavi olan hastalar oluşturmaktadır. Bu kapsamda 2012 yılında Türkiye'ye gelen sağlık turizmi hastaları tablo 3.1'de görülmektedir.

Tablo 3.1 Sağlık Turizmi Hastalarının Hastane Türüne Göre Sayıları (2012)

Hastane Türü	Hasta Sayısı
Kamu	5487
Özel	53986
Toplam	59473

Kaynak: Sağlık Bakanlığı (2012 (d)) 'Sağlık Turizmi 2012 Faaliyet Raporu' <http://www.saglikturizmi.gov.tr/duyuru/22-saglik-turizmi-daire-baskanligi-2012-faaliyet-raporu.html>

Tablo 3.1'de görüldüğü gibi medikal turizm kapsamında Türkiye'ye gelen hasta ve yakınları çoğunlukla özel hastaneleri tercih etmektedir. Özel kurumların veri paylaşma konusundaki isteksizlikleri, gelecek medikal turizm hastalarının geliş tarihi, dönüş tarihi, tedavi süreci vb. ayrıntıların önceden bilinmemesi, medikal turizm hastaları ile turist sağlığı kapsamındaki hastaları ayırt edilmesindeki güçlükler, evrenin büyüklüğü, uygulamanın

maddiyat ve zaman kısıtlılıkları, tedavi sürecinde olan hasta ve yakınlarının anketi doldurma konusunda ikna edilme güçlüğü gibi nedenlerden dolayı tesadüfi örnekleme yöntemi olan kolayda örnekleme yöntemine başvurulmuştur. Bu yöntemde, örnek kapsamına bilgi ve verilerin en kolay toplanabileceği bireylerin alınması amaçlanmaktadır.

Bu doğrultuda öncelikle araştırmanın yoğun olarak yürütüldüğü Antalya ilindeki kamu hastaneleri ve özel hastanelerde, daha sonra İstanbul ve Muğla ilindeki rastgele seçilen medikal turizm hastalarına Temmuz 2013 ve Aralık 2013 tarihleri arasında uygulanmıştır. Anketin uygulaması öncelikle araştırmacı tarafından başlatılmış fakat yukarıda sayılan nedenlerden dolayı anketlerin uygulaması sınırlı kalmıştır. Bu nedenle, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Uluslararası Hasta Departmanı yöneticilerine ve Akdeniz Sağlık İşletmeleri Derneği (AKSİD) yardımıyla özel hastane yöneticilerine ulaşılmış ve hastanelerin yabancı hasta ilişkileri departmanı çalışanlarınca yüz yüze uygulama gerçekleştirilmiştir. Bu süreçte Muğla ve İstanbul illerindeki araştırmacılar yüz yüze anket uygulamasına devam etmiştir. Yüz yüze görüşülerek uygulanan anketin dışında yine aynı tarihlerde Türkçe, Almanca, İngilizce ve Fransızca olmak üzere 4 dilde düzenlenen anket online olarak erişime açılmış hastane yönetiminin ve araştırmacı tarafından linkleri dağıtılarak uygulanmıştır.

Literatür tarandığında, Yapısal eşitlik modeli ve doğrusal faktör analizi kullanan araştırmaların örneklem büyüklüğü ve değişken sayısına ilişkin iki temel ölçütü yerine getirmesi beklenmektedir. Araştırmacılar örneklem sayısı için en az 150-200 arasında veri toplanması ve/veya ölçeklerdeki soru sayısının 5 ile 10 katı arasında olması gerektiğine yönelik iki temel ölçüt koymaktadır (Brown, 2006, s. 412-413; Chen vd.,2008; Dursun ve Kocagöz, 2010; Çetinkaya ve Şimşek, 2008, s. 8 aktaran: Sezerel, 2013, s. 80). Bununla birlikte Gorsuch, (1983) madde başına 5 kişi, en az 200 örneklem ve Streiner, (1994) madde başına 10 kişi, en az 100 örneklemin yeterli olacağını belirtmiştir (Çepni: 2010). Buradan hareketle elde edilen verilerin (n=223) yukarıda belirtilen yeterlilikleri karşıladığı söylenebilir.

3.4.5 Verilerin Analizi

Uygulama sonucu elde edilen verilerin değerlendirilmesinde istatistik paket programları kullanılmıştır. Verilerin analizinde uygunluk testleri, frekans dağılımları, t-testi, tek yönlü varyans analizi (Anova), Gruplar arasındaki farklılığın detayları için LSD ve Tukey testleri, açıcı ve doğrulayıcı faktör analizleri, güvenilirlik testleri ve araştırmanın temelini

oluşturan servqual analizi, regresyon analizi ve yapısal eşitlik modeli gibi analiz yöntemlerinden yararlanılmıştır. Bulgular ve bulguların yorumlanmasında, araştırmaya katılan hasta ve refakatçilerinin demografik özellikleri, sunulan hizmetin kalitesine yönelik beklentileri, algıları, beklentiler ile algıların karşılaştırılması, algılanan hizmet kalitesi boyutları ile demografik özellikler, müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakatine yönelik değişkenler arasındaki ilişkiler üzerinde durulmuştur. Gruplar arasındaki farkın anlamlı çıkması durumunda etki büyüklüğünü incelemek için eta-kare (η^2) değeri incelenmiştir. Eta kare değeri etki düzeyini göstermekte olup 0,00 ile 1 arasında değer almaktadır. Değer 1'e yaklaştıkça etki düzeyi artar (Ntoumanis, 2005, s. 86). Elde edilen eta-kare değeri, etki büyüklük indekslerinden birisi olan 'Cohen d indeksi' doğrultusunda yorumlanmıştır. Etki büyüklüğü aldığı değere göre $0,01 \leq \eta^2 < 0,06$ 'düşük düzeyde etki', $0,06 \leq \eta^2 < 0,14$ 'orta düzeyde etki' ve $\eta^2 \geq 0,14$ 'yüksek düzeyde etki' şeklinde yorumlanmaktadır (Kartal ve diğ., 2013, s. 921; Kutsal ve Bilge, 2012, s. 288). Sonuçlar $p < 0,05$ düzeyinde anlamlı kabul edilmiştir.

3.5 Araştırmanın Bulguları ve Bulgulara İlişkin Yorumlar

Araştırmanın bu bölümünde verilerin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Bu kapsamda öncelikle katılımcılara ilişkin betimsel istatistikler, devamında da uygunluk testlerine, Açımlayıcı ve doğrulayıcı faktör analizlerine, güvenilirlik analizlerine, servqual ve yapısal eşitlik modeli analizlerine ilişkin bulgular başlıklar halinde sunulmuştur.

3.5.1 Katılımcılara İlişkin Betimsel İstatistikler

Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim durumu, geldikleri ülke, hastaneye başvuru şekli, hasta ve refakatçi bilgilerini içeren dağılımlar çalışmanın devamında yer almaktadır. Hasta veya yakınlarının gelir düzeyleri hakkında bilgi vermek istememeleri nedeniyle, gelir düzeyine ait soru analizden çıkarılmıştır. Tablo 3.2 katılımcıların cinsiyet, yaş ve eğitim durumlarını içeren bilgileri göstermektedir.

Tablo 3.2 Katılımcıların Yaş, Cinsiyet ve Eğitim Durumu

Özellik		f (n=223)	%
Cinsiyet	Erkek	144	64,6
	Kadın	79	35,4
Yaş	18-28	51	22,9
	29-39	71	31,8
	40-50	59	26,5
	51-60	23	10,3
	61 ve üzeri	19	8,5
Eğitim Durumu	Ortaöğretim (lise) ve altı	20	9,0
	Önlisans	71	31,8
	Lisans	80	35,9
	Lisansüstü	23	10,3
	Diğer	29	13,0

Tablo 3.2 incelendiğinde araştırmaya katılan 223 kişiden %64,6'sı (144 kişi) erkek ve %35,4'ü (79 kişi) kadın katılımcıdır. Yaş özelliklerine bakıldığında %31,8 (71 kişi) oranla en çok katılımcının 29-39 yaş aralığında olduğu, en az katılımcının ise %8,5 (19 kişi) ile 61 yaş ve üzeri olduğu görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumuna bakıldığında %35,9 (80 kişi) oranla en çok katılımcının lisans düzeyinde eğitime sahip olduğu, en az katılımcının ise %10,3 (23 kişi) ile lisansüstü eğitim düzeyine sahip olduğu görülmektedir. 29 katılımcı ise diğer seçeneğini işaretlemiş olup bu durumun ülkeler arasındaki eğitim-öğretim sistemindeki farklılıklardan olduğu düşünülmektedir.

Tablo 3.3 Katılımcıların Ülkelerine Göre Dağılımı

Ülke	f	%
Almanya	57	25,6
Rusya	31	13,9
Hollanda	20	9,0
Fransa	17	7,6
Belçika	11	4,9
Azerbaycan	8	3,6
Ukrayna	7	3,1
Irak	7	3,1
Kazakistan	2	,9
Diğer	63	28,3
Toplam	223	100,0

Tablo 3.3 katılımcıların geldikleri ülkelere göre dağılımını göstermektedir. Tabloda verilen ülke sıralaması T.C. Sağlık Bakanlığı'nın hazırlamış olduğu Sağlık Turizmi 2012 Faaliyet Raporu'ndaki ülke sıralamasına göre belirlenmiş olup sıralamada herhangi bir değişiklik yapılmamıştır. Tablo incelendiğinde en çok katılımcının sırasıyla %25,6 (57 kişi) ile

Almanya'dan daha sonra Rusya (31 kişi) ve Hollanda'dan (20 kişi) geldiği görülmektedir. Bu durum T.C. Sağlık Bakanlığı'nda verilen sıralamayla paralellik göstermekle birlikte diğer ülkelerin dağılımı farklılık göstermektedir. Araştırmada sunulan diğer seçeneğinde belirtilen ülkelerin İngiltere, İsveç, İsviçre, İran, Amerika, Polonya, Finlandiya, İrlanda, Letonya, Özbekistan gibi ülkelerdir. Bu ülkeler, katılımcıların sayıca az olması ve T.C. Sağlık Bakanlığı'nın sıralaması dikkate alındığı için diğer seçeneği olarak analize tabi tutulmuştur. Katılımcıların hasta veya refakatçi olma durumuna göre dağılımı Tablo 3.4'te verilmiştir.

Tablo 3.4 Katılımcıların Hasta veya Refakatçi Olma Durumuna Göre Dağılımı

Katılımcı	f	%
Hasta	192	86,1
Refakatçi	31	13,9
Toplam	223	100,0

Tablo 3.4 incelendiğinde katılımcıların %86,1'i (192 kişi) gibi büyük çoğunluğunun medikal turizm kapsamında hastaneye gelen hastalar, %13,9'unun (31 kişi) ise hastayla birlikte gelen refakatçiler olduğu görülmektedir.

Tablo 3.5 Katılımcıların Hastaneye Başvuru Şekillerine Göre Dağılımı

Başvuru şekli	f	%
Bireysel başvuru	161	72,2
Sigorta şirketi aracılığıyla başvuru	47	21,1
Seyahat acenteleri ve/veya tur operatörleri aracılığıyla	14	6,3
Diğer	1	,4
Toplam	223	100,0

Tablo 3.5 katılımcıların medikal turizm kapsamında geldikleri hastaneye başvuru ve geliş şeklini göstermektedir. Tablo incelendiğinde katılımcıların %72 (161 kişi) gibi büyük çoğunluğunun bireysel olarak başvurduğu, bunu sırasıyla sigorta şirketi aracılığıyla (47 kişi), Seyahat acenteleri ve/veya tur operatörleri aracılığıyla (14 kişi) ve diğer (1 kişi) başvuru şekillerinin izlediği görülmektedir. Buradan hareketle medikal turizm kapsamında Türkiye'ye gelen hastaların başvuru ve geliş sürecinde aracı kurumların etkin rol oynamadığı yorumu yapılabilir.

3.5.2 Uygunluk Testleri

Araştırma kapsamında toplanan verilerin tümünün normal dağılıma uygun olup olmadığını anlaşılması için elde edilen veriler basıklık (measures of kurtosis) ve çarpıklık (measures of skewness) testlerine tabi tutulmuştur. Bir dağılımın normal dağılıma göre tepe noktasının sivriliğinin derecesine ‘basıklık’ denir. Basıklık ölçümünün amacı merkezi ölçüler etrafında nasıl toplanma olduğunu saptamaktır. Basıklık=3 ise normal seri (mesokurtic), basıklık<3 ise basık seri (platykurtic) ve basıklık>3 ise sivri seri (leptokurtic) olarak kabul edilir (Uzgören, 2012, s. 130). Çarpıklık normal dağılımda 0 olarak varsayılır. Bir dağılımın çarpıklık katsayısı negatif ise dağılım sağa, pozitif ise sola çarpıktır. Çoğu istatistikçi tarafından $\pm 2,58$ saçılımı normal varsayılır (Yalkın, 2010: 110). Tablo 3.6 algı önermelerine ilişkin çarpıklık ve basıklık testi sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 3.6 Algı Önermelerine İlişkin Çarpıklık ve Basıklık Testi Bulguları

	n	Ortalama	Çarpıklık	Std. Hata (Çarpıklık)	Basıklık	Std. Hata (Basıklık)
FV1algı	223	5,73	-,969	,163	1,018	,324
Fv2algı	223	5,77	-1,020	,163	1,609	,324
FV3algı	223	5,73	-1,175	,163	1,788	,324
FV4algı	223	5,74	-1,372	,163	2,959	,324
Güvenilirlik5algı	223	5,79	-,931	,163	1,135	,324
Güvenilirlik6algı	223	5,90	-1,394	,163	2,315	,324
Güvenilirlik7algı	223	5,88	-1,397	,163	2,051	,324
Güvenilirlik8algı	223	5,78	-1,029	,163	1,486	,324
Güvenilirlik9algı	223	5,83	-1,084	,163	1,733	,324
Duyarlılık10algı	223	5,75	-,950	,163	1,357	,324
Duyarlılık11algı	223	5,70	-,939	,163	1,260	,324
Duyarlılık12algı	223	5,61	-1,046	,163	1,694	,324
Duyarlılık13algı	223	5,60	-1,138	,163	1,493	,324
Duyarlılık14algı	223	5,68	-1,073	,163	1,124	,324
Güvence15algı	223	5,81	-,952	,163	,604	,324
Güvence16algı	223	5,74	-,941	,163	,916	,324
Güvence17algı	223	5,80	-,820	,163	,305	,324
Güvence18algı	223	5,88	-,697	,163	,280	,324
Empati19algı	223	5,76	-1,356	,163	2,433	,324
Empati20algı	223	5,78	-1,473	,163	2,853	,324
Empati21algı	223	5,57	-1,242	,163	2,557	,324
Empati22algı	223	5,63	-1,559	,163	3,259	,324

Kabul edilebilir çarpıklık değeri için (-3, +3) aralığı alınabilir. Kabul edilebilir basıklık için ise 10'dan küçük değerler alınabilir (Çepni, 2010). Buradan hareketle verilerin dağılımın uygun olduğu söylenebilir.

3.5.3 Açıklayıcı Faktör Analizi

Açıklayıcı faktör analizinden önce örneklem büyüklüğünün faktörleştirmeye uygunluğunu test etmek amacıyla analizlerde kullanılacak algı önermelerine Kaiser-Meyer Olkin (KMO) testi yapılmıştır. Tablo 3.5.3.1. KMO testi sonucunu göstermektedir. Tablo incelendiğinde KMO değerinin 0.938 olduğu görülmektedir. Sharma (1996)'a göre KMO değerinin 0,80 ile 0,90 arasında olması 'Çok İyi', 0,90 ve üzeri ise 'Mükemmel' olarak yorumlanmaktadır (Kalaycı, 2008; 322). Dolayısıyla ölçeğin faktörleştirmeye uygun olduğu söylenebilir.

Tablo 3.7 Kaiser-Meyer Olkin (KMO) Testi Bulguları

Kaiser-Meyer-Olkin Testi		,938
Bartlett Testi (Dairesel)	Ki-kare (X^2)	4059,411
	S.D. (Serbestlik Derecesi)	153
	Anlamlılık	,000

Tablo 3.7'de dönüştürülmüş bileşenler analizi yer almaktadır. Varimax rotasyonu ile dönüştürülmüş bileşenler faktör analizi gerçekleştirilmiştir. Hair ve ark. (1998) önerdiği şekilde, faktör yüklemesi 0,50'nin üzerinde olan değişkenler bir araya getirilerek faktör bileşenleri oluşturulmuştur. Yapılan ilk faktör analizinden sonra binişik yüklü olan 4 soru (güvenilirlik 5, duyarlılık 10, güvence 15 ve empati 19) ölçekten çıkarılmış ve tablodaki sonuç elde edilmiştir.

Tablo 3.8 Algı Önermelerine İlişkin Dönüştürülmüş Bileşenler Analizi Bulguları

Soru Önermeleri	Bileşenler				
	1	2	3	4	5
Güvenilirlik8algı	,865				
Güvenilirlik7algı	,828				
Güvenilirlik6algı	,810				
Güvenilirlik9algı	,768				
Fv2algı		,817			
FV3algı		,769			
FV1algı		,741			
FV4algı		,709			
Duyarlılık12algı			,757		
Duyarlılık13algı			,744		
Duyarlılık11algı			,663		
Duyarlılık14algı			,636		
Empati21algı				,822	
Empati22algı				,820	
Empati20algı				,698	
Güvence18algı					,825
Güvence17algı					,731
Güvence16algı					,606

Tablo 3.8 incelendiğinde ölçekten çıkarılan sorular haricinde toplam 18 soru 5 faktör altında toplanmıştır. Bu doğrultuda 1.Faktör ‘Güvenilirlik’, 2.Faktör ‘Fiziksel Varlıklar’, 3.Faktör ‘Duyarlılık’, 4.Faktör ‘Empati’ ve 5.Faktör ‘Güvence’ olarak isimlendirilmiştir. Ölçek toplam varyansın %84,491’ini açıklamaktadır.

Memnuniyet ve sadakat ölçeği için yapılan KMO analizi sonucunda KMO değeri ,900 olarak bulunmuştur. Ölçeğe yapılan faktör analizi sonucunda diğer faktör altına giren 1 soru (memnuniyet 6) ölçekten çıkarılmıştır. Toplam 9 soru 2 faktör altında toplanmıştır. Ölçek toplam varyansın %83,363’ünü açıklamaktadır. Memnuniyet ve sadakat önermelerine ilişkin dönüştürülmüş bileşenler analizi bulguları tablo 3.9’da verilmiştir.

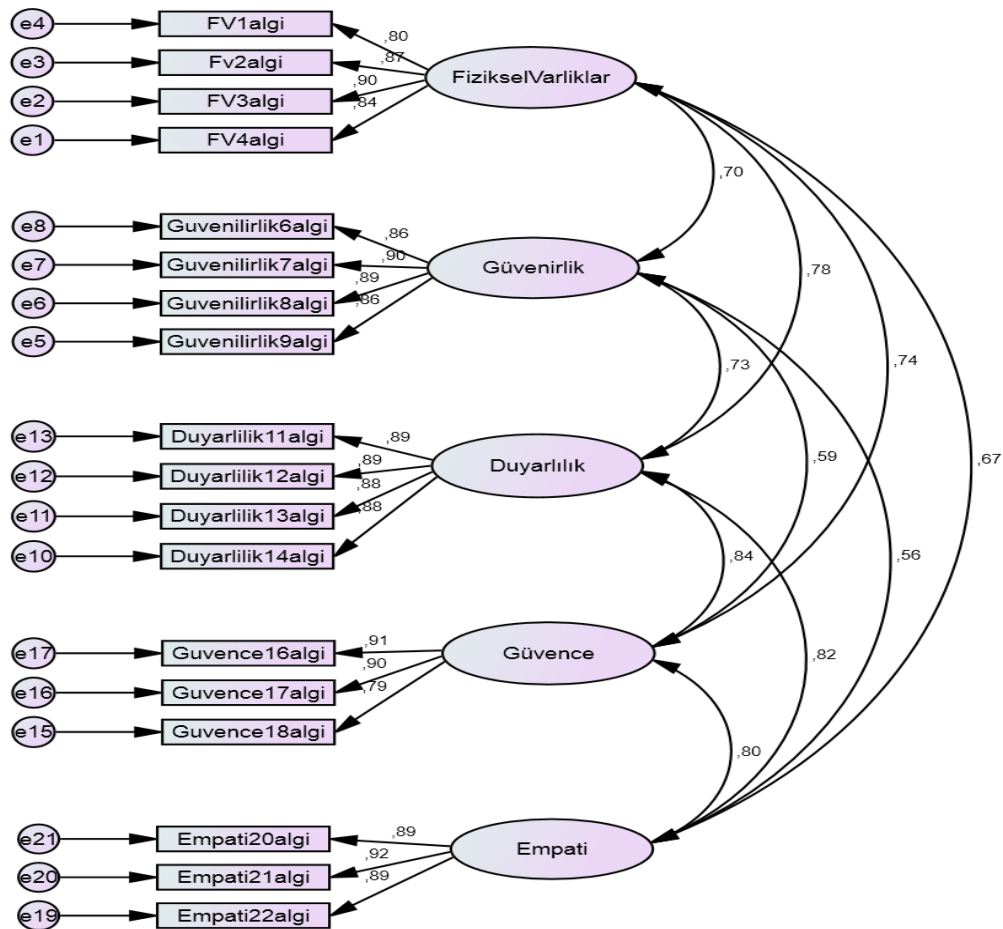
Tablo 3.9 Memnuniyet ve Sadakat Önermelerine İlişkin Dönüştürülmüş Bileşenler Analizi Bulguları

	Bileşenler	
	1	2
Sadakat9	,878	
Sadakat10	,864	
Sadakat8	,836	
Sadakat7	,781	
Memnuniyet2		,888
Memnuniyet1		,812
Memnuniyet3		,771
Memnuniyet4		,748
Memnuniyet5		,668

3.5.4 Doğrulayıcı Faktör Analizi (DFA)

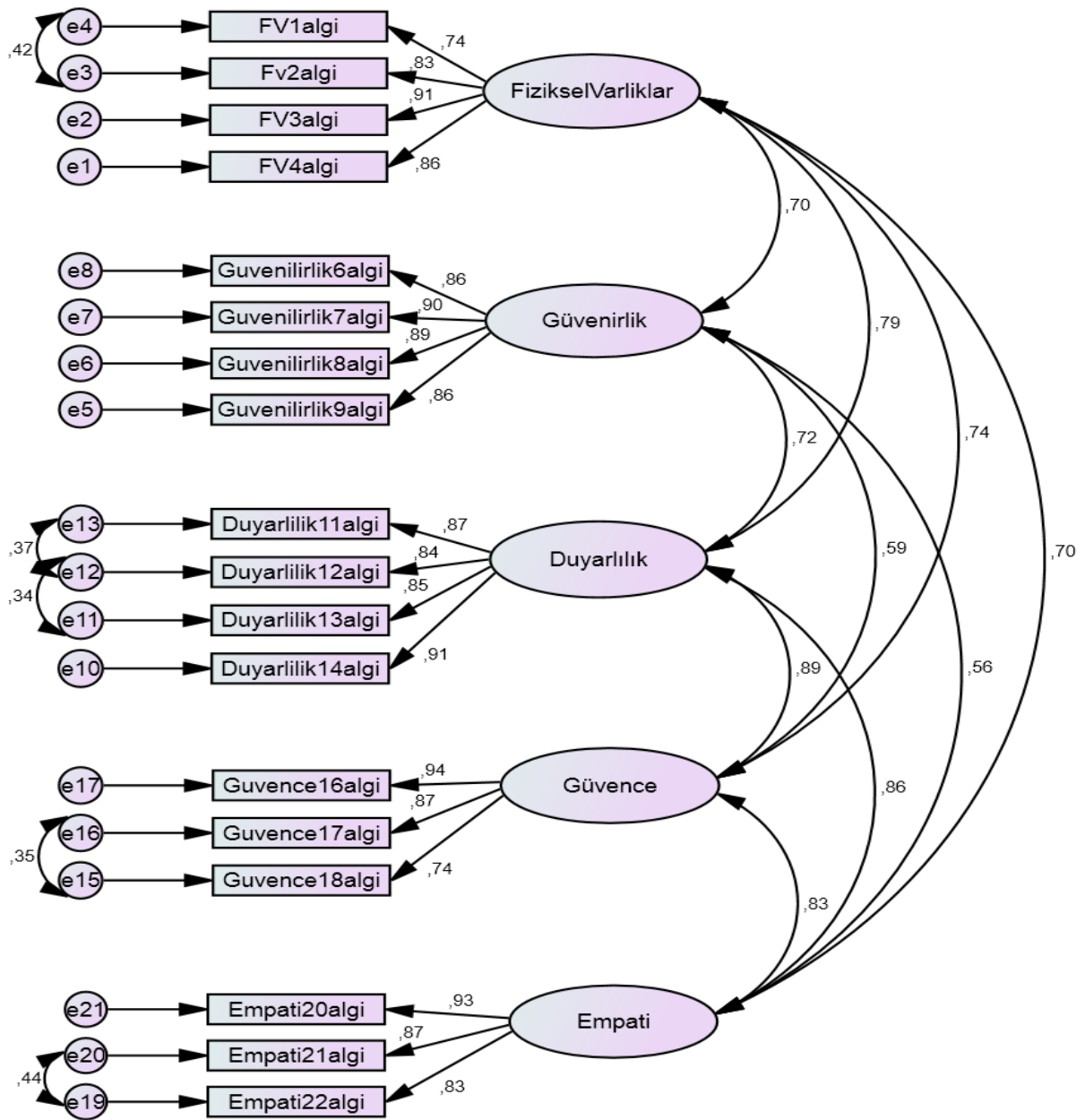
Doğrulayıcı faktör analizi (DFA) (Confirmatory Factor Analysis: CFA), ölçme modellerini geliştirilmesinde sık kullanılan ve önemli kolaylıklar sağlayan bir analiz yöntemidir. Genellikle ölçek geliştirme ve geçerlilik analizlerinde kullanılmakta veya önceden belirlenmiş bir yapının doğrulanmasını amaçlamaktadır. Çok sayıda gözlenen veya ölçülen değişken tarafından temsil edilen gizil yapıları içeren, çok değişkenli istatistiksel analizleri tanımlamak amacıyla DFA kullanılmaktadır. DFA, Açıklayıcı Faktör Analizi (AFA) (Explanatory Factor Analysis: EFA) ile belirlenen faktörlerin, hipotez ile belirlenen faktör yapılarına uygunluğunu test etmek üzere yararlanılan faktör analizidir. AFA, hangi değişken gruplarının hangi faktör ile yüksek düzeyde ilişkili olduğunu test etmek için kullanılırken, belirlenen k sayıda faktöre katkıda bulunan değişken gruplarının bu faktörler ile yeterince temsil edilip edilmediğinin belirlenmesi için DFA’dan faydalanılır (Aytaç ve Öngen, 2012, s. 16).

Ki-kare istatistiği (The chi-squared statistic $-\chi^2$), Karşılaştırmalı Uyum İndeksi (the Comparative Fit Index-CFI), Tucker-Lewis indeks (TLI) ve Kestirim Hatası Kareler Ortalamasının (the Root Mean Square Error of Approximation-RMSEA) modelin uyum genel iyiliğini değerlendirmek için yeterlidir (Perryer, 2009: 247). Analiz sonucu modelin uyum değerlerinin incelenmesinde Ki-kare/ Serbestlik derecesinin (X^2/SD) 2:1, 3:1 aralığında olması gerekirken bazı araştırmacılara göre ise 5 ve daha aşağı bir değer de modelin kabul edilebilmesi için yeterli sayılabilir (Çetintürk, 2010, s. 80) , NFI (Normed Fit Index) değeri 0 ile 1 arasında değer almakla birlikte Bentler and Bonnet (1980) iyi bir uyum için değer 0,90'dan büyük olması gerektiğini belirtmiştir (Hooper ve diğ. 2008, s. 55). CFI ve TLI değerlerinin 0,95, RMSEA değerinin 0,60'ın altında olması modelin yüksek derecede uyumlu olduğunu göstermekle birlikte Browne and Cudeck (1993) and Hair, Black, Babin, Anderson, and Tatham (2006) CFI ve TLI değerleri için 0,90 ve RMSEA değeri için 0,80'in altında değerlerin kabul edilebilir değerler olduğunu söylemektedir (Perryer, 2009, s. 248; Hooper ve diğ. 2008, s. 23-55).



Şekil 3.2 Model 1- Algı Önergelerine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Şekil 3.2 Algı önermelerine ilişkin model 1'e ait doğrulayıcı faktör analizi sonuçlarını göstermektedir. Modelin uyum indeksi sonuçlarına bakıldığında CMIN/DF (χ^2 :df):2,862 (357,691/125), P: 0,000, TLI: 0,929, NFI: 0,915, CFI:0,942 ve RMSEA:0,092'dir. Bu değerlerden RMSEA değeri hariç diğer tüm değerler modelin uyumu için kabul edilebilirken RMSEA değeri 0,080'in üzerinde olduğu için kabul edilmemiştir. Analizin devamında en iyi model uyumunu sağlamak için modifikasyon yapılmıştır. Sonuçlar aşağıda Şekil 3.3'te yer almaktadır.



Şekil 3.3 Model 2 -Algı Önermelerine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Şekil 3.3'te çizilen yol diyagramı gösterilmektedir. Diyagramda gözlenemeyen değişkenler olan 'Fiziksel Varlıklar', 'Güvenilirlik', 'Duyarlılık', 'Güvence' ve 'Empati' faktörleri elips ile gösterilmiş olup bu beş faktör birbirleriyle ilişkilidir. Bu beş faktörü temsil eden 18 gözlenen değişken 18 dikdörtgenle faktörlere bağlanmıştır. Her gözlenen değişken tek bir faktörle yüklenmektedir. Buna göre elde edilen tüm standardize edilmiş değerlerin 1'in altında olması gerekmektedir. Standardize edilmiş çözümlene değerleri her bir maddenin (gözlenen değişkenin) kendi gizil değişkeninin ne kadar iyi bir temsilcisi olduğuna ilişkin fikir vermektedir. Diyagramda, standardize edilmiş parametre değerlerine bakıldığında 'Fiziksel Varlıklar' faktörünü en fazla etkileyen boyut 0,91'lik bir yükü 'Hizmet aldığınız hastanenin fiziksel ortamları estetik ve temizdir.' sorusu ve en az etkileyen boyut ise 0,75'lik bir yükü 'Hizmet aldığınız hastane modern cihaz ve ekipmanlara sahiptir.' sorularının olduğu görülmektedir. Buradan hareketle hastaların öncelikle temizlik ve estetiği dikkate aldığı yorumu yapılabilir.

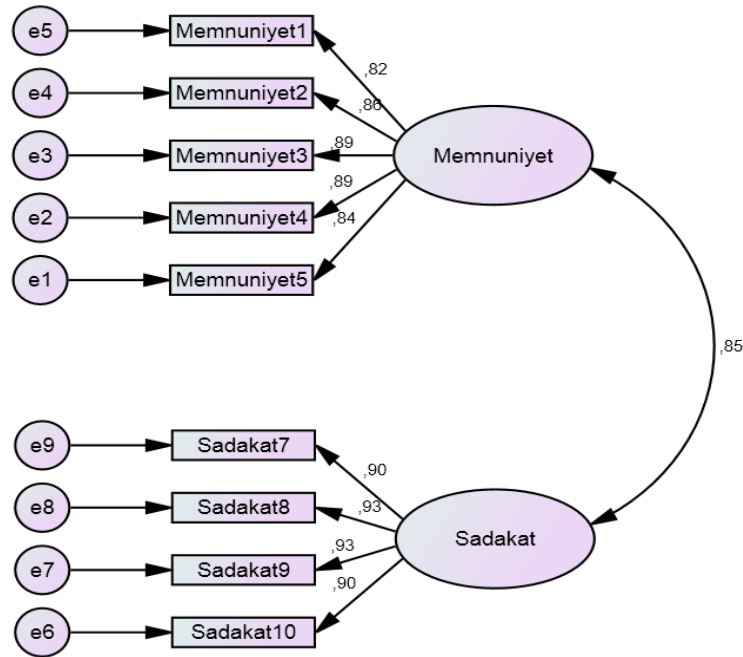
Güvenilirlik faktörünü en fazla etkileyen boyut 0,90'lık bir yükü 'Hizmet aldığınız hastane tedavi süreci ile ilgili işlemleri taahhüt ettiği şekilde yerine getirir' sorusudur. Duyarlılık faktörünü en fazla etkileyen boyut 0,91'lik bir yükü 'Hizmet aldığınız hastanedeki doktor ve hemşirelerin davranışları daima naziktir ve hastada güven duygusu yaratır' sorusudur. Güvence faktörünü en fazla etkileyen boyut 0,94'lük yükü 'Hizmet aldığınız hastane hasta menfaatlerini her zaman üstün tutar' sorusudur. Empati faktörünü en fazla etkileyen boyut ise 0,93'lük bir yükü 'Hizmet aldığınız hastane çalışanları, hasta ve yakınlarının sorunları olduğunda duygularını paylaşır ve yardımcı olmak için çaba sarf eder' sorusudur.

Modelin uyum indeksi sonuçlarına bakıldığında CMIN/DF (χ^2 :df):2,108 (253,006/120), P: 0,000, TLI: 0,958, NFI: 0,940, CFI:0,967 ve RMSEA:0,071'dir. Sonuç olarak elde edilen bu uyum indeksleri modelin iyi bir uyuma sahip olduğunu ortaya koymuştur. İlgili sonuçlar Tablo 3.10'da gösterilmektedir.

Tablo 3.10 Servqual Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri

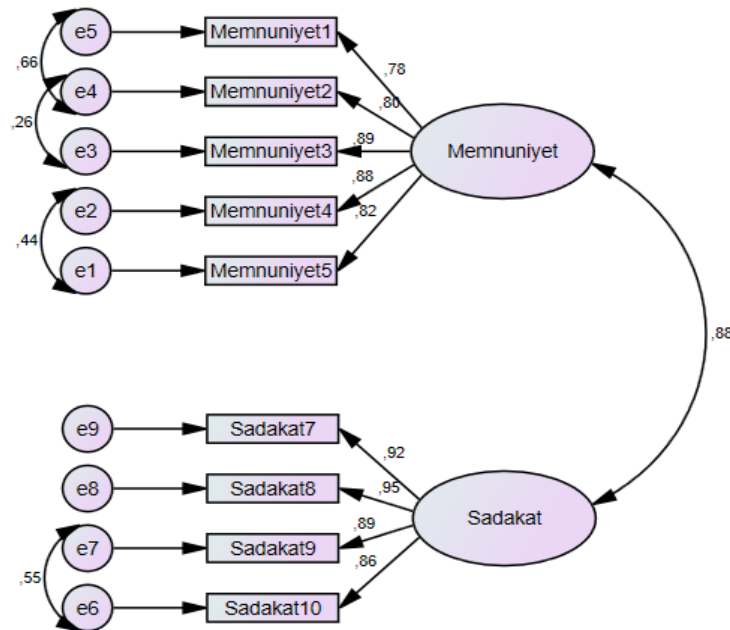
X ²	DF	RMSEA	CFI	TLI	NFI	P	CMIN/DF
253,006	120	0,071	0,967	0,958	0,940	0,000	2,108

Çalışmanın devamında müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakati ölçeğine ilişkin doğrulayıcı faktör analizi yer almaktadır.



Şekil 3.4 Model 1- Memnuniyet ve Sadakat Önermelerine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Modelin uyum indeksi sonuçlarına bakıldığında CMIN/DF (χ^2 :df): 9,985 (259,617/26), P: 0,000, TLI: 0,859, NFI: 0,889, CFI:0,898 ve RMSEA:0,201'dir. Bu değerlerin hiçbirisi modelin uyumu için kabul edilebilir değildir. Analizin devamında en iyi model uyumunu sağlamak için modifikasyon yapılmıştır. Sonuçlar aşağıda Şekil 3.5'te yer almaktadır.



Şekil 3.5 Model 2 - Memnuniyet ve Sadakat Önermelerine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Sonuçları

Diyagramda, standardize edilmiş parametre değerlerine bakıldığında ‘Memnuniyet’ faktörü boyutlarının faktör yüklerinin birbirlerine oldukça yakın olduğu fakat en fazla etkileyen boyutun 0,89’lik bir yükü ‘Doktor ve hemşirelerin dışında görev yapan personelin davranışlarından oldukça memnunum’ sorusu olduğu ve en az etkileyen boyutun ise 0,78’lik bir yükü ‘Genel olarak verilen hizmetin kalitesinden oldukça memnunum’ sorusunun olduğu görülmektedir. Buradan hareketle hastaların memnun olmasında doktor, hemşire dışında hizmet sunan diğer personelin davranışlarının daha etkili olduğu sonucuna ulaşılabılır. Sadakat faktörü için belirlenen boyutların faktör yüklerinin de birbirlerine oldukça yakın olduğu ama en çok etkileyen boyutun 0,95’lik bir yükü ‘Tavsiyede bulunmamı isteyenlere bu hastaneyi güvenle tavsiye ederim’ boyutu olmuştur.

Modelin uyum indeksi sonuçlarına bakıldığında CMIN/DF (χ^2 :df):2,021 (44,451/22), P: 0,003, TLI: 0,984, GFI:0,959, NFI: 0,981, CFI:0,990 ve RMSEA:0,068’dir. Sonuç olarak elde edilen bu uyum indeksleri modelin iyi bir uyuma sahip olduğunu ortaya koymuştur. İlgili sonuçlar Tablo 3.11’de gösterilmektedir.

Tablo 3.11 Memnuniyet ve Sadakat Ölçeğine İlişkin Doğrulayıcı Faktör Analizi Uyum İndeksleri

X ² (CMIN)	DF	RMSEA	CFI	NFI	GFI	P	CMIN/DF
44,451	22	0,068	0,990	0,981	0,959	0,003	2,021

3.5.5 Güvenilirlik Analizleri

Ölçeğin güvenilirliğinin test edilmesi için Alfa Modeli (Cronbach Alpha Coefficient) kullanılmıştır. Bu yöntem, ölçekte yer alan k sorunun homojen bir yapı gösteren bir bütünü ifade edip etmediğini araştırır. Ağırlıklı standart değişim ortalamasıdır ve bir ölçekteki k sorunun varyansları toplamının genel varyansa oranlanması ile elde edilir. 0 ile 1 arasında değer alan bu katsayı (Cronbach) Alfa katsayısı olarak adlandırılır (Kalaycı, 2008: 405).

Alfa (α) katsayısına bağlı olarak ölçeğin güvenilirliği aşağıdaki gibi yorumlanır.

0.40> α ≥0.00 ise ölçek güvenilir değildir.

0.60≥ α ≥0.40 ise ölçeğin güvenilirliği düşüktür.

0.80≥ α >0.60 ise ölçek oldukça güvenilirdir.

1.00≥ α >0.80 ise ölçek yüksek derecede güvenilir bir ölçektir.

Ölçeğin güvenilirlik analizi öncelikle ölçeğin tümüne (beklenti, algı, memnuniyet ve sadakat önermeleri) hiçbir soru çıkarılmadan uygulanmıştır. Analiz sonucu ölçeğin Alfa katsayısı 0.967 olarak bulunmuştur. Buradan hareketle ($1.00 \geq 0.967 > 0.80$) ölçeğin tamamının yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir. Bununla birlikte istatistiksel analizlerde kullanılacak ‘Algı’ önermelerini içeren ölçek ve ölçeğin faktörleri bazında güvenilirliği analiz edilmiştir. Faktör analizleri sonucunda çıkarılması gereken sorular ölçekten atılmış ve güvenilirlik analizi yapılmıştır.

Analiz sonucu, ölçeğin Alfa katsayısı 0.963 olarak bulunmuştur. Faktör bazında güvenilirlik analizi sonuçlarına bakıldığında ‘Fiziksel Varlıklar’ faktörünün alfa katsayısı 0.912, ‘Güvenilirlik’ faktörünün alfa katsayısı 0.931, ‘Duyarlılık’ faktörünün alfa katsayısı 0.936, ‘Güvence’ faktörünün alfa katsayısı 0.901 ve ‘Empati’ faktörünün alfa katsayısı ise 0.926 olarak bulunmuştur. Tüm faktörlerin alfa katsayısı 1’e yakındır ($1.00 \geq \alpha > 0.80$) dolayısıyla faktörlerin yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir.

Tablo 3.12 yukarıda verilen güvenilirlik analizi sonuçlarını göstermektedir.

Tablo 3.12 Servqual Ölçeğine İlişkin Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Tüm Ölçek		Algı Ölçeği		Fiziksel Varlıklar		Güvenilirlik		Duyarlılık		Güvence		Empati	
α	n	α	n	α	n	α	n	α	n	α	n	α	n
.967	40	.963	18	.912	4	.931	4	.936	4	.901	3	.926	3

Bununla birlikte hastaların memnuniyet ve sadakatini ölçmeye yönelik soruların yer aldığı ölçeğe ayrıca güvenilirlik analizi yapılmıştır. Öncelikle faktör analizi sonucunda çıkarılması gereken 1 soru çıkarılmış ve genel memnuniyet ve sadakat ölçeğine daha sonra memnuniyet ve sadakat faktörlerine ayrı ayrı güvenilirlik analizi yapılmıştır.

Analiz sonucu genel ölçeğin alfa katsayısı 0.958, memnuniyet faktörünün alfa katsayısı 0.933 ve sadakat faktörünün alfa katsayısı ise 0.955 olarak tespit edilmiştir. Tüm faktörlerin alfa katsayısı 1’e yakındır $1.00 \geq \alpha > 0.80$ dolayısıyla faktörlerin yüksek derecede güvenilir olduğu söylenebilir. Memnuniyet ve sadakat ölçeğinin güvenilirlik analizi sonuçları tablo 3.13’te verilmiştir.

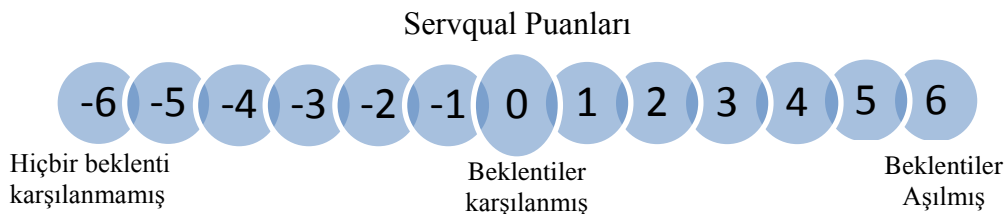
Tablo 3.13 Memnuniyet ve Sadakat Ölçeğine İlişkin Güvenilirlik Analizi Sonuçları

Tüm Ölçek		Memnuniyet Faktörü		Sadakat Faktörü	
α	n	α	n	α	n
.958	9	.933	5	.955	4

3.5.6 SERVQUAL Analizi Sonuçları

Parasuraman, Zeithaml ve Berry'nin geliştirdikleri servqual ölçme yöntemi Babacus ve Mangold (1992) tarafından sağlık işletmelerine uyarlanmış ve güvenilirliği test edilmiştir. Sağlık işletmelerinde hizmet kalitesi değerlendirmesi, hastaların algı ve beklenti ifadelerine verdikleri puanlar arasındaki farkın hesaplanmasına dayanmaktadır ve araştırmacılar tarafından (Andaleeb, 2001; Rodger, Pendharkar ve Paper, 1999; Lee ve diğ. 2000; Smith, 1999; Untachai, 2013; Wei ve diğ. 2011; Yunus ve diğ. 2013; Chakravarty, 2011; Purcãrea ve diğ. 2013; Devedakan ve Aksaraylı, 2003; Kuzu, 2010; Kayral, 2012; Yalkın, 2010) sağlık sektöründe yaygın olarak kullanılmaktadır.

Araştırmada kullanılan Servqual anketi 7'li likert tipi ölçek olup algı ve beklenti arasındaki farkı ortaya çıkarmaya yönelik olduğu için puan farkları -7 ve +7 arasında değer alacaktır. Bu bağlamda servqual skoru '0' ise beklentilerin karşılandığı, skorun -7'ye doğru yönelmesi beklentilerin karşılanmadığı, dolayısıyla düşük hizmet kalitesi, skorun +7'ye doğru yönelmesi ise beklentilerin aşıldığı, dolayısıyla hastanenin yüksek kaliteli hizmet sunduğu anlamına gelmektedir. Bu kapsamda '0' skoru ile negatif ve pozitif yönelmeli skorlar da aldığı değer doğrultusunda beklentilerin hangi düzeyde karşılandığını ortaya çıkarmaktadır. Aşağıdaki Şekil 3.6 servqual puan skorunun yorumlanmasını özetlemektedir.



Şekil 3.6 7'li Likert Ölçeğinde Servqual Skorlarının Yorumlanması

Servqual skorlarının hesaplanmasında istatistik paket programları kullanılmıştır. Puanların hesaplanmasında kullanılan formüller aşağıda listelenmiştir (Yalkın, 2010).

Formüller:

Her İfade İçin Fark Puanının Hesaplanması: $P_n = A_n - B_n$

Boyutlar bazında Servqual Puanlarının Hesaplanması:

Fiziksel Varlıklar Boyutuna İlişkin Servqual Puanı'nın Hesaplanması

$$(A1 - B1) + (A2 - B2) + (A3 - B3) + (A4 - B4) / 4$$

Güvenilirlik Boyutuna İlişkin Servqual Puanı'nın Hesaplanması

$$SQ2 = (A5 - B5) + (A6 - B6) + (A7 - B7) + (A8 - B8) + (A9 - B9) / 5$$

Duyarlılık Boyutuna İlişkin Servqual Puanı'nın Hesaplanması

$$SQ3 = (A10 - B10) + (A11 - B11) + (A12 - B12) + (A13 - B13) + (A14 - B14) / 5$$

Güvence Boyutuna İlişkin Servqual Puanı'nın Hesaplanması

$$SQ4 = (A15 - B15) + (A16 - B16) + (A17 - B17) + (A18 - B18) / 4$$

Empati Boyutuna İlişkin Servqual Puanı'nın Hesaplanması

$$SQ5 = ((A19 - B19) + (A20 - B20) + (A21 - B21) + (A22 - B22)) / 4$$

Eşit Ağırlıklı Servqual Puanı'nın Bulunması

$$SQEA = (SQ1 + SQ2 + SQ3 + SQ4 + SQ5) / 5$$

Her Bir Katılımcı İçin Ağırlıklı Servqual Puanının Hesaplanması

$$SQEA_n = (SQ1.k1) + (SQ2.k2) + (SQ3.k3) + (SQ4.k4) + (SQ5.k5)$$

Ağırlıklı Servqual Puanının Hesaplanması

$$SQAğ = (SQAğ 1 + SQAğ 2 + SQAğ 3 + \dots + SQAğ n) / n$$

Tablo 3.14 Beklenti İfadelerinin Dağılımı

İfadeler (Beklenti)	n	Ortalama	Boyut Bazında Ort.	Std. Sapma	En Düşük	En Yüksek
FV1beklenti	223	6,17	6,18	1,147	1	7
FV2beklenti	223	6,23		1,016	2	7
FV3beklenti	223	6,21		,964	3	7
FV4beklenti	223	6,13		,989	2	7
Güvenilirlik5beklenti	223	6,15	6,28	1,011	2	7
Güvenilirlik6beklenti	223	6,32		,983	2	7
Güvenilirlik7beklenti	223	6,31		1,053	1	7
Güvenilirlik8beklenti	223	6,35		,992	2	7
Güvenilirlik9beklenti	223	6,30		1,021	1	7
Duyarlılık10beklenti	223	6,28	6,24	1,002	1	7
Duyarlılık11beklenti	223	6,27		,944	2	7
Duyarlılık12beklenti	223	6,22		,999	1	7
Duyarlılık13beklenti	223	6,24		,942	2	7
Duyarlılık14beklenti	223	6,19		1,014	1	7
Güvence15beklenti	223	6,28	6,23	,952	2	7
Güvence16beklenti	223	6,18		1,011	2	7
Güvence17beklenti	223	6,26		1,017	1	7
Güvence18beklenti	223	6,20		1,057	1	7
Empati19beklenti	223	6,08	6,10	1,330	1	7
Empati20beklenti	223	6,06		1,261	1	7
Empati21beklenti	223	6,06		1,188	1	7
Empati22beklenti	223	6,22		1,098	1	7

Tablo 3.14 incelendiğinde katılımcıların en yüksek beklenti puanının 6,35 ile güvenilirlik boyutunun (GV8) ‘Hizmet aldığımız hastanede doktor ve hemşirelerin yaptığı tıbbi müdahaleler yerinde ve güvenilirdir’ önermesi olduğu görülmektedir. Beklenti ifadelerinin dağılımı incelendiğinde katılımcıların beklentisinin en yüksek olduğu boyutun 6,28 ortalama ile güvenilirlik boyutu olduğu ve en düşük beklenti düzeyinin de 6,10 ortalama ile empati boyutu olduğu görülmektedir.

Tablo 3.15 Algı İfadelerinin Dağılımı

İfadeler (Algı)	n	Ortalama	Boyut Bazında Ort.	Std. Sapma	En Düşük	En Yüksek
FV1algı	223	5,73	5,74	1,158	1	7
Fv2algı	223	5,77		1,111	1	7
FV3algı	223	5,73		1,209	1	7
FV4algı	223	5,74		1,142	1	7
Güvenilirlik5algı	223	5,79	5,83	1,093	1	7
Güvenilirlik6algı	223	5,90		1,175	1	7
Güvenilirlik7algı	223	5,88		1,269	1	7
Güvenilirlik8algı	223	5,78		1,174	1	7
Güvenilirlik9algı	223	5,83		1,115	1	7
Duyarlılık10algı	223	5,75	5,66	1,065	2	7
Duyarlılık11algı	223	5,70		1,132	1	7
Duyarlılık12algı	223	5,61		1,188	1	7
Duyarlılık13algı	223	5,60		1,265	1	7
Duyarlılık14algı	223	5,68		1,250	1	7
Güvence15algı	223	5,81	5,80	1,136	2	7
Güvence16algı	223	5,74		1,176	1	7
Güvence17algı	223	5,80		1,107	2	7
Güvence18algı	223	5,88		,998	2	7
Empati19algı	223	5,76	5,68	1,217	1	7
Empati20algı	223	5,78		1,233	1	7
Empati21algı	223	5,57		1,160	1	7
Empati22algı	223	5,63		1,280	1	7

Tablo 3.15 algı ifadelerinin dağılımını göstermektedir. Tablo incelendiğinde en yüksek algının (5,90) güvenilirlik boyutuna ait olan (Gv6) ‘Hizmet aldığınız hastanede doğru teşhis konulur ve uygun tedavi uygulanır.’ Önermesi olduğu, en düşük algı (5,61) seviyesinin de duyarlılık boyutunun (D12) ‘Hizmet aldığınız hastanede hasta isteklerine mümkün olduğunca hızlı karşılık verilir’ önermesi olduğu görülmektedir. Boyutlar bazındaki ortalamalara bakıldığında en yüksek kalite algısına sahip boyutun 5,83 ile güvenilirlik boyutu olduğu, bunu takiben sırasıyla güvence (5,80), fiziksel varlıklar (5,74), empati (5,68) ve duyarlılık (5,66) olduğu görülmektedir.

Tablo 3.16 Memnuniyet ve Sadakat İfadelerinin Dağılımı

İfadeler	n	Ortalama	Std. Sapma	En Düşük	En Yüksek
Memnuniyet1	223	5,64	1,211	2	7
Memnuniyet2	223	5,66	1,252	2	7
Memnuniyet3	223	5,77	1,255	1	7
Memnuniyet4	223	5,69	1,315	1	7
Memnuniyet5	223	5,74	1,156	1	7
Memnuniyet6	223	5,74	1,141	1	7
Sadakat7	223	5,79	1,205	1	7
Sadakat8	223	5,76	1,167	1	7
Sadakat9	223	5,76	1,176	1	7
Sadakat10	223	5,78	1,198	1	7

Tablo 3.16 memnuniyet ve sadakat ifadelerinin dağılımını göstermektedir. Tablo incelendiğinde memnuniyet ifadelerinde en yüksek ortalamanın (5,77) ‘Hastanede doktor ve hemşire dışında görev yapan personelin davranışlarından oldukça memnunum’ önermesi olduğu görülmektedir. Sadakat ifadelerinde ise en yüksek ortalamanın (5,78) ‘Gelecekte tekrar ihtiyaç duysam bu hastaneyi öncelikli olarak tercih ederim’ önermesi olduğu görülmektedir.

Tablo 3.17 Servqual Ölçeği Soru Önermelerine İlişkin Ortalamalar ve Boşluklar

Boyutlar	İfadeler (Anket Soruları)	Beklenti Puanları Ortalaması (SQ _B)	Algılama Puanları Ortalaması (SQ _A)	Fark Puanları (Boşluklar) (SQ _A -SQ _B)	Boyutlar Bazında Servqual Puanları (Boşluklar)	Eşit Ağırlıklı Servqual Puanı (SQ _{EA})	Ağırlıklı Servqual Puanı (SQ _{Ağ})
Fiziksel Varlıklar	FV1	6,175	5,731	-0,444	-0,445	-0,462	-0,468
	FV2	6,229	5,767	-0,462			
	FV3	6,206	5,726	-0,480			
	FV4	6,130	5,735	-0,395			
Güvenilirlik	Güvenilirlik 5	6,152	5,789	-0,363	-0,453		
	Güvenilirlik 6	6,318	5,897	-0,422			
	Güvenilirlik 7	6,314	5,879	-0,435			
	Güvenilirlik 8	6,345	5,780	-0,565			
	Güvenilirlik 9	6,305	5,825	-0,480			
Duyarlılık	Duyarlılık 10	6,278	5,749	-0,529	-0,570		
	Duyarlılık 11	6,269	5,704	-0,565			
	Duyarlılık 12	6,215	5,610	-0,605			
	Duyarlılık 13	6,242	5,601	-0,641			
	Duyarlılık 14	6,188	5,677	-0,511			
Güvence	Güvence 15	6,283	5,807	-0,475	-0,425		
	Güvence 16	6,179	5,740	-0,439			
	Güvence 17	6,265	5,798	-0,466			
	Güvence 18	6,202	5,883	-0,318			
Empati	Empati 19	6,081	5,758	-0,323	-0,420		
	Empati 20	6,063	5,785	-0,278			
	Empati 21	6,063	5,565	-0,498			
	Empati 22	6,215	5,632	-0,583			

Tablo 3.17 servqual ölçeğinde yer alan beklenti ve algı önermelerine ilişkin ortalamaları ve servqual puan farklarını göstermektedir. Medikal turizm kapsamında Türkiye’yi tercih eden medikal hastaların beklenti önermelerine verdikleri cevaplardan en yüksek ortalama 6,345 ile ‘Güvenilirlik’ boyutuna ait ‘Mükemmel bir hastanede, doktor ve hemşirelerin yapacağı tıbbi müdahaleler yerinde ve güvenilir olmalıdır’ önermesidir. Soru ortalamalarına bakıldığında verilen en yüksek dört cevabın güvenilirlik boyutuna ait olduğu görülmektedir. Medikal turizm kapsamında gelen hastalar sağlıklarını başka bir ülkede, çoğunlukla yakınlarından uzak, yüksek ihtimalle daha önce hiç karşılaşmadığı doktor, hemşire ve diğer personele emanet etmektedir. Sağlık konusundaki en ufak bir hata sağlığın tamamen kaybedilmesinden ölüme kadar birçok istenmeyen duruma neden olabilmektedir. Dolayısıyla, güvenilirlik konusundaki beklentilerin yüksek olması beklenen bir durumdur.

Beklenti önermelerinin ortalaması en düşük olan önerme ise 6,063 ile ‘Empati’ boyutuna ait ‘Mükemmel bir hastanenin doktor ve hemşireleri, hastaların sorunları olduğunda duygularını paylaşmalı ve yardımcı olmak için çaba sarf etmelidir’ ve yine aynı ortalama (6,063) ile ‘Mükemmel bir hastanenin personeli hastaların özel istek ve ihtiyaçlarına duyarlı olmalıdır’ önermeleridir. Ortalamaların geneli incelendiğinde ortalamaların birbirine yakın olduğu görülmektedir. Her boyutta beklentilerin yüksek olması beklenen bir durumdur ve sağlık sektöründe yapılan diğer araştırmalar (Chakravarty, 2011; Yalkın, 2010; Kayral, 2012; Andaleeb, 2001; Devebakan ve Aksaraylı, 2003) bu durumu desteklemektedir.

Algılama puanlarının ortalaması incelendiğinde en yüksek ortalamaların 5,897 ile ‘Güvenilirlik’ boyutuna ait ‘Hizmet aldığımız hastanede doğru teşhis konulur ve uygun tedavi uygulanır’ önermesi, 5,883 ortalama ile ‘Güvence’ boyutuna ait ‘Hizmet aldığımız hastanede, hastaların hastalıkları ile ilgili özel bilgileri, izinsiz olarak başkaları ile paylaşılmaz’ önermesi ve 5,879 ortalama ile yine ‘Güvenilirlik’ boyutuna ait ‘Hizmet aldığımız hastane tedavi süreci ile ilgili işlemleri taahhüt ettiği şekilde yerine getirir’ önermesi olmuştur.

En düşük ortalamaların ise 5,565 ile ‘Empati’ boyutuna ait ‘Hizmet aldığımız hastane personeli, hastaların özel istek ve ihtiyaçlarına duyarlıdır’ önermesi, 5,601 ortalama ile ‘Duyarlılık’ boyutuna ait ‘Hizmet aldığımız hastanede hasta ve yakınlarının, öneri ve şikayetleri dikkate alınır’ ve 5,610 ortalama ile yine ‘Duyarlılık’ boyutuna ait ‘Hizmet aldığımız hastanede hasta isteklerine mümkün olduğunca hızlı karşılık verilir’ önermesi olmuştur.

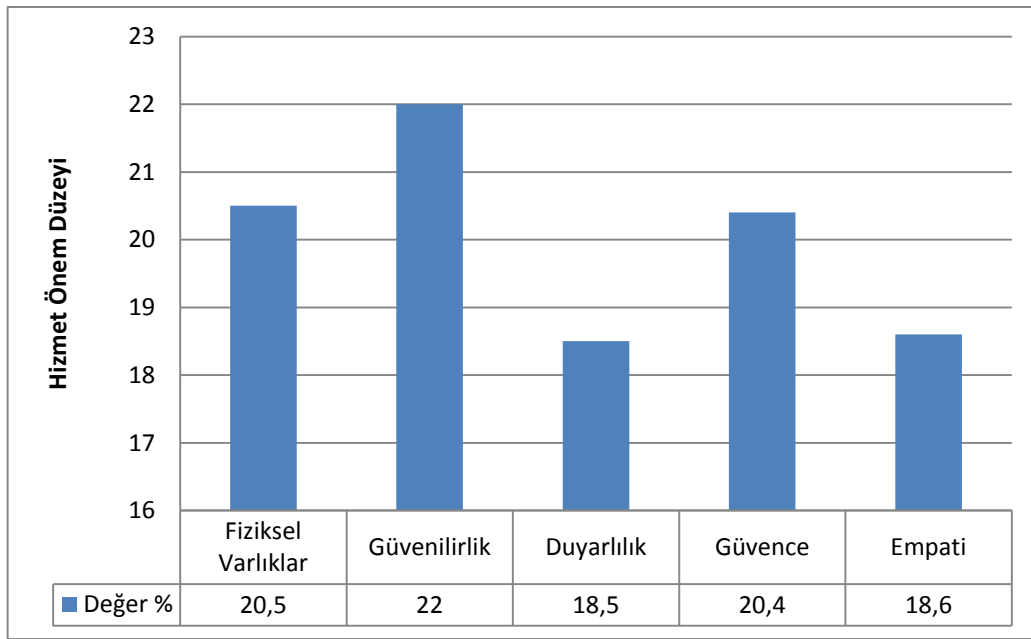
Bu durumda hastaların özellikle yüksek beklentiye sahip olduğu güvenilirlik boyutunda algıladıkları kalitenin de yüksek olduğu, bununla birlikte empati ve duyarlılık konusunda algıladıkları hizmet kalitesinin diğer boyutlardan düşük düzeyde olduğu söylenebilir. Algı önermeleri bazında genel bir değerlendirme yapılacak olursa özellikle sağlık hizmetinin sunumu esnasında empati ve duyarlılık boyutlarında düşük kalite algısının olduğu görülmektedir. Bu konunun özellikle hastalık psikolojisinin yanında, yaşadıkları yerden ve sevdiklerinden uzakta tedaviyi tercih eden medikal turizm hastaları için önemli olduğu, bununla birlikte bu boyutlara yönelik düşük kalite algısının dil farklılıkları, kültürel ve sosyal farklılıklar gibi etkenlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Servqual ölçeği fark puanları hizmet alınan hastanenin hangi beklentiyi hangi düzeyde karşıladığı hakkında bilgi vermektedir. Tablo 3.17 incelendiğinde en düşük fark puanlarının sırasıyla -0,278 ile 'Empati' boyutuna ait 'Hizmet aldığınız hastane çalışanları, hasta ve yakınlarının sorunları olduğunda duygularını paylaşır ve yardımcı olmak için çaba sarf eder' önermesi, -0,318 ile 'Güvence' boyutuna ait 'Hizmet aldığınız hastanede, hastaların hastalıkları ile ilgili özel bilgileri, izinsiz olarak başkaları ile paylaşılmaz' önermesi ve -0,323 ile yine 'Empati' boyutuna ait 'Hizmet aldığınız hastanede, hastaların hastalıkları ile ilgili özel bilgileri, izinsiz olarak başkaları ile paylaşılmaz' önermesi olmuştur.

Algı önermeleri ortalamalarında düşük kalite algısına sahip olan bu önermelerin, beklentilerin karşılanma düzeyine yani beklenen kalite algısına en yakın boşluklar olmasının bu boyuttaki beklentilerin de düşük olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Fark puanları incelendiğinde en yüksek farkın -0,641 ile 'Duyarlılık' boyutuna ait 'Hizmet aldığınız hastanede hasta ve yakınlarının, öneri ve şikayetleri dikkate alınır' önermesi olmuştur. Aynı boyut algı önermelerinde de en düşük kalite algısına sahiptir. Dolayısıyla hem algılanan kalitenin hem de fark puanlarının birbirini desteklediği söylenebilir.

Tablo 3.17 incelendiğinde eşit ağırlıklı servqual puanının - 0,462 ve ağırlıklı servqual puanının - 0,416 olduğu görülmektedir. Beklentilerin tam olarak karşılanabilmesi için hesaplanan puanın sıfır (0) olması gerekmektedir. Buradan hareketle hastanelerin, medikal turizm kapsamında Türkiye'ye gelen hastaların beklentilerin tam anlamıyla karşılamadığı fakat karşılamaya uzak olmadığı yorumu yapılabilir.

Boyutlar bazında servqual puanları incelendiğinde en düşük yani '0'a en yakın puanın -0,420 ile yine 'Empati' boyutunda olduğu görülmektedir. Yani beklentileri karşılamaya en yakın boyut 'Empati' boyutudur. Bu boyutu sırasıyla 'Güvence' boyutu (-0,425) 'Fiziksel Varlıklar' boyutu (-0,445), 'Güvenilirlik' boyutu (-,0453) izlemektedir. En yüksek fark puanın ise -0,579 ile 'Duyarlılık' boyutu olduğu görülmektedir. Yani beklentileri karşılamaya en uzak boyutun 'Duyarlılık' boyutu olduğu tespit edilmiştir. Bu durumun, yukarıda da kısmen belirtildiği gibi medikal turizm kapsamında sürekli yaşadıkları yerden uzakta ve farklı dil ve kültürde tedavi olmaya gelen hastaların hastalık psikolojisi ile birlikte aitlik hissini az olması, iletişim problemleri gibi beşeri özelliklerle ilişkili olduğu düşünülmektedir. Bu kapsamda hastanelerin özellikle yabancı dil bilen personel istihdam etmesinin, farklı kültürleri tanıyarak ilgi, beklenti ve ihtiyaçları karşılamaya yönelik politikalar benimsemesinin bu boyuta ait kalite algısını da yükselteceği düşünülmektedir.



Şekil 3.7 Hizmet Kalitesi Boyutlarının Hizmet Önem Derecelerine Göre Sıralaması

Katılımcılara yapılan ankette servqual boyutlarını önem düzeylerine göre puanlamaları istenmiştir. Ortaya çıkan sonuç Şekil 3.7'de gösterilmektedir. Şekil incelendiğinde hastaların en çok önem verdiği boyutun 'Güvenilirlik' boyutu (%22) olduğu, bunu sırasıyla 'Fiziksel Varlıklar (%20,5)', 'Güvence (%20,4)', 'Empati (18,6)' ve 'Duyarlılık (18,5)' boyutlarının izlediği görülmektedir.

Hasta beklentilerinin ortalamalarına bakıldığında benzer sonuçların elde edildiği görülmektedir. Güvenilirlik boyutunun önem kazanması daha önce de belirtildiği gibi sağlık hizmeti alımı için beklenen bir sonuçtur. Boyutlara verilen hizmet önem dereceleri hakkında detaylı bilgiye sahip olabilmek için katılımcıların tanımlayıcı özelliklerine göre boyutlara verdikleri puanların ortalaması çıkarılmış ve aşağıdaki Tablo 3.18’de gösterilmiştir.

Tablo 3.18 Hizmet Önem Derecelerinin Tanımlayıcı Bilgilere Göre Dağılımı

Tanımlayıcı Bilgiler		Fiziksel Varlıklar (Ortalama)	Güvenilirlik (Ortalama)	Duyarlılık (Ortalama)	Güvence (Ortalama)	Empati (Ortalama)
Yaş	18-28	19,22	20,78	18,33	21,86	19,80*
	29-39	20,73	23,85*	19,31*	21,25	19,37
	40-50	22,97*	21,02	18,92	19,90*	17,29
	51-60	20,13	22,04	19,13	19,35	19,35
	61 ve üzeri	20,79	21,58	18,42	19,47	19,74
Cinsiyet	Erkek	20,76	22,60*	18,17	21,28*	19,37*
	Kadın	21,20*	20,95	20,20*	19,61	18,16
Eğitim Durumu	Ortaöğretim	23,40*	24,10*	23,30*	23,20*	21,00*
	Önlisans	20,94	23,56	18,18	20,06	17,32
	Lisans	20,31	21,19	18,13	21,12	19,50
	Lisansüstü	20,65	20,65	18,48	21,09	19,13
	Diğer	21,03	20,17	20,00	18,97	19,83
Ülke	Almanya	22,98*	22,02	18,35	19,54	17,37
	Rusya	20,65	19,84	18,06	20,97	20,48
	Hollanda	20,50	19,00	19,25	20,25	21,00
	Fransa	18,82	17,65	20,29*	20,88	22,35*
	Irak	20,71	20,71	15,00	23,57*	20,00
	Azerbaycan	18,13	23,75	16,88	22,50	18,75
	Ukrayna	19,29	23,57	18,57	19,29	19,29
	Belçika	19,55	24,55	19,09	19,09	17,73
	Kazakistan	17,50	27,50*	20,00	20,00	15,00
Diğer	20,79	24,37	19,94	21,57	18,25	

Katılımcıların yaşlarına göre boyutların hizmet önem derecelerine verdikleri puan ortalamalarına bakıldığında fiziksel varlıklar boyutuna 40-50 yaş grubunun, güvenilirlik ve duyarlılık boyutuna 29-39 yaş grubunun, güvence boyutuna 40-50 yaş grubunun ve empati boyutuna ise 18-28 yaş grubunun en fazla önem verdiği görülmektedir. Katılımcıların cinsiyetlerine göre boyutların hizmet önem derecelerine verdikleri puan ortalamalarına bakıldığında kadınların en çok fiziksel varlıklar ve duyarlılık boyutuna, erkeklerin ise en çok sırasıyla güvenilirlik, güvence ve empati boyutlarına önem verdiği görülmektedir. Katılımcıların eğitim durumlarına göre boyutların hizmet önem derecelerine verdikleri puan ortalamalarına bakıldığında ortaöğretim mezunlarının tüm boyutlarda en çok önem veren grup oldukları görülmektedir.

Katılımcıların yaşadıkları ülkelere göre boyutların hizmet önem derecelerine verdikleri puan ortalamalarına bakıldığında fiziksel varlıklar boyutuna en çok Almanya'dan gelen hastaların önem verdiği, Güvenilirlik boyutuna en çok Kazakistan'dan gelen hastaların, Duyarlılık boyutuna en çok Fransa'dan gelen hastaların, güvence boyutuna en çok Irak'tan gelen hastaların ve empati boyutuna ise en çok yine Fransa'dan gelen hastaların önem verdiği görülmektedir. Bu sonuçların, özellikle belirli bir hedef kitleye yönelmek isteyen hastanelerin hedef kitlelerine göre strateji belirlemeleri aşamasında yol gösterici olacağı düşünülmektedir.

3.5.7 Hipotez Testlerine İlişkin Sonuçlar

Araştırmanın bu bölümünde yukarıda verilen hipotezlerin test edilmesi amacıyla yapılan sonuçlar yer almaktadır. Verilerin değerlendirilmesinde istatistik paket programı %95 güvenilirlik düzeyinde kullanılmıştır.

Bu kapsamda katılımcıların demografik özellikleri ile boyutlar arasındaki farkın düzeyini belirlemek amacıyla ikili değişkenler için t-testi, ikiden fazla değişkenler için Tek Yönlü Varyans Analizi (One Way Anova) ve gruplar arasındaki farkın anlamlı çıkması durumunda etki büyüklüğünü incelemek için eta-kare (η^2) değeri incelenmiştir. Bu kapsamda, öncelikle katılımcıların beklenti ve algı önermelerine verdikleri cevapların ağırlığı ve aralarındaki ilişki 'Eşleştirilmiş Örneklem T Testi' ile test edilmiştir.

Tablo 3.19 Boyutlara Göre Beklenti ve Algılara Verilen Cevaplara İlişkin T-Testi Sonuçları

Boyutlar	n	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	t	SD*	Anlamlılık (2-yönlü)	
Fiziksel V. Beklenti	223	6,1850	,445	1,157	,077	5,742	222	,000
Fiziksel V. Algı	223	5,7399						
Güvenilirlik Beklenti	223	6,2870	,452	1,128	,075	5,995	222	,000
Güvenilirlik Algı	223	5,8341						
Duyarlılık Beklenti	223	6,2386	,570	1,165	,078	7,309	222	,000
Duyarlılık Algı	223	5,6682						
Güvence Beklenti	223	6,2321	,424	1,046	,070	6,062	222	,000
Güvence Algı	223	5,8072						
Empati Beklenti	223	6,1054	,420	1,264	,084	4,964	222	,000
Empati Algı	223	5,6850						

Tablo 3.19'de boyutlara göre beklenti ve algılara verilen cevaplara yönelik T-Testi sonuçları yer almaktadır. Sonuçlar incelendiğinde tüm boyutlar açısından beklenti ortalamalarının algılama oranlarından yüksek olduğu görülmektedir. Bu özellikle hizmet

sektörü için beklenen bir sonuçtur. Tablonun anlamlılık sütünü incelendiğinde tüm boyutlar için 0,000 olduğu, başka bir ifadeyle beklenti ve algı puanlarının arasındaki farkın $p < 0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğu sonucu ortaya çıkmıştır.

Katılımcıların cinsiyetleri ile hizmet kalitesi boyutları arasındaki farkı ortaya çıkarmak amacıyla bağımsız örneklem t-testi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.20’de verilmiştir.

Tablo 3.20 Katılımcıların Cinsiyetleri ile Hizmet Kalitesi Boyutları Arasındaki Farka İlişkin T-Testi Sonuçları

Boyutlar	Cinsiyet	n	Ortalama	t	SD	Anlamlılık (2-yönlü)	(Eta Kare) η^2
Fiziksel Varlıklar	Erkek	144	-,077	-1,560	221	,120	-
	Kadın	79	,140				
Güvenilirlik	Erkek	144	-,123	-2,518	221	,013*	,037
	Kadın	79	,224				
Duyarlılık	Erkek	144	,008	,181	221	,857	-
	Kadın	79	-,016				
Güvence	Erkek	144	-,131	-2,684	221	,008*	,028
	Kadın	79	,239				
Empati	Erkek	144	,053	1,074	221	,284	-
	Kadın	79	-,097				
Sonuç	H₁ Kabul Edilmiştir						

T-testi sonuçları ve gruplara ait ortamlar birlikte değerlendirildiğinde kadınların fiziksel varlıklar, güvenilirlik ve güvence boyutlarına erkeklerden daha fazla önem verdiği görülmektedir. Tablonun anlamlılık sütünü incelendiğinde güvenilirlik boyutunun anlamlılık seviyesi 0,013 ve güvence boyutunun anlamlılık seviyesi 0,008 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların cinsiyetleri ile güvenilirlik ve güvence boyutları arasında istatistiksel olarak $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Tablodaki eta kare (η^2) değerleri incelendiğinde en yüksek etkinin ($\eta^2 = ,037$) ‘Güvenilirlik’ boyutunda olduğu fakat etki derecesinin düşük düzeyde olduğu görülmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda H₁ kabul edilmiştir.

Tablo 3.21 Katılımcıların Yaşları ile Hizmet Kalitesi Boyutları Arasındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Boyutlar		Kareler Toplamı	S.D.	Kareler Ort.	F	Anlamlılık
Fiziksel Varlıklar	Gruplar Arası	7,018	4	1,755	1,779	,134
	Gruplar İçi	214,982	218	,986		
	Toplam	222,000	222			
Güvenilirlik	Gruplar Arası	4,012	4	1,003	1,003	,407
	Gruplar İçi	217,988	218	1,000		
	Toplam	222,000	222			
Duyarlılık	Gruplar Arası	6,766	4	1,691	1,713	,148
	Gruplar İçi	215,234	218	,987		
	Toplam	222,000	222			
Güvence	Gruplar Arası	3,074	4	,769	,765	,549
	Gruplar İçi	218,926	218	1,004		
	Toplam	222,000	222			
Empati	Gruplar Arası	2,456	4	,614	,610	,656
	Gruplar İçi	219,544	218	1,007		
	Toplam	222,000	222			
SONUÇ		H₁₂ Reddedilmiştir				

Katılımcıların yaşları ile hizmet kalitesi boyutları arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek amacıyla tek yönlü varyans (Anova) analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.21’de gösterilmektedir. Tablonun anlamlılık (sig.) sütunu incelendiğinde tüm boyutların anlamlılık seviyelerinin 0,05’ten büyük olduğu görülmektedir. Katılımcıların yaşları ile hizmet kalitesi boyutları arasında istatistiksel olarak $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark yoktur, dolayısıyla H₁₂ reddedilmiştir.

Tablo 3.22 Katılımcıların Eğitim Düzeyi ile Hizmet Kalitesi Boyutları Arasındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Boyutlar		Kareler Toplamı	S.D.	Kareler Ort.	F	Anlamlılık
Fiziksel Varlıklar	Gruplar Arası	7,939	4	1,985	2,021	,093
	Gruplar İçi	214,061	218	,982		
	Toplam	222,000	222			
Güvenilirlik	Gruplar Arası	3,366	4	,842	,839	,502
	Gruplar İçi	218,634	218	1,003		
	Toplam	222,000	222			
Duyarlılık	Gruplar Arası	5,063	4	1,266	1,272	,282
	Gruplar İçi	216,937	218	,995		
	Toplam	222,000	222			
Güvence	Gruplar Arası	1,000	4	,250	,247	,912
	Gruplar İçi	221,000	218	1,014		
	Toplam	222,000	222			
Empati	Gruplar Arası	8,467	4	2,117	2,161	,074
	Gruplar İçi	213,533	218	,980		
	Toplam	222,000	222			
SONUÇ		H₁₃ Reddedilmiştir				

Katılımcıların eğitim düzeyleri ile hizmet kalitesi boyutları arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek amacıyla tek yönlü varyans (Anova) analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.22’de gösterilmektedir. Tablonun anlamlılık (sig.) sütunu incelendiğinde tüm boyutların anlamlılık seviyelerinin 0,05’ten büyük olduğu görülmektedir. Katılımcıların eğitim düzeyleri ile hizmet kalitesi boyutları arasında istatistiksel olarak $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark yoktur, dolayısıyla H_{13} reddedilmiştir.

Tablo 3.23 Katılımcıların Ülkeleri ile Hizmet Kalitesi Boyutları Arasındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Algılanan Hizmet Kalitesi		Kareler Toplamı	S.D.	Kareler Ort.	F	Anlamlılık
Fiziksel Varlıklar	Gruplar Arası	11,362	9	1,262	1,277	,251
	Gruplar İçi	210,638	213	,989		
	Toplam	222,000	222			
Güvenilirlik	Gruplar Arası	5,893	9	,655	,645	,757
	Gruplar İçi	216,107	213	1,015		
	Toplam	222,000	222			
Duyarlılık	Gruplar Arası	15,004	9	1,667	1,715	,087
	Gruplar İçi	206,996	213	,972		
	Toplam	222,000	222			
Güvence	Gruplar Arası	15,475	9	1,719	1,773	,075
	Gruplar İçi	206,525	213	,970		
	Toplam	222,000	222			
Empati	Gruplar Arası	12,143	9	1,349	1,369	,204
	Gruplar İçi	209,857	213	,985		
	Toplam	222,000	222			
SONUÇ		H₁₄ Reddedilmiştir				

Katılımcıların ülkeleri ile hizmet kalitesi boyutları arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek amacıyla tek yönlü varyans (Anova) analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.23’te gösterilmektedir. Tablonun anlamlılık (sig.) sütunu incelendiğinde tüm boyutların anlamlılık seviyelerinin 0,05’ten büyük olduğu görülmektedir. Katılımcıların ülkeleri ile hizmet kalitesi boyutları arasında istatistiksel olarak $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark yoktur, dolayısıyla H_{14} reddedilmiştir.

Tablo 3.24 Algılanan Hizmet Kalitesi ile Katılımcıların Cinsiyetleri Arasındaki Farka İlişkin Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları

Algılanan Hizmet Kalitesi	Cinsiyet	n	Ortalama	t	SD	Anlamlılık (2-yönlü)
Fiziksel Varlıklar SQ1	Erkek	144	-,4913	-,805	221	,422
	Kadın	79	-,3608			
Güvenilirlik SQ2	Erkek	144	-,4958	-,766	221	,444
	Kadın	79	-,3747			
Duyarlılık SQ3	Erkek	144	-,5236	,809	221	,419
	Kadın	79	-,6557			
Güvence SQ4	Erkek	144	-,4670	-,811	221	,418
	Kadın	79	-,3481			
Empati SQ5	Erkek	144	5,6319	-,945	221	,346
	Kadın	79	5,7816			
SONUÇ		H1₅ Reddedilmiştir				

Katılımcıların cinsiyetleri ile algılanan hizmet kalitesi (SQ1, SQ2, SQ3, SQ4, SQ4)arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek amacıyla bağımsız örneklem t-testi analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.24'te gösterilmektedir. Tablonun anlamlılık (sig.) sütunu incelendiğinde tüm boyutların anlamlılık seviyelerinin 0,05'ten büyük olduğu görülmektedir. Katılımcıların cinsiyetleri ile algılanan hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark yoktur, dolayısıyla H1₅ reddedilmiştir.

Tablo 3.25 Algılanan Hizmet Kalitesi ile Katılımcıların Yaşları Arasındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Algılanan Hizmet Kalitesi		Kareler toplamı	S.D.	Kareler Ort.	F	Anlamlılık	η^2
Fiziksel Varlıklar SQ1	Gruplar Arası	5,952	4	1,488	1,113	,351	-
	Gruplar İçi	291,437	218	1,337			
	Toplam	297,390	222				
Güvenilirlik SQ2	Gruplar Arası	14,655	4	3,664	2,982	,020*	,052
	Gruplar İçi	267,881	218	1,229			
	Toplam	282,536	222				
Duyarlılık SQ3	Gruplar Arası	15,675	4	3,919	2,989	,020*	0,52
	Gruplar İçi	285,850	218	1,311			
	Toplam	301,525	222				
Güvence SQ4	Gruplar Arası	6,756	4	1,689	1,557	,187	-
	Gruplar İçi	236,423	218	1,085			
	Toplam	243,179	222				
Empati SQ5	Gruplar Arası	9,511	4	2,378	1,887	,114	-
	Gruplar İçi	274,671	218	1,260			
	Toplam	284,182	222				
SONUÇ		H1₆ Kabul edilmiştir					

Katılımcıların yaşları ile algılanan hizmet kalitesi (SQ1, SQ2, SQ3, SQ4, SQ5) arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek amacıyla tek yönlü varyans (Anova) analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.25'te gösterilmektedir. Tablonun anlamlılık sütunu incelendiğinde güvenilirlik boyutunda algılanan hizmet kalitesinin anlamlılık seviyesi 0,020 ve duyarlılık boyutunda algılanan hizmet kalitesinin anlamlılık seviyesi 0,020 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların yaşları ile güvenilirlik ve duyarlılık boyutunda algılanan hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Tablodaki eta kare (η^2) değerleri incelendiğinde SQ2 (Güvenilirlik) ve SQ3 (Duyarlılık) boyutlarının ($\eta^2 = 0,052$) eşit düzeyde ve düşük etkiye sahip olduğu görülmektedir. Tukey testi (Tukey testi sonuçları ek 2'de yer almaktadır.) sonuçları incelendiğinde güvenilirlik (SQ2) boyutunda, 18-28, 40-50 ve 51-60 yaşları arasında farklılık olduğu görülmektedir. 40-50 yaş grubu ile 18-28 yaş grubu arasındaki ortalama farkının 0,599, 51-60 yaş grubu ile 18-28 yaş grubu arasındaki ortalama farkının 0,801 olduğu görülmektedir. Buradan hareketle, 51-60 ve 40-50 yaş gruplarının 18-20 yaş grubuna göre güvenilirlik boyutuna daha fazla önem verdiği yorumu yapılabilir. Duyarlılık (SQ3) boyutunda ise 18-28 ve 40-50 yaşları arasında farklılık olduğu görülmektedir. 40-50 yaş grubu ile 18-28 yaş grubu arasındaki ortalama farkının 0,680 olduğu görülmektedir. Buradan hareketle, 40-50 yaş grubunun 18-28 yaş grubuna göre duyarlılık boyutuna daha fazla önem verdiği yorumu yapılabilir. Bu bilgiler doğrultusunda H_{16} kabul edilmiştir.

Tablo 3.26 Algılanan Hizmet Kalitesi ile Katılımcıların Eğitim Düzeyleri Arasındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Algılanan Hizmet Kalitesi		Kareler toplamı	S.D.	Kareler Ort.	F	Anlamlılık	η^2
Fiziksel Varlıklar SQ1	Gruplar Arası	16,922	4	4,230	3,288	,012*	,057
	Gruplar İçi	280,468	218	1,287			
	Toplam	297,390	222				
Güvenilirlik SQ2	Gruplar Arası	3,402	4	,851	,664	,617	-
	Gruplar İçi	279,133	218	1,280			
	Toplam	282,536	222				
Duyarlılık SQ3	Gruplar Arası	5,682	4	1,420	1,047	,384	-
	Gruplar İçi	295,843	218	1,357			
	Toplam	301,525	222				
Güvence SQ4	Gruplar Arası	5,060	4	1,265	1,158	,330	-
	Gruplar İçi	238,119	218	1,092			
	Toplam	243,179	222				
Empati SQ5	Gruplar Arası	10,040	4	2,510	1,996	,096	-
	Gruplar İçi	274,142	218	1,258			
	Toplam	284,182	222				
SONUÇ		H₁₇ Kabul edilmiştir					

Katılımcıların eğitim düzeyi ile algılanan hizmet kalitesi (SQ1, SQ2, SQ3, SQ4, SQ4) arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek amacıyla tek yönlü varyans (Anova) analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.26’da gösterilmektedir. Tablonun anlamlılık sütunu incelendiğinde fiziksel varlıklar boyutunda algılanan hizmet kalitesinin anlamlılık seviyesi 0,012 olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların eğitim düzeyleri ile fiziksel varlıklar boyutunda algılanan hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Tablodaki eta kare (η^2) değerleri incelendiğinde SQ1 (Fiziksel Varlıklar) boyutunun $\eta^2 = 0,057$ düzeyinde, düşük etkiye sahip olduğu görülmektedir. Tukey testi sonuçları incelendiğinde fiziksel varlıklar (SQ1) boyutunda, ön lisans ve diğer (Ülkeler arasındaki eğitim farklılıkları sebebiyle katılımcılara diğer seçeneği sunulmuştur.) grupları arasında farklılık (Ortalama farkı: 0,759) olduğu, diğer seçeneğini seçen katılımcılar ile ön lisans mezunu katılımcılara göre fiziksel varlıklar boyutuna daha fazla önem verildiği görülmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda H_{17} kabul edilmiştir.

Tablo 3.27 Algılanan Hizmet Kalitesi ile Katılımcıların Ülkeleri Arasındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

Algılanan Hizmet Kalitesi		Kareler toplamı	S.D.	Kareler Ort.	F	Anlamlılık	η^2
Fiziksel Varlıklar SQ1	Gruplar Arası	15,234	9	1,693	1,278	,250	-
	Gruplar İçi	282,156	213	1,325			
	Toplam	297,390	222				
Güvenilirlik SQ2	Gruplar Arası	10,822	9	1,202	,943	,489	-
	Gruplar İçi	271,714	213	1,276			
	Toplam	282,536	222				
Duyarlılık SQ3	Gruplar Arası	23,346	9	2,594	1,986	,042*	,077
	Gruplar İçi	278,178	213	1,306			
	Toplam	301,525	222				
Güvence SQ4	Gruplar Arası	16,417	9	1,824	1,713	,087	-
	Gruplar İçi	226,763	213	1,065			
	Toplam	243,179	222				
Empati SQ5	Gruplar Arası	14,790	9	1,643	1,299	,239	-
	Gruplar İçi	269,392	213	1,265			
	Toplam	284,182	222				
SONUÇ		H₁₈ kabul edilmiştir					

Katılımcıların ülkeleri ile algılanan hizmet kalitesi (SQ1, SQ2, SQ3, SQ4, SQ4) arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek amacıyla tek yönlü varyans (Anova) analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.27’de gösterilmektedir. Tablonun anlamlılık sütunu incelendiğinde duyarlılık boyutunda algılanan hizmet kalitesinin anlamlılık seviyesi 0,042 olarak tespit edilmiştir.

Katılımcıların ülkeleri ile duyarlılık boyutunda algılanan hizmet kalitesi arasında istatistiksel olarak $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Tablodaki eta kare (η^2) değerleri incelendiğinde SQ1 (Fiziksel Varlıklar) boyutunun $\eta^2 = ,077$ oranında, orta düzeyde etkiye sahip olduğu görülmektedir. Yapılan LSD testi sonucunda duyarlılık (SQ3) boyutundaki farklılığın Hollanda, Kazakistan ve Rusya ülkelerinden kaynaklandığı görülmektedir. Hollanda ile Kazakistan arasındaki ortalama farkının 1,920 olduğu, Rusya ile Kazakistan arasındaki ortalama farkının 1,709 olduğu görülmektedir. İlgili sonuçlar ek 2’de verilmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda $H1_8$ kabul edilmiştir.

Tablo 3.28 Katılımcıların Cinsiyetleri ile Müşteri Memnuniyeti Arasındaki Farka İlişkin Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları

	Cinsiyet	n	Ortalama	t	SD	Anlamlılık	η^2
Memnuniyet	Erkek	144	-,1430077	-2,932	221	,004	,023
	Kadın	79	,2606723				
SONUÇ		$H1_9$ Kabul edilmiştir					

Katılımcıların cinsiyetleri ile müşteri memnuniyeti arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek amacıyla bağımsız örneklem t testi analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.28’de gösterilmektedir. Katılımcıların verdikleri cevapların ortalamasına bakıldığında kadınların memnuniyet düzeyinin erkeklerden daha yüksek olduğu görülmektedir. Tablonun anlamlılık (sig.) sütunu incelendiğinde anlamlılık seviyesinin 0,05’ten küçük olduğu görülmektedir. Katılımcıların cinsiyeti ile memnuniyet arasında istatistiksel olarak $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark vardır. Tablodaki eta kare (η^2) değeri incelendiğinde Memnuniyet boyutunun $\eta^2 = ,023$ oranında, düşük düzeyde etkiye sahip olduğu görülmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda $H1_9$ kabul edilmiştir.

Tablo 3.29 Katılımcıların Yaşları ile Müşteri Memnuniyeti Arasındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

	Kareler toplamı	S.D.	Kareler Ort.	F	Anlamlılık	η^2
Memnuniyet	Gruplar Arası	10,300	4	2,575	2,652	,034
	Gruplar İçi	211,700	218	,971		
	Toplam	222,000	222			
SONUÇ		$H1_{10}$ Kabul edilmiştir				

Katılımcıların yaşları ile müşteri memnuniyeti arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek amacıyla tek yönlü varyans (Anova) analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.29’da

gösterilmektedir. Tablonun anlamlılık sütunu incelendiğinde anlamlılık seviyesinin 0,034 olduğu görülmektedir. Katılımcıların yaşları ile müşteri memnuniyeti arasında istatistiksel olarak $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Tablodaki eta kare (η^2) değerleri incelendiğinde Memnuniyet boyutunun $\eta^2 = 0,059$ oranında, düşük düzeyde etkiye sahip olduğu görülmektedir. Tukey testi sonuçları incelendiğinde farklılığın 61 yaş ve üzeri yaş grubu ile 18-28 yaş grubu ve 29-39 yaş grubundan kaynaklandığı görülmektedir. Buradan hareketle 61 yaş ve üzeri yaş grubunun 18-28 yaş grubuna (Ortalama farkı: 0,759) ve 29-39 yaş grubuna (Ortalama farkı: 0,756) oranla daha memnun olduğu görülmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda H_{10} kabul edilmiştir.

Tablo 3.30 Katılımcıların Eğitim Düzeyleri ile Müşteri Memnuniyeti Arasındaki Farka Yönelik Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

		Kareler toplamı	S.D.	Kareler Ort	F	Anlamlılık
Memnuniyet	Gruplar Arası	2,562	4	,641	,636	,637
	Gruplar İçi	219,438	218	1,007		
	Toplam	222,000	222			
SONUÇ		H₁₁ Reddedilmiştir				

Katılımcıların eğitim düzeyleri ile müşteri memnuniyeti arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek amacıyla tek yönlü varyans (Anova) analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.30'da gösterilmektedir. Tablonun anlamlılık sütunu incelendiğinde anlamlılık seviyesinin 0,637 olduğu, dolayısıyla katılımcıların eğitim düzeyi ile müşteri memnuniyeti arasında istatistiksel olarak $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir. Sonuç olarak H_{11} reddedilmiştir.

Tablo 3.31 Katılımcıların Ülkeleri ile Müşteri Memnuniyeti Arasındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

		Kareler toplamı	S.D.	Kareler Ort.	F	Anlamlılık
Memnuniyet	Gruplar Arası	13,964	9	1,552	1,589	,120
	Gruplar İçi	208,036	213	,977		
	Toplam	222,000	222			
SONUÇ		H₁₂ Reddedilmiştir				

Katılımcıların ülkeleri ile müşteri memnuniyeti arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek amacıyla tek yönlü varyans (Anova) analizi yapılmıştır. Sonuçlar Tablo 3.31'de gösterilmektedir. Tablonun anlamlılık sütunu incelendiğinde anlamlılık seviyesinin 0,120 olduğu, dolayısıyla katılımcıların ülkeleri ile müşteri memnuniyeti arasında istatistiksel olarak

$p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde anlamlı bir farkın olmadığı görülmektedir. Sonuç olarak H_{12} reddedilmiştir.

Tablo 3.32 Katılımcıların Cinsiyetleri ile Müşteri Sadakati Arasındaki Farka İlişkin Bağımsız Örneklem T-Testi Sonuçları

	Cinsiyet	n	Ortalama	t	SD	Anlamlılık (2-yönlü)
Sadakat	Erkek	144	,0247550	,498	221	,619
	Kadın	79	-,0451230			
SONUÇ	H₁₃ Reddedilmiştir					

Tablo 3.32’de katılımcıların cinsiyetleri ile müşteri sadakati arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek amacıyla yapılan bağımsız örneklem t-testi sonuçları gösterilmektedir. Katılımcıların verdikleri cevapların ortalamasına bakıldığında erkeklerin sadakat düzeyinin kadınlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Tablonun anlamlılık sütunu incelendiğinde anlamlılık seviyesinin (0,619) 0,05’ten büyük olduğu görülmektedir. Katılımcıların cinsiyeti ile sadakat arasında istatistiksel olarak $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark yoktur, dolayısıyla H_{13} reddedilmiştir.

Tablo 3.33 Katılımcıların Yaşları ile Müşteri Sadakati Arasındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

	Kareler toplamı	S.D.	Kareler Ort.	F	Anlamlılık	η^2
Sadakat	Gruplar Arası	9,740	4	2,435	2,501	,043
	Gruplar İçi	212,260	218	,974		
	Toplam	222,000	222			
SONUÇ	H₁₄ Kabul edilmiştir					

Katılımcıların yaşları ile müşteri sadakati arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek amacıyla tek yönlü varyans (Anova) analizi yapılmıştır. Sonuçlar tablo 3.33’te gösterilmektedir. Tablonun anlamlılık sütunu incelendiğinde anlamlılık seviyesinin 0,043 olduğu görülmektedir. Katılımcıların yaşları ile müşteri sadakati arasında istatistiksel olarak $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark olduğu görülmektedir. Tablodaki eta kare (η^2) değerleri incelendiğinde sadakat boyutunun $\eta^2 = ,057$ oranında, düşük düzeyde etkiye sahip olduğu görülmektedir. LSD testi sonuçları incelendiğine tüm yaş grupları ile 18-28 yaş grupları arasında farklılık olduğu, en yüksek ortalama farkının (0,639) 51-60 yaş grubu ile 18-28 yaş grubu arasında olduğu görülmektedir. Bu bilgiler doğrultusunda H_{14} kabul edilmiştir.

Tablo 3.34 Katılımcıların Eğitim Düzeyleri ile Müşteri Sadakati Arasındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

		Kareler toplamı	S.D.	Kareler Ort.	F	Anlamlılık
Sadakat	Gruplar Arası	9,103	4	2,276	2,330	,057
	Gruplar İçi	212,897	218	,977		
	Toplam	222,000	222			
SONUÇ		H₁₅ Reddedilmiştir				

Katılımcıların eğitim düzeyleri ile müşteri sadakati arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek amacıyla tek yönlü varyans (Anova) analizi yapılmıştır. Sonuçlar tablo 3.34'te gösterilmektedir. Tablonun anlamlılık sütunu incelendiğinde anlamlılık seviyesinin 0,057 olduğu görülmektedir. Katılımcıların eğitim düzeyleri ile müşteri sadakati arasında istatistiksel olarak $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde anlamlı bir fark olmadığından H_{15} reddedilmiştir.

Tablo 3.35 Katılımcıların Ülkeleri ile Müşteri Sadakati Arasındaki Farka İlişkin Tek Yönlü Varyans Analizi Sonuçları

		Kareler toplamı	S.D.	Kareler Ort.	F	Anlamlılık	η^2
Sadakat	Gruplar Arası	20,237	9	2,249	2,374	,014	,093
	Gruplar İçi	201,763	213	,947			
	Toplam	222,000	222				
SONUÇ		H₁₆ Kabul edilmiştir					

Katılımcıların ülkeleri ile müşteri sadakati arasındaki ilişkiyi tespit edebilmek amacıyla tek yönlü varyans (Anova) analizi yapılmıştır. Sonuçlar tablo 3.35'te gösterilmektedir. Tablonun anlamlılık sütunu incelendiğinde anlamlılık seviyesinin 0,014 olduğu, dolayısıyla katılımcıların ülkeleri ile müşteri sadakati arasında istatistiksel olarak $p < 0,05$ anlamlılık düzeyinde anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir. Tablodaki eta kare (η^2) değerleri incelendiğinde sadakat boyutunun $\eta^2 = ,093$ oranında, orta düzeyde etkiye sahip olduğu görülmektedir. Yapılan Tukey testi sonucunda müşteri sadakatindeki farklılığın Almanya, Hollanda, Azerbaycan, Rusya ve Kazakistan ülkelerinden kaynaklandığı, en yüksek ortalama farkınının 2,705 ile Azerbaycan ile Kazakistan arasında olduğu görülmektedir. Detaylı sonuçlar ek 2'de verilmiştir. Bu bilgiler doğrultusunda H_{16} kabul edilmiştir.

3.5.8 Araştırma Modeline İlişkin Bulgular

Yapısal eşitlik modelleri gözlenen değişkenler (observed variables) ve gözlenemeyen değişkenler (unobserved variables) arasındaki nedensel ilişkilerin ve korelasyon ilişkilerinin bir arada bulunduğu modellerin test edilmesi için kullanılan istatistiksel bir teknik olup bağımlılık ilişkilerini tahmin etmek için, varyans, kovaryans analizleri, faktör analizi ve çoklu regresyon gibi analizlerin birleşmesiyle meydana gelen çok değişkenli bir yöntemdir (Dursun ve Kocagöz, 2010, s. 3). YEM, regresyon analizine daha çok benzemekle birlikte, etkileşimleri modelleyen, doğrusal olmayan durumlarla baş edebilen bir analizdir. Bununla birlikte, bağımsız değişkenler arası korelasyona izin veren, ölçüm hatalarını modele dahil eden, aralarında korelasyon olan ölçüm hatalarını dikkate alan ve her biri birden fazla gözlenen değişkenle ölçülen çoklu bağımsız ve bağımlı gizil değişkenler arası ilişkileri ortaya koyan ve test eden çok güçlü bir istatistiksel tekniktir. Birçok çok değişkenli istatistik yöntemleri açıklayıcı (exploratory) özellik taşıırken YEM, doğrulayıcı (confirmatory) bir yapı arz eder (Çetintürk, 2010, s. 64).

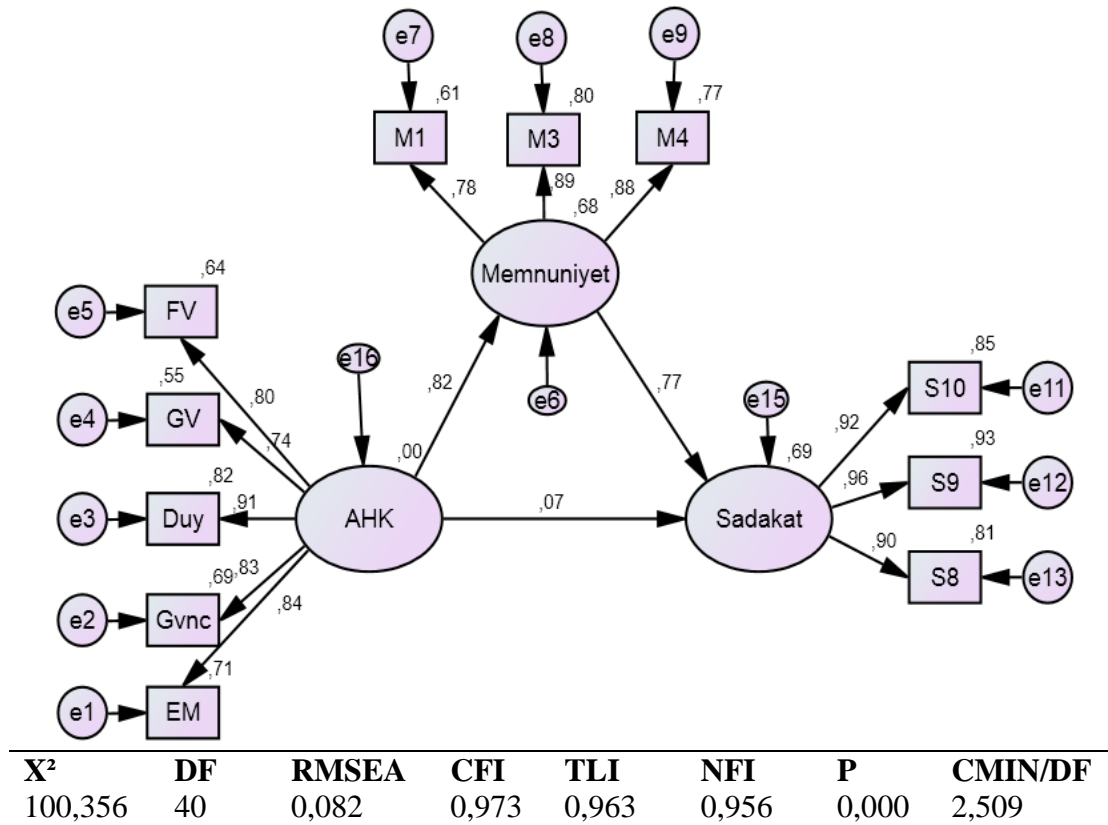
Verilerin modeli destekleyip desteklemediğini değerlendirmek amacıyla yapısal eşitlik modellemesi literatüründe kullanılan en yaygın yöntem, iki aşamalı yöntemdir. Analizlerde birinci aşama olarak önce ölçme modeli test edilerek modelde yer alan yapılara ait ölçümlerin ilgili yapıları doğru ölçüp ölçmediğine bakılır, ikinci aşamada ise yapısal modeller incelenir. Çünkü araştırmacının elinde doğru bir ölçüm yoksa yapıları ölçtüğünü varsaydığı ifadeler söz konusu yapıyı yeterince ölçmüyorsa, yapısal modeli analiz etmenin bir anlamı olmayacaktır (Dursun ve Kocagöz, 2010: 3).

Bu araştırmanın YEM ile ölçülecek temel modeli çalışmanın 3.4.1.'inci bölümünde ve yapısal eşitlik modeli (YEM) hipotezleri 3.4.2.'nci bölümünde verilmiştir. Araştırmanın modeli algılanan hizmet kalitesi boyutları ile müşteri memnuniyeti ve müşteri sadakati arasındaki ilişkiye dayanmaktadır. Araştırma modeli yol diyagramı (path diagram) çizilirken daha önce yapılan faktör analizi sonucunda çıkarılması gereken 6 soru çıkarılmıştır. Bu kapsamda araştırmanın gözlenemeyen değişkenleri ve gözlenen değişkenleri aşağıda Tablo 3.36'da yer almaktadır.

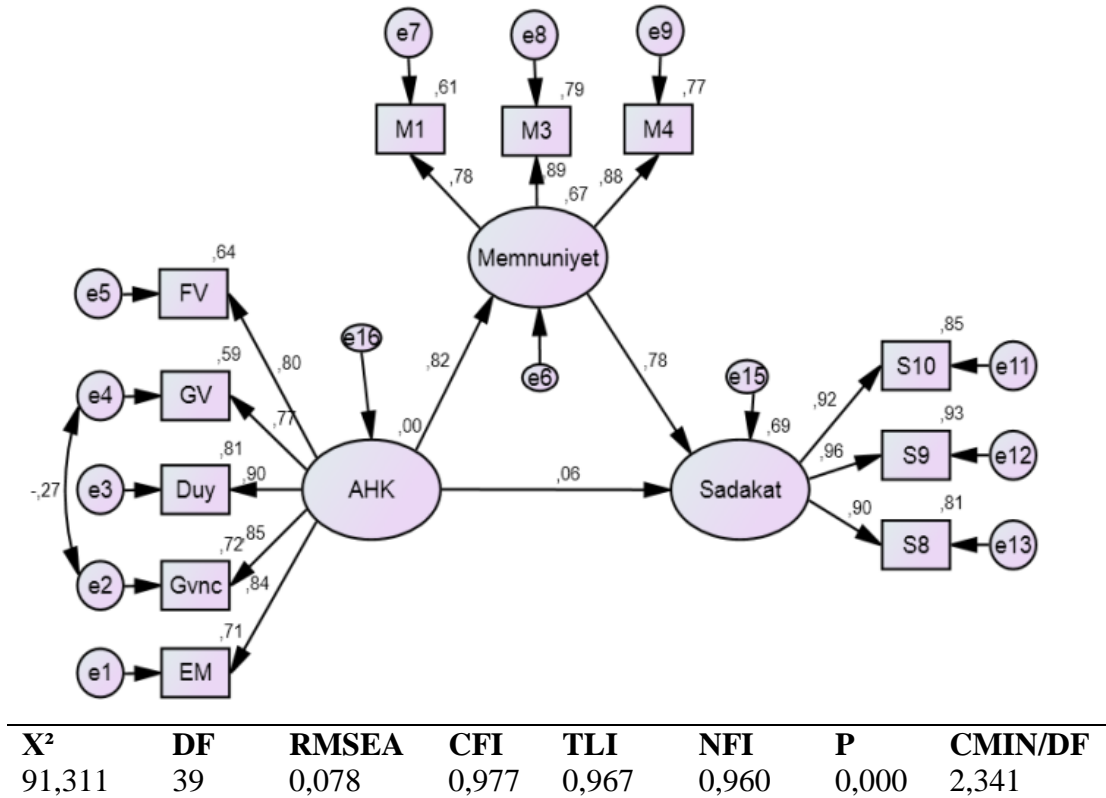
Tablo 3.36 Araştırma Modelinin Gözlenen ve Gözlenemeyen Değişkenleri

Gözlenemeyen Değişkenler	Gözlenen Değişkenler	
Algılanan Hizmet Kalitesi	Fiziksel Varlıklar	(FV1) Hizmet aldığınız hastane modern cihaz ve ekipmanlara sahiptir.
		(FV2) Hizmet aldığınız hastanenin çalışanları iyi giyimli ve temiz görünümlüdür.
		(FV3) Hizmet aldığınız hastanenin fiziksel ortamları (oda, koridor, wc, vb.) estetik ve temizdir.
		(FV4) Hizmet aldığınız hastanenin ek hizmet ortamları(kantin, bekleme salonu vb.) eksiksiz ve kullanışlıdır.
	Güvenilirlik	(Gv6) Hizmet aldığınız hastanede doğru teşhis konulur ve uygun tedavi uygulanır.
		(Gv7) Hizmet aldığınız hastane tedavi süreci ile ilgili işlemleri taahhüt ettiği şekilde yerine getirir.
		(Gv8) Hizmet aldığınız hastanede doktor ve hemşirelerin yaptığı tıbbi müdahaleler yerinde ve güvenilirdir.
		(Gv9) Hizmet aldığınız hastanede doktorlar, hastalara hastalık ve uygulanacak tedavi yöntemi ile ilgili yeterli ve anlaşılır bilgi verirler.
	Duyarlılık	(D11) Hizmet aldığınız hastanede çalışanlar, hastalara yardımcı olmaya istekli ve gönüllüdürler.
		(D12) Hizmet aldığınız hastanede hasta isteklerine mümkün olduğunca hızlı karşılık verilir.
		(D13) Hizmet aldığınız hastanede hasta ve yakınlarının, öneri ve şikayetleri dikkate alınır.
		(D14) Hizmet aldığınız hastanedeki doktor ve hemşirelerin davranışları daima naziktir ve hastada güven duygusu yaratır
	Güvence	(Gvc16) Hizmet aldığınız hastane hasta menfaatlerini her zaman üstün tutar.
		(Gvc17) Hizmet aldığınız hastane, hastalara zarar verebilecek etkenlere (alet sterilizasyonu, yatak temizliği vb.) dikkat etme konusunda güven verir.
		(Gvc18) Hizmet aldığınız hastanede, hastaların hastalıkları ile ilgili özel bilgileri, izinsiz olarak başkaları ile paylaşılmaz.
	Empati	(Em20) Hizmet aldığınız hastane çalışanları, hasta ve yakınlarının sorunları olduğunda duygularını paylaşır ve yardımcı olmak için çaba sarf eder
		(Em21) Hizmet aldığınız hastane personeli, hastaların özel istek ve ihtiyaçlarına duyarlıdır.
		(Em22) Hizmet aldığınız hastanede tüm hastalara aynı düzeyde ilgi ve duyarlılık gösterilir.
Müşteri Memnuniyeti	(M1) Genel olarak verilen hizmetin kalitesinden oldukça memnunuz.	
	(M2) Hastaneden aldığım hizmet beklentilerimi tamamen yerine getirmiştir.	
	(M3) Hastanede doktor ve hemşire dışında görev yapan personelin davranışlarından oldukça memnunuz.	
	(M4) Aldığım hizmet ödediğim paraya değer.	
	(M5) Önceden hizmet aldığımız hastanelerle karşılaştığımızda bu hastane daha kaliteli hizmet sunmaktadır.	
Müşteri Sadakati	(S7) Hastane hakkında başka insanlara olumlu şeyler anlatacağım.	
	(S8) Tavsiyede bulunmamı isteyenlere bu hastaneyi güvenle tavsiye ederim.	
	(S9) Ailem ve arkadaşlarımı güvenle bu hastaneye gönderebilirim.	
	(S10) Gelecekte tekrar ihtiyaç duysam bu hastaneyi öncelikli olarak tercih ederim.	

Yukarıda verilen değişkenleri dâhil ederek yapılan yeni analiz sonucunda modelin uyumunu bozan 3 soru (M2, M5, S7) analizden çıkarılmış ve yol diyagramı tekrar çizilmiştir. Modelin hipotezlerini test etmek amacıyla öncelikli olarak algılanan hizmet kalitesi ve müşteri sadakati değişkenleri arasında doğrudan ilişkinin yer aldığı model ve modelin uyum indeksi incelenmiştir. Modelin uyum indeksi değerleri incelenirken dikkate alınacak değerler ve açıklaması araştırmanın 3.5.4.'üncü bölümünde verilmiştir. Bu doğrultuda model 1'in uyum indeksi sonuçlarına bakıldığında değerlerin CMIN/DF (χ^2 :df): 2,509 (100,356/40), P: 0,000, TLI: 0,963, NFI: 0,956, CFI:0,973 ve RMSEA:0,082 olarak çıktığı görülmektedir. Bu değerlerden RMSEA değeri dışındaki diğer değerler oldukça iyi bir uyuma sahiptir. Modele ait en iyi uyumunu yakalamak için e2 ve e4 arasında modifikasyon yapılmıştır. Sonuçlar Şekil 3.9'da verilmiştir.



Şekil 3.8 Model 1- Yapısal Eşitlik Modeli, Doğrudan Aracı Etkisiz Analiz Sonuçları

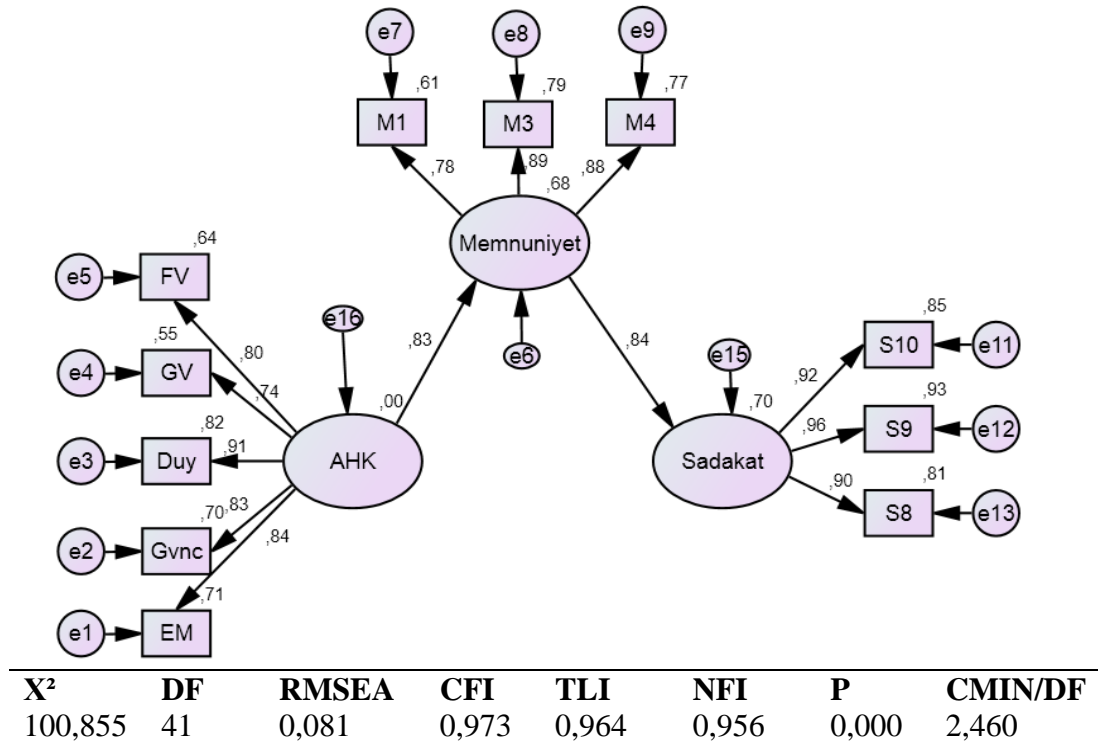


Şekil 3.9 Model 2 - Yapısal Eşitlik Modeli Doğrudan Aracı Etkisiz Analiz Sonuçları

En iyi uyum için yapılan modifikasyon sonucunda, model 2'nin uyum indeksi sonuçları incelendiğinde değerlerin CMIN/DF (χ^2 :df): 2,341 (91,311/39), P: 0,000, TLI: 0,967, NFI: 0,960, CFI:0,977 ve RMSEA:0,078 olarak değiştiği görülmektedir. Bu değerlerden RMSEA değeri kabul edilebilir bir uyuma sahipken diğer değerler oldukça iyi uyma sahiptir.

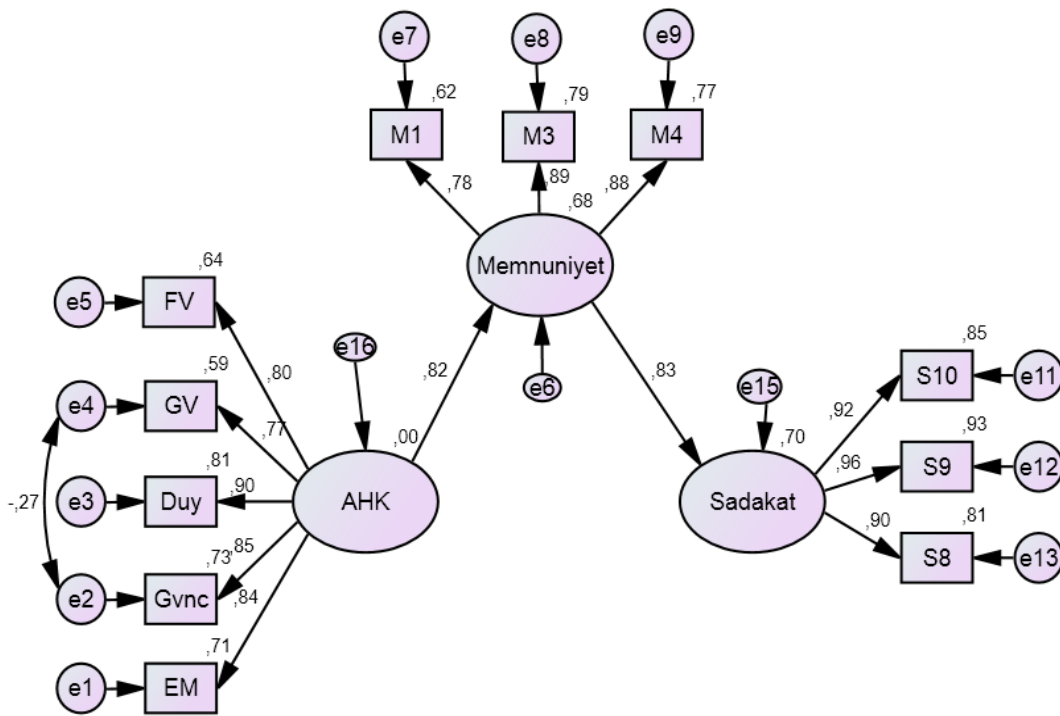
Şekil 3.9'da gösterilen değerler, standardize edilmiş regresyon sonuçlarını göstermektedir. Standartlaştırılmış yüklere ilişkin etki büyüklükleri dikkate alındığında, .10'dan düşük değerler küçük etkilere; .30 civarındaki değerler orta düzeyde etkilere; .50 ve üzerindeki değerler ise yüksek düzeydeki etkilere işaret etmektedir (Çakmak, 2013, s. 58). Model incelendiğinde algılanan değer değişkeni ile müşteri memnuniyeti değişkeni arasında 0,82 derecesinde yüksek bir ilişki, memnuniyet değişkeni ve sadakat değişkeni arasında 0,78 derecesinde yüksek bir ilişki olduğu görülmektedir. Algılanan hizmet kalitesi değişkeni ve sadakat değişkeni arasında doğrudan etkiye (Aracısız etki) bakıldığında aralarındaki ilişkinin neredeyse sifıra eşdeğer olduğu görülmektedir.

Analizin bir sonraki aşamasında modeli tekrar test etmek amacıyla, doğrudan etki kaldırılarak modelin uyum indeksinde ve değişkenler arasındaki ilişkiye etkisinde nasıl değişiklik olduğu incelenmiştir. Model 3'e ait sonuçlar aşağıda Şekil 3.10'da gösterilmektedir.



Şekil 3.10 Model 3 - Yapısal Eşitlik Modeli Aracı Etkili Analiz Sonuçları

Model 3'ün uyum indeksi sonuçlarına bakıldığında değerlerin CMIN/DF (χ^2 :df): 2,460 (100,855/41), P: 0,000, TLI: 0,964, NFI: 0,956, CFI:0,973 ve RMSEA:0,081 olarak çıktığı görülmektedir. Bu değerlerden RMSEA değeri dışındaki diğer değerler oldukça iyi bir uyuma sahiptir. Modele ait en iyi uyumunu yakalamak için doğrudan aracı etkisiz analizde yapıldığı gibi e2 ve e4 arasında modifikasyon yapılmıştır. Model 4'e ait sonuçlar Şekil 3.11'de verilmiştir.



X^2	DF	RMSEA	CFI	TLI	NFI	P	CMIN/DF
91,678	40	0,076	0,977	0,968	0,960	0,000	2,292

Şekil 3.11 Model 4 - Yapısal Eşitlik Modeli Aracı Etkili Analiz Sonuçları

Analiz sonucu incelendiğinde doğrudan etkinin kaldırılmasıyla CMIN/DF (χ^2 :df): 2,292 (91,678/40), P: 0,000, TLI: 0,968, NFI: 0,960, CFI:0,977 ve RMSEA:0,076 olarak değiştiği ve modelde iyileşme sağladığı görülmektedir. Bununla birlikte Memnuniyet değişkeni ve sadakat değişkeni arasındaki ilişkinin de arttığı (0,83) görülmektedir. Dolayısıyla tüm bu sonuçlar birlikte değerlendirildiğinde memnuniyet değişkeninin algılanan hizmet kalitesi değişkeni ve sadakat değişkeni arasında aracı bir etkisinin olduğu söylenebilir. Buradan hareketle **H₇** (Müşteri memnuniyeti, algılanan hizmet kalitesi ve müşteri sadakati arasında aracı bir etkiye sahiptir) kabul edilmiştir. Bu sonuç, ölçeğin geliştiricileri Zeithalm ve ark. (1996) tarafından yapılan araştırma ve literetür ile (Moutinho, Albayrak ve Caber, 2011; Rodgers ve diğ., 2005; Cronin ve diğ., 2000) paralellik göstermektedir. Araştırma modelinin hipotezlerine ilişkin diğer sonuçlar Tablo 3.37’de gösterilmektedir.

Tablo 3.37 Araştırma Modelinin Hipotezlerine İlişkin Sonuçlar

Araştırma Modelinin Hipotezleri	Sonuç
H₁: Fiziksel özellikler boyutu ile algılanan hizmet kalitesini olumlu yönde etkiler.	(0,80) KABUL
H₂: Güvenilirlik boyutu ile algılanan hizmet kalitesini olumlu yönde etkiler.	(0,70) KABUL
H₃: Duyarlılık boyutu ile algılanan hizmet kalitesini olumlu yönde etkiler.	(0,90) KABUL
H₄: Güvence boyutu ile algılanan hizmet kalitesini olumlu yönde etkiler.	(0,85) KABUL
H₅: Empati boyutu ile algılanan hizmet kalitesini olumlu yönde etkiler.	(0,84) KABUL
H₆: Müşteri memnuniyeti, müşteri sadakatini olumlu yönde etkiler.	(0,83) KABUL

SONUÇ

Dünya çapındaki sağlık hizmetlerindeki gelişmeler, artan sağlık hizmeti fiyatları, iletişim ve ulaşım olanaklarındaki gelişmeler, özellikle gelişmiş ülkelerdeki uzun bekleme listeleri, tedavi ile birlikte tatil yapma olanağına sahip olma isteği gibi etkenler insanları sağlık arayışlarında başka ülkelere yönelmelerine sebep olmuştur. Bu seyahatler sağlık turizmi kapsamında ele alınan medikal turizm türünün de gelişimine önemli ölçüde katkı sağlamıştır. Özellikle uluslararası talebin yüksek olduğu, turizm gelirlerine etkisi dolayısıyla ülke ekonomisine de önemli katkı sağlayan, hastalar açısından tedavi sürecini kısaltan, maliyeti azaltan, tedavi şekli ve hekim seçme alternatifleri sunan medikal turizmden pay almak, payını arttırmak isteyen ülkeler ve sağlık hizmeti sunucuları bu spesifik turizm çeşidini geliştirmek amacıyla özellikle sağlık sistemlerinde iyileştirme çabalarına girmektedir. Bu iyileştirme çabalarının temelinde müşteri memnuniyeti yer almaktadır ve müşteri memnuniyetinin sağlanması da şüphesiz sunulan hizmetin kalitesi ile paralellik göstermektedir. Buradan hareketle bu çalışma medikal turizmde hizmet kalitesine odaklanmış ve algılanan hizmet kalitesinin müşteri memnuniyetine ve müşteri sadakatine etkisi araştırılmıştır. Bu amaçla sağlık hizmetlerinde kalite değerlendirmelerinde sıklıkla kullanılan servqual tekniği kullanılmıştır.

Çalışmada, katılımcıların cinsiyetlerine göre ‘Güvenilirlik’ ve ‘Güvence’ boyutlarında anlamlı bir ilişki olduğu yaş, eğitim düzeyi ve ülke değişkenlerine göre anlamlı bir ilişki olmadığı ortaya çıkmıştır. Algılanan hizmet kalitesi ile demografik değişkenler incelendiğinde ise katılımcıların yaşları ile ‘Güvenilirlik’ ve ‘Duyarlılık’, eğitim düzeyleri ile ‘Fiziksel Varlıklar’ ve ülkeleri ile ‘Duyarlılık’ boyutları konusunda algılanan hizmet kalitesi arasında anlamlı bir ilişki olduğu, cinsiyetleri ile algılanan hizmet kalitesi arasında ise anlamlı bir ilişkinin olmadığı ortaya çıkmıştır. Servqual ile ilgili yapılan önceki çalışmalar incelendiğinde katılımcıların demografik özellikleri ile hizmet kalitesi boyutları arasındaki ilişki değişiklik göstermekle birlikte bu çalışmayla kısmen benzer olan Guiry ve Vequist’in 2010 yılında medikal turistlerin beklenti ve algılarını ortaya çıkarmak amacıyla yaptığı çalışmada katılımcıların tüm demografik özellikleri ile hizmet kalitesi boyutları arasında anlamlı bir ilişki ortaya çıkmıştır.

Çalışma kapsamında katılımcılardan hizmet kalitesi boyutlarını önem derecesine göre 100 puan üzerinden puanlaması istenmiştir. Katılımcıların boyutlara verdikleri önem derecelerinin sıralamasına bakıldığında en çok önem verdikleri boyutun ‘Güvenilirlik’ boyutu olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde bu sonucun literatür ile paralellik gösterdiği söylenebilir. Nitekim, Headley ve Miller tarafından 1993 yılında sağlık sektöründe yapılan araştırmada, katılımcıların en çok önem verdiği boyut güvenilirlik boyutu olmuştur. Yine, Anderson (1995), Tarım ve diğ. (2000) ve Varinli ve diğ. (2004) tarafından yapılan araştırmalarda güvenilirlik boyutunun en çok önem verilen boyut olduğu ortaya çıkmıştır. Özellikle sağlık sektöründe güvenilirlik ve güvence boyutunun (Torun, 2009; Mowen ve diğ. 1993; Tong, 2000, Devebakan ve Aksaraylı, 2003) önemli görülmesi sağlıklarını emanet ettikleri sağlık bakım ve koruma hizmetlerinde beklenen bir sonuçtur. Zira sağlık konusunda yapılan en küçük bir hata bile daha büyük sorunlara hatta ölüme bile sebep olabilmektedir. Dolayısıyla hastaların hizmet aldığı sağlık kurumlarına güven duyması son derece önemlidir.

Servqual fark puanları ile ilgili sonuçlar incelendiğinde, en yüksek fark puanının yani beklentileri karşılamaya en uzak olan boyutun, müşteri şikayetlerine çözüm üretme, isteklilik (heveslilik), nezaket ve hastayı dikkate alma gibi konuların yer aldığı ‘Duyarlılık’ boyutu olduğu ortaya çıkmıştır. Medikal turizm kapsamında farklı ülkeye tedavi amacıyla gelen hastaların bu konuda beklentilerinin kısmen yüksek olması, önceki deneyimleriyle kıyaslaması, kültürel farklılıklar gibi etkenlerin bu boyutta düşük kalite algısına neden olduğu düşünülmektedir. Beklentileri karşılamaya en yakın boyutun ise ‘Empati’ boyutu olduğu sonucu ortaya çıkmıştır. Bu durumun ortaya çıkmasının beklentilerin diğer boyutlara göre daha düşük ve algıların da daha yüksek olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Servqual ölçeğini kullanan araştırmalar incelendiğinde bu çalışmayla benzer olarak duyarlılık boyutundaki fark puanının yüksek çıktığı araştırmalar (Babacus ve Mangold 1992; Mangold ve Babacus, 1991; Lim ve Tang (sağlık hizmeti), 2000) mevcut olmakla birlikte farklı sonuçların da ortaya çıktığı görülmektedir. Örneğin hizmet sektöründe yapılan bazı araştırmalarda (Chokravarty (sağlık hizmetleri), 2011; Purcarea ve diğ. (sağlık hizmetleri), 2013; Eleren ve Kılıç (Termal Turizm), 2007, Bulgan (kütüphane hizmetleri), 2002 ve Saleeby (Yiyecek-İçecek hizmetleri), 2008) Fiziksel varlıklar boyutunun beklentileri karşılamaya en uzak boyut (en yüksek SQ fark puanı) olduğu sonucu ortaya çıkarken bazı araştırmalarda (Ersöz ve diğ. (öğretmenevi, konaklama hizmeti), 2009; Taşkiran (sağlık hizmetleri), 2007; Kuzu (Yaşlı bakım hizmetleri), 2010; Jyothis ve Janardhanan (sağlık turizmi), 2009; Babacus ve Mangold 1992; Mangold ve Babacus (sağlık hizmetleri), 1991)

duyarlılık boyutunun, bazı araştırmalarda ise Güvence (Özgiç (Sağlık hizmetleri), 2007; Devebakan ve Aksaraylı (sağlık hizmetleri), 2003) ve Empati (Sağlık hizmetlerinde yapılan: Lam , 1997, Popa ve diğ., 2011; Kayral, 2012; Youssef ve diğ., 1995 ve Anderson, 1995) boyutlarının en yüksek fark puanına sahip boyutlar olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Araştırma sonucu, eşit ağırlıklı servqual puanı (SQEA) -0462 ve ağırlıklandırılmış servqual puanı (SQAĞ) -0468 olarak ortaya çıkmıştır. Bununla birlikte tüm boyutlara ait Servqual puanları negatif çıkmıştır. Yani medikal turizmde algılanan hizmet kalitesi katılımcıların beklentilerini tam olarak karşılayamamakla birlikte beklentilerin karşılanmasına çok da uzak değildir. Sonuçların negatif çıkmasında katılımcıların beklentilerinin tüm boyutlarda oldukça yüksek olmasının (tüm beklenti ortalamaları 6'nın üzerinde çıkmıştır) etkili olduğu düşünölmektedir. Parasuraman ve arkadaşlarına göre (1994) müşterilerin hizmet beklentileri iki düzeydedir. Bunlar arzulanan ve yeterli görölen beklenti düzeyleridir. Arzulanan hizmet düzeyi, müşterilerin almayı umdukları; yeterli görölen hizmet düzeyi ise müşterilerin kabul edilebilir buldukları hizmettir. Arzulanan hizmet düzeyi sonucunda SERVQUAL skorları negatif (-) çıkabilmektedir. Yeterli görölen hizmet düzeyi sonucunda ise eğer hizmet, kabul edilebilir düzeydeyse iyi olarak değerlendirilebilmektedir (Torun, 2009, s. 107). Sonuç olarak, her boyutta beklentilerin yüksek olması beklenen bir durumdur ve sağlık sektöründe yapılan diğer araştırmalar (Chakravarty, 2011; Yalkın, 2010; Kayral, 2012; Andaleeb, 2001; Devebakan ve Aksaraylı, 2003) bu durumu desteklemektedir. Nitekim sonuçların negatif olması da benzer araştırmalarla (Torun, 2009; Tarım ve diğ. 2000, Lim ve Tong, 2000, Yalkın, 2010) paralellik göstermektedir.

Ortaya çıkan diğer önemli bir sonuç katılımcıların ölkelerine göre önem verdikleri hizmet kalitesi boyutlarıdır. Buna göre, Almanların ve Hollandalıların en fazla fiziksel özellikler boyutuna, Rusların ve Iraklıların en fazla güvence boyutuna, Fransızların en fazla empati ve duyarlılık boyutlarına, Azerbaycanlıların, Kazakistanlıların, Ukraynalıların ve Belçikalıların ise en fazla güvenilirlik boyutuna önem verdikleri görölmektedir. Burada şunu belirtmekte fayda görölmektedir. Bu sonuçlar sadece bu araştırmaya katılan yabancı öлке vatandaşlarını kapsamaktadır, dolayısıyla tüm diş öлке vatandaşlarına oranlamak farklı sonuçlar ortaya çıkarabilir. Literatür incelendiğinde benzer sonuçlara ulaşılamamış olması ortaya çıkan bu sonuçların medikal turizm konusunda özellikle sağlık hizmeti sunucuları ve karar vericiler açısından önemli bir referans olduğunu göstermektedir.

Nitekim bu araştırma kapsamında yapılan, yapısal eşitlik modeli analizi, algılanan hizmet kalitesi boyutlarının tümünün (Fiziksel varlıklar, güvenilirlik, duyarlılık, güvence ve empati) algılanan hizmet kalitesini olumlu yönde etkilediğini bununla birlikte müşteri memnuniyeti değişkeninin müşteri sadakatini arttırmada aracı bir rolü olduğu sonucunu ortaya çıkarmıştır. Yani hizmet kalitesi algısının yüksek olması müşteri memnuniyetinin de yüksek olmasını sağlayacak ve buna paralel olarak memnun olan müşterinin de işletmeye bağlılığı artacaktır. Bu sonuç, ölçeğin geliştiricileri Zeithalm ve ark. (1996) tarafından yapılan araştırma ve literetür ile (Moutinho, Albayrak ve Caber, 2011; Rodgers ve diğ., 2005; Cronin ve diğ., 2000) paralellik göstermektedir. Bununla birlikte hizmet kalitesi ve müşteri memnuniyeti arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok araştırma (Bitner, 1990; Bolton ve Drew, 1991; Williams ve Calnon, 1991; Cronin ve Taylor, 1992; Oliver, 1993; Taylor ve Baker, 1994; Varinli, 1999; Lassar ve diğ., 2000; Caruana, 2002, Kayral, 2012 ve Yunus ve Diğ. 2013) müşteri memnuniyeti ile hizmet kalitesi arasında olumlu yönde bir ilişkinin olduğunu, sunulan hizmet kalitesindeki artışın, müşteri memnuniyetini de arttıracakını savunmaktadır. Bununla birlikte Saleeby tarafından 2008 yılında yapılan araştırmada hizmet kalitesi ile müşteri sadakati arasında olumlu bir ilişkinin olduğu ortaya çıkmıştır. Fakat yapılan birçok araştırma (Kheng ve diğ., 2010; Caruana, 2002; Butcher, 2001, Ehigie, 2006; Lam ve Burtan, 2006) müşteri memnuniyetinin hizmet kalitesi ile müşteri sadakati arasında aracılık etkisi olduğunu ortaya çıkarmıştır.

Öneriler: Algılanan hizmet kalitesi boyutları doğrultusunda medikal turizm konusunda öncelikli olarak yapılması önerilen ve medikal turizmde hizmet kalitesi algılarının yükseltilmesi için öne çıkan hususlar aşağıda verilmiştir. Bu kapsamda sağlık işletmelerinin mevcut durumlarını değerlendirmesi, eksik hususların belirlenmesi, konuyla ilgili araştırma-geliştirme çalışmalarının arttırılması ve bu doğrultuda plan ve politika belirlemesi önerilmektedir.

Güvenilirlik ve Güvence Boyutları:

- Doğru teşhis ve tedavinin uygulanması güvenilirlik konusunda en önemli hususların başında gelmektedir. Çünkü bu süreçteki en küçük bir hata sakatlık ve hatta ölüm gibi istenmeyen durumlara sebep olabilmektedir. Tedavi sürecindeki en önemli kişi doktor olmakla birlikte, hemşire, hasta bakıcı ve diğer sağlık personeli ayrıca teknik donanımlar da son derece önemlidir.

- Güvenilirlik ve güvence boyutu ilgili olarak algılanan hizmet kalitesini etkileyecek diğer hususlar, hasta kayıtları hatasız bir şekilde tutulması, tedavi süreci ile ilgili işlemlerin taahhüt edildiği şekilde yerine getirilmesi, hastalara hastalık ve uygulanacak tedavi yöntemi ile ilgili yeterli ve anlaşılır bilgi verilmesi, hastalarının menfaatini her zaman üstün tutması, hastalara zarar verebilecek etkenlere (alet sterilizasyonu, yatak temizliği, bulaşma vb.) dikkat edilmesi, hastaların hastalıkları ile ilgili özel bilgileri izinsiz olarak başkaları ile paylaşılmaması olarak sıralanabilir.

Fiziksel Varlıklar Boyutu:

- Tedavi sürecinde kullanılan cihaz ve ekipmanların sürekli gelişen teknoloji ve buluşlar doğrultusunda güncellenmesinin tedavi sürecine olumlu katkı sağlayacak en önemli husus olduğu düşünülmektedir.
- Ayrıca hastane çalışanlarının temizlik ve hijyen kurallarına uygun giyimli ve temiz görünümlü olması, fiziksel ortamların (oda, koridor, wc, vb.) estetik, temiz ve hijyenik olması, ek hizmet ortamlarının (kantin, bekleme salonu vb.) eksiksiz ve hasta ve yakınlarının kullanımına elverişli olması, hasta odaları başta olmak üzere hastanelerin fiziksel konfor ve uygunluk bakımından beş yıldızlı otel konforu hissiyatı uyandıracak şekilde tasarımı fiziksel varlıklar boyutu ile ilgili önem arz eden diğer hususlar olarak sıralanabilir.

Duyarlılık ve empati boyutlarının tüm hastalar için önemli olduğu bir gerçektir. Fakat hastalık psikolojisi, yakın çevrelerinden uzak olmaları, aitlik hissiyatının az olması, kültür ve dil farklılıkları gibi etkenler sebebiyle, özellikle yabancı hasta ve hasta yakınları için daha da önemli olduğu düşünülmektedir. Bu doğrultuda dikkate alınması önerilen hususlar:

- Muayene veya tedavi işlemleri için verilen randevuların geciktirilmemesi ve hasta isteklerinin, önerilerinin, şikâyetlerinin dikkate alınması ve mümkün olduğunca hızlı karşılık verilmesi,
- Hastanede çalışan tüm personelin nazik ve duyarlı davranması, hastalara ve hasta yakınlarına yardımcı olmaya istekli ve gönüllü davranılması ve bu davranışlarla güven duygusu yaratılması,
- Tüm hastalara aynı düzeyde ilgi ve duyarlılık gösterilmesi olarak sıralanabilir.

Medikal turistlerin destinasyon tercihlerinde medikal turizmin en önemli paydaşları olan hastane ve konaklama işletmelerinin varlığı ile birlikte hastane ve doktor ünü, fiyat, alternatif turizm faaliyetlerin varlığı da oldukça önemlidir. Antalya ili hastane sayısı, konaklama işletmelerinin sayısı ve alternatif turizm faaliyetleri açısından oldukça zengindir. Bununla birlikte özellikle Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi'nde gerçekleştirilen yüz nakli gibi başarılı operasyonlarıyla hastane ve doktor ünü konusunda da tercih edilebilirliği oldukça yüksek bir il haline gelmiştir. Yukarıda verilen kalite boyutlarındaki iyileştirme çalışmalarıyla birlikte etkin pazarlama stratejileri, reklam ve tanıtım faaliyetleri, hastanelerin marka değerinin artırılması ve akredite olması, yurt dışındaki sigorta şirketleriyle ikili anlaşmaların yapılması, teknolojik altyapının sürekli güncellenmesi, hedef pazarın doğru tespiti ve hedef pazara yönelik hizmet üretilmesi, geleneksel turizm faaliyetleri ile tedavi sürecini bütünleştiren medikal paket turların sunulması, katılımcı bir planlama anlayışıyla kamu, özel ve sivil toplum kuruluşları arasında işbirliğinin sağlanması, tüm paydaşları ilgilendiren ortak ticari politikaların belirlenmesi gibi hususların medikal turizmden elde edilen payın artırılmasında önemli olduğu söylenebilir.

Sonuç olarak sağlık hizmetinde kalitenin iyileştirilmesinin uluslararası talebin yoğun olduğu, turizm gelirleri ve dolayısıyla ülke ekonomisine önemli katkıları olan medikal turizm konusunda talepleri ve rekabet gücünü arttıracığı, bununla birlikte yerel toplum açısından da önemli getirileri olacağı düşünülmektedir. Bu ve buna benzer araştırmaların Türkiye gibi medikal turizme önem veren ve bu konuda henüz gelişme aşamasında olan ülkelerdeki planlayıcılar, karar vericiler ve sağlık hizmeti sunucuları için ayrıca konuyla ilgili çalışan araştırmacılar ve akademisyenler için yol gösterici nitelikte olduğu düşünülmektedir.

Konuyla ilgili çalışmak isteyen araştırmacılara öneriler aşağıda sıralanmıştır.

Hizmet kalitesinin belirli aralıklarla ölçülmesi konuyla ilgili gelişmelerin takip edilmesi ve medikal turizm ile ilgili plan ve politikalarını güncellemesi açısından önemlidir. Dolayısıyla ileriki araştırmacılar için de tekrar edilebilecek bir konudur. Bununla birlikte özellikle medikal turizm konusunda araştırılması elzem olan konular aşağıda sıralanmıştır.

- Sağlık turizmi konusunda Türsab benzeri bir yapılanmanın olup olmayacağı, nasıl yarar sağlayacağı,
- Rakip ülkelerdeki yapılanmalar,

- Yabancı hastaların Türkiye'yi tercih nedenleriyle birlikte geliş formaliteleri, geliş şekli, yapılan reklam ve tutundurma faaliyetleri,
- Pazarlama stratejileri,
- Medikal turizme hizmet veren konaklama işletmeleri ve hijyen,
- Seyahat sektörü ve medikal turizmde taşımacılık,
- Sağlık ve turizm sektörü işbirliği ve karşılaşılan sorunlar,
- Medikal paket turlar,
- Medikal turizmde standardizasyon,
- Medikal turizm eğitimi,
- Medikal turizm rehberliği,
- Medikal turizmde ahlak ve etik ilkeleri,
- Medikal destinasyon oluşturma ve hedef pazar seçimi,
- Yasal yükümlülükler ve uygulama esasları,
- Medikal turizmin sosyal ve ekonomik etkileri,

KAYNAKÇA

- Abdullah, D., N. M. Abang and Rozario, F., ‘Influence of Service and Product Quality towards Customer Satisfaction: A Case Study at the Staff Cafeteria in the Hotel Industry’ World Academy of Science, Engineering and Technology 53, 2009.
- Acar, D., ‘Ankara’da Termal Turizm Potansiyeli ve Yerel Yönetimin Rolü’ V. Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresi, 18-21 Kasım 2012, Kongre Sunumu, Ankara, 2012.
- Airey, D. ve Bennett, M. (Perada, M.), ‘Service Quality in Overseas Education: The Experience of Overseas Students’ Journal of Hospitality, Leisure, Sport and Tourism Education 6(2), 2007, pp.55 – 67.
- Akdu A.S. ‘Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal Turizm ve Türkiye’deki Uygulamalar Üzerine Bir Araştırma; İstanbul ve Ankara Örneği’ Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği Eğitimi Ana Bilim Dalı, Ankara, 2009.
- AMA (The American Medical Association), ‘Report B: Medical Travel Outside the U.S. , OMSS Governing Council Report’, June 2007. (<http://www.ama-assn.org/ama1/pub/upload/mm/21/a07rep-b.pdf>), [Erişim Tarihi: 05/02/2011].
- Anderson, E., Fornell, C. & Rust, R.T. ‘Customer Satisfaction, Productivity and Profitability: Differences Between Goods and Services’, Marketing Science,16 (2): 1997, pp. 125-45.
- Andaleep, S.S., ‘Service Quality Perceptions and Patient Satisfaction: A Study Of Hospitals In A Developing Country’ Social Science & Medicine 52, 2001, pp.1359–1370,
- Armstrong, G. ve Kotler, P. ‘Marketing’, International Edition, Prentice Hall, 2003.
- Aslantekin, F., Göktaş, B., Ulugen, M., Erdem, R. ‘Sağlık Hizmetlerinde Kalite Deneyimi: Dr. Ekrem Hayri Üstündağ Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi Örneği. Elazığ: Fırat Üniversitesi Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2005, 2(6), pp. 57.
- Aydın, D., Aypek, N., Aktepe, C., Şahbaz, R. P. ve Arslan, S. ‘Türkiye’de Medikal Turizmin Geleceği’(2011), Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi ile Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlık Turizmi Koordinatörlüğü Medikal Turizm Raporu, Mart 2011, Ankara.
- Aytaç, M. ve Öngen, B. ‘Doğrulamalı Faktör Analizi ile Yeni Çevresel Paradigma Ölçeğinin Yapı Geçerliliğinin İncelenmesi’ İstatistikçiler Dergisi 5, pp.14-22, 2012.

- Babakus, E. And Mangold, W.G., 'Adapting The Servqual Scale To Hospital Services: An Empirical Investigation', *Health Services Research*, 1992, Vol. 26, No. 6, pp. 768-786.
- BAKA, 'Sağlık Turizmi, Sektör Raporu' Batı Akdeniz Kalkınma Ajansı, Antalya, 2011.
- Barutçu S. 'Perakendecilik Sektöründe Teknolojik Değişim: E-Perakendecilik, E-Mağaza Bağlılığı ve E-Mağaza Bağlılığını Etkileyen Faktörler'. Süleyman Demirel Üniversitesi İ.İ.B.F. Dergisi, 2008, (1), pp. 317-334.
- Bitner, M. J. 'Evaluating Service Encounters: The Effects of Physical Surroundings and Employee Responses', *Journal of Marketing*, 1990, 54 (April), pp. 69-82.
- Boulding W.; Kalra A.;Staelin R. ve Zeithaml A. 'A Dynamic Process Model Of Service Quality: From Expectations To Behavioral Intentions' , *Journal of Marketing Research*, 1993, 30(1), pp. 7-27.
- Bristow R. S.,Yang W.T. and Lu M. T. 'Sustainable Medical Tourism In Costa Rica', *Tourism Review*, 2011, VOL. 66 NO. 1/2, pp. 107-117.
- Bromley, E. 'Building Patient-Centeredness: Hospital Design As An Interpretive Act' *Social Science & Medicine*, 2012, 75, pp. 1057-1066.
- Bulgan, U., 'Kütüphanecilik Sektöründe Hizmet Kalitesinin Ölçümü ve Bir Üniversite Kütüphanesi Uygulaması', *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2002.
- Butcher, K., 'Evaluative and Relational Influences On Service Loyalty', *International Journal of Service Industry Management*, 2001, 12(4), pp. 310-327.
- Bolton, R. N. and James H. D., 'A Longitudinal Analysis of the Impact of Service Changes on Customer Attitudes', *Journal of Marketing*, 1991(January), 55, pp. 1-9.
- Chacko, P., 'Medical Tourism in India: Issues and Challenges' *MBA Review*, ICFAI University Pres, 2007, Vol 4, Issue No 12 p:123-129; Icfai Business School (IBS), Ahmedabad.
- Chackravarty, C.A., 'Evaluation Of Service Quality Of Hospital Outpatient Department Services' *Medical Journal Armed Forces India*, 2011, Volume 67, Issue 3, pp. 221-224.
- Carman J. M., 'Consumer Perceptions of Service Quality; An Assesment of the Servqual Dimensions', *Journal of Retailing*, 1990, Vol. 66, No. 1, pp.33.
- Caruana, A. 'Service Loyalty, The Effects of Service Quality and The Mediating Role of Customer Satisfaction', *European Journal of Marketing*, 2002, 36(7/8), pp. 811-828.
- Choi J.'Asistanlık Hizmetlerinde Süreçler', (<http://www.tkhk.gov.tr/Eklenti/3188,asistanlik-hizmetlerinde-surecler.pdf?>) [Erişim Tarihi: 22/12/2013].

- Chua K. PP. ‘Overview of the U.S. Health Care System’, AMSA Jack Rutledge Fellow (2005-2006), http://www.amsa.org/AMSA/Libraries/Committee_Docs/HealthCareSystemOverview.sflb.ashx [Erişim Tarihi: 15/06/2012].
- Connell, J. ‘Medical Tourism’ CABI (Stylus Pub Llc) Publishing, 29 Mar 2010.
- Connel, J. ‘Medical tourism: Sea, Sun, Sand and Surgery’, *Tourism Management*, 2006, 27 pp. 1093–1100.
- Cook, P. S., ‘What is Health and Medical Tourism’, In *The Annual Conference of Australian Sociological Association*, 2 to 5 December, The University of Melbourne, Victoria, 2008.
- Coşkun, A., ‘Geri Ödeme ve Aracı Kurumların Rolü’, VI. Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresi, Kongre Sununu, İstanbul, 2013.
- Cronin, J. J.; Brady M. K., ve Hult, G. T. M. ‘Assessing The Effects of Quality, Value and Customer Satisfaction on Consumer Behavioral Intentions in Sendee Environments’, *Journal of Retailing*, 2000, 76(2), pp. 193-218.
- Cronin, J.J., Taylor, S.A., ‘Measuring Service Quality: A Reexamination And Extension’, *Journal of Marketing*, 1992, 56, pp. 55-68.
- Çakmak, Z., ‘Sekizinci Sınıf Öğrencilerinin İstatistik Konusundaki Matematiksel Dil Becerilerine İlişkin Değişkenlerin Yapısal Eşitlik Modeli ile İncelenmesi’ Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Erzincan Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, İlköğretim A.B.D. Erzincan, 2013.
- Çatı, K. ve Koçoğlu, C.M., Müşteri Sadakati ile Müşteri Tatmini Arasındaki İlişkiyi Belirlemeye Yönelik Bir Araştırma, Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi., 2008, Sayı 19, pp. 167-188.
- Çavuş Ş. ‘Termal Turizmi ve Sandıklı Termal Turizm Potansiyeli’ *Turizm Yıllığı 1994*, Ankara: Türkiye Kalkınma Bankası A.Ş. Yayınları, 1994, pp. 48-62.
- Çetintürk, G. ‘Yalın Üretimin Strese Etkisinin Yapısal Eşitlik Modeli ile İncelenmesi’ Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dumlupınar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme A.B.D., Kütahya, 2010.
- Çepni, Z. ‘Yapısal Eşitlik Modellemesi’ (Sunum, Mersin 2010) <http://yunus.hacettepe.edu.tr/~cepni/mersinsemsunu.ppt> [Erişim Tarihi: 05/01/2014] 2010.

- Çitçi, A. G., ‘Hizmet Kalitesi ve Bankacılık Sektöründe Hizmet Kalitesi Ölçümüne Yönelik Bir Uygulama’, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2006.
- Değer, Ç., ‘Kano Modeli ile Bütünleştirilmiş Servqual Analizinin Kalite Fonksiyon Yayılımına Uygulanarak Hizmet Kalitesinin İyileştirilmesi ve Bir Sağlık Kuruluşunda Uygulanması’ Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme A.B.D., İzmir, 2012.
- DEİK (Dış Ekonomik İlişkiler Topluluğu), <http://www.healthinturkey.org/en-EN/Price.aspx> [Erişim Tarihi: 10/11/ 2013]
- Demirer, E. Ö. ‘Türkiye’de Medikal Turizm ve Geliştirilmesi; Örnek Bir Araştırma’ Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Balıkesir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik ABD. Balıkesir, 2010.
- Devebakan, N., Aksaraylı, M., ‘Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesinin Ölçümünde Servqual Skorlarının ve Özel Altınordu Hastanesi Uygulaması’, Dokuz Eylül Üniversitesi, Sosyal Bilimler Dergisi, 2003, Cilt 5, Sayı 1, pp. 38-54.
- Dilşeker, F., ‘Devlet ve Vakıf Üniversitelerinde Hizmet Kalitesi, Öğrenci Memnuniyeti, İmaj, Sadakat ve Tavsiye Etme Arasındaki İlişkinin İncelenmesi’, Yüksek Lisans Tezi, Uşak Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Uşak, 2011.
- Diñç, Ç., ‘Sağlık Turizminde Aracı Kurumlar, Seyahat Acentaları, Asistan Firmalar, Standartlar ve Kalite’ VI. Uluslararası Sağlık Turizmi Sunumu, 24.11.2013. 8. Oturum http://www.healthtourismcongress.org/index.php/detay,43,akademik_sunumlar
- Doğan, İ. C. ‘Algılanan Hizmet Kalitesinin Tatmin ve Tercih Üzerine Etkisinin Yapısal Eşitlik Modeli ile İncelenmesi’, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Niğde Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme ABD, Niğde, 2010.
- Dotchin, John A. And Oakland, John S. ‘Total Quality Management in Services, Part 2: Service Quality’ International Journal of Quality & Reliability Management, 1994, Vol. 11 No. 3, pp. 27-42.
- Dursun, Y. ve Kocagöz, E., ‘Yapısal Eşitlik Modellemesi ve Regresyon: Karşılaştırmalı Bir Analiz’ Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi, 2010, Sayı: 35, pp. 1-17,.
- Ehigie, B. O., ‘Correlates of customer loyalty to their bank: a case study in Nigeria’, International Journal of Bank Marketing, 2006, 24(7), pp. 494-508.

- Eleren, A., Bektaş, Ç. ve Görmüş, A.Ş., ‘Hizmet Sektöründe Hizmet Kalitesinin SERVQUAL Yöntemi ile Ölçülmesi ve Hazır Yemek İşletmesinde Bir Uygulama’, Finans Politik & Ekonomik Yorumlar, 2007, Cilt: 44 Sayı:514.
- Epstein, A. ve diğ., ‘Captivating Medical Tourism: Understanding & Underwriting the Risks’ Bermuda Captive Conference, June 21-24, Konferans Sunumu, Bermuda Adaları, 2009. http://www.bermudacaptive.bm/2009-archive/uploaded/32_File_5.ppt
- Erem, G. N., ‘Toplam Kalite Yönetiminin Hizmet İşletmelerinde Uygulanması ve Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesinde Bir Örnek Uygulama’, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Isparta, 2003.
- Ersöz, S., Pınarbası, M., Türker, A.K., Yüzükırmızı, M., ‘Hizmet Kalitesinin Servqual Metodu ile Ölçümü ve Sonuçların Yapısal Eşitlik Modelleri ile Analizi: Öğretmen Evi Uygulaması’ Int.J.Eng.Research & Development, 2009 (January), Vol.1, No.1,.
- Farrell D., Jensen E. And etc. ‘Accounting for The Cost of US Health Care: A New Look at Why Americans Spend More’, Mc Kinsey Global Enstitute report, (2008) http://www.mckinsey.com/insights/health_systems_and_services/accounting_for_the_cost_of_us_health_care
- Fen, Y. S. ve Lian K. M., ‘Service Quality And Customer Satisfaction: Antecedents Of Customer’s Re-Patronage Intentions’ Sunway Academic Journal 2007, 4.
- Forgione, D.A., & Smith, P. C. ‘Medical tourism and its impact on the US health care system’, Journal of Health Care Finance, 2007, 34 (1), pp. 27-35.
- Garcia-Altes, A. ‘The Development of Health Tourism Service’, Annals of Tourism Research, 2005, Vol. 32, No. 1, pp. 262–266.
- G. Garcia Ma. Aurora And M. Besinga, Camille A. ‘Challenges and Opportunities in the Philippine Medical Tourism Industry’ The SGV Review, (2006), 2006, Volume 4, number 1 June, pp. 41-45.
- Genç, U., ‘Türkiye’de Sağlık Turizmi’ Çerçeve dergisi; ‘Sağlıkta “Sağlıklı Bir Dönüşüm”, 2007, Cilt 15, Sayı: 43, 96-97, (http://www.musiad.org.tr/F/Root/burcu2014/Araştırmalar%20Yayın/Pdf/Çerçeve/Cerçeve_Dergisi_Sayi_43.pdf), 2007, [Erişim Tarihi: 20. 06. 2012].
- Gonzalez V., A., Padin L., S., & Ramon G. E., ‘Patient Satisfaction with Nursing Care in a Regional University Hospital in Southern Spain’, Journal of Nursing Care Quality, 2005, Vol. 20, N0.1, pp. 63 72.

- Guiry, M., and Veouist, D.G., 'The Role of Personel Values In Determining U.S. Medical Tourist's Expectation and Perceptions of Healthcare Facility Service Quality: An Exploratory Investigation' *Journal of Tourism Challenges and Trends*, 2010, Vol: III, N: 2, pp. 115-140.
- Gülen K. G., Demirci S., 'Türkiye'de Sağlık Turizmi Sektörü', *Sektörel Etütler ve Araştırmalar*, İTO (İstanbul Ticaret Odası)Yayınları, Biltur Basım Yayın, Yayın No:2011-39, İstanbul, 2012.
- Güllülü, U., Özer S. ve Candan B., 'Muayenehanelerden Alınan Sağlık Hizmeti Kalitesinin Ölçülmesi Üzerine Bir Saha Çalışması', 5. Ulusal Pazarlama Kongresi: Değişen Tüketici Karşısında Pazarlamada Yeni Yaklaşımlar, Antalya: Akdeniz Üniversitesi, Turizm Araştırma, Geliştirme ve Uygulama Merkezi, pp. 91-109, 2000.
- Gülmez, M. 'Sağlık Turizmi', Edt.Tengilimoğlu, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2013.
- Gülmez, M. ve Kitapçı, O. 'Hastanelerde Hasta Tatmin Düzeylerinin Ölçümü, Karşılaştırmalı İki Hastane Örneği' *Cumhuriyet Üniversitesi Yayınları*, No: 109, Sivas, 2008.
- Hall, C.M. 'Health and Medical Tourism: A Kill or Cure For Global Public Health?' *Tourism Review*, 2011, Vol. 66 No. 1/2, pp. 4-15,.
- Harahsheh, S. S. 'Curative Tourism in Jordan an Potential Development', Thesis for the Fulfillment of MA in European Tourism Management (ETM), Bournemouth University, United Kingdom, August, 2002.
- Hayran O., Sur H. 'Sağlık İşletmelerinde Yönetim' (Editörler: Hayran, O ve Sur, H.), Sayed Yayını. İstanbul, 2005.
- Herrick, D. M. 'Medical Tourism: Global Competition in Health Care', NCPA Policy Report, no 304, (2007) www.ncpa.org/pub/st/st304.
- Hooper, D., Coughlan, J. and Mullen, M.R., 'Structural Equation Modelling: Guidelines for Determining Model Fit' *The Electronic Journal of Business Research Methods*, 2008, Volume 6 Issue 1, pp. 53 – 60.
- Horowitz, M. D. and Rosensweig, J. A., 'Medical Toruism: Health Care in The Global Economy', *Physician Executive*, 2007, 33 (6), pp. 28-30.
- İbiş, S. 'Türkiye'de Medikal Turizm' (2009), <http://www.turizmhaberleri.com/koseyazisi.asp?ID=1135> [Erişim Tarihi: 05/06/2012]
- İçöz, O., 'Sağlık Turizmi Kapsamında Medikal (Tıbbi) Turizm ve Türkiye'nin Olanakları', İzmir, Yaşar Üniversitesi Yayınları, 2009, C: IV, No: 14.

- Jyothis, T. and Janarthanan, V.K., 'Service Quality in Health Tourism: An Evaluation of the Health Tourism Providers of Kerela, India' *South Asian Journal of Tourism and Heritage*, 2009, Volume 2, No.1, pp. 77-82.
- Kalaycı, Ş. 'SPSS Uygulamalı Çok Değişkenli İstatistik Teknikleri' 3.Baskı, Asil Yayın Dağıtım, Ankara, 2008.
- Kang, G.D. ve James, J., 'Service Quality Dimensions: An Examination of Grönroos's Service Quality Model' *Managing Service Quality*, 2004, Volume 14, N. 4, pp. 266-277.
- Karahan A., 'Hastanelerde Liderlik ve Örgütsel Bağlılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi', *Sosyal Bilimler Dergisi*, 10(1), 147, Haziran, 2008.
- Kartal, T., Kardiye, K. ve Selvi, M., 'Öğretmen Adaylarının Bilimsel Tutum ve Bilişötesi Öğrenme Stratejilerine İlişkin Farkındalık Düzeylerinin Çoklu Değişkenler Açısından İncelenmesi' *International Journal of Social Science*, Volume 6 Issue 1, pp. 913-939, January 2013.
- Kaya, S., Yıldırım, H.H., Karsavuran, S., Özer, Ö., 'Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu' T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Bşk., Ankara, 2013 (<http://www.saglik.gov.tr/BAKAN/dosya/1-87335/h/tmtr2013.docx>)
- Kayral, İ.H., 'Sağlık İşletmelerinde Algılanan Hizmet Kalitesi ve Ankara'da Hastane Türlerine Göre Bir Araştırma' Doktora Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme A.B.D., Ankara, 2012.
- Kekeç, B. 'Hizmet Kalitesi Ölçümünde Servqual Ölçeği ve Otelcilik Sektöründe Bir Uygulama', Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Üretim Yönetimi ve Pazarlama Bilim Dalı, İstanbul, 2008.
- Keng, L. L., Mahamad, O., Ramayah, T., Mosahab, R., 'The Impact of Service Quality on Customer Loyalty: A Study of Banks in Penang, Malaysia' *International Journal of Marketing Studies*, 2010 (November), Vol. 2, No. 2.
- Khafizova, L., 'Medikal Turizmin Gelişmesinde Seyahat İşletmelerinin Önemi ve Türkiye'deki Durum', Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği Anabilim Dalı, İstanbul, 2011.
- Kılıç, B. ve Eleren, A. 'Termal Otel İşletmelerinde Hizmet Kalitesinin Ölçülmesi', *Süleyman Demirel Üniversitesi, İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 2010, C.15, S.3 pp.119-142.

- Kiremit, A. Ş. ‘Turizmin Gelişiminde Bir Alternatif Olarak Medikal Turizm: Bir Sağlık Kuruluşunda Araştırma’, Yayınlanmamış Yüksek lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Turizm İşletmeciliği Eğitimi Ana Bilim Dalı. Ankara, 2008.
- Kitchroen, K., ‘Literature Review: Service Quality in Educational Institutions’ ABAC Journal 2004, Vol. 24, No.2, pp. 14 – 25.
- Kutsal, D. ve Bilge, F., ‘Lise Öğrencilerinin Tükenmişlik ve Sosyal Destek Düzeyleri’ Eğitim ve Bilim, 2012, Cilt 37, Sayı 164.
- Koçbek A. D., ‘Yiyecek İçecek Sektöründe Hizmet Kalitesi ve Müşteri Memnuniyeti: Etnik Restoranlara Yönelik Bir Araştırma’, Yüksek Lisans Tezi, Eskişehir Anadolu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Pazarlama Bilim dalı, Eskişehir, 2005.
- Kotler, P., ‘Marketing Management: Analysis, Plannig, Implementation and Control, New Jersey: Prentice Hall International, Inc, 1997.
- Kotler, P. and Armstrong, G. ‘Principles of Marketing, Eleventh Edition’, New Jersey, Prentice Hall, Inc., 2006, pp.258.
- Kostak, D. ‘Turizm Hareketleri (Türkiye Örneği Üzerinden Sağlık Turizmi)’ Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İktisat Anabilim Dalı, Uluslararası İktisat Bilim Dalı, İstanbul, 2007.
- Knutson, B., Stevens, P., Wullaert, C., Patton, M. ve Yokoyama, F. ‘LODGSERV: A Service Quality Index for The Lodging Industry’, Hospitality Research Journal, 1990, 14 (2), pp. 227–284.
- Kulkarni M. B. , Submitted Master of Pharmacy in Pharmaceutical Chemistry, Karnataka, India, (2010) (<http://14.139.159.4:8080/jspui/bitstream/123456789/3519/1/Kulkarni%20maheshkumar%20b.pdf>) [Erişim Tarihi: 22/12/2012].
- Kurşun, Bahar (2007), “Türkiye, Yabancı Hastaların Şifa Merkezi Oldu” 28.04.2007 http://www.forumgazetesi.com/haber_detay.asp?haber_id=16123, [Erişim Tarihi: 27/05/2012]
- Kuyumcuyan, M. ‘Bankacılık Sektöründe Servqual Analizi Uygulaması’ Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme A.B.D., Ankara, 2012.

- Kuzu, A., 'Yaşlı Bakım Kurumlarında Hizmet Kalitesi Kavramı ve Kavramsal Hizmet Kalitesi Modeli: Servqual Uygulaması' Doktora Tezi, Sakarya Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme A.B.D., Sakarya, 2010.
- Lam, R., and Burton, S., 'SME banking loyalty (and disloyalty): a qualitative study in Hong Kong', *International Journal of Bank Marketing*, 2006, 24(1), pp. 37-52.
- Lam, S.S.K., 'Servqual: A Tool for Measuring Patients Opinions of Service Quality in Hong Kong' *Total Quality Management*, 1997, 8(4), pp. 145-152.
- Landrum, H. ve Prybutok, V.R. 'A Service Quality And Success Model for The Information Service Industry', *European Journal Of Operational Research*, 2004, 156, pp. 628–642.
- Lassar, W.M., Manolis, C. and Winsor, R.D. 'Service Quality Perspectives and Satisfaction in Private Banking', *Journal of Service Marketing*, 2000, 14(3), pp. 244-271.
- Latham & Watkins, '2013 Update: Healthcare Regulation in the United Arab Emirates' <http://www.lw.com/thoughtLeadership/uae-healthcare-regulation-2013-update>) [Erişim Tarihi: 22/12/2013].
- Leahy, A.L. 'Medical Tourism: The Impact Of Travel To Foreign Countries For Healthcare' *The Surgeon*, 2008 (October), Volume 6, Issue 5, pp. 260-261.
- Lee C.G. 'Health Care and Tourism: Evidence from Singapore', *Tourism Management*, 2010, 31, pp. 486–488.
- Lee, H., Delene, L.M., Bunda, M.A., and Kim, C., 'Methods of Measuring Health-Care Service Quality' *Journal of Business Research*, 2000, 48, pp. 233–246.
- Lim, PP.C. and Tang, N.K.H., 'A Study of Patient's Expectations and Satisfactions In Singapore Hospitals', *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Volume: 13, No: 7, pp. 290-299, 2000.
- Lovelock, C., 'Services Marketing', Third Edition, USA, Prentice Hall, Inc., 1996.
- Lovelock, C. and Lauren, W., 'Principles of Service Marketing and Management', Second Edition, New Jersey, Prentice Hall, Inc, 2002.
- Lunt N., Carrera, P., ' Medical Tourism: Assessing The Evidence On Treatment Abroad' *Maturitas*, 2010 May, 66 (1), pp. 27-32.
- Mangold, W.G. and Babakus, E., 'Service quality: The front-stage vs. the back-stage perspective', *Journal of Services Marketing*, 1991, 5(4), pp. 59-70.
- Merter, M. E. 'Toplam Kalite Yönetimi', 1. Basım, Atlas Yayın Dağıtım, Ankara, 2006.
- Moutinho, L., Albayrak, T. And Caber, M. 'How Far Does Overall Service Quality Of A Destination Affect Customers Post-Purchase Behaviours?' *International Journal Of*

- Tourism Research, Published Online In Wiley Online Library (Wileyonlinelibrary.Com) Doi: 10.1002/Jtr.856, 2011.
- Mucuk, İ. ‘Pazarlama İlkeleri’ Türkmen Kitabevi Yayınları, İstanbul, 2004.
- Mugomba, C. and Caballero-Danell, S. ‘Medical Tourism, and its Entrepreneurial Opportunities - A Conceptual Framework for Entry into the Industry’, Tourism and Hospitality Management Master Thesis No. 2006: 9, January 2007, School of Business, Economics and Law, Göteborg University (2007). https://gupea.ub.gu.se/dspace/bitstream/2077/4671/1/2006_91.pdf [Erişim Tarihi: 22/12/2013].
- Nitecki, D.A. ve Hernon, PP. ‘Measuring Service Quality at Yale University’s Libraries’, The Journal of Academic Librarianship, 2000, 26(4) pp. 259–273.
- Ntoumanis, N. ‘A Step-by-Step Guide to SPSS for Sport and Exercise Studies’ 3rd Edition, published in the Taylor and Francis e-Library, Routledge, 2005.
- Oliver RL. ‘Satisfaction: A Behavioural Perspective on the Consumer. McGraw-Hill International: New York, 1997.
- Oliver, R.L., ‘A Conceptual Model of Service Quality and Service Satisfaction’, Advances in Services Marketing and Management Research and Practice, JAI Press, Greenwich, 1993, Vol. 2, pp. 65–68.
- Olorunniwo, F., Hsu, M. K. ve Udo, G. J., ‘Service Quality, Customer Satisfaction, And Behavioral Intentions In The Service Factory’ Journal of Services Marketing, 2006, 20/1 pp.59–72.
- Öziç, S., ‘Measurement of Quality in Health Care Sector: Application of Servqual Method in Celal Bayar University Hospital’, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Celal Bayar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme A.B.D., 2007.
- Özsoy, Eda (2007). Türk Girişimci İngiliz Pazarından Nasıl Pay Alır? Turizmde Bu Sabah, <http://www.turob.com/NewsDetail.aspx?newsId=5522> [Erişim Tarihi: 04/02/2011]
- Öztürk, Y. ve Yazıcıoğlu, İ. ‘Gelişmekte Olan Ülkeler İçin Alternatif Turizm Faaliyetleri Üzerine Teorik Bir Çalışma’, Gazi Üniversitesi Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, 2002, Sayı:2, pp. 183-195.
- Popa, A.L., Rosca, R.D., Mihoc, F. (2011) Investigating the Patient satisfaction within Romanian Public and Private Hospitals,. Url: <http://core.kmi.open.ac.uk/display/1057879> [Erişim Tarihi: 01/09/2013].

- Parasuraman, A., Valarie A. Zeithaml and Leonard L. Berry, "A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research", *Journal of Marketing*, 1985, Vol.49, pp. 41-50,
- Parasuraman,A., Valarie A. Zeithaml ve Leonard L. Berry "SERVQUAL: Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality", *Journal of Retailing*, 1988, Vol. 64, No.1, pp. 12-40.
- Parasuraman, A., Zeithaml, V.A. and Berry, L.L. "Reassessment of expectations as a comparison standard on measuring service quality: implications for further research", *Journal of Marketing*, 1994, Vol. 58 No. 1, January, pp. 111-24.
- Paylan, M. A. 'Algılanan Hizmet Kalitesi, Müşteri Değeri ve Müşteri Tatmininin Davranışsal Niyetler Üzerine Etkisi' Yüksek Lisans Tezi, Osmangazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Eskişehir, 2007.
- Perryer, C. 'Construct validation of the customer orientation (organizational climate) scale in a public sector service organizatio' submitted to *Public Administration and Management: An Interactive Journal*, 14 (2), 2009. SPAEF veri tabanı erişimi: <http://www.spaef.com/file.php?id=1113>, [Erişim Tarihi: 03/01/2014]
- Purcãrea, V.L., Gheorghia, I.R. and Petrescu, C.M., 'The Assessment of Perceived Service Quality of Public Health Care Services in Romania Using the SERVQUAL Scale' *Procedia Economics and Finance*, 2013, V. 6, pp. 573 – 585.
- Rodgers, W.; Negash S. and Suk K. 'The moderating effect of on-line experience on the antecedents and consequences of on-line satisfaction. *Psychology & Marketing*, 2005, 22(4), pp. 313–331.
- Rodger, J.A, Pendharkar, PP.C., Paper, D.J., 'Management of Information Technology and Quality Performance In Health Care Facilities' *International Journal of Applied Quality Management*, 1999, Volume: 2, Number: 2.
- Sağlık Turizmi Derneği ve Türkiye Sağlık Vakfı, *Dünyada ve Türkiye'de Sağlık Turizmi-2010, Durum Tespit Raporu ve Çözüm Önerileri*, (2010) Erişim: (<http://www.ozelhastaneler.org.tr/images/Documents/sanal%20k%C3%BCt%C3%BCphane/D%C3%9CNYA%E2%80%99%20DA%20VE%20T%C3%9CRK%C4%B0YE%E2%80%99%20DE%20SA%C4%9ELIK%20TUR%C4%B0ZM%C4%B0-2010.pdf>) Erişim Tarihi: Aralık 2013.
- Saleeby, J. E., 'Examining the Relationship Between Service Quality and Customer Loyalty in Lebanese Restaurants', Unpublished PhD Dissertation, Northcentral University,

- Graduate Faculty of the School of Business and Technology Management, Arizona, 2008.
- Seshan, B., (2010), ‘Hospitals or five-star hotels?’, <http://www.ibtimes.com/hospitals-or-five-star-hotels-249494#> [Erişim Tarihi: 17/08/2013]
- Sezerel, H., ‘Örgüt Kültürü Boyutlarının Farklılıkların Yönetimi Algılarına Etkisi: Bir Otel Zincirinde Araştırma’ Yayınlanmamış Doktora Tezi, Anadolu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme A.B.D. Eskişehir, 2013.
- SHGM (Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü), ‘SKS Işığında Sağlıkta Kalite’, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Sağlık Bakanlığı Yayını, Ankara, 2012.
- Smith, A.M., ‘Some Problems When Adopting Churchill’s Paradigm for the Development of Service Quality Measurement Scales’ *Journal of Business Research*, 1999, 46, pp.109–120.
- Stevens, P., Knutson, B. and Patton, M. ‘DINESERV: A tool for measuring service quality in restaurants’, *Cornell Hotel and Restaurant Administration Quarterly*, 1995, 36 (2), pp. 56–60.
- Şimşek Ö. F. ‘Yapısal Eşitlik Modellemesine Giriş Temel İlkeler ve LISRELL Uygulamaları’, Siyasal Basım Yayın, Ankara, (2007).
- Taşkıran, M. G., ‘Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi, Servqual Analiz ile Değerlendirilmesi ve Ankara Ulus Devlet Hastanesinde Uygulama’, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2007.
- Tatar, M., ‘Sağlık Kurumları Yönetimi 1’ T.C. Anadolu Üniversitesi Yayını No: 2631, s:16-17, 2012.
- Taylor, S.A. and Baker, TL., ‘An Assessment of the Relationship Between Service Quality and Customer Satisfaction in the Formation of Consumers’ Purchase Intentions, *Journal of Retailing*, 1994, 70 (2), pp. 163-178.
- T.C. Turizm Bakanlığı, ‘Türkiye’de Medikal Turizm’. Edt. Birdal, E., T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2011.
- TC. Sağlık Bakanlığı, ‘Türkiye Sağlıkta Dönüşüm Programı İlerleme Raporu’, Sağlık Bakanlığı Yayınları s.20-21, Ankara, 2008.
- T.C. Turizm Bakanlığı, ‘Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu’. T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Ankara
(2013)http://www.saglikturizmi.org.tr/yonetim/templates/addons/ckfinder/userfiles/TMTD_2013_raporu.pdf), [Erişim Tarihi: 04/02/2011].

- T.C. Sağlık Bakanlığı, ‘Medikal Turizm Araştırması’ T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2010.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, ‘Medikal Turizm Araştırması 2011’ Edt. Birdal, E., T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara, 2011.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, ‘Türkiye Medikal Turizm Değerlendirme Raporu’ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Ankara, 2012 (a).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, ‘Sağlık Turizmi El Kitabı’ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Ankara, 2012(b).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, ‘Sağlık Turizminde Süreçler ve Aracı Kuruluşlar Araştırma Raporu’, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Ankara, 2012(c).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, ‘Sağlık Turizmi 2012 Faaliyet Raporu’, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Ankara, 2012(d).
- T.C. Sağlık Bakanlığı, ‘Sağlık Serbest Bölgesi (SSB) Çalışması’ T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlık Turizmi Daire Başkanlığı, Ankara, 2013(a).
- T.C. Turizm Bakanlığı, ‘Sağlık Turizmi ve Turizm Sağlığı’, T.B. Yatırımlar Genel Müdürlüğü, Araştırma ve Değerlendirme Dairesi Başkanlığı, Yayın No:1993-8, Ankara, 1993.
- Tengilimoğlu, D., Sevin, H. D. ve Ak, B., ‘Türkiye’de Sağlık Turizmi ve Termal Turizmin Geliştirilmesi’, () IV. Ulusal Sağlık ve Hastane Yönetimi Sempozyumu, 2001,(27-28 Eylül), İstanbul.
- Tengilimoğlu D. ve diğ. ‘Sağlık Turizmi’, Edt.Tengilimoğlu, Siyasal Kitabevi, Ankara, 2013.
- Torun E. ‘Dr. Sami Ulus Çocuk Hastalıkları Hastanesinde Beklenen ve Algılanan Hizmet Kalitesinin Servqual Ölçeği ile Değerlendirilmesi’, Abant İzzet Baysal Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Programı, Bolu, 2009.
- Tsai, M.T., Wu, H.L. ve Liang, W.K. ‘Fuzzy Decision Making for Market Positioning and Developing Strategy for Improving Service Quality in Department Stores’, Quality & Quantity, 2008, 42, pp. 303–319.
- Turan, T., ‘Sağlık Turizminde Aracı Kurumlar’, VI. Uluslararası Sağlık Turizmi Kongresi, Kongre Sunumu, İstanbul, 2013.

- Tükel, B., Acuner, A., Önder, R. Ö., Üzgül, A., ‘Ankara Üniversitesi İbn-i Sina Hastanesinde Yatan Hasta Memnuniyeti(Genel Cerrahi Anabilim Dalı Örneği)’, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2004, 57(4), pp. 205-214.
- Türk, Z., ‘Denetim Firmalarının Sunduğu Hizmet Kalitesi, Müşteri Tatmini ve Sadakati: Servperf Ölçeği’ Ç.Ü. Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Cilt 18, Sayı 1, s.399–416, 2009.
- TÜSİAD, ‘Türkiye İçin Yeni Bir Fırsat Penceresi, Tıp Turizmi’ Türk Sanayicileri ve İşadamları Derneği, Görüş Belgesi, İstanbul, 2009.
- Untachai, C., ‘Modeling Service Quality in Hospital as a Second Order Factor, Thailand’ Procedia - Social and Behavioral Sciences 2013, 88, pp.118 – 133.
- Uzgören, N., ‘Bilimsel Araştırmalarda Kullanılan Temel İstatistiksel Yöntemler ve SPSS Uygulamaları’ Ekin Basım Yayın Dağıtım, 2012.
- Varinli, İ., ilkey S. and Erdem O., ‘Patient Perceptions about Service Quality of a Hospital in Turkey’, in Advances in Marketing: Theory, Practice and Education, Joyce A. Young, Robert D. Green, and Faye W. Gilbert, Eds. , Society for Marketing Advances, Terre Haute, IN, 1999, ss.249-253.
- Wei, S.P., Shih, S.C., Lin, S.C., Liu, C.J., Lu, Y.W., and Chang, W.L., ‘Primary Caregivers Satisfaction and its Related Factors in Home Health Care Servicesy’ International Journal of Gerontology, 2011, 5, pp. 107-111.
- Williams, S.J. And Calnan, M., ‘Convergence and Divergence: Assessing Criteria of Consumer Satisfaction Across General Practice’, Dental and Hospital Care Setting, Social Science and Medicine, 1991, 33 (6), pp.707–716.
- Witkowski, T.H. ve Wolginbarger, M.F. ‘Comparative service quality: German and American ratings across service settings’. Journal of Business Research, 2002, 55, pp. 875– 881.
- Yalçın, PP. ‘Türkiye’de Sağlık Turizminde Altyapı Oluşturulma Gereği ve Sağlık Kurumlarına Yönelik Bir Araştırma’, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Anabilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Ankara, 2006.
- Yalkın, S. ‘Sağlık Hizmetlerinde Kalite Yönetimi ve Kalitenin Servqual Yöntemi ile Ölçülmesine Yönelik Bir Uygulama’, Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İşletme Ana Bilim Dalı, Hastane İşletmeciliği Bilim Dalı, Ankara, 2010.
- Yang H., Tsai F., ‘General E-S-QUAL scales applied to web site satisfaction and loyaty model’, Communications of the IIMA, 2007, 7(2), pp. 115-126.

- Yunus, N.M., Latiff, D.S.A., Din, C.D., Ma'on, S.N., Patient Satisfaction with Access to 1 Malaysia Clinic' *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 2013, 91, pp. 395 – 402.
- Youssef, F., Nel, D. And Bovaird, T., 'Sevice Quality In NHS Hospitals', *Journal of Management in Medicine*, Volume: 9, 1995, No: 1, pp. 66-74.
- Zengingönül, O., Emeç, H., İyilikçi, D. E. ve Bingöl, PP. 'Sağlık Turizmi: İstanbul'a Yönelik Bir Değerlendirme'(2012). www.ekonomistler.org.tr/wp-content/.../saglik_turizmi_rapor.pdf Ekonomistler Platformu, 2012, İstanbul, (15.06.2012).
- Zeithaml, V. A., Berry, L. L., and Parasuraman, A. 'The Behavioral Consequences of Service Quality', *Journal of Marketing*, 1996, 60(2), pp. 31–47.
- Zeithaml, V.A. and Bitner, M.J. 'Services Marketing', McGraw-Hill, New York, NY, 1996.
- Zeithaml, V.A., Parasuraman A. and A. Malhotra, 'Service Quality Delivery Through Web Sites: A Critical Review of Extant Knowledge' *Journal of the Academy of Marketing Science*, 2002, Volume 30, No. 4, pp. 358-371.

İnternet Kaynakları

- <http://www.saglikturizmi.gov.tr/170-saglik-turizminin-bir-turevi-olarak-ileri-yas-ve-yasli-turizmi.html> [Erişim Tarihi: 10/07/2013].
- <http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/belge/1-10558/ileri-yas-ve-engelli-turizmi.html> [Erişim Tarihi: 10/07/2013].
- <http://www.sdplatform.com/Dergi/694/Turkiyede-saglik-turizmi-ve-Saglik-Bakanliginin-calismalari.aspx>[Erişim Tarihi: 10/07/2013].
- http://hospitalscout.com/downloads/management_summary_pre_release.pdf [Erişim Tarihi: 10/07/2013].
- <http://www.mtqa.org/countries/germany-medical-tourism/> [Erişim Tarihi: 15/12/2012].
- www.treatmentabroad.com [Erişim Tarihi: 15/12/2012].
- <http://www.ekonomi.gov.tr/index.cfm?sayfa=mevzuat&bolum=330D39BD-A6A2-4520-2BDE1B37B5A8A27B> [Erişim Tarihi: 12/12/2013].
- <http://www.ekonomi.gov.tr/index.cfm?sayfa=mevzuat&bolum=9A04C426-19DB-2C7D-3D83F4E74CC526C8> [Erişim Tarihi: 12/12/2013].
- http://www.bermudacaptive.bm/2009-archive/uploaded/32_File_5.ppt [Erişim: 15/10/2013].
- <http://www.tursab.org.tr/tr/mevzuat/yasalar> [Erişim Tarihi: 10/07/2013].
- <http://www.dhcc.ae> [Erişim Tarihi: 20/12/2013].

- http://www.tdk.gov.tr/index.php?option=com_gts&arama=gts&guid=TDK.GTS.52ce67144f0f45.75627621[Erişim Tarihi: 10/07/2013].
- http://tr.wikipedia.org/wiki/Kano_Modeli#cite_note-2 [Erişim Tarihi: 10/12/2013].
- <http://www.memorial.com.tr/kurumsal/kalite-yonetim-sistemimiz/r> [Erişim T.: 12/10/2012].
- <http://www.jointcommissioninternational.org/About-JCI/> [Erişim Tarihi: 12/10/2013].
- <http://www.iso.org/iso/home/about.htm> [Erişim Tarihi: 12/10/2013].
- [http://tr.wikipedia.org/wiki/ISO_\(standart\)](http://tr.wikipedia.org/wiki/ISO_(standart)) [Erişim Tarihi: 12/10/2013].
- <http://www.spawellnessturkey.com/zirve/tr/spawellness.html> [Erişim Tarihi: 05/09/2013].
- <http://www.saglikturizmi.gov.tr/170-saglik-turizminin-bir-turevi-olarak-ileri-yas-ve-yasli-turizmi.html> [Erişim Tarihi: 10/07/2013].
- <http://www.ozelhastaneler.org.tr/images/Documents/sanal%20k%C3%BCt%C3%BCphane/D%C3%9CNYA%E2%80%99%20DA%20VE%20T%C3%9CRK%C4%B0YE%E2%80%99%20DE%20SA%C4%9ELIK%20TUR%C4%B0ZM%C4%B0-2010.pdf> [Erişim Tarihi: 10/07/2013].
- <http://www.saglik.gov.tr/SaglikTurizmi/belge/1-10558/ileri-yas-ve-engelli-turizmi.html> [Erişim Tarihi: 05/09/2013].
- <http://www.sdplatform.com/Dergi/694/Turkiyede-saglik-turizmi-ve-Saglik-Bakanliginin-calismalari.aspx> [Erişim Tarihi: 05/09/2013].
- http://hospitalscout.com/downloads/management_summary_pre_release.pdf [Erişim Tarihi: 05/09/2013].
- <http://www.mtqua.org/countries/germany-medical-tourism/> [Erişim Tarihi: 05/09/2013].
- www.treatmentabroad.com [Erişim Tarihi: 10/02/2012].
- <http://www.tursab.org.tr/tr/mevzuat/yasalar> [Erişim Tarihi: 10/07/2013].

EKLER

EK 1 - Anket Formu

MEDİKAL TURİZMDE HİZMET KALİTESİNİN SERVQUAL METODU ile ÖLÇÜLMESİ

Sayın katılımcı, aşağıdaki sorular doktora tez çalışması için hazırlanmış olup tamamen bilime katkı amacı taşımaktadır. Verdiğiniz cevaplar size herhangi bir sorumluluk getirmeyecektir. Boş yerleri doldurarak ve/veya işaretleyerek görüşlerinizi paylaştığınız için teşekkürlerimi sunarım.

No	Aşağıda verilen özelliklerin, size göre mükemmel bir hastanede hangi düzeyde bulunması gerektiğini <i>1 (Hiç katılmıyorum)</i> ile <i>7 (Tamamen Katılıyorum)</i> arası verilen ölçekte işaretleyerek belirtiniz.	1	2	3	4	5	6	7
1	Mükemmel bir hastane, modern cihaz ve ekipmanlara sahip olmalıdır							
2	Mükemmel bir hastanenin çalışanları iyi giyimli ve temiz görünümlü olmalıdır.							
3	Mükemmel bir hastanenin; fiziksel ortamları(oda, koridor, wc, vb.) estetik ve temiz olmalıdır							
4	Mükemmel bir hastanedeki ek hizmet ortamları(kantin, bekleme salonu vb.) eksiksiz ve kullanışlı olmalıdır							
5	Mükemmel bir hastanede, hasta kayıtları hatasız bir şekilde tutulmalıdır.							
6	Mükemmel bir hastanede, doğru teşhis konulmalı ve uygun tedavi uygulanmalıdır.							
7	Mükemmel bir hastane, tedavi süreci ile ilgili işlemleri, taahhüt ettiği şekilde yerine getirmelidir.							
8	Mükemmel bir hastanede, doktor ve hemşirelerin yapacağı tıbbi müdahaleler yerinde ve güvenilir olmalıdır.							
9	Mükemmel bir hastanedeki doktorlar, hastalara hastalık ve uygulanacak tedavi yöntemi ile ilgili yeterli ve anlaşılır bilgi vermelidirler.							
10	Mükemmel bir hastane, muayene veya tedavi işlemleri için verdiği randevuları geciktirmemelidir.							
11	Mükemmel bir hastanedeki çalışanlar, hastalara yardımcı olmaya istekli ve gönüllü olmalıdır.							
12	Mükemmel bir hastanede, hasta isteklerine mümkün olduğunca hızlı karşılık verilmelidir.							
13	Mükemmel bir hastanede hasta ve yakınlarının öneri ve şikâyetleri dikkate alınmalıdır.							
14	Mükemmel bir hastanedeki doktor ve hemşirelerin davranışları daima nazik olmalı ve hastada güven duygusu yaratmalıdır.							
15	Mükemmel bir hastanedeki doktor ve hemşireler, soruları doğru cevaplayabilecek bilgiye sahip olmalıdırlar.							
16	Mükemmel bir hastane, hastalarının menfaatini her zaman üstün tutmalıdır.							
17	Mükemmel bir hastanede, hastalara zarar verebilecek etkenlere (alet sterilizasyonu, yatak temizliği, bulaşma vb.) dikkat etme konusunda güven vermelidir.							
18	Mükemmel bir hastanede hastaların, hastalıkları ile ilgili özel bilgileri izinsiz olarak başkaları ile paylaşılmamalıdır.							
19	Mükemmel bir hastanede, hastalara kişisel ilgi gösteren doktor ve hemşireler							

	mevcut olmalıdır.								
20	Mükemmel bir hastanenin doktor ve hemşireleri, hastaların sorunları olduğunda duygularını paylaşmalı ve yardımcı olmak için çaba sarf etmelidir.								
21	Mükemmel bir hastanenin personeli hastaların özel istek ve ihtiyaçlarına duyarlı olmalıdır.								
22	Mükemmel bir hastanede, tüm hastalara aynı düzeyde ilgi ve duyarlılık gösterilmelidir.								

No	Aşağıdaki özellikleri, toplamları 100 puanı aşmayacak şekilde, sizin için önem derecesine göre puanlayınız.	Sıralama
1	Hastanenin fiziki yapısı, dış görünüşü, estetik ve konforu ile malzeme ve ekipmanların görünüşü.	
2	Tedavinin, taahhüt edildiği şekilde, doğru ve güvenilir olarak gerçekleştirilmesi.	
3	Hastalara yardımcı olma ve tam hizmet sunma konusunda istekli olunması ve hasta taleplerinin dikkate alınması.	
4	Doktor ve hemşire davranışlarının güven verebilmesi ve hastalara karşı nezaketi	
5	Hastalara gösterilen kişisel ilgi ve dikkat ile çalışanların duyarlılığı	
TOPLAM		100

No	Verilen özellikleri hizmet aldığınız hastanede hangi düzeydedir. <i>1 (Hiç katılmıyorum) - 7 (Tamamen Katılıyorum)</i> işaretleyerek belirtiniz.	1	2	3	4	5	6	7
1	Hizmet aldığınız hastane modern cihaz ve ekipmanlara sahiptir.							
2	Hizmet aldığınız hastanenin çalışanları iyi giyimli ve temiz görünümlüdür.							
3	Hizmet aldığınız hastanenin fiziksel ortamları (oda, koridor, wc, vb.) estetik ve temizdir.							
4	Hizmet aldığınız hastanenin ek hizmet ortamları(kantin, bekleme salonu vb.) eksiksiz ve kullanışlıdır.							
5	Hizmet aldığınız hastanede hasta kayıtları hatasız bir şekilde tutulur.							
6	Hizmet aldığınız hastanede doğru teşhis konulur ve uygun tedavi uygulanır.							
7	Hizmet aldığınız hastane tedavi süreci ile ilgili işlemleri taahhüt ettiği şekilde yerine getirir.							
8	Hizmet aldığınız hastanede doktor ve hemşirelerin yaptığı tıbbi müdahaleler yerinde ve güvenilirdir.							
9	Hizmet aldığınız hastanede doktorlar, hastalara hastalık ve uygulanacak tedavi yöntemi ile ilgili yeterli ve anlaşılır bilgi verirler.							
10	Hizmet aldığınız hastanede muayene veya tedavi işlemleri için verdiği randevuları geciktirmez.							
11	Hizmet aldığınız hastanede çalışanlar, hastalara yardımcı olmaya istekli ve gönüllüdürler.							
12	Hizmet aldığınız hastanede hasta isteklerine mümkün olduğunca hızlı karşılık verilir.							
13	Hizmet aldığınız hastanede hasta ve yakınlarının, öneri ve şikayetleri dikkate alınır.							
14	Hizmet aldığınız hastanedeki doktor ve hemşirelerin davranışları daima naziktir ve hastada güven duygusu yaratır							
15	Hizmet aldığınız hastanedeki tüm doktor ve hemşireler, soruları doğru cevaplayabilecek bilgiye sahiptirler.							
16	Hizmet aldığınız hastane hasta menfaatlerini her zaman üstün tutar.							

17	Hizmet aldığınız hastane, hastalara zarar verebilecek etkenlere (alet sterilizasyonu, yatak temizliği vb.) dikkat etme konusunda güven verir.							
18	Hizmet aldığınız hastanede, hastaların hastalıkları ile ilgili özel bilgileri, izinsiz olarak başkaları ile paylaşılmaz.							
19	Hizmet aldığınız hastanede, hastalara kişisel ilgi gösteren doktor ve hemşireler mevcuttur.							
20	Hizmet aldığınız hastane çalışanları, hasta ve yakınlarının sorunları olduğunda duygularını paylaşır ve yardımcı olmak için çaba sarf eder							
21	Hizmet aldığınız hastane personeli, hastaların özel istek ve ihtiyaçlarına duyarlıdır.							
22	Hizmet aldığınız hastanede tüm hastalara aynı düzeyde ilgi ve duyarlılık gösterilir.							

No	Verilen özellikleri 1 (<i>Hiç katılmıyorum</i>) ile 7 (<i>Kesinlikle Katılıyorum</i>) arası verilen ölçekte işaretleyerek değerlendiriniz.	1	2	3	4	5	6	7
1	Genel olarak verilen hizmetin kalitesinden oldukça memnunuz.							
2	Hastaneden aldığım hizmet beklentilerimi tamamen yerine getirmiştir.							
3	Hastanede doktor ve hemşire dışında görev yapan personelin davranışlarından oldukça memnunuz.							
4	Aldığım hizmet ödediğim paraya değer.							
5	Önceden hizmet aldığınız hastanelerle karşılaştığımızda bu hastane daha kaliteli hizmet sunmaktadır.							
6	Doktor ve hemşirelerin davranışından oldukça memnunuz.							
7	Hastane hakkında başka insanlara olumlu şeyler anlatacağım.							
8	Tavsiyede bulunmamı isteyenlere bu hastaneyi güvenle tavsiye ederim.							
9	Ailem ve arkadaşlarımı güvenle bu hastaneye gönderebilirim.							
10	Gelecekte tekrar ihtiyaç duysam bu hastaneyi öncelikli olarak tercih ederim.							

Hastaneye başvuru şeklinizi belirtiniz.	
Bireysel başvuru	
Sigorta şirketi aracılığıyla başvuru	
Seyahat acenteleri ve/veya tur operatörleri aracılığıyla başvuru	
Diğer (Açıklayınız).....	

Anketi Dolduran: () Hasta () Refakatçi
Cinsiyet: () Erkek () Kadın
Yaş: () 18-28 () 29-39 () 40-50 () 51-60 () 61 ve üzeri

Gelir:

Eğitim Durumu: () İlköğretim () Ortaöğretim () Ön Lisans () Lisans () Yüksek Lisans () Doktora

Ülkesi:

Görüşlerinizi paylaştığımız için teşekkür ederim.

Öğr. Gör. Uğur AKDU

EK 2 - Etik Kurul Raporu

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
ETİK KURULU

Tarih: 05/07/2012
Sayı: 7

ANTALYA

ETİK KURUL TOPLANTI TUTANAĞI

Etik Kurulunun Adı, Adresi : Akdeniz Üniversitesi Etik Kurulu,
Akdeniz Üniversitesi Rektörlüğü
Dumlupınar Bulvarı Kampüs
07058/ANTALYA

Toplantı Tarihi : 05/07/2012


Karar: 5


Yürütücülüğünü Öğr.Gör. Uğur AKDU'nun yaptığı "Medical Turizm'de Hizmet Kalitesinin Servqual Metodu ile Ölçülmesi; Antalya Örneği" adlı araştırma başvuru dosyası görüşüldü; Aşağıdaki öneri ışığında çalışmanın yapılmasında etik açıdan sakınca olmadığına oybirliğiyle karar verildi.

Öneri; Yüz yüze görüşme temalarının ve öngörülen katılımcı sayısının belirlenmesi.


Prof. Dr. Aysel AĞAR
Başkan


Yrd. Doç. Dr. Hafize ÖZTÜRK TÜRKMEN
Başkan Yardımcısı


Doç. Dr. N. Ayşe BOZTOSUN
Raportör


Prof. Erol AYRANCI
Üye


Prof. Dr. Musa İlhan ÇAĞIRGAN
Üye

Prof. Dr. Mehmet Akif ÇİFTÇİOĞL
Üye
(İzinli)


Prof. Dr. Mustafa DENKTAŞ
Üye

Ek Tablolar (İstatistiksel Analizler)

Ek Tablo 1 - Servqual Ölçeği, Doğrulayıcı Faktör Analizi Regresyon Yükleri

		Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
FV4algi	<--- FizikselVarliklar	1,000				
FV3algi	<--- FizikselVarliklar	1,118	,061	18,396	***	par_11
Fv2algi	<--- FizikselVarliklar	,935	,059	15,733	***	par_12
FV1algi	<--- FizikselVarliklar	,874	,067	13,135	***	par_13
Güvenilirlik9algi	<--- Güvenirlik	1,000				
Güvenilirlik8algi	<--- Güvenirlik	1,088	,060	18,214	***	par_14
Güvenilirlik7algi	<--- Güvenirlik	1,189	,064	18,593	***	par_15
Güvenilirlik6algi	<--- Güvenirlik	1,051	,062	17,059	***	par_16
Duyarlilik14algi	<--- Duyarlilik	1,000				
Duyarlilik13algi	<--- Duyarlilik	,955	,052	18,469	***	par_17
Duyarlilik12algi	<--- Duyarlilik	,880	,050	17,734	***	par_18
Duyarlilik11algi	<--- Duyarlilik	,869	,045	19,182	***	par_19
Güvence18algi	<--- Güvence	1,000				
Güvence17algi	<--- Güvence	1,309	,082	15,906	***	par_20
Güvence16algi	<--- Güvence	1,500	,109	13,789	***	par_21
Empati22algi	<--- Empati	1,000				
Empati21algi	<--- Empati	,947	,044	21,512	***	par_22
Empati20algi	<--- Empati	1,079	,064	16,969	***	par_23

Ek Tablo 2 - Servqual Ölçeği, Doğrulayıcı Faktör Analizi Standardize Edilmiş Regresyon Yükleri

		Estimate
FV4algi	<--- FizikselVarliklar	,865
FV3algi	<--- FizikselVarliklar	,913
Fv2algi	<--- FizikselVarliklar	,831
FV1algi	<--- FizikselVarliklar	,745
Güvenilirlik9algi	<--- Güvenirlik	,863
Güvenilirlik8algi	<--- Güvenirlik	,892
Güvenilirlik7algi	<--- Güvenirlik	,902
Güvenilirlik6algi	<--- Güvenirlik	,861
Duyarlilik14algi	<--- Duyarlilik	,905
Duyarlilik13algi	<--- Duyarlilik	,854
Duyarlilik12algi	<--- Duyarlilik	,840
Duyarlilik11algi	<--- Duyarlilik	,869
Güvence18algi	<--- Güvence	,736
Güvence17algi	<--- Güvence	,868
Güvence16algi	<--- Güvence	,936
Empati22algi	<--- Empati	,833
Empati21algi	<--- Empati	,870
Empati20algi	<--- Empati	,933

Ek Tablo 3 - Servqual Ölçeği, Doğrulayıcı Faktör Analizi Artık Kovaryans Tablosu

	Em.20	Em.21	Em.22	Gvnc16	Gvnc17	Gvnc18	Duy11	Duy12	Duy13	Duy14	Gv6	Gv7	Gv8	Gv9	FV1	Fv2	FV3	FV4
Em.20	,000																	
Em.21	,000	,000																
Em.22	,000	,000	,000															
Gvnc16	-,018	-,032	-,008	,000														
Gvnc17	,051	,015	,024	-,002	,000													
Gvnc18	,029	,017	,048	,009	,000													
Duy11	,000	,009	,026	-,005	-,017	-,049	,000											
Duy12	-,036	-,002	-,011	-,028	-,087	-,068	,007	,006										
Duy13	-,010	,028	,016	-,042	-,041	-,084	,021	,009	,000									
Duy14	-,007	-,005	,029	,058	,021	-,014	-,038	-,001	,030	,000								
Gv6	,000	-,033	,099	,037	,051	,146	,073	,104	-,017	-,091	,000							
Gv7	-,044	-,066	,068	-,027	-,037	,064	,041	,069	-,079	-,075	,049	,000						
Gv8	-,083	-,068	,075	-,052	-,087	-,022	,063	,024	-,069	-,091	-,016	-,006	,000					
Gv9	,092	,084	,232	,046	,060	,114	,154	,120	,064	,060	-,038	-,038	,042	,000				
FV1	-,024	-,026	,097	-,002	,062	,126	,030	,073	,084	,065	,088	,134	,063	,116	,000			
Fv2	,052	,015	,035	-,019	,058	,089	,003	-,006	-,011	,023	-,013	-,004	-,099	,042	,000	,000		
FV3	-,037	-,075	-,064	,008	-,042	-,009	-,037	,029	-,043	,001	,004	,005	-,046	-,023	,005	,007	,000	
FV4	,071	,010	,038	-,008	-,003	,028	,038	,012	-,030	,005	,010	,063	-,081	,065	-,054	-,014	,009	,000

Ek Tablo 4 - Servqual Ölçeği, Doğrulayıcı Faktör Analizi Standardize Edilmiş Artık Kovaryans Tablosu

	Em.20	Em.21	Em.22	Gvnc16	Gvnc17	Gvnc18	Duy11	Duy12	Duy13	Duy14	Gv6	Gv7	Gv8	Gv9	Fv1	Fv2	Fv3	Fv4		
Em.20	,000																			
Em.21	,017	,000																		
Em.22	-,029	,000	,000																	
Gvnc16	-,150	-,296	-,070	,000																
Gvnc17	,464	,149	,217	-,021	,000															
Gvnc18	,304	,190	,505	,090	,000	,000														
Duy11	,004	,088	,228	-,044	-,173	-,565	,000													
Duy12	-,309	-,019	-,091	-,245	-,835	-,754	,060	,044												
Duy13	-,078	,242	,125	-,343	-,365	-,872	,173	,067	,000											
Duy14	-,058	-,041	,229	,473	,184	-,149	-,314	-,010	,224	,000										
Gv6	,001	-,335	,913	,363	,532	1,742	,724	,989	-,155	-,811	,000									
Gv7	-,377	-,613	,575	-,240	-,360	,702	,373	,602	-,639	-,611	,388	,000								
Gv8	-,782	-,683	,693	-,506	-,912	-,264	,618	,227	-,610	-,798	-,136	-,044	,000							
Gv9	,918	,901	2,255	,475	,662	1,435	1,607	1,206	,600	,564	-,345	-,316	,385	,000						
Fv1	-,225	-,260	,903	-,019	,655	1,514	,305	,709	,764	,596	,886	1,236	,625	1,231	,000					
Fv2	,505	,158	,330	-,188	,627	1,094	,030	-,055	-,106	,215	-,134	-,033	-,1,007	,456	,000	,000				
Fv3	-,323	-,699	-,549	,072	-,402	-,098	-,345	,263	-,356	,009	,036	,043	-,423	-,221	,048	,067	,000			
Fv4	,654	,103	,352	-,072	-,026	,333	,375	,117	-,265	,042	,101	,568	-,795	,682	-,512	-,132	,075	,000		

Ek Tablo 5 - Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Sadakati Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Regresyon Yükleri

	Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Memnuniyet5 <--- Memnuniyet	1,000				
Memnuniyet4 <--- Memnuniyet	1,215	,058	20,937	***	
Memnuniyet3 <--- Memnuniyet	1,180	,075	15,727	***	
Memnuniyet2 <--- Memnuniyet	1,061	,078	13,577	***	
Memnuniyet1 <--- Memnuniyet	,999	,076	13,155	***	
Sadakat10 <--- Sadakat	1,000				
Sadakat9 <--- Sadakat	1,020	,037	27,599	***	
Sadakat8 <--- Sadakat	1,073	,051	20,858	***	
Sadakat7 <--- Sadakat	1,081	,054	19,862	***	

Ek Tablo 6 - Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Sadakati Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Standardize Edilmiş Regresyon Yükleri

	Estimate
Memnuniyet5 <--- Memnuniyet	,820
Memnuniyet4 <--- Memnuniyet	,876
Memnuniyet3 <--- Memnuniyet	,891
Memnuniyet2 <--- Memnuniyet	,803
Memnuniyet1 <--- Memnuniyet	,781
Sadakat10 <--- Sadakat	,860
Sadakat9 <--- Sadakat	,895
Sadakat8 <--- Sadakat	,948
Sadakat7 <--- Sadakat	,925

Ek Tablo 7 - Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Sadakati Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Artık Kovaryans Tablosu

	Sad7	Sad8	Sad9	Sad10	Mem1	Mem2	Mem3	Mem4	Mem5
Sad.7	,000								
Sad.8	,001	,000							
Sad.9	-,033	,021	,000						
Sad.10	-,011	,004	,000	,000					
Mem1	,044	,034	,042	,079	,000				
Mem2	,008	-,018	-,016	,008	-,001	-,001			
Mem3	,049	-,062	-,023	-,017	-,002	-,001	,000		
Mem4	,020	-,041	-,005	-,018	-,033	,022	,028	,000	
Mem5	,064	-,005	,030	,056	-,033	-,020	-,006	,000	,000

Ek Tablo 8 - Müşteri Memnuniyeti ve Müşteri Sadakati Ölçeği Doğrulayıcı Faktör Analizi Standardize Edilmiş Artık Kovaryans Tablosu

	Sad7	Sad8	Sad9	Sad10	Mem1	Mem2	Mem3	Mem4	Mem5
Sad7	,000								
Sad8	,009	,000							
Sad9	-,270	,177	,000						
Sad10	-,088	,031	,000	,000					
Mem1	,378	,306	,379	,706	,000				
Mem2	,068	-,152	-,138	,071	-,004	-,005			
Mem3	,396	-,511	-,193	-,137	-,014	-,009	,000		
Mem4	,150	-,320	-,037	-,146	-,258	,165	,200	,000	
Mem5	,568	-,048	,279	,519	-,295	-,176	-,052	,000	,000

Ek Tablo 9 - Yapısal Eşitlik Modeli Regresyon Yükleri

		Estimate	S.E.	C.R.	P	Label
Memnuniyet <---	AHK	,805	,072	11,156	***	par_9
Sadakat <---	Memnuniyet	,913	,122	7,459	***	par_10
Sadakat <---	AHK	,066	,109	,612	,541	par_13
EM <---	AHK	1,000				
Gvnc <---	AHK	,884	,056	15,832	***	par_1
Duy <---	AHK	1,031	,060	17,327	***	par_2
GV <---	AHK	,859	,073	11,763	***	par_3
FV <---	AHK	,851	,060	14,194	***	par_4
M1 <---	Memnuniyet	1,000				
M3 <---	Memnuniyet	1,178	,080	14,730	***	par_5
M4 <---	Memnuniyet	1,218	,084	14,415	***	par_6
S10 <---	Sadakat	1,000				
S9 <---	Sadakat	1,023	,037	27,973	***	par_7
S8 <---	Sadakat	,948	,042	22,398	***	par_8

Ek Tablo 10 - Yapısal Eşitlik Modeli Standardize Edilmiş Regresyon Yükleri

	Estimate	
Memnuniyet <---	AHK	,817
Sadakat <---	Memnuniyet	,783
Sadakat <---	AHK	,058
EM <---	AHK	,842
Gvnc <---	AHK	,851
Duy <---	AHK	,897
GV <---	AHK	,770
FV <---	AHK	,798
M1 <---	Memnuniyet	,784
M3 <---	Memnuniyet	,890
M4 <---	Memnuniyet	,879
S10 <---	Sadakat	,924
S9 <---	Sadakat	,963
S8 <---	Sadakat	,899

Ek Tablo 11 - Yapısal Eşitlik Modeli Atık Kovaryans Tablosu

	S8	S9	S10	M4	M3	M1	FV	GV	Duy	Gvnc	EM
S8	,000										
S9	-,002	,000									
S10	-,016	,008	,000								
M4	,073	-,026	-,036	,000							
M3	,052	-,040	-,030	,023	,000						
M1	,128	,025	,065	-,041	-,005	,000					
FV	,003	-,002	,040	-,021	,089	,043	,000				
GV	,002	,038	-,021	,050	-,051	-,025	,045	,005			
Duy	,034	,013	,001	,007	-,009	-,025	,006	-,012	,000		
Gvnc	-,043	-,060	-,045	-,007	-,011	,037	-,007	-,008	-,004	,000	
EM	-,020	,031	,043	-,017	-,022	,042	-,057	-,008	,013	,022	,000

Ek Tablo 12 - Yapısal Eşitlik Modeli Standardize Edilmiş Atık Kovaryans Tablosu

	S8	S9	S10	M4	M3	M1	FV	GV	Duy	Gvnc	EM
S8	,000										
S9	-,019	,000									
S10	-,134	,060	,000								
M4	,595	-,206	-,287	,000							
M3	,442	-,327	-,245	,164	,000						
M1	1,173	,227	,577	-,318	-,041	,000					
FV	,036	-,018	,432	-,201	,893	,456	,000				
GV	,023	,395	-,220	,462	-,491	-,254	,514	,050			
Duy	,344	,129	,011	,059	-,079	-,241	,060	-,120	,000		
Gvnc	-,486	-,666	-,490	-,068	-,112	,402	-,083	-,094	-,038	,000	
EM	-,202	,304	,409	-,146	-,192	,395	-,600	-,082	,119	,230	,000

Ek Tablo 13 - Yapısal Eşitlik Modeli Standardize Edilmiş Toplam Etki Tablosu

	AHK	Memnuniyet	Sadakat
Memnuniyet	,817	,000	,000
Sadakat	,698	,783	,000
S8	,627	,703	,899
S9	,672	,754	,963
S10	,644	,723	,924
M4	,718	,879	,000
M3	,728	,890	,000
M1	,641	,784	,000
FV	,798	,000	,000
GV	,770	,000	,000
Duy	,897	,000	,000
Gvnc	,851	,000	,000
EM	,842	,000	,000

Ek Tablo 14 - Yapısal Eşitlik Modeli Standardize Edilmiş Doğrudan Etki Tablosu

	AHK	Memnuniyet	Sadakat
Memnuniyet	,817	,000	,000
Sadakat	,058	,783	,000
S8	,000	,000	,899
S9	,000	,000	,963
S10	,000	,000	,924
M4	,000	,879	,000
M3	,000	,890	,000
M1	,000	,784	,000
FV	,798	,000	,000
GV	,770	,000	,000
Duy	,897	,000	,000
Gvnc	,851	,000	,000
EM	,842	,000	,000

Ek Tablo 15 - Yapısal Eşitlik Modeli Standardize Edilmiş Dolaylı Etki Tablosu

	AHK	Memnuniyet	Sadakat
Memnuniyet	,000	,000	,000
Sadakat	,640	,000	,000
S8	,627	,703	,000
S9	,672	,754	,000
S10	,644	,723	,000
M4	,718	,000	,000
M3	,728	,000	,000
M1	,641	,000	,000
FV	,000	,000	,000
GV	,000	,000	,000
Duy	,000	,000	,000
Gvnc	,000	,000	,000
EM	,000	,000	,000

Ek Tablo 16 - Algılanan Hizmet Kalitesi ile Katılımcıların Yaşları Arasındaki Farka İlişkin Tukey Testi Sonuçları

Dependent Variable	(I) Yasiniz	(J) Yasiniz	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
SQ2	18-28	29-39	-,40298	,20347	,279	-,9627	,1567
		40-50	-,59940(*)	,21195	,041	-1,1824	-,0164
		51-60	-,80102(*)	,27843	,035	-1,5669	-,0351
		61 ve üzeri	-,56533	,29794	,322	-1,3849	,2542
	29-39	18-28	,40298	,20347	,279	-,1567	,9627
		40-50	-,19642	,19528	,853	-,7336	,3407
		51-60	-,39804	,26596	,566	-1,1296	,3335
		61 ve üzeri	-,16234	,28632	,980	-,9499	,6253
	40-50	18-28	,59940(*)	,21195	,041	,0164	1,1824
		29-39	,19642	,19528	,853	-,3407	,7336
		51-60	-,20162	,27250	,947	-,9512	,5479
		61 ve üzeri	,03408	,29241	1,000	-,7703	,8384
	51-60	18-28	,80102(*)	,27843	,035	,0351	1,5669
		29-39	,39804	,26596	,566	-,3335	1,1296
		40-50	,20162	,27250	,947	-,5479	,9512
		61 ve üzeri	,23570	,34366	,959	-,7096	1,1810
61 ve üzeri	18-28	,56533	,29794	,322	-,2542	1,3849	
	29-39	,16234	,28632	,980	-,6253	,9499	
	40-50	-,03408	,29241	1,000	-,8384	,7703	
	51-60	-,23570	,34366	,959	-1,1810	,7096	
SQ3	18-28	29-39	-,33482	,21019	,503	-,9130	,2433
		40-50	-,68049(*)	,21894	,018	-1,2827	-,0782
		51-60	-,73384	,28761	,083	-1,5250	,0573
		61 ve üzeri	-,42126	,30777	,648	-1,2679	,4253
	29-39	18-28	,33482	,21019	,503	-,2433	,9130
		40-50	-,34567	,20172	,428	-,9006	,2092
		51-60	-,39902	,27473	,594	-1,1547	,3567
		61 ve üzeri	-,08643	,29577	,998	-,9000	,7272
	40-50	18-28	,68049(*)	,21894	,018	,0782	1,2827
		29-39	,34567	,20172	,428	-,2092	,9006
		51-60	-,05335	,28149	1,000	-,8277	,7209
		61 ve üzeri	,25923	,30205	,912	-,5716	1,0901
	51-60	18-28	,73384	,28761	,083	-,0573	1,5250
		29-39	,39902	,27473	,594	-,3567	1,1547
		40-50	,05335	,28149	1,000	-,7209	,8277
		61 ve üzeri	,31259	,35500	,904	-,6639	1,2891
61 ve üzeri	18-28	,42126	,30777	,648	-,4253	1,2679	
	29-39	,08643	,29577	,998	-,7272	,9000	
	40-50	-,25923	,30205	,912	-1,0901	,5716	
	51-60	-,31259	,35500	,904	-1,2891	,6639	

* The mean difference is significant at the .05 level.

Ek Tablo 17 - Algılanan Hizmet Kalitesi ile Katılımcıların Eğitim Durumu Arasındaki Farka İlişkin Tukey Testi Sonuçları

Test	Tukey HSD						
Dependent Variable	(I) Lütfen eğitim durumunuzu belirtiniz.	(J) Lütfen eğitim durumunuzu belirtiniz.	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
						Lower Bound	Upper Bound
SQ1	Ortaöğretim (lise) ve altı	Önlisans	,13521	,28714	,990	-,6546	,9251
		Lisans	-,33438	,28357	,763	-1,1144	,4456
		Lisans üstü (master-doktora)	-,45435	,34679	,685	-1,4083	,4996
		Diger	-,62414	,32968	,324	-1,5310	,2827
	Önlisans	Ortaöğretim (lise) ve altı	-,13521	,28714	,990	-,9251	,6546
		Lisans	-,46959	,18494	,086	-,9783	,0391
		Lisans üstü (master-doktora)	-,58956	,27213	,196	-1,3381	,1590
		Diger	-,75935*	,24997	,022	-1,4469	-,0718
	Lisans	Ortaöğretim (lise) ve altı	,33438	,28357	,763	-,4456	1,1144
		Önlisans	,46959	,18494	,086	-,0391	,9783
		Lisans üstü (master-doktora)	-,11997	,26836	,992	-,8582	,6182
		Diger	-,28976	,24586	,764	-,9661	,3865
	Lisans üstü (master-doktora)	Ortaöğretim (lise) ve altı	,45435	,34679	,685	-,4996	1,4083
		Önlisans	,58956	,27213	,196	-,1590	1,3381
		Lisans	,11997	,26836	,992	-,6182	,8582
		Diger	-,16979	,31670	,983	-1,0410	,7014
	Diger	Ortaöğretim (lise) ve altı	,62414	,32968	,324	-,2827	1,5310
		Önlisans	,75935*	,24997	,022	,0718	1,4469
		Lisans	,28976	,24586	,764	-,3865	,9661
		Lisans üstü (master-doktora)	,16979	,31670	,983	-,7014	1,0410

Ek Tablo 18 - Algılanan Hizmet Kalitesi ile Katılımcıların Ülkeleri Arasındaki Farka İlişkin LSD Testi Sonuçları

Dependent Variable	(I) Hangi ülkede yaşıyorsunuz? (Ülkeniz)	(J) Hangi ülkede yaşıyorsunuz? (Ülkeniz)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval		
SQ3	Almanya	Rusya	-,16933	,25503	,507	-,6720	,3334	
		Hollanda	-,37965	,29701	,203	-,9651	,2058	
		Fransa	,34035	,31581	,282	-,2822	,9629	
		Irak	-,20251	,45769	,659	-1,1047	,6997	
		Azerbaycan	-,35965	,43147	,405	-1,2101	,4908	
		Ukrayna	,54035	,45769	,239	-,3618	1,4425	
		Belcika	,15853	,37635	,674	-,5833	,9004	
		Kazakistan	1,54035	,82214	,062	-,0802	3,1609	
		Diger	,43559(*)	,20891	,038	,0238	,8474	
		Rusya	Almanya	,16933	,25503	,507	-,3334	,6720
			Hollanda	-,21032	,32776	,522	-,8564	,4358
			Fransa	,50968	,34490	,141	-,1702	1,1895
	Irak		-,03318	,47823	,945	-,9758	,9095	
	Azerbaycan		-,19032	,45319	,675	-1,0836	,7030	
	Ukrayna		,70968	,47823	,139	-,2330	1,6523	
	Hollanda	Belcika	,32786	,40107	,415	-,4627	1,1184	
		Kazakistan	1,70968(*)	,83374	,042	,0662	3,3531	
		Diger	,60492(*)	,25072	,017	,1107	1,0991	
		Almanya	,37965	,29701	,203	-,2058	,9651	
		Rusya	,21032	,32776	,522	-,4358	,8564	
		Fransa	,72000	,37699	,057	-,0231	1,4631	
		Irak	,17714	,50187	,724	-,8121	1,1664	
		Azerbaycan	,02000	,47807	,967	-,9224	,9624	
		Ukrayna	,92000	,50187	,068	-,0693	1,9093	

	Belcika	,53818	,42898	,211	-,3074	1,3838
	Kazakistan	1,92000(*)	,84753	,024	,2494	3,5906
	Diger	,81524(*)	,29331	,006	,2371	1,3934
Fransa	Almanya	-,34035	,31581	,282	-,9629	,2822
	Rusya	-,50968	,34490	,141	-1,1895	,1702
	Hollanda	-,72000	,37699	,057	-1,4631	,0231
	Irak	-,54286	,51322	,291	-1,5545	,4688
	Azerbaycan	-,70000	,48997	,155	-1,6658	,2658
	Ukrayna	,20000	,51322	,697	-,8116	1,2116
	Belcika	-,18182	,44221	,681	-1,0535	,6899
	Kazakistan	1,20000	,85430	,162	-,4840	2,8840
	Diger	,09524	,31234	,761	-,5204	,7109
Irak	Almanya	,20251	,45769	,659	-,6997	1,1047
	Rusya	,03318	,47823	,945	-,9095	,9758
	Hollanda	-,17714	,50187	,724	-1,1664	,8121
	Fransa	,54286	,51322	,291	-,4688	1,5545
	Azerbaycan	-,15714	,59146	,791	-1,3230	1,0087
	Ukrayna	,74286	,61085	,225	-,4612	1,9470
	Belcika	,36104	,55254	,514	-,7281	1,4502
	Kazakistan	1,74286	,91628	,059	-,0633	3,5490
	Diger	,63810	,45530	,163	-,2594	1,5356
Azerbaycan	Almanya	,35965	,43147	,405	-,4908	1,2101
	Rusya	,19032	,45319	,675	-,7030	1,0836
	Hollanda	-,02000	,47807	,967	-,9624	,9224
	Fransa	,70000	,48997	,155	-,2658	1,6658
	Irak	,15714	,59146	,791	-1,0087	1,3230
	Ukrayna	,90000	,59146	,130	-,2659	2,0659
	Belcika	,51818	,53102	,330	-,5285	1,5649
	Kazakistan	1,90000(*)	,90347	,037	,1191	3,6809
	Diger	,79524	,42893	,065	-,0503	1,6407
Ukrayna	Almanya	-,54035	,45769	,239	-1,4425	,3618
	Rusya	-,70968	,47823	,139	-1,6523	,2330
	Hollanda	-,92000	,50187	,068	-1,9093	,0693
	Fransa	-,20000	,51322	,697	-1,2116	,8116
	Irak	-,74286	,61085	,225	-1,9470	,4612
	Azerbaycan	-,90000	,59146	,130	-2,0659	,2659
	Belcika	-,38182	,55254	,490	-1,4710	,7073
	Kazakistan	1,00000	,91628	,276	-,8061	2,8061
	Diger	-,10476	,45530	,818	-1,0022	,7927
Belcika	Almanya	-,15853	,37635	,674	-,9004	,5833
	Rusya	-,32786	,40107	,415	-1,1184	,4627
	Hollanda	-,53818	,42898	,211	-1,3838	,3074
	Fransa	,18182	,44221	,681	-,6899	1,0535
	Irak	-,36104	,55254	,514	-1,4502	,7281
	Azerbaycan	-,51818	,53102	,330	-1,5649	,5285
	Ukrayna	,38182	,55254	,490	-,7073	1,4710
	Kazakistan	1,38182	,87848	,117	-,3498	3,1134
	Diger	,27706	,37344	,459	-,4591	1,0132
Kazakistan	Almanya	-,154035	,82214	,062	-3,1609	,0802
	Rusya	-1,70968(*)	,83374	,042	-3,3531	-,0662
	Hollanda	-1,92000(*)	,84753	,024	-3,5906	-,2494
	Fransa	-1,20000	,85430	,162	-2,8840	,4840
	Irak	-1,74286	,91628	,059	-3,5490	,0633
	Azerbaycan	-1,90000(*)	,90347	,037	-3,6809	-,1191
	Ukrayna	-1,00000	,91628	,276	-2,8061	,8061
	Belcika	-1,38182	,87848	,117	-3,1134	,3498
	Diger	-1,10476	,82081	,180	-2,7227	,5132
Diger	Almanya	-,43559(*)	,20891	,038	-,8474	-,0238
	Rusya	-,60492(*)	,25072	,017	-1,0991	-,1107
	Hollanda	-,81524(*)	,29331	,006	-1,3934	-,2371
	Fransa	-,09524	,31234	,761	-,7109	,5204
	Irak	-,63810	,45530	,163	-1,5356	,2594
	Azerbaycan	-,79524	,42893	,065	-1,6407	,0503
	Ukrayna	,10476	,45530	,818	-,7927	1,0022
	Belcika	-,27706	,37344	,459	-1,0132	,4591
	Kazakistan	1,10476	,82081	,180	-,5132	2,7227

* The mean difference is significant at the .05 level.

Ek Tablo 19 - Müşteri Memnuniyeti ile Katılımcıların Yaşları Arasındaki Farka İlişkin Tukey Testi Sonuçları

Dependent Variable: memnuniyet
Tukey HSD

(I) Yasiniz	(J) Yasiniz	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
18-28	29-39	-,00347401	,18088297	1,000	-,5010370	,4940889
	40-50	-,16776609	,18841578	,900	-,6860499	,3505177
	51-60	,05971681	,24751349	,999	-,6211297	,7405633
	61 ve üzeri	-,75993178*	,26486169	,036	-1,4884988	-,0313648
29-39	18-28	,00347401	,18088297	1,000	-,4940889	,5010370
	40-50	-,16429208	,17359952	,878	-,6418201	,3132360
	51-60	,06319082	,23643015	,999	-,5871683	,7135499
	61 ve üzeri	-,75645777*	,25453488	,027	-1,4566184	-,0562972
40-50	18-28	,16776609	,18841578	,900	-,3505177	,6860499
	29-39	,16429208	,17359952	,878	-,3132360	,6418201
	51-60	,22748290	,24224176	,881	-,4388625	,8938283
	61 ve üzeri	-,59216569	,25994203	,156	-1,3072000	,1228686
51-60	18-28	-,05971681	,24751349	,999	-,7405633	,6211297
	29-39	-,06319082	,23643015	,999	-,7135499	,5871683
	40-50	-,22748290	,24224176	,881	-,8938283	,4388625
	61 ve üzeri	-,81964859	,30550333	,060	-1,6600104	,0207132
61 ve üzeri	18-28	,75993178*	,26486169	,036	,0313648	1,4884988
	29-39	,75645777*	,25453488	,027	,0562972	1,4566184
	40-50	,59216569	,25994203	,156	-,1228686	1,3072000
	51-60	,81964859	,30550333	,060	-,0207132	1,6600104

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Ek Tablo 20 - Müşteri Sadakati ile Katılımcıların Yaşları Arasındaki Farka İlişkin LSD Testi Sonuçları

Dependent Variable: Sadakat
LSD

(I) Yasiniz	(J) Yasiniz	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower Bound	Upper Bound
18-28	29-39	-,38667424*	,18112229	,034	-,7436492	-,0296993
	40-50	-,45534613*	,18866507	,017	-,8271872	-,0835051
	51-60	-,63926783*	,24784097	,011	-1,1277390	-,1507967
	61 ve üzeri	-,55883400*	,26521213	,036	-1,0815421	-,0361259
29-39	18-28	,38667424*	,18112229	,034	,0296993	,7436492
	40-50	-,06867188	,17382921	,693	-,4112728	,2739291
	51-60	-,25259359	,23674297	,287	-,7191916	,2140045
	61 ve üzeri	-,17215976	,25487165	,500	-,6744877	,3301682
40-50	18-28	,45534613*	,18866507	,017	,0835051	,8271872
	29-39	,06867188	,17382921	,693	-,2739291	,4112728
	51-60	-,18392171	,24256227	,449	-,6619890	,2941456
	61 ve üzeri	-,10348787	,26028596	,691	-,6164869	,4095112
51-60	18-28	,63926783*	,24784097	,011	,1507967	1,1277390
	29-39	,25259359	,23674297	,287	-,2140045	,7191916
	40-50	,18392171	,24256227	,449	-,2941456	,6619890
	61 ve üzeri	,08043383	,30590754	,793	-,5224810	,6833487
61 ve üzeri	18-28	,55883400*	,26521213	,036	,0361259	1,0815421
	29-39	,17215976	,25487165	,500	-,3301682	,6744877
	40-50	,10348787	,26028596	,691	-,4095112	,6164869
	51-60	-,08043383	,30590754	,793	-,6833487	,5224810

*. The mean difference is significant at the .05 level.

Ek Tablo 21 - Müşteri Memnuniyeti ile Katılımcıların Ülkeleri Arasındaki Farka İlişkin Tukey Testi Sonuçları

(I) Hangi ülkede yasiyorsunuz? (Ülkeniz)	(J) Hangi ülkede yasiyorsunuz? (Ülkeniz)	Mean Difference (I-J)	Std. Error	Sig.	95% Confidence Interval	
					Lower	Upper
Almanya	Rusya	-,20725151	,21719731	,994	-,9017598	,4872568
	Hollanda	-,35146108	,25294396	,929	-1,1602726	,4573504
	Fransa	,14288338	,26895855	1,000	-,7171362	1,0029030
	Irak	,39621680	,38979380	,991	-,8501846	1,6426182
	Azerbaycan	-,35448640	,36745625	,994	-1,5294614	,8204886
	Ukrayna	,30299204	,38979380	,999	-,9434093	1,5493934
	Belcika	,23406624	,32051774	,999	-,7908186	1,2589511
	Kazakistan	2,35118969(*)	,70017236	,031	,1123244	4,5900550
	Diger	,18335309	,17791571	,990	-,3855487	,7522549
Rusya	Almanya	,20725151	,21719731	,994	-,4872568	,9017598
	Hollanda	-,14420958	,27913907	1,000	-1,0367823	,7483632
	Fransa	,35013489	,29372891	,973	-,5890902	1,2893600
	Irak	,60346831	,40728022	,898	-,6988475	1,9057841
	Azerbaycan	-,14723490	,38595604	1,000	-1,3813647	1,0868949
	Ukrayna	,51024354	,40728022	,963	-,7920723	1,8125594
	Belcika	,44131775	,34156931	,955	-,6508814	1,5335169
	Kazakistan	2,55844119(*)	,71005585	,014	,2879726	4,8289098
	Diger	,39060460	,21352277	,716	-,2921540	1,0733632
Hollanda	Almanya	,35146108	,25294396	,929	-,4573504	1,1602726
	Rusya	,14420958	,27913907	1,000	-,7483632	1,0367823
	Fransa	,49434447	,32106487	,875	-,5322899	1,5209788
	Irak	,74767789	,42741450	,766	-,6190191	2,1143749
	Azerbaycan	-,00302532	,40714622	1,000	-1,3049127	1,2988620
	Ukrayna	,65445312	,42741450	,878	-,7122439	2,0211501
	Belcika	,58552733	,36534308	,846	-,5826907	1,7537453
	Kazakistan	2,70265077(*)	,72179310	,009	,3946512	5,0106504
	Diger	,53481418	,24979581	,501	-,2639308	1,3335592
Fransa	Almanya	-,14288338	,26895855	1,000	-1,0029030	,7171362
	Rusya	-,35013489	,29372891	,973	-1,2893600	,5890902
	Hollanda	-,49434447	,32106487	,875	-1,5209788	,5322899
	Irak	,25333342	,43708261	1,000	-1,1442783	1,6509451
	Azerbaycan	-,49736978	,41728419	,973	-1,8316742	,8369347
	Ukrayna	,16010866	,43708261	1,000	-1,2375030	1,5577203
	Belcika	,09118286	,37660805	1,000	-1,1130559	1,2954216
	Kazakistan	2,20830630	,72755985	,079	-,1181330	4,5347456
	Diger	,04046971	,26600000	1,000	-,8100897	,8910291
Irak	Almanya	-,39621680	,38979380	,991	-1,6426182	,8501846
	Rusya	-,60346831	,40728022	,898	-1,9057841	,6988475
	Hollanda	-,74767789	,42741450	,766	-2,1143749	,6190191
	Fransa	-,25333342	,43708261	1,000	-1,6509451	1,1442783
	Azerbaycan	-,75070321	,50371281	,895	-2,3613711	,8599647
	Ukrayna	-,09322477	,52023236	1,000	-1,7567154	1,5702659
	Belcika	-,16215056	,47056787	1,000	-1,6668344	1,3425333
	Kazakistan	1,95497288	,78034854	,272	-,5402631	4,4502088
	Diger	-,21286371	,38775831	1,000	-1,4527564	1,0270290
Azerbaycan	Almanya	,35448640	,36745625	,994	-,8204886	1,5294614
	Rusya	,14723490	,38595604	1,000	-1,0868949	1,3813647
	Hollanda	,00302532	,40714622	1,000	-1,2988620	1,3049127
	Fransa	,49736978	,41728419	,973	-,8369347	1,8316742
	Irak	,75070321	,50371281	,895	-,8599647	2,3613711
	Ukrayna	,65747844	,50371281	,952	-,9531894	2,2681463
	Belcika	,58855265	,45223779	,952	-,8575191	2,0346244
	Kazakistan	2,70567609(*)	,76943403	,019	,2453403	5,1660119
	Diger	,53783950	,36529631	,902	-,6302289	1,7059079
Ukrayna	Almanya	-,30299204	,38979380	,999	-1,5493934	,9434093
	Rusya	-,51024354	,40728022	,963	-1,8125594	,7920723
	Hollanda	-,65445312	,42741450	,878	-2,0211501	,7122439
	Fransa	-,16010866	,43708261	1,000	-1,5577203	1,2375030
	Irak	,09322477	,52023236	1,000	-1,5702659	1,7567154
	Azerbaycan	-,65747844	,50371281	,952	-2,2681463	,9531894
	Belcika	-,06892579	,47056787	1,000	-1,5736097	1,4357581

	Kazakistan	2,04819765	,78034854	,213	-,4470383	4,5434336
Belcika	Diger	-,11963894	,38775831	1,000	-1,3595317	1,1202538
	Almanya	-,23406624	,32051774	,999	-1,2589511	,7908186
	Rusya	-,44131775	,34156931	,955	-1,5335169	,6508814
	Hollanda	-,58552733	,36534308	,846	-1,7537453	,5826907
	Fransa	-,09118286	,37660805	1,000	-1,2954216	1,1130559
	Irak	,16215056	,47056787	1,000	-1,3425333	1,6668344
	Azerbaycan	-,58855265	,45223779	,952	-2,0346244	,8575191
	Ukrayna	,06892579	,47056787	1,000	-1,4357581	1,5736097
	Kazakistan	2,11712344	,74815523	,133	-,2751715	4,5094184
	Diger	-,05071315	,31803918	1,000	-1,0676726	,9662463
Kazakistan	Almanya	-2,35118969(*)	,70017236	,031	-4,5900550	-,1123244
	Rusya	-2,55844119(*)	,71005585	,014	-4,8289098	-,2879726
	Hollanda	-2,70265077(*)	,72179310	,009	-5,0106504	-,3946512
	Fransa	-2,20830630	,72755985	,079	-4,5347456	,1181330
	Irak	-1,95497288	,78034854	,272	-4,4502088	,5402631
	Azerbaycan	-2,70567609(*)	,76943403	,019	-5,1660119	-,2453403
	Ukrayna	-2,04819765	,78034854	,213	-4,5434336	,4470383
	Belcika	-2,11712344	,74815523	,133	-4,5094184	,2751715
	Diger	-2,16783659	,69904123	,066	-4,4030850	,0674118
	Almanya	-,18335309	,17791571	,990	-,7522549	,3855487
Diger	Rusya	-,39060460	,21352277	,716	-1,0733632	,2921540
	Hollanda	-,53481418	,24979581	,501	-1,3335592	,2639308
	Fransa	-,04046971	,26600000	1,000	-,8910291	,8100897
	Irak	,21286371	,38775831	1,000	-1,0270290	1,4527564
	Azerbaycan	-,53783950	,36529631	,902	-1,7059079	,6302289
	Ukrayna	,11963894	,38775831	1,000	-1,1202538	1,3595317
	Belcika	,05071315	,31803918	1,000	-,9662463	1,0676726
	Kazakistan	2,16783659	,69904123	,066	-,0674118	4,4030850

* The mean difference is significant at the .05 level.

Ö Z G E Ç M İ Ş

Adı ve Soyadı : Uğur AKDU
Doğum Tarihi ve Yeri : 01.02.1982 - Gölhisar/Burdur
Medeni Durumu : Evli

Eğitim Durumu

Mezun Olduğu Lise : Fethiye Anadolu Otelcilik ve Turizm Meslek Lisesi, 1999,
Fethiye / Antalya

Ön Lisans Diploması : Anadolu Üniversitesi, Açıköğretim Fakültesi, Halkla İlişkiler
Bölümü, 2006, Eskişehir

Lisans Diploması : Gazi Üniversitesi, Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi, Seyahat
İşletmeciliği ve Turizm Rehberliği Öğretmenliği Bölümü,
2006, Ankara

Yüksek Lisans Diploması : Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Turizm
İşletmeciliği Eğitimi Ana Bilim Dalı, 2009, Ankara

Tez Konusu : Turizm Planlamasında Alternatif Bir Yaklaşım; Katılımcı
Turizm Planlaması; Fethiye Örneği

Doktora Diploması : Akdeniz Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Turizm
İşletmeciliği ve Otelcilik Ana Bilim Dalı, 2014, Antalya

Tez Konusu : Medikal Turizmde Hizmet Kalitesi, Müşteri Memnuniyeti ve
Müşteri Sadakatinin Değerlendirilmesi

Yabancı Dil : İngilizce

Bilimsel Faaliyetler

Ulusal ve Uluslararası Makaleler

Öztürk, Yüksel. Akdu, Uğur ve Akdu, Serap (2007). “**Yabancı Turistlerin Konut/Devre Mülk Satın Almalarının Yöre Halkı Üzerindeki Sosyal ve Kültürel Etkileri Fethiye Örneği**” Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi Yıl: 2007 Sayı: 2, S: 11-29

Meydan Uygur, Selma ve Akdu, Uğur (2009) “**Dünyada ve Türkiye’deki Çiftlik Turizmi Uygulamalarının İrdelenmesine Yönelik Kavramsal Bir Çalışma**” Ticaret ve Turizm Eğitim Fakültesi Dergisi, Yıl: 2009, Sayı:1 Sayfa: 143-166.

Akdu, Uğur ve Şahbaz, R.Pars (2010) “ **Katılımcı Turizm Planlaması; Fethiye’de Alan Araştırması**” Balıkesir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Haziran 2010, Cilt: 13, S: 23

Şahbaz, R. Pars, Akdu, Uğur ve Akdu, Serap (2012) “**Medikal Turizm; İstanbul ve Ankara Özel Hastaneler Örneği**” Balıkesir Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, Haziran 2012

Akdu, Uğur and Pehlivan, Nalan (2012) ‘**Social Participation In Sustainable Tourism Development**’ Advances in Food, Hospitality and Tourism, Manchester Metropolitan University Vol.2, No.1, Jan 2012, page 76-84.

Kitap

Akdu, Uğur vd. (2012) ‘**Gümüşhane İli Turizm Potansiyeli**’ Gümüşhane Üniversitesi Yayınları, No:1 Gümüşhane.

Günaydın, İhsan (Editör) (2013) ‘**Gümüşhane İli Swot Analizi 2013**’ Gümüşhane Üniversitesi yayınları, No:15, Gümüşhane

Bildiriler-Sunumlar

Çalık, İsmail. Akdu, Uğur and Kaya, Fazıl ‘**Sürdürülebilir Turizm Kapsamında Kırsal Turizm: Gümüşhane Örneği**’ 1.Ulusal Kırsal Turizm Sempozyumu, 13-15 Eylül 2011, Karaman.

Akdu, Uğur and Pehlivan, Nalan ‘**Social Participation In Sustainable Tourism Development**’ 4th. Sustainable Tourism Development Conferences November - 2 December 2011 in Stockholm-Sweeden.

Akdu, Uğur ve Bostan, Sedat ‘**Turistik Destinasyon Oluşturma ve Pazarlama; Gümüşhane Örneği**’ IV. Yerel Ekonomiler Kongresi; Sürdürülebilir Kalkınma Sürecinde Yerel Ekonomilerin Rolü, 24-26 Mayıs 2012, Gümüşhane.

Akdu,Uğur ‘**Türkiye ve Gümüşhane’de Turizm**’ Gümüşhane Üniv. Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik YO. Gümüşhane ve Turizm Paneli, 19 Nisan 2012, Gümüşhane.

Akdu, Uğur ‘**Medikal Turizm Konusunda Türkiye’de Yapılan Akademik Çalışmaların Değerlendirilmesi ve Öneriler**’ V. Uluslar arası Sağlık Turizmi Kongresi, 18-21 Kasım 2012, Ankara.

Bostan,Sedat. Akdu,Uğur ve Akdu, Serap ‘**Hastanelerde Otel Konforunda Oda Tasarımı: Beş Yıldızlı Otel Odasını Örnek Edinme**’ 7.Ulusal Sağlık ve Hastane İdaresi Kongresi, 27-29 Eylül 2013 Konya

Verilen Eğitim ve Seminerler

Akdu, Uğur (2010) '**Kamusal alanda Protokol Kuralları**' Gümüşhane Üniversitesi, Sürekli Eğitim Merkezi (GÜNSEM), Gümüşhane Üniversitesi Akademik ve İdari Personele Yönelik Hizmet İçi Eğitim.

Akdu, Uğur (2013) '**Hijyen, Kişisel İmaj ve Görgü Kuralları**' Kamu Hastaneleri Birliği, Hizmet İçi Eğitim. Gümüşhane

İş Deneyimi

Çalıştığı Kurumlar : Gümüşhane Üniversitesi, Turizm İşletmeciliği ve Otelcilik Y.O. (Öğretim Görevlisi-Turizm Rehberliği Bölüm Başkanı 2010-2013)

Gümüşhane Üniversitesi, Turizm Fakültesi (2013-... Öğr. Gör.)

E-Posta : akduugur@hotmail.com
akdu_akdu@mynet.com