



T. C.

ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ

LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK TURİZMİ ANA BİLİM DALI

**SAĞLIK STATÜSÜNÜN SAĞLIK TURİZMİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN
PANEL VERİ YÖNTEMLERİ İLE ANALİZİ**

Doktora Tezi

Adviye ERGÜN

Danışman

Prof. Dr. Seymur AĞAZADE

ALANYA

2023

T. C.
ALANYA ALAADDİN KEYKUBAT ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

SAĞLIK STATÜSÜNÜN SAĞLIK TURİZMİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN
PANEL VERİ YÖNTEMLERİ İLE ANALİZİ

Doktora Tezi

Adviye ERGÜN
Sağlık Turizmi Ana Bilim Dalı
Sağlık Turizmi Doktora

Danışman
Prof. Dr. Seymur AĞAZADE

ALANYA
2023

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bilgilerin sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilemeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; bu çalışmamın Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi tarafından kullanılan “bilimsel intihal tespit programıyla tarandığını ve “intihal içermediğini” beyan ederim. Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Adviye ERGÜN

TEŞEKKÜRLER

Tezin planlanmasında, içeriğinin düzenlenmesinde, tez sonuçlarının yorumlanmasında, tezin her aşamasında ve eğitimim süresince desteklerini ve bilgilerini esirgemeyen tez danışmanım Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi İktisadi, İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi Öğretim Üyesi Sayın Prof. Dr. Seymur Ağazade'ye,

Sağlık Turizmi Doktora eğitimim sırasında daima yardımcı olan Sayın Doç. Dr. İshak Suat ÖVEY'e, bugüne gelmemde emekleri olan ve kendilerinden ders aldığım tüm hocalarıma,

Her zaman birlik ve beraberlik içerisinde çalıştığımız sınıf arkadaşlarıma;

Doktora eğitimimin her safhasında desteğiyle hep yanımda olan sevgili eşim Prof. Dr. Tarkan ERGÜN'e, varlıkları ile bana güç veren çocuklarım Kaan Cem ERGÜN ve Ela ERGÜN'e, destekleri ve yardımları ile beni yalnız bırakmayan sevgili aileme en içten teşekkürlerimi sunarım.

ÖZET

SAĞLIK STATÜSÜNÜN SAĞLIK TURİZMİ ÜZERİNDEKİ ETKİSİNİN PANEL VERİ YÖNTEMLERİ İLE ANALİZİ

Adviye ERGÜN

Sağlık Turizmi Anabilim Dalı

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Ocak, 2024 (52 Sayfa)

Sağlık turizmi, yüksek katma değer yaratabilme kapasitesi, güçlü gelişim potansiyeli barındırması, turizm sektöründe ve ekonomide çeşitlendirme sağlaması, tedarikçi ve ilgili birçok sektöre katkı sağlayabilme niteliğinden dolayı önemi gittikçe artan dünya çapında hızla yayılan bir sektördür. Bu nedenle sağlık turizmi ile ilgili literatür hızla büyürken çalışmalarda ağırlıklı olarak sağlık turizmini kolaylaştıran faktörler, sağlık turizminin gidilen veya menşe ülkenin sağlık sistemi üzerindeki etkisi, hastaların destinasyon tercihlerinde belirleyici faktörler ve yaşanan tıbbi komplikasyonlar ile tıbbi seyahatin riskleri araştırılmıştır.

Sağlık göstergeleri, belirli bir nüfusun sağlık durumunu gösteren, matematiksel ya da istatistiksel ölçütlerdir. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve değerlendirilmesinde kullanılan bu ölçütler, söz konusu ülkenin kalkınmışlık düzeyinin, adil gelir dağılımının ve hakkaniyetli sağlık hizmeti sunumunun ortaya konulması açısından önemli bilimsel dayanaklardır. Literatürde ülkelerin sağlık göstergelerinin sağlık turizmi üzerine etkisini inceleyen çalışma sayısı oldukça sınırlı olup sadece birkaç ülke özelinde araştırmalar yapılmıştır. Bu nedenle sağlık statüsünün sağlık turizmi üzerindeki etkisi tez araştırmamızın konusu olmuştur.

Bu çalışmada sağlık turizm gelirleri ile sağlık göstergeleri arasındaki ilişki incelenerek sağlık turistlerinin destinasyon tercihlerinin ne derecede ülkelerin sağlık göstergeleri ile ilişkili olduğu belirlenmeye çalışılmıştır.

Bu kapsamda 2010-2019 yılları boyunca 18 farklı parametreye ait verileri eksiksiz olarak içeren 74 ülke çalışma kapsamında incelenmiştir. Bu ülkelere ait

veriler, oluşturulan sağlık turizmi talep fonksiyonuna dayanarak panel veri yöntemleri ile analiz edilmiştir.

Sağlık turizmi talep fonksiyonu modelimizde; sağlık turizmi gelirlerinin bir dönem gecikmeli değeri, kişi başı düşen Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH), ülkelerin sağlık statüsü (Doğumda yaşam beklentisi, her canlı 1000 doğum için yeni doğan ölüm oranı, her canlı 1000 doğum için 5 yaş altı ölüm oranı, her 100.000 canlı doğum için anne ölüm oranı, her 1000 kişi için ölüm oranı), devletin sağlık harcaması ve ülkelerin sosyal ve siyasal istikrar ve terör olaylarının yokluğu indeksi değerleri yer almıştır.

Araştırma sonuçlarında sağlık göstergelerinden özellikle, 5 yaş altı ölüm oranındaki azalmanın sağlık turizm gelirlerini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. 5 yaş altı ölüm oranındaki 1 birimlik azalma sağlık turizm gelirlerini %0,0003 artırdığı bulunmuştur. Sağlık turizm gelirlerini en yüksek destekleyen sağlık statü değişkeninin DEATH olduğu, en düşük destekleyen sağlık statü değişkeninin ise MORT2 olduğu görülmüştür. Tüm ülkelere, gelişmiş ülkelere ve gelişmekte olan ülkelere göre HT değişkeninin bir dönem öncesine ait değerde ve ülkelerin istikrar ve güvenlik endekslerinde 1 birimlik artışın ve ülkelerin GSYH'deki sağlık harcaması payında %1'lik artışın, sağlık turizm gelirlerinde olumlu yönde sırasıyla %0,9, %0,0941 ve %0,0201'lik bir değişime neden olduğu görülmüştür. Genelleştirilmiş momentler yöntemi analizimizde kişi başına düşen GSYH'deki %1'lik artışın ise sağlık turizm gelirlerinin %0,0250 düşmesine yol açtığı saptanmıştır.

Araştırma bulguları dikkate alındığında, çalışmamız sağlık turistlerinin destinasyon tercihinde: ülkelerin sağlık statüsü, devlet sağlık harcaması, ülkelerin siyasal ve sosyal istikrarı, ağızdan ağıza tanıtım ve GSYH'nin önemli derecede etkili olduğunu göstermektedir.

Anahtar Sözcükler: Sağlık Turizmi, Sağlık Statüsü, Devlet Sağlık Harcaması, Sosyal ve Siyasal İstikrar, Ağızdan Ağıza Tanıtım, GSYH

ABSTRACT

ANALYSIS OF THE EFFECT OF HEALTH STATUS ON HEALTH TOURISM USING PANEL DATA METHODS

Adviye ERGUN

Department of Health Tourism

AlanyaAlaaddin Keykubat University, Graduate Education Institute

January, 2024

Health tourism is a rapidly spreading sector around the world, whose importance is increasing due to its capacity to create high added value, strong development potential, diversification in the tourism sector and economy, and its ability to contribute to many suppliers and related sectors. For this reason, the literature on health tourism is growing rapidly. However, studies have mainly investigated the factors that facilitate health tourism, the impact of health tourism on the health system of the destination or country of origin, the determining factors in patients' destination preferences, the medical complications experienced and the risks of medical travel.

Health indicators are mathematical or statistical measures that indicate the health status of a particular population. These criteria, which are used in the planning and evaluation of health services, are important scientific bases in terms of revealing the level of development, fair income distribution and equitable health service provision of the country in question. In the literature, the number of studies examining the effect of health indicators of countries on health tourism is quite limited and only a few countries have been researched. For this reason, the effect of health status on health tourism has been the subject of our thesis research.

In this study, the relationship between health tourism revenues and health indicators was examined and it was tried to determine to what extent the destination preferences of health tourists are related to the health indicators of the countries.

In this context, 74 countries, which include data for 18 different parameters during the years 2010-2019, were examined within the scope of the study. The data of these countries were analyzed by panel data methods based on the health tourism demand function.

In our health tourism demand function model; one-period lagged value of health tourism revenues, Gross Domestic Product (GDP), health status of countries (life expectancy at birth, neonatal mortality rate per 1000 live births, under-5 mortality rate per 1000 live births, per 100,000 live births maternal mortality rate, death rate per 1000 people), government health expenditure and countries' social and political stability and absence of terrorist incidents index values are included.

In the research results, it was determined that among the health indicators, especially the decrease in the mortality rate under the age of 5, positively affected health tourism revenues. It was found that a 1-unit decrease in the under-5 mortality rate increased health tourism revenues by 0.0003%. It was observed that the health status variable that supports health tourism revenues the most is DEATH, and the health status variable that supports the least is MORT2. According to all countries, developed countries and developing countries, a 1 unit increase in the previous value of the HT variable and the stability and security indices of the countries and a 1% increase in the share of health expenditures in the GDP of the countries will have a positive effect of 0.9%, 0.0941% and 0.0201% respectively on health tourism revenues. In our generalized method of moments analysis, it was determined that a 1% increase in GDP per capita caused health tourism revenues to decrease by 0.0250%.

Considering the findings of the research, it shows that the health status of the countries, state health expenditures, political and social stability of the countries, word-of-mouth promotion and GDP are significantly effective in the destination preference of health tourists.

Keywords: Health Tourism, Health Status, Government Health Expenditure, Social and Political Stability, Word of Mouth Promotion, GDP

İÇİNDEKİLER

İÇ KAPAK SAYFASI

ONAY SAYFASI

ETİK İLKE VE KURALLARA UYGUNLUK BEYANNAMESİ ii

TESEKKÜR SAYFASI iii

ÖZET iv

ABSTRACT vi

İÇİNDEKİLER..... viii

TABLolar LİSTESİ..... ix

ŞEKİLLER LİSTESİ..... x

KISALTMALAR LİSTESİ..... xi

1. GİRİŞ 1

2. LİTERATÜR..... 4

2.1. Kavramsal Çerçeve 4

2.1.1. Sağlık Turizmi Çeşitleri 4

2.1.1.1. Termal Turizm 4

2.1.1.2. Geriatri Turizmi 4

2.1.1.3. Engelli Turizmi 4

2.1.1.3. Medikal Turizm 5

2.2. Sağlık Göstergeleri 7

2.2.1. Sağlık Göstergelerini Etkileyen Faktörler 9

2.2.1.1. Sağlık Harcamaları 9

2.2.1.2. Davranışsal Faktörler 10

2.2.1.3. Ekonomik Faktörler 11

2.2.1.4. Politik İstikrar ile Şiddet ve Terör Olaylarının Yokluğu 13

2.3. Konuya İlişkin Literatür 13

3. YÖNTEM..... 23

3.1. Araştırmanın Gerekçe, Amaç ve Önemi 23

3.2. Model, Veri ve Değişkenler 23

3.3. Hipotezler 24

3.4. İstatistiksel Analiz 24

4. BULGULAR..... 27

5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER..... 44

KAYNAKLAR 48

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo 2.1 Konuya ilişkin sağlık turizm literatürünün incelemesi.....	13
Tablo 4.1 Değişkenlerin temel tanımlayıcı istatistikleri.....	27
Tablo 4.2 Korelasyon analizi sonuçları	33
Tablo 4.3 Sağlık statüsünün LIFE ile ölçülmesi durumunda GMM tahmin sonuçları	34
Tablo 4.4 Sağlık statüsünün MORT1 ile ölçülmesi durumunda GMM tahmin sonuçları	35
Tablo 4.5 Sağlık statüsünün MORT2 ile ölçülmesi durumunda GMM tahmin sonuçları	37
Tablo 4.6 Sağlık statüsünün MORT3 ile ölçülmesi durumunda GMM tahmin sonuçları	38
Tablo 4.7 Sağlık statüsünün DEATH ile ölçülmesi durumunda GMM tahmin sonuçları	39

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1 Sınır ötesi sağlık göçünün kavramsal modeli	5
Şekil 4.1 2010-2019 yılları itibariyle bağımlı ve bağımsız değişkenler için tüm ülkelerin ortalama verilerine göre çizilmiş grafikler	30



KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	Amerika Birleşik Devletleri
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
DEATH	Her 1000 Kişi İçin Ölüm Oranı
GSYH	Gayri Safi Yurt İçi Hâsıla
HE	GSYH’de sağlık harcamalarının payı
HS	Ülkelerin Sağlık Statüsü
HT	Sağlık Turizmi Gelirlerinin GSYH’deki payı
JCI	Joint Commission International
LDGP	Kişi Başı Düşen Gayri Safi Yurtiçi Hasıla
LIFE	Doğumda Yaşam Beklentisi
MORT1	Her Canlı 1000 Doğum İçin Yeni Doğan Ölüm Oranı
MORT2	Her Canlı 1000 Doğum İçin 5 Yaş Altı Ölüm Oranı
MORT3	Her 100.000 Canlı Doğum İçin Anne Ölüm Oranı
OECD	Organization for Economic Co-operation and Development
SPA	Salus Per Aquam (Sudan Gelen Sağlık)
SS	Sosyal ve Siyasal İstikrar ve Terör Olaylarının Yokluğu
SWOT	Strengths, Weakness, Opportunities, Threats
TÜFE	Tüketici Fiyat Endeksi
TPB	Planlı Davranış Teorisi
USHAŞ	Uluslararası Sağlık Hizmetleri Anonim Şirketi
WHO	World Health Organization

1. GİRİŞ

Sağlık turizmi, sağlığın korunması, geliştirilmesi ya da iyileştirilmesi amacıyla insanların en az 24 saat süre kalacak şekilde ikamet ettikleri yerden başka bir yere giderek sağlık ve turizm olanaklarından faydalanmasıdır (Connell, 2006).

İnsanoğlunun sağlığına kavuşmak için farklı bölgelere seyahatleri antik dönemlere kadar uzanmaktadır. Ancak sağlık turizminin belirli araçlar aracılığıyla ticarileştirilmesi, pazar düzeyi, hastaların ne ölçüde seyahat ettiği ve küreselleşme süreçleriyle ilgili mevcut aşamasına geliş kabaca son otuz yıl olarak kabul edilmektedir (Hanefeld, Lunt, Smith, & Horsfall, 2015).

Gelişmiş ve gelişmekte olan piyasalardaki yüksek gelir artışı oranları nedeniyle uluslararası seyahat ve turizm son yıllarda önemli ölçüde gelişmiştir. Ekonomik kalkınma açısından bakıldığında, tıbbi bakım için seyahat, uluslararası turizmin küçük ama potansiyel olarak çok umut verici bir bileşenidir. Sağlık turizmi, turizm pazarının çeşitlendirmesinin önemli bir kaynağıdır. Ek olarak hastanelerde ve yerel topluluklarda daha geniş iş olanakları sağlar. Büyük uluslararası hasta programları, yurt içi ofislerinde 50'den fazla tam zamanlı eşdeğer personel ve tıbbi olmayan yardımcı çalışanın görevlendirilmesine olanak sağlayabilir (Johnson & Allen, 2012). Ek olarak uluslararası tıbbi yolcular aile üyelerini veya başkalarını da yanlarında getirebilir ve bu sayede barınma, yemek, eğlence, ulaşım harcamaları ve diğer öğeler yoluyla yerel ekonomiye ek katkılar sağlar.

Sağlık turizmi hızla gelişen turizm sektörü içerisinde en fazla büyüme oranına sahip parçasıdır. Bu nedenle sağlık turizmi ile ilgili literatür hızla büyürken (Hanefeld, Smith, Horsfall & Lunt, 2014) çalışmalar ağırlıklı olarak hastaların bireysel vaka incelemelerine (Miyagi, Auberson, Patel & Malata, 2011) veya sağlık turizmini kolaylaştıran faktörler, web siteleri ya da hastaların seyahat ettiği belirli işlem türlerini incelemek gibi sağlık turizminin belirli yönlerinin araştırılmasına odaklanmıştır (Johnston vd., 2011; Lunt, Hardey & Mannion, 2010; Connell, 2013).

Literatürdeki çalışmaların birçoğu, az sayıda bireysel hastaya odaklanmış veya bireysel tedavi deneyimleri belgelenmiştir (Inhorn, 2011; Whittaker, 2008). Sağlık turizminin gidilen veya menşe ülkenin sağlık sistemi üzerindeki etkisi incelenmiştir (Alsharif, Labonte & Lu, 2010; Hanefeld, Horsfall, Lunt & Smith, 2013; Jones & Keith, 2006). Ayrıca ilgili literatürün büyük bir kısmında, hastaların destinasyon tercihlerinde belirleyici faktörler, yaşadığı tıbbi komplikasyonlar ve tıbbi seyahatin

riskleri araştırılmıştır (Miyagi vd., 2011; Vick, 2012). Sağlık turizminin medyada yer alması da dahil olmak üzere, esas olarak araştırmalarda; hastaların risklerine odaklanıldığı görülmüştür (Imison & Schweinsberg, 2013). Nispeten daha az sayıda çalışmada, farklı tedavi türleri için itici ve çekici faktörler belirlenmeye çalışılmıştır (Crooks, Kingsbury, Snyder & Johnston, 2011; Culley vd., 2011).

Literatürde tanımlanan itici faktörler arasında maliyet (tedavilerin yurtdışında daha ucuz olması), uzun bekleme süreleri, teknolojik yetersizlik, turizmin çekiciliği, inanç benzerliği ve müşteri deneyimi yer almaktadır (Tapia, Dieste, Royo & Calvo, 2020). Ek olarak sağlık turizmi açısından kök hücre tedavileri, doğurganlık tedavisi ve hatta deneysel tedaviler gibi kendi ülkelerinde yasal olmayan veya uygulanmayan tedaviler de itici faktörler olarak belirtilmiştir (Culley vd., 2011). Özellikle yurtdışında yaşayan vatandaşlar için bakım kalitesi hakkındaki algılar da hastalar için önemlidir (Mathijssen, 2019; Lee, Kearns, & Friesen, 2010).

Sağlık turizminin popüler ve hızla büyüyen bir sektör olmasında, yaşam standartlarındaki artışla birlikte kaliteli sağlık hizmetlerine olan talebin hızlı bir şekilde artması etkili olmaktadır (Yu, Seo & Hyun, 2021; Han, 2013; Yu & Ko, 2012). Sağlık turizmi, yüksek katma değer yaratma kapasitesi nedeniyle ev sahibi ülkelerin ekonomik büyümelerini farklı kanallardan destekleyebilir (Beladi, Chao, Ee & Hollas, 2019). Büyümeye sağladığı katkı nedeniyle de sağlık turizm talebinin belirleyicilerinin incelenmesi önem taşımaktadır.

Eğilimler ve bölgesel pazarlar hakkındaki avantaj ve dezavantajların doğru tahmini ülkelerin sağlık turizmi konusunda diğer ülkelere göre pazar payında öne geçmeleri, daha doğru bir sağlık politikası oluşturmaları ve daha kaliteli bir sağlık hizmeti sunumu için yardımcı olacaktır.

Sağlık göstergeleri, belirli bir nüfusun sağlık durumunu gösteren, matematiksel ya da istatistiksel ölçütlerdir. Sağlık hizmetlerinin planlanması ve değerlendirilmesinde kullanılan bu ölçütler, söz konusu ülkenin kalkınmışlık düzeyinin, adil gelir dağılımının ve hakkaniyetli sağlık hizmeti sunumunun ortaya konulması açısından önemli bilimsel dayanaklardır. Sağlık göstergelerine ait verilerin doğru ve güvenilir olması, bu verilerin işleme ve sonuç çıktıları haline getirilirken uygulanan istatistiksel süreçlerin şeffaflığı, bu sonuçların yorumlanması ve karşılaştırmalar yapılırken belirli standartların oluşturulması, sonuçlar üzerinde doğru ve objektif değerlendirmeler yapabilmek için son derece önemlidir (Marais vd., 2013).

Literatürde ülkelerin sağlık göstergelerinin sağlık turizmi üzerine etkisini inceleyen çalışma sayısı oldukça sınırlıdır. Bu çalışmalarda, ülkelerin sağlık göstergelerine göre sağlık turizminin yönü (Taguri, 2006; Vijaya, 2010; Balogun, 2020), sağlık turistleri açısından destinasyon tercihinde ülkelerin sağlık hizmeti kalitesinin etkisi (Mishra & Rana, 2023), devlet desteklerinin sağlık turizmi üzerine etkisi (Shabankareh, Nazarian, Golestaneh & Dalouchi, 2023) ve sağlık hizmetleri kalitesinin sağlık turistlerinin memnuniyeti üzerine etkisi (Can, 2019; Zarei & Maleki, 2019; Heydari, Yousefi, Derakhshani, & Khodayari-Zarnaq, 2019) incelenmiştir. Ancak bu çalışmaların tamamında sağlık göstergelerinin, sağlık turizm gelirleri üzerine etkisi sadece birkaç ülke özelinde değerlendirilmiştir.

Literatür değerlendirmesi göz önüne alındığında, bizim çalışmamız sağlık turizm literatürüne iki şekilde katkı sağlamaktadır. İlk olarak, çalışma, özellikle analitik araştırma yaklaşımı ve ülkelerin sağlık göstergelerinin sağlık turizm gelirleri üzerine yaptığı vurgu ile sağlık turizmi konusundaki mevcut literatürü zenginleştirmektedir. İkinci olarak çalışma, sağlık turistlerinin destinasyon tercihini ekonomik perspektiften inceleyerek literatürü tamamlamaktadır.

2. LİTERATÜR

2.1. Kavramsal Çerçeve

Yerel bakıma memnuniyetsizlik veya kalitesine duyulan güvensizlik sağlık amaçlı yurtdışına seyahat etmenin merkezinde rol oynar. Sağlık turizminin birçok çeşidi bulunmakla birlikte genel olarak dört alt başlık altında sınıflandırılabilir. Birincisi termal ve spa-wellness turizmi, ikincisi medikal turizm; üçüncüsü geriatri ve ileri yaş turizmi, dördüncüsü ise engelli turizmidir (Roman & Roman, 2022).

2.1.1. Sağlık Turizmi Çeşitleri

2.1.1.1. Termal Turizm

Kültür ve Turizm Bakanlığı'nın (2020) tanımına göre, termomineral su banyosu, içme, inhalasyon, çamur banyosu gibi çeşitli termal tedavi yöntemleri ile birlikte iklim kürü, fizik tedavi, rehabilitasyon, egzersiz, diyet gibi destek tedavilerinin birleşimi ile yapılan kür uygulamalarının yanında termal suların eğlence ve rekreasyon amaçlı kullanıldığı faaliyetleri içeren turizm çeşididir (Kültür ve Turizm Bakanlığı, 2020). Uluslararası SPA Birliği'nin (ISPA) verilerine göre dünya genelinde yaklaşık 100 milyon turist SPA turizmi için seyahat etmektedir (Zengingönül, Emeç, İyilikçi & Bingöl, 2012).

2.1.1.2. Geriatri Turizmi

İleri yaş turizmi, 65 yaş üstü bir veya birden fazla kronik hastalığı olan, bakıma muhtaç insanların sağlık hizmetlerinden yararlanmak ve sağlık turizminden faydalanmak üzere seyahat etmeleridir.

2.1.1.3. Engelli Turizmi

Birleşmiş Milletlerin tanımına göre, bedensel ya da sonradan meydana gelen bir eksiklik sonucunda sosyal veya kişisel yaşantılarında gereken işlerini kendi kendilerine yapamayan bireylere engelli denilmektedir. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'ne göre, dünyadaki engelli insan sayısı yaklaşık 1,3 trilyon olup, bu da yaklaşık tüm dünya popülasyonunun %16'sıdır. (WHO, 2023). Genellikle ailesinden bir refakatçi veya arkadaşları ile seyahat eden engelliler sağlık turizmine odaklanan gelişmekte olan ülkeler için çok çekici bir pazar oluşturmaktadır.

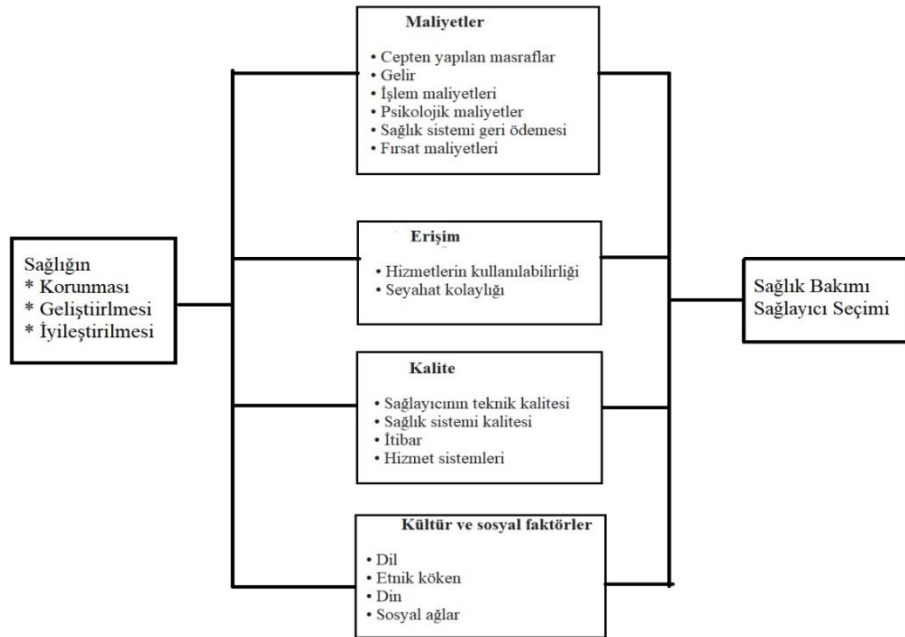
Engelli turizm sektörü getirisi yüksek niş bir alan olmasına rağmen çeşitli riskleri olan zor bir pazardır.

2.1.1.3. Medikal Turizm

Sağlık turizmi, sağlık hizmetlerinin küreselleşmesi sonucunda ortaya çıkan, yüksek kalitede sağlık hizmetinin daha uygun fiyata satın alınmasını sağlayan, turizm sektörü tarafından desteklenen ve dünya çapında hızla yayılan bir fenomendir. Genel olarak medikal turizm, sağlık tedavileri almak için insanların ikamet ettikleri ülkeden başka bir ülkeye seyahat etmesidir (Zhong, Deng, Morrison, Coca-Stefaniak & Yang, 2021; Ağazade & Ergün, 2023; Ağazade, & Ergün, 2022).

Sağlık turizminin gelişimi incelendiğinde 2000’li yıllara kadar hasta akışının az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelere Amerika Birleşik Devletleri (ABD) başta olmak üzere diğer gelişmiş ülkeler yönünde olduğu gözlenir. Günümüzde ise hasta akışı üçüncü dünyadan birinci dünyaya değil, üçüncü dünyadan üçüncü dünyaya veya birinci dünyadan üçüncü dünyaya olacak şekilde değişmiştir (Reisman, 2010:23).

Sağlık turizminde dikkat çekici bu büyümenin nedenleri olarak; uzun bekleme süreleri, bazı ülkelere sigorta şirketlerinin birçok tedavi türünün harcamalarını karşılamaması, teknolojinin gelişimi ve yaygınlaşması ve gelişmekte olan ülkelerdeki hizmetlerin düşük maliyeti gösterilmiştir. Hastaların ülke tercihinde ise sağlık hizmetinin kalitesi ve maliyetinin en belirleyici faktörler olduğu saptanmıştır (Zhong vd., 2021) (Şekil 2.1).



Şekil 2.1 Sınır ötesi sağlık göçünün kavramsal modeli (Osterle, Johnson, Delgado, 2013)

Sağlık hizmeti ihtiyacı için başka bir ülke seçileceği zaman bu hizmetlerin nerede alınacağına dair karar aşamasında; tedavi ve seyahat masrafları bir hastanın durumunu belirleyebilecek önemli faktörlerdir. Bir sağlık sisteminin yurtdışındaki bakım için sağlık sigortası kapsamı yoluyla geri ödeme sağlaması, ulusötesi tıbbi seyahatin önemli bir itici gücüdür. Bireysel düzeyde, tıbbi bakım için cepten yapılan harcamalar ve hastalar tarafından karşılanan işlem maliyetleri, hastaların bakım için seyahat etme kararında merkezi faktörlerdir.

Sağlık sigortası sistemi, belirli sağlık hizmetlerinin maliyetinin kısmen mi yoksa tamamen mi sigortadan karşılandığını belirler. Yurtdışındaki bakım masraflarının kamu veya özel sigorta tarafından karşılanması durumunda, yurt dışında daha kaliteli veya daha hızlı erişim sağlanırsa, hastaların ulusötesi sağlık hizmeti arama olasılığı önemli ölçüde artar.

Benzer şekilde, hastanın geliri ve serveti ne kadar yüksekse, ulusötesi seyahatin neden olduğu ek masraflarla baş etme kapasitesi de o kadar yüksek olur. Özetle, hastaların cepten yaptığı bireysel harcamalar, yurt içi sağlık sistemleri tarafından karşılanmayan bireysel harcamalarla karşılaştırıldığında ne kadar düşükse, hastaların yurtdışına çıkma teşviki de o kadar yüksek olur.

Tıbbi bakım için başka bir ülkeye seyahat ederken doğrudan tıbbi bakım maliyetlerine ek olarak bir takım işlem maliyetleri de söz konusudur. Bu masraflar arasında: ulaşım, konaklama, yiyecek, bilgi maliyetleri ve aracı kurum maliyetleri yer alır. Zaman açısından maliyetler ise: uluslararası sağlık turizm sağlayıcısı ile iletişim kurma, oraya gidip gelme ve orda bakım alma süresini içerir. Psikolojik maliyetler, kişinin sosyal destek ağından uzakta olması ve bakım için yabancı bir ülkede bulunmasıyla ilişkili finansal olmayan maliyetleri içerir.

Bilgi ve seyahat masrafları hastanın ikamet ettiği yer ile tedavi yeri arasındaki mesafe ile doğrudan ve pozitif yönde ilişkilidir. Erişim, kültür ve sosyal faktörler de hastalar için ülke tercihiinde diğer önemli faktörler arasında bildirilmiştir.

Sağlık hizmetlerinde uluslararası göç tercihleri yukarıda belirtildiği gibi karmaşık ve çok yönlüdür. Her ne kadar bu konuda çeşitli tıbbi seyahat modelleri kavramsallaştırılmış olsa da hiçbirisi dünya genelinde, ülkelerin sağlık statülerinin hastaların seyahat kararındaki etkisine odaklanmamıştır. Örneğin; Heung, Küçükusta ve Song, altta yatan motivasyonlardan ziyade turizm perspektifinden tıbbi seyahatin arz ve talebine ilişkin bir model geliştirmişlerdir (Heung, Kucukusta, & Song, 2010). Pocock ve Phua, sağlık turizminin sağlık sistemleri üzerindeki potansiyel etkisini

değerlendirmek için makro düzeyde bir tıbbi seyahat modeli geliştirmiştir (Pocock & Phua, 2011). Laugesen ve Vargas-Bustamante'de tıbbi seyahat türleri için maliyet ve kalite ile ilgili yerel sağlık sistemi özelliklerini göz önünde bulundurarak kavramsal bir çerçeve geliştirmiştir (Laugesen & Vargas-Bustamante, 2010).

Biz de oluşturduğumuz model ile literatüre katkı sağlıyoruz. Odaklandığımız konular; ülkelerin sağlık statü göstergeleri, sağlık harcamalarının düzeyi, davranışsal faktörler, siyasal ve sosyal istikrar ve ekonomik faktörlerdir.

2.2. Sağlık Göstergeleri

Toplumun genel sağlık durumu sağlık statüsü olarak ifade edilmektedir. Sağlık durumu; yaşam beklentisi, anne ölüm oranı, bebek ölüm oranı, engellilik miktarı ve hastalık risk faktörlerinin seviyeleri gibi çeşitli yönleri dikkate alan bir bireyin veya nüfusun genel sağlık düzeyidir.

Bir bireyin sağlık durumu genellikle bir sağlık uzmanı tarafından ölçülürken bir toplumun sağlık durumu, aşağıdakileri içeren bir dizi ölçüm veya "gösterge" olarak sunulan istatistik ve verileri kullanarak ölçülmektedir:

- Doğumda yaşam beklentisi
- Doğumda anne ölüm oranı,
- Bebek ölüm oranı
- 5 yaş altı ölüm oranı
- Hastalığın yükü
- Hastalığın görülme sıklığı
- Hastalığın yaygınlığı, vb.

Bu parametrelerin her birinin çeşitli kısıtlamaları bulunmakta olup uygun parametrenin uygun değerlendirmeler için kullanılması gerekmektedir.

Toplumun sağlık sonuçlarının düzeyi ve dağılımı çok nedenli olup, kültürel, çevresel, politik, sosyal, ekonomik, davranışsal ve genetik faktörlerden etkilenmektedir. Sağlık gösterge ölçümleri, bir kişinin sağlık sonuçlarının aksine, bir nüfusun sağlık sonuçlarını ölçmeye yönelik standartlardır.

Toplumun sağlık sonuçlarını ölçmek için üç yaklaşım mevcuttur: 1) İnsanlar üzerinde yapılan sağlık sonucu ölçümlerinin, nüfus ortalamaları veya medyanlar gibi özet istatistikler halinde toplanması; 2) Bireysel sağlık sonuç ölçümlerinin bir nüfusta ve belirli nüfus alt grupları arasında dağılımının değerlendirilmesi; ve 3) Bireysel

üyelerin aksine nüfusun veya toplumun fonksiyonunun, çalışabilirliğinin ve refahının ölçülmesi

Sağlıklı bir nüfusun tanımına göre, o ülkenin tüm insanların sağlığını en iyi şekilde sürdürmesini sağlayan toplumsal düzeydeki koşullara odaklanması nedeni ile üçüncü yaklaşım en uygun olanıdır. Bu toplumsal düzeydeki koşullar; bir nüfusun üyeleri arasında güç, fırsat ve kaynakların adil bir şekilde dağıtılmasını; sosyal bağlantılar ve karşılıklılık ile güvenilirlik normları üzerine kurulu etkileşimleri; çevre politikalarını ve nüfusun toprağının, suyunun, havasının kalitesini, doğal bitki örtüsünün ve hayvanların yaşamını devam ettiren çevre uygulamalarını içerir. Bu nedenle toplumsal düzeydeki koşullar, sağlık sonuçlarından ziyade sağlığın sosyal, ekonomik, politik ve çevresel belirleyicileri olarak görülebilir.

Toplumların sağlık durumlarının değerlendirilmesi amacı ile önerilen parametreler aşağıda detaylı olarak açıklanmıştır (Parrish, 2010).

Ölüm Oranı: Bir popülasyonda belirli bir süre boyunca (genellikle 1 yıl) hastalık ya da dış etkenler nedeniyle meydana gelen ölümlerin sayısının, nüfus büyüklüğüne bölünmesiyle elde edilen orandır. Her 1000 kişi için ölüm oranı olarak ifade edilmektedir.

Doğumda Yaşam Beklentisi: İnsanlar ve toplumlar hayata ve sağlığa değer verir, ancak uzun yaşama ve yaşam boyunca iyi olmaya verilen göreceli değer farklılık göstermektedir. Ölüm oranı ve yaşam beklentisi, toplum sağlığının 2 temel ölçüsüdür. Ölüm oranının bir nüfus üzerindeki etkisini değerlendirmenin bir başka yöntemi de nüfusun yaşam beklentisini hesaplamaktır. Tipik olarak bu, doğumda beklenen yaşam süresi olarak hesaplanır, ancak herhangi bir yaş için de kalan yaşam beklentisi olarak hesaplanabilir.

Yeni doğan ölüm oranı, 5 yaş altı ölüm oranı ve anne ölüm oranı: Her canlı 1000 doğum için yeni doğan ölümlerinin sayısı yeni doğan ölüm oranını, 1000 canlı doğum başına beş yaşın altındaki çocuk ölümlerinin sayısı her canlı 1000 doğum için 5 yaş altı ölüm oranını, 100.000 canlı doğum başına anne ölümlerinin sayısı her 100.000 canlı doğum için anne ölüm oranını gösterir.

Bu veriler bir nüfusun eğitim, ekonomik kalkınma ve sağlık bakım düzeylerini gösterdiği için yaygın olarak kullanılmaktadır (van der Steeg, De Vries & Roukema, 2004; Tezcan, 1992).

Ülkelerin sağlık göstergeleri doğrudan ve dolaylı olmak üzere iki temel amaca hizmet etmektedir. Sağlık hizmeti, ölüm ve hastalık gibi konularında ülkeler için

doğrudan; ekonomik, sosyal düzey ve eğitim gibi konular açısından ise dolaylı olarak ülkelerin amacına yönelik hizmet etmektedir (Aslan ve Uyar, 2016: 1132).

Toplum sağlığı sonuçları toplumun sağlık düzeyi ve sorunları hakkında bilgi vermesine ek olarak, ülkeler arasında kıyaslama yapılabilmesine olanak sağlamaktadır. Ayrıca ülkelerin mevcut durumunu göstermesinin yanı sıra bu alanda belirli zaman dilimlerinde meydana gelen değişimlerin ve performans değişimlerinin de belirlenmesine yardımcı olmaktadır. Ek olarak bu veriler, devletin sağlık sektöründe hangi alanlarda gelişim göstermesi ve daha kaliteli ve daha etkin girişimlerde bulunması gerektiğine yönelik politikalarının belirlenmesi amacıyla da kullanılmaktadır.

2.2.1. Sağlık Göstergelerini Etkileyen Faktörler

2.2.1.1. Sağlık Harcamaları

Belirli bir yılda bir ülkede üretilen tüm nihai mal ve hizmetlerin değeri GSYH olarak tanımlanmaktadır. Gayri safi yurtiçi hasılanın bir yüzdesi olarak sağlığa yapılan toplam harcama, GSYH'nin hem kamu hem de özel sektör tarafından yapılan toplam sağlık harcaması seviyesinin bir yüzdesi olarak ifade edilir. Bu yüzde, bir ülkenin zenginliğine göre, sağlığa kanalize ettiği kaynaklarının seviyesi hakkında bilgi sağlar (Novignon, Olakojo & Nonvignon, 2012).

Sağlık mal ve hizmetlerine yapılan harcamaların oranı, ekonomideki toplam harcamalara göre zamanla değişebilir. Bunun nedeni; sağlık harcamalarındaki büyümenin genel ekonomik büyüme ile karşılaştırıldığında farklılıklar göstermesidir. 1990'lı yıllarda ve 2000'li yılların başında OECD ülkelerinde sağlık harcamaları genellikle ekonominin geri kalanından daha hızlı bir şekilde büyümüştür ve sağlık harcamaların GSYH'ye oranında neredeyse sürekli bir artış izlenmiştir. Son yıllarda ise sağlık harcamalarındaki büyüme ile ekonomik büyüme, OECD genelinde genel olarak geniş ölçüde eşleşmiş ve sağlık harcamalarının ortalama payı sabit kalmıştır.

Dünyada sağlık hizmetlerinin GSYH'deki payı en yüksek olan ülke Amerika Birleşik Devletleri (ABD) olup, diğer ülkelere göre açık ara öndedir ve yaklaşık olarak bu oran %16,9'dur. Bir sonraki en yüksek harcama oranı olan ülke İsviçre olup %12,2 düzeyindedir. ABD ve İsviçre'nin ardından, yüksek gelirli ülkelere olan Almanya, Fransa, İsveç ve Japonya GSYH'lerinde %11'e yakın oranda sağlık hizmetlerine harcama yapmıştır. OECD ülkelerinin büyük bir kısmı ile Avustralya, Yeni Zelanda, Şili ve Kore'de sağlık harcamalarının GSYH'deki payı %8-10 aralığında yer almaktadır. Litvanya ve Polonya gibi Orta ve Doğu Avrupa ülkelerinin çoğu GSYH'lerinin %6-8'ini

sağlık hizmetine tahsis etmişlerdir. Son olarak, Meksika, Letonya, Lüksemburg ve Türkiye gibi birkaç OECD ülkesi sağlık hizmetlerine GSYH'lerinin %6'sından daha az harcama yapmıştır. Türkiye için sağlık hizmetlerinin GSYH'deki payı %4,2 olup Çin ile Hindistan'ın arasında yer almaktadır.

Sağlık harcamaları, sağlık hizmetlerinin sağlanması, aile planlaması faaliyetleri, beslenme faaliyetleri ve sağlık için belirlenen acil yardım için yapılan tüm harcamaları içerir. Bu gösterge, binalar, makineler, bilgi teknolojileri ve acil durum veya salgınlara yönelik aşı stokları gibi sermaye sağlık harcamalarını içermemektedir.

Sağlık finansmanı, sağlık sistemlerinin kritik bir bileşenidir. Ulusal sağlık hesapları, uluslararası kabul görmüş bir çerçevede toplanan harcamalar hakkındaki bilgilere dayanan geniş bir gösterge kümesi hakkında bilgi sağlar.

Sağlık harcama verileri kamu ve özel harcamalar olarak ayrıştırılmaktadır. Genel olarak, düşük gelirli ekonomiler, orta ve yüksek gelirli ülkelere kıyasla özel sağlık harcamalarında daha yüksek bir paya sahiptir ve cepten yapılan harcamalar (Hane halkı tarafından hizmet sağlayıcılara yapılan doğrudan ödemeler) özel harcamaların en büyük bölümünü oluşturmaktadır. Cepten yapılan yüksek harcamalar, insanları koruyucu veya tedavi edici bakıma erişimden caydırabilir ve gerekli bakımı karşılayamayan haneleri yoksullaştırabilir. Sağlık finansmanı verileri, sağlık sistemi kaynak akışlarını sistematik, kapsamlı ve tutarlı bir şekilde izleyen ulusal sağlık hesapları aracılığıyla toplanmaktadır. Ulusal bir sağlık hesabı oluşturmak için ülkeler, sağlık sisteminin sınırlarını tanımlamalı ve sağlık harcaması bilgilerini, finansman kaynaklarını, sağlık hizmetlerinin sağlayıcılarını, sağlık harcamalarının işlevsel kullanımını ve harcamalardan yararlananları çeşitli boyutlara göre sınıflandırmalıdır. Bu şekilde, muhasebe sistemi politikayı bilgilendirmek için kaynakların ve mali akışların doğru bir resmini sunabilir ve finansmanın eşitliği ve verimliliğinin analizine izin verebilir.

Sağlık harcamalarının boyutu, ülkelerin gelişmişlik düzeylerine göre farklılık göstermektedir. Gelişmiş ülkelerde sağlık harcamalarına ayrılan pay, gelişmekte olan ülkelere göre nispeten daha fazladır (Akar, 2014). Ek olarak toplumun sağlık düzeyi ile ülkenin ekonomik gelişmişliği arasında da pozitif yönlü yakın bir ilişki bulunmaktadır (Taban, 2006).

Bu gösterge, ülkenin zenginliği ve nüfusuyla ilişkili olan sağlık kaynaklarına, bu haklara erişime ve beslenmeyi de içeren hizmetlerine yapılan toplam harcamaları

yansıtmaktadır. Sağlık harcamalarının artması, özellikle düşük gelirli ülkelerde daha iyi sağlık sonuçları ile ilişkili olsa da, sağlık harcamalarının 'önerilen' bir seviyesi yoktur. Kişi başına düşen gelir ne kadar büyük olursa, sağlık harcamaları da o kadar büyük olur. Bununla birlikte, bazı ülkeler, sağlık konusunda gelir seviyelerinden beklenenden önemli ölçüde daha fazla, bazıları ise önemli ölçüde daha az harcama yapmaktadır. Bir hükümet, toplam sağlık harcamalarını daha düşük oranda gerçekleştirdiğinde bu durum, beslenme de dâhil olmak üzere o hükümet tarafından sağlığın bir öncelik olarak görülmediğini gösterebilir (DSÖ, 2023).

2.2.1.2. Davranışsal Faktörler

Sağlık turizminde müşteri kararları giderek artan derecede duygusal tepkilerden ve tetikleyicilerden etkilenmektedir (Mulec, 2010). Destinasyon bölgesi, ziyaret edilmeden denenmediği için nesnel ölçümlerden ziyade öznel yargıları gerektirir ve turistlerin destinasyonlara ilişkin öznel algıları, destinasyon seçimlerini etkilemektedir. Diğer bir deyişle, seyahat kararı verilmesinde destinasyonun imajı önemli bir rol oynamaktadır (Tapachai & Waryszak, 2000). Destinasyonlar yürüttükleri iletişim çalışmaları ile yalnızca bilgi sunmazlar, aynı zamanda neler yaşanacağı konusunda vaatlerde bulunurlar. Görsel ve işitsel malzemelerle destekledikleri bilgiler ile sağlık turistlerinin neden kendilerini seçmeleri konusundaki sorulara cevap verirler. Ağızdan ağıza iletişim de sağlık turizmi tanıtımında oldukça etkili bir yöntemdir. Sağlık turistinin bir destinasyonu tekrar ziyaret etme niyeti ve ağızdan ağıza olumlu pazarlaması, destinasyonun imajı ve tüketim sonrası süreç için son derece önemlidir.

2.2.1.3. Ekonomik Faktörler

Kişi başına düşen Gayri Safi Yurtiçi Hasıla (GSYH), bir ülkenin kişi başına düşen ekonomik çıktısını gösteren ekonomik bir ölçümdür. Ekonomistler bu göstergiyi ülkelerin zenginleşmesinin ekonomik büyümelerine ne kadar dayandığını belirlemek için kullanırlar. Kişi başına düşen GSYH, bir ulusun GSYH'sinin nüfusuna bölünmesiyle hesaplanır. Kişi başına düşen GSYH'si daha yüksek olan ülkeler, endüstriyel gelişmiş ülkeler olma eğilimindedir.

Kişi başına düşen GSYH kişisel gelirin bir ölçüsü olmamakla birlikte genellikle bir ülkenin yaşam standardının bir göstergesi olarak kabul edilir.

Bir ülkenin zenginliğini ve refahını analiz etmenin birkaç yolu vardır. Bu yöntemler arasında en evrensel olanı, kişi başına düşen GSYH'dir. Çünkü küresel ölçekte düzenli olarak izlenir. Ayrıca hesaplama ve kullanımı kolaydır.

Kişi başına düşen GSYH genellikle GSYH ile birlikte analiz edilir. Ekonomistler bu metriği hem kendi ülkelerinin iç üretkenliği hem de diğer ülkelerin üretkenliği hakkında fikir edinmek için kullanırlar. Kişi başına düşen GSYH, bir ülkenin hem GSYH'sini hem de nüfusunu dikkate alır. Bu nedenle, her bir faktörün genel sonuca nasıl katkıda bulunduğunu ve her bir faktörün kişi başına düşen GSYH büyümesini nasıl etkilediğini anlamaya olanak sağlar.

Bir ekonominin insanları açısından nasıl büyüdüğünü veya daraldığını anlamak için her değişkenin genel katkısına bakmak önemlidir. Kişi başına düşen GSYH'yi etkileyen birkaç sayısal ilişki olabilir.

Bir ülkenin kişi başına düşen GSYH'si istikrarlı bir nüfus seviyesiyle büyüyorsa, potansiyel olarak aynı nüfus seviyesinde teknolojik ilerlemelerin eşlik ettiği daha fazla üreten bir nüfus sonucu olabilir. Bazı ülkeler kişi başına düşen yüksek GSYH'ye ve küçük bir nüfusa sahip olabilir. Bu durum genellikle özel kaynakların bolluğuna dayanan kendi kendine yeterli bir ekonomi kurdukları anlamına gelir (Voumik & Smrity, 2020).

Bir ülke tutarlı bir ekonomik büyümeye sahip olabilir, ancak nüfusu GSYH'sinden daha hızlı büyüyorsa, kişi başına düşen GSYH büyümesi negatif olacaktır. Bu, çoğu yerleşik ekonomi için bir sorun değildir. Çünkü nüfus artışını ılımlı bir ekonomik büyüme hızı bile geride bırakılabilir. Bununla birlikte, Afrika'daki birçok ülkede olduğu gibi, başlangıçtaki kişi başına düşen GSYH seviyesi düşük olan ülkeler, çok az GSYH büyümesi gösterip, hızla artan nüfusa sahip oldukları zaman, bu durum yaşam standartlarının ilerleyici bir şekilde bozulmasına neden olabilir.

Ekonomik faktör doğrudan ya da dolaylı olarak sağlık hizmetleri ihtiyaçlarını ve tedavi seçeneklerine erişimi etkilemektedir (James, Gubbins, Murray, & Gakidou, 2012). Kişi başına düşen gelir, sağlığın en yaygın kullanılan sosyoekonomik belirleyicilerinden biri olup tıbbi bakım bağlamında, yaşam standardı ve karmaşık tıbbi bakım ve ülke dışındaki ilgili masrafları karşılama kapasitesinin bir ölçüsü olarak GSYH'nin talebi etkileyici unsurlardan biri olması beklenmektedir.

2.2.1.4. Politik İstikrar ile Şiddet ve Terör Olaylarının Yokluğu

Ülkelerin politik istikrar ile şiddet ve terör olaylarının yokluğu uluslararası arenada ülkeler için önemli bir referans değeridir. Güçlü bir siyasal yapı hem makroekonomik istikrarsızlıkların önlenmesinde hem de ülkelerin sosyo-kültürel açıdan gelişmesinde önemli bir yer tutmaktadır. Politik istikrar, ekonomik büyümenin gerektirdiği belirlilik ortamını sağlayarak yatırımlar, araştırma ve geliştirme faaliyetleri,

teknolojik hamleler gibi iktisadi faaliyetlerin gerçekleştirilmesine olanak sağlar. Özellikle ekonomik büyümenin sürdürülebilir kılınması için gerekli stabil ortamı yaratır.

Terör olayları hem toplumu hem de devleti maddi ve manevi olarak zarara uğratmasının yanı sıra, ülkenin ulusal ve uluslararası arenada imajını zedelemektedir. Lancet dergisinde Mac Ready N. (2007) tarafından yapılan değerlendirmede, 11 Eylül 2001 yılında ABD’de meydana gelen terör saldırılarından sonra, Arap ülke vatandaşlarının ABD’yi seyahat etmekten belirgin olarak vazgeçtiği ve bu olayı takiben Arap ülkelerinden sadece 5000 sağlık turistinin ABD’yi ziyaret ettiği belirtilmiştir.

2.3. Konuya İlişkin Literatür

Sağlık turizmi ile ilgili daha önce yapılmış çalışmalar üç kategoriye ayrılmıştır. Birincisi sağlık turizmin canlandırılması ile ilgili çalışmalardır. Bu çalışmalarda temel olarak mevcut durum, ilgili sistemler ve tıbbi hizmet altyapısı incelenmiştir. İkincisi, tıbbi hizmet seçimi için motivasyon faktörleri ile bireysel tıbbi hizmet satın alma arasındaki ilişki incelenmiştir. Üçüncüsü, ülkelere göre sağlık turistlerinin tercih edilecek ülkeyi kullanım niyeti ve memnuniyet düzeyleri araştırılmıştır.

Bu çalışmalarda sağlık turizmini etkileyen çok sayıdaki değişken (örneğin döviz kuru ve sağlık turizmi) incelenmiştir. Sağlık göstergelerinin sağlık hizmeti ihracatı üzerine etkilerini inceleyen çalışmalar ise sınırlı sayıdadır (Tablo 2.1). Bu nedenle bu çalışmada sağlık göstergelerinin 74 ülke için sağlık hizmeti ihracatı üzerine etkileri temel olarak incelenmiştir.

Tablo 2.1 Konuya İlişkin Sağlık Turizm Literatürünün İncelemesi

Çalışma	Amaç-Örneklem	Yöntem	Sonuç
<i>Heidary Dahooi, Estiri & Shahinpou r. (2023)</i>	Turizm destinasyonu tercihlerini etkileyen üç ana boyut ve 38 faktörü SWARA anketi kullanarak medikal turistlerin İran seçimini etkileyen faktörlerin araştırmışlardır.	Bulanık Önem - Performans Analizi (IPA)	En önemli öncelikler olarak; “arkadaş ve tanıdıkların önerileri”, “medikal turistin önceki deneyimleri”, “ev sahibi ülkenin imajı/markası”, “gidilen ülkede arkadaş veya akrabaya sahip olma” ve “uluslararası akreditasyon” olduğunu bildirmişlerdir.
<i>Mishra & Rana (2023)</i>	Birleşik Arap Emirlikleri, medikal turizm gelişiminin önündeki engelleri incelemişlerdir.	Grafik teorisi tabanlı Toplam Yorumlayıcı Yapısal Modelleme yaklaşımını ve Çapraz etkili matris çarpımı	MT gelişiminin önündeki engelleri olarak: Sağlık Hizmeti Maliyeti, Sağlık Hizmeti Kalitesi ve uluslararası sağlık sigortasının uygulanmamasının ise en önemli engeller olduğu sonucuna varmışlardır.
<i>Shabanka reh vd. (2023)</i>	Devlet desteklerinin sağlık turizmi gelişimi üzerindeki etkisini araştırmışlardır. Örneklem: İran’da medikal turistlerin ziyaret ettiği iki hastanenin uzmanları (N=151).	SmartPLS 3’te geliştirilen doğrulayıcı faktör analiz modeli	Devlet desteklerinin sağlık turizminin gelişimini olumlu yönde etkilediğini göstermişlerdir. Devlet desteğinden etkilenen iç altyapıların en önemli yönleri sırasıyla sağlık hizmeti kalitesi, sağlık hizmetlerinin maliyeti ve ileri tıp teknolojilerinin uygulanması olduğunu saptamışlardır.
<i>Bagga, Vishnoi, Jain & Sharma (2020)</i>	Medikal turistlerin Hindistan seçimini etkileyen faktörleri incelemişlerdir.	Hindistan’a gelen 200 medikal turiste yönelik anket çalışması	En önemli öncelikler olarak; tıbbi harcamaların düşük maliyeti, son teknoloji tıbbi ekipman, tıbbi tedavi artı turizm ve ev sahibi ülkenin medikal ekosistemi olduğunu ortaya koymuşlardır.
<i>Balogun (2020)</i>	Nijeryalı medikal turistlerin karar verme sürecini ve Hindistan’daki medikal turizmi neden yerel tıbbi bakıma tercih ettiklerini araştırmışlardır.	Sekiz Nijeryalı tıp turisti ile ölçüt örnekleme tekniği kullanılarak açık uçlu sorularla birebir görüşme	Nijerya’dan Hindistan’a medikal turizmi teşvik eden iki ana motive edici etken olarak; Nijerya’daki tıbbi ve müşteri hizmetleri olduğunu belirtmişler. Ek olarak önceki kişisel deneyimlerin ise sonraki tıbbi seyahatlerle ilgili kararları yönlendirdiğini tespit etmişlerdir.
<i>Isıklı Serdar Asan & Karadayi-Usta (2020)</i>	Türkiye’ye yönelik medikal turist sayısını (1) Hastaların tıbbi ihtiyaçları, (2) Türkiye’nin fiyat çekiciliği ve (3) sosyal ve siyasi olaylar ile açıklamaya çalışmışlardır.	2003 – 2017 yıllarına ait üçer aylık verileri kullanarak kısmi EKK tahmini ile verileri analiz etmişler.	GSYH ve döviz kuru tarafından yönlendirilen Türkiye’nin fiyat çekiciliği, hastaların tıbbi ihtiyaçlarını karşılama potansiyeli ile turizm, seyahat ve sağlık alanlarındaki yatırımların miktarı ile sosyal ve siyasi olayların gelen medikal turizmin talep davranışını beklenen yönde etkilediğini tespit etmişlerdir.
<i>Can B. (2019)</i>	Sağlık turistlerinin Türkiye’yi tercih etmeleri ve memnuniyetleri incelenmişlerdir.	Özel bir hastaneye tedavi amacıyla yurt dışından gelen 284 hastanın incelediği çalışmada veri toplama aracı olarak yüz yüze anket yöntemi kullanılmış.	Sağlık hizmeti seçiminde en önemli etkenin “birinci sınıf doktor, hemşire ve sağlık personeli” olduğunu saptamışlardır.

<i>Heydari vd. (2019)</i>	Medikal turizm memnuniyeti açısından 6 bileşenin (Bilgi, hizmetler, maliyetler, insan gücü, sağlık ekipmanı ve fiziksel durum) etkisini incelemiştir.	Sistematiik derleme	Medikal turizm memnuniyeti açısından hizmetler bileşeni en önemli faktör olarak belirtmişlerdir.
<i>Zarei & Maleki (2019)</i>	Asya ülkelerinde turist memnuniyetini etkileyen temel faktörleri [Tıbbi hizmetlerin kalitesi (ör; yeterlilik, fiziksel tesisler, ekipman, personel davranışı) ve genel turizm hizmetleri (ör; bilgi, vize işleme, ulaşım, konaklama / otel masrafları)] incelemiştir.	Kritik analiz	Hem tıbbi hizmetin hem de kaliteli ve genel turizm hizmet sunumlarının medikal turizm tercihinde önemli belirleyiciler olduğunu saptamışlardır.
<i>Gündüz, Gündüz & Yavuz (2019)</i>	Hem turistin geldiği ülkeye ait GSYH hem de kişi başına düşen GSYH'nin Türkiye'ye gelen sağlık turisti üzerine etkisini incelemiştir.	2014 yılında 16 farklı ülkeden Türkiye'ye sağlık hizmeti alma amacıyla gelen turist sayıları için yaptıkları tahminde yatay kesit verilerini kullanmışlar.	GSYH düzeyi Türkiye'ye gelen sağlık turisti sayısı ile pozitif yönde ilişkili olduğu, kişi başına düşen GSYH ve Türkiye'ye olan uzaklıklarının ise turizm potansiyeli ile negatif yönde ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır.
<i>Jaapar, Musa, Moghavve mi, & Saub (2017)</i>	Malezya'ya dış tedavisi amaçlı gelen medikal turistlerin motivasyon faktörlerini ve memnuniyetlerini araştırmışlardır.	196 medikal turist ile gerçekleştirilen anket çalışmasında motive edici faktörler olarak; Dışçılık hizmeti bilgisi, dışçılık hizmet kalitesi, maliyet, kültürel benzerlik ve destek hizmetler (ulaşım, konaklama, düşük maliyetli hava yolculuğu) incelenmiştir.	Dış hastalarının tercihinde; bilgi hizmetleri, servis kalitesi ve destek hizmetleri olumlu bir şekilde ilişkili iken, maliyet ve kültürel benzerliğin olumsuz bir etkiye neden olduğunu bildirmişlerdir.
<i>Wu, Li, & Li (2016)</i>	Anakara Çin'den gelen dış tedavisi amaçlı medikal turistlerin motivasyon faktörlerini incelemiştir.	Çin'den gelen 452 medikal turistten yapılan anket çalışması sonrası elde olunan verilerin yapısal eşitlik modelleme analizi	Tıbbi hizmet kalitesinin en önemli belirleyici olduğu ardından ise güven ve algılanan değerin önemli olduğunu bildirmişlerdir.
<i>Göçer & Aydın (2016)</i>	Türkiye'de doktor sayısı ve sağlık harcamalarının turizm geliri üzerindeki etkisini 1975-2013 dönemi yıllık verileri kullanılarak araştırılmışlardır.	Veri seti, ekonometrik yöntem ve Toda ve Yamamoto nedensellik analizi	Turizm gelirleri ve doktor sayısı arasında çift yönlü, sağlık harcamalarından turizm gelirlerine doğru ise tek yönlü bir nedensellik ilişkisi olduğunu bulmuşlardır.

<i>Manaf vd. (2015)</i>	Malezya'daki özel hastanelere gelen sağlık turistlerinin memnuniyet, algılanan değer ve gelecekteki ziyaret niyetlerinin sağlık hizmetlerinin algılanan niteliği tarafından ne düzeyde açıklandığını incelemişlerdir.	Turistlerin sağlık hizmetlerinin niteliğine ilişkin algıları sağlık personelinin niteliği, destek hizmetlerinin niteliği ve idari hizmetlerin niteliği olmak üzere üç değişken için tanımlanmış ve verilerin analizinde çoklu regresyon analizi kullanılmıştır.	Tıbbi personel kalitesinin en önemli pozitif belirleyici olduğunu belirtmişlerdir.
<i>Johnson & Garman (2015)</i>	Nüfus, ekonomik değişkenler (GSYİH, yıllık büyüme), seyahat, kültürel mesafe, eğitim, sağlık ve sağlık hizmetlerine (yaşam beklentisi, çocuk ölüm oranı, kanser oranları, HIV oranları) ilişkin değişkenlerin medikal turist sayısına etkisini araştırmışlardır.	2008-2010 yılları için ortalama değerlerin kullanıldığı çalışmada Two-part regresyon analizi ile verileri incelemişler.	Seyahat süresinin ve cepten yapılan sağlık harcamalarının gelen medikal turist varlığı için önemli belirleyiciler olduğunu, gelen medikal turist sayısının toplam hacminde ise seyahat süresi, seyahat maliyeti, hizmet ticareti (hizmet ihracatı ve ithalatının toplamının GSYH'ye oranı) ve giden yolcu sayısının önemli belirleyiciler olduğu sonucuna varmışlar.
<i>Rai, Chakrabarty, & Sarkar (2014)</i>	Hindistan'ı 2009-2015 yılları arasında ziyaret eden yabancı verilerini kullanarak sağlık turizmüne yönelik turist talebini tahmin etmeyi amaçlamışlardır.	Üstel Düzgünleştirme yönteminin kullanıldığı Zaman Serisi Modeli ve Birleştirilmiş Ardışık Bağımlı Ortalama Modeli (ARIMA)	Hindistan'daki sağlık turizmüne yönelik talebin en çok ABD, İngiltere, Bangladeş, Sri Lanka, Almanya ve Fransa gibi ülkelerden geleceğini ortaya koymuştur. Hindistan'daki sağlık turizm talebinin yalnızca gelişmekte olan ülke turistlerine göre değil, gelişmiş ülkelerden gelen turistlerine göre de düzenlenmesi gerekli olduğu sonucuna varmışlar.
<i>Braukute (2012)</i>	Litvanya'da medikal turizm gelişmesi için yapılması gerekenleri incelemişlerdir.	SWOT analizi	Hükümetin diğer ülkeler ile anlaşmalar yapması, ülkeye giriş-çıkışlarda karşılaşılan zorlukların azaltılması, pazarlama ve tanıtım stratejilerinin geliştirilmesi, ülke içerisinde kümelenmelerin desteklenmesi, özel kamu hastaneleri, turizm acenteleri, sigorta şirketleri, havayolu ulaşımı gibi hizmetlerin farklı sektörlerle işbirliğinin sağlanması olduğunu bildirmişlerdir.
<i>Tıraşoğlu & Yıldırım (2012)</i>	Sağlık ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmada Türkiye'de sağlık harcamaları ve GSYH arasındaki ilişkiyi 2006-2012 dönemleri için incelemişlerdir.	Seride tek yapısal kırılmaya izin veren Lee ve Strazicich birim kök testi ve tek kırılmalı Gregory ve Hansen eş bütünleşme testi	Tek yapısal kırılma durumunda sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında uzun dönemli bir ilişki olduğunu göstermişlerdir.

<i>Lee vd. (2012)</i>	Japon turistlerin Kore'ye medikal turizm bağlamında seyahat etme niyetlerini Planlı Davranış Teorisi ile incelemişlerdir.	Medikal turizm modellerinin iki boyutunu (kozmetik tedavi ve sağlık amaçlı turizm) test etmek için toplam 237 yanıtın yapısal eşitlik modellemesi yoluyla analizi	Ağızdan ağza reklamın geri bildirim ve pazarlama stratejilerinde dikkate alınması gerektiği, tanıtımın medikal destinasyondaki otoriteler tarafından koordineli yapılması gerektiği, doktor, klinik ve kayıtlar ile kolay bilgi paylaşımının önemli olduğu ve medikal turizmde güvenliği garanti eden yasal düzenlemelerin zorunlu olduğu sonucuna ulaşmışlardır.
<i>Ricafort (2011)</i>	Medikal turistlerin Tayland'ı tercih etmelerine etki eden faktörler araştırmışlardır.	Tayland'ı ziyaret eden 104 medikal turiste yapılan anket çalışması ile toplanan verileri çok değişkenli varyant analizi ile incelemişler.	En önemli etkenin maddi faktörler olduğu, cinsiyet, meslek, ziyaret sıklığının ülkeyi tercih ile anlamlı bir ilişkiye sahip olmadığı, buna karşın yaş ve ziyaret sıklığı bir arada değerlendirildiğinde ise tercihler üzerinde anlamlı bir etkiye sahip olduğu bildirilmiştir.
<i>Moghimeh far & Nasr-Esfahani (2011)</i>	İran'a kısırlık tedavisi amacıyla gelen medikal turistlerin destinasyon seçiminde etkili olan faktörleri incelemişler.	Dokümental anket ve görüşmeciler tarafından doldurulan ankete dayalı olarak 80 infertil çiftten elde olunan verileri ki-kare testi ile incelemişler.	Destinasyon tercihinde en önemli faktörün dini benzerlik olduğunu bildirmişlerdir.
<i>Gill & Singh (2011)</i>	Karar verme sürecinin henüz başlayken Amerikalı medikal turistlerin kararlarını etkileyen faktörleri incelemişler.	1900 üniversite öğrencisi ile anket gerçekleştirmiş ve bir medikal turizm destinasyonun seçimini etkileyen 5 temel faktör tespit etmişlerdir.	(1) alanında uzman doktorlar, (2) yüksek kalitede medikal hizmetler ile (3) ihtiyaç halinde hızlı medikal tedavi faktörlerini seyahate çıkmadan önce turistlerin kararlarını etkileyen en önemli üç faktör olarak belirlemişlerdir.
<i>Mal (2010)</i>	Sağlık hizmetlerinde küreselleşmenin medikal turizm ve ülkenin sağlık sektörüne etkilerini incelemişlerdir.	3 ünlü Hint hastanesine ait vaka çalışması	Olumlu sonuçlar; Tıbbi ekipmanın ülkeye girişinin kolaylaşması, ülke sağlık sektörünün imajında olumlu değişimler, ülke ekonomisine katkısı, Olumsuz sonuçlar; sağlık hizmetine erişimde eşitsizlikler, nitelikli uzman istihdamının ülke içinde dengesiz dağılımı, organ nakli gibi işlemlerle ilgili etik sorunlar olarak göstermişlerdir.
<i>Çalışkan (2009)</i>	Türkiye ve 20 ülke için 1984-2005 yılları verilerini inceleyerek kişi başına düşen sağlık harcaması, kişi başına düşen GSYH, toplam sağlık harcamaları içerisinde kamunun payı, kişi başına düşen ilaç harcaması, 1000 kişiye düşen doktor sayısı, doğurganlık oranı değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemişler.	Panel veri analizi	Kişi başına GSYH ile kişi başına sağlık harcamaları başta olmak üzere diğer değişkenleri güçlü bir şekilde açıkladığını göstermişlerdir.
<i>Taguri (2006)</i>	Libya ulusal sağlık hizmeti ile medikal turizm arasındaki ilişkiyi araştırmışlardır.	Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2006 yılında yayınladığı verilerden yararlanmışlar.	Medikal turizm amacıyla Libya vatandaşlarının en çok ziyaret ettiği iki komşu ülkenin ulusal sağlık hizmetlerinin Libya ulusal sağlık hizmetlerine göre düşük performans gösterdiğini saptamıştır.

Sağlık turizmi için itici faktörler, sağlık turistlerinin memnuniyetlerini etkileyen faktörler, sağlık turistlerinin davranışsal durumu, ülkeler özelinde sağlık turizminin gelişiminin önündeki engeller, sağlık turistlerinin destinasyon tercihinde etkili olan faktörler incelenmiştir.

Taguri (2006) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ)'nün 2006 yılında yayınladığı verilerden yararlanarak Libya ulusal sağlık hizmeti ile sağlık turizmi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bebek ölüm oranı, doğumda beklenen yaşam süresi, anne ölüm oranı ve düşük doğum ağırlığı oranı ulusal sağlık hizmetini objektif olarak değerlendiren ve ortaya koyan verilerdir. Yazar makalesinde sağlık turizmi amacıyla Libya vatandaşlarının en çok ziyaret ettiği iki komşu ülkenin ulusal sağlık hizmetlerinin Libya ulusal sağlık hizmetlerine göre düşük performans gösterdiğini saptamıştır.

Vijaya (2010), Hindistan'da sağlık turizminin ülkeye gelir mi yoksa sağlık hizmetleri problemlerinin uluslararası transferini mi sağlayan sektör olup olmadığını incelediği çalışmada, sağlık turizminin ülkeye gelir sağladığı ve gelişmiş ülkelerin bazı sağlık hizmetleri problemlerinin gelişmekte olan ülkelere devrettiğini belirtmiştir.

Ek olarak çalışmalarında kendi vatandaşları için evrensel sağlık sigortasından yoksun olan Hindistan'ın, en önemli sağlık turizm destinasyonlarından biri olduğu yer almaktadır. Hindistan, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO, 2006) vatandaşlar için erişilebilir ve güvenilir sağlık hizmetleri kullanılabilirliğine göre ülkeleri sıralayan küresel sağlık araştırmasında 112. Sırada olup çok gerilerdedir. Ayrıca yaşam beklentisi ve bebek ölümü gibi sağlık sonuçlarını sıralayan Birleşmiş Milletler İnsani Gelişim Endeksine göre de sağlık turizminde lider ülkeler arasında yer alan Hindistan diğer ülkelere göre çok gerilerde yer almaktadır.

Manaf ve ark, 2015 yılında 41 sağlık turizmi hastanesine gönderdikleri 173 cevaplanmış anketi içeren çalışmalarında genel memnuniyet, destinasyon imajı ve tekrar satın alma niyetini incelemişlerdir (Manaf, Hussin, Kassim, Alavi & Dahari, 2015). Sağlık sisteminin göstergeleri olan bebek ölüm hızı ve yaşam beklentisi gibi göstergelerin Malezya için gelişmiş ülkelerle eşit olduğu belirtilmişler ve bunun ülkenin güvenilir bir sağlık hizmeti sağlayıcısı olarak itibarını artırdığı bildirmişlerdir.

Göçer & Aydın (2016), çalışmalarında Türkiye'de doktor sayısı ve sağlık harcamalarının turizm geliri üzerindeki etkisini 1975-2013 dönemi yıllık verileri kullanılarak araştırılmışlardır. Veri seti, ekonometrik yöntem ve Toda ve Yamamoto nedensellik analizi ile inceledikleri çalışmalarında turizm gelirleri ve doktor sayısı arasında çift yönlü, sağlık harcamalarından turizm gelirlerine doğru ise tek yönlü bir

nedensellik ilişkisi olduğunu bulmuşlardır. FMOLS yöntemiyle tahmin ettikleri seriler arasındaki uzun ve kısa dönem ilişkilerde, uzun dönemde doktor sayısındaki ve sağlık harcamalarındaki %1’lik artışların turizm gelirini sırasıyla %2,2 ve %0,54 oranında arttırdığını saptamışlardır.

Smith & Martínez (2011) sundukları derlemede yüksek kurumsal kalite, politik istikrar, düşük düzeyde yolsuzluk ve iyi hükümet düzenlemesinin turistlerin destinasyonlarında güvenle tıbbi hizmetlerden yararlanabilecekleri bir ortam sağlayacağını belirtmiştir. Bu nedenle, destinasyonun kurumsal kalitesinin sağlık turizmi için çekici bir faktör olabileceğini bildirmiştir.

Jha S, 2020 yılında destinasyon bölgesindeki terör varlığı ile Hindistan’a gelen sağlık turisti sayısı arasındaki ilişkiyi incelemiştir. The Institute for Economics and Peace tarafından yayınlanan terörizm indeksi ve Economist Intelligence Unit tarafından yayınlanan demokrasi indeksini kullanarak incelediği çalışmada ülkedeki terörizmin sağlık turisti sayısı üzerinde beklenen yönde doğrudan ve önemli bir etkisi olduğunu göstermiştir. Ek olarak terör endeksinde üst sıralarda yer alan ülkelerin, kendilerine göre daha düşük sırada yer alan Hindistan’a daha yüksek sayıda sağlık turisti gönderdiğini tespit etmiştir.

Lean ve Smyth (2008), yapmış oldukları çalışmalarında Asya da meydana gelen mali kriz, kuş gribi ve terör olaylarının Malezya’ya gelen turist sayıları üzerine etkilerini kırılmalı birim kök testleriyle incelemiş ve Malezya’nın turizm sektörünün sürdürebilir olduğunu, şokların turist gelişleri üzerinde sadece geçici etkiye sahip olduğunu bulmuşlardır.

Smyth ve ark., 2009 yılında kırılmalı panel birim kök testini kullanarak gerçekleştirdikleri çalışmada Endonezya’nın en önemli cazibe merkezi olan Bali’de 2002 yılında gerçekleşen terör olaylarının ana kaynak pazarlardan olan turist akımına etkilerinin geçici olduğunu ve Bali’de turizm sektörünün sürdürülebilir olduğu sonucuna ulaşmışlardır (Smyth, Nielsen & Mishra, 2009).

Ağır akut Solunum Yolu Yetersizliği Sendromu (SARS) salgınının Kamboçya’ya yönelik turizm talebi üzerinde geçici ya da kalıcı etkilerinin araştırılması amacıyla yaptıkları çalışmada, salgının etkilerinin geçici olduğunu, salgın sonrasında talep üzerinde normal seyrin devam ettiği sonucuna ulaşılmışlardır (Tang & Wong, 2009).

Pesaran, Shin ve Smith tarafından geliştirilen ARDL sınır testine ve koentegrasyon analizine dayanan çalışma sonuçları Malezya’ya yönelik sağlık turizm talebinin gelir karşısındaki esnekliğinin yüksek olduğu, fiyatlara ve döviz kurlarındaki

değişmelere karşı ise önemli derecede duyarlı olduğunu göstermiştir (2001). Ayrıca, suç oranının negatif etkiye; sağlık hizmet kalitesi, çalışan sayısı ve tesis genişliğinin ise pozitif etkiye sahip olduğu görülmüştür.

Narayan ve Prasad, çalışmasında Lee ve Strazicich (2008) birim kök testi yardımıyla bir ve iki yapısal kırılma testlerini kullanarak 4 pasifik ülkenin reel efektif döviz kurlarının durağanlığını incelemişlerdir (Narayan & Prasad, 2008). Papua Yeni Gine ve Fiji için 1979-2003, Solomon Adaları için 1978-2004 ve Samoa için ise 1975-2003 yıllarına ait zaman serileri oluşturulmuştur. Elde edilen sonuçlara göre Papua Yeni Gine ve Samoa için döviz kuru oranları durağan diğer bir deyişle, şokların reel döviz kurları üzerindeki etkisi geçici; Fiji ve Solomon Adaları için ise durağan değil yani şokların etkisinin kalıcı olduğu sonucuna varmışlardır. Döviz kurlarının değişmesinin satın alma gücü paritesi üzerinde yarattığı etki kalıcı ise şokların etkisi kalıcı; eğer satın alma gücü paritesi üzerinde yaratılan etki geçici ise şokların etkisi de geçici olacağını belirtmişlerdir. Ayrıca, toplam talepte kalıcı bir kayma yaratıyorsa şokların etkisi kalıcı; toplam talebi kaydırmadan sadece dalgalanmaya neden oluyorsa şokların etkisinin geçici olacağını bildirmişlerdir.

ABD'ye ilişkin Johnson ve Garman (2015) tarafından yapılan, Two-part regresyon analizinin kullanıldığı çalışmada nüfus (büyüklük, bileşim, kentsel/kırsal), ekonomik değişkenler (GSYİH, yıllık büyüme, internet ve cep telefonu yaygınlığı), seyahat (kayıtlı havayolu şirketinin kalkış sayısı, hava yolculuğu süresi, hava yolculuğunun maliyeti ve vize muafiyeti), kültürel mesafe, eğitim (orta ve yüksek okul kayıt oranları), sağlık ve sağlık hizmetlerine (yaşam beklentisi, çocuk ölüm oranı, kanser oranları, HIV oranları) ilişkin değişkenlerin etkileri incelenmiştir. 2008-2010 yılları için ortalama değerlerin kullanıldığı çalışmada belirli bir ülkeden gelen sağlık turisti varlığı ve o ülkeden gelen sağlık turistlerinin yıllık hacmi ise iki bağımlı değişken olarak belirlenmiştir. Johnson ve Garman'ın (2015) sonuçları seyahat süresinin ve cepten yapılan sağlık harcamalarının gelen sağlık turisti varlığı için önemli belirleyiciler olduğunu göstermiştir. Bunun yanı sıra gelen sağlık turisti sayısının toplam hacminde ise seyahat süresi, seyahat maliyeti, hizmet ticareti (hizmet ihracatı ve ithalatının toplamının GSYH'ye oranı) ve giden yolcu sayısının önemli belirleyiciler olduğu sonucuna varılmıştır.

Çalışkan (2009) çalışmasında Türkiye ve 20 ülke için 1984-2005 yılları verilerini inceleyerek kişi başına düşen sağlık harcaması, kişi başına düşen GSYH, toplam sağlık harcamaları içerisinde kamunun payı, kişi başına düşen ilaç harcaması,

1000 kişiye düşen doktor sayısı, doğurganlık oranı, şehirleşme oranı, 65 yaş üzeri nüfusun toplam nüfus içindeki payı değişkenlerini kullanarak panel veri analizi yapmıştır. Ampirik sonuçları kişi başına GSYH ile diğer değişkenlerin kişi başına sağlık harcamalarındaki değişiklikleri güçlü bir şekilde açıkladığını göstermektedir. Ayrıca sağlık hizmetlerinin OECD ülkelerinde lüks değil bir ihtiyaç olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tıraşoğlu ve Yıldırım (2012) çalışmalarında, ekonomik büyümenin temel unsurlarından biri olan sağlık ile ekonomik büyüme arasındaki ilişkinin araştırılmasını amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda Türkiye’de sağlık harcamaları ve GSYH arasındaki ilişki 2006-2012 dönemleri için incelemiştir. Analiz edilen dönem itibariyle 2008 Dünya Ekonomik Krizinin olası etkileri göz önüne alınarak, seride tek yapısal kırılmaya izin veren Lee ve Strazicich (2004) birim kök testi ve tek kırılmalı Gregory ve Hansen (1996) eş bütünleşme testi kullanılmıştır. Elde ettikleri sonuçlar ile, tek yapısal kırılma durumunda sağlık harcamaları ve ekonomik büyüme arasında uzun dönemli bir ilişki olduğunu göstermişlerdir.

2003 - 2017 yıllarına ait üçer aylık verileri kullanan Işıklı vd. (tez önerisi; 2020) kısmi EKK tahminlerinde sağlık turisti sayısını (1) Hastaların tıbbi ihtiyaçları (Toplam Yatan Hasta; toplam ayaktan hasta; toplam yatak sayısı; Ticaret, Nakliye ve Konaklama; Kamu Yönetimi, Eğitim, İnsan Sağlığı ve Sosyal Hizmet Aktiviteleri), (2) Türkiye'nin fiyat çekiciliği (GSYH; TÜFE; Ekonomik güven indeksi; USD/TRL Döviz Kuru; EURO/TRL Döviz Kuru) ve (3) sosyal ve siyasi olaylar ile açıklamaya çalışmışlardır. Çalışmada GSYH ve döviz kuru tarafından yönlendirilen Türkiye'nin fiyat çekiciliği, hastaların tıbbi ihtiyaçlarını karşılama potansiyeli ile turizm, seyahat ve sağlık alanlarındaki yatırımların miktarı ve sosyal ve siyasi olayların gelen sağlık turistinin talep davranışını beklenen yönde etkilediği görülmüştür. Ayrıca tıbbi bakım ve seyahatin maliyeti azaldıkça, daha çok turist tıbbi amaçlarla Türkiye'yi ziyaret edeceği öngörülmüştür. Ek olarak, tıbbi kapasite ve kaliteye (hem insan gücü hem de ekipman) yapılan, turizm ve seyahat altyapısına yatırımların talep üzerine önemli olumlu etkileri olduğu belirtilmiştir.

Gündüz vd. (2019), 2014 yılında 16 farklı ülkeden Türkiye’ye sağlık hizmeti alma amacıyla gelen turist sayıları için yaptıkları tahminde yatay kesit verilerini kullanılmışlardır ve hem turistin geldiği ülkeye ait GSYH hem de kişi başına düşen GSYH modelde açıklayıcı değişken olarak yer almıştır. Sınırlı sayıdaki gözlemle dayanan çekim modeli dahilinde yapılan tahminler sonucu elde edilen bulgulara göre,

GSYH düzeyi Türkiye'ye gelen sağlık turisti sayısı ile pozitif yönde ilişkili olduğu, kiři başına dūřen GSYH ve Türkiye'ye olan uzaklıklarının ise turizm potansiyeli ile negatif yönde ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ayrıca, turistlerin kendi lkelerinin Müslüman lkeler arasında olmasının sağlık turizmi potansiyeli üzerinde negatif yönde etkisi bulunurken, Avrupa lkesi olmasının ve Türkiye'nin vize uygulamadığı ülkeler arasında olmasının ise pozitif yönde etkisi olduğu bulunmuştur.

Lee ve ark. (2012), insan davranışlarını tahmin etmede kullanılan ve turizm ve konukseverlik gibi alanlarda test edilmiş Planlı Davranış Teorisi'ni (TPB) uygulayarak Japon turistlerin Kore'ye sağlık turizmi bağlamında seyahat etme niyetlerini incelemişlerdir (Lee, Han & Lockyer, 2012). Sağlık turizmi modellerinin iki boyutunu (kozmetik tedavi ve sağlık amaçlı turizm) test etmek için toplam 237 yanıtın yapısal eşitlik modellemesi yoluyla analiz edildiği çalışmanın sonucunda ağızdan ağza reklamın geri bildirim ve pazarlama stratejilerinde dikkate alınması gerektiği, tanıtımın destinasyondaki otoriteler tarafından koordineli yapılması gerektiği, doktor, klinik ve kayıtlar ile kolay bilgi paylaşımının önemli olduğu ve sağlık turizminde güvenliği garanti eden yasal düzenlemelerin zorunlu olduğu sonucuna ulaşmışlardır.

3. YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Gerekçe, Amaç ve Önemi

Sağlık statüsünün sağlık turizmi üzerindeki etkisini sağlık turizmi talep fonksiyonuna dayanarak panel veri yöntemleri ile analiz etmektir.

Çalışmamızın çok sayıda ülkeye ait veriyi inceleyerek sağlık göstergelerinin ve incelediğimiz diğer parametrelerin sağlık turizm gelirleri üzerine etkisini ortaya koyması açısından son derece önemli olduğunu düşünüyoruz.

3.2. Model, Veri ve Değişkenler

Metodoloji:

Çeşitli üçüncü taraf kaynaklardan derlenmiş verileri kullanarak geriye dönük, kesitsel analizleri içeren model geliştirme

Çalışmada panel veri yöntemleri ile sağlık statüsü ve sağlık turizmi gelirleri arasındaki ilişki 2010-2019 yıllarına ait veriler kullanılarak araştırılmıştır. 2010-2019 yılına ait 18 farklı parametreye ait verileri eksiksiz olarak içeren 74 ülke çalışma kapsamında analiz edilmiştir.

Bu çalışmada, sağlık statüsünün sağlık turizmi üzerine etkisi aşağıdaki modelde ifade edilmiştir.

$$HT_{i,t} = \alpha + \beta_1 HT_{i,t-1} + \beta_2 LGDP_{i,t} + \beta_3 HS_{i,t} + \beta_4 HE_{i,t} + \beta_5 SS_{i,t} + \varepsilon_{i,t} \quad (1)$$

Değişkenler:

Modelde; $HT_{i,t}$ bağımlı değişken $HT_{i,t-1}$, $LGDP_{i,t}$, $HS_{i,t}$, $HE_{i,t}$, $SS_{i,t}$ bağımsız değişkenlerdir. $\varepsilon_{i,t}$ ise birinci fark hata terimleridir. Bağımlı değişken olan $HT_{i,t}$ sağlık turizm gelirlerini ifade etmekte olup sağlık hizmet ihracatının GSYH'ye bölümüdür.

Veri kaynakları:

Yukarıda ifade edilen modelde sağlık turizm gelirlerine ilişkin veriler Birleşmiş Milletler Ticaret ve Kalkınma Konferansı (UNCTADstat), sağlık statüsü ve ülkelerin sosyal ve siyasal istikrar durumuna ait veriler Dünya Bankası (worldbank.org/source/worldwide-governance-indicators), (worldbank.org/source/world-development-indicators) tarafından yayınlanan veri istatistiklerden elde edilmiştir.

3.3. Hipotezler

H₀: Sağlık statüsündeki iyileşme, sağlık turizmi üzerinde olumlu etki yaratır.

H₁: Ülkelerin gelir düzeyinin artması, sağlık turistlerinin ekonomik refah seviyesi daha düşük olan, daha düşük maliyetle sağlık hizmeti sunan ülkelere doğru hareketliliğinde artışa neden olur.

H₂: Sağlık turistleri, ağızdan ağıza tanıtım ile daha önce tercih edilen ülkeleri tercih etme eğiliminde olurlar.

H₃: Devlet sağlık harcamasındaki artış, sağlık turistlerine daha yüksek kalitede hizmet sağlayarak sağlık turistleri için destinasyon tercihinde pozitif etkili olur.

H₄: Ülkelerin güvenlik ve istikrar durumu sağlık turistlerinin tercihi için olumlu yönde belirleyici bir faktördür.

3.4. İstatistiksel Analiz

Tahminlerde elde edilen katsayıların yorumlanmasında önemli kolaylık sağladığından dolayı değişkenlerin logaritmik değerleri kullanılmıştır. Yukarıda belirtilen sitelerin veri tabanı/istatistiklerinden elde edilen veriler excel ortamına aktarılmıştır. İstatistiksel analizler paket programlar yardımıyla gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışmamızda kapalı fonksiyonla ifade edilen modelde bağımlı değişken gecikmesinin açıklayıcı değişken olarak yer alması dikkate alınarak genelleştirilmiş momentler yöntemi (GMM) kullanılmıştır. Bilindiği gibi birçok değişken arasındaki ilişki statik olabileceği gibi dinamik bir yapıya da sahip olabilir. Bu dinamik ilişkilerin otoregresif panel modelleri bağlamında havuzlanmış EKK yöntemi ile tahmin edilmesi içsellik sorunlarına yani bileşik hata terimleri (birimlere özgü olan ve olmayan hata bileşenleri) ile açıklayıcı değişkenler arasında ilişkinin varlığına neden olmaktadır. Aynı şekilde dinamik ilişkilerin rassal etkiler ve sabit etkiler yöntemleri ile tahmini de uygun değildir. Çünkü bağımlı değişken gecikmesinin modele açıklayıcı değişken olarak dâhil edilmesi, rassal etkiler modelinde bağımsız değişkenler ile birim etkilerinin korelasyonsuz olması varsayımı açısından sorun teşkil etmektedir.

Otoregresif panel modellerinin sabit etkiler yöntemi ile tahmin edilmesi ise kukla değişkenler nedeniyle, gözlem sayısını azaltmakta ve özellikle kısa zaman boyutlu panellerde sorunlara neden olmaktadır. İlk olarak Hansen (1982) tarafından geliştirilen

ve Anderson ve Hsiao (1981 and 1982) tarafından panel veriye uygulanan GMM, panel veri tahminlerinde bu gibi sorunların aşılmasında avantajlar sağlamaktadır. Anderson ve Hsiao'nun (1981 ve 1982) birim etkilerinden veya kesitlere özgü heterojenlikten kurtulmayı sağlayan birinci fark modeli aşağıdaki gibi ifade edilebilir:

$$\Delta y_{i,t} = \alpha \Delta y_{i,t-1} + \beta \Delta x'_{i,t} + \Delta \varepsilon_{i,t} \quad (2)$$

Burada $\Delta y_{i,t}$ ve $\Delta y_{i,t-1}$ sırasıyla bağımlı değişkenin birinci farkını ve bunun bir dönem gecikmeli değerini gösterir. $\Delta x_{i,t}$ modelde yer alan diğer açıklayıcı değişkenlere ait fark değerleridir. $\Delta \varepsilon_{i,t}$ ise birinci fark hata terimleridir. Anderson ve Hsiao tahmin için örneğin bağımlı değişkenin ikinci farkını araç değişken olarak kullanmayı önermişlerdir. Bu yaklaşım içsellik ve eşzamanlılık problemlerini kontrol etmesine rağmen değişkenlerin düzeylerinde taşıdığı bilgiyi ihmal etmektedir. Ayrıca tahminciler tutarlı olsalar da birinci fark hata terimindeki otokorelasyonu ihmal ettiğinden dolayı etkin olmayacaktır. Buna yönelik olarak Arellano ve Bond (1991) ise, yukarıdaki birinci farkı alınmış dinamik modelin araç değişkenle dönüştürülmesini ve genelleştirilmiş OLS ile tahmin edilmesini önermiştir. Arellano ve Bover (1995) ve Blundell ve Bond (1998) ise özellikle dengesiz panellerde fark alınmış modelin kullanılmasının neden olduğu çok sayıda gözlem kaybı sorununu aşmak için orthognal sapma dönüşümünü önererek bu yöntemi geliştirmişlerdir. Yaklaşımları, araç değişkenlerinin farklılıklarının sabit etkilerle ilişkili olmadığına dair ilave bir varsayım içerir (Roodman, 2009). Daha fazla araç değişken kullanımına izin veren, etkinlik ve tutarlılık sağlayan bu tahminci, dönüştürülmüş ve orijinal denklemlerin oluşturduğu sisteme dayanır ve sistem GMM olarak bilinir (Tatoğlu, 2012).

Etkin GMM tahmincilerinin de diagnostik testlere bağlı olması gerektiği açıktır. Bu doğrultuda tahmin edilen modelde ardışık bağımlılığın ve araç değişkenlerin geçerliliğinin incelenmesi gerekmektedir. Ardışık bağımlılık AR(1) ve AR(2) testleri ile incelenebilmektedir. Yöntemin birinci dereceden otoregresif yapısı nedeniyle, AR(1) testinde sıfır hipotezinin reddedilmesi gerekirken, ikinci dereceden otokorelasyon testi olan AR(2) testinde sıfır hipotezinin reddedilmemesi gerekir. Bir başka ifade ile hata terimlerinde ikinci dereceden otokorelasyonun aksine birinci dereceden otokorelasyon tahmin edicilerin tutarsızlığını göstermez (Arellano and Bond, 1991:282). Araç değişkenlerin geçerli olup olmadığı (aşırı tanımlama kısıtları) ise Sargan testi uygulanarak test edilir. Bu testte sıfır hipotezinin reddedilememesi aşırı tanımlama kısıtlarının geçerli olduğuna işaret eder.

Ayrıca korelasyon analizi ile değişkenler arasındaki ilişki, bu ilişkinin yönü ve şiddeti hakkında bilgi edinilmiştir.



4. BULGULAR

Ülkelerin sağlık statüsünün sağlık turizm gelirleri üzerine etkilerine geçmeden önce bu tahminde kullanılan değişkenlerin temel istatistikleri Tablo 4.1’de sunulmuştur. Tanımlayıcı istatistikler bir veri setinin istatistiksel olarak genel özelliklerini tanımlayan ölçülerdir. Değişkenler hakkında kolay bilgi edinmeyi sağlayan, sayısal verileri özetleyen, örnek ile ilgili olarak değişkenin merkezi eğilimi, yayılımı ve dağılımı hakkında bilgi veren belirtici istatistiklerdir. Bulguların tablo olarak verilmesini olanak sağlayarak istisnalar ve hataların belirlenmesine ve değişkenlerin nasıl ilişkili olduğunun görülmesine olanak sağlar.

HT bağımlı değişkeni için değerlendirdiğimiz 74 ülkeye ait 700 gözlem sayısında, ortalama değer: 0,0894, ortanca değer: 0,0200, maksimum değer: 1,8493, minimum değer 2,00942E-06 dır. En düşük değer 2010 yılında Özbekistan’a ait olduğu görülmüştür ve 2010 yılı için Özbekistan’a ait HT değeri 2,00942E-06 tır. En yüksek değerin ise 2014 yılında Ürdün’e ait olduğu izlenmiştir. 2014 yılı için Ürdün’e ait HT değeri 1,8493 tir. Bu değer Ürdün için GSYH’de sağlık turizm gelirinin oldukça yüksek olduğunu göstermektedir.

Bağımlı değişkenin bir dönem gecikmeli değeri olan HT(-1) bağımsız değişkeni için değerlendirdiğimiz 74 ülkeye ait 630 gözlem sayısında, ortalama değer: 0,0872, ortanca değer: 0,0185, maksimum değer: 1,8493, minimum değer 2,01E-06 dır. En düşük değerin 2011 yılında Özbekistan’a ait olduğu görülmüştür. En yüksek değerin ise 2015 yılında Ürdün’e ait olduğu izlenmiştir.

LGDP bağımsız değişkeni için değerlendirdiğimiz 74 ülkeye ait 740 gözlem sayısında, ortalama değer: 8,6357, ortanca değer: 8,6265, maksimum değer: 11,5931, minimum değer 5,5989 dır. En düşük değerin 2019 yılında Burundi’ye ait olduğu görülmüştür. En yüksek değerin ise 2016 yılında Lüksemburg’a ait olduğu izlenmiştir.

HE bağımsız değişkeni için değerlendirdiğimiz 74 ülkeye ait 738 gözlem sayısında, ortalama değer: 6,8268, ortanca değer: 6,7825, maksimum değer: 16,8443, minimum değer 2,4464 dır. En düşük değerin 2011 yılında Azerbaycan’a ait olduğu görülmüştür. En yüksek değerin ise 2016 yılında ABD’ye ait olduğu izlenmiştir.

Ülkelerin sosyal ve siyasal istikrar durumu ve terör olaylarının yokluğu hakkında bilgi veren SS bağımsız değişkeni için değerlendirdiğimiz 74 ülkeye ait 740 gözlem sayısında, ortalama değer: -0,1201, ortanca değer: -0,0732, maksimum değer: 1,5952, minimum değer -2,8011 dır. En düşük değerin 2017 yılında Afganistan’a ait

olduğu görülmüştür. En yüksek değerin ise 2017 yılında Yeni Zelanda'ya ait olduğu izlenmiştir.

Araştırmada sağlık turizmi üzerine etkisi incelenen başlıca değişken olan ülkelerin sağlık statüsü (HS) nü ölçen göstergeler olarak LIFE, MORT1, MORT2, MORT3 ve DEATH değişkenleri incelenmiştir.

Doğumda yaşam beklentisi olan LIFE bağımsız değişkeni için değerlendirdiğimiz 74 ülkeye ait 740 gözlem sayısında, ortalama değer: 72,4710, ortanca değer: 74,8256, maksimum değer: 83,4976, minimum değer 46,6010 dur. En düşük değerin 2010 yılında Esvatini'ye ait olduğu görülmüştür. En yüksek değerin ise 2019 yılında İtalya'ya ait olduğu izlenmiştir. Doğumda yaşam beklentisi değişkenine ait veriler göz önüne alındığında maksimum ve minimum değerlere sahip ülkeler arasında oldukça büyük farklılıklar olduğu görülmektedir.

Her canlı 1000 doğum için yeni doğan ölüm oranı olan MORT1 bağımsız değişkeni için değerlendirdiğimiz 74 ülkeye ait 740 gözlem sayısında, ortalama değer: 11,7770, ortanca değer: 8,3000, maksimum değer: 47,4000, minimum değer 1,0000 dir. En düşük değerin 2019 yılında Estonya'ya ait olduğu görülmüştür. En yüksek değerin ise 2010 yılında Afganistan'a ait olduğu izlenmiştir.

Her canlı 1000 doğum için 5 yaş altı ölüm oranı olan MORT2 bağımsız değişkeni için değerlendirdiğimiz 74 ülkeye ait 740 gözlem sayısında, ortalama değer: 26,6642, ortanca değer: 14,4000, maksimum değer: 130,3000, minimum değer 2,3000 dür. En düşük değerin 2019 yılında Estonya'ya ve 2018 ve 2019 yılları için Slovenya'ya ait olduğu görülmüştür. En yüksek değerin ise 2010 yılında Mali'ye ait olduğu izlenmiştir.

Her 100.000 canlı doğum için anne ölüm oranı olan MORT3 bağımsız değişkeni için değerlendirdiğimiz 74 ülkeye ait 592 gözlem sayısında, ortalama değer: 134,6723, ortanca değer: 29,0000, maksimum değer: 954,0000, minimum değer 2,0000 dir. En düşük değerin 2010-2017 yılları arası İtalya'ya ve 2014-2017 yılları arası Polonya'ya ait olduğu görülmüştür. En yüksek değerin ise 2010 yılında Afganistan'a ait olduğu izlenmiştir.

Her 1000 kişi için ölüm oranı olan DEATH bağımsız değişkeni için değerlendirdiğimiz 74 ülkeye ait 740 gözlem sayısında, ortalama değer: 8,3339, ortanca değer: 8,1040, maksimum değer: 16,2330, minimum değer 3,8050'dir. En düşük değerin 2013 yılında Ürdün'e ait olduğu görülmüştür. En yüksek değerin ise 2010 yılında Esvatini'ye ait olduğu izlenmiştir.

Tablo 4.1 Değişkenlerin temel tanımlayıcı istatistikleri

	HT	HT(-1)	LGDP	HE	SS	LIFE	MORT1	MORT2	MORT3	DEATH
Ortalama	0,0894	0,0872	8,6357	6,8268	-0,1201	72,4710	11,7770	26,6642	134,6723	8,3339
Ortanca	0,0200	0,0185	8,6265	6,7825	-0,0732	74,8256	8,3000	14,4000	29,0000	8,1040
Maksimum	1,8493	1,8493	11,5931	16,8443	1,5952	83,4976	47,4000	130,3000	954,0000	16,2330
Minimum	2,00942E-06	2,01E-06	5,5989	2,4464	-2,8011	46,6010	1,0000	2,3000	2,0000	3,8050
Standart sapma	0,1968	0,1903	1,3872	2,4444	0,9146	7,7644	10,2934	28,8195	203,5706	2,7212
Çarpıklık	4,6394	4,6687	-0,2239	0,8065	-0,4043	-0,8039	1,0399	1,4369	1,6415	0,5208
Basıklık	30,0020	31,2615	2,3844	4,7661	2,6388	2,7586	3,1017	4,1423	4,5472	2,6543
Jarque-Bera	23776,75	23254,92	17.87053	175.9127	24.18473	81.50434	133,6927	294,8880	324,9224	37,1333
Probability	0,0000	0,0000	0,0001	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000	0,0000
Örnek sayısı	700	630	740	738	740	740	740	740	592	740

Ülkelerin sağlık turizm gelirlerinin GSYH'deki yüzdesini incelediğimiz panel veri çalışmamızda değişkenlerin zaman seyirleri Şekil 4.1'de verilmiştir. 2010-2019 yılları arası 74 ülkeye ait ortalama değerlere göre elde olunan grafikler; sayısal verileri görselleştirerek bunlar arasında karşılaştırmalar yapılabilmesine imkân tanır. Böylece sayısal verilerin anlaşılması ve yorumlanması mümkün olur.

HT bağımlı değişkeni için 74 ülkeye ait 700 gözlem sayısını incelediğimiz çalışmamızda, 2010-2019 yıllarına ait HT değişimi göz önüne alındığında; grafikte ilk yıllarda sağlık turizmi %0,016 olarak izlenirken son yılda %0,027 olduğu görülmüştür. Ayrıca grafiksel veri değerlendirildiğinde sağlık turizmi gelirlerinin GSYH'deki payının 2010 yılından itibaren artmaya başladığı 2013 yılında ise keskin bir azalma gösterdiği görülmüştür. 2014-2019 yılları arasında HT değerinin artış eğiliminde olduğu ve 2019 yılında maksimum değerine ulaştığı izlenmiştir. Veriler incelendiğinde dünya genelinde sağlık turizm gelirlerinin giderek arttığı görülmektedir.

GSYH bağımsız değişkeni tahmini için incelediğimiz LGDP parametresi için 74 ülkeye ait 740 gözlem sayısını değerlendirdiğimiz çalışmamızda, 2010-2019 yıllarına ait LGDP değişimi göz önüne alındığında LGDP parametresinin değerinin 2010 yılından 2019 yılına kadar düzenli olarak artış gösterdiği görülmüştür ve 2019 yılında maksimum değerine ulaştığı izlenmiştir. Sonuçlar incelendiğinde kişi başına düşen GSYH miktarının, incelenen ülkeler genelinde giderek arttığını yani ülke vatandaşlarının gelir düzeyinin 2010 yılından 2019 yılına kadar giderek arttığını göstermektedir.

GYSH'de sağlık harcamalarının oranını gösteren HE değişkeni için 74 ülkeye ait 738 gözlem sayısını değerlendirdiğimiz çalışmamızda, 2010-2019 yıllarına ait HE değişimi göz önüne alındığında HE parametresinin değerinin 2010-2019 yılları arasında azalma eğiliminde olduğu görülmüştür. HE parametresinin değerinin 2014 yılında en yüksek olduğu ve 2018 yılında en düşük değerde olduğu izlenmiştir. Elde olunan veriler devletlerin sağlık harcamalarında kısıtlamalara gittiğini göstermektedir.

Ülkelerin sosyal ve siyasal istikrar ve terör olaylarının yokluğu durumları hakkında bilgi veren SS değişkeni için 74 ülkeye ait 740 gözlem sayısını incelediğimiz çalışmamızda, 2010-2019 yıllarına ait SS değişimi göz önüne alındığında SS değerinin 2010-2012 yılları ve 2015-2016 yılları arasında azaldığı, 2014 yılında hızlı bir artış gösterdiği ve diğer yıllarda ise düşük eğimli artış eğiliminde olduğu görülmüştür. SS değerinin 2014 yılında en yüksek olduğu ve 2012 yılında en düşük değerde olduğu

izlenmiştir. Elde olunan veriler ülkelerin istikrar ve güvenlik konularına son yıllarda önem verdiklerini göstermektedir.

Sağlık statüsünün sağlık turizmi üzerine etkisini inceleyen araştırmamızda ülkelerin sağlık statüsünü ölçen göstergeler olarak LIFE, MORT1, MORT2, MORT3 ve DEATH değişkenleri kullanılmıştır.

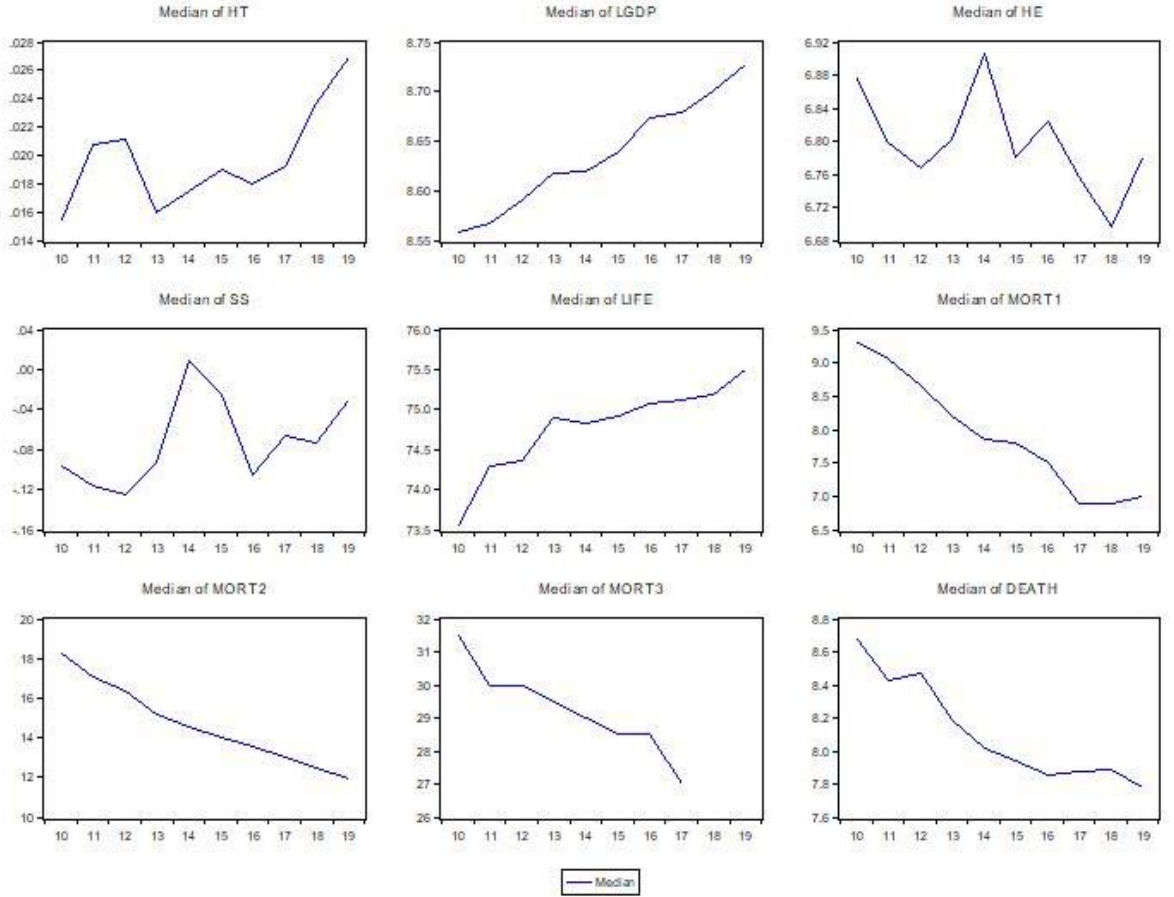
2010-2019 yıllarına ait LIFE değişkeni değerinin değişimi göz önüne alındığında LIFE değerinin 2010 yılından itibaren düzenli olarak giderek arttığı izlenmiştir. LIFE değerinin 2010 yılında en düşük olduğu ve 2019 yılında en yüksek değerde olduğu izlenmiştir. Elde olunan sonuçlar 2010 yılından itibaren doğumda yaşam beklentisinin giderek arttığını yani devletlerin sağlık kalitesinde giderek artışın yaşandığını ve yaşlı nüfusun giderek artacağını göstermektedir.

2010-2019 yıllarına ait MORT1 değişkeni değerinin değişimi göz önüne alındığında MORT1 değerinin 2010 yılından itibaren düzenli olarak giderek azaldığı izlenmiştir. MORT1 değerinin 2010 yılında en yüksek olduğu ve 2017 yılında en düşük değerde olduğu görülmüştür. 2018 ve 2019 yıllarında ise yatay seyir gösterdiği izlenmiştir. Elde olunan sonuçlar 2010 yılından itibaren yeni doğum ölüm oranının giderek azaldığını, devletlerin sağlık kalitesinde giderek artışın yaşandığını ve devletlerin sağlık sektörlerinde daha kaliteli ve daha etkin politikalar gerçekleştirdiğini ortaya koymaktadır.

2010-2019 yıllarına ait MORT2 değişkeni değerinin değişimi göz önüne alındığında MORT2 değerinin 2010 yılından itibaren düzenli olarak giderek azaldığı izlenmiştir. MORT2 değerinin 2010 yılında en yüksek olduğu ve 2019 yılında en düşük değerde olduğu görülmüştür. Elde olunan sonuçlar 2010 yılından itibaren 5 yaş altı ölüm oranının giderek azaldığını, devletlerin sağlık kalitesinde giderek artışın yaşandığını ve nüfusun eğitim, ekonomik kalkınma ve sağlık bakım düzeylerinin giderek artmakta olduğunu göstermektedir.

2010-2017 yıllarına ait MORT3 değişkeni değerinin değişimi göz önüne alındığında MORT3 değerinin 2010 yılından itibaren düzenli olarak giderek azaldığı izlenmiştir. MORT3 değerinin 2010 yılında en yüksek olduğu ve 2017 yılında en düşük değerde olduğu görülmüştür. Elde olunan sonuçlar 2010 yılından itibaren doğumda anne ölüm oranının giderek azaldığını yani devletlerin sağlık kalitesinde giderek artışın yaşandığını ve nüfus artışının daha yüksek hızla devam edeceğini göstermektedir.

2010-2019 yıllarına ait DEATH değişkeni değerinin değişimi göz önüne alındığında DEATH değerinin 2010 yılından itibaren düzenli olarak giderek azaldığı izlenmiştir. DEATH değerinin 2010 yılında en yüksek olduğu ve 2019 yılında en düşük değerde olduğu görülmüştür. Elde olunan sonuçlar 2010 yılından itibaren ölüm oranının giderek azaldığını yani devletlerin sağlık kalitesinde giderek artışın yaşandığını ve yaşlı nüfusun giderek artacağını göstermektedir.



Şekil 4.1 2010 – 2019 yılları itibariyle bağımlı ve bağımsız değişkenler için tüm ülkelerin ortalama verilerine göre çizilmiş grafikler

Bu çalışmada açıklanmaya çalışılan sağlık turizminin GSYH'deki payı ile açıklayıcı değişkenler olan; bağımlı değişkenin bir dönem gecikmeli değeri (HT(-1)), kişi başına düşen GSYH (LGDP), ülkelerin sağlık statüsü (LIFE, MORT1, MORT2, MORT3, DEATH), devletin sağlık harcaması (HE) ve ülkelerin sosyal ve siyasal istikrar-terör olaylarının yokluğu (SS) arasındaki korelasyon analizinin sonuçları Tablo 4.2'de verilmiştir. Korelasyon analizi; değişkenler arasındaki ilişki, bu ilişkinin yönü ve şiddeti ile ilgili bilgiler sağlayan istatistiksel bir yöntemdir.

HT bağımlı değişkeni ile çalışmamızda incelediğimiz 9 bağımsız değişken arasındaki korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde; HT ile HT(-1) bağımsız değişkeni arasında yüksek derecede (%95) pozitif korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). HT ile HE değişkeni arasında %11'lik pozitif yönlü korelasyon görülmüştür ($p<0,05$). Elde olunan veriler ülkelerin GSYH'deki sağlık harcaması payı arttıkça sağlık turizm gelirlerinin arttığını ortaya koymaktadır. HT ile MORT2 değişkeni arasında %12'lik negatif korelasyon bulunmuştur ($p<0,05$). Sonuçlarımız ülkelerin 5 yaş altı ölüm oranı azaldıkça sağlık turizminin arttığını göstermektedir. HT ile LGDP, SS ve LIFE değişkenleri arasında istatistiksel anlamlı olmamakla birlikte pozitif, DEATH, MORT1 ve MORT3 değişkenleri arasında ise istatistiksel anlamlı olmamakla birlikte ters yönlü bir korelasyon olduğu izlenmiştir.

HT(-1) ile çalışmamızda incelediğimiz 8 bağımsız değişken arasındaki korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde; HT(-1) ile HE değişkeni arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon ve MORT2 değişkeni ile ters yönlü zayıf korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). Elde olunan bulgular ülkelerin GSYH'de sağlık harcaması oranındaki artışın sağlık turizm gelirlerinde artışa, 5 yaş altı ölüm oranındaki azalmanın da benzer şekilde sağlık turizminde artışa neden olduğunu ortaya koymaktadır.

LGDP ile çalışmamızda incelediğimiz 8 bağımsız değişken arasındaki korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde; LGDP ile SS ve LIFE değişkenleri arasında sırasıyla %64 ve %82'lik pozitif yönlü korelasyon görülmüştür ($p<0,05$). Bulgularımız kişi başı GSYH arttıkça ülkelerin sosyal ve siyasal istikrarının ve doğumda yaşam beklentisinin arttığını ortaya koymaktadır. LGDP ile HE değişkeni arasında pozitif yönlü orta düzeyli ve DEATH değişkeni ile pozitif yönlü zayıf korelasyon izlenmiştir ($p<0,05$). Elde olunan veriler kişi başı GSYH arttıkça ülkelerin GSYH'deki sağlık harcaması oranının arttığını ve ölüm oranının (her 1000 kişi için) azaldığını göstermektedir. LGDP ile MORT1, MORT2 ve MORT3 değişkenleri arasında sırasıyla %82, %80 ve %75'lik ters yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). Sonuçlarımız kişi başı GSYH'deki arttıkça her canlı 1000 doğum için yeni doğan ölüm oranı, her canlı 1000 doğum için 5 yaş altı ölüm oranı ve her 100.000 canlı doğum için anne ölüm oranının azaldığını ortaya koymaktadır.

HE ile çalışmamızda incelediğimiz 8 bağımsız değişken arasındaki korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde; HE ile SS ve LIFE değişkenleri arasında pozitif yönlü orta düzeyli korelasyon izlenmiştir. Bulgularımız ülkelerin sosyal ve siyasal istikrarı arttıkça GSYH'deki sağlık harcaması oranının arttığını, benzer şekilde GSYH'deki

sağlık harcaması payının arttıkça doğumda yaşam beklentisinin arttığını göstermektedir. HE ile DEATH değişkeni arasında %22'lik pozitif yönlü korelasyon görülmüştür ($p<0,05$). Sonuçlarımız GSYH'deki sağlık harcaması payının arttıkça her 1000 kişi için ölüm oranının azaldığını ortaya koymaktadır. HE ile MORT1, MORT2 değişkenleri arasında ters yönlü orta düzeyli (%31 ve %31, sırasıyla) ve MORT3 değişkeni ile ters yönlü zayıf korelasyon (%19) saptanmıştır ($p<0,05$). Elde olunan veriler ülkelerin sağlık için ayırdıkları bütçe arttıkça her canlı 1000 doğum için yeni doğan ölüm oranı, her canlı 1000 doğum için 5 yaş altı ölüm oranı ve her 100.000 canlı doğum için anne ölüm oranının azaldığını göstermektedir.

SS ile çalışmamızda incelediğimiz 8 bağımsız değişken arasındaki korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde; SS ile LIFE değişkeni arasında pozitif yönlü orta düzeyli ve DEATH değişkeni ile pozitif yönlü zayıf korelasyon izlenmiştir ($p<0,05$). Bulgularımız ülkelerin sosyal ve siyasal istikrarı arttıkça doğumda yaşam beklentisinin arttığını ve ölüm oranının azaldığını ortaya koymaktadır. SS ile MORT1, MORT2 ve MORT3 arasında sırasıyla %60 ,%53 ve %53'lük ters yönlü korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). Elde olunan veriler ülkelerin sosyal ve siyasal istikrarı arttıkça yeni doğan ölüm oranı, 5 yaş altı ölüm oranı ve anne ölüm oranının azaldığını göstermektedir.

Ülkelerin sağlık statüsünü incelemek için kullandığımız parametrelerden LIFE bağımsız değişkeni ile çalışmamızda incelediğimiz 8 bağımsız değişken arasındaki korelasyon analizi sonuçları incelendiğinde; LIFE değişkeni ile MORT1, MORT2 ve MORT3 arasında sırasıyla %89 ,%91 ve %86'lık ters yönlü korelasyon görülmüştür ($p<0,05$). Sonuçlarımız yeni doğan ölüm oranı, 5 yaş altı ölüm oranı ve anne ölüm oranının azaldıkça doğumda yaşam beklentisinin arttığını ortaya koymaktadır. LIFE ile DEATH değişkeni arasında pozitif yönlü zayıf korelasyon saptanmıştır ($p<0,05$). Bu bulgu ölüm oranı azaldıkça doğumda yaşam beklentisinin artacağını göstermektedir.

Çalışmamızın temel odak noktası olan sağlık statüsünü ölçen değişkenler açısından değerlendirme yapıldığında MORT1, MORT2 ve MORT3 değişkenlerinin LIFE değişkeni hakkında aynı bilgiyi kuvvetli olarak ölçtüklerini, DEATH değişkeninin ise LIFE hakkında daha zayıf bilgi verdiğini ortaya koymaktadır.

Tablo 4.2 Korelasyon analizi sonuçları

	HT	HT(-1)	LGDP	HE	SS	LIFE	MORT1	MORT2	MORT3	DEATH
HT	1,000 ----- -----									
HT(-1)	0.947 (64.709) [0,000]	1.000 ---- ----								
LGDP	0,000 (0,011) [0,991]	-0,017 -0,377 [0,706]	1.000 ---- ----							
HE	0,106 (2,325) [0,021]	0,095 (2,085) [0,038]	0,368 (8,653) [0,000]	1.000 ---- ----						
SS	0,013 (0,286) [0,775]	-0,012 (-0,272) [0,786]	0,640 (18,179) [0,000]	0,361 (8,444) [0,000]	1.000000 ---- ----					
LIFE	0,080 (1,746) [0,081]	0,053 (1,161) [0,246]	0,819 (31,176) [0,000]	0,340 (7,909) [0,000]	0,503 (12,702) [0,000]	1.000 ---- ----				
MORT1	-0,083 (-1,817) [0,070]	-0,049 (-1,078) [0,282]	-0,821 (-31,441) [0,000]	-0,307 (-7,035) [0,000]	-0,604 (-16,561) [0,000]	-0,890 (-42,624) [0,000]	1.000 ---- ----			
MORT2	-0,117 (-2,577) [0,010]	-0,090 (-1,967) [0,050]	-0,798 (-28,875) [0,000]	-0,314 (-7,229) [0,000]	-0,530 (-13,666) [0,000]	-0,911 (-48,382) [0,000]	0,947 (64,442) [0,000]	1.000 ---- ----		
MORT3	-0,071 (-1,552) [0,121]	-0,039 (-0,860) [0,390]	-0,746 (-24,430) [0,000]	-0,188 (-4,180) [0,000]	-0,531 (-13,672) [0,000]	-0,855 (-35,965) [0,000]	0,9178 (50,481) [0,000]	0,923 (52,355) [0,000]	1.000 ---- ----	
DEATH	-0,013 (-0,281) [0,779]	-0,036 (-0,790) [0,430]	0,087 (1,907) [0,057]	0,224 (5,015) [0,000]	0,254 (5,726) [0,000]	-0,092 (-2,008) [0,045]	-0,118 (-2,592) [0,010]	-0,013 (-0,287) [0,775]	0,039 (0,847) [0,397]	1.000 ---- ----

Sağlık turizm gelirlerine ait fonksiyonunun GMM tahmin bulguları Tablo 4.3'te sunulmuştur. Tüm farklı tahminlerde dirençli standart hatalar dikkate alınmıştır. Bu çalışmada temel olarak açıklanmaya çalışan sağlık turizmi ile ülkelerin sağlık statüsü arasındaki ilişki için sağlık statüsünü ölçen göstergeler olarak LIFE, MORT1, MORT2, MORT3 ve DEATH değişkenlerini incelenmiştir.

Tablo 4.3 Sağlık statüsünün LIFE ile ölçülmesi durumunda GMM tahmin sonuçları

	Katsayı	Dirençli Standart Hatalar	t istatistiği	Olasılık
HT L1.	0,9000	0,0441	20,41	0,000
LGDP	-0,0250	0,1120	-2,23	0,026
HE	0,0001	0,0023	0,04	0,965
SS	0,0331	0,0178	1,86	0,063
LIFE	0,0032	0,0014	2,20	0,028
Wald	872,31		0,000	
AR(1)	-2,75		0,006	
AR(2)	0,90		0,369	
Hansen	53,46		0,380	

HT(-1)'e ait katsayı 0,9000 olup beklenildiği gibi pozitiftir. Bu katsayıya ait dirençli standart hatalara göre hesaplanan t istatistiği %1 düzeyinde anlamlıdır. Katsayı değeri, HT değişkeninin bir dönem öncesine ait değerde 1 birim artışın cari dönemde bu değişkeni 0,9000 artırdığını göstermektedir. Yani sağlık turizm gelirlerindeki %1'lik değişim cari dönemde bu değişkenin %0,9000 oranında aynı yönde değişmesine neden olmaktadır.

Modelde yer alan ikinci açıklayıcı değişken olan LGDP değişkenine ait katsayı beklenilenin aksine negatif olup -0,0250 olarak tahmin edilmiştir. Dirençli standart hatalara göre hesaplanan t istatistiği %5 düzeyinde anlamlıdır. Kişi başına düşen GSYH'deki %1'lik artış sağlık turizm gelirlerinin %0,0250 düşmesine yol açmaktadır. Bu sonucun nedeni olarak gelir durumu daha yüksek ülke vatandaşlarının sağlıklarını korumak ve geliştirmek için daha uygun maliyetli olan ülkelere yönelmelerine bağlı olduğu düşünülmüştür.

Tablodan da görüldüğü üzere HE değişkenine ait katsayı beklenildiği gibi pozitif bulunmakla birlikte istatistiksel olarak anlamsız çıkmıştır. Yani GSYH'de sağlık harcaması payındaki artış sağlık turizmi gelirlerinde artışa yol açmaktadır.

Modelde yer alan diğer bir bağımsız değişken SS'ye ait katsayı da beklendiği gibi pozitif bulunmuş olup dirençli standart hatalara dayanan t istatistiği %10 düzeyinde anlamlı çıkmıştır. 0,0332'lik katsayı değeri ülkelerin istikrar ve güvenlik endekslerindeki 1 birimlik değişim sağlık turizm gelirlerinde aynı yönde %0,0332'lik bir değişime neden olmaktadır.

Araştırmanın temel amacına ilişkin modelde yer alan ülkelerin sağlık statüsünün bir ölçütü olarak dikkate aldığımız göstergelerden biri olan doğumda yaşam beklentisi, LIFE değişkenine ait katsayı beklenildiği gibi pozitif yönlü olup 0,0032'dir ve buna ait t istatistiği de %5 düzeyinde anlamlıdır. Tahmin edilen katsayı değerine göre doğumda yaşam beklentisinde 1 yaşam yılı artışı sağlık turizm gelirlerini %0,0032 oranında artırmaktadır. Elde olunan sonuçlar nüfus yaşlandıkça, yaşlı nüfus arttıkça ülkelerin sağlık turizm gelirlerinin giderek artacağını göstermektedir.

Tablonun alt bölümünde verilen Wald testi katsayıların bir bütün olarak istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir. AR(1) ve AR(2) testleri sırasıyla birinci dereceden negatif otokorelasyon olduğunu ikinci dereceden otokorelasyonun olmadığını desteklemektedir. Son olarak Hansen testi ise araç değişkenlerde aşırı tanımlama kısıtlarının geçerli olduğuna işaret etmektedir.

Tablo 4.4 Sağlık statüsünün MORT1 ile ölçülmesi durumunda GMM tahmin sonuçları

	Katsayı	Dirençli Standart Hatalar	t istatistiği	Olasılık
HT L1.	0,0907	0,0389	23,31	0,000
LGDP	-0,0135	0,0071	-1,89	0,058
MORT1	-0,0011	0,0006	-1,79	0,074
HE	0,0201	0,0095	2,11	0,035
SS	-0,0092	0,0077	-1,20	0,232
Wald	822,41		0,000	
AR(1)	-2,76		0,006	
AR(2)	0,81		0,420	
Hansen	55,25		0,317	

HT(-1)'e ait katsayı 0,09 olup beklenildiği gibi pozitiftir. Bu katsayıya ait dirençli standart hatalara göre hesaplanan t istatistiği %1 düzeyinde anlamlıdır. Katsayı değeri, HT değişkeninin bir dönem öncesine ait değerde 1 birim artışın cari dönemde

bu değişkeni 0,0907 artırdığını göstermektedir. Yani sağlık turizm gelirlerinde %1’lik değişim cari dönemde bu değişkenin %0,09 oranında aynı yönde değişmesine neden olmaktadır.

Modelde yer alan ikinci açıklayıcı değişken olan LGDP değişkenine ait katsayı beklenilenin aksine negatif olup -0,0135 olarak tahmin edilmiştir. Dirençli standart hatalara göre hesaplanan t istatistiği %10 düzeyinde anlamlıdır. Kişi başına düşen GSYH’deki %1’lik artış sağlık turizm gelirlerinin %0,0135 düşmesine yol açmaktadır.

Tablodan da görüldüğü üzere HE değişkenine ait katsayı beklenildiği gibi pozitif olup 0,0201 olarak tahmin edilmiştir. Dirençli standart hatalara göre hesaplanan t istatistiği %5 düzeyinde anlamlıdır. Ülkelerin sağlık harcamasının GSYH’deki payını gösteren HE’deki %1’lik artış sağlık turizm gelirlerinde %0,0201 artışa neden olmaktadır. Bu sonuca göre GSYH’de sağlık harcaması oranındaki artış sağlık turizmini desteklemektedir.

Modelde yer alan diğer bir bağımsız değişken SS’ye ait katsayı beklenildiği gibi negatif bulunmakla birlikte istatistiksel olarak anlamsız çıkmıştır.

Araştırma sorusunun ilgili olduğu ülkelerin sağlık statüsünün bir lt olarak dikkate aldığımız göstergelerden biri olan yeni doğan ölüm oranı, MORT1 değişkenine ait katsayı beklendiği gibi negatif olup -0,0011’dir ve buna ait t istatistiği de %10 düzeyinde anlamlıdır. Tahmin edilen katsayı değerine göre her canlı 1000 doğum için yeni doğan ölüm oranında 1 birimlik azalma sağlık turizm gelirlerini %0,0011 artırmaktadır. Bu bulguya göre sağlık statüsündeki iyileşme sağlık turizm gelirlerini pozitif yönde etkilemektedir.

Tablonun alt bölümünde verilen Wald testi katsayıların bir bütün olarak istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir. AR(1) ve AR(2) testleri sırasıyla birinci dereceden negatif otokorelasyon olduğunu ikinci dereceden otokorelasyonun olmadığını desteklemektedir. Son olarak Hansen testi ise araç değişkenlerde aşırı tanımlama kısıtlarının geçerli olduğuna işaret etmektedir.

Tablo 4.5 Sağlık statüsünün MORT2 ile ölçülmesi durumunda GMM tahmin sonuçları

	Katsayı	Dirençli Standart Hatalar	t istatistiği	Olasılık
HT L1.	0,9071	0,0388	23,38	0,000
LGDP	-0,0120	0,0068	-1,78	0,075
MORT2	-0,0003	0,0002	-1,75	0,080
HE	0,0177	0,0090	1,96	0,050
SS	-0,0062	0,0071	-0,88	0,379
Wald	816,86		0,000	
AR(1)	-2,76		0,006	
AR(2)	0,82		0,413	
Hansen	55,70		0,302	

HT(-1)'e ait katsayı 0,90 olup beklenildiği gibi pozitiftir. Bu katsayıya ait dirençli standart hatalara göre hesaplanan t istatistiği %1 düzeyinde anlamlıdır. Katsayı değeri, HT değişkeninin bir dönem öncesine ait değerde 1 birim artışın cari dönemde bu değişkeni 0,907 artırdığını göstermektedir. Yani sağlık turizm gelirlerinde %1'lik değişim cari dönemde bu değişkenin %0,9 oranında aynı yönde değişmesine neden olmaktadır.

Modelde yer alan ikinci açıklayıcı değişken olan LGDP değişkenine ait katsayı -0,0120 olarak tahmin edilmiştir. Dirençli standart hatalara göre hesaplanan t istatistiği %10 düzeyinde anlamlıdır. Kişi başına düşen GSYH'deki %1'lik artış sağlık turizm gelirlerinin %0,0120 düşmesine yol açmaktadır.

Tablodan da görüldüğü üzere HE değişkenine ait katsayı beklenildiği gibi pozitif olup 0,0177 olarak tahmin edilmiştir. Dirençli standart hatalara göre hesaplanan t istatistiği %5 düzeyinde anlamlıdır. Ülkelerin sağlık harcamasının GSYH'ye oranını gösteren HE'deki %1'lik artış sağlık turizm gelirlerinde %0,0177 artışa neden olmaktadır. Bu sonuca göre GSYH'de sağlık harcaması payındaki artış ülkelerin sağlık turizmi gelirlerinde artışa neden olmaktadır.

Modelde yer alan diğer bir bağımsız değişken SS'ye ait katsayı -0,0062 tahmin edilmiş olup beklenildiği gibi negatif bulunmakla birlikte istatistiksel olarak anlamsız çıkmıştır.

Araştırmanın odağında yer alan ülkelerin sağlık statüsünün bir ölçütü olarak dikkate aldığımız göstergelerden biri olan her canlı 1000 doğum için 5 yaş altı ölüm oranı, MORT2 değişkenine ait katsayı beklenildiği gibi negatif olup -0,0003'dür ve buna ait t istatistiği de %10 düzeyinde anlamlıdır. Tahmin edilen katsayı değerine göre

5 yaş altı ölüm oranında 1 birimlik azalma sağlık turizm gelirlerini %0,0003 artırmaktadır. Elde olunan sonuç ülkelerin sağlık statüsündeki iyileşmenin sağlık turizmini desteklediğini göstermektedir.

Tablonun alt bölümünde verilen Wald testi katsayıların bir bütün olarak istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir. AR(1) ve AR(2) testleri sırasıyla birinci dereceden negatif otokorelasyon olduğunu ikinci dereceden otokorelasyonun olmadığını desteklemektedir. Son olarak Hansen testi ise araç değişkenlerde aşırı tanımlama kısıtlarının geçerli olduğuna işaret etmektedir.

Tablo 4.6 Sağlık statüsünün MORT3 ile ölçülmesi durumunda GMM tahmin sonuçları

	Katsayı	Dirençli Standart Hatalar	t istatistiği	Olasılık
HT L1.	0,6678	0,0831	8,04	0,000
LGDP	0,0003	0,0062	0,04	0,967
MORT3	-0,0008	0,0004	-2,19	0,029
HE	0,0146	0,0083	1,77	0,076
SS	-0,0938	0,0465	-2,02	0,044
Wald		124,76		0,000
AR(1)		-2,38		0,017
AR(2)		1,55		0,122
Hansen		33,91		0,376

HT(-1)'e ait katsayı 0,67 olup beklenildiği gibi pozitiftir. Bu katsayıya ait dirençli standart hatalara göre hesaplanan t istatistiği %1 düzeyinde anlamlıdır. Katsayı değeri, HT değişkeninin bir dönem öncesine ait değerde 1 birim artışın cari dönemde bu değişkeni 0,668 artırdığını göstermektedir. Yani sağlık turizm gelirlerindeki %1'lik değişim cari dönemde bu değişkenin %0,67 oranında aynı yönde değişmesine neden olmaktadır.

Modelde yer alan ikinci açıklayıcı değişken olan LGDP değişkenine ait katsayı 0,0003 tahmin edilmiş olup beklenildiği gibi pozitif bulunmakla birlikte istatistiksel olarak anlamsız çıkmıştır.

Tablodan da görüldüğü üzere HE değişkenine ait katsayı beklenildiği gibi pozitif olup 0,0146 olarak tahmin edilmiştir. Dirençli standart hatalara göre hesaplanan t istatistiği %10 düzeyinde anlamlıdır. Ülkelerin sağlık harcamasının GSYH'ye payını gösteren HE'deki %1'lik artış sağlık turizm gelirlerinde %0,0146 artışa neden

olmaktadır. Bu sonuca göre ülkelerin sağlık harcamasındaki artış sağlık turizmini desteklemektedir.

Modelde yer alan diğer bir bağımsız değişken SS'ye ait katsayı -0,0938 olarak tahmin edilmiştir. Dirençli standart hatalara göre hesaplanan t istatistiği %5 düzeyinde anlamlıdır. SS'ye ait katsayı negatif bulunmuş olup dirençli standart hatalara dayanan t istatistiği %5 düzeyinde anlamlı çıkmıştır. -0,0938'lik katsayı değeri ülkelerin istikrar ve güvenlik endekslerindeki 1 birimlik değişim sağlık turizm gelirlerinde ters yönde %0,0938'lik bir değişime neden olmaktadır.

Araştırmanın temel amacına ilişkin modelde yer alan ülkelerin sağlık statüsünün bir ölçütü olarak dikkate aldığımız göstergelerden biri olan her 100.000 canlı doğum için anne ölüm oranının, MORT3 değişkenine ait katsayı beklenildiği gibi negatif yönlü olup -0,0008'dir ve buna ait t istatistiği de %5 düzeyinde anlamlıdır. Tahmin edilen katsayı değerine göre anne ölüm oranında 1 birimlik azalma sağlık turizm gelirlerini %0,0003 artırmaktadır. Bu sonuca göre ülkelerin sağlık statüsündeki iyileşme sağlık turizmi gelirlerini pozitif yönde etkilemektedir.

Tablonun alt bölümünde verilen Wald testi katsayıların bir bütün olarak istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir. AR(1) ve AR(2) testleri sırasıyla birinci dereceden negatif otokorelasyon olduğunu ikinci dereceden otokorelasyonun olmadığını desteklemektedir. Son olarak Hansen testi ise araç değişkenlerde aşırı tanımlama kısıtlarının geçerli olduğuna işaret etmektedir.

Tablo 4.7 Sağlık statüsünün DEATH ile ölçülmesi durumunda GMM tahmin sonuçları

	Katsayı	Dirençli Standart Hatalar	t istatistiği	Olasılık
HT L1.	0,8881	0,0544	16,32	0,000
LGDP	-0,0348	0,0134	-2,60	0,009
DEATH	-0,0066	0,0058	-1,13	0,259
HE	0,0541	0,0188	2,87	0,004
SS	0,0941	0,0437	2,15	0,031
Wald	581,23		0,000	
AR(1)	-2,77		0,006	
AR(2)	0,55		0,579	
Hansen	52,46		0,379	

HT(-1)'e ait katsayı 0,8881 olup beklenildiği gibi pozitifdir. Bu katsayıya ait dirençli standart hatalara göre hesaplanan t istatistiği %1 düzeyinde anlamlıdır. Katsayı

değeri, HT değişkeninin bir dönem öncesine ait değerde 1 birim artışın cari dönemde bu değişkeni 0,888 artırdığını göstermektedir. Yani sağlık turizm gelirlerinde %1’lik değişim cari dönemde bu değişkenin %0,9 oranında aynı yönde değişmesine neden olmaktadır.

Modelde yer alan ikinci açıklayıcı değişken olan LGDP değişkenine ait katsayı beklenilen aksine negatif olup -0,0348 olarak tahmin edilmiştir. Dirençli standart hatalara göre hesaplanan t istatistiği %1 düzeyinde anlamlıdır. Kişi başına düşen GSYH’deki %1’lik artış sağlık turizm gelirlerinin %0,0348 düşmesine yol açmaktadır.

Tablodan da görüldüğü üzere HE değişkenine ait katsayı beklenildiği gibi pozitif olup 0,0541 olarak tahmin edilmiştir. Dirençli standart hatalara göre hesaplanan t istatistiği %1 düzeyinde anlamlıdır. Ülkelerin sağlık harcamasının GSYH’ye oranını gösteren HE’deki %1’lik artış sağlık turizm gelirlerinde %0,0541 artışa neden olmaktadır. Bu sonuca göre ülkelerin sağlık harcaması payındaki artış ülkelerin sağlık turizmi gelirlerinde artışa neden olmaktadır.

Modelde yer alan diğer bir bağımsız değişken SS’ye ait katsayı beklenildiği gibi pozitif bulunmuş olup dirençli standart hatalara dayanan t istatistiği %5 düzeyinde anlamlı çıkmıştır. 0,0941’lik katsayı değeri ülkelerin istikrar ve güvenlik endekslerindeki 1 birimlik değişim sağlık turizm gelirlerinde aynı yönde %0,0941’lik bir değişime neden olmaktadır.

Araştırma sorusunun ilgili olduğu ülkelerin sağlık statüsünün bir göstergesi olan her 1000 kişi için ölüm oranı ile ölçülen DEATH değişkenine ait katsayı beklenildiği gibi negatif olup -0,0066 tahmin edilmiş olup beklenildiği gibi negatif bulunmakla birlikte istatistiksel olarak anlamsız çıkmıştır. Elde olunan sonuç ülkelerin sağlık statüsündeki iyileşmenin sağlık turizm gelirlerinde artışa neden olduğunu ortaya koymaktadır.

Araştırmanın temel amacına ilişkin ülkelerin sağlık statüsünün göstergesi olarak incelediğimiz değişkenlerin katsayıları; LIFE için 0,0032, MORT1 için -0,0011, MORT2 için -0,0003, MORT3 için -0,0008 ve DEATH için -0,0066 dır. Bu bulgular sağlık turizm gelirlerini en yüksek destekleyen sağlık statüsü değişkeninin DEATH olduğu, en düşük destekleyen sağlık statüsü değişkeninin ise MORT2 olduğu görülmektedir.

Tablonun alt bölümünde verilen Wald testi katsayıların bir bütün olarak istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermiştir. AR(1) ve AR(2) testleri sırasıyla birinci dereceden negatif otokorelasyon olduğunu ikinci dereceden otokorelasyonun

olmadığını desteklemektedir. Son olarak Hansen testi ise araç değişkenlerde aşırı tanımlama kısıtlarının geçerli olduğuna işaret etmektedir.



5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Uluslararası sağlık turizm talebini etkileyen faktörleri araştıran çalışmaların yoğunluğu literatürde giderek artış göstermektedir. Bizim çalışmamızın, 74 ülkeye ait verileri inceleyerek, ülkelerin sağlık göstergelerinin sağlık turizm gelirleri üzerine etkisini ortaya koyması açısından oldukça önemli olduğunu düşünüyoruz.

Bu araştırmadan elde edilen bulgular; sağlık turistlerinin tedavi için motivasyonlarının çok nedenli olduğu ve ülkelerin sağlık statülerinin sağlık turistlerinin destinasyon tercihinde belirleyici olduğunu açıkça göstermiştir.

Çalışmamızda şaşırtıcı olarak sağlık turizminin önde giden ülkelerinin aksine sağlık turizm gelirinin GSYH'deki oranının Ürdün, Kosta Rika ve Ermenistan'da en yüksek düzeylerde olduğu saptanmıştır. Sonuçlarımız gelişmekte olan ülkelerin ekonomileri açısından sağlık turizminin son derece önemli olduğunu göstermektedir. Ayrıca gelişmekte olan ülkelerin sağlık turizmine gelişmiş ülkelere göre daha fazla önem verdiği ya da gelişmiş ülkelerde sağlık hizmetlerinin yüksek maliyeti nedeniyle sağlık turistlerinin tercihlerini daha az gelişmiş ülkeler yönünde kullandığı sonucuna ulaşılabilir. Bu düşüncemizi destekler şekilde GMM analizimizde kişi başına düşen GSYH'deki %1'lik artışın sağlık turizm gelirlerinin %0,0250 düşmesine yol açtığı saptanmıştır. Bu sonuç da gelir durumu daha yüksek ülke vatandaşlarının sağlık turizmi açısından destinasyon tercihlerinde daha uygun maliyetli olan ülkeleri seçtiklerini işaret etmektedir.

Sağlık turistlerinin davranış şekillerini ortaya koymak için modelimize eklediğimiz sağlık turizmi gelirlerinin bir dönem gecikmeli değeri ile sağlık turizmi gelirleri arasında yüksek derecede pozitif yönlü korelasyon saptanmıştır. Analizimizden elde olunan sonuçlar sağlık turistlerinin daha önce tercih ettikleri destinasyonu tekrar tercih etme eğiliminde olduklarını ortaya koymaktadır.

Ülkelerin GSYH'deki sağlık harcaması payı arttıkça sağlık turizm gelirlerinin arttığı, GMM analizimizde ise bu ilişkiyi incelediğimizde HE'deki %1'lik artışın sağlık turizm gelirlerinde %0,0201 artışa neden olduğu saptanmıştır. Bulgularımız ülkelerin sağlık sistemlerine yaptıkları yatırımların sağlık turizm gelirlerini arttırdığını, hükümetlerin sağlık turizmi pazarından daha büyük pay almak istiyorlarsa, sağlık harcamalarına daha fazla pay ayırmaları gerektiğini göstermektedir.

Ülkelerin sağlık düzeylerinin saptanması, sağlık hizmetlerinin planlanması, önceliklerin belirlenmesi ve sunulan hizmetlerin başarılı olup olmadığının değerlendirilmesi açısından sağlık göstergelerinden yararlanılmaktadır. Bu göstergeler toplumdaki ana-çocuk sağlığı düzeyi, ülkenin çevre sağlığı şartları, toplumun sosyoekonomik düzeyi ve gelişmişlik durumu hakkında bilgi verir (Avcı & Topuzoğlu, 2008). Çalışmamızda ülkelerin sağlık durum göstergelerinin, sağlık turizm geliri açısından belirleyici bir faktör olduğu bulunmuştur. İncelediğimiz sağlık göstergelerinden özellikle, 5 yaş altı ölüm oranındaki azalmanın sağlık turizm gelirlerini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Sonuçlarımız ülkelerin sağlık kalitesindeki artışın, sağlık turizm gelirlerini pozitif yönde etkileyeceğini, sağlık ve sağlık sistemi değişkenlerinin bir ülkeye yapılacak tıbbi seyahatin önemli belirleyicileri olduğunu ortaya koymaktadır. Araştırmanın temel amacına ilişkin, ülkelerin sağlık statülerinin göstergesi olarak incelediğimiz değişkenlerin katsayıları; LIFE için 0,0032, MORT1 için -0,0011, MORT2 için -0,0003, MORT3 için -0,0008 ve DEATH için -0,0066 bulunmuştur. Analizimizden elde edilen sonuçlar sağlık turizm gelirlerini en yüksek destekleyen sağlık statü değişkeninin DEATH olduğu, en düşük destekleyen sağlık statü değişkeninin ise MORT2 olduğunu göstermiştir.

Wang vd. (1997), 33 ülke verisi kullanarak yaptığı çalışmada, GSYH'deki artışın kişilerin sağlıkları için daha fazla harcama yapabilmelerine olanak sağlayarak doğumda beklenen yaşam süresinde artışa neden olduğunu bildirmiştir. Kabir (2008), gelişmekte olan 91 ülke için çoklu regresyon ve probit model kullanarak gerçekleştirdikleri çalışmada sosyoekonomik belirleyicilerin (Kişi başına düşen GSYH, eğitim, sağlık harcamaları, güvenli suya erişim ve şehirleşme) doğumda yaşam beklentisi üzerine etkisini incelemiştir. Çalışmasında gelişmekte olan ülkelerde sosyo-ekonomik faktörlerin doğumda yaşam beklentisi üzerinde etkili olmadığını bildirmiştir. Analizine dayanarak, ülkelerin yaşam beklentilerini arttırmak için doktor sayısını artırmak ve yetersiz beslenmeyi azaltmak için etkili politikaların uygulaması gerektiğini önermiştir. OECD ülkelerinde GSYH içerisinde sağlık harcamalarının payı 1975 yılında ortalama %5,7 iken 2018 yılında %8,8'e yükselmiştir (OECD, 2019). Jones vd. OECD ülkelerinde sağlık harcamalarının GSYH'deki payının önemli ölçüde artmış olmasına karşın yaşam beklentisindeki değişimin bu artışa göre daha düşük seviyede olduğunu bulmuşlardır (Jones, 2002). Korelasyon analizi bulgularımız Jones vd. sonuçları ile benzer olup GSYH'deki sağlık harcama payının arttıkça sağlık göstergelerinin zayıf korelasyonla pozitif yönde etkilendiği şeklindedir. Verilerimizin analizi ülkelerin sağlık

harcamalarındaki artışın sağlıkta genel olarak bir iyileşme sağlayarak doğumda beklenen yaşam süresinde artış ve ölüm oranlarında azalmaya neden olduğunu ortaya koymaktadır.

Sosyal-siyasal istikrar ve terör olaylarının yokluğu ülkeler için önemli göstergelerdir. Çalışmamızın sonuçları ülkelerin sosyal-siyasal istikrarının arttıkça özellikle yeni doğan ölüm oranı, 5 yaş altı ölüm oranı ve anne ölüm oranı üzerinde olmak üzere tüm sağlık göstergelerini olumlu yönde etkilediği saptanmıştır. Sosyal-siyasal istikrar ve terör olaylarının yokluğu ekonomik büyüme ile doğru ilişkilidir. Çalışmamızda da ülkelerin istikrar ve güvenlik endekslerindeki 1 birimlik artışın sağlık turizm gelirlerinde aynı yönde %0,0332'lik bir değişime neden olduğu ve sosyal-siyasal istikrar ve terör olaylarının yokluğunun sağlık turizm gelirlerinde önemli bir belirleyici olduğu saptanmıştır.

Doğumda beklenen yaşam süresinin ekonomik büyüme ile ilişkisine dair farklı görüşler bulunmakla birlikte genel kanı olarak ölüm oranlarının azaltılmasının ve sağlıkta gelişmelerin ekonomik kalkınma için yararlı olduğu yönündedir. Çalışmamızda literatüre katkı olarak incelediğimiz sağlık göstergelerinden MORT1, MORT2 ve MORT3 değişkenlerinin LIFE değişkeni hakkındaki aynı bilgiyi kuvvetli olarak ölçtükleri, DEATH değişkeninin ise LIFE değişkeni hakkında daha zayıf bilgi verdiği bulunmuştur.

Sonuç olarak; internetin gelişmesi ve uluslararası seyahatin kolaylaşmasıyla birlikte, küresel sağlık hizmetleri pazarı ortaya çıkmıştır. Bu konuya olan talep; maliyet, erişim ve kalitedeki artan farklılıklar nedeniyle giderek artmaktadır (Snyder vd, 2017; Zarei & Maleki, 2019). Ulusötesi sağlık hareketinin altında yatan itici güçlerin daha iyi anlaşılması, politika yapıcılar ve sağlayıcıların pazardan daha büyük pay almak için altyapı ve hizmetler geliştirmelerine yardımcı olacaktır.

Sağlık turistinın seçeceği ülke bireysel bir karar olmasına rağmen, veri analiz sonuçlarımıza göre hastalar tarafından destinasyon tercihinde yaygın olarak kabul edilen faktörler arasında: ülkelerin sağlık statüsü, devlet sağlık harcaması, ülkelerin güvenlik ve istikrar durumu, ağızdan ağıza tanıtım ve GSYH yer almaktadır.

Ülkelerin sağlık statüsündeki iyileşme, devlet sağlık harcamasındaki artış, ülkelerin güvenlik ve istikrar durumu ve sağlık turistlerinin o destinasyonu daha önceden seçmeleri ülkelerin sağlık turizmi gelirleri üzerine olumlu yönde etki ederken, GSYH'deki artış ise ülkelerin sağlık turizmi gelirleri üzerinde olumsuz yönde etki yaratır.

ÖNERİLER

Sağlık turizmi alanında dünya genelinde rekabet üstünlüğü elde etmek için;

- Hükümetlerin sağlık sistemlerinin iyileştirilmesine yönelik tutum ve çabaları son derece önemlidir. Sağlık hizmetlerindeki kalitenin genel nüfusa yayılması sağlanmalı ve bu yönde politikalar uygulanmalıdır.
- Ülkeler, sağlık konusundaki imajlarını arttırmak için bütçelerinde sağlık harcamalarına daha büyük pay ayırmalıdır.
- Sağlık turistlerinin tercihinde belirleyici olan maliyet konusu için komşu ülkelerdeki hizmetlerin fiyatlandırması göz önünde bulundurularak iyi bir ücretlendirme politikasının uygulanması son derece önem arz eder.
- Son olarak, hükümetler politik-siyasal ve sosyal istikrarı sağlayarak sağlık turistleri için güven ortamı yaratmalıdır.

6. KAYNAKLAR

1. Ağazade, S., & Ergün, A. (2023). Medical Tourism Demand to Türkiye: Sub-Sectoral Panel Data Estimations. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, 1-19.
2. Ağazade, S., & Ergün, A. (2022). Health Tourism Revenues and Real Exchange Rate Relationship in Türkiye. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, 1-18.
3. Alsharif, M.J., Labonte, R. ve Lu, Z. (2010). Patients beyond borders: a study of medical tourists in four countries. *Glob. Soc. Policy* (10), 315e335.
4. Avcı A. ve Topuzoğlu A.A. (2008). Research on Causes of Mortality among Children under Age 5 in Istanbul in 2005. *AF Prev Med Bull* 7(4), 301-310.
5. Bagga, T., Vishnoi, S. K., Jain, S. and Sharma, R. (2020). Medical tourism: treatment, therapy & tourism. *Int J Sci Technol Res.*, 9, 4447-4453.
6. Balogun, B. A. (2020). Preliminary look at the motivators and decision-making process of medical tourists from Nigeria to India. *Journal of Tourism Analysis: Revista de Análisis Turístico*, 27(1), 41-61.
7. Beladi, H., Chao, C.C., Ee, M.S. and Hollas, D. (2019). Does medical tourism promote economic growth? A cross-country analysis. *Journal of Travel Research*, Vol. 58 (1), 121–135.
8. Can, B. (2019). Türkiye ve dünyada sağlık turizmi ve hastaların Türkiye'yi tercih etme nedenleri: Özel bir hastane örneği, (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). *İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul*.
9. Connell, J. (2006). Medical tourism: sea, sun, sand and... surgery. *Tourism Management*, 27, 1093e1100.
10. Connell, J. (2013). Contemporary medical tourism: conceptualisation, culture and commodification. *Tour. Manag.*, 34, 1-13.
11. Crooks, VA., Kingsbury, P., Snyder, J. and Johnston, R. (2010). What is known about the patient's experience of medical tourism? A scoping review. *BMC Health Serv Res.*, Sep 8;10:266. doi: 10.1186/1472-6963-10-266. PMID: 20825667; PMCID: PMC2944273.
12. Culley, L., Hudson, N., Rapport, F., Blyth, E., Norton, W. and Pacey AA. (2011). Crossing borders for fertility treatment: motivations, destinations and outcomes of UK fertility travellers. *Hum Reprod.* Sep;26(9):2373-81.

13. Çalışkan Z. (2009). OECD Ülkelerinde Sağlık Harcamaları: Panel Veri Analizi. *Erciyes Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 34, 117-137.
14. Dünya Sağlık Örgütü, Sağlık Harcamaları 2023. <https://www.who.int/data/nutrition/nlis/info/health-expenditure/> (Erişim tarihi: 30.08.2023)
15. Gill, H. and Singh, N. (2011). Exploring the Factors that Affect the Choise of Destination for Medical Tourism, *Journal of Service Science and Management*, 4,315-324.
16. Göçer İ. ve Aydın N. (2016). Türkiye’de Sağlık Değişkenlerinin Turizm Gelirine Etkisi: Çoklu Yapısal Kırılmalı Bir Analiz. *Çankırı Karatekin Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi*. (1) c. 6, 777-800.
17. Gregory, A. W. and Hansen, B. E. (1996). Residual-Based Tests for Cointegration in Models With Regime Shifts. *Journal of Econometrics*, 70, 99-126
18. Gündüz, F. F., Gündüz, S. ve Yavuz, HB. (2019). Türkiye’nin sağlık turizmi talebini etkileyen faktörlerin analizi: Çekim modeli yaklaşımı. *Iğdır Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 17, 717- 740.
19. Han, H. (2013). The healthcare hotel: distinctive attributes for international medical travelers. *Tourism Management*, 36, 257-268.
20. Hanefeld, J., Horsfall, D., Lunt, N. and Smith R. (2013). Medical tourism: a cost or benefit to the NHS? 24;8(10):e70406. DOI: 10.1371/journal.pone.0070406. PMID: 24204556; PMCID: PMC3812100.
21. Hanefeld, J., Lunt, N., Smith, R. and Horsfall, D. (2015). Why do medical tourists travel to where they do? The role of networks in determining medical travel. *Social Science&Medicine*, 124:356-63. doi: 10.1016/ j.socscimed.2014. 05.016. Epub 2014 Jun 21. PMID: 24976006.
22. Hanefeld, J., Smith, R., Horsfall, D. and Lunt, N. (2014). What do we know about medical tourism? A review of the literature with discussion of its implications for the UK National Health Service as an example of a public health care system. *J Travel Med*. Dec;21(6):410-7. doi: 10.1111/jtm.12147. Epub 2014 Aug 25. PMID: 25156070.
23. Heidary Dahooie, J., Estiri, M., & Shahinpour, S. (2023). Policy framework for selecting medical tourism destinations: fuzzy-IPA approach. *Anatolia*, 1-18.
24. Heung, V., Kucukusta, D., and Song, H. A. (2010). Conceptual model of medical tourism: Implications for future research. *J. Travel and Tourism Marketing*, 27(3), 236-251.

25. Heydari, M., Yousefi, M., Derakhshani, N. and Khodayari-Zarnaq, R. (2019). Factors affecting the satisfaction of medical tourists: A systematic review. *Health Scope*, 8(3).
26. Imison, M. and Schweinsberg, S. (2013). Australian news media framing of medical tourism in low- and middle-income countries: a content review. *BMC Public Health*, (5),13:109. DOI: 10.1186/1471-2458-13-109. PMID: 23384294; PMCID: PMC3599313.
27. Inhorn M.C. (2011). Globalization and gametes: reproductive 'tourism,' Islamic bioethics, and Middle Eastern modernity. *Anthropol Med.*, 18(1), 87-103. doi: 10.1080/13648470.2010.525876. PMID: 21563005.
28. Isikli, E., Serdar Asan S. ve Karadayi-Usta S. (2020). Predicting the Medical Tourism Demand of Turkey. *Global Joint Conference on Industrial Engineering and Its Application Areas*, 119-132.
29. Jaapar, M., Musa, G., Moghavvemi, S., and Saub, R. (2017). Dental tourism: Examining tourist profiles, motivation and satisfaction. *Tourism Management*, 61, 538-552.
30. James, S.L., Gubbins, P., Murray, C.J. and Gakidou, E. (2012). Developing a comprehensive time series of GDP per capita for 210 countries from 1950 to 2015. *Popul Health Metr.* 30;10(1):12. doi: 10.1186/1478-7954-10-12. PMID: 22846561; PMCID: PMC3487911.
31. Jha, S. (2020). Impact of Home Country Terrorism on Medical Tourism in India. *International Journal of Asian Social Science*, 10 (8), 407-416.
32. Johnson, T.J., and Allen, M. (2012), 'Staffing of international patient programs: summary of staffing by function', *USCIPP Issue Brief*, July
33. Johnson, J.T. and Garman, A.N. (2015). Demand for International Medical Travel to the USA. *Tourism Economics*, 21 (5);1061-1077
34. Johnston, R., Crooks, V.A., Adams, K., Snyder, J. and Kingsbury, P. (2011). An industry perspective on Canadian patients' involvement in medical tourism: implications for public health. *BMC Public Health*, 31;11:416. doi: 10.1186/1471-2458-11-416. PMID: 21627830; PMCID: PMC3117713.
35. Jones, C. I. (2002). Why Have Health Expenditures as a Share of GDP Risen So Much? (No. w9325). *National Bureau of Economic Research*.
36. Jones, C.A. and Keith, L.G. (2006). Medical tourism and reproductive outsourcing: the dawning of a new paradigm for healthcare. *Int J Fertil Womens Med.*, 51(6): 251-5. PMID: 17566566.

37. Kabir, M. (2008). Determinants of life expectancy in developing countries. *The Journal of Developing Areas*, 185-204.
38. *Kültür ve Turizm Bakanlığı*, <https://www.ktb.gov.tr/> (Erişim Tarihi: 29.12.2020).
39. Laugesen, M. and Vargas-Bustamante, A. (2010). A patient mobility framework that travels: European and United States-Mexican comparisons. *Health Policy* 97 (2-3), 225-231.
40. Lean, H.H. and Smyth, R. (2009), Asian Financial Crisis, Avian Flu and Terrorist Threats: Are Shocks to Malaysian Tourist Arrivals Permanent or Transitory?. *Asia Pacific Journal of Tourism Research*, 14(3), 301-321.
41. Lee, J. and Strazicich, M. C. (2004). Minimum LM Unit Root Test with One Structural Break. *Appalachian State University Working Papers*, 04-17:1-15.
42. Lee, J.Y., Kearns, R.A. and Friesen, W. (2010). Seeking affective health care: Korean immigrants' use of homeland medical services. *Health Place*. 16(1):108-15. doi: 10.1016/j.healthplace.2009.09.003. Epub 2009 Sep 18. PMID: 19840903.
43. Lee, M., Han, H. and Lockyer, T. (2012). Medical tourism-attracting Japanese tourists for medical tourism experience. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 29 (1), 69-86.
44. Lunt, N., Hardey, M. and Mannion, R. (2010). Nip, tuck and click: medical tourism and the emergence of web-based health information. *Open Med Inform J.*, 12;4:1-11. doi: 10.2174/1874431101004010001. PMID: 20517465; PMCID: PMC2874214.
45. Mac Ready N. (2007). Developing countries court medical tourists. *The Lancet*, 369 (9576):1849-50.
46. Mal, J. (2010). *Globalisation Of Healthcare: Case Studies Of Medical Tourism In Multi-Specialty Hospitals In India*, Doktora Tezi, The University Of Manchester, Faculty Of Humanities, Healthcare Management, Manchester.
47. Manaf, N. H. A., Hussin, H., Kassim, P. N. J., Alavi, R. and Dahari, Z. (2015). Medical tourism service quality: finally some empirical findings. *Total Quality Management & Business Excellence*, 26 (9-10), 1017-1028.
48. Marais, B.J., Lönnroth, K., Lawn, S.D., Migliori, G.B., Mwaba, P., Glaziou, P., Bates, M., Colagiuri, R., Zijenah, L., Swaminathan, S., Memish, Z.A., Pletschette, M., Hoelscher, M., Abubakar, I., Hasan, R., Zafar, A., Pantaleo, G., Craig, G., Kim, P., Maeurer, M., Schito, M. and Zumla, A. (2013). Tuberculosis comorbidity with communicable and non-communicable diseases: integrating health services and control

- efforts. *Lancet Infect Dis.* 13(5):436-48. doi: 10.1016/S1473-3099(13)70015-X. Epub 2013 Mar 24. PMID: 23531392.
49. Mathijssen, A. (2019). Home sweet home? Understanding diasporic medical tourism behavior. Exploratory research of Polish immigrants in Belgium. *Tourism Management*, 72, 373–385. <https://doi.org/10.1016/j.tourman.2018.12.009>
 50. Mishra, V. and Rana, S. (2023). Understanding barriers to inbound medical tourism in the United Arab Emirates from a provider's perspective. *Worldwide Hospitality and Tourism Themes*, 15(2), 131-142.
 51. Miyagi, K., Auberson, D., Patel, AJ. and Malata, CM. (2011). The unwritten price of cosmetic tourism: an observational study and cost analysis. *J Plast Reconstr Aesthet Surg.* 65(1):22-8. doi: 10.1016/j.bjps.2011.07.027. Epub, Aug 23. PMID: 21865103.
 52. Moghimehfar, F. and Nasr-Esfahani, MH. (2011). Decisive Factors In Medical Tourism Destination Choice: A Case Study of Isfahan, Iran and Fertility Treatments, *Tourism Management*, 32(6): 1431-1434, 2011.
 53. Mulec, I. (2010). Promotion as a Tool in Sustaining the Destination Marketing Activities, *Turizam*, 14 (1), ss. 13-21.
 54. Narayan, P.K. and Prasad, A. (2008). Examining the Behaviour of Visitor Arrivals To Australia from Twenty Different Countries: An Application Of Panel Unit Root Tests, *Economic Papers*, 27 (3), 265-271.
 55. Novignon, J., Olakojo, SA. and Nonvignon, J. (2012). The effects of public and private health care expenditure on health status in sub-Saharan Africa: new evidence from panel data analysis. *Health Econ Rev.*, 11;2(1):22. doi: 10.1186/2191-1991-2-22. PMID: 23232089; PMCID: PMC3533939.
 56. *OECD health data*, <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>, (Erişim tarihi: 05.01.2020)
 57. Osterle A, Johnson T, Delgado J. (2013) A unifying framework of the demand for transnational medical travel. *Int J Health Serv.* 43(3):415-36.
 58. Parrish, R.G. (2010). Measuring population health outcomes. *Prev Chronic Dis.*, 7(4): A71. Epub 2010 Jun 15. PMID: 20550829; PMCID: PMC2901569.
 59. Pocock, N. and Phua, K. (2011). Medical tourism and policy implications for health systems: A conceptual framework from a comparative study of Thailand, Singapore and Malaysia. *Global. Health* 7:12.
 60. Rai, A., Chakrabarty, P. and Sarkar, A. (2014). Forecasting the demand for medical tourism in India. *IOSR Journal of Humanities and Social Science*, 19 (11), 22-30.

61. Ricafort, K.M.F. (2011). *A Study of Influencing Factors that Lead Medical Tourists to Choose Thailand Hospitals as Medical Tourism Destination*, Webster University, School of Business and Technology Business Administration, Master Thesis, Cha-am.
62. Roman, M. and Roman, M. (2022). Wojcieszak-Zbierska M. Health Tourism-Subject of Scientific Research: A Literature Review and Cluster Analysis. *Int J Environ Res Public Health*. 28;20 (1), 480. doi: 10.3390/ijerph20010480. PMID: 36612800; PMCID: PMC9819796.
63. Shabankareh, M., Nazarian, A., Golestaneh, M. H. and Dalouchi, F. (2023). *Health tourism and government supports*. International Journal of Emerging Markets.
64. Smith, R. and Martínez Álvarez, M. (2011). Chanda R. Medical tourism: a review of the literature and analysis of a role for bi-lateral trade. *Health Policy*. 2011 Dec;103(2-3):276-82. doi: 10.1016/j.healthpol.2011.06.009. Epub 2011 Jul 20. PMID: 21767892.
65. Smyth, R., Nielsen, I. and Mishra, V. (2009). I've been to Bali too' (And I Will Be Going Back): Are Terrorist Shocks To Bali's Tourist Arrivals Permanent or Transitory?. *Applied Economics*, 41(11), 1367-1378.
66. Snyder, J., Johnston, R., Crooks, V. A., Morgan, J. and Adams, K. (2017). How medical tourism enables preferential access to care: Four patterns from the Canadian context. *Health Care Analysis*, 25 (2), 138–150. <https://doi.org/10.1007/s10728-015-0312-0>
67. Taban, S. (2006). Türkiye'de sağlık ve ekonomik büyüme arasındaki nedensellik ilişkisi. *Sosyoekonomi*, 4(4), 31-46.
68. Taguri, A.E. (2007). Medical tourism and the libyan national health services. *Libyan J Med*. 1;2(3):109-10. doi: 10.4176/070530. PMID: 21503204; PMCID: PMC3078198.
69. Tang, T.C. and Wong, K.N. (2009). The SARS Epidemic and International Visitor Arrivals To Cambodia: Is The Impact Permanent or Transitory?. *Tourism Economics*, 15 (4), 883–890.
70. Tapachai, N. and Waryszak, R. (2000). An Examination of the Role of Beneficial Image in Tourist Destination Selection. *Journal of Travel Research*, 39, ss. 37-44.
71. Tapia, J., Dieste, M., Royo, E. and Calvo, E. (2020). Factors affecting the choice of medical tourism destination: Spain as a host country. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, 1- 24. Doi: 10.1080/1528008x.2020.1848749.
72. Tezcan, S. (1992). Epidemiyoloji Tıbbi Araştırmaların Yöntem Bilimi. *Hacettepe Halk Sağlığı Vakfı*, Yayın No: 92/ 1, Ankara.

73. Tıraşoğlu, M. ve Yıldırım, B. (2012). Yapısal Kırılma Durumunda Sağlık Harcamaları ve Ekonomik Büyüme İlişkisi: Türkiye Üzerine Bir Uygulama. *EJOVOC (Electronic Journal of Vocational Colleges)*, 2 (2) , 111-117 . doi: 10.1501/OTAM_00000000515.
74. UNWTO, (2015a), *Tourism Highlights*, 2015 Edition, <http://www.e-unwto.org/doi/book/10.18111/9789284416899>, (Erişim Tarihi: 08.05.2017).
75. van der Steeg, AF., De Vries J. and Roukema JA. (2004). Quality of life and health status in breast carcinoma. *Eur J Surg Oncol*, 30(10):1051-7. doi: 10.1016/j.ejso.2004.07.003. PMID: 15522550.
76. Vick, L. (2012). The perils of cosmetic surgery/medical tourism. *Clin. Risk* 18, 106e109.
77. Vijaya, R.M. (2010). Medical tourism: Revenue generation or international transfer of healthcare problems?. *Journal of Economic Issues*, 54(1) 53-69. doi 10.2753/jei0021-3624440103.
78. Voumik, L. C. and Smrity, D. Y. (2020). Forecasting GDP Per Capita In Bangladesh: Using Arima Model. *European Journal of Business and Management Research*, 5(5). <https://doi.org/10.24018/ejbmr.2020.5.5.533>
79. Whittaker, A. (2008). Pleasure and pain: medical travel in Asia. *Glob. Public Health*, 3, 271e290.
80. WHO Statistical Information System (WHOSIS) (2006). Core Health Indicators *World Health Statistics*, The World Health Report, 2006 Edition. Available from <http://www3.who.int/whosis>.
81. World Health Organization (WHO) (2023). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/disability-and-health/> (Erişim tarihi: 05.08.2023)
82. Wu, H.C., Li, T., Li and M. Y. (2016). A study of behavioral intentions, patient satisfaction, perceived value, patient trust and experiential quality for medical tourists. *Journal Of Quality Assurance In Hospitality & Tourism*, 17(2): 114-150.
83. Yu J. Y. and Ko T. G. (2012). A Cross-Cultural Study Of Perceptions Of Medical Tourism Among Chinese, Japanese And Korean Tourists in Korea. *Tourism Management*, 33: 80-88.
84. Yu, J., Seo, J. and Hyun, SS. (2021). Attributes of medical tourism destination brands: case study of the Korean medical tourism market. *Journal of Travel & Tourism Marketing*, 38: 107-121.

85. Zarei, A. and Maleki, F. (2019). Asian medical marketing, a review of factors affecting Asian medical tourism development. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, 20 (1), 1–15. <https://doi.org/10.1080/1528008X.2018.1438959>
86. Zengingönül, O., Emeç, H., İyilikçi, D. E. ve Bingöl, P. (2012). Sağlık Turizmi: İstanbul'a Yönelik Bir Değerlendirme. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 4 (7), 69 – 81
87. Zhong, L., Deng, B., Morrison, AM., Coca-Stefaniak, JA. and Yang, L. (2021). Medical, Health and Wellness Tourism Research-A Review of the Literature (1970-2020) and Research Agenda. *Int J Environ Res Public Health*. 16; 18 (20): 10875. doi: 10.3390/ijerph182010875. PMID: 34682622; PMCID: PMC8536053.



7. ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı: Advıye Ergün

Eğitim ve Mesleki Bilgiler

- 1998-2002 Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon - Lisans
- 2002-2016 Fizyoterapist Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Başkent Üniversitesi
- 2016-2019 Pamukkale Üniversitesi Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Bölümü El Rehabilitasyonu - Tezli Yüksek Lisans
- 2020-2024 Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Sağlık Turizmi - Doktora

Yayınlar ve Bilimsel/Sanatsal Faaliyetleri

Uluslararası hakemli dergilerde yayınlanan makaleler (SCI-e ve e-SCI indekslerinde yer alan):

1. Ağazade, S., & Ergün, A. (2023). Medical Tourism Demand to Türkiye: Sub-Sectoral Panel Data Estimations. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, 1-19. eSCI
2. Ağazade, S., & Ergün, A. (2022). Health Tourism Revenues and Real Exchange Rate Relationship in Türkiye. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, 1-18. eSCI
3. Ergun A, Akın A., Sahin MS., Kitis A. Demographic Characteristics, Anatomical Distribution and Clinical Presentations of Lipomatosis Tumors arising from Hand and Wrist. *J Hand Microsurg* 2016; 08(03): 145-149 DOI: 10.1055/s- 0036-1597090 SCIE
4. Ergun, T., Ergun, A., & Kitis, A. (2017). Isolated abnormalities in the mamillary bodies on MRI in a patient with Wernicke's encephalopathy. *Acta Neurologica Belgica*, 117, 539-540. SCIE
5. Sahin MS., Ergun A., Akın A. The Relation Between The Presence And Degree Of Lumbar Facet Joint Degeneration And Lumbosacropelvic Morphology *Spine*; 2015;40:1058-1062 SCIE

6. Ergun, A., Akalın, O., Sahin, M. S., & Serkan, K. (2017). Watershed spinal cord infarction developing after a hypotensive episode secondary to massive rectus sheath hematoma. *Journal of Clinical Neuroscience*, 41, 72-74. SCI-e

TR - Dizde dizinlenen dergilerde yayınlanan makaleler:

1. Ergun A., Ergun T., Torun E. Arthritis: Conventional and Advanced Radiological Imaging. *Journal of Clinical and Analytical Medicine* 2015. TR-dizin
2. Ergun T., Ergun A., Torun E., Lakadamyalı H. Mazabraud's Syndrome: A Case Diagnosed by Radiologic Findings. *Journal of Clinical and Analytical Medicine* 2015.; TR-dizin

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan sözlü bildiriler

1. Ergün A, Sahin MS. Ergün T., Kitiş A. El ve el bileğinden Kaynaklanan Lipomatöz Tümörlerin Demografik Özellikleri, Anatomik Dağılımları ve Klinik Prezantasyonları. Türk El ve Üst Ekstremité Cerrahisi Derneği ve El Terapistleri Derneği 11 - 15 Mayıs 2016

Ulusal bilimsel toplantılarda sunulan ve bildiri kitaplarında basılan bildiriler

1. Ergün T., Ergün A, Kitiş A. Parmakta Yer Alan Düşük Grade' li Kondrosarkomun Konvansiyonel Radyografi ve MRG Bulguları Türk El ve Üst Ekstremité Cerrahisi Derneği ve El Terapistleri Derneği 11 - 15 Mayıs 2016
2. Ergün A, Ergün T., Kitiş A. Cilt Altı Lipomunun Eşlik Ettiği Makrodistrofia Lipomatoza. Türk El ve Üst Ekstremité Cerrahisi Derneği ve El Terapistleri Derneği 11 - 15 Mayıs 2016
3. Şahin MS., Çakmak G., Kuru İ., Altun S., Ergun A. Tuncay İC. Çift seviyesli arter kesisi ile birlikte distal radius epifiz plağı seviyesinde sol elin total amputasyonu ve başarılı reimplantasyonu. 23. Ulusal Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi. Ekim 2013
4. Sahin MS., Çakmak G., Ergun T., Sarı AS., Tuncay İC., Ergun A.. Komplike Schatzker Tip II tibia plato kırığının cerrahi tedavisi sonrası meydana gelen iatrojenik tüberositas tibia avulsiyon kırığı ile birlikte patellar tendon rüptürü ve tedavisi: Olgu Sunumu. 23. Ulusal Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi. Ekim 2013

5. Sahin MS., Çakmak G., Ergun T., Tuncay İC., Ergun A. , Kafa B. Travma sonrası oluşan intermitant peroneal sinir paralizileri ile seyreden ve nadir görülen diz çevresi dezmoid tümörü. 23. Ulusal Türk Ortopedi ve Travmatoloji Kongresi. Ekim 2013.

Kitap veya kitap bölümü yazarlığı

1. Adviye ERGÜN (2021) COVID-19 Pandemisinin Türkiye'deki Sağlık Turizmi Üzerine Etkileri *Covid-19 Ve Sağlık Araştırmaları Efe Akademi Yayınları* 325-332
2. Adviye ERGÜN (2021) Türkiye'nin Sağlık Turizmindeki Rekabet Analizi ve Strateji Önerileri: Güncel Veriler. Sağlık ve Bilim Güncel tıp II *Efe Akademi Yayınları* 345-352
3. Adviye ERGÜN (2023) Sağlık Turizminde Örgütsel Yönetim. *Sağlık Turizmi Yönetimi Gazi Kitapevi*

Atıflar

1. Sahin, M. S., Ergün, A., & Aslan, A. (2015). The relationship between osteoarthritis of the lumbar facet joints and lumbosacropelvic morphology. *Spine*, 40(19), E1058-E1062. Alıntılanma sayısı:23
2. Ağazade, S., & Ergün, A. (2022). Health Tourism Revenues and Real Exchange Rate Relationship in Türkiye. *Journal of Quality Assurance in Hospitality & Tourism*, 1-18. Alıntılanma sayısı: 2
3. Ergun, A., Akin, A., Sahin, M. S., & Kitis, A. (2016). Demographic characteristics, anatomical distribution, and clinical presentations of lipomatosis tumors arising from hand and wrist. *Journal of Hand and Microsurgery*, 8(03), 145-149. Alıntılanma sayısı: 3
4. Ergun, A., Akalın, O., Sahin, M. S., & Serkan, K. (2017). Watershed spinal cord infarction developing after a hypotensive episode secondary to massive rectus sheath hematoma. *Journal of Clinical Neuroscience*, 41, 72-74. Alıntılanma sayısı: 1